

MASTEKTOMİLİ HASTALARDA EVDE BAKIM

Ayla Yavuz Karamanoğlu, Fadime Gök Özer

Pamukkale Üniversitesi, Denizli Sağlık Yüksekokulu, Denizli, Türkiye

ÖZET

Meme kanseri en sık görülen kanser sıralamasında ikinci, kadınlarda kanser nedeniyle ölümlerin birinci sırasında yer alır. Meme kanserinde; cerrahi tedavi halen en geçerli ve en sık başvurulan tedavi yöntemidir. Bu amaçla uygulanan cerrahi yöntemlerden biri olan mastektomi, kanserin nüksetme olasılığını azaltmakta ve hastanın yaşam süresini uzatmaktadır.

Mastektominin tercih edilmesinde rol oynayan olumlu özelliklerinin yanı sıra ameliyat sonrası hastalar fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bir çok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Yara iyileşmesi ve drenlere ilişkin sorunlar, ağrı, lenfödem olasılığı ve ameliyat olan taraftaki kola ilişkin komplikasyonlar ameliyat sonrası dönemde en sık gelişen fizyolojik sorunlardır. Hastaların bir çoğu ameliyat sonrası kemoterapi, radyoterapi yada hormon tedavisi almak zorunda kalmaktadır. Bu tedavilerin yan etkilerinin olması, hastalığın klinik seyirinin belirsizliği ve tedavinin tam olarak garanti edilememesi hastada endişe uyandırmaktadır.

Mastektomi beden imajının bozulmasına, cinsel yaşamda sorunların ortaya çıkmasına ve sosyal izolasyon gelişmesine neden olmaktadır. Bu nedenle hastaların stres ve anksiyete düzeyleri artmakta, ileri dönemlerde ciddi depresyon bulguları yaşamaktadırlar. Mastektomi sonrası hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olabilmesi için klinik hemşireleri tarafından hazırlanan kapsamlı bir taburculuk eğitimi hastalara verilmelidir.

Bu amaçla hastalara verilecek eğitim; hastanın ve ailesinin bu süreçte gelişen fizyolojik ve psikososyal sorunlarla daha kolay baş etmelerini sağlamaktadır.

Anahtar sözcükler: hasta, mastektomi, evde bakım

HOME CARE FOR MASTECTOMY PATIENTS

ABSTRACT

Breast cancer, is the second among the most frequently seen cancers and the leading cancer type causing mortality in women. Surgical treatment is still the most acceptable and the most frequently used treatment approach in breast cancer. Mastectomy, one of the surgical methods applied for this purpose reduces the relapse potential and extends the life time of the patient.

Despite the favorable features acting in preferring mastectomy, the patients come up against physiological, psychological and social problems following the operation. Wound healing and drain problems, pain, lymphedema possibility, and complications of the arm on the operated side are the most frequently observed post-operative physiological problems. Most of the patients are obliged to receive chemotherapy, radiotherapy or hormone therapy following the surgery. The adverse effects of these treatments, the indefinite clinical progression of the disease and an unwarranted treatment possibility all cause anxiety to the patient. Mastectomy gives rise to the deformation of the body image, sexual problems and development of social isolation leading increases at the stress and anxiety levels of the patients causing severe depression. In order for the patient to be in a fully physical, psychological and social good health, the patients should receive a comprehensive discharge training prepared by the clinical nurses.

The training to be delivered to this end provides the patient and his/her family an easier way to cope with the physical and psycho-social problems that arise during this time period.

Key words: patient, mastectomy, home care

Kanser, günümüzde insan sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklardan birisidir(1). Yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sıralarda yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye'de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (2). Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, kadında görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır (3).

Meme kanseri ABD'de kadınların tüm kanserlerin %29'unu oluşturmaktadır. Kadınlarda 54 yaşına kadar kansere bağlı ölüm nede-

ni olarak ilk sırada meme kanseri yer almaktadır. Literatürde, Kanada ve ABD'de her dokuz kadından birinde, Avustralya'da beş kadından birinde, Japonya'da 50 kadından birinde yaşamlarının bir döneminde meme kanseri geliştiği belirtilmektedir(4). Türkiye'de de kadınlarda görülen kanserlerin yaklaşık %28'i meme kanseridir ve bu oran ABD'de bildirilen orana benzerdir (5).

Meme kanseri tanısı alan hastalar; cerrahi girişim, radyoterapi, kemoterapi, hormonal tedaviler gibi çok yoğun stres yaratan tedavilerden geçerler (6). Bu tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam süre-

lerinin uzaması ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmaktadır. Ancak kullanılan yöntemle bağlı olarak tedavi ile ilgili zorluklar ve toksik etkiler de söz konusudur (2). Meme kanserli kadınların yaşam beklentisindeki iyileşme, meme kanseri tedavisinin komplikasyonlarına katlanan kadınlar için yaşam kalitesinin nasıl düzeltileceği hakkındaki önemli soruları gündeme getirmektedir (7). Mastektomi sonrası hastalar tedavileri ile ilgili bir çok komplikasyonlarla karşı karşıya gelmektedirler (2). Bu nedenle bazı hastalar tedaviyi bitmeden bırakılmaktadırlar. Tedaviyi tamamlayan hastalarda da sürekli "hastalığım nüks eder mi, yeniden aynı tedavileri almak zorunda kalır mıyım?" endişeleri görülmektedir (6).

