

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΞΑΜΗΝΟ Η΄

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Dr. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:

ΜΙΧΑΗΛ ΦΟΥΡΝΑΡΑΚΟΣ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΙΟΣ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Μαστός -έννοια-ανατομία-φυσιολογία	2
Αγγείωση μαστού.....	5
Μύες μαστού, ιστολογική εικόνα μαστού.....	8
Παθογένεια μαστού.....	10
Καρκίνος μαστού, παράγοντες κινδύνου.....	11
Διάγνωση καρκίνου-κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού.....	17
Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού.....	22
Πρόληψη-μορφές πρόληψης	23
Ο νοσηλευτής και ο ρόλος του στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	27
Ο νοσηλευτής και ο ρόλος του στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....	41
Διαγνωστικές εξετάσεις.....	46
Φροντίδα του νοσηλευτή πριν τη βιοψία.....	52
Καρκίνος-ανακοίνωση της διάγνωσης στην ασθενή.....	53
Σχέση νοσηλευτή-ασθενούς	57
Θεραπεία του καρκίνου του μαστού-Χημειοθεραπεία-Παρενέργειες-Δίαιτα και Χημειοθεραπεία, Ακτινοθεραπεία, Χειρουργική επέμβαση (θεραπεία).....	58
Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	67
Μετεγχειρητική Φροντίδα-επιπλοκές.....	73
Ανάπλαση μαστού.....	76
Ορμονοθεραπεία-Φαρμακευτική αγωγή.....	76
Νοσηλεία στο σπίτι.....	79
Διεργασίες εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς με Ca Μαστού	81
Βιβλιογραφία.....	86

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΜΑΣΤΟΣ-ΕΝΝΟΙΑ-ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Εάν, θέλοντας να προσδιορίσουμε την έννοια του μαστού, ανατρέξουμε στην ανατομία θα διαπιστώσουμε ότι ο μαστικός αδένας ή μαστός είναι αδένας του δέρματος σαν τους ιδρωτοποιούς και τους σμηγματοποιούς, ο αδενικός ιστός βρίσκεται μέσα στον υποδόριο ιστό και τα εκκρίματά του, δηλαδή ουσίες χρήσιμες στο σώμα, όπως π.χ. οι ορμόνες, αποβάλλονται στο δέρμα. Στον λιπώδη ιστό του μαστικού αδένα, ο οποίος είναι παραλλαγή του συνδετικού ιστού, τα κύτταρα μπορούν να αποθηκεύουν μέσα τους και όχι μεταξύ τους λίπος. Η εξωτερική μορφή του μαστού καθορίζεται περισσότερο από τον λιπώδη ιστό. Ο μαστικός αδένας αποτελείται από 12 έως 15 ξεχωριστούς αδένες που εκβάλλουν μέσω των γαλακτοφόρων πόρων στη θηλή του μαστού. 5

Ο μαστός βρίσκεται στην υποδόρια περιτονία της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα ανάμεσα στη δεύτερη και έκτη πλευρά. Από τη μέση γραμμή εκτείνεται μέχρι το χείλος του στέρνου ενώ από την έξω γραμμή εκτείνεται μέχρι την πρόσθια μασχालιαία γραμμή. Ο μαστός έχει σχήμα κωνικό ή ημισφαιρικό.

Στο μαστό διακρίνονται η πρόσθια, η οπίσθια επιφάνεια και η περιφέρεια. Στην πρόσθια, η οποία αποτελείται από δέρμα λεπτό και μαλακό περιλαμβάνονται τόσο η **θηλή** όσο και η **άλωσ της θηλής**. Η θηλή είναι μία μικρή κυλινδρική ή κωνική προεξοχή που περιβάλλεται από μία στεφάνη την άλω της θηλής με διάμετρο από 3-5 εκατοστά. Στη θηλή εκβάλλουν, όπως

εκθέσαμε πιο πάνω οι **γαλακτοφόροι πόροι**. Στην άλω της θηλής παρατηρούνται 10-15 μικρές προεξοχές (επάρματα), γνωστές ως **αδένες(οζίδια) του Montgomery** και τα οποία αποτελούν μεγάλους ιδρωτοποιούς αδένες. Γύρω από την άλω της θηλής βρίσκονται θύλακοι τριχών και σμηγματογόνοι αδένες. Θηλή και άλως της θηλής έχουν ίδιο χρώμα το οποίο εξαρτάται από τη χρωστική του δέρματος. Η κορυφή της θηλής είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια, από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένα. Η επιφάνεια της θηλής είναι ανόμοια και ριτυδωτή. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού έρχεται σε επαφή με την περιτονία του **μείζονος θωρακικού μυός**. Συνέχεια της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός αποτελεί η μασχαλιαία περιτονία. 1

Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Σε αυτόν διακρίνουμε **τέσσερα τεταρτημόρια**. Το **Άνω έσω**, το **Άνω Έξω**, το **Κάτω Έσω** και το **Κάτω Έξω**. Το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχαλιαία κοιλότητα και σχηματίζει την ουρά του μαστού γνωστή ως **ουρά του Spencer**. Η ουρά του **Spencer** διαπερνά τη μασχαλιαία περιτονία και καταλήγει στον πρόσθιο οδοντωτό μυ. Το άκρο της ουράς του μαστού περνά από το **τρήμα του Langer** καταλήγοντας στη μασχάλη.1

ΣΧΕΔΙΟ

Μαστικό αδένα έχουν και τα δύο φύλα. Στον άνδρα ο μαστικός αδένας συμπληρώνει την ανάπτυξη του στην ηλικία των είκοσι ετών περίπου που αντιστοιχεί με μαστό που έχει ένα κορίτσι λίγο πριν την εφηβεία και φυσιολογικά παραμένει στην ίδια κατάσταση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, πλην παθογόνων καταστάσεων. Αντίθετα στη γυναίκα, από τη εφηβεία και μετά επέρχονται σταδιακά σημαντικές αλλαγές τόσο ως προς τα εκκρίματα όσο και ως προς την εξωτερική εμφάνιση και ανάπτυξή τους. Επειδή ο μαστός δεν περιέχει σκελετό, χόνδρινο ή οστέινο, αφού είναι όργανο του δέρματος κρέμεται προς τα κάτω με βάση το περιεχόμενό του και κατ' επέκταση το βάρος του. Στα

νεαρά άτομα ο συνδετικός ιστός κρατά σταθερό το σχήμα του μαστού στη συνέχεια όμως προϊόντος του χρόνου ο συνδετικός ιστός χαλαρώνει με ανάλογη συνέπεια στο μαστό ο οποίος κατεβαίνει προς τα κάτω. 2,5

ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

1.- ΑΡΤΗΡΙΕΣ

Έτσι ονομάζονται όλα τα αιμοφόρα αγγεία τα οποία παίρνουν το αίμα από την καρδιά. Ο μαζικός αδένας δέχεται αίμα από την **έσω μαστική**, την **πλάγια μαστική**, την **ανώτερη θωρακική**, και την **υποπλάτιο αρτηρία** που συνενώνονται μεταξύ τους σχηματίζοντας πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες. Η υποπλάτιος αρτηρία στην πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων που συμμετέχουν στις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού.¹

2.-ΦΛΕΒΕΣ

Έτσι ονομάζονται όλα τα αιμοφόρα αγγεία που επιστρέφουν τα αίμα στην καρδιά.

Το αίμα φεύγει από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα με τρεις ομάδες φλεβών:

α.- Διαπιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής φλέβας.

Αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα φλεβών που μεταφέρουν το αίμα από το μαστό στην ανώνυμη φλέβα. Η φλεβική αυτή οδός οδηγεί κατευθείαν στα

πνευμονικά τριχοειδή διευκολύνοντας έτσι τη μετάσταση του καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες.

β.-Μασχαλιαία φλέβα.

Δέχεται μικρές φλέβες από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μύς και την εν τω βάθει επιφάνεια του μαστού. Με τη φλεβική αυτή οδό το αίμα καταλήγει στο τριχοειδικό δίκτυο των πνευμόνων δημιουργώντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη δεύτερη μεταστατική οδό του καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες.

γ.-Μεσοπλεύριες φλέβες.

Οι φλέβες αυτές επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην **άξυγο φλέβα**. Με τη φλεβική αυτή οδό το αίμα μέσω της άνω κοίλης φλέβας οδηγείται στους πνεύμονες δημιουργώντας κατ' αυτόν τον τρόπο την τρίτη μεταστατική οδό του καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες.¹

3.-ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ

Τα λεμφαγγεία αποτελούν σύστημα μεταφοράς παράλληλα με την αιματική κυκλοφορία. Μεταφέρουν ουσίες που δεν πρέπει ή δεν είναι δυνατόν να αναμιχθούν κατευθείαν στο αίμα, αλλά πρέπει πρώτα να υποστούν φιλτράρισμα (διήθηση) όπως π.χ. σωματίδια που δεν μπορούν να διαπεράσουν το τοίχωμα των τριχοειδών αγγείων, βακτηρίδια, τα από την τροφή προσλαμβανόμενα λίπη και καρκινικά κύτταρα. Το σύστημα των λεμφαγγείων σχηματίζει, όπως και το σύστημα των αιμοφόρων αγγείων, κλειστή κυκλοφορία. Ξεκινά στους ιστούς με τα λεμφικά τριχοειδή και καταλήγει στα μεγάλα λεμφικά στελέχη που εκβάλλουν

στις φλεβώδεις γωνίες του τραχήλου. Τα λεμφαγγεία μοιάζουν με φλέβες με λεπτά τοιχώματα και διατρέχουν τα άνω και κάτω άκρα πολλές φορές παράλληλα με τις επιφανειακές (επιπολής) φλέβες. Στην πορεία της λεμφικής οδού προς το αίμα παρεμβάλλονται ως σταθμοί επεξεργασίας περισσότερα από ένα **λεμφογάγγλια**. Τα λεμφογάγγλια έχουν μέγεθος που ποικίλλει από κόκκου κεχριού μέχρι φασολιού. Η λέμφος διατρέχει ένα δίκτυο κοιλοτήτων. Στα τοιχώματα αυτών των κοιλοτήτων είναι εγκαταστημένα φαγοκύτταρα που προσλαμβάνουν από τη λέμφο κυτταρικά συντρίμματα, βακτηρίδια, αδιάλυτες ουσίες κ.λπ. και έτσι την καθαρίζουν. Ο χώρος μεταξύ των κοιλοτήτων είναι γεμάτος λεμφοκύτταρα. 5

Τα λεμφογάγγλια διακρίνονται κατά τους Poirier, Cuneo και Rouviere σε έξι ομάδες:

1.- **Έξω μαστικά λεμφογάγγλια**

Είναι ομάδα λίγων λεμφογαγγλίων κατά μήκος της πορείας της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας και συνδέονται χαλαρά με την περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού μυός.

2.- **Ωμοπλαταιία λεμφογάγγλια**

Είναι ομάδα 5-6 λεμφαδένων που βρίσκονται στην πορεία της υποπλάτιας φλέβας και έχουν στενή σχέση με το θωρακοραχιαίο νεύρο.

3.- **Κεντρικά λεμφογάγγλια**

Είναι η μεγαλύτερη ομάδα λεμφαδένων και η πιο προσιτή στην ψηλάφηση αφού βρίσκονται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης.

4.- Διαθωρακικά λεμφογάγγλια

Είναι ομάδα λεμφαδένων που βρίσκονται μεταξύ του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός.

5.- Λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας

Είναι λεμφαδένες που βρίσκονται κατά μήκος του πλάγιου τμήματος της μασχαλιαίας φλέβας. Η ψηλάφησή τους είναι δύσκολη γιατί καλύπτονται από τον τένοντα του μείζονος θωρακικού μυός. και

6.- Υποκλείδια λεμφογάγγλια (κορυφαίοι λεμφαδένες).

Είναι λεμφαδένες που βρίσκονται στην ανατομική κορυφή της μασχάλης εκεί όπου η μασχαλιαία φλέβα χάνεται κάτω από τον καταφυτικό τένοντα του υποκλειδίου μυός. 5

ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στην περιοχή του μαστού διακρίνονται οι ακόλουθοι μύες:

α) Ο μείζων θωρακικός μυς, β) ο ελάσσων θωρακικός μυς, γ) ο πρόσθιος οδοντωτός μυς, δ) ο πλατύς ραχιαίος μυς, ε) ο κορακοβραχιόνιος μυς και στ) ο έξω λοξός κοιλιακός μυς. 1

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαζικός αδένας αποτελείται από 15-20 ακανόνιστους λοβούς σε ακτινωτή διάταξη γύρω από τη θηλή. Οι λοβοί περιβάλλονται από άφθονο λιπώδη ιστό και ξεχωρίζουν μεταξύ τους με λωρίδες πυκνού συνδετικού ιστού. Κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο με διάμετρο 2-4,5 χιλιοστά. Κάθε πόρος κάτω

από την άλω της θηλής και πριν την εκβολή του στη θηλή παρουσιάζει μία διεύρυνση που αποκαλείται **γαλακτοφόρος κόλπος**. Στη συνέχεια ο πόρος στενεύει και πάλι και εκβάλλει στη θηλή. Κάθε λοβός διαιρείται σε **λόβια** διαφόρων μεγεθών τα μικρότερα των οποίων αποτελούνται από επιμήκη σωληνάρια τους **κυψελιδικούς πόρους** και καταλήγουν σε σακκοειδείς διευθύνσεις τις **αδενοκυψέλες**. **Κυψελιδικοί πόροι** και **αδενοκυψέλες** αποτελούν τα εκκριτικά τμήματα των λοβίων. Κατά τη διάρκεια του γεννητικού κύκλου της γυναίκας παρατηρούνται μορφολογικές μεταβολές στα μαστικά λοβία που οφείλονται σε υπεραϊμία και σε οίδημα του συνδετικού ιστού και όχι σε μεταβολές των κυψελιδικών πόρων.

Το δέρμα της θηλής και της άλω της θηλής έχει πλούσια νεύρωση με ελεύθερες νευρικές απολήξεις. Οι θηλές του χορίου του δέρματος φθάνουν πολύ κοντά στην επιφάνεια του δέρματος. Με αυτό τον τρόπο, τα τριχοειδή αγγεία διακρίνονται και δίνουν στην περιοχή της θηλής της άλω της θηλής το χαρακτηριστικό χρώμα. Στην περιφέρεια της θηλής το δέρμα διαθέτει δίκτυο νευρικών ινών γύρω από τους θυλάκους των τριχών καθώς και απολήξεις αισθητικές. Η πλούσια νεύρωση της θηλής είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της γαλακτοφορίας κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.¹

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο μαστός διαφοροποιείται. Στους πρώτους πέντε μήνες της κύησης παρατηρείται ταχεία ανάπτυξη των πόρων και των αδενοκυψελών. Κατά τους υπόλοιπους μήνες επιβραδύνεται η υπερπλασία του αδένου η δε αύξηση του μεγέθους των μαστών οφείλεται κυρίως στις

γαλακτοπρωτεΐνες που εκκρίνονται στις αδenoκυψέλες. Το έκκριμα αυτό λέγεται πύαρ έχει υπακτικές ιδιότητες παράγεται κατά τις 2-3 πρώτες ημέρες της γαλουχίας, περιέχει αντισώματα για την παθητική ανοσοποίηση του νεογνού. Στη συνέχεια το πύαρ υποχωρεί και αντικαθίσταται από το πλούσιο σε λιπίδια γάλα.

1,2

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Η ποικιλία των παθήσεων του μαστού είναι σχετική με τα διάφορα στάδια της ανάπτυξης του συνακόλουθα δε με την ηλικία της γυναίκας. Στις παθήσεις του μαστού περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων η οξεία μαστίτιδα, που οφείλεται σε επιμόλυνση μέσω των γαλακτοφόρων πόρων ή κατόπιν τραυματισμού της θηλής, μέσω του αίματος ή των λεμφαγγείων και καταλήγει στη δημιουργία φλεγμονής ή αποστήματος, η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα που είναι μια σπάνια μορφή χρόνιας μαστίτιδας και παρατηρείται σε γυναίκες άνω των σαράντα ετών, η χρόνια κυστική μαστίτιδα που είναι η πλέον συνήθης πάθηση του μαστού, το ινοαδένωμα του μαστού, που είναι καλοήθεις όγκοι και είναι συχνοί σε νεαρές γυναίκες, οι κύστες του μαστού που εμφανίζονται κυρίως σε γυναίκες 30-40 ετών.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ;

Στον ανθρώπινο οργανισμό αναπτύσσονται συνεχώς πολλά κύτταρα. Η ανάπτυξη των κυττάρων ελέγχεται κατά τέτοιο τρόπο από τον ανθρώπινο οργανισμό που ο αριθμός των κυττάρων που δημιουργούνται να είναι ο ίδιος με εκείνον των κυττάρων που πεθαίνουν. Στον καρκίνο τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαχωρίζονται με ταχύτερο ρυθμό από εκείνον των κυττάρων που πεθαίνουν,

με συνέπεια η ομάδα των κυττάρων που σχηματίζουν τον όγκο να μεγαλώνει συνεχώς. 2

«Νεοπλάσματα είναι διαταραχές ανάπτυξης των κυττάρων χαρακτηριζόμενες πρωτίστως από απεριόριστη, μη φυσιολογική και εκσεσημασμένη υπερπλασία των κυττάρων». Με τη συνεχή ανάπτυξη του όγκου, ορισμένα κύτταρα μπορεί να απομακρυνθούν από τον όγκο, να μεταβούν μέσω του αίματος σε άλλα σημεία του σώματος και να δημιουργήσουν νέους όγκους (μετάσταση). 3

Ο καρκίνος, του οποίου η αιτιολογία είναι ακόμη άγνωστη, είναι ασθένεια που έχει αποδειχθεί ότι υπήρχε, σε ορισμένες τουλάχιστον μορφές του και κατά την αρχαιότητα. Αυτό συνάγεται από το ότι σε αιγυπτιακούς παπύρους έχουν καταγραφεί εγχειρήσεις για τη θεραπεία καρκίνων ενώ ο Ιπποκράτης στα συγγράμματά του τον ξεχωρίζει από άλλες ασθένειες. Η βιομηχανική εποχή και ο σύγχρονος τρόπος ζωής δημιούργησαν -προκάλεσαν πολλές αιτίες για την εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου. 3

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η βαρύτερη πάθηση του μαστού αλλά και η συνηθέστερη μορφή καρκίνου στη γυναίκα ακόμη και στην ηλικία των 20-30 ετών. Αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου των γυναικών στις ηλικίες των 35-55 ετών σε πολλές χώρες. Στην Ευρώπη των 25, το 2002 καταγράφηκαν 269.570 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και 87.770 θάνατοι. 13

Τα σημαντικότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά-στοιχεία του καρκίνου του μαστού είναι:

1.- Η ασθένεια προσβάλλει τις μεγαλύτερες γυναίκες, οι οποίες εκδηλώνουν πιο συχνά καρκίνο του μαστού, με τον κίνδυνο να διπλασιάζεται κάθε δέκα χρόνια.

Η νόσος σπάνια προσβάλλει γυναίκες μικρότερες των 25 ετών, ενώ το 80% του καρκίνου του μαστού εμφανίζεται σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών. Στην ηλικία των 40 οι πιθανότητες να νοσήσει μία γυναίκα είναι 1 στις 252. Στην ηλικία των 80 είναι 1 στις 8.¹⁴

2.-Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης ιδίως όταν συμβαίνει κατά τη νεαρή ηλικία της γυναίκας. Οι γυναίκες που μένουν για πρώτη φορά έγκυοι μετά την ηλικία των τριάντα (30) ή που δεν αποκτούν παιδιά διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να νοσήσουν από καρκίνο του μαστού από ό,τι εκείνες που μένουν για πρώτη φορά έγκυοι σε νεώτερη ηλικία.

