

# KANSER PSİKOSOSYAL YÖNETİMİNDE

## SAĞLIK ÇALIŞANININ GÜCÜ



Psiko-onkoloji Derneği



---

# KANSER PSİKOSOSYAL YÖNETİMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANININ GÜCÜ

---



Psikoönkoloji  
Derneği



# İÇİNDEKİLER

Giriş

01

Psikososyal Yaklaşım Nedir?

Kanserde Psikososyal Yönetimin Önemi ve Ruhü

Yaş, Cinsiyete ve Sosyokültürel Gruplara Göre Değişen Sorunlar

Kanserde Tanı, Tedavi ve Takip Süreçlerine Göre Değişen  
Psikososyal Sorunlar

Tanı Öncesi Süreç

Tanı ve bildirim

Sorular ve Yanıtlar

Tedavi Hakkında Bilgilendirme ve Tedaviye Yönlendirme

Tedavi Seçenekleri Hakkında Konuşma

Onkologlar

Tedavi Bitişi ve Takip

Nüks

Terminal Dönem ve Ölüm

Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Güçlükler

Sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasındaki  
güçlükler

Sağlık çalışanlarının ekip içinde yaşadıkları güçlükler

Sağlık çalışanlarının hastane yönetimi ile yaşadığı güçlükler

Sorun Çözme

Hasta Yakınlarının Psikososyal Süreçleri

Teşekkür

# KANSER PSİKOSOSYAL YÖNETİMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANININ GÜCÜ

## Giriş

Kanser hastalarının gerek tanı gerek tedavi gerekse zorlu takip süreçlerinde psikososyal destek oldukça büyük önem taşır. Ancak birçok kanser türünden ve değişik evrelerden oluşan bu hastalık grubunda ve yine farklı yaş, cinsiyet ve sosyokültürel gruba ait hasta gruplarında uygulanacak mükemmel yapılandırılmış bir psikososyal destek çalışması oluşturmak çok kolay değildir.

Ülkemizde birçok sağlık kurumu bu amaç doğrultusunda psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanları ve benzeri sağlık çalışanlarının yer aldığı **psikososyal destek üniteleri** oluşturmaya çalışsa da bu çalışmalar hasta çeşitliliği karşısında yeterli olamamaktadır.

Mükemmel yakın bir psikososyal destek, ancak tüm sağlık çalışanlarının **gönüllülükleri** çerçevesinde bu işe katılımı ve

kurumun da onların istek ve emeğinin doğru biçimde yönetilmesi ve takdiri ile olasıdır. Böyle bir desteği vermeye gönüllü sağlık çalışanının bazı akademik ve teknik bilgilere ihtiyacı vardır. Örneğin, hastaların değişik evrelerinde ve süreçlerinde değişen iletişim modelleri ya da yine hastaların kültür ve benzeri aidiyet gruplarına göre değişen psikosozyal yaklaşımlar hakkında bilgi sahibi olma ihtiyacı bunlardan biridir. En önemlisi de sağlık çalışanlarının bir yandan hastaların psikosozyal zorlanmasıyla baş etmeye çalışırken bir yandan da merhamet yorgunluğu gibi kendi ruh sağlıklarını korumaları için gerekli bilgi ve donanıma olan ihtiyaçlarıdır.

Bu kitapçık bu zor hastalık grubuyla mücadele eden sağlık çalışanlarının psikosozyal destek konusunda bilgi ve donanımlarının artırılması, dolayısıyla hem hastalarına daha yararlı olmalarını hem de zorlanmalarının azaltılması amacıyla hazırlanmıştır.

Kitapçık hazırlanırken sadece çok bilinen, sık tekrarlanan ve alıntılanan bilgilere değil Psiko-onkoloji Derneği uzmanlarının saha içinden deneyimleri ile birlikte İzmir Özel Oz Psikoloji Aile Danışma Merkezinden Dünya Psiko-Onkoloji Birliği (International Psycho-Oncology Society) yöneticisi Uzm. Sağlık Psk. Ozan Bahçivan`ın uluslararası deneyimleri ve yine iki değerli sağlık çalışanı, Pediatrik Hematoloji ve Onkoloji bölümünden Sn. Uzm.Dr. Başak Adaklı Aksoy ve Kemoterapi Sorumlu Hemşiresi Sn. Hemşire Nermin Albayrak`ın kıymetli deneyimlerine de yer verilmiştir.

Ülkemizde bu alanda bir ilk olan kitapçığının aktaracağı saha deneyimleriyle ve birikimleriyle daha da gelişecektir.

Değerli sağlık çalışanlarının bilgi ve deneyimlerini her zaman aktarması ve bunlara değer verilmesi dileğiyle, Emeği geçen herkese teşekkür ederiz.

Psikiyatrist Dr. Muzaffer Uyar

## **Psikososyal Yaklaşım Nedir?**

Psikososyal yaklaşım, insan odaklı bir yaklaşımdır. İnsanı hem birey olarak hem de sosyal bir varlık olarak ele alan psikoloji temelli bir sosyal yaklaşımdır. Bu yaklaşımda iletişim, motivasyon, sosyal destek verme gibi unsurlarla kişinin psikolojik durumu değerlendirilir. Aynı zamanda sosyal unsurları da dikkate alan psikolojik yaklaşım, bireye psikolojik destek verirken, eğitim, din, etnik grup, cinsiyet, yaş gibi sosyokültürel özellikleri de göz önünde bulundurur. Psikososyal destek sadece psikolojik destek anlamına gelmez ancak onu da kapsar. Temel amacı, örselemiş insan ve insan gruplarının risk ve mağduriyetlerinin azaltılması, böylece genel anlamda yaşam kalitelerinin artırılmasıdır.



## **Kanserde Psikososyal Yönetimin Önemi ve Ruh**

Kanser, fiziksel bir hastalık olduğu kadar önemli sosyal ve psikolojik boyutları da olan bir rahatsızlıktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tanımından yola çıkarsak sağlık fiziksel, zihinsel ve sosyal açılardan tam bir iyilik halidir. Bu nedenle kanser hastalarının tıbbi tedaviden en yüksek faydayı elde etmelerinde hastalık sürecinde yaşanan tüm sorunların yönetilmesi büyük önem taşır.

Hastaların yaklaşık %40-50'sinde ruh sağlığı çalışanlarının müdahale etmesini gerektiren psikolojik ve psikiyatrik problemler görülür. Bunlardan birkaçı depresyon, kaygı bozuklukları, stres bozuklukları, uyku bozuklukları, uyum bozukluklarıdır. Ancak bunlardan muzdarip olan hastaların çok az bir bölümü profesyonel psikolojik desteği almaya yönelir.

Kanser hastalarının neredeyse tamamında çok sayıda ve çok

çeşitli psikososyal problemler ortaya çıkar. Bu problemlerin bazıları psikiyatrik sorunlara evrilirken bir kısmı da tedavi sürecini olumsuz etkileyebilen handikaplara dönüşebilir.

İyi bir psikososyal yönetim bu sorunları erken evrede yönetip handikaplara dönüşmesini önlerken tedaviye bağlılığı arttırarak tedavinin başarısını da artırabilir.

İyi bir psikososyal destek çalışması öncelikle iyi bir ekip çalışmasını gerektirir. Onkologlar, psikiyatristler, psikologlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının ve yöneticilerinin bu amaca yönelik bir iş birliği modeli geliştirmesi gereklidir.

Bu ekibin hastaların olası psikososyal sorunlarını iyi bilerek doğru dokunuşlar ve doğru yönlendirmeler yaparak oluşturduğu bir çalışma modeli, psikososyal yönetimin ruhunu yakalamış demektir.

*“Psikolojik desteğin kesinlikle olumlu etki sağladığını düşünüyorum. Her aşamada böyle bir desteğe ihtiyaç var.*

*Bir doktor olarak bu ailelere ayırabildiğim dakika sayısı belli, dolayısıyla daha fazlası gerekiyor. Bu sebeple hastalarımız klinik psikoloji ve psikiyatri tarafından desteklenmeli ve mutlaka bu işe gönül vermiş profesyoneller düzenli şekilde hastalarla görüşmeli. Hatta, sadece gönüllülük esasına dayanan ve bu konuda hiç eğitimi bulunmayan ama gün içinde bu çocuklarla beş dakikalığına oyun oynayabilecek insanlara dahi ihtiyacımız var.” Dr.*

Başak

## **Yaşa, Cinsiyete ve Sosyokültürel Gruplara Göre Değişen Sorunlar**

Kanser, yaşlı genç, zengin fakir, hüzünlü neşeli, güçlü zayıf, spor yapan spor yapmayan, sağlıklı beslenen sağlıklı beslenmeyen herkesi bulabilir. Bu yüzden tedavi sürecinde yaşanabilecek sorunlar kişiden kişiye farklılık gösterir. Hastanın inançları, kişilik yapısı, psikososyal desteği ve strese verdiği tepki hastadan hastaya sorunlarla baş etmede

değişkenlik gösterir.

Kanser hastalarının psikososyal sorunları en çok yaş gruplarına ve cinsiyete göre değişiklik gösterir. Coğrafi ve kültürel aidiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik statü gibi diğer sosyokültürel değişkenler ise daha az etki yaratmasına rağmen önemle dikkate alınmalıdır.

