



Καλοφωλιά Νικολέττα

Καρκίνος Μαστού

Νοσηλευτική παρέμβαση
στην ψυχосоψιματική
υποστήριξη του ατόμου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	6
1.1. Στοιχεία εμβρυολογίας	6
1.2. Στοιχεία ανατομίας	7
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	8
2.1. Μεταβολές μαστού κατά χρονικές περιόδους	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	10
1.1. Διεθνής κατανομή	10
1.2. Συχνότητα εντόπισης	10
2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	11
2.1. Γενετικοί παράγοντες	11
2.2. Ορμονικοί παράγοντες	12
2.3. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες	13
2.4. Γεωγραφικοί και κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες	13
2.5. Μορφολογικοί παράγοντες	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	15
1.1. Ιστορικό	15
1.2. Ψυχολογική αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειας κατά την περίοδο της διάγνωσης.	16
2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	17
3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	18
3.1. Κλινική διάγνωση	18
3.2. Εργαστηριακή διάγνωση	18
3.3. Εγχειρητική διάγνωση	20
4. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	21
5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
1. ΠΡΟΛΗΨΗ	24
1.1. Πρωτογενής πρόληψη	24
1.2. Δευτερογενής πρόληψη	24
2. Ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού .	25
2.1. Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη	26
2.2. Ειδικές δραστηριότητες στην δευτερογενή πρόληψη	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
1. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	30
1.1. Στάδια της νόσου-ψυχολογική παρέμβαση	30
1.2. οσηλευτικός διάλογος με την άρρωστη	32
1.3. Ο αντίκτυπος του καρκίνου στην αυτοεκτίμηση της καρκινοπαθούς	33

2.	ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	34
2.1.	Ομάδες συμπαράστασης	34
2.2.	Ατομική ψυχοθεραπεία	34
3.	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	35
3.1.	Θεραπευτικές μέθοδοι αναλγησίας του καρκινικού πόνου	35
3.2.	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

1.	ΘΕΡΑΠΕΙΑ	40
1.1.	Χειρουργική θεραπεία	40
1.2.	Θεραπεία ανά στάδιο	42
1.3.	Προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις μετά από απλή ή κλασική μαστεκτομή.	44
2.	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	51
2.1.	Ταξινόμηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	51
2.2.	Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας	52
2.3.	Ασφαλής χειρισμός κυτταροστατικών	52
2.4.	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία	54
3.	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	54
3.1.	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.	56
3.2.	Αντιμετώπιση παρενεργειών-επιπλοκών ακτινοθεραπείας.	57
4.	ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	57
4.1.	νοσηλευτικές παρεμβάσεις	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

1.	ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	59
1.1.	Σκοποί νοσηλείας στο σπίτι	59
	Πώς πρέπει να προσφέρεται η κατ'οίκον νοσηλεία	60
2.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ	61
2.1.	Σωματική φροντίδα και εξασφάλιση άνεσης	60
2.2.	Ψυχολογική υποστήριξη της καρκινοπαθούς και της οικογένειάς της	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

1.	ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	64
1.1.	Σωματική αποκατάσταση	64
1.2.	Ψυχολογική αποκατάσταση	65
1.3.	Επαγγελματική αποκατάσταση	66
1.4.	Στόχος προς την τελική αποκατάσταση	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

1	ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	67
2	ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	79
	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	85
	Βιβλιογραφία	88

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι μαστοί αποτελούν ένα όργανο¹ το οποίο έχει σχέση με την ομορφιά και την αναπαραγωγή(μέσω του θηλασμού) της γυναίκας .Η λειτουργική σημασία του μαζικού αδένου έχει συνδεθεί με την προσφορά του μητρικού γάλακτος που παρέχεται για την ύπαρξη της καινούργιας ζωής από τα πρώτα της βήματα μέχρι την ανεξαρτητοποίηση της. Κατά την ώρα του θηλασμού, το τροφοδοτικό αυτό όργανο δεν καλύπτει μόνο τις βιολογικές ανάγκες του ανθρώπου αλλά παράλληλα λειτουργεί σαν ένα από τα πιο σημαντικά κανάλια διοχέτευσης της φυσικής στοργής, που κάνει τον άνθρωπο να νιώθει ευτυχής. Αυτό το τόσο πολύτιμο και σύνθετο σε λειτουργικότητα όργανο προτιμάει ιδιαίτερα ο καρκίνος. Οι συνέπειες του οποίου δεν επιτρέπουν εναλλακτική λύση από τον ακρωτηριασμό ή την απώλεια της ζωής. Η ζωή χάνεται από ένα όργανο που συντέλεσε στην υποστήριξη της ίδιας της ζωής.

Η πιο συχνή κακοήθης πάθηση του μαστού είναι ο καρκίνος. Είναι ο συχνότερος γυναικείος καρκίνος και η συχνότερη αιτία θανάτου καρκινοπαθών γυναικών στην χώρα μας. Στην Ελλάδα 1 στις 10 Ελληνίδες μπορεί να αναπτύξει καρκίνο σε κάποια φάση της ζωής της.¹ Κάθε χρόνο 1500 γυναίκες περίπου προσβάλλονται και 700 πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού. Σε παγκόσμια κλίμακα το ποσοστό θανάτων από καρκίνο του μαστού είναι περίπου 60%.Η πιθανότητα αυτή αλλά και το γεγονός ότι ο μαστός επηρεάζεται σημαντικά από την σύγχρονη ζωή(έντονη σεξουαλική ζωή, περιορισμός γεννήσεων, γαλουχία ,διατροφή) είναι αρκετή για να δημιουργήσει στις περισσότερες γυναίκες ένα αίσθημα φόβου.²

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

Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσο αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού(μαστογραφία- αυτοεξέταση). Δυστυχώς οι περισσότερες περιπτώσεις φτάνουν στα νοσοκομεία για θεραπεία στα τελευταία στάδια. Κύρια αιτία γι' αυτό είναι η άγνοια αυτών των γυναικών.

Σημαντικό ρόλο στον αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού,εκτός της λεπτομερούς ενημέρωσης του ιατρικού κόσμου επί των διαγνωστικών και θεραπευτικών εξελίξεων, παίζει και η διαφώτιση του κοινού. Το κοινό ενδιαφέρεται να μάθει ότι αφορά την υγεία του, ειδικά οι γυναίκες δείχνουν ευαισθησία σε θέματα που αφορούν το καρκίνο του μαστού. Συχνά βλέπουμε να συζητείται αυτό το θέμα στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, παρέχοντας όμως πολλές φορές ασαφείς πληροφορίες.

Στο κατώφλι του 2000 η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει κάνει σημαντικά βήματα προόδου, εξακολουθεί όμως να βασίζεται κυρίως στην έγκαιρη διάγνωση 3.Μέχρις ότου γίνει δυνατή η πρόληψη του καρκίνου του μαστού, η μεγαλύτερη ελπίδα για τον έλεγχο της νόσου είναι η πρώιμη διάγνωση και η σωστή θεραπεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα επιθιλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαζικού αδένου. Γενικά με τον όρο καρκίνος περιγράφεται η ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων. Ανάμεσα στα 50.000 ή περισσότερα χωριστά γονίδια του σώματος, υπάρχουν περίπου 100 που μπορεί να λειτουργήσουν ανώμαλα, δημιουργώντας κύτταρα εκεί που δεν πρέπει. Τα γονίδια αυτά, γνωστά σαν ογκογενή, ενεργοποιούνται από ένα συνδυασμό παραγόντων. Πρόκειται για έναν όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή, με ασαφή όρια, σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα, που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα⁴. Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη. Σχετίζονται πολλοί παράγοντες μεταξύ τους (γενετικοί, περιβαλλοντικοί, κοινωνικοβιολογικοί, ψυχολογικοί) οι οποίοι αλληλοσχετιζόμενοι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου.⁵

Ο καρκίνος του μαστού είναι 6-7 φορές συχνότερος στην Β. Αμερική και Δ. Ευρώπη απ' ό,τι στην Ασία και στην Αφρική. Η Λατινική Αμερική βρίσκεται στο μέσο. Κάθε χρόνο πάνω από 3.500 Ελληνίδες παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αντιμετωπισθεί χειρουργικά, ακτινοθεραπευτικά, ορμονοθεραπευτικά και χημειοθεραπευτικά. Για την επιλογή της σωστής θεραπευτικής αγωγής συλλέγονται στοιχεία (ιστολογικός τύπος, βαθμός κακοήθειας, μέγεθος όγκου, μετάσταση στους λεμφαδένες και σε άλλα όργανα) τα οποία προσφέρουν στην τελική σταδιοποίηση της νόσου.¹

Ο καρκίνος είναι μια σοβαρή ασθένεια που δυστυχώς εμφανίζεται σε μεγάλα ποσοστά. Εφόσον βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια χρειάζεται σωστή αντιμετώπιση και πλήρη ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.

Από την πρώτη στιγμή θα είναι καλό να γνωρίζουμε ότι η ασθενής δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν μια χαμένη υπόθεση. Έχει ανάγκη την νοσηλευτική φροντίδα, περισσότερο από κάθε άλλο ασθενή, μέχρι την τελική φάση της ζωής του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.Εμβρυολογία και ανατομία του μαστού

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Στον άνδρα παραμένει ανενεργής ενώ στην γυναίκα υπόκειται σε πλήθος μορφολογικών και λειτουργικών μεταβολών που σχετίζονται με την εμμηνορρυσία, την εγκυμοσύνη, την γαλουχία, την εμμηνόπαυση. Αυτός ο δυναμικός ρόλος έχει ως αποτέλεσμα πλήθος δυσλειτουργικών και κλινικών εκδηλώσεων, που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα⁶

1.1 Στοιχεία εμβρυολογίας

Η πρώτη καταβολή των μαστών παρουσιάζεται την 6 εμβρυϊκή εβδομάδα με την μορφή εξωδερμικής πάχυνσης⁶ που συνεχίζει συνεχή ακρολοφία από την μασχάλη, αριστερά και δεξιά, ως την βουβωνική χώρα.² Αυτή η πάχυνση ονομάζεται μαστική ακρολοφία (milk line)⁶. Μέχρι την 9 εμβρυϊκή εβδομάδα έχουν ατροφήσει τα δύο τρίτα αυτής, ενώ στο τμήμα που βρίσκεται στην θωρακική περιοχή αναπτύσσονται 5-6 οζίδια, τα μαστικά λοφίδια, τα οποία αποτελούν τις καταβολές των μαστών.

Κατά τον 5 εμβρυϊκό μήνα από κάθε καταβολή αναπτύσσονται 15-20 συμπαγείς δοκίδες οι οποίες φέρονται σε βάθος, στο υποκείμενο χόριο, σχηματίζοντας έτσι τους γαλακτοφόρους εκφορητικούς πόρους. Το ελεύθερο άκρο των γαλακτοφόρων πόρων διευρύνεται και διακλαδιζόμενο σχηματίζει τους λοβούς. Κατά τον 7 ή 8 εμβρυϊκό μήνα οι γαλακτοφόροι πόροι αποκτούν αυλό. Η θηλή του μαστού διαπλάσσετε από την ελεύθερη επιφάνεια της αρχικής του καταβολής.⁶

1.2 Στοιχεία ανατομίας

Ο μαστός είναι ένας αδένας ο οποίος παράγει γάλα.⁹ Ο μαστός στον άνδρα και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στην 2 και 6 πλευρά, με την θηλή αντίστοιχα προς την 4 πλευρά.²

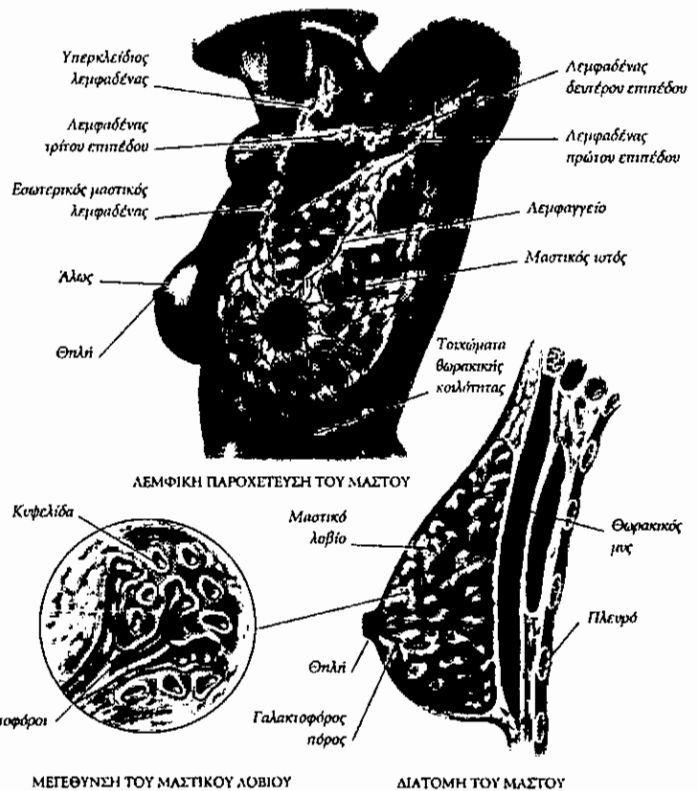
-Εξωτερική δομή

Ο εξωτερικός μαστός χωρίζεται σε:

A) μαλακή περιοχή από δέρμα

B) την θηλαία άλω, μια κυκλική περιοχή κεχρωσμένου δέρματος,⁷ ποικίλου μεγέθους και με χρώση διαφορετικής τονικότητας σε κάθε γυναίκα. Πάνω στην επιφάνεια της παρατηρούνται 12-20 μικρά εξογκώματα, που αντιστοιχούν σε ειδικούς σμηγματογόνους αδένες, τους αδένες του Montgomery ή αλωαίους αδένες οι οποίοι κατά την εγκυμοσύνη μεγαλώνουν.⁸ Περιφερικώς της θηλαία άλω βρίσκονται θύλακοι τριχών και σμηγματογόνοι αδένες².

Γ) η θηλή, έχει χρώμα εντελώς όμοιο με το χρώμα της άλω. Η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια, από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένα. Η επιφάνεια της θηλής είναι ανόμοια και ρυτιδωτή.²



-Εσωτερική δομή

Στο εσωτερικό του μαστού βρίσκεται ο μαστικός αδένας, ο οποίος έχει σχήμα δένδρου καθώς αποτελείται από πολυάριθμους λοβούς (15-20) ο καθένας από τους οποίους αποτελείται από χιλιάδες κυψελίδες. Από τις κυψελίδες, το γάλα που παράγεται, μεταφέρεται με τους γαλακτοφόρους πόρους που εκβάλλουν στην θηλή. Το μέγεθος του μαστικού αδένα δεν έχει σχέση με το μέγεθος του μαστού το οποίο καθορίζεται από την ποσότητα του λίπους που τον περιβάλλει.⁹

2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στην γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο:ως μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και κυρίως ως μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Αυτή η βιολογική αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένα μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική του μορφή.²

2.1.ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ



*Πριν από την εφηβεία
οι μαστοί είναι
επίπεδοι*



*Η άλως αναπτύσσεται
σαν βλαστός*



*Ο αδένας και οι
πόροι του μαστού
μεγαλώνουν*



*Η άλως γίνεται επίπεδη
πάνω από τον μαστικό
ιστό*

- **ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΖΩΗ:** ο μαστός αποτελεί προβολή, σε σχήμα κάλυκος, του έξω βλαστικού δέρματος.¹⁰
- **ΓΕΝΝΗΣΗ:** ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους¹⁰ οι οποίοι εκβάλλουν στην θηλή.
- **ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:** λίγες ημέρες μετά την γέννηση, στην πλειοψηφία των νεογνών, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας¹⁰ του μαστού σε μικρό βαθμό. Επίσης συνυπάρχει διόγκωση του ενός ή και των δύο μαστών, από την θηλή εκκρίνεται υγρό το πρωτόγαλα.¹² Αυτή η έκκριση οφείλεται στην επίδραση των γυναικείων ορμονών της μητέρας στο αίμα του νεογέννητου.^{10,12}
- **ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:** Σ' αυτή την φάση οι μαστοί αδρανούν, γιατί η εκκριτική δραστηριότητα¹⁰ που παρατηρείται μετά την γέννηση υποχωρεί σε μια βδομάδα.
- **ΗΒΗ:** Οι μαστοί αναπτύσσονται ανάμεσα στο 10-15 έτος. Αυτή η αύξηση οφείλεται στην ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων που επιμηκύνονται και διογκώνονται κάτω από την επίδραση των ορμονών.
- **ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:** Πριν την εμμηνόρρυσια οι μαστοί διογκώνονται γιατί διευρύνονται και επιμηκύνονται οι γαλακτοφόροι πόροι . Οι μεταβολές αυτές, όπου μέρος αυτών αποδίδονται σε ενδολοβιακό οίδημα και υπεραιμία,⁶ κάνουν τον μαστό ευαίσθητο και προκαλούν ελαφρύ πόνο. Με την εμφάνιση της εμμήνου ρήσεως τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και η το οίδημα υποχωρούν.⁶ Έτσι ο μαστός φτάνει στο κανονικό του μέγεθος κατά την 8 μέρα του κύκλου.
- **ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ:** Σ' αυτή την περίοδο με την επίδραση των ορμονών επέρχονται μεγάλες μεταβολές στον μαστό της εγκύου, με αποτέλεσμα να μεγαλώνουν οι κυψελίδες στις οποίες παράγεται το γάλα.¹¹

- **ΓΑΛΟΥΧΙΑ:** η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστο της και η λειτουργική της δραστηριότητα αποκορυφώνεται με την συνδυασμένη δράση των ορμονών.¹⁰
- **ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ:** υπάρχει σταδιακή εξαφάνιση των λοβίων, ορισμένα διατηρούνται άλλα είναι μικρότερα. Το παρέγχυμα και το ινώδες υπόστρωμα του μαστού μεταπίπτουν βαθμιαία σε μια ομοιογενή μάζα, ενώ η αρχική συγκρότηση του μαστού σε λόβια εξαφανίζεται. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί, ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται, έτσι ο μαστός διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό του περίγραμμα.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

1.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1.1 ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος, τρίτος σε συχνότητα¹³ στις γυναίκες της ευρωπαϊκής ένωσης. Ακολουθούν του εντέρου και των πνευμόνων. Κάθε χρόνο 500.000 Ευρωπαϊκές γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, 1 στις 11 γυναίκες θα αναπτύξουν καρκίνο μαστού κατά την διάρκεια της ζωής τους.¹

Αυτή η μορφή καρκίνου είναι σπάνια στους άνδρες.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 100.000 περίπου νέες περιπτώσεις, ενώ 30.000 περίπου ασθενείς πεθαίνουν από την συγκεκριμένη νόσο.¹

Στο Ηνωμένο Βασίλειο 1 στις 10 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο μαστού.¹⁴

1.2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ

Ως προς την ανατομική θέση του μαστού, η συχνότητα εντόπισης του καρκίνου σε εκατοστιαία ποσοστά έχει ως εξής:

Στο 50% των περιπτώσεων ο καρκίνος προσβάλλει το α)άνω-έξω τεταρτημόριο του μαστού. Ακολουθεί β)η κεντρική περιοχή με ποσοστό 19%, γ)το άνω-έσω τεταρτημόριο με ποσοστό 15%,δ)το κάτω έξω με 11%15 ενώ το σημείο με την μικρότερη συχνή εντόπιση είναι το ε)κάτω-έσω τεταρτημόριο με ποσοστό 5%.¹⁰

Ως κακοήθης όγκος μεθίσταται σε διάφορα όργανα, όπως στον άλλο μαστό, στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο. Οι μεταστάσεις γίνονται κυρίως με την αιματική και την λεμφική οδό.

2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η επιδημιολογία του καρκίνου είναι εκείνο το κομμάτι το οποίο έχει μελετηθεί πολύ και έτσι έχουν καθοριστεί με βεβαιότητα αρκετοί παράγοντες κινδύνου. Βέβαια ένα σημαντικό τμήμα της εμφάνισης της ποικιλομορφίας του καρκίνου του μαστού μεταξύ των πληθυσμών αλλά και μέσα στον ίδιο τον πληθυσμό¹³ δεν εξηγείται από γνωστούς παράγοντες κινδύνου.

2.1. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- **ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ:**

Ο οικογενειακός παράγοντας παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου. Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού έχουν 2 με 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού.^{2,13} Αυτή η πιθανότητα μπορεί να αυξηθεί μέχρι 8 φορές αν ο καρκίνος του μαστού εμφανίστηκε πριν την εμμηνόπαυση ή ήταν αμφοτερόπλευρος. Ακόμα αν ο καρκίνος του μαστού έχει εμφανιστεί στην μητέρα πριν την εμμηνόπαυση, η κόρη κινδυνεύει να προσβληθεί 10 χρόνια νωρίτερα από τότε που προσβλήθηκε η μητέρα της.¹

Υπάρχει πιθανότητα για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού σε σχέση με την ηλικία πρώτου τοκετού. Οι αδελφές των ασθενών, για όλες τις κατηγορίες ηλικιών, που γέννησαν για πρώτη φορά σε μεγάλη ηλικία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από αυτές που γέννησαν για πρώτη φορά σε μικρή ηλικία.²

- **ΦΥΛΟ:**

Αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα στην συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 100 γυναίκες προς 1 άνδρα.⁶

- **ΗΛΙΚΙΑ:**

Η ηλικία μιας γυναίκας είναι πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού φαίνεται να αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι η ανάπτυξη του καρκίνου διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία. Σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 40 ετών ένα ποσοστό λιγότερο από 7% θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Μεταξύ των ηλικιών 40-45 ετών ένα 18%, μεταξύ 50-65 ετών ένα 32% και σε ηλικία άνω των 65 ετών ένα 43%. Σε γυναίκες ηλικίας άνω των 65 ετών το ποσοστό ελαχιστοποιείται.

2.2 ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

• ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΟΡΜΟΝΕΣ:

Τα οιστρογόνα^ο προκαλούν μιτώσεις στα επιθηλιακά κύτταρα του μαστού και πιθανόν συνοδεύονται με αύξηση κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.¹³

Οιστραδιόλη, προγεστερόνη^ο συσχετίζονται με υψηλό επίπεδο αναπλαστικής δραστηριότητας και πιθανόν με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.²

• ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Η χρήση των εξωγενών ορμονών (αντισυλληπτικά, ορμονική θεραπεία υποκατάστασης) είναι ευρέως διαδεδομένη.¹³ Οι περισσότερες δημοσιευμένες μελέτες δείχνουν ένα μικρό κίνδυνο που συνοδεύει την χρήση αυτών των ορμονών.

• ΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Όσο πιο νωρίς εμφανίζεται η έμμηνος ρύση σε μια γυναίκα τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Γυναίκες με έναρξη της έμμηνου ρύσεως πριν την ηλικία των 12 χρόνων και καθυστερημένη εμμηνόπαυση, μετά την ηλικία των 50 χρόνων, φαίνεται να σχετίζονται με διπλασιασμό της πιθανότητας προσβολής από την νόσο.^{1,16}

Η νεαρή ηλικία της γυναίκας στην πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη(μικρότερη των 20 ετών)φαίνεται να ασκεί προστατευτική δράση κατά την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.^{2,6} Επίσης προστατευτική δράση φαίνεται να ασκεί ο μεγάλος αριθμός των τοκετών.¹ Αντιθέτως ενοχοποιητικό παράγοντα αποτελεί η ατεκνία¹ και η απόκτηση του πρώτου παιδιού μετά την ηλικία των 35 ετών.¹⁶ Στο ερώτημα αν ο θηλασμός προστατεύει τις γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού οι απόψεις διίστανται.

Σύμφωνα με έρευνες ο θηλασμός δεν δρα προστατευτικά κατά του καρκίνου του μαστού.^{13,16} Οι ερευνητές προτείνουν πως μάλλον οι γυναίκες που αποτυγχάνουν να θηλάσουν¹³ αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου.

Αντιθέτως σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύεται στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό 'AMERICAN JOURNAL OF EPIDIMIOLOGY', {ο μητρικός θηλασμός είναι καλός όχι μόνο για την υγεία του μωρού αλλά και για την υγεία της μητέρας που το θηλάζει. Γυναίκες που θηλάζαν τα παιδιά τους για 2 χρόνια ή περισσότερο έχουν 50% λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο μαστού παρά αυτές που δεν θηλάζουν}.¹⁷

Επίσης οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση κατά την πρώτη τους εγκυμοσύνη αντιμετωπίζουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Ο κίνδυνος διπλασιάζεται μετά από έκτρωση εντός του πρώτου τριμήνου και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις.¹⁸

2.3 ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ Ή ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

• ΙΟΝΙΖΟΥΣΑ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ:

Ο ανθρώπινος μαστός αποτελεί έναν από τους πιο ακτινοευαίσθητους ιστούς. Η κύρια αιτία ακτινοβολίας μαστού είναι η μαστογραφία. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη νεοπλασίας είναι συνάρτηση τόσο της δόσης όσο και του χρόνου έκθεσης στην ακτινοβολία. Το βασικό σημείο λοιπόν είναι ότι η ακτινοβολία θα πρέπει να χρησιμοποιείται με τέτοιο τρόπο ώστε να έχουμε το μεγαλύτερο κλινικό όφελος από την εφαρμογή της για διαγνωστικούς σκοπούς με το μικρότερο κόστος για την υγεία της εξεταζόμενης.⁶

Σήμερα η μαστογραφία θεωρείται σχετικά ασφαλές διαγνωστικό μέσο για τις γυναίκες τουλάχιστον άνω των 50 ετών. Βέβαια σε ηλικίες 35-50 ετών θα πρέπει να χρησιμοποιείται με επιφύλαξη εκτός βέβαια και αν υπάρχουν συμπτώματα ή ευρήματα ύποπτα για κακοήθεια.²

• ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Ψυχολογικοί παράγοντες όπως ψυχικά άλγη, ψυχικές διαταραχές φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

2.4. ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

• ΕΘΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στα άτομα υψηλών κοινωνικό-οικονομικών τάξεων και των αστικών περιοχών.²

Επίσης φαίνεται ότι υπάρχει μια διαφορά στην συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες. Η συχνότητα είναι υψηλή στην Βόρεια Αμερική και Βόρεια Ευρώπη, μέτρια στην Βόρεια Ευρώπη και Λατινική Αμερική και χαμηλή στην Ιαπωνία και Αφρική.¹

Το περιβάλλον παίζει ένα μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου μαστού καθώς έχουν παρατηρηθεί αλλαγές στην συχνότητα του ανάμεσα σε λαούς που μεταναστεύουν. Γιαπωνέζες πρώτης, δεύτερης και τρίτης γενιάς που ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, εμφανίζουν ένα συνεχώς αυξανόμενο κίνδυνο στην συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού που πλησιάζει τα ποσοστά των Αμερικανίδων.^{1,2}

• ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

²¹Η παχυσαρκία έχει αποδειχθεί πως είναι παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και καρκίνου του ενδομητρίου στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Έχει γίνει κατανοητό ότι υπάρχει συσχέτιση της διατροφής και της ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στον άνθρωπο. Μελέτες στο τέλος της δεκαετίας του 1990 έχουν αναδείξει την συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με την αυξημένη λήψη λιπαρών ουσιών, 20ενώ δεν έχει αποδειχθεί να συμβαίνει κάτι παρόμοιο με την υπερβολική λήψη θερμίδων.¹⁹

Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Έχει αποδειχθεί ότι η λήψη λαχανικών ή φρούτων ασκεί προστατευτική δράση σε σχέση με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.²⁰ Με βάση μελέτες η κατανάλωση εσπεριδοειδών (πορτοκάλια), ντομάτες, καρότα, σπανάκι καθώς και λαχανικά όπως ραπανάκια, κουνουπίδι, μπρόκολο έχουν προστατευτική αξία.

²⁰Μελέτες κυρίως από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και την Ιαπωνία ανέδειξαν ότι τα άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες βοοειδών

κρεάτων ή χοιρινού, βουτύρου και τυροκομικών προϊόντων, δηλαδή μεγάλων ποσοτήτων λίπους, είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από άτομα που κατανάλωναν φυτικά έλαια και ψάρια.

Ακόμα στα παχύσαρκα άτομα παράγονται από τον λιπώδη ιστό ένζυμα, οι αρωματάσες, τα οποία έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν την παραγωγή οιστρογόνων.¹ Τα αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων συμβάλλουν στην καρκινογένεση.

Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Οι απόψεις σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος είναι αντιφατικές. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού καλό θα είναι να αποφεύγουν το αλκοόλ.¹⁶

2.5. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ:

Ο καρκίνος του μαστού έχει πολυκεντρική φύση,² δηλαδή έχει την τάση να υποτροπιάζει στον ίδιο ή στον άλλο μαστό. Γυναίκες που είχαν καρκίνο στον ένα μαστό αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου και στον άλλο μαστό.

