

KANSER HASTALARINA PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Aynur BAHAR

Kabul Tarihi:19.01.2006

ÖZET

Kanser tanısı, hastalar için stres verici bir olaydır. Kanser hastalarının tedavisinde bireylerin yaşadıkları duygusal ve sosyal sorunların aşılabilmesi için psikolojik destek sağlanması büyük önem taşımaktadır. Bireylere tanı konulduğunda, tedavi sürecinde ve gereksinimlerinin karşılanmasında tedavi ekibi içinde yer alan hemşireler, hastaların tedaviye uyumlarının artırılmasında, hasta ve ailesine yardım sürecinde psikososyal yaklaşımları kullanmalıdırlar.

Anahtar kelimeler: Kanser hastaları, psikososyal yaklaşım, hemşirelik, psiko-onkoloji

ABSTRACT

Psychosocial Approach to Cancer

Patients

Cancer diagnosis is a stress cause for the patients. Psychologic support is essential for the cancer patients while dealing with the social and emotional problems they live during their treatment. When the diagnosis is made, nurse of the treatment team should use the psychosocial approaches in helping patient and his/her family to make them cooperate with the treatment.

Keywords: Cancer patient, psychosocial approach, nursing, psychooncology

Kanser süregen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanısıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur (Ateşçi ve ark. 2003). Kanser hastalığı psikolojik güçlük ve bozukluklara yol açma potansiyeli en yüksek olan hastalık gruplarından (Özkan 1999). Ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kargaşa, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır (Özkan 1999, Kelleci 2005). Kanser tanısı, tedavi yöntemleri ve bunların anlamı, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik duyguları yaratmakta (Özkan 1999), hastanın kanser hakkındaki bilgisi ve kansere verdiği anlama dayalı olarak yoğun bir huzursuzluk ve keder yaşanmasına sebep olmaktadır. Yaşam tarzı değişikliği, rol değişikliği, ekonomik güçlükler, hastaya yönelik bakımın artması, geleceğe yönelik belirsizlik ve korku ile karşı karşıya kalan hasta ve

ailesinde oluşacak kaygı, depresyon için potansiyel kaynakları oluşturmaktadırlar (Turan 1992). Bilindiği gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmak bireylerin uyumunu olumsuz etkileyen bir faktör olarak psikolojik zorlanma yaratmaktadır. Çünkü kanser günümüzde halen umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, korku ve ölümler eşitlenmektedir (Babaoğlu ve Öz 2003). Elizabeth Kübler Ross kanserde psikolojik süreçleri; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sıralamıştır (Kübler Ross 1975, Özmen 2002). İnkâr, katlanılması güç olan durumlara karşı geliştirilen bir savunmadır ve bu dönemde hastaya zaman tanınması, tedavi süreciyle ilgili bilgilendirmenin yapılması ve sosyal desteklerin artırılması önemlidir. Öfke aşamasında hasta "neden ben" sorusuna cevap arar. Bu aşamada hastanın duygu ve düşüncelerinin ifade edilmesinin sağlanması, hastayı rahatlatan bir girişimdir. Terminal

dönemde ele alınmayan öfke, bireyi depresyona yaklaştıran bir etkidir (Terakye 1995). Pazarlık aşamasında ise bireyin baş etme yöntemlerinin bilinmesi ve yeni baş etmelerin geliştirilmesi gerekir. Depresyon aşamasında ise, hasta önce geçmişin yasını tutar ve yavaş yavaş depresyonu hazırlayan hüznün dönemine girer. Bireyin kayıplarının yasını tutmasına izin verilirse ve aile desteği sağlanırsa birey kabullenme evresine geçebilir. Görüldüğü gibi psikolojik girişimler kanser hastalarının tedavi sürecinde temel oluşturmaktadır.

Bu yazının amacı, kanser tanısı alan bireylerde psikiyatrik hastalık yaygınlığını inceleyerek, hastaların psikolojik gereksinimlerinin saptanmasında ve yardım edici yaklaşımda hemşirenin sorumluluklarını açıklamaktır.

