



Deneysel Çalışma

Kanser hastalarında psikoeğitimin problem çözme becerisine etkisi

● Gülsüm Üzüm,¹ ● Sevgi Nehir²

¹Manisa Devlet Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Manisa

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa

Özet

Amaç: Bu çalışma, kanser hastalarında psikoeğitimin problem çözme becerisine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, ön test-son test deseninde yarı deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır. Çalışma, Manisa Devlet Hastanesi radyasyon onkolojisi servisinde Nisan-Aralık 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma için çalışma kriterlerine uyan 32 hasta dahil edildi. Her hasta ile 6 hafta bireysel olarak haftada 1 saat görüşülmüştür. Her hastayla bireysel görüşme ve psikoeğitim yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Problem Çözme Envanteri (PÇE) kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde dağılımı ve paired samples t test kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Psikoeğitim uygulamaları sonrasında deney grubu hastaların toplam PÇE ön test puan ortalaması 112.75±26.68, son test puan ortalaması 63.28±12.67 olarak bulunmuştur. Hastaların ön test ve son test toplam PÇE puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, bu farkın anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (t=13.173, p<0.001). Psikoeğitim sonrasında, hastaların PÇE alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, bu farkın anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001).

Sonuç: Elde edilen bu bulgular doğrultusunda, uygulanan psikoeğitim girişimlerinin kanser hastalarının problem çözme becerilerini artırmada etkili olduğu söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Kanser, psikoeğitim, problem çözme, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği.

Konu hakkında bilinenler nedir?

• Kanser, günümüzün en sık görülen sağlık problemlerinden biridir.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir??

• Çalışmamız hastalar bütüncül olarak ele alınması bakımından örnek oluşturması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Uygulamaya katkısı nedir?

• Araştırma sonuçları klinik alanlarda çalışan hemşirelere ve hemşirelik bakımına örnek oluşturacak bir psikoeğitim programı olarak önemli bir katkısının olabileceği düşünülmektedir.

Kanser, günümüzün en sık görülen sağlık problemlerinden biridir. Kanser hastalığı hasta ve hasta yakınlarını fiziksel ve ruhsal olarak etkileyen zorlu bir süreç olduğu bilinmektedir.

Tıbbi gelişmelere rağmen kanser hala hasta ve yakınları için korkulan bir hastalık olarak algılanmaktadır. Kanser acı çekme, umutsuzluk, sona yaklaşım ve ölüm ile zaman zaman aynı anlama geldiği düşünülmektedir.^[1,2] Kanser tanısı, hastada uyum yapması gereken bir kriz yaratır. Hasta için tedavi planlanırken hastanın stresi kontrol edilmeye çalışılır. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında en çok uyku problemi, ağrı, yorgunluk, cinsel problemler hafıza problemleri, psikolojik problemler yaşadığı belirlenmiştir.^[3-5] Yurt dışında yapılan bir çalışmada kanser hastaların da 5 yıllık takipte %36 bilişsel bozukluk ve %38 uyku bozukluğu olduğu belirlenmiş. Diğer uzun vadeli problemler arasında %31 yorgunluk, %32 kilo, %34 ağrı, %39 fiziksel performans, %38 ateş basması, %45 cinsel sorunlar sorunu olduğu belirlenmiştir.^[6] Kanser hastaları stres, umutsuzluk gibi

İletişim: Sevgi Nehir, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Uncubozköy Yerleşkesi, C Blok, 45030 Manisa, Turkey

Tel: +90 236 233 09 04 **E-posta:** sevgiturkmen2012@gmail.com **ORCID:** 0000-0003-1761-786X

Geliş Tarihi: 13.02.2017 **Kabul Tarihi:** 14.09.2018 **Online Yayınlanma Tarihi:** 13.02.2019

©Copyright 2019 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Çevrimiçi: www.phdergi.org



zihinde çözülemeyen problemler bireyde ruhen ızdırap olma-ya başlar ve bu da hormonlar aracılığıyla bağışıklık sistemini zayıflatmaya başlar.^[2,7-9] Yaşadıkları bu problemler hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, artan duygusal sosyal güçlükler hastalık sürecini ve tedavi maliyetini arttırmaktadır. Bu yüzden hemşireler; hastalara yönelik eğitim, sosyal destek, danışmanlık hizmetlerini içeren yaklaşımları kullanabilir.

Hastaların problemleriyle baş etmek için, aile ya da arkadaşlarla sosyalleşmek, yeterince dinlenmek, düzenli egzersiz ve sağlıklı bir beslenme, sosyal destek grubu ile kendi duygu ve deneyimlerini paylaşma, başkaları ile korkuları hakkında konuşma, eğlenceli şeyler yapma, hobi edinme gibi yöntemleri kullandıkları bildirilmiştir.^[10-16] Fakat bazen hastalar kanser sürecinde rol beklentilerini yerine getirememeye, kendine ve başkalarına yönelik yıkıcı davranış, geleceğe dair planlar yapmak konusunda endişe, kanser tedavisi ve yan etkileri hakkında korku, anksiyete, sosyal aktiviteye katılımında azalma, temel ihtiyaçları karşılamada yetersizlik gibi etkisiz başetme yöntemleri kullanabilmektedir.^[15,16] Bu süreçte hastaların problem çözme becerisinin geliştirilmesi hastalar için önemlidir.

