

**ΘΕΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ  
ΣΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

**Δουλκερίδου Αναστασία  
Κόλια Αλεξάνδρα**

**Εισηγήτρια: Αβραμικά Μαρία**

**Θεσσαλονίκη 2010**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ  
ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ  
ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

**Τριμελής επιτροπή:**

- 1. Αβραμικά Μαρία: Επίκουρος καθηγήτρια  
(εισηγήτρια)**
- 2. Δημητριάδου Αλεξάνδρα: Επίκουρος καθηγήτρια**
- 3. Μπελλάλη Θάλεια: Επίκουρος καθηγήτρια**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Εισαγωγή.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Ανατομία του μαστού .....</b>	<b>10</b>
1.1.Ανατομικά Στοιχεία .....	10
1.2.Αγγείωση του Μαστού .....	14
1.2.1.Οι Αρτηρίες .....	14
1.2.2.Οι φλέβες .....	15
1.3.Λεμφαγγεία .....	16
1.4.Λεμφογάγγλια .....	16
1.5.Η Νεύρωση .....	18
1.6.Μύες του Μαστού .....	18
<b>2. Φυσιολογία του Μαστού .....</b>	<b>21</b>
2.1.Ο Μαστός στην Εγκυμοσύνη.....	23
2.2.Μηχανισμός Έκκρισης Γάλακτος.....	23
<b>3. Καρκίνος του Μαστού .....</b>	<b>25</b>
3.1. Τι είναι ο καρκίνος του μαστού .....	25
3.2. Στατιστικά δεδομένα .....	26
3.3. Επιδημιολογία .....	28
3.4. Ταξινόμηση.....	28
3.5. Παράγοντες κινδύνου .....	29
3.6. Απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης.....	31
Α) Μαστογραφία.....	31
Β) Υπερηχογράφημα μαστών.....	34
Γ) Μαγνητική Μαστών .....	35
3.7. Βιοψία.....	36
<b>4.Κλινική Εικόνα - Κλινική Εξέταση .....</b>	<b>38</b>
4.1 Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού .....	38
4.2 Κλινική Εξέταση.....	38
4.2.1.Ιστορικό .....	38
4.2.2.Φυσική Εξέταση .....	39
4.2.3.Επισκόπηση.....	40

4.2.4. Ψηλάφηση.....	42
4.3 Αυτοεξέταση μαστών.....	44
4.3.1.Επισκόπηση.....	44
4.3.2Ψηλάφηση.....	45
<b>5.Πρόληψη.....</b>	<b>51</b>
5.1. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρωτογενή πρόληψη.....	53
<b>6. Θεραπευτικές μέθοδοι .....</b>	<b>54</b>
6.1. Συντηρητική θεραπεία .....	54
6.1.1 Χημειοθεραπεία.....	54
6.1.2.Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας .....	56
6.1.3. Ακτινοθεραπεία .....	57
6.1.4. Ορμονοθεραπεία.....	58
6.1.5. Νοσηλευτική παρέμβαση στην ορμονοθεραπεία.....	59
6.2. Χειρουργική θεραπεία .....	60
6.3. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα (ΠΝΦ).....	62
6.3.1.Προεργασία .....	62
6.3.2.Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία .....	63
6.3.3.Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία.....	69
6.4. Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα (ΜΝΦ).....	71
6.4.1.Εμφάνιση πόνου .....	71
6.4.2.Αιμορραγία .....	73
6.4.3.Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής.....	74
6.4.4.Πρόληψη ή/ και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος .....	75
<b>7. Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου.....</b>	<b>76</b>
7.1. Συναισθηματικές διαταραχές .....	77
7.2. Φόβος επανεμφάνισης του καρκίνου.....	78
7.3. Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας.....	78
7.4. Κατάθλιψη και καρκίνος.....	80
7.5.Η Θλίψη της απώλειας .....	82
7.6. Το αίσθημα ‘ενοχών’ ως αποτέλεσμα του καρκίνου .....	86
7.7. Το αίσθημα της αβεβαιότητας και ο καρκίνος.....	88
7.8. Σεξουαλικότητα και καρκίνος .....	90
<b>8. Η υποστήριξη των ασθενών με Κ.Μ. από επαγγελματίες υγείας .....</b>	<b>91</b>
8.1. Λόγοι παρέμβασης του ειδικού ψυχικής υγείας .....	92

8.2. Συναισθηματική υποστήριξη.....	94
8.3. Ψυχολογική υποστήριξη.....	95
8.3.1. Ατομική ψυχολογική υποστήριξη.....	96
8.3.2. Διαδικασία της ατομικής ψυχολογικής υποστήριξης.....	97
8.3.3. Ομαδική ψυχολογική υποστήριξη.....	97
8.3.4. Τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη.....	98
8.3.5. Διαδικτυακή ψυχολογική υποστήριξη.....	99
8.4. Αναζητώντας τον ειδικό Ψυχικής Υγείας.....	100
8.4.1. Υποστήριξη από ψυχολόγο.....	101
8.4.2. Υποστήριξη από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.....	102
<b>9. Συμπεράσματα.....</b>	<b>104</b>
<b>Περίληψη.....</b>	<b>106</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>107</b>

## **Εισαγωγή:**

Πολλές παθήσεις που θεωρούνται ανίατες μπορούν σήμερα να προληφθούν ή και να θεραπευθούν, εφ' όσον διαγνωσθούν έγκαιρα. Τόσο η πρόληψη όσο και η έγκαιρη διάγνωση, προϋποθέτουν ότι ο πολίτης είναι ευαισθητοποιημένος και κατάλληλα ενημερωμένος. Η γνώση της κατασκευής και του τρόπου που λειτουργεί το ανθρώπινο σώμα, αλλά και η κατανόηση βασικών στοιχείων μιας πάθησης ,μπορούν να βοηθήσουν ώστε να αναγνωρισθούν έγκαιρα, τυχόν προειδοποιητικά συμπτώματα και σημεία, από τον ίδιο τον πάσχοντα και να τον οδηγήσουν στο γιατρό. Από την άλλη μεριά, το να γνωρίζει κανείς τον τρόπο εξέτασης, το είδος της θεραπείας, βοηθά στο να έρθει πιο εύκολα στο γιατρό, ξεπερνώντας τους φόβους και τους δισταγμούς του. Άλλωστε είναι γνωστό στην πρακτική ιατρική ότι αυτό που φοβίζει περισσότερο τον άνθρωπο στο ζήτημα της ασθένειας είναι το «άγνωστο» και ο «μύθος» που την περιβάλλει.

