

# Mesane kanseri hastasına psikiyatrik yaklaşım ilkeleri ve üroonkologlara öneriler

## Psychiatric management strategies in bladder cancer: recommendations to urologists

Dr. M. Ayşin Noyan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Bilim Dalı, İzmir

### ÖZET

Kanser tanısı stres verici yaşam olaylarından olup fiziksel ve ruhsal belirtilerle birlikte birliktir. Kanser süreci içerisinde ortaya çıkan ruhsal bozukluklar hastaların çoğunda hastalık tanısına veya tedavilere bir reaksiyon olarak görülür. Araştırmalar ruhsal bozukluk yaygınlığının %9-60 arasında değiştiğini belirtmektedir. En sık görülen ruhsal bozukluklar uyum bozuklukları, anksiyete, anksiyete bozuklukları, depresyon ve deliryumdur. Anksiyete sıklıkla tanılabilir testler sırasında, test sonuçlarının beklenmesi döneminde ve ameliyat öncesi dönemde mevcuttur. Depresyon kanser hastalarında yaygın olmasına karşın tanınmamakta ve tedavi edilmemektedir. Depresyon bağışıklık sisteminde bozulma ve canlı kalım oranında azalma işe birliktir.

Mesane kanserleri ve üriner diversiyonlar hem hasta hem de hasta yakınlarının yaşam kalitesi üzerine önemli etkilere sahip klinik durumlardır. Mesane kanseri ve üriner diversiyonların cinsel yaşam, cinsel işlevler ve beden imajı üzerine etkilerine ilişkin çok sayıda araştırma ve yayına karşılık ruhsal kanser tanısı sonrası ve tedavi süresi boyunca hastalarda anksiyete ve depresyon araştırmalarının ihmal edilmiş olması ilginçtir. Bu yazıda kanser hastalarındaki ruhsal reaksiyonlar ve ruhsal bozukluklar gözden geçirilmiş ve mesane kanseri ile çalışan hekimlere önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** kanser, mesane kanseri, psikoloji, ruhsal durum

**İletişim** (✉): [aysin.noyan@ege.edu.tr](mailto:aysin.noyan@ege.edu.tr)

### ABSTRACT

The diagnosis of cancer can be an extremely stressful experience and accompanied by physical and psychological symptomatology. In many cancer patients, psychiatric disorders can be seen as a reaction to disease diagnosis or cancer treatments. Studies have been researched the prevalence of psychiatric illnesses reported rates ranging from 9% to 60% in cancer patients. The most often psychiatric disorders are psychological adaptations, anxiety, anxiety disorders, depression and delirium. Anxiety may exist both diagnostic testing and while awaiting test results and preoperative time. Depression is common in cancer patients but the diagnosis and treatment remains undetectable and untreated. The importance depression and depressive symptomatology in cancer lies depression has been associated with increased impairment of immune response and poor survival rate.

Bladder cancer and uriner diversions can have a significant effect on the quality of life of both patients with cancer and family members. There is a growing evidence been consist of changes to sexuality, sexual functions, body image in patients with bladder cancer and uriner diversions whereas the research on anxiety and depression after cancer diagnosis and during treatment time are neglected in this population. This paper has been reviewed psychological reactions and psychiatric disorders in cancer patients, and suggested the proposals the doctors working with the bladder cancer patients for comprehensive point of view.

**Key words:** cancer, bladder cancer, psychiatry, mental status

**K**anser fiziksel ve ruhsal hastalıkların eş zamanlı olarak bir arada görüldüğü ve bu eş zamanlılığın hasta, hasta yakınları ve hekime maddi ve manevi yükler bindirdiği bir hastalıktır. Son yıllarda gerçekleşen çok sayıda tıbbi gelişmeye rağmen, toplumu oluşturan bireyler için "kanser" sözcüğü halen ölüm, acı çekme, ağrı ve acı içerisinde ölme, başkasının bakımına muhtaç olma, yaşamın kontrolünü kaybetme anlamını taşımaktadır.

Kanser tanısı alma, ruhsal açıdan katastrofik (felaket) duygular oluşturur. Hastalığın adı doğrudan ölümü çağrıştırdığından birey günlük yaşam içerisinde unutmış olduğu ölüm, yok olma, geleceğin olmaması gerçekleri ile yüz yüze gelir. Tam bir şaşkınlık, inanamama önde gelen belirtileridir. (Şok dönemi). Hasta tanı sürecinde bu

gerçekliği kabul etmeye, duygularını kontrol altına almaya çalışırken, bir yandan da hastalığı ile ilgili ciddi tedavi kararları vermek durumunda da kalmaktadır. Bu süreç içerisinde ortaya çok sayıda ruhsal belirti (en sık ortaya çıkanlar anksiyete, insomnia, depresif duygudurum) çıkabilir. Bu dönem ruhsal açıdan uyum dönemi olarak da adlandırılır. Belirtiler bireyin duruma uyum yapma çabasının göstergesi olarak kabul edilir ve müdahale edilmez (1,2).