### **Yaş**

Hastaları çocuk-ergen, yetişkin ve yaşlı üç farklı yaş grubuna ayırarak değerlendirebiliriz. Bu üç yaş grubu zaman zaman stres, endişe, maddi sıkıntılar gibi aynı psikososyal sorunlarla karşılaşmaktadır, aynı zamanda bu gruplar arasında farklılıklar da bulunabilir. Tüm yaş gruplarının ortak sorunlarından biri, hastalık yüzünden günlük aktivitelerin yerine getirilememesidir. Çalışan yetişkin hastalar kariyerlerine ara vermek durumunda kalırken, yaşlı hastalar planlanmamış emeklilikle yüzleşebilir. Çocuk ve

ergen hastalar ise eğitimlerine ara vermek zorunda kalabilir. Kanserli hastalarda bebeklik dönemi hariç yaş, cinsiyet, sosyokültürel ve sosyoekonomik statüye bakmaksızın tedavi sırasında benlik saygısında kalıcı değişimler olabilir. Tedavi aşamasında yaşanan fiziksel değişimler, saç dökülmesi, zayıflama, bedensel değişimler, güçsüzlük gibi problemler kişinin benlik saygısını ve fiziksel imajını bir hayli etkiler. Yine tüm hasta gruplarında görülen ortak sorun ayrıksılık (izolasyon) duygusudur. Gerek hastalığın yarattığı damgalanma (stigma) hissi gerekse kanserden utanma ya da başka nedenlerle diğerlerinden ayrıksı hissetme gerekse de tedavi sürecinin zorunlu izolasyonları (kemoterapi sırasında sosyal ortamlardan uzak durma) ayrıksılığı pekiştirir.

**Çocuk –ergen yaş grubu:** Kritik gelişme çağındaki çocukların çok sayıda ve uzatılmış hospitalizasyonları, bu yaş grubundaki çocuklarda gelişim problemlerine yol açabilir. Diğer taraftan, ergen yaş grubundaki hastalar, sosyal

açıdan kendilerini geliştirmeleri gereken bu dönemde, bağımsızlık hissi kaybı ve sosyal ilişkilerinde aksamalar yaşayabilir. Kanseri ve onun tedavisinden kaynaklı fiziksel değişimler (duyma kaybı, görme bozuklukları; endokrin eksikliğinden kaynaklanan boy kısalığı, geç ergenliğe girme, üreme sorunları ve cinsel işlev bozuklukları gibi) gelişimin aksamasına sebep olabilir. Aynı zamanda hem ergen hem de yetişkin hastalar gelecekları hakkında bir plan yapmakta güçlükler yaşayabilirler.

Okul çağındaki çocuklarda tedaviden sonra sosyal anlamda bazı kısıtlamalar görülebilir. Tedavilerinin tamamlanışının ardından okula dönen çocuklar saç ve organ kaybı veya kilo alımı gibi birçok fiziksel değişimden dolayı sıkıntılarla karşılaşmalarının yanında, sosyal ilişkilere tekrar adapte olmak ya da ayrışıklık sorunları ve dikkat gerektiren aktivitelerle ilgili bazı gelişim problemleri yaşayabilir.

## **Cinsiyet**

Cinsiyete bağlı psikososyal sorunlardaki farklılıklar özellikle meme kanseri hastası kadınlar ve prostat kanseri hastası erkeklerde gözlemlenir. Meme kanseri hasta grubunda hastalığın yinelenmesi korkusu, beden imgesinde bozulmalar, estetik kaygılar, cinsel işlev bozuklukları, tedaviye ilişkin kaygılar yaşanırken; prostat kanseri hasta grubunda depresyon, anksiyete, öfke, utanma, cinsel işlev bozuklukları saptanır.

Bunun dışında kadın ve erkeklerin hastalığa veya tedaviye tepkilerinde büyük farklılıklar gözükmemektedir. Ancak cinsiyet ve rol farklılıklarına bağlı olarak ortaya çıkan zorlanma farklılıklarının psikososyal yönetimde dikkate alınması şarttır.

## **Sosyokültürel değişkenler**

Ülkemiz değişik sosyokültürel aidiyetlerden insanların oluşturduğu bir mozaik gibidir. Üstelik bu kültürlerin çoğu

dikkate alınması gereken kadim kùltùrlerdir. Ayrıca son zamanlarda artan sağlık turizmi nedeniyle başka ùlkelerden de yabancı hastalarımız olmaktadır.

İnsanların sosyokùltùrel farklılıkları, farklı inanç ve düşünce sistemlerine sahip oldukları anlamına gelir. Bu farklılıklar hastalığı kabullenme ve baş etme mekanizmaları üzerinde etkilidir. Tedavi ekibi ve psikososyal destek birimleri yaklaşımlarında bunu dikkate alması gereklidir.

Farklı ùlkelerden tedaviye gelen hastalarda dil ve iletişim sorunlarının çözümlenmesi önemlidir. Yabancı hastaların tümü için her zaman yeterli tercüman bulundurmak kolay değildir. Bu hastalar için kendi konsoloslukları, Türkiye’de bulunan dernekleri ve dinsel aidiyetleri ile ilgili kurumlarla iletişim içinde olunmalıdır.

## **Kanserde Tanı, Tedavi ve Takip Süreçlerine Göre Değişen Psikososyal Sorunlar**



Psikososyal yaklaşımın iki temel unsuru hastalığın süreç ve evrelerinde önem kazanır. Bunlar **iletişim ve motivasyon** unsurlarıdır.

İletişim anlamak ve anlatmaktır. Hastaların maddi problemler, sosyal destek yetersizlikleri, aile sorunları gibi, sizin kolayca çare bulamayacağınız boyutlarda birçok sosyopsikolojik sorunları olabilir. Bunları anlatırken beklenti zaten bir çare bulmanız değil anlatma ve anlaşılma ihtiyacıdır. Hastaların karşısında iyi bir dinleyici olmak dahi önemli bir psikososyal destektir.

Diğer taraftan hastalar pek çok nedenden ötürü tedaviye başlamada ve sürdürmede motivasyon güçlükleri yaşar. Sizin onları anlama çabanızın ve yine onların duygusal iniş çıkışlarına gösterdiğiniz toleransın verdiği güven, hastaların motivasyonunu artırır.

- a) Tanı Öncesi Süreç:** Genellikle hastalar hekime kanser oldukları bilgisiyle gelmezler, ancak

kanser şüphesi taşıyabilirler. Bu hastalara hekim ilk tanışmada kanser ön tanısı koyabilir ya da muayene ve bazı testler sonucunda kanser ön tanısı ortaya çıkabilir.

Burada önemli nokta, hekimin hastaya kanser şüphesi olduğunu ve bu şüpheden dolayı bazı testleri istiyor olduğunu aktarıp aktarmayacağı ikilemi ve aktarmaya karar verdiği noktada da hekimin bu durumu ifade ediş şeklidir. Bir gelenek olarak hekimler ön tanı nedeniyle test istediğinde kanser yazmak yerine ‘Ca’ kısaltması kullanırlardı ve kendileri şüphelerinden fazla emin olmadan hastaya kanserden söz etmezlerdi. Zamanın getirdiği değişimler hekimleri daha ifadeci olmaya yöneltti ve hekimler artık ön tanılarını hastalara daha çok bildirmekteler. Ülkemizde ön tanı ya da tanı bildirimi sürecinde

hasta yakınları maalesef bazen hastalardan daha fazla öne çıkabilmektedir.

*“Tanı bildirimini genelde ailenin talebiyle gerçekleşiyor. Eğer aile hastanın bunu doktordan duymasını istiyorsa doktordan rica ediyor. Aile zaten hastayı doktora doğrudan getirmiyor. Önce araştırma yapıyor, kendi yakınlarındaki sağlıkçılara danışıyor. Mesela bana günde en az üç dört tane patoloji raporu gönderilmiş oluyor. Bu sektörde olduğumu bilenler, bu hastanın durumu nedir, ne olabilir diye fikir almak istiyorlar, nelerle karşılaşabiliriz diye soruyorlar. Eminim başka meslektaşlarımın da başına geliyor bu durum. Çünkü neredeyse hiçbir hasta direkt olarak raporlarını alıp onkolojiden randevu alıp gelmiyor ya da raporlarıyla önceden ön bilgi almış olup onkoloğun yanına hasta yakınları geliyor. ‘Hastanın bilmesini istiyoruz.’ ya da ‘Bilmesini istemiyoruz’ diye belirtiyorlar. Hoca da bilmesini istemedikleri hastaya burada böyle bir*

*şey var ona müdahale edeceğiz diyor ama kanserden bahsetmiyor.” Hemşire Nermin.*

Burada önemli nokta tanıyı ifade ediş biçimidir.

Hastaya (ya da yakınına) duygusuz bir şekilde kanser riski olduğunu söyleyen bir tavır veya olası bir felaketin yaklaştığı hissi veren fazla empatik bir tavır ön tanı bildiriminde kesinlikle hatalıdır. İlk ön tanı bildiriminden sonra hastanın sorularına doyurucu yanıtlar verilmelidir.

Ön tanı adı üstünde kesin tanı değildir. Şüpheli bir durumdur. Şüpheli bir durum aktarıldığında karşıdakinin ne anlayacağı ve ne tepki vereceği sosyokültürel özellikleri ve psikolojik kurgusuyla ilişkilidir. Örneğin, bir smear testinde kanserle enfeksiyon sınırında bir bulgu çıktığında hekim anlatımında hastanın sosyokültürel ve eğitim düzeyini ve olası psikolojik durumunu dikkate

almalıdır. Bu haberi sosyokültürel algısı içinde gizlenecek ya da utanılacak bir durum olarak gören hasta ile bunu sadece bir hastalık olarak algılayan hastanın olayı kavraması ve tedavi motivasyonları farklı olacaktır.