3.-Η απουσία σχέσης της ασθένειας με το θηλασμό. Οι γυναίκες που έχουν θηλάσει διατρέχουν χαμηλότερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού από όσες δεν θήλασαν.

4.-Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα όταν αυτή προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στη λειτουργία της ωοθήκης. Έρευνα απέδειξε ότι η ωοθηκεκτομή προστατεύει τις γυναίκες σε μεγάλο βαθμό από τον καρκίνο του μαστού. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία του ατόμου που υποβάλλεται στην ωοθηκεκτομή τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία έναντι της νόσου. Η

ευεργετική επίδραση γίνεται αντιληπτή αφού περάσουν 10 χρόνια μετά την ωθηκεκτομή.

5.-Η χωρίς αμφισβήτηση σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστίτιδα και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του σώματος της μήτρας, των ωθηκών και ορισμένων ενδοκρινικών νοσημάτων.

6.-Η διαπιστούμενη συμβολή κληρονομικών παραγόντων. Ένα ποσοστό 5 – 10% των καρκίνων του μαστού κληρονομούνται. Τα γονίδια του καρκίνου μπορεί να κληρονομηθούν και από τους δύο γονείς χωρίς απαραίτητα κάποιος από αυτούς να έχει προσβληθεί από καρκίνο. Μέχρι σήμερα έχουν εντοπισθεί πέντε γονίδια για τον καρκίνο του μαστού. Επικρατεί η άποψη ότι το ένα τρίτο των περιπτώσεων κληρονομημένου καρκίνου του μαστού οφείλεται σε μία ανωμαλία ενός γονιδίου, του BRCA-1, ένα τρίτο επίσης οφείλεται σε μία ανωμαλία του γονιδίου BRCA-2. Για το τελευταίο ένα τρίτο ευθύνονται τα υπόλοιπα τρία γονίδια που έχουν εντοπισθεί καθώς και μια ομάδα γονιδίων που δεν έχουν ακόμη ανακαλυφθεί.^{10,14}

7.- Παχυσαρκία και Οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Όταν το βάρος του ατόμου είναι 1,5 φορά μεγαλύτερο του φυσιολογικού, παρατηρείται αυξημένη σύνθεση οιστρογόνων και αυξάνεται δραματικά ο κίνδυνος για προσβολή από καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος εάν το υπερβάλλον βάρος αποκτήθηκε κυρίως μετά την εμμηνόπαυση και εντοπίζεται στο πάνω μέρος του σώματος. Περαιτέρω έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη σχέσης μεταξύ καρκίνου του

μαστού και μακροχρόνιας υπερκατανάλωσης κατανάλωσης λιπαρών τροφών, δίχως να έχει γίνει ακόμη γνωστός ο ακριβής μηχανισμός. 2, 14 Η υπερκατανάλωση λιπών είναι πολύ πιθανό να τροποποιεί το ισοζύγιο των ορμονών, να επηρεάζει το μεταβολισμό των καρκινογόνων ουσιών και τη διαδικασία αποκατάστασης βλαβών στο DNA. Επιπλέον, στοιχεία πληθυσμιακής μελέτης που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας για την έρευνα του καρκίνου, δείχνουν ότι η Βιταμίνη D συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του μαστού και ότι η έκθεση σε σχετικά μικρή ηλικία μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο. Ερευνητική ομάδα του Νοσοκομείου «Όρος Σινά» του Τορόντο διαπίστωσε ότι παράγοντες που σχετίζονται με την έκθεση ιδίως κατά την εφηβεία στη βιταμίνη D περιλαμβανομένης της έκθεσης στον ήλιο και τις διατροφικές πηγές(μουρουνέλαιο,εμπλουτισμένο γάλα και συγκεκριμένα είδη ψαριών) σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης του καρκίνου του μαστού.

8.- Η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα. 10, 12, 13,14 Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και του καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο από εκείνες που δεν πίνουν καθόλου ή πίνουν με μέτρο. Μελέτη της Mayo Clinic που δημοσιεύθηκε τον Απρίλιο 2001 βρήκε ότι το κάπνισμα αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνων του μαστού και των ωοθηκών. Επίσης σε μία μελέτη που έγινε το 2005 και δημοσιεύθηκε στο

“International Journal of Cancer” βρέθηκε ότι η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αυξάνει επίσης τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Ερευνητές θεωρούν ότι τα υψηλά ποσοστά οιστρογόνων σε συνδυασμό με παράγοντες που προκαλούν καρκίνο εντείνουν την ανάπτυξη των καρκίνων του στήθους. 13, 14

9.- Αντισυλληπτικά χάπια. Γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια αντιμετωπίζουν υψηλότερο βραχυχρόνιο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος αυτός εξαφανίζεται 10 χρόνια αφότου τα άτομα σταματήσουν να παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια. 14

10.- Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Αν και τα οφέλη από την ορμονική υποκατάσταση είναι για τις γυναίκες που υποβάλλονται σε αυτή τη θεραπεία πολύ μεγάλα, εν τούτοις μία γυναίκα 50 ετών έχει 1 πιθανότητα στις 22 να αναπτύξει καρκίνο του μαστού μέσα στα επόμενα 20 χρόνια.

11.- Φύλο. Έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού από ό,τι οι άνδρες, σε αναλογία 100 προς 1. Εν τούτοις ο καρκίνος του μαστού του άνδρα έχει χειρότερη έκβαση διότι αφενός ο άνδρας δεν επισκέπτεται τον γιατρό αμέσως μόλις διαπιστώσει κάποια ανωμαλία ή ψηλαφητή μάζα στο μαστό του αφετέρου ο γιατρός δεν υποψιάζεται εύκολα τον καρκίνο στον άνδρα. Σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία και την Αμερικανική Εταιρία Ογκολογίας το 2001 στην Ευρώπη διαγνώστηκαν 1.500 άνδρες με καρκίνο του μαστού και τον ίδιο χρόνο πέθαναν 600 άνδρες. Για την

Ελλάδα η έρευνα έδειξε ότι διαγνώστηκαν 200 άνδρες με καρκίνο του μαστού και κατέληξαν 40. 13

12.-Η Φυλή. Οι Καυκάσιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν τη νόσο από ότι οι Ισπανίδες, αλλά οι μαύρες γυναίκες είναι πιθανότερο να πεθάνουν από αυτή διότι οι καρκίνοι τους ανακαλύπτονται σε προχωρημένα στάδια. Αν και μερικές μελέτες δείχνουν ότι οι καρκίνοι των μαύρων γυναικών είναι περισσότερο επιθετικοί θα πρέπει να τονισθεί ότι η διαφορά εν μέρει οφείλεται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. 14

13.- Η αρνητική επιρροή των κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Έρευνα απέδειξε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικά και οικονομικά τάξεις. Εμφανίζεται συχνότερα στο λεγόμενο δυτικό κόσμο ,στη Βόρεια Αμερική, Ευρώπη, Αυστραλία και Ν. Ζηλανδία.

Η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής. Περίπου 70 καρκίνοι μαστού ανά 100.000 γυναίκες αναφέρονται κατ' έτος στις Η.Π.Α. Όταν η νόσος περιορίζεται στο μαστό και δεν είναι διηθητική αναμένονται ποσοστά ίασης μέχρι και 100%, ενώ οι αριθμοί πενταετούς επιβίωσης δείχνουν ότι όταν ο διηθητικός καρκίνος περιορίζεται στο μαστό το ποσοστό ίασης είναι πάνω από 88%. Σε κάθε περίπτωση η επιβίωση περιπτώσεων με καρκίνο του μαστού είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, οι σπουδαιότεροι των οποίων είναι η ηλικία, η κληρονομικότητα, η θεραπευτική αγωγή, η βαρύτητα της νόσου, το περιβάλλον και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η διάγνωση της νόσου σε γυναίκες από

όλες τις φυλές με εισόδημα κάτω του ορίου της φτώχειας γίνεται στα τελευταία στάδια και συνήθως πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού, σε αντίθεση με γυναίκες με υψηλό εισόδημα. Οι γυναίκες χαμηλού εισοδήματος δεν λαμβάνουν τη συνήθη ιατρική φροντίδα που θα τους επιτρέψει να ανιχνεύσουν τον καρκίνο του μαστού μέσα από την πρόληψη(περιοδικός έλεγχος).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ- ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η διαπίστωση του ότι «κάτι δεν πάει καλά» γίνεται πολλές φορές τυχαία ή κατά την ψηλάφηση. Ο εντοπισμός ενός κινητού ή ακίνητου ογκιδίου στο μαστό ή κάποιας αλλαγής στο μαστό από το άτομο απαιτείται για να ζητηθεί αμέσως ιατρική βοήθεια. Προαπαιτούμενο όλων των παραπάνω είναι η γνώση από το άτομο της φυσιολογικής όψης- εμφάνισης και της αφής του μαστού, ώστε να έχει μέτρο σύγκρισης. Η καθυστέρηση και η παραμέληση του θέματος μπορεί να έχει ως επακόλουθο την προοδευτική εξέλιξη με διήθηση στους γύρω ιστούς, αλλαγή στην υφή και στο δέρμα (χαρακτηριστική όψη του φλοιού του πορτοκαλιού). Εάν το ογκίδιο έχει εντοπισθεί στο κέντρο παρατηρείται εισολκή ή εκροή της θηλής. Προοδευτικά οι μασχαλιαίοι αδένες και οι υπερκλείδιοι αδένες διηθούνται και διογκώνονται.

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μία και μοναδική νόσος, δεν αντιμετωπίζεται πάντα με τον ίδιο τρόπο και δεν έχει την ίδια προβλεπόμενη εξέλιξη σε όλες τις γυναίκες που νοσούν από αυτόν. Παράγοντες όπως το μέγεθος του ογκιδίου, το αν έχει τις προϋποθέσεις για μετάσταση, η εικόνα του

όγκου στο μικροσκόπιο κ.α. πρέπει να συνυπολογισθούν στις πλευρές του καρκίνου που συμβάλλουν στην καλή ή στην κακή εξέλιξη της νόσου.

Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται από τα κύτταρα που επενδύουν τα μαστικά λοβία και τους γαλακτοφόρους πόρους. Τα καρκινικά κύτταρα που παραμένουν στα λοβία και τους γαλακτοφόρους πόρους αποκαλούνται "in situ" ή «μη διηθητικά» και μερικές φορές «προκαρκινώματα», αφού δεν έχουν τη δυνατότητα να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος. Εάν επιδειχθεί αμέλεια ως προς τη θεραπεία του διηθητικού καρκίνου μπορεί να εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνο. «Διηθητικός» καρκίνος του μαστού αποκαλείται αυτός στον οποίο τα κύτταρα έχουν διηθηθεί πέραν των λοβίων και των πόρων στον περιβάλλοντα μαστικό αδένα. Έχει δηλαδή τη δυνατότητα να εξαπλώνεται και να εισέλθει στα λεμφαγγεία του μαστού και να καταλάβει και τους λεμφαδένες της μασχάλης που είναι και το πιο συνηθισμένο σημείο μετάστασης, από όπου τα καρκινικά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα να εισέλθουν στο αίμα και μέσω αυτού να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος.

Ο διηθητικός καρκίνος με βάση τους διάφορους τρόπους με τους οποίους αναπτύσσεται και εξαπλώνεται και με βάση τον τύπο των κυττάρων που συμμετέχουν υπόκειται σε διάφορες υποδιαιρέσεις.

Όταν ένα καρκίνωμα εξετάζεται στο μικροσκόπιο είναι δυνατόν να εκτιμηθεί το πόσο επιθετικός είναι αυτός ο καρκίνος, δηλαδή το πόσο μακριά και πόσο γρήγορα μπορεί εξαπλωθεί. Σε μια τέτοια ανάλυση ένας όγκος μπορεί ανάλογα με τη σοβαρότητά του να βαθμολογηθεί από I έως III.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα σύνολο πολλών νόσων. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές μορφές καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με τη Βρετανική Ιατρική Εταιρία για να γίνει περισσότερο κατανοητό αυτό ας σκεφτούμε τον καρκίνο του μαστού με την ορολογία των σκύλων. Στη μία άκρη του φάσματος βρίσκεται το μικρό καρκίνωμα από κύτταρα «ειδικού τύπου» που συμπεριφέρεται σε ένα βαθμό όπως ένας μικρός, καλά εκπαιδευμένος σκύλος. Στο άλλο άκρο βρίσκεται ένα μεγάλο καρκίνωμα από κύτταρα μη ειδικού τύπου, που μάλλον συμπεριφέρεται σαν ένα ανεξέλεγκτο ροτβάιλερ. 2

Σκοπός είναι να εξακριβώνεται πάντα τί είδους όγκο έχει ένα άτομο προκειμένου να ακολουθείται η αναγκαία θεραπεία. Παράλληλα με κατάλληλες εξετάσεις θα πρέπει να εκτιμηθεί το στάδιο του καρκίνου για την καλύτερη και ενδεδειγμένη μορφή θεραπείας. Η διαδικασία αυτή είναι γνωστή ως «ταξινόμηση» ή «σταδιοποίηση» του καρκίνου και διακρίνεται σε τρία βασικά στάδια.

Σκοπός της σταδιοποίησης είναι:

- Να βοηθήσει τον κλινικό σχεδιασμό της θεραπείας
- Να βοηθήσει στην πρόγνωση
- Να βοηθήσει στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της θεραπείας
- Να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των διαφόρων κέντρων θεραπείας
- Να προσφέρει στη συνεχή έρευνα του καρκίνου

- **T=(tumor) Πρωτοπαθής όγκος-Αρχικό Στάδιο.** Το στάδιο αυτό περιγράφει τον καρκίνο που φαίνεται να περιορίζεται στο μαστό ή/και στους μασχαλιαίους λεμφαδένες στην ίδια πλευρά του σώματος.
- **N=(Nodes) Επιχώρια λεμφαδενοπάθεια-Τοπικά προχωρημένο Στάδιο.** Το στάδιο αυτό αναφέρεται στον καρκίνο που δεν έχει φαινομενικά εξαπλωθεί πέραν του μαστού και της μασχάλης και που αρχικά είναι καλύτερο να μην αντιμετωπίζεται με χειρουργική επέμβαση. Στο στάδιο αυτό το δέρμα του μαστού είναι είτε διογκωμένο είτε ερυθρό, είτε ο καρκίνος αναπτύσσεται απευθείας μέσα στο δέρμα. Αυτή η μορφή του καρκίνου παλαιότερα αντιμετωπιζόταν άμεσα με χειρουργική επέμβαση αλλά διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό επιτυχίας ήταν μόλις 50%. Στους υπόλοιπους ασθενείς ο καρκίνος υποτροπιάζε κοντά στην περιοχή που είχε πραγματοποιηθεί η επέμβαση.
- **M=(Metastasis) Μετάσταση-Προχωρημένο Στάδιο.** Το στάδιο αυτό αναφέρεται στον καρκίνο που έχει κάνει μετάσταση πέραν από το μαστό και τη μασχάλη σε άλλα σημεία του σώματος.(Βρετανική Ιατρική Εταιρία).
1.

Ένα άλλο σύστημα κλινικής σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού είναι το σύστημα **Columbia**.¹ Τα τέσσερα στάδια αυτού του συστήματος αυτού είναι:

1. **Στάδιο Α.** Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού.
Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικά υγιείς.
2. **Στάδιο Β.** Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού.
Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικά προσβεβλημένοι αλλά με διάμετρο(εγκάρσια) μικρότερη των 2,5 εκατοστών και χωρίς συμφύσεις προς το δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς
3. **Στάδιο Γ.** Για να καταταγεί ο καρκίνος στο στάδιο αυτό θα πρέπει να εμφανίζει οποιοδήποτε από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:
 1. Οίδημα στο δέρμα του μαστού μικρότερο του 1/3 της επιφάνειας αυτού.
 2. Εξέλκωση στο δέρμα του μαστού.
 3. Στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα.
 4. Μασχαλιαίοι αδένες, κλινικά προσβεβλημένοι που είναι μεγαλύτεροι από 2,5 εκατοστά και μπορούν να ψηλαφηθούν.
 5. Συμφύσεις των μασχαλιαίων λεμφαδένων προς το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς.
- **Στάδιο Δ.** Για να καταταγεί ο καρκίνος στο στάδιο αυτό θα πρέπει να εμφανίζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:
 1. Συνδυασμό δύο ή περισσότερων βασικών σημείων του σταδίου

2. Οίδημα στο δέρμα του μαστού μεγαλύτερο του 1/3 της επιφάνειας αυτού
3. Μεταστάσεις στο δέρμα του ίδιου μαστού.
4. Φλεγμονώδη τύπο καρκίνου του μαστού
5. Υπερκλειδίου λεμφαδένες κλινικά προσβεβλημένους (διηθημένους).
6. Παραστερνικό όγκο που αποδεικνύει προσβεβλημένους αδένες της έσω μαστικής
7. Οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου
8. Μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία από τις περισσότερο ίσσιμες μορφές καρκίνου. Οι θεραπείες που εφαρμόζονται και ακολουθούνται γίνονται συνεχώς αποτελεσματικότερες και οι πιθανότητες επιβίωσης της ασθενούς αυξάνονται εντυπωσιακά. Αξίζει να επισημανθεί ότι παρά το γεγονός ότι κάθε χρόνο αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών που προσβάλλεται από καρκίνο του μαστού ο αριθμός των γυναικών που πεθαίνουν από αυτή τη μορφή του καρκίνου μειώνεται διαρκώς, πράγμα που υποδηλώνει την αποτελεσματικότητα των νεώτερων και πιο εξελιγμένων θεραπειών. 1,2

Στις περισσότερες των περιπτώσεων η θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση ή συνδυασμό χειρουργικής επέμβασης και ακτινοθεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και των

μασχαλιαίων λεμφαδένων, ακολουθούμενη από φαρμακευτική αγωγή με σκοπό την καταστροφή καρκινικών κυττάρων που ενδεχόμενα δεν έχουν εντοπισθεί και που μπορεί να έχουν διαφύγει σε άλλα σημεία του σώματος.

Η πρόγνωση για την ασθενή εξαρτάται και γίνεται από ομάδα γιατρών που εξετάζει την ασθενή για πρώτη φορά λαμβάνοντας και την πρώτη σημαντική απόφαση για το εάν ο καρκίνος είναι χειρουργήσιμος ή όχι. Χειρουργήσιμος καρκίνος σημαίνει και τη δυνατότητα θεραπείας της ασθενούς. Μη χειρουργήσιμος προδικάζει τη μη θεραπεία.

