



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MEME KANSERİ TANILI KADINLARDA ÖZ DEĞERLENDİRME VE  
BENLİK KAVRAMI**

**YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ**

**IULIA ANTOHI**  
**190132101**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. İSMET KIRPINAR**

**İSTANBUL**  
**2020**

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇİNDEKİLER	2
1. GİRİŞ	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tıbbi ve psikolojik araştırmalarda kanserde öz değerlendirme sorunu ve hastalığın iç resminin oluşumu	4
2.1.1. Hastalığın gelişimi ve üstesinden gelme sorununa psikosomatik yaklaşım	4
2.1.2. Hastalığın iç resminin oluşumu	10
2.1.3. Psiko-onkolojide modern araştırma yönleri	14
2.2. Psikolojide “Benlik” kavramı	16
2.2.1. Öz farkındalığın oluşumu, öz değerlendirme ve öz saygı	21
3. Kanser hastalarının kişisel özellikleri ve psikolojik sorunları	24
4. Meme kanseri	30
4.1. Meme kanserinin tanımı ve nedenleri	30
4.1.1. Epidemiyolojisi	31
4.1.2. Tarama ve tedavi yöntemleri	32
4.1.3. Mortalite	35
5. Beden imajı ve öz değerlendirme	35
6. Meme kanserinde hastalığın iç resmi ve öz değerlendirmenin birbirine olan etkisinin incelenmesi	37
7. Meme kanseri tanımlı kadınlarda nöropsikiyatrik bozukluklar ve tedavi	39
8. SONUÇ	41
9. ÖNERİLER	43
KAYNAKLAR	44

## 1. GİRİŞ

Bu bilimsel ve teknolojik ilerleme zamanında, çeşitli zihinsel bozukluklara yol açan stresli, psiko-travmatik durumların sayısı artmaktadır ve bu aynı zamanda bir takım somatik hastalıkların nedenlerinden biridir. Bu bağlamda, kronik veya ciddi somatik hastalıklardan muzdarip olan hastalara psikoloji alanında ilgi artmıştır. Bilimdeki etkileyici gelişmeler kanser hastalarının da sorununu gündemden çıkarmıyor. Onkolojik hastalık durumunda sağlığı koruma sorunu, kanserin yüksek yaygınlığı ve belirgin büyüme eğilimi nedeniyle, pratik tıp ve psikoloji çerçevesinde talep gören acil bir modern psikolojik araştırma alanıdır.

Psiko-onkoloji alanındaki önemli bilimsel ilerlemelere rağmen, kanser durumu ve psikolojik faktörlerin birbirlerine etkisi sorunu çözülememiştir. Bu durum, onkolojik bir hastalığın varlığının güçlü bir travmatik faktör olması gerçeğiyle daha da kötüleşmektedir. Onkoloji, insanları bu hastalığın ölümcüllüğünden uzaklaştırmak için gerçekten çok şey başarmıştır, ancak toplumun bilincinde, iki fikir arasında hala şüphesiz bu bağlantı vardır: kanser ve ölüm. Bu sorunun önemi, onkolojik bir hastanın kişiliğini psikologlar, psikoterapistler ve onkologlar açısından inceleme ihtiyacında yatmaktadır.

Hastanın hastalığına karşı tutumu, öz farkındalığı ve kendini bu yeni bir durumda değerlendirmesi kritiktir. “Hastalığın iç resmi” kavramının analiz edildiği tüm psikolojik kategorileri bütünleştiren hastalığa karşı tutum, büyük ölçüde kişiliğin koruyucu ve uyarlanabilir mekanizmalarının özgünlüğünü karakterize eder. Hastalığın nesnel anlamı farklı olabilir, ancak kişilik yapısından geçtikten sonra kişisel bir anlam kazanır.

Kanserin insanlar üzerinde çok çeşitli etkileri vardır. Benlik kavramı, bir kişinin zihinsel görünümünün önemli bir yapısal unsurudur. Bugün Benlik kavramına, onun gelişimine ve ölçülmesine adanmış birçok çalışma var. Oldukça çelişkili olan çeşitli teoriler ve kavram hakkında bilgi eksikliği, kişiliğin bu bölümünü incelemenin alaka düzeyini kanıtlar.

Değer yönelimleri sisteminde, merkezi yerlerden biri, bireyin kendi değerinin bilinci tarafından işgal edilir. Öz değerlendirme, etkili davranış yönetiminin düzenlenmesinde çok önemli bir rol oynar. Yeterliliği veya yetersizliği, istikrarlılığı hem bir bütün olarak bir kişinin ihtiyaç-motivasyon alanı üzerinde hem de belirli bir faaliyetteki bir ihtiyacı gerçekleştirme süreci üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Olumlu ve istikrarlı bir özgüvene duyulan ihtiyaç, insan davranışının en önemli nedenlerinden biridir.

Bu çalışmanın amacı meme kanseri tanısı alan kadınlarda öz değerlendirme ve Benlik kavramını incelemektir. Araştırma için seçilen kısım, meme kanseri tanısı olan kadınlardır. Araştırmanın konusu meme kanserli kadınlarda Benlik kavramının özellikleridir.

Araştırma hipotezi - En önemli kişilik parçalardan biri olan Benliğin, kanser hastalarının ruhu üzerinde önemli bir etkisi olduğu, bununla birlikte, kanserden ötürü ortaya çıkan sonuçların da Benliği etkilediği varsayılmaktadır.

Bu sorunun önemi ve kanser hastalarında öz değerlendirme ve Benlik kavramı çalışmasıyla ilgili az sayıda çalışma göz önüne alındığında, aşağıdaki görevler belirlendi:

- Bu konudaki psikolojik, bilimsel, tıbbi literatürü incelemek;
- “Psikosomatik”, “Hastalığın iç resmi”, “Öz değerlendirme” ve “Benlik” kavramları tanımlamak;
- Öz değerlendirme ve Benliğin özelliklerini ortaya çıkarmak;
- Meme kanserini tanımlamak;
- Meme kanseri tanılı kadınlarda Benlik kavramının özelliklerinin niteliksel bir tanımını yapmak ve bunun sonucunda hastalığa karşı tutumu, hastalığın seyri üzerindeki etkisini anlatmak;
- Psikologlar, doktorlar ve kanser hastalarının yakınları için öneriler geliştirmek.

Çalışmanın teorik önemi, bu problemle ilgili teorik verilerin hastalar ve yakınları için oldukları durumu daha iyi anlamalarında yatmaktadır. Pratik önemi - bu hasta kategorisi ile çalışan psikologlar, psikoterapistler ve onkologlar için daha etkili etkileşimleri amaçlayan pratik öneriler geliştirilmeye çalışılmaktadır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Tıbbi ve psikolojik araştırmalarda kanserde öz değerlendirme sorunu ve hastalığın iç resminin oluşumu**

#### **2.1.1. Hastalığın gelişimi ve üstesinden gelme sorununa psikosomatik yaklaşım**

Zihinsel sorunlara olan ilgi çok eski zamanlarda ortaya çıkmıştı. Böylece ilkel insanın inanç ve mitlerinde bu zihinsel sorunları açıklamaya yönelik girişimlerde bulunulmuştur. Bu animistik (Latince “anima” - ruh) temsillerde ruh, bedene bağlı, ancak ondan gölge veya bulut gibi ayrılabilen ve onunla yeniden birleşebilen bir şey olarak tasvir edildi. Ruhun varlığı sadece insana değil, aynı zamanda hayvanlara, bitkilere, cansız nitelikteki nesnelere (taşlar,

nehirler vb.) atfedildi. Çevreleyen dünyanın yapısını doğru bir şekilde anlamadan, ilkel insan ruh gibi bir kavramı seçmeye tercih etti ve onu çevreleyen gerçekliğin gizemli fenomenlerini anlamının anahtarı olarak gördü. Örneğin rüyalar, ruhun yaşadığı gerçek olaylar olarak görülüyordu. Ruhun uyku sırasında vücuttan ayrılıp dolaştığı ve uyandığında kişinin bedenine geri döndüğü varsayıldı; ruh vücuda geri dönmezse eğer, çeşitli ruhsal bozukluklar ortaya çıkar. Bilinç kaybı ve bayılma gibi olaylar geçici, ölüm ise ruhun bedenden son ayrılışı olarak açıklandı. Toplumun gelişmesi ve bilgi birikimi ile bu tür açıklamalar artık kimseyi tatmin edemezdi. Ruhun doğası hakkındaki mitolojik görüşler, onu daha gerçekçi bir şekilde açıklamaya yer verdi, ancak bu yöntemler bile bazen zihinsel fenomenlerin gerçek anlayışından çok uzak kalır.

Akıl hastalıkları kliniklerde bilinç bozukluğu sıklıkla görülür. Bozulmuş bilincin ana belirtileri, çevreleyen gerçekliğin bozulmuş algısı, zaman ve mekanda ve bazen kişinin kendi kişiliğinde bir yönelim bozukluğu ve düşüncenin zayıflamasıdır. Bu dönemde hastada meydana gelen amnezi görülür. Bozulmuş bilinç durumları akut bir şekilde ortaya çıkar ve çözülür.

Ruhun ortaya çıkışı ve gelişmesi, doğadaki nöro-refleks yansıma biçiminin sürekli artan gelişiminin sonucudur. Bu nedenle, bir kişinin karmaşık zihinsel aktivitesini ancak beyindeki uyarma ve inhibisyon süreçlerinin özünü, etkileşim yasalarını, analiz ve sentez süreçlerini ve diğer yüksek sinir aktivitesi yasalarını kesin olarak bilirse anlamak mümkündür (Bazhin E.F. 1980).

İlgi alanları, ihtiyaçlar temelinde ortaya çıkar ve gelişir. İlgi, bir kişinin nesnelere ve gerçeklik fenomenlerine karşı özel bir tutumdur ve onları tanıma arzusuyla ifade edilir. İlgi ile gerçekleştirilen faaliyetlere olumlu bir duygusal ton eşlik eder. İnsanların ilgi alanları, ihtiyaçları kadar çeşitlidir. Maddi (yiyecek, giyim, eşyalar) ve manevi (öğrenme, çalışma, iletişim) olarak ayrılırlar. İlgi alanları içerik, derinlik ve istikrarla karakterizedir.

İçerik açısından, ilgi alanları, yönlendirildikleri nesnelere (müzik, sanat, spor vb.) karakterize edilir. Derin ilgi, nesneyi tüm ayrıntılarında, inceliklerinde ve tezahürlerinde derinlemesine inceleme arzusu anlamına gelir. Yüzeysel ilgi, yalnızca belirli bir nesne veya fenomenle genel bir tanışma ile ortaya çıkar. Derin ilgiler uzun süre devam eder, bir kişinin yaşamında önemli bir rol oynar ve bir kişinin yöneliminin önemli bileşenleridir. Yüzeysel olanlar ise hızla ortaya çıkar ve aynı hızla kaybolur. İlgi alanları değişir, dışarıdan etkilenirler. Bireyin tam teşekküllü ve aktif bir toplum üyesi olmasına katkıda bulunan çok yönlü ve sosyal açıdan önemli ilgiler oluşturmak önemlidir.

Kişinin sorumluluğu konusundaki farkındalığına bağlı olarak, doğanın ve toplumun gelişme yasalarının anlaması, yani bireyin dünya görüşüne bağlı olarak, bir kişinin belirli inançları ve idealleri vardır. Bir kişilik yönelim özelliği olarak mahkumiyet, bir kişinin hayatında izlediği ilke ve ideallere olan derin ve sağlam bir inancıdır. Mahkumiyet, bir dünya görüşünün oluşumu esas olarak tamamlandığında, kişilik oluşumunun belirli bir aşamasında ortaya çıkar. Böyle bir kişi, sebat, maksatlılık, bakış açısını ve görüşleri savunma yeteneği ile ayırt edilir. İnançlar, insanın doğa ve toplumla olan ilişkisindeki yaratıcı faaliyetinde ifade edilir. İnançların oluşumu, yaşam sürecinde eğitim ve öğretimin etkisi altında ve bir kişinin kendisi üzerinde aktif, bilinçli çalışmasıyla gerçekleşir.

Ahlaki görüşler ve ilgiler, bireyin inançları temelinde, kendini geliştirmesinin ana nedeni olarak hizmet eden ahlaki bir ideal oluşur. Ahlaki ideal, bir kişinin faaliyetlerinde izlediği bir modeldir. Bir kişinin ihtiyaçları, ilgi alanları, inançları kişiliğinin yönünü belirler, ancak aynı faaliyet yönü ile olan insanın amacı, yoğunluk ve tekdüzelik açısından farklı olabilir. İnsanlar farklı çalışma kapasitelerine, dayanıklılığa, insanlarla ilişki kurma becerilerine ve kendi değerlendirmelerine sahip olabilirler. Bütün bunlar kişilik yapısının diğer bileşenleri tarafından belirlenir.

Mizaç türü kalıtıma bağlıdır, ancak mizacın bireysel özellikleri, bireyin yaşam koşullarına, yetiştirilme tarzına ve faaliyetlerine bağlı olarak değişebilir. Yaşam koşulları, merkezi sinir sisteminin işleyişini etkiler. Bazı koşullar zihinsel süreçlerin seyrinin gücünün ve hızının gelişmesine, duygusal heyecanlanmaya, diğerleri ise tam tersine - yavaşlık, aktivitenin bastırılmasına katkıda bulunur. Monoton güçlü duygusal uyaranların sık sık tekrarlandığı zaman sakin, dengeli bir balgamlı kişi, duygusal bir patlama gösterir ve bir kolerik gibi davranır. Buna karşılık, kolerik, olumsuz çevresel faktörlere maruz kaldığında, melankolik gibi depresyon ve güvensizlik gösterebilir. Aynı dış uyaranlar, farklı mizaç türlerine sahip kişilerde ya güçlü duygulara, duygulanımlara ya da duygudurumda ince bir değişikliğe neden olabilir. Bir kişinin duygusal tepkileri genellikle onun mizacında bir iz bırakır. Bununla birlikte, duygusal faktörlerin etkisi altında mizaçtaki değişim, mizacın türüne bağlıdır. Bu yüzden, iyimser bir kişide duygusal hareketlilik, duygulardaki hızlı bir değişim ifade edilir, ancak bunlar yüzeysel, sık ve dengesizdir; kolerik bir kişide ise hızla ortaya çıkan duygular, hafızasında derin bir iz bırakır ve sonraki faaliyetlerini etkiler. Mizaç değişiklikleri akıl hastalığında da ortaya çıkabilir. Örneğin, epilepsi hastalarda patolojik stabilite ve duyguların ataleti gözlenir. Manik-depresif psikozun manik döneminde duygudurumda artış, bu hastalığın depresif döneminde duygudurumda azalma gözlenir (Özkan S. 2001).

Birkaç karakter türü vardır. Bazı insanlar uzun analizlere, düşünmelere, dürtülere, diğerleri ise aktif ve amaçlı faaliyetlere eğilimlidir. Bu özellikler, iç (içe dönük) veya dış (dışa dönük) dünyamıza odaklanılarak birleştirilebilir. Bazıları içe kapanık, pasif, diğerleri ise tüm dünyaya açık, girişken. Bazıları karar vermekten kaçınır, çoğu zaman başkalarıyla aynı fikirde olur (uyumlu), bazıları ise zor koşullara karşı daha dayanıklıdır (bağımsız). Tüm bu karakter özellikleri, anamnez toplarken hastayla yaptığı konuşmada tıp uzmanı tarafından dikkate alınmalıdır.

Doktorun karakterdeki patolojik değişiklikleri bilmesi pratik olarak önemlidir. Karakterdeki patolojik değişiklikler en çok psikopatilerde belirgindir. Psikopati, bir kişinin iş yerinde ve ailede sağlıklı bir ilişki kurmasına izin vermeyen ve normal aktivitesine müdahale eden karakter özelliklerinde böyle bir değişiklik olarak anlaşılır, yani sosyal uyumsuzluğa yol açar. Karakter patolojisinin ortaya çıkmasında olumsuz kalıtsal (doğuştan) eğilimler ve yetiştirme koşulları, özellikle aile ve okul önemli bir rol oynar. Psikopatinin dört ana biçimi vardır: histerik, sikloid, şizoid ve epileptoid (Bazhin E.F. 1980).

Histerik psikopatlar için benmerkezcilik, yalancılık ve kaprislilik karakteristiktir. Onlar başkaları etkilemek, herkes tarafından onay almaya çalışırlar. Genellikle yüksek özgüvene sahiptirler. Bu olumsuz nitelikler genellikle başkalarının ve özellikle ebeveynlerin çocukların haksız arzuları da dahil olmak üzere tatmin etme eğilimi ve yanlış tutumlarının sonucudur. İş ortamında ve ailede, histerik psikopatların doğasında var olan yüksek özgüven nedeniyle, genellikle çatışmaların başlatıcısı olurlar.

Sikloid psikopatlar, duygusal durumlardaki değişikliklerle karakterize edilir. Ya bunalımlı bir ruh halindedirler, her şeyi kasvetli bir şekilde görür ve eksikliklerini abartırlar ya da her şeyden memnun, telaşlı ve huzursuzdurlar. Bu ruh hali değişimleri, süresi birkaç günden haftalara ve aylara kadar farklı olan aşamalıdır.

Şizoid psikopatlar, zihin, irade ve duygular arasındaki ilişkide gerekli uyumdan yoksundur. Bu bileşenlerden birinin baskınlığına bağlı olarak, şizoid doğanın çeşitli varyantları vardır. Şizoid psikopatlar genellikle içe kapanıktır, iletişim kuramaz ve arkadaşlık kurmaları zordur.

Epileptoid psikopatlar çabuk kızma ve asabılık ile karakterize edilir. Genellikle acımasız ve intikamcıdırlar. Bir ortamda genellikle sevilmezler, reddedilirler, ancak dışarıdan epileptoid psikopatlar düzgün ve hatta kibar insanlar gibi görünebilirler.

Kişilik oluşumunda özel bir yer yetiştirme ve kendi kendine eğitime aittir. Eğitim ve öğretim bir çocuğun doğumundan itibaren başlar. İlk başta ebeveynler, sonra okul öncesi çocuk kurumlarının öğretim kadrosu da bu süreçte yer alır. Ailede yetiştirme, çocuğun kişiliğinin ebeveynlerle aktif etkileşimi ile ortaya çıkan çok karmaşık ve çelişkili bir süreçtir. Eşler arasında iyi bir ilişki, başarılı ebeveynliğin anahtarıdır. Ailede karşılıklı anlayış, saygı, iyi niyet eksikliği, evlilik ilişkilerinin kopması çocukların gelişiminde çeşitli sapmalara ve bazen de ergenlerin asosyal davranışlarına yol açmaktadır. Günümüzde yeni bir aile türü kuruluyor - aile üyeleri arasındaki şefkat, karşılıklı yardımlaşma, arkadaşlık ve sevgiye dayanan yoldaş bir dernek gibi. Çocuk yetiştirmenin en başarılı olduğu ilkeler üzerine kurulmuş bir aile türüdür. Ancak müreffeh ailelerde de bazen çocuk eğitiminde hatalar yapılır.