Και καλοήθεις παθήσεις σχετίζονται μ' αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού(μαστίτιδα, ινοκυστική μαστοπάθεια).¹

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ:

Παρατηρείται θετική σχέση μεταξύ καρκίνου του μαστού και άλλων κακοηθών νεοπλασιών. Γυναίκες με καρκίνο ενδομητρίου έχουν δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο μαστού από ότι έχει ο γενικός γυναικείος πληθυσμός.²

Επίσης ο καρκίνος των ωοθηκών, ο καρκίνος του θυρεοειδή αδένου, ο καρκίνος του παχέος εντέρου σχετίζονται θετικά με καρκίνο του μαστού.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η ασθενής εισέρχεται στην διαγνωστική διαδικασία αμέσως μετά την συνειδητοποίηση του προβλήματος. Κατά την φάση της διαγνωστικής διαδικασίας το έργο το έργο της νοσηλεύτριας είναι συνδυασμός ψυχολογικής υποστήριξης, διδασκαλίας της ασθενούς και σωματικής φροντίδας.² Η διαγνωστική διαδικασία απαιτεί χρόνο και προϋποθέτει την συμμετοχή της ασθενούς σε μια σειρά εξετάσεων προκειμένου να διαπιστωθεί το συγκεκριμένο πρόβλημα.

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η νοσηλεύτρια είναι το πρώτο άτομο με το οποίο έρχεται σ' επαφή η ασθενής. Αυτή η πρώτη συνάντηση είναι η αρχή της σχέσης νοσηλεύτριας-ασθενούς η οποία μπορεί να αποδειχθεί σημαντική πηγή σταθερότητας για τον ασθενή.

Η νοσηλευτική εκτίμηση ξεκινά από αυτή την πρώτη συνάντηση. Η νοσηλεύτρια αναζητά συστηματικά δεδομένα για την ασθενή και την οικογένεια του, κάνοντας σχετικές ερωτήσεις, παρατηρώντας τον ασθενή για εμφανή σημεία. Τα μεγαλύτερο μέρος των πληροφοριών συγκεντρώνεται από την παρατήρηση.

Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την νοσηλεύτρια καθώς την βοηθάει να συλλέξει στοιχεία σχετικά με την ψυχολογική του κατάσταση. Το νοσηλευτικό ιστορικό

επικεντρώνεται στην περιγραφή των φυσικών, διανοητικών και συναισθηματικών αντιδράσεων του αρρώστου ως προς την ασθένεια, την εισαγωγή της στο νοσοκομείο, στις απορρέουσες από την αρρώστια συνέπειες και αλλαγές και στον τρόπο της ζωής του ατόμου.

Πηγές, τις οποίες μπορεί η νοσηλεύτρια να χρησιμοποιήσει για συλλογή στοι-

χείων είναι εκτός από την ίδια την ασθενή, το οικογενειακό της περιβάλλον, προηγούμενα ιατρικά ιστορικά, φαρμακευτική αγωγή που τυχόν λαμβάνει, προηγούμενες εξετάσεις, γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτές, μέλη υγειονομικής ομάδας.

1.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού δημιουργεί κρίση και δοκιμασία στην δομή της οικογένειας. Στην διάρκεια των πρώτων έξι εβδομάδων από την διάγνωση, ο σύζυγος και τα παιδιά ψάχνουν για μια νέα ισορροπία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν την νέα πραγματικότητα.²

Τα μέλη της οικογένειας περνούν μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής παρόμοια μ' εκείνα που περνούν οι άρρωστοι.²² Κάθε άνθρωπος αντιδρά σε κάθε περίπτωση με μοναδικό τρόπο(εκτέλεση ή αποφυγή κάποιων πράξεων ή ενεργειών, ενδοψυχικές διεργασίες, αμυντικές ή οικοδομητικές σκέψεις). Ορισμένοι άρρωστοι επιδιώκουν την πληροφόρηση, ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν την αρρώστια υπομονετικά. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς επιλέγουν ψυχολογικούς αμυντικούς μηχανισμούς όπως την άρνηση, την απώθηση, μερικοί μελαγχολούν και άλλοι απογοητεύονται, ενώ κάποιοι άλλοι παρουσιάζουν παθολογική εξάρτηση, ανευθυνότητα και παλινδρόμηση σε παθολογικούς ή παιδικούς τρόπους συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με την Kubler Rosse(1969), πέντε είναι οι φάσεις προσαρμογής που έχουν βρεθεί να χαρακτηρίζουν τις ασθενείς που μαθαίνουν ότι πάσχουν από καρκίνο.

- 1) **Άρνηση και απομόνωση.** Ο ασθενής αρνείται να αποδεχθεί την αλήθεια που του αποκαλύπτεται και αποσύρεται.
- 2) **Θυμός και ζήλια.** Η ασθενής βρίσκει την μοίρα της άδικη και αδικαιολόγητη. Η οργή, η διαμαρτυρία, η δυσαρέσκεια μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις. Όπου και να κοιτάξει ο άρρωστος θα βρει αιτίες για παράπονα. Θα σηκώσει την φωνή της, θα σταθεί απείθαρχη, θα έχει απαιτήσεις, θα ζητήσει να την προσέχουν, ίσως για να θυμίσει στους άλλους πως δεν είναι ακόμα νεκρή αλλά ζει.
- 3) **Διαπραγμάτευση.** Αυτό αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια του ασθενή να προσαρμοστεί, κατά την οποία όμως αρνείται να δει όλη την πραγματικότητα και προσπαθεί να ελαφρύνει το πρόβλημα.
- 4) **Κατάθλιψη.** Ο άρρωστος που βαδίζει προς τον θάνατο, νιώθοντας τα συμπτώματα να εντείνονται, να γίνεται πιο αδύναμος, οι πόνοι ισχυρότεροι, δεν μπορεί να κρύψει πια την απελπισία, την θλίψη και την πίκρα του. Κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει αισθήματα ενοχής, αυτομομφής, αυτουποτίμησης.
- 5) **Αποδοχή.** Μέσω των προσαρμογών άμυνας(άρνηση, μετάθεση, προβολή) η ασθενής είτε θα οδηγηθεί στην προσαρμογή της ασθένειας ή θα συνεχίσει να παρουσιάζει προβλήματα συμπεριφοράς με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Ο άρρωστος θέλει να μείνει μόνος, λιγομίλητος ή τουλάχιστον να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του εξωτερικού κόσμου. Θα αντικρίσει τις τελευταίες του στιγμές ηρεμότερα αν του επιτραπεί να αποσπάσει τον εαυτό του απ' όλες τις σημαντικές σχέσεις της ζωής του. Μια ματιά, ένα σφίξιμο του χεριού μπορούν να πουν περισσότερα από πολλές λέξεις και να βεβαιώσουν τον άρρωστο ότι δεν εγκαταλείπεται μόνος, άλλα ότι όλα τα αγαπημένα του πρόσωπα θα βρίσκονται κοντά του μέχρι το τέλος.

Τα μέλη της οικογένειας περνούν μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής, παρόμοια μ' εκείνα που περνούν οι άρρωστοι. Η έγκαιρη και κατάλληλη υποστήριξη της οικογένειας από το νοσηλευτικό προσωπικό έχει μεγάλη σημασία. Βοηθούν την οικογένεια να προσαρμοστεί αποτελεσματικά και να δεχτεί την νέα πραγματικότητα.

Κυριότερος παράγοντας για αποτελεσματικά προσαρμογή είναι η δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη. Θα πρέπει να έχουν την ικανότητα να μπορούν να συζητάνε ανοιχτά το θέμα της αρρώστιας και της θεραπείας μεταξύ τους αλλά και με το στενό οικογενειακό περιβάλλον.

Επίσης θα πρέπει να αντιδράσουν φυσιολογικά απέναντι στην διάγνωση ώστε να μπορέσουν να αποδεχθούν στην νέα

πραγματικότητα. Τα μέλη της οικογένειας να μιλάνε ανοιχτά μεταξύ τους και να εκφράζουν τα συναισθήματα τους για την νέα κατάσταση που έχει προκύψει.

Έτσι η οικογένεια θα προσαρμοσθεί πολύ πιο γρήγορα στην νέα κατάσταση και θα την αποδεχθεί γιατί θα έχει την ευκαιρία να μοιραστεί με το οικογενειακό περιβάλλον τα συναισθήματα αντί να τα καταπνίγει και να οδηγούνται τα μέλη της οικογένειας σε συναισθηματική απομόνωση. Επομένως το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας να εκφράζονται ανοιχτά και να τα καθοδηγεί πώς να συμπεριφέρονται στο μέλος που πάσχει.²

Επίσης για να μπορέσει η νοσηλεύτρια να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια του να δεχθούν καλύτερα αυτή την νέα κατάσταση και για να αποβάλλουν το άγχος και την ανασφάλεια

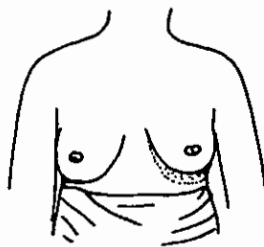
θα πρέπει να τους πληροφορήσει με απλά λόγια για την διάγνωση. Να τους ενημερώσει σχετικά με την θεραπεία αλλά και την πρόγνωση της ασθένειας.

2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

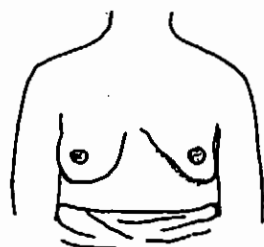
Στην αρχή μπορεί ο καρκίνος του μαστού να είναι ασυμπτωματικός¹⁰ και η ανακάλυψη του να γίνει τυχαία σε μια ψηλάφηση.

Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα:

-**όγκος:** η συχνότητα εμφάνισης όγκου ανέρχεται στο 80%. Το 90-95% των περιπτώσεων γίνεται αντιληπτό από την ίδια την γυναίκα.¹⁰ Εμφανίζεται πιο συχνά στον αριστερό μαστό. Όταν η εμφάνιση του όγκου γίνει κατά την πέμπτη δεκαετία της γυναίκας και ειδικά στο άνω και έξω τεταρτημόριο, πρέπει να θεωρηθεί ως καρκίνος.



Ανύψωση



Ασυμμετρία



Αιμορραγία



Δέρμα σαν φλοιό πορτοκαλιού



Εισολκή θηλής

-**έκκριση θηλής:** εμφανίζεται σε συχνότητα 8% και αν είναι αιματηρή, σε συχνότητα 18% πρόκειται για καρκίνο.¹⁰

-**πόνος:** είναι ύποπτος για καρκίνο όταν εμφανίζεται ετερόπλευρα σε γυναί-

κα που δεν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ουσίες.⁶ Πόνος προκαλείται επίσης όταν υπάρχουν μεταστάσεις στα οστά.¹²

-εισολική δέρματος και θηλής: η εισολική του δέρματος ή της θηλής ή η εκτροπή του άξονα της θηλής, αποτελούν παθογνωμικά σημάδια καρκίνου του μαστού.¹⁰

-άλλα συμπτώματα: σε σπάνιες περιπτώσεις ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί και με άλλα συμπτώματα όπως οίδημα, φλεγμονή, βήχα και δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους από διήθηση του υπεζωκότα, εξέλκωση στην θηλή, κοιλιακούς πόνους, ίκτερος, κεφαλαλγία.¹⁰

3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μόνο το 70% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού μπορούν να διαγνωσθούν με την κλινική εξέταση.

Η κλινική εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει:

- ανώδυνο, σκληρό όγκο
- ορώδη ή αιματηρή έκκριση θηλής
- οίδημα(η επιφάνεια μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού)
- ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού
- εξέλκωση της θηλής

3.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

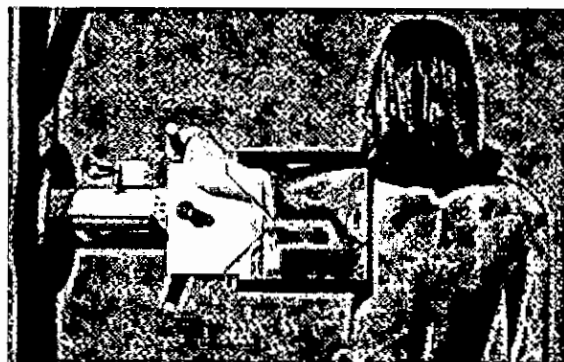
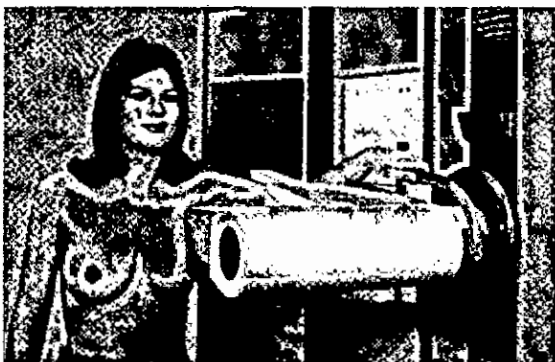
Ο εργαστηριακός έλεγχος² περιλαμβάνει κυτταρολογικές, αιματολογικές, ακτινολογικές, σπινθηρογραφικές εξετάσεις.

-αιματολογικές εξετάσεις: εκτίμηση της τυχόν υπάρχουσας αναιμίας, προσδιορισμός ταχύτητας καθίζησης ερυθρών (Τ.Κ.Ε.), προσδιορισμός τιμών ασβεστίου, φωσφόρου και της αλκαλικής και όξινης φωσφατάσης. Ο προσδιορισμός αυτών των τιμών γίνεται γιατί υποδηλώνουν μεταστάσεις στα οστά. Επίσης γίνονται όποιες άλλες εξετάσεις κριθούν απαραίτητο να γίνουν.

-ακτινολογικός έλεγχος: εξέταση πνευμόνων, μεσοθωρακίου, οστών και μαστογραφία. Η μαστογραφία είναι ειδική ακτινογραφική τεχνική του μαστού, με φωτόνια χαμηλής ενέργειας σε κατάλληλο ακτινολογικό μηχάνημα, τον μαστογράφο.

Λαμβάνονται τρεις όψεις του μαστού:

A) κраниουριαία



μασχαλιαία όψη

Β) μεσοπλάγια

Γ) μασχαλιαία

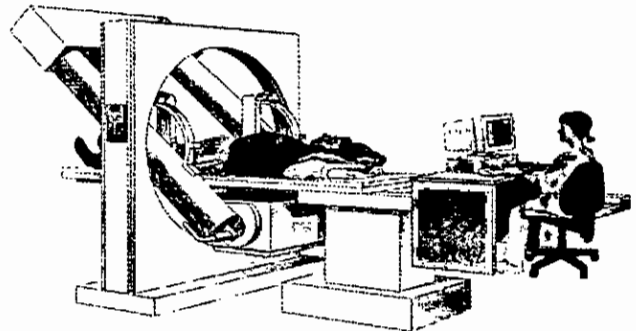
Σκοπός της μαστογραφίας είναι η απεικόνιση των διαφόρων παθολογικών καλοηθών και κακοηθών εξεργασιών του μαστού, όταν αυτά βρίσκονται ακόμα στο αρχικό στάδιο.

Ευρήματα μαστογραφίας: τα ευρήματα στα οποία θα στηριχθεί η μαστογραφία για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι τα ακόλουθα.²⁷

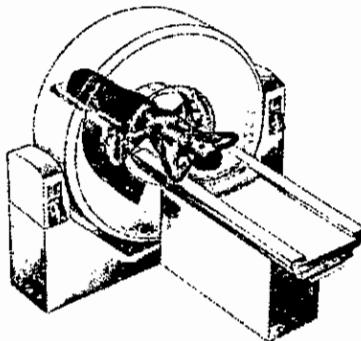
1. Η παρυφή του όζου. Είναι ανώμαλη με ασαφή όρια .Σε μερικές μορφές καρκίνου μπορεί(μυελώδης, βλεννώδης), η παρυφή του όζου μπορεί να είναι περιγεγραμμένη, αλλά είναι σχετικά ασαφής.
2. Το μέγεθος του όζου. Οι διαστάσεις του όζου στη μαστογραφία είναι μικρότερες από εκείνες που διαπιστώνονται κατά την ψηλάφηση.
3. Η ανώμαλη φορά των εκφορητικών πόρων.
4. Οι αποτιτανώσεις. Οι αποτιτανώσεις οφείλονται σε εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου σε νεκρωμένες περιοχές καρκινικών κυττάρων και παρατηρούνται στο 35% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.
5. Τοπική συρρίκνωση του δέρματος.
6. Πάχυνση του δέρματος
7. Αυξημένη αγγείωση
8. Μεταβολές της θηλής και της άλω.

-κυτταρολογικός έλεγχος: κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων έκκρισης της θηλής

-σπινθηρογραφικός έλεγχος: γίνεται έλεγχος των οστών, ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις, πολύ πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά, του συκωτιού αλλά και του ίδιου του μαστικού αδένα. Η σπινθηρογραφία δίνει πολύ καλή απεικόνιση του αριθμού και των θέσεων των μεταστάσεων.



σπινθηρογραφικός έλεγχος



Αξονική Τομογραφία

-αξονική τομογραφία: μπορεί να ανακαλύψει καρκινική εξεργασία, τόσο μικρής διαμέτρου, που δεν μπορεί να τον ανακαλύψει η μαστογραφία. Ο συνδυασμός της με την μαστογραφία έχει 100% επιτυχία.

-υπερηχογραφία: είναι 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 αντανακλώνονται όταν βρουν εμπό-

διο. Χρησιμοποιείται για την υπόδειξη ανωμαλιών όπως όγκων, κύστεων

θερμογραφία: γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες. Έτσι μπορούμε να διαπιστώσουμε ση-

μεία ανώμαλης αιμάτωσης. Πολλές παθήσεις του μαστού, καλοήθειες ή κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη θερμότητα. Έτσι η θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του καρκίνου του μαστού αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Γυναίκες με ανώμαλο θερμογράφημα υποβάλλονται στην συνέχεια σε μαστογραφία.^{2,27}

-Ξηρογραφία: είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Η ξηρογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών μορίων, επίσης ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων.

-διαφανοσκόπηση: η επιτυχία της εξέτασης από το λίπος και γενικά από την οπτική σύνθεση του δέρματος και του μαζικού αδένου, από την παρουσία κύστεων, αδενωμάτων και νεοπλασιών. Τόσο οι καλοήθειες όσο και οι κακοήθειες παθήσεις του μαστού δίνουν διαφορετικά χρώματα στην διαφανοσκόπηση και κάνουν ορατές τις ανωμαλίες των φλεβών. Στις μαστοπάθειες κυριαρχεί το ερυθρό χρώμα. Τα ιναδενώματα έχουν καφετί ή βαθύ ερυθρό χρώμα με σαφή όρια, ενώ οι καρκίνοι έχουν χρώμα από καφέ μέχρι βαθύ γκρίζο, συχνά με ορατές αγγειακές ανωμαλίες. Η διαγνωστική της ακρίβεια αναφέρεται ότι φτάνει το 76%.

-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

-Ενημερώνουμε την ασθενή για τον τόπο και τον χρόνο διενέργειας της εξέτασης καθώς και για τον σκοπό της.

-Ενημερώνουμε για τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η εξέταση καθώς ότι είναι αναίμακτη και ανώδυνη.

-Όταν η ασθενής νιώθει έντονο άγχος, για την διεξαγωγή της εξέτασης, δίνονται αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.

-Εκτιμάται η γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση και η μεταφορά της ασθενούς γίνεται με καρέκλα. Η νοσηλεύτρια μπορεί να συνοδεύσει την ασθενή και να της παρασταθεί κατά την διάρκεια της εξέτασης.

-Σε περίπτωση αφυδάτωσης η νοσηλεύτρια φροντίζει για την σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με την χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων, με την εντολή του γιατρού. Αυτή η πράξη έχει σκοπό να αναχαιτίσει ανασταλτικούς για την εξέταση παράγοντες.

-Αν η ασθενής πάσχει από άλλα νοσήματα όπως σακχαρώδη διαβήτη, φροντίζει για την χορήγηση ινσουλίνης στον ασθενή και φροντίζει τέτοιες ασθενείς να μπαίνουν πρώτες στην λίστα για την εξέταση.

-Ενημερώνει και καθησυχάζει τους συγγενείς της ασθενούς και τους επιβεβαιώνει για την ασφάλεια, τους κινδύνους, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, την αναγκαιότητα της εξέτασης και τις εξετάσεις που μπορεί να ακολουθήσουν

3.3.ΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Επέμβαση στο μαστό για διαγνωστικό σκοπό θα εκτελέσουμε αφού εξαντλήσουμε κάθε κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση

1) βιοψία όγκου: η βιοψία είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας. Η βιοψία γίνεται με ειδική βελόνα με την οποία παίρνεται αρκετός ιστός,

για ιστολογική εξέταση. Επίσης μετρούνται και άλλοι παράμετροι όπως ορμονικοί υποδοχείς και καρκινικοί δείκτες. Αν δεν είναι δυνατή η βιοψία με βελόνα, η επόμενη επιλογή είναι η ανοικτή βιοψία με τοπική αναισθησία. Επίσης η βιοψία μπορεί να γίνει με γενική νάρκωση σαν ταχεία βιοψία. Σε αυτή την περίπτωση της ταχείας βιοψίας η ασθενής θα πρέπει να έχει πληροφορηθεί εκ των προτέρων ώστε ανάλογα με το αποτέλεσμα της βιοψίας, ο χειρουργός να συνεχίσει και να ολοκληρώσει την τελική μορφή της επέμβασης που απαιτείται σε κάθε περίπτωση. Βέβαια σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι εύκολο με την ταχεία βιοψία να γίνει η διάγνωση από τον παθολογοανατόμο. Οπότε ο χειρουργός δεν συνεχίζει, η ασθενής ξυπνά, γίνεται η διάγνωση και αποφασίζεται το τελικό θεραπευτικό σχήμα.

2) Παρακέντηση: παρακεντούμε ένα ψηλαφητό μώλωμα του μαστού προκειμένου να διαπιστώσουμε αν αυτός ο όγκος είναι συμπαγής ή κυστικός. Εάν είναι κυστικός, αδειάζουμε την κύστη και στέλνουμε το υγρό για κυτταρολογική εξέταση. Βέβαια ο κυτταρολογικός έλεγχος του υγρού κύστης δεν αποτελεί αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο.

Μία σύριγγα και μία βελόνα χρησιμοποιούνται για την αφαίρεση υγρού ή κυττάρων από το σγκάδιο



3) Ανάτρηση: σ' αυτή την μέθοδο αντί για βελόνα χρησιμοποιούμε ειδικό τρύπανο για την λήψη ιστού προς έλεγχο.

4) Εισρόφηση: η εισρόφηση της βλάβης πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία και με την χρησιμοποίηση βελόνας παρακέντησης μεγάλης διαμέτρου.

4. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Με την ταξινόμηση και σταδιοποίηση των νεοπλασματικών νόσων προσπαθούμε να περιγράψουμε τον βαθμό κακοήθειας και εξάπλωσης της νόσου αντίστοιχα. Η ταξινόμηση εννοείται ως ένα πλαίσιο το οποίο περιλαμβάνει όλες τις πιθανότητες εμφάνισης και εξάπλωσης της νόσου σ' ένα όργανο. Σταδιοποίηση είναι μια προσπάθεια να καθορισθεί η ακριβής ένταση του καρκίνου στα τρία διαμερίσματα του σε συγκεκριμένο χρόνο.

Τα τρία διαμερίσματα είναι:

- A) πρωτοπαθής όγκος, Tumor
- B) επιχώριοι λεμφαδένες, Nodes
- Γ) μεταστάσεις, Metastases

Κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

Στάδιο I°

- T1 όγκος διαμέτρου 2cm ή μικρότερος
- N0 δεν υπάρχουν ψηλαφητοί όγκοι
- N1 κινητοί αδένες

M0 καμιά απομακρυσμένη μετάσταση

Στάδιο II°

T2 όγκος διαμέτρου μεγαλύτερης των 2cm αλλά μικρότερης των 5cm(>2<5cm)

N0 δεν υπάρχουν ψηλαφητοί αδένες

N1 κινητοί αδένες

M0 καμιά απομακρυσμένη μετάσταση

Στάδιο III°

T3 όγκος διαμέτρου μεγαλύτερης των 5cm

N0 δεν υπάρχουν ψηλαφητοί αδένες

N1 κινητοί αδένες

M0 καμιά απομακρυσμένη μετάσταση

T1 όγκος διαμέτρου 2cm ή μικρότερος

N2 ακίνητοι αδένες

M0 καμιά απομακρυσμένη μετάσταση

T2 όγκος διαμέτρου μεγαλύτερης των 2cm αλλά μικρότερης των 5cm

N2 ακίνητοι αδένες

Στάδιο IV°

Κάθε T

Κάθε N

M1 απομακρυσμένες μεταστάσεις

-Ταξινόμηση καρκίνου μαστού και προτεινόμενη μέθοδος θεραπεία

ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στάδιο I

Μάζα εντοπισμένη στο μαστό, όλοι οι αδένες αρνητικοί.

Ριζική μαστεκτομή, προτιμάται από τους περισσότερους χειρουργούς. Μερικοί προτιμούν απλή μαστεκτομή και ακτινοβολήση, άλλοι ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολήση.

Στάδιο II

Μάζα εντοπισμένη στο μαστό, μασχαλιαίοι αδένες θετικοί.

Προτιμάται η ριζική μαστεκτομή με ή χωρίς μετεγχειρητική ακτινοβολήση.

Στάδιο III

Μάζα μαστού τοπικά εκτεταμένη. Μασχαλιαίοι, υπερκλειδίοι και έσω μαστικοί αδένες θετικοί.

Η κατάσταση αυτή θεωρείται ανεγχείρητη. Η παρέμβαση εξαρτάται από την έκταση:

1. Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολήση, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.
2. Ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.

Στάδιο IV

Απομακρυσμένες μεταστάσεις Kκ

Η παρέμβαση εξαρτάται από την εντόπιση της μετάστασης(οστά, μαλακά μόρια).

1. Ακτινοθεραπεία για αρχική αλλοίωση ή μετάσταση.
2. Ορμονοθεραπεία

- α. Συστηματική, οιστρογόνα, ανδρογόνα ή στεροειδή.
 - β. Χειρουργική εξαίρεση, ωθηκεκτομή, επινεφριδεκτομή, υποφυσεκτομή.
3. Χημειοθεραπεία

5.ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν κάποιοι δείκτες που παίζουν ρόλο στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού. Παίζει ρόλο η ηλικία της γυναίκας , καθώς οι γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 χρόνων έχουν καλύτερη πρόγνωση απ' ότι έχουν οι γυναίκες ηλικίας άνω των 50. Κακή πρόγνωση έχουν επίσης οι γυναίκες κάτω των 35 ετών, οι οποίες επιπλέον έχουν και μεγαλύτερο κίνδυνο τοπικής υποτροπής και απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Επίσης προγνωστικός παράγοντας είναι και το στάδιο του καρκίνου. Τα στοιχεία τα οποία αξιολογούνται είναι:

-το μέγεθος του όγκου:εάν το μέγεθος του είναι μεγαλύτερο από 2εκ. έχει κακή πρόγνωση.

-διήθηση λεμφαδένων:μειώνει την 5ετή επιβίωση από 80% σε 60%

-αιματογενής διασπορά:εάν έχουμε επέκταση του καρκίνου και σε άλλα όργανα τότε η πρόγνωση είναι πολύ κακή και η 5ετής επιβίωση αφορά μόνο το 10%των περιπτώσεων.

Προγνωστικά στοιχεία μας δίνει και ο βαθμός κακοήθειας ο οποίος εκτιμάται σε ιστολογικό επίπεδο. Διακρίνονται τρεις βαθμοί κακοήθειας οι οποίοι σχετίζονται με την 10ετή επιβίωση:

1ος βαθμός:85%

2ος βαθμός:60%

3ος βαθμός:45%

Πληροφορίες σχετικά με την πρόγνωση μας δίνει και ο ιστολογικός τύπος:

Όλοι οι μη διηθητικοί καρκίνοι έχουν καλή πρόγνωση.

Μερικά καρκινώματα ειδικού ιστολογικού τύπου(σωληνώδη, βλενώδη) έχουν καλύτερη πρόγνωση από το πορογενές και το λοβιακό και αυτό λόγω της μικρότερης τάσης του για μετάσταση

Διηθητικοί τύποι καρκινωμάτων όπως φλεγμονώδες, μεταπλαστικό, καρκινοειδές και λιποεκκριτικό συνδυάζονται με κακή πρόγνωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

1. ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι δραστηριότητες της προληπτικής ιατρικής αναπτύσσονται σε δύο διαφορετικούς τομείς, της πρωτογενούς και της δευτερογενούς πρόληψης.²³

Στην πρωτογενή πρόληψη τα προληπτικά μέτρα έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών. Γίνεται προσπάθεια να μην εκτεθεί ο οργανισμός στον αιτιολογικό παράγοντα μιας νόσου, ώστε αν εκτεθεί να έχει προηγουμένως ισχυροποιηθεί για να αντιμετωπίσει αυτόν τον παράγοντα.