Το σώμα μας αποτελείται από απειροελάχιστες δομές, τα κύτταρα, που δεν φαίνονται με γυμνό μάτι. Ομάδες εξειδικευμένων κυττάρων σχηματίζουν τους ιστούς και τα διάφορα όργανα του σώματος, όπως τον εγκέφαλο, τους πνεύμονες και τα νεφρά. Υπό φυσιολογικές συνθήκες τα κύτταρα αναπαράγονται μέσα από την διαίρεση τους σε τακτικά διαστήματα, έτσι ώστε τα διάφορα όργανα να αναπτύσσονται και να ανανεώνονται. Η ασθένεια μπορεί να διαταράξει αυτή την φυσιολογική λειτουργία με διάφορους τρόπους.

Μερικές φορές εμφανίζεται ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των κυττάρων που δημιουργεί έναν όγκο. Οι όγκοι αυτοί μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Ο καλοήθεις όγκος παραμένουν περιορισμένοι σε μια μικρή περιοχή, δεν δίνουν μεταστάσεις και μετά την θεραπεία δεν δημιουργούν άλλα προβλήματα. Οι κακοήθεις όγκοι ή καρκίνοι επίσης εμφανίζονται σε περιορισμένη έκταση, αλλά αν παραμεληθούν μπορεί να εξαπλωθούν σε κοντινά όργανα ή ιστούς.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στον Δυτικό κόσμο.

Συμβαίνει όταν κάποια κύτταρα του μαστού χάνουν τον έλεγχο του πολλαπλασιασμού και διαιρούνται ανεξέλεγκτα. Τα κύτταρα αυτά έχουν την

δυνατότητα να διασπασούν ή και να διηθήσουν κάποιους φυσιολογικούς ανατομικούς φραγμούς του μαστού και να διασπαρούν στο υπόλοιπο σώμα.

Κάθε καρκίνος έτσι και αυτός του μαστού συμβαίνει λόγω κάποιας γενετικής ανωμαλίας σε κάποιο κύτταρο. Παρότι η αιτία βρίσκεται σε επίπεδο γονιδίων, μόνο το 5 - 10% των καρκίνων του μαστού κληρονομούνται από τους γονείς.

Οι περισσότεροι καρκίνοι στον μαστό οφείλονται σε κάποια γονιδιακή βλάβη που συμβαίνει κατά τη διάρκεια ζωής του ατόμου.

Ο κίνδυνος να αναπτύξει μια γυναίκα καρκίνο στον μαστό αυξάνει με την ηλικία. Έτσι ενώ μέχρι την ηλικία των 39 ετών ο κίνδυνος είναι μόλις 0,5%, στις ηλικίες 40 - 59 ετών ο κίνδυνος φτάνει το 4%<sup>1</sup>. Από την ηλικία των 60 και άνω, ο κίνδυνος αυτός φτάνει το 7%<sup>2</sup>.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού είναι:

- ❖ Η κληρονομικότητα - Οι κόρες, οι αδερφές ή οι μητέρες γυναικών που ανέπτυξαν καρκίνο μαστού και ιδιαιτέρως σε νεαρή ηλικία (<50 ετών), έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν και οι ίδιες
- ❖ Συγγενείς γυναικών που παρουσίασαν καρκίνο και στους δύο μαστούς
- ❖ Επανειλημμένη εμφάνιση στην ίδια οικογένεια στο παρελθόν καρκίνου μαστού ή ωοθηκών
- ❖ Γυναίκες με πρόωμη έναρξη εμμήνου ρύσης
- ❖ Γυναίκες με καθυστερημένη εμμηνόπαυση
- ❖ Γυναίκες που λαμβάνουν οιστρογόνα τουλάχιστον 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση
- ❖ Γυναίκες που δεν γέννησαν ή τουλάχιστον δεν είχαν μία τελειόμηνη κύηση
- ❖ Παχυσαρκία
- ❖ Συχνή χρήση αλκοόλ
- ❖ Κάπνισμα

Οι αναφορές γίνονται σε απλή και κατανοητή γλώσσα –όσο αυτό είναι δυνατόν-, με σκοπό και στόχο αυτή η μελέτη να διαβαστεί από όσο το

---

<sup>1</sup> Δηλαδή 1 στις 25 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό.

<sup>2</sup> Περίπου 1 στις 15 γυναίκες.



δυνατόν περισσότερες ελληνίδες και να γίνει το ερέθισμα κυρίως για την πρόληψη των καρκίνων του μαστού.

Ευσεβείς πόθοι ίσως, αλλά γίνεται μια σοβαρή προσπάθεια από τη σκοπιά των νοσηλευτών να μπει ένα λιθαράκι έστω για την επίτευξη αυτού του στόχου.

Στην παρούσα μελέτη γίνεται αναφορά στην ανατομία και φυσιολογία του μαστού, τους παράγοντες κινδύνου, την κλινική εικόνα, μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου του μαστού καθώς και τις θεραπευτικές μεθόδους και τον ρόλο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι την αποθεραπεία ή το τέλος. Έμφαση δίνεται στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ασθενών με καρκίνου του μαστού.