ΠΡΟΛΗΨΗ-ΜΟΡΦΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Υπάρχουν άραγε προληπτικά μέτρα που μπορούν τα άτομα να παίρνουν προκειμένου να μειώσουν τις πιθανότητες να προσβληθούν από τον καρκίνο του μαστού;

Τον Ιούνιο του 1985 στο Μιλάνο της Ιταλίας συγκεντρώθηκαν οι αρχηγοί των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας με σκοπό τη λήψη μέτρων στα πλαίσια της Κοινότητας για την αντιμετώπιση της αύξησης της νοσηρότητας και θνησιμότητας από τον καρκίνο. Η Επιτροπή Ογκολόγων της Ευρώπης σχεδίασε το πρόγραμμα «Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου» με τέσσερα σκέλη:

α) Την πρόληψη του καρκίνου

Όπως σε όλες τις ασθένειες έτσι και στον καρκίνο του μαστού μπορούν να ληφθούν κάποια μέτρα προληπτικά που διακρίνονται σε μέτρα **πρωτογενούς πρόληψης** και μέτρα **δευτερογενούς πρόληψης**.^{1,7}

Πρωτογενή μέτρα πρόληψης είναι τα μέτρα που ως σκοπό έχουν να προλάβουν την έναρξη των διαδικασιών που οδηγούν στη νόσο και εν τέλει στο θάνατο. Τέτοια μέτρα είναι π.χ. η διαφώτιση και του πληθυσμού μιας χώρας από την πολιτεία αναφορικά με τις σωστές διατροφικές συνήθειες που συμβάλλουν στη μείωση των πιθανοτήτων για την εκδήλωση της νόσου. Ο περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλ, η αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης λαχανικών και φρέσκων φρούτων. Επίσης, η προστασία των ατόμων από την έκθεση τους σε καρκινογόνους παράγοντες όπως π.χ. η προστασία με τη λήψη ειδικών μέτρων (π.χ. ειδικές φόρμες) των ατόμων που κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι δυνατόν να εκτεθούν σε παράγοντες που προκαλούν καρκίνο όπως π.χ. σε αμίαντο, νικέλιο, ή να εκτεθούν σε επικίνδυνη ακτινοβολία (ραδιενέργεια), η αποφυγή έκθεσης του ατόμου σε ακτινοβολία που προκαλεί τη νόσο (ενδεικτικά solarium, ιοντίζουσα ακτινοβολία), η διακοπή λήψης οιστρογόνων που γίνεται χωρίς να έχουν δοθεί αυτά με εντολή γιατρού κ.α.

β) Την ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας

γ) Την κατάρτιση σε θέματα ογκολογικά των επαγγελματιών υγείας και

δ) Την προώθηση της έρευνας για τον καρκίνο. 3

Η πολιτεία οφείλει να λάβει μέτρα που θα βοηθήσουν , στα πλαίσια της λήψης μέτρων που θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, όπως:

1. Ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών προσαρμοσμένη στις ανάγκες της κοινωνίας για να αναλάβουν ομαδική διαφώτιση του πληθυσμού.

2. Υιοθέτηση της υποχρεωτικής εξέτασης για καρκίνο του μαστού του γυναικείου πληθυσμού μετά από το 40^ο έτος.
3. Δημιουργία ειδικού συμβουλευτικού τμήματος στα κατά τόπους ιατρικά κέντρα του Ε.Σ.Υ., με σκοπό τη διαφώτιση του πληθυσμού πάνω στο θέμα του καρκίνου και ειδικότερα του καρκίνου του μαστού, αλλά και την κατά περιοχή οργάνωση και τον προγραμματισμό του αντικαρκινικού αγώνα με την ενεργό συμμετοχή και τη συμβολή σε όλα τα παραπάνω ειδικά εκπαιδευμένων νοσηλευτών που συνεχώς θα βελτιώνουν τις γνώσεις τους με επιμορφωτικά προγράμματα.
4. Δημιουργία σε κάθε Νοσοκομείο τμήματος αντικαρκινικού αγώνα.
5. Τήρηση στατιστικών στοιχείων για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, προκειμένου να θεσπισθούν μέτρα αντιμετώπισης σύμφωνα με τις ανάγκες που από τα στατιστικά στοιχεία φαίνεται να υπάρχουν.

Δευτερογενή μέτρα πρόληψης είναι τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και έχουν ως σκοπό και στόχο την διάγνωση του νοσήματος πριν από την εκδήλωση τυχόν συμπτωμάτων και στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο (π.χ. με μαστογραφία) έτσι ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριά και ενίοτε σε ανίατη μορφή.

ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΕΛΕΓΧΟΣ(check-up) 6

Συνήθως όταν η μία γυναίκα αντιμετωπίζει πρόβλημα με τους μαστούς της τότε αποφασίζει να συμβουλευθεί κάποιο γιατρό και να υποβληθεί στις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις. Το ζητούμενο για τον προσυμπτωματικό έλεγχο δεν είναι να υποβάλλεται σε αυτόν η ομάδα αυτών των γυναικών αλλά υγιείς γυναίκες που θα πεισθούν ότι πρέπει να υποβάλλονται σε περιοδικούς προληπτικούς ελέγχους. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει ενημέρωση των γυναικών για την ύπαρξη του προγράμματος του περιοδικού προληπτικού ελέγχου με τέτοιο τρόπο ώστε όχι μόνο να δέχονται τον έλεγχο αλλά και να τον επιδιώκουν.

Στο σημείο αυτό γίνεται ορατός ο ρόλος του νοσηλευτή ως μέλους της υγειονομικής ομάδας,

Στον προληπτικό έλεγχο συνεργάζονται συνήθως αρκετά πρόσωπα που χρησιμοποιούν διάφορους μεθόδους βοηθούμενα από διάφορα μηχανήματα.

Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει συνήθως:

1. Ιστορικό(ατομικό, οικογενειακό)
2. Γενική φυσική εξέταση
3. κλινική εξέταση(επισκόπηση-ψηλάφηση)
4. Αιματολογικές εξετάσεις
5. Ακτινολογικές εξετάσεις(μαστογραφία)

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο ρόλος του Νοσηλευτή τόσο στο στάδιο της πρωτογενούς πρόληψης όσο και σε αυτό της δευτερογενούς είναι σημαντικός, ουσιαστικός και ποικίλλει. Ως μέλος μίας διεπιστημονικής ομάδας με τις ειδικές γνώσεις και την εκπαίδευση που διαθέτει, προσφέρει πολύτιμο κοινωνικό έργο στην ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού αναφορικά με την ανίχνευση και την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και συμβάλλει αποφασιστικά στην καταπολέμηση της ημιμάθειας και την κατάρριψη των προκαταλήψεων.

Βέβαια για να αποδώσει η προσπάθεια για διαφώτιση και ενημέρωση είναι πολύ σημαντικό να ακολουθείται ορθός σχεδιασμός και μέσα από την πρακτική μεθοδολογίας.

Προϋπόθεση για τη σωστή εκτίμηση, ενημέρωση και διαφώτιση των ατόμων, είναι η προηγούμενη λήψη από το Νοσηλευτή της σωστής παιδείας, που πρέπει να περιλαμβάνει:

I.- γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και τα στάδια εξέλιξής του

II.- γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων.

Αιτιολογικοί Παράγοντες κινδύνου

- 1.-Θήλυ, σπάνιο σε άνδρες
- 2.-οικογενειακό ιστορικό
- 3.-ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού
- 4.-μη τεκνοποίηση

- 5.-ηλικία μεγαλύτερη από 40 έτη
- 6.-πρώτος τοκετός μετά τα 30
- 7.-πρώιμη εμμηναρχή
- 8.-καθυστερημένη εμμηνόπαυση
- 9.-καρκίνος ενδομητρίου
- 10.-διαβήτης, παχυσαρκία, υπέρταση
- 11.-λήψη οιστρογόνων
- 12.-πιθανότητα επίδρασης χρόνιου ψυχολογικού άγχους

Περιβαλλοντικοί αιτιολογικοί παράγοντες

- 1.-Ψυχρό κλίμα
- 2.-Δυτικό ημισφαίριο
- 3.-Λευκή Φυλή
- 4.-Υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- 5.-Ιώσεις

III.- γνώση λήψης πλήρους ιστορικού

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει το πώς θα πάρει ένα πλήρες ιστορικό του ατόμου το οποίο, πριν πραγματοποιηθεί η κλινική εξέταση κρίνεται απαραίτητο, όπως άλλωστε σε κάθε πάθηση προκειμένου να συγκεντρωθούν ορισμένες σημαντικές πληροφορίες για το εξεταζόμενο άτομο, όπως, ενδεικτικά: ηλικία, ηλικία εμφάνισης εμμήνου ρύσης, χρήση ορμονών-αντισυλληπτικών, τεκνοποίηση, ηλικία πρώτου τοκετού , εάν βρίσκεται σε προ-μετα-εμμηνοπαυσιακή περίοδο, προηγηθείσες παθήσεις του

μαστού, οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του μαστού. Επίσης πρέπει να συλλέγονται πληροφορίες που μπορεί να παράσχουν υλικό για αξιολόγηση, όπως, ενδεικτικά: τόπος γέννησης και διαμονής, ύψος, βάρος, διατροφή, επάγγελμα, κάπνισμα, κατανάλωση καφέ και αλκοόλ, χειρουργικές επεμβάσεις εν γένει.

IV.- να διαθέτει ικανότητα φυσικής αναγνώρισης και εκτίμησης (οίδημα, αλλαγή θηλής, δερματικά ευρήματα κ.α.).

Είναι σημαντικό ο Νοσηλευτής να μπορεί να εκτιμήσει ότι τα ευρήματα κατά την επισκόπηση του μαστού παραπέμπουν σε πιθανή εικόνα καρκίνου του μαστού, όπως π.χ. εισολκή της θηλής, οίδημα, δέρμα με εμφάνιση φλοιού πορτοκαλιού κ.ο.κ.

V.- γνώση των αποδεκτών τρόπων παρέμβασης.

Κατά το στάδιο της πρωτογενούς πρόληψης ο νοσηλευτής επισημαίνει στα άτομα τους πιθανούς παράγοντες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού, συγχρόνως όμως και τους προστατευτικούς παράγοντες. Επίσης, από τη φύση του έργου του μπορεί να κάνει παρεμβάσεις στις διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού, ενημερώνοντας τον για την προστατευτική συμβολή της κατανάλωσης φρέσκων λαχανικών και φρούτων, για την αποφυγή των λιπαρών ουσιών ζωικής προέλευσης κ.ο.κ. Πέραν αυτών, ο Νοσηλευτής στοχεύει και στην ενίσχυση της προσπάθειας του πληθυσμού για τη βελτίωση του περιβάλλοντός του, έτσι ώστε, τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου του μαστού και όχι μόνο, να υιοθετηθούν από αυτόν, να ενσωματωθούν στην

καθημερινή του ζωή, να γίνουν τρόπος και στάση ζωής. Στα πλαίσια της ενημέρωσης και διαφώτισης του πληθυσμού, τονίζει στα άτομα το πόσο σημαντική είναι η έγκαιρη διάγνωση και η προσέλευση στο γιατρό, αναφέροντάς τους στατιστικά στοιχεία ως προς το ποσοστό ίασης(90%) στα άτομα που προσήλθαν έγκαιρα και ενώ βρίσκονταν στο πρώτο(A) στάδιο, (δηλαδή δεν υπήρχε οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού, δεν υπήρχε στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες ήσαν ελεύθεροι) και στο ποσοστό ίασης (24%) στα άτομα που προσήλθαν στο τέταρτο(Δ) στάδιο της ασθένειας (όταν δηλαδή είχαν δημιουργηθεί μεταστάσεις στο δέρμα του ίδιου του μαστού, στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα, οίδημα στο δέρμα του μαστού μεγαλύτερο σε έκταση από το 1/3).

Για διάφορους λόγους, πολλές γυναίκες παρά την από μέρους τους διαπίστωση κάποιων ανησυχητικών συμπτωμάτων καθυστερούν να επισκεφθούν τον γιατρό, να υποβληθούν σε εξετάσεις ή θεραπεία. Ο Νοσηλευτής, μέσα από τον πολυδιάστατο ρόλο που του επιφυλάσσει η εργασία του θα πρέπει λαμβάνοντας ένα καλό ιστορικό του ατόμου να ανιχνεύσει τους λόγους που μπορεί να προκαλέσουν αυτή την καθυστέρηση και να προσπαθήσει να μέσω της διαφώτισης και της ενημέρωσης να τους εξουδετερώσει. Οι λόγοι αυτοί μπορεί να είναι οικονομικοί ή κοινωνικοί. Γυναίκες ανασφάλιστες ή με χαμηλό εισόδημα ή με πολυμελή οικογένεια, κλείνουν τα μάτια σε κάποια συμπτώματα της νόσου και σκεπτόμενες τη

εξαιρετικά μεγάλη δαπάνη(χειρουργεία, υψηλά νοσήλια, αμοιβές γιατρών)) που λόγω των καταστάσεων δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν προτιμούν να μην υποβληθούν ούτε καν σε εξετάσεις που σε κάθε περίπτωση δεν είναι από οικονομικής απόψεως δαπανηρές.

Η άγνοια γύρω από το θέμα του καρκίνου του μαστού ακόμη και σε άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου, είναι ένας ακόμη παράγοντας καθυστέρησης προσέλευσης της γυναίκας όταν εντοπίσει κάποιο σύμπτωμα. Η πλειονότητα των γυναικών δεν γνωρίζει τη φυσιολογία και την παθολογία του μαστού. Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι κάτι τέτοιο δεν περιλαμβάνεται στη διδακτέα ύλη του σχολείου, αν όμως υπήρχε τέτοιο πρόγραμμα θα είχε ως βασικό στόχο την ενημέρωση ως προς το ότι όσο η συγκεκριμένη ασθένεια στα αρχικά της στάδια είναι ιάσιμη.

Ψυχολογικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάζουν μία γυναίκα με όγκο να καταφύγει στο γιατρό και να ζητήσει βοήθεια. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- Ο φόβος. Ο φόβος για το άγνωστο, για το τί θα επακολουθήσει, για τις επιπτώσεις στις σχέσεις με το έτερο ήμισυ είναι δυνατόν να εμποδίσει μία γυναίκα να ζητήσει βοήθεια.
- Σεμνοτυφία. Γυναίκες μέλη κλειστής κοινωνίας ή με ιδιαίτερα αυστηρή οικογένεια είναι ενδεχόμενο να διστάσουν να ζητήσουν βοήθεια, αφού κάτι τέτοιο συνεπάγεται την υποβολή τους σε

εξετάσεις από τρίτα πρόσωπα(π.χ. ψηλάφηση από γιατρό του μαστού για την ανίχνευση όγκου)

- Κατάθλιψη-Καταπίεση. Γυναίκες που υποφέρουν από κατάθλιψη ή καταπιέζονται από το περιβάλλον τους είναι πολύ πιθανό να αδιαφορούν για την υγεία τους.

Ο Νοσηλευτής, όταν διαπιστώσει ενδείξεις ή υπάρχουν υπόνοιες για καρκίνο του μαστού παρακινεί τη γυναίκα να υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις και στη συνέχεια εφόσον απαιτηθεί προετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.

Ο Νοσηλευτής μέσα από τη συμμετοχή του στην πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού όπως αυτή αναλύεται παραπάνω κάνει σαφές στον πληθυσμό ότι ο καρκίνος είναι η νόσος: α) του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευθεί, β) της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και γ) της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα νόσων που δεν είναι σοβαρές.

Με όλα τα παραπάνω ο Νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

Στις μεθόδους του προσυμπτωματικού έλεγχου(check-up) θα πρέπει να συμπεριλάβουμε:

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ – ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

A. Λήψη ιστορικού

Ο Νοσηλευτής πρέπει πριν πραγματοποιηθεί η κλινική εξέταση να πάρει το ιστορικό του υπό εξέταση ατόμου, δηλαδή να συγκεντρώσει ορισμένες σημαντικές πληροφορίες για το εξεταζόμενο άτομο, όπως, ενδεικτικά: ηλικία, ηλικία εμφάνισης εμμήνου ρύσης, χρήση ορμονών-αντισυλληπτικών, τεκνοποίηση, ηλικία πρώτου τοκετού, εάν βρίσκεται σε προ-μετα-εμμηνοπαυσιακή περίοδο, προηγούμενες παθήσεις του μαστού, οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του μαστού.

Πλέον τούτων και προκειμένου σε περίπτωση νόσου να συγκεντρωθούν πληροφορίες για το πώς ξεκίνησε, πώς εξελίχθηκε, να βγουν μερικά συμπεράσματα για τη διάγνωση αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου θα πρέπει να γίνονται και ειδικές ερωτήσεις του τύπου:

- Εάν υπάρχουν συμπτώματα και σε περίπτωση θετικής απάντησης ποια είναι, πότε εμφανίσθηκαν, πώς έγιναν αντιληπτά και πόσο καθυστέρησε η ασθενής να πάει στο γιατρό.

(Γυναίκες που επισκέφθηκαν το γιατρό τους με καθυστέρηση μεγαλύτερη των 12 μηνών από την ημέρα που έγινε αντιληπτός έχουν πολλαπλάσιες πιθανότητες να έχουν προσβεβλημένους τους λεμφαδένες της μασχάλης από τις γυναίκες που πήγαν μέσα σε διάστημα 3 μηνών).

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει επίσης να πληροφορηθεί

- εάν υπάρχει ιστορικό τραύματος, εάν τα συμπτώματα έχουν σχέση με τον έμμηνο κύκλο, εάν το δέρμα του μαστού παρουσιάζει

αλλοιώσεις, εάν εκκρίνεται υγρό από τις θηλές και να διαπιστώσει το είδος της έκκρισης.

Η νέκρωση λίπους που είναι αποτέλεσμα παλαιού τραύματος μπορεί να εκληφθεί εσφαλμένα ως καρκίνος.

Το ιστορικό ολοκληρώνεται με συλλογή από το Νοσηλευτή στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση της εξεταζόμενης, στις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, εάν υπήρξαν μεγάλες και σημαντικές δυσκολίες στη ζωή της και πώς τις αντιμετώπισε, τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση, τους διαθέσιμους πόρους της και τέλος ο Νοσηλευτής θα προσπαθήσει να ζητήσει από την ίδια τη γυναίκα την εκτίμησή της για την τρέχουσα κατάσταση της υγείας της.

Όλα τα παραπάνω για να πραγματοποιηθούν και να έλθουν σε πέρας προϋποθέτουν έναν νοσηλευτή αφενός γνώστη του θέματος αφετέρου ευχάριστο, ανθρώπινο, προσηνή, ουσιαστικό, ήρεμο και σίγουρο για την αποστολή του γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να εδραιώσει σχέσεις εμπιστοσύνης με την ασθενή και θα μπορέσει να συλλέξει όλες τις αναγκαίες πληροφορίες.

B.-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Εξίσου σημαντική με τη λήψη καλού ιστορικού είναι και μια καλή κλινική εξέταση, η οποία περιλαμβάνει την **επισκόπηση** και την **ψηλάφηση**. Σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές μία γυναίκα πρέπει να ξεκινήσει την κλινική εξέταση από την ηλικία των 20 ετών και να εξετάζεται κάθε 3 χρόνια μέχρι την ηλικία των 39 ετών και στη συνέχεια 1 φορά το χρόνο. Από την ηλικία των 40 ετών η

κλινική εξέταση συνδυάζεται με μαστογραφία. Το 14%- 21% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού ανακαλύπτονται με κλινική εξέταση.⁹

Ο Νοσηλευτής δείχνοντας πνεύμα συνεργασίας και προσπαθώντας να εμπνεύσει εμπιστοσύνη και σιγουριά ενημερώνει την ασθενή πριν την κλινική εξέταση για το τι πρόκειται να ακολουθήσει. Την καθοδηγεί για τις κινήσεις που πρέπει να κάνει για να διευκολύνει την κλινική εξέταση, όπως π.χ. να πάει στην τουαλέτα για την κένωση της ουροδόχου κύστης, να απαλλαγεί από ρούχα που μπορεί να δυσχεράνουν την εξέταση, να πάρει την κατάλληλη θέση προκειμένου να πραγματοποιηθεί η κλινική εξέταση κ.α. Ταυτόχρονα την ενημερώνει για τις ερωτήσεις που ενδεχόμενα θα της υποβάλει ο γιατρός για το ιστορικό της προκειμένου να προετοιμασθεί για να απαντήσει, ενώ κατά τη διάρκεια της εξέτασης την προστατεύει τοποθετώντας παραβάν, κλείνοντας τα παράθυρα και τις πόρτες, εξασφαλίζοντας την απαραίτητη για την εξέταση ησυχία, καλό φωτισμό, καλύπτοντάς την με σεντόνι ή κουβέρτα νοσηλείας θέλοντας με αυτόν τον τρόπο αφενός να ανακουφίσει ή να μειώσει το φόβο της ασθενούς αφετέρου να ηρεμήσει-χαλαρώσει η ασθενής και να συνεργασθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για την εξέταση.