Kendi kendine eğitim, kişinin yöneldiği ideal ile örtüşen bir kişi (kendi) tarafından yetiştirilmeye veya özelliklerin geliştirilmesiyle yakından ilgilidir. Kişi kendini aktif faaliyetlerde eğitir. Çevresindeki dünyayı dönüştürerek kişisel niteliklerini geliştirir.

Kronik veya ağır somatik bir hastalığın ruh üzerindeki etkisi uzun zamandır bilinmektedir. Bu, klasik bir formüle yansır: sağlıklı bir vücutta sağlıklı bir zihin. Hastalık sadece tıbbi değil, aynı zamanda psikolojik bir sorun olarak değerlendirilmelidir. Antik çağdan beri zihin durumu ile bedensel tezahürler arasındaki bağlantının ilk belirtisi fark edilebilir. Daha sonra, Ebu Ali Hüseyin ibn Sina, duyguların psikolojisi ile doğrudan ilgili bir deney gerçekleştirdi ve bu, somatik değişimlerin oluşumunda duyguların rolünü gösterdi. Psikosomatik sorunun özel bir bilimsel araştırma yönü olarak ortaya çıkmasından çok önce, günlük yaşam insana zihinsel (psikolojik) ve bedensel (somatik) fenomenler arasında bir bağlantının varlığını açığa çıkardı. Bu fikirler nispeten yakın zamanda kavramsal karakter kazanmaya başladı, yani psikosomatik problemin nispeten yakın zamanda bilimsel bir statü kazandığını belirtmek yeterli. “Psikosomatik” kavramı, 1818'de I. Heinrath tarafından ortaya çıktı ve 1828'de K. Jacobi, ilgili “somatopsychics” kavramını ilk kez kullandı (Ekmektzoglou K.A., Xanthos T., German V., Zografos G.C. 2009).

Psikosomatik (Latince “psycho” - ruh; “soma” - beden), zihin ve beden arasındaki ilişki sorununu, yani psikosomatik sorunu incelemeyi amaçlayan disiplinler arası bir araştırma alanıdır (psikoloji, felsefe, fizyoloji, tıp ve diğer bilimler). Zihin durumunun önemi birçok somatik hastalığın gelişiminin doğası ve ortaya çıkma süreci üzerindeki gerçek etkisi hekimler arasında şüpheye neden olmaz. Bununla birlikte, psikosomatiklerin farklı alanları arasında, patogenetik mekanizmaların açıklamasında ve psikojenik faktörün somatik bozuklukların oluşumu üzerindeki etkisinin özgüllüğünde bir fark vardır.



Psikosomatik tıp, çeşitli hastalıkları ele alırken beden ve ruh bütünlüğü fikrini ön plana çıkararak ve bunlarda kişiliğin rolüne odaklanarak, çok sayıda destekçiyi saflarına çekmiştir. Başarısı, bilimsel ve özellikle pratik tıpta tıbbın teknikleşmesine doğal ve oldukça yeterli bir yanıt olarak algılanması gerçeğiyle büyük ölçüde kolaylaştırılmıştır.

Bu eğilimin kökeni Sigmund Freud'un eserleriyle ilişkilidir. Bu yönün ya da daha doğrusu içindeki baskın kavramların aslında Anna O.'nun vaka öyküsü ile başladığına işaret edilir. Bu vakada Sigmund Freud, konversiyon mekanizmasıyla fiziksel bir semptomun ortaya çıkışını sunan ilk kişiydi. Freud'un teorisinin birkaç nedenden dolayı daha çekici olduğu ortaya çıktı: birincisi, varsayımlardan biri olarak, zihinsel ve bedensel, biyolojik arasındaki bağlantının bir ifadesini içermesi (her ne kadar bu bağlantı psikolojik olanın biyolojik olana fiili bir indirgenmesiydi); ikincisi, psikanaliz psişik patojenik bir "etken" tanımlanmış - duygulanım, duygusal çatışma; üçüncüsü, zihinsel ve bedensel olmak üzere iki gerçekliği birbirine bağlayan bir mekanizma önerdi, bu bir sembolik konversiyon mekanizmasıdır. Duygusal çatışmalar ile klinik semptomlar arasında bir bağlantı olduğu varsayan. Freud'un teorisi, psikolojik olarak üretilen bir hastalığın ciddi bir değerlendirmesini mümkün kıldı, ancak Freud'un kendisi, psikosomatik hastalıkların incelenmesine büyük bir katkı yapmadı (Freud A. 1998).

Psikosomatik bozuklukların doğası hakkındaki görüşler temelde farklıdır. Psikosomatik alanındaki en fazla sayıda çalışma, belirli bir psikosomatik bozukluğa özgü bir "kişilik profili" arayışına adanmıştır. Psikosomatik sorunun teorik analizi, psikolojik faktörlerin insan somatik alanı üzerindeki etkisinin belirleyici bağlantılarına işaret etmeyi mümkün kılmıştır. Önemli ve ne yazık ki en az gelişmiş olanı, somatik durumun insan ruhu üzerindeki etkisi sorunudur. Bu etki patojenik ve sanojenik olabilir. En önemlisi, somatik hastalık koşullarında insan zihinsel aktivitesinin bozulması olarak anlaşılan patojenik etkidir. Somatik bir hastalığın ruh üzerinde iki tür patojenik etkisi olduğu bilinmektedir: somatojenik (merkezi sinir sistemi üzerindeki zehirlenme etkileri yoluyla) ve psikojenik (bireyin hastalığa akut reaksiyonu ve sonuçları). Ancak, iç hastalıklar kliniğine zehirlenme özgü ve esas olan değildir. Somatik bir hastalığın insan ruhu üzerindeki etkisinin ana biçimi psikojeniktir. Burada problemler ortaya çıkıyor: çeşitli somatik hastalıklarda hastalığın iç resminin oluşumu, kişiliğin değişimi üzerindeki etkisi, zihinsel bozuklukların üstesinden gelinmesi, hastaların rehabilitasyonu ve diğerleri.

Ruh ve soma arasındaki bir diğer önemli etkileşim mekanizması "kısır döngü" mekanizmasıdır. Bunun anlamı, başlangıçta somatik alanda ortaya çıkan bir bozukluğun psikopatolojik reaksiyonlara neden olması ve bu reaksiyonların başka somatik bozuklukların

nedeni olması gerçeğinde yatmaktadır. Böylece, hastalığın bütünsel bir psikosomatik resmi ortaya çıkar. Bu analiz, psikolojik ilişkilerin tüm yönlerine bakmamızı sağlar ve bir kişinin psikolojik ve somatiğin sürekliliği ve birliği konusunda bir kez daha ikna eder.

### **2.1.2. Hastalığın iç resminin oluşumu**

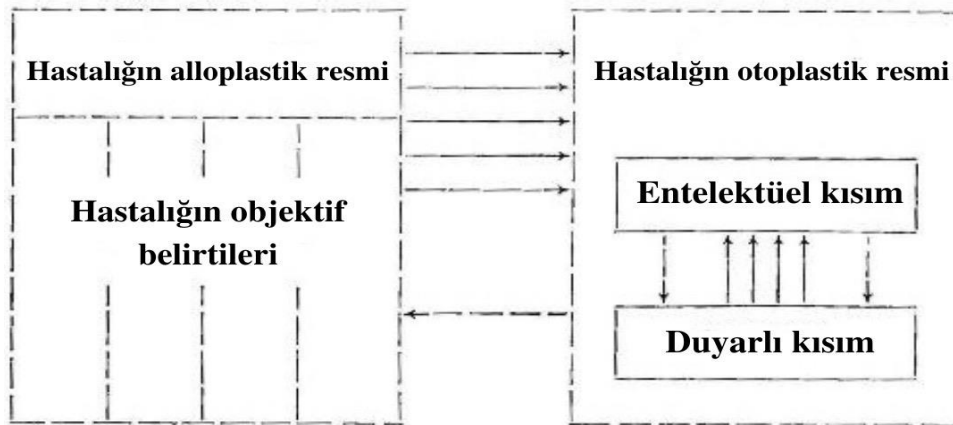
Ünlü klinisyen R.A. Luria, subjektif şikayetlerin sürekliliği ve hastalığın objektif semptomları hakkında çok konuştu. Bu nedenle hastalığındaki dış ve iç tablonun incelenmesi istenmiştir. Hastalığın dış resminde, sadece tüm sayısız ayrıntıyla hastanın görünümünü değil, aynı zamanda araştırma sonuçlarını da anlardı. R.A. Luria'ya göre hastalığın iç resmi: “... hastanın yaşadığı ve deneyimlediği her şey, tüm duyu kitlesi, sadece yerel acı verici duygular değil, genel iyiliği, kendi kendini gözlemi, hastalığı hakkındaki fikirleri, nedenleri hakkındaki fikirleri, doktora gelişi ile ilgili olan her şey - algı ve duyumun, duyguların, duygulanımların, çatışmaların, zihinsel deneyimlerin ve travmanın çok karmaşık kombinasyonlarından oluşan hastanın o devasa iç dünyası” (Luria R.A. 1977).

“Hastalığın iç resmi” (HİR) sorununun odak noktası, hastanın kişiliğinin psikolojisidir. Ancak bu sorunun sadece tıbbi değil psikolojik yönleri de vardır. Bazı durumlarda, HİR, hastalığın üstesinden gelmeyi amaçlayan davranışı belirleyen bir optimize edici rolü oynar, diğerlerinde ise olumsuz duygularla birlikte kötümser tahminler oluşturur. Sadece organik ve fonksiyonel bozuklukların ciddiyeti değil, aynı zamanda kişilik özellikleri, hastalığın farkındalık derecesi ve deneyimi HİR'nin yapısının oluşumunu etkiler. Hasta kişinin sosyal statüsü, aile ve iş ilişkilerindeki rolü, çalışma kabiliyetinin derecesi, değer yönelimleri vb. hastalığın kendisine ek olarak stresli durumlar yaratabilen, kişiliğin psikolojik olarak yeniden yapılandırılmasına damgasını vuran ve büyük önem taşıyan şeylerdir.

Yetersiz bir şekilde oluşturulmuş bir HİR'nin varlığı, hastalığın seyrini ve sonucunu dolaylı olarak olumsuz etkileyebilir, aile ve sosyal yaşamdaki ilişkilerde ciddi zorluklar yaratabilir, bireyin karmaşık yaşam programlarının uygulanmasında bir fren haline gelebilir ve bazen kişiliğin değişmesine, çeşitli türlerdeki iç çatışmaların gelişmesine katkıda bulunabilir ve hatta şiddetli nevroza sebep olabilir. Hastalığın iç resmi, her alanda birçok sorunun bulunduğu multidisipliner bir sorundur ve çözümü hasta bir kişinin psikolojisini anlamının temeli olacaktır. Psikolojik olarak HİR, kendini tanımanın bir sonucu olarak oluşan bir öz farkındalık unsuru olarak görülebilir. Aynı zamanda, organizmanın hayati aktivitesi süreçlerindeki patolojik değişiklikleri ve patoloji tarafından belirlenen, onunla ilişkili bir kişiliğin varoluş koşullarını kendine özgü bir şekilde dönüştüren karmaşık bir fikir ve deneyim kompleksi olarak da düşünülebilir.

Antik dünyanın hekimleri, hasta birinin kişiliğinin yapısındaki değişikliklerin zaten farkındaydı ve yazılarında, HİR'ni modellemek için temel girişimler olarak kabul edilebilecek türden ifadeler kullanmışlar. Ancak, yalnızca 20. Yüzyılında Alman nöropatolog A.Goldscheider (1929) ve Sovyet terapisti R.A. Luria (1935) tarafından HİR'nin ilk modeli oluşturuldu. Bu, hastanın kişiliğinin yapısındaki yalnızca bazı psikolojik değişiklikleri yansıtan temel bir HİR modelidir.

Goldscheider - Luria HİR modeli iki bölümden oluşur: “hastalığın alloplastik resmi” ve “hastalığın otoplastik resmi”. Hastalığın alloplastik tablosu, hastalığın gelişimi ve dinamikleri ile ilişkili fonksiyonel ve organik patolojik değişikliklerin toplamıdır. Bunun üzerinde, “duyarlı kısım”, patolojiyle ilişkili tüm duyuların toplamı ve hastanın fiziksel durumu hakkındaki düşüncelerinin sonucu olan “entelektüel kısım” içeren, otoplastik adı verilen HİR'nin kendisidir. Yazarlar yalnızca HİR'nin olumsuz rolünü gördüler. Bununla birlikte, A. Goldscheider ve R.A. Luria fikirleri ilericiydi, çünkü HİR'nin içeriğini anlamadan psikoterapi yapmak mümkün değil.



1. Şema Hastalığın iç resmi (HİR)  
A. Goldscheider & R.A. Luria

HİR'nin yapısında Luria birkaç seviyeyi tanımlar (Luria R.A. 1977):

- Hastalığın ağırlı tarafı (duyu seviyesi) ağrının ve diğer hoş olmayan hislerin lokalizasyonu, yoğunluğu vb.
- Hastalığın duygusal yönü, belirli semptomlara ve genel olarak hastalığa ve sonuçlarına karşı çeşitli duygusal tepkilerle ilişkilidir.
- Hastalığın iradeli tarafı (motivasyon düzeyi), hastanın hastalığına karşı belirli bir tutumu, davranışı ve alışılan yaşam tarzını değiştirme ihtiyacı ve sağlığı geri getirmek ve sürdürmek için faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ile ilişkilidir.

Birçok yazar HİR konularını çeşitli yönlerden ele almış; buna göre, hastalığın insan ruhundaki yansımaları tanımlayan bir dizi terim ortaya çıkmıştır. Çalışmalarda, hastalığa çeşitli reaksiyonları ele alıp, şikayetleri hastalığın objektif resmiyle ve psikolojik testlerin göstergeleriyle karşılaştırmaya ve ayrıca yerel beyin lezyonlarında HİR'nin özelliklerini dikkate almaya çalışılmaktadır. Ancak, yalnızca modelleme, nörofizyoloji ve psikolojideki modern gelişmeler nedeniyle HİR'nin tamamını elde etmek mümkün hale geldi.

Hastalığın iç resminin teorik modeli, “hastalığın serebral bilgi alanı” ve temelinde oluşturulan “hastalığın bilgi alanının psikolojik bölgesi” kavramlarına dayanıyordu ve merkezinde hastalık tarafından değiştirilen “beden şeması” bulunuyordu.

Hastalığın merkezi bilgi alanı, beynin uzun süreli belleğinde, hastalığın belirtileri, beden ve kişiliğin aktivitesine getirdiği kısıtlamalar hakkında depolanan bilgidir. Hastalığın merkezi bilgi alanının stabilitesi beynin patolojik durumu ile sağlanabilir. Hastalığın bilgi alanının maddi alt tabakası, hastalığın neden olduğu vücudun hayati aktivitesi süreçlerindeki bozukluklar ve hastalığın geliştiği durumlarda vücudun işleyişinin özellikleri hakkında bilgileri düzelteren uzun süreli hafıza matrisidir (Sobennikov V.S., Yasnikova E.E. 2013).

Hastalığın iç resmi temelini yapısal ve işlevsel organizasyonunda, “beden şeması” önemli bir rol oynar. “Beden şeması”, belirli bir andaki bedenin imgesi ile geçmişte vücut imgesinin ve gelecekteki hareketin imgelerinin sürekli olarak oluşturulduğu ve karşılaştırıldığı psikolojik bir bilgi aracı olarak görülebilir. Bu “beden şeması”, bir kişinin hareketleri yönetmesi, diğer insanları algılaması ve becerilerini geliştirmesi sayesinde gnostik bir aygıt görevi görür. Bununla birlikte, bedenin bilgi imgeleri sadece hareketleri kontrol etme mekanizmalarında kullanılmaz, aynı zamanda kendini tanıma ve öz farkındalığında kullanılır. Bu tür süreçler bozulursa veya zayıflatılırsa, hastalığın belirtilerinin öneminin küçümsenmesi veya abartılması meydana gelebilir. HİR'ni anlamak için, vücudun psikolojik imajının duyusal olandan daha önemli olduğu akılda tutulmalıdır, çünkü büyük ölçüde psikolojik imajı hastanın davranışının yapısını ve HİR'nin gelişimini belirler. Bedensel rahatsızlık yaşamak, belirli bir yönde semptom modelinin gelişmesine katkıda bulunur. Hastalığın tezahürleri ve dinamikleri hakkında bilgi işlemenin bir sonraki aşaması, kişiliğin çeşitli seviyelerinde gerçekleştirilir.

Hastalık modeli akut veya kademeli olarak oluşturulabilir. Hastalık modeli en temel haliyle iki modelden oluşur: duyusal-duygusal kısmı ve mantıksal kısmı. İlk kısmın oluşumu, hastalığın belirli tezahürlerinin ve seyrinin neden olduğu doğrudan izlenimlerin ve deneyimlerin etkisi altında gerçekleşir. Aynı bilgi mantıksal bir alt model oluşturmak için de

kullanılır, ancak bu durumda, bir kişi tarafından hastalığın belirli bir dizi semptomların nedenlerini ve mekanizmalarını tanımlamak ve açıklamak için kullanılan kavramlar önemli bir rol oynar. Bu alt modeller arasında tam bir uyum nadirdir. Tam bir HİR modeli, yalnızca hastalığa yönelik mantıksal ve duygusal-motivasyonel tutum sistemi oluşturulduğunda oluşturulur. Hastalığın bir modelinin oluşumu, ilişkili bilinçli ve bilinçsiz tezahürlerinden kurtulma ihtiyacı, sakatlık ve ölüm tehdidi, hastalığın üstesinden gelmeyi amaçlayan programların ve kişilik hedeflerinin oluşumuna yol açar. Bu durumda, yaşam deneyimine, tıbbi literatür ve doktor yardımına dayanarak hastalığın prognozu ve beklenen tedavi sonuçlarının bir modeli oluşturulur.

Tedavi süresince hastalar, alınan tedavi sonuçlarının psikolojik modellerini geliştirirler. Beklenen tedavi sonuçları modeliyle benzemesi, olumlu duygulara ve farklı olması - olumsuz duygulara neden olur. Hastalık ilerler ve daha ağır bir aşamaya geçerse, bu durumlarda yeni serebral bilgi alanları ve bilgi alanının yeni psikolojik bölgeleri oluşabilir. HİR'nin oluşumunda önemli bir rol, hastanın hastalığıyla olan duygusal ilişkisinin türü, tezahürleri ve prognozu tarafından oynanır. Bazı insanlar oldukları durumu ve perspektifi doğru bir şekilde değerlendirir, bazıları ise hem bireysel semptomların hem de bir bütün olarak hastalığın önemini abartma eğilimindedir. Bazen hastalar, bir bütün olarak hastalığın ciddiyetini ve bunun bireysel semptomlarını ve sonuçlarını hafife alır ki bu, objektif verilerle çelişir. Ve en zor vakalar, hastaların sonuçlardan korktukları için hastalığın varlığını ve semptomlarını inkar eden vakalardır.