Hastanın bu problemlerle başa edebilmesini etkileyen faktörler; kanserin türü, evresi, semptomları, hastalığın gidişi gibi tedavi faktörleri olduğu bildirilmektedir.^[2,7] Ayrıca, hastanın önceki hastalıklara uyum sağlama kapasitesi, fiziksel ve ruhsal dayanıklılığı, kişilik özelliği, mevcut yaşam durumu ve problemlerle başa çıkma yöntemleri gibi psikolojik faktörlere bağlıdır. Bu süreci, kültürel ve manevi tutumlar, hastanın sosyal ve duygusal desteğinin olup olmaması, sağlık ekibi desteğinin olup olmaması gibi kişilerarası faktörler de etkilemektedir.^[2,7]

Kanser hastalarına yönelik literatürde, psikososyal girişimler bilişsel davranışçı terapi, bireysel ve grup danışmanlık, psikoeğitim ve destek grupları gibi müdahalelerin etkisi değerlendirilmiştir.^[17-30] Yurtdışında da yapılan çalışmalarda psikoeğitim programları, telefonla danışmanlık, kitapçıkla bilgilendirme gibi çalışmalar görülmektedir.^[17,31-33]

Psikoeğitim programı bireyin kendini anlamasına destek olmak, bireysel gereksinimlerini desteklemek, iyilik düzeyini artırmak, yaşanabilecek olumsuzlukları engellemek ve hastanın yaşam kalitesini geliştirmektedir. Psikoeğitim programları hastaların anksiyete ve korku ile yüzleşme ve bu konuda duygu düşüncelerini ifade etme, bilgi alma, kendilerini daha az izole hissetme, benlik kavramını güçlendirmede yarar sağlamaktadır. Kanser hastalarında psikoeğitim uygulamaları depresif belirtileri,^[7] anksiyeteyi azaltmada^[9] ve problem çözmede etkili olduğunu göstermektedir.^[8,24,34] Psikoeğitimde amaç; hastanın kendi durumunu anlamasına yardımcı olmak, bilgi artışı sağlama ve davranış değişikliği oluşturma yoluyla problemle başetme becerilerini geliştirmek, öz bakım aktivitelerini yürütmede motivasyon oluşturmak, komplikasyonları önlemek, iyilik düzeyini, uyumu ve yaşam kalitesini artırmaktır.^[35,36] Psikoeğitim müdahalesinin yapılandırılmasında önemli noktalardan birisi tedavi sonrası dönemde stresörlerin birbirini tetiklemesi, fiziksel bir organda yaşanan sorunun sosyal ve psikiyatrik yönden bireyi etkileyerek hastanın biyopsikososyal bütünlüğünü ve

problem çözme becerisini tehdit ettiği gerçeğinin göz önünde bulundurulması olmuştur.^[37,38]

Kanser hastalarına yönelik psikoeğitim çalışması incelendiğinde hemşirelerin kanser hastası olan bireylere yönelik yapmış oldukları problem çözmeye yönelik müdahaleleri inceleyen çalışmaya çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Çalışmalarda hastaların daha çok fiziksel problemlerine odaklanılmıştır. Çalışmamız hastaları bütüncül olarak ele alınması bakımından örnek oluşturması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırma sonuçlarının klinik alanlarda hemşirelere ve hemşirelik bakımına önemli katkısının olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma, kanser hastalarında psikoeğitimin problem çözme becerisine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, ön test-son test deseninde yarı deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır. Çalışma, Nisan-Aralık 2016 tarihleri arasında Manisa Devlet Hastanesi radyasyon onkoloji servisinde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, Manisa Devlet Hastanesi radyasyon onkoloji kliniğinde takip edilen kanser hastaları oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem büyüklüğü Power Analizi ile hesaplanmıştır. Eğitim grubunun Merkezi Limit Teoremi'ne göre en küçük 30 kişilik olması gerektiği ve izlemde kayıplar dikkate alınarak 32 hasta ile planlanmıştır. Çalışmanın örneklemine, çalışma ile ilgili radyasyon onkoloji servisinde ve çalışmaya katılmaya gönüllü 32 deney grubu hasta oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler, hastalara ön-test ve son-test uygulanarak iki aşamada toplanmıştır. Hastalara ön-test uygulaması tanışma görüşmesinin sonunda, son-test uygulaması 6 haftalık görüşme süreci bittikten sonra yapılmıştır. Ön-test amacıyla tanışma görüşmesinin sonunda hasalardan Tanıtıcı Bilgi Formunu ve Heppner ve Peterson tarafından geliştirilen (1982) Problem Çözme Envanteri (PÇE) kullanılmıştır.^[39]

1. Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bilgi formunda hasta ile ilgili sosyodemografik özellikler ve hastanın hastalık tanısı, ailede kanser öyküsü olma durumu, baş etme durumu ile ilgili bilgileri içermektedir.

