

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ -
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΠΑΣΤΟΥΡΜΑΤΖΗ ΒΑΡΒΑΡΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜ.
ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ ΣΑΛΑΤΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ



Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής από
το τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας
και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος
(Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 1996



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ	1928
----------------------	------

*ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ
&
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ*

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη σε ότι

ονειρεύτηκα,

αγάπησα

και δημιούργησα.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Μέσα από την εργασία αυτή θέλω να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με βοηθούσαν τα τρισήμισα δύσκολα, αλλά και επικοδομητικά χρόνια των σπουδών μου στη Νοσηλευτική.

Ευχαριστώ θερμά:

Την υπεύθυνη καθηγήτρια για την εκτέλεση της εργασίας αυτής και Αποστολία Σαλάτα - Οικονόμου. Όλους τους καθηγητές της Σχολής Σ.Ε.Υ.Π. του τμήματος Νοσηλευτικής.

Τον κ. Χατζηχρήστου Αριστοτέλη, ιατρό χειρουργό της Α΄ χειρουργικής κλινικής του Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκης για την εύρεση υλικού της εργασίας αυτής.

Την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση, για την υπομονή που έδειξαν και για το κουράγιο που μου έδιναν.

Με Τιμή

Η Σπουδάστρια της Σχολής Σ.Ε.Υ.Π
του τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι.
Πάτρας

ΒΑΡΒΑΡΑ ΠΑΣΤΟΥΡΜΑΤΖΗ

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
----------	---

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ, ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΕΠΙΒΙΩΣΗ, ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	5
--	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

A. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	8
Εμβρυϊκή προέλευση και ανάπτυξη του μαστού	8
α. Αγγείωση του μαστού	11
β. Λεμφική αγγείωση του μαστού	12
γ. Νεύρωση του μαστού - Μύες	13
B. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	14
Έναρξη της γαλουχίας	18
Ο ρόλος της ωκυτοκίνης	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	20
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	20
• Ιογενείς παράγοντες	22
• Γενετικοί παράγοντες	22
• Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες	24
• Ορμονικοί παράγοντες	27
• Χημικές ουσίες	28
• Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες	28
• Περιβαλλοντικοί παράγοντες	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	32
--	----

Διηθητικά καρκινώματα του μαστού	33
1. Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά	33
2. Μυελοειδές καρκίνωμα	34
3. Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα	35
4. Βλεννώδες καρκίνωμα	37
5. Σωληνώδες καρκίνωμα	38
6. Θηλώδες καρκίνωμα	39
7. Νόσος Paget	40
Μη διηθητικά καρκινώματα του μαστού	41
1. Ενδοσωληνώδες καρκίνωμα	41
2. Ενδοεπιθηλιακό (in situ) των λοβίων	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	43
1. Μεταστάσεις στο Κεντρικό και Περιφερειακό Νευρικό Σύστημα	43
2. Μεταστάσεις στα Οστά, Μυελό Οστών, Υπερασβεστιαμία	44
3. Πνευμονικές μεταστάσεις	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	50
<i>ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</i>	50
<i>Μαστογραφία</i>	50
<i>Ξημογραφία</i>	57
<i>Θερμογραφία</i>	57
<i>Υπερηχογραφία</i>	58
<i>Βιοψία</i>	60
<i>Παρακέντηση όγκων του μαστού</i>	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	62
• ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	62
• ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	66
• ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	70
<i>Ριζική μαστεκτομή</i>	71
<i>Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή</i>	72
<i>Μερική μαστεκτομή</i>	74
<i>Απλή μαστεκτομή</i>	74
<i>Ουκτεκτομή</i>	75
• ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ -- ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ	75
• ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	80
Φυσιοθεραπευτική παρέμβαση	81

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ	88
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	88
• ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	89
• ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	90
• ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΕΜ (ΤΕΧΝΙΚΗ)	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Χ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	104
• Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	104
<i>Μαστογραφία - Νοσηλευτική</i>	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ. ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	109
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ενημέρωση για τον καρκίνο επικοινωνία νοσηλεύτριας - ασθενούς	109

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	114
• ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	114
• ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	121
• ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	130
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	130
Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	136

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΙΙ

Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ	147
---	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙV

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΛΑΘΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ	155
--	-----

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	164
--------------	-----

ΕΞΛΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΛΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	-
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α	185
Νοσηλευτικό Ιστορικό	187
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β	192
Νοσηλευτικό Ιστορικό	193
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	197
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	198

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η λέξη καρκίνος ακόμη και σήμερα που η εξέλιξη της επιστήμης και ειδικότερα της ιατρικής έχει τόσο προχωρήσει, συνεχίζει να προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνία στον άνθρωπο και αυτό γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αιτίες που τον προκαλούν και τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα.

Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους ο καρκίνος μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο του καρκίνου των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που βάζουν «πρώτο» τον καρκίνο του μαστού τα απαρίθμησε ο Grant πριν από 23 χρόνια, εκδότης τότε του περιοδικού CANCER:

- A. Είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας.
- B. Είναι ο πιο φοβερός καρκίνος.
- Γ. Είναι ο καρκίνος που πιο συχνά ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα.
- Δ. Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γραφτεί τα περισσότερα άρθρα.
- Ε. Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει και γίνονται οι περισσότερες ακτινογραφίες και βιοψίες.
- ΣΤ. Είναι ο καρκίνος που η θεραπεία του έχει προκαλέσει πάντα τις περισσότερες διχογνωμίες.
- Z. Είναι ο καρκίνος για τον οποίο γίνονται οι περισσότερες ακτινοθεραπείες και χημειοθεραπείες.
- Θ. Είναι ο καρκίνος για τον οποίο υπάρχει και εφαρμόζεται η μεγαλύτερη ποικιλία ενδοκρινικών θεραπειών.
- I. Είναι ο καρκίνος με τη πιο έντονη ετερογένεια του κυτταρικού πληθυσμού.
- ΙΑ. Είναι ο καρκίνος με τον οποίο ασχολείται μεγαλύτερη ετερογένεια

του ιατρικού κόσμου.

Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας, σε σχέση με το μαστό της που δεν θα 'θελε ποτέ να στερηθεί, είναι ένας από τους σοβαρούς παράγοντες θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική να στηρίξει την προσπάθεια της πρώιμη διάγνωση και συνεπώς και την ελπίδα για έγκαιρη θεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου (αυτοεξέταση - μαστογραφία). Η κλινική πείρα μας πείθει ότι πολλοί παραμελημένες περιπτώσεις φθάνουν στα νοσοκομεία για θεραπεία με κύρια αίτια καθυστέρησης την άγνοια των γυναικών αυτών.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτομέρεια στη ζωή του ατόμου, με σκοπό να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες ανάγκες του, να διαπιστώσει πως συλλαμβάνει το ίδιο άτομο τις ανάγκες του αυτές και να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία και συνεννόηση με το ίδιο το άτομο, το οποίο συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του. Για να το καταφέρει αυτό, χρειάζεται προετοιμασία, για να αναπτύξει:

- α.** Δεξιότητες στην τέχνη της επικοινωνίας (παρατήρηση- συνέντευξη),
- β.** Καλλιέργεια κριτικής σκέψης για να μπορεί να εκτιμά τις ιδιαίτερες ανάγκες αυτές, να αξιολογεί και να κρίνει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, να επαναπρογραμματίζει με βάση την αξιολόγηση αυτή.

Στόχος αυτής της εργασίας είναι να δώσει μια εικόνα του πως πρέπει να νοσηλεύεται η ασθενής με καρκίνο του μαστού σε όλες τις φάσεις της αρρώστειάς της, προκλινική, κλινική, διαγνωστική, θεραπευτική μετά τη μαστεκτομή, πως γίνεται η ψυχολογική προσέγγιση και υποστήριξη αυτής της ασθενούς στα αρχικά και στα τελικά στάδια της νόσου της, αλλά και τους στόχους και τις παρεμβάσεις της προληπτικής νοσηλευτικής. Έχοντας υπόψη το ρητό που αναφέρει ότι «η καλύτερη

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

θεραπεία είναι η πρόληψη», καταλιβαίνουμε τη ζωτικότητα του παραπάνω πεδίου της νοσηλευτικής παρέμβασης και τη συμμετοχή της στην εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ, ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Ο καρκίνος μαστού αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες.

Ο καρκίνος μαστού δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών, ενώ η συχνότητα του αυξάνεται σταθερά, φθάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες. Γυναίκες με ιστορικό καρκίνου μαστού έχουν πενταπλάσια πιθανότητα εμφάνισης και δεύτερου πρωτοπαθούς καρκίνου, ενώ γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό της νόσου έχουν 2 - 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής. Πενταπλάσιο κίνδυνο έχουν ακόμη οι γυναίκες με ατυπικές υπερπλαστικές αλλοιώσεις του μαστού. Η μικρή ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση του πρώτου παιδιού και ο μεγάλος αριθμός κυήσεων δρουν προστατευτικά στην εμφάνιση της νόσου σε ηλικία κάτω των 50 ετών. Ο μητρικός θηλασμός συνδέεται πιθανότατα με μικρή αύξηση του κινδύνου προσβολής. Πρώιμη εμμηναρχή και καθυστερημένη εμμηνόπαυση αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο. Η λήψη διαθυλ - στιλβεστρούλης κατά την εγκυμοσύνη στις ηλικίες κάτω των 40 ετών αυξάνει τη συχνότητα της νόσου. Ο αιτιολογικός ρόλος της διατροφής δεν φαίνεται πολύ ισχυρός ενώ υπάρχουν ενδείξεις για αύξηση του κινδύνου με τη κατανάλωση οινοπνεύματος.

Η συχνότητα του καρκίνου μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και τις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, και φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας σε ανησυχητικό ρυθμό. Η κοινωνική και οικονομική κατάσταση είναι παράγων που δύσκολα μπορεί να μετρηθεί με αυστηρά κριτήρια. Ως μέτρο λαμβάνονται συνήθως οι γραμματικές γνώσεις και η εργασία. Γενικά, πιστεύεται ότι ο καρκίνος μαστού είναι

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

συχνότερος στις μορφωμένες και στις γυναίκες με υψηλό οικονομικό εισόδημα.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις αναπτυγμένες χώρες εκτός από την Ιαπωνία. Κάθε χρόνο περίπου 600.000 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται σε όλο το κόσμο και από αυτές 350.000 επισυμβαίνουν στις αναπτυγμένες χώρες, αντιπροσωπεύοντας ποσοστό 23% του συνόλου των κακοηθών νεοπλασίων στο γυναικείο πληθυσμό. Οι υψηλότεροι διεθνώς δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας από τη νόσο παρατηρούνται σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης και ακολούθως στις ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία. Ενδιάμεσοι δείκτες παρατηρούνται στις χώρες της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης, ενώ οι χαμηλότεροι στην Αφρική και την Ασία. Έτσι, η προτυποποιημένη κατά ηλικία θνησιμότητα είναι στην Ιαπωνία πέντε φορές μικρότερη από εκείνη της Αγγλίας και περίπου τρεις φορές μικρότερη από εκείνη της Ελλάδας.

Παρά τις διαφορές που παρατηρούνται στη συχνότητα του καρκίνου μαστού στις διάφορες περιοχές της γης, θα πρέπει να τονιστεί ότι έρευνες που έγιναν σε ομάδες μεταναστών από χώρες χαμηλού κινδύνου σε χώρες υψηλού κινδύνου για καρκίνο μαστού (π.χ. γυναίκες από Ιταλία, Ελλάδα, Πολωνία, Ιαπωνία, Κίνα που μετανάστευσαν σε ΗΠΑ, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία) έδειξαν ότι οι γυναίκες μετανάστριες τείνουν να αποκτήσουν παρόμοια επίπτωση της νόσου με εκείνη του γηγενούς πληθυσμού, μετά βέβαια από πάροδο πολλών ετών ή ακόμα και γενεών. Αυτή η παρατήρηση συνηγορεί υπέρ δύο απόψεων:

α. Οτι πιθανώς παράγοντες που δρουν σε μικρή ηλικία προσδιορίζουν τον κίνδυνο για καρκίνο μαστού και

β. Οτι οι παράγοντες αυτοί μοιάζουν περισσότερο να είναι περιβαλλοντικοί παρά γενετικοί, περιλαμβάνοντας ένα ευρύ φάσμα από διαιτητικές κοινωνικές και πολιτιστικές παραμέτρους.

Θνησιμότητα

Στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, ο καρκίνος μαστού ευθύνεται για το 18 - 20% των θανάτων γυναικών από καρκίνο και για το 4,5% του συνόλου των θανάτων γυναικών.

Η θνησιμότητα της νόσου αυξάνει γρήγορα από το 30ο ως το 50ο έτος της ηλικίας και ακολούθως παραμένει σχετικά σταθερή ή αυξάνει με βραδύτερο ρυθμό.

Στην Ελλάδα η προτυποποιημένη θνησιμότητα από καρκίνο μαστού αυξήθηκε από 13,6 θανάτους ανά 100.000 γυναίκες το 1970 σε 20,8 το 1987. Η αύξηση που παρατηρείται αφορά κύρια τις ηλικίες άνω των 45 ετών. Σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η θνησιμότητα στη χώρα μας παραμένει ακόμη σε χαμηλότερα επίπεδα, αλλά η διαφορά μειώνεται συνεχώς, καθώς η χώρα μας παρουσιάζει τον υψηλότερο ρυθμό αύξησης. Την πενταετία 1986 - 1990 συνέβησαν συνολικά στην Ελλάδα 6.300 θάνατοι γυναικών από καρκίνο μαστού, δηλαδή 1260 κατά μέσο όρο ετησίως, που αποτελούν το 17,2% όλων των θανάτων γυναικών από καρκίνο ή το 2,8% του συνόλου των θανάτων γυναικών.

Επιβίωση

Η πενταετής επιβίωση μεταξύ των ασθενών περιορίζεται στο 57-70%, ενώ η δεκαετής επιβίωση στο 50%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

A. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Εμβρυϊκή προέλευση και ανάπτυξη του μαστού.

Η πρώτη καταβολή των μαστών παρουσιάζεται την 6η εμβρυϊκή εβδομάδα με τη μορφή εξωδερμικής πάχυνσης κατά μήκος επιμήκους γραμμής, που εκτείνεται μεταξύ της καταβολής των άνω και κάτω άκρων. Η πάχυνση αυτή ονομάζεται μαστική ακρολοφία ή γαλακτοφόρος γραμμή.

Μέχρι την 9η εμβρυϊκή εβδομάδα έχουν ατροφήσει τα 2/3 αυτής, ενώ στο τμήμα που βρίσκεται στη θωρακική περιοχή αναπτύσσονται 5 - 6 οξίδια, τα μαστικά λοφίδια, που αποτελούν τις καταβολές των μαστών. Κατά τον 5ο εμβρυϊκό μήνα από κάθε καταβολή αναπτύσσονται 15 - 20 συμπαγείς προσεκβολές αυτές μεγαλώνουν συνέχεια, διακλαδίζονται και αποκτούν αυλό τον 8ο με 9ο εμβρυϊκό μήνα.

Κατά τη γέννηση, η εμβαθυμένη περιοχή υπεγείρεται και σχηματίζει τη θηλή του μαστού. Η θηλή αναγνωρίζεται από τον 5ο εμβρυϊκό μήνα ως κυκλική, χωρίς καταβολές τριχών περιοχή. Στο θήλυ περιοχή αυτή, παρατηρείται γρήγορη ανάπτυξη του μεγέθους του μαστού που οφείλεται κυρίως στην εναπόθεση λίπους γύρω από τους πόρους, που επίσης αναπτύσσονται με την επίδραση οιστρογόνων. Τελικά ο μαστός παίρνει ημισφαιρικό σχήμα, με τη θυλή στην κορυφή. Η ανάπτυξη των εκφορητικών πόρων συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ήβης, με νέες διακλαδώσεις και ανάπτυξη τελικά, στα ακραία τμήματα, παχύνσεων οι οποίες είναι οι καταβολές των αδενοκυψελών. Στην εγκυμοσύνη οι ορμόνες που κυκλοφορούν προκαλούν παραπέρα αύξηση του όγκου του μαστού, με υπερτροφία και διαφοροποίηση της δομής των πόρων και των

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

αδενοκυψελών. Όταν συμπληρωθεί η διαφοροποίηση και η ανάπτυξη, ο μαστός είναι έτοιμος να παράγει γάλα.

Διαταραχές στη διάπλαση του μαστού.

Οι διαταραχές της διάπλασης του μαστού είναι συχνές. Οι πιο συνηθισμένες είναι οι υπεράριθμες θηλές (ποληθηλία) και οι υπεραριθμοί μαστοί (πολυμαστία).

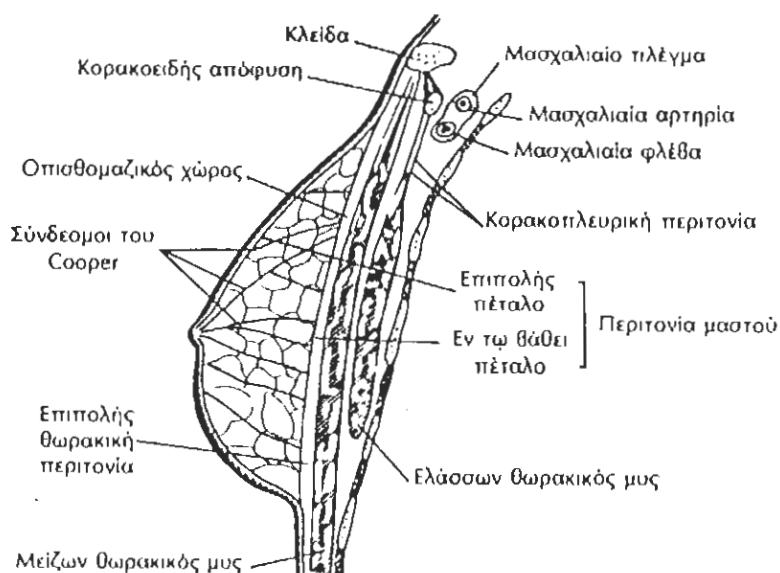
Μπορεί ακόμη να παρατηρηθεί η πλήρης έλλειψη μαστών ετερόπλευρα (αμαστία). Σε αρκετές περιπτώσεις, παρατηρείται εισολκή της θηλής από τη νεογνική ηλικία.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και εκτείνεται από το πλάγιο χείλος του στέρνου ως την πρόσθια μασχαιαία γραμμή και από την 2η ή 3η μέχρι την 6η ή 7η πλευρά. Το κεφολουραίο μήκος του είναι κατά μέσο όρο 10 - 12 εκ. ενώ το πάχος φθάνει τα 3 - 5 εκ.. Το βάρος του μαστού κυμαίνεται από 150 - 200 γραμ. αλλά στη γαλουχία μπορεί να φθάσει τα 400 - 500 γραμ.. Συνήθως ο αριστερός μαστός είναι μεγαλύτερος από το δεξιό. Το άνω έξω τμήμα του επεκτείνεται προς τα άνω και έξω στην κατεύθυνση της μασχάλης σχηματίζοντας την ουρά του μαστού (του Spence).

Κάθε μαστός εμφανίζει στη πρόσθια επιφάνεια μια κεντρική κυκλική περιοχή, διαμέτρου 3 - 4 εκ. εντονότερου χρώματος, τη θηλαία άλω, στην οποία παρατηρούνται μικρά επάρματα, τα αλωαία οζίδια που παράγονται από σμηγματογόνους αδένες (φυμάτια του Montgomery).

Στο κέντρο της άλω προέχει κωνοειδές έπαρμα του δέρματος, η θηλή στην κορυφή της οποίας υπάρχουν 15 - 20 στόμια, με τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι.



ΕΙΚΟΝΑ 1 Οβελιαία διατομή του μαστού και του θωρακικού τοιχώματος.

Κάθε μαστός βρίσκεται ανάμεσα στα δύο πέταλα (επιπολής και εν τω βάθει) της επιπολής περιτονίας του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος και αποτελείται από α) δέρμα, β) περιμαστικό λίπος και γ) μαστικό αδένα.

Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό, ώστε διακρίνονται οι φλέβες κάτω από αυτό, ενώ της θηλής και της άλω χαρακτηρίζεται για την άφθονη χρωστική και τις άφθονες λείες μυϊκές ίνες.

Το περισματικό λίπος είναι συνέχεια του υποδόριου λίπους και διαιρείται σε λόβια με τους ινώδεις συνδέσμου. Λείπει αντίστοιχα προς τη θηλή και την άλω.

Ο μαστικός αδένας διαιρείται με τους συνδέσμου του Cooper σε 15 - 20 λοβούς, καθέννας από τους οποίους χωρίζεται σε μικρότερα λόβια.

Ο μαστικός αδένας εμφανίζει δύο επιφάνειες, πρόσθια και οπίσθια και μια περιφέρεια.

Η πρόσθια επιφάνεια είναι κυρτή και ανώμαλη και εμφανίζει εντυπώματα και ακρολοφίες.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Η οπίσθια επιφάνεια είναι υπόκοιλη και βρίσκεται επάνω από την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και του πρόσθιου οδοντωτού.

Η περιφέρεια του μαστικού αδένου εμφανίζει τρεις αποφύσεις, μια στερνική και δύο μασχαλιαίες (άνω και κάτω).

Ο μαστικός αδένου είναι σύνθετος σωληνοκυψελοειδής. Εμφανίζει διαφορετική υφή, ανόλογα με την ηλικία και την κατάσταση του αναπαραγωγικού συστήματος.

ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με τις αρτηρίες, τις φλέβες και τα λεμφαγγεία.

A. Αρτηρίες.

Τρεις είναι οι κύριες αρτηρίες του μαστού:

- 1.** Οι διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής που από τον 1ο, 2ο, 3ο, και 4ο μεσοπλεύριο διάστημα πλάγια από το στήρνο διαπερνούν το μείζονα θωρακικό μυ και φθάνουν στο χείλος του μαστού συμβάλλοντας στο 50% της συνολικής του αιμάτωσης.
- 2.** η πλάγια θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυός και αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη πηγή αίματος, και
- 3.** ο έσω κλάδος της ακρωμοθωρακικής αρτηρίας, κλάδου επίσης της μασχαλιαίας, που πορεύεται μεταξύ του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μυός και παρέχει αίμα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστού. Στην αιμάτωση του μαστού συμβάλλουν και οι πλάγιοι διατιτραίνοντες κλάδοι των μεσοπλεύριων αγγείων καθώς και κλάδοι της υποπλάτιας αρτηρίας (θωρακοραχιαία).

Όλες οι παραπάνω αρτηρίες σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

B. Φλέβες

Ο μαστικός αδένας έχει πλούσιο αναστομοτικό δίκτυο επιφανειακών φλεβών. Η φλεβική οδός είναι σημαντική στη μελέτη του καρκίνου του μαστού, γιατί:

- α. Οι μεταστάσεις συχνά γίνονται δι' αυτής της οδού.
- β. Η λεμφική οδός, που έχει ιδιαίτερο ρόλο στις μεταστάσεις, ακολουθεί τις φλέβες. Το αίμα απάγεται από τους μαστούς και το θωρακικό τοίχωμα με τρεις ομάδες εν τω βάθει φλεβών.

Διατηραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής φλέβας

Αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα φλεβών που απάγουν αίμα από το μαστό προς την ανώνυμη φλέβα.

Μασχαλιαία φλέβα

Δέχεται μικρές φλέβες από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την εν τω βάθει επιφάνεια του μαστού.

Μεσοπλεύριες φλέβες

Η Τρίτη οδός φλεβικής παροχέτευσης από τους μαστούς είναι μέσω των μεσοπλευρίων φλεβών. Αυτές οι φλέβες επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και τελικά καταλήγουν στην άξυγο φλέβα.

ΛΕΜΦΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η γνώση των λεμφικών αποχετευτικών οδών του μαστού αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη μελέτη της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.

Ως καλύτερη περιγραφή και κατάταξη θεωρείται αυτή των Poiricw & Cuneo, η οποία υιοθετήθηκε και από τον Rouviere. Σύμφωνα με αυτήν, υπάρχουν 6 ομάδες μασχαλιαίων λεμφαδένων.

A. Έξω μαστικά λεμφογάγγλια

B. Ωμοπλαταιαία λεμφογάγγλια.

Γ. Κεντρικά λεμφογάγγλια.

Δ. Διαθωρακικά λεμφογάγγλια.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Ε. Λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας.

Στ. Υποκλείδια λεμφογάγγλια (κορυφαίοι λεμφαδένες).

Ζ. Λεμφική οδός της έσω μαστικής.

Το πιο πρόσφατο βήμα στη μελέτη της λεμφικής παροχέτευσης του μαστού αποτελεί η αναγνώριση του σπουδαίου ρόλου της έσω μαστικής λεμφικής οδού. Η οδός αυτή αρχίζει από τα προπερικαρδιακά λεμφογάγγλια, που βρίσκονται στην άνω επιφάνεια του διαφράγματος. Συλλέγουν λέμφο από την πρόσθια κάτω επιφάνεια του ήπατος, από την πρόσθια μοίρα του διαφράγματος, από την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυός και της θήκης του, όπως και από το κάτω και έσω τμήμα του μαστού. Αν μεταστάσεις από καρκίνου μαστού διηθήσουν λεμφαδένα της έσω μαστικής αλυσίδας στο 1ο και το 2ο μεσοπλεύριο διάστημα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εισόδου μεταστατικών εμβόλων στη φλεβική κυκλοφορία.

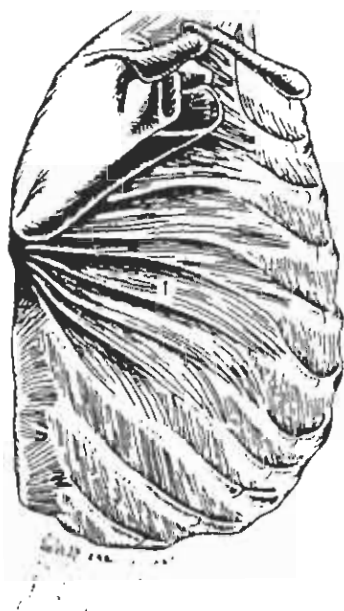
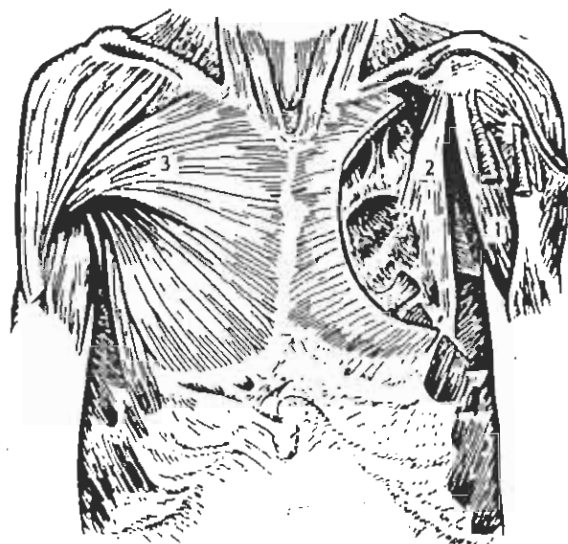
ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ - ΜΥΕΣ

Οι μύες που ενέχονται στην χειρουργική του μαστού είναι οι:

1. μείζονας θωρακικός που νευρώνεται από τα έξω πρόσθια θωρακικά νεύρα,
2. ελάσσονας θωρακικός μυς που νευρώνεται από τα έσω πρόσθια θωρακικά νεύρα,
3. πρόσθιος οδοντωτός μυς που νευρώνεται από το μακρό θωρακικό νεύρο (νεύρο του Bell),
4. πλατώσ ραχιαίος που νευρώνεται από το θωρακορραχιαίο νεύρο,
5. κορακοβραχιόνιος μυς που νευρώνεται από το μυοδερματικό νεύρο,
6. έξω λοξός κοιλιακός μυς.

Ο μαστός νευρώνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους του 2ου-6ου μεσοπλεύριου νεύρου καθώς και από τους έσω μαστικούς κλάδους του 2ου-4ου μεσοπλεύριου νεύρου.

ΕΙΚΟΝΑ 2 (1) Καρκίνοβραχιόνιος μυς,
(2) ελάσσων θωρακικός μυς,
(3) μείζων θωρακικός μυς.



ΕΙΚΟΝΑ 3 Πρόσθιος οδοντωτός μυς



ΕΙΚΟΝΑ 4 (1) Πλατύς ραχιαίος μυς,
(2) έξω λοξός κοιλιακός μυς.

B. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο: ως μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

δραστηριότητα και κυρίως ως μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του.

Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία - αποστολή του, που είναι η γαλουχία.

Ο μαστός για την ανάπτυξη και τη λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων, για τους οποίους αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους αδένες - στόχους. Οι ενδοκρινείς επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων και του αδενικού επιθηλίου και του διαμέσου και του λιπώδους ιστού. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική και τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη, και τα γλυκοκορτικοειδή. Η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές γι' αυτό, η ανάπτυξη και η λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας, έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος. Κυρίως, όμως, της έκκρισης προλακτίνης από την αδενούπόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες.

Απ' όλες τις ορμόνες με μαστοτρόπο δράση, η προλακτίνη, φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού, αλλά αυτή εκδηλώνεται κυρίως σε συνέργεια με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη (ορμόνες, οι οποίες παράγονται από τις ωοθήκες μετά την επίδραση σε αυτές των γοναδοτρόπων ορμονών του πρόσθιου λοβού της υποφύσεως). Η δράση της ορμόνης ασκείται μέσω υποδοχέων στη μεμβράνη των εκκριτικών κυττάρων του επιθηλίου των κυστιδίων και των γαλακτοφόρων πόρων και με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

και της προγεστερόνης προκαλεί την παραγωγή γάλακτος, ελέγχοντας τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος, καζεΐνης και α-λακταλβουίνης. Η προλακτίνη, μετά τη σύνδεση με τους υποδοχείς της, μεταφέρεται με άγνωστο μηχανισμό διαμέσου των επιθηλιακών κυττάρων στους πόρους, ώστε να βρίσκεται σε πολύ μεγάλες συγκεντρώσεις στο γάλα ή στο υγρό των πόρων και έτσι να περιλαμβάνεται στους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση της προλακτίνης κυρίως, και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο, προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμόκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων.

Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα, δεν ασκεί βιολογική δράση στο μαστό παρά μόνο με τη συνέργεια των υποφυσικών ορμονών και των οιστρογόνων. Η δράση της συνίσταται κυρίως στην ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων. Προκαλεί αύξηση του μεγέθους των λόβιων του μαζικού αδένα, πολλαπλασιασμό των αδενοκυψελών και εμφάνιση εκκριτικών χαρακτηριστικών στα κύτταρα τους.

Η αυξητική ορμόνη και η ινσουλίνη είναι αναγκαίες, κυρίως, για τη συνεργική τους δράση με την προλακτίνη, ενώ η παρουσία γλυκοκορτικοειδών και θυρεοειδικών ορμονών φαίνεται απαραίτητη για τις περισσότερες φάσεις της ανάπτυξης και της λειτουργίας του μαστού.

Σε μικρό διάστημα από τη γέννηση, όταν η παραγωγή οιστρογόνων - προγεστερόνης είναι ελάχιστη, ο μαστός αποτελείται από μικρούς γαλακτοφόρους πόρους, χωρίς κυστίδια, ινώδη και λιπώδη ιστό. Με την ενήβωση, αυξάνεται αισθητά η παραγωγή υποφυσικών γοναδοτροινών, προάγεται η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

και αρχίζει βαθμιαία η ανάπτυξη του αδενικού ιστού (θηλαρχή) όπως και η απόθεση λίπους και η ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού. Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της έκκρισης των ενδοκρινικών αδένων είναι οι αυξομοιώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού. Έτσι κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου, με τη βαθμιαία αύξηση της έκκρισης οιστρογόνων από το θυλάκιο που ωριμάζει και της προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο ο μαστός υφίσταται αλλαγές: την εικόνα ηρεμίας αμέσως μετά την περίοδο και κατά την πρώτη φάση του κύκλου ακολουθεί κατάσταση αυξημένου μεγέθους, μεγαλύτερης ευαισθησίας και υψηλότερης θερμοκρασίας κατά την ωχρινική και την προεμμηνορρυσιακή φάση. Οι μεταβολές αυτές εισάγονται με την ενήβωση, επαναλαμβάνονται αναελλιπώς κατά την αναπαραγωγική ζωή και σταματούν μετά την εμμηνόπαυση. Κατά την τελευταία αυτή φάση, η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας και η ελάττωση έκκρισης των οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης οδηγούν στο χαρακτηριστικό τύπο μαστού της μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας, με την έκδηλη και βαθμιαία υποστροφή όλων των στοιχείων μέχρι την κατάληξη στη γεροντική μορφή του μαστού. Από την εκτίμηση της σχέσης γεννητικών ορμονών και μαστού, γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί η περίοδος της πιο μεγάλης λειτουργίας δραστηριότητας του αδένου συμπίπτει με την δημιουργικότερη εκδήλωση από το γεννητικό σύστημα, δηλαδή την κύηση και τις ενδοκρινικές μεταβολές που παρουσιάζονται σε αυτή. Πράγματι, κατά τη διάρκεια της κύησης αναπτύσσεται βαθμιαία και λειτουργεί ένας νεοπαγής αδένου, ο πλακούντας, που κατακλύζει τη γυναίκα με τεράστιες ποσότητες από προϋπάρχουσες ορμόνες της κύησης (οιστρογόνα, προγεστερόνη) ή από νεοεμφανιζόμενες (πλακουντικό γαλακτογόνο) που ασκούν άμεση ή έμμεση δράση στο μαστό. Ως συνέπεια αυτών των επιδράσεων, ο αδένου αναπτύσσεται στο

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

μέγιστο δυνατό μορφολογικό και λειτουργικό βαθμό. Παράλληλα, με την επίδραση της αυξημένης προλακτίνης και την παρουσία του πλακουντικού γαλακτογόνου, ο μαστός προετοιμάζεται λειτουργικά κατά την κύηση για την παραγωγή γάλακτος.

ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

Μέχρι τη γέννηση του νεογνού δεν εκκρίνονται από το μαστό παρά μόνο λίγα ml υγρού κάθε μέρα. Το υγρό αυτό ονομάζεται πύαρ (πρωτόγαλα) και περιέχει πρωτεΐνες και λακτόζη στην ίδια ουσιαστικά συγκέντρωση με το γάλα, αλλά σχεδόν καθόλου λίπος, ενώ ο μέγιστος ρυθμός της παραγωγής του ισοδυναμεί με το 1/100 του ρυθμού της παραγωγής γάλακτος που ακολουθεί.

Η απουσία παραγωγής γάλακτος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οφείλεται στην κατασταλτική επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης.

Ωστόσο, αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού, η απότομη εξαφάνιση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης του πλακούντα (ο οποίος δεν υπάρχει πια) από την κυκλοφορία επιτρέπει στην προλακτίνη της υπόφυσης της μητέρας να αναλάβει το φυσικό γαλακτογόνο ρόλο της και έτσι μέσα σε 2 - 3 ημέρες οι μαστοί αρχίζουν να εκκρίνουν όχι πια πρωτόγαλα, αλλά πλήρες γάλα σε άφθονη ποσότητα.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΠΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΩΚΥΤΟΚΙΝΗΣ

Το γάλα εκκρίνεται συνεχώς μέσα στις αδενοκυψέλες των μαστών, αλλά δεν ρέει εύκολα από αυτές προς τους γαλακτοφόρους πόρους και, κατά συνέπεια, δεν εκρέει συνεχώς από τις θηλές των μαστών. Αντίθετα, το γάλα θα πρέπει να εκρεύσει από τις αδενοκυψέλες στους γαλακτοφόρους

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

πόρους, για να μπορέσει το νεογνό να το απομυζήσει. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται με ένα συνδυασμένο νευρογενές και ορμονικά αντανεκλαστικό, στο οποίο συμμετέχει η ορμόνη ωκυτοκίνη, με τον εξής τρόπο: όταν το νεογνό θηλάζει, αισθητικές ώσεις που οδεύουν με σωματικά νεύρα περνούν στο νωτιαίο μυελό και μετά στον υποθάλαμο, προκαλώντας έκκριση ωκυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή φθάνει με την κυκλοφορία του αίματος στους μαστούς, όπου προκαλεί συστολή των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν τα εξωτερικά τοιχώματα των αδενοκυψελών με αποτέλεσμα έκθλιψη του γάλακτος που περιέχουν οι αδενοκυψέλες στους γαλακτοφόρους πόρους. Έτσι, μέσα σε 30 sec - 1min από την στιγμή που το νεογνό θα αρχίσει να θηλάζει, αρχίζει επίκκριση του γάλακτος. Συμπερασματικά, από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν για τη φυσιολογική λειτουργία του μαστού, αλλά και για τις διαταραχές του, διαφαίνεται η στενή σχέση του αδένου με τη γενικότερη ενδοκρινική δραστηριότητα, που φθάνει σε βαθμό πλήρους εξάρτησης. Συνεπώς στα πλαίσια της σχέσης αυτής, σε κάθε μία ενδοκρινοπάθεια πρέπει να εκτιμάται η μορφολειτουργική κατάσταση του μαστού, ενώ σε προβλήματα του μαστού πρέπει απαραίτητως να διερευνάται η δραστηριότητα του ενδοκρινικού συστήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ
ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοηθών όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο καρκίνος μαστού είναι πολυπαραγοντική νόσος.

Τα τελευταία χρόνια, πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών, που σχετίζονται, είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες, με τον καρκίνο μαστού.

Κάθε παράγων που σχετίζεται στατιστικώς μ' ένα νόσημα ονομάζεται «παράγων κινδύνου» για το νόσημα αυτό, είτε η συσχέτιση είναι αιτιολογική είτε δευτερογενής πλασματική. Κατά συνέπεια, ένας παράγων που σχετίζεται πλασματικά με αυτό χωρίς να έχει οποιαδήποτε αιτιολογική σημασία.

Παρόλο που γενετικοί, ιδιοσυστασιακοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική σχέση με τον καρκίνο μαστού κανένας, είτε μόνος είτε σε συνδυασμό με άλλους, δεν είναι ικανός προρρητικός παράγων ούτε εξηγεί το μηχανισμό γένεσης της νόσου. Έτσι, η μόνη επί του παρόντος δυνατή προσέγγιση στην πρόληψη του καρκίνου μαστού διέρχεται μέσα από τη γνώση, την καταγραφή και τη συσχέτιση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και μεταβλητών που είναι αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου. Ως τέτοιοι θεωρούνται:

1. Ιογενείς

2. Γενετικοί παράγοντες

- α. Οικογενειακό ιστορικό
- β. Φύλο
- γ. Ηλικία
- δ. Σωματομετρικά χαρακτηριστικά
- ε. Άλλοι παράγοντες

3. Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες

- α. Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης
- β. Γάμος και τεκνοποίηση
- γ. Διακοπή κύησης
- δ. Θηλασμός
- ε. Λήψη ορμονών (αντισυλληπτικά)
- στ. Στεριότητα

4. Ορμονικοί παράγοντες

- α. Οιστρογόνα
- β. Προγεστερόνη
- γ. Προλακτίνη
- δ. Στεροειδή των επινεφριδίων
- ε. Εξωγενή οιστρογόνα

5. Χημικές ουσίες

6. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες

- α. Ιοντίζουσα ακτινοβολία
- β. Ψυχολογικοί παράγοντες

7. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

- α. Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί
- β. Εκπαιδευτικοί
- γ. Διαιτητικοί

δ. Ατομικές συνήθειες

ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια η ανάπτυξη καρκίνου μαστού εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Μέχρι το 1945, είχε αποδειχθεί ότι ο παράγον Bittner έχει χαρακτηριστικά ιού. Σήμερα έχει βρεθεί ιός Β τύπου RNA και αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως MMTV (mouse mammary tumour virus).

Σε μελέτες που έγιναν σε ανθρώπινο γάλα βρέθηκαν ενδείξεις τμημάτων ογκορναΐου σε σημαντικό ποσοστό γυναικών που είχαν στο κληρονομικό τους περιπτώσεις με καρκίνο μαστού. Μορφολογικώς, υπάρχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ των ιών του γάλακτος των καρκινοπαθών γυναικών και του MMTV καθώς και μεταξύ του RNA από καρκινικό ιστό μαστού γυναικών του RNA του MMTV.

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οικογενειακό ιστορικό

Τόσο οι παλαιότερες όσο και οι πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν σταθερά ότι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή προσλήθηκαν από τη νόσο, έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής από τις γυναίκες χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Η πιθανότητα μάλιστα είναι μεγαλύτερη αν έχουν προσβληθεί δύο συγγενείς πρώτου βαθμού. Σε σχετική μελέτη διαπιστώθηκε ότι σε γυναίκες των οποίων τόσο η μητέρα όσο και μια αδελφή παρουσίασαν τη νόσο, η πιθανότητα προσβολής μέχρι την ηλικία των 65 ετών έφτανε το 50%. Επιπλέον

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

φαίνεται ότι τα κρούσματα που συνδέονται με κληρονομικό ιστορικό εκδηλώνονται 15-20 χρόνια νωρίτερα.

Η ολική πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού, σχετιζόμενη με την πρώιμη εμμηναρχή ήταν υψηλότερη από τη σχετιζόμενη με την εμμηναρχή >13 ετών για όλες τις κατηγορίες ηλικιών.

Φύλο

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο μαστού από ό,τι οι άνδρες. Η σχέση προσβολής από καρκίνο μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα σε χώρες με μεγάλη επίπτωση, ενώ σε χώρες με μικρή επίπτωση (Αραβικές, Ανατολικής Αφρικής) ανέρχεται σε 10:1.

Ηλικία

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο, όσον αφορά στην πιθανότητα να πάθει καρκίνο μαστού. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια.

Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ των 25-30 ετών.

Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. Κατά το Thomas μέχρι την εμμηνόπαυση υπάρχει μια συνεχής αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, ενώ μετά την εμμηνόπαυση η αύξηση έχει βραδύτερο ρυθμό.