Hastalığın iç resmi modelinin patolojik gelişimi aynı zamanda tamamen kişisel düzeyde bilgi çarpıtmalarla ilişkilendirilebilir. Hastalığın gelişmesiyle birlikte, birey tarafından düzenlenen yetersiz bir HİR versiyonunun oluşması mümkündür. Bazen HİR'nin yapısı özerklik kazanır, baskın varlık haline gelir ve davranışı bozar. Böyle bir HİR' gelişmesinin nedeni, öğelerinin bilinçsizce bastırılması ve bazen, hastalık birey için bir değer taşıyorsa, kaygı gelişmesi olabilir.

Hastalığın iç resminin yapısının belirli yönleri vardır (sosyal, psikolojik, nörofizyolojik). Fizyolojik yönü, beynin çalışma şekli, psikolojik-kişilerarası ilişkiler ve kişilik durumu ile belirlenir. İyileşme ile birlikte, tüm yaşam amaç ve hedefleri onarılır veya yeniden oluşturulur ve hastalıkla ilişkili her şey aktif rolünü kaybeder, ancak daha sonra yeni hastalık durumunda kullanılan en önemli deneyim olarak hafızada tutulur. Bu nedenle, HİR bilgisi, doktor ve psikologları, hastalığın neden olduğu hastanın kişilik yapısındaki karmaşık psikolojik değişiklikler hakkında fikirlerle sahip olur ve her bir hasta ile ilgili doğru stratejinin sağlanmasına yardımcı olur. Bir doktor yardımıyla uygun şekilde formüle edilen prognoz

modeli ve tedavi sonuçlarının beklenti modelleri, tedavinin tüm aşamalarında hastanın psikolojik ve genel durumunu optimize etmede en önemli faktör olarak hareket eder. Bu modeller, psikologlar, doktor ve psikoterapistler tarafından etkilenmelidir (Komkova E.P., Kokorina N.P. 2003).

### **2.1.3. Psiko-onkolojide modern araştırma yönleri**

İnsan ruhunun çalışmasında, bazı durumlarda test yöntemi kullanılır. Test, zihinsel durumu veya bozukluğun gelişim düzeyini hızlı bir şekilde değerlendirmeyi mümkün kılan özel bir görev veya görevler sistemidir. Testler kullanılarak elde edilen nicel göstergeler, yaşları, eğitimleri vb. göz önünde bulundurularak bu testi kullanan birçok kişinin elde edilen sonuçlarla karşılaştırılır. Klinik psikoloji ayrıca hastanın zihinsel aktivitesinin ürünlerini inceleme yöntemini kullanır. Bu nedenle, şizofreni hastası ile epilepsi bir hastanın aynı konudaki çizimler önemli ölçüde farklılık gösterebilir. Bir şeyi yapma şekli hem hastanın kişisel özelliklerine hem de hastalığın doğasına göre belirlenir, bu nedenle, hastanın aktivitesinin yeterince sayıda ürününün incelenmesi, hastalığın özgüllüğünü teşhis etmede yardımcı olabilir.

Bu günlerde, psikoloji biliminin rolü önemli ölçüde artıyor. Psikoloji, çeşitli teorik ve pratik insan faaliyetlerinde uygulanır. Bir bilim olarak psikolojinin yaygın kullanımı ona bir takım görevler sunar. Onlardan önemli olanları, insan zihinsel aktivitesinin ortaya çıkışı, gelişimi ve dinamikleri, toplumun ihtiyaçlarına göre kasıtlı olarak biçimlendirmek için temel psikolojik niteliklerinin oluşumu hakkında daha fazla çalışmadır. Genel psikolojinin görevi aynı zamanda insan zihinsel aktivitesinin yapısını ve tezahürünün ana biçimlerini incelemektir.

“Kişilik” kavramı çeşitli bilimlerde (felsefe, tarih, pedagoji vb.) kullanılmaktadır. Psikolojide kişilik, bilinci olan ve etrafındaki dünyayı aktif olarak dönüştüren bir birey olarak anlaşılır. Kişilik her zaman sosyal gelişimin bir ürünüdür ve eğitim ve öğretim sürecinde oluşur. Yaşam koşullarına ve yetiştirme yöntemlerine bağlı olarak, belirli nitelikler ve kişilik özellikleri oluşur. Özdeş koşullar %100 mevcut olmadığından, her kişi bireyselliği bakımından benzersizdir. Bununla birlikte, bir bireyin bireyselliği yalnızca sosyal etki ile değil, aynı zamanda bir kişinin bazı biyolojik ve psikolojik özellikleriyle de belirlenir. Her insan, diğer insanların sahip olmadığı ve olmayacağı kendine özgü bir gen kümesine sahiptir. Sadece tek yumurta ikizleri aynı gen setine sahiptir. Ancak tek yumurta ikizlerinin de kişilikleri birçok ortak özelliğe sahip olmalarına rağmen birbirinden çok farklıdır. Bu, kişiliğin oluşumundaki belirleyici rolün dışı, özellikle sosyal çevre tarafından oynadığını bir

kez daha doğrular. Her insanın farklı dış etkiler ve genetik özgünlük kombinasyonu, muazzam bir sosyal deneyim zenginliğiyle birleştirilir. Bu, her insanı koca bir dünya yapar.

Kanser hastalarının psikolojik özellikleri ilk önce Batı'da - Avustralya, Avrupa ve ABD'de, ardından diğer ülkelerde aktif olarak çalışılmaya başlandı. S. Greer, ayrı bir klinik psikoloji alanı olarak psiko-onkolojinin kurucularından biri oldu. Psiko-onkolojinin gelişimi, psikosomatik tıbbın ayrı bir uzmanlığa ayrılmasıyla kolaylaştırılmıştır. Böylece, psiko-onkoloji ortaya çıktı - onkolojik patolojinin gelişimi, önlenmesi ve ortadan kaldırılmasıyla ilgili psikolojik, zihinsel, sosyal ve etnik faktörlerin bilimi ve ayrıca kanserden muzdarip kişilerde psikolojik sapmalar ve psikiyatrik bozuklukların incelenmesi (Özkan S. 2007). Daha spesifik olan "psikososyal onkoloji" terimi, kanser hastalarının, ailelerinin ve sağlık personelinin psikolojik tepkileri inceleme ve onlarla çalışma anlamına gelir.

Psiko-onkoloji, kanserin iki ana psikolojik yönünü ele alır: hastaların, ailelerinin ve bakıcılarının hastalığın tüm aşamalarında kansere karşı psikolojik tepkileri (onkopsikoloji) ve hastalık sürecini etkileyebilecek psikolojik, davranışsal ve sosyal faktörler (psikososyal onkoloji). Psiko-onkolojinin tanımlarından biri - ayrılmaz iki dalı olan onkoloji ve psikiyatrinin kanser oluşumuna ilişkin koşulların psikolojik incelenmesi (Hanson F.M., Suman V.J, Rummans T.A. et al. 2000). Bu geniş tanıma uygun olarak, psiko-onkoloji alanındaki mevcut sorular birkaç gruba ayrılabilir.

Birincisi, hastalığın kendisinin bir sonucu olarak hastalarda hangi psikolojik özelliklerin ortaya çıktığıdır. Bu özellikler, hastalığa karşı tutum, sosyalleşmenin zorlukları, şiddetli fiziksel koşullarla ilişkilendirilebilir. Tüm bu faktörler depresif ve anksiyete durumlarını tetikleyebilir, belirli koruyucu mekanizmaları harekete geçirebilir ve hastaların motivasyon alanını etkileyebilir. Bu faktörlerin etkisini azaltmak, hastanın onkolojik hastalıkla daha etkin bir şekilde baş etmesini sağlar (Aseev A.V. 1993).

İkincisi, görev olarak onkolojik hastalıkları önlemek ve onkolojik hastalıkların nedeni olan veya en az bir neden olan psikolojik faktörlerin araştırılmasıdır. Halihazırda premorbid dönemde olan hastaların, hastalığa bir tepki olarak değil, daha çok hastalığın nedenlerinden biri olan karakteristik psikolojik özelliklerini analiz eder. Bu faktörleri etkileyerek, kalıcı remisyonlar dahil, hastalığın tedavisinde önemli ilerleme sağlanabilir (Lev E.X., Daley K.I.M., Conner N.E. et al. 2001).

Üçüncüsü, terminal dönem de dahil olmak üzere kanser hastalarının yaşam kalitesini yükseltme olasılığı sorusu var. Bu konunun gelişimi, palyatif tıbbın ayrı bir yön olarak

geliştirilmesinin yanı sıra aile üyelerin ailedeki kanser hastasının durumuna psikolojik adaptasyonu sorunları ile ilişkilidir (Özbaş A. 2006).

Dördüncüsü, hem ağrı gibi fiziksel semptomları hafifletmek hem de genel olarak tedavinin etkinliğini artırmak için en etkili psikoterapi yöntemlerinin arayışı devam etmektedir. Tüm bu alanlarda araştırmalar dünya çapında yapılıyor (Tkhostov A.Sh., Arina G.A. 1990).

Son yıllarda psiko-onkolojideki önemli gelişmelerden biri, stres, başa çıkma stratejileri ve kansere karşı yas tepkileri üzerine yapılan çalışmalardır. Johansson ve Danimarka'daki ekibi, psikolojik faktörlerin kanserin gelişimi üzerindeki etkisine dair bazı mitleri araştırdı. Grubun çalışması, kişiliğin, stresin ve kederin kanser riskini artırmadığını gösterdi. Bu çalışma, psikososyal onkoloji üzerine yapılan erken çalışmalarda ifade edilen, stresin kanser etiyolojisindeki rolü hakkındaki varsayımlara son verdi (Holland J., Lesko L., Freidin Yu.L., Shklovsky-Cordi N.E. 1995).

Bu günlerde, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) gibi araçlar kullanılarak hastaların % 15-28'inde anksiyete belirtileri ölçülür. Kanser hastaların % 10-25'inde majör depresif bozukluk görülür. Ayrıca önemli bir alan, genel anksiyete seviyesini etkili bir şekilde azaltan genetik danışmadır (Smolanka I.N. 2008).

Psiko-onkoloji, bir hastalığın iki yönü ile ilgilenen onkoloji alanı olarak tanımlanır (Özkan S. 2007):

- Hastalığın tüm evrelerinde hastaların ve ailelerinin psiko-duygusal tepkileri ve personel üzerindeki psikososyal stres;
- Kanser oluşumuna ve hayatta kalmasına katkıda bulunan psikolojik, sosyal ve davranışsal faktörler. Bu tanım artık remisyondaki hastalara ve onların psikososyal sorunlarına desteği içerecek şekilde genişletilmiştir. Kanser bakımının büyük bir kısmının ayaktan yapılmaya başlanmış olması da desteğe ihtiyacı olan aile üzerindeki yükü artırmaktadır. Palyatif tedavi sürecindeki psikiyatrik komplikasyonlara, özellikle palyatif hastalarda afektif spektrum bozukluklarının epidemiyolojisinin araştırılması olmak üzere son günlerde bir endişe olarak özel dikkat gösterildi. Araştırmalarda ayrıca palyatif bakım hastalarında psikotik durumların incelenmesine odaklanmaktadır.

## **2.2. Psikolojide “Benlik” kavramı**



Bir kişinin iç dünyası ve öz bilinci uzun zamandır filozofların ve bilim adamlarının dikkatini çekmiştir. Bir kişinin davranışı, her zaman ve her şekilde kendisi hakkındaki fikri ve ne olması gerektiği ya da ne olmak istediği ile ilişkilidir. Öz farkındalığın özelliklerinin, öz saygının yeterliliğinin, Benlik kavramının yapısı ve işlevinin incelenmesi bu nedenle sadece teorik değil, aynı zamanda bireyin yaşam konumunun oluşumu ile bağlantılı olarak pratik bir ilgi alanıdır. Davranışın öz düzenlemesi, bir bireyin kendisi hakkında belirli bilgilere sahip olduğunu gösterir. Bir bireyin kendisini bir faaliyet konusu olarak gerçekleştirdiği psikolojik ve fiziksel süreçlerin bütünü, öz bilinç olarak adlandırılır ve onun kendisi hakkındaki fikri, belirli bir “ben imgesi” olarak biçimlendirilir.

İnsan Benliğinin bilimsel-psikolojik analizindeki ilk adımlar, doğal-bilimsel düşüncenin gelişimi ve idealizme karşı mücadele ile ilişkilendirildi. Ruhun idealist teorileri, Benliği tüm insan eylemlerinin kaynağı olarak kabul etti ve bireyin davranışını yönlendiren biçimlendirilmemiş, açıklanabilir olmayan bir “ruh” olarak gördü. 19. yüzyılın psikologlarının çoğu, Benlikte öz farkındalık ve hafıza tarafından sabitlenen çağrışımlar temelinde oluşan duygusal bir imaj gördü. Charles Peirce'e göre bir çocuğun ben imgesi, eşyaların hareket etme olgusunun kendi bedeninin hareketiyle ilişkilendirilmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. W. Wundt Benliği tüm bireysel zihinsel deneyimlerin duygusal bağlantıları olarak anlar ve kinestetik duyu olgusuna oluşumunda özel bir önem verir (Burns R. 1986).

Literatür analizi, Benlik kavramının yapısındaki üç ana bileşeni tanımlamayı mümkün kılmıştır (Arkhireeva T.V. 2008):

- Bilişsel - kendim hakkında bildiklerim: Mutluyum, hayalperestim, iyimserim, girişkenim, sinirliyim, akıllıyım vb.
- Değerlendirici - kendim hakkında bildiklerimi nasıl değerlendiririm: bu beni mutlu ediyor, bu benim için önemli değil, bu benim için tatsız, vb.
- Davranışsal - kendim hakkında bildiklerimin değerlendirmesine göre nasıl davranırım.

Benlik kavramı her zaman belirli bir dizi bileşeni (kişinin bedenine, zihinsel özelliklerine, ahlaki niteliklerine vb. ilişkin bir fikir) içermesine rağmen, bunların asıl içeriği ve önemi sosyal ve psikolojik koşullara bağlı olarak değişir. Ayrıca, kişi sadece tanımaz, aynı zamanda aktif olarak kendisini şekillendirmektedir. Bazı yeteneklerinin farkında olmak öz saygısını ve öz değerlendirmeyi değiştirir ve bu yetenekler sadece tezahür etmekle kalmaz, aynı zamanda faaliyette biçimlenir. Burada psikologlar Benliğin sosyal doğasına yaklaşıyorlar. Bu modelin

en ünlü versiyonu, Benliği “özne olarak ben” (I) ve “nesne olarak ben” (me) olarak ayıran William James'in teorisiydi (Rean A.A. 2004).

Öznel olarak, kişinin kendi Benliğine sahip olma deneyimi aşağıdaki ana işlevlerle ifade edilir (Burns R. 1986):

- Öz kimlik, yani şimdiki zamanda, geçmiş ve gelecekte sürekliliği koruma ve öz kimliği anlama duygusu ile Benlik bütünlüğü;
- Kendi özerkliği ve diğerlerinden bağımsızlık duygusu ile Benlik aktivitesi;
- Benliği haysiyetle koruma;
- Belirli bir umutla Benliği geliştirme, kişisel yaşamın geleceği olarak düşünülen hedeflere odaklanma.

Benlik deneyimi, uzun bir kişilik oluşumu sürecinin sonucudur. “Ben” imgesi statik değil, bir bireyin kişiliğinin dinamik bir oluşumdur. Aslında, bir kişinin Benliğin tek bir görüntüsünü değil, birbirlerinin yerini alan çok sayıda görüntüsü var, dönüşümlü olarak öz farkındalıkta öne çıkıp, belirli bir sosyal etkileşim durumunda anlamını yitirenler.

Benlik kavramında, aşağıdaki Benlik görüntüleri ayırt edilebilir (Arkhireeva T.V. 2008):

- “Gerçek olan ben”, şimdiki zamanda bir kişinin kendisi hakkındaki fikirleri içerir ve ona göre şu anda kişiyi en güvenilir ve yeterli şekilde karakterize eder. Bir kişi bir noktada kendisi hakkında küçümseyerek konuşur veya düşünürse, bu onun Benlik görüntüsünün sabit bir özelliği olarak algılanmamalıdır. Bir süre sonra kendisiyle ilgili fikrinin tam tersine değişmesi muhtemeldir.
- “İdeal olan ben”, “Gerçek olan ben” fikrine karşı gelebilir. “İdeal olan ben”, belirli koşullar altında bir bireyin ne olmak istediğine dair bir fikirdir. Bireyin kendi kendini eğitmesi için gerekli bir kılavuz görevi görür. Gerçek Benlik ve İdeal Benlik oranı, bireyin gerçek başarılarının ve isteklerinin oranı olarak anlaşılan benlik öz değerlendirmenin temelidir. Bu oran kişilik savunma (adaptasyon) mekanizmalarının temelini oluşturur. “İdeal ben”, gelişmiş ve aktif yaşam güçleri, kişiliğin gelişmesini sağlayan “Gerçek olan ben”in potansiyelidir. Çoğu zaman birbirine uymaz. Bununla birlikte, aralarındaki büyük farklılıklar, oranın çelişen doğası, davranış bozukluklarına ve uyumsuzluğa yol açtığı için endişe verici bir semptom olarak kabul edilir.
- Bazen Benlik kavramında “Fantastik ben” ayırt ederler, yani imkansız olan mümkün olsa kişinin kim olmak istediğiyle ilgilidir. Hayaller kurup, imkansız olan geleceğe yönelik planlar yapma eğilimleri nedeniyle, özellikle ergen ve çocuklarda fantastik

imajı büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte, kişiliğin yapısında kendisiyle ilgili fantastik fikirlerin her zaman olumlu bir fenomen değildir, çünkü arzu edilen ile gerçek arasındaki bariz tutarsızlık, öz farkındalığı bozabilir ve bir kişiyi travmatize edebilir.

- “Aynalı ben”, bir kişinin çevresindeki insanların gözünden nasıl algılandığına dair kendi fikirleri. Bu bileşen, kişisel önem ve öz değerlendirmenin oluşumu için gereklidir.

20. yüzyılın başında sosyolog Charles Horton Cooley, bir kişinin kendisi hakkındaki fikrinin, yani “ben” imajının başkalarının fikirlerinden etkilendiği ve üç bileşenden oluşan “Ayna Benlik” (Looking-glass self) teorisini oluşturdu (Burns R. 1986):

- Diğer insanlara nasıl görüldüğüme dair bir fikir;
- Diğerinin beni nasıl değerlendirdiğine dair bir fikir;
- Bunlarla ilişkili olan öz değerlendirme, öz saygı ve gurur hissi.

Benlik kavramı, bireyin diğer insanlarla etkileşimi sırasında erken yaşta oluşur ve birincil gruplar (aile, akranlar, vb.) belirleyici öneme sahiptir.

40'lı ve 50'li yıllarda, “Ayna Benlik” teorisi, Benlik imajının veya kısmi öz değerlendirmelerin başkalarının görüşlerine bağımlılığını netleştiren birçok deneysel çalışmanın temeli haline geldi. Bu çalışmaların sonuçları, başkalarının olumlu yargılarının etkisi altında benlik saygısının arttığını, olumsuz olanların etkisi altında - azaldığını ve genel olarak dışarıdan değerlendirilmeyen bile niteliklerin etkilendiğini gösterdi. Örneğin, bir gruptaki bir otorite figüründen övgü almak, hedeflerinin genel düzeyini yükseltmeye yardımcı olabilir (Burns R. 1986).

