

# ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Νοσηλευτικής

## ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

*“Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού”*



Σπουδάστριες: Γιακουμάκη Ευγενία Α.Μ 6757  
Φουντουλάκη Πολυχρονία Α.Μ.6672  
Τσούρου Ειρήνη Α.Μ 6678

Επιβλέπων Καθηγητής: Κωνσταντινίδης Θεοχάρης  
Επίκουρος καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

*Ηράκλειο 2019*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η ολοκλήρωση της παρούσης πτυχιακής επιτεύχθηκε με τη συμβολή σημαντικών ανθρώπων, χωρίς τη βοήθεια των οποίων το αποτέλεσμα θα ήταν ελλιπές στην προσπάθεια παρουσίασης του θέματος από μια διαφορετική οπτική.

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον καθηγητή μας και καθοδηγητή της πτυχιακής μας εργασίας Κωνσταντίνιδη Θεοχάρη, για την πολύτιμη βοήθεια του σε όλα τα στάδια εκτέλεσης και καταγραφής της πτυχιακής μας εργασίας, για το ενδιαφέρον του σε κάθε δυσκολία που αντιμετωπίσαμε, για την υπομονή που έδειξε αλλά και για τις γνώσεις που μας πρόσφερε απλόχερα.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους εκπαιδευτικούς του τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. για την κατανόηση τους σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας. Αναμφίβολα ευχαριστούμε πολύ τις οικογένειες μας και όλους τους δικούς μας ανθρώπους, που μας στήριξαν και κυρίως πίστεψαν σε εμάς. Η πίστη, η στήριξη και η αγάπη τους λειτούργησαν ενθαρρυντικά.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι νοσηλευτές όπως και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών σε διαφορετικές φάσεις της πορείας της νόσου.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού.

**Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε εκτεταμένη βιβλιογραφική στην ελληνική και την ξενόγλωσση βιβλιογραφία στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και στην ελληνική βάση ΙΑΤΡΟΤΕΚ, το χρονικό διάστημα 2010-2018. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην ελληνική γλώσσα ήταν «Καρκίνος μαστού, «ποιότητα ζωής», «ο ρόλος νοσηλευτή», «θεραπεία», «χημειοθεραπεία», «χειρουργική επέμβαση», «αποκατάσταση» και στην αγγλική γλώσσα: “breast cancer”, “quality of life”, “nurse’s role”, “therapy”, “chemotherapy”, “surgery,” “rehabilitation”.

**Αποτελέσματα:** Βρέθηκαν 68 συνολικά άρθρα και ερευνητικές εργασίες από τα οποία τα 41 ήταν ελληνικά και τα 27 στην αγγλική γλώσσα. Μετά τη μελέτη τους επελέγησαν 15 άρθρα, 8 ελληνικά και 7 ξενόγλωσσα. Διαπιστώθηκε ο σημαντικός ρόλος των νοσηλευτών στην αναγνώριση προβλημάτων που επηρεάζουν τη ψυχολογική, σωματική αλλά και κοινωνική κατάσταση των ασθενών και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής τους. Η επίδραση των νοσηλευτών στην ποιότητα ζωής είναι σημαντική όχι μόνο στη φάση τα θεραπειάς, αλλά και στη διάγνωση και την αποκατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Η αναγνώριση των εξατομικευμένων προβλημάτων κάθε ασθενή συμβάλλει σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής του και διευκολύνουν την αποτελεσματική διαχείριση της νόσου.

**Λέξεις κλειδιά:** Καρκίνος μαστού, ποιότητα ζωής, ο ρόλος νοσηλευτή, θεραπεία, χημειοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση, αποκατάσταση

## **Abstract**

The topic of this thesis refers to factors but also to the treatment of breast cancer as well as to the role of the nurse when asked to deal with such an incident.

Initially we analyze the anatomical elements of the female breasts briefly and then present the types of cancer while also describing the factors that cause breast cancer and proceed to ways of prevention and early diagnosis.

More specifically, we refer to the ways to treat breast cancer such as Radiotherapy and Chemotherapies. By extension we make a small hint of alternative therapies.

Then, we try to describe the mental and physical effects that the patients face, and we go on evaluating the quality of life of patients after using some treatments such as Chemotherapies and Hormone therapies. In the third and final chapter we are deepening into the role of the nurse in dealing with a breast cancer incidence, as its contribution is considered essential and crucial for valid diagnosis and prevention.

A nurse is properly trained and is often required to use different methods depending on the treatment the patient has received. In the last part of the final chapter, we describe the role of the nurse in restoring the patient to the psychological and physical field.

**Keywords:** breast cancer, quality of life, nurse's role, therapy, chemotherapy, surgery, rehabilitation

## Πίνακας περιεχομένων

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....</b>	<b>1</b>
<b>Περίληψη .....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>3</b>
<b>Εισαγωγή.....</b>	<b>6</b>
<b>Κεφάλαιο Πρώτο .....</b>	<b>8</b>
<b>Βασικές αρχές καρκίνου μαστού .....</b>	<b>8</b>
1.1 Ανατομία Μαστού .....	8
1.2 Φυσιολογία Μαστού .....	9
1.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία .....	10
1.4 Τύποι Καρκίνου και κλινική σταδιοποίηση .....	10
1.4.1 Κοινά είδη καρκίνου .....	13
1.5 Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου του καρκίνου μαστού .....	15
1.6 Πρόληψη και πρόωμη διάγνωση .....	17
1.7 Θεραπευτική Αντιμετώπιση .....	21
1.7.1 Χειρουργική Θεραπεία .....	22
Συντηρητικές χειρουργικές θεραπείες .....	22
1.7.2 Χημειοθεραπεία .....	24
1.7.3 Ακτινοθεραπεία .....	25
1.7.4 Ορμονοθεραπεία .....	25
1.7.5 Εναλλακτικές θεραπείες .....	26
<b>Κεφάλαιο Δεύτερο .....</b>	<b>27</b>
2.1 Επιπτώσεις ασθενών με καρκίνο μαστού .....	27
2.1.1 Σωματικές επιπτώσεις .....	27
2.1.2 Ψυχολογικές Επιπτώσεις .....	32
2.1.3 Κοινωνικές Επιπτώσεις .....	34
2.2 Ποιότητα ζωής και καρκίνος μαστού .....	34
2.2.1 Ποιότητα ζωής και θεραπευτικές επιλογές .....	37
2.2.2 Ποιότητα ζωής κατά τη χημειοθεραπεία .....	38
2.2.3 Ποιότητα ζωής μετά από χειρουργική επέμβαση .....	40
2.2.4 Ποιότητα ζωής σε φάση αποκατάστασης .....	41
2.2.5 Εργαλεία αξιολόγησης ποιότητας ζωής .....	42
<b>Κεφάλαιο Τρίτο .....</b>	<b>44</b>
<b>Ο ρόλος των νοσηλευτών.....</b>	<b>44</b>
3.1 Ο ρόλος του Ογκολογικού Νοσηλευτή .....	44
3.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάγνωση .....	45

3.1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την πρόληψη .....	46
3.1.3 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία .....	47
3.1.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία .....	53
3.1.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ορμονοθεραπεία .....	54
3.1.6 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση.....	54
3.1.7 Ο Ρόλος του νοσηλευτή κατά την αποκατάσταση.....	56
3.1.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακουφιστική φροντίδα .....	59
<b>Κεφάλαιο Τέταρτο .....</b>	<b>60</b>
<b>Μεθοδολογία της έρευνας.....</b>	<b>60</b>
Σκοπός της μελέτης.....	60
Μεθοδολογία της έρευνας .....	60
<b>Κεφάλαιο Πέμπτο.....</b>	<b>62</b>
<b>Αποτελέσματα .....</b>	<b>62</b>
Πίνακας 1 .....	62
Πίνακας 2 .....	65
Συζήτηση.....	68
Συμπεράσματα .....	71
Βιβλιογραφία .....	74

## Πίνακας εικόνων

<a href="#">Figure 1: Πλάγια όψη γυναικείου μαστού .....</a>	9
<a href="#">Figure 2: Εμπρόσθια και πλαϊνή όψη γυναικείου μαστού .....</a>	10
<a href="#">Figure 3: Τα εμφανή συμπτώματα του καρκίνου των μαστών .....</a>	13
<a href="#">Figure 4: Το καρκίνωμα DCIS .....</a>	14
<a href="#">Figure 5: Το καρκίνωμα LCIS .....</a>	15
<a href="#">Figure 6: Το υπερηχογράφημα των μαστών .....</a>	24
<a href="#">Figure 7: Μαστογραφία με την χρήση ακτίνων X.....</a>	25
<a href="#">Figure 8: Ακτίνες X και η ψηφιακή μαστογραφία.....</a>	26

## **Εισαγωγή**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο όρος “καρκίνος του μαστού” αναφέρεται στην ανάπτυξη κακοήθους νεοπλασματος στην ευρύτερη περιοχή του μαστού. Τα κακοήθη νεοπλασματα αναπτύσσουν αφύσικα κύτταρα τα οποία μπορούν να εισβάλουν αλλά και να προσβάλουν άλλα μέρη του σώματος και όργανα. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συνηθισμένος καρκίνος στις γυναίκες, προσβάλλοντας πάνω από 1.500.000 κάθε χρόνο παγκοσμίως, συγκεκριμένα στην Ελλάδα προσβάλλονται περίπου 4,500 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο (World Health Organization, 2009).

Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως είναι οι γενετικοί και οι περιβαλλοντικοί. Πιο συγκεκριμένα επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, την κληρονομικότητα, το οικογενειακό ιστορικό αλλά και το περιβάλλον στο οποίο ζει ένας άνθρωπος. Για την αντιμετώπιση της νόσου υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι όπως είναι η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία κ.ά.

Σημαντικό ρόλο από την αρχή μέχρι το τέλος της νόσου έχει η ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών. Η ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους επηρεάζεται αρκετά από την ασθένεια. Συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής είναι μία υποκειμενική και πολυδιάστατη έννοια με ψυχολογικές, κοινωνικές και φυσικές προεκτάσεις. Αφορά τις επιπτώσεις του νοσήματος και της θεραπείας σε ψυχολογικό, σωματικό και κοινωνικό επίπεδο λειτουργικότητας και ευεξίας. Παρ’ όλα αυτά μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος ορισμός, ο οποίος να είναι διεθνώς αποδεκτός ώστε να επιτρέπει την αντικειμενική μέτρησή της (Φασόη-Μπάρκα και συν, 2010).

Σημαντικό μέρος της παροχής φροντίδας σε ένα ογκολογικό ασθενή είναι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την ψυχολογική, σωματική και κοινωνική κατάσταση του ασθενή και της οικογένειάς του. Ωστόσο, πριν την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή ο νοσηλευτής οφείλει να προσαρμοστεί στο στρεσσωγόνο ογκολογικό περιβάλλον και να μάθει να διαχειρίζεται τα θέματα υγιεινής και ασφάλειας. Επίσης οφείλει να συνεργάζεται με τους άλλους επαγγελματίες υγείας και να αναπτύξει αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας (Corner, 2012).

Ως προς την εξειδίκευση τους στον χώρο εργασίας, οι νοσηλευτές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- Κλινικοί Νοσηλευτές
- Εξειδικευμένοι-κλινικοί ογκολογικοί νοσηλευτές
- Νοσηλευτές- ερευνητές (Corner, 2012)

Σκοπός της παρούσης πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού υπό χημειοθεραπεία, που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση και τη φάση αποκατάστασης.

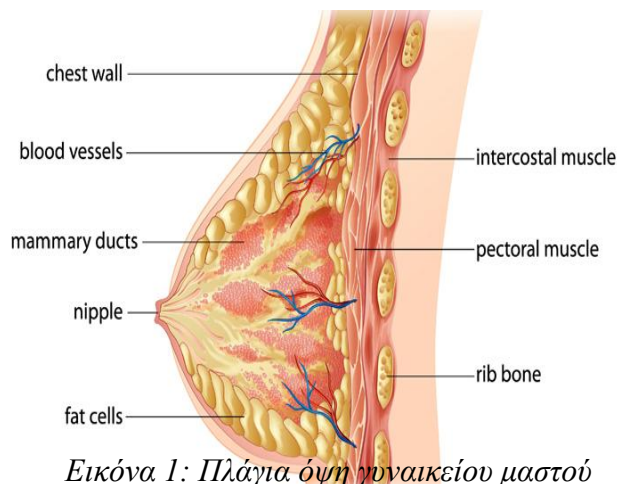


# Κεφάλαιο Πρώτο

## Βασικές αρχές καρκίνου μαστού

### 1.1 Ανατομία Μαστού

Ο μαστός ή αλλιώς μαστικός ή μαζικός αδένας βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και καλύπτει τη δεύτερη και έκτη πλευρά. Αποτελείται από το αδενικό τμήμα στο οποίο βρίσκονται τα λοβία όπου μετά τον τοκετό γίνεται παραγωγή γάλακτος, και το εκφορητό κομμάτι που περιέχει τους γαλακτοφόρους πόρους (4 έως 20) οι οποίοι μεταφέρουν το γάλα στη θηλή. Η σκούρα περιοχή γύρω από την θηλή ονομάζεται θηλαία άλω πίσω από την οποία βρίσκεται ο γαλακτοφόρος κόλπος. Παρακάτω φαίνεται η πλάγια όψη ενός γυναικείου μαστού (**Εικόνα 1**).



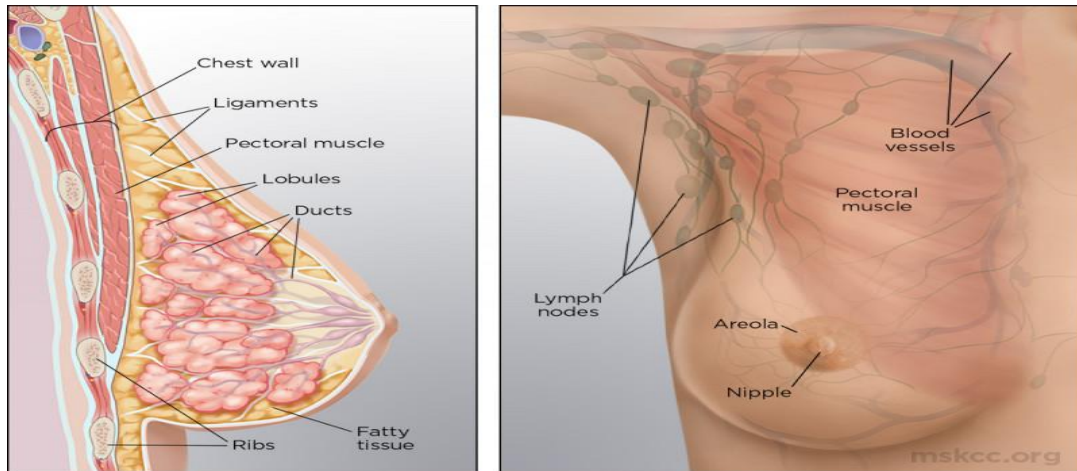
*Εικόνα 1: Πλάγια όψη γυναικείου μαστού*

Εικόνα 1: Ανατομία του μαστού

Δυο μεμβράνες, η μια κάτω από το δέρμα και η άλλη πάνω από τους θωρακικούς μυς ενώνονται σχηματίζοντας τις ίνες Κούπερ. Αυτές βοηθούν στην στήριξη του μαστού στις νεαρές γυναίκες αλλά και στην χαλάρωση του σε

ηλικιωμένες γυναίκες.

Παρ' όλα αυτά χαλάρωση μπορεί να υπάρξει κατά την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό καθώς οι σύνδεσμοι τεντώνονται και φουσκώνει το στήθος από το γάλα, όμως αυτό μπορεί να επανέλθει στις φυσιολογικές του διαστάσεις μετά το πέρας της γαλουχίας. Πιο κάτω παρουσιάζεται μια εμπρόσθια και πλαϊνή εικόνα του γυναικείου μαστού (**Εικόνα 2**)



*Εικόνα 2: Εμπρόσθια και πλαϊνή όψη γυναικείου μαστού*

Σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι μαζικοί αδένες στους άντρες είναι ανενεργοί και αποτελούνται από ελάχιστους πόρους ή επιθηλιακές χορδές (Moore et al, 2012).

## **1.2 Φυσιολογία Μαστού**

Οι μαστοί ή αλλιώς μαστικός αδένας κατά την περίοδο της αναπαραγωγής έχει δύο λειτουργίες. Η πρώτη είναι η σεξουαλική διέγερση του άντρα και η δεύτερη παροχή τροφής στο νεογέννητο. Ορμόνες όπως η ωκυτοκίνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, η προγεστερόνη, η κορτιζόλη, η θυροξίνη και η αυξητική ορμόνη επηρεάζουν την φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία της γυναίκας. Η κάθε μία από αυτές τις ορμόνες αλλά και ο συνδυασμός τους έχουν μία καθορισμένη λειτουργία.

Τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, η προγεστερόνη και η αυξητική ορμόνη επηρεάζουν τη μορφή και το μέγεθος του μαστού. Επίσης τα οιστρογόνα μαζί με την προγεστερόνη μεγεθύνουν τους πόρους και δημιουργούν κυψελίδες, όπου κατά την έμμηνο ρύση (μη γόνιμους κύκλους) οι μαστοί πρήζονται και κατά το πέρας τους επανέρχονται στην αρχική τους μορφή. Η προλακτίνη εκκρίνεται κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας. Ο συνδυασμός της PRL με άλλες ορμόνες όπως είναι η ινσουλίνη, η κορτιζόλη και η θυροειδική ορμόνη επηρεάζουν την γαλουχία και τη συντήρηση της (Moore et al, 2012).

### **1.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία**

Η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες είναι μεγαλύτερη από 15% κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου με ποσοστό 16% μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35 έως 55 ετών, ενώ 1 στις 12 γυναίκες παγκοσμίως διατρέχει κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της.

Στην Ελλάδα διαγιγνώσκονται περίπου 4.500 περιπτώσεις κάθε χρόνο. Όσον αφορά τον ανδρικό πληθυσμό, η επίπτωση είναι 100 φορές μικρότερη σε σχέση με τις γυναίκες (Φασόη-Μπάρκα, 2010).

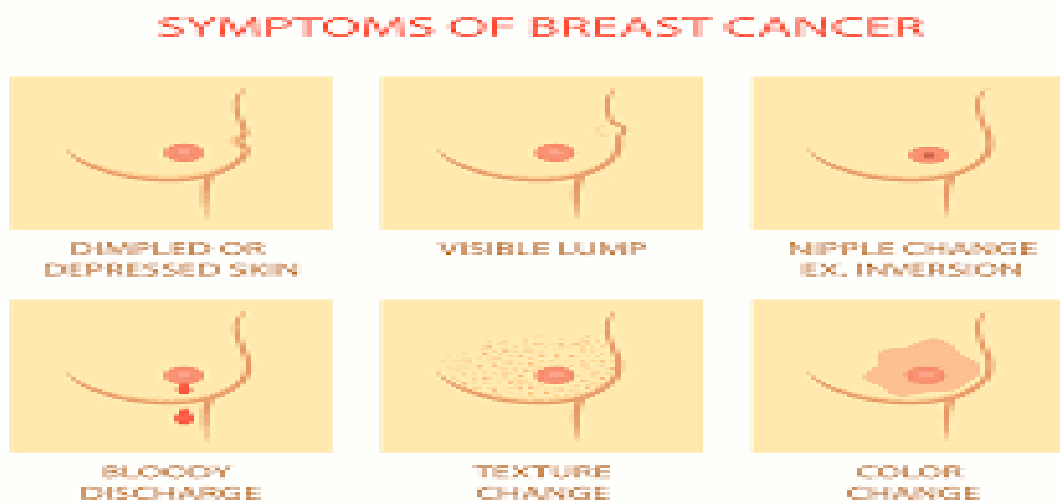
Παρατηρείται μεγάλη ανισότητα μεταξύ των ανεπτυγμένων και μη χωρών. Στις ανεπτυγμένες χώρες τα ποσοστά καρκίνου του μαστού βρίσκονται σε υψηλό βαθμό, όμως στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες τα ποσοστά θνησιμότητας είναι επίσης υψηλά, γεγονός που σημαίνει ότι υπάρχει έλλειψη έγκαιρης διάγνωσης αλλά και θεραπευτικών μέσων. Για παράδειγμα τα κρούσματα καρκίνου του μαστού που έχουν ανιχνευθεί στην Δυτική Ευρώπη είναι 90 ανά 100.000, ενώ 30 ανά 100.000 στην Αν. Αφρική. Σε αντίθεση τα ποσοστά θνησιμότητας ανάμεσα τους είναι σχεδόν ίδια δηλαδή 15 ανά 100.000. Αυτό οφείλεται στη μη έγκαιρη διάγνωση και στη φτωχή επιβίωση της Αν. Αφρικής (Χρηστίδου, 2016).

Από τις αρχές του 1990 υπάρχει μια χαρακτηριστική πτώση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού, κάτι το οποίο σύμφωνα με τους ερευνητές οφείλεται στην έγκαιρη διάγνωση και τις νέες θεραπευτικές αγωγές. Ο αριθμός αυτός έχει αυξητική τάση καθώς πολλές γυναίκες θεραπεύονται με επιτυχία (Τσικάρη, 2015).

### **1.4 Τύποι Καρκίνου και κλινική σταδιοποίηση**

Μια τυπική και απαραίτητη διαδικασία είναι η σταδιοποίηση του όγκου. Μέσω αυτού ελέγχεται ο βαθμός διασποράς του όγκου. Πρόκειται για μια μέθοδο που διευκολύνει την ανεύρεση της θεραπευτικής αντιμετώπισης και της πρόγνωσης της ασθενούς (National Comprehensive Cancer Network, 2017). Παρακάτω βλέπουμε τα

αισθητά σημάδια που μπορεί να έχει μια γυναίκα σε περίπτωση που αντιμετωπίζει καρκίνο στους μαστούς (Figure 3)



Εικόνα 3: Τα εμφανή συμπτώματα του καρκίνου των μαστών

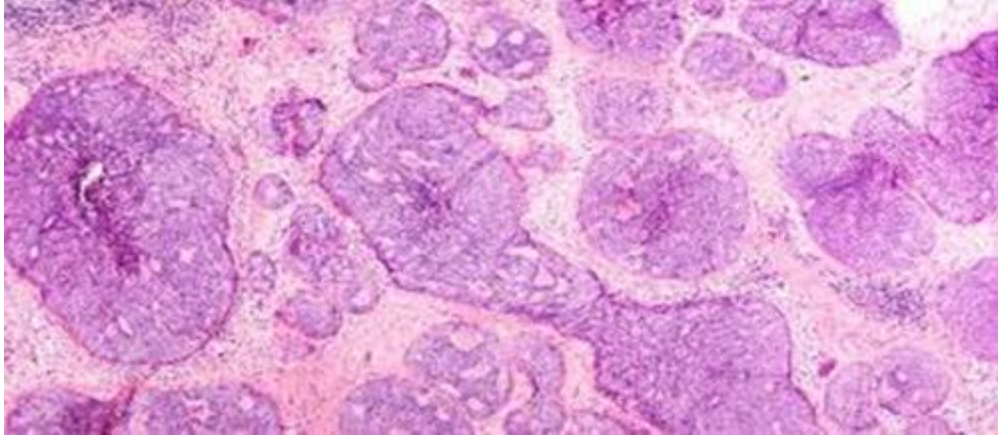
Σύμφωνα με την Αμερικανική Επιτροπή Σταδιοποίησης Καρκίνου η μέθοδος σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού ακολουθεί το πρότυπο Tumor-Nodes-Metastasis (TNM). Γράμματα και αριθμοί αποτελούν ένα χαρακτηριστικό κώδικα για την περιγραφή του όγκου, το μέγεθος του, εάν έχουν προσβληθεί οι λεμφαδένες και αν υπάρχει μετάσταση.