Meme kanserinde uygulanan yaygın tedavi, memenin cerrahi olarak kısmen ya da tamamen çıkarılmasıdır. Kadınlar için meme; kadınlığı, cinselliği ve annelik duygularını simgelemektedir. Memenin cerrahi olarak çıkarılması anlamına gelen mastektomide hasta, yaşamını tehdit eden kanser tanısının yanı sıra meme kaybının yol açtığı duygular ile de baş etmek durumundadır (8). Mastektomi ameliyatları sonrası hastalar fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bir çok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar (9). Mastektomi sonrası hastanın kapsamlı bir hemşirelik bakımına ihtiyacı vardır. Ameliyat kesisinin büyük olması, ağrı, yara iyileşmesine ilişkin sorunlar, lenfödem olasılığı ve ameliyat olan taraftaki kola ilişkin komplikasyonlar ameliyat sonrası bakımı önemli kılan unsurlardır. Yapılan çalışmalarda mastektomi sonrası hastaların %15'inden fazlasında ağrı, %51'inde lenfödem ve %72-95'inde yorgunluk olduğu saptanmıştır (8). Mastektomi çoğu kadında ağır psikolojik etkilere sebep olabilmektedir. Meme kaybı sonrası kadınlarda, ağrı, sıklıkla depresyon, ve başka duygulanım bozuklukları, yorgunluk, cinsel istek kaybı, beden algılamasında bozulma, benlik saygısında azalma, sosyal çekilme, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, hastalığın tekrarlamasına ilişkin endişeler, uygun giysi bulmada güçlük ve meme protezlerinin yarattığı sıkıntılar görülmektedir. Olağan uyum mekanizmaları sarsılır, geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulur (2,10).

Hasta kanser tanısının konulmasından tedavinin sonlanmasına kadar geçen sürenin büyük bir kısmını evde geçirdiğinden hemşirelik bakımının hastane ile sınırlı kalmayıp evde de devam etmesi gerekmektedir. Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde hastaların kısa sürede taburcu edilip evde izlenmelerine yönelik bir eğilim vardır. Buna neden hastaların hastaneden kaynaklanan olumsuz etkilenmelerini ortadan kaldırmaktır(8,11). Hastanın erken eve dönmesi hastane enfeksiyonu riskini azaltmakta, aile üyelerinin arasında olmasını sağlamakta ve hastane maliyetini düşürmektedir. Ülkemizdeki uygulamalara bakıldığında; ameliyat olmak üzere hastaneye yatan bireyin, hastanede kaldığı süre içerisindeki bakımının genellikle fiziksel bakım ile sınırlı kaldığı, taburculuk eğitiminin ya hiç verilmediği ya da düzensiz verildiği görülmektedir. Hasta eve döndüğünde gerek fizyolojik gerekse psikolojik birçok sorunla karşılaşmakta ve bu sorunlar karşısında ne yapacağını bilememektedir. Bu dönemde aile üyeleri de hastaya nasıl destek olacaklarını bilemedikleri için bakıma etkili olarak katılamamaktadırlar (8). Hastalar evde tedavi ve bakımları sırasında kendilerince çözümleyemedikleri sorunlarla karşılaşınca tekrar tekrar hastane-

ye başvurma gereksinimi duymakta ve hatta tekrar yatabilmektedir. İşte temelde bu gereksinime bağlı olarak evde bakım kavramı ortaya çıkmıştır (12). Evde bakım kavramı, koruyucu tedavi edici ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili olarak sağlanması gerekliliğinden tanımlanan, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek, güçlendirmek amacı güden bir bakım sistemini ifade eden bir kavramdır. Evde bakım aynı zamanda tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek hastanın/bireyin yaşadığı ortamda bireye ve ailesine sunulması ve bu şekilde ilgili sorun/sorunların etkisinin en aza indirilip, hastaların bağımsızlık düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin insancıl özelliğinin güçlendirilmesine olanak sağlar (12).

Evde bakım veren hemşire ailenin yapısı bireylerin özellikleri, baş etme yetileri, olanakları ve rol değişimlerini iyi değerlendirmeli, aile için stres nedeni olabilecek durumları fark etmeli ve ailenin de bunları fark etmesine yardımcı olmalıdır. Hemşire aile içinde sorun oluşturabilecek durumların önlenmesi için neler yapılabileceğini aile ile birlikte belirlemelidir (8). Bu nedenle mesleki rolü hasta bireyi en kısa zamanda kendi gereksinimlerini karşılayabilecek bağımsız duruma getirmek ve normal yaşamını sürdürmesine yardım etmek olan hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu amaçla kapsamlı bir hemşirelik bakımının yanı sıra iyi bir taburculuk eğitimi verilmesi gerekmektedir. Kol egzersizleri, ağrının azaltılması, kolda lenfödem ve enfeksiyonun engellenmesi, yaranın izlenmesi, ameliyat sonrası kanser tedavisi ve kendi kendine meme muayenesi eğitim kapsamına alınması gereken konulardır (8).