2. Problem Çözme Envanteri (PÇE)

Bireyin problem çözme becerisi konusunda kendi algılayışını ölçen 35 maddelik bu envanter. Heppner ve Peterson (1982) tarafından geliştirilmiştir.^[39] Ergen ve yetişkinlere uygulanabilen 1-6 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Seçenekleri "her zaman böyle davranırım" ile "hiçbir zaman böyle davranmam" şeklinde oluşturulmuş, 1 ve 6 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlamasında 9, 22 ve 29 numaralı maddeler puanlama dışı tutulur. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26,

30 ve 34 numaralı maddeler ters olarak puanlandırılır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve Heppner (1993) tarafından yapılmıştır.^[11] Ölçekte aceleci yaklaşım (13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30, 32), düşünen yaklaşım (18, 20, 31, 33, 35), kaçınan yaklaşım (1, 2, 3, 4), değerlendirici yaklaşım (6, 7, 8), kendine güvenli yaklaşım (5, 23, 24, 27, 28, 34), planlı yaklaşım (10, 12, 16, 19) olmak üzere altı faktör bulunmuştur. Bu çalışmada PÇE'nin toplam puanı kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek en puan düşük 32, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin değerlendirilmesinde kesme noktası bulunmamaktadır. Problem çözme envanterinden elde edilen puanın düşük olması problem çözme becerisinin yüksek olduğunu, yüksek olması ise problem çözme becerisinin zayıf olduğunu gösterir.^[39]

İşlem

Psikoeğitim problem çözme etkiyen faktörler göz önüne alınarak planlanmıştır. Aşağıdaki konular incelenerek hastaya psikoeğitim uygulanmıştır.

Hedef: Hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesi

1. Görüşme

- Kanser ve kemoterapi
- Hastanın yaşadığı süreç ve tedavisi
- Kanser tedavisinde kullanılan ilaçların etkileri yan etkileri ve bu yan etkilerle baş çıkma (bulantı kusma, kabızlık, saç dökülmesi, enfeksiyon riski, cilt problemleri, nefrotoksiste, mukozit ve diğer olabilecek tüm yan etkiler)
- Kemoterapi ve sonrası beslenme (yasaklar ve yapılması gerekenler) ve egzersiz eğitimi
- Sigara ve alkol kullanımının zararları

Hedef: Hastanın duygularını fark edebilmesi

2. Görüşme

- Hastanın en fazla hissettiği duyguları, hastalığın nasıl algılandığı, hastalığın algılanmasını etkileyen faktörler, duygu ve düşüncelerle ilgili gerçekçi, gerçekçi olmayan algıları, bu algılamaların hastaya olumlu-olumsuz etkileri
- Hastanın yaşamında son günlerde yaşadığı hastalığı etkileyen endişe durumları
- Hastayı zorlayan krizler, duyguları ifade etme ve hastalığa uyum sağlaması için etkili başetme yolları

Hedef: Hastanın stresle baş edebilmesi

3. Görüşme

- Hastanın stres kaynakları
- Hastanın kullandığı başetme stratejileri, stresle başetme yöntemleri, problem çözme yöntemi ve rahatlama teknikleri
- Stresin fizyolojik psikolojik etkileri ve davranışsal belirtileri
- Nefes tekniği

- Uyku hijyeni
- Kaygıları ve yapabilecekleri
- Doğru beslenme alışkanlığı
- Zamanı etkili kullanma
- Geçmiş başarılarından söz etme
- Sosyal destek sistemi güçlü tutma
- Fiziksel egzersiz
- Hastanın sosyal faaliyetlere katılımının desteklenmesi

Hedef: Hastanın problem çözme konusunda bilgilenmesi

4. Görüşme

- İletişim teknikleri
- Problem davranışı belirleme
- Plan yapma, planı uygulama ve plan işe yaramadığında alternatiflerinin gözden geçirilmesi
- İstekler ve gerçekçilikle ilişkilerini saptama
- Savunma mekanizmaları ve olumlularını geliştirme
- Pozitif odaklı yaklaşım

Hedef: Hastanın aile, sosyal, iş ve cinsel sorunlarını fark etmesi, hastanın sorunlarla başa çıkabilmesinin sağlanması