*“Aileye kanser şüphesini belirtiyorum;*

*‘Yaptığımız testlerde bizi rahatsız eden bazı*

*bulgular var. Bu bulguları açığa çıkarmak lazım.*

*Onun için testleri mutlaka ilerleteceğiz.’ diyorum.*

*Çok fazla ‘kanser’, ‘tümör’ kelimelerini*

*kullanmıyorum. En fazla ‘Bir kitle var’ diyorum.*

*Kötücül kelimeleri uzak tutarak konuşuyorum.*

*‘Kitle’ tabirini kullanırım ya da ‘İlik iyi*

*çalışmıyor olabilir, vücudunda kanın iyi*

*yapılmıyor’ ya da ‘Mikroskopta inceledim,*

*hoşuma gitmeyen bazı hücreler gördüm, bir*

*değerlendirelim. Ayrıntılı tetkikler yapmak lazım’*

*demeyi tercih ediyorum.” Dr. Başak*

Bazı durumlarda hasta yakınları da ortamda bulunabilir hatta fazla müdahil olabilir. Bu müdahaleyi kibarca sınırlayabilir, bazen de izin verebilirsiniz. Örneğin kolon kanseri şüphesi olan yaşlı bir hastanın sosyokültürel durumu kanserle ilgili bir tanı ve ön tanıyı taşıyacak durumda değilse bilgilendirme yakınlarına yapılabilir. Yaşlı ve eğitim düzeyi düşük hastalarda inkar (denial) ya da yok sayma (ignorans) davranışları ender değildir. Bunu zorlayarak hastayı mutlak gerçeğe çekmek her durumda gerekli değildir. Kanser ön tanısı alan hastalarda testlerden kesin sonuçlar alınması birkaç gün ya da birkaç hafta sürebilir. Bu onlar için çok zor ve sıkıntılı bir bekleme sürecidir. Bu sırada zorlandıkları belirlenirse **Psikososyal Destek Ünitesinden**

destek almaları önerilmelidir. Bu noktada “Psikologdan veya psikiyatristten yardım alın” şeklinde duygusuzca yaklaşılmasının, hasta ve hasta yakınları tarafından hiç olumlu karşılanmadığını özellikle belirtmeliyiz. Hasta ve hasta yakınlarını bu ünitelere sevk ederken durumlarını normalleştirici bir tutumla yaklaşmak onlar için daha rahatlatıcı olabilmekle beraber sevk edildikleri bu ünitelere daha ivedikle gelebilmektedirler.

*“Avustralya’da tanısını yeni öğrenen hasta ve hasta yakınlarına tanısını söyleyen hekim aynı zamanda bu süreçte olası sevk mekanizmalarından da kısaca bahsederek hastaya hem kendilerinin gidebileceği sağlık ünitelerine karşı bir aşinalık kazandırmış, hem de gerçekten ileri bir zamanda sevk edildiklerinde*

*durumlarını yadırgamalarının önüne geçebilmektedir.” Psikolog Ozan.*

Ön tanı sürecinde doktor üzerine kanser şüphesi yazdığı test kağıtlarını gönderdiğinde laboratuvar, radyoloji bölümlerindeki sağlık personelinin ve hastayla karşılaşan tüm personelin tepki ve ifadeleri büyük önem taşır. Bu çalışan grubunun endişeli hasta ile iletişimlerinde özellikle yüz ifadelerine ve beden diline dikkat etmesi çok önemlidir. Kanser tanısı alan hastanın personelin ifadelerine karşı daha fazla duyarlılaştığını unutmayınız. Hasta ve yakını sizden tıbbi durumu ile ilgili bilgi almaya çalıştığında ise tek yetkilinin hastanın hekimi olduğunu ısrarla belirtiniz. Bu pozitif bir sonuç olsa dahi bu kuralın dışına çıkılmamalıdır.



**b) Tanı ve bildirim:** Kanser tanısının söylenmesi sonrası tepkiler kişiden kişiye değişmekle birlikte hissedilen ilk etki **şok ve travma** etkisidir. Çünkü bireyler için birçok hastalık daha beklenir bir durum iken kanser karşılaşmayı pek beklemedikleri bir rahatsızlıktır.

Filmlerin, dizilerin ve söylencelerin de etkisiyle kanser hakkında daha dramatik ve mitsel bir algı vardır. Kanser, ölümlü, acı çekmeyle ve eşlik eden aile dramları ile imgelenmiştir. Günümüzde her ne kadar tedavi olanakları çoğalmış olsa da maalesef bazı kanser türlerinde bu algı haksız değildir.

Kanserin mortalite oranı hala yüksektir.

Yüzlerce kanser hastası görmüş sağlık çalışanı içinse kanser algısında dramtizasyon daha alt düzeydedir ve bu gerekli olan bir durumdur. Kısmî

duyarsızlaşma geliştirmeden bu zor işi sürdürebilmeleri olanaksızdır. Bu kısmı duyarsızlaşma sağlık çalışanının otomatik savunma davranışıdır. Buna karşın, tanı bildirimi sırasında hekimin ve sağlık personelinin hastaya ve yakınlarına destekleyici ve yumuşak bir tavır göstermeye çalışmaları daha uygun olur. Mesafeli ve duygu içermeyen tavırlar hastalar için hastanın travmasını daha da artırabilir.

Sağlık alışanları ile ilgili en çok şikayet bu evre ile ilgilidir. Tanının kendisine kötü bir biçimde söylendiğini, o sırada doktorun ve diğer çalışanların tavrının hiç de iyi olmadığını söyleyen, “Bana direkt olarak kanser olduğumu söylediler” diyen birçok hasta vardır.

Aslında kötü tavır gösterilmiş olması çok nadirdir. Esas sorun, birine kanser olduğunu bildirdiğinizde

istemeden de olsa onda yarattığınız psikolojik travmadır. Bu travma (çarpma etkisi) tıpkı bir treni raydan çıkarırcasına kişiyi gündelik gerçekliğinden çıkarır ve kuvvetli bir gerçeküstü algıya ve dramatizasyona sokar. Bu durumdaki hastalar hızla aşırı duyarlılaşır, gerginleşir, panik durumuna yaklaşırlar. Psikolojik olarak bir gerileme yaşar (regresyon) hatta çocuklaşır ve algıları da bu ruhsal durumlara göre biçimlenmeye başlar.

Bu durumdaki hasta ya da yakını ortalama bir davranışınızı ortalama olarak değerlendiremez ve daha özel bir yaklaşım bekler. Sağlık çalışanlarının genelde yansıtıkları destekleyici ve teselli edici tutumlarını bu aşamada biraz daha artırmaları bu tür şikayetleri önleyebilir.

Kanserin söylenmesi sırasında bazı ifadelere ve kelimelere hassasiyet gösterilmesi gerekir. Örneğin

“kanser” kelimesi bildirimde ilk cümlesinde yer almamalıdır. İlk cümlede “Maalesef kan hücreleriniz gereğinden çok fazla çoğalıyor bu olumlu bir durum değil” denebilir. İkinci cümlede “Bu bir kan kanseri türü gibi görünüyor” denebilir. Ülkemizde “tümör” ve “ur” kelimeleri çok olumsuz çağrılar içermektedir. “Kitle” daha uygun bir kelimedir. “Göğsünüzde biraz büyümüş bir kitle var. Testlerde iyi huylu gibi görünmüyor. Üçüncü cümlede “Meme kanseri olmasından şüpheleniyoruz” denebilir.

*“Sorumlu hekim kimse kötü haberi onun vermesi gerekir. Dolayısıyla hematoloji onkoloji uzmanı kimse, tanıyı kim koyduysa o haber vermeli diye düşünüyorum. Çocuğa haberi kimin ve nasıl vereceği ayrı bir tartışma konusu. Primer hasta bir yetişkinse bu haberi onunla paylaşmanın çok daha uygun olduğunu düşünüyorum. Türkiye’de*

*aileler yetişkinlerden bile saklamak eğilimindeder. Ama bunun çok da doğru olmadığını düşünüyorum. Hasta bir yetişkinse ben mutlaka bunun paylaşılması gerektiğini, çok da karamsar olmadan tanının ifade edilmesi gerektiğini düşünüyorum. Herkese kendi hayatını organize etme hakkı verilmeli.” Dr. Başak*

## **Sorular ve Yanıtlar**

Travmaya uğramış kişinin zihni bir yandan da kendine çarpan tehlikenin ne olduğunu ve boyutunu algılamaya çalışırken bir yandan hasar riski analizine girer. Soruları genelde şu yöndedir; “Kanser olduğuma emin misiniz?”, “Ne tür bir kanser bu?”, “Bende ne kadar hasar yaratmıştır?”, “Ölecek miyim?”.

Bu sorulara yanıtlarınız hastanın zihnindeki hasar

tespit çalışmasına yardım eder içerikte olmalıdır. Ortada birçok bilinmezlik bulunsa da net ifadeler kullanmaya gayret edin. Kanserin türü ve tedavi olanakları hakkında etraflıca konuşulur. Bu noktada sorulmadıysa risk istatistiklerinden çok söz etmeyin. Israrla soruluyorsa hasar risk boyutunun henüz tespit edilemeyeceğini, bazı testlerin yapılması gerektiği sonra bu konuda daha net bilgi verilebileceğini, riskin kişiden kişiye değişkenlik gösterebileceğini, ancak bu hastalığa yakalanmış ve tedavi olmuş birçok hastanın da olduğu söyleyebilirsiniz. Bu aşamada dolaylı konuşmalar önermemizin nedeni, hasta “Anladım, kanserim ben” dese dahi bu durumunu algılayışının henüz idrak düzeyinde olmamasıdır. Ayrıca günümüzde hastalar tanılarını öğrenince ve özellikle sorularına tatmin edici cevaplar bulamadıklarında internetten aratma eğilimindedirler. Bunun önüne

geçebilmek için “Çoğu hastamız hastalıklarını internetten aratıyor ama her tanı kendine has olduğu için internetten öğrenebileceğiniz bilgilerin sizin hastalığınızı yansıtmayacağını bilmenizi isterim.” Gibi bir cümle kurarak en azından hastaya internetten bilgi aramalarının doğru bilgi kaynağı olmadığını, doğru bilginin sadece hekimlerinden ve sağlık çalışanlardan gelmesi gerektiği vurgulanmalıdır.

