



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο Ρόλος της Πνευματικότητας στους Χρόνιους Ασθενείς –

Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

της

Ειρήνης Παπακώστα

A.M.: 17341

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα

Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Ιωάννινα, Οκτώβρης του 2019

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	6
1. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	6
1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	6
1.2. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΙΑ.....	8
1.3. ΤΑ ΚΟΝΤΙΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	8
1.4. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	9
1.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	10
1.6. ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	12
1.7. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	13
1.8. ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	14
1.9. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	15
1.9.1. ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	15
1.9.2. ΑΡΧΕΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ.....	16
1.10. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ.....	16
1.11. ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	17

1.12. ΠΛΑΝΟ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΥΣΙΚΑ, ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	17
1.13. ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	18
1.14. ΚΟΥΡΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	19
1.15. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	20
2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....	23
2.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	23
2.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	23
2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	23
2.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	24
2.5. ΣΗΜΕΙΑ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	27
2.6. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	27
2.7. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	28
2.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	29
2.9. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	31
2.10. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ.....	32
2.10.1. ΜΑΣΤΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗΣ ΜΕΓΕΘΟΥΣ.....	32
2.10.2. ΜΑΣΤΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗΣ ΜΕΓΕΘΟΥΣ.....	32
2.10.3. ΜΑΣΤΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	32
2.11. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	35
1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ	

ΜΑΣΤΟΥ.....	35
1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	35
1.1.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	35
1.1.2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	35
1.1.3. ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	36
1.2. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	36
1.2.1. ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ.....	36
1.3. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	37
1.4. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.....	38
1.5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο.....	41
3.1. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	41
3.2. ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.....	41
3.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.....	42
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	45

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πνευματικότητα αποτελεί έναν όρο που έχει συζητηθεί πολύ. Έχουν δοθεί πάρα πολλοί ορισμοί, με άλλους να την ταυτίζουν με τη θρησκευτικότητα κι άλλους να την τοποθετούν σε μια πνευματική διαδικασία που είναι διαφορετική στον καθένα μας και πηγάζει από το προσωπικό νόημα και σκοπό της ζωής. Ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες είναι εκατό φορές συχνότερος από ότι στους άνδρες κι αποτελεί το ένα πέμπτο των καρκίνων του γυναικείου φύλου. Τόσο οι γυναίκες ασθενείς όσο κι οι επιζώντες από τον καρκίνο του μαστού, επιθυμούν να φτάσουν στη θεραπεία – ανάκαμψη όχι μόνο με τη χρήση των ιατρικών μεθόδων που αποσκοπούν στην προαγωγή της σωματικής υγείας, αλλά και πνευματικών μεθόδων που θα συμβάλλουν στη συναισθηματική ευημερία και τελικά θα οδηγήσουν στην ταχύτερη αντιμετώπιση της νόσου. Πολλές έρευνες έχουν γίνει σε παγκόσμιο επίπεδο, προσπαθώντας να ορίσουν τις έννοιες της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας και να διαχωρίσουν τα οφέλη της καθεμιάς στην υγεία και στην ασθένεια. Παρακάτω διερευνώνται τα οφέλη της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας μετά από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε μια χρόνια σοβαρή ασθένεια, που είναι ο καρκίνος του μαστού σε γυναίκες, επισημαίνοντας μεθόδους και πρακτικές, που βοηθούν αυτές τις ασθενείς να βρουν το νόημα της ζωής, μέσα από οποιαδήποτε δυσκολία που αντιμετωπίζουν και να ξεπερνούν τις κακουχίες της ζωής μέσω θετικής σκέψης και πρακτικών που οι ίδιες πιστεύουν ότι τις κάνουν να παίρνουν τη δύναμη που χρειάζονται.

Λέξεις κλειδιά: πνευματικότητα, ρόλος της πνευματικότητας, καρκίνος, καρκίνος του μαστού, θρησκευτικότητα

ABSTRACT

Spirituality is a term that there has been much talk of it. Many definitions have been given; some of them identify with religiousness, while others place it in a spiritual process that is different to each of us and stems from the personal meaning and purpose of life. Breast cancer is one hundred times more common in women than in men and consists one-fifth of female cancers. Both women patients and breast cancer's survivals, wish to get treatment - recovery, not only using medicinal methods designed to promote physical health but also of spiritual methods that will contribute to emotional well-being and ultimately will lead to more rapid treatment of the disease. Several surveys have taken place worldwide, trying to define the concepts of spirituality and religiousness and determine the benefits of each to health and disease. These benefits are discussed below following surveys conducted on breast cancer in women, a chronic disease, and highlighted the methods and practices that aim patients find the meaning of life through any facing difficulty and overcome the hardships of life through positive thinking and practices that make them obtain the needed power.

Key words: spirituality, role of spirituality, cancer, breast cancer, religiousness

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή εργασία θεωρώ πως είναι η κατακλείδα της τετραετούς φοίτησής μου στη σχολή της Νοσηλευτικής. Επέλεξα το συγκεκριμένο θέμα, το ρόλο της πνευματικότητας σε χρόνιους ασθενείς, και επικεντρώθηκα σε γυναίκες που έχουν νοσήσει με καρκίνο του μαστού, γιατί ήθελα να συνδυάσω τη σωματική φροντίδα που παρέχεται σε αυτές τις ασθενείς με την πνευματική.

Ευχαριστώ τη σχολή αυτή, συμπεριλαμβανομένων των καθηγητών και του κύκλου σπουδών, κι ιδιαίτερα την εισηγήτρια της πτυχιακής μου, οι οποίοι με έπεισαν μέσα σε αυτά τα τέσσερα έτη ότι η Νοσηλευτική είναι πολλά περισσότερα από όσα φαίνονται στον «κόσμο» και πως η νοσηλευτική φροντίδα δεν αφορά μόνο μια τυπική νοσηλεία στο σωματικό πόνο, αλλά μια έναν συνδυασμό ψυχοκοινωνικής, πνευματικής και σωματικής φροντίδας. Γιατί, μέσω της εξάμηνης πρακτικής μου άσκησης και των μαθημάτων αυτής της σχολής κατέληξα πως για να μπορέσεις να κάνεις αυτή τη δουλειά πρέπει να εκπαιδευτείς πολύπλευρα, να προσεγγίζεις τους ασθενείς με σκοπό να τους περιθάλψεις και σωματικά και ψυχικά και πνευματικά.

Τέλος, να ευχαριστήσω θερμά την εισηγήτρια της πτυχιακής μου, Μαίρη Γκούβα, η οποία από το πρώτο έτος με έπεισε για το ρόλο που παίζει η ψυχολογία στην υγεία κι η οποία με έκανε να επιλέξω αυτό το θέμα για να διεκπεραιώσω τη φοίτησή μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν να προσπαθήσω να διαχωρίσω την πνευματικότητα από τη θρησκεία, να προσπαθήσω να ορίσω την πνευματικότητα και να τη συνδέσω με γυναίκες που έχουν νοσήσει με καρκίνο του μαστού. Να επικεντρωθώ στον καρκίνο του μαστού ως ιατρικό ζήτημα, να συνεχίσω με το ρόλο του νοσηλευτή στην περίθαλψη γυναικών με καρκίνο του μαστού και να εστιάσω στην παρηγορητική φροντίδα, η οποία ανήκει στην πνευματική φροντίδα και είναι κλάδος της πνευματικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο ορισμός της πνευματικότητας έχει δοθεί πολλές φορές, άλλοτε επιτυχημένα κι άλλοτε όχι. Ένας όχι και τόσο επιτυχημένος ορισμός είναι ο εξής: «Η πνευματικότητα είναι μια προσωπική αναζήτηση για το νόημα και το σκοπό της ζωής, η οποία μπορεί ή και όχι να συνδέεται με τη θρησκεία.» (Tanyi 2002, p.690). Αυτός ο ορισμός αναφέρει την έκφραση «αναζήτηση για το νόημα και το σκοπό» ως έννοια της πνευματικότητας, όταν γνωρίζουμε ότι η έλλειψη του νοήματος και του σκοπού είναι συμπτώματα από τις διαταραχές διάθεσης, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος. (American Psychiatric Association, 2000). Αυτό δηλαδή σημαίνει ότι οι άκρως «πνευματικοί» άνθρωποι δεν παθαίνουν κατάθλιψη ή δεν έχουν άγχος; Όταν ο στόχος μετρά τη συναισθηματική ευεξία ως αποτέλεσμα, ο συγκεκριμένος ορισμός φέρνει μια προκατάληψη η οποία κάνει τα ψυχολογικά αποτελέσματα δυσδιάκριτα από τη γενική ιδέα της πνευματικότητας, αποδίδοντας τα αποτελέσματα ή ορισμένες εκβάσεις ως αμφισβητήσιμα. (Koenig 2007a, b, Tsuang & Simpson 2007, Clarke 2009).

Μια άλλη άποψη είναι ότι η πνευματικότητα θεωρείται ως ένα έμφυτο χαρακτηριστικό των ανθρώπων ανεξαρτήτως από πού κατάγονται, καθιστώντας το έτσι ένα θέμα διεθνούς ενδιαφέροντος. (Baldacchino & Draper 2001, Mok et al. 2010, Lundberg & Kerdonfag 2010).

Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι οι έννοιες της πνευματικότητας μπορούν να επηρεαστούν από τις θρησκευτικές και κοσμικές αντιλήψεις του κάθε λαού. (Nature 2006), (Mok et al. 2010, Hsiao et al. 2010, Lundberg & Kerdonfag 2010, Pike 2011).

Στο επάγγελμα της νοσηλευτικής, η πνευματικότητα είχε παραδοσιακά τις ρίζες της στη θρησκευτική εμπειρία και στη σχέση με έναν υπερβατικό ανώτερο Θεό. (O'Brien 1999, Taylor 2003, Pesut et al. 2008, Hsiao et al. 2010). Ωστόσο τις τελευταίες

δεκαετίες πολλοί νοσηλευτές προσπάθησαν να αλλάξουν τον αρχικό ορισμό ώστε να συμπεριλάβουν άλλους που δεν περιγράφουν μια θρησκευτική κοσμοθεωρία αλλά συσχετίζουν την πνευματικότητα με τους εαυτούς τους, με τους άλλους, με το περιβάλλον. (Greasly et al. 2001, Reed 1992, Narayanasamy 1999, Sellers 2001, O' Hara 2002, Burkhart & Nagai – Jacobson 2009).

Οι τελευταίοι ορισμοί στο νοσηλευτικό επάγγελμα επικεντρώνονται στην απομάκρυνση της πνευματικότητας από τη θρησκεία. (Lane 1987, Burkhartdt 1989, Emblem 1992, Buck 2006, McBrien 2006, Sessana et al. 2007). Οι ορισμοί πλέον εστιάζονται περισσότερο στο νόημα της ζωής, το σκοπό, την ελπίδα, την αξία, το συναίσθημα, τις εμπειρίες ζωής, την ισχύ, τη δύναμη, την ενέργεια και τις πεποιθήσεις. (Chiu et al. 2004, McCarroll et al. 2005, Miner – Williams 2006, Ellis & Narayanasamy 2009).

Η πνευματικότητα είναι διαφορετική από τη θρησκεία και τις ψυχοκοινωνικές πτυχές της. Η πνευματικότητα θεωρείται σαφώς σημαντική για την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη. (Benko & Silva 1996). Αυτή η πραγματικότητα αντιμετωπίζεται και ως εμπόδιο για την ανάπτυξη και την αποδοχή της πνευματικότητας ως φυσική διαδικασία για προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη. Η πνευματικότητα συνεπάγεται ποιοτική ανάπτυξη του ατόμου και ενώνει την κοινωνία. Επιπλέον, επιδιώκει να προσφέρει μια πιο βαθιά ανθρώπινη ύπαρξη σε αντίθεση με τη μακροζωία της, ανεξάρτητα από τη θρησκευτική πεποίθηση. (Hansen 1993).

Ο Cloningel (2007) αναφέρει ότι η πνευματικότητα μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να βρουν την ευτυχία και την ικανοποίηση στη ζωή, καθώς επίσης και να τους βοηθήσει να αποβάλλουν τις πιεστικές και μη ισορροπημένες καταστάσεις, οι οποίες απορρέουν σε σωματικές και ψυχικές διαταραχές. Η πνευματικότητα μπορεί να προσφέρει μια προοπτική που επιτρέπει στους ανθρώπους να βρουν ελπίδα και νόημα σε κάθε πτυχή της ζωής, συμπεριλαμβανομένων των αναπόφευκτων ταλαιπωριών και προκλήσεων.

Ως έννοια η πνευματικότητα είναι πολύπλευρη, με χαρακτηριστικά που περιλαμβάνουν πίστη σε μια ανώτερη δύναμη, υπέρβαση, νόημα και σκοπό στη ζωή, εφευρετικότητα, σύνδεση και διασύνδεση. (Abeles et al. 1999, Coward & Reed 1996, Freidmann et al. 2002, Haase, Britt, Coward, Leidy & Penn 1992, Mattis 2000, Post, Puchalski & Larson 2000, Simoni et al. 2002).

Η σύνθεση μπορεί να αφορά μια σύνδεση με τον εαυτό, με ένα ανώτερο ον, με τους

άλλους. (Abeles et al. 1999, Friedmann et al. 2002, Mattis 2000, Nolan & Crawford 1997, Simoni et al. 2002).

Εκτός από την πίστη στο Θεό ή σε μια ανώτερη δύναμη, η πνευματικότητα μπορεί επίσης να γίνει κατανοητή μέσω των πεποιθήσεων ενός ατόμου σχετικά με τις μη υλικές δυνάμεις της ζωής και της φύσης (O'Brien 2003).

1.2. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΙΑ

Η θρησκεία κι η πνευματικότητα συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά (Koenig, George, Tittus & Meador 2004, Mattis 2000) και μπορεί μερικές φορές να επικαλύπτονται (Mattis 2000, 2002). Η πνευματικότητα είναι μια ευρύτερη έννοια από τη θρησκεία (Emblen 1992, Goldberg 1998, McSherry & Draper 1998, Mueller, Plevak & Rummans 2001, Seeman, Dubin & Seeman 2003) και μπορεί ή και όχι να σχετίζεται με την οργανωμένη θρησκεία (Miller & Thoresen 2003).

Ο τύπος πίστης που είναι εγγενής στην πνευματικότητα είναι ευρύτερος από τον τύπο της θρησκευτικότητας, ο οποίος συχνά αναφέρεται στις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές του ατόμου στην κάθε θρησκεία (O'Brien 2003).

Αυτό που είναι πνευματικό ξεπερνά τα προσωπικά και επιστημονικά όρια (Reed 1992) αλλά και τα φυσικά όρια, ενώ η θρησκεία περιορίζεται στα όρια της θρησκευτικής διδασκαλίας (Miller & Thoresen 2003).

Η πνευματικότητα αναφέρεται στην εμπειρία του ιερού ενός ατόμου, ενώ η θρησκεία σε οργανωμένες θρησκευτικές δραστηριότητες (Hill & Paragament 2003).

1.3. ΤΑ ΚΟΝΤΙΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που προκαλεί άγχος όχι μόνο στους ασθενείς, αλλά και στα κοντινά πρόσωπα τους, επηρεάζοντας έτσι τις σχέσεις τους.

Οι Baider, Goldzweig, Ever – Hadani και Peretz (2008) υποστήριξαν ότι ο καρκίνος του μαστού ενώ έχει προφανείς επιπτώσεις για τους ίδιους τους ασθενείς, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ταυτόχρονα «ενσωματώνονται σε μια διαδικασία προσαρμογής και αναπροσαρμογής δια μέσου του απρόβλεπτου αυτού ταξιδιού της ασθένειας». (p. 407)

Πριν από το 2000, μελετητές εστίασαν την προσοχή τους στο πώς η λειτουργία κι η προσαρμογή των μελών της οικογένειας επηρέασαν τη ζωή των ασθενών αλλά και των επιζώντων με καρκίνο του μαστού, αλλά παρέλειψαν να εξετάσουν τις εμπειρίες των μελών της οικογένειας. (Street & Voigt 1997).

Έρευνες που έχουν μελετήσει τη δυναμική της οικογένειας στο πλαίσιο του καρκίνου του μαστού, έχουν επικεντρωθεί σε θέματα όπως η λήψη αποφάσεων που αφορούν τη θεραπεία (Fobair & Zabora 1995), τα πρότυπα επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας πριν και μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού (Barnes, Kroll, Burke, Lee, Jones & Stein 2000) καθώς και το ρόλο της οικογένειας που μπορεί να είναι είτε υποστηρικτικός είτε αγχωτικός. (Spencer, Lehman & Wynings 1999)

1.4. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η πνευματικότητα κι η θρησκεία έχουν δείξει ότι προσφέρουν ελπίδα κι ότι έχουν θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής εκείνων που νοσούν με καρκίνο του μαστού καθώς και στους αγαπημένους τους. (Weaver & Flannelly 2004).

Η πνευματικότητα κι η θρησκεία δρουν ως προστατευτικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού καθώς και στα μέλη της οικογενείας τους. (Feher & Maly 1999, Shaw et al. 2007).

