

MEME KANSERİNDE TANI VE TEDAVİ SÜRECİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLARLA MÜCADELE YOLLARI

Deniz Öztekin

İ.Ü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hemşireliği, İstanbul, Türkiye

Bu çalışma, VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 21-24 Eylül 2005, Lütüfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı, İstanbul' da sözlü olarak sunulmuştur.

Meme kanserli hastaların hastalıklarına karşı verdikleri reaksiyonları genellemek olasıdır. Ancak, hekim ve hemşireler, hastalıklarının belirtileri ile yüzleşen hastaların gösterdikleri bu tepkilerin farklı olduğunu anlamak durumdadırlar. Hastanın hastalığa karşı verdiği reaksiyon, aile öyküsü, yaş, medeni durum, hastalık hakkında bilgi ve hastalığın algılanma şekli, beden imajı gibi pek çok etmenlerle belirlenmektedir. Hastalığın kabulü ya da reddi sürecinde bu faktörlerin önemli bir rol oynaması nedeniyle, hastanın, yaşam şekli ve hastalığın yaşamında oluşturduğu değişiklikler ile başa çıkmada kullandığı yöntemleri anlamak önemli bir konudur.

Bu nedenlerle, hekim ve hemşirelere hasta ve hastalık hakkında bilgi edinmeleri açısından zaman tanınmalıdır. Bu tür bilgi kaynakları hasta ve hastanın yaşamında önemli rol oynayan hasta yakınları ile profesyonel düzeyde çalışabilmek açısından yardımcı olmakta, hastanın tanı ve tedavi aşamasında gereksindiği bilginin, düzeyi ve miktarının tespitinde de önemli rol oynamaktadır.

PATIENT'S COPING WITH DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BREAST CANCER

Although it is possible to generalize about patients' reactions to breast cancer, physicians and nurses need to understand that each woman will react differently when she confronts the symptoms of this disease. Patient's response is shaped by family history, age, marital status, knowledge and perception of the disease, and self-image, as well as many other, more subtle influences. Because these factors intimately affect the woman's ultimate acceptance or denial of the disease, in turn that determine the way she will cope with the changes imposed by the disease on her life and lifestyle.

For these reasons, physicians and nurses should take time to learn about the woman herself as well as about her breast cancer. Such information will help the professional in working with the patient and with important people in her life, and will help to ascertain the degree of candor and the amount of information she is prepared to handle at each step of diagnosis and treatment.

Kanser hastalarının, hastalığa ilişkin inançları ve konuya ilişkin bilgi düzeyleri başa çıkma düzeneklerini etkilemektedir (1, 2). Endişe, narsistik bütünlük ve yaşamın tehdit edilmesi duygulanımını ortaya çıkaran ve bir dizi tepki uyandıran kanser, bireyde kriz oluşumuna yol açarak, psikolojik durum üzerinde olumsuz etki göstermektedir (3, 4, 5, 6).

Bu derlemede, meme kanserli hastanın hemşirelik bakımı irdelenerek, tanı ve tedavi ile ilgili uygulamaların psikolojik tedavi ve bakım ile eşgüdümlü şekilde yürütülmesinin önemi vurgulanmaktadır.

Meme kanserinin ilk belirtilerinin tanılanması ve tıbbi konsültasyonun gecikmesi

Meme değişikliklerine duyarsızlık, memedeki kitlenin önemini kavrayamama, kitlenin kaybolabileceği ile ilgili ümit içerisinde olma, mali endişe duyma, ağrı duyma, kanserden korkma gibi nedenlerle tıbbi konsültasyon dönemi geciktirilebilir (6, 7).

Tanılama dönemindeki bekleme ve tanılama testleri

Hastanın ilk görüşme sırasında korku ve endişelerinden söz etmesini sağlamanın çeşitli yararları olabilir. Bu durum hastanın emosyonel duygulanımlarından çıkış noktası bulması açısından bir fır-

sattır. Hastanın, duygu ve düşüncelerini saklayarak distres ile başa çıkmada sorunlar yaşayabileceği ve özellikle eşin incinebilen ve hassas bir yapıda olabileceği unutulmamalıdır (6, 8, 9).