# 1.Ανατομία του μαστού

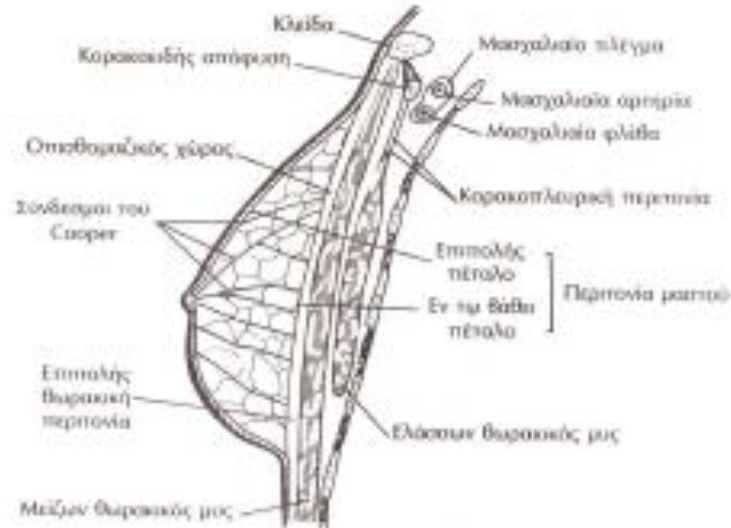
## 1.1Ανατομικά Στοιχεία

Ο μαστός στον άνδρα και στην γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2η και 6η πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την 4η πλευρά. Το όριο του προς την μέση γραμμή είναι το χείλος του στέρνου, ενώ προς την πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού.(Τσακραλίδης 1985)

Ο μαστός της άτοκης έχει σχήμα κώνου, που από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω τη θηλή. Το σχήμα τους μεταβάλλεται από πολλά αίτια όπως π.χ. η εγκυμοσύνη, η γαλουχία κ.α.

Η επιπολής περιτονία του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δυο στιβάδες. Μια επιπολής λιπώδη στιβάδα και μια εν τω βάθει, μεμβρανώδη. Στην επιπολής λιπώδη στιβάδα αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας, καλυπτόμενος από στρώμα λίπους. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού που χωρίζουν τα αδενικά του λόβια επεκτείνονται στη θωρακική περιτονία και στο επιπολής πέταλο της περιτονίας του Scarpa, σχηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι τελευταίοι είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος σε καρκίνο στο μαστό (εικ. 1.1).

(Χατζημπούγιας 2003)



Εικόνα 1.1 Οβελιαία διατομή του μαστού και του θωρακικού τοιχώματος.

- α. Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού καλύπτεται από λεπτό και λείο δέρμα, στο μέσο περίπου του οποίου παρατηρούνται η θηλή και η θηλέα άλω.

Η θηλή του μαστού αποτελεί κυλινδροειδές ή κωνοειδές έπαρμα του δέρματος, που παρουσιάζει στην κορυφή τις ρωγμές, όπου υπάρχουν 15 ως 20 στόμια για την εκβολή των γαλακτοφόρων πόρων.

Η θηλή χαρακτηρίζεται από την άφθονη παρουσία μελανίνης, που της δίνει καστανέρυθρο χρώμα.

Η θηλέα άλω είναι υποστρόγγυλη και ελαφρά επηρμένη περιοχή γύρω από τη θηλή, που χαρακτηρίζεται για το καστανέρυθρο χρώμα της. Η διάμετρος της είναι 1,5 έως 6εκ.

Η εξωτερική επιφάνεια της θηλέας άλω, παρουσιάζει 10 έως 15 μικρά επάρματα, τα αλωαία οζίδια, που είναι διατεταγμένα σε κύκλο γύρω από τη θηλή.

Τα οζίδια αυτά έχουν ως υπόθεμα τους αλωαίους αδένες του Montgomery που είναι κυρίως οσμηγόνοι, αλλά και σμηγματογόνοι και υποτυπώδεις γαλακτικοί αδένες.

- β. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού, είναι ελαφρά υπόκοιλη και επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μύς. Σε μεγάλους μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια μπορεί να φθάνει μέχρι τον πρόσθιο οδοντωτό ή τον έξω λοξό κοιλιακό μυ.

γ. Η περιφέρεια του μαστού μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα.

Από άποψη κατασκευής ο μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και από το μαστικό αδέννα.

α. *Το δέρμα:* Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό και διαφανές και έχει σμηγματογόνους και πολλούς ιδρωτοποιούς αδένες, συνδέεται δε στενά με το περιμαστικό λίπος. Ιδιαίτερα στη θηλή και στη θηλέα άλω, υπάρχουν πολλά χρωστικοφόρα κύτταρα, που δίνουν τη σκοτεινότερη χροιά των περιοχών αυτών σε σχέση προς το γύρω δέρμα. Ακόμη και στο χόριο του δέρματος των θέσεων αυτών υπάρχουν πολλές λείες μυϊκές ίνες, που προκαλούν σκλήρυνση (σύσση) των μορφωμάτων αυτών κατά την προστριβή ή το θηλασμό.

β. *Το περιμαστικό λίπος:* Το περιμαστικό λίπος είναι συνέχεια του υποδόριου λίπους και είναι αφθονότερο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και στο μαστικό αδέννα, όπου μέσα σ' αυτό κατασκηώνει ο μαστικός αδέννας. Διακρίνουμε σ' αυτό την πρόσθια στιβάδα του, από την οποία περνάνε συνδετικές ίνες που λέγονται σύνδεσμοι του Cooper καθώς και την οπίσθια στιβάδα. Οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper, σε περίπτωση που διηθηθούν από καρκίνο, χάνουν την ελαστικότητα τους με συνέπεια τη βράχυνση τους. Έτσι έχουμε εισολκή του δέρματος που είναι σοβαρό κλινικό σημείο στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

γ. *Ο Μαστικός ή μαζικός αδέννας ή μαστικό σώμα:* Αυτός αποτελεί δισκοειδή αδέννα που στη γυναίκα που δεν έμεινε έγκυος βρίσκεται πίσω από τη θηλέα άλω και μόλις υπερβαίνει τα όρια της. Στη γυναίκα που γέννησε το μέγεθος του είναι αρκετά μεγαλύτερο και το σχήμα του ανώμαλο. Σε διατομή ο μαζικός αδέννας είναι λευκοπός υπόσκληρος και ελαστικός, σε αντίθεση με το περιμαστικό λίπος που είναι υποκίτρινο και μαλακό. Η πρόσθια επιφάνεια του μαστικού αδέννα είναι υπόκυρτη και ανώμαλη, παρουσιάζει δε εντυπώματα που χωρίζονται με ακρολοφίες. Ανάμεσα στις ακρολοφίες και το χόριο του

δέρματος επεκτείνονται ινώδεις δεσμίδες, οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του μαστού, που διαιρούν τον αδένα σε 15 έως 20 λοβούς. Τα εντυπώματα της πρόσθιας επιφάνειας γεμίζουν από περιμαστικό λίπος, εκτός από την περιοχή της θηλής άλω και της θηλής, όπου ο αδένας συνδέεται απευθείας με το χόριο του δέρματος. Η οπίσθια επιφάνεια χωρίζεται από την περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός με λίγο ινολιπώδη ιστό. Η περιφέρεια τέλος, του μαζικού αδένα παρουσιάζει προς τα έσω τη στερνική απόφυση και προς τα έξω την άνω και την κάτω μασχालιά απόφυση. Από τις τρεις η τελευταία είναι η μεγαλύτερη.