5. Görüşme

- Hastanın aile yaşamı ile ilgili sorunlarını ifade etmesi, aile içi etkileşimleri artırma, aile sürecini devam ettirme devam ettirmesi
- Hastanın eski sosyal yaşantısına devam etmesi
- Hastanın sosyal destek sistemlerini belirleme ve hastanın bu sistemden yararlanması
- Hastanın iş yaşamı, sosyal ve günlük yaşamında karşılaştığı sorunları ifade etmesi, günlük ve iş yaşamını devam ettirmesi
- Hastanın yaşadığı güçsüzlük hissini iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri, rol sorumlulukları, ilişkileri üzerine etkisi
- Hastanın cinsel yaşamı ile ilgili meydana gelen değişimlerle başetmesi

Hedef: Hastanın hastalığı ile yaşamasını öğrenmesi ve gelecekle ilgili plan yapabilmesi

6. Görüşme

- Hastanın mevcut sağlık durumunu kabul etmesi, bir geleceğinin olduğuna, yaşamından anlam bulması, amaç belirlemesine ve seçim yapması
- Hastanın tedavisi ile ilgili kararlarda bireysel sorumluluk alması
- Hasta geleceği ile ilgili planlar yapması, kısa ve uzun vadeli hedefler koyması için cesaretlendirme
- Hastanın kendi yaşamına kontrol koyabilmesi için cesaretlendirme
- Hastanın sağlık profesyonelleri ile iletişiminin izlenmesi

Hastalara son test amacıyla görüşmeler bittikten sonra Problem Çözme Envanteri (PÇE) doldurtulmuştur. Çalışmada veriler 6 aylık bir süreç içinde toplanmıştır. Bireysel olarak gerçekleştirilen her bir görüşme haftada bir kez gerçekleştirilmiştir. Hasta görüşmeleri görüşme odasında hastalarla bireysel yapılmıştır. Eğitimler her hasta için seminer odasında haftada 1 saat uygulanmıştır.

Verilerin Analizi

Çalışmada, verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS for Windows 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; sayı, yüzde dağılımı, psikoeğitim öncesi ve sonrası PÇE toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında paired samples t testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik kurul onayı (04.05.2016; 20478486-168) ve Manisa Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğinden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, çalışmaya başlamadan önce hastalardan sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Bulgular

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı göre, hastaların yaş ortalamasının 49.18 ± 11.17 olduğu belirlenmiştir. Hastaların %71.9'u kadın, %28.1 erkek, %81.3 evli, %18.7 boşanmış, bekar ya da ayrılmıştır. Hastaların %59.4'ü ilkököl mezunu ve okur-yazar, %40.6'sı lise ve üniversite mezunu olduğu görüldü. Hastaların %21.9'u çalışmakta, %79.1'i çalışmamaktadır. Gelir durumuna bakıldığında hastaların %37.5'inin gelirinin giderinden az olduğu, %53.1'inin gelir giderinin dengeli olduğu, %9.4'nün ise gelirinin giderinden fazla olduğu belirlendi. Hastaların %50'sinde meme kanser tanısı, %50'sinde ise diğer (mesane, akciğer, karaciğer, kolon, lenf, uterus, rektum, endometrium) kanser hastalığı olduğu saptandı. Yakınlarında birinci derece kanser vakası olanların anne, baba, kardeşlerinde kanser olma oranı %75 iken diğerlerinde (amca, dayı, hala, dede, teyze ve babaanne) kanser oranı %25 olduğu tespit edildi. Hastalara sorulan ruhsal sağlık algısı sorusuna hastaların %34.4'ü ruhsal sağlıklarını iyi, %46.9'u orta, %18.8'i kötü olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 1).

Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmıştır. İlk hastalık tanısı konulduğunda hastanın hissedilen duygu durumları incelendiğinde bir şey düşünemeyen-hissedemeyenlerin oranı %12.5, Kabullenme oranı %9.4, kabul edememe-öfke-moral bozukluğu yaşayanların oranı %21.9, üzülen-çok üzülen- aşırı stres yaşayanların oranı %43.8 olarak tespit edilmiştir. Hastaların hastalık sebebinin fiziksel nedenlere bağlayanların oranı %25.0 duygusal nedenlere bağlayanların oranı %53.1, diğer (sebepsiz, Allah'tan vb.) diyenlerin oranı %21.9 olduğu belirlenmiştir. Hastaların zorluklarla başa çıkmada başvurulan inanç-değerlerde maneviyat (dua

