

## Kanserli Çocukların Yaşadıkları Psikososyal Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları<sup>‡</sup>

Serap SEZGİN\*, Mine EKİNCİ\*\*, Ayşe OKANLI\*\*,

- ✓ Kanser tıbbi-fiziksel bir hastalık olmanın yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan bir çok sorunu kapsayan bir olgudur. Her çocuğun karşılaştığı en yaygın stres, hastalıktır. Bu stres ve stresin belirtileri hastalığın ne olduğuna, süresine, çocuğun yaşamında yarattığı değişime, çocuğun yaşına, kişiliğine ve içinde bulunduğu koşullara göre çok farklı olabilir. Kanserli çocuk ve ailesinin tanı, tedavi, remisyon, relaps ve terminal dönemi gibi çeşitli dönemlerden geçtiklerini ve bu dönemlere ait bir takım belirtiler gösterdikleri araştırmalarla desteklenmiştir. Bu çalışmalara göre daha çok korku, anksiyete ve depresyonu deneyimledikleri belirlenmiştir. Kemoterapi, ağrılı invazif girişimler, hastaneye yatış, aileden ayrılma, okuldan ayrılma, yabancı insanlarla karşılaşma, beden bütünlüğünün tehdit edilmesi, tedavi nedeniyle saçların kaybı, fiziksel yeteneklerin kısıtlanması kanser tanısı alan çocuğun psikolojisini ve psikososyal uyumunu etkileyen faktörlerdir. Kanserde psikolojik tedavi, tedavinin bütünüyle ve ayrılmaz bir parçası olup, hastalığın fiziksel tedavisini tamamlamaktadır. Hemşire, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve çocuğun tekrar topluma geri dönmesi sırasında gerekli bakımın ve desteğin sağlanmasından sorumludur. Aynı zamanda tüm bu aşamalar sırasında çocuğun ve ailesinin kanserle birlikte yaşamalarına ve yaşamlarının niteliğini fiziksel ve psikolojik yönden geliştirmelerine yardımcı olabilir. Kanserlin çocuk üzerindeki etkisi gözardı edilemeyecek boyutlardadır. Bu özellik ve kanserlin yapısı her yönü ile hemşirelik bakımının bir bütün olma zorunluluğunu getirmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kanserli çocuk psikolojisi, kanserli çocuk, çocuk ve psikoloji

- ✓ **Psychosocial Problems Lives The Children With Cancer And Nursing Approachs**  
Cancer is medical physical disease besides its being an issue including many psychological and psychosocial problems. Disease is the most common stress that every child meets. This stress and its symptoms may differ, depending on the factors such as the kind and duration of disease, the life-changes caused by it, age, personality and the accompanying conditions. The researchs support that child and family pass through some certain stages such as diagnosis, treatment, remission, relapse and terminal stage and show some symptoms belonging to these stages. These studies also have shown that they experience fear, anxiety and depression more. Chemothrepy, invasive painfull applications, leaving from family and school, meeting the strangers, feeling of a threat to body wholeness, hair loss related to treatment, limitation of physical activity are the factors affecting the psychology and psychosocial conformity of the child. The psychological treatment is a consiladative and inseperable part of the cancer treatment and completes the physical treatment of the disease. Nurse is responsible for providing the necessary support and care to gain the child back to the society. In addition to these, during all those stages they help family and child both in learning

<sup>‡</sup> 41. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde (15-20 Kasım 2005, Erzurum) poster bildiri olarak sunulmuştur.

\*Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun Sağlık Yüksekokulu SAMSUN

\*\*Yrd.Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu ERZURUM

how to live with the cancer and also how to improve the psychological and physically quality of their lives. The effect of the cancer over the child should not be ignored. This property and the nature of the cancer brings the necessity for the nursing care to be a whole with its every aspects.

**Key words:** *Psychology in children with cancer, children with cancer, psychology in children*

## Giriş

Her çocuğun karşılaştığı en yaygın stres, hastalıktır. Bu stres ve stresin belirtileri hastalığın ne olduğuna, süresine, çocuğun yaşamında yarattığı değişime, çocuğun yaşına, kişiliğine ve içinde bulunduğu koşullara göre çok farklı olabilir. Buna göre de etkileri geçicidir veya kalıcıdır<sup>(1)</sup>.