Σωματομετρικά χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, το βάρος σώματος και διάφοροι δείκτες που συνδέουν το βάρος με το ύψος, συσχετίζονται θετικά με τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο μαστού, τουλάχιστον στις γυναίκες

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

μετεμνηνοπαυσιακής ηλικίας. Αντίθετα, άλλες εργασίες διαπιστώνουν ότι κατά την προεμνηνοπαυσιακή περίοδο το βάρος του σώματος φαίνεται να συνδέεται αρνητικά με την εμφάνιση της νόσο. Ορισμένες εργασίες δείχνουν ακόμη αυξημένο κίνδυνο προσβολής στις υψηλότερες γυναίκες, αλλά δεν είναι σαφές αν το ύψος συνδέεται με τη νόσο κατά τρόπο ανανεξάρτητο από το βάρος.

Άλλοι παράγοντες

Όπως είναι γνωστό, υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ ομάδων αίματος και διαφόρων κακοηθών νοσημάτων. Είναι πια βέβαιο ότι οι γυναίκες ομάδος αίματος A έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο μαστού. Έχει αποδεχτεί υπεροχή της ομάδας A κατά 7-8%.

Τέλος από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα (8-10 φορές) εμφανίσεως δευτέρου πρωτοπαθούς καρκίνου στο άλλο μαστό σε γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο μαστού στο παρελθόν. Κάθε χρόνο 1% των καρκινοπαθών του μαστού εμφανίζουν καρκίνο στον άλλο μαστό. Παρουσιάζεται επίσης αυξημένη συχνότητα συνυπάρξεως καρκίνου μαστού με καρκίνους ωοθήκης, ενδομητρίου και παχέος εντέρου.

ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης

Είναι γνωστό ότι η ηλικία εμμηναρχής τις τελευταίες δεκαετίες έχει μειωθεί από την ηλικία των 15-16 ετών στην ηλικία των 10-12 ετών. Το 1971, πρώτος ο Staszewski απέδειξε ότι η πρώιμη εμμηναρχή συνδιάζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου μαστού. Γυναίκες που είχαν εμμηναρχή σε μεγάλη σχετικά ηλικία (μεγαλύτερη των 15 ετών) έχουν λιγότερες

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

πιθανότητες προσβολής από τη νόσο σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό.

Επίσης έχει αποδειχθεί ότι, όσο η εμμηνόπαυση έρχεται σε προχωρημένη ηλικία (μεγαλύτερη τα 50 χρόνια), τόσο το ποσοστό προσβολής από καρκίνο μαστού αυξάνεται, σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση σε μικρή ηλικία. Η τεχνητή εμμηνόπαυση, δηλαδή εμμηνόπαυση λόγω υστεκτομής ή ωοθηκεκτομής, σε ηλικία κάτω των 40 ετών, μειώνει αισθητά τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο μαστού.

Γάμος και τεκνοποίηση

Έχει διαπιστωθεί ότι η σχετική συχνότητα του καρκίνου μαστού είναι μεγαλύτερη στις άγαμες γυναίκες. Μεταξύ των εγγάμων είναι μεγαλύτερη στις άτεκνες. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει από καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που γέννησαν πριν την ηλικία των 20 χρονών έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν καρκίνο μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η πρώιμη ηλικία τοκετού είναι σημαντικός προασπιστικός παράγοντας, κυρίως για προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη τη μετέπειτα ζωή.

Διακοπή κύησης

Η διακοπή της κύησης δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο μαστού. Υπάρχουν όμως, διάφορες εργασίες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Οι Rick et al το 1981 βρήκαν αυξημένο κίνδυνο στις γυναίκες που έκαναν έκτρωση σε νεαρή ηλικία και πριν να έχουν τεκνοποιήσει. Επίσης, αργότερα, οι Χατζημιχαήλ και συ το 1981,

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

με μια ανάλογη εργασία, απέδειξαν, ότι πραγματικά υπάρχει αυτός ο κίνδυνος.

Θηλασμός

Από πρόσφατες μελέτες έχει αποδειχθεί, αντίθετα με ότι πιστευόταν στο παρελθόν, ότι ο θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου μαστού, ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει. Επίσης, δεν έχει σχέση το αν η ίδια η γυναίκα έχει θηλάσει από τη μητέρα της.

Λήψη ορμονών

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, η λήψη ορμονικής αντισύλληψης συνδέεται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου μαστού. Εντούτοις σειρά από πρόσφατες μελέτες συγκλίνουν στην άποψη ότι, στις περισσότερες τουλάχιστον γυναίκες, η ορμονική αντισύλληψη δεν αυξάνει την πιθανότητα προσβολής, ανεξάρτητα από τη δόση, το είδος του οιστρογόνου και της προγεστερόνης και το χρόνο που μεσολάβησε από την τελευταία χρήση. Αύξηση διαπιστώνεται μόνο σε ορισμένες υποομάδες γυναικών, όπως σ' αυτές που παρουσιάζουν και δεύτερο σημαντικό παράγοντα κινδύνου (άτεκνες, γυναίκες με ινοκυστική νόσο, οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού κ.τ.λ.) όπως επίσης σε γυναίκες που έκαναν χρήση της αντισύλληψης σε πολύ μικρή ή πολύ μεγάλη ηλικία. Υπάρχουν πάντως εργασίες που δεν διαπιστώνουν αύξηση ούτε στις ομάδες αυτές.

Στεριότητα

Δεν υπάρχει συμφωνία κατά πόσο η στεριότητα και η ατεκνία οφειλόμενη σε ορμονικές διαταραχές συνδέεται με αύξηση ή ελάττωση της πιθανότητας προσβολής. Ορισμένες μελέτες δεν διαπιστώνουν

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

καμιά θετική ή αρνητική συσχέτιση, ενώ κάποιες άλλες διαπιστώνουν μικρή αύξηση του κινδύνου.

ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ωοθηκεκτομή μειώνει τον κίνδυνο να εμφανισθεί καρκίνος μαστού, όταν γίνεται σε άτομα ηλικίας κάτω 40 ετών.

Οιστρογόνα

Από τις τρεις κύριες μορφές οιστρογόνων, η οιστρόλη και η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα, ενώ η οιστριόλη μειώνει τη παραγωγή αυτή.

Προγεστερόνη

Η σχέση της προγεστερόνης με τον καρκίνο μαστού είναι ασαφής. Άλλες εργασίες τη δείχνουν ως ορμόνη που προάγει την καρκινογένεση, ενώ άλλες θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιφιστρογονικής δράσης της.

Προλακτίνη

Με επιδημιολογικές έρευνες, έχει βρεθεί ότι θυγατέρες ασθενών με καρκίνο μαστού έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα προλακτίνης σε σχέση με μάρτυρες.

Υπάρχουν όμως δύο καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας, που συνδιάζονται σταθερά με αύξηση της στάθμης της προλακτίνης στον οργανισμό- η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός. Αν δεχόμασταν ότι τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης σχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου μαστού, θα έπρεπε οι δύο παραπάνω καταστάσεις να συνδιάζονται με αύξηση της πιθανότητας προσβολής, πράγμα βέβαια που δεν συμβαίνει (στην πραγματικότητα, για την πρώτη εγκυμοσύνη ισχύει το αντίθετο).

Στεροειδή των επινεφριδίων

Από τις στεροειδής ορμόνες που παράγονται στα επινεφρίδια, τα ανδρογόνα παρουσιάζουν μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη σχέση τους με τον καρκίνο του μαστού, όπως έδειξαν μετρήσεις των μεταβολικών τους στα ούρα.

ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Στον άνθρωπο, δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ότι κάποια χημική ουσία σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, αν και πολλά χημικά σκευάσματα έχουν ενοχοποιηθεί. Παράδειγμα οι χημικές χρωστικές για τη βαφή των μαλλιών. Βρέθηκε μια διαφορά σε συναίκες που χρησιμοποιούσαν, αλλά όχι σημαντική. Η διαφορά ήταν σημαντικότερη σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακές και μετά από χρήση για περισσότερα από 10 χρόνια.

ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ Ή ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ιοντίζουσα ακτινοβολία

Είναι σίγουρο ότι προηγούμενη ακτινοβολία είναι καρκινογόνος για τον άνθρωπο. Υπάρχει αύξηση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν στο θώρακα (φυματίωση πνευμόνων) και στις γυναίκες που πήραν ακτινοβολία από ατομική βόμβα (Χιροσίμα, Ναγκασάκι).

Όσο μικρότερη είναι η ηλικία κατά την έκθεση τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος. Η μεγαλύτερη ευαισθησία φαίνεται να παρατηρείται στην ηλικία 10-19 χρονών. Ο μαστικός αδένας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην καρκινογόνο επίδραση της ακτινοβολίας αμέσως πριν και μετά την εμμηναρχή, όσο και κατά τη διάρκεια της κύησης.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Ο ρόλος των χαμηλών δόσεων που χορηγούνται κατά τη μαστογραφία σε νεαρές γυναίκες δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί, αλλά γενικά εκτιμάται ότι είναι μικρότερο από το αναμενόμενο όφελος.

Ψυχολογικοί παράγοντες

Ψυχολογικοί παράγοντες- ψυχολογικά άγχη, ψυχικές διαταραχές- φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Η ψυχική όμως ένταση δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής.

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές και αστικές τάξεις. Μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται στο λεγόμενο «δυτικό κόσμο» - Βόρεια Αμερική, Βορειοδυτική Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία-, ενώ αντίθετα η Αφρική, η Μέση Ανατολή και η Ασία παρουσιάζουν χαμηλούς δείκτες. Η Λατινική Αμερική, η Νότια και η Ανατολική Ευρώπη κατέχουν ενδιάμεση θέση.

Επίσης, η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι επταπλάσια στις Αμερικανίδες από ό,τι στις Γιαπωνέζες. Στις Γιαπωνέζες όμως που μετανάστευσαν στην Αμερική και στους απογόνους τους η διαφορά αυτή εξαλείφεται προοδευτικά, γεγονός που προδικάζει την ύπαρξη σημαντικού παράγοντος στο περιβάλλον ή στον τρόπο ζωής, που μεταβάλλει τη συχνότητα νόσησης.

Εκπαιδευτικοί παράγοντες Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σε

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

σχέση με τις γυναίκες στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.

Διαιτητικοί παράγοντες

Κατανάλωση λίπους

Η συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τον τρόπο θρέψης έχει υποτεθεί τα τελευταία χρόνια. Στο τέλος της δεκαετίας του '60 παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που κατανάλωναν πολλά λίπη και έλαια είχαν υψηλότερα ποσοστά προσβολής από καρκίνο του μαστού σε σχέση με αυτές που δεν κατανάλωναν.

Είναι δυνατόν η σύγχρονη διαίτα να περιέχει διάφορες ουσίες, όπως συντηρητικά, προσθετικά ή παραμένοντα στα αγροτικά προϊόντα φυτοφάρμακα, που πιθανόν να έχουν δυνατότητες καρκινογένεσης. Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι οι υψηλές γυναίκες, για άγνωστους λόγους, έχουν πιο πολλές πιθανότητες προσβολής καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις υπόλοιπες.

Ατομικές συνήθειες

Καφές

Έχει διερευνηθεί η πιθανότητα συσχέτισης καρκίνου του μαστού και λήψης μεθυλοξανθινών (καφές, τσάι, κοκα-κολα και σοκολάτα). Όπως είναι γνωστό το 90% περίπου του γυναικείου πληθυσμού κάνει χρήση αυτών των ουσιών. Αν και υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις, φαίνεται πως δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος στις καταναλώτριες μεθυλοξανθινών. Αντίθετα, άλλες εργασίες αναφέρουν μια προστατευτική δράση των μεθυλοξανθινών στο μαστικό αδέννα.

Αλκοόλ

Η λήψη αλκοολούχων ποτών φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Η αύξηση του σχετικού κινδύνου έχει σχέση με την καταναλισκόμενη ποσότητα αλκοόλ. Έτσι, ενώ η

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

κατανάλωση 1-3 αλκοολούχων ποτών ημερησίως αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατά 1,3 φορές, η κατανάλωση άνω των 3 ποτών ημερησίως αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής κατά 2 φορές. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής είναι ιδιαίτερα μεγάλη στις νέες γυναίκες παρά στις ηλικιωμένες. Δεν υπάρχει καμιά εξήγηση της αύξησης αυτής του κινδύνου στις αλκοολικές γυναίκες. Φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένη παραγωγή προλακτίνης αν και δεν είναι γνωστός ο ρόλος της προλακτίνης στον καρκίνο του μαστού. Επίσης, είναι δυνατόν η λήψη αλκοόλ, με τις μικρές αλλοιώσεις που προκαλεί στο ήπαρ να επηρεάζει το μεταβολισμό και η δράση του αλκοόλ να ασκείται δια μέσου ορμονικών διαταραχών.

Κάπνισμα

Το κάπνισμα, όπως είναι γνωστό, αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο διαφόρων συστημάτων και οργάνων. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι σύνθετη.

Έτσι έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει τα ποσοστά καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δεν έχει αποδειχθεί καμία σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ιστολογική ταξινόμηση των νεοπλασμάτων έχει την έννοια της προσπάθειας αναγνώρισεως διαφόρων ιστολογικών τύπων, που ενδεχόμενα συνοδεύονται από διαφορετική βιολογική συμπεριφορά.

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων συνεχώς συμπληρώνεται με νέα στοιχεία που προκύπτουν από κλινικοπαθολογικές και αναδρομικές μελέτες πολλών περιπτώσεων. Μεγάλη απήχηση βρήκε πρόσφατα η ταξινόμηση του Fisher που θεωρείται αρκετά εμπειριστατωμένη αλλά και εύχρηστη. Ο Fisher διαίρεσε τα καρκινώματα του μαστού σε διηθητικά και μη διηθητικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ιστολογική ταξινόμηση

1. Διηθητικά καρκινώματα

1. Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά
2. Μυελοειδές
3. Διηθητικό λοβιακό
4. Βλεννώδες
5. Σωληνώδες
6. Θηλώδες
7. Νόσος Paget

2. Μη διηθητικά καρκινώματα του μαστού

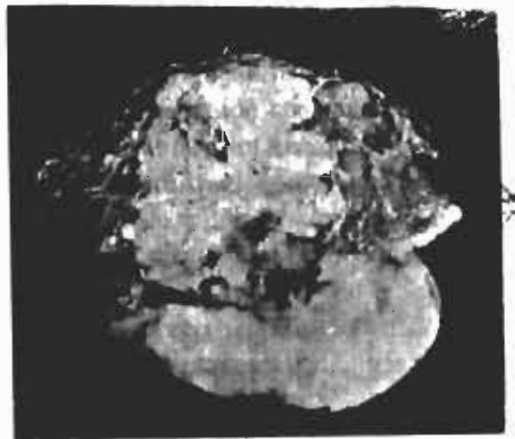
1. Ενδοσωληνώδες
2. Ενδοεπιθηλιακό (in situ) των λοβίων

Διηθητικά καρκινώματα του μαστού

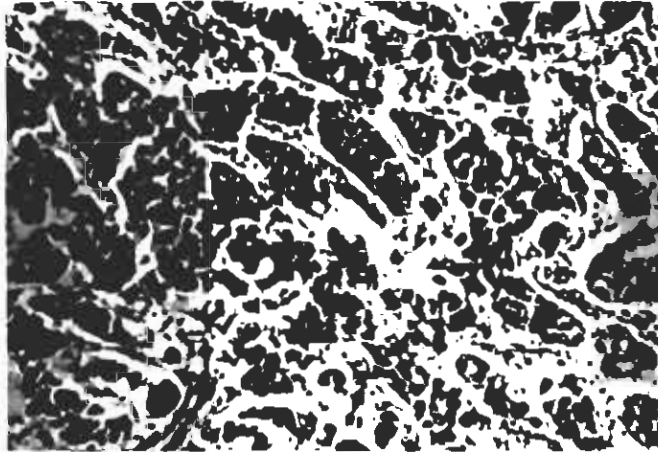
1. Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (N.O.S.)
2. Μυελοειδές
3. Διηθητικό λοβιακό
4. Βλεννώδες
5. Σωληνώδες
6. Θηλώδες
7. Νόσος Paget

1. Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

Ο τύπος αυτού του καρκίνου αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινωμάτων του μαστού. Η συχνότητά του κυμαίνεται από 51-83% όλων των καρκινωμάτων του μαστού. Εντοπίζεται συχνότερα στον αριστερό μαστό. Παρατηρείται συχνότερα και στους άνδρες.



ΕΙΚΟΝΑ 5 Μακροσκοπική εικόνα του παρασκευάσματος. Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.



EIKONA 6 Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων του μαστού χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Διακρίνονται δοκίδες από νεοπλασματικά κύτταρα που περιβάλλονται από σχετικά λίγο υπόστρωμα.

Κλινικά χαρακτηρίζεται από πετρώδη, σκληρή σύσταση κατά τη ψηλάφηση. Η πρόγνωση δεν είναι καλή και οι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες της μασχάλης είναι συχνές εκτεταμένες.

2. Μυελοειδές καρκίνωμα

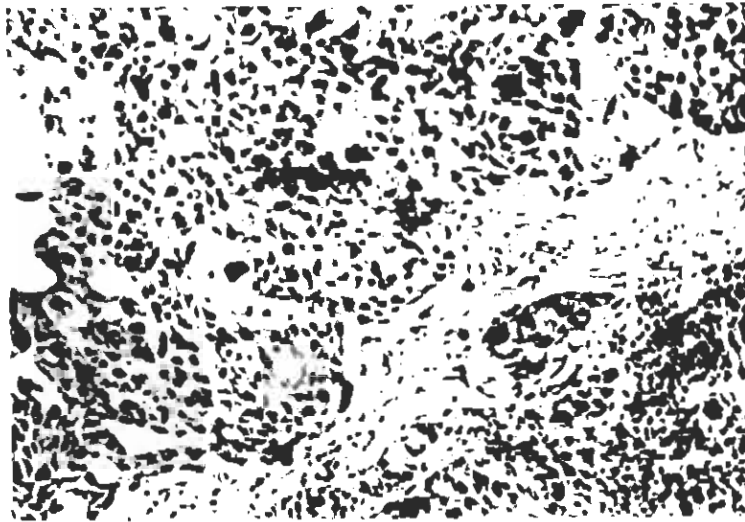
Το μυελοειδές καρκίνωμα έχει πάρα πολύ καλή πρόγνωση μετά ριζική μαστεκτομή.



EIKONA 7 Μυελοειδές καρκίνωμα του μαστού.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Η συχνότητα της νεοπλασίας κυμαίνεται από 5-10% των κακοηθών νεοπλαστών του μαστού. Παρατηρείται σε οποιαδήποτε ηλικία από 27-95 ετών, όμως συχνότερα μεταξύ 40-45 ετών.



ΕΙΚΟΝΑ 8 Μυελοειδές καρκίνωμα του μαστού. Διακρίνεται η συγκυτιώδης διαταξη των νεοπλασματικών κυττάρων και οι στρογγυλοκυτταρικές διηθήσεις.

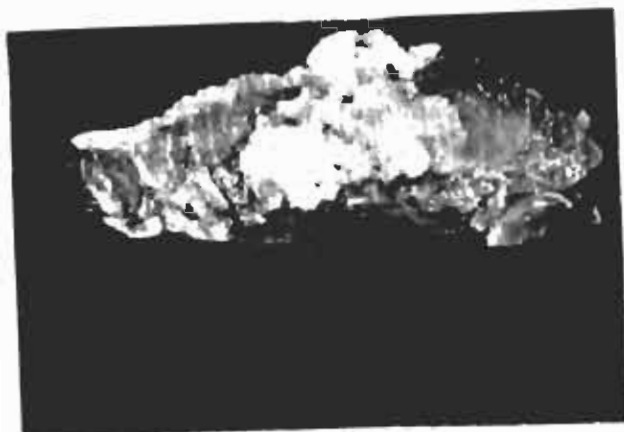
Μακροσκοπικά ο όγκος είναι σφαιρικός. Αναπτύσσεται κατά κανόνα στο βάθος του μαστού. Εμφανίζει ελλειπωμένη τάση για μεταστάσεις.

3. Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα

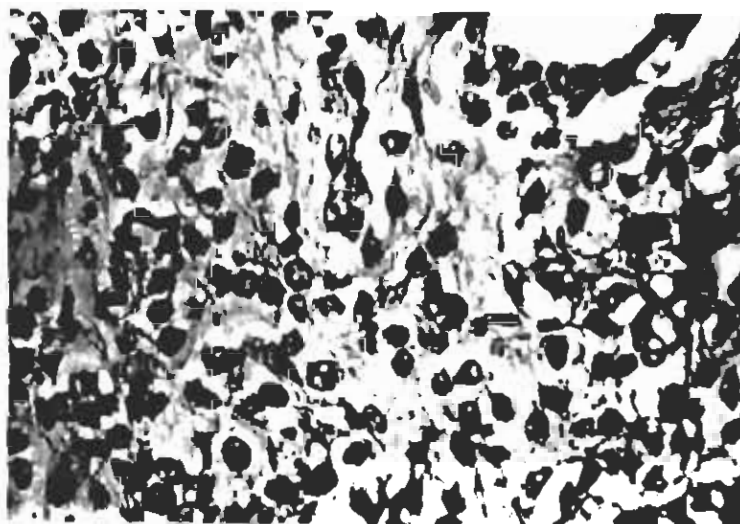
Η συχνότητα του διηθητικού λοβιακού καρκινώματος κυμαίνεται από 0,7-22%. Συχνά είναι πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο.

Μακροσκοπικά ο όγκος έχει ασαφή όρια με διάμετρο 1-4 εκ..

Η πρόγνωση δεν είναι πολύ καλή. Εμφανίζει συχνότερα μεταστάσεις στα οστά, τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και τα σπλάχνα.



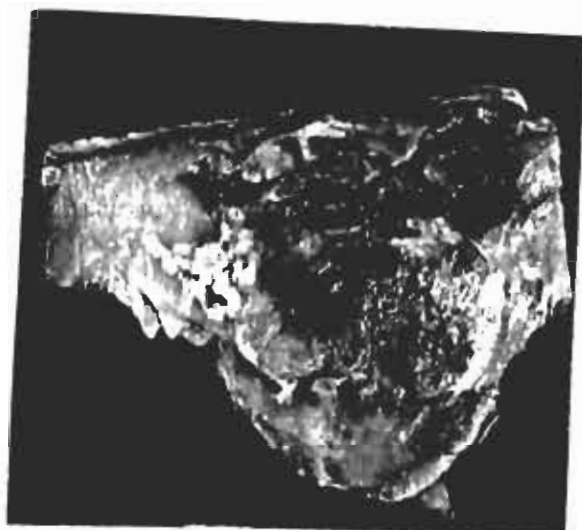
ΕΙΚΟΝΑ 9 Μακροσκοπική εικόνα του παρασκευάσματος. Διθητικό λοβιακό καρκίνωμα του μαστού.



ΕΙΚΟΝΑ 10 Διθητικό λοβιακό καρκίνωμα του μαστού.

4. Βλεννώδες καρκίνωμα

Ο τύπος αυτός του καρκινώματος του μαστού προκαλεί ξεχωριστό ενδιαφέρον, γιατί είναι γνωστό από παλιά, ότι έχει καλή πρόγνωση και εμφανίζεται συχνότερα σε μεγάλη ηλικία.



ΕΙΚΟΝΑ 11 Μακροσκοπική εικόνα του παρασκευάσματος. Βλεννώδες καρκίνωμα του μαστού. Διακρίνονται οι ημιδιαφανείς μαλακές περιοχές.

Το βλεννώδες καρκίνωμα του μαστού παρουσιάζεται σαν μια σχετικά καλά περιγραμμένη εξεργασία, χωρίς κάψα.

Χαρακτηριστικό της μορφής αυτής είναι η παρουσία βλέννης.

Πιστεύεται ότι η παρουσία άφθονης βλέννης συνδιάζεται με καλύτερη πρόγνωση.



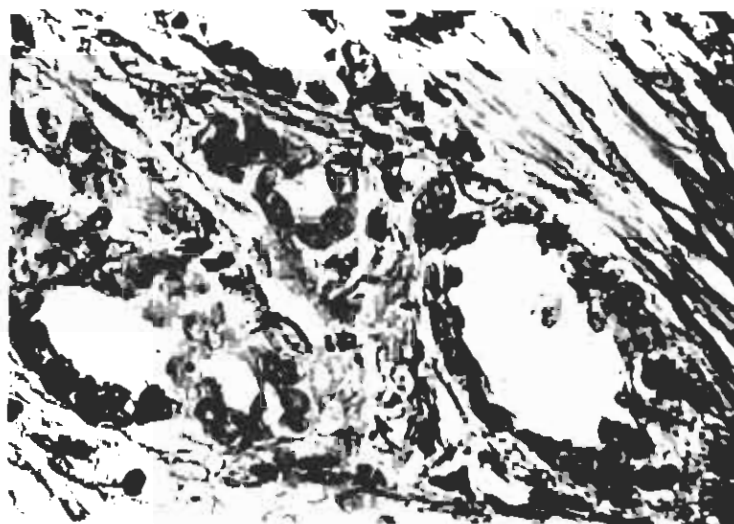
ΕΙΚΟΝΑ 12 Βλεννώδες καρκίνωμα του μαστού. Διακρίνονται νησίδες από νεοπλασματικά κύτταρα με λίμνες βλέννας.

Η εξέλιξη της νόσου είναι η βραδεία, οι μεταστάσεις εμφανίζονται σε προχωρημένες φάσεις, δεν παρατηρείται δε εκρρίκνωση της θηλής.

5. Σωληνώδες καρκίνωμα

Το σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού είναι ένας πολύ σπάνιος τύπος καρκινώματος, αποτελεί το 1-2% όλων των καρκινωμάτων του μαστού.

Είναι σημαντικό να διαγνωστεί ο τύπος αυτός του καρκινώματος του μαστού γιατί, έχει πάρα πολύ καλή πρόγνωση, σπάνια προκαλεί μεταστάσεις, αλλά και όταν προκαλέσει αυτές είναι περιορισμένες και εντοποπίζονται στους χαμηλότερους μασχαλιαίους λεμφαδένες.



ΕΙΚΟΝΑ 13 Διθηθητικό σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού.

Διακρίνονται οι σωληνώδεις νεοπλασματικοί σχηματισμοί.

Ο τύπος αυτός του καρκινώματος έχει διαγνωσθεί μέχρι και σήμερα σε άτομα που η ηλικία τους κυμαίνεται από 23-79 ετών.

Μακροσκοπικά ο όγκος έχει ασαφή όρια και η σύσταση είναι υπόσκληρη.

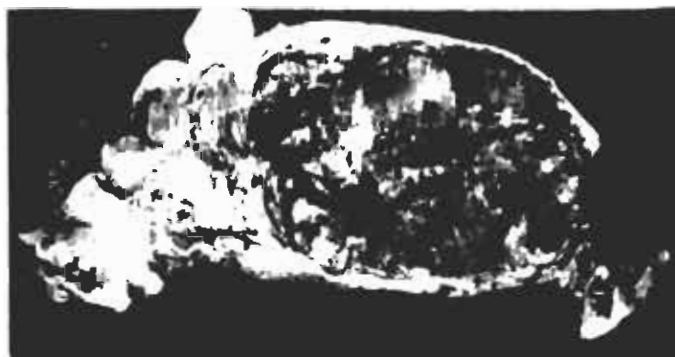
Η εμφάνιση του στους άνδρες είναι πολύ σπάνια.

6. Θηλώδες καρκίνωμα

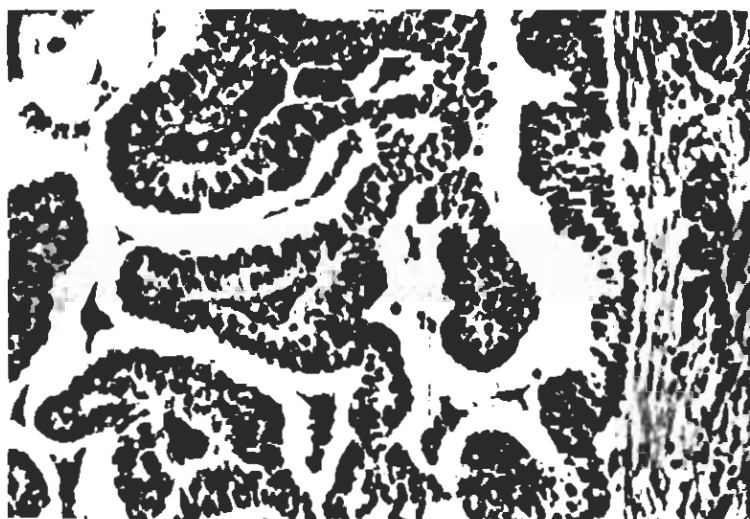
Το διθηθητικό θηλώδες καρκίνωμα του μαστού είναι σπάνιο νεόπλασμα, το οποίο αντιπροσωπεύει το 0,3-0,7% του συνόλου των νεοπλασμάτων του μαστού. Ο όγκος εμφανίζεται συνήθως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, είναι καλά περιγεγραμμένος.

Μικροσκοπικά χαρακτηρίζεται από θηλώδεις σχηματισμούς.

Η πρόγνωση του είναι καλή και οι μεταστάσεις στα επιχώρια μασχαλιαία λεμφογάγγλια σπάνια.



ΕΙΚΟΝΑ 14 Μακροσκοπική εικόνα του παρασκευάσματος. Διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα του μαστού. Διακρίνονται τα σαφή όρια του όγκου και οι αιμορραγικές περιοχές.



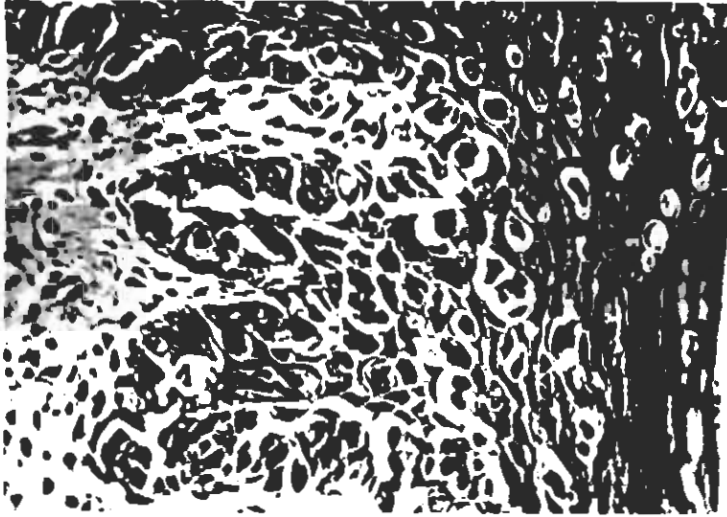
ΕΙΚΟΝΑ 15 Θηλώδες καρκίνωμα του μαστού.

7. Νόσος Paget

Περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Paget.

Μακροσκοπικά η θηλή του μαστού είναι ανώμαλη και εξελκωμένη.

Η πρόγνωση της νόσου όταν συνδιάζεται με ενδοσωληνώδες καρκίνωμα των μεγάλων πόρων είναι πολύ καλή μετά μαστεκτομή.



EIKONA 16 Νόσος Paget. Διακρίνονται μέσα στην επιδερμίδα τα μεγάλα νεοπλασματικά κύτταρα με διαυγές πρωτόπλασμα.

ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Ενδοσωληνώδες.
2. Ενδοεπιθηλιακό (in situ) των λοβίων.

1. Ενδοσωληνώδες καρκίνωμα

Το ενδοσωληνώδες καρκίνωμα σπάνια συνοδεύεται από κλινικά συμπτώματα και συχνά αποτελεί τυχαίο ιστολογικό εύρημα σε τμήματα του μαστικού αδένα που αφαιρούνται για άλλες αλλοιώσεις.

Μακροσκοπικά είναι συχνά πολυεστιακό ή εκτεταμένο και καταλαμβάνει σαν πλάκα σχεδόν ολόκληρο το μαστικό αδένα.

Τα ενδοσωληνώδη καρκινώματα του μαστού αναπτύσσονται βραδέως και έχουν ευνοϊκή πρόγνωση.

2. Ενδοεπιθηλιακό (*in situ*) των λοβίων

Συχνά είναι πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο και ανακαλύπτεται τυχαία σε τμημαεκτομές για καλοήθεις παθήσεις του μαστού.

Η συχνότητα του δεν είναι γνωστή. Σήμερα πιστεύουν ότι είναι πολύ πιο συχνό και μαλιστα τρεις φορές συχνότερο από το ενδοσοληνώδες καρκίνωμα.

Μακροσκοπικά δεν σχηματίζει ψηλαφητό όγκο και για το λόγο αυτό δεν αναγνωρίζεται εύκολα κλινικά.

Η πρόγνωση του *in situ* λοβιακού καρκινώματος είναι καλή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Μεταστάσεις στο Κεντρικό και Περιφεριακό Νευρικό Σύστημα

Είκοσι με 25% των γυναικών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού θα αντιμετωπίσουν προβλήματα σχετιζόμενα με το νευρικό σύστημα (εγκέφαλος, συμπίεση νωτιαίου σπλήνα, σύνδρομο βραχιονίου πλέγματος, καρκινωματούδης μηνιγγίτις, μεταστάσεις στο χοραιοειδή χιτώνη ή παρανεοπλασματικά σύνδρομα).

Η αντιμετώπιση των μεταστάσεων στον εγκέφαλο περιλαμβάνει χορήγηση δεξαμεθαζόνης αμέσως μετά τη διάγνωση και ακτινοθεραπεία.

Χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχουν διαγνωστικές αμφιβολίες, όταν η εστία είναι χειρουργικά προσπελάσιμη ή όταν ο όγκος δεν είναι ακτινοευαίσθητος ή τα συμπτώματα παραμένουν μετά την ακτινοθεραπεία. Υπό αξιολόγηση βρίσκεται η χρησιμότητα της πολυχημειοθεραπείας στις εγκεφαλικές μεταστάσεις καθώς είναι σήμερα γνωστό ότι πολλά από τα κυτταροστατικά που χρησιμοποιούνται στον καρκίνο του μαστού περνούν τον εγκεφαλικά (μηνιγγικό) φραγμό.

Σύνδρομο βραχιονίου πλέγματος μπορεί να δημιουργηθεί είτε λόγω διήθησης του πλέγματος από τον όγκο είτε λόγω ακτινοθεραπευτικής βλάβης.

Χοριοειδικές μεταστάσεις παρουσιάζονται 2% με 6% των αρρώστων.

Μπορεί να είναι το πρώτο σημάδι μεταστατικής νόσου. Η ακτινοθεραπεία βελτιώνει την οπτική οξύτητα στο 80-90% των περιπτώσεων.

Η συμπίεση του νωτιαίου μυελού προκαλεί παραλύσεις και δυσλειτουργία του σφιγκτήρος του πρωκτού και είναι από τις σοβαρότερες επιπλοκές των μεταστάσεων από καρκίνο μαστού. Δεν

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

είναι ασυνήθιστη και οφείλεται είτε σε άμεση πίεση από αναπτυσσόμενη μεταστατική εστία είτε σε σπονδυλικά κατάγματα.

Η ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με δεξαμεθαζόνη έχει τον πρώτο λόγο στην αντιμετώπιση της συμπίεσης του νωτιαίου μυελού. Αν η ακτινοθεραπεία δεν αποδώσει ή έχουμε υποτροπή μετά από ακτινοθεραπεία ή αστάθεια της Σ.Σ., η χειρουργική επέμβαση θα μπορούσε να βοηθήσει.

2. Μεταστάσεις στα Οστά, Μυελό Οστών, Υπερασβεσταιμία

Οι αστικές μεταστάσεις αντιμετωπίζονται με συστηματική, ενδοκρινική θεραπεία ή χημειοθεραπεία, και οι ανταποκρίσεις φτάνουν στο 80-90% (25-50% είναι πλήρεις). Το πρόβλημα με τις αστικές μεταστάσεις είναι ο πόνος και τα κατάγματα.

Μεταστάσεις στο μυελό των οστών έχει το 55% περίπου των γυναικών με αστικές μεταστάσεις.

Η μεταστατική νόσος στο μυελό των οστών πρέπει να αντιμετωπίζεται με συστηματική θεραπεία.

Υπερασβεστιαμία είναι δυνατόν να συνοδεύει τη μεταστατική νόσο του καρκίνου του μαστού.

3. Πνευμονικές Μεταστάσεις

Οι πνευμονικές μεταστάσεις μπορεί να είναι τριών ειδών:

1. Οζίδια (νομισματοειδής σκίαση).
2. Λεμφαγγειακή διασπορά.
3. Κακοήθης υπεζωκοτική συλλογή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ

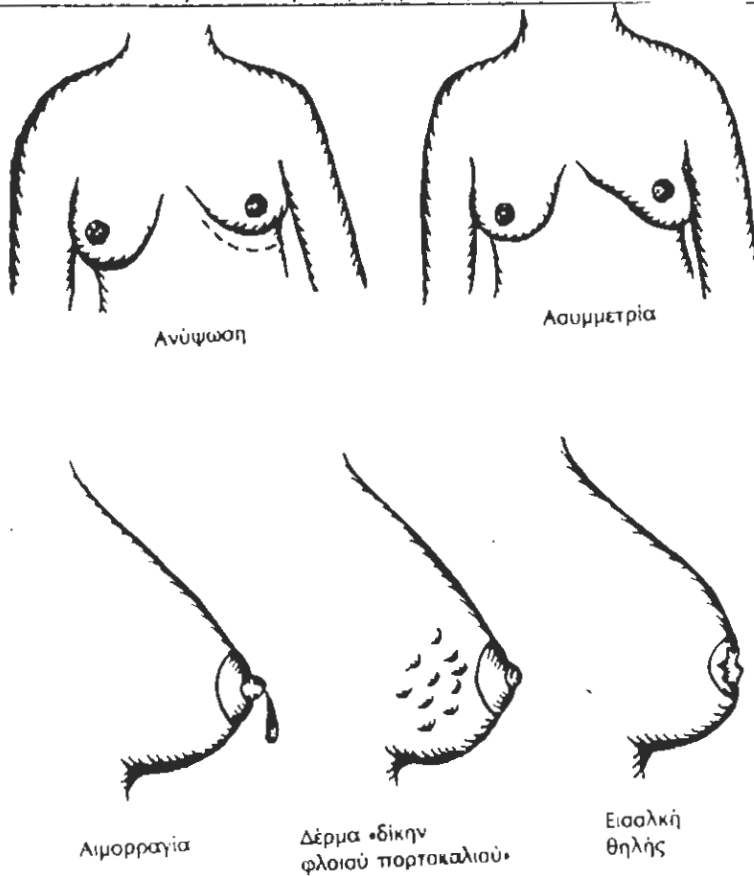
Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού

Πολλές φορές, τυχαία ή κατά την ψηλάφηση, μπορεί να διαπιστωθεί σκληρία στο μαστό, άλλοτε άλλου μεγέθους, κινητή ή ακίνητη, ανάλογα με το σημείο πρόσφυσης.

Εάν δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά την ανακάλυψη, το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς, καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει τη χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θηλής, όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο.

Συγκεκριμένα, η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει:

- α.** Ορώδη ή αιματηρή έκκριση.
- β.** Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο.
- γ.** Ερυθρότητα, περαιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού.
- δ.** Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.
- ε.** Εισολκή της θηλής, οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή.
- στ.** Εισολκή του δέρματος πάνω από τη μάζα.
- ζ.** Ορώδη ή αιματηρή έκκριση θηλής.
- η.** Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων.
- θ.** Εξέλκωση κατά τη θηλή.
- ι.** Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια.



ΕΙΚΟΝΑ 17 Σημεία ύποπτα για καρκίνο του μαστού.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Λέγοντας ταξινόμηση ή σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού, εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκταση της. Όταν κατά τη σταδιοποίηση γίνεται συστηματική διερεύνηση:

- α. των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση,
- β. της προσβολής λεμφαδένων και
- γ. για την ύπαρξη μεταστάσεων, τότε χρησιμοποιείται το σύστημα TNM για τη σταδιοποίηση.

T = Πρωτοπαθής όγκος (Tumor)

N = Επιχώρια λεμφαδενοπάθεια (Nodes)

M = Μετάσταση (Metastasis)

Σκοπός της σταδιοποίησης

- α. Να βοηθήσει τον κλινικό στο σχεδιασμό της θεραπείας.
- β. Να δώσει κάποια ένδειξη πρόγνωσης.
- γ. Να βοηθήσει στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της θεραπείας.
- δ. Να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων θεραπείας.
- ε. Να προσφέρει στη συνεχή έρευνα του καρκίνου.

Ανατομικές θέσεις

- α. Θηλή
- β. Κεντρικό τμήμα
- γ. Άνω εσωτερικό τεταρτημόριο
- δ. Κάτω εσωτερικό τεταρτημόριο
- ε. Άνω εξωτερικό τεταρτημόριο
- στ. Κάτω εξωτερικό τεταρτημόριο
- ζ. Μασχαλιαία ουρά.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών και μάλιστα ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Τόσο η διάρκεια όσο και η ποιότητα της ζωής τους έχει βελτιωθεί.

Η πρόγνωση για την ασθενή εξαρτάται και τίθεται από ομάδα γιατρών, η οποία εξετάζει για πρώτη φορά την ασθενή και παίρνει την πρώτη βασική απόφαση: αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος ή όχι. Αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος η ασθενής έχει πιθανότητα να θεραπευθεί αν δεν είναι χειρουργήσιμος, όχι.

Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

- α. Τοπική έκταση του όγκου
- β. Καθήλωση του όγκου
- γ. Οίδημα
- δ. Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος
- ε. Παρουσία δορυφόρων οζιδίων
- στ. Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού
- ζ. Γεωγραφική θέση του όγκου
- η. Προσβολή της θηλής.

Βαρύτερη είναι η πρόγνωση, όταν ο καρκίνος εμφανίζεται συγχρόνως και στους δύο μαστούς.

Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

- α. Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- β. Ρυθμός αύξησης του όγκου
- γ. Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- δ. Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δέκτες
- ε. Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς.

