

Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri

Psycho-Oncology, Psychosocial Problems and Measurement Methods

Beyhan Bağ

ÖZET

Psiko-onkolojiyi günümüzde modern onkolojiden ayrı düşünmek olası değildir. Onkoloji servislerindeki sağlık çalışanlarından hastaların psikososyal gereksinimlerini fark edebilecek ve gerektiğinde hastalar için psiko-onkolojik tedavi talep edebilecek düzeyde bir bilgiye sahip olması beklenir. Dünya Kanser Raporu verilerine göre ise onkoloji çalışanları kanser hastalarının ve ailelerinin psikososyal gereksinimlerini tespiti konusunda yetersizdir. Onkoloji servislerinde çalışan sağlık personeli için kanser hastalarının psiko-sosyal gereksinimlerinin farkındalığını artırmaya yönelik ve terapötik görüşme teknikleriyle ilgili hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi kaçınılmazdır. Psikolojik tedavi ve bakım gereksinimini belirlemek için tanı ve tedavinin ilk aşamasında bulunan kanser hastalarının tümüne uygulanacak standart bir psikolojik tarama testlerinin geliştirilip uygulanması bu sürecin diğer bir adımını oluşturabilir. Onkoloji servislerindeki uzmanların ve kanser hastalarıyla çalışan sağlık personelinin bu konuda belirli bir bakış açısına sahip olması önemlidir. Bu amaçtan yola çıkarak bu yazıda kanser hastalarının yaşabileceği psikososyal sorunları ve psiko-onkolojide kullanılan ölçüm yöntemleri ele alınmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kanser, psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar

ABSTRACT

It is not possible to conceive psycho-oncology separately from modern oncology. It is expected from medical personnel to realize patients' psycho-social needs and to possess knowledge about the demanding psycho-oncologic treatment for patients if it is needed. According to World Cancer Report statistics, the oncology personnel lack ability to determine the psycho-social needs of cancer patients and their families. For the medical personnel that work in oncology services, it is inevitable to raise the awareness of the cancer patients' psychosocial needs and to arrange in-service trainings about thera-

peutic negotiation techniques. The other step in the process of determining the psychological treatment and care requirements could be the improvement and execution of the standard psychological scanning tests applied to the cancer patients who are on the first level of diagnosis and treatment. It is important for the medical staff working with cancer patients to have a certain point of view concerning these issues. For this purpose, the present study focuses on the psychosocial problems that cancer patients might experience and on the evaluation techniques which are used in psycho-oncology.

Keywords: Cancer, psycho-oncology, psychosocial problems

Kanser 21. Yüzyılın önemli bir sağlık sorunu olarak geçerliliğini sürdürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kanser yükü geçtiğimiz 30 yılda iki kat artmıştır.[1] 2008 yılında dünya nüfusu 6,7 milyar olup, 12 milyon yeni kanser vakası teşhisi ile birlikte kanserden kaynaklanan 7 milyon ölümün ve kanserli 25 milyon kişinin halen hayatta veya tedavi görmekte olduğu bildirilmiştir. 2020 yılında dünyada yıllık yeni kanser vakası sayısının 2000 yılına göre %65'lik bir artışla 17 milyona çıkacağı öngörülmektedir. 2030 yılında ise dünya nüfusunun 8,7 milyara yükseleceği, yıllık 27 milyon yeni kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ile birlikte son 5 yıl içinde yeni kanser tanısı konmuş 75 milyonluk rakamlara yükseleceği öngörülmektedir.[1]

Ülkemizin de dahil olduğu dünyanın pek çok ülkesinde kanser, ikinci en sık ölüm nedenidir. Kanser tanısı, hasta ve hasta yakınları ve toplum için ciddi psikolojik-sosyal sorunları ve işgücü kayıplarını beraberinde getirmektedir. Kanser tedavisinde güncel yenilikler tedavi başarısında artış sağlamış olmakla birlikte hasta başına düşen tedavi maliyetlerinde de artışa neden olmuştur. Zaman içinde kanser sıklığındaki artışın beraberinde getireceği toplam tedavi maliyetindeki artışı daha ciddi boyutlara ulaştıracığı öngörülmektedir. Hastalığın beraberinde getirdiği psikolojik ve psikososyal sıkıntılar da eklendiğinde, maliyetin iki katına çıkması önlenemez bir durum olacaktır.[3]

Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında yayınladığı raporda onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin her ulusal kanser bakım planının bir parçası olmasını ve psiko-onkoloji hizmetlerinin de her bir kanser tedavisi servisinde sunulması gerektiğini belirtmiştir.[4] Bu raporda sağlık çalışanları tarafından kanser hastalarına ve yakınlarına tedavi sırasında ve sonrasında psiko-onkoloji danışmanlığı hizmeti ile bir dizi psikososyal desteğin sağlanıp; durumları hakkında anlaşılır bir şekilde bilgilendirilip, gereksinim ve tercihlerine saygı gösterilmesi gerektiği de vurgulanmıştır. Ayrıca geçerli psikososyal değerlendirme araçla-

rına sahip, bu alanda gerekli eğitimi almış sağlık personelinin ancak hasta ve yakınlarının psikososyal gereksinimlerine yeterli yanıt verebilmelerine, onlarla iyi bir iletişim kurabilmelerine yardımcı olabileceği ve tıbbi karar alma sürecinde onların katılımını teşvik edebileceği belirtilmiştir.[4]

