



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»**

**«BREAST CANCER AND WOMEN'S QUALITY
OF LIFE»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΟΛΟΚΥΘΑ ΕΥΘΥΜΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΡ. ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ, 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τα άτομα που με στήριξαν στην προσπάθεια μου να φέρω εις πέρας την πτυχιακή μου εργασία. Πρώτα, τους γονείς μου, που βρίσκονται πάντα στο πλευρό μου, στηρίζοντας με σε κάθε βήμα και απόφαση μου. Έπειτα, την καθηγήτρια και εποπτεύουσα της πτυχιακής μου εργασίας, κυρία Μιχαλοπούλου Ελένη, για την άριστη συνεργασία μας, που επιτεύχθηκε μέσα από την αδιάκοπη υποστήριξη, επίβλεψη και καθοδήγηση που μου παρείχε.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στη Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης της Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πατρών, με στόχο την διερεύνηση των νεότερων δεδομένων αναφορικά με την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού. Η επιλογή αυτού του θέματος προήλθε από το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα αρκετά ευαίσθητο θέμα, καθώς προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως, καθιστώντας τον, τον συχνότερα εμφανιζόμενο καρκίνο των γυναικών, καθώς και επιφέρει τεράστιες σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στις γυναίκες, επηρεάζοντας δραματικά την Ποιότητα Ζωής τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού δύναται να προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις, τόσο σωματικές, όσο και ψυχολογικές, οι οποίες μειώνουν το επίπεδο της Ποιότητας Ζωής των γυναικών με καρκινογένεση του μαστού. Η ζωή των γυναικών υφίσταται ριζικές αλλαγές σε όλους τους τομείς του βίου. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η παροχή σωματικής και συναισθηματικής αρωγής, τόσο από το προσωπικό υγείας όσο και από την οικογένεια των γυναικών, προκειμένου να προσαρμοστούν στα νέα αυτά δεδομένα της ζωής τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Πιο ειδικά, υλοποιείται διερεύνηση των σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, που επιφέρει η ίδια η νόσος και οι θεραπείες της στην σωματική και ψυχολογική τους υγεία, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής τους, καθώς και του ρόλου του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση αυτών, μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, σε επιστημονικά τεκμηριωμένα άρθρα από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Google Scholar, Pub Med, Science Direct), καθώς και σε επιστημονικά συγγράμματα.

Συμπεράσματα: Στον καρκίνο του μαστού, αν και αποτελεί τον πιο διαδεδομένο καρκίνο στις γυναίκες, είναι δυνατόν να εξασφαλιστεί μεγάλος βαθμός επιβίωσης, μέσω της καλύτερευσης του διαγνωστικού ελέγχου και των θεραπευτικών μεθόδων. Παρόλα αυτά, τα αίσθηματα της ψυχολογικής και κοινωνικής δυσανασχέτησης, που παρουσιάζουν οι πάσχουσες, κατά την διάγνωση της νόσου, είναι δυνατόν να ασκήσουν αρνητικές επιδράσεις στην θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Η σωματική, η συναισθηματική και η κοινωνική κατάπτωση που εμφανίζουν οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μειώνουν σημαντικά το επίπεδο της Ποιότητας Ζωής τους. Στις γυναίκες αυτές πρέπει να δοθεί βοήθεια, προκειμένου να κατανοήσουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται και να ενημερωθούν, σχετικά με τα συμπτώματα που πρόκειται να εμφανίσουν. Η γυναίκα έχει ανάγκη για υποστήριξη από το προσωπικό υγείας, την οικογένεια της και την κοινωνία, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις φυσικές και συναισθηματικές διαταραχές που προκύπτουν από την νόσο, καθώς και να εξοικωωθεί με την νόσο και τις ανεπιθύμητες επιδράσεις της, βελτιώνοντας έτσι τα επίπεδα της Ποιότητας Ζωής της.

Λέξεις-κλειδιά: ποιότητα ζωής, καρκίνος του μαστού, ρόλος του νοσηλευτή

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer can cause significant effects, both physical and psychological, which reduce the level of Quality of life of women with breast carcinogenesis. Women's lives are undergoing radical changes in all areas of life. For this reason, it is deemed necessary to provide physical and emotional assistance, both by the health staff and the women's family, in order to adapt to these new data of their health.

Aim: The aim of this dissertation is to investigate the Quality of Life of women with breast cancer. More specifically, an investigation of the physical and psychological effects of the disease itself and its treatments on their physical and psychological health, affecting their quality of life, as well as the role of the nurse in dealing with them, through nursing interventions.

Bibliography review: Greek and international bibliography was reviewed, in scientifically documented articles from electronic databases (Google Scholar, Pub Med, Science Direct), as well as in scientific books.

Conclusions: In breast cancer, although it is the most common cancer in women, it is possible to ensure a high degree of survival, through improved diagnosis and treatment. However, the feelings of psychological and social intolerance that patients experience when diagnosed with the disease can have a negative effect on their treatment. The physical, emotional and social decline experienced by breast cancer patients significantly reduces their quality of life. These women need help to understand their situation and to be informed about the diagnosis, symptoms and treatment they will experience. These women needs support from health professionals, their family and society in order to deal with the physical and emotional complications that result from the disease thus improving their Quality of life.

Keywords: quality of life, breast cancer, nurse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ΄.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	11
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	11
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	13
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	13
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	13
2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	15
2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	16
2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ...	17
2.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	20
2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	21
2.7.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	22
2.7.2 ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ.....	23
2.7.3 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ.....	23
2.7.4 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ.....	24
2.7.5 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ.....	24
2.7.6 ΒΙΟΨΙΑ.....	25
2.8 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	25
2.8.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	26
2.8.1.1 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	26
2.8.1.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	26
2.8.1.3 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	27
2.8.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	30

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	30
3.3 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	33
3.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	34
3.5 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	36
3.5.1 Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΡΝΟΦΣΚΙ.....	36
3.5.2 Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ WHO.....	37
3.5.3 Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΤΖ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ.....	37
3.5.4 Ο ΔΕΙΚΤΗΣ SPITZER ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	37
3.5.5 ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ MCGRILL ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ.....	38
3.5.6 Η ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36.....	38
3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝ ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	42
4.1 ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	42
4.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	44
4.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝ ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	45
4.4 ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ.....	46
4.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	48
4.6 Η ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	50

5.1 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	50
5.2 Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	52
5.3 Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	55
5.4 Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	55
5.5 ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	57
5.6 ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	60
5.7 ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	65
5.8 ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΚΡΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	69
6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	69
6.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	69
6.3 Η ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΒΙΩΣΑΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	79
7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	79
7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	80

7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ.....	81
7.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	86
7.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	89
7.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	90
7.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	91
7.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	93
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ´	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	95
8.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1^ο.....	95
8.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2^ο.....	100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	105

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο κοινή μορφή καρκινογένεσης που εμφανίζουν οι γυναίκες, καθώς επίσης συνιστά και την τρίτη αιτία θνησιμότητας του γυναικείου πληθυσμού σε όλον τον κόσμο, με περισσότερους από 41.000 θανάτους. Κάθε χρόνο, η καρκινογένεση του μαζικού αδένου, διαγιγνώσκεται σε περισσότερες από 1,1.000.000 γυναίκες.

Έχει διαπιστωθεί, πως η ικανότητα των καρκινοπαθών του μαστού, να καταπολεμήσουν την κακοήθεια με αποτελεσματικό τρόπο αυξάνεται, μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης της νόσου με την διαδικασία της αυτοεξέτασης και των προληπτικών ελέγχων.

Παρόλα αυτά, η άγνωστη πορεία της ασθένειας, καθώς και η θεραπευτική μέθοδος αυτής, είναι πιθανόν να επιφέρουν πληθώρα προβλημάτων στις πάσχουσες. Τα προβλήματα αυτά δύναται να είναι τόσο βιολογικού, όσο και ψυχικού επιπέδου. Για τον λόγο αυτόν, έχει δοθεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των γυναικών με κακοήθεια του μαστού, στην οποία επιδρούν οι βιολογικοί, ψυχικοί και κοινωνικοί παράγοντες, επηρεάζοντας το βαθμό ευεξίας της γυναίκας. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι καρκινοπαθείς του μαστού κάνουν λόγο για χαμηλότερο επίπεδο Ποιότητας Ζωής σε όλους τους τομείς, συγκριτικά με γυναίκες του γενικού πληθυσμού, με κοινά δημογραφικά χαρακτηριστικά. Επιπροσθέτως, η διερεύνηση της Ποιότητας της Ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι αναγκαία, καθώς ενισχύει την εξοικείωση του προσωπικού υγείας, με τις δυσμενείς επιδράσεις που ασκεί η διάγνωση και οι θεραπείες της ασθένειας στις πάσχουσες.

Η πτυχιακή εργασία αποτελείται από επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την ανατομία και την φυσιολογία του μαστού. Το δεύτερο κεφάλαιο σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού και αναφέρονται ο ορισμός του, τα επιδημιολογικά στοιχεία, η πρόγνωση του, η αιτιολογία του, οι παράγοντες κινδύνου, η κλινική του εικόνα, η διάγνωση, καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση του. Το τρίτο κεφάλαιο αφορά την ποιότητα ζωής και την υγεία και αναφέρονται, ο ορισμός της υγείας, ο ορισμός της ποιότητας ζωής, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, η μέτρηση της, τα εργαλεία εκτίμησης και μέτρησης της και τέλος οι παράγοντες που ασκούν επιρροή στην ποιότητα ζωής των πασχόντων. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η ποιότητας ζωής στον καρκίνο του μαστού και αναφέρεται, η αντίληψη της ασθένειας, η ποιότητα της ζωής στον καρκίνο του μαστού, οι

παράγοντες που ασκούν επιρρόη στην ποιότητα ζωής των πασχόντων με καρκίνο του μαστού, οι επιδράσεις του στους πάσχοντες, η θεραπευτική αντιμετώπιση στην ποιότητα ζωής σε καρκινογένεση του μαστού, καθώς και η κάλυψη των αναγκών των καρκινοπαθών του μαστού και η σπουδαιότητα της. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τις σωματικές επιπτώσεις των γυναικών με καρκίνο του μαστού, όπου αναλύονται, η κατάσταση της σωματικής λειτουργίας τους, η σωματική επίπτωση του πόνου, της κόπωσης και της κακής θρέψης, οι επιπτώσεις της χειρουργικής θεραπείας, της χημειοθεραπείας, της ακτινοθεραπείας και της ορμονοθεραπείας. Το έκτο κεφάλαιο πραγματεύεται τις ψυχολογικές επιπτώσεις των γυναικών με καρκίνο του μαστού, όπου αναλύονται, η κατάθλιψη και το άγχος, καθώς και η εικόνα σώματος και η σεξουαλικότητα των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Το έβδομο κεφάλαιο, αφορά τον ρόλο του νοσηλευτή στον καρκίνο του μαστού και αναλύονται ο ρόλος του νοσηλευτή, στην πρόληψη και στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού, στις παρενέργειες των θεραπειών, στην χειρουργική επέμβαση, στην χημειοθεραπεία, στην ακτινοθεραπεία και στην ορμονοθεραπεία, καθώς και στην ψυχολογική υποστήριξη της πάσχουσας με κακοήθεια του μαστού. Στο όγδοο και τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζονται δύο περιστατικά γυναικών με καρκίνο του μαστού και οι αντίστοιχες νοσηλευτικές διεργασίες αυτών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι μια πτυχή του δέρματος, λιπώδη και σχεδόν ημισφαιρική, όπου εμπεριέχεται ο μαστικός αδένας. Είναι αναρτημένος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και εκτείνεται από τη 2^η μέχρι την 6^η πλευρά και από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή έως το πλάγιο χείλος του στέρνου. Παρ' όλα αυτά, ο αδένικος ιστός του μαστού είναι δυνατόν να έχει μεγαλύτερη κατανομή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η μέση γραμμή, η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός, η κλείδα και ο πλατύς ραχιαίος μυς, να αποτελούν χειρουργικά ανατομικά όρια (επί μαστεκτομής) (Αθανάτου, 2007, Χατζημπούγιας, 2003).

Η θηλή βρίσκεται στο ύψος του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος και στο έξω πλάγιο της μέσης μαζικής γραμμής και περιβάλλεται από την άλω, η οποία είναι μια περιοχή κυκλωτερή ελαφρά υπερχρωσμένη. Η δερματική περιοχή της θηλής είναι άτριχη, χωρίς λίπος και σμηγματογόνους αδένες. Σμηγματογόνοι αδένες εντοπίζονται στην περιφέρεια της άλω (αδένες Montgomery). Πολλές λείες μυικές ίνες γεμίζουν το τμήμα κάτω από την άλω και την θηλή και μεταφέρονται συγκεντρωντικά και ακτινωτά, καταλήγοντας στην βάση του δέρματος της θηλής. Το έργο τους είναι η ανασήκωση της θήλης, με απτικά ερεθίσματα, έχοντας ως σκοπό την ευκολότερη κένωση των εκφορητικών πόρων. Η ανάπτυξη δερματικών θηλών, μέσω των οποίων το αίμα φτάνει κοντά στην επιφάνεια και η μεγαλύτερη ποσότητα χρωστικής, δημιουργούν τον βαθύτερο χρωματισμό της άλω και της θηλής (Αθανάτου, 2007, Χατζημπούγιας, 2003).

Μια σειρά εκκριτικών λοβίων και αντίστοιχων πόρων αποτελούν τους μαστικούς αδένες. Οι πόροι και τα εκκριτικά λοβία αθροίζονται και δημιουργούν 15 μέχρι 20 γαλακτοφόρους πόρους, που ο καθένας καταλήγει ξεχωριστά στη θηλή. Ένα πολύ ανεπτυγμένο στρώμα συνδετικού ιστού περικλύει τους πόρους και τα λοβία του μαστού. Το στρώμα του συνδετικού ιστού, σε μερικές περιοχές, γίνεται πιο πυκνό και δημιουργεί τους κρεμαστήρες συνδέσμους, οι οποίοι ενώνονται με το χόριο του δέρματος και συμβάλλουν στην υποστήριξη

του μαστού. Η ρυτίδωση του δέρματος προκαλείται από καρκίνωμα του μαστού, λόγω διάτασης των κρεμαστήρων (Αθανάτου, 2007, Χατζημπούγιας, 2003).

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο γυναικείος μαστός από την έναρξη της έμμηνου ρύσεως ξεκινάει την ανάπτυξη του, η οποία ολοκληρώνεται στην ηλικία των 20 χρόνων. Στα τριάντα έτη ο μαστικός αδένας της γυναίκας αρχίζει την σμίκρυνση. Κάτα την κλιμακτήριο, ο μαστός υφίσταται χαλάρωση. Η χαλαρότητα αυτή που παρουσιάζεται προκαλεί δυσμορφίες εξαιτίας της μεγάλης υποστροφής του, καθώς και ο λιπώδης ιστός είναι ανύπαρκτος. Στην διάρκεια της έμμηνου ρύσης, λόγω του οιδήματος, οι μαστικοί αδένες αυξάνουν το μέγεθος τους έως και 50%. (Dewit, 2009). Η μορφή και το μέγεθος του μαστικού αδένος υφίσταται αλλαγές κατά την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία, την εμμηνόπαυση κ.ά. (Αθανάτου, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κατά την εμβρυογένεση, την ανάπτυξη καθώς και κατά την ανοικοδόμηση, ύστερα από τραυματισμό του ανθρώπινου ιστού, μέσω φυσιολογικών διαδικασιών, αναπτύσσονται και ωριμάζουν τα κύτταρα. Όταν οι διαδικασίες αυτές κλονίζονται και απορυθμίζονται, είναι δυνατόν να προκληθεί δυσχέρεια στον έλεγχο της ανάπτυξης, του αυτόβουλου περιορισμού και της διάκρισης των κυττάρων στον χώρο. Η μη φυσιολογική κυτταρική ανέλιξη καθώς και η δυνατότητα αυτών να διηθηθούν σε γειτονικούς ιστούς, αποτελεί χαρακτηριστικό ενός φάσματος νόσων, των κακοήθων όγκων (καρκίνων). Οι όγκοι αυτοί κατατάσσονται με βάση την πηγή του ιστού ή την ανατομική τους θέση, παρότι σε όλες τις μορφές καρκίνων τα περισσότερα χαρακτηριστικά είναι ίδια. Επιπροσθέτως, αξιοσημείωτη διαφοροποίηση υπάρχει, τόσο ως προς την εξέλιξη και την κλινική εικόνα της πάθησης, όσο και ως προς την φύση των κυτταρικών αλλαγών, ανάμεσα σε ασθενείς με τον ίδιο τύπο καρκίνου (Μουτσόπουλος, 2009).

Με την ορολογία «καρκίνος» εννοούμε όλες τις κακοήθεις νεοπλασίες/όγκους. Σημαντικές διαφοροποιήσεις υπάρχουν ανάμεσα στα νεοπλάσματα, σύμφωνα με τον ιστό από τον οποίο προέρχονται, το που εγκαθίστανται και το μέγεθος της κακοήθειας των κυττάρων τους. Επιπλέον, ξεχωρίζουν ως προς τις μεταστάσεις, τον τύπο, την ταχύτητα δημιουργίας και την αντίδραση ως προς την θεραπεία (Γιωτάκη, 2014).

Η ύπαρξη κακοήθους όγκου στον μαστικό αδένα ορίζεται ως καρκίνος του μαστού. Ο καρκίνος του μαστικού αδένα, συνιστά την πιο κοινή κακοήθεια του γυναικείου πληθυσμού. Παρόλο, που όλες οι γυναίκες είναι δυνατόν να αναπτύξουν κακοήθεια στο μαστό, κάποιες γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης από άλλες (Χατζημπούγιας, 2003).

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού, με σχεδόν 1.38 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις που διαγνώστηκαν το 2008, καθιστάται ο συνηθέστερος διαγνωσμένος καρκίνος των γυναικών. Μεγάλος βαθμός επιβίωσης είναι δυνατόν να εξασφαλιστεί, μέσω της βελτίωσης του διαγνωστικού ελέγχου

και των θεραπειών. Συνεπώς, κοινό φαινόμενο θεωρείται πλέον η διαχείριση ως χρόνιας πάθησης της συγκεκριμένης ασθένειας (Ferlay et al. 2017, IARC, 2014).

Την τρίτη βασική αιτία θανάτου σε γυναίκες παγκοσμίως αποτελεί ο καρκίνος του μαστού μετά από τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο του πνεύμονα, που σχετίζονται με πάνω από 41.000 θανάτους. Επιπλέον, εκφράζει το 15% όλων των θανάτων που αφορούν τις γυναίκες, καθώς και το 31% όλων των κακοηθειών που προσβάλουν αυτές. Πολλές γυναίκες φοβούνται την ασθένεια του καρκίνου του μαστού, πιο πολύ από τις καρδιολογικές παθήσεις, παρότι είναι ο κυριότερος λόγος θανάτου στις γυναίκες. Σύμφωνα με εκτιμήσεις σε μία στις οκτώ γυναίκες κάποια στιγμή στη ζωή της θα γίνει διάγνωση καρκίνου του μαστού. Το ποσοστό των γυναικών που έχει προσβληθεί από καρκίνο του μαστού πληθαίνει κάθε χρόνο. Ετησίως, σε περισσότερο από 1,1 εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο γίνεται διάγνωση και 410.000 γυναίκες πεθαίνουν από την νόσο (Ferlay et al. 2017).

Στην Ελλάδα, ο συχνότερος καρκίνος του γυναικείου φύλου και παράλληλα η κυριότερη αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του μαστού. Η θνησιμότητα της νόσου είναι κατά μέσο όρο 1.151 θάνατοι ετησίως. Στο σημείο αυτό αξίζει να τονίσουμε ότι το ποσοστό αυτό είναι χαμηλό σχετικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Στην Ελλάδα τα είκοσι τελευταία χρόνια, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού εμφανίζει αύξηση, με ποσοστό 4% το έτος. Τέλος, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι 60% μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές της Ελλάδας απ' ότι στις αγροτικές της περιοχές. Με βάση στατιστικές μελέτες που έγιναν, στο 60% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού η διάγνωση πραγματοποιείται σε πρώιμο στάδιο. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό δεν αντιστοιχεί σε πάνω από 5%. Το γεγονός αυτό με λύπη μας επαληθεύει την μη άρτια και την μη οργανωμένη πληροφόρηση του γυναικείου φύλου σε σχέση με αυτό το ζήτημα (Piperakis et al. 2010).

Τα στατιστικά δεδομένα που προαναφέρθηκαν μας παρουσιάζουν ότι όσο πιο γρήγορη είναι η διάγνωση της νόσου του καρκίνου του μαστού, μέσω της αυτοεξέτασης και των προληπτικών ελέγχων, τόσο μεγαλύτερο θα είναι το ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού που θα έχει την δυνατότητα να το καταπολεμήσει με μεγάλη επιτυχία (Piperakis et al. 2010).

Προηγούμενα στοιχεία έχουν αποδείξει πως οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού, μπορεί να μην εμφανίσουν έντονη ένδειξη της ασθένειας, αλλά να εμφανίσουν προβλήματα που συνεχίζουν να υφίστανται για μεγάλη περίοδο μετά την αρχική θεραπεία. Τέτοια προβλήματα μπορεί να είναι σωματικά (άλγος και κόπωση), ψυχολογικά (η ανικανότητα να ξεπεραστεί η

νόσος και ο φόβος υποτρόπης της) και ψυχοκοινωνικά προβλήματα (σεξουαλικά ζητήματα και αναταραχή της οικογένειας). Ως αποτέλεσμα, η ανάγκη που υπάρχει για παροχή εκπαίδευσης, ενημέρωσης και στήριξης με την πάροδο του χρόνου, είναι μεγάλη (Wockel et al. 2017).

2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ελάτωση του ποσοστού της θνησιμότητας συνιστά στόχο της πρόωρης εύρεσης της ασθένειας. Το κρίσιμο σημείο για την επίτευξη αυτού του σκοπού είναι η πρόωρη διερεύνηση (Smith, 2007). Οι περισσότεροι ερευνητές δίνουν μεγάλη προσοχή στην πρόγνωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης της καρκινογένεσης και της διατήρησης της ζωής. Ο καρκίνος καταλαμβάνει την δεύτερη αιτία αποβίωσης σε όλο τον κόσμο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Shuklaa et al. 2018).

Τα αποτελέσματα των μέσων θεραπείας δύναται να είναι διαφορετικά ανάλογα με το στάδιο και το είδος της καρκινογένεσης (Shuklaa et al. 2018). Το γυναικείο φύλο το οποίο βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο της καρκινοπάθειας φαίνεται να επιζεί λιγότερο από πέντε χρόνια (Smith, 2007). Απεναντίας, στον γυναικείο πλυθυσμό που πάσχει από εντοπισμένο καρκίνο το ποσοστό της πενταετής επιβίωσης ανέρχεται στο ενενήντα επτά τοις εκατό (Shuklaa et al. 2018, Smith, 2007). Το ποσοστό αυτό ελατώνεται στο ογδόντα τοις εκατό στην περίπτωση που η ασθένεια έχει επεκταθεί στους αδένες εκείνης της περιοχής. Επιπροσθέτως, όταν προκληθούν μεταστάσεις της καρκινογένεσης, το ποσοστό αυτό ελατώνεται στο είκοσι πέντε τοις εκατό (Smith, 2007). Είναι λοιπόν εμφανές πως οι πάσχοντες οι οποίοι έχουν υποστεί μεταστάσεις του αρχικού όγκου έχουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής (Shuklaa et al. 2018).

Ο βαθμός επιβίωσης, σύμφωνα με μελέτες που διεξήχθησαν στο παρελθόν, αυξομειώνεται σε συμφωνία με τις διαδοχικές αυξήσεις και μειώσεις ποικίλων παραγόντων. Ο διαφορετικός βαθμός επιβίωσης σύμφωνα με την ηλικιακή ομάδα, παραδείγματος χάριν, οφείλεται στο ότι δεν υπάρχει προτεινόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση για να ακολουθηθεί. Ακόμα, ο εθνικός χαρακτήρας καθώς και οι φυλετικές διαφορές έχουν ενεργή συμμετοχή στον βαθμό επιβίωσης. Για τον λόγο αυτό, έχει καταγραφεί πως η Αφροαμερικανική κοινότητα κατέχει μικρότερο βαθμό επιβίωσης (Shuklaa et al. 2018).

2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Επιδημιολογικά, η σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε έναν παράγοντα και μια ασθένεια, στην οποία η αύξηση, η μετακίνηση ή η αλλαγή της δύναμης του παράγοντα, οδηγεί σε αλλαγή του ενδεχόμενου ανάπτυξης της πάθησης ή του αριθμού των εμφανίσεων της σε ένα χρονικό διάστημα, αποτελεί την αιτιολογική τους σχέση. Ως παράγοντας κινδύνου για την πρόκληση μιας ασθένειας ορίζεται οποιοσδήποτε παράγοντας εμπλέκεται στατιστικά με αυτήν την ασθένεια. Έως και σήμερα, δεν βρισκόμαστε σε θέση να καταλάβουμε τα αίτια που προκαλούν την εμφάνιση των περισσότερων καρκινογένεσεων. Το ίδιο ισχύει και για την ανάπτυξη κακοήθειας στον μαστικό αδένα. Ωστόσο, ο καρκίνος του μαστού έχει αναγνωριστεί ως μια ασθένεια η οποία δύναται να προκληθεί από πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Επιπλέον, σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες του γυναικείου φύλου, κατέχει την πρώτη θέση στα αίτια που επιφέρουν τον θάνατο (Λάγιου, 2008, Ferlay et al. 2007).

Τον τελευταίο καιρό, λόγω της πληθώρας των μελετών που έχουν διεξαχθεί, τόσο σε κλινικό όσο και σε επιδημιολογικό επίπεδο, επιτεύχθηκε η αναγνώριση ποικίλων μεταβλητών, οι οποίες εμπλέκονται στην πάθηση της κακοήθειας του μαστικού αδένα είτε αποτελώντας αίτιο πρόκλησης της νόσου είτε αποτελώντας παράγοντα που ενδέχεται να αποτελέσει αίτιο εμφάνισης της. Μολονότι, υπάρχει στατιστικά αξιόλογη σχέση μεταξύ της κακοήθειας του μαστού και των γενετικών, προσωπικών παραγόντων καθώς και των παραγόντων του περιβάλλοντος, οι παράγοντες αυτοί δεν θεωρούνται προγνωστικοί και δεν δύναται να ερμηνεύσουν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η ασθένεια. Το ποσοστό των περιστατικών, όπου στην ανάπτυξη καρκινογένεσης στον μαστό δεν ανιχνεύεται κάποιος παράγοντας κινδύνου, ανέρχεται στο 70 με 75 τοις εκατό (Λάγιου, 2008, Ferlay et al. 2007).

Το 80 με 90 τοις εκατό της παθολογίας του μαστικού αδένα αποτελούν όλα τα παθολογικά περιστατικά του μαστικού αδένα τα οποία περικλείονται στην κατηγορία των καλοηθών νόσων του μαστού. Η καρκινογένεση του μαστικού αδένα δεν εμπεριέχεται στην κατηγορία αυτή. Ωστόσο, είναι δυνατόν ορισμένες καλοήθεις ασθένειες του μαστού μελλοντικά να καθιστούν υπεύθυνες για την πρόκληση κακοήθειας του μαστικού αδένα. Τέτοιες καλοήθεις παθήσεις είναι η άτυπη λοβιδιακή υπερπλασία, η άτυπη πορογενής υπερπλασία καθώς και η επιθηλιακή υπερπλασία στην οποία υπάρχει σημαντική ατυπία κυττάρων (Λάγιου, 2008, Φύσσας, 2006, Ferlay et al. 2004).

2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οτιδήποτε πληθαίνει τις πιθανότητες να παρουσιαστεί μια νόσος χαρακτηρίζεται ως παράγοντας κινδύνου (Feng et al. 2018). Η ύπαρξη καθώς και η απουσία παραγόντων κινδύνου δεν σημαίνει αναγκαστικά πως το άτομο θα νοσήσει ή πως δεν υπάρχει το ενδεχόμενο να νοσήσει αντίστοιχα (Talley et al. 2016). Τους παράγοντες κινδύνου είναι δυνατόν να τους διαχωρίσουμε σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Στην πρώτη ανήκουν οι κληρονομικοί παράγοντες κάθε γυναίκας, δηλαδή παράγοντες που το άτομο δεν έχει την δύναμη να παρέμβει στην διάρκεια του βίου του. Σε αυτήν ανήκουν το γενετικό φύλο, η εθνικότητα, η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, η γενετική προδιάθεση (Kolak et al. 2017). Οι παράγοντες στους οποίους είναι δυνατόν κάθε άνθρωπος να μην εμπλακεί ή να ασκήσει επιρροή μέσω των αποφάσεων του, ανήκουν στην δεύτερη κατηγορία. Τέτοιοι παράγοντες είναι ο τρόπος ζωής, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (επαφή με ραδιενέργεια), η θεραπεία με ορμόνες και η χρήση χαπιών αντισύλληψης (Kaminska et al. 2015, Λάγιου, 2008).

Πιο ειδικά, αναφορικά με την ηλικία, μετά την εφηβεία ο καρκίνος του μαστού είναι δυνατόν να εκδηλωθεί οποιαδήποτε στιγμή (Φύσσας, 2006). Ωστόσο, συχνότερα κάνει την εμφάνιση του όσο μεγαλώνει η γυναίκα (American Cancer Society, 2008). Η περίπτωση προσβολής από τον καρκίνο του μαστού σε γυναίκες από τα 45 τους έτη και κάθε έτος έως τα 70 τους παροδικά μεγαλώνει. Έπειτα από τα 70 τους, παρατηρείται ελάττωση των πιθανοτήτων (Kaminska et al. 2015). Ο κίνδυνος μεγαλώνει κάθε έτος κατά 2,8% και έχει παρατηρηθεί ότι η πρόωμη έναρξη της έμμηνου ρύσης (<11) καθώς και η όψιμη εμμηνόπαυση (>54) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Επιπροσθέτως, η καθυστέρηση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης ύστερα από την ηλικία των 35 χρονών αποτελεί παράγοντα που φαίνεται πως ασκεί επιρροή ενώ ο τερματισμός κύησης δεν παρατηρείται να επηρεάζει (Gupta et al. 2011).

Πενταπλάσιος είναι ο κίνδυνος σε γυναίκες που διαμένουν σε αναπτυγμένες χώρες σε σχέση με εκείνες που ζουν σε μικρότερο αναπτυγμένες. Σε αυτό πιθανολογείται ότι ευθύνεται η διαφορά στον τρόπο ζωής (Gupta et al. 2011).

Οι κληρονομικές γενετικές διαταραχές θεωρούνται ένας ακόμα παράγοντας με ιδιαίτερη σημασία. Ως στόχο την εξαφάνιση των όγκων, έχουν τα γονίδια BRACA1 και BRACA2, μέσω της πρωτεϊνικής κωδικοποίησης, η οποία αποτελεί καθήκον τους. Η έλλειψη ή μετάλλαξη αυτών των δύο έχει παρατηρηθεί ότι είναι υπεύθυνη για το 5-10% όλων των

εκδηλώσεων καρκίνου του μαστού (Sun et al. 2014). Παρά το μικρό αυτό ποσοστό, είναι κοινός αποδεκτό πως αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες κινδύνου. Όσο αναφορά τις γυναίκες που έχουν πρώτου βαθμού συγγένεια με νοσούντες από καρκίνο του μαστού (μητέρες, κόρες, αδελφές), εμφανίζουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης της ασθένειας σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Χαράτση-Γιωτάκη, 2014). Το μέγεθος του κινδύνου φαίνεται να είναι αντιστρόφως ανάλογο με την ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας. (Φύσσας, 2006). Η πιθανότητα προσβολής αυξάνεται στα συγγενικά πρόσωπα, εάν η πάθηση εμφανίστηκε πριν τα 40 έτη, εάν ο συγγενής εκδήλωσε καρκίνο του μαστού και στους δύο μαστούς, καθώς και όσο πιο πολλά είναι τα κρούσματα μέσα σε μια οικογένεια (Χαράτση-Γιωτάκη, 2014, Φύσσας, 2006).

Ο τρόπος ζωής διαδραματίζει μεγάλο ρόλο στην εκδήλωση καρκίνων οποιουδήποτε τύπου. Η απουσία φυσικής δραστηριότητας, η παχυσαρκία, η κατάχρηση αλκοόλ και το κάπνισμα, μεγαλώνει το ποσοστό των οιστρογόνων, κυρίως στις γυναίκες που βρίσκονται μετά την εμμηνόπαυση (Kolak et al. 2017, Weiderpass, 2010).

Η αυξημένη ποσότητα λίπους, που χαρακτηρίζει την γυναικεία σωματοδομή και κυρίως τον μαστό είναι πιθανό να συντελεί στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Αυτό συμβαίνει διότι το λίπος αυτό, το οποίο δεν συμβάλει στην ανάπτυξη γάλακτος, εξαρτάται από ορμόνες, καθώς και το ίδιο παράγει ορμόνες. Επομένως ο κίνδυνος είναι αρκετά υψηλός σε γυναίκες με πυκνό μαστό καθώς και στις παχύσαρκες γυναίκες. Η επικινδυνότητα μεγαλώνει ιδιαίτερα στις γυναίκες με πυκνό μαστό εξαιτίας της διέγερσης των ορμονών. Σε σύγκριση με γυναίκες φυσιολογικού σωματικού βάρους ή λιποβαρείς οι όγκοι που εντοπίστηκαν στις παχύσαρκες γυναίκες, είχαν την προδιάθεση να έχουν μέγεθος μεγαλύτερο και να βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο (Barth, 2013).

Σε αντίθεση με την καθιστική ζωή, η γυμναστική πριν αρχίσει η έμμηνος ρύση, είναι δυνατόν να αργήσει την έναρξη της πρώτης περιόδου, να ελαττώσει τις έμμηνοους ρύσεις, να αυξήσει το χρονικό διάστημα μεταξύ των περιόδων, μειώνοντας έτσι την έκθεση στα οιστρογόνα και συνεπώς την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. (Smith, 2007).

Η κατανάλωση αλκοόλ πληθαίνει την πιθανότητα πρόκλησης της πάθησης. Το γεγονός αυτό συσχετίζεται με την λειτουργία των οιστρογόνων. Πολλαπλάσιο κίνδυνο παρουσιάζουν γυναίκες που έκαναν ημερησίως κατανάλωση από την περίοδο της εφηβείας σε σχέση με γυναίκες που δεν έπιναν ποτέ ή πολύ σπάνια. Αρκετές γυναίκες που εξομολογήθηκαν πως

έπιναν αρκετά συχνά, αργότερα τους έκανε την εμφάνιση της η ασθένεια (Φύσσας, 2006). Το αλκοόλ δύναται να μεγαλώσει τον κίνδυνο, για κάθε δέκα γραμμάρια ημερήσιας κατανάλωσης του, κατά 7%. Υπολογίζεται ότι 2000 επιπλέον περιπτώσεις το χρόνο οφείλονται σε μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ (Gurta et al. 2011).

Σχετικά με το κάπνισμα, η επιρροή του σχετικά με τον καρκίνο του μαστού είναι αμφιλεγόμενη. Η επιβάρυνση που επέφερε στις περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι οποίες είχαν πραγματοποιήσει έστω και μία εγκυμοσύνη και ξεκίνησαν την χρήση του τσιγάρου εντός 5 χρόνων μετά την έναρξη της περιόδου (εμμηναρχή), είναι αυξημένη. Μεγάλος κίνδυνος φαίνεται να υπάρχει και για τις άτεκνες γυναίκες που κάπνιζαν παραπάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως (Barth, 2013).

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, στην εμφάνιση καθώς και στην πορεία της νόσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι ορμόνες (Akram et al. 2017). Για την εκδήλωση καρκίνου του μαστού, υπεύθυνα έχουν κριθεί τα αυξημένα ποσοστά οιστρογόνων και προγεστερόνης, ιδιαίτερα στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Ως θεραπευτικό μέσο σε άλλες παθήσεις, φαίνεται να συστήνεται η ορμονοθεραπεία και η χρήση χαπιών αντισύλληψης, τα οποία συντελούν στην μεγιστοποίηση αυτών των ορμονών (Kaminska et al. 2017). Σύμφωνα με μια έρευνα που υλοποιήθηκε, γυναίκες που έκαναν χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, εμφάνισαν 5 χρόνια νωρίτερα καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες που δεν ελάμβαναν (Barth, 2013).

Σε αρκετές έρευνες γίνεται λόγος για το ότι η έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας στους μαστούς και στην θωρακική χώρα στην παιδική ηλικία είτε με σκοπό την ίαση είτε την διάγνωση, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού, καθώς και το ιστορικό έκθεσης σε ιονίζουσα ακτινοβολία (Katsouyanni et al. 2005). Αξιοσημείωτο είναι πως η ακτινοβολία στην οποία εκτίθεται η γυναίκα μετά την διαδικασία της μαστογραφίας είναι δίχως σημασία λόγω του ότι η ισχύς της είναι αρκετά μικρή (Λάγιου, 2008, Ρουσάκη, 2006). Πιο συγκεκριμένα είναι διαπιστωμένο ότι η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία κατά την δεύτερη δεκαετία της ζωής πληθαίνει την περίπτωση εμφάνισης καρκίνου του μαστού ύστερα από τα 20 περίπου χρόνια (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Η μαστεκτομή αποτελεί έναν ακόμα παράγοντα κινδύνου, καθώς γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή εξαιτίας καρκίνου του μαστού, έχουν υψηλή πιθανότητα κινδύνου να εμφανίσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό (Smith, 2007).

Τέλος, ένας από τους πιο δυνατούς παράγοντες που προμηνύουν την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στο γυναικείο φύλο αποτελεί η κυστική μαστοπάθεια. Ύστερα από μακροχρόνια παρατήρηση γυναικών με ποικίλες αλλοιώσεις μαστοπάθειας έχει ανακαλυφθεί συχνότητα εκδήλωσης καρκίνου του μαστού σε ποσοστό από 3 έως 5 φορές περισσότερη σε σχέση με τον υπόλοιπο πλήθος. Τις παραμορφώσεις εκείνες που θεωρούνται υπαίτιες ως προκαρκινωματώδες στάδιο αποτελούν οι υπερπλαστικές και οι αρκετά μεγάλες κύστες. Τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού μεγαλώνει η ύπαρξη αλλοιώσεων στον μαζικό αδένα, του τύπου της άτυπης επιθηλιακής υπερπλασίας ή η ύπαρξη θηλωμάτων (πολλαπλών, που προέρχονται από την τελική προλοβιακή μονάδα), κυρίως σε γυναίκες με κρούσμα στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Από την άλλη, κάτι τέτοιο δεν έχει αποδειχθεί για τις ινοκυστικές αλλοιώσεις του μαστού, οι οποίες δεν αποτελούν προκαρκινωματώδης κατάσταση (Santen et al. 2005).

2.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Χωρίς συμπτώματα και χωρίς κάποια σημεία να προμηνύουν, αναπτύσσονται οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού στα πρώιμα στάδια (Smith, 2007). Μια γυναίκα θα πρέπει να ανησυχήσει και να αναζητήσει βοήθεια αμέσως από τον γυναικολόγο της εάν πέσει στην αντίληψη της οποιαδήποτε αλλαγή στο μέγεθος ή το σχήμα του μαστού της. Κλινική εικόνα που θεωρείται επικίνδυνη αποτελεί τυχόν απουσία ή εκκένωση στο δέρμα του μαστού, υγρό από την θηλή, που δεν είναι μητρικό γάλα, ιδιαίτερος αν εμπεριέχει αίμα, ερυθρότητα και πρήξιμο στο δέρμα του μαστού ή στη θηλή, καθώς και μια θηλή που γυρίζει προς τα μέσα στο στήθος (PDQ, 2017).

Πιο ειδικά, η ψηλαφητή μάζα αποτελεί το πιο συχνό σημείο του καρκίνου του μαστού (77%). Η ανακάλυψη της στο 90% των κρουσμάτων γίνεται κατά τύχη από την ίδια την γυναίκα, κυρίως κατά την πραγματοποίηση του μάνιου της. Τις περισσότερες φορές η μάζα αυτή δεν προκαλεί πόνο, είναι σκληρή, στερεά, και δύσκολα μπορεί κανείς να την ξεχωρίσει από τον μαστό. Σε λίγες περιπτώσεις αυτή η μάζα είναι κατά κάποιο τρόπο ευκίνητη και ο διαχωρισμός τις από άλλες καλοήθεις νόσους του μαστού είναι δύσκολο (Ιωαννίδου-Μουζάκα & Καρυδά, 2007). Στο ½ των περιστατικών η θέση της μάζας βρίσκεται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Στον μαστό που νοσεί παρατηρείται εκροή υγρού από την θηλή. Κίνδυνος για καρκινογένεση υπάρχει όταν το υγρό αυτό είναι ορώδες, εμπεριέχει αίμα ή είναι καφέ

απόχρωσης (στο 30-40% των περιστατικών) (Netter, 2007). Εμφανίζεται ερεθισμός της θηλής ή της περιοχής γύρω της (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010). Η φύση της αιτιολογίας θεωρείται ενδοκρινολογική ή οφείλεται σε φλεγμονή, όταν το υγρό είναι χρώμα πράσινο ή γαλακτώδες (Smith, 2007). Η εκροή υγρού από την θηλή αποτελεί, τις περισσότερες φορές, το δεύτερο συχνότερο κλινικό σημείο του καρκίνου του μαστού (Ιωαννίδου-Μουζάκα & Καρυδά, 2007).

