



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΜΑΝΤΖΟΥΡΟΓΙΑΝΝΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ- ΜΑΡΙΑ (Α.Μ. 17279)

ΜΕΡΤΙΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ (Α.Μ. 17287)

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΤΡΙΣ ΖΑΜΠΙΡΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	8
3.1.Ορισμός του καρκίνου	8
3.2. Ορισμός του καρκίνου του μαστού.....	8
3.3. Ιστορική αναδρομή	9
3.4.Επιδημιολογικά στοιχεία.....	9
3.5. Στοιχεία Ανατομίας και Φυσιολογίας του μαστού	11
3.6.Αιτιολογικοί παράγοντες καρκίνου του μαστού	12
3.7. Κλινική εικόνα καρκίνου του μαστού.....	14
3.8. Διάγνωση καρκίνου του μαστού	15
3.9. Σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού.....	16
3.10. Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού	17
3.11. Πρόληψη καρκίνου του μαστού.....	18
3.11.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού	18
3.12. Θεραπεία καρκίνου του μαστού.....	19
3.12.1. Μαστεκτομή.....	21
3.12.2. Αποκατάσταση του μαστού	22
3.12.3. Τεχνικές Αποκατάστασης	23
3.13. Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν την μαστεκτομή	25
3.13.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την μαστεκτομή	27
3.13.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχοκοινωνική υγεία ασθενή με καρκίνου του μαστού.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	31
4.1 Το είδος της έρευνας	31
4.2 Περιγραφή δείγματος	31
4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	31

4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	31
4.5. Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ / ΕΥΡΗΜΑΤΑ	35
5.1 Ανάλυση των δεδομένων.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	39
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	40

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες και αναλογεί στο 25% όλων των καρκίνων. Η έγκαιρη διάγνωση οδηγεί σε θεραπευτικές επιλογές που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι την πλήρη ίαση της νόσου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη- ανάλυση του καρκίνου του μαστού καθώς και των νοσηλευτικών ρόλων στη διαχείριση της νόσου και στην αποκατάσταση του μαστού, σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, λόγω της νόσου.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στην υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία, σε συγγράμματα καθώς και στις ηλεκτρονικές βάσεις Pubmed και Google Scholar. Τα κριτήρια ένταξης των πληροφοριών ήταν να δημοσιευμένες στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, η χρονολογία δημοσίευσης καθώς και το περιεχόμενο αυτών να πληροί το σκοπό της εργασίας.

Αποτελέσματα: Οι νοσηλευτικοί ρόλοι στον καρκίνο του μαστού ακολουθούν την πορεία της νόσου, από τον προσυμπτωματικό έλεγχο, ως τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα. Αυτό συνεπάγεται ότι οι νοσηλεύτριες που ασχολούνται με το συγκεκριμένο αντικείμενο πρέπει να έχουν το κατάλληλο θεωρητικό και επιστημονικό υπόβαθρο, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες φροντίδας αυτών των ασθενών. Σημαντικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτριών στην αποκατάσταση του μαστού, μετά από μαστεκτομή. Οι νοσηλεύτριες ενημερώνουν και καθοδηγούν τις γυναίκες στην λήψη των κατάλληλων αποφάσεων, με βάση τις μοναδικές ιδιαιτερότητας του κάθε ατόμου.

Συμπεράσματα: Ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να είναι ουσιαστικός συνοδοιπόρος της ασθενούς με καρκίνο του μαστού. Αυτό απαιτεί συνεχή εκπαίδευση και παρακολούθηση των εξελίξεων αντιμετώπισης της νόσου.

Λέξεις-κλειδιά: καρκίνος, μαστός, νοσηλευτικός ρόλος, αποκατάσταση, μαστεκτομή.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most common form of cancer that affects women and accounts for ¼ of all cancers. Early diagnosis leads to treatment options that can lead to complete cure of the disease. Treatment options include surgery and combining it with various other treatments, such as chemotherapy, radiation therapy, hormone therapy, and biological therapies. The three nurses have important work to do in every phase of the illness, from screening to treatment and rehabilitation.

Aims: The purpose of this study is to study and analyze the nursing roles in breast reconstruction in women who underwent mastectomy due to breast cancer.

Methodology: A literature review was conducted in the existing international literature as well as in the electronic databases Pubmed and Google Scholar. The criteria for the inclusion of the articles were the English language, the chronology of the articles as well as their content to be related to the nursing roles in the management of women with mastectomy, due to breast cancer.

Results: Nursing roles in breast cancer follow the course of the disease, from screening to diagnosis, treatment, rehabilitation and palliative care. This means that nurses dealing with this subject must have the appropriate theoretical and scientific background to be able to meet the care needs of these patients. The role of the three nurses in breast reconstruction, after mastectomy, is important. The three nurses inform and guide the women in making the appropriate decisions, based on the unique particularities of each individual.

Conclusions: The nurse-three can be an essential companion of the breast cancer patient. This requires continuous training and monitoring of disease management developments.

Keywords: cancer, breast, nursing role, rehabilitation, mastectomy.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στον καρκίνο του μαστού και πιο ειδικότερα στις νοσηλευτικές διεργασίες και πρακτικές, που εφαρμόζονται στο συγκεκριμένο νόσημα. Η εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια. Μετά το πρώτο εισαγωγικό κεφάλαιο, ακολουθεί το δεύτερο κεφάλαιο, στο οποίο περιγράφονται οι στόχοι και οι σκοποί της εργασίας. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με τη νόσο. Ειδικότερα παρουσιάζονται στοιχεία με τρόπο τεκμηριωμένο σχετικά με τον ορισμό της νόσου, ιστορικά και επιδημιολογικά στοιχεία, στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας, οι παράγοντες κινδύνου, η πρόληψη, η κλινική εικόνα, η διάγνωση, η θεραπεία και πρόγνωση νόσου. Το τρίτο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με το ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου.

Η εργασία συνεχίζεται με το τέταρτο κεφάλαιο στο οποίο παρουσιάζεται το ερευνητικό μέρος της εργασίας όσον αφορά τα νεότερα δεδομένα σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα στην αποκατάσταση μαστού σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή λόγω του καρκίνου του μαστού. Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύονται το είδος της έρευνας, η μεθοδολογία, η διαδικασία συλλογής δεδομένων και τα αποτελέσματα της έρευνας. Εν συνέχεια στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας και ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων. Τέλος στο έκτο κεφάλαιο όπου είναι και το τελευταίο, παρατίθενται τα συμπεράσματα που έχουν προκύψει από το σύνολο της εργασίας. Ακόμη στο τέλος της εργασίας καταγράφεται η ξένη και η ελληνική βιβλιογραφία η οποία έχει συμπεριληφθεί για την πραγματοποίησή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΚΟΠΟΣ & ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Βασικός σκοπός της εργασίας είναι η τεκμηριωμένη βιβλιογραφικά παρουσίαση του καρκίνου του μαστού, μέσα στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας αυτών των ασθενών. Σημαντικό στόχο της εργασίας αποτελεί η παρουσίαση των νοσηλευτικών ρόλων και διεργασιών που έχουν σαν επίκεντρο την φροντίδα της ασθενούς που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή, λόγω του καρκίνου του μαστού αλλά και την αποκατάσταση αυτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1.Ορισμός του καρκίνου

Στο ανθρώπινο σώμα τα φυσιολογικά κύτταρα αυξάνονται, διαιρούνται και πεθαίνουν με έναν αυστηρά ελεγχόμενο τρόπο. Η ανάπτυξη μιας ομάδας μη φυσιολογικών κυττάρων που αναπτύσσονται με ανεξέλεγκτο τρόπο ονομάζεται καρκίνος. Η ανεξέλεγκτη ανάπτυξη τους έχει ως αποτέλεσμα την προσβολή και την καταστροφή υγιών ιστών (Γιωτάκη, 2009).

Οι όγκοι διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες, στους καλοήθεις οι οποίοι αναπτύσσονται αργά και δεν είναι επιβλαβείς για την υγεία καθώς και στους κακοήθεις οι οποίοι αναπτύσσονται με ταχύτατους ρυθμούς και μπορούν να εξαπλωθούν και σε άλλα σημεία του σώματος. Επομένως ο καρκίνος αποτελεί έναν δημοφιλή γενικό όρο για τα κακοήγη νεοπλάσματα. Το βασικό χαρακτηριστικό του είναι η μεταδιδόμενη ανωμαλία των κυττάρων που εκδηλώνεται με μειωμένο έλεγχο πάνω στην ανάπτυξη και τη λειτουργία τους, οδηγώντας σε σοβαρές παρενέργειες μέσω της μεταστατικής ανάπτυξης (Shah et al., 2014).

Η ύπαρξη λοιπόν του καρκίνου οφείλεται στην αποτυχία ρύθμισης της ανάπτυξης ενός ιστού. Μετά από μία ή περισσότερες μεταλλάξεις των γονιδίων προκύπτουν τα καρκινικά κύτταρα. Τα γονίδια αυτά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες στα ογκοκατασταλτικά που ρυθμίζουν την κυτταρική απόπτωση και είναι υπεύθυνα για τη διακοπή του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και τα ογκογονίδια που προωθούν την ανάπτυξη του ιστού. Οι συνεχόμενες μεταλλάξεις σε πολλά γονίδια είναι η αιτία της εμφάνισης του καρκίνου (Casciato, 2011).

3.2. Ορισμός του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο κακοήθες νεόπλασμα για τη γυναίκα. Ως καρκίνος του μαστού ορίζεται η ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων (κακοηθών) στους ιστούς του μαστού. Τα καρκινικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται και διαιρούνται ανεξέλεγκτα, έχοντας τη δυνατότητα να διασπάσουν κάποιους φυσιολογικούς ανατομικούς φραγμούς του μαστού και να εξαπλωθούν και σε άλλα σημεία του σώματος (Γιωτάκη, 2009).

Οι τύποι του καρκίνου του μαστού διαχωρίζονται συγκριτικά με τα στάδια, την επιθετικότητα και την γενετική τους σύσταση. Ο πιο κοινός τύπος καρκίνου του μαστού είναι ο καρκίνος των πόρων και των λοβίων. Όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στα ίδια τα λοβία ή τους λοβούς συχνά συναντάται και στους δύο μαστούς, σε αντίθεση με άλλους τύπους καρκίνου (Γιωτάκη, 2009).

3.3. Ιστορική αναδρομή

Ο μαστός από την αρχαιότητα αποτελούσε και αποτελεί σύμβολο αγνότητας, ευγονίας, θηλυκότητας, παρθενικότητας καθώς και σύμβολο της γυναικείας ομορφιάς. Πρόκειται για ένα σπουδαίο στοιχείο έκφρασης το οποίο υμνήθηκε από ποιητές και συγγραφείς, σμιλεύτηκε από γλύπτες και αποθανατίστηκε από ζωγράφους (Μάλλιου και συν., 2006).

Ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός ήταν από τους πρώτους που αναφέρθηκαν στον καρκίνο του μαστού. Περιέγραψαν αναλυτικά την εικόνα του καρκίνου στο στήθος της γυναίκας ως τη διόγκωση και τη διήθηση της θηλής. Συγκεκριμένα ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.) παρομοίασε την πάθηση ως κάβουρα, λόγω της ακτινοειδούς διάταξης των φλεβών που έμοιαζαν με πόδια κάβουρα, ενώ ο Γαληνός (131-198 π.Χ.) είχε επιτυχία με τη συντηρητική θεραπεία που πρότεινε σε πρώιμο στάδιο του καρκίνου του μαστού. Αναφορά στο καρκίνο του μαστού γίνεται και από το Λεωνίδα γύρο στο (180 π.Χ.). Ήταν από τους πρώτους Έλληνες ιατρούς που περιέγραψε αναλυτικά τον τρόπο εγχείρησης για την αφαίρεση του όγκου από το μαστό. Ακόμη εισήγαγε τον καυτηριασμό ως μέσο καταπολέμησης και θεραπείας του όγκου. Αναφορά στο καρκίνο του μαστού γίνεται και από τον Παύλο Αιγινήτη (625-690 π.Χ.), ο οποίος πρόσθεσε πως μόνο το χειρουργείο θα μπορούσε να προσφέρει μία ελπίδα ίασης στην περίπτωση που ο όγκος θα έχει μεγαλώσει αρκετά. Οι συγκεκριμένες θεωρίες μέσα από τα γραπτά του Παύλου Αιγινήτη πέρασαν στην Ιατρική της Δύσης και αργότερα έγιναν τα χειρουργικά εγχειρίδια του Πανεπιστημίου Sorbonne στο Παρίσι, μέχρι τις αρχές του 19ου αιώνα (Μάλλιου και συν., 2006).