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler	n	%
Yaş, (Ortalama±Standart sapma)	49.18±11.17	
Cinsiyet		
Kadın	23	71.9
Erkek	9	28.1
Medeni durum		
Evli	26	81.3
Diğer (bekar, eşi ölmüş, ayrılmış)	6	18.7
Eğitim durumu		
İlkokul ve okuryazar	19	59.4
Lise ve üniversite	13	40.6
Çalışma durumu		
Evet	7	21.9
Hayır	25	78.1
Gelir durumu		
Gelir giderden az	12	37.5
Gelir gider dengeli	17	53.1
Gelir giderden fazla	3	9.4
Hastalık tanısı		
Meme CA	16	50.0
Diğer (mesane, akc, krc, kolon, lenf, uterus, rektum, endometrium)	16	50.0
Birinci derece kanser olan yakınları		
Anne-baba-kardeş	12	75.0
Diğer (amca, dayı, hala, dede, teyze, babaanne...)	4	25.0
Ruhsal sağlık algısı		
İyi	11	34.4
Orta	15	46.9
Kötü	6	18.8
Toplam	32	100.0

etme, namaz kılma vb.) %90.6, inanmayan ve psikolojik destek alan hastaların oranı %9.4'tür. Hastaların rahatlama yöntemleri olarak belirlediklerinde ise aile ve arkadaşları ile birlikte olmak %28.1, maneviyat (Kuran okuma, dua okuma vb.) %18.8, gezme- eğlenme- sosyalleşme %25 ve yalnız kalmak, kaçmak-uzaklaşmak isteyenler %28.1 olarak ortaya çıkmıştır (Tablo 2). Eğitim sonrası hastaların zorluklarla başa çıkmada gezme- eğlenme- sosyalleşme de %50 oranının da artış belirlendi.

Çalışmada hastaların problem çözme envanteri (toplam) ön test puan ortalaması 112.75 ± 26.68 son test puan ortalaması ise 63.28 ± 12.67 olarak belirlenmiştir. Hastaların ön test ve son test PÇE puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($t=13.173$; $p<0.01$). PÇE alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde ise; aceleci yaklaşım ön test puan ortalaması 35.09 ± 7.33 son test puan ortalaması 24.21 ± 4.16 ($t=8.61$; $p<0.01$), düşünen yaklaşım ön test puan ortalaması 16.46 ± 5.78 son test puan ortalaması 8.75 ± 3.07 ($t=7.74$; $p<0.01$), kaçınan yaklaşım ön test puan ortalaması 15.34 ± 4.74 , son test puan

Tablo 2. Hastalığa ilişkin özellikler

	n	%
Hastalık tanısı konusunda hissedilen		
Bir şey düşünemeyen-hissedemeyen	4	12.5
Kabullenme	3	9.4
Kabul edememe-öfke-moral bozukluğu	7	21.9
Üzülen-çok üzülen- aşırı stres	14	43.8
Hastalık sebebi		
Fiziksel nedenler	8	25.0
Duygusal nedenler	17	53.1
Diğer (sebepsiz, Allah'tan)	7	21.9
Zorluklarla başa çıkmada başvurulan inanç-değerler		
Maneviyat (dua etme, namaz kılma)	29	90.6
İnanmayan ve psikolojik destek alan	3	9.4
Rahatlama yöntemleri		
Aile, arkadaşlar	9	28.1
Maneviyat (dua okumak, Kuran)	6	18.8
Gezme-eğlenme-sosyallik	8	25.0
Yalnız kalmak-kaçış	9	28.1
Toplam	32	100.0

ortalaması 7.12 ± 1.71 ($t=11.18$; $p<0.01$), değerlendirici yaklaşım ön test puan ortalaması 9.21 ± 3.83 , son test puan ortalaması 4.81 ± 1.85 ($t=7.16$; $p<0.01$), kendine güvenli yaklaşım ön test puan ortalaması 20.78 ± 7.01 , son test puan ortalaması 11.03 ± 4.32 ($t=7.96$; $p<0.01$), planlı yaklaşım ön test puan ortalaması 11.68 ± 4.96 , son test puan ortalaması 7.34 ± 3.13 ($t=4.68$; $p<0.01$) şeklinde olup, PÇE'nin tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı (Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmada, hastalara uygulanan psikoeğitim girişimleri hastaların problem çözme becerilerini olumlu etkilemiştir. Kanser hastalarında genellikle hastalık hakkında ve gelecekle ilgili plan yapmada olumsuz düşünceler yaşadıkları gözlenmiştir. Çalışmada psikoeğitim sayesinde hastaların duygularını ifade

etme, problemin tanımlanması, problemi başa çıkılması gereken bir durum, alternatif çözümlerin oluşturulmasında etkili olduğu gözlenmiştir.

Çalışmanın örneklemini oluşturan hastaların demografik özellikleri; yaş ortalamasının 49.18 ± 11.17 olması, 49 yaş ve üstü grubun, kadınların, evli olanların çoğunluğu oluşturması erişkin kanser hastalarının demografik özelliklerine uymaktadır. Bununla birlikte hastaların çoğunluğunun ilköğretim ve okuryazar olması, sağlık güvencelerinin olması da kanser hastaları ile yapılan çalışmalarla uyumludur.^[40] Örneklemini oluşturan hastaların %50'sini Meme kanseri hastaları oluşturmaktadır. Bu durum, çalışmanın örnekleminin 2/3'sünün kadınlardan oluşmuş olması ve kadınlarda görülen kanserlerin içinde meme kanserinin ilk sırada yer alıyor olması ile açıklanabilir.