I.- Επισκόπηση

Ο Νοσηλευτής για την επισκόπηση τοποθετεί την ασθενή σε **καθιστή** θέση και ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέλκωση του δέρματος ή των θηλών, το χρώμα, εάν υπάρχει οίδημα, εισολκή δέρματος ή των θηλών. Η εισολκή του δέρματος, η οποία

οφείλεται στη βράχυνση(σμίκρυνση) των συνδέσμων Cooper,διαπιστώνεται καλύτερα όταν η επισκόπηση γίνεται με τα χέρια υψωμένα. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η εισολκή φαίνεται όταν η ασθενής με υψωμένα τα χέρια σκύψει μπροστά και μπορεί να μας οδηγήσει σε καρκίνο που δεν ψηλαφάται εύκολα. Επίσης το χρώμα και η ύπαρξη οιδήματος αλλά και η εξέλκωση(πληγή) μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση απλής φλεγμονής, φλεγμονώδους καρκίνου ή προχωρημένου καρκίνου του μαστού. 1

II.- Ψηλάφηση

Ο Νοσηλευτής για την ψηλάφηση τοποθετεί την ασθενή σε **ύπτια** θέση. Την βοηθά να ξαπλώσει και τοποθετεί κάτω από τον ώμο της ένα μαξιλάρι. Το σύστοιχο χέρι, δηλαδή αυτό που βρίσκεται στην ίδια πλευρά του σώματος με τον υπό ψηλάφηση μαστό τοποθετείται πάνω από το κεφάλι, ενώ το άλλο βρίσκεται κάτω, παράλληλα με το σώμα. Η ψηλάφηση γίνεται κυκλικά με την άκρη των δακτύλων, ξεκινώντας από τη θηλή προς την περιφέρεια. Με την ψηλάφηση ελέγχεται:

- Η ευαισθησία των θηλών
- Η παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα
- Οι εκκρίσεις των θηλών
- Οι υπερκλειδίοι ή μασχαλιαίοι αδένες

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται κατά 80% με μάζα. Προκειμένου να εκτιμήσει σωστά την κατάσταση των μαστών με την ψηλάφηση ο Νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ότι η ευαισθησία και το άλγος (πόνος) δεν είναι τα κύρια

συμπτώματα του καρκίνου του μαστού, ενώ οι εκκρίσεις μπορεί να είναι κάτι το φυσιολογικό χωρίς περαιτέρω σημασία αλλά είναι ενδεχόμενο να είναι παθολογικές και να οφείλονται σε μονήρη ή πολλαπλά θηλώματα(καλοήθεις όγκους) των πόρων και σπάνια σε ενδοπορώδη καρκίνο. Με την ψηλάφηση πρέπει να εξετάζονται και οι περιοχές των επιχώριων λεμφαδένων που είναι οι μασχαιαίες κοιλότητες. Για τη συγκεκριμένη εξέταση ο Νοσηλευτής θα πρέπει να τοποθετήσει την ασθενή σε καθιστή θέση κρατώντας με το αντίστοιχο χέρι το χέρι της ασθενούς για να επιτευχθεί χαλάρωση της ωμικής ζώνης. Για την ψηλάφηση της αριστερής μασχάλης πρέπει να χρησιμοποιείται από το Νοσηλευτή η δεξιά παλάμη και το αντίθετο. 1

Γ.-ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Σε αυτό συντελεί σε πολύ μεγάλο βαθμό η αυτοεξέταση που είναι εύκολη, ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο. Εν τούτοις, το ποσοστό των γυναικών που προχωρούν σε αυτοεξέταση δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλο. Ο Νοσηλευτής πρέπει να έχει ως στόχο μεταξύ άλλων και την ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού κυρίως με εκπαιδευτικά και ενημερωτικά προγράμματα. Επισημαίνει με κάθε ευκαιρία σε κάθε γυναίκα με την οποία έρχεται σε επαφή στα πλαίσια παροχής των υπηρεσιών του τα αναμφίβολα πλεονεκτήματα της αυτοεξέτασης, που είναι:

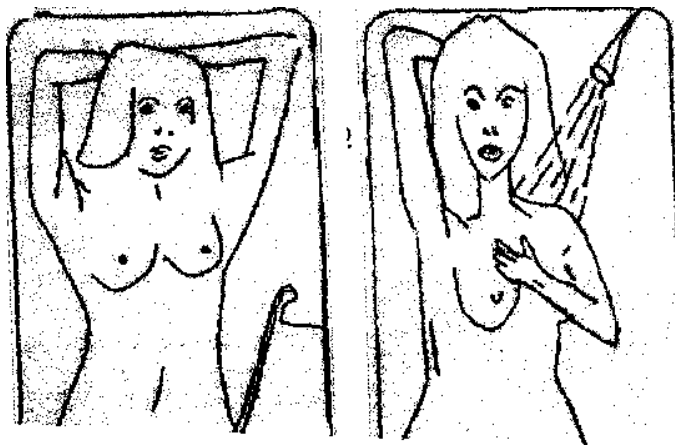
- Ότι είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου του μαστού

- Ότι είναι ακίνδυνη εύκολη στην εφαρμογή της
- Ότι είναι γρήγορη, ανέξοδη και αποτελεσματική αφού επιτρέπεται με αυτήν η αναγνώριση και εντοπισμός μικρών όγκων στο μαστό
- Ότι αυτοεξέταση πρέπει να μάθουν και να κάνουν όλες οι γυναίκες από την ηλικία των 20 ετών και άνω
- Ότι οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού όπως π.χ. όσες έχουν ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένεια, βαριά ινοκυστική μαστοπάθεια ή είναι πάνω από την ηλικία των 40 πρέπει να πραγματοποιούν αυτοεξέταση πιο συχνά.

Ο καλύτερος χρόνος για την αυτοεξέταση είναι για τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, οπότε η σημαντική αγγειακή διόγκωση των μαστών που παρουσιάζεται στις περισσότερες γυναίκες αυτής της ομάδας και που μπορεί να προκαλέσει ελαφρά μεγέθυνση των μαστών και ευαισθησία είναι ελαχιστοποιημένες, για τις γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών, για τις γυναίκες που λαμβάνουν προγεστερονικά σκευάσματα η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα κάθε μήνα και τέλος οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να πραγματοποιούν την αυτοεξέταση κάποια συγκεκριμένη ημέρα μέσα στο μήνα. 1,4,12,16

Ο Νοσηλευτής με τις ειδικές γνώσεις που έχει αποκτήσει τόσο από τις σπουδές του όσο και από την εκπαίδευση και τις εμπειρίες του θα έρθει σε επαφή με την εξεταζόμενη γυναίκα και θα προσπαθήσει να κερδίσει την εμπιστοσύνη της. Θα την ενημερώσει για την αυτοεξέταση και τα πλεονεκτήματά της, θα απαντήσει σε ερωτήσεις και απορίες της και θα την διδάξει την τεχνική της αυτοεξέτασης, η οποία εάν εκτελείται τακτικά από τις γυναίκες, είναι πολύ πιθανό να αναγνωρίσουν κάθε μικρό όγκο που μπορεί να αναπτυχθεί.

Στην αυτοεξέταση η οποία δεν διαρκεί περισσότερο από 3 λεπτά, προηγείται η **επισκόπηση** στην οποία η γυναίκα γυμνή από τη μέση και πάνω, σε όρθια στάση, α) με τα χέρια κάτω, μπροστά στον καθρέπτη ελέγχει τους μαστούς της, β) με τα χέρια στη μέση πιέζοντας πάνω στη λεκάνη και με το θώρακα τεντωμένο προς τα έξω, γ) με τα χέρια στην ανάταση και τέλος δ) με τα χέρια πίσω και γέρνοντας προς τα εμπρός έτσι ώστε οι μαστοί να αιωρούνται. Στις τέσσερις αυτές στάσεις συστήνεται από το Νοσηλευτή να ερευνούν για ασυμμετρία στα περιγράμματα των μαστών, ζάρωμα(ρίκνωση) του δέρματος ή εισολκή ή για εμφάνιση του δέρματος του μαστού σαν φλοιού πορτοκαλιού. Επίσης να ερευνούν για χρόνια ερυθρότητα και πάχυνση του δέρματος της θηλής ή διάβρωση της επιφάνειας της ιδίως εάν συνοδεύεται και από κνησμό (φαγούρα).



Μετά την επισκόπηση ακολουθεί η ψηλάφηση. Στα στάδιο αυτό η γυναίκα πρέπει να ξαπλώσει σε οριζόντια (ύπτια) θέση. Το αντίστοιχο με την πλευρά που θα εξετασθεί χέρι πρέπει να υψώνεται πάνω από το κεφάλι και κάτω από τον αντίστοιχο ώμο να τοποθετείται ένα μικρό μαξιλαράκι που θα βοηθήσει στο να αποκτήσει ο υπό εξέταση-ψηλάφηση μαστός επίπεδη θέση. Η ψηλάφηση ξεκινά με την επιφάνεια των δακτύλων του αντίθετου χεριού στο έσω ημιμόριο του μαστού, ακολουθώντας ιδεατές εγκάρσιες γραμμές από τη θηλή προς το στερνικό άκρο και αρχίζοντας από την κλείδα και καταλήγοντας στην έσω μαστική πτυχή. Χρησιμοποιώντας λίγη σκόνη τάλκ κατά την ψηλάφηση τα δάκτυλα γλιστρούν πάνω στο μαστό κάνοντας πιο αποτελεσματική την ψηλάφηση αφού έτσι αυξάνεται η ευαισθησία της αφής.

Η ανακάλυψη κατά την ψηλάφηση όγκου οπουδήποτε στο μαστό πρέπει να προβληματίζει και να εξετάζεται από τον ειδικό γιατρό. 1,2

Στη συνέχεια ακολουθεί η ψηλάφηση του έξω ημιμορίου του μαστού και της μασχάλης. Τώρα το χέρι πρέπει να είναι κάτω παράλληλο με την πλευρά. Η παλάμη ερευνά το έξω ημιμόριο ακολουθώντας ιδεατές γραμμές από την πλευρική άκρη του μαστού προς τη θηλή ,ξεκινώντας από την υπομαστική ακρολοφία και καταλήγοντας στη μασχάλη. Στο άνω έξω τμήμα του μαστού η εξέταση λόγω του συμπαγούς χαρακτηριστικού είναι πιο δύσκολη, εδώ αναπτύσσονται πιο συχνά όζοι που όμως συχνά είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια. Επίσης, στο τμήμα αυτό εντοπίζονται οι συχνότεροι καρκίνοι. Για το λόγο

αυτό θα πρέπει η εξέταση να είναι πιο προσεκτική. Ένας άλλος τρόπος εξέτασης είναι με το σύστημα των νοητών ομόκεντρων κύκλων, αρχίζοντας από το άνω έσω τεταρτημόριο και καταλήγοντας στο άνω έξω από την περιφέρεια προς τη θηλή, εξετάζοντας βέβαια πάντοτε και τη μασχάλη όπως παραπάνω.

Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να παραλείπεται η εξέταση της θηλής, της οποίας το μέγεθος με την πάροδο των χρόνων μικραίνει, η οποία περιλαμβάνει έρευνα για τυχόν ύπαρξη μάζας, έκκριση υγρού, ευαισθησία.

Από όλα τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι ο νοσηλευτής με τις γνώσεις που απέκτησε από την παιδεία, την εκπαίδευση και την εμπειρία του, ερχόμενος σε επαφή μέσα από το λειτούργημά του με ασθενείς και μη, έχει τη δυνατότητα σε κάθε ευκαιρία που του παρουσιάζεται να προσεγγίζει, ενημερώνει, πληροφορεί τον πληθυσμό για την αξία της πρώιμης ανακάλυψης του καρκίνου του μαστού, προτρέποντας, ενθαρρύνοντας και διδάσκοντας τόσο ασθενείς όσο και υγιείς γυναίκες στην αυτοεξέταση των μαστών.

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η πρώτη ένδειξη ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα μπορεί να είναι ο εντοπισμός ενός όγκου ή κάποιας αλλαγής στο μαστό από την ίδια τη γυναίκα, τον γιατρό ή από την επαναλαμβανόμενη ανά 6μηνο ή ανά έτος μαστογραφία.

Ο Νοσηλευτής είναι συνήθως το πρώτο πρόσωπο από την υγειονομική ομάδα που έρχεται σε επαφή με την ασθενή και την οικογένειά της, όταν αποφασίζεται η ζητηθεί ιατρική βοήθεια. Η επαφή αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική

αφού κατά τη διάρκεια της θα ακούσει την ασθενή, θα ληφθούν σημαντικές πληροφορίες για αυτήν, το νοσηλευτικό ιστορικό της, τα συμπτώματα που παρουσιάζει, εάν το πρόβλημα έχει να κάνει με πόνο ή με ογκίδιο. Η συγκέντρωση από το Νοσηλευτή πληροφοριών τόσο από την ασθενή όσο και από την οικογένεια της για τη φυσιολογική και ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς μπορεί να αποδειχθεί πολύτιμη για την ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση στην ασθενή. Τέτοιες πληροφορίες, συνιστούν το νοσηλευτικό ιστορικό της ασθενούς και συγκεντρώνονται από ερωτήσεις όπως οι παρακάτω τις οποίες υποβάλλει ο Νοσηλευτής:

-Συμπτώματα και διάρκεια των συμπτωμάτων

-Αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο. Ο Νοσηλευτής υποβάλλοντας ερωτήσεις στην ασθενή όπως: «πώς αναγνωρίσατε το πρόβλημα, έχετε παρατηρήσει φλεγμονή ή οίδημα; Έχετε υποβληθεί σε διαγνωστικές εξετάσεις για να πληροφορηθείτε την αιτία των συμπτωμάτων;» θα προσπαθήσει να μάθει το λόγο για τον οποίο η ίδια η ασθενής επεδίωξε την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.

-Αλλεργίες σε τρόφιμα και φάρμακα

-προσδοκώμενος χρόνος νοσηλείας

-προσδοκίες από τη νοσηλεία. Ο Νοσηλευτής υποβάλλοντας ερωτήσεις του τύπου: «τι πληροφορίες έχετε πάρει από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, γνωρίζετε την πιθανή διάγνωση και τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων», «έχετε κάποια φίλη ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας που πάσχει από καρκίνο;» «Γνωρίζετε κάποιον που πέθανε από καρκίνο; «θεωρείτε ανίατη ασθένεια τον

καρκίνο;»προσπαθεί να ανιχνεύσει και να κατανοήσει αφενός το τί προσδοκά η ασθενής από τη νοσηλεία της και αφετέρου το κατά πόσο γνωρίζει, κατανοεί το τί είναι ο καρκίνος και πόσο καλά πληροφορημένη είναι γύρω από τη νόσο αυτή.

-Προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις. Ο Νοσηλευτής με ερωτήσεις που υποβάλλει προσπαθώντας να μη γίνει δυσάρεστος προσπαθεί να λάβει το νοσηλευτικό ιστορικό της ασθενούς που θα χρησιμεύσει στο σχεδιασμό της παραπέρα νοσηλευτικής φροντίδας. Έτσι γίνονται ερωτήσεις όπως: «είχατε ποτέ αναπνευστικό πρόβλημα;», «είχατε ποτέ άσθμα, βρογχίτιδα, πνευμονία, πρόσφατο κρουολόγημα;» Επίσης η ασθενής ερωτάται για παλαιότερες ή πρόσφατες ασθένειες και τα συμπτώματά τους, για θεραπείες που ακολουθήθηκαν, εγχειρήσεις στις οποίες υποβλήθηκε, για φαρμακευτικές αγωγές που ακολούθησε, για αλλεργίες κ.α. 1

-Διαιτητικοί περιορισμοί. Ο νοσηλευτής συμπληρώνοντας το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να ρωτήσει την ασθενή για τη διατροφή της, εάν υποβάλλεται σε συγκεκριμένη διατροφική δίαιτα (π.χ. λόγω διαβήτη), εάν αποστρέφεται ή προτιμά συγκεκριμένα φαγητά, βοηθώντας έτσι στο σχεδιασμό του τρόπου παρέμβασης σε περίπτωση εμφάνισης ανορεξίας ιδίως μετά από θεραπεία (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία).

-Λήψη φαρμάκων. Ο νοσηλευτής θα υποβάλλει ερωτήσεις στην ασθενή για τα φάρμακα που ενδεχόμενα λαμβάνει, προκειμένου με αυτόν τον τρόπο να συγκριθεί η ανταπόκριση της ασθενούς με την ιατρική καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο η ασθενής να λαμβάνει

φάρμακα με λάθος τρόπο ή χωρίς την απαραίτητη συνταγή γιατρού. Είναι σημαντικό να γνωρίζει η ασθενής γιατί πρέπει να παίρνει τα φάρμακα και να κατανοεί την αναγκαιότητα να ακολουθεί συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή με συγκεκριμένες οδηγίες.

-Συνήθειες ύπνου

-Πώς η εισαγωγή της ασθενούς επιδρά στην οικογένεια, στην εργασία και στο περιβάλλον.

