



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ  
ΜΑΣΤΟΥ»**



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΖΩΤΟΥ**

**ΑΜ: 16714**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΙΡΙΣ ΖΑΜΠΙΡΑ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2019**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
1 .ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
2. ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ	7
3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	8
3.1 Ορισμός καρκίνου του μαστού	8
3.2 Ιστορικά Στοιχεία	9
3.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία	9-11
3.4 Στοιχεία Ανατομίας και Φυσιολογίας	11- 12
3.5 Στοιχεία Παθοφυσιολογίας	12
3.5.1 Παράγοντες Κινδύνου	12-13
3.5.2 Επιπλοκές Ασθένειας	13-15
3.6 Πρόληψη	15-20
3.7 Κλινική Εικόνα και Σταδιοποίηση του Καρκίνου του Μαστού	20-21
3.8 Διάγνωση	21-25
3.9 Θεραπεία	25-30
3.10 Πρόγνωση	30
3.11 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή	30
3.11.1 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού	30-31
3.11.2 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή κατά τη Διάρκεια Νοσηλείας και της Προεγχειρητικής Φάσης της Ασθενούς με Καρκίνο του Μαστού	31-33

3.11.3 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Μετεγχειρητική Φάση της Ασθενούς με Καρκίνο του Μαστού	33-35
3.11.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Ψυχοκοινωνική Υγεία Ασθενούς με Καρκίνο του Μαστού	35-40
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	41
4.1 Το Είδος της Έρευνας	41
4.2 Περιγραφή του Δείγματος	41
4.3 Μέθοδος και Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	41-42
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	43
5.1 Ανάλυση Δεδομένων	43-59
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	60-61
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	63-65

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η παρούσα εργασία αναφέρεται στο καρκίνο του μαστού και στο ρόλο του νοσηλευτή πάνω στη νόσο αυτή. Αποτελείται από επτά κεφάλαια.

**Στόχος/Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για τα καινούρια επιστημονικά δεδομένα όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού καθώς και να καταγραφούν οι τρόποι με τους οποίους οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν κατάλληλα τις γυναίκες με τη νόσο αυτή.

**Μεθοδολογία:** Η παρούσα εργασία βασίστηκε στην υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα της νοσηλευτικής προσέγγισης στο καρκίνο του μαστού. Χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων Pubmed, Internurse και Healink για την αναζήτηση ερευνητικών μελετών, ενώ έγινε αναζήτηση και επιλογή βιβλίων από τη βιβλιοθήκη του ΤΕΙ Ηπείρου, τη βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων καθώς και από τη Ζωσιμαία βιβλιοθήκη Ιωαννίνων. Το χρονικό διάστημα της αναζήτησης περιορίστηκε στα έτη 2010-2019.

**Αποτελέσματα/ Ευρήματα:** Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής των γυναικών αυτών ακόμα και μετά τη διάγνωση μπορεί να αυξήσει το κίνδυνο εμφάνισης άλλων όγκων. Η νοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας μπορεί να φανεί οικονομικά αποδοτική ενώ η παρακολούθηση από τον νοσηλευτή μπορεί να έχει καλύτερα αποτελέσματα στην παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των γυναικών.

**Συμπεράσματα:** Η πτυχή στην οποία υστερεί σήμερα το υγειονομικό σύστημα είναι στη σωστή αντιμετώπιση των γυναικών με καρκίνο του μαστού και κυρίως στην ορθή και ουσιαστική νοσηλευτική προσέγγιση. Θα ήταν ωφέλιμο οι νοσηλευτές να επικεντρωθούν στις ψυχολογικές επιπτώσεις από την ασθένεια αλλά και στην αλλαγή του τρόπου ζωής αυτών των γυναικών μετά τη διάγνωση.

**Λέξεις κλειδιά:** «καρκίνος του μαστού», «θεραπεία», «διάγνωση», «εικόνα για τον εαυτό», «νοσηλευτική φροντίδα»

## **ABSTRACT**

**Background:** The present thesis refers to breast cancer and the role of the nurse on this disease. It consists of seven chapters.

**Aim/ Objective:** The purpose of this thesis is to investigate the international literature on new scientific data on breast cancer and to record the ways in which nurses can properly assist women with this disease.

**Methodology:** This systematic inventory was based on the existing literature on the topic of the nursing approach to breast cancer. The databases Pubmed, Internurse and Helink were used to search for research studies, while search and selection of books were made from the library of the Technological Educational Institute of Epirus, the library of the University of Ioannina and the Library of Ioannina, Zosimaia. The search time was limited to the years 2010-2019.

**Results/ Founding:** Unhealthy lifestyles of these women even after diagnosis may increase the risk of other tumors. Nursing care and monitoring during chemotherapy can be cost-effective, while nurse follow-up can have better results in providing psychosocial support to women.

**Conclusions:** The health system is currently lagging at the right treatment of women with breast cancer and, above all, in a sound and meaningful nursing approach. It would be beneficial for nurses to focus on the psychological effects of the illness, but also on changing the way these women live after diagnosis.

**Key words:** "breast cancer", "treatment", "diagnosis", "self-image", "nursing care"

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στον καρκίνο του μαστού και στο ρόλο του νοσηλευτή πάνω στη νόσο αυτή. Αποτελείται από επτά κεφάλαια. Στο πρώτο και στο δεύτερο κεφάλαιο βρίσκονται η εισαγωγή, οι στόχοι και σκοποί της εργασίας αντίστοιχα. Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και χωρίζεται σε επιμέρους ενότητες. Περιλαμβάνει τον ορισμό της νόσου, ιστορικά και επιδημιολογικά στοιχεία, στοιχεία ανατομίας, φυσιολογίας και παθοφυσιολογίας, παράγοντες κινδύνου, επιπλοκές, πρόληψη, κλινική εικόνα, διάγνωση, θεραπεία και πρόγνωση της νόσου. Το κεφάλαιο αυτό ολοκληρώνεται με το ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη, κατά τη διάρκεια νοσηλείας, της προεγχειρητικής φάσης, της μετεγχειρητικής φάσης αλλά και το ρόλο του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική υγεία ασθενούς με καρκίνο του μαστού.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας δίνοντας πληροφορίες για το είδος της έρευνας, την περιγραφή του δείγματος καθώς επίσης και για τη μέθοδο και τη διαδικασία συλλογής δεδομένων. Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στα αποτελέσματα και στην ανάλυση των νεότερων επιστημονικών δεδομένων ενώ στο έκτο κεφάλαιο γίνεται μία συζήτηση αυτών των αποτελεσμάτων. Στο έβδομο κεφάλαιο όπου είναι και το τελευταίο, υπάρχουν τα συμπεράσματα από όλη την εργασία. Στο τέλος παρατίθεται η βιβλιογραφία ξένη και ελληνική.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση της διεθνούς βιβλιογραφίας ως προς τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού καθώς και να καταγραφούν οι τρόποι με τους οποίους οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν κατάλληλα τις γυναίκες με τη νόσο αυτή.

Στόχος της εργασίας είναι αρχικά, η βιβλιογραφική ανασκόπηση κατάλληλων επιστημονικών πληροφοριών όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου, την κλινική εικόνα, την πρόληψη, τη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία στο καρκίνου του μαστού. Έπειτα, δεύτερος στόχος και κυριότερος είναι πως οι νέες γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού μπορούν να βοηθηθούν από τους νοσηλευτές ως προς τις ψυχοκοινωνικές αλλαγές που προκύπτουν κατά τη πορεία αυτής της νόσου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

#### 3.1 Ορισμός καρκίνου του μαστού

Η ανάπτυξη και η ωρίμανση των κυττάρων αποτελούν φυσιολογικές διαδικασίες κατά την εμβρυογένεση, κατά την ανάπτυξη καθώς και κατά την αποκατάσταση και ανακατασκευή των ιστών μετά από τραυματισμό. Η διαταραχή της ρύθμισης των διαδικασιών αυτών μπορεί να προκαλέσει αδυναμία ελέγχου της ανάπτυξης, της διαφοροποίησης και του αυτοπεριορισμού των κυττάρων στο χώρο. Στον άνθρωπο, οι κακοήθεις όγκοι (καρκίνοι) στο σύνολό τους αποτελούν ένα φάσμα νόσων που χαρακτηρίζονται από τη μη φυσιολογική κυτταρική ανάπτυξη και την ικανότητα των κυττάρων να διηθούν τους γειτονικούς ιστούς. Η ταξινόμηση των όγκων γίνεται με βάση την ιστοική τους προέλευση ή την ανατομική τους θέση, ωστόσο πολλά χαρακτηριστικά είναι κοινά σε όλους τους τύπους των όγκων. Επίσης, μεταξύ των ασθενών με τον ίδιο τύπου καρκίνου υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση, τόσο ως προς τη φύση των κυτταρικών μεταβολών, όσο και ως προς την κλινική εικόνα και πορεία της νόσου (Μουτσόπουλος, 2009).

Με τον όρο «καρκίνος» εννοούμε οποιαδήποτε κακοήγη νεοπλασία/ όγκο. Μεταξύ των νεοπλασμάτων υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάλογα με τον ιστό προέλευσης, την εντόπιση καθώς και τον βαθμό κακοήθειας των κυττάρων τους. Διαφέρουν επίσης ως προς τον ρυθμό της ανάπτυξης, τις μεταστάσεις, τη μορφή και την ανταπόκριση στη θεραπεία (Γιωτάκη., 2014).

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια σύνθετη ασθένεια στην οποία οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση του. Σε ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων, υπάρχει μια γενετική γραμμή μετάλλαξης σε ένα γονίδιο προδιάθεσης καρκίνου υψηλής διείσδυσης, η οποία μπορεί να είναι μείζων καθοριστικός παράγοντας της εμφάνισης της νόσου. Ο καρκίνος του μαστού, ο οποίος δεν προκαλείται κυρίως από κληρονομική μετάλλαξη υψηλής διείσδυσης, αντιπροσωπεύει περισσότερο από το 90% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού ανά τον κόσμο (Prolla *et al.*, 2015).



### 3.2 Ιστορικά Στοιχεία

Περιστατικά καρκίνου του μαστού έχουν περιγραφεί από τους αρχαίους Αιγύπτιους. Ο Ιπποκράτης (460- 377 π.Χ.) είναι ο πρώτος που ανέφερε τον όρο «καρκίνος» για το μαστό, ενώ ο Λεωνίδης ( περίπου 180 π.Χ.), ένας άλλος Έλληνας γιατρός, ήταν ο πρώτος που περιέγραψε εγχείρηση για αφαίρεση όγκου μαστού. Επίσης, εισήγαγε τον καυτηριασμό ως μέσο θεραπείας. Ο Λεωνίδης εφάρμοσε την εγχείρηση ανάλογα με το κλινικό στάδιο της νόσου. Ο Γαληνός ( 131-198 π.Χ.) είχε επιτυχία στο πρώιμο καρκίνο του μαστού, όπου πρότεινε συντηρητική θεραπεία. Ο Παύλος ο Αιγινήτης (625- 690 π.Χ.) πρόσθεσε ότι όταν ο όγκος είχε γίνει μια μεγάλη μάζα, μόνο το χειρουργείο μπορούσε να προσφέρει μια ελπίδα για ίαση. Αυτές οι θεωρίες πέρασαν στην Ιατρική της Δύσης με τους Άραβες Abulcasis και Rhazes και με τα γραπτά του Παύλου του Αιγινήτη, που έγιναν αργότερα τα χειρουργικά εγχειρίδια του Πανεπιστημίου Sorbonne στο Παρίσι μέχρι της αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα (Μάλλιου και συν., 2006).

### 3.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Για τις γυναίκες στην Αμερική ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός καρκίνος και η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο. Το 2015, 231.840 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού διαγνώστηκαν και 40.290 πέθαναν από την ασθένεια ( Reeder-Hayes, 2015).

Στη Βραζιλία, είναι ο συχνότερος όγκος στις γυναίκες των νοτιοανατολικών περιοχών με 69/100.000, στις νότιες περιοχές με 65/100.000, στις δυτικές περιοχές με 48/100.000 και στις βορειοανατολικές περιοχές με 32/ 100.000. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου της Βραζιλίας (INCA), για το έτος 2012/2013 εντοπίστηκαν 52.680 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που αντιστοιχούν σε 52 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες. Παρά το γεγονός ότι θεωρείται ένας όγκος με καλή πρόγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις εάν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα, ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να συνδέεται με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας στη Βραζιλία. Η πιο πιθανή αιτία αυτής της παρατήρησης είναι ότι η νόσος εξακολουθεί να διαγιγνώσκεται σε προχωρημένα στάδια και υπάρχουν

πολλαπλοί φραγμοί στη διάγνωση και θεραπεία για τις περισσότερες γυναίκες που βασίζονται στο σύστημα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης (Prolla *et al.*, 2015).

Το 2013, το 65,9% των γυναικών στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν ότι είχαν κάνει μαστογραφία τα τελευταία δύο χρόνια. Τα ποσοστά μαστογραφίας είναι ιδιαίτερα χαμηλά σε γυναίκες οι οποίες έχουν μεταναστεύσει. Στις ΗΠΑ ένα ποσοστό 22,9% λόγω μετανάστευσης και ένα ποσοστό 38% λόγω έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης μένουν εκτός από τις προληπτικές εξετάσεις έναντι του καρκίνου του μαστού (Reeder-Hayes, 2015).

Οι έγχρωμες γυναίκες έχουν 40% υψηλότερη πιθανότητα θανάτου εξαιτίας του καρκίνου του μαστού από ότι οι λευκές γυναίκες, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι φυλετικές ανισότητες μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στα αποτελέσματα της υγείας. Στις έγχρωμες γυναίκες κάτω από την ηλικία 35 ετών η επίπτωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού είναι διπλάσια από εκείνη των λευκών γυναικών και η θνησιμότητα από το καρκίνου του μαστού είναι τρεις φορές μεγαλύτερη σε αυτή την ομάδα σε σχέση με τις λευκές γυναίκες. Μια μικρή αλλαγή υπάρχει κατά την εμμηνόπαυση όπου τα ποσοστά εμφάνισης της νόσου στις έγχρωμες γυναίκες είναι μικρότερα από τις λευκές. Γενικώς όμως τα ποσοστά θνησιμότητας παραμένουν μεγαλύτερα στις έγχρωμες γυναίκες (Talley *et al.*, 2015).

Εκτός από την πιθανότητα νοσηρότητας από τον καρκίνο του μαστού, έχουν παρατηρηθεί και άλλες διαφορές μεταξύ των φύλων. Οι έγχρωμες γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανόν να λάβουν εμβόλιο γρίπης μετά από διάγνωση καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις λευκές γυναίκες. Οι συνδυασμένες ασθένειες ποικίλλουν επίσης ανά φυλή και εθνικότητα με ποσοστό αρθρίτιδας 55,2% στις λευκές γυναίκες και υπέρταση 71,1% ενώ στις έγχρωμες γυναίκες υπάρχει ποσοστό 30,1% διαβήτη. Οι λευκές γυναίκες είχαν μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης αλκοόλ και καπνίσματος ενώ οι έγχρωμες γυναίκες είχαν μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας πέντε ή και περισσότερα έτη μετά την διάγνωση (Talley *et al.*, 2015).

Στις νεότερες γυναίκες το ποσοστό έγκυρης διάγνωσης είναι μεγαλύτερο και ανέρχεται στο 33,6% στις ΗΠΑ (Paterson *et al.*, 2016). Όμως οι νεότερες γυναίκες (ηλικίας <50 ετών) έχουν συχνά πιο επιθετικούς όγκους και χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης, σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες οι οποίες έχουν συνήθως βραδύτερα αναπτυσσόμενους όγκους με καλύτερη πρόγνωση (Talley *et al.*, 2015).

Το 80% των γυναικών σε νεότερη ηλικία (34-49) ανέφεραν ότι κάλυπταν το σώμα τους για αισθητικούς λόγους κατά τη διάρκεια στενών σχέσεων, ενώ το 73% στη μεσαία ηλικιακή ομάδα (50-65) και το 58% στη γηραιότερη ανέφεραν ίδια συμπεριφορά. Οι νεότερες γυναίκες βρέθηκε επίσης να δίνουν μεγαλύτερη σημασία στο στήθος τους όσον αναφορά τη σεξουαλικότητα και την θηλυκότητα καθώς επίσης στις ηλικίες από 50 και κάτω τα σεξουαλικά τους προβλήματα σχετίστηκαν με τη κακή αντίληψη σώματος (Paterson *et al.*, 2016).

### 3.4 Στοιχεία Ανατομίας και Φυσιολογίας

Το μεγαλύτερο μέρος του μαστού αποτελείται από αδενικούς (παραγωγούς γάλακτος) και λιπώδεις ιστούς. Ωστόσο, ο λόγος του αδενικού προς τον λιπώδη ιστό ποικίλλει μεταξύ των ατόμων. Ο μαστός επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την ορμόνη που εξαρτάται από το φύλο, τα οιστρογόνα. Καθώς πλησιάζει η εμμηνόπαυση, τα επίπεδα οιστρογόνων μειώνονται και μειώνονται επίσης και οι αδενικοί ιστοί. Ο κύριος μυς του θώρακα σχηματίζει τη βάση του μαστού, η οποία εκτείνεται από το δεύτερο έως το έκτο νεύρο από τα πρώτα εφηβικά χρόνια στη ζωή μια γυναίκας, αλλά μπορεί να επεκταθεί κάτω από την έκτη πλευρά καθώς ο μαστός ωριμάζει με την πάροδο του χρόνου (Rivard & Peterson, 2019).

Το στήθος είναι αγκυροβολημένο στην κύρια περιτονία του θώρακα από τους συνδέσμους Cooper. Ωστόσο, αυτοί οι σύνδεσμοι είναι ευέλικτοι και επιτρέπουν κινήσεις στο μαστό. Στις περισσότερες γυναίκες, οι σύνδεσμοι Cooper τεντώνονται περισσότερο με το χρόνο και την ηλικία. Λόγω της βαρύτητας, ο κάτω πόλος του στήθους είναι πληρέστερος από τον άνω πόλο. Η θηλή συνήθως βρίσκεται ακριβώς άνω από την υπερυψωμένη πτυχή και βρίσκεται συνεχώς κατά μήκος της μεσοκοιλιακής γραμμής και της τέταρτης πλευράς. Η θηλή παίζει σημαντικό ρόλο στο θηλασμό. Το ελάχιστο μήκος θηλής που απαιτείται για τον επιτυχή θηλασμό είναι περίπου επτά χιλιοστά. Ωστόσο, η θηλή παρουσιάζει μεγάλες διαφορές στην τοπογραφία. Μπορεί να είναι επίπεδη, μικρή, και ακόμη και ανεστραμμένη, η οποία μπορεί να παρεμποδίσει το θηλασμό σε ορισμένες γυναίκες (Rivard & Peterson, 2019).