Άνδρες με καρκίνο μαστού έχουν σχεδόν πάντοτε προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό. Αυτός κυρίως είναι ο λόγος για τον οποίο η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι πολύ βαρύτερη από την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα.

Στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού υπάρχουν και παράγοντες, των οποίων η σημασία είναι σημαντική ή αμφιλεγόμενη. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- α. Ηλικία της γυναίκας: εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε ηλικία των 30 ετών έχει πολύ καλή πρόγνωση

β. Προφυλακτική στείρωση

γ. Κύηση. Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας είναι ταχεία και η πρόγνωση κακή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ένα μέρος του αρχικού διαγνωστικού ελέγχου, όπως αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες, δειγματολογικές εξετάσεις, συνήθως παραγγέλλονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας της ασθενούς. Αυτές οι εξετάσεις ρουτίνας δεν είναι ειδικές για τον καρκίνο, αλλά τα αποτελέσματά τους μπορεί να υποδείξουν τη παρουσία μη φυσιολογικής κατάστασης - όπως λοίμωξης, αιμορραγίας ή άλλης παθολογικής διεργασίας- σχετιζόμενης με τον καρκίνο, προκαρκινικών καταστάσεων ή κάποιου παθολογικού ευρήματος, το οποίο όμως δεν είναι καρκινικό.

Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμώνται από τους γιατρούς και συνήθως από ομάδα ογκολόγων. Οι διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται για τη διαπίστωση της παρουσίας μάζας ή της συγκεκριμενοποίησης του τύπου του όγκου ή της εντόπισης των ορίων ανώμαλης μάζας. Αλλά ακόμη και αν η ασθενής έχει υποβληθεί σε μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων, η εξακρίβωση της θετικότητας ενός αποτελέσματος μπορεί να εξαρτάται από χειρουργικές διαδικασίες.

Παρακάτω, περιγράφονται οι εξετάσεις εκείνες, με τις οποίες θα διαγνώσουμε τον καρκίνο του μαστού.

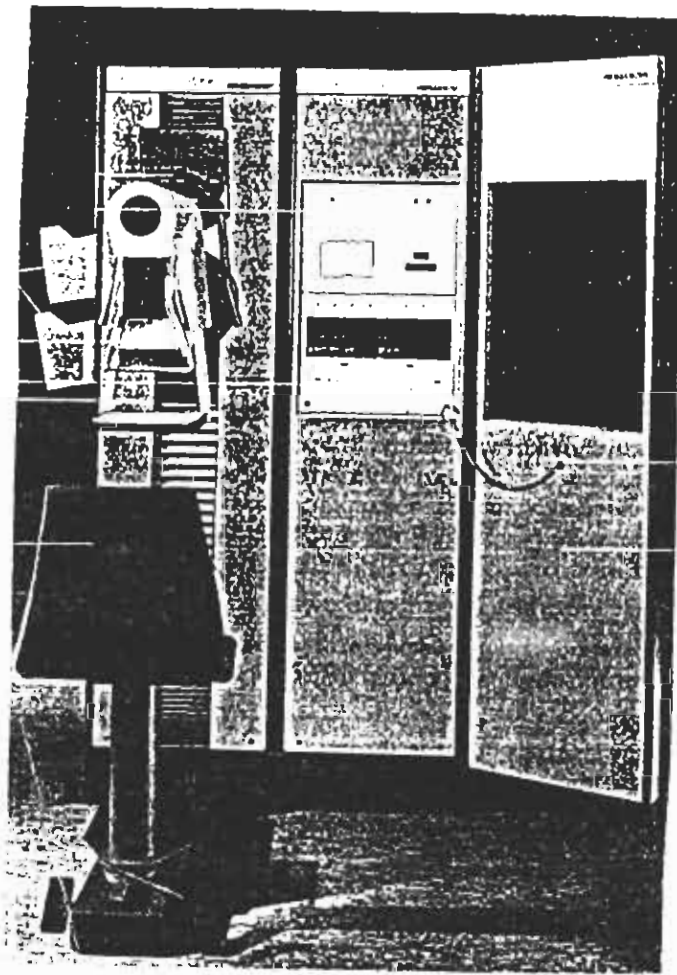
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, καθώς βοηθά στην πρόιμη ανακάλυψη του περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο. Είναι απαραίτητη για την πλήρη εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών και αναντικατάστατη στον προσυμπτωματικό έλεγχο σαν μέσο διαλογής.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Κατά τη μαστογραφία χρησιμοποιείται η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία με σκοπό να απεικονισθούν τα φυσιολογικά και τα τυχόν παθολογικά στοιχεία του μαζικού αδένα.

Η συνηθισμένη εξέταση περιλαμβάνει δύο λήψεις από κάθε μαστό σε γωνίες κάθετες μεταξύ τους, αλλά υπάρχει δυνατότητα και άλλων λήψεων.



ΕΙΚΟΝΑ 18 Μαστογράφος SIEMENS, Radiographic manual for the MAMMOMAT.

Σήμερα η μαστογραφία ενδείκνυται για τη διαγνωστική εκτίμηση όλων των συμπτωματικών γυναικών ηλικίας άνω των 30 ετών.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Ενδείξεις για μαστογραφία είναι οποιαδήποτε σχεδιαζόμενη χειρουργική επέμβαση στο μαστό καθώς και η ύπαρξη μεταστατικού καρκινώματος στους μασχαλιαίους λεμφαδένες μια και ο μαστός αποτελεί πιθανή πρωτοπαθή εστία.

Η American Cancer Society προτείνει το ακόλουθο σχήμα ελέγχου:

1. Για γυναίκες από 20 ετών και άνω μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού.
2. Για γυναίκες 20-40 ετών φυσική εξέλιξη μαστού κάθε 3 χρόνια.
3. Για γυναίκες άνω των 40 ετών φυσική εξέλιξη μια φορά το χρόνο.
4. Μαστογραφία αναφοράς στην ηλικία των 35-40 ετών.
5. Μαστογραφία κάθε 1 - 2 χρόνια στις γυναίκες υψηλού κινδύνου ή εφόσον το συνιστά ο κλινικός γιατρός.
6. Μαστογραφία κάθε χρόνο σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών.

Ετήσια μαστογραφία συνιστάται σε γυναίκες οποιασδήποτε ηλικίας που έχουν εμφανίσει και αντιμετωπισθεί για καρκίνο μαστού.

Κίνδυνοι από τη μαστογραφία

Η δόση ακτινοβολίας που δέχεται ο μαστός σε μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιορισθεί τελευταία σε 0,2-0,3 rad στο δέρμα και σε 0,02-0,03 στο μαστό. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μία ή περισσότερες μαστογραφίες έχει τελευταία αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας για τους γιατρούς. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9-19 ετών, ενώ πάνω από τα 50, πιθανότατα, ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία.

Η μαστογραφία χρησιμοποιείται ευρύτατα σήμερα στα διάφορα κέντρα μαστού. Το πλεονέκτημα της χαμηλής δόσης της μαστογραφίας κάνει τη μέθοδο πολύ χρήσιμη, γιατί επιτρέπει:

- α. τη χρησιμοποίησή της σε νέες κυρίως γυναίκες και
- β. επιτρέπει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο, στοιχείο σημαντικό

7. γυναίκες με πρόθεση μαστού,
8. γυναίκες που αρνούνται τη μαστογραφία
9. πρόσφατο νεόπλασμα μαστού.
10. βοηθητικά στη καθοδήγηση παρακέντησης σε μη ψηλαφητά κυστικά μορφώματα.

ΒΙΟΨΙΑ

Η βιοψία είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας. Τρεις μέθοδοι βιοψίας του μαστικού αδένα έχουν περιγραφεί:

- α. Η βιοψία με αναρρόφηση ή παρακέντηση. Χρησιμοποιείται βελόνα Νο 17-18 προσαρμοσμένη σε σύριγγα 20-50cm που εισάγεται μέσα στο νεόπλασμα και αναρροφά υλικό.
- β. Η βιοψία με ολική εκτομή, δηλαδή η αφαίρεση του ογκιδίου που έχει διαγνωσθεί κλινικώς. Με τον τρόπο αυτόν, πολλά φλεβικά και λεμφαγγειακά στελέχη τέμνονται και υπάρχουν κίνδυνοι διασποράς καρκινικών κυττάρων.
- γ. Η βιοψία με τομή, δηλαδή η εξαίρεση μικρού σφηνοειδούς τεμαχίου από τον όγκο.

Η χειρουργική αυτή παρέμβαση χρειάζεται για την εντόπιση του καρκίνου, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ή για τον καθορισμό της έκτασης του καρκίνου. Κατά την περίοδο αυτή της διαγνωστικής διαδικασίας, η ασθενής και η οικογένεια της καταβάλλονται από άγχος και φόβο για την πορεία της εξέτασης.

ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η κυτταρολογική εξέταση υλικού που έχει ληφθεί αποτελεί γενικά αποδεκτή προεγχειρητική μέθοδο, για τη διάγνωση των αλλοιώσεων του μαστού.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

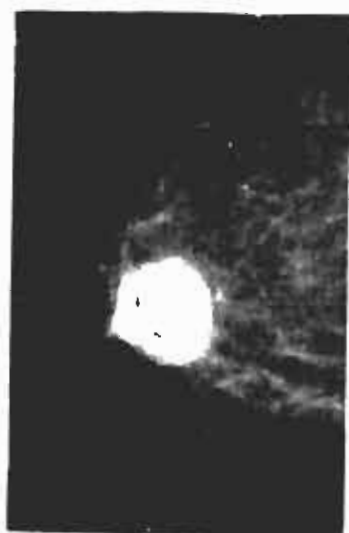
για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.



ΕΙΚΟΝΑ 19 Μαστογραφία. Φλεγμονώδες καρκίνωμα.



ΕΙΚΟΝΑ 20 Μαστογραφία μυελοειδούς τύπου καρκίνωμα.



ΕΙΚΟΝΑ 21 Μαστογραφία. Ενδοκυστικό καρκίνωμα. Αυξημένη πυκνότητα του όγκου (βέλη) μέσα στη κύστη.



ΕΙΚΟΝΑ 22 Μαστογραφία. Περιοχή μικροασβεστώσεων που δημιουργήθηκε από ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα των πόρων.



ΕΙΚΟΝΑ 23 Μαστογραφία. Διαταραχή της αρχιτεκτονικής του παρεγχύματος και τοπική πάχυνση του δέρματος που προκλήθηκε από ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα των πόρων. Τα επασβεστωμένα μορφώματα είναι εκφυλισμένα ιναδενώματα.



ΕΙΚΟΝΑ 24 Μαστογραφία.



EIKONA 25 Μαστογραφία. Πυκνωτική περιοχή στην θέση των περιθηλαίων πόρων.



EIKONA 26 Μαστογραφία.

ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο, αντί τις φωτογραφικής πλάκας.

Γενικά, η ξηρογραφία είναι ιδιαίτερη χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, όπου η αντίθεση μεταξύ όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν είναι σχετικά μικρή. Επίσης, ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων.



ΕΙΚΟΝΑ 27 Ξηρογραφία.

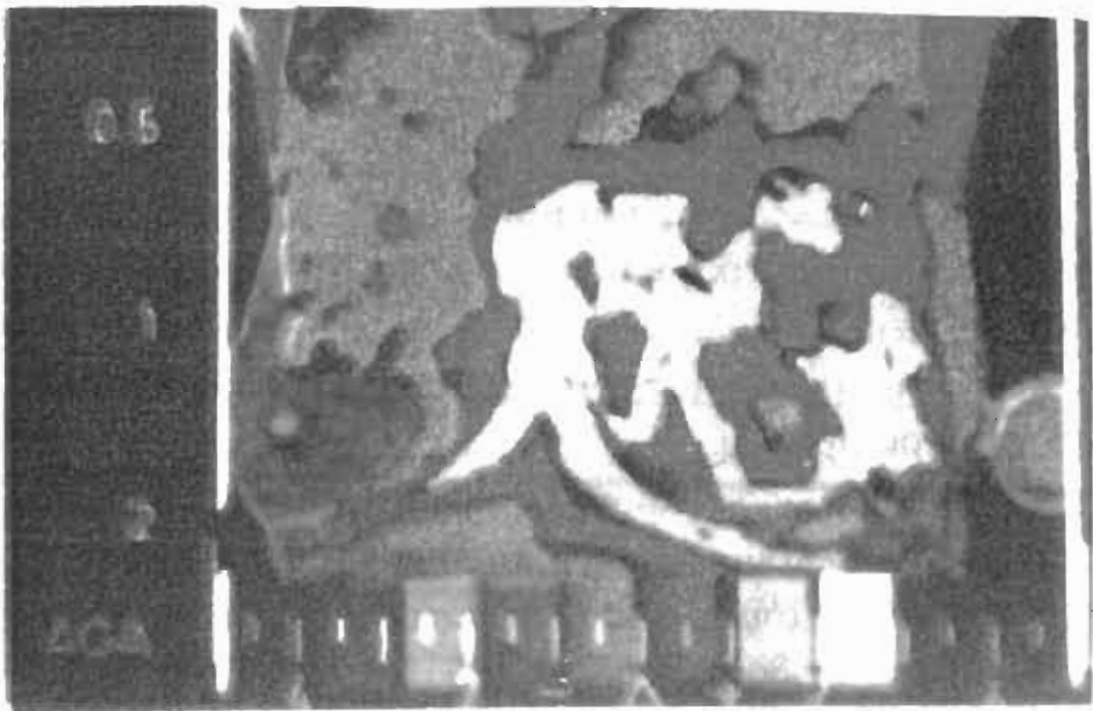
ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η θερμογραφία αποτελεί επίσης χρήσιμη εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Γίνεται με υπέρυθη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Πολλές παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθειες είτε κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

θερμότητα. Έτσι, η θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του καρκίνου του μαστού, αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τη πιθανότητα της νόσου.

Η θερμογραφία είναι τελείως ακίνδυνη, συγκριτικά με τη ξηρογραφία και τη μαστογραφία.



ΕΙΚΟΝΑ 28 Θερμογραφία. Οι κακοήθεις βλάβες αντιστοιχούν στο λευκό χρώμα της διαβάθμισης.

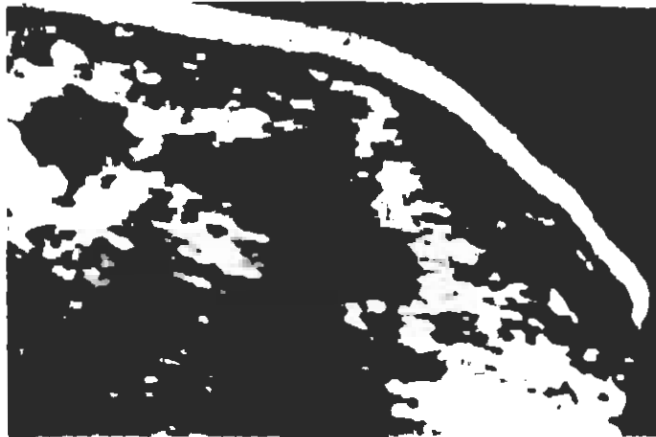
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

Η υπερηχογραφία είναι μια εξέταση, κατά την οποία ένας πομπός υπερήχων κινείται πάνω από την περιοχή του μαστού και εκπέμπει ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας, τα οποία μεταδίδονται μέσα στο μαστό και αντανακλώνται, όταν βρουν εμπόδιο. Στο μαστό, η

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

υπερηχογραφία είναι χρήσιμη για τη διάκριση μεταξύ κυστικών και συμπαγών όγκων και προσδιορίζει τη φύση (καλοήθεια - κακοήθεια) μιας συμπαγούς μάζας.

Το υπερηχογράφημα είναι λιγότερο ακριβές στην αποκάλυψη καρκίνου σε παχύσαρκους μεταεμμηνοπαυσιακούς μαστούς και ανεπαρκές στην ανίχνευση μικροασβεστώσεων, ενώ μικρού μεγέθους καρκίνωμα μπορούν να διαφύγουν από την εξέταση αυτή. Αντίθετα το υπερηχογράφημα προσφέρει σημαντική βοήθεια στους έντονα ακτινοσκιερούς νεανικούς μαστούς καθώς και στη διαπίστωση κύστεων.



ΕΙΚΟΝΑ 29 Υπερηχογραφία.

Ενδείξεις για υπερηχογραφικό έλεγχο αποτελούν:

1. νεαρές γυναίκες,
2. έγκυες γυναίκες,
3. πυκνοί ακτινοσκιεροί μαστοί,
4. ινοκυστική νόσος,
5. ψηλαφητή μάζα,
6. συμπληρωματικά σε μαστογραφία,

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Η ακρίβεια της μεθόδου κυμαίνεται από 70-92,6%. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η σωστή κυτταρολογική διάγνωση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως ο σωστός τρόπος λήψης, ο τύπος του νεοπλασματος.

Η λήψη υλικού από τον όγκο γίνεται με βελόνα 18-22 G. Η εισαγωγή της βελόνας γίνεται αργά υπό ορθή γωνία. Θέμα πόνου κατά τους χειρισμούς με τη βελόνα δεν τίθεται γιατί είναι γνωστό ότι ο μαστός είναι αρκετά ανώδυνος κάτω από το δέρμα, αρκεί να αποφεύγουμε τη περιοχή της θηλαίας άλω με τη γνωστή υπερευαισθησία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική.

Τη συντηρητική θεραπεία αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, ενώ τη χειρουργική οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό.

Ποτέ δεν δικαιολογείται η επιλογή και η εφαρμογή μιας θεραπείας χωρίς κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου.

Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους, αλλά και του τρόπου της θεραπείας. Κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις, είτε ως μόνη θεραπεία, είτε σε συνδυασμό με άλλες, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησης, την έκταση της νόσου, την ηλικία και την υγεία του ατόμου.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν το νεόπλασμα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξή του και περιορίζουν τις διαστάσεις του.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης δράση τους όμως δεν περιορίζεται στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει τα παθολογικά κύτταρα, χωρίς να επηρεάσει τα φυσιολογικά, π.χ. του μυελού των οστών.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βεννογόνο το γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Η εκλογή αυτής της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται από τους εξής παράγοντες:

- α. Από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου.
- β. Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου.
- γ. Από την κατάσταση της ασθενούς.
- δ. Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας.
- ε. Από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών.
- στ. Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο.

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες:

- α. σε εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου (προφυλακτική χημειοθεραπεία) και
- β. σε εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων.

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (Π.Χ.)

Ως Π.Χ. εννοούμε τη χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων, μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό την καταστροφή των μη ορατών -αλλά υπαρκτών- μικρομεταστάσεων με επιδιωκόμενο αποτέλεσμα την αύξηση του ελεύθερου νόσου μεσοδιαστήματος, την αύξηση της τελικής επιβίωσης και την αύξηση του ποσοστού ίασης.

Τρόποι χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι δυνατόν να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους:

- α. *Ενδοφλεβίως - ενδαρτηριακώς*
- β. *Ενδομυϊκώς*

- γ. *Ενδοκοιλιοτικώς* (π.χ. ενδοουπεζωκοτική)
- δ. *Υποδορίως*
- ε. *Από το στόμα*
- στ. *Τοπικώς* (τοποθετείται ειδικός καθετήρας στη μαστική αρτηρία).

Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία;

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από έναν αριθμό παραγόντων, οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την ασφάλεια της ασθενούς:

- Α. Από τον τύπο της νεοπλασίας.
- Β. Από το χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός για να απαντήσει θετικά στη χημειοθεραπεία.
- Γ. Από το πως η ασθενής θα αντιμετωπίσει οποιαδήποτε ανεπιθύμητη ενέργεια.
- Δ. Από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (ηπατική βλάβη, καρδιακή ανεπάρκεια).

Γενικά, για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδος ανάπαυσης. Η περίοδος αυτή είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτές οι περιόδους βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας. Σχετικά με τον καλύτερο χρόνο διάρκειας της χημειοθεραπείας, δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι συνέχιση πάνω από 6 μήνες προσφέρει μεγαλύτερο όφελος από αυτήν που σταματά γύρω στους 6 μήνες.

Ανεπιθύμητες ενέργειες των κυτταροστατικών φαρμάκων

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των κυτταροστατικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στον καρκίνο μαστού είναι:

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

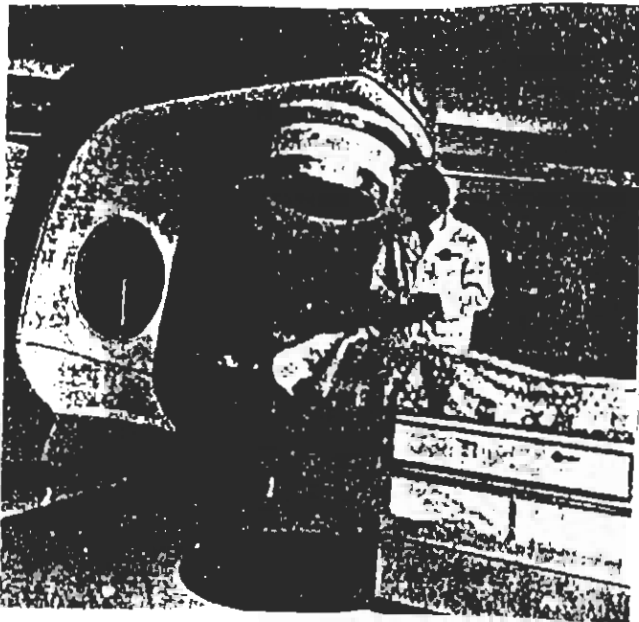
Ναυτία, έμετος, χαμηλές τιμές αίματος, λευκοπενία, αλωπεκία, αιματουρία, κνηδωτικό εξάνθημα, αμηνόρροια, ανορεξία, διάρροια, στοματίτιδα, υποθερμία, καταστολή του μυελού των οστών, τοπική αντίδραση, νευροτοξικότητα, αρρενοποίηση, αλλαγές σωματικού βάρους (αύξηση- μείωση).

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η προσφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι μεγάλη και ουσιαστική, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια που σε συνδιασμό με συντηρητική χειρουργική επέμβαση αντικαθιστά την μαστεκτομή.

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού εφαρμόζεται σαν:

1. Προεγχειρητική, σε χειρουργήσιμους ή ανεγχείρητους όγκους.
2. Μετεγχειρητική, μετά από μαστεκτομή ή συντηρητική χειρουργική επέμβαση.
3. Ριζική σε χειρουργήσιμους ή ανεγχείρητους όγκους χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.
4. Ακτινοθεραπεία του θωρακικού τοιχώματος και των τοπικών υποτροπών.
5. Ακτινική στείρωση.
6. Ακτινοθεραπεία μεταστάσεων (ανακουφιστική).



ΕΙΚΟΝΑ 29 Μηχάνημα για την εφαρμογή ακτινοθεραπείας

Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε χειρουργήσιμους όγκους του μαστού, ελαττώνει την συχνότητα των τοπικών και λεμφαδενικών υποτροπών.

Αντικειμενική εκτίμηση του αποτελέσματος της προεγχειρητικής ακτινοθεραπείας γίνεται με τη μαστογραφία.

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία με τον έλεγχο της τοπικής νόσου και την ελάττωση της συχνότητας των τοπικών υποτροπών βελτιώνει τα θεραπευτικά αποτελέσματα σε χειρουργήσιμους όγκους και έχει την δυνατότητα να μετατρέψει «οριακά» ανεγχείρητους όγκους σε κατάλληλους για εγχείρηση.

Οι λόγοι, που η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία υπερέχει από την μετεγχειρητική είναι ότι:

- α. Τα κύτταρα μετά την εγχείρηση είναι περισσότερο υποξικά και έτσι πιο ακτινοάντοχα απ' ότι πριν και
- β. Οτι η προεγχειρητική ακτινοβολία ελαττώνει τον αριθμό των ζωτικών καρκινικών κυττάρων και επομένως μειώνει τον κίνδυνο διασποράς του καρκίνου, από τους χειρισμούς του όγκου στην διάρκεια της εγχείρησης.

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία μετά μαστεκτομή

ή συντηρητική χειρουργική επέμβαση

Η αξία της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας μετά μαστεκτομή είναι ακόμη αντιφατική, αν και έχει χρησιμοποιηθεί για περισσότερες από οχτώ δεκαετίες.

Ο συνδυασμός συντηρητικής χειρουργικής επέμβασης (μερική μαστεκτομή, ευρεία εκτομή του όγκου) και μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας για καρκίνο του μαστού στα στάδια I και II κερδίζει γενική παραδοχή σαν εναλλακτική λύση προς τη μαστεκτομή.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Για ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού η ευρεία εκτομή του όγκου με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία προσφέρει παρόμοια επιβίωση όπως και οι εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις, με το σημαντικό πλεονέκτημα της βελτίωσης της ποιότητας ζωής.

Ριζική ακτινοθεραπεία

Σε τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού, στάδιο III η ακτινοθεραπεία βελτιώνει την τοπική νόσο και έχει την δυνατότητα να πετύχει τοπικό έλεγχο και να διατηρήσει ένα καλό αισθητικό αποτέλεσμα.

Ακτινοθεραπεία του θωρακικού τοιχώματος και των τοπικών υποτροπών

Η ακτινοβολία του θωρακικού τοιχώματος είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τις τοπικές υποτροπές.

Υποτροπές μετά την εγχείρηση στο θωρακικό τοίχωμα ελέγχονται πολύ καλά με την ακτινοθεραπεία και εξασφαλίζεται αύξηση της επιβίωσης.

Ακτινική στείρωση

Η ακτινική στείρωση έχει το πλεονέκτημα της αναίμακτης διακοπής λειτουργίας των ωοθηκών, το αποτέλεσμα της όμως καθυστερεί 2 μήνες.

Η ωοθηκεκτομή υπερέχει επειδή το αποτέλεσμα της είναι άμεσο και επειδή αφαιρείται μια πιθανή θέση μετανάστασης, ενώ συγχρόνως ελέγχεται το ήπαρ.

Η ύφεση της νόσου από την ωοθηκεκτομή διαρκεί 9-12 μήνες και απαντούν κυρίως οι μεταστάσεις στα οστά, στα μαλακά μέρη, στους λεμφαδένες και στους πνεύμονες, ενώ μαναστάσεις στο ήπαρ και στον εγκέφαλο απαντούν σπάνια.

Ακτινοθεραπεία μεταστάσεων

Η ακτινοθεραπεία έχει ένδειξη κυρίως στις οπτικές εγκεφαλικές μεταστάσεις.

Προσφέρει ισχυρή αναλγητική δράση. Η ακτινοθεραπεία σε μεταστατικές βλάβες των σπονδύλων ανακουφίζει γρήγορα από τον πόνο και συντελεί στην αποφυγή της καθίζησης των σπονδυλικών σωμάτων και των πιεστικών συμπτωμάτων στο νωτιαίο μυέλο. Στα μακρά οστά συντελεί στην πρόληψη καταγμάτων ή βοηθάει στην επανασβέστωση, εάν το κάταγμα έχει δοθεί.

Στις εγκεφαλικές μεταστάσεις που δεν καλύπτονται από την χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία προσφέρει ανακούφιση από τα συμπτώματα της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης και παρατηρείται υποχώρηση των νευρολογικών συμπτωμάτων.

Ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία

Παρά τις βελτιώσεις των πηγών ακτινοβολίας και των τεχνικών που εφαρμόζονται, δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων.

Τις ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές διακρίνουμε σε δύο κατηγορίες:

α. Συστηματικές

Αποτελούν το ονομαζόμενο «ακτινικό σύνδρομο», το οποίο χαρακτηρίζεται από:

- ◆ Γενική καταβολή δυνάμεων, κόπωση
- ◆ Ναυτία, εμετός
- ◆ Ανορεξία
- ◆ Απώλεια βάρους
- ◆ Δεκατική πυρετική κίνηση.

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν την ασθενή, είναι παροδικά και διαρκούν λίγες μέρες ή βδομάδες.

β. Τοπικές

Διακρίνονται σε:

- ◆ πρῶιμες
- ◆ ὄψιμες

Πρῶιμες επιπλοκές

Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος του μαστού που ακτινοβολείται.

Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών:

- ◆ Δυσκαταποσία - δυσφαγία
- ◆ Ναυτία, εμετός, διάρροια, κόπωση, αδυναμία
- ◆ Αλωπεκία
- ◆ Πνευμονική ίνωση και λεμφικό οίδημα σύστοιχου άνω άκρου
- ◆ Λευχαιμία
- ◆ μεταλλάξεις
- ◆ Πολυτερηδονισμός.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η λεγόμενη μοντέρνα εποχή της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού άρχισε το 1898 με την εισαγωγή από το HALSTED της ριζικής μαστεκτομής.

Για πολλές όμως δεκαετίες υπήρξε επίμονη διαφωνία όσον αφορά τον τρόπο και το είδος της χειρουργικής θεραπείας, και αν υπήρχε κάποια επιστημονική βάση για τη διαφωνία αυτή, οφείλεται στη διαφορετική αντίληψη και θεώρηση της βιολογικής συμπεριφοράς της νόσου και κυρίως όσον αφορά την εξάπλωση της.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των διαφόρων χειρουργικών επεμβάσεων μεταξύ τους, διαπιστώνει κανείς ότι ουσιαστικά παρά τη διαφορά της νοσηρότητας, ελάχιστα διαφέρουν στην επιβίωση καθώς και στο ποσοστό των τοπικών υποτροπών.

Η χειρουργική δεν αποβλέπει μόνο στην αφαίρεση του όγκου, αλλά και στον προσδιορισμό παραμέτρων (ορμονικοί υποδοχείς, DNA) καθώς και εξέταση των λεμφογαγγλίων, απαραίτητων στον καθορισμό της βιολογικής συμπεριφοράς της νόσου και της περαιτέρω αντιμετώπισής της με συστηματική θεραπεία.

Οι εγχειρήσεις για τον καρκίνο του μαστού είναι οι παρακάτω:

1. Ριζική μαστεκτομή
2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
3. Μερική μαστεκτομή
4. Απλή μαστεκτομή
5. Ογκεκτομή.

ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η ριζική μαστεκτομή, η οποία εξακολουθεί να παραμένει η μέθοδος εκλογής αρκετών γιατρών. Συνίσταται στη χειρουργική αφαίρεση του μαστικού αδένα, των θωρακικών μυών (μείζονος και ελάσσονος), του περιεχομένου της μασχαλιαίας κοιλότητας και όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών. Σημειώνεται ότι στις παραπάνω διεργασίες αφαιρούνται και το δέρμα και η θηλή.

Η ριζική μαστεκτομή εφαρμόζεται συνήθως στα στάδια I και II, σε γυναίκες μέσης ή μεγάλης ηλικίας.

Η τομή που γίνεται μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετη και τοποθετείται στο τραύμα παροχέτευση συνεχούς αναρρόφησης. Η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό κοσμητικό αποτέλεσμα,

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας.

Οι σύγχρονες τεχνικές της ριζικής μαστεκτομής είναι ασφαλώς συντηρητικότερες από την κλασική κατά Halsted μαστεκτομή. Παρ' όλες όμως τις διαφοροποιήσεις της τεχνικής, οι επεμβάσεις αυτές εξακολουθούν ακόμα μεγάλες και επικίνδυνες. Η προσέγγιση μεγάλων αγγειακών και νευρικών στελεχών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης και η ανάγκη να δημιουργηθούν λεπτοί δερματικοί κρημνοί, στοιχειοθετούν μια ειδική επέμβαση και συμβάλλουν στην εμφάνιση επιπλοκών, πολλές των οποίων οφείλονται σε τεχνικά λάθη.

Οι επιπλοκές και τα συμβάματα μετά από μια ριζική μαστεκτομή είναι πολλές και ποικίλες. Αυτές διακρίνονται σε άμεσες και σε απότερες.

A. Άμεσες

1. Πνευμοθώρακας
2. Διατομή μασχαλιαίων αγγείων
3. Διατομή νευρικών στελεχών
4. Σχηματισμός εκτεταμένου αιματώματος
5. Νέκρωση των δερματικών κρημών
6. Συλλογή λεμφικού υγρού
7. Διαπύηση του τραύματος

B. Απότερες επιπλοκές

1. Παράλυση μυών της χειρουργηθείσης περιοχής
2. Οίδημα του άνω άκρου του συστοίχου με τη χειρουργηθείσα περιοχή

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Συνιστάται στην αφαίρεση του μαζικού αδένου και των λεμφαδένων της μασχάλης, ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, δεν έχουν επιτευχθεί μόνο καλύτερα κοσμητικά αποτελέσματα, αλλά και αύξηση του ποσοστού επιβίωσης, σε σύγκριση με αυτό της ριζικής μαστεκτομής, σε επιλεγμένες περιπτώσεις και στα αρχικά στάδια (I και II) της νόσου.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι η πιο συχνά εφαρμοσμένη χειρουργική μέθοδος στον καρκίνο του μαστού σήμερα.



EIKONA 30 Τρόπος τομής του δέρματος στην τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Όσον αφορά στη τεχνική, η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια. Επιτυγχάνεται έτσι το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα.

Η ασθενής μπορεί με την τομή αυτή να φοράει φορέματα ή ρούχα με ντεκολτέ, δίχως να φαίνεται η ουλή της τομής.

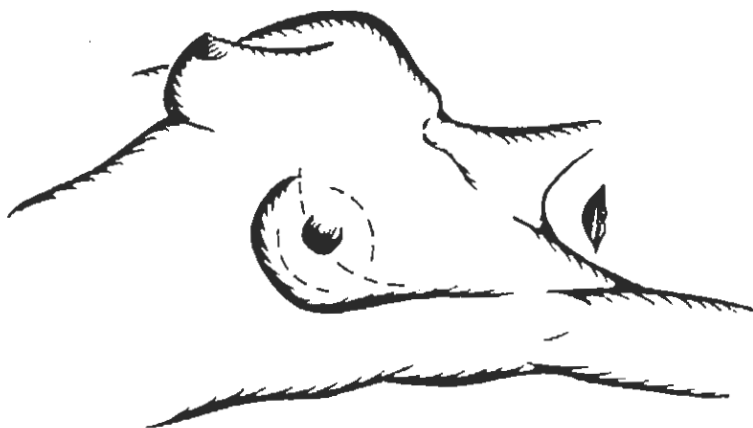
Η διατομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πάλι σε περίπτωση που θα γίνει τοποθέτηση τεχνητού στήθους μελλοντικά (τοποθετείται προσθήκη από σιλικόνη κάτω από το μείζοντα θωρακικό μυ). Μεταξύ μαστεκτομής και ανασύστασης του μαστού, αφήνουμε διάστημα 4 - 6.

ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ (ΕΥΡΕΙΑ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ)

Η εγχείρηση αυτή σκοπό έχει να περισώσει το μαστό. Συνιστάται στην ευρεία αφαίερση του τεταρτημορίου που περιέχει τον όγκο μαζί με το υπερκείμενο δέρμα. Με άλλη τομή γίνεται ταυτόχρονα και ο λεμφαγγλιακός καθορισμός της μασχάλης.

Τα κριτήρια εισόδου των ασθενών για μερική μαστεκτομή είναι:

1. Ο όγκος να περιορίζεται στο μαστό και στη μασχάλη.
2. Ο όγκος να είναι ίσος ή μικρότερος από 4 εκ..
3. Ο μαστός να είναι ικανοποιητικού μεγέθους ώστε να μπορεί να γίνει κοσμητικά η αποκατάσταση του.
4. Ο όγκος να είναι κινητός και χωρίς διήθηση του δέρματος.
5. Ο όγκος να μην είναι κάτω από την θηλαία άλω.
6. Η ηλικία να είναι μικρότερη των 35-39 ετών.



ΕΙΚΟΝΑ 31 Τύπος τομής που γίνεται στη μερική μαστεκτομή.

ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η απλή μαστεκτομή γίνεται σε ασθενείς με μικρούς όγκους (2cm ή και μικρότερους), εντοπισμένους ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, δίχως λεμφαδενική διασπορά. Γίνεται σε ηλικιωμένες γυναίκες, στις οποίες

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

δεν αναμένεται ταχεία εξέλιξη της νόσου. Συνδιάζεται συνήθως με μετεγχειρητική ακτινοβολία.

ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ

Αυτή η διαδικασία ενδείκνυται για ασθενείς με κλινικώς ή και μαστογραφικώς εντοπισμένους μονοεστιακούς όγκους, οι οποίοι συχνά δεν ξεπερνούν τα 3 cm σε μέγεθος και δίχως κλινικώς ψηλαφητούς λεμφαδένες. Η τομή για την αφαίρεση του όγκου γίνεται ακριβώς πάνω από τη μάζα του.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί, ώστε κατά την εγχείρηση να επιτευχθεί κατάλληλη αιμόσταση για την αποφυγή αιματώματος, το οποίο μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση του μαστού και καθυστέρηση της έναρξης της ακτινοθεραπείας. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αρχίζει αμέσως μόλις επουλωθεί το τραύμα. Συνήθως μετά 10 - 14 ημέρες.

ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ

α. Προσωρινή προσθήκη

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα, η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα η διάθεση των μαστών της, που είναι σύμβολα θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, τόσο για τη γυναίκα όσο και για τον άνδρα, βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μαστεκτομηθείσα ασθενή όχι μόνο να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία, αλλά και να την οδηγήσει στη μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας της όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Αυτή είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.

Στο νοσοκομείο: Η προσθήκη, πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων, σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

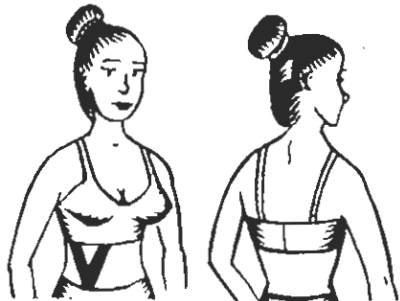
ασφαλείας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές. Η προσθήκη πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα μαστό.



ΕΙΚΟΝΑ 32 Σωστή τοποθέτηση της προσθήκης.

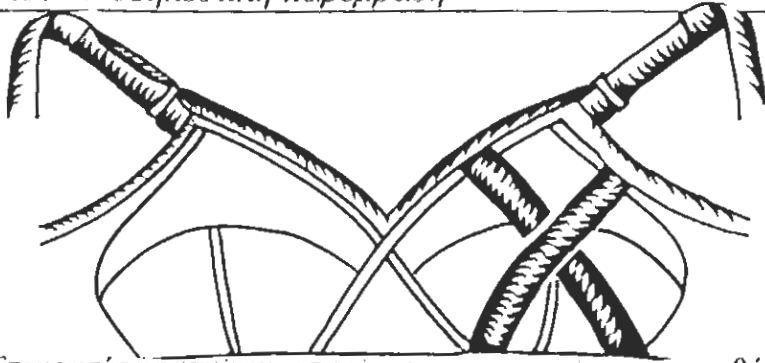
Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού -και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να φορέσει το στηθόδεσμό της-, η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν.

Για να κρατηθεί αυτή η πρόχειρη προσθήκη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στηθόδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη.



ΕΙΚΟΝΑ 33 Υποστήριξη του στηθόδεσμου με λάστιχο σχήματος V.

Η τράντα του στηθόδεσμου πρέπει επίσης να μακρύνει λίγο, για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο ή μπορεί ακόμη να ράψει εσωτερικά στο στηθόδεσμο δύο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τοποθετήσει ανάμεσα την προσθήκη.



ΕΙΚΟΝΑ 34 Σταυρωτές ύφασμάτινες ταινίες για να κρατούν την προσθήκη στη θέτης.

Στο σπίτι: Αυτό είναι το πρώτο βήμα της γυναίκας έξω από το νοσοκομείο και κάθε προσπάθειά της αποσκοπεί στο να επανακτήσει τη θηλυκότητα της. Ενημερώνεται η ασθενής να μη φοράει στενά ρούχα, ή άλλα ρούχα που να την κολακεύουν. Συνιστάται να φοράει ριγέ μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες.

Για να φορέσει μαγιό, συνιστάται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού κομμένου στο κατάλληλο σχήμα, το οποίο αντικαθιστά το χαμένο μαστό.

Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση (εάν αυτή ενδείκνυται).

β. Μόνιμη προσθήκη

Η ανασύσταση του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή, ιδιαίτερα όταν η επέμβαση είχε ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία, δεν είναι εύκολη. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες, για να εξασφαλίζονται ικανοποιητικά αποτελέσματα:

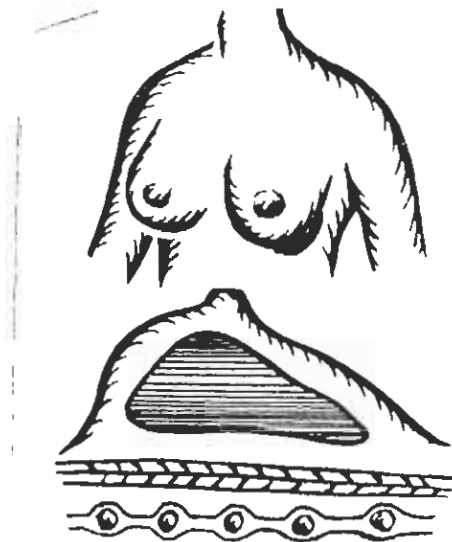
- i. Η ανασύσταση πρέπει να οδηγήσει σε συμμετρικό αποτέλεσμα.
- ii. Η ανασύσταση πρέπει οπωσδήποτε να διενεργηθεί την καταλληλότερη περίοδο μετά τη μαστεκτομή, συνήθως μετά από 6-12 μήνες.
- iii. Πρέπει να γίνει έτσι, ώστε να αφήνει όσο το δυνατόν μικρότερη

ουλή.

iv. Συνιστάται να γίνεται στις γυναίκες, στις οποίες η διάγνωση του καρκίνου ήταν πρόωμη και γι' αυτό το λόγο έχουν μικρές πιθανότητες επανεμφάνισής του.

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι:

I. Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική ή υποδόρια μαστεκτομή. Χρησιμοποιούνται σάκκοι από αδρανές υλικό (σιλικόνη), που μπορεί να γεμίζονται από το χειρουργό μετά την τοποθέτησή τους στο μαστό, ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με το ίδιο σε ζελατινώδη κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους, π.χ. Dextran, ή ακόμη και με φυσιολογικό ορό.