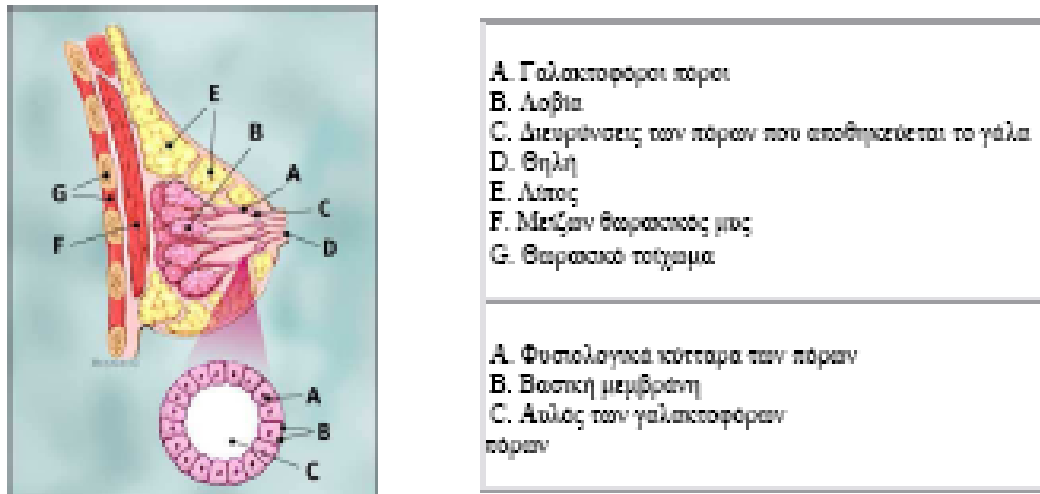
Οι λοβοί του μαζικού αδένα έχουν σχήμα πυραμοειδές με την κορυφή προς τη θηλή, απ' όπου βγαίνει ένας γαλακτοφόρος πόρος. Οι πόροι αυτοί, συγκλείνουν προς την θηλή και εκβάλλουν, είτε μόνοι, είτε μαζί με άλλους σε τμήματα της κορυφής της θηλής. Πριν από την εκβολή τους, κάθε γαλακτοφόρος πόρος παρουσιάζει ένα ανεύρυσμα, τον γαλακτοφόρο κόλπο, όπου μαζεύεται το γάλα.

Το εκκριτικό τμήμα του αδένα αποτελείται από τις αδενοκυψέλες. Οι αδενοκυψέλες που εκβάλλουν σε ένα μεγάλο κλάδο του γαλακτοφόρου πόρου, αποτελούν ένα λοβίο μαζικού αδένος. Τα παραπάνω αδενικά στοιχεία βρίσκονται μέσα σε ένα υπόστρωμα από ινώδη συνδετικό ιστό, που είναι χαλαρότερος γύρω από τις αδενοκυψέλες.

Με βάση όλα τα παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι ο μαστικός αδένας είναι συνήθως σωληνοκυψελοειδής και μοιάζει με τους οσμηγόνους αδένες του δέρματος, ως προς τον τρόπο δε παραγωγής του εκκρίματος είναι εξωκρινής αδένας. Πάντως, η λεπτότερη κατασκευή του αδένα παραλλάζει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τη λειτουργική του δραστηριότητα.

Μύες: Οι μύες στην περιοχή του μαστού που έχουν σχέση με τις εγχειρήσεις σ' αυτόν είναι: α) μείζων θωρακικός β) ελάσσων θωρακικός γ) πρόσθιος οδοντωτός δ) πλατύς ραχιαίος ε) κορακοβραχιόνιος στ) υποπλάτιος ζ) έξω λοξός κοιλιακός.

Περιτονίες: Οι περιτονίες στην περιοχή του μαστού που αφορούν την εγχειρητική του είναι: α) υποδόρια π. β) περιτονία της μασχάλης. (Χατζημπούγιας 2003)



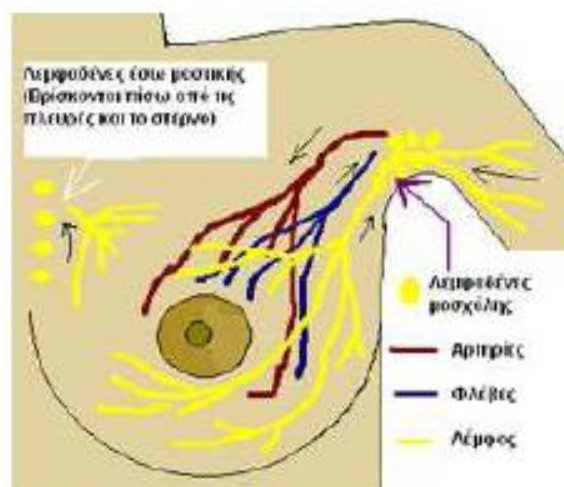
Εικόνα 1.2 Φυσιολογική ανατομία μαστού

## 1.2 Αγγείωση του Μαστού

Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με τις αρτηρίες, τις φλέβες και τα λεμφαγγεία.(εικ. 1.3).

### 1.2.1 Οι Αρτηρίες

Οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διαπιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες. (Χατζημπούγιας 2003)



Εικόνα 1.3 Αγγείωση του μαστού.

### **1.2.2 Οι φλέβες**

Ο μαστός έχει πλούσιο φλεβικό δίκτυο που διακρίνεται σε επιπολής και εν τω βάθει.

Οι επιπολής εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα. Οι εν τω βάθει φλέβες αποχετεύουν ακολουθώντας 3 βασικές οδούς: 1) προς την έσω μαστική φλέβα, 2) προς τη μασχαλιαία φλέβα, και 3) προς τις μεσοπλεύριες φλέβες που αναστομώνονται με τις σπονδυλικές και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα.