Mastektomili Hastaların Taburculuk Eğitimi ve Evde Bakımı

Omuz ve Kol Egzersizleri: Meme kanserine yönelik ameliyatlardan sonra en sık karşılaşılan sorunlardan biri ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma ve kol kas gücünde azalma olmasıdır (13). Hareket kısıtlılığına yol açan nedenler; aksiller diseksiyona bağlı ağrı, ameliyat kesisinin ağrısı, kolda ödem olması, hastanın kolunu hareket ettirmekten korkması ve skar dokusunun oluşturduğu gerilmedir. Özellikle pektoralis majör ve minör kaslarının çıkarıldığı mastektomi ameliyatlarından sonra kavrama gücünde azalma olması ve göğüs duvarının zayıflaması hastanın kol ve omuz hareketlerini sınırlayan diğer nedenlerdir. Uzun süre hareketsiz kalma omuz eklemine değişikliklere yol açmakta ve bu durum omuz sertliği ya da "donmuş omuz sendromu" olarak adlandırılmaktadır (8). Omuz eklem mobilitesi aynı zamanda radyasyona maruz kalmış dokudaki değişikliklere bağlı olarak da kısıtlanır. Omuz eklemine ait ciddi kontraktürler iş kapasitesi kaybına ve fiziksel özürüllüğe neden olurlar. Düzgün bir rehabilitasyon izlencesi planlarsa kısa süre içinde üst ekstremitate fonksiyonu sağlanır. Bu nedenle olası en erken dönemde aktif yardımcı ve nazik pasif hareket açıklığı egzersizleri başlatılmalıdır (14). Egzersiz programını; ameliyatı yapan cerrah, hemşire ve fizyoterapist birlikte belirlemeli ve izlemelidirler. Egzersizlere ne zaman başlanacağına ve hangi egzersizin ne zaman yapılacağına karar vermek önemlidir. Çünkü omuz hareketlerine erken başlanması aksiler drenajı artırabilir ve yara iyileşmesini geciktirebilir. Geç kalındığında ise kas kısalmaları ve kontraktürler oluşabilir (8,13). Ameliyat

olan taraftaki kola; omuz 20-45 derece abduksiyonda, kol yaklaşık 45-60 derece horizontal pozisyonda bilekten ve bilek omuzdan yüksekte olacak şekilde pozisyon verilir. İlk 24 saat kolun pozisyonu korunur ve kol kullanılmaz (13). Egzersizlere ameliyattan bir gün sonra başlanması ve bunların belirli bir plan kapsamında sürdürülmesi gerekir (8,13). Drenej miktarının ve seroma oluşumunun artmaması için drenler çekilinceye kadar sadece parmaklar, el bileği ve dirseğe yönelik egzersizler yaptırılmalıdır (13). Bir topu sıkma, yumruk yapma veya el bileğini fleksiyona ve ekstansiyona getirme şeklindeki hareketler her saat birkaç kez yaptırılarak el egzersizlerine başlanır (15). Sonra dirseğe yönelik egzersizler yaptırılır; zamanla omuz eklemi her yönde hareket ettiren; kol, göğüs ve sırt kaslarını çalıştıran egzersizlere geçilir (13). Bu egzersizler lenfatik akımı hızlandırır. Drenler çekildikten sonra egzersizler yavaş yavaş artırılarak yaptırılır (saç tarama, duvara tırmanma vb). Bu egzersizlerin günde birkaç kez tekrarlanması yararlı olur. Ayrıca egzersizler kolletral lenfatik damarların gelişimini sağlayarak lenfödemi önler (15). Uygulanacak egzersiz izlencesi postoperatif dönem ve radyoterapi uygulamasını izleyen dönemde gelişebilecek lenfödemin önlenmesinde de etkilidir (14).

Egzersizlerin amacı, önemi ve belirlenen egzersiz programı fizyoterapist ile birlikte hastaya anlatılmalı ve yazılı materyal verilmelidir. Ayrıca aile üyelerinden birinin de bu konuda bilgilendirilmesi yararlı olur. Her ev ziyaretinde hemşire hastanın egzersiz programına uyumunu ve omuz hareketlerini değerlendirmelidir (8).