İlk ziyaret, geciktirilmiş / ertelenmiş olabilir. Bekleme sürecinde duyulan korkular gittikçe artar. Bazı hastalar, meme kanseri tanısı konamayan dönemde beklerken, tümörün yayılım gösterebileceği endişesi duyabilmekte veya hastalıkla mücadele konusunda planlar yapabilmektedir (6, 7, 10, 11).

Tanı konusunda bilgilendirme

Biyopsi sonucunun pozitif olduğu durumlarda, hekim ve hemşire duyarlılıklarını, hastalarının yanında olduklarını / olacaklarını hissettirmelidirler. Böylece, hastanın huzur duyması sağlanarak, iletişim kurulması kolaylaştırılacaktır (5, 6).

Schou ve arkadaşları, pozitif lenf nodu, ileri evre kanser tanısı gibi hastayı üzebilecek haberlerin, depresyon düzeyi ve optimizm-pessimizm duygulanımı üzerinde stabilite oluşturduğunu bildirmektedir (12). Hekim ve hemşire, şaşkınlık duygulanımının normal olduğunu, şok durumunun hastayı koruyabileceğini ve hastalığa uyumda bir etken olabileceğini unutmamalıdır. Hasta, tolere ede-

bileceği şekilde, sürede ve süreçte bilgilendirilmelidir (2, 4, 13). Hastanın, yüksek ya da düşük emosyonel distres sınıflamaları içerisinde düşünülerek çatışmalarının ifade ettirilmesi, hastaya güvence ve psikososyal destek verilmesi önemlidir (4, 6, 13, 14). Özellikle tanısı yeni konulan hastaların yaşam kalitesinin, psikososyal faktörler nedeniyle bozulduğu Lehto ve arkadaşlarının çalışmasında vurgulanmaktadır (15).

Toplumda yaşam tarzına yönelik geliştirilen yoğun ilgi, özellikle hanımların kendilerini suçlamalarına (egzersiz yapmadım, yanlış beslendim vs.) neden olmaktadır (6, 16). Korkuların üstesinden gelinmesi konusunda hastaya yardımcı olabilecek yazılı bilgiler verilmelidir (6).

Hastanın başa çıkmasına yardımcı olma

Hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikoterapistlerden ya da hastalığın psikososyal boyutları konusunda hastaya yardımcı olabilecek eş / diğer bireylerden oluşan ekipler, psikososyal endişelere çözüm arayışı içerisindedirler. (6, 13, 17, 18). Mental açıdan sağlığa ilişkin yaşam kalitesindeki düzelmeye; uyku düzeninin sağlanması, ağrı duyumunun ve gastrointestinal semptomların azaltılması, kilo kaybının önlenmesi ve fiziksel aktivitede artış sağlanması yönündeki bir dizi hemşirelik girişimleri ile gerçekleştirilebilir (19). Hemşirelerin de, meme kanserine ilişkin doğru bilgilendirmeyi sağlaması ve başa çıkma becerileri ile ilgili eğitim vermesi açısından kendi gelişimini tamamlamış olması gerekmektedir (20).

Korku ve endişelerin ifade edilemediği durumlarda hekim ve hemşire, cinsellik, ağrı hissi, tıbbi harcamalar, iş durumu, ölüm, çocuk bakımı, kişiler arası ilişkiler ve tedavi olanakları gibi konuları açarak, konuşma ortamının başlamasını sağlayabilir (5, 6, 18, 21, 22).

Tedavi seçeneklerinin tartışılması ve mastektomi hazırlığı

Demokratik karar alımının çeşitli yararları bulunmaktadır (6, 9). Ameliyat öncesi tanılama sürecinde, tedaviye ilişkin seçeneklerin sunulduğu ortamda karşılıklı güven ilişkisinin kurulması, doğru bilginin sunumu, karşılıklı güven ve saygının yapılandırılması hastanın ameliyat sonrası iyileşme sürecini olumlu etkiler (3, 6, 13).