Kanser hastalarında kanser tanısı aldıktan sonra yaşanan ruhsal tepkiler 5 evrede incelenmektedir. Evrelerin hepsi bireyin kendi kendine hesaplaşma sürecini içerir ve dışarıdan genellikle anlaşılmaz. Hastaların hepsi bu evreleri tamamlamazlar (3).

**Tablo 1.** Kansere ruhsal yanıtlar (4) Fawzy IF, Greenberg DB. Oncology. In: Textbook of Consultation Liaison Psychiatry'den Editörler Rudell JR, Wise MG. American Psychiatric Press, Washington DC, 1996, s. 673-694.

<b>EVRE</b>	<b>Normal, uyumlu</b>	<b>Anormal, uyumsuz</b>
<b>Tanı öncesi</b>	Kanser olasılığı endişesi	Aşırı gerginlik Uyumsuz aşırı uğraş Hastalık belirtisi gösterme
<b>Tanı</b>	Şok İnanamama İlk, kısmi inkar Öfke, kızgınlık, düşmanlık Anksiyete, depresyon	İnkâr, sağaltım reddi Ölüm kaçınılmaz fikri ile tedaviyi red Klinik depresyon Alternatif sağaltımlar
<b>İlk Sağaltım</b>		
<b>Cerrahi</b>	Ağrı ve ölüm korkusu Anestezi korkusu Görünüm değişikliği-yas	Ameliyatı erteleme Cerrahi dışı seçenekler arama Post-op reaktif depresyon
<b>Radyoterapi</b>	Araçlar ve yan etkilerden korku Terkedilme korkusu	Psikoz benzeri delir ve hallüsinasyonlar.
<b>Kemoterapi</b>	Yan etki korkusu Anksiyete, ılımlı depresyon Beden imajı değişiklikleri İzolasyon Alturistik duygular	Rezidüel, ilaç psikozu Belirgin izolasyon, psikoz Organik beyin sendromu, deliryum
<b>Sağaltım sonrası</b>	Olağan baş etme yöntemleri Yineleme endişesi Anksiyete ve depresyon	Şiddetli anksiyete, depresyon
<b>Yineleme (Nüks)</b>	Şok İnanamama İlk, kısmi inkar Öfke, kızgınlık, düşmanlık Anksiyete, depresyon	İnsomni, anoreksi, huzursuzluk, anksiyete, irritabilite ile birlikte şiddetli reaktif depresyon
<b>Progresyon</b>	Yeni bilgi, farklı doktor arama, Alternatif tedaviler	Depresyon
<b>Terminal dönem</b>	Terkedilme korkusu Bütünlüğün ve onurun korunamayacağı Ağrı korkusu Bitirilememiş işler Ölümlle ilgili yas Bilinmeyen korkusu	Depresyon Deliryum

1. İnkâr ve İzolasyon
2. Öfke: Temel belirtisi "neden ben?" sorusudur.
3. Pazarlık: Bu dönem hastanın tedavi işbirliğine başladığı bir dönemdir.
4. Depresyon: Hastanın duruma uyum süreci içerisinde bir belirtidir ve uzamadığı, hastanın tedavi işbirliğini etkilemediği sürece müdahale edilmemelidir. Hastanın üzüntü duygularını ifade etmesine izin verilmelidir.
5. Kabullenme: Kansere tanısına ve sürecine uyumun 3 belirleyicisi bulunmaktadır.

1. Toplumsal belirleyiciler: Toplumun kültürel ve dinsel özellikleri ve yaygın inanışları, kanser kelimesinin nasıl algılandığı (tabu/olağan), stigmatizasyonu, hastalığın veya tanının konuşulabilir olması veya sır olarak tutulması gibi topluma ilişkin özellikler bireyin hastalığını hızla kabullenmesini, yardım arama davranışının niteliğini ve tedaviye uyumunu belirlemektedir. Kansere ölümü çağırıldığından toplumsal olarak konuşulmayan, çoğu hasta tarafından sır olarak saklanan, korkulan hastalıklardandır.