H.Remshmidt, olumsuz bir Benlik kavramının aşağıdaki etkilerini tanımlar (Arkhireeva T.V. 2008):

- Benlik saygısında azalma ve genellikle sonuç olarak sosyal bozulma ve saldırganlık.
- Zor durumlarda konformist tepkileri uyarmak. Kişi gruptan kolayca etkilenir.
- Algıda derin bir değişiklik. Olumsuz Benlik kavramına sahip insanlar, kendilerini yapmaktan aciz olduklarını düşündükleri için iyi işler yaptıklarını fark etmekte zorlanırlar.

Benlik kavramının karmaşıklığı, bir kişi tarafından algılanan Benlik yönlerinin sayısı, Benlik kavramının farklılaşma derecesi olarak anlaşılır. Öz farkındalığın ilk aşamalarında kişi kendini diğerlerinden ayırır. Sonrasında, zihnindeki Benlik sınırsız sayıda parçaya bölünür.

Sonuç olarak, kişi kendini diğer insanlarla kıyaslayarak değerlendirmeyi öğrenir. Bu süreç, L. Festinger'in sosyal karşılaştırma teorisinde (1954) ayrıntılı bir analiz aldı. Teorinin ana noktası, bir kişinin görüş ve yeteneklerini diğerlerine kıyasla doğru bir şekilde değerlendirme arzusunun temelini, açık ve kesin bir Benlik kavramına sahip olma ihtiyacı olduğu iddiasıdır. Sosyal karşılaştırma süreci boyunca, bir kişide referans noktası olarak Benliğin sosyal değerlendirme çerçevesi oluşturulur (Arkhireeva T.V. 2008).

Bireyin diğer insanlarla gerçek etkileşim sürecinde, belirli sosyal gruplar çerçevesinde ve kişinin oynadığı rollere bağlı olarak Benliğin oluşumu, sosyal psikolojide etkileşimci yönelimin kurucusu Amerikalı bilim adamı George Herbert Mead tarafından araştırılmıştır. Mead, öz farkındalığın, bireyin diğer insanlarla pratik etkileşimine dayanan bir süreç olduğunu savunuyor. Benliğin içeriği artık diğer insanların fikirleriyle değil, onlarla gerçek etkileşimlerle, ortak faaliyetleriyle koşullandırılıyor. Mead'in vurguladığı gibi, “bireysel Benlik” yalnızca ayrı sosyal bileşenleri içermekle kalmaz, aynı zamanda bir bütün olarak, özü gereği, “sosyal deneyimden doğan sosyal bir yapı”dır (Burns R. 1986).

Bu konuya olan büyük ilgi, büyük olasılıkla, bu yapıların, insan refahındaki en önemli faktör olan yaşamının tüm yönlerini belirleyen kişiliğin çekirdek temelleri olduğunun anlaşılmasından kaynaklanmaktadır. Sosyal çevre, diğer insanlarla ve her şeyden önce aile üyeleriyle etkileşim, Benlik kavramının oluşumunda büyük bir etkiye sahiptir. V.V. Stolin, Benlik kavramının oluşumunu etkileyen ana fenomenleri şöyle sıralıyor (Tkachenko G.A., Shestopalova I.M. 2007):

- Bir başkasının bakış açısının doğrudan veya dolaylı özümsemesi;
- Ebeveynler tarafından normların, değerlendirmelerin, standartların, davranış yöntemlerinin doğrudan ve dolaylı aşılması;
- Yakın akrabalarından çocuğa özel değerlendirmelerin, standartların vb. aktarılması;
- Çocuk kontrol sistemi (bağımsızlık veya sıkı kontrol sağlanması);
- Çocuk ve ebeveyn arasında gelişen ilişkiler sistemi (iletişimcilerin eşitliği, işlevsel eşitsizlik, bir işlem sistemi);
- Çocuğun gerçek aile ilişkilerine katılımı (aile kimliği);
- Tanımlama mekanizması, yani kendini başka bir kişiye deneyimler ve eylemler şeklinde özümsemek.

Benlik kavramı karmaşık bir yapıya sahiptir ve aşağıdaki bileşenleri içerir (Arkhireeva T.V. 2008):

- Fiziksel Benlik - vücudun görüntüsü, fiziksel görünümünün belirli yönlerinin deneyimi, kusurları veya eksiklikleri. Benlik kavramının bu yanı, benliğin diğer taraflarının gelişiminde hala geride kaldığı çocukluk ve ergenlik döneminde özellikle önemlidir. Fiziksel Benliğin önemi, Adler tarafından keşfedilen organik kusurların telafisi ve aşırı telafisinin etkisiyle açıklanmaktadır.
- Psikolojik Benlik - kişinin kendi kişilik özelliklerinin, yeteneklerinin, güdülerinin, iddialarının algılanması. Psikolojik Benlik, Benlik kavramının temelidir.
- Sosyal Benlik - belirli sosyal rollerin ve işlevlerin taşıyıcısı olma hissi (örneğin, bir profesyonel, bir ailenin babası, bir kamu kuruluşunun üyesi, vb.). Bir kişinin sosyal kimliği, Benlik kavramının çok önemli bir bileşenidir.

Ayrıca, bireyin dış dünya ile ilişkisinin özelliklerini yansıtan bir Benlik kavram düzeyini ayırt ederler - Varoluşsal Benlik. Bir kişinin bir faaliyet kaynağı veya tersine pasif bir etki nesnesi olduğu, kişinin özgürlüğünün veya özgürlüğün eksikliğinin, sorumluluğunun veya yabancılığının deneyimlenmesi duygusunda kendini gösterir. Bu, bir kişinin dış dünya ile ilişkisinin genel ilkelerini yansıtan düzeydir, bireysel özellikleri değil.

Benlik kavramı koca bir öz değerlendirmedir. İnsan ruhunun sistemli, çok bileşenli ve çok düzeyli bir oluşumdur. Neredeyse her birinin, kökeninde belirsiz, karmaşık bir yapıya sahiptir. Tüm bu yapıların çalışmalarının koordinasyonu ve uyumlu etkileşimleri sağlıklı bir psikoloji için gerekli bir koşuldur. Benlik kavramı, bir kişinin öz farkındalığının sonucudur. Bireyin kendi hakkındaki bu fikirlerin bilinçli olarak değerlendirme sistemidir.

### **2.2.1. Öz farkındalığın oluşumu, öz değerlendirme ve öz saygı**

Öz farkındalığın ilk ampirik çalışmaları 19. yüzyılda başlamış. Esas olarak kişilik psikoloji ve gelişim psikolojisi çerçevesinde gelişmiştir ve çocukların doğrudan gözlemi, çocukların kompozisyonlarının ve günlüklerinin analizi yoluyla bilinçli Benliğin yeniden inşasını görev olarak belirlemiştir. Bu çalışmalar birçok değerli gözlem içeriyordu, ancak çoğu zaman sadece tanımlayıcıydı. Bu nedenle, davranışçılar öz farkındalığı ciddi bir bilimsel sorun olarak görmediler ve kişisel psikoloji deneysel araştırma olasılığına şüpheyle yaklaştı. Öz değerlendirme ve talepkar olma düzeyi gibi öz farkındalığın belirli yönleri ve bileşenleri deneysel olarak incelenmiştir. Öz değerlendirme sorunu psikolojide en çok çalışılan sorudur ve esas olarak deneysel olarak incelenmiştir.

Bir kişinin öz farkındalığı, diğer insanlar ve toplumla günlük iletişim sürecinde oluşur. Öz farkındalık sadece kendini tanıma değil, aynı zamanda kendine karşı tutumdur; niteliklerine, yeteneklerine, fiziksel ve ruhsal güçlerine, yani öz değerlendirme. Öz değerlendirme, kendini

yöneten davranışın şu iki önemli aşamasının uygulanması için bir ön koşuldur: öz-düzenleme ve kendini geliştirme. Öz değerlendirme olmadan, hayatta kendi kaderini tayin etmek zor, hatta imkansızdır. Doğru öz değerlendirme, kişinin kendine karşı eleştirel bir tavrı, yaşamın taleplerine göre yeteneklerinin sürekli ölçülmesini, gerçekleştirilmekte olan hedefleri bağımsız olarak belirleme yeteneğini gerektirir. Öz değerlendirme, kişinin kendi davranışının etkili yönetiminin organizasyonunda önemli bir rol oynar, iddiaların düzeyini belirlemek için öznel bir temeldir, yani bir kişinin yaşamda kendisi için belirlediği, uygulaması için yetenekli olduğunu düşündüğü görevler. Doğru olan bir öz değerlendirme insan onurunu korur ve ona ahlaki tatmin sağlar. Kendine karşı yeterli veya yetersiz bir tutum, ya ruhun huzuruna, makul bir özgüven sağlamasına ya da sürekli çatışmaya, bazen kişiyi nevrotik bir duruma götürmesine yol açar. Öz değerlendirme, bir kişinin tüm yaşam deneyimini biriktirir, ancak bu bile bazen kendini doğru bir şekilde değerlendirmek için yeterli değildir. Burada üçlü bir kontrol olmalı: yaşam, kamuoyu ve kişinin kendi zihni. Psikolojik öz-düzenleme, bir eylemin sadece kabul edilebilirliği veya istenebilirliği değil, aynı zamanda gerçekleştirildiği başarı derecesinin de belirlendiği ve buna göre kesin olarak öz değerlendirmeyi gerektirir. İnsan faaliyetinin normal gelişimi için büyük önem taşıyan şey, bir kişinin istediği ve gerçekte yapabilecekleri arasında uyumlu ilişkilerin kurulmasıdır. Yetenekler, bir insandaki her şey gibi, faaliyet sürecinde gelişir. Bununla birlikte, bir kişinin çabaladığı hedefe karşılık gelip gelmedikleri sorunu her zaman aktif kalır. Bir insan her zaman, öyle ya da böyle, istediği ile mümkün olan arasındaki uyumu değerlendirir. Ancak bu değerlendirme her zaman doğru değildir.

Öz değerlendirme nedir o zaman? Aynaya, görünüşümüze, giysilerimize, sadece kendi gözlerimizle değil, aynı zamanda, özellikle de fikirlerine değer verdiğimiz insanlar arkamızdaymış gibi bakarız. Ayrıca kendimizi anlayıp değerlendirmeye çalışmak, başkalarının bizi, düşüncelerimizi ve eylemlerimizi nasıl değerlendirdiğini anlamaya çalışmaktır. Bilinçli veya bilinçsiz olarak hepimiz insani değerimizi bilmek isteriz.

Öz değerlendirme - bir kişinin kendi yeteneklerine, kişisel niteliklerine ve görünümüne karşı tutumu. Öz değerlendirme yeterli veya yetersiz olabilir. Yeterli öz değerlendirme, kişinin kendisine eleştirel davranmasına, güçlü yönlerini çeşitli zorluktaki görevleriyle ve başkalarının talepleriyle doğru bir şekilde ilişkilendirmesine izin verir. Yetersiz öz değerlendirme, gereğinden az olan ya da abartılmış, bu işlevlerin yerine getirilmesini engeller. Bundan, yeterli öz değerlendirmenin kişiliğin oluşumu için gerekli bir koşul olduğu sonucu çıkar. Yetersiz abartılmış öz değerlendirme - "kendini beğenmiş" insanlar ve yetersiz küçümseme - kendini küçümseyen insanlar ayrımı var. Öz değerlendirme, başkalarının

değerlendirmelerinin etkisi altında ve bir kişinin faaliyetlerinin sonuçlarını değerlendirmesi temelinde ortaya çıkar. Bir çocuğun gelişiminin ilk aşamalarında, kendi faaliyetinin analizine erişilemez olduğu için, başkalarının değerlendirilmesiyle öz değerlendirme oluşumunda son derece büyük bir rol oynar. Yetişkinlerden olumlu bir değerlendirme, çocuğun pozitif duygu halini koruması için önemli bir koşuldur. İlerleyen zamanda, deneyim biriktikçe, kişinin kendi faaliyetinin sonuçlarının değerlendirilmesi, insan davranışında artan bir önem kazanmaya başlar. Sürekli oluşan istikrarlı öz değerlendirme, başkalarının değerlendirmelerinden bir dereceye kadar özgürleşir ve insan davranışının bağımsız bir düzenleyicisi haline gelir. Bazen öz değerlendirme ile başkalarının değerlendirmeleri arasında bir tutarsızlık vardır. Bu değerlendirmeler öz değerlendirmesinden daha yüksekse, o zaman aralarındaki tutarsızlık, kişi başkalarının değerlendirme düzeyine ulaşmak için çabaladığında kişilik gelişimini teşvik eden bir faktör haline gelebilir. Bazı koşullar altında, öz değerlendirme ile başkalarının değerlendirilmesi arasındaki tutarsızlık, akut bir iç kişisel çatışmaya ve yetersizliğin etkisine yol açar - faaliyetteki başarısızlıkla bağlantılı olarak ya başarısızlık gerçeğini görmezden gelmek ya da kendini suçlu olarak kabul etme isteksizliği ile karakterize edilen istikrarlı bir olumsuz duygusal durum ortaya çıkar.

Güvensiz, çekingen bir birey olmak kolay değildir, ancak kibirli olmak da hayatı kolaylaştırmaz. Yetersiz öz değerlendirme, sadece ona sahip olanların değil, aynı zamanda etrafındakilerin, onlarla farklı durumlarda iletişim kuranların hayatını zorlaştırır. Bir kişinin kendini içinde bulunduğu çatışma durumları, kavgaları çoğu zaman yanlış öz değerlendirmenin sonucudur. Hayatta, öz değerlendirme sosyal değerlendirme ile örtüşmediği, yani bir kişinin aslında kendisi hakkında düşündüğü ve söylediği gibi olmaması anlamında gerçekler çok daha sık gözlemlenir. Ve bunun için çeşitli sebepler var.

Öz değerlendirme - insan ruhunun oldukça karmaşık bir oluşumdur. Çeşitli aşamalardan geçen ve kişiliğin kendisinin oluşumu sürecinde farklı gelişim seviyelerinde olan öz-farkındalık süreçlerinin genelleme çalışması temelinde ortaya çıkar. Bu nedenle, öz değerlendirme sürekli değişiyor, gelişiyor. Kişiliğin kendisi sürekli geliştiğinden ve bu nedenle fikirleri, kendisiyle ilgili düşünceleri ve kendine yönelik duygusal-değer tutumu değiştiği için öz değerlendirme oluşum süreci sonlu olamaz. Bütün bunlar, içerikte bir değişikliğe, öz değerlendirmeyi geliştirme yoluna ve kişilik davranışının düzenlenmesine katılımının ölçüsüne yol açar. Kişiliğin kendisinin karmaşık ve çok yönlü olduğu gibi öz değerlendirmenin içeriği de çok yönlüdür. Ahlaki değerlerinin, ilişkilerinin, fırsatlarının dünyasını kapsar o. Bir kişinin bütünsel öz değerlendirmesi, psikolojik dünyasının bireysel yönlerinin öz değerlendirmesi temelinde oluşur. Öz değerlendirmenin bileşenlerinin her biri,

kişiliğin bilgi derecesini, karşılık gelen özelliklerini ve bunlara yönelik tutumları yansıtır. Gelişimin de kendi çizgisi vardır, bu bağlamda, genel bir öz değerlendirme geliştirme sürecinin tamamı çelişkili ve düzensizdir. Bir kişilikteki çeşitli bileşenlerin öz değerlendirmesi, farklı istikrar, yeterlilik ve olgunluk seviyelerinde olabilir. Bir kişinin bireysel değerlerinin öz değerlendirmesi, motivasyonu, ilişkileri, belirli psikolojik özelliklerin tezahürleri vb. birbirleriyle etkileşim halde. Öz değerlendirmenin etkileşim biçimleri çok çeşitli olabilir - birlik, tutarlılık, tamamlayıcılık, ancak çoğu zaman çatışma ilişkileri içindedirler. Bireysel öz değerlendirmeler arasındaki bu oldukça karmaşık bağlantılar, genel bir öz değerlendirme geliştirme sürecinden önce gelir, ona eşlik eder ve kendi kişiliğinin sürekli arayışında ifade edilir. Bazen acı verici ve başarısız olan bu arayış, kişinin iç dünyasına sürekli dikkat içinde olup bir kişinin karmaşık sosyal, profesyonel, ailevi ve en basiti kişisel bağlar ve ilişkiler sistemindeki yerleri, toplumdaki değerinin derecesini anlamaya, bulmaya ve belirlemeye çalışır. Genel bir öz değerlendirme geliştirme süreci zaman içinde eşit olmayan bir şekilde dağıtılır.

İçsel durumuna göre, öz değerlendirme sadece çok yönlü olduğu ve çeşitli içerik unsurları içerdiği için değil, aynı zamanda bu unsurlar farklı farkındalık koşullarında farklılık gösterdiği için de zordur. Öz değerlendirmenin bireysel bileşenlerinin farkındalık düzeylerinin varlığı ve bir bütün olarak bireyin öz değerlendirmesi, öz değerlendirmenin geliştirildiği temelde öz-bilgi ve öz-tutumun sonucunun kendilerinin farklı farkındalık düzeylerinde olabileceğinden kaynaklanmaktadır. Başrol, rasyonel bileşene aittir. Öz değerlendirmenin yeterince açık olmayan bileşenlerinin tezahürü ve bunların bilinçdışı alanından bilinç alanına girişi, iç gözlem temelinde yatmaktadır.

Öz değerlendirme - öznel olarak insani ve ruhumuzun kişisel bir oluşumdur. Kişiliğin kendisinin katılımıyla oluşur. Öz değerlendirme için ahlaki kriter, kişiliğin kendi içinde değerlendirdiği sosyal değerdir. Öz değerlendirmenin bir kişinin zihinsel yaşamındaki temel işlevi, davranış ve faaliyetin düzenlenmesi için gerekli bir iç koşul olarak hareket etmesidir. Öz değerlendirmenin motivasyonel faaliyetin yapısına dahil edilmesiyle, kişi yeteneklerinin, içsel psikolojik rezervlerinin hedefler ve faaliyet araçlarıyla sürekli bir uyum gerçekleştirir. Davranışımızda, iletişimde, kendimizi durumların özelliklerine, diğer insanların davranışlarına, tepkilere vb. göre sürekli olarak “ölçüyoruz”. Kişilik gelişiminin her belirli aşamasındaki öz değerlendirme, bir yandan kendine yönelik duygusal-değer tutumunun gelişme düzeylerini yansıtırken, diğer yandan bir bireyin öz değerlendirmenin oluşma sürecin devamına dahil edilir.

### **3. Kanser hastalarının kişisel özellikleri ve psikolojik sorunları**



“Kanser” kelimesi genel bir kavramdır ve yaklaşık iki yüz farklı kötü huylu neoplazm olduğu için hastalığın şekli ve ciddiyeti hakkında bilgi vermez. Kanser, ana özelliği vücudun ana yapısal ve işlevsel hücrelerinin aşırı, düzensiz çoğalması olan bir hastalık anlamına gelir. Kanser, modern tıpta karmaşıklığı ve önemi açısından eşi benzeri olmayan bir sorundur. Çoğu insan tümörünün etiyolojisi hala araştırılmalıdır, çoğunun önlenmesi asemptomatik yapıları nedeniyle henüz mümkün değil, tedavi patojenetik değildir. Onkolojik bir hastalıktan sonraki yaşam tarzı ve rutini kökten değişir: hastanelerde uzun süre kalma, aylarca tedavi ve gözlem, koruyucu rejimler, ağrı sendromu, psikolojik sorunlar, stres vb.