Στην δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη μιας νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα της νόσου, Έτσι είναι δυνατόν να προληφθεί η ύπαρξη της νόσου σε βαριές και καμιά φορά ανίατες μορφές, με την κατάλληλη θεραπεία. Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται κυρίως στον προσυμπτωματικό έλεγχο.^{2,23,24}

1.1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Για την διενέργεια της πρωτογενούς πρόληψης είναι απαραίτητη η εφαρμογή προγραμμάτων τα οποία περιλαμβάνουν:

- Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου πληθυσμού (διατροφικές συνήθειες που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού)
- Προστασία ομάδων πληθυσμού γυναικών από την επίδραση καρκινογόνων παραγόντων(γυναίκες που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια ή σε εργοστάσια χημικών προϊόντων.
- Προστασία του γυναικείου πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

1.2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όπως αναφέρθηκε η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωμα-

τικό έλεγχο. Τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου γίνονται με την μέθοδο της διαλογής η οποία περιλαμβάνει απλές διαγνωστικές μεθόδους σε υγιή πληθυσμό με στόχο την ανίχνευση της νόσου σ' όσο το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο.²⁴

Βέβαια για την διενέργεια αυτού του προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να δημιουργούνται ερεθίσματα και κίνητρα για την προσέλκυση των γυναικών. Πρέπει να ενημερώνεται το κοινό για την ύπαρξη του και οι γυναίκες να διδάσκονται όχι μόνο να αποδέχονται την εξέταση αλλά και να την επιδιώκουν²

Κύριος σκοπός του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η ανίχνευση ανωμαλιών, οι οποίες αργότερα θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς και θα γίνει η τελική διάγνωση.

Ένας προσυμπτωματικός έλεγχος για την ανίχνευση καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τις εξής μεθόδους:

- Λήψη ιστορικού(ατομικό, οικογενειακό)
- Κλινική εξέταση(επισκόπηση, ψηλάφηση μαστού)
- Αιματολογικές εξετάσεις
- Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία)
- Αυτοεξέταση μαστού(A.E.M.)

Ο πληθυσμιακός έλεγχος των γυναικών με μαστογραφία είναι η μόνη αποδεδειγμένη μέθοδος έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Ο μαστογραφικός έλεγχος γυναικών άνω των 50 ετών είχε ως αποτέλεσμα την σημαντική μείωση των θανάτων από καρκίνο του μαστού συγκριτικά με γυναίκες που δεν υποβλήθηκαν σε προληπτικό έλεγχο με μαστογραφία.¹⁹

Γυναίκες κάτω των 50 ετών θα πρέπει να κάνουν μαστογραφία κάθε 1-2 χρόνια ενώ γυναίκες άνω των 50 κάθε χρόνο.¹

Με την ψηλάφηση διαπιστώνονται ογκίδια με διάμετρο μεγαλύτερη από 1cm, εφόσον δεν βρίσκονται σε μεγάλο βάθος. Γι' αυτό τον λόγο η ψηλάφηση αποτελεί την μέθοδο εκλογής πριν από την εμμηνόπαυση, σε γυναίκες χωρίς δείκτες ειδικού αυξημένου κινδύνου.²

Αυτός ο προσυμπτωματικός έλεγχος (check-up) συνιστάται να επαναλαμβάνεται μια φορά τον χρόνο. Μπορεί να γίνεται από τον οικογενειακό γιατρό ή από ειδικά ιατρεία νοσοκομείων ή από ειδικά κέντρα ασυμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου.²

2. ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νοσηλεύτρια σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στην διαφώτιση σχετικά με την ανίχνευση και την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού καθώς και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας.²⁴

Η νοσηλεύτρια είναι εκείνη η οποία θα πρέπει να ενημερώσει, να πληροφορήσει και να διαπαιδαγωγήσει το κοινό. Έτσι μ' αυτές τις τακτικές η γυναίκα θα πρέπει να είναι ικανή να ξεχωρίζει τα ύποπτα και τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού, να είναι ενημερωμένη σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Όλες οι γυναίκες να είναι εκπαιδευμένες στην τεχνική της αυτοεξέτασης μαστού ώστε να είναι δυνατή η ανίχνευση ύποπτων σημείων και να είναι ευκολότερη η έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Επίσης όλες οι γυναίκες θα πρέπει να γνωρίζουν όλα τα υπάρχοντα κέντρα

έρευνας για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να μεταδίδει το μήνυμα ότι ο καρκίνος είναι αντι-μετωπίσιμος, δεν είναι συνώνυμος με τον θάνατο, αρκεί βέβαια να διαγνωσθεί στα αρχικά στάδια. Για να γίνει αυτό είναι απαραίτητος ο προσυμπτωματικός έλεγχος.

2.1. ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η διατροφή θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού. Γι' αυτό μέσω της πρωτογενούς πρόληψης γίνεται παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας. Συνίσταται η αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύεται η κατανάλωση άφθονων φρούτων και λαχανικών.

Μέσω της πρωτογενούς πρόληψης γίνεται ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για την βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος. Εφαρμόζονται μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που το άτομο εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες.² Με την πρωτογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να μειωθούν οι προδιαθεσικοί παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου.

Βέβαια πολλές γυναίκες που ανακαλύπτουν κάποια συμπτώματα καθυστερούν πολύ πριν καταφύγουν στον γιατρό τους και σ' αυτό συντελούν πολλοί παράγοντες:

• Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες:

Υπάρχουν πολλοί ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά μέσα (ανασφάλιστοι, ασφαλισμένοι σε μικρά ταμεία), οπότε όταν εμφανιστούν κάποια συμπτώματα καθυστερούν να πάνε στον γιατρό. Ακόμα πολλές φορές η ασθενής είναι μητέρα μικρών παιδιών ή γυναίκα ενός ανάπηρου –ασθενούς συζύγου με αποτέλεσμα να θυσιάζει την προσωπική της υγεία για το καλό της οικογένειάς της.²

• Έλλειψη μόρφωσης:

Η έλλειψη εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικό με τον καρκίνο του μαστού στην διδακτέα ύλη των σχολείων, η ελλιπής ενημέρωση και η παραπληροφόρηση καθιστά πολλές γυναίκες ανήμπορες να αντιδράσουν όταν εμφανιστούν κάποια συμπτώματα. Υποθέτουν ότι αφού δεν υπάρχει πόνος δεν είναι αναγκαίο να καταφύγουν στον γιατρό τους.

• Ψυχολογικοί παράγοντες:

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο με αποτέλεσμα να καθυστερούν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια:

A) ο φόβος: είναι ο κυριότερος ανασταλτικός παράγοντας. Οι ασθενείς φοβούνται ότι θα έχουν καρκίνο, θα χάσουν τον μαστό τους ή ότι ακόμα θα οδηγηθούν στον θάνατο. Επίσης πιστεύουν ότι θα διαταραχθούν οι σχέσεις με τους συζύγους τους.

B) σεμνοτυφία και ντροπή: διστάζουν και ντρέπονται να συμβουλευθούν κάποιον ειδικό.

Γ) αποφυγή ψηλάφησης μαστού: πολλές γυναίκες δεν αρέσκονται να τις ψηλαφούν και επομένως δεν γίνεται αντιληπτός κάποιος όγκος όταν είναι ακόμα μικρός.

Δ) αρνητισμός: εξαιτίας του σκληρού και εχθρικού περιβάλλοντος στο οποίο κάποιες γυναίκες έχουν μεγαλώσει, γίνονται εσωστρεφείς και αρνητικές,² με αποτέλεσμα να καθυστερούν να πάνε στο γιατρό τους, ακόμα και όταν τα συμπτώματα έχουν προχωρήσει πολύ.

E) κατάθλιψη: ορισμένες γυναίκες, συντετριμμένες από δοκιμασίες που πέ-

ρασαν, γίνονται καταθλιπτικές και αδιαφορούν για την υγεία τους.
Στ) καταπίεση:αυτές οι γυναίκες μπορεί να αναπτύξουν κάποια παθολογική δραστηριότητα, προκειμένου να πετύχουν κάποιο σκοπό στην ζωή τους.
Όταν τα συμπτώματα της νόσου αναπτύσσονται, εκείνες τα αγνοούν.

2.2. ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ιδιαίτερη είναι η συμβολή της νοσηλεύτριας στις εξής δραστηριότητες :

-λήψη ιστορικού:Πριν προχωρήσει κάποιος στην κλινική εξέταση απαραίτητο είναι να συγκεντρώσει πρώτα κάποιες πληροφορίες για την ασθενή. Αυτές οι πληροφορίες αφορούν την ηλικία, τεκνοποίηση, αναπαραγωγική κατάσταση, οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του μαστού, προηγούμενες παθήσεις μαστού, ηλικία πρώτου τοκετού, ηλικία εμμηναρχής, θηλασμός, χρήση ορμονών-αντισυλληπτικών. Επίσης συλλέγονται και άλλες πληροφορίες λιγότερο σημαντικές όπως τόπος γέννησης, βάρος, ύψος.

Επίσης κατά την λήψη του ιστορικού γίνονται και κάποιες ειδικές ερωτήσεις σχετικά με τα συμπτώματα της ασθενούς, πότε εμφανίστηκαν, πως ανακαλύφθηκαν, πως εξελίχθηκαν, πόσο καθυστέρησε η ασθενής να πάει στον γιατρό. Αυτές οι πληροφορίες μας βοηθάνε να βγάλουμε κάποια συμπεράσματα σχετικά με την διάγνωση αλλά και την πιθανή πρόγνωση της νόσου. Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο, ακολουθώντας κάποια δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά την διάρκεια της συνέντευξης και να έχει την ικανότητα να καθοδηγεί την ασθενή σε μια ανταλλαγή πληροφοριών.

Το ιστορικό ολοκληρώνεται με στοιχεία που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση, τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, αν υπήρξαν σημαντικές δυσκολίες στην ζωή της, ποιες ήταν και πώς τις αντιμετώπισε.

-κλινική εξέταση:Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει δύο φάσεις²:

- η επισκόπηση
- η ψηλάφηση

Η συμβολή της νοσηλεύτριας σ' αυτή την φάση είναι πολύ σημαντική. Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας. Την συμβουλεύει να φροντίσει για την κένωση της ουροδόχου κύστης, ώστε να είναι ευκολότερη η διεξαγωγή της εξέτασης. Φροντίζει για την αφαίρεση κάποιων ενδυμάτων της ασθενούς και την προστατεύει με παραβάν ώστε να μην εκτεθεί περισσότερο από ότι χρειάζεται. Κλείνει τα παράθυρα για να μην κρυολογήσει, εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία και καλό φωτισμό.

Στην φάση της επισκόπησης η γυναίκα τοποθετείται σε καθιστή θέση και ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών. Ελέγχονται οι θηλές, κάθε εξέγκωση του δέρματος ή των θηλών. Το χρώμα και το οίδημα του δέρματος καθώς και η εξέγκωση μας βοηθούν στην πιθανή διάγνωση απλής φλεγμονής, φλεγμονώδους καρκίνου ή προχωρημένου καρκίνου του μαστού.

Στην φάση της ψηλάφησης η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση. Με την ψηλάφηση ελέγχουμε την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα, την ευαισθησία των θηλών, τις εκκρίσεις των θηλών καθώς και τους υπερκλείδιους ή μασχαιαίους λεμφαδένες.

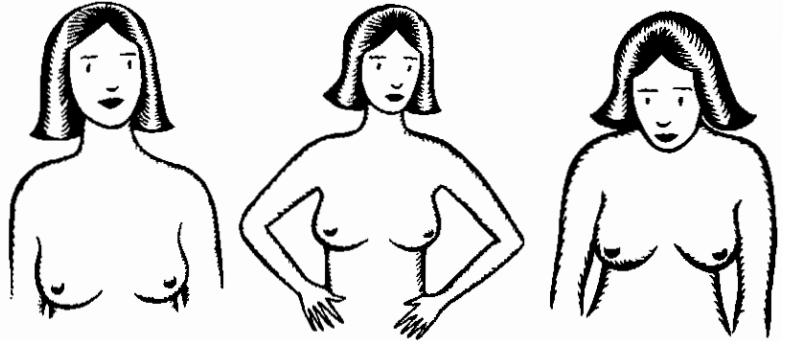
-Αυτοεξέταση μαστού:Οι περισσότεροι τύποι καρκίνου μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Ένας καλός τρόπος για να ανακαλύψει κανείς νέες περιπτώσεις καρκίνου και σε πρωιμότερο στάδιο είναι η αυτοεξέταση μαστού (Α. Ε. Μ).

Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα έρθει πρώτη σ' επαφή με την εξεταζόμενη, θα κερδίσει την εμπιστοσύνη της, θα την ενημερώσει για την ύπαρξη της αυτοεξέτασης μαστού, θα λύσει όποιες απορίες και δισταγμούς και θα προχωρήσει στην τεχνική.

Η Α.Ε.Μ^{1,2,6,21,19} είναι μια απλή εξέταση και χωρίζεται σε 2 φάσεις:

1η φάση: Σταθείτε μπροστά σ' έναν καθρέφτη όρθια, γυμνή από την μέση

και πάνω και με τα χέρια ακουμπισμένα στην λεκάνη. Εξετάστε προσεκτικά το μαστό σας για να δείτε αν το περίγραμμα του, ο όγκος του και η υφή του δέρματος του έχουν αλλάξει (προπέτειες, εισολκές ή έκκριμα στην θηλή).



Τώρα βάλτε τα χέρια σας πίσω από το κεφάλι σας και παρατηρείστε εάν οι θηλές κοιτάζουν προς την ίδια κατεύθυνση. Σκύψτε λίγο μπροστά και αφήστε το μαστό σας να κρεμαστεί ελεύθερα, βεβαιώνοντας ότι δεν υπάρχει καμιά αλλαγή στο περίγραμμα και στο σχήμα, κάποια πληγή ή τράβηγμα προς τα μέσα.

2η φάση: Στην συνέχεια ξαπλώστε αναπαυτικά και βάλτε ένα μικρό μαξιλάρι στους ώμους σας, στην πλευρά του προς εξέταση μαστού. Στην περίπτωση

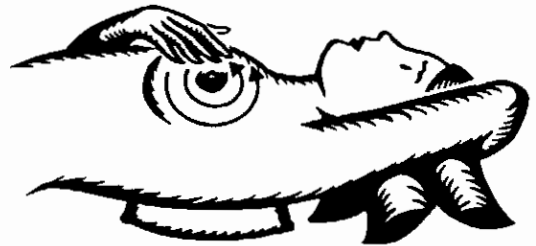
που ο μαστός είναι ιδιαίτερα μικρός δεν χρειάζεται πρόσθεση μαξιλαριού. Αυτός ο χειρισμός βοηθάει στο να ξεχωρίζουν οι μαστοί καλύτερα και επίσης είναι ευκολότερο να βρεθούν όζοι.

Με τα δάκτυλα ίσια και κολλημένα μεταξύ τους ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό σας με το δεξί χέρι σας έχοντας το αριστερό χέρι σας κάτω από το κεφάλι. Ψηλαφείτε τον μαστό χωρίς να βάζετε δύναμη, αλλά ούτε και τελείως ανάλαφρα. Αρχίζουμε την ψηλάφηση από την θηλή για να φτάσουμε στο κέντρο του θώρακα.

Επαναλάβετε την κίνηση με αντίθετη φορά.

Βέβαια η ψηλάφηση του μαστού γίνεται και με άλλο τρόπο:

Ψηλαφούμε τον μαστό κατά νοητούς ομόκεντρους κύκλους αρχίζοντας από το άνω έσω τεταρτημόριο και καταλήγοντας στο άνω έξω, από την περιφέρεια προς την θηλή του μαστού χωρίς να παραλείπεται βέβαια η μασχάλη.



Καλό θα ήταν κατά την αυτοεξέταση του μαστού να εξετάζεται και η θηλή. Την πιέζουμε ελαφρά για να δούμε αν βγαίνει κάποιο υγρό, κυρίως αιματηρό. Αν κατά την εξέταση εντοπισθούν ανωμαλίες όπως ογκίδια, συμπαγή περιοχή, έκκριμα θηλής ή εισολκές επικοινωνήστε αμέσως με τον γιατρό σας. Σκοπός της αυτοεξέτασης μαστού είναι να καταστήσει τις γυναίκες ικανές να ανακαλύπτουν τους όγκους του μαστού σε πρώιμο στάδιο. Αν είναι δυνατόν να ελαττωθεί το διάστημα των 6-12 μηνών που παρέρχεται από τότε που ένας όγκος γίνεται ψηλαφητός μέχρι τότε που ανακαλύπτεται πραγματικά. Πρέπει οι γυναίκες να εκτελούν κατά μηνιαία βάση την αυτοεξέταση μαστού, ώστε να είναι σε θέση ν' ανακαλύπτουν οτιδήποτε ύποπτο σε πρώιμο στάδιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

1. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Η νοσηλεύτρια για να ανταποκριθεί σ' αυτό το δύσκολο έργο θα πρέπει να λάβει υπόψη της το κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την άρρωστη, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της αρρώστιας. Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια.

1.1. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ^{22,23,24,46}

A) Πρώιμο στάδιο:

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης η αντίδραση των ασθενών χαρακτηρίζεται από πανικό και shock, ακολουθείται ή από άρνηση που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Το άγχος ορίζεται ως συναισθηματική δυσφορία και αδυναμία αντιμετώπισης και λειτουργίας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ορίσει εκείνες τις παρεμβάσεις οι οποίες θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει το άγχος που νιώθει.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

-Παρατήρηση τυχόν συμπεριφοράς φυγής από το περιβάλλον. Αυτό σημαίνει ότι το περιβάλλον δημιουργεί στην άρρωστη stress, σε τέτοιο βαθμό που να μην μπορεί να το αντιμετωπίσει

-Σ' αυτή την περίπτωση, όταν υπάρχει άγχος, το συζητάμε με την ασθενή, ενώ περπατάμε. Το βάδισμα ελαττώνει την ένταση που συνδέεται με το άγ-

χος. Η παραμονή του νοσηλευτή κοντά στην ασθενή την βοηθάει να ηρεμήσει και εμπνέει ασφάλεια.

-Προσεγγίζουμε με ήρεμο τρόπο τον άρρωστο ώστε να μπορέσει να περιγράψει και να αναγνωρίσει το άγχος του. Έτσι η ασθενής αρχίζει να το αντιμετωπίζει.

-Προσπάθεια να εκπληρώνει ανάγκες και προσδοκίες που της προκαλούν άγχος.

-Ελάττωση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος(φωτισμός, κίνηση, ομιλίες) γιατί έτσι μειώνεται το άγχος.

-Συστηματική χορήγηση αγχολυτικών ή άλλων φαρμάκων.

-Βοήθεια του αρρώστου να χρησιμοποιεί μεθόδους ελάττωσης του άγχους που χρησιμοποίησε στο παρελθόν και αποδείχθηκαν αποτελεσματικές. Επίσης τώρα που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο μπορεί να ζητήσει την υποστήριξη αγαπημένων του προσώπων για την διευθέτηση των υποθέσεων του.

-Πληροφόρηση του αρρώστου για την σημασία αποφυγής λήψης καφεΐνης, νικοτίνης και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών.

-Συνεχής εφαρμογή του νοσηλευτικού και ιατρικού προγράμματος φροντίδας για την πρόληψη της κλιμάκωσης των συμπτωμάτων και του επακόλουθου άγχους.

-Διδασκαλία στον άρρωστο να ανέχεται τα ελαφρά επίπεδα άγχους και να το διοχετεύει σε κανάλια οικοδομητικής συμπεριφοράς και δραστηριότητας. Το άγχος είναι αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής ζωής και μπορεί να γίνει ανεκτό σ' ελαφρύ και μέτριο επίπεδο

-Επίσης μπορούμε να διδάξουμε στον άρρωστο κάποιες μεθόδους ελάττωσης άγχους(χαλάρωση, αργιές-βαθιές αναπνοές, επικέντρωση του βλέμματος σ' ένα μόνο σημείο ή αντικείμενο, ακρόαση ήρεμης μουσικής, ήρεμες όμορφες σκέψεις{ κήπος με λουλούδια, όμορφο τοπίο}).

Κατά την είσοδο λοιπόν της ασθενούς στο νοσοκομείο φροντίζουμε να την ενημερώσουμε σχετικά με την λειτουργία της πτέρυγας αλλά και να την κατατοπίσουμε σχετικά με τους ρόλους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Αν η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, την προετοιμάζουμε ψυχολογικά και την ενημερώνουμε σχετικά με τις προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές διαδικασίες, πληροφορίες για την διαδικασία της επέμβασης, την έκταση, το διάστημα ανάρρωσης, τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής.

Έτσι με το να είναι προετοιμασμένη, το άγχος μειώνεται, ξεπερνώντας έτσι αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους.

B)Ενδιάμεσο στάδιο:

Διαπιστώνεται η μη αποτελεσματική θεραπεία του καρκίνου και η ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Ο άρρωστος έχει μια γνώση της εξέλιξης της υγείας του με βάση την φυσική του κατάσταση, την ένταση και έκταση του πόνου, την αδυναμία, την καχεξία καθώς και άλλα συμπτώματα όπως αιμορραγίες.

Όταν εμφανίζονται συμπτώματα πιθανής υποτροπής της νόσου η ασθενής φοβάται να επισκεπτεί το γιατρό. Πιστεύουν ότι ήρθε πλέον το τέλος, δημιουργείται φόβος για τις παρενέργειες του θεραπευτικού σχήματος. Κλονίζεται η εμπιστοσύνη τους στο γιατρό και στις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους καταφεύγοντας έτσι σε όχι επιστημονικά παραδεκτές λύσεις όπως βιταμίνες, βελονισμό, διαλογισμό, πιστεύοντας ότι μ' αυτές τις μεθόδους θα θεραπευθεί.

Άλλα άτομα μπορεί να εισαχθούν στο νοσοκομείο για να επιβεβαιωθεί ο μεταστατικός καρκίνος και να ανακαλύψουν έτσι την δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας, κάνοντας τις ατελείωτες εργαστηριακές εξετάσεις.

Η αναμονή των αποτελεσμάτων είναι μια πολύ δύσκολη στιγμή για την ασθενή και γι' αυτό πρέπει να στηρίζεται ψυχολογικά από την νοσηλεύτρια αλλά και από τα συγγενικά της πρόσωπα. Όταν οι υποψίες επιβεβαιωθούν θα πρέπει να παρουσιαστεί στην ασθενή το θεραπευτικό σχήμα αλλά και να της εξηγηθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τα φάρμακα ώστε να μπορέσει να τις αντιμετωπίσει ψύχραιμα.

Επίσης η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ενημερώσει την ασθενή και τους συγγενείς για την χημειοθεραπεία. Να τους παρουσιάσει τα υπέρ και τα κατά και να την προετοιμάσει ψυχολογικά ώστε να μπορέσει η ασθενής να τα δεχτεί. Όταν η ασθενής είναι πληροφορημένη σχετικά με τις εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται, το άγχος και ο φόβος της μειώνονται, δέχεται πιο ήρεμα τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς της ασθενούς, ώστε να διευκρινιστούν ορισμένες αντιλήψεις, όπως ότι η ασθενής γίνεται ραδιενεργή και την εγκαταλείπουν.

Γ)Τελικό στάδιο:

Σ' αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, η ασθενής και η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζουν μαζί το ενδεχόμενο του θανάτου. Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ξαφνικό σοκ στην καρκινοπαθή. Έχει περάσει πολλούς μήνες με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, έχει υποβληθεί σ' εγχειρήσεις, έχει νοσηλευτεί στο νοσοκομείο, έχει δει πολλούς ασθενείς να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια νόσο.

Είναι σημαντικό για την ασθενή σ' αυτή την φάση να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει αλλά ότι θα μείνει δίπλα της και θα είναι διαθέσιμη για να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες της, να της παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Στην ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντας την και δείχνοντας της ότι δεν την ξεχάσαμε. Ζητούμε από την οικογένεια, τους φίλους και τους γνωστούς της να μην την εγκαταλείψουν. Συζητούμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με την ίδια την ασθενή και της δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες της, τις ανάγκες, τα συναισθήματα της, της δείχνουμε κατανόηση και συμπάρασταση.

1.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΗ

Ο διάλογος με την άρρωστη χρησιμοποιείται ως υπεύθυνη νοσηλεία. Διαθέτει ετοιμότητα και χρόνο δίπλα στην άρρωστη και αξιολογεί:

- Πώς βλέπει την αρρώστια της η ίδια και η οικογένεια της.
- Ποιες αλλαγές χρειάζεται να κάνει στη ζωή της λόγω της αρρώστια της.
- Ποια πρόσωπα και μέσα μπορούν να την βοηθήσουν στην κάλυψη των αναγκών της.
- Τι περιμένει στο μέλλον.
- Ποια πράγματα έχουν αξία γι' αυτήν και τι πιστεύει.

Η νοσηλεύτρια ακούει την άρρωστη με προσοχή, θερμό ενδιαφέρον και σεβασμό. Η ακρόαση αυτή προσφέρει ευρύτερη βάση για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση της ασθενούς, αλλά δρα και ψυχοθεραπευτικά διότι καταστέλλει τους φόβους της ασθενούς σε μεγάλο βαθμό.

Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί όχι μόνο τη σιωπή και την ακρόαση αλλά και την

ομιλία για να διαβιβάσει στην άρρωστη την κατανόηση και την ευαισθησία της απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητες της. Ακόμα , για να διαβεβαιώσει ότι αληθινά ενδιαφέρεται και μεριμνά για την βελτίωση της υγείας της.

Η νοσηλεύτρια μεταβιβάζει πληροφορίες σχετικές με την υγεία, την νοσηλεία και θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο και τις κοινωνικές υπηρεσίες που υπάρχουν για την βοήθεια της.

Διδάσκει νέες τεχνικές αυτοφροντίδας, προσαρμοσμένες στις μειωμένες ικανότητες της άρρωστης, ώστε να διατηρείται ανεξάρτητη.

Βοηθάει την ασθενή να εστιάζει την προσοχή της στην σημασία και στην ποιότητα του παρόντος χρόνου. Ελαττώνει ή και εξαλείφει το αίσθημα μόνωσης της ασθενούς, μεταγγίζει πίστη και ελπίδα.

1.3. Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ^{22,24}

Η αυτοεκτίμηση είναι πανανθρώπινη ανάγκη, ουσιαστικό στοιχείο και προϋπόθεση για την σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Πρέπει να εκτιμάται κατά την νοσηλευτική αξιολόγηση και να προγραμματίζεται σαν νοσηλευτική παρέμβαση, η αναστολή και η αύξηση της.

Η αυτοεκτίμηση του καρκινοπαθούς απειλείται από την ίδια την ιδέα του καρκίνου, νιώθει τον εαυτό του ένοχο ή άχρηστο για κάποια πράξη και αντιμετωπίζει τον καρκίνο σαν ένα είδος τιμωρίας.

Οι μεταβολές που επέρχονται στο σώμα εξαιτίας των χειρουργικών επεμβάσεων, της ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας, ενδέχεται να έχουν ολέθριο αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση της ασθενούς, ιδίως αν είναι εμφανείς. Θα αισθανθεί άσχημα τουλάχιστον την πρώτη φορά που θα έρθει σ' επαφή με φίλους, με την οικογένεια της ακόμα και με τον ίδιο τον άντρα της. Η ασθενής θα νιώθει σαν να έχει χάσει ένα κομμάτι του εαυτού της και θα νιώθει πλέον ανασφάλεια για το αν ο σύζυγος της την θέλει και την αγαπά όπως πριν παρά τις σωματικές αλλοιώσεις που έχει υποστεί. Βέβαια σύμφωνα μ' έρευνες που έχουν γίνει από διεθνείς αντικαρκινικές εταιρείες έχει καθιερωθεί το εξής συμπέρασμα: Λίγοι σύζυγοι απορρίπτουν τις γυναίκες τους, έχουν όμως φόβους για τις συνέπειες που η μαστεκτομή μπορεί να έχει στο γάμο τους. Η γυναίκα μετά την μαστεκτομή αλλάζει, χάνει την αυτοπεποίθησή της, κλείνεται στον εαυτό της θέτοντας έτσι το γάμο της σε κίνδυνο. Με την κατάλληλη υποστήριξη από τον σύζυγο μια σχέση που είναι μακροχρόνια και δυνατή δεν θα επηρεαστεί από τις συνέπειες μιας μαστεκτομής.