2. Hastaya özgü uyum belirleyicileri: Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim ve kişilik özellikleri, daha önceki hastalıklarına uyum yapma kapasitesi, sorunları çözümede kullandığı yollar kansere uyumunu belirler. İleri yaş, yeni durumlara hızla uyum yapabilme kansere uyumu arttıran özelliklerdendir.
3. Hastalığa ve tedavilerine özgü uyum belirleyicileri: Hastalığın yerleşim yeri (örneğin akciğer kanserleri doğrudan ölümle eşleştirilir) dışarıdan anlaşılıyor olması (beyin tümörleri, larinks kanseri),

tanı konma sırasında ileri evre olması, beden yapısı ve ya işlevlerinde bozulma değişmeye yol açması (mesane kanserleri ve üriner diversiyonlar) hastanın kanserine yaptığı uyumu geciktirebilmekte veya bozabilmektedir. Tedavi ekibinin hasta ve hasta yakınlarına olumlu ve bilgilendirici, kabullenici yaklaşımı da uyumu arttıran belirleyicilerdendir.

Kanser tanısı ve tedavi sürecinde gözlemlenen uyum yanıtları ve uyum bozuklukları Tablo 1'de gösterilmiştir (4). Hastalar kanser süreci içerisinde hastalığa ve tedavilerine uyumlarını bozabilen 3 kriz dönemi yaşarlar. Bunlar: ilk tanı konma dönemi, nüks veya metastazların olduğu dönem, yeni bir sağaltıma başlanma dönemleridir (1,2).

### Kanser süreci içerisinde ortaya çıkan ruhsal bozukluklar

Kanserde ortaya çıkan ruhsal sorun veya bozuklukların yaygınlığı %9-60 arasında değişebilmektedir (5). Bunun en önemli nedeni kanserin bir evresinde olağan olarak kabul edilen depresyon, anksiyete gibi belirtilerin bir başka evrede hastalık olarak kabul edilmesinden kaynaklanmaktadır. Örneğin tanı sonrası süreçte bu belirtilerin olağan kabul edilmesine karşın kemoterapi süreci içerisinde ortaya çıkmasının hastalık olarak değerlendirilmesi gibi. Diğer bir neden ise hastada ortaya çıkan ruhsal bozuklukların fark edilmemesi veya fark edilse bile sağlık ekibi tarafından normal olarak değerlendirilmesidir.

Kanser süreci içerisinde en sık ortaya çıkan ruhsal bozukluklar uyum bozuklukları, depresyon, anksiyete bozuklukları ve deliryumdur (1,2,5-9).

### Uyum bozuklukları

Uyum Bozuklukları bir ucunda stres etkenine gösterilen ruhsal yanıtı diğer ucunda ise mizaç ve anksiyete bozukluklarının yer aldığı geniş bir spektrumu tanımlamakta kullanılır (6). Gösterilebilir bir stres etkenine karşı ortaya çıkan, en az 1 ay süreyle klinik anlamda belirgin duygusal ve davranışsal değişikliklerle karakterize bir durumdur. Önde olan mizaca göre adlandırılır. Örneğin depresif mizaçlı uyum bozukluğu gibi. En fazla 6 ay sürer. Belirtilerin 6 aydan daha uzun sürmesi durumunda profesyonel psikiyatrik yardım istenmelidir.

Kanser hastalarında en sık görülen ruhsal bozukluktur. Her aşamada (özellikle kriz aşamalarında) ortaya çıkabilir. Tanı konma,

ameliyat olma (örneğin sistektomi), yeni bir sağaltıma başlama (radyoterapi veya kemoterapi gibi), nüks veya metastaz saptanması durumlarında hemen her hastada ortaya çıkar, ancak süre ve şiddeti hastadan hastaya değişir. Kanser hastalarında psikiyatrik konsültasyon isteklerini değerlendire geniş bir araştırmada konsültasyon istenen hastaların yarısından fazlasında metastaz yada nüks olduğu, uyum Bozukluğunun (%34) en sık konulan tanı olduğu, deliryum (%17), mayör depresyonun onu izlediği (%14) bildirilmiştir (9).

Uyum bozukluğu belirgin stres yaratan duruma ruhsal yapının uyum yapma sürecinde zorlanması anlamına gelir. Hastada ortaya çıkan sıkıntı, gerginlik ve diğer belirtiler (ağlama, uykusuzluk, öfke vb gibi) normal veya beklenen düzeyde kabul edilse bile gösterilmesi gerekenden daha şiddetli ve bireyin işlevselliğini etkiliyorsa bu tanı konmalıdır. Belirtiler şiddetlenip bir ruhsal hastalık boyutuna ulaşmadığı, uzun sürmediği, tedavi işbirliğini etkilemediği sürece doğal seyrinde bırakılarak takip edilmesi gereken bir durumdur (1,2,5-8).