Kötü huylu sürecin başlangıcında ve seyrinde psikolojik faktörler önemli bir rol oynayabilir. Modern araştırmalar, kanser hastalarının ortak bir kişilik profiline sahip olduğunu doğrulamaktadır. Yabancı bilim adamlarının istatistiklerine göre, kanser hastalarının çoğu, yaşam pozisyonunda kişisel olgunlaşmamışlık ve infantilizm belirtileri gösteriyor. Bu genellikle psikolojik ve sosyal uyumda rahatsızlıklara neden olur. Bu da depresyonun gelişmesi için zemin yaratır. Depresyon, stresli bir hormonal arka plan oluşturur ve vücudun bağışıklık sistemini baskılar. Bağışıklık sistemi, vücudun organlarının ve sistemlerinin çalışmasını engelleyen güçlü aşırı yüklenmelerle çalışmaya başlar, hayati güç rezervi yavaş yavaş tükenir ve onkolojik hastalığın gelişimi için ön koşullar ortaya çıkar.

MS 2. yüzyılın başlarında Galen, kanserin ortaya çıkmasında tipolojik karakter özelliklerinin rolünü vurguladı. Melankolik kadınların kansere yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu belirtti. 18-19. Yüzyıllarda doktorlar, olumsuz yaşam durumları, duygusal stres ve kanser aralarındaki ilişkiye dikkat çekerler. Pek çok araştırmacıya göre, onkolojik hastalığı olan insanların kişilik yapısında şu özellikler belirtilmiştir: öfke ve kaygıyı bastırma eğilimi, aleksitimi, çatışmalardan kaçınma ve diğer insanları rahatsız edebilecek tepkilerin bastırılması (Ekmektzoglou K.A., Xanthos T., German V., Zografos G.C. 2009).

B.Y. Volodin 'a göre rol pozisyonları teorisi, bir kişinin baskın ego durumuyla bağlantılı olarak uyumsuz kişisel gelişimi düşünmemize izin verir. Bu nedenle, örneğin, sosyal olarak uyumsuz etkileşim biçimleri, sonradan nevrotik ve psikosomatik sorunların gelişmesine yol açabilecek bir iç rol çatışmasıyla açıklanabilir. Aynı zamanda, infantil ego pozisyonunun baskınlığı her zaman iz bırakmadan kaybolmaz ve infantil kişilik özelliklerine dönüştürülebilir. Daha önce belirtildiği gibi, yaşa bağlı gelişimin herhangi bir aşamasında, kişi, yapıcı olmayan bir versiyonda bireyin çocukluk çağı travması veya sıkıntı deneyiminin tekrar gündemde olmasına yol açan infantil rol pozisyonunu ortaya koyabilir. Bu durumda, sonraki yaşam evrelerinde çocukluk rolün ve egemenliğin sabitlemesi muhtemeldir (Biktina N.N., Kekk A.N. 2015).

D.K. Simonton, onkolojik bir hastanın aşağıdaki kişilik özelliklerine dikkat çekiyor (Biktina N.N., Kekk A.N. 2015):

- Aşağılık ve kendinden hoşlanmama duygularıyla birlikte çok düşük benlik saygısı;
- Önemli bir nesnenin kaybı üstesinden gelememe ve kabul etmeme;
- Ebeveynlerden biri veya her ikisi ile ilişkide gerginlik;
- Affetme konusunda belirgin bir yetersizlik;
- Umutsuzluk ve çaresizlik duyguları;
- Kendine acıma eğilimi;
- Düşmanlığı bastırma eğilimi ve bunu ifade edememe, kendini koruyamama;
- İlişkilerde olgunlaşmamış cinsel uyum;
- Anlamlı uzun vadeli ilişkiler kurma ve geliştirme becerisinin zayıf olması.

Kanser gibi ciddi hastalıkların varlığı genellikle sadece toplumu endişelendirmekle kalmaz, aynı zamanda onu açık ve gizli bir korku durumunda tutar. Kanser, tarihi boyunca insanlığa eşlik eder. Eski zamanlarda, Orta Çağ'da yaygın olan ve şimdi nadir görülen hastalıklar var. Ancak yakın geçmişte çok sık görülmeyen, bugünlerde ise ciddi bir sorun oluşturanlar da var. Bunlar kötü huylu tümörleri içerir. Hastalığın yaşı ve yaygınlığı, bu hastalığı ilk bulanın kim olduğu ve bu hastalığa neden böyle bir isim verildiği sorusuna cevap vermeyi zorlaştırmaktadır. Bununla ilgili birçok efsane vardır.

Antik onkolojinin gelişimine en büyük katkı Hipokrat ve Ebu ibn Sina tarafından yapılmıştır. Hipokrat'ın kanseri ilk olarak MÖ dört yüzyıl kadar erken tanımladığına inanılıyor. Bundan 1,5 bin yıl sonra, “Tıp Kanunları” nda Ebu ibn Sina şu varsayımı yaptı: “... tümörler, organa “yapıştıkları” için veya şekli nedeniyle kanser olarak adlandırılıyor...”. Antik Yunan doktorları, göğüs tümörü formlarının, gelişiminin son aşamalarında bir deniz yengecin vücut ve uzuvlarla anımsatan benzerliğine dikkat çekti. Modern onkolog ve biyologlar, tümörün yapısında “gövde” ve “kısaçıklar” bulurlar (Ekmektzoglou K.A., Xanthos T., German V., Zografos G.C. 2009).

Eski doktor ve filozoflar sadece tarif etmekle kalmadı, aynı zamanda bu hastalığın kökenini açıklamaya çalıştı. Onkolojik hastalıklarda, hastalığın 2 evresini ayırt ederler. Bu iki aşamadaki hastaların psikolojik durumu tamamen farklıdır. İlk aşama, hastalığın tam veya kısmi iyileşmenin garantili bir aşamada olduğu zamandır. İkinci aşama, hastalık, yakın gelecekte trajik bir sonucun kaçınılmaz olduğu ve hiçbir terapötik önlemin bunu engelleyemeyeceği bir aşamaya ulaşmıştır. Ana onkolojik sürecin aşaması ve lokalizasyonu, hastanın yaşı, cinsiyeti, statüsü ne olursa olsun, psikojenik reaksiyonlar oluşturan duygusal

stresin varlığını kaydetmek mümkündür. Psikojenik reaksiyonların dinamikleri on ana türe ayrılabilir (Gnezdilov A.V. 1976):

- Anksiyete ve depresyon - genel anksiyete, umutsuzluk ve eziyet dolu sonu hakkında obsesif düşünceleriyle kendini gösterir. Genellikle tanı aşamasında, hastaneye kabul edildiğinde ve ameliyat öncesi dönemde ortaya çıkar.
- Disforik sendrom - sinirlilik, hoşnutsuzluk, melankolik ve kasvetli halleriyle karakterize edilir.
- Hipokondri - içe dönüklük, kişinin sağlığı üzerinde dikkatin sabitlenmesiyle birlikte duygusal gerginlik hakimdir.
- Obsesyon ve fobi - ortaya çıkan takıntı ve korku ile kendini gösterir.
- Astenik-depresif sendrom - hastaların klinik tablosunda depresyon ve melankoli görülür.
- Depersonalizasyon/derealizasyon sendromu - gerçeklik duygusunun kaybı ile karakterizedir, hastalar çevreyi ve hatta bedenlerini bile hissetmezler.
- Paranoid sendrom – nadiren ortaya çıkar, takip edilme fikirleri ve algılama bozukluğuyla, çevrenin sanrısız bir yorumunda kendini gösterir.
- Öforik sendrom - daha sık postoperatif dönemde ortaya çıkar, hastanın aşırı yükselen bir ruh hali, olduğu durumun ve yapabileceklerinin abartılması.
- İzolasyon - özel bir vurgu gerektirir, hastalığın nüksetme korkusu, engelliliğin neden olduğu sosyal uyumsuzluk.
- Tükenmişlik sendromu - uyuşukluk, ilgisizlik, herhangi bir ilgi eksikliğinin baskınlığından oluşur. Postoperatif dönemde bu sendromda bir artış olduğunu fark edebilirsiniz.

Kanser hastalarında ruhsal bozukluklar arasında depresif sendrom daha yaygındır. Bir kişi hastalandığında, normal yaşam tarzıyla temasını kaybeder, diğer hastalarla iletişime geçip sürekli olumsuz bilgi alışverişi içerisine girer. Ve bazı koşullar sonucunda insanlar, bu diğer hastaların ölümüne tanık olursa tepki hemen ardından gelir. Bu vakalardaki hastalar genellikle daha fazla incelenmeyi, ameliyat için hazırlanmayı reddeder ve taburcu olmakta ısrar eder. Uyarıların yoğunluğu ile ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olan hastanın öz bilinci, kendine özgü bir arka planın eşlik ettiği fiziksel durumu fikrini oluşturur. Bir kanser hastasının fiziksel durumu hakkındaki düşüncesi, belirli fiziksel deneyimlerle birlikte, bir kişinin sağlığına karşı tutumunun çeşitli biçimlerinde ifade bulur. Bazı durumlarda bu

ihmaldir, diğerlerinde artan ilgi ve bazen yeterli bir tutumdur (Borne H.W., Pruyn J.F.A., Heuvel W.J.A. 1992).

Somatik ıstırabın psikolojik resmi, her durumda özel ve bireyseldir. Hem bireysel kişilik özelliklerinin toplamından hem de hastalığın özgünlüğünden ve durumun özgülüğünden kaynaklanmaktadır. Kanser hastalarında somatiğin oluşumu, öncelikle lezyonun doğasına, lokalizasyonuna ve operasyonun olası sonuçlarına odaklanır. Kanser teşhis aşamasında psikolojik değişikliklerin özelliklerini incelerken, bu tür hastaların erken teşhisinin zorluğu dikkate alınmalıdır. Bu, bir yandan açıklamasını ağrısız, asemptomatik bir seyri, rahatsızlık belirtilerinin yetersiz bir tezahürü olarak bulur. Öte yandan, zamansız tedavinin nedeni olası bir teşhis korkusu, şiddetli ızdırıp ve hastalığın olası sonuçlarına karşı mantıksız bir iyimser tutumdur.

Bir onkologla farklı temas dönemlerinde, hastalar farklı zihinsel durumları izleyebilir. B.E. Peterson 4 dönem tanımlar (Kvasenko A.V., Zubarev Yu.T. 1980):

- Tıbbi öncesi;
- Ayakta tedavi;
- Yatarak tedavi;
- Dispanser gözlem süresi.

Tıbbi öncesi dönemde, hastalık belirtileri ortaya çıktığında, hastalar henüz doktora gitmezler ve hastalığın semptomları genellikle rastgele olaylar olarak adlandırılır. Böyle bir durumun süresi çoğunlukla birkaç aydır. Ancak yeni, korkutucu bir semptomun ortaya çıkması bir doktora danışmaya sevk eder. Bu dönemde, iç gözlem, hastaların gizliliği, yeni duyular için bir açıklama arayışı eğilimi vardır (Lauver D., Ho C.H. 1993).

Ayakta tedavi süresi - tıbbi yardım isteme dönemi. Bazı vakalarda, hastalar düzensiz ve isteksizce hastaneyi ziyaret ederler, genellikle ilk muayeneyi bitirmezler. Semptomların bilinmemesi nedeniyle hastanede muayene ve tedavi olumsuz şekilde karşılanmaktadır. Bazen korku ve paniğin tepkisi açıkça ortaya çıkıyor. Hastaneye yatma teklifine yanıt olarak, depresif bir ruh hali ve endişe durumuna düşerler.

Dispanser gözlem döneminde, hastanın dikkatinin kendi vücuduna, işlevlerine çekildiği, ancak başlamış olan değişikliklerin korkunçluğu anlamama not edildi. Bedensel duyular, duygusal alan, düşünme alanındaki bozukluk otistik bir odak verir, hastanın iç dünyaya dalması, deneyimler somatik sağlık durumuyla ilişkilendirilir. Aynı zamanda, hastanın kişisel özelliklerinde bir keskinlik kaydedilir.

Hastaların kanser varlığı konusunda farkındalık derecesi özellikle önemlidir. Hastalık raporunun güvenilirlik derecesinin, hastalığın doğası, evresi ve aynı zamanda hastanın önerilen muayene ve tedavi yöntemlerine karşı tutumu tarafından belirlenmesi gerektiğine inanılmaktadır. Bir tümörün varlığını öğrenen hastaların çoğu başlangıçta stresli psikolojik bir tepki geliştirir - panik, kızgınlık, korku, öfke, hastalığın kötüleşmesi beklentisine bağlı olarak anksiyetede artış. Hasta onkolojik bir hastalığa sahip olma fikrinden vazgeçmeye çalışır. Bu tür kendini kandırma tepki, hipokondriyak ve depresif reaksiyon türlerine yatkın kişiler için tipiktir. Hastanın hastalığına karşı tutumunu analiz ederken, birkaç aşama ayırt edilebilir: ölümün kaçınılmazlığının bilincinden gelen şok, feragat, depresyon ve kabul.

Durumun ciddiyetinin farkında olmak, hastalığı görmezden gelmeyi yok etmez. Teşhis aşamasında stresli psikolojik bir durumun varlığı belirleyici bir faktördür, ancak önemli olan acı verici belirtiler değil, hastaların yaşamlarını tehdit eden sonuçların doğası hakkındaki algılarıdır. Tezahürlerin yoğunluğu, kişisel özelliklere, bireysel yaşam sürecinde kazanılan farkındalığın derecesine, farklı onkolojik hastalık formlarının sonuçlarına bağlıdır.

Aktif tedavi döneminde hastalar, psikolojik değişikliklerin içeriğini belirleyen ameliyat, kemoterapi, radyoterapi tedavisi görürler. İlk dönemin özelliği olan hastalığın doğası hakkında yeterli bilginin yeri, hastalığa adaptasyon, yeni yaşam koşullarına adaptasyon ile değiştirilir. Davranış, faaliyette azalma, inisiyatif yoksunluğu, uyuşukluk, monotonluk, bazen kasvetli bir ruh hali, sonuç hakkında net fikirlerin eksikliği ile karakterizedir. Hastalığın ciddiyetinin hem hafife alınması hem de abartılması mümkündür; hastalığı görmezden gelmesi nadirdir. Adaptasyon mekanizmanın oluşumu, hastaların değişen yaşam, iş, aktivite koşullarına uyum sağlamasına katkıda bulunur.

Cerrahi tedavinin sonuçlarını yaşarken, estetik bileşen de önemlidir - bedeni değiştiren ameliyatların yanı sıra bireysel organların ve sistemlerin işlevlerinin bozulması da var. Ayrıca, hastalığın olası sonucu hakkında fikir değişmesi olabilir. Taburcu olduktan sonra, değişiklikler tedavinin olumlu sonucuna bağlıdır ve sadece klinikte yapılan düzenli tıbbi muayeneler hastalığı hatırlatır. Hipokondriyak varyantın baskın olduğu patolojik reaksiyon formları daha sık görülür. Son aşamadaki tedavi edilemez hastalarda, kendi kendine izolasyon ve pasiflikte bir artış kaydedilir. Çoğunlukla ölüm korkusu düşünceleri eşlik etmez. Bu düşünceler, olumlu bir ruh haline geçerek bastırılır. Bu tür hastalarda, yaklaşan ölümcül sonuca karşı tutum için çeşitli seçenekler mümkündür (Blinov N.N., Khomyakov I.P., Shipovnikov N.B. 1990):

- Adaptif, hastalığa uyum ve iyileşme umudu;

- Sonuca karşı ilgisiz, umutsuz;
- Bağımlı, insanlara karşı talepkar;
- Hastalıktan kaçınma, huysuzluk.

Herhangi bir onkolojik hastalığın özelliği olan kişisel reaksiyonların genel tezahür kalıpları ile birlikte, patolojik sürecin lokalizasyonu da yansıtılır. Sakatlık durumu beraberinde getiren ameliyatlara, hastaların psikolojik adaptasyonunu hastalığın sonuçlarına zorlaştıran güçlü stresli etkilere neden olur. Bu hastalar sadece işlevsel bozukluklar nedeniyle değil, aynı zamanda olumsuz duygusal faktörün sonucu olarak da sakat kalıyorlar, kendi kendilerini izole etmeye çalışıyorlar. Odak noktası, sonuçların estetik bileşenidir.

Meme kanserine gelince, preoperatif dönemde stresli bir durum, “şekil bozucu” bir ameliyat korkusu, yaralanma korkusu, kusurlu bir kadın olabileceği korkusu, bunlar hastaların zihninde cerrahi müdahalenin sonuçlarıdır.

#### **4. Meme kanseri**

##### **4.1. Meme kanserinin tanımı ve nedenleri**

Meme kanseri, meme hücrelerinde başlayan kötü huylu bir tümördür. Meme kanseri, mutasyonlar nedeniyle meme hücrelerinin kontrolsüz bir şekilde bölünmeye başlaması ve çevre dokulara yayılmasıyla ortaya çıkar. Bu hücreler, memenin palpasyonu (elle dokunarak yapılan muayene) veya mamografi (memenin röntgeni) ile tespit edilebilen bir tümör oluşturur. Tümör memenin farklı yerlerinde oluşabilir. Çoğu meme tümörü, sütü meme ucuna taşıyan kanalların epitelinden gelişir (duktal karsinom). Diğerleri glandüler hücrelerden (lobüler karsinom) gelişir. Tümör lokal olarak büyüyebilir, lenfatik sistem yoluyla lenf düğümlerine yayılabilir (bölgesel metastaz) ve ayrıca vücuda yayılabilir (uzak metastaz). Meme kanseri tedavisinin evresi, prognozu ve kapsamı, tümörün boyutuna, bölgesel lenf düğümlerinin tutulumuna ve uzak metastazların yokluğu veya varlığına bağlıdır. Bu hastalık daha sık kadınlarda görülür, ancak nadir durumlarda erkeklerde bir tümör sürecinin ortaya çıkması da mümkündür.