Το δέρμα του μαστού λαμβάνει την παροχή αίματος από το υποδερμικό πλέγμα. Αυτά τα μικροσκοπικά αιμοφόρα αγγεία, με τη σειρά τους, επικοινωνούν με τα βαθιά υποκείμενα αρτηρίδια που τροφοδοτούν το μαστό. Ο μαστός έχει επίσης μεγάλη φλεβική αποστράγγιση χωρισμένη στις επιφανειακές και βαθιές φλέβες. Βαθιά μέσα στο στήθος υπάρχουν πολλές μεγάλες φλέβες που στραγγίζουν στις φλέβες του θωρακικού τοιχώματος. Ο μαστός έχει επίσης εκτεταμένη λεμφική αποστράγγιση που τρέχει επιφανειακά και βαθιά μέσα στο μαστό. Η αισθητηριακή εννέρωση του μαστού προέρχεται από κλάδους των ενδοστοματικών νεύρων T3-T5. Άλλα νεύρα που παρέχουν αισθητική εννέρωση περιλαμβάνουν το χαμηλότερο τραχηλικό πλέγμα. Η αίσθηση της θηλής προέρχεται από τον πλευρικό δερματικό κλάδο του T4 (Rivard & Peterson, 2019).

### **3.5 Στοιχεία Παθοφυσιολογίας**

#### **3.5.1 Παράγοντες Κινδύνου**

Παράγοντας κινδύνου καλείται οτιδήποτε αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης μιας νόσου. Η ύπαρξη ενός παράγοντα κινδύνου δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα νοσήσει ένας άνθρωπος αλλά και η μη ύπαρξη παραγόντων κινδύνου δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν πιθανότητες να νοσήσει κάποιος. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σχετίζεται με την ηλικία, το φύλο, τη φυλή /την εθνικότητα, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, τη συσσωρευμένη έκθεση σε ενδογενή και εξωγενή ορμόνη, τις κληρονομικές μεταλλάξεις στα γονίδια 1 και 2 του καρκίνου του μαστού (BRCA1, BRCA2) και άλλα γονίδια, την υψηλή πυκνότητα του μαστού, την έκθεση στην ακτινοβολία, τη διαίτα, την άσκηση και την μετά-εμμηνοπαυσιακή παχυσαρκία, πολλά από τα οποία ποικίλλουν ανάλογα με τη φυλή ( Talley *et al.*, 2016).

Πιο συγκεκριμένα, όσο αναφορά την ηλικία, υπάρχει αύξηση κινδύνου κατά 2,8% κάθε χρόνο και επίσης έχει διαπιστωθεί ότι παίζει ρόλο και η πρόωμη έναρξη της έμμηνου ρύσης (<11) και η όψιμη εμμηνόπαυση (>54). Άλλος ένας παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει είναι η καθυστέρηση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης μετά την ηλικία των 35 ετών ενώ μία διακοπή κύησης δεν φαίνεται να επηρεάζει (Gupta *et al.*, 2011).

Οι γυναίκες που ζουν σε αναπτυγμένες κοινωνίες έχουν πενταπλάσιο κίνδυνο από ότι στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, πιθανά λόγω των διαφορών στον τρόπο ζωής. Κατά εκτίμηση του οικογενειακού ιστορικού, ο κίνδυνος εξαρτάται από τη ηλικία διάγνωσης και τον αριθμό των προσβεβλημένων συγγενικών ατόμων. Γενικά, η διάγνωση καρκίνου του μαστού σε ένα άτομο 1<sup>ου</sup> βαθμού συγγένειας, διπλασιάζει τον κίνδυνο (Gupta et al., 2011).

Επιπλέον, σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι ο τρόπος ζωής μιας γυναίκας. Η διαίτα με πολλά λιπαρά έχει σχετικό κίνδυνο 1,5 φορές και η παχυσαρκία κυρίως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αυξάνει την κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Το αλκοόλ από την άλλη μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κατά 7% για κάθε δέκα γραμμάρια του, που καταναλώνονται καθημερινά. Εκτιμάται ότι 2000 επιπλέον περιστατικά το χρόνο αποδίδονται σε αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ (Gupta et al., 2011).

Με τη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων παραδοσιακά θεωρείται ότι υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος (λόγος πιθανοτήτων 1,24) μόνο σε γυναίκες <35 ετών, αλλά οι τελευταίες έρευνες δεν δείχνουν αύξηση του καρκίνου. Ο κίνδυνος με την χορήγηση ορμονικής θεραπείας συνδέεται με τη διάρκεια χρήσης, αλλά παύει να υπάρχει 10 χρόνια μετά τη διακοπή. Γενικώς η τεκνοποίηση είναι προστατευτική, ιδιαίτερα αν συμβεί νωρίς στα αναπαραγωγικά χρόνια (Gupta et al., 2011).

Τέλος, υπάρχουν παράγοντες με λιγότερο ισχυρή συσχέτιση που θεωρούνται προστατευτικοί ή επιβαρυντικοί για τον καρκίνο του μαστού, όμως δεν υπάρχει καθολική συμφωνία. Σε αυτούς περιλαμβάνονται το κάπνισμα που είναι πιθανό να αυξάνει ελαφρά τον κίνδυνο, ο θηλασμός που πιθανά να δρα προστατευτικά, η άσκηση που φαίνεται να προστατεύει, η κατανάλωση κόκκινου κρέατος που μπορεί να αυξάνει λίγο τον κίνδυνο και η έκθεση σε μέση ή μεγάλη δόση ιονίζουσας ακτινοβολίας που είναι γενικά αποδεκτό ότι αποτελεί ένα σπάνιο παράγοντα κινδύνου (Gupta et al., 2011)

### **3.5.2 Επιπλοκές Ασθένειας**

Ο μεταστατικός καρκίνος του μαστού εμφανίζεται όταν τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού εξαπλωθούν από τον πρωτογενή όγκο στο μαστό μέσω του

λεμφικού συστήματος ή του συστήματος αίματος σε άλλα μέρη του σώματος. Ο μεταστατικός καρκίνος του μαστού δεν μπορεί εύκολα να θεραπευτεί, αν και μπορεί να αντιμετωπιστεί και να ελεγχθεί για να παρατείνει τη ζωή και να ανακουφίσει τα συμπτώματα. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν μεταστατικό καρκίνο του μαστού σε διάφορα μέρη του σώματος (πίνακας 1). Τα συμπτώματα που σχετίζονται με την εξάπλωση και τις πιθανές επιλογές θεραπείας περιγράφονται στον πίνακα 2. (Foy and Blowers, 2013).

**Πίνακας 1: Μέρη του σώματος που μπορεί να εμφανιστεί ο μεταστατικός καρκίνος του μαστού (Foy and Blowers, 2013).**

Οστά, ιδιαίτερα η σπονδυλική στήλη, η λεκάνη και τα ανώτερα οστά των χεριών και των ποδιών
Μυελός των οστών
Ωοθήκες
Δέρμα
Ήπαρ
Θωρακικό τοίχωμα ή θηλή
Πνευμονική κοιλότητα, συμπεριλαμβανομένης της υπεζωκοτικής συλλογής
Λεμφαδένες
Εγκέφαλος

**Πίνακας 2: Συμπτώματα, διερευνητικές εξετάσεις και θεραπεία μεταστατικού καρκίνου του μαστού (Foy and Blowers, 2013).**

Μέλη του Σώματος	Συμπτώματα	Διαγνωστικές Εξετάσεις	Θεραπεία
Οστά, συνηθέστερα σπονδυλική στήλη, κρανίο, λεκάνη, άνω οστά χεριών και ποδιών	Πόνος, κάταγμα, αναιμία	εξέταση οστών, εξέταση αίματος	Αναλγησία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία, στοχευμένες θεραπείες, διφωσφονικά χειρουργεία
Ήπαρ	πόνος, ναυτία, απώλεια όρεξης, λόξιγκας, κόπωση, ασκίτης, αναιμία, ίκτερος, αυξημένες δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας	κλινική εξέταση, αιματολογικές εξετάσεις, σάρωση υπερήχων, αξονική τομογραφία, MRI (Magnetic resonance imaging) σάρωση, ERCP (ίκτερος), βιοψία (αν υπάρχει	αναλγησία, στεροειδή, αντιεμετικά, διαιτητικές αντιεμετικά, διαιτητικές συμβουλές, αποστράγγιση παρακέντησης - διουρητικά, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, στοχευμένες θεραπείες, χειρουργική επέμβαση

		αμφιβολία)	(σπάνιες περιπτώσεις)
Πνεύμονες	δύσπνοια, λοιμώξεις αναπνευστικού, βήχας, υπεζωκοτική συλλογή, απώλεια όρεξης, κόπωση	δύσπνοια, λοιμώξεις αναπνευστικού, ακτινογραφία θώρακα, τομογραφία MRI, βιοψία (αν υπάρχει αβεβαιότητα)	βρογχοδιασταλτικά, στεροειδή, βενζοδιαζεπίνες χαμηλή δόση μορφίνης, τεχνικές χαλάρωσης ή τεχνικές χαλάρωσης ή φυσιοθεραπεία, υπερευαισθησία υπεζωκοτικής αποχέτευσης, χημειοθεραπεία ακτινοθεραπεία, στοχευμένες θεραπείες
Εγκέφαλος	επιδείνωση πονοκεφάλων, ναυτία, εμετός, αδυναμία, επιληπτικές κρίσεις, οπτικές διαταραχές	κλινική εξέταση, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, βιοψία (αν υπάρχει αβεβαιότητα)	στεροειδή, ραδιοθεραπεία / , νευροχειρουργική, ακτινοθεραπεία

### 3.6 Πρόληψη

Η πρόληψη στο καρκίνο του μαστού μπορεί να επιτευχθεί στις μέρες μας με ποικίλους τρόπους. Μπορεί να επιτευχθεί πιο συγκεκριμένα με α) αυτοεξέταση μαστών, β) κλινική εξέταση, γ) γενετική εξέταση, δ) μαστογραφία, ε) ψηφιακή υπέρυθρη σάρωση του μαστού και στ) διαγνωστική απεικόνιση.

#### α) Αυτοεξέταση μαστών

Η αυτοεξέταση των μαστών είναι μία οικονομικά συμφέρουσα και αποτελεσματική μέθοδος πρόληψης έναντι του καρκίνου του μαστού. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται 7-10 μέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας διότι εκείνες τις μέρες ο μαστός βρίσκεται σε κατάσταση «ηρεμίας» από πλευράς ορμονικής διέγερσης. Στην εμμηνόπαυση επειδή δεν υπάρχουν κυκλικές ορμονικές μεταβολές η γυναίκα μπορεί να διαλέξει μία οποιαδήποτε ημερομηνία του μήνα για να εκτελεί την αυτοεξέτασή της (Ιατράκης, 2010).

Ο πιο διαδεδομένος και ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αυτοεξέτασης του μαστού είναι ο εξής: Η γυναίκα ξαπλώνει ανάσκελα βάζοντας το χέρι (από τη πλευρά του μαστού που πρόκειται να εξετάσει) πίσω από το κεφάλι. Με τις ράγες του δακτύλων του άλλου χεριού ψηλαφεί το μαστό με αυτοσυγκέντρωση και συστηματικό τρόπο ώστε να μην αφήσει κάποια περιοχή του μαστού απηλάφητη. Η γυναίκα μπορεί να επιλέξει τον τρόπο που την βολεύει, π.χ. με προοδευτικά

μεγαλύτερους κύκλους ξεκινώντας από τη θηλή, με προοδευτικά μικρούς κύκλους ξεκινώντας από την περιφέρεια, κατά τεταρτημόριο κ.λ.π. (Ιατράκης, 2010).

Τις περισσότερες φορές, στις πρώτες ψηλαφήσεις επειδή η γυναίκα μαθαίνει ακόμα το μαστό της δεν πρέπει να την ανησυχεί η ψηλάφηση διαφόρων διάσπαρτων μορφωμάτων. Αν η γυναίκα πιστεύει ότι δεν μπορεί να θυμάται τα διάφορα μορφώματα που ψηλαφεί για να τα ξαναελέγξει τον επόμενο μήνα, μπορεί να τα ζωγραφίσει μέχρι να τα μάθει. Αφού η γυναίκα μετά από μερικούς μήνες μάθει πλήρως τον μαστό της είναι σε θέση να αντιληφθεί κάποια αλλαγή στο μέγεθος ενός ογκιδίου ή τη δημιουργία κάποιου καινούριου και έτσι γίνεται ο καλύτερος εξεταστής για τους μαστούς της. Μάλιστα, σε περίπτωση που η γυναίκα ανιχνεύσει κάτι που ο γιατρός δεν το έχει αντιληφθεί μπορεί να τον κατευθύνει. Κατά την αυτοεξέταση μπορεί να αντιληφθεί επίσης, αν υπάρχει κάποια αυτόματη έκκριση από τη θηλή ή κάποια έκκριση μετά από ελαφριά πίεση, η οποία βέβαια θα πρέπει να διερευνηθεί (Ιατράκης, 2010).

#### *β) Κλινική εξέταση*

Όπως η αυτοεξέταση έτσι και η κλινική εξέταση είναι προτιμότερο να γίνεται 7-10 μέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Η κλινική εξέταση του μαστού είναι πολύ σημαντική διότι ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να ανιχνεύσει καρκίνου του μαστού που δεν ανιχνεύτηκε στη μαστογραφία. Ωστόσο, έχει υποστηριχτεί ότι η κλινική εξέταση υστερεί επαρκούς ευαισθησίας στην έγκαιρη ανίχνευση των θανατηφόρων καρκίνων του μαστού. Η κλινική εξέταση θα πρέπει να συνδυάζεται με την αυτοεξέταση και τη μαστογραφία διότι η κλινική εξέταση από μόνη της ακόμα και από έναν έμπειρο κλινικό δεν είναι αξιόπιστη μέθοδος για τη διάγνωση της ψηλαφητής βλάβης του μαστού, ανεξάρτητα αν αυτή είναι καλοήθης η κακοήθης, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ένα απλό και πρωτογενές εργαλείο κυρίως για τις κυστικές βλάβες (Ιατράκης, 2010).

Κατά την κλινική εξέταση η γυναίκα είναι αρχικά καθιστή με τα χέρια στη μέση και στη συνέχεια με τα χέρια ανυψωμένα πάνω από το κεφάλι της. Η εξέταση περιλαμβάνει την ψηλάφηση και την επισκόπηση. Η επισκόπηση πρέπει να γίνεται με επαρκή φωτισμό. Έτσι θα ελεγχθούν πιθανές ανωμαλίες του δέρματος των μαστών. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται από εξεταστή που είναι γνώστης των παθολογικών αλλά και των φυσιολογικών ευρημάτων της περιοχής του μαστού. Αν ψηλαφηθεί κάποια



ανωμαλία, αυτή πρέπει να αξιολογηθεί ως προς το μέγεθος και την υφή. Η ασθενής πρέπει να εξετάζεται σε καθιστή και κατακεκλιμένη θέση. Η καθιστή θέση της γυναίκας εξασφαλίζει την επιπέδωση του άνω μισού των μαστών και κάνει πιο εύκολη την εξέταση σε αυτή την περιοχή του μαστού (Ιατράκης, 2010).

Σε περίπτωση που η γυναίκα παραπονιέται για διάχυτη μασταλγία αυτή μπορεί συνήθως να αναπαραχθεί με την πίεση του μαστού μεταξύ των παλαμών του εξεταστή, που τοποθετούνται παράλληλα πάνω και κάτω από το μαστό. Ζητάμε από την γυναίκα να αφήσει τελείως ελεύθερο το άνω άκρο από την πλευρά που πρόκειται να εξεταστεί η μασχάλη. Η χαλαρότητα του βραχίονα εξασφαλίζει τη χαλάρωση των θωρακικών μυών. Γίνεται προσεκτική ψηλάφηση της μασχάλης. Τα δάκτυλα του κλινικού τοποθετούνται στην κορυφή της μασχάλης και η ψηλάφηση γίνεται από πάνω προς τα κάτω στο θωρακικό τοίχωμα. Ο ίδιος τρόπος εξέτασης επαναλαμβάνεται από την άλλη πλευρά (Ιατράκης, 2010).

### *γ) Γενετική εξέταση*

Οι γυναίκες συχνά υποθέτουν ότι αν η μητέρα τους έχει αναπτύξει καρκίνο του μαστού, είναι φυσικά σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν την ίδια την ασθένεια. Ωστόσο, εάν η μητέρα τους ήταν ηλικίας άνω των 60 ετών όταν ανέπτυξε την ασθένεια, μπορεί να έχει μικρή διαφορά στον κίνδυνο της κόρης (κίνδυνος ζωής κατά 14% έναντι του μέσου όρου ζωής κατά 11%) και αυτές οι πληροφορίες μπορούν να καθυστερήσουν. Όταν μια γυναίκα έχει αρκετές συγγενείς που έχουν όλες αναπτύξει καρκίνο του μαστού (ή ωοθηκών), και σε νεότερη ηλικία, αυτό θεωρείται ότι είναι ένα ισχυρότερο οικογενειακό ιστορικό, το οποίο μπορεί να απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση (Wishart, 2013).

Η πιο συνηθισμένη αιτία κληρονομικού καρκίνου του μαστού είναι μια μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1 ή BRCA2, γεγονός που προσδίδει υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Μια δοκιμή αίματος είναι διαθέσιμη μέσω του NHS (National Health Service) για την παρακολούθηση αυτών. Ωστόσο, αυτά τα γονίδια και πολλά άλλα γονίδια καρκίνου του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνια στον πληθυσμό, για αυτό και ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει μόνο το 5-10% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Εάν μια γυναίκα ανησυχεί για το οικογενειακό της ιστορικό, θα πρέπει να παραπέμπεται σε ιατρική κλινική οικογενειακού ιστορικού ή σε γενετικό σύμβουλο από τον γενικό ιατρό της (Wishart, 2013).