Ağrının azaltılması: Postoperatif ağrı, cerrahi travma ile başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan akut bir ağrıdır (16). Mastektomi ameliyatı sonrasında ağrı, kişinin ağrı eşiği ile ilişkilidir ve kişisel farklılıklar gösterir. Taburcu olurken hastaların çoğunun ağrısı geçmiştir veya çok daha az düzeydedir. Ameliyat sonrasında hastanın ağrı düzeyinin değerlendirilip hemen tedaviye başlanması hem ağrının dindirilmesine, hem de hastanın rahat uyuyabilmesine ve dinlenmesine olanak sağlar. Hastanın fiziksel olarak rahatlaması ameliyat sonrası görülen yoğun duygusal stresinde azalmasına yardımcı olur. Yatak içinde dönme veya yataktan kalkma esnasında ağrı olabilir. Bunun için önceden hastaya analjezik verilmesi hastanın rahatlamasını ve bu hareketleri daha iyi yapmasını sağlar (15). Ağrı kontrolü için hasta kontrollü analjezi yöntemi postoperatif 12-24 saat kadar uygulanmaktadır (16). Hastanın ameliyat olan tarafın aksi yönünden destek alarak kalkması gerilmeyi ve ağrıyı azaltır. Ameliyat sonrası ilk birkaç günde ameliyat olan tarafın desteklenmesi gerekir. Çünkü o tarafın hareketleri ilk günlerde kısıtlanır. Ameliyat edilen bölgedeki sinirlerin kesilmesine bağlı olarak duyu kaybı, karıncalanma, göğüs duvarında aşırı duyarlılık hatta fantom meme hissi gelişebilir (15). Fantom meme ağrısı bir ekstremitenin alınmasından sonra yaşanan fantom ağrısı ile aynıdır. Hastalar alınan memelerini hala varmış gibi hissederler; hatta memenin ucunda ve içinde ağrı tanımlarlar. Hastalar akıl sağlıklarını kaybettiklerinin düşünülmesinden endişelenerek çoğunlukla fantom ağrısını gizlerler (8). Hastaya bunların olabileceği anlatılmalıdır. Hemşire, hastaya bu durumun giderek azalacağı ve bir yıl içerisinde kaybolacağını açıklamalıdır (15).

Hastaya ağrı ile baş etme yöntemleri (hayal kurma, kendisini mutlu eden şeyleri düşünme, müzik dinleme, okuma vb) ve hekimin önerdiği ağrı kesicilerin kullanımına ilişkin bilgi verilir. Hastanın yaşadığı ağrıya ilişkin düşünce ve duyguları araştırılır. Bazı hastalar ağrılarını hastalıklarının ilerlemesi olarak algılamakta ve bu nedenle anksiyete yaşamaktadırlar. Hasta ile konuşarak ağrıya ilişkin yanlış düşüncelerinin olup olmadığı saptanır ve hasta ağrı konusunda bilgilendirilir (8).

Kolda lenfödem ve enfeksiyon gelişiminin engellenmesi: Lenfödem, lenfatik akımın tümör, fibrozis ya da inflamasyon nedeniyle kesilmesi veya tıkanması sonucu proteinden zengin sıvının yumuşak doku içinde birikmesidir (17). Kronik, tedavisi zor bir durumdur ve ekstremitelerde şişlik, ağırlık, sıkılık hissi ve ağrı oluşturur (18). Lenfödem gelişmesini etkileyebilecek birçok risk faktörü bildirilmektedir. Vücut kitle indeksi, oblik insizyon tipi, kolda enfeksiyon öyküsü, tümörün evresi, tümörün çapı, tümör gradı, çıkarılan lenf nodu sayısı, patolojik nodal tutulum, yapılan ameliyatın genişliği, aksiler diseksiyon yapılıp yapılmaması, aksiler diseksiyon genişliği, postoperatif radyoterapi, kemoterapi lenf ödem gelişmesini etkileyebilecek risk faktörleridir (19). Meme kanseri olan kadınlarda lenf ödem fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden farklı sorunlara yol açabilmektedir (20). Hastanın ev, iş, sosyal ve seksüel yaşamını dolayısıyla da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (18). Lenfödem gelişen kolda duyu bozuklukları, gerilime bağlı ağrı, güç kaybı, hareketlerde kısıtlılık, enfeksiyona yatkınlık ve ciltte hassasiyet gelişmektedir. Bu durum hastanın günlük yaşamındaki işlerini yapmasını engellemekte ya da daha fazla yardım almasını gerektirmektedir. Bunun sonucunda hasta kendisini sınırlanmış ve bağımlı hissetmektedir. Ayrıca lenf ödeme bağlı fiziksel görünümdeki değişim; hastanın meme kaybı sonucu değişen bedenine uyumunu güçleştirmektedir. Bu durum hastanın kendini cinsel açıdan çekici bulmamasına ve cinsel yaşamında sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (20). Hastaların bu konuda bilgilendirilmesi, erken tanı ve tedavi lenfödemin ilerlemesini önlemek açısından oldukça önemlidir (18). Lenf akımında sıkışıklık fibrozis ve lenf damarlarının skarlaşması yoluyla sıkı kol giysileri veya enfeksiyondan kaçınmak için, hastalara aşağıdaki yönergeler verilmelidir:

1. Bu kolda aşımalar, enfeksiyonlar, kan basıncı ölçümleri, kan vermek ve damar içine sıvı vermekten kaçının.
2. Bu kolda herhangi bir şekilde cilde delme ve hasarlamadan kaçının. Çok titiz cilt ve tırnak bakımı yapın. Küçük veya büyük yaralanmalarda standart ilk yardım setini kullanın ve dikkat edin. Bölgesel veya sistemik antibiyotikleriniz özgürce kullanın.
3. Sıkıştırıcı giysiler veya mücevherlerden kaçının ve sıkışmaktan korunmak için pedli sütyen askılarınızı giyin.
4. Sıcaktan kaçının (örneğin güneş yanıkları, bronzlaşma, banyolar, sauna).
5. Aşırı egzersizden kaçınınız (sadece el kompresyon giysisi ile desteklendiği zaman aerobik kol egzersizleri yapılmalıdır) (21).