Όσο αναφορά τις αλλαγές του δέρματος, έχουμε εισολκή της θηλής ή του δέρματος, πρήξιμο, κοκκίνισμα, ρυτίδωση, ερύθημα, έκζεμα και εξέλκωση της θηλής (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010). Με την εισχώρηση του όγκου στα λεμφικά αγγεία, δημιουργείται πρήξιμο και το δέρμα εμφανίζεται σαν «φλοιός πορτοκαλιού», λόγω της παρακώλυσης της ροής της λέμφου. Τα καρκινικά κύτταρα μέσω της λέμφου εισχωρούν στην αιματική κυκλοφορία και επιβηθούνται οι απομακρυσμένες μεταστάσεις (Smith, 2007).

Ο πόνος δεν αποτελεί συχνό σύμπτωμα. Παρόλα αυτά το 20% σχεδόν των γυναικών είναι πιθανόν να εμφανίσουν κάποια ενόχληση, σχετική με τον καρκίνο. Πολύ σπάνια, ο πόνος δύναται να είναι η πρώτη κλινική εκδήλωση, όπως ένας πολύ δυνατός και χωρίς κάποια αιτιολογία πόνος, και πιο συγκεκριμένα σε γυναίκες μετά την κλιμακτήριο (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2005).

Τις περισσότερες φορές, η νόσος εκδηλώνεται μέσω των συμπτωμάτων από τις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού (Smith, 2007). Ανάλογα, λοιπόν, προκύπτουν και τα αντίστοιχα συμπτώματα σύμφωνα με τη θέση της μετάστασης στα διάφορα όργανα: (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2005).

- Βήχας, δύσπνοια, λόγω μεταστάσεων στους πνεύμονες.
- Ίκτερος, λόγω μεταστάσεων στο ήπαρ.
- Οστικά κατάγματα και πόνος, λόγω μεταστάσεων στα οστά (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2005).

2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Με την ανεύρεση των συμπτωματικών βλαβών που γίνονται αντιληπτά από την ίδια την γυναίκα καθώς και των ασυμπτωματικών που προκύπτουν από γενικό έλεγχο, πραγματοποιείται η έναρξη της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Οποιαδήποτε βλάβη που ψηλαφείται πρέπει να εκτιμηθεί. Η γενική αίματος και η μέτρηση των ενζύμων του

ήπατος καθώς και των ενζύμων που αποδεικνύουν υψηλή οστεοκλαστική δραστηριότητα όταν δοθεί η διάγνωση, αποτελούν τις εργαστηριακές εξετάσεις που πραγματοποιούνται για την διάγνωση. Με την ψηλάφηση, τη παρατήρηση των μαστών και την παρακολούθηση για τυχόν εκροές από την θηλή, από εξειδικευμένο ιατρό, υλοποιείται η κλινική διάγνωση. Ακόμα, η διάγνωση διεκπεραιώνεται μέσω απεικονιστικών μεθόδων. Τέτοιοι μέθοδοι είναι η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, η μαγνητική τομογραφία και η βιοψία (Lemon & Burke, 2006).

2.7.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Στην λεπτομερή εξέταση του κινδύνου του καρκίνου και στην τεκμηρίωση της εκδήλωσης ή απουσίας χαρακτηριστικών εμφάνισης της νόσου του μαστού, αποβλέπει η λήψη του κλινικού ιστορικού ασθενών με καρκίνο του μαστού. Σε αυτό πρέπει να εμπεριέχεται η ηλικία, η παύση της έμμηνου ρύσης, οι εγκυμοσύνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν και η εφαρμογή της θεραπείας αναπλήρωσης ορμονών μετά την περίοδο του τερματισμού της έμμηνου ρύσης ή τη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων από το στόμα. Εκτενώς θα πρέπει να διεξάγεται το ατομικό καθώς και το οικογενειακό ιστορικό. Το ατομικό ιστορικό απαρτίζεται από την ηλικία κατά την οποία έγινε η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, βιοψίες που τελέστηκαν, στο παρελθόν, στον μαστό και θεραπεία άλλων κακοηθειών με εφαρμογή ακτινοβολίας. Το ιστορικό καρκινογένεσης των ωοθηκών και του μαστού σε πρώτου βαθμού συγγενείς, περιλαμβάνεται στο οικογενειακό ιστορικό. Οι νοσούντες είναι αναγκαίο να ελέγχονται για συγκεκριμένα συμπτώματα όπως είναι το άλγος στον μαστό, η απώλεια σωματικού βάρους, το οστικό άλγος, η κούραση και η εκροή υγρού από τις θηλές. Η φυσική εξέταση δύναται να υλοποιηθεί από κλινικούς ιατρούς, νοσηλευτές και την ίδια την γυναίκα και περιλαμβάνει τον επιστάμενο έλεγχο των μαστών, το τμήμα γύρω από τον λαιμό, την κλείδα και τις μασχάλες. Οι μαστικοί αδένες επιθεωρούνται για πιθανές αλλοιώσεις όπως είναι ύπαρξη μικρών σφαιριδίων ή άλλες εμφανίσεις καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, πραγματοποιείται έλεγχος και στους λεμφαδένες λόγω της επέκτασης που συνηθίζεται να εμφανίζουν σε πάσχοντες με καρκίνο του μαστού (Akram et al. 2017).

2.7.2 ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

Αντίθετες είναι οι απόψεις που εκφράζονται σχετικά με την αξία του αυτοελέγχου του μαστού ως προς την διάγνωση διότι μέχρι στιγμής κάτι τέτοιο δεν έχει αποδειχθεί. Εντούτοις, πάρα πολλοί είναι οι ιατροί και οι νοσηλεύτες, οι οποίοι μαθαίνουν στις γυναίκες πως να εφαρμόζουν την αυτοεξέταση κάθε μήνα, με σκοπό να είναι ικανές να ανιχνεύσουν με βάση την κοινή δομή των μαστών τους, πιθανές αλλοιώσεις. Οι γυναίκες είναι σε θέση να αναγνωρίσουν αλλαγές αναφορικά με το σχήμα και το μέγεθος του μαστικού αδένος καθώς πραγματοποιούν την μέθοδο της αυτοεξέτασης. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να συνεισφέρουν στην εύρεση καρκίνου του μαστού. (Akram et al. 2017).

2.7.3 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Η καλύτερη επιλογή μεθόδου απεικόνισης θεωρείται η μαστογραφία στις μέρες μας, παρά τα τρωτά της σημεία, η οποία έχει αποτέλεσμα στην εύρεση όγκων πολύ πριν μας δοθεί η ευκαιρία να τους ψηλαφήσουμε (Μπονάτσος και συν. 2011). Η μαστογραφία αποτελεί μια μορφή ακτινογραφίας του μαστικού αδένος, μέσω της οποίας κατορθώνεται η κλινική διάγνωση. Από τα 40 έτη και έπειτα συνίσταται να υλοποιείται η πρώτη μαστογραφία, σαφώς με σκοπό την πρόληψη. Εάν δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, η μαστογραφία θα πρέπει να γίνεται κάθε 2-3 έτη σε γυναίκες μέχρι τα 45 τους χρόνια. Μαστογραφικός έλεγχος ανά έτος είναι αναγκαίο να πραγματοποιείται ύστερα από την ηλικία των 45 ετών. Πολύ μικρή είναι η ποσότητα της ακτινοβολίας που εκπέμπεται κατά την μαστογραφία. Σε γυναίκες νεαρής ηλικίας, κάτω των 35 ετών, παρ' όλα αυτά είναι απαγορευτικό να γίνεται για λόγους πρόληψης. Σαφώς, όταν εντοπίζονται ευρήματα κατά την ψηλάφηση ή υπάρχουν άλλοι ιδιαίτεροι λόγοι, η μαστογραφία θεωρείται αναγκαία (Χατζημπούγιας, 2003).

Η δερματική περιοχή του μαστικού αδένος με την μέθοδο αυτή έρχεται σε επαφή με ελάχιστη ακτινοβολία (0,1 rad/film). Η δόση αυτή δεν είναι αρκετή για την πρόκληση βλαβών, ιδιαίτερα σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας. Η αξιοπιστία της διάγνωσης με την συγκεκριμένη μέθοδο δεν αλλάζει με την ελάττωση της ακτινοβολίας. (Χατζημπούγιας, 2003).

2.7.4 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Το υπερηχογράφημα αποτελεί μέσο διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Λειτουργεί με υπερήχους δηλαδή με ηχητικά κύματα τα οποία έχουν την δυνατότητα να εισέρχονται στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και αντανακλώνται σε οποιαδήποτε επιφάνεια, που διαχωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η χρήση των υπερήχων στην διάγνωση των ασθενειών του μαστικού αδένου, λόγω του ότι δεν εκπέμπεται ιονίζουσα ακτινοβολία από τους υπερήχους, καθώς και δεν υπάρχουν πειστήρια πως είναι βλαπτική για την υγεία του ανθρώπου (Duffy, 2013). Η εξέταση αυτή επειδή δεν εκπέμπει ακτινοβολία, προτείνεται και στις γυναίκες ηλικίας των 20 ετών και άνω, λόγω του ότι στις ηλικίες αυτές δεν μπορεί να γίνει μαστογραφία καθώς οι μαστοί είναι ευπαθείς στην ακτινοβολία. Επιπλέον η μεγάλη πυκνότητα του ιστού του αδένου που διακρίνεται στις νεαρές ηλικίες καθιστά την διάγνωση μέσω μαστογραφίας μη αξιόλογη (Μπονάτσος και συν. 2006). Η χρήση του βοηθάει στην διαφορική διάγνωση κυστών από συμπαγείς μάζες και φανερώνει παραμορφώσεις μεγαλύτερες από 0,5 εκατοστά (Μπονάτσος και συν. 2011).

2.7.5 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (MRI)

Αρκετά είναι τα οφέλη της μαγνητικής τομογραφίας συγκριτικά με την μαστογραφία (Τσούκας, 2004). Η μαγνητική τομογραφία για την επίτευξη της απεικόνισης του μαστού μεταχειρίζεται, μεγάλης ισχύς ραδιοκύματα και μαγνητικά πεδία, σε σύγκριση με την μαστογραφία που κάνει χρήση μικρών δόσεων ακτίνων X. Με το σύστημα της μαγνητικής τομογραφίας παρέχεται η δυνατότητα αλλαγής των μαγνητικών πεδίων και των ραδιοκυμάτων, ώστε να κατοχυρώσουμε προβολές σε όλα τα πεδία προσανατολισμού, σε αντίθεση με την μαστογραφία που επιβάλλει τον επαναπροσανατολισμό του μαστικού αδένου και του συστήματος της για την επίτευξη των απαιτούμενων προβολών (Lord et al. 2007). Η μέθοδος αυτή φέρει λεπτομερή αποτελέσματα και βέβαια κέρδη για τις ασθενείς που εκδηλώνουν καρκίνο του μαστικού αδένου εξαιτίας των γενετικών μεταλλάξεων BRCA1 και BRCA2, σε νέες με πυκνό μαστό, καθώς και σε γυναίκες με εμφυτεύματα σιλικόνης. Τέλος, όταν ανακαλύπτονται καρκινικά κύτταρα σε έναν αμφίβολο λεμφαδένα της μασχάλης, ενώ δεν παρουσιάζεται κάποιος όγκος στην μαστογραφία ή όταν δημιουργείται η υπόνοια ύπαρξης πολλαπλών όγκων, προτείνεται ως μέσο διάγνωσης η μαγνητική τομογραφία (Akram et al. 2017).

2.7.6 ΒΙΟΨΙΑ

Με την βοήθεια ειδικών βελόνων, πραγματοποιείται λήψη ιστού από τα μέρη του μαστικού αδένα τα οποία πιθανολογείται ότι φέρουν υποψία για καρκίνο. Η τεχνική αυτή ονομάζεται βιοψία. Με την συγκεκριμένη μέθοδο υλοποιείται η επιβεβαίωση της καρκινογένεσης μέσω της ιστολογικής διάγνωσης. Πριν την εκτέλεση της εφαρμόζεται αναισθησία τοπικά και συνεπώς δεν αποτελεί μια επώδυνη διαδικασία. Η ιστολογική διάγνωση αποτελεί προεγχειρητική αναγκαιότητα τα τελευταία δέκα χρόνια (Σολωμού, 2012).

Σχετικά με το βαθμό της επέμβασης που απαιτείται, η βιοψία χωρίζεται σε ποικίλες μικρότερες κατηγορίες :

- i. **Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα:** πραγματοποιείται η είσοδος μίας βελόνας, αρκετά μικρής και κοίλης, η οποία κάνει λήψη ενός μικρού δείγματος κυττάρων από την πιθανή για κακοήθεια περιοχή. Το δείγμα ελέγχεται κυτταρολογικά και εκτιμάται (Smith, 2007).
- ii. **Βιοψία με βελόνα:** δημιουργείται μια μικρή τομή, ώστε να καταφέρουμε να γίνει εισαγωγή μίας μεγαλύτερης βελόνας, η οποία έχει την δυνατότητα να αποσπάσει ιστικό δείγμα από την πιθανώς υπαίτια για καρκίνο περιοχή (Smith, 2007).
- iii. **Βιοψία διατομής ή διάνοιξης (incisional biopsy):** η βιοψία αυτή αποτελείται από την εκτέλεση μιας μικρής τομής και έχει σκοπό την απομάκρυνση ενός μικρού μέρους ιστού για μελέτη (Smith, 2007).
- iv. **Βιοψία εκτομής (excisional biopsy):** η βιοψία εκτομής αποβλέπει στην απομάκρυνση ολόκληρου του όγκου που πιθανολογείται για καρκινογένεση από το στήθος (Smith, 2007).

2.8 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Προτεραιότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης αποτελεί η αφαίρεση της ορατής νόσου (American Cancer Society, 2014). Η θεραπεία του καρκίνου του μαστικού αδένα κατέχει πολλές μορφές και εξαρτάται από το στάδιο της νόσου (το μέγεθος του όγκου, αν βρίσκεται μόνο στον μαστό, αν έχει κάνει μετάσταση σε λεμφαδένες ή σε διάφορες άλλες περιοχές του σώματος), την ηλικία της γυναίκας, τις πιθανότητες που υπάρχουν για υποτροπές τις ασθένειας, την ολιστική κατάσταση υγείας και την κατάσταση της εμμηνόπαυσης (αν η γυναίκα συνεχίζει να έχει εμμηνορροϊκή περίοδο), τον ρυθμό με τον οποίο μεγαλώνει ο όγκος

(PDQ, 2017). Η εγχείρηση τις περισσότερες φορές θεωρείται η πρώτη επιλογή για την καταπολέμηση της ασθένειας. Η εγχείρηση σύμφωνα με το είδος της είναι: ευρεία τοπική Εκτομή–Ογκεκτομή–Τμηματεκτομή, υποδόρια μαστεκτομή, απλή μαστεκτομή, τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, ριζική μαστεκτομή (Halsted), καθώς και βιοψία του συνοδού (φρουρού) λεμφαδένα (sentinel node). Σύμφωνα με συγκεκριμένα στοιχεία που προέρχονται κατά κύριο λόγο από την εξέταση των ιστών, μετά την διαδικασία της εγχείρησης ή και πριν από αυτήν, δύναται να ζητηθεί: χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία (American Cancer Society, 2014).

2.8.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τρία είδη θεραπευτικής αντιμετώπισης που εμπεριέχει η συντηρητική θεραπεία είναι: η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία (American Cancer Society, 2014).

2.8.1.1 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά την θεραπεία του καρκίνου με την μέθοδο της ακτινοθεραπείας γίνεται εφαρμογή ακτινών X μεγάλης ενέργειας ή άλλες μορφές ακτινοβολίας με σκοπό να εξουδετερωθεί η κακοήθεια ή για να παραμείνει ίδια. Οι διαθέσιμοι τύποι της ακτινοθεραπείας είναι δύο: α) η εξωτερική ακτινοθεραπεία, η οποία μέσω ενός μηχανήματος που βρίσκεται έξω από το σώμα εκπέμπει ακτινοβολία προς τα καρκινικά κύτταρα και β) η εσωτερική ακτινοθεραπεία, η οποία με την βοήθεια μίας ραδιενεργής ουσίας που βρίσκεται κλεισμένη μέσα σε βελόνες, σύρματα, σπόρους ή καθετήρες, εγκαθίσταται αμέσως στον όγκο ή κοντά σε αυτόν. Ανάλογος με τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου, που γίνεται προσπάθεια να καταπολεμηθεί, είναι και ο τρόπος που θα χορηγηθεί η ακτινοθεραπεία. Για την θεραπεία της κακοήθειας του μαστού πραγματοποιείται η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ενώ η εσωτερική ακτινοθεραπεία πραγματοποιείται με σκοπό να απαλυνθεί το οστικό άλγος που εμφανίζεται στον καρκίνο του μαστού που έχει κάνει μετάσταση στα οστά (PDQ, 2017).

2.8.1.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά την θεραπευτική διαδικασία της χημειοθεραπείας γίνεται εφαρμογή φαρμάκων με σκοπό να διακοπεί η αναπαραγωγή των κακοήθων κυττάρων, είτε με την καταστροφή τους είτε με το να σταματήσει η διάσπαση τους (Cronin et al. 2018, PDQ, 2017). Όταν η χορήγηση της χημειοθεραπείας γίνεται από το στόμα ή σε φλέβα ή σε μυ, τα φάρμακα μπαίνουν στην

αιματική ροή και είναι δυνατόν να πλησιάσουν σε κακοήθη κύτταρα σε όλο το σώμα (συστηματική χημειοθεραπεία) (Cronin et al. 2018, PDQ, 2017). Όταν λαμβάνεται κατευθείαν στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, σε κάποιο όργανο ή σε μία σωματική κοιλότητα όπως η περιοχή της κοιλιάς, τα φάρμακα καταπολεμούν κατά κύριο λόγο την καρκινογένεση που έχουν υποστεί κύτταρα σε αυτές τις περιοχές (περιφερειακή χημειοθεραπεία) (PDQ, 2017). Τις περισσότερες φορές η χορήγηση τους γίνεται ενδοφλεβίως σε κύκλους και δεν είναι αναγκαία για την πραγματοποίηση της η προσέλευση στο νοσοκομείο. Σε ειδικές περιστάσεις η χημειοθεραπεία δύναται να υλοποιηθεί και πριν την χειρουργική επέμβαση. Αυτό αποκαλείται εισαγωγική χημειοθεραπεία. Τέλος, πολλές είναι οι ανεπιθύμητες παρενέργειες από την χρήση χημειοθεραπείας, κατά κύριο λόγο από το αίμα, το γαστρεντερικό σωλήνα, καθώς και τα μαλλιά (Τσέκουρας, 2013).

Τα φάρμακα που είναι διαθέσιμα για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστικού αδένου είναι ποικίλα και έχουν μεγάλη χρησιμότητα. Η χορήγηση τους συχνά πραγματοποιείται συνδυάζοντας 2 ή 3 φάρμακα. Τα συνηθέστερα φάρμακα που εφαρμόζονται στην χημειοθεραπεία καρκίνου του μαστικού αδένου που βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο εμπεριέχει τις ανθρακυκλίνες (όπως δοξορουβικίνη και επιρουβικίνη) και τις ταξάνες (όπως πακλιταξέλη και δοκεταξέλη). Τα παραπάνω δύναται να χορηγηθούν συνδυαστικά με άλλα συγκεκριμένα φάρμακα. Τέτοια φάρμακα είναι η φθοροουρακίλη (5-FU), καρβοπλατίνη και κυκλοφωσφαμίδη. Σε κακοήθειες οι οποίοι είναι HER2 θετικοί, τοποθετείται ως φάρμακο η τραστουζουμάμπη, συνήθως σε συνδυασμό με μία από τις ταξάνες. Επιπλέον, σε HER2 θετικούς καρκίνους δίνεται και η περτουζουμάμπη μαζί με ντοσεταξέλη (American Cancer Society, 2014).

2.8.1.3 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ορμόνες διευκολύνουν κάποιες από τις μορφές καρκίνου. Ένας τρόπος για να διακοπεί η αύξηση τους είναι να εμποδιστεί η επιρροή αυτή των ορμονών. Αναφερόμαστε λοιπόν στην μέθοδο της ορμονοθεραπείας. (Litzenburger & Brown, 2014). Η μέθοδος αυτή αποτελεί μια άλλη μορφή συστηματικής θεραπείας. Συνήθως λειτουργεί συμπληρωματικά με σκοπό την ελάττωση της πιθανότητας να εκδηλωθεί ξανά η κακοήθεια ύστερα από το χειρουργείο. Είναι δυνατόν να εφαρμοστεί και ως επικουρικό θεραπευτικό μέσο. Επιπροσθέτως, πραγματοποιείται ως θεραπευτική αντιμετώπιση σε υποτροπές της καρκινογένεσης ύστερα από θεραπεία ή σε περίπτωση εξάπλωσης (American Cancer Society, 2014). Η

ορμονοθεραπεία, όπως και η χημειοθεραπεία, αποβλέπει στην αποτροπή εκδήλωσης μεταστάσεων και γενικότερα εφαρμόζεται μετεγχειρητικά. Η ορμονοθεραπεία παρότι αποτελεί μια ιδιαίτερα προστατευτική θεραπεία, συνιστάται μόνο σε καρκινογενέσεις των οποίων η ανάπτυξη διευκολύνεται από τις ορμόνες και οι οποίες κατέχουν υποδοχείς προγεστερόνης και οιστρογόνων (τα δύο τρίτα σχεδόν των κακοηθειών του μαστικού αδένου). Η ορμονοθεραπεία και η χημειοθεραπεία πραγματοποιούνται συνδυαστικά, σε γυναίκες μεγάλου κινδύνου οι οποίες δεν έχουν υποστεί παύση της έμμηνου ρύσης και κατέχουν ορμονοευαίσθητο καρκίνο. Σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, η ορμονοθεραπεία εφαρμόζεται μόνη ή μαζί με μετεγχειρητική χημειοθεραπεία, με βάση το επίπεδο επικινδυνότητας. Οι τεχνικές της θεραπείας με ορμόνες είναι δυνατόν να είναι διαφορετικές με βάση το αν η γυναίκα βρίσκεται σε εμμηνόπαυση ή όχι. Πριν την περίοδο της διακοπής την έμμηνου ρύσης, υπάρχει η πιθανότητα να παρουσιαστεί ανάγκη καταστολής της διαδικασίας των ωοθηκών μέσω της χειρουργικής απομάκρυνσης τους ή με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής, που σταματάει την δραστηριότητα τους. Ύστερα από την εμμηνόπαυση, η πρόσληψη αναστολέων αρωματάσης καθίσταται δυνατή. Σε εμμηνόπαυσιες και μη εμμηνόπαυσιες ασθενείς εφαρμόζεται ταμοξιφαίνη για χρονικό διάστημα πέντε ετών (Litzenburger & Brown, 2014).

2.8.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αφαίρεση όλου του μαστικού αδένου μαζί με την θηλή χωρίς όμως την απομάκρυνση των λεμφαδένων της μασχάλης ή του μυϊκού ιστού που βρίσκεται κάτω από το στήθος πραγματοποιείται κατά την απλή ή ολική μαστεκτομή. Μερικές φορές εκτελείται αφαίρεση των λεμφαδένων με μια διαφορετική διαδικασία στην διάρκεια της ίδιας χειρουργικής επέμβασης. Εάν η ασθενής επιδιώκει γρήγορη αποκατάσταση του μαστικού αδένου δύναται να υλοποιηθεί απλή μαστεκτομή η οποία απομακρύνει το ίδιο ποσό ιστού, όμως το περισσότερο μέρος του δέρματος παραμένει άθικτο. Σε περιστατικά όμως στα οποία ο όγκος είναι ευμεγέθης ή επιφανειακός δεν συνιστάται. (American Cancer Society, 2014).

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατόν να παραμείνει και η θηλή και η θηλαία άλως μαζί με το δέρμα. Αυτό όμως πραγματοποιείται σε περιστατικά μικρού μεγέθους όγκων, όπου η νοσούσα θέλει γρήγορη αποκατάσταση του μαστικού αδένου. Επιπλέον, έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν οι μαστοί έχουν μικρό ή μεσαίο μέγεθος, διότι σε αντίθετη περίπτωση

δύναται οι θηλές να μην είναι τοποθετημένες στο ίδιο ύψος και στα δύο στήθη (American Cancer Society, 2014).

Μία ακόμα μορφή μαστεκτομής αποτελεί η ριζική μαστεκτομή, η οποία στο παρελθόν εφαρμοζόταν ευρύτατα, πλέον όμως η χρήση της έχει μετριαστεί, λόγω του ότι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή φέρει τα αντίστοιχα αποτελέσματα. Κατά την εφαρμογή της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής απομακρύνεται ο μαζικός αδένας, οι λεμφαδένες της μασχάλης και οι μύες του θώρακος που βρίσκονται υπό του στήθους. Στις μέρες μας, εκτελείται ακόμα μόνο στην περίπτωση όγκων πολύ μεγάλου μεγέθους ή όγκων που εμφανίζονται στο τοίχωμα του θώρακος (American Cancer Society, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα αρκετά μπερδεμένο ζήτημα θεωρείται ο ορισμός της υγείας αφού κατά την διερεύνηση της βιβλιογραφίας εκφράζονται ποικίλες και ανόμοιες μεταξύ τους εκδοχές. Με την εφαρμογή διαφορετικών μέσων προσέγγισης, καθώς πραγματοποιούν την έρευνα τους, οι επιδημιολόγοι, οι δημογράφοι, οι ψυχολόγοι και οι οικονομολόγοι, κάνουν απόπειρα να ορίσουν την εννοιολογική της διάσταση. Η υγεία είναι πολύπλευρη, αφού περιλαμβάνει αφ' ενός την ιατρική και κλινική πλευρά και αφ' ετέρου την φυσική, κοινωνική και ψυχολογική θέση του ατόμου (Υφαντόπουλος, 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιόρισε την υγεία ως «την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά την απουσία της ασθένειας ή της αναπηρίας» (World Health Organization, 2001). Έτσι μέσα από αυτόν προσδιορίζονται πρώτη φορά οι τρεις πλευρές της υγείας: η σωματική, η ψυχική και η κοινωνική ευεξία. Η υγεία παρομοιάζεται με την έλλειψη της νόσου από τους περισσότερους ανθρώπους. Με αυτόν τον τρόπο της επιβάλλεται αρνητική και ιατροκεντρική μορφή. Το νόημα της θετικής υγείας και την κατανόηση του βασικού ρόλου της κοινωνικής και ψυχικής ισορροπίας παρουσιάζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Ewles & Simnett, 2011). Ο ορισμός, αναγνωρίστηκε ως αμφίβολος, υπερβολικός και αδύνατος να υπολογιστεί, παρόλο τον καθολικό ενστερνισμό του (Svalastog et al. 2017).

Στην διακήρυξη 'Υγεία για Όλους' πραγματοποιείται αποδοχή μιας αληθινής έννοιας της υγείας, η δυνατότητα να εφαρμόζεται ένας κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικός βίος. Προσδιορισμένη με εργασιακούς όρους και όρους επιχειρήσεων, η έννοια της υγείας, καθώς και η επινόηση προγραμμάτων για την συντήρηση και πρόοδο της, κατέστησε δυνατή την αφαίρεση της ιδεολογίας ότι 'η υγεία είναι απλά η έλλειψη της νόσου' (Svalastog et al. 2017).

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Την τελευταία δεκαετία, έχει δημιουργηθεί μεγάλο ενδιαφέρον ανάμεσα στις πολιτικές, διοικητικές και κοινωνικές επιστήμες ως προς την αναζήτηση των σημαντικών θεμάτων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής (ΠΖ), καθώς και για την δημιουργία μεθοδολογιών, με σκοπό την μέτρηση της. Πληθώρα κλάδων έχουν κάνει εκτεταμένη χρήση της έννοιας της

ποιότητας ζωής. Μετρήσεις και καταγραφές των επιδράσεων έχουν εκτελεσθεί από επιστήμονες σε ποικίλα πεδία εφαρμοσμένων ερευνών. Τις οργανικές πτυχές της ποιότητας ζωής μελετούν οι κλινικοί ιατροί, σε σύγκριση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι εστιάζουν την προσοχή τους στις συναισθηματικές και ψυχολογικές πτυχές της υγείας. Ποιότητα Ζωής (Quality of life) ή Καλή Ζωή (Good life) ή Ευημερία (Well being), αποτελούν έννοιες που κινούν ιδιαίτερος το παγκόσμιο ενδιαφέρον. Η ποιότητα ζωής αποτελεί αναμφίβολα μια πολύπλευρη, εύκολη να μεταβληθεί, υποκειμενική έννοια. Ανά περιόδους έχουν γίνει υποδείξεις για πληθώρα ορισμών, με βάση την οπτική γωνία μέσα από την οποία διαχειρίζεται την έννοια ο κάθε στοχαστή (Μπαλτόπουλος, 2013). Σύμφωνα με τον Freud, μέσα από τις προσωπικές σχέσεις του κάθε ατόμου προέρχεται η ευτυχία. Η ποιότητα ζωής για άλλους μελετητές θεωρείται έμφυτη ιδιότητα μιας κοινότητας και σχετίζεται με τις απαιτήσεις, που πρέπει να καλύπτει το άτομο, έτσι ώστε να νιώθει ευτυχία (Cohen et al. 2010).

Σε ένα μεγάλο φάσμα περιβαλλόντων εφαρμόζεται η έννοια ποιότητα ζωής. Μέσα σε αυτά περικλείονται οι τομείς της παγκόσμιας ανάπτυξης, η περίθαλψη της υγείας και της πολιτικής. Ο όρος της ποιότητας ζωής δεν θα πρέπει να μπερδεύεται με τον όρο του βιοτικού επιπέδου, το οποίο εξαρτάται κυρίως από τα έσοδα του ατόμου. Στον τομέα της περίθαλψης της υγείας η έννοια της ποιότητας ζωής αποτελεί πρόκληση και θεωρείται ένα από τα μείζονα θέματα. Πληθώρα είναι τα δημοσιεύματα που αφορούν την συγκεκριμένη έννοια καθώς και οι απόπειρες που έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό την ανακάλυψη ενός καλύτερου ορισμού αυτής, υπό ξεχωριστές πτυχές (Muragundi et al. 2012).

Η καθιέρωση ενός και μόνο ορισμού, ο οποίος θα έχει καθολική αναγνώριση, είναι δυσχερής (Aulisa et al. 2010). Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Ποιότητα Ζωής θεωρείται η πεποίθηση του ίδιου του ατόμου σχετικά με την θέση που κατέχει στην ζωή, στα όρια του συστήματος αξιών και του πολιτισμού μέσα στα οποία διαβιώνει και σε σχέση με τις ελπίδες του, τους σκοπούς του, τους προβληματισμούς του και τα πρότυπα του (WHOQOL GROUP, 1995). Αποτελεί μια μεγάλης έκτασης έννοια η οποία δέχεται επιρροές από την οργανική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του υγεία, τις ατομικές του αντιλήψεις, της διαπροσωπικές σχέσεις και την σχέση του με τα γνωρίσματα του περιβάλλοντος του. Παρόλα αυτά, δέχεται επίδραση σε πολύ μεγάλο βαθμό από την δυνατότητα του ατόμου να εκπληρώσει της προσδοκίες του και να ευχαριστηθεί την ζωή του (Aulisa et al. 2010).

Την υποκειμενική αξιολόγηση του ατόμου σε σχέση με την ποιότητα ζωής και το ευ ζην επισημαίνουν άλλοι συγγραφείς. Κατά τους συγγραφείς αυτούς, είναι δυνατόν να προσδιοριστεί ως το άθροισμα των εσωτερικών διαδικασιών του ατόμου, οι οποίες συνδέονται με το μέγεθος ικανοποίησης του μέσα από τις ποικίλες πτυχές του βίου του. Περιέχει τις αναγκαίες καταστάσεις και συνθήκες που προάγουν την «οργανική, ψυχική και κοινωνική ευδαιμονία του ατόμου», οι οποίες είναι η ατομική υγεία, η εκπαίδευση, η εργασία, η οικογένεια, οι κοινωνικές επαφές, η οικονομική κατάσταση κ.ά. (Αλουμανής, 2002).

Είναι λοιπόν ευκρινές, ότι στους ορισμούς αυτούς που αναφέραμε για την ποιότητα ζωής, φαίνεται να πραγματοποιείται διαχωρισμός ανάμεσα σε «αντικειμενικές» και «υποκειμενικές» παραμέτρους. Ωστόσο, η ανάγκη του συσχετισμού των δύο παραμέτρων, καταλήγει στην διατύπωση ότι «η ποιότητα ζωής ορίζεται με το να είναι καλή η ζωή και να εκτιμάται με υποκειμενικές αλλά και με αντικειμενικές διαδικασίες, οι οποίες προσδιορίζονται από την αξιολόγηση των εξωτερικών καταστάσεων. Ο όρος της ποιότητας ζωής, ο οποίος έχει στενή σχέση με την υγεία και των παραγόντων που την προσδιορίζουν έχουν αναβαθμιστεί από την δεκαετία του '80 ώστε να εμπεριέχουν και αυτές τις πλευρές της καθολικής ποιότητας ζωής, που είναι δυνατόν να τεκμηριωθεί με ακρίβεια πως διαμορφώνουν την οργανική και διανοητική υγεία. Σε προσωπικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την υγεία του σώματος και της ψυχής. Ακόμα, εμπεριέχονται οι κίνδυνοι και οι συνθήκες της υγείας, της λειτουργικότητας, της κοινωνικής ενίσχυσης και της θέσης της κοινωνίας και της οικονομίας. Σε κοινοτικό επίπεδο, εμπεριέχονται οι πόροι, οι πολιτικές και πρακτικές καταστάσεις, τα οποία επιδρούν στις πεποιθήσεις περί υγείας των πολιτών και την λειτουργικότητα (Kurpas et al. 2013).

Η ποιότητα ζωής σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία συγκροτεί τη σωματική και ψυχολογική υγεία του ατόμου ή ενός συνόλου ατόμων με την παρέλευση του χρόνου. Όσο αναφορά το πεδίο της υγείας η ποιότητα ζωής ενσωματώνει το σύνολο των τομέων της ζωής και των βιωμάτων καθώς και συνυπολογίζει την επίπτωση της νόσου και της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Μια πολύπλευρη έννοια στην οποία εμπεριέχονται τις περισσότερες φορές υποκειμενικές εκτιμήσεις θετικών και αρνητικών πλευρών της ζωής θεωρείται η ποιότητα ζωής. Μολονότι η έννοια “ποιότητα ζωής” διαθέτει νόημα περίπου για όλους, τα άτομα και οι ομάδες έχουν την δυνατότητα να το διατυπώσουν με διαφορετικό τρόπο. Ένας από τους σπουδαιότερους τομείς της ολιστικής ποιότητας ζωής αποτελεί η υγεία. Για τον λόγο αυτό οι

ερευνητές έχουν δημιουργήσει ωφέλιμες τεχνικές οι οποίες έχουν συνεισφέρει στην μέτρηση της (Kurpas et al. 2013).

3.3 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Σχετικά με την υγεία η ποιότητα ζωής αποτελεί μια έννοια με πολλές πτυχές. Η συνολική υγεία του πληθυσμού, οι οργανικές εκδηλώσεις, η σεξουαλική, κοινωνική, συναισθηματική και γνωστική λειτουργικότητα καθώς και έννοιες που σχετίζονται με την ύπαρξη του ατόμου εμπεριέχονται στην ποιότητα ζωής. Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ, Health Related Quality of Life) προσδιορίζεται ως η λειτουργικότητα στην οργανική, συναισθηματική και κοινωνική πλευρά της ζωής συμπεριλαμβανομένης και της ευεξίας σύμφωνα με τον τρόπο που αυτή αξιολογείται από το κάθε άτομο (Δημητρόπουλος και συν. 2008). Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, εδώ και έτη τραβάει όλο και πιο πολύ το ενδιαφέρον των ατόμων που την μελετούν. Η μέτρηση της συνεισφέρει ώστε να εκτιμηθούν οι εναλλακτικές θεραπείες, επειδή στην περίπτωση που δεν υπάρχει κάποια ευδιάκριτη διαφορά ως προς τον χρόνο επιβίωσης που προβλέπεται ώστε να κατορθώσει ο ιατρός και ο πάσχων να επιλέξουν την θεραπευτική αντιμετώπιση που ταιριάζει περισσότερο, θα επικεντρωθούν στις πιθανές επιπλοκές στην ποιότητα ζωής που θα επιφέρει η μία θεραπεία συγκριτικά με κάποια άλλη. Η επιβίωση των πασχόντων μέσω αυτής την εκτίμησης έχει μεγαλύτερη διάρκεια καθώς οι άνθρωποι με μεγάλο επίπεδο ποιότητας ζωής διαθέτουν υψηλότερο πιθανό χρόνο επιβίωσης. (Eiser, 1997).

Οι αιτίες πραγματοποίησης μελετών υπολογισμού της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής σε επίπεδο πληθυσμού, κατά κύριο λόγο εμπεριέχουν: (Νάκου, 2001)

- i. Παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.
- ii. Εκτίμηση των αναγκών της υγείας του πληθυσμού.
- iii. Επίβλεψη και διανομή του προϋπολογισμού της δημόσιας υγείας.
- iv. Αξιολόγηση των επιδράσεων της εφαρμογής της πολιτικής υγείας (Νάκου 2001).

Σε προσωπικό επίπεδο ή σε επίπεδο υγειονομικής μονάδας οι υλοποιήσεις μελετών υπολογισμού της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής εμπεριέχουν: (Νάκου, 2001)

- i. Σύγκριση εναλλακτικών παρεμβάσεων θεραπείας.
- ii. Έλεγχος οικονομικών.

- iii. Εύρεση των αναγκών υγείας.
- iv. Ανάλυση οφέλους-κόστους.
- v. Εκτίμηση του βαθμού αποτελέσματος της θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- vi. Εκτίμηση των αρνητικών παρενεργειών της θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- vii. Μελέτη των κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων.
- viii. Κλινικές δοκιμές.
- ix. Πρόβλεψη της ασθένειας (Νάκου, 2001).

Η ελάττωση της νοσηρότητας, η άριστη ψυχοσωματική κατάσταση, και η αύξηση της μακροζωίας αποτελούν κύριους στόχους της εκτίμησης της ποιότητας ζωής στον ιατρικό τομέα. Ερωτηματολόγια τα οποία στηρίζονται σε ψυχομετρικές μεθόδους, σε κλινικές πρακτικές, σε μεθόδους αξιολόγησης της χρησιμότητας που προκύπτει από την θεωρία των αποφάσεων και την επιστήμη της οικονομίας ή και σε ένα σύνολο όλων αυτών. Πολλά εκ των ερωτηματολογίων αυτών, τα οποία είναι μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα, συσπειρώνονται στη συνολική κατάσταση υγείας του ανθρώπου ή σε επιδράσεις ορισμένων παραμέτρων στην Ποιότητα Ζωής (Οικονομάκης, 2006).

3.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό έχει αρχίσει να εφαρμόζεται η μέτρηση της ποιότητας ζωής με σκοπό την εκτίμηση της ποιότητας της υπηρεσίας, της ανάγκης για υγειονομική φροντίδα, της επιτυχίας των παρεμβάσεων. Μια ανοδική αξιολόγηση της σημασίας του τρόπου με τον οποίον νιώθουν οι πάσχοντες και του βαθμού της ευχαρίστησης τους από την θεραπευτική αντιμετώπιση πέρα από την συγκέντρωση της προσοχής στα αποτελέσματα των παθήσεων. Με βάση την γνώμη αυτή, ο υπολογισμός της ποιότητας ζωής αποτυπώνει τις προοπτικές των νοσούντων για την ασθένεια και την θεραπευτική αντιμετώπιση τους, την φανερή ανάγκη τους για φροντίδα της υγείας και τις επιλογές τους για θεραπευτική αντιμετώπιση και αποτελέσματα. Βρίσκεται εστιασμένη στον πάσχοντα. Η πρόκληση στον υπολογισμό της ποιότητας της ζωής βρίσκεται στην ιδιαιτερότητα της ως προς τον άνθρωπο (Pearlman & Uhlmann, 1988).

Σημαντικό και πολλές φορές αναπόφευκτο κομμάτι της αξιολόγησης των επιδράσεων στην υγεία, έχουν οριστεί τα ποσοτικοποιημένα μέτρα για την ποιότητα ζωής (ΠΖ). Την περίοδο των τελευταίων 20 χρόνων, έχουν δημιουργηθεί εκατοντάδες όργανα με στόχο τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των πασχόντων (Ferlay et al. 2012).