Psiko-onkoloji yaklaşık 20 yıldan beri onkolojinin önemli tartışma konularındandır. Bu alanda yapılan araştırmaların sayısının artışı da bu yeni alt bilim alanın hızlı gelişimine katkı sağlar. Başlangıçta psiko-onkolojik tedavi gereksinimiyle ilgi istekler genellikle hastanın öznel gereksinimi olarak tanımlanmaktaydı. Son yıllarda yapılan araştırmalar ise sanılanın aksine bunun her bir kanser hastası için önemli bir gereksinim olduğunu ortaya koymuştur.[5] Tanımlanan, psiko-onkolojin alanına da giren bu gereksinimler kanser hastalarının tedavilerinin planlanıp ücretlendirilmesinde de göz önünde bulundurulmalıdır (Örneğin, onkolojide rehabilitasyon aşamasında yatak başına ne kadar psikolog veya uzman liyezon psikiyatri hemşiresine gereksinim olacaktır?) Bu gereksinimlerin somut olarak ortaya konulabilmesi için de onkoloji servislerinde bilimsel çalışmaların yapılıp, sonuçlarına göre girişimlerin planlanması gerekir (Örneğin, hangi belirtiler kanser hastasının psikolojik tedavi bakıma ihtiyaç duyduğunun göstergesi olarak sayılmalıdır?). Ayrıca hizmet içi eğitimlerle bu alanda duyarlılığı artırılmış bir onkoloji ekibinin hastalarda ortaya çıkan belirtilerin önceden bilip tanınmasının sağlanması, erken müdahale açısından bir hastanın hastalığıyla başa çıkmasında ve oluşabilecek masrafların azaltılmasında katkısı yadsınamaz. Bu yazıda kanser hastalarıyla onkoloji servislerinde çalışan sağlık personelinin ve bu alandaki ruh sağlığı çalışanlarına kanser hastalarında ortaya çıkabilecek psikososyal gereksinimlerinin kısaca tanıtılması ve bu sorunların ortaya konulmasında literatürde kullanılan ölçüm yöntemleri hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca onkoloji hastalarında önerilen psiko-onkolojik tedavilerin nelerden oluştuğu ve getireceği yararların vurgulanması ve bu hastaların yaşabileceği psiko-sosyal sorunlar ve kullanılan ölçüm yöntemlerinin sunumu amaçlanmıştır.

Psiko-onkolojinin Tarihsel Gelişimi ve Rolü

Kanser hastalarının yaşadıkları psikolojik sıkıntılar yeni bir bilim dalını, yani psiko-onkolojinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Psiko-onkolojinin iki temel amacı vardır: 1) Kanser hastalığının her evresinde hastaların psikolojik tepkilerini birbirinden ayırıp yeterli bakım ve tedavi konseptleri geliştirerek yaşam kalitesini yükseltmek ve hastalıkla başa çıkma stratejilerinde hastalara yardımcı olmak ve 2) kanserin prognozunda ve hastalık sürecinde hasta yakınlarında ve

hastanın tedavisinde yer alan ekipteki yaşanması olası psikolojik kökenli risk belirtilerini önceden tanımak ve önlem almak. Psiko-onkoloji ya da psiko-sosyal onkoloji yalnızca tıp kökenli meslek gruplarıyla değil, aynı zamanda sosyal çalışma uzmanı ve din görevlisi gibi farklı meslek gruplarıyla birlikte sıkı bir işbirliğini gerektirir. Ayrıca kanser hastalığının rehabilitasyonu, tedavisi, etiyojisinde psiko-onkolojik tedavi ve bakım sunumunda bilimsel tartışmaları dikkate alarak psikososyal bir bakış açısı getirir.[6]

Psiko-onkoloji oldukça genç bir uzmanlık alanı olmasına karşın günümüzde psiko-onkolojinin modern onkolojiden ayrı düşünmek artık olası değildir. Bu alanın temelini oluşturan ilk yayınlar elli yılların başlarında kanser hastalarının yaşam kalitesi ve genel durumlarıyla ilgili gözlemlerden oluşmaktaydı.[7] Arthur Sutherland, 1951 yılında New York'da Memorial Sloan-Kettering Cancer Institute' de ilk olarak kanser hastalarındaki psikiyatrik bozuklukları araştırmak üzere psikiyatri araştırma ekibini oluşturmuştur. Sonrasında bu enstitü, Jimmie Holland yönetiminde psiko-onkolojiyle ilgili eğitim veren bölüme dönüştürülmesiyle 1984 yılında International Psycho-Oncology Society'nin (IPOS) kurulmasına neden olmuştur.[7]

Avrupa'da ise bu alandaki gelişmeler 1980 yılında EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) kanser hastalarının yaşam kaliteleriyle ilgili araştırmalar yapmak üzere çalışma grubunu kurmasıyla başlamıştır.[8] Avrupa ve Amerika'daki psiko-onkoloji alanındaki bu gelişmeler kanser hastalığının beraberinde getirdiği psikolojik sorunları çeşitli ölçüm araçlarıyla ölçülebilir hale getirerek psiko-onkolojinin bir bilim dalı olarak kabul görmesini sağlamıştır.[9] Örneğin ilk defa birçok merkezde kanser hastalarında gerçekleştirilen bir araştırmada bu hastalıklardaki psikolojik bozuklukların görülme sıklığı %47 olarak bulunmuştur.[10]