Çalışmada, hastaların rahatlama yöntemleri olarak aile ve arkadaşları ile birlikte olmak, maneviyat (Kuran okuma, dua okuma vb.), gezme- eğlenme- sosyalleşme ve yalnız kalmak olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrası hastalar kendilerini tanıyarak, yeteneklerini fark ederek ve daha çok sosyalleşerek rahatlama yöntemleri kullandığı belirlendi. Hastaların kanserle ilgili süreçlerle başa çıkma yöntemlerinin başında manevi girişimler (dua vs.), aile, arkadaş desteği ve yalnız kalma şeklinde olması da Türk insanının sosyokültürel boyutuyla ilişkilidir. Yapılan çalışmalar da sosyal desteği olan kanser hastalarının kanser süreçleriyle başa çıkmaları daha kolay olmaktadır.^[41-43]

Hastaların psikoeğitim sonrası PÇE'den aldıkları puanın düştüğü yani, hastaların problem çözme becerilerinin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca hastaların problem çözmede kullandığı etkisiz başetme yöntemleri puanlarında azalma, etkili başetme yöntemleri puanında artma belirlenmiştir. Hastalarda etkisiz başetme yöntemi olan kaçınan yaklaşım yöntemi olarak, problemi erteleme davranışı; bir probleme yönelik girişimde bulunmamak, hastanın kendini rahatsız eden sorunları düşünmek istememe, çaba harcamamaya eğilim; pasif davranma, problemi çözmek için başkalarına bağımlı olma, problemleri çözme sorumluluğunu hissetmeme; problemlerle karşı karşıya kalmak yerine onlardan kaçınmak görülmüştür. Psikoeğitim sayesinde hastalarda etkisiz kaçınan yaklaşım yöntemlerinde azalma görülmüştür. Psikoeğitim programı sonrasında hastalarda geleceğe yönelik plan yapma, kendini suçlamada azalma, ben bilinci oluşturma,

Tablo 3. Problem Çözme Envanteri (PÇE) Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Karşılaştırmaları (n=32)

	Ön test	Son test	t	p
Aceleci yaklaşım	35.09±7.33	24.21±4.16	8.61	0.00*
Düşünen yaklaşım	16.46±5.78	8.75±3.07	7.74	0.00*
Kaçınan yaklaşım	15.34±4.74	7.12±1.71	11.18	0.00*
Değerlendirici yaklaşım	9.21±3.83	4.81±1.85	7.16	0.00*
Kendine güvenli yaklaşım	20.78±7.01	11.03±4.32	7.96	0.00*
Planlı yaklaşım	11.68±4.96	7.34±3.13	4.68	0.00*
Problem Çözme Envanteri toplam puanı	112.75±26.68	63.28±12.67	13.173	0.00*

*p<0.01.

yaşama tutunma, ilişkilerinde gelişim, duyguları ifade edebilme, duygusal kontrol, olumsuz duyguları olumlu duyguya dönüştürme, kendine güvende gelişim, sosyal yaşama daha fazla katılım yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca, psikoeğitim programı hastaların bir sorunla karşılaştıklarında sorunu önemseme, sorun üzerinde düşünme, sorunun farkında olma ve sorunu çözme konusunda hastalarda özgüvende artış yaratmıştır. Öz ve ark. (2012) yaptığı göğüs kanseri olan kadınlar için grup danışmanlığının değerlendirilmesi çalışmasında; grup-danışmanlık programının, hastaların algılanan sosyal desteği olumlu yönde etkilediğini ve stres ile etkili bir şekilde baş etme yeteneklerini geliştirdiklerini göstermektedir. Bu çalışmaya göre, grup-danışmanlık programının hastaların başetme yetenekleri problem çözme de etkili olduğu söylenebilir.^[19]

Akechi ve ark. (2008) problem çözme müdahalesi ile meme kanserinden kurtulan bireyler arasında hastalığın tekrarlama korkusunun azaltılmasında yararlı olabildiği ileri sürmektedir.^[22] Hasta bireylerin duygusal sıkıntılarını ilişkin bir çalışmada en sık planlanan hemşirelik müdahalesi hastaya destek sağlamak, zaman ayırmak, tedavi hakkında bilgi vermek olarak saptanmış olup, planlanan müdahalelerin hasta bireyin problemlerini azaltabileceği belirlenmiştir.^[23] Bizim çalışmamızda da hastalara bilgi vermek, hastaya destek olmak hastaların problem çözmelerine etkili olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada kanser hastalarına yönelik problem çözme eğitimi çalışması sonucunda; hasta bireye uygun bilgi verme, dinleme, empati ve hasta bireyin psikolojik gereksinimlerinin belirlenmesi kanser hastalarının bakım sürecinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.^[24] Yapılan bir başka çalışmada meme kanseri tanısı alan hastalara uygulanan psikoeğitimin olumsuz duygu-düşünceler, anksiyete, depresyon, umutsuzluk, ve hastalığın tekrarlama korkusu ile başetmede etkili olduğu belirlenmiştir.^[38] Tedavi sonrası dönemde grup psikoeğitiminin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada psikoeğitim; yaşam kalitesinin genel sağlık, duygusal performans ve rol performans alt boyutlarında gelişme sağlamıştır.^[33] Meme kanseri hastalarında telefonla danışmanlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirildiği bir diğer çalışmada danışmanlık hizmetinin hastaların psikolojik iyilik hali sağladığı ve hastaların problem çözmede etkin olduğu belirlenmiştir.^[44]