Επιπλέον, η πνευματικότητα κι η θρησκεία έχουν ωφέλιμες και επιζήμιες επιπτώσεις στα αποτελέσματα υγείας και στις καταστάσεις άγχους. (Gall et al. 2005).

Πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις συνδέονται με βελτιωμένες ικανότητες αντιμετώπισης και υψηλά επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας και αποτελούν ισχυρούς παράγοντες πρόβλεψης θετικών αποτελεσμάτων στην υγεία. (Folkman 1997, Koenig 1998, Koenig & Larson 2001, Stewart 2011).

Μια άλλη έρευνα έρχεται σε αντιπαράθεση, υποστηρίζοντας ότι η πνευματικότητα κι η θρησκεία κάποιες φορές έχουν αρνητικές κι επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία. (Hill & Pargament 2003, Powell et al. 2003).

Παρόλο που γνωρίζουμε ότι η πνευματικότητα κι η θρησκεία δρουν θετικά στην υγεία, δε γνωρίζουμε πολλά για το πώς δρουν οι μηχανισμοί τους σε ασθενείς με καρκίνο κι ακόμη λιγότερα για το πώς συμβάλλουν στη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων σ' αυτούς. (Park 2007, Thune – Boyle, Stygall, Keshtgar & Newan

2006).

Η πνευματικότητα κι η θρησκευτικότητα έχουν λειτουργήσει ως μηχανισμοί αντιμετώπισης για να βοηθήσουν άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές καταστάσεις υγείας καθώς και συναισθηματική δυστυχία που απορρέει από αυτές. (Feher & Maly 1999, Shaw et al. 2007).

1.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι Manning, Radina (2014) συμπεραίνουν ότι σχετικά λίγες έρευνες έχουν εξετάσει το ρόλο της πνευματικότητας στα αγαπημένα πρόσωπα ασθενών με καρκίνο, τα οποία αντιμετωπίζουν συναισθηματική δυσφορία για οικογενειακούς λόγους. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η πνευματικότητα αποτελεί έναν πόρο για τα άτομα που αντιμετωπίζουν κακουχίες και δυσκολίες.

Το βάρος που φέρει η φροντίδα ορίζεται ως η δυσφορία που αισθάνεται ο φροντιστής μετά την παροχή βοήθειας που προσφέρει. (Rha, Park, Song, Lee & Lee 2015b). Το φορτίο αυτό του φροντιστή περιλαμβάνει φυσικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς κι οικονομικούς τομείς. (Deshields et al. 2012).

Η επιβάρυνση των φροντιστών των καρκινοπαθών είναι πολύ μεγάλη κι είναι πιθανότερο να αναφέρουν τα αρνητικά αποτελέσματα λόγω της μεγάλης υποστήριξης που παρέχουν. (Bevans & Sternberg 2012).

Η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι μια οικογενειακή υπόθεση που προκαλεί συναισθηματικές διαταραχές σε όλα τα μέλη της. (Hagedoorn, Kreicbergs & Appel 2011).

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να επηρεάσει το άτομο που νοσεί καθώς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Είναι σημαντικό να εξετάσουμε πως η διάγνωση της ασθένειας, η πορεία της, η θεραπεία της κι η επιβίωση μετά από αυτά μπορούν να επηρεάσουν τα μέλη της οικογένειας. (Blinded for review 2004, Baiden, Cooper & Kaplan De Nour 2000).

Οι μητέρες γυναικών που νόσησαν από καρκίνο του μαστού μπορεί να επηρεάζονται περισσότερο από τα άλλα μέλη της οικογένειας, όπως τα παιδιά ή τους συντρόφους, για δύο λόγους. Ο ένας είναι ότι ανησυχούν για τη δική τους υγεία επειδή είναι συγγενείς πρώτου βαθμού κι ο άλλος λόγος είναι επειδή νιώθουν ενοχές διότι

πιστεύουν ότι πιθανότατα μετέδωσαν αυτές τον καρκίνο στις κόρες τους. Γι' αυτούς τους λόγους, οι μητέρες αυτές ενδεχομένως επιθυμούν να φροντίζουν περισσότερο τις οικογένειες από τις ασθενείς κόρες τους και βιώνουν μεγάλο άγχος κατά τη διάγνωση και κατά την πορεία της νόσου.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το βάρος της φροντίδας ήταν ο παράγοντας που επηρέαζε αρνητικά την ποιότητα ζωής. (Rha et al. 2015b).

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν τελευταία διερεύνησαν τον προστατευτικό ρόλο της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας για την ψυχολογική υγεία σε ασθενείς με καρκίνο. (Amoah 2011, Bovero, Leomrucini, Miniotti, Rocca & Torta 2016, Caplan et al. 2011, Preau, Bouhnik & le Coroller Soriano 2013, Vallarupalli et al. 2012, Vespa, Jacobsen, Spazzafumo & Balducci 2011). Αυτές οι μελέτες έδειξαν ότι η παρουσία μιας πνευματικής διάστασης μπορεί να συμβάλλει σε μια θετική προσαρμογή στη θεραπεία του καρκίνου (Vespa et al. 2011) και μπορεί να αποτελέσει πολύτιμη πηγή δύναμης και άνεσης για τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νόσου τους. (Delgado – Guay et al. 2011, Preau et al. 2013).

Ένας τρόπος που θα μπορούσαν αυτά τα αγαπημένα πρόσωπα των ασθενών να μειώσουν το άγχος είναι η χρήση της πνευματικότητας ή της θρησκείας, δηλαδή με την προσευχή, με την υποστήριξη της εκκλησίας και των πνευματικών και την πίστη αυτή καθαυτή. (Colgrove, Kim & Thompson 2007).

Καθώς αυξάνεται ο αριθμός των επιζώντων που πάσχουν από καρκίνο, το ενδιαφέρον για το ρόλο της πνευματικότητας και της θρησκείας επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση και στην επιβίωση. (Thune – Boyle, Stygall, Keshtgar, Newan 2006, Wildes, Miller, de Majors & Ramirez).

Ερευνητές πρόσφατα έχουν διερευνήσει το ρόλο των μελών της οικογένειας όταν επρόκειτο για τη φροντίδα της και διαπίστωσαν ότι τα άτομα που εκτιμούν θετικά τη φροντίδα των αγαπημένων προσώπων τους με καρκίνο του μαστού, αναπτύσσουν θετικά την αυτοαξιολόγηση για την υγεία, αποκτούν προσωπική ανάπτυξη και γενική αίσθηση ειρήνης και ικανοποίησης. (Fletcher, Miaskowski, Given & Schumacher 2012, Hudson 2006, Kim & Given 2008).

Σε μια πρόσφατη έρευνα οι Lai, Luciani, Galli, Morelli, Del Prete et al. (2016) και οι Lai, Luciani, Galli, Morelli, Moriconi et al. (2016) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της πνευματικότητας και της συνειδητοποίησης της ίδιας της κατάστασης της ασθένειας

σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου. Η πνευματικότητα αποδείχθηκε ότι έχει διπλή δόμηση διάστασης (Holland et al. 1998, Ripamonti et al. 2010): η εσωτερική πνευματικότητα που μετρά το βαθμό των προσωπικών πεποιθήσεων και την εξωγενή πνευματικότητα που υποδηλώνει το επίπεδο των θρησκευτικών πράξεων που μοιράζονται με την κοινότητα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλά επίπεδα εξωτερικής πνευματικότητας και χαμηλά επίπεδα εσωτερικής, προέβλεπαν στη συνειδητοποίηση της κατάστασης της ίδιας της ασθένειας.

Παρόλο που οι ασθενείς δήλωσαν ότι η πνευματικότητα έχει βοηθήσει και τους ίδιους τους φροντιστές (Delgado – Guay et al. 2011), δεν υπάρχουν μελέτες που να διερευνούν το ρόλο των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων στις ψυχολογικές εκβάσεις και στις διαστάσεις του βάρους των φροντιστών.

1.6. ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο καρκίνος αναγκάζει τους ασθενείς να υποφέρουν από διάφορα συμπτώματα. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα ατόμων με καρκίνο, δίνοντας προσοχή στις σωματικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες κι η φροντίδα για της πνευματικές ανάγκες των ασθενών γίνεται με μια καλή νοσηλεία. Το μεγαλύτερο μέρος σχετικά με την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο, έχει επικεντρωθεί στην παρηγορητική φροντίδα.

Η παρηγορητική φροντίδα είναι κλάδος της πνευματικότητας κι επικεντρώνεται στην ποιότητα ζωής, δίνοντας έμφαση στη φροντίδα του προσώπου στο σύνολο, αντιμετωπίζοντας ανησυχίες σωματικές, πνευματικές, ψυχοκοινωνικές κι οικογενειακές. Η παρηγορητική φροντίδα στοχεύει στη σημασία της επικοινωνίας μεταξύ των στόχων της φροντίδας και των προτιμήσεων του ασθενή. Στο κέντρο φροντίδας ασθενών – οικογενειών κύριο μέλημα της παρηγορητικής φροντίδας είναι ο σεβασμός ως προς προσωπικές ανάγκες και προτιμήσεις του κάθε ασθενή και της οικογένειάς του, οπότε αυτή η αρχή αποτελεί την πρωταρχική μονάδα φροντίδας. Ο χρόνος της παρηγορητικής φροντίδας, στην ιδανικότερη περίπτωση, αρχίζει από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας και των υποτροπών, της θεραπείας του καρκίνου ως χρόνια ασθένεια, του

τερματισμού της ζωής και της οικογένειας. Η παρηγορητική φροντίδα χρησιμοποιεί μια πολυδιάστατη αξιολόγηση για να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει ζητήματα ποιότητας ζωής μέσω της πρόληψης ή της ανακούφισης της σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής δυσφορίας. Η παρηγορητική φροντίδα απαιτεί τακτική αξιολόγηση, διάγνωση, προγραμματισμό, παρεμβάσεις και παρακολούθηση. Επίσης, συνδέεται και με άλλους κλάδους όπως η κοινωνική εργασία, οι ομάδες υποστήριξης κ.α. Βασικός της στόχος είναι η αντιμετώπιση των επιβαρύνσεων που προέρχονται από την ασθένεια και τις θεραπείες της, συμπεριλαμβανομένου του πόνου και των υπολοίπων συμπτωμάτων. Κρίσιμες είναι η επικοινωνία όσον αφορά τα συμπτώματά της, τις θεραπείες, τους στόχους περίθαλψης και τις προτιμήσεις μαζί με την από κοινού λήψη αποφάσεων. Παρηγορητική φροντίδα παρέχουν συνήθως ογκολόγοι και παθολόγοι, αλλά υπάρχουν πολυπλοκότερες περιπτώσεις όπου χρειάζονται ειδικοί ή ομάδες παρηγορητικής φροντίδας. Η παραπάνω προσέγγιση μπορεί να εκτείνεται από τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση, τη ζωή με τον καρκίνο ως μια χρόνια ασθένεια, τον προχωρημένο καρκίνο και τη λήξη της ζωής.

Στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας συμβάλλουν πολλοί κλάδοι κι υπηρεσίες όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, η εκκλησία, οι φαρμακοποιοί, οι επαγγελματίες αποκατάστασης, οι σύμβουλοι διατροφής, η οικιακή φροντίδα καθώς και τα κοινοτικά προγράμματα υποστήριξης σε ασθενείς με καρκίνο.

1.7. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Είναι η διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς/ διαμεσολαβητή οικογένειας/ υγειονομικής περίθαλψης/ υπεύθυνου λήψης αποφάσεων/ παροχών υγειονομικής περίθαλψης ώστε να διευκρινιστούν οι προτιμήσεις μεταχείρισης και να διαμορφωθούν οι στόχοι της μελλοντικής περίθαλψης. Η συσχέτιση μεταξύ της φροντίδας με τις προτιμήσεις των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για την ποιοτική φροντίδα των ασθενών. Στόχος είναι να συσχετίζεται η παρεχόμενη φροντίδα με τις αξίες, τους στόχους και τις προτιμήσεις τους, αν η ασθένειά τους επανεμφανίζεται ή εξελίσσεται.

Ο προγραμματισμός αυτός θα πρέπει να περιλαμβάνει έντυπο στο οποίο θα σημειώνεται η προτίμηση του ασθενούς σχετικά με την επιλογή ενός ή περισσότερων αναπληρωματικών ατόμων για τη λήψη αποφάσεων και προτιμήσεων σχετικά με τις θεραπείες, και γενικότερα προσωπικούς στόχους κι αξίες. Οι συζητήσεις μεταξύ

γιατρού και ασθενή θα πρέπει να περιλαμβάνουν στόχους και προτιμήσεις όσον αφορά την παροχή παρηγορητικής φροντίδας που θέλουν να λαμβάνουν οι πάσχοντες, προτιμήσεις για τη μελλοντική περίθαλψη, για την ποιότητα ζωής, τις λήψεις αποφάσεων, τους φόβους και τις ανησυχίες, την επιλογή ατόμων για τη λήψη των αποφάσεων σε στάδια που η ασθένεια δυσκολεύει και δεν επιτρέπει στον ίδιο τον ασθενή να πάρει από μόνους του αποφάσεις. Παρ' όλα αυτά μόνο ένα μικρό ποσοστό ασθενών έχει συζητήσει με το γιατρό του για τη μελλοντική του περίθαλψη.

Συνοπτικά, το πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας περιλαμβάνει τη συνολική αξιολόγηση των αναγκών, των φυσικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και πνευματικών πεδίων και την προαγωγή του σχεδιασμού της περίθαλψης, όταν ενδείκνυται. Βασικές αρχές περιλαμβάνουν τεχνικές για τη βελτίωση της ποιότητας της επικοινωνίας καθώς και το θέμα της λήψης των αποφάσεων στα δύσκολα ζητήματα. Οι βασικές αρχές στη διαχείριση συμπτωμάτων περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση των συναφών συμπτωμάτων χωρίς τη χρήση φαρμακολογικών μεθόδων πρώτα ή εξετάζοντας σχολαστικά τις παρενέργειες των φαρμάκων που λαμβάνονται.

Η προσέγγιση της παρηγορητικής φροντίδας αρχίζει με τη συνολική εκτίμηση των τομέων της ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των φυσικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών τομέων.

1.8. ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η παρηγορητική φροντίδα επικεντρώνεται στην ποιότητα ζωής, δίνοντας έμφαση στη φροντίδα του προσώπου στο σύνολο, αντιμετωπίζοντας ανησυχίες σωματικές, πνευματικές, ψυχοκοινωνικές, οικογενειακές. Η παρηγορητική φροντίδα στοχεύει στη σημασία της επικοινωνίας μεταξύ των στόχων της φροντίδας και των προτιμήσεων του ασθενή. Στο κέντρο φροντίδας ασθενών – οικογενειών κύριο μέλημα της παρηγορητικής φροντίδας είναι ο σεβασμός ως προς τις προσωπικές ανάγκες και προτιμήσεις κάθε ασθενή καθώς και της οικογένειάς του, οπότε αυτή η αρχή αποτελεί την πρωταρχική μονάδα φροντίδας. Ο χρόνος της παρηγορητικής φροντίδας, στην ιδανικότερη περίπτωση, αρχίζει από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της τροχιάς του, συμπεριλαμβανομένων της διαχείρισης των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της θεραπείας καθώς και των

υποτροπών, της θεραπείας του καρκίνου ως χρόνια ασθένεια, του τερματισμού της ζωής και της οικογένειας. Η παρηγορητική φροντίδα χρησιμοποιεί μια πολυδιάστατη αξιολόγηση για να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει ζητήματα ποιότητας ζωής μέσω της πρόληψης ή της ανακούφισης της σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής δυσφορίας. Απαιτεί τακτική αξιολόγηση, διάγνωση, προγραμματισμό, παρεμβάσεις και παρακολούθηση. Επίσης, συνδέεται και με άλλους κλάδους όπως η κοινωνική εργασία, οι ομάδες υποστήριξης κ.α.

Βασικός της στόχος είναι η αντιμετώπιση των επιβαρύνσεων που προέρχονται από την ασθένεια και τις θεραπείες της, συμπεριλαμβανομένου του πόνου και των υπολοίπων συμπτωμάτων. Κρίσιμες είναι η επικοινωνία όσον αφορά τα συμπτώματα, τις θεραπείες, τους στόχους περίθαλψης και τις προτιμήσεις μαζί με την από κοινού λήψη αποφάσεων. Παρηγορητική φροντίδα παρέχουν κυρίως ογκολόγοι και παθολόγοι, αλλά υπάρχουν πολυπλοκότερες περιπτώσεις όπου χρειάζονται ειδικοί ή ομάδες παρηγορητικής φροντίδας. Η παραπάνω προσέγγιση μπορεί να εκτείνεται από τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση, τη ζωή με τον καρκίνο ως μια χρόνια ασθένεια, τον προχωρημένο καρκίνο και τη λήξη της ζωής.

Στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας συμβάλλουν πολλοί κλάδοι κι υπηρεσίες όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, η εκκλησία, οι φαρμακοποιοί, οι επαγγελματίες αποκατάστασης, οι σύμβουλοι διατροφής, η οικιακή φροντίδα και τα κοινοτικά προγράμματα υποστήριξης του καρκίνου.