Ακριβείς θα πρέπει να είναι όσο αναφορά τον εννοιολογικό ορισμό της Ποιότητας Ζωής, τα άτομα που εργάζονται στον τομέα της υγείας και να μην το μπερδεύουν με την λειτουργικότητα, τα συμπτώματα, τις παθήσεις και τις αρνητικές επιδράσεις της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Μολονότι ο ορισμός της Ποιότητας Ζωής αναπτύσσεται, οι Wyatt et al. (2013) προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής ως ένα μεγάλο φάσμα των ατομικών βιωμάτων τα οποία συνδέονται με την συνολική ευδαιμονία του ανθρώπου. Φαίνεται να είναι αξία η οποία στηρίζεται στην υποκειμενική λειτουργία σε σχέση με τις ατομικές ελπίδες και ορίζεται από υποκειμενικά βιώματα. Από το ίδιο το ποιόν της, η Ποιότητα της Ζωής είναι για τον άνθρωπο ιδιοσυγκρασιακή. Φαίνεται λοιπόν μέσα από τον ορισμό αυτό μια έννοια για την Ποιότητα Ζωής που ξεπερνάει την υγεία (Wyatt et al. 2013).

Από τον Αμερικανό ψυχολόγο, John Flanagan, δημιουργήθηκε αρχικά η κλίμακα ποιότητας ζωής (ΠΖ), η οποία αντιστοιχεί με τον ορισμό της Ποιότητας Ζωής. Η ανακάλυψη της έγινε στην δεκαετία του '70 και έχει τροποποιηθεί έτσι ώστε να ταιριάζει για εφαρμογή σε ομάδες χρόνιων πασχόντων (Knobf et al. 2014).

Οι Singh et al. (2014) σε μελέτη τους επισήμαναν, ότι πάνω από τους μισούς νοσούντες με μέτρια μέχρι και σοβαρή έλλειψη αρτιμέλειας έκαναν αναφορά πως διαθέτουν μια εξαιρετική ή καλή ποιότητα ζωής, παρόλες τις δυσχέρειες που αντικρίζουν στις εργασίες της καθημερινότητας. Ακόμα, πολλές είναι οι μελέτες οι οποίες φανερώνουν την ύπαρξη διαφοράς ανάμεσα στην βαθμολογία των πασχόντων αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους (Nayak et al. 2017, Buzgova et al. 2015).

Πληθώρα ανόμοιων αλλά σχετικών καθοριστικών παραγόντων, διαθέτει η ποιότητα ζωής. Ο υπολογισμός της ποιότητας ζωής εμπεριέχει είτε την αποτύπωση της ποιότητας ζωής ξεχωριστά για τον κάθε τομέα (μέτρηση προφίλ) είτε την ένωση των αποτελεσμάτων του συνόλου των τομέων, έτσι ώστε να παρθεί μια σύνθετη βαθμολογία (μέτρηση δείκτη). Αναγκαία εξήγηση των αποτελεσμάτων θα ήταν πιο εύκολη στην περίπτωση που ήταν διαθέσιμη κάποια αξιολόγηση του σχετικού νοήματος για καθένα από τους διάφορους αυτούς τομείς. Παραδείγματος χάριν, το άλγος εμπεριέχεται στη φυσική περιοχή των πιο πολλών μέτρων, όμως το νόημα που του δίνεται διαφέρει μεταξύ των ανθρώπων (Nayak et al. 2017).

Κάποια μέτρα δεν περικλείουν καμία στάθμιση, νομίζοντας πως οι νοσούντες δεν είναι σε κατάσταση για εύρεση τιμών σύγκρισης σε αναγκαίους τομείς του βίου, όπως είναι η δυνατότητα των ατόμων για εργασία και οι οικογενειακοί τους δεσμοί. Σύμφωνα με τον

τρόπο τον οποίο οι παράγοντες που ορίζουν την ποιότητα ζωής είναι ειδικοί για τους ανθρώπους, το νόημα το οποίο δίνεται στους καθοριστικούς αυτούς παράγοντες θα διαμορφωθεί από τις ελπίδες και τις επιθυμίες των ανθρώπων για απόκτηση δόξας καθώς και από το προσωπικό τους σύστημα αντιλήψεων και τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία. Τέτοια στοιχεία είναι το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο του ατόμου, η γεωγραφική τοποθεσία και η οικογενειακή κατάσταση. Την εμφάνιση συγκεκριμένων δυσκολιών είναι δυνατόν να προκαλέσει η εφαρμογή ποσοτικοποιημένων μέτρων τα οποία δεν είναι εστιασμένα στον πάσχοντα. Στην περίπτωση που δεν αναφέρονται τομείς που είναι απαραίτητοι για ξεχωριστούς νοσούντες, δύναται να μην είναι βάσιμα τα μέτρα για αυτούς τους πάσχοντες (Wani et al. 2012).

3.5 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τα παρακάτω εργαλεία εκτίμησης και μέτρησης αντικατοπτρίζουν μερικά από όργανα υπολογισμού που έχουν εφαρμοστεί τις τελευταίες δεκαετίες με σκοπό την μέτρηση της ποιότητας της ζωής ποικίλων ειδών πασχόντων (Fayers & Machin, 2010).

3.5.1 Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (The Karnofski Performance Index -KPI)

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (1969) ασχολείται περισσότερο στο να προσδιορίσει την οργανική λειτουργία. Ο υπολογισμός υλοποιείται από τον ιατρό ή άλλους επαγγελματίες της υγείας. Σε μία ποσοστιαία κλίμακα που ξεκινάει από το 0 και φτάνει μέχρι το 100 έχουν θεματοποιηθεί 10 βαθμίδες σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας με κλιμακωτή (ιεραρχική) σχέση ανάμεσα τους. Από τον ιατρό δίνεται το σκορ, στο οποίο η φυσιολογική λειτουργία του σώματος δίχως να υφίσταται ελάττωση ή δίχως την εκδήλωση κάποιας ασθένειας, εκφράζεται από το 100%. Το 0% εκφράζει το θάνατο (Corner & Bailey, 2009).

3.5.2 Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του WHO (The WHO Performance Status)

Ο WHO (1979) ανέπτυξε παραπλήσιο δείκτη λειτουργικότητας με εκείνον του Δείκτη Karnofski. Σε μια κλίμακα με 5 βαθμίδες, η οποία αρχίζει από το 0 και τελειώνει στο 4, τοποθετούνται 5 κατηγορίες της λειτουργίας και ικανότητας του σώματος. Η κατάσταση στην οποία ο ασθενής είναι σε θέση να εκτελέσει όλες τις ενέργειες δίχως εμπόδια εκπροσωπείτε από την βαθμίδα 0. Στην βαθμίδα 4 εκφράζεται η πλήρης ανικανότητα του πάσχοντα να πράξει οτιδήποτε ή να περιοριστεί τον εαυτό του (Corner & Bailey, 2009).

3.5.3 Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living)

Στην αρχή ο Δείκτης Katz (1963) αναπτύχθηκε με σκοπό τον υπολογισμό της κατάστασης λειτουργίας των ατόμων της τρίτης ηλικίας που βρίσκονται σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας. Η Αξιολόγηση εκτελείται από ιατρούς ή το νοσηλευτικό προσωπικό με βάση έξι ερωτήσεις ως προς την ικανότητα τους να εξυπηρετήσουν και περιορισθούν τον εαυτό τους. Σύμφωνα με το αν βασίζονται ή όχι σε κάποιον άλλον σε ορισμένα θέματα της καθημερινής τους περιποίησης, πραγματοποιείται η βαθμονόμηση των ασθενών. Οι ερωτήσεις είναι καθορισμένες κατά βαθμίδα δυσκολίας. Ο Δείκτης αυτός φαίνεται πως είναι αρκετά έμπιστος και έγκυρος για τους ειδικούς αυτούς αρρώστους (Ignatavicius & Workman, 2008).

3.5.4 Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index)

Πρωτίστως ο Δείκτης Spitzer (1981) δημιουργήθηκε με σκοπό να εφαρμοστεί ως όργανο στον υπολογισμό της ποιότητας ζωής ατόμων με καρκινογένεση. Όμως, χρησιμοποιήθηκε και σε άλλες ομάδες νοσούντων. Σε πέντε κύριους τομείς κατευθύνεται η αξιολόγηση: α) καθημερινός βίος, β) δραστηριότητες, γ) αντίληψη για ζωή, δ) κατανόηση της υγείας και ε) στήριξη από την κοινωνία. Ο ασθενής, σε οποιονδήποτε από τους τομείς που προαναφέραμε, είτε βαθμολογεί τον εαυτό του, είτε υφίσταται βαθμονόμηση από τον ιατρό σύμφωνα με μία κλίμακα που αποτελείται από 3 βαθμίδες, με αρχή το 0 και τέλος το 2. Καλό διαχωρισμό ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες ασθενών, όπως και ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα μια ασθένειας, εμφανίζει ο δείκτης αυτός (Ignatavicius & Workman, 2008).

3.5.5 Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (The McGill Pain Questionnaire)

Το 1971 εφευρέθηκε από τους Melzack και Torgerson, ένα όργανο υπολογισμού του άλγους, το οποίο εμφανίζει μεγάλο βαθμό εγκυρότητας και είναι αρκετά έμπιστο. Το άλγος, όπως είναι κοινώς αποδεκτό, επιδρά σε μεγάλο βαθμό στην ποιότητα ζωής ενός ασθενή και αναμφισβήτητα ο υπολογισμός του θεωρείται μείζων στοιχείο για την αξιολόγηση της. Το ερωτηματολόγιο αυτό για το άλγος προτείνεται σε κατηγορίες καταστάσεων οι οποίες φανερώνουν ότι ένας ασθενής νιώθει το άλγος. Αρκετά διαδεδομένη διακρίνεται η εφαρμογή του ερωτηματολογίου McGill στην κλινική έρευνα σε ποικίλες ομάδες πασχόντων (Παπαγόρας και συν. 2013).

3.5.6 Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey)

Το 1992 ανακαλύφθηκε από τον Ware η Επισκόπηση Υγείας SF-36, με στόχο να κατορθώσει τις ψυχομετρικές προϋποθέσεις και τα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι απαραίτητα για την σύγκριση του βαθμού υγείας ανάμεσα στις ποικίλες κατηγορίες του πληθυσμού, πασχόντων και μη διάφορων ομάδων ή ανάμεσα σε ποικίλες μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης μίας ομάδας νοσούντων. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 αντικατοπτρίζει αόριστες (γενικές) καταστάσεις υγείας οι οποίες δεν μπορούν να καθοριστούν ως συγκεκριμένες κάποιας πάθησης ή θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι 36 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου δημιουργούν 8 κλίμακες όπου η καθεμία από αυτές περιλαμβάνει από 2 έως 10 ερωτήσεις: α) Λειτουργικότητα του Σώματος, β) Σωματικό Άλγος, γ) Ρόλος-Σωματικός, δ) Γενική Υγεία, ε) Λειτουργικότητα μέσα στην Κοινωνία, στ) Ζωτικότητα, ζ) Υγεία της Ψυχής και η) Ρόλος-Συναισθηματικός. Οι 8 εκείνες ξεχωριστές κλίμακες σχηματίζουν συνοπτικές μετρήσεις σε δύο συνολικές κλίμακες. Οι δύο αυτές κλίμακες είναι της Σωματικής και της Ψυχικής Υγείας. Η Επισκόπηση της Υγείας SF-36 θεωρείται ότι αρμόζει για συμπλήρωση από το ίδιο το άτομο, για συμπλήρωση συνέντευξης μέσα από το τηλέφωνο ή διά ζώσης, για ανθρώπους της ηλικιακής ομάδας 14 χρονών και πάνω. Το SF-36 έχει εφαρμοστεί σε μελέτες της Ποιότητας Ζωής του συνολικού πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από 5 μέχρι 10 λεπτά υπολογίζεται περίπου ο συχνότερος χρόνος για την συμπλήρωση καθώς επίσης παρέχει αξιόλογο βαθμό εγκυρότητας και εμπιστοσύνης. Ένα έμπιστο όργανο υπολογισμού που

πλησιάζει τις κύριες πτυχές της Ποιότητας Ζωής και δύναται να αξιολογήσει το αποτέλεσμα της πληθώρας των ιατρικών ενεργειών θεραπείας αναδεικνύεται το SF-36 μέσα από την μεγάλη κλίμακα εφαρμογή του σε μελέτες του συνολικού πληθυσμού ή σε κατηγορίες πασχόντων (Ignatavicius & Workman, 2008).

3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝ ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Με βάση την παγκόσμια βιβλιογραφία, η συνθετότητα ως προς τον προσδιορισμό των κύριων παραγόντων στην ποιότητα της ζωής υπογραμμίζει την αναγκαιότητα κατηγοριοποίησης παραγόντων οι οποίοι επιδρούν σε αυτή. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι φυσικοί παράγοντες, οι οικονομικοί παράγοντες (εισόδημα), το βιοτικό επίπεδο, οι παράγοντες διαμόρφωσης της κοινωνίας, το σύνολο των αλληλεπιδράσεων και των διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και το πολιτιστικό περιβάλλον (Zou et al. 2014).

Τα επίπεδα όπως η υγεία, το περιβάλλον και το εισόδημα έχουν απήχηση στην ευχαρίστηση του βίου ενός ανθρώπου γενικά και όλοι συνδέονται μεταξύ τους. Η προσωπικότητα όμως του ανθρώπου θα ασκήσει επίσης επίδραση στην μέθοδο υπολογισμού της ικανοποίησης από τον βίο τους (Zou et al. 2014).

Η συνολική κατάσταση της υγείας των ατόμων, η επαγγελματική ενασχόληση, το περιβάλλον και οι προσωπικοί δεσμοί αποτελούν παράγοντες οι οποίοι ασκούν επίδραση στην ποιότητα ζωής των αρρώστων. Τα φυσικά, πολιτισμικά, κοινωνικά και οικονομικά στοιχεία, τα οποία συνδέονται με το περιβάλλον, έχουν την δυνατότητα είτε να ενδυναμώσουν είτε να ελαττώσουν την ποιότητα ζωής. Η κατάσταση του σώματος, του πνεύματος και του συναισθήματος του ανθρώπου σχετίζονται με την υγεία. Τέλος, το εισόδημα του ανθρώπου συνδέεται με την επαγγελματική ενασχόληση (Kao et al. 2015).

Αναφορικά με την ποιότητα ζωής οι κύριες έννοιες είναι οι φυσικοί παράγοντες του περιβάλλοντος, οι κοινωνικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, οι πολιτισμικοί παράγοντες, οι παράγοντες υγείας, οι παράγοντες προσωπικότητας, οι παράγοντες αυτονομίας και η υποκειμενική ικανοποίηση (Huang et al. 2017).

Οι φυσικοί παράγοντες του περιβάλλοντος, εμπεριέχουν την ποιότητα της κατοικίας, την είσοδο στις δημόσιες υπηρεσίες όπως είναι τα καταστήματα, οι μετακινήσεις και διάφορες άλλες υπηρεσίες για τους πολίτες, όπως είναι οι πρόσβαση σε βιβλιοθήκες και άλλα καταστήματα που προσφέρουν ανακούφιση και ικανοποίηση-χαρά. Οι κοινωνικοί παράγοντες του περιβάλλοντος περιλαμβάνουν τα οικογενειακά μέλη, το σύνολο των αλληλεπιδράσεων και διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενίσχυσης, που είναι δυνατόν να κατανοήσει, από τα δίκτυα της οικογένειας και κοινωνίας καθώς και τα επίπεδα ενεργειών που επιφέρουν ανακούφιση και ικανοποίηση-χαρά και στα οποία παίρνει μέρος το άτομο. Το συνολικό βιοτικό επίπεδο, το εισόδημα το οποίο παραχωρείται στον άνθρωπο καθώς και άλλοι τρόποι απόκτησης περιουσίας εμπεριέχονται στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Οι παράγοντες του πολιτισμού περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την τάξη και την θρησκευτική πεποίθηση του ατόμου. Οι παράγοντες της υγείας εμπεριέχουν την συνολική υγεία, την καλή ψυχική κατάσταση του ατόμου καθώς και την σωματική κινητικότητα. Οι παράγοντες που αφορούν την προσωπικότητα περιλαμβάνουν το εάν το άτομο βλέπει την ζωή με αισία συναισθήματα ή όχι, θα ασκήσουν επιρροή όλα αυτά στην υποκειμενικότητα του ατόμου στο μέτρο της ευχαρίστησης από τον βίο του. Οι παράγοντες της αυτονομίας περιλαμβάνουν το επίπεδο στο οποίο ένας άνθρωπος δύναται να παίρνει ο ίδιος αποφάσεις. Τέλος, η βασική έννοια της υποκειμενικής ευχαρίστησης του ατόμου περιλαμβάνει τον βαθμό ευχαρίστησης στο σύνολο των τομέων του βίου του, τους οποίους το άτομο κρίνει ότι είναι σπουδαίοι (Huang et al. 2017).

Μια πάθηση με οξεία ή υποξεία αρχή, στην οποία διακρίνεται απουσία ολοκληρωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης, χρειάζεται όμως μακροπρόθεσμη θεραπευτική αντιμετώπιση και επαναφορά στην προηγούμενη καλή κατάσταση, αποτελεί η χρόνια ασθένεια. Πληθώρα χρόνιων ασθενειών χρήζουν αδιάκοπης επανάληψης εξετάσεων που έχουν ως σκοπό την διάγνωση καθώς επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις χρήζουν επεμβατικών ενεργειών. Για τον λόγο αυτό πολλές φορές συνδέονται με μακροπρόθεσμα προβλήματα της ψυχολογίας, κατάθλιψη, στεναχώρια και τρόμο. Ελάττωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων και αύξηση της αναγκαιότητας για τις υπηρεσίες της κοινωνίας, όπως είναι η υγειονομική φροντίδα, προκαλούν οι χρόνιες παθήσεις (Kurpas et al. 2013).

Ο βίος ενός ανθρώπου κλονίζεται από την χρόνια ασθένεια. Κατ' επέκταση διαταράσσεται η ευδαιμονία και η ποιότητα ζωής του. Οι χρόνιες ασθένειες είναι παθήσεις που παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και γενικά αναπτύσσονται με αργό ρυθμό. Επιφέρουν σοβαρή

ελάττωση της ποιότητας ζωής. Η εξασφάλιση μη εξαρτώμενης λειτουργίας στην καθημερινότητα του βίου αποτελεί σπουδαίο κομμάτι της διαδικασίας της θεραπευτικής αντιμετώπισης στους χρόνιους πάσχοντες. Η ποιότητα ζωής, στις χρόνιες παθήσεις, επηρεάζεται από τον τύπο της ασθένειας, τον χρονικό διάστημα που πρωτοεμφανίστηκε, την ισχύ των συμπτωμάτων, τις θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης που διατίθενται, τις αρνητικές επιδράσεις από την θεραπευτική αντιμετώπιση, την ηλικιακή ομάδα του πάσχοντα κλπ. (Kurpas et al. 2013).

Όλο και πιο συχνά, λόγω της επιρροής που ασκεί η χρόνια ασθένεια στην ευδαιμονία των πασχόντων, στην εφαρμογή των πόρων της υγείας και σε διάφορους παράγοντες που χρειάζονται για έναν τελέσφορο καθημερινό βίο, επιβεβαιώνεται η σπουδαιότητα της ποιότητας ζωής για τους χρόνιους πάσχοντες (Lukowsky et al. 2013).

Φυσικοί ή συναισθηματικοί δύναται να είναι οι παράγοντες που ασκούν επίδραση στην ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου. Σε αυτούς εμπεριέχονται οι φυσικοί παράγοντες, όπως είναι η σωματική δραστηριότητα, η διατροφικές συνήθειες, σωματική άνεση, η υγιεινή του σώματος καθώς και η απαλλαγή από το άλγος. Οι διανοητικοί παράγοντες, που περιλαμβάνουν την ανάμειξη σε δραστηριότητες. Οι συναισθηματικοί παράγοντες, όπως είναι η αυτονομία, η αξία που νιώθει το άτομο για τον εαυτό του, η ψυχολογική ασφάλεια. Και τέλος, οι κοινωνικοί παράγοντες, που περιλαμβάνουν τις κοινωνικές σχέσεις, την αρωγή της κοινωνίας (Lukowsky et al. 2013).

Παρόλη την βελτίωση που παρουσιάζει η ιατρική στα μοντέλα θεραπείας, προκαλούνται σοβαρές αλλαγές στον βίο των πασχόντων στους οποίους εφαρμόζεται θεραπεία και πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο. Οι νοσούντες υπομένουν πληθώρα ψυχολογικών, σωματικών και κοινωνικών προβλημάτων. Τα συμπτώματα φέρουν αρνητικές επιδράσεις στο σύνολο των τομέων τις καθημερινότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τέτοια συμπτώματα είναι η κούραση, οι κράμπες, το άλγος, η δυσκολία στην αναπνοή, οι διαταραχές του ύπνου, η κατάθλιψη, ο εμετός, η ζάλη, η ναυτία κ.α. Η επαγγελματική δραστηριότητα, η διατροφή, οι οικογενειακοί και κοινωνικοί δεσμοί δέχονται επιδράσεις με αποτέλεσμα να εμφανίζονται προβλήματα και στον κοινωνικό τομέα (Katayama et al. 2014).

Αρκετά βαρυσήμαντες είναι οι διαταραχές στην ποιότητα ζωής που αντιμετωπίζουν οι μικρότερες ηλικιακά γυναίκες με καρκίνο του μαζικού αδένα σε σύγκριση με τις γυναίκες που βρίσκονται σε μεγαλύτερες και πιο προχωρημένες ηλικιακές ομάδες (King et al. 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

4.1 ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Μολονότι το ποσοστό των ατόμων τα οποία επιβιώνουν από τον καρκίνο του μαστικού αδένου είναι αρκετά μεγάλο, το περισσότερο κομμάτι της ποιοτική έρευνας που διεξάγεται αναφορικά με τους επιζώντες εστιάζει στις πτυχές της ψυχολογίας και της θεραπείας της πάθησης (Doumit et al. 2010). Σύμφωνα με τους Doumit et al. (2010) έγινε εφαρμογή μιας φαινομενολογικής προσέγγισης με στόχο την διεξαγωγή μελέτης αναφορικά με τους τρόπους διαχείρισης των νοσούντων οι οποίοι κατάφεραν να επιζήσουν από την καρκινογένεση στον μαστό, στο Λίβανο. Τα άτομα που έλαβαν μέρος διηγήθηκαν την πορεία τους κατά την περίοδο της θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου ως έναν συνεχή-αδιάκοπο αγώνα. Ο καρκίνος, αναφέρθηκε ως μια «περικοπή στον βίο τους» και αποτελούσε κάτι το οποίο ήταν απαραίτητο να διαχειριστούν. Το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων που πήραν μέρος, περιέγραψαν παραπλήσιους παράγοντες παρακώλυσης και επιβोधείας της αντιμετώπισης.

Υψηλό είναι το ποσοστό της ανάμειξης παθήσεων όπως της καρκινογένεση του μαστικού αδένου στις φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές συγκυρίες του γυναικείου φύλου, λόγω της φυσικής διαδικασίας που ακολουθούν οι ασθένειες αυτές. Για τον λόγο αυτό τα άτομα οδηγούνται σε φόβο για την πάθηση και όλων των παραγόντων που σχετίζονται με τις ενέργειες της εύρεσης της νόσου, της θεραπευτικής αντιμετώπισης της καθώς και της επαναφοράς στην προηγούμενη καλή κατάσταση. Όσο αναφορά τους οικογενειακούς και κοινωνικούς δεσμούς εμφανίζονται δυσχέρειες, σύμφωνα με τα βιώματα του γυναικείου πληθυσμού που πάσχει από καρκίνο του μαστού (Joulaee et al. 2012).

Κατά την διαδικασία της μαστεκτομής, η οποία αποτελεί την θεραπευτική μέθοδο που εφαρμόζεται περισσότερο στην καρκινογένεση του μαστικού αδένου, δημιουργούνται διάφορες αλλαγές τις οποίες ζουν οι πάσχοντες που υποχρεώνονται σε αυτήν. Αυτό συμβαίνει λόγω του ότι η μαστεκτομή αποτελεί μια επιθετική χειρουργική μέθοδο και έχει ως επακόλουθο δραματικές επιπτώσεις για την υγεία και τον βίο του γυναικείου πληθυσμού. Με βάση τις απόψεις των αρρώστων σχετικά με αυτή την πάθηση αναφέρεται πως είναι μια «αναθεματισμένη νόσος», η οποία επιφέρει αλλοίωση σε μέρος του σώματος και καταπόνηση στο διάστημα της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Επιπροσθέτως, τα άτομα πιστεύουν ότι ίσως

αποτελεί παράγοντα δημιουργίας άγχους, αφού δημιουργεί διάφορες αλλαγές στον βίο των καρκινοπαθών και των οικογενειών τους (Jassim et al. 2014).

Το μοντέλο αυτορύθμισης των αντιλήψεων της κοινής αίσθησης ασθένειας (Self-Regulation Model of Common Sense Illness Representations-SRM) καθίσταται το περισσότερο βιωματικά υποστηριζόμενο θεωρητικό μοντέλο αναφορικά με την κατανόηση της ασθένειας. Το μοντέλο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες φυσικές και σωματικές παθήσεις. Η ηλικιακή ομάδα, το φύλο, ο βαθμός εκπαίδευσης είναι κάποιες από της δημογραφικές και κοινωνικές μεταβλητές οι οποίες δεν ασκούν ιδιαίτερη επιρροή στις αρχές, στις αξίες και στην ιδέες του ατόμου, παρόλο που έχει πραγματοποιηθεί περιγραφή ορισμένων διαφορών. Εντούτοις, η παρουσία της νόσου ή η παρουσία ενός κοντινού προσώπου που νοσεί, έχει παρατηρηθεί πως συντείνει ιδιαίτερος στις αντιλήψεις πάθησης (Paiva et al. 2015).

Ιδιαίτερα μεγάλο είναι το ενδιαφέρον που έχει δοθεί στο πως τα άτομα κατανοούν την υγεία και την αρρώστια καθώς και στον συσχετισμό της με το πως αντιδρά ένας άνθρωπος στην υγεία και στην ασθένεια. Για την δημιουργία και την χρήση επιτυχημένων παρεμβάσεων αναφορικά με την αναβάθμιση της υγείας, την προσπάθεια αποτροπής εμφάνισης της νόσου, την θεραπευτική αντιμετώπιση, την επαναφορά στην προηγούμενη από την ασθένεια καλή κατάσταση, τον χειρισμό για την τήρηση της θεραπευτικής μεθόδου, την διδασκαλία των νοσούντων και την προσφορά κατευθυντήριων οδηγιών στην οικογένεια, είναι απαραίτητο να καταλάβουμε τα παραπάνω ζητήματα (Paiva et al. 2015).

Έχει εξακριβωθεί, μέσω περιστατικών στα οποία οι απόψεις για την αρρώστια έχουν υποστεί σύγκριση από υγιή και ασθενή άτομα, πως η αντίληψη των πασχόντων κατέχει περισσότερη συνοχή, η οποία βρίσκεται πιο κοντά στις γνώσεις της ιατρικής, σε σύγκριση με εκείνους οι οποίοι δεν αντιμετωπίζουν κάποια αρρώστια και που διαθέτουν μια περισσότερο δυσχερή κατανόηση της πάθησης, με πιο πολλές λανθασμένες ιδέες και γνώμες μη θετικές σε σχέση με διάφορες έννοιες. Οι απόψεις των ατόμων που δεν νοσούν, είναι επαληθευμένο, πως δεν αποτελούν μια σαφή απεικόνιση των βιωμάτων των πασχόντων. Επιπλέον, έχει εξακριβωθεί, σύμφωνα με μελέτες που διεξάχθηκαν, πως οι υγιείς καταλαβαίνουν τον καρκίνο ως μια ασθένεια που εκφράζει μικρότερη απειλή, επιφέρει λιγότερη ενόχληση και στεναχώρια καθώς και λιγότερο δυσμενώς επηρεασμένη κατάσταση συγκριτικά με τους νοσούντες. Σε θετικότερες και σε πιο αληθοφανείς πεποιθήσεις ως προς την ασθένεια,

δύναται να επιφέρει η άμεση επαφή με καρκινογένεση του μαστικού αδένου των πασχόντων (Ho et al. 2018).

4.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τον τελευταίο καιρό σε πληθώρα ερευνών η ποιότητα ζωής των πασχόντων με καρκινογένεση στον μαστικό αδένου διαδραματίζει θεμελιώδη ρόλο καθώς και κατέχει μεγάλη παραδοχή. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτελεί την πιο συχνή εμφανιζόμενη καρκινογένεση στο γυναικείο φύλο σε όλη τη γη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία της ανάγκης για επιπλέον μελέτη. Επιπροσθέτως, όπως έχει γίνει ήδη γνωστό, η ωφελιμότητα της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι πολύ σημαντική ώστε να πραγματοποιηθεί η εκτίμηση των στόχων που επιδιώκονται από τον πάσχοντα όπως επίσης και από το προσωπικό υγείας. Η οικογενειακή και η συναισθηματική ζωή καθώς και συνολικά η καθημερινότητα του βίου των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, υφίστανται επιδράσεις. Ειδικά στους καρκινοπαθείς, αφού ο τύπος της θεραπευτικής αντιμετώπισης ελαττώνει σε σημαντικά επίπεδα την ποιότητα ζωής τους (Carlson et al. 2013).

Με σκοπό να εξετασθεί η επιρροή της θεραπευτικής αντιμετώπισης (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία κ.α.), η ανταλλαγή απόψεων, συναισθημάτων, ιδεών και σκέψεων μεταξύ του πάσχοντα και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η υποστηρικτική περίθαλψη, η ψυχολογική βοήθεια, η παροχή ενίσχυσης από την κοινωνία καθώς και οι ενέργειες δευτερογενούς πρόληψης, υλοποιήθηκαν λεπτομερείς μελέτες υπολογισμού της ποιότητας ζωής του γυναικείου φύλου που πάσχει από καρκίνο του μαστικού αδένου (Rockaj et al. 2009). Εξαιτίας της μεγάλης σοβαρότητας την κατάσταση, η ποιότητα ζωής των νοσούντων έχει υποστεί δυσάρεστες επιπτώσεις αφού ο βαθμός της λειτουργικότητας των πασχόντων αυτών ελαττώνεται δραματικά. Ως αποτέλεσμα της συνθετότητας της ασθένειας αυτής, καθίσταται ζόρικος ο καθορισμός του είδους των επιδράσεων όπως επίσης και η διαδικασία της αντιμετώπισης τους (CDC Staff, 2008). Οι παρενέργειες από τις ποικίλες μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης αποτελούν τον μοναδικό μεταξύ των παραγόντων, ο οποίος φέρει αδιαμφισβήτητες επιδράσεις στην ποιότητα ζωής. Σε ελάττωση του βαθμού της ποιότητας ζωής καταλήγουν οι καρκινοπαθείς μέσα από τον τύπο των θεραπειών και των ανεπιθύμητων συνεπειών που προκύπτουν από αυτές. Αρκετά συχνά πιέζονται να οδηγηθούν σε απομάκρυνση από τους ρυθμούς της καθημερινής ζωής τους, επειδή τα συμπτώματα καθίστανται ορατά και με μεγάλη οξύτητα (Lu et al. 2009).

Τα τελευταία χρόνια, για τους πάσχοντες που υφίστανται μείωση της ποιότητας ζωής τους λόγω των παρενεργειών της θεραπείας, παρήγορο καθίσταται το γεγονός της ψυχολογικής και κοινωνικής ανάμειξης ειδικών, οι οποίοι μέσω ειδικών οδηγιών και συμβουλών προσφέρουν αρωγή στους ασθενείς έτσι ώστε να αποδεχθούν ευκολότερα την εικόνα σώματος τους, ύστερα από μια χειρουργική επεμβατική μέθοδο, όπως η μαστεκτομή. Τους βοηθούν να καλυτερεύσουν την εκτίμηση που έχουν για τον εαυτό τους, να εκδηλώνουν δίχως ενδοιασμό τις ανησυχίες τους, να αποδεχθεί το πένθος και να ελαχιστοποιήσει την απομάκρυνση του από την κοινωνία και το κλείσιμο στον εαυτό του. Συχνά, παρατηρείται μεγαλύτερος χρόνος ζωής όπως και ποιότητα ζωής αρκετά μεγάλου επιπέδου σε γυναίκες οι οποίες υφίστανται αποτελεσματική χειρουργική επέμβαση καθώς και φαρμακευτική αγωγή (Lu et al. 2009).

4.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝ ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τον ρόλο που διαδραματίζει η ηλικία και το διάστημα που έχει περάσει από την αρχική ανίχνευση της ασθένειας, στην ποιότητα ζωής των γυναικών με κακοήθεια του μαστού. Ορισμένες μελέτες αναφορικά με την ηλικία, αναφέρουν πως η ηλικία δεν ασκεί σημαντικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής (Παλαιογιαννίδου και συν. 2018). Άλλες έρευνες φανερώνουν πως οι πάσχουσες μικρότερες των 50 χρόνων, παρουσιάζουν σημαντικότερη ελάττωση της ποιότητας ζωής (Li et al. 2016, Kwan et al. 2010), ενώ αντίθετα σε άλλες παρουσιάζεται πως οι πάσχουσες ηλικίας άνω των 50 χρόνων έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Επομένως, καταλήγουμε στο ότι η επίδραση της ηλικίας παραμένει ένα ζήτημα αμφιλεγόμενο (Moro-Valdezate et al. 2014).

Η μείωση της ποιότητας ζωής στις περισσότερες πτυχές της, παρουσιάζεται υψηλότερη μετά την έναρξη της θεραπευτικής μεθόδου, η οποία υφίσταται καλύτερευση σταδιακά μέσα στο επόμενο διάστημα (Ho et al. 2013). Από την άλλη παρατηρείται πως η ποιότητα ζωής αρχίζει να καλυτερεύει, ένα χρόνο μετά το τέλος της θεραπείας, (Rowland et al. 2009), αν και η βελτίωση αυτή δεν παραμένει σταθερή, καθώς περνάει ο καιρός. Αντιθέτως υφίσταται μείωση μεταξύ του 5^{ου} και του 10^{ου} χρόνου μετά το πέρας της θεραπευτικής αντιμετώπισης (Mols et al. 2005, Ganz et al. 2002).

Όσο αναφορά το είδος της θεραπευτικής μεθόδου που χρησιμοποιείται, έχει διαπιστωθεί μέσα από έρευνες, πως η ποιότητα ζωής, ανάλογα με τον τύπο που επιλέγετε, επηρεάζεται

διαφορετικά (Schleife et al. 2014, Mehnert & Koch, 2008). Η μέθοδος της χημειοθεραπείας επιφέρει σοβαρότερες σωματικές επιπτώσεις, οι οποίες καθώς περνάει ο καιρός δεν φαίνεται να υποχωρούν, σε σχέση με τις μεθόδους της ακτινοθεραπείας και της χειρουργικής επέμβασης (Ganz et al. 2011).

Οι πάσχουσες που έχουν υποβληθεί σε μερική μαστεκτομή, φαίνεται πως βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση υγείας, έχουν πιο θετική εικόνα σώματος, καλύτερη σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική και κοινωνική λειτουργικότητα, καθώς και εμφανίζουν μικρότερο αριθμό συμπτωμάτων, συγκριτικά με εκείνες που υπέστησαν ολική μαστεκτομή (Moro-Valdezate et al. 2014, Montazeri et al. 2008, Reich et al. 2008).

Τέλος, έναν άλλον παράγοντα που επιδρά στην ποιότητα ζωής, ελαττώνοντας την, συνιστούν οι συναισθηματικές δυσκολίες, με τις οποίες έρχονται αντιμέτωπες οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Παλαιογιαννίδου και συν. 2018).

4.4 ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ

Αντιμέτωπες με τις σημαντικές σωματικές επιπτώσεις της ασθένειας τους καθώς και με τις συνυπάρχουσες ψυχολογικές επιδράσεις της πάθησης, οι οποίες αποτελούν κοινά σημεία στις νοσούσες, που έχουν επιβιώσει από τον καρκίνο του μαστικού αδένου, βρίσκονται οι καρκινοπαθείς στις οποίες έχει πραγματοποιηθεί εύρεση της καρκινογένεσης του μαστού. Τέτοιες επιπτώσεις είναι για παράδειγμα το άγχος και η κατάθλιψη. Για αισθήματα απόλυτης έλλειψης ελπίδας, τρόμου για την απώλεια της ζωής τους και συναίσθημα άγχους και φόβου για τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια τους και η κατάσταση των οικονομικών τους θα δεχτούν επιδράσεις, κάνουν λόγο οι πάσχουσες με καρκίνο του μαστού. Η εύρεση της καρκινογένεσης επιφέρει αλλαγές στον βίο και είναι δυνατόν να προκαλέσει αμφιβολίες στον ασθενή ως προς τις απόψεις που έχει για τον εαυτό του και για τα άτομα του κύκλου του, αρχίζοντας να εξετάζουν τα αίτια. Στους καρκινοπαθείς δίνεται η ευκαιρία να καταλάβουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται καθώς και τα συμπτώματα που επέρχονται από αυτή, μέσω της αναπαραγωγής ερωτημάτων όπως «Τι επέφερε αυτή την πάθηση;» ή «Γιατί έχω εμφανίσει αυτή την αρρώστια;» (Dumalaon-Canaria et al. 2014).

Η “θεωρία παραδοχής”, στον κλάδο της ψυχολογίας, θεωρείται η διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα αποπειρώνται να ερμηνεύσουν τους λόγους ενός συγκεκριμένου

αποτελέσματος. Η κληρονομικότητα, ο εαυτός των αρρώστων, το περιβάλλον της οικογένειας και της κοινωνίας, καθώς και το πεπρωμένο περικλείονται στις συνηθέστερες κατηγορίες απόδοσης αιτιών μιας ασθένειας (Dumalaon-Canaria et al. 2014).

Από ποικίλα θεματικά πεδία τα οποία εμπεριέχουν την φυσική λειτουργία, την ενίσχυση από την κοινωνία και την καλή ψυχολογική κατάσταση (παραδείγματος χάριν, ο βαθμός κατάθλιψης και των αισθημάτων άγχους και φόβου), συγκροτείται η ποιότητα ζωής (ΠΖ). Η ποιότητα ζωής των νοσούντων με καρκίνο του μαστικού αδένου, όπως έχουμε προαναφέρει, δέχεται πληθώρα αρνητικών επιδράσεων λόγω των συμπτωμάτων που εμφανίζονται στην λειτουργία του σώματος καθώς επίσης και εξαιτίας της ψυχολογικής και κοινωνικής κατάπτωσης τους (Kang et al. 2017).

Ποικίλα είναι τα βιώματα των ασθενών από την καρκινογένεση του μαστικού αδένου. Είναι δυνατόν να εμπεριέχουν τις φάσεις της διάγνωσης, των θεραπειών, της ψυχολογικής αντιμετώπισης, την επανεμφάνιση δυσάρεστων καταστάσεων, το τέλος των θεραπειών και την επανενσωμάτωση του στις καθημερινές του δραστηριότητες-ενέργειες. Παραδείγματος χάριν, η διαδικασία της χημειοθεραπείας, αποτελεί ένα είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης η οποία δύναται να επιφέρει προβλήματα στο σώμα και την ψυχολογία, που φέρουν επιζήμιες επιδράσεις στην ποιότητα ζωής του πάσχοντα. Ακόμα, όπως έχει γίνει ήδη γνωστό, άλλες επιπτώσεις από τον καρκίνο του μαστικού αδένου είναι το άλγος, η στεναχώρια και ο θυμός (Sharma et al. 2017).

Η ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκινογένεση στο μαστό δέχεται επιρροές από τα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ως προς την ψυχολογία τους και ως προς την κοινωνία. Το αίσθημα της ψυχολογικής και κοινωνικής δυσανασχέτησης των νοσούντων κατά την εύρεση της κακοήθειας, είναι δυνατόν να επιδράσει αρνητικά την θεραπευτική αντιμετώπιση τους, διότι αυτές οι ενδείξεις της ασθένειας δύναται να είναι ολέθριες. Αρκετές ασθενείς, στις οποίες έγινε πρόσφατα η εύρεση της καρκινογένεσης, υφίστανται σοκ, νιώθουν τρόμο και άγχος. Τεράστια αρωγή για τους αρρώστους, ώστε να προσαρμοστούν στα συναισθήματα τους και να αντιμετωπίσουν τις διαταραχές της ψυχολογίας τους, όπως είναι η κατάθλιψη, οι διαταραχές άγχους και πανικού, έχουν την δυνατότητα να προσφέρουν οι ψυχοθεραπείες (Yan et al. 2016).

Η διαδικασία την οποία εφαρμόζει ο ασθενής με σκοπό να εξοικειωθεί με την πάθηση του αποτελεί μία άλλη σπουδαία πλευρά του βίου των νοσούντων με καρκινογένεση του μαστού.

Πιο ειδικά, αυτό υλοποιείται με την μεταβολή των ελπίδων και των προτεραιοτήτων του ανθρώπου στην περίοδο των εκτιμήσεων για να ενσωματώνεται στις διάφορες συνθήκες που επικρατούν (Li et al. 2015).