Ο εαυτός μας δεν είναι μόνο το σώμα. Ο πραγματικός μας εαυτός αποτελείται από την ψυχή και το πνεύμα. Είναι δύσκολο η ασθενής να αποδεχθεί αυτό το γεγονός, εάν όμως το κατορθώσει το ηθικό της θα εξυψωθεί.

Όταν επιστρέψει η ασθενής σπίτι για την σωματική και ψυχική της ανάρρωση θα βασίζεται στους κοινωνικούς λειτουργούς, στους φίλους, στους συγγενείς της. Για να μην νιώθει ότι γίνεται βάρος στα αγαπημένα της πρόσωπα θα πρέπει να αναλάβει πρωτοβουλίες και ευθύνες σε τομείς που τους γνωρίζει και μπορεί να τους χειριστεί, όπως εργασίες που αφορούν την προσωπική της περίθαλψη ή κάποιες μικροδουλειές στο σπίτι.

Οι νοσηλευτές ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του αρρώστου:

- όταν επαινούν την αυτοφροντίδα
- όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά

- όταν ακούνε τον άρρωστο και αποδέχονται τις αντιδράσεις του
- όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματα του
- όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του
- όταν φροντίζει την ασθενή με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια.

2. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ^{22,24,32,43}

Ορισμένοι ασθενείς χρειάζονται ειδική βοήθεια για να ξεπεράσουν το πρόβλημα που τους έχει δημιουργήσει ο καρκίνος. Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει το θάνατο της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματος της,²⁵ αυτή την περίπτωση λοιπόν χρειάζεται υποστήριξη για να μπορέσει να δεχτεί την νέα της εικόνα. Οι γιατροί νοιάζονται για την καλή ψυχολογική κατάσταση των ασθενών τους, οι ιατρικές επισκέψεις όμως είναι τόσο σύντομες που δεν μπορεί να δοθεί η ανάλογη υποστήριξη που χρειάζεται σε αυτό τον τομέα. Επειδή είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστούν τα ψυχολογικά προβλήματα που έχει ο κάθε ασθενής, συνήθως γίνεται παραπομπή της ασθενούς σε κάποια ομάδα συμπαράστασης.

2.1. ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

Οι ομαδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν σήμερα σημαντική θέση στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο, μετά τον αρχικό σκεπτικισμό για τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις στα μέλη

της ομάδας από τον θάνατο ενός εξ' αυτών. Η δυσκολία συμμετοχής των ασθενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους λόγω των οξέων σωματικών προβλημάτων που εμποδίζει την συνεχή και πλήρη συμμετοχή αλλά και η μειωμένη δυνατότητα συμμετοχής ασθενών με προχωρημένο καρκίνο είναι δύο παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την εκλογή ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης. Αυτές οι ομάδες, οι οποίες παρέχουν μεγάλη βοήθεια σε όλους τους καρκινοπαθείς, βρίσκονται εντός και εκτός νοσοκομείου. Οι εντός νοσοκομείου ομάδες συμπαράστασης, διευθύνονται από ειδικευμένους υγειονομικούς, έχουν ως σκοπό τους την συμπαράσταση στους ασθενείς και στους συγγενείς τους σε εβδομαδιαίες συναντήσεις.

Οι ομάδες συμπαράστασης εκτός νοσοκομείου είναι ειδικευμένοι οργανισμοί οι οποίοι διαθέτουν προγράμματα που βοηθούν στην αντιμετώπιση των οργανικών, ψυχολογικών και πνευματικών προβλημάτων που συνδέονται με τον καρκίνο.

2.2. ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ατομική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στηρίζεται κυρίως στο μοντέλο της λύσης της κρίσης, είναι χρονικά καθορισμένη, έχει καλά καθορισμένους στόχους και βοηθάει το άτομο να αποκτήσει εκ νέου φυσιολογική λειτουργικότητα. Έχει ένδειξη στους ασθενείς με καρκίνο αφού η νόσος είναι ένα καταστροφικό γεγονός που προκαλεί την κρίση και που συνδέεται με την τωρινή κατάσταση αστάθειας της ασθενούς. Ο θεραπευτής δίνει έμφαση σε προηγούμενες επιτυχείς στρατηγικές αντιμετώπισης και στην διδασκαλία νέων.

Όταν η ασθενής ξεκινάει ατομική ψυχοθεραπεία, ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να την μάθει να αισθάνεται ενεργητική, με εμπιστοσύνη για τον εαυτό της, να εκφράζει ανοιχτά τα συναισθήματα της, τις αντιλήψεις, τις ανάγκες

και να της δώσουμε την ελπίδα και την δύναμη να αγωνιστεί για την ζωή της. Η νοσηλεύτρια μέσω της ατομικής ψυχοθεραπείας, θα προσπαθήσει να βοηθήσει την ασθενή ώστε να μπορεί να κατανοεί τις αντιδράσεις του εαυτού της, να εκτιμήσει και να αναπτύξει τις θετικές πλευρές του χαρακτήρα της, να ωριμάσει μέσα από το βίωμα της καταστροφής του εαυτού της.

Η ψυχοθεραπεία της ασθενούς θα έχει τα εξής αποτελέσματα:

- η ασθενής θα αναγνωρίσει το πρόβλημα
- θα μπορεί ν' αντιδρά με μεγαλύτερη και ισχυρότερη ικανότητα
- θα μπορέσει να παλέψει και να αντιμετωπίσει την αρρώστια της
- θα καθορίσει νέα ιδανικά και στόχους.

3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η ανακούφιση του πόνου αποτελεί σημαντικό νοσηλευτικό σκοπό. Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% των αρρώστων με καρκίνο. Το 25% αυτών των αρρώστων πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφιση του.

Οι υπηρεσίες υγείας οργανώνουν προγράμματα με σκοπό την ανακούφιση του καρκινικού πόνου:

-μεγάλα νοσοκομεία με αντικαρκινικές μονάδες κάθε αντικαρκινική μονάδα πρέπει να διαθέτει μια ομάδα αντιμετώπισης του πόνου (pain team), ο ρόλος της οποίας μπορεί να είναι συμβουλευτικός, εκπαιδευτικός ή θεραπευτικός. Σ' αυτή την ομάδα συμμετέχουν εκπρόσωποι από τις περισσότερες ειδικότητες καθώς νοσηλευτική και κοινωνική υπηρεσία. Τα μέλη της ομάδας παρέχουν συμβουλές αλλά και φροντίδα στον ασθενή κατά την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και αν είναι απαραίτητο όταν επιστρέψει στο σπίτι.

Κάθε νοσηλευτής οφείλει να συμμετέχει υπεύθυνα στην ομάδα πόνου που αποτελεί τον ιδανικό τρόπο αντιμετώπισης του πόνου, είτε συμβάλλοντας στις προσπάθειες των μελών της, είτε με αυτόνομες αρμοδιότητες

Η αντιμετώπιση του πόνου στον καρκινοπαθή έχει βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια. Σ' αυτό συντέλεσαν διάφοροι παράγοντες, όπως η καλύτερη διάγνωση και θεραπεία, η μεγαλύτερη κατανόηση της αναλγητικής φαρμακευτικής θεραπείας και η προσπάθεια των αρρώστων και των συγγενών να συμβάλουν στην καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου για μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Παρά την βελτίωση η ΠΟΥ αναφέρεται σε ανεπαρκή αντιμετώπιση του προβλήματος και το αποδίδει στα παρακάτω αίτια:

- Την έλλειψη πληροφόρησης στο χώρο των επαγγελματιών υγείας, ότι σήμερα υπάρχουν καθιερωμένες μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου από καρκίνο.
- Την έλλειψη ουσιαστικού ενδιαφέροντος από τις περισσότερες εθνικές κυβερνήσεις.
- Την έλλειψη, σε πολλές περιοχές, φαρμάκων που είναι απαραίτητα για την ανακούφιση του πόνου.
- Το φόβο των ασθενών και του ευρύτερου κοινού για το ενδεχόμενο της εξάρτησης από τα φάρμακα.
- Την έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης στις ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές και άλλων επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

3.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ^{28,30,31}

Οι κυριότερες μέθοδοι αναλγησίας στο χρόνιο καρκινικό πόνο μπορεί να δια-

κριθούν σε τρεις ομάδες:

- Στις εξειδικευμένες, όπως ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορισμένες παρηγορητικές επεμβάσεις που συνήθως εφαρμόζονται στα αρχικά ή ενδιάμεσα στάδια της νόσου και επηρεάζουν την νόσο.
- τη συστηματική χρήση αναλγητικών φαρμάκων και μη. Η χρήση των αναλγητικών φαρμάκων, μαζί με ένα περιορισμένο αριθμό άλλων φαρμάκων είναι ο βασικός άξονας στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Μη οπιοειδή φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου είναι:

-ακετυλοσαλικυκό οξύ, ASA,(500-600 mg κάθε 4-6 ώρες). Επίσης προκαλούνται διαταραχές από το πεπτικό οι οποίες μπορούν να μετριαστούν αν το ASA χορηγείται μαζί με γάλα, με γεμάτο στομάχι ή μαζί με αντιόξινα. Η χορήγηση περισσότερων από 4 g την ημέρα είναι πιθανό να οδηγήσει σε τοξικές επιδράσεις όπως εμβοές, κώφωση και άλλα συμπτώματα του σαλυκισμού.

-παρακεταμόλη (650-1000 mg κάθε 4-6 ώρες). Προκαλεί ηπατοτοξικότητα και νεφροτοξικότητα. Πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ηπατική βλάβη. Η συνολική ημερήσια δόση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 6 g .

-ιβουπροφαίνη (400 mg κάθε 4-6 ώρες). Είναι λιγότερο πιθανό να προκαλέσει διαταραχές από το πεπτικό. Αυξημένη ανακούφιση από τον πόνο παρατηρείται με δόσεις μέχρι 3 g την ημέρα.

-ινδομεθακίνη (25 mg κάθε 6 ώρες). Μεγαλύτερη πιθανότητα να προκαλέσει διαταραχές από το πεπτικό. Η μέγιστη συνιστώμενη ημερήσια δόση είναι 200 mg.

Όταν ένα μη οπιοειδές αναλγητικό δεν ανακουφίζει πια τον πόνο, τότε στην αγωγή πρέπει να προστίθεται ένα οπιοειδές αναλγητικό.

Οπιοειδή αναλγητικά: δύο οπιοειδή περιλαμβάνονται στον Προτυποποιημένο Κατάλογο Απαραίτητων Φαρμάκων η κωδεΐνη και η μορφίνη ενώ η πεθιδίνη δεν περιέχεται στην συμπληρωματική λίστα. Αν και η πεθιδίνη είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση της οξείας φάσης του πόνου, εντούτοις παρουσιάζει αρκετά μειονεκτήματα όταν χορηγείται χρονίως σε καρκινοπαθείς

Η κωδεΐνη μπορεί να χορηγείται από το στόμα σε δόσεις των 30-120 mg κάθε τέσσερις ώρες. Σε μεγαλύτερες δόσεις οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυξάνουν δυσανάλογα με το αναλγητικό αποτέλεσμα.

Η μορφίνη μπορεί να χορηγείται ως:

-απλό υδατικό διάλυμα θειικής ή υδροχλωρικής μορφίνης κάθε 4 ώρες

-δισκία κάθε 4 ώρες

-βραδείας αποδέσμευσης δισκία, κάθε 12 ώρες.

Η αποτελεσματική αναλγητική δόση της μορφίνης ποικίλλει σημαντικά και κυμαίνεται από 5 mg έως και πάνω από 1000 mg κάθε τέσσερις ώρες. Στους περισσότερους ασθενείς, ο πόνος αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά με δόσεις των 10-30 mg κάθε τέσσερις ώρες.

Στους περισσότερους ασθενείς η μορφίνη είναι αποτελεσματική, έτσι αποτελεί το φάρμακο επιλογής. Στην περίπτωση που κάποιος ασθενής παρουσιάσει δυσανεξία στην μορφίνη, πρέπει να χρησιμοποιείται κάποιο εναλλακτικό φάρμακο όπως:

-προτυποποιημένο όπιο(αραιωμένη μορφίνη)

-τραμαδόλη(συνθετικό αναλγητικό με κεντρική δράση το οποίο διαθέτει ιδιότητες οπιοειδούς και μη οπιοειδούς φαρμάκου.

- υδρομορφίνη(όταν χορηγείται από το στόμα είναι 8 φορές πιο δραστική από την μορφίνη ενώ 6 φορές δραστικότερη όταν χορηγείται με ένεση. Η διάρκεια της δράσης είναι 3-4 ώρες και η αρχική δόση είναι 1-2 mg από το στόμα ή 1 mg υποδορίως.)
- μεθαδόνη(συνθετικό οπιοειδές αναλγητικό με δράση γενικά παρόμοια με της μορφίνης. Δόση 5-10 mg)
- λεβορφανόλη(περίπου πέντε φορές δραστικότερη της μορφίνης και παρέχει ανακούφιση σχεδόν για 6 ώρες, δόση 1-2 mg)
- πεθιδίνη(συνθετικό οπιοειδές αναλγητικό, δόση 50-100 mg)
- οξυκωδόνη(συνθετικό παράγωγο της θεμπαΐνης και παρουσιάζει δομική συγγένεια με την κωδεΐνη, δόση 5-15 mg)
- βουπρενορφίνη(μερικός αγωνιστής, εμφανίζει παρόμοια αποτελεσματικότητα με την μορφίνη. Η διάρκεια του είναι 6-9 ώρες.

Επίσης χρησιμοποιούνται επικουρικά-ψυχοτρόπα και στεροειδή. Ο συνδυασμός αναλγητικών, ναρκωτικών και επικουρικών φαρμάκων σήμερα αποτελεί την πιο ευρέως διαδεδομένη πρακτική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου.

Τα επικουρικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ειδικών μορφών πόνου και την ανακούφιση από άλλα συμπτώματα που συνήθως εμφανίζονται στους καρκινοπαθείς.

Συγκεκριμένα χρησιμοποιούνται για τρεις κύριους λόγους:

- για την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών των αναλγητικών(αντιεμετικά, υπακτικά)
- για την ενίσχυση του αναλγητικού αποτελέσματος
- για την θεραπεία συνυπαρχουσών ψυχολογικών διαταραχών όπως οι αϋπνίες, το άγχος και η κατάθλιψη(νυκτερινά υπνωτικά, αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά)

Επικουρικά είναι:

- αντιεπιληπτικά για νευρολογικούς πόνους
- αγχολυτικά για την αντιμετώπιση του άγχους και του φόβου που αυξάνουν τον πόνο
- αντικαταθλιπτικά για την κατάθλιψη που συνήθως συνοδεύει τη νόσο και αυξάνει τον πόνο.
- κορτικοειδή τα οποία αυξάνουν την αναλγητική δράση άλλων φαρμάκων, έμμεσα βελτιώνουν τη διάθεση και την όρεξη και έχουν αντιφλογιστική ιδιότητα.
- αντιεμετικά, στην περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει ναυτία κατά την αρχική χορήγηση οπιοειδών,
- υπακτικά, κάποιο υπακτικό θα πρέπει να αναγράφεται κατά την έναρξη της θεραπείας με υπακτικά.

Επεμβατικές μεθόδους, όπως η χημική νευρόλυση (η χημική διακοπή νευρικής οδού με αλκοόλη ή φαινόλη), η έγχυση ναρκωτικών στο ΚΝΣ ή νευροχειρουργικές επεμβάσεις(γίνονται όταν αποτυγχάνουν οι άλλες θεραπείες ή ακόμα όταν απαιτείται γρήγορη αναλγησία, σε επιδείνωση ή απειλή της ποιότητας της ζωής του αρρώστου.

3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ^{2,30}

Ο πόνος είναι πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζουν σχεδόν όλοι οι καρκινοπαθείς, ο νοσηλευτής είναι το άτομο που θα παρέμβει στην λύση του προβλήματος.

1. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμήσει τα χαρακτηριστικά του πόνου(εντόπιση, ποιότητα, συχνότητα, διάρκεια)
2. Ο νοσηλευτής ενημερώνεται πλήρως για την κατάσταση του αρρώστου και την μέθοδο της αναλγησίας που ακολουθείται.
3. Βεβαιώνεται ότι ο άρρωστος δεν έχει πρόβλημα αλλεργίας στα φάρμακα.
4. Εξηγεί στον άρρωστο ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιεί αυθαίρετα φάρμακα δικής του επιλογής χωρίς ιατρική οδηγία, διότι παρεμποδίζεται η εκτίμηση του αποτελέσματος του θεραπευτικού σχήματος που ακολουθείται.
5. Ανάλογα με το είδος του φαρμάκου, γνωρίζει την διάρκεια δράσης και την δόση του.
6. Εξασφαλίζει μαζί με την χορήγηση του φαρμάκου και χυμό φρούτων όταν έχει πικρή γεύση(όπως οι σταγόνες μορφίνης)
7. Παρακολουθείται το θεραπευτικό αποτέλεσμα και ενημερώνουμε τον γιατρό.
8. Διαβεβαιώνουμε τον άρρωστο ότι γνωρίζουμε πώς ο πόνος του είναι πραγματικός και ότι θα τον βοηθήσουμε να μειωθεί.
9. Εκτιμούμε άλλους πιθανούς παράγοντες όπως φόβος, κούραση, άγχος, θυμός οι οποίοι μειώνουν την ικανότητα του αρρώστου να ανέχεται τον πόνο.
10. Χορήγηση αναλγητικών, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, ώστε ο ασθενής να ανακουφιστεί από τον πόνο, παρακολουθώντας πιθανές παρενέργειες όπως:
 - δυσκοιλιότητα συνήθως από την μορφίνη. Ο νοσηλευτής εξασφαλίζει στον άρρωστο δίαιτα με υπόλειμμα, καλή ενυδάτωση και υπακτικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
 - υπόταση σε μακρά λήψη ναρκωτικών αναλγητικών. Παρακολουθούμε συχνά τα ζωτικά σημεία.
 - σύγχυση, ίλιγγος, αστάθεια. Ενημερώνει τον άρρωστο για πιθανή εμφάνιση τους και συνιστά προσοχή στις ώρες δραστηριότητας για την πρόληψη ατυχημάτων.
 - οιδήματα, επιρρέπεια σε λοιμώξεις. Πρόληψη λοιμώξεων, περιορισμός υγρών και λήψης αλατιού, καθημερινό ζύγισμα του αρρώστου για έλεγχο οιδημάτων
11. Εξηγεί στον άρρωστο και την οικογένεια του, όταν νοσηλεύεται στο σπίτι, το πρόγραμμα χορήγησης των αναλγητικών και άλλων φαρμάκων ή τα καταγράφει για ασφάλεια λεπτομερώς.
12. Εκπαιδεύει μέλη της οικογένειας για την εκτέλεση νοσηλειών και εφαρμογής μέσων πρόληψης και ανακούφισης του πόνου του αρρώστου. Τους ενημερώνει για πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων και τρόπους αντιμετώπισης τους. Τονίζει ακόμα την ανάγκη συνεργασίας με το γιατρό ή τον νοσηλευτή.
13. Δίνει πληροφορίες στην οικογένεια, στα πλαίσια της αρμοδιότητας του, σχετικά με την κατάσταση του αγαπημένου τους προσώπου και τους συμπαρίσταται με κάθε τρόπο.
14. Εκτιμούμε συμπεριφορικές αποκρίσεις του αρρώστου στον πόνο και στην εμπειρία του πόνου, που παρέχει επιπρόσθετες πληροφορίες για τον πόνο του αρρώστου
15. Όταν χρειάζεται να γίνει αλλαγή στην αγωγή του ασθενούς για την αντιμετώπιση του πόνου πρέπει να συνεργάζονται ο γιατρός, ο άρρωστος αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας.
16. Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να χρησιμοποιεί μεθόδους ανακούφισης του πόνου, οι οποίες ήταν αποτελεσματικές σε προηγούμενη εμπειρία πόνου.

17. Διδάσκουμε τον άρρωστο νέες στρατηγικές για ανακούφιση του πόνου(περισπασμό, ευχάριστες εικόνες, χαλάρωση).

Ο πόνος σε κάθε καρκινοπαθή δεν πρέπει να συνδέεται απαραίτητα με τον καρκίνο. Σύμφωνα με μελέτη που έγινε σε 100 καρκινοπαθείς που νοσηλεύθηκαν για αντιμετώπιση πόνου στο Sir Michael Sobell House της Οξφόρδης, σε 41 μόνο ασθενείς ο πόνος οφειλόταν αποκλειστικά στον καρκίνο.

Ο πόνος στον καρκινοπαθή μπορεί να οφείλεται:

A) στον καρκίνο

B) στην θεραπεία για τον καρκίνο

Γ) μπορεί να οφείλεται στην αδυναμία και στην εξάντληση που δημιουργεί η αρρώστια στον ασθενή

Δ)ο πόνος μα μην σχετίζεται με τον καρκίνο αλλά να οφείλεται σε κάποια παράλληλη διαταραχή(σπονδυλίτιδα, οστεαρθρίτιδα).

Η δυνατότητα επιτυχημένης νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτό τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της ικανότητας της νοσηλεύτριας να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες της δημιουργήσει και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις αυτών των αναγκών, με την πραγματικότητα της ασθένειας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αντιμετωπισθεί χειρουργικά, ακτινοθεραπευτικά, ορμονοθεραπευτικά και χημειοθεραπευτικά. Για την επιλογή της σωστής θεραπευτικής αγωγής θα πρέπει να συνεκτιμηθούν στοιχεία που δίνει ο παθολογοανατόμος στον κλινικό γιατρό και που προσφέρουν στην τελική σταδιοποίηση της νόσου. Αυτά τα στοιχεία είναι ο ιστολογικός τύπος, ο βαθμός κακοήθειας, το μέγεθος του όγκου και η επέκταση του στους μασχαλαίους λεμφαδένες και σε άλλα όργανα.

1.1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ^{1,2,16,20,21,28,29,33,39,41,42}

Η χειρουργική αφαίρεση των όγκων είναι η παλαιότερη από τις θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο, και τις πιο πολλές φορές η κυριότερη.

Στο παρελθόν ο κύριος ρόλος της χειρουργικής ήταν η επέμβαση σ' ένα μόνο στάδιο κατά το οποίο γινόταν βιοψία και ακολούθως ριζική μαστεκτομή. Ευτυχώς τα τελευταία είκοσι χρόνια η χειρουργική επέμβαση γίνεται σε δύο ή τρία στάδια.

Πρώτα γίνεται βιοψία ή περιορισμένη χειρουργική βιοψία. Έτσι υπάρχει η δυνατότητα να γίνει συζήτηση με την ασθενή και την οικογένεια της για τους τρόπους θεραπείας.

Σήμερα ο χειρουργός μπορεί να επιλέξει αν θα διενεργήσει τη βιοψία είτε με βελόνα είτε μέσω κάποιας περιορισμένης τομής(ιδίως όταν πρόκειται για μεγάλη μάζα) είτε αφαιρώντας ολόκληρη την μάζα(αυτή η τεχνική ονομάζεται τυλεκτομή ή εκτομή ογκιδίου. Επίσης ενδέχεται να κάνει βιοψία σε περιοχές για τις οποίες υπάρχει υπόνοια μετάστασης. Το υλικό της βιοψίας πρέπει να είναι αρκετό σε ποσότητα ώστε να γίνει ανάλυση για ορμονικούς υποδοχείς, παθολογοανατομική εξέταση).

Αν κατά την βιοψία διαπιστωθεί καρκίνος υπάρχουν ποικίλες θεραπευτικές μέθοδοι. Η ριζική μαστεκτομή που σήμερα διενεργείται σπάνια. Σήμερα σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα αν ο όγκος είναι εκτεταμένος, διενεργείται η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, κατά την οποία αφαιρούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες αλλά όχι οι θωρακικοί μύες. Ο χειρουργός μπορεί επίσης να αφαιρέσει μόνο τμήμα του μαστού, ακολουθώντας τεχνική που ονομάζεται τμηματεκτομή.

Τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων στο μαστό είναι:

-ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Το 1984, οι Halsted και Mayer περιέγραψαν τη ριζική μαστεκτομή. Συνίσταται στη χειρουργική αφαίρεση του μαζικού αδένου, των θωρακικών μυών(μείζωνος και ελάσσονος), του περιεχομένου της μασχαλιαίας κοιλότητας και όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών. Η ριζική μαστεκτομή εφαρμόζεται συνήθως στα στάδια I ή II, σε γυναίκες μέσης ή μεγάλης ηλικίας.

Εφόσον οι αδένες είναι θετικοί, η ριζική μαστεκτομή θεωρείται εντελώς ανεπαρκής. Το 65% των γυναικών με όγκους μέχρι 2cm και περισσότερους από 4 θετικούς λεμφαδένες αναπτύσσει τοπική ή συστηματική υποτροπή στα 5 χρόνια, ενώ όταν ο όγκος είναι 3cm το ποσοστό υποτροπής είναι 85-90%. Όταν οι αδένες είναι αρνητικοί, το ποσοστό υποτροπής πέφτει στα 25%.

Η τομή που γίνεται μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετη και τοποθετείται στο τραύμα παροχέτευση συνεχούς αναρρόφησης(Hemovac). Η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό κοσμητικό αποτέλεσμα, εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας.

Παραλλαγές της ριζικής μαστεκτομής είναι η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή και η υπερριζική μαστεκτομή, η οποία περιλαμβάνει και την αφαίρεση των υπερκλείδιων λεμφαδένων. Η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή, εκτός από το μαστό, τους μύες και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματα της όμως είναι πολύ πτωχά και όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομής.

-ΤΡΟΠΟΠΟΙΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Ο τύπος αυτός για την χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιγράφηκε πρώτα από τους Patey και Dusan, το 1938. Συνίσταται στην αφαίρεση του μαζικού αδένου και των λεμφαδένων της μασχάλης, ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες.

Όσον αφορά στην τεχνική, η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια, επιτυγχάνεται έτσι το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα. Η ασθενής μπορεί να φοράει φορέματα ή ρούχα με ντεκολτέ χωρίς να φαίνεται η ουλή της τομής. Η ίδια τομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί μελλοντικά σε περίπτωση που γίνει τοποθέτηση τεχνητού στήθους(τοποθετείται προσθήκη σιλικόνης κάτω από το θωρακικό μυ).

-ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η μερική μαστεκτομή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων μεγέθους 2cm ή και μικρότερων, εντοπισμένων στην περιφέρεια του μαστού, δίχως εμφανή λεμφαδενική διασπορά. Γίνεται εγκάρσια τομή και αφαιρούνται τα πέριξ του όγκου, 2/3 του μαστού και οι μασχαλιαίοι αδένες.

-ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Γίνεται σε ασθενείς με μικρούς όγκους, (2cm ή και μικρότερους), εντοπισμέ-

νους ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, δίχως λεμφαδενική διασπορά. Γίνεται σε ηλικιωμένες ασθενείς, στις οποίες δεν αναμένεται ταχεία εξέλιξη της νόσου. Συνδυάζεται συνήθως με μετεγχειριστική ακτινοθεραπεία.

-ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ

Αυτή η διαδικασία ενδείκνυται για ασθενείς με κλινικώς ή και μαστογραφικώς εντοπισμένους μονοεστιακούς όγκους, οι οποίοι συνήθως δεν ξεπερνούν τα 3cm σε μέγεθος και δίχως ψηλαφητούς λεμφαδένες. Η τομή για την αφαίρεση του όγκου γίνεται ακριβώς πάνω από την μάζα του. Αφαιρούνται ταυτόχρονα 2cm φυσιολογικού ιστού που περιβάλλουν τον όγκο. Επίσης κατά την εγχείρηση θα πρέπει να επιτευχθεί κατάλληλη αιμόσταση για την αποφυγή αιματώματος, το οποίο μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση του μαστού και καθυστέρηση της έναρξης της ακτινοθεραπείας.

1.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ^{2,34}

ΣΤΑΔΙΟ I

TNM T1, N0, M0

Πρόκειται για όγκο μεγέθους 2cm ή και μικρότερου, χωρίς ένδειξη διασποράς στους επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία.

Χειρουργική επιλογή:

1)τμηματοεκτομή(αφαίρεση μεγαλύτερου τμήματος του μαστού) με λεμφαδενικό καθαρισμό και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.. Η μέθοδος έχει μικρότερη αποτυχία από ότι η εκτομή του οζιδίου μαζί με ακτινοβολία.

