

KANSERDE PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Bil. Uz. Yazile YAZICI SAYIN

Prof. Dr. Nevin KANAN

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu

ÖZET

Dünyada kanser vakaları gittikçe artmaktadır. Yeni tanı konulmuş hastaların bir çoğu kalan yaşam sürelerini daha iyi geçirebilmeleri için yoğun ve ileri düzeyli tedavilerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Çok sayıda emosyonel ve sosyal zorluklarla karşılaşan kanserli bireylerin, tanıyı ilk öğrendiklerinde yaşadıkları şok nedeniyle kontrollerini kaybetmiş gibi hissettikleri ve kızgınlık, korku, ümitsizlik duyguları yaşadıkları belirtilmektedir. Bu nedenle psikososyal yaklaşımlar özellikle onkoloji popülasyonu için çok yararlıdır.

Bireylerin kanserle başetmelerinde fonksiyonel ve psikolojik durumlarını destekleyen psikososyal girişimler eğitim, davranış geliştirme, bireysel psikoterapi grup girişimlerinden oluşmaktadır. Kansere uyumda psikososyal girişimlerin yararı tartışılmaz olup, kanser bakımında hemşireler yaklaşımları ile hastanın iyilik durumunun daha üst düzeye çıkmasını sağlayabilirler.

Bu makalenin amacı kanserde psikososyal yaklaşımın önemini vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: Kansere uyum, Psikososyal yaklaşım

SUMMARY

Psychosocial Approaches in Cancer

Worldwide the number of cancer cases continues to increase. Newly diagnosed patients often face more advanced and aggressive therapy as medical advances attempt to provide better survival outcomes. People with cancer experience a range of emotional and social difficulties. They often report feelings like being in "a state of shock", "feeling out of control" or being angry, fearful or helpless. This reason with psychosocial approaches are particularly useful in the oncology population.

Psychosocial approaches improve the psychological and functional status of the individuals coping with cancer. Psychosocial interventions involved; education, behavioral training, individual psychotherapy group interventions. The uses of psychological interventions are briefly discussed, and approaches of nurses in cancer care can contribute to improvements in patient wellbeing are highlighted.

This article is presents important of psychosocial approaches in cancer.

Key Words: Adaptation to cancer , Psychosocial approach.

GİRİŞ

Kanser, fizyolojik boyutta meydana getirdiği anormal değişimlerin yanı sıra suçluluk, terk edilme ve panik durumları yaşattığı, kaygı uyandırdığı, ölümü çağrıştırdığı ve kişinin dengesinde krize neden olduğu için fiziksel, ruhsal ve psikososyal bileşikleri içeren bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Aydın 2002).

Kanser tanısı konulan birey ve yakınlarının hemen hemen hepsinin, tanıdan sonra, yoğun endişe verici duygu ve düşüncelerle karşı karşıya kaldığı, o ana kadarki alışkanlık ve gelecekle ilgili bir çok hedefi sorgulamaya başladıkları, günlük yaşamlarında korkunun ve diğer insanlara yönelik ilişkilerinde önyargının egemen olmaya başladığı belirtilmektedir (Edwards and Clarke 2004, Gale and Charette 1995). Bireyin yaşamını tümüyle etkisi altına aldığı belirtilen kanser, aynı zamanda aile bireylerinin de dengesini bozduğu ve aile içindeki ortak yaşamı özel sorunlarla karşı karşıya bıraktığı için birey ve ailesi için, yaşamın en önemli dönüm noktası olarak gösterilmektedir (Bell 1997, Heidelberg 2002).

Kanser hastalarının, ağrı, birilerine bağımlı olma, yalnız bırakılma, beden imgesinde meydana gelebilecek değişiklikler ve karmaşık tedavi protokolleri gibi durumlardan ve ölümden korktukları belirtilmektedir. Yaşanan korkuların içinde özellikle ölüm korkusunun üzerinde durulmakta ve kanserin ölüm ile eş anlamlı olarak kabul edildiği, insanların yaşamlarında başetmede en çok güçlük yaşadıkları olaylardan birisinin ölüm olduğu vurgulanmaktadır (Heidelberg 2002). Evrensel bir olgu olan ölüme verilen anlamların çağlar boyunca kültürlerle ve zamana göre değişiklik gösterdiği, geçmişte ölümün doğa olayı gibi doğal olarak kabul edilmiş olmasına karşın, bugün ölümün bir çeşit tabu olarak görüldüğü ve ölüm sözcüğü yerine “dinlenme”, “uzun uyku”, veya “gidiş” gibi sözcükler kullanılmasının insanların, ölümün ezici olumsuzluğu karşısında savunma/uyum arayışı içinde olduklarını gösterdiğine dikkat çekilmektedir. Ölümcül bir hastalıkla karşılaşan kişide gelişen tüm tepkilerin uyum sağlama ve başa çıkma amaçlı olduğu, her bir kaybın hasta ve ailede uyum tepkisini başlattığı belirtilmektedir (Cimete 2002).