Psikiyatrik tanılarının temel alındığı bir iç disiplin dalı olan psiko-onkoloji bilim alanıyla ilgili ilk klinik deneyimlere yer verildiği Psiko-onkoloji El Kitabı (Handbook of Psycho-oncology) 1989 yılında yayınlanmıştır.[11] Daha sonrasında ise Amerika'da onkoloji alanında çalışan sağlık personelinin kanser hastalarıyla olan iletişiminin daha iyi hale getirilebilmesi ve onların yaşadıkları psikolojik sorunların önceden tanımlanabilmesi için görüşme teknikleriyle ilgili hizmet içi eğitimler düzenlenmeye başlanmıştır. Avrupa ülkelerinde de buna benzer gelişmelere rastlanır. Başa çıkma strateji çalışmalarının yanı sıra ağırlıklı olarak bilişsel davranışçı müdahale yöntemleri 1980'li ve 90 yıllarda uygulanmaya başlanır. Bu uygulamalar, özellikle kanser hastalarındaki yaşam kalitesi araştırmalarıyla bilimsel alanda daha da aktif hale getirip onkolojiyle olan bağlantısını sağlamlaştırmıştır.[12]

Dünya Kanser Raporu'nda belirtilen verilere göre stresin patolojik düzeyinin kanser hastalarında nüfusun geneline kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kanser hastalarının üçte birinin kronik bir biçimde yüksek stres düzeyine sahip oldukları ve bu durumun hastalığa uyumu zorlaştırarak, hastalığın seyrini olumsuz etkilediği gösterilmiştir.[13] Kanser hastasının stres ile başa çıkabilmesi, kanserin türü, süresi, yeri, belirtileri, ön görülen gidiş gibi tıbbi faktörlere, hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesi, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, hastanın kendi kişiliği ve sorunları ile başa çıkma yöntemleri, ego kuvveti, yaşamın gelişimsel evresi ve kanserin o evredeki anlamı gibi psikolojik faktörlere, kültürel ve dinsel tutumlara, çevrede duygusal destek veren kişilerin olup olmaması, sağlık ekibinin etkisi gibi kişilerarası faktörlere bağlıdır.[13,14] Burada psikoonkolojinin oynayacağı önemli rol ise kanser hastasının var olan bireysel başa çıkma stratejilerinin güçlendirilmesiyle, yaşam kalitesinin iyileştirilip hastanın hastalığından dolayı yaşamakta olduğu stresin azaltılması veya ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerle birlikte bireyin hastalıkla başa çıkma stratejilerinin güçlendirilmesidir.[15-17]

Hastalığın deneyimlenmesi, bu süreçte geliştirilen başa çıkma stratejileri, hastalık süreci ve hastalık sürecine psiko-onkolojik girişimlerle etkilenebilen kanser tedavisine hastanın verdiği yanıt arasındaki ilişki bu alandaki bilimsel araştırmaların konusunu oluşturur. Daha da açık bir şekilde ifade edilirse psiko-onkoloji hastanın hastalıkla birlikte değişmiş olan yaşam biçimine, örneğin beslenme, beslenme alışkanlıkları ve hastalık sürecinde yapılması gerekenlere bağlı kalınması gibi hastanın sağlıklı bir şekilde uyum sağlamasına yardımcı olur.[18] Psiko-onkolojiyle ilgili örnek vakaların tartışıldığı toplantılardaki bilgi alışverişleri ve ekip için yapılan supervizyonlar ve düzenli yapılan hizmet içi eğitimler onkoloji sağlık personeli açısından hastalarda gelişmesi olası psikolojik sorunların önceden tanınmasında önemli bir işleve sahiptir. Ayrıca ağır seyreden hastalık ve ölümlü yüz yüze gelen hastalarla karşı karşıya kalınması, kısıtlı yararı olmasının yanı sıra vücut işleyişine zarar veren ağır tedaviler, güç tedavi kararları, sağlık personelinin kendi arasında yaşadığı çatışmalar, hastaların veya ailenin duygusal ve davranışsal tepkiler kanser tedavisi ve bakımıyla sorumlu olan sağlık personelinin üzerinde yoğun bir strese neden olabilir. Bu nedenle yukarıda değinilen girişimler olası tükenme (burnout) gibi sorunlarla başa çıkmada çalışanlara yardımcı olacak uygulamalardır.

Psiko-onkolojik Hizmetlerin Organizasyonu

Günümüzde onkoloji servislerinde çalışan sağlık personelinin hastaların psiko-sosyal gereksinimlerini fark edebilecek düzeyde ve gerektiğinde bu sorunu giderebilmek için psiko-onkolojik tedaviye hastalar için talep edebilecek bilgiye sahip olması beklenmektedir.[4] Fakat Dünya Kanseri Raporu verilerine göre, onkoloji çalışanları kanser hastalarının ve ailelerinin psiko-sosyal gereksinimlerini tespiti konusunda yetersiz kalmaktadır. Yapılan araştırmalar uygulama alanında çalışan sağlık personelinin yüksek düzeyde anksiyete veya depresyon yaşayan ve bu nedenle psikososyal danışmanlığa gereksinim duyan hastaları yadsıdığını göstermektedir.[4]

Psiko-onkolojik bakım ve tedavi psikoloji ve psikiyatri alanında eğitilmiş kişiler tarafından yürütülür. Bu tür tedaviler gelişmiş ülkelerde tedavi ekibi tarafından sunulması beklenen ya da onkoloji hastası taburcu edildiğinde kendi girişimleriyle tedaviyi organize edebileceği hizmetler arasında yer alır. Onkoloji hastaları için planlanmış tedaviye psiko-onkolojik tedavinin de bütünleştirilmesi tedavinin başarısını artırır, doğal olarak hastaların yararına-dır.[19,20] Tedavi ve bakım ekibinde yer alan tüm sağlık personelinin birbirleriyle fikir alışverişinde bulunması hastanın da tedavi sürecine dahil edilmesini, hastanın hastalıkla başa çıkabilmesini kolaylaştıracaktır. Ülkemizde kanser hastalarının ne kadarının genel psikiyatri hizmetine gereksinim duydukları ve psiko-sosyal sorunlarına yönelik giderek artan sayıda çalışma ve değerlendirme yapılması umut verici olmakla birlikte bu hastaların ne kadarının bu hizmetten yararlandıklarıyla ilgili yapılmış araştırmalara rastlanamamıştır.[21-24]