Ο γενετικός σύμβουλος θα απαιτήσει λεπτομέρειες για τα μέλη της οικογένειας που είχαν καρκίνο του μαστού, τη σχέση τους με τον ασθενή, τον τύπο του καρκίνου και την ηλικία κατά την οποία ανέπτυξαν την ασθένεια. Αυτές οι λεπτομέρειες θα χρησιμοποιηθούν για να υπολογιστεί αν η γυναίκα είναι επιλέξιμη για γενετικές εξετάσεις στο NHS. Δυστυχώς, εξαιτίας του τρόπου με τον οποίο αξιολογείται το οικογενειακό ιστορικό, οι γυναίκες που έχουν μικρές οικογένειες ή λίγες συγγενείς γυναίκες μπορεί να μην πληρούν τις προϋποθέσεις για γενετικές εξετάσεις στο NHS, παρά το γεγονός ότι έχουν αρκετούς στενούς συγγενείς με καρκίνο του μαστού. Σε αυτή την περίπτωση, οι νοσηλευτές μπορούν να εξετάσουν το ενδεχόμενο να παρέχουν στις ασθενείς αυτές πληροφορίες σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, την εκτίμηση κινδύνου και τα στοιχεία επικοινωνίας με ιδιωτικές παροχές στην περιοχή τους (Wishart, 2013).

Οι εξετάσεις BRCA1 και BRCA2 εκτελούνται με τη χρήση δείγματος αίματος και μπορεί να απαιτούν δείγμα σύγκρισης από συγγενή που είχε καρκίνο του μαστού. Σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχουν επιζώντες, αυτό μπορεί να αποδειχθεί τραυματικό. Ένας διαφορετικός τύπος δοκιμών BRCA είναι διαθέσιμος ιδιωτικά και χρησιμοποιείται ευρέως στις ΗΠΑ. Οι εξετάσεις αυτές συγκρίνουν το DNA του ασθενούς με μια βάση δεδομένων χιλιάδων γνωστών μεταλλάξεων για να εντοπίσει οποιαδήποτε ομοιότητα. Η δοκιμή αυτή διαρκεί λίγες εβδομάδες, αλλά μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για μία ασθενή που έχει χάσει πολλά στενά μέλη της οικογένειας (Wishart, 2013).

#### *δ) Μαστογραφία*

Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού είναι η ηλικία, καθώς ο κίνδυνος αυξάνεται καθώς η γυναίκα μεγαλώνει. Η εξέταση του μαστού αρχίζει στην ηλικία των 50 ετών, ωστόσο, ορισμένες γυναίκες φθάνουν σε αυτό το επίπεδο κινδύνου σε νεαρότερη ηλικία και συνεπώς μπορούν να επωφεληθούν από τακτική εξέταση από μικρότερη ηλικία. Οι γυναίκες που έχουν παρουσιάσει αυξημένο κίνδυνο βασισμένο σε ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στη μαστογραφία από την ηλικία των 40 ετών (Wishart, 2013).

Η μαστογραφία είναι μια ειδική ακτινογραφία του μαστού που χρησιμοποιεί χαμηλή δόση ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια της ήπιας συμπίεσης του μαστού. Η

μαστογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδο διαλογής (κυρίως σε γυναίκες άνω των σαράντα ετών) για την υποκλινική ανίχνευση του καρκίνου του μαστού αφού μπορεί να ανιχνεύσει βλάβες διαμέτρου <6 mm ή χαρακτηριστικές συρρέουσες μικροαποτιτανώσεις, χωρίς ψηλαφητό όγκο (Ιατράκης, 2010).

Οι γυναίκες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού (π.χ. με μητέρα ή αδελφή που είχαν καρκίνο του μαστού) σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικάνικης Εταιρείας του Καρκίνου μπορεί να ωφεληθούν από τη μαστογραφία εάν έχουν πρωιμότερη έναρξη. Η ευαισθησία της μαστογραφίας αυξάνεται όταν συνδυάζεται με τη κλινική εξέταση (Ιατράκης, 2010).

#### *ε) Ψηφιακή υπέρυθρη σάρωση του μαστού*

Η ψηφιακή υπέρυθρη σάρωση του μαστού είναι μια σχετικά πρόσφατη τεχνολογία που είναι επί του παρόντος διαθέσιμη ιδιωτικά στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ οι δοκιμές βρίσκονται σε εξέλιξη σε πολλά κέντρα του NHS, συμπεριλαμβανομένου του νοσοκομείου Addenbrooke στο Cambridge. Η τεχνολογία είναι διαθέσιμη στο εξωτερικό για αρκετά χρόνια. Η ψηφιακή υπέρυθρη σάρωση είναι μια τεχνική μη επαφής που χρησιμοποιεί θερμική απεικόνιση για τον εντοπισμό «καυτών σημείων» στο στήθος που μπορεί να προκληθεί από αυξημένη ροή αίματος σε καρκινικό ιστό. Σε αντίθεση με τη μαστογραφία, η ακρίβεια αυξάνεται με τη μείωση της ηλικίας. Επιπλέον, η τεχνική θεωρείται ιδιαίτερα κατάλληλη για νεότερες γυναίκες, καθώς δεν υπάρχει κίνδυνος από ακτινοβολία (Wishart, 2013).

#### *στ) Διαγνωστική απεικόνιση*

Όταν εντοπίζεται ανωμαλία στην εξέταση του μαστού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες τεχνολογίες διαγνωστικής απεικόνισης, όπως ο υπέρηχος με υπερηχογράφημα και η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού στο μαστό. Ο υπέρηχος με υπερηχογράφημα χρησιμοποιείται συνήθως για να παρέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με μια ψηλαφητή μάζα ή μια ανωμαλία που ταυτοποιείται με μαστογραφία ή άλλη διαλογή. Συγκεκριμένα, ο υπερηχογράφος του μαστού μπορεί να διαφοροποιήσει ένα διακεκριμένο κομμάτι από μια περιοχή οζώδους κόπωσης και κυστική από συμπαγή σβώλους. Χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό της θέσης ενός όγκου πριν από τη βιοψία ή τη θεραπεία. Από την άλλη, η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού στο μαστό (MRI) χρησιμοποιείται κυρίως ως εργαλείο διάγνωσης

προβλημάτων διάγνωσης. Η μαγνητική τομογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στις ακόλουθες περιπτώσεις (Wishart, 2013) :

- Όπου υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των δοκιμών μετά την αρχική αξιολόγηση ενός μαστικού μαστού.
- Σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού όπου η μαστογραφία είναι αρνητική.
- Για την εκτίμηση του μεγέθους του όγκου στον επεμβατικό καρκίνο του λοβού.
- Για τη παρακολούθηση της ανταπόκρισης του καρκίνου του μαστού σε προεγχειρητικές θεραπείες.
- Οι νεότερες γυναίκες που είναι φορείς ενός γονιδίου BRCA ή που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο μετά από προηγούμενη θεραπεία ακτινοθεραπείας για λέμφωμα Hodgkin μπορεί να έχουν πρόσβαση σε τοπικά προγράμματα ανίχνευσης NHS που χρησιμοποιούν συνδυασμό MRI και μαστογραφίας.

### **3.7 Κλινική Εικόνα και Σταδιοποίηση του Καρκίνου του Μαστού**

Η κλινική εικόνα στο καρκίνο του μαστού εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται. Τα στάδια του καρκίνου του μαστού εξαρτώνται από το μέγεθος και τον τύπο του όγκου καθώς επίσης και από το πόσο τα καρκινικά κύτταρα έχουν διεισδύσει στους ιστούς του μαστού. Τα στάδια είναι (Akram et al., 2017):

- *Στάδιο 0*: Αυτό είναι το μη επεμβατικό στάδιο του όγκου το οποίο υποδηλώνει ότι τόσο τα καρκινικά όσο και τα μη καρκινικά κύτταρα βρίσκονται εντός των ορίων αυτού του τμήματος του μαστού στον οποίο ο όγκος αρχίζει να αναπτύσσεται και δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν την εισβολή τους στους περιβάλλοντες ιστούς του τμήματος αυτού.
- *Στάδιο 1*: Αυτό το στάδιο περιγράφει ότι είναι δυνατό να υπάρχει διηθητικό καρκίνωμα του μαστού και μια μικροσκοπική εισβολή. Έχει δύο κατηγορίες που είναι το 1A και το 1B στάδιο. Η κατηγορία 1A περιγράφει τον όγκο που μετρά μέχρι 2 εκατοστά και κανένας από τους λεμφαδένες δεν εμπλέκεται σε αυτό, ενώ το στάδιο 1B περιγράφει ότι μικρή ομάδα καρκινικών κυττάρων μεγαλύτερων από 0,2 mm βρίσκεται στον λεμφαδένα.

- *Στάδιο 2:* Έχει επίσης και αυτό το στάδιο δύο κατηγορίες τη 2A και τη 2B. Το στάδιο 2A περιγράφει ότι ο όγκος βρίσκεται σε μασχαλιαίους λεμφαδένες ή σε λεμφαδένες δείκτες, αλλά δεν βρέθηκε όγκος στον μαστό. Ο όγκος μπορεί να είναι μικρότερος ή μεγαλύτερος από 2 cm αλλά όχι μεγαλύτερος από 5 cm. Ωστόσο, το στάδιο 2B περιγράφει ότι ο όγκος μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 5 cm αλλά δεν μπορεί να φτάσει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.
- *Στάδιο 3:* Έχει χωριστεί σε τρεις κατηγορίες που είναι η 3A, η 3B και η 3C. Μεταξύ των οποίων το στάδιο 3A περιγράφει ότι κανένας όγκος δεν βρίσκεται στο στήθος αλλά μπορεί να βρεθεί σε 4-9 μασχαλιαίους λεμφαδένες ή σε λεμφαδένες δείκτες ενώ το στάδιο 3B περιγράφει ότι ο όγκος μπορεί να είναι οποιουδήποτε μεγέθους αλλά έχει προκαλέσει οίδημα ή έλκος στο δέρμα του μαστού και μπορεί να έχει εξαπλωθεί έως και 9 μασχαλιαίους λεμφαδένες ή στους λεμφαδένες του δείκτη. Το 3B μπορεί να θεωρηθεί ως φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού που περιλαμβάνει κόκκινο, ζεστό και πρησμένο δέρμα του μαστού. Ωστόσο, το στάδιο 3C περιγράφει την εξάπλωση του όγκου έως 10 ή περισσότερους από 10 μασχαλιαίους λεμφαδένες και έχει επίσης εξαπλωθεί και στους λεμφαδένες πάνω και κάτω από την κλείδα.
- *Στάδιο 4:* Πρόκειται για το προχωρημένο και μεταστατικό στάδιο του καρκίνου και αυτό το στάδιο περιγράφει την εξάπλωση σε άλλα όργανα του σώματος που είναι πνεύμονες, οστά κ.λπ.

Γενικότερα μια γυναίκα θα πρέπει να προβληματιστεί και να απευθυνθεί κατευθείαν στο γυναικολόγο της αν αντιληφθεί κάποια αλλαγή στο μέγεθος ή το σχήμα του μαστού. Επίσης, κάποια έλλειψη ή εκκένωση στο δέρμα του μαστού, μια θηλή που γυρίζει προς τα μέσα στο στήθος, υγρό, εκτός από το μητρικό γάλα, από τη θηλή, ειδικά αν είναι αιματηρό και κοκκινωπό και πρησμένο δέρμα στο μαστό ή στη θηλή είναι μια ανησυχητική κλινική εικόνα (PDQ, 2017).

### **3.8 Διάγνωση**

Η διάγνωση στο καρκίνο του μαστού είναι μία πολύπλοκη διαδικασία που τις περισσότερες φορές θα πρέπει να υπάρχει συνδυασμός των παρακάτω μεθόδων για τη βεβαιότητα ύπαρξης της νόσου. Οι μέθοδοι αυτές είναι α) ιστορικό και φυσική εξέταση, β) αυτοεξέταση, γ) υπερηχογραφική απεικόνιση μαστού, δ) πυρηνική

ιατρική, ε) αυτοματοποιημένη τομογραφία εκπομπής απλών φωτονίων (SPEET), στ) τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET/CT), ζ) CA 15-3 (καρκινικοί δείκτες), η) οι υποδοχείς οιστρογόνου και προγεστερόνης, θ) MRI, ι) ψηφιακή μαστογραφία, κ) βιοψία του μαστού, λ) χειρουργική βιοψία. Πιο αναλυτικά (Akram et al., 2017):

#### *α) Ιστορικό και Φυσική Εξέταση*

Το κλινικό ιστορικό ασθενών με καρκίνο του μαστού αποσκοπεί στη διερεύνηση της απειλής του καρκίνου και στην απόδειξη της εμφάνισης ή έλλειψης εκδηλώσεων ενδεικτικών της ασθένειας του μαστού. Πρέπει να περιλαμβάνει την ηλικία, την εμμηνόπαυση, τις προηγούμενες εγκυμοσύνες και τη χρήση της θεραπείας αντικατάστασης ορμονών μετά την εμμηνόπαυση ή τη χρήση από του στόματος αντισυλληπτικών. Το προσωπικό ιστορικό καθώς και το οικογενειακό ιστορικό πρέπει να διεξάγονται λεπτομερώς. Το προσωπικό ιστορικό περιλαμβάνει ηλικία στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, προηγούμενες βιοψίες μαστού και θεραπεία άλλων καρκίνων με χρήση ακτινοβολιών. Το οικογενειακό ιστορικό περιλαμβάνει ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών και καρκίνου του μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού. Πρέπει οι ασθενείς να εξετάζονται για συγκεκριμένες εκδηλώσεις όπως ο πόνος του μαστού, η απώλεια βάρους, ο πόνος στα οστά, η κόπωση και η απόρριψη των θηλών. Η φυσική εξέταση πραγματοποιείται από τους κλινικούς γιατρούς και περιλαμβάνει την επιθεώρηση των μαστών, την περιοχή γύρω από το λαιμό την κλείδα και τις μασχάλες. Τα στήθη παρατηρούνται για τυχόν παραμορφώσεις όπως σβόλοι ή άλλες εκδηλώσεις καρκίνου του μαστού. Οι λεμφαδένες εξετάζονται επίσης, οι οποίοι συνήθως διευρύνονται σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

#### *β) Αυτοεξέταση*

Η χρησιμότητα αυτοελέγχου του μαστού είναι αμφισβητούμενη στο κομμάτι της διάγνωσης επειδή δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί. Οι περισσότεροι γιατροί παρόλα αυτά, εκπαιδεύουν τις γυναίκες να πραγματοποιούν μηνιαία αυτοεξέταση ώστε να μπορούν να αναγνωρίσουν με τη συνήθη δομή των μαστών τους τυχόν αλλαγές. Οι γυναίκες μπορούν να βρουν ανωμαλίες στο μέγεθος και το σχήμα του μαστού κατά τη διάρκεια αυτοεξέτασης και έτσι μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό καρκίνου του μαστού.

#### *γ) Υπερηχογραφική απεικόνιση του μαστού*

Υπάρχουν πολυάριθμες έρευνες πίσω από την εφαρμογή συμπληρωματικού υπερηχογραφικού ελέγχου σε γυναίκες με παχύσαρκους ιστούς μαστού. Δεν υπάρχει τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη για τη διερεύνηση των επιπτώσεων της υπερηχογραφίας σε ποσοστά θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού. Ολόκληρος ο υπέρηχος του μαστού μπορεί να επιτρέψει στους ιατρούς να διαγνώσουν όγκους που δεν εμφανίζονται στην απλή μαστογραφία, ιδιαίτερα σε παχύ μαστό όπου η ευαισθησία στη μαστογραφία είναι μικρότερη. Η απεικόνιση με υπέρηχους δείχνει το μέγεθος και τη θέση του όγκου είτε είναι γεμάτος με υγρό είτε είναι στερεός και πρέπει να υποβληθεί σε βιοψία για να αποκλειστεί ο καρκίνος. Αυτή η εξέταση γίνεται γρήγορα και αποτελεί μια διαδικασία ρουτίνας για τη διάγνωση καρκίνου του μαστού.

#### *δ) Πυρηνική ιατρική*

Είναι ένας τύπος μοριακής απεικόνισης όπου μια ραδιενεργή ουσία (ραδιοφαρμακευτικό προϊόν) εισάγεται στην ασθενή και η ακτινοβολία από το ραδιοφαρμακευτικό προϊόν εμφανίζεται από αισθητικούς ανιχνευτές εκπομπών που περιλαμβάνουν κάμερες gamma και ανιχνευτές PET που βρίσκονται εξωτερικά στο σώμα του ασθενούς. Ο συνδυασμός gamma κάμερας και ανιχνευτών PET είναι μια σημαντική πρόοδος στην ενίσχυση της διάγνωσης και της εγγύτητας καρκίνου του μαστού.

#### *ε) Αυτοματοποιημένη τομογραφία εκπομπής απλών φωτονίων (SPECT)*

Η διαδικασία αυτή χρησιμοποιεί μονοκλωνικά ραδιονουκλεΐδια φωτονίων όπως το γάλλιο και το ιώδιο που εκπέμπουν τις ακτίνες gamma. Είναι μια αποτελεσματική σάρωση και είναι ακριβής για όργανα όπως ο μαστός. Η SPECT μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε ολόκληρο το σώμα, είναι συγκριτικά ασφαλής στην ποσότητα ακτινοβολίας και έχει υψηλά ποσοστά αναγνώρισης πρωτευνόντων και μεταστατικών καρκίνων.

#### *στ) Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET/CT)*

Στην ποσότητα ακτινοβολίας, το PET/CT είναι επίσης σχετικά ασφαλές και χρησιμοποιεί ραδιονουκλίδια που εκπέμπουν ποζιτρόνια, όπως το οξυγόνο, το φθορίδιο και ο άνθρακας. Ο συχνά χρησιμοποιούμενος ιχνηθέτης σε τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων είναι ένας ραδιενεργός τύπος. Οι ιστοί με ενισχυμένες

μεταβολικές απαιτήσεις, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης καρκινικών κυττάρων, αποδεικνύουν αυξημένη πρόσληψη του ιχνηθέτη το οποίο εμφανίζεται στη σάρωση. Με συνδυασμό CT και PET, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με πολλές καταστάσεις που επηρεάζουν τα διάφορα όργανα του σώματος απλά χαρτογραφούνται. Το PET/CT είναι εξαιρετικά ευδιάκριτο και ακριβές για την διάγνωση απόκρυφων και διαφορετικών περιοχών της τοπικής περιφερικής λεμφαδένης και/ή των μακρινών μεταστάσεων που δεν είναι εμφανή με κανονική απεικόνιση, μεταβάλλοντας έτσι τη σταδιοποίηση σε ποσοστό έως και 25% των ασθενών. Αυτή η διαδικασία χρησιμοποιείται για τον σχεδιασμό διαχείρισης, περιγράφοντας την εξάπλωση της πρωτογενούς ασθένειας. Χρησιμοποιείται επίσης στην επανεξέταση μετά την υποτροπή της θεραπείας από την αντιμετώπιση και την παρακολούθηση της θεραπείας.