*“İngiltere’de çoğu hasta ve hasta yakınları öncelikle hastanelerde çalışan biz psikologları doktorlardan aldıkları bilgileri ve muhattap oldukları sağlık çalışanlarının güvenilirliğini tartışabilecekleri bir platform olarak görüyorlar. Bunun çok da kötü bir şey olduğunu düşünmüyorum; çünkü yan etkilerini tartışmak olası durumlarda doktorlarını bu hastaların kaygıları hakkında bilgilendirmek ve aynı*

*zamanda da doktorlarına olan güveni arttırmak  
hem hastaların tedavilerine olan katılımı  
arttırıyor hem de internette öğrenilecekleri ya  
da öğrendikleri kirli bilgilerin önüne geçiyor.”*

*Psikolog Ozan.*

Hasta kanser olduğunu henüz idrak edemese de olası bir hasarı kabullendikten sonra “Neden ben, neden bu bana oldu” soruları sorabilir. Bunlara hastanın kendini ve çevresini suçlamaması için “**sıradanlaştırıcı**” yanıtlar vermelisiniz. “Nedeni tam belli değil ama sizi seçmesinin özel bir nedeni yok. Her insanın başına gelebilir. Belki kısmen genetik faktörler etkili olmuş olabilir. Sigara ya da stresten olduğuna kesin emin değiliz. Tedaviye odaklanmamız nedene odaklanmaktan çok daha önemli. Tedavi için elimizde birçok olanak var”. Hasta bu yanıtları içinde bulunduğu şok nedeniyle



hemen tam olarak idrak edemediği için aynı soruları tekrar sorabilir. Sabırla tekrar tekrar cevaplamak gerekir.

Hasta kanser olduğunu kabullendiğinde yani durumunu tam idrak ettiğinde tehdidi tanımlamış dolayısıyla kısmen kabullenmiş olacaktır. Kısmi de olsa **kabullenif** önemli bir yol alıştır.

Kabulleniften sonraki soruları **çare** ve çözümlle ilgilidir. Bu aşama hekim için ayrı bir zorlayıcılık içerir. Haber gerçekten kötü müdür? Çözüm olanakları düşük müdür? Bunları olduğu gibi mi yoksa biraz yumuşatarak mı söyleyecektir? Karşıdaki hasta gerçeklikle yüzleşmeye ne kadar hazır durumdadır? İç karartıcı istatistikler verecek midir? Yalan da söylememelidir ama gerçeği de tümüyle aktaracak mıdır? Bu durumda en iyisi bardağın dolu tarafından daha çok bahsetmektir ya da “En kötü

ihtimal neyse onu hemen duymak istiyoruz” diyen bir hasta ve yakınıyla karşı karşıya kalacaktır. Elbette bu isteği yerine getirilir. Ama anlatımın içeriğini yine kendi sececektir. Çünkü neyin nasıl söyleneceğini belirleyecek olan hasta değil hekimdir.

Tanıyı kabul etmekte zorlanmayıp tedavi ekibi ile kolaylıkla iş birliği kuran hastalar olduğu gibi hem tanıyı hem de tıbbi yardımı reddeden kişiler de olmaktadır. Bu kişilerden dolayı hekim kendini başarısız hissetmemelidir. Ayrıca bu hastalardan bazıları tanıyı koyan uzmana hastalığın sorumlusuymuş gibi tepkili ya da öfkeli davranabilirler. Bu öfkeyi tolere etmek ve ustaca soğurmak gerekir.

Tanı aşamasını kolay atlatan hastaların ilerleyen sürecin bir noktasında kırılma yaşamayacaklarının garantisi yoktur.

Bu süreçlerde onkologlara önerilecek genel bir tutumu isimlendirmek istersek, bunu “**olumlu bir gerçekçilik**” olarak tanımlayabiliriz. Yani olumlu yönlerinden daha çok; olumsuz yönlerinden daha az bahsedilen bir gerçek durum.

Çocuk hastalar söz konusu olduğunda ise gerçeklikte katı bir biçimde ısrar etmemek gerekebilir. Gerçek aktarılacaksa da onların dili ve algılayışı dikkate alınarak bildirimlerde bulunulmalıdır.

*“Ebeveynlerle konuştuktan sonra mutlaka çocuklarıyla konuşmamız gerektiğini, çocuklarını karanlıkta bırakmamız ya da tanytı söylemememizin o çocuklara yapılabilecek en büyük kötülük olduğunu ifade etmeye çalışıyorum. Bu tedavinin büyük bir çoğunluğunun güven esası üzerine kurulduğunu, dolayısıyla çocukların bana güvenebilmeleri için onlara her dakika doğruyu söylediğimi, gerçekten*

*onların yanında ve onların yandaşı olduğumu hissetmeleri gerektiğini, bunun ilk adımının da tanı ne ise onu doğru düzgün anlatmak gerektiğini ailelere söyleyip, çocukla da tanıyı konuşuyorum. Küçük bir çocukla konuşuyorsam, “Bir hastalığın var, şimdi biz bunu tedavi edeceğiz. Tedavi sırasında biraz sıkıntı olabilir tabii. Ama bu durum geçici” şeklinde konuşuyorum. Eğer daha büyük bir çocukla konuşuyorsam “Hematoloji Onkoloji servisindesin. Çevrende gördüğün çocuklardan zaten durumu az çok anladığını fark ediyorum. Elindeki cep telefonunda bunu sorgulayabileceğini ve tanıyı öğrenebileceğini biliyorum. Ama tanıyı cep telefonunda sorgulamak ve yalan yanlış bilgiler edinmek yerine ben sana tanını söyleyeyim ve ne olduğunu anlatayım. Sen merak ettiklerini bana sor, ben de hastalığının ne olduğunu, hayatının nasıl*

*değişeceğini, bu süreçte ne yapacağız, nasıl davranacağız, sana anlatayım ve iş birliği yapalım” diyorum. Genelde konuşmaya böyle giriyorum.” Dr. Başak*

## **Tedavi Hakkında Bilgilendirme ve Tedaviye Yönlendirme**

Yeni bir tedaviye başlamak hasta için umut verici olmasının yanı sıra belirsizlikler ve şüpheler taşıyan kaygı verici bir süreçtir.

**Tedaviye başlama kararına** yaklaşan hastanın sıradaki soruları tedavinin başarı şansı ile ilgilidir. Bu konuda istatistikler verilmekle birlikte eğer yüzdelerin olumsuz olduğu bir kanser türü söz konusuysa her hastanın bu yüzdeye eşit derecede tabii olmadığından ve bazı kişilerde çok daha yüksek sonuç aldığından bahsedebilirsiniz.

Bu yaklaşım hastanın tedavi inancını pozitif yönde etkiler ama riskleri de vardır. Kimi hastalar “Tıbbi çareler yetersiz, her şey benim mücadeleme kalmış galiba” diye düşünebilir.

*“Tedaviye başlamak istemeyenler de oluyor.*

*Kanserin ilaçla iyileşmeyeceğini düşünen, kendilerine verilen ömrün bu kadar olduğunu ve kanserin de buna vesile olduğuna inananlar var. ‘Tedavi alsak da bir şey değişmeyecek.’ dedikleri için tedavinin yan etkileriyle yaşamak yerine, kalan vakitlerini daha rahat bir şekilde geçirmeyi tercih edebiliyorlar. Daha kadenci bir bakış açısı bu tabii. Tedaviyi alıp yorulup tam iyileşme de göremediği için yarım bırakmak isteyenler de var. Tedavi olmaya direnenler genellikle yakınlarıyla gelmiş oluyor. Önce yakınları bizimle konuşuyor, ortamı izliyor ve hastayı getirmeden önce nasıl bir yer olduğunu anlamaya çalışıyorlar. Sonra*

*tanışıp durumu anlatıyoruz. Bu anlattıklarımızı hastalarına da anlatmamızı rica ediyorlar. Sonra hasta geliyor, karşılıyor. Buradaki eski hastaların mayası işimize yarıyor.”* Hemşire Nermin

Tedaviye başlama kararı veren hastalar umutla kaygıyı bir arada hissederler ve sık sık birinden diğerine geçiş yaparlar. Belirsizlik kaygıyı, gerçek adımlar da umudu besler. Kaygılı hastalar çok fazla soruyu tekrar tekrar sorarlar. Bu sorular olabildiğince yanıtlanmalıdır. Ancak bazen sorulara bir son vermek gerekebilir. Çünkü tekrarlayıcı sorular hastanın kaygılarını daha da artırabilir. Bu hastalara tedaviyi fazla sorgulayıp ertelemeleri yerine hızla tedaviye yönelmeleri öğütlenmelidir. Bunun sadece tedavinin aciliyetinden dolayı değil, psikolojileri için de doğru tutum olacağını vurgulamalısınız.

Sonuçta aşırı bilgi talep eden ya da hiç bilgi talep

etmeyen hastaya tedavinin ne kadar yararlı olabileceği ve ne gibi yan etkileri olacağı ve ne kadar süreceği (ortalama zaman dilimi) hakkında detaylı bir özet vermeniz doğrudur. Bazen bu bilgiden dolayı rahatsızlık duyan hastalar olsa dahi bilgi vermek yaşadıkları belirsizliği belirli bir ölçüde azaltacağı için kaygılarını kontrol edebilecekleri bir seviyede tutmalarını sağlar.