Πιο συγκεκριμένα:

- T: είναι από τη λέξη *Tumor* που σημαίνει όγκος. Η αριθμητική του κλίμακα είναι από το 0-4, έτσι γίνεται αντιληπτό το μέγεθος και η διασπορά του όγκου σε άλλα όργανα.
- N: είναι από τη λέξη *Nodes* που σημαίνει λεμφαδένες. Η αριθμητική του κλίμακα είναι από το 0-3, γνωρίζοντας τον αριθμό και το είδος των λεμφαδένων που εμπλέκονται.
- M: είναι από τη λέξη *Metastasis* που σημαίνει μετάσταση. Η αριθμητική κλίμακα είναι από 0-1, περιγράφοντας την διασπορά του καρκίνου σε απομακρυσμένα σημεία (American Joint Committee on Cancer Breast, 2017).

Υπάρχουν διαφορετικά είδη καρκίνων, τα πιο γνωστά είναι το καρκίνωμα των πόρων (DCIS), το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων (IDC) και το λοβώδες καρκίνωμα (LCIS). Ο τύπος του καρκίνου του μαστού καθορίζεται από τα συγκεκριμένα κύτταρα

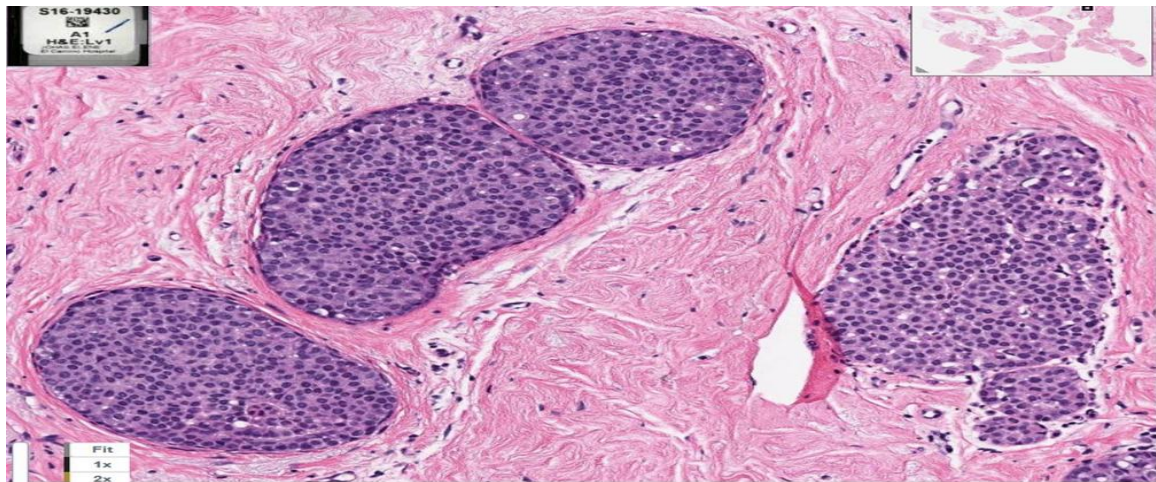
του μαστού που έχουν μολυνθεί. Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού είναι καρκινώματα. Παρακάτω βλέπουμε την μορφή του καρκινώματος των πόρων (Εικόνα 4)



*Εικόνα 4: Το καρκίνωμα DCIS*

Καρκίν

ωμα είναι όγκος που ξεκινάει μέσω των επιθηλιακών κυττάρων και βλάπτει όργανα και ιστούς σε όλο το σώμα. Το αδenoκαρκίνωμα ξεκινάει από τους λοβούς ή τους γαλακτοφόρους αδένες. Εν αντιθέσει, παρακάτω θα δούμε και το καρκίνωμα των λοβών (Εικόνα 5)



**LCIS, classic type 10x - H&E: TDLU filled and distended by solid proliferation of small and uniform population of cells; cells are loosely cohesive, vacuolated cytoplasm, many with distinct intracytoplasmic vacuoles**

*Εικόνα 5: Το καρκίνωμα LCIS*

Υπάρχουν και άλλα είδη καρκίνων όπως το σάρκωμα, η νόσος του Paget και το αγγειοσάρκωμα που ξεκινάει από τα κύτταρα του μυ, του λίπους ή του συνδετικού ιστού. Μερικές φορές ένας καρκινικός όγκος μπορεί να συνδυάσει όλους τους τύπους μαζί. Σε κάποιες σπάνιες μορφές καρκίνου του μαστού μπορεί να μην σχηματιστεί ούτε μάζα ούτε όγκος.

Οι ακόλουθοι όροι βοηθούν στο να ορίσουν την εξάπλωση του καρκίνου μετά από μια βιοψία:

- InSitu: χωρίς εξάπλωση στους γύρω ιστούς
- Διηθητικός: με εξάπλωση στους γύρω ιστούς

#### 1.4.1 Κοινά είδη καρκίνου

Τα πιο κοινά είδη καρκίνου είναι τα καρκινώματα και η ονομασία τους εξαρτάται από την μορφή τους και μέχρι πόσο μπορούν να εξαπλωθούν. Αυτά τα γενικά είδη καρκίνων μπορούν να περιγράψουν με τους παρακάτω όρους.

- **InSitu**
- **Ductal Carcinoma In Situ (DCIS):** 1 στους 5 νέους καρκίνους μπορεί να είναι καρκίνωμα των πόρων. Σχεδόν όλες οι γυναίκες σε αυτό το στάδιο του καρκίνου μπορεί να θεραπευτούν. Αυτό το καρκίνωμα είναι ενδοδερμικό και ταξινομείται ως στάδιο 0 στον καρκίνο. Πρόκειται για έναν επεμβατικό ή μη επεμβατικό καρκίνο του μαστού. Αυτό σημαίνει ότι τα κύτταρα που βρίσκονται στους πόρους μετατρέπονται σε καρκινικά κύτταρα, αλλά δεν έχουν εξαπλωθεί στα τοιχώματα των πόρων και κοντά στον ιστό του μαστού. Επειδή το καρκίνωμα των πόρων δεν έχει μεταφερθεί στους ιστούς του μαστού, δεν μπορεί να κάνει μετάσταση στα υπόλοιπα μέρη του σώματος. Υπάρχει πάντα η πιθανότητα ότι το καρκίνωμα των πόρων να γίνει επιθετικός καρκίνος, δηλαδή να εξαπλωθεί κοντά στον ιστό και να γίνει μετάσταση, αλλά όλες οι γυναίκες μπορούν να θεραπευτούν.
- **Lobular carcinoma In Situ (LCIS):** Γνωστή και ως λοβώδες νεοπλασία όμως δεν πρόκειται για καρκίνο. Το λοβώδες καρκίνωμα πρόκειται για καρκινικά κύτταρα και μεγαλώνουν στους γαλακτοφόρους αδένες του μαστού, αλλά δεν μπορούν να αναπτυχθούν στο τοίχος των αδένων. Αν δεν θεραπευτεί μπορεί να γίνει

επιθετικός καρκίνος. Η διάγνωση γίνεται με βιοψία. Συνήθως αυτό το είδος του καρκίνου δεν αναπτύσσει μάζες που γίνονται αισθητές ή αλλαγές που μπορούν να φανούν στην μαστογραφία. Οι γυναίκες οι οποίες πάσχουν από λοβώδες καρκίνωμα έχουν από 7 έως 12% πιθανότητα ανάπτυξης επιθετικού καρκίνου του μαστού και πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικούς ελέγχους και επισκέψεις σε γιατρούς για το υπόλοιπο της ζωής τους.

Το λοβώδες καρκίνωμα δεν χρειάζεται να θεραπευτεί, αλλά αρκετές φορές ο γιατρός προτείνει την ολική αφαίρεση του καρκινώματος χρησιμοποιώντας βιοψία αποκοπής ή χειρουργική επέμβαση για τη διατήρηση του στήθους, για να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει οτιδήποτε άλλο στο στήθος. Αυτό θεωρείται σημαντικό σε προληπτικό επίπεδο καθώς πολλές φορές αν το λοβώδες καρκίνωμα θεωρηθεί πολυμορφικό ή αν έχει νέκρωση, υπάρχει περίπτωση να αναπτυχθεί πολύ γρήγορα.

Ο καρκίνος του μαστού που εξαπλώνεται στους ιστούς ονομάζεται διηθητικός Invasive (infiltrating) breast cancer. Υπάρχουν διαφορετικά είδη διηθητικών καρκίνων του μαστού, αλλά τα πιο κοινά ονομάζονται διηθητικό καρκίνωμα των πόρων και διηθητικό λοβώδες καρκίνωμα.

- **Invasive (infiltrating) Ductal carcinoma (IDC):** Το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων είναι ο πιο κοινός τύπος καρκίνου αγγίζοντας το 8 με 10%. Ξεκινάει από τα κύτταρα των γαλακτοφόρων πόρων, περνώντας το τοίχωμα των πόρων και αναπτύσσεται κοντά στους ιστούς του μαστού. Σε αυτό το σημείο, είναι ικανό να εξαπλωθεί (μετάσταση) σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος μέσω του λεμφικού συστήματος και της κυκλοφορίας του αίματος.
- **Invasive lobular carcinoma (ILC):** Το διηθητικό λοβώδες καρκίνωμα ξεκινάει από τις γαλακτοφόρους οδούς. Όπως το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων και αυτό μπορεί να κάνει μετάσταση σε άλλα σημεία του σώματος. Από τους διηθητικούς καρκίνους 1 στους 10 είναι διηθητικό λοβώδες καρκίνωμα. Είναι δύσκολο να ανιχνευτεί σε φυσική εξέταση αλλά και στην μαστογραφία. Συγκρίνοντας και τα δύο είδη διηθητικών καρκινωμάτων, 1 στις 5 γυναίκες με διηθητικό λοβώδες καρκίνωμα μπορεί να έχει καρκίνο και στους δυο μαστούς.

Άλλα είδη καρκίνου είναι η νόσος του Paget της θηλής και αγγειοσάρκωμα. Η πρώτη ξεκινάει από τους πόρους του μαστού και εξαπλώνεται στο δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλλου. Συνήθως επηρεάζεται μόνο η μια θηλή από την νόσο και μοιάζει με έκζεμα. Αν με τη θεραπευτική αγωγή δεν βελτιώνονται τα σημάδια ο γιατρός ζητάει βιοψία. Είναι σπάνιο και αγγίζει το ποσοστό 1-3% όλων των καρκίνων του στήθους. Τα συνήθη συμπτώματα της νόσου είναι ότι το δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλλου είναι αφυδατωμένο και κόκκινο. Μπορεί να αιμορραγεί ή να υπάρχουν κίτρινα υγρά από την θηλή. Η διάγνωση της νόσου γίνεται με βιοψία αφαιρώντας ένα μικρό κομμάτι ιστού από το στήθος. Μερικές φορές όμως είναι αναγκαίο να γίνει ολική αφαίρεση της θηλής. Μόνο με τη βιοψία μπορούμε να δούμε ότι είναι καρκίνος. Η θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να γίνει με μαστεκτομή ή συντηρητική αναδόμηση του στήθους υποβάλλοντας την ασθενή σε ακτινοθεραπεία. Εάν ο καρκίνος εξαπλωθεί θα πρέπει να γίνει σταδιοποίηση και να αντιμετωπισθεί όπως ένα επιθετικό καρκίνωμα των πόρων.

Το αγγειοσάρκωμα είναι μια σπάνια μορφή καρκίνου όπου τα καρκινικά κύτταρα περνάνε μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και των λεμφαδένων. Τα αγγειοσαρκώματα συνήθως αποτελούν επιπλοκές από προηγούμενες θεραπείες των ίδιων των ασθενών, ενώ μπορεί να προκαλέσει αλλαγές ή αλλοιώσεις στο στήθος. Τα αγγειοσαρκώματα αναπτύσσονται και εξαπλώνονται γρήγορα. Η αντιμετώπιση στην συγκεκριμένη νόσο είναι η χειρουργική, δηλαδή οι ασθενείς υποβάλλονται σε μαστεκτομή (American Cancer Society, 2016).

### **1.5 Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου του καρκίνου μαστού**

Εδώ και πολλές δεκαετίες γίνονται έρευνες από την ιατρική και νοσηλευτική κοινότητα, για την εύρεση της αιτιολογίας του καρκίνου. Μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει κάποιος λόγος επιστημονικά αποδεδειγμένος που να εξηγεί τη γένεση του καρκίνου στις γυναίκες και τους άνδρες. Όμως είναι πλέον αποδεκτό ότι ο καρκίνος είναι μία πολυπαραγοντική νόσος η οποία αποτελείται τόσο από γενετικούς όσο και από περιβαλλοντικούς.

Τα κύτταρα αποτελούν μέσω μεταφοράς των γενετικών παραγόντων στο σώμα μας και οι παράγοντες που επηρεάζουν τον οργανισμό μας μετά τη γέννηση μας είναι



κυρίως οι περιβαλλοντικοί (Bickley, 2006). Όσο αφορά τον καρκίνο του μαστού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως:

- **Ηλικία:** Οι γυναίκες άνω των 65 ετών είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού σε αντίθεση με γυναίκες κάτω των 25 ετών που είναι πιο σπάνιο. Όμως σε κάθε ηλικία όπου υπάρχει ιστορικό κακοήθειας των ωοθηκών ή του μαστού υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού μεταγενέστερα.
- **Οικογενειακό Ιστορικό:** Οι γυναίκες με συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρα-αδερφή- κόρη) που πάσχουν από Ca μαστού ή ωοθηκών έχουν 2 έως 5 φορές πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.
- **Κληρονομικότητα:** Έρευνες έχουν δείξει ότι το 5 έως 10% των καρκίνων οφείλονται σε κληρονομικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα ως κληρονομικοί παράγοντες αλλά και υπαίτιοι στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού είναι τα γονίδια BRCA1 και BRCA2, τα οποία μεταβιβάζονται γενετικά. Τα γονίδια αυτά εγκυμονούν τον μεγαλύτερο παράγοντα ανάπτυξης της νόσου από 50 έως 85%. Για την κληρονομικότητα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το οικογενειακό ιστορικό το οποίο περιλαμβάνει τους συγγενείς πρώτου βαθμού που έχουν αναπτύξει τη νόσο, καθώς το είδος του καρκίνου και την ηλικία εμφάνισης του (Netter, 2011).
- **Διαταραχές ή ιδιαιτερότητες της εμμηνου ρύσης και της κύησης:** Η έναρξη της εμμηνου ρύσης πριν την ηλικία των 12 ετών αλλά και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση σε γυναίκες ηλικίας άνω των 55 ετών σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Οι τελειόμηνες κυήσεις και η μεγαλύτερη διάρκεια του θηλασμού σε μία νεαρή γυναίκα συμβάλουν στην προστασία και την καθυστερημένη εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Αντίθετα, η ατοκία, η κύηση μετά τα 35 έτη αυξάνουν τα ποσοστά εμφάνισης της νόσου (Αμδάκη 2014, Κορδαλή 2013). Οι μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που λαμβάνουν οιστρογόνα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτική παρακολούθηση των μαστών, καθώς έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από τον καρκίνο του μαστού (Παναγιώτου, 2015).

- **Έκθεση του μαστού σε ακτινοβολία:** Η έκθεση στην ακτινοβολία σε νεαρή ηλικία από 10 έως 19 ετών, αυξάνει σε μικρό ποσοστό την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (Κοσμά και συν, 2017).
- **Αλκοόλ:** Η νεαρή ηλικία των γυναικών και η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ συμβάλλει στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Τα άτομα που έκαναν καθημερινή χρήση αλκοόλ έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από τα άτομα που έπιναν μία φορά την εβδομάδα ή καθόλου. Σύμφωνα με τη μελέτη που παρουσιάστηκε τον Δεκέμβριο του 2009 στο Διεθνές Συνέδριο Ογκολογίας του San Antonio, τα άτομα που νόσησαν από καρκίνο του μαστού και καταναλώνουν μέτρια ποσότητα αλκοόλ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επανεμφάνισης της νόσου από εκείνα που πίνουν λίγο ή καθόλου αλκοόλ.
- **Κάπνισμα:** Αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Γυναίκες οι οποίες καπνίζουν τουλάχιστον 20 τσιγάρα ημερησίως για πάνω από 20 χρόνια έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με έρευνα, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που άρχισαν το κάπνισμα πριν την πρώτη τους εγκυμοσύνη έχουν 21% ποσοστό να νοσήσουν με τη νόσο σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν κάπνιζαν ποτέ (Ζάχου και συν, 2016).

## 1.6 Πρόληψη και πρόωμη διάγνωση

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια από τις πιο συχνές μορφές καρκίνου παγκοσμίως και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποτελεί τη πιο συχνή αιτία θανάτου για τις γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Παρ' όλα αυτά ο καρκίνος του μαστού έχει την δυνατότητα να θεραπευτεί πλήρως εάν διαγνωστεί έγκαιρα και αυτό επιτυγχάνεται με την πρόληψη. Η πρόληψη είναι ένα μέσο αποφυγής μιας ασθένειας, δημιουργώντας ένα περιβάλλον υγιεινών συνθηκών διαβίωσης μέσω προγραμμάτων αλλά και μέσω των ατομικών συμπεριφορών υγείας (π.χ. εμβολιασμός, προσυμπτωματικός έλεγχος) (Τριχάκη, 2008). Συγκεκριμένα εφαρμόζονται προληπτικά μέτρα τα οποία διακρίνονται σε πρωτογενή και δευτερογενή.

Η πρωτογενής πρόληψη συσχετίζεται με τη λήψη μέτρων που αναστέλλουν τις επιπτώσεις έκθεσης του ατόμου ή μειώνουν την έκθεση του σε βλαπτικούς

παράγοντες που αυξάνουν την εμφάνιση της νόσου. Τα παραπάνω μέτρα πρέπει να συμμετέχουν στη καλύτερη ποιότητα ζωής του ατόμου αλλά και στη γενικότερη υγεία του (Ζόρικης και συν, 2009).

Αυτό επιτυγχάνεται με την υλοποίηση προγραμμάτων διαπαιδαγώγησης του γυναικείου πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού αλλά και με την πραγματοποίηση κοινοτικών προγραμμάτων αγωγής υγείας .

Η δευτερογενής πρόληψη συμπεριλαμβάνει την έγκαιρη διάγνωση της νόσου κατά την ασυμπτωματική περίοδο της και την έναρξη της κατάλληλης θεραπείας για την αποφυγή της εξέλιξης της. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο δευτερογενούς πρόληψης που στόχος του είναι η ανίχνευση του καρκίνου σε πρώιμο στάδιο (Σταμούλη και Πρέσβελου 2007). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας καθώς επιτρέπει την εφαρμογή λιγότερων επιθετικών θεραπειών με αποτέλεσμα την μείωση της νοσηρότητας και την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής για τους ασθενείς (Τζαφράκας, 2009).

Στόχος του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η ανίχνευση του καρκίνου πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων του. Αυτό επιτυγχάνεται με συντονισμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, όπου η μαστογραφία είναι η κύρια μέθοδος ανίχνευσης και συμπληρωματικά το υπερηχογράφημα. Σε συνδυασμό με την αυτοεξέταση μαστών και την κλινική εξέταση από εξειδικευμένο ιατρό, μπορούν να οδηγήσουν στην έγκαιρη διάγνωση και ελαχιστοποίηση των κινδύνων του καρκίνου του μαστού.

#### **Αυτοεξέταση μαστών**

Η αυτοεξέταση περιλαμβάνει την ψηλάφηση και των 2 μαστών από την ίδια την γυναίκα μετά την ηλικία των 20 ετών, μια φορά το μήνα μετά από την έμμηνο ρύση. Στόχος της αυτοεξέτασης είναι η εξοικείωση της γυναίκας με το στήθος της, ώστε να μπορεί να ανιχνεύσει τυχόν αλλοιώσεις και να είναι σε θέση να προσδιορίσει τις αλλαγές του μαστού της και να απευθυνθεί σε ειδικό ιατρό. Επίσης ο ιατρός μπορεί να διδάξει τη γυναίκα την τεχνική της αυτοεξέτασης για να ολοκληρωθεί μια πλήρης και μεθοδική εξέταση μαστών από την ίδια τη γυναίκα.

#### **Κλινική εξέταση μαστών**

Σε μια κλινική εξέταση συμπεριλαμβάνονται η επισκόπηση και ψηλάφηση των μαστών αλλά και το ατομικό ιστορικό της γυναίκας. Συγκεκριμένα, αρχικά γίνεται

επισκόπηση των μαστών όπου ελέγχεται η συμμετρία και το σχήμα των μαστών, το χρώμα του δέρματος για τον εντοπισμό ερυθρότητας ή οιδήματος ή διευρυμένων υποδόριων φλεβών, η ύπαρξη κάποιας εισολκής ή κάποιου εξογκώματος στο δέρμα και στις θηλές. Έπειτα ακολουθεί η ψηλάφηση των μαστών που σκοπός της είναι η ανίχνευση αλλοιώσεων ή ψηλαφητών όγκων των μαστών. Η κλινική εξέταση πρέπει να γίνεται προληπτικά κάθε τρία χρόνια σε γυναίκες 20-30 ετών και σε γυναίκες άνω των 40 κάθε χρόνο από μαστολόγο ή από ακτινοδιαγνώστη εξειδικευμένο στο μαστό.