2)τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία με συνοδό αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Αποτελεί σήμερα την εγχείρηση εκλογής για τον καρκίνο του μαστού. Αφού η ασθενής έχει ενημερωθεί για τις επιλογές που υπάρχουν για την θεραπεία, οδηγείται στο χειρουργείο. Η ασθενής τοποθετείται ύπια στο χειρουργικό κρεβάτι και με τον βραχίονα της πάσχουσας πλευράς να σχηματίζει γωνία 90-100 μοιρών με τον κορμό.

Η τομή της μαστεκτομής είναι εγκάρσια ελλειψοειδής με κέντρο την θηλή του μαστού.

Οι λεμφαδένες που αφαιρούνται με το λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης περιλαμβάνουν τις εξής ομάδες:

- 1.ομάδα της μασχαλιαίας φλέβας(πλάγιοι)
- 2.ομάδα των υποπλάτιων λεμφαδένων(οπίσθιοι)
- 3.ομάδα των κεντρικών λεμφαδένων
- 4.ομάδα των πρόσθιων (θωρακικών) λεμφαδένων
- 5.ομάδα των κορυφαίων λεμφαδένων (υποκλείδιοι)

3)απλή μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία

ΣΤΑΔΙΟ II

TNM T0, N1, M0 ή T1, N1, M0 ή T2, N0, M0(IIA)

T2, N1, M0 ή T3, N0, M0(IIB)

Στο στάδιο IIA υπάρχει είτε μικρή πρωτοπαθής βλάβη(μικρότερη από 2cm) με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, είτε κάποια μεγαλύτερη πρωτοπαθής βλάβη(μεταξύ 2-5cm) χωρίς προσβολή των λεμφαδένων.

Το στάδιο IIB χαρακτηρίζεται από κάποια πρωτοπαθή βλάβη με μέγεθος από 2 cm έως 5cm και θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες είτε από κάποιον πολύ μεγάλο όγκο(μεγαλύτερο των 5 cm) χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Χειρουργική επιλογή:

-εκτομή μόνο του όγκου για βιοψία ή αφαίρεση του ογκιδίου και αφαίρεση

των μασχαλιαίων λεμφαδένων ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία. Αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται για πρωτοπαθείς όγκους που δεν υπερβαίνουν τα 4cm και όταν δεν υπάρχουν νεοπλασματικά κύτταρα στην παρυφή της χειρουργικής εκτομής. Για όγκους μεγαλύτερους των 5cm μπορεί να δοθεί χημειοθεραπεία πριν από την επέμβαση.

-τμηματική εκτομή και πάλι με ταυτόχρονη αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και με μετεγχειριτική ακτινοβολία. Η ακτινοθεραπεία γίνεται είτε με εξωτερική ακτινοβολία είτε με τοποθέτηση ραδιενεργού εμφυτεύματος είτε με προαιρετική επαναληπτική δόση ακτινοβολίας. Μ' αυτό τον τρόπο τα ποσοστά τοπικής υποτροπής είναι μικρότερα.

-τροποποιημένη ριζική ή ολική μαστεκτομή. Σε λίγες ασθενείς με μεγάλους όγκους (μεγαλύτερους των 4cm) ή πολύ εκτεταμένους(μπορεί να υπάρχει προσβολή των μυών του θωρακικού τοιχώματος) η συντηρητική επέμβαση δεν βοηθάει. Η ακτινοβολία του θωρακικού τοιχώματος μετά την μαστεκτομή εφαρμόζεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις, όταν υπάρχει διήθηση των μυών του θώρακα, με παραμονή υπολειμματικών νεοπλασματικών στοιχείων στο θωρακικό τοίχωμα ή όταν υπάρχει υψηλός κίνδυνος παραμονής καρκινικών κυττάρων στις παρυφές του ιστού που αφαιρέθηκε χειρουργικά.

Η συντηρητική χειρουργική θεραπείαότο Ιούνιο του 1990 το εθνικό ινστιτούτο υγείας στο συνέδριο για τις θέσεις ομοφωνίας πρότεινε ότι η θεραπεία με διατήρηση του μαστού, με στενή παρακολούθηση ώστε να ανακαλυφθούν έγκαιρα οι τοπικές υποτροπές,είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία για τις περισσότερες γυναίκες με καρκίνο μαστού σταδίου I και II. Προτιμάται επειδή έχει τα ίδια αποτελέσματα με τη ριζική μαστεκτομή,ενώ παράλληλα διατηρείται ο μαστός.

Αυτή η θεραπεία είναι κατάλληλη:

-όταν υπάρχει μονήρης, καλά αφοριζόμενος πρωτοπαθής όγκος με διάμετρο που δεν υπερβαίνει τα 4cm και όταν δεν υπάρχουν διάχυτες μικροαποπιτώσεις.

-μερικές φορές δεν χρησιμοποιείται σε ασθενείς με μεγάλους όγκους ή όταν υπάρχει μεγάλος όγκος σε μικρούς μαστούς. Σ' αυτή την περίπτωση η βιοψία θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρή απώλεια του μαστού και ασυμμετρία.

-αυτή η θεραπεία μαζί με ακτινοθεραπεία δεν συνίσταται όταν υπάρχουν πολλαπλοί κακοήθεις όγκοι. Αυτές οι ασθενείς μαζί με την ακτινοθεραπεία αναπτύσσουν ουλώδη ιστό και ανεπιθύμητες αλλοιώσεις του μαστού, που μπορεί να απαιτούν επιπρόσθετη χειρουργική επέμβαση.

-ένας άλλος παράγοντας για την επιλογή αυτής της χειρουργικής τεχνικής είναι η εντόπιση του πρωτοπαθούς όγκου. Οι όγκοι της θηλής ή γύρω από την θηλή επιβάλλουν την αφαίρεση της. Ωστόσο μερικές φορές μπορεί να εφαρμοστεί συντηρητική χειρουργική θεραπεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως βρίσκεται εκτεταμένη νόσος και πέρα από τους εκφορητικούς πόρους της θηλής, στη βάση του μαστού και τότε χρειάζεται μαστεκτομή.

-καλύτερες υποψήφιος για αυτή την επιλογή είναι οι ασθενείς με βλάβες στο έξω χείλος του μαστού. Αν γινόταν μαστεκτομή σ' αυτή την περίπτωση θα έπρεπε να αφαιρεθούν τμήματα του θωρακικού τοιχώματος.

ΣΤΑΔΙΟ III A

TNM T0, T2, N2, M0 ή T3, N1, N2, M0

Το χαρακτηριστικό του σταδίου III είναι η ύπαρξη μεγάλου όγκου(πάνω από 5cm) με προσβολή των σύστοιχων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους

ή με άλλους ιστούς.

Χειρουργική επιλογή:η θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική αντιμετώπιση , ακτινοβολία και χημειοθεραπεία με ποικίλη σειρά. Η αρχική χειρουργική θεραπεία είναι η ριζική ή η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή . Πριν απο την χειρουργική επέμβαση και με στόχο να σμικρυνθεί ή να εξαλειφθεί ο όγκος ώστε να διευκολυνθεί η αφαίρεση του. Μπορεί να δοθεί χημειοθεραπεία για διάστημα αρκετών μηνών, γεγονός που βελτιώνει την επιβίωση.

ΣΤΑΔΙΟ III B

TNM T, N3, M0 ή T4

Χειρουργική επιλογή:αυτό το στάδιο περιλαμβάνει το φλεγμονώδες καρκίνωμα και θεωρείται γενικά ανεγχείρητο. Σ' αυτό το στάδιο η χειρουργική αντιμετώπιση περιορίζεται συνήθως στην αρχική διαγνωστική βιοψία. Η θεραπεία του όγκου συνίσταται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται γιατί σ' ένα μικρό ποσοστό γυναικών υπάρχουν κρυμμένες μεταστάσεις. Αν η ανταπόκριση στην χημειοθεραπεία και/ ή με την ακτινοβολία είναι καλή, η χειρουργική μπορεί να βοηθήσει στην αφαίρεση του υπολειμματικού όγκου.

Επειδή εφαρμόζονται και τα τρία είδη θεραπείας, δεν έχει καθοριστεί ακόμα η σειρά χρησιμοποίησης που θα πρέπει να συνίσταται στους ασθενείς με καρκίνο σταδίου IIIB.

ΣΤΑΔΙΟ IV

TNM T, N M1

Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (π.χ, οστά, ήπαρ ή πνεύμονες) ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος.

Χειρουργική επιλογή:η χειρουργική θεραπεία περιορίζεται στην βιοψία για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία αποτελούν τους κύριους τρόπους θεραπείας .

-αν η μεταστατική νόσος δεν απειλεί άμεσα την ζωή της ασθενούς ή δεν έχουν προσβληθεί ζωτικής σημασίας όργανα, επιχειρούμε να αντιμετωπίσουμε την νόσο με ορμονοθεραπεία πριν ξεκινήσουμε την χημειοθεραπεία..

-όταν οι μεταστάσεις απειλούν τη ζωή και δεν υπάρχουν ορμονικοί υποδοχείς τότε χορηγούνται συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, παρόμοιοι μ' αυτούς που δίνονται στα πρώιμα στάδια της νόσου.

1.3. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΛΗ Η' ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

A. Προεγχειρητική παρέμβαση

1. Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο

α. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από τα αισθήματα φόβου με:

-ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της

-έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στην χρήση τεχνητού μαστού

-αναζήτηση υποστήριξης από τον σύζυγο

β. Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή, γι' αυτό ο νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και την βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματα

- της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη από τον άντρα της ή να νιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα(π.χ. να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της άρρωστης από τον άνδρα και την οικογένεια της , θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.
- γ. Ενημέρωση της άρρωστης για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού.
- δ Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση
- διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους.
 - εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.
 - χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης.
- ε Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος, για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.

2. Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και την διορθωτική πλαστική του μαστού

3. Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.

B. Μετεγχειρητική παρέμβαση

1. Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί αυτές οι παράμετροι είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.
2. Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για την απαραίτητη θερμιδική κάλυψη.
3. Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου(σύγχυση, ευερεθιστότητα, μειωμένο επίπεδο συνείδησης), οι οποίες είναι δυνατόν να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.
4. Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη. Αν παρατηρήσουμε σημεία αιμορραγίας ενημερώνουμε το γιατρό και προετοιμαζόμαστε για μετάγγιση αίματος.
5. Γίνεται συχνή αλλαγή του τραύματος κατά την οποία:
 - A) Γίνεται επεξήγηση για την βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
 - B) Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα
 - Γ) Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με κρέμα για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος.
6. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο και παρακολουθεί τα επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα.
7. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών και τοποθέτηση σε θέση ημί-Fowler, για την βελτίωση της αναπνοής.

8. Αποφεύγει να μετακινεί την ασθενή, σηκώνοντας την ή τραβώντας την από τους ώμους. Κάνει ήρεμες και σταθερές και σταθερές κινήσεις, όταν μετακινεί το σύστοιχο προς την μαστεκτομή άκρο. Υποστηρίζει το θώρακα κατά την διάρκεια του βήχα , με ένα ή δύο μαξιλάρια.
9. Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος, αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
10. Παρακολούθηση τις παροχτεύσεις του τραύματος.(αναρροφητική συσκευή Hemovac). Η αναρρόφηση γίνεται με την δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στην συσκευή, γι' αυτό θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχτευόμενων υγρών ελέγχονται και καταγράφονται καθημερινά. Αυτά τα στοιχεία χρησιμοποιούνται ως κριτήριο για το χρόνο αφαίρεσης της παροχέτευσης.
11. Πρόληψη λοίμωξης. Σε μια ριζική μαστεκτομή, η άμυνα των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το χειρουργημένο χέρι θα πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις σ' αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.
12. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος ,για εμφάνιση σημείων φλεγμονής.
 - A) Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή(π.χ. αύξηση θερμοκρασίας).
 - B) Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύου. Εμφάνιση κάποιων από τα παραπάνω συμπτώματα, αναφέρεται αμέσως στο γιατρό.
 - Γ) Οποιοδήποτε παράπονο της ασθενούς για πόνο στο στήθος ή ευαισθησία αναφέρεται αμέσως και σημειώνεται στην λογοδοσία.
13. Πρόληψη ή αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος. Στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, έτσι το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα. Λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου. Η καταπολέμηση τυχόν λοίμωξης σ' αυτό το άκρο να καταστεί προβληματική λόγω μειωμένης αντίστασης.

Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:

 - Να αποφεύγονται σε αυτό το χέρι κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα , εγκαύματα και χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
 - Να γίνονται σωστά οι παθητικές ασκήσεις.
 - Στο βραχίονα της προσβεβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.
 - Ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος.
 - Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.
 - Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων(σφιχτά μανίκια) για

διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

-Να ακολουθούνται οι παρακάτω συμβουλές:

Μη

A. Μην κρατάτε τσιγάρο σ' αυτό το χέρι

-Μην κρατάτε μ' αυτό το χέρι την τσάντα σας ή άλλο βαρύ αντικείμενο.

B. Μην κόβετε ή τραβάτε τις παρανυχίδες σ' αυτό το χέρι.

Γ. Μην σκάβετε τον κήπο σας μ' αυτό το χέρι και να μην κόβετε αγκαθωτά φυτά

Δ. Μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο μ' αυτό το χέρι

Ε. Μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση, να σας παίρνουν αίμα και αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι.

Να

A. Να φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με την μαγειρική, την καθαριότητα ή το πλύσιμο των πιάτων.

B. Να φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε

Γ. Να βάζετε κρέμα λανολίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα

Δ. Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα με την ένδειξη {ΠΡΟΣΟΧΗ-ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ-ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ}

Ε. Να αναφέρετε στο γιατρό σας οποιοδήποτε τραυματισμό του χεριού σας, αν είναι ερυθρό, θερμό, ασυνήθιστα σκληρό ή οιδηματώδες.

ΣΤ. Να κάνετε επανεξέταση σε διάστημα δύο μηνών

-Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης(μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού.

14. Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.

15. Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η ασθενής από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής την συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού

16. Χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της ασθενούς. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι.

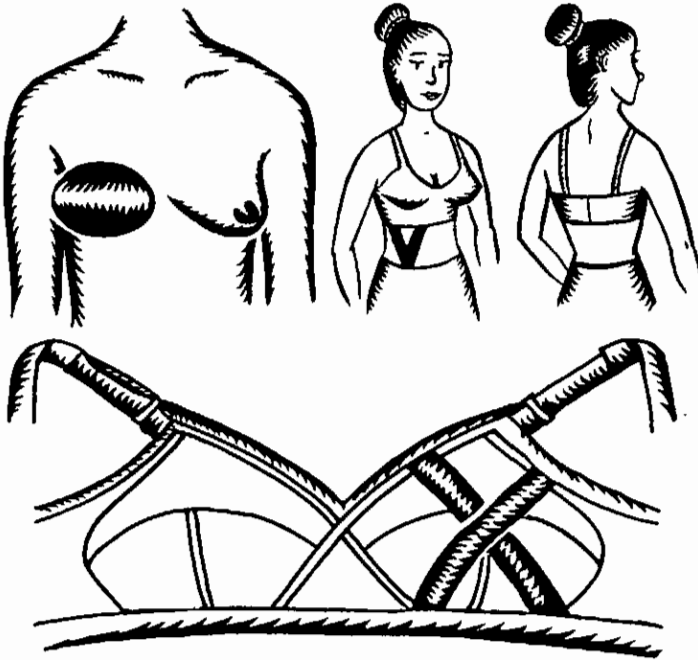
17. Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας. Η μεταβολή του σωματικού ειδώλου της ασθενούς και της αυτοεκτίμησης της, η αντίδραση του συντρόφου και ο βαθμός ανησυχίας του ζευγαριού, είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στις σεξουαλικές πρακτικές. Μερικοί σύντροφοι δυσκολεύονται να κοιτάξουν τη μαστεκτομηθείσα περιοχή, ενώ άλλοι φαίνεται να μην επηρεάζονται από αυτή την αλλαγή. Νιώθουν άνετα μεταβιβάζοντας έτσι στην σύντροφο τους το αίσθημα ότι εξακολουθεί να είναι αγαπητή και ποθητή.

A) Συζήτηση με την άρρωστη για το πώς αισθάνεται η ίδια και για την πιθανή μείωση του libido που σχετίζεται με κόπωση, ναυτία ή ανησυχία, μπορεί να βοηθήσει στην διεκκρίνηση θεμάτων γι' αυτή και τον σύντροφο της.

B) Η ενθάρρυνση ανοικτής συζήτησης για φόβους, ανάγκες και επιθυμίες, μπορεί να μειώσει το stress του ζευγαριού.

18.Χρήση προσθηκών. Ο μαστός αποτελεί για την κάθε γυναίκα σύμβολο θηλυκότητας και σεξουαλικότητας. Η νοσηλεύτρια μπορεί να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει την γυναίκα, ώστε να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία. Η μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας μπορεί ά αποκτηθεί με την χρησιμοποίηση προσωρινής προσθήκης στο νοσοκομείο ή το σπίτι.

Στο νοσοκομείο η προσθήκη σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία στις δύο πλευρές. Για να κρατηθεί αυτή η προσθήκη σταθερή μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στήθους και να στερεωθεί στην συνέχεια στην ζώνη. Η τιάρα του στήθους θα πρέπει να μικρύνει λίγο, για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο. Επίσης για να είναι σταθερή η προσθήκη μπορεί η γυναίκα να ράψει εσωτερικά στο στήθος δύο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τοποθετήσει την προσθήκη ανάμεσα.



Στο σπίτι. Ενημερώνεται η ασθενής ότι δεν πρέπει να φοράει στενά ρούχα, αλλά

ρούχα που να την κολακεύουν. Συνίσταται να φοράει ριγέ μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες.

19. Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο-διδασκαλία.

A) Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.

B) Ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης ψυχολογικής υποστήριξης στη σύζυγο του.

Γ) Βοήθεια άρρωστης κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων:

Αυτές οι ασκήσεις αρχίζουν 24 ώρες μετά την επέμβαση, με τις οποίες θα αποκατασταθεί η κανονική θέση του σώματος, το φυσιολογικό ύψος του ώμου και η πλήρης ελευθερία των κινήσεων του χεριού της χειρουργημένης πλευράς.

Αρχικά η ασθενής μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο νοσηλευτής θα πρέπει να τονίσει την σπουδαιότητα αυτών και θα τις συνεχίσει μέσα στα όρια ανοχής της ασθενούς. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά ώστε η ασθενής, μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, να είναι σε θέση να εκτελεί τις περισσότερες δραστηριότητες της (χτένισμα μαλλιών, βούρτσισμα δοντιών).

-Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η ασθενής δεν πρέπει να αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις.

-Αν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά.

-Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

-Η ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική στάση του σώματος της κατά την διάρκεια των ασκήσεων.

Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι εκ των προτέρων για ενδεχόμενες αλλαγές που μπορεί να συμβούν στην στάση του σώματος τους. Βέβαια σήμερα οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν γίνει λιγότερο παραμορφωτικές, χωρίς βέβαια να αποκλείεται κάποια ασυμμετρία. Όπως είναι δυνατόν να συμβεί με οποιοδήποτε χειρουργικό τραύμα, η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ακινητοποίηση κυρίως προς το μέρος της δυσανεξίας και κάμψη του κορμού. Ακόμα και όταν υπάρχουν οι παροχετεύσεις, στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, είναι σημαντικό ότι η ασθενής πρέπει να είναι ενήμερη της κακής στάσης και πρέπει να οδηγηθεί στην διόρθωσή της.

Οι ασκήσεις που συστήνονται μετά από ριζική μαστεκτομή, για την εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που υπέστησαν κάκωση είναι οι εξής:

- **Αιώρηση χεριών.** Χαλαρώνει τους ώμους, σκύβει προς τα εμπρός και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο έχοντας τους αγκώνες τεντωμένους. Όταν αυτή η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να στέκεται δίπλα στην ασθενή γιατί ενδέχεται να νιώσει ζάλη.

- **Σφίξιμο μπάλας.** Είναι μια απλή άσκηση, η οποία βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στην βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς.

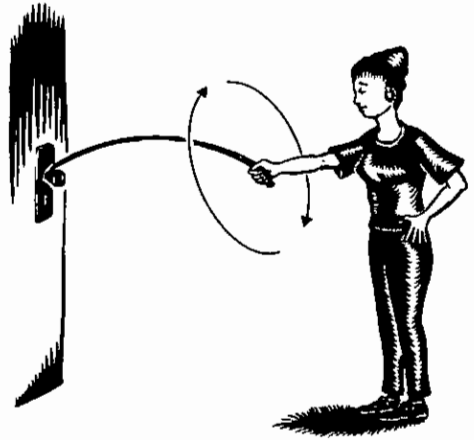
- **Πέταγμα μπάλας.** Βελτιώνει την έκταση του προσβεβλημένου χεριού. Η γυναίκα πετά την μπάλα, που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την έκταση του βραχίονα.

- **Αναρρίχηση στον τοίχο.** Προάγει την έκταση του προσβεβλημένου



άκρου. Η ασθενής είναι γυρισμένη στον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατό. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο όπου έφθασαν τα χέρια της, ώστε όταν επαναληφθεί η άσκηση η γυναίκα να προσπαθήσει να ξεπεράσει αυτό το σημείο.

• **Γύρισμα σχοινοῦ.** Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται με σφιχτό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση περίπου 2 μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινοῦ με το προσβεβλημένο χέρι κάνει ένα κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο χέρι το τοποθετεί στην μέση της. Με τεντωμένο το προσβεβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά ενώ στην συνέχεια μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις να γίνονται από τον ώμο.



• **Τροχαλία.** Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Χρησιμοποιείται ένα κομμάτι σχοινί, περίπου τριών μέτρων, το οποίο περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινοῦ δένονται σε κόμπους. Με τους βραχίονες τεντωμένους, η ασθενής τραβά με το γερό χέρι το σχοινί προς τα κάτω έτσι ώστε το προσβεβλημένο χέρι να ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, το

ύψος αυξάνεται. Η ασθενής θα πρέπει κατά την διάρκεια της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα.

• **Κούμπωμα πίσω κουμπιών.** Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η ασθενής ανεβοκατεβάζει και τα δύο της χέρια πίσω στη ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φτάνουν ψηλότερα στην πλάτη.

• **Άγγιγμα μετώπου.** Αυτή η άσκηση δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η ασθενής βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων και οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η γυναίκα γέρνει σιγά προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες επανέρχεται στην αρχική της θέση τεντώνοντας τους αγκώνες. 2,21, 28, 29



2.ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ^{1,2,21,34,35,36,44}

Η χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντineοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων, με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα, επιβραδύνουν όμως την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η τοξική τους δράση όμως δεν περιορίζεται μόνο στα καρκινικά κύτταρα αλλά και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή σ' αυτά τα φάρμακα.

Επίσης είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το σωστό όριο της δόσης του φαρμάκου, το οποίο θα καταστρέψει τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά, όπως ο μυελός των οστών.

Οι φάσεις του κυτταρικού αναπαραγωγικού κύκλου είναι τέσσερις:

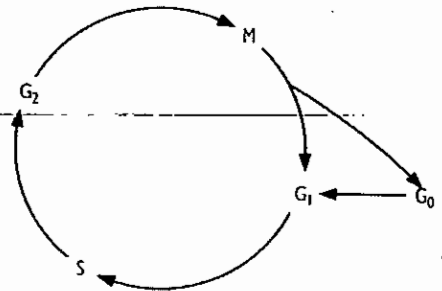
G₁° γίνεται σύνθεση RNA και πρωτεΐνης

S° σύνθεση DNA

G₂° φάση μετά την σύνθεση. Διακόπτεται η σύνθεση του DNA, συνεχίζεται η σύνθεση του RNA. Τα κύτταρα μπορεί να διαιρούνται (M) ή διακόπτεται η διαίρεση.

M° φάση μίτωσης, διαίρεση του κυττάρου

G₀° αδρανής φάση ή φάση ανάπαυσης.



2.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν κύτταρα σε ορισμένες φάσεις του κυτταρικού κύκλου. Γι' αυτό είναι απαραίτητο σ' ένα θεραπευτικό σχήμα να συνδυάζονται δύο είδη χημειοθεραπευτικών.

Οι ομάδες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι οι εξής:

1. Αλκυλιωτικοί παράγοντες. Επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.

2. Αντιμεταβολίτες. Είναι φάρμακα τα οποία εισέρχονται στα καρκινικά κύτταρα και αναστέλλουν τον μεταβολισμό τους ή εμποδίζουν την ανάπτυξη τους.

3. Αντineοπλασματικά αντιβιοτικά. Είναι χημειοθεραπευτικά φάρμακα με εξ ολοκλήρου χημική σύνθεση ή προερχόμενα από βιοσυνθετικά προϊόντα.

4. Νιτροζουρίες. Λειτουργούν ως αλκυλιωτικοί παράγοντες στο DNA και RNA, αλλά δεσμεύουν και διάφορα ένζυμα του πυρήνα.

5. Φυτικά αλκαλοειδή. Είναι αζωτούχες ουσίες, πολύπλοκης οργανικής σύστασης και φυτικής προέλευσης, οι οποίες εμποδίζουν την ανάπτυξη των κυττάρων και χορηγούνται ενδοφλεβίως.

6. Διάφοροι παράγοντες. Συνήθως χρησιμοποιούνται περισσότερα από ένα φάρμακα σε συνδυασμό διάφορης χρονικής εφαρμογής για να μην υπάρξει ταυτόχρονη τοξική επίδραση και να δράσουν σε οποιαδήποτε φάση του κυτταρικού κύκλου.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν:

1. από το στόμα

2. ενδοαγγειακά(ενδοφλέβια, ενδαρτηριακά)
- 3.ενδομυϊκά
- 4.με έγχυση στο νεόπλασμα
- 5.με έγχυση σε κοιλότητα(ενδοουπεζωκοτική, ενδοπεριτοναϊκή, ενδορραχιαία)

Η χημειοθεραπεία διακρίνεται σε δύο είδη:

-συστηματική° επιτυγχάνεται με την ενδοβλέφια χορήγηση των σχετικών φαρμάκων

-περιοχική° παρέχει την δυνατότητα χορήγησης χημειοθεραπευτικών παραγόντων σε συγκεκριμένες μόνο περιοχές του σώματος. Στόχος αυτής της μεθόδου είναι η υψηλότερη συγκέντρωση των φαρμάκων στις εν λόγω περιοχές και η αποφυγή της τοξικότητας τους.

Προυποθέσεις για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας:

- Ικανοποιητική κατάσταση της ασθενούς
- Προσδόκιμο επιβίωσης >3 μήνες
- Απουσία ενεργού λοίμωξης
- Ικανοποιητική κατάσταση του μυελού των οστών
- Ικανοποιητική λειτουργία των νεφρών και του ήπατος
- Αποκλεισμός κύησης.

2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Γίνεται ομαδική προσέγγιση της ασθενούς και προσπάθεια ανάπτυξης ενός προγράμματος για την βοήθεια του. Πρέπει η ασθενής να αντιμετωπίζεται σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα σωματικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.
2. Ενημερώνουμε την ασθενή πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν εκτός από τα κακοήθη κύτταρα και υγιή.
3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της ασθενούς, ώστε να αποδεχθεί, να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.
4. Προσφέρουμε στην ασθενή οποιαδήποτε έντυπη πληροφορία, σχετική με την χημειοθεραπεία, για την περαιτέρω ενημέρωσή της.
5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για την θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, την συναισθηματική κατάσταση, την ευαισθησία του σε κάποια φάρμακα. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

2.3 ΑΣΦΑΛΗΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΩΝ

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ο αριθμός των κυτταροστατικών φαρμάκων με αποτέλεσμα οι λειτουργοί υγείας να έχουν ευαισθητοποιηθεί στους κινδύνους από την χρήση τους. Το προσωπικό που ασχολείται με την διαχείριση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων θα πρέπει να ενημερωθεί για τους κινδύνους, τις διαδικασίες χειρισμού τους, τη σωστή χρήση του προστατευτικού υλικού και των σχετικών υλικών τις διαδικασίες διαρροής, καθώς και την ιατρική πολιτική για τις γυναίκες του εν λόγω προσωπικού που είναι έγκυες ή προσπαθούν να τεκνοποιήσουν. Κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι αρκετά από αυτά τα φάρμακα προκαλούν καρκινογένεση, τερατογένεση και τοπικούς ερεθισμούς(μάτια, λαιμό, κεφάλι) με εκδηλώσεις όπως πονόλαιμο, ζαλάδες, δύσπνοια.