Bazen hastanın kaygıları tedaviye başlamasını engelleyecek boyuttadır. Örneğin tedaviye organ kayıplarına yol açabilecek ciddi bir ameliyatla başlamak zorunda kalması veya kemoterapinin olumsuz etkileri ile ilgili söylencelerden hastanın fazlaca etkilenmiş olması gibi durumlar tedavi başlangıç engelleridir. Bu tür durumlarda da hastaya, tedavinin bazı zorluklar içermesinin kaçınılmaz olduğu, risk ve yan etkilerin eskisi kadar (ya da



internetteki söylenceler kadar) yüksek olmadığı, tıbbın ve tedavi protokollerinin eskisine göre çok ilerlediği, tedavinin yan etkisinin hiçbir zaman olumlu etkisiyle karşılaştırılmayacağı ve yine tedaviye güvenmenin onu psikolojik olarak daha fazla rahatlatacağı söylenir.

### **Tedavi Seçenekleri Hakkında Konuşma**

Uygulanacak tedaviye karar verme konusunda hekim bazen olması gereken standart bir tedaviyi en iyi seçenek olarak sunarken bazen de hastaya tedavi olanakları arasında seçim yapma alanı bırakmalıdır. Bazı hastalar kendileri için tedavide çok keskin kararlar verirken, bazıları da tedavi ekibine tam bir teslimiyet içerisine girerler. Bazıları ise “Bakın size çok güveniyoruz. Bir aksilik çıkmaz inşallah” diyebilirler. Bu tutumlara prim verilmemeli, hasta ve yakınlarına her şeyin doktorlar ve personelin kontrolü

altında olduğu düşüncesinin gerçekçi olmayacağı vurgulanmalıdır.

Sonuç olarak hastaya kendi tedavisi hakkında fikir üretebileceği ve tartışabileceği bir alan bırakılarak hastayı tedavi planlamasının bir parçası haline getirmek, hastaya biraz irade verilmesi anlamına gelecektir ki bu hekimi aşırı sorumluluk almaktan ve hastanın fazla beklentilerine maruz kalmaktan koruyucu bir tutumdur.

Hastanın tedaviye riskleri kabul ederek girmesi ve belli sorumlulukları alması gerekir. Ters durumda onkologların psikolojik yükü fazlasıyla artabilir.

## **Onkologlar**

Onkolog, bulanık alanlarda olumlu bir gerçekçilik sunarken hastaya yüksek hayaller vermenin risklerini de ölçmek durumundadır.

Bazen onu tanrıdan önceki son umut gibi gören aşırı bağlanma geliştiren hastalarla karşılaşır. Hastanın bu aşırı beklentisini biraz sınırlandırmak gerekir. Bazen de çok karamsar hastalar vardır ki onlara biraz umut verilmelidir.

Bu karışık durumlarda onkolog kendini yalnız hissedebilir. İyi niyeti, umudu, kendi sınırları ve olanakları, destek olmak istekleri ve kendini koruma zorunlulukları gibi birçok ikileme karşılaşır. Aşırı empatik olması da hiç empatik olmaması da sorundur. Her iki durum da hastayı zorlar.

Böyle müşkül durumlarda en iyisi ekipteki psikiyatrist ve psikologlarla diyaloga girmektir.

Onlardan alabileceği küçük destekler ve öneriler işini kolaylaştırabilir.

Sonuçta bir onkoloğun kişilik özellikleri, deneyimi,

kültürel aidiyetleri, yaşam algısı, inançları hastaya yaklaşım tarzına yansıyabilir. Kimi hekimler bunların hepsinin etkisinden sıyrılıp tümüyle teknik bir doktorluk yapmaya çalışır. Her iki tutum da doktriner biçimde yapılmadığında ve duruma göre esneklik içerdiğinde sorun yoktur.

*“İlk tanı süreci çok zor bir süreç. Her ne kadar dışarıdan çok belli etmesek de bir aileye ve bir çocuğa bu tanıyı söylemek bizim için zor bir süreç. Benim bazı günler sabahdan akşama kadar kıvranıp söyleyemediğim olmuştur. Ama bir şekilde gerçeği söylemek lazım ve tedavi veren hekimin yüzünde umutsuzluk okurlarsa neye güvenip nasıl tedaviye inanırlar bilmiyorum. Onun için mutlaka önce kendimi topluyorum, ilk tanı haberini veriyorsam, mimiklerime, davranışlarıma çeki düzen verip bir prova yapıp ondan sonra aileyle konuşuyorum. İlk tanıda çocuğun yaş grubuna göre aileye mutlaka çocuğa da bir açıklama yapmamız gerektiğini ifade ediyorum. Türkiye’de aileler çocuklarından bu durumu, çocuk hangi yaşta olursa olsun saklama eğiliminde oluyorlar. Mesela, üç yaşında bir çocuğa “Lösemi oldun” demenin hakikaten bir anlamı yok, çünkü*

*lösemnin onun zihninde hiçbir yeri yok. Ama o üç yaşındaki çocuğa da uygun bir açıklama getirmek lazım; niye hastanede yatıyor, niye her gün kan veriyor, bu sıkıntıya niye katlanıyor gibi soruları bir şekilde çocuğa da açıklamak lazım. Bence ona uygun bir anlatımla da açıklanabilir, o yaş grubuna da bir açıklama biçimi var. Ama hele ki beş dakikada elindeki cep telefonuyla hastanede niye yattığını keşfedebilecek bir ergenle oldukça dikkatli konuşmaya çalışıyorum. Okul çağı yaşından büyük olan çocuklardan hastalığı saklamıyorum. Bazen adını söylemiyorum, direkt “Lösemisin, kan kanserisin” demiyorum. “Kanser” ve “tümör” kelimelerini konuşmalarım da hiç kullanmam. Ama “bir kitle var, bu kitle biraz saldırgan olabilir, vücudunun başka yerlerine de nüfuz etmiş olabilir. Ama bunu temizlemenin bir yolu var. Biz de bunun için sana yardımcı olacağız, bu işin yan etkileri, her gün kan vermek gibi bazı zorlukları var. Ama bu zorlukların da çözümleri var” gibi destekleyici konuşmalarla mutlaka klinik durum bilgisi veriyorum. İleri evrelerde bu daha zor.” Dr. Başak*

**Tedaviye Başlangıç Süreci:** Birçok hasta özellikle ilk tedaviye büyük umut besler ve her türlü rahatsızlığı ve uğraşı göze alır. Bazıları daha temkinli ve olumlu, bazıları da

teslimiyetçidir.

Cerrahi girişimlerde başta kaygı olsa bile başarılı bir girişimin ardından rahatlama görülür. Ancak organ kaybına yas tepkisi verebilir. Bu tepkilerin şiddeti, hastanın beden bölgelerine ilişkin yaşadığı duygusal ve sembolik anlamlarla ilişkilidir. Örneğin, hiç doğum yapmamış bir kadının meme kaybına tepkisi daha öncesinde doğum yapmış olan bir kadından farklıdır, aynı zamanda yaş faktörü de bu noktada etkilidir. Ya da testisi alınan bir erkeğin daha önceden çocuk sahibi olması ile daha yeni evli ve çocuk sahibi olmayan biri ile aynı değerlendirilmemelidir. Bu aşamalarda psikiyatrist ve psikologlardan destek istenebilir.

**Kemoterapi zorlu bir süreçtir.** Kemoterapi, kişinin psikolojik direncini de oldukça düşürmekte ve bazen tedaviye çok motive bir hastanın bile motivasyonunu kırabilmektedir. Kemoterapinin yarattığı psikolojik sorunlar daha çok organik kökenlidir. Muhtemelen bağışıklık

sisteminin gücünün azalması ve ilaçların yarattığı yeni biyokimyasal süreçler psikolojik ve psikiyatrik sendromlar yaratmaktadır.

Depresyon, kronik bitkinlik gibi ortaya çıkan psikolojik süreçler bazen hastanın tedaviyi bırakmasına da yol açabilir.

Organik beyin sendromları, konfüzyonlar ve demans görünümlü tablolar ortaya çıkabilir. Kemoterapi sürecinde bir psikiyatriste ve psikiyatristin sağlayacağı ilaç desteğine ihtiyaç olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

*“Kemoterapi salonunun çok kötü bir yer olduğunu düşünür insanlar genellikle. Hemşirelerin çok katı ve suratsız olacağını zannediyorlar. Damar yolları zor bulunduğu için endişeli olabiliyorlar. Ama biz bu alanda çok başarılıyız. Eski hastalar çıkarken ‘Kızım kendinize iyi bakın, Allah’a emanet olun. Gelirken size bir şey getireyim mi?’ diyerek buradan ayrılıyorlar. ‘Hadi gün yapalım, kahvaltı yapalım’ gibi konuşmalarımız da oluyor. Eski hastaların bu davranışını*

*gören yeni hastalar cesaretlenebiliyor.” Hemşire Nermin Uzun tedavi süreçleri, ardışık ameliyatlara, kemik iliği nakil süreçleri birçok psikososyal sorun ortaya çıkarabilir. İyi ya da kötü çıkan sonuçlar, hastaların ve sağlık çalışanlarının umutlanmaları, bazen umutlarının boşa çıkması, motivasyon zorlukları, ortaya çıkan yeni komplikasyonlar, hastaların sosyoekonomik güçlükleri en önemli sorunlardır. Bu dönemde hastaların **tedaviye dair motivasyon sorunları** ve **moral beklentileri** ön plana çıkar. Bu beklenti bazen sağlık çalışanlarını yoracak boyuttadır. Bu süreçte hastalarda ve sağlık çalışanlarında ortaya çıkan moral ve motivasyon kayıpları hem hastaları hem yakınlarını hem de sağlık çalışanını destekleyen ancak iyi bir takım çalışması ile oluşturulabilecek olan bir psikososyal yönetimle azaltılabilir.*

*“Hastanın gidişatının iyi olmadığını farkında olan yaş grubuyla bunu paylaşmak çok zor. O zaman da yine aynı şekilde hastanın çok adını geçirmeden, “Evet, bu aralar çok*