Ancak kanser hastalarında, kanserin yerleşim yeri, evresi, uygulanan tedavileri hastada yeti yitimine (yeti yitimi: günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmek için başka birisinin yardımına ihtiyaç duyma), beden bütünlüğünde bozulmaya, beden algısında değişmeye ve sosyal geri çekilmeye yol açarsa uyum bozukluğu gösteren hastalar daha ayrıntılı değerlendirilmeli ve yakından izlenmelidir.

Şu durumlarda uyum bozukluğu düşünülmelidir (6).

1. Kansere gösterilen uyumsuz tepkiler süreklilik kazandığında (Bkz Tablo 1.)
2. Hastanın tedavi kararlarına katılması veya tedavilerine uyumu bozulduğunda
3. Kişilerarası ilişkilerde sorun yaşanmaya başladığında.

### Depresyon

Kanser hastalarında hastalıklarının bir döneminde major depresyon yaygınlığı %38 bulunmuş, hastaların %58'inde de depresif belirtilerin mevcut olduğu bildirilmiştir (10). Ülkemizde yapılmış bir araştırma depresyon yaygınlığını %22 olarak bulmuştur (11) Oranlardaki farklılıklar bu hasta grubunda depresyonu saptamada yaşanan güçlüklerin göstergesidir. Bu güçlükler; hastanın üzüntü duygusunun normalize edilmesi, hastada depresyon belirtisi olarak ortaya çıkan somatik belirtilerin kansere atfedilmesi, mevcut anksiyete ve depresyonun uyum süreci,

ağrı, tedavi yan etkileri, aile sorunları gibi nedenlere bağlanması bunların yalnızca bir-kaçıdır (1,2,8,12).

Şu hastalarda major depresyon düşünülmelidir.

1. Günün büyük bir bölümünde mutsuzluk, keyifsizlik, olumsuz duygular yaşayan
2. Günün büyük bir bölümünü etrafa karşı kayıtsız geçiren, hiçbir şey yapmak istemeyen
3. Uyku, iştah alanlarında artış veya azalma dile getiren veya gösteren
4. Sürekli yorgun olan ve bu yorgunluğu yol açabilecek fiziksel bir nedeni bulunmayan
5. Unutkanlık, kararsızlık, kafa dağınıklığı sergileyen
6. Uygunsuz suçluluk duyguları olan veya ölüm düşünceleri ifade eden

Özellikle tanı sonrası tedavi seçeneklerinin belirlendiği dönem ve ameliyat öncesi dönem hastaların depresyon ve anksiyete yaşadıkları dönemlerdir. Bu dönemlerde depresyon ve anksiyete yalnızca semptom olarak kalabilir veya bazen şiddet kazanarak hastalık düzeyine ulaşabilir. Bir araştırma ameliyat öncesi yüksek olan genel stres, depresyon ve anksiyete puanlarının 1 ay sonra anlamlı düştüğü saptanmıştır (13).

### Anksiyete bozuklukları

Kanser tanısı ve tedavileri doğrudan anksiyete nedenidir. Anksiyete bu süreç içerisinde en çok ortaya çıkan belirtidir ve ancak beden ve ruhsal yapı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Genç yaş, kadın olma, solunum distresinin varlığında anksiyete daha şiddetlidir. Kanser sürecine özgü 2 anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. Bunlar akut stres bozukluğu ve post-travmatik stres bozukluğudur. Bunların dışında kalan, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluklar kanserle ilişkisizdir. Bu hastalıkları olan bireyler kansere yakalandıklarında bu hastalıklarda alevlenmeler görülebilir.

### Akut stres bozukluğu

Kanser tanısı ve sürecinde en hızla gelişen ve en kısa sürede sonlanan ruhsal bozukluktur. Zaten bu bozukluğun ortaya çıkması için kişinin başa çıkma kapasitesini aşmış bir stre-sörle karşılaşmış olması gerekir. Kanser tanısı alma veya nüks haberi duyma akut stres bozukluğu nedeni olabilir.

Uyum bozukluğundan farkı hızlı başlaması, şiddetin çok fazla olması, hastanın şu

belirtileri göstermesidir. Stresör gerçek bir ölüm tehdidi veya ölüm gibi algılanmış olmalıdır; hastada uyuşukluk, dalgınlık, çevrede olup bitene kayıtsızlık, durgunluk gözlenmelidir; hasta stres verici anı tekrar tekrar yaşar, düşünür, rüyalarda görür (tanının ilk söylendiği anı tekrar tekrar yaşama, kafasından bu anları uzaklaştırmama gibi), travmayı hatırlatıcı olay ve durumlardan kaçınır (hastaneden kaçma, tedavi almayı reddetme gibi), uykusuzluk, aşırı sinirlilik, öfke patlamaları gibi belirtiler görülebilir (8,14).