Η τελευταία αυτή οδός εξηγεί την παρουσία μεταστάσεων από καρκίνο του μαστού στη σπονδυλική στήλη.

Η φλεβική οδός είναι σημαντική στη μελέτη του καρκίνου του μαστού, γιατί (α) οι μεταστάσεις συχνά γίνονται μέσω αυτής της οδού, και (β) η λεμφική οδός, που έχει ιδιαίτερο ρόλο στις μεταστάσεις, ακολουθεί τις φλέβες. Το αίμα απάγεται από τους μαστούς και το θωρακικό τοίχωμα με τις τρεις ομάδες εν τω βάθει φλεβών. (Χατζημπούγιας 2003)

#### ***Διαπιτραινόντες κλάδοι της έσω μαστικής φλέβας***

Αποτελούν την μεγαλύτερη ομάδα φλεβών που απάγουν αίμα από το μαστό προς την ανώνυμη φλέβα. Αυτή η φλεβική οδός οδηγεί κατευθείαν στα πνευμονικά τριχοειδή και έτσι δημιουργείται οδός για μεταστατικά καρκινικά έμβολα από το μαστό στους πνεύμονες. (Χατζημπούγιας 2003)

#### ***Μασχαλιαία φλέβα***

Δέχεται μικρές φλέβες από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μύς και την εν τω βάθει επιφάνεια του μαστού. Μέσω της μασχαλιαίας, το αίμα καταλήγει στο τριχοειδικό δίκτυο των πνευμόνων και έτσι δημιουργείται η δεύτερη μεταστατική οδός για τους πνεύμονες. (Χατζημπούγιας 2003)

#### ***Μεσοπλεύριες φλέβες***

Η τρίτη -και μια από τις πιο σημαντικές- οδός φλεβικής παροχέτευσης από τους μαστούς είναι μέσω των μεσοπλευρίων φλεβών. Αυτές οι φλέβες επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και τελικά καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Αυτή η φλεβική οδός οδηγεί μέσω της άνω κοίλης φλέβας στους πνεύμονες. Έτσι, δημιουργείται ένας τρίτος δρόμος, διαμέσου του οποίου

καρκινικά έμβολα από το μαστό δημιουργούν πνευμονικές μεταστάσεις. (Χατζημπούγιας 2003)

### **1.3 Λεμφαγγεία**

Το πλούσιο λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού, δηλαδή του δέρματος και του μαστικού αδένου αποχετεύει τη λέμφο προς δύο κατευθύνσεις:

- 1) προς τα έξω στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και
- 2) προς τα έσω στους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας.

Μεταξύ αυτών των δύο οδών υπάρχουν πολλές αναστομώσεις. Ακόμη υπάρχουν αναστομώσεις μεταξύ των λεμφαγγείων της έσω μαστικής αρτηρίας του άλλου μαστού. (Χατζημπούγιας 2003)

### **1.4 Λεμφογάγγλια**

Οι λεμφαδένες του μαστού διακρίνονται στους: 1) μασχαλιαίους, 2) υπερκλειδίους, 3) της έσω μαστικής.

Οι επιχόριοι λεμφαδένες είναι οι πλέον σημαντικοί και οι πιο συχνά προσβαλλόμενοι από μεταστάσεις.

Εξάλλου οι μεταστάσεις προς τους λεμφαδένες ακολουθούν πορεία από τους κατώτερους προς τους ανώτερους, δηλαδή απ' τους υποκλειδίους προς τους υπερκλειδίους. (Χατζημπούγιας 2003)

Ως καλύτερη περιγραφή και κατάταξη θεωρείται αυτή των Poirier και Cuneo (1902), η οποία υιοθετήθηκε και από τον Rouviere (1932). Σύμφωνα με αυτήν, υπάρχουν 6 ομάδες μασχαλιαίων λεμφαδένων.

#### **α. Έξω μαστικά λεμφογάγγλια**

Είναι μια ομάδα λίγων λεμφογαγγλίων που βρίσκονται κατά μήκος της πορείας της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας και συμφύονται χαλαρά με την περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού μυ. Αν και βρίσκονται κοντά στο μαστό μόνο το 72% των καρκινωμάτων του μαστού που καθίστανται στους μασχαλιαίους αδένες συμπεριλαμβάνουν ως μεταστατική εστία και την ομάδα αυτών των λεμφαδένων. (Χατζημπούγιας 2003)



### **β. Ωμοπλαταιαία λεμφογάγγλια**

Αποτελούν ομάδα 5-6 λεμφαδένων και βρίσκονται κατά την πορεία της υποπλάτιας φλέβας. Βρίσκονται σε στενή σχέση με το θωρακοραχιαίο νεύρο και είναι συχνή η βλάβη του νεύρου αυτού κατά την προσπάθεια εκτομής των αδένων, όταν έχουν διηθεί από καρκίνο του μαστού. (Χατζημπούγιας 2003)

### **γ. Κεντρικά λεμφογάγγλια**

Η ομάδα αυτή των λεμφαδένων είναι η μεγαλύτερη και η πιο προσιτή στην ψηλάφηση. Συνήθως, βρίσκονται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης, και είναι η συχνότερα προσβαλλόμενη από μεταστάσεις ομάδα, στον καρκίνο του μαστού. (Χατζημπούγιας 2003)

### **δ. Διαθωρακικά λεμφογάγγλια**

Βρίσκονται μεταξύ του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός, κατά μήκος των θωρακικών κλάδων των ακρομιοθωρακικών αγγείων. Ο Rotter, το 1899, διαπίστωσε ότι στο 33% των χειρουργικώς αφαιρουμένων για κακοήθεια μαστών, τα διαθωρακικά λεμφογάγγλια ήταν διηθημένα από καρκίνο. Σε νεώτερες όμως έρευνες το ποσοστό αυτό είναι σαφώς πολύ μικρότερο. (Χατζημπούγιας 2003)

### **ε. Λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας**

Βρίσκονται κατά μήκος του πλαγίου τμήματος της μασχαλιαίας φλέβας. Η ψηλάφηση τους είναι δυσχερής, γιατί καλύπτονται από τον τένοντα του μείζονος θωρακικού μυός. Λόγω της στενής επαφής με την μασχαλιαία φλέβα παρουσιάζονται ιδιαίτερα προβλήματα στην αφαίρεσή τους, όταν έχουν διηθεί από μεταστατική νόσο. (Χατζημπούγιας 2003)

