

Hasta Gözüyle Kanser

[Cancer from the Perspective of Patients]

ÖZET

Kanser, yakın zamana kadar ölüme hazırlık dönemi olarak yorumlanırdı. Ancak, tıptaki son gelişmelerle, bugün kanser hastalarının daha büyük bir bölümü tedavi edilerek topluma kazandırılmaktadır. Bu nedenle kanser, artık kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Hastaların kanserle başa çıkımalarında sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Bu makalede anlatılanlarla, sağlık personeli hasta ve yakınlarına, bu en zor deneyimlerinde daha çok yardımcı olabileceklerdir. Ayrıca, kanserle nasıl başa çıkılabileceğinin ipuçları verilecektir.

SUMMARY

Until recently, cancer has often been interpreted as preparation for death. But, with the advance in medicine, today more number of cancer patients are cured and return to society. Thus, cancer can now be considered a chronic disease. Health planners and caregivers play an important role in helping cancer patients cope with cancer. With this article, caregivers can help patients and their family members to help themselves as they face one of life's most difficult experiences. Moreover, you can find clues to cope with cancer.

M. Kemal Irmak¹, M. Gökhan Bilgin², Ali Sızlan³

¹GATA YBK (Histoloji ve Embriyoloji AD), ²Genel Cerrahi AD, ³Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Ankara, Türkiye.

Anahtar kelimeler: Kanser, travma, başa çıkma.

Key words: Cancer, trauma, coping with cancer.

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

M.Kemal Irmak, GATA YBK (Histoloji AD), Etlik, Ankara
mkirmak@gata.edu.tr

1. TEŞHİS

Kanser deneyimi, hastalık işaretinin ilk algılanmasından başlayıp, teşhis ve tedaviye, oradan iyileşmeye veya ölüme kadar giden birbirleriyle ilişkili bir olaylar zinciridir. Bu süreçte teşhis anı, psikolojik desteğin en çok ihtiyaç duyulduğu andır. Kanser teşhisinin hasta üzerinde yıkıcı bir etkisi vardır; bu nedenle bazı düşünürler hastayı bu yıkıcı etkiden korumanın en iyi yolunun, durumu hastadan gizlemek olduğunu ileri sürmektedirler (1). Bir aile bireyine durumu açıklamak ve hastaya söyleyip söylememeye sorumluluğunu ona bırakmak da tercih edilebilen bir yoldur (2). Fakat, teşhisi hasta dışında herkesin bildiği böyle bir durumun da sakıncaları vardır. Hasta yakınları ve sağlık personeli bir yandan hastayı rahatlatmak isterken, diğer yandan da teşhisi belirtmeden konu etrafında konuşmak zorunda kalırlar. Teşhis etrafındaki bu sır perdesi de hastada çeşitli şüphelere neden olur.

Kanser teşhisinin açıklanmasıyla ilgili doktorların davranışlarını belirleyen bir çalışma, düşünülenin tersine gerçeğin hastadan gizlenmemesi eğilimini ortaya koymuştur. Sorulara cevap veren doktorların % 95'i durumu hastalara bildirmenin genel politikaları olduğunu beyan etmişlerdir. Katılımcı doktorların tamamı, kanser hastası olduklarında

durumun kendilerine söylenmesini tercih edeceklerini ve teşhisi bilmenin hastalara ait bir hak olduğunu belirtmişlerdir (3). Kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, onlar da teşhisin kendilerine açıklanmasını tercih edeceklerini belirtmişlerdir (4). Ayrıca, Hasta Hakları Bildirgesi (Lizbon-1981) ve Hasta Hakları Yönetmeliğine (Ankara-1998) göre de, hastaların teşhisi öğrenme hakları vardır.

a. Hastaya Durumun Açıklanması

Burada, hastasını korkuları ve istekleri ile kabul eden, onu bir birey olarak algılayan, bilgilendirmede rahat, aceleci olmayan ve güven duygusu uyandıran bir hekimin varlığı çok önemlidir (5-7). Doktor, hastasına teşhisi açıklarken, kullanacağı sözcüklere de çok dikkat etmelidir. Psikolog olan bir kanser hastasının bu konudaki düşünceleri şöyledir: "Her ne kadar, hastaya teşhisin açıklanmasından yana olsam da, "Sende kanser var" veya "%10 yaşama şansın var" gibi ifadelerin kullanılmasına karşıyım. Çünkü, birçok insan için "kanser" kelimesi, sonunda ölüm olan ve kurtulması mümkün olmayan acılı bir hastalık olarak algılanmaktadır (8).