Bireyin destek gereksiniminin önemli olduğu vurgulanan bu uyum aşamaları şok, inkar, öfke, pazarlık ve depresyon olarak sıralanmaktadır (Aydın 2002, Edwards and Clarke 2004, Gale and Charette 1995, NHMRC 2003).

Şok: Tanının ilk öğrenilmesiyle kendini gösteren şok aşamasında birey ve ailesi tanı karşısında ne diyeceklerini, nasıl davranacaklarını bilemeyecek kadar şaşkınlık içinde olabilirler. Bu nedenle tanının açıklanmasından çok daha

önce, hasta ve ailesine yardımcı destek kaynaklarına ulaşıldıktan sonra sağlık ekibinin hastalık hakkındaki bilgiyi, hastanın kabul edeceği şekilde, hasta gerçeği öğrenmeye hazır olduğunda açıklamasının ve umudu korumasının çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (Gale and Charette 1995, Vachon ,Kristjanson and Higginson 1995). Ayrıca sağlık ekibinin hasta ve ailesiyle konuşmaya istekli olması ve onları yalnız bırakmayacakları mesajını vermesi, sabırlı ve hoşgörülü olması, dürüst davranması, hastayı tanıması ve bilgilendirici açıklamalar yapması, hasta ve ailesi tarafından en çok gereksinim duyulan ve onlara kolaylıkla ulaşmayı sağlayan yaklaşımlar olarak belirtilmektedir (Şenler Çay 2001).

İnkâr: Ölümcül hastalık tanısını ilk öğrendiklerinde bireylerin, tanının doğru olmadığını duymak ümidiyle, başka hekimlere başvurma, tetkiklerin yeniden yapılmasını isteme gibi, inkar edici davranışlarda bulunmalarının gerçeğin kabullenilmesinde zamana gereksinim duyduklarının bir göstergesi olarak değerlendirilmekte ve tüm sağlık ekibi üyelerinin ve sosyal destek birimlerinin hastanın/ ailenin inkar dönemini yaşamasına saygı duymaları ve onları daha yakından tanımaya çalışmaları gerektiği belirtilmektedir (Lee 2003). Durumu sürekli reddetme gereksinimi duyan birey ve ailesinin, sağlık ekibi istediği için inkarı bırakmalarını beklemenin doğru bir yaklaşım olmadığı ancak inkar aşamasından, ailenin kanserli bireyden daha önce çıkarılması gerektiği vurgulanmaktadır. Çünkü ailenin ısrarla inkarı sürdürmesinin, kanserli bireyin, inkar döneminde kalmasına neden olabileceği, durumunun farkında olması halinde ise aile üyelerinin üzülmelerini engellemek için, onlarla birlikteyken hastalığı yokmuş gibi davranmaya iterek kendisini ifade etmesine engel olabileceği düşünülmektedir. İnkârın güçlü bir savunma mekanizması olduğu ve düzeyinin zaman içinde değişiklik gösterebildiği vurgulanarak, yaşamı tehdit eden gerçeğin kabullenilmesinin, benliği tehdit algısının azalması ve güçlü olduğunun farkedilmesiyle mümkün olacağına dikkat çekilmektedir (Cimete 2002, Lee 2003, Şenler Çay 2001).

