



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΡΑΜΠΟΥΣΙΑ ΜΑΡΙΝΕΛΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΕΧΛΟΥ ΛΑΜΠΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ, 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με το πέρας της εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με στήριξε την περίοδο της συγγραφής της πτυχιακής μου εργασίας και καθ' όλη την περίοδο των σπουδών μου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την εποπτεύουσα καθηγήτριά μου, κα. Μπέγλου Λαμπρινή που με τη βοήθεια και την καθοδήγηση της επιτευχθεί η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή με θέμα «Ψυχολογικές επιπτώσεις γυναικών με καρκίνο μαστού και νοσηλευτικές παρεμβάσεις» εκπονήθηκε για το τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών.

Το κίνητρο για να εκπονηθεί η συγκεκριμένη εργασία ήταν η συχνή επαφή που έχουμε ως φοιτητές νοσηλευτικής με καρκινοπαθείς ασθενείς κατά την διάρκεια της πρακτικής και κλινικής άσκησης. Η εργασία γίνεται με σκοπό να γνωρίσουμε λίγο καλύτερα τα συναισθήματα που βιώνουν οι καρκινοπαθείς καθώς παρατηρείται ελάχιστη ενασχόληση με την συναισθηματική κατάσταση αυτών στα νοσοκομεία. Επιπλέον θα γίνει παράθεση των τρόπων που ο κλάδος μας μπορεί να συμβάλει στην ψυχολογική ευημερία της ασθενούς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια από τις συχνότερες μορφές καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες του σύγχρονου κόσμου. Αν και όλες γνωρίζουν κάποια πράγματα για την νόσο, η ιδέα με την πραγματικότητα διαφέρει. Δηλαδή εάν μια γυναίκα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού παρουσιάζει έντονα συναισθήματα που είναι αβέβαιο ότι μπορεί να τα διαχειριστεί μόνη της.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αναφορά των συναισθημάτων που βιώνει η ασθενής με καρκίνο μαστού και πως ο νοσηλευτής εντάσσεται στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων που επιφέρει η νόσος.

Η **μεθοδολογία** που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης, περιλαμβάνει συλλογή υλικού κυρίως από επιστημονικές σελίδες, άρθρα και βιβλία που ήταν ηλεκτρονικά διαθέσιμα στις επιστημονικές βάσεις δεδομένων Pub Med και Google Scholar.

Τα **αποτελέσματα** της βιβλιογραφικής ανασκόπησης έδειξαν ότι η νόσος επηρεάζει και την ψυχική υγεία της ασθενούς προκαλώντας συναισθήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, στρες, κόπωση. Η παρουσία ψυχολογικών διακυμάνσεων αποτελεί μια αναμενόμενη και φυσιολογική αντίδραση. Για να παραμείνουν αρχικά φυσιολογικά τα επίπεδα των ψυχολογικών διαταραχών, για να ελαττωθούν στην συνέχεια και σίγουρα για να αποτραπεί η επιδείνωση τους, απαιτείται ένας ενεργός νοσηλευτής. Χρειάζεται ένας νοσηλευτής που θα ενημερώνει την κοινότητα σχετικά με την ασθένεια ώστε να προάγεται μια αποτελεσματικότερη πρόληψη. Ακόμα, ο νοσηλευτής συμβάλλει στην διατήρηση μιας καλής ψυχολογίας κατά την διάρκεια της ασθένειας με απώτερο στόχο την προαγωγή μια καλύτερης ποιότητας ζωής.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος του μαστού, ψυχολογικές διαταραχές, ψυχολογική κατάσταση, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ρόλος νοσηλευτή

ABSTRACT

Breast cancer constitutes one of the most common type of cancer which affect women of the modern world. Even though every woman knows some things about the disease, the idea of it defers from the reality. Which means that if a woman diagnosed with breast cancer, will present intense feelings that are unsure she can manage by herself.

The **purpose** of this study is to refer the feelings the breast cancer patient is having and how the nurse is participating in the treatment of psychological reverberations the disease brings.

The **methodology** for the study was made by data collection which were mainly gathered from valid databases such as PubMed and Google Scholar.

As a **Conclusion** of the study, it seems that the disease affects also patient's psychological health, causing feelings such as anxiety, depression, stress, fatigue. The present of psychological problems constitutes an expected and normal reaction. To remain normal the levels of psychological problems, to reduce them after and finally to avoid the worst, it is demanded a nurse. A nurse who informs the community about the disease so that he will promote a more effective prevention. Furthermore, the nurse contributes to the maintenance of a good mood during disease so that there is a promotion for a better quality of life.

Key words: breast cancer, psychological disorders, psychological condition, nursing interventions, the role of nurse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΑΣΤΟ	9
1.1 Ανατομία-Φυσιολογία μαστού	9
1.2 Παθολογία.....	10
1.2.1 Καλοήθεις παθήσεις.....	10
1.2.2 Κακοήθεις παθήσεις.....	11
1.3 Ορισμός	12
1.4 Αιτιολογία της νόσου και παράγοντες κινδύνου	12
1.5 Κλινική εικόνα και διάγνωση	14
1.6 Ταξινόμηση καρκίνου μαστού	16
1.7 Μεταστάσεις	20
1.8 Θεραπεία της νόσου	20
1.9 Πρόγνωση-Πρόληψη	23
1.9.1 Πρωτογενής Πρόληψη	24
1.9.2 Δευτερογενής Πρόληψη.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	28
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	28
2.1 Συναισθήματα που βιώνει η ασθενής	28
2.2 Ποιότητα Ζωής	38
2.3 Η επίδραση της νόσου στις διαπροσωπικές σχέσεις.....	40
2.4 Αλλαγές στην σεξουαλικότητα και γονιμότητα	43
2.5 Διάγνωση και αντιμετώπιση ψυχολογικής κατάστασης.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	49
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	49
3.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στην πρόληψη και στην διάγνωση	49
3.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	55
3.2.1 Προεγχειρητικό και διεγχειρητικό στάδιο	55

3.2.2 Μετεγχειρητικό στάδιο	59
3.3 Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από τον νοσηλευτή	66
3.3.1 Το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	76
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	76
4.1 1 ^ο Περιστατικό.....	76
4.2 2 ^ο Περιστατικό.....	80
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	87
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	87
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	94

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί μια ασθένεια που δεν πρωτοεμφανίστηκε στην σύγχρονη εποχή αλλά λόγω του τρόπου ζωής, μαστίζει στις μέρες μας. Η αγχώδης καθημερινότητα, ο σύγχρονος, καθιστικός τρόπος ζωής καθώς και το γεμάτο καυσαέρια περιβάλλον της πόλης συμβάλλουν στη συχνότερη εμφάνιση της νόσου. Ο καρκίνος προσβάλλει, χωρίς διακρίσεις, και τα δυο φύλα, στις γυναίκες συνήθως τον μαστό. Καμία γυναίκα δεν πιστεύει πως θα τύχει σε αυτήν και όταν της τυχαίνει επικρατεί ένα χάος συναισθημάτων για το αβέβαιο μέλλον.

Η νόσος φαίνεται να επιδρά στην ψυχολογία της ασθενούς προκαλώντας αρνητικά συναισθήματα που παρεμποδίζουν την βελτίωση της υγείας της. Οι φορείς υγείας, αντιλαμβανόμενοι ότι η ψυχική ηρεμία συνεισφέρει στην καλή υγεία, προσπαθούν να διατηρήσουν μια ισορροπία, επικοινωνώντας με την πάσχουσα με διάλογο και με την επίλυση όλων της των ανασφαλειών.

Αρχικά, θα αναφερθεί η δομή του μαστού και τότε αρχίζει να θεωρείται η παρουσία ενός όγκου κακοήθι. Όταν διευκρινιστεί η κακοήθεια θα δοθούν προτάσεις θεραπείας, πρόληψης και πρόγνωσης. Κατόπιν, θα αφήσουμε το γενικό κομμάτι του μαστού και θα ασχοληθούμε στοχευμένα με τα συναισθήματα των γυναικών που νοσούν. Θα κατονομαστούν τα συναισθήματα και θα αναλυθεί πως επηρεάζεται η ποιότητα ζωής, η σχέση με τον σύντροφο και το οικογενειακό περιβάλλον. Θα αποσαφηνιστούν οι αιτίες ψυχικής διαταραχής λόγω των θεραπειών και τέλος αυτό το κομμάτι θα κλείσει αισιόδοξα παραθέτοντας την δυνατότητα που παρέχεται πλέον σε αυτές τις γυναίκες να κυοφορήσουν.

Το επόμενο μεγάλο μέρος της εργασίας αποτελεί ο ρόλος του νοσηλευτή. Αρχικά, αναφέρεται το καθηκοντολόγιο του νοσηλευτικού προσωπικού από το στάδιο της πρόληψης έως το μετεγχειρητικό στάδιο και κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας. Παρακάτω γίνεται διευκρίνηση της σημαντικότητας να παρέχει ο νοσηλευτής ψυχολογική υποστήριξη στις ασθενείς και με ποιόν τρόπο θα καταφέρει να τις προσεγγίσει. Τέλος, θίγονται κάποιοι παράγοντες που παρεμποδίζουν τους νοσηλευτές να παρέχουν την ψυχολογική υποστήριξη.

Η εργασία ολοκληρώνεται έχοντας καταλήξει σε κάποια συμπεράσματα αφού πρώτα έχουν δοθεί δυο παραδείγματα νοσηλευτικής διεργασίας. Αναπόσπαστο κομμάτι αποτελεί η καταγραφή των πηγών που χρησιμοποιήθηκαν αξιοποιώντας τις πληροφορίες τους για την εκτέλεση της πτυχιακής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΑΣΤΟ

1.1 Ανατομία-Φυσιολογία μαστού

Κάθε γυναικείος μαστός τοποθετείται μπροστά στο θωρακικό τοίχωμα. Εκτείνεται από την 2η μέχρι την 7η πλευρά και από το έξω χείλος του στέρνου έως και την μέση μασχαλιαία γραμμή. Στο κέντρο του βρίσκεται η θηλή και γύρω από αυτή η θηλαία άλως. Εσωτερικά αποτελείται από το μαζικό αδένα, λίπος και συνδετικό ιστό. Ο μαζικός αδένας συνίσταται από περιμαστικό λίπος και δέρμα και μέσω των αδενοκυψελίδων του παράγεται το μητρικό γάλα και οι πόροι που το μεταφέρουν. Μέσω των πόρων δημιουργούνται 15-25 λόβια στον αδένα. Περαιτέρω τα λόβια υποδιαιρούνται σε πόρους και αδενικά λοβίδια, το σύνολο των οποίων αποτελεί τελική πορολοβιακή μονάδα του μαζικού αδένα (De Silva, 2018).

Το λίπος βρίσκεται γύρω από τον μαζικό αδένα και ο συνδετικός ιστός παράγει ένα ινώδες δίκτυο που στηρίζει και δίνει σχήμα στον αδένα. Ο συνδετικός ιστός διαμορφώνει τους συνδέσμους του Cooper και διαχωρίζεται από τα λόβια. Οι σύνδεσμοι Cooper μαζί με δύο πέταλα συνδετικού ιστού συμβάλλουν στην χαλαρή στήριξη του μαστού στην καθορισμένη θέση (Akram et al., 2017).

Οι μαστοί διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα ως προς το μέγεθος και το σχήμα. Η κατάσταση των μαστών μεταβάλλεται από την εφηβική ηλικία μέχρι την ηλικία που οι γυναίκες εισέρχονται στην εμμηνόπαυση. Αρχικά, κατά την νεαρή ηλικία, οι μαστοί παραμένουν πυκνοί, κυρίως λόγω έκκρισης ορμονών (οιστρογόνων, προγεστερόνης). Με το πέρασμα των χρόνων η πυκνότητα μειώνεται και το λίπος καταλαμβάνει την θέση του αδενικού ιστού και των λόβιων (Κελλαρτζής και συν., 2007).

1.2 Παθολογία

Δεν είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις που μπορεί να εμφανιστεί κάποια ασυνήθιστη συμπεριφορά στους μαστούς των γυναικών και να προκληθεί ανησυχία. Η παθολογία αυτών είναι κάτι σύνηθες και ίσως και αναπόφευκτο. Οι παθήσεις που πιθανόν λαμβάνουν χώρα διαχωρίζονται σε καλοήθειες και σε κακοήθειες παθήσεις . Οι καλοήθειες παθήσεις αποτελούν παθήσεις που δεν αποβαίνουν μοιραία για την απώλεια της ζωής.

1.2.1 Καλοήθειες παθήσεις

Τέτοιες είναι: **1. Απώλεια υγρού από την θηλή.** Η απώλεια αυτή εξετάζεται με κυτταρολογικό έλεγχο και σε καμία περίπτωση δεν οδηγεί στο συμπέρασμα της κακοήθειας . Οφείλεται σε χορήγηση φαρμάκων, μαστεκτομή, θυρεοειδεκτομή, θωρακοτομή, αμηνόρροια-γαλακτόρροια (σύνδρομο Chiari-Frommel).

2.Μασταλγία. Είναι κυρίαρχη αιτία προσέλευσης των γυναικών στον γυναικολόγο-μαστολόγο. Ο πόνος στο μαστό μπορεί να οφείλεται σε ενδομαστικά ή εξωσωματικά αίτια. Έτσι διακρίνεται σε μασταλγία εξωμαστικής αιτιολογίας, ενδομαστικής αιτιολογίας και μασταλγία από καρκινοφοβία (De Silva, 2018).

3.Συγγενής ανωμαλίες του μαστού. Αφορά δυσμορφίες σχετικά με τις θηλές και το σημείο των μαστών, οι οποίες παρουσιάζονται ήδη από την γέννηση του βρέφους και σπάνια σε μεγαλύτερη ηλικία. Ειδικότερα, μπορεί να υπάρχει πολυθηλία ή αθηλία δηλαδή παρουσία πολλών θηλών ή απουσία μιας ή και των δύο αυτών αντίστοιχα. Επίσης μπορεί να έχουν διαμορφωθεί διαταραχές στους μαστούς, όπως αμαστία, υποπλασία, ανισομαστία, έκτοπος μαστός, σωληνωτός μαστός και γιγαντομαστία. Που συγκεκριμένα είναι υποανάπτυξη του στήθους κατά την εφηβεία, πολύ μικρό μέγεθος , ανομοιόμορφο στο σχήμα και στο μέγεθος, κληρονομική διαταραχή, ανωμαλία του σχήματος του μαστού και πολύ μεγάλο μέγεθος των μαστών .

4.Φλεγμονή μαστού. Εκδήλωση φλεγμονής όπως μαστίτιδα, απόστημα μαστού, συρίγγιο, έκζεμα και άλλες ειδικότερες φλεγμονές σε χρονική περίοδο κατά την οποία η γυναίκα δεν θηλάζει.

5.Καλοήθειες όγκοι του μαστού. Σύνηθες είναι η κύστη μαστού , μια καλοήθους μάζα που δεν πονάει πάντα την γυναίκα απαραίτητα. Γίνεται λήψη του υγρού που περιέχει η κύστη (παρακέντηση) και έπειτα γίνεται κυτταρολογική εξέταση του υλικού.

Ένας ακόμα όγκος είναι το ινοαδένωμα. Εμφανίζεται σε πιο νεαρές ηλικίες λόγω της έντασης των ορμονών, ως ένα σκληρό ογκίδιο, ομαλό και με κινητικότητα.

Παρόμοιο με το ινοαδένωμα είναι το φυλλοειδές κυστεόσαρκωμα, όπου υπάρχει κίνδυνος να υποτροπιάσει οπότε θα χρειαστεί χειρουργική παρέμβαση.

Τέλος, το λίπωμα είναι ένα κινητό, με απουσία πόνου ογκίδιο που εντοπίζεται στον υποδόριο χώρο (Creagan, 2006).

6. Παθήσεις απότοκες θηλασμού: Επώδυνες θηλές και ραγάδες, γαλακτοκήλη, σχίσσιμο της ρώγας, απόστημα του μαστού.

7. Ινοκυστικές αλλοιώσεις. Θεωρείται η ύπαρξη πολλών μικρών κύστεων και στους δύο μαστούς γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους. Οι μικρές αυτές κύστες είναι περισσότερες αριθμητικά και με έντονο πόνο πριν την έμμηνο ρύση και λιγότερες και με λιγότερο πόνο με την έναρξη αυτής.

8. Έκταση των πόρων. Ορίζεται η αύξηση του πλάτους και παράλληλα η μείωση του μήκους των γαλακτοφόρων πόρων και αποτελεί μια φυσιολογική μεταβολή που επέρχεται με το πέρασμα του χρόνου (Solanki & Visscher, 2020).

1.2.2 Κακοήθεις παθήσεις

Οι κακοήθεις παθήσεις είναι επικίνδυνες για την διατήρηση της ζωής, πιο επώδυνες και απαιτούν πιο άμεση κινητοποίηση.

1. Διηθητικό πορογενές αδenoκαρκίνωμα. Είναι τύπος καρκίνου στους γαλακτοφόρους αδένες και μπορεί να μετατοπιστεί σε άλλα σημεία του μαστού, ακόμα και σε άλλα σημεία του σώματος.

2. Θηλώδες καρκίνωμα. Πολύ σπανία μορφή καρκίνου των μαστών σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας (De Silva, 2018).

3. Βλεννώδης καρκίνωμα. Εμφανίζεται σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας με την μορφή κυττάρων καρκίνου μέσα στην βλέννη. Διαχωρίζεται σε γνήσια, μικτά και δικήν σφραγιστήρος δακτυλίου καρκίνωμα.

4. Σωληνώδες καρκίνωμα. Καρκίνωμα μικρού μεγέθους.

5. Αδenoκυστικό καρκίνωμα. Μια κακοήθης πάθηση με ελάχιστες πιθανότητες εμφάνισης. Η αφαίρεσή του πραγματοποιείται με μαστεκτομή.

6. Λοβιακό καρκίνωμα. Αντιπροσωπεύει το 10-15% των διηθητικών καρκινωμάτων και μπορεί να εμφανιστεί και στους δύο μαστούς.

7.Μυελώδες καρκίνωμα. Παρουσία ελαστικού όγκου σε γυναίκες άνω των πενήντα ετών με περιοχές νέκρωσης ή αιμορραγίας.

8.Φλεγμονώδες καρκίνωμα. Ο μαστός υπέστη φλεγμονή και αποτελεί μια σοβαρή κακοήθεια.

9.Νόσος Paget της θηλής. Υπάρχει αναφορά για κνησμό και έκζεμα στην θηλή (Akram et al., 2017).

1.3 Ορισμός

Καρκίνος είναι μια εξελιγμένη κακοήθεια στα κύτταρα που διαπερνά όλους τους υγιείς ιστούς του οργάνου που έχει προσβληθεί και μπορεί να επεκταθεί και σε άλλα σημεία του σώματος. Στην Αμερική ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη πιο θανατηφόρο νόσο, μετά τις καρδιαγγειακές νόσους. Οι συχνότεροι είναι του μαστού, του προστάτη, του πνεύμονα, του εντέρου και του δέρματος. Ανάλογα με το αν θα προσβάλει τους επιθηλιακούς ιστούς, τους μεσεγχυματικούς, τα λεμφοκύτταρα, τα κύτταρα του αίματος, κατηγοριοποιείται σε καρκινώματα, σαρκώματα, λεμφώματα και σε λευχαιμία αντίστοιχα (Κρεατσάς, 2002).

Καρκίνος του μαστού είναι η παρουσία πολυάριθμων παθολογικών κυττάρων στην περιοχή του μαστού που οδηγεί στην δημιουργία κακοήθι όγκου. Αποτελεί την πρώτη θανατηφόρο κυτταρική νόσο στις γυναίκες και μια από τις πιο συχνές μορφές καρκίνου. Τα προσβεβλημένα από καρκίνο κύτταρα μπορούν να προχωρήσουν και στην καταστροφή άλλων ιστών του οργανισμού και αυτό να αποβεί μοιραίο για την διατήρηση της ζωής (Creagan, 2006).

1.4 Αιτιολογία της νόσου και παράγοντες κινδύνου

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν εξακριβωμένα στοιχεία που να επιβεβαιώνουν, ότι ο καρκίνος του μαστού προέρχεται από κάποιο συγκεκριμένο ιό ή μικρόβιο. Αυτό που γνωρίζουμε είναι πως η εκδήλωση της νόσου μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς ή εξωτερικούς παράγοντες. Οι οποίοι κρίνονται καταλυτικοί για την έγκυρη αξιολόγηση και διάγνωση του καρκίνου.

Παράγοντες κινδύνου αποτελούν:

Κληρονομικότητα: Τα γονίδια BRCA 1 και BRCA 2 όταν έχουν υποβληθεί σε αλλοίωση του γενετικού υλικού θεωρούνται υπεύθυνα για την εκδήλωση του καρκίνου του μαστού (Pollanky & Shwab, 2019).

Ηλικία: Συνήθως η πιθανότητα εμφάνισης αυξάνεται με την μεγαλύτερη ηλικία. Γυναίκες ηλικίας 15-39 έχουν 0,5% πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού, 40-59 έχουν 4% και άνω των 60 έχουν 7%. Συνεπώς όσο μεγαλύτερη σε ηλικία η γυναίκα τόσο πιο επιρρεπής στο να εμφανίσει καρκίνο του μαστού.

Διαταραχές της εμμήνου ρύσης: Η έναρξη της περιόδου σε πολύ νεαρή ηλικία και η τελική λήξη της εμμηνορρυσίας σε ηλικία άνω των 55 ετών φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης καρκίνου μαστού.

Αλκοόλ: Δεν είναι απόλυτα συνδεδεμένο με τον καρκίνο του μαστού, όσο ίσως είναι η αλληλεπίδραση του με τα οιστρογόνα. Νέα στοιχεία δείχνουν ότι παίζει ρόλο η ποσότητα και η συχνότητα μεν, αλλά και η ηλικία που άρχισε η κατανάλωση. Επιπλέον παρατηρείται ότι γυναίκες που υπερκαταναλώνουν οινοπνευματώδη μετά την θεραπεία είναι πιθανόν να νοσήσουν ξανά.

Κάπνισμα: Όπως και σε άλλες νόσους έτσι και εδώ το κάπνισμα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του ασθενούς.

Ακτινοβολία: Η έκθεση του στήθους στην ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου μαστού.

Λήψη αντισυλληπτικών χαπιών: Λόγω των οιστρογόνων, που είναι συστατικά των αντισυλληπτικών, υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου. Βέβαια αυτό δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί πλήρως.

Παχυσαρκία: Το Αμερικανικό Ίδρυμα Έρευνας του Καρκίνου δημοσίευσε ότι η αύξηση του σωματικού βάρους λόγω λίπους αυξάνει κατά 17% τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου. Επιπρόσθετα, αναφέρεται όσο μεγαλύτερη ηλικία τόσο πιο πιθανή η έκθεση στον καρκίνο εάν αυξηθεί αδικαιολόγητα το βάρος.

Ιστορικό καρκίνου: Εάν κάποια γυναίκα έχει εμφανίσει καρκίνο γενετικών οργάνων (μήτρας, ωοθηκών, μαστού) δεν αποκλείεται η επανεμφάνιση καρκίνου.

Καθιστική ζωή: Σχετίζεται πάλι με τα οιστρογόνα, καθώς εάν η γυναίκα αθλείται ρυθμίζει καλύτερα την έμμηνο ρύση, συνεπώς τα οιστρογόνα.

Θεραπεία της ορμονικής αποκατάστασης: Κατάλληλη για την φάση της εμμηνόπαυσης και προστασία για την LDL. Ο κίνδυνος ελαττώνεται με το πέρας δυο ετών λήξης της θεραπείας (Μαρκόπουλος, 2008).

1.5 Κλινική εικόνα και διάγνωση

Οι γυναίκες θα πρέπει να αγαπούν τον εαυτό τους και να τον φροντίζουν. Οπότε θα ήταν πολύ ωφέλιμο για τις ίδιες να ψηλαφούν το στήθος τους συχνά και να το παρατηρούν για τυχόν ασυνήθιστα σημάδια. Εάν εμφανίσουν σημάδια όπως, αδικαιολόγητη αλλαγή στο μέγεθος ή στο σχήμα των μαστών, ασυνέχεια δέρματος στην περιοχή, αποβολή υγρού/αίματος από την θηλή σε συνδυασμό με ερυθρότητα, θα πρέπει να απευθυνθούν άμεσα στην γυναικολόγο.

Η κλινική εικόνα δεν είναι μια συγκεκριμένη, αλλά βασίζεται στο στάδιο που βρίσκεται ο καρκίνος και στο πόσο τα καρκινικά κύτταρα έχουν προσβάλει τους υγιείς ιστούς. Άρα ανάλογα με το στάδιο της εξέλιξης της κακοήθειας, διαμορφώνεται και η σχετική κλινική εικόνα της ασθενούς (Μαρκόπουλος, 2008).

Η διάγνωση πραγματοποιείται με:

Λήψη ιστορικού και φυσική εξέταση: Θα πρέπει να γίνεται εκτενείς λήψη προσωπικού και οικογενειακού ιστορικού με αναφορές στην ηλικία κατά την εμμηνόπαυση, εγκυμοσύνες και αν έχει γίνει λήψη αντισυλληπτικών από το στόμα ή θεραπεία αντικατάστασης ορμονών. Το προσωπικό ιστορικό σχετίζεται με την ηλικία διάγνωσης του καρκίνου, βιοψίες μαστού και χρήση ακτινοθεραπειών για άλλους τύπους καρκίνου. Το οικογενειακό ιστορικό σχετίζεται με την κληρονομικότητα, δηλαδή εάν έχει εμφανίσει καρκίνο μαστού ή ωοθηκών κάποια συγγενής πρώτου βαθμού.

Η φυσική εξέταση σχετίζεται με εξέταση των μαστών, της περιοχής γύρω από τον λαιμό και τον αυχένα, των μασχαλών. Επιπλέον, γίνεται εξέταση των μαστών για πιθανές παραμορφώσεις και λεμφαδένων που τείνουν να διογκώνονται σε γυναίκες που νοσούν.

Αυτοεξέταση: Οι γιατροί καθοδηγούν τις γυναίκες για να ψηλαφούν σωστά τους μαστούς ώστε να εντοπίζουν έγκαιρα διαφορές στο σχήμα και στο μέγεθος τους.

Απεικόνιση μαστών με υπέρηχους: Το υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει τους γιατρούς να εντοπίσουν όγκους μαστών που δεν ήταν ορατή σε μαστογραφία, επειδή η ευαισθησία της μαστογραφίας είναι μικρότερη σε παχιά στήθη. Με τον υπέρηχο φαίνεται το μέγεθος και η θέση του όγκου, που μπορεί να περιέχει υγρό ή στερεό και

έπειτα θα πρέπει να γίνει βιοψία για επιβεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει καρκίνος. Αποτελεί κατάλληλη εξέταση για έγκυρη διάγνωση σε νεαρότερες γυναίκες.

Πυρηνική ιατρική: Εισάγεται ένα ραδιοφάρμακο (φάρμακο με ραδιενεργή ουσία) και μέσω της ακτινογραφίας εμφανίζεται από αντιληπτικούς ανιχνευτές εκπομπών, που περιέχουν κάμερες gamma και ανιχνευτές PET , εξωτερικά στο σώμα του ασθενούς. Οι συνδυασμοί CT με κάμερες gamma και CT με PET δρουν θετικά για την πιο αποτελεσματική αναγνώριση της νόσου.

Ηλεκτρονική τομογραφία εκπομπής φωτονίων (SPECT): Χρησιμοποιούνται ραδιονουκλείδια όπως γάλλιο και ιώδιο που εκπέμπουν ακτίνες gamma. Είναι μια αποτελεσματική σάρωση και είναι ακριβής για τον μαστό. Ακόμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ανίχνευση καρκίνου σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, η ποσότητα ακτινοβολίας που εκπέμπει δεν είναι επίφοβη για την υγεία και τέλος μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αναγνώριση πρωτοπαθών και μεταστατικών καρκίνων.

Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET/CT): Το PET/CT χρησιμοποιεί ασφαλή ακτινοβολία και ραδιονουκλείδια που εκπέμπουν ποζιτρόνια (οξυγόνο, άνθρακα, φθορίδιο). Ο συχνά χρησιμοποιούμενος ιχνηθέτης στην τομογραφία είναι ένας ραδιενεργός τύπος. Εάν υπάρχουν καρκινικά κύτταρα ή μεταβολές στους ιστούς εμφανίζονται στην σάρωση. CT μαζί με PET, δίνουν στοιχεία για καταστάσεις που επιδρούν στα όργανα του σώματος. Εξυπηρετούν στην έγκυρη διάγνωση μεταστάσεων που με τις τακτικές απεικονίσεις δεν είναι ευδιάκριτες. Έτσι μεταβάλλεται η σταδιοποίηση του καρκίνου κατά 25%. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων συμβάλλει στον προγραμματισμό διαχείρισης της πρωτογενούς ασθένειας και στην αναδιοργάνωση μετά την υποτροπή της ασθένειας και την παρακολούθηση της θεραπείας (Shamsi & Pirayesh, 2017).

Δείκτες όγκου: Θεωρείται ότι οι δείκτες όγκου με την κατάλληλη εξειδίκευση και ευαισθησία θα πρέπει να υπολογίζονται σε όλα τα στάδια του καρκίνου. Με την κατάλληλη χρήση των δεικτών επιλέγεται η θεραπεία που αρμόζει στο τύπο του καρκίνου.