1.9. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1.9.1. ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Μεγάλο μέρος της παρηγορητικής φροντίδας παρέχεται και από το ιατρικό προσωπικό. Παθολόγοι κι ογκολόγοι διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην επικοινωνία σχετικά με τη νόσο, τη διαχείριση των συμπτωμάτων και της ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Η προσέγγιση της παρηγορητικής φροντίδας ξεκινά με την αξιολόγηση των βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών ανησυχιών. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την αξιολόγηση της σωματικής κατάστασης. Η φυσική αξιολόγηση περιλαμβάνει τα κοινά συμπτώματα του πόνου, της κόπωσης του ύπνου και της σωματικής λειτουργίας καθώς και άλλα θέματα που σχετίζονται με τον συγκεκριμένο τύπο καρκίνου του ασθενούς και το επικείμενο στάδιο της φροντίδας

του. Ψυχολόγοι και ψυχίατροι αντιμετωπίζουν τη δυσφορία, το άγχος και την κατάθλιψη.

1.9.2. ΑΡΧΕΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ

Φροντίδα για τους ασθενείς και όλη την οικογένεια

- Παροχή κατάλληλων κι ολοκληρωμένων εκτιμήσεων για τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών
- Προσφορά φροντίδας ύστερα από συζήτηση
- Επικοινωνία και ένδειξη συμπόνιας σχετικά με την κατάσταση του καρκίνου και τις επιπτώσεις αυτού, τις προοπτικές και τις θεραπευτικές επιλογές και επιπτώσεις
- Συμμετοχή σε κοινές αποφάσεις
- Σεβασμός στις πεποιθήσεις, στις αξίες και στους στόχους του ασθενή και της οικογένειάς του
- Υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του για την αναζήτηση της ελπίδας και του νοήματος της ζωής
- Παροχή συνεχούς συναισθηματικής υποστήριξης και διαβεβαίωσης
- Παροχή εξειδικευμένων κι αποτελεσματικών παρεμβάσεων που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ασθενή
- Αναζήτηση υποστηρικτικών υπηρεσιών για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς από άλλους κλάδους
- Παροχή βοήθειας στους ασθενείς και στις οικογένειάς τους ώστε να προσανατολιστούν στις καταλληλότερες υπηρεσίες
- Ρύθμιση της θεραπείας ώστε να εκπαιδευτεί ο ασθενής όπως κι η οικογένειά του στις νέες τεχνικές φροντίδας

Data from Dy SM, Grant M. UNIPAC #1: The hospice and palliative care approach to serious illness, American Academy of Hospice and Palliative Medicine. ed 4, Glenview, Illinois, 2012.

1.10. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Η φροντίδα για τους επιζώντες του καρκίνου περιλαμβάνει την επικοινωνία. Οι συζητήσεις σχετικά με τις επιλογές θεραπείας, τη πρόγνωση, τους στόχους των ασθενών και την επακόλουθη λήψη αποφάσεων απαιτούν ειλικρίνεια. Οι ασθενείς με καρκίνο συχνά βασίζονται στους θεράποντές τους για τη σωστή κατεύθυνση που πρέπει να πάρουν. Οι γιατροί θα πρέπει να χρησιμοποιούν συστηματική προσέγγιση

στην επικοινωνία. Αυτό περιλαμβάνει ένα σχέδιο για κάθε φορά που συζητούνται σημαντικά θέματα με έναν ασθενή καθώς και καλές δεξιότητες για την παροχή πληροφοριών και επικοινωνίας. Για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας ερωτήσεις ανοικτού τύπου όπως «τι σας έχουν πει για την ασθένειά σας;», «πώς πάει η θεραπεία σας;» επιτρέπει στον ασθενή να εκφραστεί όπως επιθυμεί και να εκφράσει τις ανησυχίες του. Όταν οι ασθενείς μοιράζονται συναισθήματα, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να απαντούν και να μη μετατοπίζουν το θέμα ή να υποχωρούν σε τεχνικές συζητήσεις. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να παρέχουν πληροφορίες απλά και ξεκάθαρα και να εντάσσουν φράσεις όπως «φοβάμαι πως έχω κάποια κακά νέα». Θα πρέπει επιπλέον να κατανοούν και να επαναλαμβάνουν όταν οι ασθενείς δεν καταλαβαίνουν ή δεν άκουσαν με την πρώτη φορά. Η επικοινωνία θα πρέπει να προσαρμόζεται με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς.

1.11. ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σχεδόν οι μισοί ασθενείς με καρκίνο, ακόμη και σε πρώιμα στάδια έχουν ένα τουλάχιστον μέτριο έως σοβαρό σύμπτωμα που σχετίζεται με τον καρκίνο ή τη θεραπεία του, όπως πόνο, κόπωση, ναυτία ή έμετο. Αν και πολλά από τα συμπτώματα βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου, κάποια μπορεί να συνεχιστούν. Η αιτιολογία των μακροχρόνιων συμπτωμάτων είναι ασαφής ή είναι πολυπαραγοντική. Τα χρόνια συμπτώματα σε ασθενείς με καρκίνο μπορεί να είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν. Υπάρχουν λίγες, υψηλής ποιότητας κλινικές δοκιμές που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των χρόνιων συμπτωμάτων. Η καλύτερη αρχική προσέγγιση για την αντιμετώπιση του πόνου και της δυσφορίας είναι οι μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις. Παρ' όλα αυτά ορισμένοι ασθενείς δε συμβιβάζονται με άλλες τεχνικές όπως η εκπαίδευση ή η παροχή συμβουλών.

Όταν χρησιμοποιούνται στη θεραπεία φάρμακα, δεδομένου των ήδη συνυπαρχόντων συμπτωμάτων καθώς και του ήδη καταπονημένου σώματος, οι ασθενείς πιθανότατα να είναι πιο επιρρεπείς στις παρενέργειες. Οι βασικές αρχές της φαρμακοθεραπείας αφορούν την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις παρενέργειες, τις δυσμενείς συνέπειες και τη βραχυπρόθεσμη λήψη των φαρμάκων. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των συμπτωμάτων μπορεί να επιδεινώσουν τη συνολική ταλαιπωρία, καθώς τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ενός συμπτώματος μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν ένα άλλο. Τα ζητήματα περίθαλψης, η πνευματική και ψυχοκοινωνική δυσφορία κι οι οικονομικές δυσκολίες μπορεί να επηρεάσουν τη γενικότερη κατάσταση του ασθενούς.

1.12. ΠΛΑΝΟ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΥΣΙΚΑ, ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Προτεραιότητα: τι επηρεάζει περισσότερο την ποιότητα ζωής των ασθενών και τι τους εμποδίζει να κάνουν αυτό που θέλουν
- Αξιολόγηση: σχολαστική αξιολόγηση όλων των συμπτωμάτων που προκλήθηκαν από τη νόσο, ειδικότερων και γενικότερων (κόπωση, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου κ.α.) και έλεγχος για πιθανές θεραπείες
- Αντιμετώπιση: συζήτηση και σεβασμός στις προτιμήσεις του ασθενούς (εξέταση διαφόρων πιθανών επιλογών, παρενέργειες/ κίνδυνοι θεραπειών, χρήση μη φαρμακολογικών προσεγγίσεων όπου είναι δυνατόν, περιοδική δοκιμή μεθόδων)
- Υποστήριξη: να λαμβάνονται πάντα υπόψη οι ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές και να υποστηρίζεται η οικογένεια
- Παρακολούθηση: διακοπή ή μείωση της θεραπείας όταν δε χρειάζεται άλλο

1.13. ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο καρκίνος κι οι θεωρίες του προκαλούν μια ποικιλία συνδρόμων πόνου, συμπεριλαμβανομένης της περιφερικής νευροπάθειας που προκαλείται από χημειοθεραπεία, αρθραλγιών που σχετίζονται με τις ορμόνες, δυσπαρευνία και μυαλγία, πόνος μετά τη μαστεκτομή και λεμφοίδημα που σχετίζεται με τη χειρουργική επέμβαση ή την ακτινοβολία.

Η αντιμετώπιση του πόνου περιλαμβάνει τα εξής: πλήρη εκτίμηση των συνυπαρχόντων συμπτωμάτων, έλεγχος των πηγών δυσφορίας, αντιμετώπιση των εμποδίων στη διαχείριση του πόνου καθώς και τη διερεύνηση άλλων πιθανών αιτιολογικών και ογκολογικών καταστάσεων. Στα αρχικά στάδια, όταν είναι δυνατόν, η αρχική προσέγγιση περιλαμβάνει υποστηρικτικές μεθόδους όπως η αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος, η αποκατάσταση κ.α., η τροποποίηση του τρόπου ζωής ανάλογα με τις θεραπείες και τα φάρμακα καθώς και με τις καθημερινές δραστηριότητες. Παρ' όλα αυτά στην αρχική προσέγγιση αντιμετώπισης του πόνου μπορεί να εντάσσεται κι η εκπαίδευση καθώς κι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αναλόγως βέβαια με την περίπτωση.

Η περιφερική νευροπάθεια (CIPN), η οποία προκαλείται από χημειοθεραπείες, είναι

ένα σύνδρομο συγκεκριμένου πόνου, όπου τα φάρμακα είναι πιθανώς αποτελεσματικά, αλλά απορρέουν τη συγκεκριμένη παρενέργεια. Η ρύθμιση της δόσης θεραπείας ή η αλλαγή ενδέχεται να δημιουργήσει ορισμένες σοβαρές επιπτώσεις. Η CIPN τείνει να βελτιώνεται με το πέρας της χημειοθεραπείας όμως ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα και για επόμενα χρόνια.

Τα οπιοειδή έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετές φορές για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου στους ασθενείς με καρκίνο, όμως η αυξανόμενη βιβλιογραφία σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις τους τόσο στους ασθενείς με καρκίνο όσο και στην κοινωνία δικαιολογεί την επανεξέταση αυτής της προσέγγισης. Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου πλέον τείνει σε μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις κι όχι στη χρήση χρόνιων οπιοειδών, εκτός από ορισμένα σοβαρά περιστατικά. Μια συστηματική ανασκόπηση του National Institutes of Health Workshop στη χρόνια χρήση οπιοειδών για την αντιμετώπιση του πόνου που οφείλεται στον καρκίνο δεν διαπίστωσε μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα, ούτε ανεπιθύμητες παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης που κυμαίνεται από 3-26% και της κατάχρησης με ποσοστά από 6-36%. Επίσης, διαπιστώθηκαν, σεξουαλική δυσλειτουργία κι αυξημένος κίνδυνος υπερδοσολογίας. Η προσεκτική συνταγογράφηση και διαχείριση των οπιοειδών μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή των κινδύνων της μακροχρόνιας χρήσης.

1.14. ΚΟΥΡΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η κούραση που προκαλείται από τον καρκίνο (CRF) ορίζεται από το National Comprehensive Cancer Network ως μια επίμονη διαταραχή, μια υποκειμενική αίσθηση σωματικής, συναισθηματικής ή και γνωστικής κόπωσης ή εξάντλησης που σχετίζεται με τον καρκίνο ή τη θεραπεία του καρκίνου, παρεμποδίζει τη συνήθη λειτουργία και δε συνάδει με την πρόσφατη δραστηριότητα. Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο επηρεάζει σωματικά τη συνολική ποιότητα ζωής του ασθενούς και των φροντιστών του, είτε σε σωματικό επίπεδο είτε σε ψυχοκοινωνικό είτε σε οικονομικό. Η κόπωση συνήθως αλληλεπιδρά με άλλα θέματα όπως ο πόνος, η αγωνία κι η μειωμένη λειτουργική κατάσταση. Τα συμπτώματα γενικά βελτιώνονται μετά από τη θεραπεία, αλλά η βελτίωση είναι συχνά αργή κι η κόπωση καθώς και τα συναφή προβλήματα συχνά επιμένουν μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Αν κι η κόπωση είναι συχνά πολυπαραγοντική ή σχετίζεται με τον καρκίνο ή τις

θεραπείες του, η πρόκληση είναι να προσδιοριστεί εάν η κόπωση δείχνει την εξέλιξη της συγκεκριμένης νόσου, την εμφάνιση μιας νέας ιατρικής κατάστασης, την αλληλεπίδραση με άλλα συμπτώματα ή τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Είναι σημαντικό να ελεγχθούν και να αξιολογηθούν οι διαταραχές του ύπνου, η κατάθλιψη, το άγχος, η ψυχοκοινωνική δυσφορία, η δύσπνοια, ο ανεξέλεγκτος πόνος ή άλλα συμπτώματα που μπορεί να καθιστούν παράγοντες.

Τα προγράμματα αερόβιας άσκησης και η γιόγκα συμβάλλουν θετικά, ιδιαίτερα σε πρώιμης φάσης νόσο. Για ορισμένους ασθενείς βέβαια η άσκηση μπορεί να είναι αδύνατη λόγω της φάσης της νόσου, της θεραπείας ή των επιπλοκών. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να στοχεύεται η διατήρηση της ενέργειας κι η ανάπαυση. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με εκπαιδευτικά προγράμματα που στοχεύουν στην αυτοφροντίδα και στη διαχείριση των δραστηριοτήτων μπορεί να επιφέρουν αποτελέσματα. Οι δοκιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων ή συμπληρωμάτων για την κόπωση δεν φαίνεται να έχουν επιφέρει κάποιο θετικό αποτέλεσμα σε ασθενείς με καρκίνο, αντίθετα σκευάσματα που περιέχουν μεθυλοφαινιδάτη, δεξαμεταμίνη και μονταφινίλη έχουν συνήθως δυσμενείς επιδράσεις όπως άγχος και αϋπνία.

1.15. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο κακός ύπνος μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο γι' αυτό αξίζει προσεκτική αξιολόγηση και θεραπεία. Η αϋπνία ορίζεται ως η δυσκολία στον ύπνο ή η αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και δε σχετίζεται με την κόπωση, την αγωνία και την κατάθλιψη. Μπορεί να σχετίζεται ή να επιδεινώνεται με τον καρκίνο ή τις θεραπείες του. Μπορεί να επιδεινωθεί με τον υπερβολικό ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας, με τον πόνο, με τη δύσπνοια, με φάρμακα, καφεΐνη, αλκοόλ κ.α. Τα ψυχοκοινωνικά και πνευματικά ζητήματα καθώς και το άγχος επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου οπότε η παροχή συμβουλών είναι χρήσιμη. Εάν οι ασθενείς λαμβάνουν φάρμακα για άλλα ζητήματα, όπως η κατάθλιψη ή οι νευροπάθειες, οι γιατροί θα πρέπει να ελέγχουν τις παρενέργειές τους για τυχόν παρενέργειες που έχουν επιπτώσεις στον ύπνο.

Σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου έπαιξε η άσκηση καθώς μειώνει τα επίπεδα του στρες. Η Ογκολογική Εταιρεία Νοσηλευτικής στην Πράξη και οι κατευθυντήριες οδηγίες από το American College of Physicians συνιστούν ως αρχική θεραπεία στις διαταραχές ύπνου τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Περιλαμβάνει το συνδυασμό νοητικής θεραπείας, συμπεριφορικές παρεμβάσεις όπως

περιορισμό του ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας και εκπαίδευση σχετικά με την υγιεινή του ύπνου και διατίθεται μέσω φυλλαδίων, ατομικής ή ομαδικής θεραπείας ή μεθόδων μέσω διαδικτύου.

Δεδομένου των δυσμενών επιπτώσεων των φαρμάκων για την αϋπνία, όπως η αμνησία, η υπνηλία κ.α., τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται για οξέα επεισόδια κι όχι χρόνια. Όταν είναι απαραίτητο, για βραχυπρόθεσμη χρήση, οι κατευθυντήριες οδηγίες από την Αμερικανική Ακαδημία Ιατρικής Κλινικής κι από το Αμερικανικό Κολλέγιο Ιατρών, συμφωνούν με τη χρήση επιλεγμένων υπνωτικών (zaleplon, zolpidem, eszopiclone), καθώς και τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών.

2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

2.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού στις ΗΠΑ είναι υψηλή και περίπου 178.480 γυναίκες και 2030 άνδρες διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού το 2007 (American Cancer Society, 2007). Επίσης, η επίπτωσή του για τις λευκές γυναίκες είναι υψηλότερη από ότι για τις αφροαμερικανές και τις ασιατίσες (American Cancer Society, 2003). Η αυξημένη επίπτωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να οφείλεται στην πρόοδο της τεχνολογίας, η οποία μπορεί να τον ανιχνεύσει σε πρώιμα στάδια. Παρόλο που ο κίνδυνος ανάπτυξής του αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας της γυναίκας, πολλοί άλλοι παράγοντες συμβάλλουν στον κίνδυνο αυτό. Ο καρκίνος του μαστού αναγνωρίζεται με βάση τη δομή που έχει επηρεαστεί και σταδιοποιείται σύμφωνα με το μέγεθος και το βαθμό της διηθητικότητας.