### **στ. Υποκλείδια λεμφογάγγλια (κορυφαίοι λεμφαδένες)**

Βρίσκονται στην ανατομική κορυφή της μασχάλης, στο σημείο όπου η μασχαλιαία φλέβα χάνεται κάτω από τον καταφυτικό τένοντα του υποκλειδίου μυός. Ένας ή δυο υποκλείδιοι αδένες βρίσκονται κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας σε σημείο μη προσιτό χειρουργικώς, εκτός αν αφαιρεθεί ο ελάσσων θωρακικός μυς. Συλλεκτικοί λεμφικοί κορμοί από όλες τις άλλες ομάδες λεμφαδένων καταλήγουν στα υποκλείδια λεμφογάγγλια. Αν διαπιστωθεί ότι

έχουν διηθεί από μεταστατική νόσο η χειρουργική θεραπεία μόνη δεν πρέπει να θεωρείται αρκετή.(Χατζημπούγιας 2003)

## **1.5 Η Νεύρωση**

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο το θωρακοραχιαίο, το μακρύ θωρακικό ή το νεύρο του Bell και απ' το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Ιδιαίτερη νευροβρίθεια εμφανίζει η θηλή όπου οι νευρικές ίνες τελειώνουν στα απτικά σωμάτια του Meissner εξηγώντας έτσι το ενδιέγερτο της θηλής.

Ο μαστός είναι ορμονοεξερτημένο όργανο. Η ανάπτυξη των μαστών κατά την ήβη, καθώς και η μορφολογία τους κατά τις διάφορες φάσεις του καταμηνίου κύκλου, την κύηση και τη γαλουχία, εξαρτώνται άμεσα από τις γεννητικές ορμόνες και της αδενουπόφησης.

Κατά την κύηση και τη γαλουχία ο μαστός παρουσιάζει εντυπωσιακές αλλαγές. Έτσι, από το δεύτερο μήνα της εγκυμοσύνης, αυξάνει το μέγεθος του μαστού και της θηλής, καθώς και η διάμετρος της θηλής άλω.

Παράλληλα, οι εκφορητικοί πόροι επιμηκύνονται και παράγονται νέες αδενοκυψέλες, έτσι ώστε, στο τέλος της εγκυμοσύνης, ο μαστός να είναι έτοιμος για τη γαλουχία. Κατά το τέλος της κύησης και τις 2-3 πρώτες μέρες μετά τον τοκετό αρχίζει η παραγωγή του γάλακτος, που ρυθμίζεται από την προλακτίνη, ορμόνη της αδενουπόφησης. Μετά το τέλος της γαλουχίας, ο μαστός αρχίζει να υποστρέφει, ποτέ όμως η επάνοδος στο μέγεθος και τη μορφή προ της εγκυμοσύνης δεν είναι πλήρης. Κατά την μετακλιμακτηριακή ηλικία, ο γυναικείος μαστός ατροφεί, το δε μαστικό σώμα αποτελείται μόνο από ινώδη ιστό και τους μεγαλύτερους γαλακτοφόρους πόρους. Στον άρρενα ο μαστός δεν είναι αναπτυγμένος.(Χατζημπούγιας 2003)

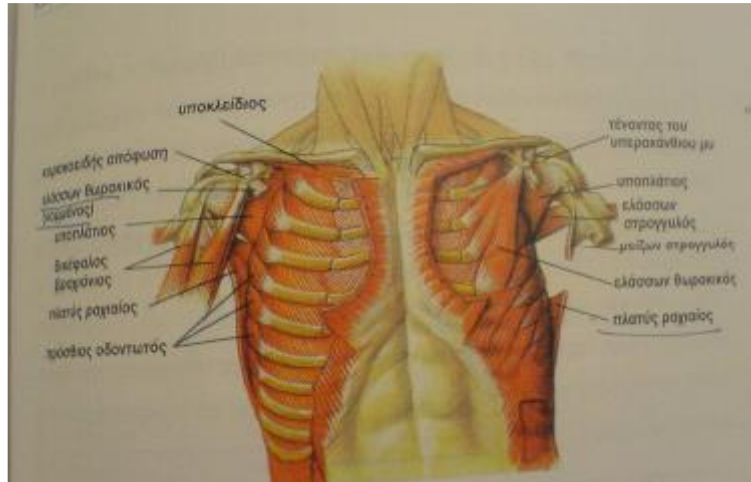
## **1.6 Μύες του Μαστού**

Οι μύες που ανήκουν στην περιοχή του μαστού, όπως κατά διαστήματα έχουν αναφερθεί, είναι:

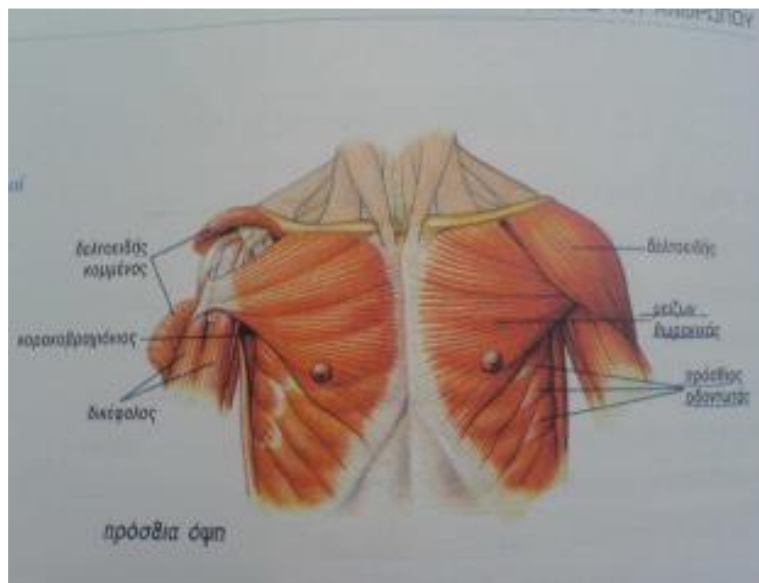
- I. Ο μείζων θωρακικός μυς (εικ. 1.6 α και 1.6.γ).
- II. Ο ελάσσων θωρακικός μυς (εικ. 1.6β και 1.6.γ).
- III. Ο πρόσθιος οδοντωτός μυς (εικ. 1.6 α, β και 1.6.γ).