*iyi değiliz. Bu aralar çok başarılı olamadık ama henüz yapacaklarımız bitmedi. Elimizde ilaçlar var, daha yapacaklarımızın yolu var” diyorum. Bazen bu konuşmayı hiç yapmıyorum. Gündelik kaygılarını gidermeye çalışıyorum. Biraz çocuğun durumuna göre bazı çocuklar bunu tartışmak ve nereye gitmek istediklerini bilmek isterken, bazı çocuklar inat ve şiddetle bu bilgiden kaçınıyorlar. Bilgiden kaçınanın zorla gözünü açmaya çalışmıyorum. Şöyle özetleyebilirim; ileri evre dönemlerinde ailenin ve çocuğun dümen suyunda gidiyorum. Ne istediklerini, neyi kaldırabileceklerini anlamaya çalışıyorum ve ben de o yolda gidiyorum. Bu durumlarla çok iyi başa çıkan, gerçekle bağını koparmadan hareket edebilen aileler var. Hele öyle durumlarda mutlaka ailelerin dümen suyunda gidip onların açıklamalarını taklit edip ortak bir ağız geliştirip çocukla öyle konuşmaya, ama hiçbir zaman optimist vurguları elden bırakmamaya gayret ediyorum.*

*Yoğun bakıma indirirken bile “Birkaç gün içinde oradan seni geri çıkaracağım, biliyorsun değil mi?” “Yatağın serviste hazır duruyor.” gibi laflar ediyorum.” Dr. Başak “Kanserin ilaçla iyileşmeyeceğini düşünen, kendilerine verilen ömrün bu kadar olduğunu ve kanserin de buna vesile olduğuna inananlar var. ‘Tedavi alsak da bir şey değişmeyecek.’ dedikleri için tedavinin yan etkileriyle yaşamak yerine kalan vakitlerini daha rahat bir şekilde geçirmeyi tercih ediyorlar. Daha kaderci bir bakış açısı bu tabi. Tedaviyi alıp yorulup tam iyileşme de göremediği için yarım bırakmak isteyenler var. Genelde genç hastalar alternatif tıbbı yönelmek istiyor. Yeterince kemoterapi aldıklarını, yan etkiler yüzünden ne gezebildiklerini ne dolaşabildiklerini söylüyorlar. Bazen on beş günlük ara verilir tedaviye. O zamanlarda kendilerini daha iyi hissettiklerini, iştahlarının daha iyi olduğunu, ama tedavi aldıktan sonra bunun yine hızlı bir şekilde kötüye gittiğini ve*

*bunu yaşamak istemediklerini söylüyorlar. Şu an bir hastam var mesela. Bundan sonra öleceğimi söylemeniz bile tedavi almam diyor ve kendisi kırk iki yaşında. Yani başlayıp da yarım bırakmak isteyenler çok daha zor oluyor.”* Hemşire Nermin

### **Tedavi Bitişi ve Takip**

Tedavi sonrası aşamada, hastanın bu hastalıktan gerçekten kurtulup kurtulmadığı ile ilgili endişeleri, takip testlerinin kötü çıkabileceği ve nüks endişeleri ön plandadır.

*“Son kemoterapilerini aldıktan sonra onları ara değerlendirme için hocanın yanına dört seçenekle gönderiyorum. Yani duyacakları şeye hazırlamaya çalışıyorum.”* Hemsire Nermin

Bunun yanı sıra hastanın yeniden işe ve/veya okula geri dönmek gibi sosyal hayata uyum güçlükleri ile ilgili kaygıları da vardır.

Hastaların hastaneden kısmen uzaklaştıkları bu süreçte

onlara destek verebilecek bir **psikososyal birimin** bulunması önemlidir. Bu desteğin yeterli olmadığı kurumlarda büyük yük onkologlara düşer. Hastanın moral beklentisi ve talebi onkoloğun kontrol seanslarını biraz psikoterapi seanslarına dönüştürür. “Ben iyileştim mi artık?”, “Tekrar kötü olur muyum? Dikkatli mi olmalıyım yoksa eski hayatıma dönmeli miyim?”, ”İşimi bırakmalı mıyım?” gibi soruların hep onkologlar tarafından yanıtlanması gerekecektir.

## **Nüks**

Nüks ortaya çıktığı zaman hastaların çoğu hastalığı ilk öğrendikleri zamanlarda verdikleri tepkileri verirler, yani başa dönerler. Beklenmedik bir nüks, umutsuzluğu, hayal kırıklığını, kendini bırakmayı beraberinde getirir. Hastanın ölüme daha yakın olduğu ve zamanının azaldığı düşünceleri çok tedirginliğe sebep olur. Hasta hayatının son günleri için üzölmeye başlar ve yakın çevresine yük olduğu düşüncesini geliştirebilir. Kadercilik, yaşam ve ölümin anlamını

sorgulama ortaya çıkar. Bu evrede uykusuzluk, huzursuzluk, kaygı, umutsuzluk ve depresyon gelişebilir.

Bu hastalarda en önemli mücadele alanı onların **tedaviye yeniden motive edilmeleridir**. Nüks ihtimalinden daha önce söz ettiğimizi, bunun beklenebilir olduğunu, birçok hastada görüldüğünü söylemeli ve nüks durumunu hasta için daha olağan alana çekmeye çalışmalısınız.

Bu görüşmelerde hastalara ailelerinden, sevdiklerinden ve inançlarından daha çok destek almaları önerilmeli ve içe kapanma, tedaviden uzaklaşma düşüncelerinin önüne geçilmelidir. Bu süreçte profesyonel anlamda psikolojik ve psikiyatrik destek de önemlidir.

*“Nüks, başlı başına ayrı bir karamsar tablo. O noktada tekrar tedaviye ikna etmek ve tedaviye devam ettirmek zor. Bu sefer umutsuzluk da yaşıyorlar, o ayrı bir zorluk. Bu iki aşama gerçekten zorlandığımız iki aşama. Diğer taraftan tedaviyi bırakmak isteyip bunda tamamen haklı aileler de*

*olabiliyor. O durumda zaten biz de baskıcı olmuyoruz, onları zorlamıyoruz. Onlara iki seçenek sunuyoruz; ‘Ya şunları deneyebiliriz ya da hiçbir şey yapmayı sadece ağrıları dindirebiliriz.’” Dr. Başak*

### **Terminal Dönem ve Ölüm:**

Terminal dönem medikal alanda tedavi için yapılacak bir şeyin kalmadığı ama psikososyal alanda yapılması gereken pek çok şeyin olduğu, hastanın rahat ettirilmesinin ve ona sevgi ve saygı gösterilmesinin daha fazla önem kazandığı dönemdir.

*“Bu açıdan en kritik evrenin terminal dönem olduğunu söyleyebilirim. Terminal dönemdeki belli bir yaş üstü çocuklarda –özellikle 10, 12 yaş grubunda- inanılmaz zorlanıyoruz. Yıllar önce eğitimimin başında terminal dönemdeki hastaların odalarına girmeye çekinirdim. En giremediğim odalar terminal dönemdeki hastaların odası*

*olurdu. Viziti en son onların odasına götürürdüm. Sonra zaman içerisinde terminal dönem hastalarının da yardımına ihtiyacı olduğunu, hatta daha fazla ihtiyaçları olduğunu fark ettim. Şimdi ne olursa olsun o odalara gitmeyi görev addediyorum. Mutlaka o odalara gidip o çocukları görüp, hiçbir şey yapamıyorsa onlara hal hatır sorup o gün onları görmüş olmaya özen gösteriyorum. Hiçbir şey yapamadığım, artık neredeyse konuşacak takati kalmadığı için sadece tırnaklarına oje sürdüğüm birlikte güldüğümüz hastam vardı, ölmek üzereydi. Dışarıdan çok manasız görünebilir ama bizim için çok anlamlıydı. Onu bile yapmışlığım var, yine olsa yine yaparım. Varlığımı hissetmiş olmalarına özen gösteriyorum.” Dr. Başak*

Hastaya ölebileceğini söylemek sağlık çalışanı için bu sürecin en zor anıdır ve bu zor görev tedavi ekibinin başındaki doktora düşmektedir. Bir insana direkt olarak öleceğini söylemek genelde kültürümüze uygun değildir.

Batı ülkelerinde durum daha doğrudan söylenirken Türkiye’de genel olarak tıbbi açıdan yapacak bir şeyin kalmadığı bildiriminde bulunulur. “Ölecek miyim” sorusunun bunun ardından gelmesi kaçınılmazdır. “Evet, bu ihtimal yüksek” veya hastanın sosyokültürel düzeyine göre “Bu artık bizim değil, tanrının karar vereceği bir şey” cevapları verilebilir. Bizim kültürümüzde ağırlıklı olarak ölümün ancak tanrının rızası ile olacağına inananlar olduğu gibi, böyle düşünmeyenler de vardır. Bu konuşmayı yaparken de verilecek cevaplar hastanın sosyokültürel düzeyine göre şekillendirilebilir.

Sonuç olarak bu konuşmalarda hastaların sosyokültürel seviyesi, maneviyatı ve ölümü kabulleniş şekli dikkate alınmalıdır. Ölüm konuşmalarını çocuklar ve yaşlılarla her zaman yapmak gerekmez de bu konuşma özellikle ergenlerle yapıldığında çok daha dramatik hale gelebilir.

Her insanın ölebileceği bilgisine ulaşma hakkı olduğu gibi,



bu kuralın çiğnenebileceği zamanlar da vardır. Ölüm konuşmasında hekim bu sorumluluğu tek başına yüklenmemeli, hastanın ailesi ya da hastanın en sevdiği, güvendiği insanlar eşliğinde onların da desteğini alarak konuşmayı yapmalıdır.