2.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η Λάγιου (2008) υποστηρίζει ότι όλοι οι καρκίνοι του μαστού είναι αδеноκαρκινώματα. Ο καρκίνος *in situ* του μαστού διαγιγνώσκεται συχνότερα πλέον λόγω της διαδεδομένης χρήσης της μαστογραφίας. Τα *in situ* μορφώματα και η σχέση τους με το διηθητικό καρκίνο του μαστού δεν έχουν διευκρινιστεί ακόμα.

2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τη Λάγιου (2009) ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων. Ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία αλλά ο ρυθμός αύξησης μειώνεται μετά από την εμμηνόπαυση. Είναι συχνότερος στο δυτικό κόσμο.

2.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού θεωρείται ότι σχετίζεται με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Για παράδειγμα, γυναίκες που είχαν εμμηναρχή σε πολύ μικρή ηλικία και καθυστερημένη εμμηνόπαυση εκτίθενται σε αιχμές οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της μηνιαίας ωορρηξίας, ενώ γυναίκες οι οποίες είχαν πολλαπλές κυήσεις έχουν λιγότερους μηνιαίους ωοθηκικούς κύκλους και ορμονικές αιχμές.

Πρόσφατα τα γονίδια BRCA1 και BRCA2 αναγνωρίστηκαν ως τα γονίδια που σχετίζονται με την κληρονομική μορφή του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, καρκίνο του μαστού δε θα αναπτύξουν όλες οι γυναίκες που φέρουν αυτά τα γονίδια, ενώ κάποιες από εκείνες που δε φέρουν τα γονίδια θα αναπτύξουν. Ένα μικρό ποσοστό (5-10%) νεοδιαγνωσμένου καρκίνου του μαστού έχει σχέση με την κληρονομικότητα, ενώ ένα 80% των γυναικών που φέρουν το γονίδιο αυτό αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού (Dell, 2005b). Σήμερα είναι διαθέσιμος ο γενετικός έλεγχος για το γονίδιο αυτό (νομικά και Ηθικά Ζητήματα 38-2).

Πρόσφατα από το Εθνικό Ινστιτούτο Κατά του Καρκίνου της Αμερικής αναπτύχθηκε ένα εργαλείο για την εκτίμηση του κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού και μπορεί κανείς να το βρει στη διεύθυνση www.cancer.gov.

Στις ΗΠΑ, η Ένωση Προληπτικών Υπηρεσιών το 2005 δε συνέστησε το γενετικό έλεγχο ρουτίνας. Ο έλεγχος των BRCA γονιδίων στοιχίζει περίπου \$2975 ανά εξέταση και συνήθως δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι μπορούν να απαιτούν γενετική συμβουλευτική ή εξέταση των BRCA, περιλαμβάνουν:

- Γυναίκες με Εβραϊκή καταγωγή
- Συγγενής πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών
- Δύο δευτέρου βαθμού συγγενείς από την ίδια πλευρά της οικογένειας
- Γυναίκες με μη Εβραϊκή καταγωγή
- Δύο πρώτου βαθμού συγγενείς με καρκίνο του μαστού με τη μία νεότερη από 50 ετών
- Τρεις πρώτου ή δευτέρου βαθμού συγγενείς με καρκίνο του μαστού
- Ένας πρώτου βαθμού συγγενής με αμφοτερόπλευρο καρκίνο του

μαστού

- Ιστορικό καρκίνο μαστού σε άνδρα συγγενή (Nelson, 2004)

Στάδια του Καρκίνου του Μαστού			
Στάδιο Καρκίνου	Εντόπιση	Περιγραφή	Ρυθμός 5ετούς Επιβίωσης
Στάδιο 0	Καρκίνωμα in situ	• Λοβώδες καρκίνωμα in situ. Καρκινικά κύτταρα στη βασική μεμβράνη του λοβού • Πορώδες καρκίνωμα in situ, καρκινικά κύτταρα στη μεμβράνη του πόρου	100%
Στάδιο I	Πρώιμο στάδιο διηθητικού καρκίνου	• Όγκος <2cm σε διάμετρο • Καρκινικά κύτταρα δεν έχουν διασπαρεί πέραν του όγκου	100%
Στάδιο II	Διηθητικό	Οποιοδήποτε από τα παρακάτω: • Όγκος <2cm σε μήκος. Ο καρκίνος έχει διασπαρεί στους μασχαλαίους λεμφαδένες • Ο όγκος είναι ανάμεσα στα 2 και 5 cm. Ο καρκίνος μπορεί να έχει διασπαρεί στους μασχαλαίους λεμφαδένες	92-81%

- Ο όγκος είναι >5cm. Ο καρκίνος δεν έχει διασπαρεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες

Στάδιο III

Τοπικά προχωρημένο

Μεγάλος όγκος, αλλά ο καρκίνος δεν έχει διασπαρεί πέρα από το μαστό και τους παρακείμενους λεμφαδένες

Στάδιο IIIA

Οποιοδήποτε από τα 67% παρακάτω:

- Ο όγκος είναι < 5cm. Ο καρκίνος έχει διασπαρεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες οι οποίοι βρίσκονται σε επαφή μεταξύ τους ή με άλλες δομές
- Ο όγκος είναι > 5cm. Ο καρκίνος έχει διασπαρεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες

Στάδιο IIIB

Οποιοδήποτε από τα 54% παρακάτω:

- Ο όγκος επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα του μαστού
- Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες πέρα από το στήρνο

	Ο φλεγμονώδης τύπος καρκίνου είναι σπάνιος τύπος καρκίνου σταδίου ΙΙΒ κατά τον οποίο ο μαστός είναι εξέρυθρος και οιδηματώδης, γιατί τα καρκινικά κύτταρα αποφράσσουν τα λεμφαγγεία του δέρματος του μαστού
--	---

Στάδιο ΙΙΙC

Οποιοδήποτε μέγεθος όγκου το οποίο έχει: Έχει περιγραφεί τα τελευταία χρόνια και γι' αυτό η επιβίωση δεν έχει καθοριστεί ακόμα

- Διασπορά σε λεμφαδένες πέρα από το στήρνο και στους μασχαλιαίους
- Διασπορά σε λεμφαδένες πάνω ή κάτω από τον τράχηλο

Στάδιο IV	Απομακρυσμένες μεταστάσεις	Απομακρυσμένες μεταστάσεις. Ο καρκίνος έχει διασπαρεί σε άλλα σημεία του σώματος	20%
-----------	----------------------------	--	-----

Από: National Cancer Institute. (2006). Survival rate information from American Cancer Society (Revised September 18, 2006). (Retrieved from www.cancer.org).

2.5. ΣΗΜΕΙΑ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παρόλο που το 90% των όγκων του μαστού ανιχνεύεται από την ίδια τη γυναίκα κατά τη διάρκεια αυτοεξέτασης του μαστού, οι πιο πρώιμες μορφές καρκίνου μπορεί να ανιχνευθούν με μαστογραφία (ακτινολογική εξέταση του μαστού) πριν ο όγκος γίνει κλινικά ψηλαφητικός. Το έκκριμα από τη θηλή ή η αλλαγή στο δέρμα του μαστού, όπως η εισολκή του δέρματος μπορεί επίσης να αποτελέσει σημείο καρκίνου του μαστού. Κάθε μονόπλευρη μεταβολή στο μαστό θα πρέπει να αναφέρεται άμεσα σε επαγγελματία υγείας. Ακόμα και μικρή καθυστέρηση στη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε διήθηση του γύρω ιστού και μετάσταση σε άλλα

σημεία του σώματος.

2.6. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τη Λάγιου (2008) το πρώτο σύμπτωμα της νόσου αφορά την εμφάνιση ενός απτού, ανώδυνου συνήθως, ογκιδίου. Οι αλλαγές στο σχήμα, την υφή και το χρώμα της θηλής ή του μαστού πρέπει να ελέγχονται. Η πρώιμη ανίχνευση με την πρακτική του αυτοελέγχου από τις ίδιες τις γυναίκες έχει βελτιωθεί. Συνιστώνται ετήσιες μαστογραφίες και κλινικοί έλεγχοι σε γυναίκες άνω των 50 ετών, αλλά και σε νεότερες καθώς και σε ειδικές περιπτώσεις γυναικών. Η παθολογοανατομική επιβεβαίωση κρίνεται απαραίτητη όταν υπάρχει η υποψία ύπαρξης καρκίνου του μαστού. Προσβάλλει περίπου μία στις δέκα γυναίκες στις υγειονομικά αναπτυγμένες χώρες, με πενταετή τεκμαρτή επιβίωση που αγγίζει το 70%. Μελέτες έδειξαν ότι η θνησιμότητα μπορεί να μειωθεί κατά 25% με πρώιμη μαστογραφική διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία. Η θνησιμότητα παραμένει σταθερή παρά την αυξανόμενη επίπτωση της νόσου. Τα τελευταία χρόνια, τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες η θνησιμότητα εμφανίζει πτωτική τάση.

2.7. ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο υγιεινός τρόπος ζωής, ο οποίος περιλαμβάνει άσκηση και δίαιτα πλούσια σε αντιοξειδωτικά και φυτοοιστρογόνα, όπως τα λαχανικά, τα φρούτα, τα δημητριακά ολικής αλέσεως και τα προϊόντα της σόγιας μπορεί να προστατεύσουν από την ανάπτυξη αρκετών μορφών καρκίνου. Από το Αμερικανικό Κολλέγιο Γυναικολόγων και Μαιευτήρων συνιστώνται, η μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού και η συστηματικά προγραμματισμένη μαστογραφία μετά την ηλικία των 40. Σήμερα, το φάρμακο ταμοξιφαίνη χρησιμοποιείται για να προστατεύσει από επαναλαμβανόμενο καρκίνο του μαστού, αλλά δε χρησιμοποιείται ως γενική προφυλακτική αγωγή σε γυναίκες με παράγοντες κινδύνου εξαιτίας των πιθανών παρενεργειών όπως ο αυξημένος οστικός πόνος, η φωτοευαισθησία, η κεφαλαλγία κι ο αυξημένος κίνδυνος πνευμονικής εμβολής ή κακοηθειών της μήτρας. Το φάρμακο ραλοξιφαίνη (Evista) είναι εγκεκριμένο από τον FDA για την πρόληψη της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και πρόσφατα βρέθηκε ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του

καρκίνου του μαστού (NCI, 2002). Οι αναστολείς της αρωματάσης, όπως η αναστροζόλη ή η εξεμεστάνη μπορεί να είναι πιο δραστικές από την ταμοξιφαίνη και βρίσκονται υπό μελέτη (Speroff, 2006).

Ορισμένες γυναίκες οι οποίες έχουν γνωστή φορέα του γονιδίου BRCA1 ή BRCA2, μπορούν να υποβληθούν σε αμφοτερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις και η επίδραση στην εικόνα του σώματος πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να υπολογίζονται σε σχέση με τα πιθανά προφυλακτικά οφέλη. Η απόφαση λαμβάνεται από τη γυναίκα σε συνεργασία με τον επαγγελματία υγείας.

Σύμφωνα με τη Λάγιου (2008) ορισμένοι από τους παράγοντες κινδύνου μπορούν να τροποποιηθούν. Αυτοί αφορούν την αναπαραγωγική συμπεριφορά, τον περιορισμό χρήσης μετεμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων, την ελεγχόμενη κατανάλωση οινοπνεύματος, την αποφυγή αύξησης βάρους, το θηλασμό, τη φυσική δραστηριότητα, τη μεγαλύτερη πρόσληψη ελαιόλαδου, φρούτων και λαχανικών καθώς και τη χημειοπροφύλαξη, η οποία μπορεί να αποτελέσει τη μόνη προοπτική για το μερικό έλεγχο.

2.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι θεραπευτικές επιλογές βασίζονται στον τύπο του καρκίνου του μαστού, στο στάδιο της νόσου, στην ηλικία της ασθενούς, στην κατάσταση της υγείας της και την ύπαρξη ή όχι εμμηνόπαυσης και άλλων παραγόντων υγείας, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα της γυναίκας να υποβληθεί σε μια συγκεκριμένη θεραπεία. Γενικά, η αρχική θεραπεία είναι συνήθως η χειρουργική εκτομή του όγκου και των γύρω ιστών. Οι τύποι χειρουργικής επέμβασης περιλαμβάνουν:

- Ογκεκτομή (αφαίρεση μόνο του όγκου)
- Μερική ή τμηματική μαστεκτομή (εκτομή του όγκου και μέρους του γύρω ιστού και των μασχαλιαίων λεμφαδένων)
- Απλή ή ολική μαστεκτομή (εκτομή ολόκληρου του μαστού και των μασχαλιαίων λεμφαδένων)
- Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (αφαίρεση του μαστού, των μασχαλιαίων λεμφαδένων και των μυών του θωρακικού τοιχώματος γύρω

από το μαστό)

- Ριζική μαστεκτομή (αφαίρεση του μαστού, των μασχαλιαίων λεμφαδένων και των μυών του θωρακικού τοιχώματος κάτω από το μαστό). Η ριζική μαστεκτομή ήταν κάποτε πολύ συχνή, αλλά υψηλά ποσοστά επιτυχίας με μείωση της δυσμορφίας είναι τώρα πιθανόν να επιτευχθούν με τη χρήση κατάλληλων μεθόδων σταδιοποίησης της νόσου πριν από τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

Αν υπάρχει αμφιβολία σχετικά με το αν τα καρκινικά κύτταρα έχουν διηθήσει τους λεμφαδένες, η εκτομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων του προσβεβλημένου άκρου μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης οπότε οι ύποπτοι λεμφαδένες στέλνονται για ιστολογική εξέταση. Η διαδικασία αυτή μπορεί να οδηγήσει σε οίδημα του προσβεβλημένου άνω άκρου. Η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού γίνεται όλο και περισσότερο δημοφιλής, όταν αφαιρείται ένας μόνο λεμφαδένας και αν τα εργαστηριακά αποτελέσματα δεν δείξουν την παρουσία καρκίνου οι υπόλοιποι λεμφαδένες παραμένουν ακέραιοι.

Η ταμοξιφαίνη (Nolvadex) αναστέλλει τη δράση των οιστρογόνων με το να συνδέεται με τους υποδοχείς τους. Το φάρμακο αυτό συνήθως χορηγείται για 5 έτη. Η ναυτία και η ανορεξία είναι παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν και πρέπει να παρακολουθούνται τα επίπεδα της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων. Η ραλοξιφαίνη, είναι ένα φάρμακο το οποίο χρησιμοποιείται για την οστεοπόρωση και θεωρείται ότι είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία στον ορμονοευαίσθητο καρκίνο του μαστού.

Περίπου το 25% των γυναικών πάσχουν από έναν τύπο καρκίνου ο οποίος εφράζει τον υποδοχέα του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα 2 (HER-2 θετικό καρκίνου του μαστού). Οι μελέτες έχουν δείξει ότι το μονοκλωνικό αντίσωμα trastuzumab (Herceptin) αν προστεθεί στη χημειοθεραπεία είναι πολύ αποτελεσματικό στη μείωση της επανεμφάνισης του όγκου (Hortobagyi, 2005). Η γυναίκα πρέπει να παρακολουθείται για πιθανές καρδιαγγειακές επιπλοκές που αποτελούν παρενέργεια αυτής της θεραπείας.

Η έρευνα συνεχίζεται σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές για γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας της Αμερικής (NIH) και η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία διερευνούν μια θεραπεία η οποία καλείται TAILORx (Trial Assigning Individual Options for Treatment). ΟΙ γυναίκες λαμβάνουν μέρος στη

θεραπεία με βάση το γενετικό τους προφίλ. Τα αποτελέσματα των κλινικών αυτών δοκιμών μπορεί να αλλάξουν το θεραπευτικό πρωτόκολλο (Paik, 2006).

Η ακτινοθεραπεία συχνά πραγματοποιείται μετά την ογκεκτομή ή τη μερική μαστεκτομή προκειμένου να καταστραφούν οι μικρομεταστάσεις και να μειωθεί ο ρυθμός επανεμφάνισης του καρκίνου. Οι επιλογές ακτινοθεραπείας περιλαμβάνουν την ακτινοβολία ολόκληρου του μαστού με τη χρήση εξωτερικής δέσμης ακτινοβολίας εβδομαδιαίως για 7 εβδομάδες, την τροποποιημένη ακτινοθεραπεία, η οποία ελαχιστοποιεί τη βλάβη στο γύρω ιστό, την επιταχυνόμενη μερική ακτινοβολία του μαστού με τη χρήση ενός καθετήρα μπαλονιού στο σημείο εμφάνισης του όγκου, τη διάμεση βραχυθεραπεία με μικρά σφαιρίδια τα οποία τοποθετούνται γύρω από τον όγκο ή την εξωτερική δέσμη ακτινοβολίας, η οποία πραγματοποιείται μετά από την επούλωση. Επίσης, η χημειοθεραπεία θεωρείται μέρος της θεραπείας σε συνδυασμό με χειρουργική εκτομή και ακτινοθεραπεία. Οι αναστολείς της αρωματάσης, όπως η αναστροζόλη (Arimitex) ή η λετροζόλη (Femara) ή η εξεμεστάνη (Aromasin) μειώνουν τον κίνδυνο επανεμφάνισης με αναστολή του ενζύμου αρωματάση, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων. Οι αναστολείς της αρωματάσης δε χρησιμοποιούνται σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες οι οποίες έχουν λειτουργικές ωοθήκες. Ένας αγωνιστής των υποδοχέων των οιστρογόνων όπως η φουλβεστράνη (Faslodex) συνδέεται με τους υποδοχείς των οιστρογόνων και μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν αποτυγχάνει η ταμοξιφαίνη. Η εκτομή των ωοθηκών πραγματοποιείται χειρουργικά ή με ακτινοβολία προκειμένου να σταματήσει η παραγωγή οιστρογόνων. Η χρήση γκοσερελίνης (Zoladex) μπορεί να είναι μια εναλλακτική λύση στη χημειοθεραπεία.