3.4.Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες. Παγκοσμίως κατά το έτος 2000 διαγνώστηκαν περίπου ενάμιση εκατομμύριο νέες περιπτώσεις. Ο καρκίνος του μαστού σε γενικές γραμμές είναι υπεύθυνος για το 1/5 των περιπτώσεων καρκίνου στο γυναικείο φύλο. Γενικά η επίπτωση της νόσου αυξάνεται

με την αύξηση της ηλικίας, επομένως σπάνια εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών. Ωστόσο ο ρυθμός αύξησης μειώνεται μετά την εμμηνόπαυση, με αποτέλεσμα την ενίσχυση του ρόλου των αναπαραγωγικών ορμονών στην αιτιολογία της νόσου (Talley et al., 2015).

Συγκριτικά με την Κίνα και την Ιαπωνία η νόσος του καρκίνου του μαστού συναντάται πιο συχνά στο δυτικό κόσμο. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε μετανάστες που μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού κινδύνου σε χώρες υψηλού κινδύνου αποδεικνύουν ότι δύο γενιές αργότερα περίπου η επίπτωση θεωρείται αντίστοιχη της χώρας αποδοχής. Τέτοιου είδους δεδομένα αποδεικνύουν πως ο καρκίνος του μαστού δεν οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες αλλά σε διαφοροποιήσεις του μακρο- και μικρο- περιβάλλοντος (Talley et al., 2015).

Το 2015 στην Αμερική διαγνώστηκαν 231.840 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού και σημειώθηκαν 40.290 θάνατοι από τη νόσο. Αξίζει να σημειωθεί πως στην Αμερική ο καρκίνος του μαστού πρόκειται για την δεύτερη κύρια αιτία θανάτου. Έρευνες έχουν αποδείξει πως το ποσοστό θνησιμότητας με αιτία τον καρκίνο του μαστού είναι μεγαλύτερο στις έγχρωμες γυναίκες από ότι στις λευκές, γεγονός που αποδεικνύει πως οι φυλετικές ανισότητες έχουν σημαντικό ρόλο στα αποτελέσματα της υγείας. Ακόμη υπήρξαν διαφοροποιήσεις σε έγχρωμες γυναίκες μικρότερης ηλικίας (κάτω των 35 ετών) σε σχέση με τις λευκές γυναίκες, καθώς η επίπτωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού είναι διπλάσια. Στις νεότερες γυναίκες το ποσοστό έγκυρης διάγνωσης είναι μεγαλύτερο και ανέρχεται στο 33,6% στις ΗΠΑ (Paterson et al., 2016).

Συχνά όμως ο πιο επιθετικός όγκος και τα χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης εμφανίζονται στις νεότερες γυναίκες (ηλικίας <50 ετών) και όχι στις πιο ηλικιωμένες γυναίκες, οι οποίες έχουν συνήθως βραδύτερα αναπτυσσόμενους όγκους με καλύτερη πρόγνωση (Talley et al., 2015). Το 80% των γυναικών ηλικίας 34 έως 49 ετών ανέφεραν πως για αισθητικούς λόγους κατά την διάρκεια στενών σχέσεων κάλυπταν το σώμα τους. Την ίδια συμπεριφορά είχαν και το 73% ηλικίας 50 έως 65 ετών και το 58% γυναίκες σε γηραιότερη ηλικία. Αυτό που ωστόσο εντοπίζεται στις νεότερες γυναίκες είναι πως δίνουν μεγαλύτερη σημασία στο στήθος τους καθώς έχει καθοριστικό ρόλο στη σεξουαλικότητα και στην θηλυκότητα τους. Ωστόσο σε γυναίκες 50 ετών και κάτω τα σεξουαλικά προβλήματα σχετίστηκαν με την κακή αντίληψη που είχαν οι ίδιες για το σώμα τους (Paterson et al., 2016).

3.5. Στοιχεία Ανατομίας και Φυσιολογίας του μαστού

Ο μαστός αποτελείται από δύο ημισφαιρικές προεξοχές, συμμετρικά τοποθετημένες στο ανώτερο τμήμα της επιφάνειας του θώρακα. Σε μία ενήλικη γυναίκα το κεφαλουραίο μήκος του μαστού κυμαίνεται περίπου στα 10-12 εκατοστά, το πάχος του στα τρία– πέντε εκατοστά αλλά και το βάρος του στα 150 - 200 γραμμάρια, ενώ κατά την γαλουχία ανέρχεται στα 450 – 500 γραμμάρια (Dornelles Prolla et al., 2015).

Η θέση του μαστού σε μία άτοκη γυναίκα όπως και σε έναν άντρα βρίσκεται στο πρόσθιο τοίχωμα ανάμεσα στη δεύτερη και την έκτη πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Η θηλή παίζει σημαντικό ρόλο στο θηλασμό. Το ελάχιστο μήκος θηλής που απαιτείται για τον επιτυχή θηλασμό είναι περίπου επτά χιλιοστά. Ωστόσο η θηλή παρουσιάζει μεγάλες διαφορές στην τοπογραφία. Μπορεί να είναι επίπεδη, μικρή, ακόμη και ανεστραμμένη, συνθήκη που μπορεί να εμποδίζει την πραγματοποίηση θηλασμού (Rivard & Peterson, 2019).

Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν τον μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό. Ο μαζικός αδένας του μαστού έχει σχήμα δισκοειδές, εκτός από μία προεξοχή που σχηματίζεται στο άνω έξω τεταρτημόριο που ονομάζεται αλλιώς και ουρά του Spence. Ο αδένας αυτός περιβάλλεται από περιμαστικό λίπος και δέρμα και αποτελείται από δεκαπέντε με είκοσι λοβούς. Οι λοβοί διαχωρίζονται μεταξύ τους από συνδετικό ιστό, ο οποίος σχηματίζει σε ορισμένα σημεία με τη συγκέντρωση του τους συνδέσμους του Cooper, οι οποίοι συμβάλουν στη στήριξη των μαστών. Κάθε λοβός εκβάλει με δικό του εκφορητικό πόρο στη θηλή και υποδιαιρείται σε 20 – 40 λοβία. Τα λοβία αυτά διαιρούνται με τη σειρά τους σε πόρους και αδενικά λοβία τα οποία σχηματίζουν την τελική πορολοβιακή μονάδα του μαζικού αδένα (Rivard & Peterson, 2019).

Ο μαστός είναι ορμονο-εξαρτώμενο όργανο, δηλαδή η μορφολογία του αλλάζει ανάλογα με τις ορμονικές μεταβολές που παρατηρούνται στη γυναίκα. Ο φυσιολογικά ανεπτυγμένος μαστός στη γυναίκα αποτελείται από επιθηλιακά κύτταρα αναμειγμένα με στοιχεία του υποστρώματος. Το υπόστρωμα αποτελείται από ποικίλη ποσότητα λιπώδους ιστού, καθώς και από διάμεσο ινώδη ιστό, καταλαμβάνοντας το μεγαλύτερο μέρος του όγκου του μαστού. Το δέρμα του μαστού είναι σχετικά λεπτό, έχει σημηματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες και συνδέεται στενά με το περιμαστικό λίπος (Dornelles Prolla et al., 2015).

Η αιμάτωση του μαστού προέρχεται από την μασχαλιαία αρτηρία μέσω της ακρομυοθωρακικής πλαγίας και θωρακικής και υποπλάτιας αρτηρίας καθώς και από την υποκλείδιο αρτηρία μέσω της έσω θωρακικής (Dornelles Prolla et al., 2015).

Η νεύρωση του μαστού πραγματοποιείται από τα εξής νεύρα (Jesinger, 2014):

- Μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell
- Θωρακοραχιαίο νεύρο
- Έσω θωρακικό νεύρο
- Μέσοπλευριοβραχιόνιο νεύρο

Οι μύες του μαστού που παίζουν σημαντικό ρόλο στις χειρουργικές επεμβάσεις (μαστεκτομή, πλαστική αποκατάστασης) που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού, είναι (Jesinger, 2014):

- Μείζον θωρακικός μυς
- Ελάσσονας θωρακικός μυς
- Πρόσθιος οδοντωτός μυς
- Πλατύς ραχιαίος μυς
- Υποπλάτιος μυς
- καθώς και η απονεύρωση του έξω λοξού και του ορθού κοιλιακού μυός.

Αντίστοιχα, οι περιτονίες που αφορούν την εγχείρηση του μαστού είναι, η υποδόρια, οι περιτονίες του μείζονα θωρακικού μυ, η περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού, η κορακοπλευρική και η περιτονία της μασχάλης (Rivard & Peterson, 2019).

3.6.Αιτιολογικοί παράγοντες καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο κακοήθες νεόπλασμα για τη γυναίκες. Παρόλο που η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη έχει αποδειχθεί ότι μία σειρά από παράγοντες ενδογενείς ή εξωγενείς συνδέονται με αυτή. Κάποιοι από αυτούς είναι οι εξής:

- **Φύλο:** το 99% των περιστατικών είναι γυναίκες.
- **Ηλικία:** το 80% των γυναικών που εμφανίζουν τη νόσο είναι γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών καθώς τα κρούσματα εντοπίζονται συχνότερα μεταξύ των ηλικιών 35-70 ετών. Ωστόσο ένα ποσοστό 1,5% συναντάται σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 30 ετών.
- **Γενετικοί παράγοντες:** σε γυναίκες που έχουν συγγενή πρώτου βαθμού (όπως μητέρα, αδερφή, κόρη), ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι διπλάσιος συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Οι πιθανότητες αυξάνονται περισσότερο πρώτον εάν η νόσος έχει εκδηλωθεί σε ηλικία μικρότερη των 45 ετών και δεύτερον εάν το συγγενικό πρόσωπο είχε καρκίνο και στους δύο μαστούς. Έχει παρατηρηθεί ότι τα δύο ογκοκατασταλτικά γονίδια (BRCA1 και BRCA2) είναι συνδεδεμένα με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, καθώς οι μεταλλάξεις των γονιδίων αυτών έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη του όγκου.
- **Ατεκνία:** γυναίκες οι οποίες δεν τεκνοποίησαν έχουν αυξημένο κίνδυνο.
- **Ηλικία πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης:** όσο πιο μεγάλη η ηλικία της γυναίκας στην απόκτηση του πρώτου παιδιού τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος. Οι γυναίκες με περισσότερα από 4 παιδιά εκτιμάται ότι έχουν μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου στο μισό
- **Ηλικία έναρξης και παύσης εμμηνορυσιακού κύκλου:** η διάρκεια της εμμηνορυσιακής ζωής μίας γυναίκας είναι σημαντική παράμετρος για την εκδήλωση του καρκίνου αυτού. Στατιστικά έχει αποδειχθεί ότι γυναίκες με πρόωμη εμμηναρχή και όψιμη εμμηνόπαυση κινδυνεύουν περισσότερο από την νόσο.
- **Μαστεκτομή:** έχει παρατηρηθεί πως γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή είναι πιθανό να παρουσιάσουν ανάπτυξη την νόσου και στον άλλο μαστό.
- **Διατροφικές συνήθειες:** το ποσοστό καρκίνου του μαστού στις γυναίκες των δυτικών κοινωνιών και των εύπορων τάξεων, κυρίως μετά την εμμηνόπαυση αυξάνεται λόγω της υψηλής περιεκτικότητας λίπους στις τροφές αλλά και της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ. Ακόμη η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο καθώς σύμφωνα με μελέτες η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού είναι συχνότερη σε

παχύσαρκες και πιο ψηλές γυναίκες.

- **Κάπνισμα:** γυναίκες που υπήρξαν στο παρελθόν είτε καπνίστριες είτε παθητικές καπνίστριες μέσω άλλων ατόμων αλλά και γυναίκες που καπνίζουν και περνούν κλιμακτήριο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής διαπιστώθηκε πως γυναίκες που κάπνιζαν στη ζωή τους συγκριτικά με γυναίκες που δεν έκαναν χρήση τσιγάρου έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κατά 16%.
- **Πυκνότητα του μαστού:** μαστοί με πλούσιους λοβούς και αγωγούς παρουσιάζουν συχνότερα καρκίνο, καθώς η ανάπτυξή του δεν πραγματοποιείται στο λιπώδη ιστό του αδένα αλλά στους λοβούς και τους αγωγούς του μαστού.
- **Ακτινοβολία:** η έκθεση των μαστών σε ιονίζουσα ακτινοβολία κατά την νεαρή ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο. Ωστόσο οι συμβατικές ακτινογραφίες δεν εγκυμονούν κίνδυνο καθώς δεν περιέχουν μεγάλο ποσοστό ακτινοβολίας.
- **Λήψη συνδυασμένων αντισυλληπτικών χαπιών:** η μακροχρόνια λήψη αντισυλληπτικών από γυναίκες ηλικίας 25-35 ετών που έχουν αποκτήσει παιδιά δεν φαίνεται να διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Gupta et al., 2011).