Sperner-Unterweger psikolojik tedavi ve bakımın psiko-onkolojik liyezon hizmetleri içerisinde bütünleştirilerek bu tür hastalar için bu hizmetin hastanın ailesinden birisiyle sürekli iletişimde kalınarak devam ettirilmesi gerektiğini ileri sürmüştür.[12] Etkili psiko-onkolojik tedavide optimal başarıya ulaşmak için hasta yakınlarının ve ailesinin tedavi ve bakım sürecine dahil edilmesini de en etkili yollardan birisi olarak tanımlanmıştır.

Psiko-onkolojik Tedavi

Kanser hastalığı tanısı birçok kişi için akut bir kriz anlamına gelir.[25] Özellikle hastalık sürecinin ilerleyen evrelerine ve zamana bağlı olarak hasta bireyde farklı derecelerde psikolojik sorunların ortaya çıkması beklenen bir durumdur. Hastalarda tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde değişik duygusal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar. Özellikle başlangıçta tanı aşamasında, test sonuçlarını beklerken, yeni bir tedavi öncesinde, nüks görül-

mesi durumunda anksiyete ataklarının sık görüldüğü saptanmıştır. Bu hastalarda tanı aşamasıyla başlayan anksiyetenin yanı sıra depresyon en sık görülen sorunlardan birisidir.[25]

Tablo 1. Onkoloji Hastalarında Psikolojik Sorunlara Yol Açan Durumlar [30,31]

Hastalık Kökenli Oluşan Durumlar
Kanserin ileri evrede olması
Kötü prognosis
Hastalık süreci
Kanserin metastaz yapması
Hastada şiddetli psikosomatik belirtilerin ortaya çıkması
Tedavi Kökenli Oluşan Durumlar
Palyatif tedavi durumları
Operasyon, kemoterapi ve radyoterapiden kaynaklanan tedaviye özel durumların yarattığı yan etkiler
Hastanın tedaviye beklenen yanıtı vermemesi
Hastadan Kaynaklanan Durumlar
Psiko-sosyal faktörler (sıkıntı yaratan durumlar, çatışmalar, sosyal destek azlığı, sosyo-ekonomik sorunlar)
Öncesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsünün olması
Başta çıkma stratejilerinin azlığı ya da yanlış kullanımı
Sosyo-demografik faktörler (yaş ve cinsiyet faktörü)

Kanser hastalarında psikososyal sorunlar, kaygı, endişe, yas, çaresizlik duyguları, konsantrasyon ve uyku bozukluğu gibi tepkilere neden olur. Psikososyal sorunlar psikolojik sorunların bir nevi habercisidir. Bu sorunlar tedavi gereksiniminin varlığına rağmen mutlaka bir psikiyatrik hastalığın ölçütlerini karşılamayabilir. Tablo.1'de kanser hastalarının yaşayabilecekleri sorunların gelişim durumları (bu durumlar bir psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasına neden de olabilir) özetlenmiştir.

Kanser hastalarındaki psikolojik bozuklukların görülme sıklığı %30 ile %60 arasındadır.[19,26-28] Onkolojinin günlük sürecinde psikolojik bozukluklar sıklıkla gözden kaçırılır.[29] Psikolojik sıkıntıları olan kanser hastalarının neden hemen tespit edilemeyip gerekli tedavilerinin sağlanamadığıyla ilgili çeşitli savlar vardır.[29-33] Bu savlardan ilki hastadan kaynaklanan sorunları içerir. Birçok hasta günlük onkolojik tedavileri sırasında, örneğin hastalarla yapılan görüşmelerde de veya somatik belirtilerle ilgili muayenelerinde kendilerini tedavi eden ekiple kurdukları ilişkiye zarar vermekten korktuklarından psikolojik sorunlarıyla ilgili bir şey dile getirmez. Diğer yandan ağır depresyon durumları da (anksiyete, kendinden emin olamama ve içe dönüklüğün eşlik ettiği tablolarda) hastanın kendini ifade edip psikolojik problemleri üzerine konuşmasını engelleyebilir.[6]

İkinci olarak tedaviden kaynaklanan durumlarda bu tabloların belirlenmesini engelleyebilir. Terapötik görüşme tekniklerinin bilinmemesi ve psikolojik sorunların görmezden gelinmesi veya hastanın yaşadığı sorunlarının tanınmaması psikososyal tanılarının konulmasını engelleyerek hastada güvensizlik duygusunun oluşmasına neden olur.[6] Tedavi ekibine yönelik yüksek talepler ve zaman baskısı olmaksızın sürdürülmesi gereken görüşmelerin onkoloji servislerinde hastaya yer ve zaman, uzman personel eksikliği nedeniyle sunulmaması en önemli engelleyici faktörlerden birisidir. Diğer önemli bir etken ise halen psikolojik bakım ve tedavideki genel geçerliliği olan gösterge ölçütlerinin daha henüz oluşturulmamış olmasıdır (tedavi ve bakımda beklenen kalite ölçütleri, ekonomiyle ilgili durumlar vs.).[32] Bu nedenle belirli psiko-onkolojik tedavinin güvenilirliğini yükseltmek için standardize edilmiş ölçüm araçlarının onkoloji servislerinde kullanılmaya başlanması bu ölçütlerin oluşturulması açısından oldukça yardımcı olacaktır. Tablo.2'de psiko-onkolojide sıklıkla kullanılan psikolojik bozukluklarla (özellikle kanser hastalarında görülen depresyon ve anksiyete ile ilgili sendrom ölçüm araçları gibi) ilgili ölçüm araçlarının bir listesi verilmiştir.