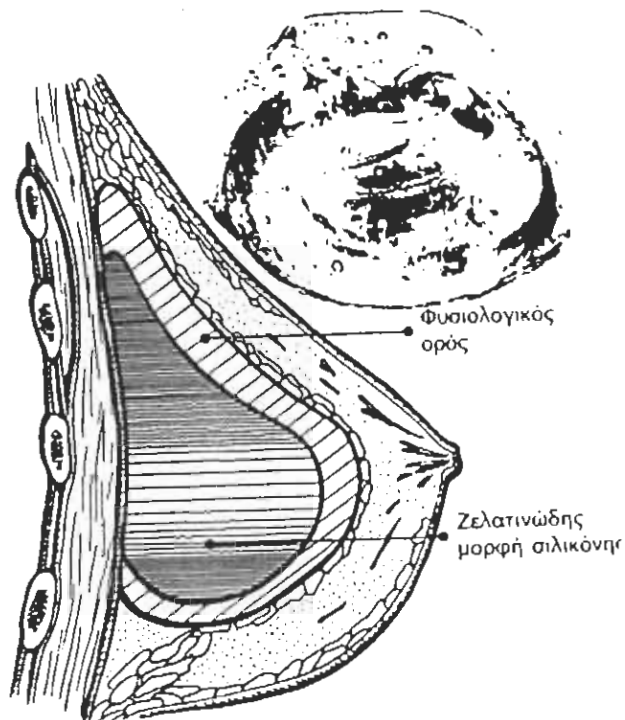


ΕΙΚΟΝΑ 35 Α. Πρόσθεση σιλικόνης σε ζελατινώδη κατάσταση.

Β. Τοποθέτηση προσθήκης στο μαστό.

Η χρησιμοποίηση σάκκων σιλικόνης γεμισμένων με σιλικόνη σε ζελατινώδη κατάσταση έχει μειώσει σημαντικά τα τραυματικά αποτελέσματα της εγχείρησης.

Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά ενθέματα αφορούν στην κατασκευή δίχωρων μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικό χώρος είναι γεμάτος σιλικόνη, ενώ ο περιφερικός χώρος γεμίζεται από τον ίδιο το χειρουργό με φυσιολογικό ορό.



ΕΙΚΟΝΑ 36 Τοποθέτηση δίχωρου μοσχεύματος στο μαστό.

2. Αποκατάσταση με κρημνούς. Η μεταφορά της μαστεκτομής δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση, όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα, όπως πλατιά και καθηλωμένη ουλή, ατροφικό δέρμα, μετακτινικές αλλοιώσεις, δέρμα υπό τάση κ.λ.π. Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:

α. Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ

β. Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ

γ. Διάφοροι άλλοι κρημνοί, π.χ. οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός.

3. Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών. Δίνεται η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή, όπου μπορεί να εφαρμοσθεί, υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων.

Οι λόγοι είναι οι εξής:

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- ◆ Χρησιμοποιείται δέρμα της περιοχής (όχι ετερότοπο που διαφέρει σε σύσταση, απόχρωση κ.λ.π.)
- ◆ Δεν δημιουργείται δευτερογενές έλλειμα σε άλλες περιοχές
- ◆ Δεν δημιουργούνται νέες ουλές
- ◆ Δεν δημιουργούνται λειτουργικά ελλείματα από τη χρήση μιών σε μσοδερματικούς ή μυϊκούς κρημούς
- ◆ Υπάρχει ευχέρεια προσαρμογής του μεγέθους και του σχήματος με την κατάλληλη επιλογή του διατατήρα και του βαθμού διάτασης
- ◆ Μικρή επιβάρυνση της ασθενούς, διότι:
 - Οι επεμβάσεις είναι βραχύχρονες
 - Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι σύντομη
 - Οι επιπλοκές είναι σχετικά μικρές.

4. Αποκατάσταση με ελεύθερο κρημό και μικροχειρουργική αναστόμωση. Από τους πιο χρήσιμους κρημούς που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται ο βουβονικός, ο ετερόπλευρος πλατύς ραχιαίος και, τέλος ο μείζων γλουτιαίος.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια. Οι κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι, ανάλογα με την έκταση της νόσου τα αποτελέσματα από περιορισμένη εκτομή και ακτινοθεραπεία πλησιάζουν αυτά της τροποποιημένης ριζικής και ριζικής μαστεκτομής.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Η καλύτερη θεραπεία για καρκίνο του μαστού είναι ασαφής, αλλά η θεραπεία εκλογής οφείλει να εξαρτάται από την προκύπτουσα ποιότητα ζωής.

Όταν συγκρίνεται η έκβαση της αποκατάστασης λειτουργικότητας μετά από διαφορετικές εγχειρήσεις για καρκίνο μαστού προκύπτει ότι η ριζική μαστεκτομή οδηγεί σε σοβαρές αλλαγές στάσης, συχνή ελάττωση του εύρους της κίνησης και της ισχύος στον ώμο και συχνά χρόνια λεμφάδοιμα. Με τη χρήση περισσότερων συντηρητικών επεμβάσεων, η παραμόρφωση που οφείλεται στην απώλεια του θωρακικού μυός και ρίκνωση της χειρουργικής ουλής μειώνεται. Μερικά πράγματα εν τούτοις δεν έχουν αλλάξει. Το 1976 ο Pollard και συν καθόρισαν ότι η εύκαιρη έναρξη φυσιοθεραπείας σε όλες τις μορφές της θεραπείας για καρκίνο μαστού είναι σημαντικότερος παράγοντας στην επίτευξη καλύτερης κινητικότητας του ώμου.

Άλλοτε δεν υπάρχουν μαρτυρίες ή τεκμηρίωση για διάσπαση του τραύματος όταν γίνει πρόιμη κινητοποίηση του άκρου μετεγχειρητική, πράγμα που ενισχύει την άποψη για αναγκαιότητα της πρόιμης έναρξης φυσιοθεραπείας. Επειδή οι άρρωστες που χειρουργούνται για καρκίνο μαστού μένουν τουλάχιστον για 5 μέρες στο Νοσοκομείο κατά μέσο όρο, γίνεται δυνατή ή άμεση μετεγχειρητική έναρξη φυσιοθεραπείας με την παράλληλη εξοικείωση του θεράποντα γιατρού στο θέμα ο οποίος πρέπει να έχει άμεσο ενδιαφέρον σ' αυτό.

ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Υπάρχουν τέσσερα βασικά σημεία για τα οποία έχει αναγνωρισθεί ότι η φυσιοθεραπευτική παρέμβαση είναι αναγκαία στα άτομα που έχουν χειρουργηθεί για καρκίνο του μαστού: στάση, εύρος της κίνησης, ισχύς και λεμφοίδημα.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Στάση: Οι ασθενείς πρέπει να είναι ενήμεροι εκ των προτέρων για ενδεχόμενες αλλαγές στη στάση του σώματος που μπορεί να συμβούν μετά από μαστεκτομή. Αν και οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν γίνει λιγότερο παραμορφωτικές, οι ασθενείς μπορεί ακόμη να αναπτύξουν ασυμμετρία η οποία εξαρτάται από την έκταση στην εγχείρηση τους. Όπως είναι δυνατόν να συμβεί με οποιοδήποτε χειρουργικό τραύμα, η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει <<προστατευτική>> ακινητοποίηση κύρια προς το μέρος της δυσανεξίας και κάμψη του κορμού. Ακόμη και με τις παροχετεύσεις τοποθετημένες, στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, είναι σημαντικό ότι η ασθενής πρέπει να είναι ενήμερη της κακής στάσης και πρέπει να οδηγηθεί στη διόρθωση της. Οι διδασκόμενες ασκήσεις περιλαμβάνουν την πωγωνιαία κάμψη με ραχιαία έκταση, ανάσπαση και έσω έλξη της ωμοπλάτης και ανύψωση του ώμου. Κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης ενθαρρύνεται η φυσική αιώρηση του άκρου. Όταν γίνεται μεταφορά αντικειμένων, ιδανικό είναι να χρησιμοποιούνται και τα δυο χέρια.

Εκτός διαφορετικής συμβουλής του χειρουργού, δεν θα πρέπει να μεταφέρεται βάρος πάνω από 2,5 Kgr με το πάσχον άκρο για μια περίοδο μέχρι και 8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Καθώς τα άνω και κάτω άκρα συσχετίζονται στενά, ένα οσφυϊκό μαξιλάρι μπορεί να βοηθήσει για δραστηριότητες σε καθήμενη θέση σε συνδυασμό με ρύθμιση του ύψους της καρέκλας και του τραπέζιου ώστε να επιτρέπουν καλή υποστήριξη του κορμού όταν η ασθενής χρησιμοποιεί το πάσχον άνω άκρο. Οι ασθενείς πρέπει να διδάσκονται από το φυσιοθεραπευτή τους πώς θα αποκτήσουν καλές συνήθειες στάσης του σώματος.

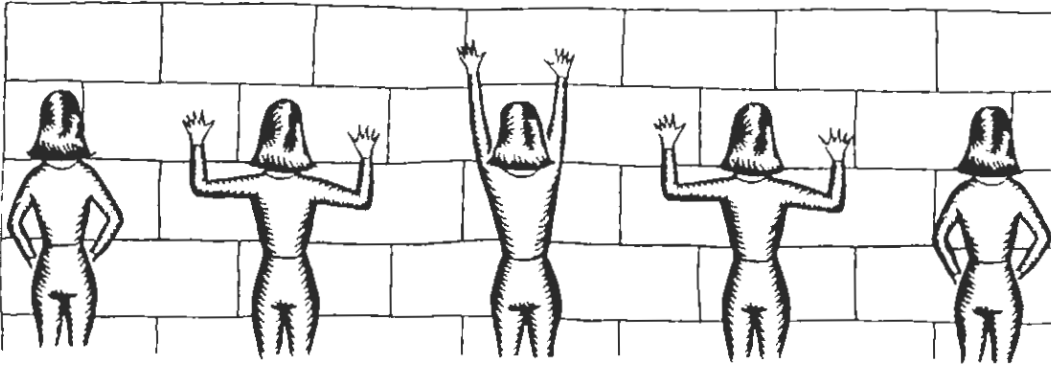
2. Εύρος κίνησης: Μια προοπτική μελέτη έχει δείξει ότι ασθενείς που υφίστανται μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία έχουν επιτύχει καλύτερο εύρος κίνησης και επιστρέφουν νωρίτερα στην προεγχειρητική τους κατάσταση από τους ασθενείς που δεν έκαναν θεραπεία. Αναφέρει ότι

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

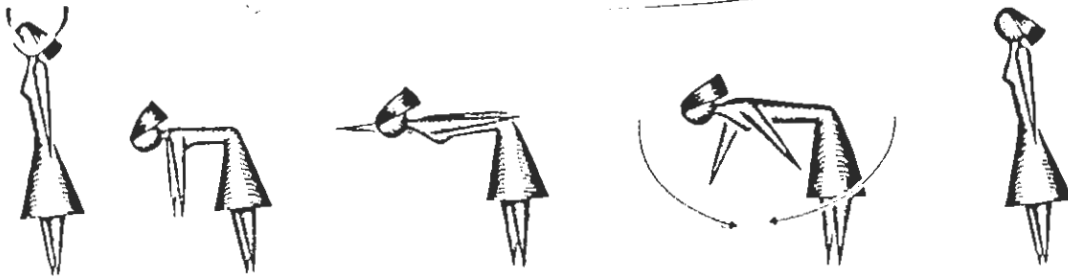
στους 3 μήνες που ακολουθούν την εγχείρηση, οι ασθενείς που είχαν άμεση φυσιοθεραπεία μετά την εγχείρηση εξασφάλισαν ένα πλεονέκτημα παραπάνω από αυτούς που δεν είχαν υποστεί. Όταν οι φυσιοθεραπευτές αρχίζουν το μετεγχειρητικό πρόγραμμα εξάσκησης πρέπει να δίνονται συχνές οδηγίες στους ασθενείς εφόσον παροχετεύεται ακόμη το τραύμα. Ενώ η παροχέτευση είναι μέσα, προσαγωγή και απαγωγή του ώμου επιτρέπονται μέχρι 90 βαθμούς στην προσβληθείσα περιοχή. Μετά την αφαίρεση της παροχέτευσης, πλήρης κίνηση του ώμου πρέπει να είναι εφικτή μέσα σε δύο έως τέσσερις εβδομάδες, από τη μαστεκτομή. Πιστεύεται ότι αυτή η χρονική περίοδος επιτρέπει την πλήρη κινητοποίηση και εμποδίζει την πρόκληση επιπλοκής από το τραύμα, που οφείλεται μερικές φορές στην πολύ επιθετική άσκηση. Δίνονται προσεκτικές οδηγίες για μετεγχειρητικές ασκήσεις ώστε να αποτραπούν ενδεχόμενες κινήσεις υποκατάστασης.

Παραδείγματα διδασκομένων ασκήσεων περιλαμβάνουν:

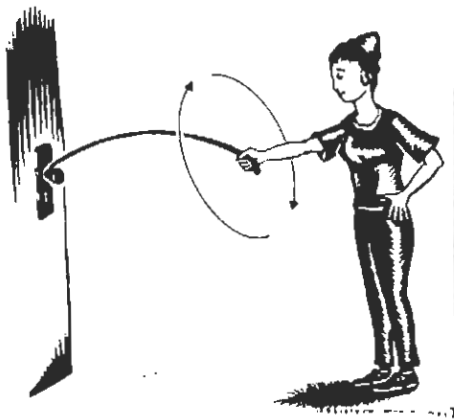
- 1) κάμψη και απαγωγή του ώμου (κίνηση αναρρίχησης σε τοίχο με τα άνω άκρα),
- 2) χέρια πίσω από τον αυχένα και όρθια κεφαλή με τους αγκώνες να κινούνται αργά προς τα μέσα και έξω,
- 3) κίνηση σκουπίσματος της ράχης με πετσέτα ,
- 4) Κινήσεις κουπιού,
- 5) Γύρισμα σχοινάκι,
- 6) Κινήσεις τροχαλίας.



ΕΙΚΟΝΑ 49 Αναρρίχηση στον τοίχο.



ΕΙΚΟΝΑ 50 Κινήσεις κουπιού.



ΕΙΚΟΝΑ 51 Γύρισμα σχοινάκι.

Επιπροσθέτως οι ασθενείς ενθαρρύνονται στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους για να μπορέσουν να επανακτήσουν την πλήρη κινητικότητα.

Μόλις αφαιρεθούν τα ράμματα μπορεί να αρχίσει η κινητοποίηση του δέρματος στο προσβληθέν θωρακικό τοίχωμα. Η εφαρμογή απαλών αλλά σταθερών μαλάξεων πάνω και γύρω από την επιφάνεια της ουλής μπορεί να προλάβει την δημιουργία συμφύσεων στο όριο μαλακών

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

μορίων και ουλής και έτσι η κινητικότητα των γύρω ιστών και του άνω άκρου μπορεί να βοηθηθεί.

Ομαδικές δραστηριότητες επίσης βοηθούν αυτούς τους ασθενείς στο να φέρουν εις πέρας τους κινητικούς της σκοπούς. Δραστηριότητες όπως χορός, οργανωμένα προγράμματα και ασκήσεις στο νερό έχουν δείξει ευνοϊκά αποτελέσματα.

3. Μυϊκή ισχύς: Όταν οι φυσιοθεραπευτές δουλεύουν με ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρέπει να αποβλέπουν σε ειδική μυϊκή ενίσχυση καθώς και σε βελτίωση της γενικής κατάστασης. Επιπροσθέτως στην άμεση μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορούν να επωφεληθούν από ένα πρόγραμμα ασκήσεων για όλη τη μετεγχειρητική περίοδο ακόμη και κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, με τροποποιήσεις όπου είναι αναγκαίο.

Οι ειδικοί μύες που αφορούν τη μαστεκτομή είναι ο μείζων θωρακικός, πλατύς ραχιαίος και πρόσθετος οδοντωτός. Αν και οι αλλαγές στη χειρουργική τεχνική έχουν επιτρέψει τη διατήρηση αυτών των μυών, η δυσχρηστία και η μείωση στην κινητικότητα κάνουν ακόμα πιο αναγκαία τη διδασκαλία ασκήσεων. Παραδείγματα για ειδικές ενισχυτικές ασκήσεις περιλαμβάνουν σπρώξιμο με τα χέρια στον τοίχο (κάμπεις) με προοδευτική μετάβαση σε κάμπεις επί του εδάφους για την ενίσχυση του πρόσθιου οδοντωτού και τη χρήση προοδευτικά αυξανόμενων βαρών για την ενίσχυση του πλατέος ραχιαίου μύος. Τονίζεται η σημασία της συνέχισης του προγράμματος άσκησης στο σπίτι και δίνονται οδηγίες για μια σειρά αναγκαίων ασκήσεων που δεν χρειάζονται εξοπλισμό και γυμνάζουν τις τρεις περιοχές-κλειδιά για σωστή στάση (παράστημα), κινητικότητα και μυϊκή ενίσχυση.

4. Λεμφοίδημα: Το λεμφοίδημα όταν παρουσιαστεί, εξακολουθεί και σήμερα να είναι δύσκολο στη θεραπεία. Ειδικά μέτρα που βρέθηκαν

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

χρήσιμα για τη μείωση της συνοδού διόγκωσης του άκρου, περιλαμβάνουν συμπίεση μιας μικρής μαλακής μπάλας, ανύψωση του άκρου και απαλή αλλά συμπαγή μάλαξη του άνω άκρου με κατεύθυνση από την περιφέρεια προς το κέντρο.

Όταν επιτύχουμε στο άκρο την επιθυμητή μείωση της διόγκωσης του τότε είναι αναγκαία η εφαρμογή μιας θήκης (μαζί με γάντι) πίεσης προκειμένου να διατηρηθεί μαλακό το μέλος. Σήμερα υπάρχει μια πληθώρα πιεστικών ενδυμάτων που είναι διαθέσιμη στο εμπόριο. Τα πιο άνετα φαίνεται να είναι αυτά χωρίς ραφή και με τρισδιάστατη ύφανση. Για να έχουμε μακρόχρονη μείωση της διόγκωσης του άνω άκρου, πρέπει οπωσδήποτε να φοριέται μια θήκη και γάντι.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ
Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα, με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην οντίζουσα ακτινοβολία) ή αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (π.χ. ιακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγεστερονική κάλυψη) ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σ' αυτούς (π.χ. εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β).

Στη δεύτερη κατηγορία, ανήκουν τα μέτρα που εμφανίζονται, όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν προϊμότερο στάδιο (π.χ. με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ανακάλυψη των καρκινογόνων παραγόντων

Η ανακάλυψη των καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι περισσότερο αποτελεσματικές, μολονότι είναι αναγκαστικά μη πειραματικές. Οι έρευνες σε πειραματόζωα έχουν ένα σημαντικό πλεονέκτημα: είναι πειραματικές- και ένα σημαντικό μειονέκτημα: ο άνθρωπος δεν έχει τον ίδιο μεταβολισμό με τα διάφορα πειραματόζωα και έτσι υπόκειται σε διαφορετικές καρκινογενετικές επιδράσεις.

Ένα κοινό πρόβλημα των αιτιολογικών ερευνών σε ανθρώπους και πειραματόζωα είναι το μεγάλο κόστος και η μεγάλη χρονική τους διάρκεια.

Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης

Τέτοια προγράμματα είναι:

A. Η υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού βοηθάει στην πρόληψη του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον καρκίνο του μαστού.

B. Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

Γ. Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοσθεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα αφού εκδηλωθεί η νόσος, και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά, γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες. Στη δευτερογενή πρόληψη, γίνεται προσπάθεια να διαγνωσθεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως, αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός.

Η νοσηλεύτρια, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας.

Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης, παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί.

Για τη σωστή εκτίμηση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να περιλαμβάνει:

- α. Γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και τη φυσική εξέλιξη
- β. Γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων
- γ. Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού
- δ. Ικανότητες φυσικής εκτίμησης
- ε. Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, να βλέπει τις παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικρο περιβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωϊκής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμίνη Α και C.

Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του. Στόχος της είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνήθειες και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση.

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες.

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Στόχος της νοσηλευτρίας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι να με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να ανιχνεύει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Θα αναφερθούμε ιδιαίτερα στη μεγάλη συμβολή της νοσηλεύτριας στα εξής θέματα:

- α.** Λήψη καλού ιστορικού
- β.** Κλινική εξέταση
- γ.** Αυτοεξέταση του μαστού

Λήψη ιστορικού

Είναι σαφές ότι πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι: ηλικία, τεκνοποίηση, αναπαραγωγική κατάσταση (προ- ή μετα- εμμηνοπαυσιακή περίοδος), οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του μαστού, προηγηθείσες παθήσεις μαστού, ηλικίας πρώτου τοκετού, ηλικία εμμηναρχής, θηλασμός, χρήση ορμονών- αντισυλληπτικών, επίσης άλλες λιγότερο σπουδαίες πληροφορίες που είναι: τόπος γέννησης, τόπος διαμονής, βάρος, ύψος, διατροφή, χρήση φαρμάκων, επάγγελμα, κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης, προηγηθείσες εγχειρήσεις κ.τ.λ..

Επίσης, κατά τη λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνονται και ειδικές ερωτήσεις όπως:

- α.** Ποιο είναι, αν υπάρχει, το κύριο σύμπτωμα
- β.** Πότε εμφανίσθηκε

γ. Πως ανακαλύφθηκε

δ. Πως εξελίχθηκε

ε. Πόσο καθυστέρησε η ασθενής να πάει στο γιατρό

Πρέπει να μάθουμε επίσης:

α. Αν υπάρχει ιστορικό τραύματος.

β. Ποια σχέση των συμπτωμάτων με τον κύκλο.

γ. Αν το υπερκείμενο δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις φλεγμονής.

δ. Αν υπάρχει έκκριση υγρού από τις θηλές και το είδος της έκκρισης.

Με τη λήψη καλού ιστορικού, η νοσηλεύτρια μπορεί να βγάλει συμπεράσματα για την κατάσταση της εξεταζόμενης και να μάθει να εκτιμά την αντίληψη των εξεταζόμενων γυναικών για τα προβλήματα τους.

Κλινική εξέταση

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική για την πρόιμη διάγνωση της νόσου είναι και μια καλή κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια:

- ◆ Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας.
- ◆ Συνιστά να πάει στην τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστης ώστε να διευκολύνει την εξέταση.
- ◆ Την προστατεύει με παραβάν και φροντίζει για την αφαίρεση ορισμένων ενδυμάτων που θα παρεμποδίζουν την εξέταση. Την καλύπτει όμως, αν βρίσκεται σε ύπτια θέση με σεντόνι ή κουρέρτα νοσηλείας, ώστε να μην εκτεθεί περισσότερο από ό,τι χρειάζεται. Με

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

αυτό τον τρόπο, ανακουφίζει ή και εξουδετερώνει το φόβο, τη νευρική και τη συστολή της ασθενούς, που ελλατώνουν την ικανότητα της για συνεργασία κατά την εξέταση.

- ◆ Κλείνει τα παράθυρα για να μην κρυολογήσει και εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία.
- ◆ Εξασφαλίζει καλό φωτισμό.
- ◆ Την πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας της, ώστε να ετοιμασθεί να απαντήσει.
- ◆ Τη βοηθεί με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της εξέτασης.

A. Επισκόπηση

Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τη γυναίκα σε καθιστική θέση και ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέλκωση του δέρματος ή των θηλών, το χρώμα, το οίδημα, εισολκή του δέρματος ή των θηλών. Η εισολκή του δέρματος, η οποία οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper, φαίνεται καλύτερα, όταν η επισκόπηση γίνεται με υψωμένα χέρια.

B. Ψηλάφηση

Για την ψηλάφηση, η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση. Με την ψηλάφηση, ελέγχουμε:

- Την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένια, σκληρίας ή πληρότητας.
- Την ευασθησία των θηλών.
- Τις εκκρίσεις των θηλών.
- Τους υπερκλείδιους ή μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την εξεταζόμενη να ξαπλώσει και τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της. Το σύστοιχο χέρι

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

τοποθετείται πάνω από το κεφάλι ενώ το αντίστοιχο βρίσκεται κάτω, παράλληλα με το σώμα. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με την άκρη των δακτύλων και κυκλικά. Αρχίζοντας από τη θηλή προς τη περιφέρεια, ψηλαφούμε όλο το μαστό. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται κατά 80% με μάζα, η οποία συνήθως ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες.

Αυτοεξέταση του μαστού (ΑΕΜ)

Όπως γνωρίζουμε, οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Γι' αυτό ένας καλός τρόπος για να φθάσει κανείς στην ανακάλυψη νέων περιπτώσεων και σε προϊμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση, η οποία και εύκολη είναι και ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο.

Το ποσοστό γυναικών που εφαρμόζει ΑΕΜ φθάνει το 25%.

Οι λόγοι, για τους οποίους συνήθως οι γυναίκες εγκαταλείπουν την ΑΕΜ, είναι:

- α.** Φόβος και άγχος για την ανεύρεση καρκίνου του μαστού.
- β.** Έλλειψη γνώσης για την ΑΕΜ και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειας της.
- γ.** Σεμνοτυφία ή και ενόχληση.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού, με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικά- ενημερωτικά μέσα. Σημειώνονται τα πλεονεκτήματα της ΑΕΜ, σε κάθε γυναίκα που έρχεται σε επαφή για οποιοδήποτε λόγο με τη νοσηλεύτρια, δηλαδή ότι:

- α.** Είναι μέγεθος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου του μαστού.
- β.** Είναι εύκολη στην εφαρμογή της.
- γ.** Είναι ακίνδυνη.

- δ. Δεν κοστίζει τίποτα - χρειάζονται μόνο 5 λεπτά, τα οποία ίσως αποδειχθούν καθοριστικά.
- ε. Κάθε γυναίκα μπορεί και οφείλει στον εαυτό της και την πραγματοποιεί.
- στ. Επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων στο μαστό και εδώ ακριβώς είναι η σημασία της.

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την ΑΕΜ και τη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ως γυναίκα ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες και ιδιαίτερα με τις γυναίκες της υπαίθρου, στις οποίες το αίσθημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγον για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Η νοσηλεύτρια οφείλει επίσης να ενημερώσει το κοινό για το κάθε πότε και ποιες ιδιαίτερα γυναίκες πρέπει να κάνουν ΑΕΜ. Έτσι:

- Α.** Κάθε γυναίκα πάνω από 25 ετών πρέπει να μάθει για την ΑΕΜ και να την εφαρμόζει. Αυτό βέβαια εκτός από τον παράγοντα ενημέρωση, που πρέπει να γίνεται με διαλέξεις, έντυπα και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, εξαρτάται και από το επίπεδο μόρφωσης της γυναίκας και ακόμη από το πόσο ανησυχεί η γυναίκα.
- Β.** Οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να εφαρμόζουν πιο συχνά την ΑΕΜ. Έχει πράγματι υπολογισθεί ότι, όταν οι γυναίκες έχουν κληρονομικό τον καρκίνο του μαστού, βαριά ινοκυστική μαστοπάθεια ή είναι πάνω από 40 ετών εφαρμόζουν την ΑΕΜ σε ποσοστό 68%, 50%, 44% αντίστοιχα.
- Γ.** Η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Είναι σημαντικό η αυτοεξέταση να γίνεται κάθε μήνα στο ίδιο χρονικό διάστημα και να συνδέεται με ένα γεγονός που επαναλαμβάνεται κάθε μήνα ώστε να μην ξεχνιέται.

Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια, η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών.

Για τις γυναίκες που λαμβάνουν συνεχώς προγεστερονικά σκευάσματα, συνιστάται η ΑΕΜ να γίνεται την πρώτη ημέρα κάθε μηνός.

Η αυτοεξέταση πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση.

Οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να συνηθίσουν την αυτοεξέταση μια ορισμένη ημέρα κάθε μηνός, π.χ. την πρώτη ημέρα κάθε μηνός ή μια άλλη μέρα που τους είναι εύκολο να τη θυμούνται.

Σκοπός της ΑΕΜ είναι να καταστήσουμε τις γυναίκες ικανές να ανακαλύπτουν τους όγκους των μαστών τους, όσο πιο νωρίς γίνεται από τότε που γίνονται ψηλαφητοί. Θέλουμε, αν είναι δυνατόν, να ελλατώσουμε το διάστημα των 6-12 μηνών που παρέρχεται από τότε που ένας όγκος γίνεται ψηλαφητός μέχρι τότε που ανακαλύπτεται πραγματικά. Γι' αυτό, συμβουλεύουμε τις γυναίκες να κάνουν ΑΕΜ κατά μηνιαία διαστήματα, συνιστώντας σ' αυτές να μη ψηλαφούν συνεχώς τους μαστούς τους και να μη σκέπτονται τη νόσο του μαστού.

Οι γυναίκες που δεν έχουν φθάσει στην εμμηνόπαυση είναι σημαντικό να διαλέγουν τη σωστή φάση του μηνιαίου κύκλου για την ΑΕΜ, δηλαδή 7-10 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΕΜ (ΤΕΧΝΙΚΗ)

Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που πρώτη θα έρθει σε επαφή με την εξεταζόμενη γυναίκα και θα κερδίσει την εμπιστοσύνη της. Αυτή θα την ενημερώσει για την ύπαρξη της ΑΕΜ και για τα πλεονεκτήματά της και αφού λύσει απορίες και δισταγμούς, θα προχωρήσει στην τεχνική της ΑΕΜ. Από τη νοσηλεύτρια, τις γνώσεις της και την ικανότητα διδασκαλίας και μετάδοσης γνώσεων θα εξαρτηθούν η αποδεκτικότητα της ΑΕΜ από τη γυναίκα και το κατά πόσο θα εφαρμοσθεί σωστά.

Η ΑΕΜ αρχίζει με την επισκόπηση και τελειώνει με την ψηλάφηση του μαστού.

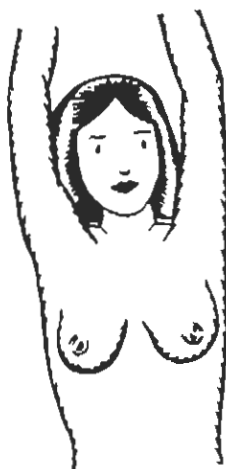
A. Επισκόπηση

Το πρώτο βήμα στην ΑΕΜ είναι η προσεκτική επισκόπηση των μαστών μπροστά σ' έναν καθρέπτη. Η γυναίκα γυμνή από τη μέση και πάνω παρατηρεί τους μαστούς της σε όρθια στάση με τα χέρια κάτω, με τα χέρια στη μεσολαβή πιέζοντας σφιχτά πάνω στη λεκάνη και με προτεταμένο το θώρακα, με τα χέρια στην ανάταση και, τέλος, με τα χέρια πίσω και γέρνοντας προς τα εμπρός, ώστε οι μαστοί να αιωρούνται κάπως.

Σε αυτές τις τέσσερις θέσεις υπάρχει πλήρης εποπτεία του μαστού από την αυτοεξεταζόμενη. Οι γυναίκες πρέπει να εφησυχάζουν για την ανισότητα στο μέγεθος των μαστών που πολλές από αυτές έχουν και που μπορεί να ανακαλύψουν για πρώτη φορά, όταν παρατηρήσουν τους μαστούς τους προσεκτικά. Πρέπει να τους συστήσουμε να ψάχνουν για ασυμμετρία στα περιγράμματα των μαστών και για ρίκνωση ή εισολκή του δέρματος ή όψη αυτού «εν είδει φλοιού πορτοκαλιού» καθώς και για χρόνια ερυθρότητα και πάχυνση του επιθηλίου της θηλής ή διάβρωση της επιφάνειάς της, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από κνησμό.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

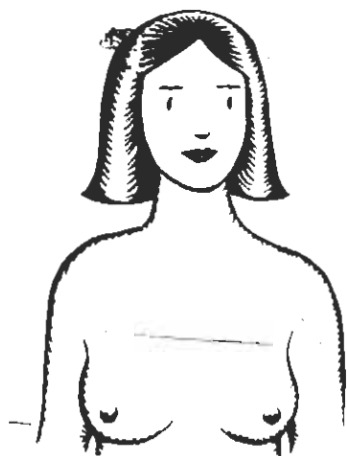
Εισολκή της θηλής που δεν μπορεί να αναστραφεί είναι σημαντικό σημείο καρκίνου μαστού. Αυτόματη ορώδης ή αιματηρή ρύση από τη θηλή είναι συνήθως σημείο της νόσου και χρειάζεται χειρουργική εξέταση.



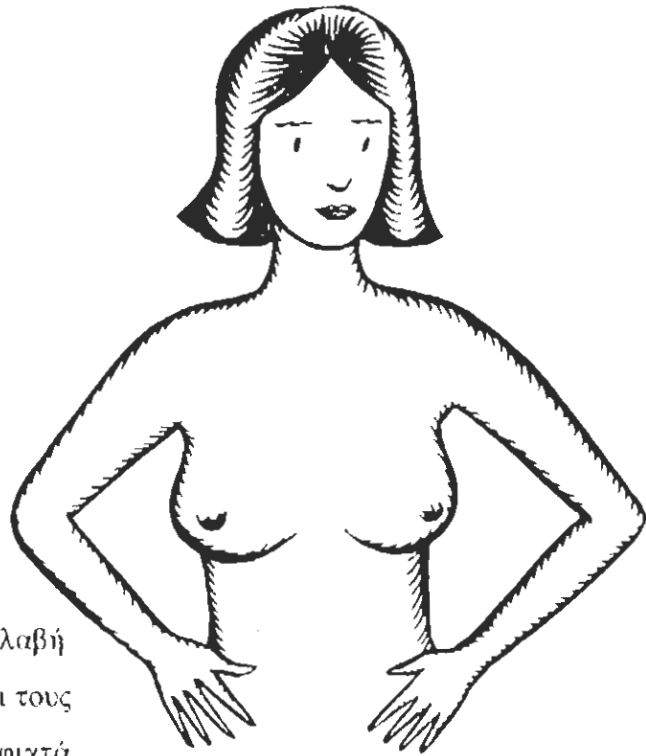
ΕΙΚΟΝΑ 37 Με τα χέρια στη θέση της ανάτασης.



ΕΙΚΟΝΑ 38 Κλίνετε προς τα εμπρός.



ΕΙΚΟΝΑ 39 Σταθήτε όρθια με τα χέρια κάτω.

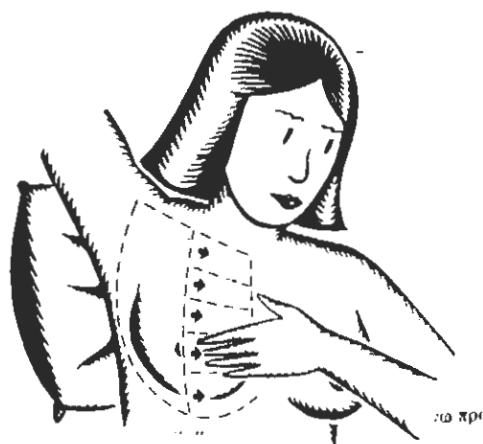


ΕΙΚΟΝΑ 40 Με τα χέρια στη μεσολαβή σφίγγετε το θώρακα και τους βραχίονες, πιέζοντας σφιχτά τα χέρια πάνω στη λεκάνη.

B. Ψηλάφηση

Το δεύτερο βήμα στην ΑΕΜ είναι να ξαπλώσει η γυναίκα σε κρεβάτι ή καναπέ. Το σύστοιχο χέρι, με την πλευρά που πρόκειται να εξετασθεί πρώτη, πρέπει να υψώνεται πάνω από το κεφάλι και ένα μικρό μαξιλάρι να τοποθετείται κάτω από το σύστοιχο ύμο. Αυτό ανεβάζει τον ώμο και μετατοπίζει το μαστό προς τα έσω έτσι, ώστε αυτός να ισορροπεί και να επιπεδώνεται. Σ' αυτή την ύπτια θέση, η ψηλάφηση πρέπει στο έσω ημιμόριο του μαστού ξεκινά με την παλαμιαία επιφάνεια των δακτύλων του αντίθετου χεριού. Η ψηλάφηση πρέπει να είναι λεπτή, γιατί η ευαισθησία είναι πολύ μεγαλύτερη με την πολύ λεπτή ψηλάφηση.

Η άλλη έκταση του έσω ημιμορίου του μαστού ερευνάται με την παλάμη που ακολουθεί τα ίχνη εγκάρσιων γραμμών από τη γραμμή της θηλής προς το στερνικό άκρο, αρχίζοντας ακριβώς κάτω από την κλείδα και κατεβαίνοντας προς την έσω μαστική πτυχή.



EIKONA 41 Ψηλαφήστε το έσω ημιμόριο του μαστού, από πάνω προς τα κάτω.

Έχοντας συμπληρώσει την ψηλάφησή της στο έσω ημιμόριο του μαστού και του κατώτερου άκρου, η γυναίκα είναι έτοιμη να εξετάσει το έξω ημιμόριο του μαστού και ακολούθως τη μασχάλη. Σε αυτή τη φάση, είναι προτιμότερο να έχει το χέρι κάτω στη πλευρά. Στη θέση αυτή, το άνω έξω τμήμα του μαστού είναι πιο ακραίο και γι' αυτό πιο προσιτό. Η παλάμη ερευνά όλη την έκταση του έξω ημιμορίου του μαστού, ακολουθώντας τα ίχνη μιας σειράς γραμμών από την πλευρική άκρη του μαστού προς τη γραμμή της θηλής κατά προτίμηση, ξεκινώντας από την υπομαστική ακρολοφία και ανεβαίνοντας προς τη μασχάλη.



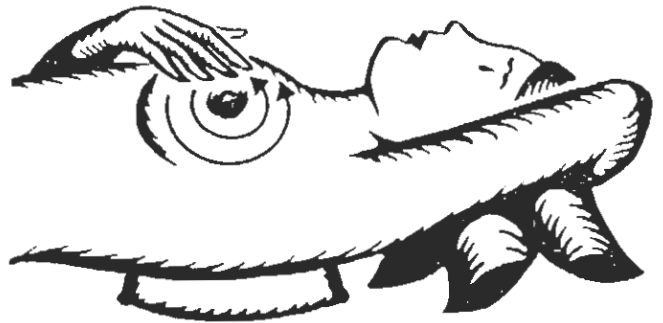
EIKONA 42 Ψηλαφήστε το έξω ημιμόριο του μαστού, από πάνω προς τα κάτω.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

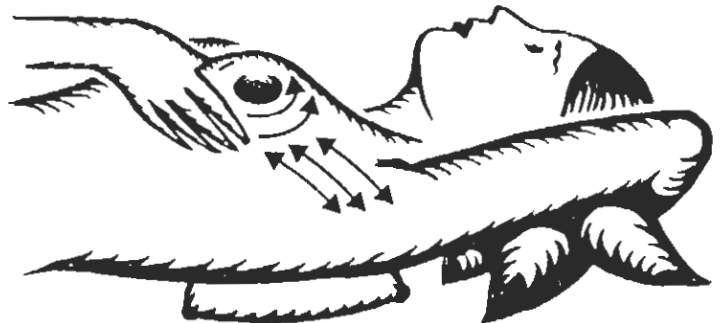
Η εξέταση τελειώνει στο άνω έξω τμήμα του μαστού, το οποίο είναι και το πιο δύσκολο στην εξέταση, επειδή είναι το πιο συμπαγές τμήμα του μαστού. Αυτό το τμήμα, συχνότερα δηλαδή από οποιοδήποτε άλλο, εμφανίζει οξιδιακή ανάπτυξη που προκαλεί ανησυχία, αλλά συχνά βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια. Είναι επίσης το τμήμα, στο οποίο οι καρκίνοι ανευρίσκονται συχνότερα. Για όλα αυτά, το τμήμα αυτό του μαστού πρέπει να συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη προσοχή σε κάθε εξέταση. Άλλος τρόπος εξέτασης είναι κατά νοητούς ομόκεντρους κύκλους αρχίζοντας από το άνω έσω τεταρτημόριο και καταλήγοντας στο άνω έξω και από την περιφέρεια προς τη θηλή του μαστού χωρίς να παραλείπεται φυσικά η μασχάλη.

Τέλος πρέπει να συνιστούμε την εξέταση της θηλής. Η θηλαία άλω και η θηλή ψηλαφώνται για ύπαρξη μάζας, έκκριση, ευαισθησία. Οφείλουμε να κάνουμε γνωστό ότι το μέγεθος της θηλής μικραίνει με τα χρόνια.

ΕΙΚΟΝΑ 42 Ψηλαφήστε το μαστό κυκλικά, σε ομόκεντρους νοητούς κύκλους και από την περιφέρεια προς τη θηλή.



ΕΙΚΟΝΑ 43 Μη παραλήψετε να εξετάσετε σχολαστικά την περιοχή μεταξύ μαστού και μασχάλης.





ΕΙΚΟΝΑ 44 Ψηλαφήστε προσεκτικά τη μασχάλη.

Η εξέταση κάθε μαστού διαρκεί 3 min,

Όταν οι γυναίκες εκτελούν τακτικά ΑΕΜ εξοικιώνονται με τα φυσικά χαρακτηριστικά των μαστών της και είναι πιθανότερο να αναγνωρίσουν κάθε μικρό όγκο που μπορεί να αναπτυχθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Χ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ
ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Η διάγνωση του καρκίνου μαστού, του καρκίνου γενικότερα, δημιουργεί κρίση και δοκιμασία στη δομή της οικογένειας. Στη διάρκεια των πρώτων έξι εβδομάδων από τη διάγνωση, ο σύζυγος και τα παιδιά ψάχνουν για μια νέα ισορροπία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα.

*Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια
των διαγνωστικών εξετάσεων*

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο γι' αυτό και δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μηνύουν στην ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου. Από την ανησυχία αυτή ανακουφίζεται μόνον όταν η διάγνωση έχει τεθεί. Κάθε εξέταση που κάνει η ασθενής, κάθε νέο άτομο που συνιστά, μπορεί να της αυξήσει το αίσθημα ότι χάνει τον έλεγχο. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχο της σε αυτό το άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, με τα εξής:

- α.** Ενημερώνοντας την για όλες τις εξετάσεις, στις οποίες θα υποβληθεί και για ποιο σκοπό γίνονται.
- β.** Ενημερώνοντάς την σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και με το χρόνο διάρκειας της και
- γ.** Αν είναι γνωστό από προηγουμένως, ενημερώνοντάς την για πότε έχουν προγραμματισθεί οι εξετάσεις.

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Σκοποί νοσηλευτικής παρέμβασης - φροντίδας

- A. Ενημέρωση και κατατόπιση της ασθενούς στις διαδικασίες της εξέτασης προς αποφυγή ή ανακούφιση του άγχους και της αγωνίας.
- B. Προετοιμασία ψυχολογική - σωματική για την αποδοχή της εξέτασης χωρίς δυσάρεστα επακόλουθα.
- Γ. Αναχαίτιση επιβαρυντικών για την πορεία της εξέτασης παραγόντων, όπως πόνου, ανησυχίας, αφυδάτωσης, καθώς και άλλων μεταβολικών νοσημάτων, π.χ. σακχαρώδους διαβήτη.

Η φροντίδα των παραπάνω θα συντελέσει στο να διεξαχθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η εξέταση, χωρίς να δημιουργήσει δυσάρεστα συναισθήματα, καθώς και να βοηθήσει την ασθενή στην ευκολότερη αποδοχή της και στην κατανόηση της τη σπουδαιότητά της.

Νοσηλευτική παρέμβαση

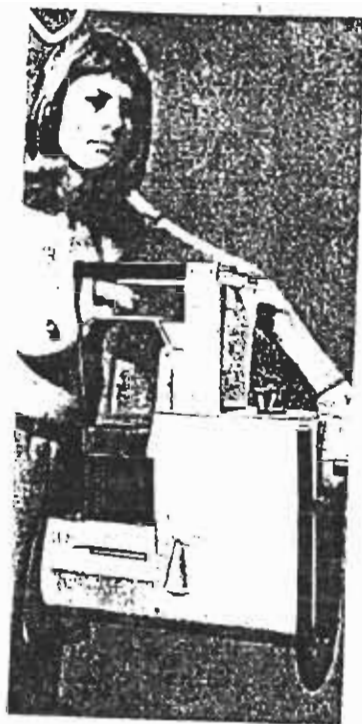
- Ενημερώνεται η ασθενής για τον τόπο και το χρόνο διενέργειας της εξέτασης καθώς και για το σκοπό της.
- Ενημερώνεται για τον τρόπο διενέργειας της. Είναι αναίμακτη εξέταση δεν προκαλεί πόνο.
- Σε έντονο άλγος καθώς και στην εμφάνιση έντονου άγχους και αγωνίας χορηγούνται αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
- Εκτιμάται η γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας, η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση. Η νοσηλεύτρια μπορεί να συνοδεύσει την ασθενή και να της παρασταθεί κατά τη διάρκεια της. Η μεταφορά της ασθενούς γίνεται με καρέκλα.
- Ενημερώνει και καθησυχάζει τους συγγενείς της ασθενούς και τους επιβεβαιώνει για την ασφάλεια, τους κινδύνους, τα αναμενόμενα

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

αποτελέσματα, την αναγκαιότητα της εξέτασης και τις εξετάσεις που μπορεί να ακολουθήσουν.

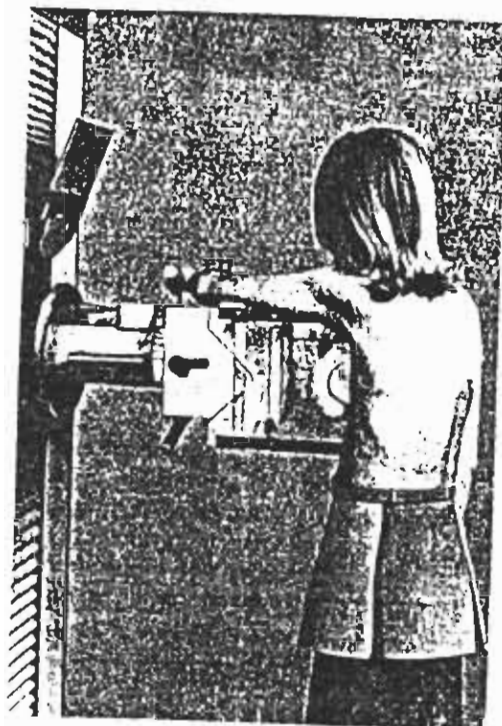
Σε περίπτωση που η νοσηλεύτρια ακολουθήσει την ασθενή στο διαγνωστικό εργαστήριο, μπορεί να βοηθήσει στη σωστή τοποθέτηση, σύμφωνα με τις διάφορες θέσεις, του μαστού στο μαστογράφο με σκοπό τη σωστή διενέργεια της εξέτασης. Οι διάφορες θέσεις, στις οποίες τοποθετείται ο μαστός είναι:

- α. Κρανίο - ουραία προβολή
- β. Ουραίο - κраниακή προβολή
- γ. Μεσο - πλάγια προβολή
- δ. Πλάγια - μέση προβολή
- ε. Μασχαλιαία προβολή



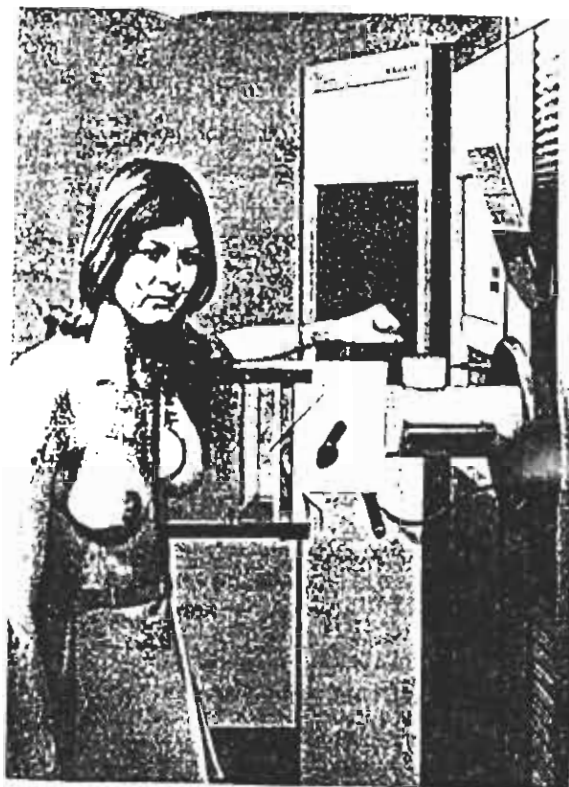
ΕΙΚΟΝΑ 45

Ουραιο-κраниκή προβολή.

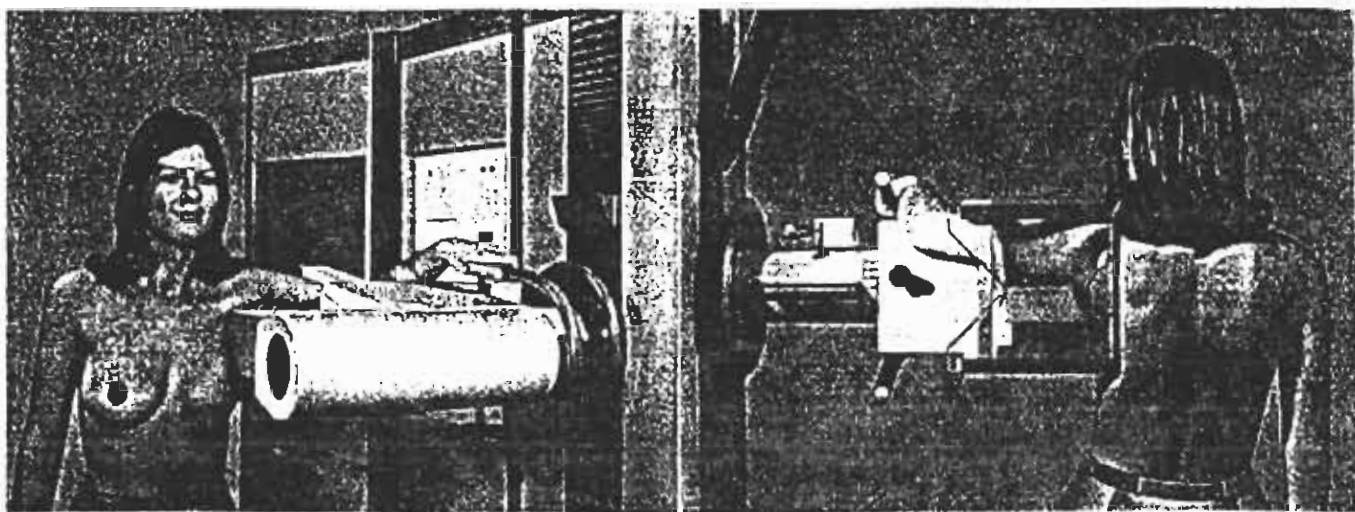


ΕΙΚΟΝΑ 46

Μεσοπλάγια προβολή.



ΕΙΚΟΝΑ 47 Πλάγια - μέση προβολή.



ΕΙΚΟΝΑ 48

Τοποθέτηση της μασχालιαίας περιοχής στο μαστογράφο.

Προστασία του προσωπικού από την ακτινοβολία

Κατά τη διάρκεια της μαστογραφίας, η νοσηλεύτρια και ο τεχνικός πρέπει να είναι βέβαιοι ότι προστατεύονται. Για το σκοπό αυτόν, υπάρχουν οι ακόλουθες εναλλακτικές λύσεις:

1. Η νοσηλεύτρια μπορεί να παραμένει πίσω από την ειδική προστατευτική πόρτα, η οποία είναι προσαρμοζόμενη πάνω στο μηχάνημα, και μπορεί να τοποθετηθεί από τη δεξιά ή την αριστερή πλευρά του. Η περιστρεφόμενη πόρτα, με το ειδικό παράθυρο που διαθέτει και το οποίο επιτρέπει την παρακολούθηση της ασθενούς, εξασφαλίζει πλήρη προστασία από την ακτινοβολία.
2. Η νοσηλεύτρια μπορεί να πάρει θέση για την παρακολούθηση της ασθενούς από απόσταση τουλάχιστον 1 μέτρου από αυτήν.
3. Μπορεί επίσης να φορέσει προστατευτική ποδιά από μόλυβδο πάχους 0.25 mm.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ενημέρωση για τον καρκίνο

Ποια είναι η καλύτερη θέση που μπορεί να πάρει η νοσηλεύτρια όταν η ασθενής με καρκίνο του μαστού ρωτήσει ποια είναι η πάθηση της;

Το ερώτημα απασχολεί επί πολλά χρόνια το νοσηλευτικό προσωπικό. Εντούτοις, η ελληνική βιβλιογραφία ελάχιστα - και μόνο τα τελευταία χρόνια - έχει ασχοληθεί με αυτό. Επιδίωξη όλων των προσπαθειών είναι να βοηθηθεί η νοσηλεύτρια στο δύσκολο έργο της ενημέρωσης της καρκινοπαθούς με κύριο γνώμονα το συμφέρον της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια, για να ανταποκριθεί στο δύσκολο αυτό έργο, οφείλει κατά πρώτο λόγο να γνωρίζει τις ψυχικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς από τη γνώση της ασθένειας, ώστε να μπορέσει να επέμβει θετικά, αναλόγως του σταδίου.

Ψυχικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς από τη γνώση της νόσου της

Ο τρόπος που αντιδρά ένας ασθενής, όταν συνειδητοποιήσει ότι πάσχει από καρκίνο, έχει περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς.

Οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε ασθενούς που πάσχει από καρκίνο εξελίσσονται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση (όταν η ασθενής μαθαίνει για τη νόσο της) χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φθάσει μέχρι τον πανικό. Η δεύτερη φάση (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει τη νόσο και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερα άρνηση της νόσου. Η τρίτη φάση (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας)

χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε από τη παρουσία ψυχικών επιπλοκών.

Η Kulber-Ross μελέτησε τις ψυχικές αντιδράσεις πολλών βαρέως πασχόντων και πήρε συνέντευξη από 200 και πλέον ασθενείς που γνώριζαν ότι θα πεθάνουν από τη νόσο τους και οι οποίοι στη μέγιστη πλειονότητα ήταν καρκινοπαθείς. Κατά την Kubler-Ross, κάθε άρρωστος που πάσχει από βαριά νόσο, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, διέρχεται από πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι ασθενής μέχρι τη στιγμή του θανάτου του.

Το πρώτο στάδιο είναι της άρνησης και της απομόνωσης.

Το δεύτερο στάδιο είναι του θυμού.

Το τρίτο στάδιο είναι της συνδιαλλαγής.

Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης.

Το πέμπτο στάδιο είναι της αποδοχής.

Τα κύρια στοιχεία των ψυχικών αντιδράσεων στα διάφορα στάδια, από τα οποία διέρχεται ο καρκινοπαθής, είναι η ανησυχία, ο φόβος, το συναίσθημα του αβοήθητου, η απελπισία και η κατάθλιψη.

Το συναίσθημα ότι ο ασθενής είναι αβοήθητος είναι πολύ έντονο στον καρκινοπαθή. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή εκ μέρους τη νοσηλεύτριας. Όταν η νοσηλεύτρια δίνει σε μια τέτοια ασθενή μόνο εντολές χωρίς να της εξηγεί τη σκοπιμότητα κάθε εντολής, δεν τη βοηθάει να βγει από αυτό το συναίσθημα. Πιθανόν μάλιστα να της το επιτείνει, γιατί η ασθενής συνειδητοποιεί ότι δεν έχει άλλη εκλογή να είναι υποχρεωμένη να ακολουθήσει ένα μονόδρομο που οδηγεί στο μοιραίο.

Υπάρχουν δύο ακόμη στοιχεία του ψυχισμού της καρκινοπαθούς, άξια να σημειωθούν. Το αίσθημα ενοχής και υποβολή. Πολλές φορές η καρκινοπαθής αισθάνεται κοινωνικά στιγματισμένη, όπως αισθανόταν παλιότερα ο ασθενής που έπασχε από φυματίωση.

Συνήθως, η καρκινοπαθής υποβάλλεται εύκολα. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Η ασθενής έχει ανάγκη από βοήθεια. Βλέπει τη νοσηλεύτρια ως αυθεντία, από την οποία αναμένει βοήθεια. Γι' αυτό κάθε πράξη και κάθε λέξη της μπορεί να έχουν μεγάλη θετική ή αρνητική επίπτωση στον ψυχισμό της. Λέξεις που έχουν ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις είναι: «καρκίνος», «κακοήθης όγκος», «τοξικό φάρμακο», «χημειοθεραπεία» και τα παρόμοια. Επιπλέον, η ασθενής αισθάνεται δέος από τη χρήση των πολύπλοκων μηχανημάτων και των διαφόρων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων που εφαρμόζονται πάνω της. Τέλος τίθεται κατ' ανάγκη σε παθητικό ρόλο.

Για όλους αυτούς τους λόγους, υποβάλλεται εύκολα. Μπορεί εύκολα να πιστέψει ακόμη και υποσχέσεις για θεραπεία, όπως επίσης μπορεί να γίνει θύμα ανεύθυνων προσώπων.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο ρόλος της ασθενούς είναι παραδοσιακά ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης. Ποτέ κανείς ενήλικος δεν διανοείται να αναθέσει τη φροντίδα του εαυτού του σε κάποιον άλλο, εκτός από την περίπτωση της ασθένειας, οπότε αυτό γίνεται υποχρεωτικά. Η εκχώρηση αυτής της φροντίδας στη νοσηλεύτρια είναι συναισθηματικά φορτισμένη, επειδή συνοδεύεται από ένα βαθμό ενδοψυχικής σύγκρουσης, που αφορά σε αυτό που ο ενήλικος εκλαμβάνει σαν παλινδρόμηση στην παιδική ηλικία, σε μια ηλικία που υπήρξε εξάρτηση από τους γονείς.

Η σύγχρονη αντίληψη στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην κλινική πράξη θέλει τη σχέση νοσηλεύτριας - ασθενούς κοινωνικά ισότιμη. Προϋποθέτει καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στα δύο μέρη, με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας της ασθενούς. Έτσι, η ασθενής δεν μένει άβουλη στη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας αλλά συμμετέχει ενεργά μέσα από αμφίδρομη

επικοινωνία με τη νοσηλεύτρια, κατά την οποία αλληλομεταδίδονται πολύτιμες πληροφορίες και για τις δύο. Στα πλαίσια αυτής της επικοινωνίας, η νοσηλεύτρια, πριν από οποιαδήποτε ενέργειά της, λαμβάνει υπόψη της τις προηγούμενες αντιδράσεις της ασθενούς και η ασθενής- αποκτώντας συνείδηση του υπεύθυνου ρόλου της- παρέχει στη νοσηλεύτρια τις πληροφορίες εκείνες που θα προωθήσουν την υπόθεση της υγείας της.

Έχοντας συνεχώς αντίληψη των αντιδράσεων της ασθενούς, η νοσηλεύτρια μεθοδεύει την όλη της δραστηριότητα έτσι, ώστε αυτή να μην έχει αρνητική ψυχολογική επίδραση στην ασθενή. Φυσικά, η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί τις επιστημονικές της γνώσεις και την κλινική της εμπειρία κατά τον επωφελέστερο για κάθε ασθενή τρόπο.

Για την ουσιαστική επικοινωνία με την ασθενή, είναι απαραίτητη η δημιουργία συναισθηματικής σύζευξης νοσηλεύτριας - ασθενούς: η νοσηλεύτρια «νιώθει» το συνολικό πρόβλημα της ασθενούς, τόσο από τη σωματική όσο και από την ψυχολογική του πλευρά, και η ασθενής καταλαβαίνει ότι η νοσηλεύτρια τη «νιώθει» αληθινά. Πρόκειται δηλαδή για μια σχέση που στηρίζεται σε αυτό που λέμε θεραπευτική συμμαχία.

Η επικοινωνία ασθενούς - νοσηλεύτριας σημαίνει ανταλλαγή απόψεων, ιδεών και συναισθημάτων. Περιλαμβάνει ακρόαση μέσα από λεκτικές ή άλλες οδούς, ώστε να διευκολυνθεί και να βελτιωθεί ο τρόπος επικοινωνίας και να αναφερθεί η σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ των δύο ατόμων. Στην επικοινωνία νοσηλεύτριας - ασθενούς στηρίζεται και η ενημέρωση της ασθενούς για την ασθένειά της.

Μέχρι ένα σημείο, η ανάγκη των περισσότερων καρκινοπαθών να αποφεύγουν πλήρη ενημέρωση είναι σεβαστή. Όμως, σε καμιά περίπτωση, δεν προβαίνουμε σε ψευδή πληροφόρηση. Όταν η ασθενής νιώσει αρκετά δυνατή ψυχικά, θα είναι εκείνη που θα καθορίσει πόσα θέλει να ακούσει και για ποιά πτυχή της αρρώστιας της. Όταν η

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

συναισθηματική σύζευξη νοσηλεύτριας - ασθενούς είναι ισχυρή, κάθε ψυχολογική αντίδραση της ασθενούς θα μπορεί να αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XII

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. Μέτρα ασφαλείας κατά τη χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Μπορούμε να χωρίσουμε τα μέτρα ασφαλείας σε 2 φάσεις:

- α. Τη φάση παραγωγής, η οποία αφορά στο υγειονομικό προσωπικό κυρίως. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει πληροφορίες σχετικά με τα χειριζόμενα φάρμακα, όσον αφορά στη δοσολογία, στη διατήρησή τους και στη σταθερότητα, στον τρόπο χορήγησης, στις ανεπιθύμητες ενέργειες και στους κινδύνους από την έκθεση σε αυτά. Η έκθεση του προσωπικού κατά τη διάλυση και τη χορήγηση τους είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκινογένεση. Κατ' αρχήν, πρέπει να αναφερθούν οι οδοί μόλυνσης, οι οποίες είναι:

I. Το δέρμα: δηλαδή, η άμεση επαφή του φαρμάκου με το δέρμα.

II. Η αναπνευστική οδός, δηλαδή η εισπνοή και η λήψη αεροδιασκορπισμένων σωματιδίων των φαρμάκων.

Σε αυτή τη φάση, κάθε φαρμακευτική εταιρία μπορεί να περιορίσει τον αεροδιασκορπισμό σωματιδίων των φαρμάκων κατά τη διάλυσή τους (αυτά δηλαδή που συσκευάζονται υπό μορφή σκόνης).

- β. Τη φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης των φαρμάκων. Αυτή αφορά στην ασθενή και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

I. Μέτρα ασφάλειας για την ασθενή

Η φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο και, εάν είναι δυνατόν, ειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών σε βάρος της ασθενούς.

Πρέπει εδώ να τονισθεί ιδιαίτερα η επέμβαση της νοσηλεύτριας για την ενημέρωση (εκπαίδευση) της ασθενούς σχετικά με τη

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

χημειοθεραπεία και την ενθάρρυνσή της για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι ασθενείς χρειάζεται να γνωρίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων και το τι μπορούν να κάνουν για να τις εμποδίσουν ή να τις μειώσουν. Η ασθενής διδάσκεται πως να αναγνωρίζει σημεία και συμπτώματα φλεγμονής ή αιμορραγίας. Η ασθενής πρέπει να εξοικειωθεί με τη χημειοθεραπεία και τα διαστήματα επανάληψής της σύμφωνα με το πρωτόκολλο.

Κατά την έναρξη και τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, απαιτείται προσεκτικός έλεγχος εργαστηριακών εξετάσεων (εκτός από τις εξετάσεις ρουτίνας), όπως π.χ. δοκιμασία ούρων για pH σε θεραπεία με μεθοτρεξάτη (δηλαδή, αφού αλκαλοποιηθούν τα ούρα με διττανθρακική σόδα, ελέγχεται η αποβολή του φαρμάκου με τα ούρα).

Δώδεκα ώρες πριν από τη χορήγηση νεφροτοξικών φαρμάκων αρχίζει η ενυδάτωση (με ορούς) της ασθενούς και συνεχίζεται επί 12 ώρες μετά.

Γίνεται ηλεκτροκαρδιογράφημα της ασθενούς πριν από την έναρξη της θεραπείας, ιδίως όταν το φάρμακο είναι καρδιοτοξικό, π.χ. Adriblastina.

Απαιτείται η παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής ισορροπίας (σε διάρροια, εμέτους και απώλεια ούρων) της ασθενούς. Για αυτό, γίνεται μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών της.

Προσοχή στη ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων, τα οποία πρέπει να προφυλάσσονται από το φως (καλυμμένοι οροί). Π.χ. Oncovin.

Να υπάρχει κοντά στην ασθενή συσκευή οξυγόνου για τυχόν αλλεργικό shock.

Να βρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο αν χρειάζεται), τα φάρμακα που θα χρειαστούν για τη θεραπεία (θεραπευτικό σχήμα). Πρέπει να δοθεί προσοχή, ώστε

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

να μη βγαίνουν τα φάρμακα την τελευταία στιγμή από το ψυγείο (όχι παγωμένα).

Να υπάρχουν τα αντίδοτα των φαρμάκων, όπως π.χ. για τη μεθοτρεξάτη ή λευκοβορίνη. Φάρμακα για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών, αντιεμετικά (Ondansetron → Zofron), αντιδιαρροϊκά, γλυκονικό ασβέστιο και χλωριούχο μαγνήσιο για την αντιμετώπιση σπασμών (εντολή γιατρού). Ακόμη, αντίδοτα για νέκρωμα φλεβών, π.χ. θειϊκό νάτριο.

Μερικά από τα κυτταροστατικά φάρμακα δημιουργούν εκδορές και, όταν φύγουν από τη φλέβα, δημιουργούν εξέλκωση ή νέκρωση στους ιστούς. Όλα τα φάρμακα που δίνονται ενδοφλεβίως πρέπει να παρακολουθούνται με εξαιρετική προσοχή σε όλη τη διάρκεια της χορήγησής τους και, αν υπάρχουν αμφιβολίες για την καταλληλότητα της φλέβας, η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται.

Κατά την ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων, η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι:

- Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σ' ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιασθεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο προς τα έξω, εκτός και αν προσέξει, ώστε να δημιουργείται περίπου ίση πίεση έξω και μέσα στα φιαλίδια.
- Εάν είναι γνωστό ότι ένα φάρμακο προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για υποδόρια έγχυση είναι μικρότερος.
- Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν).
- Το σημείο της έγχυσης προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χειρός, ο καρπός ή ο ωλεκρανιακός βόθρος.
- Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται, π.χ. θρομβοφλεβίτιδα, τραύμα, ακινητοποιημένο μέλος λόγω κατάγματος. Επίσης, στο χέρι από την πλευρά που έχει γίνει η μαστεκτομή, γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα.
- Για το καλό όλων, συνιστάται να μη γίνεται απόπειρα φλεβοκέντησης με τη βελόνα από το ίδιο πρόσωπο από 3 φορές. Είναι προτιμότερο να συνεχίσει άλλο άτομο.
- Κατά την ενδοφλέβια έγχυση των φαρμάκων, πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνα Νο 21 ή 23G.
- Πάντα πριν από ενδοφλέβια έγχυση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου, χορηγούμε φυσιολογικό ορό και παρακολουθείται η περιοχή για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλεβίως, αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.
- Μετά την έγχυση του φαρμάκου, ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.
- Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά πριν από κάθε χορήγηση νέου φαρμάκου.
- Φάρμακα που φυλάσσονται στο ψυγείο μπορεί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να μπορεί να ξεχωρίζει μεταξύ αυτού και της αίσθησης του καύσωνα που προκαλείται από την έγχυση.
- Αν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.
- Κατά τη χορήγηση, γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης, όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνο ερυθρότητα, οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησης, μη επιστροφή του αίματος στη σύριγγα, αν εφαρμόσουμε αναρρόφηση.

- Η νοσηλεύτρια, σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη φλέβα, ενεργεί ως εξής:
 - α. Βγάζει αμέσως τη βελόνα.
 - β. Σκεπάζει το σημείο με παγάκια.
 - γ. Ενημερώνει το γιατρό.
 - δ. Χορηγεί 100 mg υδροκορτιζόνης υποδορίως στο σημείο που υποπτεύεται την έγχυση του χημειοθεραπευτικού (εντολή γιατρού).
 - ε. Απλώνει κρέμα υδροκορτιζόνη 1%. Συνεχίζει να βάζει την κρέμα 2 φορές την ημέρα, μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός.
 - στ. Ενημερώνει επίσης την ασθενή να τοποθετεί η ίδια παγάκια για 10 min σε περιοδικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου και να αναφέρει τις αλλαγές.

II. Μέτρα ασφαλείας για το υγειονομικό προσωπικό

Στη φάση προετοιμασίας και χορήγησης των χημειοθεραπευτικών υπάγονται και τα μέτρα ασφαλείας που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό που χειρίζεται τα κυτταροστατικά φάρμακα, για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξιογόνες και τις καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω του.

Στις περιπτώσεις που τα κυτταροστατικά φάρμακα ετοιμάζονται στα νοσοκομεία, σε ορόφους ή στα εξωτερικά ιατρεία, πρέπει να υπάρχει διαφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένου και χώρου προετοιμασίας. Ο ιδεώδης τρόπος είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο, όπου υπάρχει ανεμιστήρας με αέρα που βγίνει με κάθετη κατεύθυνση προς τα έξω, και ακόμη η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο που το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας των κυτταροστατικών φαρμάκων στους ορόφους, η νοσηλεύτρια πρέπει να φορά:

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- α. Πλαστικά γάντια κατά τη διάλυση, που να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα.
- β. Προστατευτικά γυαλιά κατά τη διάλυση.
- γ. Μάσκα κατά τη διάλυση.
- δ. Πλαστική ποδιά κατά τη διάλυση και κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα.

Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια καθώς και μετά την αφαίρεσή τους.

Σε περίπτωση μόλυνσης του δέρματος, πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό και, εκτεθούν τα μάτια, πρέπει να πλένονται με άφθονη ποσότητα νερού.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνεται επίσης στην απόρριψη των απεκκριμάτων των ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες. Τα κυτταροστατικά φάρμακα απεκκρίνονται από τα ούρα ή από τα κόπρανα ή και από τα δύο.

Επίσης, έχει αναφερθεί φάρμακο στο μητρικό γάλα, π.χ. Endoxan. Καλό είναι οι επίτοκες νοσηλεύτριες να αποφεύγουν όλες τις φάσεις χρήσης των κυτταροστατικών φαρμάκων, ειδικά τους πρώτους μήνες της κύησης, για την αποφυγή τερατογεννήσεων.

Όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, αχρησιμοποίητα φάρμακα, πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία με κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή «ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΑ».

B. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας

- A. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας, στην οποία συμμετέχει η ασθενής και η οικογένειά της) προσέγγιση της ασθενούς και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά της ως ενιαίας οντότητας, που την

απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

- Β.** Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την τοποθέτηση των ασθενών που θα υποβληθούν σε θεραπεία σε μικρό θάλαμο, ετοιμάζεται για την αντιμετώπιση επιπλοκών και, προκειμένου για ειδικό τμήμα, εξοικειώνεται με τη χρήση του εξοπλισμού, όπως της άσηπτης κλίνης και περιορίζει στο τμήμα της το επισκεπτήριο στο ελάχιστο.
- Γ.** Η νοσηλεύτρια βεβαιώνει την ασθενή πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και τα υγιή.
- Δ.** Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της ασθενούς, για να δεχθεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
- Ε.** Προσφέρεται στην ασθενή ό,τι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
- Στ.** Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, την ευαισθησία της σε διάφορα φάρμακα κ.λ.π. λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή μαζί της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την αγάπη, το ενδιαφέρον την κατανόηση της θέσης της ασθενούς και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας αναφέρονται:

- α.** Στην ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία. Οι ασθενείς χρειάζονται σωστή ενημέρωση για τη θεραπεία στην οποία θα υποβληθούν και νιώθουν την ανάγκη να βεβαιωθούν ότι αυτή θα είναι ανώδυνη και ακίνδυνη. Η νοσηλεύτρια πρέπει να βρει την κατάλληλη στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας (και οπωσδήποτε πριν αυτή ολοκληρωθεί), ώστε να δώσει στην ασθενή ρεαλιστική εικόνα των ανεπιθύμητων ενεργειών που πρόκειται να εμφανισθούν, των μέτρων που θα ληφθούν για την πρόληψη και την αντιμετώπισή τους και των ατόμων, στα οποία μπορεί να απευθυνθεί για τη λήψη πληροφοριών.
- β.** Στην προετοιμασία και τη βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία
- γ.** Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
- δ.** Στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Εξωτερική ακτινοθεραπεία

Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για:

- α.** Το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε.

- β.** Την ακριβή θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.
- γ.** Το σκοπό της ακτινοβολήσης (θεραπευτικό ή ανακουφιστικό).
- δ.** Τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και που προγραμματίζεται να κάνει. Αξιολογεί πως αντιλαμβάνεται η ασθενής το είδος αυτό της θεραπείας, επισημαίνει τα προβλήματα και τις ανάγκες της ασθενούς και με βάση αυτές θέτει τους σκοπούς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις

Διδασκαλία

- α.** Ενημερώνεται η ασθενής για τις αναμενόμενες και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας. Επίσης, δίνονται συμβουλές για την καλύτερη δυνατή συνεργασία και τη συμβολή της ασθενούς στην ακτινοθεραπεία και το σχεδιασμό της φροντίδας.
- β.** Παρέχει η νοσηλεύτρια έντυπο πληροφοριακό υλικό από ακτινολογικό τμήμα και, αν είναι δυνατόν, ενισχύει την προφορική διδασκαλία.
- γ.** Παρέχει γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του δέρματος, τις διατροφικές τροποποιήσεις, την ώρα που έχει καθορισθεί η κάθε συνεδρία, τη φαρμακευτική αγωγή.

Διατροφή

- α.** Επισημαίνεται η αναγκαιότητα της διατήρησης των διατροφικών συνηθειών, με πρόσθετη χορήγηση τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία.
- β.** Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα. Εκτός των τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, χορηγούνται και συμπληρωματικές τροφές.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- οι οποίες παρέχουν πρόσθετες θερμίδες και πρωτεΐνες που συμβάλλουν στην ανασύσταση των καταστραμμένων ιστών.
- γ.** Ενθαρρύνεται η επαρκής λήψη υγρών. Οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για την αποβολή των άχρηστων ουσιών.
- δ.** Ζυγίζει καθημερινά την ασθενή και συγκρίνει τα αποτελέσματα μεταξύ τους, αλλά και αντίστοιχα πριν από την έναρξη της θεραπείας.
- ε.** Χορηγεί αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δύο ώρες πριν από το γεύμα. Αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.
- στ.** Γνωστοποιεί στην ασθενή ότι η λήψη κρύων τροφών μπορεί να βοηθήσει στην αναισθητοποίηση και στην ανακούφιση του πόνου της στοματικής κοιλότητας.
- Για την αντιμετώπιση στοματοφαρυγγικού πόνου, ο οποίος παρεμποδίζει όχι μόνο τη λήψη τροφής, αλλά και την ομιλία, συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει όλες εκείνες τις ουσίες, όπως καπνό και οινοπνευματώδη, που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάστασή της. Η τροφή να λαμβάνεται κρύα (σε θερμοκρασία δωματίου). Όχι καυτή ή παγωμένη.
- ζ.** Διδάσκει στην ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Συνιστά τη χρησιμοποίηση μαλακής οδοντόβουρτσας καθώς και τη χρήση οδοντιατρικού νήματος. Φροντίζει, ώστε τα χείλη να παραμένουν υγρά.
- η.** Χορηγεί αναλγητικά (π.χ. τοπικός xylocaine) και αντιβιοτικά (με εντολή γιατρού).
- θ.** Η νοσηλεύτρια ελέγχει και παρακολουθεί καθημερινά τις εργαστηριακές τιμές των ηλεκτρολυτών, της κρεατινίνης, του αζώτου κ.λ.π..
- Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών
- α.** Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.

- β.** Ενημερώνεται η ασθενής να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- γ.** Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα, διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.
- δ.** Η ασθενής ενημερώνεται ότι η περιοχή η οποία ακτινοβολείται είναι σημειωμένη με ειδικό μελάνι. Για τον προσδιορισμό της περιοχής αυτής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ποτέ αυτοκόλλητες ταινίες.
- ε.** Η περιοχή αυτή πρέπει να διατηρείται κατά το δυνατόν στεγνή.
- στ.** Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή.
- ζ.** Προστατεύεται από τον ήλιο και το κρύο (αέρας κ.α.). Αποφεύγεται η έκθεση της περιοχής στην ηλιακή ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και ένα χρόνο μετά από τέλος της. Σε αντίθετη περίπτωση, χρησιμοποιείται αντιηλιακό με δείκτη προστασίας μεγαλύτερο από 15.
- η.** Το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται ελέγχεται καθημερινά από τη νοσηλεύτρια για ερύθημα, κνησμό, αφυδάτωση, παρουσία φλυκταινών και απολέπιση.
- θ.** Όσον αφορά στη διάρροια, η νοσηλεύτρια εκτιμά την ποιότητα και τη συχνότητα των κοπράνων
- ι.** Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά, το βάρος και την ηλεκτρολυτική ισορροπία. Αφυδάτωση, μείωση του βάρους και διαταραχή των ηλεκτρολυτών είναι αποτέλεσμα της διάρροιας.

Προετοιμασία της ασθενούς για έξοδο

- α.** Παρέχει στην ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων με το γιατρό.

β. Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

γ. Εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας της ασθενούς στο σπίτι.

Εσωτερική ακτινοθεραπεία

Το ραδιοϊσότοπο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι το Ir-192. Για την τοποθέτησή του (με μορφή βελονών, ελασμάτων ή κόκκων), η ασθενής προετοιμάζεται για χειρουργείο.

Η ασθενής ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας της. Μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου, η ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, η ασθενής απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με υποδιπλασιασμό ελαχιστοποιείται η ραδιενεργός δράση του - χρόνος υποδιπλασιασμού Ir-192=74 ημέρες) ή να αφαιρεθεί.

Η νοσηλεύτρια, πριν φθάσει ακόμα στην ασθενή για την εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της και στον προγραμματισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων της, ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς: (α) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί (Ir-192), (β) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη), (γ) τον τρόπο χορήγησης της (ενδοϊστικώς), (δ) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, (ε) το σημείο εφαρμογής και (στ) τον αριθμό των ημερών που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί. Επίσης, οφείλει να γνωρίζει το είδος της ακτινοβολίας που θα εκπέμπει (β και γ ακτίνες).

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις

Διδασκαλία

- α.** Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή τις διαδικασίες που ακολουθούνται και το τι πρέπει να περιμένει η ασθενής.
- β.** Εξηγούνται στην ασθενή απαραίτητες προφυλάξεις, οι οποίες πρέπει να παρθούν μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσότοπου εμφυτεύματος, συμπεριλαμβανομένων της απομόνωσης και του περιορισμού των επισκεπτών.
- γ.** Ενθαρρύνεται η συνομιλία και η έκφραση φόβων, συναισθημάτων και ανησυχιών.

Διατροφή

- α.** Ενθαρρύνει την ασθενή να περπατά, για να παρεμποδίσει τις διαταραχές στην κένωση του εντερικού σωλήνα ή διαταραχές στην ούρηση
- β.** Παρακολουθεί και ελέγχει την παρεντερική χορήγηση υγρών, η οποία σκοπεύει στην καλή ενυδάτωση της ασθενούς. Ενθαρρύνει επίσης τη λήψη υγρών από το στόμα, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά για τη διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
- γ.** Ελέγχει και παρακολουθεί την περιοχή του δέρματος, κάτω από την οποία βρίσκεται το εμφύτευμα, για την εμφάνιση σημείων φλεγμονής (οιδήματος, πόνου, ερυθρότητας, αύξησης της θερμοκρασίας).

Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

- α.** Παρατηρεί την ασθενή για σημεία πόνου και έλλειψη άνεσης, όπως κόπωση, εξάντληση, ανησυχία, άγχος, ευερεθιστότητα, υψηλή συχνότητα σφυγμών.
- β.** Χορηγεί αναλγητικά (με εντολή γιατρού), εκτιμά και καταγράφει την ανταπόκριση της ασθενούς.

γ. Παρέχει φροντίδα για τη σωστή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας.

Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη αυτοφροντίδας

- α. Η ασθενής τοποθετείται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με το χώρο των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς, τουαλέτα, λουτρό. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται η ασθενής πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό και γιατί εφαρμόζεται.
- β. Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο φάκελο της ασθενούς τοποθετείται η ειδική πινακίδα με το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
- γ. Η νοσηλεύτρια που νοσηλεύει ασθενή με ραδιοϊσοτοπικό εμφύτευμα φέρει πάνω της ειδικό δοσίμετρο, το οποίο μετράει την έκθεση στην ακτινοβολία και δεν πρέπει να το μοιράζεται με το άλλο προσωπικό. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί δέχθηκε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται από το χώρο της ακτινοβολίας. Επίσης, όλο το προσωπικό που εργάζεται σε αυτό το χώρο φοράει τέτοιο μετρητή, ο οποίος ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς.
- δ. Περιορίζει τους επισκέπτες. Δεν αφήνει παιδιά κάτω των 16 ή έγκυες γυναίκες να επισκεφθούν την ασθενή ή να προσφέρουν οποιαδήποτε άλλη φροντίδα. Η παραμονή κάθε επισκέπτη στο χώρο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 15 min/24ωρο.
- ε. Κατά την προσφορά νοσηλείας στην ασθενή, η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνο, για τον εαυτό της, χωρίς όμως να εγκαταλείπεται η ασθενής. Κατά την προσέγγιση της ασθενούς, φοράει μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι πριν φύγει από το θάλαμο.

- στ.** Η νοσηλεύτρια ταΐζει την ασθενή ή τη βοηθάει να φάει. Καθαρίζει το πρόσωπο και τα χέρια της ασθενούς και προσφέρει περιποίηση του στόματος πριν και μετά τα γεύματα.
- ζ.** Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς προγραμματίζεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε διαφορετικά καθήκοντα και παρεμβάσεις να διεκπεραιώνονται στις καθορισμένες επισκέψεις της νοσηλεύτριας.
- η.** Η νοσηλεύτρια ελέγχει όλο τον ιματισμό του κρεβατιού και της ασθενούς για να εξακριβώσει, αν η πηγή ακτινοβολίας είναι στη θέση της. Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε από τη θέση που εμφυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι της ασθενούς ή στο δάπεδο, πρέπει να πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.
- θ.** Ποτέ δεν πρέπει να πιάνεται ραδιενεργός πηγή με γυμνά χέρια.
- ι.** Η ασθενής προετοιμάζεται ψυχικά και συναισθηματικά για την αφαίρεση του εμφυτεύματος.
- Γίνεται (με εντολή γιατρού) προκαταρκτική χορήγηση φαρμάκων (ανάλγητικών - ηρεμιστικών κ.λ.π.) περίπου μια ώρα πριν από την αφαίρεση.
 - Δίπλα στο κρεβάτι υπάρχουν ειδικές μακριές λαβίδες και γάντια.
 - Υπάρχει ακόμη δίπλα στο κρεβάτι ο ειδικός μεταφορέας της πηγής μετά την αφαίρεσή της.
 - Εξηγούνται στην ασθενή οι ακολουθούμενες διαδικασίες και απαιτούνται ερωτήσεις.
- ια.** Η ασθενής τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μη δυσχεραίνεται η αφαίρεση του ραδιοϊσοτόπου.
- ιβ.** Σημειώνεται η ώρα της αφαίρεσης του εμφυτεύματος. Παρακολουθείται ταυτόχρονα η ανταπόκριση της ασθενούς.
- ιγ.** Ενημερώνονται οι τεχνικοί του τμήματος ραδιοϊσοτόπων να πάνε στο τμήμα για την απομάκρυνση και τη μεταφορά της πηγής.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- ιδ. Βοηθείται η ασθενής να σηκωθεί και να περπατήσει, να κάνει ένα ντους και να δεχθεί επισκέψεις.
- ιε. Διαβεβαιώνεται η ασθενής ότι από τη στιγμή της αφαίρεσης της πηγής δεν εκπέμπει πια ακτινοβολία.