Meme kanserinin gerçek nedenleri bilinmemektedir. Hastalığa yakalanma riskinizi artıran çeşitli faktörler vardır. Birçoğu, östrojenin vücut üzerindeki etkisiyle veya daha doğrusu, maruz kalma süresinin artmasıyla ilişkilidir. Meme kanseri risk faktörleri (Koçak S., Çelik L., Özbaş Serdar., Dızsay S., Tükün A., Yalçın B. 2011):

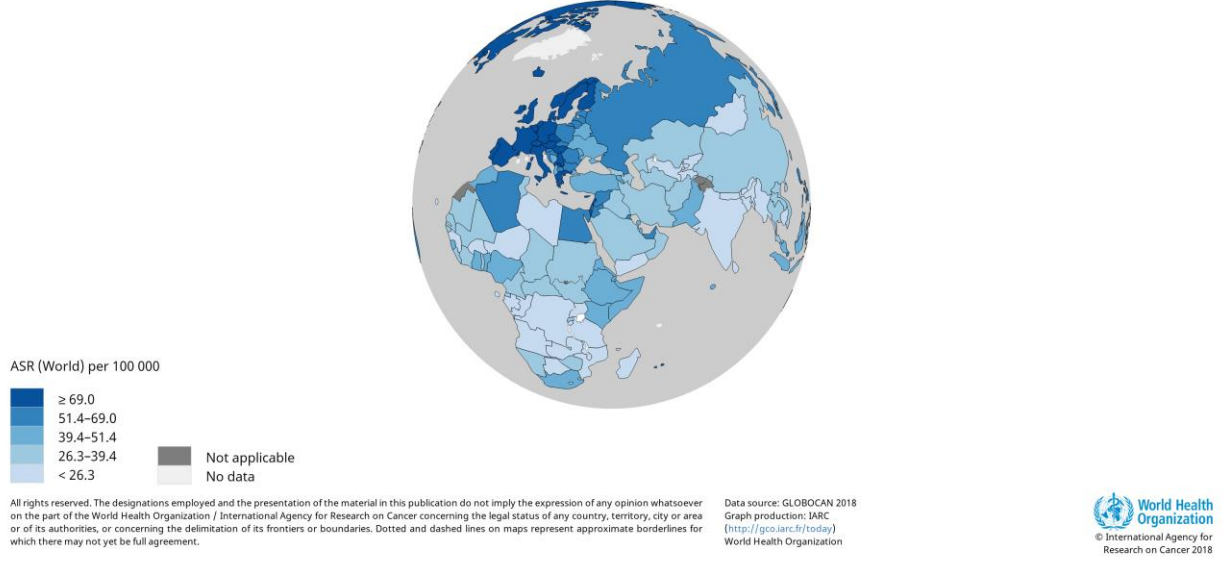
- Erken adet başlangıcı (12 yaşından önce);
- Geç menopoza başlangıcı (55 yaş üstü);

- Hamilelik ve doğum eksikliği;
- Ailede meme kanseri öyküsü;
- Önceden meme kanseri teşhisi;
- Obezite;
- Sigara kullanımı;
- Alkol kötüye kullanımı;
- Diyabet;
- 10 yılı aşkın süredir hormon replasman tedavisi;
- BRCA genleri 1 ve 2'deki mutasyonları veya diğer gen mutasyonları.

#### **4.1.1. Epidemiyolojisi**

Meme kanseri şu anda dünyadaki en yaygın beş kanserden biridir ve 50 yaşın altındaki kadınlar için önde gelen ölüm nedenidir. Dünyada her yıl 1,3 milyondan fazla meme kanseri vakası kaydediliyor ve yaklaşık 500 bin kadın bu sebepten ölüyor. Vakaların % 25'inde meme kanseri üreme çağında teşhis edilir (Üskent N. 2003). World Health Organization “International Agency for Research on Cancer” 2018 yılına göre dünya çapında tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en yüksek meme kanseri morbidite oranları Belçika (113.2), Fransa (99.1), Avustralya (94.5), İngiltere (93.6), İtalya (92.8), İsviçre (89.8), Finlandiya (89.5), Almanya (85.4), ABD (84.9), Kanada (83.8), İsrail (78.5), İspanya (75.4) ve Baltık ülkelerinde kaydedilmiştir. En düşük meme kanseri morbidite oranları Asya, Orta Afrika Cumhuriyeti (34.0) ve Güney Amerika, Çin (36.1), Meksika’da (39.5) kaydedilmiştir. Türkiye için bu rakam (45.6)’ydı (World Health Organization, 2018).

## Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, breast, all ages



### 4.1.2. Tarama ve tedavi yöntemleri

Meme kanserinin klinik öncesi aşamada teşhisi, tedavisinin etkinliğini artırır. Meme kanserinin teşhisi için birçok tarama yöntemi mevcuttur, fakat en yaygın yöntem, yaklaşık 5 mm boyutundaki tümörleri tespit edebilen röntgen ve ultrason mamografisidir.

Mamografi, meme kanserinin teşhisi için ana yöntemlerden biridir. Bu bir röntgen yöntemidir ve küçük tümörleri bile ortaya çıkarabilir. Bu yöntemin 50 yaşın üzerindeki kadınlarda kullanılması tercih edilir, çünkü genç kadınların meme bezi dokuları yapı olarak daha yoğundur ve mamografide tümör oluşumuna benzer bir aydınlanma verir ve bu da teşhisi önemli ölçüde zorlaştırabilir. Teknik olarak mamografi şu şekilde yapılır: meme, cihazın üst kısmı X-ışınları yayan ve alttaki bu ışınları yakalanan iki plaka arasına sabitlenir. Sabitleme, dokuların eşit olarak dağılması, düzleştirilmesi ve meme bezinin hareketsiz olması için gerçekleştirilir.

Ultrason yöntemi, bir ses dalgasının vücuttan geçme kabiliyetine dayanır. Böyle bir dalga vücudun dokularından yansıtılır ve cilt yüzeyine yerleştirilen özel bir sensör tarafından yakalanır. Yansıtılan ses ise bir görüntüye dönüştürülür ve monitöre iletilir. Yöntemin avantajları genç kadınlarda kullanabilme, ağrısızlık ve zararsızlıktır. Ultrason muayenesi genellikle daha önce mamografi veya fizik muayene ile tanımlanan patolojik oluşumun doğasını açıklığa kavuşturmak ve ayrıca bir biyopsi sırasında odağın lokalizasyonunu netleştirmek için kullanılır (Somunoğlu S. 2009).



Onkologlar kendilerini meme kanseri tedavisine bütünsel bir yaklaşımla adanmışlardır. Tedavi yöntemi, tümör sürecinin aşaması, tümörün morfolojik yapısı, eşlik eden hastalıklar, yaş ve genel durum dikkate alınarak her hasta için ayrı ayrı yapılır. Meme kanseri için başlıca tedaviler şunlardır (Alexandrov N.N., Pantyushenko T.A., Gutman Z.M. 1978):

- Cerrahi tedavi (ameliyat)
- Radyoterapi
- Kemoterapi
- Hormon tedavisi
- Biyolojik tedavi (immünoterapi)

Lokasyon ve yaygınlığa göre, meme kanseri tedavisi lokal ve sistemik olarak alt gruplara ayrılmıştır. Lokal tedavi, memenin sağlıklı bölgelerini etkilemeden, tümörü doğrudan bulunduğu yerde tedavi etmeye yöneliktir. Lokal tedavi ameliyat ve radyasyon tedavisi ile yapılabilir. Sistemik tedavide, enjeksiyonlar şeklinde doğrudan kan dolaşımına enjekte edilen veya hasta tarafından ağız yoluyla alınan ilaçlar. Sistemik tedavinin amacı, diğer organlara veya dokulara metastaz yapan kanser hücrelerine ulaşmak ve yok etmektir. Sistemik tedavi için kullanılan ilaç türüne bağlı olarak kemoterapi ve hormon tedavisi ayırt edilir.

Meme kanseri olan kadınların çoğu çeşitli operasyonlar geçirir. Cerrahi tedavisine girenlerden biri – mastektomi. Mastektomi, bazen diğer komşu dokularla birlikte tüm memenin çıkarılmasıdır. Tüm meme bezinin çıkarıldığı, ancak kas dokusunun bırakıldığı basit bir mastektomi ve tüm meme bezinin çıkarıldığı ancak üzerindeki cildin korunduğu bir deri altı mastektomi olarak ayırt edilir. Deri altı mastektomi sadece memenin derhal rekonstrüksiyonu planlanırken gerçekleştirilir, yani doğrudan ameliyat sırasında. Deri yüzeyine yakın olan veya büyük tümörler için deri altı mastektomi yapılmaz. Meme rekonstrüksiyonu için vücudun diğer bölgelerinden doku veya silikon implantlar kullanılır. Pek çok kadın memenin daha doğal görünmesi nedeniyle bu yöntemi tercih etmektedir (Zurrida S., Bassi F., Arnone P., Martella S., Del Castillo A., Martini R. R. et al. 2011).

Radyoterapi, iyonlaştırıcı radyasyon kullanarak kanser hücrelerinin aktif olarak bölünmesinde terapötik bir etkidir. Tümör yeterince yüksek doz radyasyonla ışınlırsa, bölünmesi ve büyümesi durur. Ameliyat edilemeyen bir tümörü ameliyat edilebilir olana dönüştürmek için radyoterapi kullanılır. Postoperatif dönemde radyoterapinin kullanılması, organ koruyucu ameliyatlar, mastektomi sonrası ve lenf düğümlerinin hasarlı olduğunda kanserin nüksetmesini önler (Thomas A., Buchholz M. D. 2009). Radyoterapi, kemikler gibi diğer alanlara yayılan kanseri tedavi etmek için de kullanılır. Radyoterapi, eksternal

uygulama ve brakiterapi olarak alt bölümlere ayrılmıştır. Radyasyon ekipmana yönlendirdiğinde (hastanın vücudunun dışında), buna eksternal radyoterapi denir. Radyasyona maruz kalma miktarı, ameliyatın türüne ve tümörün özelliklerine bağlıdır. Ameliyattan sonra 12 hafta boyunca radyasyon tedavisi verilir. Bu tedavi ağrısızdır ve sadece birkaç dakika sürer. Radyasyon doğrudan etkilenen organa verilirse, buna brakiterapi denir. Yöntemin avantajı, sağlıklı dokuları etkilemeden maksimum dozların tümör odağına direkt etkisinde yatmaktadır. Yaygın komplikasyonlar: iştah azalması, halsizlik, fonksiyonel hazımsızlık, kan hücresi sayısında azalma vs (Varghese P., Gattuso J. M., Mostafa A. I. H., Abdel-Rahman A. T., Shenton K. C., Ryan D. A. et al. 2008).

Kemoterapi, kanseri kanser hücrelerini öldüren ilaçlarla tedavi etmenin bir yoludur. Bu ilaçların alımı oral veya damar yoluyla gerçekleşir ve birkaç ay boyunca devam eder. Kemoterapi hem ameliyattan önce hem de sonra verilir. Ameliyat öncesi kemoterapi tümörün boyutunu küçülterek ameliyatı en aza indirir ve ameliyat edilemeyen bir tümörü ameliyat edilebilir hale dönüştürür. Ameliyat sonrası kemoterapinin amacı, ana tümörden vücuda yayılmış olabilecek tüm kanser hücrelerini yok ederek hastanın sağkalımını artırmak ve tümör nüksü olasılığını en aza indirmektir. Kemoterapinin etkisiz, ancak hormon tedavisinin etkili olduğu durumlar olabilir ve tam tersi. Kemoterapinin olumlu yanı, tedaviye hızlı yanıttır. 1.5 aydan sonra tedavinin sonucunu görebilirsiniz. Kemoterapinin olumsuz yanı yan etkileridir: genel zayıflık; saç dökülmesi ve tırnak değişiklikleri; ağız ülseri; iştahsızlık veya artan iştah; mide bulantısı ve kusma; adet döngüsünde değişiklik; erken menopoz; kısırlık; kemik hasarı (osteoporoz); kan değişimi; kalp hasarı (kardiyomiyopati) vb. Genelde yan etkiler uzun sürmez ve tedaviden sonra kaybolur (Williams S. A., Schreier A. M. 2004).

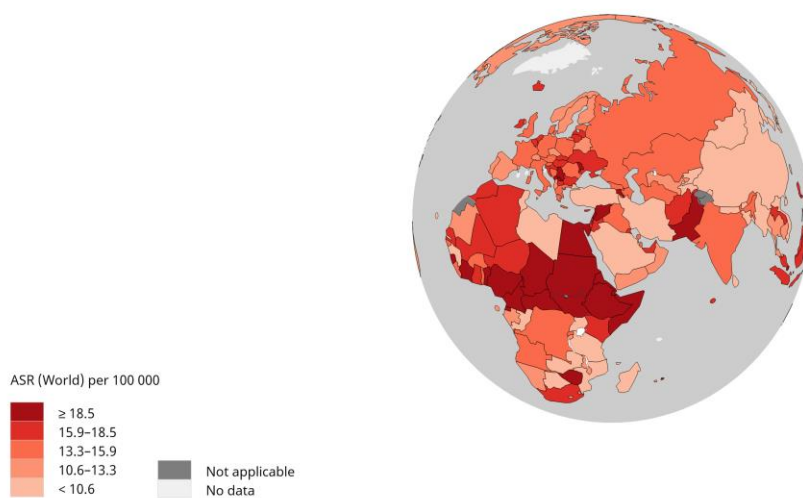
Hormon tedavisi, hormonal ve anti-hormonal ilaçlarla sistemik tedavi yöntemidir. Daha sık ameliyattan sonra kullanılır. Kadın hormonları - östrojenler ve progesteron, menopozdan önce yumurtalıklarda sentezlenir. Menopoz ve menopoz sonrası dönemde, yalnızca bir kaynak bir kadının vücuduna östrojen sağlar - adrenal bezlerde salgılanan ve aromataz enziminin etkisiyle östrojenlere dönüştürülen androjenler. Östrojenler, tümör büyümesini sağlama kabiliyetine sahiptir: tümörün yüzeyinde, uyarıcı bir etkinin uygulandığı östrojen reseptörleri vardır. Tümörün hormon tedavisine duyarlılığı bu reseptörler tanımlanarak laboratuvar yöntemleriyle belirlenir. Meme kanseri için hormon tedavisinin ana yönleri şunlardır: yumurtalıklar tarafından sentezlenen östrojen seviyesinde azalma (yumurtalıkların alınması, ilaç kullanımı); östrojen ve progesteron için reseptör blokajı; adrenal bezler tarafından sentezlenen östrojen seviyesinde azalma; östrojenlerin etkisinde yüksek konsantrasyonlarda erkek hormonu ile azalma (Can G. 2011).

Biyolojik tedavi (immünoterapi), meme kanseri tedavisinde en yeni trenddir. Bu tür tedavinin temel avantajı, sağlıklı hücreleri etkilemeden veya zarar vermeden yalnızca tümör hücrelerini etkilemesidir. İlaçlar, tümör hücresi bölünmesi mekanizması üzerinde inhibe edici bir etkiye sahiptir, bunun sonucu kanser hücrelerinin yok edilmesi değil, tümör büyümesinin kontrol altına alınması ve tümör boyutunun küçültülmesidir. Biyolojik tedavinin diğer yönü, tümörün etrafında beslenen ve büyüyen kan damarları üzerindeki etkidir, yani kan damarlarının neoplazmasının tıkanması (anjyogenez) (Vizcarra C., Belcher, D. 2006).

#### 4.1.3. Mortalite

Hastalığın erken evrelerinde meme kanserinden iyileşme şansı görece yüksektir. Tedaviye 1-2. evrelerde başlanırsa, hastaların % 80'i 5 yıl veya daha fazla yaşar. 3.evde bu rakam %40'tır. 4. evre meme kanseri için beş yıllık sağkalım oranı sadece yüzde bir kaçdır. Çoğu, hastanın yaşına, eşlik eden hastalıklarına, kanserin yaygınlık derecesine de bağlıdır (Dovgalyuk A.Z. 2001). World Health Organization "International Agency for Research on Cancer" 2018 yılına göre dünya çapında tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en yüksek meme kanseri mortalite oranları Suriye Arap Cumhuriyeti (26.9), Orta Afrika Cumhuriyeti (23.9), Sırbistan (21.9), Mısır (21.3), Moldova (19.7), Makedonya ve Fransa'da (17.2) kaydedilmiştir. En düşük meme kanseri mortalite oranları Meksika (9.9), Japonya (9.3), Çin (8.8), Suudi Arabistan (7.5) ve Kore'de (6.0) kaydedilmiştir. Türkiye için bu rakam (10.5)'di (World Health Organization, 2018).

Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2018, breast, all ages



All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization / International Agency for Research on Cancer concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate borderlines for which there may not yet be full agreement.

Data source: GLOBOCAN 2018  
Graph production: IARC  
(<http://go.iarc.fr/today>)  
World Health Organization

 World Health Organization  
International Agency for Research on Cancer 2018

## 6. Beden imajı ve öz değerlendirme

Kanser ve kanser tedavisi, özellikle belirli kanser tiplerinde vücudun bütünlüğünü önemli ölçüde değiştirebilir. Vücudunda kademeli değişiklikler (örneğin saç dökülmesi) yaşayan bir hastanın alışmak için biraz zamanı varken, bir vücut kısmının cerrahi olarak kaybedilmesi kısa sürede meydana gelen bir gerçektir.

Meme kanseri olan hastaların psikolojik durumunun özellikleri, potansiyel olarak ölümcül bir hastalığın varlığının yanı sıra, meme bezinin kadınlık ve güzelliğin bir sembolü olduğu için kozmetik problemler olduğu gerçeğinden kaynaklanmaktadır. Hastalar için yaşam kalitesinin önemli bir yönü cinselliğin korunmasıdır. Bu, kadının kendisini, bedenini algıladığı sürekli değişen bir yaşam deneyimidir. Çok az uzman bu soruna dikkat eder. Çoğu zaman, tedaviden sonra cinsel işlev bozukluğu, diğer göstergelerdeki iyileşmeye rağmen devam eder ve ameliyat öncesi seviyeye geri dönmez. Literatürde meme kanseri tanısının konulmasının her üçte bir hastanın cinsel hayatını olumsuz etkilediğine dair bilgiler bulunmaktadır. Çekicilik kaybı hissi ile ilişkili psikolojik sorunlar, genellikle yaşama yönelik tehlike farkındalığıyla ağırlaşan depresif tepkilere yol açar. Bütün bunlar hastalarda psikososyal yönelim bozukluğuna yol açan sürekli bir duygusal stres durumu yaratır. Bu faktörlerin önemi sadece sinir krizlerine yol açan stresli durumların etkisiyle sınırlı değildir. Psikojenik, hastalığın ilerideki seyrini etkilemeye devam ediyor (Hordern A. 2000) (Helms R.L., O'Hea E.L., Corso M. 2008).

Meme kanserli kadınlarda duygusal durumda, olumlu duyguların düzeyinde, hayal kurma ve benlik saygısında azalma, depresyon düzeyinde ise artış kaydedilir. Ayrıca, fiziksel şikayetler ve görünümünden duyulan memnuniyetsizlik artıyor. Radikal bir mastektomi yapıldıktan sonra, yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni - hastaların fiziksel işleyişi, ameliyatın sonuçlarından muzdariptir: genel yorgunluk, ağrı, azalmış cilt hassasiyeti, uzuvlarda hareket kısıtlılığı, lenfödem gözlenir. Bütün bunlar, hastalığa psikolojik bir katkı olarak kendini gösterir (Okanlı A. 2004) (Özkan S., Alçalar N. 2009). Onkolojide kullanılan tedavi yöntemlerinin neden olduğu dış değişiklikler, bazen tedavi sırasında ortaya çıkan yan etkilerden (bulantı, uykusuzluk, nefes darlığı) daha ciddi değerlendirilmektedir. Beden imajına odaklanan kanser hastalarında psikolojik ve/veya davranışsal sorunların ortaya çıkması daha olasıdır. Sosyal işlevsellik büyük ölçüde bozulur ve beden imajının bütünlüğün etkilendiği hastalarda daha belirgin bir öz izolasyon gelişir (Gümüş B.A. 2006). Beden imajına belirgin odaklanma olumsuz etkiye sahiptir, ancak hepimiz biliyoruz ki en çok buna önem veren kadınlardır. Radikal mastektominin beden imajı ve cinsellik üzerindeki olumsuz etkileri en çok genç evli kadınlar arasında görülmektedir ve yaş arttıkça bu durum artık pek ortaya çıkmamaktadır. Ek olarak, kanserin süresi, evresi ve prognozu, duygusal işleyiş ve

sosyal destek ve ilişkiler, beden imajına odaklanmayı etkileyebilir. Kanser hastalarında vücut algılama bozukluklarının özelliklerini daha iyi anlamak için bu değişkenlerin her birini dikkatlice analiz etmek gerekir.

