
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE İLERİ ARAŞTIRMALAR

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Kevser PAMUK

Psikiyatri Hemşireliğinde İleri Araştırmalar

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Kevser PAMUK

yaz
yayınları

2024

Psikiyatri Hemşireliğinde İleri Araştırmalar

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Kevser PAMUK

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-5547-27-9

Aralık 2024 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

info@yazyayinlari.com

İÇİNDEKİLER

Hemşirelikte Depresyon Yönetiminde

Bilişsel Davranışçı Terapi: Bibliyometrik Bir Analiz 1

Öğr.Gör. Arzu KARAKAYA, Öğr.Gör.Dr. Güzel Nur YILDIZ

Kriz Kavramı Ve Yönetimi..... 16

Sercan MANSUROĞLU

Jinekolojik Kanserlerde Uygulanan

Psikoterapötik Müdahaleler Ve Önemi 37

Kevser PAMUK, Aysel KARACA

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

**HEMŞİRELİKTE DEPRESYON YÖNETİMİNDE
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ: BİBLİYOMETRİK
BİR ANALİZ**

Öğr.Gör. Arzu KARAKAYA¹

Öğr.Gör.Dr. Güzel Nur YILDIZ²

1. Giriş

Depresyon, zihinsel ve fiziksel sağlığı derinden etkileyen ciddi bir rahatsızlıktır. Küresel ölçekte, yaklaşık 322 milyon kişinin depresyonla mücadele ettiği tahmin edilmektedir ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), depresyonun küresel engelliliğe katkıda bulunan en büyük faktör olduğunu belirtmiştir (Organization, 2015). Son zamanlarda, Küresel Hastalık Yüklü çalışmasından elde edilen bulgular, depresyon insidansının 2017'de 1990'a kıyasla yaklaşık %50 arttığını göstermektedir (Liu et al., 2020). Depresyon, yüksek gelirli ülkelerde olduğu kadar orta ve düşük gelirli ülkelerde de eşit derecede yaygındır (Bromet et al., 2011). Depresyonun yaygınlığı ve artan yükü, ruhsal hastalıkların sosyal ve sağlık politikası açısından önemini

artırmaktadır (Busch et al., 2013). Depresyon, 21. yüzyılda giderek daha fazla önem kazanan ve küresel halk sağlığını tehdit eden ciddi bir mesele olarak görülmektedir. Bu durum, dünya genelinde artan etkisiyle dikkat çekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, depresyon, ruh halinin azalması, ilgi kaybı, suçluluk duygusu, değersizlik hissi, uyku bozuklukları, yeme sorunları, yorgunluk ve konsantrasyon eksikliği gibi belirtilerle ilişkili yaygın bir ruhsal bozukluktur (Dybciak et al., 2022). Bu rahatsızlığın tedavisinde, kanıtlanmış etkinliğe sahip çeşitli farmakolojik ve psikolojik yöntemler olmasına karşın, düşük ve orta gelirli ülkelerde, depresyonun oldukça yüksek yaygınlık göstermesine karşın, hastaların ihtiyaç duyduğu destekleyici hizmetler genellikle yetersizdir veya tamamen eksiktir (Silverman et al., 2015).

Depresyon için etkili tedavi yöntemlerinden biri olan bilişsel davranışçı terapi (“BDT”), orta düzeyde depresyon için antidepresanlar kadar etkili bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Bortolotti et al., 2008). “BDT”, duyguların ve davranışların kişinin olaylara ilişkin algılarından etkilendiği teorisine dayanan bir psikoterapi biçimidir (Beck & Haigh, 2014). Bu terapi yönteminin temel bileşenlerinden biri, hastaların işlevsiz inançları (örneğin, felaket senaryoları oluşturma ya da aşırı genelleme yapma) belirlemeyi ve bunlara meydan okumayı öğrendikleri bilişsel yeniden yapılandırma sürecidir. Bilişsel yeniden yapılandırma, işlevsiz inançların neden olduğu uyumsuz davranışları değiştirmeyi hedefler ve düşünceleri, duyguları ve davranışları değiştirerek depresif semptomlarda olumlu değişikliklere yol açar (Cuijpers et al., 2008). “BDT”nin diğer önemli bileşenleri arasında davranışsal aktivasyon (daha önce zevk alınan aktivitelere katılımın artırılması), sosyal yetkinlik eğitimi ve sorunlarla baş etme becerileri geliştirilmesi yer almaktadır (Doering et al., 2016). Bu çok yönlü yaklaşım, depresyon tedavisinde etkili sonuçlar elde edilmesine katkı

sağlar. Özellikle hemşirelik alanında, ““BDT””nin uygulanabilirliği ve etkileri üzerine yapılan araştırmalar, depresyon tedavisinde hemşirelerin bu terapi yöntemini kullanma potansiyeline dikkat çekmektedir (Beech, 2000; Duffy, 1995; Reid & Long, 1993). Depresyon tanısı almış yatan hastalar, hemşirelik personeliyle sık veya sürekli temas halindedir (Beech, 2000; Duffy, 1995; Reid & Long, 1993). Bu durum, ruh sağlığı hemşirelerinin geniş bir hasta grubuyla bireysel veya grup bağlamında terapötik etkileşimde bulunmaları için önemli fırsatlar sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan çok sayıda ruh sağlığı hemşiresi, gerekli eğitim ve uzmanlıkları edinmiş olup, danışanlara bilişsel davranışçı yaklaşımlar uygulamaktadır (Beech, 2000). Ruh sağlığı hemşireleri, uzman terapist olmasalar bile, danışanlarıyla daha yapıcı ve terapötik bir ilişki geliştirmek için basit bilişsel davranışçı yaklaşımlardan yararlanma konusunda uygun bir konumdadırlar. Bu, hasta bakımına önemli katkılar sağlayabilir.

Bibliyometrik analizler, belirli bir alanla ilgili literatürün kapsamını, eğilimlerini ve etkilerini inceleyerek bilimsel gelişimin yönünü belirlemede etkili bir yöntem sunmaktadır. Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde “BDT”nin kullanımına ilişkin bibliyometrik bir analiz, bu konunun mevcut durumunu değerlendirmek, araştırma eğilimlerini ortaya koymak ve gelecekteki araştırmalar için bir rehber niteliği taşıması bakımından önem taşımaktadır.

Bu bölüm, hemşirelikte depresyon yönetiminde Bilişsel Davranışçı Terapinin (“BDT”) kullanımını detaylı bir şekilde incelemek amacıyla hazırlanmıştır. “Web of Science” veri tabanında yapılan tarama sonucunda elde edilen veriler analiz edilmiş; mevcut literatürün durumu, araştırma eğilimleri, en etkili yazarlar, üniversiteler ve ülkeler tespit edilmiştir.

YÖNTEM

Bu araştırmada hemşirelik alanında depresyon yönetiminde Bilişsel Davranışçı Terapinin kullanımının bibliyometrik analizinin yapılması amaçlandı. Web of Science veri tabanı tarandı. Taramada ("nurs*" or "nurse" or "nursing" or "psychiatric Nursing") and ("Cognitive Behavior Therapy" or "Cognitive-behavioral therapy" or "cognitive behavior therapies") and ("depression" or "depressed") arama stratejisi kullanıldı. Çalışma kapsamına araştırma makaleleri alındı. İki araştırmacı “("nurs*" or "nurse" or "nursing" or "psychiatric Nursing") and ("Cognitive Behavior Therapy" or "Cognitive-behavioral therapy" or "cognitive behavior therapies") and ("depression" or "depressed")” kodu ile Web of science veri tabanını inceledi. İki araştırmacı arasında fikir birliği sağladı. Literatür taramasına 12.12.24 tarihinde başlandı ve 13.12.25 tarihinde bitirildi. Web Of Science veri tabanında 412 sonuca ulaşıldı. Dahil edilme kriterlerini taşıyan 37 makale araştırma kapsamına alındı.

Dahil edilme kriterleri

- Web of Science veri tabanlarına tanımlanmış olması
- Hemşirelikte depresyon yönetiminde Bilişsel Davranışçı Terapi kullanımı ile ilgili olması
- Araştırma makalesi olması
- Tam metne ulaşılması
- Hemşirelik, depresyon ve Bilişsel Davranışçı Terapi anahtar kelimelerinin başlık veya özet bulunması.

Dışlanma kriterleri

- Web of Science veri tabanlarına tanımlanmamış olması
- Araştırma makalesi olmaması
- Tam metne ulaşılamaması
- Hemşirelik, depresyon ve Bilişsel Davranışçı Terapi anahtar kelimelerinin başlık veya özet bulunmaması.

Veri toplama ve veri analizi

Verilerin toplanması için öncelikle sağlık bilimleri alanında en sık kullanılan veri tabanı olan “Web Of Science” kullanıldı. Bu iki veri tabanında arama yapmak için (“nurs*” or “nurse” or “nursing” or “psychiatric Nursing”) and (“Cognitive Behavior Therapy” or “Cognitive-behavioral therapy” or “cognitive behavior therapies”) and (“depression” or “depressed”)” kelimeleri kullanılarak arama stratejisi oluşturuldu. Web Of Science veri tabanında 412 makalenin 37 tanesinin araştırma ile ilgili olduğu saptandı. Elde edilen veriler RIS dosyası oluşturularak indirildi. İndirilen dosya Bibliometrix programına aktarıldı. Verilerin analizinde ve görselleştirilmesinde Bibliometrix programı kullanıldı (Aria & Cuccurullo, 2017).

Araştırmanın etik yönü

Araştırma verileri literatür taranarak elde edildiğinden ve araştırma verileri insan ve hayvan deneklerden oluşmadığından etik kurul izni alınmamıştır.

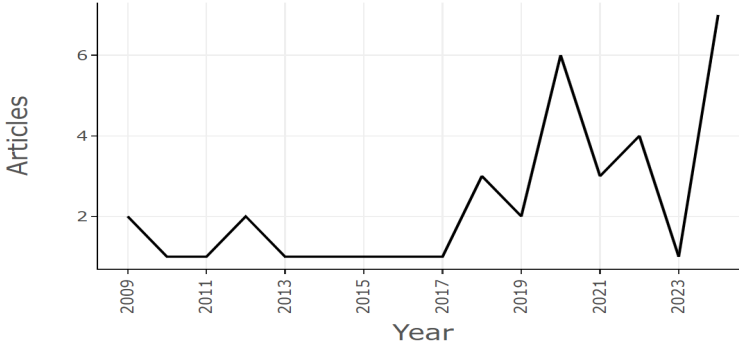
BULGULAR

Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalara ait genel bilgiler incelendiğinde; ilk çalışmanın 2009 yılında yapıldığı, 37 makaleye ulaşıldığı ve bunların 30 dergide yayınlandığı, yıllık makale artış oranının %8.71 olduğu, bu makalelerde toplam 192 yazarın olduğu saptandı. Makalelerin %16.22’sinde uluslararası iş birliği yapıldığı, makale başına düşen ortalama yazar sayısının 6.14 olduğu, yazarların anahtar kelime sayısının 116 olduğu, 37 makalede 1297 kaynak kullanıldığı, dokümanların yayınlanma yılının ortalama 5.3 olduğu, makale başına ortalama atıf oranının 11.41 olduğu belirlendi (Şekil 1).



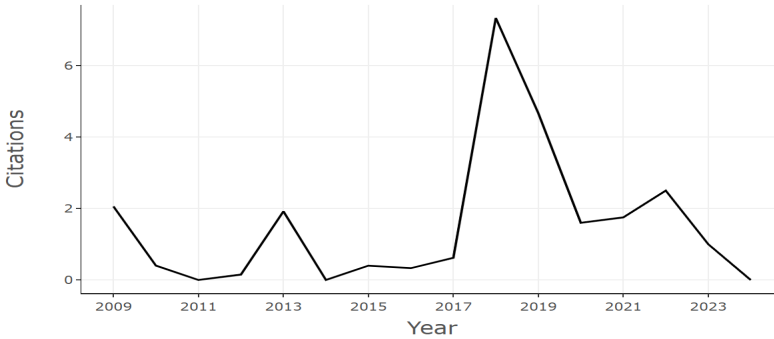
Şekil 1. Hemşirelik Alanında Depresyon Yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin Kullanımı ile İlgili Yapılan Çalışmalara Ait Genel Bilgiler

Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin kullanımı ile ilgili yapılan ilk çalışmanın 2009 yılında yapıldığı görülmektedir. 2020 ve 2024 yılında depresyon yönetiminde bilişsel davranışçı terapi kullanımı ile ilgili makale sayısında ciddi bir artış olduğu görülmektedir (Şekil 2).