Öfke: Gerçeğin kabul edilmeye başlanmasıyla ortaya çıktığı ileri sürülen öfke duygusunun, kanserli birey ve ailesine yardım açısından en çok güçlük yaşanan aşama olduğu belirtilmektedir. Bireyin öfkesini yansıtacağı bir odak noktaya gereksinim duyduğu ve bunun da genellikle aile üyeleri (bakım verici konumundaki özellikle ebeveyn, eş, kız çocuk), sağlık çalışanları (özellikle hemşireler), diğer sağlıklı insanlar ya da tanrı olabileceği belirtilmektedir (Edwards and Clarke 2004). Öfke tepkisinin çevredeki bireylere rastgele yansiyabilmesinin, bireyin çevresindeki çok önemli destek kaynaklarında geri

çekilmeye veya bireyde çeşitli nedenlerle suçluluğa yol açabileceğine dikkat çekilerek, sağlık çalışanlarının zaman zaman mantıksız ve gereksiz görülebilecek öfke tepkilerini kabullenmelerinin bireyi ve ailesini dinlemelerinin önemi üzerinde durulmaktadır. Ayrıca birey ve ailesinin kararlara katılımının sağlanmasının, değer duygusunun pekişmesinde etkili olacağı için öfke tepkisini azaltabileceği ifade edilmektedir (Edwards and Clarke 2004, Gale and Charette 1995).

Pazarlık: Sağlık çalışanlarının genellikle farkında olmadığı pazarlık aşamasının, özellikle tedavi sırasında pek çok hastada görüldüğü, kısa süre için de olsa hastaya yardımcı olduğu ifade edilmektedir. Bu aşamaya gelebilen bireylerin pazarlığı genellikle tanrı ile yaptıkları ve gizli tutmaya çalıştıkları, ilk zamanlar öfke davranışlarına yanıt vermeyen Tanrı'dan, daha sonra iyilik ve güzellikle, çeşitli vaadlerle, biraz daha zaman isteme çabasına giriştikleri belirtilmektedir (Cimete 2002). Bireylerin bu vaadlerinin geçmişteki ve/veya şimdiki zamana ait dile getirilemeyen bir suçlulukla ilgili olabileceğine işaret edilerek, sağlık çalışanlarının öfke tepkisindeki bu değişimin ve hastanın vaadlerinin farkında olmasının gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Çünkü geçmişte yapılan hatalı davranışlar, sağlık çalışanlarına ya da Tanrıya yöneltilen öfke, bu suçluluğun kaynağı olabilmektedir (Cimete 2002, Şenler Çay 2001).

Depresyon: Yoğun bir kayıp duygusunun egemen olduğu depresyon aşamasında, genellikle kanserli bireylerin ölüme yaklaştıklarında bunu hissettikleri ve artık ümitten söz etmedikleri belirtilmektedir (Cimete 2002). "Yaşamak için savaşmam anlamsız, sanırım artık her şey bitti, ne yapsam boşuna,..." gibi ifadelerle konuşmalarında yer vermelerinin bireyin yaşama ilişkin ümidinin kalmadığını işaret ettiği ve bireylerin bu davranışlarının ölümü sessizce/çaresizce kabullenmeye başladıkları şeklinde yorumlandığı görülmektedir. Bu döneme giren hastadaki depresyon tipinin çok iyi belirlenmesinin, major depresyon durumunda gerekli uzman yardımı alınabilmesi açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (Aydın 2002, Bottomley 1997, Edwards and Clarke 2004).

Depresyon aşamasında sağlık profesyonellerinin ümidini kaybetmiş birey ve yakınlarına gereksiz yere ümit aşlamaya çalışmadan onların ümitsizlik yansıtan ifadelerini dinlemesi gerektiği, ümit etmeye gereksinim duyulması durumunda ise gerçeğin farkında olan birey ve yakınlarını ümitsizliğe zorlamasının çok yıkıcı bir yaklaşım olacağı belirtilmektedir. Ölümcül hastalara yaklaşımda "bilgimiz dahilinde sizin için her şeyi yaptık, sizi rahatlatmak için de elimizden geleni yapmaya devam edeceğiz" mesajını vermenin hastaya son

ana kadar terkedilmeyeceği duygusunu yaşatacağı ifade edilmektedir (Bottomley 1997, Cimete 2002).

Kabullenme: Daha önceki evrelerinde yeterli yardım alan ve bu evreleri sağlıklı geçiren bireyin, kabullenme aşamasında, yaşamı uzatıcı tedavi yerine, dinlenmeyi ve huzur içinde ölmeyi arzuladığı, ölümü rahatlıkla konuşabildiği ve kalan zamanına yönelik planlamalarını yapabildiği, kendisine bağımlı bireyler için gerekli olanakları hazırlama çabasına girdiği ve bu döneme ulaşan aile üyelerinin de benzer davranışlar gösterdiği ve iletişimlerinde daha dürüst davrandıkları belirtilmektedir (Bottomley 1997, Carlson and Bultz 2003, Gale and Charette 1995).