Kanser kuşkusuz bütün çocuklar için travmatiktir. Kanser tıbbi-fiziksel bir hastalık olmanın yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan bir çok sorunu kapsayan bir olgudur. Kanser aynı zamanda psikolojik güçlük ve bozukluklara yol açma potansiyeli en yüksek olan hastalık gruplarından. Bunun nedenleri arasında tedavi nedeniyle saçların kaybı, fiziksel yeteneklerin kısıtlanması, yaşam tarzının değişmesi gibi etkenler rol oynar<sup>(1-5)</sup>.

Literatür incelemesi ile kanserli çocuk ve ailesinin tanı, tedavi, remisyona, relaps ve terminal dönem gibi çeşitli dönemlerden geçtiklerini ve bu dönemlere ait bir takım belirtiler gösterdikleri araştırmalarla desteklenmiştir. Bu çalışmalara göre daha çok korku, anksiyete ve depresyonu deneyimledikleri belirlenmiştir<sup>(6-10)</sup>.

Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapideki ilerlemeler sayesinde, çocukluk çağı kanserleri ölümcül olmaktan çıkıp kronik bir hastalık haline gelmiştir. Bu tıbbi gelişmeler doğrultusunda kanserli çocukların ve ailelerin psiko-sosyal gereksinimlerinde de farklılıklar oluşmuştur<sup>(1-4)</sup>. Kanserde psikolojik tedavi, tedavinin bütünleyici ve ayrılmaz bir parçası olup, hastalığın fiziksel tedavisini tamamlamaktadır.

Hemşire, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve çocuğun tekrar topluma geri dönmesi sırasında

gerekli bakımın ve desteğin sağlanmasından sorumludur. Aynı zamanda tüm bu aşamalar sırasında çocuğun ve ailesinin kanserle birlikte yaşamalarına ve yaşamlarının niteliğini fiziksel ve psikolojik yönden geliştirmelerine yardımcı olabilir. Kanser çocuk üzerindeki etkisi göz ardı edilemeyecek boyutlardadır. Bu özellik ve kanserin yapısı her yönü ile hemşirelik bakımının bir bütün olma zorunluluğunu getirmektedir<sup>(2,5)</sup>.

## **Kanserli Çocuğun Yaşına Göre Etkilenme Biçimi:**

**Bebeklik Dönemi:** Bu dönemde çocuklar anneden ayrılmaktan ve tıbbi işlemlerden çok korkarlar. Çocuk bu yıllarda emniyetli bir dünyada olduğu duygusunu yaşamak ister. Ayrılıklara ve alışkın oldukları ortamların değişmesine karşı çok hassastırlar. Özellikle ağrılı ve invazif işlemler korku ve endişelerini daha da arttırabilir. Bunun yanı sıra, hastalanmanın getirdiği sıkıntı ve endişeler, çocuklarda depresyona sebep olabilir. Çocuğun o güne kadar kazanmış olduğu becerilerinde (tuvalet eğitimi, konuşma, kendi kendine beslenme vs.) gerilemeler olabilir<sup>(2)</sup>.

Ebeveynler ise bu dönemde yeni bir aile kurmaya çalıştıklarından yoğun duygusal tepkiler verebilirler. Çocuk yetiştirme konusunda deneyimleri az olan ebeveynler hastalıkla ilgili olan ve normal bazı dinamiklerin farkına varmazlar. Bazı durumlarda görülen suçluluk, korku ve hastalığın ortaya çıkardığı özre inançsızlık, ebeveyn – çocuk ilişkisine zarar verecek kronik disfonksiyona yol açabilir<sup>(11)</sup>.

**Okul Öncesi Dönem:** Okul öncesi dönemde çocuklar hem motor hem verbal olarak gelişmeye başlamışlardır. Hastalık ve tekrarla-

yan hastaneye yatışlar, çocuğun aktivitelerine sınırlamalar getirir ve yeni sosyalleşme deneyimleri gerektirir. Bu dönemde çocuklar olayların nedeni konusunda mantık dışı düşüncelere sahiptir ve egosentriktirler. Bu nedenle de, hastalığı bir cezalandırma ve yanlış yapma ile ilgili olduğunu düşünebilirler<sup>(2,11)</sup>.