Teşhisin hastaya söylenmesinde dikkat edilecek nokta, tüm gerçeğin aktarılması değil, hastalığın hangi yönlerinin açıklanmasının hasta için daha

uygun olacağının belirlenmesidir. Doktor, kanser sözcüğünü kullanmadan dürüstçe durumu açıklamaya başlamalı ve bu açıklama sırasında hastanın ne kadar detay istediğine dair ipuçları yakalamaya çalışmalıdır. Örneğin, uzun bir sessizlik ve göz kaçırma hareketleri, hastanın sindirebileceği bilgi sınırına ulaşıldığını gösterir. Bazı hastalar, açıklama sırasında doğrudan “Kanser miyim?” diye sorabilirler veya durumları hakkında her şeyi öğrenmek isteyebilirler. Bazıları da, teşhisi duymak istemediklerini açıkça ifade edebilirler. Örneğin, bir hasta “Eğer kötü bir şeyse, bunu bana söyleme” demiştir (9).

b. Hastanın Cevabı

Korkunç etkisinden dolayı, hastaya kanser teşhisi söylenirken çok dikkatli olunmalıdır. Hasta kanserden ne kadar şüphelense de, gerçek haber hasta için büyük bir travmadır (10). Birçok hasta, teşhisin kendilerine açıklanma anını “kamyon çarpmış gibi, şok edici, dehşete düşürücü, sersemletici” olarak bildirmişlerdir (9). Bu nedenle, sağlık personeli, hastadan gelebilecek kuvvetli duygusal tepkilere hazır olmalıdır. Hastalarda gözlemlenen tepkisel davranışlar arasında teşhisi kabullenmeme (Bende kanser olamaz!) (11), kızgınlık hali, endişe ve depresyon sayılabilir (12). Endişe hemen her zaman kaçınılmazdır ve kendisini ağlama ve konsantrasyon kaybıyla gösterir. “Neden ben?” düşüncesinin hakim olduğu depresyon (durgunluk) hali de yaygın görülen bir cevap şeklidir (13-15). Bazı hastalarda, hastalık üzerinde zihinsel bir üstünlük kurma çabası gözlenebilir (16). Bu hastalar, hastalık hakkında bilgi sahibi olmak; kendi tedavileri hakkındaki kararlara katılmak ve sonuçları tartışmak isterler. Sağlık personeli, bu tip hastalara yol göstermelidir.

2. TEDAVİ

Teşhisin kesinleşmesi ve durumun hastaya anlatılması, hastayı, ailesini ve doktorları tedavi aşamasını planlamaya sevk eder. Bugün, kanser tedavisine hemen teşhisin ardından başlanmaktadır. Bununla beraber, mümkün olursa tedaviden önce 1-2 gün beklenmesi daha iyi olur (9). Bu süre, hasta ve ailesinin durumu sindirmelerine ve önlerinde yaşayacakları süreç konusunda kendilerini hazırlamalarına yardımcı olacaktır. Teşhis anında, tedavi hakkında kabaca bir bilgi vermek, hasta ve yakınlarından gelebilecek soruları yanıtlamak yeterli olur. Tedavi ve tedavinin yan etkileri konusunda detaylı açıklamalar hasta ve ailesinin daha kolay

kabul edebileceği bir zamanda anlatılmak üzere ertelenebilir.

Kanser hastalarının tedavisi için geliştirilen yöntemler yaşam süresini uzatırken, yöntemlerin çeşitliliği ve karmaşıklığı tedavi aşamasının parçalanmasına yol açmıştır. Kanser tıbbının bu değişen özelliğine bağlı olarak, bir çok tıp merkezinde “Tedavi Ekibi Kavramı” geliştirilmiştir. Tedavi ekibinde kimlerin yer alacağı, kuruma göre değişmekle beraber, üyeler genellikle dahiliye, cerrahi, radyoterapi, onkoloji, psikiyatri uzmanları ile psikolog, sosyal hizmetler uzmanı ve hemşirelerden oluşmaktadır. Bu ekipte yer alan hemşireler, ekibin ortalıkta en çok dolaşan ve kolayca ulaşılabilen üyeleri olmaları nedeniyle tedavide önemli bir rol oynarlar. Bugün, bir çok hemşire kanserli hastaların bakımı konusunda uzmanlaşmıştır ve onların bilgi ve klinik deneyimleri oldukça etkileyicidir. Bu hemşirelerin çoğu, hasta ve yakınlarının duygularını gözetmek dahil kendilerini kanser hastalarına adanmış durumdadırlar (17,18).