3.7. Κλινική εικόνα καρκίνου του μαστού

Το πιο συνηθισμένο κλινικό σημείο του καρκίνου του μαστού είναι ψηλαφητή μάζα (77%). Στο (90%) των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την άρρωστη, κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης. Συνήθως η μάζα αυτή είναι ανώδυνη (66%), σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές η μάζα αυτή είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες καλοήθειες παθήσεις του μαστού. Η έκκριση της θηλής του μαστού είναι το δεύτερο συνήθως συχνό κλινικό σημείο του καρκίνου του μαστού (10%). Ο πόνος δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν μπορεί να αποτελεί το βασικό σύμπτωμα στο 20% των ασθενών. Σπάνια ο πόνος αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση, όπως ένας οξύς αναίτιος πόνος, ιδιαίτερα στις μετακλιμακτηριακές γυναίκες (Harvard Medical School, 2005).

Η έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο. Η εισολκή της θηλής (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από τη θηλή), αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. Είναι σημαντικό να μην δημιουργηθεί σύγχυση με παρόμοια εισολκή που

παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού. Επίσης κλινικό σημείο μπορεί να αποτελέσει ένα οίδημα του δέρματος υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού (Peau d' orange), λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. Ακόμη η ερυθρότητα, η εξέλκωση, η αιμορραγία, η καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή η ρίκνωση και η πάχυνση του δέρματος από τον όγκο αποτελούν άλλα κλινικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού. Τέλος σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιος μμασχαλιαίος αδένας ή οίδημα του ώμου ή πόνος οστικός (από μεταστάσεις) μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση (Harvard Medical School, 2005).

3.8. Διάγνωση καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού στα πρώτα στάδια της ανάπτυξης του, δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Μετά από κάποια χρονική περίοδο και ανάπτυξη του όγκου, δύναται να υπάρξει η εμφάνιση ψηλαφητού μορφώματος, η αλλαγή χρώματος στο δέρμα, έλξη ή έκκριμα. Επιπρόσθετα είναι πιθανό να εμφανιστούν συμπτώματα προχωρημένης νόσου, όπως φλεγμονή, πόνος στα οστά ακόμη και μεγάλη διόγκωση του μαστού. Μετά από την ανακάλυψη μίας ασυνήθιστης μάζας στο στήθος, έπειτα από ψηλάφηση, μαστογραφία ή υπέρηχο η διάγνωση βρίσκεται στο πρώτο στάδιο της (Harvard Medical School, 2005).

Στην συνέχεια ξεκινά μία σειρά εξετάσεων με σκοπό τη διευκρίνιση της σοβαρότητας του όγκου σε καλοήγη ή κακοήγη. Αργότερα μετά την πραγματοποίηση κυτταρικής βιοψίας με λεπτή βελόνα, που προσαρμόζεται σε σύριγγα και επιτρέπει τη λήψη δείγματος κυττάρων από την περιοχή του μαστού η διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί.

Είδη βιοψίας:

- Ιστολογική βιοψία: Μεγαλύτερη βελόνα, απαιτείται τοπική αναισθησία και τομή
- Στέρεο-τακτική βιοψία: Με την καθοδήγηση ειδικών μηχανημάτων γίνεται η λήψη ιστολογικού υλικού.
- Ανοιχτή χειρουργική βιοψία: Κατά την διάρκεια του χειρουργείου της τελικής αφαίρεσης του όγκου πραγματοποιείται και η ταυτοποίηση του εξογκώματος με ταχεία βιοψία. Σύμφωνα με τις παραπάνω πληροφορίες, το εξόγκωμα στην περιοχή του μαστού ή της μασχάλης, ή έκκριση υγρού από τη θηλή, η έλξη του δέρματος, η διόγκωση των λεμφαδένων, η ερυθρότητα, η ευαισθησία και ο πόνος

στο στήθος αποτελούν προειδοποιητικά στοιχεία για την ύπαρξη της νόσου (Florescu, 2010).

3.9. Σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού, διαφοροποιείται ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, αλλά και του ποσοστού διείσδυσης των καρκινικών κυττάρων στον μαστό (Akram et al., 2017). Επομένως τα στάδια του καρκίνου του μαστού αριθμούνται ως εξής:

- **Στάδιο 0:** Πρόκειται για το μη επεμβατικό στάδιο, καθώς η ανάπτυξη του όγκου δεν αποδίδει στοιχεία που να αποδεικνύουν την εισβολή καρκινικών κυττάρων στους ιστούς του τμήματος του μαστού. Στο στάδιο αυτό η διάμετρος του όγκου είναι μικρότερη από 2 εκατοστά χωρίς να περιλαμβάνει τους λεμφαδένες.
- **Στάδιο 1:** Στο στάδιο αυτό υποδηλώνεται η πιθανή ύπαρξη μίας μικρής εισβολής καρκινικών κυττάρων στους ιστούς. Το στάδιο αυτό διαχωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες, η κατηγορία 1A περιγράφει το μέγεθος του όγκου που φτάνει έως και 2 εκατοστά χωρίς την παραμικρή εμπλοκή των λεμφαδένων. Αντίθετα στη κατηγορία 1B παρατηρείται όγκος καρκινικών κυττάρων μεγέθους μεγαλύτερη των 0,2mm ο οποίος έχει εισχωρήσει ακόμη και στους λεμφαδένες.
- **Στάδιο 2:** Χωρίζεται επίσης σε δύο υποκατηγορίες. Στην κατηγορία 2A στην οποία περιγράφεται η ανάπτυξη του όγκου στους μασχαλιαίους λεμφαδένες ή στους δείκτες λεμφαδένες, χωρίς ωστόσο την ύπαρξη όγκου στο μαστό. Το μέγεθος του όγκου αυτού δεν ξεπερνά τα 5 εκατοστά χωρίς ωστόσο την εξάπλωση του στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.
- **Στάδιο 3:** Στο στάδιο 3 υπάρχουν τρεις κατηγορίες. Μεταξύ των οποίων είναι η κατηγορία 3A, η οποία περιγράφει την πιθανή ύπαρξη όγκου σε τέσσερις έως εννέα μασχαλιαίους λεμφαδένες ή σε λεμφαδένες δείκτες, χωρίς ο όγκος να βρίσκεται στο στήθος. Αντίθετα η κατηγορία 3B μπορεί να χαρακτηριστεί ως φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού ο οποίος περιλαμβάνει ερυθρό, ζεστό και με οιδήματα δέρμα. Στη κατηγορία αυτή περιγράφεται όγκος ο οποίος μπορεί να έχει ποικιλία μεγέθους, προκαλώντας έλκος στο δέρμα του μαστού ή οιδήματα. Ο όγκος αυτός είναι πιθανό να εξαπλωθεί έως και σε εννέα μασχαλιαίους λεμφαδένες ή ακόμη και σε δείκτες λεμφαδένες. Τέλος στην κατηγορία 3C γίνεται περιγραφή της εξάπλωσης του όγκου στους μασχαλιαίους λεμφαδένες που είναι πιθανό να ξεπεράσουν τους δέκα σε αριθμό, αλλά και της εξάπλωσης του όγκου

σε λεμφαδένες πάνω και κάτω από την κλείδα.

- **Στάδιο 4:** Πρόκειται για την πιο προχωρημένη μορφή του όγκου, καθώς παρατηρείται η εξάπλωση και η μετάσταση του όγκου ακόμη και σε άλλα όργανα του σώματος.

Επομένως είναι πολύ σημαντικό κάθε γυναίκα να παρατηρεί το σώμα της, ώστε μετά την αντίληψη κάποιας ύποπτης αλλαγής στο μέγεθος ή το σχήμα του μαστού, ακόμη και η αίσθηση οιδήματος ή ερυθρότητας να απευθυνθεί όσο το δυνατόν συντομότερα στο γυναικολόγο της για περαιτέρω διερεύνηση (Akram et al., 2017).

3.10. Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού

Ως καρκίνος του μαστού ουσιαστικά παρουσιάζονται τα αδenoκαρκινώματα. Όσον αφορά το καρκίνο *in situ* του μαστού, κυρίως τον πορογενή, λόγω της χρήσης της μαστογραφίας στις μέρες μας είναι πιο σύνηθες να διαγνωστεί. Ένα από τα πιο πρώιμα και εμφανή συμπτώματα της νόσου είναι οι εμφάνιση ενός απτού ογκιδίου το οποίο μερικές φορές μπορεί να είναι και μη επώδυνο. Ωστόσο οποιαδήποτε αλλαγή στο σχήμα, χρώμα και την υφή του μαστού ή ακόμη και της θηλής μπορεί να αποτελέσει την αρχή για περαιτέρω διερεύνηση. Το ποσοστό των περιπτώσεων που μπορεί ο καρκίνος να εξαπλωθεί σε επιχώριους λεμφαδένες, είτε να παρουσιάσει μεταστάσεις σε άλλα όργανα του σώματος έχει περιοριστεί αρκετά, λόγω της μαστογραφίας, η οποία βοηθά στην πρώιμη διάγνωση της νόσου πριν ακόμη να γίνουν εμφανή τα συμπτώματά της (Foy et al, 2013).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί πως λόγω της πρακτικής αυτοελέγχου του μαστού από τις γυναίκες, αλλά και της παρότρυνσης τους από τους ειδικούς για ετήσια μαστογραφία και κλινικούς ελέγχους σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών, αλλά και σε ειδικές περιπτώσεις γυναικών νεότερης ηλικίας, έχει βελτιωθεί σημαντικά η πρώιμη ανίχνευση της νόσου. Είναι αποδεδειγμένο πως λόγω των μαστογραφιών γίνεται πρώιμη διάγνωση αλλά και σωστή χρήση θεραπειών, οι οποίες σύμφωνα με κλινικές μελέτες είναι δυνατό να μειώσουν την θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού κατά (25%) (Foy et al, 2013).

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια πολυδιάστατη ασθένεια και γι' αυτό παρόλο που υπάρχουν στατιστικά στοιχεία για την πρόγνωση του, τα ποσοστά επιβίωσης ποικίλουν από γυναίκα σε γυναίκα. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα ποσοστά αυτά είναι η ηλικία, το στάδιο της νόσου και η θεραπεία (Wishart, 2013).

Η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού ποικίλει ανάλογα με την ηλικία της κάθε γυναίκας. Σε ηλικία 25 ετών αναπτύσσει καρκίνο του μαστού μία στις 19.000 γυναίκες, έως την ηλικία των 30 αναπτύσσει μία στις 2.500 ενώ σε ηλικία 50 ετών μία στις 50. Επίσης μία στις 9 γυναίκες αναπτύσσει καρκίνο του μαστού μία φορά κατά την διάρκεια της ζωής της και λόγω ηλικίας αυξάνεται και η συχνότητα εμφάνιση της νόσου, απότομη αύξηση παρατηρείται κυρίως μετά την εμμηνόπαυση (Wishart, 2013).

Η θεραπεία της νόσου εξελίσσεται συνεχώς στις μέρες μας παρόλο που η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξήθηκε κατά 1,5% ετησίως, τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν σταδιακά (Foy et al, 2013).

Τα ποσοστά ωστόσο διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Όταν ο καρκίνος του μαστού βρίσκεται στα πρώτα στάδια (0-2) τότε τα ποσοστά επιβίωσης είναι μεγάλα. Τα ποσοστά επιβίωσης όμως πέφτουν κατακόρυφα όταν η ασθένεια βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο (3-4) όπου η ασθενής πάσχει από μεταστατικό καρκίνο του μαστού (Wishart, 2013).

3.11. Πρόληψη καρκίνου του μαστού

Η πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τη μαστογραφία και ακολουθεί η αυτοεξέταση και η κλινική εξέταση του μαστού. Η αυτοεξέταση του μαστού δεν προλαμβάνει τη νόσο, αλλά την εντοπίζει σε πρώιμα στάδια. Είναι θετικό η ανίχνευσή της να επιτευχθεί πριν η νόσος εισβάλει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες (Γιωτάκη, 2009).