Είναι απαραίτητη λοιπόν η αυστηρή εφαρμογή ασφαλών χειρισμών κατά την στιγμή όπου προετοιμάζονται, χορηγούνται, αποθηκεύονται ή απορρίπτονται. Κατά την

προετοιμασία των κυτταροστατικών φαρμάκων ακολουθούνται οι εξής οδηγίες:

- Πλύσιμο χεριών πριν και μετά τη χημειοθεραπεία.
- Περιορισμός πρόσβασης στο χώρο προετοιμασίας
- Αποφυγή λήψης τροφής ή ποτού, μασήματος τσίχλας, χρήσης καλλυντικών ή αποθήκευσης φαγητού μέσα ή κοντά στο χώρο προετοιμασίας φαρμάκων.
- Χρήση γαντιών πριν από την διαχείριση των κυτταροστατικών
- Τοποθέτηση απορροφητικού χαρτιού στον πάγκο εργασίας.
- Τοποθέτηση ειδικού set για φύλαξη χυμένων φαρμάκων κοντά στο χώρο της προετοιμασίας.
- Άνοιγμα των φιαλιδίων μακριά από το σώμα του προετοιμάζοντος το φάρμακο.
- Εφαρμογή τεχνικών ασηψίας κατά την προετοιμασία των κυτταροστατικών.
- Κάλυψη της άκρης της βελόνας με αποστειρωμένη γάζα κατά την έξοδο του αέρα από την σύριγγα.
- Ξη των φαρμάκων.
- Ετικετοποίηση όλων των χημειοθεραπευτικών σχημάτων.
- Άμεσος καθαρισμός όλων των υγρών που διέρρευσαν.
- Μεταφορά των φαρμάκων στο χώρο παράδοσης με αεροστεγές και άθραυστο δοχείο.

Επίσης κατά την χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων ακολουθούνται οι εξής οδηγίες:

- Χρήση προστατευτικού υλικού(γάντια, ρόμπα)
- Διευκρίνιση στον ασθενή ότι τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι επιβλαβή για τα φυσιολογικά κύτταρα και ότι θα πρέπει να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα από το προσωπικό κατά τη χορήγησή τους.
- Χορήγηση των φαρμάκων σε ασφαλές και ήσυχο μέρος (όταν χορηγούνται εκτός κλίνης).
- Αποφυγή απόρριψης αχρησιμοποίητων φαρμάκων σε χώρους φροντίδας ασθενών.

Όταν υπάρχουν αχρησιμοποίητα κυτταροστατικά απόβλητα ακολουθούμε τις εξής οδηγίες:

- Δεν πετάμε χρησιμοποιημένες βελόνες και σύριγγες. Χρησιμοποιείται ειδική συσκευή καύσης βελονών.
- Τοποθετούμε όλο το χρησιμοποιημένο υλικό σε αεροστεγές και άθραυστο δοχείο, με την ανάλογη σήμανση.
- Τοποθετούμε όλο τα μισό-χρησιμοποιημένα φάρμακα σε ειδικό δοχείο, τα οποία αχρηστεύονται(θάψιμο σε ειδικές περιοχές ή καύση στους 10000C).

Συγκεκριμένες οδηγίες χρησιμοποιούνται και στην περίπτωση που υπάρχει διαρροή κυτταροστατικών φαρμάκων.

1. Απομόνωση του χώρου όπου συνέβη η διαρροή
2. Χρήση του ειδικού set.
3. Χρήση προστατευτικών γαντιών, ρούχων, γυαλιών και σε ύπαρξη διαρροής(σκόνης), αναπνευστικής μάσκας.
4. Άνοιγμα των διπλών σάκων αποβολής αποβλήτων.
5. Καθαρισμός της επιφάνειας με απορροφητικές πετσέτες και απορρυπαντικό διάλυμα.
6. Καλό ξέβγαλμα με καθαρό νερό βρύσης και καλό στέγνωμα.
7. Τοποθέτηση των λερωμένων υλικών(ρούχων, γαντιών) σε διπλούς σάκους απορριμάτων.
8. Απόρριψη των σάκων σε ειδικό δοχείο.

9. Πολύ καλό πλύσιμο χεριών με νερό και σαπούνι.

2.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε κλίμα κατανόησης
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν την έναρξη της θεραπείας
3. Επαρκής ενυδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, ελαφρά και μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις(καθαρό περιβάλλον, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία.
10. Βοήθεια της ασθενούς να αποδεχθεί την αλλαγή του σωματικού της είδωλου.(αλωπεκία:διαβεβαιώνουμε την ασθενή ότι τα μαλλιά της θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Έχουμε μείωση της αλωπεκίας αν κατά την διάρκεια της θεραπείας και 10'-15' μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι
- 11.Προσοχή ώστε το φάρμακο μα μην έρθει σ' επαφή με το δέρμα της ασθενούς.
- 12.Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από την φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ^{1,2,21,36,37,38}

Ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας για διακοπή κυτταρικής ανάπτυξης. Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου είναι σχετικά νέες επιστημονικές κατακτήσεις. Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοβολία έχει της εξής εφαρμογές:

- Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήθη νεοπλάσματα μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα.
- Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση της ασθενούς σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας(ανακούφιση από τον πόνο).
- Χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό, όπως η διάγνωση κακοήθους όγκου, μέτρηση του όγκου και χρόνου κυκλοφορίας του αίματος.

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται η ιονίζουσα ακτινοβολία που την παίρνουμε από τρεις πηγές:

- Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία
- Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία(ραδιοσότοπα)
- Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων Roentgen και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία που χρησιμοποιείται στην ακτινοθεραπεία καταστρέφει τους τύπους του πρωτοπλάσματος. Ιδιαίτερα όμως ευαίσθητοι σ' αυτή είναι οι μηχανισμοί διαίρεσης του κυττάρου και σε μεγαλύτερο βαθμό την ώρα της μίτωσης. Τα νεοπλασματικά κύτταρα επομένως είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία από τα ώριμα και μερικές φορές νεκρώνονται τελείως, ενώ οι βλάβες των ώριμων κυττάρων δυνατόν να επανορθωθούν μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα. Όλοι οι νεοπλασματικοί όγκοι δεν έχουν την ίδια ευαισθησία στη ακτινοβολία. Τα κύτταρα που είναι περισσότερο ακτινοευαίσθητα είναι αυτά που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα, παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση, είναι εμβρυικά και ανώριμα, έχουν μεγάλη αιμάτωση οξυγόνωση.

Τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας μπορεί να επηρεαστούν από παράγοντες όπως:

- το είδος της ακτινοβολίας
- η δόση της ακτινοβολίας
- ο ρυθμός δόσης
- το είδος του ιστού που ακτινοβολείται
- η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται
- η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία
- η θερμοκρασία του ιστού, που έχει επίσης σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία.
- διάφορες ουσίες που ελαττώνουν την ακτινοευαισθησία .

ΤΡΟΠΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί :

1. *Εξωτερική εφαρμογή. Είναι η θεραπεία που εφαρμόζεται με:*

- Ακτίνες Χ οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα
- Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες
- Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε θήκες (εκμαγεία) που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί(δέρμα, βλεννογόνοι). Χρησιμοποιούνται σε καρκίνο δέρματος, παρειάς(μάγουλο), χείλους, γλώσσας, αυτιού.

2. *Εσωτερική εφαρμογή. Αυτή η θεραπεία εφαρμόζεται:*

- Ενδοκοιλιακά. Γίνεται εισαγωγή ραδιοϊσότοπου σε κοίλα όργανα ή κοιλότητες του οργανισμού, π.χ. μήτρα, υπεζωκοτική κοιλότητα, ουροδόχος κύστη.
- Εμφύτευση. Τα ραδιοϊσότοπα με στερεά μορφή βελονών, καψουλών, κόκκων, ράβδων, συρμάτων εμφυτεύονται και μένουν μόνιμα ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα.
- Εσωτερική χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια.

3. *Ως τηλεθεραπεία.*

Το είδος που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το βάθος του όγκου που ακτινοβολείται

4. *Με ένεση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσότοπου(χρυσού, φωσφόρου) μέσα στο νεοπλασματικό ιστό.*

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία εφαρμόζονται τα εξής:

Η νοσηλεύτρια

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το είδος της ακτινοθεραπείας, τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό της θεραπείας(ανακουφιστική, θεραπευτική), ο αριθμός των συνεδριών που πρόκειται να γίνουν.
- Αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται ο άρρωστος αυτό το είδος της θεραπείας.
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει πως δεν πρέπει να βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί την ασθενή για ναυτία και εμετούς ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και να είναι έτοιμη να την βοηθήσει κατάλληλα.
- Για να τον προστατέψει από την ψύξη, επειδή θα μείνει ακίνητος πολύ ώρα, χορηγούνται αναλγητικά πριν την θεραπεία.

3.1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Ενημέρωση του αρρώστου για την φύση, τον σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.

2. Επεξήγηση της θεραπευτικής διαδικασίας καθώς και πληροφόρηση του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά την διάρκεια της θεραπείας.

3. Λήψη προστατευτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.

4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών όπως:

α) ναυτία και έμετοι

-Χορήγηση ηρεμιστικών,αντιεμετικών και αντιισταμινικών(με ιατρική οδηγία).

-Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά

-Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας

-Παρακολούθηση για τυχόν αντιδράσεις του αρρώστου.

β)αντιδράσεις από το δέρμα

-Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση

-Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό(ηλιακή ακτινοβολία, υψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα.

-Διδασκαλία του αρρώστου να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων(υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου) και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστ.

-Σύμφωνα με ιατρική οδηγία πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό. Χρήση υδροκορτιζόνης , σπρέυ και γαζών Lanettwax.

γ) διάρροια

-Χορήγηση δίαιτας μα μικρό υπόλειμμα

-Χορήγηση αντιδιαρροικών , σύμφωνα με ιατρική οδηγία

δ) αντιδράσεις βλεννογόνου

-Στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών

-Αποφυγή ερεθιστικών για τον στοματικό βλεννογόνο ουσιών(κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά).

-Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας.

-Χορήγηση υγρών και βιταμινών.

ε) καταστολή λειτουργίας μυελού οστών

- Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς
- Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες.
- στ) Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.
- ζ) Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό είδωλο.

3.2.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ-ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

-Ακτινοδερματίτιδα

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές(με ιατρική εντολή)
- Ενημερώνουμε τον άρρωστο να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, τα οποία αυξάνουν τον ερεθισμό.
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία

-Καταστολή του μυελού των οστών ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι'αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση του.

- Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος
- Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών.

-Εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης(καταβολή δυνάμεων, ναυτία, εμετοί, ανορεξία, απώλεια βάρους). Με ιατρική εντολή χορηγούνται:

- Ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιισταμινικά φάρμακα
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου(ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά, γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).
- Φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του ασθενούς στην περίπτωση που είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού της ασθενούς, το οποίο συμβάλλει στην μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

-Διάρροια(λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία)

- Χορηγούνται αντιδιαρροικά φάρμακα με εντολή γιατρού.
- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια
- Χορηγείται ειδική δίαιτα(τροφές χωρίς υπολλείματα).

4. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ^{1,2,36}

Στις περιπτώσεις που ο καρκίνος του μαστού είναι ορμονοεξάρτητος, χορηγούνται ορμονικά σκευάσματα. Παλαιότερα γίνονταν συμπληρωματικές εγχειρήσεις στις γυναίκες με μαστεκτομή, προκειμένου να μειωθεί η παραγωγή οιστρογόνων από τον οργανισμό. Τέτοιες εγχειρήσεις ήταν η αφαίρεση της μήτρας, των ωοθηκών και των επινεφριδίων. Σήμερα αντί αυτών των εγχει-

ρήσεων χρησιμοποιούνται φάρμακα(ταμοξιφένη) που αναστέλλει την δράση των οιστρογόνων.

Η εφαρμογή της ορμονοθεραπείας στον καρκίνο του μαστού, γίνεται σε προχωρημένες περιπτώσεις, οι οποίες πληρούν κριτήρια ορμονοευαισθησίας. Ως κύρια κριτήρια ορμονοευαισθησίας θεωρούνται οι ορμονικοί υποδοχείς. Πέρα από το ειδικό κριτήριο των ορμονικών υποδοχέων υπάρχουν και άλλοι παράγοντες επιλογής της ορμονοθεραπείας:

1. Ηλικία και έμμηνη ρύση
2. Βιολογικά χαρακτηριστικά του όγκου(ιστολογική μορφή, βαθμός διαφοροποίησης, ταχύτητα ανάπτυξης).
3. Άλλοι παράγοντες όπως δεύτερη νόσος
4. Φαρμακολογικά κριτήρια και προϋποθέσεις-αντενδείξεις

Απόκριση στην ορμονοθεραπεία αναμένεται

- Σε ασθενείς με όγκο που αναπτύσσεται με βραδύ ρυθμό(στις περιπτώσεις που μεταξύ της διάγνωσης και της εμφάνισης μεταστάσεων παρεμβάλλεται μακρό χρονικό διάστημα)
- Σε ασθενείς με μεταστάσεις σε οστά και μαλακά μόρια ή στον υπεζωκότα
- Σε πολύ ηλικιωμένες ασθενείς
- Σε ασθενείς που είχαν εμφανίσει προηγουμένως καλή απόκριση.

4.1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η ορμονική θεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί ότι είναι δυνατόν να εμφανιστούν φυσικές μεταβολές, οι οποίες εκδηλώνονται με τρεις τρόπους:

1. Προσωρινή ερυθρότητα, οίδημα ή εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων ή αύξηση του μεγέθους του όγκου. Η αύξηση του μεγέθους του όγκου είναι δυνατόν να προκαλέσει στην ασθενή φόβο, η οποία αισθάνεται ότι με την ορμονική θεραπεία η νόσος χειροτερεύει. Η νοσηλεύτρια διαβεβαιώνει την ασθενή ότι η επιταχυνόμενη αύξηση του μεγέθους του όγκου κατά τις πρώτες δύο εβδομάδες της θεραπείας, δεν υποδηλώνει ότι η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική.
2. Εκδήλωση οστικού πόνου, ο οποίος μπορεί να σχετίζεται με οστική μετάσταση. Αναλγητικά και αντιστεροειδή είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για την ελάττωση και την αντιμετώπιση αυτού του πόνου.
2. Υπερασβεστιαϊμία(δεν αποτελεί συχνή περίπτωση). Το πιο συχνό και πρωταρχικό σύμπτωμα της υπερασβεστιαϊμίας είναι η διαταραχή του διανοητικού επιπέδου, η οποία εκφράζεται με μείωση της μνήμης και της προσοχής. Άλλα συμπτώματα είναι η ναυτία, η πολυδιψία, η πολυουρία, η δυσκοιλιότητα και η εμφάνιση οστικού πόνου. Αν εμφανιστεί κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα, η ασθενής και η οικογένεια της οφείλουν να ενημερώσουν αμέσως τον γιατρό. Είναι απαραίτητη η μέτρηση των επιπέδων του ασβεστίου και η γνώση και η διατήρησή τους σε φυσιολογικά επίπεδα, έτσι ελαχιστοποιούμε τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

Πολλές από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας είναι προσωρινές(ναυτία, εξάψεις) και αυτό πρέπει να τονισθεί στην ασθενή. Η αύξηση του βάρους όμως παραμένει και μετά το τέλος της θεραπείας. Η νοσηλεύτρια οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει το βάρος της σε φυσιολογικό επίπεδο κατά την διάρκεια της ορμονοθεραπείας. Η ενημέρωση και η αποδοχή των συμβουλών ενός διαιτολόγου, πριν από την έναρξη της θεραπείας, είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ^{2,40}

Ο καρκίνος είναι μακροχρόνια αρρώστια που καταπονεί την ασθενή και το περιβάλλον της. Η καρκινοπαθής έχει ανάγκη από συχνή ιατρική παρακολούθηση χωρίς όμως να κάνει απαραίτητη την εισαγωγή ή την παραμονή της σε αντικαρκινικό νοσοκομείο.

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στο χώρο του ασθενούς.

Οι λόγοι που επιβάλλουν την εφαρμογή της νοσηλείας στο σπίτι είναι:

- Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών
- Ο περιορισμός των ημερών νοσηλείας
- Η ψυχική κατάσταση της ασθενούς που διαφέρει όταν αυτός νοσηλεύεται στο σπίτι παρά στον ψυχρό χώρο του νοσοκομείου.
- Ο περιορισμός ημερών αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητες τους.

1. ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- Να μην χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες.
- Οι νοσηλεύτριες διδάσκουν άτομα από το οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς να εφαρμόζουν βασικές φροντίδες.
- Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών ώστε η ασθενής να είναι βέβαιη ότι δεν πρόκειται να την εγκαταλείψουν βγαίνοντας από το νοσοκομείο.
- Η βοήθεια από το γιατρό του νοσοκομείου, του ασφαλιστικού φορέα ή του προσωπικού του γιατρού.
- Δωρεάν παροχή φαρμάκων στο σπίτι, να γίνονται αιμοληψίες και να χορη-

γούνται οροί.

- Η παραμονή της ασθενούς στο γνώριμο και αρεστό οικογενειακό περιβάλλον.

Οι βασικοί σκοποί της νοσηλεύτριας στην κατανοίκον νοσηλεία είναι:

- ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς
- παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων.
- επικοινωνία της οικογένειας για παροχή βοήθειας και από άλλες υπηρεσίες υγείας.
- παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης

1.1 ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΤΑΙ Η ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

1. Η νοσηλεύτρια προτού αναλάβει την νοσηλεία της ασθενούς, είναι απαραίτητο να συγκεντρώσει πληροφορίες και στοιχεία για την ασθενή που πρόκειται να νοσηλεύσει. Έτσι θα μπορέσει να οργανώσει την νοσηλευτική διεργασία, να γνωρίσει τα προβλήματα υγείας και τις συνθήκες ζωής. Να ερευνήσει τα μέσα που μπορεί να έχει και θα χρειαστεί κατά την διάρκεια της νοσηλείας και για την κάλυψη που μπορεί να της παρέχει ο ασφαλιστικός φορέας του ατόμου.
2. Να γνωρίσει το άμεσο περιβάλλον της ασθενούς, το οποίο μετά την απαραίτητη διδασκαλία μπορεί να συμμετέχει και να βοηθά στην φροντίδα της ασθενούς.
3. Να καταγράψει την νοσηλευτική της διάγνωση. Η διάγνωση θα 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.
4. Να βρει τις ανάγκες του ατόμου και να καταγράψει τις νοσηλευτικές της ενέργειες, τον χρόνο και τον τόπο που θα παρέχονται αυτές.
5. Να εφαρμόζει ακριβώς το καθορισμένο πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την πορεία της κατάστασης. Σε περίπτωση που εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα θα πρέπει να βελτιώσει ή να αλλάξει τις ενέργειες της, σε συνεργασία πάντα με τα υπόλοιπα μέλη της πρωτοβάθμιας υγειονομικής ομάδας(χειρουργός, κοινωνική λειτουργός).
6. Να αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών της, ώστε να τις αλλάζει όταν χρειάζεται.
7. Να αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ

2.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΝΕΣΗΣ

Η σωματική φροντίδα και η εξασφάλιση άνεσης και ασφάλειας για την ασθενή που πεθαίνει αποτελούν σημαντικούς τομείς δράσης και παρέμβασης της νοσηλεύτριας. Η αποτελεσματική σωματική φροντίδα της ασθενούς στα τελευταία στάδια της ζωής της μπορεί να συμβάλει σημαντικά σ'ένα ήσυχο θάνατο.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο είναι ένα από τα κύρια νοσηλευτικά καθήκοντα. Οι εξελίξεις που σημειώνονται στην φαρμακολογία καθώς και οι τρόποι χορήγησης των φαρμάκων σε ασθενείς με οξύτατη εξασθένιση, έχουν βελτιώσει τη δυνατότητα αντιμετώπισης του πόνου.

Είναι ζωτικής σημασίας για την νοσηλεύτρια η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων. Αυτή η αξιολόγηση παρέχει στο γιατρό πληροφορίες, με τις οποίες θα επιτύχει τον πιο αποτελεσματικό συνδυασμό φαρμάκων για την καλύτερη και ταχύτερη αντιμετώπιση του πόνου.

Όταν η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της νοσηλεύεται στο σπίτι, η νοσηλεύτρια πρέπει να διδάξει την οικογένεια της ασθενούς πώς και πότε να χορηγεί τα φάρμακα καθώς και πώς να εκτιμά την ανταπόκριση της ασθενούς στην φαρμακευτική αγωγή. Αναποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου στο σπίτι είναι συχνά η αιτία για την διακομιδή της ασθενούς στο νοσοκομείο.

Η νοσηλεύτρια αρχικά θα ξεκινήσει τη διδασκαλία των μελών της οικογένειας με τα απαραίτητα μέτρα φροντίδας. Τους διδάσκει να καταγράφουν πότε αρχίζει ο πόνος, το χρόνο χορήγησης των φαρμάκων καθώς και το χρόνο έναρξης της επίδρασης της φαρμακευτικής αγωγής. Όλες αυτές οι πληροφορίες θα βοηθήσουν στην εκτίμηση και στην αξιολόγηση αυτών και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.

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

ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο υποφέρουν από δυσκοιλιότητα. Η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει οδηγίες στα μέλη της οικογένειας, για τα μέτρα που είναι περισσότερα αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Χυμός δαμάσκηνων ή φρούτων καθώς και φρουτοκρεμες εμπορίου χορηγούνται για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας. Η οικογένεια πρέπει επίσης να διδαχθεί όλες τις απαραίτητες διαδικασίες(υποκλυσμός). Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να αναλάβει αυτή την φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς, στην περίπτωση που η οικογένεια της δεν είναι ικανή να παρέχει αυτή την φροντίδα.

ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΣ

Η ναυτία και ο εμετός είναι πολύ συχνά και βασανιστικά συμπτώματα. Μπο-

ρούν να αντιμετωπιστούν με προσεκτική επιλογή της χορηγούμενης τροφής(μικρά και συχνά γεύματα) καθώς και με φαρμακευτικά σκευάσματα(υπόθετα).

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους χαρακτηρίζονται από ανορεξία. Πολλές φορές ακόμα και η μυρωδιά του φαγητού τους προκαλεί ναυτία. Οι ασθενείς μπορούν να τρώνε οτιδήποτε τους ευχαριστεί, χωρίς να τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα.

Σ' αυτό το στάδιο πρέπει να επιδιώκουμε την καλή ενυδάτωση της ασθενούς με σκοπό την αποφυγή χορήγησης υγρών παρεντερικώς. Η αφυδάτωση μπορεί να αποφευχθεί με συχνή χορήγηση υγρών(π.χ, χυμών)που αρέσουν στην ασθενή.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Σ' αυτό το στάδιο εμφανίζονται όλα τα προδρομικά σημεία των κατακλίσεων. Τέτοιες ασθενείς είναι συνήθως κατάκοιτες, τρέφονται ανεπαρκώς, συχνά είναι αφυδατωμένες, αποφεύγουν την συχνή εναλλαγή θέσεων με αποτέλεσμα η ανάπτυξη των κατακλίσεων να είναι συχνό φαινόμενο. Θα πρέπει η οικογένεια της ασθενούς να διδαχθεί πώς να την πλένουν και να της αλλάζουν θέση, καθώς και πώς να αξιολογούν ενδείξεις κατάκλισης.

2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ

Η νοσηλεύτρια που φροντίζει μια ασθενή, έχει αναπτύξει μια σχέση βασισμένη στην εμπιστοσύνη και στον αλληλοσεβασμό. Η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που θα δημιουργήσει το κλίμα εκείνο που θα ενισχύσει την ανοικτή έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς.

Συχνά η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της εκδηλώνει κάποια μορφή θυμού. Ο ασθενής βρίσκει την μοίρα άδικη και αδικαιολόγητη. Η οργή, η διαμαρτυρία μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις. Η επίσκεψη της οικογένειας του γίνεται γεγονός οδυνηρό. Μαλώνει με τους συγγενείς του, τους κατηγορεί για έλλειψη αγάπης, κατανόησης, φροντίδας και ενδιαφέροντος προς αυτήν. Η ασθενής είναι γενικά επιθετική και προσβλητική, δείχνοντας συμπεριφορά που ούτε η ίδια μπορεί να αποδεχθεί και να συζητήσει.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να αναγνωρίσει αυτά τα αισθήματα της, όπως το θυμό και να την βοηθήσει να περάσει ομαλά και ήρεμα από αυτή την φάση αντίδρασης. Αν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς έχουν εκτεθεί σ' αυτά τα ξεσπάσματα θυμού, προσβλητικότητας και επιθετικότητας, τα οποία δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν, η νοσηλεύτρια τους βοηθά. Τους εξηγεί ότι η ασθενής είναι πιθανότερο λόγω της κατάστασης που βρίσκεται, να περνάει μια ψυχική ταραχή και σύγκρουση η οποία να εκδηλώνεται με θυμό παρά με κατάθλιψη. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να κατανοήσουν ότι ο θυμός είναι μηχανισμός άμυνας για την ασθενή και ότι η νοσηλεύτρια βοηθά την ασθενή να εκδηλώσει κατά το δυνατόν αυτό το θυμό της, ώστε να μπορέσει να τον αποβάλλει στο τέλος. Αυτή η εκδήλωση κάνει την ασθενή να αισθάνεται καλύτερα και πιο ήρεμη.

Τα μέλη της οικογένειας περνούν μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής παρόμοια μ' εκείνα που περνά η ασθενής. Στην αρχή πολλοί από αυτούς δεν μπορούν να πιστέψουν πως είναι αλήθεια. Όταν η ασθενής περάσει από το

στάδιο της οργής, η οικογένεια της θα δοκιμάσει την ίδια συναισθηματική αντίδραση. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να βοηθήσει τους ασθενείς να εκφράσουν τις συγκινήσεις τους πριν το θάνατο του αρρώστου τους, ώστε να αποβάλλουν την ένταση και τις νοσηρές ιδέες που μπορεί να τους απασχολούν. Κατόπιν η οικογένεια θα περάσει από την φάση της προπαρασκευαστικής θλίψης. Πρέπει τα μέλη της οικογένειας να επικοινωνούν με την ασθενή και να εκδηλώνουν τις γνήσιες συγκινήσεις τους, δεν πρέπει να "χρησιμοποιούν" την μάσκα της προσποίησης.

Στην τελευταία φάση θα πρέπει τα μέλη της οικογένειας να επιτρέψουν στην ασθενή να τους αποχωριστεί, να αποσπασθεί βαθμιαία. Μερικές οικογένειες μπορεί να έχουν ξεγράψει την ασθενή εσπευσμένα και να αρχίσουν να θρηνούν, ενώ αυτός είναι ακόμα ζωντανός. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, όταν συμβεί ο θάνατος, δεν δημιουργείται μια ιδιαίτερη κατάσταση αλλά μια προβλεπόμενη απώλεια. Η μακρά περίοδος που υπέφερε τόσο η ασθενής όσο και η οικογένεια της τελειώσει και μια ανακούφιση γίνεται αισθητή. Με το θάνατο της αρρώστου πρέπει να θρηνήσουν γι' αυτή την απώλεια, να μοιραστούν με τους υπόλοιπους γνωστούς τη θλίψη και το πένθος. Με το πέρασμα του χρόνου η οδύνη θα έχει επεξεργαστεί, η απώλεια θα έχει γίνει αποδεκτή και η οικογένεια θα λειτουργεί πια κανονικά, αν και τα μέλη της μπορεί κατά καιρούς να επιστρέψουν στις παλιές ωραίες στιγμές που πέρασαν μαζί με τον εκλιπόντα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ^{1,2,3,29,45}

1.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν ορισμένες τεχνικές αποκατάστασης του μαστού:

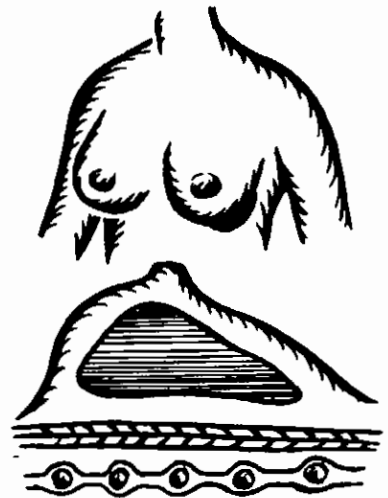
1. Πρόθεση: Αποτελεί τον απλούστερο τύπο αποκατάστασης μαστού ο οποίος μπορεί να καλύψει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες και τις προσδοκίες της ασθενούς και επομένως αποτελεί την προτιμητέα μέθοδο.

-Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης, μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική ή υποδόρια μαστεκτομή. Χρησιμοποιούνται σάκοι από αδρανές υλικό(σιλικόνη), που μπορεί να γεμίζονται από τον χειρουργό μετά την τοποθέτησή τους στο μαστό, ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με το ίδιο υλικό σε ζελατινώδη κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους.

