

AKCİĞER KANSERİNDE PSİKOSOSYAL SORUNLAR VE TEDAVİSİ

Filiz ÇAY ŞENLER*

Akciğer kanseri ölümcül bir hastalık olduğu kadar, kronik bir hastalıktır ve bu nedenle, ciddi tıbbi sorunların yanında, psikososyal sorunlar da sık ve önemlidir. Kanser hastalarında, diğer organik hastalıklarda görülenden daha yüksek oranda ruhsal sorunlar gözlenmektedir. Degoratis ve arkadaşları 1983 yılında yayınladıkları 215 kanserli hastayı içeren bir araştırmada, hastaların %47'sinde psikiyatrik hastalık tanısı konulacak düzeyde ruhsal sorunların bulunduğunu göstermiştir. Bu oran genel hastalıklar için bildirilenden daha yüksek bulunmuştur.

Ölümcül bir hastalıkla karşılaşan kişide gelişen ruhsal tepkiler uyum sağlama ve başa çıkma amaçlıdır. Ancak, bu aşamada uyuma yönelik tepkiler yanında uyuma yaramayan davranışlar da ortaya çıkabilir. Hekim ve tedavi ekibinin her iki tepki türünü tanımaları ve psikiyatrik hastalıkların erken bulgularını bilmeleri ile gerektiğinde tanı ve tedavi için psikiyatri ile işbirliği yapmaları son derece önemlidir. Bu uyum aşamaları sırasıyla inkar, öfke, pazarlık ve depresyondur.

Uyum bozuklukları dışında kanser hastalarında en sık ortaya çıkan ve her aşamada görülebilen bozukluk depresyondur. Organik ruhsal bozukluklar içinde delirium acil bir durumdur. Anksiyete atakları ve sürekli anksiyete durumu ise daha az görülen bozukluklardır. Hastanın hastalığının her aşamasında bilgilendirilmesi çok önemlidir ve hastanın uyumu için önemli ölçüde belirleyicidir. Hasta ile iyi bir iletişim kurulması esastır. Hastalık hakkındaki bilgiyi hastanın kabul edebileceği şekilde söylemek ve umudu korumak gereklidir.

AKCİĞER KANSERİNDE PSİKOSOSYAL SORUNLAR VE TEDAVİSİ

Akciğer kanseri dünyanın pek çok ülkesinde her iki cinste, Türkiye'de ise erkek kanserleri içinde en sık görülen ve ölüme neden olan kanser türüdür. Ciddi bir halk sağlığı sorunu olan akciğer kanserinde, son yıllarda tedavide sağlanan gelişmeler, hastaların yaşam

sürelerinde çok kısa süreli uzama oluştururken, daha çok destekleyici tedavi yaklaşımlarında başarı göstermiştir. Sonuçta, akciğer kanseri ölümcül bir hastalık olduğu kadar, aynı zamanda kronik bir hastalıktır. Bu özellikleri nedeniyle, akciğer kanseri ciddi tıbbi sorunların yanında, psikososyal sorunların da sık ve önemli olduğu bir hastalıktır.

Son yıllarda gelişen psiko-onkoloji ve psikiyatrik onkoloji alanlarında yapılan çalışmalar, kanserli hastalarda psikososyal ve psikiyatrik sorunların önemli boyutta görüldüğünü ve bunların hastaların tedaviye uyumu ile yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini göstermiştir. Kanserli hastalarda daha kaliteli bir yaşam sağlamak için uygulanan destekleyici tedavi yöntemleri arasında, psikiyatrik tedavi yaklaşımları ve konsültasyon-liyezon ekibi ile işbirliği de yer almaktadır. Onkolojideki multidisipliner yaklaşımlarda yer alan temel düşüncelerden biri de, hastayı biyopsikososyal bir varlık olarak kabul eden ve bütüncül bakışı gerekli gören anlayıştır.

Kanser hastalarında, diğer organik hastalıklarda görülenden daha yüksek oranda ruhsal sorunlar gözlenmektedir. Degoratis ve arkadaşları 1983 yılında yayınladıkları 215 kanserli hastayı içeren bir araştırmada, hastaların %47'sinde psikiyatrik hastalık tanısı konulacak düzeyde ruhsal sorunların bulunduğunu göstermiştir. Bu oran genel hastalıklar için bildirilenden daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada belirlenen psikiyatrik tanımlar Tablo I'de özetlenmiştir.

Tablo I: Kanser hastalarındaki psikiyatrik hastalıklar.

