

Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi

An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management

Özden DEDELİ,¹ Gülten KARADENİZ¹



Özet

Kanser ağrısı ciddi anlamda ızdırap veren ve yaşamın kalitesini azaltan çok boyutlu ve karmaşık bir deneyim olarak bilinmektedir. Kanser ağrısının psikososyal ve spiritüel boyutları bu fenomende önemli rol oynamaktadır. Bu makale, kanser ağrısının yönetimi için, hastaların gereksinimleri ve kanser ağrısının psikososyal ve spiritüel boyutlarına odaklı multidisipliner bir model tanımlamaktadır.

Anahtar sözcükler: Kanser ağrısının kontrolü; multidisipliner bakım; psikososyal destek; spiritüel bakım.

Summary

Cancer pain is known to be a multidimensional and complex experience that can cause severe suffering and can lessen the quality of life. The psychosocial and spiritual aspects of cancer pain play an important role in this phenomenon. This article describes a multidisciplinary model for cancer pain management that focuses on the psychosocial and spiritual aspects of cancer pain and the needs of patients.

Key words: Cancer pain management; multidisciplinary care; psychosocial support; spiritual care.

¹Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa

¹Department of Internal Medicine Nursing, Celal Bayar University, Manisa School of Health, Manisa, Turkey

Başvuru tarihi - 17 Mayıs 2008 (Submitted - May 17, 2008) Kabul tarihi - 13 Ekim 2008 (Accepted for publication - October 13, 2008)

İletişim (Correspondence): Öğr. Gör., Özden Dedeli, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Yüksekokulu, İstasyon Mevkii, 45020 Manisa, Turkey.

Tel: +90 - 236 - 239 13 18 **Faks (Fax):** +90 - 236 - 232 00 58 **e-posta (e-mail):** ozdendedeli@yahoo.co.uk

Giriş

Kanser, her geçen gün katlanarak artan önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre dünyada 14 milyon kanserli birey yaşamakta ve 2020 yılında yeni kanser vakalarının tüm dünyada yılda 20 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir.^[1]

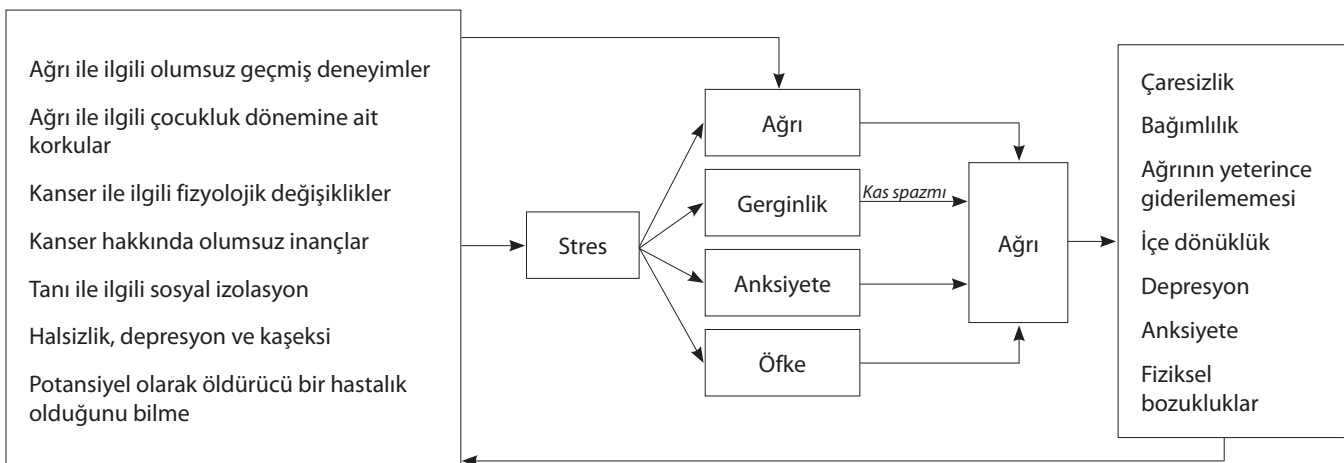
Sağlık bakım hizmetleri ve teknolojilerindeki gelişmeler, tanı, tedavi ve palyatif bakımdaki gelişmeleri de olanaklı kılmaktadır. Böylece kanserli bireylerin yaşam sürelerinin uzaması sağlanmaktadır. Bunun sonucunda da ağrı, kanserde en yaygın görülen ve hastayı en çok sıkıntıya sokan semptom olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanser ağrısının görülme sıklığı metastazlı hastalarda %30, ileri dönemdeki kanser hastalarında ise %80 olarak bildirilmiştir. Kanser ve ağrı tedavisindeki gelişmelere rağmen kanser ağrısında iyileşme %25'in üzerine çıkmamaktadır. Her yıl dünya genelinde 4-5 milyon bireyin kanserden öldüğü varsayılırsa, bu hastaların yaşamlarının son dönemini ağrılar ve acılar içerisinde geçirmeleri hem bir sağlık sorunu hem de sosyal bir sorun olarak kabul edilmektedir.^[2,3] Kanser hastalarında ağrı yaşanması Şekil 1'de verilmiştir.^[2]

Ağrının sadece doku hasarının bir göstergesi olmadığı, aynı zamanda baş etme yetenekleri, sosyo-ekonomik durum, kültürel geçmiş, psikolojik değişkenler, entelektüel durumlardan etkilenen kompleks bir kavram olduğu bilinmektedir.^[2,4] Bu nedenle kanser ağrısının fizyolojik, duygusal, psikososyal, bilişsel, davranışsal, spiritüel yönleriyle ele alınması gerekmektedir.^[2]

Tablo 1. Kanserle ilişkili ağrının psikososyal-spiritüel alanlarındaki anahtar bileşenleri