Süre 1 ayı geçmemelidir. Hastalar düşük doz benzodiazepinlerden (alprazolamın bağımlılık riskinin yüksek olduğu unutulmamalıdır) yararlanırlar. Normalde tablonun 1 ay içerisinde bitmesi beklenir. Tablo uzarsa veya daha 1 aylık süre içerisinde şiddetlenirse psikiyatri konsültasyonu istenmesi yerinde olur.

### Post-travmatik stres bozukluğu (PTSB)

Akut stres bozukluğu 1 aylık süreyi geçerse, belirti kümesi artık PTSD olarak adlandırılır. PTSD travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan yeniden yaşantılama, kaçınma-küntleşme, aşırı uyarılmışlık belirtileri ile karakterize bir bozukluktur. Travmatik olayın kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit etmesi gerekir. Kanser tanısı almak 1994 yılından itibaren PTSD' nedenlerinden biri olmuştur (14). Kanser diğer PTSD stresörlerinden farklı olarak kısa süreli ve kaçınılabilen bir stresör değil, yaşam boyu stresör olmaya devam eder. Travmatizasyon tanısı konması ile başlar ve sonrasında düzenli onkolojik kontroller sırasında da devam eder. Ülkemizde ayaktan onkoloji hastaları ile yapılan bir araştırmada hastaların %19'unda PTSD saptanmış ve bu oran kemoterapi alan hastalarda daha sık bulunmuştur (15).

### Deliryum

Deliryum bir hastalık değil, herhangi bir fiziksel hastalığın ciddi komplikasyonu olarak ortaya çıkan bilinç düzeyinde azalma, bilişsel fonksiyonlarda bozulma, dikkat

*“Mesane kanserleri genital organ komşuluklarından dolayı diğer organ kanserlerinden farklı özellikler gösterirler.”*

**Tablo 2.** Deliryuma yol açan nedenler.

- Hipoksi
  - Şok
  - Konjestif kalp yetmezliği
  - Kardiyak aritmiler
  - Anemiler
- Hipoglisemi
- Hipertermi
- Antikolinergik deliryum
- Alkol ve sedatif ilaç yoksunlukları, entoksikasyonları
  - Alkol, eroin cannabis, Fensiklidin (PCP), LSD entoksikasyonları
- Enfeksiyonlar
  - Santral sinir sistemini tutan enfeksiyonlar (menenjit, viral ensefalit gibi)
  - HIV
  - Septisemi
  - Pnömoni
  - Üriner enfeksiyonlar
- Metabolik anormallikler
  - Sıvı elektrolit dengesizlikleri, hipoksi, asit-baz dengesinde bozulma
  - Karaciğer ve böbrek yetmezliği
  - Vitamin eksiklikleri (Özellikle Thiamin, Siyanokobalamin)
  - Tiroid ve paratiroid endokrinopatileri
- Beynin yapısal lezyonları
  - Kapalı kafa travmaları ve/veya serebral hemorrajiler
  - Serebrovasküler olaylar (strok, kanama, SAK, hipertansiyon ensefalopati)
  - Primer veya metastatik beyin tümörleri
- Postoperatif durumlar
- İlaçlar (ilaçla ortaya çıkan deliryumlar)
  - Antikolinergikler
  - Narkotikler (Meperidin)
  - Sedatif hipnotikler (benzodiazepinler)
  - Histamine2 blokerleri (cimetidine)
  - Kortikosteroidler
  - Santral etkili antihipertansifler (metildopa, reserpin)
  - Antiparkinsonyen ilaçlar

anormallikleri, psikomotor aktivitede değişiklikler, uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma ile karakterize, akut başlangıçlı, geçici bir sendromdur. Bozukluk kısa bir süre içerisinde gelişir ve gün içinde dalgalanmalarla seyreder (14). Bozukluk tıbbi aciliyet taşıyor ve yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptir.

Yaygınlık genel toplumda %1-2 iken, genel hastane başvurularında %14-24'e kadar yükselebilmektedir (16). Hastanede yatan hastalarda görülme sıklığı % 11-42, kanser hastalarında %14-55'dir (17). Oran post-op bakım,

yoğun bakım, palyatif bakım birimlerinde daha da yükselir.

Klinik görünüm çok çeşitli olabilmesine karşın 3 alt tipte kategorize edilir. Karmaşık (mix) tipte klinik tabloya hem hiperaktif hem de hipoaktif görünüm hakimdir. Hastada her iki durum kısa aralıklarla gözlenir (18). Diğer alt tipler:

#### Hiperaktif deliryum

Hastalar huzursuzluk, tedirginlik, aşırı uyarılmışlık ve ajitasyon gösterirler ve genellikle halüsinasyon ve sanrıları da vardır. Hasta

*“... yalnızca beden bütünlüğünü bozmakla kalmamakta, aynı zamanda uzun dönemde hastanın üriner, cinsel, gastro-intestinal ve sosyal işlevlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.”*

etrafında olup biten her şeye karşı çok duyarlıdır ve etrafa sözel veya fiziksel tehdit ya da agresyonda bulunabilir.