Şekil 2. Hemşirelik Alanında Depresyon Yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin Kullanımı ile İlgili Yapılan Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı ve Sıklığı

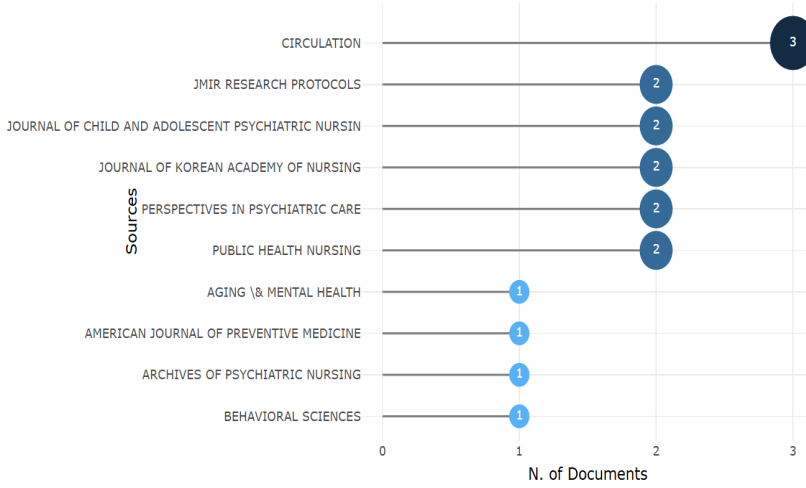
Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde bilişsel davranışçı terapinin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalara yapılan yıllık ortalama atıf sayısı incelendiğinde; 2009 yılında 2.1, 2010 yılında 0.4, 2011 yılında 0, 2012 yılında 0.1, 2013 yılında 1.9, 2014 yılında 0, 2015 yılında 0.4, 2016 yılında 0.3, 2017 yılında 0.6, 2018 yılında 7.3, 2020 yılında 1.6, 2021 yılında 1.8, 2022 yılında 2.5, 2023 yılında 1 ve 2024 yılında 0 olduğu görülmektedir (Şekil 3).



Şekil 3. Hemşirelik Alanında Depresyon Yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin Kullanımı ile İlgili Çalışmalara Yapılan Yıllık Ortalama Atıf Sayısı

Psikiyatri Hemşireliğinde İleri Araştırmalar

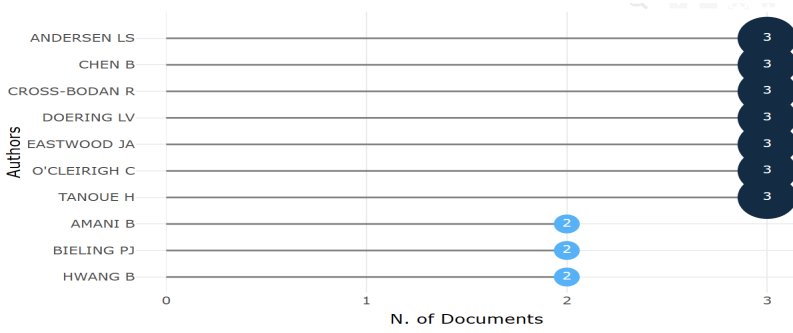
Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde bilişsel davranışçı terapinin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmaların yayınlandığı ilk 10 dergi incelendiğinde; ilk sırada 3 makale ile Circulation, ikinci sırada 2’şer makale ile “JMIR Research Protocols”, “Journal of Child and Adolescent of Nursing”, “Journal of Korean Academy of Nursing”, “Perspectives in Psychiatric Care,” “Public Health Nursing” olduğu görülmektedir (Şekil 4).



Şekil 4. Hemşirelik Alanında Depresyon Yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin Kullanımı ile İlgili Yapılan Çalışmaların Yayınlandığı 10 dergi

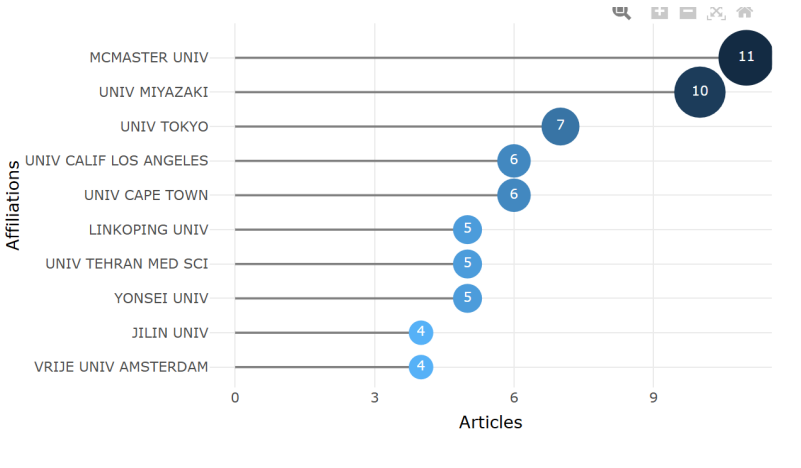
Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde bilişsel davranışçı terapinin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda en çok yayını olan 10 yazar incelendiğinde; birinci sırada Andersen LS, Chen B, Cross-Bodan R, Doering LV, Eastwood JA, O’cleirigh C, Tanoue H olduğu görülmektedir (Şekil 5).

Psikiyatri Hemşireliğinde İleri Araştırmalar



Şekil 5. Hemşirelik Alanında Depresyon Yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin Kullanımı ile İlgili Yapılan Çalışmalarda En Çok Yayınlı Olan 10 yazar

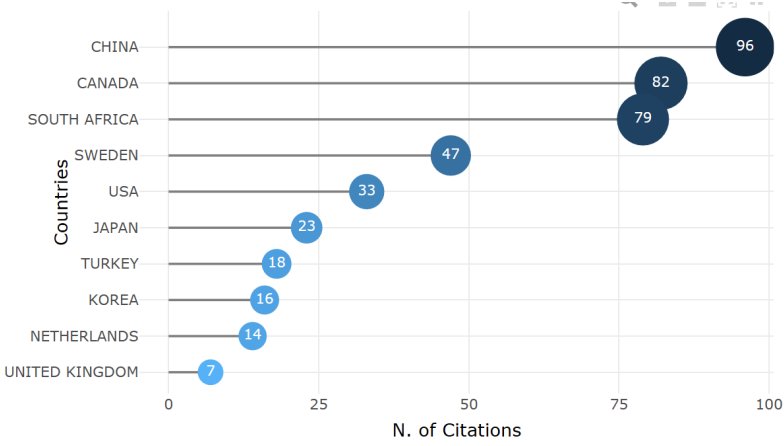
Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde bilişsel davranışçı terapinin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda en etkili 10 üniversite incelendiğinde; birinci sırada 11 çalışma ile McMaster Üniversitesi, ikinci sırada Miyazaki Üniversitesi ve üçüncü sırada 7 çalışma ile Tokyo Üniversitesi olduğu görülmektedir (Şekil 6).



Şekil 6. Hemşirelik Alanında Depresyon Yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin Kullanımı ile İlgili Yapılan Çalışmalarda En Etkili 10 Üniversite

Psikiyatri Hemşireliğinde İleri Araştırmalar

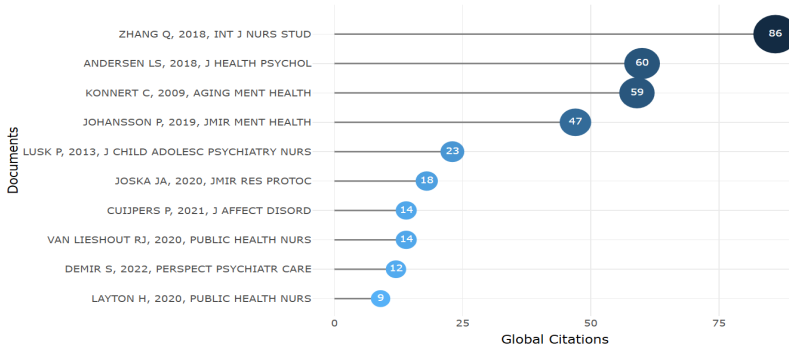
Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde bilişsel davranışçı terapinin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda en çok atıf alan ülkeler incelendiğinde 96 atıf ile birinci sırada Çin, 82 atıf ile ikinci sırada Kanada, 79 atıf ile üçüncü sırada Güney Afrika olduğu görülmektedir (Şekil 7).



Şekil 7. Hemşirelik Alanında Depresyon Yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin Kullanımı ile İlgili Yapılan Çalışmalarda En Çok Atıf Alan Ülkeler

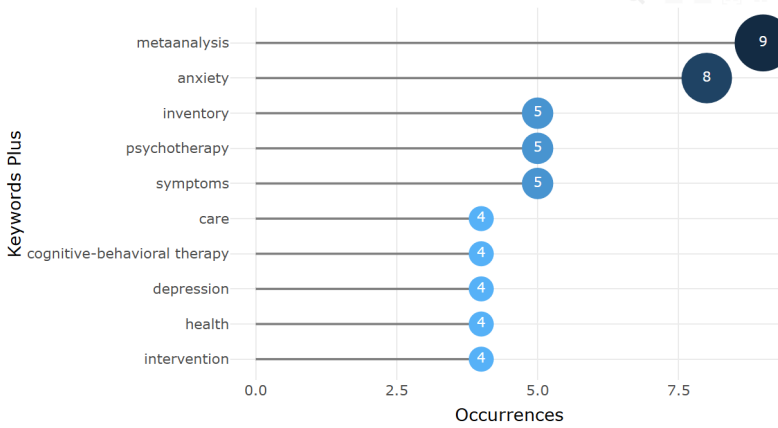
Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde bilişsel davranışçı terapinin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda en çok atıf alan ilk 10 yazar incelendiğinde; birinci sırada 86 atıf ile Zahng Q (2018), ikinci sırada 60 atıf ile Andersen LS (2018) ve üçüncü sırada 59 atıf ile Johansson P (2019) olduğu görülmektedir.

Psikiyatri Hemşireliğinde İleri Araştırmalar



Şekil 8. Hemşirelik Alanında Depresyon Yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin Kullanımı ile İlgili Yapılan Çalışmalarda En Çok Atıf Alan Yazarlar

Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde bilişsel davranışçı terapinin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda en çok kullanılan anahtar kelimeler incelendiğinde birinci sırada 9 kez “meta-analiz”, ikinci sırada 8 kez “anksiyete” ve üçüncü sırada 5’şer kez “envanter, psikoterapi, belirti” kelimelerinin kullanıldığı görülmektedir (Şekil 9).



Şekil 9. Hemşirelik Alanında Depresyon Yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin Kullanımı ile İlgili Yapılan Çalışmalarda En Çok Kullanılan Anahtar Kelimeler

SONUÇ

Hemşirelik alanında Bilişsel Davranışçı Terapi başta depresyon olmak üzere uykusuzluk gibi birçok durumda kullanıldığı bilinmektedir. Hemşirelikte depresyon yönetiminde bilişsel davranışçı terapi ile ilgili yapılan çalışmaların mevcut durumunu değerlendirmek amacıyla bibliyometrik bir bakışın etkili olacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda; hemşirelik alanında depresyon yönetiminde Bilişsel Davranışçı Terapinin kullanımı ile ilgili yapılan 37 çalışma olduğu, ilk çalışmanın 2009 yılında yapıldığı, bu makalelerin 30 dergide yayınlandığı, bu makalelerde toplam 192 yazarın olduğu bulundu. Makalelerin %16.22'sinde uluslararası iş birliği yapıldığı, makale başına düşen ortalama yazar sayısının 6.14 olduğu, yazarların anahtar kelime sayısının 116 olduğu, 37 makalede 1297 kaynak kullanıldığı belirlendi. 2020 ve 2024 yılında depresyon yönetiminde bilişsel davranışçı terapi kullanımı ile ilgili makale sayında ciddi bir artış olduğu görüldü.

Hemşirelik alanında depresyon yönetiminde Bilişsel Davranışçı Terapinin kullanımı ile ilgili yıllık ortalama atıf sayısında 2018 (7.3) yılında ciddi bir artış olduğu, en çok makalenin bulunduğu derginin Circulation olduğu bulundu. Konu ile ilgili en etkili yazarların Andersen LS, Chen B, Cross-Bodan R, Doering LV, Eastwood JA, O'cleirigh C, Tanoue H olduğu; en etkili üniversitelerin birinci sırada 11 çalışma ile McMaster Üniversitesi, ikinci sırada Miyazaki Üniversitesi ve üçüncü sırada 7 çalışma ile Tokyo Üniversitesi olduğu tespit edildi.

Konu ile ilgili en çok atıf alan ülkelerin 96 atıf ile Çin, 82 atıf ile Kanada, 79 atıf ile Güney Afrika olduğu; en çok atıf alan yazarların birinci sırada 86 atıf ile Zahng Q (2018), ikinci sırada 60 atıf ile Andersen LS (2018) ve üçüncü sırada 59 atıf ile Johansson P (2019) olduğu; en çok kullanılan anahtar kelimelerin

“meta-analiz”, “anksiyete” ve “envanter, psikoterapi, belirti” olduğu belirlendi.