Hastaya omuz ve kol egzersizlerini düzenli olarak yapması ve o taraf kolunu uzun süre aynı pozisyonda tutmaması öğütlenir. Kol çevresini nasıl ölçeceği ve kaydedeceği hastaya öğretilir. Bu olası bir değişikliği hemen fark etmesini sağlar. Ödem gelişirse hemen doktora bildirmesi söylenir. Tedavi için elevasyon ve egzersizlerin yanısıra tüm kola elastik sargı uygulanabilir (15). Geç dönem lenfödemi önlemek için cerrahi sonrası başlanan rehabilitasyon izlenmesinin 6 ay - 1 yıl süre ile sürdürülmesi önerilmektedir (14).

Mastektomi sonrası lenf sıvısının ameliyat bölgesi, etkilenen taraftaki kol ve göğüsdeki yumuşak dokuda birikmesi enfeksiyonlara neden olabilir. Ayrıca hastanın ameliyat olan taraftaki koltukaltı lenf nodlarının çıkarılması kolda enfeksiyon oluşması ve yayılmasına uygun zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle mastektomi sonrası hastaların ameliyat olan taraftaki kollarını enfeksiyondan korumaları konusunda eğitilmeleri gerekir. Lenfödem için alınan önlemler enfeksiyonu önlemek için de geçerlidir (8).

Yaranın izlenmesi: Meme cerrahisi sonrası en sık gelişen komplikasyonlar enfeksiyon, hematoma, seroma, deri flep nekrozları, sinir hasarı ve kolda lenfödemdir (22,23). Mastektomi ameliyatlarında, özellikle radikal ve modifiye radikal mastektomilerde hastanın insizyonu büyüktür. Seroma sıklıkla meydana gelir. Özellikle mastektomi sonrası ve yara kavitesinin geniş olduğu aksiller bölgede oluşan seromayı azaltmak için genellikle dren önerilmektedir (22). Bu nedenle hastanın yara iyileşmesinin değerlendirilmesi ve yaranın komplikasyonsuz iyileşmesi önemlidir. Yara iyileşmesine yönelik hemşirelik girişimleri şu şekildedir:

Hemşire pansumanların uygulandığı alanı incelemeli ve kanama veya seröz sıvı akıntısı olup olmadığını kontrol etmelidir. Hemşire drenaj miktarını ve özelliklerini izleyip kaydetmelidir. Yara üzerine kapatılan pansuman basınç uygulamak ve iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla elastik bir sargı ile sarılır. Sargı ve pansuman değiştirilmesi genellikle cerrah tarafından 36-48 saat sonra yapılır. Pansuman değişimi esnasında insizyon yeri, iyileşme ve yara enfeksiyonu bulguları açısından gözden geçirilir. Daha sonraki pansumanlar yara iyileşmesinin gözlenmesi amacıyla her gün değiştirilir. Drenaj sistemi ise 24 saatlik drenaj miktarı 20-50cc'ye düşünceye kadar yerinde bırakılır. Drenajdan gelen renk değişimi kanlı (seröz kanlı), seröz şeklindedir. Hemşirenin hastayı drenaj sistemleri konusunda bilgilendirilmesi, çıkan sıvının taze kan değil eski kan hücrelerinin dışarıya atıldığı bir sıvı olduğunu anlatması gerekir. Bu drenaj sisteminin beklenen bir durum olduğu ve ne zaman çekileceği konusunda da bilgi vermelidir. İnsizyon alanı temiz ve kuru tutulmalıdır. İnsizyon alanı tam iyileşmeden pudra, deodorant, losyon veya parfümlerin bu alana sürülmemesi gerekir (yaklaşık 4-6 hafta). Hasta hazır olduğunda pansuman değişimi esnasında hastanın insizyon yerine bakması için teşvik edilmeli ve insizyonun normal görünümünü tanıması sağlanmalıdır. Hasta drenleriyle taburcu edilecekse drenaj izlemi ve drenaj kabının boşaltılması konusunda bilgilendirilmelidir (15).

Dokuların tamiri ve enerji gereksinimi için yüksek kalorili ve proteinli diyet verilmelidir. Ameliyat sonrası genellikle bitkinlikten yakınılabılır. Hastaya yemek yerken, banyo yaparken yardımcı olmak gerekebilir. Ancak hastaneden taburcu olmadan önce hastanın mümkün olduğu kadar günlük bakım gereksinimini kendisinin yapması için teşvik etmek gerekir (15).

Ameliyat sonrası kanser tedavisi: Meme kanseri tedavisi uzun süren ve çeşitli sorunlara yol açabilen bir tedavidir. Tedavi döneminde en sık karşılaşılan sorun yorgunluktur. Bulantı, kusma, saç dökülmesi, kilo alma, menstruasyona yönelik sorunlar yorgunluğa eşlik eden diğer şikayetlerdir. Tedavi döneminde hemşirenin hastayı, kendisini nelerin beklediği ve bu dönemin daha rahat geçirebilmesi için yapabilecekleri konusunda bilgilendirmesi gerekir. Hastaya aldığı tedavinin (kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi) istenmedik etkileri ve bu etkileri azaltma yöntemlerine ilişkin yazılı bilgi verilmelidir (8).