4.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σημείο μεγάλης σπουδαιότητας για τα ερευνητικά και κλινικά ερωτήματα αποτελεί η διαδικασία της αντίληψης των επιπτώσεων της θεραπευτικής αντιμετώπισης της καρκινογένεσης του μαστικού αδένου αναφορικά με την ποιότητα ζωής του πάσχοντα, από πληθώρα θεματικών πεδίων, όπως είναι η ευδαιμονία της ψυχή (παραδείγματος χάριν, ο βαθμός του άγχους και της κατάθλιψης), η σωματική λειτουργία και η ενίσχυση από την κοινωνικό περίγυρο (Ho et al. 2018). Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, φαίνεται τα τελευταία έτη πως με την άνοδο του ποσοστού των ατόμων που έχουν επιβιώσει από τον καρκίνο του μαστικού αδένου, οι καρκινοπαθείς έχουν εκτιμηθεί με ποικίλα μέσα ποιότητας ζωής έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί σύγκριση των επιπτώσεων του καρκίνου του αδένου του μαστού, καθώς και των θεραπευτικών αντιμετώπισεων του, στο γυναικείο πληθυσμό με καλή κατάσταση της υγείας και στα άτομα με χρόνιες παθήσεις (Theofilou, 2012).

Οι νοσούντες εμφανίζουν τόσο θετικές αλλά και αρνητικές καταστάσεις, οι οποίες προκύπτουν από την ολοκλήρωση της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης τους. Για την διαδικασία της εύρεσης της νόσου, της πρόγνωσης της, της εκτίμησης της, της επίβλεψης των πασχόντων, της λήψη κλινικών αποφάσεων, της θεραπευτικής αντιμετώπισης και της διατήρησης της επαφής, δύναται να εφαρμοστούν οι αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής. Επιπλέον, οι αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής προσφέρονται και για την δημιουργία των παρεμβάσεων, την εκπαίδευση και απόκτηση των απαραίτητων πνευματικών εφοδίων του προσωπικού υγείας και την ελάττωση του κόστους (Rahou et al. 2016).

4.6 Η ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ

Αύξηση του ποσοστού της επιβίωσης των νοσούντων με καρκινογένεση του μαστικού αδένου έχει επιφέρει, η πρόοδος της πραγματοποίησης της διάγνωσης και της θεραπευτικής

αντιμετώπισης της ασθένειας αυτής, την κατάλληλη στιγμή. Η ταυτότητα των ασθενών καθώς επίσης και η μελέτη αναφορικά με την ποιότητα ζωής του γυναικείου πληθυσμού, στον οποίον αφαιρείται ο μαστός, δέχονται επιδράσεις από την πάθηση του καρκίνου του μαστού. Η διατήρηση της ζωής αποτελεί πια ένα πολύ σπουδαίο θέμα στην περίθαλψη του καρκίνου του μαστικού αδένου, το οποίο χρειάζεται την αναζήτηση, όσο αναφορά το μακρινό μέλλον, των επιρροών της εύρεσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης της καρκινογένεσης του αδένου του μαστού (Ho et al. 2018).

Σύμφωνα με μελέτες που διεξάχθηκαν, εξακριβώθηκε ότι στην διαδικασία της εκτίμησης της ποιότητας ζωής του γυναικείου φύλου που πάσχει από καρκίνο του μαστού, είναι αναγκαίο να συνυπολογίζεται το στάδιο της ασθένειας καθώς και να περιλαμβάνει ασθενείς στις οποίες έχει γίνει διάγνωση της καρκινογένεσης του μαστικού αδένου τον τελευταίο καιρό και βρίσκεται σε αρχικό ή προχωρημένο στάδιο, ασθενείς με καρκινογένεση του μαστού, η οποία δεν έχει εξαπλωθεί από τον αρχικό ιστό, ασθενείς που έχουν επιζήσει ύστερα από την πρώτη θεραπεία καθώς και ασθενείς που έχουν επιβιώσει από πέντε χρόνια και πάνω (Theofilou, 2012).

Η Ποιότητα Ζωής αναγνωρίζεται από τους ογκολογικούς ιατρούς, νοσηλευτές καθώς και από τους εργαζόμενους που προσφέρουν κοινωνική και ψυχολογική στήριξη ως μία σπουδαία μεταβλητή με στόχο να μελετηθεί με προσοχή η θεραπευτική αντιμετώπιση της καρκινογένεσης. Εντούτοις, αρκετές είναι οι φορές όπου οι πάσχοντες και το ιατρικό προσωπικό δεν θέτουν όμοιες προτεραιότητες σε σχέση με την θεραπευτική αντιμετώπιση, την επιρροή που θα ασκήσει η νόσος στον βίο του πάσχοντα καθώς και τα αποτελέσματα που ενδέχεται να προκύψουν. Ενδυνάμωση των νοσούντων και επιπλέον καλύτερευση του αισθήματος της ευχαρίστησης και της υπακοής ως προς την θεραπευτική μέθοδο, προσφέρεται μέσω της αξιοποίησης και της εφαρμογής της γνώμης των νοσούντων κατά την διεργασία παρσίματος αποφάσεων (Theofilou, 2012).

Χρησιμοποιώντας τις αξιολογήσεις της Ποιότητας Ζωής για την διερεύνηση και την θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών και λειτουργικών δυσχερειών, τα οποία δεν έχουν τοποθετηθεί στα γεγονότα για τα οποία ενδιαφέρεται και παρακολουθεί ο κόσμος, δύναται να ενισχυθούν επιπλέον τα αποτελέσματα των πασχόντων. Για μία θετική Ποιότητα Ζωής κάνουν λόγο εκείνα τα άτομα τα οποία επιτυγχάνουν με επαρκή τρόπο τις ελπίδες τους αναφορικά με τους τομείς τους οποίους αναγνωρίζουν ως σπουδαίους (Chen et al. 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

5.1 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο γυναικείος πληθυσμός στον οποίο εφαρμόζεται ως μέθοδος θεραπείας η χημειοθεραπεία ή η ολική εκτομή του μαστικού αδένου εμφανίζει ελάττωση του βαθμού λειτουργικότητας του σώματος, μετά την ολοκλήρωση της αρχικής θεραπευτικής μεθόδου της ασθένειας (Ganz et al. 2004). Τα προβλήματα που προκύπτουν όπως είναι η δυσκολία της κάμψης των μυών, το άλγος, η ανικανότητα του πάσχοντα να επικεντρώσει την σκέψη του, ο ευαίσθητος μαστικός αδένος καθώς και η έλλειψη παραγωγικού ύπνου συνδέονται άρρηκτα με την κακή φυσική κατάσταση. Από τις κύριες επιθυμίες των πασχόντων, προκειμένου να καταφέρουν να μετριάσουν τις ψυχικές τους ανάγκες, ως αποτέλεσμα του άλγους και της κόπωσης που βιώνουν, είναι η εύρεση βοήθειας. Το γεγονός αυτό καθιστά φανερό, πως είναι αναγκαίο, το θεματικό πεδίο της ποιότητας της ζωής των καρκινοπαθών να λάβει την μεγάλη προσοχή που του αναλογεί, σε υγειονομικό επίπεδο (Sammarco & Konecny, 2008).

Στην Βραζιλία διεξήχθησαν μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες οι παράγοντες της καλής υγείας, της αρωγής από τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο, των ιδεολογιών περί θρησκείας, της αλλαγής της ματιάς με την οποία βλέπουν τον κόσμο και τον βίο τα άτομα που ήρθαν σε επαφή με καρκινογένεση ή της συνεργασίας των διάφορων επιστημονικών κλάδων με σκοπό την περίθαλψη των νοσούντων, έχουν ως αποτέλεσμα την επίτευξη αυξημένων επιπέδων ποιότητας ζωής (Huguet et al. 2009, Ganz et al. 2004). Αντιθέτως, το ποσοστό του γυναικείου φύλου, το οποίο είχε δυσκολίες στον τομέα των οικονομικών, άγχος, ή ήταν γυναίκες μεγάλης ηλικιακής ομάδας, εμφάνισαν τον περισσότερο χαμηλό βαθμό ποιότητας ζωής (Ganz et al. 2004).

Σύμφωνα με τους Thewes et al. (2004) στις γυναίκες μικρής ηλικιακής ομάδας, τις συνηθέστερες σωματικές επιπτώσεις από την θεραπευτική αντιμετώπιση συνιστούν το άλγος στον μαστικό αδένου και στον βραχίονα, η κούραση, οι δυσκολίες με το λεμφόδημα καθώς επίσης και οι γυναικολογικές διαταραχές, οι οποίες ασκούν ιδιαίτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής τους (Thewes et al. 2004, Bloom et al. 2004). Ο ξηρός λαιμός, οι διαταραχές της περιόδου και η μειωμένη κινητικότητα του ώμου, συνιστούν σωματικές δυσλειτουργίες για

τις γυναίκες που βρίσκονται στην προ-εμμηνοπαυσιακή φάση. Ένα μεγάλο σύνολο των γυναικών με καρκίνο του μαστού ανέφερε πως η καθημερινή τους ζωή και οι δραστηριότητες τους δεν δέχτηκαν σπουδαίες επιδράσεις από τις σωματικές συνέπειες όπως είναι το άλγος και η κούραση, για τα οποία έκαναν λόγο ότι δεν ήταν εξαντλητικά. Μοναδικό τους άγχος και φόβος αποτέλεσε το εάν οι επιπτώσεις αυτές υπήρχε πιθανότητα να προμηγύνουν υποτροπή (Thewes et al. 2004). Οι γυναίκες της ηλικιακής ομάδας κάτω των πενήντα χρονών κάνουν λόγο για κολπική ξηρότητα, για δυνατό και ευμετάβλητο άλγος περιόδου όπως επίσης και για απουσία σεξουαλικής επιθυμίας, η οποία αποδεδειγμένα συνεχίζεται και μετά την θεραπεία (Fobair et al. 2006, Bloom et al. 2004). Σε όλα τα θεραπευτικά μέσα αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού οι παρενέργειες που προαναφέρθηκαν είναι κοινές (Bloom et al. 2004).

Το αίσθημα της κόπωσης, της ζάλης, της τάσης για έμετο καθώς και η πτώση των μαλλιών αποτελούν τις πιο συχνές αρνητικές επιδράσεις που προκύπτουν ως αποτέλεσμα των διάφορων μεθόδων θεραπείας. Για τα περισσότερα από πενήντα είδη καρκίνου, είναι διαθέσιμα περισσότερα από πενήντα φάρμακα, τα οποία εφαρμόζονται είτε συνδυαστικά είτε χορηγούνται μόνα τους, για θεραπευτικούς σκοπούς. Η πρόβλεψη λοιπόν πριν την έναρξη της θεραπείας, για την εμφάνιση μιας συγκεκριμένης πιθανής επίδρασης, που δύναται να επιφέρει η θεραπεία, σε έναν συγκεκριμένο πάσχοντα, είναι σχεδόν αδύνατη (Dewit, 2005).

Ορισμένες παρενέργειες δύναται να προκύψουν κατά την διάρκεια ή ύστερα από την διεκπεραίωση της θεραπευτικής μεθόδου. Τέτοιες αρνητικές επιδράσεις είναι για παράδειγμα, η ζαλάδα και ο εμετός. Από την άλλη, έχουμε τις αρνητικές επιδράσεις οι οποίες είναι δυνατόν να εμφανιστούν από τις πρώτες κιόλας εβδομάδες της θεραπευτικής αντιμετώπισης και να διαρκέσουν έως και το τέλος αυτής. Η πτώση των τριχών καθώς και η κόπωση που υφίσταται ο ασθενής αποτελούν κάποιες από τις παρενέργειες αυτές. Επιπλέον, ορισμένες ανεπιθύμητες συνέπειες δύναται να ελαττώνονται κατά την περίοδο των θεραπειών. Με την διακοπή της θεραπευτικής αντιμετώπισης οι πιο πολλές ανεπιθύμητες επιδράσεις σταδιακά θα σταματήσουν. Επιπλέον, θα πρέπει να γίνει αναφορά στην πάσχουσα, πως το κάθε άτομο και η κάθε θεραπευτική μέθοδος αντιμετώπισης απαιτούν και διαφορετικό χρονικό διάστημα ώστε η ασθενής να ανακτήσει την ενέργεια της και να αντιμετωπίσει μερικές αρνητικές επιπτώσεις που την ταλαιπωρούν. Ο τύπος της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει καθώς και το επίπεδο της κατάστασης της ανοσίας, συνιστούν παραμέτρους οι οποίες συμβάλλουν στο πόσο σύντομα θα βελτιωθεί η υγεία της καρκινοπαθούς (Doenges, 2009, Ignatavicius & Workman, 2008).

Η διάρκεια που χρειάζεται για να υλοποιηθεί η θεραπεία όπως επίσης και η πιθανές αρνητικές επιδράσεις αυτής, συνήθως αποτελούν παράγοντες οι οποίοι αποκαρδιώνουν τα άτομα που δέχονται την θεραπεία. Οι καρκινοπαθείς θα πρέπει να έχουν την δύναμη να συζητήσουν με τον θεράποντα ιατρό τους, προκειμένου να επιλεγεί ένα άλλο θεραπευτικό μέσο ή φαρμακευτική αγωγή. Να γνωρίζουν πως ο ιατρός τους θα ήταν διατεθειμένος να διακόψει την θεραπεία αυτή, και πως ο μόνος λόγος συνέχισης της θα ήταν η εκτίμηση πως τα προσδοκώμενα θετικά αποτελέσματα που επιφέρει η θεραπεία, ξεπερνούν τις δυσκολίες αυτές που βιώνει (Doenges, 2009, Ignatavicius & Workman, 2008).

5.2 Η ΣΩΜΑΤΙΚΉ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τμήμα της διεργασίας της πάθησης του καρκίνου του μαστού ή ανεπιθύμητη επίδραση από την θεραπευτική μέθοδο αυτού αποτελεί το άλγος. Συνιστά μια από τις συχνότερες δυσάρεστες συνέπειες της νόσου καθώς και επιδρά αρνητικά στην Ποιότητα Ζωής των καρκινοπαθών (Variawa et al. 2016, Miaskowski et al. 2006). Το νόημα του πόνου έχει διατυπωθεί από πληθώρα διαφορετικών ορισμών. Ο ορισμός όμως της Διεθνούς Ένωσης για την μελέτη του πόνου (International Association for the study of Pain-IASP) είναι εκείνος που έχει ενστερνιστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ). Σύμφωνα με τον ορισμό της IASP, το άλγος χαρακτηρίζεται ως μια ενοχλητική εμπειρία που βιώνεται αισθητηριακά και συναισθηματικά, η οποία σχετίζεται με μια υπάρχουσα ή ενδεχόμενη βλάβη ιστού, ή που απεικονίζεται από την άποψη μιας τέτοιας βλάβης (LeMone et al. 2014, Resnik et al. 2001).

Ως άλγος που παραμένει για χρονικό διάστημα δύο ή περισσότερων μηνών ύστερα από το εναρκτήριο αίτιο, δύναται να οριστεί ο χρόνιος πόνος. Η εκδήλωση συνεχούς άλγους μπορεί να προκληθεί από μεταβολές στο νευρικό σύστημα. Τέτοιες μεταβολές είναι δυνατόν να δημιουργηθούν από την εκτέλεση κάποιου χειρουργείου. Μία πάθηση η οποία ασκεί επιδράσεις στο σωματικό και αισθητικό σύστημα καθώς και ένας τραυματισμός, έχουν ως αποτέλεσμα την πρόκληση του νευροπαθητικού άλγους (Crucchi et al. 2010).

Το καρκινικό άλγος είναι μια δυσχέρεια μεγάλης παραδοχής. Το άλγος αυτό δύναται να χαρακτηριστεί ως νευροπαθή ή αλγαισθητο, διαλείπων ή χρόνιο, οξύ. Το ογδόντα τοις εκατό

των νοσούντων έκανε λόγο για εμφάνιση ξαφνικού και σύντομου άλγους (LeMone et al. 2014, Resnik et al. 2001).

Με βάση νεότερες επιδημιολογικές εκτιμήσεις προκύπτει ότι το άλγος υπάρχει σε ποσοστό 39,3% των περιστατικών ύστερα από την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής, σε ποσοστό 55% των περιστατικών κατά την περίοδο διεξαγωγής της θεραπευτικής αντιμετώπισης και σε 66,4% σε προχωρημένες ή τελευταίες φάσεις της ασθένειας (van den Beuken-van Everdingen et al. 2016).

Το εάν η μέθοδος της χημειοθεραπείας συνιστά παράγοντα πρόκλησης αδιάκοπου άλγους ύστερα από την θεραπευτική αντιμετώπιση της καρκινογένεσης του μαστικού αδένου, είναι ένα ζήτημα για το οποίο υπάρχουν διαφωνίες και διαφορετικές εκτιμήσεις (Gartner et al. 2009). Αντιθέτως, έχει διαπιστωθεί πως το γυναικείο φύλο που προέβη σε χειρουργείο, ύστερα από αυτό εκδήλωσε αδιάλειπτο άλγος. Πληθώρα ποικίλων καταστάσεων με πληθώρα παθολογιών τις οποίες δεν γνωρίζουμε αντιστοιχούν σε αυτές τις νευροπαθητικές συνθήκες. Τα επώδυνα άλγη τα οποία συνδέονται με τους όγκους και το νευροπαθητικό άλγος που συνδέεται με την θεραπευτική αντιμετώπιση και με όγκους, εμπεριέχονται σε αυτές. Πιο συγκεκριμένα, σε μαστικό άλγος το οποίο είναι πλασματικό, σε νευραλγία και σε διάφορα άλλα άλγη, κατανέμεται η νευροπαθητική κατάσταση (Jung et al. 2003).

Στο εξήντα τοις εκατό των πασχόντων με κακοήθεια του μαστού, ύστερα από την χειρουργική αντιμετώπιση του, παρουσιάζεται ανυποχώρητο άλγος. Αρωγή ως προς την πληροφόρηση για τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης δύναται να προσφέρει η φανέρωση, την κατάλληλη στιγμή, των ανθρώπων που διατρέχουν την μεγαλύτερη βλάβη (Wang et al. 2016).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μελετών παρατήρησης από τους Wang et al. (2016) σε τριάντα μελέτες, που έλαβαν μέρος 19.813 πάσχοντες, έγινε αναφορά εβδομήντα επτά ανεξάρτητων παραγόντων, με άλγος το οποίο δεν υποχωρούσε. Η δημιουργία αδιάκοπου άλγους κατά την μετεγχειρητική φάση στην κακοήθεια του μαστού συνδέθηκε με την ακτινοθεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης, τις νεαρές ηλικιακές ομάδες, την ανατομή των λεμφαδένων της μασχάλης, τον πιο οξύ πόνο μετά και πριν την χειρουργική αντιμετώπιση. Με σκοπό την πρόληψη της δημιουργίας ανυποχώρητου άλγους μετεγχειρητικά στην καρκινογένεση του μαστικού αδένου, η αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης προσφέρει την μόνη επιλογή αυξημένης απόδοσης για έναν συντελεστή κινδύνου

που δύναται να υποστεί αλλαγές. Μολονότι, το ογδόντα τρία τοις εκατό, δεκαετής ποσοστό διατήρησης της ζωής, το είκοσι πέντε με εξήντα τοις εκατό των πασχόντων που έχουν επιβιώσει και έχουν υποστεί χειρουργείο για καρκινογένεση του μαστού, αναπτύσσουν αδιάκοπο άλγος μετεγχειρητικά. Το άλγος αυτό συνδέεται με ζημιά στην λειτουργικότητα και ελαττωμένη ποιότητα ζωής (Wang et al. 2016).

Το άλγος είναι δυνατόν να εξασθενήσει ακόμα περισσότερο τις καρκινοπαθείς, εάν δεν επιτυγχάνεται η καταπράυνση του (LeMone et al. 2014, Resnik et al. 2001). Οι γυναίκες με κακοήθεια του μαστού εμφανίζουν ενοχλήσεις και δυσαρέσκεια, σε επίπεδο σωματικό, πνευματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, συναισθηματικό και ως προς την λειτουργικότητα τους (Rouahi et al. 2016, Hui & Bruera, 2014, Delgado-Guay et al. 2011). Ως εκ τούτου, οι γυναίκες αυτές υφίστανται δυσκολίες ως προς την υλοποίηση ενεργειών που απαιτούνται στην καθημερινή τους ζωή, εμφανίζουν δυσχέρεια στον ύπνο και διατροφικές διαταραχές. Οι οικογενειακοί, συναισθηματικοί και ερωτικοί δεσμοί βρίσκονται σε ένταση. Εμφανίζεται ελαττωμένη ικανότητα λήψης, επεξεργασίας, αποθήκευσης και χρήσης των διαφόρων πληροφοριών, τα οποία μας επιτρέπουν να κατανοούμε και να συσχετιζόμαστε με το περιβάλλον που μας περιτριγυρίζει. Εμφανίζονται δυσχέρειες ως προς την υλοποίηση ενεργειών με σκοπό την εργασία και ως προς την εκτέλεση δραστηριοτήτων που έχουν σκοπό την σωματική ή ψυχική ανάπαυση ή ευεξία (Hui & Bruera, 2014). Επιπλέον, το αγχωτικό αυτό βίωμα του άλγους έχει συνδεθεί με τον κοινωνικό αποκλεισμό και την μοναξιά που νιώθουν οι ασθενείς (Papathanassoglou, 2014). Όπως είναι φανερό, όλα τα παραπάνω συντελούν στην διαμόρφωση ενός αρκετά ελαττωμένου επιπέδου Ποιότητας Ζωής για τις καρκινοπαθείς με μαστική κακοήθεια (Hui & Bruera, 2014). Για τον λόγο αυτό, γίνεται φανερή η σπουδαιότητα να αξιολογηθεί ως επείγον, από το υγειονομικό προσωπικό, η απαλλαγή των ασθενών από το άλγος (LeMone et al. 2014, Resnik et al. 2001) Για τον προσδιορισμό ιατρικών πρωτοκόλλων και την αποφυγή αντιμετώπισης με φαρμακευτικά μέσα, σπουδαία δύναται να είναι η δυνατότητα υπολογισμού με τρόπο απόλυτο και η εξήγηση του άλγος με την χρήση αναγνωρισμένων και αποδεκτών εργαλείων ή οργάνων υπολογισμού (Johnson & Smith, 2017).

5.3 Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η κόπωση αποτελεί ένα σύμπτωμα κατά το οποίο οι πάσχοντες παρουσιάζουν διαρκή κούραση, απώλεια δυνάμεων και ενέργειας (Kessels et al. 2018). Η σχετιζόμενη με καρκίνο κόπωση είναι ένα συνηθισμένο σύμπτωμα της ασθένειας ως αποτέλεσμα των θεραπειών της (Hofman et al. 2007). Το 80%-90% των καρκινοπαθών εκδηλώνει το σύμπτωμα αυτό (Kessels et al. 2018, Hofman et al. 2007). Αν και υπάρχει δυσκολία στον προσδιορισμό των παραγόντων που οδηγούν στην εμφάνιση της κόπωσης, η μυϊκή εξασθένηση, ο συναισθηματικός κλονισμός καθώς και η μέθοδος θεραπείας, πιθανολογείται ότι αποτελούν κάποιους από τους παράγοντες αυτούς (Abrahams et al. 2016). Μια κατάσταση γενικής κούρασης πλήττει μεγάλο βαθμό των πασχόντων με οποιασδήποτε μορφή κακοήθειας, οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία (Kessels et al. 2018). Το ίδιο ισχύει και για πολύ μεγάλο μέρος των νοσούντων με κακοήθεια του μαστικού αδένα, ειδικά κατά την διάρκεια των χημειοθεραπειών (Abrahams et al. 2016). Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας το αίσθημα αυτό της ισχυρής αδυναμίας μειώνεται βαθμιαία (Mao et al. 2018). Η κόπωση που προέρχεται από καρκίνο του μαστού είναι μια κατάσταση που επιδέχεται ιδιαίτερη προσοχή σε σχέση με την γενική κόπωση και αυτό συμβαίνει διότι τις περισσότερες φορές δεν αντιμετωπίζεται μέσω της ξεκούρασης ή του ύπνου (Hofman et al. 2007).

Η χρόνια κόπωση παραμένει για περισσότερο από έξι μήνες και ασκεί σημαντικές επιδράσεις στην ζωή του καρκινοπαθούς (Mao et al. 2018). Η κόπωση αποτελεί μια πολύπλευρη κατάσταση η οποία φέρει επιδράσεις γνωστικές, σωματικές και συναισθηματικές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μια δυσμενή καθημερινότητα και μια χαμηλού επιπέδου ποιότητας ζωής για τους πάσχοντες (Joly et al. 2019, Mao et al. 2018). Μεταξύ των συμπτωμάτων του άλγους, της αναταραχής συναισθημάτων, των προβλημάτων ύπνου και της εμφάνισης κόπωσης υπάρχει ένας πολύ γερός και ακατάλυτος δεσμός (Mao et al. 2018).

5.4 Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ύπαρξη και μόνο της νόσου, ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει η πάσχουσα την θεραπευτική αντιμετώπιση και την διάγνωση, η θεραπευτική μέθοδος που λαμβάνει καθώς

και το στάδιο την πάθησης δύνανται να επιφέρουν δυσχέρειες αναφορικά με την θρέψη (Inui, 2002).

Σύμφωνα με τον ορισμό των Evans et al. (2008) «η καρκινική καχεξία είναι ένα πολύπλευρο σύνδρομο το οποίο διακρίνεται από απώλεια της μάζας των μυών, με ταυτόχρονη ή και χωρίς απώλεια της μάζας του λίπους. Επιπροσθέτως, το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από βαριά ανορεξία, ελάττωση του σωματικού βάρους, αδυναμία, παρακμή, αναιμία, πρόωρο αίσθημα ικανοποίησης της πείνας κατά την λήψη τροφής και δυσάρεστες μελλοντικές εκτιμήσεις (Kadam et al. 2020, Aoyagi et al. 2015, Laviano et al. 2003, Inui, 2002, Loprizi & Jatoi, 1993). Λόγω της ανικανότητας της πλήρους μεταβολής της κατάστασης αυτής μέσω μιας συνηθισμένης υποστήριξης με θρεπτικές ουσίες, η καχεξία δύναται βαθμιαία να προκαλέσει ζημιά στην λειτουργικότητας των ασθενών (Evan et al. 2008).

Όσο αναφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα του συνδρόμου της καχεξίας, αυτά είναι:

- ❖ Η ελάττωση του σωματικού βάρους και μάζας των μυών που οδηγεί σε μυϊκή εξασθένιση
- ❖ Τάση προς εμετό και ζάλη
- ❖ Αποστροφή προς τις τροφές και πρόωρο αίσθημα κάλυψης του αισθήματος της πείνας
- ❖ Αναιμία, απουσία πολλών βιταμινών και θρεπτικών ουσιών
- ❖ Δυσλειτουργία μεταβολισμού υδατανθράκων, μεγάλο ποσοστό γλυκόζης στο αίμα
- ❖ Μεγάλος ρυθμός πρωτεϊνόλυσης, ελαττωμένος ρυθμός σύνθεσης πρωτεϊνών (Bozzetti, 2013, Radbruch et al. 2013)
- ❖ Πρόκληση ξηρότητας του βλεννογόνου του στόματος, βλεννογονίτιδα
- ❖ Πρόκληση διαρροϊκών κενώσεων, σύνδρομο δυσαπορρόφησης (Fearon et al. 2003)
- ❖ Αίσθημα γενικής εξουθένωσης, απώλεια δυνάμεων, έλλειψη υποδόριου λίπους (Cunningham & Bell, 2000)
- ❖ Γευστικές και οσφρητικές διαταραχές (αίσθηση πικρού)
- ❖ «Μεταλλική γεύση» στόματος (κατά κύριο λόγο κατά την χημειοθεραπεία)
- ❖ Πρήξιμο ποδιών, λόγω ακινησίας και αδυναμίας αποβολής νατρίου (Nitenberg & Raynard, 2000).

Στο σύνδρομο καχεξίας υποχρεώνεται ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών με κακοήθεια του μαστού που βρίσκονται σε προχωρημένη φάση της νόσου (Kadam et al. 2020, Aoyagi et al. 2015, Loprinzi & Jatoi, 1993). Μέσα από μια μελέτη που διεξάχθηκε σε καρκινοπαθείς, στους οποίους και στις οικογένειες τους παρασχέθηκε ενεργός καθολική περίθαλψη, εξακριβώθηκε πως η ανορεξία/καχεξία, η εξασθένηση και το άλγος κατέχουν θέση στα 5 πιο εκνευριστικά συμπτώματα, ειδικά για τα άτομα που βρίσκονταν κοντά στον θάνατο. Συμπτώματα όπως είναι η κούραση, η εξασθένηση και η χαμηλού επιπέδου Ποιότητα ζωής συνδέονται με την καρκινική καχεξία. Επιπλέον, προέκυψε πως η συχνότητα εμφάνισης της ανορεξίας/καχεξίας και της εξουθένωσης ήταν μεγαλύτερη από του άλγους. Είναι λοιπόν δυνατό να αντιληφθούμε πως τα άτομα που υποφέρουν από τα παραπάνω συμπτώματα και σημεία δεν απαντούν με ικανοποιητικό τρόπο στους συντελεστές της χημειοθεραπείας, εμφανίζουν υψηλό βαθμό τοξικότητας από τους συντελεστές αυτούς και έχουν αρκετά σύντομη διάρκεια επιβίωσης (Kadam et al. 2020, Aoyagi et al. 2015, Loprinzi & Jatoi, 1993).

Η συχνότητα εμφάνισης και εξάπλωσης της καχεξίας μεγαλώνει σε ποσοστό, από 50% σε περισσότερο από 80%, πριν επέλθει η απώλεια της ζωής και σε υψηλότερο ποσοστό από το 20%-40% των πασχόντων με καρκινογένεση, η καρκινική καχεξία αποτελεί το βασικότερο αίτιο θνησιμότητας (Kadam et al. 2020, MacDonald et al. 2003, Inui, 2002). Για τον λόγο αυτό, ύψιστη είναι η ανάγκη για πάρσιμο ενεργειών που θα συμβάλουν στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος (Inui, 2002).

5.5 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αντιμετώπιση της κακοήθειας του μαστικού αδένου με την χειρουργική μέθοδο αναγνωρίζεται ως η βάση της θεραπευτικής της αντιμετώπισης. Επιπλέον, η εφαρμογή της δύναται να γίνει και με σκοπό την ελάττωση της ισχύος και της συχνότητας των συμπτωμάτων την πάθησης (Yarbro et al. 2011). Παρόλα αυτά, είναι γνωστό πως ύστερα από οποιαδήποτε διεκπεραίωση χειρουργικής επεμβατικής μεθόδου έπονται και ενδεχόμενες επιπλοκές. Η συνολική ποιότητα υγείας, η ηλικιακή ομάδα, ένα ατομικό ιατρικό ιστορικό με προηγούμενες παθήσεις καθώς και το είδος του χειρουργείου στο οποίο θα υποβληθεί η πάσχουσα, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη επιπλοκών μετά την επέμβαση (Cole, 2006). Το άλγος, η καταπληξία, το ελαττωμένο πλάτος κινητικότητας του βραχίονα/ώμου, το

λεμφοίδημα, οι λοιμώξεις, η δημιουργία θρόμβων, οι αιμορραγίες και τα προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν κάποιες από τις επιπλοκές αυτές (Yarbro et al. 2011).

Η πρόκληση καταπληξίας/σοκ είναι μια από τις συνηθέστερες επιπλοκές που δύναται να προκύψουν από την χειρουργική επέμβαση, όπως επίσης και η αιμορραγία. Ένα σοβαρό αιμορραγικό επεισόδιο συνιστά αίτιο πρόκλησης καταπληξίας (Cole, 2006). Η καταπληξία είναι επικίνδυνη και μπορεί να έχει αρνητική έκβαση για την ζωή του πάσχοντος και συνδέεται με την ανεπάρκεια του κυκλοφορικού συστήματος. Εξαιτίας του μειωμένου παρεχόμενου οξυγόνου, της ελλιπής χρήσης του και της υψηλής δαπάνης αίματος, παρουσιάζεται υποξία των ιστών και των κυττάρων. Αν και η κατάσταση αυτή αρχικά είναι αντιμετωπίσιμη, το άτομο δύναται να χάσει την ζωή του λόγω της πολυοργανικής ανεπάρκειας στην οποία οδηγεί η καταπληξία (Pozzi et al 2016).

Μία άλλη κοινή επιπλοκή που κάνει την εμφάνιση της μετά από την εκτέλεση της χειρουργικής πράξης, αποτελεί το δευτερογενές λεμφοίδημα, το οποίο οφείλεται στην τομή του λεμφικού κόμβου. Ο μεγάλος βαθμός επικινδυνότητας πρόκλησης λοιμώξεων, η πτώση της λειτουργικότητας του βραχίονα καθώς και τα συναισθήματα της πάσχουσας ως προς το είδωλο της, επηρεάζονται από τις επιπλοκές που προκύπτουν από το λεμφοίδημα. Για τον λόγο αυτό, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις επιπλοκές αυτές. Επιπροσθέτως, οι πιθανότητες πρόκλησης λεμφοιδήματος πληθαίνουν όταν, εκτός από την τομή των λεμφαδένων της μασχάλης, υπάρχουν παράγοντες όπως είναι η μαστεκτομή, η παχυσαρκία, η σωματική ακινησία, στασιμότητα και ο μεγάλος αριθμός των λεμφαδένων που έχουν υποστεί εκτομή (DiSipio et al. 2013).

Όλο και περισσότερο διαπιστώνεται μέσω επιστημονικών τεκμηρίων πως το σωματικό βάρος των πασχόντων με καρκινογένεση του μαστού αποτελεί πιθανό συντελεστή για την εμφάνιση, σχετιζόμενου με την κακοήθεια του μαζικού αδένα, λεμφοιδήματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την μετα-ανάλυση των Wu et al. (2019) οι νοσούντες οι οποίοι είναι παχύσαρκοι θα πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή καθώς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για λεμφοίδημα μετά την κακοήθεια του μαστού σε σχέση με νοσούντες οι οποίοι είναι υπέρβαροι. Για τον λόγο αυτό απαραίτητο είναι να είμαστε σε θέση να ξεχωρίσουμε τον παχύσαρκο από τον υπέρβαρο πάσχοντα (Wu et al. 2019).

Οι νοσούντες με κακοήθεια στον μαστικό αδένα, που έχουν υποβληθεί σε χειρουργείο είναι πιθανό να έρθουν αντιμέτωποι με το «Σύνδρομο του Παγωμένου Ώμου» ή αλλιώς με την

Συμφυτική Θυλακίτιδα του ώμου. Το σύνδρομο αυτό απορρέει από τους μηχανισμούς της αντισταθμιστικής προστασίας ύστερα από την υλοποίηση της χειρουργικής πράξης (Ewald, 2011, Yarbrow et al. 2011). Αποτελεί ένα σύνθητες σύνδρομο με περιέργη εξέλιξη. Το ξαφνικό ή βαθμιαίο άλγος στον ώμο όπως επίσης και μειωμένη κινητικότητα της άρθρωσης προς όλες τις μεριές συνιστούν βασικά γνωρίσματα του. Συνήθως, στις ακτινογραφίες του ώμου στην συμφυτική θυλακίτιδα δεν παρουσιάζονται παθολογικά ευρήματα. Οι νοσούντες υφίστανται αυτό το βάσανο για αρκετό καιρό. Το άλγος είναι έντονο και γίνεται ακόμα περισσότερο τις νυχτερινές ώρες (Ewald, 2011).

Οι Jariwala & Kaur, (2021) πραγματοποίησαν μια περιγραφική μελέτη για τον επιπολασμό των δυσχερειών του βραχίονα/ώμου, όπου εμπεριέχεται και η ελαττωμένη δυνατότητα κίνησης των ώμων, το άλγος στους ώμους/βραχίονες και το λεμφοίδημα. Επιπλέον, είχε ως στόχο την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και την μελέτη της επίπτωσης των δυσχερειών του βραχίονα/ώμου στην ποιότητα ζωής. Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 212 επιζώντες από κακοήθεια του μαστικού αδένου. Ο μέσος όρος του χρόνου παρατήρησης ήταν τα 2,7 χρόνια. Στην κλίμακα προβλήματος Kwan's arm (KAPS), ο επιπολασμός των δυσχερειών του βραχίονα/ώμου ήταν 49%. Στο 51% ήταν ο επιπολασμός της ελαττωμένης δυνατότητας κίνησης των ώμων, στο 27% ο επιπολασμός του λεμφοιδήματος καθώς και στο 12% ο επιπολασμός του άλγους στον βραχίονα. Σύμφωνα με την χρήση της κλίμακας SF-36 το μικρότερο σκορ ποιότητας ζωής φαίνεται πως είχαν οι νοσούντες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες αναφορικά με τον βραχίονα/ώμο. Αυτό, ασκεί αξιοσημείωτες επιδράσεις στην περιληπτική αξιολόγηση με βαθμούς, των φυσικών και διανοητικών στοιχείων. Τα πιο δυσμενή σκορ, αναφορικά με τις δυσχέρειες του βραχίονα/ώμου, κατέχει το οίδημα των άκρων. Εύλογα λοιπόν οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως τα άτομα που κατάφεραν να παραμείνουν στην ζωή ύστερα από καρκίνο στον μαστό εμφανίζουν μεγάλο ποσοστό επιπολασμού των προβλημάτων του βραχίονα/ώμου. Τα θέματα αυτά πρέπει να αποκρουστούν με ταιριαστό τρόπο, μέσω των σχεδίων περίθαλψης επιζώντων.

Με την μελέτη των Jariwala & Kaur, (2021) συμφωνούν και οι Koca et al. (2020) καθώς και οι Nesvold et al. (2011). Στην μελέτη των Koca et al. (2020), στην οποία συμμετείχαν εξήντα επτά νοσούντες με κακοήθεια στον μαστό που είχαν υποστεί μαστεκτομή, εξακριβώθηκε ότι το λεμφοίδημα επιφέρει δυσχέρειες στην ποιότητα ζωής καθώς από τα αρχικά κιόλας στάδια του ασκεί επιδράσεις στην λειτουργικότητα του ώμου, των βραχιόνων και των χεριών. Η εξασφάλιση της αποτελεσματικής αποκατάστασης βασίζεται στην

παραδοχή και παρακολούθηση συντελεστών κινδύνου και των σημαδιών των επιπλοκών που προκύπτουν στο άνω άκρο. Οι Nesvold et al. (2011) μέσω της μελέτης τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως σε βάθος χρόνου το λεμφοίδημα, η μειωμένη ικανότητα κίνησης του βραχίονα/ώμου καθώς και το άλγος συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής για τα άτομα που κατάφεραν να επιζήσουν από καρκίνο του μαστικού αδένα.

Ένα μολυσμένο τραύμα θεωρείται μια επιπλοκή αρκετά σημαντική, η οποία επιδέχεται προσοχής. Ένα μολυσμένο χειρουργικό τραύμα επουλώνεται με αργούς ρυθμούς. Η μόλυνση είναι δυνατόν να φτάσει σε κοντινούς ιστούς και όργανα. Ακόμα, μέσω της αιματικής ροής υποβοηθείται η μετακίνηση της μόλυνσης και στα πιο μακρινά μέρη του σώματος (Cole, 2006).

Τα προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος, η εν τω βάθει θρόμβωση των φλεβών καθώς επίσης και η παροδική ανικανότητα αδειάσματος της ουροδόχου κύστης ή αποβολής των ούρων είναι μερικές ακόμα επιπλοκές που προκύπτουν από την χειρουργική επέμβαση. Οι πάσχοντες δύναται να εμφανίσουν αναπνευστικά προβλήματα στην περίπτωση που δεν τους χορηγηθεί η αναγκαία ποσότητα οξυγόνου τις πρώτες σαράντα οκτώ ώρες ύστερα από το χειρουργείο. Όσο αναφορά την παροδική αδυναμία αποβολής των ούρων που εμφανίζουν οι νοσούντες υπεύθυνο είναι το φάρμακο που εφαρμόζεται για την αναισθησία (Cole, 2006).

5.6 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σπουδαίο ρόλο στην καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού και στον έλεγχο της νόσου διαδραματίζει η θεραπευτική μέθοδος της χημειοθεραπείας. Επίσης, απαλύνει και μετριάζει τα συμπτώματα που προκύπτουν από την ασθένεια. Η χημειοθεραπεία έχει επιβεβαιωθεί ως το βασικό αίτιο για τα υψηλότερα ποσοστά διατήρησης της ζωής των καρκινοπαθών (Yarbro et al. 2011).

Παρόλες αυτές τις θετικές απολαβές από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας, τις περισσότερες φορές τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δύνανται να δημιουργήσουν παρενέργειες (ΕΟΠΕ, 2013, Pennery, 2005). Το χρονικό διάστημα που απαιτεί η θεραπεία, το είδος και η δοσολογία των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων συμβάλουν στην δημιουργία ανεπιθύμητων ενεργειών (Pennery, 2005). Η αλωπεκία, η ελάττωση του ποσοστού των κυττάρων του αίματος, η ναυτία, ο εμετός, η διάρροια ή η δυσκοιλιότητα, η έλλειψη όρεξης

και γεύσης, η στοματίτιδα, οι μικρού βαθμού αλλοιώσεις του δέρματος και των νυχιών καθώς και η περιφερική νευροπάθεια συνιστούν τις συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Στο γυναικείο πληθυσμό που βρίσκεται στην φάση πριν την παύση της έμμηνου ρύσης υπάρχει πιθανότητα πρόκλησης τερματισμού της, ξηρότητας του κόλπου, αναστάτωσης με ερυθρότητα και αίσθηση υψηλής θερμοκρασίας, πρόκλησης έκχυσης ιδρώτα, διαταραχών της διάθεσης καθώς και υπογονιμότητας. Άλλες παρενέργειες οι οποίες εμφανίζονται σπάνια αλλά φέρουν μεγάλη βαρύτητα στην υγεία είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου και οι δυσχέρειες στην λειτουργία του ήπατος και των νεφρών (ΕΟΠΕ, 2013). Η καρδιακή ανεπάρκεια, η πρόκληση εμβολής από κάποιον θρόμβο, η υπέρταση μεγάλης σοβαρότητας και οι αρρυθμίες οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν και σε απώλεια της ζωής, συνιστούν επίσης παρενέργειες που δύνανται να οδηγήσουν σε τερματισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης της κακοήθειας και επιφέρουν ελάττωση του επιπέδου ποιότητας ζωής των ασθενών (Yarbro et al. 2011).