Ebeveynler, hastalığın alevlenmesini ve relapsı önleyebileceklerini düşünerek çocuklarının aktivitelerini kısıtlama yoluna giderler. Bunun sonucunda da çocuklar korkak, pasif ve ebeveynlerine bağımlı hale gelirler. Bu bağımlılığın artmasıyla aynı zamanda onlara karşı öfke duymaya başlayabilirler<sup>(4)</sup>.

**Okul Dönemi:** Nedenlerin düşünülmeyle başladığı çağdır. Okul çağı çocuk, ölümcül hastalığın ve prognozunu önemi anlayabilir. Bu çocukların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve öykülerinde yalnızlık, ayrılık ve ölüm temalarını işledikleri belirlenmiştir.

Ölümcül hastalığı olan okul çağı çocuğu, hastalığa bağlı olarak görünümünde meydana gelen değişiklikler ve fonksiyon kaybı nedeniyle kendini akranlarından farklı görür ve arkadaşları tarafından reddedileceğini düşünebilir. Aynı zamanda, çocuğun hastalığı okula devamını ve arkadaş ilişkilerini sürdürme yeteneğini engelleyebilir. Böylece çocuk, kendini giderek izole ve depresif hisseder<sup>(2)</sup>.

Bu yaştaki çocuklar ölümcül bir hastalığa yakalanmanın haksızlık olduğunu düşünürler ve öfke duyabilirler. Okul çağı çocukları hala duygusal yönden olgunlaşmamış oldukları için, öleceklerini anladıkları zaman kendi duyguları ile baş etmede güçlük yaşayabilirler. Bir gün pasif bir şekilde içe kapanırken ertesi gün aşırı tepki gösterebilirler<sup>(2)</sup>.

Normal koşullarda bu dönemdeki çocuklar için en önemli aktivite okuldur. Okul aileden bağımsızlığı, yeni ilişkiler kurmayı, akademik beceriler elde etmeyi ifade eder. Oysa hayatlarını tehdit eden kanser hastalığı, çocukların okula devam etmelerine ve başarılarına engel teşkil edebilir<sup>(11)</sup>.

Okul öncesi çocuğa oranla okul çağı çocuğunun hastalığına ilişkin bilgisi artmıştır. Ço-

cukların hastalığın adını, uygulanan tedavilerin ve rahatsız edici girişimlerin nedenlerini bilme gereksinimleri vardır<sup>(2,11)</sup>.

**Adolesanlar:** Adolesanlar için hastalığın kendisi temel bir sorun olup, bağımsızlığın kaybolması, arkadaş ilişkilerinin bozulması, cinsel gelişimlerinin etkilenmesi, gelecekle ilgili planların bozulması olarak algılanır. Bunun yanı sıra, saç kaybı, kilo değişimleri, cilt renginde kararmalar gibi kemoterapinin yan etkileri, tedavi dolayısıyla geciken puberte, infertilite ile ilgili kaygılar bu dönemde görülen psikolojik problemlerin kaynağıdır<sup>(4,12,13)</sup>.

Genel olarak hemen her hastalıkta uyku, iştah bozuklukları görülür. Büyüklerden farklı olarak çocuk hareketlerinin sınırlandırmada da çok huzursuzluk duyarlar. Bu nedenle hastalanan çocukta sinirlilik, huy değişimi çok sık görülür. Uzun süreli hastalıklarda bütün bunlara ek olarak çeşitli psikolojik tepkilerde meydana gelir. Uzun süreli hastalıklar, pek çok çocukta endişe, korku, okul başarısında azalma, panik, suçluluk duyguları yaratır. Çocuklar çok çabuk suçluluk duyarlar ve hasta olmayı da çoğu kez "cezalandırma" gibi algırlar. Sonuçta, hissettikleri huzursuzluk, çaresizlik duyguları karşısında bazı bilinç dışı savunma mekanizmaları ile sıkıntıdan kaçıp kurtulmaya çalışırlar<sup>(2,4)</sup>.