Sonuç

Kanser tanısı sonrası gelişen öfke, üzüntü, korku, huzursuzluk, nefret, kızgınlık, güvensizlik gibi belirtiler hastanın fiziksel hastalığının şiddetini, hastanın tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi açısından önemlidir. Onkolojide psikososyal girişimler hasta ve hasta yakınlarının ruhsal problemler ile başa etme yöntemlerine yardımcı olur. Psikiyatri hemşireleri Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hemşireleri sağlığı geliştirme, sağlığın korunması; tarama ve değerlendirme, terapötik ortamın yönetimi, öz bakım aktivitelerinde hastaya yardımcı olmalıdır.

Elde edilen sonuçlar kanser hastalarında psikoeğitimin problem çözme algılarını pozitif yönde değiştirdiğini göstermiştir. Dünyada ve Türkiye'de psikoeğitim konusunda yapılan bir-

çok çalışmada, kanser hastalarına destek veren hemşirelerin hastaların bakımında yer almış oldukları görülmektedir. Ülkemizde, hastalar için problem çözme becerilerini geliştirecek yapılandırılmış psikoeğitim çalışmalarını destekleyen ve tedavilerin ise oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Psikoeğitimin hemşireler tarafından klinik uygulamalarda yapılması gerekmektedir. Hastaların problem çözme becerilerini artıran ve hastalığa uyumunu kolaylaştıran müdahalelerin yapılması ve bunların klinik uygulamalarda rutin olarak yapılması önerilir. Hastalara daha kaliteli hizmet ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılayıp, yaşamlarını fiziksel psikolojik sağlıkla, tam ve bütün sürdürebilmeleri için, kliniklerde eğitim ve psiko-onkoloji birimlerinin açılması bu birimlere alana özel eğitim almış sağlık profesyonellerinin yerleştirilmesi önerilir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – S.N., G.Ü.; Dizayn – S.N., G.Ü.; Dene-tim – S.N.; Meteryal – S.N., G.Ü.; Veri toplama veya işleme – G.Ü.; Analiz ve yorumlama – S.N.; Literatür arama – S.N., G.Ü.; Yazan – S.N.; Kritik revizyon – S.N.

Kaynaklar

1. Tavoli A, Mohagheghi MA, Moztazeri A, Roshan R, et al. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterol* 2007;7:28.
2. Güleç G, Büyükkınacı A. Cancer and Psychiatric Disorders. *Current Approaches in Psychiatry* 2011;3:343–67.
3. Ho SY, Rohan KJ, Parent J, Tager FA, et al. A longitudinal study of depression, fatigue, and sleep disturbances as a symptom cluster in women with breast cancer. *J Pain Symptom Manage* 2015;49:707–15.
4. Donovan KA, Jacobsen PB. Fatigue, depression, and insomnia: Evidence for a symptom cluster in cancer. *Semin Oncol Nurs* 2007;23:127–35.
5. Barsevick AM. The elusive concept of the symptom cluster. *Oncol Nurs Forum* 2007;34:971–80.
6. Schmid ME, Wiskemann J, Steindorf K. Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Qual Life Res* 2018;5.
7. Zisook S, Zisook SA. Death, dying, and bereavement. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Text book of Psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005 p. 2367–93.
8. Tokgöz G, Yalug İ, Özdemir S, Yazıcı A, et al. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium* 2008;46:51–61.
9. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Bkock SD, Zhang B, et al. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the copying with cancer study. *Cancer* 2005;104:2872–81.
10. McCaul KD, Sandgren AK, King B, O'Donnell S, et al. Coping and adjustment to breast cancer. *Psychooncology* 1999;8:230–6.
11. Schnoll RA, Harlow LL, Stolbach LL, Brandt U. A structural model of the relationships among stage of disease, age, cop-