Οι γυναίκες διδάσκονται την αυτοεξέταση από έμπειρο προσωπικό σε ατομική ή ομαδική βάση και πρέπει να την εκτελούν κάθε μήνα. Η κλινική εξέταση επιβάλλεται να γίνεται περιοδικά μια φορά το χρόνο για ηλικίες μεγαλύτερες των 35 ετών και ανά 3ετία για ηλικίες μικρότερες. Σε εντόπιση ύποπτης βλάβης ή εκκρίματος η ασθενής παραπέμπεται για υπερηχογράφημα και μαστογραφία. Σε περίπτωση γενετικού κινδύνου πρέπει να εκτελείται βιοψία μαστού. Σε γυναίκες υψηλού κινδύνου συνιστάται μια αμφιλεγόμενη επιλογή, η προφυλακτική μαστεκτομή, καθώς και χημειοπροφύλαξη με κιτρική ταμοξιφαίνη (Γιωτάκη, 2009).

3.11.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Το νοσηλευτικό προσωπικό αντιπροσωπεύει τη μεγαλύτερη ομάδα εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Αν και οι πρακτικές προώθησης και πρόληψης

ενσωματώνονται στη καθημερινή πρακτική τους, υπάρχει δυνατότητα για ένα τεράστιο αντίκτυπο στη μείωση της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο κατά την εκπαίδευσή τους δεν δίνεται προτεραιότητα σε θέματα προώθησης υγείας με δεξιότητες και γνώσεις για να διευρύνουν τον τρόπο σκέψης και αξιολόγησης κάθε περιστατικού, ώστε να έχουν την δυνατότητα να παρέχουν συμβουλές πρόληψης (Χαραλάμπους, 2011).

Όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού, στην πρώτη επαφή με τη γυναίκα ο νοσηλευτής θα πρέπει να συλλέξει πληροφορίες για τους παράγοντες κινδύνου. Όπως οικογενειακό ιατρικό ιστορικό, συχνότητα καπνίσματος, διατροφικές συνήθειες, σωματική δραστηριότητα, δείκτη μάζας σώματος, διανοητική κατάσταση καθώς και το ιστορικό γεννήσεων εάν υπάρχει. Μετά την μελέτη και την αξιολόγηση των πληροφοριών, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμβουλέψει και να προωθήσει το άτομο σε πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις όπως ενδείκνυται (Χαραλάμπους, 2011).

Ένας άλλος τρόπος για σωστή και αποτελεσματική πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι η προώθηση της πολιτικής κοινωνικών αλλαγών για υγιής συμπεριφορά ως κοινωνικό πρότυπο. Αυτό περιλαμβάνει την εκπαίδευση των νοσηλευτών με την συμμετοχή τους σε νοσηλευτικούς οργανισμούς, με στόχο την ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους ώστε να αντιλαμβάνονται στο μέγιστο βαθμό τις δυνατότητες τους προς την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (Χαραλάμπους, 2011).

3.12. Θεραπεία καρκίνου του μαστού

Οι περισσότεροι τύποι καρκίνου στις μέρες μας αντιμετωπίζονται μέσω ενός συνδυασμού θεραπειών που έχουν ως στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων του μαστού ή ακόμη και την εξάλειψη αυτών σε όλο το σώμα. Ο συνδυασμός των θεραπευτικών προγραμμάτων αυτών αποτελείται από την χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία, την χημειοθεραπεία αλλά και την ορμονοθεραπεία (Waks & Winer, 2019).

Ακτινοθεραπεία: Περιλαμβάνει τη χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας με σκοπό τη διακοπή της κυτταρικής ανάπτυξης. Σε συνδυασμό με την χειρουργική, την χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία αποτελεί έναν από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους για την αντιμετώπιση κακοηθών νεοπλασμάτων. Χρησιμοποιείται ως επικουρική θεραπεία ενώ σπάνια μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως νέο επικουρική, δηλαδή πριν από την χειρουργική επέμβαση με σκοπό την συρρίκνωση του όγκου. Είναι ουσιαστικά τοπική θεραπεία η οποία καταπολεμά τυχόν απομεινάρια καρκινικών κυττάρων μετά από χειρουργική

αφαίρεση όγκου στο μαστό ή τη μασχάλη (Flannery, 2005).

Χημειοθεραπεία: Η χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία ή και με τις δύο από αυτές, με σκοπό να μειώσει το μέγεθος των όγκων προεγχειρητικά ή να καταστρέψει απομεινάρια κακοηθών όγκων μετά από χειρουργική αφαίρεση όγκου. Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή αρκετών κακοηθών κυττάρων, ώστε να είναι δυνατή η καταστροφή των υπολοίπων από το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή (Blackwell et al., 2010).

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κατά τη χημειοθεραπεία είναι κυτταροτοξικά. Δηλαδή έχουν την ικανότητα να καταστρέφουν τα κύτταρα. Ωστόσο η καταστροφή αυτή δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη αλλά επηρεάζει και τα υγιή κύτταρα του οργανισμού. Καθώς τα κακοήθη κύτταρα είναι πιο δραστήρια και κινητικά σε σχέση με τα φυσιολογικά, τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν κυρίως αυτά. Βέβαια η 100% θανάτωση των καρκινικών κυττάρων είναι σχεδόν αδύνατη (Blackwell et al., 2010).

Ορμονοθεραπεία: Βασίζεται κατά κύριο λόγο στη χορήγηση φαρμάκων τα οποία εμποδίζουν τα καρκινικά κύτταρα να προμηθευτούν τις ορμόνες που χρειάζονται για την ανάπτυξή τους. Οι ορμόνες είναι ουσίες που παράγονται από αδένες στο σώμα και κυκλοφορούν στο σώμα με την βοήθεια του αίματος. Ορμονικά φάρμακα: η ταμοξιφάνη, οι αναστολείς αρωματάσης και τα ανάλογα της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών (Waks & Winer, 2019).

Η ορμονική θεραπεία με ταμοξιφένη χορηγείται συχνά σε γυναίκες με πρόιμη διάγνωση καρκίνου του μαστού και σε γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο. Η ορμονική θεραπεία με ταμοξιφένη ή οιστρογόνα μπορεί να δράσει σε κύτταρα σε όλο το σώμα και μπορεί να αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου. Οι γυναίκες που λαμβάνουν ταμοξιφένη θα πρέπει να υποβάλλονται κάθε χρόνο σε πυελική εξέταση για να αναζητήσουν τυχόν σημάδια καρκίνου (Waks & Winer, 2019).

Όσον αφορά την θεραπεία με τη χρήση ωχρινοποιητικής ορμόνης, η χορήγηση της γίνεται σε γυναίκες κατά την προμηνόπαυση, οι οποίες μόλις έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού σε υποδοχείς ορμονών. Ενώ η ορμονική θεραπεία με έναν αναστολέα αρωματάσης χορηγείται σε μερικές μετεμμηνόπαυσης γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε ορμονικούς υποδοχείς. Για τη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του μαστού, οι αναστολείς αρωματάσης δοκιμάζονται σε κλινική δοκιμή για να

πραγματοποιηθεί σύγκριση με την ορμονοθεραπεία με χρήση ταμοξιφένη. Άλλοι τύποι ορμονοθεραπείας περιλαμβάνουν την οξική μεγεστρόλη ή τη θεραπεία αντι-οιστρογόνου όπως το fulvestrant (Moo et al., 2018).

Χειρουργική Θεραπεία: Η χειρουργική θεραπεία διακρίνεται σε ριζική μαστεκτομή, σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, σε απλή μαστεκτομή και σε τμηματική μαστεκτομή. Πιο συγκεκριμένα:

1. *Ριζική μαστεκτομή:* περιλαμβάνει εκτομή όλου του μαστικού αδένα, των δύο θωρακικών μυών, του θωρακικού τοιχώματος και καθαρισμό της μασχαλιαίας περιοχής ως την κλείδα.
2. *Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή:* περιλαμβάνει αφαίρεση του μαστού, αφαίρεση περιτονίας του μείζονα θωρακικού και καθαρισμό της μασχαλιαίας περιοχής. Πραγματοποιείται στο 2ο στάδιο όταν ο πρωτοπαθής όγκος είναι μεγαλύτερος από 4 cm. Η επέμβαση αυτή εκτελείτε σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο μαστού.
3. *Απλή μαστεκτομή:* περιλαμβάνει αφαίρεση ολόκληρου του μαστικού αδένα και όχι των λεμφαδένων ή των υποκείμενων μυών.
4. *Τμηματική μαστεκτομή:* περιλαμβάνει τον καθαρισμό της μασχαλιαίας περιοχής και την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας. Πραγματοποιείται στο 1ο στάδιο όταν ο όγκος είναι μικρότερος από 4 cm. Στόχος του χειρουργού είναι να αφαιρέσει ολόκληρο τον όγκο μαζί με ένα τμήμα υγιούς ιστού γύρο από τον οποίο δεν πρέπει να ανευρίσκονται καρκινικά κύτταρα στο μικροσκόπιο (Moo et al., 2018).

3.12.1. Μαστεκτομή

Με τον όρο μαστεκτομή ορίζεται η πραγματοποίηση διαφορετικού τύπου χειρουργικών επεμβάσεων ως τρόπου θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Η μαστεκτομή μπορεί να αποτελεί θεραπευτική επιλογή για πολλούς τύπους καρκίνου του μαστού, όπως: του πορογενούς μη διηθητικού καρκίνου μαστού, σε καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου I και II, αλλά και σε σταδίου III κατόπιν χημειοθεραπείας, Ακόμη σε φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού κατόπιν χημειοθεραπείας, σε νόσο Paget του μαστού, αλλά και σε τοπική υποτροπή καρκίνου του μαστού (Sibbering & Courtney, 2016).

- *Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή*: Περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού (μαστικός αδένας, δέρμα, θηλή- θηλαία άλω) και των περισσότερων λεμφαδένων της μασχάλης.
- *Απλή (ολική) μαστεκτομή*: Περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού (μαστικός αδένας, δέρμα, θηλή- θηλαία άλω) και βιοψία του 1ου λεμφαδένα ο οποίος δέχεται λέμφο από τον μαστό.
- *Μαστεκτομή με διατήρηση του δέρματος*: Περιλαμβάνει την αφαίρεση του μαστικού αδένα, της θηλής και της θηλαίας άλου, με διατήρηση ωστόσο του δέρματος.
- *Μαστεκτομή με διατήρηση θηλής (υποδόρια μαστεκτομή)*: Περιλαμβάνει αφαίρεση μαστικού αδένα με διατήρηση του δέρματος, της θηλής και της θηλαίας άλου.

Βέβαια η επιλογή του τύπου μαστεκτομής που θα ακολουθηθεί στον ασθενή, εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες, όπως το μέγεθος, η τοποθεσία του όγκου, καθώς και η συμπεριφορά του, είτε η χειρουργική επέμβαση είναι προφυλακτική, είτε πρόκειται για επέμβαση αποκατάστασης (National Comprehensive Cancer Network, 2011).

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση είναι πιθανόν να επιλέξουν επέμβαση σε διμερές επίπεδο, δηλαδή και στους δύο μαστούς. Ακόμη ορισμένοι ασθενείς επιλέγουν να χειρουργηθούν καθαρά για λόγους πρόληψης της νόσου. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε απλή μαστεκτομή παραμένουν ελάχιστο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο, έχοντας τοποθετημένο ένα μικρό σωλήνα απορροής ώστε να απομακρύνεται το υποδόριο υγρό και να αποτραπούν τυχόν έντονα οίδημα στην περιοχή. Παρομοίως κατά την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή γίνεται αφαίρεση του συνολικού ιστού του μαστού, μαζί με το περιεχόμενο της μασχαλιαίας περιοχής, όπως λιπώδης ιστός καθώς και οι λεμφαδένες. Είναι σημαντική η αναφορά στην πρώτη φορά που πραγματοποιήθηκε καθώς σημειώνεται το 1882. Ωστόσο σήμερα χρησιμοποιείται για την αφαίρεση όγκων του μείζονα θωρακικού μυ ή στο θωρακικό τοίχωμα κατά τον υποτροπιάζοντα καρκίνο του μαστού. Σπανίως πραγματοποιείται τμηματική αφαίρεση των μαστών και συνήθως πρόκειται για επιλογή του ασθενούς ή του θεράποντα ιατρού (Moo et al., 2018).