3. KAYGILAR

Kanserli hastaların kaygıları dört grupta toplanabilir:

a. Dışlanma

Kanserli hastaların tutumları incelendiğinde, terk edilme, dışlanma ve yalnız kalma korkularının, ölüm korkusundan daha önde geldiği görülmüştür. Dışlanma korkusu, ölüm korkusuna göre daha büyük bir depresyon kaynağıdır ve bazı hastalar dışlanmaktansa ölmeyi tercih etmektedirler. Dışlanma korkusu, sıklıkla yakın çevredeki insanların tavırlarından kaynaklanmaktadır. Kanser hastasının yakın çevresindeki insanlar kendilerini duygusal olarak hastadan uzak tutarlar. Bu tavır, onlardaki hastanın bir gün öleceği inancından kaynaklanır (19). Durumu daha da kötüleştiren, hastanın etrafındakilerden çelişkili sinyaller almasıdır (20). Örneğin, arkadaşları haftalarca ziyarete gelmezken, aniden ortaya çıkıp, her zamankinden daha nazik, dikkatli ve daha şefkatli davranırlar. İnsanlar, destek ve yardım konusunda bazen hevesli görünürken, bir başka zaman böyle istekleri geri çevirirler. Son çalışmalar, yardım isteyen, ihtiyaç ve sorunlarını açıkça dile getiren hastaların, etrafındakiler için daha az sempatik olduklarını göstermiştir (21).

Eğer hastaya, ailesi, arkadaşları ve iş çevresindekiler duygusal destek veremiyorsa, başka yardım kaynakları söz konusudur. “Kanser olmanın ne olduğunu, kanser hastasından başkası anlamaz”

şeklinde yaygın bir söz vardır. Benzer deneyim yaşayan insanlarla grup oluşturmak, bir çok kanser hastasının psikolojik uyumuna yardımcı olmuştur (22). Böyle ortamlarda, ortak problemler ve günlük yaşanan deneyimler paylaşılır. Kanser hastası, bu şekilde diğer kanser hastalarının da dışlanma gibi deneyimler yaşadığını öğrenir. Sonuçta, bu gibi tepkilerin kendi kişiliğinden değil de hastalığından kaynaklandığını anlar. Kanser deneyimi yaşamış hastaların tedavi ekiplerine dahil edilmesi ABD’de yaygınlaşan bir durumdur (23). Bu uygulamanın ülkemizde de yaygınlaştırılması yararlı olacaktır.

b. Organ Kaybı

Ameliyat sonucu oluşacak organ kaybı da ayrı bir kaygı nedenidir. Göz, meme, kol, bacak gibi organların kaybı sonucunda bozulan dış görünüşleri nedeniyle hastalarda dışlanma korkusu gelişir; kendilerini sosyal ve cinsel hayattan uzak tutabilirler. Tedavi ekibi bu konuda hastaya ameliyat öncesinde ve sonrasında duygusal destek vermelidir.

c. Ölüm

Kanser, kaçınılmaz olarak kişinin kendi ölümüyle yüzleşmesine neden olur. Süreç sonunda tam iyileşme öngörülse de veya hastalık bulguları olmadan uzun yıllar yaşanması beklense de ölüm kanser öncesine göre artık daha yakındır. Kanser ölüm korkusu oluştururken, diğer taraftan ailenin geleceğine ait kaygıları da gündeme getirir. Sonuç olarak, ölüm kanserin olası bir sonucudur ve hasta bu gerçekle yüzleşmelidir (24). Hastaların kendi gelecekleri hakkındaki soruları tedavi ekibi tarafından dürüstçe yanıtlanmalıdır. Soruları duymazlıktan gelmek veya savuşturmak yerine “Durum pek iyi gözüküyor” gibi bir ifade kullanılabilir. Tedavi umut veriyorsa, bu durum da hastaya aktarılmalıdır. Felaket derecesinde böyle bir hastalıkla yüzleşen hastaların çoğu inanç ekseninde teselli ve kuvvet bulurlar (25,26). ABD’de tedavi ekibine bir din adamı da eklenerek, kanser hastalarına manevi destek olunmaktadır (9,27).