Συχνό είναι το φαινόμενο, ο γυναικείος πληθυσμός που ανήκει σε νεαρές ηλικιακές ομάδες να αντιμετωπίζει αλλαγές στην έμμηνου ρύση ως ανεπιθύμητο προϊόν από την χημειοθεραπεία. Η τυχόν πρόκληση παύσης την περιόδου νωρίτερα του φυσιολογικού όπως επίσης και η ακαρπία/αγονία, ενδέχεται να παραμείνουν εφόρου ζωής. Οι παρενέργειες αυτές εάν συμβούν, ειδικά σε γυναίκες μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων, ενισχύουν τις πιθανότητες εμφάνισης οστεοπόρωσης (Pennery, 2005).

Την εμφάνιση τους δύνανται να κάνουν οι λοιμώξεις, καθώς το ποσοστό των λευκών αιμοσφαιρίων είναι μειωμένο. Το αίσθημα της κόπωσης των πασχόντων εξαιτίας του μικρού ποσοστού ερυθρών αιμοσφαιρίων αποτελεί παρενέργεια της χρήσης χημειοθεραπείας όπως επίσης και η αιμορραγία και οι εκχυμώσεις ύστερα από αβλαβή χτυπήματα, οι οποίες οφείλονται σε λιγιστό αριθμό αιμοπεταλίων (Pennery, 2005).

Η αλωπεκία δύναται να προκληθεί από τις θεραπευτικές μεθόδους της χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας, της στοχευμένης θεραπείας ή της ορμονοθεραπείας. Η φαρμακευτική αγωγή η ποσότητα των φαρμάκων που λαμβάνει και το πόσο συχνά επαναλαμβάνονται οι χημειοθεραπευτικοί κύκλοι συνδέονται με το πόσο μικρό ή μεγάλο θα είναι το ποσοστό της πτώσης τριχών του σώματος. Η αλωπεκία είναι δυνατόν να είναι διασκορπισμένη, πλήρης, μερική ή περιφερειακή. Μπορεί να υπάρξουν ουλές, φλεγμονές δέρματος, πτώση των βλεφαρίδων, απώλεια φρυδιών και τριχών που υπάρχουν στο σώμα καθώς επίσης

ελαττώνεται η ποιότητα και η σύσταση των μαλλιών. Η απώλεια αυτή των τριχών θεωρείται από τις καρκινοπαθείς μια από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας, η οποία τις τρομοκρατεί περισσότερο (Jedlickova et al. 2019). Είναι μια αγχωτική κατάσταση, επηρεάζει την εικόνα σώματος τους, διαταράσσει τους προσωπικούς και κοινωνικούς του δεσμούς και επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχολογική τους υγεία. Για τον λόγο αυτό, δεν είναι λίγες οι φορές όπου οι νοσούντες δεν δέχονται την εφαρμογή της μεθόδου αυτής και κατ' επέκταση την συνέχιση της θεραπείας (Jedlickova et al. 2019, Πολυκανδριώτης και συν. 2005).

Παρόλο που η παρενέργεια της αλωπεκίας αναγνωρίζεται ως παροδική, πολλοί είναι οι καρκινοπαθείς οι οποίοι κάνουν λόγο για παραμονή της, πολλά χρόνια ύστερα από την ολοκλήρωση των χημειοθεραπειών. Σύμφωνα με μια μελέτη των Kang et al. (2019) το ποσοστό των ασθενών που έλαβαν μέρος και είχαν μόνιμη αλωπεκία προερχόμενη από χημειοθεραπεία σε έξι μήνες ήταν 39,5%. Το ποσοστό των καρκινοπαθών που είχαν μόνιμη αλωπεκία λόγω χημειοθεραπείας σε 3 χρόνια ήταν 42,3%. Στην πλειονότητα των νοσούντων με μόνιμη αλωπεκία χαρακτηριστική ήταν η ελλειπής και ανολοκλήρωτη επανεμφάνιση των μαλλιών. Οι πιθανότητες να εμφανιστεί μόνιμη αλωπεκία προερχόμενη από χημειοθεραπεία στους καρκινοπαθείς ήταν περισσότερες με την χρήση ταξάνης, σε σύγκριση με τους πάσχοντες που λάμβαναν άλλα είδη χημειοθεραπείας. Η συχνότερα εμφανιζόμενη δυσχέρεια ήταν η αραίωση των μαλλιών. Αμέσως μετά έρχεται η ελάττωση του όγκου των μαλλιών και στην συνέχεια με ίδια συχνότητα εμφάνισης η πτώση των τριχών και το γκριζάρισμα των μαλλιών.

Μια άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι η αναιμία. Καθώς η θεραπεία προχωράει τόσο περισσότερο χειροτερεύει η κατάσταση της αναιμίας. Παρόλα αυτά, ακόμα και με μειωμένα ποσοστά αιμοσφαιρίνης δεν επηρεάζεται η λειτουργικότητα των καρκινοπαθών. Το ίδιο συμβαίνει και με την παρενέργεια της θρομβοκυτταροπενίας, η οποία εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα αλλά η πρόκληση ιδιαίτερα μικρών τιμών του αίματος τα οποία χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση είναι σπάνια (Pennery, 2005, Foley, 2000, Ong et al. 2000).

Το γαστρεντερικό σύστημα υφίσταται, λόγω της τοξικότητας των σκευασμάτων που χορηγούνται κατά την χημειοθεραπεία, την εμφάνιση μεγάλου αριθμού συνδρόμων. Κατά κύριο λόγο οι παρενέργειες που δημιουργούνται από την χημειοθεραπεία στο γαστρεντερικό

είναι η οξεία φλεγμονή του βλεννογόνου, η σοβαρή φλεγμονή στο εσωτερικό του στόματος, η ναυτία και ο εμετός, η διάρροια, η δυσκοιλιότητα, η αδυναμία απορρόφησης θρεπτικών συστατικών, η πρόκληση ηπατικών βλαβών κ.ά. (Πολυκανδριώτη και συν. 2005).

Η ύπαρξη ενός ερεθισμένου σε μεγάλο βαθμό στοματικού βλεννογόνου δύναται να οδηγήσει σε διαταραχές κατάποσης και κατά συνέπεια σε ελάττωση του σωματικού βάρους καθώς επίσης και σε διατάραξη της ικανότητας του ατόμου για επικοινωνία με τον κοινωνικό του περίγυρο. Οι δυσμενείς αυτές επιπτώσεις που οφείλονται στην στοματίτιδα υπάρχει πιθανότητα να είναι οξείες ή και χρόνιες (Finlay, 2000).

Από τις πιο συχνές εμφανιζόμενες παρενέργειες αποτελούν η ναυτία και ο εμετός (Πολυκανδριώτης και συν. 2005). Περίπου το 25 % των καρκινοπαθών εκδηλώνουν ναυτία και εμετό. Τις περισσότερες φορές οι επιδράσεις αυτές διενεργούνται πριν την εφαρμογή της χημειοθεραπευτικής μεθόδου. Η εκδήλωση της οξείας φάσης της ναυτίας και του εμετού πραγματοποιείται από λίγα λεπτά μέχρι και 1 με 2 ώρες ύστερα από την χημειοθεραπεία. Ο περιορισμός τους συχνά επιτυγχάνεται μέσα σε 24 ώρες (Foley, 2000). Αρνητικές επιδράσεις που μπορεί να προκύψουν από την ναυτία και τον εμετό είναι οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών, η αφυδάτωση, η διακοπή του φαγητού και κατ' επέκταση η μείωση του βάρους σώματος (Πολυκανδριώτης και συν. 2005).

Οι Lavdaniti et al. (2020) διεξήγαγαν μια μελέτη με στόχο τον υπολογισμό της ναυτίας και του εμετού σε πάσχοντες με καρκίνο καθώς και την απήγηση που έχουν ως προς την ποιότητα ζωής τους, στην διάρκεια δύο κύκλων χημειοθεραπείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον κύκλο 2 χημειοθεραπείας το 16% των καρκινοπαθών εκδήλωσε οξύ εμετό και το 14% καθυστερημένο εμετό. Το 27,5 % εκδήλωσε οξεία ναυτία ενώ στο 38% η ναυτία ήταν καθυστερημένη. Αναφορικά με τον κύκλο 3, το 17,5% παρουσίασε οξύ εμετό και το 15% καθυστερημένο. Οξεία ναυτία παρουσίασε το 29,5% των πασχόντων και καθυστερημένη ναυτία το 36,5%. Συγκρίνοντας τους κύκλους 2 και 3 παρατηρήθηκε αξιόλογη διαφορά ανάμεσα τους ως προς την σοβαρότητα του οξύ εμετού. Το ίδιο συνέβη με την σοβαρότητα της οξείας ναυτίας. Στατιστικά σημαντική ήταν η σύνδεση της σοβαρότητας της οξείας ναυτίας με την ευεξία ως προς το σώμα, την λειτουργικότητα, τα συναισθήματα καθώς επίσης και το συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής στα δύο σημεία μέτρησης. Η ηλικιακή ομάδα, το φύλο, το επίπεδο μόρφωσης, η επαγγελματική ζωή, η οικογενειακή ζωή, το είδος της καρκινογένεσης καθώς και οι διατροφικές συνήθειες συνδέονται σε μεγάλο

ποσοστό με το ολοκληρωμένο σκορ της ποιότητας ζωής. Μέσα από την μελέτη επαληθεύτηκε η μεγάλη βαθμού σημασία που έχουν η ναυτία και ο εμετός ως κλινικά προβλήματα, όπως επίσης και η επίδραση που ασκούν στην ποιότητα ζωής.

Η διάρροια που απορρέει από την χρήση χημειοθεραπείας ή ακτινοβολίας είναι δυνατόν να οδηγήσει σε αφυδάτωση, μείωση των αποθεμάτων υγρών, διαταραχές των ηλεκτρολυτών και σε κακή κατάσταση θρέψης. Όλα τα παραπάνω απαιτούν νοσηλεία για την αντιμετώπιση τους. Όταν η διαρροϊκές κενώσεις είναι συνεχείς και δεν μπορούν πλέον να ελεγχθούν, η κατάσταση θεωρείται κρίσιμη, καθώς η δόση της χημειοθεραπείας δύναται να υποστεί μείωση και το άτομο μπορεί να καταλήξει μέχρι και στον θάνατο (Shaw & Taylor, 2012).

Η εμφάνιση δυσκοιλιότητας συνήθως οφείλεται στην ανορεξία που μπορεί να εμφανίσει ο άρρωστος, την χημειοθεραπευτική μέθοδο, στην χρήση φαρμάκων που επιτυγχάνουν την εξάλειψη του άλγους και από την χορήγηση θεραπείας για την διακοπή του εμετού. Το φάρμακο βινορελβίνη που χορηγείται ως θεραπεία στην κακοήθεια του μαζικού αδένου έχει την ικανότητα δημιουργίας σοβαρής δυσκοιλιότητας η οποία οφείλεται στην μείωση της ταχύτητας των νεύρων που προκαλούν ενεργοποίηση της αντίδρασης του εντέρου (Finlay, 2000).

Μια από τις πλευρές της καρδιολογίας και ογκολογίας στην οποία δίνεται μεγάλο βάρος είναι η καρδιοτοξικότητα, η οποία οφείλεται στην χημειοθεραπευτική μέθοδο. Οι παρενέργειες της καρδιοτοξικότητας είναι αρκετά επικίνδυνες για την πορεία της νόσου καθώς συχνά δεν εμφανίζονται κάποια συμπτώματα για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα (Yarbro et al. 2011). Οι ζημιές που δύναται να υποστεί η καρδιά είναι πιθανό να οδηγήσουν σε ελάττωση της καλύτερης δυνατής θεραπευτικής μεθόδου κατά του μαστικού καρκίνου. Επιπλέον, πληθώρα των επιζήμιων αλλαγών που δημιουργούνται στο μυοκάρδιο από την τοξικότητα των φαρμάκων δύναται να μην επιδέχονται διόρθωση και επαναφορά στην προηγούμενη καλή κατάσταση (Altena et al. 2009).

Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν να προκαλέσουν περιφερική νευροπάθεια. Με βάση τα νεύρα που επιδέχονται επιδράσεις αντίστοιχα είναι και τα συμπτώματα της νευροπάθειας. Τα νεύρα των άνω και κάτω άκρων είναι τα συχνότερα επηρεασμένα. Όσο προχωράει η χημειοθεραπεία, τα συμπτώματα, όπου αρχικά δεν ήταν έντονα, γίνονται όλο και πιο ισχυρά (Col et al. 2005, Ong et al. 2000).

5.7 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί μια θεραπευτική μέθοδο η οποία δεν επιφέρει κανέναν πόνο κατά την εκτέλεση της. Παρόλα αυτά η ακτινοβολία προκαλεί βλάβες ή εξουδετερώνει εκτός από τα κακοήθη κύτταρα και τα υγιή. Οι πιο συχνά εμφανιζόμενες παρενέργειες που προκύπτουν από την ακτινοθεραπεία είναι το αίσθημα κόπωσης, η αίσθηση βάρους και πρηξίματος στον μαζικό αδένα, δερματικές αλλοιώσεις όπως η δημιουργία εγκαύματος με ερύθημα ή σκούρα χρώση του δέρματος στην περιοχή που εφαρμόζεται η ακτινοθεραπεία, η δημιουργία λεμφοειδήματος. Με μικρότερη συχνότητα προκύπτουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ελάττωσης του ποσοστού των κυττάρων του αίματος, της σμίκρυνσης σε πολύ μικρό βαθμό του μαζικού αδένα, καθώς και της δημιουργίας ενός αρκετά σκληρού μαστού. Η σμίκρυνση του μαστού δύναται να εμφανιστεί μήνες μετά την θεραπευτική αγωγή και να παραμείνει εφ' όρου ζωής. Επιπλέον μια ακόμα παρενέργεια, η οποία συμβαίνει πιο σπάνια είναι η ιδιαίτερα μεγάλη διεύρυνση του μαστού. Η διεύρυνση αυτή μπορεί να διαρκέσει για πολλά έτη (Cole et al. 2005).

Παρενέργειες όπως είναι το λεμφοίδημα, η δυσκολία κίνησης του ώμου, η ατροφία του μαστικού αδένα, η τελαγγειεκτασία, η περικαρδίτιδα, και το σπάσιμο των οστών, τα οποία δύναται να παρουσιαστούν μήνες ή και έτη μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας, έχουν μικρή συχνότητα εμφάνισης. Παρόλα αυτά είναι πιθανό να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην ζωή του ασθενούς καθώς μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στην απώλειά της (Col et al. 2005, Yarnold, 2002).

Η κόπωση συνιστά την συνηθέστερα εμφανιζόμενη παρενέργεια της ακτινοθεραπευτικής μεθόδου. Αυτό οφείλεται στις καύσεις υψηλών τιμών ενέργειας που πραγματοποιεί ο οργανισμός κατά την περίοδο εφαρμογής της θεραπευτικής μεθόδου. Η ανεπιθύμητη αυτή αντίδραση είναι δυνατόν έχει χαμηλή μέχρι και μέτρια ένταση. Η απότομη αύξηση της παρουσιάζεται τις περισσότερες φορές γύρω στην τέταρτη εβδομάδα της ακτινοθεραπείας. Ακόμα και μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας, η παρενέργεια αυτή της κόπωσης δύναται να συνεχιστεί από τέσσερις μέχρι και έξι εβδομάδες (Hilley, 2008).

Αναφορικά με την τοξικότητα του δέρματος που κάνει την εμφάνιση της κατά την εφαρμογή ακτινοθεραπευτικής αγωγής, το πόσο μεγάλο ή μικρό θα είναι το επίπεδο της

τοξικότητας και κατά συνέπεια της βλάβης, εξαρτάται από το χρονικό διάστημα χρήσης ακτινοθεραπείας, την ενέργεια των ακτινών, η ορισμένη ποσότητα της, καθώς και η περιοχή στην οποία διεξάγεται η θεραπεία με ακτίνες. Επιπλέον, ο βαθμός της τοξικότητας στο δέρμα συνδέεται και με συγκεκριμένους για την κάθε νοσούσα παράγοντες, όπως είναι ο τύπος του δέρματος ή η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη. Η αρχική δερματική απάντηση ύστερα από την ακτινοθεραπεία παρουσιάζεται μέσα σε διάστημα λίγων ωρών και είναι η ερυθρότητα του δέρματος με μικρή διάρκεια παραμονής. Η ερυθρότητα μπορεί να παραμείνει 24 με 48 ώρες και έπειτα αρχίζει να κοπάζει (Hilley et al. 2008).

Μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας, εντός των πρώτων εβδομάδων δύναται να δημιουργηθεί πρήξιμο στο μαζικό αδένα. Το πρήξιμο αυτό διακρίνεται από αύξηση του πάχους του δέρματος και των οστών. Η μείωση του οιδήματος είναι δυνατόν να συμβεί σε εβδομάδες, μήνες και σε ορισμένες περιπτώσεις μετά από χρόνια (Hilley et al. 2008).

Πιθανή είναι η εμφάνιση πνευμονίτιδας προερχόμενη από την θεραπεία με ακτίνες. Η δυσμενής αυτή επίπτωση χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην αναπνοή, πυρεξία και μη παραγωγικό βήχα. Η πνευμονίτιδα συνήθως αντιμετωπίζεται πλήρως και δίχως να παρουσιαστούν επιπλέον προβλήματα, σε 6 με 8 εβδομάδες (Yarnold, 2002, Foley, 2000).

Η ακτινοθεραπεία δύναται να οδηγήσει σε καρδιομυοπάθεια, ιδιαίτερα σε περικαρδιακή εμπλοκή. Αυτή η καρδιακή νόσος που προκαλείται από την ακτινοβολία (Radiation Induced Heart Disease, RIHD), διακρίνεται από πληθώρα διαταραχών στο περικάρδιο, τις βαλβίδες στα στεφανιαία αγγεία καθώς και βλάβες στην αγγειακή αγωγιμότητα (Taunk et al. 2015). Η εφαρμογή ακτινοθεραπείας προκαλεί ίνωση του μυοκαρδίου η οποία επιφέρει ελάττωση της διασταλτικότητας του και καταλήγει σε εξώθηση μικρών ποσοτήτων αίματος. Εξαιτίας αυτού παρουσιάζονται πολύ συχνά αρρυθμίες, μείωση της καρδιακής λειτουργίας για μεγάλα χρονικά διαστήματα και αύξηση της αθηροσκλήρωσης (Madan et al. 2015, Taunk et al. 2015).

Το λεμφοίδημα, το οποίο έχει αναλυθεί προηγουμένως, συνιστά την παρενέργεια με την μεγαλύτερη βαρύτητα από την χρήση της ακτινοθεραπευτικής μεθόδου στην κακοήθεια του μαζικού αδένα, καθώς εκτός από όλες τις ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις που επιφέρει, στην πλειονότητα των περιστατικών δεν μπορεί να επιτευχθεί ίαση του (Col et al. 2005, Yarnold, 2002). Επίσης η δυσκολία κάμψης του ώμου τις περισσότερες φορές οφείλεται στην ζημιά που έχουν υποστεί οι μύες, το δίκτυο των αγγείων και οι αρθρώσεις. Το

λεμφοίδημα ή η ζημία που έχει προκληθεί στα νεύρα συνδέονται επίσης με την ελαττωμένη κινητικότητα του ώμου (Greendale et al. 2001).

5.8 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι ανεπιθύμητες επιδράσεις τις ορμονοθεραπείας εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα σε γυναίκες με κακοήθεια του μαστού. Το φάρμακο το οποίο λαμβάνει η πάσχουσα συνδέεται με της αρνητικές αυτές επιδράσεις. Οι επιπτώσεις από την λήψη Ταμοξιφαίνης μοιάζουν με τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι γυναίκες στην φάση της εμμηνόπαυσης. Οι εξάψεις, οι εφιδρώσεις, τα προβλήματα και οι αλλαγές της περιόδου, η κεφαλαλγία, οι αυξημένες εκκρίσεις από τον κόλπο ή ο ξηρός με φαγούρα κόλπος, καθώς και η ελάττωση της επιθυμίας για σεξουαλική δραστηριότητα, συνιστούν τις συνηθέστερα εμφανιζόμενες παρενέργειες. Η κόπωση, ο εμετός, η ναυτία και η εμφάνιση εξανθήματος στο δέρμα αποτελούν επιπτώσεις οι οποίες εμφανίζονται με μικρότερη συχνότητα. Το μεγάλο ποσοστό πρόκλησης φλεβικής θρόμβωσης, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε πρόκληση πνευμονικής εμβολής καθώς και η δημιουργία κακοήθειας του ενδομήτριου αναγνωρίζονται ως παρενέργειες μεγάλης επικινδυνότητας, των οποίων όμως η εμφάνιση δεν είναι συχνή. Μια ακόμα ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η δημιουργία βλάβης στους οφθαλμούς και ιδιαίτερα η πολύ συχνή πρόκληση καταρράκτη. (ΕΟΠΕ, 2013, Μαρκόπουλος, 2010).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες προερχόμενες από τους αναστολείς Αρωματάσης, οφείλονται στην πρόκληση στέρησης του οργανισμού σε οιστρογόνα. Οι πιο συνηθισμένες είναι η κόπωση, τα ανεβασμένα επίπεδα χοληστερίνης, ο πόνος στους μύες και τις αρθρώσεις καθώς και η οστεοπόρωση, η οποία ευνοεί την πρόκληση καταγμάτων (ΕΟΠΕ, 2013, Μαρκόπουλος, 2010).

Κάποιες καρκινοπαθείς υφίστανται αλλοιώσεις του σωματικού τους ειδώλου. Τέτοιες αλλοιώσεις συνιστούν η αύξηση του σωματικού βάρους λόγω της λήψης προγεστερόνης, η οποία προκαλεί αύξηση της όρεξης των νοσούντων, η μείωση της πυκνότητας των τριχών της κεφαλής, από την λήψη ταμοξιφαίνης καθώς και αύξηση της λιπαρότητας του δέρματος, από την λήψη προγεστερόνης (Resnik et al. 2001, Foley, 2000).

Οι Chang et al. (2016) διεξήγαγαν μια μελέτη, στην οποία έλαβαν μέρος 253 άτομα που κατάφεραν να επιβιώσουν από την κακοήθεια του μαστού. Οι επιζώντες μίλησαν για το

ιστορικό κακοήθειας, τις εξάψεις, τις διαταραχές του ύπνου, την σφοδρότητα του άλγους, την σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχεδόν ο μισός πληθυσμός των επιζώντων έκαναν λόγο για την εμφάνιση το λιγότερο μιας έξαψης μέσα στο τελευταίο εικοσιτετράωρο ή την τελευταία εβδομάδα. Παρότι η βαρύτητα των εξάψεων ήταν μεσαίου βαθμού ή χωρίς την εκδήλωση συμπτωμάτων, οι επιζώντες που παρουσίαζαν την παρενέργεια των εξάψεων, υπέφεραν από πληθώρα σοβαρών διαταραχών ως προς τον ύπνο και από αυξημένα επίπεδα άλγους, σε αντίθεση με εκείνους που δεν εμφάνιζαν εξάψεις. Οι πληθώρα των διαταραχών του ύπνου, τα ανεβασμένα επίπεδα βαρύτητας του άλγους καθώς και η υψηλότερη ψυχολογική δυσλειτουργία συνδέονται με την βαρύτητα των εξάψεων. Τέλος, άτομα που είχαν υποστεί περιορισμό των ορμονών καθώς και τα άτομα μικρής ηλικιακής ομάδας προμήνυαν την εμφάνιση εξάψεων. Έτσι, η μελέτη αυτή οδήγησε στο συμπέρασμα πως η εμφάνιση των εξάψεων είναι μια ιδιαίτερα συχνή κατάσταση, συνδεδεμένη με ανεπιθύμητα συμπτώματα και με πολύ χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής για τους επιζώντες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Λεπτομερείς είναι οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία έτη προκειμένου να εκτιμηθεί η ψυχολογική θέση στην οποία βρίσκονται οι καρκινοπαθείς, καθώς και η ποιότητα ζωής τους. Τα δεδομένα των μελετών αυτών υποδεικνύουν πως παράγοντες όπως είναι το χρονικό διάστημα της διάγνωσης, το διάστημα εφαρμογής θεραπείας, ο τύπος της θεραπευτικής μεθόδου που εφαρμόζεται στην συνέχεια καθώς και τα κοινωνικά και δημογραφικά γνωρίσματα, συνδέονται με την ψυχολογική υγεία και την ποιότητα ζωής (Ho et al. 2013).

Η κακοήθεια του μαστού επιφέρει τόσο σωματικό όσο και ψυχικό πόνο. Οι νοσούντες στους οποίους επιβεβαιώνεται η καρκινογένεση υφίσταται σοκ για ένα μικρό διάστημα, σκεπτόμενοι τις δυσμενείς επιπτώσεις που θα επιφέρει αυτό στην ζωή τους. Βιώνουν στεναχώρια, κατάθλιψη, στρες, θυμό, ενοχή, διαταραχές ύπνου, ανορεξία και γίνονται πιο ευέξαπτοι με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε ανικανότητα διεκπεραίωσης καθημερινών ενεργειών. Οι σωματικές, οι ψυχολογικές και οι κοινωνικές πλευρές της ζωής των νοσούντων δέχονται αρνητικές επιπτώσεις από την εφαρμογή μαστεκτομής. Η σεξουαλικότητα τους καθώς και οι σεξουαλικές τους επαφές υφίστανται επιδράσεις εξαιτίας της αλλαγής του σωματικού τους ειδώλου (Barrow et al. 2018, Marker et al. 2018).

6.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Αρκετά συνηθισμένη κατάσταση για την ιατρική πράξη αποτελεί η συνδυαστική εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Η πλειοψηφία των πασχόντων που υποφέρουν από κατάθλιψη βρίσκονται αντιμέτωποι και με το άγχος. Έχει γίνει αντιληπτό πως η διάγνωση της κατάθλιψης συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με το καταθλιπτικό συναίσθημα, καθώς επίσης και η σοβαρότητα της κατάθλιψης έχει σχέση με τα συμπτώματα του άγχους. Η εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών αποτελούν προϊόν της ίδιας της διάγνωσης της ασθένειας, της θεραπευτικής μεθόδου που εφαρμόζεται καθώς και των ανεπιθύμητων ενεργειών αυτής (Barrow et al. 2018, Marker et al.

2018, Zhang et al. 2018, Jones et al. 2015). Η αντίστροφη κατάσταση ισχύει επίσης, καθώς η θετική ή η αρνητική πορεία της νόσου δύναται να επηρεαστεί από την ψυχολογική θέση στην οποία βρίσκεται η πάσχουσα (CDC staff, 2018).

Ο πάσχοντας με κακοήθεια καθώς και η οικογένειά του δέχονται επιπτώσεις σε ποικίλους τομείς του βίου τους. Η προσωπική ζωή, οι καθημερινές συνήθειες, ο επαγγελματικός τομέας και η οικογενειακή ζωή, αποτελούν τομείς οι οποίοι έχουν υποστεί μεταβολές λόγω της καρκινογένεσης (Barrow et al. 2018, Marker et al. 2018).

Παράγοντες με μεγάλη βαρύτητα που συνδέονται και αυξάνουν την εμφάνιση διαταραχών άγχους και κατάθλιψης στις καρκινοπαθείς του μαστού, συνιστούν:

- Η πορεία που ακολουθεί η ασθένεια
- Η ύπαρξη άλγους, κόπωσης, αλωπεκίας καθώς και οι υπόλοιπες παρενέργειες της χημειοθεραπευτικής μεθόδου, καθώς επιφέρουν δυσάρεστα συναισθήματα (Laird et al. 2011, McFarland et al. 2018, Zhang et al. 2018)
- Το αίσθημα της απομόνωσης (Jaremka et al. 2013)
- Η απελπισία και το αίσθημα ενός αμφίβολου μέλλοντος (Burgess et al. 2005)
- Η αλλαγές στην εικόνα του σώματος
- Η αυτοεκτίμηση (Ashing Giwa et al. 2004)
- Η απώλεια της θηλυκότητας, της θελκτικότητας, της ιδέας της μητρότητας, του τρόπου με τον οποίο βιώνει και εκφράζει τον εαυτό του ως σεξουαλικό όν η πάσχουσα (Μούσας και συν. 2012)
- Οι διαταραχές στην λειτουργικότητα και στην υλοποίηση καθημερινών ενεργειών
- Οι διαταραχές και οι αλλαγές των δεσμών και των ρόλων της πάσχουσα
- Η έλλειψη ελέγχου και οι δυσάρεστες σκέψεις της ασθενούς πως έχει χάσει την αυτονομία της (Crawford et al. 2005)
- Οι επιπλοκές ύστερα από χειρουργική επέμβαση (Peled et al. 2008)
- Η δυσχέρεια που εμφανίζει το άτομο στον εργασιακό τομέα καθώς και τα έξοδα με τα οποία βαρύνει οικονομικά την οικογένεια του (Ashing Giwa et al. 2004)
- Η ανακάλυψη της ύπαρξης της νόσου σε νεαρή ηλικία (Krane et al. 2018).
- Η προσωπικότητα της καρκινοπαθούς (Peled et al. 2008)
- Το ελλιπές μορφωτικό επίπεδο
- Η απουσία αρωγής από τον κοινωνικό περίγυρο

- Οι τυχόν ψυχολογικές διαταραχές που προϋπάρχουν (NIMH Staff, 2008).

Οι Nakamura et al. (2020) πραγματοποίησαν μελέτη για την εκτίμηση της κατάθλιψης και του άγχους σε καρκινοπαθείς του μαστικού αδένου σε πρώιμο στάδιο, στις οποίες εφαρμόζεται χημειοθεραπεία. Η μελέτη διεξάχθηκε σε 256 πάσχοντες, όπου το 26% έκανε λόγο για την ύπαρξη μεσαίου έως και σοβαρού βαθμού κατάθλιψης. Η ύπαρξη μεσαίου έως και σοβαρού βαθμού άγχους και φόβου κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας αναφέρθηκε από το 41%, όπου παρουσιάστηκε περίπου διπλασιασμός της συχνότητας εμφάνισης και εξάπλωσης αυτών των συμπτωμάτων σε σχέση με τα συμπτώματα αυτά πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας. Ο χειρότερος βαθμός λειτουργικότητας, το να μην είσαι παντρεμένος, η ελάττωση των κοινωνικών δραστηριοτήτων, η λήψη φαρμάκων τα οποία παρεμβαίνουν και τροποποιούν την ψυχική διάθεση, το να έχεις πάροχο ψυχικής υγείας, συνδέονται με ψυχιατρικά συμπτώματα με την μεγαλύτερη βαρύτητα. Με μεγαλύτερο βαθμό καταθλιπτικών διαταραχών και άγχους συνδέεται η μείωση των κοινωνικών δραστηριοτήτων. Έτσι, η μελέτη αυτή οδήγησε στο συμπέρασμα πως οι υπεύθυνοι ιατροί των καρκινοπαθών δεν λαμβάνουν υπόψη τους, στο βαθμό που θα έπρεπε, την κατάθλιψη και το άγχος που παρουσιάζουν οι νοσούντες. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής θα έπρεπε να χρησιμοποιηθούν από τους ιατρούς με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση της εξέτασης των ψυχικών αυτών επιπτώσεων.

Οι Shim et al. (2019) διεξήγαγαν μια μελέτη με στόχο να ερευνηθεί εάν ο κίνδυνος θανάτου των πασχόντων με κακοήθεια μαστικού αδένου μεγαλώνει στην περίπτωση ύπαρξης κατάθλιψης ή άγχους, καθώς και εάν η χορήγηση αγωγής κατά της κατάθλιψης θα ελαττώσει το ίδιο. Στην μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες 124.381 νοσούντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης οι πιθανότητες πρόκλησης θανάτου που συνδέονται με την κατάθλιψη και το άγχος είναι αυξημένες. Η ύπαρξη και των δύο διαταραχών μεγιστοποιεί ακόμα περισσότερο τις πιθανότητες θνησιμότητας. Η λήψη θεραπείας κατά της κατάθλιψης συνδέεται με ελαττωμένες πιθανότητες πρόκλησης θανάτου. Οι πάσχουσες που διαθέτουν κάποια ψυχιατρική συνυπάρχουσα ασθένεια ή και δεν τους χορηγείται αντικαταθλιπτική αγωγή παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να οδηγηθούν στο θάνατο σε σχέση με νοσούντες οι οποίοι δεν πάσχουν από ψυχιατρικές συνυπάρχουσες ασθένειες και δεν λαμβάνουν θεραπεία κατά της κατάθλιψης. Παρατηρήθηκε παρόλα αυτά ότι ο κίνδυνος θνησιμότητας υποχωρεί με την εφαρμογή αντικαταθλιπτικών θεραπειών. Η μελέτη αυτή οδηγεί στο συμπέρασμα πως ο κίνδυνος απώλειας της ζωής είναι αυξημένος στους νοσούντες

με καρκινογένεση οι οποίοι πάσχουν από ψυχιατρική συννοσηρότητα, καθώς και πως ο κίνδυνος αυτός ελαττώνεται με την λήψη αντικαταθλιπτικής θεραπείας.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 1002 άτομα που κατάφεραν να επιβιώσουν από την κακοήθεια, αναφέρονται δεδομένα, 5 χρόνων και 10 χρόνων μετά την διάγνωση της νόσου. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων των 5 και 10 ετών ήταν ασήμαντες. Η αγχώδης διαταραχή παρουσιάστηκε στο 9% και η κατάθλιψη στο 17%. Και στην ομάδα των 5 ετών και στην ομάδα των 10 ετών, προέκυψε πως οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης από τους άνδρες. Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα παρουσίαζαν μικρότερο ποσοστό άγχους και κατάθλιψης. Οι πάσχοντες κάτω των 60 εμφάνιζαν περισσότερη κατάθλιψη και άγχος σε σχέση με τον συνολικό πλήθος. Το αίσθημα του άγχους και της κατάθλιψης εμφάνισαν αυξημένη σύνδεση με τις οικονομικές δυσχέρειες, την διαδικασία λήψης, επεξεργασίας, αποθήκευσης και χρήσης πληροφοριών και την παγκόσμια ποιότητα ζωής. Μέσα από την μελέτη αυτή προκύπτει, πως η αρωγή της κοινωνίας και η συμβουλευτική, αναφορικά με την εργασιακή ζωή, φέρει την ίδια βαρύτητα με την ίαση των σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων προκειμένου να αποφευχθεί η πρόκληση των διαταραχών κατάθλιψης και ανησυχίας σε άτομα που επέζησαν για χρόνια από την κακοήθεια. Τα άτομα νεαρής ηλικίας και σε ηλικία εργασίας που επιβίωσαν από τον καρκίνο καθώς και οι γυναίκες επιζώντες, γίνεται φανερό πως είναι πιο ευπαθείς στην κατάθλιψη και το άγχος. Για τον λόγο αυτό μετά το πέρας της θεραπείας, ο γνωστικός περιορισμός θα πρέπει να εκτιμάται με προσήλωση στην μεγάλη διάρκεια επιβίωση της κακοήθειας, έτσι ώστε να μπορεί να επιτευχθεί η διάκριση τους από πιθανή ψυχολογική διαταραχή (Gotze et al. 2020).

Από άλλες μελέτες έχει προκύψει πως οι παθούσες με καρκινογένεση στο μαστικό αδένω, σε όλο το διάστημα εφαρμογής της θεραπευτικής μεθόδου, παρουσιάζουν άγχος με συχνότητα η οποία δύναται να πλησιάσει έως 93,6 %. Από την έναρξη της θεραπευτικής μεθόδου μέχρι και για πολλά έτη αργότερα από αυτήν, ο μέσος όρος για την ανεπιθύμητη ενέργεια της κατάθλιψης ήταν 15 %. Η κατάθλιψη και το άγχος δύναται να επιφέρουν μείωση στον βαθμό επιτυχίας των ιατρικών αποφάσεων, αυτοκτονικές συμπεριφορές, ανυπακοή και μη τήρηση της θεραπείας με αποτέλεσμα της πρόκληση περισσότερων επιπλοκών, επιδείνωσης της κατάστασης και επιπρόσθετες σωματικές βλάβες. Όλα τα παραπάνω συντελούν στην χειροτέρευση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών (Zhang et al. 2018, Akel et al. 2017). Ιδιαίτερα στις αρχές της θεραπευτικής αντιμετώπισης, οι πάσχουσες με καρκινογένεση στον μαστικό αδένω, παρουσιάζουν ένα όχι ιδιαίτερα αυξημένο

επίπεδο ποιότητας ζωής. Παρόλα αυτά, φαίνεται πως οι καρκινοπαθείς του μαστού όσο περνάει ο χρόνος εγκλιματίζονται με μεγαλύτερη επιτυχία συγκριτικά με πάσχοντες με άλλο είδος κακοήθειας (Υφαντής και συν. 2017, Jones et al. 2015).

Οι Yeh et al. (2019) διεξήγαγαν μελέτη σε 111 γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο με σκοπό να εξεταστούν οι παράγοντες που ασκούν επίδραση στην αγχώδη και καταθλιπτική διαταραχή, την αρωγή από την κοινωνία και την ποιότητα ζωής στις γυναίκες αυτές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης τάση εμφάνισης άγχους με μεσαίο επίπεδο ποιότητας ζωής παρουσίασε το 41,4%. Τάση εμφάνισης κατάθλιψης με μεσαίο βαθμό ποιότητα ζωής εμφάνισε το 24,3%. Τον μεγαλύτερο μέσο όρο ποιότητας ζωής είχε η φυσική υγεία. Στην συνέχεια, ακολουθούν με σειρά η περιβαλλοντική υγεία, οι κοινωνικοί δεσμοί και τελευταία η ψυχική υγεία. Το 18,5% με 37,0% της συνολικής διακύμανσης στα σκορ της ποιότητας ζωής, οφειλόταν στην ανησυχία, στην κατάθλιψη, στην αρωγή από την κοινωνία, και στους οικογενειακούς δεσμούς. Το άγχος αποτέλεσε τον παράγοντα πρόβλεψης της ποιότητας ζωής με την μεγαλύτερη βαρύτητα. Συμπερασματικά, προτείνεται η βελτίωση της αξιολόγησης της ανησυχίας, της κατάθλιψης και της κοινωνικής αρωγής στον κατάλληλο χρόνο, πριν είναι πολύ αργά. Ιδιαίτερα αυξημένη βαρύτητα και προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην συναισθηματική κατάσταση στα περιστατικά αυτά. Επίσης, ανάλογα με τις ανάγκες των πασχόντων θα πρέπει να παρέχονται και η αντίστοιχη ψυχολογική, κοινωνική αρωγή και παρεμβάσεις.

6.3 Η ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΒΙΩΣΑΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η μαστεκτομή αποτελεί ένα πολύ οδυνηρό γεγονός το οποίο λαβώνει την ψυχολογία της γυναίκας. Οι οικογενειακοί δεσμοί και η προσωπική ζωή της διαταράσσονται. Η πάσχουσα ώσπου να ενσωματωθεί στα νέα αυτά δεδομένα, έρχεται αντιμέτωπη με αισθήματα κατάθλιψης, οργής, απελπισίας και δεν μπορεί να αποδεχθεί την επίπονη αυτή κατάσταση (Beaumont, 2007).

Οι αλλοιώσεις της εικόνας σώματος, ο φόβος της απώλειας της ζωής, το σωματικό και ψυχικό άλγος, ο τρόπος αντιμετώπισης από το οικογενειακό της περιβάλλον, καθιστούν την κακοήθεια ένα βαθιά χαραγμένο σημάδι που θα φέρει για όλη της την ζωή. Το γεγονός αυτό οδηγεί την γυναίκα σε ανακαθορισμό των προσωπικών της δεσμών, της σχέσης με τον εαυτό

της, του τρόπου με τον οποίο βιώνει και εκφράζει τον εαυτό της ως σεξουαλικό όν και συνολικά του βίου της (Kolodziejczyk et al. 2019).

Για το γυναικείο φύλο ο μαστός συνδέεται άρρηκτα με την εικόνα του σώματος, την θηλυκότητα, την αυτοπεποίθηση την ικανότητα να γίνουν μητέρες καθώς και με την σεξουαλικότητα. Όταν μιλάμε για εικόνα σώματος εννοούμε τα αισθήματα που νιώθει η πάσχουσα για το σώμα της. Η εικόνα σώματος περικλείει το σωματικό είδωλο και τα ψυχολογικά αισθήματα που νιώθει η ασθενής για τον «πλήρη μαστό». Επιπλέον, είναι δυνατόν να αποτελέσει μείζον παράγοντα πρόγνωσης του τρόπου με τον οποίο εκφράζονται σεξουαλικά (Beaumont, 2007).