Son zamanlarda, kanser hastalarını vücut algılama bozuklukları açısından taramak için, ilgili algılama alanındaki rahatsızlıkları belirlemeye ve bu sorunun ciddiyetini ölçmeye yardımcı olan “stres sensörleri” aktif olarak kullanılmaya başlandı. Bu stres parametreleri tüm teşhis dönemi ve kanser tedavisinin farklı aşamaları boyunca değişebileceğinden dolayı, ilgili bozukluklar zaman içinde ölçülmelidir (örneğin, cerrahi tedaviden önce, ameliyattan sonra, kemoterapi veya radyasyon tedavisinden önce ve bunların sona ermesinden sonra). Dolayısıyla, başlangıçta hastanın beden algılama bozuklukları kaydedilmemiş olsa bile, daha sonra, tedavi sırasında veya sonrasında gelişebilir (örneğin, hasta kendini diğer kanser hastaları ile ilişkilendirmek yerine aniden kendisini sağlıklı bireylerle karşılaştırmaya başlarsa) - bu gibi durumlarda kanser hastaları kendilerini savunmasız ve toplumdan soyutlanmış hissetmeye başlar. Beden imajı bozukluklarını değerlendirmeye yönelik etkileşimli yöntem ve yenilikler, hem onkologlar hem de bu alanda yardıma ihtiyaç duyan diğer tüm uzmanlar için çok faydalı olabilir (Grogan S. 2006).

### **5. Meme kanserinde hastalığın iç resmi ve öz değerlendirmenin birbirine olan etkisinin incelenmesi**

Öz bilincimizin doğasında bulunan “ben” imgelerini objektif yollarla araştırmak zordur, çoğu zaman bireyin kendisi tarafından tam olarak anlaşılabilirler. Öz değerlendirme aynı zamanda bir dizi bileşeni içeren oldukça karmaşık bir oluşumdur. Öz farkındalığın ayrılmaz bir bileşeni olarak öz değerlendirme, bireyin durumu üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Her ciddi ve uzun vadeli somatik bozukluk, bir kişinin iç dünyasında kısmi veya genel kalıcı değişikliklere yol açar.

Öz değerlendirme, bir kişinin kendisi, yetenekleri, nitelikleri ve diğer insanlar arasındaki yeri hakkındaki değerlendirmesidir. Öz değerlendirme, insan davranışını düzenlemede önemli bir rol oynar. İsteklilik düzeyi, öz değerlendirme ile yakından ilgilidir. Şiddetli onkolojik hastalıklarda uzmanlar, bir kişinin isteklerinin uyumsuzluğu ile karşı karşıya kalır. Uyumsuzluk, bir kanser hastasının sağlığı korumanın ana isteği olmadığı, ancak kişilik için normatif kriterlerin yüksek olduğu ortaya çıkıyor (Tkachenko G.A., Shestopalova I.M. 2007). Tüm bu koşulların hesaba katılması, araştırmacıların onkolojik hastalık durumunu, güdüler hiyerarşisindeki değişimi doğal olarak modellemek için kullanmalarına izin verdi. Bu çalışma açıkça şunu göstermektedir - öz değerlendirmedeki değişimin arkasında güdülerdeki bir

değişiklik yatmaktadır. Böylelikle, kanser hastalarının faaliyetlerinde temel teşvik ve anlamlandırma haline gelen sağlığı koruma güdüsü, öz değerlendirmenin hiyerarşik yapılanmasında “Sağlık ve sosyal iyimserlik” faktörünü ön plana çıkarmıştır. Motivasyon ve değerlerdeki değişim durumu anlık değil - geçmiş olayların ve değerlerin yeniden değerlendirilmesi var. Hastaların hastalıklarına ve kendi kendine ilişkin öz değerlendirmeleri, hastaların yaşam kalitesinin göstergelerine ve hastalığın iç resmine yansır ve tam tersi (Nikolaeva V.V. 1987).

Bilimsel literatürde zihin durumunun kanserin gelişimi ve seyri üzerindeki etkisi hakkında çeşitli bilgiler vardır. Duyguların, merkezi sinir ve bağışıklık sistemlerinin birbirine bağlı olduğu kanıtlanmış bir gerçektir. Hastalığa karşı çeşitli reaksiyon türlerinin ayırt edildiği “hastalığın iç resmi” sorununa önemli sayıda çalışma vardır. Şikayetleri, hastalığın objektif resmiyle, psikolojik testlerin göstergeleri ve diğer faktörlerle karşılaştırmak için girişimlerde bulunulur. Araştırmacıların çoğu, hastalığın sübjektif resminin gerçek objektif verileri nadir durumlarda yansıttığını, çünkü hasta tıbbi sonuçlara her zaman tam olarak güvenmediğini belirtmektedir. Durumu, sadece kendisi veya alt kültür grubu (ailesi) tarafından bilinen, hastalığa yönelik tutumlara dayanarak, hastalığın sübjektif şiddeti prizması yoluyla analiz etme eğilimindedir. Sübjektif fikirlerin oluşumu, hastanın cinsiyeti, yaşı, kişilik özellikleri, eğitim düzeyi, sosyal durumu ve diğer faktörlerden de etkilenebilir. En önemli yerlerden biri, patolojinin doğası ve hayati tehdidinin derecesi.

Kanser hastalarının ruhundaki değişikliklere gelince, bu dönüşümün nedenleri, kanser hastalıklarının ağrı sendromunun varlığı, sürekli nüks tehdidi ve metastaz gibi özelliklerinden kaynaklanmaktadır. HİR, hem geleneksel olarak tedavi edilemez olarak kabul edilen bir rahatsızlığın varlığı gerçeğine, hem de hastalığın semptomlarına, sakatlık durumu beraberinde getiren ameliyatlara, zor bir rehabilitasyon tedavi dönemine, sosyal rollerde değişikliklere ve kişiliğin stresli bir reaksiyonunun arka planında oluşturulmuştur. Kanser hastalarında HİR'nin oluşumu muhtemelen kendi nozolojik özelliklerine de sahiptir ve bu bir dizi faktöre bağlı olabilir (Sobennikov V.S., Yasnikova E.E. 2013).

İlk olarak, kötü huylu bir neoplazmin teşhisi kendi başına belirgin bir travmatik etkiye sahiptir, çünkü çoğu insanda bu sadece yakın gelecekte ölümle değil, aynı zamanda ağrı ve ızdırap dolu ölümle ilişkilendirilir, yani korkunç bir resim oluşturulur (Demirkıran F. 2011).

İkincisi, kanser teşhisinin belirgin travmatik etkisi, psikolojik savunma mekanizmalarını harekete geçirir ve çoğu zaman fizyolojik reaksiyon gücünün seviyesini önemli ölçüde aşar.

Aynı zamanda çoğu hastada tanının kısmen veya tamamen reddi kaydedilir (Bazhin E.F., Berezkin D.P., Gnezdilov A.V., Chulkova V.A., Shipovnikov N.B. 1978).

Üçüncüsü, hasta, geleneksel olarak hastalığın prevalansı ve yakın gelecek hakkındaki sınırlı miktardaki bilgiden etkilenir (uzun vadeli prognoz genel olarak ölümlle ilişkilidir). Bu, hastanın hastalığın semptomları ve yaygınlığı, tedavinin etkinliği vb. hakkındaki fikirlerinin çarpıtılmasına katkıda bulunabilir (Bazhin E.F., Gnezdilov A.V. 1983).

Dördüncüsü, kanserin etiolojisi konusunda fikir birliği eksikliği var. Bu bir yandan hastalığın nedenlerini hastaya açıklama ihtiyacının temelini oluştururken, diğer yandan geleneksel olmayan yeni tedavi yöntemlerinin arayışının temelini oluşturur.

Beşinci olarak, bu, kurucu unsurları hastalığın çeşitli aşamalarında endojen (kanser) zehirlenmesi olabilen fiziksel asteni varlığı, özel tedavi yöntemlerinin sonuçları (cerrahi, radyasyon tedavisi, kemoterapi), eşlik eden somatik patolojinin neden olduğu asteni vb (Hanson F.M., Suman V.J, Rummans T.A. et al. 2000).

Hastalığın iç resminin adaptif ve adaptif olmayan varyantları vardır. Bazı insanlar bir tümör oluşumunu Tanrı'nın cezasına bağlar, bazıları hastalığın nedeninin büyü, "kötü göz" ve nazar olduğuna inanır. Biyomekanik tip ile hastalık hasta tarafından kötü kalıtım, hasar ve yaralanmanın sonucu, kötü ekoloji ve tesadüf olarak açıklanabilir. Meme kanseri olan kadınlarda hastalığa olası sebeplerden en çok yaralanma ve hasar düşünülür. Genellikle kadınlarda kötü huylu bir tümörün ortaya çıkması, göğüs çarpması veya bir tür manipülasyon ile ilişkili olduğu varsayılır (Berezin F.B. 1998).

Sonuç olarak, her kanser vakasının hastalığın iç resmi ve öz değerlendirmenin kendine özgü olduğu için birbirine olan etkisi de olgudan olguya değişir. Fakat tek bir şey değişmez - hastalığın olumsuz bir iç resmi öz değerlendirmeyi olumsuz yönde etkilediği gibi olumsuz öz değerlendirme hastalığın iç resmini olumsuz kılar. Bu duruma birçok ek koşul eşlik eder ama ortak olan motivasyon ve değerlerdeki değişiklik, tamamen subjektif bir algı, hastalık ve gelecekle ilgili çaresizlik hissi ve red. Bütün bunlar, bir yaşam krizinin belirtisi olan kötümser ve umutsuz bir yaşam perspektifine işaret eder.

## **7. Meme kanseri tanılı kadınlarda nöropsikiyatrik bozukluklar ve tedavi**

Psikotravmatik anlar, hem kötü huylu bir tümörün tespiti hem de düşük iyileşme oranı, yüksek ölüm yüzdesi, bedensel rahatsızlık, riskli cerrahi müdahaleler, sakatlık sonuçları, radyasyon ve kemoterapi ile ilişkilidir. Kanser hastalarının psikolojik tepkileri üzerine yapılan bir araştırma, bunların psikotik düzeye karşılık gelebileceğini ortaya çıkarmıştır

(Ateşçi F.Ç., Oğuzhanoglu N.K., Baltalarlı B., Karadağ F., Özdel O., Karagöz N. 2003). Onkolojik sürecin tüm aşamalarında, hastalar, hastalık öncesi kişilik özelliklerini niteliksel olarak yansıtan psikojenik reaksiyonlar oluşturan duygusal strese sahiptir. Yapılarında yüksek bir oran depresyon ve anksiyeteye aittir.

Depresyon kanser hastalarının üçte birinde bulunur. Bazı yazarlar, kötü huylu neoplazm tedavisi için hastaneye yatırılan hastaların % 24'ünün şiddetli bir depresyon durumunda olduğunu, % 18'inin orta derecede depresyona sahip olduğunu ve % 14'ünün depresyon ve melankoli semptomları yaşadığını aktarmaktadır (Badger T.A., Braden C.J., Mishel M.H. 2001). Kanser hastalarında anksiyete, genellikle hastalığın belirgin semptomları ve tedavi ile ilişkilidir. Anksiyete akut, kronik veya önceki bir patolojinin sonucu olabilir ve yeni bir hastalıkla şiddetlenebilir. Aynı zamanda, her doktor ziyaretinden önce kaygı göz ardı edilemez. Ağrının kendisi de akut anksiyete belirtilerine neden olabilir. Şiddetlenebilen önceki kronik anksiyete durumları, anksiyete ve panik bozuklukları, fobileri içerebilir. Anksiyete ve depresyonun farkına varılmadığı zamanlar, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenen ve onkolojik sürecinde regresyona dair raporlar vardır. Bazı araştırmacılar, kanserde depresyon ve erken ölüm arasındaki ilişkiyi iddia ediyor. İntihara kadar olası şiddetli depresyon kaydedilir (Romasenkov V.A., Skvortsov K.A. 1998).

Temel olarak bozukluklar, borderline bozukluklar çerçevesinde sınıflandırılır: değişen şiddette anksiyete ve depresif bozukluklar, uyum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, distimi veya majör depresif bozukluk. Affektif bozukluklar çemberi, siklotimi ve somatoform bozukluklarla tamamlanmaktadır (Berezkin D.G., Zyryanova N.G. 1976).

Meme kanseri tanılı kadınlarda nöropsikiyatrik bozuklukların tedavisi için psikoloğun bir onkolog ile birlikte dinamik gözlemi büyük önem taşımaktadır. Geliştirilen program üç ana kısım içerir: biyo-medikal, psiko-farmakoterapötik ve psiko-sosyal (Bazhin E.F. 1983).

Psikolojik yardımın içeriği, kanserin neden olduğu bir kriz anında hastaya ve aile üyelerine duygusal, anlamsal ve varoluşsal destek sağlamaktır. Psikolojik yardım, hastanın hastalığı kabul etmesini, ona uyum sağlamasını ve uygun davranış kalıplarının geliştirilmesini amaçlamaktadır. Böylece psikolojik yardım, hastanın yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Stresli bir duruma yanıt olarak, çoğu hasta psikojenik reaksiyonlar geliştirir. Teşhis aşamasında, hastaların çoğunda şiddetli ve orta şiddette anksiyete-depresif bozukluklar vardır ve bazı hastalarda akut şok reaksiyonları kaydedilir. Bu aşamada, temel amacı hastalık ve tedavi hakkındaki uyumsuz inançları değiştirmek, yaklaşan tedavi sırasında işlevsiz davranışı değiştirmek olan bilişsel davranışçı terapi yöntemleri



etkilidir (Vozny E.K., Yuri V. 1999). Hastaneye kabul edildikten sonra stres düzeyinde hafif bir azalma olur, hasta yavaş yavaş yeni bir yaşam durumuna uyum sağlamaya başlar. Bu dönemde dikkat, zihinsel esneklik, bilgi işlemenin hızı, görsel hafıza ve motor fonksiyonları içeren bilişsel alandaki değişiklikler, duygusal bozukluklarla yakından ilişkilidir. Hastalarda distres, bilişsel işlevdeki düşüş, konsantrasyon kaybı ve insomnia (uykusuzluk) ile ilişkilidir. Önceden başlayan psikolojik çalışma devam eder ve zihinsel stresi azaltmayı, anksiyete-depresif durumu düzeltmeyi ve ruh halini normalleştirmeyi amaçlar. Kullanılan terapilerinden biri sanat terapisi. Özel olarak seçilmiş müzikleri ve doğanın sesleri kas gevşetme için dinleyerek, depresif durumu düzeltmek için başarıyla kullanılır. Sanat terapisi sürecinde kişi kendi travmatik deneyimine karşı tutumunda değişimler yaşar ve elde edilen psikoterapötik etki psikosomatik sürecini düzene sokar (Scharl A., Kühn,T., Papatthemelis T., Salterberg A. 2015). Preoperatif dönemde en ciddi travmatik faktör, ameliyatın kendisinin beklentisidir. Bu aşamada psikolojik çalışmanın önemi şüphesizdir. Psikoloğun ana görevi, hastanın yaklaşan operasyona karşı tutumunu değiştirmek ve hayat kurtarmanın tek yolu olarak operasyonun gerekli olduğunu kabul ettirmektir. Postoperatif dönemde, hastada bir miktar rahatlama olur. Bu aşamada astenik-depresif ve anksiyete-hipokondriyak sendromlar hakimdir. Taburcu olma aşamasında genellikle önemli psikopatolojik durumlar gözlenmez. Bu dönemde hastanın adaptasyonuna katkıda bulunan en önemli ve temel faktör aile desteğidir. Ailesi tarafından kendisine karşı yanlış bir tavırla hasta, ailesinden ve daha geniş bir temas çevresinden soyutlanır, insanlarla ilişkileri değişir ve kendini sosyal yoksunluk koşullarında bulur. Bu nedenle, bir psikoloğun çalışmalarındaki önemli bir husus, hastanın kendisi kadar stres altında olan ve bazen hastanın kendisinden daha büyük sonuçlar yaşayan yakınlarına ve arkadaşlarına yardım ve destek sağlamaktır (Çam O., Saka Ş., Babacan Gümüş A. 2009).

## 8. SONUÇ

Kanserin insanlar üzerinde çok çeşitli etkileri vardır. Bir kişinin teşhisini öğrendiği andan itibaren yaşamda çok şey değişir: genellikle istenmeyen sonuçların (ameliyat sonrası yara izleri, kemoterapinin yan etkileri vb.) eşlik ettiği tıbbi hizmetlere başvurma ihtiyacı vardır, aile ve arkadaşlar ile ilişkiler yeniden kurulur, kişilik değişiklikleri meydana gelir ve buna artan düzeyde anksiyete ve depresyon eşlik edebilir.

Benlik kavramı ile onkolojik hastalıklar arasındaki ilişkinin incelenmesine adanan literatürün analizi sonucunda, çalışmamın ana noktaları belirledim. Kansere hastalarının yaşam olayları hakkında karamsar bir değerlendirme yapma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Uzun süreli disfori veya depresif tepkilere eğilim, umutsuzluk duyguları ve hayata karşı ilgi kaybı ile birlikte görülür. Kansere hastalarında iletişimde ve dostane ilişkilerde belli

bir mesafeyi korumaya yönelik bir yönelim vardır. Bu nedenle zor durumlarda dışarıdan pek destek almazlar. Onkolojik hastalıklardan muzdarip insanlar, zayıflık hissine, özgüveninde azalmaya, olumsuz ve eksik yönlerine artan ilgiye ve azalmış öz sempati hissine sahiptir.