Mastektomi öncesi hastanın psikolojik açıdan hazırlanması, ameliyat sonrası hedeflerin saptanması, fiziksel ve ruhsal stresörlerin azaltılması, ameliyat sonrası tıbbi ve psikiyatrik komplikasyonları azaltacaktır. Ameliyat öncesi psikolojik durumun tanılanmasına ilişkin verilerin elde edilmesinde, hastanın uyum yeteneği ve stili, savunma düzenekleri, hastalığa ve cerrahi girişime ilişkin tutumu, yaşam ve ölüme ilişkin endişeleri dikkate alınır (2, 3, 4).

Mastektomi öncesi ve sonrası dönemde hastanın emosyonel gereksinimlerinin belirlenmesi, bilgilendirme sürecindeki hastanın memnuniyetinin sağlanması açısından önemlidir (2, 6). Hekimler, hastaların endişeleri ile ilgili görüşme sürecinde bulanamayabilir. Hastalar da çoğunlukla kendi duygulanımları konusunda hekimlerini rahatsız etmek istemeyebilir. Hemşire, hastanın mastektomiye ilişkin psikolojik hazırlığında önemli rol üstlenmektedir (6). Hastanın tedavi sonrası planlamalara aktif katılımı gözlemlendiğinde, meme protezini nereden ve ne şekilde temin edebileceği açıklanmalıdır (6, 9). Premenapozal dönemde olan genç meme kanserli bireyin tedavi sonrası psikolojik morbidite riski altında olduğu vurgulanan Thewes ve arkadaşlarının çalışmasında, psikososyal gereksinimlerin önemine değinilmektedir (23). Psikiyatrik sorun gelişen hastalarda uyum ve yaşam kalitesi bozuktur. İlaç gereksinimi fazla olup, yatış süreleri uzundur (4, 12, 24). Ameliyatı izleyen ilk gece, emosyonel ve fiziksel açıdan rahatsızlık ortaya çıkabileceğinden, hekim, hemşire, aile üyelerinin ilk gece süresince hasta ile birlikte olmalarını sağlamak üzere bir planlama yapmak durumundadır (6).

Mastektominin hasta üzerindeki etkisi, hastanın kişisel başa çıkma stiline, sorumluluklarına ve destek sistemlerine bağlıdır. Bu kaygılar sıklıkla ameliyattan kısa bir süre sonra ya da daha ileri bir dönemde ortaya çıkmaktadır. Sevinç ya da kedere karşı kayıtsız kalma, yardım alamama, red, korku ve anksiyete, öfke, beden imajı, suçluluk, utanç, depresyon ve keder mastektomiye karşı verilen reaksiyonlardır (4, 6, 12, 22, 24). Hemşireler, hasta yanıtlarından yola çıkarak endişeleri tanılanmalıdır (6).

Yaş, önemli bir etken olup, özellikle meme kaybı yaş gruplarını sıklıkla etkilemektedir (6, 11, 25). Genç meme kanserli bireylerin tanınıy izleyen yıllarda yaşam kalitesinde önemli bozulmalar olduğu, menapoz belirtilerine odaklanan, cinsel işlev, vücut imajı ve ilişkileri ile ilgili sorunların giderilmesi yönündeki girişimlere gereksinim duyulduğu; yaşlı kadın hastaların, mastektomiden kaynaklanan travmaya karşı hassasiyetlerinin ön plana çıktığı, orta yaşlarda ise, hastaların yaşamın kendilerine gösterdiği değişikliklere uyum sağlamak zorunda olduklarını düşündükleri bildirilmektedir (6, 25, 26, 27). Hastaların bu tür düşüncelere kapılabileceklerini bilen hemşireler, red bulgularını gözlemlemeli ve hastanın kendi sorunları ile yüzleşmesine yardımcı olmalıdır (2, 3, 6).