Alanlar	Bileşenler
Emosyonel	Depresyon Öfke Anksiyete/korku Umutsuzluk/savunmasızlık
Bilişsel	Ağrının anlamı Kontrol kaybı Benlik düşüncesinin bozulması Katastrofik düşünceler Kötü benlik algısı
Sosyal	İzolasyon/uzaklaşma Çevreye ilginin azalması Rol değişimleri İşsizlik İlişkilerde bozulma
Davranışsal	Yorgunluk Seksüalite Tedaviye uyumsuzluk Madde kötüye kullanımı
Spiritüel	Varoluşsal distres Dünya görüşünde değişim Suçluluk Manevi barışıklık

Hem kuramsal hem de deneysel modeller kanserle ilişkili ağrının çok boyutlu bir fenomen olduğuna dikkat çekmektedir. Hastalığın spesifik ve fiziksel bileşenlerine ek olarak, kanserle ilişkili ağrının sosyal, fizyolojik ve spiritüel gibi farklı alanları bir araya getirdiği görülmektedir. Kanserle ilişkili ağrının psikososyal-spiritüel alanlarındaki anahtar bileşenleri Tablo 1'de verilmiştir.^[5]



Şekil 1. Kanser hastalarında ağrı yaşantısı.

Bu alanlar, karşılıklı ilişki içerisinde olduğundan, kanserli hastalarla çalışan sağlık profesyonelleri tarafından ortak olarak dikkate alınmalıdır. Özellikle, psikososyal-spiritüel perspektiften ağrı deneyimi, emosyonel, davranışsal, sosyal, bilişsel ve spiritüel faktörleri içermektedir. Bu değişkenlerin her birinin ağrı ile ilişkisi çok yönlüdür; bu psikososyal ve spiritüel konular, bir hastanın bütün olarak, hem kanser ağrısı deneyimleme potansiyelini, hem de sonuçlarını göstermede rol oynayabilir.^[5]

Kanser ağrısının kontrolünde yer alan multidisipliner ekipler, yalnızca psikososyal alandaki uzmanlıklarıyla gündeme gelmişler, çoğunlukla spiritüel gereksinimleri kısıtlı olarak ele almışlardır. Bu makalede amaç, kanserle ilişkili ağrının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesini vurgulamak ve multidisipliner ekipteki sağlık profesyonellerinin psikososyal-spiritüel modeli kanser ağrısının kontrolünde kullanabilmeleri için kuramsal bir yapı oluşturmaktır.

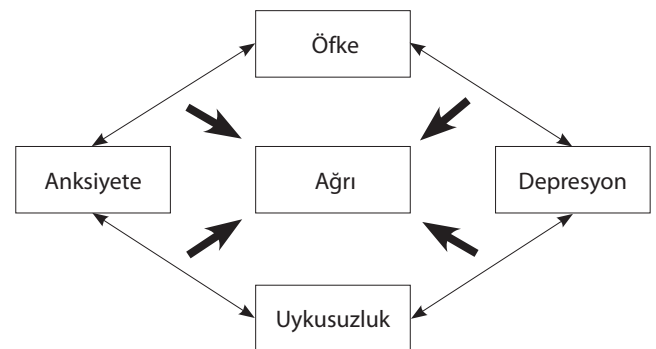
Kanser Ağrısının Bilişsel ve Emosyonel Faktörleri

Kanser yaşantısı, emosyonel distres ve olumsuz düşüncelere de katkıda bulunur.^[5] Çünkü, beden imgesinde bozulmaya yol açan kanser, bireyin kendini bir bütün olarak algılamasını engeller. Değişme ve bozulmalar, hastanın inançları, beklentileri, ağrı ile baş etme yetileri, sosyal destekleri, semptomları ağrı kontrolü üzerinde etkilidir. Felaket düşünceleri kanser ağrısını olumsuz etkiler.^[1,6] Kontrol edilemeyen ağrı, kanserde anksiyetenin en sık görülen nedenidir. Ağrı hasta için, her şeyin kötüye gittiği, tedaviye yanıt alınmadığı, ölümün yakın olduğu gibi durumların habercisidir. Hasta içe dönük, sessiz, huzursuz olur. Sosyal izolasyon nedeni ile emosyonel reaksiyonlar gelişebilir. Kaşeksi, yorgunluk, depresyonlar da bu duruma eklenir. Bütün bu değişiklikler, stres düzeyinin artmasına, sempatik sinir sistemini uyarak kas gerginliği, vazokonstriktör ve stres hormonlarının salınımının artması gibi fizyolojik yanıtların oluşmasına ve beraberinde de anksiyete, öfke ve ağrının artmasına neden olur. Sağlık bakım ekibi bu konuda duyarsız olursa hastanın anksiyetesi ve ağrısı artar, tedaviyi ve hastaneyi bırakma, intihar girişiminde bulunma gibi davranışlar gelişebilir. Kanser ağrısını etkileyen bu bilişsel ve emosyonel faktörler nedeniyle hasta, Şekil 2'de verilen kısır döngü içine

girebilir.^[3] Bu nedenle, kanserli hastaların birçoğunda görüldüğü bildirilen anksiyete, depresyon, çaresizlik, bağımlılık, içe dönme, öfke, gerginlik gibi kanser ağrısını kötüleştiren, ağrı toleransını azaltan, ızdırap çekmesini arttıran ve ağrı tedavisini olumsuz etkileyen faktörlerin sağlık bakım ekibi tarafından ele alınması gerekmektedir.^[5,7]