2.9. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Σύμφωνα με τη Λάγιου (2008) ένας τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου είναι το οικογενειακό ιστορικό. Άλλοι παράγοντες μπορεί να είναι η πρώιμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση, η ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης καθώς και των άλλων κυήσεων, οι ενδογενείς ορμόνες, το μεγαλύτερο ανάστημα, η ιονίζουσα ακτινοβολία, η κατανάλωση οινοπνεύματος κι η πρόσφατη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων.

Επίσης, καρκίνο του μαστού μπορεί να εμφανίσουν πιο εύκολα οι άτεκνες γυναίκες, οι παχύσαρκες, κι αυτές που εκτίθενται σε χημικά, όπως μικροβιοκτόνα, πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες οι οποίοι ανευρίσκονται στο κρέας το οποίο έχει ψηθεί στα κάρβουνα σε υψηλές θερμοκρασίες. Να σημειωθεί όμως ότι η συγκεκριμένη αιτία καρκίνου δεν έχει βρεθεί ακόμη. Είναι πιο πιθανό να οφείλεται σε γενετικά αίτια σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίοι οδηγούν σε αθροιστικό επίπεδο κινδύνου. (Dewit, 2009)

2.10. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Η πλαστική χειρουργική του μαστού μπορεί να πραγματοποιηθεί για τη μείωση του μεγέθους των μαστών (μαστοπλαστική μείωσης μεγέθους), για την αύξηση του μεγέθους (μαστοπλαστική αύξησης μεγέθους) ή για την αποκατάσταση του μαστού (μαστοπλαστική αποκατάστασης) μετά από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού.

2.10.1. ΜΑΣΤΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗΣ ΜΕΓΕΘΟΥΣ

Τα προβλήματα που σχετίζονται με το πολύ μεγάλο μέγεθος μαστών περιλαμβάνουν τον πόνο στην πλάτη και τον ώμο, πίεση νεύρων από τις τιράντες των στηθόδεσμων, αδυναμία εύρεσης ενδυμάτων που να ταιριάζουν στο μέγεθος και ψυχολογικά προβλήματα τα οποία σχετίζονται με φόβο «κοροϊδίας» ή έλλειψης σεξουαλικής έλξης.

Μπορεί να είναι απαραίτητη η μαστογραφία πριν από τη χειρουργική επέμβαση σε γυναίκες μεγαλύτερες από 40 ετών. Το μέγεθος της ουλής θα πρέπει να συζητείται με τη γυναίκα, καθώς αυτή καθορίζει την τεχνική η οποία θα εφαρμοστεί. Παρόλο που τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η χειρουργική μείωσης του μεγέθους του μαστού δεν επιδρά στον επιτυχή θηλασμό, είναι πιθανόν η παραγωγή γάλακτος να επηρεαστεί (Spector and Karp, 2005). Η μειωμένη αίσθηση στη θηλή ή η απώλεια μέρους της θηλαίας άλω μπορεί επίσης να αποτελέσει επιπλοκή της επέμβασης και η γυναίκα θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη. Πληροφορίες σχετικές με τον επιτυχή θηλασμό μετά από μια πλαστική μείωσης μεγέθους του μαστού μπορούν να ληφθούν από το Le Leche League International.

2.10.2. ΜΑΣΤΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗΣ ΜΕΓΕΘΟΥΣ

Η αύξηση του μεγέθους του μαστού συχνά πραγματοποιείται στην ασθενή η οποία επιθυμεί να βελτιώσει την εικόνα του σώματός της και να αυξήσει το αίσθημα της θηλυκότητας. Η μαστοπλαστική αύξησης μεγέθους μπορεί να επιτευχθεί με την εισαγωγή ενός αλατούχου εμφυτεύματος κάτω από το θωρακικό μυ.

2.10.3. ΜΑΣΤΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η εγχείρηση αυτή δημιουργεί ένα νέο μαστό όταν ο φυσιολογικός ιστός αφαιρείται κατά τη διάρκεια μαστεκτομής. Η επαναδημιουργία της θηλής παρέχει πιο φυσιολογική εμφάνιση. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν εμφυτεύματα με φυσιολογικό ορό ή ιστό και δέρμα που μπορούν να ληφθούν από άλλα σημεία του σώματος (αυτόλογα μοσχεύματα) και να δημιουργηθεί μια θηλή με τατουάζ προκειμένου να επιτευχθεί η φυσιολογική εικόνα του μαστού.

2.11. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το National Vital Statistics System, 2006 and 2016, το ποσοστό θνησιμότητας σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού ηλικίας 50 – 74 ετών μειώθηκε κατά 15,1%, δηλαδή από 53,8 ανά 100.000 το 2006 σε 45,5 το 2016. Το 2006 και το 2016 τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν μεγαλύτερα στις μη ισπανόφωνες έγχρωμες γυναίκες σε σύγκριση με τις μη ισπανόφωνες λευκές και τις ισπανόφωνες γυναίκες. Από το 2006 έως το 2016, το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού μειώθηκε στις μη ισπανόφωνες γυναίκες από 54,6 ανά 100.000 σε 46,2, για τις ισπανόφωνες από 34,8 σε 31,0 και για τις μη ισπανόφωνες έγχρωμες από 71,7 σε 64,1.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι περισσότερες γυναίκες χρειάζονται εντατική εκπαίδευση πριν από την επέμβαση. Πολλοί χειρουργοί σήμερα παρέχουν προγράμματα εκπαίδευσης για τις ασθενείς τους, αλλά είναι σημαντικό για το νοσηλεύτη να προσδιορίσει εάν, στην πραγματικότητα, η ασθενής έχει λάβει αρκετές πληροφορίες και έχει κατανοήσει σωστά όσα έχει διδαχθεί. Οι γυναίκες συχνά ανησυχούν για τις αλλαγές στο σώμα τους μετά από μια χειρουργική επέμβαση στο μαστό. Η συζήτηση με έναν ειδικό εθελοντή ή ένα νοσηλεύτη με μεγάλη προσωπική ή επαγγελματική εμπειρία στο θέμα μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη. Τα σημεία εκπαίδευσης ποικίλουν ανάλογα με το βαθμό του ιστού που θα αφαιρεθεί χειρουργικά και εάν θα πραγματοποιηθεί προσθετική κατά τη διάρκεια της αρχικής επέμβασης ή σε μεταγενέστερο στάδιο.

1.1.2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει τη διαχείριση του πόνου, την παρακολούθηση για σημεία φλεγμονής και τη συνέχιση των υποστηρικτικών και εκπαιδευτικών μέτρων. Επειδή ο μαστικός ιστός έχει πολλά αγγεία, η αιμορραγία μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα. Η επίδεση του χειρουργικού τραύματος πρέπει να παρακολουθείται συχνά κατά τη διάρκεια των πρώτων 48 ωρών μετά από τη διαδικασία.

Η εικόνα σώματος και η δυσμορφία, καθώς και η εστίαση της κοινωνίας στο μαστό

ως σύμβολο θηλυκότητας και σεξουαλικής έλξης, καθιστούν τη θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού μια εμπειρία με έντονη συναισθηματική φόρτιση. Οι γυναίκες απαιτούν συνεχή υποστηρικτική φροντίδα και οι περισσότερες θα ωφεληθούν σε μεγάλο βαθμό από τη συμμετοχή τους σε υποστηρικτική ομάδα και τη επαφή με γυναίκες εθελοντές. Οι γυναίκες αυτές έχουν όλες υποστεί θεραπεία για καρκίνο του μαστού και έχουν εκπαιδευτεί να παρέχουν συμβουλευτική σε άλλες γυναίκες. Μπορεί να γίνει επικοινωνία με το τοπικό παράρτημα της αντικαρκινικής εταιρείας και διαφόρων εθελοντικών οργανώσεων για τον προγραμματισμό σχετικών επισκέψεων κατά τη περίοδο της ανάρρωσης.

1.1.3. ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η συνεργατική φροντίδα είναι πολύ βασική προκειμένου να μειωθεί το άγχος και το στρες των ασθενών. Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και των απαραίτητων πληροφοριών είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η γυναίκα και ο σύντροφος της μπορεί να διαφέρουν σχετικά με το πόσες πληροφορίες επιθυμούν να συζητήσουν. Ωστόσο, πρέπει να τονιστούν τα ζητήματα τα οποία σχετίζονται με την εικόνα του σώματος και την απώλεια του ελέγχου.

1.2. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1.2.1 ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ

Το λεμφοίδημα είναι οίδημα του άκρου, το οποίο μερικές φορές εμφανίζεται μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό και οφείλεται σε βλάβες και επακόλουθη συμφόρηση του λεμφικού δικτύου (μπορεί επίσης να είναι ιδιοπαθές ή άγνωστης αιτιολογίας ή συγγενής ανωμαλία). Το λεμφοίδημα εμφανίζεται περίπου στο 25-40% των γυναικών που υποβάλλονται σε βιοψία λεμφαδένα του μαστού ή σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο. Το λεμφοίδημα μπορεί να γίνει χρόνια πρόβλημα. Η χρήση της βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού με εκτομή των υπολοίπων λεμφαδένων, μόνο αν αυτός είναι θετικός για καρκίνο, έχει μειώσει την εμφάνιση λεμφοιδήματος, γιατί όσο λιγότερο επιθετική είναι η χειρουργική επέμβαση τόσο λιγότερη βλάβη προκαλείται στο λεμφικό ιστό και τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα ανάπτυξης λεμφοιδήματος. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου μιας ασθενούς που υποβλήθηκε σε βιοψία λεμφαδένα ή σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού, που μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης λεμφοιδήματος περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να γίνεται στο πάσχον άκρο
- Οι ενέσεις ή οι φλεβοκεντήσεις δεν πρέπει να πραγματοποιούνται στο πάσχον άκρο
- Η φροντίδα του δέρματος πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή
- Η ασθενής πρέπει να διδαχθεί ότι πρέπει να φοράει γάντια στην κουζίνα και στη φροντίδα του κήπου
- Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί να αποφεύγει την άρση βάρους

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει και να διδάσκει στην ασθενή ασκήσεις οι οποίες μπορεί να φανούν χρήσιμες. Η εκπαίδευση πριν την έξοδο της ασθενούς από το νοσοκομείο πρέπει να εστιάζει στην αναγκαιότητα για συστηματική παρακολούθηση, στις ασκήσεις που βελτιώνουν το εύρος κίνησης, στην πρόληψη λοιμώξεων, στις παρενέργειες της θεραπείας και στις διαθέσιμες υποστηρικτικές πηγές και πόρους στην κοινότητα.

Σε ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ υπάρχουν ιατρεία λεμφοιδήματος. Η βασική θεραπεία είναι η χρήση των τεχνικών μάλαξης που βελτιώνει τη λεμφική παροχέτευση, η εφαρμογή ειδικών πιεστικών επιδέσμων και ενδυμάτων ελαστικής συμπίεσης. Περισσότερες πληροφορίες μπορούν να ληφθούν στην ιστοσελίδα www.lymphnet.org.

Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες μπορεί να αποτελέσει άμεση απειλή της αίσθησης της θηλυκότητας και της εικόνας του σώματος. Οι συνήθεις αντιδράσεις περιλαμβάνουν το άγχος, την άρνηση, το θυμό και την κατάθλιψη. Πολλές γυναίκες φοβούνται ότι δε θα είναι πλέον ελκυστικές στις συνομήλικές τους. Ο συνδυασμός υποστήριξης από συνομήλικες γυναίκες και ψυχοθεραπείας, πνευματικής και εκπαιδευτικής καθοδήγησης, μπορεί να βοηθήσει τη γυναίκα να αντιμετωπίσει τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην εκπαίδευση και την παραπομπή σε ειδικές ομάδες και υπηρεσίες.

1.3. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στις ΗΠΑ, η κατ' οίκον νοσηλευτική αποτελεί βασική συνιστώσα του συστήματος υγείας. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας στο νοσοκομείο συνεχώς μειώνεται και οι γυναίκες συχνά επιστρέφουν στο σπίτι τους πολύ γρήγορα μετά από μια νόσο, χειρουργική επέμβαση ή τοκετό. Η ενδοφλέβια αντιβιοτική θεραπεία πραγματοποιείται πλέον με

αυξημένη συχνότητα στο σπίτι και πολλά προβλήματα υγείας αντιμετωπίζονται έξω από το νοσοκομείο.

Πολλές γυναίκες αναρρώνουν στο σπίτι μετά από μια χειρουργική επέμβαση. Οι ευθύνες ενός νοσηλευτή στο σπίτι περιλαμβάνουν τον έλεγχο του πόνου, την παρακολούθηση της χειρουργικής τομής για σημεία λοίμωξης (ερυθρότητα, οίδημα, πόνο, παρουσία εξιδρώματος, δυσσομία, πυρετό) ή ρήξη λόγω τραυματισμού ή πτώχής επούλωσης. Αν η διαδικασία περιλαμβάνει τα γυναικεία αναπαραγωγικά όργανα, ο νοσηλευτής πρέπει επίσης να αξιολογεί την ποσότητα και τη διάρκεια της αιμορραγίας, κάθε αύξηση στον όγκο της ροής, καθώς και κάθε αλλαγή (π.χ. πύον ή δυσσομία), η οποία υποδηλώνει την ύπαρξη λοίμωξης.

Το μεγαλύτερο μέρος της εκπαίδευσης συχνά αποτελεί ευθύνη του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδα υγείας. Ακόμα και η εντατική εκπαίδευση από το νοσοκομειακό νοσηλευτή συχνά απαιτεί επανάληψη γιατί οι δυνατότητες αφομοίωσης των πληροφοριών από τις ασθενείς στο νοσοκομείο είναι μειωμένη λόγω των άμεσων προβλημάτων, όπως ο οξύς πόνος, η ανάρρωση από την αναισθησία ή το συναισθηματικό στρες, το οποίο σχετίζεται με τη διάγνωση και την πιθανή επίδραση στην καθημερινή ζωή. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι προετοιμασμένος να παρέχει ακριβείς και λεπτομερείς πληροφορίες ως μέρος της φροντίδας στο σπίτι. Επίσης, πρέπει να αξιολογήσει τις ανάγκες της ασθενούς για γενική εκπαίδευση σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία, όπως η συστηματική αυτοεξέταση του μαστού και των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, η πραγματοποίηση τεστ Παπανικολάου και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να λειτουργήσει ανεξάρτητα και να επικοινωνεί με τα άλλα μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας μέσω του τηλεφώνου, της γραπτής τεκμηρίωσης και των συναντήσεων. Επίσης, συχνά, είναι η πρωταρχική πηγή πληροφοριών σχετικά με τις διαθέσιμες υποστηρικτικές ομάδες και τα προγράμματα πληροφόρησης, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν την ασθενή και την οικογένειά της.

1.4. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Στις ΗΠΑ, η φροντίδα στην κοινότητα μπορεί να πάρει αρκετές μορφές. Στο επίπεδο της γενικής αναπαραγωγικής υγείας, ιατρεία που παρέχουν φροντίδα στις γυναίκες με

χαμηλό κόστος κι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, παρέχουν το τεστ εγκυμοσύνης, συμβουλευτική και καθοδήγηση για τις μεθόδους αντισύλληψης και πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, προγράμματα υτοεξέτασης του μαστού και των έξω γεννητικών οργάνων και εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου, όπως η εξέταση της πυέλου και η μαστογραφία. Επίσης, η πληροφόρηση και ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να είναι διαθέσιμα και από τα τοπικά παραρτήματα οργανώσεων όπως η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία. Τα προγράμματα αυτά έχουν στόχο να πληροφορήσουν και να παρέχουν υπηρεσίες σε όλες τις γυναίκες με λογικό κόστος. Τέτοια προγράμματα βοηθούν στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση μιας πιθανώς σοβαρής ασθένειας, μειώνοντας τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα του νοσήματος, καθώς και το κόστος της πιθανής φροντίδας.

Επίσης, η φροντίδα στην κοινότητα μπορεί να πάρει τη μορφή εκπαίδευσης του κοινού με ανακοινώσεις στο ραδιόφωνο και την τηλεόραση, καθώς και τις εφημερίδες και τα περιοδικά. Αυτά δίνουν στο κοινό πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλική υγεία και την πρόληψη νοσημάτων και τη θεραπεία.