Psikiyatrik Morbidite

Kanserli hastalarda normal popülasyona göre çok daha yüksek oranlarda psikiyatrik morbiditenin görüldüğü, psikiyatrik hastalıkların bireyi olumsuz yönde etkilediği, tedaviye uyumu zorlaştırdığı, hastalığın seyrini ve yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir (Tavil 1996, Turan 1992). Tavil'in bildirdiğine göre, Derogatis ve arkadaşları kanserli hastalarda yaygın olarak görülen psikiyatrik bozuklukları; uyum bozukluğu, majör depresyon, organik beyin sendromu, anksiyete bozukluğu ve kişilik bozukluğu olarak sıralamışlardır (Tavil 1996). Kanserli hastalarda psikiyatrik bozukluklar %29-60 arasında değişebilen oranlarda bildirilmektedir (Tavil 1996, Özgüven 1996, Turan 1992, Minagawa et al. 1996, Ateşçi ve ark. 2003, Razavi et al. 1990).

Özellikle depresyon varlığı tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta, hastalığın gidişini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Ateşçi ve ark. 2003). Kanser tanısına genel olarak

uyum dönemleri ile yanıt verildiği, zamanla bedensel sağlığın yitimine duyulan üzüntü ve ölüme ilişkin kaygı gibi nedenlerle klinik düzeyde depresyon gelişebileceği bildirilmiştir (Angelino and Treisman 2001, Elbi 1994).

Kansere uyum güçlüğü ve çaresizlik algısı depresyon gelişiminde en önemli unsurlardır (Özkan 1999). Ateşçi ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk oranını %28.7 olarak bildirilmiştir. Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu ve majör depresyon tanıları en sık saptanan iki tanı grubu olmuştur (Ateşçi ve ark. 2003). Minagawa ve arkadaşları (1996) bu oranı %53 olarak saptamışlardır. Turan (1992), kanser tanısı alan hastaların %30-40'ında psikiyatrik ve psikososyal morbidite ortaya çıktığını belirtmektedir. Aynı çalışmada hastaların %23'ünde depresyon, %20'sinde anksiyete ve %26'sında uyum güçlüğü saptandığı belirtilmektedir. Özgüven'in (1996) kanser hastaları ile onların 1. derece yakınlarında psikiyatrik morbiditenin yaygınlığının ve morbiditede etkili olabilecek faktörlerin saptanması amacıyla yaptığı çalışmada kanserli hastaların %60'ı DSM-IV ölçütlerine göre eksen I tanısı almıştır. Bu tanıların büyük bölümü uyum bozukluğu (%47.5) ve majör depresyon (%10) dur. Tavil'in (1996) çalışmasında, %21.4 oranında uyum bozukluğu bildirilmiştir. Razavi ve arkadaşlarının (1990) çalışmasında ise uyum bozukluğu oranı %51.6'dır. Alexander ve arkadaşları (1993) bu oranı %48 olarak bildirmişlerdir. Özgüven'in (1996) bildirdiğine göre, Derogatis ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada uyum bozukluğu oranı % 68, majör depresyon oranı %13, organik beyin sendromu oranı %8, kişilik bozukluğu oranı %7 ve anksiyete bozukluğu oranı %4 olarak bildirilmiştir. Tavil (1996) çalışmasında %19 oranında

yaygın anksiyete bozukluğu tespit etmiştir. Saku ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında, kanser hastalarında organik beyin sendromu bulguları, genel popülasyona göre oldukça yüksek bulunmuştur. Minagawa ve arkadaşları (1996), çalışmalarında %42 oranında deliryum-demans tanıları saptadıklarını bildirmişlerdir. Ateşçi ve arkadaşları (2003), özellikle terminal dönem kanser hastalarında organik mental bozukluk sıklığının yüksek bulunduğunu belirtmektedir. Kanserli hastalardaki organik mental bozukluklar içinde en yaygın olanı deliryumdur. Merkezi sinir sistemini tutan kanserlerde ise demans gelişme ihtimali yüksektir (Özgüven 1996). Kanserli vakalarda görülen yüksek psikiyatrik morbiditeye rağmen, bu vakaların hiçbirine psikiyatrik konsültasyon istenmediği de bildirilmektedir (Tavil 1996). Bundan yola çıkarak kanserli hastaların kanserlerinin tedavi edilmelerinin ve hayat sürelerinin uzatılmasının yeterli olmadığı, yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için onkoloji-psikiyatri arasındaki ilişkinin yakınlaştırılması gerektiği ortaya çıkmaktadır (Tavil 1996).