Kanser Ağrısında Davranışsal Faktörler

İnsanlar yetiştikleri toplumsal değer, yargı ve tutumlarına göre “nasıl hasta olunacağı”nı ve “hasta rolü”nü öğrenir. Ailenin, toplumun ve sağlık sisteminin ağrı-hastalık durumunu yorumlama biçimi, ağrının hasta tarafından algılanmasını ve ifade edilmesini etkiler. Öğrenme kuramı ve sosyal psikolojiye göre, duygularını (sözel dille) ifade etme becerisi sınırlı kişiler, hastalık davranışını, ilgi, destek ve bakım elde etmek için geçerli bir yol olarak öğrenmişlerdir. Psikolojik ve davranışsal iletişim yollarının engellendiği durumlarda beden dili seçeneği olarak gelişir ve sonuçta ruhsal çatışma, kaygı ve gereksinimler somutlaştırılarak beden dili ile ifade edilir. Tüm bunlar ağrının algılanmasını şiddetini ve sürekliliğini etkiler. Ağrı davranışı, bireyin ağrı deneyimi sırasında sözel veya sözel olmayan şekilde ifade ettiği ya da ifade etmediği tüm yanıtlar olarak tanımlanabilir. Davranışçı bakış açısı ve ağrı davranışı ile ilgili yapılmış olan birçok çalışma operant koşullanmadan söz etmektedir. Bireyin ağrı davranışı, diğer bireylerin gösterdiği yanıtları (ödüllendirme veya cezalandırma) doğrultusunda artırılır veya azaltılır. Örneğin, canı yanan bir çocuğun annesinin dikkatini çektiğini öğrenmesi çok küçük yaşlarda olur. Böylece yalnızca annenin dikkati çekilmekle kalmaz, aynı zamanda okşaması ve ilgilenmesi de sağlanır (ödüllendirme). Bu ilgi arama davranışı ile-



Şekil 2. Kanser ağrısını etkileyen bilişsel ve emosyonel faktörlerle oluşan kısır döngü.

ri yaşlarda da değişerek devam eder. Bazı hastalarda ağrı “kendinin cezalandırılması” olarak yorumlanabilir. Yine, ağrı ile cinsellik arasında da ilişki vardır. Sodomazoşistik ilişkide ağrı, cinsel dürtülerin doyum yolu olabilir. Bilinçdışı yasaklanmış ve agresif cinsel dürtüler ağrının algılanışını ve ifade edilmesini etkiler. Psikanalitik görüşe göre, bilinçdışına bastırılan içerik, kılık değiştirerek çok farklı çehrelerde tekrar bilince çıkabilmektedir. Bu bağlamda ağrı konusu ele alınacak olursa, kullanılan başlıca ego savunma düzenekleri arasında represyon (bilinçdışına bastırma) ve/veya refulman (bilinçten bilinçdışına bastırma), izolasyon, sembolizasyon, kendine çevirme, konversiyon ve somatizasyon sayılabilir. Kanser ağrısı gibi, uzun süren ağrılarla baş etmeye çalışan, günlük yaşamı, işleri aksayan bireylerde de zamanla kalıcı davranış değişiklikleri oluşabilir ve hasta, huzursuz, öfkeli, sorumluluktan kaçan, sürekli sızlanan bir birey haline gelebilir. Sonuç olarak, kanser ağrısında davranışsal faktörler, ağrıya bireysel reaksiyon, aktivitelerin aksamasından ailevi ve mesleki desteklerin çökmesine neden olmaya kadar geniş bir spektrum içinde değişmektedir. Ağrısı ile etkin şekilde başa çıkamayan hastalarda anksiyete ve depresyonun kaçınılmaz olduğu bildirilmiştir.^[8-11]

Kanser ağrısında başka bir davranışsal değişken, kanserli bireyin madde kötüye kullanım öyküsüdür. Hastanın geçmişinde varolan madde kötüye kullanımı, fiziksel ve psikososyal konuları etkilediği için kanser ve ağrı tedavisinde kompliyansa neden olacaktır. Bilinildiği gibi, morfin ve diğer opioidlere karşı sürekli kullanımda tolerans gelişmektedir. Tolerans, tekrarlayan uygulamalarda aynı etkiyi süre ve şiddet olarak elde etmek için doz artışına gereksinim duyulmasıdır. Hangi yol kullanılırsa kullanılsın kronik opioid kullanımında belli bir toleransın geliştiği kabul edilmektedir.^[12] Ayrıca, bir opioide karşı tolerans mevcutsa diğer opioidlere karşıda inkomplet çapraz tolerans görülmektedir. Fiziksel bağımlılık, opioid kullanımı kesildiğinde ortaya çıkan ve yoksunluk sendromu ile kendini gösteren fizyolojik bir durumdur. Yoksunluğun başlangıç belirtileri esneme, göz yaşarması, taşikardi, terleme ve burun akıntısıdır. Bunları abdominal kramplar bulantı ve kusma izler. Saatler sonra en yüksek düzeye ulaşır. Yoksunluk durumunda opioide olan tolerans kaybolur. Alışkanlık ise, ilacın oluşturduğu psikişik etkileri tekrar deneme veya yoksunluğundan dolayı hissedilen

len huzursuzluğu yok etmek için ilacı devamlı veya periyodik olarak kullanma zorunluluğudur.^[13] Psikişik bağımlılık, genelde tolerans ile birlikte gelişir ancak farklı olaylardır. Psikişik bağımlılık, bir davranış biçimidir ve ilacı bulmak ve kullanmak için karşı konulmaz bir istek duyulmasıdır. Ancak doğrudan pozitif pekiştiriye bağlı olan psikişik bağımlılığın, kronik ağrılı kişilerde çok nadir olarak geliştiği belirlenmiştir. Gerçekten de geniş klinik gözlem ve deneyimler, bunun nadiren oluştuğu yönündedir. Hastanın kişiliği, madde kötüye kullanım öyküsü ve ilacın sık enjeksiyonuna bağlı koşullanma olayları, arama davranışını ve fiziksel bağımlılığı pekiştirir.^[12]