Οι νοσηλευτές των σχολείων μπορούν και πρέπει να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναπαραγωγική εκπαίδευση των παιδιών και τη διατήρηση της υγείας. Τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και η πρόωγη σεξουαλική δραστηριότητα, είναι τα κύρια προβλήματα που αφορούν στην υγεία των εφήβων. Οι νοσηλευτές των σχολείων είναι σε μια θέση που μπορούν να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των εφήβων και να τους παράσχουν ακριβείς και χωρίς κριτική στάση πληροφορίες, γιατί συχνά είναι σε σύγχυση και στερούνται εκπαίδευσης σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία.

Τα τελευταία χρόνια, μια ποικιλία προγραμμάτων έχουν αναπτυχθεί για τις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε κίνδυνο για σοβαρή νόσο του μαστού και των αναπαραγωγικών οργάνων. Συνήθως χρηματοδοτούνται από εθνικούς οργανισμούς, όπως η Αντικαρκινική Εταιρεία ή από τοπικές ομάδες ή υπηρεσίες υγείας και οργανώσεις. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν τόσο εκπαίδευση όσο και υποστηρικτικές ομάδες για γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως ο καρκίνος του μαστού και της μήτρας, η στειρότητα, η απώλεια εμβρύων και άλλα προβλήματα των γυναικών. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει σημαντικά με την παραπομπή των γυναικών σ' αυτά τα κοινοτικά προγράμματα ή με την εθελοντική συμμετοχή ως συντονιστής ομάδας ή ως πρόσωπο αναφοράς.

1.5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η προχωρημένη ηλικία μπορεί να μειώσει την ικανότητα των γυναικών να μάθουν όταν οι πληροφορίες που αφορούν στην άνεση και την υγεία είναι ζωτικής σημασίας. Σε κάθε πρόγραμμα διδασκαλίας ο νοσηλευτής πρέπει να:

- Προάγει την ετοιμότητα και την κινητοποίηση να μάθει. Η γυναίκα πρέπει να αισθάνεται ότι οι πληροφορίες αναφέρονται σε αυτήν και είναι σημαντικές
- Παρέχει φυλλάδια και αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης
- Συμπεριλαμβάνει τι εμπειρίες και τα ενδιαφέροντα της γυναίκας. Η εξατομίκευση της εκπαίδευσης της δίνει μεγαλύτερο νόημα
- Θέτει ερωτήσεις για να διαπιστώνει το βαθμό κατανόησης των πληροφοριών
- Παρέχει κοινωνικοποίηση και δυνατότητα στον ασθενή να μοιράζεται συναισθήματα και πληροφορίες. Οι θεραπευτικές ομάδες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όταν είναι εφικτό
- Παρέχει εκπαιδευτικές συνεδρίες μικρής διάρκειας
- Έχει οπτική επαφή με την ασθενή και να μιλά δυνατά και καθαρά
- Χρησιμοποιεί ήσυχο και κατάλληλα φωτισμένο περιβάλλον

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

1. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Πέρα από την ποσοτική μελέτη που συνηθίζουν οι ερευνητές να χρησιμοποιούν για να διεκπεραιώσουν τις έρευνές τους, τον τελευταίο καιρό αρχίζει να έρχεται ολοένα και περισσότερο στο προσκήνιο η μέθοδος της ποιοτικής έρευνας. Έρευνα που έρχεται να «συμπληρώσει» την ποσοτική έρευνα, μιας κι η τελευταία μελετά κυρίως ποσοστά, δείκτες εμφάνισης κλπ. Η ποιοτική έρευνα λοιπόν μελετά πεποιθήσεις, στάσεις κι απόψεις, αξίες, αντιλήψεις. Μελέτες που δεν μπορούν να έρθουν εις πέρας με τη χρήση ποσοτικών μεθόδων. Η ποιοτική έρευνα διεξάγεται κυρίως μέσω της παρατήρησης, των συνεντεύξεων, των ομάδων επικέντρωσης και της μεθοδολογίας Delphi. (Γαλάνης, 2017)

Η ποιοτική έρευνα δίνει συνήθως έμφαση στις λέξεις κι όχι στην ποσοτικοποίηση κατά τη συλλογή κι ανάλυση των δεδομένων. Ως ερευνητική στρατηγική, έχει επαγωγικό, κονστρουκτιβιστικό και ερμηνειοκρατικό χαρακτήρα, όμως οι ερευνητές του χώρου της ποιοτικής έρευνας δεν αποδέχονται πάντα τα τρία αυτά στοιχεία στο σύνολό τους. (Bryman, 2017)

2. ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Περίπτωση είναι μια μεμονωμένη μονάδα σε μία μελέτη (πχ ένα άτομο ή ένα περιβάλλον, όπως μια κλινική ή ένα νοσοκομείο). Μελέτη περίπτωσης είναι μια μέθοδος έρευνας η οποία επικεντρώνεται στις συνθήκες, τη δυναμική και την πολυπλοκότητα μιας μεμονωμένης περίπτωσης ή ενός μικρού αριθμού περιπτώσεων. Επειδή οι μελέτες περιπτώσεων μελετώνται σχολαστικά και σε βάθος αναγκαστικά ο αριθμός τους θα είναι μικρός, ώστε να υπάρχει λεπτομέρεια στις παρατηρήσεις, στις συνεντεύξεις και στη συλλογή πληροφοριών από αρχεία. (Bowling, 2014)

Η ανάλυση της μεθόδου αυτή βασίζεται κυρίως σε μη δομημένες συνεντεύξεις και όπου κριθεί απαραίτητο σε αναλύσεις εγγράφων. Η χρονολογική ή βιογραφική περιγραφή της περίπτωσης, η προσέγγιση που υιοθετεί ο ερευνητής για να κατανοήσει και να μελετήσει μια περίπτωση και μια περιγραφή, με τη σειρά όλων των σημαντικών στοιχείων της περιγραφής, κρίθηκαν ως βασικό στοιχείο ανάλυσης των μελετών αυτών. (Stake, 1995)

3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Η ασθενής που γνώρισα και επέλεξα να είναι η πρωταγωνίστρια της δικής μου ποιοτικής έρευνας, είναι μια γυναίκα 47 ετών, η οποία χειρουργήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων λόγω εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η γυναίκα αυτή είχε από τα 33 της έτη ινοαδένωμα μαστού, το οποίο και παρακολουθούσε με την ετήσια μαστογραφία καθώς και με υπερήχους που έκανε λόγω του ότι ο μαστός της ήταν πυκνός. Λίγο καιρό πριν μάθει τα άσχημα νέα, έκανε τους ετήσιους αυτούς ελέγχους κι ο μαστολόγος ήλεγξε μόνο την ακτινογραφία και δεν είδε το CD, οπότε κατέληξε στο ότι το ινοαδένωμα της παραμένει στο ίδιο μέγεθος. Παρ' όλα αυτά το ινοαδένωμα μεγάλωσε, δημιουργήθηκε φλεγμονή και υποτροπίασε. Η διάγνωση όμως δεν είχε γίνει.

Η γυναίκα αυτή άρχισε να χάνει αρκετό βάρος, συγκεκριμένα 16kg μέσα σε δύο μήνες. Ένιωθε πιο έντονα στην αφή το ινοαδένωμά της και πονούσε στη συγκεκριμένη περιοχή. Επισκέφτηκε ξανά το μαστολόγο, όπου της έκαναν παρακέντηση, ώστε να λάβουν δείγμα από το φλεγμένον ινοαδένωμα και να το στείλουν για βιοψία. Η βιοψία στάλθηκε σε κυτταρολογικό εργαστήριο, όπου διαπιστώθηκε ότι έχει καρκίνο τύπου Grade II.

Η ασθενής αυτή είναι τώρα 47 ετών, με ύψος περίπου 1,65μ. και βάρος 60kg. Είναι παντρεμένη με στρατιωτικό και έχουν δύο γιους, 14 και 12 ετών. Εργάζεται ως πωλήτρια σε πρατήριο κρέατος και είναι πολύ κοινωνική κι ευδιάθετη. Όσον αφορά τη ψυχολογία της ήταν πολύ δυνατή εξ αρχής, σεβάστηκε όπως η ίδια είπε ότι νόσησε και πάλεψε με αυτό. Νιώθει τυχερή που δεν επηρεάστηκαν οι λεμφαδένες της, κάτι το οποίο θα δυσκόλευε κατά πολύ την κατάσταση.

Έκανε δύο χειρουργεία. Το πρώτο έγινε στις 27 Ιουλίου του 2018 και το δεύτερο στις 7 Σεπτεμβρίου του ίδιου έτους. Όσον αφορά το πρώτο της χειρουργείο, ο χειρουργός παρενέβη με ογκεκτομή, δηλαδή αφαίρεση μόνο του όγκου. Με αυτή τη μέθοδο όμως δεν ήταν σίγουροι αν «καθάρισαν» όλα τα καρκινικά κύτταρα και τα αποτελέσματα της βιοψίας δεν είχαν βγει ακόμη. Την επόμενη μέρα από το πρώτο χειρουργείο, ο γιατρός της επισκέφτηκε στο δωμάτιό της κι είπε πως ήταν πολύ καλά ψυχολογικά. Όπως είπε η ίδια, φορούσε ροζ τυτζαμάκια, έλυνε σταυρόλεξο κι ήταν ευδιάθετη. Ο χειρουργός της εξήγησε τους φόβους του για το χειρουργείο κι εκείνη αποφάσισε για να είναι 100% σίγουρη να κάνει ολική μαστεκτομή. Ο χειρουργός προσπάθησε να την πείσει να περιμένουν έως ότου βγουν τα αποτελέσματα της βιοψίας, προσπάθησε

να την αποτρέψει από την επιλογή της αυτή επειδή είναι νέα γυναίκα, αλλά δεν κατάφερε να την πείσει διότι έθεσε ως το ισχυρό της επιχείρημα ότι σκεφτόταν τα δυο της παιδιά και γι' αυτό δε θα άλλαζε γνώμη.

Οπότε προγραμματίσαν το δεύτερο χειρουργείο στις 7 Σεπτεμβρίου ώστε να γίνει η επέμβαση της ολικής μαστεκτομής. Αφού έκανε και το δεύτερο χειρουργείο, τα αποτελέσματα της βιοψίας βγήκαν κι αποδείχτηκε ότι το πρώτο χειρουργείο ήταν αρκετό κι ότι η ολική μαστεκτομή δεν ήταν απαραίτητη.

Την 1^η Οκτωβρίου εκείνου του έτους ξεκίνησε χημειοθεραπείες ήπιας μορφής. Ήταν τέσσερις κύκλοι των είκοσι ημερών με την τελευταία να γίνεται στις 3 Δεκεμβρίου. Κατά τη διάρκεια των χημειοθεραπειών είχε έντονο πόνο στα οστά, ήπια ναυτία, κεφαλαγλία, τάσεις προς έμετο, πόνο στα μάτια, στις αρθρώσεις, στα γεννητικά της όργανα, ήταν ανορεκτική, δεν άντεχε γενικά καθόλου το νερό στη γεύση κι έτσι έπινε σόδες και χυμό λεμόνι. Τότε άρχισαν να της πέφτουν τα μαλλιά και στη δεύτερη χημειοθεραπεία κουρεύτηκε.

Δεν το έβαλε ποτέ κάτω όπως είπε η ίδια, δε στενοχωρήθηκε, είναι θετικός άνθρωπος, δεν πίστεψε ότι είναι άρρωστη, συνέχισε τη ζωή της, πήγαινε στη δουλειά της, μίλησε σε κόσμο που επρόκειτο να χειρουργηθεί, σε γυναίκες με την ίδια νόσο λέει να μη στενοχωριούνται και να μην το βάζουν κάτω, ότι θα βγουν πιο δυνατές από όλο αυτό και πιο όμορφες, ότι θα βγάλουν νέα μαλλιά και θα αλλάξουν στυλ.

Όταν το ανακοίνωσε στο σύζυγό της, της στάθηκε εξ αρχής. Ο πατέρας της πίστευε σε εκείνη κι ήξερε ότι είναι δυνατή για να το ξεπεράσει, η μητέρα της την ενθάρρυνε αλλά την έπιαναν τα κλάματα. Στα παιδιά της το ανακοίνωσε λέγοντας πως «η μαμά είναι άρρωστη, αλλά θα περάσει, είναι κάτι σαν ίωση». Το διακωμωδούσαν και μάλιστα αυτός που της ξύρισε τα μαλλιά ήταν ο μικρός της γιος. Ο μεγάλος της γιος που και που ξεσπούσε πάνω της, για παράδειγμα όταν ήταν ξαπλωμένη και ξεκουραζόταν εκείνος τη φώναζε τεμπέλα.

Είπε γενικά ότι νιώθει δυνατός άνθρωπος. Έχει μια μικρότερη αδερφή και στα παιδικά της χρόνια βοηθούσε τον πατέρα της στις γεωργικές εργασίες, ενώ η αδερφή της έκανε πιο «γυναικείες» δουλειές στο σπίτι με την μητέρα τους, όπως η ίδια ανέφερε.

Δε ξέρει γιατί αρρώστησε, δεν υπήρχε κληρονομικό ιστορικό. Μου έκανε εντύπωση το ότι ανέφερε πως από τα 18 της ένιωθε ότι θα νοσήσει από καρκίνο. Είπε πως είχε αυτή τη διαίσθηση και μάλιστα όχι ότι θα πεθάνει, απλώς ότι θα νοσήσει. Πριν από

τρία χρόνια απεβίωσε ο πεθερός της αδερφής της από λευχαιμία κι όταν νόσησε και το έμαθαν είπε στον εαυτό της το εξής: «Άντε σειρά μου τώρα!». Σκέφτηκε μήπως το προκάλεσε η ίδια με τις σκέψεις της, αλλά επέμεινε στη διαίσθηση που είχε τότε και δε συνέχισα της ερωτήσεις περί αυτού ώστε να μην την κάνω να νιώσει άβολα ή ένοχη.

Συναναστράφηκε με γυναίκες που νόσησαν από καρκίνο του μαστού αλλά πήγε μόνο μια φορά στη συνάντηση γιατί όπως είπε ήταν πολύ ευδιάθετη κι ένιωθε άσχημα απέναντί τους.

Θα ήθελε να κάνει πλαστική χειρουργική στο μαστό της (μαστοπλαστική αύξησης μεγέθους) γιατί της αρέσει να είναι όμορφη.

Δεν πλήρωσε τίποτα κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου της, διότι τα κάλυπτε όλα η ασφάλειά της. Μετά από το δεύτερο χειρουργείο ετοίμασε ένα μεγάλο καλάθι με γλυκά του κουταλιού που έφτιαξε η ίδια και το προσέφερε στο γιατρό που τη χειρούργησε.

Τώρα κάθε έξι μήνες επισκέπτεται τον ογκολόγο και κάνει CT άνω/ κάτω κοιλίας και θώρακος, κάνει εξετάσεις αίματος για να ελέγχει τους καρκινικούς δείκτες και υπέρηχο μαστών και μαστογραφία στον ένα της μαστό.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rozini, RG., et al. 2017. Quality – of – life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, [internet] 7 June. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540261.2017.1285553?journalCode=iirp20> [Accessed at: 14 January 2019]
2. Clonigel, R., 2007. Spirituality and the Science of Feeling Good. *Southern Medical Journey*, [internet] July 2017. Available at: <http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA168070793&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00384348&p=AONE&sw=w> [Accessed at: 14 January 2019]
3. Reinert, KG., et al. 2013. Re – examining definitions of spirituality in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, [internet] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23600849> [Accessed at: 14 January 2019]
4. Bovero, A., et al. 2016. Spirituality, Quality of Life, Psychological Adjustment in Terminal Cancer Patients in Hospice. *European Journal of Cancer Care*, [internet] 27 July. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26215314> [Accessed at: 15 January 2019]
5. Canada, A., et al. 2019. Trajectories of Spiritual Well – Being in Long – Term Survivors of Cancer: A Report From the American Cancer Society’s Studies of Cancer – Survivors – I. *Cancer*, [internet] 11 January. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30633818> [Accessed at: 15 January 2019]
6. Gifford, W., et al. 2018. Spirituality in Cancer Survivorship With First Nations People In Canada. *Support Care Cancer*, [internet] 19 December. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30564938> [Accessed at: 15 January 2019]
7. Atashzadeh, F., et al. 2018. The Barriers and Facilitators in Providing Spiritual Care for Parents who Have children Suffering From Cancer. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, [internet] January. Available at:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6293943/> [Accessed at: 15 January 2019]
8. Preetha, A., et al. 2008. Cancer Is A Preventable Disease That Requires Major Lifestyle Changes. *Pharmaceutical Research Journal*, [internet] 30 July. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4969787/> [Accessed at: 15 January 2019]
 9. Torre, L.A., et al. 2015. Global Cancer Statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, [internet] 4 February. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651787> [Accessed at: 15 January 2019]
 10. Bar – Sela, G., et al. 2018. Training For Awareness of One’s Own Spirituality: A Key Factor in Overcoming Barriers to the Provision of Spiritual Care to Advanced Cancer Patients by Doctors and Nurses. *Palliative and Support Care*, [internet] 6 September. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30187841> [Accessed at: 16 January 2019]
 11. Ochoa, A., et al. 2018. Examining the Role of Social Support and Spirituality on the general Health Perceptions of Hispanic Cancer Survivors. *Psycho - Oncology*, [internet] 27 September. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29900621> [Accessed at: 16 January 2019]
 12. Paley, J., 2008. Spirituality and Secularization: Nursing and the Sociology of Religion. *Journal of Clinical Nursing*, [internet] 17 January. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17419777> [Accessed at: 16 January 2019]
 13. Molzahn, AE., et al. 2008. Why Is It So Hard To Talk About Spirituality?. *Can. Nurse*, [internet] 10 January. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18286982> [Accessed at: 16 January 2019]
 14. Paula, J., et al. 2018. The Mediating Role of Spirituality (Meaning, Peace, Faith) Between Psychological Distress and Mental Adjustment in Cancer Patients. *Support Care Cancer*, [internet] 26 May. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143135> [Accessed at: 16 January 2019]
 15. Fitch, M., et al. 2018. Patient Perspectives about Spirituality and Spiritual Care. *Asia – Pacific Journal of Oncology Nursing*, [internet] 24 October.