Meme koruyucu girişimlerden sonra geriye kalan meme dokusuna radyoterapi uygulanması gerekmektedir. Radyoterapiye genellikle ameliyattan 3-4 hafta kadar sonra yara iyileşmesi olunca başlanır (8). Yorgunluk, deri reaksiyonları, deride duyu, renk ve koku değişiklikleri ve memede şişme, memeye yapılan radyoterapi sırasında ya da hemen sonrasında sık görülen sorunlardır (24).

Radyoterapi uygulanan hastalara: Radyoterapi alınının güneşten korunması; pamuklu, rahat terletmeyen giysiler giymesi; sıcak su yerine ılık su ile banyo yapması; cildi rahatlatıcı serin kompres (buz değil) uygulanabileceği; radyoterapi alanına losyon ve pudra sürmemesi anlatılmalıdır. Yorgunluk için farmakolojik olmayan girişimleri şöyle sıralayabiliriz: Dinlenmenin sağlanması, beslenmenin düzenlenmesi, enerji tüketiminin azaltılması (16).

Cerrahi sonrası kemoterapi genellikle lenf nodülü olan veya organ metastazı olan hastalarda uygulanmaktadır. Kemoterapiye bağlı olarak gelişebilecek yan etkilerden en yaygın görülenler: Bulantı-kusma, alopesi, yorgunluk, kemik iliği supresyonu, mukozitlerdir (16).

Hemşireler hastanın yeme alışkanlıklarını izlemeli ve beslenme durumunun bozulduğu hallerde beslenme desteği için öneride bulunmalıdır. Ağız bakımına özen gösterilerek, lokal anesteziyeler kullanılarak ve diyet değişiklikleri yapılarak mukosite bağlı beslenme sorunları azaltılabilir (24).

Meme kanserinin hormonal tedaviye yanıt vermesi tümör dokusunda bulunan östrojen ve progesteron reseptör varlığı ile yakından ilgilidir. Hormonal tedavide meme kanseri hücrelerinin büyümesine yardımcı olan östrojen ve progesteronun etkilerinin bloke edilmesi amaçlanmaktadır. Tamoksifen, meme kanseri tedavisinde ve meme kanserinin oluşmasını önlemede kullanılan en yaygın antiöstrojen tedavidir. Tamoksifenin yan etkileri: Vajinal kanama, adet düzensizlikleri, sıcak basması, bulantı ve kusma gibi etkilerdir (16).

Meme kanserinde bir başka problem de beden imgesinin bozulması ve üzüntüdür. Saç dökülmesi, kilo alma ya da verme hastanın beden imgesini etkileyebilir (24). Meme kadın için dişiliği, cinsel cazibeyi ve anneliği simgeler (8). Bu kadar önemli olan bedenin bir bölümünün kaybedilmesi kadında önemli ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Mastektomi olmuş kadın kendini eksik, özürlü, cinsel yönden yetersiz ve yalnız olarak algılayabilir. Meme kanserinin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ya da hormonal tedavisi hastanın fiziksel sağlığı etkilediğinden dolayı da cinsel hayatını etkilediği belirtilmektedir (25).

Meme cerrahisi uygulanan kadınlar çekindikleri ve utandıkları için cinsellik hakkında sorular sormada kendilerini rahat hissetmeyebilir. Böyle durumlarda:

- * Hasta ile dostça ilişki kurulmalı,
- * Korku ve yanlış anlamalar ortadan kaldırılmalı,
- * Hastanın mahremiyet hakkındaki duygularını açıklamasına izin verilmeli,
- * Cinsellik hakkındaki düşünceleri, seksüel kaygıları, beden imajı ve tedavinin etkisi hakkında açık ve duyarlı bir tartışma ortamı sağlanmalı,
- * İyileştiği ve enerji düzeyi izin verdiği zaman eşi ile beraber olması konusunda cesaretlendirilmelidir (25).

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmak, bireylerde ciddi bir psikolojik zorlanma yaratmaktadır (26). Mastektomi sonrası en sık karşılaşılan anksiyete, depresyon, kızgınlık, suçluluk, korku ve sosyal izolasyon gibi sorunlar tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (27). Meme kanseri tanısının konması, hastayı olduğu kadar ailesini ve arkadaşlarını da büyük ölçüde etkiler (28). Hasta yakınları, ailede meydana gelen rol değişiklikleri, hastanın işlevlerini üstlenme, çalışmayan kişi ile azalan gelir kaynakları ve hastalıkla artan giderleri karşılama çabaları içinde yorgun ve depresif olabilirler (29). Sağlık alanında uzman kişiler, bütüncül aile yaklaşımının üzerinde durarak, bu düzeni kurmada aile bireylerine yardımcı olabilirler. Aile bireylerinin her birine ayrı, ayrı sorumluluklar verilerek, onlarda grup çalışması ruhu kuvvetlendirilebilir. Günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde, hastaya belli ölçüde esneklik sağlama, hastaneden eve geçişte sakin bir ortamın yaratılmasında anahtar rol oynar. Örneğin, hasta eve döndüğünde basit yemekleri pişirme, toz alma gibi günlük işlere yardımcı olabilir, bazı yakın arkadaşlarını ziyaret edebilir. Böyle bir yaklaşım, meme kanserli kadının günlük yaşama adaptasyonunu kolaylaştırdığı gibi kendi durumunu ve meme kanserini düşünmek için daha az zamanı olacak hastayı psikolojik olarak da rahatlatır (28).