Hastanın radyoterapiye hazırlığı

Radyoterapi öncesi hazırlık, yanlış anlamaların ve endişelerin giderilmesi açısından değerlidir. İşlemin oldukça sessiz uygulanması ürkütücü olabilir. Bazı kadınlar radyasyonun kansere, yanıklara, şekil bozukluklarına yol açabileceğinden korkabilir. Hastanın radyoaktivite ya da kontaminasyon ile ilgili kaygıları, danışmanlık yoluyla çözümlenebilir (5, 6, 28).

Hastanın radyoterapiye hazırlığı

Radyoterapi öncesi hazırlık, yanlış anlamaların ve endişelerin giderilmesi açısından değerlidir. İşlemin oldukça sessiz uygulanması ürkütücü olabilir. Bazı kadınlar radyasyonun kansere, yanıklara, şekil bozukluklarına yol açabileceğinden korkabilir. Hastanın radyoaktivite ya da kontaminasyon ile ilgili kaygıları, danışmanlık yoluyla çözümlenebilir (5, 6, 28).

Radyasyon altında kalan cilt bölgesinde kaşıntı, yorgunluk ya da stres gibi olası yan etkiler konusunda hasta ve aile üyeleri bilgilendirilebilir. Hastaya, radyasyon altında kalan cildin hassas olabileceği ve güneşten, tahriş edici kumaşlardan ve ısıdan korunması gibi konularda önerilerde bulunulmalıdır. Hasta, radyasyon altında kalan meme dokusunun bir miktar çekme yapabileceği, sertleşebileceği, yukarıya doğru pozisyon değiştirebileceği gibi konularda bilgilendirilmelidir (6). Radyoterapi sırasında hastanın yalnız kalması bu açıklamaların gerekliliğini ortaya koymaktadır (6, 28).

Adjuvan tedavi

Adjuvan tedaviye sıklıkla gösterilen reaksiyon korkudur. Hastalar, kanserin yinelediğini ve terminal dönemde olduklarını düşünerek yakınabilirler. Doğru ve titiz şekilde bilgilendirilen hastalar adjuvan tedavinin bir önlem olduğunu kavrayabilir (6, 29, 30, 31). Adams & Glanville meme kanserli bireylerde beslenme ve gıda ile ilgili gerçekleştirdikleri bir çalışmada, diyet ve meme kanseri arasında kesin bir ilişkinin ortaya konmamasına karşın, çoğu hastanın tanı konmasını izleyen dönemde diyet değişikliklerine uyum sağladığını bildirmektedir (32).

Hemşireler, hastalara, tedavi sırasında beklenmedik bir stres altında kalabilecekleri uyarısında bulunmalıdır. Özellikle bu durum ilaçların verilmesini izleyen birkaç gün içerisinde ortaya çıkmaktadır. Hastaya, normal yaşam değişiklikleri yaşayabileceği, ev ve iş ortamındaki aktivitelerinin kesintiye uğrayabileceği konusunda açıklama yapılmalı, eğlenceye dayalı aktiviteler benzeri alternatif seçenekler sunulmalıdır (6, 33).

Bazı hastalarda tedavinin sonlanması ile anksiyetenin ve inatçı tarzda bir yorgunluğun başladığı gözlemlenebilir (6, 23, 34). Sağlık bakım profesyonelleri ve hemşire, bu geçiş sürecini hasta açısından kolaylaştırmak üzere; tedavinin başarıyla sonlandırıldığını ve hastanın geleceğe hazır olduğunu, hekim ya da hemşirenin bir telefon kadar kendisine uzak olduğunu, buna karşın daima telefon

ile danışmanlık alabilecek kadar yakın olabileceklerini, ek bir tedavi gerekli olmasa da, izlem randevularının verileceğini, kendisine sürekli bakım veren sağlık bakım profesyoneli ve hemşirenin gereksindiğinde daima yanında olacağını, emosyonel ya da fiziksel bir sorunu olduğu takdirde iletişim kurması gerektiğini, destek sistemlerine yönlendirileceğini bildirmek durumundadır (1, 3, 6).