Regresyon (geri dönme), çocuğun bilinçsizce başvurduğu bir savunma mekanizmasıdır. Hasta çocuk, kendisine önceki yıllarda rahatlık-doyum vermiş olan o eski bebeklik dönemlerinin özelliklerini yeniden gösterir. Bir diğer savunma mekanizması inkardır. Çocuklar hissettikleri çaresizlik, huzursuzluk duygularından kaçıp kurtulmak için farkında olmadan gerçeği inkara kalkışırlar<sup>(2)</sup>.

### **Hastalığın Evresine Göre Etkilenme:**

**İlk Tanının Konulması:** Çocukluk kanserlerinde tanıyı ilk duyan kişi çocuk değil, ailesidir. Anne ve babanın hastalığa vereceği tepki ve geliştireceği uyum;

- Hastanın psikososyal gelişim evresine,
- Hastalık öncesi aile içindeki spesifik tartışmalara,

- Ailenin sosyo-ekonomik durumuna,
- Aile içindeki ilişkilere,
- Problemlerin var olduğunda nasıl baş etme yöntemleri kullandığına,
- Ailenin hastalığı algılayışına ve
- Hastalığa karşı tutumlarının ne olduğuna bağlıdır<sup>(2,4)</sup>.

Anne ve babalar kanser tanısı karşısında çeşitli dönemlerden geçerler. Bu dönemler:

- > Şok
- > İnkâr
- > Suçluluk, Kızgınlık
- > Üzüntü, depresyon veya gelişme riski
- > Kabullenmedir<sup>(2,4,11-13)</sup>.

Ayrıca aileler, çocuklarını hastalıktan koruyamadıkları düşüncesine kapılabilirler. Ebeveynler tarafından tanı anlaşıldıktan sonra ortaya çıkan en önemli sorun, çocuğa ne söyleneceği ve ona nasıl davranılacağıdır<sup>(2)</sup>.

**Remisyon Dönemi:** Çocuğun hastalığı kontrol altına alındığında, ebeveynlerin anksiyetisinin azaldığı, ancak remisyon süresinin belirsizliği ve relaps korkusunun yaygın şekilde görüldüğü belirlenmiştir. Remisyon döneminde ailelerde, inkâr ve depresyon gibi belirtiler gözükabilir. Bu belirtilerin altında yatan neden, hastalığın nüks etmesine ilişkin korkulardır<sup>(2)</sup>.

**Relaps Dönemi:** Hasta ve ailesi, hastalığın nüks etmesiyle, ilk tanı konulduğunda hatta daha şiddetli tepkiler verebilirler. Hasta çocuk ise relapsı, çok büyük acı, ızdırap ve zulüm olarak algılayabilir ve kendini ihanete uğramış hissedebilir. Relaps sıklıkla güçsüzlük, bilinmezlik hissi şeklinde kendini gösterir. Bu dönemde çocukta oluşan her bir değişiklik, ailenin başatması gereken derin keder duygusunu da beraberinde getirir. Artık hastalığın ciddiyetini de inkâr etmek yeterli olmamakta ve çocuğun ölümüne ilişkin korku yeniden kendini göstermektedir<sup>(2,4)</sup>.

**Terminal Dönem:** Terminal dönemde aile ve çocuk azalan şansın farkındadır. Ölüm kavramının anlaşılması çocuğun bilişsel gelişim evresine bağlıdır. Ölümcül hastalığa duygusal tepkiler arasında, kaygı, geleceğin belirsizli-

ğinden korkma, çaresizlik, depresyon, öfke ve ölüm korkusu yer alır. Çocukların değişik yaşlarda ölümü algılama şekli aşağıdaki gibidir.

- > 0-2 yaş: Anlama yeteneğinde değildir, bağlı olduğu kişiden ayrıldığında ayrılık anksiyetesi yaşar.
- > 3-5 yaş: Ölümü geçici ve geri dönülür bir olay gibi algılar.
- > 6-10 yaş: Geri dönülmez, sona erme olarak görür, kendi ölümünü algılayamaz.
- > 11-13 yaş: Evrensel ve sona erme olarak görür, hastalığın biyolojik yönleri ve cenaze ayrıntılarının farkındadır.
- > 14-18 yaş: Soyut biçimde kavrar<sup>(2,14-17)</sup>.