### **Sağlık alışanlarının Yaşadığı Güçlükler**

Onkoloji alanında sağlık çalışanı olmak, diğer tüm kronik hastalık alanları içinde duygusal emeğe en fazla ihtiyaç olan bir ortamda hizmet vermek anlamına gelir. Son yıllardaki teknolojik gelişmelere bağlı olarak tedavi oranlarının oldukça yükselmesine rağmen kanser hala ölüm oranı yüksek hastalıkların başındadır. Dolayısıyla onkoloji çalışanları pek çok belirsizlikle savaşan, genellikle kaygılı, çaresiz, umutsuz ve öfkeli hisseden bir hasta grubuyla çalışmak durumundadır.

Sonuç olarak, sağlık ekibi kanserin doğasına özgü olan çok

miktarda stres yükleyiciye maruz kalır ve strese bağlı semptomlar geliştirme konusunda yüksek risk altındadır.

*“Ekibimizde çok genç, 25 yaşın altında, dolayısıyla deneyimsiz çalışanlar da var. Hiç ölen biriyle karşılaşmadıysanız, daha önce yakınınızda hiç kimse ölmediyse bu gibi durumlarda ne yapacağınızı bilemezsiniz. Ancak yakınınızda biri öldükçe ölüme nasıl yaklaşacağınızı, bunu nasıl bastıracağınızı, kendi hayatınızdan nasıl uzak tutacağınızı, hayatınızı ne oranda etkilemesine izin vereceğinizi öğreniyorsunuz. Bence aslında hepimizin düzenli terapiye ihtiyacımız var, bizimle de görüşmeler yapılmalı. Bu durum burada çalışan sekreterimiz için dahi geçerli. Yalnızca sekreteryaya işi yürütüyor bile olsa burada yaşananlardan tamamen habersiz ve hiçbir şeyden bağımsız değil. Kendini asla ne çocukların ne de ailelerin kötü halinden soyutlayamaz. Dolayısıyla hiçbirimiz kendimizi izole edemeyeceğimizden hepimiz bazı baş etme*

*mekanizmaları geliştiriyoruz.” Dr. Başak*

Onkoloji profesyonellerinin yaşadığı güçlükleri genel olarak üç kategoride ele alabiliriz.

**1. Sağlık alışanları ile hasta ve hasta yakınları arasındaki güçlükler:**

- Hastalar ve yakınları hastalık nedeniyle yaşadıkları olumsuz duyguları, öfkeyi ve bunlara bağlı tepkileri ekibe yansıtabilirler.
- Hastalar veya yakınları düşüncelerini her zaman dürüst Şekilde paylaşmayabilirler ya da kendilerini ifade etmenin doğru yolunu bulamayabilirler. Bu da karşılıklı olarak yanlış anlaşmalara ve ekiple çatışmaya sebep olabilir.
- Hastalar ve yakınları içinde buldukları durum nedeniyle sabırsız ve telaşlı olmaya eğilimlidir. Bu nedenle durumları hakkında geri bildirim

almak için aceleci davranıp, her fırsatta soru sormak, koridorda ayaküstü görüşmeler yapmak isteyebilirler. Bu yüzden hekimler ve sorumlu hemşireler sıklıkla günlük çalışma planlarının gerisinde kalıp enerjilerini diledikleri gibi kullanamazlar.

- Bazen hastalar hekimlerine veya ekibe aşırı bağımlılık geliştirirler. Beklentilerin çok yükselmesine yol açan bu durum bir süre sonra hastanın gördüğü tedaviden doyum alamamasıyla sonuçlanabilir. Çalışanlar açısından daha fazla enerji kaybı anlamına gelir.
- Sağlık çalışanının aşırı duygusal bağılılığı zorlayıcı problemlerden biridir. Aslında duygusal bağ kurmak bu alanda çalışmanın kaçınılmaz bir parçasıdır ve tedavinin başarısı için de gereklidir. Ancak bu bağı kontrollü ve dengede tutmak

sağlık ekibi için son derece önemlidir. Aksi takdirde personelde tükenmişlik, dolaylı travmatizasyon, kaygı bozuklukları oluşabilir.

## **2. Sağlık çalışanlarının ekip içinde yaşadıkları güçlükler:**

- Onkoloji servisindeki görev dağılımının kuvvetli bir sisteme oturtulmaması, ekip içinde adaletsiz bir iş yüküne neden olmaktadır. Zamanla oluşacak çatışmalar, iletişim problemlerinin sonuçları ise motivasyon kaybına, huzursuzluğa, gerginliğe, tedavi başarısında düşüşe kadar uzanabilir.
- Kanser tedavisinin büyük bir ekip işi olduğu özellikle son yıllarda önemle vurgulanır. Öyle ki, kat görevlileri veya otelcilik hizmetleri de bu ekibe dahildir. Sterilizasyonun son derece önemli

olduğu bu servislerde gözden kaçan ufak ihmaller bile hastalarda kaygı ve güvensizlik oluşturabilir. İhtiyaç halinde hastanın odasını temizletmemesi ya da hekim tarafından tuzsuz yemesi gerektiği bildirilen bir hastaya, yanlışlıkla tuzlu yemek getirilmesi hasta tarafından kaygıyla karşılanıp bu durumun tepkisi de sağlık profesyonellerine yansıtılabilir.

- Sağlık turizmi yapılan, farklı ülkelerden yabancı hastaların kabul edildiği hastanelerde tercümanlar da ekibe dahil olmalıdır. Ancak tercümanların azlığı, hastanenin diğer bölümlerinde de görev almaları nedeniyle iş yüklerinin çok fazla olması, hekimlerin ve hemşirelerin çalışma planını aksatabilmektedir.
- Kanser tedavisi sıklıkla farklı branşlardan konsültasyon gerektirir. Hekimler arasındaki

iletişimin kalitesine göre bu süreç çok verimli sonuçlar verebilirken, birlikte çalışmayı zorlaştırıp hastanın mutsuzluğu ile de sonuçlanabilir.

### **3. Sağlık çalışanlarının hastane yönetimi ile yaşadığı güçlükler:**

- Yönetimin kanser tedavisine aşına olmaması durumunda sağlık ekibinin ihtiyaçları karşılanırken öncelik sıralamasında yapılan hatalar çalışanlar için yıpratıcı olmaktadır.
- Yeterli sayıda personelin ve gerekli ekipmanın sağlanmaması tedavi başarısını doğrudan etkilerken sağlık ekibini de yetersiz ve çaresiz hissettirmektedir. Öte yandan eksikliklerden kaynaklanan aşırı iş yükü ve yorgunluk nedeniyle kendi özel hayatlarına vakit ayıramamak tükenmişlik için zemin hazırlamaktadır.

## **Sorun Çözme**

Çalışanların tüm bu alanlarda yaşanan güçlüklerden etkilenme düzeyi stresle baş etmedeki bireysel becerilerine, donanım ve tecrübelerine göre farklılık gösterir. Ancak ekipteki az sayıda kişinin bu konudaki başarısı tüm ekibin mutluluğu ve tedavi başarısı için yeterli değildir. Hastayı tedavi etmek ve hastayla iyi iletişim kurmak birbirinden çok farklı iki beceridir. Sağlık personelinin hem kendisi hem de hastalar için ne zaman ve ne derecede psikolojik yardıma ihtiyaç duyacağını tam kestirememesi, muhtemel psikolojik sorunları önceden tespit edememesi oldukça normaldir. Bu noktada psikiyatri ve psikoloji birimleriyle sağlam iletişimde olmak önemlidir. Psikososyal yaklaşım tüm ekip tarafından benimsedikçe, hem çalışanların yaşam doyumları ve



iyilik halleri artmakta, hem de personel hastaların tedavi sırasındaki tepkilerini daha iyi yönetebilmekte ve bu tepkileri tedavinin seyrine dair önemli ve dikkate alınması gereken bulgular olarak görmektedirler.

**Sağlık çalışanı kendisini stresten korumanın önemli olduğunu bilmelidir.**

Onkoloji çalışanı, mesleğinin stresli olduğunun ve mesleğinin enerjisini tüketip onu depresyona sürükleyebileceğini ihtimalinin farkında olmalıdır.

Araştırmalara göre onkoloji servis çalışanlarında kronik stres bozuklukları, kronik yorgunluk sendromları, iş yıpranmaları kaygı bozuklukları ve alkol ve madde kullanımı diğer sağlık çalışanlarına göre yüksek oranda ortaya çıkmaktadır.

Bu nedenle;

- Gücünü ve sınırlarını iyi bilmek ve aşırı zorlamamak;  
gerektiğinde yardım istemek,

- Aşırı empatik tutuma girmemek; örneğin acılı bir hastayı, annesi veya çocuğu yerine koymamak, yani içselleştirmemek,
- Yine bir hastanın sorununu aşırı üstlenmek ve bireyselleştirmek yerine tüm ekiple paylaşılacak bir sorun olarak görmek,
- Ekiple iyi iş birliği ve iletişim içinde olmak; ekip içi çatışmadan kaçınmak ve çatışma durumlarında problemi olabildiğince çabuk çözmek,
- Sosyal yaşamı önemsemek; aile ve arkadaşlarla daha çok zaman geçirmek, iş yoğunluğu nedeniyle onları ikinci plana atma davranışından kaçınmak,
- Tedavi ekibiyle iş dışı buluşma; eğlence ve hobi ortamları yaratmak,
- Gerginliğe karşı esnekliği artırmak,

- Kendine önem ve değer vermek; kendine karşı sorumluluklarının en az başkalarına karşı sorumluluklar kadar önemli olduğunu bilmek,
- Dinlenme ve eğlenceyi ihmal etmemek,
- Stres yönetme ve gevşeme teknikleri hakkında bilgi sahibi olmak oldukça önemlidir.