Η σεξουαλικότητα σχετίζεται με την εκτίμηση που τρέφουν οι γυναίκες για τον εαυτό τους και με την με την εικόνα που θέλουν να προβάλουν. Δεν αποτελεί απλά την επιθυμία για σεξουαλική επαφή. Η σεξουαλικότητα συνδέεται με το άγγιγμα, την προσωπικότητα, την οικειότητα. Σχετίζεται με τον ρόλο της γυναίκας στους δεσμούς της, στην οικογένεια της, στην εργασία της και την κοινωνία (Kowalczyk et al. 2018).

Οι γυναίκες οι οποίες κατάφεραν να επιβιώσουν από τον καρκίνο του μαστικού αδένου, παρουσιάζουν πολύ συχνά διαταραχές της σεξουαλικότητας. Μέχρι και στις πάσχουσες οι οποίες δεν έχουν υποστεί αφαίρεση μαστού ή που στην πορεία προέβησαν σε αποκατάσταση του μαστού, οι διαταραχές αυτές τις περισσότερες φορές καθώς περνάει ο καιρός δεν φαίνεται να αποκαθίστανται (Beaumont, 2007). Η εφαρμογή χειρουργικής επέμβασης, χημειοθεραπείας, ορμονοθεραπείας και ακτινοθεραπείας δύναται να προκαλέσουν πληθώρα αλλοιώσεων στην εικόνα σώματος και φέρουν πολλές επιπτώσεις ως προς το πως συνειδητοποιούν οι ασθενείς το σωματικό τους είδωλο (Kolodziejczyk et al. 2019). Οι πλειοψηφία των γυναικών δέχονται δυσμενείς επιδράσεις από τις ουλές που προκύπτουν από την χειρουργική θεραπευτική μέθοδο (Gass et al. 2019). Η κακοήθεια μπορεί, πέρα από τις ουλές από την αφαίρεση του μαστού, να επιφέρει κοκκίνισμα και άλγος στην προσβεβλημένη περιοχή, τριχόπτωση καθώς και διαταραχές του σωματικού βάρους, από τις υπόλοιπες μεθόδους θεραπείας (Beaumont, 2007).

Οι πάσχουσες βαθμιαία οδηγούνται σε αποστασιοποίηση από τον σύντροφο τους καθώς ανησυχούν για την εικόνα σώματος τους και αδυνατούν να εμφανίσουν στον δεσμό τους το καινούριο τους σωματικό είδωλο. Επίσης, λόγω του άγχους, που δημιουργείται από όλα τα παραπάνω είναι δυνατόν να δημιουργηθεί στην ασθενή ξηρότητα του κόλπου, με αποτέλεσμα

την πρόκληση ενός δυσχερούς και οδυνηρού ερωτικού δεσμού και πράξης. Ακόμα, όπως έχει ήδη προαναφερθεί, έναν ακόμα παράγοντα μειωμένης σεξουαλικότητας αποτελεί και η πρόκληση εμμηνόπαυσης νωρίτερα του φυσιολογικού, ως αποτέλεσμα των αντινεοπλασματικών θεραπειών (Beaumont, 2007).

Το είδος της χειρουργικής μεθόδου, το διάστημα ύστερα από το τέλος της θεραπευτικής μεθόδου, τα ποσοστά άγχους, η εφαρμογή ενισχυτικής χημειοθεραπείας, η ενίσχυση από τον σύντροφο και η αρκετά καλή ποιότητα του δεσμού, συνιστούν παράγοντες μεγάλης βαρύτητας για την σεξουαλική λειτουργία. Επίσης, οι παράγοντες αυτοί ασκούν σημαντικές επιδράσεις και στην σεξουαλική ποιότητα ζωής, καθώς και στην εικόνα του σωματικού ειδώλου των γυναικών που κατάφεραν να παραμείνουν στην ζωή ύστερα από καρκίνο του μαστού (Kowalczyk et al. 2018).

Σε μελέτη των Cobo-Cuenca et al. (2018), τα αποτελέσματα έδειξαν πως η σεξουαλική ικανότητα και δραστηριότητα υπέστη αλλαγές σε καρκινοπαθείς του μαστού. Το άλγος που ένιωθαν οι γυναίκες κατά την εισχώρηση του αντρικού μορίου, οι διαταραχές λίπανσης του κόλπου, η δυσλειτουργική επιθυμία και διέγερση συνιστούν τα βασικότερα προβλήματα των καρκινοπαθών. Το υψηλότερο ποσοστό σεξουαλικών διαταραχών εμφάνισαν οι πάσχουσες που είχαν υποστεί μαστεκτομή και στους δύο μαστικούς αδένες. Παρόλα αυτά τα δύο τρίτα των καρκινοπαθών που έλαβαν μέρος στην μελέτη ανέφεραν πως ήταν ευχαριστημένα από την έκβαση της σεξουαλικής τους δραστηριότητας. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ενήμερο των προβλημάτων αυτών που προκαλούν την σεξουαλική δυσλειτουργία, ώστε να μπορούν να επέμβουν αποτελεσματικά και να βοηθήσουν στην σεξουαλική ρύθμιση.

Οι Gass et al. (2017) διεξήγαγαν μελέτη με στόχο την αναζήτηση του αισθησιασμού του μαστού ανάμεσα σε καρκινοπαθείς του μαστού στις οποίες εφαρμόστηκε λομεκτομή, ή μαστεκτομή ή ανασυγκρότηση. Στόχο επίσης αποτελεί και η ανάλυση της σύνδεσης μεταξύ της μορφής της επέμβασης και της σεξουαλικής ικανότητας. Από τις 268 γυναίκες που έφεραν εις πέρας την έρευνα προκύπτει πως κατά την διάρκεια της οικειότητας, χωρίς να διαδραματίζει ρόλο η χειρουργική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, η σπουδαιότητα του τοιχώματος του μαζικού αδένος υπέστη σοβαρή ελάττωση. Ανάμεσα στην λομεκτομή, την μαστεκτομή και την ανασυγκρότηση δεν παρατηρήθηκε κάποια διαφορά ως προς την σεξουαλική λειτουργία. Από σύγκριση μεταξύ της λομεκτομής και της ανασυγκρότησης φαίνεται πως μεγαλύτερες βαθμολογίες κατέχει η λομεκτομή, ως προς την ευχαρίστηση για

το οπτικό αποτέλεσμα, ως προς την παραμονή του αισθησιασμού του μαζικού αδένου ως ένα όμορφο χάδι καθώς και ως προς την παραμονή του μαστού ως κομμάτι της οικειότητας. Από την μελέτη αυτή, επομένως προκύπτει το συμπέρασμα πως η ελάττωση του αισθησιασμού του μαζικού αδένου συνδέεται με την χειρουργική μέθοδο που θα εφαρμοστεί. Παρόλα αυτά, η λομεκτομή παρατηρείται πως συνδέεται με καλύτερη σεξουαλική ικανότητα μετά το χειρουργείο και με αυξημένα σκορ ευχαρίστησης αισθησιασμού και οπτικού αποτελέσματος του μαστού. Η χειρουργική συμβουλευτική δύναται να βοηθηθεί ακολουθώντας τις πληροφορίες αυτές καθώς ακόμα οι πληροφορίες αυτές μπορούν να συνεισφέρουν και στα αποτελέσματα παραμονής στην ζωή.

Σε άλλη μελέτη οι Archangelo et al. (2019) προσπάθησαν να εκτιμήσουν της επιπτώσεις που φέρει στην σεξουαλική ικανότητα, στην εικόνα σώματος και στην κατάθλιψη, η ανακατασκευή του μαζικού αδένου. Συμπεριλήφθηκαν 90 γυναίκες ηλικίας από 18 έως 65 χρονών οι οποίες είχαν υποστεί μόνο αφαίρεση του μαστού ή αφαίρεση του μαστού μαζί με ανοικοδόμηση του μαζικού αδένου ή δεν έπασχαν από κακοήθεια του μαστού. Το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, ο δείκτης μάζας σώματος, και οι οικογενειακή ζωή ήταν και στις τρεις κατηγορίες, παρόμοιες. Ιδιαίτερα χαμηλότερη σεξουαλική ικανότητα και εικόνα σώματος καθώς και περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης εμφάνισαν οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή σε σχέση με εκείνες που υποβλήθηκαν σε ανασυγκρότηση και έλεγχο της αφαίρεσης του μαστού. Τα σεξουαλικά προβλήματα εμφανίζονταν με ιδιαίτερα μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες με μαστεκτομή οι οποίες δεν διαθέτουν σύζυγο και διαθέτουν καλύτερο μορφωτικό επίπεδο σε σύγκριση με τις πάσχουσες των άλλων δύο ομάδων με τα ίδια γνωρίσματα. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες στις οποίες μετά την αφαίρεση του μαστού εφαρμόστηκε ανοικοδόμηση του, διαθέτουν υψηλότερη σεξουαλική λειτουργία και εικόνα σώματος, με μικρότερο ποσοστό κατάθλιψης συγκριτικά με τις πάσχουσες που έχουν υποστεί μόνο μαστεκτομή. Η κατηγορία των γυναικών μόνο με αφαίρεση μαστού εμφάνιζε με μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματα σεξουαλικότητας σχετιζόμενα με έλλειψη συζύγου και υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Σε μελέτη των Rojas et al. (2018) έλαβαν μέρος 255 πάσχουσες που υπέστησαν λομεκτομή, μαστεκτομή ή μαστεκτομή με ανακατασκευή του μαστού. Οι νοσούσες οι οποίες ήταν παχύσαρκες και υπέρβαρες φαίνεται πως παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ενόχλησης σχετικά με την εμφάνιση τους συγκριτικά με γυναίκες φυσιολογικού σωματικού βάρους. Στην κατηγορία ανοικοδόμησης εμφανίστηκαν μικρότερα ποσοστά ευχαρίστησης

σχετιζόμενα με την αύξηση του δείκτη μάζας σώματος. Το μέσο σκορ του δείκτη γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας των γυναικών με παχυσαρκία ανταποκρίνεται στα κριτήρια για σεξουαλικά προβλήματα. Η πλειονότητα των υπέρβαρων ασθενών ανέφεραν πως ο ρόλος του στήθους έχει μεγάλη βαρύτητα ως προς την οικειότητα και προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, όμως σε όλες της ομάδες εμφανίστηκε ελάττωση της σπουδαιότητας του ρόλου αυτού μετά το χειρουργείο. Επομένως, καταλήγουμε συμπερασματικά πως ο δείκτης μάζας σώματος ύστερα από την θεραπευτική μέθοδο συνδέεται αρνητικά με την ευχαρίστηση της μετεγχειρητικής εμφάνισης και πιο συγκεκριμένα στις πάσχουσες με ανασυγκρότηση. Καθώς η ευχαρίστηση της εμφάνισης μετά το χειρουργείο και η σεξουαλική ικανότητα συνδέονται με τον δείκτη μάζας σώματος μετά την θεραπεία, αναγκαία κρίνεται η παρότρυνση για έλεγχο του βάρους περιεγχειρητικά, προκειμένου να καλυτερεύσει η επιβίωση των ασθενών.

Την περίοδο κατά την οποία εκτυλίσσεται η θεραπεία του καρκίνου του μαστικού αδένου αλλά και μετά το πέρας αυτής, η σεξουαλική ποιότητα ζωής των πασχόντων υφίσταται επιρροές. Τα γενικά ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής σχετιζόμενα με την υγεία EORTC QLQ-C30 ή QLQ-BR23 δεν χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της σεξουαλικής ποιότητας ζωής. Προκειμένου να λυθεί αυτό το ζήτημα των νοσούντων με κακοήθεια, πριν λίγο καιρό δημιουργήθηκε ένα ειδικό ερωτηματολόγιο, το EORTC SHQ-C22. Το ερωτηματολόγιο αυτό εμπεριέχει διάφορες πλευρές της σεξουαλικότητας όπως είναι η σωματική, η ψυχολογική και η κοινωνική (Artecar et al. 2021).

Οι Artecar et al. (2021) πραγματοποίησαν μια μελέτη με στόχο να εκτιμήσουν την σεξουαλική ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών του μαστού στην διάρκεια του πρώτου χρόνου εφαρμογής ανοσοενισχυτικής ορμονοθεραπείας. Οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από 106 γυναίκες οι οποίες συμπλήρωσαν τις ερωτήσεις κατά την έναρξη ενώ οι 92 από αυτές στους 12 μήνες. Κατά την έναρξη φάνηκε μειωμένη η σεξουαλική ευχαρίστηση και η βαρύτητα που δόθηκε στην σεξουαλική δραστηριότητα καθώς επίσης και ένα αρκετά μικρό ποσοστό επικοινωνίας αναφορικά με το ζήτημα, μεταξύ του προσωπικού περίθαλψης και τους καρκινοπαθείς. Ύστερα από 12 μήνες, παρατηρήθηκε να δίνεται αυξημένη βαρύτητα και προσοχή στην σεξουαλικότητα. Η επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται ακόμα σε αρκετά ελαττωμένο επίπεδο, παρότι έχει υποστεί καλύτερη. Η μελέτη δεν κατάφερε να παρουσιάσει κλινικά αίτια, όπως είναι για παράδειγμα η χημειοθεραπεία, η εμμηνοπαυσιακή κατάσταση, το είδος του χειρουργείου, η ακτινοθεραπευτική μέθοδος, τα

οποία θα ασκούσαν δυσμενείς επιρροές στην παγκόσμια σεξουαλική ευδαιμονία των νοσούντων. Μέσα από τα αποτελέσματα αυτά προκύπτει πως η εκτίμηση της σεξουαλικής ποιότητας ζωής στην διάρκεια του πρώτου έτους ορμονοθεραπείας με τη χρήση του νέου ερωτηματολογίου φανέρωσε την ανάγκη και την σπουδαιότητα για μια ουσιαστική σχέση ανάμεσα σε πάσχοντες και προσωπικό υγείας καθώς και για συζήτηση αναφορικά με τα σεξουαλικά αυτά θέματα. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να εφαρμοστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις και να δοθεί η απαραίτητη αρωγή στους πάσχοντες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το προσωπικό υγείας έχει την δυνατότητα να μεταλαμπαδεύσει τις γνώσεις που κατέχει, έτσι ώστε να συμβάλλει στην ουσιαστική ελάττωση της εμφάνισης ασθενειών και επομένως της θνησιμότητας (Yousuf, 2010). Η ομάδα του υγειονομικού προσωπικού που κατέχει την μεγαλύτερη σημασία, λόγω της συνεχούς επικοινωνίας και σχέσης που έχει με τους πάσχοντες και τις κοινότητες, είναι το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές συμβάλουν στην πρόληψη, καθώς τους δίνεται η ευκαιρία να διδάξουν στον πληθυσμό τους παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο πρόκλησης του μαστικού καρκίνου καθώς και τους προστατευτικούς (Srivastava et al. 2016). Προβαίνουν σε εκτίμηση του ατόμου και της οικογένειας του για την ύπαρξη αυξημένης επικινδυνότητας. Πληροφορούν τα άτομα για τις δυνατότητες προγνωστικού ελέγχου και προτρέπουν τις γυναίκες που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για συχνή επανεξέτασή τους. Κατανοούν τα κλινικά σημεία και συμπτώματα της κακοήθειας του μαστικού αδένου (Πατέρας και συν. 2004). Επιπλέον, μεγάλης σπουδαιότητας, είναι και η δυνατότητα που έχουν για διδασχία στον γυναικείο πληθυσμό της μεθόδου της αυτοεξέτασης του μαστικού αδένου (Srivastava et al. 2016).

Αναφορικά με την κακοήθεια του μαστού, ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την γνωριμία του με την γυναίκα να ρωτήσει και να συγκεντρώσει δεδομένα για τους παράγοντες κινδύνου. Τα δεδομένα αυτά σχετίζονται με το ιατρικό ιστορικό της οικογένειας, την διατροφή, τον δείκτη μάζας σώματος, την σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, το επάγγελμα, την φαρμακευτική αγωγή, την πνευματική κατάσταση, τις ορμόνες, τις πεποιθήσεις, όπως επίσης και το ιστορικό απόκτησης τέκνων. Έπειτα από την εκτίμηση των στοιχείων, ο νοσηλευτής, όπως συνιστάται, θα πρέπει να καθοδηγήσει την γυναίκα σε επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις (Χαραλάμπους, 2011, Πατέρας και συν. 2004).

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενισχύσουν τις προσπάθειες και τους αγώνες κατά του καπνίσματος, να συμμετέχουν στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας, να καθοδηγήσουν τα άτομα στις σωστές διατροφικές συνήθειες, στη σωματική δραστηριότητα, στην διακοπή του αλκοόλ και να ενισχύσει προγράμματα πρόληψης μεταδιδόμενων ασθενειών (Πατέρας και

συν. 2004). Το νοσηλευτικό προσωπικό δύναται να προσαρμόζει τα διαιτολόγια, να προτείνει την λήψη τροφίμων οι οποίες περιλαμβάνουν πληθώρα βιταμινών και ιδιαίτερα Α και C, οπωροκηπευτικών και τον περιορισμό των ζωικών λιπών (Harvard Medical School, 2005).

Επιπλέον, ο νοσηλευτής πρέπει να επισημαίνει την βαρύτητα που φέρει το υγιές περιβάλλον, η καθαριότητα, και οι υγιεινές συνήθειες στην πρόληψη της κακοήθειας του μαστού. Επιβάλλει κανόνες για την ατομική προστασία του πληθυσμού που έρχεται σε επαφή με καρκινογόνους παράγοντες, όπως είναι η ειδική ρύπανση βιομηχανικής προέλευσης και η ακτινοβολία (Harvard Medical School, 2005). Τέλος, ο νοσηλευτής έχει καθήκον να υπογραμμίζει την σπουδαιότητα της πρόωρης εύρεσης της κακοήθειας, επισημαίνοντας της σύνδεση μεταξύ της απώλειας ζωής και της εύρεσης του όγκου σε προχωρημένη φάση (Harvard Medical School, 2005).

7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μεγάλη είναι η σπουδαιότητα του ρόλου που διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στην διάγνωση της νόσο καθώς επίσης και αποτελεί σημαντικό μέρος της θεραπευτικής ομάδας για την ασθενή με καρκινογένεση του μαστού. Η κακοήθεια στην ψυχολογία των πασχόντων συνεπάγεται την απώλεια της ζωής. Για τον λόγο αυτό αναγκαιότητα αποτελεί η παροχή ψυχολογικής αρωγής στα άτομα αυτά. Οι νοσηλευτές δύνανται να υποστηρίξουν ψυχικά τις ασθενείς καθώς επίσης σπουδαία είναι και η συμμετοχή τους στην ενημέρωση τους αναφορικά με τα δυσμενή νέα της διάγνωσης. Επιπλέον, αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τους πάσχοντες και τις οικογένειες με αναγκαίες για αυτούς πληροφορίες και συζητούν για όλα όσα σχετίζονται με την ασθένεια (Abbaszadeh et al. 2014). Η επίβλεψη των νοσούντων ύστερα από την ενημέρωση της διάγνωσης, η σιγουριά πως το άτομο θα συνεχίσει να περιθάλπεται, καθώς και η παροχή ψυχικής βοήθειας συνιστούν κύριες υποχρεώσεις του νοσηλευτή (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2013).

Ο νοσηλευτής μέσα από την διαρκή και άμεση επικοινωνία του με τους πάσχοντες, δημιουργεί τις απαραίτητες βάσεις για την δημιουργία συναισθηματικής επαφής και θεραπευτικού δεσμού. Ενώ συγχρόνως δύναται να επικεντρωθεί περισσότερο στις ανάγκες και στα θέλω των καρκινοπαθών (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2013, Barclay et al. 2007).

Η ανακοίνωση της διάγνωσης σε πάσχοντες που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο κακοήθειας, όπου δεν είναι δυνατή πλέον η ίαση ούτε η ελαχιστοποίηση της, αποτελεί μια από τις υποχρεώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού με μεγάλη βαρύτητα (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2013). Η πλήρης γνώση της πραγματικότητας αποτελεί ανάγκη της πλειοψηφίας των πασχόντων σε προχωρημένο στάδιο. Ωστόσο, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει καθώς και να εκτιμά την ενδεχόμενη επιθυμία τους για να παραμείνουν κάποια πράγματα αδιευκρίνιστα αναφορικά με το μέλλον. Τις περισσότερες φορές η αοριστία αυτή αφορά τα δεδομένα που σχετίζονται με την τελική πρόγνωση (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2013, Warnock et al. 2010).

7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Οι παρενέργειες των θεραπειών απαιτούν και τις κατάλληλες παρεμβάσεις από τον νοσηλευτή. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο να πληροφορήσει την πάσχουσα σχετικά με την αλωπεκία και την προτρέπει να υπογράψει για την ενημέρωση αυτή. Της υπογραμμίζει πως ύστερα από 8 εβδομάδες τα μαλλιά αρχίζουν να αναπτύσσονται ξανά, καθώς και την προϋποθέτει για τις ψυχικές επιδράσεις που θα υποστεί από την απώλεια αυτή των μαλλιών της. Της συνιστά να μην χρησιμοποιεί σκληρή βούρτσα, να αποφεύγει το συχνό λούσιμο, καθώς επίσης, κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας, να μην βάφει τα μαλλιά της και να μην εφαρμόζει γενικά παρόμοιες τεχνικές. Την συμβουλεύει να κρύβει το κεφάλι της, είτε με μαντήλια, είτε με καπέλα, εάν αυτό βελτιώνει την ψυχολογία της. Επιπλέον, την ενημερώνει πως έχει την δυνατότητα να φοράει περούκα, ακόμα και από τα ίδια της τα μαλλιά, αν η απόφαση αυτή παρθεί την κατάλληλη στιγμή. Τέλος, μπορεί να της εφαρμόσει πίεση στο τριχωτό της κεφαλή με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη, πράγμα το οποίο βοηθάει στην ελάττωση της πτώσης των τριχών καθώς και την ενημερώνει για την μέθοδο της υποθερμίας του κρανίου με την χρήση κάσκας ψύξεως, την οποία μπορεί να της συστήσει ο θεράπωντας ιατρός (Dewit, 2005, Batchelor, 2001). Σύμφωνα με μελέτη των Bajpai et al. (2020) η ψύξη του τριχωτού της κεφαλής αποδείχθηκε άξια για ευρύτερη εφαρμογή. Οι πιθανότητες για μικρότερη από 50% πτώση των τριχών ήταν υψηλότερες μετά από χημειοθεραπεία ταξανίου, για τους καρκινοπαθείς του μαστού στους οποίους εφαρμόστηκε χημειοθεραπεία ανθρακυκλίνης ή ταξάνης. Επίσης, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αναδημιουργία των μαλλιών και καλύτερευση των αποτελεσμάτων από τους πάσχοντες, με ικανοποιητική ανεκτικότητα.

Στην ανεπιθύμητη ενέργεια της ανορεξίας και της απώλειας βάρους, ο νοσηλευτής συνιστά στην ασθενή να ζυγίζεται καθημερινά ώστε να συγκρίνονται τα αποτελέσματα. Της προτείνει να λαμβάνει μικρά γεύματα ανά τακτά διαστήματα, να καταναλώνει ενδιάμεσα γεύματα μεταξύ των κυρίως, υδαρής μορφής, πλούσια σε πρωτεΐνες και εύπεπτα, όπως είναι το γιαούρτι, το ασπράδι αυγού, οι πουτίγκες, καθώς και πρωινό το οποίο θα είναι διαμορφωμένο σύμφωνα με τις ανάγκες της πάσχουσας. Την παροτρύνει να λαμβάνει τρόφιμα με βούτυρο γάλακτος, σάλτσες κ.ά. λόγω της υψηλής θερμιδικής τους αξίας, να επιλέγει την προσθήκη στα γεύματα της τροφών, όπως κρέας, ψάρι, γαλακτοκομικά, αυγό. Επίσης, την προτρέπει να λαμβάνει τρόφιμα πλούσια σε υδατάνθρακες, καθώς τροφοδοτούν την πάσχουσα με ενέργεια που διαρκεί, όπως φρούτα, λαχανικά, ζυμαρικά, δημητριακά. Την ενθαρρύνει, πριν το γεύμα, να πραγματοποιήσει μια πολύ ήπια σωματική άσκηση, η οποία αυξάνει την όρεξη και να καταναλώνει 8 ποτήρια ποικίλων υγρών ημερησίως. Συμβουλεύει την πάσχουσα τις ημέρες που παρουσιάζει όρεξη, να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού, ώστε να εξισορροπήσει την λήψη τροφής με τις μέρες ανορεξίας (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2007, Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004). Τέλος, ο νοσηλευτής συνιστά στην πάσχουσα να συζητήσει με τον ιατρό της για την θεραπεία Rasayana, η οποία σύμφωνα μελέτες που διεξάχθηκαν διαπιστώθηκε πως αποτρέπει την απώλεια μάζας σώματος, καλυτερεύει τα επίπεδα όρεξης και συμβάλει στην αύξηση ποιότητας ζωής της πάσχουσας (Kadam et al. 2020).

Όσο αναφορά την παρενέργεια της κόπωσης, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να αξιολογήσει την κόπωση κατά την πρώτη κλινική εκτίμηση της νοσούσας, ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά την περίοδο της θεραπείας καθώς και μετά το πέρας αυτής. Συμβουλεύει την ασθενή να αφιερώνει πολλές ώρες στον ύπνο, να αφιερώνει διαστήματα μέσα στην μέρα για ξεκούραση καθώς και να ελαττώνει τις ώρες εργασίας του. Της διδάσκει μεθόδους που υποβοηθούν την κινητικότητα, την συμβουλεύει να τροποποιήσει τις καθημερινές της δραστηριότητες και ενθαρρύνει τους συγγενείς και φίλους να την υποστηρίξουν στις καθημερινές της ασχολίες. Τέλος, συστήνει στην ασθενή την έναρξη συστηματικής σωματικής άσκησης, καθώς σύμφωνα με μελέτες, ελαττώνει τα επίπεδα κόπωσης, την κατάθλιψη, την αϋπνία και γενικά βελτιώνει την ποιότητα ζωής (Schmitz et al. 2010, Hofman et al. 2007, Mustian et al. 2007, Σαπουντζή, 2004, Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2000).

Στην ανεπιθύμητη ενέργεια της ναυτίας και του εμετού ο νοσηλευτής θα πρέπει να χορηγήσει αντιεμετικά φάρμακα με καταπραυντική δράση, πριν την θεραπεία, στην διάρκεια

της, καθώς και για 24 ώρες μετά από αυτήν, κατόπιν ιατρικής εντολής. Συμβουλεύουν τους ασθενείς εκτός νοσοκομείου για όσο λαμβάνουν αντιεμετική αγωγή να μην οδηγούν και χρησιμοποιούν μηχανήματα. (Doenges, 2009, Μαρκόπουλος, 2009, Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2007). Εκτός από την αντιεμετική αγωγή, οι νοσηλευτές θα πρέπει να υποδείξουν στην πάσχουσα να λαμβάνει μικρά γεύματα μέσα στην μέρα, τα τρόφιμα να έχουν θερμοκρασία περιβάλλοντος και να είναι καλύτερα κρύες, παγωμένες και μαλακές, να τρώει με αργό ρυθμό, να κρατηθεί μακριά από την πολλή ζάχαρη, τα τηγανιτά, και τα λιπαρά. Θα πρέπει να μασάει αρκετά την τροφή του, να τρώει τρόφιμα ξηρά, κράκερ, δημητριακά, τοστ. Κατευθείαν, μετά την θεραπεία θα πρέπει να καταναλώνει ελαφριά γεύματα, να απομακρύνετε από μυρωδιές που του επιφέρουν ναυτία, να πίνει ποτά χωρίς ζάχαρη με δροσερή θερμοκρασία. Θα πρέπει να του συστήσει για 2 ώρες μετά την λήψη γεύματος, να μην κουράζεται, να επιδιώξει όταν νιώθει ναυτία να παίρνει εισπνοές από το στόμα καθώς και να απομακρύνει τυχόν μασέλα που μπορεί να φοράει η πάσχουσα, όταν λαμβάνει την θεραπεία της, καθώς το αίσθημα του εμετού μεγαλώνει με την ύπαρξη ξένων σωμάτων στο στόμα. Τέλος, ο χώρος της ασθενούς θα πρέπει να καθαρίζεται από τους εμετούς, ώστε να είναι υγιεινός και καθαρός καθώς επίσης θα πρέπει ο νοσηλευτής να φροντίζει το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών να είναι σταθερό (Μαρκόπουλος, 2009).

Στην εμφάνιση στοματίτιδας ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογεί διαρκώς την κατάσταση του βλεννογόνου του στόματος της πάσχουσας. Συνιστά στην ασθενή να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες υγρών, να πιπιλάει πάγο, να καταναλώνει υγρά και μαλακά τρόφιμα με μέτρια θερμοκρασία, όπως παγωτά φρούτα, παιδικές τροφές, ζελέ, γρανίτες, πουτίγκα, να εμποτίζει τις σκληρές τροφές ώστε να μαλακώσουν μέσα σε τσάι, γάλα ή καφέ, να πολτοποιεί τα μαγειρεμένα τρόφιμα για την καλύτερη κατάποση τους. Θα πρέπει να διακόψει την κατανάλωση όξινων τροφών, όπως ντομάτες, πορτοκάλια, όπως και τα αλατισμένα και πικάντικα φαγητά όπως και το αλκοόλ και το κάπνισμα. Ο νοσηλευτής ενημερώνει την πάσχουσα να βουρτσίζει τα ούλα με μαλακή οδοντόβουρτσα κατευθείαν μετά από κατανάλωση σκληρών, πικάντικων τροφών, να φροντίζει την καθαριότητα του στόματος και των ούλων, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη μόλυνσης, να χρησιμοποιεί διάλυμα για γαργάρες με σόδας και χαμομήλι. Την ενημερώνει για την δυνατότητα λήψης φαρμάκου για την απάλυνση του άλγους καθώς και σταγόνων Mycostatin μετά από ιατρική εντολή. Επιπροσθέτως, την συμβουλεύει να χρησιμοποιεί αντισηπτικά υγρά και να εφαρμόζει κρέμα στα χείλη σε περίπτωση ξηρότητας τους. Τέλος, ενθαρρύνει την πάσχουσα να συμβουλευτεί

τον οδοντίατρο της για πιθανές εργασίες που χρειάζεται να κάνει, πριν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία (Dewit, 2009).

Αναφορικά με την ανεπιθύμητη ενέργεια της διάρροιας, σε σοβαρές διαρροϊκές κενώσεις το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο να χορηγήσει στην πάσχουσα αντιδιαρροϊκό φάρμακο. Συμβουλεύει την καρκινοπαθή να καταναλώνει πολλά υγρά τα οποία πρέπει να είναι χλιαρά ή σε θερμοκρασία δωματίου και κυρίως ήπια υγρά, όπως νερό, ελαφρύ τσάι, χυμό μήλου καθώς και επιχειρήσει μια δίαιτα υγρών, η οποία βοηθάει το έντερο. Εάν πιεί ανθρακούχο αναψυκτικό θα πρέπει να περιμένει πρώτα μέχρι να φύγει το αέριο. Ενημερώνει την ασθενή, πως πρέπει να τρώει μικρά και συχνά γεύματα και να τρώει όλα τα γεύματα, καθώς και πως εάν η κατάσταση του βελτιωθεί θα πρέπει βαθμιαία να αρχίζει να τρώει τρόφιμα με χαμηλές ίνες. Καθώς, η ασθενής παρουσιάζει μεγάλη απώλεια καλίου θα πρέπει να καταναλώνει περισσότερες τροφές με μεγάλη περιεκτικότητα σε κάλιο, όπως είναι η μπανάνα, η πατάτα, τα πορτοκάλια κ.ά. Θα πρέπει να διακοπή η λήψη τροφίμων τα οποία προξενούν αέρια, όπως είναι το μπρόκολο, το κουνουπίδι, τα φασόλια, οι ξηροί καρποί, καθώς και το κάπνισμα (Osborn et al. 2013, Doenges, 2009).

Στην περίπτωση της δυσκοιλιότητας, ο νοσηλευτής συμβουλεύει την ασθενή να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες υγρών και να καταναλώνει μαλακά τρόφιμα που εμπεριέχουν κυτταρίνη καθώς και τροφές με πολλές ίνες, όπως είναι τα ωμά λαχανικά και φρούτα, προϊόντα ολικής αλέσεως και οι ξηροί καρποί. Εάν η πάσχουσα αντιμετώπιζε τα ίδια προβλήματα και πριν την χημειοθεραπεία ο νοσηλευτής της συστήνει την συχνή χρήση υπακτικών. Της προτείνει με την έξοδο της από το νοσοκομείο να είναι δραστήρια και αν δύναται να κάνει κάποια σωματική άσκηση. Τέλος, προτρέπει την πάσχουσα να παρατηρεί συχνά την εντερική της λειτουργία, με στόχο την γρήγορη αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος προκύψει (Osborn et al. 2013, Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2007, Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004).

Ο νοσηλευτής όσο αναφορά την παρενέργεια της αναιμίας είναι υπεύθυνος να πληροφορήσει την νοσούσα για την περίπτωση που υπάρχει να εμφανίσει αναιμία ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας, για τα συμπτώματα και τα σημεία της καθώς και να την ενημερώσει για διατροφικές συνήθειες που επιτυγχάνουν μεγαλύτερη πρόσληψη αλλά και απορρόφηση του σιδήρου. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ελέγχει διαρκώς την αιμοσφαιρίνη και τον αιματοκρίτη της ασθενούς και να την παρακολουθεί για τυχόν

εμφάνιση ωχρότητας και εύκολης κούρασης. Της συστήνει να μειώσει τις δραστηριότητες τους, να ξεκουράζεται αρκετά και να αποφεύγει να προβαίνει σε ενέργειες που επιφέρουν κόπωση και να μην κινείται έντονα για να μην προκαλείται ζάλη. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την χορήγηση των φαρμάκων πάντα κατόπιν ιατρικής εντολής καθώς και σε περιπτώσεις που επιδιώκεται γρήγορη αντιμετώπιση, διεκπεραιώνει την μετάγγιση αίματος. Επιπλέον, προκειμένου να καλυτερεύσει η αναιμία ο νοσηλευτής προτείνει στην πάσχουσα κάποιες διατροφικές βελτιώσεις. Θα πρέπει να καταναλώνει περισσότερες ποσότητες τροφών που περιέχουν υψηλά ποσοστά σιδήρου, όπως κόκκινο κρέας, προϊόντα ολικής άλεσης, και πράσινα λαχανικά, περισσότερη βιταμίνη C, που συνδράμει την απορρόφηση του σιδήρου, κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οπωροκηπευτικών, μεγαλύτερη ποσότητα τροφών που περιέχουν υψηλά ποσοστά βιταμίνης B12, όπως το συκώτι. Τέλος, θα πρέπει να καταναλώνει περισσότερο τροφές, όπως είναι τα νεφρά, μαρούλι, σπανάκι, ψωμί ολική, φιστίκια και γενικά τροφές που εμπεριέχουν φυλλικό οξύ (Osborn et al. 2013, Dewit, 2009, Doenges, 2009, Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004, Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2000).

Ο νοσηλευτής στην περίπτωση της θρομβοπενίας πρέπει να πραγματοποιεί συστηματικό έλεγχο των αιμοπεταλίων, να ελέγχει τα κόπρανα, τα ούρα και το δέρμα για τυχόν αιμορραγία και είναι υπεύθυνος για την συνεχή εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης της πάσχουσας. Αποφεύγεται η πρωκτική θερμομέτρηση, τα υπόθετα και οι υποκλυσμοί καθώς και η υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Συστήνει στην πάσχουσα να αποφεύγει την χρήση αιχμηρών αντικειμένων, την λήψη ασπιρίνης και γενικά φαρμάκων που εμποδίζουν την πήξη του αίματος καθώς και το ξύρισμα με ξυραφάκια. Της προτείνει να πλένει το στόμα της με σόδα και να χρησιμοποιεί αντί για οδοντόβουρτσα, ειδικά ξυλαράκια με βαμβάκι. Τέλος, πρέπει να εξασφαλίζεται πάντα η ύπαρξη αίματος και ο νοσηλευτής να είναι έτοιμος για την μετάγγιση του, σε περίπτωση αιμορραγίας (Dewit, 2009, Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2000).

Στην παρενέργεια της λευκοπενίας ο νοσηλευτής οφείλει αρχικά να ενημερώσει την καρκινοπαθή πως η κατάσταση αυτή θα είναι παροδική. Το διάστημα που βρίσκεται στο νοσοκομείο ο νοσηλευτής φροντίζει το περιβάλλον να είναι υγιή και καθαρό και εφαρμόζονται μέτρα προκειμένου να προστατεύσουν την πάσχουσα από λοιμώξεις, δίνοντας της μονόκλινο θάλαμο και με την χρήση μάσκας, γάντια και ποδιάς από τους νοσηλευτές και τους συγγενείς κατά την επίσκεψη. Την συμβουλεύει να αποφεύγει να βρίσκεται σε πολυσύχναστους χώρους που караδοκούν μεταδοτικές παθήσεις, να μην χρησιμοποιεί σκληρή οδοντόβουρτσα, να μην χρησιμοποιεί ξυραφάκια αλλά μηχανή ξυρίσματος, καθώς

και να μην καταναλώνει ωμά φαγητά και φρούτα. Συστήνει το συχνό πλύσιμο των χεριών, να κάνει μπάνιο με ζεστό νερό και αντισηπτικό υγρό, να τρίβει απαλά το δέρμα στο σκούπισμα, σε πιθανό κόψιμο ή φθορά του δέρματος να πλένει κατευθείαν την πληγή με σαπουνόνερο και σε περίπτωση σκληρού-ξηρού δέρματος να εφαρμόζει λοσιόν. Επίσης, του προτείνει μετά από τις κενώσεις να καθαρίζει την περιοχή μαλακά και καλά. Τέλος, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος, για την παρατήρηση οποιουδήποτε συμπτώματος υποδηλώνει λοίμωξη και ενημερώνει τον ιατρό, για την χορήγηση αντιβιοτικών κατόπιν ιατρικής εντολής και για την ενημέρωση του ασθενή, εάν χρειαστεί τυχόν μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων (Παπαλάμπρος, 2012, Dewit, 2009, Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2006, Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2000).

7.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κατά την περίοδο παραμονής στο νοσοκομείο, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει την πάσχουσα να εκδηλώσει τις σκέψεις και τα αισθήματα που την κατακλύζουν. Δίνεται η ευκαιρία να εκδηλώσει τις ανησυχίες της, ώστε ο νοσηλευτής να καταφέρει να διδάξει και να καταπολεμήσει τους φόβους, οι οποίοι μπορεί να ευθύνονται σε έλλειψη γνώσεων. Επίσης, ο νοσηλευτής παρέχει πληροφορίες αναφορικά με την χειρουργική επέμβαση, την φαρμακευτική αγωγή πριν την το χειρουργείο, την αναισθησία και την ανάνηψη και τον ελαττωμένο βαθμό αίσθησης που παρουσιάζεται τοπικά από την επέμβαση. Με τον τρόπο αυτό πραγματοποιείται ελαχιστοποίηση του άγχους. Επιπλέον, ο νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθεί με προσοχή την γυναίκα και δίχως να ασκεί κριτική κατά την διδασκαλία λήψης αποφάσεων (Πανουδάκη-Μπροκολάκη, 2011).

Ο νοσηλευτής κατά την προεγχειρητική φάση έχει ως ρόλο να εξετάσει, να σχεδιάσει, να επανεκτιμήσει την κατάσταση της καρκινοπαθούς, να διδάξει, να υποστηρίξει και να αναβαθμίσει την υγεία της πάσχουσας (Osborn et al. 2013, Cruickshank et al. 2008). Στα πλαίσια της εκπαίδευσης και ενημέρωσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμπεριλάβει, εκτός από την ασθενή και το οικογενειακό περιβάλλον της. Καθήκον του αποτελεί η καταπολέμηση του άγχους και των πιθανών μελλοντικών επιπλοκών που δύναται να προκύψουν. Μεγάλη σημασία δίνεται στην προσωπικές, ψυχικές και σωματικές ανάγκες της γυναίκας. Έτσι, απαραίτητη είναι η λήψη νοσηλευτικού ιστορικού με στόχο να επιτευχθεί η βέλτιστη διδασκαλία και ψυχική αρωγή στην καρκινοπαθή. Τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά

μηνύματα της πάσχουσας, θα πρέπει να παρακολουθούνται με μεγάλη προσοχή από τους νοσηλευτές (Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2006).

Το νοσηλευτικό προσωπικό δύναται, εάν βέβαια το επιθυμεί και η ασθενής, να την φέρει σε επαφή και με άλλες καρκινοπαθείς που είχαν υποστεί χειρουργική επέμβαση στον μαζικό αδένα. Τέλος, μπορεί να κάνει την νοσούσα να νιώσει καλύτερα, κανονίζοντας μια ομαδική συνάντηση και με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας που θα λάβουν μέρος στην θεραπείας και στην χειρουργική της επέμβαση (Πανουδάκη-Μπροκολάκη, 2011).