Uluslararası örgütler kanser hastalarının ve yakınlarının gereksinimlerinin sistematik olarak ölçülmesi gerektiğini ve gereksinim dahilinde hastanelerde bu bireyler için psiko-onkolojik tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulmasını önermektedir.[5,6,14,28] Amerika, İngiltere, Kanada, Avustralya ve Almanya gibi ülkelerde yaklaşık 1980'li yılların başından beri kanser hastalarının psikososyal sorunlarını belirlemek için düzenli olarak psikososyal ölçüm araçlarının kullanılmaya başlandığı bildirilmektedir.[25,30] Örneğin Almanya'da genel psiko-onkolojik ölçüm aracı (PO-Bado) ve kanser hastalığından kaynaklanan psikososyal ve psikolojik sıkıntıları ölçmek üzere iki ana ölçüm aracı geliştirilmiştir (Tablo.2).[32]

Onkoloji servislerindeki çalışan sağlık personelinin hastalarla terapötik görüşme teknikleriyle ilgili hizmet içi eğitimler alması psikososyal alanla ilgili oluşabilecek olası problemlerin önceden tanınmasında, belirlenmesinde ve böylece psiko-onkolojik gereksinimlerin giderilmesinde önemli bir unsur olacaktır.[33] Özellikle depresif uyum sorunları ve depresyon ataklarıyla sıklıkla karşılaşılır. İmmün tedavi ve anti-hormonal terapilerde (örneğin tamoksifen) kullanılan ilaçlar gibi belirli ilaçların ortaya çıkardığı depresif belirtiler klinikte önem taşır. İmmün tedavi grubuna ait olan glukokortikoid ilaçların yanı sıra interferon tedavisi gibi ilaç uygulamalarında depresif bozuklukların ortaya çıkma olasılığı %50'dir.[34] Bununla birlikte hastalık sürecinin her aşamasında çeşitli yoğunlukta hastalarda ortaya çıkan kaygı yalnızca

yaşam kalitelerine olumsuz yönde etkilemez aynı zamanda tedaviden optimal yararın alınmasını da olumsuz etkiler.

Tablo. 2. Kanser Hastalarının Psiko-Sosyal Sorunlarının Ölçümünde Kullanılan Bazı Testler

Ölçme Araçları	Ölçüm alanı	Kaynak
Po-Bado ¹	Psiko-onkolojiyle ilgili temel ölçüm aracı	Somatik ve Psikolojik Sorunlar [36]
DT	NCCN Psikolojik Sıkıntı Termometresi	Sosyal, ailesel, duygusal, fiziksel ruhsal sorunların büyüklüğü ve boyutu, (Görsel ölçek, olası problemlerin listesi, [37]
BSI / SCL-90-R	Kısa semptomlar ölçeği	Psikopatolojik sorunlar [38]
FBK-R23 ¹	Kanser hastalarda ortaya çıkabilecek sıkıntılar için soru formu	Psikosomatik sıkıntılar, korku, Hastalığın beraberinde getirdiği günlük yaşamdaki sınırlamalar ve sosyal sorunlar [39]
EORTC QLQ C30	Quality of Life Questionnaire	Yaşam kalitesinin ölçülmesi [40]
FACT	Functional Assessment of Cancer Therapy	Kanser hastalarında yorgunluk belirtilerini değerlendirir [41]
CNQ	Cancer Needs Questionnaire	Hasta gereksinimlerini belirleme [42]
HADS	Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği	Alt ölçek depresyon/alt ölçek anksiyete [43]
BDI/BAI	Beck Depresyon Ölçeği /Beck Anksiyete Ölçeği	Depresyon ve Anksiyete [44]

¹Almanya da geliştirilen birçok onkoloji kliniğinde kullanılan genel ölçüm aracı

Die Psychoonkologische Basisdokumentation (Po-Bado); Distress Thermometer (DT); Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); NCCN: National Comprehensive Cancer Network; The Brief Symptom Inventory (BSI) ve The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R); The European Organization for Research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality of life Instrument (EORTC QLQ C30); The Functional Assessment of Cancer Therapy scale (FACT); The Cancer Needs Questionnaire (CNQ); The Beck Depression Inventory ve The Beck Anxiety Inventory (BDI/BAI)

Prevalans çalışmaları verilerine göre, kanser hastalarının akut olarak psiko-onkolojik tedaviye gereksinimi olanların yüzdesi %30-35 oranında bulunmuştur. Bu hastalarda sıklıkla görülmesi olası psikiyatrik bozukluklar ağır strese reaksiyon ve uyum bozuklukları (F43.0), uyum bozuklukları (F43.2), depresyon bozukluğu (F32.) ve nörotik bozukluklardır (F48.0) (Tablo.3).[6,12]

Tablo.3. Kanser Hastalarında Sıklıkla Görülebilecek Psikiyatrik Bozukluklar

Psikiyatrik Bozukluk	ICD Kodu
Ağır strese reaksiyon ve uyum bozukluklar	F43.0
Uyum bozuklukları	F43.2
Depresyon	F32.0
Nörotik Bozukluklar	F48.0