Ψυχολογική αντιμετώπιση της ασθενούς αλλά και της οικογένειάς της στο στάδιο της διάγνωσης της ασθένειας. ¹

Όλα τα προβλήματα υγείας επηρεάζουν πολύ μία γυναίκα ψυχολογικά, συναισθηματικά και σωματικά. Το πρόβλημα που δημιουργεί ο καρκίνος του μαστού δεν αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα. Το στήθος θεωρείται και από τα δύο φύλα ως ένα ιδιαίτερα ερωτικό τμήμα του γυναικείου σώματος και γι' αυτό είναι πολύ πιθανό το οποιοδήποτε πρόβλημα με το στήθος μίας γυναίκας ιδωμένο από την δική της οπτική γωνία να έχει επίπτωση στην αυτοεκτίμησή της. Βέβαια κάθε γυναίκα αντιδρά με τον δικό της τρόπο αλλά το να γνωρίζει ο Νοσηλευτής ότι αυτού του είδους οι αντιδράσεις είναι φυσιολογικές μπορεί να συμβάλει στην αποφυγή υπερβολικών αντιδράσεων από μέρους της ασθενούς. Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να απαλλάξει την ασθενή από το άγχος και την ανησυχία που της δημιουργεί η όλη κατάσταση. Η συμβολή του Νοσηλευτή στο στάδιο αυτό είναι καθοριστική ως προς τον τρόπο που ψυχολογικά και συναισθηματικά θα αντιμετωπίσει η ασθενής τη νόσο.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού πέρα από την ψυχολογική και συναισθηματική αναστάτωση που προκαλεί στην ασθενή επηρεάζει άμεσα και έντονα και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς της ασθενούς. Το δυσάρεστο νέο συνταράσσει τα θεμέλια της οικογένειας, σύζυγο, παιδιά εάν υπάρχουν, γονείς και αδέρφια. Ο τρόπος με τον οποίο θα προσεγγίσουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας το πρόβλημα του καρκίνου του μαστού θα καθορίσει και τη μετέπειτα πορεία της ασθενούς και θα την επηρεάσει. Ο Νοσηλευτής έχει τα εφόδια για να βοηθήσει τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, με έγκαιρη και κατάλληλη υποστήριξη και πληροφόρηση, στο να αποδεχθούν τη νέα κατάσταση και να προσαρμοσθούν στα νέα δεδομένα. Συγκεκριμένα, στα πλαίσια πάντα του λειτουργήματός του ο Νοσηλευτής θα πρέπει σταδιακά να ενημερώνει τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας της ασθενούς με κατανοητούς σε αυτούς όρους, εξηγώντας τους με απλά λόγια τη διάγνωση, τη θεραπεία που θα ακολουθείται και τις παρενέργειες που τυχόν θα εμφανίζονται στην ασθενή. Να τους ενημερώνει για την πρόγνωση της νόσου που πρέπει να μην αποκαρδιώνει τα μέλη της οικογένειας αλλά να βασίζεται στην ελπίδα για το μέλλον και στο ότι θα γίνει κάθε τι δυνατό για να καταπολεμηθεί και ξεπερασθεί η ασθένεια. Τα συναισθήματα που κατακλύζουν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς αλλά και την ίδια την ασθενή είναι ποικίλα και ιδιαίτερα έντονα. Η δυσπιστία και η άρνηση για το ότι δεν είναι δυνατόν να συμβαίνει κάτι τέτοιο δίνουν τη θέση στο θυμό και την οργή, με ένα τεράστιο «γιατί σε μένα;» που στη συνέχεια θα δώσουν τη θέση τους στην πίκρα, την απογοήτευση, το αίσθημα της αδικίας και την

κατάθλιψη. Ο Νοσηλευτής γνωρίζει ότι όλα αυτά είναι φυσιολογικά και θα πρέπει να το εξηγήσει αυτό στα μέλη της οικογένειας της ασθενούς, να τα ενθαρρύνει στο να μοιράζονται τα συναισθήματά τους αυτά με τους φίλους τους και το περιβάλλον τους και να μην τα καταπνίγουν και να τα καθοδηγεί πώς να συμπεριφέρονται στο πάσχον μέλος.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Όπως εκθέσαμε παραπάνω, σε περίπτωση που κατά την αυτοεξέταση και όχι μόνο εντοπισθεί ογκίδιο στο μαστό, η γυναίκα πρέπει να συμβουλευθεί τον γιατρό, συνήθως τον παθολόγο. Μετά τη λήψη από το Νοσηλευτή του ιστορικού της ασθενούς και της φυσικής εξέτασής της, ο γιατρός θα ζητήσει από την ασθενή, μεταξύ άλλων, να υποβληθεί, όχι σε εξετάσεις ειδικά για καρκίνο, αλλά σε εξετάσεις ρουτίνας, όπως π.χ. αιματολογικές εξετάσεις και ακτινογραφίες προκειμένου να σχηματισθεί εικόνα για την γενική κατάσταση της υγείας της ασθενούς. Από τις εξετάσεις αυτές μπορεί να προκύψουν ευρήματα που να παραπέμπουν σε μη φυσιολογικές καταστάσεις όπως σε λοίμωξη, αιμορραγία κ.α. που να σχετίζονται με καρκίνο ή προκαρκινικές καταστάσεις ή και σε άσχετο με τον καρκίνο πρόβλημα. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες εξετάσεις δεν προκαλούν πόνο, η υποβολή σε αυτές της ασθενούς είναι πολύ πιθανό να της δημιουργήσουν άγχος, πρόσθετη ανησυχία και αναστάτωση, ψυχολογική και συναισθηματική φόρτιση. Ο Νοσηλευτής έχει τα εφόδια να παρέμβει σε τέτοιου είδους καταστάσεις, ενημερώνοντας την ασθενή για το περιεχόμενο και το σκοπό των εξετάσεων στις οποίες θα υποβληθεί, για τη διάρκεια των εξετάσεων

και τον τρόπο διενέργειάς τους, προσπαθώντας ταυτόχρονα να της εμπνεύσει εμπιστοσύνη και σιγουριά.

Εκτός από τις εξετάσεις ρουτίνας και εφόσον υπάρχουν ευρήματα που παραπέμπουν σε παθολόγες καταστάσεις, σχεδόν πάντοτε γίνονται ειδικότερες διαγνωστικές εξετάσεις που αποσκοπούν στη διαπίστωση της ύπαρξης μάζας ή στη συγκεκριμενοποίηση του τύπου του όγκου ή στον εντοπισμό των ορίων της ανώμαλης μάζας. Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμώνται συνήθως από ομάδα γιατρών ογκολόγων. Ο Νοσηλευτής και σε αυτό το στάδιο πρέπει να ενημερώσει την ασθενή για την όλη διαδικασία, τις επιπλοκές που ενδεχόμενα έχουν οι συγκεκριμένες εξετάσεις, για το εάν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις, να την ενθαρρύνει και να την υποστηρίξει. Επίσης, κατά την προετοιμασία της ασθενούς για την υποβολή στις διαγνωστικές εξετάσεις θα πρέπει ο Νοσηλευτής να λάβει σοβαρά υπόψη του την φυσική κατάσταση της ασθενούς, για το εάν υπάρχουν ενδείξεις αφυδάτωσης ή πόνου, τι αποτελέσματα μπορεί να έχει στην ασθενή η συγκεκριμένη προετοιμασία, εάν προκαλέσει διάρροια, αυξήσει τον πόνο, εάν η ασθενής είναι αλλεργική σε κάποιο φάρμακο που πρέπει να πάρει κατά την προετοιμασία. ¹

Ποιες είναι οι διαγνωστικές εξετάσεις και ποια η νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτές;

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Τί είναι η μαστογραφία; Είναι ειδική ακτινογραφία του μαστού με ακτίνες Χ , που δείχνει εικόνες της μάζας του μαστού και είναι η καλύτερη σύγχρονη

τεχνική για την ανίχνευση όγκων πριν ακόμη το ίδιο το άτομο ή ο γιατρός του μπορεί να τους αισθανθεί. Πραγματοποιείται σε μηχάνημα που αποκαλείται μαστογράφος. Σύμφωνα με τη Βρετανική Ιατρική Εταιρία μετά την ηλικία των 50 ετών και μέχρι την ηλικία των 64 όλες οι γυναίκες στη μεγάλη Βρετανία καλούνται να συμμετάσχουν στο Εθνικό Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου του Μαστού που γίνεται κάθε τρία χρόνια, επισκεπτόμενες τις ειδικές μονάδες προληπτικού ελέγχου του μαστού. Στόχος του προγράμματος αυτού είναι ο εντοπισμός του καρκίνου όσο είναι ακόμη μικρός πριν προλάβει να εξαπλωθεί.

Κατά τη Βρετανική Ιατρική Εταιρία, οι γυναίκες κάτω των 50 ετών δεν εξετάζονται προληπτικά διότι ο καρκίνος του μαστού είναι λιγότερο συνηθισμένος στις νεώτερες γυναίκες, η μαστογραφία είναι δύσκολο να εντοπίσει ανωμαλία στο μαστό λόγω του ότι ο μαστικός ιστός στις νεώτερες γυναίκες είναι πιο πυκνός από όσο στις μεγαλύτερες. Σε νεώτερες γυναίκες γίνεται μαστογραφία σε περιπτώσεις που πιστεύεται ότι αντιμετωπίζουν για κάποιο λόγο ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο (π.χ. οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού). Σε αυτές τις περιπτώσεις μάλιστα γίνεται πιο συχνά από ό,τι στις μεγαλύτερες ηλικίες, ενώ οι επιστήμονες ερευνούν τη χρησιμότητα της μαγνητικής μαστογραφίας για την εξέταση των νέων γυναικών που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου. 1,2,12

Η δόση από την ακτινοβολία που δέχεται ο μαστός κατά τη μαστογραφία είναι εξαιρετικά μικρή και ο κίνδυνος ανάπτυξης όγκου από τη μαστογραφία είναι πολύ μικρός. Εν τούτοις, έχει αποδειχθεί ότι μόνο και μόνο η συγκεκριμένη

εξέταση προκαλεί ανησυχία και άγχος στην εξεταζόμενη, ιδιαίτερα εάν μετά τη μαστογραφία εντοπισθεί ογκίδιο που πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει και κατατοπίσει την εξεταζόμενη για τη διαδικασία της εξέτασης και της προετοιμασίας προκειμένου να ανακουφίσει το άγχος και την ανησυχία της. Να της εξηγήσει ότι είναι αναιμακτη εξέταση και δεν προκαλεί πόνο. Κρίνεται απαραίτητο να την προετοιμάσει ψυχολογικά και σωματικά για την αποδοχή της εξέτασης και να εξαφανίσει τις όποιες αναστολές ή αμφιβολίες της εξεταζόμενης.

Ξηρογραφία

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών του μαστού όπου η αντίθεση μεταξύ όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν είναι σχετικά μικρή. Επίσης, χρησιμοποιείται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών κ.α. 1

Θερμογραφία

Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή που καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Αυξημένη θερμοκρασία ενδεχόμενα να συνδέεται με διάφορες παθήσεις του μαστού και θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η Θερμογραφία σαν εξέταση είναι εύκολη και αβλαβής, δεν υπάρχει κίνδυνος από ακτινοβολία, χρησιμοποιείται δε συνήθως ως συμπληρωματική εξέταση της

ξηρογραφίας. Το μειονέκτημα της θερμογραφίας είναι ότι μπορεί να οδηγήσει σε ψευδή και λανθασμένα συμπεράσματα αφού δεν είναι όλοι οι καρκίνοι θερμοί, ενώ καλοήθεις όγκοι μπορεί να εμφανισθούν ως κακοήθεις. ¹

Υπερηχογραφία (Υπερηχογράφημα)

Στην εξέταση αυτή ένας πομπός υπερήχων κινείται πάνω από το μαστό και εκπέμπει ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας τα οποία μεταδίδονται μέσα στο μαστό και αντανακλώνται όταν βρουν εμπόδιο. Στο μαστό η υπερηχογραφία είναι χρήσιμη για τη διάκριση μεταξύ κυστικών και συμπαγών όγκων και προσδιορίζει την καλοήθεια –κακοήθεια μίας συμπαγούς μάζας. ¹

Υπολογιστική Τομογραφία

Είναι ακτινοδιαγνωστική εξέταση στην οποία φιλμ ραδίου και ένας υπολογιστής χρησιμοποιούνται για ανίχνευση ανωμαλιών στο μαστό. Συνήθως γίνεται εάν δεν υπάρχουν με τις άλλες εξετάσεις σαφή αποτελέσματα(εικόνες).

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνεται για τυχόν αλλεργίες σε λήψη ιωδίου(θαλασσινών) ή για αλλεργικές αντιδράσεις σε πρόσφατες δοκιμασίες ιωδίου εάν θα πρέπει να γίνει ενδοφλέβια έγχυση ακτινοσκιερών ουσιών. Παράλληλα ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει την ασθενή για τον τρόπο, τον τόπο που θα γίνει η εξέταση και τη διάρκεια της (45-60 λεπτά).

Εάν κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή μετά από αυτή προκληθεί αλλεργική αντίδραση(ναυτία, έμετος, αναπνευστική δυσχέρεια) πρέπει ο νοσηλευτής να το αναφέρει στο γιατρό προκειμένου να αντιμετωπισθεί άμεσα και αποτελεσματικά.

Παρακέντηση

Σε αυτή η εισαγωγή μια μικρής βελόνας μέσα στο ογκίδιο θα δείξει εάν είναι γεμάτο υγρό(κύστη) ή αν είναι συμπαγές. Η παρακέντηση ως εξέταση είναι μεν ενοχλητική αλλά δεν διαρκεί πολύ. Εάν διαπιστωθεί ότι το ογκίδιο είναι συμπαγές μπορεί να ληφθούν(αναρροφηθούν) μερικά κύτταρα για εξέταση για να διαπιστωθεί εάν πρόκειται για καλοήγη ή κακοήγη όγκο. Εάν ο γιατρός είναι σίγουρος ότι το ογκίδιο είναι συμπαγές μπορεί μετά από τοπική αναισθησία) να αφαιρέσει ένα μικρό κομμάτι του ογκιδίου με μία ελαφρώς χονδρότερη βελόνα(βελόνα ευρείας διατομής). 1

Βιοψία

Η βιοψία είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας και μπορεί να περιλαμβάνει: α) απλή αναρρόφηση ή παρακέντηση όπως εκθέτουμε παραπάνω β) εκτομή, δηλαδή αφαίρεση ολόκληρου του ογκιδίου με βελόνα ευρείας διατομής και γ) μερική εκτομή δηλαδή αφαίρεση σφηνοειδούς τμήματος του ογκιδίου και πραγματοποιείται είτε με τοπική αναισθησία είτε με γενική αναισθησία. 1,2

Ο Νοσηλευτής σε αυτή τη φάση θα πρέπει να δώσει έμφαση στην κατάλληλη προετοιμασία και στην ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη τόσο της ασθενούς όσο και του οικογενειακού της περιβάλλοντος.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να λεχθεί ότι χιλιάδες γυναίκες στην Ελλάδα θα μπορούσαν να αποφύγουν το χειρουργείο εάν τα δημόσια νοσοκομεία διέθεταν

προηγμένα συστήματα αναίμακτης διαγνωστικής επέμβασης. Το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο στην Αθήνα διαθέτει τέτοιο σύστημα.

Όπως ανέφερε ο καθηγητής χειρουργικής κ. Ιωάννης Μπράμης «σχεδόν το 80% των γυναικών με ύποπτα ευρήματα στη μαστογραφία μπαίνουν στο χειρουργείο χωρίς λόγο». Το νέο αυτό μηχάνημα Mammotom πραγματοποιεί βιοψία χωρίς νυστέρι. Με ειδική βελόνα αφαιρεί με αναρρόφηση όλο το «ύποπτο» τμήμα του μαστού χωρίς τη χορήγηση αναισθησίας. Μέσα σε 45 λεπτά η γυναίκα επιστρέφει στο σπίτι της χωρίς να υποστεί την ταλαιπωρία του χειρουργείου. 11

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΡΙΝ ΤΗ ΒΙΟΨΙΑ

Ο Νοσηλευτής πριν τη βιοψία έχει τις ακόλουθες φροντίδες και καθήκοντα:

- 1.- Να φροντίσει για τη διενέργεια των αιματολογικών, ουρολογικών, ακτινολογικών εξετάσεων, του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, για την παραλαβή των αποτελεσμάτων, την αξιολόγηση από νοσηλευτικής απόψεως και την καταγραφή τους και να αναφέρει αμέσως στον γιατρό.
- 2.- Να επιμεληθεί για την υπογραφή από την ασθενή δήλωσης συγκατάθεσης και αποδοχής της χειρουργικής διαδικασίας.
- 3.- Πριν τη διενέργεια της βιοψίας ο γιατρός Αναισθησιολόγος επισκέπτεται την ασθενή και την ενημερώνει για τη διαδικασία της Αναισθησίας λαμβάνοντας ταυτόχρονα το ιστορικό και αξιολογώντας τις απαντήσεις των εξετάσεων.

4.-Ο Νοσηλευτής φροντίζει για τον καθαρισμό του εντέρου της ασθενούς με κλύσμα τόσο το προηγούμενο της επέμβασης βράδυ όσο και το ίδιο το πρωινό και καθορίζει συγχρόνως και τη δίαιτα (υδρική).

5.-Είναι ευνόητο ότι ο Νοσηλευτής θα γνωρίζει ήδη το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, (όπως σακχαρώδης διαβήτης, καρδιολογικά προβλήματα, φαρμακευτική αγωγή, αλλεργίες κ.ο.κ.).

6.-Ο Νοσηλευτής διεκπεραιώνει ιατρικές οδηγίες για να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα καταπράυνσης, να διατηρήσει την ασφάλεια της ασθενούς και βέβαια να παρακολουθήσει τυχόν ανεπιθύμητες παρενέργειες πριν η ασθενής εισέλθει στο χειρουργείο.

7.- Ο Νοσηλευτής στηρίζει ψυχολογικά και συναισθηματικά τόσο την ασθενή όσο και την οικογένειά της, ενημερώνοντάς τους για την ακολουθούμενη διαδικασία απαντώντας σε ερωτήσεις και απορίες τους και χρησιμοποιώντας όσα μέσα του επιτρέπεται να χρησιμοποιήσει προκειμένου να καλύψει τον τομέα αυτό. Ένας καλά πληροφορημένος ασθενής είναι τις περισσότερες φορές πιο συνεργάσιμος και συμβάλλει σε μεγάλο ποσοστό στο να υποβληθεί στην επέμβαση με λιγότερη ανησυχία και άγχος. 1

ΚΑΡΚΙΝΟΣ- ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ

Το μεγαλύτερο πρόβλημα προ των πυλών. Πώς ανακοινώνεται η διάγνωση του καρκίνου στην ασθενή και την οικογένειά της; Ποιες αντιδράσεις ακολουθούν;

Έχει παρατηρηθεί ότι η αντίδραση της ασθενούς στη διάγνωση του καρκίνου περνά από τρεις(3) φάσεις. Στην πρώτη φάση η ασθενής εμφανίζει μια αόριστη ανησυχία που όμως μπορεί να πάρει τη μορφή πανικού. Στη δεύτερη φάση η ασθενής συνειδητοποιεί τη νόσο και εμφανίζει αρνητικές αντιδράσεις, όπως άγχος, φόβο θανάτου, το συναίσθημα του αβοήθητου, η απελπισία και μερικές φορές άρνηση της νόσου. Στην Τρίτη φάση η ασθενής εμφανίζει είτε θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε παρουσιάζει ψυχικές επιπλοκές (κατάθλιψη). 1

Τίθεται το ερώτημα, με ποιο τρόπο πρέπει να οδηγείται η ασθενής στη συνειδητοποίηση της νόσου για να εμφανίζει τις ηπιότερες δυνατές ψυχικές αντιδράσεις και τις λιγότερες ψυχικές και συναισθηματικές επιπλοκές;

Κάθε ασθενής , ως οντότητα έχει ξεχωριστή προσωπικότητα με συνέπεια οι τρόποι χειρισμού του θέματος να τόσοι όσοι και οι ασθενείς. Επειδή όμως κάτι τέτοιο θα καθιστούσε ιδιαίτερα επίπονο το συγκεκριμένο έργο για το Νοσηλεύτη, γι' αυτό η επιστήμη δέχεται την ύπαρξη τριών (3) τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος.

Πρώτος τρόπος

Απόκρυψη της αλήθειας από την ασθενή.

Πλεονεκτήματα αυτού του τρόπου θεωρούνται η πιο εύκολη υπέρβαση των όποιων ψυχικών προβλημάτων που συνεπάγεται η γνώση της νόσου, κυρίως στα αρχικά στάδια. Οι υπέρμαχοι αυτού του τρόπου υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς

εξοικειώνονται βαθμιαία με την ιδέα της νόσου και του θανάτου με αποτέλεσμα να αμβλύνονται οι δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους.

Μειονεκτήματα.

Ο συγκεκριμένος τρόπος χειρισμού του θέματος έχει σημαντικά μειονεκτήματα.