Φροντίδα μετά την έξοδο της ασθενούς

- α. Διδάσκεται η ασθενής να εκτελεί κάθε μήνα την αυτοεξέταση του μαστού.
- β. Καθοδηγείται να προστατεύει την περιοχή του δέρματος από την ακτινοβολία του ηλίου χρησιμοποιώντας αντιηλιακά υψηλού δείκτη προστασίας (10-15).
- γ. Ενημερώνεται ότι φλεβοκεντήσεις και λήψεις της αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να γίνονται στον αντίστοιχο βραχίονα. Γνωστοποιείται ακόμη ότι, παροδικά, απότομοι πόνοι, διάχυτοι στο στήθος, θα οφείλονται στην ακτινοβολήση και στην αύξηση του ερεθισμού των θωρακικών μυών και είναι δυνατόν να εμφανίζονται περιοδικά μέχρι και ένα χρόνο μετά. Διδάσκονται επίσης από τη νοσηλεύτρια ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας του άκρου, με σκοπό την επαναφορά στη φυσιολογική κατάσταση της περιοχής της μασχάλης.
- δ. Συμβουλεύεται τέλος να συνεχίσει την υπερλευκωματούχο δίαιτα. Αν κριθεί απαραίτητο, η νοσηλεύτρια παραπέμπει την ασθενή σε διαιτολόγο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο σκοπός της εγχείρησης στην ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Για το λόγο αυτόν, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο σημείο αυτό, η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχο-συναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου. Η ασθενής είναι πληροφορημένη για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους ως αποτέλεσμα της εγχείρησης. Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται λοιπόν και αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικά με τη μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.

Η ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν τις πληροφορίες, σχετικά με τις διαδικασίες της επέμβασης και τα πιθανά αποτελέσματά της, επηρεάζεται από την σωματική τους κατάσταση. Προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως αναπνευστικά και καρδιακά προβλήματα, είναι δυνατόν να μειώσουν το ενεργειακό επίπεδο της ασθενούς καθώς και τη θέληση για την αυτοσυγκράτηση της, ώστε να αντιμετωπίσει το άγχος της επικείμενης διάγνωσης και θεραπείας.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Η νοσηλεύτρια, για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και για να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι:

- α.** Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στη διάγνωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.
- β.** Προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα, που το συγκεκριμένο είδος της εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου.
- γ.** Εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των παθολογικών εξεργασιών..
- δ.** Εκτιμά το επίπεδο άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματά της καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.
- ε.** Προσδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την εγχείρηση, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν και τους χώρους που θα βρει κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, αλλά και αμέσως μετά από αυτήν.
- στ.** Διαβεβαιώνεται ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και τη φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.

Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνει μετά τη διαπεραίωση της νοσηλευτικής διάγνωσης των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, τα οποία είναι:

- α.** Αμφιβολίες για τη διάγνωση.

Η υποψία του καρκίνου του μαστού δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες πραγματική καρκινοφοβία. Για το λόγο αυτό, πολλές γυναίκες αποφεύγουν την έγκαιρη ιατρική εξέταση, με ολέθρια βεβαίως αποτελέσματα για την υγεία και τη ζωή τους.

Η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο υποστηρίζει ηθικώς την ασθενή κατά την περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση. Αναγνωρίζει και δικαιολογεί το φόβο για τη διάγνωση, ο οποίος διακατέχει την ασθενή και της εξηγεί ότι, και αν ακόμη επιβεβαιωθεί η ύπαρξη καρκίνου μαστού, μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα, τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη σήμερα. Ενισχύει επίσης η νοσηλεύτρια την πεποίθηση της ασθενούς ότι ο γιατρός, στα χέρια του οποίου βρίσκεται, είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την ενδεικνυόμενη θεραπεία κατά το καλύτερο επιστημονικό τρόπο.

β. Άγχος, κατάθλιψη ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

Η σκέψη ότι είναι ενδεχόμενο να πάσχουν από καρκίνο του μαστού φέρνει αντιμέτωπες τις ασθενείς με την σκληρή πραγματικότητα, δηλαδή με την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό.

Η νοσηλεύτρια, για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα του αγνώστου και της διαταραχής του σωματικού ειδώλου.

- Κανονίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης.
- Εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να την δημιουργούν φόβο, τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- Εκτιμά την αντίδραση της ασθενούς στην πληροφόρηση των διαδικασιών. Επαναλαμβάνει / επαναπροσδιορίζει αυτά που έχουν λεχθεί, αν αυτό κριθεί απαραίτητο.
 - Παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία.
 - Ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι τέτοιος που να επιτρέπει καθημερινά για τουλάχιστον 15 λεπτά στη νοσηλεύτρια να κάθεται να ακούει τις απόψεις και τα συναισθήματα της ασθενούς για την κατάστασή της. Εκτιμά επίσης την προσαρμογή της ασθενούς στην πιθανότητα αφαίρεσης του μαστού.
 - Περιλαμβάνει στη διδασκαλία της θέματα, όπως ασκήσεις βήχα και βαθιών αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού (του σύστοιχου με τη μαστεκτομή), τοποθέτηση παροχετεύσεων.
 - Στο τέλος επανεξετάζει τι έχει διδαχθεί, σε τι έχει ενημερωθεί η ασθενής και σε τι όχι. Ανακαλύπτει και λύνει απορίες και παρανοήσεις, που πιθανόν να έχει η ασθενής.
- γ. Δυνατότητα μετεγχειρητικής αυτοφροντίδας.

Η ασθενής και η οικογένειά της θα χρειασθεί να καθοδηγηθούν σχετικά με τη φροντίδα της τομής και τους σημαντικούς περιορισμούς με σκοπό την προαγωγή της γρήγορης ανάρρωσης και την παρεμπόδιση των επιπλοκών.

Η νοσηλεύτρια:

- Καθοδηγεί την ασθενή να παρακολουθεί το μαστό της για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- Διδάσκει στην ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής.
- Διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. Η ασθενής είναι δυνατόν να προχωρήσει στις δουλειές του σπιτιού 3-4 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.
- Συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει τις έντονες αθλητικές δραστηριότητες (π.χ. τροχάδην, τέννις) για 6-8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει οποιοδήποτε τραυματισμό στην περιοχή του μαστού.
- Η νοσηλεύτρια προσέχει ιδιαίτερα την ασθενή για σημεία κατάθλιψης, τα οποία οφείλονται στη δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων (π.χ. άρνηση να κοιτάζει την περιοχή της τομής, να λάβει μέρος σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας κ.λ.π.).

Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία

Μετά το πέρας των διαγνωστικών και των εργαστηριακών εξετάσεων, γίνεται προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει το χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση με:

- Α.** Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειασθεί.
- Β.** Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. Ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- Γ.** Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.
- Δ.** Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης:

- α.** Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- β.** Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.
- γ.** Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊσταμένη.
- δ.** Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.
- ε.** Η ασθενής φοράει ρούχα του χειρουργείου.
- στ.** Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελο της (ιατρικό και νοσηλευτικό).

Η προεγχειρητική ετοιμασία κατά την παραμονή και την ημέρα της εγχείρησης φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων. Εντούτοις, είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας, γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, την ετοιμάζει πλήρως για την χειρουργική τράπεζα, επισφραγίζει το

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας προς την πάσχουσα και την πείθει, ότι πράγματι η νοσηλεύτρια θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρησή της.

Ως συμπέρασμα, θεωρείται ότι η νοσηλεύτρια πέτυχε στην προεγχειρητική ψυχοσωματική ετοιμασία της ασθενούς, αν η ασθενής:

- α. Αποδέχεται την αναπηρία της και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία της ως ατόμου.
- β. Δίνει προτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στη σωματική αρτιότητα.
- γ. Είναι αποφασισμένη να ζήσει με την αναπηρία της, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια.
- δ. Πιστεύει ότι η ζωή της θα συνεχισθεί και μετά τη μαστεκτομή να έχει νόημα και σκοπό, γιατί θα διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες, οι οποίες δεν θα επηρεασθούν από τη μαστεκτομή και ότι η κοινωνία της επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.
- ε. Προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα και με εμπιστοσύνη στον χειρουργό και στη νοσηλεύτρια του χειρουργείου για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς μετά τη μαστεκτομή αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής και εγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή, κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες της νοσηλεύτριας.

Η νοσηλεύτρια μετά από αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, προβαίνει σε υπεύθυνη παρέμβαση

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

και ανάπτυξη δραστηριοτήτων με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την πρόληψη / αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Εμφάνιση πόνου

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στη μαστεκτομή, ο πόνος οφείλεται στη χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχέτευσης (κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Hemovac).

Η νοσηλεύτρια:

- α.** Χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί / εκτιμά τα επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματά τους (ο πόνος λόγω της τομής διαρκεί για 1-2 εβδομάδες, αλλά ορισμένες ασθενείς έχουν διαρκή πόνο και πραισθησία της σύστοιχης με τη μαστεκτομή πλευράς, για μεγαλύτερο διάστημα).
- β.** Τοποθετεί την ασθενή σε θέση ημι-Fowler, για τη βελτίωση της αναπνοής.
- γ.** Χρησιμοποιεί μαξιλάρια, για να μπορέσει να τοποθετήσει τον αγκώνα ψηλότερα από τον ώμο και την άκρα χείρα ψηλότερα από τον αγκώνα. Όλο το άκρο τοποθετείται σε λειτουργική θέση
- δ.** Αποφεύγει να μετακινεί την ασθενή, σηκώνοντας την ή τραβώντας την από τους ώμους. Κάνει ήρεμες και σταθερές κινήσεις, όταν μετακινεί το σύστοιχο προς τη μαστεκτομή άκρο. Υποστηρίζει το θώρακα κατά τη διάρκεια του βήχα, με ένα ή δύο μαξιλάρια.
- ε.** Λόγω του πόνου και της πιεστικής επίδεσης του τραύματος και ορισμένες φορές και του σύστοιχου βραχίονα επί του θώρακος, η ασθενής αναπνέει επιπόλαια και αποφεύγει να βήξει για να αποβάλει πτύελα. Κινδυνεύει έτσι να πάθει υποστατική πνευμονία. Η

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

νοσηλεύτρια τη διδάσκει πως να αναπνέει και να βήχει, ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.

- στ.** Ενθαρρύνει την έγερση της ασθενούς από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδισθεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η ασθενής από το κρεβάτι, η νοσηλεύτρια την υποβαστάζει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της, εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.
- ζ.** Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου
- η.** Τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν.

Αιμορραγία

Ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση. Για το λόγο αυτόν, γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας.

Η νοσηλεύτρια:

- α.** Παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό τουλάχιστον κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.
- β.** Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω από τη μασχάλη και την πλάτη, γιατί συμβαίνει ορισμένες φορές το αίμα να ρέει προς τα πίσω, ενώ το επιδεσμικό υλικό επί του τραύματος να διατηρείται καθαρό.
- γ.** Παρακολουθεί και εκτιμά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για τη διαπίστωση αιμορραγίας και shock (ταχύς και νηματοειδής σφυγμός, πτώση της αρτηριακής πίεσης, αυξημένες και άτακτες αναπνοές).

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- δ. Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος (αναρροφητική συσκευή Hemovac). Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και πρέπει να αδειάζεται, προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευμένων υγρών από τη συσκευή ελέγχονται και αναγράφονται καθημερινά, μια θα χρησιμεύσουν στο χειρουργό ως κριτήριο για το χρόνο αφαίρεσης της παροχέτευσης. Όταν τα παροχετευόμενα υγρά είναι 50-100 cc με αιματηρή σύσταση το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητικός, το αναφέρει αμέσως στο γιατρό.
- ε. Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για τη θερμιδική κάλυψη. Παρατηρεί επίσης το ποσό των ούρων για εμφάνιση ολιγουρίας (σε αιμορραγία το ποσό του αίματος που κυκλοφορεί στα νεφρά μειώνεται, με αποτέλεσμα την υπολειτουργία των νεφρών και την εμφάνιση ολιγουρίας).
- στ. Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς (π.χ. σύγχυση, ευερεθιστότητα, μειωμένο επίπεδο συνείδησης), οι οποίες είναι δυνατόν να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.
- ζ. Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας. Προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος.

Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής

Η νοσηλεύτρια τηρεί αυστηρά τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος, αν υπάρχει, της μαστεκτομής και του μηρού. Η φροντίδα περιλαμβάνει:

- α. Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματική επιφάνειας.
- β. Σημείωση ότι το πρόσφατο επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση, εξαιτίας της κάκωσης νεύρων.

γ. Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.

δ. Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (γίνεται με έγκριση γιατρού).

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος και εμφάνιση σημείων φλεγμονής:

α. Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας).

β. Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύον. Καταγράφει και αναφέρει αυτά αμέσως στο γιατρό.

γ. Ελέγχει το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή.

δ. Σημειώνει και αναφέρει παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή ευαισθησία.

Η θέα του τραύματος, η οπτική δηλαδή διαπίστωση της έλλειψης του μαστού ωθεί την ασθενή σε βαθύτερη συνειδητοποίηση της αναπηρίας της. Η ασθενής καταλαμβάνεται από απογοήτευση, υπάρχει ακόμη και ο φόβος να λιποθυμήσει. Η παρουσία της νοσηλεύτριας σε αυτή τη δύσκολη ώρα είναι πολύτιμη. Η νοσηλεύτρια, για να μην αντικρίσει η ασθενής από την πρώτη αλλαγή τον ακρωτηριασμό της, αφαιρεί τους επιδέσμους και στρέφει το κεφάλι της προς το αντίθετο μέρος του τραύματος. Η νοσηλεύτρια όμως έχει καθήκον να βοηθήσει την ασθενή βαθμιαία και πριν φυσικά βγει από το νοσοκομείο, να αντικρίσει το τραύμα της, ώστε πηγαίνοντας σπίτι της να είναι πλέον εξοικειμένη με αυτό και με τη φροντίδα του, χάρη στην αγάπη και την προσωπική φροντίδα της νοσηλεύτριας.

Πρόληψη ή και / αντιμετώπιση λεμφοιδήματος

Μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος του σύστοιχου προς τη μαστεκτομή άκρου, λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των

λεμφαγγείων με αποτέλεσμα της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη, λόγω μειωμένης αντίστασης του οργανισμού σε αυτήν.

Πρόληψη λοίμωξης

- α.** Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει εμβολιασμούς, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι. Αν κάτι από τα παραπάνω κριθεί αναγκαίο, η ίδια η ασθενής πρέπει να υπενθυμίσει στο γιατρό ή στη νοσηλεύτρια τη χρησιμοποίηση του άλλου χεριού. Στο νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια τοποθετεί στο κρεβάτι της ασθενούς κάρτα με τη σημείωση «προσοχή λεμφοιδηματικό χέρι», ώστε να αποφεύγονται από το υπόλοιπο προσωπικό ενέσεις, αιμοληψίες κ.α.
- β.** Να αποφεύγεται τα καψίματα κατά το μαγείρεμα. Κατά την επαφή με το φούρνο να φορά προστατευτικά γάντια.
- γ.** Προσοχή στα μαχαιρία της κουζίνας, στο σιδέρωμα, στο ράψιμο-κέντημα (να φορά δακτυλήθρα).
- δ.** Προκειμένου να κόβονται παρωνυχίδες, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται κρέμα λονολίνης για να διατηρούνται μαλακές. Προσοχή στο κόψιμο και στο λιμάρισμα των νυχιών.
- ε.** Πρέπει να προσέχονται υπάρχοντα καψίματα και γδαρείματα- να πλένονται με σαπούνι και αντισηπτικό.
- στ.** Αν καπνίζει, πρέπει να ανάβει και να κρατά το τσιγάρο με το άλλο χέρι.
- ζ.** Να περιμένει για τη χρησιμοποίηση αποτριχोटικής μηχανής (ξυραφιού), κρεμών ή αποσμητικών στη μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού, τη συγκατάθεση του γιατρού. Έως ότου επουλωθεί η χειρουργική τομή, τα χημικά που περιέχουν οι κρέμες και τα αποσμητικά είναι δυνατόν να ερεθίσουν την τομή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται, όταν επιχειρείται αποτρίχωση της περιοχής και αυτό γιατί η αισθητικότητα της είναι μειωμένη. Έχουμε

την εμφάνιση αιμωδιών (ορισμένες μπορεί να διαρκέσουν και μήνες), λόγω τραυματισμού ή της τομής νεύρων καιτά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Πρόληψη οιδήματος

- α.** Καθημερινή άσκηση του χεριού, ώμου- αγκώνα- καρπού και δακτύλων, όπως έχει καθορισθεί από το γιατρό.
- β.** Αποφυγή ανύψωσης βάρους (τσάντας, βαλίτσας) με το προσβεβλημένο χέρι, ιδιαίτερα τις πρώτες εβδομάδες μετά την εγχείρηση, όπου η τομή βρίσκεται ακόμη στην αναρρωτική φάση ή υπάρχουν ενδείξεις για λοίμωξη.
- γ.** Συνιστάται συχνή ανύψωση του χεριού. Το βράδυ, κατά τη διάρκεια του ύπνου, αν είναι δυνατόν το χέρι να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα (π.χ. με την τοποθέτηση μαξιλαριών). Η βαρύτητα βοηθάει την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός οιδήματος.
- δ.** Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι. Να αποφεύγεται η σάουνα και το εντατικό μασάζ (μαλάξεις).
- ε.** Να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα, τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του προσβεβλημένου χεριού (π.χ. σφιχτά ρολόγια, φορέματα με λάστιχο στα μανίκια, σφιχτά δακτυλίδια).
- στ.** Αν επιθυμεί η ασθενής να κάνει ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο να γίνεται με μεγάλη προσοχή και σταδιακά, ώστε να αποφευχθούν εγκαύματα. Αν πρέπει η ασθενής να παραμείνει για πολύ ώρα στον ήλιο, επιβάλλεται η κάλυψη της περιοχής με αντιηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας.

ζ. Συνιστάται άμεση επίσκεψη του γιατρού, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι.

Το φαινόμενο του λεμφοιδήματος, που παρουσιάζεται άλλοτε πολύ περιορισμένα και άλλοτε περισσότερο, αποτελεί πηγή ανησυχίας για τις γυναίκες με μαστεκτομή. Αναφέρονται διάφορες φοβίες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- i. Ότι το διογκωμένο χέρι θα γίνει αντιληπτό στους άλλους και θα πρέπει η ασθενής να δώσει εξηγήσεις, κάτι βέβαια που θα της είναι δυσάρεστο.
- ii. Δυσκολίες στο ταίριασμα των ρούχων.
- iii. Αλλαγές στον τρόπο ζωής. Μείωση της κινητικότητας και των κοινωνικών συναναστροφών.
- iv. Φόβος ότι η νόσος χειροτερεύει.

Μια επεξηγηματική στάση από την πλευρά της νοσηλεύτριας και θα καθησύχαζε το άτομο και θα προλάμβανε τη χειροτέρευση του οιδήματος.

Διαταραχή του σωματικού ειδώλου - Μείωση αυτοεκτίμησης

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί ψυχικά προβλήματα στη γυναίκα με όλες τις συνέπειες, όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας και αυτοϋποτίμησης, αϋπνίας, άγχος.

Απαραίτητο είναι να αποδεχθεί η γυναίκα τον ακρωτηριασμό και να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή στο σώμα της, να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού, να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή της, να αποκτήσει υπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια, ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρύψει τη δυσμορφία της από τους άλλους. Η νοσηλεύτρια:

- a. Παρέχει την ευκαιρία στην ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματά της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα αισθήματα της

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- (π.χ. Πώς αισθάνεσαι σήμερα; Πώς τα πας; Μου φαίνεσαι λίγο αναστατωμένη / θλιμμένη. Είσαι; κ.α.). Γίνεται καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λέει η ασθενής. Δεν λαμβάνει προσωπικά υπόψη της το θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς (είναι ίσως ο μόνος πιθανός τρόπος για την ασθενή να κυριαρχήσει σε αυτά τα συναισθήματα).
- β.** Συγκεντρώνεται στα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τη συμπεριφορά της.
 - γ.** Καθορίζει τη σημασία που έχει για την ασθενή η αλλαγή του σωματικού ειδώλου και το πώς πιστεύει η ασθενής ότι θα επηρεάσει τη ζωή της.
 - δ.** Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής του σωματικού ειδώλου και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις
 - ε.** Παρακολουθεί τη συμπεριφορά της ασθενούς. Αν η ασθενής αρνείται ή ντρέπεται για την επισυμβαίνουσα αλλαγή, θα παρακολουθεί τους γύρω της, ψάχνοντας να βρει πάνω τους αρνητικά σημεία, με τα οποία θα καθησυχάσει το δικό της φόβο και θα μετριάσει την αυτοϋποτίμηση της. Η νοσηλεύτρια βοηθάει την οικογένεια της ασθενούς να αποδεχθεί τέτοιες αλλαγές και να αποφύγει την ενίσχυση και την προβολή αρνητικών συναισθημάτων.
 - στ.** Ενημερώνει την ασθενή ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνει κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικές και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να την ακούσει, να της συμπαρασταθεί και να τη βοηθήσει να αντιμετωπίσει το μέλλον. Την αφήνει να κλάψει και να εκφράσει το θυμό της, με σκοπό να περάσει σιγά - σιγά το στάδιο της κατάθλιψης και της αυτοϋποτίμησης.
 - ζ.** Παρέχει χρόνο προς συζήτηση, ερωτήσεις και λύση αποριών.
 - η.** Παραμένει δίπλα στην ασθενή, ακόμη κι αν αυτή δεν θέλει να μιλήσει.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- θ. Συζητά την προσαρμογή της ασθενούς με την οικογένειά της και τους φίλους της, ενθαρρύνοντας τους να την υποστηρίζουν, ενισχύοντας την ελκυστικότητά της και την αξία της. Τους βοηθάει να αποδεχθούν, να καταλάβουν και να βοηθήσουν την ασθενή.
- ι. Ενημερώνει το χειρουργό σχετικά με τις πληροφορίες που έχουν δοθεί στην ασθενή (και από ποιόν) σχετικά με τη δυνατότητα αναστύστασης του μαστού
- ια. Τονίζει τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς- ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες
- ιβ. Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο και να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής, όπως και πρώτα
- ιγ. Διδάσκει στην ασθενή κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού. Της εξηγεί ότι οι ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου και ότι η ίδια η ασθενής είναι η μόνη που μπορεί να τον προλάβει σε πρώιμο στάδιο.

Διατροφή

Μέχρι την πλήρη ανάληψη και την παύση της ναυτίας και των εμέτων, χορηγούνται οροί. Εν συνεχεία, δίνονται υγρά από το στόμα και σύντομα αρχίζει η κανονική διατροφή. Συνιστάται υπερλευκωματούχος δίαιτα για τη διευκόλυνση της επούλωσης του τράυματος, φρούτων και χόρτων για την τακτική λειτουργία του εντέρου και άφθονων υγρών για να εξασφαλίζεται επαρκώς διούρηση.

Η ψυχική ένταση και το άγχος που έζησε και εξακολουθεί να ζει η ασθενής της δημιουργούν μειωμένη διάθεση για τη λήψη τροφής. Εξάλλου, η αδυναμία της ασθενούς να χρησιμοποιεί το ένα χέρι, επειδή ακινητοποιείται πρόσκαιρα ο βραχίονας, την καθιστά αδύναμη να τρώει μόνη της. Η νοσηλεύτρια υποβοηθεί την ασθενή κατά το φαγητό, ώστε να τρώει με το ένα χέρι. Ιδιαίτερα κατά τις πρώτες μέρες, η νοσηλεύτρια

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

δεν αφήνει ποτέ το φαγητό στην ασθενή, όταν δεν μπορεί να παραμείνει η ίδια, αν προηγουμένως δεν εξασφαλίσει τον άνθρωπο που θα της το χορηγήσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΙΙ

Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Είναι γνωστό ότι ένα από τα προβλήματα στον τομέα της υγείας είναι η δυσκολία εύρεσης νοσοκομειακής κλίνης. Στα αντικαρκινικά νοσοκομεία, το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα οξύ. Είναι επίσης γνωστό ότι ο καρκίνος είναι μακροχρόνια αρρώστια που καταπονεί τον ασθενή και το περιβάλλον του, γιατί ο καρκινοπαθής έχει ανάγκη από συχνή ιατρική παρακολούθηση. Η εισαγωγή ή η παραμονή του σε αντικαρκινικό νοσοκομείο δεν είναι πάντοτε απαραίτητη.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στο σπίτι, μέσα στο φυσικό χώρο ζωής του ατόμου.

Γιατί πρέπει να εφαρμοσθεί ο θεσμός και ποια οφέλη απορρέουν από την εφαρμογή του: Οι λόγοι που επιβάλλουν την εφαρμογή της νοσηλείας στο σπίτι είναι:

- A. Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών που παρατηρείται, ιδιαίτερα στη χώρα μας, και οι δυσκολίες που δημιουργούνται, όταν αυτά καταλαμβάνονται από χρόνιους ασθενείς, όπως οι καρκινοπαθείς.
- B. Ο περιορισμός των ημερών νοσηλείας περιορίζει σημαντικά το κόστος νοσηλείας κατά ασθενή.
- Γ. Η ψυχική κατάσταση του ασθενούς που διαφέρει, όταν αυτός νοσηλεύεται στο σπίτι του, από τη νοσηλεία του στον άγνωστο και ψυχρό χώρο του νοσοκομείου.
- Δ. Ο περιορισμός ημερών αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητες τους.

Άρα το όφελος είναι οικονομικό, κοινωνικό και ψυχικό.

ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Οι βασικοί σκοποί που επιδιώκει η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι είναι :

- α.** Να μη χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες (χορήγηση συμπτωματικής αγωγής, περιοδική παρακολούθηση).
- β.** Η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι, που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων από τις νοσηλεύτριες που, εκτός από την παρακολούθηση του ασθενούς, διδάσκουν κατευθύνουν και παρακολουθούν τους οικείους σε βασικές φροντίδες.
- γ.** Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στην ασθενή με τη βεβαιότητα ότι δεν είναι εγκαταλειμμένη βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθησή της.
- δ.** Η βοήθεια από το γιατρό του νοσοκομείου, του ασφαλιστικού φορέα ή του προσωπικού του γιατρού.
- ε.** Να παρέχονται στο σπίτι δωρεάν φάρμακα, να γίνονται αιμοληψίες για πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων και να χορηγούνται οροί.
- στ.** Η παραμονή της ασθενούς στο γνώριμο και αρεστό οικογενειακό περιβάλλον.

Οι βασικοί σκοποί της νοσηλεύτριας είναι:

- α.** Ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς
- β.** Παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων
- γ.** Διασύνδεση της οικογένειας με άλλες υπηρεσίες υγείας
- δ.** Παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης.

Η αναγνώριση και υλοποίηση των νοσηλευτικών φροντίδων της καρκινοπαθούς αποτελεί βασική προϋπόθεση επιτυχίας της νοσηλείας στο σπίτι.

ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΤΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- α. Πρωταρχική υποχρέωση της νοσηλεύτριας που θα αναλάβει τη νοσηλεία, είναι να συγκεντρώνει πληροφορίες και στοιχεία για το άτομο που πρόκειται να νοσηλεύσει, για να μπορέσει να κάνει τη νοσηλευτική της διάγνωση, να γνωρίσει τα προβλήματα υγείας και τις συνθήκες ζωής, να ερευνήσει τα μέσα που μπορεί να έχει και θα χρειαστεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και για την κάλυψη που μπορεί να της παρέχει ο ασφαλιστικός φορέας του ατόμου
- β. Να γνωρίσει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς που μπορεί και πρέπει να παίξει πρωταρχικό ρόλο στην όλη διάρκεια προσφορά βοήθειας μετά από τη διδασκαλία της υπεύθυνης για την φροντίδα (ενεργός συμμετοχή της οικογένειας).
- γ. Να καταγράψει τη νοσηλευτική της διάγνωση. Η διάγνωση πρέπει να είναι επιστημονική, βασισμένη σε γνώσεις ανατομίας, βιολογίας, ιατρικής, νοσηλευτικής και να αξιολογηθούν διάφοροι παράγοντες, συνθήκες και κοινωνικά πλαίσια που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της νοσηλείας.
- δ. Να βρει τις ανάγκες του ατόμου και να καταγράφει τις νοσηλευτικές της ενέργειες, το χρόνο και τον τρόπο που θα παρέχονται αυτές (δηλαδή να κάνει τον προγραμματισμό της).
- ε. Να εφαρμόζει ακριβώς το πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την πορεία της κατάστασης, ώστε σε περίπτωση που εμφανισθεί κάποιο νέο πρόβλημα να μπορεί να βελτιώσει ή να αλλάξει τις ενέργειες της, σε συνεργασία πάντα με βοήθεια των

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

άλλων μελών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής ομάδας, π.χ. του χειρουργού ή της κοινωνικής λειτουργού.

Στ. Να αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών της, για να μπορεί να τις ανακατατάξει, όταν χρειάζεται.

Ζ. Να αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου και σε όλο το διάστημα να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής.

Είναι αντιληπτό ότι ο τρόπος εφαρμογής της μονάδας νοσηλείας στο σπίτι βασίζεται ιδιαίτερα στην ικανότητα και στη συνείδηση της νοσηλεύτριας, ο ρόλος της οποίας δεν είναι εύκολος. Η νοσηλεύτρια χρειάζεται να διαθέτει:

1. Ικανότητα, ώστε να τοποθετεί τον εαυτό της στη θέση του άλλου.
2. Ευαισθησία στις ανάγκες της οικογένειας ή του ατόμου.
3. Ικανότητα ανάπτυξης καλής επικοινωνίας.

Υπάρχουν ασθενείς που μένουν σε άθλιες κατοικίες με ακόμα πιο άθλιες συνθήκες ζωής (μόνες, άπορες, εγκαταλειμμένες), που περιμένουν σαν άγγελο προστάτη τους τη νοσηλεύτρια. Η είσοδος της νοσηλεύτριας στο σπίτι της ασθενούς φέρνει τέτοια ανακούφιση σε αυτήν, που αναρωτιέται κανείς πως η ήρεμη και ήσυχη αυτή γυναίκα (με την παρουσία της αδελφής) ξεφωνίζει από τους πόνους όλη μέρα.

Ο ψυχολογικός παράγοντας επομένως είναι σημαντικός για την ασθενή και σε αυτό βοηθάει η νοσηλεύτρια της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι. Έχει παρατηρηθεί ότι λίγοι καρκινοπαθείς έχουν κατάλληλη περιποίηση από τους οικείους τους.

Μπαίνουμε έτσι στο κοινωνικό έργο που πρέπει να παραγάγει η νοσηλεύτρια, ώστε να βοηθήσει την ασθενή. Με τρόπο που να μη θίγει το περιβάλλον, κάνει προσπάθειες να τους πείσει, ότι έστω από ανθρώπινη υποχρέωση πρέπει να δείξουν αγάπη και να τη φροντίσουν. Έτσι, η νοσηλεύτρια της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι ασκεί και το κοινωνικό της έργο.

Επίσης, οι νοσηλεύτριες μπορούν να βοηθήσουν (λόγω της στενής τους επαφής με την ασθενή) σε έρευνες για πιθανή συμμετοχή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη γένεση του καρκίνου.

Πιο συγκεκριμένα, η προσφορά της νοσηλεύτριας της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι σε ασθενή με μαστεκτομή έγκειται στα εξής:

- α.** Ψυχική υποστήριξη της μαστεκτομηθείσας και της οικογένειάς της και ενδυνάμωση των υπάρχόντων δεσμών.
- β.** Βοήθεια της ασθενούς, ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές εργασίες της και στις απαιτήσεις της οικογένειάς της.
- γ.** Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας όσον αφορά στην παροχή βοήθειας προς την ασθενή. Η παροχή βοήθειας, όπου αυτή κρίνεται απαραίτητη, όχι μόνο ανακουφίζει την ασθενή, αλλά είναι και ένδειξη προς αυτήν ότι δεν έχει μείνει μόνη και ότι η οικογένειά της συνεχίζει να την αγαπά το ίδιο, να την φροντίζει και να την επιθυμεί παρούσα και συμμετέχουσα στις κοινές δραστηριότητες. Διδάσκει επίσης την ίδια την ασθενή πως να αυτοεξυπηρετείται, πως να αναλαμβάνει ευθύνη για εργασία η οποία της ανατίθεται κ.α., ώστε να είναι περισσότερο αποδεκτή από τους άλλους.
- δ.** Παρότρυνση της ασθενούς στη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις προς αποφυγή αποξένωσης και απομόνωσης.
- ε.** Έλεγχος του διαιτολογίου της ασθενούς. Η τήρηση σωστού διαιτολογίου θα βοηθήσει στην ταχύτερη οργανική αποκατάσταση της ασθενούς και στη διατήρηση της στα φυσιολογικά επίπεδα βάρους.
- στ.** Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής στο νοσοκομείο μετά τη μαστεκτομή, για την άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς. Η σημασία της διενέργειας των ασκήσεων τονίζεται ιδιαίτερα από τη νοσηλεύτρια. Επισημαίνοντας δυσκολίες της ασθενούς στη διενέργεια των

ασκήσεων, υποβοηθείται στη σωστή εκτέλεσή τους, ενθαρρύνεται και συζητούνται οι απορίες της.

ζ. Καθοδηγείται η ασθενής στη μηνιαία αυτοεξέταση του άλλου μαστού ως μέσον για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

η. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, η νοσηλεύτρια φροντίζει και περιποιείται το τραύμα της ασθενούς και το ελέγχει για σημεία φλεγμονής. Διδάσκει επίσης την ασθενή πως να περιποιείται μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό τρόπο. Η πλύση του τραύματος μπορεί να γίνεται με μαλακό τρίφτη ή με ένα κομμάτι ύφασμα. Το στεγνώνει απαλά, χωρίς να το τρίβει, ώστε να μην ερεθίζεται, και χρησιμοποιεί μια συνηθισμένη κρέμα. Η ασθενής πολλές φορές ταλαιπωρείται από κνησμό, που έχει τοπικά στο τραύμα. Η χρησιμοποίηση ταλκ την ανακουφίζει αρκετά.

θ. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στις τακτές περιοδικές εξετάσεις (το ονομαζόμενο check - up), με τις οποίες δύναται να προληφθούν διάφορες επιπλοκές και που γενικότερα δίνουν σαφή εικόνα της πορείας της κατάστασης της ασθενούς

ι. Επίσης φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στη χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία που έχει καθορισθεί από το γιατρό μετά τη μαστεκτομή και παράλληλα διδάσκει την ασθενή για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας στο σπίτι.

Μεγάλο μέρος του χρόνου της νοσηλεύτριας πρέπει να αφιερώνεται στην εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειάς της σχετικά με τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Για την ανάπτυξη του εκπαιδευτικού της προγράμματος, πρέπει πρώτα να μάθει τι ήδη γνωρίζουν οι προαναφερόμενοι, αλλά και να εκτιμήσει την επίδραση της ασθένειας σε αυτούς και στον τρόπο ζωής τους. Η διδασκαλία περιλαμβάνει το σκοπό χορήγησης των κυτταροστατικών, τη δράση

τους στα φυσιολογικά και καρκινικά κύτταρα, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και τα μέτρα άρσης τους.

Η διδασκαλία πρέπει να ξεκινήσει πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας και να συνεχίζεται - επεκτείνεται με κάθε επίσκεψη της νοσηλεύτριας στο σπίτι. Η νοσηλεύτρια πρέπει να προσπαθήσει να καλλιεργήσει και να κερδίσει την εμπιστοσύνη της οικογένειας της ασθενούς. Για να το κατορθώσει αυτό, οφείλει να απαντάει σε όλες τις ερωτήσεις και απορίες τους με ειλικρίνεια. Η ασθενής αποτελεί σημαντικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας, από τη στιγμή που η επιτυχία της χορήγησης της χημειοθεραπείας εξαρτάται από αυτήν και την οικογένεια της και τη συνεργασία τους με τα υπόλοιπα θεραπευτικά μέλη και η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη αυτής της συνεργασίας.

ια. Πολλές πράξεις μπορούν να αντικατασταθούν από μια καλή συζήτηση. Στη φάση αυτή, η ασθενής νιώθει μεγάλη ανάγκη να εκφράσει τους φόβους της, τις αδυναμίες της, τα συναισθήματα της σ' ένα έμπιστο πρόσωπο που να γνωρίζει την ασθένειά της . και αυτό το πρόσωπο δεν είναι άλλο από τη νοσηλεύτρια που θα συζητήσει με την ασθενή, θα την ακούσει προσεκτικά και κατόπιν θα την συμβουλέψει και θα την καθοδηγήσει με το καλύτερο δυνατό τρόπο, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα προβλήματά της και να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της.

Η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι πρέπει να ξεπεράσει το πειραματικό στάδιο και να γίνει πιο αποδοτική με βάση την ευρωπαϊκή εμπειρία.

Πρέπει να υπάρχουν:

- α.** Συνεργασία όλων των ιδρυμάτων για τη γεωγραφική της εξάπλωση.
- β.** Ενημέρωση των νοσοκομειακών και άλλων φορέων για την ύπαρξη και λειτουργία της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- γ. Σύνταξη συγκεκριμένου οργανισμού λειτουργίας της υπηρεσίας για τις αρμοδιότητες της νοσηλεύτριας.
- δ. Γιατροί για κατ' οίκον επισκέψεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΥ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Σωματική φροντίδα και εξασφάλιση άνεσης

Η σωματική φροντίδα και η εξασφάλιση άνεσης και ασφάλειας για την ασθενή που πεθαίνει αποτελούν σημαντικούς τομείς δράσης και παρέμβασης της νοσηλεύτριας.

Αποτελεσματική σωματική φροντίδα της ασθενούς στα τελευταία στάδια της ζωής της μπορεί να συμβάλλει σημαντικά σε έναν ήσυχο θάνατο. Ανεξάρτητα από το αν η ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, οι ανάγκες για φροντίδα και συμπαράσταση είναι ίδιες.

Αντιμετώπιση του πόνου

Η αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο είναι ένα από τα κύρια νοσηλευτικά καθήκοντα. Οι εξελίξεις που σημειώνονται στη φαρμακολογία καθώς και στους τρόπους χορήγησης των φαρμάκων σε ασθενείς με οξύτατη εξασθένιση έχουν βελτιώσει τη δυνατότητα αντιμετώπισης του πόνου. Είναι επίσης εποικοδομητικό να βοηθήσει η νοσηλεύτρια την ασθενή να διατηρήσει ημερολόγιο, στο οποίο θα σημειώνονται τα χορηγούμενα αναλγητικά φάρμακα, τα αποτελέσματα καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών. Μια επανεξέταση του ημερολογίου αυτού βοηθάει την ασθενή και την οικογένειά της να παρατηρήσουν τα χρονικά εκείνα πλαίσια, κατά τα οποία η ασθενής πονάει και τη χρονική περίοδο που χρειάζονται τα φάρμακα για να δράσουν και να την ανακουφίσουν από τον πόνο.

Είναι ζωτικής σημασίας για τη νοσηλεύτρια η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων. Η ευσυνείδητη βαθμύμετρηση και

Οι τεχνικές χαλάρωσης αποτελούν επίσης βοηθητικά μέσα για την ασθενή που πονάει. Ασκήσεις βοήθειας αναπνοής, χαλάρωσης των μυών καθώς και η αποκόλληση της ασθενούς από τη σκέψη του πόνου τη βοηθούν να γίνει περισσότερο ανεκτική σ' αυτόν.

Δυσκοιλιότητα

Οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής, υποφέρουν πολύ από δυσκοιλιότητα. Η επισυμβαίνουσα διόγκωση, η πίεση του διογκωμένου εντέρου στο διάφραγμα και ο συνοδευόμενος μετεωρισμός επιτείνουν τον πόνο και την έλλειψη άνεσης της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει, σύμφωνα με κάποιο σχέδιο, οδηγίες στα μέλη της οικογένειας, για μέτρα που είναι περισσότερο αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Χυμός δαμάσκηνων ή φρούτων καθώς και φρουτόκρεμες εμπορίου (αυτές που χορηγούνται στα παιδιά) μπορούν να χορηγούνται στο νοσοκομείο και στο σπίτι για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας. Η οικογένεια πρέπει επίσης να διδαχθεί όλες τις απαραίτητες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων του υποκλυσμού και της απομάκρυνσης των ενσφηνωμένων στο έντερο κοπρανωδών μαζών. Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να αναλάβει αυτή τη φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς, αν η οικογένεια της δεν είναι ικανή να την παρέχει.

Ναυτία και έμετος

Η ναυτία και ο έμετος είναι πολύ συχνά και βασανιστικά συμπτώματα της ασθενούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της. Μπορούν να αντιμετωπισθούν με προσεκτική επιλογή της χορηγούμενης τροφής, η οποία να δίνεται σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και με φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία να δίνονται με τη μορφή υποθέτων.

Διατροφή

Οι ασθενείς στα τελικά στάδια της ζωής τους χαρακτηρίζονται από ανορεξία. Συχνά, δεν ενδιαφέρονται καθόλου για το φαγητό και μερικές φορές ακόμη και η μυρωδιά του φαγητού τους προκαλεί ναυτία. Σε αυτό το στάδιο, οι ασθενείς μπορούν να τρώνε οτιδήποτε τους ευχαριστεί και δεν τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα.

Πρέπει επίσης να επιδιώκουμε και να επιτυγχάνουμε την κατάλληλη ενυδάτωση αυτών των ασθενών με σκοπό την αποφυγή χορήγησης υγρών που αρέσουν στην ασθενή (π.χ. πορτοκαλάδας) στην κατάλληλη θερμοκρασία, βοηθούν να αποφευχθεί η αφυδάτωση.

