

PSİKOSOSYAL AÇIDAN KANSER VE PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CANCER AND THE ROLE OF PSYCHIATRY NURSE

Ar.Gör.Dr. Serap YILDIRIM

Yard.Doç.Dr. Ayça GÜRKAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

3.Uluslar arası-10.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sözel Bildiri olarak sunulmuştur

ÖZET

Günümüzde kanser, tanı ve tedavisi multidisipliner olarak ele alınması gereken çok yönlü bir sorun haline gelmiştir. Kanser, tıbbi- fiziksel bir hastalık olmasının yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu da kapsayan kronik bir olgudur. Kanser hastaları tanı, tedavi, nüks ve palyatif dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, ruhsal, davranışsal reaksiyonlar geliştirirler. Bu neden ile kanser hastalarının bütüncül tedavi ve bakımı tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal boyutları birlikte içermelidir. Psikososyal tedavi ve bakımın odak noktası, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını arttırmaktır. Ekibin önemli üyelerinden biri olan psikiyatri hemşirelerine, bu konuda konsültasyon liyezon psikiyatrisi (CLP) kapsamında önemli görevler düşmektedir. Bu makalede psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin kanserdeki rolü ele alınacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, psikososyal bakım, psikiyatri hemşiresi

ABSTRACT

Today, cancer has become a versatile problem whose diagnosis and treatment should be handled multidisciplinary. Cancer is a chronic phenomenon covering a lot of psychological and psychosocial problems in addition to being medical-physical illness. Cancer patients develop variable and different emotional, psychological and behavioral reactions in the diagnosis, treatment, relapse and palliative periods. Therefore integrated treatment and care of cancer patients should include medical, psychiatric and psychosocial aspects. The focus of psychosocial treatment and care is to increase the consistency to the illness by developing the handling ability of patient and family. Psychiatry nurses who are the important members of the team have significant responsibilities in this issue within the context of consultation liaison psychiatry (CLP). The psychosocial aspects of cancer and the role of psychiatry nurse in cancer will be discussed in this article.

Key Words: Cancer, psychosocial care, psychiatry nurse

GİRİŞ

Günümüz çağdaş tıbbının ve insanın en önemli ve güncel sorunlarından olan kanser, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır. Bilinmeyen bir tehlikenin, acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, karmaşa ve kaygının sembolüdür (Altuğ ve arkadaşlarının 1995; Anuk ve arkadaşlarının 1999; Oflaz ve Hatipoğlu 1999; Özkan 1999). Anuk ve ark. (1999) belirttiğine göre, Gyllensköld'e göre kanser; doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu, sinsice hareket ettiği, nedenleri pek açıklanamadığı, zamanla kontrolü güçleştiği, kontrolden çıktığı ve büyük acılara neden olduğu, bireyi sosyal yönden damgaladığı ve soyutladığı için diğer kronik hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanır.

Elbi' nin (1991) bir makalesinde Hersh (1985), kanserin psikolojik boyutlarının toplumun hastalığa yansıttığı korkular ile yakından ilişkili olduğunu belirterek kanseri şöyle tanımlar: “Kişinin kendi bedeninin kendini yok etmesini simgeler. Nereden geldiği belli olmadan ve uyarmadan vurur. Herhangi bir zamanda, herhangi bir yerde ortaya çıkar. Kanser fizik benin yaşamla olan ince bağı ve bireyin kendi bedeni üzerindeki kontrolün kaybını sembolize eden anormal durumun göstergesidir ”.

Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm duygusu tepki ve düşüncelerini çağrıştıran bir hastalık olarak algılanır. Bu nedenle kanser bir yıkım gibi algılanır ve dramatik anlamıyla kişinin psişik dengesinde krize neden olur. Bu nedenle kanser, tıbbi-fiziksel bir hastalık olmasının yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu da kapsayan bir olgudur (Altuğ ve ark. 1995; Anuk ve ark. 1999; Özkan 1999).

Kanser tanısı kadar, kanserin tedavisi, hastalığın seyri ve nüksler de kişide ruhsal sıkıntının artmasına yol açar. Ruhsal sıkıntı düzeyinin artması, endokrin ve immün sistemi de olumsuz olarak etkilemekte ve göz ardı edilmesi durumunda bireyin yaşam kalitesinin düşmesine yol açarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini güçleştirebilmektedir. Kanser ve yaşam kalitesi konularında yapılan araştırmalarda, ruhsal sıkıntının yaşam kalitesi yanında fiziksel semptomları ve kanser tedavisinin sonuçlarını da etkilediği saptanmıştır (Burns- Debra 2001).