Psikososyal Destek ve Hasta Hemşire İlişkisi

Kanser hastalarının tedaviye uyumları, yaşam kalitelerinin artırılması ve prognozlarının iyi olması için psikososyal destek kaçınılmazdır (Ateşçi ve ark. 2003, Özmen 2002). Kanserde psikolojik tedavi, tedavinin bütünleyici ve ayrılmaz bir bölümü olup, hastalığın fiziksel tedavisini tamamlayıcıdır. Psikolojik tedavi girişimleri, danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yollarla başatma davranışını geliştirmek için uygulanan sistematik çabalardır. Kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek; psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak; hasta, aile ve

sosyal etkileşim alanları arasındaki ilişkiyi güçlendirmek bu çabalardandır (Özkan 1999). Montgomery ve arkadaşları (1999) iyi bir bilgilendirmeyle hastaların psikolojik sorunlara daha az maruz kaldığını ve tedaviye daha iyi uyum yapabildiklerini saptamışlardır. Bu doğrultuda kanser hastalarıyla çalışan hemşirelerin hastanın stresle başatmasına, duygu ve düşüncelerini ifade etmesine olanak sağlayacak yardım edici ilişki kurmasının ve hastayı bilgilendirmesinin önemi açığa çıkmaktadır. Tedavinin amaç olmadığı terminal dönemde kanser hastalarına bakım veren hemşireler müdahalelerini, hasta ve eşlerinin gereksinimlerinin ve sorunlarının farkında olarak ve bütüncül bakış açısıyla planlamalıdır (Babaoğlu ve Öz 2003).

Kanser hastaları ile çalışan hemşireler onlara ve ailelerine yardım etmek için kendilerini geliştirmeli, hastaya ve duruma özel yaklaşımları kullanmalıdırlar. Bireylerin geçmiş deneyimleri, destek kaynakları tartışılmalı, olumsuz düşünceleri ortaya çıkarılmalı ve genel problem çözme yöntemleri anlatılmalıdır. Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara yardım etmektir (Kelleci 2005, Elbi Mete 2004). Aktif dinleme, bilgi verme ve problem çözüme yardımcı olma hemşirenin destekleyici rolünün içinde yer alır. Hemşireler hasta için hastalığın ne anlama geldiğini dinleyerek, gerekirse danışmanlık için sevk ederek destek olabilirler. Hemşireliğin destekleyici rolünün temel hedefi, hasta ve ailesine sıkıntı veren duyguları anlamalarında yardımcı olmaktır. Araştırmalar kanseri yaşayan ailelerdeki rol değişikliğinin, hastalık konusunda açık bir iletişim kuran ailelerde daha iyi çözümlendiğini göstermektedir (Barg and Heard 1998). Birlikteliğe daha fazla gereksinim

duyulduğundan, aileler birbirinden uzaklaşmak yerine birbiriyle iletişime cesaretlendirilmelidir. Hemşireler hasta ve aile arasında açık bir iletişimin kurulmasında rol modeli olabilirler ve aile toplantıları gereksinim ve sorunların ele alınmasında önemli bir fırsat olabilir. Kanserin ortaya çıkması birçok hastada kendi yaşamları üzerinde kontrollerini kaybetme duygusu yaşamalarına neden olur. Bu kontrolün yeniden sağlanması ya da birisinin, çevresine hakim olduğu duygusu vermesi, hastaya başetme gücü verebilir (Barg and Heard 1998). Kanseri hastaların bağımsızlıklarını geliştirmek için diğer disiplinlerle işbirliği yapmak, eğitime ve gönüllü kuruluşlara yönlendirmek de önemlidir (Ferszt and Barg 1998).

Umut, kanser tanısı alan bireylerin bakımında ve baş etme güçlerinin geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir. Umut, kanser hastalarının tedaviye devam etmelerini ve kendilerini iyi hissetmelerini sağlayan önemli bir kaynaktır (Kelleci 2005). Kübler Ross (1975), kanser hastalarının terminal dönem aşamalarına katlanabilmelerini sağlayan gücün umut olduğunu belirtmiştir. Fadiloğlu (1996) çalışmasında, Martens ve Davies'in yaptıkları tanımlayıcı çalışmada hasta ve ailelerinde umut etmenin ilk sırada kullanılan başa çıkma yöntemi olduğunu belirtmiştir. Kelleci'nin (2005) bildirdiğine göre Owen, onkoloji hemşirelerinin kanser hastaları ile ilgili görüşlerini incelemiş, hemşirelerin kendileri için amaç belirleyen hastaların diğerlerine göre daha fazla umutlu olduklarını belirttiklerini saptamıştır. Umudun sağlanmasına yönelik hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara yardım etmektir. Umudu sürdürmek ve umutsuzluktan kaçınmada hasta bireye yardım etmek hemşirenin görevidir (Kelleci 2005). Umudun sürdürülmesine yönelik