Ca 15-3: Κατάλληλη για ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Τα επίπεδα είναι υψηλά κατά την διάρκεια της νόσου και υποχωρούν με την αντιμετώπιση της. Όμως τα επίπεδα μπορεί να εμφανιστούν υψηλά και σε άλλους καρκίνους και στην ηπατίτιδα και σε καλοήθεις παθήσεις του μαστού.

Υποδοχείς οιστρογόνου και προγεστερόνης: Οι καρκινικοί ιστοί εξετάζονται για υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης και το αντιγόνο HER2. Δίνουν στοιχεία όσο αφορά τον βαθμό της επιθετικότητας του καρκίνου και την αλληλεπίδραση κάποιων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Ανοσοιστοχημεία: Η ανοσοιστοχημεία παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την παθολογία του μαστού.

Μαγνητική τομογραφία: Αποτελεί την πιο αξιόπιστη εξέταση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα όταν οφείλεται σε γενετική μετάλλαξη BRCA1 και BRAC2 και συμβαδίζουν με την αδenoπάθεια της μασχαλιαίας λέμφου.

Βιοψία μαστού: Είναι η κορυφαία τεχνική για την διάγνωση του καρκίνου.

Πραγματοποιείται μία τριπλή δοκιμή που περιλαμβάνει απεικόνιση του μαστού, κλινική εξέταση και την βιοψία έτσι ώστε οι πιθανότητες για ψευδώς αρνητικά να είναι ελάχιστες.

Παρακέντηση με λεπτή βελόνη: Γίνεται λήψη κυττάρων από την περιοχή του μαστού που έχει παρουσιάσει ανωμαλία. Επιπλέον μπορεί να υποβληθεί η γυναίκα σε υπέρηχο για καλύτερη καθοδήγηση και σε τοπική αναισθησία στο σημείο της παρακέντησης.

Ψηφιακή μαστογραφία: Είναι κατάλληλη για πυκνούς ιστούς, αλλά δεν μπορούμε να βασιστούμε πλήρως στην συγκεκριμένη διάγνωση. Δεν απορρίπτεται η πιθανότητα να βγει ψευδώς θετικό ή ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα (Akram et al., 2017).

1.6 Ταξινόμηση καρκίνου μαστού

Εάν κάποια γυναίκα διαγνωστεί με καρκίνο το επόμενο βήμα είναι να διαπιστωθεί πόσο απειλητική για την ζωή μπορεί να φανεί η κακοήθεια. Εκτιμάτε το μέγεθος και ο τύπος του όγκο και ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης ταξινομείται σε στάδια του καρκίνου του μαστού. Οι γιατροί αξιοποιούν τα στάδια του καρκίνου του μαστού για να αξιολογήσουν και τα επίπεδα επιβίωσης και θνησιμότητας. Ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης, οι όγκοι κατανέμονται σε στάδια από το στάδιο 0 έως το στάδιο IV.

Μεταξύ των σταδίων 0 και IV, μεσολαβούν τα στάδια I,IIA,IIB,IIIA,IIIB. Όσο μικρότερος ο αριθμός κατανομής στην κλίμακα αυτή τόσο μικρότερος και ο κίνδυνος εξάπλωσης του καρκίνου (Yalcin, 2013).

Το στάδιο καθορίζεται από το σύστημα TNM της Αμερικανικής Μικτής Επιτροπής για τον Καρκίνο. Υπάρχουν κλινικά και παθολογικά κριτήρια διαχωρισμού του καρκίνου σε στάδια.

Το παθολογικό/χειρουργικό στάδιο σχετίζεται με τον ιστό που αφαιρείται ενώ το κλινικό περιλαμβάνει φυσική εξέταση, βιοψία και απεικόνιση όταν είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί χειρουργική παρέμβαση. Το κλινικό στάδιο μπορεί να λειτουργήσει ως οδηγός για θεραπεία αλλά το παθολογικό στάδιο είναι πιο αξιόπιστο για την εκτίμηση της εξάπλωσης του καρκίνου του μαστού.

Το σύστημα TNM αντιπροσωπεύει:

- α) T τον όγκο, δηλαδή ποιο είναι το μέγεθος του και κατά πόσο έχει διεισδύσει σε άλλα όργανα
- β) N τους λεμφαδένες, εάν ο καρκίνος έχει φτάσει σε λεμφαδένες και αν ναι σε πόσους
- γ) M την μετάσταση, πόσα απομακρυσμένα όργανα έχει προσβάλει (Cserni et al., 2018).

Επιπλέον ρόλο παίζει η κατάσταση του υποδοχέα οιστρογόνου, του υποδοχέα προγεστερόνης και η κατάσταση της ορμόνης Her2 (ορμόνη που παράγει ο καρκίνος) αλλά και κατά πόσο τα καρκινικά κύτταρα μοιάζουν με τα φυσιολογικά κύτταρα. Αφού ληφθούν υπόψιν οι παραπάνω παράγοντες, ακολουθεί το στάδιο ομαδοποίησης.

Το "T" παίρνει τιμές από το 0 έως το 4 για να περιγράψει το μέγεθος του όγκου και κατά πόσο αυτός έχει προσβάλλει το δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα κάτω από το στήθος. Όσο μεγαλύτερο η τιμή του T τόσο πιο εξαπλωμένος ο όγκος στους ιστούς του σώματος.

TX: Δεν μπορεί να αξιολογηθεί ο πρωτογενής όγκος

T0: Δεν υπάρχουν ενδείξεις πρωτογενούς όγκου

Tis: Καρκίνωμα insitu

- T1: Ο όγκος δεν ξεπερνά τα 2cm σε μήκος
T2: Το μήκος του όγκου κυμαίνεται μεταξύ 2 με 5 cm
T3: Το μήκος είναι παραπάνω από 5cm
T4: Ανεξάρτητα από το μέγεθος εμφανίζεται στο τοίχωμα του στήθους ή στο δέρμα.

Το "N" αριθμείται από το 0 έως το 3 και εξετάζει κατά πόσο έχει προχωρήσει ο καρκίνος στους λεμφαδένες κοντά στο στήθος. Η σταδιοποίηση των λεμφαδένων εξαρτάται από την εμφάνιση των κόμβων κάτω από το μικροσκόπιο. Για να αλλάξει στάδιο N θα πρέπει τα καρκινικά κύτταρα θα πρέπει να είναι πάνω από 200.

Διαφορετικά σημειώνεται με συντομογραφίες(i+/mol=) ως τύπος ειδικής δοκιμής για την αναγνώριση της εξάπλωσης. Η μικρομετάσταση είναι εξάπλωση του καρκίνου όχι περισσότερο από 2mm αλλά να ξεπερνάει τα 0,2 mm, ενώ όταν το μέγεθος είναι παραπάνω ονομάζονται μακρομεταστάσεις.

NX: Αδύνατη η εκτίμηση των κοντινών λεμφαδένων.

N0: Δεν παρουσιάζεται επέκταση σε κοντινούς λεμφαδένες

NO(i +): Τα καρκινικά κύτταρα δεν θα είναι παραπάνω από 200 και με διάμετρο μικρότερη από 0,2mm.

NO(mol +): Μέσω της τεχνικής RT-PCR(μοριακό τεστ) ανιχνεύονται καρκινικά κύτταρα που δεν είναι ευδιάκριτα εύκολα στους λεμφαδένες.

N1: Ο καρκίνος έχει επεκταθεί 1-3 λεμφαδένες μασχάλης.

N1mi: Επέκταση του καρκίνου με μικρομεταστάσεις στους λεμφαδένες κάτω από τον βραχίονα με μήκος 0,2mm αλλά διάμετρο μικρότερη από 2mm.

N1a: Με το γράμμα a δηλώνεται συγκεκριμένα ότι ο όγκος περνάει σε μέγεθος τα 2mm

N1b: Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε εσωτερικούς μαστικούς λεμφαδένες στην ίδια πλευρά με τον καρκίνο, αλλά αυτή η εξάπλωση μπορεί να βρεθεί μόνο σε βιοψία λεμφαδένων φρουρού.

N1c: Υπάρχει συνδυασμός των χαρακτηριστικών του N1a και N1b.

N2: Η κακοήθεια έχει επεκταθεί 4-9 λεμφαδένες κάτω από τον βραχίονα.

N2a: Εδώ ο καρκίνος έχει επεκταθεί πάνω από 2 mm

N2b: Ο όγκος επεκτείνεται σε αρκετούς λεμφαδένες και έτσι μπορεί να δούμε μεταστάσεις.

N3a: Ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε πάνω από 10 μασχαλιαίους λεμφαδένες και διάμετρο μεγαλύτερη από 2mm.

N3b: Βρίσκεται σε ένα μασχαλιαίο λεμφαδένα και έχει εξαπλωθεί στους εσωτερικούς μαστικούς λεμφαδένες. Ακόμα θα μπορούσε το στάδιο N3b να αντιπροσωπεύει την επέκταση του καρκίνου σε παραπάνω από 4 λεμφαδένες και να παρουσιάζονται στην βιοψία λεμφαδένων φρουρού.

N3c: Η κακοήθεια έχει διεισδύσει στους λεμφαδένες πάνω από τον λαιμό

Το M παίρνει τιμές 0-1 ανάλογα με το εάν υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα όπως πνεύμονες, ήπαρ, οστά.

MX: Δεν υπάρχει ορατή μετάσταση

M0: Δεν παρατηρείται καμία μετάσταση κατά την διάρκεια της εξέτασης.

cM0: Παρουσία καρκινικών κυττάρων στο αίμα ή στον μυελό των οστών ή σε λεμφαδένες πέρα της μασχάλης.

M1: Μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα (American Cancer Society, 2019; <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/stages-of-breast-cancer.html>).

Στάδιο 0: Αποτελεί στάδιο έγκυρης διάγνωσης του καρκίνου. Τα καρκινικά κύτταρα δεν έχουν αναπτυχθεί εντός ή εκτός σε άλλα υγιή κύτταρα. Σε αυτό το στάδιο εντοπίζεται ο καρκίνος insitu.

Στάδιο 1: Ο καρκίνος δεν έχει αναπτυχθεί πέρα από τον μαστό. Υπάρχουν δύο υποκατηγορίες, η 1A και η 1B. Η πρώτη δηλώνει ότι ο όγκος δεν έχει διάμετρο πάνω από 2cm και δεν έχει προσβάλει κανέναν από τους λεμφαδένες. Αντίθετα το 1B δηλώνει ότι έχουν βρεθεί καρκινικά κύτταρα σε λεμφαδένες με μέγεθος μεγαλύτερο από 0,2 mm.

Στάδιο 2: Παρατηρούνται τρεις περιπτώσεις. Αρχικά η μια είναι ο όγκος να έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες κάτω από τον βραχίονα (μασχαλιαίους αδένες) χωρίς να έχει προσβάλει ο όγκος το στήθος. Σε μια άλλη περίπτωση ο όγκος μπορεί να έχει μέγεθος μεταξύ 2cm με 5cm χωρίς απαραίτητα η κακοήθεια να έχει φτάσει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Ακόμα θα μπορούσε να έχει μεγαλύτερο μέγεθος και να έχει εξαπλωθεί.

Στάδιο 3: Διαχωρίζεται σε 3A, 3B και 3C στάδια. Το 3A δηλώνει απουσία όγκου στο μαστό αλλά πιθανότητα εμφάνισης του σε 4-9 λεμφαδένες μασχάλης. Το 3B ,ότι ο

όγκος μπορεί να δημιουργήσει οίδημα στην επιφάνεια του δέρματος και να επεκταθεί μέχρι και 9 μασχालιαίους αδένες. Το στάδιο 3B μπορεί να ονομαστεί φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού. Στο 3C στάδιο ο όγκος έχει προσβάλει δέκα, ίσως και περισσότερους, μασχालιαίους αδένες αλλά και λεμφαδένες γύρω από το σημείο της κλείδας.

Στάδιο 4: Σε αυτό το στάδιο ο καρκίνος έχει ξεφύγει από τον έλεγχο γύρω από τον μαστό και έχει προσβάλει και άλλα όργανα με μεταστάσεις. Τα όργανα που προσβάλλονται είναι συνήθως τα οστά, οι πνεύμονες, το συκώτι και ο εγκέφαλος (Akram et al., 2017).

1.7 Μεταστάσεις

Όταν ο καρκίνος του μαστού είναι πλέον στο τέταρτο στάδιο μπορεί να φτάσει και σε άλλα σημεία του σώματος και να εμφανιστεί η παθολογία είτε άμεσα είτε να ανιχνευτεί αργότερα. Τα όργανα τα οποία προσβάλλονται από μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού είναι το συκώτι, οι πνεύμονες, τα οστά και ο εγκέφαλος. Αρχικά τα καρκινικά κύτταρα προσβάλλουν τα γειτονικά υγιή κύτταρα και σιγά σιγά μετατρέπονται όλο και περισσότερα υγιή σε καρκινικά κύτταρα. Στη συνέχεια, μέσω των τοίχων των λεμφαδένων (κυρίως των μασχालιαίων) και των αιμοφόρων αγγείων φτάνουν στο λεμφικό και στο κυκλοφορικό σύστημα. Τέλος εξαπλώνονται και εγκαθίστανται σε άλλα όργανα συγκεντρώνοντας μικρά καρκινικά κύτταρα και δημιουργώντας έτσι τις λεγόμενες μεταστάσεις (Weigelt B et al., 2005).

1.8 Θεραπεία της νόσου

Η τεχνολογία σήμερα έχει συμβάλει στην άμεση δράση προς την αναγνώριση και έπειτα θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Το ποια θεραπεία είναι κατάλληλη εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου, το μέγεθος του όγκου, τις πιθανότητες για μετάσταση, την ηλικία της γυναίκας, την γενική κατάσταση της υγείας της, ορμονικές διαταραχές και το ιστορικό εμμηνόπαυσης.

Ως πρώτη γραμμή αντιμετώπισης είναι η χειρουργική θεραπεία και έπειτα αν κρίνει ο γιατρός με την ιστολογική εξέταση θα προχωρήσει σε άλλες συχνές μεθόδους θεραπείας για την ολική καταστροφή των καρκινικών κυττάρων όπως ακτινοθεραπεία. Συνιστάται η φαρμακευτική αγωγή για να αποφευχθεί η μετάσταση σε άλλα όργανα και αν αυτό αποτύχει προχωράμε σε ορμονική θεραπεία και σε χημειοθεραπεία (Maughan et al., 2010).

Η χειρουργική επέμβαση ονομάζεται μαστεκτομή και πραγματοποιείται με αφαίρεση του ιστού που έχει προσβληθεί από καρκινικά κύτταρα. Η μαστεκτομή έχει πολλά είδη που προσαρμόζονται στα διάφορα μεγέθη και θέσεις της κακοπάθειας. Η τμηματεκτομή αποτελεί έναν τρόπο χειρουργικής επέμβασης για αφαίρεση όγκων μικρότερων από 4 cm και αυτών που δεν έχουν κάνει μεταστάσεις σε άλλους ιστούς ή λεμφαδένες. Η υποδόρια μαστεκτομή απομακρύνει κομμάτι της θηλής και του αδένου και στην συνέχεια με πλαστική χειρουργική θα επανέλθει αισθητικά η όψη του μαστού. Η απλή μαστεκτομή είναι κατάλληλη για καρκίνωμα *in situ* και προσδιορίζεται για την αφαίρεση του μαστικού αδένου. Δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστη χωρίς την ακτινοθεραπεία. Η μερική μαστεκτομή αποσύρει το μέρος του μαστού και των λεμφαδένων της μασχάλης που έχουν προσβληθεί. Όμως επειδή δεν αποκλείει τον κίνδυνο να έχει απομείνει καρκίνος χρειάζεται και ακτινοθεραπεία. Η ριζική μαστεκτομή επιλέγεται μόνο εάν ο καρκίνος είναι προχωρημένου σταδίου επειδή μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στην υγεία και ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας. Τέλος, η ογκεκτομή μαζί με ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται σε γυναίκες που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο της νόσου (Osborne & Borgen, 1990).

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται με την χορήγηση φαρμάκων για να επιβραδύνει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων και να αποτρέψει τις μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Προηγείται της χειρουργικής, ώστε να ελαττωθεί το μέγεθος του όγκου και να είναι πιο επιτυχής η μετέπειτα μαστεκτομή. Τα καρκινικά κύτταρα είναι πιο ευάλωτα από τα φυσιολογικά στα φάρμακα της χημειοθεραπείας και υπάρχουν πολλοί συνδυασμοί φαρμάκων για να προσαρμόζονται ανάλογα το στάδιο του καρκίνου. Οι αρνητικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας σχετίζονται με την ευαισθησία οργάνων και γενικότερα του οργανισμού. Άρα ως μειονεκτήματα αυτής θεωρούνται η πτώση των μαλλιών, το αίσθημα κόπωσης, ναυτίας, μούδιασμα στα

άκρα, διάρροια, ανορεξία, αδυναμία και ευαισθησία σε λοιμώξεις (Akram et al., 2017).

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζει ακτίνες X για να εξοντώσει τα καρκινικά κύτταρα. Υπάρχουν δύο είδη ακτινοθεραπείας, η εσωτερική και η εξωτερική. Η εσωτερική ακτινογραφία γίνεται μέσω μίας ραδιενεργής ουσίας που δρα στοχευμένα στην κακοπάθεια και χρησιμοποιείται κυρίως όταν ο καρκίνος έχει υποστεί πολλές μεταστάσεις φτάνοντας στα οστά. Η εσωτερική ραδιενέργεια καταπραΰνει τον πόνο των οστών. Σχετικά με την εξωτερική ραδιενέργεια, μια μηχανή δρα με ακτινοβολία έναντι του καρκίνου του μαστού. Αποτελεί κυρίως μετεγχειρητική θεραπεία κατάλληλη για έκθεση στην ακτινοβολία του θωρακικού τοιχώματος σε προχωρημένου σταδίου καρκίνου του μαστού. Επιπλέον μπορεί να χρησιμοποιηθεί προεγχειρητικά με στόχο την σμίλευση του μεγέθους του όγκου. Χάρη στην σύγχρονη εξέλιξη της ιατρικής υπάρχει και η βραχυθεραπεία, η οποία είναι η εισαγωγή ειδικής συσκευής για να ακτινοβολεί μετά την επέμβαση το σημείο όπου παρατηρήθηκε αρχικά ο καρκίνος. Τα πλεονεκτήματά της ακτινοθεραπείας είναι ότι τα ποσοστά επιβίωσης σε χρήση της θεραπείας αυτής αυξάνονται ενώ οι πιθανότητες επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού μειώνονται. Αναπόφευκτες είναι οι παρενέργειες που επιφέρει η έκθεση του οργανισμού σε X ακτίνες. Για αυτό το λόγο οι ασθενείς παρουσιάζουν αίσθημα κόπωσης, ξηρό δέρμα, ευαισθησία στην έκθεση στον ήλιο. Οι γιατροί για να αποφευχθούν οι δυσχέρειες αυτές συστήνουν άνετα φαρδιά ρούχα, καλή ενυδάτωση και περιποίηση του δέρματος, σωστή θρέψη και όχι έντονη σωματική άσκηση (Akram et al., 2017).

Η ορμονική θεραπεία σχετίζεται άμεσα με τις ορμόνες προγεστερόνη και οιστρογόνα που είναι υπεύθυνες για την διατήρηση της εμμηνου ρύσης. Η ορμονική θεραπεία διαφέρει από τις άλλες στο γεγονός ότι τα φάρμακα που χορηγούνται δρουν στοχευμένα στο σημείο της κακοπάθειας (τοπική θεραπεία). Η φαρμακευτική αγωγή όχι μόνο εμποδίζει να συνδεθούν οι ορμόνες με τα προσβεβλημένα κύτταρα αλλά και τα καταστρέφει. Υπάρχουν και συγκεκριμένα φάρμακα με στόχο το HER2. HER2 είναι μία ορμόνη που συμβάλλει στην ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων του μαστού. Αναφορικά υπάρχουν τα Trastuzumab, Pertuzumab, Ado-trastuzumabemtansive και Lapatinid (Akram et al., 2017).

Αν και είναι λιγότερο επιβλαβές από την χημειοθεραπεία η προσπάθεια καταστολής της λειτουργίας των ορμονών μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα όπως νυχτερινή εφίδρωση, εξάψεις, ξηρότητα του κόλπου, θρόμβωση, καρκίνο της μήτρας, καταρράκτη, εγκεφαλικό επεισόδιο ακόμα και οστεοπόρωση (Draganescu & Carmocan, 2017).

Οι δύο βασικοί παράγοντες για το αν θα επιλεγθεί η συντηρητική χειρουργική θεραπεία ή η μαστεκτομή είναι η επαναφορά ενός καλαίσθητου αποτελέσματος στην ανάπλαση του μαστού και η αποφυγή τοπικής υποτροπής. Οι νεαρές γυναίκες προτιμούν την συντηρητική αποκατάσταση αλλά έχει φανεί πως διατρέχουν πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες για υποτροπή σε αυτού του τύπου παρέμβασης από ότι στην μαστεκτομή. Η υποτροπή περιλαμβάνει διήθηση αγγείου, αγγειακή εισβολή και εκτομή. Οπότε συνιστάται σε νεαρές γυναίκες να χορηγείται και υποστηρικτική θεραπεία (Kasum et al., 2014).

Το ποια θεραπεία είναι κατάλληλη αποφασίζεται από τον επαγγελματία υγείας και την υπηρεσία παροχής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Η απόφαση λαμβάνεται αφού αξιολογηθεί το μέγεθος και ο βαθμός του όγκου, η κατάσταση των λεμφαδένων, η κατάσταση των οιστρογόνων και η παρουσία της ορμόνης HER. Επιπλέον ρόλο για την επιλογή της θεραπείας παίζει η ηλικία της ασθενούς και αν βρίσκεται στην εμμηνόπαυση (Ronn & Holzer, 2015).

1.9 Πρόγνωση-Πρόληψη

Μέλημα της πρόγνωσης είναι να γίνει έγκυρη πιθανή αναγνώριση του καρκίνου με στόχο αύξηση του ποσοστού αποτελεσματικής θεραπείας και επιβίωσης. Δεν μπορούμε να ορίσουμε ένα συγκεκριμένο μοτίβο για την πρόγνωση καθώς τα καρκινικά κύτταρα μεταβάλλονται συνεχώς. Βασίζεται σε αλληλεπίδραση του σταδίου της νόσου, την ηλικία, περιβαλλοντικούς και πολιτισμικούς παράγοντες και την μορφή της θεραπείας. Κυρίως στις υποανάπτυκτες χώρες θα πρέπει να γίνουν αλματώδεις παρεμβάσεις καθώς πολλές γυναίκες χάνουν την ζωή τους από την νόσο. Οι γυναίκες ανεξάρτητα αν νοσούν ή όχι θα πρέπει να πραγματοποιούν εξετάσεις για

να αναγνωριστεί πιθανόν παθολογία μαστών και αν υπάρχει να γίνει έγκυρη παρέμβαση συνεπώς και οικονομικότερη (Anderson MD et al., 2003).

Η πρώτη σωστή κίνηση είναι να υπάρξουν προγράμματα που θα ενημερώνουν και θα ευαισθητοποιούν τις γυναίκες σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Επιπλέον αν υπήρχε η πιθανότητα για πρόσβαση στην πιο συνηθισμένη εξέταση (μαστογραφία) από ασφαλισμένες και μη γυναίκες θα λειτουργούσε θετικά η πρόγνωση.

Μέσω της πρόγνωσης γίνεται ανίχνευση του καρκίνου σε πρώιμα στάδια, άρα αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχής απομάκρυνσης των καρκινικών κυττάρων και η παροχή μιας υγιής φυσιολογικής καθημερινότητας (American Cancer Society, 2019; <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/stages-of-breast-cancer.html>).

Η πρόληψη του καρκίνου διαχωρίζεται σε πρωτογενή και σε δευτερογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την αποτροπή καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του μαστού ενώ στην δευτερογενή η νόσος υπάρχει σε αρχικό στάδιο και ως στόχος τίθεται η πλήρης απομάκρυνσή του από τον οργανισμό.

1.9.1 Πρωτογενής Πρόληψη

Στην πρωτογενή πρόληψη υπάρχουν οι εξωγενείς παράγοντες που συνδέεται με το εξωτερικό περιβάλλον και οι ενδογενείς παράγοντες που συνδέονται με τον οργανισμό του ανθρώπου. Άρα σκοπός της πρόληψης είναι να μειώσει την επιρροή των εξωτερικών παραγόντων και να ρυθμίσει τις ορμονικές και αναπαραγωγικές διαταραχές.

Έχει παρατηρηθεί, χωρίς να έχει επιβεβαιωθεί ότι οι γυναίκες που καπνίζουν, καταναλώνουν αλκοόλ και δεν προσέχουν την διατροφή τους είναι πιο επιρρεπής να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Το κομμάτι της διατροφής εξετάζεται αρκετά χρόνια και οι έρευνες δηλώνουν πως η τήρηση ενός προγράμματος διατροφής μεσογειακού μοντέλου ενισχύει την υγεία της γυναίκας. Η σωστή διατροφή επισημαίνεται όχι μόνο πριν την εμφάνιση της νόσου αλλά και μετά την διάγνωσή της. Η συχνή πρόσληψη κρέατος και τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά

φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες για εκδήλωση της νόσου. Η σωματική άσκηση συνιστάται ούτως ή άλλως για την αποφυγή διάφορων ασθενειών, οπότε δεν είναι περίεργο που προτείνεται και σε αυτήν την περίπτωση. Το περπάτημα, το κολύμπι ή το ποδήλατο είναι άθληση που συμβάλλει στην διατήρηση της υγείας και συμβάλλει ακόμα θετικά και σε περιπτώσεις γυναικών που λαμβάνουν θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία επιβαρύνει τον οργανισμό με βλαβερές ακτίνες. Οπότε οι συχνές άσκοπες και υψηλής ακτινοβολίας, ακτινογραφίες, ιδιαίτερα σε πιο νεαρές ηλικίες αποθαρρύνονται. Επισημαίνεται πως η θεραπευτική ακτινοβολία είναι πιο βλαβερή από την ακτινοβολία της μαστογραφίας και πως η δεύτερη δεν δεσμεύεται με την πιθανότητα επανεμφάνισης του καρκίνου ή μεταστάσεων. Αμφιλεγόμενο είναι εάν η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία επιβαρύνει ή όχι τον οργανισμό για εκδήλωση καρκίνου του μαστού.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στις γυναίκες που τεκνοποιούν σε ηλικία άνω των τριάντα ή που δεν τεκνοποιούν καθόλου. Παρατηρείται πως οι γυναίκες που γεννούν μέχρι τα τριάντα και θηλάζουν έως και δύο χρόνια ελαχιστοποιούν τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Σχετικά με την θεραπεία ορμονών, συνήθως οιστρογόνα έχουν ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο και αυτό έχει προταθεί η εξατομικευμένη ορμονική θεραπεία σε φάση εμμηνόπαυσης.

Στην χημειοπροφύλαξη, οι έρευνες έχουν εγκρίνει ταμοξιφαίνη και ραλοξιφαίνη για προστασία από τον καρκίνο (Λάγιου, 2008).

1.9.2 Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόγνωση προσπαθεί με δύο τρόπους να ανιχνεύσει τον καρκίνο σε πρώιμο στάδιο. Οι δύο αυτοί τρόποι είναι η αυτοεξέταση των μαστών και η μαστογραφία.

Η αυτοεξέταση συνδράμει ως η πρώτη πράξη για την πρόγνωση. Οι γυναίκες θα πρέπει να ψηλαφούν τους μαστούς τους τακτικά κάθε μήνα σε διάστημα 7-10 ημέρες

από την έναρξη της εμμήνου ρύση (χρονικό διάστημα που πραγματοποιείται και η μαστογραφία). Η ψηλάφηση δεν απευθύνεται μόνο σε γυναίκες που είναι στη εμμηνόπαυση αλλά σε όλες τις γυναίκες που έχουν συμπληρώσει το εικοστό έτος της ηλικίας τους. Αντίθετη βρίσκεται με την άποψη αυτή η Αμερικανική Εταιρία κατά του καρκίνου, που στηρίζει ότι η αυτοεξέταση είναι λειτουργική μόνο για γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Σε περίπτωση που η γυναίκα παρατηρήσει κάτι ασυνήθιστο, η επόμενη ψηλάφηση θα ακολουθήσει στον ειδικό γιατρό. Εκείνος πια εμπεριστατωμένα θα επιβεβαιώσει ή θα απομακρύνει τον φόβο για κακοπάθεια. Με την προβολή της σοβαρότητας της νόσου μέσω των μέσων, οι γυναίκες τείνουν να δυσανασχετούν άμεσα και να τρομάζουν κάτι που μπορεί στο τέλος να φανεί σωτήριο. Άρα η προσωπική αξιολόγηση των μαστών δείχνει την υπεύθυνη συμπεριφορά της γυναίκας ως προς την δική της υγεία (Ζαφράκας και συν., 2009).