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να ενημερώσει την πάσχουσα για τις διαγνωστικές εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθεί πριν από το χειρουργείο και την συνοδεύει σε αυτές, καθώς επίσης προβαίνει και σε προεγχειρητική αξιολόγηση της πάσχουσας, η οποία είναι απαραίτητη κατά την προεγχειρητική φάση. Η αξιολόγηση αυτή περιλαμβάνει την ψυχική, κοινωνική και διατροφική εκτίμηση, την φαρμακευτική αγωγή, το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, την παρατήρηση του δέρματος, εκτίμηση του άλγους, διάλογο σχετικά με την εικόνας σώματος και γενικά των μεταβολών της λειτουργικότητας που δύναται να επέλθουν, ενημέρωση και διδασκαλία της πάσχουσας σχετικά με την περιποίηση την τομής, τις επιλογές θεραπείας, την φυσικοθεραπεία και την δραστηριοποίηση (Φωτίου, 2009, Πολύζος, 2007, Κωστάκης, 2005).

Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την προετοιμασία της πάσχουσας για το χειρουργείο. Ταυτοποιεί την ασθενή, πραγματοποιεί λήψη ζωτικών σημείων και λήψη της συναίνεσης της ασθενούς για την υλοποίηση της επέμβασης. Διακόπτει την λήψη τροφής και υγρών από το προηγούμενο βραδύ της επέμβασης. Διεκπεραιώνει κένωση του εντέρου, καθαριότητα του δέρματος και αφαιρούνται τεχνητά νύχια, οδοντοστοιχίες, κοσμήματα, γυαλιά, φακούς επαφής. Πραγματοποιεί άδειασμα της ουροδόχου κύστης και τοποθετεί καθετήρα και εφαρμόζει, μιάμιση ώρα πριν την επέμβαση, ηρεμιστικό σε μικρές ποσότητες. Τέλος, φοράει στην πάσχουσα την ειδική χειρουργική ενδυμασία και τον οδηγεί στην χειρουργική αίθουσα (Mosby, 2013).

Το νοσηλευτικό προσωπικό μετά το χειρουργείο πρέπει να φροντίζει απευθείας, για την λήψη ενεργειών με σκοπό την διακοπή της αίσθησης του πόνου, για την φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς και του αναπνευστικού συστήματος, την επαναφορά της φυσιολογικής θερμοκρασίας του σώματος, το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, την κατάσταση του ατόμου ως προς την λήψη, επεξεργασία, αποθήκευση και χρήση

πληροφοριών καθώς και την ταραχή που παρουσιάζει η νοσούσα μετά την επέμβαση (Φωτίου, 2009, Ανδρουλάκης, 2001). Η δραστηριοποίηση, η εικόνα σώματος, οι διατροφικές συνήθειες, η αποκατάσταση του τραύματος της πάσχουσας, όπως και η λήψη εξιτηρίου συνιστούν παρεμβάσεις του νοσηλευτή που αναφέρονται στο σχετικά μακρινό μέλλον (Woodhead & Wicler, 2005).

Μετεγχειρητικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αλλάζει τις ενδοφλέβιες γραμμές και τις γάζες με μεγάλη προσοχή διατηρώντας ασηψία. Εξαιτίας των υψηλών πιθανοτήτων να προκληθεί λοίμωξη στην πάσχουσα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να παρατηρεί τα επιθέματα για τυχόν ύπαρξη υγρών και αιμορραγίας καθώς και να ελέγχει την μυρωδιά και το χρώμα τους και να τα σημειώνει. Θα πρέπει να παρακολουθεί το χειρουργικό τραύμα και την περιοχή που εισέρχονται οι καθετήρες για τυχόν εκδηλώσεις άλγους, πρηξίματος, κοκκίνισματος και υγρών. Είναι αρμόδιος να ελέγχει την λειτουργία των παροχετεύσεων και να καταγράφει της ποσό και το χρώμα των αποβαλλόμενων υγρών. Επιπλέον, πριν την λήψη εξιτηρίου θα πρέπει να διδάξει την πάσχουσα πως να περιποιείται τα συστήματα συλλογής των υγρών και πως να αναγνωρίζει την ύπαρξη τυχόν λοιμώξεων (Πανουδάκη-Μπροκολάκη, 2011).

Στην ανεπιθύμητη ενέργεια του πόνου, ο νοσηλευτής προκειμένου να τον καταπολεμήσει αποτελεσματικά και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της πάσχουσας, θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει τις απαντήσεις που λαμβάνει από τις ασθενείς. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την σωστή εκτίμηση του άλγους. Έτσι δεν θα πρέπει να παραβλέπετε το άλγος των νοσούντων που δεν το αναφέρουν έντονα και με επιμονή, καθώς και δεν θα πρέπει να δίνονται οπιοειδή αβίαστα σε εκείνες που εξωτερικεύουν τον πόνο τους με επίμονο τρόπο. Θα πρέπει να έχει στο νου του πως η εκτίμηση του άλγους δεν δύναται να πραγματοποιηθεί πάντα μέσα από λεκτικές αναφορές τις πάσχουσας. Μεγάλη έμφαση θα πρέπει να δίνεται και στις σωματικές εκδηλώσεις αυτής, όπως είναι η μορφασμοί του προσώπου της (LeMone et al. 2014, Resnik et al. 2001). Επίσης, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την χρήση ειδικών εργαλείων που εκτιμούν το άλγος. Κάποια από τα εργαλεία αυτά δύναται να είναι δύσκολα να τα αντιληφθεί η πάσχουσα, ειδικά όταν βρίσκεται σε κατάσταση έντονου άλγους ή είναι κουρασμένη με αποτέλεσμα την λήψη λανθασμένων αποτελεσμάτων. Για τον λόγο αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να επιλέξει την κατάλληλη στιγμή, με τις ευνοϊκότερες συνθήκες για την πραγματοποίηση της εκτίμησης του άλγους της ασθενούς (Whitman, 2000). Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για

την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων και ναρκωτικών, επί πόνου, κατόπιν, βέβαια, ιατρικής εντολής (LeMone et al. 2014, Resnik et al. 2001).

Η επιπλοκή της καταπληξίας/σοκ δύναται να προληφθεί καθώς ο νοσηλευτής παρεμποδίζει την τυχόν απώλεια αίματος, εξασφαλίζει ανοικτή αεροφόρο οδό, καλή θερμοκρασία του σώματος, χορηγεί οξυγόνο, φαρμακευτική αγωγή καθώς και ενδοφλέβια υγρά και αίμα κατόπιν ιατρικής εντολής. Η αιμορραγία στην οποία μπορεί και να οφείλεται η καταπληξία μπορεί να αποφευχθεί με την διακοπή τυχόν χορηγούμενης αντιθρομβωτικής θεραπείας πριν από το χειρουργείο από τον νοσηλευτή μετά από ιατρική οδηγία. Έπειτα, ο νοσηλευτής μπορεί αντιμετωπίσει μια πιθανή μόλυνση της τομής με την χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας και την απομάκρυνση των υγρών που εκρέουν από αυτήν. Για την αποφυγή δημιουργίας εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης το νοσηλευτικό προσωπικό, ύστερα από την επέμβαση, οφείλει να είναι πολύ προσεκτικό ως προς την χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων. Η επιπλοκή της παροδικής ανικανότητας της ασθενούς για αποβολή των ούρων και της κατακράτησης τους αντιμετωπίζεται από τον νοσηλευτή με την τοποθέτηση ουροκαθετήρα (Cole, 2006). Όσο αναφορά την επιπλοκή του λεμφοιδήματος, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενημερώσει την πάσχουσα πως οι ασκήσεις με αντίσταση και η ενδυνάμωση της, δύναται να αποτελέσει ακίνδυνη μέθοδο αποκατάστασης κάτω από την σωστή επίβλεψη. Ελαττώνει τις πιθανότητες δημιουργίας του καθώς και τα σημεία και συμπτώματα που το συνοδεύουν (DiSipio et al. 2013). Τέλος, ο νοσηλευτής όσο αναφορά την Συμφυτική Θυλακίτιδα του ώμου, πρέπει να ενημερώσει την πάσχουσα για τις διαθέσιμες στρατηγικές που ελαττώνουν τον κίνδυνο της, όπως είναι οι προοδευτικές ασκήσεις κινητικότητας, το τέντωμα και πρόγραμμα προοδευτικών ασκήσεων με αντίσταση (Ewald, 2011).

7.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μια από τις βασικότερες υποχρεώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού συνιστά η χρήση ειδικού θαλάμου, με σκοπό να προστατευθεί η καρκινοπαθής. Ο θάλαμος αυτός έχει προετοιμαστεί κατάλληλα για την καταπολέμηση των επιπλοκών καθώς και εξασφαλίζει ιδιωτικότητα στην πάσχουσα (Cruickshank et al. 2008). Ο νοσηλευτής κατά την εφαρμογή χημειοθεραπείας, από την προετοιμασία μέχρι και το τέλος της διαδικασίας, θα πρέπει να τηρεί όλα τα προστατευτικά μέτρα. Θα πρέπει να φορά μάσκα, ειδική ενδυμασία, γάντια.

Επιπροσθέτως, λόγω της ιδιαίτερης τοξικότητας των φαρμάκων της χημειοθεραπείας, τα βιολογικά υγρά των πασχόντων θα πρέπει να απορρίπτονται κατάλληλα, με την τήρηση όλων των προστατευτικών μέτρων (Lemone & Bruke, 2004).

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την σχολαστική παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης και της προόδου της πάσχουσας (Cruickshank et al. 2008). Έχει την δυνατότητα να προϋδεάσει την νοσούσα τόσο οργανικά όσο και ψυχικά ώστε να αποδεχθεί την χημειοθεραπεία καθώς και την στηρίζει ψυχολογικά. Έχει ευθύνη να ενημερώσει την πάσχουσα και τους συγγενείς για τις επιδράσεις της θεραπείας, να την παροτρύνει να εκδηλώσει τα άγχη και τους φόβους της για την θεραπεία. Οφείλει να αξιολογεί και να επιβλέπει τις εξετάσεις της πάσχουσας καθώς και τα σημεία και τα συμπτώματα των παρενεργειών, να προλαμβάνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες και να προγραμματίζει παρεμβάσεις για την μείωση τους. Θα πρέπει να παρακολουθεί, για πιθανή λοίμωξη, απόφραξη και διήθηση των ιστών, την περιοχή του καθετήρα καθώς και να περιποιείται την περιοχή αυτή. Διδάσκει στην πάσχουσα την σωστή περιποίηση, τοπικά της φλεβικής προσπέλασης. Είναι υπεύθυνος για την εκτίμηση του ποσοστού των λευκοκυττάρων καθώς και τον αποτρέπει να συνεβρίσκεται με άτομα, σε περίπτωση χαμηλού ποσοστού αυτών. Την προτρέπει να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες υγρών, για την καλύτερη απομάκρυνση των φαρμάκων καθώς και να ξεκουράζεται συχνά και για μεγάλα διαστήματα. Παροτρύνει τους συγγενείς να συμβάλουν στην περίθαλψη της νοσούσας κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο, όσο και στο σπίτι. Προτρέπει την πάσχουσα για έναν κανονικό βίο ακολουθώντας τις ατομικές της αποφάσεις, όσο της εφαρμόζεται η θεραπεία. Ανιχνεύει δυσχέρειες που δεν είναι δυνατόν να καταπολεμηθούν με την βοήθεια του νοσηλευτή, αλλά απαιτούν την προώθηση στον σωστό επαγγελματία υγείας. Επιπλέον, στοχεύει στην τελέσφορη εφαρμογή της θεραπείας αποτρέποντας έτσι βλάβες και πιθανή δυσανασχέτηση της καρκινοπαθούς (Corner & Bailey, 2009, Lemone & Bruke, 2004).

7.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την περίθαλψη της πάσχουσας, την διδασκαλία της, την πληροφόρηση της, την ενίσχυση της και την συμβουλευτική της, κατά την ακτινοθεραπεία. Ο νοσηλευτής πληροφορεί την νοσούσα αναφορικά με την διαδικασία της ακτινοθεραπείας, το τι επιτυγχάνεται μέσα από αυτή, όπως και τις αρνητικές επιδράσεις

που προκύπτουν. Με τον τρόπο αυτό ελαττώνεται το άγχος και γενικά οι ψυχικές διαταραχές. Την ενημερώνει σχετικά με τα μηχανήματα που θα χρησιμοποιηθούν, το χρονικό διάστημα που απαιτεί. Πρέπει να της αναφέρει πως η θεραπεία αυτή δεν προκαλεί πόνο, πως μπορεί να χρειαστεί να παραμείνει ακίνητη, και πως οι παραγόμενοι ήχοι από τα μηχανήματα είναι φυσιολογικοί (Gosselin et al. 2010, Cruickshank et al. 2008, Πλατανιώτης, 2000).

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υποχρεωμένο να κάνει καθημερινή εκτίμηση της κατάστασης του δέρματος για την ύπαρξη ξηρότητας και ερυθρότητας, όπως συμβαίνει στην παρενέργεια της ακτινοδερματίτιδας. Ενημερώνει την ασθενή πως οι πιθανές αλλοιώσεις του δέρματος θα είναι προσωρινές, πως πρέπει να προστατεύει την ακτινοβολημένη περιοχή από τον ήλιο, τα στενά ρούχα, τις υψηλές θερμοκρασίες και το ψύχος. Την ενημερώνει πως η περιοχή που δέχεται ακτινοβολία θα πρέπει να καθαρίζεται με το χέρι, ζεστό νερό και ήπιο σαπούνι και να στεγνώνεται με μαλακή, καθαρή πετσέτα ταμποναριστά χωρίς τρίψιμο. Την αποθαρρύνει να ξαπλώνει από την πλευρά της ακτινοβολημένης περιοχής και να ξυρίζει την περιοχή (Gosselin et al. 2010, Cruickshank et al. 2008, Πλατανιώτης, 2000).

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για παρεμβάσεις με σκοπό την πρόληψη των παρενεργειών καθώς και την καταπολέμηση των ήδη υπάρχουσων παρενεργειών. Αποθαρρύνει την πάσχουσα να εφαρμόζει αλοιφές και επιθέματα και αντισηπτική βαρέων μετάλλων. Ύστερα από εντολή ιατρού μπορεί να εφαρμοστεί μόνο υδροκορτιζόνη, σπρέι και γάζες Lanett wax. Παρέχει αρωγή στην διεκπεραίωση των καθημερινών εργασιών της ασθενούς σε περίπτωση που αδυνατεί λόγω της κόπωσης καθώς και ψυχολογική αρωγή στην πάσχουσα για τις αλλοιώσεις που ενδέχεται να προκύψουν στην εξωτερική της εικόνα (Gosselin et al. 2010, Cruickshank et al. 2008, Πλατανιώτης, 2000).

7.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ορμονοθεραπεία επιφέρει αρκετές παρενέργειες, τις οποίες ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να αναφέρει στην πάσχουσα και να υπογραμμίσει πως η παραμονή τους θα είναι παροδική, καθώς διακόπτονται με το πέρας της θεραπείας. Δεδομένου του ότι οι πάσχουσες συνεχίζουν μόνες τους την θεραπεία στο σπίτι, χωρίς την εποπτεία από κάποιον επαγγελματία υγείας, ο νοσηλευτής οφείλει να εκπαιδεύσει την γυναίκα αναφορικά με τους τρόπους καταπολέμησης κάθε μιας από τις παρενέργειες αυτές. Πρέπει να την ενημερώσει πως η

ανεπιθύμητη ενέργεια της αύξησης του βάρους, αποτελεί παρενέργεια που παραμένει μετά την λήξη της θεραπείας και να την παροτρύνει να επισκεφτεί κάποιον διαιτολόγο. Επιπλέον, σπουδαίος είναι ο ρόλος του στην υποστήριξη της πάσχουσας στο ταξίδι της στην ορμονοθεραπεία, καθώς η γυναίκα μπορεί να βρίσκεται διαρκώς σε δίλλημα για το εάν πρέπει να διακόψει ή να συνεχίσει την θεραπεία, εξαιτίας των παρενεργειών που υφίσταται (Resnik, 2001, Foley, 2000).

Στην παρενέργεια των εξάψεων ο νοσηλευτής δύναται να ενημερώσει την γυναίκα για διάφορες πρακτικές αντιμετώπισης. Σε αυτές περιλαμβάνονται η λήψη μεγάλων ποσοτήτων παγωμένου νερού, η χρήση ανεμιστήρων και η εφαρμογή κατάλληλου ιματισμού και σεντονιών και σκεπασμάτων, τα οποία πρέπει να αποτελούνται από απορροφητικό υλικό, όπως μετάξι και βαμβάκι. Ο ρουχισμό ενδείκνυται να είναι μεγάλου μεγέθους και να προσδίδει άνεση (Jean-Pierre et al. 2007). Επίσης, ενημερώνει την γυναίκα για την μέθοδο του βελονισμού, ο οποίος σύμφωνα με νέες μελέτες, έχει διαπιστωθεί πως είναι μια στρατηγική θεραπείας που φέρει αποτελέσματα στην βελτίωση των εξάψεων (Wang et al. 2018). Τέλος, τον πληροφορεί για θεραπείες με οξυβουτυνίνη και παροξετίνη που μπορεί να του συστήσει ο ιατρός (Leon-Ferre et al. 2019, Rahimzadeh et al. 2018).

Όσο αναφορά την ανεπιθύμητη ενέργεια της οστεοπόρωσης, ο νοσηλευτής ενημερώνει τις πάσχουσες που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, πως η περίπτωση να υποστεί κατάγματα ελαττώνεται, όταν η μυϊκή μάζα είναι αυξημένη και το βάρος σώματος φυσιολογικό. Για τον λόγο αυτό ενδείκνυται η εφαρμογή μιας ισορροπημένης διατροφής σε συνδυασμό με σωματική δραστηριότητα. Επιπλέον, τις πληροφορεί πως θα πρέπει να πραγματοποιούν υπολογισμό της μάζας των οστών κάθε 18 με 24 μήνες (Fellowes et al. 2001).

Ο νοσηλευτής στην παρενέργεια της πρόσληψης σωματικού βάρους της πάσχουσας που προκύπτει από την αυξημένη όρεξη, εξαιτίας την λήψης προγεστερόνης, συμβουλεύει την γυναίκα να επισκεφτεί κάποιον διατροφολόγο, ο οποίος θα της συστήσει να ακολουθήσει μια ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με σωματική δραστηριότητα. Ο συνδυασμός αυτός βοηθάει στην διαχείριση της αύξησης του βάρους (Jean-Pierre et al. 2007, Resnik et al. 2001).

Στην ανεπιθύμητη επίδραση του ερεθισμένου, ξηρού κόλπου, το νοσηλευτικό προσωπικό προτείνει στην γυναίκα να εφαρμόσει ενυδατικές κρέμες καθώς επίσης την ενημερώνει και για την τοπική χρήση οιστρογόνων, η οποία αντιμετωπίζει επιτυχώς το πρόβλημα (Jean-Pierre et al. 2007).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να στηρίζει την ασθενή στην καταπολέμηση της διαταραγμένης εικόνας που έχει για το σωματικό της είδωλο, που προκύπτει εξαιτίας της απώλειας των μαλλιών, της αύξησης του βάρους και την λιπαρότητας του δέρματος που υφίσταται. Είναι υπεύθυνος να καταπολεμήσει και να προλάβει την θρόμβωση που δύναται να προκληθεί καθώς και να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της κατακράτησης υγρών (Dewit, 2009).

7.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Την περίοδο που γνωστοποιείται στην πάσχουσα η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, υφίσταται ισχυρή ψυχολογική φόρτιση. Στην φάση αυτή, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να αντιληφθεί την κατάσταση αυτή και να προσφέρει συναισθηματική αρωγή στην νοσούσα (Corner & Bailey, 2009).

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να σχεδιάσει και να υλοποιήσει παρεμβάσεις προκειμένου να προσφέρει ψυχολογική αρωγή και στήριξη στην πάσχουσα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της. Στις παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνεται η πλήρης πληροφόρηση της ασθενούς αναφορικά με την νόσο, η προσπάθεια ύπαρξης ευνοϊκού κλίματος επικοινωνίας και εμπιστοσύνης, η ενθάρρυνση της γυναίκας να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα της, καθώς και η διαχείριση αυτών. Ο νοσηλευτής προωθεί την κοινωνικοποίηση της, την παροτρύνει να εξακολουθήσει την πραγματοποίηση των καθημερινών της ενεργειών και συνηθειών. Επιπλέον, δύναται να την διδάξει μεθόδους χαλάρωσης και αντιμετώπισης τους άγχους, των καταθλιπτικών συναισθημάτων και του αισθήματος της έλλειψης σιγουριάς (Βιβιλάκη, 2016). Ο νοσηλευτής την προϊδεάζει για τις πιθανές συναισθηματικές επιρροές που είναι δυνατόν να υποστεί και ότι κάτι τέτοιο είναι απόλυτα φυσιολογικό. Την παροτρύνει να μιλήσει για τα αισθήματα που νιώθει αναφορικά με την πιθανή ή ήδη υπάρχουσα απώλεια του μαστού και πώς αυτό άλλαξε τις καθημερινές της ασχολίες, καθώς επίσης της υπενθυμίζει πως η αξία της συνδέεται με την προσωπικότητα και την ευφυΐα της και όχι με τα στήθη της. Ακόμα, ο νοσηλευτής έχει την δυνατότητα δημιουργίας ενός ερωτηματολογίου, με σκοπό να λάβει στοιχεία από την πάσχουσα αναφορικά με την ψυχολογική θέση στην οποία βρίσκεται. Πολύ σημαντική είναι η παροχή βοήθειας του νοσηλευτή, στην γυναίκα, να αντιληφθεί και να αποδεχθεί την μεταβολή του σωματικού της ειδώλου εξαιτίας των θεραπειών, η παρότρυνση της να κρατήσει μια θετική εικόνα για τον σωματικό της είδωλο,

με τον να αγγίζει την ουλή της, ώστε να εξοικειωθεί με αυτή, να ανακαλύψει άλλα μέρη στο σώμα της, τα οποία αγνοούσε, να εφαρμόζει υδατικές κρέμες (Lemone & Bourke, 2004).

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συζητήσει με τον σύντροφο της πάσχουσας, εάν υπάρχει, και να τον ενθαρρύνει να την υποστηρίξει, καθώς η αρωγή αυτή από τον σύντροφο διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην αυτοπεποίθηση την γυναίκα και στην ιδέας που έχει για την εικόνα σώματος της (Paterson et al. 2016). Επίσης, προτρέπει και το φιλικό της περιβάλλον για παροχή υποστήριξης, καθώς κάτι τέτοιο ενθαρρύνει την πάσχουσα να εμφανίζεται δημόσια και να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες (Lambley, 2005).

Οι νοσηλευτές είναι ενημερωμένοι για τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί αναφορικά με το θεραπευτικό άγγιγμα και για τον λόγο αυτόν, το εφαρμόζουν στις ασθενείς τους. Το θεραπευτικό άγγιγμα παρουσιάζεται ως υποκειμενικός δείκτης για την ελάττωση του άγχους των καρκινοπαθών. Παρατηρήθηκε, πως αυξάνει την διάθεση, την ζωντάνια, καλυτερεύει την ψυχοσωματική τους κατάσταση, επιφέρει μεγαλύτερη ευχαρίστηση στις νοσούσες για την θεραπεία τους και ελαττώνει το αίσθημα κόπωσης και ναυτίας. Επιπλέον, φαίνεται πως βοηθάει και στην αντιμετώπιση του άλγους σε ασθενείς, ύστερα από την εφαρμογή της χειρουργικής μεθόδου (Tabatabaee et al. 2016).

Οι νοσηλευτές δύναται να βελτιώσουν την ψυχολογική κατάσταση και ποιότητα ζωής των νοσούντων, προτείνοντας τους και εφαρμόζοντας ασκήσεις και μεθόδους χαλάρωσης, καθώς και την διαφραγματική αναπνοή, τα οποία συνεισφέρουν στον έλεγχο και στην ελάττωση τους άγχους. Οι πάσχουσες διδάσκονται πως να λαμβάνουν ορθές αναπνοές, με σκοπό την ελάττωση του άγχους και γενικά της ψυχολογικής και συναισθηματικής φόρτισης (Βιβιλάκη και συν. 2015).

Τέλος, ο νοσηλευτής προσπαθεί να αποσπάσει την προσοχή των ασθενών, κυρίως των πασχόντων εκείνων που θα υποστούν χειρουργείο και εμφανίζουν αγχώδη συναισθήματα. Έτσι, παροτρύνει την οικογένεια και τους φίλους να τον επισκεφθούν, του προτείνει να ακούσει μουσική, να διαβάσει ένα βιβλίο ή να παρακολουθήσει τηλεόραση. Με τον περισπασμό αυτόν επιτυγχάνεται ελάττωση των επιπέδων του άγχους (Ignatavicius & Workman, 2008).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

8.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1^ο

Γυναίκα 50 ετών που πάσχει από καρκίνο του μαστού καταφθάνει μαζί με τον σύζυγο της στο νοσοκομείο για να λάβει την προγραμματισμένη χημειοθεραπεία της. Ο νοσηλευτής παρατηρεί πως η γυναίκα δείχνει καταθλιπτική, καθώς και πως έχει υποστεί απώλεια κιλών και μαλλιών, τα οποία τα αποδίδει στην χημειοθεραπεία. Έτσι, αποφασίζει να προβεί σε συζήτηση με την πάσχουσα και τον σύζυγο της. Η νοσούσα αποκαλύπτει πως νιώθει καταθλιπτικά συναισθήματα, ύστερα από την απώλεια των μαλλιών της εξαιτίας των χημειοθεραπειών. Επίσης, ανέφερε πως εμφάνισε αίσθημα ανορεξίας, λόγω των καταθλιπτικών συναισθημάτων, καθώς και εξαιτίας της στοματίτιδας που έχει προκληθεί, ως παρενέργεια της χημειοθεραπευτικής μεθόδου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ανορεξία	-Ελλιπής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών	-Λήψη συχνών και μικρών γευμάτων -Ημερήσια κατανάλωση 8 ποτηριών διαφόρων υγρών -Κατανάλωση μικρών γευμάτων, ενδιάμεσα των κυρίως, που είναι εύπεπτα, πλούσια σε πρωτεΐνες, με υδαρή μορφή, όπως ασπράδι αυγού, γιαούρτι, πουτίγκες -Κατανάλωση τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες, όπως οπωροκηπευτικά, δημητριακά, ζυμαρικά -Προσθήκη στα κυρίως γεύματα της, κρέατος, ψαριού, γαλακτοκομικών,	-Η ασθενής άρχισε να λαμβάνει συχνά και μικρά γεύματα -Η ασθενής κατανάλωνε ημερησίως 8 ποτήρια διαφόρων υγρών -Η ασθενής κατανάλωνε μικρά γεύματα, ενδιάμεσα των κυρίως, που ήταν εύπεπτα, πλούσια σε πρωτεΐνες, με υδαρή μορφή, όπως ασπράδι αυγού, γιαούρτι, πουτίγκες -Η ασθενής κατανάλωνε τροφές πλούσιες σε	-Η ασθενής κατάφερε να ξεπεράσει την ανορεξία -Απέκτησε και πάλι την χαμένη της όρεξη -Επίτευξη πλήρους πρόσληψης θρεπτικών συστατικών

		<p>αυγού</p> <p>-Κατανάλωση τροφίμων υψηλής θερμιδικής αξίας, όπως κρέμα γάλακτος, βούτυρο γάλακτος</p> <p>-Ήπια σωματική δραστηριότητα πριν το γεύμα</p> <p>-Πραγματοποίηση της θεραπείας Rasayana, κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	<p>υδατάνθρακες, όπως οπωροκηπευτικά, δημητριακά, ζυμαρικά</p> <p>-Η ασθενής πρόσθετε στα κυρίως γεύματα της, κρέας, ψάρι, γαλακτοκομικά, αυγό</p> <p>-Η ασθενής κατανάλωνε τρόφιμα υψηλής θερμιδικής αξίας, όπως κρέμα γάλακτος, βούτυρο γάλακτος</p> <p>-Η ασθενής πραγματοποιούσε ήπια σωματική δραστηριότητα πριν το γεύμα</p> <p>-Η ασθενής υποβλήθηκε στην θεραπεία Rasayana, κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	
Στοματίτιδα	-Δυσκολία στην κατάποση	<p>-Λήψη μεγάλων ποσοτήτων υγρών</p> <p>-Κατανάλωση μαλακών, υγρών τροφών, μέτριας θερμοκρασίας, όπως φρούτα, ζελέ, παιδικές τροφές, πουτίγκα, παγωτό, γρανίτες</p> <p>-Πιπίλισμα πάγου</p> <p>-Πολτοποίηση μαγειρεμένων τροφών</p> <p>-Εμποτισμός σκληρών τροφών μέσα σε τσάι, γάλα</p> <p>-Διακοπή κατανάλωσης αλατισμένων και πικάντικων τροφών</p>	<p>-Η ασθενής λάμβανε μεγάλες ποσότητες υγρών</p> <p>-Η ασθενής κατανάλωνε μαλακές, υγρές τροφές, μέτριας θερμοκρασίας, όπως φρούτα, ζελέ, παιδικές τροφές, πουτίγκα παγωτό, γρανίτες</p> <p>-Η ασθενής πιπίλαγε πάγο</p> <p>-Η ασθενής πολτοποιούσε τις μαγειρεμένες τροφές</p> <p>-Η ασθενής εμπότιζε τις σκληρές τροφές μέσα σε τσάι, γάλα</p>	<p>-Η στοματίτιδα που εμφάνισε η ασθενής υπέστη σημαντική βελτίωση</p> <p>-Η κατάποση διευκολύνθηκε</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Διακοπή κατανάλωσης όξινων, ερεθιστικών τροφών, όπως ντομάτες και πορτοκάλια -Διακοπή καπνίσματος και αλκοόλ -Γαργάρες με διάλυμα σόδας και χαμομηλιού -Πραγματοποίηση υγιεινής του στόματος και των ούλων -Βούρτσισμα των ούλων με μαλακή οδοντόβουρτσα, αμέσως μετά την λήψη σκληρών και πικάντικων τροφών -Εφαρμογή αντισηπτικών υγρών -Λήψη φαρμάκου για ελάττωση του άλγους, κατόπιν ιατρικής εντολής -Λήψη σταγόνων Mycostatin, κατόπιν ιατρικής εντολής 	<ul style="list-style-type: none"> -Η ασθενής διέκοψε την κατανάλωση όξινων, ερεθιστικών τροφών, όπως ντομάτες και πορτοκάλια -Η ασθενής διέκοψε το κάπνισμα και το αλκοόλ -Η ασθενής πραγματοποιούσε γαργάρες με σόδα και χαμομήλι -Η ασθενής πραγματοποιούσε υγιεινή του στόματος και των ούλων -Η ασθενής βούρτσισε τα ούλα της με μαλακή οδοντόβουρτσα, αμέσως μετά την λήψη σκληρών και πικάντικων τροφών -Η ασθενής εφάρμοξε αντισηπτικά υγρά -Η ασθενής λάμβανε φάρμακο για ελάττωση του άλγους, κατόπιν ιατρικής εντολής -Η ασθενής λάμβανε σταγόνες Mycostatin, κατόπιν ιατρικής εντολής 	
--	--	--	---	--

<p>Αλωπεκία</p>	<p>-Διαταραχή εικόνας σώματος</p>	<p>-Ενημέρωση της ασθενούς πως τα μαλλιά αρχίζουν να αναπτύσσονται ξανά ύστερα από 8 εβδομάδες</p> <p>-Ενημέρωση της ασθενούς για τις πιθανές ψυχικές επιδράσεις που θα υποστεί, με την απώλεια των μαλλιών της</p> <p>-Αποφυγή συχνού λουσίματος</p> <p>-Αποφυγή χτενίσματος με σκληρή βούρτσα</p> <p>-Απαγόρευση της χρήσης βαφής στα μαλλιά καθώς και εφαρμογής παρόμοιων τεχνικών</p> <p>-Χρήση περούκας</p> <p>-Χρήση μαντηλιών και καπέλων</p> <p>-Εφαρμογή πίεσης στο τριχωτό της κεφαλής με επίδεσμο και παγοκύστη</p> <p>-Εφαρμογή υποθερμίας του κρανίου, με χρήση κάσκα ψύξεως, κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	<p>-Η ασθενής ενημερώθηκε πως τα μαλλιά αρχίζουν να αναπτύσσονται ξανά ύστερα από 8 εβδομάδες</p> <p>-Η ασθενής ενημερώθηκε για τις πιθανές ψυχικές επιδράσεις που θα υποστεί, με την απώλεια των μαλλιών της</p> <p>-Η ασθενής απέφυγε το συχνό λούσιμο</p> <p>-Η ασθενής απέφυγε το χτένισμα με σκληρή βούρτσα</p> <p>-Η ασθενής δεν χρησιμοποίησε βαφή στα μαλλιά της, ούτε κάποια παρόμοια τεχνική</p> <p>-Η ασθενής φόρεσε περούκα</p> <p>-Η ασθενής φορούσε μαντήλια και καπέλα</p> <p>-Η ασθενής εφάρμοξε πίεση στο τριχωτό της κεφαλής της με επίδεσμο και παγοκύστη</p> <p>-Στην ασθενή εφαρμόστηκε υποθερμία του κρανίου με την χρήση κάσκα ψύξεως, κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	<p>-Η απώλεια των μαλλιών της πάσχουσας βελτιώθηκε σημαντικά με την βοήθεια των παρεμβάσεων από τον νοσηλευτή</p> <p>-Η αντίληψη της ασθενούς για την εικόνα σώματος της αποκαταστάθηκε επιτυχώς</p>
-----------------	-----------------------------------	---	--	--

<p>Κατάθλιψη</p>	<p>-Διαταραχή προσωπικότητας</p> <p>-Έλλειψη ελπίδας</p>	<p>-Προσπάθεια για τακτικές συναντήσεις του νοσηλευτή με την ασθενή</p> <p>-Προσπάθεια δημιουργίας ευνοϊκού κλίματος επικοινωνίας</p> <p>-Προσπάθεια για παροχή συνεχιζόμενης ψυχολογικής υποστήριξης στην ασθενή</p> <p>-Προσπάθεια από τον νοσηλευτή να δείξει το ενδιαφέρον του και την προσοχή του στην ασθενή</p> <p>-Προσπάθεια από τον νοσηλευτή να ενθαρρύνει μέσω του διαλόγου την ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα που νιώθει</p> <p>-Προσπάθεια του νοσηλευτή να βοηθήσει την ασθενή να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματα που νιώθει και με τα γεγονότα που δεν μπορεί να λύσει</p> <p>-Προσπάθεια από τον νοσηλευτή να βοηθήσει την ασθενή να αναγνωρίσει τους μηχανισμούς που της προκαλούν δυσάρεστες σκέψεις και αισθήματα καθώς και την παράκαμψη αυτών</p> <p>-Προσπάθεια του νοσηλευτή να αναδείξει την αυτοφροντίδα και την αυτονομία της ασθενούς, ενημερώνοντας την για την πορεία της νόσου και δίνοντας της την ευκαιρία να αποφασίζει για θέματα αναφορικά με την υγεία</p>	<p>-Πραγματοποιήθηκαν τακτικές συναντήσεις νοσηλευτή- ασθενούς</p> <p>-Δημιουργήθηκε ευνοϊκό κλίμα επικοινωνίας</p> <p>-Δόθηκε συνεχιζόμενη ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή</p> <p>-Ο νοσηλευτής έδειξε το ενδιαφέρον του και την προσοχή του στην ασθενή</p> <p>-Ο νοσηλευτής ενθάρρυνε μέσω του διαλόγου την ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα που νιώθει</p> <p>-Ο νοσηλευτής βοήθησε την ασθενή να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματα που νιώθει και με τα γεγονότα που δεν μπορεί να λύσει</p> <p>-Ο νοσηλευτής βοήθησε την ασθενή να αναγνωρίσει τους μηχανισμούς που της προκαλούν δυσάρεστες σκέψεις και αισθήματα καθώς και την παράκαμψη αυτών</p> <p>-Ο νοσηλευτής ανέδειξε την αυτοφροντίδα και την αυτονομία της ασθενούς, ενημερώνοντας την για την πορεία της νόσου και δίνοντας</p>	<p>-Το αίσθημα κατάθλιψης της ασθενούς εξαλείφθηκε</p> <p>-Η προσωπικότητα της ασθενούς αποκαταστάθηκε</p> <p>-Η ασθενής ανέκτησε και πάλι τις ελπίδες της</p>
------------------	--	--	--	--

		<p>της και την περίθαλψη που λαμβάνει</p> <p>-Προσπάθεια από τον νοσηλευτή να βοηθήσει την ασθενή να ανακαλύψει ενδιαφέροντα που της προσδίδουν ευχαρίστηση</p> <p>-Προσπάθεια βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων και ενθάρρυνση για κοινωνικοποίηση της ασθενούς</p> <p>-Προσπάθεια διδασκαλίας της οικογένειας της ασθενούς για την ορθή διαχείριση των συναισθημάτων της</p> <p>-Επικοινωνία με ψυχολόγο</p> <p>-Λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής, κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	<p>της την ευκαιρία να αποφασίζει για θέματα αναφορικά με την υγεία της και την περίθαλψη που λαμβάνει</p> <p>-Ο νοσηλευτής την βοήθησε να ανακαλύψει ενδιαφέροντα που της προσδίδουν ευχαρίστηση</p> <p>-Η ασθενής προσπάθησε να βελτιώσει τις διαπροσωπικές της σχέσεις και ενθαρρύνθηκε για κοινωνικοποίηση</p> <p>-Η οικογένεια της ασθενούς διδάχθηκε την ορθή διαχείριση των συναισθημάτων της</p> <p>-Πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με ψυχολόγο</p> <p>-Η ασθενής έλαβε αντικαταθλιπτική αγωγή, κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	
--	--	--	--	--

8.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2^ο

Γυναίκα ετών 45 καταφθάνει στο νοσοκομείο για να λάβει την προγραμματισμένη της χημειοθεραπεία. Ο νοσηλευτής, καθώς παρατηρεί ότι η ασθενής φαίνεται εξουθενωμένη, αφιερώνει χρόνο πριν την έναρξη της θεραπείας για να συζητήσει μαζί της. Στην συζήτηση τους, η ασθενής δήλωσε πως έχει ναυτίες και κάνει εμετούς, καθώς και πως πραγματοποιεί διαρροϊκές κενώσεις. Επίσης, αποκάλυψε στον νοσηλευτή πως νιώθει μονίμως έντονο

αίσθημα αδυναμίας και κούρασης. Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή πως οι ναυτίες, οι εμετοί, οι διαρροϊκές κενώσεις και το αίσθημα αδυναμίας και κούρασης, συνιστούν παρενέργειες της χημειοθεραπείας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ναυτία και εμετός	<ul style="list-style-type: none"> -Κίνδυνος αφυδάτωσης -Κίνδυνος ηλεκτρολυτικών διαταραχών -Κίνδυνος διαταραχής ισοζυγίου υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> -Λήψη αντιεμετικής αγωγής, κατόπιν ιατρικής εντολής -Λήψη μικρών γευμάτων μέσα στην μέρα -Καλό και αργό μάσημα τροφών -Κατανάλωση τροφίμων με θερμοκρασία περιβάλλοντος ή ακόμα καλύτερα παγωμένων και μαλακών -Κατανάλωση δροσερών ποτών χωρίς ζάχαρη -Κατανάλωση ξηρών τροφών -Διακοπή κατανάλωσης πολλής ζάχαρης, τηγανιτών, και λιπαρών -Αποφυγή κούρασης για 2 ώρες μετά το γεύμα - Εισπνοή από το στόμα όταν νιώθει ναυτία -Φροντίδα του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών από τον νοσηλευτή, ώστε να παραμείνουν σταθερά -Κατανάλωση ελαφριών γευμάτων μετά την εφαρμογή της θεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> -Η ασθενής έλαβε αντιεμετική αγωγή κατόπιν ιατρικής εντολής - Η ασθενής λάμβανε μικρά γεύματα μέσα στην μέρα -Η ασθενής μασούσε καλά και αργά τις τροφές -Η ασθενής κατανάλωνε τρόφιμα με θερμοκρασία περιβάλλοντος ή παγωμένα και μαλακά -Η ασθενής κατανάλωνε δροσερά ποτά χωρίς ζάχαρη -Η ασθενής κατανάλωνε ξηρές τροφές -Η ασθενής διέκοψε την κατανάλωση πολλής ζάχαρης, τηγανιτών και λιπαρών -Η ασθενής απέφυγε να κουράζεται για 2 ώρες μετά το γεύμα -Η ασθενής εισέπνεε 	<ul style="list-style-type: none"> -Οι παρενέργειες της ναυτίας και του εμετού εξαλείφθηκαν επιτυχώς -Ο κίνδυνος αφυδάτωσης αποφεύχθηκε -Ο κίνδυνος ηλεκτρολυτικών διαταραχών αποφεύχθηκε -Ο κίνδυνος διαταραχής του ισοζυγίου υγρών αποφεύχθηκε