2. Αποκατάσταση με κρημνούς. Η μεταφορά στην περιοχή της μαστεκτομής δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση, όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα όπως ουλή, ατροφικό δέρμα, μετακτινικές αλλοιώσεις.

Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι οι ακόλουθοι:

- Μυοδερματικός κρημνός πλατύ ραχιαίου: είναι η μόνη μέθοδος που δίνει την δυνατότητα κατασκευής μιας θήκης που θα παρέχει επαρκή κάλυψη για μια πρόθεση σιλικόνης.



- Μυοδερματικός κρημνός ορθού κοιλιακού:υποδόρια μεταφορά δέρματος από την κάτω κοιλία μαζί με τον ορθό κοιλιακό μυ οδηγεί σε αποκατάσταση του μαστού.

-Διάφοροι άλλοι κρημνοί όπως οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός.

3. Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών:η χρήση του διατατήρα ιστών στο μαστό επιτρέπει την αποκατάσταση του χωρίς τη χρήση απομακρυσμένων κρημνών με απλή διαδικασία και τη μικρότερη δυνατή χειρουργική ουλή.

1.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία και άλλοι ειδικευμένοι οργανισμοί διαθέτουν προγράμματα τα οποία βοηθούν στην αντιμετώπιση των οργανικών, ψυχολογικών και πνευματικών προβλημάτων που συνδέονται με τον καρκίνο. Υπάρχει πρόγραμμα "Reach to recovery" (προς την αποκατάσταση).

Όταν ο ασθενής είναι σε καλή φυσική κατάσταση, κερδίζει πολλά συμμετέχοντας σε μια τέτοια ομάδα. Μια ομάδα ανθρώπων που συμμερίζονται την κατάστασή του, του προσφέρει συντροφιά αλλά και την ευκαιρία να συζητήσει τα συναισθήματα του.

Σ' αυτές τις ομάδες :

-Ο καθένας μπορεί να διηγηθεί την ιστορία του, να μοιραστεί τις εμπειρίες του και την επίδραση του καρκίνου στη ζωή του.

-Ακούγοντας τις εμπειρίες των άλλων ατόμων θα δημιουργείται η ανάγκη για συμπαράσταση και έτσι μειώνεται η αίσθηση απομόνωσης, φόβου και μοναξιάς.

-Μπορεί να ανταλλάξει πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αντεπεξέλθει σε κάποια συγκεκριμένα προβλήματα.

Επίσης η ψυχαγωγία αποτελεί παράμετρο της ζωής. Όλοι μας χρειαζόμαστε μια ανάπαυση από τη ρουτίνα και το άγχος της καθημερινότητας για να διατηρήσουμε την ισορροπία μας. Αρκετές φορές δύσκολα καταφέρνει κανείς να συγκεντρώσει την ενεργητικότητα και τη θέληση του, η ψυχαγωγία αποκτά μεγαλύτερη σημασία όταν κάποιος ασθενεί. Με την απασχόληση σε κάποια ευχάριστη δραστηριότητα η ασθενής εκτονώνεται και χαλαρώνει, αποκτά μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και ευεξία.

Επίσης πολλά πλεονεκτήματα έχει η ομαδική ή η ατομική εργασία. Η κοινωνική συναναστροφή δίνει την ευκαιρία να συζητηθούν προβλήματα και ανησυχίες. Η κοινωνική συναναστροφή τονώνει το ηθικό και κατευνάζει τις ανησυχίες.

Επίσης η ασθενής, αν της το επιτρέπει η φυσική της κατάσταση, μπορεί να κανονίσει με φίλους της μια έξοδο. Να πάει στο θέατρο ή στον κινηματογράφο, στο μουσείο ή σε κάποια βιβλιοθήκη.

Αν η ασθενής νιώθει πιο άνετα να ασχοληθεί μόνη της με κάποια ενδιαφέροντα, μπορεί να αποταθεί για υποδείξεις και ιδέες στο νοσοκομείο ή στην τοπική βιβλιοθήκη. Μπορεί να ασχοληθεί με πολλά παιχνίδια, χειροτεχνίες και άλλες δραστηριότητες. Να ξεκινήσει ζωγραφική ή κάποια άλλη καλλιτεχνική δραστηριότητα, να ακούει μουσική, να πλέκει.

Η ίδια η ασθενής θα επιλέξει την ψυχαγωγική δραστηριότητα της προτίμησης του. Πρέπει πάντως να διαλέξει κάτι ευχάριστο και απολαυστικό, ώστε να τον αποσπά από τα προβλήματα του. Η ψυχαγωγία ανακουφίζει από το άγχος, ενισχύει την θετική στάση απέναντι στη ζωή και αποτελεί σπουδαίο παράγοντα στην πορεία προς την ανάρρωση και την αποκατάσταση.

1.3 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το αίσθημα αυτοσεβασμού και αυτοεκτίμησης εξαρτάται κυρίως από την αίσθηση ότι είναι δραστήριοι, παραγωγικοί και ικανοί να φροντίζουν τον εαυτό τους και τους άλλους. Η εργασία, γι' αυτά τα άτομα, είναι απαραίτητη όχι μόνο για οικονομικούς λόγους αλλά και για ψυχολογικούς. Είναι λοιπόν σημαντικό για την ψυχική και πνευματική ηρεμία να βρει τρόπους να επιστρέψει στην ενεργό παραγωγική απασχόληση. Αυτό σημαίνει είτε επιστροφή στην προηγούμενη εργασία είτε εκμάθηση μιας νέας τέχνης ή απασχόληση με τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού.

Η επιστροφή στην εργασία ίσως δημιουργήσει προβλήματα λόγω δυσμενής διάκρισης ή προκατάληψης στο χώρο της εργασίας. Εργοδότες και συνάδελφοι τους ίσως αντιδρούν υπερβολικά εξαιτίας αόριστου φόβου ως προς την αφηρημένη έννοια του καρκίνου. Οι συνάδελφοι μπορεί να μένουν σε απόσταση είτε διότι δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν, είτε γιατί έχουν λανθασμένες αντιλήψεις για το καρκίνο. Οι εργοδότες ίσως φοβούνται τη μειωμένη απόδοση του καρκινοπαθούς υπαλλήλου ή τις οικονομικές απώλειες εξαιτίας των αναρρωτικών αδειών για θεραπευτικούς λόγους.

Το σπουδαιότερο είναι να διατηρήσει ο καρκινοπαθής μια θετική στάση παρά τις απορρίψεις. Οι νοσηλευτές, οι εργασιοθεραπευτές καθώς και οι επαγγελματικοί σύμβουλοι μπορούν να βοηθήσουν στην ομαλή επανένταξη του στον εργασιακό χώρο, στην ανεύρεση εργασίας που να ανταποκρίνεται στις ικανότητες του ή ακόμα και στην επανεκπαίδευση του αν κρίνεται απαραίτητο. Η θετική στάση θα ενισχύσει την αποφασιστικότητα και θα εξομαλύνει τις τυχόν δυσκολίες με εργοδότες και συναδέλφους.

1.4 ΣΤΟΧΟΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Για να αρχίσει η ανάρρωση και η αποκατάσταση είναι απαραίτητο η ασθενής να μπορέσει να κατανικήσει το φόβο και το θυμό, να προσφύγει στο σύστημα υποστήριξης, να ασχοληθεί με κάποια παραγωγική εργασία αλλά και με την ψυχαγωγία. Όλα αυτά συνθέτουν την εικόνα όσων πρέπει να γίνουν στη δύσκολη περίοδο που τον αναμένει. Μόλις η ασθενής καταλάβει ότι πραγματικά θέλει να γίνει καλά, πρέπει να δείξει την προθυμία να υποβληθεί σε θυσίες και να πιστέψει ότι η ολοκλήρωση αυτού του στόχου αξίζει κάθε προσπάθεια.

Ο καρκίνος σημαίνει ότι πρέπει η ασθενής να αναδιοργανώσει τη ζωή της, αν θέλει να πετύχει την καλύτερη δυνατή αποκατάσταση. Δεν χρειάζεται ν' αλλάξει τις συνήθειες μιας ολόκληρης ζωής, οφείλει όμως να κάνει τις αναγκαίες προσαρμογές στην καθημερινή της ζωή ώστε να χρησιμοποιήσει το χρόνο της με τον πιο εποικοδομητικό και αποτελεσματικό τρόπο.

Αν φροντίσει προσεκτικά να διατηρήσει την ψυχική και πνευματική διαύγεια και την σωματική της ευεξία, θα έχει μάθει όχι μόνο πώς να ζει με τον καρκίνο, αλλά και πώς να επιτυγχάνει το καλύτερο δυνατό, μέσα στις αντιξοότητες των περιστάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

1η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ημερομηνία εισαγωγής:	26/4/2004
Όνοματεπώνυμο:	Δ. Γ.
Φύλο:	θήλυο
Ασφαλιστικός φορέας:	ΙΚΑ
Επάγγελμα:	Δημόσιος υπάλληλος
Οικογενειακή κατάσταση:	Άγαμη Έγγαμη ÷
Θρησκεία:	Χ.Ο.
Τόπος γέννησης:	Καλαμάτα
Ημερομηνία λήψης ιστορικού:	28/4/2004
Πηγή κ' αξιοπιστία ιστορικού:	Η ίδια φαίνεται αξιόπιστη

Παρούσα νόσος

Η ασθενής στις 25/9/2004 άρχισε να νιώθει έντονο πόνο σε διάφορα σημεία του δεξιού μαστού χωρίς να δώσει όμως ιδιαίτερη προσοχή. Σ' αυτό το μαστό είχε προηγηθεί προ διετίας τεταρτεκτομή. Απέδωσε τον πόνο ως αποτέλεσμα του έντονου stress που βιώνει. Η ασθενής συνέχισε να νιώθει κατά καιρούς αυτό τον πόνο και αποφάσισε 6 μήνες μετά (26/3/2004) να προσέλθει στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου "Άγιος Ανδρέας" Πατρών. Ύστερα από τις απαραίτητες εξετάσεις (μαστογραφία, ψηλάφηση, υπέρηχο μαστού), ο γιατρός διέγνωσε πολυεστιακό Ca μαστού και υπέδειξε ταχεία χειρουργική αντιμετώπιση. Στις 25/4/2004 προγραμματίστηκε χειρουργείο για εξαίρεση του όγκου, όπου πραγματοποιήθηκε ριζική αφαίρεση του δεξιού μαστού.

Ατομικό αναμνηστικό υγείας

Γενική κατάσταση υγείας: Σχετικά καλή

Νοσήματα ενήλικα/προηγούμενες επεμβάσεις: οξεία σκωληκοειδίτιδα, τεταρτεκτομή δεξιού μαστού, 2 καισαρικές τομές.

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΗΡΕ Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Αντιμικροβιακά

-Tazocin(πιπερακιλλίνη+ταζομπακτάμη)

Ενδείξεις: Λοιμώξεις από μικροοργανισμούς, κυρίως νοσοκομειακές λοιμώξεις..

Ανεπιθύμητες ενέργειες:Αντιδράσεις υπερευαισθησίας (φαρμακευτικός πυρετός, εξανθήματα) δυνατόν να συμβούν.

Δοσολογία:Για ενήλικους και παιδιά άνω των 12 ετών 4,5 gr(iv) κάθε 6-8 ώρες σε αργή ενδοφλέβια έγχυση(20'-30').

Μορφές:Το προϊόν κυκλοφορεί σε μορφή στείρας λυόφιλης σκόνης σε φιαλίδιο των:

2 gr piperacillin +0,25 tazobactam(2+0,25) gr/vial

4 gr piperacillin+0,5 tazobactam(4+0,5) gr/vial

Αντιεμετικά

-Primperan(μετοκλοπραμίδη)

Ενδείξεις:Αντιμετώπιση συμπτωμάτων γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης και εμέτων μετά από χημειοθεραπεία, για την πρόληψη εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου στις αναπνευστικές οδούς, στην γενική αναισθησία.

Αντενδείξεις:Αιμορραγία ,απόφραξη ή διάτρηση του γαστρεντερικού σωλήνα και γενικώς καταστάσεις όπου η αύξηση της κινητικότητας θεωρείται επικίνδυνη. Υπάρχει κίνδυνος υπερτασικής κρίσης λόγω έκλυσης κατεχολαμινών από τον όγκο.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:Εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, υπνηλία ή διέγερση, εύκολη κόπωση, κατάθλιψη, κακοήθης σύνδρομο από νευροληπτικά και επιμένουσα δυσκινησία. Υπέρταση και διαταραχές καρδιακής αγωγής, ιδιαίτερα σε ενδοφλέβια χορήγηση. Γαλακτόρροια, διόγκωση και ευαισθησία των μαστών στις γυναίκες, γυναιομαστία στους άντρες, πεπτικές διαταραχές κυρίως διάρροια.

Δοσολογία:Από το στόμα °ενήλικοι 10 mg 3-4 φορές την ημέρα 30' πριν από τα γεύματα . Παιδιά 6-14 ετών 2,5-5 mg, 3 φορές την ημέρα.

Παρεντερικώς °στον ακτινοδιαγνωστικό ή ενδοσκοπικό έλεγχο του ανώτερου πεπτικού χορηγούνται ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως 10 mg πριν από την εξέταση.

Από το ορθό °ενήλικοι 20 mg 1-2 φορές την ημέρα. Παιδιά κάτω από 20 κιλά (0,5 mg/kg/24h) σε 2-3 δόσεις.

Μορφές: tablets 10 mg

Syrup 5mg/5ml

Suppositories 10 mg,20 mg

Inject solution 10 mg/2 ml amp

Αντιόξινα

-Zantac (ρανιτιδίνη υδροχλωρική)

Ενδείξεις:Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, καταστάσεις γαστρικής υπερέκκρισης . Πρόληψη ελκών σε stress . Εξελκώσεις ή διαβρώσεις του ανώτερου πεπτικού σωλήνα μετά από λήψη ασπιρίνης. Οισοφαγίτιδα από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Πρόληψη εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου από αεροφόρους οδούς κατά την διάρκεια της αναισθησίας για χειρουργικές επεμβάσεις ή κατά τον τοκετό. Πρόληψη μεταβολικής αλκάλωσης από παρατεταμένη γαστρική αναρρόφηση.

Αντενδείξεις:Γνωστή υπερευαισθησία ή μη ανοχή στα φάρμακα

Ανεπιθύμητες ενέργειες:Κεφαλαλγία(3%), σπανιότερα ζάλη, αδιαθεσία, δυσκοιλιότητα ή διάρροια, ναυτία, κοιλιακά άλγη, εξανθήματα. Σπανιότερα έχουν αναφερθεί κνησμός, αιματολογικές διαταραχές όπως λευκοπενία ή θρομβοκυτοπενία, βραδυκαρδία, οπτικές διαταραχές, γυναικομαστία, ηπατίτιδα, αύξηση της γ-GT και κρεατινίνης του ορού.

Δοσολογία:Από το στόμα °σε γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος 150 mg 2 φορές την ημέρα ή 300 mg εφάπαξ πριν από την νυκτερινή κατάκλιση για 4-8 εβδομάδες. Σε παιδιά ηλικίας 8-18 ετών οι χρησιμοποιηθείσες δόσεις κυμαίνονται από 50-150 mg , 2 φορές την ημέρα.

Παρεντερικώς °βραδέως ενδοφλεβίως(σε 5'-6') 50 mg/6-8 ώρες αραιωμένα σε 20 ml διαλύματος δεξτρόζης 5%-10% ή χλωριούχο νάτριο 0,9%.

Μορφές °tablets 150 mg

Syrup 75 mg/5 ml

Inject solution 50 mg/ 2ml(amp)

50 mg/ 5 ml(amp)

Αποχρεπτικά

- Bisolvon(βρωμεξίνη)

Ενδείξεις:Ως βοηθητικό στην ρευστοποίηση των βρογχικών εκκρίσεων.

Αντενδείξεις:Υπερευαισθησία στο φάρμακο, ενεργό έλκος πεπτικού.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:Ναυτία, πονοκέφαλος, επιγαστρικά ενοχλήματα, διάρροια, αιμορραγία από τον επιγαστρικό σωλήνα, εξανθήματα, αντιδράσεις υπερευαισθησίας.

Δοσολογία:Από το στόμα °8-16 mg/8 h, παιδιά κάτω του έτους 2 mg/12h, 1-5 ετών 4 mg/12h, 6-10 ετών 4 mg/6h.

Μορφές:tablets 8 mg

Syrup 4mg/5ml, 8mg/5ml

Oral solutions drops 2mg

Αντιφλεγμονώδη

-Voltaren(δικλοφενάκη νατριούχος)

Ενδείξεις:Φλεγμονώδεις και εκφυλιστικές παθήσεις των αρθρώσεων, επώδυνα μυοσκελετικά σύνδρομα, Πρωτοπαθής δυσμηνόρροια. Η ενέσιμη μορφή ενδείκνυται και στο κολικό των ουρητήρων.

Αντενδείξεις:Πεπτικό έλκος, υπερευαισθησία στο φάρμακο, αλλεργικές καταστάσεις, βαριά νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, αιματολογικές παθήσεις. Εγκυμοσύνη, γαλουχία, παιδιά κάτω των 14 ετών.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:Οι συχνότερες είναι από το πεπτικό, ΚΝΣ, δέρμα, καρδιαγγειακό, αίμα, νεφρούς και ήπαρ.

Δοσολογία:Από το στόμα °20-25mg, 2-3 φορές την ημέρα.

Από το ορθό °50 mg, 2 φορές την ημέρα.

Παρεντερικά °75 mg, ενδομυϊκά. 1-2 φορές την ημέρα, μέγιστη ημερήσια δόση 150 mg/24h.

Μορφές: disp. tablets 50mg

c. tablets 25mg,50mg

s.c. tablets 50mg

e.c tablets 25mg, 50 mg

Αναλγητικά, αντιπυρετικά

-Arotel(παρακεταμόλη)

Ενδείξεις:Αρθραλγίες, μυαλγίες, νευραλγίες, κεφαλαλγίες, οδονταλγίες, δυσμηόρροια, εμπύρετες καταστάσεις. Προτιμάται σε άτομα που παρουσιάζουν δυσανεξία στο ακετυλοσαλικυλικό οξύ ή με διαταραχές πήκτικότητας του αίματος, ιστορικό πεπτικού έλκους, ουρική αρθρίτιδα.

-Zideron(δεξτροπροποξυφαίνη υδροχλωρική)

Ενδείξεις:Πόνος ήπιας ως μέτριας έντασης σε βαριά τραύματα, νευρολογικές ή νεοπλασματικές νόσους.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Προεχειρητικά</p> <p>Εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο, αντιμετώπιση των συναισθημάτων που της δημιουργούν άγχος, αγωνία.</p>	<p>Απαλλαγή της ασθενούς από απαισιόδοξα συναισθήματα</p>	<p>Συζήτηση με την ασθενή ώστε να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους της.</p> <p>Σχεδιασμός εκπαιδευτικών μαθημάτων, λίγο πριν την εγχείρηση, με σκοπό την αύξηση της παροχής πληροφοριών.</p>	<p>Προσεκτική ακρόαση και πολύωρη συζήτηση όλων των φόβων και ανησυχιών της ασθενούς</p> <p>Ενθάρρυνση των ασθενούς στην έκφραση των συναισθημάτων της, ακόμα και να κλάψει.</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενή κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και επεξήγηση των σκοπών της κάθε εξέτασης</p> <p>-Περλαμβάνει στην διδασκαλία της θέματα, όπως ασκήσεις αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού(του σύστοιχου με τη μαστεκτομή), τοποθέτηση παρετεύσεων</p> <p>-Παρέχει στην ασθενή χρόνο για εκμάθηση.</p> <p>-Ενθαρρύνει την ενεργητική</p>	<p>Η ασθενής ηρέμησε και έπαψε να διακατέχεται από άσχημα συναισθήματα. Πήρε θάρρος για να συνεχίσει την θεραπεία της.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης	Η ασθενής πρέπει να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης	Η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει την ασθενή να αντιληφθεί το πρόβλημα της	συμμετοχή της ασθενούς στις αποφάσεις που αφορούν την θεραπεία της.	Η ασθενής κατανοεί το πρόβλημα της και αποδέχεται την επέμβαση
Έκφραση ανησυχίας και φόβου για τον πόνο της επέμβασης και το θάνατο. Φόβος για την τύχη της οικογένειας της	Απαλλαγή της ασθενούς από την σκέψη του θανάτου. Δημιουργία ελπίδας για την συνέχιση της ζωής της δίπλα στην οικογένεια της.	Υποστήριξη της ασθενούς ότι όλα θα πάνε καλά. Στροφή σε νέα ενδιαφέροντα όπου θα την απαλλάξουν από άσχημες σκέψεις. Εξηγούμε στην ασθενή τις διαδικασίες που ακολουθούνται προκειμένου να μην αισθάνεται πόνο κατά την επέμβαση. Πρέπει η νοσηλεύτρια να της μεταφέρει το αίσθημα της ελπίδας και να την καθησυχάσει για την τύχη της οικογένειας της.	Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς ώστε να έχει ελπίδα και αισιοδοξία για τη ζωή. Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή ότι κατά την εγχείρηση δεν θα αισθανθεί πόνο λόγω της τέλει αναισθησίας.	Η ασθενής απέκτησε ελπίδα και αισιοδοξία και δεν φοβάται πια το θάνατο.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Οικογενειακά προβλήματα	Πρέπει τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς να λάβουν την κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία.	Η νοσηλεύτρια αφιερώνει χρόνο στους συγγενείς της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες, μιλώντας για την κατάσταση της ασθενούς.	Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αίτια της ασθένειας. Βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της, στην οικογένεια της. Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητα της, η σεξουαλικότητα και η αγάπη των άλλων δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της. Βοηθάει την ασθενή και την οικογένεια να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου αν το επιθυμούν.	Η οικογένεια αντιλαμβάνεται το πρόβλημα που αντιμετωπίζει το αγαπημένο τους πρόσωπο. Την στηρίζουν μέχρι την τελευταία στιγμή.
24/4/2004 12:00π.μ.				
Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία.	Αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών	Φυσική προεγχειρητική ετοιμασία Ψυχολογική ετοιμασία Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους. -Εξασφάλιση αίματος(σε ριζική μαστεκτομή).	Ολοκληρώθηκε η απαραίτητη φυσική προεγχειρητική προετοιμασία. Με τη βοήθεια των συγγενών δόθηκαν 2 φιάλες αίμα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της εγχείρησής.	Αποφυγή επιπλοκών μετεγχειρητικά. -Η ασθενής προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ul style="list-style-type: none"> -Χορήγηση ηρεμιστικών, κατά την εντολή γιατρού, για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς. -Την παραμονή της εγχείρησης γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. -Γίνεται λουτρό καθαριότητας. -Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου. -Κατά την μέρα της εγχείρησης λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. -Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης. -Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες, τα οποία φυλάσσονται. -Τοποθετείται ταυτότητα χείρως με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς. -Η ασθενής φοράει τα ρούχα 	<ul style="list-style-type: none"> -Χορήγηση ηρεμιστικών, κατά την εντολή γιατρού, για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς. -Την παραμονή της εγχείρησης γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. -Γίνεται λουτρό καθαριότητας. -Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου. -Κατά την μέρα της εγχείρησης λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. -Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης. -Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες, τα οποία φυλάσσονται. -Τοποθετείται ταυτότητα χείρως με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς. -Η ασθενής φοράει τα ρούχα 	<p>Πριν το χειρουργείο χορηγήθηκαν ηρεμιστικά.</p>	<p>ετοιμασία, με αιμοδοξία, ελπίδα και εμπιστοσύνη στο χειρουργό για την επιτυχή εκτέλεση της επέμβασης.</p> <p>-Δημιουργία άνεσης στην ασθενή.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>του χειρουργείου.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο μαζί με τον φάκελο της. -Ενημέρωση της ασθενούς από το γιατρό και την νοσηλεύτρια για το τι πρόκειται να του συμβεί. -Η νοσηλεύτρια ακούει με προσοχή την ασθενή και της δίνει την ευκαιρία να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της 		
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ				
15:00 μ.μ. πόνος χειρουργικού τραύματος	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.	Χορήγηση παυσίπονων -Δίνεται ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι.	Επί πόνου χορηγείται ενδομυϊκά 1 amp. Zideron.(στις 16:00 χορηγήθηκε 1amp zideron ενδομυϊκά). -Η ασθενής τοποθετείται σε θέση ημι-Fowler για την βελτίωση της αναπνοής.	Μετά από 45' παρατηρείται ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο. Η ασθενής ηρέμησε και κοιμήθηκε ήσυχη.
17:00 μ.μ. αιμορραγία τραύματος	Αναστολή αιμορραγίας	Να παρακολουθείται το επιδεσμικό υλικό. Παρακολούθηση ζωτικών ση-	Η νοσηλεύτρια ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω	Πετύχαμε αναστολή της αιμορραγίας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<p>μειών κάθε 2-4 ώρες. Ελέγχουμε παροχeteύσεις. Παρακολουθούμε το ισοζύγιο υγρών-ηλεκτρολυτών. Γίνεται καθημερινά έλεγχος ηλεκτρολυτών ορού. Μετρώνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Χορηγείται ορός Glycose 5% 1000/24h και ηλεκτρολύτες αν χρειαστεί. Να πάρει από το στόμα 6-8 ποτήρια νερό. Για πρόληψη αιμορραγίας εφαρμόζουμε στο τραύμα πιεστική περίδεση. Εφαρμόζουμε στο τραύμα ελαστικό επίδεσμο για αποφυγή αιμορραγίας.</p>	<p>από την πλάτη και την με-σχάλη της ασθενούς. Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων κάθε 2-4 ώρες. 1ο μισάωρο: ΑΠ= 135mmHg, ΣΦ=60/min, θ=36,5C 2ο μισάωρο: ΑΠ= 130mmHg, ΣΦ=60/min, θ=36,4C 3ο μισάωρο: ΑΠ= 140mmHg, ΣΦ=65/min, θ=36,5C. -Στις 30/4/2004, 8:30π.μ. έγινε αιμοληψία για προσδιορισμό ηλεκτρολυτών(KCl, Na, Mg, Ca) -Μετρώνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά τα οποία και καταγράφονται και αξιολογούνται. -Η ασθενής παίρνει ορό Glycose 5% 1000cc/24h + 2NaCl(με ροή 13 σταγόνες/λεπτό). -Εδόθησαν εως τις 3:00μ.μ. 3 ποτήρια νερό. Εφαρμόστηκε πιεστική περίδεση.</p>	<p>Σταθερά ζωτικά σημεία. Διατηρήθηκε το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών Ο ορός συνεχίζει κανονικά. Αναμένονται τα αποτελέσματα των ηλεκτρολυτών</p>	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ενδεχόμενη μόλυνση τραύματος.	Να προληφθεί η μόλυνση	<p>Να παρακολουθείται η ασθένεια για σημεία μόλυνσης του τραύματος.</p> <p>-Να γίνεται αλλαγή και περιποίηση του τραύματος με άσηπτη τεχνική.</p> <p>-Να γίνεται χορήγηση Tazocin 4,5gr επί 3 iv(6-2-10).</p>	Ελέγχεται η περιοχή του τραύματος για εκδηλώσεις φλεγμονής. Έγινε αλλαγή και περιποίηση τραύματος στις 11:00π.μ. Γίνεται χορήγηση Tazocin στις καθορισμένες ώρες.	Η ασθένεια είναι απύρετη. -Η περιοχή του τραύματος δεν εμφανίζει σημεία φλεγμονής.
Αδυναμία της ασθενούς να δεχθεί την εικόνα του ειδώλου της μετά το χειρουργείο	<p>Η ασθενής να προσαρμοστεί με την υπάρχουσα εικόνα του ειδώλου της..</p> <p>-Να έρθει σ' επαφή με συλλόγους αλλά και με εταιρείες όπου μπορεί να βρει ειδικό υλικό για την κάλυψη του μέλους που αφαιρέθηκε.</p>	<p>Να ενεργοποιηθεί η ασθενής ώστε να μπορέσει να μιλήσει για τους φόβους και τις ανησυχίες της.</p> <p>-Η ασθενής να έρθει σ' επαφή με τους συλλόγους υποστήριξης και τις εταιρείες με υλικά προσθετικής μέλους, μέχρι την έξοδο της από το νοσοκομείο.</p>	<p>Άρχισε να μιλάει για τους φόβους της αλλά και για το πως πιστεύει ότι θα την δεχτούν οι άλλοι.</p> <p>-Η ασθενής ήρθε σ' επαφή με τους συλλόγους υποστήριξης και με τις διάφορες εταιρείες.</p>	<p>Η ασθενής ένιωσε ότι όλοι θέλουν το καλό της, απέκτησε αισιοδοξία, άρχισε να δέχεται την νέα της εικόνα.</p> <p>-Αποφάσισε να έρχεται όσο πιο συχνά γίνεται σε επικοινωνία με τους συλλόγους υποστήριξης.</p> <p>-Άρχισε να χρησιμοποιεί στηθόδεσμο ο οποίος έχει προσθήκη σιλικόνης στο δεξιά μαστό.</p>

Φάρμακα 26/2/2004

DW 5% 1000cc	1x1
RL 500cc	1x1
fl. Tazocin(iv)	1x3
amp. Primperan(iv)	επί εμετού
amp. Zantac(iv)	1x3
syrup bisolvon	1x3
amp. Apotel(iv)	1x3
amp. Zideron(im)	επί πόνου
tabl. voltaren	1x2

2η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ημερομηνία εισαγωγής:	10/7/2004
Όνοματεπώνυμο:	Λ.Χ.
Ασφαλιστικός φορέας:	TATA
Επάγγελμα:	ιδιωτικός υπάλληλος
Οικογενειακή κατάσταση:	άγαμη έγγαμη ÷
Θρησκεία:	Χ.Ο.
Φύλο:	θήλυ
Ηλικία:	45 ετών
Ημερομηνία γέννησης:	3/5/1959
Τόπος γέννησης:	Τρίπολη
Ημερομηνία λήψης ιστορικού:	13/7/2004
Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού:	η ίδια φαίνεται αξιόπιστη

Παρούσα νόσος

Η ασθενής διενεργώντας την συνηθισμένη μηνιαία ψηλάφηση ανακάλυψε ένα όγκο στο στήθος. Η ασθενής φοβήθηκε να πάει στο γιατρό με αποτέλεσμα αυτό να οδηγηθεί σε διάστημα δύο μηνών σε έντονο πόνο στο στέρνο της ασθενούς και δυσφορία. Οι συνεχόμενοι πόνοι και η δυσφορία την οδήγησαν σε γυναικολόγο του νοσοκομείου "Ευαγγελισμός". Ο γιατρός μετά τις απαραίτητες εξετάσεις(μαστογραφία, εξετάσεις αίματος, ακτινογραφία θώρακος) διέγνωσε κακοήγη όγκο με μετάσταση στον πνεύμονα.