Κλινική εξέταση της δευτερογενής πρόγνωσης αποτελεί η μαστογραφία. Η μαστογραφία παρέχει αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με την παρουσία ή απουσία διηθητικών καρκινωμάτων και καρκινωμάτων insitu σε στάδιο του καρκίνου του μαστού που η επώαση είναι δυνατόν να επέλθει. Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρία κατά του Καρκίνου, το Αμερικανικό Κολλέγιο Ακτινολογίας και το Αμερικανικό Εθνικό Ινστιτούτο κατά του Καρκίνου οι γυναίκες αφού συμπληρώσουν τα σαράντα τους έτη θα πρέπει να εξετάζονται με μαστογραφία ετησίως. Συνιστάτε σε αυτήν την ηλικία γιατί οι μαστοί δεν έχουν την έντονη πυκνότητα όπως σε νεότερες ηλικίες. Όσο λιγότερη η πυκνότητα των μαστών τόσο μεγαλύτερη η ευαισθησία της μαστογραφίας. Σε ελάχιστες περιπτώσεις εγκρίνεται σε μικρότερες ηλικίες, όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό και όταν παρουσιάζονται ασυνήθιστες μάζες στους μαστούς. Η καλύτερη απόδοση εκτίμησης των μαστών γίνεται όταν η εξέταση της μαστογραφίας συνυπάρχει με βιοψία και υπερηχογράφημα. Βέβαια δεν αμφισβητείται ότι η σύγχρονη ψηφιακή μαστογραφία είναι καλύτερη της προηγούμενης. Τα πλεονεκτήματα της είναι η χαμηλότερη τιμή της, απουσία προβλημάτων που προκαλούσαν τα φιλμ, πιο σύντομη εξέταση και μεγαλύτερη ευκρίνεια της εικόνας. Συνεπώς η ψηφιακή μαστογραφία παρέχει καλύτερη πρόγνωση από την κλασσική μαστογραφία (Λάγιου, 2008).

Τα άτομα που έχουν ιστορικό στην οικογένειά τους με καρκίνο του μαστού θα πρέπει να είναι πιο τακτικοί στο κομμάτι της πρόληψης.

Αρχικά, ο γιατρός θα λάβει πλήρη ατομικό και οικογενειακό ιστορικό και έπειτα θα υποβάλλει την γυναίκα σε διάφορες διαγνωστικές μοριακές εξετάσεις. Εάν οι εξετάσεις επιβεβαιώσουν την συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με κληρονομικότητα, επόμενο βήμα είναι η πρόληψη.

Αναφορικά, στην πρωτογενή πρόληψη της συγκεκριμένης περίπτωσης συνιστάται χημειοπροφύλαξη και προφυλακτική χειρουργική θεραπεία. Στη χημειοπροφύλαξη χορηγείται μόνο ταμοξιφαίνη και όχι ραλοξιφαίνη, επειδή η δεύτερη ακόμα δεν έχει εξακριβωμένα στοιχεία που να δηλώνουν την συμβολή τους στην αποτροπή του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου. Το μειονέκτημα της ταμοξιφαίνης είναι ότι δεν αποτρέπει τον καρκίνο στις ωοθήκες. Από την άλλη η προφυλακτική μαστεκτομή είναι πιο αποτελεσματική, με ποσοστό επιτυχίας κατά του καρκίνου του μαστού αλλά και των ωοθηκών 90%.

Στην δευτερογενή πρόληψη, γίνονται τακτικές ψηλαφίζεις μαστών από την ίδια την γυναίκα και ετήσια μαστογραφία ανεξάρτητα από την ηλικία της παθούσας. Κάθε χρόνο πέρα από την μαστογραφία γίνεται παράλληλα κλινική εξέταση από ειδικό γιατρό, υπερηχογράφημα, μαγνητική τομογραφία και ανά εξάμηνο γυναικολογική εξέταση (Ζαφράκας και συν., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 Συναισθήματα που βιώνει η ασθενής

Ο καρκίνος του μαστού αναπόσπαστα αποτελεί πρόβλημα σωματικής υγείας, αλλά ασκεί επιρροή και στην ψυχολογία και στην κοινωνική ζωή της γυναίκας. Το στήθος αποτελεί σημείο έκφρασης της θηλυκότητάς και η πιθανή απώλεια του επηρεάζει το κομμάτι της μητρότητας και της ερωτικής πλευράς. Η ατομική της άποψη για την ερωτική της πλευρά επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο όταν βρίσκεται σε ηλικία εμμηνόπαυσης. Αυτό που δεν μπορεί να διευκρινιστεί με σαφήνεια είναι πότε τα ανεπιθύμητα συναισθήματα θεωρούνται ανεκτά και αναμενόμενα και πότε ξεπερνούν τα φυσιολογικά όρια ώστε να χρειαστεί να επεμβεί ένας ειδικός γιατρός. Έχει αποδειχθεί πως τα πρώτα χρόνια της νόσου οι γυναίκες παρουσιάζουν κάποια ήπια συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης και πως ελάχιστες είναι εκείνες που εκδηλώνουν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης και θα χρειαστεί ιατρική παρέμβαση. Ακόμα, οι γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή ελαττώνουν τις ερωτικές τους συνευρέσεις, ικανοποιούνται πιο δύσκολα και έχουν ελάχιστη ερωτική επιθυμία. Επίσης γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και ψυχολογικά ήταν προκατειλημμένες αρνητικά, παρουσίασαν κύτταρα δολοφόνους και ανοσοσφαιρίνες IgM σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα. Συνεπώς, η ψυχολογία έχει επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα (Αγγελοπούλου και συν., 2013).

Η γυναίκα που πάσχει από καρκίνο περνάει από τέσσερις φάσεις ψυχολογικά από την στιγμή που θα διαγνωστεί.

1. Η φάση που εντοπίζει διαφορές στο σώμα της

Σε αυτή την φάση εμφανίζει ένα ελαφρύ πρήξιμο και αισθάνεται πόνο. Ανάλογα τον χαρακτήρα της εκάστοτε γυναίκας εξαρτάται και η αντίδραση της. Κάποια μπορεί να τρομοκρατηθεί και να απευθυνθεί άμεσα στον γιατρό και να κάνει εξετάσεις. Ενώ κάποια μπορεί να είναι αρνητική στο να το αποδεχτεί πως κάτι έχει αλλάξει και να

αποφεύγει ακόμα και την σκέψη. Οι γυναίκες που δεν θα ασχοληθούν με το σύμπτωμα θα νιώθουν έπειτα αγχωμένες, φοβισμένες και ένοχες. Μάλιστα δεν αποκλείεται να υποστούν κατάθλιψη επειδή δεν έδρασαν πιο πριν. Αυτό που θα επιβαρύνει περισσότερο την ψυχολογία της είναι εάν ο οικογενειακός κύκλος δεν την στηρίζει.

2. Η φάση της διάγνωσης

Όταν η γυναίκα πηγαίνει για την διάγνωση έχει στο μυαλό της ότι θα είναι μια προληπτική εξέταση οπού θα δείξει πως δεν είναι κάτι ανησυχητικό. Για αυτό και το σοκ είναι τεράστιο εάν τελικά η διάγνωση βγει θετική ως προς τον καρκίνο του μαστού. Παρά όλα αυτά, ανάλογα πάλι την γυναίκα η κατάσταση μπορεί να αντιμετωπιστεί με απόλυτη ψυχραιμία ή με πλήρη ψυχική αναστάτωση. Και τα δύο αποτελούν ακραία αντίδραση και πιο αναμενόμενα συναισθήματα είναι ο τρόμος, η απόγνωση και η αγωνία.

3. Η φάση της θεραπείας

Ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου του μαστού επιλέγεται ένας τρόπος θεραπείας που ταιριάζει κατάλληλα στην κάθε γυναίκα. Στην φάση της θεραπείας η γυναίκα παρατηρεί εξωτερικά αρκετές αλλαγές στο σώμα της, αλλά και την αδυναμία στην λειτουργικότητα του οργανισμού της λόγω των φαρμάκων. Αρχικά μπορεί να αισθάνεται αβοήθητη, θυμωμένη και πως θέλει να τα εγκαταλείψει όμως στην συνέχεια υιοθετεί μια συγκεκριμένη συναισθηματική κατάσταση.

4. Η χρόνια φάση που εκτείνεται από την ίαση έως το τέλος της ζωής της

Σε αυτήν την φάση το αίσθημα του φόβου παραμένει αλλά υπάρχει και η ελπίδα. Όσες έχουν αποδεχτεί την κατάσταση και απλά δεν εκδηλώνουν τα συναισθήματα, το κάνουν γιατί πιστεύουν πως έτσι δεν θα πληγώσουν την οικογένειά τους. Ενώ εκείνες που αποφεύγουν τα συναισθήματα τους, αποδέχονται πιο δύσκολα την κατάσταση. Ακόμα πιο ψυχοφθόρο είναι όταν οι γυναίκες υποβάλλονται σε ολική μαστεκτομή και χημειοθεραπεία καθώς χάνουν μέρος του σώματός τους που δηλώνει την θηλυκή τους ταυτότητα. Εκείνες που δύναται να μην υποβληθούν σε μαστεκτομή, συναισθηματικά είναι καλύτερα.

Ένα μεγάλο κομμάτι της τέταρτης φάσης είναι το κεφάλαιο της αλληλεπίδρασης με τους άλλου ανθρώπους, δηλαδή οι ανθρώπινες σχέσεις.

Αρχικά ο στενός οικογενειακός κύκλος και οι κοντινοί φίλοι δεν γνωρίζουν πως να διαχειριστούν τα δικά τους συναισθήματα. Αμφιταλαντεύονται μεταξύ μιας τάσης προσέγγισης και μιας τάσης απομάκρυνσης. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι οι άνθρωποι αυτοί να μεν θέλουν να έχουν μια θετική προσέγγιση για το πως θα εξελιχθεί η νόσος αλλά από την άλλη είναι στεναχωρημένοι για την κατάσταση και για αυτό που αντικρίζουν. Η νοσούσα χωρίς να μπορεί να κατανοήσει την πλευρά τους αισθάνεται παραμελημένη και μόνη της σε αυτή της την μάχη.

Επόμενο είναι οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια να διαταράσσονται. Οι ρόλοι πλέον αλλάζουν. Γεννιέται το δίλλημα αν τα παιδιά θα πρέπει να γνωρίζουν και αν να με ποιον τρόπο. Σε αυτό το σημείο επικεντρωνόμαστε περισσότερο στα συναισθήματα των παιδιών και όχι τόσο της μητέρας. Ο στόχος που τίθεται είναι τα παιδιά να γνωρίσουν τι συμβαίνει χωρίς να χάσουν την εμπιστοσύνη στους γονείς τους και χωρίς να επηρεαστούν ανεπανόρθωτα τα ίδια ψυχολογικά.

Στο κομμάτι της σχέσης με τον ερωτικό σύντροφο, ο καρκίνος του μαστού μπορεί να επιφέρει εμπόδια. Στις περισσότερες περιπτώσεις ανεξάρτητα αν υπάρχουν ήδη προβλήματα στην σχέση ή εάν η σχέση τους είναι υπό άριστες συνθήκες, η γυναίκα τείνει να νιώθει πως απομακρύνεται και απορρίπτεται από τον σύντροφό της. Ειδικά η ερωτική τους ζωή κλονίζεται αρκετά, καθώς η γυναίκα νιώθει πως έχει χάσει την θηλυκότητα της άρα δεν είναι σεξουαλικά αρεστή στο ταίρι της. Παρόλα αυτά εάν έχουν στο πλάι τους τον κατάλληλο άντρα αυτός θα την στηρίξει και θα την κάνουν να αισθάνεται το ίδιο ποθητή με πριν (Grosklags, 2020;

<https://www.lbcc.org/recently-diagnosed/your-emotional-concerns/emotional-stages-cancer-diagnosis>).

Επιπλέον οι Αγγελοπούλου και συν. (2013), εστιάζουν συγκεκριμένα στα συναισθήματα που βιώνουν οι παθούσες.

Αρχικά, υπάρχει η άρνηση. Οι γυναίκες αρνιούνται να αποδεχτούν ότι έχουν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού. Υπεκφεύγουν να το αποδεχτούν όχι μόνο στους οικείους τους αλλά και στον ίδιο τους τον εαυτό. Ακολουθεί το συναίσθημα της μαχητικότητας. Η κατάσταση έχει γίνει αποδεκτή και η νοσούσα έχοντας θετική

προοπτική για το μέλλον, συλλέγει πληροφορίες και δραστηριοποιείται για να βρει τρόπους που θα επιφέρουν την επίλυση της νόσου. Κάποιες γυναίκες ανήκουν στην κατηγορία της στωικής αποδοχής. Η στωική αποδοχή δεν διαφέρει ιδιαίτερα από την μαχητικότητα. Και σε αυτήν την περίπτωση έχει γίνει αποδεχτεί η νόσος, απλά εδώ η γυναίκα δεν ασχολείται διαρκώς με το κομμάτι της νόσου αλλά συνεχίζει να ζει την ζωή της όπως και πριν διαγνωστεί. Επιπλέον, υπάρχει η κατηγορία αποδοχής με την παρουσία άγχους-θλίψης. Οι γυναίκες αυτής της κατηγορίας αντιλαμβάνονται όλα συμβαίνουν γύρω τους με απαισιόδοξα συναισθήματα και συνεχή φόβο πως τα γεγονότα θα υποτροπιάσουν. Παρόλα αυτά καταφέρνουν να ανταποκρίνονται στην ροή που είχε η ζωή τους πριν την νόσο. Τέλος πολύ συχνά επέρχεται η απελπισία. Το γεγονός ότι έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού τις έχει παραληρήσει από οτιδήποτε άλλο. Εκφράζουν συναισθήματα αρρώστιας, θλίψης, θανάτου και αδυναμίας για συμμετοχή στην δική τους καθημερινή ζωή. Δεν υπάρχει απολυτότητα στο αν θα εκδηλωθεί ένα μόνο συναίσθημα ή αρκετά παραπάνω καθώς εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες όπως είναι η επιρροή που ασκεί η οικογένεια της νοσούσα πάνω της.

Σύμφωνα με τους Medeiros et al. (2010), "*Η μελέτη της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι δύσκολη, επειδή τα συμπτώματα που προκύπτουν από την απειλητική για την ζωή ασθένεια μπορεί να ποικίλουν από απλές αλλαγές της διάθεσης έως σοβαρές απειλητικές διαταραχές.*" Η ψυχολογία των γυναικών φαίνεται να επηρεάζεται έντονα μετά την χειρουργική αφαίρεση του μαστού. Ενώ ήδη μετά την διάγνωση γνωρίζουν ότι επρόκειτο να χάσουν τον μαστό, επηρεάζονται εντονότερα όταν οπτικά βλέπουν την απουσία του. Η ασυμμετρία που αντικρίζουν πλέον είναι για εκείνες σαν καθημερινή υπενθύμιση της νόσου και της απειλής του θανάτου.

Η έρευνα που διεξήγαν οι Whisenant et al (2020), είχε σκοπό να εξετάσουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε γυναίκες που λάμβαναν χημειοθεραπεία. Πιο συγκεκριμένα χώρισαν την έρευνα σε τρεις μελέτες. Η πρώτη ερευνούσε τον βαθμό κατάθλιψης και άγχους σε γυναίκες που βρίσκονταν στο δεύτερο και τρίτο κύκλο της θεραπείας, η δεύτερη μελέτη ασχολήθηκε με το αν υπάρχουν προηγούμενες μεταβλητές και η τελευταία αν σχετίζουν τις ώρες που προσφέρουν στην χημειοθεραπεία στερούμενες από την εργασία.

Η πρώτη μελέτη πήρε τυχαίο δείγμα δύο ομάδων από κλινικές της Salt Lake της Utah, για να πειραματιστεί στο αυτοματοποιημένο σύστημα με σκοπό την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση συμπτωμάτων κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Ο τρόπος λειτουργίας της έρευνας ήταν καθημερινά επικοινωνία από αυτοματοποιημένο τηλεφωνητή, όπου η ασθενής ανέφερε δέκα αρνητικά συναισθήματα που ένιωθε. Σε περίπτωση που το σκορ ήταν πάνω από επτά ή αναφέρθηκαν πάνω από τρία συμπτώματα μέσα στην εβδομάδα, επεμβαίνει η ομάδα της υγειονομικής περίθαλψης. Η πειραματική ομάδα ειδοποίησε για κάποια από τα συμπτώματα σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου. Καθώς δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των συμπτωμάτων στις δύο ομάδες, συγχωνεύτηκαν σε μια στην δευτερεύουσα ανάλυση.

Η δεύτερη έρευνα πραγματοποιήθηκε για να αξιολογηθεί η λειτουργικότητα του αυτοματοποιημένου τηλεφωνικού συστήματος σε συνύπαρξη με τεχνικές αυτοφροντίδας και νοσηλευτικής φροντίδας. Οι συμμετέχοντες επιλέχτηκαν από το Huntsman Cancer Institute και το πανεπιστήμιο Vanderbilt Medical Centre του Τένεσι και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, την πειραματική ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου. Το πείραμα δεν διέφερε από αυτό της παραπάνω μελέτης, αλλά τώρα πρόσθεσαν κάποια νέα χαρακτηριστικά. Εδώ τα συμπτώματα θα έπρεπε να είναι έντεκα και η σοβαρότητα και η δυσφορία των συμπτωμάτων μετρήθηκε με την κλίμακα Likert (0-10). Οι επαγγελματίες υγείας ενημερώνονταν μέσω των αυτοματοποιημένων συστημάτων σε περίπτωση έντονης δυσφορίας των συμπτωμάτων. Στην ομάδα ελέγχου δεν δόθηκαν προτάσεις για τεχνικές αυτοφροντίδας παρά μόνο η πρόταση να ειδοποιήσουν σε περίπτωση εκδήλωσης συμπτωμάτων. Εντοπίστηκαν διαφορές στις δύο ομάδες, ίσως λόγω του διαφορετικού βαθμού παρέμβασης. Στην δεύτερη μελέτη η συλλογή δεδομένων για την δευτερεύουσα ανάλυση πραγματοποιήθηκε μόνο από την ομάδα ελέγχου.

Η τρίτη μελέτη, ήταν μια μελέτη παρατήρησης που χρησιμοποιεί το ίδιο μοντέλο με παραπάνω χωρίς όμως την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι συμμετέχοντες που επιλέχτηκαν από το Huntsman Cancer Institute ανέφεραν με το αυτοματοποιημένο τηλεφωνικό σύστημα έντεκα συμπτώματα δυσφορίας, συμπεριλαμβάνοντας την κατάθλιψη και το άγχος.

Έπειτα προχώρησαν στην δευτερεύουσα ανάλυση με υποχρεωτικούς παραμέτρους διαγνωσμένος καρκίνος του μαστού, χημειοθεραπεία δεύτερου και τρίτου κύκλου και μόνος τρόπος θεραπείας η χημειοθεραπεία. Το δείγμα της δευτερεύουσας ανάλυσης αποτέλεσαν 166 γυναίκες από τις τρεις μελέτες και για να θεωρηθεί πιο εμπειριστατωμένη λήφθηκαν πληροφορίες και από τις τρεις μελέτες για τις τελευταίες δεκατέσσερις μέρες. Οι συμμετέχουσες ηλικιακά βρίσκονταν μεταξύ των 24 έως 80 ετών, το 91,46% ήταν λευκές γυναίκες, 75% παντρεμένες, 62,8% άνεργες, 75,3% καλό μορφωτικό επίπεδο και 40,36% έπασχαν από καρκίνο δεύτερου σταδίου. Η κατάσταση κατάθλιψης και άγχους αξιολογείται με μια μέθοδο μέτρησης της αυστηρότητας του 0, του 1 έως το 10 και από το 4 έως το 10. Κατά την διάρκεια του δεύτερου κύκλου 60% των γυναικών εμφανίζουν κατάθλιψη και 46,7% εμφανίζουν άγχος έστω μια φορά. Και κατά την διάρκεια του τρίτου κύκλου 53,2% παρουσιάζουν κατάθλιψη και 39,7% άγχος έστω για μια φορά. Σχετικά με το επίπεδο αυστηρότητας από 4 έως 10, στο δεύτερο κύκλο αντιστοιχεί σε 42,2% κατάθλιψη και 28,5% σε άγχος ενώ στο τρίτο κύκλο αντιστοιχεί σε 35,3% κατάθλιψη και 25,6% άγχος. Οι συνθήκες που επιβαρύνουν την υγεία με άγχος και κατάθλιψη είναι η χρήση δοξορουβικίνης στην χημειοθεραπεία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η απουσία εργασίας που θα μπορούσε να βοηθήσει την γυναίκα να εκμεταλλευτεί τον ελεύθερο της χρόνο να παράγει έργο, να νιώθει χρήσιμη και να αποσπά την προσοχή της. Από την έρευνα φάνηκε ότι θα πρέπει έγκαιρα να αναγνωριστούν οι διαταραχές της διάθεσης της γυναίκας με καρκίνο του μαστού από τους ειδικούς γιατρούς. Έτσι η ψυχολογική κατάσταση θα είναι καλύτερη αν γίνουν αντιληπτά τα προβλήματα στα πρώτα στάδια του καρκίνου. Η έρευνα θα χρειαστεί σίγουρα να επεκταθεί και στους βιολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες που ίσως επηρεάζουν την ψυχολογία.

Στο τέλος της θεραπείας πολλές γυναίκες νιώθουν μόνες και εγκαταλειμμένες και πως κανένας πλέον δεν τις στηρίζει. Εάν κάποια κατάσταση τους επαναφέρει στο μυαλό την νόσο, εμφανίζουν φόβο υποτροπής, ακόμα και συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Το άγχος που αισθάνονται είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο για την φάση της προσαρμογής. Σε αυτό το σημείο δεν μπορεί να οριστεί ότι η γυναίκα πάσχει από διαταραχή άγχους ή μείζονος κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τους Jean C Yi & Karen L Syrjala (2017), για να μεταβεί ένα απλό άγχος σε μη φυσιολογικό θα πρέπει να υπάρχουν κάποια συμπτώματα ως κριτήρια.

Τα συμπτώματα αυτά είναι:

Ανησυχία ή δυσφορία

Αίσθημα κόπωσης

Δυσκολία συγκέντρωσης

Ευερεθιστότητα

Μυϊκή ένταση

Διαταραχές του ύπνου

Εάν τρία από τα παραπάνω συνυπάρχουν για διάστημα πάνω από έξι μήνες θεωρείται ότι πλέον το άγχος δεν είναι ήπιο αλλά υπερβολικό.

Έπειτα από άγχος δύναται να εξελιχθεί σε κατάθλιψη εάν σε διάστημα δύο εβδομάδων παρουσιάζονται πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα:

Συναισθήματα θλίψης και απελπισίας

Απουσία ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στις δραστηριότητες που πραγματοποιεί

Μεταβολές του σωματικού βάρους ή της όρεξης

Διαταραχές ύπνου, είτε πολλές ώρες είτε ελάχιστες

Εύκολη κόπωση

Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Δυσκολία συγκέντρωσης

Αισθήματα ενοχής

Τάσεις αυτοκτονίας

Είναι πολύ συχνή η παρουσία άγχους και κατάθλιψης σε γυναικείο πληθυσμό που έχει υποβληθεί σε χημειοθεραπεία και γενικότερα παρατηρούνται περισσότερο σε ασθενείς με καρκίνο. Όπως συγκεκριμένα αναφέρουν οι Whisenant et al. (2020), οι διαταραχές της διάθεσης μπορεί να οφείλονται σε ανησυχία για την εξέλιξη της νόσου, διαταραχές για την λειτουργικότητα του σώματος, αβεβαιότητα για το μέλλον, συναισθήματα δυσφορίας, αλλαγές στην διάθεση, κανένα ενδιαφέρον για δραστηριότητες, αίσθημα εγκατάλειψης και υπερβολική ανησυχία. Η ψυχολογική δυσφορία που προκύπτει από την χημειοθεραπεία μπορεί να επιφέρει και την μη παρακολούθηση της θεραπείας, μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας, κακή ποιότητα ζωής ακόμα και θάνατο. Αναφέρεται τέλος, πως θα πρέπει να γίνει έγκυρη αναγνώριση της ψυχικής δυσφορίας κατά την χημειοθεραπεία για να μειωθούν οι πιθανότητες εκδήλωσης αρνητικών συναισθημάτων και να είναι πιο αποτελεσματική και άμεση η θεραπεία.

Με την ερευνά τους οι Τσάρας και συν. (2018), παραθέτουν ότι οι μισές γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές και ένα μικρό ποσοστό μπορεί να υπερβαίνει τα όρια της ήπιας κατάθλιψης. Ρόλο στην επιρροή παίζει η κατοικία της ασθενούς και οι θρησκευτικές της αντιλήψεις. Στην κατάσταση της επιβάρυνσης της ψυχολογίας συμβάλουν τα αντικαρκινικά φάρμακα και οι διάφοροι τρόποι θεραπείας κατά της νόσου. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα ψυχολογικής κατακλύδας αποτελεί η μαστεκτομή. Η γυναίκα βιώνει την απώλεια των μαστών, ενός σημείου που αποτελεί σημείο αναφοράς της θηλυκότητας της

Σε περίπτωση που εκδηλωθούν συμπτώματα κατάθλιψης, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω χορηγούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Η διάγνωση της κατάθλιψης επιβραδύνεται, επειδή οι γυναίκες αρνούνται να αποκαλύψουν τις διαφορές που παρατηρούν στο σώμα τους και τα συναισθήματα που βιώνουν όταν παρατηρούν την αλλαγή. Έτσι οδηγούνται σε μια εσωστρέφεια που μειώνει την ποιότητα της ζωής τους. Ανεξάρτητα εάν μετά την μαστεκτομή είχαν συναισθηματική υποστήριξη ή όχι φάνηκε να είναι πιο επιρρεπής να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τις υγιείς γυναίκες της κοινότητας. Οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς λόγω και την παρουσία άλλων προβλημάτων που επιβαρύνουν την λειτουργικότητα της υγείας τους, η κατάθλιψη τους διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η εξωτερική υποστήριξη των συναισθημάτων και αναζήτηση υποστήριξης θα ενεργοποιήσει τις δομές για ψυχολογική υποστήριξη και θα αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη (Kim et al., 2017).

Νεαρές γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού αισθάνονται δυσφορία και στρεσαρισμένες για την επιρροή που έχει στην ζωή και στην υγεία τους η ασθένεια. Το στρες αυξάνεται λόγω του φόβου για ατεκνία, αλλαγής της εικόνας του σώματος, αλλαγές στην ερωτική και σεξουαλική ζωή και της πιθανής επανεμφάνισης της νόσου. Αυτά τα συμπτώματα πέρα από το ότι είναι πιο έντονα στις νεαρές γυναίκες διατηρούνται και για περισσότερο χρονικό διάστημα. Επιπλέον αυτή η ηλικιακή κατηγορία παρουσιάζει αυξημένη κατάθλιψη και μειωμένη ποιότητα ζωής που ίσως να οφείλονται στον φόβο για ατεκνία στο μέλλον. Συνιστάται λοιπόν σε αυτές τις περιπτώσεις πιο ισχυρή έμφαση στην ψυχολογική υποστήριξη (Ronn & Holzer, 2015).

Η διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας τίθεται σε κίνδυνο όταν οι πάσχουσες από καρκίνο του μαστού υποβάλλονται σε επιθετικές θεραπείες που συχνά προμηνύουν πολλές παρενέργειες. Έρευνες Καυκάσιων και Ιαπώνων φανέρωσαν πως 30 με 57% γυναίκες σε πρώιμο στάδιο, εκδηλώνουν ψυχολογική δυσφορία, την οποία συνήθως καταφέρνουν να διαχειριστούν μέσα σε ένα χρόνο από όταν έγινε η διάγνωση. Δυστυχώς αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Η δυσφορία παραμένει για παραπάνω από ένα έτος και κατατάσσεται σε μια από τις ακόλουθες περιπτώσεις. Μπορεί να αποτελέσει χρόνια διαταραχή που εμποδίζει την φυσιολογική λειτουργία, να υπάρξει μερική αποκατάσταση, να καθυστερήσει να υποχωρήσει και με πιο συχνό φαινόμενο την ανθεκτικότητα με παρουσία ενός βαθμού αναστάτωσης. Μια στις επτά γυναίκες μπορεί να τύχει να διατηρήσει το συναίσθημα της δυσφορίας έως και έξι χρόνια από την διάγνωση. Σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου του μαστού η δυσφορία είτε είναι χαμηλή είτε είναι αδύνατον πλέον να αποκατασταθεί (Lam et al., 2013).

Η εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης συνδέονται ως συναισθήματα με το καρκίνο του μαστού, αλλά είναι δύσκολο να προσδιοριστεί πότε ξεπερνά τα φυσιολογικά όρια. Τα δύο αυτά συναισθήματα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην δραστικότητα της θεραπείας, στην λειτουργικότητα του οργανισμού και επιβαρύνει τα ήδη υπάρχοντα συμπτώματα. Συμβαίνει γυναίκες σε πρώιμο ακόμα στάδιο της νόσου να έχουν κατάθλιψη ή άγχος ή να πάσχουν και από τα δύο (Penttinen et al., 2011). Οι πιο νεαρές σε ηλικία, επειδή προβάλλονται, από τα μέσα, συγκεκριμένα πρότυπα ομορφιάς και θηλυκότητας βιώνουν πιο έντονα τα συναισθήματα δυσφορίας. Ανεξάρτητα όμως από την ηλικία και τον τρόπο της θεραπείας οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού παραπονιούνται για δυσφορία, ελλιπής συζυγική ικανοποίηση και γενικά κακή σεξουαλική ζωή (Schover, 1994).