d. Kontrol Kaybı

Kanser hastaları genellikle, kendileri dışındaki güçler tarafından kontrol edildikleri hissine kapıldıkları bir çaresizlik duygusu yaşarlar. Bazı hastalar bu bağımlılıktan hoşnut olurlar, çünkü bu durum onları tüm dikkatlerin merkezinde tutar. Fakat bu hasta rolü, geçici bile olsa bağımsızlıklarına değer veren kişiler için zordur. Evin geçimini sağlayan bireyler, kendilerini bu görevlerini yapamaz bir halde

bulurlar. Kanser, böyle hastalar arasında bir değersizlik hissi uyandırır. Tedavinin şekli ve hastalık süreci sonu belli olmayan bir hastalık atmosferi oluşturur. Bu şekilde kişi kendi hayatı üzerindeki kontrolünü (özerkliği) kaybeder (28). Tedavi ekibi, bu özerkliğin en azından bir kısmını hastanın kendi küçük işlerini yapabilmesine olanak tanıyarak sağlayabilir (29,30). Hastalar, beslenme, tıraş olma, banyo yapma gibi basit ihtiyaçlarını kendi başlarına giderdiklerinde kendilerini daha az bağımlı ve daha üretken hissederler. Bunun da ötesinde hastalar, kendilerini tedavi ekibinin bir parçası olarak da görürler (31,32).

Küçük bir kanser merkezi, psikolojik bir çalışmayla mükemmel bir tedavi merkezi haline dönüşmüştür (33). Bu çalışmadan önce, sağlık personeli hastaları “yürüyen ölümler” olarak görür ve onların duygusal ihtiyaçlarını pek önemsemezlerdi. Hastalar da “ilgisiz doktorlar” ve “ulaşılamayan hemşirelerden” şikayet ederlerdi. Çalışma sırasında, kanser merkezindeki işleyiş yeniden şekillendirildi: hastalar yataklarını kendileri düzeltiyor, beslenme, banyo ve diğer ihtiyaçlarını kendileri karşılıyordu. Çeşitli el sanatları faaliyetleri özendirildi. Hastalar, tüm bunların sonunda, kendilerinin dışlandığı fikrinden uzaklaşarak sorumlu ve faydalı insanlar olarak muamele gördükleri fikrini benimsediler. Çalışmadaki en önemli aşama, ortak yemek salonu olmuştur. Yemekler, diyetisyenlerin de katıldığı ortak bir yemek salonunda yenmeye başladığında yalnız ve dışlanmışlık duygusu içindeki hastaların diğer hastalarla konuşabileceği müthiş bir ortam oluşturulmuştur. Böylece, merkez daha iyi yaşanacak bir yer konumuna gelmiştir. Tüm kanser tedavi merkezlerinde işleyişin bu doğrultuda yeniden düzenlenmesinin daha yararlı olacağı değerlendirilmektedir (33).

4. RADYASYON (IŞIN) TEDAVİSİ

Radyasyon tedavisi, tüm tedavi seçenekleri arasında yanlış anlama ve yorumlara en çok açık olan bir tedavi şeklidir. Bir odada, tek başına büyük bir cihazdan görünmeyen bir tedavi almak düşüncesi hasta ve yakınları için oldukça korkutucudur. Hastalar için bu tedavi yöntemi, ölüm korkusunu yeniden tetikler. Çünkü, bu onlara ameliyatla kanserin tedavi edilemediğini ve hastalığın daha da ilerlediğini düşündürür. Işın tedavisi, ayrıca deride yanık oluşturan bir yöntem olarak algılanmaktadır. Hatta, bazı aile bireyleri, hastanın radyoaktivite kazandığı düşüncesiyle hastayla temastan kaçınırlar (Işın tedavisinden sonra hastalar radyoaktif değildir).

Radyasyon tedavisinin belli yan etkileri tedaviden önce hastaya anlatılmalı ve onun gereken önlemleri alması sağlanmalıdır. Baş bölgesine uygulanacak bir ışın tedavisinde saçlar dökülebileceğinden, hastaya bir peruk alması önerilebilir. Erkeklerde, üreme organlarına uygulanacak bir ışın tedavisi sperm üretimini bozup, kısırlığa yol açabileceğinden böyle hastalara sperm saklama olanakları anlatılmalıdır. Kadın üreme organlarına uygulanan radyasyonun da geçici veya kalıcı bir menapoza yol açabileceği ve ileride çocuk sahibi olmak istiyorlarsa yumurtalarını saklama olanaklarının olduğu, bayan hastalara hatırlatılmalıdır.