Birincil ve metastatik beyin tümörleri beyin kan damarlarına bası yapabilir, kan ve beyin omurilik sıvısı (BOS) akımını tıkayarak deliryum ya da diğer nörolojik belirtilere neden olabilir. Kranial radyoterapiyi takiben ensefalopati görülebilir ve tedavinin ilk saatlerinde başlayıp, haftalar, aylar, yıllarca sürebilir.[35] Beyin işlevindeki bozuklara yol açabilecek çeşitli kanser türlerine bağlı olarak ortaya çıkmış olan deliryum vakaları kanser hastalarında çoğunlukla tedavi edilmez. Bu hastalarda delirium tedavisi aile ve hasta için ekstra sıkıntı ve hastane maliyetini artıracığı için çoğunlukla bu psikolojik sorun tanılanmadan ve tedavi edilmeden bırakılır.[12,13,35]

Kanserle ilişkili yorgunluk, nedenleri açıklanması zor olan bir tablodur. Yorgunluk, fiziksel nedenlerden kaynaklanabileceği gibi bilişsel, psikolojik ve motivasyonel nedenlerde ortaya çıkmasına yol açabilir.[12,33] Ayrıca yorgunluğun kanser hastalarında depresif bozukluklardan veya nörotik bozukluklardan ayrımını yapmak güçtür. Kanser hastalarının yakınlarının büyük bir çoğunluğu strese karşı iyi bir başa çıkma stratejileri geliştirse de, aile üyelerinin yaklaşık %20-30'unda hastası ileri evrede kanser teşhisi almış kişilerde psikolojik stresin görülme oranı % 50 olarak bildirilmiştir. Burada söz konusu psikolojik stresin yanı sıra depresyon ve uyum sorunları da kast edilmiştir. Anksiyete tüm bunlar arasında ilk sırayı alır.[16] Palyatif terapi durumlarında kadın hasta yakınlarında, özellikle de birey bir psikiyatrik bozukluk geçirmişse psiko-onkolojide bozukluk belirtileri geliştirme açısından potansiyel grubu oluşturur.[12]

Psiko-onkolojik Destekleyici / Psikoterapötik Girişimler

Psiko-onkolojideki tedaviyle ilgili destekleyici/psikoterapötik önlemler dört temel alanı kapsar.[45] Bunlar:

1. Davranışlarla ilgili psiko-onkolojik eğitimle hastalık ve terapinin hasta tarafından daha iyi anlaşılmasının sağlanması,
2. Hastalık ve uygulanan tedaviden kaynaklanan somatik ve psikolojik şikâyetlerin azaltılması için belirtilere odaklı önlemlerin alınması (burada çoğunlukla söz konusu olan gevşeme egzersizleri bilişsel ve davranışçı terapidir),
3. Psikoterapötik girişimlerin kriz anında kullanılması (burada bu yöntemler hastalıkla başa çıkma yöntemlerinin iyileştirilmesinden bireyin değer ve anlam sistemlerinin iyileştirilmesine kadar olan alan belirtilir),

4. Sağlık düzeltmek ve belirli bir dengede tutabilmek için psiko-farmakolojik tedavinin uygulanmasıdır (Buradaki amaç, ağrı ve bulantı gibi somatik belirtilerin kontrol altına alınmasıdır. Sıklıkla bireysel ve çift terapisi veya grup tedavi ortamları gibi çeşitli tedavi kombinasyonları birlikte kullanılır) [5,45]

Tablo.4. Psiko-onkolojik Girişimler: Destekleyici / Psikoterapötik önlemler [5,11,45]

Girişimler	Terapötik amaç	Uygulama
Bilgi gereksiniminin giderilmesi ve danışmanlık	Hastalığın ve tedavinin anlaşılmasının sağlanmasının iyileştirilmesi Hastalıkla başa çıkma stratejilerinin (örneğin duygusal ve bilişsel yöneltimin kontrollün yeniden kazanılması vs.) geliştirilmesi	Ağırlıklı olarak bireysel / çift terapisi
Psiko-egitimsel girişimler	Bireyin sağlık, hastalık ve terapiyle ilgili ilişkisinin geliştirilmesi	Birey- / grup terapisi
Gevşeme teknikleri (örneğin Jacobsonen kas gevşeme terapisi) Hipnoterapi ve otojenik eğitim	Psikolojik durumun (stresin azaltılması) Somatik belirti kontrollerin Hastalık ve sağlıkla ilgili bireysel ilişkisinin iyileştirilmesi	Bireysel/ grup terapisi
Psikoterapötik girişimler (çeşitli yöntemler, sıklıkla bilişsel davranışçı yaklaşımların kullanımı)	Kriz durumlarının kontrol altına alınması ve dengelenmesi Bireyin duygusal olarak kendini iyi hissetmesinin sağlanması Psikolojik belirtilerin azaltılması Hastalıkla mücadele stratejilerinin iyileştirilmesi ve Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi	Bireysel/ Çift terapisi
Yaratıcı tedavi, (Sanat terapisi Dans terapisi Müzik terapisi)	Yaşam kalitesinin, Hastalık ve sağlıkla ilgili olarak bireyin kendi kapasitesinin ve Hastalıkla mücadele stratejilerin geliştirilmesi	Grup terapisi

Tablo.4’de psiko-onkolojide sıklıkla uygulanan psikoterapötik uygulamaların bir listesi verilmiştir. Terapötik tedavi uygulamaları çoğunlukla kanser hastasının onkoloji servisinde bulunduğu sürede ya da evde bakım hizmetleri sırasında genellikle somatik belirtilere odaklanır. Buna uygun olarak Tab-

lo.4'de psiko-onkolojik girişimlerin temel özellikleri destekleyici önlemler temelli terapötik girişimler özetlenmiştir. [5,11,45]