Bu çalışma, hemşirelikte depresyon yönetiminde “Bilişsel Davranışçı Terapi (“BDT”))” kullanımına ilişkin gelecekteki çalışmalara rehberlik edecek önemli veriler sunmaktadır. Araştırma bulgularına dayanarak, depresyon dışında anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu gibi farklı psikiyatrik durumlarda “BDT”nin hemşirelik uygulamalarındaki etkinliğini inceleyen daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilmektedir. Özellikle 2020-2024 yıllarında artış gösteren makalelerin eğilimlerinin detaylı analizi, gelecekteki araştırma yönelimlerini belirlemede faydalı olacaktır. Uluslararası iş birliği oranlarının (%16.22) artırılması, farklı ülkelerden araştırmacıların katılımının teşvik edilmesi, bilimsel kalitenin ve atıf sayısının artmasını sağlayabilir. Hemşirelik eğitim müfredatlarına “BDT”nin dahil edilmesi, uygulamalı eğitimlerin yaygınlaştırılması ve klinik rehberlerin geliştirilmesiyle hemşirelerin depresyon yönetiminde daha etkin roller üstlenmesi sağlanabilir. Araştırmacılar, anahtar kelime kullanımını zenginleştirerek yenilikçi terimlere odaklanmalı, yüksek etki faktörlü dergilerde yayın yaparak açık erişim olanaklarından faydalanabilir. Bibliyometrik analizlerin diğer hemşirelik uygulamalarında da yapılması, literatürün daha derinlemesine anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Multidisipliner çalışmaların teşvik edilmesi, hemşirelik, psikoloji ve tıp alanlarının entegrasyonu ile daha geniş bir perspektif sunabilir. Ayrıca, “BDT”nin etkisini artıracak dijital terapiler ve teknolojik yeniliklerin kullanımı üzerine odaklanması, topluluk temelli bakım modelleri ve dezavantajlı gruplar üzerinde “BDT”nin etkisini inceleyen araştırmaların artırılması önerilmektedir. Bu tür girişimlerin hem literatüre hem de klinik uygulamalara önemli katkılar sunacağı öngörülmektedir.

Kaynakça

- Aria, M., & Cuccurullo, C. (2017). bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis. *Journal of informetrics*, 11(4), 959-975.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual review of clinical psychology*, 10(1), 1-24.
- Beech, B. (2000). The strengths and weaknesses of cognitive behavioural approaches to treating depression and their potential for wider utilization by mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(4), 343-354.
- Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M. B., & Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General hospital psychiatry*, 30(4), 293-302.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., & Iwata, N. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9, 1-16.
- Busch, M., Maske, U., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56, 733-739.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 909.
- Doering, L. V., McGuire, A., Eastwood, J.-A., Chen, B., Bodán, R. C., Czer, L. S., & Irwin, M. R. (2016). Cognitive behavioral therapy for depression improves pain and perceived control in

cardiac surgery patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(6), 417-424.

<https://doi.org/10.1177/1474515115592292>

Duffy, D. (1995). Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *Journal of advanced nursing*, 21(5), 944-950.

Dybciak, P., Humeniuk, E., Raczkiewicz, D., Krakowiak, J., Wdowiak, A., & Bojar, I. (2022). Anxiety and depression in women with polycystic ovary syndrome. *Medicina*, 58(7), 942.

Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*, 126, 134-140.

Organization, W. H. (2015). World health organization.

Reid, W., & Long, A. (1993). The role of the nurse providing therapeutic care for the suicidal patient. *Journal of advanced nursing*, 18(9), 1369-1376.

Silverman, J. J., Galanter, M., Jackson-Triche, M., Jacobs, D. G., Lomax, J. W., Riba, M. B., Tong, L. D., Watkins, K. E., Fochtmann, L. J., & Rhoads, R. S. (2015). The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *American Journal of Psychiatry*, 172(8), 798-802.

KRİZ KAVRAMI VE YÖNETİMİ

Sercan MANSUROĞLU¹

1. GİRİŞ

Kriz, bireylerin, grupların veya toplumların olağan işleyişini bozan, ani ve beklenmedik durumlar karşısında ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanabilir. Kriz durumları, bireylerin duygusal, zihinsel ve fiziksel sınırlarını zorlayarak, etkili baş etme mekanizmalarının yetersiz kalmasına neden olabilir. Krizler, doğal afetler, ekonomik çöküşler, sağlık krizleri, travmatik olaylar ya da bireysel yaşam krizleri gibi çeşitli biçimlerde karşımıza çıkmaktadır. Bu tür durumlarda, krizin tanımlanması, etkilerinin anlaşılması ve doğru yönetilmesi büyük önem taşır. Kriz yönetimi ise, krizin etkilerini en aza indirmek, sorunun çözümüne yönelik stratejiler geliştirmek ve birey ya da toplumun eski dengesine dönmesini sağlamak amacıyla yapılan planlı müdahaleleri kapsar. Kriz yönetimi süreci, etkili iletişim, hızlı karar verme, psikososyal destek ve güçlü bir organizasyonel yapıyı gerektirir. Özellikle sağlık, eğitim, ekonomi ve sosyal

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kütahya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, sercanmansuroglu@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7562-0843.

hizmetler gibi alanlarda kriz yönetiminin etkinliği, bireylerin ve toplumların krizlerden sağlıklı bir şekilde çıkabilmesini sağlar.

2. KRİZ KAVRAMI

Krizin farklı dillerde kelime anlamını incelediğimizde; Yunanca’da kriz “Karar Verme”, “dönüm noktası, Japonca’da “Tehlike” ve “Fırsat” ve Türkçe’de (TDK) ise; “Bir kimsenin yaşamında görülen ruhsal bunalım”, “Bir şeyin çok kıt bulunması durumu” olarak tanımlandığını görmekteyiz. Psikiyatri sözlüğü ise krizi; “psikolojik dengenin aniden bozulması, kişinin yaşamında bir dönüm noktası” olarak tanımlamaktadır. (Yıldırım 2014; Sözer 1992)

Literatürü incelediğimizde 1940’larda Eric Lindemann ve 1960’larda Gerald Caplan gibi psikiyatrinin önde gelenlerinin yazılarında kriz kavramı kullanmaya başladıklarını görmekteyiz. 1943’de “Coconut Grove” adlı gece kulübü yangınının ardından kriz reaksiyonları ve krize müdahale kavramlarını geliştiren Lindeman’ın ardından Gerald Caplan da kriz kavramını kullanmıştır. Caplan “İnsan organizması sürekli olarak dış çevre ile homeostatik bir denge sürdürmeye çabalamaktadır. Bu hassas denge fizyolojik ve psikolojik kuvvetler tarafından tehdit edildiğinde, insan organizması bu dengeyi tekrar kurmak üzere problem çözme etkinliklerine başvuracaktır” der ve krizi “kararlı bir denge durumunun bozulması olarak düşünerek, 5-8 hafta ile sınırlı bir dengesizlik dönemi” olarak tanımlamıştır (Yıldırım 2014; Dass-Brailsford 2007).

Birey, yaşam süreci boyunca beklenmedik ve olağandışı olaylarla veya durumlarla karşı karşıya kalabilir. Bu olaylar her zaman büyük felaketler şeklinde olmak zorunda değildir. Ancak yaşanan olağandışı bir olay ya da durum, bireyin, ailenin ya da bir grubun biyopsikososyal işleyişini etkileyebilir. Bu nedenle, krize yol açan etmeni “sorunu birden bire akut hale getiren ve bardağı

taşıran son damla” olarak tanımlamak yanlış olmayacaktır (Sayıl, 1992; Sözer, 1992; Yıldırım, 2014; Sayıl, 2008; Yılmaz, 1999).

2.1.Kriz Türleri

Krizler, yalnızca bireysel sebeplerle değil, çevresel faktörler nedeniyle de ortaya çıkabilir ve bu durum, sadece bireyi değil, toplumu da etkileyebilir. Günümüzde kriz, özellikle psikososyal zorluklarla birlikte gelişen tüm durumları ifade etmektedir (Yıldırım 2014).

Krizin genel olarak iki türü bulunmaktadır: “gelişimsel” ve “durumsal krizler.” Gelişimsel krizler, bireyin yaşamı boyunca doğal olarak karşılaştığı ve beklenen yaşam olaylarıyla ilgilidir. Bunlar evlenme, gebelik, çocuk sahibi olma, emeklilik, okula başlama, evden ayrılma, okulu bitirme, askerlik gibi yaşamın farklı aşamalarına geçiş deneyimleriyle bağlantılıdır. Durumsal krizler ise, yaşam boyunca meydana gelebilecek, önceden tahmin edilemeyen ve bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü tehdit eden krizlerdir. Bu tür krizler, hastalık, kaza, ameliyat, ölüm, alkol veya ilaç bağımlılığı, iş kaybı, depresyon, savaş gibi travmatik olaylarla ortaya çıkabilir (Aydoğdu & ark., 2012). Önceden tahmin edilemeyen, yüksek yoğunluklu, birden bire çaresizlik ve çözümsüzlük hissi yaratabilen, büyük kitleleri etkileyen olaylar sonucu ortaya çıkan krizler ise “toplumsal krizler” olarak adlandırılmaktadır. Bu tür krizlere örnek olarak, büyük doğal afetler (örneğin depresyon), hastalıklar ve silahlı çatışmalar verilebilir. Literatürde henüz daha yeni tanımlanmaya başlanan bir kriz türü ise “kültürel krizler”dir. Bu tür kriz, bireyin yeni bir kültüre uyum sağlama sürecinde kültür şoku yaşaması ya da başka bir kültürde asimile olduktan sonra, tekrar kendi kültürüne dönüş yapmasıyla ortaya çıkan krizdir (Yıldırım, 2014; Özkan & Kılıç, 2013).

2.1.1. Hastalık, Tanı Alma ve Kriz

Hastalık ve tanı alma süreci, bireyde hastalıkla yaşamının getirdiği zorlukların yanı sıra iş ve aile hayatında sorunlara yol açabilir. Aynı zamanda başa çıkma becerilerinin yetersizliği, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal problemleri tetikleyebilir; hatta bu durum intihar girişimleri gibi ölümle sonuçlanabilecek ciddi riskleri de beraberinde getirebilir. Örneğin, kanser tanısı almak, birey için ani ve felaket niteliğinde bir haber olup, hızlı bir uyum süreci gerektirir. Bu süreçte, bir taraftan hayati tedavi kararlarının alınması gerekirken, diğer taraftan kişi, yoğun duygusal stresi kontrol altında tutmaya çalışmaktadır. Hastanın bu stresi yönetebilmesi, tıbbi etmenler (hastalığın türü, süreci, yeri, belirtileri ve hastalığın beklenen seyri gibi), psikolojik etmenler (bireyin geçmişte hastalıklara uyum yeteneği, fiziksel ve ruhsal rehabilitasyon kapasitesi, kişilik yapısı, başa çıkma mekanizmaları, ego gücü, yaşamın gelişimsel evresi ve kanserin o evredeki anlamı gibi) ve kişiler arası etmenler (kültürel ve dinsel tutumlar, duygusal destek sağlayan kişilerin varlığı, sağlık ekibinin rolü gibi) gibi pek çok faktöre bağlıdır (Aydın, Deveci & Esen Danacı, 2012). Hastalar ve aileleri, hastalığın doğası, seyri ve sonucuna dair belirsizlikler ile beraber, ölüm korkusu gibi yoğun ve ıstırap verici duygularla yüzleşmek zorunda kalırlar. Fiziksel hastalık varlığı intihar girişimleri açısından önemli bir risk faktörü olduğu da bilinmektedir (Güleç & Büyükkınacı, 2011; Paracıkoğlu, Sayıl & Özgüven, 2004).

2.1.2. Afet, Savaş ve Terörizm ve Kriz

Afet, beklenmedik bir şekilde meydana gelen, önlenemeyen ve mutlaka can, mal, çevre veya sosyal kayıplara yol açan olayların bir parçası ya da bütünü olarak tanımlanabilir. Afetler, genel olarak insan hayatını fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan zarara uğratan, hayatın rutin akışını değiştiren veya durduran, doğal, teknolojik ya da insan kaynaklı nedenlerle meydana gelen olaylardır (Gülnerman, Bük & Göksel, 2013). Afet öncesi zarar azaltma ve hazırlık çalışmalarına verilen önem

kadar, afet sonrası dönemde de önemli bir dikkate alınması gereken faktördür. Afet sırasında insanlar genellikle güvensizlik hissi yaşar. Böyle bir ortamda insanlar birbirine güvenmediği için, bencillik ve panik durumu hakim olabilir. Kriz anında zamanın ne kadar önemli olduğu ön plana çıkarken, afete maruz kalan alan ile yönetim mekanizmaları arasındaki iletişim zayıflar. Olay sonrası enerji ve iletişim hatlarındaki kesintiler, afet alanı ile karar destek mekanizmaları arasında kopukluğa yol açar ve bu da acil durum ihbarlarının yapılamaması, çaresizlik ve kaos durumuna neden olur. İletişim kanallarındaki farklılıklar, birden fazla bildirim yapılması, aşırı yüklenme nedeniyle sistemin kilitlenmesi ve aynı olayla ilgili birden fazla kurumun aksiyonlarının koordine edilememesi gibi durumlar iletişim sorunlarına yol açar (Gülnerman, Bük & Göksel, 2013).

Özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra, savaş gibi travmatik yaşantıların etkilerine daha fazla odaklanılmıştır. Sadece travmaya doğrudan maruz kalmak değil, aynı zamanda olaylara tanık olmak, olayın ayrıntılarını dinlemek ya da sadece olayı duymak bile çeşitli düzeylerde kaygıya yol açabilir. Ölüm, ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da beden bütünlüğüne yönelik bir tehdit altında; kişinin bizzat yaşadığı veya tanık olduğu olaylar topluluğuna “savaş” denir. Kitleler üzerinde en yüksek psikolojik etkiler yaratan savaş biçimi ise “terörizm” olarak adlandırılmaktadır (Özen, 2017) Bireyin, ailelerin, yakınların, yardım çalışanlarının, gönüllülerin ve medyadan izleyenlerin afet, savaş ve benzeri felaketlerden etkilenme dereceleri; felaketin genişliği, süresi, türü, kayıp miktarı, toplumun böyle bir felakete hazır olup olmaması, toplumun savaş konusundaki değer yargıları ve tutumuna, kurbanın rolüne, basa çıkma becerilerine ve destek sistemlerine göre farklılık göstermektedir.