#### *ζ) Ca 15-3 (καρκινικοί δείκτες)*

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για παρακολούθηση ασθενών με καρκίνο του μαστού. Τα υψηλά επίπεδα στο αίμα εμφανίζονται σε <10% των ασθενών στην αρχή του καρκίνου του μαστού και σε περίπου 70% των ασθενών με προχωρημένο στάδιο καρκίνου του μαστού. Τα επίπεδα CA 15-3 συνήθως μειώνονται μετά την επιτυχή διαχείριση. Ωστόσο, το CA 15-3 μπορεί επίσης να είναι υψηλό σε άλλους τύπους καρκίνων και σε λίγες μη καρκινικές παθήσεις, όπως η ηπατίτιδα και οι καλοήθειες μαστολογικές καταστάσεις.

#### *η) Οι υποδοχείς οιστρογόνου και προγεστερόνης*

Για την ταυτοποίηση του καρκίνου του μαστού διερευνώνται ιστοί καρκίνου του μαστού για υποδοχείς οιστρογόνου και προγεστερόνης που περιλαμβάνουν αντιγόνο HER2. Αυτές οι δοκιμές δίνουν πληροφορίες σχετικά με την επιθετικότητα του καρκίνου και την ανταπόκριση ορισμένων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

#### *θ) MRI*

Η μαστογραφία έχει θεωρηθεί ως κατάλληλη μέθοδος διαλογής για ανίχνευση καρκίνου του μαστού για πολλά χρόνια αλλά δεν μπορεί να διακρίνει μεταξύ των στερεών και κυστικών μαζών και μπορεί να χάσει μέχρι και το 10-15% των περιπτώσεων σε σχέση με τη μαγνητική τομογραφία. Η μαγνητική τομογραφία



παρέχει πιο ακριβή αποτελέσματα και υπάρχει σαφές όφελος για τις γυναίκες που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού λόγω της γενετικής μετάλλαξης BRCA1 και BRAC2 και είναι παρόντες με τη μασχαλιαία λεμφαδική αδеноπάθεια.

#### *ι) Ψηφιακή μαστογραφία*

Βοηθά στην εύρεση σβόλων σε πυκνούς ιστούς. Η εικόνα μπορεί επίσης εύκολα να αποθηκευτεί και να μεταδοθεί σε άλλο ακτινολόγο για μια δεύτερη γνώμη.

#### *κ) Βιοψία του μαστού*

Η βιοψία του μαστού είναι η απλούστερη τεχνική για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι βιοψιών μαστού. Για να βελτιωθεί η ακρίβεια της διάγνωσης και να αποφευχθούν όσο το δυνατόν περισσότερα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, εκτελείται ταυτόχρονα απεικόνιση του μαστού, κλινική εξέταση του μαστού και βιοψία (τριπλή εξέταση).

#### *λ) Χειρουργική βιοψία*

Εάν η ανώμαλη γειτνίαση είναι πολύ μικρή για να υποβληθεί σε βιοψία με άλλη διαδικασία ή η έκβαση της βιοψίας δεν είναι εμφανής, πραγματοποιείται χειρουργική βιοψία. Πριν από τη βιοψία, ένα σύρμα καθοδήγησης μπορεί να τοποθετηθεί στο στήθος για να βοηθήσει τον ιατρό να εντοπίσει τον ανώμαλο ιστό. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί τοπικό αναισθητικό και ο γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει μαγνητική τομογραφία, υπερηχογράφημα και μαστογραφία για να κατευθύνει το σύρμα στη θέση του. Η βιοψία μετά από αυτή τη διαδικασία πραγματοποιείται υπό γενική αναισθησία. Μικρή περιοχή πλησίον του ιστού του μαστού αποσπάται, παράλληλα με το σύρμα.

### **3.9 Θεραπεία**

Η θεραπεία έναντι του καρκίνου του μαστού ποικίλει ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου (το μέγεθος του όγκου και εάν είναι μόνο στο στήθος ή έχει εξαπλωθεί σε λεμφαδένες ή σε άλλα μέρη του σώματος), το πόσο γρήγορα αναπτύσσεται ο όγκος, πόσο πιθανό είναι να υποτροπιάσει η νόσος, την ηλικία μίας γυναίκας, τη γενική υγεία και την κατάσταση της εμμηνόπαυσης (αν μια γυναίκα εξακολουθεί να έχει εμμηνορροϊκή περίοδο). Χρησιμοποιούνται κυρίως πέντε τύποι θεραπείας που είναι

α) η χειρουργική επέμβαση, β) η ακτινοθεραπεία, γ) η χημειοθεραπεία, δ) η ορμονική θεραπεία και ε) η στοχοθετημένη θεραπεία (PDQ, 2017).

#### *α) Χειρουργική επέμβαση*

Οι περισσότερες ασθενείς με καρκίνο του μαστού προβαίνουν σε χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου. Ένας παθολόγος βλέπει τον ιστό κάτω από ένα μικροσκόπιο για να ψάξει για καρκινικά κύτταρα. Μετά τη βιοψία των λεμφαδένων του ιπποειδούς, ο χειρουργός αφαιρεί τον όγκο. Εάν δεν βρεθούν καρκινικά κύτταρα στον λεμφικό κόμβο του δείκτη, μπορεί να μην είναι απαραίτητο να αφαιρεθούν περισσότεροι λεμφαδένες. Εάν εντοπιστούν καρκινικά κύτταρα, περισσότεροι λεμφαδένες θα απομακρυνθούν μέσω μιας ξεχωριστής τομής. Αυτό ονομάζεται ανατομή λεμφαδένων (PDQ, 2017).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι χειρουργικής επέμβασης. Η χειρουργική επέμβαση για τη συντήρηση του μαστού είναι μια ενέργεια για την απομάκρυνση του καρκίνου και κάποιου φυσιολογικού ιστού γύρω του, αλλά όχι του ίδιου του μαστού. Μέρος της επένδυσης στο θωρακικό τοίχωμα μπορεί επίσης να αφαιρεθεί αν ο καρκίνος είναι κοντά του. Αυτός ο τύπος χειρουργικής επέμβασης μπορεί να ονομαστεί μερική μαστεκτομή, τμηματική μαστεκτομή, τετραπλευροεκτομή ή χειρουργική επέμβαση που υποθηκεύει το στήθος. Άλλος ένας τύπος χειρουργικής επέμβασης είναι η συνολική μαστεκτομή όπου πραγματοποιείται χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού που έχει καρκίνο. Μερικοί από τους λεμφαδένες κάτω από τον βραχίονα μπορούν να αφαιρεθούν και να ελεγχθούν για καρκίνο. Αυτό μπορεί να γίνει ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση μαστού ή μετά. Αυτό γίνεται μέσω ξεχωριστής τομής. Τέλος ένας άλλος τύπος είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Αυτή του είδους η χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει την απομάκρυνση ολόκληρου του μαστού που έχει καρκίνο, πολλών λεμφαδένων κάτω από τον βραχίονα, την επένδυση πάνω από τους θωρακικούς μύες και μερικές φορές μέρος των μυών του θωρακικού τοιχώματος (PDQ, 2017).

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί πριν από τη χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου. Όταν χορηγείται πριν από τη χειρουργική επέμβαση η χημειοθεραπεία μπορεί να συρρικνώσει τον όγκο και να μειώσει την ποσότητα ιστού που πρέπει να αφαιρεθεί κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Η θεραπεία που χορηγείται πριν από τη χειρουργική επέμβαση ονομάζεται προεγχειρητική

θεραπεία ή νεοαγγειοθεραπεία. Ακόμα κι αν ο γιατρός αφαιρέσει όλο τον όγκο που μπορεί να παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, ορισμένες ασθενείς μπορεί να λάβουν ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση, για να σκοτώσουν όλα τα καρκινικά κύτταρα που έχουν απομείνει. Η θεραπεία που χορηγείται μετά από τη χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος επανεμφάνισης του καρκίνου, ονομάζεται μετεγχειρητική θεραπεία ή ανοσοενισχυτική θεραπεία (PDQ, 2017).

Εάν μία γυναίκα πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή, μπορεί να εξεταστεί η ανασύσταση του μαστού (χειρουργική επέμβαση για την αναδημιουργία του σχήματος του μαστού μετά από μαστεκτομή). Η ανακατασκευή του μαστού μπορεί να γίνει τη στιγμή της μαστεκτομής ή κάποια στιγμή μετά. Ο ανασυγκροτημένος μαστός μπορεί να γίνει με τον ιστό της ίδιας της ασθενούς ή με τη χρήση εμφυτευμάτων (PDQ, 2017).

### *β) Ακτινοθεραπεία*

Η ακτινοθεραπεία είναι μια θεραπεία για καρκίνο που χρησιμοποιεί ακτίνες Χ υψηλής ενέργειας ή άλλους τύπους ακτινοβολίας για να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα ή για να τα διατηρήσει. Υπάρχουν δύο τύποι ακτινοθεραπείας: α) η εξωτερική ακτινοθεραπεία που χρησιμοποιεί μια μηχανή έξω από το σώμα για να στείλει ακτινοβολία προς τον καρκίνο και β) η εσωτερική ακτινοθεραπεία που χρησιμοποιεί μια ραδιενεργή ουσία σφραγισμένη σε βελόνες, σπόρους, σύρματα ή καθετήρες που τοποθετούνται απευθείας στον όγκο ή κοντά στον όγκο. Ο τρόπος χορήγησης της ακτινοθεραπείας εξαρτάται από τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου που αντιμετωπίζεται. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η εσωτερική ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του οστικού πόνου που προκαλείται από τον καρκίνο του μαστού που έχει εξαπλωθεί στα οστά (PDQ, 2017).

### *γ) Χημειοθεραπεία*

Η χημειοθεραπεία είναι μια θεραπεία καρκίνου που χρησιμοποιεί φάρμακα για να σταματήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, είτε με τη θανάτωση των κυττάρων είτε με τη διακοπή της διάσπασης. Όταν η χημειοθεραπεία λαμβάνεται από το στόμα ή χορηγείται σε φλέβα ή μυ, τα φάρμακα εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και μπορούν να φτάσουν σε καρκινικά κύτταρα σε όλο το σώμα

(συστηματική χημειοθεραπεία). Όταν η χημειοθεραπεία τοποθετείται απευθείας στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, σε ένα όργανο ή σε μία κοιλότητα του σώματος όπως η κοιλιακή χώρα, τα φάρμακα επηρεάζουν κυρίως τα καρκινικά κύτταρα στις περιοχές αυτές (περιφερειακή χημειοθεραπεία). Ο τρόπος χορήγησης της χημειοθεραπείας εξαρτάται από τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου που αντιμετωπίζεται. Η συστηματική χημειοθεραπεία είναι αυτή που χρησιμοποιείται τις περισσότερες φορές στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (PDQ, 2017).

#### δ) Ορμονική θεραπεία

Η ορμονική θεραπεία είναι μία θεραπεία για τον καρκίνο που απομακρύνει τις ορμόνες ή εμποδίζει τη δράση τους και εμποδίζει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Οι ορμόνες είναι ουσίες που παράγονται από αδένες στο σώμα και κυκλοφορούν στην κυκλοφορία του αίματος. Μερικές ορμόνες μπορεί να προκαλέσουν την ανάπτυξη ορισμένων καρκίνων (PDQ, 2017).

Η ορμονική θεραπεία με ταμοξιφένη χορηγείται συχνά σε γυναίκες με πρώιμο εντοπισμένο καρκίνο του μαστού και σε γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Η ορμονική θεραπεία με ταμοξιφένη ή οιστρογόνα μπορεί να δράσει σε κύτταρα σε όλο το σώμα και μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου. Οι γυναίκες που λαμβάνουν ταμοξιφένη θα πρέπει να υποβάλλονται κάθε χρόνο σε πυελική εξέταση για να αναζητήσουν τυχόν σημάδια καρκίνου (PDQ, 2017).

Η ορμονική θεραπεία με ωχρινοποιητική ορμόνη χορηγείται σε μερικές γυναίκες από την προμηνόπαυση, οι οποίες μόλις έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού σε υποδοχείς ορμονών. Η ορμονική θεραπεία με έναν αναστολέα αρωματάσης χορηγείται σε μερικές μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που έχουν καρκίνο του μαστού σε ορμονικούς υποδοχείς. Για τη θεραπεία του πρώιμα εντοπισμένου καρκίνου του μαστού που μπορεί να απομακρυνθεί με χειρουργική επέμβαση, ορισμένοι αναστολείς αρωματάσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ανοσοενισχυτική θεραπεία αντί για ταμοξιφένη ή μετά από δύο έως τρία χρόνια χρήσης ταμοξιφένης. Για τη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του μαστού, οι αναστολείς αρωματάσης δοκιμάζονται σε κλινικές δοκιμές για να τις συγκρίνουν με ορμονοθεραπεία με ταμοξιφένη. Άλλοι τύποι ορμονοθεραπείας περιλαμβάνουν τη οξική μεγεστρόλη ή τη θεραπεία αντι-οιστρογόνου όπως το fulvestrant (PDQ, 2017).

### ε) Στοχοθετημένη θεραπεία

Η στοχοθετημένη θεραπεία είναι ένας τύπος θεραπείας που χρησιμοποιεί φάρμακα ή άλλες ουσίες για τον εντοπισμό και την επίθεση συγκεκριμένων καρκινικών κυττάρων χωρίς να βλάπτει τα φυσιολογικά κύτταρα. Τα μονοκλωνικά αντισώματα, οι αναστολείς κινάσης τυροσίνης, οι αναστολείς κινάσης που εξαρτώνται από κυκλίνη, ο στόχος των αναστολέων ραπαμυκίνης (mTOR) και οι αναστολείς της PARP είναι τύποι στοχοθετημένων θεραπειών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (PDQ, 2017).

Η θεραπεία με μονοκλωνικά αντισώματα είναι μια θεραπεία καρκίνου που χρησιμοποιεί αντισώματα που παράγονται στο εργαστήριο, από έναν μόνο τύπο κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα αντισώματα συνδέονται με τις ουσίες και σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα, εμποδίζουν την ανάπτυξή τους ή τα εμποδίζουν να εξαπλωθούν. Τα μονοκλωνικά αντισώματα χορηγούνται με έγχυση. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνα τους ή να μεταφέρουν φάρμακα, τοξίνες ή ραδιενεργά υλικά απευθείας σε καρκινικά κύτταρα. Τα μονοκλωνικά αντισώματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία ως επικουρική θεραπεία (PDQ, 2017).

Οι αναστολείς κινάσης τυροσίνης είναι στοχευμένα φάρμακα θεραπείας που εμποδίζουν τα σήματα που απαιτούνται για την ανάπτυξη των όγκων. Οι αναστολείς κινάσης τυροσίνης μπορούν να χρησιμοποιηθούν με άλλα αντικαρκινικά φάρμακα ως επικουρική θεραπεία. Οι αναστολείς κινάσης εξαρτώμενοι από την κυκλίνη είναι στοχευμένα φάρμακα θεραπείας που μπλοκάρουν πρωτεΐνες που ονομάζονται εξαρτώμενες από κυκλίνη κινάσες, οι οποίες προκαλούν την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Χρησιμοποιούνται σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες των οποίων ο καρκίνος δεν έχει υποβληθεί σε θεραπεία με ορμονική θεραπεία (PDQ, 2017).

Ο στόχος των αναστολέων ραπαμυκίνης (mTOR) αποκλείει μια πρωτεΐνη που ονομάζεται mTOR, η οποία μπορεί να κρατήσει τα καρκινικά κύτταρα από την ανάπτυξη και να αποτρέψει την ανάπτυξη νέων αιμοφόρων αγγείων που οι όγκοι πρέπει να αναπτυχθούν. Οι αναστολείς PARP είναι ένας τύπος στοχοθετημένης θεραπείας που εμποδίζει την επιδιόρθωση του DNA και μπορεί να προκαλέσει την περάτωση καρκινικών κυττάρων. Η θεραπεία με αναστολέα PARP μελετάται για τη

θεραπεία ασθενών με τριπλό αρνητικό καρκίνο του μαστού ή όγκους με μεταλλάξεις BRCA1 ή BRCA2 (PDQ, 2017).

### **3.10 Πρόγνωση**

Μπορεί να υπάρχουν κάποια στατιστικά στοιχεία για την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού, όμως, επειδή είναι μία πολυδιάστατη ασθένεια τα ποσοστά επιβίωσης ποικίλουν από γυναίκα σε γυναίκα. Εξαρτώνται από το συνδυασμό παραγόντων όπως ηλικία, το στάδιο της νόσου και τη θεραπεία (Clancy and McVicar, 2011).

Όσον αφορά την ηλικία περίπου μία στις 19.000 γυναίκες θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού έως την ηλικία των 25 ετών, μία στις 2500 γυναίκες έως την ηλικία των 30 ετών και μία στις 50 έως την ηλικία των 50 ετών. Επίσης, μια στις εννέα γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού σε κάποιο σημείο της ζωής τους και η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται με την ηλικία, με απότομη αύξηση μετά την εμμηνόπαυση (Clancy and McVicar, 2011).

Όσον αφορά τη θεραπεία που εξελίσσεται συνεχώς στις μέρες μας παρόλο που η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξήθηκε κατά 1,5% ετησίως, τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν σταδιακά και εκτιμάται ότι τα ποσοστά επιβίωσης 5 ετών για τον πρώιμο καρκίνο του μαστού πλησιάζουν το 80% (Foy and Blowers, 2013).

Όλα αυτά τα ποσοστά διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Όταν ο καρκίνος του μαστού βρίσκεται στα πρώτα στάδια (0-2) τότε τα ποσοστά επιβίωσης είναι μεγάλα. Όταν όμως η ασθένεια βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο (3-4) πλέον η ασθενής πάσχει από μεταστατικό καρκίνο του μαστού και τα ποσοστά επιβίωσης πέφτουν κατακόρυφα (Clancy and McVicar, 2011).

### **3.11 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή**

#### **3.11.1 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού**

Οι νοσηλευτές, ίσως αντιπροσωπεύουν τη μεγαλύτερη ομάδα εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως και, εάν οι πρακτικές προώθησης και

πρόληψης ενσωματώνονται στη καθημερινή πρακτική τους, υπάρχει δυνατότητα για ένα τεράστιο αντίκτυπο στη μείωση της εμφάνισης του καρκίνου. Γενικά, η εκπαίδευση νοσηλευτών δεν δίνει προτεραιότητα σε θέματα προώθησης υγείας. Οι νοσηλευτές συχνά θεωρούν ότι στερούνται τις δεξιότητες και τις γνώσεις για να διευρύνουν τις αξιολογήσεις και να παρέχουν συμβουλές στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού (Χαραλάμπους, 2011).