Madde kötüye kullanımı öyküsü olan kanserli hastalar bu durumu, dışlanma ve sosyal izolasyon (stigma) olarak gördükleri için bir sağlık personeli ile paylaşmayabilirler. Bu hastaların ağrı tedavisi için almaları gereken gerçek ilaç dozu belirlenemediği için etkili ağrı tedavisinin yapılması mümkün olmayacaktır. Ayrıca, ilaç dozlarının hasta tarafından yönetiminde hasta ihtiyacı olmadığı halde ilaç alma, hasta kontrollü ağrı tedavi cihazlarının ayarlarıyla oynama gibi ilaçların dozu ve sıklığını arttırarak ilaç kötüye kullanımı ile karşılaşılabilir.^[5] Kanser progresyon gösteren bir hastalık olduğu için, analjezik gereksinimindeki artışın, hastalık progresyonuna mı, yoksa gerçek bir toleransa mı bağlı olduğunun ortaya konması gerekmektedir.^[12] Sağlık bakım ekibi, kanserli hasta ve ailesinden madde kötüye kullanımı öyküsü hakkında bilgi almalı ve ağrı tedavisinde kullanılan, bağımlılık yapma özelliğine sahip ilaçların istismar edilmesi (kötüye kullanılması) açısından da hastayı izlemelidir.^[5]

Kanser ağrısı ve yönetimini etkileyen davranışlardan bir diğeri de yorgunluktur. Kanser hastalarının tedavisinde uygulanan kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi, uzun süreli steroid kullanımı ve bunlara bağlı olarak gelişen bulantı, kusma, beslenme yetersizliği, anoreksiya, diyare, anemi gibi semptomlar yorgunluğa neden olabilmektedir. Yorgunluk, kanser ağrısının kontrolünde uygulanan farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri etkileyebilmektedir. Yorgunluk nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanan, ağrı tedavisinde uygulanan bazı davranışçı yaklaşımları uygulayamayan kanser hastasında ağrı miktarı da giderek artmaktadır. Ağrının süresi ve miktarındaki artış da yorgunluk, tükenme ve ağrı

toleransının azalmasına neden olmaktadır. Böylece kanser ağrısının etkili bir şekilde kontrol edilmesi de mümkün olamamaktadır.^[5]

Kanser Ağrısında Sosyal Faktörler

Bireyin sosyal destek ağının tanımlanması, hastanın tüm ağrı deneyimini anlayabilmek için vital bir bulgu gibidir. Sosyal destek ağı, kanser hastasının ailesi, arkadaşları veya toplumdur. Hastalarda beden imajında ve benlik saygısında değişim, yorgunluk, aktivite intoleransı, immobilitate ve immünosüpresyone sekonder olarak enfeksiyona yatkınlık gibi nedenlere bağlı olarak sosyal izolasyon meydana gelebilmektedir. Sosyal izolasyon da anksiyete ve depresyonu artırarak kanserde ağrı kontrolünü olumsuz etkilemektedir. Öte yandan hastanın ailesi/bakım vericileri hem sevdiği bireyde meydana gelen değişimler, yaşamı tehdit edici bir hastalıkla yaşama ve acı çektiğini gözlemleyen hem de ailede meydana gelen rol değişimleri, kayıplar, ekonomik yetersizlikler nedeniyle yorgun, çaresiz, kederli olabilmektedirler. Hasta ve ailesi/bakım vericilerin gereksinimlerinin karşılanması ve mümkün olduğunca sosyal destek/yardım alması hastalık süresince bireylerin tükenmişlik yaşamalarını önlemede önem taşımaktadır. Bu bağlamda, hasta ve ailesi/bakım vericiler sosyal destek servisleri, sosyal destek grupları, dini ziyaretler, terapiler gibi uygulamalarla sağlık bakım ekibi tarafından desteklenebilir. Bu aktiviteler, kanser ağrısının kontrolünde olduğu kadar kanserin diğer semptomlarının kontrolünde de önem taşımaktadır. Hasta ve ailesinin/bakım vericilerin etnik, din, kültürel geçmişinin hastalık ve ağrı ile ilgili inanç, tutum ve davranışlarını, baş etme mekanizmalarını etkilediği bilinmektedir.^[14-18] Sağlık bakım ekibi de hasta ve ailesi/bakım vericilerin sosyoekonomik, kültürel, etnik durumunu tanıladıktan sonra, hasta ve ailesinin yeni kazanmış oldukları “kanseri hasta” ve “kanseri hastaya bakım verme” rollerine adapte olmalarını sağlamak için destek olmalıdırlar. Kanseri hastada fiziksel ve seksüel travma, sosyal veya ailesel disfonksiyon veya her iki durumun bir kombinasyonunun bulunması, kanserin ve ağrının algılanmasını, bireysel yönetimler ve baş etme mekanizmaları üzerine olumsuz etkilerde bulunmaktadır. Bu nedenle, kanser hastasının aile/bakım vericiler tarafından fiziksel, sosyal, seksüel ve psikolojik istismara maruz kalması veya böyle bir öykünün var-

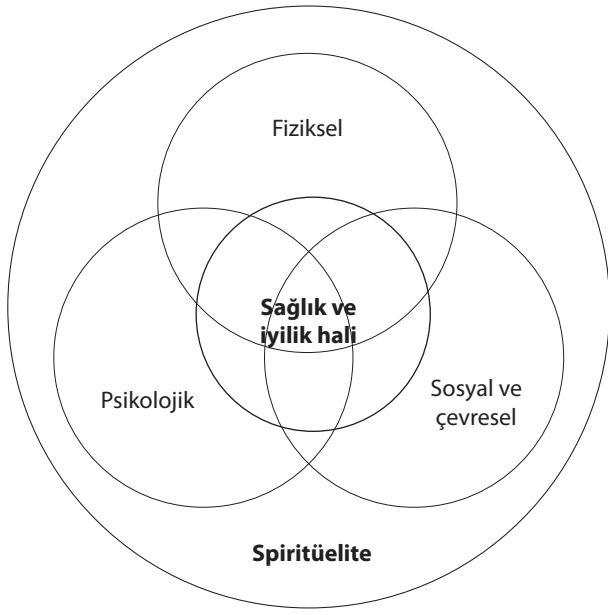
lığı hakkında, sağlık bakım ekibinde bulunan tüm üyelerin duyarlılıkla inceleme ve tanılama yapması gerekmektedir.^[5]