Από την έρευνα των Puigpinos-Riera et al. (2018), προκύπτει ότι η κατάθλιψη δεν ταυτίζεται ως ένα με το άγχος αλλά συνυπάρχουν ως συναισθήματα στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Εντόπισαν πώς το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζει εντονότερα τις γυναίκες που ανήκουν στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα και πόσο μάλλον οι γυναίκες που πάσχουν ήδη από κάποια άλλη νόσο. Εκείνες που ζουν μοναχικά, χωρίς οικογένεια ή σύντροφο τείνουν να έχουν ήδη άγχος, χωρίς απαραίτητα και την παρουσία κατάθλιψης αλλά είναι επιρρεπής στο να βιώσουν

περισσότερο αυτά τα συναισθήματα αν διαγνωστούν με καρκίνο του μαστού. Η κατάσταση αυτή μπορεί να προκύπτει γιατί οι οικονομικές δυνατότητες είναι μηδαμινές και δεν επιτρέπουν την συμμετοχή σε ειδικές δομές υποστήριξης ή κάλυψη υγειονομικών υπηρεσιών.

Οι πιο νεαρές γυναίκες βιώνουν εντονότερο άγχος σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες γυναίκες αλλά δεν υπερτερούν στην κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τους Lockefeer & Vries (2013), η κατάθλιψη είναι αλληλένδετη με την κόπωση και η μια μπορεί να είναι αποτέλεσμα της άλλης με κοινό παράγοντα την παρουσία άγχους. Δηλαδή ότι η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην κόπωση ή η αρχική κόπωση να καταλήξει σε κατάθλιψη. Κατέληξαν, όσο περισσότερο το άγχος τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να εμφανιστούν συμπτώματα κατάθλιψης και κόπωσης.

Συχνά εντοπίζεται και η κόπωση σε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Φυσικά η κόπωση εκδηλώνεται σωματικά, όμως συνήθως προσβάλλει και συναισθηματικές, γνωστικές πτυχές και εκδηλώνονται εμφανής περίεργες αντιδράσεις συμπεριφοράς. Ένα ποσοστό των 34-66% δηλώνει ότι νιώθει έντονα το αίσθημα της κόπωσης. Η κοινή αντίληψη έχει την ιδέα ότι η κόπωση εμφανίζεται κατά την διάρκεια της θεραπείας, όμως έχει φανεί ότι το 20% των ασθενών παρουσιάζει κόπωση ήδη από την διάγνωση της νόσου (Penttinen et al., 2011).

Οι γυναίκες όταν πληροφορούνται πως πάσχουν από καρκίνο του μαστού αισθάνονται πως η ζωή τους βρίσκεται σε κίνδυνο. Ανάλογα το υπόβαθρο της κάθε γυναίκας διαφέρουν οι ανησυχίες και οι φόβοι που εκδηλώνει. Συγκεκριμένα οι μεγαλύτερες γυναίκες με οικογένεια ανησυχούν για το κίνδυνο της κληρονομικότητας προς τα παιδιά τους, οι άτεκνες που επιθυμούν να γονιμοποιήσουν στο μέλλον εκδηλώνουν φοβίες και υπάρχουν και οι γυναίκες που ανησυχούν για την διατήρηση της σχέσης τους, της ερωτικότητας και της θηλυκότητας τους. Διαφορετικά είναι και τα συναισθήματα εάν η σύζυγος διαγνωστεί με καρκίνο και υπάρχει ιστορικό από την πλευρά της και άλλα εάν έπασχε η μητέρα του άντρα. Συνήθως οι γυναίκες δείχνουν μεγαλύτερο σθένος και αποδέχονται πιο εύκολα σε σύγκριση με τους άντρες τέτοιες καταστάσεις. Κατά την γενική αξιολόγηση ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να εκτιμήσει εάν υπάρχουν ήδη κάποια ψυχολογικά προβλήματα. Η ύποπτη γυναίκα για

καρκίνο του μαστού ήδη από την φάση της διάγνωσης εκδηλώνει άγχος ακόμα και αν το αποτέλεσμα τελικά βγει αρνητικό. Στο στάδιο της θεραπείας όπου τείνουν πολλές επιπλοκές όπως για παράδειγμα απώλεια μαλλιών, κόπωση και πρόωρη εμμηνόπαυση, οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωπες με ανησυχίες που αφορούν την σεξουαλικότητα, την θηλυκότητα, την δυνατότητα τεκνοποίησης και την επιρροή που μπορεί να έχει η ασθένεια στην ψυχική υγεία των παιδιών τους (Greenberg, 2010).

2.2 Ποιότητα Ζωής

Σχετικά με την ποιότητα της ζωής ο Farquhar (1995), σύστησε τρία διαφορετικά είδη ορισμού.

Οι καθολικοί ορισμοί που εκπροσωπούνται από τις ιδέες της ικανοποίησης και της δυσaréσκειας και της ευτυχίας και της δυστυχίας.

Οι συστατικοί ορισμοί διακρίνουν την ποιότητα της ζωής σε στοιχεία ή διαστάσεις ή ξεχωρίζουν κάποια χαρακτηριστικά που ζητούνται για όλες τις αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής.

Οι εστιασμένοι ορισμοί αφορούν ελάχιστες διαστάσεις στην ποιότητα ζωής.

Βέβαια υπάρχουν και περιπτώσεις δημιουργίας συνδυασμών ορισμών που δεν μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στους παραπάνω ορισμούς. Οι συνδυασμοί ορισμών παρέχουν μία μια αφηρημένη και σύνθετη έννοια που παρέχει συγκεκριμένες απαντήσεις σε σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Η αξιολόγηση της ΠΖ θα επιφέρει διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης των επιπλοκών με οικονομικότερο τρόπο και πιο λειτουργική θεραπεία. Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι μέτρησης της ΠΖ οι οποίοι θα αναφερθούν παρακάτω εν συντομία. Ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού EORTCQLQ-C30, ειδικό ερωτηματολόγιο EORTCQLQ-BR-23, Λειτουργική Αξιολόγηση της θεραπείας καρκίνου FACT-G και του καρκίνου του μαστού FACT-B, Σύστημα Αξιολόγησης Αποκατάστασης του Καρκίνου του μαστού CARES-SF. Τα διάφορα ερωτηματολόγια είναι απαραίτητα για να ερευνηθούν ποιες είναι οι απαραίτητες παρεμβάσεις. Οι γυναίκες αισθάνονται στιγματισμένες από τον καρκίνο του μαστού και εξαντλημένες από τις επιπτώσεις των θεραπειών και συνεπώς επιβαρύνεται η ΠΖ τους. Η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού

μειώνει συμπτώματα όπως κόπωση, ναυτία, εμετός, απώλειας της όρεξης και τις ανησυχίες τους. Δεν είναι ελάχιστες οι φορές που γυναίκες οι οποίες διαγνώστηκαν με πρώιμο καρκίνο, διατήρησαν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης ή και των δύο παράλληλα για αρκετό καιρό. Η ποιότητα ζωής μεταβάλλεται κυρίως τα δύο πρώτα χρόνια μετά την μαστεκτομή. Συνθήκες όπως ηλικία, εκπαίδευση, εργασία και χειρουργική παρέμβαση επηρεάζουν την ΠΖ. Οι νεότερες γυναίκες είναι πιο αγχώδεις σε τέτοιες καταστάσεις καθώς το μέλλον τους προσωπικό και επαγγελματικό μοιάζει πολύ αβέβαιο. Όσο αφορά την θεραπεία, η χημειοθεραπεία παρουσίασε λιγότερες διαταραχές όταν δόθηκε κατ'οίκον και ανεξάρτητα από άλλες μεθόδους θεραπείας. Καταστάσεις που προκύπτουν, από τις διάφορες θεραπείες, όπως λεμφοίδημα, τλαιπωρία, κόπωση, πνευμονική ίνωση, καρδιακή τοξικότητα, πτώση μαλλιών και το υψηλό τους κόστος επιβαρύνουν την ΠΖ (Υφαντής και συν., 2017).

Βάση της έρευνας των Salibasic & Delibegovic (2018), οι πάσχουσες που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία εμφάνισαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης από ότι οι γυναίκες που έκαναν συντηρητική θεραπεία, αλλά η ΠΖ τους παρέμεινε ίδια με αυτήν που είχαν πριν την θεραπεία τους.

Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός θανάτων λόγω καρκίνου του μαστού έχει ελαττωθεί, η ποιότητα ζωής των γυναικών που επιβιώνουν δεν εγγυάται πάντα βελτίωση. Εκτός του άγχους και οι διαταραχές που προκύπτουν από την μακρόχρονη θεραπεία μεταβάλλουν την ΠΖ. Στην ηλικία της εμμηνόπαυσης υπάρχουν συμπτώματα όπως εξάψεις, νυχτερινή εφίδρωση και σεξουαλικά συμπτώματα που σε συνδυασμό με την κατάθλιψη και την σωματική τλαιπωρία έχουν αρνητική επιρροή στην ΠΖ της γυναίκας με καρκίνο του μαστού. Η παρουσία κατάθλιψης και η σωματική άσκηση που διακόπτεται κατά την διάρκεια της νόσου επιβαρύνουν την κακή ΠΖ.

Επιπλέον, οι Penttinen et al. (2011), διεξήγαν μια έρευνα με σκοπό να ερευνήσουν την ΠΖ γυναικών από την Φιλανδία, με καρκίνο του μαστού, και την σωματική τους κατάσταση μέσω της άσκησης λίγο μετά την πραγματοποίηση της θεραπείας τους. Το δείγμα αποτελούσαν 537 Φιλανδές γυναίκες, ηλικίας 35-68 ετών που είχαν ως θεραπεία την χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία τους τελευταίους τέσσερις μήνες. Οι συμμετέχοντες ασθενείς απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο σχετικό με την

ΠΖ και τον τρόπο ζωής τους γενικά και επιπλέον ένα τεστ αξιολόγησης της φυσικής σωματικής τους ικανότητας. Η εξέταση της σωματικής κατάστασης αξιολογήθηκε από καθημερινό περπάτημα δύο χιλιομέτρων για δύο εβδομάδες. Οι ερευνητές εντόπισαν ότι η ΠΖ των ασθενών μετά την θεραπεία δεν μπορούσε να φτάσει το επίπεδο της ΠΖ του πληθυσμού. Όσο αναφορά την αθλητική τους απόδοση είναι χαμηλότερη από του γενικού πληθυσμού, καθώς μόνο οι 201 από τους 523 ήταν το ίδιο ή ίσως καλύτεροι από το σύνολο του πληθυσμού στην σωματική άσκηση. Στο τέλος παρατηρήθηκε ότι η κατάθλιψη και η κόπωση έχουν καθοριστικό αρνητικό ρόλο στην διαμόρφωση της ΠΖ ενώ η σωματική άσκηση να αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα που μπορεί να βελτιώσει την ΠΖ. Συνεπώς, η σωματική άσκηση θα πρέπει να συνιστάτε μετά την θεραπεία σε ασθενείς που παρουσιάζουν κατάθλιψη και κόπωση για να βελτιωθεί η ΠΖ.

2.3 Η επίδραση της νόσου στις διαπροσωπικές σχέσεις

Η ψυχολογική κατάσταση των γυναικών επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας τους. Υπολογίζεται πως η κατάθλιψη εντοπίζεται σε ποσοστό από 1,5% έως 50% των γυναικών με καρκίνο του μαστού ενώ το άγχος σε 20% έως 50%. Δεν απορρίπτεται η περίπτωση άγχος και κατάθλιψη να συνυπάρχουν. Η παρουσία αυτών έχει αρνητικό αντίκτυπο στην διαχείριση των παρενεργειών από την θεραπεία, στην καθημερινότητα τους, στην αναγνώριση ότι χρειάζονται βοήθεια ακόμα και για την διατήρηση της ζωής. Οι γυναίκες συχνά παραπονιούνται ότι εξαιτίας της ασθένειας έχει διαφοροποιηθεί η σχέση της με τα μέλη της οικογένειας και πως έχει διαταραχθεί η ισορροπία τους. Δημιουργείται ένα οικογενειακό κλίμα όπου τα συναισθήματα που κυριαρχούν είναι η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα, το άγχος και το στρες. Επιπλέον παρουσιάζονται ενοχικές, επειδή θεωρούν πως επιβαρύνουν την οικογένεια τους με την νόσο τους ή επειδή ίσως αποτελέσουν πηγή κληρονομικότητας (Κελλαρτζής και συν., 2007).

Η παροχή κοινωνικής υποστήριξης διαφυλάσσει τα συναισθήματα και την υγεία της γυναίκας και απομακρύνει το άγχος, το στρες και όποιο συναίσθημα μπορεί να καταβάλει την ψυχική της υγεία. Επειδή όλα τα συναισθήματα σχετίζονται με την ΠΖ και η στήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο επηρεάζει τα συναισθήματα, επόμενο είναι να σχετίζεται με την ΠΖ της ασθενούς. Η κοινωνική στήριξη συνεισφέρει και

στην βελτίωση των σχέσεων μέσα στην οικογένεια. Μέσα από τις έρευνες παρατηρήθηκε ότι όσες έλαβαν επικουρική θεραπεία δέχτηκαν περισσότερη υποστήριξη και έπειτα πιο συγκεκριμένα ότι εκείνες που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία στηρίχτηκαν από τους γύρω τους συναισθηματικά, ενώ εκείνες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή είχαν υποστήριξη με υλικά αγαθά. Η κοινωνική υποστήριξη αποτελείται από τους φίλους, την οικογένεια και τους γιατρούς και νοσηλευτές που συνεργάζεται, που δυστυχώς όσο περνάει ο καιρός απομακρύνονται από την νοσούσα και δεν επικεντρώνονται πλέον στην συναισθηματική υποστήριξη. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού δηλώνουν ότι λαμβάνουν ελλιπή στήριξη, με τις μεγαλύτερες να δυσανασχετούν με τις παροχές από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και τις νεότερες να δυσανασχετούν με τις υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας (Υφαντής και συν., 2017).

Μια διαφορετική άποψη εκφράζεται από τις Αγγελουπούλου και συν. (2013) καθώς και εδώ υποστηρίζεται πως ο κοινωνικός περίγυρος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας. Σε αυτό που διαφέρει είναι η άποψη πως η νόσος δεν προκαλεί καμία αρνητική αλλαγή στις ερωτικές, οικογενειακές και φιλικές της σχέσεις. Ότι δηλαδή ο περίγυρος έχει τα ίδια συναισθήματα με πριν ενημερωθεί ότι η γυναίκα νοσεί και ίσως οι σχέσεις γίνουν ακόμα καλύτερες. Επίσης, αναφέρεται πως η γυναίκα αναγνωρίζει την εμψυχωτική συμπεριφορά των γύρω της και επηρεάζεται θετικά, μειώνοντας έτσι το άγχος και την κατάθλιψη της.

Έχει αποδειχθεί πως οι σύντροφοι έχουν εντονότερα συναισθήματα άγχους και στρες από ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού και πως οι αντιδράσεις της αναπαράγονται από τον άντρα, άρα η αποτελεσματικότητα της θεραπείας απομακρύνεται. Οι σύντροφοι αν και πρόθυμοι να σταθούν δίπλα στις γυναίκες τους δεν μπορούν να διαχειριστούν την δική τους ψυχολογική δυσφορία που έχει προκληθεί από την νόσο. Δημιουργείται ένα χάσμα στην μεταξύ τους σχέση. Ο ένας αισθάνεται αδύναμος για να υποστηρίξει και ο άλλος άνθρωπος πέρα από το άγχος για την δυσκολία υγείας που αντιμετωπίζει πως είναι παραμελημένος από συντροφική υποστήριξη. Εάν γίνει προσπάθεια και από τις δύο πλευρές για καλύτερη προσαρμογή ψυχολογικά, αυτόματα και η ποιότητα της ζωής τους είναι καλύτερη. Μέχρι σήμερα έχουν προταθεί αρκετές τεχνικές, θεραπείες διαπροσωπικές με σκοπό να μειωθούν οι παρενέργειες από την θεραπεία και οι ψυχολογικές δυσχέρειες που

προκαλούνται. Η παροχή θεραπείας μέσω τηλεφώνου έχει αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματική στην αντιμετώπιση διαταραχών της ψυχικής υγείας. Υπερτερεί μάλιστα των διαπροσωπικών θεραπειών στο γεγονός ότι επιτρέπει την επικοινωνία με οποιοδήποτε άνθρωπο ανεξάρτητα της τοποθεσίας του. Πάντως και οι δύο τρόποι έχουν φανεί πολύ λειτουργικοί για τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους. Σκοπός τους παραμένει να καταφέρει το ζευγάρι να επικοινωνήσει τα προβλήματα του και να υποχωρήσει το άγχος και η κατάθλιψη και από τις δύο πλευρές (Κελλαρτζής και συν., 2007).

Βάση των Rogers & Kristjanson (2002), ο καρκίνος οφείλεται για σεξουαλική ανικανότητα και πρόωμη εμφάνιση συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης.

Επιπλέον οι Banger et al. (2007), πραγματοποίησαν μια έρευνα με σκοπό να εξετάσει κατά πόσο η τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη στις γυναίκες και τους συντρόφους τους. Το δείγμα περιλάμβανε τυχαία 96 γυναίκες και τους 96 συντρόφους τους να συμμετέχουν σε μια από τις τρεις μεθόδους θεραπείας. Οι μέθοδοι ήταν η διαπροσωπική επαφή μέσω τηλεφώνου, η σωματική άσκηση και η προσέγγιση της προσοχής. Η διάρκεια ήταν έξι εβδομάδες, με την κλήση να διαρκεί έως 34 λεπτά. Τα αποτελέσματα ήταν ότι και οι τρεις μέθοδοι επέφεραν την ίδια λειτουργικότητα όσον αφορά την κατάθλιψη αλλά όχι και για το άγχος. Οι μέθοδοι της τηλεφωνικής επαφής και της σωματικής άσκησης στις πάσχουσες γυναίκες, φάνηκε να είναι πιο αποτελεσματική, σε σύγκριση με την προσέγγιση της προσοχής, στην διαχείριση του άγχους. Η ίδια απόρροια υπάρχει και για τους άνδρες της έρευνας. Η διαπροσωπική θεραπεία θεωρείται άκρως κατάλληλη για την διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης σε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και στους ερωτικούς τους συντρόφους. Καταλήγει πως, η έγκαιρη τηλεφωνική υποστήριξη είναι αρχικά οικονομικότερη λύση και προλαμβάνει σοβαρότερες επιπλοκές του άγχους και της κατάθλιψης.

2.4 Αλλαγές στην σεξουαλικότητα και γονιμότητα

Πολλές γυναίκες λόγω της χημειοθεραπείας μπορεί να μπουν στην φάση της εμμηνόπαυσης πρόωρα. Τα συμπτώματα κόπωσης, εξάψεων, αϋπνίας, νυχτερινής εφίδρωσης είναι πιο ενοχλητικά για τις νεότερα ηλικιακά ασθενείς. Επίσης η χημειοθεραπεία μπορεί να παρουσιάσει πολλές και έντονες επιπλοκές. Μια από αυτές είναι και η ατροφία του κόλπου που λόγω του πόνου μπορεί να επηρεάζει αρνητικά την λίμπιντο της γυναίκας. Πέρα από τα ανδρογόνα και η απουσία οιστρογόνων μπορεί να οδηγήσει σε ατροφία του κόλπου και να χαθεί η ερωτική επιθυμία και ο ενθουσιασμός της διέγερσης (Schover, 1994). Έρευνες έχουν δείξει ότι διαταράσσονται και οι σεξουαλικές ορμόνες, ανδρογόνα, εξαιτίας της ατροφίας που προκύπτει από την χημειοθεραπεία με πρόωρη εμμηνόπαυση. Με πολύ επιφυλακτικότητα προτείνετε χορήγηση τεστοστερόνης για να βελτιωθούν οι τιμές των ανδρογόνων (Rogers & Kristjanson, 2002).

Η εικόνα του σώματος και η σεξουαλικότητα είναι δυο έννοιες που διαταράσσονται με την δράση της θεραπείας. Οι γνώμες δίστανται, καθώς άλλοι πιστεύουν ότι συντηρητική θεραπεία δεν επηρεάζει όσο η μαστεκτομή ή η μαστεκτομή με ανάπλαση πάλι του μαστού, την ιδέα του σώματος και της σεξουαλικότητας. Ενώ άλλοι πιστεύουν ότι οποιαδήποτε και να είναι η θεραπεία, η άποψη για αυτά τα δύο έχει επηρεαστεί αρνητικά και για αυτό άρχισαν να παρατηρούν χαρακτηριστικά σε κάθε τύπου θεραπεία τις επιδράσεις. Φάνηκε ότι αξιολογώντας τα είδη των θεραπειών σε σχέση με το σώμα και την σεξουαλικότητα μπορούσαν να εντοπίσουν μόνο τις αλλαγές που αφορούσαν το κοντινό μέλλον. Οι περισσότερες γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού με το πέρασμα του χρόνου αποδέχονται τις διαφορές που υπάρχουν στο σώμα τους και μαθαίνουν να ζουν με αυτές. Οι πάσχουσες περνάνε πολλές φάσεις διακύμανσης της ψυχολογικής τους κατάστασης λόγω της υγείας τους. Οπότε αναφέρθηκαν αρχικά να αισθάνονται λειτουργικά ανίκανες και στην συνέχεια να πιστεύουν ότι υπήρχε απλά μια αδυναμία λειτουργικότητας για μικρό χρονικό διάστημα ή πως δεν θα επανέρχονταν ποτέ λειτουργικά (Lam et al., 2011).

Άλλοι πιστεύουν ότι η απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας ευθύνεται στην σχέση και στην αλληλεπίδραση που έχει η πάσχουσα με τον σύντροφό της. Όταν υπάρχει αγάπη, κατανόηση, ασφάλεια και συμπαράσταση κατά την διάρκεια της διάγνωσης

και της θεραπείας δεν εντοπίζεται διαφορά στην ψυχολογία και την ερωτική επιθυμία της γυναίκας που πάσχει. Προτείνεται ο σύντροφος να είναι παρόν από την αρχή της διάγνωσης και καθ' όλη την διάρκεια της πορείας της νόσου για να αισθάνονται και οι δύο πως συμμετέχουν ο ένας στην ζωή του άλλου. Εάν το ζευγάρι είχε προβλήματα στην σχέση του ήδη πριν την εμφάνιση της νόσου είναι αρκετά δύσκολο να μην φανούν ύστερα και να μην επηρεάσει την σεξουαλική τους ζωή. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν επηρεάζεται μόνο η σεξουαλικότητα της γυναίκας αλλά και του άντρα που ίσως νιώθει αδύναμος να διαχειριστεί την παρούσα κατάσταση. Ένας ακόμα λόγος που κάνει τις πάσχουσες να απομακρύνονται από την σεξουαλική δραστηριότητα είναι και η αλλαγμένη προσωπική τους εικόνα. Νιώθουν πως έχασαν ένα κομμάτι που εξέφραζε την θηλυκότητα τους και άρα δεν είναι πλέον ελκυστικές προς το αντίθετο φύλο. Έχουν χάσει την αυτοπεποίθησή τους, έχουν δημιουργήσει μια κακή εικόνα του ίδιου τους του εαυτού και καθιστούν πολύ δύσκολο με αυτό τον τρόπο να διατηρήσουν την σχέση ή σε περίπτωση που είναι ελεύθερες, να δημιουργήσουν μια (Rogers & Kristjanson, 2002).

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή έχουν την λανθασμένη αντίληψη ότι δεν είναι πλέον ελκυστικές για τους άντρες τους και η αλλαγμένη πλέον εικόνα του σώματός του αναστέλλει την σεξουαλικότητα τους (Sheppard&Ely,2008). Αυτό που δύναται για να μην επηρεαστεί η σχέση του ζευγαριού είναι να γνωρίζουν ήδη πιο πριν από την θεραπεία, και όχι μόνο με το τέλος αυτής, ότι θα υπάρξουν αλλαγές στην αντίληψη πλέον της σεξουαλικής τους ζωής (Aerts et al., 2014). Για τα πιο νεαρά ζευγάρια, το άγχος ήταν εντονότερο γιατί υπήρχε άγνοια και αβεβαιότητα για την έκβαση της σχέσης και οι νεότερες ελεύθερες ήταν αγχωμένες στο να δημιουργήσουν μία σχέση. Το άγχος μπορεί να πηγάζει από τον φόβο ότι ίσως δεν θα μπορούν να τεκνοποιήσουν (Schover, 1994).

Ενώ παλαιότερα δεν συνιστούσαν την κύηση σε γυναίκες που είχαν νοσήσει από καρκίνο του μαστού, πλέον η επιστήμη δεν παροτρύνει τις γυναίκες να απέχουν από την μητρότητα. Κάθε άλλο έχει εντοπιστεί πως λειτουργεί το επονομαζόμενο healthy mother effect, που σημαίνει ότι οι γυναίκες που κυοφορούν έχει παρατηρηθεί να έχουν καλύτερη πρόγνωση της υγείας τους, μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και μεγάλη αφοσίωση στην μητρότητα. Παρά τις όποιες παρενέργειες που επιφέρουν οι διάφορες θεραπείες, υφίσταται πως υπάρχουν αρκετοί τρόποι να επέμβουν σύντομα οι γιατροί και να μην χαθεί η δυνατότητα της γονιμότητας στις νεαρές γυναίκες.

Ένας τρόπος διατήρησης της γονιμότητας είναι η χρήση GnRH αναλόγων. Αυτό σημαίνει ότι χορηγείται ένεση μια φορά το μήνα με GnRH αναλόγων, όσο η κοπέλα βρίσκεται σε φάση θεραπείας, για προστασία των ωοθηκών της από την τοξική βλάβη προερχόμενη από την θεραπεία. Η χρήση της μεθόδου των GnRH αναλόγων δεν είναι αρκετή για να επιτευχθεί η διατήρηση της γονιμότητας και για αυτό χρειάζεται να συνδυαστεί με κάποια από τις ακόλουθες μεθόδους.

Διέγερση με ορμόνες και παράλληλη χρήση αναστολέων αρωματάσης: Κάποιες γυναίκες που νοσούν επιθυμούν να καταψύξουν τα ωάρια τους. Αυτό είναι εφικτό με την διατήρηση των ορμονών σε χαμηλά επίπεδα μέσω χορήγησης ειδικών φαρμάκων που ονομάζονται αναστολείς αρωματάσης. Μπορεί να εμφανιστεί μια αντίφαση στο ότι στην φάση της εμμηνου ρύσης παράγονται πολλά οιστρογόνα χωρίς να έχει προηγηθεί διέγερση ορμονών, άρα και η αρωματάση μπορεί να καταλήξει αναποτελεσματική. "Είναι εξαιρετικά απίθανο να προκληθεί μια επιτάχυνση της ανάπτυξης του όγκου μετά από τόσο βραχύ διάστημα διέγερσης". Οι γυναίκες που κυφοφόρησαν ενώ έπασχαν πριν από καρκίνο του μαστού δεν διατρέχουν κίνδυνο να ξαναανοσήσουν. Συνεπώς η χρήση αναστολέων αρωματάσης είναι απολύτως αξιόπιστη.

Κατάψυξη ωαρίων και εμβρύων: Πολλές γυναίκες πριν ξεκινήσουν την χημειοθεραπεία, διαφεύγουν στην κατάψυξη ωαρίων και εμβρύων για να μπορούν να τεκνοποιήσουν αργότερα αν το επιθυμούν. Η διαδικασία δύναται να πραγματοποιηθεί έστω δύο εβδομάδες πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας, διαφορετικά είναι άσκοπο. Η κατάψυξη των αγονιμοποίητων ωαρίων είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν γίνεται με άσηπτη τεχνική. Στις γυναίκες έως 35 ετών υπάρχει η ευνοϊκή δυνατότητα να διατηρήσουν κατεψυγμένο το έμβρυο έπειτα από ωοληψία.

Λαπαροσκόπηση και κατάψυξη ιστών ωοθήκης για επαναμεταμόσχευση μετά το τέλος της θεραπείας: Εάν η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν επέμβει έγκυρα στο διάστημα δύο εβδομάδων για κατάψυξη ωαρίων μπορεί να πραγματοποιήσει κατάψυξη ωοθηκικού ιστού. Αφού ο γιατρός αξιολογήσει και εξετάσει την ασθενή με λαπαροσκοπική επέμβαση, ακολουθεί ορμονικός έλεγχος και υπερηχολογική εξέταση. Έπειτα μέσω του "αργού πρωτόκολλου κατάψυξης" ο γιατρός θα καταψύξει το μισό μέρος της ωοθήκης. Με το πέρασμα δύο ετών χωρίς καρκίνο εάν η γυναίκα

επιθυμεί να τεκνοποιήσει, επαναφέρεται επεμβατικά ο ωοθηκικός ιστός με ορθότοπη επαναμεταμόσχευση (Vukovic et al., 2019).

Η χημειοθεραπεία μπορεί να είναι πολύ δραστική έναντι του καρκίνου του μαστού αλλά η ισχύ της μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα που σχετίζονται με την γονιμοποίηση. Οι πιο σύνηθες επιπλοκές είναι η αμηνόρροια και σε περίπτωση επιστροφής της εμμήνου ρύσης μπορεί να ακολουθήσει πρόωρη εμμηνόπαυση λόγω βλαβών στην θυλακοθήκη. Η παρουσία των βλαβών σχετίζεται με την ηλικία, το στάδιο του καρκίνου, ο τρόπος χρήσης φαρμάκων και άλλοι παράγοντες ακόμα άγνωστοι. Δυστυχώς από την ηλικία των 40 ετών παρουσιάζονται διαταραχές στις ωοθήκες που δεν μπορούν να επιλυθούν πλέον, ενώ στις πολύ μεγαλύτερες γυναίκες οι διαταραχές ωοθηκών μπορεί να οφείλονται στο χαμηλό αριθμό υπολειμμάτων θυλακίων.