Kanser tanısı alan hastaların önemli bir kısmı tam olarak tedavi edilemediği için pek çoğu zamanlarının büyük bir bölümünü hastanelerde geçirmektedir. Günümüzde kanser, tanı ve tedavisi multidisipliner olarak ele alınması gereken çok yönlü bir sorundur. Ekibin önemli üyelerinden biri olan psikiyatri hemşirelerine bu konuda konsültasyon

liyezon psikiyatrisi (KLP) kapsamında önemli görevler düşmektedir (Kocaman 2005; O' Callaghan 2001; Özkan 1997; Tunmore 1990).

KLP hemşiresi; gerçek veya potansiyel fiziksel işlev bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastalara ve ailelere yönelik hizmette birincil korumadan, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan süreçte yer alır. KLP hemşireliği, hastaların/ailelerin emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen, hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanıdır (Kaçmaz 1999b; Kocaman 2005).

Bu makalede psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin kanserdeki rolü ele alınacaktır. Konunun daha iyi anlaşılabilmesi için kısaca kanserdeki psikolojik tepkiler, kansere ek olarak görülen psikiyatrik bozukluklar, kanserde kullanılan psikoterapötik yöntemlere de değinilecektir.

KANSERDE PSİKOLOJİK TEPKİLER

Kanser hastaları tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, ruhsal, davranışsal tepkiler gösterirler. Aslında şok, tepki, direnme ve uyum süreçleri tüm dönemlerde yeniden yaşanmaktadır (Anuk 1999; Özkan 1999).

Bireyin kanser ile baş etmesini etkileyen birçok değişken vardır. Genetik yapı, sinir sistemi işlevi, gelişimsel yaşantılar, genel sağlık durumu, cinsiyet, yaş, kültür, benlik imgesi ve psikolojik işlevler, aile, iş, okul gibi çevresel değişkenler ve ölüm, boşanma, iş değişikliği, taşınma gibi stres verici yaşam olayları kansere gösterilen tepkileri belirler (Elbi 1991).

Kanser tanısından sonraki ilk 1-2 yıl bilinmeyene, kaygıya, tıbbi bakıma bağlılığa, vücut işlev ve rollerindeki kayıp ve değişikliklere uyum dönemidir. Anuk' un (1999) ve Özkan' ın (1993) belirttiğine göre, Blound kanser tanısının konulması ile şok, tepki, direnme ve uyum olmak üzere toplam dört aşamalı bir sürecin yaşandığını bildirmiştir. Benzer şekilde, Elbi' nin (1998) ve Özkan' ın (1999) belirttiğine göre, Elisabeth Kübler Ross' da kanserde ortaya çıkan psikolojik aşamaları inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere toplam beş aşamada tanımlamıştır.

Genel olarak kanser tanısına ilk aşamada gösterilen en yaygın tepki şok olma ve inanmamadır. Kişi, kendi bedenine yabancılaşır ve kendi bedenine güvenemez. Kısa bir süreliğine kişinin iç dünyası karışıktır. Bu durum birkaç saatten birkaç gün ya da haftaya kadar

uzayabilir. Bu aşamada en yaygın uyum biçimi, inkardır. İnkâr katlanılması güç olan gerçeği bilinç dışında tutma, benlik bütünlüğünü koruma çabasıdır (Anuk 1999; Özkan 1993; Özkan 1999).

İkinci aşama, hastanın gerçeği yavaş yavaş kabullenme süreci içine girdiği dönemdir. Bu aşamada, temel tepki biçimi kaygıdır. Kaygıyı yok etmek için hasta inkar, bastırma, karşıt tepki kurma gibi çeşitli savunma mekanizmalarını kullanır. Korku ya da öfke tepkileri de bu aşamada görülen reaksiyonlardır (Anuk 1999; Özkan 1993; Özkan 1999).