3.12.2. Αποκατάσταση του μαστού

Με τον όρο αποκατάσταση του μαστού, εννοείται η διαδικασία επανορθωτικής χειρουργικής επέμβασης με στόχο την καλύτερη δυνατή διαχείριση του ασθενούς που

υποβάλλεται σε μαστεκτομή. Η αποκατάσταση μετά από μαστεκτομή θεωρείται σήμερα μέρος της ολοκληρωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενή. Έρευνες δείχνουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών μετά την πραγματοποίηση μαστεκτομής επιλέγουν την αποκατάσταση του μαστού (Μανδρέκας, 2009).

Στις πιο σύγχρονες μεθόδους αποκατάστασης του μαστού υπάρχουν δύο κατηγορίες επεμβάσεων. Στην πρώτη κατηγορία χρησιμοποιούνται ειδικοί διατατήρες ιστών οι οποίοι καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης ανά τακτά χρονικά διαστήματα διαστέλλονται με τη βοήθεια φυσιολογικού ορού που χρησιμοποιεί ο χειρουργός. Στη συνέχεια εφόσον η διαστολή προσεγγίσει το επιθυμητό όριο, αντικαθίσταται ο διατατήρας με ένα ανατομικό επίθεμα σιλικόνης (Moo et al., 2018).

Στην δεύτερη κατηγορία ωστόσο επιλέγονται τμήματα δέρματος με άφθονο υποδόριο λίπος, οι λεγόμενοι μυο- δερματικοί κρημνοί, οι οποίοι μεταφέρονται από το σημείο εκείνο στη θέση του μαστού που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή. Στην περίπτωση αυτή δεν γίνεται χρήση επιθεμάτων σιλικόνης. Η ολοκλήρωση της αποκατάστασης του μαστού γίνεται με την αποκατάσταση και του συμπλέγματος της θηλής, μέσω μίας μικρής διαδικασίας με τεχνικές τατουάζ και χρωματισμό της περιοχής του δέρματος (Moo et al., 2018).

Η όλη διαδικασία της μαστεκτομής, δηλαδή της απώλειας του μαστού σε μία γυναίκα, είναι φυσιολογικό να δημιουργεί άγχος, αίσθημα σεξουαλικής απόρριψης, έλλειψη αυτοπεποίθησης, απώλεια θηλυκότητας με τελικό αποδέκτη την πιθανότητα κακής ψυχολογικής κατάστασης, κατάθλιψης καθώς και της κοινωνικής απομόνωσης. Παρότι η διαδικασία της αποκατάστασης δεν μπορεί να έχει ένα άψογο και ολικό φυσικό τρόπο αποκατάστασης του μαστού, τα οφέλη είναι σημαντικά. Καθώς η γυναίκα διευκολύνεται σε καθημερινές της δραστηριότητες, χωρίς καμία αισθητική διαφοροποίηση και ανακτά σταδιακά την χαμένη της αυτοπεποίθηση (Μανδρέκας, 2009).

3.12.3. Τεχνικές Αποκατάστασης

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία νόσος, η οποία επηρεάζει σημαντικά τον γυναικείο πληθυσμό έχοντας επιδράσεις νοσηρότητας αλλά και θνητότητας σε αυτές. Η διαδικασία της μαστεκτομής αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας του καρκίνου του μαστού, έχοντας ωστόσο σοβαρές σωματικές αλλά και ψυχολογικές επιπτώσεις στην ασθενή. Επομένως η ανάπλαση, επανόρθωση του μαστού, ο οποίος έχει

υποβληθεί σε μαστεκτομή, θεωρείται απαραίτητο βήμα της χειρουργικής θεραπείας, καθώς συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής της ασθενούς. Όσον αφορά τη διαδικασία της ανάπλασης, πρόκειται για μία διαδικασία που σχετίζεται με ποικίλους παράγοντες ως προς το σημείο και την χρονική στιγμή που θα διεξαχθεί, καθώς εξαρτάται άμεσα από το στάδιο του όγκου, την έκταση του, αλλά και την ενδεχόμενη συμπληρωματική θεραπεία που θα αξιολογηθεί ανάλογα με την κατάσταση (Somogyi et al., 2018).

Η ανάπλαση του μαστού μπορεί να ξεκινήσει άμεσα, συμπληρωματικά δηλαδή μετά τη διαδικασία της χειρουργικής μαστεκτομής, ή αργότερα σε δεύτερο χρόνο, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας του καρκίνου. Κατά τον φλεγμονώδη καρκίνο η άμεση ανάπλαση θεωρείται απαγορευτική. Ακόμη αντένδειξη αποτελεί και η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, καθώς εάν υπάρχει από την αρχή προγραμματισμός της διαδικασίας είναι καλύτερο η ανάπλαση να πραγματοποιηθεί σε δεύτερο χρόνο, ώστε να έχει και ορθότερα αποτελέσματα. Είναι γνωστό πως πολλές περιπτώσεις χρειάζονται σταδιακή διαδικασία ανάπλασης και ανακατασκευής του αναιρεθέντος μαστού, για την επίτευξη της καλύτερης συμμετρίας των δύο μαστών, αλλά και της ανακατασκευής του συμπλέγματος της θηλής και της θηλαίους άλω (Platt et al., 2011).

Οι μέθοδοι για την αποκατάσταση του μαστού είναι αρκετές. Ωστόσο γίνεται σαφές πως υπάρχουν και αρκετοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία της ανάπλασης του μαστού. Μερικοί από αυτούς είναι το μέγεθος των μαστών, η διάπλαση του σώματος, το μέγεθος του θωρακικού τοιχώματος, η διαθεσιμότητα των ιστών στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, η χρήση ακτινοθεραπείας, καθώς επίσης η ηλικία και η επιθυμία του ατόμου (Sibbering & Courtney, 2016).

Οι μέθοδοι ανάπλασης του καρκίνου του μαστού διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες (Βλαστού, 2013):

- Ανάπλαση του μαστού με τη χρήση αλλοπλαστικών υλικών, σιλικονούχων ενθεμάτων.
- Ανάπλαση του μαστού με μεταφορά αυτόλογων ιστών και τη σύγχρονη χρήση συνθετικών υλικών.
- Ανάπλαση του μαστού με τη μεταφορά αυτόλογων ιστών από το σώμα του ίδιου του ασθενή.

Η διαδικασία της ανάπλασης σε σύντομο χρονικό διάστημα προφυλάσσει τη γυναίκα από μία σκληρή εικόνα της αλλαγής του σώματός της, η οποία πιθανό να έχει και αντίκτυπο της ψυχολογικής της κατάστασης. Αντίθετα υπάρχει και η διαδικασία ανάπλασης που πραγματοποιείται σε δεύτερο χρόνο. Η διαδικασία αυτή ξεκινά συνήθως έξι με δώδεκα μήνες μετά την μαστεκτομή. Η άποψη πως η άμεση επανόρθωση του στήθους καθυστερεί την έγκαιρη διάγνωση και την έναρξη της θεραπείας της τοπικής υποτροπής είναι λανθασμένη (Khan., et al., 2012).

Η άμεση αποκατάσταση του μαστού δεν προκαλεί καθυστέρηση στην έγκαιρη διάγνωση της υποτροπής και δεν επιβραδύνει την πρόγνωση, όπως έδειξαν διεθνείς έρευνες. Επομένως η απόφαση για τη σωστή χρονική στιγμή της εκκίνησης της διαδικασίας της ανάπλασης εξαρτάται άμεσα από τον χειρουργό, αλλά και τον πλαστικό χειρουργό. Ανεξάρτητα με τη χρήση της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί, θα πρέπει να υπάρχει ένα μείγμα επιστήμης, τέχνης, επιμονής, επιμονής, χειρουργικής κατάρτισης, συνεργασίας και κατανόησης του ασθενούς για να επιτευχθεί το προσδοκώμενο αποτέλεσμα (Μανδρέκας, 2009).

3.13. Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν την μαστεκτομή

Έρευνες έχουν αποδείξει πως νέες γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του μαστού, έχουν ιδιαίτερα αυξημένο άγχος, αλλά και άλλες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Σημαντικό ρόλο στην απόφαση της χειρουργικής διαδικασίας για την πραγματοποίηση της αφαίρεσης του όγκου έχουν ο σύζυγος, τα παιδιά αλλά και η κοινωνία στην οποία ζει η ασθενής. Ωστόσο πολύ σημαντικό ρόλο στην απόφαση αυτή έχουν και οι προσωπικές σκέψεις της ασθενούς οι οποίες σχετίζονται με την εικόνα της μετά το χειρουργείο αλλά και την καθημερινότητά της (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Όσον αφορά τον πρωταρχικό ρόλο του νοσηλευτή, πρόκειται για ένα άτομο το οποίο έχει άμεση επαφή με την ασθενή. Η ασθενής στην συγκεκριμένη χρονική στιγμή βρίσκεται σε μία αγχώδης κατάσταση, γεμάτη φόβο και αμφιβολία για την κατάσταση της. Ο νοσηλευτής αρχικά μπορεί να πλησιάσει τη γυναίκα, να ακούσει τις σκέψεις, τους φόβους της αλλά και κάθε απορία της, ώστε μέσα από την επικοινωνία τους και τη συζήτηση που θα προκύψει να μειώσει τις αμφιβολίες, το φόβο της και να την ενημερώσει με όσες γνώσεις διαθέτει για όλη την διαδικασία που θα ακολουθήσει. Με αυτό τον τρόπο η ασθενής νιώθει οικειότητα και προστασία τη δύσκολη αυτή στιγμή (American Cancer Society, 2013).

Ακόμη ο νοσηλευτής μπορεί να δείξει ενδιαφέρον και να ενθαρρύνει συζητήσεις σχετικά με τις ανησυχίες της ασθενής όσον αφορά τις αλλαγές που θα πρέπει να γίνουν στην καθημερινότητα της μετά την μαστεκτομή. Σκέψη η οποία μπορεί να προκαλέσει πανικό στην ασθενή. Επομένως μέσα από τη συζήτηση και τη σωστή καθοδήγηση, η ασθενής θα γνωρίζει τα βήματα που θα πρέπει να ακολουθήσει εξαρχής και να έχει τον απαραίτητο χρόνο για την ορθή οργάνωση και προγραμματισμό των αλλαγών στην καθημερινότητα της (American Cancer Society, 2013).

Επίσης, πολύ σημαντική είναι η σωστή ενημέρωση της ασθενούς για τη διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης περιλαμβάνοντας και την προ εγχειρητική διαδικασία, τα φάρμακα, την αναισθησία, την ανάνηψη. Η πλήρης γνώση των διαδικασιών που θα υποβληθεί η γυναίκα βοηθούν στον άμεσο περιορισμό του φόβου και του άγχους (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών με καρκίνο του μαστού, οι νοσηλευτές θα ήταν σωστό αλλά και αποτελεσματικό να δώσουν την ευκαιρία στην ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες της. Με τον τρόπο αυτό ο νοσηλευτής μπορεί να έχει άμεση επαφή με τον ασθενή και να μπορέσει να συζητήσει μαζί του κάθε σκέψη και ανησυχία. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα ήταν ορθό να κατανοεί και να σέβεται την κατάσταση χωρίς να υπάρχει κριτική διάθεση. Με τον τρόπο αυτό βοηθά τη γυναίκα να κατανοήσει καλύτερα την κατάσταση της και να πάρει σωστές αποφάσεις για την ίδια καθώς γνωρίζει τις συνθήκες ζωής της καλύτερα από τον καθένα (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Επομένως μετά την τελική λήψη της απόφασης της γυναίκας να προχωρήσει σε μαστεκτομή, θα ήταν καλό αρχικά να έρθει σε επαφή με γυναίκες που ήδη έχουν χειρουργηθεί. Με τον τρόπο αυτό η γυναίκα μπορεί να συζητήσει και να ακούσει τις απόψεις των γυναικών αυτών. Επίσης χρήσιμο θα ήταν να υπάρξει μία μαζική συνάντηση με όλους τους ειδικούς που θα συμμετέχουν στην εγχείρηση, χειρουργός, αναισθησιολόγος, ογκολόγος, πλαστικός χειρουργός αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Έχοντας η ασθενής τη συμπαράσταση του νοσηλευτικού προσωπικού και νιώθοντας οικειότητα και ασφάλεια σε αυτή τη φάση έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση άγχους, έντασης, αλλά και τη διευκόλυνση της συνεργασίας της στην όλη αυτή διαδικασία (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

3.13.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την μαστεκτομή

Η χειρουργική επέμβαση του καρκίνου του μαστού, πρόκειται για μία ριζική αλλαγή στο σώμα της γυναίκας. Η απώλεια του μαστού, έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία της γυναίκας προκαλώντας θρήνο, απογοήτευση, θλίψη. Όλα αυτά τα συναισθήματα είναι πιθανό από κάποιες γυναίκες να μην εκφράζονται ενώ από άλλες να εκφράζονται στο κοντινό της περιβάλλον. Επομένως ο νοσηλευτής έχοντας αναπτύξει μία άμεση σχέση με την ασθενή και έχοντας οικειότητα μεταξύ τους είναι σημαντικό να μπορεί να τη στηρίζει στη δύσκολη αυτή στιγμή καθώς η ασθενής καταβάλλεται από τα έντονα συναισθήματά της. Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών οι οποίες αρνούνται να μοιραστούν τα συναισθήματά τους και προτιμούν την απομόνωση. Κατάσταση η οποία χρειάζεται ειδική διαχείριση και υποστήριξη για να αποφευχθούν περαιτέρω προβλήματα (Paterson et al., 2016).