2.1.3. Modernleşme, Kapitaliste Sistem ve Kriz

Günümüzde kriz kavramı, küreselleşme olgusunun etkisiyle hem yerel hem de global ölçekte, sosyal yaşamın yaygın ve kabul gören unsurlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda, II. Dünya Savaşı sonrasındaki dönemde kriz olgusu, uluslararası boyutuyla, uluslararası ilişkiler disiplini şekillendiren önemli bir faktör olmuştur (Mutioğlu & Özyiğit, 2013). Kapitalist sistem genel olarak kaotik bir yapıya sahiptir ve bu kaotik yapı, postmodern toplumların temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle postmodern toplumların başlıca dinamikleri belirsizlik ve risk üzerine kuruludur. Küreselleşme ve neoliberal politikaların etkisiyle toplumsal güvenlik algısı da değişime uğramış; özellikle sosyal devletin rolünün azalması bu dönüşümde etkili olmuştur (Mutioğlu & Özyiğit, 2013). Modernleşme, toplumsal yapıyı geleneksel düzeninden kopararak, tarihte eşi benzeri görülmemiş bir dönüşüm sürecine sokmuştur. Bu dönüşüm, hem kapsam hem de yaygınlık açısından oldukça derindir. Modernleşmenin etkisiyle giderek daha fazla insan, ihtiyaçlarını karşılamak için birbirine bağımlı hale gelmiştir. Modernleşme sürecinde kapalı, küçük ve sıkı dayanışma içinde olan toplulukların yerini, daha ayrılmış ve dayanışmanın zayıfladığı toplumsal iletişim ağları almıştır. Modern toplumda bireylerin yer aldığı iletişim ağları karmaşık ve çeşitlidir. Her birey, çevresiyle olan ilişkilerini aynı ölçüde ve aynı biçimde kurmamaktadır. Bu durum, kişilerarası iletişimde mesafeli ve seçici bir dinamiğin varlığını ortaya koymaktadır (Solmaz, 2011).

2.1.4. Siyasal, Diplomatik Kriz

Yüzyıllar öncesinde şekillenmeye başlamış olan siyasetin günümüzde en önemli aktörleri birer organizasyon olarak siyasi partilerdir. Sürekli bir çatışma kültürü içerisinde hayatını sürdüren siyasi partiler de tıpkı diğer organizasyonlar gibi kriz dönemleri ile baş başa kalmakta ve çözüm için kaçınılmaz olarak iletişime başvurmaktadırlar. Türkiye’de çok partili hayata geçilen

1950'lerden bu yana birçok siyasal kriz ve askeri müdahaleler yaşanmıştır. Samuel Huntington, Ordu-siyaset ilişkilerini toplumsal gelişmişlik düzeyi ile ilişkilendirirken, "toplumsal gelişmişlik düzeyi düşük olan ülkelerde, siyasi kurumların güçsüzlüğü nedeniyle karşılaşılan krizlerin demokratik yollarla çözülmesinin zayıf kaldığını" belirtmektedir. Bu tür krizler, farklı toplumsal sınıflar, etnik veya komünal gruplar arasında çıkan çatışmalar ve bu gruplar arasında anayasal bir uzlaşmanın sağlanamaması durumunda sıkça ordu müdahalelerini gerektirebilmektedir. Bu gibi durumlar, olağanüstü hal, sıkıyönetim, seferberlik ve savaş hali gibi kriz durumlarını ortaya çıkarabilir (Akyazı & ark., 2014; Göksu, 2011).

Politik krizler, insan hayatı için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Özellikle son yıllarda, yaşanan politik krizler, silahlı çatışmalar, terörist saldırılar ve savaşlar gibi olaylarla küresel düzeyde yayılmakta ve derin etkiler yaratmaktadır. Bu tür krizlerin sebepleri ne olursa olsun, en fazla etkilenenler genellikle ülke vatandaşları olmaktadır. Bu krizler, birçok kişinin ülkesini terk etmesine, ailelerinden ve doğup büyüdükları yerlerden ayrılmasına, göç etmesine ve ciddi şekilde işsizlik ve yoksullukla karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır. Bu süreçte pek çok insan hastalanmakta, yaralanmakta ve bir kısmı maalesef hayatını kaybetmektedir. Kriz ortamlarında, insan hayatı her şeyden önce gelmektedir (Çiftçi, Çakır & Çakır, 2016).

2.1.5. Göç, Kültürel Kriz

Küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı etkileri, bölgesel çatışmalar, yoksulluk ve teknolojik gelişmelerle birlikte ulaşım ve iletişim olanaklarının ilerlemesi nedeniyle göç eden kişilerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık %3.1'ini göçmenler oluşturmakta ve bu da ortalama her 33 kişiden birinin göçmen olduğuna işaret etmektedir (Tuzcu & Bademli, 2014).

Kültürel Kriz; bir kişinin yeni bir kültüre uyum sağlama sürecinde kültür şoku deneyimlemesi ya da diğer kültürde asimile olduktan sonra kişinin tekrar kendi kültürüne dönmesi durumunda yaşadığı kriz olarak tanımlanabilir. Göçmenlerin yaşadıkları zorlu yaşam deneyimleri ve çözölememiş çatışmalar, ruhsal ve sosyal boyutta çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Göç sürecinde yeni bir kültüre uyum sağlama sırasında yaşanan stres, bireylerde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Göç beraberinde iş kayıpları, ayrılık, göç edilen ülkede ayrımcılık gibi durumsal krize yola açan sorun alanlarını da beraberinde getiriyorsa kadınların yeni bireysel ve toplumsal kimliğe uyumları gecikebilmektedir. Yaşanılan stresin nedeni olarak yeni kültüre uyum sağlama sürecinde karşılaşılan ekonomik zorlanmalar, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, dil engelleri ve eğitim engelleri gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Tuzcu & Bademli, 2014; Yıldırım, 2014; Akdeniz & Öz, 2009).

2.1.6. Ekonomik Kriz

Kriz kavramı genellikle ekonomik ve finansal kaynaklı sorunlarla özdeşleştirilmektedir. Ancak kriz durumu, pek çok farklı faktörden kaynaklanabilir. Teknolojik yenilikler, hukuk ve politika alanındaki yeni düzenlemeler, sosyo-kültürel yapıdaki değişimler, uluslararası çevre şartlarındaki gelişmeler, yönetsel aksaklıklar ve yolsuzluklar zamanında önlenmediği takdirde kriz durumuna dönüşebilmektedir (Akyazı & ark., 2014). Ekonomik krizler, kriz sürecinde ve sonrasında özellikle sosyoekonomik boyutta geniş kapsamda etkiler oluşturmaktadır. Bu etkiler, başta sağlık ve eğitim alanları olmak üzere toplumsal yaşamın çeşitli yönlerinde psikolojik ve sosyolojik sıkıntılara neden olmaktadır. Ekonomik krizlerin şiddetine bağlı olarak, krizden etkilenen ülkelerde suç oranlarında artış, aile içi şiddet ve huzursuzluk, yolsuzluk, boşanma, evlilik oranlarındaki değişimler ve intihar

vakaları gibi sosyal yapıda çoğu zaman nicel olarak ölçülemeyen bozulmalar yaşanmaktadır (Kanberoğlu & Kara, 2013).

2.1.7. Ekolojik Kriz

Günümüzde çevre sorunlarının kaynağı genellikle kapitalizmle ilişkilendirilmektedir. Kamusal müdahaleler ve farklı düzenleme mekanizmalarıyla çözülmeye çalışılan ekolojik krizi anlamak, kapitalist sistemin tahlili yapılmadan oldukça zordur. Ancak çevresel sorunların tarihçesi, 18. ve 19. yüzyıllarda ortaya çıkan kapitalist sistem kadar eskiye dayanmaktadır. Günümüzde ekolojik kriz, en çok tartışılan sorunlardan biri olarak hem doğa bilimlerinin hem de sosyal bilimlerin temel gündemlerinden biri haline gelmiştir. Doğanın artan yıkımı, yalnızca insan yaşamını değil, diğer canlı türlerinin hayatını da tehdit etmekte ve geri dönüşü olmayan bir noktaya gelmesi nedeniyle ekolojinin önemi her geçen gün artmaktadır (Çelik & ark., 2017). Ekolojik krizin ortaya çıkmasında etkili olan faktörler arasında kapitalizm önemli bir yer tutarken, bununla birlikte küresel ısınma, hayvan ve bitki türlerinin yok oluşu, aşırı avlanma ve iklim değişikliği gibi sorunlar da dikkat çekmektedir. Ozon tabakasının incilmesi, sulak alanların tahribatı (baraj yapımları gibi), deniz kirliliği, nükleer atıklar ve zehirli kimyasallar ekolojik krizin daha da derinleşmesine yol açmaktadır. Tarımda yaygın olarak kullanılan böcek ilaçları, kentlerin hızlı bir şekilde kalabalıklaşması, yenilenemez enerji kaynaklarının tükenmeye başlaması ve dünya nüfusunun hızlı artışıyla birlikte daha fazla üretim için daha çok enerji ihtiyacının doğması bu sorunların önemli sebepleri arasında yer almaktadır (Kılavuz, 2015).

2.2.Krizin Olumlu/Olumsuz Etkileri

Kriz insanların bulunduğu her yerdedir ve kişiye hem kendini geliştirebilme şansını verir, hem de ruh sağlığını etkileyebilir. Eğer kriz durumu olumlu sonuçlanırsa, kişi daha güçlenmiş ve yeni başa çıkma becerileri öğrenmiş olarak çıkar ve gelecekteki krizlerde bunları kullanabilir. Eğer olumsuz sonuçlanırsa, daha kötü bir uyuma, olası ruhsal bozukluğa ve intihara götürebilir. Sonucun ne yönce olacağı, bireyi baş etme becerilerine, destek sistemlerinin varlığına ve niteliğine ve bu dönemde aldığı profesyonel yardıma bağlıdır (Yıldırım, 2014; Aydoğdu & ark., 2012).

Kriz durumundaki birey, maruz kaldığı “altüst olma” hissi nedeniyle hızlı ve yaratıcı düşünme yetisini büyük ölçüde kaybeder. Kendini adeta karanlık bir tünelin içinde hisseder; bu nedenle alternatif çözümleri ve olasılıkları algılama ve düşünme kapasitesi kısıtlanır. Karşılaştığı sorunun üstesinden alışlagelmiş başa çıkma yöntemleriyle gelememekte, içsel ve dışsal kaynaklarını harekete geçirmekte zorlanmaktadır. Bu durum bireyin yaşamsal dengesini bozar ve bir dezorganizasyon hali oluşturur. Yaşanan kriz, bireyin korkularını ve gerginliğini artırmakta, hatta bazen zihinsel bir bulanıklık yaşamasına neden olmaktadır. Günlük yaşam rutini ve mevcut dengesi tamamen bozulmuştur. Krizdeki bireyin duygu durumu yoğun bir çaresizlik, kaygı, korku, öfke, utanç duyguları, panik hali, umutsuzluk ve kötümserlik ile karakterizedir. Aynı zamanda birey, yaşanan belirsizlikten dolayı duygusal olarak çatışmalı bir ruh hali içindedir. Bu durum, bireyin kolay incinebilir hale gelmesine ve psikiyatrik sorunlara daha yatkın olmasına zemin hazırlar. Ayrıca, bireyin bireysel savunma mekanizmalarında da çöküş gözlemlenir. Kriz durumunun temelinde yatan yaşam olayı, bireyin kişisel bütünlüğüne yönelik bir tehdit olarak algılanır. Bu tehdit algısı, krizin bireysel düzlemde çözülememesine ve sorunun derinleşmesine uygun bir zemin oluşturur (Güney, 2012).

Krize yol açan olayların çeşitliliği arttıkça, daha yıkıcı ve geniş kitleleri etkileyen küresel çapta krizler ortaya çıkmaktadır. Krizin birey üzerindeki etkisi, olayın kişisel anlamına bağlı olarak gerginlik, anksiyete veya depresyon şeklinde kendini gösterebilir. Bu duygular aynı zamanda bedensel belirtilerle de ifade edilebilir. Kriz anında yoğun bir çaresizlik ve gerginlik hissi yaşanırken, kaygıya bağlı olarak bedensel semptomlar ortaya çıkabilir. Bunlar arasında çarpıntı, nefes darlığı, boğulma hissi, terleme ve motor huzursuzluk yer alır. Depresyon kaynaklı bedensel belirtiler ise iştah kaybı, kilo azalması, uyku problemleri, motor yavaşlama ve bitkinlik olarak görülür. Gerginliğe bağlı bedensel belirtiler arasında ise uyku düzensizlikleri, baş ağrısı, dolaşım ve sindirim sistemi bozuklukları ile titreme sayılabilir (Sözer, 1992).