Tedavinin en aktif olduğu dönem sona erince üçüncü aşamaya geçilir ve hasta yeni durumuna uyum sağlamaya çalışır. Yaşamında artık eskiye döndüremeyeceği değişiklikler olmuştur. Ölüme bu kadar yaklaştıktan sonra yaşama bakış açısını sorgulayabilir. Bu noktada bundan sonra yaşamı nasıl değerlendirmek gerektiği sorusu, bu hastaların en önemli sorunlarından biridir (Anuk 1999; Özkan 1993; Özkan 1999).

Tablo 1: Kanserde Psikolojik Tepkiler (Özkan 1999)

	Uyuma Yönelik Tepkiler	Uyuma Yönelik Olmayan Tepkiler
Tanı Öncesi	1.Kanser olasılığı ile ilgili kaygı geliştirme	1. Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme 2. Hastalık olasılığının inkar edilmesi ve tedavide gecikme
Tanı Aşaması	1. Şok olma 2. İnanamama 3. Başlangıçta kısmi inkar 4. Kaygı 5. Kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular 6. Depresif mizaçlı uyum	1. Kesin inkar, tedaviyi reddetme 2. Ölümün kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddetme
Tedavi Aşaması	Cerrahi Tedavi 1. Cerrahi girişimin geciktirilmesi Radyoterapi 1. Işın tedavisinin etkilerinden korkma 2. Terk edilme korkusu Kemoterapi 1. Yan etkilerinden korkma 2. Vücut imajı değişiklikleri 3. Kaygı, izolasyon eğilimi, hafif depresif duygu durumu 4. Alturuistik duygular (organlarını bağışlama)	1. Ameliyat sonrası reaktif depresyon 2. Vücut imajı değişiklikleri ve uzamış ciddi elem reaksiyonu
Tedavi Sonrası	1. Normal baş etme düzeneklerine ve hastalık- tedavi sınırları içinde yaşama dönüş 2. Nüks korkusu	1. Şok olma 2. İnanamama 3. Kısmi inkar 4. Kaygı 5. Kızgınlık 6. Depresif duygu durum
	1. Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi	1. (Majör) Depresyon

Hastalığın Seyri ve İlerlemesi	olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar	
Terminal / Palyatif Dönem	1. Terk edilme korkusu, ağrı, bilinmezlik korkusu, varoluşçu endişeler 2. Ölüm düşüncesine bağlı kişisel elem duygusu ve kabulleniş	1. Depresyon 2. (Akut)Deliryum

Son aşama ise hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği uyum dönemidir. Kişi yeni kimliğini ve hastalığını benimsemeye başlar. Bu dönemle birlikte, kişi yaşamını, geçmişini, geleceğini, varoluşunu yeniden yorumlamaya başlar. Güven ve denge arayışı içindedir (Anuk 1999; Özkan 1993; Özkan 1999).

KANSERDE PSİKIYATRİK BOZUKLUKLAR

Kanser tanısı alan hastalarda görülen psikiyatrik sorunlar, kanserin tipine, hastalığın doğasına, kullanılan tedavi ve yan etkilerine bağlı olarak gelişmektedir. Kanser hastalarının hepsinde psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı düşüncesi de, tüm tepkilerin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği düşünceleri de yanlıştır (Önen- Sertöz 2006; Özkan 1999).

Özkan’ nın (1993), Anuk ve arkadaşlarının (1999), Ateşçi ve ark.’ nın (2003) belirttiği üzere, Derogatis ve arkadaşlarının (1983), DSM-III kriterlerini uygulayarak yaptıkları çok merkezli ve 215 hastayı içeren PSYCOG (“Psycho-social Collaborative Oncology Group”) çalışmasında, kanser hastalarının %47’sinde tanı konacak düzeyde ruhsal bozukluk bildirmişlerdir. Tıbbi hastalar genelinde bildirilen %20-40 oranına göre bu oldukça yüksek bir orandır. Bu kapsamlı klinik araştırma sonuçlarına göre hastaların %68’ inin uyum bozukluğu, %13’ ünün major affektif bozukluk (depresyon), %8’ inin organik ruhsal bozukluk, %7’ sinin kişilik bozukluğu, %4’ ünün anksiyete bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır (Anuk ve ark. 1999; Ateşçi ve ark. 2003; Özkan 1993).

Kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluk tablosu uyum bozukluğu olup, prevalansı %25’ tir. Akut stres tepkisi şeklinde başlayıp duygudurum ve anksiyete semptomlarının eşlik etmesi ile tablo belirginleşir (Önen-Sertöz 2006) ve genellikle yaşamı tehdit eden tıbbi hastalıkların seyrinde, özellikle tanının yeni konduğu, yan etki ve güçlük beklenen bir tedaviye başlandığı, tedavi planının değiştiği, tedavinin sonlandırıldığı, hastalığın seyrinin değiştiği, ciddi cerrahi müdahalenin planlandığı, hastalığın ilerlediği ve terminal döneme ulaştığı geçiş dönemlerinde daha sık ortaya çıkar (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

Depresyon kanser hastalarında ikinci sıklıkla görülen psikiyatrik bozukluk tablosudur. Depresyonun görülme oranı kanserde 2-3 kat artmaktadır. Kanserli hastada depresyon için risk etmenlerini araştıran çalışmalarda, kanser tanısına bağlı oluşan güçlekle kişinin baş etme

gücünün zayıf olması bir başka anlatımla kişinin ego gücünün zayıf ve nevrotik özelliklerinin fazla olması, sosyal desteğinin olmaması, ağrı, disfori ve ilerlemiş hastalıktan söz edilmiştir (Bottomley 1997; Önen-Sertöz 2006)

Varoluşu tehdit eden kanser gibi ciddi hastalıklarda sıklıkla ortaya çıkan bir diğer psikiyatrik bozukluk tablosu da anksiyetedir. Kanserli hasta saygınlığını, özgürlüğünü, kontrolünü yitirmekten ve acı çekmekten korkabilir. Bunun dışında spesifik anksiyete semptomları tedavi ve tetkik sonuçlarını bekleme, yeni bir tedavi öncesi, tedavi değişimi, belirti-bulgunun ortaya çıkması, relaps durumu, hastalık çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi gibi akut kriz dönemlerinde de ortaya çıkarak hastanın işlevselliğini bozabilir (Altuğ ve ark. 1995; Cimilli 1998; Önen-Sertöz 2006; Özkan 1999)

Kanser hastalarında sıkça karşılaşılan bir diğer psikiyatrik bozukluk tablosu da deliryumdur. Kanser hastalarında kanserin Santral Sinir Sistemine doğrudan ya da dolaylı etkisine veya tedavilerin dolaylı sonuçlarına bağlı olarak görülebilen deliryum tablosu, hastaneye yatan kanser hastalarının %8-40'ında görülürken, ileri evre kanser hastalarının %80'inden fazlasında görülmektedir (Bottomley 1997; Önen-Sertöz 2006).

Bunun yanında tedavi ekibinin hastanın psikolojik reaksiyonları karşısında yardımcı olabilmesi ve tedaviyi etkili bir şekilde devam ettirebilmesi için gözden kaçırmaması gereken bazı yakınmalar ve bulgularda hastada mevcut olabilir. Bu gibi durumlarda psikiyatrik konsültasyon istenmelidir.

Psikiyatrik konsültasyon istenmesi gereken durumlar:

- Hastalığa olumsuz reaksiyonlar gözleendiğinde
- Hastalığa uyum güçlüğü yaşandığında
- İşbirliği, tıbbi bakım ve tedaviye uyum güçlüğü yaşandığında
- Hastalığın seyrini, tedaviye yanıtı olumsuz etkileyen anksiyete, depresyon, korku gibi emosyonel tepkiler olduğunda
- İntihar girişimi, çevredekilere zarar verme, agresif tutumlar gözleendiğinde
- İleri derecede davranış bozukluğu olduğunda
- Tedavi ekibi ile sürekli çatışma yaşandığında
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunda
- İlaç yan etkisi ve ilaç etkileşimlerinde
- İlaç ya da diğer tedavileri reddettiğinde
- Uyku ve gıda alımına ilişkin sorunlar yaşandığında

- Tıbbi bakım ve tedaviyi olumsuz etkileyen kişilik sorunları görüldüğünde

Kanser hastalarında, ruhsal bozuklukların sıklığı ve yaygınlığı ve bu durumun gerek hastalığın seyrine, gerekse tedaviye olan uyuma etkisi dikkate alınmalı ve bu hastalardan rutin olarak KLP kapsamında psikiyatrik değerlendirme istenmelidir (Özkan 1993).