### Sonuç

Hemşireler sıklıkla kanserli çocuklarla tanı, tedavi, relaps ve terminal dönemde karşılaşır. Bu dönemlerin her birinin çocuk için ayrı güçlükleri vardır. Kanser, bu nedenle üst düzeyde hemşirelik girişimlerine ihtiyaç duyulan bir alandır<sup>(2,5)</sup>.

Tanı konduktan sonra çocuğa ve ailesine hastalığın önemi, uygulanacak tedavi ve yan etkilerine ilişkin tutarlı bilgi verilmelidir. Hemşire, kanserli çocuğa hastalığa ilişkin korkuları ve endişeleri konusunda konuşma fırsatı vermelidir. Çocuklar tüm düşüncelerinde olduğu gibi hastalıklarına ilişkin düşüncelerini de yazarak ya da öyküler anlatarak sembolleme yolu ile ifade etme özelliğine sahiptirler. Çocukların sözel ve sözel olmayan yollarla kendilerini ifade edebilmelerinde resim çizme, öykü anlatma ve üç dilek testi gibi teknikler kullanılmaktadır. Hemşire, bu teknikleri kullanarak çocuğun hastalık ve tedaviye ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlayabilir Aynı zamanda ailenin hastalığa uyumunu sağlamak için, ebeveynlerin, kardeşlerin ve ailedeki diğer önemli kişilerin de desteklenmesi gerekmektedir<sup>(2)</sup>.

Çocuk ve ebeveyn ilişkisinin önemi nedeniyle hemşire, hastaya karşı sorumluluğunu sıklıkla ebeveynlerle işbirliği yaparak yerine getirmelidir. Destek, hasta ve ailelere doğal bir empatik yaklaşımla karakterizedir. Hemşire,

çocuğun hastalığının, aile üyeleri üzerindeki olası etkilerinin ve onların kanser tanısına ve tedavisine ilişkin duygusal tepkilerinin farkında olmalıdır. Hemşirenin hasta ve aileleri ile ilişkilerinde, kanserle yaşamının onlara getirdiği günlük streslere yardımcı olabilmek için ellerinde bir çok olanak vardır. Hemşire açık iletişimi sağlayarak aile üyelerini kanserle ilgili düşünce ve duygularını ifade etmeleri için desteklemelidir. Hemşirenin rolü, aileye ve çocuğa rehberlik ve destek sağlayarak onların endişelerini hafifletmeye çalışmaktır. Benzer sorunu olan diğer aileler, ebeveynlerin en önemli destek kaynaklarını oluşturur<sup>(2,11)</sup>.

Pediyatrik kanserlerin kronik özelliği nedeniyle hemşire, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve çocuğun topluma tekrar geri dönmesi sırasında gerekli bakımın ve desteğin sağlanmasından sorumludur. Tüm bu aşamalar sırasında hemşire, çocuğun ve ailesinin kanserle birlikte yaşamalarına ve yaşamlarının niteliğini fiziksel ve psikolojik yönden geliştirmelerine yardımcı olmalıdır<sup>(2)</sup>. Bu süreç şu basamakları ele almalıdır.

- ✓ *Çocuğun durumunu kabul etme*
- ✓ *Çocuğun durumunu günlük olarak değerlendirme*
- ✓ *Çocuğun normal gelişimsel gereksinimlerini karşılama*
- ✓ *Ailenin diğer üyelerinin gelişimsel gereksinimlerini karşılama*
- ✓ *Süregelen stres ve periyodik krizle başa çıkma*
- ✓ *Aile üyelerinin duygularını yönetmelerine yardımcı olma*
- ✓ *Diğer kişilerin çocuğun durumu konusunda eğitilmesi*
- ✓ *Destek sisteminin oluşturulması<sup>(4)</sup>*

Ancak kanser gibi kronik ve ölümcül bir hastalığın kompleksliği ile uzun süre baş etmek, tek bir hemşirenin kapasitesi yönünden oldukça zordur. Hastalara ve ailelerine kapsamlı bir bakım verebilmek için, ekipteki diğer kişilerin desteğine de gereksinim vardır. Diğer disiplinlerle yapılan işbirliği, çocuğun gereksinimlerine göre değişmekle birlikte burada liye-

zon-konsültasyon hemşireliğinin önemi ortaya çıkmaktadır<sup>(2,12)</sup>.