### **Υπερηχογράφημα**

Είναι μια απεικονιστική μέθοδος που λειτουργεί συμπληρωματικά της μαστογραφίας, χρησιμοποιείται για την ανίχνευση τυχόν αλλοιώσεων του μαστού βασισμένη σε ηχητικά κύματα. Μπορεί και διαχωρίζει τις κυστικές από τις συμπαγείς αλλοιώσεις και βοηθάει στη διάκριση ανάμεσα στις καλοήθειες και κακοήθειες βλάβες των μαστών.

Συνήθως γίνεται σε γυναίκες νεαρής ηλικίας διότι δεν υπάρχει κίνδυνος ακτινοβολίας και μπορεί να επαναληφθεί με οποιαδήποτε συχνότητα για την παρακολούθηση του ευρήματος. Επίσης βοηθάει στη διαφορική διάγνωση φλεγμονής από καρκίνο και στη διαδικασία κατευθυνόμενης παρακέντησης ενός κυστικού μορφώματος, όταν υπάρχει πάχυνση του δέρματος (Τσίκαρη, 2015).

Παρακάτω βλέπουμε ένα μηχάνημα υπερηχογραφήματος, μέσω του οποίου γίνεται η εξέταση των μαστών(**Figure 6**)



*Εικόνα 6: Το υπερηχογράφημα των μαστών*

## Μαστογραφία

Σημαντικό ρόλο στη έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου έχει η μαστογραφία η οποία πρωτοεμφανίστηκε στον ιατρικό χώρο το 1969. Χρησιμοποιούνται ακτίνες X όπου με τη βοήθεια τους ο μαστογράφος δημιουργεί εικόνες που βοηθούν τον γιατρό να παρατηρήσει και να διαγνώσει έγκαιρα παθήσεις του μαστού αλλά και της ευρύτερης περιοχής γύρω από το θώρακα (Κούτιβα, 2010).

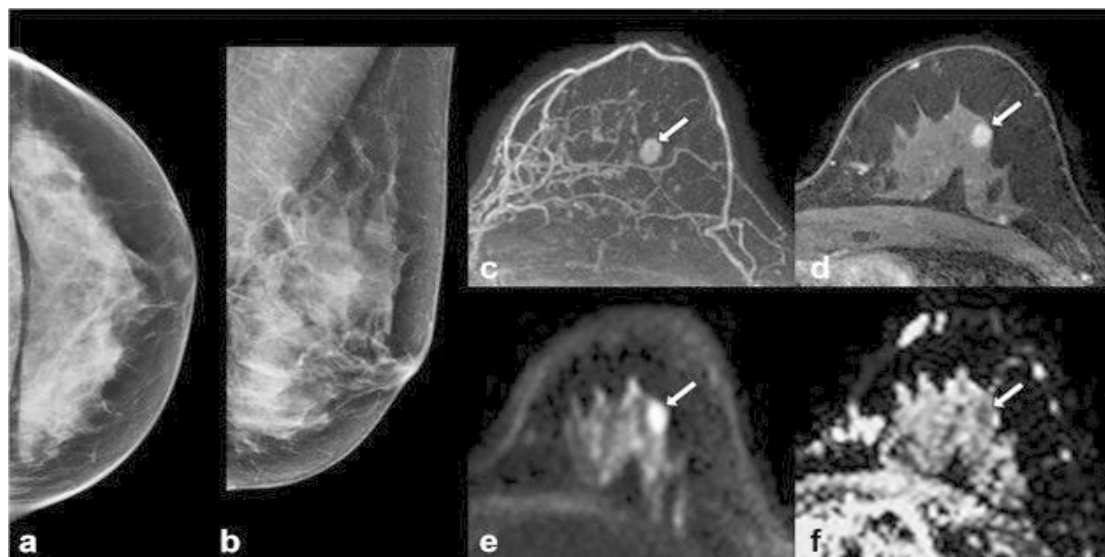
Σήμερα αποτελεί τη μοναδική εξέταση που μπορεί να εντοπίσει ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2 εκατοστών, και με αυτό το τρόπο ελαττώνει το ποσοστό θνησιμότητας και θνητότητας. Είναι μια ανώδυνη, ακίνδυνη και απλή εξέταση η οποία αποτελεί τη βασική απεικονιστική μέθοδο εντόπισης του καρκίνου του μαστού και διαχωρίζεται σε διαγνωστική μαστογραφία και προληπτική μαστογραφία. Παρακάτω βλέπουμε μια εικόνα που έχει εξαχθεί με την βοήθεια της ψηφιακής μαστογραφίας χρησιμοποιώντας ακτίνες X (**Εικόνα 7**).



*Εικόνα 7: Μαστογραφία με την χρήση ακτίνων X*

Η διαγνωστική μαστογραφία πραγματοποιείται για τη διερεύνηση ενός συμπτώματος ή κλινικού ευρήματος και η προληπτική μαστογραφία χρησιμοποιείται για προληπτικό έλεγχο. Συνήθως συστήνεται σε γυναίκες άνω των 35 ετών έκτος κι αν υπάρχει σημαντική υποψία καρκινώματος. Πιο κάτω βλέπουμε

ακόμη μια εικόνα που έχει εξαχθεί με τη χρήση ακτίνων X με την βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας (ψηφιακή μαστογραφία, **Εικόνα 8**)



*Εικόνα 8: Ακτίνες X και η ψηφιακή μαστογραφία.*

Όσον αφορά τη μαστογραφία ως μέθοδο πρόληψης στα πλαίσια του προσυπτωματικού ελέγχου, συνιστάται να ξεκινάει από την ηλικία των 40 ετών και συνεχίζει έως την ηλικία που η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μπορεί να έχει θετική επίπτωση στο προσδόκιμο επιβίωσης του εξεταζόμενου (Τριχάκη, 2008).

### **1.7 Θεραπευτική Αντιμετώπιση**

Μετά τη διαδικασία της διάγνωσης του καρκίνου επέρχεται η θεραπευτική αντιμετώπιση. Η διαδικασία της θεραπείας απαιτεί χρόνο και υπομονή από τη μεριά του ασθενούς αφού διαρκεί μήνες ή και χρόνια. Σκοπός της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι ο έλεγχος της νόσου, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και το αυξημένο χρονικό διάστημα ελεύθερης νόσου (Ιατράκης 2012).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τη χειρουργική επέμβαση, την χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, την

ορμονοθεραπεία αλλά και των συνδυασμό μερικών θεραπειών από τα παραπάνω (Corner & Bailey, 2009).

### **1.7.1 Χειρουργική Θεραπεία**

Περιλαμβάνει τη ριζική μαστεκτομή, την εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή, την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αλλά και τις συντηρητικές θεραπευτικές επεμβάσεις όπως η απλή μαστεκτομή, επεμβάσεις διατήρησης του μαστού και ανακατασκευής του.

- Ριζική Μαστεκτομή: Περιλαμβάνει την ολική αφαίρεση μαστού, του δέρματος, των θωρακικών μυών (μείζονος και ελάσσονος) και των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η πρώτη ριζική μαστεκτομή έγινε το 1882 από τον Halsted (Poggi & Harney, 2003). Με την πάροδο των χρόνων λόγω των ερευνών της επιστημονικής κοινότητας για την ανακάλυψη της καλύτερης και αναίμακτης θεραπευτικής μεθόδου, έχει μειωθεί αρκετά ο αριθμός της συγκεκριμένης επέμβασης. Γίνεται λόγος για αυτή μόνο σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου του μαστού (Becker & Choti, 2002).
- Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή: Αφορά τη ριζική μαστεκτομή και την αφαίρεση των λεμφαδένων που βρίσκονται κατά μήκος της μαστικής αρτηρίας με στόχο τη βελτίωση και τον έλεγχο της νόσου. Αυτή η μέθοδος άρχισε να απασχολεί αρνητικά την επιστημονική κοινότητα, αφού έφερε σοβαρές επιπλοκές και δεν ανταποκρίνονταν στις προσδοκίες των χειρουργών. Γι' αυτούς τους λόγους η μέθοδος αυτή καταργήθηκε (Poggi & Harney, 2003).
- Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Περιλαμβάνει την αφαίρεση του μαστού με την προσεκτική διατήρηση του μείζονα θωρακικού μυ και την αφαίρεση του ελάσσων θωρακικού μυ για τον καλύτερο καθαρισμό τη μασχάλης. Επίσης αφαιρούνται μερικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες για τον καλύτερο έλεγχο της νόσου (Kinne & DeCosse, 1982).

### **Συντηρητικές χειρουργικές θεραπείες**

Στις συντηρητικές θεραπείες περιλαμβάνονται η απλή μαστεκτομή, η μερική μαστεκτομή και η υποδόρια μαστεκτομή.

- Απλή μαστεκτομή: Περιλαμβάνει την αφαίρεση του μαστού χωρίς τους λεμφαδένες ή μύες της περιοχής. Αυτή η μέθοδος δεν ήταν επιτυχής αφού ποσοστό περίπου 40% των ασθενών που είχαν αρνητικές λεμφαδενικές μεταστάσεις πριν την μαστεκτομή, αργότερα εμφάνισαν περίπου οι μισές από τις ασθενείς τοπικές μεταστάσεις (Becker & Choti, 2002).
- Μερική μαστεκτομή: Χαρακτηρίζεται από την αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων του πρώτου και δεύτερου επιπέδου και ακτινοβολήση της περιοχής για την εξάλειψη τυχόν μεταστατικών όγκων.
- Υποδόρια μαστεκτομή: Είναι η αφαίρεση του 90-95% του μαστικού αδένου που περιλαμβάνει το μαστικό παρέγχυμα και τους γαλακτοφόρους πόρους. Επίσης διατηρείται το δέρμα, ο υποδόριος ιστός, η θηλή και η άλω στην περιοχή αυτή (Ιατράκης, 2012).
- Προφυλακτική μαστεκτομή: Ο προφυλακτικός έλεγχος βοηθάει τον γυναικείο πληθυσμό να προλαμβάνει την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες με κληρονομικό ιστορικό στον καρκίνο του μαστού και αυτές που εμφανίζουν τα γονίδια BRCA1 και BRCA2 έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αυτή τη νόσο. Για την πρόληψη της ανάπτυξης της νόσου εφαρμόζεται η προφυλακτική μαστεκτομή σε γυναίκες που δεν έχουν εμφανίσει κλινικά συμπτώματα που υποδηλώνουν την ασθένεια. Σε αυτή την επέμβαση αφαιρείται ο μαστός χωρίς το δέρμα, με ή χωρίς τη θηλή και την άλω. Εν συνεχεία, γίνεται ανακατασκευή του μαστού για καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και πρόληψη των ψυχολογικών επιπτώσεων που πιθανόν να επιφέρει (Klijn Metal, 1996).
- Επεμβάσεις αποκατάστασης του μαστού: Η αφαίρεση του οργάνου που συμβολίζει τη γυναικεία φύση επιφέρει επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική κατάσταση της ασθενούς. Για τη μείωση της εμφάνισης αυτών των επιπτώσεων και τη βελτίωση της εμφάνισης της γυναίκας, η ασθενής υποβάλλεται σε αποκατάσταση του προσβληθέντα μαστού με ειδικές προθέσεις ή με ομόλογους μυοδερματικούς κρημνούς. Μπορεί να πραγματοποιηθεί αμέσως μετά την μαστεκτομή ή και μήνες αργότερα (Ιατράκης 2012, Corner & Christopher, 2009).



### **1.7.2 Χημειοθεραπεία**

Είναι η χορήγηση αντινεοπλασματικών φαρμάκων τα οποία καταστρέφουν ή παρεμποδίζουν την κυτταρική διαίρεση των καρκινικών αλλά και των υγιή κυττάρων του οργανισμού. Με τη χορήγηση αυτών των τοξικών φαρμάκων σε πολλές περιπτώσεις ασθενών προλαμβάνεται η εξέλιξη της νόσου με σκοπό την ίασή της, αυξάνοντας έτσι το προσδόκιμο επιβίωσης τους (Hardman et al, 1997).

Πολλές φορές λόγω των σοβαρών συμπτωμάτων που φέρει η νόσος όπως η δύσπνοια και ο πόνος, η χορήγηση των αντινεοπλασματικών φαρμάκων βοηθάει στη μείωση της εμφάνισης αυτών, ανακουφίζοντας έτσι τους ασθενείς και δίνοντας τους μία καλύτερη ποιότητα ζωής.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους όπως η χειρουργική επέμβαση ή η ακτινοθεραπεία ή η ορμονοθεραπεία. Η χορήγηση της αντινεοπλασματικής αγωγής πριν το χειρουργείο χρησιμοποιείται για τη μείωση των ορίων του όγκου, έτσι ώστε να υπάρχουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα μετά από το χειρουργείο. Επίσης, χορηγείται σε μετεγχειρητικούς ασθενείς οι οποίοι έχουν κάποια υποτροπή στην νόσο ή για την πλήρη ίαση της ασθένειας για να αποφευχθούν τυχόν μεταστάσεις (Corner & Christopher, 2009).

Η χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων γίνεται ως επί των πλείστων ενδοφλέβια. Λόγω των σοβαρών επιπτώσεων που επιφέρει αυτός ο τρόπος χορήγησης όπως οι λοιμώξεις από τον καθετηριασμό κεντρικών γραμμών, η κόπωση, ο πόνος οι συχνές επισκέψεις των ασθενών στο νοσοκομείο κ.ά. οι ασθενείς προτιμούν να λαμβάνουν τη θεραπεία από το στόμα. Αυτοί που προτιμούν τη συγκεκριμένη οδό είναι οι νεότεροι ασθενείς οι οποίοι εργάζονται και θέλουν να συνεχίζουν την επαγγελματική τους ζωή αλλά και οι μεγαλύτεροι ασθενείς οι οποίοι νιώθουν πιο ασφαλείς στο σπίτι τους. Το ποσοστό των ασθενών που προτιμάει αυτή τη μέθοδο είναι περίπου 80%. Οι πιο συχνές παρενέργειες είναι οι κοκκινίλες, η αίσθηση καψίματος και η απολέπιση του δέρματος στην περιοχή της παλάμης (Αμδάκη, 2014).

### **1.7.3 Ακτινοθεραπεία**

Ως ακτινοθεραπεία ορίζεται η καταστροφή των καρκινικών αλλά και των υγιών κυττάρων με τη χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας. Πρωταρχικός στόχος της είναι η καταστροφή του πρωτοπαθή όγκου και η διατήρηση των φυσιολογικών κυττάρων της περιοχής. Περίπου το 50% των ασθενών με καρκίνο θα υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία κατά τη διάρκεια της θεραπευτικού τους σχήματος.

Χρησιμοποιείται προεγχειρητικά για την μείωση των ορίων του πρωτοπαθή όγκου, μετεγχειρητικά (μαστεκτομή) ως συντηρητική θεραπεία και για την πρόληψη μεταστατικών όγκων.

Παλαιότερα η χρήση της ακτινοθεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο μαστού επέφερε κυρίως δερματικές βλάβες, όπως εγκαύματα. Με την πάροδο των χρόνων μειώνονται αυτές οι επιπτώσεις δίνοντας έτσι καλύτερα αποτελέσματα για την ίαση της νόσου αλλά και ικανοποιητική ποιότητα ζωής στις ασθενείς (Corner, 2009).

### **1.7.4 Ορμονοθεραπεία**

Η ορμονοθεραπεία χορηγείται σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από συγκεκριμένους τύπους καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να χορηγηθεί σε τύπους καρκίνου όπως του μαστού, των ωοθηκών, του θυρεοειδή, του προστάτη και του ενδομητρίου, τα οποία βρίσκονται υπό ορμονικό έλεγχο.

Στην πραγματικότητα δεν μπορεί να χορηγηθεί ως μοναδική θεραπεία, αλλά συνδυάζεται με τη χειρουργική επέμβαση ή τη χημειοθεραπεία. Προκαλεί ύφεση της νόσου, αλλά όχι πλήρη ίαση. Λόγω των μεικτών κυτταρικών πληθυσμών που καθορίζουν τους κακοήθεις όγκους, η ορμονική θεραπεία μπορεί να επηρεάσει ένα μέρος από αυτά τα κύτταρα αλλά να μην θεωρούνται τόσο ευαίσθητα και να εξαπλώνονται. Στην περίπτωση αυτή, η συνδυαστική θεραπεία παίρνει μέρος στην καταστροφή αυτών.

Κατά τη διάρκεια της λήψης των ορμονών, οι ασθενείς παρατηρούν αλλαγές στο σώμα τους όπως κατακράτηση υγρών πριν την έμμηνο ρύση, ναυτία αλλά και αυξημένη όρεξη. Επίσης επιφέρει αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση αυτών των γυναικών, όπως η αυξομείωση του σωματικού βάρους, η ανακατανομή του σωματικού λίπους, έντονη τριχοφυΐα κυρίως στην περιοχή του προσώπου. Τέλος,

προκαλεί αλλαγές στην σεξουαλική δραστηριότητα, εκροή υγρών από τον κόλπο, αιμορραγία και ξηρότητα. Πολλές φορές η επιπτώσεις αυτές έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής της (Corner, 2009).

### **1.7.5 Εναλλακτικές Θεραπείες**

Οι εναλλακτικές θεραπείες εμφανίστηκαν πριν από περίπου 30 χρόνια στην Ασία. Στοχεύουν κυρίως στην προαγωγή της υγείας και της ευεξίας σε χρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος. Συμβάλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών ανακουφίζοντας τους από τα συμπτώματα που τους προκαλεί είτε καθιερωμένη ιατρική θεραπεία είτε η ίδια η ασθένεια.

Οι θεραπείες αυτές είναι:

- Βελονισμός
- Αρωματοθεραπεία
- Θεραπεία τέχνης
- Βοτανοθεραπεία
- Ομοιοπαθητική
- Μασάζ
- Διαιτητικές θεραπείες
- Χαλάρωση
- Μουσικοθεραπεία
- Ρεφλεξολογία
- Σιάτσου (Corner & Christopher, 2009).

## Κεφάλαιο Δεύτερο

### Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού

#### 2.1 Επιπτώσεις ασθενών με καρκίνο μαστού

Ο καρκίνος είναι μια πολυδιάστατη και συστηματική νόσος. Κατά τη διάρκεια της ανακοίνωσης της ιατρικής ομάδας στον ασθενή όσον αφορά τη διάγνωση, η αναφορά στην λέξη «καρκίνος» δημιουργεί ποικίλα συναισθήματα. Συνδέεται με το αίσθημα του πόνου, του φόβου, της κληρονομικότητας της νόσου αλλά και το πώς θα είναι η ζωή του από εκείνη τη στιγμή (Corner, 2012). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι ευαίσθητες σε αυτό το θέμα υγείας αφού προσβάλλεται έτσι η γυναικεία τους φύση αντανακλώντας στη σεξουαλική τους ικανότητα αλλά και στη μητρότητα (Ζάχου και συν, 2016).

Η γυναίκα θεωρεί ότι απειλείται η ζωή της από την ασθένεια λόγω της μη σωστής και έγκαιρης πληροφόρησης της, από τον φόβο της πρόγνωσης, το κοινωνικό στίγμα, τον πόνο και το φόβο του θανάτου με αποτέλεσμα τις επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική της υγεία αλλά και στο κοινωνικό της περιβάλλον (Πολυκανδριώτη και συν, 2005).

##### 2.1.1 Σωματικές επιπτώσεις

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού από τη στιγμή που θα αρχίσουν τη θεραπεία τους, κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της ολοκλήρωσης της είναι πολλά. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι τα ακόλουθα:

- **Η κόπωση** που σχετίζεται συνήθως με το αίσθημα της κούρασης και την εξάντλησης. Οφείλεται στη θεραπεία που λαμβάνει ο κάθε ασθενής αλλά και στην ασθένεια του. Σύμφωνα με τους Piper et al (1987) η κόπωση θεωρείται ένα υποκειμενικό αίσθημα της κούρασης που επηρεάζεται από το βιολογικό ρυθμό και διαφοροποιείται αναφορικά με το βαθμό δυσφορίας, τη διάρκεια και την ένταση. Είναι μία πολυπαραγοντική και πολυδιάστατη έννοια, αφού σχετίζεται με τους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες της ζωής της γυναίκας. Είναι συχνό εύρημα σε γυναίκες που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί,

παρατηρείται ότι αυτό το σύμπτωμα εμφανίζεται από την αρχή της ακτινοθεραπείας αλλά και μετά τη λήξη αυτής μέχρι και έξι μήνες αργότερα. Σύμφωνα με τους Greenberg et al και τους Irvine et al, διαπιστώθηκε ότι από την αρχή της θεραπείας έως και τέλος της δεύτερης εβδομάδας το αίσθημα της κόπωσης ήταν ήπιο ενώ από την αρχή της τρίτης εβδομάδας αυξανόταν και παρέμενε σταθερό μέχρι και το τέλος της. Ένα μέρος των ασθενών αυτών χρειάστηκε να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία πριν την έναρξη την ακτινοθεραπείας. Αυτοί οι ασθενείς με βάση την έρευνα των Donovan et al παρουσίασαν σταθερά επίπεδα κόπωσης από την τέταρτη εβδομάδα έως και το πέρας αυτής (Λαβδανίτη και συν, 2008).

- **Ο πόνος** που σύμφωνα με την IASP (International Association for the Study of Pain) ορίζεται ως μια δυσάρεστη, υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται σαν τέτοια. Οι ασθενείς με καρκίνο εμφανίζουν ένα σύμπλεγμα συμπτωμάτων λόγω της οργανικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και πνευματικής τους ισορροπίας. Πολύ συχνά το αίσθημα του πόνου μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στον γιατρό για να το θεραπεύσει. Μία συχνή θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι η χειρουργική επέμβαση (χειρουργική εκτομή του όγκου ή όλου του προσβληθέντα μαστού με ή χωρίς μασχαλιαίους λεμφαδένες). Η ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου ανήκει στη ολιστική θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Οφείλεται συνήθως, λόγω της ασθένειας ή της βλάβης, στους ιστούς της χειρουργημένης περιοχής ή λόγω προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων στην περιοχή. Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να μετατραπεί σε χρόνιο λόγω της μη έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισής του. Πολλές φορές το αίσθημα του πόνου υποθεραπεύεται, με αποτέλεσμα να μην ανακουφίζονται οι ασθενείς που το νιώθουν, αλλά και να προκαλεί μείζονα προβλήματα για την υγεία τους, όπως ψυχολογικές επιπτώσεις (π.χ. άγχος και κατάθλιψη), μεγαλύτερη χρονική διάρκεια της θεραπείας, δυσκολία στη διεκπεραίωση καθημερινών αναγκών αλλά και οικονομική επιβάρυνση λόγω της παραμονής στο νοσοκομείο μέχρι το τέλος της θεραπείας. Ιδανική αναλγητική θεραπεία δεν έχει βρεθεί, όμως γίνεται

προσπάθεια μέσω ερευνών για την καλύτερη και έγκαιρη αντιμετώπιση του. Η πολυπαραγοντική αναλγησία με τη χρήση μη οπιοειδών αναλγητικών φαρμάκων προκαλεί τη μείωση του μετεγχειρητικού πόνου σε ικανοποιητικό βαθμό για τους ασθενείς. Με αυτή τη μέθοδο οι ασθενείς μπορούν να κινητοποιηθούν άμεσα, να σιτίζονται από το στόμα και να αναρρώσουν σύντομα ώστε η διαμονή τους στο νοσοκομείο να είναι σύντομη (Τζεναλής και Βεκίλη 2013, Ζώης και Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2008).