Hastalık	Oran (%)
Uyum bozukluğu	68
Depresyon	13
Organik ruhsal bozukluk	8
Kişilik bozukluğu	7
Anksiyete	4

Ciddi boyutta psikiyatrik sorunların yanı sıra, hastaların bir kısmında da kansere karşı normal tepki sayılamayacak emosyonel durumlar da gözlenmektedir. Ayrıca, kronik ağrı ya da cinsel disfonksiyonun bulunması gibi durumlara psikiyatrik sorunların eşliği de sık görülmektedir. Hastalarla birlikte hasta yakınları da benzer güçlükler yaşamaktadır.

* Ankara Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, ANKARA.

KANSERLİ HASTALARDA RUHSAL TEPKİLER VE UYUM REAKSİYONLARI

Ölümcül bir hastalıkla karşılaşan kişide gelişen ruhsal tepkiler, bu yeni ve kabulü çok güç olan, yaşamı ve geleceği tehdit eden duruma uyum sağlamak ve başa çıkmak amaçlıdır. Ancak, bu aşamada uyuma yönelik tepkiler yanında uyuma yaramayan davranışlar da ortaya çıkabilir. Hekim ve tedavi ekibinin her iki tepki türünü tanımları ve psikiyatrik hastalıkların erken bulgularını bilmeleri ile gerektiğinde tanı ve tedavi için psikiyatri ile işbirliği yapmaları son derece önemlidir. Tablo II'de ilk olarak E. Kübler-Ross'un tanımladığı kanserde uyuma yönelik olan ve olmayan tepkiler özetlenmiştir.

Tablo II: Kanserde ruhsal tepkiler

Klinik aşamalar	Uyuma yönelik tepki	Uyum dışı tepki
Tanı öncesi	Kanser olasılığı ile ilgili kaygı	Kanser tanısı konmadan belirti geliştirme. Kanser olasılığının inkarı
Tanı	İnkâr, kaygı kızgınlık, isyan, öfke, depresif durumlu uyum	Kesin inkâr ve tedaviyi reddetme ağır depresyonla tedaviyi ret
Tedavi	Tedavinin geciktirilmesi Beden algısı ile ilgili değişiklikler Kaygı, korku Depresif duygu durumu Özgeci duygular	Reaktif depresyon Beden algısı ile ilgili değişiklikler ve uzamış yaş durumu
Tedavi sonrası iyileşme	Hastalık ve tedavi sınırları içinde yaşama dönüş	Kaygı ve depresyon
Nüks ya da progresyon	Bilgi ve yeni tedavi seçenekleri arayışı	Major depresyon
Terminal dönem	Korku, varoluşçu endişeler, Yaşamın sorgulanması Yaş duygusu, bazan kabulleniş	Major depresyon Akut delirium

İnkâr dönemi ilk aşamada yer alır ve genellikle geçicidir. Bu tepkinin sürmesi her zaman sorun oluşturmaz. İlginç olarak, akciğer kanserli hastalarda çok sıktır; hasta hastalığını iltihap, kist gibi başka adlarla adlandırma gayreti içindedir. Bu aşamada hekimin hasta ile iletişimi, bilgilendirme yaklaşımı son derece önemlidir. Hastanın inkâr isteğine saygı duymak, gerektiği kadar inkara izin vermek, sabırlı olmak ve hastayı tanımak için çaba harcamak pek çok hastada sorunu çözümler. Ancak, ciddi depresyona giren hastalar için psikiyatrik destek gereklidir. İkinci dönem olarak inkarı öfke izler. Aile ve tedavi ekibi yönünden çok güçlük taşıyan bu dönemde, hekimin tutumu destekleyici öneme sahiptir. Hastanın öfkesini kişisel olarak algılamamak, hoşgörülü olmak, savunmaya geçmemek, hastanın öfkesini açığa vurmasına olanak tanımak ve hastayı dışlamamak sorunu büyük ölçüde çözecektir.

Üçüncü aşamada pazarlık yer alır ve tedavi sırasında

pek çok hastada gözlenir.

Dördüncü aşama depresyondur. Hastada yoğun bir kayıp duygusu egemendir. Burada hekimin tutumu gerçek dışı suçluluk ve utanç duygusunu ortadan kaldırmak, yasını yaşamasına izin vermek ve paylaşmaktır. Major depresyonda psikiyatrik destek gereklidir. Terminal döneme yaklaşan bazı hastalarda ölüm kabullenme gözlenebilir.

Hastanın uyumunu etkileyen çeşitli faktörler tanımlanmıştır. Bunlar Tablo III'de özetlenmiştir.