Όταν μια γυναίκα πλέον έχει γεννήσει και πιο πριν είχε υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία, δεν φαίνεται να αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα ούτε η ίδια ούτε το βρέφος τουλάχιστον έως τον ενάμιση χρόνο που έχει εξετάσει η μελέτη. Αναφέρθηκε μια μελέτη όπου 23 γυναίκες κατάφεραν να τεκνοποιήσουν μετά από δύομιση χρόνια από την νόσο του καρκίνου του μαστού. Η υγεία των μωρών ήταν φυσιολογική, εκτός ενός που γεννήθηκε λιποβαρές. Οι μητέρες από την άλλη πλευρά παρουσίασαν μειωμένη γαλουχία από το μαστό που είχε υποβληθεί σε συντηρητική χειρουργική θεραπεία και έπειτα ακτινοθεραπεία (Kasum et al., 2014).

2.5 Διάγνωση και αντιμετώπιση ψυχολογικής κατάστασης

Έχοντας γνώση οι ειδικοί γιατροί για τα συναισθήματα που καταβάλουν τις γυναίκες, θα πρέπει να βρουν τεχνικές διάγνωσης που θα διευκολύνουν την προσαρμογή των γυναικών. Πολλές τεχνικές διαλογής και διάγνωσης της ψυχικής υγείας δηλώνουν πως πρέπει να υπάρχει αλληλένδετη σύνδεση μεταξύ ευκολίας, ευαισθησίας και ειδικότητας των μέσων για να επιλεχθεί η κατάλληλη θεραπεία. Η καλύτερη ενημέρωση για να παρθούν σωστά μέτρα αποτελεί η λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού από τον γιατρό. Ένας πιο άμεσος τρόπος είναι από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Το Εθνικό Περιεκτικό Δίκτυο Καρκίνου παρέχει έναν οδηγό

που καθοδηγεί τους γιατρούς. Το πιο σύνηθες μέσο αποτελεί το θερμόμετρο δυσφορίας, όπου οι γυναίκες αξιολογούν το αίσθημα της δυσφορίας σε μια κλίμακα από το μηδέν έως το δέκα και ανάλογα το σκορ κρίνεται εάν θα χρειαστούν περαιτέρω εξετάσεις. Επειδή δεν θεωρείται τόσο αξιόπιστο, χρησιμοποιείται το Ερωτηματολόγιο Υγείας του Ασθενή. Και τα δύο τεστ δεν μπορούν να σταθούν χωρίς να πραγματοποιηθούν επιπλέον εξετάσεις (Jean C Yi & Karen Syrjala, 2017).

Εάν η κατάθλιψη φτάσει στο επίπεδο της μείζονος κατάθλιψης χρίζει ιατρικής παρέμβασης. Ο γιατρός πιθανόν να χορηγήσει φάρμακα τα οποία αντιδράσουν επικίνδυνα για την ασθενή αν συνυπάρχει με χημειοθεραπεία. Ο κίνδυνος είναι να προκληθούν διαταραχές στην λειτουργικότητα άλλων οργάνων. Για αυτό η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να είναι πολύ συγκεκριμένη και στοχευμένη ανάλογα την περίπτωση της γυναίκας. Κάποιες φορές και η ψυχοθεραπεία κρίνεται απαραίτητη, αλλά και σε αυτήν την περίπτωση χρειάζεται προσοχή. Η νοσούσα μπορεί να αισθανθεί πως πέρα από τον καρκίνο του μαστού, που ήδη είναι μια πολύ σοβαρή ασθένεια, έχει πληχτεί και η ψυχική της υγεία, άρα αποκτά μια άσχημη ιδέα για τον εαυτό της και για την ζωή της. Οπότε σε τέτοιες περιπτώσεις χρειάζεται μεγάλη προσοχή και αναλυτική αξιολόγηση των παραμέτρων πριν εφαρμοστεί οποιαδήποτε από τις παραπάνω θεραπείες για την κατάθλιψη. Όσο αφορά το άγχος και αυτό όταν ξεφύγει από τα φυσιολογικά όρια ίσως χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή. Τα πιο συχνά φάρμακα που χορηγούνται είναι οι βενζοδιαζεπίνες, ενώ σε παρουσία διαταραχής άγχους για μεγάλο χρονικό διάστημα η βουσπιρόνη. Και οι δύο κατηγορίες φαρμάκων δεν παρουσιάζουν κίνδυνο εξάρτησης για μετέπειτα (Αγγελοπούλου και συν., 2013).

Συστήνεται στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού να συμμετέχουν σε ομάδες στήριξης και συζήτησης. Οι νεαρές πάσχουσες που έχουν εξωτερικεύσει τα συναισθήματα τους σχετικά για την αλλαγμένη εικόνα τους, ύστερα δεν ντρέπονται για αυτό και αποκτούν πίσω την χαμένη τους αυτοπεποίθηση (Schover, 1994).

Η σωματική άσκηση έχει φανεί χρήσιμη για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους σε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Σε διάστημα λίγων εβδομάδων η τακτική άσκηση φαίνεται να έχει θετική επίδραση στην ψυχολογία της γυναίκας και να είναι το ίδιο αξιόλογη με άλλους τρόπους θεραπείας (Κελλαρτζής και

συν., 2007). Η γυμναστική βελτιώνει την φυσική και ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς, όμως έχει παρατηρηθεί ότι πολλές την εγκαταλείπουν από την στιγμή που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού και επιστρέφουν σε αυτήν μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας του καρκίνου (Penttinen et al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

3.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στην πρόληψη και στην διάγνωση

Ο νοσηλευτής αποτελεί την πρώτη γραμμή υπεράσπισης στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα συνεπώς και έχει αμεσότητα και με τους ασθενείς. Μπορεί να συμβάλει στην έγκυρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και να προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη στις ασθενείς και αρκετή πληροφόρηση γύρω από την νόσο του καρκίνου για να αποφευχθεί οποιαδήποτε παραπληροφόρηση ή αδικαιολόγητη ανησυχία. Σύμφωνα με την Αθανάτου (2000), οι νοσηλευτές πρέπει να καθοδηγήσουν τις γυναίκες σε κάποια βήματα. Αυτά σχετίζονται αρχικά με την εκπαίδευση των γυναικών. Η εκπαίδευση συμβάλλει στο να αναγνωρίσουν έγκαιρα τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού, τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου και πως να ψηλαφούν σωστά τους μαστούς τους. Η σωστή προσέγγιση θα βοηθήσει να αποβάλλουν οι ασθενείς τις προκαταλήψεις περί στίγματος από την νόσο και την λανθασμένη εντύπωση πως ακόμα και ο πρώιμος καρκίνος συνδέεται με την θνησιμότητα. Θα δημιουργηθεί ακόμα η δυνατότητα να αναγνωρίζουν ποιες είναι οι δομές στις οποίες μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια και υποστήριξη.

Για να αυξηθούν τα επίπεδα της έγκυρης πρόληψης οι νοσηλευτές πρέπει να είναι κατηρτισμένοι με όλες τις κατάλληλες γνώσεις και την εκπαίδευση ώστε να είναι αποτελεσματικοί και αποδοτικοί στην ενημέρωση του πληθυσμού. Οι νοσηλευτές έχουν πρόσβαση σε όλες τις κοινωνικές δομές, όπως σχολεία, εργασιακό χώρο, σπίτια και μπορούν να ενημερώνουν την κοινότητα και ιδιαίτερα τις ευπαθείς ομάδες σχετικά με την βελτίωση της ποιότητας της ζωής και την πρόληψη της υγείας τους. Οι σωστοί νοσηλευτές με μέσο την εκπαίδευση και την εμπειρία τους δύναται να λειτουργήσουν ως πρότυπα υγιής συμπεριφοράς. Μπορούν να παρέχουν νοσηλευτικές παρεμβάσεις εκπαιδύοντας, ερευνώντας και συμβουλευόντας όλη την κοινότητα με στοιχεία πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψης (Κόνιαρη, 1991).

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι σημαντικός για την ενημέρωση και την διδασκαλία των γυναικών σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορούν να αφυπνίσουν έγκαιρα τις γυναίκες της κοινότητας για να παραχθεί μια έγκυρη αποτελεσματική πρόληψη (Yousuf, 2012).

Δυστυχώς η εκπαίδευση των νοσηλευτών δεν δίνει ιδιαίτερα έμφαση σε θέματα προώθησης της δημόσιας υγείας. Και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι αρκετές φορές αισθάνονται αδύναμοι να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη σε γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού. Αν επικρατούσε η παρουσία εργαζομένων νοσηλευτών που έχουν την επαγγελματική κατάρτιση και γνώση, επειδή αποτελούν ένα μεγάλο μέρος του υγειονομικού εργατικού δυναμικού που αλληλοεπιδρά με τον καθημερινό άνθρωπο θα δρούσε ως θετικός συντελεστής για την μείωση του καρκίνου του μαστού. Ο νοσηλευτής λαμβάνει ιστορικό από την γυναίκα για να αξιολογήσει την κατάσταση της υγείας της την παρούσα στιγμή αλλά θα πρέπει να εξετάσει και αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για υποτροπή της υγείας της γυναίκας και πιθανή εκδήλωση της νόσου. Οι παράγοντες που θα πρέπει να επαγρυπνήσουν είναι κυρίως το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου σε συγγενικό πρόσωπο, το κάπνισμα, η σωματική άσκηση, το βάρος, οι διατροφικές συνήθειες, η χρήση φαρμάκων σε είδος και συχνότητα και αν υπάρχει τεκνοποίηση. Αφού ολοκληρωθεί η λήψη ιστορικού, δίνονται εμπειριστατωμένες προτάσεις και στην συνέχεια η προτροπή για διαγνωστικές εξετάσεις (Χαραλάμπους, 2011). Αναγνωρίζοντας τους παράγοντες και τι κινδύνους μπορεί να επιφέρουν διευκολύνει τον νοσηλευτή στην διδασκαλία της πρόληψης (Yousuf, 2012).

Στόχος είναι μέσω του νοσηλευτή οι γυναίκες να παρακινηθούν για εξετάσεις. Στην συγκεκριμένη περίπτωση οι εξετάσεις περιλαμβάνουν αρχικά ψηλάφηση από την ίδια, κλινική εξέταση και μαστογραφία. Πιο κατάλληλοι για αυτήν την παρακίνηση θεωρούνται οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας πρόληψης, δημιουργώντας ένα οικείο και φιλικό κλίμα που θα απομακρύνει τους φόβους και τις ανησυχίες των γυναικών. Εργαζόμενοι με ευρύτερες γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού επιφέρουν εντονότερη αποτελεσματικότητα καθώς καταφέρνουν να μυθήσουν πιο εύκολα την κοινότητα. Φάνηκε πως οι νοσηλευτές επηρεάζουν θετικά την κρίση των γυναικών, καθώς όταν παροτρύνονται για μαστογραφία όντως υποβάλλονται γιατί εμπιστεύονται την κρίση τους. Για να επιτευχθεί αυτό προηγείται να γνωρίζουν οι

επαγγελματίες υγείας όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για όλες τις παραπάνω μεθόδους. Η έγκυρη αναγνώριση του καρκίνου του μαστού μπορεί να συνδράμει στην διατήρηση της ζωής της γυναίκας. Στόχος είναι οι νοσηλευτές να έχουν αρκετές γνώσεις και εκπαίδευση ώστε να συμμετέχουν πιο ενεργά στην ενημέρωση και διάγνωση του καρκίνου στις ασθενείς. Καθώς η ελλιπής γνώση φαίνεται να είναι μια αιτία αποχής των γυναικών από την ψηλάφηση και αυτοξιολόγηση των μαστών (Yousuf, 2010).

Ο νοσηλευτής αποτελεί την πρώτη γραμμή υποστήριξης για τους ασθενείς. Για αυτό τον λόγο πρέπει να εκπαιδεύεται σωστά και να εξασκεί τις γνώσεις του έχοντας επαφές υποστήριξης με τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές μεσολαβούν στην ενημέρωση των γυναικών σχετικά με την νόσο του καρκίνου, την πιθανή πρόκληση, τους παράγοντες κινδύνου και το σημαντικότερο την ψηλάφηση. Συγκεκριμένα η διδασκαλία της ψηλάφηση είναι ο πιο κατάλληλος οικονομικός και ανώδυνος τρόπος για αναγνώριση διαφορών στους μαστούς (Olusegun et al., 2016).

Σύμφωνα με την έρευνα των Yousuf et al. (2010), που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να εξετάσει τις γνώσεις φοιτητών νοσηλευτικής στην Σαουδική Αραβία σχετικά με το θέμα του καρκίνου του μαστού και την αυτοεξέταση των μαστών. Συμμετείχαν 33 φοιτήτριες σε ερωτηματολόγιο που τους αποσταλεί ταχυδρομικά. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από ερωτήσεις για προσωπικές πληροφορίες, γνώσεις που αφορούν τον καρκίνο του μαστού και την γνώμη τους σχετικά με την αυτοεξέταση μαστών. Όλες οι συμμετέχουσες ήταν φοιτήτριες τρίτου και τέταρτου έτους κυρίως, άρα ηλικιακά μέσος όρος είναι τα 22 χρόνια. Το 97% ήταν ανύπαντρες και το 18% είχαν οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του μαστού. Πριν την έρευνα το 33% ψηλαφούσαν τους μαστούς ενώ 21% δεν είχε ψηλαφίσει ποτέ πιο πριν. Οι γνώσεις των φοιτητριών σχετικά με τα συμπτώματα και τους παράγοντες του καρκίνου ήταν ελάχιστες. Οι 73% αντιλαμβάνονται το κίνδυνο που υπονομεύει η παρουσία οζιδίων στους μαστούς ενώ τα δύο τρίτα δεν γνώριζαν πως και οι λεμφαδένες μπορεί να υπονομεύουν κίνδυνο καρκίνου. Το 64% από τις συμμετέχοντες δεν γνώριζαν ότι οι ανωμαλίες της θηλής σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού. Μετά από την έρευνα εντοπιστήκαν καλύτερες γνώσεις πλέον από τις συμμετέχουσες γύρω από το θέμα του καρκίνου μαστού. Η έρευνα επέφερε ένα θετικό αποτέλεσμα ως προς την διεύρυνση των γνώσεων των φοιτητριών και ίσως αλλαγή στην άποψη σχετικά με την

ψηλάφηση. Θα μεταδώσουν στις γυναίκες το μήνυμα πως θα πρέπει να εξετάζονται και να αφυπνίζονται εάν εντοπίσουν κάτι ασυνήθιστο. Όλο αυτό οδηγεί σε μείωση θανάτων από καρκίνο του μαστού και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ένας σπουδαίος στόχος που θέλει να πετύχει ο υγειονομικός δημόσιος τομέας είναι να γίνεται έγκυρη πρόληψη του καρκίνου του μαστού με απώτερο στόχο την αποφυγή θνησιμότητας των γυναικών που πάσχουν από την νόσο. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται άμεση κινητοποίηση του υγειονομικού προσωπικού και ιδιαίτερα του νοσηλευτή, καθώς αποτελεί το πρώτο μέλος της ιατρικής ομάδας που έρχεται σε επαφή με την κοινότητα. Κρίνεται απαραίτητο ο υπεύθυνος νοσηλευτής που βρίσκεται στο στάδιο της πρόληψης να έχει πλήρης γνώσεις, σχετικά με την νόσο, για τους παράγοντες κινδύνου και πόσο επηρεάζει η κληρονομικότητα (Prolla et al., 2015).

Οι δραστηριότητες για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού πραγματοποιούνται από τη βαθμίδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και τους νοσηλευτές που την απαρτίζουν. Με καθοδήγηση από το πρωτόκολλο που δίνεται από το υπουργείο υγείας προσαρμόζουν οι νοσηλευτές τις δικές τους δράσεις και δρουν αναλόγως με ενέργειες που προλαμβάνουν την διατήρηση της υγείας (Melo et al., 2017).

Ο νοσηλευτής δεν είναι απλά ένας εργαζόμενος που παρέχει πληροφορίες σε πιθανούς ασθενείς κατά την διάρκεια της εργασίας του. Μπορεί να μεταφέρει τις γνώσεις του σχετικά με τον καρκίνο στην κοινότητα και στην οικογένεια του οποιαδήποτε στιγμή του δίνεται η δυνατότητα. Θέτει ως στόχο να μεταφέρει τις γνώσεις του στους υπόλοιπους συνανθρώπους ακόμα και να διδάξει τον σωστό τρόπο ψηλάφησης. Επιπλέον, αφού ο θηλασμός έχει φανεί να μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου, ο επαγγελματίας υγείας θα παροτρύνει την μητέρα να θηλάσει και θα την ενημερώσει για όλα τα οφέλη που έχει ο θηλασμός και για την υγεία της ίδιας και του μωρού της (Lewison, 1965).

Η νόσος του καρκίνου του μαστού χρειάζεται έγκυρη επαγρύπνηση από τις γυναίκες. Δηλαδή να φροντίζουν οι ίδιες για την υγεία τους μέσω ψηλάφησης των μαστών τους και εξέταση μαστογραφίας. Εδώ ο νοσηλευτής μπορεί να συνδράμει εάν πέρα από το νοσοκομείο προωθή τις γνώσεις του στην κοινότητα. Έτσι οι γυναίκες της κοινότητας θα ενδιαφερθούν και θα κινητοποιηθούν για την ατομική τους υγεία

(Bailey, 2000). Ένα από τα πολλά καθήκοντα του νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση και η ενημέρωση των πολιτών σχετικά με επίκαιρα θέματα υγείας. Αυτό που θα επιφέρει την επιβίωση της νόσου και την απομάκρυνση από τις αισθητικές επεμβάσεις ανάπλασης των μαστών είναι η ενημέρωση από τους νοσηλευτές και ο έγκυρος εντοπισμός (Gladfelter, 2007).

Με την συμβολή του νοσηλευτή είναι δυνατόν η έγκυρη διάγνωση και ακολούθως η έγκυρη θεραπεία. Στο στάδιο της διάγνωσης ο ρόλος του νοσηλευτή είναι λιγότερο πρακτικός και περισσότερο συναισθηματικός. Η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης δεν αφορά μόνο τις ασθενείς αλλά και τις οικογένειες τους καθώς όλοι εκδηλώνουν συναισθήματα άγχους, άρνησης ή καθυστερημένη αποδοχή της κατάστασης και φόβους. Την χρονική περίοδο που η γυναίκα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, ο νοσηλευτής οφείλει να διαχειριστεί την κατάσταση με πλήρη επαγγελματικότητα και κατανόηση. Ο επαγγελματισμός του θα φανεί εάν επιτύχει η ασθενής να είναι τυπική στα ραντεβού της με τον γιατρό και στην φαρμακευτική της αγωγή. Μπορεί ο γιατρός να λαμβάνει τις τελικές αποφάσεις όμως ο νοσηλευτής είναι εκείνος που επισκέπτεται συχνότερα την νοσούσα και συνεπώς αντιλαμβάνεται και ακούει τα προβλήματα της. Οπότε η επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενή έχει θετικό αντίκτυπο γιατί ο ένας μπορεί να ενθαρρύνει και να στηρίξει ακόμα πιο άμεσα και ο άλλος να καταφέρει να αλλάξει θετικά την ψυχολογία του και να αισθανθεί πως κάποιος τον κατανοεί αντίστοιχα. Σημαντικό και στο σημείο της διάγνωσης είναι οι γνώσεις και η εκπαίδευση τους. Θα πρέπει να γνωρίζουν τις παρενέργειες από τις θεραπείες και τα φάρμακα, παράγοντες κινδύνου και το πόσο ωφέλιμη είναι η έγκυρη διάγνωση και όλα αυτά να τα μεταφέρουν στους υπολοίπους (Lewison, 1965).

Σύμφωνα με τους Houfek et al. (1997), ο νοσηλευτής μπορεί να φανεί χρήσιμος στην διαδικασία της διάγνωσης. Ο ένας τρόπος είναι η ενημέρωση των γυναικών σχετικά με τις εξετάσεις, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα αυτών και τους παράγοντες κινδύνου και ένας άλλος τρόπος είναι να εξαλείψουν τα προβλήματα που εμποδίζουν την κατάλληλη διάγνωση.

Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής κατά την διάρκεια της διάγνωσης με εργαλεία τα κατάλληλα ερωτηματολόγια ή άλλα μέσα διαλογής να εντοπίσει εάν υπάρχουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Εάν η γυναίκα έχει ήδη ιστορικό με ψυχολογικές διαταραχές, ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει να είναι ακόμα πιο

προσεκτικός με τον τρόπο που θα παρέχει στην συγκεκριμένη ασθενή ψυχολογική υποστήριξη (VanEsch, 2012).

Είναι λογικό να υπάρχουν συμπτώματα άγχους κατάθλιψης πριν την επέμβαση όμως στόχος της υποστηρικτικής ομάδας είναι να μην διατηρηθούν και μετά την επέμβαση καθώς μειώνουν την ποιότητα ζωής στην ασθενή (Gold et al.,2016).

Οι γυναίκες που οι νοσηλευτές τους έχουν διδάσκει σωστά την ψηλάφηση κινητοποιούνται πιο έγκαιρα αν εντοπίσουν κάτι ασυνήθιστο και έχουν πιο ψύχραιμη αντίδραση στην διάγνωση. Άρα οι νοσηλευτές αποτελούν μοχλό για την καλύτερη αντιμετώπιση και αντίδραση σε τέτοιες καταστάσεις. Τυχαίνει επαγγελματίες υγείας που ενώ ξέρουν για την ψηλάφηση δεν την διδάσκουν. Η αιτία δεν είναι ακριβής αλλά ίσως οφείλεται σε φόβο ή αμηχανία στην επαφή με τους μαστούς, ή σε πεποίθηση πως ο τρόπος αυτοεξέτασης είναι δεδομένα γνωστός. Στόχος είναι να αποκτήσουν οι νοσηλευτές περαιτέρω γνώσεις και μετέπειτα να τις μεταδώσουν ως εκπαιδευτές πλέον στους πιθανούς ασθενείς και όχι μόνο (Akhasawneh et al., 2009).

Την στιγμή που η γυναίκα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να ακούσει ποιοι προβληματισμοί απασχολούσαν πριν την διάγνωση την ασθενή και ποιες είναι πλέον οι σκέψεις της, τα άγχη της και να αξιολογήσει την ψυχική τη δυσφορία. Ο νοσηλευτής οργανώνει ένα πλάνο για την ψυχολογική υποστήριξη αφού αξιολογήσει την φυσική κατάσταση της πάσχουσας και το ιστορικό της ψυχικής της υγείας. Είναι απολύτως φυσιολογικό η πρώτη αντίδραση να είναι το σοκ και η άρνηση αλλά με την έγκυρη και ορθή παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού οι αντιδράσεις αυτές μπορούν να εξαλειφθούν (Greenberg, 2010).

3.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.2.1 Προεγχειρητικό και διεγχειρητικό στάδιο

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται σε νοσοκομειακούς χώρους, κέντρα υγείας ακόμα και σε ιδιωτικά ιατρικά κέντρα. Η αλληλεπίδραση τους με ασθενείς και προσωπικό επαγγελματιών υγείας είναι συνεχής και απαιτεί αρκετό χρόνο. Το φόρτο εργασίας μπορεί να είναι πολύ επιβαρυνμένο και αυτό να αγχώνει τους εργαζόμενους νοσηλευτές αλλά παρόλα αυτά καταφέρνουν να επιλύουν τα προβλήματα και να στηρίζουν τους ασθενείς. Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής κινείται μέσα στον χώρο του χειρουργείου, πριν ο ασθενής χειρουργηθεί, κατά την διάρκεια της επέμβασης και της επακόλουθης ανάρρωσης (Lemonidou, 1996).

Η παρουσία του νοσηλευτή είναι απαραίτητη στο προεγχειρητικό στάδιο κυρίως για την αξιολόγηση της υγείας της ασθενούς και την λήψη του ιστορικού της. Σε αυτήν την περίπτωση η αξιολόγηση γίνεται ακόμα πιο στοχευμένα και συγκεκριμένη σε σύγκριση με την αξιολόγηση που είχε προηγηθεί κατά την διάγνωση. Χρειάζονται κάποιες διαφοροποιήσεις που θα εξυπηρετήσουν και θα διευκολύνουν το έργο των νοσηλευτών κατά την διάρκεια της επέμβασης. Δηλαδή να αντιμετωπιστεί η δυσκολία που προκύπτει από τον ελάχιστο διαθέσιμο χρόνο στην σχέση νοσηλευτή-ασθενή στην περιεγχειρητική φάση. Η συλλογή δεδομένων αφορά πληροφορίες που θα φανούν χρήσιμες για την εξατομικευμένη φροντίδα της ασθενούς σε όλη την πορεία της νοσηλείας.

Επίσης θα γίνει και εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης της πάσχουσας μέσω παράθεσης ερωτήσεων που αφορούν την άποψη της σχετικά με την επέμβαση και τις γνώσεις της γύρω από το θέμα, τα συναισθήματα της, την παρουσία κοινωνικής υποστήριξης και τις προσωπικές της αντιλήψεις. Η σκιαγράφηση της προσωπικής ψυχολογικής διάθεσης της γυναίκας δρα θετικά στο έργο του νοσηλευτή καθώς θα έχει κερδίσει χρόνο για την νοσηλεία μετά το χειρουργείο και η νοσούσα θα έχει καλύτερη ψυχολογία εφόσον έχει εκφράσει και έχει νιώσει κατανόηση στο άγχος της

Ο νοσηλευτής μέσα από την αξιολόγηση θα πρέπει να έχει συλλέξει τα προσωπικά στοιχεία ταυτοποίησης της ασθενούς και να έχει λάβει το ιστορικό της. Στη συνέχεια, θα πρέπει να εκτιμήσει τον βαθμό πόνου και την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς όταν επεξηγεί την διαδικασία που θα ακολουθήσει. Παρατηρεί αρχικά το βαθμό λειτουργικότητας του οργανισμού της, την κατάσταση του δέρματος και τις διατροφικές της συνήθειες. Έπειτα μέσω του διαλόγου παρατηρεί ποιο είναι το πολιτισμικό, θρησκευτικό, κοινωνικό υπόβαθρο της γυναίκας και αν λαμβάνει στήριξη από τους οικείους της. Τέλος, φροντίζει για την διαφύλαξη των προσωπικών αντικειμένων και την εγγεγραμμένη συγκατάθεση της ασθενούς.

Οι διεργασίες αυτές θα πρέπει να είναι σύντομες και να αποσκοπούν στην όσο το δυνατόν καλύτερη διεξαγωγή της χειρουργικής παρέμβασης και την συντομότερη επιστροφή της γυναίκας στην καθημερινή της ζωή και ανάκτηση της καλής ποιότητας ζωής (Weaver, 2009).

Σύμφωνα με τους Πινακίδη και Μπόντη (1993), η προεγχειρητική προετοιμασία για την αφαίρεση του καρκίνου του μαστού δεν διαφέρει από τις άλλες χειρουργικές επεμβάσεις και περιλαμβάνει πραγματοποίηση αιματολογικών εξετάσεων και προετοιμασία της περιοχής και του δέρματος για την επέμβαση. Επιπροσθέτως ενημερώνει για τις τεχνικές εκκένωσης και πως η σίτιση θα πρέπει να έχει προηγηθεί οχτώ ώρες πριν την επέμβαση. Όταν πλέον θα έχει μεταφερθεί στο χειρουργικό θάλαμο η ασθενής θα αποσύρει όλα τα τυχόν κοσμήματα και θα τοποθετήσει κατάλληλο χειρουργικό ρουχισμό. Θα ακολουθήσει η λήψη ζωτικών σημείων και η διαδικασία της νάρκωσης. Ο νοσηλευτής θα ενημερώσει την οικογένεια για την εξέλιξη της κατάστασης.

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί την πρώτη από τα τρία επίπεδα της χειρουργικής επέμβασης και είναι υπεύθυνη για την καταλυτική έκβαση του χειρουργείου. Εάν η επικοινωνία του νοσηλευτή με την ασθενή είναι ανεπαρκής και δεν διαθέτει αρκετό ελεύθερο χρόνο για να ασχοληθεί περαιτέρω με την ασθενή κατά την προεγχειρητική φάση τότε αυτό θα λειτουργήσει αρνητικά για τις επόμενες φάσεις επηρεάζοντας αρνητικά την ψυχολογία της γυναίκας. Εάν η ασθενής νιώσει ότι υπάρχει οικειότητα και κατανόηση θα μοιραστεί τις ανησυχίες και τους φόβους της με τον νοσηλευτή (Malley et al., 2015).

Ένας κύριος λόγος ύπαρξης της προεγχειρητικής φροντίδας είναι να αποτρέψει τις αιτίες που πιθανόν διακινδυνεύουν την πορεία της επέμβασης και της αναισθησίας και έπειτα το χειρουργείο να ανακτήσει την λειτουργικότητα και την ποιότητα της ζωής. Το ιδανικό είναι να συμμετέχει όλη η ομάδα, γιατρός, αναισθησιολόγος, νοσηλεύτης στην προεγχειρητική εκπαίδευση και να συνεργαστούν για να αποτρέψουν τους παράγοντες κινδύνου και τα υποκείμενα προβλήματα που πιθανόν προκύψουν. Ακόμα και αν δεν καταφέρουν να εξαλείψουν εξ ολοκλήρου τα προβλήματα, να τα έχουν αντιμετωπίσει σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο για να έχει καλύτερη έκβαση η διεγχειρητική και μετεγχειρητική φάση (Malley et al., 2015).