### **Hipoaktif deliryum**

Deliryumun en sık rastlanan alt tipidir. Hasta aşırı sakin, durgun, uykulu, hatta letarjik olabilir. Çok az spontan hareket vardır, hasta sorulanları yavaş hızla yanıtlayabilir. Bazen kendi kendine konuşma görülebilir, ancak konuşma anlaşılmaz. Her şeye ilgisiz gibi görünür. Deliryumun en sık görülen alt tipi olmasına karşın en çok gözden kaçırılan veya yanlış tanı (depresyon veya demans) konulan formudur.

Deliryum tıbbi acillerin başında gelir ve tanı konduğu an deliryuma yol açan neden/nedenler hızla bulunması ve ortadan kaldırılması gerekir. Deliryumu tedavi eden hekim klinik tabloya katkıda bulunabilecek her nedeni araştırmakla yükümlüdür. Araştırmada öncelikle istenmesi gereken tetkik ve incelemeler Tablo 2’de kısaca gözden geçirilmiştir (18).

### **Mesane kanserleri ve psikiyatri**

Mesane kanserleri genital organ komşuluklarından dolayı diğer organ kanserlerinden farklı özellikler gösterirler. Standart tedavi olan radikal sistektomi operasyonlarında bu komşuluk daha da önem kazanmaktadır. Radikal sistektomi yalnızca mesanların kaybı ve bedeb neyi içermeyip, kadın ve erkekte genital organların alınmasını da içerdiğinden hastanın yalnızca beden bütünlüğünü bozmakla kalmamakta, aynı zamanda uzun dönemde hastanın üriner, cinsel, gastro-intestinal ve sosyal işlevlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Genital organların hastalıkları ve/veya kaybı cinsel kimlik ve cinsellik alanlarını her iki cinsten de farklı yoldan etkileyebilmektedir. Kadın ve erkeğin cinselliğe verdiği

anlam biyolojik, bireysel ve toplumsal etkenlerce belirlenmesine rağmen genel kabul kadın için anlamı dış görünüm, çocuk doğurma ve cinsel işlevleri sürdürme kadın için önemliken, cinsel gücün korunması ve cinsel işlevlerin devamı erkek cinselliği için çok önemlidir. Bundan dolayı radikal sistektomi erkek cinselliğini kadına kıyasla daha fazla olumsuz yönde etkilemektedir (19,20).

Mesane kanserlerini diğer kanserlerden farklı kılan bir diğer özellik ise, radikal sistektomi sonrası idrarın tahliye edilmesinde kullanılan yöntemlere bağlı olarak ortaya çıkabilen psikolojik ve sosyal sorunlardır. Radikal sistektomi ve üriner diversiyon operasyonları (21) dış görünümde, alışkanlıklarda değişiklik yapabilen, beden bütünlüğünü bozan operasyonlardır. Ürostomiler ve yeni keseler beden imajını ve algısını bozabilmekte, inkontinans sorunları ile birlikte bir süre sonra hastanın duygusal ve sosyal geri çekilmesine yol açabilmektedir. Sonuç olarak hastalarda cinsellik, cinsel aktiviteler, sosyal etkileşimler ve günlük yaşam olumsuz etkilenmektedir.

Hem cinsellik, hem de beden bütünlüğü, beden imajı üzerine olan bu etkilerine rağmen mesane kanseri olan hastalarda ne tür ruhsal sorunların ortaya çıktığı veya çıkabileceğinin merak edilmemiş olması ilginçtir. Genital kanserlerin (prostat, over, uterus gibi) psikolojik yönünü araştıran ve yazan araştırmaların varlığına karşın, radikal sistektomi geçirmiş hastalarla gerçekleştirilmiş araştırmalar olmaması dikkat çekicidir. Mesane kanseri, psikoloji, depresyon, anksiyete, cinsellik, cinsel işlev gibi anahtar kelimeler verilerek bilimsel makale araştırması yapıldığında, Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezinde (ULAKBİM) 2, PUBMED’de ise sınırlı sayıda makaleye ulaşılmaktadır.