KANSER VE PSİKOSOSYAL BAKIM

Kanser tanı ve tedavi yöntemlerinin yaygınlaşması, iletişim araçları ile yapılan uyarı ve eğitim çalışmalarının yoğunlaşması insanların sağlık kurumlarına başvurularını etkilemektedir. Bu da kanser tanısı konmuş hasta sayısını arttırmakta ayrıca kansere daha erken tanı konma olasılığını fazlalaştırmaktadır. Halen geniş kitleler tarafından “kansere” sözcüğü “ölüm” kavramı ile eşanlamlı algılanmakla birlikte, kanser tedavisindeki ilerlemeler ve kanser olgularının giderek daha erken yakalanabilmeleri gibi nedenlerle kanserli hastalar daha uzun süre yaşamaktadırlar. Bu süre içinde yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, ölümcül hastalıklarla yüzleşmenin kolaylaştırılması, kronik hastalık ve tedaviler nedeniyle ortaya çıkan ruhsal gereksinimlerin giderilmesi, bozulan sosyal duruma ilişkin sorunlar ve tedavi işlemlerine ilişkin daha kapsamlı bilgilendirmeler önem kazanmaktadır.

Kanser tanısının konulmasıyla hastalar ve aileleri hastalık sürecinin her aşamasında farklı psikososyal sorunlar ve gereksinimlerle karşılaşabilirler ve çeşitli tepkiler gösterebilirler. Bu tepkilerin hepsinin psikopatolojik olarak kabul edilmesi de hepsinin normal olarak kabul edilmesi de yanlıştır. Bu nedenle kanser tanı ve tedavisi multidisipliner olarak ele alınmalı ve cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi yöntemlerle tedavisi ve hastanın fiziksel bakımının yanında ruhsal tedavi ve bakımı, bütüncül tedavinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (Anuk 1999; Özkan 1993; Özkan 1997; Özkan 1999).

Genel olarak bakıldığında kanser hastalarında görülen ruhsal tepkilerin hepsinin yeni duruma uyum sağlama ve bu durumla başa çıkma amaçlı olduğu ve en sık görülen psikiyatrik bozukluk tablosunun da uyum bozukluğu olduğu görülmektedir. Uyum süreci, zihin- beden arasındaki karşılıklı ilişkiyi gerektirir ve biyolojik, gelişimsel, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve teknolojik olmak üzere birbiriyle ilişkili farklı bölümlere ayrılarak incelenir. Ruhsal anlamda uyum süreci ise oldukça komplekstir ve yalnızca davranışsal olarak gözlenebilir. Uyum sürecinde bireyin sosyal destek sistemlerinin yeterliliği ve etkinliği oldukça önemlidir (Kaçmaz 1999a).

Organizmanın bazı uyum mekanizmaları ile bozulan dengesini sağlama çabaları yetersiz kaldığında ortaya çıkan uyum bozukluğu tanısı, DSM sınıflandırma sisteminin açık ve özgül bir belirti profili

olmayan birkaç kümesinden biridir (Özgüven ve Tuncer 1997). Uyum bozukluğu tanısı aynı zamanda, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Birliği (North America Nursing Diagnoses Assosiation - NANDA) tarafından da bir hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir. Hemşirelik tanıları el kitabında da uyum bozukluğu, yaşam biçimi ya da davranışlarını sağlık durumundaki bir değişimle tutarlı şekilde değiştiremeyen bir bireydeki durum olarak tanımlanmış ve hemşirelik tanılarının çoğunun hastanın uyumu ile ilgili bir sorun olduğunu, uygulamalarının ise hastanın uyumunu kolaylaştırmak amacıyla yapıldığını belirtmiştir (Biol 2002; Carpenito- Moyet 2005).

Hemşirelik, bireylere bakım vermede odaklanan, sürekli gelişim ve değişim içinde olan bir meslektir. Hemşireler hastaneye yatırılan hastaların fiziksel gereksinimleri için bakım verirken sık sık sağlık durumuna uyum çabası içinde olan hastaların emosyonel, spiritüel ve psikososyal gereksinimleriyle de karşılaşır. Hemşire bu durumda hastanın uyumunu kolaylaştırmak için bireyin sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımlamalı, bu durum ile baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi değerlendirebilmeli ve hemşirelik girişimlerini de bu bilgiler dahilinde planlayıp uygulamalıdır (Biol 2002; Kum 1996).