- Η απόκρυψη της νόσου από την ασθενή συνεπάγεται μεγάλο ηθικό πρόβλημα.
- Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα να γνωρίζει την πάθησή της και να αποφασίζει η ίδια για τη θεραπεία της. Αντίστοιχα ο νοσηλευτής έχει τη νομική αλλά και την ηθική υποχρέωση να ενημερώνει την ασθενή για την πάθησή της και να την βοηθά στη λήψη των σωστών αποφάσεων. Έτσι γνωρίζοντας το τί ακριβώς συμβαίνει καθίσταται ευχερέστερο να πεισθεί η ασθενής για την αναγκαιότητα της υποβολής της σε πολύπλοκες, πολυδάπανες και μερικές φορές επικίνδυνες θεραπευτικές αγωγές.
- Οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες που έχει η ασθενής στα αρχικά στάδια της νόσου έχει δυσμενέστερες επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στη συναισθηματική ισορροπία της ασθενούς. Είναι χειρότερο να μάθει την αλήθεια κρυφακούγοντας συζητήσεις μεταξύ των μελών της ιατρικής-νοσηλευτικής ομάδας, ή από μισόλογα του οικογενειακού περιβάλλοντος.
- Όταν η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, η μοιραία διάψευση των μάταιων ελπίδων της ασθενούς που έχουν βασισθεί στις ψευδείς πληροφορίες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των

μελών της οικογένειάς της καταρρακώνουν το ηθικό και επέρχεται απώλεια της εμπιστοσύνης που μέχρι τότε υπήρχε.

Δεύτερος Τρόπος

Πλήρης Ενημέρωση της ασθενούς για την κακοήθεια.

Πλεονεκτήματα

- Η ασθενής έχει δικαίωμα να μάθει από τί πάσχει και να διαχειρίζεται μόνη της την ασθένειά της. Αντίστοιχα ο Νοσηλευτής έχει την ηθική υποχρέωση και πάντα σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό να ενημερώνει την ασθενή για την πάθησή της και να την βοηθά στη λήψη των σωστών αποφάσεων.
- Αυξάνεται η εμπιστοσύνη της ασθενούς προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Μειονεκτήματα

- Μερικές φορές ασθενείς δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντέξουν στο άκουσμα και μόνο ότι πάσχουν από τη νόσο. 1

Τρίτος τρόπος

Η έκταση και ο τρόπος της ενημέρωσης πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή.

Πλεονεκτήματα

Λαμβάνεται υπόψη ο ψυχισμός της ασθενούς. Αποφεύγεται να λεχθεί όλη η αλήθεια στους ασθενείς που δεν είναι σε θέση να τη μάθουν. Όσοι επιθυμούν

να μάθουν την αλήθεια και κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού έχουν την αναγκαία ψυχική δύναμη ενημερώνονται υπεύθυνα.

Μειονεκτήματα

Αποτελεί τον δυσκολότερο τρόπο αντιμετώπισης του θέματος τόσο για τον γιατρό όσο και για το νοσηλευτή, και τούτο διότι προσπαθούν να διερευνήσουν την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση προκειμένου να καταλήξουν εάν η συγκεκριμένη ασθενής πρέπει ή όχι να ενημερωθεί. Έτσι μπορεί να γίνει λάθος εκτίμηση με ολέθρια κάποιες φορές αποτελέσματα. ¹

Ο τρίτος τρόπος φαίνεται να επικρατεί έναντι των υπολοίπων δύο και τούτο διότι κάθε ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με βάση τα στοιχεία της προσωπικότητάς του και τον ψυχισμό του. Βέβαια σημαντικό ρόλο παίζει και η προσωπικότητα του Νοσηλευτή ο οποίος θα αναλάβει τον ουσιαστικό ρόλο της ενημέρωσης της ασθενούς σε συνεργασία πάντα με τον θεράποντα ιατρό και με την οικογένεια της ασθενούς. Ο Νοσηλευτής πρέπει να αφήνει την ασθενή να διατυπώνει ερωτήσεις και απορίες για την ασθένειά της, να εκφράζει τους φόβους και τις ανησυχίες της αλλά και την επιθυμία της για ενημέρωση και το βάθος που θα ήθελε να φτάσει αυτή.

ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η σύγχρονη αντίληψη στη νοσηλευτική εκπαίδευση αλλά και στην κλινική πράξη θέλει τη σχέση Νοσηλευτή και ασθενούς ισότιμη. Προϋποθέτει συνεργασία μεταξύ των δύο προσώπων με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας της ασθενούς. Η ασθενής συμμετέχει ενεργά στις διαγνωστικές εξετάσεις και στη

θεραπεία. Ο Νοσηλευτής πριν από κάθε παρέμβαση λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τις προηγούμενες αντιδράσεις της ασθενούς και η ασθενής παράλληλα πληροφορεί το Νοσηλευτή για κάθε θέμα που ενδεχόμενα θα έχει επίπτωση στην υπόθεση της υγείας της. Ο Νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις επιστημονικές του γνώσεις και την κλινική του εμπειρία με τον επωφελέστερο τρόπο για την ασθενή και ταυτόχρονα προσπαθεί να συνάψει «θεραπευτική συμμαχία» με την ασθενή δείχνοντας πραγματικό ενδιαφέρον γι' αυτήν και την ασθένειά της, συζητώντας μαζί της, ανταλλάσσοντας απόψεις, ιδέες και συναισθήματα αλλά και ενημερώνοντάς την για την ασθένειά της. 1

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Η **συντηρητική** περιλαμβάνει τη **χημειοθεραπεία** και την **ακτινοθεραπεία**, ενώ η **χειρουργική** περιλαμβάνει τις διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό και την **ορμονοθεραπεία** στη συνέχεια που πάντως περιέχει και στοιχεία συντηρητικής θεραπείας.

Χημειοθεραπεία

Η θεραπεία αυτή συνίσταται στη χορήγηση ενός συνδυασμού αντικαρκινικών φαρμάκων, συχνά τριών μαζί. Ο βασικός στόχος των φαρμάκων αυτών είναι ο εντοπισμός και η εξουδετέρωση των καρκινικών κυττάρων. Δυστυχώς τα φάρμακα αυτά δεν έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν ειδικά τα καρκινικά κύτταρα με συνέπεια να εξουδετερώνουν και άλλα κύτταρα όπως του

αίματος και του μυελού των οστών που είναι ιδιαίτερα σημαντικός ιστός του σώματος διότι παράγει τα αιμοσφαίρια και τα λεμφοκύτταρα που μάχονται για το αμυντικό σύστημα της ασθενούς.

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από τον τύπο της νεοπλασίας, από το χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός για να ανταποκριθεί θετικά στη χημειοθεραπεία, από το πώς η ασθενής θα αντιμετωπίσει τις παρενέργειες, από το εάν συνυπάρχουν άλλες παθήσεις και από το είδος τους (ηπατική βλάβη, καρδιακή ανεπάρκεια κ.α.).

Η χημειοθεραπεία μπορεί να έχει δυσάρεστες και βέβαια ανεπιθύμητες συνέπειες, όπως ναυτία, εμέτους, διάρροια, τριχόπτωση. Στην πραγματικότητα μπορεί να μην εκδηλωθούν όλες οι παραπάνω συνέπειες. Μερικά αντικαρκινικά φάρμακα προκαλούν ελάχιστη ή και καθόλου τριχόπτωση και τα φάρμακα κατά της ναυτίας που χορηγούνται μαζί με τη χημειοθεραπεία αποδεικνύονται πολύ αποτελεσματικά. Μία από τις λιγότερο γνωστές παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι η πρόκληση πρόωρης εμμηνόπαυσης λόγω των επιπτώσεων της χημειοθεραπείας στην παραγωγή ορμονών από τις ωοθήκες. Συνήθως η περίοδος θα επανέλθει στις ασθενείς μετά το πέρας της χημειοθεραπείας αλλά ακόμη και τότε η εμμηνόπαυση μπορεί να επισπευσθεί κατά αρκετά χρόνια. Επίσης, μία παρενέργεια της χημειοθεραπείας είναι αυτό που αποκαλείται «χημειοεγκέφαλος» (“chemobrain”) ¹⁵ και που συνίσταται σε αλλαγές στο γνωστικό πεδίο τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά τη θεραπεία του καρκίνου. Γυναίκες που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία επεσήμαναν το πρόβλημα

πρώτες και στη συνέχεια ερευνητές βρήκαν ότι η χημειοθεραπεία μπορεί να επηρεάσει τις γνωστικές δυνατότητες με διάφορους τρόπους, όπως: Να δυσκολεύεται να βρεί τη σωστή λέξη σε συζήτηση, να έχει μικρές διαλείψεις στη μνήμη, να μην μπορεί να κάνει συγχρόνως δύο ενέργειες (π.χ. να ετοιμάζει το φαγητό και συγχρόνως να μιλά με κάποιο πρόσωπο), να δυσκολεύεται να μάθει καινούρια πράγματα κ.α. 1,2,15

Ο Νοσηλευτής ως μέλος της Διεπιστημονικής ομάδας έρχεται σε άμεση επαφή με την ασθενή αλλά και με τις ανεπιθύμητες παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Αφού βεβαιωθεί ότι η ασθενής έχει ενημερωθεί για τις πιθανές παρενέργειες πριν της χημειοθεραπείας ο Νοσηλευτής θα δώσει στην ασθενή να κατανοήσει ότι οι δυσάρεστες αυτές επιπτώσεις είναι αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας και ότι μετά το πέρας της θα επανέλθει στα φυσιολογικά της επίπεδα.

Η φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης των φαρμάκων της χημειοθεραπείας πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο και εάν είναι δυνατόν από ειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ή φαρμακοποιό(κάτω από ειδικές συνθήκες) για την αποφυγή ανεπιθύμητων παρενεργειών σε βάρος της ασθενούς. Ο νοσηλευτής εκπαιδεύει την ασθενή και την ενημερώνει για τη χημειοθεραπεία ενθαρρύνοντάς την να αντιμετωπίσει τυχόν ανεπιθύμητες παρενέργειες και για το πώς θα μπορέσει να τις εμποδίσει ή να τις μειώσει. Διδάσκει την ασθενή πώς να αναγνωρίζει σημεία και συμπτώματα φλεγμονής ή αιμορραγίας. Ο Νοσηλευτής πέραν των παραπάνω θα πρέπει να ακολουθεί την όλη διαδικασία ως προς τη

διενέργεια της χημειοθεραπείας όπως απαιτεί η ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη και εκπαίδευση αλλά και τα όσα έχει διδαχθεί από την κλινική εμπειρία του.

Κατά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας γίνεται ομαδική προσέγγιση της ασθενούς(από Νοσηλεύτη, Γιατρούς, Ψυχολόγο, Διαιτολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό) και καταβάλλεται προσπάθεια για την ανάπτυξη ενός θεραπευτικού προγράμματος για τη βοήθεια της ασθενούς που την απασχολούν σωματικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά θέματα.

Συνηθέστερες Παρενέργειες από τη χημειοθεραπεία

Λευκοπενία δηλ. μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα.

Ο Νοσηλεύτης θα πρέπει να ενημερώσει την ασθενή ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή και ότι θα πρέπει να ζει σε καθαρό και υγιεινό περιβάλλον προκειμένου να αποφευχθούν οι λοιμώξεις. Ο Νοσηλεύτης εξηγεί στην ασθενή τα συμπτώματα της λευκοπενίας που είναι αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ρίγη, βήχας, οίδημα ή ερυθρότητα, συχνότητα ούρησης, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και λαμβάνει όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας της ασθενούς που επιβάλλουν οι νοσηλευτικοί κανόνες και η κλινική πρακτική (π.χ. απολύμανση, χορήγηση αντιβιοτικών με εντολή γιατρού κα.)¹

Θρομβοπενία δηλ. μείωση αιμοπεταλίων με αποτέλεσμα ένα μικρό τραύμα να προκαλεί αιμορραγία ή αιμάτωμα.¹

Ο νοσηλεύτης θα πρέπει να παρακολουθεί το αιμοπετάλια από τις εξετάσεις που κάνει η ασθενής (φυσιολ.τιμές 200.000-300.000/mm και εφόσον η ασθενής έχει αιμοπετάλια κάτω των 50.000/mm πρέπει να νοσηλευθεί σε

νοσοκομείο. Επίσης θα πρέπει, μεταξύ άλλων, να παρακολουθεί τα κόπρανα και τα ούρα για αίμα, το δέρμα για αιματώματα και να ελέγχει για ρινο-ουλορραγίες. Πλέον αυτών ο νοσηλευτής δίνει συμβουλές στην ασθενή να αποφεύγει τις αθλοπαιδιές για το φόβο των τραυματισμών, να φροντίζει για τη στοματική υγιεινή, να είναι ιδιαίτερα προσεκτική κατά τη χρησιμοποίηση μαχαιριών ή κοφτερών εργαλείων και γενικά να μη προβαίνει σε ενέργειες που μπορεί να την τραυματίσουν.

Αναιμία δηλαδή μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων ¹

Προσ απαιτούμενο στη χημειοθεραπεία είναι η γνώση των τιμών των ερυθρών αιμοσφαιρίων και του αιματοκρίτη της ασθενούς. Η μετάγγιση αίματος είναι γρήγορος τρόπος αντιμετώπισης της αναιμίας και είναι σκόπιμο να υπάρχουν από την αρχή της θεραπείας κατατεθειμένες στην τράπεζα αίματος κάποιες μονάδες αίματος για την ασθενή.

Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα

Αποτελεί τη συνηθέστερη παρενέργεια της χημειοθεραπείας και εμφανίζεται υπό μορφή ναυτίας και εμέτου, διάρροιας και στοματίτιδας. ¹

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τη συχνότητα των **εμέτων**, τη θρέψη της ασθενούς, την ανορεξία ή την αποστροφή στην τροφή που μπορεί να έχει. Μπορεί για να προλάβει τον έμετο με το να χορηγήσει με εντολή γιατρού πριν την έναρξη της θεραπείας αντιεμετικά φάρμακα, ή με το να χορηγήσει το χημειοθεραπευτικό στην ασθενή με άδειο στομάχι ή την ώρα που η ασθενής θα κοιμηθεί. Αποφεύγονται φαγητά με έντονα αρώματα, τα γλυκά, τα τηγανητά, οι

λιπαρές τροφές, τα υγρά κ.α. Σε περίπτωση που παρά τα μέτρα η ασθενής αισθανθεί **ναυτία** και τάση προς **έμετο** ο Νοσηλευτής την ενθαρρύνει να αναπνέει βαθιά από το στόμα.

Εάν εμφανισθεί **διάρροια** λύση δίνουν οπωσδήποτε τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα σε σοβαρές καταστάσεις που διαταράσσονται οι ηλεκτρολύτες. Ο Νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθεί το χρώμα, την ποσότητα και τις προσμίξεις της κένωσης, την ασθενή μήπως εμφανίσει συμπτώματα αφυδάτωσης που σημαίνει διαταραχή ηλεκτρολυτών και τη συχνότητα των συσπάσεων των κοιλιακών μυών. Όλα τα παραπάνω μπορεί να τα προλάβει περιορίζοντας την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο της ασθενούς, αποφεύγοντας τροφές που μπορεί να προκαλέσουν σπασμό, όπως καφέ, πικάντικα, όσπρια, ξηρούς καρπούς, γλυκά, χορταρικά, φρούτα, κουνουπίδι κ.α. και τέλος χορηγεί υδρική δίαιτα για να αποφεύγονται οι έντονες συσπάσεις του εντέρου. Επίσης ο Νοσηλευτής αντιμετωπίζει τη διάρροια με χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με εντολή γιατρού. Χορηγεί άφθονα υγρά στην ασθενή σε αντικατάσταση των απολεσθέντων(π.χ. νερό, σούπα, χυμοί φρούτων, τσάι) αλλά και τροφές που περιέχουν κάλιο όπως μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες κ.α. 1

Η **στοματίτιδα**(ατροφία και λέπτυνση του βλεννογόνου του στόματος) εμφανίζεται περίπου επτά ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία και είναι επώδυνη. Ο Νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της λαμβάνοντας το Οδοντιατρικό ιστορικό της ασθενούς(εάν έχει οδοντοστοιχία, ιστορικό ουλίτιδων ή στοματίτιδας, εάν καπνίζει η ασθενής), εξηγώντας στην ασθενή τί είναι η

στοματίτιδα, ενθαρρύνοντάς την να προσέχει σχολαστικά και μεθοδικά το στόμα της, να βουρτσίζει τα δόντια και τα ούλα της με μαλακή οδοντόβουρτσα, να αλείφει τα χείλη της συχνά με βούτυρο του κακάο ή βαζελίνη, να πίνει άφθονα υγρά, να προσπαθεί να τρώει μαλακές και κρύες τροφές κ.ο.κ. Εφόσον εμφανισθεί στοματίτιδα ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγχει συχνά την κατάσταση του στοματικού βλεννογόνου, να καθαρίζει 3-4 φορές την ημέρα τη στοματική κοιλότητα με φυσιολογικό ορό, να χορηγεί λευκή(δηλαδή τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες) και χλιαρή τροφή στην ασθενή και να χρησιμοποιεί διάφορα διαλύματα με εντολή γιατρού για την επούλωση της πληγής στο στόμα. ¹

Εάν εμφανισθεί **αλωπεκία**, δηλαδή πτώση των τριχών, αυτό είναι προσωρινό και αφού ολοκληρωθεί το θεραπευτικό σχήμα το τριχωτό της κεφαλής επανέρχεται. ^{1,2,12} Αλωπεκία συμβαίνει συνήθως 2-3 εβδομάδες από την αρχική δόση. Σήμερα, το φαινόμενο της αλωπεκίας εξαιτίας της χημειοθεραπείας έχει ελαχιστοποιηθεί έως εξαφανισθεί. Η πτώση των τριχών είναι πολύ πιθανό να επηρεάσει ψυχολογικά σε σημαντικό βαθμό την ασθενή αφού αλλάζει εντελώς το παρουσιαστικό της. Ο Νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα αλλά και την υποχρέωση να εξηγήσει στην ασθενή τί είναι η αλωπεκία, ότι τα μαλλιά θα ξαναβγούν μετά τη λήξη της θεραπείας, προσπαθεί να κατανοήσει η ασθενής την αναγκαιότητα της χημειοθεραπείας και λαμβάνει την έγγραφη δήλωσή της ότι έχει ενημερωθεί για την τριχόπτωση και ότι συμφωνεί για τη χημειοθεραπεία.

ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έχει αποδειχθεί ότι σωστή και επαρκής διατροφή που είναι πλούσια σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες βοηθούν την ασθενή να ανταποκριθεί καλύτερα στη θεραπεία. Αυτό σημαίνει ότι ο Νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίζει ώστε η ασθενής να ακολουθεί διαιτολόγιο που περιλαμβάνει καθημερινά

- φρούτα και λαχανικά(σαλάτες, βραστά λαχανικά, ωμά ή βραστά φρούτα) που παρέχουν στην ασθενή τις απαραίτητες βιταμίνες και τα μεταλλικά στοιχεία
- πουλερικά, ψάρια και κρέας που παρέχουν τόσο πρωτεΐνες όσο και βιταμίνες.
- Ψωμί και δημητριακά που παρέχουν πρωτεΐνες, βιταμίνες και υδατάνθρακες.
- Γαλακτοκομικά προϊόντα όπως τυρί, γιαούρτι κ.α. που παρέχουν ασβέστιο, πρωτεΐνες και βιταμίνες. 1

Ακτινοθεραπεία

Είναι μία μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού με βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων αν και δημιουργεί αναπόφευκτα ελαφριά βλάβη και σε άλλους φυσιολογικούς ιστούς που συγχρόνως ακτινοβολούνται. 1,2

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κύριο μέσο θεραπείας όταν δεν γίνεται εγχείρηση ή μετεγχειρητικά ως συμπληρωματική θεραπεία της εγχείρησης.