Yaşam kalitesi kelimesi eklendiğinde sayının arttığı, ancak bu araştırmaların farklı üriner diversiyon tercihlerinin birbirleri ile karşılaştırılmasını amaçlayan araştırmalar olduğu, ruhsal sorun ve bozuklukları kapsadığı gözlenmektedir. Hem yaşam kalitesi hem de beden imajını değerlendiren araştırmaları gözden geçiren analizlerde ise dikkat çeken durum, çok sayıda yaşam kalitesi ölçeğinin kullanıldığı, beden imajının farklı ölçeklerle değerlendirildiği, değerlendirilmeler yalnızca yaşam kalitesinin belli alanlarında (özellikle aile, genel sağlık, ilişkileri, finans gibi alanlar) yapıldığı, 2. farklı bir ölçeğin az sayıda araştırmada kullanıldığı, ikinci ölçeklerinde genellikle yaşam kalitesi değerlendirmeleri olduğu görülmektedir. 1966-Mart 2008 arasında yapılmış yaşam

kalitesi araştırmalarının sistematik gözden geçirmesinde toplam 40 araştırma gözden geçirmeye dahil edilmiş, bunların yalnızca 5’inin ileriye dönük izlem olduğu, yaşam kalitesi değerlendirmelerinde yalnızca 23 tanesinde geçerli bir yaşam kalitesi ölçeği kullanıldığı, psikopatolojinin yalnızca 3 araştırmada ölçeklerle (birinde Beck depresyon ölçeği, 2’sinde hastane anksiyete depresyon ölçeği) araştırıldığı ortaya konmuştur (22). Ruhsal tarama yapan bu 2 araştırmanın 1’i Türkiye’den olup, sonuç olarak yaşam kalitesi değerlendirmelerinin post-op 12. ayda yapılmasını önermişlerdir (23).

Sonuç olarak literal anlamda bakıldığında mesane kanserlerinde radikal sistektomi ve üriner diversiyonlar hastalarda dış görünüm, cinsellikten kaçınma veya cinsel işlevlerde bozukluklara yol açabilir. Ayrıca kanserin etiolojisinde yer alan nikotin bağımlılığı da bir müddet sonra hastaların kendi kendilerini suçlamalarına neden olabilir. Sonuç olarak mesane kanseri hastaları sistektomi sonrası değişen yaşam koşulları, beden bütünlükleri ve beden imajları ile dıştan bakıldığında depresyon geçirmeye yatkın gibi görünmektedirler. Literatürün bu alanda yeterli veriye sahip olmamasını açıklamak oldukça spekülasyon olacak olmasına karşın, hastaların önemli bir kısmının ileri yaşta olması hastaların ileri yaşın getirdiği ruhsal olgunluğun avantajlarını kullanmasını ve bu nedenle depresyon vb. geçirmemesini sağlıyor olabilir. Ayrıca ileri yaştaki bireylerin ruhsal sorunlarını, hastalıklarını ifade etme veya farklı ifade etme eğiliminde olduklarını unutmamak gerekir. Belki de, mesane kanserinin ciddi, organ ve işlev kayıpları ile karakterize bir kanser olması hastaların başlangıçta beklentilerini düşük tutmalarına ve post-op yaşadıkları güçlüklerle hızla uyum sağlamalarına yol açıyor olabilir. Yine de bu konuda kesin bir bilgiye sahip olmanın yolu hastaları pre ve post-op uzun dönem psikolojik, ruhsal ve sosyal alanlarda araştırmaktır.

### **Sonuç**

Kanser kronik ve yıpratıcı bir hastalıktır. Bu nedenle süreç içerisinde ruhsal sorun ve hastalıklar sıkça ortaya çıkabilmektedir. Ruhsal bozuklukların tanınması ve tedavi edilmesinin önemi sadece sağlık harcamalarının azalması amaçlı değil, ruhsal bozuklukların bireylerin bağımsızlık sistemini olumsuz etkileyerek kanser seyrini olumsuz etkileyebmesindedir. Bundan dolayı kanserli hasta ile çalışan hekimlerin hastalarda çıkabilecek ruhsal sorunları bilmesi ve yönetebilmesi önemlidir.

## Üro-onkologlara öneriler

### Görüşme önerileri

- Kanserli hasta ile yapılan her görüşmede hastaya yeterli bir zaman, uygun bir mekan sağlanmalı(koridorlarda, kapı önleminde bilgi alış-verişinde bulunulmamalı)
- Kanser hastalarının diğer hastalardan daha yoğun bir bilgilendirme gereksinimleri olduğu her görüşmede göz önünde bulundurulmalıdır.
- Her görüşmede hastanın neyi ne kadar bildiği kısaca kontrol edilmeli
- Hastaya sadece istediği kadar bilgi verilmeli (Sadece sorduğu yanıtlanmalı, bilmek istemediği bilgi verilmemeli)