Kanserin herhangi bir evresinde gözlenen tüm bu davranışların sıklığı ve yoğunluğunda birey ve yakınları ile ilgili aşağıdaki faktörler etkili olmaktadır;

- Geçmiş hastalık deneyimleri ve uyum yetileri, başetme stratejileri,
- Gelecekteki planlarının tehdit edilme derecesi,
- Hastalığa ilişkin sosyal ve kültürel tutumları, dini inanışları,
- Genel kişilik özellikleri,
- Aile içinde üstlenilen rol modelleri,
- Yaşam şekli ve sosyo-ekonomik durumları,
- Sosyal destek sistemleri ve bunlara ulaşılabilirlik düzeyleri,
- Hastalığın boyutu, semptomların varlığı (ağrı, kusma, ağız ülserasyonları...),
- Duygu ve düşüncelerini açıklama yetenekleri/ iletişim yetenekleri,
- Tanının konulduğu yaş ve gelişim düzeyi (Cimete 2002, Heidelberg 2002, Meyer and Mark 1995, Şenler Çay 2001).

Ölümle yaşam arasındaki sınırdaki sınırdaki olan, dramatik tedaviler uygulanan, gelecekle ilgili seçenekleri daralan bireylerin, yalnız hastalıklarına ilişkin girişimde bulunulmasının yeterli olamayacağı savunulan günümüzde, hastalık süresince hastanın konforuna katkı sağlayacak psikososyal planlamaların da dikkate alınarak, kanserli hastalara yönelik, düzenlemeler yapılmasının gerekliliğine işaret edilmektedir (Bottomley 1997, Haydaroglu ve ark. 2003, Vachon, Kristjanson and Higginson 1995).

Özellikle son 15-20 yılda, hastaların beklentilerinin, toplumun sağlık anlayışlarının, onkoloji ve psikiyatrideki kavramsal ve klinik gelişmelerin, kanserde multidisipliner anlayışa temelli psikososyal bakımın önemini ve potansiyel değerini ön plana çıkardığı vurgulanmaktadır. Son yıllarda gelişen psiko-onkoloji ve psikiyatrik onkoloji alanlarında yapılan çalışmalarda, kanserli bireylerde, yaklaşık % 20-50 gibi önemli bir oranda, psikososyal ve psikiyatrik sorun görüldüğü ve bunların hastalığın görünümünü, şiddetini, seyrini etkilediği ve hastaların tedaviye uyumlarını güçleştirerek yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği gösterilmiştir(Meyer and Mark 1995, NHMRC 2003). Psikiyatrik morbiditenin, özellikle onkoloji birimlerinde tedavi ve bakım alan bireylerde daha çok görülmesinin, onkolojideki multidisipliner yaklaşımların önemine ve gerekliliğine işaret ettiği, bireyi biyopsikososyal bir varlık olarak kabul eden bütüncü bir bakışın kaçınılmazlığını ortaya koyduğu ifade edilmektedir (Aydın 2002, Bottomley 1997). Akyolcu'nun (2001) yapmış olduğu çalışmada, kanserli bireylerde bir çok distres yaratan durumun olduğu ve bu bireylerin bakımında bütüncü yaklaşımın önemli olduğu belirtilmiştir.

WHO kanserde psikososyal yaklaşımı “kansere veya tedavi yöntemleri nedeniyle ortaya çıkan sorunları ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan girişimler dizisidir” şeklinde tanımlamaktadır (Carlson and Bultz 2003, Kömürcü 1999).

Fizyolojik tedavinin bir tamamlayıcısı olarak görülen psikososyal tedavinin amacının;

- Psikolojik morbiditeyi azaltmak ve düzeltmek,
- Uyumu sağlayarak yaşam kalitesini artırmak,
- Kaygı, depresyon ve diğer psikiyatrik semptomları düzeltmek,
- Tedaviye etkin katılımı sağlamak,
- Hastanın prognoz, tedavi hakkındaki duygu ve tepkilerini serbestçe ifade etmesini sağlamak,
- Hastanın ve ailesinin destek kaynaklarına göre, birlikte stratejiler belirlemek,
- İş yaşamı, ev işleri, çocuk bakımı gibi konularda düzenlemelere yardımcı olarak yaşama kolaylık sağlamak,
- Sosyal destek kaynaklarını işlevi ve bunlara nasıl ulaşılacağı konusunda bilgi vermek,

• Destek alınacak diğer sağlık profesyonelleriyle hastayı ve ailesini eğitmek,

• Hasta ile aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki iletişimi güçlendirmek olduğu belirtilmektedir (Aydın 2002, Haydaroğlu ve ark.2003, Lee 2003, Kömürcü 1999, Spiegel 1994, Vachon, Kristjanson and Higginson 1995).