- **Η ναυτία και ο εμετός** είναι δύο συχνά συμπτώματα που εμφανίζονται συνήθως στους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία) αλλά και σε αυτούς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Η ναυτία και ο εμετός είναι δύο βραχυχρόνιες παρενέργειες που εμφανίζονται κυρίως δύο ώρες μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας και διαρκούν περίπου 24 ώρες μετά. Μπορεί να εμφανιστούν ακόμα και μετά από διάστημα 3-4 ημερών σε οξεία μορφή (Jenns 1994, Dodd 1996). Ανήκουν σε ένα σύμπλεγμα συμπτωμάτων που επηρεάζουν την καθημερινότητα του ασθενή όπως η μη σωστή σίτιση και η αλλαγή των διατροφικών του συνηθειών. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε για τη διερεύνηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της χημειοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο, έδειξε ότι ως προς το φύλο, οι άνδρες εμφανίζουν περισσότερο το αίσθημα της ναυτίας και του εμετού. Επίσης οι γυναίκες της έρευνας που βρίσκονταν στην κλιμακτήριο σε σχέση με αυτές που περνούσαν την περίοδο της εμμηνόπαυσης, εμφάνιζαν έντονα το αίσθημα ναυτίας και όχι τόσο του εμετού. Τέλος, ανάλογα με το είδος της θεραπείας, οι ασθενείς που λάμβαναν χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία είχαν πολύ έντονα το αίσθημα της ναυτίας, της ανορεξίας και της ανησυχίας. Συμπερασματικά, ως προς τη σειρά συχνότητας η ναυτία είναι τρίτη στη σειρά των συμπτωμάτων που ένιωθαν σε μέτριο και σοβαρό βαθμό οι ασθενείς ενώ το αίσθημα του εμετού συγκαταλέγεται όγδοο στη σειρά (Τζεναλής και Βεκίλη 2013, Πολυκανδριώτη και συν, 2010).
- **Ανορεξία** είναι η μείωση της πρόσληψης τροφής από το στόμα λόγω της μειωμένης όρεξης. Εμφανίζεται κυρίως στους ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως η κόπωση, η

ναυτία, ο εμετός, η ξηροστομία, η στοματίτιδα αλλά και στην καταστροφή των γευστικών καλύκων της γλώσσας λόγω της θεραπείας. Το σύμπτωμα αυτό μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στον ίδιο τον ασθενή αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον. Επιφέρει τη μείωση του σωματικού βάρους λόγω της μειωμένης πρόσληψης τροφής αντανακλώντας αρνητικά στην σωματική και ψυχολογική του κατάσταση (De 1980, Bistian 1986).

- **Η διάρροια** χαρακτηρίζεται από υδαρή και ογκώδη κόπρανα με πολλαπλές κενώσεις. Συνοδεύεται από πόνο στην κοιλιακή χώρα και αέρια. Οφείλεται στο είδος της χορηγούμενης θεραπείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αξιολογεί τον ασθενή, έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης άλλων προβλημάτων που θα επηρεάσουν τη κατάσταση του ασθενή περαιτέρω. Η αντιμετώπιση του συμπτώματος αυτού γίνεται με τη χορήγηση αντι-διαρροϊκών φαρμάκων, πρόσληψη τροφής υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες, μαλακή και χωρίς ίνες. Τέλος ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει ίσες ποσότητες υγρών με αυτές που χάνει λόγω των κενώσεων του για την καλύτερη και γρήγορη αποκατάσταση του.
- **Η δυσκοιλιότητα** χαρακτηρίζεται από σκληρά και ξηρά κόπρανα αλλά και μη συχνές κενώσεις. Οφείλεται στο είδος της θεραπείας που λαμβάνει ο κάθε ασθενής. Εμφανίζεται συνήθως σε 3-7 μέρες μετά την έναρξη της. Μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή προβλήματα όπως αιμορροΐδες, ραγάδες στο πρωκτό, λοιμώξεις και προβλήματα θρέψης. Το σύμπτωμα αυτό προλαμβάνεται άμεσα με τη σωστή εκπαίδευση του ασθενή για τις διατροφικές του συνήθειες, εντάσσοντας στο καθημερινό διατροφικό του πρόγραμμα τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες και υγρά σε συνδυασμό με γυμναστική. Τέλος, η χρήση μαλακτικών κοπράνων, καθαρτικών, υπόθετων και χαμηλών υποκλυσμών βοηθούν στην αντιμετώπιση αυτού του συμπτώματος.
- **Η στοματίτιδα** χαρακτηρίζεται από φλεγμονή του βλεννογόνου του στόματος και του φάρυγγα. Πιο συγκεκριμένα παρατηρούνται από τους ασθενείς ξηρότητα, έντονο καύσος, διάχυτη εξέλκωση, μη ανοχή καυτών και όξινων τροφών και φλεγμονή στην περιοχή των χειλιών, της γλώσσας, των ούλων, της υπερώας, της βάσης του στόματος και του παρειακού βλεννογόνου. Για

την καλύτερη αντιμετώπιση του συμπτώματος αρχικά πριν την έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να αξιολογείται η στοματική κατάσταση του ασθενή. Για τη καλύτερη στοματική υγιεινή προτείνεται στους ασθενείς να χρησιμοποιούν μαλακή οδοντόβουρτσα αλλά και να κάνουν πλύσεις με αντιβακτηριακό στοματικό διάλυμα για την αποβολή των εκκρίσεων και των ιστών. Τέλος, σε ορισμένες θεραπείες οι ασθενείς γλύφουν κομμάτια πάγου πριν την έναρξη της και μισή ώρα μετά ως μία μέθοδο πρόληψης της στοματίτιδας (Corner & Bailey, 2009).

- **Φλεγμονώδες έλκος** είναι η διαδικασία της διήθησης και της διάβρωσης των κακοήθων κυττάρων δημιουργώντας φλεγμονή στο δέρμα. Εμφανίζεται συνήθως στις ασθενείς οι οποίες έχουν υποβληθεί σε τοπική προχωρημένη μαστεκτομή ή σε υποτροπή της νόσου. Δημιουργεί έντονη δυσσομία λόγω της εκροής αίματος ή υγρού. Είναι φανερό ότι λόγω της έντονης δυσσομίας και της εκροής του αίματος ή του υγρού, οι ασθενείς απομονώνονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον ή μειώνουν τις καθημερινές δραστηριότητες τους (Neal 1991, Clark 1992).
- **Το λεμφοίδημα** χαρακτηρίζεται από χρόνια οίδημα στην πάσχουσα περιοχή. Η αυξημένη συγκέντρωση ιστικού υγρού, πρωτεϊνών και λιπιδίων, δημιουργεί χρόνια φλεγμονή και ίνωση λόγω της λεμφικής ανεπάρκειας. Εμφανίζεται κυρίως μετά τη χορήγηση αντινεοπλασματικής αγωγής καταστρέφοντας το λεμφικό και φλεβικό σύστημα του οργανισμού. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 25% των γυναικών που ακολούθησαν τη μέθοδο του λεμφαδενικού καθαρισμού και στη συνέχεια ακτινοθεραπεία θα αναπτύξουν λεμφοίδημα. Η εντόπιση του λεμφοιδήματος σε αρχικό στάδιο γίνεται με την εφαρμογή πίεσης στο σημείο και παρατηρώντας τη δημιουργία εντυπώματος. Για την μείωση του οιδήματος στη περιοχή συστήνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό η ανύψωση του πληγέντος άκρου (Logan 1995).
- **Αναιμία** ορίζεται ως η ελάττωση του επιπέδου της αιμοσφαιρίνης κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα. Ονομάζεται αλλιώς και αναιμία χρόνιας νόσου. Σχετίζεται με χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα, λοιμώξεις ή καρκίνο. Εμφανίζεται συχνά σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Κοινά συμπτώματα της αναιμίας είναι η ωχρότητα του δέρματος, των βλεννογόνων, των



επιπεφυκότων, της κοίτης των νυχιών καθώς και ταχυκαρδία, δύσπνοια, κεφαλαλγία και κόπωση. Τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει ο κάθε ασθενής αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό να τα παρατηρεί έγκαιρα για την καλύτερη αντιμετώπιση τους (Netter, 2011).

- **Η καταστολή του μυελού των οστών** είναι μια συχνή παρενέργεια της αντινεοπλασματικής αγωγής. Οδηγεί πολύ συχνά στη μείωση των ερυθροκυττάρων, λευκοκυττάρων και των θρομβοκυττάρων. Λόγω της καταστολής αυτής, οι ασθενείς είναι ευαίσθητοι στην ανάπτυξη βαρειών βακτηριακών λοιμώξεων (Corner & Bailey, 2009).

### 2.1.2 Ψυχολογικές Επιπτώσεις

Ο καρκίνος του μαστού ανήκει στις πιο συχνές παθήσεις στο γυναικείο πληθυσμό. Παρά τις έρευνες που γίνονται για την καλύτερη και άμεση αντιμετώπισή του αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι εμφανείς από την πρώτη κιόλας στιγμή που η κάθε ασθενής θα ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας της. Οφείλονται τόσο στη διάγνωση της ασθένειας όσο και στη θεραπευτική αντιμετώπισή της (Αγγελοπούλου και συν, 2013).

Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν κάποια μορφή κατάθλιψης όπως μείζονα ή και αντιδραστική. Οι ασθενείς που χαρακτηρίζονται από μείζονα κατάθλιψη εμφανίζουν συμπτώματα όπως:

- καταθλιπτικό συναίσθημα
- αποφυγή των καθημερινών δραστηριοτήτων
- αυξομείωση του σωματικού βάρους
- δυσκολία στον ύπνο
- κόπωση
- δυσάρεστες σκέψεις όπως ο θάνατος.

Η κύρια αντιμετώπισή της είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από τον ψυχίατρο που την παρακολουθεί αλλά και η υποστήριξή της από το οικογενειακό της περιβάλλον (Peled et al 2008, Williams, 2009).

Ένα μεγάλο μέρος των γυναικών που νοσούν χαρακτηρίζεται από το συναίσθημα της ενοχής. Πολλές φορές νιώθουν ότι οι ίδιες είναι υπεύθυνες για την κατάσταση που βρίσκονται, άλλα και ότι θα προκαλέσουν κακό στο οικογενειακό τους περιβάλλον λόγω της κληρονομικότητας που κατέχει αυτή η ασθένεια (Brown & Harris 1978, O'Connor & Brown, 1984).

Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή την ασθένεια χρησιμοποιούν κάποιους μηχανισμούς προσαρμογής, ώστε να αντιμετωπίσουν την κατάσταση της υγείας τους. Αυτοί είναι:

- άρνηση
- μαχητικότητα
- στωική αποδοχή
- απελπισία/αβεβαιότητα.

Προσπαθούν να κατανοήσουν πως βρέθηκαν σε αυτή την κατάσταση, αλλά και πως θα το αντιμετωπίσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η στήριξη της πάσχουσας γυναίκας από το οικογενειακό της περιβάλλον την ενισχύει θετικά στην ψυχολογία της, αφού πρώτα αποδεχτούν την κατάσταση της (Αγγελοπούλου και συν, 2013).

Η κάθε θεραπευτική αντιμετώπιση που λαμβάνει η ασθενής δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στη γυναίκα. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση (μαστεκτομή) εκτός από τις σωματικές αλλαγές αναφέρουν και ψυχολογικές αλλαγές του οργανισμού τους. Το στήθος αποτελεί σύμβολο θηλυκότητας και μητρότητας για τη γυναικεία φύση. Ένα μεγάλο μέρος των γυναικών αυτών καταφεύγουν στην πλήρη αποκατάσταση του μαστού, καθώς έτσι βελτιώνεται η ποιότητα ζωής όσον αφορά τη σωματική και τη σεξουαλική τους κατάσταση.

Αιτία της εμφάνισης των ψυχολογικών επιπτώσεων αποτελούν οι παρενέργειες από τη θεραπεία που λαμβάνουν. Από την αρχή της λήψης της θεραπείας οι ασθενείς νιώθουν έντονη κόπωση επιφέροντας ψυχικές διαταραχές όπως ο φόβος για την καθημερινότητα τους, το άγχος, η λύπη, η κοινωνική τους κατάσταση λαμβάνοντας υπόψη ότι λόγω της υγείας τους δεν θα έρχονται σε επαφή με άτομα του κοινωνικού τους περιβάλλοντος παρά μόνο με την οικογένεια τους (Γιαννάκου και Κνέκας, 2014).

### **2.1.3 Κοινωνικές Επιπτώσεις**

Ο καρκίνος ως μία από τις συχνότερες ασθένειες παγκοσμίως προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα τόσο στο άτομο που νοσεί όσο και στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η ασθένεια αυτή προκαλεί πληθώρα συναισθημάτων που αφορούν τόσο στο «τι προκάλεσε αυτή την ασθένεια», αλλά και στο «τι θα αντιμετωπίσουν στη συνέχεια της ζωής τους». Ο καρκίνος του μαστού αναμφίβολα επηρεάζει τον γυναικείο πληθυσμό αρνητικά στο ψυχοκοινωνικό της περιβάλλον. Η κοινωνία θεωρεί την ασθένεια αυτή μία από τις πιο θανατηφόρες και μη ιάσιμες παγκοσμίως.

Η πάσχουσα φοβάται να εξωτερικεύσει το πρόβλημα υγείας της λόγω της αβεβαιότητάς της για το πώς θα την αντιμετωπίσουν. Τα άτομα του κοινωνικού περιγύρου πιθανόν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους απέναντι στην πάσχουσα, όπως με υπερβολική προστασία ή και το αντίθετο θεωρώντας ότι αυτές οι ενέργειες είναι ότι καλύτερο που μπορούν να κάνουν σε αυτή την κατάσταση.

Οι εργαζόμενες γυναίκες οι οποίες νοσούν από τον καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζουν στο εργασιακό τους περιβάλλον πλήθος αλλαγών. Όπως η διαφορετική αντιμετώπιση από τους συναδέλφους της και τους εργοδότες της. Όσον αφορά τους τελευταίους, φοβούνται ότι λόγω της ασθένειας, η υπάλληλος τους δεν θα μπορεί να ανταποκριθεί στις εργασιακές υποχρεώσεις της λόγω των αναρρωτικών αδειών, αποφασίζοντας έτσι να μην τις προσλάβουν ή και να τις απολύσουν (Πολυκανδριώτη και συν, 2005).

## **2.2 Ποιότητα ζωής και καρκίνος μαστού**

Τα τελευταία χρόνια η ποιότητα ζωής αποκτά όλο και περισσότερο ενδιαφέρον καθώς αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο καλύπτει όλες τις εκφάνσεις της ζωής. Η ποιότητα ζωής αποτελείται από δύο διαστάσεις, την υποκειμενική όπου αναφέρονται οι προσωπικές εμπειρίες του ασθενή για τη ζωή του και η

αντικειμενική διάσταση που εστιάζει στην εκτίμηση των εξωτερικών παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής του (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

Παρ' όλα αυτά ο προσδιορισμός της εξελίσσεται διαρκώς και η προσέγγιση της διαφοροποιείται σε σχέση με τις κοινωνικές, ανθρωπιστικές, οικονομικές επιστήμες οι οποίες μελετούν τον άνθρωπο και το περιβάλλον του.

Έχει παρατηρηθεί ότι ανάλογα με την προσέγγιση του κάθε μελετητή προκύπτουν και διαφορετικοί ορισμοί της έννοιας της ποιότητας ζωής (WHO, 1997).

Σύμφωνα με τον MacCall, η ποιότητα ζωής προκύπτει από την παρουσία και τη δυνατότητα πρόσβασης του ατόμου στις απαραίτητες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή (MacCall, 1975). Οι Campbell et al. υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει κρίσεις σχετικά με τον βαθμό που εκπληρώνονται οι επιθυμίες, οι ανάγκες και οι στόχοι του ατόμου (Campbell et al., 1976). Ο Lewis ορίζει ότι ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο έχει σκοπό στη ζωή, αυτοεκτίμηση και ελάχιστο άγχος (Lewis, 1982). Τέλος οι Dalkey και Rourke την ορίζουν, ως *«η αίσθηση του ατόμου για την ευημερία, την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια με τη ζωή του, την ευτυχία ή τη δυστυχία»* (Dalkey & Rourke, 1973).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει τον επίσημο ορισμό της πολυδιάστατης αυτής έννοιας και θεωρεί ότι *«Η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του»* (WHO, 1997).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, είναι μια έννοια που εστιάζει στις πτυχές της ζωής που συνδέονται με την υγεία και κατά κύριο λόγο στις επιπτώσεις που έχει η ασθένεια και η θεραπεία στην ποιότητα ζωής του ασθενή. Εστιάζει, σε θέματα όπως η γενικότερη υγεία του πληθυσμού, τα σωματικά προβλήματα, τη συναισθηματική, κοινωνική, σεξουαλική και γνωστική λειτουργικότητα, καθώς εμπεριέχει και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου. Η σχετιζόμενη με τη υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life) ορίζεται ως η λειτουργικότητα στη συναισθηματική, φυσική και κοινωνική διάσταση της ζωής προσμετρώντας και την ευεξία, όπως αυτή εκτιμάται από κάθε ασθενή. Είναι σημαντική η μέτρησή της, καθώς βοηθά τον γιατρό στην σύγκριση εναλλακτικών θεραπειών σύμφωνα με το

προσδόκιμο επιβίωσης, όταν δεν υπάρχει σχετική διαφορά μεταξύ τους, ώστε να μπορέσει ο ιατρός με τον ασθενή να αποφασίσουν τη κατάλληλη θεραπεία με τις λιγότερο πιθανές επιπλοκές που θα έχει μια θεραπεία σε σχέση με μία άλλη για την ποιότητα ζωής του (Χαρακοπούλου, 2018).

Εξίσου σημαντική είναι η σωματική υγεία, η οποία εξασφαλίζει τη σωματική ευεξία και την αποφυγή πόνου ή κόπωσης για τη πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση κάποιας νόσου. Η έλλειψη ευημερίας επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, καθώς η ψυχική υγεία βοηθά το άτομο να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες της ζωής και τις δυσχερείς καταστάσεις. Η ποιότητα ζωής αποτελεί σημαντικό ζήτημα στην υγειονομική περίθαλψη και ιδιαίτερα για την ογκολογική κοινότητα. Ο καρκίνος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα παγκοσμίως, καθώς επηρεάζει διαφορετικές πτυχές της ποιότητας ζωής του ασθενή. Από τη στιγμή που ένα άτομο διαγνωστεί με καρκίνο, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής του, αλλά και μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας το άτομο επηρεάζεται σωματικά αλλά και ψυχολογικά. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων είναι πολύ πιθανό η ποιότητα ζωής να χειροτερέψει και ο ασθενής να μην προσαρμόζεται ικανοποιητικά στο περιβάλλον του (Terol et al, 2000, Redeker et al, 2000).

Συνεπώς, η θέση των επαγγελματιών υγείας θεωρείται κρίσιμη, καθώς πρέπει να εξοικειωθούν με τις επιπτώσεις που παρουσιάζει ο καρκίνος του μαστού από τη στιγμή της διάγνωσης, έως τη θεραπεία στη ποιότητα ζωής των ασθενών (Θρουβάλα και συν, 2018). Είναι σημαντικό ο σκοπός του ασθενή να μην περιορίζεται μόνο στη παράταση του χρόνου επιβίωσης αλλά θα πρέπει να επικεντρώνεται και στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του. Σε κάθε στάδιο του καρκίνου θα πρέπει να επιβεβαιώνεται η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή, αλλά και το γενικό αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή και η καλή λειτουργικότητα σε κοινωνικό, συναισθηματικό, επαγγελματικό και νοητικό επίπεδο. Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίσει ένας ασθενής τον καρκίνο βασίζεται στη γενικότερη αντίληψη εκείνου, της οικογένειάς του και του κοινωνικού περιγύρου του σχετικά με μία τέτοια ασθένεια (Γιακουμάκη, 2018).

### **2.2.1 Ποιότητα ζωής και θεραπευτικές επιλογές**

Βασικός στόχος της θεραπείας είναι η αφαίρεση της ορατής νόσου. Τα τελευταία χρόνια οι γυναίκες που νοσούν από καρκίνο μαστού επωφελούνται ολοένα και περισσότερο από τις αποτελεσματικές θεραπείες. Πρωταρχικός στόχος των επαγγελματιών υγείας μέσω της θεραπείας, είναι να ανακόψουν την εξέλιξη της νόσου, με τη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής για τις γυναίκες (Harvard Medical School, 2005).

Για την αντιμετώπιση του καρκίνου απαιτείται η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αρκετών ειδικοτήτων όπως τη Παθολογική Ογκολογία, Χειρουργική Ογκολογία και τη Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία για μια πιο στοχευόμενη φροντίδα υγείας που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης. Πριν την έναρξη μιας θεραπείας η ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί πλήρως για τις δυνατές θεραπευτικές μεθόδους ανάμεσα στις οποίες θα πρέπει να επιλέξει, λαμβάνοντας γνώση για όλες τις επιπτώσεις και τα πλεονεκτήματά της (Γιακουμάκη 2018).

Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται είναι η χειρουργική, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Η κάθε μία προσαρμόζεται σε κάθε ασθενή και είναι αρκετά εξατομικευμένη, αφού πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το στάδιο της εξέλιξης του όγκου, τα χαρακτηριστικά του, την ηλικία του ασθενούς και την κατάσταση της υγείας του. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αυξηθεί οι έρευνες για τον καρκίνο του μαστού και συγκεκριμένα για την ποιότητα ζωής των γυναικών, καθώς είναι ένα είδος καρκίνου που αν ανιχνευτεί εγκαίρως, έχει περισσότερες πιθανότητες για θετική πορεία.