- ing, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology* 1998;7:69–77.
12. Stanton AL, Danoff-Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psychooncology* 2002;11:93–102.
 13. Barez M, Blasco T, Fernandez-Castro J, Viladrich C. Perceived control and psychological distress in women with breast cancer: a longitudinal study. *J Behav Med* 2009;32:187–96.
 14. Henselmans I, Sanderman R, Baas PC, Smink A. et al. Personal control after a breast cancer diagnosis: stability and adaptive value. *Psychooncology* 2009;18:104–8.
 15. Admiraal JM, van der Velden AWG, Geerling JI, Burgerhof JGM, et al. Web-Based Tailored Psychoeducation for Breast Cancer Patients at the Onset of the Survivorship Phase: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage* 2017;54:446–75.
 16. Nguyen LT, Alexander K, Yates P. Psychoeducational Intervention for Symptom Management of Fatigue, Pain, and Sleep Disturbance Cluster Among Cancer Patients: A Pilot Quasi-Experimental Study. *J Pain Symptom Manage* 2018;55:1459–72.
 17. Kimman ML, Bloebaum MM, Dirksen CD, Houben RM, et al. Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer. *BMC Cancer* 2010;10:174.
 18. Özkan S. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Mezuniyet Sonrası Genel Hastane Psikiyatrisi Eğitim Kursu. Nov 14–16, 1999. İstanbul. 1999. 109–17.
 19. Oz F, Dil S, Inci F, Kamisli S. Evaluation of group counseling for women with breast cancer in Turkey. *Cancer Nurs* 2012;35:E27–34.
 20. Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007;3:2.
 21. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Chen CY. Significance of Symptom Clustering in Palliative Care of Advanced Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:655–62.
 22. Akechi T, Hirai K, Motooka H, Shiozaki M, et al. Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38:867–70.
 23. Mårtensson G, Carlsson M, Lampic C. Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress? *Oncol Nurs Forum* 2010;37:E34–42.
 24. Eskiurt R, Özkan B. Hemşirelik öğrencilerinin kanser hastalarına yönelik problem çözme eğitimi sonrası yaptıkları psikososyal müdahalelerinin incelenmesi. *The Journal of International Linguistic Social and Educational Sciences* 2017;3:316–22.
 25. Öz F, Dil S, Arı F, Kamışlı S. Meme kanseri olan hastalara yapılan grup danışmanlığının hastalıklarına uyum, başetme biçimi ve problem çözme becerisine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007;3. Suppl 48.
 26. Gümüş AB. Psychosocial issues in breast cancer and supportive interventions. *Eur J Breast Health* 2006;2:108–14.
 27. Güner P. Evre I-II meme kanseri tanısı alan hastalara uygulanan problem çözme eğitiminin anksiyete depresyon umutsuzluk ve başetme biçimine etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Doktora Tezi. Ankara; 1999.
 28. Karayurt Ö, Zorukos SN. Feel of women at a high risk for breast cancer and meeting their needs for knowledge and support. *Eur J Breast Health* 2008;4:56–61.
 29. Budin WA, Hoskins CN, Haber J, Sherman DW, et al. Breast cancer: education, counseling, and adjustment among patients and partners: a randomized clinical trial. *Nurs Res* 2008;57:199–213.
 30. Dastan NB, Buzlu S. Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13:5313–8.
 31. Todd K, Roberts S, Black C. The living with cancer education programme. I. development of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2002;11:271–9.
 32. Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma “A randomized controlled trial”. *Cancer* 2000;89:1026–36.
 33. Ross L, Boesen EH, Dalton SO, Johansen C. Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *Eur J Cancer* 2002;38:1447–57.
 34. Aslan Ö, Vural H, Kömürçü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006;10:15–28.
 35. Blair TD, Ramones VA. Education as psychiatric intervention: The cognitive-behavioral context. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35:29–36.
 36. Swaminath G. Psychoeducation. *Indian J Psychiatry* 2009;51:171–2.
 37. İnan FŞ, Üstün B. Biopsychosocial changes in post-treatment period of breast cancer. *Eur J Breast Health* 2013;9:48–51.
 38. İnan FŞ, Üstün B. Evde psikososyal bakım örneği: Meme kanserinde tedavisi sonrasında dönemde psikoeğitim uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2014;7:52–8.
 39. Şahin N, Hisli Şahin N, Heppner P. Psychometric properties of the problem solving in a group of Turkish university students. *Cognitive Therapy and Research* 1993;17:379–96.
 40. Üzümler G, Türkmen S, Tavşanlı N, Dirgen Ö. Kanser hastalarının çeşitli değişkenlere ve kontrol odağına göre problem çözme beceri algıları. IV. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Nov 6–9, 2016. P-1301. Manisa. 2016.
 41. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanseri hastalarda ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi* 2011;27:149–53.
 42. Garchinski CM, DiBiase AM, Wong RK, Sagar SM. Patient-centered care in cancer treatment programs: The future of integrative oncology through psychoeducation. *Future Oncol* 2014;10:2603–14.
 43. Walshe C, Roberts D, Appleton L, Calman L, et al. Coping well with advanced cancer: A Serial Qualitative Interview Study with Patients and Family Carers. *PLoS One* 2017;12:e0169071.
 44. Işık I. Erken evre meme kanseri hastalarında telefonla danışmanlık müdahalesinin etkinliğinin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Doktora Tezi. İstanbul. 2012.