Γυναίκες με καρκίνο του μαστού που έχουν προβεί σε χειρουργική επέμβαση, πέρα της ψυχολογικής διαταραχής που μπορεί να υποστούν, πολλές φορές υπάρχουν προβλήματα που αφορούν την εξωτερική τους εικόνα αλλά και της σεξουαλικότητας τους. Οι προβληματισμοί και οι ανασφάλειες αυτές προέρχονται από την αφαίρεση του μαστού, η οποία προκαλεί ουλές καθώς και φυσιολογικές αλλαγές στη ποιότητα της ζωής της, οι οποίες προκύπτουν από την ανοσο-ενισχυτική θεραπεία (Paterson et al., 2016).

Ο καρκίνος του μαστού αλλά και οι αλλαγές λόγω της χειρουργικής επέμβασης δεν επηρεάζουν μόνο την ίδια την ασθενή αλλά και το προσωπικό της περιβάλλον, όπως δηλαδή τον σύντροφο της, καθώς και τη σχέση τους. Μελέτες δείχνουν πως γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή δεν νιώθουν πλέον επιθυμητές από τον σύντροφό τους, μειώνοντας αισθητά τη σεξουαλική τους ζωή. Η αντίληψη της εικόνας του σώματος αποτελεί βασικό συστατικό της σεξουαλικής υγείας, η οποία αποτελεί με τη σειρά της αναπόσπαστο κομμάτι της συνολικής ευεξίας ενός ατόμου. Η υποστήριξη του συντρόφου προς την γυναίκα- ασθενή είναι πολύ σημαντική ως προς την αυτοπεποίθηση αλλά και την αντίληψη της προς την εικόνα του σώματός της (Paterson et al., 2016).

Όσον αφορά την μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι προσεκτικός ως προς την περιοχή της τομής. Θα πρέπει να ελέγχει τα χειρουργικά επιθέματα για αιμορραγίες ή άλλα υγρά που ίσως εκτιθούν. Τη χροιά, την οσμή τους και την περιοχή της τομής κάθε τέσσερις ώρες για το πρώτο εικοσιτετράωρο και να καταγράφει κάθε εύρημα. Όπως κάθε χειρουργημένος ασθενής έτσι και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης

λοιμώξεις. Ακόμη η αφαίρεση λεμφαδένων και η παρουσία παροχέτευσης αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων (Corner, 2006).

Είναι σημαντικό ακόμη να επισημανθεί πως για κάθε παράξενο μη φυσιολογικό εύρημα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να κρατάει ενήμερο τον ιατρό της ασθενούς και να προσπαθεί να προλάβει κάθε είδος επιπλοκής. Ακόμη είναι σαφές πως θα πρέπει να χρησιμοποιείται αυστηρά άσηπτη τεχνική για την αλλαγή επιθεμάτων στο σημείο της τομής αλλά και των ενδοφλέβιων γραμμών (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

Πριν το μεταβατικό στάδιο που θα προκύψει μετά την έξοδο της ασθενούς από το νοσοκομείο, καλό θα ήταν να γίνει σωστή ενημέρωση της γυναίκας από το νοσηλευτή ως προς τον καθημερινό τρόπο φροντίδας της παροχέτευσης αλλά και του εαυτού της. Θα πρέπει να εξασκηθεί ώστε να παρατηρεί το σημείο και να το φροντίζει με σωστό τρόπο. Ακόμη όσον αφορά τη διατροφή της ασθενούς, ο νοσηλευτής μπορεί να τη φέρει σε άμεση επαφή με έναν ειδικό (διατροφολόγο) για την ενημέρωση της, καθώς συνιστάται ειδική διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες. Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί προσεκτική χρήση προϊόντων στην περιοχή της τομής μέχρι το σημείο να επουλωθεί πλήρως. Ο νοσηλευτής αλλά και ο ειδικός οφείλει να βοηθήσει και να απαντήσει σε κάθε απορία της ασθενούς πριν την έξοδό της από το νοσοκομείο για να της δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα και να αυξάνει την αυτοπεποίθησή της (Πανουδάκη- Μπροκολάκη, 2011).

3.13.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχοκοινωνική υγεία ασθενή με καρκίνου του μαστού

Το πρώτο στάδιο μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού στην ασθενή πρόκειται για μία παράξενη στιγμή, κατά την οποία το άτομο βρίσκεται σε μία κατάσταση έντομα φορτισμένη ψυχολογικά. Τη στιγμή αυτή το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να κατανοήσει την κατάσταση και να εκτιμήσει πέρα από την ιατρική φροντίδα που θα πρέπει να παρέχει και τη συναισθηματική υποστήριξη του ασθενή (Corner, 2006).

Η μη κριτική στάση, η συμπαράσταση, η γενναιοδωρία, ακόμη και η οικειότητα θεωρούνται ουσιαστικές ικανότητες αντιμετώπισης για τους νοσηλευτές προκειμένου να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις απαιτήσεις των γυναικών που νοσούν από καρκίνο του μαστού. Έχοντας οι γυναίκες αυτές δίπλα τους άτομα τα οποία μπορούν να τους στηρίξουν ψυχολογικά και ουσιαστικά μπορούν να αντιμετωπίσουν δύσκολες

καταστάσεις που είναι πιθανό να προκύψουν (Paterson et al., 2016).

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρία τα περισσότερα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού και εμφανίζουν τα πρώτα σημαντικά συμπτώματα, θα βιώσουν σίγουρα και κάποιο επίπεδο άγχους, φόβου και κατάθλιψης. Βέβαια στις γυναίκες με μικρότερη ηλικία παρατηρείτε εντονότερη σωματική και ψυχολογική δυσφορία. Όσον αφορά το θέμα της αυτοπεποίθησης αλλά και πιο συγκεκριμένα το θέμα της σεξουαλικότητας, είναι ένα παράξενο θέμα το οποίο αν και ερευνάτε αρκετά, δεν αναφέρεται τόσο από τους επαγγελματίες υγείας (American Cancer Society, 2013).

Η σεξουαλικότητα περικλείει την έννοια της υπόστασης μας σε σχέση με το σώμα, την κοινωνία και το πνεύμα μας. Σχετίζεται άμεσα με την αυτοεκτίμηση μας αλλά και την εικόνα που επιθυμούμε να δείξουμε προς τους άλλους. Πρόκειται για κάτι παραπάνω από απλή σεξουαλική επιθυμία, καθώς σχετίζεται με την οικειότητα το άγγιγμα, την προσωπικότητα, αλλά και το ρόλο μας μέσα στην οικογένεια, στις σχέσεις, στη δουλειά αλλά και στην κοινωνία (American Cancer Society, 2013).

Σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του μαστού δεν δίνεται σημασία στην σεξουαλικότητα τους. Πολλοί επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν την προσέγγιση του θέματος, καθώς δεν έχουν πλήρη γνώση του θέματος, ή ακόμη και οι ίδιοι αντιμετωπίζουν τα προβλήματα σεξουαλικότητας. Ωστόσο η σεξουαλικότητα μπορεί να επηρεάσει θετικά τόσο τις ψυχολογικές όσο και τις οργανικές επιπτώσεις της αντικαρκινικής θεραπείας σε όλα τα επίπεδα (Corner, 2006).

Η διάγνωση της νόσου έχει αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση της γυναίκας αλλά και στην εμπιστοσύνη προς τον εαυτό της και κατά συνέπεια επιδρά στη σεξουαλική λειτουργικότητά της. Η αντίληψη της εικόνας του σώματος, ουσιαστικά είναι η εικόνα που διαμορφώνουν στο μυαλό τους οι γυναίκες αυτές, περιλαμβάνοντας τα συναισθήματα, την ταυτοποίηση, την ομορφιά αλλά και την κοινωνία γύρο της. Γυναίκες που αντιλαμβάνονται ορθά την εικόνα του σώματος τους έχει παρατηρηθεί πως αντιμετωπίζουν καλύτερα τον καρκίνο του μαστού. Αντίθετα γυναίκες με αρνητική ενέργεια και αντίληψη εικόνας επηρεάζονται αρνητικά τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά, έχοντας αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Έρευνες αποδεικνύουν πως ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνο του μαστού ήταν πιο δυσαρεστημένες για την εξωτερική του εικόνα σε σύγκριση με γυναίκες πρώιμου σταδίου (Corner, 2006).

Όσον αφορά το νοσηλευτικό ρόλο, σε οποιαδήποτε κατάσταση, είτε σημαντικά κρίσιμη και δύσκολη, είτε όχι, είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να ενθαρρύνει την ασθενή. Αυξάνοντας το αίσθημα ασφαλείας αλλά και της διασφάλισης δημιουργίας χώρου από το άτομο να κατανοήσει την ανταπόκριση του στον καρκίνο μπορεί να το βοηθήσει να αποκτήσει επάρκεια και ολότητα. Οι προκαταλήψεις και οι παγίδες που μπορεί να υπάρξουν αποτελούν κίνδυνο για τον εκάστοτε νοσηλευτή. Επιπρόσθετα η μακροχρόνια διάρκεια εργασίας οδηγεί ορισμένες φορές το νοσηλευτή σε υπερβολικές σκέψεις καθώς είναι απαραίτητη πάντα μια δίοδος, οι οποίες βασίζονται στα νεότερα δεδομένα, ιδιαίτερα σε ασθενής με πολλές απαιτήσεις. Η κλινική επίβλεψη μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στις σκέψεις κι στη προσήλωση των στόχων του, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται σωστά σε κάθε πρόκληση. Το νοσηλευτικό προσωπικό κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Ως εκ τούτου η εκπαίδευση είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την επίτευξη καλύτερης πρακτικής και διαχείρισης των ατόμων (Paterson et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Το είδος της έρευνας

Το είδος της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε για την ολοκλήρωση της εργασίας είναι η δευτερογενής έρευνα. Η δευτερογενής έρευνα αναφέρεται στη χρήση δεδομένων που συλλέγονται από άλλους ερευνητές συνήθως για διαφορετικό σκοπό (Smith et al., 2011).

4.2 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από επτά επιστημονικά άρθρα στην αγγλική γλώσσα, τα οποία είναι δημοσιευμένα τα πέντε τελευταία χρόνια (2015-2019) στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων www.pubmed.com και αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα, που εφαρμόζεται στο στάδιο της αποκατάστασης, σε μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή.

4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Για την συλλογή των νεότερων ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε αναζήτηση επιλεγμένων άρθρων στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων www.pubmed.com. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας.

4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων www.pubmed.com προκειμένου να βρεθούν περιλήψεις από ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη μαστεκτομή και το ρόλο του νοσηλευτή. Ως λέξεις-κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν οι αγγλικοί όροι [(breast cancer) AND (breast reconstruction) AND (nursing care)].

Η σχετική διαδικασία με την παράθεση των λέξεων-κλειδιά ανέδειξε 57 σχετικές περιλήψεις. Μετά από προσεκτική μελέτη αυτών των περιλήψεων και με βάση τα κριτήρια ένταξης, επιλέχθηκαν τελικά 7 περιλήψεις, οι οποίες πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια και αναφέρονται στον σχετικό πίνακα.