2.3.Kriz Reaksiyonu

Lindemann'ın çalışmaları üzerinde harekete geçen Caplan (1961) kriz reaksiyonunu dört aşama olarak ele almıştır (Sayıl, 1992; Özden, 1993):

- a) ***Bir olaya tepki olarak gerginlik ortaya çıkar:*** Krizin bu ilk evresi, kişinin kaçamadığı ve başa çıkamadığı bir sorunla karşılaştığı anda ortaya çıkar. Kişinin her zaman kullandığı baş etme stratejilerini kullanılır ancak bu sorunu çözmekte yetersiz kalır. Bu evrede kişi şiddetli bir çaresizlik duygusu hisseder. Bu duyguyu sıklıkla anksiyete, engellenmişlik duygusu ve öfke eşlik eder.
- b) ***Artan gerginlik günlük yaşamı bozar:*** Kişinin alışlagelen baş etme yöntemlerinin başarısız olduğu, tehditin devam ettiği, anksiyetenin giderek arttığı ve yetersizlik duygularının yaşandığı evre krizin ikinci evresidir. Bu dönemde kişi dezorganizedir. Ancak sorunu çözmek için kişi çaba gösterir ve yeni denemeler yapar. Bu denemeler sonucunda kişi sorunun üstesinden gelmeyi başarabilir. Caplan, krizlerin çoğunun bu aşamada çözümlendiğini bildirmektedir. Şayet

sorun çözülmez ve anksiyete devam ederse, kişi üçüncü evreye girer.

- c) ***Çözülemeyen gerginlik depresyon ile sonuçlanır:*** Karşı karşıya olduğu baskının üstesinden gelemeyen kişi, ya onunla baş etmeye çalışmaktan vazgeçer, sorunu çözme denemelerini durdurur ya da bütün iç ve dış kaynaklarını seferber ederek sorunu çözmeye çalışır. Eğer kişi vazgeçmiş ise geri çekilir ve kişide ağır psikiyatrik tablolar görülebilir. Kişi sorunu çözmeye çalışıyor ise bunun sonucunda kişi bazen problemi çözer, kişi problemi yeniden tanımlar, kişi ulaşılmaz görünen amaçların bir kısmından vazgeçer ve kendini probleme göre yeniden ayarlar, kişi akut depresyon yaşayabilir ve intihar girişiminde bulunabilir.
- d) ***Krizi çözmedeki başarısızlık bir psikolojik çöküntüye yol açabilir:*** Kişi problemi çözmüş ise kendi gücünü far eder ve daha güçlü hale gelir. Baş etme ile ilgili yeni yeteneklerini keşfetmiştir. Bu ilerdeki yeni kriz durumları için yarar sağlar ve onu yeni durumlara hazırlar. Kişi problemi çözmemiş ise; anksiyete giderek artmış ve kişilik dezorganizasyonu yaşıyordur. Bu dönemde kişi ya büyük bir duygusal yıkıma uğrayabilir ve ruhsal bir hastalık ortaya çıkabilir ya da kişi krizi uyumsuz davranış formlarıyla çözümleyerek gerilimi azaltırken gelecekteki sosyal işlevselliğini de zedeleyebilir (Yıldırım, 2014; Dass-Brailsford, 2007)

3. KRİZE MÜDAHALEDE YAKLAŞIM

Kriz müdahalenin en önemli ilkesi acil müdahaledir. Bir an evvel duruma müdahale edilmeli ve en kısa sürede çözüme ulaşma odaklı olmalıdır. Aynı zamanda terapist süreçte aktif ve yönlendirici olmalı, bireyi krizin sebepleri ve olası sonuçları ile yüzleştirmesi gerekmektedir. Müdahale sırasında bireyin desteklenmesi, sorunlarıyla yüzleştirilmesi konusunda ortaya

çıkan gerginlik durumuna bireyin dayanabilme gücünü artırır ve bu da kişi ile terapistin arasında olumlu bir ilişki kurulmasını sağlar. Müdahalenin odak noktasını güncel sorunlar oluşturur. Krize müdahalede sorunla doğrudan ilgili olmayan konular üzerinde durulmaz. Temel amaç, bireyi kriz öncesi işlevsellik sürecine geri döndürmektir. Terapist bireyin güncel duruma ya da olaya odaklanmasını, kişinin “şimdi ve burada” olmasını sağlar. (Sayıl, 1992).

Başarılı bir krize müdahale yalnızca mevcut krizi çözmez, bireyin ya da ailenin gelecekte karşılaşabilecekleri krizlerle de baş etmelerini sağlayacak yöntemleri kazanmalarına da yardımcı olur. Ayrıca pek çok ruhsal hastalığın gelişmesinin önlenmesinde de önemli bir yere sahiptir. Krize müdahalenin amacı kişinin gerginliğini azaltmak, kriz öncesi işlevsellik düzeyine geri dönebilecek gücü kazanmasına ve şimdiki durum ile baş edebilmesi için daha etkin mekanizmalar geliştirmesine yardımcı olacak girişimleri amaçlamaktır. Krize müdahale, acil problem çözmeye ve pozitif, adaptif çözümü kolaylaştırmak için duygusal dengeyi tekrar kurmaya odaklanan, kısa süreli aktif destek olarak tanımlanmaktadır. İyi uygulanan krize müdahale teknikleri bireyi en azından kriz öncesi işlevsellik düzeyine kavuşturmayı hatta daha iyiye götürmeyi hedefler (Yıldırım 2014; Aydoğdu ve ark. 2012; Sayıl 1992). Krize müdahale stratejileri aşamalar dizisi olarak düşünülebilir (Myer Rick & Alkan, 2012). Bu aşamalar;

a) *Ön değerlendirme ve krizdeki kişiyle bağlantı aşaması:*

Ön değerlendirmede ilk yapılacak şey, kişinin adı, yaşı, adresi gibi temel verileri alındıktan sonra, kişinin gerçekten krizde olup olmadığının saptanmasıdır. Daha sonra kişi şayet krizdeyse, krizi tetikleyen olay ne zaman başladığı, kişinin soruna verdiği anlam ve olaya bakış açısı, akrabalar, arkadaşlar, komşular gibi destek kaynakları belirlenmeye çalışılır. Burada kişinin baş etme mekanizmaları konusunda da bilgi edinmek oldukça

önemlidir. Kişinin daha önce bu gibi durumlar karşısında göstermiş olduğu baş etme mekanizmaları neler, mevcut kriz durumunda, bu yöntemlerden birini kullanarak kullanmadığı belirlenir. Şimdi ve burada ilkesi çerçevesinde krize neden olan olayın detaylı anlatılması sağlanır. Bireyin olayı nasıl algıladığı, onun için anlamı değerlendirilmelidir. Krizin türü nedir? En önemli sorun nedir? Nereden başlamalıdır? Daha önce benzer bir problem yaşamış mı? Başa çıkma mekanizmaları nelerdir? Geçmişteki başa çıkma mekanizmaları ne kadar işe yaramış, etkileri nasıl? Kişinin güçlü ve zayıf yönleri nelerdir? gibi sorulara yanıt aranır.

Tetikleyici olayları tanımlarken şu sorular sorulabilir:

- Geçmiş birkaç gün veya saatte neler olmuştur?
- Kişi devam eden bir sorunu tanımlıyorsa, sorun ile ilgili olarak bugün dünden farklı olan ne var? Belirleyici olun.
- Sorunun kişi için anlamı nedir?
- Olay ile ilgili olarak kişiyi en çok rahatsız eden nedir?
- Olayın bazı sonuçları nelerdir?
- Kişi bu olayı onun geleceğini etkileyen bir durum olarak düşünüyor mu?

Daha önce kullanılmış etkili baş etme mekanizmalarını değerlendirmek için de şu sorulara cevap aranır:

- Kişi genelde stresle baş etmek için ne yapıyor?
- Şu anda durum ile baş etmek için ne yapıyor?
- Bu yardımcı olmamışsa, kişinin bunun nedenleriyle ilgili herhangi bir düşüncesi var mıdır?

Psikiyatri Hemşireliğinde İleri Araştırmalar

- Geçmişte benzer durumlarda neler yardımcı olmuştur?

Ön değerlendirme aşaması mümkün olduğu kadar kısa tutulmalı, gereksiz ayrıntılı bilgi almaktan kaçınılmalıdır. Çünkü önemli olan mevcut problem ve problemin çözümüdür (Gorman & Sultan, 2014).

b) *Planlama aşaması:* Bu aşama önceden alınan verilere dayanır ve veriler plan için rehber olarak kullanılır. Planlama aşamasına mümkünse krizdeki kişi ve destek sistemleri de dahil edilir. Öncelikli olarak yaşanan durumun karışıklık derecesi ve yaşanan bu karışıklığın kişinin çevresindekileri etkileyip etkilemediği belirlenir. Karmaşıklığın derecesi ve etkileri belirlendikten sonra krizdeki kişiyle çalışan profesyonel, dengeyi yeniden sağlayabilmek için, ne gibi yöntemleri uygulayabileceğini gözden geçirir. Kişi ile beraber çözüm yolları aranır. Sosyal destek sistemi nasıl? Yeterli mi? Kişi çevresinden nasıl bir destek alabilir? Sorunlarla başa çıkmak için uygun başa çıkma mekanizması geliştirmesine yardım etme Bu durumun üstesinden gelmek için sana neler yardım etti ya da edebilir? Geçmişte sıkıntılarınla, olağan dışı olaylarla nasıl baş ettin? gibi soruların yanıtları aranır.

Destek kaynaklarını belirlemede yol gösterecek sorular şunlardır:

- Kişinin kiminle yakın ilişkileri vardır?
- Kişi sorunu olduğu zaman kiminle konuşuyor?
- Şu anda bu insanlar ulaşılabilir mi?
- Bu kaynaklar geçmişte de yardımcı olmuş mudur?
- Kişi kime güveniyor?

- Din görevlisi veya danışman gibi kişinin hayatında olan insanlardan herhangi birisine ulaşmak mümkün müdür? (Gorman & Sultan, 2014)
- c) **Müdahale aşaması:** Krizdeki kişi için uygun olabilecek çeşitli yöntemler araştırıldıktan sonra müdahale aşamasına geçilir. Müdahale yöntemleri çok değişken olup burada uygulayan profesyonelin donanımı ve becerisi de önemlidir. Bu süreçte 4 önemli amaç vardır. Bunlar:
- **Kişinin içinde bulunduğu kriz durumunu anlaması, krize yol açan durumla mevcut krizin bağlantısının kurulmasında kişiye yardımcı olmak.** Bazen kişi krizi ortaya çıkaran olayın farkında olmayabilir. Burada profesyonel mevcut duruma odaklanmasını sağlayarak, kişinin durumla ilgili farkındalığını artırmalıdır. Olayın etkileri yeniden konuşulur. Bu aşamada krizdeki bireyin benlik saygısı, kayıpları, üzerinde durulur. Davranışlarındaki değişim gözden geçirilir.
 - **Stresli durumlar kişide olumsuz pek çok duyguya yol açar.** Kişi bu olumsuz duygularını bastırabilir. Ancak krizin çözümlenmesinde ilerleyebilmek için profesyonel, krizdeki kişinin içinde bulunduğu durumla ilgili duygularını keşfetmesine ve ifade etmesine yardım etmelidir.
 - **Daha önce belirlenen baş etme yöntemlerinin tekrar sınanması, işe yarayıp yaramadığının değerlendirilmesi ve krizdeki kişinin yeni baş etme yöntemlerini öğrenip öğrenmeyeceği de bu aşamanın en önemli amaçlarındandır.** Geçmişteki sorunları ve işe yaramayan başa çıkma stratejileri

konusulur. Etkili yönleri, potansiyelleri, güçlü yanları vurgulanır.

- **Kişi çözümler için cesaretlendirilir.** Çözüm için yeterli olduğuna ilişkin inancının gelişmesi için çalışılır.

Bu aşamanın son basamağı krizdeki kişinin sosyal destek sistemini yeniden oluşturması ve kişinin sosyal dünyaya yeniden açılmasıdır (Gülnerman, Bük ve Göksel 2013; Aydoğdu ve ark. 2012).

- d) *Değerlendirme ve geleceğe yönelik plan oluşturma aşaması:*** Başarılı bir krize müdahale sonrasında kişi artık gelecekteki olası benzer kriz durumlarıyla karşılaştığında daha hazırlıklı olacak ve daha güçlü baş etmelere sahip olacaktır. Şayet bu dönemde amaçlara ulaşılmamış ya da kişide yeni sorun alanları saptanmışsa krize müdahale stratejileri ile ilgili aşamalar yeniden gözden geçirilmeli, planlanmalı ve yeni müdahale araçları belirlenmelidir. Burada unutulmaması gereken krize yol açan olayı takip eden ilk 4-6 hafta içinde krizin çözümlenmesi gerektirir. Ne kadar yol kat edildi? Bireysel fonksiyonlar, kriz öncesine dönmüş mü? Gelecekte yapılabilecekler neler? Süreçte neler öğrendi? En çok hangi strateji işe yaradı? gibi sorulara yanıt aranır.