İzlem randevuları süresince tedavi

Öz-güven, depresyon ve uyum sorunlarının belirti ve bulguları ameliyattan sonraki aylar içerisinde ortaya çıkmaktadır (1, 6). Başa çıkma stratejileri arasındaki farklılıklar, uyum bozukluğu davranışının tanınmasını güçleştirebilir. Hemşire ve sağlık bakım profesyonelleri, hastalarının deneyimlerini, gözlem güçlerini ve bireysel bilgi durumlarını belirleyerek, iyi uyum sağlayan hastalar ile uyum sorunu yaşayan hastalarını birbirinden ayırt etmelidirler. İzleyen dönemde, hastalara özgü uygun program yapılandırılabilir (6).

Sonuç

Hastalar, memnuniyet duygulanımlarını özellikle hastaneden taburcu edildikten sonra kaybetmemelidirler. Tanı ve tedavi sürecinde hastalar düşünce dağınıklığı yaşayarak, eğlenceye dönük aktivitelere katılım gösteremeyebilirler. Memnuniyete eğilimi olan hastalar, etkin başa çıkma stratejilerinin bir parçası konumundadırlar. Olanak elde edildiğinde hasta ve aile bireyleri, birlikte katılabilecekleri eğlenceye dönük aktivitelere yönlendirilmelidirler.

Kaynaklar

1. Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychol* 2004; 23:595-8. (PMID: 15546227)
2. Weissenberger C, Jonassen S, Beranek-Chiu J, et al. Breast cancer: patient information needs reflected in English and German web sites. *Br J Cancer* 2004; 91:1482-7. (PMID: 15467771)
3. Vos PJ, Garssen B, Visser AP, et al. Early stage breast cancer: explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *J Behav Med* 2004; 27: 557-80. (PMID: 15669444)
4. Özkan S. Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım, yaşam kalitesi. İçinden: Topuz E, ed. *Meme Kanseri: Biyoloji, Tanı, Evreleme, Tedavi*. İstanbul: İ.Ü Onkoloji Enstitüsü Yayınları, No 3, 1997: 501-511.
5. Durna Z, Can, G. Meme kanserli hastalarda hemşirelik bakımı ve yaşam kalitesi. İçinden: Topuz E, Aydın A, Dinçer M, ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 691-711.
6. National Institute of Health. *The Breast Cancer Digest: A Guide to Medical Care, Emotional Support, Educational Programs, and Resources*. 2nd ed., U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Bethesda, Maryland.: National Cancer Institute, 1984 .
7. Tjemsland L, Soreide JA. Operable breast cancer patients with diagnostic delay-oncological and emotional characteristics. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30: 721-7. (PMID: 15296985)
8. Wagner CD, Bigattiğ SM, Storniolo AM. Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psychooncology* 2005; 25: (Epub ahead of print). (PMID: 15852406)
9. Barron CR, Foxall MJ, Houfek JF. Coping style and women's participation in breast and gynecological screening. *Health Care Women Int*. 2005; 26: 247-61. (PMID: 15804696)

10. Ardern-Jones A, Kenen R, Eeles R. Too much, too soon? Patients and health professionals' views concerning the impact of genetic testing at the time of breast cancer diagnosis in women under the age of 40. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005;14:272-81. (PMID: 15952973)
11. Barton MB, Morley DS, Moore S, et al. Decreasing women's anxieties after abnormal mammograms: a controlled trial. *J Natl Cancer Inst*. 2004; 96: 529-38. (PMID: 15069115)
12. Schou I, Ekeberg O, Sandvik L, et al. Stability in optimism-pessimism in relation to bad news: a study of women with breast cancer. *J Pers Assess* 2005;84:148-54. (PMID: 15799889)
13. Sollner W, Maislinger S, König A, et al. Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation -liaison service. *Psychooncology*. 2004; 13: 893-7. (PMID: 15457540)
14. Tanrıverdi, D. 20-65 yaş grubu kardiyovasküler cerrahi hastalarının preoperatif bakım döneminde genel anesteziye ilişkin beklentilerinin araştırılması, *Hemşirelik Bülteni*, (Özel Sayı:25-26 :32, 1992.(Yüksek Lisans Tezi) ()
15. Lehto US, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Ann Oncol* 2005;16: 805-16. PMID: 15817599 [PubMed - indexed for MEDLINE]
16. Raveis VH, Pretter S. Existential plight of adult daughters following their mother's breast cancer diagnosis. *Psychooncology* 2005; 14: 49-60. PMID: 15386788 [PubMed - indexed for MEDLINE]
17. Kadmon I, Woloski-Wruble A, Yongqin J, et al. Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: a comparative study. *Eur J Oncol Nurs* 2004; 8:131-7. PMID: 15171972 [PubMed - indexed for MEDLINE]