			<p>από το στόμα όταν ένιωθε ναυτία</p> <p>-Ο νοσηλευτής φρόντισε το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, ώστε να παραμείνουν σταθερά</p> <p>-Η ασθενής κατανάλωνε ελαφριά γεύματα μετά την εφαρμογή της θεραπείας</p>	
<p>Διαρροϊκές κενώσεις</p>	<p>-Διάρροια</p> <p>- Κίνδυνος ηλεκτρολυτικών διαταραχών</p> <p>-Κίνδυνος διαταραχών ισοζυγίου υγρών</p>	<p>-Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων, κατόπιν ιατρικής εντολής</p> <p>-Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων υγρών, χλιαρών ή με θερμοκρασία δωματίου</p> <p>-Κατανάλωση ήπιων υγρών, όπως νερό, ελαφρύ τσάι, χυμό μήλου</p> <p>-Εφαρμογή δίαιτας υγρών</p> <p>-Κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων</p> <p>-Πραγματοποίηση όλων των γευμάτων</p> <p>-Κατανάλωση τροφών πλούσιων σε κάλιο, όπως μπανάνες, πατάτες, πορτοκάλια</p> <p>-Διακοπή τροφών που προκαλούν αέρια, όπως μπρόκολο, φασόλια</p> <p>-Διακοπή καπνίσματος</p>	<p>-Η ασθενής έλαβε αντιδιαρροϊκά φάρμακα, κατόπιν ιατρικής εντολής</p> <p>-Η ασθενής κατανάλωνε μεγάλες ποσότητες υγρών, χλιαρών ή με θερμοκρασία δωματίου</p> <p>-Η ασθενής κατανάλωνε ήπια υγρά, όπως νερό, ελαφρύ τσάι, χυμό μήλου</p> <p>-Η ασθενής εφάρμοσε δίαιτα υγρών</p> <p>-Η ασθενής κατανάλωνε μικρά και συχνά γεύματα</p> <p>-Η ασθενής πραγματοποιούσε όλα τα γεύματα</p> <p>-Η ασθενής κατανάλωνε τρόφιμα πλούσια σε κάλιο, όπως μπανάνες,</p>	<p>-Η παρενέργεια της διάρροιας εξαλείφθηκε επιτυχώς</p> <p>-Ο κίνδυνος ηλεκτρολυτικών διαταραχών αποφεύχθηκε</p> <p>-Ο κίνδυνος διαταραχών του ισοζυγίου υγρών αποφεύχθηκε</p>

			<p>πατάτες, πορτοκάλια</p> <p>-Η ασθενής διέκοψε τροφές που προκαλούν αέρια, όπως μπρόκολο, φασόλια</p> <p>-Η ασθενής διέκοψε το κάπνισμα</p>	
Αίσθημα αδυναμίας και κούρασης	-Κόπωση	<p>- Τακτική αξιολόγηση της κόπωσης από τον νοσηλευτή</p> <p>-Εξασφάλιση πολύωρου ύπνου</p> <p>-Εξασφάλιση διαστημάτων μέσα στην μέρα για ξεκούραση</p> <p>-Διδασκαλία μεθόδων που ενισχύουν την κινητικότητα</p> <p>-Τροποποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων</p> <p>-Μείωση των ωρών εργασίας</p> <p>-Έναρξη συστηματικής σωματικής άσκησης</p> <p>-Υποστήριξη της ασθενούς στις καθημερινές της δραστηριότητες από την οικογένεια και τους φίλους της</p>	<p>-Ο νοσηλευτής πραγματοποιούσε τακτικές αξιολογήσεις της κόπωσης</p> <p>-Η ασθενής πραγματοποιούσε πολύωρους ύπνους</p> <p>-Η ασθενής εξασφάλιζε διαστήματα μέσα στην μέρα για ξεκούραση</p> <p>-Η ασθενής διδάχθηκε μεθόδους που ενισχύουν την κινητικότητα</p> <p>-Η ασθενής τροποποίησε τις καθημερινές της δραστηριότητες</p> <p>-Η ασθενής μείωσε τις ώρες εργασίας της</p> <p>-Η ασθενής ξεκίνησε συστηματική σωματική άσκηση</p> <p>-Η οικογένεια και οι φίλοι της ασθενούς την υποστήριξαν στις καθημερινές της δραστηριότητες</p>	<p>-Το αίσθημα κόπωσης της ασθενούς εξαλείφθηκε επιτυχώς</p> <p>-Η ασθενής ξαναβρήκε την χαμένη της δύναμη</p> <p>-Η ασθενής δραστηριοποιήθηκε ξανά</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στον καρκίνο του μαστού, αν και αποτελεί τον πιο διαδεδομένο καρκίνο στις γυναίκες, είναι δυνατόν να εξασφαλιστεί μεγάλος βαθμός επιβίωσης, μέσω της καλύτερευσης του διαγνωστικού ελέγχου και των θεραπευτικών μεθόδων. Παρόλα αυτά, τα αισθήματα της ψυχολογικής και κοινωνικής δυσανασχέτησης, που παρουσιάζουν οι πάσχουσες, κατά την διάγνωση της νόσου, είναι δυνατόν να ασκήσουν αρνητικές επιδράσεις στην θεραπευτική αντιμετώπιση. Η σωματική, η συναισθηματική και η κοινωνική κατάπτωση που εμφανίζουν οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μειώνουν σημαντικά το επίπεδο της Ποιότητας Ζωής τους. Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού έρχεται αντιμέτωπη με πληθώρα ανεπιθύμητων επιδράσεων, που προκύπτουν από την θεραπεία της. Τέτοιες παρενέργειες, όπως είναι η κόπωση, το άλγος, οι εξάψεις, η απώλεια των μαλλιών, η καρκινική καχεξία, οι ναυτιές, οι εμετοί, η αναιμία, η θρομβοπενία, το λεμφοίδημα, οι τελαγγειεκτασίες, η περικαρδίτιδα, η πρόωρη εμμηνόπαυση, η οστεοπόρωση, η καταπληξία κ.ά., εξουθενώνουν την ασθενή, μειώνουν την λειτουργικότητα της και εμποδίζουν την πραγματοποίηση των καθημερινών της ασχολιών και δραστηριοτήτων. Επίσης, κάποιες από τις παρενέργειες αυτές είναι δυνατόν να οδηγήσουν και σε αφαιρέση ακόμα και της ίδιας της ζωής. Ο ψυχικός πόνος της ασθενούς, μετά την διάγνωση της ασθένειας και την εκδήλωση των παρενεργειών της θεραπείας, είναι μεγάλος. Χάνει την ελπίδα της για το μέλλον, εμφανίζει καταθλιπτικά και αγχώδη συναισθήματα, παρουσιάζει διαταραχή εικόνας σώματος, καθώς και κλονίζεται η σεξουαλικότητα της. Οδηγείται σε απομόνωση και απομακρύνεται από τον σύντροφο και την οικογένεια της, διαταρράσσοντας έτσι τις οικογενειακές σχέσεις και ισορροπίες. Στις γυναίκες αυτές, πρέπει να δοθεί υποστήριξη, προκειμένου να κατανοήσουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται και να ενημερωθούν σχετικά με τα συμπτώματα που πρόκειται να εμφανίσουν. Η γυναίκα έχει ανάγκη για υποστήριξη από το προσωπικό υγείας, την οικογένεια της και την κοινωνία, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις φυσικές και συναισθηματικές διαταραχές που προκύπτουν από την νόσο, καθώς και να εξοικωωθεί με αυτήν και τις ανεπιθύμητες επιδράσεις της, βελτιώνοντας έτσι τα επίπεδα της Ποιότητας ζωής της. Ο νοσηλευτής, καθώς αποτελεί το προσωπικό που βρίσκεται σε συχνότερη και στενότερη επαφή με την ασθενή, έχει την δυνατότητα να της ασκήσει σημαντική επιρροή, καθώς και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που εμφανίζει η πάσχουσα, μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abbaszadeh A. et al. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, 18.

Abrahams H.J.G. et al. (2016). Risk factors, prevalence and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12 327 breast cancer survivors. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*, 27(6), 965-974.

Akel R. et al. (2017). Anxiety, Depression and Quality of Life in Breast Cancer Patients in the Levant. *Asian Pac J Cancer Prev*, 18(10), 2809-2816.

Akram M. et al. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res*, 50(1), 33.

Altena R. et al. (2009). Cardiovascular toxicity caused by cancer treatment: strategies for early detection. *The Lancet Oncology*, 10(4), 391-399.

Aoyagi T. et al. (2015). Cancer cachexia, mechanism and treatment. *World J Gastrointest Oncol*, 7(4), 17-29.

Aptekar L. et al. (2021). Prospective evaluation of sexual health in breast cancer women during the first year of adjuvant hormonal treatment using a cancer patient's dedicated questionnaire: A glaring gap of communication between health professionals and patients. *Breast Cancer Pes Treat*.

Archangelo S.C.V. et al. (2019). Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics (Sao Paulo)*, 30(74), 883.

Ashing Giwa K.T. et al. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian, American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psychooncology*, 13, 408-428.

Aulisa G.A. et al. (2010). Determination of quality of life in adolescents with idiopathic scoliosis subjected to conservative treatment. *Scoliosis*, 5(1), 21.

Barclay J.S., Blackhall L.J., Tulsy J.A. (2007). Communication Strategies and Cultural Issues in the Delivery of Bad News. *Journal of Palliative Medicine*, 10(4), 958-977.

Barrow T.M. et al. (2018). Psychosocial stress is associated with benign breast disease in young Chinese women: results from project ELEFANT. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1-8.

Barth V. (2013). Διαγνωστική των Παθήσεων του Μαστού. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Πριμέτης Η. Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας, Αθήνα.

Bajpai J. et al. (2019). Randomised controlled trial of scalp cooling for the prevention of chemotherapy induced alopecia. *Randomized Controlled Trial*, 49, 187-193.

Batchelor D. (2001). Hair and Cancer chemotherapy: consequences and nursing care, a literature study. *Eur J Cancer*, 10(3), 147-163.

Beaumont J. (2007). Breast cancer: what are the issues for young women?. *Cancer Nursing Practice*, 6(9), 36-39.

Bloom J.R. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147-160.

Bozzetti F. (2013). Nutritional support of the oncology patient. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 87(2), 172-200.

Burgess C. et al. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British medical Journal*, 330(7493), 702.

Buzgova K., Jarosova D., Hajnova E. (2015). Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *Eur J Oncol Nurs*, 19(6), 667-672.

Carlson L. et al. (2013). What goes up does not always come down: patterns of distress pysical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period. *Psychooncology*, 22(1), 168-176.

CDC Staff, (2008). *Understanding Depression-Yours and Theirs*. CDC. Gov. 01 April 2002. Center for Disease Control and Prevention.

Chang H.Y. et al. (2016). Hot flashes in breast cancer survivors: Frequency, severity and impact. *Breast*, 27, 116-121.

Chen Q. et al. (2018). Health-Related Quality of Life among Women Breast Cancer Patients in Eastern China. *BioMed Research*.

Cobo-Cuenca A.I. et al. (2018). Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. *PloS One*, 13(8).

Cohen M.Z. et al. (2010). What does it mean to be an oncology nurse? Reexamining the life cycle concepts. *Oncol Nurs Forum*, 37(5), 561-570.

Col N., Kim J., Chlebowski R. (2005). Menopausal Hormone therapy after breast cancer: a meta-analysis and critical appraisal of the evidence. *Breast Cancer Research*, 7(4), 535-540.

Cole T. (2006). Risks and benefits of needle use in patients after axillary node surgery. *British Journal of Nursing*, 15(18), 969-979.

Corner J., Bailey C. (2009). Νοσηλευτική Ογκολογία, το πλαίσιο φροντίδας. Επιμέλεια Πατράκη-Κουρουμπάνη Ε. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Crawford J.J. et al. (2016). Extreme sport/adventure activity correlates in gynecologic cancer survivors. *American Journal of Health Behavior*, 40(2), 172-181.

Cronin K.A., Berry D.A. (2018). Concern Regarding Age Distribution of Breast Cancer, 11(6), 75-81.

Cruccu G., Sommer C., Anand P. (2010). EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revise. *Eur J Neurol*, 17(8), 1010-1018.

Cruickshank S. et al. (2008). Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23(1).

Cunningham R.S., Bell R. (2000). Nutrition in cancer: an overview. *Semin Oncol Nurs*, 16(2), 90-98.

De Papathanassoglou E. (2014). Recent advances in understanding pain: what lies ahead for critical care. *Nurs Crit Care*, 19(3), 110-113.

Delgado-Guay M.O. et al. (2011). Spirituality, religiosity and spiritual pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 41(6), 986-994.

Dewit S. (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες και Πρακτική. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Dewit S.C. (2005). Βασικές αρχές και δεξιότητες της Νοσηλευτικής φροντίδας. Επιμέλεια Λαμπρινού Α. Έκδοση 1^η. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δ., Αθήνα, 2, 416-427.

DiSipio T. et al. (2013). Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 14(6), 500-515.

Doenges M.E. (2009). Οδηγός ανάπτυξης νοσηλευτικής φροντίδας. Επιμέλεια Λατηράκη-Κουρμάνη Ε., επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 9-45.

Doumit M.A.A. et al. (2010). Coping with breast cancer: a phenomenological study. *Cancer Nursing*, 33(2), 33-39.

Duffy M.J. (2013). Tumor Markers in Clinical Practice: A review Focusing on Common Solid Cancers. *Med Princ Pract*, 22(1), 4-11.

Dumalaon-Canaria L.A. (2014). What causes breast? A systemic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes Control*, 25(7) 771-785.

Eiser C. (1997). Research methodology Children's quality of life measures. *Arch Dis Child*, 77, 350-354.

Evans W.J. et al. (2008). Cachexia: a new definition. *Clin Nutr*, 27(6), 793-799.

Ewald A. (2011). Adhesive capsulitis: a review. *Am Fam Physician*, 83(4), 417-422.

Ewles L., Simnett I. (2011). Προάγοντας την Υγεία, ένας πρακτικός οδηγός. Επιστημονική επιμέλεια: Μεράκου Κ., Μπαρπούνη Α., Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Fayers P., Machin D. (2010). Ποιότητα ζωής (Αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία). Επιμέλεια Λέκκας Φάνης, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα, 7-19.

Fearon K.C. et al. (2003). Effect of a protein and energy dense N-3 fatty acid enriched oral supplement on loss of weight and lean tissue in cancer cachexia: a randomized double blind trial. *Gu*, 52(10), 1479-1486.

Fellowes D. et al. (2001). Tolerability of hormone therapies for breast cancer: how informative are documented symptom profiles in medical notes for well-tolerated treatments? *Breast Cancer Research and Treatment*, 66(1), 73-81.

Feng Y. et al. (2018). Breast cancer development and progression: Risk Factors, cancer stem cells, signaling pathways, genomics and molecular pathogenesis. *Genes Dis*, 5(2), 77-106.

Ferlay J. et al. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods, and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*, 136(5), 359-386.

Ferlay J. et al. (2012). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in globocan. *Int J Cancer*, 136(5), 359-386.

Finlay T. (2000). The scope of professional practice: a literature review to determine the document's impact on nurses' role. *Nursing Times Research*, 5(2), 115-125.

Fobair P. et al. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579-594.

Foley K. (2000). Dismantling the barriers: providing palliative and pain care. *Med Stud J Am Med Assoc*, 283(1), 115.

Ganz P.A. et al. (2011). Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer. *J Clin Oncol*, 29, 1101-1109.

Ganz P.A. et al. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376-387.

Ganz P.A. et al. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *J Natl Cancer Inst*, 94, 39-49.

Gartner R. et al. (2009). Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA*, 302(81), 1985-1992.

Gass J., Mitchell S., Hanna M. (2019). How do breast cancer surgery scars impact survivorship? Finding from a nationwide survey in the United States. *BMC Cancer*, 19(1), 342.

Gosselin T.K. et al. (2010). A prospective randomized, placebo-controlled skin care study in women diagnosed with breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncol Nurs Forum*, 37(5), 619-626.

Gotze H. et al. (2020). Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer* 28(1), 211-220.

Greendale G.A. et al. (2001). Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause*, 8(2), 11-119.

Gupta S., Holloway D., Kabbra A. (2011). *Guide of gynecological nursing care*. Επιμέλεια μετάφρασης Δελτοσίδου Α. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

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

Hilley C. et al. (2008). Adjuvant RT for breast cancer. *British Medical Journal*, 337, 2843.

Ho S.S.M. et al. (2013). Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: A comparative evaluation, *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 877-882.

Ho P. et al. (2018). Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review. *BMJ Open*, 8(4).

Hofman M. et al. (2007). Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *The Oncologist*, 12(1), 4-10.

Huang H.Y. et al. (2017). Quality of life of breast cancer and cervical cancer survivors. *BMC Womens Health*, 17(1):30.

Huguet P.R. et al. (2009). Sexuality and quality of life in breast cancer survivors in Brazil. *The breast Journal*, 13(5), 537-538.

Hui D., Bruera E. (2014). A personalized approach to assessing and managing pain patients with cancer. *J Clin Oncol*, 32(16), 1640-1646.

IARC. (2014). Chapter 1: Cancer worldwide. In: Stewart B.W., Wild C.P. editors. *World Cancer Report 2014*. London IARC.

Ifantopoulos J. (2001). The Social Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 108-113.

Ignatavicius D.D., Workman L.M. (2008). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα. Επιμέλεια Βασιλειάδου Α., Εκδόσεις Βήτα, 1, 310-364, 522-532, 543-568.

Inui A. (2002). Cancer anorexia-cachexia syndrome: Current issues in research and management. *CA Cancer J Clin*, 52(2), 72-91.

Jaremka L.M. et al. (2013). Loneliness predicts pain, depression and fatigue: understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1310-1317.

Jariwala P., Kaur N. (2021). A descriptive study on prevalence of arm/shoulder problems and its impact on quality of life in breast cancer survivors. *Indian J Cancer*.

Jassim G.A., Whitford D.L. (2014). Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 107: 189-195.

Jean-Pierre P. et al. (2007). Assessment of cancer-related fatigue: Implications for clinical diagnosis and treatment. *Oncologist*, 12(1), 11-21.

Jedlickova H. et al. (2019). Alopecia and Hair Damage Induced by Oncological Theray. *Klin Onkol*, 32(5), 353-359.

Johnson A.M., Smith S.M. (2017). A review of general pain measurement tools and instruments for consideration of use in COPD clinical practice. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 12, 923-929.

Joly F. et al. (2019). Long-term fatigue and cognitive disorders in breast cancer survivors. *Cancers (Basel)*, 11(12), 1896.

Jones S.M. et al. (2015). Depression and quality of life before and after breast cancer diagnosis in older women from the Women's Health Initiative. *J Cancer Surviv*, 9(4), 620-629.

Joulaee A. et al. (2012). Living with breast cancer: Iranian women's lived experiences. *International Nursing Review*, 59(3), 362-368.

Jung B.F. et al. (2003). Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain*, 104(1-2), 1-13.

Kadam A., Bendale Y., Birari-Gawande P. (2020). Addressing and targeting earnest condition od advance breast cancer-related anorexia and cachexia through Rasayana therapy. *J Cancer Res Ther*, 16(6), 1210-1214.

Kaminska M. et al. (2015). Breast cancer risk factors. *Prz. Menopauzanly*, 14(3), 196-202.

Kang D. et al. (2019). Permanent Chemotherapy-Induced Alopecia in Patients with Breast Cancer: A 3-Year Prospective Cohort Study. *Oncologist*, 24(3), 414-420.

Kang D. et al. (2017). Who are happy survivors? Physical, psychosocial and spiritual factors associated with happiness of breast cancer survivors during the transition from cancer patient to survivor. *Psychooncology*, 26(11) 1922-1928.

Katsouyanni K. et al. (1988). Risk of breast cancer among Greek women in relation to nutrient intake. *Cancer*, 61(1), 181-185.

Kao H.Y. et al. (2015). Cloud-Based Service Information System for Evaluating Quality of Life after Breast Cancer Surgery. *PloS one*, 10(9), 139-252

Kessels E., Husson O., van der Feltz-Cornelis C.M. (2018). The effect of exercise on cancer related fatigue in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14, 479-494.

Knobf et al. (2014). The effect of a community-based exercise intervention on symptoms and quality of life. *Cancer Nurs*, 37(2), 43-50.

Koca T.T., Aktas G., Kurtgil M.E. (2020). Prevalence of upper extremity lymphedema and risk factors in patients with mastectomy: Single-center, observational, cross-sectional study. *Turk J Obstet Gynecol*, 17(3), 215-224.

Kolak A. et al. (2017). Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann. Argic. Environ. Med*, 24(4), 549-553.

Kolodziejczyk A., Pawlowski T. (2019). Negative body image in breast cancer patients. *Adv Clin Exp Med*, 28(8), 1137-1142.

Koutrouli N., Anagnostopoulos F., Potamianos G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. *Women and Health*, 52(5), 503-516.

Kowalczyk R. et al. (2019). Factors Affecting Sexual Function and Body Image of Early-Stage Breast Cancer Survivors in Poland: A Short-Term Observation. *Clin Breast Cancer*, 19(1), 30-39.

Krane A. et al. (2018). Putting the life in lifestyle: Lifestyle choices after a diagnosis of cancer predicts overall survival. *Cancer*, 124(16), 3417-3426.

Kurpas D. et al. (2013). Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. *Respiratory Physiology and Neurobiology*, 187(1), 114-117.

Kwan M.L. et al. (2010). Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: The Pathways Study. *Breast Cancer Res Treat*, 123, 507-524.

Laird B.J. et al. (2011). Pain, depression and fatigue as a symptom cluster in advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(1), 1-11.

Lambley P. (2005). Η ψυχολογία του καρκίνου. Εκδόσεις Μακρή, Αθήνα.

Lavdaniti M. et al. (2020). The incidence of nausea and vomiting in cancer patients in Greek clinical practice: A longitudinal study. *Contemp Oncol (Pozn)*, 24(2), 112-117.

Laviano A., Meguid M.M., Rossi-Fanelli F. (2003). Cancer anorexia: clinical implications, pathogenesis and therapeutic strategies. *Lancet Oncol*, 4(11), 686-694.

LeMone P., Burke K., Bauldoff G. (2014). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: κριτική σκέψη κατά την φροντίδα του ασθενούς. Επιμέλεια Πανουδάκη-Μπροκαλάκη Η., Ιατρικές εκδόσεις Λάγος Δ., Αθήνα.

LeMone P., Burke K. (2006). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Επιμέλεια μετάφρασης Πανουδάκη-Μπροκαλάκη Η. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.

Lemone P., Burke K. (2004). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.

Leon-Ferre R.A. et al. (2019). Oxybutynin vs Placebo for hot Flashes in Women With or Without Breast Cancer: A Randomized, Double-Blind Clinical Trial (ACCRU SC-1603). *JNCI Cancer Spectr*, 4(1), 88.

Li J. et al. (2016). Worse quality of life in young and recently diagnosed breast cancer survivors compared with female survivors of other cancers: A cross-sectional study. *Int J Cancer*, 139, 2415-2425.

Li L. et al. (2015). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health Qual Life Outcomes*, 6(13), 51.

Litzenburger B.C., Brown P.H. (2014). Advances in Preventive Therapy for Estrogen-Receptor-Negative Breast Cancer. *Curr. Breast Cancer Rep*, 6(2), 96-109.

Loprinzi C.L., Jatoi A. (1993). Pharmacologic management of cancer anorexia/cachexia. *Oncol Williston Park Then Huntington*, 7, 101.

Lord S.J. et al. (2007). A Systematic review of the effectiveness of magnetic resonance imaging (MRI) as an addition to mammography and ultrasound in screening young women at high risk of breast cancer. *Eur J Cancer*, 43(13), 1905-1917.

Lu W., Cui Y., Chen X. (2009). Changes in quality of life among breast cancer patients. Evaluation of process and outcome parameters. In: Koch S.C, Brauninger I. editors. *Advances in Dance/Movement Therapy. Theoretical Perspectives and Empirical Findings*. Berlin: Logos Verlag, 61-72.

Lukowsky L.R. et al. (2013). Comparing mortality of peritoneal and hemodialysis patients in the first 2 years of dialysis therapy: a marginal structural model analysis. *Clin J Am Soc Nephrol*, 8(4), 619-628.

MacDonald N. et al. (2003). Understanding and managing cancer cachexia. *J Am Coll Surg*, 197(1), 143-161.

Madan R. et al. (2015). Radiation induced heart disease: pathogenesis, management and review literature. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*, 27(4), 187-193.

Mao H. et al. (2018). Prevalence and risk factors for fatigue among breast cancer survivors on aromatase inhibitors. *Eur J Cancer*, 101, 47-54.

Marker R.J. et al. (2018). Evaluation of the effects of a clinically implemented exercise program on physical fitness, fatigue and depression in cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 26(6), 1861-1869.

McFarland D.C. et al. (2018). Physical symptom burden and its association with distress, anxiety and depression in breast cancer. *Psychosomatics*, 59(5), 464-471.

McPhee S. (2009). *Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine*. Μεταφρασμένο από Χ. Μουτσόπουλος. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.

Mehnert A., Koch U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*, 64, 383-391.

Miaskowski C. et al. (2006). Subgroups of patients with cancer with different symptom experiences and quality-of-life outcomes: a cluster analysis. *Oncol Nurs Forum*, 33(5), 79-89.

Mols F. et al. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *Eur J Cancer*, 41, 2613-2619.

Montazeri A. et al. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: An eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 8, 330.

Moro-Valdezate D. et al. (2014). Factors associated with health-related quality of life in a cohort of Spanish breast cancer patients. *Breast Cancer*, 21, 442-452.

Mosby E. (2013). Βασικές Ανώτερες και Εξειδικευμένες Νοσηλευτικές Δεξιότητες. Επιστημονική Επιμέλεια Μπαλτόπουλος Ι. Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.

Muragundi P.M. et al. (2012). Health-related Quality of Life Measurement. *J Young Pharm*, 4(1), 54.

Nakamura Z.M. et al. (2020). Serial Assessment of Depression and Anxiety by Patients and Providers in Women Receiving Chemotherapy for Early Breast Cancer. *Oncologist*, 26(2), 147-156.

Mustian K.M. et al. (2007). Integrative nonpharmacologic behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue. *Theoncologist*, 12(1), 52-67.

Nayak M.G. et al. (2017). Quality of Life among Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*, 23(4), 445-450.

Nesvold I.L. et al. (2011). The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer survivor: a cross-sectional and longitudinal study. *J Cancer Surviv*, 5(1), 62-72.

NIMH Staff. (2008). Generalized Anxiety Disorder (GAD). National Institute of Mental Health. National Institutes of Health.

Nitenberg G., Raynard B. (2000). Nutritional support of the cancer patient: issues and dilemmas. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 34(3), 137-168.

Ong L.M. et al. (2000). Doctor-patient communication and cancer patient's quality of life and satisfaction. *Patient Couns Health Educ*, 41(2), 145-156.

Osborn K.C., Wraa C.E., Watson A.B. (2013). ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ: Προετοιμασία για τη νοσηλευτική πρακτική. Επιμέλεια Κουρτούκα Λ., Μαντζούκας Σ., Μπατσολάκη Μ., Παπαδημητρίου Μ., Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Paiva C.E. et al. (2015). The Functionality Assessment Flowchart (FAF): a new simple and reliable method to measure performance status with a high percentage of agreement between observers. *BMC Cancer*, 15: 501.

Paterson C. et al. (2016). Body Image in Young Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Cancer Nurs*, 39(1), 1-29.

Pearlman R., Uhlmann R. (1988). Patient and physician perceptions of patient quality of life across chronic disease. *Journal of Gerontology*, 43(2), 25-30.

Peled R. et al. (2008). Breast cancer, psychological distress and life events among young women. *BMC Cancer*, 8, 245.

Pennery E. (2005). Providers and Recipients of Breast Cancer Follow-up: Addressing Needs and Optimising Service Delivery. D Phil thesis, University of Southampton.

Piperakis E. et al. (2010). Greek Women's Knowledge and Attitudes concerning Breast Self-examination. *Nosileftiki*, (9), 240-258.

Pockaj B.A. et al. (2009). Quality of life after breast cancer surgery: what have we learned and where should we go next?. *J Surg Oncol*, 99(7), 447-455.

Pozzi M. et al. (2016). Veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation for cardiogenic shock due to myocarditis in adult patients. *J Thorac Dis Jul*, 8(7), 495-502.

Radbruch L. et al. (2010). Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients. Aachen, Department of Palliative Medicine/European Palliative Care Research Collaborative.

Rahimzadeh P. et al. (2018). Comparison of the effects of stellate ganglion block and paroxetine on hot flashes and sleep disturbance in breast cancer survivors. *Cancer Manag Res*, 10, 4831-4837.

Rahou B.H. et al. (2016). Quality of life in Arab women with breast cancer: a review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 64.

Reich M., Lesur A., Perdrizet-Chevallier C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*, 110, 9-17.

Resnik D.B., Rehm M., Minard R.M. (2001). The undertreatment of pain: scientific, clinical, cultural and philosophical factors. *Medicine Health Care Philos*, 4(3), 277-288.

Rojas K.E. et al. (2018). Body mass index (BMI), postoperative appearance satisfaction, and sexual function in breast cancer survivorship. *J Cancer Surviv*, 12(1), 127-133.

Rouahi N. et al. (2016). Assessment of the Nature and severity of pain using SF-MPQ for cancer patients at the National Institute of Oncology in Rabat in 2015. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17(8), 3997-4001.

Rowland J.H. et al. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: A comparative evaluation. *Eur J Oncol Nurs*, 17, 877-882.

Sales C.A.C.C. et al. (2001). Quality of life of women treated for breast cancer: social functioning. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 263-272.

Sammarco A., Konecny L.M. (2008). Quality of life, social support and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 844-849.

Santen R.J., Mansel R. (2005). Benign breast disorders. *N Engl J Med*, 353(3), 257-285.

Schleife H. et al. (2014). Anxiety, depression and quality of life in German, ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer*, 21, 208-213.

Schmitz K.H. et al. (2010). American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 42(7), 1409-1426.

Sharma N., Purkayastha A. (2017). Impact of Radiotherapy on Psychological, Financial and Sexual Aspects in Postmastectomy Carcinoma Breast Patients: A Prospective Study and Management. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 4(1), 69-76.

Shaw C., Taylor L. (2012). Treatment-related diarrhea in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*, 16(4), 413-417.

Shim E.J. et al. (2020). Association of depression and anxiety disorder with the risk of mortality in breast cancer: A National Health Insurance Service study in Korea. *Breast Cancer Res Treat*, 179(2), 491-498.

Singh H. et al. (2014). Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy in a tertiary care center in Malwa Region of Punjab. *Indian J Palliat Care*, 20(2), 116-22.

Smith R.P. (2007). *Μαιευτική Γυναικολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.*

Srivastava K. et al. (2016). Awareness of Breast Cancer Risk Factors and Practice of Breast Self-Examination among Nurses of Tertiary Care Hospital. *Journal of Forensic and Community Medicine*, 3(2), 75-78.

Sun Y. et al. (2014). Comparisom of quality of life based on surgical technique in patients with breast cancer. *Jpn J Clin Oncol*, 44(1), 22-27.

Svalastog A. et al. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal*, 58(6), 431-435.

Tabatabaee A. et al. (2016). Effect of therapeutic touch in patients with cancer: A literature review. *Medical Archives*, 70(2), 142.

Taunk N.K. et al. (2015). Radiation-induced heart disease: pathologic abnormalities and putative mechanisms. *Frontiers in oncology*, 18(5), 39.

THE WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.

Theofilou P. (2012). Quality of life outcomes in patients with breast cancer. *Oncol Rev*, 6(1), 2.

Thewes B. et al. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors: a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 177-189.

Van den Beuken-van Everdingen M.H. et al. (2016). Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Pain Symptom Manage*, 52(6), 1070-1090.

Variawa M.L. et al. (2016). The prevalence of chronic postmastectomy pain syndrome in female breast cancer survivors. *South Afr J Anaesth Analg*, 22(4) 108-113.

Wang L. et al. (2016). Predictors of persistent pain after breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *CMAJ*, 188(14), 352-361.

Wang X.P. et al. (2018). Acupuncture for the relief of hot flashes in breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. *J Cancer Res Ther*, 14, 600-608.

Wani S.Q. et al. (2012). Quality of life assessment in survivors of breast cancer. *J Cancer Res Ther*, 8(2), 272-276.

Warnock C. et al. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543-1555.

Weiderpass E. (2010). Lifestyle and cancer risk. *J Prev Med Public Heal*, 43(6), 459-471.

Whitman M.M. (2000). The starving patient: Supportive care for people with cancer. *Clin J Clin Oncol Nurs*, 4, 121-125.

Wockel A. et al. (2017). Predictors of the course of quality of life during therapy in women with primary breast cancer. *Qual Life Res*, 26(8), 2201-2208.

Woodhead K., Wicler P. (2005). Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. Επιμέλεια Παυλάτου Ν. Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.

World Health Organization (2001). *Mental Health new understanding, new hope*. World health report 2001, Geneva, World Health Organization.

Wu R. et al. (2019). Obese patients have higher risk of breast cancer-related lymphedema than overweight patients after breast cancer: a meta-analysis. *Ann Transl Med*, 7(8), 172.

Wyatt G. (2013). Quality of life among advanced breast cancer patients with and without distant metastasis. *Eur J Cancer Care*, 22(2), 272-280.

Yan B. et al. (2016). Determinants of Quality of Life for Breast Cancer Patients in Shanghai, China. *PLoS One*, 11(4), 153-714.

Yarbo C.H., Wujcik D., Gobel B.H. (2011). *Cancer nursing: Principles and practice*. Jones and Bartlett Publishers, UK.

Yarnold J.R. (2002). Breast cancer: improvements in treatment planning and dosimetry. Abstract for IPEM/RCR Meeting, London: Breast Cancer: Advances in RT Planning and treatment. *Clinical Oncology (Royal College of Radiologists)*, 14, 174-177.

Yeh Y.C., Huang S.F., Lu C.H. (2019). Correlation Among Anxiety, Depression and Quality of Life in Women with Gynecologic Cancer. *Hu Li Za Zhi*, 66(6), 43-53.

Yousuf S.A. (2010). Breast cancer awareness among Saudi nursing students. *JKAU Med Sci*, 17(3), 67-78.

Zhang J. et al. (2018). Longitudinal Trends in Anxiety, Depression and Quality of Life During Different Intermittent Periods of Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. *Cancer Nursing*, 41(1), 62-68.

Zou Z., Hu J., McCoy T.P. (2014). Quality of life among women with breast cancer living in Wuhan, China. *Int J Nurs Sci*, 1(1), 79-88.

Αθανάτου Ε. (2007). *Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική*. Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα.

Αλουμανής Π. (2002). *Επιθεώρηση Κοινωνική Ασφάλισης*. ΙΚΑ, Αθήνα.

Ανδρουλάκης Γ. (2001). *Περιεγχειρητική φροντίδα*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Βιβιλάκη Β. (2016). *Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα*. Εκδόσεις Broken Hill, Nicosia, Cyprus.

Βιβιλάκη Β., Γιαννακοπούλου Μ., Γκοβίνα Ο., Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης Μ., Θεοδοσοπούλου Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Καμπά Ε., Κανελόπουλος Α.,

Καυγά Α., Κουκιά Θ., Κοντέος Γ., Κουρκούτα Λ., Κριτσωτάκης Γ., Κωνσταντινίδης Θ., Λαβδανίτη Μ., Λαχανά Μ., Μαντζούκας Σ., Μάργαρη Ν., Μηνασίδου Ε., Μπακάλης Ν., Μπαμίδης Π., Μπελλάλη Θ., Νταφογιάννη Χ., Παπασταύρου Ε., Σαράφης Π., Σιαμάγκα Ε., Τσελίκα Α., Χαραλάμπους Α. (2015). Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Κύπρος.

Δημητρόπουλος Χ., Νταγάνου Μ., Αλεξιάς Γ. (2008). Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής από τη θεωρία στην πράξη. *Respiratory and Internal Medicine*, 31-41.

Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., Καρυδά Ε. (2007). Κλινική Εικόνα και Θεραπευτική Αντιμετώπιση των Καλοηθών Παθήσεων του Μαστού. Σύγχρονη Μαστολογία. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 199-218.

Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ. (2005). Η αποκάλυψη του Στήθους. Εκδόσεις Λιθογραφικής ΑΒΕΕ, Αθήνα.

Κωνσταντινίδης Θ., Φιλαλήθης Α. (2013). Ο Ρόλος των Νοσηλευτών Ογκολογίας στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών με Προχωρημένη Νόσο. *Νοσηλευτική*, 55(2), 117-130.

Κωστάκης Α. (2005). Σύγχρονη χειρουργική, διαγνωστική και θεραπευτική. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Λάγιου Α. (2008). Επιδημιολογία Και Πρόληψη Του Καρκίνου Του Μαστού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(6), 742-748.

Μαρκόπουλος Χ. (2009). Καλοήθεις παθήσεις και καρκίνος του μαστού, παρουσίαση και ανάλυση κλινικών περιστατικών. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 36.

Μουσσάς Γ. και συν. (2012). Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: Σχέση με την εντόπιση της νόσου. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, 23(1), 46-60.

Μπαλτόπουλος Γ. (2013). Βασικές, Ανώτερες και Εξειδικευμένες νοσηλευτικές δεξιότητες. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 674-733.

Μπαρμπούνη- Κωνσταντάκου Ε. (2004). Χημειοθεραπεία. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β. (2011). Χειρουργική Παθολογία. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Α.Ε, Αθήνα.

Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β. (2005). Χειρουργική Παθολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Νάκου Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. Αρχεία ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 254-266.

Οικονομάκης Μ. (2006). Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής διαβητικών ασθενών με χρήση του γενικού ερωτηματολογίου EuroQol EQ-5D. Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Παλαιογιαννίδου Α. και συν. (2018). Συσχέτιση ιατρικών και δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 35(2), 207-219.

Πανουδάκη-Μπροκολάκη Η. (2011). Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.

Παπαγόρας Δ. και συν. (2013). Μελέτη Καταγραφής της Συχνότητας Χορήγησης Μορφίνης σε Ασθενείς με Κακοήθη Νόσο Τελικού Σταδίου στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία. Νοσηλευτική, 52(2), 14-16.

Παπαδάκη Α.Α. (1992). Το χειρουργείο στην Βασική Νοσηλευτική Εκπαίδευση. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.

Παπαλάμπρος Ε. (2012). Χειρουργική από το διδακτικό και ερευνητικό προσωπικό του χειρουργικού τομέα. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

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

Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. (2006). Νοσηλευτική Ογκολογία, το πλαίσιο φροντίδας. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Πλατανιώτης Γ.Α. (2000). Κλινική Ραδιοβιολογία: Η βιολογική βάση της ακτινοθεραπείας των κακοήθων νεοπλασμάτων. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Πολύζος Α. (2007). Προεγχειρητική-Μετεγχειρητική και Υποστηρικτική Θεραπεία σε Ασθενείς με Συμπαγείς Όγκους. Επίτομος. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε., Βλάχος Χ., Δημητρακοπούλου Π., Κερμέλη Π., Κουκουλάρης Δ., Κυρίτση Ε. (2005). Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Ρουσάκη Δ. (2006). Αυτόματη Ανίχνευση Νεοπλασιών σε Πολλαπλές Χηφιακές Μαστογραφίες. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Σύστημα Επεξεργασίας Σημάτων και Εικόνων: Θεωρία, Υλοποιήσεις, Εφαρμογές. Πανεπιστήμιο Πατρών.

Σαββάκης Μ., Τζανάκης Μ. (2006). Βιοματική Ρήξη και ιδρυματισμός. Ρέθυμνο.

Σαπουντζή Κ. (2004). Χρόνια ασθένεια. Μια ολιστική προσέγγιση. Ιατρικές εκδόσεις Ελλήν, Αθήνα.

Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2007). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 173-201.

Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2006). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Νοσηλευτικές διαδικασίες. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2000). Παθολογική και χειρουργική. Τόμος Β'. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Σολωμού Α. (2012). Κατανοώντας τον καρκίνο του μαστού. 2^η έκδοση. Ογκολογικό Κέντρο τράπεζας Κύπρου.

Τούντα Κ.Ι. (1975). Επίτομος Χειρουργική. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα.

Τσέκουρας Α. (2013). Πλαστική Αποκατάσταση του Μαστού. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.

Τσούκας Λ.Ι. (2004). Στοιχεία γενικής χειρουργικής. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Υφαντής Α., Ίντας Γ., Κοντός Μ. (2017). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ, 10(2), 7-14.

Φύσσας Γ. (2006). Ο Μαστός και οι παθήσεις του. Εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα.

Φωτίου Σ. (2009). Γυναικολογική ογκολογία. Επίτομος. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Χαραλάμπους Α. (2011). Νοσηλεύοντας ασθενείς με Καρκίνο. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα.

Χαράτση-Γιωτάκη Ε. (2014). Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. Εκδόσεις Γιωτάκη, Ιωάννινα.

Χαράτση-Γιωτάκη Ε. (2010). Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. Ιατρικές και Επιστημονικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Χατζημπούγιας Ι. (2003). Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου. Εκδόσεις GM Design, Αθήνα.

American Cancer Society. (2014). Breast Cancer. USA: American Cancer Society. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2014.html>

American Cancer Society. (2008). Detailed Guide: Breast Cancer, What Causes Breast Cancer? www.cancer.org

Physician Data Query (PDQ). (2017). Breast Cancer Treatment. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq>

ΕΟΠΕ. (2013). Καρκίνος Μαστού. [Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας - ΕΟΠΕ \(hesmo.gr\)](http://www.hesmo.gr)