Tüm bu aşamalar karar destek mekanizmalarının etkinlik, sorun çözebilme kabiliyetlerinin sınındığı, baş etme mekanizmalarının kullanılmasında zorlanıldığı ve varoluşların sorgulandığı zamanlardır (Gülnerman, Bük & Göksel, 2013; Aydoğdu ve ark. 2012).

4. SONUÇ

Kriz ve yönetimi, günümüzde hem bireyler hem de toplumlar için önemli bir odak noktası haline gelmiştir. Krizler, beklenmedik ve çoğu zaman yıkıcı olaylar olarak, fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan ciddi etkiler yaratabilir. Bu tür olaylar, yalnızca bireysel düzeyde değil, toplumsal yapıyı da sarsabilir ve geniş çaplı kayıplara yol açabilir. Krizlerin nedenleri, gelişimsel ve durumsal faktörlerin yanı sıra, toplumsal ve kültürel dinamiklere bağlı olarak çeşitlenebilir. Bu nedenle kriz yönetimi, olayların öncesinde, sırasında ve sonrasında etkili bir şekilde müdahale edilmesini gerektiren karmaşık bir süreçtir. Kriz yönetiminin başarılı olabilmesi için öncelikle iyi bir hazırlık ve zarar azaltma stratejisi geliştirilmelidir. Afet öncesi alınacak önlemler, kriz anındaki müdahale sürecini büyük ölçüde etkiler. Ancak, afet sonrası dönemde de etkili bir yönetim büyük önem taşır. Kriz anında yaşanan panik ve güvensizlik ortamı, yönetim mekanizmaları arasında iletişimsizlik ve koordinasyon eksikliklerine yol açabilir. Bu durum, acil müdahale süreçlerini geciktirir ve toplumsal huzursuzluğu artırabilir. Kriz yönetiminde iletişimin doğru ve hızlı bir şekilde sağlanması, karar alıcıların etkili ve zamanında müdahaleler yapabilmesi için kritik bir faktördür. Sonuç olarak, krizlerin etkili bir şekilde yönetilmesi, sadece mevcut durumun çözüme kavuşturulması ile sınırlı kalmaz; aynı zamanda toplumsal dayanıklılığın artırılmasına, bireylerin psikolojik olarak iyileşmelerine ve gelecekteki krizlere karşı daha dirençli hale gelmelerine de katkı sağlar. Kriz yönetimi sürecinde eğitim, hazırlık ve işbirliği, her türlü krizin etkilerini azaltmak ve toparlanmayı hızlandırmak için vazgeçilmez unsurlardır.

KAYNAKÇA

Akdeniz, E. B., & Öz, F. (2009). Koruyucu ruh sağlığı açısından göç ve kadın. *Kriz Dergisi*, 17(1), 27-36.

Akyazı, E., Aslan, A., Gülen, H., & Orak, M. M. (2014). Kriz iletişiminde sosyal medya: 17 Aralık süreci üzerine bir değerlendirme. *I. Uluslararası İletişim Bilimi ve Medya Araştırmaları Kongresi*, Kocaeli Üniversitesi / İzmit.

Aydın, O., Deveci, A., & Esen Danacı, A. (2012). Kanseri tanısı intihara yol açar mı? Risk algılama ve azaltımı nasıl yapılabilir? *Psikoonkoloji*, 11(4), 311-315.

Aydoğdu, A., Kocaman Yıldırım, N., Özkan, M., & Özkan, S. (2012). Gelişimsel ve durumsal krize müdahale: Olgu sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi-Journal of Psychiatric Nursing*, 3(2), 92-97.

Çelik, M. A., Gülersoy, A. E., İdem, Ş., & Dedeoğlu, Ç. (2017). Yerelden küresele evrilen ekolojik krizin psiko-sosyal ve politik ekolojik açılardan irdelenmesi. *FLSF Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 23, 105-121.

Çiftçi, G., Çakır, G., & Çakır, A. (2016). Politik krizlerin kültürel miras üzerindeki etkileri: Türkiye örneği. *Journal of Tourism Theory and Research*, 2(2), 126-138.

Dass-Brailsford, P. (2007). Crisis interventions. In *A practical approach to trauma* (pp. 93-114). SAGE Publications, Inc.

Gorman, L. M., & Sultan, D. F. (2014). Krize müdahale. In E. Engin (Çev.), *Psikososyal hemşirelik, genel hasta bakımı için* (3. Baskı, pp. 43-47). Akademisyen Tıp Kitapevi.

Göksu, T. (2011). Kriz yönetimi.

Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 343-367.

Gülnerman, A. G., Bük, O., & Göksel, Ç. (2013). Afet sonrası kriz yönetiminde hayat kurtaran büfe önerisi. *TMMOB Coğrafi Bilgi Sistemleri Kongresi*, 11-13 Kasım, Ankara.

Güney, S. (2012). Travma ve krize ilişkin bir gözden geçirme: Yöntemler ve farklılıklar. *Therapia Dergisi*, 3, 4-17.

Kanberoğlu, Z., & Kara, O. (2013). Küresel krizlerin sosyal yaşam üzerindeki etkisi: Van ili örneği. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 31, 35-48.

Kılavuz, H. (2015). Çevre krizinin nedenleri ve çözüm arayışları. *Mülkiye Dergisi*, 39(1), 277-296.

Mutioğlu, H., & Özyiğit, M. (2013). Küreselleşme sürecinde devletin değişen güvenlik algısı. 3. *Ulusal Özel Güvenlik Sempozyumu*, Gaziantep, 1-2 Mart.

Myer Rick, A., & Alkan, N. (2012). Krize müdahale triyaj değerlendirme sistemi: Triage Assessment System Crisis Intervention. *Kriz Dergisi*, 20(1), 43-54.

Özden, A. (1993). Krize müdahalenin psikiyatrideki yeri. *Kriz Dergisi*, 1(3).

Özen, Y. (2019). Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*, 3(5), 362-375.

Özkan, P. Y., & Kılıç, E. (2013). Ailenin psiko-sosyal destek ihtiyacını karşılamada yeni bir model önerisi: Aile sağlık

merkezlerinde aile psiko-sosyal destek birimi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 7(30), 25-44.

Paracıkoğlu, V., Sayıl, I., & Özgüven, H. D. (2004). Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir izleme çalışması: Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa çok merkezli intihar davranışı izlem çalışması sonuçları. *Kriz Dergisi*, 12(2), 1-17.

Sayıl, I. (1992). Psikiyatride kriz kavramı ve krize müdahalenin yeri ve önemi. *Kriz Dergisi*, 1(1), 8-12.

Sayıl, I., Berksun, O. E., Palabıyıkoglu, R., Devrimci Özgüven, H., & ark. (2000). Kriz ve krize müdahale. *Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları*, 6, 199-214.

Solmaz, B. (2011). Modernlik ve modernleşme kuramlarına yöneltilen eleştiriler. *Necmettin Erbakan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 32(32), 35-58.

Sözer, Y. (1992). Psikiyatri'de kriz kavramı ve krize müdahale. *Kriz Dergisi*, 1(1), 8-12.

Tuzcu, A., & Bademli, K. (2014). Göçün psikososyal boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 56-66.

Yıldırım, S. (2014). Kriz. In O. Çam & E. Engin (Eds.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, bakım sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi.

Yılmaz, T. A. (1999). Basel Üniversitesi psikiyatrik krize müdahale servisinde tedavi gören hastaların sosyodemografik ve psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 7(1), 15-19.

JİNEKOLOJİK KANSERLERDE UYGULANAN PSİKOTERAPÖTİK MÜDAHALELER VE ÖNEMİ

Kevser PAMUK²

Aysel KARACA²

1. GİRİŞ

Jinekolojik kanserler kadınlarda üreme organlarının malign hastalığı olarak tanımlanırken yerleştiği bölgeye göre isim alır (American Cancer Society). Dünya Sağlık Örgütü verilerine

² Dr. Öğr. Üyesi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, kevser.pamuk@afsu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-6101-871X.

² Doçent, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ayselkaraca0905@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4507-0726

göre; jinekolojik kanserler hem morbidite hem de mortalite sıklığı açısından kadınlar arasında görülen ilk 10 kanser arasında yer alır (WHO, 2022). Morbidite açısından serviks, endometrium, over, vulva, vajina kanserleri olarak sıralanır. Over kanserinde sağ kalım oranının daha düşük olması nedeniyle mortalite oranlarında sıralama serviks, over, endometrium, vulva ve vajina kanserleri olarak değişmektedir (WHO, 2024). Morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması nedeniyle kadın hayatında önemli bir yeri bulunur. Hastalar hem hastalığın semptomları ile mücadele ederken bir de tedaviye bağlı ortaya çıkan semptomlarla mücadele etmek zorunda kalmaktadır (Abbott-Anderson, Young, & Eggenberger, 2020; Chow vd., 2020; Reis, Beji, & Coskun, 2010). Hastaların çeşitli psikoterapötik müdahaleler ile duygularını ifade edebilmeleri, umut düzeylerinin artırılması, anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaltılması hastalığın olumsuz etkileri ile daha iyi baş edebilmelerine, prognozlarının olumlu anlamda etkilenmesine ve yaşam kalitelerinin artmasına neden olmaktadır (Bell, McHale, Elliott, & Heaton, 2022; Lin, Ye, Chan, Zhu, & He, 2020; Wiswell vd., 2019; Yuan, Liu, Yin, Shi, & Ye, 2023). Bu noktada psikoterapötik müdahalelerin önemi ortaya çıkmaktadır.

2. JİNEKOLOJİK KANSERLERİN HASTALAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

2.1.Jinekolojik Kanserlerin Fiziksel Etkileri

Jinekolojik kanserlerde hastalığın belirtileri yanında kullanılan kemoterapi, radyoterapi gibi tedavi yöntemleri de beraberinde fiziksel semptomlara neden olmaktadır. Hastaların cilt renginde ve dokularında değişiklik, ekstremitelerde periferik uyuşukluk, kas ağrıları, işitme kayıplarının yanısıra tat duyusunda değişiklik, bulantı, kusma, iştahsızlık, bağırsak düzeninde değişiklik (ishal, kabızlık vb.) gibi gastrointestinal semptomlara

da neden olmaktadır. Sık idrara çıkma, dizüri gibi ürolojik semptomlar, uyku bozuklukları, saç dökülmesi, halsizlik, kilo kaybı, yorgunluk gibi yaşam kalitesinde bozulmalara neden olabilecek farklı semptomlarda eşlik edebilmektedir (Boa & Grénman, 2018; Gil-Ibanez vd., 2023; Grover vd., 2012; Hsu vd., 2017; Shyu, Hu, Chen, Wang, & Huang, 2019; Yeh, 2021). Uygulanan cerrahi yöntemler ve radyoterapi gibi yöntemler nedeniyle vajinal kısıalma, vajinal kuruluk, dispareni, lenf ödem, orgazm güçlüğü, klitoris nöropatisi, menopoz semptomlarının ortaya çıkması, infertilite ile bedendeki yara izleri, kilo alımı, genital organların görünümünde bozulma görülebilmektedir (Boa & Grénman, 2018; Fischer, Marguerie, & Brotto, 2019; Izycki, Woźniak, & Izycka, 2016; Membrilla-Beltran vd., 2023; Shyu vd., 2019).

2.2.Jinekolojik Kanserlerin Psikososyal Etkileri

Kansere karşı ortaya koyulan tepkiler kanserin türü, tanı koyulma evresi, hastalığın kişinin yaşamını etkileme biçimi, kişilik özellikleri gibi farklı değişkenlere göre kişiden kişiye farklı olabilir. Tanı aşamasında dahi hastaların yoğun duygusal tepkiler vermesine neden olabilir. Kanser tanısı ihtimali bireylerde korku, öfke, kaygı gibi yoğun duygulara neden olabilirken ölüm ya da bir başkasına bağımlı olma düşünceleri kaygı düzeyini daha da artırmaktadır. Tanı aşamasında henüz bu yoğun duygular hissedilirken tanı kesinleştiğinde ise hastalarda ilk tepki genelde şok ve inanamama olmaktadır. İlerleyen süreçte kayıplarla yüzleşen hastalarda üzüntü, umutsuzluk, çaresizlik, yalnızlık, korku, öfke duyguları artabilmektedir (Gemalmaz & Avşar, 2015; Uçar, Güney, & Bal, 2018).

Hasta tanıya bağlı ortaya çıkan yoğun duygularla baş etmeye çalışırken tedaviye bağlı ortaya çıkan bazı fiziksel semptomların beraberinde getirdiği psikolojik ve sosyal problemlerde etkisini göstermektedir. Hastalarda kişilerarası

ilişkilerde sorunlar, kaygı, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, beden imajı bozukluğu, cinsel sorunlar, yaşam kalitesinde bozulmalar, özgüven kayıpları, işlevsel olmayan düşünceler, intihar düşünceleri ortaya çıkabilmektedir (Fischer vd., 2019; Gil-Ibanez vd., 2023; La Rosa vd., 2020; Sacerdoti, Lagana', & Koopman, 2010; Shyu vd., 2019; Uçakci Asalıoğlu & Yaman Sözbir, 2022).

Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi yöntemlerle ortaya çıkan organ kayıpları hastalarda kayıp algısını tetikleyebilir. Bu kayıp algısı sadece fiziksel bir yokluk ile ilişkilendirilemez. Bu fiziksel değişiklikler ve organ kayıpları kadının beden imajına, cinsel kimliğine ve üreme yeteneğine bir tehdit olarak algılanır. Kadın, üreme yeteneğini kaybedeceği düşüncesi ile eş olma, doğurganlık, annelik rollerinde de kayıp algılar. Ortaya çıkan bu kayıp algısı kadının kendini “eksik, yetersiz” olarak tanımlamasına ve çocuk sahibi olamamayı kendi başarısızlığı olarak düşünmesine neden olabilir. Bu durum hastalarda beden algısı, benlik algısı ve cinsellik algısında olumsuzluklara neden olabilir (Balkan & Oskay, 2023; İzyci vd., 2016; Mofrad, Nasiri, Mahmoudirad, & Shandiz, 2021; Pamuk, 2024). Bedeninde meydana gelen değişikliklere bağlı olarak bedenlerinden memnun olmadıklarını, eskisi gibi kadınsı ve çekici hissetmediklerini ifade edebilirler. Bu durum artık görünüşlerine önem vermeme, hatta saç dökülmesi gibi dışarıdan görünebilir durumlar nedeniyle görünüşlerinden nefret etme, aynaya bakamama ve durumlarını gizleme gereksinimi de ortaya çıkarabilmektedir (Boding, Hutchinson, & Webb, 2022; Boding, Russell, Knoetze, Wilson, & Stafford, 2022; Hsu vd., 2017; Pamuk, 2024).

Tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan vajinal kısılma ve kuruluk, dispareni, düşük libido gibi cinsel problemler ise hastaların cinsellik algısını olumsuz olarak etkilemekte ve hastalarda cinsel isteksizlik ve orgazm problemlerini de

beraberinde getirebilmektedir. Bazen hastalar ilişki esnasında canının yanacağına ilişkin ciddi korku yaşarken isteksizliğe bağlı yoğun suçluluk duygusu ve eşi tarafından terkedilme kaygısı da yaşayabilmektedir. Hatta bazı hastalar kanserin eşlerine bulaşabileceğine dair korkular yaşadıklarını da ifade etmektedirler (Balkan & Oskay, 2023; Barlow, Hacker, Hussain, & Parmenter, 2014; Fischer vd., 2019; Izycki vd., 2016; Mofrad vd., 2021). Cinsellik ile ilgili sağlık profesyonellerine soru sormaktan çekinmeleri nedeniyle kaygıları da giderek artmaktadır (Akyüz, Güvenç, Ustünsöz, & Kaya, 2008; Boding, Hutchinson, vd., 2022).

3. JİNEKOLOJİK KANSERLERDE UYGULANAN PSİKOTERAPÖTİK MÜDAHALELER

Literatür incelendiğinde; jinekolojik kanser hastalarına hastalıklarının farklı evrelerinde farklı psikoterapötik yaklaşımlar uygulandığı görülür. Beden taraması, yönlendirilmiş imgelem, progresif gevşeme egzersizleri ve nefes teknikleri psikolojik semptomları azaltma amacıyla kullanılmaktadır (Pamuk, 2024; Petersen & Quinlivan, 2002).

3.1.Beden Taraması Uygulamaları

Beden taraması Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MBSR) Programı' nın bileşenleri arasında yer almaktadır. Beden taraması uygulamasında bireylere yönergeler verilerek önce nefeslerine odaklanmaları sonrasında farkındalık odaklarını vücutlarının farklı farklı bölgelerine yönlendirmeleri ve vücudu baştan ayağa/ayaktan başa taramaları sağlanır. Süreç boyunca bireylerin deneyimledikleri duyuları açıkça ve yargılamadan fark etmeleri ve kabul etmeleri, dikkatleri dağılırsa da dikkatlerini nazikçe vücutlarına geri çekmeleri konusunda teşvik edilirler (Kabat-Zinn, 1990).

3.2.Yönlendirilmiş İmgelem

Öykülerin de kullanıldığı zihinsel imgeler ve basit görsel benzetmelerle beden-zihin etkileşiminin kullanılmasıdır.

3.3.Progresif Gevşeme Egzersizleri

Bedendeki büyük kas gruplarının düzenli bir şekilde istemli olarak germe ve gevşetilmesiyle bedende tümüyle gevşeme sağlayan bir yöntemdir. Bu yöntem ilk olarak belirli kas gruplarının gerilmesi ve serbest bırakılması olarak uygulansada daha sonra sistematik duyarsızlaştırma ve bilişsel davranışçı tekniklerde eklenmiştir. Gerginlikteki amaç; bireyin kaslarındaki gerginlik ile gevşeme arasındaki farkı hissedebilmesini sağlayarak gerginlik anında kendi kendine gevşemeyi öğrenmesini sağlamaktır. Egzersiz esnasında ilk olarak kaslara gerilim uygulanarak kaslardaki gerilimin farkedilmesi, sonrasında nefes eşliğinde gevşeme hareketi ile gerginliğin ortadan kaldırılması sağlanır. Birey aynı zamanda derin ve doğru nefes almayı da öğrenmektedir. Çünkü kas gruplarının germe-gevşetme aşaması ile bireyin eş zamanlı olarak doğru, derin ve etkili nefes alıp-vermesi de gerekmektedir Nefes tekniklerinin uygulanmasındaki amaç bireyde hem zihinsel hem de bedensel rahatlamayı sağlayarak stresle mücadele etmektir (McCallie, Blum, & Hood, 2006).

3.4.Bilişsel Davranışçı Terapi Teknikleri

Jinekolojik kanser hastalarına uygulanan müdahaleler arasında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) teknikleri önemli bir yer tutar. Yapılan çalışmalarda BDT tekniklerinin cinsel sorunların azaltılmasında, uyku sorunlarında, yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğu, kayıplara bağlı ortaya çıkan yas durumunda ve kadınlık algılarında olumlu değişikliklere neden olduğu, hastaların depresyon düzeylerinde, duygusal iyilik hallerinde ve kansere özgü sıkıntıları üzerinde olumlu anlamda etkisi olduğu, nüks korkusunda azalmaya neden olduğu görülmektedir (Brotto vd., 2012, 2008; Maheu vd., 2023; Manne

vd., 2017; Padron vd., 2022; Pamuk, 2024). BDT' de görüşmeler haftada bir ya da iki olacak şekilde düzenlenir. Seans yapıları genellikle sırasıyla duygu durum kontrolü ve bir önceki seanstan bu yana birey için gerçekleşen önemli yaşam olaylarının konuşulması, önceki seansla ilişkinin kurulması, verilen ev ödevinin konuşulması, mevcut görüşmedeki gündemin belirlenmesi, özel BDT teknikleri ile gündem maddelerinin ele alınması, ev ödevlerinin verilmesi, görüşmenin özetlenmesi ve görüşmeye ait geri dönütlerin alınması şeklinde gerçekleşmektedir. Bilişsel davranışçı modelde bedensel duyum, düşünce, duygu ve davranışlar ile aralarındaki ilişki oldukça önemlidir. Bu nedenle seanslarda uygulanan bilişsel müdahalelerin amacı; bireyin düşünce ve inançlarında değişiklik oluşturma iken, davranışçı müdahalelerin amacı ise bireyin davranışlarında değişiklik ortaya çıkarmaktır. Kullanılan nefes/gevşeme teknikleri ile ise bedensel duyumlarda değişiklik yapma hedeflenmektedir. BDT'de bireyin ihtiyacına uygun olarak belirlenen başa çıkma yöntemleri arasında nefes egzersizleri ve gevşeme tekniklerinin yanında farkındalık teknikleri, psikoeğitim programlarının uygulanması yer alır. Olumsuz otomatik düşüncelerin belirlenmesi, hayal etmenin kullanımı, düşünce ve inançlar hakkında psikoeğitim, düşünce ile gerçekliği ayırma, en kötü durum senaryosu, günlük tutma, varsayımlar ve temel inançlarla çalışma, alternatif düşünceler oluşturma, bilişsel yeniden yapılandırma, düşünce durdurma teknikleri gibi bilişsel teknikler yer alırken davranış deneyleri ve maruz bırakma gibi davranışçı tekniklerde yer almaktadır (Türkçapar, M.H., 2019; Griffiths & Simmons, 2021). Bireylere sorunlarına yönelik günlük yaşamlarında kullanabilecekleri baş etme becerilerini nasıl geliştirerek kullanacakları öğretilir. Öğrenilen bilişsel teknikler bireylere olumsuz otomatik düşüncelerini tanımlamaya yardımcı olur. BDT uygulayıcıları bireylere işlevsiz inanç ve düşüncelerini tanımlayarak, uyumsuz algıları nasıl değiştirecekleri konusunda rehberlik ederler.

Davranışsal başa çıkma yöntemleri de bireylerin yaşamlarında hedef belirlemeyi, rahatlamayı, meditasyonu, atılganlık becerisi kazanmayı ve anlamlı iletişimi de kapsar (Boutin, 2007).

3.5. Sanat Terapi Uygulamaları

Jinekolojik kanser hastalarında sık kullanılan psikoterapötik müdahalelerden biri de sanat terapi uygulamalarıdır. Yapılan çalışmalarda sanat terapi uygulanan hastaların umut, kaygı, stres ve depresyon düzeylerinde önemli iyileşmelerin olduğu, uygulanan sanat terapi müdahalelerinin kemoterapi sürecinde meydana gelen yaşam kalitelerinde düşüşü önlemeye ya da hafifletmeye yardımcı olabileceği belirtilmiştir (Alcântara-Silva vd., 2018; Bell vd., 2022; Monti vd., 2006; Wiswell vd., 2019). Kemoterapi sürecinde uygulanan sanat terapi uygulamaları hastaların kendilerini daha güçlü, sakin, rahat ve umutlu hissetmelerine ve zihin-beden bağlantısını güçlendirerek “şimdi ve burada”yı yaşamalarına destek olur (Ginsburgs & Goodill, 2009; Rieger, Hack, Duff, Campbell-Enns, & West, 2023; Vianna vd., 2013). Uygulamalar esnasında hastalar aynı zamanda günlük yaşamlarında kullanabilecekleri stresle başa çıkma stratejileri de kazanmaktadırlar (Pamuk, 2024; la Cour, Ledderer, & Hansen, 2016).

Sanat terapi müdahaleleri bireysel ya da grup müdahalesi olarak uygulanabilmektedir. Grup çalışmalarında katılımcı sayısının 8-10 kişi olması önerilir. Uygulama öncesi uygulayıcı tarafından hastaların ortaya ürün koyma ile ilgili kaygılarının giderilmesine yönelik; amacın ortaya mükemmel bir sanat ürünü koymak olmadığı açıklanır. Uygulama esnasında herhangi bir süre sınırı verilmez ve grubun tamamı çalışmalarını bitirince paylaşım yapmaya gönüllü olan katılımcılara ürünleri ile ilgili uygulayıcı tarafından sorular sorulur ve konuşmaya teşvik edilirler. Grup müdahale süresi katılımcı sayısına ve paylaşımlara göre değişmekle birlikte ortalama 1,5-3 saat sürer (Halmatov,

2021). Sanat terapisi müdahaleleri arasında en sık kullanılan teknik çizimdir. Kurşun kalemler, tebeşir, boya kalemleri, keçeli kalemler, pastel boyalar ile çizim için kâğıt ve kumaşlar kullanılır. Resim tekniğinde ise mürekkepler, akrilikler, sulu boya, yağlı boyalar, parmak boyaları ve fırça/kalem/el gibi araçlar gereklidir. Özellikle düşünmeyi ve dokunsal duyuların kullanımını teşvik etmesi nedeniyle kil kullanımı da sık kullanılan teknikler arasındadır. Oyun hamuru ve toprak gibi malzemeleri içerir. Bir diğer teknik kolaj tekniğidir. Kolaj tekniğinde dergi resimleri ve fotoğraflar, kağıtlar, ahşap artıkları, doğal malzemeler, iplik, kumaş, elyaf ve el işi ürünleri gibi düz bir yüzeye (karton, kâğıt, tuval gibi) yapıştırılabilecek her türlü malzemeyi içerir. Mandala tekniği de kişiyi sakinleştirmesi ve dışavurumu kolaylaştırması nedeniyle kullanılan dışavurumcu psikoterapötik tekniklerdendir (Malchiodi, 2003, 2012; Gönüllü & Güleç Keskin, 2023).