Ailenin meme kanseri ile mücadeledeki başarısı ve hastalığın ailenin yaşamına getirdiği değişiklikler, kadınların meme kanseri ve tedavisiyle başa çıkmasını etkiler (28). Hastalar, baş etme stratejilerinin desteklenmesine ihtiyaç duyarlar; bu kanser süresince psikolojik iyilik halini yükseltir (30). Meme kanseri ile başa çıkmada,

hasta ve ailesinin izlemesi gereken yollardan en önemlisi, hastalık konusunu aile ortamında tartışmaları ve hastalığın aile yaşamına getireceği kaçınılması mümkün olmayan değişikliklere adapte olma ve başa çıkma yollarını araştırmaları ve kendileri için en uygun olanını bulmalarıdır (28).

Hastanın kaybettiği beden parçası için üzüntü duyması normaldir, bunu yaşamaya için hastaya zaman tanınmalıdır. Aile bireyleri de bu konuda bilgilendirilmeli ve hastaya destek olmaları istenmelidir (15).

Hastanın bedeni ve kendine güveni ile ilgili endişelerini dile getiren ifadelerini hemşire dikkatle gözlenmelidir. Hastanın duygularını paylaşmasına fırsat tanınmalıdır. Hasta evliyse eşinin de bu görüşmelere katılması sağlanmalıdır. Hastanın mastektomi ameliyatı geçirmiş ve ameliyat sonrası dönemi başarıyla atlattığı bir kadınla tanıştırılması oldukça yararlıdır (15).

ABD'de meme kanseri ile yaşamasını öğrenmek için, meme kanser destek grupları bulunmakta. Örneğin Amerikan Kanser Birliği bu tür hastalara duygusal destek vererek meme kanseri ile yaşamayı öğrenmelerinde(baş etmelerinde) yardımcı olmaktadır. Bu kapsamda meme kanser tedavisinden sonra yaşamını başarıyla sürdüren gönüllüler eğitildikten sonra diğer hastalarla görüşerek onlara destek olmakta ve mastektomi ile yaşama konusunda çeşitli öneriler sunmaktadır (5).

Eğer hasta destekleyici tedaviyi kabul ettiyse, saç kaybı ve erken menapoz gibi olumsuz tepkilerle nasıl baş edeceğini belirtin. Hastaya saç kaybı halinde bir peruk edinmesi için araştırma yapabileceğini ve saçları dökülmeden önce bir tane seçmesinin uygun olabileceğini açıklayın (5).

Hastaya kullanılan protezler ve çamaşırlarla ilgili bilgi verilmeli ve nereden alabilecekleri anlatılmalıdır. Eğer hastaya meme rekonstrüksiyonu yapılmamışsa geçici bir protez sağlanarak nasıl kullanacağı öğretilir (15).

Kendi kendine meme muayenesi: Mastektomi sonrası hasta eğitiminde en önemli konulardan biri de erken tanı için yapılması gerekenlerdir. Erken tanı her ay kendi kendine meme muayenesi, yılda bir klinik muayenesi ve 40 yaşından sonra yılda bir yapılan mamografiyi kapsar (8). Meme kanserinde diğer memede kanser gelişme oranı meme kanseri olmayanlara göre beş kez fazladır (3). Mastektomi sonrası hastanın diğer memesinde kanser görülme olasılığı yüksek olduğundan hastaların kendi kendine meme muayenesi konusunda eğitilmeleri ve hastalara düzenli muayene yapma alışkanlığının kazandırılması önemlidir (8).

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ucuz, her an uygulanabilen ve üstelik kadının mahremiyetinin korunduğu, evinde tek başına rahatlıkla uygulayabileceği bir muayenedir. KKMM her ay menstruasyonun bitiminden sonraki 5-7. günlerde veya

postmenapozal dönemde ise her ayın belirli bir gününde yapılmalıdır (15).

Herkesin öğrenme tarzı farklıdır. Hemşire eğitim verirken farklı eğitim yöntemlerini kullanabilir. Hemşire tüm bu eğitim yöntemlerini afiş ve broşürler kullanarak, basit ve anlaşılır çizimler yaparak, meme modeli kullanarak veya video izleterek uygulayabilir (15).