Kanserli hasta sayısının giderek artmasıyla, kanserli hasta popülasyonu için, önemi anlaşılmaya başlayan psikososyal girişimlerin, hasta ve ailesine spirüel, fizyolojik, psikolojik ve finansal destek sağlayarak, kalan yaşamın planlanmasında, hasta ve ailesinin başatme yetenekleri konusunda eğitilmesinde ve kanserle ilgili çeşitli konularda danışmanlık hizmeti almasında, etkin olabileceği belirtilmektedir (Bell 1997, Carlson and Bultz 2003, Fawzy et al. 1995). Buradan da anlaşılacağı gibi, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinde önemli veri konumunda olan psikososyal girişimin, eğitim, davranış geliştirme, bireysel psikoterapi ve grup aktiviteleri gibi 4 temel yaklaşımı içerdiği görülmektedir (Lee 2003, Spiegel 1994, Vachon, Kristjanson and Higginson 1995).

Hastanın tedavi (tıbbi/cerrahi) ve bakımı kadar psikososyal bakımından da sorumlu olan klinisyenlerin, hastaya ve ailesine sağlanacak psikososyal desteğin kimlere ve günlük yaşamda hangi aktivitelere ne oranda katkı sağlayacağını belirlemelerinin, farklılaşan gereksinimler karşısında daha doğru kaynaklardan yardım alınmasını sağlayacağı belirtilmektedir (Bell 1997, Fawzy et al.1995, NHMRC 2003). NHMRC (2003) tarafından, kanserli bireyler üzerinde, yapılan çalışmada, kadınların psikososyal destek gereksinimlerinin erkeklerden farklı olduğu ve psikososyal destek kaynağı isteklerinin ve yararlanma durumlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Her ne kadar psikososyal girişim etkinliklerinin önemi vurgulanmakta ise de, ne yazık ki tüm dünyada yararının, hem hasta ve ailesi hem de sağlık personeli tarafından, tam olarak bilinmediğine dikkat çekilmektedir (Haydaroğlu ve ark.2003, Lee 2003). Cwikel ve Behar (1999) yaptıkları çalışmalarında, Birleşik Devletlerde psikososyal onkoloji hizmetlerinden yararlanan kanserli hasta sayısının sadece %15-25 olduğunu göstermişlerdir.

Kanserli hastalara çok yönlü özel bir yaklaşım gerektiğinin bilinmesine karşın sağlık ekibinin tutumundan dolayı psikososyal yaklaşım çabalarının yetersiz olduğu belirtilmektedir (Carlson and Bultz 2003, Haydaroğlu 2003, NHMRC 2003).

Ülkemizde psikososyal onkoloji grubu bu konuyla ilgili sorunları 3 başlık altında toplamıştır.

1. *Hasta ile ilgili olanlar*: kanser gerçeğinin kabul edilememesi nedeniyle karşılaşılan uyum sorunları, başedememe, kontrol kaybı.

2. *Onkologlar ve kanserli hastalar arasındaki ilişkiler*: onkoloji ile ilgilenen hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının psikososyal onkoloji konusunda yeterli bilgiye sahip olmayışlarının ve/veya onkoloji hastaları ile çalışmanın tıbbi personelde kendilerinin ölüm, hastalık ve çaresizlik duygularını alevlendirmesiyle ortaya çıkan depresif duyguların neden olduğu psikososyal yaklaşım hataları.

3. *Psikiyatrisler ve onkologlar arasındaki ilişkiler*: hastaların psikososyal onkolojiye yönlendirilmesindeki eksiklikler, bu birimlerin olmayışı ya da onkoloji ve psikiyatri klinikleri arasındaki kopukluk, bazı onkologların ve psikiyatrislerin bu konuya yeterli duyarlılık göstermemesi (Haydaroğlu ve ark.2003).