4. JİNEKOLOJİK KANSERLERDE UYGULANAN PSİKOTERAPÖTİK MÜDAHALELERİN ÖNEMİ

Jinekolojik kanser hastalarına uygulanan psikoterapötik müdahaleler bireylere kanserin yaşamlarına getirdikleri zorluklarla mücadele etmede olumlu katkı sunmaktadır. Hastaların geçirmiş oldukları kanser hastalığının kendileri üzerindeki biyopsikososyal etkilerin farkına varmaları, özellikle hastaların duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişkiyi kavrayabilmeleri ile kanserin kendilerinde oluşturduğu psikolojik etkilerin bedenlerinde oluşturdukları yansımaları farketmelerini sağlamaktadır. Uygulanan tekniklerle hastalar, işlevsiz düşüncelerinin yerine alternatif düşünceler geliştirebilmekte ve günlük yaşamlarında ortaya çıkan problemlerinde kullanabilecekleri başa çıkma yöntemlerini öğrenerek stresi yönetme becerisi kazanmaktadır. Özellikle sanat terapi teknikleri ile kızgınlık ve öfke gibi engellenmiş duyguları ile bedensel

ihtiyaçlarının ve karşılanmamış ihtiyaçlarının farkına varırken yaşadıkları kayıplarla (saç, rahim, over gibi organlar...) ilgili zorlayıcı duyguların farkına varabilmektedirler. Onları zorlayan duygularla baş etme becerisini farklı yollarla (öz şefkat geliştirme gibi...) kazanabilmektedirler. Psikiyatri hemşireleri, onkoloji alanında uyguladıkları psikoterapötik müdahaleler sayesinde hastalarda kayıplara bağlı ortaya çıkabilecek biyopsikososyal sorunların erken dönemde belirlenmesine ve bu sayede olası ruhsal sorunların önlenmesine katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

Abbott-Anderson, K., Young, P. K., & Eggenberger, S. K. (2020). Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships. *Journal of Women & Aging*, 32(3), 329-348. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1591888>

Akyüz, A., Güvenç, G., Ustünsöz, A., & Kaya, T. (2008). Living with gynecologic cancer: Experience of women and their partners. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 40(3), 241-247. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00232.x>

Alcântara-Silva, T. R., de Freitas-Junior, R., Freitas, N. M. A., de Paula Junior, W., da Silva, D. J., Machado, G. D. P., ... Soares, L. R. (2018). Music Therapy Reduces Radiotherapy-Induced Fatigue in Patients With Breast or Gynecological Cancer: A Randomized Trial. *Integrative Cancer Therapies*, 17(3), 628-635. <https://doi.org/10.1177/1534735418757349>

Balkan, E., & Oskay, Ü. (2023). Jinekolojik Kanser Hastası ve Ailesinin Psiko-Sosyal Bakımında Sağlık Profesyonelinin Rolü. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve*

Araştırmaları Dergisi, 5(1), 74-83.
<https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1111161>

Barlow, E. L., Hacker, N. F., Hussain, R., & Parmenter, G. (2014). Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1856-1866. <https://doi.org/10.1111/jan.12346>

Bell, J. G., McHale, J., Elliott, J. O., & Heaton, W. (2022). The impact of art therapy on anxiety and hope in patients with gynecologic cancer undergoing chemotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 80, 101947. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101947>

Boa, R., & Grénman, S. (2018). Psychosexual health in gynecologic cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(S2), 147-152. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12623>

Boding, S.-A., Hutchinson, A., & Webb, S. N. (2022). Factors that Influence Self-Identity in Women Who Have Undergone Gynecological Cancer Treatment. *Women's Reproductive Health*, 0(0), 1-18. <https://doi.org/10.1080/23293691.2022.2124139>

Boding, S.-A., Russell, H., Knoetze, R., Wilson, V., & Stafford, L. (2022). 'Sometimes I can't look in the mirror': Recognising the importance of the sociocultural context in patient experiences of sexuality, relationships and body image after ovarian cancer. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), e13645. <https://doi.org/10.1111/ecc.13645>

Boutin, D. L. (2007). Effectiveness of Cognitive Behavioral and Supportive-Expressive Group Therapy for Women Diagnosed with Breast Cancer: A Review of the Literature. *The Journal for Specialists in Group Work*, 32(3), 267-284. <https://doi.org/10.1080/01933920701431594>

Brotto, L. A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., ... Miller, D. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125(2), 320-325. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.01.035>

Brotto, L. A., Heiman, J. R., Goff, B., Greer, B., Lentz, G. M., Swisher, E., ... Van Blaricom, A. (2008). A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 317-329. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9196-x>

American Cancer Society. Cancer Facts for Women | Most Common Cancers in Women. Erişim tarihi: 10 Ekim 2024, Erişim Adresi: <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/understanding-cancer-risk/cancer-facts/cancer-facts-for-women.html>

WHO. Cancer today. Erişim tarihi 10 Ekim 2024, Erişim Adresi: <http://gco.iarc.fr/today/home>

Chow, K. M., Chan, C. W. H., Choi, K. C., Siu, K. Y., Fung, H. K. S., & Sum, W. M. (2020). A theory-driven psycho-educational intervention programme for gynaecological cancer patients during treatment trajectory: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29(2), 437-443. <https://doi.org/10.1002/pon.5284>

Fischer, O. J., Marguerie, M., & Brotto, L. A. (2019). Sexual Function, Quality of Life, and Experiences of Women with Ovarian Cancer: A Mixed-Methods Study. *Sexual Medicine*, 7(4), 530-539. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.07.005>

Gemalmaz, A., & Avşar, G. (2015). Cancer Diagnosis And After Experiences: A Qualitative Study. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2015.093>

Gil-Ibanez, B., Davies-Oliveira, J., Lopez, G., Díaz-Feijoo, B., Tejerizo-Garcia, A., & Sehouli, J. (2023). Impact of gynecological cancers on health-related quality of life: Historical context, measurement instruments, and current knowledge. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 33(11). <https://doi.org/10.1136/ijgc-2023-004804>

Ginsburgs, V. H., & Goodill, S. W. (2009). A Dance/Movement Therapy Clinical Model for Women with Gynecologic Cancer Undergoing High Dose Rate Brachytherapy. *American Journal of Dance Therapy*, 31(2), 136-158. <https://doi.org/10.1007/s10465-009-9076-0>

Gönüllü, N.S. & Güleç Keskin, S. (2023). *Psikiyatri Hemşireliğinde Dışavurumcu Sanat Terapisi: Önemi, Yeri ve Uygulama Alanları | AS-Proceedings*. Geliş tarihi gönderen <https://alls-academy.com/index.php/as-proceedings/article/view/41>

Griffiths, R., Simmons, J. Çeviri Editörü: Türkçapar, M.H. & Çeviri: Şaher, Ç. (2021). *Yeni Başlayanlar İçin Bilişsel Davranışçı Terapi* (3. Basımdan Çeviri). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Grover, S., Hill-Kayser, C. E., Vachani, C., Hampshire, M. K., DiLullo, G. A., & Metz, J. M. (2012). Patient reported late effects of gynecological cancer treatment. *Gynecologic Oncology*, 124(3), 399-403. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.034>

Halmatov, S. (2021). *Sanat Terapisi Resim Teknikleri Metaforlar ve Semboller* (3. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Hsu, H.-C., Tsai, S.-Y., Wu, S.-L., Jeang, S.-R., Ho, M.-Y., Liou, W.-S., ... Chang, T.-H. (2017). Longitudinal perceptions of the side effects of chemotherapy in patients with gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer*, 25(11), 3457-3464. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3768-7>

Iżycki, D., Woźniak, K., & Iżycka, N. (2016). Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Przegląd Menopauzalny = Menopause Review*, 15(2), 112-116. <https://doi.org/10.5114/pm.2016.61194>

Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom books of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta Books.

La Cour, K., Ledderer, L., & Hansen, H. P. (2016). Storytelling as part of cancer rehabilitation to support cancer patients and their relatives. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(6), 460-476. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1217964>

La Rosa, V. L., Shah, M., Kahramanoglu, I., Cerentini, T. M., Ciebiera, M., Lin, L.-T., ... Tesarik, J. (2020). Quality of life and fertility preservation counseling for women with gynecological cancer: An integrated psychological and clinical perspective. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(2), 86-92. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1648424>

Lin, H., Ye, M., Chan, S. W., Zhu, J., & He, H. (2020). The effectiveness of online interventions for patients with gynecological cancer: An integrative review. *Gynecologic Oncology*, 158(1), 143-152. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.04.690>

Maheu, C., Lebel, S., Bernstein, L. J., Courbasson, C., Singh, M., Ferguson, S. E., ... Wani, R. J. (2023). Fear of cancer recurrence therapy (FORT): A randomized controlled trial. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 42(3), 182-194. <https://doi.org/10.1037/hea0001253>

Malchiodi, C.A. (2003). *Handbook of Art Therapy*. The Guilford Press.

Malchiodi, C.A. (2012). *Handbook of Art Therapy* (2nd ed.). The Guilford Press.

Manne, S. L., Virtue, S. M., Ozga, M., Kashy, D., Heckman, C., Kissane, D., ... Rodriquez, L. (2017). A comparison of two psychological interventions for newly-diagnosed gynecological cancer patients. *Gynecologic Oncology*, 144(2), 354-362. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.11.025>

McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive Muscle Relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 13(3), 51-66. https://doi.org/10.1300/J137v13n03_04

Membrilla-Beltran, L., Cardona, D., Camara-Roca, L., Aparicio-Mota, A., Roman, P., & Rueda-Ruzafa, L. (2023). Impact of Cervical Cancer on Quality of Life and Sexuality in Female Survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3751. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043751>

Mofrad, S. A., Nasiri, A., Mahmoudirad, G., & Shandiz, F. H. (2021). Challenges in the Marital Life of Women with Gynecological Cancers: A Qualitative Study. *Modern Care Journal*, 18(2). <https://doi.org/10.5812/modernc.115558>

Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, E. J. S., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., & Brainard, G. C. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15(5), 363-373. <https://doi.org/10.1002/pon.988>

Padron, A., McCrae, C. S., Robinson, M. E., Waxenberg, L. B., Antoni, M. H., Berry, R. B., ... Pereira, D. B. (2022). Impacts of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia and Pain on Sleep in Women with Gynecologic Malignancies: A Randomized

Controlled Trial. *Behavioral Sleep Medicine*, 20(4), 460-476.
<https://doi.org/10.1080/15402002.2021.1932500>

Pamuk, K. (2024). Jinekolojik Kanser Hastalarına Uygulanan Bilişsel Davranışçı ve Dışavurumcu Tekniklere Temellendirilmiş “Kadınlık Kimliğini İyileştirme Programı”nın Uzun Yaş Tepkilerine Etkisi ve “Kadınlık Algısı”nın Belirlenmesi (Doktora Tezi). Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Petersen, R. W., & Quinlivan, J. A. (2002). Preventing anxiety and depression in gynaecological cancer: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(4), 386-394.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01271.x>

Reis, N., Beji, N. K., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 14(2), 137-146.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.09.004>

Rieger, K. L., Hack, T. F., Duff, M. A., Campbell-Enns, H. J., & West, C. H. (2023). Integrating mindfulness and the expressive arts for meaning making in cancer care: A grounded theory of the processes, facilitators, and challenges. *Supportive Care in Cancer*, 31(8), 475. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07909-x>

Sacerdoti, R. C., Lagana, L., & Koopman, C. (2010). Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Professional psychology, research and practice*, 41(6), 533-540.
<https://doi.org/10.1037/a0021428>

Shyu, I.-L., Hu, L.-Y., Chen, Y.-J., Wang, P.-H., & Huang, B.-S. (2019). Risk factors for developing depression in women with cervical cancer: A nationwide population-based study in Taiwan.

International Journal of Women's Health, 11, 135-141.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S193003>

Türkçapar, M.H. (2019). *Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkeler ve Uygulama* (4. Baskı). İstanbul: Epsilon Yayınevi.

Uçakci Asalioğlu, C., & Yaman Sözbir, Ş. (2022). Endometrium Kanseri Nedeniyle Opere Edilen Olgunun Joyce Travelbee'nin İnsan İnsana İlişkiler Modeli'ne Göre İncelenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 125-138.
<https://doi.org/10.52881/gsbdergi.887286>

Uçar, T., Güney, E., & Bal, Z. (2018). *Psychosocial Aspects of Gynecologic Cancer*. Jinekolojik Kanserlerin Psikososyal Boyutu. *Sakarya Med. J*, 8(4):678-685.

Vianna, D., Claro, L. l., Mendes, A. a., da Silva, A. n., Bucci, D. a., de Sá, P. t., ... Silva, P. r. (2013). Infusion of Life: Patient perceptions of expressive therapy during chemotherapy sessions. *European Journal of Cancer Care*, 22(3), 377-388.
<https://doi.org/10.1111/ecc.12041>

“World Health Organization”, *Cancer*. Erişim tarihi: 02 Ekim 2024. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/canc>

Wiswell, S., Bell, J. G., McHale, J., Elliott, J. O., Rath, K., & Clements, A. (2019). The effect of art therapy on the quality of life in patients with a gynecologic cancer receiving chemotherapy. *Gynecologic Oncology*, 152(2), 334-338.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.11.026>

Yeh, Y.-C. (2021). Symptom distress, stress, and quality of life in the first year of gynaecological cancers: A longitudinal study of women in Taiwan. *European Journal of Oncology Nursing*, 53, 101984. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101984>

Yuan, Y., Liu, X., Yin, C., Shi, L., & Ye, X. (2023). Cognitive behavioral stress management is an effective intervention to relieve anxiety and depression, improve the quality of life in patients with cervical cancer. *Irish Journal of Medical Science*. <https://doi.org/10.1007/s11845-023-03501-8>

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE İLERİ ARAŞTIRMALAR

yaz
yayınları

YAZ Yayınları

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3

İscehisar / AFYONKARAHİSAR

Tel : (0 531) 880 92 99

yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com