5. KEMOTERAPİ (İLAÇ TEDAVİSİ)

Kemoterapi, fiziksel ve psikolojik bir çok yan etki oluşturan tedavi şeklidir. Bu hastaların en büyük korkuları “Tedavi işe yarayacak mı?, Ne gibi yan etkileri olacak?” gibi soruların sorulduğu sonu bilinmeyen bir sürece girilmesidir (34). Birçok hasta için en büyük üzüntü kaynağı, saç kaybıdır. Her ne kadar, tedaviden sonra saçlar yeniden çıkıyorsa da, geçici bir saç kaybı bile hastalar için büyük bir travma etkisi oluşturmaktadır. Hastalar, zihinsel olarak ne kadar hazır olsalar da, çoğu hasta taraklara gelen ve yastıklara dökülen saç demetlerinden dolayı şok yaşar. Bu nedenle, saç dökülmesi bekleniyorsa, hastaya önceden bir peruk alması önerilmelidir.

Kemoterapiden kaynaklanan bulantı ve kusma şikayetleri, ağızdan veya fitil olarak alınacak ilaçlarla ve diyet desteğiyle bir nebze hafifletilebilir. Birçok hastada gözlenen bir endişe kaynağı da üreme fonksiyonuna olan etkidir. Çocuk doğurma çağındaki kadınlar, düzensiz adet kanamaları yaşayabilirler; hatta hamile kalma potansiyelleri bozulabilir. Kemoterapi, erkeklerde genellikle sperm sayısı ve hareketini azaltarak üreme fonksiyonunu kötü etkiler. Fakat, kemoterapiden sonra, hem erkek, hem de kadında normal üreme fonksiyonu yeniden kazanılır. Bununla beraber, bazen kalıcı kısırlık oluşabilir. Bu nedenle, yapay döllenme için hastalara tedavi öncesinde sperm veya yumurtalarını bir merkezde uygun koşullarda dondurmaları tavsiye edilmelidir.

6. İYİLEŞME VE NÜKS OLAYI

Tedavinin tamamlanması, hasta ve ailesi için bir dönüm noktasıdır. Ameliyat, ışın ve ilaç tedavisi veya bunların çeşitli kombinasyonlarıyla kanser baskılanmış veya tamamen ortadan kaldırılmıştır. Sağlık sisteminden ayrıldıktan sonra, hastalar “hasta” rolünü bırakarak hayatlarına yeniden dönerler. Çoğu

hasta, artık kendini daha mutlu hisseder. Çünkü, kanser deneyiminden sonra hala yaşıyordur ve ileriye dönük olarak daha iyimserdirler. Fakat, tüm bu duygulara eşlik eden, hastalığın nüksetme (yeniden ortaya çıkma) ve kontrol edilemeyen bir tabloya dönüşme olasılığından kaynaklanan bir de endişe vardır. Bir hasta, 5-10 yıl sorunsuz ve sağlıklı kalıp, sonra nüks ve metastaz yaşayabilir. Yani, hastalık olasılığı her zaman mevcuttur (35). İyileşme dönemindeki bir hasta şöyle konuşmuştur: “Sanki, zaman ayarlı bir bombanın üzerinde yaşıyor gibiyim. Onun, patlayıp beni ne zaman yok edeceğini bilmeden yaşıyorum” (9).

İyileşme döneminde, düzenli kontrollerin önemi büyüktür. Fakat, bir nüks olayının saptanması, hasta için büyük bir travmadır. Hastanın bu anki uyumu, teşhisin ilk öğrenildiği andan daha zordur; çünkü, hasta şimdi tedavi seçeneklerinin başarısız olduğunu anlamıştır. Hasta, daha önce yaşadığı tüm endişeleri yeniden yaşamakla yüz yüze kalmıştır; fakat bu defa tabloya “Tedaviye Güvensizlik” de eşlik etmektedir. İlk tedavi çok uzun sürmüşse veya ciddi yan etkiler oluşturmussa, hasta aynı tedavi sürecini ikinci defa yaşamak istemeyebilir. Özellikle, yaşlı hastalar, yeniden o huzursuz dönemleri yaşamak istemezler. Sağlık personeli, bu tavırları anlayışla karşılamalıdır. Zaten, Hasta Hakları Bildirgesi ve Yönetmeliğine göre, hastaların tedaviyi reddetme hakları da vardır.