hemşirelik uygulamalarından ilki amaçların belirlenmesine yardımcıdır. Amaçlarının olması kanser hastalarının umutlarının sürmesine yardım eder. Ayrıca bireyin geleceğe oryante olmasını ve bireyin etkin olmasını sağlar. Umudun sağlanması ve sürdürülmesinde gerçekçi amaçlar geliştirmenin yanısıra, hastalara umudun niçin ve nasıl önemli olduğunun ifade edilmesinin sağlanması ve umut kaynaklarını tanımasına yardım edilmelidir. Hastaların sevildiği, ilgilenildiği ve sağlığının bozulmasına bakılmaksızın başkalarının yaşamında önemli olduğunu fark etmesinin sağlanması gereklidir. Hastalar pozitif deneyimlere sahip olan başka kişilerle endişelerini paylaşması yönünde cesaretlendirilmelidir (Carpenito 1999). Umudun geliştirilmesinde bilgi de önemlidir. Bilgi bireyin kendisini güvende hissetmesini ve gerçekle ilişki kurmasını sağlar. Bu durum hastanın umut düzeyini etkiler (Kelleci 2005).

Kanser hastaya çok fazla çaresizlik hissettirir, davranışçı yaklaşımlar ise tedaviye aktif katılım ve kontrol duygusunu artırır. Gevşeme eğitimi, doğru analjezik kullanımı, ve bilişsel başetme gibi yöntemlerle olumlu sonuçlar bildirilmiştir (Elbi Mete 2004). Davranışsal yaklaşımlar ağrı ve endişelerin azaltılmasında yararlı bulunmuşlardır (Elbi Mete ve Önen 2001). Kanserin birey için anlamı onun baş etme biçimini etkiler. Başkalarını anlamak, benzer soruları, korkuları dinlemek ve ifade etmek kişinin yalnız olmadığı duygusunu yaşamasını sağlar. Bunun yanında grup süreci bireye destek verir, kişisel gelişimini sağlar. Kanser hastaları için genellikle grup terapisi, hasta eğitimi, baş etme eğitimi gibi yöntemler kullanılabilir (Kelleci 2005). Fadiloğlu'nun (1996) çalışmasında hastalara ve ailelerine yapılacak grup tedavisi yolu ile aynı problemi olan bireylerin kullandığı başa çıkma yöntemleri paylaşıldığında bireyin yanlış

davranışlarını değiştirmede etkili olacağı bildirilmiştir. Hemşirelerin hastalardaki psikiyatrik sorunları en kısa zamanda fark etmeleri ve hastaların endişeleriyle baş etmelerini kolaylaştırabilmeleri için düzenli klinik içi eğitim gerekmektedir.

Kanser hastalarına düzenli psikososyal destek verilmesinin hastaların prognozlarını olumlu etkilediğine, yaşam kaliteleri üzerinde olumlu katkısı olduğuna ve yaşadıkları duygusal sıkıntıları azalttığına dair çalışmalar mevcuttur (Özgüven 1996). Duygusal iletişim ve gelecekle ilgili birçok alanda paylaşımın ifadesi olan sosyal desteklerin olmaması, kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar için önemli bir risk etmeni kabul edilmektedir (Ateşçi ve ark. 2003). Nordin ve arkadaşları (2001) kanser hastalarında duygusal ve maddi yetersizliğin anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir. Ateşçi ve arkadaşları (2003) çalışmasında, hastaların duygusal destek kaynağı olan eş veya çocuklarının kendilerini yeterince anlamadıklarını, tedavi aşamasında yardımcı olmadıklarını ve yalnız bırakıldıklarını ifade ettiklerini bildirmiştir. Bu nedenledir ki hasta yakınlarıyla hastaları anlamaya yönelik yapılacak çalışmaların stresin ve ilişkili psikiyatrik sorunların azaltılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Bir çalışmada hastaların anlaşılama, aile üyelerinden yeterli destek alamama ve iletişimde zorluk yaşama ile ilgili duygusal ve sosyal sorunlarının olduğu ortaya çıkmıştır (Smeenk et al. 1998). Hollanda ve Almanya'da kanser hastalarını ve aile üyelerini desteklemek amacıyla onkoloji kliniklerinde bakım programları düzenlenmiş, hasta ve bakım verenler desteklenmiştir. Bu program sonrasında yapılan değerlendirmelerde hasta ve bakım verende duygusal ve sosyal sorunların dağılım ve şiddetinde bir düşüş gözlemlendiği belirtilmiştir (Babaoğlu