Σε μία αρχική αξιολόγηση μιας γυναίκας, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συλλέξει τις πληροφορίες για τους παράγοντες κινδύνου. Αυτό θα περιλαμβάνει ,αλλά δεν θα περιορίζει, πληροφορίες οικογενειακού ιστορικού σχετικά με το καρκίνο του μαστού, τη συχνότητα του καπνίσματος, τις διατροφικές συνήθειες, τη σωματική δραστηριότητα, το δείκτη μάζας σώματος, το ιστορικό γεννήσεων, τη διανοητική κατάσταση και την έκθεση στους ειδικούς και γνωστικούς παράγοντες κινδύνου. Μετά την αξιολόγηση, θα πρέπει να παρέχουν συμβουλές όπως προβλέπεται, και να ζητήσουν πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις όπου ενδείκνυται (Χαραλάμπους, 2011).

Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν ότι ο ρόλος τους στην προώθηση της υγείας και την πρόληψη του καρκίνου δεν περιορίζεται στις υγιείς γυναίκες ή στις ασυμπτωματικές ασθενείς. Οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού είτε βρίσκονται υπό θεραπεία ή έχουν θεραπευτεί από το καρκίνο του μαστού θα πρέπει να τους παρέχονται συμβουλές σχετικά με την ελαχιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου (Χαραλάμπους, 2011).

Ένας άλλος σημαντικός ρόλος για τους νοσηλευτές είναι να προωθήσουν την πολιτική και τις κοινωνικές αλλαγές για προώθηση υγιούς συμπεριφοράς ως κοινωνικό πρότυπο. Αυτό περιλαμβάνει τη συμμετοχή νοσηλευτικών οργανώσεων για την εξασφάλιση ότι η κατάρτιση και η εκπαίδευση παρέχουν την απαραίτητη γνώση και τις δεξιότητες για τους νοσηλευτές να αντιληφθούν τα μέγιστα των δυνατοτήτων τους στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού (Χαραλάμπους, 2011).

### **3.11.2 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή κατά τη Διάρκεια Νοσηλείας και της Προεγχειρητικής Φάσης της Ασθενούς με Καρκίνο του Μαστού**

Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού συνήθως είναι αγχωμένη για τη διάγνωση, την εγχείρηση, την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης και τις πιθανές αλλαγές στις

σεξουαλικές και οικογενειακές της σχέσεις. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι νέες γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ένας αυξανόμενος πληθυσμός, είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο άγχος και άλλες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, όπως είναι οι σύζυγοι και τα παιδιά τους (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών αυτών θα πρέπει να δώσουν ευκαιρίες στις γυναίκες να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Έτσι η ασθενής μπορεί να περιγράψει τους φόβους της. Καθώς εκφράζονται οι φόβοι, ο νοσηλευτής μπορεί απλά να ακούει, να εκπαιδεύει ή να αντιμετωπίζει τους φόβους, όταν οφείλονται σε άγνοια. Μπορεί επίσης ένας νοσηλευτής να συζητήσει με τη γυναίκα τις γνώσεις της για το καρκίνο του μαστού. Η εκτίμηση των γνώσεων για το καρκίνο του μαστού βοηθά τον νοσηλευτή να σχεδιάσει πιο αποτελεσματική διδασκαλία (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Μπορεί επίσης να ενθαρρύνει συζητήσεις σχετικά με τις άμεσες ανησυχίες της για τη ζωή της στο σπίτι και για τις αλλαγές που θα πρέπει να γίνουν. Η προληπτική καθοδήγηση μπορεί να βοηθήσει στον προγραμματισμό και την αντιμετώπιση των αλλαγών στη ζωή και τις σχέσεις της. Καλό θα ήταν ακόμα, ο νοσηλευτής να δώσει πληροφορίες για τη διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης, περιλαμβάνοντας και πληροφορίες για την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή, την αναισθησία και την ανάνηψη. Η γνώση των διαδικασιών που θα ακολουθήσουν βοηθούν τη γυναίκα να περιορίσει το άγχος της. Τέλος, καλό θα ήταν ο νοσηλευτής να εξηγήσει ότι είναι φυσιολογικό να υπάρχει μειωμένη αισθητικότητα στη χειρουργημένη περιοχή αφού νευρικά στελέχη που έχουν διαταμεί ή καταστραφεί περιορίζουν την αισθητικότητα (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού πρέπει να πάρει τροποποιητικές για τη ζωή της αποφάσεις σχετικές με τη θεραπεία της, μέσα σε σχετικά μικρό και έντονα στρεσογόνο διάστημα. Η ηλικία της, το γυναικολογικό της ιστορικό (εάν είναι σε εμμηνόπαυση ή όχι) και το στάδιο του καρκίνου είναι μερικοί από τους παράγοντες που θα επηρεάσουν τις αποφάσεις της. Οι πολιτισμικές αξίες, ο τρόπος ζωής, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η αυτοεκτίμηση της λαμβάνονται επίσης υπόψη (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δώσει την ευκαιρία στη γυναίκα να κάνει ερωτήσεις και να τις απαντήσει όσο πιο απλά και άμεσα γίνεται. Δημιουργώντας επαφή με τα



μάτια και δίνοντας προσοχή στη γλώσσα του σώματος η γυναίκα μπορεί να επεξεργαστεί πληροφορίες και να πάρει ενήμερες αποφάσεις. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα ήταν καλό να αφουγκραστεί τη γυναίκα κατά τη διδασκαλία λήψης απόφασης χωρίς κριτική διάθεση. Η ενεργητική ακρόαση, χωρίς διάθεση κριτικής βοηθά τη γυναίκα να κατανοήσει τις πληροφορίες εξάλλου μόνο αυτή είναι που γνωρίζει τις συνθήκες που περιβάλλουν τη ζωή της (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Αν η γυναίκα επιθυμεί, καλό θα είναι να της δοθεί η ευκαιρία να συναντηθεί με άλλες γυναίκες που είχαν χειρουργηθεί για καρκίνο του μαστού. Δεν είναι προετοιμασμένες όλες οι γυναίκες να συναντήσουν άλλες γυναίκες με το ίδιο πρόβλημα, αλλά είναι χρήσιμο να μείνει ανοιχτή αυτή η διέξοδος. Τέλος θα μπορούσε να διευκολύνει την ασθενή μία ομαδική προσέγγιση με τον χειρουργό, τον αναισθησιολόγο, τον ογκολόγο, τον πλαστικό χειρουργό και άλλους επαγγελματίες υγείας. Το να είναι ο νοσηλευτής συμπαραστάτης της γυναίκας σε αυτή τη φάση του άγχους και της λήψης απόφασης μειώνει την ένταση και διευκολύνει τη συνεργασία με τους άλλους παρόχους φροντίδας υγείας (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

### **3.11.3 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Μετεγχειρητική Φάση της Ασθενούς με Καρκίνο του Μαστού**

Η χειρουργική επέμβαση του μαστού μεταβάλλει την εμφάνιση του μαστού. Η απώλεια αυτή προκαλεί θρήνο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αφουγκραστεί τις εκφράσεις θρήνου και να αναζητήσει μη λεκτικές νύξεις (αποφυγή βλέμματος, κλάμα, σιωπή). Την απογοήτευσή τους δεν την εκφράζουν όλες οι γυναίκες ξεκάθαρα. Μερικές φορές η θλίψη που δεν εκφράζεται είναι πιο οδυνηρή. Ο θρήνος ανακουφίζεται μόνο όταν εκφράζεται σε ασφαλές περιβάλλον. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να εξηγήσουν ότι είναι φυσιολογικό να υπάρχουν περίοδοι μελαγχολίας, θυμού και άρνησης μετά από εγχείρηση στο μαστό. Αν η γυναίκα το επιθυμεί, θα μπορούσε να εμπλακεί και ο σύντροφος στην αντιμετώπιση του θρήνου. Θα πρέπει βέβαια εδώ οι νοσηλευτές να είναι πολύ προσεχτικοί στη διαχείριση γιατί μπορεί και ο ίδιος ο σύντροφος να θρηνεί αλλά από την άλλη υπάρχουν και γυναίκες που δεν θέλουν να μοιραστούν το θρήνο τους και δεν ενδιαφέρονται επίσης και όλοι οι σύντροφοι για συμμετοχή και υποστήριξη (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνου του μαστού και έχουν προβεί σε χειρουργική επέμβαση εκτός από τα ψυχολογικά και φυσικά προβλήματα που σχετίζονται με τη θεραπεία, αντιμετωπίζουν πολλές φορές προβλήματα που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος και τη σεξουαλικότητα. Στις νεότερες γυναίκες οι προβληματισμοί και οι ανησυχίες για την εικόνα του σώματος τους οφείλονται στην αφαίρεση του μαστού από την χειρουργική επέμβαση που προκαλεί ουλές καθώς και στις φυσικές αλλαγές που προκύπτουν από την ανοσοενισχυτική θεραπεία αφού επηρεάζεται η συνολική ποιότητα ζωής (Paterson et al., 2016).

Η εικόνα του καρκίνου του μαστού δεν είναι καταστροφική μόνο για την γυναίκα που νοσεί αλλά και για τον σύντροφό της και τη σχέση μεταξύ τους. Οι γυναίκες από την προεμμηνοπαυση έχει διαπιστωθεί έχουν σημαντικές ανησυχίες για τις αλλαγές στη σχέση με το σύντροφό τους. Μελέτες δείχνουν ότι γυναίκες που έχουν επέλθει σε μαστεκτομή δεν νιώθουν πλέον επιθυμητές από τον σύντροφό τους και η σεξουαλική τους ζωή μειώνεται δραματικά (Paterson et al., 2016). Η αλλαγή της αυτοαντίληψης, τα συμπτώματα και η σεξουαλικότητα απεικονίζονται στην απώλεια της σεξουαλικής εμπιστοσύνης στον εαυτό μιας γυναίκας καθώς και στην αλλαγή του σωματικού της ειδώλου μετά την χειρουργική επέμβαση η οποία επηρεάζει και τη σεξουαλικότητα του ζευγαριού (Comer,2006).

Έχει διαπιστωθεί ότι η σεξουαλικότητα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της συνολικής ευεξίας ενός ατόμου και η αντίληψη της εικόνας του σώματος αποτελεί βασικό συστατικό της σεξουαλικής υγείας. Η συναισθηματική υποστήριξη της ασθενούς από τον σύντροφο της έχει συσχετιστεί με λιγότερες σεξουαλικές δυσκολίες καθώς και μια υγιής σχέση της ασθενούς με τον σύντροφό της επηρεάζει θετικά την αντίληψη που έχει για την εικόνα του σώματος της (Paterson et al., 2016).

Όπως κάθε χειρουργημένος ασθενής, έτσι και η γυναίκα με επέμβαση στο μαστό διατρέχει κίνδυνο να αναπτύξει λοίμωξη. Η αφαίρεση λεμφαδένων και η παρουσία παροχέτευσης αυξάνει τον κίνδυνο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγχει τα χειρουργικά επιθέματα για αιμορραγικά ή άλλα υγρά, τη χροιά και την ορμή τους κάθε τέσσερις ώρες για το πρώτο εικοσιτετράωρο και να καταγράφει τα ευρήματά του. Υπερβολική ποσότητα αίματος ή άλλων υγρών μπορεί να σημαίνει μετεγχειρητικές επιπλοκές που ενδεχομένως απαιτούν επείγουσες ενέργειες. Θα πρέπει ακόμα να εξετάζει τη χειρουργική τομή και τα σημεία εισόδου καθετήρων για

πόνο, ερυθρότητα, οίδημα και εκροή. Θα πρέπει να ελέγχεται η βατότητα και η αρνητική πίεση του συστήματος παροχέτευσης και να σημειώνεται η ποσότητα και η χροιά του περιεχομένου. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται αυστηρά άσηπτη τεχνική για την αλλαγή των γαζών και των ενδοφλέβιων γραμμών (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Θα ήταν καλό να συστήνεται δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες. Ο νοσηλευτής μπορεί να φέρει τη γυναίκα σε επαφή με διατροφολόγο έτσι ώστε να τις δώσει τις κατάλληλες διατροφικές οδηγίες για μία σωστή διατροφή σε όλη τη διάρκεια της ζωής της. Η γυναίκα θα πρέπει να διδάχτεί, με την έξοδο της από το νοσοκομείο, από τους νοσηλευτές πως να φροντίζει το σύστημα παροχέτευσης αλλά και να ελέγχει και να αναφέρει στον πάροχο φροντίδας υγείας κάθε σημείο λοίμωξης όπως πυρετός, ερυθρότητα ή πυώδη υγρά στις παροχετεύσεις. Τέλος θα πρέπει να συστήνεται στη γυναίκα να αποφεύγει να χρησιμοποιεί αποσμητικά και πούδρες στη περιοχή μέχρι τη πλήρη επούλωση της τομής αφού οι ουσίες αυτές μπορεί να ερεθίσουν το δέρμα και να εμποδίσουν την επούλωση (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

#### **3.11.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Ψυχοκοινωνική υγεία Ασθενούς με Καρκίνο του Μαστού**

Η ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου και η διαπραγμάτευση της συνεπακόλουθης θεραπείας συνιστούν ψυχικό τραύμα, που γεννά την ανάγκη οι επαγγελματίες υγείας να διερευνήσουν τα συναισθήματά τους, καθώς και να προσπαθήσουν να κατανοήσουν εκείνα των ατόμων στα οποία παρέχουν φροντίδα. Έχει αποδειχτεί επαρκώς ότι η κατανόηση της ανάγκης για την παροχή όχι μόνο ποιοτικής ιατρικής φροντίδας αλλά και συναισθηματικής φροντίδας και υποστήριξης, περιλαμβάνει το δικαίωμα έκφρασης κάθε είδους συναισθήματος, ως απάντηση στο τραύμα της ασθένειας του καρκίνου (Corner,2006).

Παρόλο που οι νοσηλευτές ογκολογίας αποδέχονται γενικότερα τον δυνητικό θεραπευτικό τους ρόλο σε κάποιο βαθμό και ενώ αναγνωρίζουν ότι τα άτομα στα οποία παρέχουν φροντίδα, πιθανά χρησιμοποιούν την σχέση εμπιστοσύνης μαζί τους προκειμένου να διερευνήσουν τα συναισθήματά τους, στην πρακτική άσκηση οι νοσηλευτές δείχνουν τον πραγματικό τους εαυτό κατά τη διάρκεια των προσεγγίσεων

τους για τη διαχείριση των ανησυχιών του ατόμου. Με άλλα λόγια οι εφαρμοσμένες νοσηλευτικές πρακτικές δεν καθοδηγούνται γενικά από θεωρίες και δεν συνεπάγονται κατηγορηματικού αμοιβαία διαπραγματευόμενου θεραπευτικού προγράμματος (Corner,2006).

Οι προσωπικές ικανότητες της ενσυναίσθησης, η μη κριτική στάση και ακόμα και η γενναιοδωρία, θεωρούνται ουσιαστικές για τους νοσηλευτές προκειμένου να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνου του μαστού. Η ικανότητα ενός ατόμου να αποδίδει νόημα ή σκοπό σε μία κρίση σχετίζεται με την ικανότητα προσαρμογής σε αυτήν. Είναι απαραίτητο λοιπόν, οι γυναίκες αυτές να θεωρήσουν ότι οι ζωές τους έχουν ουσιαστικό νόημα (Corner, 2006).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία τα περισσότερα άτομα όταν ο καρκίνος γίνει μέρος της ζωής τους και εμφανιστούν τα πρώτα σωματικά συμπτώματα θα βιώσουν κάποιο επίπεδο άγχους, φόβου και κατάθλιψης. Οι νεότερες γυναίκες βρέθηκε ότι είχαν υψηλότερα επίπεδα σωματικής και ψυχολογικής δυσφορίας (Paterson et al., 2016).

Παρά την πλούσια βιβλιογραφία και τον ολοένα αυξανόμενο αριθμό ερευνών για τον καρκίνο του μαστού και τη σεξουαλικότητα, είναι αξιοπερίεργο ότι το θέμα της σεξουαλικότητας αποφεύγεται από τους επαγγελματίες υγείας. Ιστορικά οι στάσεις και τα πιστεύω για τη σεξουαλικότητα κυμαίνονται σύμφωνα με τις θρησκευτικές, νομικές και πολιτικές επιρροές και οι απόψεις για αυτήν σε μεγάλο βαθμό είναι παράγωγο των πολιτισμικών επιρροών. Η σεξουαλικότητα περικλείει την έννοια της υπόστασης μας σε σχέση με το σώμα μας, το πνεύμα και την κοινωνία μας. Σχετίζεται στενά με την εικόνα που έχουμε για το σώμα μας, την αυτοεκτίμηση μας, αλλά και πως θέλουμε οι άλλοι άνθρωποι γύρω μας να μας βλέπουν. Περικλείει περισσότερα πράγματα από την έννοια της σεξουαλικής επιθυμίας, της δράσης του σεξουαλικού προσανατολισμού, ενώ περικλείει το άγγιγμα, την οικειότητα και τη σωματική επαφή με τους άλλους γύρω μας. Αντανακλά την προσωπικότητα και το ρόλο μας μέσα στην οικογένεια, στις σχέσεις μας, στη δουλειά και στη κοινωνία. Στην φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του μαστού αναγνωρίζεται η σημασία της σεξουαλικότητας στη ποιότητα ζωής. Παρόλο αυτά, πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν έχουν διδαχθεί πώς να διασχίζουν τα εμπόδια και να συζητούν για τη σεξουαλικότητα

ή δεν έχουν προετοιμαστεί να αντιμετωπίσουν και να καταλάβουν τον εσωτερικό τους εαυτό και τη σεξουαλικότητα τους σε σχέση με τη ζωή τους και της ζωής των ασθενών τους (Corner,2006).