Αυτό το είδος καρκίνου στις γυναίκες έχει ξεχωριστή σημασία στη ποιότητα ζωής, εφόσον οι μαστοί αποτελούν σύμβολο της θηλυκής φύσης και συνδέονται με τη σεξουαλικότητα της γυναίκας. Ως αποτέλεσμα, οι αλλαγές στη περιοχή αυτή επηρεάζουν την ταυτότητα των γυναικών και την εικόνα του σώματος (Fanakidou et al, 2018).

Ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκεται μία γυναίκα, υπάρχουν σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις οι οποίες αλλάζουν ανάλογα με το είδος των μεταβολών, άλλες φορές σε πιο ήπια μορφή όταν οι αλλαγές στο σώμα της είναι μικρότερης έκτασης και άλλες σε πιο έντονη, όταν οι αλλαγές είναι μεγαλύτερης

έκτασης όπως στην ολική μαστεκτομή. Η ψυχολογική κατάσταση των γυναικών μετά από χειρουργική επέμβαση αλλά και κατά τη διάρκεια της θεραπείας παρουσιάζει σημαντικές μεταπτώσεις, καθώς η γυναίκα πέρα από τους πολλαπλούς ρόλους της καθημερινότητας της ως μητέρα, σύντροφος, κόρη, αδερφή έρχεται αντιμέτωπη με μεγάλες αλλαγές τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές που αναμφίβολα επηρεάζουν εκείνη αλλά και την οικογένειά της. Μετά την απόφαση του είδους της θεραπείας, οι γυναίκες έχουν ανάμεικτα συναισθήματα, καθώς αισθάνονται κάποια ανακούφιση από το άγχος και την αγωνία, αλλά πιθανόν να προκύψουν καινούργιοι φόβοι σχετικά με τη λήψη και τη πρόβλεψη της σχεδιαζόμενης θεραπείας (Αμδάκη, 2014).

Πρόσφατες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς διαφέρει ανάλογα και με τη θεραπεία που ακολουθεί. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πολλαπλές θεραπείες δεν ακολούθησαν μόνο ένα πρόγραμμα αποκατάστασης αλλά χρειάστηκε να υποβληθούν και σε ψυχολογική υποστήριξη. Η μεγάλη χρονική διάρκεια της θεραπείας, καθώς και η υποβολή του ασθενούς σε άλλες διαφορετικές θεραπείες είχαν αρνητική επιρροή στη φυσική ανάκαμψη τους και αυτό σύμφωνα με Huei-Ying καταλήγει στο συμπέρασμα ότι όσοι ασθενείς λαμβάνουν παραπάνω από μία θεραπείες αναρρώνουν πιο αργά σε σχέση μ' αυτούς που ακολούθησαν ένα σχήμα θεραπείας (Huang et al, 2017).

### **2.2.2 Ποιότητα ζωής κατά τη χημειοθεραπεία**

Σ' αυτή τη φάση, ο καρκινοπαθής έρχεται σε επαφή με τη θεραπευτική επιλογή της χημειοθεραπείας, αφού πρώτα έχει υποστεί το πρώτο σοκ της διάγνωσης και της υποψίας του καρκίνου. Ο άρρωστος γνωρίζει τι έχει, ασχέτως αν εκφράζεται ή όχι και βρίσκεται σε μία φάση προσαρμογής σ' αυτήν. Αρχικά υπάρχει το αίσθημα της απογοήτευσης, αλλά και της ελπίδας για τη καινούργια θεραπευτική μέθοδο. Εδώ είναι σημαντική η ανάπτυξη των σχέσεων μεταξύ θεράπων ιατρού και ασθενή, ώστε να διατηρηθεί η εμπιστοσύνη και το αίσθημα ελπίδας (Αμδάκη, 2014).

Ένα από τα κύρια συναισθήματα που βιώνει μια γυναίκα πριν αλλά και κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι το άγχος. Αντιπροσωπεύει μια κατάσταση, η

οποία οφείλεται σε ένα συγκεκριμένο παράγοντα από όπου και πηγάζει το άγχος π.χ. η διάγνωση του καρκίνου (Θρουβάλα και συν, 2018).

Κατά τη περίθαλψη το υψηλό άγχος συνήθως συνοδεύεται από κακή κατάσταση υγείας, αλλά και από αρνητικές αντιλήψεις και προσδοκίες για το μέλλον (VanEsch et al., 2011), γεγονός το οποίο συνεπάγεται με την ανάπτυξη νέων συμπτωμάτων που οδηγούν σε κόπωση και κατάθλιψη (Lockefeer & Vries, 2013). Έχει αποδειχτεί, ότι η κόπωση από τη θεραπεία συνδυαστικά με το πόνο ή άλλα συμπτώματα, αυξάνουν τα επίπεδα άγχους και τη κατάθλιψη. Επίσης άλλη έρευνα σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία έχει δείξει, ότι αυτή η θεραπεία έχει τα υψηλότερα επίπεδα άγχους, σε σχέση με άλλους τύπους θεραπείας πιθανόν λόγω των επίπονων και δυνητικά απειλητικών για τη ζωή παρενεργειών (Lim et al., 2011; Du et al., 2008). Αντίθετα η μελέτη του Schneider (2016), διαπίστωσε τη μείωση του άγχους στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σύμφωνα με στοιχεία που έχουν προκύψει από διάφορες μελέτες στο παρελθόν συμπεραίνεται ότι η διαχείριση του άγχους είναι σύμφωνα με την εμπειρία της κάθε γυναίκας και τη νοημοσύνη της (Θρουβάλα και συν, 2018).

Η χημειοθεραπεία είναι ένας από τους συχνότερους τρόπους αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, για μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης χωρίς εμφάνιση της νόσου. Αυτή η θεραπεία όμως μπορεί να παρουσιάσει βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία, καθώς σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει σε γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία αναφέρουν αρνητικές επιπτώσεις στη υγεία τους και στη σεξουαλική λειτουργικότητά τους. Η αλωπεκία είναι ένα από τα πιο συχνά προβλήματα στις γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία και παρ' όλο που είναι μία παροδική κατάσταση, μπορεί να προκαλέσει αρνητικές επιπτώσεις στην εμφάνιση της γυναίκας, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ψυχολογική ευεξία της (Tiezzi et al, 2017).

Είναι ευρέως κατανοητό ότι η συμβολή της οικογένειας και του κοινωνικού περιγύρου είναι πολύ σημαντική κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας και συμβάλλει στη βελτίωση των συνθηκών που βιώνει η ασθενής και κατά συνέπεια της ποιότητας ζωής του. Ιδιαίτερο ρόλο παίζουν τα μέλη της οικογένειας και ο



σύζυγος. Το υποστηρικτικό περιβάλλον είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη μείωση της δυσφορίας που αισθάνεται και για τη προσαρμογή της στην ασθένεια και τη θεραπεία. Το άγχος είναι μια κατάσταση που μπορεί να δημιουργήσει αναταράξεις στην οικογένεια και να δυσκολέψει ακόμα περισσότερο, την ήδη δύσκολη κατάσταση που επικρατεί λόγω της ασθένειας, εάν δεν δοθεί η δέουσα προσοχή, κυρίως όσον αφορά τον τρόπο συμπεριφοράς απέναντι στην ασθενή (Αγγελοπούλου και συν., 2013).

### **2.2.3 Ποιότητα ζωής μετά από χειρουργική επέμβαση**

Όταν μία γυναίκα ενημερώνεται ότι πάσχει από καρκίνο, αρχικά απομονώνεται κοινωνικά και αρνείται την επαφή με τους οικείους της. Ταυτόχρονα, αλλάζει και η οικονομική της κατάσταση, η οποία επιβαρύνεται λόγω της συνεχούς αγοράς φαρμάκων για την αγωγή της. Σ' αυτή τη περίπτωση, η γυναίκα θα πρέπει να έχει κάποια οικονομική βοήθεια για να ανταπεξέλθει οικονομικά, αν όμως δεν έχει τότε παύει να δραστηριοποιείται κοινωνικά. Το ίδιο συμβαίνει και όταν η γυναίκα υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση, ειδικά στην ολική μαστεκτομή. Η εμφάνιση της γυναίκας αλλάζει, καθώς ένα κομμάτι της θηλυκότητας της έχει πλέον αφαιρεθεί.

Αρχίζει να μην νιώθει άνετα όταν βρίσκεται ανάμεσα σε συνανθρώπους της και να χάνει την αυτοεκτίμησή της. Η ασθενής πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση, πρέπει να κάνει διάφορες δραστηριότητες στο σπίτι οι οποίες θα τη βοηθήσουν να νιώσει καλύτερα ψυχολογικά και να αλλάξει αντίληψη για το νέο τρόπο ζωής της. Σημαντικό ρόλο έχει η οικογένεια της και το φιλικό της περιβάλλον, οι οποίοι πρέπει να την στηρίξουν, ώστε σταδιακά να ανέβει η αυτοεκτίμηση της και η ψυχολογία της, για να μπορέσει να σταθεί ξανά στα πόδια της και να ξεκινήσει να κοινωνικοποιείται και πάλι (Μπούτου, 2016).

Ένα από τα σημαντικότερα θέματα που απασχολεί μία γυναίκα με καρκίνο μαστού μετά από ένα χειρουργείο είναι η επανένταξη της στην εργασία και κατά πόσο θα μπορέσει να συνεχίσει να δουλεύει παράλληλα με τη θεραπεία. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που έχουν ενημερωθεί και αποδεχτεί την ασθένειά τους, επιθυμούν να συνεχίσουν να εργάζονται ακόμα και με μειωμένο ωράριο,

προκείμενου να ανταποκριθούν στα αυξημένα έξοδα που προκαλεί η νόσος. Επομένως, η επιστροφή της γυναίκας στον εργασιακό της χώρο είναι αρκετά σημαντική διότι τη βοηθά να αισθανθεί απαραίτητη και χρήσιμη στο κοινωνικό περιβάλλον αλλά και να ξεχάσει τη παρούσα κατάσταση που βρίσκεται και αντιμετωπίζει. Η επιστροφή της, δημιουργεί νέους προβληματισμούς όσο αναφορά την αντιμετώπιση των συναδέλφων της προς εκείνη, αλλά και την προσαρμογή στο νέο πλέον εργασιακό περιβάλλον (Κονιάρη, 2007).

#### **2.2.4 Ποιότητα ζωής σε φάση αποκατάστασης**

Σε κάποιες περιπτώσεις, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας οι επιβιώσαντες πιθανόν να εμφανίσουν αισθήματα άγχους, αβεβαιότητας, φόβου και ανησυχίας για τυχόν επανεμφάνιση της νόσου. Αντιθέτως, μερικοί ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας βιώνουν θετικά συναισθήματα, τα όποια συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά το τέλος της θεραπείας. Συναισθήματα, όπως αυξημένη πνευματικότητα και αυτοεκτίμηση, αισθήματα ειρήνης και καλής πρόθεσης όπως και απόδοση μεγαλύτερου νοήματος στη ζωή, μπορεί να θεωρηθούν ως θετικές επιδράσεις και αυτό ονομάζεται μετατραυματική ανάπτυξη.

Έχει αποδειχθεί ερευνητικά, ότι η επαφή μεταξύ αυτών των δύο αντικρουόμενων συναισθηματικά ομάδων, έχει βοηθήσει τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού που βίωναν αρνητικά συναισθήματα και ήρθαν σε επαφή με επιβιώσαντες που βιώνουν μετατραυματική ανάπτυξη. Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας βοηθά τους επιβιώσαντες να προσαρμοστούν σ' αυτή τη μεταβατική περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας, να εκτιμήσουν τη ζωή και να απολαύσουν τα μικρά διασκεδαστικά πράγματα της (Αβραμικά και Λαβδανίτη, 2011).

Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι αν οι επιβιώσαντες από καρκίνο είχαν υπηρεσίες αποκατάστασης όπως φυσιοθεραπεία, επαγγελματική θεραπεία, διαιτητικό πρόγραμμα, αξιολόγηση του τρόπου ζωής και προγραμματισμό μετά τον καρκίνο θα μπορούσαν να επιστρέψουν πιο γρήγορα στη φυσιολογική τους ζωή. Για παράδειγμα, αποδεικνύεται ότι για μερικά είδη καρκίνου, η συγκεκριμένη φυσική δραστηριότητα μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης του καρκίνου, όπως και τη θνησιμότητα (Maheer & McConnel, 2011).

### 2.2.5 Εργαλεία αξιολόγησης ποιότητας ζωής

Σημαντικά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής είναι τα ακόλουθα:

**(EORTC QLQ-C30) Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κακοήθεια:** Το EORT QLQ-C30 είναι μεταφρασμένο σε 81 γλώσσες, μεταξύ των οποίων και η ελληνική, παρέχει κατοχυρωμένα πνευματικά δικαιώματα και έχει χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 3.000 μελέτες. Είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει ενότητες από τις οποίες αξιολογείται η ποιότητα ζωής και υγείας. Συμπεριλαμβάνει 30 σημεία και εξετάζει λειτουργίες όπως τη γνωστική, φυσική, συναισθηματική, κοινωνική, τον λειτουργικό ρόλο του ατόμου, τα συμπτώματα και τις οικονομικές επιπτώσεις.

Ο τρόπος αξιολόγησης των πρώτων 28 ερωτήσεων είναι σε κλίμακα Likert scale από το 1 (καθόλου) έως το 4 (πολύ) και οι 29 και 30 είναι σε κλίμακα από το 1-7.

Αναλυτικότερα υπάρχουν 15 υπό-κλίμακες:

- Οι 5 αφορούν την λειτουργία του ατόμου (functional scales) όπως τη κοινωνική, συναισθηματική, γνωστική, τον ρόλο του και τη σωματική λειτουργικότητα.
- Οι 9 αφορούν συμπτώματα όπως κόπωση, διαταραχές ύπνου, ναυτία, εμετός, δυσκολία στην αναπνοή, δυσκοιλιότητα, διάρροια, διαταραχές όρεξης και οικονομικές επιπτώσεις.
- Και μία κλίμακα για την ποιότητα ζωής συνολικά. (Γαβριηλίδου, 2014)

#### **(EORTC QLQ - BR23) Ποιότητα ζωής σε άτομο που πάσχουν από καρκίνο μαστού**

Είναι ένα ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του καρκίνου το οποίο μελετά την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού. Εξετάζει τον καρκίνο μαστού σε σχέση με τη σεξουαλικότητα, την εικόνα του σώματος, τις ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία και τις προοπτικές για το μέλλον.

Αποτελείται από 23 ερωτήσεις:

- 4 ερωτήσεις για τον καρκίνο μαστού σε σχέση με την εικόνα του σώματος
- 3 ερωτήσεις σε σχέση με τη σεξουαλικότητα

- 15 ερωτήσεις σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες από την θεραπεία
- 1 ερώτηση σχετικά με τις προοπτικές για το μέλλον (Χαρακοπούλου, 2018).

**(Self-anxiety scale, SAS) Εργαλείο αυτό-αξιολόγησης άγχους του Zung:** Το εργαλείο αυτό-αξιολόγησης του άγχους, έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες για την εύρεση του άγχους αλλά και στην κλινική πράξη. Είναι μια κλίμακα αυτό-αναφοράς που περιέχει 20 θέματα. Τα 5 θέματα αφορούν στις συναισθηματικές αντιδράσεις που συνδέονται με το άγχος και τα υπόλοιπα 15 με τις σωματικές εκδηλώσεις του άγχους. Οι ερωτήσεις είναι σε κλίμακα Likert scale 4 απαντήσεων (1=καθόλου ή σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=αρκετές φορές, 4=πολλές φορές/πάντα) και ο ασθενής καλείται να απαντήσει με την κλίμακα που ανταποκρίνεται καλύτερα στη κατάσταση του. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 20-80. Η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει το λιγότερο άγχος και αυτό συγκαταλέγεται με τη μικρότερη συνολική βαθμολογία στη SAS (Γαβριηλίδου, 2014).

# Κεφάλαιο Τρίτο

## Ο ρόλος των νοσηλευτών

### 3.1 Ο ρόλος του Ογκολογικού Νοσηλευτή

Οι ασθενείς με καρκίνο χρειάζονται ποιοτική φροντίδα αλλά και νοσηλευτές με εξειδικευμένες γνώσεις στην ογκολογική νοσηλευτική. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές θα πρέπει να συνεργάζονται με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, να έχουν αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς, να προσαρμόζονται στο στρεσσωγόνο περιβάλλον της ογκολογικής φροντίδας, να διαχειρίζονται θέματα υγιεινής και ασφάλειας, καθώς να έχουν εκπαιδευτικές και ερευνητικές δεξιότητες.

Η αξιολόγηση, η εκπαίδευση, η ψυχολογική και σωματική φροντίδα του ασθενή και της οικογένειας αποτελεί μια από τις νοσηλευτικές δεξιότητες. Οι νοσηλευτές έχουν διάφορους ρόλους όπως του συνηγόρου, του συμβούλου του ασθενή, του συντονιστή φροντίδας, μάνατζερ και μέντορα των νέων νοσηλευτών.

Ο ίδιος ο νοσηλευτής επηρεάζεται από τον τύπο και την βαρύτητα του καρκίνου, την ηλικία του ογκολογικού ασθενή, τον χώρο εργασίας και τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται.

Επίσης, η εξειδίκευση των νοσηλευτών διαφέρει στον χώρο εργασίας και χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- **Κλινικοί νοσηλευτές**, εργάζονται σε νοσηλευτικά τμήματα σε 24ωρη βάση παρέχοντας βασική ογκολογική φροντίδα.
- **Εξειδικευμένοι κλινικοί ογκολογικοί νοσηλευτές**, η εργασία τους συνδυάζει τέσσερα στοιχεία: κλινική πρακτική, συμβουλευτική, εκπαίδευση και έρευνα. Είναι εξειδικευμένοι στην φροντίδα και την αντιμετώπιση συχνών συμπτωμάτων όπως η ναυτία και ο έμετος, στην φροντίδα κολοστομιών, την χορήγηση φαρμάκων από φορητές αντλίες.
- **Νοσηλευτές-Ερευνητές**, ασχολούνται με την διεξαγωγή κλινικών ερευνών και την βελτίωση της φροντίδας μέσω της έρευνας (Τσούσκας, 2014).

### **3.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάγνωση**

Εξαιρετικά σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Οι ασθενείς μετά τη διάγνωση αντιδρούν σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, αφού μάθουν την διάγνωση ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού τα συναισθήματα που τους κατακλύζουν είναι η ανησυχία, κάτι το οποίο μπορεί να φτάσει και σε κρίση πανικού. Στο δεύτερο στάδιο, αφού συνειδητοποιήσουν την διάγνωση της νόσου περικλείονται από φόβο, άγχος αλλά και από μια συνεχή άρνηση. Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο οι ασθενείς αποδέχονται τη νόσο ή έχουν ψυχολογικές επιπτώσεις δημιουργώντας επιπλοκές κατά την διάρκεια της νόσου.

Τα συναισθήματα των καρκινοπαθών είναι έντονα καθώς νιώθουν αβοήθητοι σε μεγάλο επίπεδο. Το νοσηλευτικό προσωπικό σε αυτό το σημείο πρέπει να είναι υποστηρικτικό ως προς το πρόσωπο του ασθενή, καθώς κάθε νοσηλευτική πράξη και η οποιαδήποτε επικοινωνία με τον ασθενή, επιδρά είτε θετικά είτε αρνητικά στην ψυχολογία του ίδιου του ασθενή (Κονιάρη, 1991).

Λαμβάνοντας υπόψη τα τρία στάδια αντίδρασης των ασθενών, κρίνεται απαραίτητη η νοσηλευτική προσέγγιση του ασθενούς που έχει διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού, καθώς ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει νοσηλευτική υποστήριξη στην ασθενή έπειτα από την διάγνωση της νόσου, να δημιουργήσει θετικό κλίμα ανάμεσα στον ίδιο και την ασθενή για να ευνοηθεί ο διάλογος, να ενημερώσει την ασθενή για τις μετέπειτα συναισθηματικές αλλαγές που οφείλονται στην ασθένεια, να ενημερώσει την ασθενή για τις μετέπειτα σωματικές αλλαγές που θα επέλθουν λόγω των θεραπειών (Budinetal, 2008). Επίσης να ενθαρρύνει την ασθενή να μοιραστεί τις κοινές εμπειρίες με άλλους ασθενείς, να ενθαρρύνει την ασθενή να εξωτερικεύει τα συναισθήματα και τις σκέψεις της, να ενθαρρύνει την ασθενή να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό της, να υποστηρίξει ψυχολογικά τον σύζυγο της ασθενούς και να υπάρξει ενημέρωση για την σεξουαλική λειτουργία που λόγω διάφορων αιτιολογικών παραγόντων θα είναι δυσλειτουργική, να ενημερώνει την ασθενή και τον σύζυγο για τους εναλλακτικούς τρόπους σεξουαλικής ζωής που μπορούν να έχουν, και να ενθαρρύνει την συζήτηση μεταξύ των συζύγων για το πρόβλημα που προέκυψε (McCready, 2015). Αρκετά σημαντικό κρίνεται και η άμεση επαφή των ασθενών με τους εξειδικευμένους νοσηλευτές του καρκίνου του μαστού

από την στιγμή της διάγνωσης μιας και έχει θετικό αντίκτυπο σε αυτούς. Η έγκαιρη επαφή και συνεργασία του νοσηλευτή και του ασθενή από την στιγμή της διάγνωση βοηθάει στον σχεδιασμό της ολιστικής φροντίδας αλλά και στα προγράμματα των ασθενών που έχουν επιβίωση από την ασθένεια (Mahony et al , 2019).

### **3.1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την πρόληψη**

Ο καρκίνος είναι παγκόσμια απειλή στο πέρασμα του χρόνου κλονίζοντας την υγεία των ανθρώπων και προκαλώντας προσωπικές, επαγγελματικές και οικονομικές επιπτώσεις στο σύνολο της κοινωνίας. Η πρόληψη της ασθένειας και η προαγωγή της υγείας, είναι ο κύριος στόχος της νοσηλευτικής σε όλα τα φάσματά της όπως την έρευνα, την κλινική πρακτική αλλά και στην διδασκαλία. Οι νοσηλευτές έχουν την δυνατότητα να εργάζονται σε πολλές υπηρεσίες υγείας κάτι το οποίο είναι χρήσιμο για τους ίδιους, καθώς μπορούν να επισημάνουν την σημασία της πρόληψης, να συμμετέχουν σε προγράμματα που οργανώνονται από αντικαρκινικές εταιρίες, σε προγράμματα προσυπτωματικού ελέγχου και εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης.