Hastalar hastalıkları ve hastanede buldukları sürelerde sağlık personelinin onları anlamaları ve gereksinimlerini karşılamaları konusunda kendilerini güvende hissetmek isterler. Bu nedenle hemşirelerin hasta ve ailesini destekleyici yaklaşımda bulunması oldukça önemlidir. Destekleyici yaklaşımın amacı olumsuz düşünce ve duyguları düzelterek, olumlu ve daha çok uyuma dönük baş etme yöntemlerini geliştirmektir (Özkan 1993).

Progresif gevşeme, derin nefes alıp verme egzersizi, terapötik dokunma, masaj ve müzik terapi gibi alternatif terapötik yaklaşımlar olarak bilinen farklı hemşirelik girişimleri de hastaların gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek için kullanılan girişimlerdir (Gagner- Tjellesen ve ark. 2001).

Kanser hastalarıyla yapılan çalışmalara bakıldığında psikoterapi, psikoeğitim, müzik terapi, aromaterapi ve destek grupları gibi farklı yaklaşımların kullanıldığı girişimlerin hastalara emosyonel destek sağladığı, hastaların uyumunu ve baş etme düzeylerini arttırdığı, depresyon ve kaygı düzeyini azalttığı belirtilmiştir (Bottomley 1997; Meyer ve Mark 1995; Yıldırım ve Gürkan 2007).

Meyer ve Mark (1995), erişkin kanser hastaları için çeşitli psikososyal girişimlerin etkililiğini araştırdıkları bir çalışmada, psikososyal girişimlerin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve umut gibi değişkenlerde etkili olduğunu saptamışlardır. Yıldırım ve Gürkan (2007), kanser hastalarına dinletilen müziğin kemoterapi yan etkilerine

ve kaygı düzeyine etkisini incelemek amacı ile yaptıkları çalışmada, müziğin durumluk kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğunu saptamışlardır. Babacan- Gümüş ve Çam (2008), meme kanserli hastalarda emosyonel destek odaklı hemşirelik girişimlerinin psikososyal uyuma etkisini incelediği bir çalışmada, emosyonel destek odaklı hemşirelik girişimlerinin hastaların sağlık bakımına, aile çevresine, seksüel ilişkilere, geniş aile ilişkilerine ve sosyal çevreye uyumlarında artmaya, psikolojik distres düzeylerinde ise azalmaya yol açtığı saptamıştır.

Onkolojideki gelişmeler ve tıbbi hastalara psikiyatrik-psikososyal hizmetleri sunmak için konsültasyon liyezon psikiyatrisi servislerinin genel hastanelerde daha yaygın yapılanmasını, psikiyatrik tıp şemsiyesi içinde psikoonkoloji disiplininin şekillenmesini sağlamıştır. Psikoonkoloji ya da psikiyatrik onkoloji liyezon psikiyatrisinin onkoloji ayağıdır (Özkan 1993).

Psikososyal onkoloji ya da psikiyatrik onkolojinin uğraş alanları: (Özkan 1999)

- Kanser ve tedavi programının hastalar, hasta aileleri ve tedavi ekibi üzerindeki psikolojik etkilerini araştırmak, psikolojik destek sunmak.
- Psikolojik ve davranışsal etmenlerin kanser riski ve seyrindeki etkilerini araştırmak ve bu alanda tanı ve tedavi konusunda araştırmalar yapmak.
- Kanser olgusunun ya da tedavi yöntemlerine ilişkin ortaya çıkan psikolojik reaksiyonların çözümlenmesi, hasta- aile- tedavi ekibinde ortaya çıkabilecek iletişim ve etkileşim sorunlarının çözümlenmesini sağlamak.
- Psikiyatrik yönden riskli bilgilerin önceden belirlenip izlenmesi, akut tedavi döneminin dışında izlenme ve kontrol döneminde, psikiyatrik bakımın sağlanması ve uzun sürede ortaya çıkabilecek psişik sorunların çözümlenmesini sağlamak olarak sıralanabilir.