Η σεξουαλικότητα και η σεξουαλική λειτουργικότητα μπορεί να επηρεάζονται τόσο από τις ψυχολογικές όσο και από τις οργανικές επιπτώσεις της αντικαρκινικής θεραπείας σε όλα τα στάδια της νόσου. Ακόμη και πριν την επιβεβαίωση της διάγνωσης του καρκίνου οι ψυχολογικές και οι βιολογικές επιπτώσεις της ασθένειας μπορεί να έχουν τραυματίσει τη σεξουαλικότητα των γυναικών. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων έχει δυνητική αρνητική επίδραση στην αυτοεκτίμηση και την εικόνα του σώματος των γυναικών. Σε τελική ανάλυση επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό και κατά συνέπεια επιδρούν στη σεξουαλική λειτουργικότητα και τη σεξουαλική έκφραση. Κατά την περίοδο της διάγνωσης και της θεραπείας το άγχος και ο φόβος μπορούν όχι μόνο να μειώσουν την επιθυμία για σεξ, αλλά και να επηρεάσουν γενικότερα τη σεξουαλικότητα του ατόμου. Όλες οι σεξουαλικές λειτουργίες μπορεί να ανασταλούν ενώ το άτομο βιώνει την απειλή διάγνωσης (Corner,2006).

Η εικόνα του σώματος είναι ουσιαστικά η εικόνα που διαμορφώνουν στο μυαλό τους και περιλαμβάνει την έκφραση των συναισθημάτων, της ταυτοποίησης, της ομορφιάς και των κοινωνικών πτυχών. Έχουν εντοπιστεί τρεις πλευρές που αποτελούν χαρακτηριστικά της περίπλοκης έννοιας της εικόνας του σώματος σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία για το καρκίνο του μαστού. Αυτές περιλαμβάνουν την συναισθηματική (αίσθηση θηλυκότητας, σεξουαλικότητας), τη συμπεριφορική (αποφυγή των ανθρώπων λόγω εμφάνισης) και τη γνωστική (ικανοποίηση για την εμφάνιση) (Paterson et al., 2016).

Οι γυναίκες που έχουν καλύτερη αντίληψη για την εικόνα του σώματός τους έχει παρατηρηθεί ότι αντιμετωπίζουν καλύτερα τον καρκίνο. Οι κακές αντιλήψεις του σώματος έχουν τη δυνατότητα να επηρεάζουν αρνητικά τη φυσική και ψυχολογική λειτουργία της ασθενούς καθώς συνδέεται με μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης και χειρότερη ποιότητα ζωής. Ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου ήταν πιο δυσαρεστημένες για την εικόνα του σώματος τους σε σύγκριση με τις γυναίκες που βρίσκονταν σε πρώιμο στάδιο (Paterson et al., 2016).

Όσον αφορά τη φυσική λειτουργία η αρνητική αντίληψη για την εικόνα του σώματος έχει συχνά συσχετιστεί με μεγάλα σεξουαλικά προβλήματα. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν εξάψεις, κολπική ξηρότητα, ατροφική κολπίτιδα καθώς και μειωμένη λίμπιντο που έχει ως αποτέλεσμα την πρόωμη εμμηνόπαυση, η οποία μπορεί να έχει μια ιδιαίτερα αρνητική επίδραση στη σεξουαλικότητα της νεότερης γυναίκας με καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που δεν είναι ικανοποιημένες με την εικόνα του σώματός τους μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού έχουν μέχρι και δύομισι φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σεξουαλικά προβλήματα έχοντας να αντιμετωπίζουν και τα δύο αυτά θέματα (Paterson et al., 2016).

Παρά την επιτακτικότητα ενός πιθανού θανάτου για κάποιους ασθενείς με καρκίνο, είναι σημαντικό οι νοσηλευτικές θεραπευτικές στρατηγικές να προσανατολίζονται στην κατεύθυνση του αισθήματος της ασφάλειας, μια κατεύθυνση που υπαγορεύεται τόσο από τον ασθενή όσο και από το νοσηλευτή. Οι αποφάσεις εκείνες που εγείρουν το αίσθημα ασφάλειας και χαλαρώνουν το άτομο και την οικογένεια του επηρεάζουν επίσης το χρόνο και το ρυθμό της εργασίας. Η διασφάλιση δημιουργίας χώρου από το άτομο να κατανοήσει την ανταπόκρισή του στον καρκίνο μπορεί να το βοηθήσει να επανακτήσει επάρκεια και ολότητα (Corner, 2006).

Ο έντονος φόβος, το άγχος, η ενοχή και η εξαθλίωση εξασθενούν τα άτομα καθώς πασχίζουν να διαχειριστούν τον πόνο, τη δυσφορία, την κόπωση και την παραμόρφωση από τον καρκίνο. Κατά συνέπεια θεωρείται σημαντικό όλοι να μελετούν τι μπορούν να κάνουν στις διαφορετικές αυτές συνθήκες για να βοηθήσουν και να ενισχύσουν τους ανθρώπους που συναντούν στην εργασία τους. Αυτό περιλαμβάνει τη διαβεβαίωση ότι η ατομική μας εξουσία και «συνείδηση» που εκδηλώνεται με δογματική εφαρμογή της γνώσης μας για την ασθένεια του καρκίνου, δεν οδηγεί σε στείρες και άχρηστες ερμηνείες της εμπειρίας που ασυναίσθητα υπομονεύουν την αξιοπρέπεια των ατόμων (Corner, 2006).

Πάρα πολύ εύκολα θεωρούν ότι ανταποκρίνονται στους ανθρώπους με οικειότητα, με βάση κάποια συγκεκριμένη θεωρία ή την κλινική τους εμπειρία. Έπειτα αποδίδουν στο άτομο την κατανόηση που συλλέγουν από κάπου αλλού, ακόμα και όταν αυτό δεν μπορεί να εφαρμοστεί στο συγκεκριμένο άτομο. Το πιθανότερο είναι τις περισσότερες φορές να υιοθετήσουν κοινότυπες απόψεις σχετικά

με τα άτομα όταν νιώθουν ανασφαλείς για την κλινική τους αντίληψη. Πρόωρα, πιστεύουν ότι αναγνωρίζουν τι θέλει να συζητήσει το άτομο ακόμη και αν δεν μπορούν να διαφυλάξουν την εικόνα της επάρκειας τους. Στο σημείο αυτό επισημαίνεται ο κίνδυνος ότι αναγνωρίζουν τις ανησυχίες περισσότερο με μοναδικό κριτήριο την ομοιότητα παρά την γνήσια διεργασία της συνεργασίας με το άτομο (Corner, 2006).

Οι παγίδες των προκαταλήψεων αποτελούν κίνδυνο και όχι μονάχα για τους άπειρους νοσηλευτές. Ένας παρόμοιος κίνδυνος έγκειται στη διάρκεια αναμονής ενός έμπειρου νοσηλευτή, ο οποίος φτάνει σε οργασμό σκέψεων ή σιγουριάς σε σημαντικό βαθμό. Είναι αρκετά δελεαστικό να χρησιμοποιούν μικρές τομές για να εμβαθύνουν, οι οποίες βασίζονται σε όσα έχουν νόημα για τους άλλους, ιδιαίτερα όταν εργάζονται σε κλινικές με πολλές απαιτήσεις (Corner, 2006).

Η αποτελεσματική κλινική επίβλεψη αποτελεί ουσιώδη οδό παρότρυνσης τους για να επαναπροσανατολίσουν τη σκέψη τους και να αναθεωρήσουν υποθέσεις που πιθανά κάνουν για το άτομο με καρκίνο, έτσι ώστε να παραμένουν ανοιχτοί και να ανταποκρίνονται σε αυτούς και να αισθάνονται ότι υποστηρίζονται στην εργασία τους (Corner, 2006).

Οι νοσηλευτές κατέχουν κεντρικό ρόλο στη διεπιστημονική ομάδα που ασχολείται με τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο του μαστού, καθώς και εκείνων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για τη νόσο. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να επενδύσουν στην εκπαίδευση και την κατάρτιση των νοσηλευτών, τόσο στην αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου όσο και στα κριτήρια παραπομπής των ασθενών για τη μεγιστοποίηση των πρακτικών μείωσης των κινδύνων, ιδιαίτερα σε άτομα υψηλού κινδύνου. Η γνώση και ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου για σποραδικό καρκίνο του μαστού και η εστίαση στην εκτίμηση κινδύνου για τις γενετικές πτυχές των κληρονομικών καρκίνων του μαστού αποτελούν βασικές προκλήσεις για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη του καρκίνου (Prolla *et al.*, 2015).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **4.1 Είδος της Έρευνας**

Δευτερογενή έρευνα είναι ο όρος που χρησιμοποιείται όταν τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται σε μία μελέτη δεν έχουν συλλεχθεί από το ίδιο το άτομο, αλλά από προηγούμενες δημοσιευμένες έρευνες. Η εργασία αυτή βασίζεται σε δευτερογενή έρευνα (Μερκούρης, 2008).

#### **4.2 Περιγραφή Δείγματος**

Η δειγματοληψία είναι ουσιαστικά η διαδικασία με την οποία επιλέγεται ένα μέρος του πληθυσμού το δείγμα, και, με βάση τα δεδομένα που εξάγονται από αυτό γίνεται μια γενίκευση, δηλαδή υπάρχει μία κατάληξη σε εκτιμήσεις ή συμπεράσματα για τις παραμέτρους του πληθυσμού ή τις συσχετίσεις ή τις διαφορές αυτών. Το δείγμα είναι υποσύνολο του πληθυσμού, το οποίο τελικά επιλέγει ο ερευνητής, προκειμένου να αποκτήσει τις πληροφορίες που αναζητά. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονα επιστημονικά νοσηλευτικά άρθρα (Μερκούρης, 2008). Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από επτά επιστημονικά άρθρα τα οποία πραγματεύονται στην καθοδηγούμενη από τους νοσηλευτές φροντίδα.

#### **4.3 Μέθοδος και Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων**

Η παρούσα συστηματική καταγραφή βασίστηκε στην υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα της νοσηλευτικής προσέγγισης στο καρκίνο του μαστού. Χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων Pubmed, Internurse και Helink για την αναζήτηση ερευνητικών μελετών την τελευταία πενταετία.

Οι λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας ήταν «breast cancer», «treatment breast cancer», «diagnostic breast cancer», «prevention breast cancer», «image body AND breast cancer», «breast cancer AND nurse-led AND care», καθώς και οι συνδυασμοί αυτών. Στη συνέχεια τέθηκαν τα κριτήρια για



την επιλογή των κατάλληλων μελετών, τα οποία περιλάμβαναν τα εξής: «free full text» ώστε να είναι διαθέσιμα σε όλους τους αναγνώστες, «review» για να γίνει η ανασκόπηση πάνω σε ερευνητικές μελέτες, «humans» για να περιοριστεί η αναζήτηση μόνο σε έρευνες για ανθρώπους και τέλος η κατηγορία των ερευνών ήταν «nursing journals» ώστε το περιεχόμενο των άρθρων να βασίζεται πάνω στη νοσηλευτική επιστήμη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 5.1 Ανάλυση δεδομένων

Τα παρακάτω άρθρα αναζητήθηκαν από τη μηχανή αναζήτησης pubmed με κριτήρια την τελευταία πενταετία, η γλώσσα τους να είναι στα αγγλικά, να αναφέρονται για ανθρώπους και να είναι δημοσιευμένα σε νοσηλευτικά περιοδικά. Η ερώτηση pico που χρησιμοποιήθηκε ήταν «breast cancer AND nurse-led AND care». Σύμφωνα με τους περιορισμούς αυτούς και την ερώτηση pico που χρησιμοποιήθηκε τα τελικά αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν επτά.

#### ΑΡΘΡΟ 1

**Lai, XB., Ching, SSY., Wong, FKY., Leung, CWY., Lee, LH., Wong, JSY., Lo, YF. 2018. The cost-effectiveness of a nurse-led care program for breast cancer patients undergoing outpatient-based chemotherapy - A feasibility trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 36(1), p. 16-25.**

#### ABSTRACT

**PURPOSE:** To evaluate the cost-effectiveness of a nurse-led care program for breast cancer patients receiving outpatient-based chemotherapy.

**METHOD:** An open-label, single-center randomized controlled trial was conducted. Patients receiving the nurse-led care and those receiving the routine care were compared in terms of quality of life, as well as in health service utilizations and total cost of care. A cost-utility analysis was conducted.

**RESULTS:** A total of 124 patients were recruited. The data of 116 subjects who completed the study were used for the cost-utility analysis. There were 81 unscheduled hospital visits and 43 hospital admissions. The common reasons for utilizing health services were infections and fevers, skin problems, digestive system problems, and mouth/teeth/throat problems. There were no differences in health service utilizations between the nurse-led and routine care groups for subjects receiving four-cycle chemotherapy. For those receiving six-cycle chemotherapy, the estimated number of emergency department visits was 2.188 times (95% Confidence Interval, 1.051 to 4.554) higher for the routine care group when compared with the

nurse-led care group ( $p = .038$ ). The incremental cost-utility ratios were £8856 and £18,936 per quality-adjusted life year gained for subjects receiving four-cycle and six-cycle chemotherapy, respectively.

**CONCLUSIONS:** Cancer patients make unscheduled health service visits when receiving outpatient-based chemotherapy, which leads to increased health service costs. The nurse-led care reduces emergency departments visits made by breast cancer patients undergoing six-cycle adjuvant chemotherapy. For breast cancer patients undergoing four-cycle chemotherapy and six-cycle chemotherapy, the nurse-led care could be cost-effective.

**Η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος φροντίδας υπό την καθοδήγηση νοσηλευτή για ασθενείς με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία με βάση εξωτερικά ιατρεία - Μια δοκιμή σκοπιμότητας.**

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να αξιολογηθεί η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος φροντίδας υπό την καθοδήγηση νοσηλευτή για ασθενείς με καρκίνο του μαστού που λαμβάνουν χημειοθεραπεία με βάση εξωτερικά ιατρεία.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διεξήχθη μια ανοιχτή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με ένα κέντρο. Οι ασθενείς που έλαβαν τη φροντίδα υπό την καθοδήγηση νοσηλευτή και εκείνους που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα συγκρίθηκαν όσον αφορά την ποιότητα ζωής, καθώς και τις χρήσεις των υπηρεσιών υγείας και το συνολικό κόστος της περίθαλψης. Έγινε ανάλυση κόστους-χρησιμότητας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 124 ασθενείς προσλήφθηκαν. Τα δεδομένα 116 ατόμων που ολοκλήρωσαν τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση κόστους-χρησιμότητας. Υπήρχαν 81 μη προγραμματισμένες επισκέψεις στο νοσοκομείο και 43 εισαγωγές νοσοκομείων. Οι συνήθεις λόγοι για τη χρήση υπηρεσιών υγείας ήταν οι μολύνσεις και οι πυρετοί, τα δερματικά προβλήματα, τα προβλήματα του πεπτικού συστήματος και τα προβλήματα στο στόμα, τα δόντια, το λαιμό. Δεν υπήρχαν διαφορές στις χρήσεις υγειονομικών υπηρεσιών μεταξύ των ομάδων φροντίδας νοσηλευτή και ρουτίνας για τα άτομα που έλαβαν χημειοθεραπεία τεσσάρων κύκλων. Για εκείνους που λάμβαναν χημειοθεραπεία έξι-κύκλου, ο εκτιμώμενος αριθμός των

επισκέψεων στα ιατρεία επειγόντων περιστατικών ήταν 2.188 φορές (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης, 1,051 - 4,554) υψηλότερο για τη συνήθη ομάδα φροντίδας όταν συγκρίνεται με την ομάδα φροντίδας που ηγείται νοσηλευτής ( $p = 0,38$ ). Οι αυξητικοί λόγοι κόστους-ωφέλειας ήταν £ 8856 και £ 18.936 ανά έτος ζωής προσαρμοσμένο στην ποιότητα που αποκτήθηκε για άτομα που έλαβαν χημειοθεραπεία τεσσάρων κύκλων και έξι κύκλων, αντίστοιχα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με καρκίνο κάνουν απρογραμματίστες επισκέψεις υγειονομικής υπηρεσίας όταν λαμβάνουν χημειοθεραπεία με βάση εξωτερικά ιατρεία, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Η νοσηλευτική φροντίδα μειώνει τις επισκέψεις των τμημάτων έκτακτης ανάγκης που πραγματοποιούνται από ασθενείς με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία έξι κύκλων. Για τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία τεσσάρων κύκλων και σε χημειοθεραπεία έξι κύκλων, η νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να είναι οικονομικά αποδοτική.

#### *ΑΡΘΡΟ 2*

**Charalambous, A., Wells, M., Campbell, P., Torrens, C., Östlund, U., Oldenmenger, W., Patiraki, E., Sharp, L., Nohavova, I., Domenech-Climent, N., Eicher, M., Farrell, C., Larsson, M., Olsson, C., Simpson, M., Wiseman, T., Kelly, D. 2018. A scoping review of trials of interventions led or delivered by cancer nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 86(1), p. 36-43.**

#### **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** Advances in research and technology coupled with an increased cancer incidence and prevalence have resulted in significant expansion of cancer nurse role, in order to meet the growing demands and expectations of people affected by cancer (PABC). Cancer nurses are also tasked with delivering an increasing number of complex interventions as a result of ongoing clinical trials in cancer research. However much of this innovation is undocumented, and we have little insight about the nature of novel interventions currently being designed or delivered by cancer nurses.

**OBJECTIVES:** To identify and synthesise the available evidence from clinical trials on interventions delivered or facilitated by cancer nurses.

**DATA SOURCES AND REVIEW METHODS:** A systematic review of randomised controlled trials (RCT), quasi-RCTs and controlled before and after studies (CBA) of cancer nursing interventions aimed at improving the experience and outcomes of PABC. Ten electronic databases (CENTRAL, MEDLINE, AMED, CINAHL, EMBASE, Epistemonikos, CDSR, DARE, HTA, WHO ICTRP) were searched between 01 January 2000 and 31 May 2016. No language restrictions were applied. Bibliographies of selected studies and relevant Cochrane reviews were also hand-searched. Interventions delivered by cancer nurses were classified according to the OMAHA System. Heat maps were used to highlight the volume of evidence available for different cancer groups, intervention types and stage of cancer care continuum.

**RESULTS:** The search identified 22,450 records; we screened 16,169 abstracts and considered 925 full papers, of which 214 studies (247,550 participants) were included in the evidence synthesis. The majority of studies were conducted in Europe (n = 79) and USA (n = 74). Interventions were delivered across the cancer continuum from prevention and risk reduction to survivorship, with the majority of interventions delivered during the treatment phase (n = 137). Most studies (131/214) had a teaching, guidance or counselling component. Cancer nurse interventions were targeted at primarily breast, prostate or multiple cancers. No studies were conducted in brain, sarcoma or other rare cancer types. The majority of the studies (n = 153) were nurse-led and delivered by specialist cancer nurses (n = 74) or advanced cancer nurses (n = 29), although the quality of reporting was poor.

**CONCLUSIONS:** To the best of our knowledge, this is the first review to synthesise evidence from intervention studies across the entire cancer spectrum. As such, this work provides new insights into the nature of the contribution that cancer nurses have made to evidence-based innovations, as well as highlighting areas in which cancer nursing trials can be developed in the future.