Psikolojik stres, sunulan tedaviden kaynaklanan ya da hastalığın kendisinin çeşitli boyutlarda/şekilde ortaya çıkabildiğinden çok farklı seyredebilir. Özellikle hastadan büyük bir uyumun beklendiği teşhis ve tedavi evresinin başlangıcında korku ve güvensizlik sıklıkla ortaya çıkar.[46] Hastalığın anlamının tartışılması ve uygun başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi hastalığın ilk evresinde yer alacak olan psiko-onkolojik girişimlerin temelini oluşturur. Tedavi sonrasındaki girişimler, hastalığın yinelenme korkusuna, günlük yaşamın beraberinde getirdiği sıkıntılara ve bireyin değer sistemine gerekli uyum sürecine odaklanır.[46] Yaşam sonu evresinde psiko-onkolojinin ağırlık verdiği noktalar ise hastaya bu son yolculuğunda eşlik etme ve hasta yakınlarının desteklenmesidir.[47,48] Araştırma sonuçları psiko-onkolojik girişimlerin psikososyal stres belirtilerinin azaltması gibi kanser hastalarının psikolojik durumu ve yaşam kalitesi üzerinde iyileştirici etkilerinin olduğunu ortaya çıkarmıştır.[5,45]

Anksiyete giderici ve antidepresif ilaçlar son 15 yıl içerisinde onkolojik hastalara gittikçe artan oranda verilmektedir.[13] Kanser hastalarında bu kullanım sonuçlarıyla ilgili az sayıda kanıt temelli randomize ve kontrollü çalışma mevcuttur.[6] Anksiyeteye karşı uygulanan ilk ilaç tedavisinde –genelde ilk sırayı benzodiazepinler alır- akut stres ve anksiyete belirtilerinin kısa sürede giderilmesi amaçlanır. Depresif belirtiler uzun süren anksiyete bozukluklarına sıklıkla eşlik ettiğinden, bu hastalarda antidepresanlar sıklıkla uygulanır. Yeni antidepresan ilaçların yan etkilerinin az olması bu ilaçlara yönelik uyumun iyi olmasına yol açar.[49]

Tablo. 5. Psikolojik Girişimlerin Özellikleri [45]

Psiko-onkolojik Terapötik Girişimler
Problem merkezli ve çözüme odaklı
Hastanın beraberinde getirdiği kaynakların araştırılması ve başa çıkma stratejilerine odaklanma
Duygusal tepkiler için hastaya gerekli olan zaman ve yerin hastaya sunulması
Hastanın beraberinde getirdiği biyo-psikososyal öğelere saygı duyulması ve hastalık teorilerinin dikkate alınması
Bilgi eksikliğinin hastada giderilmesi veya bilgi alışverişi gibi süreçlerde yapılandırılmış özelliklerin kullanımı

Onkolojide kullanılan psikofarmakolojik ilaçların diğer bir uygulama alanı hastalığın kendisinden kaynaklanan ya da uygulanan tedavinin neden olduğu somatik belirtilerdir.[33] Psikofarmakolojik tedavi, kronik ağrı sendromunda, bulantı veya kusmada, dalgalanmalı ateş gibi belirtileri hafifletir. Antipsikotik

ilaçlar deliryum tablosunda kullanılır. Psikofarmakolojik bir tedavide hasta yan etkiler gibi sorunlar yaşayacağı için, öncelikle ondaki psikolojik yardım gereksiniminin iyice tespit edilmesi ve bu girişime yönelik ilaç uygulanmasının başlanıp başlanmayacağına karar verilmesi gerekir.[5,49]

Sonuç

Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında yayınladığı raporunda; onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin her ulusal kanser bakımı planının bir parçası olması psiko-onkoloji hizmetlerinin her kanser tedavisi servisinde sunulması gerektiğini bildirmiştir.[2] Psiko-onkolojide tedavi ve bakımda kaliteyi artırmanın temelinde tüm girişim ve uygulamalarının kayıt edilmesi ve organizasyonu gibi standart olarak tanımlanmış alanların yanı sıra ortak yönetimi (hastanın tedavi ve bakımı ve taburculuk sonrası da dahil olmak üzere etkin olan disiplinlerarası uzman görüş alışverişi vb.) ve hizmet içi eğitimlerin onkoloji çalışanları için düzenli hale getirilmesi devamlı tedavi ve uygulamaların geçerliliğinin gözden geçirilmesi gibi önem taşır.

Psiko-onkoloji halen gelişmekte olan dinamik bir alandır. Bu yüzden psiko-onkolojiyle ilgili bilimsel araştırma sonuçlarının ülke gerçekleri de dikkate alınarak tüm bunların servislerde kullanıma geçirilmesi bu yeni ve dinamik alan için oldukça önem taşımaktadır. Psiko-onkolojide tedavideki hedeflerinin oluşturulmasında psikolojik tedaviye gereksinimi olan kanser hastalarının belirlenip erken tedaviye başlanmasıdır. Bunun aynı zaman da sunulan hizmetin tüm kanser hastalarını kapsamaması gerekir. Psikolojik tedavi ve bakım gereksinimini belirlemek için teşhis ve tedavinin ilk aşamasında bulunan tüm kanser hastalarına uygulanacak standart psikolojik tarama testi geliştirilip uygulanması bu sürecin ilk adımını oluşturabilir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/> (accessed at Feb 01, 2012).
2. Tuncer AM. Cancer Report 2010. Ankara, Asian Pacific Organization for Cancer Prevention, 2010.
3. T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010.
4. Boyle P, Levin B. World Cancer Report 2008. Geneva, International Agency for Research on Cancer, 2008.