- IV. Ο πλατύς ραχιαίος μυς (εικ. 1.6 β και 1.6.γ).
- V. Ο κορακοβραχιόνιος μυς (εικ. 1.6 α και 1.6.γ).
- VI. Ο έξω λοξός κοιλιακός μυς.

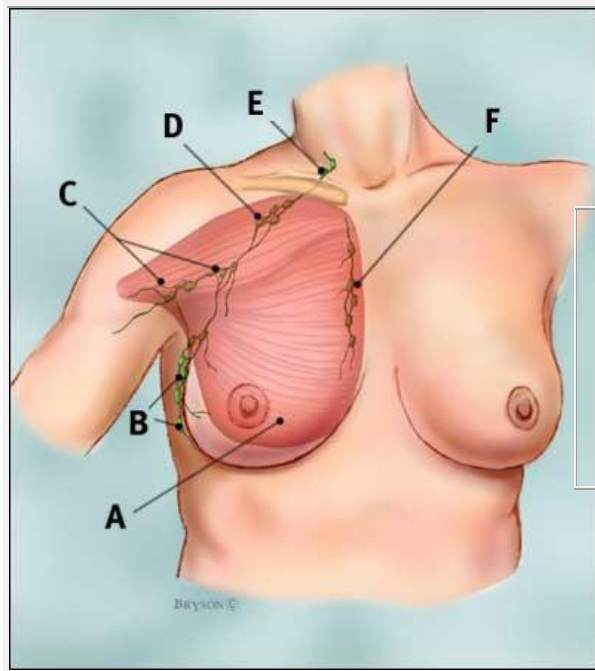
(Χατζημπούγιας 2003)



Εικόνα 1.6 α) Επιπόλης ωμοθωρακικοί μύες



Εικόνα 1.6 β) Εν τω βάθει ωμοθωρακικοί μύες



- A. Μείζων θωρακικός μυς
- B. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο I
- C. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο II
- D. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο III
- E. Υπερκλείδιοι λεμφαδένες
- F. Έσω μαστικοί λεμφαδένες

Εικόνα 1.6 γ Οι ωμοθωρακικοί μύες και οι λεμφαδένες

## 2.Φυσιολογία του Μαστού

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο ως μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και κυρίως ως μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου και εξέλιξή του μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία-αποστολή του που είναι η γαλουχία.

Οι ενδοκρινείς επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων και του αδενικού επιθηλίου και του διάμεσου και λιπώδους ιστού. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική ορμόνη, τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή.

Ο μαστός για την ανάπτυξη και λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων.

Η προλακτίνη φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση, σε συνέργεια με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη, στην πρόκληση της παραγωγής γάλακτος, καζεΐνης και α- λακταλβουμίνης.

Μάλιστα, τα οιστρογόνα φαίνεται ότι αυξάνουν τον αριθμό υποδοχέων για την προλακτίνη, με τρόπο ανάλογο προς την αύξηση των υποδοχέων για την προγεστερόνη. Η προλακτίνη, μετά τη σύνδεση με τους υποδοχείς της μεταφέρεται με άγνωστο μηχανισμό διάμεσου των επιθηλιακών κυττάρων στους πόρους, ώστε να βρίσκεται σε πολύ μεγάλες συγκεντρώσεις στο υγρό των πόρων.(Guyton 1984)

Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και την λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση της προλακτίνης κυρίως, και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο, προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων. Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα, δεν ασκεί βιολογική δράση στο μαστό παρά μόνο με την συνέργεια των υποφυσικών ορμονών και των οιστρογόνων. Η δράση της συνίσταται κυρίως στην

ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων. Προκαλεί αύξηση του μεγέθους των λοβίων του μαζικού αδένα, πολλαπλασιασμό των αδενοκυψελών και εμφάνιση εκκριτικών χαρακτηριστικών στα κύτταρά τους. Η αυξητική ορμόνη και η ινσουλίνη είναι αναγκαίες, κυρίως για την συνεργατική του δράση με την προλακτίνη, ενώ η παρουσία γλυκοκορτικοειδών και θυρεοειδικών ορμονών φαίνεται απαραίτητη για τις περισσότερες φάσεις της ανάπτυξης και της λειτουργίας του μαστού. Ειδικά για τις θυρεοειδικές ορμόνες, θυροξίνη και τριιωδοθυρονίνη, επικρατεί η άποψη ότι σχετίζονται και με την παθογένεια προβλημάτων του αδένα, αφού η συχνότητα θυρεοειδοπάθειας σε καλοήθεις μαστοπάθειες και νεοπλάσματα του μαστού έχει βρεθεί σημαντικά αυξημένη. Η βιολογική δράση των ορμονών στο μαστό μεταβάλλεται από πολυάριθμους παράγοντες, όπως η μεταβολή της ορμονοέκκρισης κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, η σχετική προς άλλες ορμόνες αυξομείωση της συγκέντρωσης μαστοτρόπων ορμονών καθώς και η ποικίλλουσα δεκτικότητα του αδένα.

Σε μικρό διάστημα από την γέννηση, όταν η παραγωγή οιστρογόνων-προγεστερόνης είναι ελάχιστη, ο μαστός αποτελείται από μικρούς γαλακτοφόρους πόρους, χωρίς κυστίδια, ινώδη και λιπώδη ιστό. Με την ενήβωση αυξάνεται αισθητά η παραγωγή υποφυσιακών γοναδοτροπινών, προάγεται η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης και αρχίζει βαθμιαία η ανάπτυξη του αδενικού ιστού (θηλαρχή), όπως και η απόθεση λίπους και η ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού. Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της έκκρισης των ενδοκρινών αδένων είναι οι αυξομειώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού. Έτσι κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου, με τη βαθμιαία αύξηση της έκκρισης οιστρογόνων από το θυλάκιο που ωριμάζει και της προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο ο μαστός υφίσταται αλλαγές. Την εικόνα ηρεμίας αμέσως μετά την έμμηνο ρύση και κατά την πρώτη φάση του κύκλου ακολουθεί κατάσταση αυξημένου μεγέθους, μεγαλύτερης ευαισθησίας και υψηλότερης θερμοκρασίας κατά την ωχρινική και προεμμηνορρυσιακή φάση. Οι αλλαγές αυτές εισάγονται με την ενήβωση, επαναλαμβάνονται ανελλιπώς κατά την αναπαραγωγική ζωή και σταματούν μετά την εμμηνόπαυση. Κατά την τελευταία αυτή φάση, η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας και η ελάττωση έκκρισης των οιστρογόνων,

προγεστερόνης και προλακτίνης οδηγούν στο χαρακτηριστικό τύπο μαστού της μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας, με την έκδηλη και βαθμιαία υποστροφή όλων των στοιχείων μέχρι την κατάληξη στη γεροντική μορφή μαστού.