**Μια ανασκόπηση του πεδίου εφαρμογής των δοκιμών των παρεμβάσεων που οδήγησαν ή παρέδωσαν οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τον καρκίνο.**

**ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:** Η πρόοδος στον τομέα της έρευνας και της τεχνολογίας σε συνδυασμό με την αύξηση του καρκίνου έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του ρόλου του νοσηλευτή που ασχολείται με το καρκίνο, προκειμένου να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις και τις προσδοκίες των ανθρώπων που πάσχουν από καρκίνο (PABC). Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με το καρκίνο έχουν επίσης την εντολή να παρέχουν όλο και περισσότερο πολύπλοκες παρεμβάσεις ως αποτέλεσμα των συνεχιζόμενων κλινικών δοκιμών στην έρευνα για τον καρκίνο. Ωστόσο, μεγάλο μέρος αυτής της καινοτομίας είναι άτυπη και έχουμε λίγη γνώση σχετικά με τη φύση των νέων παρεμβάσεων που σχεδιάζονται ή παραδίδονται από τους νοσηλευτές.

**ΣΤΟΧΟΙ:** Να προσδιορίσει και να συνθέσει τα διαθέσιμα στοιχεία από κλινικές δοκιμές σχετικά με παρεμβάσεις που παραδίδονται ή διευκολύνεται από νοσηλευτές.

**ΠΗΓΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ:** Μια συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών (RCT) και ελεγχόμενων πριν και μετά από μελέτες (CBA) παρεμβάσεων για νοσηλεία καρκίνου με στόχο τη βελτίωση της εμπειρίας και των αποτελεσμάτων του PABC. Δέκα ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (CENTRAL, MEDLINE, AMED, CINAHL, EMBASE, Epistemonikos, CDSR, DARE, HTA, WHO ICTRP) εξετάστηκαν μεταξύ 01 Ιανουαρίου 2000 και 31 Μαΐου 2016. Δεν εφαρμόστηκαν γλωσσικοί περιορισμοί. Βιβλιογραφίες επιλεγμένων μελετών και σχετικές ανασκοπήσεις της Cochrane εξετάστηκαν επίσης με το χέρι. Οι παρεμβάσεις από νοσηλευτές ταξινομήθηκαν σύμφωνα με το σύστημα OMAHA. Οι χάρτες θερμότητας χρησιμοποιήθηκαν για να τονίσουν τον όγκο των διαθέσιμων στοιχείων για τις διάφορες ομάδες καρκίνου, τους τύπους παρέμβασης και το στάδιο της φροντίδας του καρκίνου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην έρευνα εντοπίστηκαν 22.450 έγγραφες. Εξετάσαμε 16.169 περιλήψεις και εξετάσαμε 925 πλήρη έγγραφα, εκ των οποίων 214 μελέτες (247.550 συμμετέχοντες) συμπεριλήφθηκαν στη σύνθεση των στοιχείων. Η πλειοψηφία των μελετών διεξήχθη στην Ευρώπη (n = 79) και στις ΗΠΑ (n = 74). Διεξήχθησαν παρεμβάσεις σε όλη τη διάρκεια του καρκίνου, από την πρόληψη και τη μείωση του κινδύνου μέχρι την επιβίωση, με την πλειονότητα των παρεμβάσεων που χορηγήθηκαν κατά τη φάση της θεραπείας (n = 137). Οι περισσότερες μελέτες (131/214) είχαν συστατικό διδασκαλίας, καθοδήγησης ή παροχής συμβουλών. Οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών στοχεύουν κατά κύριο λόγο στο μαστό, τον προστάτη

ή τους πολλαπλούς καρκίνους. Δεν πραγματοποιήθηκαν μελέτες σε εγκέφαλο, σάρκωμα ή άλλους σπάνιους τύπους καρκίνου. Η πλειοψηφία των μελετών (n = 153) ήταν από υψηλόβαθμους νοσηλευτές και παραδίδονται από ειδικό νοσηλευτικό προσωπικό για το καρκίνο (n = 74) ή ειδικό νοσηλευτικό προσωπικό για το μεταστατικό καρκίνο, (n = 29), αν και η ποιότητα των εκθέσεων ήταν κακή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από όσο γνωρίζουμε, αυτή είναι η πρώτη επισκόπηση που συνθέτει στοιχεία από μελέτες παρέμβασης σε όλο το φάσμα του καρκίνου . Ως εκ τούτου, η εργασία αυτή παρέχει νέες γνώσεις σχετικά με τη φύση της συμβολής που οι νοσηλευτές του καρκίνου έχουν κάνει σε καινοτομίες βασισμένες σε τεκμηριωμένες πληροφορίες, καθώς και την επισήμανση τομέων στους οποίους μπορούν να αναπτυχθούν στο μέλλον δοκιμές νοσηλείας για καρκίνο.

### *ΑΡΘΡΟ 3*

**Del Valle, MO., Martín-Payo, R., Cuesta-Briand, B., Lana, A. 2018. Impact of two nurse-led interventions targeting diet among breast cancer survivors: Results from a randomized controlled trial. *European Journal of Cancer Care*, 27(4),**

### **ABSTRACT**

Breast cancer is the most common neoplasm among women worldwide. Improvements in early detection and treatment have resulted in improved survival rates; however, the continuation of unhealthy behaviours after diagnosis can increase the risk of second primary tumours. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of two nurse-led health education interventions aiming at improving dietary behaviours among women diagnosed with breast cancer. Participants (n = 492) were included in a double-blind randomized controlled trial with three arms: a control group received usual care; women in the first intervention group received a booklet containing dietary advice; women in the second intervention group received the same booklet plus a tailored telephone intervention delivered by a trained nurse. One year after the intervention, women in both intervention groups were more likely to adhere to the recommendation of decreasing the consumption of animal fats compared with the control group (OR:5.0; 95% CI:1.5-16.9 and OR:6.6; 95% CI:2.0-

22.6, respectively). Moreover, compared with the control group, the adjusted probability of eating the recommended amount of fruit and vegetables was higher in the second intervention group (OR:2.7; 95% CI:1.4-5.3). In summary, the booklet containing dietary advice for breast cancer survivors, either alone or supplemented with a nurse-led telephone intervention, was effective in promoting adherence to diet recommendations

**Αντίκτυπος δύο επεμβάσεων με επικεφαλής νοσηλεύτές που στοχεύουν τη διαίτα μεταξύ επιζώντων καρκίνου του μαστού: Αποτελέσματα από τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή.**

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο καρκίνος του μαστού είναι το πιο κοινό νεόπλασμα στις γυναίκες παγκοσμίως. Οι βελτιώσεις στην έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία έχουν οδηγήσει σε βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης. Ωστόσο, η συνέχιση των ανθυγιεινών συμπεριφορών μετά τη διάγνωση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο δεύτερων πρωτογενών όγκων. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των δύο νοσηλευτών υπό την ηγεσία της εκπαίδευσης για την υγεία, παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση διατροφικών συμπεριφορών μεταξύ των γυναικών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού. Οι συμμετέχοντες (n = 492) συμπεριλήφθηκαν σε μια διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με τρεις βραχίονες: μια ομάδα ελέγχου έλαβε συνήθη φροντίδα. Οι γυναίκες στην πρώτη ομάδα παρέμβασης έλαβαν φυλλάδιο που περιείχε διατροφικές συμβουλές. Οι γυναίκες στη δεύτερη ομάδα παρέμβασης έλαβαν το ίδιο φυλλάδιο μαζί με μια εξατομικευμένη τηλεφωνική παρέμβαση από εκπαιδευμένο νοσηλευτή. Ένα χρόνο μετά την παρέμβαση, οι γυναίκες και στις δύο ομάδες παρέμβασης ήταν πιο πιθανό να τηρήσουν τη σύσταση για μείωση της κατανάλωσης ζωικών λιπών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (OR: 5.0 · 95% CI: 1.5-16.9 και OR: 6.6 · 95% CI: 2,0-22,6, αντίστοιχα). Επιπλέον, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, η προσαρμοσμένη πιθανότητα κατανάλωσης της συνιστώμενης ποσότητας φρούτων και λαχανικών ήταν υψηλότερη στη δεύτερη ομάδα παρέμβασης (OR: 2,7 · 95% CI: 1,4-5,3). Συνοπτικά, το φυλλάδιο περιέχει διατροφικές συμβουλές για τους επιζώντες του καρκίνου του μαστού, είτε μόνο του είτε συνοδευόμενο με νοσηλευτική τηλεφωνική παρέμβαση, ήταν αποτελεσματικό στην προώθηση της συμμόρφωσης με τις συστάσεις διατροφής.



**Dönmez, AA., Kapucu, S. 2017. The effectiveness of a clinical and home-based physical activity program and simple lymphatic drainage in the prevention of breast cancer-related lymphedema: A prospective randomized controlled study. . *European Journal of Cancer Care*, 32(1), p. 12-21.**

## **ABSTRACT**

**PURPOSE:** To investigate the effectiveness of a clinical and home-based, nurse-led physical activity program (PAP) and simple lymphatic drainage (SLD) in the prevention of breast cancer-related lymphedema.

**METHODS:** A total of 52 breast cancer patients were randomized to either a PAP and SLD program (n = 25) or a control group (n = 27). Patients in both groups were also provided training for lymphedema. The PAP and SLD were administered through home visits by the investigators, twice a week for six weeks, in the intervention group. The control group did not undergo intervention. The circumference of the upper extremity, symptom severity, and physical function were measured in both groups.

**RESULTS:** The upper extremity circumference increased by about two times from the baseline, in the control group, especially in the sixth week ( $p < 0.05$ ). Lymphedema-related symptom severity scores were found to decrease significantly in the intervention group, compared to those at the baseline ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSION:** It was recommended that PAP and SLD, with a follow-up program, be used for patients who planned to undergo breast cancer surgery, starting from before surgery and continuing until after, to prevent breast cancer-related lymphedema.

**Η αποτελεσματικότητα ενός κλινικού και οικιακού προγράμματος φυσικής δραστηριότητας και απλής λεμφικής αποστράγγισης στην πρόληψη του λεμφεματίου που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού: Μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη.**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να διερευνηθούν την αποτελεσματικότητα ενός κλινικού και οικιακού προγράμματος φυσικής δραστηριότητας απλής λεμφικής αποστράγγισης (SLD) υπό την καθοδήγηση νοσηλεύτη στην πρόληψη του λεμφεματίου που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού .

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συνολικά 52 ασθενείς με καρκίνο του μαστού τυχαιοποιήθηκαν είτε σε πρόγραμμα PAP και SLD (n = 25) είτε σε ομάδα ελέγχου (n = 27). Οι ασθενείς και στις δύο ομάδες έλαβαν επίσης εκπαίδευση για το λεμφοίδημα. Το PAP και το SLD χορηγήθηκαν μέσω εγχώριων επισκέψεων από τους ερευνητές, δύο φορές την εβδομάδα για έξι εβδομάδες, στην ομάδα παρέμβασης. Η ομάδα ελέγχου δεν υποβλήθηκε σε παρέμβαση. Η περιφέρεια του άνω άκρου, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η φυσική λειτουργία μετρήθηκαν και στις δύο ομάδες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η περιφέρεια του άνω άκρου αυξήθηκε περίπου δύο φορές από τη γραμμή αναφοράς, στην ομάδα ελέγχου, ειδικά την έκτη εβδομάδα ( $p < 0,05$ ). Οι βαθμολογίες σοβαρότητας συμπτωμάτων που σχετίζονται με το λυμφοίδημα διαπιστώθηκε ότι μειώνονται σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης, σε σύγκριση με αυτές της αρχικής τιμής ( $p < 0,05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Συνιστάται η χρήση του PAP και του SLD, με πρόγραμμα παρακολούθησης, για ασθενείς που σχεδίαζαν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση καρκίνου του μαστού , αρχίζοντας από πριν από τη χειρουργική επέμβαση και συνεχίζοντας μέχρι και μετά, για την πρόληψη του λεμφοιδήματος που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού .

*ΑΡΘΡΟ 5*

**-Lai, XB., Ching, SSY., Wong, FKY. 2017. A qualitative exploration of the experiences of patients with breast cancer receiving outpatient-based chemotherapy. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), p. 2339-2350.**

**ABSTRACT**

**AIMS:** The aim of this study was to understand the experiences of patients with breast cancer and their involvement during outpatient-based chemotherapy in Hong Kong.

**BACKGROUND:** The outcome evaluation using a mixed-methods approach is not common in interventional studies of nurse-led chemotherapy care programmes. A qualitative approach could provide a deep understanding of the experiences of patients.

**DESIGN:** A qualitative study was conducted.

**METHODS:** This is part of a randomized controlled trial of a nurse-led care programme (NCT02228200). Individual interviews were conducted in 2013 with 10 patients with breast cancer after they had completed the chemotherapy. Qualitative content analysis was adopted to analyse the interviews.

**FINDINGS:** Chemotherapy affected the patients in different ways. Some participants completed the chemotherapy treatment smoothly with minimum side effects, while others encountered many problems during the treatment, which had a great impact on their lives. Guided by their coping attitudes, which were affected by the Chinese culture, most participants adopted behavioural, social, cognitive and emotional strategies to actively cope with the chemotherapy. A few tolerated the treatment passively. Some thought that the process of undergoing chemotherapy was physically bearable, while some equated it with suffering. Others regarded it as a chance to get a new start.

**CONCLUSION:** The experience of patients with breast cancer during chemotherapy can be likened to that of going on a hike. They reach the peak through different paths and bear different burdens. Yet, they have to go through until the end, regardless of how much of a burden they bear and how they achieve the peak.

**Ποιοτική διερεύνηση των εμπειριών ασθενών με καρκίνο του μαστού που λαμβάνουν χημειοθεραπεία με βάση εξωτερικά ιατρεία.**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΣΤΟΧΟΙ:** Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η κατανόηση των εμπειριών των ασθενών με καρκίνο του μαστού και η συμμετοχή τους στη χημειοθεραπεία με βάση το εξωτερικό ιατρείο στο Χονγκ Κονγκ.

**ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:** Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιώντας μια προσέγγιση με μεικτές μεθόδους δεν είναι συνηθισμένη στις παρεμβατικές μελέτες των προγραμμάτων φροντίδας χημειοθεραπείας υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών . Μια ποιοτική προσέγγιση θα μπορούσε να προσφέρει μια βαθιά κατανόηση των εμπειριών των ασθενών.

**ΣΧΕΔΙΟ:** Πραγματοποιήθηκε μια ποιοτική μελέτη.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αυτό αποτελεί μέρος μιας τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής ενός προγράμματος φροντίδας με επικεφαλής νοσηλεύτη ( NCT02228200 ). Οι ατομικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν το 2013 με 10 ασθενείς με καρκίνο του μαστού μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας. Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου υιοθετήθηκε για την ανάλυση των συνεντεύξεων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η χημειοθεραπεία επηρέασε τους ασθενείς με διάφορους τρόπους. Μερικοί συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τη χημειοθεραπεία ομαλά με ελάχιστες παρενέργειες, ενώ άλλοι αντιμετώπισαν πολλά προβλήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, γεγονός που είχε μεγάλο αντίκτυπο στη ζωή τους. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, με γνώμονα τις αντιλήψεις τους που επηρεάστηκαν από τον κινεζικό πολιτισμό, υιοθέτησαν συμπεριφορικές, κοινωνικές, γνωστικές και συναισθηματικές στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν ενεργά τη χημειοθεραπεία. Λίγες ασθενείς ανέλαβαν τη θεραπεία παθητικά. Κάποιοι πίστευαν ότι η διαδικασία της χημειοθεραπείας ήταν φυσικά ανεκτή, ενώ ορισμένοι τη θεωρούσαν ταλαιπωρία. Άλλοι το θεώρησαν ως ευκαιρία για μια νέα αρχή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η εμπειρία των ασθενών με καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας μπορεί να παρομοιαστεί με την εμπειρία της πορείας. Φτάνουν στην κορυφή μέσω διαφορετικών μονοπατιών και φέρουν διαφορετικά βάρη. Ωστόσο, πρέπει να περάσουν μέχρι το τέλος, ανεξάρτητα από το πόσο βάρος τους επιβαρύνει και πώς επιτυγχάνουν την κορυφή.

ΑΡΘΡΟ 6

**Browall, M., Forsberg,C., Wengström, Y. 2017. Assessing patient outcomes and cost-effectiveness of nurse-led follow-up for women with breast cancer - have relevant and sensitive evaluation measures been used? *Journal of Clinical Nursing*, 26(1), p. 1770-1786.**

## **ABSTRACT**

**AIMS AND OBJECTIVES:** To explore how interventions using nurse-led follow-up in breast cancer care have been evaluated with a focus on patient outcomes and cost-effectiveness.

**BACKGROUND:** As part of the advancement of breast care, nurse-led follow-up is increasingly used as an alternative to routine hospital follow-up in outpatient clinics. There is evidence suggesting that patients appear to be satisfied with the nurse-led follow-up, but there is a lack of evidence of whether this perception equates to patients' satisfaction with the model of physician-led follow-up.

**DESIGN:** Systematic review.

**METHOD:** Three databases were searched, and 29 RCT were initially screened. Finally, 13 articles were critically appraised. Searches included articles between 2005-2013. The quality of appraisal assessment was inspired by the GRADE system.

**RESULTS:** The results show that there are many different instruments used when evaluating nurse-led follow-up, which makes it difficult to compare the studies. Several of the studies used QoL as an outcome measure; this is a broad concept that includes several aspects ranging from social role and psychosocial issues to symptoms and therefore difficult to use as an outcome measure. Only two of the studies made any cost-effective analyses, and the results are hard to interpret.

**CONCLUSIONS:** Nurse-led follow-up can potentially result in better continuity of care and the availability of more time to provide psychosocial support and address patients' information needs. However, more well-conducted research is needed before equivalence to physician-led follow-up can be assessed in terms of survival, recurrence, patient well-being and cost-effectiveness.

RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE: Results from well-conducted evaluation studies of nurse-led services based on theory are needed so that relevant interventions can be implemented in clinical practice. There is a need to in future studies include cost-effectiveness analyses to compare nurse-led services with other types of follow-up.

**Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των ασθενών και η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της παρακολούθησης που έχει αναλάβει ο νοσηλευτής για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού - έχουν χρησιμοποιήσει σχετικά και ευαίσθητα μέτρα αξιολόγησης;**

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ: Να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο αξιολογήθηκαν οι παρεμβάσεις που παρακολουθούνται από νοσηλευτές στη φροντίδα του καρκίνου του μαστού, με επίκεντρο τα αποτελέσματα των ασθενών και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ: Στο πλαίσιο της προαγωγής της φροντίδας του μαστού, η παρακολούθηση που ακολουθεί ο νοσηλευτής χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως εναλλακτική λύση στην τακτική παρακολούθηση του νοσοκομείου σε κλινικές εξωτερικών ασθενών. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι ασθενείς φαίνονται ικανοποιημένοι με την παρακολούθηση που έχει αναλάβει ο νοσηλευτής, αλλά υπάρχει έλλειψη στοιχείων για το κατά πόσο αυτή η αντίληψη ισοδυναμεί με την ικανοποίηση των ασθενών από το μοντέλο παρακολούθησης που καθοδηγείται από γιατρό.

ΣΧΕΔΙΟ: Συστηματική αξιολόγηση.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκαν έρευνες για τρεις βάσεις δεδομένων και εξετάστηκαν αρχικά 29 RCT. Τέλος, 13 άρθρα αξιολογήθηκαν κριτικά. Οι αναζητήσεις περιλάμβαναν άρθρα μεταξύ του 2005-2013. Η ποιότητα της εκτίμησης αξιολόγησης εμπνεύστηκε από το σύστημα GRADE.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχουν πολλά διαφορετικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της παρακολούθησης από τον

νοσηλευτή, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη σύγκριση των μελετών. Πολλές από τις μελέτες χρησιμοποίησαν QoL ως μέτρο έκβασης. αυτή είναι μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει διάφορες πτυχές που κυμαίνονται από τον κοινωνικό ρόλο και τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα έως τα συμπτώματα και επομένως είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο έκβασης. Μόνο δύο από τις μελέτες έκαναν οικονομικά αποδοτικές αναλύσεις και τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να ερμηνευθούν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρακολούθηση από τον νοσηλευτή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη συνέχεια της περίθαλψης και τη διαθεσιμότητα περισσότερου χρόνου για την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και την αντιμετώπιση των αναγκών πληροφόρησης των ασθενών. Ωστόσο, απαιτείται πιο καλά διεξαχθείσα έρευνα πριν η ισοδυναμία με την παρακολούθηση που καθοδηγείται από ιατρό μπορεί να εκτιμηθεί από την άποψη της επιβίωσης, της υποτροπής, της ευημερίας των ασθενών και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας.

**ΣΧΕΤΙΚΟ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ:** Τα αποτελέσματα καλά διεξαγόμενων μελετών αξιολόγησης των υπηρεσιών που βασίζονται στη θεωρία με επικεφαλής τους νοσηλευτές είναι απαραίτητα ώστε οι σχετικές παρεμβάσεις να εφαρμοστούν στην κλινική πρακτική. Υπάρχει ανάγκη να συμπεριληφθούν σε μελλοντικές μελέτες αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας για τη σύγκριση των υπηρεσιών που παρέχονται από νοσηλευτές με άλλους τύπους παρακολούθησης.

*ΑΡΘΡΟ 7*

**Walker, R., Szanton, SL., Wenzel J. 2015. Working Toward Normalcy Post-Treatment: A Qualitative Study of Older Adult Breast and Prostate Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 42(6), p. 358-367.**

## **ABSTRACT**

**PURPOSE/OBJECTIVES:** To develop a better understanding of how older adult survivors of early-stage breast and prostate cancer managed the work of recovery.

**RESEARCH APPROACH:** Multiple case study design embedded in a larger randomized, controlled trial of a nurse-led patient navigation intervention.

**SETTING:** Community-based research conducted via in-home visits and by phone with participants residing in non-metropolitan areas of a mid-Atlantic state.

**PARTICIPANTS:** Rural-dwelling adults aged 60 years or older with early-stage breast or prostate cancer and the people who support them (11 dyads).

**METHODOLOGIC APPROACH:** An approach to grounded theory analysis was used to evaluate the fit between existing theoretical knowledge and case findings and to generate new knowledge about the cancer recovery process.

**FINDINGS:** Working toward normalcy was a core process of cancer recovery prompted by participants' internal experiences and external interactions with their environments. This ongoing, iterative, and active process involved multiple concurrent strategies that were not necessarily medically oriented or cancer specific. Working toward normalcy resulted in movement along a continuum of self-appraisal anchored between participants experiencing life as completely disrupted by cancer to a life back to normal. A greater sense of normalcy was associated with higher engagement in valued activities and increased physical and psychological well-being.

**CONCLUSIONS:** In addition to the core process of working toward normalcy, multiple theories from nursing, sociology, psychology, and gerontology helped to explain case findings. This knowledge could serve as a foundation on which to design survivorship care that supports the goals of cancer survivors working toward normalcy post-treatment.

**INTERPRETATION:** Post-treatment wellness goals can include a desire to reestablish or maintain a sense of normalcy. Nursing actions that promote survivors' efforts to be perceived as capable, stay engaged in valued activities and roles, maintain a sense of control over their lives and bodies, and make plans for the future may help meet this goal. Existing theories about identity, dignity, inner strength, and the work of illness can inform nursing interventions.



**Μελετώντας τη φυσιολογική πορεία της θεραπείας: Μια ποιοτική έρευνα για τους υπερήλικες που έχουν επιζήσει με καρκίνου του μαστού ή καρκίνο του προστάτη.**

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΣΚΟΠΟΣ / ΣΤΟΧΟΙ:** Να αναπτυχθεί μια καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ηλικιωμένοι επιζώντες των πρώιμων σταδίων του καρκίνου του μαστού και του προστάτη διαχειρίζονται το έργο της ανάκαμψης.

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ:** Μελέτη σχεδιασμού πολλαπλών περιπτώσεων ενσωματωμένη σε μια μεγαλύτερη, τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη δοκιμή παρέμβασης πλοήγησης ασθενούς με καθοδήγηση νοσηλεύτη.

**ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κοινοτική έρευνα που διεξάγεται μέσω εσωτερικών επισκέψεων και τηλεφωνικά με συμμετέχοντες που διαμένουν σε μη μητροπολιτικές περιοχές ενός μεσανατολικού κράτους.

**ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ:** Ενήλικες αγροτικής κατοικίας ηλικίας 60 ετών και άνω με πρώιμο στάδιο καρκίνου του μαστού ή του προστάτη και τους ανθρώπους που τους (11 δυάδες) υποστηρίζουν.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ:** Μια προσέγγιση στην ανάλυση τεκμηριωμένης θεωρίας χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί η σχέση ανάμεσα στις υπάρχουσες θεωρητικές γνώσεις και τα ευρήματα των περιπτώσεων και να δημιουργηθούν νέες γνώσεις σχετικά με τη διαδικασία αποκατάστασης του καρκίνου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η εργασία για την κανονικότητα ήταν μια βασική διαδικασία αποκατάστασης του καρκίνου που προκλήθηκε από τις εσωτερικές εμπειρίες των συμμετεχόντων και τις εξωτερικές αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον τους. Αυτή η συνεχιζόμενη, επαναληπτική και ενεργή διαδικασία περιλαμβάνει πολλαπλές ταυτόχρονες στρατηγικές που δεν ήταν απαραίτητα ιατρικά προσανατολισμένες ή συγκεκριμένες για τον καρκίνο. Η εργασία προς την κανονικότητα οδήγησε σε κίνηση κατά μήκος μιας συνεχούς αυτοαξιολόγησης που αγκυρώθηκε μεταξύ των συμμετεχόντων που βίωσαν τη ζωή ως εντελώς διαταραγμένη από τον καρκίνο σε μια ζωή πίσω στο φυσιολογικό. Η μεγαλύτερη αίσθηση της ομαλότητας συνδέθηκε με την υψηλότερη δέσμευση σε αξιόλογες δραστηριότητες και την αυξημένη φυσική και ψυχολογική ευημερία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Εκτός από τη βασική διαδικασία εργασίας για την κανονικότητα, πολλαπλές θεωρίες από τη νοσηλευτική, την κοινωνιολογία, την ψυχολογία και τη γεροντολογία βοήθησαν να εξηγηθούν τα ευρήματα των περιπτώσεων. Αυτή η γνώση θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως βάση για τον σχεδιασμό περίθαλψης επιβίωσης που υποστηρίζει τους στόχους των επιζώντων που πάσχουν από καρκίνο και εργάζονται για την ομαλότητα μετά τη θεραπεία.

**ΕΡΜΗΝΕΙΑ:** Οι στόχοι ευεξίας μετά τη θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνουν την επιθυμία να αποκατασταθεί ή να διατηρηθεί μια αίσθηση ομαλότητας. Οι νοσηλευτικές ενέργειες που προωθούν τις προσπάθειες των επιζώντων να γίνονται αντιληπτές ως ικανές, να παραμένουν αφοσιωμένες σε δραστηριότητες και ρόλους, να διατηρούν ένα αίσθημα ελέγχου των οργάνων τους και να κάνουν σχέδια για το μέλλον μπορεί να συμβάλουν στην επίτευξη αυτού του στόχου. Οι υπάρχουσες θεωρίες για την ταυτότητα, την αξιοπρέπεια, την εσωτερική δύναμη και το έργο της ασθένειας μπορούν να επηρεάσουν θετικά τις παρεμβάσεις των νοσηλευτών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στις μέρες μας με την πρόοδο στο τομέα της τεχνολογίας και της έρευνας σε συνδυασμό με την αύξηση των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού, αυξάνονται και οι ανάγκες της νοσηλευτικής φροντίδας. Ένας νοσηλευτής σήμερα θα πρέπει να αποκτήσει περισσότερες γνώσεις στο τομέα αυτό έτσι ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις και προσδοκίες των ανθρώπων που πάσχουν από καρκίνο αλλά και στις όλο και περισσότερο πολύπλοκες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πρέπει να εκτελέσουν στα άτομα αυτά (Charalambous et al., 2018).

Η έγκαιρη διάγνωση κι η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει αυξήσει τα ποσοστά επιβίωσης. Ωστόσο, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής των γυναικών αυτών ακόμα και μετά τη διάγνωση μπορεί να αυξήσει το κίνδυνο εμφάνισης άλλων όγκων. Οι νοσηλευτές πρέπει μέσα στις νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις να περιλαμβάνουν και την εκπαίδευση αυτών των γυναικών όσο αναφορά τις διατροφικές τους συνήθειες όπου μελέτες έχουν δείξει ότι μπορεί αυτή η εκπαίδευση και παρακολούθηση των νοσηλευτών να συμβάλει στην αλλαγή του τρόπου ζωής των γυναικών (Del Valle et al., 2018).

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού με τη βοήθεια των νοσηλευτών θα πρέπει να προλαμβάνουν τα διάφορα συμπτώματα και νόσους όπου ο καρκίνος της κάνει επιρρεπής. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση θα ήταν καλό αρχίζοντας από πριν την χειρουργική επέμβαση και συνεχίζοντας και μετά, να μεριμνούν με τη βοήθεια των νοσηλευτών για τη πρόληψη του λεμφοιδήματος που σχετίζεται με το καρκίνο του μαστού (Dönmez et al., 2017).

Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή τη νόσο επηρεάζονται από πολλές παραμέτρους ψυχοκοινωνικά. Η χημειοθεραπεία είναι μία από αυτές τις παραμέτρους. Μελέτες έχουν δείξει ότι η χημειοθεραπεία μπορεί να επηρεάσει με ποικίλους τρόπους τον άνθρωπο. Μερικές γυναίκες ολοκληρώνουν τη χημειοθεραπεία ομαλά με ελάχιστες παρενέργειες ενώ άλλες αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, γεγονός που έχει μεγάλο αντίκτυπο στη ζωή τους (Lai et al., 2017). Ακόμα οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού πραγματοποιούν απρογραμματίστες επισκέψεις σε υγειονομικές υπηρεσίες όταν

λαμβάνουν χημειοθεραπεία, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Η νοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας μπορεί να φανεί οικονομικά αποδοτική (Lai et al., 2018).

Έρευνες έδειξαν ότι η παρακολούθηση από τον νοσηλευτή μπορεί να έχει καλύτερα αποτελέσματα στη περίθαλψη αλλά και στη διαθεσιμότητα περισσότερου χρόνου για τη παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των γυναικών. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες έρευνες πάνω στο θέμα αυτό έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι πιο έγκυρα (Browall et al., 2017).

Η προσαρμογή των γυναικών και η αποκατάσταση της ζωής τους μετά την επιβίωση από το καρκίνο του μαστού είναι μία δύσκολη και μακροχρόνια προσπάθεια. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ωθούν τις γυναίκες να ξεκινούν ξανά δραστηριότητες, να αναλαμβάνουν ρόλους και να κάνουν ξανά σχέδια για το μέλλον. Μόνο έτσι θα μπορέσουν να επιστρέψουν στη παλιά τους καθημερινότητα (Walker et al., 2015).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε συμπεραίνεται ότι στις μέρες μας ο καρκίνος και συγκεκριμένα ο καρκίνος του μαστού είναι μία νόσος η οποία αν διαγνωστεί εγκαίρως υπάρχουν πληθώρα είδη θεραπειών οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν για την αντιμετώπιση του. Βασικός παράγοντας είναι η έγκυρη διάγνωση η οποία στηρίζεται στη σωστή πρόληψη των γυναικών από το καρκίνο του μαστού. Μετά από έρευνες που έχουν γίνει συμπεραίνεται ότι οι νοσηλευτές παίζουν καθοριστικό ρόλο στη ψυχοκοινωνική υγεία των ασθενών με καρκίνο του μαστού καθώς επίσης και κατά τη διάρκεια νοσηλείας, προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά των γυναικών αυτών. Το πρόβλημα σήμερα του υγειονομικού συστήματος είναι στη σωστή αντιμετώπιση των γυναικών με καρκίνο του μαστού και κυρίως στην ορθή και ουσιαστική νοσηλευτική προσέγγιση και αυτό γιατί δεν υπάρχει η κατάλληλη επαγγελματική κατάρτιση και εκπαίδευση των νοσηλευτών. Θα ήταν ωφέλιμο οι νοσηλευτές να επικεντρωθούν στις ψυχολογικές επιπτώσεις από την ασθένεια αλλά και στην αλλαγή του τρόπου ζωής αυτών των γυναικών μετά τη διάγνωση της νόσου.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., Ullah Khan, A. 2017. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, p. 1-23.

Browall, M., Forsberg, C., Wengström, Y. 2017. Assessing patient outcomes and cost-effectiveness of nurse-led follow-up for women with breast cancer - have relevant and sensitive evaluation measures been used? *Journal of Clinical Nursing*, 26(1), p. 1770-1786.

Charalambous, A., Wells, M., Campbell, P., Torrens, C., Östlund, U., Oldenmenger, W., Patiraki, E., Sharp, L., Nohavova, I., Domenech-Climent, N., Eicher, M., Farrell, C., Larsson, M., Olsson, C., Simpson, M., Wiseman, T., Kelly, D. 2018. A scoping review of trials of interventions led or delivered by cancer nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 86(1), p. 36-43.

Corner, J., Baikey, C. 2006. *Cancer nursing: care in context*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ε. Ποτηράκη-Κουρμπάνη. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη.

Del Valle, M.O., Martín-Payo, R., Cuesta-Briand, B., Lana, A. 2018. Impact of two nurse-led interventions targeting diet among breast cancer survivors: Results from a randomized controlled trial. *European Journal of Cancer Care*, 27(4),

Dönmez, A.A., Kapucu, S. 2017. The effectiveness of a clinical and home-based physical activity program and simple lymphatic drainage in the prevention of breast cancer-related lymphedema: A prospective randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*, 32(1), p. 12-21.

Dornelles Prolla, C., Santos da Silva, P., Brinckmann Oliveira Netto, C., Roberto Goldim, J., Ashton-Prolla, P. 2015. Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital, 23(1), p. 90-97.

Foy, S., Blowers, E. 2013. Breast Cancer Overview: Diagnosis and Staging. *Practice Nursing*, 20 (6), p. 276-281.

Gupta, S., Holloway, D., Kabbra, A. 2011. Guide of gynecological nursing care. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Δελτσίδου. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη.

Lai, XB., Ching, SSY., Wong, FKY. 2017. A qualitative exploration of the experiences of patients with breast cancer receiving outpatient-based chemotherapy. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), p. 2339-2350.

Lai, XB., Ching, SSY., Wong, FKY., Leung, CWY., Lee, LH., Wong, JSY., Lo, YF. 2018. The cost-effectiveness of a nurse-led care program for breast cancer patients undergoing outpatient-based chemotherapy - A feasibility trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 36(1), p. 16-25.

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

Paterson, C., Lengacher, C., Donovan, K., Kevin, E., Tofthagen, C. 2016. Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Author manuscript*, 39(1), p. 1-29.

Peate, L., 2018. Breast Cancer. *British Journal of Healthcare Assistants*, 12(8), p 98-132.

Physician Data Query (PDQ). 2017. Breast Cancer Treatment (PDQ®). *National Cancer Institute*.

Reeder-Hayes, K., Wheeler, S., Mayer, D. 2015. Health Disparities across the Breast Cancer Continuum. *Author manuscript*, 32(2), p. 1-12.

Rivard, A. & Peterson, D., 2019. *Anatomy, Thorax, Breast*. Treasure Island.

Talley, C., Williams, K. 2015. Impact of Age and Comorbidity on Cervical and Breast Cancer Literacy of African Americans, Latina, and Arab women. *Author manuscript*, 50(3), p. 1-23.

Walker, R., Szanton, SL., Wenzel J. 2015. Working Toward Normalcy Post-Treatment: A Qualitative Study of Older Adult Breast and Prostate Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 42(6), p. 358-367.

Wishart, G., 2013. Breast cancer: advances in risk assessment. *Practice Nursing*, 21(10), p. 511-514.

Γιωτάκη, Ε., 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιωάννινα: Εκδόσεις Γιωτάκη

egiotaki.gr

Ιατράκης, Γ., 2010. *Γυναικολογική Νοσηλευτική Φροντίδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός.

Μάλλιου, Σ., Αγνάντη, Ν., Παυλίδης, Ν., Παππάς, Α., Κριαράς, Ι., Γερούλανος, Σ.  
2006. Η Ιστορία του Καρκίνου του Μαστού. *Ιστορία της Ιατρικής*, σελ. 260-278.

Μερκούρης, Α., 2008. *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις  
ΕΛΛΗΝ.

Πανουδάκη- Μπροκολάκη , Η., 2011. *Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*.  
Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός

Χαραλάμπους, Α., 2011. *Νοσηλεύοντας ασθενείς με Καρκίνο*. Αθήνα: Εκδόσεις  
ΕΛΛΗΝ