Kanser Ağrısında Spiritüel Faktörler

Spiritüel, Latince “spiritus”tan gelmektedir; “nefes almak”, “canlı olmak” anlamındadır. Daha geniş tanımıyla hayatı hissetmektir. Spiritüelitenin boyutları literatürde; din, kaygı duyma, umut ve ait olma hisleri olarak tanımlanmıştır. Spiritüel bakım ise, hastanın dini uygulamaları, kişisel inançları, değerlerini destekleyen tüm bakımları içermektedir.^[19]

Spiritüel, dinin ilk bileşeni sayılabilir ancak dini inanç ve uygulamalarla sınırlandırılmayacak kadar geniş bir kavramdır. Spiritüel inanç ve değerler organize bir din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Ayrıca güçlü dini inançları olmayan insanların da spiritüel boyutları vardır. Spiritüel değerler ve inançlar bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları içerir. Günümüzde, her ne kadar spiritüel ile din birbirlerinin yerine yanlış olarak kullanılsa da yapılan bir çalışmada sürekli din kurumlarına (kiliseye) devam eden kişilerde stresle baş etmede, hastalığın iyileşmesinde, depresyonun giderilmesinde, madde bağımlılığının önlenmesi ve bırakılmasında, kalp hastalıklarında ve yüksek tansiyonu önlemede, ağrı gidermede, engelleri düzeltmede ve mortalitede %25 azalma olduğu kanıtlanmıştır.^[20]

İnsanın spiritüel yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir. Böyle olmasına karşın sağlık elemanlarının çoğunluğu, bireyin bu yönünü göz ardı etme eğilimi gösterirler ya da bu boyut hemşireler, psikologlar ve din adamlarının sorumluluğu olarak görülür. Oysa yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan bireylerin varoluş mücadelesi, onların kendilerini iyi hissetmelerinin temelini oluşturur. Bu nedenle tüm sağlık elemanlarının hastaya bütüncül (holistik) bir yaklaşımla bakım vererek, fiziksel rahatlık ve sosyal destek vermesi, hastanın bu dünyaya gelmiş yegane bir varlık olduğunu hissetmesi ve keşfetmesini sağlaması, ölümlü yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak kabul etmesine yardım ederek, kanseri hastalara huzurlu ve



Şekil 3. Holistik biyopsikososyal sağlıkta spiritüelitenin birlikteliği için model.

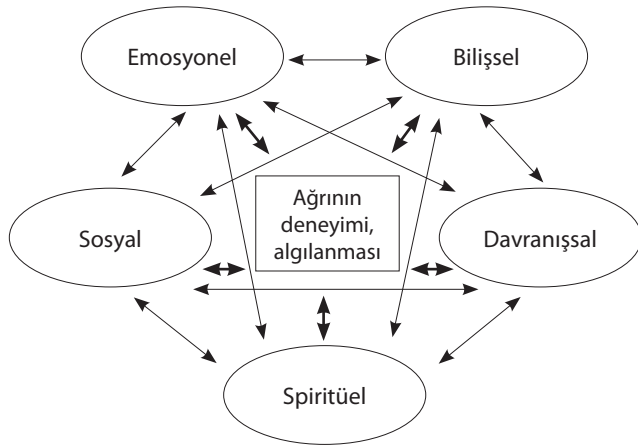
iyi bir ölüm sağlamaları gerekmektedir.^[20] Holistik biyopsikososyal sağlıkta spiritüelitenin birlikteliği için tanımlanan model Şekil 3'te verilmiştir.^[19]

Yapılan çalışmalar spiritüel gereksinimlerin özellikle yaşamı tehdit eden ağır hastalıklar ve ölüme yaklaşıldığı durumlarda evrensel bir kavram olduğunu ileri sürmüşlerdir.^[21-23] Yaşamı tehdit eden bir hastalık, spiritüel çatışmalara neden olabilmekte ve hasta, ailesi/bakım vericiler giderek daha çok umut, iç güven gücü, başkalarını sevme, sevilme, uyumlu ilişkiler, dini uygulamalar, konuşma, ilişkiler gibi spiritüel kaynaklara ihtiyaç duymaktadırlar.^[24] Özellikle kanser ağrısı deneyimleyen bir hasta “neden şimdi?”, “neden bu şimdi bana oluyor?”, “bunu hak edecek ne yaptım?” gibi soruları sıklıkla sormaktadır. Ayrıca, hastada çaresizlik, umutsuzluk, yorgunluk, anksiyete gibi nedenlerden dolayı her zamanki spiritüel uygulamalara katılmada yetersizlik ve isteksizlik, Tanrı (Büyük Güç) ile ilgili endişeli, öfkeli ifadeler kullanabilmektedir. Ağlama, suçluluk, uyku bozuklukları, Tanrı'dan (Büyük Güç) uzaklaşma hissi, inancını kaybetme gibi davranış ve uygulamalarda bulunabilmektedirler.^[5]

Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada spiritüelitenin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir.^[21,22] Kanserli hastalarla

yapılan bir çalışmada spiritüel ve dini umudun etkili olduğu belirlenmiştir. İki yüz kırk sekiz kanserli hastada yapılan çalışmada hastaların yedi spiritüel gereksiniminin karşılanmasının %40'ından fazlasında korkunun giderilmesi, hayatın anlam bulması ve umutların artarak kendilerini dinç hissetmelerini sağladığı bildirilmiştir. Kolorektal kanserli hastalarla yapılan başka bir çalışmada^[24] yüksek düzeyde spiritüel iyiliğin önemli derecede fiziksel semptomların tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Kanserle birlikte yaşanan deneyimlerin bireylerin bir parçası olan spiritüel farkındalıklarını arttırdığı bildirilmiştir.

Yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan bireylerde acı çekme ve ölüm bireyin yalnızlık ve izolasyonuna katkıda bulunur. Kanser hastasına güç ve ümit veren, yaşamın anlamını sağlayan değerler sisteminde bozulma bireyde spiritüel distres olarak tanımlanabilir. Kanser ağrısı ile birlikte spiritüel distresi birlikte yaşayan hasta, yaşamın, ölümün ve acı çekmenin anlamını sorgular, inanç sisteminin güvenilirliğini sorgular, cesaretsizlik/vazgeçme ve ümitsizlik gösterir, alışa geldiği dinsel rutinleri uygulamamayı tercih eder, inançları hakkında ambivalan duyguları vardır, yaşamak için bir nedeni olmadığını ifade eder, spiritüel bir boşluk duygusu hisseder, kendisi ve başka insanlardan emosyonel olarak ayrılma/kopma gösterir, yaşamın, acı çekmenini, ölümün anlamı hakkında endişeler-öfke, içleme, korku ifade eder. Bu durum kanserli bireyin inanç ve değerleri ile sağlık bakımı arasında çatışmalara neden olarak kanser ağrısının kontrolünü de güçleştirir. Dolayısıyla, sağlık bakım ekibinin kanser ve kanser ağrısı ile ilgili dini, manevi, ilgi, inanç ve düşünceleri ne olursa olsun hasta ve ailesinin spiritüel gereksinimlerine yönelik bakımı sağlaması gerekmektedir. Mevcut sorunların çözümünde hasta ve aileleri/bakım vericiler için özel destek birimleri kurulması, ölümün de doğum gibi normal bir süreç olarak karşılanması gerektiğinin açıklanması gerekmektedir. Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığın yıkıcı bir semptomu olan ağrının yönetimi için, bakım sürecinde hasta ve ailesi/bakım veren kişilerin umutsuzluğa kapılmadan, ümit ve inançla tedavi ve bakımı sürdürmesi, hastanın yaşamının anlamlı kılınması, umutların canlı ve taze tutulabilmesi, baş etme becerilerinin ve problem çözme yeteneklerinin desteklenmesi tüm sağlık bakım ekibi tarafından önemle üstünde durulması gereken bir konudur.



Şekil 4 . Kanserle ilgili ağrının psikososyal-spiritüel modeli.

Kanser hastalarının spiritüel yönlerinin değerlendirilmesi ve acı çekmelerinin azaltılması, onlarla empati yapılması, hastayı dinlemek için zaman ayrılması ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılması ile mümkündür. Sağlık profesyonelleri aktif dinleme, sessizce hasta ile birlikte oturma gibi iletişim yöntemlerini iyi kullanmalıdır. Hastayı dinlemek, gülümsemek, dokunmak, elini sıkmak, sorularını yanıtlamak, ağırlı müdahaleleri nazikçe gerçekleştirmek, endişe alanlarını keşfetmek gibi uygulamalar spiritüel bakımı diğer temel bakım alanlarına entegre etme yolları olarak kullanılabilir.^[5,20]

Kanser Ağrısının Psikososyal-Spiritüel Modeli

Ağrının psikososyal-spiritüel modeli, emosyonel, bilişsel, davranışsal, sosyal ve spiritüel faktörleri içermektedir (Şekil 4). Her bir alanın içinde ele alınması gereken birçok öge vardır. Kanserli hastanın deneyimlediği ağrıda, bu boyutlar geniş kapsamlı bir faktör listesi olarak ele alınmamıştır. Üstelik bu model multidisipliner mental sağlık ekibi tarafından tanılama ve tedavinin en iyi şekilde yapılabilmesini sağlamak için spesifik psikososyal-spiritüel konuları da aydınlatmaktadır. Hastaların toplam ağrı deneyimleri bu alanların her birindeki faktörlerin karşılıklı etkileşimini içerdiği için ızdıraplarını kötüleştirebilmektedir.^[5]

Ayrıntılı Psikososyal-Spiritüel Tanılama

Ayrıntılı ağrı tanılması, hastanın bakış açısından fiziksel, sosyal, davranışsal, emosyonel, bilişsel ve spiritüel faktörleri içeren tüm şikayetlerini tam olarak değerlendirmeyi içerir. Bu bilgilerin edinilmesi için, hastanın varolan davranışlarının gözlenmesinin yanı

sıra düşünceleri ve hissettiklerine ilişkin ifadelerinin dinlenmesi, soru sorulması önemlidir.^[5]Hastaların spiritüel yönelimlerine ilişkin ifadeleri ve davranışları aşağıdaki gibi değerlendirilebilir.