Όσο αφορά την πρόληψη ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογεί την ασθενή και την οικογένεια της για αυξημένο κίνδυνο, να ενημερώσει τους ασθενείς για τις δυνατότητες προγνωστικού ελέγχου, την εκτίμηση του κινδύνου και να ενθαρρύνει την συστηματική επανεξέταση σε άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, να αναγνωρίζει τα κλινικά συμπτώματα και σημεία του καρκίνου του μαστού, ώστε να τις καθοδηγεί στις κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες και να τους εκπαιδεύσει στην αυτοεξέταση μαστού.

Επίσης, θα πρέπει να προβεί στην ανάλυση των παραγόντων του τρόπου ζωής και των περιβαλλοντικών κινδύνων, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η λήψη σωματικού βάρους, η έλλειψη άσκησης, το επάγγελμα του ίδιου του ασθενή, η φαρμακευτική αγωγή, οι ορμόνες και η ψυχολογική ευεξία που συμβάλλουν στην εκτίμηση του δυνητικού κινδύνου. Ως νοσηλευτής θα πρέπει να συμβάλλει στον αντικαπνιστικό αγώνα, στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, στον περιορισμό της λήψης αλκοόλ, να αναδείξει τον συμβουλευτικό ρόλο για την υγιεινή διατροφή, τη σωματική άσκηση και να υποστηρίξει προγράμματα που σχετίζονται με την πρόληψη μεταδιδόμενων

νοσημάτων. Τα άτομα με υγιεινό τρόπο ζωής δεν νοσούν, οπότε η οποιαδήποτε συζήτηση πρέπει να είναι τεκμηριωμένη (Πατέρας και συν, 2004).

Ένα σημαντικό κομμάτι της πρόληψης είναι και το πρόγραμμα Nurse Navigator το οποίο το οποίο προσπαθεί να καταπολεμήσει το άγχος και να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνου του μαστού . Πρόκειται για ένα νέο μοντέλο το οποίο αν προστεθεί στο κλινικό περιβάλλον θα αναδείξει νέες βασικές τεκμηριωμένες πρακτικές για την ολιστική και προληπτική φροντίδα των ασθενών βοηθώντας σε καλύτερα αποτελέσματα αυτών (Rawther et al , 2016).

### **3.1.3 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία**

Πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξετάσει την επίδραση που θα έχει η θεραπεία σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο στον ασθενή, αλλά και τον τρόπο ζωής, το υποστηρικτικό περιβάλλον, τη συμμόρφωση του ασθενούς και την ικανότητα ανταπόκρισης στον εξοπλισμό.

Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα να προετοιμάσει τον ασθενή τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο για να δεχθεί τη χημειοθεραπεία. Οι βασικοί στόχοι των ενεργειών του είναι:

- παροχή των απαραίτητων πληροφοριών στον ασθενή και την οικογένεια για τις επιπτώσεις της θεραπείας,
- ενθάρρυνση του ασθενή να εξωτερικεύσει ανησυχίες και φόβους για την θεραπεία που πρόκειται να υποβληθεί,
- αποτελεσματική χορήγηση της θεραπείας με κύριο στόχο την αποφυγή τραυματισμού ή τυχόν δυσφορίας του ασθενή,
- πρόληψη των παρενεργειών και σχεδιασμός νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την ελαχιστοποίηση τους,
- ενθάρρυνση της οικογένειας για συμμετοχή στη φροντίδα του ασθενούς τόσο στο νοσοκομείο όσο και στο σπίτι,



- εντόπιση προβλημάτων που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με νοσηλευτικά μέτρα και παραπομπή στο κατάλληλο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας,
- ενθάρρυνση του ασθενή να ζήσει φυσιολογική ζωή κατά την διάρκεια της θεραπείας σύμφωνα με τις προσωπικές του επιλογές (Corner & Bailey, 2009).

Όσο αφορά στην χημειοθεραπεία, τα φάρμακα τα οποία χορηγούνται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών προκαλούν σοβαρή βλάβη στο μυελό των οστών, κάτι το οποίο δημιουργεί σοβαρές παρενέργειες και άλλα συμπτώματα όπως: αλωπεκία, ναυτία, εμετός, δερματικές αλλαγές, φθορά των αιμοφόρων αγγείων, διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση κ.ά. Ο νοσηλευτής καλείται να αξιολογήσει τις παραπάνω ανεπιθύμητες ενέργειες και να παρέμβει για την ελαχιστοποίηση τους, με κύριο στόχο την ανακούφιση του ασθενή. Συγκεκριμένα, παρατηρείται σημαντική αρνητική επίδραση στο αιμοποιητικό σύστημα από την δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Οι παρενέργειες που δημιουργούνται στον ασθενή είναι η λευκοπενία, όπου γίνεται η μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων, η θρομβοπενία όπου είναι η μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων και η αναιμία όπου υπάρχουν χαμηλές τιμές του αιματοκρίτη. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τα παραπάνω είναι οι ακόλουθες:

### **Λευκοπενία**

- Ενημέρωση του ασθενούς ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή.
- Δημιουργία καθαρού και ήρεμου περιβάλλοντος για την αποφυγή λοίμωξης.
- Παρακολούθηση των επιπέδων των λευκών αιμοσφαιρίων. Σε περίπτωση υπερβολικής πτώσης των λευκών αιμοσφαιρίων διακοπή της θεραπείας.
- Σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα λοίμωξης όπως αύξηση θερμοκρασίας, εμφάνιση οιδήματος ή ερυθρότητας, αυξημένη διούρηση κ.ά. ενημέρωση του γιατρού.
- Απολύμανση σε οποιαδήποτε διακοπή συνέχειας δέρματος.
- Αποφυγή ωμών φρούτων και φαγητών (Berker, 2002).

- Τοποθέτηση ασθενούς σε μονόκλινο δωμάτιο, αν και είναι δυνατόν, προτείνεται σε όποιον εισέλθει στο δωμάτιο να φοράει μάσκα.
- Χορήγηση αντιβιοτικών με εντολή του γιατρού.
- Αντισηψία της στοματικής κοιλότητας κάθε 4-6 ώρες, συχνό πλύσιμο χεριών, καθημερινό λουτρό.
- Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει πολυσύχναστος χώρους (Σαχίνη, 2000).

### **Θρομβοπενία**

- Συχνή παρακολούθηση των επιπέδων των αιμοπεταλίων. Οι φυσιολογικές τιμές κυμαίνονται 200.000-300.000/mm<sup>3</sup> εάν τα επίπεδα είναι <50.000 χρειάζεται άμεσα αντιμετώπιση.
- Παρακολούθηση κοπράνων, ούρων και δέρματος για πιθανή αιμορραγία (Norton 1999).
- Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Αν είναι χαμηλή είναι σημάδι εσωτερικής αιμορραγίας.
- Περιορισμός υποδόριων και ενδομυϊκών ενέσεων.
- Αποφυγή θερμομέτρησης από τον πρωκτό.
- Αποφυγή υπόθετων και υποκλυσμών.
- Για την στοματική υγιεινή συστήνεται η χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας.
- Αποφυγή ξυρίσματος.
- Ιδιαίτερη προσοχή στην χρήση αιχμηρών αντικειμένων.
- Αποφυγή κατανάλωσης ασπιρίνης (σαλικυλικά), καθώς εμποδίζει την πήκτικότητα του αίματος.
- Θα πρέπει πάντα να υπάρχει διαθέσιμο αίμα για τον ασθενή σε περίπτωση αιμορραγίας.

### **Αναιμία**

- Συχνή παρακολούθηση των επιπέδων της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη.
- Παρακολούθηση ασθενούς για συμπτώματα όπως η κόπωση και η ωχρότητα.

- Χορήγηση τροφών πλούσιων σε σίδηρο και λεύκωμα.
- Ελάττωση των δραστηριοτήτων.
- Αποφυγή κόπωσης.
- Συνιστάται ανάπαυση (Berker, 2002).
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική εντολή.
- Σε περίπτωση άμεσης αντιμετώπισης της αναιμίας κάνουμε μετάγγιση αίματος (Σαχίνη, 2000).

### **Ανορεξία**

• Αξιολόγηση των παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν ή να αυξήσουν την ανορεξία.

• Καλά ρυθμιζόμενη διαίτα που θα περιλαμβάνει μια ποικιλία φαγητών με έμφαση στην ικανοποίηση των επιθυμιών του ασθενή και χορήγηση διαιτητικών συμπληρωμάτων.

- Καθαρό, ήρεμο περιβάλλον και σωστή θέση του ασθενή.
- Μικρά και συχνά γεύματα.
- Φροντίδα του στόματος (αντιμετώπιση της στοματίτιδας, έλεγχος των δοντιών κλπ).
- Παρεντερική διατροφή όπου είναι απαραίτητο.
- Ανακούφιση από τον πόνο.
- Αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου.
- Μείωση του άγχους.
- Αποφυγή του καπνίσματος και της χρήσης οιοπνευματωδών ποτών.

### **Ναυτία και εμετός**

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική εντολή.
- Χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με άδειο στομάχι.
- Προγραμματισμός μικρών, συχνών, γευμάτων.
- Χορήγηση μαλακών τροφών γιατί διευκολύνουν την πέψη.
- Συνιστάται καλή μάσηση της τροφής (Norton 1999).
- Αποφυγή τροφών με έντονα αρώματα, καθώς αυξάνουν τη ναυτία.

- Σε περίπτωση που παρουσιαστεί ναυτία, δίνονται κομμάτια πάγου και συμβουλεύουμε την ασθενή να φάει λίγη φρυγανιά.
- Συνιστάται ανάπαυση μετά το φαγητό γιατί η δραστηριότητα επιβραδύνει την πέψη (Χανιώτης, 2002).
- Σε περίπτωση που η ασθενής είχε ναυτία, τη συμβουλεύουμε να πάρει μερικές βαθιές αναπνοές.
- Διατήρηση καθαρού και υγιεινού περιβάλλοντος χωρίς την κακοσμία εμέτων.
- Διόρθωση του ανισοζυγίου και των ηλεκτρολυτών που πιθανόν να έχουν απορρυθμιστεί (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2006).
- Ενημέρωση της ασθενούς πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.

#### **Διάρροια**

- Παρακολούθηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας της διαρροϊκής κένωσης.
- Παρακολούθηση ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- Αποφυγή τροφών που προκαλούν συσπάσεις στους κοιλιακούς μύες και τροφές που προλαμβάνουν τη διάρροια. Τέτοιες είναι: καφές, φασόλια, ξηροί καρποί, χορταρικά, φρούτα, δημητριακά, γλυκά, γαλακτοκομικά (Σαχίνη, 2000).
- Πρόσληψη μικρών συχνών γευμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας (Σαπουντζή-Κρεπιά 2004).
- Χορήγηση άφθονων υγρών ώστε να επανέλθει η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.
- Με τη διάρροια έχουμε αποβολή καλίου. Οπότε χορηγούμε τροφές όπως μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες που είναι πλούσιες σε κάλιο.
- Τοπική καθαριότητα και φροντίδα του δέρματος.
- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού (Κάρλου Χ. 2001).

#### **Δυσκοιλιότητα:**

- Παρακολούθηση των κενώσεων ανά εβδομάδα.
- Πολλά υγρά και δίαιτα με υπόλειμμα.
- Αύξηση των δραστηριοτήτων.

- Αποφυγή υποκλυσμών.

### **Στοματίτιδα- Ξηροστομία:**

Προληπτικά ο/η νοσηλεύτης/τρια πρέπει να ελέγξει την υγρασία, το χρώμα της στοματικής κοιλότητας για τυχόν αλλαγή του βλεννογόνου, να διδάξει τον ασθενή ώστε να μπορεί να αξιολογεί την στοματική του κοιλότητα και να αναφέρει τυχόν αλλαγές, να ενθαρρύνει την υγιεινή του στόματος και την λήψη άφθονων υγρών.

Εάν ο ασθενής εμφανίσει την ανεπιθύμητη ενέργεια της στοματίτιδας ο νοσηλεύτης θα πρέπει να παρέμβει ως εξής:

- Να αξιολογεί συνεχώς το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς.
- Να συμβουλεύσει τον ασθενή να κάνει πλύσεις με φυσιολογικό ορό 3-4 φορές την ημέρα.
- Να χρησιμοποιεί διαλύματα επούλωσης για την λύση του βλεννογόνου.
- Να αποφεύγει τροφές με οξύ, αλμυρό και πικάντικο περιεχόμενο.
- Συστηματική χρήση αναλγητικών και τοπικών αναισθητικών.
- Χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας.
- Συχνό ζύγισμα ασθενούς και αλλαγή διατροφής, εάν αυτή επηρεάζει την κατάποση.

### **Αλωπεκία**

Η αλωπεκία ως σύμπτωμα εμφανίζεται 2-3 εβδομάδες μετά τη χορήγηση της αρχικής δόσης του φαρμάκου. Προληπτικά ο ασθενής μπορεί να κόψει το μαλλιά και να χρησιμοποιήσει κάσκες ψύξης που ελαττώνουν την παρουσία κυτταροστατικών.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Ενημέρωση του ασθενή για την αλωπεκία και πληροφόρηση ότι τα μαλλιά ξαναβγαίνουν μετά από 8 εβδομάδες.
- Ενημέρωση του ασθενούς ότι δεν πρέπει να λούζεται συχνά και να μην χρησιμοποιεί σκληρή βούρτσα.
- Αποφυγή χρήσης βαφής μαλλιών κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας.

- Αντηλιακή κρέμα στο δέρμα του κρανίου, όταν υπάρχει μεγάλη απώλεια τριχών.
- Αποφυγή τραυματισμών του τριχωτού της κεφαλής (Πρεσβέλου και Σταμούλη, 2007).

### 3.1.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία πιστεύεται ότι μπορεί να αντικαταστήσει την μαστεκτομή. Η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται μετά από μια ογκεκτομή στον υπολειπόμενο ιστό, μπορεί να αποτρέψει μία πιθανή υποτροπή και να έχει το ίδιο αποτέλεσμα όπως μετά από μία μαστεκτομή, με τη διαφορά ότι οι ασθενείς διατηρούν το μαστό τους. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία και να πληροφορήσει την ασθενή για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που θα ακολουθήσουν. Ο νοσηλευτής οφείλει να την προετοιμάσει, να την προστατέψει και να την τονώσει ψυχολογικά κατά την διάρκεια της θεραπείας. Τα συνήθη προβλήματα που προκύπτουν κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας είναι τα παρακάτω:

- Φόβος και άγχος που οφείλεται στην έλλειψη γνώσης για την ακτινοθεραπεία. Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, συμβουλεύει για την αντιμετώπιση τους και προβαίνει σε ένα σχέδιο φροντίδας. Επίσης ενημερώνει την ασθενή για τα αναμενόμενα αποτελέσματα της θεραπείας και παροτρύνει την ασθενή να εκφράσει τους φόβους και τις σκέψεις της (Χανιώτης, 2002).

- Ακτινοδερματίτιδα που οφείλεται στην ακτινοβολία. Ο νοσηλευτής ελέγχει το δέρμα της ασθενούς στο σημείο που έχει ακτινοβοληθεί για πιθανή αφυδάτωση, κνησμό και ερύθημα. Καθαρίζει την περιοχή με χλιαρό νερό, την στεγνώνει και τοποθετεί ουδέτερες αμυλούχες κρέμες σύμφωνα με εντολή ιατρού. Εκπαιδεύει την ασθενή να προστατεύεται από τον ήλιο και το κρύο αλλά και της προτείνει να φοράει φαρδιά ρούχα (Σαχίνη 2000). Αν η ασθενής παρουσίαση εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα, η θεραπεία διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα (Hildelrey, 1997).

### **3.1.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ορμονοθεραπεία**

Στην ορμονοθεραπεία λαμβάνονται ορμόνες όπως τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και τα ανδρογόνα. Η συγκεκριμένη θεραπεία είναι συμπληρωματική για τον καρκίνο του μαστού. Τα κυριότερα προβλήματα που προκαλούνται από τη θεραπεία και οι παρεμβάσεις που οφείλει να πράξει ο νοσηλευτής είναι:

Υπερασβεστιαϊμία που οφείλεται στα ανδρογόνα που λαμβάνει η ασθενής: Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την εμφάνιση συμπτωμάτων όπως πόνοι στα οστά, κωλικοί νεφρού, χάλαση σκελετικών μυών, χορηγεί μεγάλες ποσότητες υγρών και τέλος σε περίπτωση που αυξηθούν πολύ τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα διακόπτεται η θεραπεία με ιατρική οδηγία.

Κατακράτηση νερού που οφείλεται στα υψηλά οιστρογόνα: Ο νοσηλευτής μετράει καθημερινά το σωματικό βάρος της ασθενούς, τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, εκπαιδεύει την ασθενή ώστε να περιορίσει το αλάτι στην διατροφή της, την συμβουλεύει να λαμβάνει τροφές πλούσιες σε κάλιο (μπανάνα, πορτοκάλι κλπ) και την παρακολουθεί για τυχόν οιδήματα στα σφυρά.

Πιθανή αρρενοποίηση λόγω ανδρογόνων: Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την ασθενή για πιθανή αλλαγή της φωνητικής χορδής, αύξηση του μεγέθους της κλειτορίδας, εμφάνιση τριχοφυΐας στο πρόσωπο, συμπαραστέκεται στην ασθενή, διαθέτει χρόνο και διάθεση για συζήτηση με την ασθενή.

Πιθανά προβλήματα που μπορεί να προκαλέσει η συστηματική λήψη προγεστερόνης: Ο νοσηλευτής αξιολογεί για πιθανόν οιδήματα, ίκτερο, θρομβωτικά επεισόδια, ενημερώνει την ασθενή ώστε να βρίσκεται σε επαγρύπνηση για τυχόν συμπτώματα, όπως: απότομη αύξηση του σωματικού βάρους, οίδημα άκρων, γαστρεντερικές διαταραχές, συμπτώματα εμβολικών και θρομβωτικών καταστάσεων, ώστε η ασθενής να είναι σε θέση να τα ερμηνεύει και να ενημερώνει το θεράποντα ιατρό, όταν το κρίνει αναγκαίο (Κορδαλή, 2013)

### **3.1.6 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση**

Απαραίτητη είναι η συμβολή του νοσηλευτή σε αυτό το στάδιο καθώς προετοιμάζει σωματικά και ψυχολογικά τον καρκινοπαθή για τη χειρουργική επέμβαση. Η

προετοιμασία του ασθενή σε ψυχολογικό επίπεδο είναι σημαντική για όλες τις επεμβάσεις, καθώς δημιουργείται αγωνία και φόβος με την σκέψη της χειρουργικής επέμβασης και πιο συγκεκριμένα στις γυναίκες που ετοιμάζονται για αφαίρεση του μαστού.

Ένα μέρος του γυναικείου σώματος που με την αφαίρεση του οι ασθενείς αισθάνονται ψυχικά ευάλωτες, ανασφαλείς, απόρριψη από το συζύγους, απώλεια της αισθητικής εικόνας και αυτοπεποίθησης. Γι' αυτό η ψυχική δύναμη που προσφέρεται στον ασθενή σε αυτό το στάδιο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έστω σε προ-εγχειρητικό επίπεδο κρίνεται απαραίτητο για να αντλήσει δύναμη ώστε να αντιμετωπίσει προσωπικές, κοινωνικές και οικογενειακές δυσκολίες.

Στο προ-εγχειρητικό στάδιο οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δημιουργήσουν μια εμπιστευτική ατμόσφαιρα και να δείχνουν κατανόηση στις οποιοσδήποτε αντιδράσεις του ασθενή. Η αναπτέρωση του ηθικού και η διατήρηση της ελπίδας του ασθενή θα γίνει με την σωστή εξήγηση της νόσου, ανάλυση των επιστημονικών δεδομένων για την μετεγχειρητική περίοδο, την θεραπεία και την αποκατάσταση (Πινακίδης, 1993).

Σε προ-εγχειρητικό επίπεδο ο νοσηλευτής θα πρέπει να προβεί σε μια προεγχειρητική αξιολόγηση του ασθενούς (ψυχολογική, κοινωνική, διατροφική, φαρμακευτική αγωγή, επισκόπηση δέρματος, ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών), αξιολόγηση πόνου, ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενούς (φυσιοθεραπεία, κινητοποίηση, εκπαίδευση φροντίδας τραύματος, συζήτηση θεραπευτικών επιλογών), συζήτηση όλων των θεμάτων της εικόνας του σώματος και των δυνητικών λειτουργικών αλλαγών (Τσάτη, 2015).

Ο νοσηλευτής στην διεγχειρητική φροντίδα πρέπει να κάνει λήψη ζωτικών σημείων, να αφαιρέσει τα κοσμήματα και την τεχνητή οδοντοστοιχία αν φέρει η ασθενής, να εφαρμόσει την ενδυμασία του χειρουργείου, να κάνει προ-νάρκωση στην ασθενή σύμφωνα με το πρόγραμμα της κλινικής, να μεταφέρει την ασθενή με φορείο στο χειρουργείο και τέλος να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους συγγενείς (Πινακίδης, 1993).

Άμεσοι στόχοι του νοσηλευτή στην μετεγχειρητική φροντίδα είναι η αναλγησία, η καλή αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία του ασθενούς, η αποκατάσταση της θερμοκρασίας του σώματος, η υδατο-ηλεκτρολυτική ισορροπία, η γνωστική



λειτουργία του ασθενούς και η μετεγχειρητική του σύγχυση. Μακροπρόθεσμοι στόχοι είναι η κινητοποίηση του ασθενούς, η εικόνα του σώματος, η διατροφή, η επούλωση των πληγών και ο σχεδιασμός εξιτηρίου (Τσάτη, 2015).

### **3.1.7 Ο Ρόλος του νοσηλευτή κατά την αποκατάσταση**

Η μέθοδος αποκατάστασης του μαστού μετά την μαστεκτομή που έχει υποβληθεί η ασθενής καθορίζεται από την ηλικία της, το μέγεθος του αφαιρεθέντα όγκου, την λεμφαδενική κατάσταση, την ιστολογική εικόνα, τη βιολογική και τοπική συμπεριφορά του όγκου και τέλος το σχήμα της θεραπείας. Στην σημερινή εποχή μετά από μια ριζική μαστεκτομή προτείνεται η χρήση μόνιμης προσθήκης μαστού. Ο θεράπων ιατρός καθορίζει την μέθοδο αποκατάστασης. Έπειτα από την απόφαση της μεθόδου κυρίαρχο ρόλο έχει ο νοσηλευτής στο προ-εγχειρητικό και μετεγχειρητικό επίπεδο της αποκατάστασης που οφείλει να παρέμβει στα παρακάτω προβλήματα.