Tablo III: Kanserli hastanın uyumunu etkileyen faktörler

Hastalığa ait özellikler	Primer organ, evre, prognoz ve tedavi olumlu ve olumsuz yönde de etkiler
Hastanın önceki tıbbi sorunlara ilişkin deneyimi ve uyum yetisi	Olumlu ve olumsuz yönde de etkiler
Gelecek planlarının tehdit derecesi	Gençlerde olumsuz etki
Çevre destek sistemleri (aile)	Olumlu etkiler
Hastalığa ilişkin sosyal ve kültürel tutum	Olumlu ve olumsuz yönde de etkiler
Hastanın kişilik özellikleri	Olumlu ve olumsuz yönde de etkiler

KANSER HASTALARINDA PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

Uyum bozuklukları dışında kanser hastalarında en sık ortaya çıkan ve her aşamada görülebilen bozukluk depresyondur. Depresyon üzüntü gibi bir normal tepkiden ayrılmalıdır. Major depresyon olasılığı da psikiyatrik yönden olumsuz prognostik faktörler içeren hastalar için dikkatle gözlenmelidir. Kanser hastasında depresyon tanısında, ölüm , intihar düşünceleri, aşırı suçluluk duyguları, dikkat dağınıklığı, uyku bozuklukları gibi veriler önemlidir. Bu durumda erken dönemde psikiyatri konsültasyonu yararlıdır.

Organik ruhsal bozukluklar içinde delirium acil bir durumdur. Delirium daha çok ileri evre hastalıkta, beyin metastazı, ciddi elektrolit dengesizliği, hipoksi gibi sorunların olduğu hastalarda gözlenebilir. Bu tabloda hastada bilinç ve oryantasyon bozukluğu, ajitasyon görülür. Tedavide etyolojik faktörlerin giderilmesinin yanı sıra, haloperidol uygulaması semptomatik yarar sağlar. Ayrıca delirium açısından yüksek riskli hastalarda erken psikiyatrik destek önleyici olabilir. Anksiyete atakları ve sürekli anksiyete durumu, kendisini

huzursuzluk, uyku bozuklukları, iştahsızlık, zayıflama gibi belirtilerle gösterebilir. Tedavisinde psikoterapinin yanında benzodiyazepinler ve anksiyolitik diğer ajanlar yararlıdır. Çağdaş tıbbın tüm bilimsel ve teknik olanaklarının kullanılmasına karşın, tedavinin başarısız kaldığı ve ölümün beklendiği terminal dönemde pek çok sorun yaşanır. Depresyon ve organik beyin sendromu başta olmak üzere, psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabilir. Ayrıca, hasta ve hasta yakınlarında kaygı, korku, kayıp ve üzüntü duyguları yoğun olarak gözlenir. Bu aşamada ciddi tıbbi ve psikososyal sorunlarla uğraşan hekim ve tedavi ekibini de ruhsal sıkıntılar bekler. Hekim alışılmış, beklenen ve öğrenilen iyileştirici rolünü yerine getiremez. Bunun yerine hastanın ölümüne dek rahatlatılması ve destek tedavisinin uygulanması görevini üstlenir.

Kanserli hasta ile ilgilenen hekimler için iki ayrı olumsuz tutum tanımlanmıştır. İlki, aşırı kollayıcı, koruyucu paternalistik tavır; diğeri ise hastadan uzaklaşan, kaçan ilgisiz hekim davranışıdır.

Hastanın hastalığının her aşamasında bilgilendirilmesi çok önemlidir ve hastanın uyumu için önemli ölçüde belirleyicidir. Hasta ile aktif dinleme ve empatinin yer aldığı iyi bir iletişim kurulması esastır. Kötü haberi, hastalık hakkındaki bilgiyi hastanın kabul edebileceği şekilde söylemek ve umudu korumak gereklidir. Hekimin

konuşmaya istekli olduğu mesajını vermesi, hastayı tanıması ve hasta gerçeği öğrenmeye hazır olduğu zaman ve hazır olduğu kadar bilgi vermek hasta tarafından en kolay kabul edilebilecek tarzıdır. Hekiminin sabırlı ve hoşgörülü olması, kendisi ile ilgilenmesi, dürüst olması, kendisini anlaması ve terk edilmeyeceğini bilmek hastanın hekimden beklediği temel taleplerdir.

KAYNAKLAR

1. Özkan S. Psikiyatrik Tıp:Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi. 1993:153-175.
2. Degoratis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983;249:751-757.
3. Spiegel D. Health caring psychsocial support fo patients with cancer. Cancer 1994;74:1453-1457.
4. Massie MJ, Chertkov L, Roth AJ. Psychological issues.In: Cancer Principles and Practice of Oncology. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA.. 6th ed. Philadelphia: Lippincott-Williams-Wilkins, 2001: 3058-3065.
- 5- Elisabeth Kübler-Ross. Ölüm ve Ölmek Üzerine. Boyner Holding Yayınları, 1997.