Πρόληψη κατακλίσεων

Στην ασθενή που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής της, εμφανίζονται όλα τα προδρομικά σημεία των κατακλίσεων, αν όχι κατακλίσεις. Τέτοιες ασθενείς είναι συνήθως κατάκοιτες, τρέφονται ανεπαρκώς, συχνά είναι αφυδατωμένες και αποφεύγουν τη συχνή εναλλαγή θέσεων, επειδή προτιμούν να παραμένουν συνεχώς σε μια συγκεκριμένη θέση, αν αυτή τις ανακουφίζει και δεν τους προκαλεί άλλα δυσάρεστα ενοχλήματα. Για τους παραπάνω λόγους, η ανάπτυξη κατακλίσεων είναι συχνό φαινόμενο. Είναι βασικής σημασίας η προσπάθεια να αποφευχθεί αυτό το στάδιο. Για την ασθενή που βρίσκεται στο σπίτι, είναι πολύ σημαντικό τα πρόσωπα που τη φροντίζουν να έχουν διδαχθεί πώς να την πλένουν και να της αλλάζουν θέση, καθώς και πώς να αξιολογούν ενδείξεις αρχόμενης κατάκλισης. Αν χρειασθεί θεραπευτική αντιμετώπιση, η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει στην οικογένεια να καταλάβει τους λόγους της αρχόμενης θεραπείας και να τους διδάξει τον τρόπο.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Γνώση του επικείμενου θανάτου

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Η νοσηλεύτρια που φροντίζει μια ασθενή κατά τη διάρκεια της νόσου της, έχει αναπτύξει μια σχέση με αυτή, βασισμένη στην εμπιστοσύνη και στον αλληλοσεβασμό. Η νοσηλεύτρια που γνωρίζει την ασθενή μπορεί να δημιουργήσει το κλίμα εκείνο που θα ενισχύσει την ανοιχτή έκφραση των συναισθημάτων της, όσον αφορά στον επικείμενο θάνατο. Ακόμη και οι ασθενείς που αρνούνται την πληροφόρηση από το γιατρό ή την οικογένεια και την αποδοχή της κατάστασης, αισθάνονται και γνωρίζουν συνήθως τον επερχόμενο θάνατο.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να γεφυρώσει τα διαφορούμενα ασαφή συναισθήματα μεταξύ της ασθενούς και του γιατρού ή της οικογένειάς της. Μπορεί να τεκμηριώσει το γιατί πιστεύει ότι η ασθενής γνωρίζει ότι θα περθάνει και να μοιρασθεί αυτές τις πληροφορίες με το γιατρό, και με τον κατάλληλο τρόπο, με την οικογένεια της ασθενούς. Από τη στιγμή που η πραγματικότητα βιωθεί από την ασθενή και την οικογένειά της και επιβεβαιωθεί από το γιατρό, γίνεται ευκολότερο να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα που έχουν σχέση με τον επερχόμενο θάνατο της ασθενούς.

Συναισθηματικές αντιδράσεις

Συχνά, η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της εκδηλώνει κάποια μορφή θυμού. Μερικές φορές, ακόμη και οργής. Η συμπεριφορά που πηγάζει από αυτό το «δικαιολογημένο θυμό» ίσως εξαντλήσει σωματικά και ψυχικά την ασθενή και είναι δυνατόν να απομακρύνει και να αποξενώσει τους ανθρώπους, τους οποίους στη φάση αυτή της ζωής της χρειάζεται πιο πολύ, την οικογένεια της και το προσωπικό που τη φροντίζει και τη νοσηλεύει. Η ασθενής μπορεί να είναι επιθετική και προσβλητική, δείχνοντας γενικά συμπεριφορά που ούτε η ίδια μπορεί να αποδεχθεί και να συζητήσει.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να αναγνωρίσει αυτά τα αισθήματά της, όπως θυμό, και να τη βοηθήσει να περάσει ομαλά και ήρεμα από αυτή τη φάση αντίδρασης. Αν τα μέλη της οικογένειάς της

ασθενούς έχουν εκτεθεί σε αυτό τα ξεσπάσματα θυμού, προσβλητικότητας και επιθετικότητας, τα οποία είναι σε θέση να κατανοήσουν, η νοσηλεύτρια τα βοηθάει με το να τους εξηγήσει ότι η ασθενής είναι πιθανότερο, λόγω της κατάστασης που βρίσκεται, να περνάει μια ψυχική ταραχή και σύγκρουση η οποία εκδηλώνεται με θυμό παρά με κατάθλιψη. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να καταλάβουν ότι ο θυμός είναι μηχανισμός άμυνας για την ασθενή και ότι η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή να εκδηλώσει κατά το δυνατόν αυτό το θυμό της, ώστε να μπορέσει να τον αποβάλει στο τέλος. Αυτή η εκδήλωση συχνά κάνει την ασθενή να αισθάνεται καλύτερα και πιο ήρεμη.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να δημιουργήσει κλίμα ηρεμίας και εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και οικογένειας, να γίνει συνδετικός κρίκος κατανόησης μεταξύ τους στη δύσκολη αυτή περίοδο. Μερικές ασθενείς δεν εκδηλώνουν θυμό, αλλά δείχνουν σημεία κατάθλιψης. Συχνά, είναι το πρόσωπο που φαίνεται να αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο δίχως αντίσταση. Ο θυμός ή η κατάθλιψη ή και τα δύο είναι ως ένα σημείο αναμενόμενα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αντιμετωπίσει κατάλληλα, ώστε να μη γίνουν αιτία να διαταραχθεί η ποιότητα της ζωής της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καλή ακροάτρια για την ασθενή. Η αποτελεσματική ακρόαση περιλαμβάνει όχι μόνο αυτά που λέγονται, αλλά και την κατανόηση του τρόπου που αυτά διατυπώνονται.

Άλλη σημαντική επιδίωξη της νοσηλεύτριας δεν είναι μόνο να μιλάει στην ασθενή ή να συζητάει με αυτή, αλλά να επιτυγχάνει την εκδήλωση των προβλημάτων, των φοβιών και των ανησυχιών της ασθενούς σε οποιαδήποτε στιγμή. Η ασθενής μπορεί να έχει τη δυνατότητα να κρύβει τα συναισθήματα της, να έχει δυνατότητα να κλάψει ή να εκφράσει σκέψεις και συναισθήματα που μέχρι τη συγκεκριμένη στιγμή έκρυβε μέσα της. Η ευθύνη της νοσηλεύτριας τότε

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

είναι να δράσει με γνώμονα το συμφέρον της ασθενούς. Το σχέδιο δράσης μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών στην οικογένεια ή στο γιατρό. Ίσως να υπάρχει κάτι να κάνει η νοσηλεύτρια για την ασθενή, που μέχρι στιγμής δεν το είχε ζητήσει από κανέναν άλλο. Μπορεί να της ζητήσει να δει τον παπά της ενορίας ή να μεταφερθεί στο σπίτι, αν προτιμάει να πεθάνει εκεί, παρά στο νοσοκομείο.

Βλέπουμε δηλαδή τη νοσηλεύτρια να εκτελεί ένα ρόλο διαφορετικό από τους άλλους, αλλά εξίσου σημαντικό και ζωτικό, μια και αποτελεί τη γέφυρα επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και περιβάλλοντος.

Φροντίδα της οικογένειας και υποστήριξη

Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς με καρκίνο αντανακλά σε όλη την όλη την οικογένεια. Η νοσηλεύτρια μπορεί να υποστηρίξει και να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας, με τον ίδιο τρόπο που βοηθάει τον ασθενή.

Για παράδειγμα, τα μέλη της οικογένειας μπορεί να διακατέχονται από άγχος, αγωνία, ευερεθιστότητα. Όσο η ασθενής πλησιάζει προς το τέλος της ζωής της, η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικογένειας δυσχεραίνεται. Σκοπός της νοσηλεύτριας στο σημείο μεταξύ ασθενούς και οικογένειας δυσχεραίνεται. Σκοπός της νοσηλεύτριας στο σημείο αυτό είναι η αποκατάσταση της επικοινωνίας και η ψυχική ενίσχυση των δύο πλευρών.

Η νοσηλεύτρια που ενδιαφέρεται για την ασθενή μπορεί να προβεί σε εκτιμήσεις και ανάλογες παρεμβάσεις και να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητά τους σύμφωνα με τις ανάγκες της συγκεκριμένης οικογένειας. Ίσως, κριθεί απαραίτητη και η συμμετοχή ιερωμένου ή κοινωνικής λειτουργού, για την υποστήριξη της οικογένειας και για τη βοήθεια στην καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών της.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η οικογένεια της ασθενούς έχει μεγαλύτερη ανάγκη για φροντίδα και υποστήριξη, ιδιαίτερα μετά το θάνατο της τελευταίας. Ορισμένες οικογένειες δυσκολεύονται πάρα πολύ να αντιμετωπίσουν και να αποδεχθούν ότι ένα αγαπημένο τους πρόσωπο έφυγε για πάντα. Ο θάνατος, το άγχος και ο επερχόμενος θρήνος έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των μελών της οικογένειας.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την οικογένεια μετά το θάνατο της ασθενούς με το να προσφέρει τη συμπαράσταση της και να δημιουργήσει ήσυχη και άνετη ατμόσφαιρα, όπου θα μπορέσει να μιλήσει με τα μέλη της οικογένειας, να τα ενθαρρύνει και να τα υποστηρίξει ψυχικά. Η σκέψη και η ομιλία για το θάνατο δεν είναι μακάβρια. Αντίθετα, η άγνοια και ο φόβος γι' αυτόν υποδηλώνουν αδυναμία χαρακτήρα και έλλειψη προσωπικότητας. Η γνώση και η αποδοχή του θανάτου ελευθερώνουν τη ζωή και το άτομο από το φόβο και το άγχος για τον ερχομό του. Η περιποίηση της ασθενούς που πεθαίνει, από τα άτομα της οικογένειάς της, διευκολύνει την αποδοχή της πραγματικότητας. Συνήθως, τα μέλη της οικογένειας φοβούνται αυτή την εμπειρία. Η νοσηλεύτρια παρηγορεί, ενθαρρύνει και καθοδηγεί με τον τρόπο της τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει στα μέλη της οικογένειας την ευκαιρία να εκφράσουν τα άμεσα συναισθήματα τους, να κλάψουν, να συγκεντρωθούν μαζί ή να αποσυρθούν. Τη συγκεκριμένη περίοδο, χρειάζονται ησυχία και χρόνο. Μπορεί για το λόγο αυτό να έχει φροντίσει να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ αυτής και των μελών. Έτσι, μετά το θάνατο της ασθενούς, η οικογένεια διατηρεί την επαφή της με το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτός ο δεσμός είναι επιθυμητός και πρέπει να επιδιώκεται από το ίδιο το προσωπικό που βοήθησε τα μέλη της οικογένειας στην προσαρμογή τους και

μοιράσθηκε έντοντες εμπειρίες κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Είναι σημαντικό η πρώτη συνάντηση να γίνεται στο σπίτι της οικογένειας λίγο μετά το θάνατο της ασθενούς.

Στόχος της νοσηλεύτριας που θα βρίσκεται σε επαφή με την οικογένεια είναι να τη βοηθήσει να ακολουθήσει φυσιολογική πορεία στο πένθος της, ώστε να μπορέσει να ξαναβρεί την ισορροπία της. Πρέπει επίσης να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τη συμπεριφορά που κυριαρχεί, όταν η διαδικασία του πένθους δεν εξελίσσεται ομαλά. Μερικά από τα βασικότερα συμπτώματα παθολογικού πένθους είναι:

- α.** Αδικαιολόγητα παρατεινόμενο πένθος που εμποδίζει το άτομο στη λειτουργία της καθημερινής του ζωής.
- β.** Υπερβολική ευφορία, δραστηριότητα και απασχόληση μπροστά στο θάνατο, που εμποδίζει τη διαδικασία του πένθους.
- γ.** Τάσεις αυτοκαταστροφής ή αυτοτιμωρίας.
- δ.** Υπερβολικές αντιδράσεις στο πρόβλημα κάποιου τρίτου.
- ε.** Ταύτιση και υιοθέτηση χαρακτηριστικών της νεκρής ή εκδήλωση των ίδιων οργανικών συμπτωμάτων που παρουσίαζε η ασθενής στην περίοδο της νόσου.
- στ.** Υπερβολική κατάθλιψη που εμφανίζεται καθυστερημένα, μήνες μετά το θάνατο.

Τα μέλη της οικογένειας που εκδηλώνουν τα συμπτώματα αυτά πρέπει να παραπέμπονται έγκαιρα σε ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΚΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος όπως γνωρίζουμε όλοι μας, είναι περισσότερο γνωστός σαν «επάρατος», «καταραμένο», «έξω από δω» κ.λ.π. παρά σαν μια «χρόνια νόσος» όπως τη θέλει η ιατρική επιστήμη.

Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός ότι είναι αρρώστια ταυτισμένη με το θάνατο,

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

αλλά κυρίως γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο.

Αντιπροσωπεύοντας στην κοινή γνώμη, το αναπόφευκτο του θανάτου, μοιπαίο είναι να συνδέεται με έννοιες απελπισίας, μοναξιάς και εγκατάλιψης. Το Άγνωστο αίτιο του καρκίνου παράλληλα με το γνωστό του αποτέλεσμα, έχουν διαμορφώσει μέσα στο πέρασμα των αιώνων το «Κοινωνικό στίγμα» της νόσου, διαμορφώνοντας μια ολόκληρη Μυθολογία ή Δυσειδαιμονία γύρω από αυτόν. Ο προβληματισμός για την ενημέρωση του αρρώστου, η αυξημένη φροντίδα και προστασία, η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς μας προς τον «καρκινοπαθή» και κάθε άλλη μορφή «Υπερπροστασίας» αποτελούν ίσως τη χαρακτηριστικότερη μορφή έκφρασης του κοινωνικού στίγματος.

Έστω όμως κι αν διαφέρουν μεταξύ τους οι τρόποι που εκφράζεται το στίγμα αυτό, κοινή συνισταμένη όλων, είναι ο οίκτος που δέχονται σα μήνυμα τα άτομα που προσβάλλονται από την πάθηση αυτή. Κατά συνέπεια τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνδέονται με τον καρκίνο, ξεκινούν από την «κοινωνική ταυτότητα» της νόσου. Ο τρόπος δε που θα βιώσει ο κάθε άρρωστος το προσωπικό του πρόβλημα, εξαρτάται άμεσα τόσο από τη δική του κοινωνική αντίληψη περί καρκίνου όσο και του στενού του περιβάλλοντος. Ας σκεφθούμε π.χ. τι σημαίνει και πως βλέπουν μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού και μαστεκτομή όταν επιστρέψει στη δουλειά της ή στη μικρή επαρχιακή της κοινότητα. Το γεγονός βέβαια, ότι ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που συχνά οδηγεί στο θάνατο και έχει ακόμα σκοτεινό χαρακτήρα για την ίδια την επιστήμη, όχι μόνο συντελεί στο να συντηρείται το Κοινωνικό στίγμα, αλλά πολλαπλασιάζει και τα προβλήματα, που απορρέουν από αυτό, μέσα στο σύγχρονο τρόπο ζωής. Με δεδομένα λοιπόν τα ταμπού του καρκίνου, δεν μπορεί να δει κανείς την Αποκατάσταση, παρά μόνο μέσα από δύο παραμέτρους.

A. Τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτή καθ'εαυτή την αρρώστια και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση.

B. Τα προβλήματα που δημιουργούνται από τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι καρκινοπαθείς μέσα στο Κοινωνικό Σύνολο.

Εάν θέλουμε δε να πετύχουμε τον στόχο της, βασική προϋπόθεση, αποτελεί η ταυτόχρονη αντιμετώπιση και των δύο παραμέτρων-λόγω της ισχυράς αλληλεπίδρασης που ασκούν-και όχι η επιμέρους ή με προτεραιότητες αντιμετώπιση αυτών. Το κοινωνικό στίγμα η σοβαρότητα της νόσου αυτής, παράλληλα με τις αρνητικές επιπτώσεις της ίδιας της θεραπευτικής της αντιμετώπισης, αφαιρούν από την Αποκατάσταση τη στενή έννοια του όρου και απαιτούν μια πολύ σύνθετη διαδικασία η οποία δεν εξαντλείται από τη σχέση γιατρού-ασθενούς, αλλά επιβάλλει γνώσεις και άλλων επιστημόνων, αφού αποτελεί και θέμα «Κοινωνικής Μάθησης».

Από την άποψη αυτή αντιλαμβάνεται κανείς την ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει, για την Γυναίκα ο Καρκίνος του Μαστού ενός οργάνου όχι μόνο λειτουργικού αλλά κι ιδιαίτερα συμβολικού. Οι κοινωνίες όλων των εποχών έμαθαν την Γυναίκα να δίνει ιδιαίτερη σημασία στο μαστό της άλλοτε σαν μέσο έκφρασης της Μητρότητας και άλλοτε σαν πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας.

Τα προβαλλόμενα κατά καιρούς πρότυπα απαιτούσαν και έκαναν ίσως ευτυχισμένες τις γυναίκες άλλοτε με μεγάλο στήθος κι άλλοτε με μικρό, Ποτέ όμως δεν προσβληθεί κανένα μοντέλο που να αγνοεί το στήθος και πολύ περισσότερο να απαιτεί ένα μαστό.

Ακόμη και στην περίπτωση των Αμαζώνων, ο ακρωτηριασμός του μαστού, ήταν σύμβολο θυσίας και απάρνησης θηλυκότητας τους και υιοθέτηση ενός ανδρικού μοντέλου συμπεριφοράς.

Αντιπροσωπεύοντας λοιπόν οι μαστοί για την Γυναίκα αισθήματα και συμβολισμούς, συνειδητούς κι υποσυνειδητούς, φυσικό είναι να την

εμποδίζουν συναισθηματικά να δεχτεί ακόμη κι αυτή την «θεραπευτική προσβολή». Το να παρέμβεις λοιπόν και το να σώσεις μια γυναίκα με το νυστέρι χωρίς να έχεις προνοήσει την ψυχοκοινωνική της υποστήριξη, κάνεις σίγουρα μισή δουλειά, αφού παράλληλα με το σωματικό, δημιουργείς κι ένα συγκινησιακό τραύμα το οποίο εγκαταλείπεις στην τύχη του. Τα συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν τον Καρκίνο του Μαστού, είναι αδιάσπαστο κομμάτι της αρρώστιας και πρέπει να αντιμετωπίζονται το ίδιο σοβαρά με αυτήν. Η υποτίμηση των προβλημάτων αυτών έστω κι αν προέρχεται από καλοπροαίρετες θέσεις, καταδικάζει τη γυναίκα πέραν της αλλοίωσης της εικόνας του σώματος και σε μια ψυχοκοινωνική αλλοίωση που αφορά πλέον την ποιότητα της ζωής της. Το ψυχολογικό της τραύμα δεν επουλώνεται αλλά δημιουργεί επιπλοκές που παρεμποδίζουν την ανάκτηση του αυτοσεβασμού της και την Αποκατάσταση της.

Αν παρακολουθούσαμε το οδοιπορικό μιας Γυναίκας από την πρώτη στιγμή που ψηλαφίζει μόνη της κάποιο ογκίδιο στο μαστό της, θα βλέπαμε ότι αυτομάτως κατακλύζεται από μια συναισθηματική ένταση και αγωνία στην υποψία και μόνο ότι προσεβλήθη από καρκίνο του μαστού. Με την εμφάνιση του όγκου, νιώθει αμέσως να έρχεται αντιμέτωπη με μια διπλή απειλή. Μια απειλή για την ίδια τη ζωή της και μια για τη σωματική της ακεραιότητα που αυτόματα σημαίνει και απειλή για τη Γυναικεία της υπόσταση. Κάτω από αυτή την απειλή και τη συναισθηματική ένταση που την ακολουθεί θα καταφύγει στο γιατρό ο οποίος και με τη σύσταση και μόνο ότι πρέπει να μπει στο Νοσοκομείο για να χειρουργηθεί τη ρίχνει άθελα του σ' ένα συναισθηματικό χάος όπου έννοιες όπως Μαστεκτομή-πόννοι-μεταστάσεις-θάνατος αρχίζουν ήδη να λειτουργούν καταλυτικά γι' αυτήν. Σ' αυτήν τη συναισθηματική κατάσταση που μπορεί να κυμαίνεται από την αφανή αγωνία μέχρι τον πανικό θα προχωρήσει στο χειρουργείο για να βρεθεί μετά από λίγες

ώρες από την υποψία στην πραγματικότητα. Μια πραγματικότητα που τη φέρνει πια αντιμέτωπη με μια αρρώστια που είναι συνυφασμένη με το φόβο και την αβεβαιότητα. Συγχρόνως δε θα πρέπει να δεχτεί μια επέμβαση που στην καλύτερη περίπτωση θα αλλοιώσει την αρχιτεκτονική του μαστού της και στην χειρότερη θα τον ακρωτηριάσει. Παρ' όλο ότι η μαστεκτομή θεωρείται η πλέον βάνυση προσβολή δεν πρέπει να υποτιμούμε τις «ελαφρότερες» επεμβάσεις, που προκαλούν οποιανδήποτε παραμόρφωση στο συμβολικό αυτό όργανο δεδομένου ότι η εμπειρία αυτή αντιπροσωπεύει οπωσδήποτε μια σημαντική κρίση στη ζωή της Γυναίκας γενικά. Η έκβαση βέβαια εξαρτάται από την προσωπικότητα της γυναίκας την συναισθηματική επένδυση που έχει κάνει στο μαστό της καθώς και τα μηνύματα που δέχεται από το περιβάλλον της. Στο μεγαλύτερο ποσοστό σήμερα η Γυναίκα προχωρεί στο χειρουργείο απληροφόρητη και απροετοίμαστη συναισθηματικά και υποχρεώνεται έτσι να δεχτεί παθητικά ότι γίνεται στο σώμα της και αφορά τον εαυτό της. Ο γιατρός, το οικογενειακό περιβάλλον πιστεύοντας ότι βοηθούν και προστατεύουν την ασθενή την παροτρύνουν να μην ανησυχεί απαγορεύοντας με τον τρόπο αυτό την έκφραση του φόβου και της θλίψης της. Ελέγχοντας έτσι τα δικά τους συναισθήματα της αφαιρούν πρωτοβουλία ή δικαίωμα αποφάσεων καθώς και την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων κλονίζοντας τόσο την εμπιστοσύνη στον εαυτό της όσο και στους γύρω της. Και αυτό τη στιγμή που γνωρίζει ή υποψιάζεται πως πάσχει από μια αρρώστια που δεν ενισχύει καθόλου την ελπίδα. Παράλληλα δεν έχει υποστεί μια χειρουργική επέμβαση που όχι μόνο έχει μεταβάλει την εικόνα του σώματος της αλλά έχει βάλει συγχρόνως σε μεγάλη δοκιμασία την αυτοεκτίμηση την αυτοπεποίθηση της και την έχει φέρει σε σύγκρουση με το κοινωνικό επιβαλλόμενο πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας. Έτσι στα πρώτα αγωνιώδη

ερωτηματικά της για τη μελλοντική και οικογενειακή της ζωή εισπράττει σαν απάντηση τον οίκτο και τη σιωπή των γύρω της.

Στο οδοιπορικό αυτό λοιπόν αυτό η γυναίκα συνήθως δεν έχει την ευκαιρία μιας σωστής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης όχι μόνο προεγχειρητικά αλλά και μετεγχειρητικά. Αφήνεται δε να προσαρμοσθεί σε μια νέα πραγματικότητα νιώθοντας μόνη κι αβοήθητη.

Εάν όμως λάβουμε υπ' όψη ότι κάθε προσαρμογή απαιτεί κάποια προσπάθεια αντιλαμβάνεται κανείς πόσο μεγάλη προσπάθεια απαιτείται στην περίπτωση αυτή. Και τούτο γιατί ενώ η διάγνωση και η επέμβαση προκαλούν μια ριζική κι απότομη μεταβολή στη ζωή της, η ίδια η αρρώστια της μειώνει την προσαρμοστική ικανότητα και την ψυχική της αντοχή.

Γι' αυτό η υποκατάσταση απαιτεί σωστή υποστήριξη από την πρώτη στιγμή και πρέπει να συνεχίζεται όσο η ίδια νιώθει ότι έχει την ανάγκη της.

Η προεγχειρητική προετοιμασία και υποστήριξη είναι αποφασιστικής σημασίας για τη συναισθηματική της προσαρμογή στις καινούργιες συνθήκες. Προσαρμογή που απαιτεί αποδοχή της απώλειας του μαστού της νέας εικόνας του σώματος της και παραδοχή της πιθανότητας των μεταστάσεων η ισχύ κάποιου βασανιστικού θανάτου. Στο σημείο αυτό η θέση πολλών γιατρών είναι «μα εγώ τις γυναίκες που χειρουργώ βλέπω να το ξεπερνούν μια χαρά». Και δεν έχουν ίσως άδικο στη θέση τους αυτή. Που στηρίζονται όμως οι εκτιμήσεις τους αυτές; Καταρχάς ο γιατρός δημιουργεί την εικόνα αυτή μέσα στο χρονικό διάστημα της νοσηλείας στηριζόμενος κυρίως στις αντιδράσεις της αρρώστου και όχι στα συναισθήματά της. Αντιδράσεις που μπορεί λόγω των μεγάλων ατομικών διαφορών να κυμαίνονται από μια φαινομενική αδιαφορία μέχρι την εμφανή κατάθλιψη. Αυτή εξαρτάται κυρίως από τους μηχανισμούς άμυνας που κινητοποιεί τη συναλλαγή με το

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

περιβάλλον της ιατρό-οικογένεια κ.λ.π. καθώς και την ανταλλαγή των λεκτικών ή μη λεκτικών μηνυμάτων γύρω από την αρρώστια της. Τα μη λεκτικά μηνύματα εκφράζονται κυρίως με υπερπροστατευτική στάση και τη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς απέναντι στην άρρωστη. Σαν χαρακτηριστικό παράδειγμα του μη λεκτικού μηνύματος αναφέρω την περίπτωση μιας γυναίκας η οποία ενθαρρύνετο τόσο από το γιατρό της όσο κι από το οικογενειακό της περιβάλλον να πιστέψει ότι δεν έχει τίποτε σοβαρό. Έκανε όπως της έλεγαν την μαστεκτομή για πρόληψη και όλα θα πάνε μια χαρά. Η γυναίκα αυτή αμέσως μετά την εγχείρηση ήταν βεβαία ότι πάσχει από Καρκίνο και ότι τόσο ο σύζυγος της όσο κι η οικογένεια του με τους οποίους υπήρχαν αρνητικές σχέσεις επί σειρά ετών αιφνιδίως άλλαξαν συμπεριφορά κι έγιναν καλοί μαζί της, της έδωσε μήνυμα ισχυρότερο των λόγων. Και όπως χαρακτηριστικά είπε «Τώρα που γι' αυτούς είμαι ξοφλημένη όλο λουλούδια και αγάπες είναι μαζί μου, για να καθησυχάσουν τις τύψεις τους». Έτσι ενώ η Γυναίκα αυτή βίωνε συναισθηματικά όλο το μέγεθος μιας διάγνωσης που της είχαν αποκρύψει καθώς και την πραγματικότητα της μαστεκτομής, στην συμπεριφορά της έδειχνε ήρεμη, συνεργάσιμη, όπως την ήθελαν κι όλοι είχαν πεισθεί πως το είχε «ξεπεράσει». Στηριζόμενοι λοιπόν στη συμπεριφορά και μόνο, δεν μπορούμε να εκτιμήσουμε τις ανάγκες και τα συναισθηματικά προβλήματα μιας Γυναίκας η οποία εκ των γεγονότων και μόνο βρίσκεται στη φάση αυτή κάτω από μια συναισθηματική σύγχυση-Δια να ισορροπήσει δε στην περίοδο αυτή, έχει ανάγκη να επιστρατεύσει τους δικούς της μηχανισμούς άμυνας ώστε να δεχτεί αυτά που αντέχει και όχι αυτά που πρέπει.

Όπως όλοι γνωρίζουμε στην περίπτωση αυτή σαν συχνότερος αμυντικός μηχανισμός εμφανίζεται ο μηχανισμός της άρνησης χωρίς να υστερούν οι μηχανισμοί της Απόθησης της Προβολής της υπεραναπλήρωσης ή της παλινδρόμησης. Έτσι δεν είναι δύσκολο για το

γιατρό να παραπλανηθεί στις εκτιμήσεις του και να μεταφράσει τη συμπεριφορά της φαινομενικής αδιαφορίας με καλή προσαρμογή και ότι η κατάθλιψη πέρασε αφού σταμάτησε το κλάμα. Πολλές φορές η πραγματική αλλαγή στη διάθεση και τη συμπεριφορά της Γυναίκας, παρατηρείται μόλις η άρρωστη βγει από το νοσοκομείο και επιστρέψει στο σπίτι. Η επιστροφή στο σπίτι σημαίνει κι επιστροφή στην καθημερινότητα, επιστροφή σε ρόλους που είχε πριν την εγχείρηση πρέπει δε να τους συνεχίσει και πάλι ενώ η ίδια αισθάνεται ότι πλέον τίποτε γι' αυτήν δεν είναι όπως πρώτα. Γι' αυτήν τώρα αρχίζουν να προβάλλουν σοβαρά και συγκεκριμένα ερωτήματα όπως:

- Πώς με βλέπουν τώρα οι άλλοι;
- Τι σκέπτεται ο άνδρας μου για μένα;
- Πόσο δύσκολο θα του είναι να κάνει τώρα έρωτα μαζί μου;
- Θα μπορώ να ξαναδουλέψω;
- Τι θα πω στα παιδιά μου;
- Να κάνω παρέες όπως πρώτα, μήπως θα με λυπούνται, ή θα φοβούνται μη τους κωλύσω;

Και πλήθος άλλα ερωτήματα τα οποία μένουν ανοικτά και δίχως επεξεργασία. Η έλλειψη ανοικτής επικοινωνίας του αρρώστου καθώς και η έλλειψη βοήθειας για να εκφράσει τα συναισθήματα που προκαλούν τα ερωτήματα αυτά αποτελούν τη βάση των αρνητικών επιπτώσεων στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του μαστού κι ενισχύουν την Κοινωνική Απομόνωση των ατόμων αυτών. Μελέτες που αφορούν τις Γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν δείξει ότι η "Κοινωνική Απομόνωση" και το στρες τον ελάττωσαν π.χ. (Funch and Marchall 1983). Διάφορες δε μορφές "Κοινωνικής Υποστήριξης" πέρα του χρόνου επιβίωσης βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Έστω όμως κι αν δεχθούμε πως οι επιδράσεις των παραγόντων αυτών ως προς τα αίτια και την εξέλιξη της νόσου αποτελούν ακόμη ένα κεφάλαιο του μέλλοντος κανείς

πλέον δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι οι παράγοντες αυτοί αποτελούν καθοριστικό κεφάλαιο του παρόντος όσον αφορά την ποιότητα της ζωής της κάθε Γυναίκας που περιπλέκεται στην περιπέτεια αυτή. Στο ερώτημα τι κάνουμε για το Κεφάλαιο αυτό που λέγεται "Ποιότητα Ζωής" και αποτελεί το στόχο της Αποκατάστασης αυθόρμητα θα απαντούσα: Πολλά και τίποτε. Και τόσο διότι αν αναλογισθεί κανείς τον αριθμό των Γυναικών που προσβάλλονται ετησίως από καρκίνο του μαστού, τις εγχειρήσεις που γίνονται στα διάφορα Κέντρα και από διάφορους ειδικούς στον Ελληνικό χώρο θα βγάλει έναν ανεπίτρεπτο αριθμό Γυναικών που αντιμετωπίζονται μέσα από μια διαδικασία πρόχειρη και τυχαία. Η προσωπική φιλοσοφία του κάθε γιατρού μαζί με τις αυθόρμητες αντιδράσεις των αγχωμένων συγγενών υποκαθιστούν συνήθως την αναγκαία επιστημονική υποστήριξη που απαιτείται για τον ασθενή. Και στην περίπτωση ακόμη των Οργανωμένων Κέντρων το βάρος της υποστήριξης πέφτει στις Κοινωνικές Υπηρεσίες όπου ο ελλιπής αριθμός των Κοινωνικών Λειτουργιών και των άλλων ειδικών επιτρέπει συνήθως την καλή συνεργασία, όχι όμως και τη λειτουργία της Διεπιστημονικής ομάδος για κάθε ασθενή χωριστά όπως απαιτεί η σωστή προσέγγιση κι αντιμετώπιση. Φεύγοντας η άρρωστη από το Νοσοκομείο κι επιστρέφοντας στην προηγούμενη της ζωή ιδίως στην επαρχία δεν έχει καμιά απολύτως ευκαιρία στήριξης και βοήθειας. Αποτέλεσμα είναι να καταπιέζει τον εαυτό της με όλες τις αρνητικές επιπτώσεις που εκφράζονται συνήθως με μια παθητική ή επιθετική συμπεριφορά. Είναι δε στο έλεος συγγενών και φίλων καθ'όλων καλοπροαίρετων αλλά που έχουν συνήθως τον ίδιο φόβο και άγχος για την πάθηση αυτή. Και όμως πολλά μπορούν να γίνουν στον τομέα της Αποκατάστασης αρκεί όλοι οι υπεύθυνοι να την αξιολογήσουν σωστά. Τα συμπεράσματα από το πρώτο και μοναδικό Κέντρο "Ψυχολογικής Αποκατάστασης" ατόμων με Καρκίνο που δημιουργήθηκε στην Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία το

1983 δείχνουν όχι μόνο την αναγκαιότητα τέτοιων προγραμμάτων σε Πανελλήνια κλίμακα αλλά τονίζουν ακόμα περισσότερο την έλλειψη και γιατί όχι την αδιαφορία για προγράμματα που απευθύνονται στην "ποιότητα Ζωής" και όχι στην "Ποσότητα" αυτής. Περιστασιακές μεμονωμένες ή προσωπικές προσπάθειες όσο αξιέπαινες κι αν είναι δεν μπορούν να υποκαταστήσουν ούτε τις ευθύνες της Πολιτείας ούτε τις επιστημονικές ανάγκες των ασθενών σ'ένα τέτοιο τεράστιο πρόβλημα. Η μακρά μου εμπειρία των τριάντα περίπου ετών στο χώρο του Καρκίνου ακόμη και σήμερα παρ'όλες τις προσπάθειες που έχουν γίνει και τα θετικά αποτελέσματα που έχουν προκύψει από αυτές, εξακολουθεί να μου δίνει την αίσθηση του Καρτεσιανού Διαλυσμού που χώριζε τον άνθρωπο σε δύο διαφορετικά στοιχεία το σώμα και την ψυχή. Και αυτό διότι ενώ η αρρώστια βλέπουμε να αντιμετωπίζεται με όλη τη σύγχρονη γνώση μέσα και διεθνή πρωτόκολλα η άρρωστη μένει μόνη και αβοήθητη να βιώνει όχι μόνο το βάρος του κοινωνικού στίγματος αλλά και όλες τις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που συνοδεύουν την αρρώστια αυτή. Μπορεί η Γυναίκα σήμερα να έχει την ευκαιρία να επιλέγει το γιατρό ή το Κέντρο που εμπιστεύεται για να αντιμετωπίσει την πάθηση της, αυτό όμως δεν της διασφαλίζει και την αντιμετώπιση της σαν προσωπικότητα. Συνήθως την ίδια σαν άτομο, την αντιμετωπίζουν όλοι όπως γιόθουν όπως μπορούν και όχι όπως πρέπει. Αυτό το πρέπει όπως φαίνεται δεν έχει γίνει ακόμη συνείδηση όλων όσων ασχολούνται με τον Καρκίνο κι ιδιαίτερα με τον Καρκίνο του μαστού. Στην θεωρία η ανάγκη για επιστημονική προσέγγιση και υποστήριξη της αρρώστου θεωρείται γεγονός αναμφισβήτητο. Στην πράξη όμως η έμφαση για την αντιμετώπιση της αρρώστου εξαντλείται κυρίως στο να ενθαρρύνεται αυτή να παρακολουθεί τη θεραπευτική της πορείας και εξέλιξη σαν ένας παθητικός δέκτης εντολών μέσα σ'ένα ψεύτικο κλίμα αισιοδοξίας κι υπερπροστασίας. Η ενεργός συμμετοχή της

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

αρρώστου αποκλείεται μέσα από την καλοπροαίρετη συνεργασία ιατρού-οικογενειακού περιβάλλοντος. Η εμπειρία όμως των τελευταίων δεκαετιών επιβεβαιώνει ότι μόνο η ενεργός συμμετοχή της αρρώστου στην αντιμετώπιση της αρρώστιας μπορεί να οδηγήσει στην αποκατάσταση. Κάτω από αυτή τη σύγχρονη εμπειρία δημιουργήθηκε και το Κέντρο αυτού είναι να προσφέρει δωρεάν μια συστηματική επιστημονική βοήθεια στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά. Βασική προϋπόθεση συμμετοχής στο Πρόγραμμα αυτό είναι να γνωρίζουν οι ασθενείς από το γιατρό τους ότι πάσχουν από Καρκίνο.

Στόχος του Προγράμματος αυτού είναι:

1. Να βοηθηθεί το άτομο που αντιμετωπίζει τον Καρκίνο να συνεχίσει τη ζωή του, γνωρίζοντας την απειλή που αποτελεί η αρρώστια γι'αυτό γνωρίζοντας την πιθανότητα της μετάστασης και να μπορεί να ελέγχει το άγχος και το φόβο του θανάτου και να έχει τη δύναμη να αντιμετωπίσει μια τέτοια πιθανότητα.
2. Να βοηθηθεί να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα του σώματος μετά από έναν ακρωτηριασμό, όπως είναι η μαστεκτομή.
3. Να βοηθηθεί να προσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον. Αυτή η βοήθεια μπορεί να είναι είτε πρακτικής φύσεως είτε υποστηρικτικής και έχει σα σκοπό να τον υποστηρίξει ώστε να ξεπεράσει τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της αρρώστιας και που τον οδηγούν στην Κοινωνική Απομόνωση.
4. Να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν την αρρώστια και τα προβλήματα που τους δημιουργεί η πάθηση αυτή.
5. Να βοηθήσει την Ελληνική Κοινωνία να καταλάβει πως ο Καρκίνος είναι μια αρρώστια την οποία κανείς μπορεί να αντιμετωπίσει με μια αισιόδοξη, δυναμική και αποφασιστική στάση.

Μέσα από τους στόχους αυτούς προσπαθούμε να επιτύχουμε ένα πολύ σημαντικό αποτέλεσμα. Να κάνει το άτομο να βλέπει τον εαυτό του σαν "Καρκινοπαθή" με όλο το βάρος του Κοινωνικού Στίγματος που συγκεντρώνει η λέξη αυτή που λειτουργεί ακόμη και σήμερα σα σφραγίδα μελλοθάνατου και να καταφέρει να δει τον Καρκίνο όχι σαν το κυριότερο χαρακτηριστικό του, αλλά σαν ένα σοβαρό πρόβλημα.

Ο βασικός άξονας της δουλειάς του Κέντρου βασίζεται στη Ομάδα παρ'όλο ότι γίνονται και ατομικές συναντήσεις. Έτσι λειτουργούν κλειστές ομάδες των 8-10 ατόμων που συντονίζονται από Κοινωνική Λειτουργό και Ψυχολόγο προηγείται πάντα η λήψη Κοινωνικού και Ψυχολογικού ιστορικού. Στη δουλειά χρησιμοποιούνται τέστ καθώς κι ερωτηματολόγια. Οι δραστηριότητες του Κέντρου περιλαμβάνουν:

- 1) Σεμινάρια.
- 2) Ομάδες υποστήριξης.
- 3) Εθελοντικές ομάδες.
- 4) Ατομικές συναντήσεις.
- 5) Ομάδες συζύγων.
- 6) Ομάδες οικογενειακού περιβάλλοντος.

Το όλο πρόγραμμα του Κέντρου διαιρείται σε τρεις κύκλους:

Κάθε κύκλος είναι συνέχεια του προηγούμενου και συγχρόνως αυτοτελής. Στον 1ον και 2ον κύκλο ο τρόπος και η μεθοδολογία δουλειάς αφορούν:

- 1) Την αντιμετώπιση των άμεσων προβλημάτων που συνδέονται με την αρρώστια.
- 2) Την ευαισθητοποίηση σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες και την Κοινωνική επανένταξη των ατόμων.

Ο 3ος κύκλος περιλαμβάνει ομάδες εθελοντριών Απασχολησιοθεραπείας και Κοινωνικές δραστηριότητες. Στην ομάδα

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

εθελοντών εντάσσονται άτομα τα οποία το επιθυμούν αλλά έχουν κριθεί και κατάλληλα για το ρόλο αυτό. Οι εθελοντές μετά την ειδική εκπαίδευση επισκέπτονται μια ασθενή στο Νοσοκομείο και λειτουργούν σαν εικόνα για το τι θα μπορούσε να καταφέρει και αυτή εάν το θελήσει στην αντιμετώπιση του Καρκίνου. Η απασχολησιοθεραπεία χρησιμοποιείται και σα μέσο έκφρασης και σαν έκφραση δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου για αποφυγή της Απόσυρσης. Οι κοινωνικές δραστηριότητες έχουν σα στόχο την μείωση της Κοινωνικής και συναισθηματικής απομόνωσης. Οι δραστηριότητες του Κέντρου πέραν των ασθενών επεκτείνονται και στα μέλη των οικογενειών των. Στόχος των ομάδων του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι αφ'ενός μεν η Οικογένεια να βοηθήσει τον ασθενή στην αντιμετώπιση της αρρώστιας μέσα από ένα ρόλο θετικό υποστηρικτικό αφ'ετέρου δε τα μέλη της να έχουν κι αυτά την ευκαιρία μιας συμβουλευτικής και υποστηρικτικής βοήθειας στις δικές τους ανάγκες και προβλήματα. Πρώτος στόχος του Κέντρου ήταν η Ελληνίδα με Καρκίνο του Μαστού και Μαστεκτομή. Τα συμπεράσματα στα οποία έχουμε καταλήξει μέχρι σήμερα βασίζονται:

1. Στη λήψη του Κοινωνικού και Ψυχολογικού ιστορικού.
2. Στη συστηματική παρατήρηση κατά τη διάρκεια ατομικών και ομαδικών συναντήσεων.
3. Σε στοιχεία από προβολικά τεστ και ερωτηματολόγια.