Όπως και σε άλλα νοσήματα, έτσι και στο καρκίνο του μαστού η προεγχειρητική φροντίδα εστιάζει στην αξιολόγηση της ψυχολογικής υγείας της ασθενούς και στην απάντηση ερωτήσεων που σχετίζονται με το χειρουργικό κομμάτι. Οι γυναίκες θα αναζητήσουν απαντήσεις για τους κινδύνους που ενέχει η επέμβαση, πόσο επιβαρύνουν την υγεία οι διάφορες θεραπείες και πόσος καιρός θα επέλθει για να επιστρέψουν στην γνωστή τους καθημερινότητα. Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει σε αυτό το στάδιο να επεξηγήσει ακριβώς στην νοσούσα όσα γνωρίζει για την πορεία που θα ακολουθήσει, χωρίς να αποκρύψει κάτι (Wright, 2020).

Θα δοθούν οδηγίες για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων και θα γίνουν ερωτήσεις όσο αναφορά την φαρμακευτική αγωγή και γνώση αλλεργίας σε κάποια φαρμακευτική ουσία. Επιπλέον οι ασθενείς θα ενημερωθούν ποιος είναι ο προβλεπόμενος χρόνος αποκατάστασης, της φροντίδας, της επιστροφής της ποιότητας της ζωής και να παροτρύνει και να συστήνει συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης. Πριν την εκτέλεση την επέμβασης δίνονται τελικές οδηγίες προετοιμασίας για το χειρουργείο (Weaver, 2009).

Αρχικά με την ανακοίνωση της νόσου η γυναίκα συναισθηματικά είναι πιο επηρεασμένη και μπερδεμένη από ποτέ σε σημείο που δεν έχει αναγνωρίσει τον τρόπο να κατευνάσει τα συναισθήματα της. Οπότε θα πρέπει να της δοθεί λίγος χρόνος για να αποδεχτεί την κατάσταση. Ο νοσηλεύτης που θα την προσεγγίσει θα πρέπει να έχει την εμπειρία ή γνώσεις να υποστηρίξει συναισθηματικά, συζητώντας για τα συναισθήματα της γυναίκας. Έχοντας κατανοήσει τα συναισθήματα της ασθενούς, ο επαγγελματίας υγείας θα της αναφέρει πληροφορίες σχετικά με τα αρνητικά και θετικά των θεραπειών για να έχει μια εμπειριστατωμένη άποψη για την

διαλογή της θεραπείας. Έπειτα της αναφέρει όσα θα προκύψουν μετά την χειρουργική επέμβαση όπως για παράδειγμα παρενέργειες από την θεραπεία. Ο νοσηλευτής μέσω την αξιολόγησης πρέπει να εκτιμήσει τις γνώσεις της γυναίκας για την νόσο του καρκίνου, ποια είναι τα συναισθήματα που την κυριεύουν, τι άποψη και διάθεση έχει για τις θεραπείες, πως αισθάνονται με την αλλαγή που επρόκειτο να συμβεί στο σώμα τους και ποια είναι η αντίληψη τους για την απώλεια της ζωής (Emoto et al., 1982).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει κατάλληλα τις γυναίκες σχετικά με τα βήματα από την διάγνωση έως και μετά την επέμβαση. Διευκρινίζει τα υπέρ και τα κατά κάθε θεραπείας και το αντίκτυπο που θα έχει το τελικό αποτέλεσμα στην ρουτίνα της καθημερινότητας τους. Θετική επίδραση στην συναισθηματική κατάσταση των γυναικών φαίνεται να έχει και η επαφή με τα υπόλοιπα μέλη που θα συμμετέχουν στο χειρουργείο. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι γυναίκες, δυσκολεύονται εντονότερα να αποδεχτούν το γεγονός ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού και συνεπώς είναι δυσκολότερο να συγκροτήσουν την σκέψη τους για να λάβουν αποφάσεις σχετικά με την θεραπεία. Εδώ το έργο του νοσηλευτή είναι δυσκολότερο και χρειάζεται πιο προσεκτική προσέγγιση. Ασθενείς που έχουν στο ιστορικό τους διάφορες ψυχολογικές διαταραχές, θα χρειαστούν περαιτέρω αξιολόγηση από ειδικό γιατρό-ψυχολόγο. Πολλές είναι εκείνες που αναζητούν την επικοινωνία με πρώην ασθενείς καρκίνου του μαστού για να αντλήσουν ψυχική δύναμη. Και πράγματι η συζήτηση με γυναίκες που έχουν περάσει καρκίνο τις ηρεμεί όταν συνειδητοποιούν πως τα συναισθήματα τους σε αυτό το στάδιο είναι κοινά άρα και δικαιολογημένα. Μέσα από όλα αυτά ο νοσηλευτής θα εκτιμήσει την γενική εικόνα της υγείας.

Η προεγχειρητική φροντίδα δεν επικεντρώνεται παρά μονό στην πάσχουσα αλλά και στο στενό οικογενειακό της κύκλο για να σκιαγραφήσει κυρίως τις σχέσεις μεταξύ τους και να προσεγγίζει το ζήτημα των προβλημάτων που ίσως προκύψουν μετά την θεραπεία. Η γυναίκα νιώθει την ανάγκη για υποστήριξη και για αυτό συνιστάται ο σύζυγος-σύντροφος να εκπαιδευτεί για να μπορέσει να στηρίξει και την νοσούσα αλλά και τον εαυτό του για τις αλλαγές που επρόκειτο να επέλθουν. Στόχος είναι να αποφευχθούν οι εντάσεις μετά το χειρουργείο για να είναι πιο αποτελεσματική και συντομότερη η ψυχική ίαση (Emoto et al., 1982).

Ο νοσηλευτής μπορεί να εξυπηρετήσει την ασθενή στην προεγχειρητική φροντίδα, εφόσον έχει όλες τις απαραίτητες γνώσεις για την νόσο του καρκίνου του μαστού και μπορεί να κατανοήσει τα συναισθήματα της γυναίκας εκείνη την στιγμή.

Διαφορετικά δεν μπορεί να παρέχει μια ορθή προεγχειρητική φροντίδα (Remmers et al., 2010).

Ο νοσηλευτής θα παραλάβει την ασθενή από το δωμάτιο της και θα την οδηγήσει προς το χειρουργείο. Προτού ξεκινήσει η διαδικασία του χειρουργείου, ο νοσηλευτής υπεύθυνα θα προετοιμάσει μαζί με το υπόλοιπο προσωπικό που βρίσκεται στον χώρο, τις ενδοφλέβιες παροχές, το μόνιτορ, τους καθετήρες και όλοι ενημερώνονται με τα παρόντα στοιχεία. Η παρουσία του νοσηλευτή κατά την διάρκεια του χειρουργείου μπορεί να είναι σημαντική και για της ψυχολογία της πάσχουσας καθώς θα νιώθει οικειότητα και εμπιστοσύνη. Ακόμα μπορεί να λάβει και τον ρόλο του εργαλειοδότη κατά την διάρκεια της διεξαγωγής της επέμβασης (Suganandam, 2019).

3.2.2 Μετεγχειρητικό στάδιο

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο μετεγχειρητικό στάδιο περιέχει κάποιες βασικές κινητοποιήσεις. Αρχικά να εκτιμήσει την κατάσταση των πληγών και την γενικότερη εικόνα της ασθενούς και να εντοπίσει μετεγχειρητικές διαταραχές. Στη συνέχεια θα ακούσει την γυναίκα σχετικά με τα συμπτώματα που την ταλαιπωρούν μετά την μαστεκτομή και θα δώσει οδηγίες που αφορούν την επανεξέταση των μαστών με διαγνωστικές και αξονικές εξετάσεις σε διάφορες χρονικές περιόδους. Επίσης προτρέπει τις γυναίκες για κινητικότητα (Wright, 2020).

Σύμφωνα με τους Emoto et al. (1982), οι κύριες δραστηριότητες του νοσηλευτή αφορούν την ενασχόληση του με την συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας. Δηλαδή πως βιώνει τον πόνο, πως αντιλαμβάνεται πλέον τη θηλυκή της εικόνα και ποιοι είναι οι παράγοντες που την εμποδίζουν να αποδεχτεί την κατάσταση. Στο πρακτικό κομμάτι ο νοσηλευτής εκτιμά την κατάσταση του δέρματος για πιθανή ασυνέχεια δέρματος ή μόλυνση της χειρουργημένης περιοχής και προβάλλει τρόπους διατήρησης της λειτουργικότητας που τείνει να χαθεί λόγω της χειρουργικής παρέμβασης. Τέλος, ο νοσηλευτής εκπαιδεύει την ασθενή με ασκήσεις για την

επαναφορά της λειτουργικότητας που έχει υποστεί απώλεια αισθητικότητας, στην σωστή περιποίηση του άνω άκρου και στην σωστή αποβολή των υγρών.

Σύμφωνα με τον Τζωρακολευθεράκη (1996), ο νοσηλευτής μετά το τέλος της χειρουργικής παρέμβασης θα πρέπει:

Αρχικά να τοποθετήσει την ασθενή σε κατάλληλη θέση με στόχο την διευκόλυνση της αναπνευστικής λειτουργίας και με τέτοιο τρόπο που να μην επιβαρύνεται η πλευρά που έχει πραγματοποιηθεί η επέμβαση. Έπειτα αξιολογείται η κατάσταση της υγείας της ασθενούς μέσω λήψης των ζωτικών σημείων και έλεγχο του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Παράλληλα εκτιμάται και εξωτερικά η γενική εικόνα της γυναίκας, ελέγχοντας τις γάζες για παρουσία αίματος και την αποβολή των υγρών από την ειδική παροχέτευση. Ο νοσηλευτής προνοεί για την αποφυγή κατακλίσεων φροντίζοντας το δέρμα της ασθενούς. Ακόμα, εκπαιδεύει την γυναίκα με τον σωστό τρόπο αναπνοής και κατάλληλων ασκήσεων για την χειρουργημένη περιοχή και επικοινωνεί με το οικογενειακό της περιβάλλον τόσο για την εκπαίδευση αυτών όσο και την παροχή ψυχολογική υποστήριξη στην οικογένεια. Τέλος, δίνει εναλλακτικούς τρόπους ώστε οι ασθενείς να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής με επαρκή τροφή και ύπνο.

Μετά την επέμβαση, ο νοσηλευτής επαναλαμβάνει την αξιολόγηση της υγείας της ασθενούς και επισκοπεί το δέρμα για διαταραχές όπως αιμορραγία ή πληγή. Την καθησυχάζει πως η επισκόπηση γίνεται προληπτικά και ότι είναι απαραίτητο να εξετασθεί έστω τις δυο πρώτες εβδομάδες. Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη όταν η γυναίκα θα χρειαστεί να κοιτάξει το σώμα της για πρώτη φορά. Ο κύριος λόγος που θα πρέπει να αντικρίσει άμεσα την αλλαγμένη εικόνα της είναι, για να αναγνωρίσει έγκαιρα την παρουσία διαταραχών που ίσως συμβούν μετά την μαστεκτομή. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής εκπαιδεύει την ασθενή και κάποιο οικείο της για την αποβολή και καταμέτρηση των υγρών και επιπλέον παρέχει υποστηρικτική φροντίδα γιατί η διαδικασία είναι επίπονη και μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογία της. Εάν κριθεί απαραίτητο από τον γιατρό ίσως της χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή και ο νοσηλευτής θα πρέπει να της αναφέρει τα οφέλη της αγωγής και τις επιλοκές που φέρνουν δυσφορία κάποιες φορές και να ενημερώσει ότι η χρήση γάζας στο χειρουργημένο μαστό ενέχει κίνδυνο εγκαύματος (Weaver, 2009).

Κάθε γυναίκα είναι μια ξεχωριστή περίπτωση και για αυτό ο βαθμός πόνου κυμαίνεται από πολύ έντονος έως ελάχιστος και το σημείο (θώρακας, μαστός ή βραχίονας) αναφοράς πόνου επίσης διαφέρει. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναγνωρίζει τον βαθμό πόνου που εκφράζει η γυναίκα και να προσαρμόζει κατάλληλα την νοσηλευτική φροντίδα. Όταν μεγάλο μέρος της αναισθησίας, που παραμένει μετά την εγχείρηση, υποχωρήσει και επαναχορηγούνται τροφή και υγρά per os, ξεκινάει και η φαρμακευτική χορήγηση. Η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται αποτελείται από αναλγητικά φάρμακα, καθώς πρωταρχικός ρόλος είναι να μην βιώνει η γυναίκα ανυπόφορο πόνο που θα της προκαλεί δυσφορία. Οι οδηγίες που δίνονται στην λήψη φαρμάκων είναι, να λαμβάνονται πριν τις ασκήσεις επαναφοράς της κινητικότητας και πριν τον ύπνο και καθημερινές πλύσεις.

Μετά την επέμβαση η ασθενής θα έχει τοποθετημένη γάζα πάνω στην τομή μέσα σε ένα χειρουργικό στηθόδεσμο όπου έχουν τοποθετηθεί σωλήνες αποστράγγισης για την αποβολή του υγρού. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξετάζει προσεκτικά την περιοχή για να μην συγκεντρωθεί τυχόν υγρό και να οδηγήσει σε μόλυνση της χειρουργημένης περιοχής ή να παρατηρήσει πιθανόν αιμορραγία. Θα πρέπει να εκπαιδεύσει στην συνέχεια την ασθενή και κάποιο μέλος της οικογένειας για την σωστή αλλαγή της γάζας και της συσκευής. Κατά την διάρκεια αυτής της διαδικασίας δίνεται η δυνατότητα επικοινωνίας νοσηλευτή-ασθενή αρχικά για την διδασκαλία και έπειτα για να συναισθήματα της πάσχουσας που προέκυψαν μετά την μαστεκτομή, με την αλλαγμένη εικόνα πλέον του σώματος .

Όσο καλή και αν υπήρξε η προεγχειρητική ενημέρωση και φροντίδα, παραμένει δύσκολο να αντικρίσει την αλλαγμένη εικόνα και να μην υπάρχει καμία αντίδραση ή να αποδεχτεί αμέσως την αλλαγή. Η νοσηλευτική προσέγγιση θα πρέπει να είναι ανθρωποκεντρική, να εστιάζει στο συναίσθημα της γυναίκας και να δείξει κατανόηση στο τρόπο που θα εκφράσει την ανησυχία της. Η συναισθηματική έκρηξη είναι αναμενόμενη και ο ειδικός νοσηλευτής θα πρέπει να ηρεμήσει την ασθενή.

Επιπρόσθετο άγχος δίνει η τήρηση των επόμενων βημάτων που επρόκειτο να γίνουν. Και εδώ χρειάζεται κατανόηση και διευκρινιστικές απαντήσεις στις απορίες που έχουν. Το άγχος όμως δεν περιορίζεται μόνο εκεί. Έντονη είναι και η ανησυχία για την διατήρηση της ομαλότητας στην ερωτική και συντροφική τους σχέση. Και οι δυο σύντροφοι αγχώνονται λόγω της άγνοιας για την προσαρμογή, εάν όμως έχει

προηγηθεί η συζήτηση στην προεγχειρητική φάση και επισημανθεί και σε αυτή την φάση, η προσαρμογή θα είναι σχετικά πιο σύντομη (Emoto et al., 1982).

Σύντομα μετά το χειρουργείο θα πρέπει να επιμεληθεί η επαναφορά της λειτουργικότητας του οργανισμού. Συγκεκριμένα το χέρι από την πλευρά του μαστού που χειρουργήθηκε, ο βραχίονας και οι πνεύμονες υποβάλλονται σε ασκήσεις για να επανέλθει η λειτουργικότητά τους. Σύμφωνα με τους Emoto et al. (1982), "*οι στόχοι του προγράμματος άσκησης είναι να αυξήσουν την κυκλοφορία και την δύναμη των μυών, να αποτρέψουν την ακαμψία των αρθρώσεων και τις συσπάσεις και να αποκαταστήσουν το πλήρες εύρος κίνησης*". Στην καλύτερη αποδοτικότητα της εξάσκησης βοηθάει να έχει προηγηθεί ένα χαλαρωτικό μπάνιο και να γίνει προσπάθεια να επαναληφθούν καθημερινές πρωινές δραστηριότητες. Υπάρχουν και περιπτώσεις όπως για παράδειγμα τα δερματικά μοσχεύματα που δεν επιτρέπουν τις αυθαίρετες κινήσεις με βάση την βούληση της ασθενούς, αλλά έπειτα από ιατρική έγκριση. Ο νοσηλευτής φροντίζει να είναι αρχικά πρόθυμες οι γυναίκες να διεξάγουν τις ασκήσεις για την επαναφορά της λειτουργικότητας, να τις πραγματοποιούν σωστά, να τις συμβουλεύσουν να αποφύγουν τα βάρη και να καθυστερήσουν για κάποιο διάστημα την οδήγηση. Η επιστροφή στην παλιά καθημερινότητα, στις δραστηριότητες που υπήρχαν πιο πριν γίνεται προοδευτικά από τις λιγότερο δύσκολες και επώδυνες για τον οργανισμό, μέχρι την πλήρη αποκατάσταση της λειτουργικότητας.

Είναι αναμενόμενο μετά το χειρουργείο, να υπάρχει πόνος, κάποιο αίσθημα τραβήγματος και μυρμηγκιάσματος στην χειρουργημένη περιοχή. Ο νοσηλευτής ενημερώνει και καθησυχάζει την ασθενή πως αυτό είναι φυσιολογικό επόμενο να συμβεί μετά την χειρουργική επέμβαση. Τα συμπτώματα σταδιακά ελαττώνονται και μπορούν να υποχωρήσουν πιο σύντομα εάν γίνουν οι ασκήσεις εξάσκησης των μυών. Οι ασθενείς συχνά δηλώνουν πως αυτό το μετεγχειρητικό σημείο είναι το πιο επώδυνο συναισθηματικά (Emoto et al., 1982).

Σύμφωνα με την Weaver (2009), οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μαστεκτομή χρειάζονται περαιτέρω νοσηλευτική προσοχή σε σύγκριση με τις ασθενείς που υποβάλλονται σε λομεκτομή. Εννοείται πως ο χρόνος ασχολίας του νοσηλευτή θα πρέπει να επικεντρώνεται στην συναισθηματική κάλυψη και στην καλύτερη

διδασκαλία για τις ασκήσεις επαναφοράς της λειτουργικότητας σε γυναίκες που προέρχονται από χειρουργείο μαστεκτομής.

Ενώ το χειρουργείο πρακτικά επιτρέπει την επιστροφή στην κανονική ροή της ερωτικής ζωής, συναισθηματικά το ζευγάρι καθυστερεί και αποφεύγει να βρεθεί ερωτικά. Οι γυναίκες αισθάνονται μειονεκτικά για την εμφάνιση τους, πως έχει χαθεί η θηλυκότητά τους και ανησυχούν πως οι σύντροφοί τους δεν θα τις βρίσκουν πλέον ελκυστικές. Από την άλλη πλευρά, οι σύντροφοι κάποιες φορές αδυνατούν να αντικρίσουν την τομή ενώ άλλες δεν επηρεάζονται καθόλου. Ο νοσηλευτής παροτρύνει να γίνουν αβίαστα συζητήσεις σχετικά με την σεξουαλική ζωή ανάμεσα στο ζευγάρι, εκφράζοντας και οι δύο πλευρές τα άγχη και τις φοβίες αντικρίζοντας τα νέα δεδομένα. Ο φορέας του υγειονομικού προσωπικού μπορεί να οδηγήσει το ζευγάρι να αναλογιστούν ότι ίσως η ερωτική συνεύρεση θα πρέπει να γίνεται σε χρονικό διάστημα που η χειρουργημένη σύντροφος νιώθει λιγότερη δυσφορία από την επέμβαση και να εκδηλώνονται τα συναισθήματα και με άλλους τρόπους πέρα από την ερωτική σεξουαλική επαφή. Συνήθως τις περισσότερες φορές η αρχική αυτή διαταραχή επαναρυθμίζεται. Σε περίπτωση όμως που η επιστροφή αποβεί ανέφικτη πέρα από την αρχική βοήθεια του νοσηλευτή θα πρέπει το ζευγάρι να απευθυνθεί σε κάποιον πιο ειδικό πάω στο συγκεκριμένο θέμα (Emoto et al., 1982).

Κυρίως η ενημέρωση για το τι θα ακολουθήσει γίνεται προεγχειρητικά, ωστόσο όμως η πραγματική έμφαση δίνεται καθώς η πάσχουσα βγει από το χειρουργείο που εντοπίζει τα σημάδια ορατά πλέον και όχι από μια θεωρητική μόνο όψη. Συνεπώς η διδασκαλία της αυτοφροντίδας και του σώματος και της ψυχικής υγείας επαναλαμβάνεται πάλι και στο μετεγχειρητικό στάδιο. Αφού επαναξιολογηθεί η κατάσταση της υγείας της γυναίκας, ο νοσηλευτής προχωράει στην διδασκαλία για την σωστή περιποίηση της τομής. Η τομή θα πρέπει να καθαρίζεται προσεκτικά και σχολαστικά για να αποφευχθεί η μόλυνση της και να εκτιμάτε η κατάσταση της τομής επίσης για μόλυνση ή κάποια σχετική διαταραχή. Επιπλέον ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσει τον βαθμό πόνου και αρνητικών συναισθημάτων που δηλώνει πως αισθάνεται η πάσχουσα και να κινητοποιηθεί κυρίως δίνοντας τους την ευκαιρία να μιλήσουν για αυτά που νιώθουν, να δείξουν κατανόηση και να τις καθησυχάσουν πως είναι λογικό και να πονάνε και να βιώνουν έντονα κάποια συναισθήματα. Τέλος, θα πρέπει να επαναλάβουν την διαδικασία εκμάθησης των ασκήσεων για την κινητικότητα του χεριού, του βραχίονα και της ομαλής αναπνευστικής λειτουργίας

και της συσκευής αποβολής των υγρών. Κατά την διάρκεια της διδασκαλίας παρών μπορούν να είναι και μέλη της οικογένειας, τα οποία αν εκπαιδευτούν και αυτά μπορούν να συνεισφέρουν στην φροντίδα για την αποκατάσταση και επαναφορά της λειτουργικότητας του οργανισμού. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί, κατά την διάρκεια της μετεγχειρητικής φάσης που η ασθενής διανύει πλέον στο σπίτι της, να επικοινωνεί μαζί της για να επιλύσει πιθανές απορίες που έχουν προκύψει και να μαθαίνει την εξέλιξη μέσω εκείνων που έχει διδάσκει πιο πριν στην ασθενή. Εφόσον μια γυναίκα επιθυμεί και έχει την δυνατότητα, θα μπορούσε να λαμβάνει υποστηρικτή φροντίδα και κατ'οίκον. Ένας νοσηλευτής θα φρόντιζε για την χειρουργημένη τομή, την βελτίωση της ψυχικής της διάθεσης, διεξαγωγή των ασκήσεων, διατήρηση της συσκευής αποβολής υγρών και την αξιολόγηση του πόνου. Μέσω του κατ'οίκον φροντιστή μπορεί να ενημερώνεται για την εξέλιξη και ο γιατρός.

Όπως όλες οι υπόλοιπες γυναίκες έτσι και αυτές που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση αφαίρεσης του καρκίνου του μαστού δεν θα πρέπει να πάψουν να εξετάζονται για την πιθανότητα ύπαρξης της νόσου. Ακόμα και οι χειρουργημένες γυναίκες υπάρχει μια μικρή πιθανότητα να ξαναεμφανιστεί η κακοήθεια και για αυτό τον λόγο ο γιατρός καθορίζει ένα πλάνο συχνότητας για επανάληψη διαγνωστικών εξετάσεων (Emoto et al., 1982).

Ο νοσηλευτής χτίζει γέφυρες επικοινωνίας και έτσι η ασθενής νιώθει άνετα να εκφράσει τα συναισθήματα της και ακόμα να αναφερθεί εάν το γενικό αποτέλεσμα που προσδοκούσαν μετά την χειρουργική επέμβαση ήταν το αναμενόμενο. Παροτρύνει τις γυναίκες να συζητούν για τα αισθήματα και τους προβληματισμούς με άλλες ασθενείς του καρκίνου του μαστού και τις συστήνει ειδικές μονάδες υποστήριξης ή δομές με κοινωνικό λειτουργό που θα δράσουν πιο αποτελεσματικά ως συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη με δέκτη την χειρουργημένη γυναίκα (Weaver, 2009).

Έπειτα το χειρουργείο ο νοσηλευτής θα επισκεφτεί την ασθενή και θα αρχίσει να επικοινωνεί μαζί της σχετικά με τα συναισθήματα της, να λύσει πιθανές απορίες και να καθησυχάζει από αναμενόμενες φοβίες. Στην συνέχεια θα ακολουθήσουν πιο πρακτικά κομμάτια όπως είναι οι ασκήσεις για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας, σωστή λήψη φαρμακευτικής αγωγής και σίτισης. Το νοσηλευτικό

προσωπικό στην μετεγχειρητική φροντίδα δεν είναι απαραίτητο ούτε να είναι το ίδιο με αυτό που προσέφερε την προεγχειρητική φροντίδα, αλλά ούτε δημιουργεί πρόβλημα να διαφέρει από το αρχικό (Sugananandam, 2019).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χημειοθεραπεία είναι κυρίως η ενημέρωση σχετικά με τις ανεπιθύμητες παρενέργειες που επιφέρει η θεραπεία αυτή. Δίνεται η δυνατότητα οι ασθενείς να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και τις απορίες τους και ο νοσηλευτής να απαντήσει σε όλα αυτά και να δώσει ακόμα και περαιτέρω πληροφορίες. Με αυτό τον τρόπο παρέχεται συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία. Τέλος ο νοσηλευτής-φροντιστής θα προτείνει την σωστή σίτιση και διατροφή για να διατηρήσει η γυναίκα μια καλή ποιότητα ζωής (Κόνιαρη, 1998).

Η ακτινοθεραπεία λειτουργεί είτε ως συμπληρωματική της πρώτης θεραπείας είτε σαν παρηγορητική όταν υπάρχει κίνδυνος μεταστάσεων. Ο επαγγελματίας υγείας θα δώσει πληροφορίες σχετικά με την θεραπεία και θα αναφέρει και τις παρενέργειες της με σκοπό η πάσχουσα να κινητοποιηθεί μέσα στο πλαίσιο της θεραπείας της. Η ακτινοθεραπεία επιφέρει διαταραχές στο δέρμα του μαστού και γενικότερα στο δέρμα, οίδημα μαστού, κόπωση και διαταραχές στον ύπνο. Οι διαταραχές στο δέρμα αποτελούν τη συχνότερη επιπλοκή της ακτινοθεραπείας. Ο νοσηλευτής συνιστά στην ασθενή, περιποίηση του δέρματος τηρώντας την εκτεθειμένη περιοχή στεγνή και να μην την επιβαρύνει με καλλυντικά προϊόντα. Η αποφυγή στενών ρούχων και η αντικατάστασή τους από φαρδύτερα βαμβακερά αποτελεί μια ακόμα οδηγία.

Παράλληλα αποθαρρύνεται η έκθεση στον ήλιο κατά την χρήση της ακτινοθεραπείας και η χρήση καυτού νερού. Σε περίπτωση που η κατάσταση του δέρματος επιδεινώνεται, συνιστά προσεκτικά ειδικές κρέμες με τοπική χρήση.

Τα συμπτώματα της κόπωσης είναι εντονότερα κατά την ακτινοθεραπεία και προτείνονται ξεκούραση και όχι με επιβάρυνση με έντονη σωματική άσκηση.

Για την αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου, είναι αποτελεσματική η ενασχόληση με την ανάγνωση ενός βιβλίου ή η παρακολούθηση τηλεόρασης.

Οι υπόλοιπες διαταραχές που δεν μπορούν να επιλυθούν απλά με την προσβασιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, ο νοσηλευτής δύναται μόνο να έχει ενημερώσει την ασθενή πριν από την θεραπεία ότι ενέχει ο κίνδυνος για την παρουσία αυτών των διαταραχών. Ο νοσηλευτής οφείλει να στηρίζει την ψυχολογία

της ασθενούς όχι μόνο κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας αλλά ήδη πριν την έναρξη της θα πρέπει να υπάρξει ψυχολογική υποστήριξη και εμπύχωση (Γομπάκη & Τζιτζίκας, 2008).

Όταν οι ασθενείς λαμβάνουν ορμονοθεραπεία συνήθως εκδηλώνουν διαταραχές όπως αύξηση σωματικού βάρους, εξάψεις, νυχτερινή εφίδρωση, κόπωση. Επηρεάζεται ακόμα η σεξουαλική τους επιθυμία καθώς λόγω της ορμονοθεραπείας παρουσιάζεται μειωμένη libido και ξηρότητα του κόλπου. Η ορμονική αγωγή αναμένεται να επιφέρει ερυθρότητα ή οίδημα του δέρματος και γενικά διαταραχές στο δέρμα, δυσφορία από πόνο των οστών και σε ελάχιστες περιπτώσεις υπερασβεστιαμία (Τσιρλιάγκος, 2004).