**Geliş Tarihi** : 08.06.2007

**Yayına kabul tarihi** : 15.10.2007

**Yazışma adresi** :

Yrd.Doç.Dr. Serap SEZGİN  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Samsun Sağlık Yüksekokulu  
SAMSUN

Tel. : 0362 231 77 21 / 108

e-posta: seraps@omu.edu.tr

## KAYNAKLAR

1. Özkan M. Kanser Hastalarında Psikolojik Tedavi. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Roche 1998-1999; 154-158.
2. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği. Ankara. Bizim Büro Basımevi Tesisleri. 1997; 239-316
3. Hersh S.P. Ledertsberg M. Psychosocial Support for the Family of the Child with Cancer. Principles and Practice of Pediatric Oncology. J.P. Lippincott Company. Philadelphia. 1993; 897-913.
4. Ağaoglu L. Nogay G. Kanserli çocuk ve adolesanlarda Psikososyal Yaklaşım. Ben Hasta Değilim. Nobel Tıp Kitabevleri. 1999.
5. Barclay V. (Çeviri Birol L. Platin N. Erdil F. İnanç N. Algier L. Abaan S.) (Editör Nurgün Platin) Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar. Uluslar Arası Kanser Savaş Birliği. Ankara 1987; 361-376.
6. Çavuşoğlu H. Depression in Children with Cancer. Journal of Pediatric Nursing. 2001; 16: 5: 380-384.
7. Toros F. Tot Ş. Kanser Kronik Hastalığı Olan Çocukların, Anne ve Babaların Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. XI: Anadolu Psikiyatri Günleri. Program ve Özet Kitabı. 2002.
8. Özgüven ve HD. Ünlüoğlu G. Kanser Hastaları ve Yakınlarında Psikiyatrik Morbidite. 3P Dergisi 1998; 6 (3); 196-206.
9. Norberg AL. Lindblad F. Boman KK. Coping Strategies in Parents of Children with Cancer. Social Science & Medicine. 2005; 965-967.
10. Last BF. Veldhuizen AMH. Information About Diagnosis and Prognosis Related to Anxiety and Depression in Children with Cancer Aged 8-16 Years. European Journal of Cancer: 1996; vol: 32A; 290-294.
11. Anuk D. Kanser, Kanserli Hasta Ailesi ve Tedavi Ekibi

- Etkileşimi. Konsültasyon-liyezon Psikiyatrisi Roche. 1999; 166–173
12. Ağaoğlu L. Anak S. Ayan İ. Kabudi R. Devecioğlu Ö. Ünüvar A. Karakaş Z. Neoplastik Hastalıklar. Ed (Neyzi o.Ertuğrul T.) Ankara. Nobel Tıp Kitapevi. 2002; 204–276.
13. Tüzün Ü. Çocuk Psikiyatrisinde Konsültasyon Liyezon. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. Nobel Tıp Kitapevleri. 2000; 181–192.
14. Conk Z. Çavuşoğlu H. Savaşer S. Yıldız S. Pek H. Algier L. Erdemir F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Vakfı Yayınları. 1997: 188–190.
15. Ekşi A. Çocukta Ölüm Algısı ve Terminal Dönemde Hasta Çocuk. Ben Hasta Değilim.Nobel Tıp Kitabevleri. 1999; 476–491.
16. [http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdg/supportivecare/depression/patient/#Section\\_1](http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdg/supportivecare/depression/patient/#Section_1). Consideration for Depression in Children (11.06.2003).
17. Özcan A. Konsültasyon Liyezon Hemşireliği Konsültasyon Liyezon Kitabı. Roche A.Ş. Yayınları. 1999; 96–108.