- Hastanın Tanrı (Büyük Güç), dua etme, dini mekanlar (cami, kilise vb), dini liderler hakkındaki ifadeleri,
- Spiritüel kitaplar (Kuran, İncil vb) ve sembollerin (muska, haç vb) bulunması,
- Cesaretsizlik, anksiyete, her zamanki spiritüel uygulamalara katılmasındaki yetersizlik, isteksizlik, Tanrı (Büyük Güç) hakkında endişeli, öfkeli ifadeleri,
- Ağlama, suçluluk ifadesi, spiritüel güveninin azalması, değer sistemlerini ve Tanrı (Büyük Güç) inkar etme, reddetme, yaşamın anlam ve amacını kaybetme,
- Hastanın umudunu, spiritüel inancını kaybettiğini, sevdikleriyle görüşmeyi istemediğini, tedaviye katılmayı reddettiğini, ölmek istediğini ifade etmesi.^[25]

Sağlık bakım ekibi de farklı spiritüel özelliklere sahip olabilmektedirler. Sağlık bakım personelleri, kültürel farklılıklara sahip olsalar da kendi inanç ve değerlerini açıkça tanılamalıdır. Bu bağlamda bazı spesifik ölçekler geliştirilmiştir. Bunlar biri hemşireler için Weis ve Schank^[26] tarafından geliştirilmiş olan "An Instrument to Measure Professional Nursing Values"dir. Bu ölçek profesyonel hemşireliğin değerlerini ve profesyonel sosyalizasyonlarını değerlendirmektedir.

Hasta ve ailesinin inanç ve değerlerinin tanılanması onlar için önem taşımaktadır. Bunun için aşağıdaki sorular sorulabilir.

- Hasta ve ailesinin yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyetini algılamaları,
- Gelecekteki planlar ve amaçlar ve biasın farkında olunması, gelecekte bulunulan noktanın tanımlanmaması,
- Öz bakım ve kendisi dışındaki diğer aktiviteler veya toplumda ilişkileri,
- Destek mekanizmaları özellikle spiritüel, yasal,
- Dini tören veya ailesel törenler gibi önemli şeylerin göz önünde bulundurulması.^[19]

Bu soruların yanı sıra değerlendirmede geçerlilik ve güvenilirliği sınanmış bazı spesifik ölçekler de kullanılabilir. Bunlardan bazıları Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Kanser Terapisi Yorgunluk Ölçeği, beden imajını değerlendirmeye yönelik ölçekler, seksüel disfonksiyon ölçeği, sosyal destek ölçeğidir. Bu değerlendirmeler sonucunda spiritüel ve psikososyal gereksinimlerin belirlenmesinin yanı sıra, farmakolojik ve psikiyatrik müdahale gerektiren durumlar da belirlenmiş olur. Kanser ağrısının yönetiminde etkili olan tüm boyutlara ilişkin toplanan veriler, sağlık bakım ekibini hasta ve ailesi/bakım vericilerin gereksinimlerinin çözümüne yönelik yaklaşımlara götürür.^[5]

Klinik Olarak Uygulamalar

Evrensel boyutlu bir sağlık sorunu olan kanser ağrısına yaklaşımda, genişletilmiş bir palyatif bakım ekibi fikri göreceli olarak yeni bir kavramdır. Genişletilmiş palyatif bakım ekibi, kansere bağlı ağrının çok boyutlu ve karmaşık yapısının kabul görmesiyle gündeme gelmiştir. Sadece hasta tarafından algılanan ağrıyı değil, hastanın ağrıya verdiği farklı duygusal tepkilerin tedavisiyle de ilgilenilmektedir.

Kanserde genişletilmiş tedavi ekibi fikrini benimseyen birçok sağlık profesyoneli, kanser hastalarının birçoğunda, birden fazla ağrı kaynağı olabileceği ve çoğunlukla konstipasyon, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uyku bozukluğu gibi ağrı eşliğini ve ağrı toleransını azaltabilecek yakınmaların bulunabileceği gerçeğini kabul etmektedir. Bu nedenle ağrı kontrolü için oluşturulan bir ekipte; onkolog, nörolog ve onkoloji hemşiresinin yanı sıra, psikiyatris, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti ve eczacı gibi profesyonellerin de bulunması gerekmektedir. Her bir profesyonel yaşam sonu bakım ve psiko-onkoloji alanında uzmanlığa dayalı ileri tedavi ve bakımları sürdürmelidir. Tüm ekip üyeleri profesyonel uygulamalarına ek olarak, bu makalede sunulmuş olan modelde belirtildiği gibi hasta ve ailesi/bakım vericileri psikososyal ve spiritüel konular açısından da değerlendirmeli ve gerekli bakımları sunma becerisine sahip olmalıdır. Hasta ve ailesi/bakım vericilerin yaşayabileceği spiritüel distres ve karar verilmesinde çatışma gibi durumları sağlık profesyonelleri tarafından tanılanarak, hasta ve ailesi/bakım vericiler:

- Yardım ve destek için toplum ve diğer kaynaklara yönlendirilir,
- Terapötik destek ve etkili baş etme mekanizmaları (gevşeme, müzik, terapiler, stresin azaltılması gibi) önerilir,
- Düşünme ve iletişimi sağlayan bilişsel-davranışsal terapi uygulanır,
- Gerektiğinde kültürel etkinlik düzenleyen kuruluşların aktivitelerine yönlendirilir,
- Yerel yasal yardım ve destek için hastaya yardım sağlanır,
- Spiritüel kaynaklara teşvik edilir.