Έχει αποδειχθεί ότι η ακτινοθεραπεία ωφελεί τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μερική μαστεκτομή ενώ είναι απαραίτητη μόνο στο 25% των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή.

Η ακτινοθεραπεία διαρκεί περίπου 4-5 εβδομάδες και η όλη διαδικασία διαρκεί λίγα μόνο λεπτά κάθε φορά και είναι ανώδυνη. Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει την ασθενή για το τί είναι η ακτινοθεραπεία, ότι μερικές ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας μπορεί το δέρμα να εμφανίσει εικόνα εγκαύματος ή αλλαγή στη χροιά.. Ο Νοσηλευτής συστήνει στην ασθενή να ενυδατώνει το σημείο με κρέμες και να αποφεύγει να εκτίθεται στην ηλιακή ακτινοβολία.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ (ΘΕΡΑΠΕΙΑ)

Η χειρουργική επέμβαση αποβλέπει στην εκρίζωση της πρωτοπαθούς εστίας και στην αφαίρεση μεταστατικών περιοχών λεμφαδένων.

Μερική μαστεκτομή

Όταν ο όγκος είναι μικρότερος των 4 εκατοστών ο χειρουργός συνήθως αφαιρεί τον όγκο μαζί με μία μικρή ποσότητα περιβάλλοντος αδένα (μερική μαστεκτομή). 1,2

Όταν ο όγκος είναι μεγαλύτερος των 4 εκατοστών η μερική μαστεκτομή δεν ενδείκνυται. Στην πραγματικότητα περίπου ένας στους τρεις όγκους του μαστού δεν μπορεί να αφαιρεθεί με μερική μαστεκτομή και αντιμετωπίζεται καλύτερα με **ολική μαστεκτομή** κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός περιλαμβανομένης συνήθως και της θηλής. Οι χειρουργικές τεχνικές έχουν βελτιωθεί θεαματικά τα τελευταία χρόνια και δεν αφήνει πλέον προβλήματα τόσο

στην εμφάνιση όσο και στη δυνατότητα χρήσης του αντίστοιχου χεριού. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο γιατρός παρά το γεγονός ότι ο όγκος είναι μικρότερος των 4 εκατοστών θα συστήσει **ολική μαστεκτομή**, οι κυριότερες των οποίων είναι:

- Όταν υπάρχει πάνω από ένας όγκος στο μαστό, αφού από έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχει αποδειχθεί ότι ακόμη και εάν αφαιρεθούν όλοι οι όγκοι υπάρχουν πολλές πιθανότητες να αναπτυχθούν αργότερα άλλοι καρκινικοί όγκοι σε άλλα σημεία του μαστού.
- Όταν ο καρκίνος βρίσκεται ακριβώς κάτω από τη θηλή, κάτι που σημαίνει ότι θα πρέπει να αφαιρεθεί έτσι και αλλιώς και η θηλή. Στην περίπτωση αυτή είναι προτιμότερο να αφαιρεθεί ολόκληρος ο μαστός και να αναπλασθεί.
- Εάν η μερική μαστεκτομή δεν απέδωσε και παρέμειναν στο μαστό κάποια καρκινικά κύτταρα. Δεύτερη επέμβαση μπορεί να σημαίνει και ολική μαστεκτομή.
- Μερικές φορές ο ιστός που περιβάλλει τον όγκο μπορεί να μην είναι φυσιολογικός και να γίνεται καρκινώδης. Αν είναι αδύνατον να αφαιρεθεί όλος αυτός ο ιστός με μία ευρεία τομή η ολική μαστεκτομή μπορεί να είναι η ασφαλέστερη επιλογή. 1,2

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εάν τα στοιχεία του καρκίνου του μαστού είναι τέτοια που για να θεραπευθεί ο καρκίνος ή να περιορισθεί η έκταση του επιλέγεται η χειρουργική επέμβαση, η

οποία μπορεί ως αποτέλεσμα να έχει είτε κάποια παραμόρφωση του μαστού είτε και την αφαίρεσή του, τότε η προοπτική και μόνο αυτών των αποτελεσμάτων είναι ενδεχόμενο να δημιουργήσουν άγχος, φόβο και πανικό στην ασθενή. Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμήσει την όλη κατάσταση που αφορά στη στάση της ασθενούς στην επέμβαση και στα αποτελέσματά της, στην αντίδρασή της στη διάγνωση και στους σκοπούς και στόχους της επέμβασης αλλά και στους φόβους της και στις ανησυχίες της για την επόμενη ημέρα. Θα πρέπει να πληροφορήσει την ασθενή για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του μαστού της. Προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα που το συγκεκριμένο είδος της επέμβασης μπορεί να έχει στο σώμα της ασθενούς. Εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές αλλά και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς. Εκτιμά το επίπεδο άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείριση και τα αποτελέσματά της καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο. Προσδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς για την εγχείριση, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν. Πληροφορεί την ασθενή λαμβάνοντας υπόψη την ικανότητα της ασθενούς να κατανοήσει και να ανταποκριθεί στη γνώση των θεραπευτικών διαδικασιών. ¹

Ψυχολογική προετοιμασία της ασθενούς από το Νοσηλευτή

Ο Νοσηλευτής στηρίζει την ασθενή προσπαθώντας να εξαφανίσει τους φόβους της, λέγοντάς της ότι ακόμα και σε περίπτωση που διαπιστωθεί καρκίνος, η επιστήμη έχει προχωρήσει σε εξαιρετικά καλό σημείο και μπορεί να

αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τη νόσο, ότι το ιατρικό προσωπικό θα εκπληρώσει στο ακέραιο το καθήκον του με τον καλύτερο επιστημονικό τρόπο. 1

Η αναπηρία που συνεπάγεται η αφαίρεση τμήματος ή και ολόκληρου του μαστού επηρεάζει την ασθενή ως προς την εκτίμηση προς τον εαυτό της, της προκαλεί **ψυχικό τραύμα** και έχει ιδιαίτερα **αρνητικές επιπτώσεις** στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή της. **Ο Νοσηλευτής προκειμένου να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την κατάθλιψη που μια ενδεχόμενη αναπηρία μπορεί να προκαλέσει:**

- Ξεναγεί την ασθενή στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης
- Εξηγεί στην ασθενή το ρόλο των μηχανημάτων, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν
- Πληροφορεί την ασθενή ως προς την παραμονή της στο νοσοκομείο, την χειρουργική επέμβαση και τη μετεγχειρητική της πορεία
- Τείνει ευήκοον ους στην ασθενή, προσπαθώντας να ακούσει τις αγωνίες, τις ανησυχίες και τους φόβους της, απαντώντας, διευκρινίζοντας και ενημερώνοντάς της για κάθε θέμα που θα χρειασθεί.
- Δείχνει στην ασθενή ασκήσεις βήχα και βαθιών αναπνοών απαραίτητων στη συγκεκριμένη φάση, ανακούφισης του πόνου, λήψης αναπνευστικών στάσεων κ.α.
- Ενθαρρύνει την ασθενή να συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με τη θεραπεία της

- Λύνει απορίες της ασθενούς και διευκρινίζει θέματα που πιθανόν δεν έγιναν σαφή σε αυτήν. 1

Ψυχική ένταση, άγχος, αγωνία, φόβος και ανησυχία είναι τα συναισθήματα που κατακλύζουν την ασθενή όσο χρόνο αναμένει την εγχείριση.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνομιλεί με την ασθενή, να την εξηγεί την αναγκαιότητα της επέμβασης αλλά και να την ενθαρρύνει προκειμένου να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία την επέμβαση. **Η επέμβαση στο μαστό θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από την ασθενή ως εφελτήριο νέων δραστηριοτήτων και ευκαιριών για ζωή και όχι ως τέρμα.**

Το φάσμα του σωματικού πόνου και του θανάτου προκαλεί ad hoc έντονη ψυχική δοκιμασία, ταλαιπωρία και απελπισία στην ασθενή.
Ερωτήσεις του τύπου: - Μπορεί να πεθάνω;; - Ποιο το όφελος να υποβληθώ στην ταλαιπωρία της επέμβασης; - Θα γίνω καλά, ή απλώς βασανίζομαι; είναι πολύ συνηθισμένες από ασθενείς.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να βεβαιώσει την ασθενή ότι λόγω της ολικής αναισθησίας δεν θα αισθανθεί κατά την επέμβαση πόνο και ότι ο οποίος πόνος εμφανισθεί μετά την επέμβαση θα αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με αναλγητικά φάρμακα. Παράλληλα, βεβαιώνει την ασθενή ότι θα γίνει το καλύτερο στην περίπτωση της και θα ήταν εξαιρετικά ωραίο να αναφέρει στην ασθενή από την πείρα του περιπτώσεις γυναικών που μετά τη μαστεκτομή θεραπεύθηκαν οριστικά επειδή η εγχείριση έγινε εγκαίρως. 1

Τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς θα πρέπει να λάβουν από το νοσηλευτή την κατάλληλη ψυχολογική στήριξη και φροντίδα. Ο νοσηλευτής πρέπει να πληροφορεί τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς για την κατάστασή της, να απαντά σε ερωτήσεις τους και να τους βοηθά να κατανοούν τα συναισθήματά της. Η οικογένειά της θα πρέπει να συμμετέχει στην ψυχολογική στήριξη της ασθενούς με τέτοιο τρόπο που να βεβαιώνεται η ασθενής ότι η όποια επέμβαση και αφαίρεση του μαστού δεν συνεπάγεται αυτοδικαίως και απώλεια της θηλυκότητάς ή της σεξουαλικότητάς της.

Μετεγχειρητική φροντίδα

Ο Νοσηλευτής καθοδηγεί την ασθενή ως προς την φροντίδα που θα πρέπει να επιδείξει μετά την εγχείριση. Δηλαδή ο νοσηλευτής:

- Καθοδηγεί την ασθενή να παρακολουθεί το μαστό της για εμφάνιση φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και σε περίπτωση εμφάνισης να τις αναφέρει στο γιατρό αμέσως και να αποφεύγει τους τραυματισμούς του μαστού
- Διδάσκει την ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής
- Συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει την έντονη αθλητική δραστηριότητα για ένα διάστημα 6-8 εβδομάδων μετά την εγχείριση
- Προτρέπει την ασθενή να ασχοληθεί σταδιακά με διάφορες δουλειές όπως π.χ. του σπιτιού μετά την πάροδο 3-4 εβδομάδων από την επέμβαση.
- Ο Νοσηλευτής προσέχει ιδιαίτερα την ασθενή για σημεία κατάθλιψης που οφείλονται στην παραμόρφωση ή την αφαίρεση του μαστού. 1

Προετοιμασία πριν την εγχείρηση

Ο Νοσηλευτής πριν την επέμβαση:

- Διαπιστώνει τις φυσικές και θρεπτικές ανάγκες της ασθενούς και αντιμετωπίζει το πρόβλημα
- Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας αίματος της ασθενούς
- Εξασφαλίζει αίμα
- Χορηγεί στην ασθενή με εντολή του Αναισθησιολόγου την παραμονή της επέμβασης φάρμακα προνάρκωσης
- Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου
- Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου
- Δίνεται στην ασθενή ελαφρύ δείπνο την παραμονή της επέμβασης

Κατά την ημέρα της επέμβασης ο Νοσηλευτής:

- Καταγράφει τα ζωτικά σημεία της ασθενούς και εάν εμφανίζεται πυρετός ενημερώνει αμέσως το γιατρό.

- Συνιστά στην ασθενή να κενώσει την κύστη της
- Αφαιρεί τα κοσμήματα και άλλα ξένα σώματα(μάτι-χέρι-πόδι- τεχνητές

οδοντοστοιχίες) και φυλάσσονται από την προϊσταμένη

- Τοποθετεί ταυτότητα χειρός με τα στοιχεία της ασθενούς, η οποία φορά ρούχα χειρουργείου και με φορείο οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελο(ιατρικό και νοσηλευτικό)

Ο Νοσηλευτής θεωρείται ότι προσέγγισε θετικά την εάν η ασθενής αποδέχεται την αναπηρία της. Εάν είναι αποφασισμένη να συμφιλιωθεί με την

αναπηρία της και να ζήσει μαζί της. Εάν πιστεύει ότι η ζωή της θα συνεχισθεί και μετά την επέμβαση εξίσου ενδιαφέρουσα με την πριν τη διάγνωση ζωής της. Και τέλος εάν με αισιοδοξία, ελπίδα, θάρρος αλλά και με εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προχωρήσει στην όλη επιχείρηση της αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. 1

Μετεγχειρητικά Φροντίδα-επιπλοκές

Η μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς ξεκινά με την επιστροφή της ασθενούς από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα και είναι πολύπλευρη, πολυμερής, θεωρείται δε από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες του νοσηλευτή. Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που ενδεχόμενα εμφανισθούν και να προλάβει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές. 1

Προβλήματα που συνήθως εμφανίζονται είναι:

Πόνος

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στη μαστεκτομή ο πόνος οφείλεται αφενός στη τομή που έχει γίνει αφετέρου στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς λόγω της τοποθέτησης των επιδέσμων, του ορού και των συσκευών παροχέτευσης. Ο νοσηλευτής:

- Χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά φάρμακα στην ασθενή και παρακολουθεί τα αποτελέσματα
- Τοποθετεί την ασθενή σε θέση ανασηκωμένη θέση για να διευκολύνει την αναπνοή

- Με μαξιλάρια τοποθετεί τον αγκώνα ψηλότερα από τον ώμο και την άκρα χείρα ψηλότερα από τον αγκώνα
- Αποφεύγει να μετακινεί την ασθενή από τους ώμους και μετακινεί όταν απαιτείται το σύστοιχο προς τη μαστεκτομή άκρο με ήρεμες κινήσεις
- Διδάσκει την ασθενή πώς να αναπνέει και να βήχει ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου προκειμένου να αποβάλει τα πτύελα και να αποφευχθεί η εμφάνιση υποστατικής πνευμονίας. Επίσης τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα
- Ενθαρρύνει την ασθενή να σηκωθεί από το κρεβάτι από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική ημέρα. Τότε ο βραχίονας της προσβεβλημένες πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο 1

Αιμορραγία

Ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση γι' αυτό μετά τη μαστεκτομή υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Ο νοσηλευτής:

- Παρακολουθεί τουλάχιστον κάθε 2 ώρες το επιδεσμικό υλικό τις αμέσως επόμενες από την επέμβαση ημέρες
- Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό στην πλάτη διότι έχει παρατηρηθεί το αίμα να ρέει προς τα πίσω και το επιδεσμικό υλικό στο τραύμα να παραμένει καθαρό
- Παρακολουθεί τακτικά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες γιατί οι παράμετροι αυτοί είναι πολύτιμοι δείκτες για τη διαπίστωση

αιμορραγίας(αρτηριακή πίεση χαμηλή, άτακτες και κοφτές αναπνοές κ.α.)

- Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος που πρέπει να αδειάζονται πριν γεμίσουν τελείως.
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών αλλά και για τη θερμοδική κάλυψη.
- Εκτιμά αλλαγές διανοητικού επιπέδου της ασθενούς(σύγχυση, μειωμένη συνείδηση κ.α.) που μπορεί να σημαίνουν έλλειψη αιμάτωσης του εγκεφάλου
- Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας και στην περίπτωση αυτή προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος. 1

Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής

Ο νοσηλευτής φροντίζει το τραύμα που προκλήθηκε από την αφαίρεση του μαστού, δηλαδή:

- Προχωρεί σε ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα
- Κάνει ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο του κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (μετά από εντολή του γιατρού).

Ο νοσηλευτής ελέγχει το τραύμα για την εμφάνιση φλεγμονής, ελέγχοντας τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας), παρατηρώντας την τομή για τοπική αύξηση θερμοκρασίας, οίδημα, εμφάνιση πύου και

ενημερώνοντας γι' αυτά τον γιατρό. Επίσης ο νοσηλευτής ελέγχει το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή και σημειώνει και αναφέρει στο γιατρό παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή για ευαισθησία. 1

Ανάπλαση του μαστού

Εάν αποφασισθεί η ολική μαστεκτομή, είναι πολύ πιθανό η ασθενής από κοινού με τον χειρουργό να αποφασίσει την υποβολή της- ταυτόχρονα πλέον σήμερα με την επέμβαση της αφαίρεσης του μαστού- σε επέμβαση ανάπλασης του μαστού. Η επέμβαση αυτή είναι συχνά πιο επιτυχής εάν πραγματοποιηθεί αμέσως (βοηθά άμεσα ψυχολογικά την ασθενή) παρά εάν αναβληθεί για αργότερα. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι η άμεση ανάπλαση του μαστού αυξάνει τις πιθανότητες υποτροπής της νόσου. Η ανάπλαση γίνεται συνήθως με εισαγωγή ενός εμφυτεύματος κάτω από το δέρμα. Τα περισσότερα εμφυτεύματα αποτελούνται από ένα πλαστικό κάλυμμα ή περίβλημα γεμάτο σιλικόνη. 1,2

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ένα πλεονέκτημα των φαρμάκων έναντι των υπολοίπων μορφών θεραπείας είναι ότι τα φάρμακα φθάνουν σε όλα τα σημεία του σώματος και μπορούν να δράσουν στα καρκινικά κύτταρα που έχουν εξαπλωθεί αλλά σε τόσο μικρές ποσότητες που δεν μπορούν να ανιχνευθούν. Τα φάρμακα έτσι μπορούν να εμποδίσουν την υποτροπή του καρκίνου για μήνες ή ακόμη και για χρόνια μετά τη θεραπεία. Εάν όταν γίνει η πρώτη διάγνωση ο καρκίνος έχει ήδη κάνει μετάσταση τα φάρμακα μπορεί να αποτελέσουν τον μόνο πρακτικό τρόπο

καταπολέμησής του. Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται για τον καρκίνο του μαστού είναι δύο βασικές κατηγορίες: οι ορμόνες και η χημειοθεραπεία. 1, 2

ΟΡΜΟΝΕΣ

Οι περισσότεροι καρκινικοί όγκοι στο μαστό είναι ορμονοεξαρτώμενοι ιδιαίτερα από τα **οιστρογόνα**. Επίσης ο καρκίνος του μαστού επηρεάζεται και από τα **προγεσταγόνα** (φυσικές ορμόνες). Όταν τα προγεσταγόνα χορηγούνται στην ασθενή σε υψηλές δόσεις μπορούν να συρρικνώσουν τους όγκους το ίδιο αποτελεσματικά με τους λοιπούς ορμονικούς χειρισμούς, όπως η μείωση των οιστρογόνων ή η χρήση αντιοιστρογόνων. Μέσω μίας χημικής εξέτασης που γίνεται σε δείγματα του όγκου που έχει αφαιρεθεί για βιοψία, μπορεί να διαπιστωθεί εάν ο όγκος είναι ορμονοεξαρτώμενος. Τα περισσότερα καρκινώματα του μαστού είναι εξαρτώμενα από τα οιστρογόνα. 2