Available at: <http://www.apjon.org/preprintarticle.asp?id=243980> [Accessed at: 16 January 2019]

16. Dalmida, S., et al. 2014. The Meaning and Use of Spirituality among African Women Living With HIV/ AIDS. *Western Journal of Nursing Research*, [internet] 8 April. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3978577/> [Accessed at: 16 January 2019]
17. Manning, L., et al. 2015. The Role of Spirituality in the Lives of Mothers of Breast Cancer Survivors. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, [internet] 1 April. Available at: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84938557070&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=%22breast+cancer%22+AND+%22role+of+spirituality%22&st2=&sid=18d1345931ff1a2f619a12a791e37ab1&sot=b&sdt=b&sl=76&s=TITLE-ABS-KEY%28%22breast+cancer%22+AND+%22role+of+spirituality%22%29+AND+PUBYEAR+%3E+2014&relpos=1&citeCnt=2&searchTerm=> [Accessed at: 16 January 2019]
18. Lai., C., et al. 2018. Psychological Impairments Burden and Spirituality In caregivers of terminally Ill Cancer Patients. *European Journal of Cancer Care*, [internet] 27 January. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28295762> [Accessed at: 16 January 2019]
19. No authors listed, 2018. QuickStats: Breast Cancer Death Rates Among Women Aged 50 – 74 Years, By Race/ Ethnicity – National Vital Statistics System, United States, 2006 and 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, [internet] 1 June. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29851940> [Accessed at: 16 January 2019]
20. Lagiou, A., 2007. Epidemiology and Prevention of Breast Cancer. *Archives of Hellenic Medicine*, [internet] 5 December. Available at: <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/8575/epidimiologia%20kai%20prolipsi%20tou%20karkinou%20tou%20mastou.pdf?sequence=1> [Accessed at: 16 January 2019]
21. Thompson, T., et al. 2017. Perceived Social Support in African American Breast Cancer Patients: Predictors and Effects. *Social Science & Medicine*, [internet] 19 November. Available at:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28965004> [Accessed at: 6 January 2019]
22. Gall, TL., et al. 2017. “Why Me?” – Women’s Use of Spiritual Causal Attributions in Making Sense of Breast Cancer. *Psychology & Health*, [internet] 3 June. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28276738> [Accessed at: 16 January 2019]
 23. Khodaveirdyzadah, R., et al. 2016. Spiritual/ Religious Coping Strategies and Their Relationship with Illness Adjustment among Iranian Breast Cancer Patients. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, [internet] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27644667> [Accessed at: 16 January 2019]
 24. Gesselman, A., et al. 2016. Spirituality, Emotional Distress, and Post – Traumatic Growth in Breast Cancer Survivors and Their Partners: An Actor Partner Interdependence Modeling Approach. *Psycho – Oncology*, [internet] 26 October. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27280320> [Accessed at: 16 January 2019]
 25. Best, A., et al. 2016. The Influence of Spiritual Framing on African American Women’s Mammography Intentions: A Randomized Trial. *Journal of Health Communication*, [internet] 2 June. Available at: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84965047428&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=%22breast+cancer%22+AND+%22role+of+spirituality%22&st2=&sid=18d1345931ff1a2f619a12a791e37ab1&sot=b&sdt=b&sl=76&s=TITLE-ABS-KEY%28%22breast+cancer%22+AND+%22role+of+spirituality%22%29+AND+PUBYEAR+%3E+2014&relpos=0&citeCnt=2&searchTerm=> [Accessed at: 16 January 2019]
 26. Caldeira, S., et al. 2016. Nursing Diagnosis of “Spiritual Distress” in Women with Breast Cancer: Prevalence and Major Defining Characteristics. *Cancer Nursing*, [internet] July – August. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26496518> [Accessed at: 16 January 2019]
 27. Liamputtong, P., et al. 2016. Living With Breast Cancer: the Experiences and Meaning – Making Among Women in Southern Thailand. *European Journal of Cancer Care*, [internet] 2 May. Available at:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25899775> [Accessed at: 16 January 2019]
28. Rohani, C., et al. 2015. Health – Related Quality of Life and the Predictive Role of Sense of Coherence, Spirituality and Religious Coping in a Sample of Iranian Women with Breast Cancer: A Prospective Study With Comparative Design. *Health and Quality of Life Outcomes*, [internet] 2 March. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25889384> [Accessed at: 16 January 2019]
 29. Schreiber, JA., et al. 2015. Image of God, Religions, Spirituality, and Life Changes in Breast Cancer Survivors a Qualitative Approach. *Journal of religion and Health*, [internet] 5 April. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24740646> [Accessed at: 16 January 2019]
 30. Jassim, GA., et al. 2014. Understanding the Experiences and Quality of Life Issues of Bahraini Women with Breast Cancer. *Social Science & Medicine*, [internet] 1 April. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24631996> [Accessed at: 17 January 2019]
 31. Sterba, KR., et al. 2014. “We Both Just Trusted and Leaned on the Lord”: A Qualitative Study of Religiousness and Spirituality Among African American Breast Cancer Survivors and Their Caregivers. *Quality of Life Research*, [internet] 2 September. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24578149> [Accessed at: 17 January 2019]
 32. Mollica, M., et al. 2015. Transition from Patient to Survivor in African American Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, [internet] January – February. Available at: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84918551717&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=%22breast+cancer%22+AND+%22role+of+spirituality%22&st2=&sid=18d1345931ff1a2f619a12a791e37ab1&sot=b&sdt=b&sl=76&s=TITLE-ABS-KEY%28%22breast+cancer%22+AND+%22role+of+spirituality%22%29+AND+PUBYEAR+%3E+2014&relpos=2&citeCnt=16&searchTerm=> [Accessed at: 17 January 2019]
 33. Lynn, B., et al. 2014. “Trust In The Lord”: Religious and Spiritual Practices of African American Breast Cancer Survivors. *Journal of Religion and Health*,

[internet] 5 December. Available at:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897534> [Accessed at: 17 January 2019]

34. Ellington, L. *et al.* (2017) “Spiritual Care Communication in Cancer Patients,” *Seminars in Oncology Nursing*. W.B. Saunders, 33(5), pp. 517–525. doi: 10.1016/J.SONCN.2017.09.002.
35. Wong, C. Y. (1975) “On the Schrödinger equation in fluid-dynamical form,” *Journal of Mathematical Physics*, 17(6), pp. 1008–1010. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.36.
36. *Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού* (no date). Available at: www.mednet.gr/archives (Accessed: January 21, 2019).
37. Feuerstein, M. (2007) “Defining cancer survivorship,” *Journal of Cancer Survivorship*, 1(1), pp. 5–7. doi: 10.1007/s11764-006-0002-x.
38. Caldeira, S. *et al.* (2016) “Nursing Diagnosis of ‘Spiritual Distress’ in Women With Breast Cancer,” *Cancer Nursing*, 39(4), pp. 321–327. doi: 10.1097/NCC.0000000000000310.
39. Feher, S. and Maly, R. C. (1999) “Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith,” *Psycho-Oncology*, 8(5), pp. 408–416. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<408::AID-PON409>3.0.CO;2-5.
40. Debout, C. (no date) “[Introduction to epistemology in nursing sciences].,” *Soins; la revue de reference infirmiere*, (752), pp. 59–62. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21449197> (Accessed: September 2, 2019).
41. Cheng, J.-F. *et al.* (2014) “[Spiritual care model for terminal cancer patients].,” *Hu li za zhi The journal of nursing*, 61(6), pp. 93–7. doi: 10.6224/JN.61.6.93.
42. Fuchs, U. (2004) “Unsere ‘standesvertreter’ vertreten uns nicht: Kven sind die handlanger des staates,” *MMW-Fortschritte der Medizin*, p. 18. doi: 10.3322/caac.20134.
43. Stewart, D. E. (2011) “Toward understanding resilient outcomes,” *Canadian Journal of Psychiatry*, May, pp. 256–257. doi: 10.1177/070674371105600503.
44. Radina, M. E. (2009) “Breast cancer-related lymphedema: Implications for

- family leisure participation,” *Family Relations*, 58(4), pp. 445–459. doi: 10.1111/j.1741-3729.2009.00565.x.
45. Parkin, D. M. *et al.* (2005) “Global Cancer Statistics, 2002,” *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. American Cancer Society, 55(2), pp. 74–108. doi: 10.3322/canjclin.55.2.74.
 46. Allen, J. D., Savadatti, S. and Levy, A. G. (2009) “The transition from breast cancer ‘patient’ to ‘survivor,’” *Psycho-Oncology*, 18(1), pp. 71–78. doi: 10.1002/pon.1380.
 47. Shenton, A. K. (2004) “Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects,” *Education for Information*, 22(2), pp. 63–75. doi: 10.3233/EFI-2004-22201.
 48. Petty, R. E. and Cacioppo, J. T. (1986) “The elaboration likelihood model of persuasion,” *Advances in Experimental Social Psychology*, 19(C), pp. 123–205. doi: 10.1016/S0065-2601(08)60214-2.
 49. Gifford, W. *et al.* (2018) “Spirituality in cancer survivorship with First Nations people in Canada.,” *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. Springer Berlin Heidelberg, pp. 1–8. doi: 10.1007/s00520-018-4609-z.
 50. Anand, P. *et al.* (2008) “Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes,” *Pharmaceutical Research*. Springer, pp. 2097–2116. doi: 10.1007/s11095-008-9661-9.
 51. Ajzen, I. (2011) “The theory of planned behaviour: Reactions and reflections,” *Psychology and Health*, September, pp. 1113–1127. doi: 10.1080/08870446.2011.613995.
 52. Ajzen, I. and Madden, T. J. (1986) “Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control,” *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), pp. 453–474. doi: 10.1016/0022-1031(86)90045-4.
 53. Moosavi, S. *et al.* (2019) “Consequences of Spiritual Care for Cancer Patients and Oncology Nurses: a Qualitative Study,” *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. Wolters Kluwer -- Medknow Publications, 6(2), pp. 137–144. doi:

54. Moosavi, S. *et al.* (2019) “Factors affecting spiritual care practices of oncology nurses: a qualitative study,” *Supportive Care in Cancer*, 27(3), pp. 901–909. doi: 10.1007/s00520-018-4378-8.
55. Dy, S. M., Isenberg, S. R. and Al Hamayel, N. A. (2017) “Palliative Care for Cancer Survivors.,” *The Medical clinics of North America*. NIH Public Access, 101(6), pp. 1181–1196. doi: 10.1016/j.mcna.2017.06.009.
56. Kronenfeld, J. J. (2003) *Reorganizing health care delivery systems : problems of managed care and other models of health care delivery*. JAI.
57. Hawkins, N. A. *et al.* (2010) “Health-related behavior change after cancer: Results of the American Cancer Society’s studies of cancer survivors (SCS),” *Journal of Cancer Survivorship*, 4(1), pp. 20–32. doi: 10.1007/s11764-009-0104-3.
58. Smith, A. W. *et al.* (2009) “Race/ethnicity, physical activity, and quality of life in breast cancer survivors,” *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 18(2), pp. 656–663. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-08-0352.
59. Musgrave, C. F., Allen, C. E. and Allen, G. J. (2002) “Spirituality and health for women of color,” *American Journal of Public Health*, pp. 557–560. doi: 10.2105/AJPH.92.4.557.
60. Spencer, S. M. *et al.* (1999) “Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients,” *Health Psychology*, 18(2), pp. 159–168. doi: 10.1037/0278-6133.18.2.159.
61. Hagedoorn, M., Kreicbergs, U. and Appel, C. (2011) “Coping with cancer: The perspective of patients’ relatives,” *Acta Oncologica*, pp. 205–211. doi: 10.3109/0284186X.2010.536165.
62. Ashing-Giwa, K. *et al.* (2012) “Peer-Based Models of Supportive Care: The Impact of Peer Support Groups in African American Breast Cancer Survivors,” *Oncology Nursing Forum*, 39(6), pp. 585–591. doi: 10.1188/12.ONF.585-591.
63. Ironson, G. *et al.* (2002) “The Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS,” *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), pp.

64. Epstein-Peterson, Z. D. *et al.* (2015) “Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting,” *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 32(7), pp. 750–757. doi: 10.1177/1049909114540318.
65. Swan, J. *et al.* (2010) “Data and trends in cancer screening in the United States: Results from the 2005 National Health Interview Survey,” *Cancer*, pp. 4872–4881. doi: 10.1002/cncr.25215.
66. Panzini, R. G. *et al.* (2017) “Quality-of-life and spirituality,” *International Review of Psychiatry*. Taylor & Francis, 29(3), pp. 263–282. doi: 10.1080/09540261.2017.1285553.
67. Giese-Davis, J. *et al.* (2006) “The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: An observational study,” *Psycho-Oncology*, 15(11), pp. 1014–1022. doi: 10.1002/pon.1037.
68. Jimenez-Fonseca, P. *et al.* (2018) “The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients,” *Supportive Care in Cancer*. Springer Berlin Heidelberg, 26(5), pp. 1411–1418. doi: 10.1007/s00520-017-3969-0.
69. Bellury, L. M. *et al.* (2011) “Elderly cancer survivorship: An integrative review and conceptual framework,” *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3), pp. 233–242. doi: 10.1016/j.ejon.2011.03.008.
70. Ou, C. H. K., Hall, W. A. and Thorne, S. E. (2017) “Can nursing epistemology embrace *p* -values?,” *Nursing Philosophy*, 18(4), p. e12173. doi: 10.1111/nup.12173.
71. Hall, I. J. *et al.* (2015) “The African American Women and Mass Media (AAMM) campaign in Georgia: quantifying community response to a CDC pilot campaign,” *Cancer Causes and Control*, 26(5), pp. 787–794. doi: 10.1007/s10552-015-0540-5.
72. Stephenson, P. S. and Berry, D. M. (2015) “Describing Spirituality at the End of Life,” *Western Journal of Nursing Research*. SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA, 37(9), pp. 1229–1247. doi: 10.1177/0193945914535509.

73. Koenig, H. G. (1998) "Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults," *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(4), pp. 213–224. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199804)13:4<213::AID-GPS755>3.0.CO;2-5.
74. Chatterjee, N. A., He, Y. and Keating, N. L. (2013) "Racial differences in breast cancer stage at diagnosis in the mammography era," *American Journal of Public Health*, 103(1), pp. 170–176. doi: 10.2105/AJPH.2011.300550.
75. Price, A. E. *et al.* (2011) "Older adults' perceptions of physical activity and cognitive health: Implications for health communication," *Health Education and Behavior*, 38(1), pp. 15–24. doi: 10.1177/1090198110369764.
76. Swan, J. *et al.* (2010) "Data and trends in cancer screening in the United States: Results from the 2005 National Health Interview Survey," *Cancer*, pp. 4872–4881. doi: 10.1002/cncr.25215.
77. Black, H. K. (1999) "Life as gift: Spiritual Narratives of Elderly African-American Women Living in Poverty," *Journal of Aging Studies*, 13(4), pp. 441–455. doi: 10.1016/S0890-4065(99)00020-1.
78. Giese-Davis, J. *et al.* (2006) "The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: An observational study," *Psycho-Oncology*, 15(11), pp. 1014–1022. doi: 10.1002/pon.1037.
79. Bob-Milliar, G. M. (2014) "Party youth activists and low-intensity electoral violence in Ghana: A qualitative study of party foot soldiers' activism," *African Studies Quarterly*, 15(1), pp. 125–152. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
80. Holt, C. L. *et al.* (2011) "Your Body Is the Temple: Impact of a Spiritually Based Colorectal Cancer Educational Intervention Delivered Through Community Health Advisors," *Health Promotion Practice*, 12(4), pp. 577–588. doi: 10.1177/1524839910370421.
81. Gullatte, M. M. *et al.* (2010) "Religiosity, spirituality, and cancer fatalism beliefs on delay in breast cancer diagnosis in african american women," *Journal of Religion and Health*, 49(1), pp. 62–72. doi: 10.1007/s10943-008-9232-8.