Ως κριτήρια ένταξης των μελετών στην έρευνα ορίστηκαν η δημοσίευση στη αγγλική γλώσσα, η δημοσίευση σχετικής περίληψης στη αγγλική γλώσσα, η παράθεση των συγγραφέων της μελέτης, η δημοσίευση των άρθρων σε νοσηλευτικά περιοδικά, η δημοσίευση των άρθρων την τελευταία πενταετία.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αφηγηματική ανάλυση των ευρημάτων.

4.5. Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων

a/a	Συγγραφέας	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια ευρήματα
1	Carr et al., 2019 (Χώρα προέλευσης: Καναδάς)	Μετα-ανάλυση	Διερεύνηση των εμπειριών των γυναικών μετά από αποκατάσταση του μαστού, μετά από μαστεκτομή. Εκτίμηση της ανάγκης για ενημέρωση.	Οι ανάγκες ενημέρωσης των γυναικών κατανοούνται βαθύτερα, όταν εξεταστούν οι πραγματικές εμπειρίες των γυναικών. Είναι σημαντικό οι γυναίκες να ενημερώνονται για τα άμεσα αποτελέσματα της χειρουργικής αποκατάστασης και τη διαδικασία ανάρρωσης. Συγχρόνως αναδεικνύεται ο ρόλος του ειδικού νοσηλευτή-τριας σε αυτή τη διαδικασία.
2	Laza-Vásquez et al., 2019 (Χώρα προέλευσης: Κολομβία-Ισπανία)	Πρωτογενής έρευνα-ημιδομημένη συνέντευξη σε δείγμα 8 γυναικών	Διερεύνηση των εμπειριών μιας ομάδας νεαρών γυναικών σε σχέση με την αποκατάσταση του μαστού τους μετά από μαστεκτομή.	Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σε νεαρή ηλικία συνεπάγεται μια σειρά αλλαγών που επηρεάζουν μόνιμα τη ζωή των γυναικών. Οι γυναίκες αυτές δίνουν προτεραιότητα στην επιβίωση, παρά στην διαδικασία αποκατάστασης του μαστού. Σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, τα πολιτιστικά στοιχεία και τα ειδικά στοιχεία του φύλου, πρέπει να ενσωματωθούν στο σχεδιασμό εξατομικευμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, με σκοπό την καλύτερη φροντίδα.
3	Kadmon et al., 2016 (Χώρα προέλευσης:)	Πρωτογενής έρευνα σε ένα δείγμα 70 γυναικών, που επέλεξαν την	Διερεύνηση του επιπέδου συμμετοχής των γυναικών αυτών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με την	Οι νοσηλευτές-τριες θα πρέπει να αξιολογούν κάθε ασθενή ξεχωριστά, ώστε να διασφαλίζουν τη μέγιστη συμμετοχή του ασθενούς στη

	Ισραήλ)	αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή.	αποκατάσταση του μαστού.	διαδικασία λήψης αποφάσεων βάσει των προσωπικών επιθυμιών. Οι νοσηλευτές-τριες πρέπει να κατανοούν τους περίπλοκους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων, ώστε να βοηθούν τους ασθενείς στην λήψη της καταλληλότερης απόφασης.
4	Myungsun Yi et al., 2016 (Χώρα προέλευσης Κορέα).	Πρωτογενής έρευνα σε ένα δείγμα 10 γυναικών, που επέλεξαν την αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή.	Διερεύνησης των εμπειριών λήψης αποφάσεων σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή.	Τα ευρήματα επισημαίνουν τους στόχους, τις ανησυχίες και τα εμπόδια που βιώνουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού όταν παίρνουν την απόφαση για την αποκατάσταση του μαστού. Η απόφαση για την αποκατάσταση του μαστού βιώνεται ως ενσωμάτωσης της θηλυκότητας, που χάθηκε με την μαστεκτομή. Με βάση αυτά τα ευρήματα οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να παρέχουν αποτελεσματική εκπαιδευτική συμβουλευτική πριν από την επέμβαση για να προωθήσουν την υψηλότερη ικανοποίηση μετά την επέμβαση.
5	Carr et al., 2019 (Χώρα προέλευσης: Καναδάς)	Αναδρομική μελέτη, με 21 συμμετέχοντες, που περιγράφουν σε ημιδομημένη συνέντευξη τις εμπειρίες υποστήριξης μετά καρκίνο του μαστού και μαστεκτομή.	Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εντοπίσει τις ανάγκες υποστήριξης των ασθενών μετά από μαστεκτομή.	Οι νοσηλευτές-τριες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή πληροφοριών σε γυναίκες που αναρρώνουν καρκίνο του μαστού. Η βελτιωμένη πρόσβαση στα κανάλια επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών βελτιώνει πιθανώς τις εμπειρίες υποστήριξης των ασθενών. Επιπλέον, οι νοσηλευτές-τριες μπορούν να αξιολογήσουν τις ειδικές ανάγκες υποστήριξης των γυναικών και να συνεργαστούν με τις οικογένειες τους, στην προσπάθεια υποστήριξης αυτών κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης.

6	Li-Yu Chuang et al., 2018 (Χώρα προέλευσης: Ταιβάν)	Πρωτογενής μελέτη σε 8 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.	Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν η κατανόηση της αντίληψης του σώματος από γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και των οποίων η θεραπεία περιελάμβανε μαστεκτομή.	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν ενσωματώσει την εμπειρία ανάκαμψης σε έναν νέο εαυτό και έχουν προσαρμοστεί στη νέα εικόνα. Αυτή η μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της αντίληψης του σώματος σε μακροχρόνια επιζώντες από καρκίνο του μαστού, η οποία αντικατοπτρίζει τη διαδικασία προσαρμογής στην απώλεια του μαστού και στη διαδικασία αποκατάστασης. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ενθαρρύνουν τις γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή να εμπλακούν σε μια διαδικασία αυτο-ανάκαμψης, αναζητώντας και επιβεβαιώνοντας την αυτο-αξία τους.
7	Retrouvey et al., 2019 (Χώρα προέλευσης: Καναδάς)	Πρωτογενής έρευνα σε 303 γυναίκες με καρκίνο του μαστού.	Σύγκριση των αποτελεσμάτων της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας σε ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με χειρουργική επέμβαση συντήρησης του μαστού, μόνο με μαστεκτομή και με μαστεκτομή με άμεση αποκατάσταση του μαστού σε 1 έτος μετά τη χειρουργική επέμβαση.	Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή, παρέχει υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης και ψυχοκοινωνικής ευεξίας σε σύγκριση με τη μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ / ΕΥΡΗΜΑΤΑ

5.1 Ανάλυση των δεδομένων

Παρόλο που πολλές γυναίκες επωφελούνται από την αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή, αρκετές μελέτες αναφέρουν τη δυσaráσκεια των γυναικών με το επίπεδο πληροφοριών που τους δόθηκαν πριν από τη διαδικασία της αποκατάστασης. Η σχετική μετα-ανάλυση και μετα-σύνθεση έδειξε ότι ο ρόλος του επαγγελματία υγείας επηρεάζει σημαντικά τις προσδοκίες των γυναικών, και σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γυναίκες δεν νιώθουν επαρκώς ενημερωμένες για τα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης και τη διαδικασία της ανάρρωσης. Αναφέρεται ειδικότερα ότι η επιθυμία των γυναικών για φυσιολογική και αποτελεσματική συναισθηματική αντιμετώπιση διαμορφώνει τις ανάγκες των πληροφοριών τους. Επίσης σημειώνεται ότι οι ανάγκες πληροφόρησης των γυναικών κατανοούνται καλύτερα, αφού ληφθούν υπόψη οι πραγματικές εμπειρίες των γυναικών σχετικά με την αποκατάσταση του μαστού. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να ενημερώνουν τις γυναίκες για τα άμεσα αποτελέσματα της χειρουργικής αποκατάστασης και τη διαδικασία ανάρρωσης. Σε μια προσπάθεια καλύτερης αντιμετώπισης των αναγκών ενημέρωσης των γυναικών, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ανακαλύψουν τις αρχικές προσδοκίες των γυναικών για την αποκατάσταση μετά από τη μαστεκτομή (Carr et al., 2019).

Από τη μελέτη των Laza-Vásquez και συν. (2019) που είχε ως σκοπό να διερευνήσει τις εμπειρίες μιας ομάδας νεαρών γυναικών σε σχέση με την αποκατάσταση του μαστού τους μετά από μαστεκτομή, προέκυψαν τρία σημαντικά ζητήματα. Πρώτον, το κοινωνικό στίγμα μιας νεαρής γυναίκας με καρκίνο του μαστού, δεύτερον πως μαθαίνει να ζει μια γυναίκα με ένα σώμα που μεταμορφώνεται από την αρρώστια και τις θεραπείες, και τρίτον, πως μια γυναίκα επιβιώνει μετά από μια τέτοια ασθένεια. Στη μελέτη υπογραμμίζεται το γεγονός ότι μια νέα γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του μαστού συνεπάγεται ότι βιώνει μια σειρά αλλαγών, που επηρεάζουν μόνιμα τη ζωή και το σώμα της. Οι γυναίκες δίνουν προτεραιότητα στην επιβίωση, ώστε να είναι σε θέση να φροντίζουν τους άλλους σημαντικούς για αυτές και θέτουν σε δεύτερη μοίρα τη διαδικασία της αποκατάστασης του μαστού. Ακόμη, τονίζεται ότι σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, τα πολιτιστικά στοιχεία και το φύλο πρέπει να ενσωματωθούν στο σχεδιασμό εξατομικευμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων που συμβάλλουν στην

καλύτερη φροντίδα.

Στη μελέτη των Kadmon και συν. (2016) από το Ισραήλ εξετάζεται η διαδικασία της απόφασης για την αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή. Σε κάθε περίπτωση θεωρείται σημαντικό η ίδια η ασθενής να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν την πορεία της υγείας της. Οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να αξιολογούν τον τρόπο λήψης αποφάσεων του ασθενούς για να διασφαλίζουν τη μέγιστη συμμετοχή της ασθενούς στη διαδικασία λήψης αποφάσεων βάσει των προσωπικών επιθυμιών ανεξάρτητα από την ηλικία. Ειδικότερα οι νοσηλεύτριες που εργάζονται στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο του μαστού εμπλέκονται στις αποφάσεις των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, συμπεριλαμβανομένης της επιλογής τους να υποβληθούν σε αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή. Οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να κατανοούν καλύτερα τους περίπλοκους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη των αποφάσεων των γυναικών που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού, ώστε να βοηθήσουν αυτές τις γυναίκες στη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων.

Σε μια προσπάθεια διερεύνησης των εμπειριών γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή, συλλέχθηκαν δεδομένα από συνεντεύξεις από 10 γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή και αποκατάσταση του μαστού. Από τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν στοιχεία που αφορούσαν την αναμενόμενη απώλεια της σεξουαλικότητας. Ακόμα διερευνήθηκε η σημασία της σχέσης εμπιστοσύνης με τον γιατρό τους, ο βαθμός υποστήριξης των μελών της οικογένειας στις αποφάσεις τους σχετικά με τη μαστεκτομή και την αποκατάσταση και τέλος τη σημασία της λήψης αποφάσεων σε καθορισμένα χρονικά περιθώρια. Τα ευρήματα επισημαίνουν τους στόχους, τις ανησυχίες, τα εμπόδια και την υποστήριξη που βιώνουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού όταν λαμβάνουν μια απόφαση για την αποκατάσταση του μαστού. Η απόφαση για την αποκατάσταση του μαστού δεν ήταν μόνο ένα βάρος για τις γυναίκες σε κατάσταση σοκ, λόγω της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, αλλά και μια ευκαιρία να αποφασίσουν να αναδείξουν το σώμα, τη θηλυκότητα και τον εαυτό τους, παράμετροι που αλλοιώνονται μετά τη μαστεκτομή. Αυτά τα ευρήματα θα βοηθήσουν τους επαγγελματίες της ογκολογίας να παρέχουν αποτελεσματική εκπαιδευτική συμβουλευτική πριν από την επέμβαση για να προωθήσουν την υψηλότερη ικανοποίηση μετά την επέμβαση (Yi et al., 2016).