Hasta kanserin tekrar etmesi riskine karşı erken tanı konusunda bilgilendirilmelidir. Mastektomi sonrası izlemler; tedaviden sonraki 3 yıl 3-4 ayda bir, daha sonraki 2 yıl 6 ayda bir ve tanıdan 5 yıl sonra 2 yılda bir şeklinde yapılır (8). Kontrollerde hastanın öyküsü, fizik muayenesi, akciğer filmi, tam kan sayımı rutin olarak yapılır. Bunun dışında gerekirse kemik sintigrafisi veya karaciğer sintigrafisi yapılabilir. Ayrıca diğer taraftaki memeye önce 6 ayda bir daha sonra yılda bir mamografi uygulanır (15).

Kaynaklar

1. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitapçığı. İstanbul, 21-24 Eylül 2005; 363.
2. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3:18-26.
3. Eti Aslan F, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3: 63-68.
4. Solak M, Başer G. Meme ve meme dışı kanserli kadın hastaların umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003; 6:38-47.
5. Yiğit R. Meme kanseri ve hemşirenin bu konuda yapabileceği eğitim. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1998; 14(3): 291-300.
6. Güner P. Kanser ve baş etme. The Turkish Journal of Hematology and Oncology 2001; 11: 46-53.
7. Ayhan Ardiç F, Yorgancıoğlu R. Meme kanseri ve rehabilitasyon. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006; 2:39-48.
8. Akkaş Gürsoy A. Mastektomi sonrası hastaların evde izlenmelerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı 2002; Ankara, Yayınlanmamış doktora tezi.
9. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitapçığı. İstanbul, 21-24 Eylül 2005; 363.
10. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitapçığı. İstanbul, 21-24 Eylül 2005; 330.
11. Dooley W C. Ambulatory mastectomy. The American Journal Of Surgery. 2002; 184:545-549.
12. Özhan Elbaş N Antalya, . Cerrahi hastasının evde bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı: 15-19 Mayıs 2002 Antalya; 27-33.
13. Akkaş Gürsoy A. Meme kanserinde cerrahi tedavi sonrası donmuş omuz sendromu. Hemşirelik Forumu Dergisi Ocak- Şubat 2005; 4-9.
14. Özkan L, Kurt M, Kahraman S, Küçüköğlü S, Taşdelen İ, Engin K. Aksiller Diseksiyon ve Radyoterapi Uygulanan Olgularda Omuz Kısıtlılığı ve Lenfödem Gelişiminin Önlenmesinde Rehabilitasyonun Rolü. Online Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2006.
15. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları Hemşireliği. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 2001; 13-74.
16. Ulusal Cerrahi Kongresi Özet Kitabı. Antalya, 15-19 Mayıs 2002; 109-114.
17. Gül A, Eti Aslan F. Meme kanseri ameliyatlarından sonra lenfödemin önlenmesinde basit lenf drenajı masajı ile aromatik yağlarla yapılan basit lenf drenajı masajının etkisinin karşılaştırılması. Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3:075-081.
18. Ünsal Delialioğlu, Dalyan Aras M, Yiğit Z. Lenfödem ve tedavisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006; 2:49-58.
19. Kebudi A, Uludağ M, Yetkin G, Çitgez B, İşgör A. Meme kanseri tedavisinde modifiye radikal mastektomi sonrası lenfödem: İnsidans ve Risk Faktörleri. Meme Sağlığı Dergisi 2005; 1:1-5.
20. Akkaş Gürsoy A. Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem ve hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu dergisi 2005; 9: 18-25.
21. Ardiç F, Soyupek F, Kahraman Y, Yorgancıoğlu R. Meme kanseri tanılı hastaların rehabilitasyonu: III.bölüm: Lenfödemi önlemek ve tedavi etmek. Fiziksel tıp 2001; 4:167-170.
22. Boman L, Lindgren A, Sandelin K. Women's perceptions of seroma and their drainage following mastectomy and axillary lymph node dissection. European Journal of Oncology Nursing 2002; 6:213-219.
23. Marchal F, Dravet F, Classe JM, Champion L, François T, Labbe D, Robard S, Theard JL, Pioud R. Post-operatif care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. EJSO 2005; 31:495-499.
24. Dorcas R H. Hemişeler İçin Kanser El Kitabı. Editör: Nur İnanç, Çev. Editörü: Nurgün Platin, İkinci baskı, IV. Akşam sanat okulu matbaası, 1998; 259-274.
25. Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. Meme sağlığı dergisi 2006; 2:64-66.
26. Babaoğlu E. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. HEMAR-G Aralık 2003; 5:24-33.
27. Ateşçi F, K Oğuzhanoğlu N, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler 2003; 14:145-152.
28. Akyolcu N. Ailenin meme kanseri ile başa çıkma yolları. Hemşirelik Bülteni 1991; 5:29-35.
29. Elbi H. Kanser ve depresyon. Psikiyatri Dünyası 2001; 5-10.
30. Griffin IS, Fentiman M. Psychosocial problems following a diagnosis of breast. Int J Clin Pract. 2002; 56:672-675.

İletişim

Ayla Yavuz Karamanoğlu
Pamukkale Üniversitesi, Denizli Sağlık Yüksekokulu, DENİZLİ, Türkiye
Tel : +90 258 2952556
Faks : +90 258 2952559
E-Posta : aykaraman@pau.edu.tr