82. Tedeschi, R. G. and Calhoun, L. G. (2004) "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence," *Psychological Inquiry*, pp. 1–18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01.
83. Kousoulou, M., Suhonen, R. and Charalambous, A. (2019) "Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer," *European Journal of Oncology Nursing*. Churchill Livingstone, 41, pp. 33–40. doi: 10.1016/J.EJON.2019.05.011.
84. Chatterjee, N. A., He, Y. and Keating, N. L. (2013) "Racial differences in breast cancer stage at diagnosis in the mammography era," *American Journal of Public Health*, 103(1), pp. 170–176. doi: 10.2105/AJPH.2011.300550.
85. Hinds, P. S., Vogel, R. J. and Clarke-Steffen, L. (1997) "The possibilities and pitfalls of doing a secondary analysis of a qualitative data set," *Qualitative Health Research*, 7(3), pp. 408–424. doi: 10.1177/104973239700700306.
86. Egbert, N., Mickley, J. and Coeling, H. (2004) "A Review and Application of Social Scientific Measures of Religiosity and Spirituality: Assessing a Missing Component in Health Communication Research," *Health Communication*, pp. 7–27. doi: 10.1207/S15327027HC1601_2.
87. Park, C. L. (2007) "Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective," *Journal of Behavioral Medicine*, pp. 319–328. doi: 10.1007/s10865-007-9111-x.
88. Park, C. L. and Cohen, L. H. (1993) "Religious and nonreligious coping with the death of a friend," *Cognitive Therapy and Research*, 17(6), pp. 561–577. doi: 10.1007/BF01176079.
89. Strawbridge, W. J. *et al.* (1997) "Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years," *American Journal of Public Health*, 87(6), pp. 957–961. doi: 10.2105/AJPH.87.6.957.
90. Price, A. E. *et al.* (2011) "Older adults' perceptions of physical activity and cognitive health: Implications for health communication," *Health Education and Behavior*, 38(1), pp. 15–24. doi: 10.1177/1090198110369764.
91. Colgrove, L. A. A., Kim, Y. and Thompson, N. (2007) "The effect of spirituality and gender on the quality of life of spousal caregivers of cancer

- survivors,” *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), pp. 90–98. doi: 10.1207/s15324796abm3301_10.
92. Lauver, D. R., Connolly-Nelson, K. and Vang, P. (2007) “Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments,” *Cancer Nursing*, 30(2), pp. 101–111. doi: 10.1097/01.NCC.0000265003.56817.2c.
 93. Robinson-White, S. *et al.* (2010) “Patient navigation in breast cancer: A systematic review,” *Cancer Nursing*, pp. 127–140. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181c40401.
 94. Northington, L. *et al.* (2011) “Integrated community education model: Breast health awareness to impact late-stage breast cancer,” *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(4), pp. 387–392. doi: 10.1188/11.CJON.387-392.
 95. Cotton, S. P. *et al.* (1999) “Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer,” *Psycho-Oncology*, 8(5), pp. 429–438. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<429::AID-PON420>3.0.CO;2-P.
 96. Davis, S. W. and Oakley-Girvan, I. (2015) “mHealth Education Applications Along the Cancer Continuum,” *Journal of Cancer Education*, 30(2), pp. 388–394. doi: 10.1007/s13187-014-0761-4.
 97. Wildes, K. A. *et al.* (2009) “The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life,” *Psycho-Oncology*, 18(8), pp. 831–840. doi: 10.1002/pon.1475.
 98. Harrop, J. P., Dean, J. A. and Paskett, E. D. (2011) “Cancer survivorship research: A review of the literature and summary of current NCI-designated cancer center projects,” *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, pp. 2042–2047. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0673.
 99. Murphy, C. C. *et al.* (2014) “Competitive testing of health behavior theories: How do benefits, barriers, subjective norm, and intention influence mammography behavior?,” *Annals of Behavioral Medicine*, 47(1), pp. 120–129. doi: 10.1007/s12160-013-9528-0.
 100. Eastwood, J. L. *et al.* (2017) “Epistemic cognition in medical education: a literature review,” *International journal of medical education*.

101. Edwards, J. (2012) “We need to talk about epistemology: orientations, meaning, and interpretation within music therapy research,” *Journal of music therapy*, 49(4), pp. 372–94. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23705343> (Accessed: September 2, 2019).
102. Shaw, B. *et al.* (2007) “Effects of prayer and religious expression within computer support groups on women with breast cancer,” *Psycho-Oncology*, pp. 676–687. doi: 10.1002/pon.1129.
103. George, L. K., Ellison, C. G. and Larson, D. B. (2002) “Explaining the relationships between religious involvement and health,” *Psychological Inquiry*, pp. 190–200. doi: 10.1207/S15327965PLI1303_04.
104. Epstein-Peterson, Z. D. *et al.* (2015) “Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting,” *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 32(7), pp. 750–757. doi: 10.1177/1049909114540318.
105. Baider, L. *et al.* (2008) “Breast cancer and psychological distress: Mothers’ and daughters’ traumatic experiences,” *Supportive Care in Cancer*, 16(4), pp. 407–414. doi: 10.1007/s00520-007-0320-1.
106. Fatone, A. M. *et al.* (2007) “Urban voices: The quality-of-life experience among women of color with breast cancer,” *Palliative and Supportive Care*, 5(2), pp. 115–125. doi: 10.1017/S1478951507070186.
107. Hamilton, J. B. *et al.* (2007) “Spirituality among African American cancer survivors: Having a personal relationship with God,” *Cancer Nursing*, 30(4), pp. 309–316. doi: 10.1097/01.NCC.0000281730.17985.f5.
108. Fisher, C. L. (2010) “Coping with breast cancer across adulthood: Emotional support communication in the mother-daughter bond,” *Journal of Applied Communication Research*, 38(4), pp. 386–411. doi: 10.1080/00909882.2010.513996.
109. Fitch, M. and Bartlett, R. (2018) “Patient Perspectives about Spirituality and Spiritual Care,” *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*,

110. Weaver, A. J. and Flannelly, K. J. (2004) "The Role of Religion/Spirituality for Cancer Patients and Their Caregivers," *Southern Medical Journal*, 97(12), pp. 1210–1214. doi: 10.1097/01.SMJ.0000146492.27650.1C.
111. Fatone, A. M. *et al.* (2007) "Urban voices: The quality-of-life experience among women of color with breast cancer," *Palliative and Supportive Care*, 5(2), pp. 115–125. doi: 10.1017/S1478951507070186.
112. Fletcher, B. S. *et al.* (2012) "The cancer family caregiving experience: An updated and expanded conceptual model," *European Journal of Oncology Nursing*, pp. 387–398. doi: 10.1016/j.ejon.2011.09.001.
113. Folkman, S. (1997) "Positive psychological states and coping with severe stress," *Social Science and Medicine*, 45(8), pp. 1207–1221. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00040-3.
114. Mosavel, M. and Genderson, M. W. (2013) "From adolescent daughter to mother: Exploring message design strategies for breast and cervical cancer prevention and screening," *Journal of Cancer Education*, 28(3), pp. 558–564. doi: 10.1007/s13187-013-0503-z.
115. Russell, K. M. *et al.* (2008) "Quality of life of african american breast cancer survivors: How much do we know?," *Cancer Nursing*, 31(6), pp. E36–E45. doi: 10.1097/01.NCC.0000339254.68324.d7.
116. Kim, Y. and Given, B. A. (2008) "Quality of life of family caregivers of cancer survivors: Across the trajectory of the illness," *Cancer*, pp. 2556–2568. doi: 10.1002/cncr.23449.
117. Baider, L. *et al.* (2008) "Breast cancer and psychological distress: Mothers' and daughters' traumatic experiences," *Supportive Care in Cancer*, 16(4), pp. 407–414. doi: 10.1007/s00520-007-0320-1.
118. Siminoff, L. A., Graham, G. C. and Gordon, N. H. (2006) "Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in information-giving and affective behaviors," *Patient Education and Counseling*, 62(3), pp. 355–360. doi: 10.1016/j.pec.2006.06.011.

119. Sears, S. F. and Greene, A. F. (1994) "Religious coping and the threat of heart transplantation," *Journal of Religion and Health*, 33(3), pp. 221–229. doi: 10.1007/BF02354913.
120. Janz, N. K. *et al.* (2008) "Racial/ethnic differences in adequacy of information and support for women with breast cancer," *Cancer*, 113(5), pp. 1058–1067. doi: 10.1002/cncr.23660.
121. Gullatte, M. M. *et al.* (2010) "Religiosity, spirituality, and cancer fatalism beliefs on delay in breast cancer diagnosis in african american women," *Journal of Religion and Health*, 49(1), pp. 62–72. doi: 10.1007/s10943-008-9232-8.
122. Hagedoorn, M., Kreicbergs, U. and Appel, C. (2011) "Coping with cancer: The perspective of patients' relatives," *Acta Oncologica*, pp. 205–211. doi: 10.3109/0284186X.2010.536165.
123. Kotarba, J. A. *et al.* (2003) "INNER STRENGTH AND THE EXISTENTIAL SELF: IMPROVING MANAGED CARE FOR HIV+ WOMEN THROUGH THE INTEGRATION OF NURSING AND SOCIOLOGICAL CONCEPTS," *Research in the Sociology of Health Care*, pp. 87–106. doi: 10.1016/S0275-4959(03)21005-X.
124. Lewis, L. M. *et al.* (2007) "African American Spirituality: A Process of Honoring God, Others, and Self," *Journal of Holistic Nursing*, 25(1), pp. 16–23. doi: 10.1177/0898010106289857.
125. Anand, P. *et al.* (2008) "Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes," *Pharmaceutical Research*. Springer, pp. 2097–2116. doi: 10.1007/s11095-008-9661-9.
126. Harrop, J. P., Dean, J. A. and Paskett, E. D. (2011) "Cancer survivorship research: A review of the literature and summary of current NCI-designated cancer center projects," *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, pp. 2042–2047. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0673.
127. Held, B. S. and Pols, E. (1985) "The confusion about epistemology and 'epistemology'--and what to do about it.," *Family process*, 24(4), pp. 509–24. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4085616> (Accessed: September 2, 2019).

128. Stefanek, M., McDonald, P. G. and Hess, S. A. (2005) "Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges," *Psycho-Oncology*, pp. 450–463. doi: 10.1002/pon.861.
129. Hill, C. E., Thompson, B. J. and Williams, E. N. (1997) "A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research," *The Counseling Psychologist*, 25(4), pp. 517–572. doi: 10.1177/0011000097254001.
130. Hinds, P. S., Vogel, R. J. and Clarke-Steffen, L. (1997) "The possibilities and pitfalls of doing a secondary analysis of a qualitative data set," *Qualitative Health Research*, 7(3), pp. 408–424. doi: 10.1177/104973239700700306.
131. Hodge, D. R. and Williams, T. R. (2002) "Assessing African American spirituality with spiritual ecomaps," *Families in Society*, 5/6(Sep-Dec, 83), p. 585. doi: 10.1606/1044-3894.57.
132. Hudson, P. L. (2006) "How Well Do Family Caregivers Cope after Caring for a Relative with Advanced Disease and How Can Health Professionals Enhance their Support?," *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), pp. 694–703. doi: 10.1089/jpm.2006.9.694.
133. Jassim, G. A. and Whitford, D. L. (2014) "Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer," *Social Science & Medicine*. Pergamon, 107, pp. 189–195. doi: 10.1016/J.SOCSCIMED.2014.01.031.
134. Thuné-Boyle, I. C. *et al.* (2006) "Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature," *Social Science and Medicine*, 63(1), pp. 151–164. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.055.
135. Gullatte, M. M. *et al.* (2010) "Religiosity, spirituality, and cancer fatalism beliefs on delay in breast cancer diagnosis in african american women," *Journal of Religion and Health*, 49(1), pp. 62–72. doi: 10.1007/s10943-008-9232-8.
136. Kinsella, E. A. (2010) "Professional knowledge and the epistemology of reflective practice," *Nursing Philosophy*, 11(1), pp. 3–14. doi: 10.1111/j.1466-769X.2009.00428.x.

137. Pargament, K. I., Koenig, H. G. and Perez, L. M. (2000) "The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE," *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), pp. 519–543. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1.
138. McQueen, A. and Kreuter, M. W. (2010) "Women's cognitive and affective reactions to breast cancer survivor stories: A structural equation analysis," *Patient Education and Counseling*, 81(SUPPL. 1), pp. S15–S21. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.015.
139. Kuhlman, C. J. (2007) *Women's spirituality and resilience*, ProQuest Dissertations and Theses. doi: 10.1177/2158244013485582.
140. Levin, J. S. (2002) "Is depressed affect a function of one's relationship with God?: Findings from a study of primary care patients.," *International journal of psychiatry in medicine*, 32(4), pp. 379–93. doi: 10.2190/3183-WPYV-3KYY-K3V7.
141. Peek, M. E., Sayad, J. V. and Markwardt, R. (2008) "Fear, fatalism and breast cancer screening in low-income African-American women: The role of clinicians and the health care system," *Journal of General Internal Medicine*, 23(11), pp. 1847–1853. doi: 10.1007/s11606-008-0756-0.
142. Mcleod, S. (2007) *HCC Certificate in Counselling Skills Maslow's Hierarchy of Needs*. Available at: [http://highgatecounselling.org.uk/members/certificate/CT2 Paper 1.pdf](http://highgatecounselling.org.uk/members/certificate/CT2_Paper_1.pdf) (Accessed: January 23, 2019).
143. Miles, T. P. (2005) "Correctable sources of disparities in cancer among minority elders," *Medical Clinics of North America*, pp. 869–894. doi: 10.1016/j.mcna.2005.03.002.
144. Miller, M. A. (1995) "Culture, Spirituality, and Women's Health," *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 24(3), pp. 257–264. doi: 10.1111/j.1552-6909.1995.tb02471.x.
145. Murphy, C. C. *et al.* (2014) "Competitive testing of health behavior theories: How do benefits, barriers, subjective norm, and intention influence mammography behavior?," *Annals of Behavioral Medicine*, 47(1), pp. 120–129. doi: 10.1007/s12160-013-9528-0.

146. Neville Miller, A. and Teel, S. (2011) "A Content Analysis of Research on Religion and Spirituality in General Communication and Health Communication Journals," *Health Communication*, 26(7), pp. 615–620. doi: 10.1080/10410236.2011.560798.
147. Perla, R. J. and Parry, G. J. (2011) "The epistemology of quality improvement: it's all Greek.," *BMJ quality & safety*. BMJ Publishing Group, 20 Suppl 1(Suppl_1), pp. i24-7. doi: 10.1136/bmjqs.2010.046557.
148. Peek, M. E., Sayad, J. V. and Markwardt, R. (2008) "Fear, fatalism and breast cancer screening in low-income African-American women: The role of clinicians and the health care system," *Journal of General Internal Medicine*, 23(11), pp. 1847–1853. doi: 10.1007/s11606-008-0756-0.
149. Baider, L. *et al.* (2008) "Breast cancer and psychological distress: Mothers' and daughters' traumatic experiences," *Supportive Care in Cancer*, 16(4), pp. 407–414. doi: 10.1007/s00520-007-0320-1.
150. Richardson, G. D. (1981) "The appropriateness of using various Minkowskian metrics for representing cognitive configurations.," *Environment and Planning A*, 13(4), pp. 475–485. doi: 10.1080/08870446.2017.1293270.
151. Sears, S. F. and Greene, A. F. (1994) "Religious coping and the threat of heart transplantation," *Journal of Religion and Health*, 33(3), pp. 221–229. doi: 10.1007/BF02354913.
152. Robinson-White, S. *et al.* (2010) "Patient navigation in breast cancer: A systematic review," *Cancer Nursing*, pp. 127–140. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181c40401.
153. Street, R. L. and Voigt, B. (1997) "Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life," *Medical Decision Making*, 17(3), pp. 298–306. doi: 10.1177/0272989X9701700306.
154. Tedeschi, R. G. and Calhoun, L. G. (2004) "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence," *Psychological Inquiry*, pp. 1–18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01.
155. Neville Miller, A. and Teel, S. (2011) "A Content Analysis of Research

- on Religion and Spirituality in General Communication and Health Communication Journals,” *Health Communication*, 26(7), pp. 615–620. doi: 10.1080/10410236.2011.560798.
156. Lauver, D. R., Connolly-Nelson, K. and Vang, P. (2007) “Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments,” *Cancer Nursing*, 30(2), pp. 101–111. doi: 10.1097/01.NCC.0000265003.56817.2c.
157. Dewit, S., 2009. *Medical – Surgical Nursing: Concepts & Practice*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Χ. Δάενας, Α. Δημουλής, Α. Ζηκόρη, Χ. Καλαϊτζή, Ε. Καρέτση, Β. Κουλουμέντα, Κ. Κωστίκας, Φ. Μάλλη, Μ. Μηνάς, Ν. Μυστρίδου, Μ. Παπαλά, Σ. Πελετίδου, Κ. Σταματόπουλος, Ρ. Τσαρούχα, Α. Χατζής. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
158. Bryman, A., 2017. *Social research methods*, Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Σακελλαρίου, Π. Εκδόσεις: GUTENBERG
159. Groot, M. *et al.* (2017) “Spiritual care by nurses in curative cancer care: Protocol for a national, multicentre, mixed method study,” *Journal of Advanced Nursing*. John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), 73(9), pp. 2201–2207. doi: 10.1111/jan.13332.
160. Epstein-Peterson, Z. D. *et al.* (2015) “Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting,” *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 32(7), pp. 750–757. doi: 10.1177/1049909114540318.