5. Holland CJ, Weiss R T. History of psycho-oncology. In *Psycho-Oncology*, 2nd Edition (Eds JC Holland, WS Breitbart, PB Jacobsen, MS Lederberg, MJ Loscalzo, RS McCorkle):3-11. New York, Oxford University Press, 2010.
6. Breitbart S W, Alici Y. Psycho-oncology. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17:361-365.
7. Karnofsky DA, Burchenal JH. Present status of clinical cancer chemotherapy. *Am J Med* 1950; 8:767-788.
8. Heussner P. Perspektiven in der psycho-onkologie und tumorbedingter fatigue. *Wien Med Wochenschr* 2005;155:544-548.
9. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 2002; 64:206-221.
10. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Pisetsky S, Schmale AM et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249:751-757.
11. Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psycho-oncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York, Oxford University Press, 1989.
12. Sperner-Unterwegner B. Psychoonkologie – psychosoziale onkologie integration in ein onkologisches behandlungskonzept. *Nervenarzt* 2010; 82:371-380.
13. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3:343-367.
14. Lederberg MS. Psychooncology. In *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock):2196-2225. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
15. Graves KD. Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: a meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychol* 2003; 22:210-219.
16. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36:13-34.
17. Owen JE, Klapow JC, Hicken B, Tucher DC. Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psychooncology* 2001; 10:218-230.
18. Andersen BL, Yang HC, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thornton LM et al. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer* 2008; 113:3450-3458.
19. Chah P, Bond A. 'I'm sorry but you've got cancer': the role of psycho-oncology. *Br J Hosp Med (Lond)* 2009; 70:514-517.
20. Soygur H, Özalp E, Basterzi, DA .TPD 4 Şubat 2010 Dünya Kanser Günü Basın Bülteni. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 2010;13:59-61.
21. Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2010; 26:87-97.
22. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium* 2008; 46:51-61.

23. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:59-66.
24. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14:145-152.
25. Shell JA, Kirsch S. Psychosocial issues, outcomes, and quality of life. In *Oncology Nursing*, 4th edition (Ed SE Otto):948-972. Philadelphia, Mosby, 2001.
26. Arolt V, Rothermundt M. Depressive Störungen bei körperlich Kranken. *Nervenarzt* 2003; 74:1033-1052.
27. Breitbart W. Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer* 1995; 3:45-60.
28. Tada Y, Matsubara M, Kawada S, Ishida M, Wada M, Wada T et al. Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in Japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. *Jpn J Clin Oncol* 2012; 42:183-188.
29. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jankins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001; 84:1011-1015.
30. Cameron JI, Franche RL, Cheung AM, Stewart DE. Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer* 2002; 94:521-527.
31. Weis J, Koch U, Matthey K. Bedarf psychoonkologischer versorgung in Deutschland – Ein Ist-Soll-Vergleich. *Psychother Psychosom med Psychol* 1998; 48:417-424.
32. Herschbach P. Behandlungsbedarf in der psychoonkologie. grundlagen und erfassungsmethoden. *Onkologie* 2006;12:41-47.
33. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012; 21:189-219.
34. Schäfer M, Schwaiger M. Interferon- α -assozierte psychische nebenwirkungen: häufigkeit, ursachen und therapie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2003;71:469-476.
35. Bond SM, Neelon VJ, Belyea MJ. Delirium in hospitalized older patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33:1775-1783.
36. Herschbach P, Brandl T, Knight L, Keller M. Das subjektive befinden von krebskranken einheitlich beschreiben – Vorstellung der Psycho-Onkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). *Dtsch Arztebl* 2004; 101:799-802.
37. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher H, Holland JC. Rapid screening of psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 1998; 82:1904-1908.
38. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis, MN, National Computer Systems, 1993.
39. Herschbach P, Marten-Mittag B, Henrich G. Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Z Med Psychol* 2003;12:1-8.
40. Aaronson NK, the EORTC QoL-study-group. The EORTC core quality of life questionnaire. In *Effect of Cancer on QoL* (Ed D Osoba):185-203. Vancouver, CRC Press, 1991.

41. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993; 11:570-579.
42. Bonevski B, Sanson-Fisher R, Girgis A, Burton L, Cook P, Boyes A. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *Cancer* 2002; 88:217-225.
43. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
44. Beck AT. *Depression: Causes and Treatments*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1972
45. Nezu MA, Nezu MC, Felgoise H, Zwick ML. Psychosocial oncology. In *Handbook of Psychology* (Ed IB Weiner):274-286. Hoboken, NJ, Wiley, 2003.
46. Bahar A. Kanser hastalarına psiko-sosyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 10:105-111.
47. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee (Technical Bulletin 804, Publication 1100804)*. Geneva, WHO, 1990.
48. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4:178-187.
49. Elbi H. Kanser ve psikiyatrik sorunlar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1997; 2:173-187.

Beyhan Bag, Psikiyatri Hemşireliği, Giessen, Almanya.

Yazışma Adresi/Correspondence: Beyhan Bag, Karl-Follen Strasse 5, 35394, Giessen, Germany.

E-mail: beyhanbag@yahoo.com

Yazar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The author reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol4/no4/

Çevrimiçi yayım / Published online 01 Temmuz / July 01, 2012; doi:10.5455/cap.20120427