ve Öz 2003). Süreçlerin daha sağlıklı geçirilmesinin sağlanabilmesi için hasta ailesinin de teşhis ve tedavi sürecine katılması kanser hastalığı için temeldir. Atlı ve Özkan'ın (1999) yaptıkları çalışmada kanserle mücadele sürecinde aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyini düşük bulmuşlardır. Bu süreçte kanserli hasta ve aileleri için eğitim programları düzenlenmeli, tedavi ve sonuçları hakkında bilgi verilmeli, hasta ve ailesine emosyonel destek sağlanmalıdır (Solak ve Başer 2003, Aştı 2003).

Kansere yakalanmış olmaya verilen duygusal tepkiler normal sınırlardan uzaklaşarak patolojik hale geldiğinde, hastanın yaşam kalitesini düşürmekte, hastalıkla mücadelesinde onu güçsüz bırakmakta ve tedavi ile ilgili doğru kararlar almasını engelleyerek tedaviye uyumunu bozmaktadır. Bu nedenle kanser ve ölümcül bir hastalığın varlığının hastalarda ve ailelerde yarattığı duygusal yanıtlar, onkoloji ve psikiyatri hekimlerini yakından ilgilendirmektedir (Özgüven 1996). Kanser hastalarında psikiyatrik hastalıkların bireyi olumsuz yönde etkilediği, hastalığın seyrini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozduğu göz önüne alınırsa, erken tanı ve tedavi amacıyla onkoloji kliniklerinde kullanılacak bazı tarama testlerinin önemi artmaktadır (Ateşçi ve ark. 2003, Özgüven 1996).

Sonuç

Kanser hastalarının tedaviye uyumlarının sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılmasında psikososyal destek önemlidir (Elbi Mete 2004). Tüm hastalarla bir psikiyatrin görüşmesinin olanaksızlığı dikkate alındığında, konsültasyon liyezon psikiyatrisi ekibinde yer alan hekim ve hemşirelerin, kanser hastaları ile çalışan tedavi ekibine eğitim vermesi, destek grupları oluşturulması ve eğitim hizmetlerinin belli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir. Tedavi ekibinin de hasta

ve ailesine psikososyal destek sağlama yönündeki bu bilgileri kullanmaları sağlanmalıdır.

Hastaların fiziksel bakımı ile psikolojik bakımı arasında bir bağ olarak hizmet veren konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleri; hastaların tedavi, bakım ve rehabilitasyonunda etkin rol almalıdırlar. Stresle başetme, terapötik iletişim gibi alanlarda eğitim, danışmanlık hizmetleri ve psikoterapötik yaklaşımlar gibi konularda konsültasyon liyezon hemşiresinin de görüşü alınmalıdır.

Duygusal tepkilerde yaşanan olumsuz durumlar tedavi sürecini de olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle onkoloji- psikiyatri işbirliğinin sağlanması kaçınılmazdır. Ayrıca onkoloji kliniklerinde bakım programlarının düzenlenmesinin hasta ve hastaya bakım veren bireylerin desteklenmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sosyal desteklerin kullanılmasının, duygusal iletişimin ve paylaşımın sağlanmasının psikiyatrik

problemleri azaltacağı göz önünde bulundurulursa aile eğitimleri ve grup çalışmalarının aktif hale getirilmesi, hastanın tedaviye uyumunun sağlanmasında etkili olacaktır.

Bu alanda çalışan hemşireler, kanser hastaları ve yakınları ile görüşme teknikleri, onların duygularını ifade edebilmelerini sağlama ve duygularını paylaşma, onlara destek verebilme, psikiyatrik bozuklukları tanıyabilme konularında eğitilebilirler. Gün geçtikçe artan ve yeni tedavi yöntemleri ile yaşam süreleri uzayan kanser hastaları ile çalışan hemşireler, hasta ve ailesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında kendilerini geliştirmeli, terapötik yaklaşımı kullanarak hastanın umutsuzluk, değersizlik, suçluluk duygularını kontrol altına almasına yardım etmeli, düşüncelerin ifade edilmesini, sosyal ilişkilerin ve yakın çevre desteğinin artırılmasını sağlamalıdırlar.