Araştırma sonuçlarına göre, yeterli benlik imajı ile etkili başa çıkma stratejileri, hastalıkla başa çıkma yöntemleri ve hızlı iyileşme arasında kurulan pozitif ilişki, hastalık süresince Benlik kavramının önemini vurgulamaktadır. Ayrıca çalışmalar, sakatlayabilir ameliyatları geçiren hastalarda benlik imajında bir değişiklik olduğunu kaydetti, bu da onkolojik bir hastalığın varlığının etkisi altında Benlik kavramının dönüşümüne işaret ediyor. Benlik öz değerlendirmenin temeli olan gerçek ben ve ideal ben arasında ki tutarsızlık davranış bozukluğu ve uyumsuzluğu ile sonuçlanır. Hastalar olumsuz Benliğin belirtileri göstermeye başlar ve benlik algısında kadınlığa dair derin değişiklikler yaşar. Psikolojik ve sosyal değişikliklerin yanı sıra bu durumdan en çok etkilenmiş olan fiziksel benliktir. Hastalar, “Ayna benlik” dediğimiz kavrama göre diğer insanların gözünden kendi sürekli değerlendirmeye çalışır ve onların kendisi hakkında düşündüklerine takılı kalır. Özellikle ailesi ve parteri (sevgili, koca), hastanın yeterli bir öz değerlendirme ve benlik imajının oluşumunda kritik bir rol oynar.

Yazarlar kanserin olası psikolojik nedenleri arasında uzun süreli depresif reaksiyonların varlığına ve huzursuz aile ilişkilerine dikkat çekiyor. Çoğu yazar, hastaların depresyon, anksiyete, belirsizlik gibi özelliklerin var olduğundan bahseder. İnsanların eylemlerinin etkililiğine olan inanç ve bunların uygulanmasından başarı beklentisi doğrudan öz değerlendirme düzeyine bağlıdır. Bir kişinin öz değerlendirmesi ne kadar yüksekse, yapılan faaliyetinden başarı beklentisi o kadar yüksek olur. Bu anlamda kanser hastalarının bir kısır döngünün içinde takılı kaldığını söyleyebiliriz, çünkü depresif ruh halleri bir kişinin öz değerlendirmesine ve benliğine zarar verirken, yetersiz öz değerlendirme ve negatif bir benlik imajı hastalıktan kurtulmak için en düşük ihtimaller verir.

Hastalığın subjektif ve objektif anlamları farklı olabilir, bu da hastalığın yanlış bir iç resminin oluşumuna katkıda bulunur ve iyileşmeyi etkiler. Kanser hastalarında iç resim, hem psikologlar hem de onkologlar tarafından incelenmesi için önemli bir alandır. Bu çalışmada sebep-sonuç ilişkisi olan bazı durumlar gösterilmiştir. Birincisi, muayene ve tedavi durumunun meme kanseri olan hastalarda öz değerlendirmenin artmasına katkıda bulunmadığı, ancak hastalığın iç resminin oluşumunu etkilediğidir. İkincisi, meme kanseri teşhisi konan kadınların gelecekteki yaşamlarını zorlaştıran ve diğer insanların dikkatini çeken fiziksel engellerden dolayı prognoz modeli kötümserdir. Beden şeması ve beden imajı

belirgin seviyede zarara uğruyor ve kadın hastanın hayatı boyunca ciddi bir psikolojik ve fiziksel travması olarak kalıyor.

Psiko-travmatik durumlar, bir dizi somatik hastalıkların ortaya çıkmasında önemli bir rol oynar. Bu nedenle, disiplinler arası araştırma alanıyla ilgili en acil sorunların çoğunu çözmek için entegre bir yaklaşım gereklidir. Bu bakımdan kanser hastaların sorunun çok önemli olduğundan onkolojiye olan ilgi de artmıştır ve bu da onkolojik bir hastanın kişiliğinin, öz bilincinin, hastalığa olan tutumunun gerekli çalışmaların artmasını gerektirmektedir.

Sonuç olarak yapılan çalışmayı özetleyerek ortaya koyduğum araştırma hipotezinin doğrulandığını söyleyebilirim. Sunduğum bilgilere göre, en önemli kişilik parçalardan biri olan Benliğin, kanser hastaların üzerine kritik bir etkisi var ve aynı zamanda kanserden ötürü ortaya çıkan sonuçların Benliği doğrudan etkilemektedir. Tüm bu bilgiler, kanser hastaları ile psiko-düzeltilici çalışmanın iyileştirilmesine ve hastalığın yeterli bir resminin oluşturulması için bir programın geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

## 9. ÖNERİLER

Meme kanseri tanılı kadınlarda öz değerlendirme ve Benlik kavramların özelliklerini ve hastalığın seyri üzerindeki etkisini incelemek için yapılan araştırmaya uygun olarak, doktorlar ve psikologlar (psikoterapistler) için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Doktorlar için:

- Hastalıkla ilgili yeterli bilgilendirmek;
- Tanı koyarken ve tedavi taktiklerini seçerken, tıbbi-biyolojik yönlerine ek olarak kişilik çalışmasının sosyo-psikolojik yönler dikkate alınmalı;
- Psikologlarla (psikoterapistlerle) ortak çalışma içinde olmalı;
- Şefkat ve empati, elverişli bir ortamın yaratılmasının önemi;
- Hastaların muayene aşamasında, ameliyattan önce, ameliyattan sonra ve hastalığın ilerlemiş formları olan veya son aşamada hastaların aynı odasına yerleştirilmesinden kaçınılmalı;
- Hizmet sisteminin ve deontolojik kuralların doğru inşası;
- Doktorla psikoterapötik içeriklerle dolu bireysel ve grup konuşmaların önemi;
- Onkolojik hastalıkların doğru bir şekilde anlaşılmasını sağlamak için zorunlu onkolojik önleyici tedbirler.

Psikologlar (psikoterapistler) için:

- Onkoloji doktorlarıyla ortak, karşılıklı çalışma;
- Psikojenik reaksiyonları azaltmayı amaçlayan tüm hastalar için zorunlu psikolojik konsültasyonlar;
- Gelecekteki yaşamın anlamını belirleme ihtiyacı ile durumun ve değerlerin yeniden değerlendirilmesine dayanan, hastalığın yeterli bir iç resmini oluşturmayı amaçlayan bir çalışma yapılmalıdır;
- Vücudun spesifik olmayan direncini ve ruhun stresli durumlara direncini arttırmak için hastaların ruhu üzerinde etkileşim için bir dizi önlemin geliştirilmesi;
- Hastalara derin nefes ve gevşeme tekniklerini öğretmek daha sonra hastalıkları hakkında sürekli düşüncelerden uzaklaşmaya yardımcı olan rahatlamayı sağlar, hastalara daha kolay uykuya dalmayı öğretir, ağrıyı önemli ölçüde azaltır, vb.;
- Hastaların ameliyat için psikolojik olarak hazırlanması, hastaların anestezi aşamasında ve ameliyat sonrası dönemlerde bulunmasını kolaylaştırır;
- Gerekirse, bu hastaların psikolojik özelliklerinin mantıklı bir açıklamasından ve ailede uygun bir psikolojik iklim yaratmaya yönelik önerilerin geliştirilmesinden oluşan akrabalarla çalışma yapılmalıdır.

#### Yakınları için:

Hastaya destek sağlamak için aile ve akrabaların dış sakinlik ve soğukkanlılık göstermeye gerektiğine inanılıyor. Ama bu görüş yanlış çünkü hasta bu durumun doğal olmayışını anlıyor ve sevdiğilerine olan güvenini kaybediyor. Genellikle aile üyelerin kendileri o kadar korkuyorlar ki, sürekli hastalık hakkında konuşuyorlar, arkadaşlar arasında ve internette bilgi arıyorlar, sürekli doktorlara olası tedavi komplikasyonları, prognoz hakkında sorular soruyorlar. Bu davranış hastayı daha da üzüyor ve o hastalıkla savaşıma arzusunu kaybediyor. Aile ve akrabalardan destek iyileşmesine olan inancına dayanarak sakin ve apaçık hissetmelidir. İlk tavsiye, psikolojik yardım almak. Aileye psikolojik yardım şunları içerir: korkularla çalışmak, hastalığa karşı tavırları değiştirmek ve en önemlisi, hem ailenin hem de hastanın dikkatini hastalıktan gündelik aile meselelerine çevirmektir. Hasta sıradan hayata ne kadar çok dahil olursa tedavi süreci de o kadar sakin ve başarılı olacaktır. Son olarak, doğal olmak, hastayla acılar, korkular, endişeler ve kendisi hakkında konuşmak önemlidir. Hastayı destekleyin, birbirinize yardım etmenin tek yolu bu.

## KAYNAKLAR

1. Ateşçi F.Ç., Oğuzhanoğlu N.K., Baltarlı B., Karadağ F., Özdel O., Karagöz N. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, s. 145-152.
2. Aseev A.V. (1993). Psychological problems associated with breast cancer. *Clinical medicine*. No. 3. p. 30-34.
3. Alexandrov N.N., Pantyushenko T.A., Gutman Z.M. (1978). Diagnostics and treatment of breast cancer. *Oncology issues*, p. 3-6.
4. Arkhireeva T.V. (2008). A systematic approach to understanding the structure of the self-concept and the patterns of its development in childhood. *Cultural-Historical Psychology*. No 4. p. 48.
5. Borne H.W., Pruyne J.F.A., Heuvel W.J.A. (1992). Effects of contact between cancer patients on their psychosocial problems. *Reg. Publ. Eur. Ser. No 44. P. 368-371*.
6. Blokhin N.N. (1964). *Science Against Cancer*. M.: Knowledge, p. 32.
7. Berezkin D.G., Zyryanova N.G. (1976). On the prospects for psychosomatic research in oncology. *Psychological problems of psychohygiene, psychoprophylaxis and medical deontology*, p. 16-18.
8. Berezin F.B. (1998). *Mental and psychophysical human adaptation*. L. Science, p. 269.
9. Blokhin N.N. (1997). *Deontology in Oncology*. M.: Medicine, p. 70.
10. Burns R. (1986). *Development of the self-concept and education*. M.: Progress, p. 30-66.
11. Badger T.A., Braden C.J., Mishel M.H. (2001). Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncol. Nurs. Forum*. Vol. 28. No 3. p. 567-574.
12. Bazhin E.F. (1983). On medical and psychological work in oncological institutions: *Methodical recommendations*, p. 21.
13. Bazhin E.F., Gnezdilov A.V. (1983). Psychogenic reactions in cancer patients: *Methodical recommendations*, p. 33.
14. Bazhin E.F. (1980). On the role of the study of the problem of communication in psychiatry, medical psychology. In the book: *Socio-psychological research in psychoneurology*, p. 15-22.
15. Bazhin E.F., Berezkin D.P., Gnezdilov A.V., Chulkova V.A., Shipovnikov N.B. (1978). Psychological compensatory reactions of cancer patients, p. 9-11.

16. Biktina N.N., Kekk A.N. (2015). Personal characteristics and role positions of cancer patients. *Modern problems of science and education*. No 2-1.
17. Blinov N.N., Khomyakov I.P., Shipovnikov N.B. (1990). On the attitude of cancer patients to their diagnosis. *Problems of Oncology*. No 8. p. 966-969.
18. Çam O., Saka Ş., Babacan Gümüş A. (2009). Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, s. 73-81.
19. Cassileth B., Chapman C. (1996). Alternative and complementary cancer therapies. *Cancer*. Vol. 77(6). p. 1026-1033.
20. Can G. (2011). Kemoterapi, Hormonoterapi ve Hedefe Yönelik Tedavilerde Yenilikler ve Hemşirelik Yaklaşımı. Z.Ç. Fadıloğlu (Ed.). *Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım*, s. 55-66. Adana: Nobel Kitabevi.
21. Dymarsky L.Yu. (1980). Breast cancer. *M. : Medicine*, p. 200.
22. Demirkıran F. (2011). Meme Kanserinde Psikolojik Faktörler. Z.Ç. Fadıloğlu (Ed.). *Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım*. Adana: Nobel Kitabevi. s.133-136.
23. Dovgalyuk A.Z. (2001). Breast cancer: etiology, clinical picture, diagnosis, treatment, issues of medical and social expertise and rehabilitation: A guide for doctors. SPb., p. 203.
24. Ekmektzoglou K.A., Xanthos T., German V., Zografos G.C. (2009). Breast cancer: from the earliest times through to the end of the 20th century. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, p. 3–8.
25. Edwards J.R., Cooper C.L, Pearl S.G. et al. (1900). The relationship between psychosocial factors and breast cancer: some unexpected results. *Behav. Med*. Vol. 16. No 1. p. 5-14.
26. Freud A. (1998). I and defense mechanisms. *M.: Psychology*, p. 327.
27. Freysteinson W. M., Deutsch A. S., Lewis C., Sisk A., Wuest L., Cesario S. K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncology Nursing Forum*, No 39(4). p. 361-369.
28. Gnezdilov A.V. (1976). The role of psychological factors in the occurrence of psychogenic reactions in cancer patients. *Psychological problems of psychohygiene, psychoprophylaxis and medical deontology*, p. 33-35.
29. Grogan S. (2006). Body image and health: contemporary perspectives. *Journal of Health Psychology*, p. 523-530.
30. Gümüş B.A. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, s. 108-117.

31. Gnezdilov A.V. (1986). Psychoemotional disorders in a widespread tumor process and methods of their correction. Symptomatic treatment in malignant neoplasms. p. 37-67.
32. Helms R.L., O'Hea E.L., Corso M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology Health and Medicine*, p. 313-325.
33. Hanson F.M., Suman V.J, Rummans T.A. et al. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-oncology*. Vol. 9. No 3. p. 221-231.
34. Hordern A. (2000). Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nurs*. Vol. 23. No 3. p. 230-236.
35. Holland J., Lesko L., Freidin Yu.L., Shklovsky-Cordi N.E. (1995). Experience of introduction to modern psycho-oncology. *Independent psychiatric journal*, No 4. p. 9-17.
36. Jahkola T. (1998). Self-perceptions of women after early breast cancer surgery. *Eur. J. Surg. Oncol*. Vol. 24. No 1. p. 9-14.
37. Koçak S., Çelik L., Özbaş Serdar., Dızsay S., Tükün A., Yalçın B. (2011). Meme Kanserinde Risk Faktörleri. Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul Konsensus Raporu, s. 047-067.
38. Kreitler S., Chaitchik S., Kreitler H. (1900). The psychological profile of women attending breast-screening tests II *Soc. Sci. Med*. Vol. 31. No 10. p. 1177-1185.
39. Komkova E.P., Kokorina N.P. (2003). Internal picture of the disease in cancer patients. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. No 1. p. 149-150.
40. Koralenko Ts.P. (1978). *Psychophysiology of a person in extreme conditions*. Moscow: Medicine, p. 272.
41. Kvasenko A.V., Zubarev Yu.T. (1980). *Psychology of the patient*. M.: Medicine, p. 184.
42. Luria R.A. (1977). *Internal picture of diseases and pathogenic diseases*. M.: Medicine, p. 111.
43. Lev E.X., Daley K.I.M., Conner N.E. et al. (2001). An intervention to increase quality of life, self-care, self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Sch. Inq. Nurs. Pract*. Vol. 15. No 3. p. 277-294.
44. Lauver D., Ho C.H. (1993). Explaining delay in care seeking for breast cancer symptoms. *J. Appl. Soc. Psychol*. Vol. 23(21). p. 1806-1825.
45. Meneghetti A. (1995). *Clinical ontopsychoology*. - Perm: Horton-Limited, p. 428.

46. Nikolaeva V.V. (1987). The influence of chronic illness on the psyche. M .: Moscow State University, p. 167.
47. Özbaş A. (2006). Meme Kanseri Ailelerde Sorunlar ve Çözümler. Meme Sağlığı Dergisi, s. 115-117.
48. Özkan S. (2001). Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1998-1999. İstanbul: Novartis İlaçları AŞ.
49. Özkan S., Alçalar N. (2009). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi, s. 60-64.
50. Özkan S. (2007). Psiko-Onkoloji. 1. Baskı, İstanbul.
51. Okanlı A. (2004). Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri. İnsan Bilimleri Dergisi, No 1(1). p. 1-6.
52. Rean A.A. (2004). Psychology of personality. Socialization, behavior, communication. SPb.
53. Romasenko V.A., Skvortsov K.A. (1998). Neuropsychiatric disorders in cancer. M .: Medicine, p. 325.
54. Rustoen T., Mourn T., Wiklund I., Hanestad B.R. (1999). Quality of life in newly diagnosed cancer patients. J. Adv. Nurs. Vol. 29. No 2. p. 490-498.
55. Scharl A., Kühn,T., Papathelemis T., Salterberg A. (2015). The right treatment for the right patient - personalised treatment of breast cancer. Geburtshilfe Frauenheilkd, p. 683-691.
56. Somunoğlu S. (2009). Meme Kanseri: Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(10).
57. Standford L.T., Donovan M.E. (2006). Kadınlar ve Benlik Saygısı. 2. Baskı HYB Yayıncılık, s. 273.
58. Smolanka I.N. (2008). Modern view of the problem diagnosis and treatment of breast cancer. Zhinochiy likar. No 5. p. 8-10.
59. Scholten C., Weinlande G., Krainer M. et al. (2001). Difference in patient's acceptance of early versus late initiation of psychosocial support in breast cancer. Support. Care. Cancer. Vol. 9. No 6. p. 459-464.
60. Sharova O.N. (2000). Features of mental disorders in women after radical treatment of breast cancer and the formation of mechanisms of psychological defense in them. p. 26.
61. Sobennikov V.S., Yasnikova E.E. (2013). Self-concept. Internal picture of the disease. Tutorial. ISMU.



62. Thomas A., Buchholz M. D. (2009). Radiation therapy for early-stage breast cancer after breast conserving surgery. *The New England Journal of Medicine*, No 360. p. 63-70.
63. Tkachenko G.A., Shestopalova I.M. (2007). Features of the personality of patients with breast cancer in the long-term period. *Bulletin of psychotherapy*, No 21(26), p. 66.
64. Tkhostov A.Sh., Arina G.A. (1990). Theoretical problems of the study of the internal picture of the disease. *Psychological diagnostics of attitudes towards the disease*. p. 32-38.
65. Üskent N. (2003). *Meme Kanserinin Doğal Seyri, Gelişimi, Risk Faktörleri. Dünyadaki Dağılımı ve Epidemiyolojisi Olgular Işığında Meme Kanseri*. Golden Print, Turgut Yayıncılık, İstanbul.
66. Vizcarra C., Belcher, D. (2006). Management of the patient receiving parenteral biologic therapy. *Journal of Infusion Nursing*, No 29(2). p. 63-71.
67. Vozny E.K., Yuri V. (1999). Individual psychological approach in the complex treatment of cancer patients. *Lectures on Oncology*. Vol. 45. No 12. p. 12-15.
68. Varghese P., Gattuso J. M., Mostafa A. I. H., Abdel-Rahman A. T., Shenton K. C., Ryan D. A. et al. (2008). The role of radiotherapy in treating small early invasive breast cancer. *European Journal of Surgical Oncology*, No 34(4). p. 369-376.
69. World Health Organization, International Agency For Research On Cancer. *GLOBOCAN 2018: Estimated Cancer Incidence, Mortality And Prevalence*.
70. Williams S. A., Schreier A. M. (2004). The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, No 31(1). p. 16-23.
71. Yurek D., Farrar W., Andersen B.L. (2000). Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J. Consul. Clin. Psychol.* Vol. 68. No 4. p. 697-709.
72. Zurrída S., Bassi F., Arnone P., Martella S., Del Castillo A., Martini R. R. et al. (2011). The changing face of mastectomy (from mutilation to aid to breast reconstruction). *International Journal Of Surgical Oncology*, p. 1-7.