Sonuç olarak, kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan, gerekirse hastanede yatarak tedavi ve bakım alan hastaya ve ailesine multidisipliner ve bütüncül bakım verilmesi gerekmektedir. Bu ekibin önemli üyelerinde biri olan KLP hemşiresi bu servislerde çalışan hemşirelerle ve tedavi ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği içinde çalışmalıdır. KLP hemşiresi kanser hastalarına, ailelerine ve onkoloji servislerinde çalışan sağlık çalışanlarına gerektiğinde psikososyal bakımın verilmesinde destek olmalıdır. Psikososyal bakım ile ilgili bilgilerin beceriye dönüştürülmesi, uygulanması, KLP hemşireliğinin yaygınlaştırılması, hemşireliğin gelişimine ve hemşirelik bakım kalitesinin arttırılmasına

katkı sağlayacağı gibi hastaların ve ailelerinin de yeni sağlık durumu ve ortaya çıkan sorunlarla baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını arttıracak ve dolayısıyla hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artmasına da katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Altuğ B ve ark. (1995). Kanser hastalarında psikiyatrik semptom dağılımı. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri, Konya, 1-3 Haziran, 268- 272.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı (DSM-IV) (Çev.ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
3. Anuk D (1999). Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi. Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz: Özkan S, İstanbul, 160- 173.
4. Anuk D, Özkan M, Alçalar N (1999). İ. Ü. İ. T. F. konsültasyon – liyezon psikiyatrisi bilim dalı psiko-onkoloji çalışmalarının 2 yıllık dökümü. Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz: Özkan S, İstanbul, 174- 181.
5. Ateşçi FÇ ve ark. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi; 14(2): 145- 152.
6. Babacan- Gümüş A, Çam O (2008). Effects of Emotional Support Focused Nursing Interventions on the Psychosocial Edjustment of Breast Cancer Patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention; 9: 691- 697.
7. Birol L (2002). Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Sürecinde Sistemik Yaklaşım, 5. Baskı, İzmir, 75- 80.
8. Bottomley A (1997). Review psychosocial problems in cancer care: a brief review of common problems. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing; 4: 323-331.
9. Burns- Debra S (2001). The effect of the bonny method of guided imajery and music on the mood and life quality of cancer patients. The Journal of Music Therapy; 38(1): 51- 65.
10. Carpenito-Moyet LJ (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Çev. Editörü Firdevs Erdemir, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 404.
11. Cimilli C (1998). Kanserde anksiyete ve depresyon. 3P Dergisi; 6(3): 8- 13.
12. Elbi H (1991). Kanser psikolojik yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi; 2(1): 60- 64.
13. Elbi H (1998). Psiko- onkoloji. 3P Dergisi; 6(3): 5- 7.
14. Gagner-Tjellesen D, Yurkovich EE, Gragert M (2001). Use of music therapy and other ITNIs in acute care. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services; 39(10): 26- 37.
15. Kaçmaz N (1999a). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve biyopsikososyal bakım. Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz: Özkan S, İstanbul, 198- 208.
16. Kaçmaz N (1999b). Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği model geliştirme çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

17. Kocaman N (2005). Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 9(1): 49- 54.
18. Kum N (1996). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı, Vehbi Koç Yayınları, Ankara, 1996, 1-3, 132-158.
19. Meyer T, Mark M (1995). Effects of psychosocial intervention with adult cancer patient: A meta-analysis of randomized experiments. Health Psychology;14: 101- 108.
20. O'Callaghan C (2001). Bringing music to life: A study of music therapy and palliative care experiences in a cancer hospital. Journal of Palliative Care; 17(3): 155- 161.
21. Oflaz F, Hatipoğlu S (1999). Onkoloji kliniğinde yatan hastaların psikiyatrik semptom gösterme düzeyleri ve destek gereksinimlerinin saptanması. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Erzurum, 22-24 Haziran, 457- 462.
22. Önen- Sertöz Ö (2006). Kanserli hastada gözlenen ruhsal hastalıkların farmakolojik tedavisi, Uyar M, Uslu R, Kuzeyli- Yıldırım Y (Ed.), Kanser ve Palyatif Bakım, Meta Basım, İzmir, 175-196.
23. Özgüven HD, Tuncer HT (1997). Uyum bozukluğu. Kriz Dergisi; 5(2): 87-94.
24. Özkan MN (1997). Psiko-onkoloji. Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz: Özkan S, Ed: Özkan MN, İstanbul, 21- 30.
25. Özkan S (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş.
26. Özkan S (1999). Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz: Özkan S, İstanbul, 140- 153.
27. Tunmore R (1990). The consultation liaison nurse. Nursing; 4(3): 31-34.
28. Yıldırım S, Gürkan A (2007). Müziğin kemoterapi yan etkilerine ve kaygı düzeyine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 8: 37-45.