Geleneksel tıbbi tedavi sonrasında yaşanan böyle bir nüks olayı ile hasta ve yakınları artık özel diyetler, bitki ve hayvan ekstreleri gibi alternatif yöntemlere yönelme eğilimi gösterirler (36). Bilimsel olmayan bu tedavi seçeneklerinin cazibesini azaltmaya çabalamak yerine, alternatif tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgiyle donanarak, hastaları bu konuda bizzat doktorların yönlendirmeleri daha uygun olabilir.

Yazımızı, Gülhane Askeri Tıp Fakültesinden kanseri yenmiş bir öğrencinin duygularını aktararak sonlandıralım: “Benim hayatım, kanserden önce ve sonra olmak üzere iki evreye ayrılmış durumda ve bu iki dönem arasında büyük farklar var. Yaşam tarzımdan çok, olaylara bakış açımda büyük değişiklikler meydana geldi. Aldığım en büyük ders ölümün kaç yaşında olursanız olun hiç de uzak bir olay olmadığını anlamam ve görmemdir. Aynı zamanda insanları asıl burkan ve yoran şeyin ölüm korkusu değil de, geride bırakacakları sevdikleri ve bu yavaş ölüm şeklini kendilerine yakıştıramamaları olduğuna inandım. Hiçbir zaman için umudumuzu ve inancımızı yitirmememiz gerektiğini hepimiz biliyoruz ama bu söylenenleri yaşamamanın ne kadar da zor şeyler olduğunu anladım. Savaşı kazanan insanların hepsindeki en önemli ortak özellik kesinlikle yılmamaları ve iyileşeceklerine gerçekten

inanmalarıdır. Ne var ki, öyle günler yaşarsınız ki bunların hepsi hikaye gibi gelir size. Hele bunları size moral vermeye çalışan çevrenizdeki insanlar söylediği zaman, artık bir yerden sonra bunları kulak arkası etmeye başlarsınız. O anlarda size güç verebilecek kişiler, daha önceden bu hastalığı geçirmiş ve şu anda sağlık durumları iyi olan insanlardır. Bu tip insanlarla konuşmak ya da deneyimlerini okumak her zaman için kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar. Günlük hayatımızda bizi bunaltan, yoran, strese girmemize neden olan çoğu şeyin aslında çok önemsiz şeyler olduğunu, sağlıklı olduğumuz halde dert ettiğimiz şeylerin ne kadar da anlamsız olduğunu, onların dışında bir yerlerde çok daha ciddi sorunları olan insanların var olduğunu ve sağlığımızın ne kadar da değerli olduğunu asla ve asla unutmamamız dileğiyle...”

SONUÇ

Her türlü stres, yorgunluk ve zorluğa rağmen, bir çok hasta kanser deneyiminin yaşamlarına olumlu bir boyut kazandırdığını belirtmektedir. Hatta, bazıları bu deneyimi ikinci bir hayatın başlangıcı olarak yorumlamaktadır (37). Bir hasta bu konuda “Hepimiz nasıl olsa bir gün öleceğiz; kanser, dünyadaki hayatın bir sonu olduğunu, bu nedenle de dünyadayken hayatımı en iyi şekilde yaşamam gerektiğini anlamamı sağladı” demiştir (9). Bizim bu makale kapsamında, kanserli olduğunu düşünen veya kanser teşhisi konulan hastalar için son olarak ifade etmek istediğimiz husus:

- a. Teşhis anında gerçekle yüzleşmekten korkulmaması,
- b. Başa gelen bu durumun, yaşanması gereken bir deneyim olarak algılanması ve hastalığın hayata katacağı olumluluklara odaklanılması,
- c. Yakınlarından beklenen ilgiyi göremeyen hastaların, üzülmemesi; kendileriyle benzer durumda olan hastalarla yüz yüze veya “mail” grupları vasıtasıyla diyalog kurulması,
- d. Bakım ve tedaviyle ilgili kararlarda söz sahibi olmak için çaba sarfedilmesidir.