18. Dorval M, Guay S, Mondor M, et al. Couples who get closer after breast cancer : frequency and predictors in a prospective investigation. J Clin Oncol 2005; 23: 3588-96. (PMID: 15908669)
19. Bardwell WA, Major JM, Rock CL, et al. Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. Psychooncology 2004;13:595-604. (PMID: 15334528)
20. Miyashita, M. A randomized intervention study for breast cancer survivors in Japan:effects of short-term support group focused on possible breast cancer recurrence. Cancer Nurs 2005; 28:70-8. (PMID: 156819-85)
21. Takahashi M, Kai I. Sexuality after breast cancer treatment : changes and coping strategies among Japanese survivors. Soc Sci Med 2005; 61: 1278-90. (PMID: 15970237)
22. Levine EG, Targ E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer.Integr Cancer Ther. 2002;1:166-74. (PMID: 146-64742)
23. Thewes B, Butow P, Girgis A, et al. The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. Psychooncology 2004;13: 177-89. (PMID: 15022153)
24. Schou I, Ekeberg O, Ruland CM, et al. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. Psychooncology 2004; 13: 309-20. (PMID: 15133772)
25. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. J Clin Oncol 2005; 23: 3322-30. (PMID: 15908646)
26. Overcash JA. Using narrative research to understand the quality of life of older women with breast cancer. Oncol Nurs Forum 2004; 16: 1153-9. (PMID: 15547638)
27. Stommel M, Kurtz ME, Kuertz JC, et al. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. Health Psychol 2004; 23: 564-73. (PMID: 15546224)
28. Sehlen S, Song R, Fahmuller H, et al. Coping of cancer patients during and after radiotherapy—a follow-up of 2 years.Onkologie 2003; 26:5-57-63. (PMID: 14709930)
29. Scheier ME, Helgeson VS, Schulz R, et al. Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending nonhormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. J Clin Oncol 2005; 23: 4298-311. (PMID: 15994143)
30. Ahles TA, Saykin AJ, Furstenberg CT, et al. Quality of life of long-term survivors of breast cancer and lymphoma treated with standard-dose chemotherapy or local therapy. J Clin Oncol 2005; 23: 4399-405
31. Farrell C, Heaven C, Beaver K, et al. Identifying the concerns of women undergoing chemotherapy. Patient Educ Couns. 2005; 56:72-7. (PMID: 15590225)
32. Adams C, Glanville NT. The meaning of food to breast cancer survivors. Can J Diet Pract Res 2005; 66: 62-6. (PMID: 15975194)
33. Schneider SM, Prince-Paul M, Allen MJ, et al. Virtual reality as a distraction intervention for women receiving chemotherapy. Oncol Nurs Forum 2004; 31:81-8. (PMID: 14722591)
34. Gelinas C, Fillion L. Factors related to persistent fatigue following completion of breast cancer treatment. Oncol Nurs Forum 2004; 31: 269-78. (PMID: 15017442)

İletişim

S. Deniz Öztekin
Tel: 0212 440 0000
Faks:0212 224 4990
E-posta: dnoztekin@hotmail.com, doztekin@istanbul.edu.tr