Στο ιστορικό μεταξύ των άλλων στοιχείων ερευνήθηκαν:

1. Στοιχεία από την προσωπική τους ζωή:
 - α. Ποιότητα οικογενειακών σχέσεων από την παιδική ηλικία (σχέση πατέρα-μητέρα-αδερφών).
 - β. Ποιότητα συζυγικών σχέσεων. (Σεξουαλική ζωή πριν και μετά την αρρώστια).
2. Ψυχοτραυματικά γεγονότα πριν αρρωστήσουν.
3. Τι πιστεύουν τα ίδια τα άτομα ότι προκάλεσε τον Καρκίνο.

4. Τη στάση τους απέναντι στην αρρώστια.

Η συναισθηματική κατάσταση των Γυναικών με Καρκίνο του μαστού πριν ενταχθούν στο πρόγραμμα διακρίθηκε ανάμεσα

α. Στα προβλήματα που τους δημιουργήθηκε η αρρώστια αυτή καθ'εαυτή και τα οποία ήσαν:

1. Έντονος φόβος για τη μετάσταση και το θάνατο.
2. Αδυναμία αποδοχής της αλλαγής που είχε υποστεί η εικόνα του σώματος μετά τη μαστεκτομή.
3. Απαισιοδοξία για την έκβαση της υγείας με καταθλιπτικό υπόβαθρο.
4. Αδυναμία χειρισμού των δυσκολιών που δημιούργησε η αρρώστια στις διαπροσωπικές σχέσεις.

β. Στα προβλήματα σχέσεων με τον εαυτό τους και τους άλλους, που προφανώς υπήρχαν αλλά εντάθηκαν με την εμφάνιση της αρρώστιας.

Κυρίως παρατηρήθη:

- 1) Δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων κυρίως επιθετικών.
- 2) Τάση για απόθεση και άρνηση σημαντικών δυσκολιών.
- 3) Μεγάλη ανάγκη να είναι αρεστές στους άλλους χωρίς στο βάθος να ικανοποιούν μ'αυτό τον τρόπο τον εαυτό τους.
- 4) Συναισθήματα αυτομορφής κ.λ.π.

Στις ομάδες σεμιναρίου και υποστήριξης που παρακολούθησαν οι γυναίκες επί δύο έτη ανελλιπώς αντιμετώπισαν τα προβλήματα αυτά δούλεψαν με τον εαυτό τους και προχώρησαν σε μια νέα ψυχοκοινωνική κατάσταση η οποία μπορεί να επικεντρωθεί στα εξής σημεία:

- 1) Αποδοχή της αρρώστιας.
- 2) Προσαρμογή στη νέα εικόνα του σώματος.
- 3) Ικανότητα ελέγχου του φόβου για τη μετάσταση και το θάνατο χωρίς πανικό, έντονο άγχος, κατάθλιψη ή αποδιοργάνωση.

- 4) Ισχυρότερη και μεγαλύτερη ικανότητα για συναισθηματική έκφραση όχι μόνο των θετικών συναισθημάτων αλλά και των συναισθημάτων εχθρότητας και επιθετικότητας.
- 5) Επανένταξη στον επαγγελματικό τομέα.
- 6) Ανάπτυξη στόχων και προγραμματισμού που μπορούν να καλύψουν στα πλαίσια των δυνατοτήτων τους.
- 7) Καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις με την οικογένεια και τους άλλους.
- 8) Μείωση του αισθήματος αδυναμίας απέναντι στους άλλους.
- 9) Προθυμία αρκετών να λειτουργήσουν ως εθελόντριες.

Παρ'όλη τη σημαντική βελτίωση που παρουσίασαν τα άτομα αυτά μετά την πρώτη διατήρηση συνεχίζουν να βρίσκονται στο πρόγραμμα νιώθοντας την ανάγκη να βελτιώνουν και να ξεπερνούν δυσκολίες με τον εαυτό τους. Από όλη αυτή τη συστηματική δουλειά που γίνεται στο Κέντρο για την ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση της Ελληνίδας με καρκίνο του Μαστού θα αναφέρω μερικά από τα κυριότερα συμπεράσματα στα οποία έχουμε καταλήξει μέχρι σήμερα από τη συνεργασία μας με τα άτομα αυτά.

1. Η εμπειρία μας δείχνει ότι όσο νωρίτερα μπορεί να βοηθηθεί μια Γυναίκα με Καρκίνο του Μαστού για να δεχθεί την αρρώστια και τον ακρωτηριασμό τόσο καλύτερα μπορεί να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα και τις ανάγκες που την κατακλύζουν.
2. Μεταξύ των Γυναικών που παρακολούθησαμε πολύ λίγες διαφορές μπορεί κανείς να επισημάνει ως προς το Κοινωνικό Μορφωτικό επίπεδο. Μπορεί ένα υψηλό επίπεδο να βοηθά στο να αντιλαμβάνονται καλύτερα όσα τους εξηγούνται αλλά ως προς τον τρόπο που θα αντιμετωπίσουν την αρρώστια και τη μεστεκτομή καθοριστικό ρόλο παίζει η δομή της προσωπικότητας, η γενική

ψυχοσυναισθηματική κατάσταση καθώς και η ποιότητα ζωής πριν και μετά την αρρώστια.

3. Οι συζυγικές σχέσεις μετά τη μαστεκτομή πολλές φορές περνούν μια κρίση που οφείλεται στις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις αυτής.

Μέσα όμως από τη δουλειά μας με τις γυναίκες αυτές διαπιστώσαμε πως στη φάση δε θα κλονισθούν οι σχέσεις που είχαν ποιότητα παρά η σχέση εκείνη που αντιμετώπιζε ήδη προβλήματα πριν από την εμφάνιση της αρρώστιας.

4. Η ετικέτα Καρκινοπαθής και ο Οίκτος που τα άτομα αυτά δέχονται σαν μηνύματα από το περιβάλλον τους, φανερά ή συγκαλυμμένα τα οδηγούν είτε σε μια Κοινωνική Απομόνωση ή σε μια επιθετική συμπεριφορά που και τα δύο έχουν αρνητικά ακόλουθα. Οι παρατηρήσεις μας αυτά τα χρόνια έδειξαν πως όσο λιγότερο η γυναίκα αποδεχθεί την αρρώστια της, τόσο περισσότερο αντιλαμβάνεται τα μηνύματα οίκτου και ενοχλείται από τους γύρω της. Μέσα από τη συνεργασία τους με το Κέντρο οι γυναίκες αυτές εξοικειώνονται με την αρρώστια τους, μαθαίνουν να ζουν μ'αυτήν και φθάνουν στο σημείο να χειρίζονται με άνεση και συχνά με χιούμορ τον οίκτο των άλλων και τα αρνητικά συναισθήματα.

5. Ενώ υπάρχει σχετική βιβλιογραφία που δηλώνει πως πολύ συχνά πριν την εμφάνιση του Καρκίνου προηγείται μια απώλεια (θάνατος-διαζύγιο) η δική μας εμπειρία μέσα από τα άτομα που συνεργασθήκαμε, δεν επιβεβαιώνει προς το παρόν κάτι ανάλογο. Σε μας, τα άτομα αυτά ανέφεραν σ'ένα ποσοστό 75% σαν ψυχοτραυματικά γεγονότα τις χρόνιες ανεπίλυτες διαφορές με το σύντροφο, δηλαδή δυσκολίες στην επικοινωνία με αυτόν, έλλειψη ουσιαστικής συναισθηματικής επαφής και επιπλέον απουσία ικανοποίησης στη σεξουαλική σφαίρα. Ενδεικτικά το 60% ομολογούν πως ήταν εντελώς

ψυχρές στον έρωτα ενώ μόνο ένα 10% μπορούσαν να χαίρονται την ερωτική τους ζωή.

Τέλος είναι ενδιαφέρον να δούμε πως αντιμετωπίζουν τελικά την αρρώστια τους, οι γυναίκες αυτές που τη γνωρίζουν από την αρχή και προσπαθούν να την ξεπεράσουν.

Όπως φαίνεται ο τρόπος που αντιμετωπίζουν την αρρώστια αντιστοιχεί με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν πάντα τις δύσκολες καταστάσεις στη ζωή τους. Τα αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα συναισθήματα επιδεινώνονται από την αρρώστια και δε δημιουργούνται από αυτή. Τα μαχητικά και με τάσεις αισιοδοξίας άτομα, αντιμετωπίζουν με θετικούς τρόπους και χωρίς αποθάρρυνση την πορεία της αρρώστιας ενώ τα παθητικά και απαισιόδοξα είναι έτοιμα να παραδοθούν στο θάνατο. Ένα μεγάλο ποσοστό από τα άτομα που δουλέψαμε μαζί τους ανήκει στη δεύτερη κατηγορία. Στη συνεργασία μας όμως μαζί τους ανακαλύψαμε δυνατότητες που χρειάστηκε να κινητοποιηθούν για να αντιδράσουν ικανοποιητικότερα. Με βάση αυτό το θετικό κομμάτι του εαυτού μας και την αγάπη τους για τη ζωή μπορέσαμε να φθάσουμε στα αποτελέσματα που ανέφερα. Τα αποτελέσματα αυτά μας ενθαρρύνουν στο να υποστηρίζουμε και πάλι πως αν η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που συνοδεύουν τον καρκίνο του μαστού εγσωματωθεί στην όλη θεραπευτική του αντιμετώπιση, θα επηρεάσει σίγουρα την ποιότητα ζωής των γυναικών και γιατί όχι και την χρονική επέκταση αυτής. Σήμερα τα μέσα και οι δυνατότητες για Αποκατάσταση παρ'όλες τις καλές προσπάθειες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια ακόμη παρέχονται περιστασιακά, μεμονωμένα, ασυντόνιστα ή και καθόλου. Επί σειρά ετών στο θεωρητικό επίπεδο γίνεται πολύς λόγος για τα προβλήματα και τις ανάγκες της γυναίκας με καρκίνο του μαστού και μαστεκτομή. Στην πράξη όμως "το έτος του Καρκίνου" και "η Ευρώπη κατά του Καρκίνου" βρίσκουν τη

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Χώρα μας να αδιαφορεί στην ουσία για το πρόβλημα αυτό. Γυναίκες που καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα της Πρόνοιας - ουκ ολίγες στον Ελληνικό χώρο - ενώ δικαιούνται δωρεάν βάσει βιβλιαρίου-ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, Δεν δικαιούνται την παροχή της πρόθεσης μετά τη μαστεκτομή. Σημειωτέον δε ότι η πρόθεση στοιχίζει περίπου 20.000 και άνω ενώ η μηνιαία σύνταξη που τους δίδεται ή το επίδομα είναι 12.000. Υπάρχουν δε ακόμη ταμεία τα οποία δε θεωρούν καν απαραίτητο είδος την πρόθεση και δε την παρέχουν. Οι γυναίκες που καλύπτονται από τα άλλα ασφαλιστικά ταμεία προμηθεύονται την πρόθεση συνήθως με μια σημαντική οικονομική επιβάρυνση και τα πάντα μέσα από μια ψυχρή γραφειοκρατική διαδικασία που φορτίζει συναισθηματικά τη Γυναίκα και κάθε άλλο παρά τη βοηθά. Κατά συνέπεια η επιλογή που έχουν οι γυναίκες που δεν τους παρέχεται η πρόθεση και αδυνατούν οι ίδιες να ανταποκριθούν στη δαπάνη της είναι:

Ή να μη βάλουν πρόθεση επικεντρώνοντας και βιώνοντας όλο τον οίκτο που προκαλεί η εμφάνιση ή να απομονωθούν ή να δεχθούν την έμπρακτη εκδήλωση οίκτου κάποιου φιλόνηθρου που θα τους καλύψει τη δαπάνη ή να αντικαταστήσουν το χαμένο τους μαστό με κάποια αυτοσχέδια κουρέλια. Σε καμιά περίπτωση από αυτές που ανέφερα δεν μπορούμε να μιλάμε για Αποκατάσταση. Το παράδειγμα αυτό σε συνδυασμό με τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες και τον τρόπο που αντιμετωπίζονται σήμερα οι γυναίκες αυτές δεν εξαντλεί το θέμα του πως λειτουργεί σήμερα η έννοια της Αποκατάστασης στη Χώρα μας ως προς την αντιμετώπιση όχι μόνο των ψυχοκοινωνικών αλλά και των σωματικών επιπτώσεων που προκαλεί η θεραπεία του καρκίνου. Είναι όμως ενδεικτικό της υποβάθμισης που υπάρχει ακόμη για την έννοια αυτή. Οποσδήποτε είναι ενθαρρυντικό να συζητείται σε κάθε συνέδριο Ογκολογίας και η Αποκατάσταση. Οποσδήποτε τώρα ακούγεται πολύ συχνά να λέει ο γιατρός "έκανε μαστεκτομή έχει προβλήματα να πάει σε

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

ψυχολόγο" τίποτε όμως από αυτά δεν αποτελούν την υποδομή για την αντιμετώπιση του τομέα της Αποκατάστασης. Αυτό που πρέπει να συνειδητοποιήσουμε όσοι εξ' αντικειμένου ασχολούμεθα με τους ανθρώπους αυτούς είναι ότι ο Καρκίνος σαν αρρώστια που συχνά οδηγεί στο θάνατο έχει πραγματική βάση για τον τρόπο που αντιδρούν τα άτομα αυτά. Ο καρκινοπαθής δεν είναι ψυχασθενής για να τον παραπέμπουμε σε ψυχοθεραπεία και να του λύνουμε το πρόβλημα. Ο ασθενής με Καρκίνο μπορεί να οδηγηθεί κι εκεί ανάλογα με τον τρόπο που αντιμετωπίζεται. Γι' αυτό και η ευθύνη πέφτει στον τρόπο αντιμετώπισης που ξεκινά από το Κοινωνικό Στίγμα-εντείνεται από την έλλειψη υποστηρικτικών Προγραμμάτων και πολλαπλασιάζεται από την ερασιτεχνική παρέμβαση και αντιμετώπιση. Βλέποντας τους ασθενείς με καρκίνο κι ιδιαίτερα τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού μέσα από το πρίσμα του Κοινωνικού Λειτουργού προβληματίζεται κανείς αν πράγματι είναι πιο βαριά η αρρώστια ή ο τρόπος που αναγκάζονται να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα τους, τα άτομα που προσβάλλονται από αυτήν. Και μιλάμε για πρίσμα και μόνο διότι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού δε διαφέρει από το ρόλο των άλλων ειδικών ως προς το σκοπό, αλλά η διαφορά υπάρχει στην έμφαση στην προτεραιότητα καθώς και στον τρόπο προσέγγισης των προβλημάτων. Μέσα από το πρίσμα σ' αυτό βλέπουμε ότι η Ελληνίδα με Καρκίνο του Μαστού και μαστεκτομή μπορεί να πληρώσει περισσότερο από άλλους την Αποκατάσταση της Σωματικής της υγείας με το τίμημα υπερβολικής απώλειας στη συναισθηματική και κοινωνική της Αποκατάσταση. Η Αποκατάσταση της Γυναίκας με Καρκίνο του Μαστού δεν μπορεί να θεωρηθεί έργο ενός ειδικού ή μεμονωμένων προσπαθειών. Απαιτεί τη συνεργασία όλων των ειδικών που εμπλέκονται στην υπόθεση αυτή. Πάνω απ' όλα όμως απαραίτητη πρέπει να θεωρείται και η συμμετοχή της ίδιας της άρρωστης σημαντικού αλλά τόσο παρεξηγημένου παράγοντος στην αντιμετώπιση

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

της αρρώστιας. Μόνο με τη συνεργασία όλων η Αποκατάσταση μπορεί να αρχίζει έγκαιρα και σωστά όσο και η ίδια η θεραπεία της αρρώστιας. Η υιοθετημένη συμπεριφορά της υπερπροστασίας που υπαγορεύεται από το δέος που αισθάνονται όλοι για τον Καρκίνο επιστήμονες-οικογενειακό περιβάλλον-κοινωνία και που εμποδίζει κάθε ανοικτή επικοινωνία με την ασθενή δεν τη βοηθά αλλά αντίθετα εμποδίζει σε μεγάλο βαθμό την έννοια της Αποκατάστασης. Ο στόχος της Αποκατάστασης είναι να γκρεμίσει το τείχος της συναισθηματικής σιωπής που υψώνεται μεταξύ ασθενούς-περιβάλλοντος και να τον βοηθήσει να επικοινωνεί όχι μέσα από ένα ρόλο παθητικού δέκτου εντολών και εφησυχασμού αλλά μέσα από ένα ρόλο υπεύθυνο και ενεργητικό όπως απαιτούσαν όλοι να έχει πριν αρρωστήσει. Οι προσπάθειες όμως δεν πρέπει να επικεντρώνονται μόνο στην ασθενή διότι τότε είναι πολύ δύσκολο να επιφέρουν την κοινωνική επανένταξη. Κάθε γυναίκα πριν προσβληθεί από Καρκίνο ανήκει στον "υγιή" πληθυσμό εκεί που ανήκει το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον . Εάν δε συμπεριλάβει ο στόχος της "Αποκατάστασης" προγράμματα, που θα στοχεύουν στην Κοινωνική Μάθηση περί Καρκίνου η έννοια της Αποκατάστασης θα ακολουθεί μονίμως τα γεγονότα και θα έρχεται πάντα εκ των υστέρων να μπαλώσει κάποιες ζημιές που ποτέ δε θα οδηγήσουν στην μείωση του Κοινωνικοοικονομικού κόστους που συνεπάγεται ο Καρκίνος.

Ο Καρκίνος σα χρόνια νόσος δημιουργεί και μακροχρόνια σχέση με το γιατρό κι όσους ασχολούνται κι όσους ασχολούνται με τον ασθενή. Για να αντέξει η σχέση αυτή και να μην απογοητεύσει πρέπει να ξεκινά σωστά και να καλύπτεται με εμπιστοσύνη καθ' όλη τη διάρκεια της. Κοινωνικές έννοιες όπως "οι γιατροί δε λένε την αλήθεια", "δεν υπάρχει το φάρμακο του καρκίνου" κ.λ.π. μπορεί να μη δείχνουν τη διαβρωτική τους ενέργεια όταν η άρρωστη χαμογελά και δείχνει καλά, σίγουρα όμως σε κάποια φάση κατακρημνίζουν τη σχέση που στηρίζεται σε

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

παραπλανητική συνεργασία. Εκεί είναι το πρόβλημα. Το σημείο αυτό θα το εκτιμήσει σίγουρα ο κάθε γιατρός όταν αναλογισθεί τη δική του θέση, όταν αναγκασθεί να αντιμετωπίσει την άρρωστη σε κάποια φάση που και ο ίδιος δε θα πιστεύει ούτε σε μια παρηγορητική θεραπεία. Και είναι πραγματικά τραγικό να μην υπάρχει καμία υποδομή στήριξης όταν η άρρωστη ζητά τόσα πολλά και ο γιατρός και οι γύρω της μπορούν να δώσουν τόσα λίγα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

Όνομα ασθενούς : Κ.Δ.
Ηλικία ασθενούς : 37
Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος δεξιού μαστού
Ημερομηνία εισαγωγής : 4.12.1995

Ο ασθενής εισήλθε στη χειρουργική κλινική μαστού του Θεαγενείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Η ίδια ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν ένα χρόνο, ένα ογκίδιο στον δεξιό της μαστό, διαστάσεων 1Χ1 cm, χωρίς άλλα σύνοδα ευρήματα.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: στην ουρά του δεξιού μαστού ανευρέθει ογκίδιο, ανώδυνο, σκληρό, με σαφή όρια, διαστάσεων 1Χ1 cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Αριστερός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής αναφέρει ότι δεν κάνει χρήση αλκοόλ ή καπνού, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό είναι ελεύθερο. Είναι παντρεμένη, έχει μια κόρη και δύο γιούς. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 13 χρονών.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και έμετος για τη διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το πρωί της 6.12.1995. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα και πήρε εξιτήριο στις 11.12.1995. Εδόθηκαν οδηγίες για την

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 8 ημέρες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

SUP ΓΛΥΚΕΡΙΝΗΣ	1X1	(προεγχειρητικά)
FL FRAXIPARINE	1X1	(επί 4 ημέρες μετεγχειρητικά)
AMP INNOHEP	1X1	(6 πμ την ημέρα της επέμβασης)
AMP PETHIDINE	E.Π.	(μετεγχειρητικά)
D/W 5% 1000 cc	1X1	(1η μετεγχειρητική ημέρα)
L - R 1000cc	1X1	(1η μετεγχειρητική ημέρα)

Δίαιτα ελεύθερη.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΗΡΩΤΗΡΑΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Άγχος, φόβος κατάθλιψη (προεγχειρητικά)</p>	<p>Μείωση του άγχους, της αγώνιας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων. Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς. Ενθάρρυνση να δει την ασθένειά με θετικό τρόπο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ηθική και ψυχολογική τόνωση • Επίσκεψη στους χώρους του χειρουργείου • Κατατόπιση της στους ρόλους που έχει το νοσοκομείο από προσωπικό • Δημιουργία αισθημάτων ασφαλείας από τη νοσηλεύτρια. 	<p>Παρέχοντας στην ασθενή ψυχολογική υποστήριξη, γνώριμα με τους χώρους του νοσοκομείου και τους ανθρώπους ενθαρρύνεται σιγά - σιγά.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συστήνονται και λύνονται όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία • Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγείται μυοχαλαρωτικό TABOR TAB για την εξασφάλιση καλού ύπνου. Κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμότητα και ενδυσία. 	<p>Περιορισμός του άγχους. Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή, λόγω ψυχολογικής τόνωσης και χορήγησης μυοχαλαρωτικού φαρμάκου.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Πόνος (Μετεγχειρητικά) 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση πόνου και εξασφάλιση άνεσης. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αναλγητικών μετά τη λήψη και τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων. Δίνεται σωστή θέση στο κρεβάτι Ελέγχεται η λειτουργικότητα των συσκευών παροχέτευσης. 	<ul style="list-style-type: none"> Μειώνει τον πόνο. Διυβεβαιώνεται ότι ο πόνος είναι παροδικός. Λήψη ζωτικών σημείων που είναι φυσιολογικά. Παρακολουθείται συνεχώς η ασθενής για εμφάνιση shock ή αιμορραγίας. Χορηγείται 1/2 Nubain σε 150 cc D/W 5%. 	<ul style="list-style-type: none"> Αισθητός της ασφάλειας της ασθενούς. Μείωση πόνου μετά μισής ώρας από τη χορήγηση 1/2 Nubain.
<ul style="list-style-type: none"> Αναπνευστική δυσχέρεια (βήχας - δυσφορία). 	<p>Πρόληψη πνευμονίας οφειλόμενη σε:</p> <ol style="list-style-type: none"> Αναισθησία Ακτινισία Ανεπαρκή αερισμό. 	<ul style="list-style-type: none"> Να γίνει διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να αναπνέει βαθιά. Ελέγχεται η θερμοκρασία της ασθενούς. Εκτιμάται η άνοδος της με-τά την αφαίρεση των παροχέτευσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή των ασκήσεων βήχα και αναπνοής. Έγκαιρη έγερση προς βοήθεια στην αποσυμφόρηση του αναπνευστικού συστήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή συμφορητικής αναπνευστικού συστήματος. Αποφυγή χορήγησης οξυγόνου λόγω καλής συνεργασίας της ασθενούς στις ασκήσεις του βήχα και της αναπνοής.
		<ul style="list-style-type: none"> Κινητοποίηση <ol style="list-style-type: none"> Ημέρα επέμβασης κινητοποίηση καθορισμένη από το γιατρό. 		

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Λεμφοίδημα Αξίλου άνω άκρου	Επρόληψη λεμφοιδήματος	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετείται στο κάτω μέρος του κρεβατιού ειδική ενημερωτική πινακίδα. • Ενημερώνεται η ίδια η ασθενής. • Ενημέρωση του φακέλου της. • Ανάρτηση άνω άκρου. • Συνεννόηση με φυσιοθεραπευτή για ένταξη ασκήσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατά τη διάρκεια της νύχτας τοποθετείται μεξίλαρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι. • Ασκήσεις: α. Το πρώτο βήμα είναι έκταση - κάμψη των δακτύλων, υπτισμός - πρηνισμός του πήγματος. β. Κατόπιν συμφοράς του γαστρώ, απεγώγη και κινητοποίηση του βραχίονα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Στάδιακή υποχώρηση του λεμφοιδήματος μέσω διεκπεραίωσης νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> • Επίσκεψη από φυσιοθεραπευτή και ένυξη ασκήσεων. • Αποφεύγεται η λίγη αρτηριακής πίεσης και αίματος από το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς. 	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αλλαγή σωματικού εικόλου (απόλεια ενός μιστού).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να αποδεχτεί η ασθενής την καινούργια της εικόνα στον λιγότερο δυνατό χρόνο και με το μικρότερο ψυχικό κόστος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτιμάται η αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειας της όσον αφορά την αλλαγή της σωματικής εικόνας της. • Να ελκυσθεί η ανησυχία, η ενόχληση της ασθενούς. • Χρησιμοποιείται προσοφρινή προσθήκη από μαλλί. • Να ενημερωθεί για τη χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή καθώς και την ενδυμασία. • Βοηθεία αποδοχής από το κοινωνικό της περίγυρο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώνεται η οικογένεια της ασθενούς για τη μεταβολή της σωματικής εικόνας της, τους ενθαρρύνει να την υποστηρίξουν, ενισχύοντας την ελκυστικότητα της και την αξία της. Η αντίδραση του σύζυγου είναι καθοριστική γι' αυτό και συζητάμε πολύ μαζί του τονίζοντας το γεγονός ότι προέχει η ζωή της γυναίκας του. 	<p>Η ασθενής δείχνει ένα βελτιωμένο αποδοχής του χειρουργικού αποτελέσματος. Είναι σε θέση να αντικρύξει την τομή της και να γνωρίζει την ατομική της φροντίδα στο σπίτι. Η ασθενής ακολουθεί και τηρεί τις οδηγίες που της δίνονται και κατονομάζει την αναγκαιότητα των φροντίδων που της παρέχονται. Η τοποθέτηση της προσοφρινής προσθήκης ενισχύει την αυτοπεποίθηση της και ανησυχεί λιγότερο για την εικόνα που δείχνει στους άλλους.</p>
<p>• Να ενημερωθεί για τη χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή καθώς και την ενδυμασία.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Βοηθεία αποδοχής από το κοινωνικό της περίγυρο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώνεται η ασθενής για τις πλυστικές επεμβάσεις αποκατάστασης και αμέσως μετά την αφαιρέση των παροχέτευσιων τοποθετείται στη θέση του χαμένου μαστού προσοφρινή προσθήκη. 		

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

Όνομα ασθενούς : Χ.Α.
Ηλικία ασθενούς : 58
Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος αριστερού μαστού
Ημερομηνία εισαγωγής : 18.09.1995

Η ασθενής ανακάλυψε τυχαία πριν ένα χρόνο ένα ογκίδιο στον αριστερό μαστό.

Πριν έξι μήνες υποβλήθηκε σε μαστογραφία που έδωσε την εικόνα ινοαδενώματος. Στο ενδιάμεσο διάστημα το ογκίδιο μεγάλωσε σε μέγεθος και η επανάληψη του παρακλινικού ελέγχου έδειξε εικόνα ύποπτη για κακοήθεια.

Η ασθενής δεν κάνει χρήση αλκοόλ ή καπνού, πάσχει από αρτηριακή υπέρταση. Είναι παντρεμένη, έχει δύο γιούς. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 14 ετών. Εμμηνόπαυση προ οχταετίας.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος. Η αρτηριακή πίεση ήταν 160 mmHg.

Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου μετά από 3 μέρες. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Μετά την επέμβαση η ασθενής παρουσίασε κάποια προβλήματα τα οποία όμως αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως με αποτέλεσμα να πάρει εξιτήριο μετά από οχτώ μέρες.

Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

SUP	IXI	(προεγχειρητικά)
FL FRAXIPARINE	IXI, 1 cc	(αντιπηκτική αγωγή)
TAB STEDON	IXI, 7,5 mg	(προεγχειρητικά)
D/W 5% 1000cc	IXI	
AMP PETHIDINE	E.Π. (1/2)	
AMP PRIMPEPAN	IXI	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Φόβος, κατάθλιψη, άγχος (προεγχειρητικά).	Εξασφάλιση άνεσης, μείωση φόβου και άγχους.	<ul style="list-style-type: none"> Ψυχολογική τόνωση της ασθενούς και της οικογένειας της. Εξασφάλιση καλού ύπνου, με χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων. Δόγω ότι ο όγκος που είχε η ασθενής ήταν σε προχωρημένο στάδιο και χρειάζοταν επείγον επέμβαση και κατά συνέπεια γρήγορη εισαγωγή στο νοσοκομείο δεν είχε την ευκαιρία να συμβουλευθεί με τη νόσο της. Προγραμματίζεται συζήτηση μαζί της για ενημέρωση και λήψη αποφάσεων της. 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημερώθηκε η ασθενής για τις ιατρικές πράξεις που πρόκειται να της γίνουν και λήθηκαν ορισμένες αποφάσεις της. Το βράδυ χορηγήθηκε stodon tab για τη μείωση του άγχους της και εξασφάλιση καλού ύπνου. 	Μείωση του άγχους μερική αποδοχή της νόσου και της επέμβασης από την ασθενή.
Πόνος, ανησυχία (μετεγχειρητικά)	Μείωση του πόνου και της ανησυχία της ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none"> Εκτιμάται ο τύπος και η ένταση του πόνου για χορήγηση αναλγητικών. Έλεγχος των ζωτικών σημείων. Έλεγχος του τραύματος και των συσκευών 	<ul style="list-style-type: none"> Δήλη ζωτικών σημείων. Χορηγείται 1/2 amp Pethidine IM. Καθησυχάζεται η ασθενής ότι ο πόνος είναι παροδικός. 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του πόνου λόγω χορήγησης πυρεσίτου και σωστή τοποθέτησης ιατρής στην κλίνη. Ελάττωση της ανησυχίας της ασθενούς.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΤΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ολιγαιμικό shock	Ανύψωση της ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος ζωτικών σημείων • Υπολογισμός ποσότητας παραχέτευμένου υγρού • Να ελεγχθούν σημεία εμφάνισης αιμάτος στην κλίνη και στο επιδεσμικό υλικό. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αήψη ζωτικών σημείων -ιριτηριακή πίεση, σφύξεις, υπαννοές, θερμοκρασία, ακόμη και το χρώμα δέρματος-κάθε τέταρτο της ώρας, τις πρώτες 3 ώρες. • Ελέγχεται ο ιματισμός και το επιδεσμικό υλικό για την ανακάλυψη σημείων αιμορραγίας και στην οποίσθια πλευρά της ασθενούς. 	<p>λόγω χορήγησης πτυσιπόνου και σωστής τοποθέτησης στην κλίνη.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αισθητηρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών. • Αναπύχθηκε η ασθενής. • Μετά τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων, η αήψη τους γίνεται κάθε 3 ώρες το επόμενο 24ωρο.
		<ul style="list-style-type: none"> • Σωστή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι <p>παροχέτευσης</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αήψη ζωτικών σημείων -ιριτηριακή πίεση, σφύξεις, υπαννοές, θερμοκρασία, ακόμη και το χρώμα δέρματος-κάθε τέταρτο της ώρας, τις πρώτες 3 ώρες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτιμάται η ποσότητα του παραχέτευμένου υγρού, με τη συσκευή Ηεμονας. Αν έχουμε παροχέτευση μεγαλύτερη από 100cc/h για δύο ώρες ενημερώνεται ο γιατρός.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πυρετός (38,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος. • Πρόληψη λοίμωξης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. • Έλεγχος του τράυματος. Αλλαγή του επιθεστικού υλικού. • Έλεγχος των 2 παροχέυσεων της ασθενούς (Red-o-rac θορακικό και μασχαλαίο). • Διάσκωλία ασκήσεων βήχα και βαθίων αναπνοών προς αποφυγή λοίμωξης του αναπνευστικού. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμόζονται ψυχρά επιθέματα και υγιεινολογούνται τα αποτελέσματά τους. • Γίνεται περιποίηση του τράυματος. • Χορήγηση αντιπυρετικού αποτελ amp IM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Καλά ζωτικά σημεία • Το τράυμα είναι καλό. Πρόληψη λοίμωξης. • Πτώση πυρετού μετά ½ ώρας λόγω χορήγησης αντιπυρετικού φαρμάκου (37 C).
Φλεγμονή του τράυματος	<ul style="list-style-type: none"> • Να εξάσκει η φλεγμονή • Άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Παράκολούθηση του τράυματος • Φροντίδα της τομής • Διατήρηση της τομής στεγνή 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά την αρχική αφαίρεση του επιθεστικού υλικού από το γιατρό, ελέγχεται η τομή για ερυθρότητα, οίδημα, εμφάνιση πύου, αιξίση θερμοκρασίας, μη σύγκλιση των χειλέων του τράυματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποχώρηση φλεγμονής • Έγκαιρη αντιμετώπιση των αρχικών σταδίων της. Διατήρηση της ασθενούς σε καλή κατάσταση σωματική αλλά και ψυχική. Η τομή διατηρείται καθαρή και προστετεύεται από εξωγενείς μόλυσματικούς παράγοντες.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> • φροντίδα της τομής: <ul style="list-style-type: none"> α. Αλλάζεται το επιθεσμικό υλικό καθημερινά. β. Χρησιμοποιείται ύπρητη τεχνική. γ. Εκτιμάται το είδος και το ποσό παροχέτευσης. δ. Διατηρείται η τομή στεγνή. Η ασθενής πλένεται 24 ώρες μετά την αφίρρηση των παροχετεύσεων. Η τομή κατόπιν στεγνώνεται καλά. 	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στη παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια ανασκόπησης του όλου θέματος σχετικά με τις υπάρχουσες απόψεις που αφορούν την ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενή με καρκίνο του μαστού.

Βέβαια το θέμα δεν καλύφθηκε πλήρως αλλά πιστεύω ότι έγινε μια ικανοποιητική παρουσίαση των πολύπλοκων προβλημάτων και τονίστηκε ιδιαίτερα η σημασία της Εξατομικευμένης Νοσηλευτικής Φροντίδας που πρέπει να παρέχεται στον ασθενή. Η άρτια κατάρτιση του Νοσηλευτικού Προσωπικού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων, αλλά η ουσία της Νοσηλευτικής Φροντίδας βρίσκεται στην ικανότητα της Νοσηλεύτριας να συλλαμβάνει και να κατανοεί τα σημεία συμπεριφοράς που δείχνουν την κατάσταση άνεσης του ασθενή ή την ικανότητα του να διαπραγματεύεται με προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας της απειλής της υγείας του.

Η ικανότητα της Νοσηλεύτριας να αναγνωρίζει τα σημεία συμπεριφοράς είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή εκπλήρωση του ρόλου της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασιάδης Σ. , Δεληγιώργη Ε., κ.α.: Η δια λεπτής βελόνης κυτταρολογική (FNAC) διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Πρακτικά XIX Πανελληνίου Συνεδρίου Χειρουργικής, Θεσσαλονίκη, 1994.

American Cancer Society Cancer Facts and Figures, New York, 1986.

Αποστολίκας Ν., Πάτρα - Μαλλή Ε., Αγνάντη Ν.: Το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα του μαστού. Ιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1984.

Ασυνήθεις τύποι καρκινώματος του μαστού. Παθολογία του μαστού. Έκδοση Θεαγένειο Ιατρικό Ινστιτούτο, Θεσσαλονίκη, 1979.

Γιώτης Ξ.: Προφυλακτική χημειοθεραπεία στον εγχειρήσιμο καρκίνο μαστού. Ιατρική 47, Εκδόσεις Βήτα, Ιανουάριος, Αθήνα, 1985.

Γκάρας Ι.: Μετεγχειρητικές επιπλοκές της ριζικής μαστεκτομής. Ιατρική, Τόμος 39, Ιανουάριος - Ιούνιος, Αθήνα, 1981.

Callager Hs.: Pathologic typers at breast cancer their prognoses, Cancer, 1984.

Cugton A.: Φυσιολογία του ανθρώπου. 3η έκδοση, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1984.

Δαρβίρη Χρ.: Ο ρόλος του επισκέπτη-τριας υγείας στην πρόληψη του καρκίνου. 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, Αθήνα, 1985.

Δεσπούνη - Σαλέμ Ε.: Η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού. Διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη, 1985.

Dobihal S. Hospice: enabling a patient to die at home. Am j Nurs, 1980.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- Δόσιος Θ.: Πόσο πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του. Στο: Αναγνωστόπουλος Φ, Παπαδάτου Δ. (Εκδ) Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Φλόγα, Αθήνα, 1986.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Ετήσια στατιστική έρευνα του καρκίνου, Αθήνα, 1980.
- Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας. Κλινική ογκολογία. Με συνεργασία Ελλήνων ειδικών και της UICC.
- European School of Oncology. Ψυχολογική αποκατάσταση της γυναίκας με καρκίνο μαστού.
- Ζηλίδης Χ.: Επιδημιολογία καρκίνου μαστού. Ελληνική Ιατρική, τόμος 6ος, τεύχος 4ο, Ιούλιος - Αύγουστος, Αθήνα, 1994.
- Ιακωβίδης Α., Καρκανιάς Α., Σκούρτας Ι.: Πόσο ενημερωμένος είναι ο καρκινοπαθής για τη νόσο του σήμερα. Μάχη και ελπίδα, 1990.
- Ιωαννίδου - Μουζάκα Λ.: Η ποικιλομορφία της Βιολογίας του καρκίνου του μαστού στον άνθρωπο. Ιατρική, τόμος 45, τεύχος 1, Ιανουάριος, Αθήνα, 1984.
- Ιωαννίδου - Μουζάκα Λ.: Η επιδημιολογία του καρκίνου μαστού. Ιατρική, τόμος 47, Ιανουάριος, Αθήνα, 1985.
- Ιωαννίδου - Μουζάκα Λ.: Μαστός και χάπι. Ιατρική Τόμος 47, Ιανουάριος, Αθήνα, 1985.
- Καρβέλας Φ.: Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού. Ιατρική, τόμος 57, τεύχος 1, Ιανουάριος, Αθήνα, 1990.
- Κατσώχης Κ., Φαχαντίδης Ε., κ.α.: Ευνοϊκή εξέλιξη τοπικά προχωρημένουν βλεννώδους καρκινώματος του μαστού. Γαληνός. Πανελλήνια διμηνιαία ιατρική έκδοση, τόμος 3, τεύχος 4, 1994.
- Κονιάρη Ε.: Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική Παρέμβαση. Εκδόσεις Βήτα, Medical Arts, Αθήνα, 1991.
- Κορδιόλης Ν.: Πληροφόρηση και καρκίνος. Η αλήθεια και η πραγματικότητα. Μάχη και ελπίδα, 1990.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

- Κωνστάντες Ι.: Η διαγνωστική συμβολή της μαστογραφίας στις παθήσεις του μαστού. Ιατρική, τόμος 47, Ιανουάριος, Αθήνα, 1985.
- Ludwick R.: Breast examination in the older adult. Cancer Nursing, 1988.
- Μπούτης Λ.: Καρκίνος μαστού. Ιατρική εταιρεία Καβάλας. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1987.
- Μπούτης Λ. - Πινακίδης Μ.: Καρκίνος μαστού. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1992.
- Νομικός Ι.: Φυσική εξέλιξη του μαστού. Ιατρική, τόμος 47, Ιανουάριος, Αθήνα, 1995.
- Παπαδάτου Δ., Μαθιουδάκη- Χλαπανίδη Ε., Χατήρα Π.: Η ψυχολογική αντιμετώπιση της οικογένειας και του παιδιού με καρκίνο στην πορεία της αρρώστιας. Στο: Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Φλόγα, 1986.
- Παπαδημητρίου -Καραπάνου Κ., Μαρκάκη Ι., Πράτσικα - Ουγουρλόγλου Κ.: Λιποεκκριτικό καρκίνωμα μαστού. Ιατρική, τόμος 47, τεύχος 5. Μάιος, Αθήνα, 1985.
- Παπανικολάου Ν.: «Γυναικολογική ογκολογία». Εκτύπωση φωτοτυπική, Θεσσαλονίκη, 1992.
- Πινακίδης Μ.: Καρκίνος μαστού. Χειρουργική θεραπεία με βάση την βιολογική προοπτική. Αντικαρκινικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο Μετεκπαιδευτικά μαθήματα παθολογικού τομέα. Εκδόσεις Κάτσιος Ζ, Θεσσαλονίκη, 1993.
- Platzer W. Εγχειρίδιο ανατομικής ανθρώπου - Μυοσκελετικό σύστημα, τόμος Ι, Λίτσας, Αθήνα, 1985.
- Πλατή Χ.: Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στον καρκίνο του μαστού. Νοσηλευτική. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1989.
- Σαχίνη - Καδράση Α. - Πάνου Μ.: Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, τόμος 2ος, Β' Επανέκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1988.

Καρκίνος μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση

Τέντας Κ.: Χημειοθεραπεία των κακοήθων νεοπλασμάτων. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1989.

Τζωακολευθεράκης Ε.: Χειρουργικές παθήσεις του μαστού, Αθήνα.

Τσόχας Κ.: Επίτομη Κλινική Φαρμακολογία, εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα, 1988.

Fisher B, Wolmark N.: Redmond **Ket al** findings from NSABR protocol no B-04 comparison of radical mastectomy with alternative treatment II. The clinical and biologic Significance of medical-central breast cancer. Cancer, 1981.

Harrison TR: «Εσωτερική Παθολογία», τόμος Α', έκδοση 10η, εκδόσεις Γ. Παρισσιανός, Αθήνα, 1986.

Vorherr H.: Pathobiology of breast cancer Klin Wschs 59, 1981.

Woolsey S.: Support after sudden infant death. Am j Nurs, 1988.