- Önemli bir haber verileceği zaman (yeni bir tedavi, nüks, metastaz gibi) önce hastanın şu ana kadar yaşadıklarından neler anladığı ve bilgi düzeyi (neyi, ne kadar biliyor, nasıl, nereden) öğrenilmeli hastanın yanıtlarına göre bir sonraki bilgi verilmeli
- Hastalık, tedavi seçenekleri ve gelecek konuları duygusallık katılmadan hasta ile açık ve dürüstçe konuşulmalı
- Her zaman hastanın o görüşmede hekimin "ne söylemek istediği"ni doğru anlayıp anlamadığı kontrol edilmeli

### Tanı ve tedavi önerileri

- Her görüşmede uyumlu ruhsal yanıtlar değerlendirilmeli ve izlenmeli

- Her evrede daha önce uyumlu olarak değerlendirilen bir yanıtın uyumsuz hale gelebileceği unutulmamalı
- Uyumsuz her yanıtta hasta tekrar bilgilendirilmeli
- Bilgilendirmeye rağmen devam eden uyumsuz yanıtlarda psikiyatri konsültasyonu istenmeli
- Uyum bozukluğu dışında farklı bir tablo saptandığında (anksiyete, agresyon vb) önce buna yol açabilecek tıbbi nedenler araştırılmalı, tıbbi bir neden saptanmayan durumlarda psikiyatri konsültasyonu istenmeli

### Kaynaklar

1. Elbi H. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psike 2008;3:43-62
2. Elbi H. Kanser ve psikiyatrik sorunlar .Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı. 2008;2:36-46.
3. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997.
4. Fawzy IF, Greenberg DB. Oncology. In: Textbook of Consultation Liaison Psychiatry. Editörler Rudell JR, Wise MG. Washington DC: American Psychiatric Press; 1996. s. 673-694.
5. Lederberg MS. Psycho-Oncology. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı. Editörler Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. s. 2196-2225.
6. Noyan MA. Psikiyatrik Bozuklukların Tedavisi In: Akciğer Kanseri: Multidisipliner Yaklaşım. Toraks Kitapları. Editörler Akkoçlu A, Öztürk C. İstanbul: Bilmedya Grup; 2000. s:173-179.
7. Noyan MA. Bedensel Hastalığı Olanlarda Ruhsal Bozukluklar. In: Psikiyatri El Kitapları Serisi . Türkçe 1. Baskı. Editör Oral T. İstanbul: Medikal Yayıncılık Eğitim ve İletişim Hizm. Tic. Lmt. Şti; 2010 s:131-144.
8. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;2:343-367
9. Akechi T, Nakano T, Okamura H et al. Psychiatric Disorders in Cancer Patients: Descriptive Analysis of 1721 Psychiatric Referrals at Two Japanese Cancer Center Hospitals. Japanese J Clin Oncology 2007; 31:188-194.
10. Massie MJ. The prevalence of depression in patients with cancer. J National Cancer Inst Monogr. 2004;32: 57-71.
11. Tokgöz G, Yalug İ, Özdemir S et al. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:59- 66.
12. Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. Bri J Cancer 2006;94:372-390.
13. Palapattu GS, Haisfield-Wolfe ME, Walker JM et al. Assessment of perioperative psychological distress in patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer. J Urol 2004;172:1814-1817.
14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
15. Tokgöz G, Yalug İ, Özdemir S et al. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. Yeni Symposium 2008; 46:51-61.
16. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical inpatients: a systematic literature review. Age Ageing 2006; 35:350-364.
17. Bond SM, Neelon VJ, Belyea MJ. Delirium in hospitalized older patients with cancer. Oncol Nurs Forum 2006; 33:1775-1783.
18. Noyan MA. Deliryum. In: Geriatriye 5 "D"ler. Ayın Kitabı Sayı 113. Editörler Göksele SÜ, Saraç F. Bornova, İzmir : Ege Üniversitesi Basımevi; 2011. S:57-86.
19. Hallaç S, Öz F. Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;4:595-610.
20. Mercadante S, Vitranò V, Catania V. Sexual issues in early and late stage cancer: A review. Support Care Cancer 2010; 18:659-665.
21. Bailey S, Kamel MH, Eltahawy EA, Bissada NK. Review of continent urinary diversion in contemporary urology. The Surgeon 2012; 10: 33-35
22. Somani BK, Gimlin D, Fayers P, N'Dow J. Quality of life and body image for bladder cancer patients undergoing radical cystectomy and urinary diversion: a prospective cohort study with a systematic review of literature. Urology 2009; 74:1138-1144.
23. Kulaksizoglu H, Toktaş G, Kulaksizoglu IB, et al. When should quality of life be measured after radical cystectomy. Eur Urol 2002;42:350-355.