Στις 12/7/04 η ασθενής υποβλήθηκε σε ριζική μαστεκτομή του δεξιού μαστού. Στις 5/8/04 εισέρχεται στην μονάδα ημερήσιας νοσηλείας του νοσοκομείου "Άγιος Σάββας" για να υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ως συμπλήρωμα της εγχειρητικής αντιμετώπισης της νόσου.

Ατομικό αναμνηστικό υγείας

Γενική κατάσταση υγείας^οσχετικά καλή

Νοσήματα ενήλικα^{ο2} καισαρικές επεμβάσεις, σκωληκοειδίτιδα

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΗΡΕ Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Χημειοθεραπευτικά

-Taxol(πακλιταξέλη)

Ενδείξεις:Μεταστατικός καρκίνος του μαστού μετά την αστοχία της θεραπείας με ανθρακυκλίνες.

Αντενδείξεις : υπερευαισθησίας σ' ένα από τα συστατικά του προϊόντος.

Κύηση και γαλουχία. Μεγάλη λευκοπενία, ηπατική ανεπάρκεια.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:αντιδράσεις υπερευαισθησίας, υπόταση, αγγειοοίδημα, δύσπνοια, κνίδωση, μυελοκαταστολή, βραδυκαρδία ή ταχυκαρδία, υπόταση ή υπέρταση, διαταραχές καρδιακής αγωγιμότητας, μυαλγίες, αρθραλγίες. Αλωπεκία, στο πλείστον των ασθενών, ναυτία, εμετός, βλεννογονίτιδα, αύξηση ηπατικών ενζύμων.

Δοσολογία:η συνηθισμένη δοσολογία είναι 175mg/m² σε διάστημα 3h, ενδοφλέβια. Το διάλυμα παρασκευάζεται λίγο πριν την χορήγηση του και η συσκευή εγχύσεως περιέχει ενσωματωμένο φίλτρο με μικροπορώδη μεμβράνη.

Μορφές:inject concetration for infusion 30mg/5ml
100mg/17ml

-Farmorubicin(επιρουβικίνη)

Ενδείξεις:καρκίνος μαστού, ωθηκών,πνεύμονα, γαστρεντερικού συστήματος, λεμφώματα, σαρκώματα, λευχαιμίες.

Αντενδείξεις:βαριά καρδιακή νόσος, εγκυμοσύνη, μυελοκαταστολή, προηγούμενη χρήση σε μέγιστες δόσεις άλλων τετρακυκλινών.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:μυελοκαταστολή, καρδιοτοξικότητα, αλωπεκία, ναυτία, εμετοί, βλεννογονίτιδα, πυρετός.

Δοσολογία:συνήθως 75-90mg/m² που επαναλαμβάνεται κάθε 21 ημέρες. Η δόση μειώνεται όταν το φάρμακο χορηγείται σε συνδυασμό, όταν υπάρχει μυελοκαταστολή και όταν υπάρχει επηρεασμένη ηπατική λειτουργία.

Μορφές:ly. Pd. Injection 10mg,50mg

Inject solution 10mg/5ml

50mg/25ml

Endoxan(κυκλοφωσφαμίδη)

Ενδείξεις:έχει ευρύ φάσμα αντινεοπλασματικής δράσης. Σε συνδυασμό μ' άλλα φάρμακα έχει καλή επίδραση στον καρκίνο του μαστού.

Αντενδείξεις:κύηση

Ανεπιθύμητες ενέργειες:μυελοτοξικότητα, αιμορραγική κυστίτιδα

Δοσολογία:χορήγηση από τα στόμα πριν τα γεύματα.

Ενδοφλεβίως °η διάλυση γίνεται σε πυκνότητα 20mg/ml με φυσιολογικό ορό.

10-30mg/kg°ενήλικοι

3-8mg/kg°παιδιά

Μορφές:

s.c. tablets 50mg

dr. pd. Injection 500mg,1000mg

Κυτταροπροστατευτικά

-Ethyol(αμιφοστίνη)

Ενδείξεις:μείωση του κινδύνου λοίμωξης και νεφρικής βλάβης σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία.

Αντενδείξεις:υπερευαισθησία στην δραστική ουσία ή τα έκδοχα. Εγκυμοσύνη, θηλασμός, αφυδάτωση, υπόταση, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια. Παιδιά και άτομα άνω των 70 ετών.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:υπόταση, ναυτία, εμετοί, έξαψη, ρίγος, ζάλη, υπνηλία, λόξυγγας, υπασβεστιαμία, αλλεργικές αντιδράσεις.

Δοσολογία:910mg/m² σε ενδοφλέβια έγχυση 15 λεπτών ημερησίως, 30 λεπτά πριν την χορήγηση της χημειοθεραπείας.

Μορφές:ly. Pd. Injection 500mg

Αντιεμετικά

- Zofron(ονδασετρόνη υδροχλωρική διυδρική)

Ενδείξεις:αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού που προκαλούνται από την χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Αντενδείξεις:υπερευαισθησία στην ονδασετρόνη ή σε οποιαδήποτε από τα συστατικά του ιδιοσκευάσματος.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:κεφαλαλγία, δυσκοιλιότητα, αίσθημα ερυθρότητας ή θερμότητας στην κεφαλή και το επιγάστριο, γαστρεντερικές διαταραχές όπως κοιλιακά άλγη και διάρροια, σπανίως μικρή παροδική αύξηση των ηπατικών τρανσαμινασών.

Δοσολογία:σε πολύ εμετογόνο χημειοθεραπεία 24mg σε ενδοφλέβια έγχυση διάρκειας 15 λεπτών αμέσως πριν την χημειοθεραπεία και ακολούθως 8mg ανα 8ωρο από την επόμενη μέρα και για 3-5 ημέρες.

Σε πολύ εμετογόνο χημειοθεραπεία 24mg σε ενδοφλέβια έγχυση διάρκειας 15 λεπτών αμέσως πριν την χημειοθεραπεία και ακολούθως 8mg ανα 8ωρο από την επόμενη μέρα και για 3-5 ημέρες.

Σε λιγότερο εμετογόνο χημειοθεραπεία, 8mg σε ενδοφλέβια έγχυση διάρκειας 15 λεπτών αμέσως πριν την χημειοθεραπεία και ακολούθως 8mg ανα 8ωρο για 1-3 ημέρες.

Μορφές:

f.c. tablets 4mg,8mg

inject solution 4mg/2ml-amp

8mg/2ml-amp

syrup 4mg/5ml

suppositories 16mg

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ανεπάρκεια γνώσεων της ασθενούς σε σχέση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ΧΜΘ.	Ενημέρωση της ασθενούς.	Εκτίμηση του μορφωτικού επιπέδου της ασθενούς. Εκτίμηση των αναγκών της ασθενούς και της οικογένειάς της για παροχή υποστήριξης. Να εκτιμήσει το επίπεδο γνώσης της ασθενούς αναφορικά με τον καρκίνο. Λεπτομερής ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την ΧΜΘ.Ο νοσηλευτής να είναι σε θέση να λύσει τυχόν απορία της ασθενούς.	Προετοιμάστηκε η ασθενής κατάλληλα,ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, πριν αρχίσει η θεραπεία σε κλίμα κατανόησης.	Η ασθενής μετά την ενημέρωση και την ψυχολογική υποστήριξη που δέχθηκε από την νοσηλεύτρια φάινεται ικανή να ανταπεξέλθει σ' αυτό το εμπόδιο.
Αλωπεκία η οποία οφείλεται στη δράση των Taxol και Farnorubicin.	Να προετοιμαστεί ψυχολογικά η ασθενής ώστε να αποδεχθεί την νέα της εμφάνιση. -Να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση της τριχόπτωσης	Ενημέρωση της ασθενούς για την εμφάνιση της τριχόπτωσης και ότι αυτή η ενέργεια είναι προσωρινή. -Ενθάρρυνση της ασθενούς να μοιράζεται τα συναισθήματά της σχετικά με την αλλαγή της εμφάνισής της. -Διδασκαλία της ασθενούς για την λήψη μέτρων προφύλαξης του τριχωτού της κεφαλής:	Η ασθενής ενημερώθηκε πριν την έναρξη της ΧΜΘ: 1. Να περιμένει την πτώση των μαλλιών 2-3 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση των φαρμάκων. 2. Ότι τα μαλλιά θα επανειφανιστούν 8 περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της ΧΜΘ. -Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να εκφράσει τα συναισθήματά	Η ασθενής είναι πιο ήρεμη, μετά την διαβεβαίωση πως θα επανειφανιστούν τα μαλλιά της 8 εβδομάδες μετά το τέλος της ΧΜΘ. -Με την εφαρμογή παγοκύστης, ελατώνεται σημαντικά ο βαθμός τριχόπτωσης

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Στοματίτιδα	Καταπολέμηση στοματίτιδας	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να μην λούζεται συχνά και να χρησιμοποιεί ήπια σαμπουάν. 2. Να χρησιμοποιεί περούκες, μαντίλια, καπέλα. 3. Αποφυγή χρήσης σεσουάρ. 4. Εφαρμογή πίεσης με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι. 5. Τοποθέτησ η κάσκακ πάγου 	<p>και τις σκέψεις της.</p> <p>-Έγινε η διδασκαλία της ασθενούς.</p> <p>-Η νοσηλεύτρια κατά την διάρκεια της ΧΜΘ και 15' μετά από αυτή, εφάρμοσε πίεση μ ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι της ασθενούς</p>	<p>σης. Ο πάγος προκαλεί αγγειοσπαστική σταγγεία της κεφαλής με αποτέλεσμα να μην εισέρχεται αίμα στους θύλακες της τρίχας αλλά ούτε και χημειοθεραπευτικά</p>
Στοματίτιδα	Καταπολέμηση στοματίτιδας	<p>Να διατηρηθεί η υγρασία του στόματος.</p> <p>Διδασκαλία της ασθενούς για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>Χορήγηση τροφών που δεν ερεθίζουν το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>Διατηρούμε την υγρασία του στόματος, χρησιμοποούμε σόδα και φυσιολογικό ορό για ξέπλυμα αυτού.</p> <p>Πριν την χημειοθεραπεία ξεπλύνουμε το στόμα με στοματικό διάλυμα και xylocaine. Διδάσκουμε την ασθενή να πλένει τα δόντια της μετά από κάθε γεύμα με μαλακή βούρτσα ή σε έντονη στοματίτιδα με καθαρή γάζα. Να πίνει άφθονα υγρά.</p>	<p>Η ξυλοκαΐνη έχει καταπραϋντική δράση και ελαττώνει το αίσθημα άλγους της στοματικής κοιλότητας. Η υγιεινή του στόματος προάγει την ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα.</p>
Διατροφικές αλλαγές, λήψη λιγότερων συστατικών	Αποκατάσταση θρεπτικού ισοζυγίου.	Δίνουμε στην ασθενή διαίτη-	Βοηθάμε την ασθενή να παίρ-	Η ασθενής ακολου-

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού λόγω εμετού και ναυτίας.	Διατήρηση επαρκούς θρέψης	<p>λογικές συμβουλές για την λήψη θερμίδων.</p> <p>Σημειώνουμε αύξηση ή απώλεια βάρους.</p> <p>Ρωτάμε την ασθενή για προηγούμενες μεθόδους που βοήθησαν στην αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού.</p> <p>Εκτιμούμε το διατροφικό ιστορικό, διαιτητικές προτιμήσεις ή αντιπάθειες της ασθενούς, την ποσότητα και το είδος του φαγητού που καταναλώνει.</p> <p>Προσέχουμε τον τρόπο παρυσίασης του φαγητού ώστε να είναι πιο ελκυστικό.</p>	<p>νει θερμίδες(κρύα φαγητά, σαλάτες, τυριά, αλμυρά).</p> <p>Ζυγίζουμε συχνά την ασθενή.</p> <p>Χορηγούμε αντιεμετικά(Zofron 20 cc σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες) για την αντιμετώπιση του εμετού αλλά και η ασθενής χρησιμοποιεί μεθόδους οι οποίοι ήταν αποτελεσματικοί σε παρόμοιες καταστάσεις(παιρνει βαθιές αναπνοές, σκέφτεται κάτι ευχάριστο ώστε να ξεχνιέται από το πρόβλημα που αντιμετωπίζει).</p> <p>Χορηγούμε στην ασθενή τροφές σύμφωνα με τις προτιμήσεις της.</p>	θώντας τις συμβουλές της νοσηλεύτριας παρουσιάζει βελτίωση

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες (1 στις 10 προσβάλλονται) και η κυριότερη αιτία θανάτου καρκινοπαθών γυναικών στη χώρα μας.

Στις πιο πολλές χώρες η αργή αλλά σταθερή άνοδος της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού φαίνεται να οφείλεται κατά ένα μέρος στην αύξηση του μέσου όρου ζωής. Ο καρκίνος του μαστού είναι ιάσιμος σε πρώιμα στάδια, για το λόγο αυτό έχουν αυξηθεί οι μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες (screening), που έχουν σαν στόχο εξέταση των γυναικών, την ενημέρωση και την μαστογραφία όπου χρειάζεται.

Για την αιτιοπαθογένεια του καρκίνου του μαστού ενοχοποιούνται πολλοί παράγοντες, οι παράγοντες κινδύνου. Οι γνώσεις σχετικά με την πραγματική αιτία ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού είναι ακόμα περιορισμένες. Οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι ιογενείς, γενετικοί (φύλο, οικογενειακό ιστορικό), ορμονικοί (ηλικία εμμηνарχίας και εμμηνόπαυσης, λήψη ορμονών), περιβαλλοντικοί (εθνικοί, εκπαιδευτικοί, κοινωνικοοικονομικοί), μορφολογικοί, εξωγενείς ή ιατρογενείς. Για άγνωστες αιτίες, ορισμένα κύτταρα του οργανισμού μεταβάλλονται δομικά. Τα ανώμαλα αυτά κύτταρα πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό. Στην αρχή μένουν εντοπισμένα σε ορισμένη περιοχή του σώματος, όπου εξασκούν πίεση στους γειτονικούς ιστούς. Η κατάσταση εξελίσσεται καθώς γίνεται διήθηση των γειτονικών ιστών και χρησιμοποιούν το οξυγόνο και τις θρεπτικές ουσίες. Η κινητική των νεοπλασματικών κυττάρων, το αμυντικό δυναμικό των επιχώριων λεμφαδένων και οι δυσμενείς ανοσολογικές επιπτώσεις αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην εξέλιξη του νεοπλάσματος.

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων γίνεται σε σχέση με την καλοήγη ή κακοήγη μορφή τους και με τον ιστό ή όργανο από το οποίο αρχίζουν την ανάπτυξη τους. Συνοπτικά υπάρχουν 3 τύποι καρκινωμάτων μαστού: εκ των

πόρων(οι πιο συχνοί), εκ των λοβίων και εκ της θηλής. Τα πορογενή και τα λοβιακά καρκινώματα μπορεί να είναι διηθητικά ή μη διηθητικά(in situ). Οι μη διηθητικοί λοβιδιακοί καρκίνοι(in situ) είναι σιωπηλοί για μεγάλα χρονικά διαστήματα και συνήθως ανακαλύπτονται ως μη ψηλαφητές μαστογραφικές βλάβες. Άλλες μορφές καρκίνου είναι η νόσος Paget της θηλής, το φλεγμονώδες καρκίνωμα και το λιποεκκριτικό καρκίνωμα του μαστού.

Ένας τρόπος που χρησιμοποιείται για την κατάταξη του καρκίνου ανάλογα με την ανατομική θέση είναι η σταδιοποίηση T.N.M.(ονομάστηκε έτσι από τα αρχικά των λέξεων Tumor-όγκος, Nodes-λεμφαγγεία, Metastasis-μετάσταση). Η νόσος εμφανίζεται σε κάθε γυναίκα και με διαφορετικά συμπτώματα, Στις περισσότερες γυναίκες εμφανίζεται ως ψηλαφητό ογκίδιο. Σε άλλες ως ορώδης έκκριση, ως εισολκή δέρματος ή θηλής ή ως οίδημα της επιφάνειας του δέρματος.

Η συντριπτική πλειονότητα των καρκίνων ανιχνεύονται λόγω των συμπτωμάτων που προκαλούν ή επειδή ο ασθενής παρατηρεί έναν όγκο ή κάτι άλλο, μη φυσιολογικό. Σ' αυτή την περίπτωση η ασθενής θα πρέπει να τα λάβει σοβαρά υπόψη της και να μην καθυστερήσει να συμβουλευτεί τον γιατρό της. Βέβαια η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι πιο αποτελεσματική όσο αυτός έχει ανακαλυφθεί σε πρώιμα στάδια.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι:

- κλινική η οποία περιλαμβάνει την λήψη ιστορικού(λαμβάνονται πληροφορίες σχετικές με την πάθηση), την επισκόπηση και την ψηλάφηση.
- εργαστηριακή η οποία περιλαμβάνει εξετάσεις για τον έλεγχο των ογκολογικών δεικτών, όπως η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, η θερμογραφία.
- εφόσον εξαντληθεί κάθε κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση, διενεργείται επέμβαση στο μαστό για διαγνωστικό σκοπό.

Η θεραπεία δεν πρέπει να καταρτίζεται με γνώμονα μόνο τον καρκίνο αλλά και τον ίδιο τον ασθενή, πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Η επιλογή της θεραπείας και η πρόγνωση εξαρτάται από:

- μέγεθος όγκου
- ιστολογικό τύπο
- στάδιο της νόσου
- μικροσκοπική εμφάνιση
- αριθμό μασχαλιαίων λεμφαδένων που εμφανίζουν νόσο
- ηλικία της ασθενούς

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική. Τη συντηρητική αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, ενώ τη χειρουργική οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό καθώς και η ορμονοθεραπεία. Κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις, είτε ως μόνη θεραπεία είτε σε συνδυασμό με άλλες, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, τον βαθμό διαφοροποίησης, την έκταση της νόσου, την ηλικία και την υγεία της ασθενούς.

Η προσεκτική χρήση συνδυασμένων θεραπειών είναι ένας ακόμα λόγος για τα βελτιωμένα αποτελέσματα της αντικαρκινικής θεραπείας που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια. Συνήθως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία χορηγούνται σε συνδυασμό με τη χειρουργική θεραπεία(ριζική μαστεκτομή, τροποποιημένη ριζική, εκτεταμένη απλή μαστεκτομή, τμηματεκτομή, ογκεκτομή). Στόχος αυτού του συνδυασμού είναι η εξάλειψη όλων των μικροσκοπικών ιχνών του καρκίνου τα οποία δεν μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά.

Η εγχείρηση ίσως να μην θεραπεύσει πλήρως έναν καρκίνο, είτε γιατί

απομένουν κάποια καρκινικά κύτταρα στην περιοχή της επέμβασης είτε γιατί αυτά έχουν ήδη απομακρυνθεί από τον πρωτοπαθή όγκο. Αν τα εναπομένοντα καρκινικά κύτταρα είναι ελάχιστα, τότε υπάρχουν πολλές πιθανότητες να εξαλειφθούν με πρόσθετη χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή και τα δύο. Η ακτινοθεραπεία, είναι μια τοπική θεραπεία, επηρεάζει μόνο την περιοχή που ακτινοβολείται ενώ η χημειοθεραπεία έχει την δύναμη να επηρεάζει όλο το σώμα.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις θεραπευτικές μεθόδους είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Καλείται να επηρεάσει την άρρωστη για την θεραπευτική μέθοδο που έχει επιλεχτεί, να την ανακουφίσει από το άγχος, τις ανεπιθύμητες ενέργειες των κυτταροτοξικών φαρμάκων, να την προστατεύσει από τις πτώσιμες και όψιμες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας και κυρίως να την βοηθήσει να αποδεχτεί τη νέα πραγματικότητα και να επισπεύσει την ομαλή αποκατάσταση και επανένταξη της στην κοινωνία.

Η ψυχολογική παρέμβαση της νοσηλεύτριας θα πρέπει να προγραμματίζεται ανάλογα με τα στάδια της νόσου. Ο διάλογος με την άρρωστη και η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης της, αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την σωματική και ψυχική της υγεία

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παθολογική, κεφάλαιο 2"Ο καρκίνος του μαστού στην Αρχαία Ελληνική και Βυζαντινή Ιατρική"
2. Ευδοξία Κόνιαρη, Καρκίνος μαστού-νοσηλευτική παρέμβαση, Αθήνα 1991-Εκδόσεις Βήτα
3. Περιφερειακό σύστημα Υγείας και Πρόνοιας Βόρειου Αιγαίου(<http://www.resyba.gr/gr-health-mastos>)
4. Α. Πετρίδης, Εγχειρίδιο Χειρουργικής, Εκδόσεις Έλλην
5. Διεθνής ένωση κατά του καρκίνου, εγχειρίδιο κλινικής ογκολογίας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 1991
6. Μάρκος Πινακίδης-Λάζαρος Μπούτης,Καρκίνος μαστού, University Studio Press 1993
7. Dr Ζήσης, Ανατομία II,ΤΕΙ Πάτρας, 2000
8. Γκούμας-Κωτσιόπουλος, Χρυσή Υγεία της 3ης χιλιετίας,2002
- 9.30 ημέρες υγείας, τεύχος 17ο τεύχος,Δρ, Αθανασία Γιακουμή άρθρο"θηλασμός- βρεφική διατροφή με αγάπη",2004
10. Παπανικολάου,Γυναικολογία, Επιστημονικές εκδόσεις "Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος" 3η έκδοση, Αθήνα 1994
11. Δρ. Θ.Ζάχου-Δρ. Ι.Σοφατζής, "Συμβουλές για μητρικό θηλασμό", Πρακτικά ημερίδας με θέμα "Ο μητρικός θηλασμός στην διαδρομή του χρόνου" (24 Νοεμβρίου 2001,Αμφιθέατρο Π.Π.Γ.Ν.Πατρών).
12. Υγεία, οδηγός υγιεινής(6ος τόμος:γενική ιατρική και χειρουργική)εκδόσεις δομική
13. Θ.Αγοραστός-Δ. Βαβίλης-Ι.Ν. Μπόνης, Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου, University Studio Press-Θεσσαλονίκη 1999
14. Φώτης Καλφαρέντζος, Αρχές χειρουργικής -θεωρία και πράξη, εκδόσεις Παρισιάνος
15. Νίκος Κορδιόλης-Γεράσιμος Ρηγάτος, Η αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία/Αθήνα 1990.
16. Γυναικολογία και μαιευτική(1ος τόμος)Εκδόσεις Παρισιάνος 1995
17. www.medlook.net, 2/2/2001
18. www.unborn.gr/unborn/body.htm
19. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας, Εκδόσεις Παρισιάνος 1997.
20. Δρ. Σπηλιώτης, Καρκίνος "από την άγνοια....στον φόβο", Αχαικές Εκδόσεις.
21. Άννα Σαχίνη-Μαρία Πάνου, παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική-νοσηλευτικές διαδικασίες(2ος τόμος)2000
22. Φώτης Αναγνωστόπουλος-Δανάη Παπαδάτου, Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο, Εκδόσεις Φλόγα

23. Α. Ραγιά, νοσηλευτική ψυχικής υγείας,2000
24. Βασίλειος .Ι. Ιακωβίδης-νευρολόγος,ψυχίατρος, Διερεύνηση της ψυχικής και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ασθενών με κακοήθεις νεοπλασίες του γεννητικού συστήματος. Διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη 1996
25. Π. Σκαπινάκης(MD,MPH), περιοδικό HEALTH-2000
26. Γ.Ν.Χριστοδούλου και συνεργάτες, Ψυχιατρική(1ος τόμος), Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις-Αθήνα 2002
27. Κ. Μπάλος, Χειρουργική α τόμος, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1990.
28. Ελευθερία Κ. Αθανάτου, παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική(έκδοση ΣΤ), Αθήνα 2000
29. Ευάγγελος Τζωρακολευθεράκης, Χειρουργικές παθήσεις του μαστού, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας-1992
30. Γ.Α.Ρηγάτος, Η ανακούφιση του καρκινικού πόνου, Εκδόσεις βήτα medical arts.
31. Περικλής Π. Βασιλόπουλος, Αρχές και προβλήματα στην ογκολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης,Αθήνα 1989
32. Γεωργία Γ.Σαββοπούλου- Βασική νοσηλευτική, μια βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση,Αθήνα 1999,Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ".
33. Παπαβασιλείου, Καβάφης, Γεννατάς, Βώρος-Ογκολογία,Εκδόσεις Παρισιάνος 1991
34. Malin Dollinger, M.D, Ernest Roseunbam MD, Greg Cable- Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση-ένας οδηγός για όλους, Εκδόσεις Κάτοπτρο 1992
35. Ε. Μπαρμπούνη- Κωσταντάκου, Χημειοθεραπεία(γ' έκδοση 2004), εκδόσεις βήτα medical arts.
36. Μαλγαρινού-Κωσταντινίδου, Νοσηλευτική παθολογική-χειρουργική(τόμος β, μέρος 2ο), Αθήνα 1997
37. Γεράσιμος Α. Ρηγάτος, Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία, Αθήνα 1985
38. Μετεκπαιδευτικό μάθημα"Καρκίνος μαστού-βασικές γνώσεις", Εκδότης:Επίκουρος καθηγητής Χ. Μαρκόπουλος, Αθήνα 1997
39. James Gadly, Andrew Brodbury, john Forsythe-Αρχές χειρουργικής , θεωρία και πράξη(Επιστημονική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Φώτης Καλφαρέντζος), Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος/41η έκδοση.
40. Ελένη Θ. Κυριακίδου, Κοινωνική νοσηλευτική, Αθήνα 2000
41. Πέτρος Σ. Κόκκαλης, Χειρουργική(Ιδρυμα Πέτρος Κόκκαλης).
42. Χειρουργική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Μπάλος, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1990.
43. Κοσμίδης- Πεκτανίδης, Θέματα παθολογίας-ογκολογίας, Αθήνα 1992
44. Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα:Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή-Συντονιστής:Σταύρος Μπεσμπέας, Αθήνα 1991

45. Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα: Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση καρκινοπαθούς-Συντονιστής: Σταύρος Μπεσμπέας, Αθήνα 1991.
46. Σημειώσεις ογκολογικής νοσηλευτικής(Ζ εξαμήνο) Τ.Ε.Ι. Πατρών- Καρπούχτση Ειρήνη, 2002.
47. Σημειώσεις Υγιεινής-Ιωάννης Δετοράκης, τμήμα νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πατρών
48. w.w.w. pagratio.gr/BreastXray. Htm
49. Σοφία Απάρτογλου-Παντελέων/Ολγα Ταρασίδου-Κουτσουμάρη, Άτλας μαστογραφίας-Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1999.