KAYNAKLAR

1. Jenkins A. Not knowing is the worst thing. Prof Nurse. 2005; 20: 56.
2. Brewin TB. Three ways of giving bad news. Lancet. 1991; 18,337(8751): 12079.

3. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennet JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. JAMA. 1979; 241: 897-900.
4. McIntosh J. Processes of communication, information seeking and control associated with cancer: A selective review of the literature. Soc Sci Med. 1974; 8: 167-87.
5. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet. 2004; 363: 312-9.
6. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news; A review of literature JAMA. 1996; 276: 496-502
7. Girgis A, Sanson - Fisher RW. Breaking bad news; Current best advice for clinicians. Behav Med. 1998; 24: 53-9
8. Fiore N. Fighting cancer--one patient's perspective. N Engl J Med. 1979; 300: 284-9.
9. Blumberg B, Flaherty M, Lewis J. Coping with Cancer. NIH Publication No. 80-2080, 1980.
10. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients, JAMA. 1983; 297: 751-5.
11. Rabinowitz T, Peirson R. "Nothing is wrong, doctor": understanding and managing denial in patients with cancer. Cancer Invest. 2006; 1: 68-76
12. Stephenson PS. Understanding denial. Oncol Nurs Forum. 2004; 31: 985-8.
13. Valente SM, Saunders F. Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. Cancer Nursing. 1997; 20: 168-77.
14. Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). Patient Educ Couns. 2005; 57: 250-61.
15. Winnel J, Roth AJ. Depression in cancer patients. Oncology (Williston Park). 2004; 12: 1554-60.
16. Christie W, Moore C. The impact of humor on patients with cancer. Clin J Oncol Nurs. 2005; 2: 211-8.
17. Fairbrother CA, Paice JA. Life's final journey: the oncology nurse's role. Clin J Oncol Nurs. 2005; 9: 575-9.
18. Medland J, Howard-Ruben J, Whitaker E. Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. Oncol Nurs Forum. 2004; 31: 47-54.
19. Kash KM, Mago R, Kunkel EJ. Psychosocial oncology: supportive care for the cancer patient. Semin Oncol. 2005; 32: 211-8.
20. Pitceathly C, Maguire P. The psychological impact of cancer on patients' partners and other

- key relatives: a review. *Eur J Cancer*. 2003; 39: 1517-24.
21. Fitch MI. Needs of patients living with advanced disease. *Can Oncol Nurs J*. 2005; 15: 230-42.
 22. Barroilhet Diez S, Forjaz MJ, Garrido Landivar E. Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005; 33: 390-7.
 23. Weis J. Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer*. 2003; 11: 763-8.
 24. Devlin B. The art of healing and knowing in cancer and palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2006; 12: 16-9.
 25. Murat H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual framework by philosophical approach. *Palliat Support Care*. 2003; 1: 15-21.
 26. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs*. 2003; 44: 69-80.
 27. Thune-Boyle IC, Stygal JA, Keshtar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med*. 2006; 63: 151-64.
 28. Villagomez LR. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. *Holist Nurs Pract*. 2005; 19: 285-94.
 29. Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C. Nursing and cancer support groups. *J Adv Nurs*. 2005; 51: 369-81.
 30. Griffiths A. Making a support group work for patients. *Prof Nurse*. 2004; 19: 22-4.
 31. O'Baugh J, Wilkes LM, Luke S, George A. 'Being positive': perceptions of patients with cancer and their nurses. *J Adv Nurs*. 2003; 44: 262-70.
 32. Cunningham AJ. Group psychological therapy: an integral part of care for cancer patients. *Integr Cancer Ther*. 2002; 1: 67-75.
 33. Klagsbrun SC. Cancer, emotions, and nurses. *Am J Psychiatry*. 1970; 126: 1237-44.
 34. Cordova MJ, Andrykowski MA. Responses to cancer diagnosis and treatment: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2003; 8: 286-96.
 35. De Boer MF, Rygkman RM, Pruyn JF, Van Den Borne HW. Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Patient Educ Couns*. 1999; 37: 215-30.
 36. Rirvo P, Irvine J, Katz J, Matthew A, Sacamano J, Shaw BF. The patient's motivation in seeking complementary therapies. *Patient Educ Couns*. 1999; 38: 161-5.
 37. Felder BE. Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nurs*. 2004; 27: 320-4.