Οιστρογονοεξαρτώμενοι όγκοι. Περίπου 2 στις 3 γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση έχουν οιστρογονοεξαρτώμενους όγκους ενώ το ποσοστό μειώνεται στο 1 στις 3 στις νεώτερες γυναίκες. Αυτά τα ορμονοεξαρτώμενα καρκινικά κύτταρα έχουν στην επιφάνειά τους υποδοχείς που αντιδρούν στα οιστρογόνα και κάνουν τα κύτταρα να πολλαπλασιάζονται πιο γρήγορα. Η **ταμοξιφαίνη** είναι ένα φάρμακο που ανταγωνίζεται τη δράση των οιστρογόνων στον όγκο, η συμβολή της είναι πολύ σημαντική, σε άλλες ασθενείς καταστρέφει τον όγκο και σε άλλες προλαμβάνει την περαιτέρω ανάπτυξή του. Η μόνη ανεπιθύμητη παρενέργεια της ταμοξιφαίνης είναι ότι μπορεί να διπλασιάσει την επίπτωση καρκίνου του ενδομητρίου στα τοιχώματα της μήτρας, ο κίνδυνος

αυτός πάντως είναι πολύ χαμηλός εάν η χορήγηση της ταμοξιφαίνης σταματήσει μέσα σε 5 χρόνια. 1,2

Τα τελευταία χρόνια έχουν κυκλοφορήσει για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού νέα φάρμακα που αποκαλούνται **αναστολείς της αρωματάσης** και τα οποία έχουν αποδειχθεί πολύ αποτελεσματικά. Χρησιμοποιούνται στις γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση και αναστέλλουν την παραγωγή οιστρογόνων. Αναστέλλοντας την παραγωγή των οιστρογόνων στερούν τυχόν καρκινικά κύτταρα του μαστού από τα οιστρογόνα που δρουν διεγερτικά. Τέλος για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού χρησιμοποιούνται και τα **προγεσταγόνα** συχνά μετά την αρχική θεραπεία με ταμοξιφαίνη ή μετά την αποτυχία κάποιου από τους νέους αναστολείς της αρωματάσης. Η δράση των προγεσταγόνων είναι πολύπλοκη αλλά για τα φάρμακα αυτά αναφέρεται ένα πολύ καλό ποσοστό επιτυχίας στο έλεγχο της νόσου για πολλά χρόνια. Το άσχημο των προγεσταγόνων είναι ότι εμφανίζονται πολλές παρενέργειες. 2

Νοσηλευτική παρέμβαση

Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει και να πληροφορήσει την ασθενή για τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας που μπορεί να είναι προσωρινή ερυθρότητα, οίδημα ή εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων ή αύξηση του μεγέθους του όγκου, αύξηση του σωματικού βάρους, εξάψεις, αρρενοποίηση. Επίσης εκδήλωση έντονου οστικού πόνου ή υπερασβεσταιμία η οποία δεν είναι πολύ συχνή και που εκφράζεται με μείωση της μνήμης και της

προσοχής, ναυτία, πολυδιψία, πολυουρία, δυσκοιλιότητα κ.α. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να καταλάβει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της ορμονοθεραπείας. ¹

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η εισαγωγή ή η παραμονή της ασθενούς σε νοσοκομείο δεν είναι πάντοτε απαραίτητη. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί αν όχι επιβάλλεται να παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα μέσα στον φυσικό χώρο της ασθενούς, στο σπίτι της. Σε αυτό συντείνουν: α) η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών ιδιαίτερα στην Ελλάδα, β) ο περιορισμός των ημερών νοσηλείας της ασθενούς που συνεπάγεται και την οικονομική ελάφρυνση της, γ) η βελτίωση της ψυχικής κατάστασης της ασθενούς αφού βρίσκεται σε οικείο περιβάλλον, δ) η ελαχιστοποίηση των ημερών που η ασθενής απέχει από την εργασία της. ^{1,3}

Η νοσηλεία στο σπίτι αποσκοπεί στο να μη χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες (όπως περιοδική παρακολούθηση κ.α.), στο να διαμορφώνονται βασικές νοσηλευτικές δυνατότητες στο σπίτι με κατάλληλη εκπαίδευση τόσο της ίδιας της ασθενούς προκειμένου να αυτοεξηπηρετείται όσο και των υπολοίπων μελών της οικογένειας της ασθενούς από το νοσηλευτή, στο να δημιουργείται η πεποίθηση στην ασθενή ότι πηγαίνοντας σπίτι της δεν εγκαταλείπεται αλλά συνεχίζεται η παρακολούθησή της και τέλος στο να παραμένει η ασθενής στο ζεστό οικογενειακό της περιβάλλον.

Πώς προσφέρεται η νοσηλεία στο σπίτι

Η νοσηλεία στο σπίτι εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τις δυνατότητες του νοσηλευτή και την ευσυνειδησία του. Ο νοσηλευτής που θα αναλάβει τη νοσηλεία στο σπίτι θα πρέπει να έχει αλτρουισμό, ανεπτυγμένο αίσθημα του καθήκοντος, καλή επικοινωνία, ευαισθησία.

Στις περιπτώσεις των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ο νοσηλευτής παρέχει ψυχική υποστήριξη στην ασθενή και στην οικογένειά της, βοηθά την ασθενή στο να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές εργασίες της αλλά και στις απαιτήσεις της οικογένειάς της, προτρέπει και διδάσκει τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς στην παροχή βοήθειας στην ασθενή, που δείχνει ότι την αγαπούν, ότι συμμερίζονται το πρόβλημα και ότι είναι εκεί, μαζί της. Παροτρύνει την ασθενή στο να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, να είναι επικοινωνιακή και να μην αποξενώνεται από τους φίλους και τους γνωστούς. Ελέγχει το διαιτολόγιο της ασθενούς έτσι ώστε να είναι ισορροπημένο και να βοηθά στην επανάκαμψη του οργανισμού. Ενθαρρύνει την ασθενή και την ελέγχει στην διενέργεια των ασκήσεων που είναι απαραίτητες. Δεν παραλείπει να περιποιείται τις πρώτες ημέρες το τραύμα και να το ελέγχει για σημάδια φλεγμονής. Τέλος φροντίζει ώστε η ασθενής να υποβάλλεται στην ενδεδειγμένη θεραπεία όπως χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία κ.α. 1,3

Η νοσηλεία στο σπίτι δυστυχώς βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο στην Ελλάδα.

Ακολουθούν δύο διεργασίες εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς με Ca μαστού με τα αντίστοιχα νοσηλευτικά ιστορικά.

A.- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

I.- Νοσηλευτικό Ιστορικό

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς: Ε. Κ.		Ηλικία: 43		
Επάγγελμα: Οικιακά		Θρήσκευμα: Χριστιανή Ορθόδοξη		
Τοποθέτηση στο θάλαμο 301/Τομέα Χειρουργικό	Από: 10-1-2006	Τρόπος άφιξης στο νοσοκομείο: με ίδιο μέσο	Ημερομηνία: 10-1-2006	Ώρα: 09.00
Θερμοκρασία: 37,2° C.	Σφυγμός: <input type="checkbox"/> Φ. <input type="checkbox"/> Μ.Φ.	Αναπνοές/min:	Βάρος: 65 kgr.	Ύψος: 1,60 m
Γιατρός: Γ. Κ.				

1.-Αιτία Εισαγωγής: Διάσπαρτοι όγκοι εντοπισμένοι στον αριστερό μαστό και στους αντίστοιχους μασχαλιαίους αδένες.

2.- Συμπτώματα και διάρκεια: Πόνος, Οίδημα στον αριστερό μαστό επί 15ήμερο.

3.-Προσδοκώμενος χρόνος νοσηλείας: 7 ημέρες

4.-Προσδοκίες από τη νοσηλεία: Πλήρης αποθεραπεία

5.-Προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις: Σακχαρώδης διαβήτης

6.-Αλλεργίες(σε τρόφιμα και φάρμακα): φράουλα.

-Αναπνευστικό

-Κυκλοφορικό

-Κεντρικό νευρικό

-Ενδοκρινικό

-Ουρογεννητικό

-Γαστρεντερικό

-Σωματική ανικανότητα

-Διαιτητικοί Περιορισμοί

-Μηχανικά Βοηθήματα: Δεκανίκι Μπαστούνι Οδοντοστοιχία Πρόσθετη

-Περιορισμοί Δραστηριότητας

-Αισθητήρια: Γυαλιά Φακοί Επαφής Ακουστικά

-Συναισθηματική /Ψυχιατρική

-Επίπεδο συνείδησης

-Λήψη Φαρμάκων

-Ακεραιότητα δέρματος

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Πρόβλημα: Α.-Πόνος οφειλόμενος στην εγχείριση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας: η ανακούφιση της ασθενούς και η μείωση	Πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας: Εκτίμηση του τύπου και της έντασης του πόνου.	Αποτέλεσμα: Η ασθενής γίνεται ικανή και πρόθυμη να ολοκληρώσει την κινητοποίηση και την ομάδα των ασκήσεων της
---	--	--	--

	της έντασης του πόνου Προκειμένου να ολοκληρώσει την κινητοποίηση και την ομάδα των ασκήσεων	Χορήγηση αναλγητικών μετά τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς, με εντολή γιατρού. Ελέγχεται η λειτουργικότητα των συσκευών παροχέτευσης. Ενθαρρύνεται η λήψη αναλγητικών κατά την έναρξη των ασκήσεων και την κινητοποίηση της ασθενούς.	
B.-Shock οφειλόμενο σε αναισθησία ή απώλεια αίματος	Πρόληψη αιμορραγίας και shock, η διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών	Έλεγχος ζωτικών σημείων- αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία τουλάχιστον κάθε τέταρτο τις πρώτες 3 ώρες και αφού σταθεροποιηθεί η κατάσταση της ασθενούς κάθε 3 ώρες το επόμενο 24ωρο. Ελέγχεται ο ιματισμός και το επιδεσμικό υλικό για την ανακάλυψη σημείων αιμορραγίας και στην οπίσθια πλευρά της ασθενούς. Εκτίμηση της ποσότητας του παρεχτευόμενου με τη συσκευή Hemovac αίματος ανάλογα με τη γενική κατάσταση της ασθενούς. Εξασφαλίζεται η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών έως ότου διακοπεί από το γιατρό.	Χρησιμοποίηση των ζωτικών σημείων για την έναρξη και το είδος της θεραπείας. Πρόληψη αιμορραγίας και shock. Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
Γ.-Πνευμονία οφειλόμενη σε αναισθησία	Αντιμετώπιση της πνευμονίας	Η ασθενής διδάσκεται να βήχει και να αναπνέει βαθιά. Ελέγχεται η θερμοκρασία και εκτιμάται η άνοδος της μετά την αφαίρεση των παροχτεύσεων. Κινητοποίηση. Πρώτη ημέρα εγχείρησης κινητοποίηση που έχει καθορίσει ο γιατρός.	Πρόληψη λοιμώξης. Έγκαιρη αντιμετώπιση της αύξησης της θερμοκρασίας και της αναπνευστικής δυσχέρειας ώστε να μην εξαντληθεί η

		Πρώτη μετεγχειρητική ημέρα τοποθετείται η ασθενής στην καρέκλα και ενθαρρύνεται να περπατήσει όσο μπορεί.	ασθενής. Άμεση έγερση της ασθενούς τέτοια που να της επιτρέπει να περπατά ελεύθερα μετά τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα.
Δ.- Φλεγμονή του τραύματος	Έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση φλεγμονής της	Μετά την αρχική αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού από το γιατρό ελέγχεται η τομή για ερυθρότητα, οίδημα, εμφάνιση πύου, αύξηση της θερμοκρασίας, μη σύγκλιση των χειλέων του τραύματος. Φροντίδα τομής, αλλαγή επιδεσμικού υλικού, εφαρμογή άσηπτης τεχνικής. Η τομή να διατηρείται στεγνή. Η ασθενής μπορεί να πλυθεί 24 ώρες μετά την αφαίρεση των παροχτεύσεων. Η τομή στεγνώνει καλά και εάν συνεχίζεται η απέκκριση υγρών από το σημείο παροχέτευσης τοποθετείται γάζα.	Πρόληψη της φλεγμονής. Διατήρηση της ασθενούς σε καλή ψυχική και σωματική κατάσταση. Η τομή διατηρείται καθαρή και προστατεύεται από εξωγενείς μολυσματικούς παράγοντες.

B.-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΠΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

II.- Νοσηλευτικό Ιστορικό

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς: Λ. Π.		Ηλικία: 18		
Επάγγελμα: Σπουδάστρια		Θρήσκευμα: Χριστιανή Ορθόδοξη		
Τοποθέτηση στο θάλαμο 125/Τομέα Παθολογικό	Από: 22-10-2006	Τρόπος άφιξης στο νοσοκομείο: με ίδιο μέσο	Ημερομηνία: 22-10-2006	Ώρα: 09.00
Θερμοκρασία: 37° C.	Σφυγμός: <input type="checkbox"/> Φ. <input type="checkbox"/> Μ.Φ.	Αναπνοές/min:	Βάρος: 50 kgr.	Ύψος: 1,67 m

Γιατρός: Ε.Μ.				
---------------	--	--	--	--

- 1.-Αιτία Εισαγωγής: Ογκίδιο στον δεξιό μαστό.
- 2.- Συμπτώματα και διάρκεια: Πόνος, Οίδημα στον δεξιό μαστό επί 7 ημέρες.
- 3.-Προσδοκώμενος χρόνος νοσηλείας: 1 ημέρα
- 4.-Προσδοκίες από τη νοσηλεία: Πλήρης αποθεραπεία
- 5.-Προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις: -
- 6.-Αλλεργίες(σε τρόφιμα και φάρμακα): -.
 - Αναπνευστικό
 - Κυκλοφορικό
 - Κεντρικό νευρικό
 - Ενδοκρινικό
 - Ουρογεννητικό
 - Γαστρεντερικό
 - Σωματική ανικανότητα
 - Διαιτητικοί Περιορισμοί
 - Μηχανικά Βοηθήματα: Δεκανίκι Μπαστούνι Οδοντοστοιχία Πρόσθετη
 - Περιορισμοί Δραστηριότητας
 - Αισθητήρια: Γυαλιά Φακοί Επαφής Ακουστικά
 - Συναισθηματική /Ψυχιατρική
 - Επίπεδο συνείδησης
 - Λήψη Φαρμάκων
 - Ακεραιότητα δέρματος

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΠΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πρόβλημα: Α.-Ναυτία, έμετος	Αντικειμενικός Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας: Αντιμέτωπιση του προβλήματος της τάσης προς έμετο και της ναυτίας και βελτίωση της κατάστασης της ασθενούς.	Πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας: Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων με εντολή γιατρού περίπου δύο ώρες πριν από κάθε γεύμα. Έλεγχος των παραγόντων που μπορεί να αυξάνουν τη ναυτία και τον έμετο(π.χ. αποφυγή έντονων και δυσάρεστων οσμών)	Αποτέλεσμα: Μείωση ή ακόμη και εξάλειψη της ναυτίας και των εμέτων. Συνολική βελτίωση της σωματικής και ψυχικής κατάστασης της ασθενούς.
Β.- Διαταραχές στην κένωση του εντέρου. Εμφάνιση διάρροιας λόγω μεγάλης ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία.	Αντιμέτωπιση του προβλήματος. Προσπάθεια Επανόδου της ασθενούς στις προ της ακτινοθεραπείας συνήθειες στην κένωση του εντέρου	Χορηγούνται τροφές με μικρό υπόλειμμα. Αποφεύγονται άπεπτα ινώδη στοιχεία που αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα, όπως το μαύρο ψωμί, τα λαχανικά, τα χόρτα. Ενθαρρύνεται η ασθενής να καταπίνει αργά αφού πρώτα μασάει καλά την τροφή της, για να ελαττωθεί ο σπασμός και να αυξηθεί η απορρόφηση των τροφών. Ενθαρρύνεται η αυξημένη λήψη υγρών για την αντικατάσταση των υγρών και	Ομαλή λειτουργία του εντέρου και των κενώσεων αυτού. Ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών. Γενικότερη βελτίωση της κατάστασης της ασθενούς.

		ηλεκτρολυτών που χάθηκαν. Με εντολή γιατρού χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα.	
Γ.- Αλλαγή στη θρέψη, Ανορεξία	Να καταστεί δυνατή η λήψη τροφής από την ασθενή. Να διατηρηθούν οι διατροφικές συνήθειες της. Να επιτευχθεί η λήψη επαρκούς ποσότητας τροφής.	Πρόσθετη χορήγηση τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία. Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα. Εκτός των τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας χορηγούνται και συμπληρωματικές τροφές που παρέχουν πρόσθετες θερμίδες και πρωτεΐνες που συμβάλλουν στην ανασύσταση των κατεστραμμένων ιστών. Χορηγεί με εντολή γιατρού βιταμίνες και υψηλά πρωτεϊνικά και θερμιδικά σκευάσματα.	Η ασθενής ανταπεξέρχεται ικανοποιητικά στην ακτινοθεραπεία και στα προβλήματα που αυτή προκαλεί.

Έγινε απολύτως σαφές ότι ο νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά σε όλες τις φάσεις του καρκίνου του μαστού και ο ρόλος του είναι πρωταγωνιστικός αφού είναι αυτός που έρχεται σε άμεση και συνεχή επαφή με το κύριο πρόσωπο του δράματος, την ασθενή. Από την παιδεία που έχει λάβει, την προσωπικότητά του, τον ανθρωπισμό του, την αυτοθυσία που πολλές φορές θα χρειαστεί να επιδείξει, την ευαισθησία και ευσυνειδησία που θα τον χαρακτηρίσει σε όλα τα στάδια της νόσου εξαρτώνται σε πολύ μεγάλο βαθμό η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, η ψυχική, η συναισθηματική και όχι μόνο ισορροπία των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.- Ευδοξία Κόνιαρη, Καρκίνος του μαστού, νοσηλευτική παρέμβαση 1991
- 2.-Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, Τζ. Μάικλ Ντίξον & Ρόμπερτ Κ.Φ. Λέοναρντ, Παθήσεις του μαστού, 2006
- 3.-Μόσχου-Κάκκου Αθηνά ,Νέα Ογκολογική Νοσηλευτική, 1999
- 4.-Πάλλης Λ. Η αυτοεξέταση των μαστών, Αθήνα 1984
- 5.-Herbert Lippert, Ανατομική και Άτλαντας, Αθήνα 1993
- 6.-Δημήτρης Τριχόπουλος, ο προσυμπτωματικός έλεγχος (check-up) καρκίνος του μαστού, Θεωρία Β1 Νοσηλευτικής (καθηγ . Καρπουχτσή Ειρήνη)
- 7.-Λουκάς Σπάρος, Ευαγγελία Κακλαμάνη, Βύρων Λισσαίος, Πρόληψη των κακοήθων νεοπλασιών, Θεωρία Β1 Νοσηλευτικής (καθηγ. Καρπουχτσή Ειρήνη)
- 8.- Παπαβασιλείου, Κούβαρη, Γεννάτος, Βώρος. Ογκολογία:Παρισιάνος 1991.
- 9.-Γ.Κατσάνος, Α. Τρακατέλλης, Προγράμματα και δράσεις της ευρωπαϊκής ένωσης κατά του καρκίνου του μαστού, 2006
- 10.-Αννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, 2^{ος} τόμος Β' Έκδοση, 2000, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- 11.-Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ Τετάρτη 22 Νοεμβρίου 2006
- 12.- Δικτυακός τόπος www.sfgonk.gr
- 13.- Δικτυακός τόπος www.mastologia.gr
- 14.- Δικτυακός τόπος [www. health.in.gr/news/article](http://www.health.in.gr/news/article)
- 15.-[http://edition.cnn.c om/HEALTH/library](http://edition.cnn.com/HEALTH/library)
- 16.-www.femme.gr/mastos.htm