Ο νοσηλευτής αρχικά έχει ενημερώσει πριν την έναρξη της θεραπείας την ασθενή για όλες τις διαταραχές που αναμένονται να συμβούν έτσι ώστε η ίδια να μην τρομοκρατηθεί και αυτό να επιδράσει ακόμα πιο επιβαρυντικά στην ήδη καταβεβλημένη ψυχολογία της. Αφού αναφέρει τις επιπλοκές και στην ασθενή και στους οικείους της, θα πρέπει να τους επισημάνει για να τους καθησυχάσει ότι τα συμπτώματα αυτά είναι παροδικά. Δεν ξεχνάει να αναφέρει την πιθανότητα εκδήλωσης υπερασβεστιαμίας και τρόπο διαχείρισης της. Χορηγεί αναλγητικά φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου και τέλος ρυθμίζει το ισοζύγιο υγρών καθώς τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα προκαλούν διαταραχές σε αυτό (Μπούτης, 1999).

3.3 Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από τον νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει πέρα από την σωματική φροντίδα και ψυχική φροντίδα. Μέσω της επαφής του με τους αρρώστους αξιολογεί την οικογενειακή υποστήριξη και την διαθεσιμότητα των κοινωνικών και οικονομικών πόρων που μπορεί να διατίθενται για την πάσχουσα. Οι ασθενείς αναζητούν μια πνευματική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας, γιατί μέσω αυτής της υποστήριξης αισθάνονται πως υπάρχει κατανόηση στα συναισθήματα τους και επομένως δέχονται να συζητήσουν τους προβληματισμούς τους και ακούν προσεκτικά τις οδηγίες των ειδικών. Ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να επικεντρωθεί αποκλειστικά στην ασθενή

αλλά και στην οικογένεια της. Και τα μέλη της οικογένειας ανησυχούν να την υγεία της πάσχουσας οπότε χρειάζονται μια καθυσύχαση και συνεχές ενημέρωση για την πρόοδο της νοσηλείας και πληροφόρηση για την αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών. Η ενεργή συμμετοχή της οικογένειας φαίνεται να έχει θετικό αντίκτυπο στην προώθηση της υγείας, καθώς με την στήριξη τους βελτιώνεται η διάθεση της γυναίκας και απομακρύνεται ο αρνητισμός και το άγχος και από τις δυο πλευρές.

Οι νοσηλευτές τείνουν να γνωρίζουν την αναγκαιότητα της πνευματικής υποστήριξης, αλλά διαπιστώνουν πως το επιβαρυνόμενο φόρτο εργασίας αποτελεί εμπόδιο για την υλοποίηση της υποστήριξης. Εμπόδιο μπορεί να θεωρηθεί και η λανθασμένη αντίληψη ότι η παροχή πνευματικής υποστήριξης παρέχεται όταν η ζωή της ασθενούς απειλείται και σε αυτό το σημείο να εμπλέκονται θρησκευτικές πεποιθήσεις νοσηλευτή-ασθενή και η κατάσταση να γίνεται πιο περίπλοκη. Βέβαιο είναι, ότι η διαχείριση τέτοιων καταστάσεων από τον νοσηλευτή χρειάζεται να προϋπάρχουν γνώσεις και θεμιτή είναι και η εμπειρία.

Η υποστήριξη θα επέλθει αφού πρώτα προηγηθεί η επικοινωνία του νοσηλευτή με την ασθενή. Η συζήτηση μεταξύ των δυο μεριών μπορεί να είναι αρκετά λειτουργική, επειδή θα χτιστούν σχέσεις εμπιστοσύνης και αποτελεσματική συνεργασία. Έχοντας κερδίσει την εμπιστοσύνη της ασθενούς, ο νοσηλευτής μπορεί να μεσολαβήσει για την καλή συνεργασία ασθενούς με το χειρουργικό προσωπικό και συνδράμοντας έτσι θετικά για την αποβολή του υπερβολικού άγχους. Δυστυχώς δεν υπάρχει πάντα χημεία στην συζήτηση και αυτό μπορεί να οφείλεται στην αρνητική στάση της πάσχουσας, στην έλλειψη χρόνου του εργαζόμενου, στην αδυναμία συζήτησης λόγω ξένης καταγωγής και απουσία οικογενειακής υποστήριξης.

Πολλοί νοσηλευτές θεωρούν ότι η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης είναι έξω από το καθηντολόγιο τους και παρέχεται εφόσον έχουν ελεύθερο χρόνο για να συζητήσουν με τις ασθενείς. Η τροποποίηση της αντίληψης αυτής μπορεί να επέλθει εφόσον το σύστημα υγείας εντάξει την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών ως καθήκον εργασίας και ληφθεί υπόψιν. Δεν είναι ελάχιστοι οι εργαζόμενοι που είναι συγκεντρωμένοι στην εκτέλεση όλων των καθηκόντων την νοσηλείας και ξεχνούν την ψυχολογική εμπύχωση που έχει ανάγκη η άρρωστη. Η απουσία της νοσηλευτικής κοινωνικής προσέγγισης μπορεί να οφείλεται στην μη λειτουργική συνεργασία με την οικογένεια της ασθενούς. Όταν η οικογένεια εναποθέτει όλη την διαδικασία της

στήριξης αποκλειστικά ως υποχρέωση του νοσηλευτή και δεν φροντίζει την γυναίκα ούτε στις βασικές βιοτικές τις ανάγκες δυσχεραίνει το έργο και το ελεύθερο χρόνο του εργαζομένου. Ακόμα πιο επιβαρυνμένο ήταν το πρόγραμμα εάν ούτε οι ασθενείς δεν ήταν διατεθειμένες να συνεργαστούν κατά την διάρκεια της νοσηλείας ή της διδασκαλίας (Chen et al., 2017).

Οι γυναίκες που ζουν μόνες τους χωρίς το οικογενειακό τους περιβάλλον, ούσες απομονωμένες και χωρίς ιδιαίτερα υγειονομική πρόσβαση δεν τείνουν να ζητούν βοήθεια για τις συναισθηματικές τους ανησυχίες κατά την διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η απουσία της υποστήριξης τις κάνει πιο επιρρεπείς στον κίνδυνο για την απώλεια της ζωής και επομένως κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή τόσο του νοσηλευτή όσο και της οικογένειας στην συνεχή ενθάρρυνση της γυναίκας (Sullivan & Mansour, 2015).

Συχνά κάποιες γυναίκες επικεντρώνονται τόσο στο να επανέλθει η σωματική λειτουργικότητα που δεν κατανοούν ότι έτσι επηρεάζεται εντονότερα η ψυχική τους υγεία. Οπότε η συζήτηση με μια τέτοια γυναίκα θα είναι πιο δύσκολη καθώς ο νοσηλευτής θα προσπαθεί να επικεντρωθεί στην ψυχολογική υποστήριξη και εκείνη ίσως τον αγνοεί και εκφράζει ανησυχίες για την επαναφορά της στις καθημερινές της ασχολίες.

Το νοσηλευτικό προσωπικό για το καρκίνο του μαστού φαίνεται να είναι ελλιπές σε σύγκριση με τις πολυάριθμες ανάγκες με αποτέλεσμα να μην καλύπτεται επαρκώς η σωματική και η συναισθηματική διεργασία που είναι απαραίτητη. Για αυτό τον λόγο, εφόσον και μετά την θεραπεία η συναισθηματική υγεία δεν έχει επανέλθει, οι γυναίκες προσανατολίζονται προς ειδικές ομάδες διαχείρισης και επαναφοράς της ψυχικής υγείας (Sullivan & Mansour, 2015).

Οι πάσχουσες που υποβάλλονται σε ορμονική θεραπεία παρουσιάζουν μεταβολές διάθεσης, αδυναμία ομιλίας και απουσία της λίμπιντο. Ενώ η διάθεση έχει ήδη διαταραχθεί με την παρουσία της νόσου, η θεραπεία οιστρογόνων επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την διάθεση και εμφανίζονται αϋπνίες, δυσφορία, εξάψεις. Όταν οι ασθενείς λαμβάνουν ορμονοθεραπεία με αντί-οιστρογόνα φάρμακα χρειάζονται ψυχολογική στήριξη για να μην εγκαταλείψουν την θεραπεία λόγω των ισχυρών παρενεργειών. Η επιτυχής παραμονή στην ορμονοθεραπεία εξαρτάται από το να έχει προηγηθεί πλήρης ενημέρωση και εκπαίδευση από τον επαγγελματία υγείας. Επίσης

σημαντικό ρόλο διαδραματίζει κατά την διάρκεια των αντί-οιστρογόνων φαρμάκων να υπάρχει στήριξη και από το οικογενειακό περιβάλλον (Greenberg, 2010).

Οι πιο νεαρές γυναίκες, έπειτα από την διάγνωση πως πάσχουν από καρκίνο του μαστού ανησυχούν πιο έντονα από της μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες για την ενδεχόμενη αλλαγή της εικόνας του σώματος τους και την απώλεια της σεξουαλικότητας. Το νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται σε επαφή με την νεαρή πάσχουσα προσπαθεί αρχικά να κάνει έναν διάλογο με την κοπέλα. Ο διάλογος αποσκοπεί στο να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αποβάλλει ανησυχίες πως η νόσος θα επιφέρει ανεπανόρθωτες διαταραχές στην εικόνα και την σεξουαλικότητα. Στο διάλογο συμμετέχει ο νοσηλευτής, η ασθενής και ο σύντροφος της. Ο επαγγελματίας υγείας με την βοήθεια που παρέχει η αμεσότητα του διαλόγου καταφέρνει η ασθενής να αισθανθεί άνετα και να εξωτερικεύσει όλα τα άγχη και τις ανησυχίες της. Αφού ακούσει με προσοχή όσα μοιραστεί μαζί του η γυναίκα, παρέχει λύσεις στα προβλήματα της, καθησυχάζει τα άγχη της και την ενημερώνει με όλες τις απαραίτητες και χρήσιμες πληροφορίες. Έτσι μέσω του διαλόγου θα επιτευχθεί ψυχολογική υποστήριξη από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι και μετά την χειρουργική επέμβαση (Paterson et al., 2016).

Η γυναίκα που διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού έρχεται αντιμέτωπη με την αλλαγμένη της εικόνα, την αδυναμία της να επαναλάβει καθημερινές δραστηριότητες που έκανε πριν, την σεξουαλικότητα της, πρωτόγνωρα συναισθήματα και αλλαγές στις σχέσεις με την οικογένεια και τον σύντροφο της. Ο νοσηλευτής στέκεται στο πλευρό της ασθενούς, συζητά μαζί της για όλους τους προβληματισμούς, τις απορίες και τα συναισθήματα που βιώνει και προσφέρει όσο το δυνατόν περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη. Βρίσκεται στο πλευρό της πάσχουσας από την στιγμή της διάγνωσης έως το τέλος της θεραπείας ή επέμβασης. Η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη συνεισφέρει στο να επανέλθει συντομότερα η καλή συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας και οι καλές σχέσεις με την οικογένεια της (Πέγιου, 2008).

Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν στην διατήρηση της ελπίδας και βελτίωσης της ποιότητας της ζωής των ασθενών που παρουσιάζουν τάσεις αυτοκτονίας. Αυτό επιτυγχάνεται με κοινωνική υποστήριξη, διατήρηση της ελπίδας, καλύτερες λύσεις για τα προβλήματα και τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η σωστή εκπαίδευση των

νοσηλευτών φαίνεται χρήσιμη για τις ασθενείς να διαχειριστούν το πόνο και τη κατάθλιψη και συνεπώς να βρεθούν άλλες λύσεις αντί της αυτοκτονίας. Ο νοσηλευτής ίσως είναι ο πρώτος που θα ακούσει τις διαθέσεις της ασθενούς για εκτέλεση αυτοκτονίας. Αρκετοί είναι οι νοσηλευτές που τείνουν να σιωπούν όταν οι ασθενείς μοιράζονται την σκέψη τους αυτή μαζί τους. Τέθηκαν αρκετές διαφορετικές απόψεις. Κάποιοι είπαν πως θα καθόντουσαν να ακούσουν την ασθενή ενώ άλλοι πως αν όντως κάποια θέλει να αυτοκτονήσει, ο νοσηλευτής δεν θα δρούσε καθόλου. Άλλος απάντησε πως ενώ ξέρει πως έπρεπε να αντιδράσει ίσως δεν το έκανε γιατί ο θάνατος θα επιφέρει την γαλήνη και αυτό το βρίσκουν λιγότερο απάνθρωπο. Συνεπώς δημιουργείται ένα χάσμα μεταξύ της ιδανικής και της πραγματικής αντίδρασης του νοσηλευτή όταν ακούει για την αυτοκτονία (Emoto et al, 1982).

Σύμφωνα με τους Valente S. & Saunders MJ. (2004), οι ασθενείς που προσβάλλονται από καρκίνο είναι πιο επιρρεπής για τάσεις αυτοκτονίας και να ενημερώνουν τους νοσηλευτές τους. Κάποιοι νοσηλευτές λόγω των θρησκευτικών τους αντιλήψεων θεωρούν ότι είναι αμαρτία η θέληση για απώλεια της ζωής και δεν μπορούν να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα. Επίσης άλλοι δεν μπορούν να διαχειριστούν τα δικά τους συναισθήματα ή δεν έχουν τρόπο μεταδοτικότητας και δυσκολεύονται να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Ρόλο παίζει και το επιβαρυνμένο πρόγραμμα εργασίας των νοσηλευτών, που δεν τους δίνει την δυνατότητα να ασχοληθούν περαιτέρω με την πάσχουσα. Ακόμα η προσωπική και επαγγελματική εμπειρία συνδράμουν. Στην μια περίπτωση δεν μπορούν να διαχειριστούν την κατάσταση επειδή έχουν χάσει κάποιο δικό τους πρόσωπο από αυτοκτονία, ενώ στην άλλη περίπτωση λόγω της επαγγελματικής εμπειρίας χρόνων μπορούν να ανταποκριθούν. Εν κατακλείδι η έρευνα κατέληξε πως οι νοσηλευτές χρειάζονται επιπλέον γνώσεις και ικανότητες για την ψυχολογική αξιολόγηση και υποστήριξη των ασθενών.

3.3.1 Το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών

Οι Powe et al. (2005), πραγματοποίησαν μια έρευνα μέσω ερωτηματολογίων για να συγκρίνουν τις γνώσεις μεταξύ φοιτητριών νοσηλευτικής με φοιτητριών άλλων επιστημών σχετικά με τις γνώσεις γύρω από το θέμα του καρκίνου του μαστού και τις πηγές πληροφόρησης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α και διήρκησε δύο με πέντε μέρες σε ηλικίες από 18 έως 46 χρονών. Η έρευνα έδειξε πως ανεξάρτητα τον

κλάδο σπουδών οι κοπέλες είχαν το ίδιο επίπεδο γνώσεων σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Το θετικό είναι πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (95%) θεωρούσε πως η έγκυρη διάγνωση σε πρώιμα στάδια θα επέφερε πιο σύντομα την ίαση. Τα ποσοστά για πηγές πληροφόρησης κυμαίνονταν 39% από γιατρό, 29% περιοδικά, 26% τηλεόραση, 21% φίλοι και οικογένεια, 18% διαδίκτυο, 14% εργασία και σχολείο και μόνο 9% από κέντρα υγείας. Αξιοσημείωτο γεγονός που καταδεικνύει η έρευνα είναι ότι παρόλο που ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου, οι γνώσεις των φοιτητριών, που στο μέλλον θα ανήκουν στο υγειονομικό δυναμικό, είναι περιορισμένες. Οι περιορισμένες γνώσεις εμποδίζουν την σωστή πρόληψη, θεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη. Η παραπάνω έρευνα δεν μπορεί να θεωρηθεί πλήρης αξιόπιστη καθώς το δείγμα αντιπροσωπεύει ένα μέρος των φοιτητών και όχι καθολικά όλους τους φοιτητές, τις αντιλήψεις και τις γνώσεις τους.

Η έρευνα των Hicks & Fide (2003), πραγματοποιήθηκε με σκοπό να παραθέσει την εικόνα ενός ενδεικτικού επαγγελματικού προφίλ και των εκπαιδευτικών αναγκών των νοσηλευτών που εργάζονται στο τμήμα των καρκινοπαθών του μαστού χωρίς να είναι ειδικευμένοι πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίου που στάλθηκε ταχυδρομικά στους ενδιαφερόμενους, διευκρινίζοντάς ότι θα υπάρξει πλήρης μυστικότητα των προσωπικών δεδομένων και απαντήσεών τους. Το δείγμα αποτελούσαν 119 μη ειδικευμένοι νοσηλευτές που εργάζονταν με ασθενείς του καρκίνου του μαστού. Στην ερώτηση εάν θα ήθελαν να ενισχύσουν τις γνώσεις τους συμμετέχοντας σε επιμορφωτικό επίπεδο, το 90% ήταν θετικοί, με έναν μόνο να μην είναι υπέρ και οι υπόλοιποι να έχουν κάποιους ενδοιασμούς. Σε σειρά κατάταξης για το τι ήταν πιο σημαντικό για καλύτερη επαγγελματική απόδοση, πρώτο θεώρησαν την ομαδική εργασία και επικοινωνία. Ακολούθησαν η σωστή επαγγελματική και προσωπική διαχείριση και τρίτον την αναγνώριση των ψυχικών και κοινωνικών διαταραχών. Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο έδειξαν ότι οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές χρειάζονταν περαιτέρω εκπαίδευση στο κομμάτι της γενικής νοσηλευτικής και του καρκίνου. Και σε αυτήν την περίπτωση το αποτέλεσμα δεν μπορεί να είναι καθολικό, καθώς το δείγμα αντιπροσωπεύει έναν αριθμό και όχι όλο το σύνολο των νοσηλευτών σε μονάδες καρκίνου του μαστού.

Το ίδιο πόρισμα έβγαλαν και οι Ruston et al. (2002), που στόχος της ερευνάς τους ήταν να εντοπιστούν τα προβλήματα που είχαν οι νοσηλευτές με την παροχή των απαραίτητων καθηκόντων προς τους πάσχοντες. Εν τέλει εντόπισαν μέσα από την έρευνά τους, ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν καταφέρει πλήρως να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, καθώς οι γνώσεις τους σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο σχετικά με την ψυχολογική υποστήριξη των καρκινοπαθών ήταν ελάχιστες.

Σύμφωνα με τους Amir et al.(2004), οι οποίοι εστίασαν την ερευνά τους στον ανεπίσημο διοικητικό ρόλο, καινοτομικό ρόλο, στηρικτικό, ως πρότυπο προς τους συναδέλφους ,στην αυτοπεποίθηση του και στους περιορισμούς στην εργασία τους ως νοσηλευτές. Το δείγμα ήταν 139 άτομα από το Ηνωμένο Βασίλειο που εργάζονταν ως νοσηλευτές και γιατροί διάφορων ειδικοτήτων. Συμμετείχαν σε συνεντεύξεις μιάμισης ώρας, ερωτηματολόγια και παρατηρήσεις. Πλέον είχαν και επιβαρυνόμενο πρόγραμμα εργασίας και ενώ οι νοσηλευτές συντόνιζαν την ομάδα και είχαν περισσότερο χρόνο με τις ασθενείς, οι αποφάσεις παίρνονταν κατόπιν εντολής γιατρού. Οι νοσηλευτές αυτοί βοηθούσαν με την γραφειοκρατία, τους συνεργάτες τους σε δύσκολες καταστάσεις και με τις προσωπικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Αυτό που παρατήρησαν οι ερευνητές ήταν η συγκεκριμένη κατηγορία νοσηλευτών θα έπρεπε να παρακολουθούν ερευνητικά προγράμματα για να αποκτήσουν μεγαλύτερη ισχύ στην λήψη αποφάσεων.

Σε μια άλλη έρευνα του Rustoen et al. (2002), αναφέρθηκε μια δημοσκόπηση σχετικά με τα προβλήματα που προέκυπταν στους νοσηλευτές κατά την διάρκεια της εργασία τους. Ως δείγμα ήταν 464 συμμετέχοντες νοσηλευτές από το Νορβηγικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών για Φροντίδα Καρκινοπαθών, όπου μόνο υπήρχαν δύο άνδρες. Η έρευνα διεξάγει μέσω ερωτηματολογίου που στάλθηκε ταχυδρομικά στους υποψήφιους και εγγυόταν την ανωνυμία και συνεπώς προστασία των προσωπικών δεδομένων τους. Φάνηκε πως οι δυσκολίες που αντιμετώπιζαν κατά την διάρκεια εκτέλεσης των καθηκόντων τους, ήταν το άγχος, η μεταστατική κατάσταση αλλά και η επανεμφάνιση του καρκίνου, η κούραση των ασθενών, η ποιότητα ζωής και η διαχείριση του στρες. Επιπλέον, παρατηρήθηκε διαφορά στο προσδιορισμό της βαρύτητας των προβλημάτων μεταξύ εργαζομένων σε μικρή και μεγάλη υπηρεσία. Από τα ευρήματα της έρευνας, βγήκε το συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές ασθενών με καρκίνο, δυσκολεύονταν να υλοποιήσουν τα καθήκοντά τους λόγω των

ψυχολογικών εκρήξεων που είχαν οι ασθενείς. Η κατάσταση αυτή οδηγεί στην αναζήτηση υψηλότερης ψυχολογικής στήριξης από τους νοσηλευτές προς τους ασθενείς και επίσης έδειξε πως οι εργαζόμενοι θεωρούν δύσκολο να αναγνωρίσουν την ψυχολογική κατάσταση εκείνων που νοσούν. Άρα για ακόμη μια φορά φαίνεται η ελλιπής προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην ψυχολογική αντιμετώπιση και στήριξη των ασθενών. Τα μειονεκτήματα είναι πως η έρευνα δεν μπορεί να αντιπροσωπεύει το γενικό πληθυσμό των νοσηλευτών και πως οι άνδρες εκπροσωπούνται μόνο από δύο άντρες. Ένα ακόμα μειονέκτημα είναι το ότι δεν αναφέρθηκε λεπτομερώς με ποιον τρόπο τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών επηρεάζουν την παραγωγικότητα των συμμετεχόντων στην εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Κατά τους Arving et al. (2005), διεξάχθηκε στην Σουηδία μια έρευνα σύγκρισης μεταξύ της ψυχολογικής στήριξης που παρείχαν εκπαιδευμένοι νοσηλευτές ογκολογίας και της στήριξης που παρείχαν οι ψυχολόγοι σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Μέσω ενός ερωτηματολογίου συλλέχτηκε υλικό σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι έμεναν οι ασθενείς από την ψυχολογική στήριξη που τους παρείχαν. Η αξιολόγηση πραγματοποιούνταν μια εβδομάδα αρχικά και μετά κάθε εξάμηνο για δύο έτη από την πρώτη φορά ψυχολογικής υποστήριξης. Ένα άλλο ερωτηματολόγιο σχετικά με το νοσοκομειακό άγχος και κατάθλιψη που οδηγούσε σε απόγνωση τους ασθενείς και ακόμα ένα σχετικά με τις επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού. Το δείγμα αποτελούμενο από 179 συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκε σε τρεις υποομάδες. Οι 60 συμμετέχοντες συνεργάστηκαν με την ομάδα των ειδικά εκπαιδευμένων νοσηλευτών, οι άλλοι 60 με την ομάδα των ψυχολόγων και οι 59 που απέμειναν δεν κατηγοριοποιήθηκαν με τις παραπάνω υποομάδες και λάμβαναν την απαραίτητη νοσηλευτική φροντίδα. Κάποιοι αποχώρησαν από την έρευνα για αγνώστους προσωπικούς λόγους και παρέμειναν οι μισοί από το αρχικό δείγμα. Πιο συγκεκριμένα παρέμειναν 57 άτομα. Όλοι εξέφρασαν πως ήταν πλήρως ικανοποιημένοι από όλες τις μορφές παροχής ψυχολογικής υποστήριξης. Άλλες αισιόδοξες δηλώσεις ήταν ότι θα το συνιστούσαν και σε άλλες γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο και ότι μεγάλο μέρος του προβλήματος είχε αντιμετωπιστεί. Παρά τις δηλώσεις τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές έδρασε πιο αποτελεσματικά από εκείνη που παρείχαν οι ψυχολόγοι. Στην έρευνα ωστόσο εντοπίζονται κάποιοι περιορισμοί λόγω

του μικρού αριθμού δείγματος, τα εξ αποστάσεως ερωτηματολόγια δημιουργούν κίνδυνο μεροληψίας και της απουσίας αναφοράς των μέσων που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για την ψυχολογική υποστήριξη.

Επιπλέον, οι Aranda et al. (2006), πραγματοποίησαν μια έρευνα σχετικά με τις δυνατότητες και την αναγκαιότητα ψυχολογικής υποστήριξης από τους νοσηλευτές προς τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε προχωρημένο στάδιο. Η έρευνα έλαβε χώρα σε τέσσερα νοσοκομεία της Μεμβούρνης, ένα εκ των οποίων ήταν ιδιωτικό. Ως δείγμα συμμετείχαν 105 γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού σε προχωρημένο στάδιο. Το δείγμα αποτελούταν από μια ομάδα 59 γυναικών ηλικίας 57 ετών και μια ομάδα 46 γυναικών ηλικίας 55 ετών. Το ένα γκρουπ ήταν αυτό που λάμβανε ψυχολογική υποστήριξη ενώ το άλλο γκρουπ λάμβανε την καθορισμένη φροντίδα αντίστοιχα. Τους δόθηκαν δύο ερωτηματολόγια που έπρεπε να συμπληρώσουν τον πρώτο και τον τρίτο μήνα από τότε που ξεκίνησε η έρευνα. Στα αποτελέσματα δεν εντοπίστηκαν εμφανής διαφορές στις ομάδες των γυναικών. Σχετικά με την κάλυψη των ψυχολογικών τους αναγκών η έρευνα έδειξε ότι το δεύτερο γκρουπ δεν ήταν πλήρως καλυμμένο, καθώς δεν υπήρχε καμία αλλαγή στην ανάγκες και στην ποιότητα ζωής με πριν και τώρα στο προχωρημένο στάδιο. Αυτό οδήγησε τους Aranda et al.(2006), να επιμείνουν στην ιδέα της ψυχολογικής υποστήριξης των γυναικών με καρκίνο του μαστού για να τους προσφερθεί μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Το σύντομο αποτέλεσμα που απορρέει από τις παραπάνω έρευνες είναι ότι οι νοσηλευτές δεν είναι κατάλληλα καταρτισμένοι για να παρέχουν πλήρη ψυχολογική υποστήριξη στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η αιτία της αδυναμίας αυτής πηγάζει από την απουσία διδασκαλίας της ψυχολογικής υποστήριξης στις προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σπουδές του μετέπειτα νοσηλευτή καθώς οι γνώσεις του δεν φαίνεται να είναι περισσότερες από εκείνες φοιτητών άλλων σπουδών. Επίσης εντοπίστηκε αδυναμία γνώσεων σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και γύρω από το θέμα της αυτοκτονίας των ασθενών. Ακόμα παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές αν και περνούν περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς δεν συμμετείχαν καθόλου στις αποφάσεις που αφορούσαν την ζωή των ασθενών. Δεν είναι ελάχιστες οι φορές που η ψυχική κούραση των ασθενών συμπίπτει με την σωματική κούραση των νοσηλευτών οπότε αυτή η παράλληλη κατάσταση συμπίπτει σε μια αναποτελεσματικότητα. Αναπόφευκτα ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκπαιδευτεί

κατάλληλα και να εκτιμηθεί η εργασία του για να παρέχει την όσο την δυνατόν ορθότερη ψυχολογική υποστήριξη στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Δυστυχώς εντοπίζεται αδυναμία στην υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο του μαστού και των συντρόφων τους όσο αφορά το κομμάτι της διαφοροποιημένης εικόνας του σώματος και της σεξουαλικής τους ζωής. Ακόμα και υγειονομικές δομές και υπηρεσίες που ασχολούνται αποκλειστικά με ασθενείς καρκίνου του μαστού, δεν είναι κατάλληλα δομημένες για τέτοια ζητήματα. Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανόηση των προβλημάτων των πασχόντων αλλά το φόρτο της εργασίας δεν τους επιτρέπει την περαιτέρω απασχόληση και χρόνο που ίσως θα ήθελαν και οι ίδιοι να αφιερώσουν. Υπάρχουν κάποια βήματα που προτείνονται για να αντιμετωπιστεί αυτή η σύγχυση. Αρχικά θα μπορούσε να αξιοποιηθεί η δύναμη του διαδικτύου. Μέσα από το διαδίκτυο ομάδες υποστήριξης θα επικοινωνούσαν με τους συντρόφους των γυναικών με καρκίνο του μαστού και θα δεχόντουσαν συμβουλές για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της εικόνας του σώματος και της σεξουαλικής ζωής. Δεύτερον, θα μπορούσε να αλλάξει η νοοτροπία των υπηρεσιών να διευρυνθούν οι προοπτικές τους και να παρέχουν υποστήριξη και σε αυτά τα ζητήματα και τέλος να υπάρχει καλύτερη εκπαίδευση των νοσηλευτών (Sheppard & Ely, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διάγνωση διαφέρει από την ιατρική διάγνωση. Η ιατρική διάγνωση αφορά την αξιολόγηση της παρούσας ιατρικής κατάστασης ενώ η νοσηλευτική διάγνωση προσανατολίζεται προς τα προβλήματα υγείας δίνοντας έναν πιο ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα.