Οι διαδικασίες για την αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή συχνά ξεκινούν κατά τη δύσκολη περίοδο της ανάρρωσης. Φαίνεται ότι η καλύτερη κατανόηση

των αναγκών υποστήριξης των γυναικών μετά τη χειρουργική τη επέμβαση βελτιώνει τη φροντίδα των ασθενών. Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, εντοπίστηκαν τέσσερις ανάγκες υποστήριξης και αναφέρονται σε παραμέτρους οργανικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και ενημερωτικής υποστήριξης. Αυτές οι ανάγκες αντιμετωπίστηκαν σε διαφορετικό βαθμό από τους εμπλεκόμενους, όπως οι επαγγελματίες υγείας, τα μέλη της οικογένειας και άλλες γυναίκες που είχαν εμπειρία από τη συγκεκριμένη νόσο. Φαίνεται ότι οι νοσηλεύτριες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή πληροφοριών σε γυναίκες που αναρρώνουν από τον καρκίνο του μαστού. Η βελτιωμένη πρόσβαση στα κανάλια επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών θα βελτιώσει πιθανώς τις εμπειρίες υποστήριξης των ασθενών. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες μπορούν να αξιολογήσουν τις ειδικές ανάγκες υποστήριξης των γυναικών και να συνεργαστούν με οικογένειες, με σκοπό τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν πως μπορεί να στηρίξουν τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης (Carr et al., 2019a).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού χρειάζονται χρόνο για να προσαρμοστούν μετά από τη μαστεκτομή στο σώμα τους, που έχει αλλάξει. Η συγκεκριμένη μελέτη έχει σαν σκοπό να αναδείξει πως αντιλαμβάνονται οι γυναίκες το σώμα τους μετά από μαστεκτομή. Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο του Colaizzi, από την ανάλυση δεδομένων προέκυψαν τα εξής ζητήματα: η αποκατάσταση της εικόνας του σώματος, η εγκατάλειψη της αντικειμενοποίησης και ο επαναπροσδιορισμός του εαυτού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν ενσωματώσει την εμπειρία ανάκαμψης σε έναν νέο εαυτό και έχουν προσαρμοστεί για να αναγνωρίσουν τα νέα τους σώματα. Ξεπέρασαν σταδιακά την εικόνα του γυναικείου σώματος με την απουσία στήθους, ανακαλύπτοντας την αξία της ύπαρξής τους σε μια κατάσταση απαλλαγμένες από τα στερεότυπα. Αυτή η μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της αντίληψης του σώματος σε μακροχρόνια επιζώντες από καρκίνο του μαστού, η οποία αντικατοπτρίζει τη διαδικασία προσαρμογής στην απώλεια του μαστού, στην προσπάθεια ανασυγκρότηση μιας νέας σωματικής εμπειρίας. Οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να βοηθήσουν και να ενθαρρύνουν τις γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή να εμπλακούν σε μια διαδικασία αυτο-ανάκαμψης αναζητώντας και επιβεβαιώνοντας την έννοια της αυτο-αξίας (Li-Yu et al., 2018).

Τέλος η μελέτη των Retrouvey και συν. (2019), είχε σαν σκοπό να συγκρίνει τα αποτελέσματα της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας σε ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού που έλαβαν χειρουργική επέμβαση συντήρησης μαστού, ή μόνο μαστεκτομή ή μαστεκτομή με άμεση ανακατασκευή του μαστού σε ένα έτος μετά τη χειρουργική

επέμβαση. Οι μεταβολές των γυναικών στην ψυχοκοινωνική λειτουργία από την έναρξη έως τους 12 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση συγκρίθηκαν με τη χρήση του BREAST-Q, της κλίμακας άγχους και της κατάθλιψης και του αντικτύπου της κλίμακας συμβάντων με ANOVA και γραμμική παλινδρόμηση. Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αποκατάσταση του μαστού εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης και ψυχοκοινωνικής ευεξίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρέχουν περισσότερη εξατομικευμένη υποστήριξη και φροντίδα στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή και αναμένουν τη διαδικασία της αποκατάστασης του μαστού.

Θεωρείται σημαντικό οι νοσηλεύτές-τριες και οι άλλοι επαγγελματίες του τομέα της υγείας να κατανοήσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες μετά τη μαστεκτομή. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που έχουν προβεί σε χειρουργική επέμβαση, επιβαρύνονται ψυχολογικά, τόσο από το βίωμα του καρκίνου, όσο και από την μαστεκτομή, που θεωρείται μια επέμβαση που αλλοιώνει την εικόνα του σώματος και τη σεξουαλικότητα της γυναίκας. Επομένως σε αυτόν το τομέα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην καθυσύχαση, στην συμβουλευτική, στην ενημέρωση και στην συνολική υποστήριξη των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή.

Εν κατακλείδι, είναι σημαντικό να αναφερθεί η πρόληψη κατά του καρκίνου του μαστού, η οποία αποτελεί βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής. Ο νοσηλεύτης-τρια με την επαφή του με τον πληθυσμό, στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης, πρέπει να παροτρύνει να και ενημερώνει για τα οφέλη της πρόληψης του καρκίνου του μαστού ειδικότερα, αλλά και κάθε μορφής καρκίνου γενικότερα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Βλαστού, Α. (2013). Ανάπλαση μαστού έπειτα από μαστεκτομή: η φωτεινή πλευρά της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού. *Ιατρικά Ανάλεκτα*, 3(19):923-926.
- Γιωτάκη, Ε., (2014). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Εκδόσεις Σιώκης.
- Μανδρέκας, Α., (2009). *Βασικές αρχές χειρουργικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Μάλλιου, ΣΝ., Αγνάντη, Ν., Παυλίδης, Α., Καππάζ, Ι., Κριαράς, Σ., Γερουλάνος, (2006). Η ιστορία του καρκίνου του μαστού. *Ιστορία Της Ιατρικής*, 23 (3): 260-278
- Πανουδάκη - Μπροκολάκη, Η. (2011). *Κριτική σκέψη κατά της φροντίδας του ασθενούς*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός
- Χαραλάμπους, Α. (2011). *Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο του μαστού*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ

Ξένη Βιβλιογραφία

- Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., Ullah Khan, A. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, 3(4):1-23.
- American Cancer Society (2014). The History of Cancer. (Updated 06 August 2012) Available at: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002048-pdf.pdf> [accessed 06 February 2014]
- American Cancer Society. (2013). Breast Cancer: Early Detection. (Updated 28 January 2014). Available at: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003165-pdf.pdf> [accessed 02 February 2014]
- American Cancer Society. (2013). Exercises After Breast Surgery. (Updated 19 June 2013). Available at: [http://www.cancer.org/cancer/breast_cancer/more_information/exercises-after-breast surgery](http://www.cancer.org/cancer/breast_cancer/more_information/exercises-after-breast_surgery)

- American Cancer Society. (2014). *Cancer Facts and Figures*. Atlanta, Ga: American Cancer Society.
- Anderson, GL, Limacher, M, Assaf, AR, et al. (2014). Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 291(14):1701–1712
- Blackwell, KL, Burstein, HJ, Storniolo, AM, et al. (2010). Randomized study of lapatinib alone or in combination with trastuzumab in women with ErbB2-positive, trastuzumab-refractory metastatic breast cancer. *J Clin Oncol.*, 28(7):1124–1130.
- Carr T., Groot G., Cochran D., Holtslander L. (2019). Patient Information Needs and Breast Reconstruction After Mastectomy: A Qualitative Meta-Synthesis. *Cancer Nurs*, 42(3):229-241.
- Carr T., Groot G., Cochran D., Vancoughnett M., Holtslander L. (2019a). Exploring Women's Support Needs After Breast Reconstruction Surgery: A Qualitative Study. *Cancer Nurs.*, 42(2):E1-E9.
- Carr, T., Groot G., Cochran, D., Holtslander, L.(2019). Patient Information Needs and Breast Reconstruction After Mastectomy. *Cancer Nurs.*, 42(3): 229–241.
- Casciato, D. (2011). *Κλινική ογκολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Corner, J., Baikey, C. (2006). *Cancer nursing: care in context*. (Μεταφρασμένο από Αγγλικά Ε. Πατηράκη- Κουρμπάνη. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδη
- Dornelles Prolla, C., Santos da Silva, P., Brinckmann Oliveira Netto, C., Roberto Goldim, J., Ashton-Prolla, P. (2015). Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*, 23(1), p. 90-97
- Flannery, M. (2005). *Core curriculum for oncology nursing*. 4th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Florescu, A., Amir, E., Bouganim, N., Clemons, M. (2011). Immune therapy for breast cancer in 2010—hype or hope? *Current Oncology*, 18 (1): e9–e18.

- Foy, S., Blowers, E. (2013). Breast Cancer Overview: Diagnosis and Staging. *Practice Nursing*, 20 (6), p. 276-281.
- Gupta, S., Holloway, D., Kabbra, A. (2011). *Guide of gynecological nursing care*. Μεταφρασμένο στα Αγγλικά από Α. Δελτσίδου. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
- Harvard Medical School. (2005). *Καρκίνος του μαστού, πρόληψη και θεραπεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη
- Jesinger, R. (2014). Breast Anatomy for the Interventionalist. *Tech Vasc Interventional Rad.*, 17:3-9.
- Kadmon I., Noy S., Billig A., Tzur T. (2016). Decision-Making Styles and Levels of Involvement Concerning Breast Reconstructive Surgery: An Israeli Study. *Oncol Nurs Forum*, 43(1):E1-7.
- Khan, F., Amatya, B., Ng L., Demetrios, M., Zhang, NY., Turner- Stokes, L. (2012). Multidisciplinary rehabilitation for follow- up of woman treated for breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews Bilateral Mastectomy. *Cancer Nursing*, 38(6):426–435.
- Laza-Vásquez C., Rodríguez-Vélez ME., Conde G., Perdomo-Romero AY., Pastells-Peiró R., Gea-Sánchez M. (2019). Experiences of young mastectomised Colombian women: An ethnographic study. *Enferm Clin.*, S1130-8621(19)30385-7.
- Li-Yu C., Yu-Yun H., Shu-Yuan Y., Bih-Ching S. (2018). Staring at My Body: The Experience of Body Reconstruction in Breast Cancer Long-term Survivors. *Cancer Nurs.*, 41(3):E56-E61.
- Moo, TA., Sanford, R., Dang, C., Morrow, M. (2018). Overview of Breast Cancer Therapy. *PET Clin.*, 13(3): 339–354.
- Myungsun, Y., Woo Joung, J., Eun Young, P., Eun Jin, K., Haejin, K., Ji Young, S. (2016). Decision Making Experience on Breast Reconstruction for Women with Breast Cancer. *J Korean Acad Nurs.*, 46(6):894-904.

- National Comprehensive Cancer Network (2011). Breast cancer. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Version 2. Available online: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf.
- Paterson, C., Lengacher, C., Donovan, K., Kevin, E., Tofthagen, C. (2016). Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Cancer Nurs.*, 39(1):1-29.
- Platt J., Baxter N., Zhong T. (2011). Breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. *CMAJ*, 183(18):2109–16.
- Reeder-Hayes, K., Wheeler, S., Mayer, D. (2015). Health Disparities across the Breast Cancer Continuum *Semin Oncol Nurs.*, 32(2):1-12.
- Retrouvey, H., Kerrebijn, I., Metcalfe, K., O'Neill, A., McCready, D., Hofer, S., Zhong, T. (2019). Psychosocial Functioning in Women with Early Breast Cancer Treated with Breast Surgery With or Without Immediate Breast Reconstruction. *Annals of Surgical Oncology*, 26:2444–2451.
- Rivard, A. & Peterson, D. (2019). *Anatomy, Thorax, Breast*. Treasure Island.
- Shah, R., Rosso, K., Nathanson, D. (2014). Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. *World J Clin Oncol.*, 5(3): 283–298.
- Sibbering, M., Courtney, C. (2016). Management of breast cancer: basic principles. *Breast*, 34(1):25-31.
- Smith, V., Devane, D., Begley, C., Clarke, M. (2011). Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 11(15):34-39.
- Somogyi R., Ziolkowski, N., Osman, F., Ginty A., Brown M. (2018). Breast reconstruction Updated overview for primary care physicians. *Can Fam Physician*, 64(6): 424–432.
- Talley, C., Williams, K. (2015). Impact of Age and Comorbidity on Cervical and Breast Cancer Literacy of African Americans, Latina, and Arab women. *Nurs Clin North Am.*, 50(3):1-23.

- Waks, A., Winer, E. (2019). Breast Cancer Treatment. *JAMA*, 321(3):316.
- Wishart, G. (2013). Breast cancer: advances in risk assessment. *Practice Nursing*, 21(10):511-514.
- Yi M., Joung H., Park J., Kwon J., Kim H., Seo J. (2016). Decision Making Experience on Breast Reconstruction for Women with Breast Cancer. *J Korean Acad Nurs.*, 46(6):894-904.