Hastaya/aileye yeterli psikososyal destek sağlamak için;

- Onkoloji merkezlerinde sosyal danışmanların bulunması,
- Onkoloji ile ilgilenen hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının psikososyal onkoloji konusunda bilinçlendirilmesi,
- Onkoloji ekibinin stres faktörlerini azaltmak için, çalışma sonrasında zaman zaman moral verici etkinliklere katılmalarının sağlanması (çalışma alanında uygun dinlenme odaları, molalar ve grup terapileri ile destek verilmesi gibi),
- Birey ve ailesinin gereksinim duyduğu sosyal hizmet alanlarının belirlenmesi,
- Tanı ve tedavileri konusunda bilinçlendirilirken hastalara net ve anlayabilecekleri bilgilerin verilmesi, psikososyal destek birimlerinin nerelerde olduğu (rehabilitasyon kliniklerinde, kanser danışma merkezlerinde, sosyal yardımlaşma kurumlarında., evlilik ve aile danışma birimleri...) konusunda kanserli birey ve ailesinin bilgilendirilmesi, gerekirse bu birimlerle beraber tanışma görüşmelerinin sağlanması,
- Hizmet vermekte olan psikososyal destek birimlerinden beklentinin ve memnuniyetin belirlenerek gerekli düzenlemelerin yapılması önerilmektedir (Haydaroğlu ve ark. 2003, Kömürcü 1999, Lee 2003).

Sonuç olarak psikososyal girişimlerin kanserli birey ve yakınlarının günlük yaşamlarında, farklılaşan gereksinimlerin karşılanmasında, önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Alman Kanser Araştırma Merkezi Heidelberg (2002), Kanser hastalığının üstesinden gelebilmek, www.krebsinformation.ed/body_ka_darmkrebsturkisch.html/6.3.2002.
- Akyolcu N (2001). Kanserli hastaların yaşadıkları distresin hastalar ve hemşireler tarafından algılanması, *İ.Ü FNHYO Hemşirelik Dergisi*, 12(42):2-7.
- Aydın H. (2002). Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser, www.lokman.cu.edu.tr/psychiatry/2002/6.3.2002
- Bell K (1997). Importance of psychosocial support for cancer patients recognized; new partnership will share resources and information, National Cancer Institute, www.nih.gov/news/pr/apr97/nci-22.htm/6.3.2002
- Bottomley A (1997), Psychosocial problems in cancer care: a brief review of common problems, *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 4(5): 323-31.
- Carlson LE, Bultz B (2003). Benefits of psychosocial oncology care : improved quality of life and medical cost offset, *Health And Quality of Life Outcomes* 1(1):8.
- Cimete G(2002).Yaşam Sonu Bakım Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi, 25-41/137-139.
- Cwikel JG, Behar LC (1999). Organizing social work services with adult cancer patients, Social Edwards B, Clarke V (2004), The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psychooncology*, 13 (8): 562-76.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnau RO (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care, *Arch Gen Psychiatry*, 52(2): 100-13
- Gale D, Charette J (1995). Diagnosis of cancer, *Oncology Nursing Care Plans*, Skidmore-Roth Publishing, Texas,pp:3-19.
- Haydaroğlu A, Aran M, Elbi H, Özyaydemir G (2003). Psikososyal onkoloji, www.kanser.kongresi.org/11.2.2003
- Kömürcü Ş (1999). Kanserde destek tedavisi, www.gata.edu.tr.dabilibilimler/onkoloji/6.3.2002
- Lee CO (2003), Expanded psychosocial interventions in cancer care: An introduction to diversional therapy, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(6): 682-683, www.ons.org/CJON/2003/11.2.2003
- Meyer TJ, Mark MM (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer: A metaanalysis, *Health Psychology*, 14(2): 101-108, www.bmj.bmjournals.com/cgp/content/6.3.2002
- NHMRC (2003). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer, www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/cp90.pdf/11.2.2003.
- Spiegel D. (1994). Health caring psychosocial support to patients with cancer, *Cancer* 94, 74(1):1453-57.

Şenler Çay F(2001). Akciğer kanserinde psikososyal sorunlar ve tedavisi, Solunum 3,özel sayı 2: 223-225

Vachon ML, Kristjanson L, Higginson I (1995); Psychosocial issues in palliative care: the patients, the family, and the process and outcomes of care. *J Pain Symptom Manage* 10 (2): 142-50.