*“Kendimizce çözümlerimiz var. Kongre ve toplantıları bahane edip birlikte yemeğe çıkıyoruz, bu birbirimize olan iletişimimizi güçlendiriyor. Baş etme kabiliyetimizi artırıyor.”* Hemşire Nermin

## **HASTA YAKINLARININ PSİKOSOSYAL SÜREÇLERİ**

Herhangi bir maddi karşılık beklentisi olmaksızın hastanın bakımını üstlenen kişiyi hasta yakını olarak tanımlayabiliriz. Hasta yakınları; eşler, aile üyeleri, yakın arkadaşlar olabilirler. Bu görevi gönüllü olarak üstlenirler ve genellikle bakım verme konusunda eğitilmiş kişilerdir.

Kanser hastası yakını olmak pek çok farklı role sahip olmak anlamına gelir. Hastanın tedavi sürecinin tümüne hakim olmak, cevapları korkutucu olabilecek tüm soruları sormak, hastayla birlikte tedaviye dair kritik kararların alınmasına yardımcı olmak, ilaçların takibini yapmak, ev işlerini halletmek, maddi destek sağlamak, hastanın çevresindekilere gidişat hakkında bilgi vermek gibi hayati önem taşıyan onlarca sorumluluğu üstlenmek demektir.

Sevilen kişinin yanında olma arzusu büyük bir enerji ve motivasyon sağlasa da, en az kanser hastasının kendisi kadar yakını da bu süreçte tükenmektedir. Tedaviyi psikososyal açıdan ele alırken hasta yakınlarının da hasta ile benzer evrelerden geçtiğini unutmamak gerekir.

Tanı evresinde hem hasta hem yakını pek çok belirsizlik ile savaşıyor ve durumu kabullenmekte zorlanır. Hasta “Neden ben?” sorusunu sorarken hasta yakınları da “Bu neden bizim başımıza geldi?”, “Neden benim çocuğum?” gibi sorulara

cevap arar. Öte yandan bazen hasta ile birlikte bazen de hastanın yerine (hastanın çocuk, çok yaşı veya başka bir özel durumunun olması halinde) onkolog ve diğer sağlık personeli ile güven ilişkisini sağlayıp iyi iletişim kurulması ile ilgilenir.

Tedavi süreçlerinde hasta yakınları sevdikleri kişinin acısına şahit olmaktan kaynaklanan çaresizlik ve umutsuzluk duygusu yaşarlar. Diğer taraftan, aile içinde oluşan rol değişikliklerine uyum sağlama çabası, hastanın görevlerini üstlenirken kendi sorumluluklarını da yerine getirmeye çalışmak, artan masrafları karşılayabilmek adına yorgun, mutsuz ve gergindirler.

Hastalığın terminal evresinde ise ölmekte olan kişiye bakım ve desteğin sağlanması, aile üyelerinin yaklaşan ölüm hakkında birbirleri ile iletişim sorunları ve muhtemel kayıp ile ilgili duygularla başa çıkma çabası hasta ve yakınları için zorlu bir sınavdır.

Depresyon, kaygı bozuklukları, psikosomatik belirtiler, uyku bozuklukları, öfke kontrol problemi ve konsantrasyon güçlüğü kanser hastalarının yakınlarında en sık karşılaşılan durumlardır.

Tüm bunlar yaşanırken hasta yakınlarının kendilerine vakit ayırmaları, suçluluk duymadan dinlenmeleri, bir an olsun kendilerini iyi hissetmeleri güçtür.

Hasta yakınlarının bilgilendirilme, motivasyon ve dinlendirilme ihtiyaçlarının psikososyal destek birimi tarafından önemle göz önünde tutulmalıdır. Onların değişik aşamalarda karşılaşacakları güçlükler hakkında bilgilendirilmeleri ve tedavi ekibiyle iş birliğine yönlendirilmeleri önemlidir. Ancak bu konuda epey güçlükle karşılaşılabılır. Yukarıda anlatılan nedenlerle hasta yakınları yorgun sabırsız ve güvensiz tavırlar gösterebilirler. Bu tavrı tolere etmeye ve soğurmaya çalışılmalıdır. Çünkü “hekim-hasta-hasta yakını” üçgeninde hasta yakını uyumlu ve

dengele pozisyonda tutabilmek hastanın da tedaviye uyum sürecini doğrudan etkilemektedir.

*‘‘Bazen hasta yakınları hastadan daha çok zorluyor. Hasta daha kolay iş birliği yaparken hasta yakını ona yaklaşmama izin vermiyor. Bazıları ilaçlara ve tedaviye karşı şüpheli ve tedirginler. Bu tutumlarının hastalarını koruma, sahiplenme çabasından kaynaklandığını düşünüyorum. Bazen şaka yollu o sadece sizin değil benim de hastam diyorum. Başta kötü davranıp sonradan özür dileyen çok hasta yakınım var. Açıkçası hasta yakınları beni daha çok yoruyor.’’* Nermin

Hemşire

Bunun yanı sıra hasta yakınlarının psikososyal çalışmalarda gönüllü görev alma isteklerini de değerlendirmek uygun olur. İyi bir değerlendirme sonucu bu isteğin kabulü psikososyal destek birimlerinin gücüne ve kaynaklarına katkıda bulunacaktır.

## TEŞEKKÜR

Bu kitapçığın içeriğinin hazırlanmasında paylaştıkları bilgi ve deneyimler ile katkı sağlayan Sn. Doç. Dr. Başak Adaklı Aksoy'a ve Kemoterapi Sorumlu Hemşiresi Sn. Hemşire Nermin Albayrak'a, Sn. Uzm. Sağlık Psk. Ozan Bahçivan'a, değerli hastalarımıza ve sağlık personeline, kanser tedavisinde psikososyal desteğe verdiği önem ve derneğimize desteği için MEDICAL PARK HASTANELER GRUBUNA, Sn. Dilek Yörük'e ve İstanbul Aile Danışmanları Derneği Başkanı Sn. Aile Danışmanlığı Uzmanı Zafer Avcılar'a, kitapçığın hazırlanış sürecindeki katkıları için Sn. Prof. Dr. Melih Bulut'a teşekkürlerimizi sunarız.



Hazırlayanlar:

Psikiyatrist Dr. Muzaffer Uyar

Uzm. Psk. Fatma Kayım

Uzm. Psk. Elif Özlük

Uzm. Psk. Begüm Kaplan

Uzm. Sağlık Psk. Ozan Bahçivan

Psk. İrem Sarımahmut

Psk. Özlem Sena Halıcı



## Psiko-onkoloji Derneği

Psiko-onkoloji Derneği, kanserle yaşayan bireylere ve ailelerine psikososyal destek vermek amacıyla 2011 yılında kurulmuş bir dernektir. 2017 yılında da Türkiye'den Dünya Psiko-Onkoloji Birliği (International Psycho-Oncology Society) Federasyon yesi olmaya hak kazanmış tek dernektir ve ülkemizi uluslararası camiada temsil etmektedir. Kurulduğu günden bu yana öncelikli hedefi; kanser psikolojisi alanında bilimsel araştırmalar yapmak, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermenin yanı sıra, toplumda kanser hastalarına psikososyal destek verilmesi yönünde farkındalığı arttırmaya yönelik çalışmalar yapmaktır.

Kanserle yaşayan bireyler ve yakınları bu yolculukta çeşitli zorluklarla mücadele etmektedirler. Hastalığın karmaşıklaştırdığı hayatlarında, var olan birçok sorunun yanı sıra daha önce hiç akla gelmeyen pek çok sorun ortaya çıkabilmekte; çoğunun çözümü ise psikolojik g ve destek gerektirmektedir.

Kanser teşhisi konulmuş hastanın yaşadığı psikolojik tepkilerin ölçüsü, yaşam tehdidi oluşturan durumlarla başa çıkma becerisi ve kanser riskini nasıl algıladığıyla doğru orantılıdır. Misyonumuz toplumumuzda kanser ile ilgili olan yanlış inanışları en aza indirmek ve tedavi başarisını engelleyecek olumsuz yargıları azaltmak, hastanın yaşam kalitesini artırmak, psikolojik iyiliğe katkıda bulunmak ve ailelerini, yakınlarını desteklemektir.

Bu noktadan hareketle Psiko-onkoloji Derneği, öncelikle kanser tanısı almış bireyleri ve yakınlarını bilgilendirmekte, ücretsiz psikolojik danışmanlık hizmeti, çeşitli alanlarda hobi ve rehabilitasyon destek hizmeti vermektedir. Bununla birlikte onkoloji alanında çalışan kurumlarla "psikososyal yönetim" konusunda kurumsal iş birlikleri yapmaktadır.



POD Genel Merkez (İstanbul)

Telefon : [\(0212\) 560 70 83](tel:02125607083)

E-mail : [info@psiko-onkoloji.org](mailto:info@psiko-onkoloji.org)

Adres : Ataköy 7-8-9-10 Mahallesi, Ardıç Sk. 3-2, 34158  
Bakırköy/İstanbul

POD Antalya Temsilciliği

Telefon : [\(0553\) 411 84 28](tel:05534118428)

Adres : Şirinyalı Mah. İsmet Gökşen Cad. Veli Sulu 1 Apt. 105/4  
Muratpaşa/Antalya

POD İzmir Temsilciliği

Telefon: 0 232 422 27 29

0 545 422 27 29

Adres: Talatpaşa Bulvarı, No:57/5 Alsancak/İzmir

<http://www.psiko-onkoloji.org/>



Psiko-Onkoloji Derneği



Psikoonkoloji



# KANSER PSİKOSOSYAL YÖNETİMİNDE

SAĞLIK ÇALIŞANININ  
GÜCÜ



Psikoonkoloji Derneği

Pandost Binası, Afet Merkezi Yanı, Hobi Bahçeleri, Ataköy 7- 8 Kısım, Bakırköy, İstanbul