KAYNAKLAR

- Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS** (1993). Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncologica* 32(6): 623-626.
- Angelino AF, Treisman GJ** (2001). Majör depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer* 9: 344-349.
- Aştı T** (2003). Kanserli hastanın evde bakımında temel ilke ve uygulamalar. *Hemşirelik Forumu* 6(2):48-61.
- Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B ve ark.** (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 14(2): 145-152.
- Atlı H, Özkan S** (1999). Sosyal Çalışma Açısından Kanserlinin Aile İçinde Yaratdığı Sorunların Belirlenmesi ve Sosyal Desteğin Gerçekleşmesinde Etkili Unsurlar, *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı* 1998-1999. İstanbul. s:159-165

- Babaoğlu E, Öz F** (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 5(2): 24-33.
- Barg F, Heard L** (1998). Rehabilitasyon. *Hemşireler için Kanser El Kitabı*. Çev. Editörü: Nurgün Platin, İkinci Baskı, Amerikan Kanser Birliği, Ankara, s:186-193
- Carpenito LJ** (1999). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çev: Firdevs Erdemir, 7. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:349-354.
- Elbi H** (1994). Kanserli Hastada Depresyon, *Depresyon*, Editör: M. Bekaroğlu, Trabzon, s: 217-223.
- Elbi Mete H, Önen Ö** (2001). Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi* 4:184-191.
- Elbi Mete H** (2004). *Kanserde Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon*. Dahiliye ve Psikiyatri VI, I. Basım. Okuyanıs Yayın. İstanbul.
- Fadıloğlu Ç** (1996). Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin hastalıkla başa çıkma

- davranışlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1): 21-34.
- Ferszt G, Barg FK** (1998)., Psikososyal Destek. Hemşireler için Kanser El Kitabı. Çev. Editörü: Nurgün Platin, İkinci Baskı, Amerikan Kanser Birliği. Ankara, s:186-193
- Kelleci M** (2005). Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 6: 41-47
- Kübler-Ross E** (1975). Sorular ve cevaplarla Yaşamın Son Günleri. Çev. Editörü: Gülşen Terakye. II. Basım. Aydoğdu Ofset. Ankara
- Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S et al.** (1996). Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. Cancer 78: 1131-137.
- Montgomery C, Lydon A, Lloyd K** (1999). Psychological distress among cancer patients and informed consent. Journal of Psychosomatic Research 46: 241-245.
- Nordin K, Berglung G, Glimelius B et al.** (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients:a clinical model. European Journal of Cancer 37:376-384.
- Özguven Devrimci H** (1996). İbni Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde Yatarak Tedavi Gören Kanser Hastaları ve Yakınlarında Psikiyatrik Morbidite, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Özkan S** (1999). Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı 1998-1999. İstanbul. s:140-153
- Özkan M** (1999). Kanser Hastalarında Psikolojik Tedavi. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı 1998-1999. İstanbul. s:154-158
- Özmen M** (2002). Gastrointestinal sistem kanserlerinde psikososyal sorunlar. Aktüel Tıp Dergisi, Gastroenteroloji ve Hepatoloji Özel Sayısı 7(4):7-11
- Razavi D, Delvaux N, Farvacques C et al.** (1990). Screening for adjustment disorders and majör depressive disorders in cancer in patients. British Journal of Psychiatry 156: 79-83.
- Saku M** (1995). Mortality in psychiatric patients, with a specific focus on cancer mortality associated with schiophrenia. International Journal Epidemiology 24(2): 366-372.
- Smeenk F, Witte LP, Haastregt JCM et al.** (1998). Transmural care of terminal cancer patients: effects on the quality of life of direct caregivers. Nursing Research 47(3): 129-136.
- Solak M, Başer G** (2003). Meme ve meme dışı kanserli kadın hastaların umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi. Hemşirelik Forumu 6(6):38-47.
- Tavil A** (1996). Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Morbidite. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Terakye G** (1995). Hasta Hemşire İlişkileri. IV. Basım. Aydoğdu Ofset. Ankara
- Turan AH** (1992). Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon, Uyum Güçlüğü Prevalansı ve Bunların Psiko-Sosyal Durumla İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.