4.1 1^ο Περιστατικό

Γυναίκα ασθενής 34 ετών, εισήλθε στην γυναικολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ", στις 10/1/2021 και ώρα 08:30 π.μ.

Προ 8 ημερών είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση μερικής μαστεκτομής λόγω καρκίνου του μαστού και είχε πάρει εξιτήριο προ 48ώρου.

Παρουσιάζει πόνο, ερυθρότητα και εκροή υγρού στο σημείο της επέμβασης του αριστερού χειρουργημένου μαστού.

Προσωπικά Στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο: Μ.Β

Φύλο: Γυναίκα

ΗΜ.ΓΕΝ.:17/09/1987

Ηλικία: 34

Οικ. Κατάσταση: Διαζευγμένη

Επάγγελμα: Άνεργη

Κατά την λήψη του ιστορικού παρατηρήθηκε ότι διακατέχετε από έντονο άγχος.

Κατά την εισαγωγή της ελήφθησαν ζωτικά σημεία όπου: Θερμοκρασία. 36,8° C, σφίξεις 90/λεπτό, Α.Π. 120/75mmHg, αναπνοές 17/λεπτό, SpO2 98%. Επιπλέον ελήφθησαν και εστάλησαν γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος και ΤΚΕ.

Η διάγνωση που προκύπτει είναι διαπύηση τραύματος.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
<ul style="list-style-type: none"> Παρουσία πόνου στον αριστερό μαστό 	<ul style="list-style-type: none"> Πόνος στον χειρουργημένο μαστό 	<ul style="list-style-type: none"> Κατάλληλη θέση για τον χειρουργημένο μαστό Κοιλιακές αναπνοές ως τεχνική χαλάρωσης για να ελαττωθεί ο πόνος Ενημέρωση του γιατρού για να αξιολογήσει αν θα χρειαστούν αναλγητικά φάρμακα 	<ul style="list-style-type: none"> Σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι με μαξιλάρι για να ελαττωθεί ο πόνος Η ασθενής έκανε κοιλιακές αναπνοές για μισή ώρα ως τεχνική χαλάρωσης Έπειτα από εντολή του γιατρού χορηγήθηκαν τα κατάλληλα φάρμακα 	<ul style="list-style-type: none"> Με την σωστή τοποθέτηση ελαττώθηκε ο βαθμός του πόνου Οι κοιλιακές αναπνοές απέδωσαν Τα αναλγητικά φάρμακα βοήθησαν στην υποχώρηση του πόνου
<ul style="list-style-type: none"> Ερυθρότητα δέρματος 	<ul style="list-style-type: none"> Διαταραχές της ακεραιότητας του δέρματος 	<ul style="list-style-type: none"> Φροντίδα του δέρματος Συστάσεις για την σωστή ένδυση και κατάλληλου στηθόδεσμου 	<ul style="list-style-type: none"> Να αποφευχθεί η τριβή στο σημείο της ερυθρότητας Να υπάρχει η κατάλληλη 	<ul style="list-style-type: none"> Υποχώρηση της ερυθρότητας Χρήση κατάλληλου ρουχισμού και

			ενδυμασία	στηθόδεσμοι
<ul style="list-style-type: none"> • Εκροή δύσοσμου υγρού 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανησυχητική αποβολή δύσοσμου υγρού 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιποίηση του δέρματος στο σημείο εκροής • Εκπαίδευση της ασθενούς για σωστή περιποίηση • Ενημέρωση γιατρού για να αξιολογήσει αν θα χρειαστεί χορήγηση αντιβίωσης iv για την αντιμετώπιση της φλεγμονής 	<ul style="list-style-type: none"> • Πλύσεις με άσηπτη τεχνική στο σημείο της εκροής • Εκπαίδευση για να επαναλάβει μόνη της τις πλύσεις • Έπειτα από εντολή γιατρού χορηγήθηκε ενδοφλέβια αντιβίωση για την αντιμετώπιση της φλεγμονής 	<ul style="list-style-type: none"> • Η σωστή περιποίηση του δέρματος απομάκρυνε την δυσσομία • Η διδασκαλία του νοσηλευτή βοήθησε την ασθενή να κάνει σωστή περιποίηση και μόνη της • Η φλεγμονή υποχώρησε με την χορήγηση της αντιβίωσης
<ul style="list-style-type: none"> • Χαμηλή τιμή σφυγμών (90/λεπτό) 	<ul style="list-style-type: none"> • Μη φυσιολογικοί σφυγμοί 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη ζωτικών σημείων • Ενημέρωση του γιατρού 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταμέτρηση ζωτικών σημείων • Σύσταση του γιατρού να γίνεται καταμέτρηση κάθε δυο ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιείται καταμέτρηση των ζωτικών σημείων κάθε δυο ώρες • Οι σφυγμοί σταδιακά επανέρχονται σε φυσιολογικές

				τιμές
<ul style="list-style-type: none"> • Άγχος 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυξημένα επίπεδα στρες • Καμία οικογενειακή υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση του άγχους • Πληροφορίες για ομάδες υποστήριξης όπου μπορεί να απευθυνθεί 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμοστέα τεχνικές ψυχολογικής υποστήριξης και διαχείρισης του άγχους • Παροχή πληροφοριών σχετικά με τις υποστηρικτικές ομάδες εκτός νοσοκομείου 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής μέσω του διαλόγου με την ασθενή κατάφερε να προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη και να αποβάλλει το άγχος • Πλέον η ασθενής ξέρει που να απευθυνθεί εάν χρειαστεί περαιτέρω βοήθεια και δεν θα βρεθεί σε σύγχυση λόγω άγνοιας

4.2 2^ο Περιστατικό

Γυναίκα ασθενής 42 ετών, έκανε εισαγωγή στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ", στις 22/01/2021 και ώρα 11:30 μ.μ.

Τους τελευταίους δυο μήνες κάνει ορμονική θεραπεία επειδή διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού.

Παρουσιάζει έντονη εφίδρωση, κόπωση και αίσθημα ναυτίας.

Προσωπικά Στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο: Π.Π.

Φύλο: Γυναίκα

ΗΜ.ΓΕΝ.:03/05/1979

Ηλικία: 42

Οικ. Κατάσταση: Έγγαμη

Επάγγελμα: Ιδιωτική υπάλληλος

Κατά την λήψη του ιστορικού, η ασθενής εκδήλωνε μια έντονη δυσφορία.

Κατά την εισαγωγή της ελήφθησαν ζωτικά σημεία: Θερμοκρασία 38,7° C , σφίξεις 110/λεπτό, Α.Π. 85/60mmHg, αναπνοές 18/λεπτό, SpO2 98%. Ακόμα ελήφθησαν και εστάλησαν γενική αίματος και ορμονικές εξετάσεις.

Η διάγνωση που προκύπτει είναι ξηρότητα του κόλπου.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διεργασία	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
<ul style="list-style-type: none">Έντονη εφίδρωση	<ul style="list-style-type: none">Εφίδρωση	<ul style="list-style-type: none">Δημιουργία μιας σωστής θερμοκρασίας	<ul style="list-style-type: none">Η θερμοκρασία του δωματίου	<ul style="list-style-type: none">Κατάλληλη θερμοκρασία

		<p>του δωματίου</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή των χοντρών παπλωμάτων και επιβαρυνμένου ρουχισμού • Διατήρηση ενυδάτωσης 	<p>ρυθμίστηκε στους 18° C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής φοράει βαμβακερά ενδύματα και έχει ελαφρά κλινοσκεπάσματα • Κατανάλωση άφθονου νερού 	<p>ία</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο ρουχισμός και τα κλινοσκεπάσματά αποτρέπουν την εφίδρωση • Με την κατανάλωση νερού αποφεύγεται η αφυδάτωση
<ul style="list-style-type: none"> • Κόπωση 	<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα κόπωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελάττωση της υπερκινητικότητας της ασθενούς • Αναγνώριση των ψυχολογικών λόγων που οδηγούν στην κόπωση • Σωστή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι για αποφυγή πτώσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής θα πραγματοποιήσει μόνο τις αναγκαίες δραστηριότητες • Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση της κόπωσης • Η κλίση της ασθενής δεν ήταν υπερψωμένη για να 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπήρξε άσκοπη δραστηριότητα της ασθενούς • Με τον διάλογο ο νοσηλευτής κατάφερε να εκφράσει η ασθενείς τους λόγους που αισθάνεται κόπωση

			αποτραπεί η επώδυνη πτώση από το κρεβάτι	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής είναι κατάλληλα τοποθετημένη για αποφυγή ατυχήματος λόγω της κόπωσης
<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα ναυτίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Τάση για έμετο 	<ul style="list-style-type: none"> • Πλάγια θέση για αποφυγή πνιγμού με τον έμετο • Χορήγηση υγρών σε περίπτωση που προκληθεί εμετός να αποτραπεί η αφυδάτωση • Επικοινωνία με τον γιατρό αν θα χρειαστεί αντιεμετικό φάρμακο 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση σε πλάγια θέση • Η ασθενής κατανάλωσε χυμούς • Έπειτα από εντολή γιατρού χορηγήθηκε αντιεμετικό φάρμακο 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση οπότε δεν υπάρχει ο κίνδυνος για πνιγμό • Διατήρηση ενυδάτωσης μέσω των υγρών • Με το αντιεμετικό φάρμακο υποχώρησε η ναυτία
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσφορία 	<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα δυσφορίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Κοιλιακές αναπνοές ως τεχνική χαλάρωσης για την απόσπαση 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκαν κοιλιακές αναπνοές ως τεχνική 	<ul style="list-style-type: none"> • Με τις τεχνικές χαλάρωσης μειώθηκε η

		<p>της προσοχής</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση της δυσφορίας • Διδασκαλία της οικογένειας για την σωστή διαχείριση της κατάστασης 	<p>χαλάρωσης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολογική υποστήριξη για την αντιμετώπιση της δυσφορίας • Διάλογος με την οικογένεια γύρω από την κατάσταση της ασθενούς 	<p>δυσφορία</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η υποστήριξη προς την ασθενή από τον νοσηλευτή βοήθησε να αποδεχτεί την κατάσταση • Η οικογένεια συνείσφερε στην υποστήριξη
<ul style="list-style-type: none"> • Χαμηλές τιμές αρτηριακής πίεσης (85/60mmHg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπόταση 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη ζωτικών σημείων • Βελτίωση της διατροφής για ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης • Αποτροπή του κινδύνου θρόμβωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα ζωτικά σημεία καταγράφονται και αξιολογούνται • Πρόγραμμα διατροφής με πλούσια στοιχεία νατρίου • Χρήση καλτσών διαβαθμισμένες συμπίεσης για την 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπάρχει διαρκής εικόνα των ζωτικών σημείων • Η ασθενής έλαβε τρία γεύματα με το ένα πλούσιο σε νάτριο • Η ασθενής φόρεσε κάλτσες διαβαθμισ

			καλύτερη κυκλοφορία του αίματος και πρόληψη δημιουργίας θρόμβων	μένης συμπίεσης
<ul style="list-style-type: none"> Υψηλή θερμοκρασία σώματος (38,7 °C) 	<ul style="list-style-type: none"> Εμπύρετη ασθενής 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση γιατρού για να αξιολογήσει αν θα χρειαστεί χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου Εκτίμηση της θερμοκρασίας κάθε δυο ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> Έπειτα από εντολή γιατρού χορηγήθηκε arotel ενδοφλεβίως Κάθε δυο ώρες ο νοσηλευτής τοποθετεί θερμόμετρο στην ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> Η θερμοκρασία του σώματος επανήλθε σε φυσιολογικές τιμές Έχουμε διαρκώς γνώση της θερμοκρασίας του σώματος της ασθενούς

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του μαστού χαρακτηρίζεται ως ένας από τους συχνότερους τύπους καρκίνου και ο πρώτος που προσβάλλει τις γυναίκες. Στους μαστούς μπορεί να εντοπιστούν ψηλαφητοί όγκοι, οι οποίοι μόνο κατά την διάγνωση με διαγνωστικές εξετάσεις θα χαρακτηριστούν καλοήθεις ή κακοήθεις από τον γιατρό. Οι όγκοι που ευθύνονται για την πρόκληση της νόσου είναι οι κακοήθεις όγκοι και δυστυχώς δεν μπορεί να υπάρξει τεκμηριωμένη απάντηση από τι ακριβώς προκλήθηκε η εμφάνισή του.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και ο πόνος που προκύπτει είτε μόνο από την ασθένεια είτε από τις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας. Είναι φυσιολογικό στην αρχική διάγνωση η ασθενής να αρνείται να αποδεχτεί την πραγματικότητα και να έχει συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης. Το άγχος και η κατάθλιψη δεν είναι ταυτόσημες, δηλαδή δεν μπορεί να ειπωθεί πως όποια ασθενής έχει αγχώδης διαταραχές θα έχει σίγουρα και μείζονα κατάθλιψη. Άλλα συναισθήματα που εμφανίζουν οι γυναίκες είναι δυσφορία, στρες και κόπωση. Όλα τα συναισθήματα είναι φυσιολογικό να υπάρχουν αλλά αρχίζουν να θεωρούνται ανησυχητικά εάν είναι αρκετά έντονα και αν παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η περίπτωση η ασθενής να είχε ήδη ψυχολογικές διαταραχές επιβαρύνει περισσότερο τα παρόντα συναισθήματα.

Οι διάφορες θεραπείες μπορεί να προκαλούν και άλλες συναισθηματικές επιπλοκές, όπως χαμηλή αυτοπεποίθηση και απώλεια σεξουαλικής διάθεσης λόγω της μειωμένης αίσθησης θηλυκότητας από την αφαίρεση των μαστών. Όμως πέρα από την σεξουαλική επιθυμία οι διάφορες θεραπείες μπορεί να επηρεάσουν και την ικανότητα της αναπαραγωγής. Ευτυχώς η επιστήμη πλέον επιτρέπει την γονιμοποίηση και σε γυναίκες που βίωσαν τον καρκίνο του μαστού με διάφορους τρόπους.

Διαφορετικά, ακόμα, βιώνουν το καρκίνο οι νεότερες σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες. Οι νεαρές ασθενείς τείνουν να έχουν περισσότερο άγχος γιατί ανησυχούν για το επαγγελματικό και προσωπικό τους μέλλον, ενώ οι μεγαλύτερες που έχουν ολοκληρώσει τις επαγγελματικές και οικογενειακές τους επιθυμίες τείνουν να έχουν κατάθλιψη με συχνή συνύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας. Οι μεγαλύτερες επίσης, ανησυχούν πως η νόσος βλάπτει την ψυχολογία των παιδιών τους.

Κατά την διάρκεια της νόσου απαραίτητες είναι και οι υγιείς σχέσεις της ασθενούς με την οικογένεια και τους φίλους. Φαίνεται πως η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται από το οικείο περιβάλλον βελτιώνει την διάθεση της ασθενούς και την βοηθά να ανακάμψει συντομότερα.

Από τα σημαντικότερα τμήματα της εργασίας είναι ο ρόλος του νοσηλευτή και οι παρεμβάσεις για την διαχείριση των συναισθημάτων των ασθενών.

Ο νοσηλευτής είναι το άτομο που βρίσκεται δίπλα στην ασθενή από το στάδιο της πρόληψης έως την αποκατάσταση από την θεραπεία. Αρχικά παρέχει πληροφορίες στην κοινότητα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και εκπαιδεύει τις γυναίκες πως να ψηλαφούν σωστά τους μαστούς τους. Προετοιμάζουν για τις διαγνωστικές εξετάσεις και για την χειρουργική επέμβαση και καθοδηγούν για την φροντίδα μετά το χειρουργείο. Πέρα από το πρακτικό κομμάτι ο νοσηλευτής είναι απαραίτητος για την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Πλησιάζει την ασθενή και κάνει διάλογο μαζί της για να την κάνει να αισθανθεί πιο άνετα να συζητήσει για τις ανησυχίες που την απασχολούν. Εάν ο επαγγελματίας υγείας δημιουργήσει ένα κλίμα οικειότητας και η γυναίκα αισθανθεί ότι ενδιαφέρεται για την ψυχική της κατάσταση θα ακούσει με προσοχή τις πληροφορίες και την εκπαίδευση που θα της παρέχει. Ο νοσηλευτής, ακόμα στηρίζει πνευματικά και την οικογένεια της ασθενούς και τους εκπαιδεύει έτσι ώστε όλοι να συμβάλλουν στην επαναφορά της ψυχολογικής ευημερίας. Η ανεπιτυχής ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να οφείλεται στο πολύ επιβαρυνόμενο εργασιακό πρόγραμμα του νοσηλευτικού προσωπικού και σε ελλειπείς γνώσεις των νοσηλευτών για το καρκίνο του μαστού ήδη από τις σπουδές τους.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας, μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, ήταν να αναγνωρίσουμε τις ψυχολογικές διαταραχές που προκαλεί ο καρκίνος του μαστού και με ποιόν τρόπο ο νοσηλευτής μπορεί να συμμετέχει στην αντιμετώπιση τους. Αποδεικνύεται ότι είναι φυσιολογικό να διαταράσσεται η ψυχολογία της ασθενούς και αποτελεί διαταραχή εφόσον παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα τα συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης, δυσφορίας, στρες και κόπωσης. Ο νοσηλευτής έχει καθήκον να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στις ασθενείς και τις οικογένειες τους για να αντιμετωπιστούν πιο έγκυρα τα ανεπιθύμητα συναισθήματα. Άρα, φαίνεται μέσα από την εργασία ότι υπάρχουν διαταραχές λόγω του καρκίνου του μαστού και ότι ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στην ψυχολογική ανάκαμψη της ασθενούς παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

Aerts L., Christiaens M., Enzlin P., Neven P. et al. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *The Breast*, 23(5), 629-636.

Akram M., Iqbal M., Daniyal M. et al. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, 50(1).

American Cancer Society (2019). *Stages Of Breast Cancer | Understand Breast Cancer Staging*. Διαθέσιμο στο: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/stages-of-breast-cancer.html>. Τελευταία πρόσβαση Ιανουάριος 19, 2021.

Amir Z., Scully J., Borrill, C. (2004). The professional role of breast cancer nurses in multi-disciplinary breast cancer care teams. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(4), 306-314.

Aranda S., Schofield P., Weih L. et al. (2006). Meeting the support and information needs of women with advanced breast cancer: a randomised controlled trial. *British Journal of Cancer*, 95(6), 667-673.

Anderson B., Braun S., Lim S. et al. (2003). Early Detection of Breast Cancer in Countries with Limited Resources. *The Breast Journal*, 9(s2), S51-S59.

Arving C., Sjöden P., Bergh J. et al. (2006). Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients—A randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 235-243.

Badger T., Segrin C., Dorros S. et al. (2007). Depression and Anxiety in Women With Breast Cancer and Their Partners. *Nursing Research*, 56(1), 44-53.

Bailey K., 2000. The nurse's role in promoting breast awareness. *Nursing Standard*, 14(30), 34-36.

Chen C., Chan S., Chan M. et al. (2017). Nurses' Perceptions of Psychosocial Care and Barriers to Its Provision. *Journal of Nursing Research*, 1

Creagan E. (2006). Καρκίνος του μαστού, Εκδόσεις Αλκυών, Λονδίνο

Cserni G., Chmielik E., Cserni B., Tot T. (2018). The new TNM-based staging of breast cancer. *Virchows Arch.*, 472(5), 697-703.

De Silva NK. (2018). Breast development and disorders in the adolescent female. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 48, 40-50.

Drăgănescu M, Carmocan C. (2017) Hormone Therapy in Breast Cancer. *Chirurgia (Bucur)*, 112(4), 413-417.

Emoto H., Hayashi T., Sato N. et al. (1982). Nursing process/nursing of patients with breast cancer. Evaluation of the nursing process. A discussion.. *Kurinikaru Sutadi*, 3(6), 673-81.

Gladfelter J. (2007). Nurses Can Promote Breast Health. *Plastic Surgical Nursing*, 27(3), 171-172.

Gold M., Dunn L., Phoenix B. et al. (2016). Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 97-105.

Greenberg D. (2010). Psychological Support for the Breast Cancer Patient. *Management of Breast Diseases*, 541-549.

Grosklags K. (2020). Emotional stages of a breast cancer diagnosis. Διαθέσιμο στο: <https://www.lbbc.org/recently-diagnosed/your-emotional-concerns/emotional-stages-cancer-diagnosis> . Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 7, 2021.

Hicks C., Fide J. (2003). The educational needs of non-specialist breast care nurses. *Nurse Education Today*, 23(7), 509-521.

Houfek JF., Waltman NL., Kile MA. (1997). The nurse's role in promoting breast cancer screening. *Nebr Nurse*, 30(3), 4-9.

Kasum M., Beketić-Orešković L., Peddi P. et al. (2014). Fertility after breast cancer treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 173, 13-18.

Kim M., Kim S., Kim J. et al. (2017). Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: A national cohort study. *PLOS ONE*, 12(4).

Maughan KL., Lutterbie MA., Ham PS. (2010). Treatment of breast cancer. *Am Fam Physician*, 81(11), 1339-46.

Kyranou M., Paul S., Dunn L. et al. (2013). Differences in depression, anxiety, and quality of life between women with and without breast pain prior to breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 190-195.

Lam W., Li W., Bonanno G. et al. (2011). Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast Cancer Research and Treatment*, 131(3), 957-967.

Lam W., Soong I., Yau T. et al. (2013). The evolution of psychological distress trajectories in women diagnosed with advanced breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2831-2839.

Lemonidou C. (1996). Perioperative nursing in Greece. *Semin Perioper Nurs.*, 5(4), 203-10.

Lewison E. (1965). The Nurse's Role in Early Detection of Cancer of the Breast. *Nursing Forum*, 4(3), 82-86.

Lockfefer J., De Vries J. (2012). What is the relationship between trait anxiety and depressive symptoms, fatigue, and low sleep quality following breast cancer surgery?. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1127-1133.

Madkhali N., Santin O., Noble H. et al. (2017). *Understanding Breast Health Awareness In The Kingdom Of Saudi Arabia: A Systematic Review Of The Literature*. Queen's University Belfast. Διαθέσιμο στο:
<https://pure.qub.ac.uk/en/publications/understanding-breast-health-awareness-in-the-kingdom-of-saudi-ara>. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 18, 2021.

Malley A., Kenner C., Kim T. et al. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1-181.e9.

Medeiros M., Veiga D., Sabino Neto M. et al. (2010). Depression and conservative surgery for breast cancer. *Clinics*, 65(12), 1291-1294.

Melo F., Marques C., Rosa A. et al (2017). *Actions Of Nurses In Early Detection Of Breast Cancer*.

Osborne M., Borgen P. (1990). Role of Mastectomy in Breast Cancer. *Surgical Clinics of North America*, 70(5), 1023-1046.

O 'Sullivan D., Mansour M. (2015). The Nurse's role in managing the psychological and emotional impact on women diagnosed with breast cancer. *Clinical Nursing Studies*, 3(4).

- Paterson C., Lengacher C., Donovan K. Kip, K. et al. (2016). Body Image in Younger Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 39(1), E39-E58.
- Penttinen H., Saarto T., Kellokumpu-Lehtinen P. et al. (2010). Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psycho-Oncology*, 20(11), 1211-1220.
- Polansky H., Schwab H. (2019). How latent viruses cause breast cancer: An explanation based on the microcompetition model. *Bosn J Basic Med Sci.*, 19(3), 221-226.
- Powe BD, Underwood S, Canales M. et al. (2005). Perceptions about breast cancer among college students: implications for nursing education. *J Nurs Educ.* 44(6), 257-65.
- Prolla C., Silva P., Netto C. et al. (2015). Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 90-97.
- Puigpinós-Riera R., Graells-Sans A., Serral G. et al. (2018). Anxiety and depression in women with breast cancer: Social and clinical determinants and influence of the social network and social support (DAMA cohort). *Cancer Epidemiology*, 55, 123-129.
- Remmers H., Holtgräwe M., Pinkert, C., (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 11-16.
- Rogers M., Kristjanson L., (2002). The Impact on Sexual Functioning of Chemotherapy-induced Menopause in Women With Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 25(1), 57-65.
- Ronn R., Holzer H. (2015). Breast cancer and fertility. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 9(3), 285-293.

- Rustøen T., Schjølberg T., Wahl A. (2003). What areas of cancer care do Norwegian nurses experience as problems?. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 342-350.
- Salibasic M., Delibegovic S. (2018). The Quality of Life and Degree of Depression of Patients Suffering from Breast Cancer. *Medical Archives*, 72(3), 202.
- Schover LR. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.*, (16), 177-82.
- Sheppard L., Ely S. (2008). Breast Cancer and Sexuality. *The Breast Journal*, 14(2), 176-181.
- Shamsi M, Pirayesh J. (2017) Breast cancer: early diagnosis and effective treatment by drug delivery tracing. *Nucl Med Rev Cent East Eur*, 20(1), 45-48.
- Solanki M, Visscher D. (2020). Pathology of breast cancer in the last half century. *Hum Pathol*, 137-148.
- Suganandam D. (2019). Pre-intra-post-operative nursing care pathway: Fragments to fusion, isolation to integration. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 20(2), 87.
- Tsaras K., Papathanasiou I., Mitsi D. et al. (2018). Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 19
- Van Esch L., Roukema J., Ernst M. et al (2012). Combined anxiety and depressive symptoms before diagnosis of breast cancer. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 895-901.
- Vuković P., Kasum M., Raguz J. (2019). Fertility Preservation in Young Women with Early-Stage Breast Cancer. *Acta Clinica Croatica*,.
- Weaver C. (2009). Caring for a patient after mastectomy. *Nursing*, 39(5), 44-8.

Weigelt B, Peterse JL, van 't Veer LJ. (2005). Breast cancer metastasis: markers and models. *Nat Rev Cancer*. 5(8), 591-602.

Whisenant M., Wong B., Mitchell S. et al. (2020). Trajectories of Depressed Mood and Anxiety During Chemotherapy for Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 43(1), 22-31.

Wright M. (2020). *What Is Included In The Preoperative Care Of Breast Cancer?*.

Διαθέσιμο στο: [https://www.medscape.com/answers/1276001-162277/what-is-](https://www.medscape.com/answers/1276001-162277/what-is-included-in-the-preoperative-care-of-breast-cancer)

[included-in-the-preoperative-care-of-breast-cancer](https://www.medscape.com/answers/1276001-162277/what-is-included-in-the-preoperative-care-of-breast-cancer) .Τελευταία προσπέλαση

Ιανουάριος 7, 2021.

Yalcin B. (2013). Staging, risk assessment and screening of breast cancer. *Exp Oncol.*, 35(4), 238-45.

Yi J., Syrjala K. (2017). Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Medical Clinics of North America*, 101(6), 1099-1113.

Yousuf S., Al Amoudi S., Nicolas W. Banjar, et al. (2012). *Do Saudi Nurses In Primary Health Care Centres Have Breast Cancer Knowledge To Promote Breast Cancer Awareness?*.

Zastrow S. (2009). *NEW NURSE NOTES: Perioperative Nursing Assessments Made Simple*. Διαθέσιμο στο:

[https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=869737&Journal_ID=6827](https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=869737&Journal_ID=682710&Issue_ID=869721)

[10&Issue_ID=869721](https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=869737&Journal_ID=682710&Issue_ID=869721). Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 6, 2021.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αγγελοπούλου Ζ., Καραγκούνη Γ., Κωτσάκου Ε. (2013). Διαθέσιμο στο: http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-111.pdf. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 18, 2021.

Γομπάκη Κ., Τζιτζίκας Ι. (2008). Αρχές ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Ζαφράκας Μ., Τσαλίκης Τ., Τζεβελάκης Φ. και συν. (2009). Διαθέσιμο στο: https://www.iatrikionline.gr/ELL_M_2_2009/6.pdf. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 18, 2021.

Κελλαρτζής Δ., Ζαφράκας Μ., Μπόντης Ι. (2007). Διαθέσιμο στο: https://www.iatrikionline.gr/ELL_M_4_2007/8.pdf. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 19, 2021.

Κόνιαρη Ε. (1998). Το βιβλίο του μαστού, Αθήνα

Κρεατσάς Α. (2002). Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική ΙΙ. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Λάγιου Α. (2008). Archives Of Hellenic Medicine. Διαθέσιμο στο: <http://195.130.100.141/bitstream/11400/8575/1/epidimiologia%20kai%20prolipsi%20tou%20karkinou%20tou%20mastou.pdf>. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 25, 2021.

Μαρκόπουλος Χ. (2008), «Παράγοντες Κινδύνου για Ανάπτυξη Καρκίνου του Μαστού», Πάνω απ' όλα Γυναίκα, Οδηγός για τον Καρκίνο του Μαστού, Εκδόσεις Διόπτρα

Μπούτης Λ. (1999). Νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Αθήνα

Πέγιου Μ. (2008). Δεν θέλω να κοιμάμαι ήσυχη. Θέλω να ζήσω ήσυχη, ΑγκαλιαΖΩ Αύγουστος-Σεπτέμβριος-Οκτώβριος, Αθήνα : Ελληνική αντικαρκινική Εταιρία.

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

Τσιρλιάγκος Α. (2004). Χειρουργική, Θεσσαλονίκη

Τζωρακολευθεράκης Ε. (1996). Χειρουργικές Παθήσεις του Μαστού. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Υφαντής Α., Ίντας Γ., Κοντός Μ. (2017). Διαθέσιμο στο: <http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2017/05/sxetizoeni-igeia-poitita-zohs.pdf> .Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 18, 2021.