#### **Προ εγχειρητικό επίπεδο αποκατάστασης**

- **Ενημέρωση της ασθενούς για τις πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές.**

Ο νοσηλευτής πρέπει να συζητήσει με την ασθενή και το οικογενειακό περιβάλλον, να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή και να ενημερώσει την ασθενή για την χρήση συσκευών παροχέτευσης (Αθανάτου, 2000).

- **Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας.**

Ο νοσηλευτής πρέπει να συζητήσει με την ασθενή, να της συμπαρασταθεί, να την τονώσει συναισθηματικά και να την συμβουλεύσει να απαλλαγεί από τα αισθήματα ενοχής και ντροπής που νιώθει (Ραγιά, 2004).

#### **Μετεγχειρητικό επίπεδο αποκατάστασης**

- **Πόνος που σχετίζεται με το τραύμα των ιστών και τον αντανεκλαστικό σπασμό που οφείλεται στην χειρουργική επέμβαση**

Ο νοσηλευτής πρέπει να εκπαιδεύσει την ασθενή ώστε να υποστηρίξει την τομή με μαξιλάρι όταν γυρίζει, βήχει και αναπνέει βαθιά, να χορηγεί αναλγητικά κατόπιν ιατρικής οδηγίας, να εξασφαλίσει καλές περιβαλλοντικές συνθήκες ώστε η ασθενής

να χαλαρώνει (Σαχίνη, 2000) και τέλος να την μάθει ειδικές ασκήσεις και θέσεις προς ελάττωση του πόνου όσο το δυνατόν περισσότερο (Σαπουντζή και Κρεπιά, 2004).

- **Κατάθλιψη ως μετεγχειρητικό πρόβλημα της επέμβασης**

Στη διάρκεια του πρώτου 24ώρου θα πρέπει να υπάρχει συνεχής επαγρύπνηση από την μεριά του νοσηλευτή για την ασθενή, να την βοηθήσει να κατανοήσει την πηγή των συναισθημάτων της και τέλος να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι τα αισθήματα κατάθλιψης είναι συνηθισμένα και παροδικά (Ραγιά, 2004).

- **Πιθανή αιμορραγία του τραύματος**

Στην πιθανή αιμορραγία του τραύματος ο νοσηλευτής πρέπει να παρέμβει αλλάζοντας συχνά το επιδεσμικό υλικό και να ελέγχει τον ασθενή για συμπτώματα όπως πυρετό, αυξημένη πίεση της περιοχής, κακή εφαρμογή του επιδεσμικού υλικού, αιμορραγία (Σαχίνη, 2000).

- **Ψυχοκοινωνική υποστήριξη**

Τα κυρίαρχα συναισθήματα των ασθενών που έχουν επιβιώσει από την ασθένεια του καρκίνου του μαστού είναι το άγχος για την επανεμφάνιση της ασθένειας, η αβεβαιότητα, η απογοήτευση και η απομόνωση. Σε αντίθεση με τους ασθενείς που κατακλύζονται από αρνητικά συναισθήματα είναι και οι ασθενείς οι οποίοι από την διάγνωση μέχρι το τέλος της θεραπείας έχουν θετικά συναισθήματα. Τέτοια συναισθήματα είναι η αυξημένη πνευματικότητα, τα αυξημένα αισθήματα για ειρήνη και φιλία, η απόδοση μεγαλύτερου νοήματος για την ζωή και τέλος η αυξημένη αυτοεκτίμηση. Οι ανωτέρω θετικές επιδράσεις θεωρούνται πλεονεκτήματα της διάγνωσης και της θεραπείας αλλά χαρακτηρίζονται και ως μετατραυματική ανάπτυξη. Έχει αποδειχθεί ότι η επαφή μεταξύ των ατόμων που βιώνουν τα δύο διαφορετικά είδη ψυχολογικών αντιδράσεων βοηθάει τους ασθενείς κυρίως που βιώνουν αρνητικά συναισθήματα.

Η παροχή υποστηρικτικής νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να βοηθήσει τους επιβιώσαντες να προσαρμοστούν στην περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας, να την αποδεχθούν με ηρεμία και να αποκτήσουν αισθήματα εκτίμησης της ζωής. Η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται από την επιλογή της παρέμβασης και από την αποδοχή εκ μέρους των ασθενών. Οι νοσηλευτές σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας μπορούν να ενημερώσουν τον ασθενή και την

οικογένεια του για τα εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία έχουν ως κύριο στόχο την ελάττωση της αβεβαιότητας των ασθενών αλλά και την ικανότητα προσαρμογής κατά την διάρκεια της επιβίωσης.

Στο πρόγραμμα συμπεριλαμβάνονται ατομικά μαθήματα, εργαστήρια και συνάντηση μικρών ομάδων που συζητάνε το θέμα της επιβίωσης. Ένας όμως από τους σημαντικότερους τρόπους ψυχοκοινωνικής υποστήριξης είναι η συμβουλευτική των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η οποιαδήποτε ανησυχία του ασθενή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται. Μέσα από την συμβουλευτική θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις προσωπικές δυνάμεις του ασθενή και στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής του (Ρηγάτος, 2000, and Kayserscott, 2010).

Εν κατακλείδι , οι ογκολογικοί νοσηλευτές και οι νοσηλευτές αποκατάστασης έχουν καθοριστικό ρόλο στην μετεγχειρητική αποκατάσταση των ασθενών που έχουν επιβιώσει από τον καρκίνο . Οι μετεγχειρητικές ασκήσεις βοηθούν στην αυξημένη κινητικότητα και την ενδυνάμωση του πάνω μέρος του σώματος . (Beverly , 2018)



### **3.1.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακουφιστική φροντίδα**

Οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο στην εκπαίδευση του καρκινοπαθούς, οφείλουν να δημιουργήσουν κατάλληλη ατμόσφαιρα όπου θα προσφέρεται ζεστασιά και άνεση με στόχο την ειλικρινή επαφή με τον ασθενή. Σημαντικό για τον νοσηλευτή δεν είναι μόνο η δημιουργία κατάλληλου κλίματος αλλά να αποτελεί πηγή ψυχικής δύναμης για τον ασθενή ο οποίος καλείται να δώσει μάχη με τον καρκίνο. Απαιτείται μια ξενάγηση στο χώρο, πληροφόρηση και ενημέρωση για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Όσο να αφορά την πορεία της υγείας του ασθενούς είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι την πληροφόρηση την κάνει ο ιατρός και ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθαρά συμπληρωματικός.

Ο κύριος σκοπός του νοσηλευτή σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, την θεραπεία, την διαδικασία αποκατάστασης μέχρι και την κοινωνική επανένταξη είναι η αναζήτηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, μια έννοια που φροντίζει για την ολιστική ευεξία του ατόμου. Όμως για την επίτευξη της καλύτερης ποιότητας ζωής θα πρέπει να αντιμετωπιστούν τα επιμέρους προβλήματα όπως ο χειρισμός/διαχείριση του καρκινικού πόνου, η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών ηθικών προβλημάτων, η αντιμετώπιση των σεξουαλικών προβλημάτων, η διατροφική υποστήριξη (αντιμετώπιση της καχεξίας) και η φροντίδα του τελικού σταδίου.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να συμβάλλουν στη διαχείριση και την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου με την εκτίμηση και αξιολόγηση της έντασης και το είδος του πόνου, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου, να γνωρίζουν άριστα την φαρμακοκινητική, τον τρόπο χορήγησης, τη δράση και τις παρενέργειες των οπιοειδών και να ενημερώσουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος της εξάρτησης.

Η φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας είναι η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου κάτι το οποίο αποτελεί στοιχειώδες δικαίωμα για τον άνθρωπο. Από το 1987 έχει καθιερωθεί η ειδικότητα της ανακουφιστικής φροντίδας τόσο στον τομέα της ιατρικής όσο και της νοσηλευτικής. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η εξέλιξη της κοινοτικής νοσηλευτικής και κυρίως της κατ' οίκον νοσηλείας όπου προφέρεται ανακουφιστική φροντίδα (Φιλιππίδου, 2015).

# Κεφάλαιο Τέταρτο

## Μεθοδολογία της έρευνας

### Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

- Τα συχνότερα ερωτηματολόγια καταγραφής της ποιότητας ζωής που χρησιμοποιούνται σε νοσηλευτικές έρευνες που αφορούν ασθενείς με καρκίνο μαστού.
- Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού υπό χημειοθεραπεία.
- Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις.
- Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού στη φάση αποκατάστασης, μετά τις θεραπείες.

### Μεθοδολογία της έρευνας

Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της εκτεταμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Αναζητήθηκαν συναφή άρθρα στην ελληνική και την ξενόγλωσση βιβλιογραφία με τα ακόλουθα κριτήρια:

- Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και στην ελληνική βάση ΙΑΤΡΟΤΕΚ. Επιπρόσθετα έγινε αναζήτηση και στο επιστημονικό περιοδικό «Βήμα του Ασκληπιού».
- Αναζητήθηκαν άρθρα στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα.
- Το χρονικό διάστημα της αναζήτησης ήταν από 1/2010 έως 12/2018.
- Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην ελληνική γλώσσα ήταν «Καρκίνος μαστού», «ποιότητα ζωής», «ο ρόλος νοσηλευτή», «θεραπεία»,

«χημειοθεραπεία», «χειρουργική επέμβαση», «αποκατάσταση». Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αγγλική γλώσσα ήταν: “breast cancer”, “quality of life”, “nurse’s role”, “therapy”, “chemotherapy”, “surgery,” “rehabilitation”.

## Κεφάλαιο Πέμπτο

### Αποτελέσματα

Με βάση την αναζήτηση των άρθρων καταλήξαμε σε 68 συνολικά άρθρα και ερευνητικές εργασίες από τα οποία τα 41 ήταν ελληνικά και τα 27 στην αγγλική γλώσσα. Επιλέξαμε συνολικά 15 άρθρα, 8 ελληνικά και 7 ξενόγλωσσα, ως τα πιο σημαντικά για την έρευνά μας. Από αυτά, τα 3 άρθρα προέρχονται από το Βήμα του Ασκληπιού και τα υπόλοιπα 5 από το περιοδικό Νοσηλευτική. Στη ξένη βιβλιογραφία και τα 7 άρθρα ήταν από διαφορετικό περιοδικό όπως το Feature, Springer Nature, BMC Women's Health, British Journal of Cancer, McGrath Foundation, Journal of Advanced Nursing και Cancer Nursing. Στους παρακάτω πίνακες (1 και 2) παρατίθενται μερικά από τα αποτελέσματα που προέκυψαν μέσω της ανασκόπησης, τα οποία ταξινομήθηκαν σύμφωνα με το τίτλο, συγγραφείς, περιοδικό, δείγμα και τα αποτελέσματά τους.

#### Πίνακας 1

ΤΙΤΛΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ	ΧΩΡΑ	ΔΕΙΓΜΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Άγχος/Κατάθλιψη γυναικών με καρκίνο μαστού και επιπτώσεις στην οικογένεια.	Αγγελούτσου και συν, 2013	Νοσηλευτική	Ελλάδα	(βιβλιογραφική ανασκόπηση)	Ο καρκίνος του μαστού προκαλεί άγχος και κατάθλιψη. Η διαδικασία της αποκατάστασης είναι επίπονη και ιδιαίτερα απαιτητική. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στην αποκατάσταση.

Η επίδραση της αποκατάστασης του μαστού σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή σε σχέση με τη ποιότητα ζωής.	Γιαννάκου & Κνέκας, 2014	Νοσηλευτική	Ελλάδα	106 ασθενείς	Κρίνεται απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας όσο να αφορά τις μεθόδους της σύγχρονης πλαστικής αποκατάστασης που επιδρούν θετικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών και την εικόνα του σώματος τους.
Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου.	Ζώης και συν, 2008	Νοσηλευτική	Ελλάδα	(βιβλιογραφική ανασκόπηση)	Το κυριότερο σύμπτωμα που εμφανίζεται στους ασθενείς είναι ο πόνος. Οι νοσηλευτές λόγω της άμεσης σχέσης που αναπτύσσουν με τους ασθενείς, οφείλουν να αναγνωρίσουν τους ασθενείς κοινωνικά, ψυχολογικά, οργανικά και πνευματικά ώστε η αντιμετώπιση του πόνου να είναι γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη.
Η βιωμένη εμπειρία της κόπωσης σε Ελληνίδες ασθενείς με καρκίνο μαστού.	Λαβδανίτη και συν, 2008	Νοσηλευτική	Ελλάδα	106 ασθενείς	Η κόπωση αποτελεί ένα πολυδιάστατο σύμπτωμα για τις γυναίκες με καρκίνο. Σε παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν δημιουργήθηκε μια κλίμακα ορίων όπου η ασθενείς μπορούν να εκφράσουν την κόπωση τους και οι νοσηλευτές να βρουν καλύτερους τρόπους για την ανακούφιση τους.
Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο.	Πολυκανδριώτη και συν, 2005	Το βήμα του Ασκληπιού	Ελλάδα	145 ασθενείς	Η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση, η μορφή του καρκίνου, το στάδιο της νόσου, την διάρκεια της νόσου, το είδος της θεραπείας και ο τόπος διαμονής. Η



					ανακούφιση των συμπτωμάτων αλλά και της ίδια της νόσου βελτιώνει την ποιότητα ζωής.
Διερεύνηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της χημειοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο μαστού.	Πολυκανδριώτη και συν, 2010	Νοσηλευτική	Ελλάδα	153 ασθενείς	Οι συνηθέστερες παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι η κόπωση, η ναυτία, ο εμετός, η κατάθλιψη, το άγχος, η δυσκοιλιότητα, η ανησυχία, η ξηροστομία και το άλγος. Αυτές οι παρενέργειες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της εξατομικευμένης νοσηλευτικής παρέμβασης.
Συμπλέγματα συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο: Συστηματική Ανασκόπηση.	Τζενάλης & Βεκίλη, 2013	Το βήμα του Ασκληπιού	Ελλάδα	(βιβλιογραφική ανασκόπηση)	Έχει αποδειχθεί πως οι πάσχοντες από καρκίνο βιώνουν πολλαπλά συμπτώματα, τόσο στην διάρκεια της ασθένειας όσο και κατά την θεραπευτική περίοδο.
Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών, με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση.	Φασόη-Μπάρκα και συν, 2010	Το βήμα του Ασκληπιού	Ελλάδα	180 ασθενείς	Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά από τον καρκίνο του μαστού. Μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών εμφανίζονται προβλήματα όπως κόπωση, πόνος, αλλαγή εικόνας του σώματος που προκαλεί stress και σεξουαλική δυσλειτουργία. Μια επιπρόσθετη παράμετρος στην ήδη επιβαρυνόμενη, κατάσταση είναι και οι οικονομικές δυσκολίες του ασθενούς.

## Πίνακας 2

ΤΙΤΛΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ	ΧΩΡΑ	ΔΕΙΓΜΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Women's rehabilitation experiences following breast cancer surgery.	Beverly et al, 2018	Feature	Αμερική	534	Η εκτέλεση μετεγχειρητικών ασκήσεων αποκατάστασης μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της ευελιξίας και της αντοχής του ανώτερου σώματος στους επιζώντες του καρκίνου του μαστού. Οι νοσηλευτές αποκατάστασης και ογκολογίας μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή μετεγχειρητικής φροντίδας αποκατάστασης στον πληθυσμό των επιζώντων του καρκίνου του μαστού.

<p>Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction.</p>	<p>Fanakidou et al, 2018</p>	<p>Springer Nature</p>	<p>Ελλάδα</p>	<p>81</p>	<p>Οι γυναίκες που έκαναν αποκατάσταση μαστών μπορεί να είχαν καλύτερη εικόνα του εαυτού τους, όμως είχαν παραπάνω σωματικά προβλήματα και ταλαιπωρήθηκαν περισσότερο. Η διαδικασία της αποκατάστασης και η ιδέα του χειρουργείου είναι αρκετά στρεσσωγόνο και βίωναν ένα έντονο άγχος. Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα αυτής της μελέτης είναι ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού που ένωσαν μοναξιά είχαν περισσότερη ανάγκη για επικοινωνία. Η επικοινωνία είναι ένας τρόπος βελτίωσης της ψυχολογικής κατάστασης των γυναικών καθώς χρειάζονται υποστήριξη για να ξαναβρουν θετικά.</p>
<p>Quality of life of breast and cervical cancer survivors.</p>	<p>Huang et al, 2017</p>	<p>BMC Women's Health</p>	<p>Κίνα</p>	<p>Ασθενείς που επέζησαν από τον καρκίνο για πάνω από 2 χρόνια</p>	<p>Όσον αφορά τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, οι συμμετέχοντες εξέθεσαν χαμηλότερη γνωστική και συναισθηματική λειτουργία. Από την άλλη πλευρά, σε σύγκριση με τους επιζήσαντες του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε όλες τις λειτουργικές διαστάσεις.</p>

New pathways of care for cancer survivors: adding the numbers.	Maher & McConnell, 2011	British Journal of Cancer	Ηνωμένο Βασίλειο	Τυχαίο	<p>Η κατανόηση του αριθμού των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο είναι πολύτιμη πληροφορία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ενημέρωση του σχεδιασμού των υπηρεσιών, παροχή περίθαλψης αλλά και στήριξη την κατάλληλη στιγμή. Οι επιζώντες του καρκίνου έχουν συνεχιζόμενες, ανεκπλήρωτες ανάγκες. Έως 10 χρόνια μετά τη διάγνωση, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού και του ορθού έχουν περισσότερες πιθανότητες να επισκεφτούν τον γενικό ιατρό τους παρά άτομα χωρίς καρκίνο. Από την άλλη πλευρά, οι επιζώντες του καρκίνου μπορούν να δαπανήσουν σημαντικό ποσό του χρόνου τους στο νοσοκομείο αρκετά χρόνια μετά τη διάγνωση.</p>
The Impact of breast care nurses: An evaluation of the McGrath Foundation's breast care nurse initiative.	Mahony et al, 2019	McGrath Foundation	Αυστραλία	153	<p>Η άμεση επαφή από την στιγμή της διάγνωσης με έναν νοσηλευτή που εξειδικεύεται στον καρκίνο του μαστού έχει θετικό αντίκτυπο στους ασθενείς. Η συγκεκριμένη εξειδίκευση έχει βοηθήσει στον σχεδιασμό της ολιστικής φροντίδας του ασθενούς αλλά και στα προγράμματα της επιβίωσης αυτών .</p>

A randomized controlled trial to evaluate the impact of a Nurse Navigator Programme on outcomes of people with breast cancer: study protocol.	Shejila et al, 2016	Journal of Advanced Nursing	Ινδία	120	Εάν η προσέγγιση της χρήσης Nurse Navigator είναι τελικά αποτελεσματική, τότε ένα νέο μοντέλο θα μπορούσε να ενσωματωθεί στο κλινικό περιβάλλον με σκοπό να προωθήσει τις βασισμένες και τεκμηριωμένες πρακτικές αλλά και την μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ασθενών.
Quality of life in women with breast cancer treated with or without chemotherapy.	Tiezzi et al, 2017	Cancer Nursing	Ηνωμένο Βασίλειο	112	Η παρούσα μελέτη απέδειξε ότι η διάγνωση και η θεραπεία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών.

## Κεφάλαιο Έκτο

### Συζήτηση

Ένα από τα θέματα που έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τις τελευταίες δεκαετίες αποτελεί ο καρκίνος του μαστού. Συγκεκριμένα, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον όσον αφορά τη ποιότητα ζωής και τον καρκίνο μαστού. Η ποιότητα ζωής αποτελεί μία πολυπαραγοντική έννοια για την οποία δεν υπάρχει ακριβής ορισμός και πλέον αποτελεί ένα πολυσυζητημένο θέμα.

Η παρούσα πτυχιική εργασία έγινε με τη μέθοδο βιβλιογραφικής ανασκόπησης της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας τις τελευταίες δεκαετίες μελετώντας τον ρόλο του νοσηλευτή στη ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού. Σε γενικό βαθμό τα αποτελέσματα των μελετών ήταν παρόμοια με μικρές διαφορές μεταξύ τους.

Ο καρκίνος αποτελεί μια νόσο όπου ανάλογα με την θέση εντόπισης του παρουσιάζει και διαφορετικά χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με έρευνα του Τζενάλη το 2013 αποδείχθηκε ότι οι καρκινοπαθείς εμφανίζουν αρκετά συμπτώματα κατά την διάρκεια της ασθένειας αλλά και κατά την θεραπεία της. Το 2008 σε έρευνα της η Λαβδανίτη

απέδειξε ότι η κόπωση είναι ένα από τα πιο σημαντικά συμπτώματα στις γυναίκες με καρκίνο . Παρόμοιες μελέτες όπως αυτή, πραγματοποιήθηκαν μέσω μιας κλίμακας που βαθμολογούσαν οι ασθενείς την κόπωση τους κάτι το οποίο διευκόλυνε τους νοσηλευτές στον σχεδιασμό της καλύτερης φροντίδας των ασθενών. Την ίδια χρονολογία ο Ζώης και συν, σε έρευνα που έκαναν κατέληξαν ότι το κυριότερο σύμπτωμα των ασθενών είναι ο πόνος. Η άμεση επαφή των νοσηλευτών με τους ασθενείς αποσκοπεί σε μια γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου. Δύο χρόνια μετά, το 2010 η Φασόη – Μπάρκα σε έρευνα της με δείγμα 180 ασθενών, κατέληξε στο ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν προβλήματα όπως πόνος, κόπωση και αλλαγή στην εικόνα του σώματος. Αυτό παράλληλα οδηγεί τους ασθενείς στην εμφάνιση του stress , της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και της οικονομικής επιβάρυνσης που αυτό έχει αρνητική επιρροή στην ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού .

Όπως προαναφέρθηκε η ποιότητα ζωής είναι μια πολυπαραγοντική έννοια που επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση, την μορφή του καρκίνου, την διάρκεια της νόσου, το στάδιο της νόσου το είδος της θεραπείας αλλά και τη τοποθεσία του ασθενούς, όπως απέδειξε η Πολυκανδριώτη το 2005 σε έρευνα της με δείγμα 145 ασθενείς. Σε αυτό το σημείο, προκύπτει ότι για να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής είναι απαραίτητη η ανακούφιση των συμπτωμάτων αλλά και της ίδιας της νόσου. Η έρευνα των Huang et al το 2017 με δείγμα ασθενείς οι οποίοι έχουν επιζήσει από τον καρκίνο τουλάχιστον για δύο χρόνια έχει αποδείξει ότι όσον αφορά την ποιότητα ζωής υπήρξε χαμηλότερη γνωστική και συναισθηματική λειτουργία. Στην συγκεκριμένη έρευνα υπάρχει σύγκριση με τους επιζήσαντες του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που αποδεικνύεται ότι οι ασθενείς είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε όλες τις λειτουργικές διαστάσεις.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2010 από την Πολυκανδριώτη και συν, με δείγμα 153 ασθενείς, παρουσιάζει τις συνηθέστερες παρενέργειες της χημειοθεραπείας όπως κόπωση, ναυτία, εμετός, κατάθλιψη, άγχος, δυσκοιλιότητα, ανησυχία, ξη-

ροστομία κ.α. Μετά την εμφάνιση αυτών κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή και ο σχεδιασμός εξατομικευμένης νοσηλευτικής παρέμβασης. Οι Tiezzi et al, το 2017 στη μελέτη που διεξήγαγαν με δείγμα 112 ασθενείς απέδειξαν ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν μειωμένη βαθμολογία σε όλους του τομείς του SF-36, ειδικά σε φυσικό επίπεδο (62,5 %), σωματικό πόνο (45 %), και συναισθηματικό επίπεδο (43,8%). Από τη άλλη πλευρά, οι γυναίκες που είχαν λάβει χημειοθεραπεία είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες SF-36 στο Physical-Role Functioning και στο Physical-Role σε σχέση με αυτές που δεν είχαν λάβει χημειοθεραπεία.

Σε έρευνα των Mahony et al, το 2019 με δείγμα 153 ασθενείς αποδείχθηκε ότι από την στιγμή της διάγνωσης, η άμεση επαφή με έναν νοσηλευτή που εξειδικεύεται στον καρκίνο του μαστού έχει θετικό αντίκτυπο στους ασθενείς. Η συγκεκριμένη εξειδίκευση έχει βοηθήσει στον σχεδιασμό της ολιστικής φροντίδας των ασθενών αλλά και στα προγράμματα επιβίωσης αυτών. Σύμφωνα με έρευνα των Maher & McConnell το 2011, με τυχαίο δείγμα έχει αποδείξει ότι γνωρίζοντας ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο βοηθάει στη ενημέρωση του σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας στην παροχή περίθαλψης αλλά και στην στήριξη την κατάλληλη στιγμή. Οι ανάγκες όσων έχουν επιζήσει από την νόσο είναι κα συνεχείς και ανεκπλήρωτες.

Σε έρευνα των Beverly et al, το 2018 με δείγμα 534 ασθενείς απέδειξε ότι οι μετεγχειρητικές ασκήσεις αποκατάστασης βοηθούν στην ευελιξία και στην αντοχή του ανώτερου σώματος των ασθενών που έχουν επιζήσει από τον καρκίνο του μαστού. Οι νοσηλευτές αποκατάστασης και ογκολογίας έχουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή της αποκατάστασης και της μετεγχειρητικής φροντίδας. Σύμφωνα με έρευνα της Αγγελοπούλου και συν, το 2013 γνωστοποιείται ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλεί στους ασθενείς άγχος και κατάθλιψη. Βέβαια η διαδικασία της αποκατάστασης είναι επίπονη και απαιτητική και κατά τη διάρκεια της η ψυχοκοινωνικοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Επιπρόσθετα σε έρευνα των Fanakidou et al, το 2018 με δείγμα 81 ασθενείς αποδεικνύεται ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση μαστών είχαν καλύτερη εικόνα για τον εαυτό τους αλλά ταλαιπωρήθηκαν περισσότερο και αντιμετώπισαν σοβαρά σωματικά προβλήματα.

Τόσο η αποκατάσταση όσο και η ιδέα του χειρουργείου προκαλούν στρες και έντονο άγχος. Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης είναι ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που νιώθουν μοναξιά έχουν περισσότερη ανάγκη για επικοινωνία. Η θετική ψυχολογική κατάσταση των γυναικών γίνεται μόνο με την επικοινωνία κι την αλληλεπίδραση με άλλα άτομα από το οικείο περιβάλλον τους.

Σε άλλη έρευνα των Rawther et al, το 2016 με δείγμα 120 ασθενείς έχει δείξει ότι χρήση του Nurse Navigator είναι αποτελεσματική και μπορεί να ενσωματωθεί στο κλινικό περιβάλλον προωθώντας βασισμένες τεκμηριωμένες πρακτικές αλλά και τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ασθενών.

## **Κεφάλαιο Έκτο**

### **Συμπεράσματα**

Στη σημερινή εποχή οι ασθένειες έχουν παρουσιάσει αυξητική τάση και ιδίως ο καρκίνος αποτελεί πλέον μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Όσον αφορά τον γυναικείο πληθυσμό, ο καρκίνος του μαστού είναι το πιο συχνό είδος καρκίνου προς εμφάνιση. Ο καρκίνος του μαστού πλέον μπορεί να θεωρηθεί θεραπεύσιμος μέσω της πρόληψης και της πρώιμης διάγνωσης και αυτός είναι ο λόγος που τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει μια πτωτική τάση στη θνησιμότητα του.

Παρ' όλα αυτά δεν παύει να έχεις σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των γυναικών και συγκεκριμένα στη ψυχολογική, σωματική αλλά και κοινωνική κατάσταση τους. Αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα όπως άγχος και φόβο, που συνδέονται με τη κακή κατάσταση της υγείας αλλά και τη αρνητική αντίληψη για τη ζωή και το μέλλον τους. Αυτά συνεπάγονται με την ανάπτυξη νέων συμπτωμάτων όπως κόπωση και κατάθλιψη αλλά και το αίσθημα του πόνου. Αρκετά σημαντική είναι η επίδραση της οικογένειας στην κοινωνική επανένταξη της γυναίκας σε ψυ-



χολογικό επίπεδο καθώς πρέπει να την εμψυχώνουν ώστε να προχωρήσει τη ζωή της και να αποδεχτεί τον εαυτό της.

Για την καταγραφή της ποιότητας ζωής υπάρχουν εργαλεία αξιολόγησης τα οποία έχουν μορφή ερωτήσεων και οι ασθενείς απαντούν σε κλίμακες. Τα πιο σημαντικά που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα: EORTC QLQ-C30 περιέχει ερωτήσεις γενικά για τη ποιότητα ζωής, EORTC QLQ - BR23 συγκεκριμένα για τη ποιότητα ζωής στον καρκίνο του μαστού, Self-anxiety scale, SAS το οποίο αποτελεί εργαλείο αξιολόγησης του άγχους.

Εξίσου αξιόλογη είναι και η συμβολή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς είναι εκείνοι που καθοδηγούν τη γυναίκα ως προς την αγωγή της αλλά και τη διαπαιδαγώγηση της για τις μετέπειτα επιπτώσεις της νόσου. Κυρίως οι ογκολογικοί νοσηλευτές έχουν πρωταρχικό ρόλο καθώς η αξιολόγηση, η εκπαίδευση, η ψυχολογική και σωματική φροντίδα του ασθενούς και της οικογένειας του αποτελεί μία από τις νοσηλευτικές δεξιότητες του. Αναλαμβάνει διάφορους ρόλους καθημερινά όπως του συνηγόρου, του συμβούλου του ασθενούς, του συντονιστή φροντίδας, μάνατζερ και μέντορα των νέων νοσηλευτών.

Οι νοσηλευτές επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού. Στη φάση της διάγνωσης οφείλει να είναι υποστηρικτικός και συμβουλευτικός προς τον ασθενή, να δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα ανάμεσα τους ώστε να ευνοηθεί ο διάλογος. Οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για τυχόν σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που μπορεί να εξέλθουν λόγω των μετέπειτα θεραπειών.

Στη φάση της θεραπείας, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για την θεραπεία, να τον προετοιμάσει, να τον προστατεύσει και να τον τονώσει ψυχολογικά ώστε να δεχθεί την θεραπεία είτε είναι φαρμακευτική είτε χειρουργική. Πρέπει να τον καθοδηγεί για την σωστή πραγμάτωση της θεραπείας αλλά και για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν. Οφείλει να βρίσκεται δίπλα του για ψυχολογική υποστήριξη και του ίδιου του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του.

Στη φάση αποκατάστασης ο νοσηλευτής αναλαμβάνει μια πιο υποστηρικτική θέση καθώς ενθαρρύνει την ασθενή ψυχολογικά για την εκτίμηση της ζωής. Παράλληλα

την βοηθάει να προσαρμοστεί στις αλλαγές που βιώνει, δηλαδή τη ζωή χωρίς καρκίνο. Επίσης οφείλει να την ενημερώσει για εκπαιδευτικά προγράμματα που θα την βοηθήσουν να δει τη ζωή διαφορετικά και θετικά.

Τέλος, παρ' όλο που ο προσδιορισμός της ποιότητας ζωής δεν είναι συγκεκριμένος αλλά η προσέγγιση του διαφοροποιείται συνεχώς, η συμβολή των νοσηλευτών είναι σημαντική. Ο νοσηλευτής έχει άμεση επίδραση στον ασθενή ως προς τη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του όπως αναπτέρωση του ηθικού και μείωση του άγχους, ως προς τη σωματική του κατάσταση με νοσηλευτικές παρεμβάσεις αλλά και ως προς τη κοινωνική του κατάσταση με τη βοήθεια προγραμμάτων επανένταξης.

### **Προτάσεις για έρευνα**

Σε μία τέτοια νόσο όπως ο καρκίνος, θεωρείται αναγκαία η πρόσβαση των ασθενών σε νοσηλευτές με τη κατάλληλη εμπειρία και εξειδίκευση. Είναι απαραίτητο να υπάρχουν εξειδικευμένοι ογκολογικοί νοσηλευτές που να συνδέουν τη γνώση και την εμπειρία αλλά και την δυνατότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Η έρευνα της ογκολογικής νοσηλευτικής θα πρέπει να εστιάζει όχι μόνο στην νόσο και τη θεραπεία της αλλά και στην επιρροή της νόσου στον ίδιο τον ασθενή και την οικογένεια του.

Είναι προφανές ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και η συμβολή του στην διαμόρφωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού είναι σημαντική. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σύμβουλοι των ασθενών και δίπλα τους καθοδηγώντας του όχι μόνο όσον αφορά το πλάνο φροντίδας αλλά προσφέροντας τους βοήθεια ώστε να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σημαντικό θα ήταν να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι, όσον αφορά τον καρκίνο μαστού αλλά και γενικά για το καρκίνο, έτσι ώστε οι νοσηλευτές να εξοικειώνονταν με τους ασθενείς ακόμα παραπάνω στο περιβάλλον τους πέραν του στρεσογόνου νοσοκομείου. Τα ευρήματα που θα ακολουθούσαν θα ήταν αξιόλογα καθώς μ' αυτό το τρόπο οι νοσηλευτές εμβαθύνουν στο αρχικό περιβάλλον των ασθενών και έτσι γνωρίζουν

και αυτόν αλλά και την οικογένεια του, η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στη ποιότητα ζωής του.

## **Βιβλιογραφία**

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

American Cancer Society (2016). Understanding a Breast Cancer Diagnosis, 2016

Corner J & Bailey C (2009) , Νοσηλευτική Ογκολογία, Το πλαίσιο φροντίδας. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη pp. 142

Harvard Medical School (2005). Καρκίνος του Μαστού, Πρόληψη και Θεραπεία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

Kayser K., Scott J.L.(2010). Ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο , Τόμος 1ος Έκδοση 1η , Εκδόσεις Πεδίο. Σελ. 52-82

Ketal, M., Κλινική Ανατομία. 2η εκδ. Αθήνα : Πασχαλίδης ,2012 :115

Netter H. F. (2011). Παθολογία βασικές αρχές, Αιματολογικές Διαταραχές, Εκδόσεις Πασχαλίδης. pp. 485

Αβραμικά Μ., Λαβδανίτη Μ(2011). Η επιβίωση του ασθενούς με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας- Ο ρόλος του νοσηλευτή. Το Βήμα του Ασκληπιού. 10(4). Σελ. 490-501

Αγγελοπούλου Ζ., Καραγκούνη Γ., Κωτσάκου Ε.(2013). Άγχος/Κατάθλιψη γυναικών με καρκίνο μαστού και επιπτώσεις στην οικογένεια. Περιοδικό Νοσηλευτική. 52(1).Σελ. 35-42

Αθανάτου Ε. (2000). Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Αθήνα: Έκδοση ΣΤ΄.

Αμδάκη Ι., Καρκίνος Μαστού και Επιπτώσεις της Χημειοθεραπείας.(2014) ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Γαβριηλίδου Δ.(2014). Η διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας ζωής σε άτομα με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής

Γιακουμάκη Ι.Μ.(2018). Ο ρόλος της συγχωρετικότητας και της αυτοσυμπόνιας των ασθενών με καρκίνο μαστού με επίπεδα της ποιότητας ζωής τους. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Γιαννάκου Κ., Κνέκας Ε.(2014). Η Επίδραση της αποκατάστασης του μαστού σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή σε σχέση με την ποιότητα ζωής, Περιοδικό Νοσηλευτική. 53(2). Σελ. 133-140

Ζαφράκας Ν., Τσαλίκης Τ., Τζεβελέκης Φ., Αργυρίου Θ., Ταρλατζής Β.(2009). Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία. 21(2). Σελ. 138-147.

Ζάχου Μ., Μπογδάνου Ε., Σύρμα Γ.(2016). Η καταγραφή της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο μαστού στην Περιφέρεια Κρήτης. ΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Ζώης Κ., Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε.(2008). Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου, Περιοδικό Νοσηλευτική. 47(2). Σελ. 167-174.

Θρουβάλα Χ, Πόγκα, Α., Περακάκης Μ.(2018). Η Διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας ζωής με καρκίνο μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. ΤΕΙ Κρήτης. Τμήμα Νοσηλευτικής

Ιατράκης Γ. Καρκίνος του μαστού , Αντιμετώπιση. Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ , Σελ . 717

Κάρλου Χ. (2001). Νοσηλευτική παρέμβαση στην ανακούφιση των συμπτωμάτων από το γαστρεντερολογικό. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία και Leonardo da Vinci. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια ογκολογίας και ψυχοογκολογίας

Κόνιαρη Ε. (1991). Καρκίνος του Μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση, Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Κονιάρη Ε. (2007). Ο καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική παρέμβαση, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα

Κοσμά Π., Μήτρου Α., Τριμίτζιου Η.,(2017). Ποιότητα ζωής και Ψυχολογικές επιπτώσεις στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού πριν και μετά την Χειρουργική επέμβαση. Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης

Κουτίβα Η. (2010). Η Ψηφιακή Μαστογραφία τον 21<sup>ο</sup> αιώνα. ΤΕΙ Καλαμάτας. Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

Λαβδανίτη Μ., Δαφνή Ο., Σωτηροπούλου Α., Λεμονίδου Χ., Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. (2008). Η βιωμένη εμπειρία της κόπωσης σε Ελληνίδες ασθενείς με καρκίνο μαστού,, Ερευνητική εργασία, Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης. 47(4). Σελ. 517-527

Μπούτου Α. (2015). Καρκίνος Μαστού Μετεγχειρητική Αποκατάσταση. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Τμήμα Νοσηλευτικής

Πατέρας Χ., Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε., Αναγνωστόπουλος Φ., Κουτσιαύτη Π., Στάνηρα Σ., Κόκκαλης Γ.Α. (2004). Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Αθήνα

Πινακίδης Μ., Μπόντης Λ. (1993). Καρκίνος Μαστού. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών University Studio Press

Πολυκανδριώτη Μ., Γερασίμου Ε., Κοτρονούλας Γ., Τσάμη Α., Ευαγγέλου Α., Κυρίτση Ε. (2010). Διερεύνηση των Ανεπιθύμητων Ενεργειών της Χημειοθεραπείας σε Ασθενείς με Καρκίνο Μαστού, Περιοδικό Νοσηλευτική 2010. 49(4). Σελ. 377-386.

Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε., Βλάχος Χ., Δημητρακοπούλου Π., Κερμέλη Π., Κουκουλάρης Δ., Κυρίτση Ε.(2005). Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο, Το Βήμα του Ασκληπιού. 4(2). Σελ. 93

Πρεσβέλου Ι, Σταμούλη Σ.(2007). Καρκίνος Μαστού-Ο Νοσηλευτικός Ρόλος. ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Νοσηλευτικής

Ραγιά Χ. Α., (2004). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, έκδοση Δ΄. Αθήνα.

Ρηγάτος Γ.(2000). Ψυχοκοινωνική ογκολογία , τόμος 1<sup>ος</sup> , Έκδοση 1<sup>η</sup> , Εκδόσεις Ascent. Σελ. 75-137

Σαπουντζή Δ., Κρελιά (2004). Χρόνια ασθένεια. Μια ολιστική προσέγγιση, έκδοση Β΄. Αθήνα: Έλλην

Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2000). Παθολογική και χειρουργική, τόμος Β΄. Αθήνα: Βήτα

Τζεναλής Ν. Α., Βεκίλη Ι. (2013). Συμπλέγματα συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο: Συστηματική Ανασκόπηση, Το Βήμα του Ασκληπιού, 12(3)

Τριχάκη Α. (2008). Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας: Η Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού. ΤΕΙ Καλαμάτας, Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

Τσίκαρη, Α. (2015). Οι απόψεις των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής

Τσούσκας Λ. (2014). Κλινική ογκολογία -Αρχές ογκολογικής νοσηλευτικής φροντίδας , 1η Έκδοση, Εκδόσεις University Studio Press , Αθήνα. Σελ. 102-165

Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ.(2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 18(3). Σελ. 218-229

Φιλιππίδου Σ. (2015). Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακουφιστική και υποστηρικτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο μαστού, ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

Χανιώτης Ι. Φ., Χανιώτης Ι. Δ. (2002). Νοσολογία - Παθολογία, τόμος Α΄. Αθήνα: Λίτσας

Χαρακοπούλου Σ. (2018). Αυτοεκτίμηση και Ποιότητα Ζωής γυναικών με μαστεκτομή. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

### **Ξένη Βιβλιογραφία**

American Joint Committee on Cancer Breast In: AJCC Cancer Staging Manual(2017). 8th ed. New York, pp. 589. Springer

Becker S., Choti M. (2002). Breast Disease in The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilking.

Beverly R., Zhang B (2018) Women's rehabilitation experiences following breast cancer surgery. *Rehabilitation Nursing* , 43(4) , 195-200

Bexker S., Choti M. (2002) Breast Diseases. In: Bankowski BJ, Hearn AE, Lamprou NC, Fox HE, Wallach EE (eds). The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetris. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins

Bistian B. (1986). Some practical and theoretical concepts in the nutritional assessment of the cancer patient at 1863-1865, 1986.

Brown G., Harris T. (1978) Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women.

Campbell A., (1976) Subjective measures of well-being. *AmPsychol.* 31 (2). pp. 117-124

Clark L. (1991) Caring for fungating tumours. *Nursing Times* 88. pp. 84-85

De Wys WDF. (1980) Nutritional care of the cancer patient. *Journal of American Medical Association.* pp. 374-376

Dood M/J., Onishi K., Dibble S.L., Larson P.(1996). Differences in nausea, vomiting and retching between younger and older outpatients receiving cancer chemotherapy. *Cancer Nursing.* pp. 155-161

Fanakidou I., Zyga S., Alikari V., Tsironi M., Stathoulis J., Theofilou P.(2018). Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Qual life res.* pp. 539-543

Hardman J.G., Limbird L.E., Molinoff P.B., Ruddon R.W., Gilman A.G. (eds.) (1996). Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 9<sup>th</sup> edition. New York: McGraw Hill.

Hidelrey L.J (1997). Radiotherapy in Groenwold S.L, Hansen-Frogge M., Goodman M, Yorbo C.H: *Cancer Nursing Principles and Practice*, 4th edition, Toronto, Canada: Jones and Barlett Publishers.

Huang H., Tsai W., Chou W., Hung Y., Liu L., Huang K., Wang W., Leung K., Hsieh R., Kung P. (2017) Quality of life of breast and cervical cancer survivors, *BMC Women's Health* 17(30).

- Jenns K. Importance of nausea. *Cancer Nursing* 17. pp 488-493
- Kinne D. W., DeCosse J. J.(1982). Modified radical mastectomy for carcinoma of the breast. *Am Surg.* 48. pp. 543-546.
- Klijn J.G.M., Janin N., Cortes-Funes H., Colomer R. (1997). Current controversies in cancer: should prophylactic surgery be used in women with a high risk of breast cancer? *European Journal of Cancer*, 33,2149-2159.
- Lewis A.(1982). The social psychology of taxation. *British Journal of Social Psychology* 1982. 21(2). pp. 151-158
- Logan V.(1995). Incidence and prevalence of lymphoedema: a literature review. *Journal of Nursing*(4). pp. 213-219.
- Maher J, McConnel H.(2011). New pathways of care for cancer survivors: adding the numbers. *British Journal of Cancer*(105). pp. 5-10
- Mahony J., Masters H., Townsend J. , Hagerty F . , Fodero L . , Scuteri J . , Doromal D. , (2019) The Impact of breast care nurses: An evaluation of the McGrath Foundation's breast care nurse initiative. *Asia Pac J Oncol Nurse*: 6 :28-34
- McCall, S.(1975). Quality of life. *Social Indicators Research*(2). pp. 229-248
- National Comprehensive Cancer Network (2017). *Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer* [Accessed from here 9 June 2019]
- Neal K.(1991). Treating fungating lesion. *Nursing Times*(87). pp. 84-85.
- Norton Larry (1999). Kinetic concepts in the systemic drug therapy of breast cancer. *Seminars in Oncology*
- O'Connor P., Brown G.(1984). Supportive relationships: fact or fancy? *J SocPers Rels* 1984. pp. 159-175.
- Piper B. F. , Lindsey A. M. , Dodd M. J.(1987) Fatigue mechanisms in cancer patients: *Developing Nursing Theory*. pp. 17–23
- Rawther S. , Pai M. , Fernandes D. , Mathew S. , Binou V . , Chakrabarty J. , Devi E. , George A. , Nayak B. (2016) A Randomized controlled trial to evaluate the impact of a Nurse Navigator Programme on outcomes of people with breast cancer : study protocol. *Journal of Advanced Nursing* 73(4), 977-978



Smith I , Walsh G. , Jones A et al(1995). High complete remission rates with primary neoadjuvant infusional chemotherapy for large early breast cancer . Journal of Clinical Oncology ,1995. pp. 424 -429

Tiezzi M. F , Andrade J. M, Romao A. , Tiezzi D., Lerri M., Carrara H., Lara L.(2017). Quality of Life in Women With Breast Cancer Treated With or Without Chemotherapy . Cancer Nursing 40

Williams J. B, Pang D., et. Al(2009). A model of gene-environment interaction reveals altered mammary gland gene expression and increased tumor growth following social isolation, Cancer Prev Res pp. 850-856.

World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life