Bunun sonucunda hasta ve ailesi/bakım vericiler:

- Tutarlı, doğru ve mantıklı olarak bilgilendirilmiş olur,
- Sağlık bakım kararlarına katılabilir,
- Kanser, semptomları ve ölümle ilgili duygu, inanç, hisleri ve davranışlarını ortaya koyabilir,
- Kanser, semptomları ve ölümle ilgili durumları kabul edebilir,
- Kanser, semptomları ve ölümle ilgili etkili baş etme mekanizmalarını geliştirebilir ve uygulayabilir,
- Anksiyete, korku, depresyon, yorgunluk, çaresizlik, umutsuzluk ve spiritüel distresleri azaltılabilir,
- Hasta ve ailesi/bakım veren kişiler kendi inanç, değerleri doğrultusunda spiritüel uygulamalarını yapabilme/katılabilme cesareti, yaşamın anlam ve önemi yeniden kazandırılabilir.^[5,19]

Sonuç ve Öneriler

Malignite tüm dünyada milyonlarca kişiyi etkileyen bir durumdur. Araştırmalar, ölüm olasılığından sonra en çok korkulan durumun, hastalık nedeniyle hayatın geri kalan kısmının ağrılar içinde geçirilmesi olduğunu göstermektedir. Hastalar kansere yakalandıkları gerçeğini kabul ettikten sonra ortaya çıkan en büyük sorun, yaşamlarında kaçınılmaz olduğuna inandıkları ağrı korkusudur. Malignite durumlarında görülen ağrı, primer olarak fiziksel etyolojiye dayanır. Ancak bu, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörlerin hastanın genel durumu üzerinde etkili olduğu gerçeğini etkilememektedir. Kanser hastalarında görülen psikolojik bozukluklar ağrının nedeni olmaktan çok, ağrıya yanıt olarak ortaya çıkan durumlardır. Ancak her koşulda, kanser hastalarının psikososyal-spiritüel desteğe ihtiyacı vardır.

Hastalıkla başa çıkmak için ihtiyaç duydukları sosyal destek hastalığın aile hayatı üzerine olan etkisini belirler. Bu nedenle kanser hastalarında ağrı tedavisi, ağrının organik nedenlerinin de tedavi edilmesinin yanı sıra psikolojik, sosyal ve spiritüel düzeydeki girişimlerin son derece önemli olduğu bir süreçtir. Kanserde kronik ağrılarının ortaya çıkışında en önemli faktör organik bir neden olsa bile, ağrının gelişmesine katkıda bulunan psikolojik, sosyal ve spiritüel faktörler feedback yoluyla sisteme geri dönüp psikolojik ve davranışsal reaksiyonlara yol açarak ağrının daha da kötü algılanmasına neden olabilmektedir.

[27]

Literatürde kanser ağrısı olan hastaların psikososyal ve spiritüel gereksinimleri ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu derlemede kavramsal yapısı verilmiş olan, kanser ağrısının yönteminde psikososyal- itüel model hakkında, deneysel araştırmalar yapılarak ileri kanıtların elde edilmesi, kuramsal yapısının oluşturulması, ve klinikte kullanılabilecek kanıta dayalı uygulamaların ortaya konması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Uyar M, Uslu R, Kuzeyli-Yıldırım Y, (editör). Kanser ve palyatif bakım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2006. s. 29-45.
2. Erdine S. Kanser ağrısı. In: H Onat, N Mandel-Molinas, editors. Kanser hastasına yaklaşım: Tanı, tedavi, takipte sorunlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. p. 261-75.
3. Eti-Aslan F (editör). Ağrı: Doğası ve kontrolü. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti.; 2006. s. 221-50.
4. Güzeldemir E. Kanser ağrısı ve tedavisi. <http://www.gata.edu.tr/cehahibilimler/anestezi/Metin/Kanser%20Ağrısı%20ve%20tedavisi.doc>, Erişim tarihi: Mayıs 2008.
5. Otis-Green S, Sherman R, Perez M, Baird RP. An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. *Cancer Pract* 2002;10 Suppl 1:S58-65.
6. Çeliker R. Kronik ağrı sendromları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2005;51(Özel Ek B):B14-B18.
7. Papila Ç. Kanserli hastada psikososyal problemler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum

Dizisi No:62 2008;197-200.

8. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965;150(699):971-9.
9. Belmonte C, Cervo F. *Neurobiology of nociceptors*. Oxford, Oxford University Pres; 1996. p. 345-67.
10. Melzack R. Pain and stress: A new perspective. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychological Factors in Pain*. New York: Guilford Pres; 1998.
11. Mufson MJ. What is the role of psychiatry in the management of chronic pain? *Harv Ment Health Lett* 1999;16:8.
12. Erhan E. Kanser ağrısı ve palyatif bakım. <http://www.anestezimed.ege.edu.tr/ders/21.pdf>, Erişim tarihi: Mayıs 2008.
13. Uğur F. Kanser ağrısı. http://www.tip.erciyes.edu.tr/.../Fatih_Ugur/Dr.Fatih%20UĞUR%20Genel%20Cerrahi%20Dönem%20IV%20kanser.doc, Erişim tarihi: Mayıs 2008.
14. Elbi H. Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5:5-10.
15. Landmark BT, Strandmark M, Wahl A. Breast cancer and experiences of social support. In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scand J Caring Sci* 2002;16:216-23.
16. Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:41-7.
17. Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, Holmes MD, Kawachi I. Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 2006;24:1105-11.
18. Schweizer KJ, Leimeister MJ, Krcmar H, The role of virtual communities for the social network of cancer patients. *Proceedings of the Twelfth Americas Conference on Information Systems, Acapulco, Mexico August 04th-06th; 2006*.
19. Hoeman SP. *Rehabilitation nursing: Process, application & outcomes*. 3rd ed. St Louis: Mosby Copration; 2002.
20. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;8:47-50.
21. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs* 2001;33:446-55.
22. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *Br J Nurs* 2002-2003;11:1461-70.
23. Milligan S. Perceptions of spiritual care among nurses undertaking postregistration education. *Int J Palliat Nurs* 2004;10:162-71.
24. Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* 2003;26:260-6.
25. Harrington JA. Spiritüel needs protocol. *AJN* 1998;98:28-30.
26. Weis D, Schank MJ. An instrument to measure professional nursing values. *J Nurs Scholarsh* 2000;32:201-4.
27. Kurt E. Kronik ağrı şikayeti ile gelen hastaya yaklaşım. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastalıkları/egitim/hit.asp?id=97>, Erişim tarihi: Mayıs 2008.