Μέχρι τη γέννηση του νεογνού δεν εκκρίνονται από το μαστό παρά λίγα ml υγρού κάθε μέρα. Αυτό το υγρό ονομάζεται πύαρ (πρώτο γάλα) και περιέχει πρωτεΐνες και λακτόζη στην ίδια συγκέντρωση με το γάλα, αλλά σχεδόν καθόλου λίπος. Ο μέγιστος ρυθμός της παραγωγής του ισοδυναμεί με το 1/100 του ρυθμού της παραγωγής γάλακτος που ακολουθεί. (Κόνιαρη 1991)

## **2.1 Ο Μαστός στην Εγκυμοσύνη**

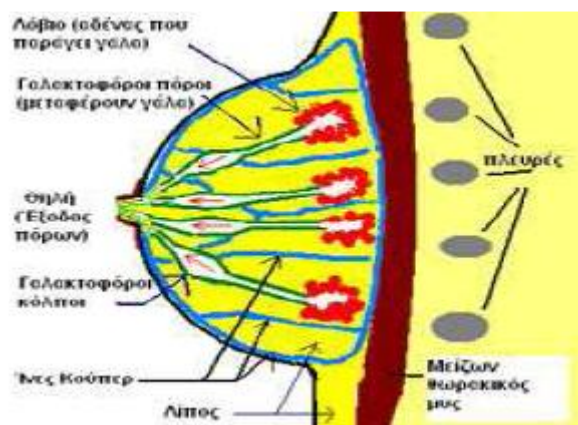
Κατά την εγκυμοσύνη, παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση του μαστού. Στο πρώτο ήμισυ της κύησης παρατηρείται ταχεία ανάπτυξη των τελικών τμημάτων των πόρων και των αδενοκυψελών. Η αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων του αδένου συνοδεύεται από αντίστοιχη ελάττωση του διαμέσου λιπώδους ιστού και από συρροή λεμφοκυττάρων, πλασματοκυττάρων και ηωσινόφιλων κυττάρων στον ενδολόβιο χαλαρό συνδετικό ιστό.

Στο δεύτερο ήμισυ, ο ρυθμός της υπερπλασίας του αδένου επιβραδύνεται και η παραπέρα αύξηση του μεγέθους των μαστών οφείλεται κυρίως στην αύξηση του μεγέθους των επιθηλιακών κυττάρων και σε πλήρωση του αυλού των αδενοκυψελών από κολλοειδές ηωσινόφιλο έκκριμα πλούσιο σε γαλακτοπρωτεΐνες, αλλά φτωχό σε λίπη. Το έκκριμα αυτό λέγεται πύαρ, εκκρίνεται τις πρώτες δυο με τις τρεις μέρες τις γαλουχίας, έχει υπακτικές ιδιότητες και περιέχει αντισώματα για την παθητική ανοσοποίηση του νεογνού. Στη συνέχεια υποχωρεί και αρχίζει η παραγωγή γάλακτος που είναι πλούσιο σε λιπίδια. (Κόνιαρη 1991)

## **2.2 Μηχανισμός Έκκρισης Γάλακτος**

Το γάλα εκκρίνεται συνεχώς μέσα στις αδενοκυψέλες των μαστών, αλλά δεν ρέει εύκολα από αυτές προς τους γαλακτοφόρους πόρους και, κατά συνέπεια, δεν εκρέει συνεχώς από τις θηλές των μαστών. Αντίθετα, το γάλα θα πρέπει να εκρεύσει από τις αδενοκυψέλες στους γαλακτοφόρους πόρους, για να μπορέσει το νεογνό να το απομυζήσει. Η διαδικασία αυτή

πραγματοποιείται με ένα συνδυασμένο νευρογενές και ορμονικό αντανακλαστικό, στο οποίο συμμετέχει η ορμόνη ωκυτοκίνη, με τον εξής τρόπο: όταν το νεογνό θηλάζει, αισθητικές ώσεις που οδεύουν με σωματικά νεύρα περνούν στο νωτιαίο μυελό και μετά στο υποθάλαμο, προκαλώντας έκκριση ωκυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή φθάνει στους μαστούς με την κυκλοφορία του αίματος, όπου προκαλεί συστολή των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν τα εξωτερικά τοιχώματα των αδενοκυψελών με αποτέλεσμα έκθλιψη του γάλακτος που περιέχουν οι αδενοκυψέλες στους γαλακτοφόρους πόρους (εικ. 2.1 ). Έτσι, μέσα σε 30 δευτερόλεπτα-1 λεπτό από τη στιγμή που το νεογνό θα αρχίζει να θηλάζει αρχίζει η απέκκριση του γάλακτος.(Κόνιαρη 1991)



Εικόνα 2.1 Το γάλα παράγεται στους λοβιακούς αδένες (με κόκκινο χρώμα) και ακολουθώντας τα κόκκινα βέλη βγαίνει μέσω των γαλακτοφόρων πόρων (με πράσινο χρώμα) στη θηλή.



## 3. Καρκίνος του Μαστού

### 3.1. Τι είναι ο καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο κακοήθης όγκος που προκύπτει από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων του μαστού. Εμφανίζεται κυρίως στους πόρους, τα σωληνάκια που μεταφέρουν το γάλα στη θηλή κατά τη διάρκεια του θηλασμού, αλλά και δευτερευόντως στους λοβούς, στους αδένες που παράγουν γάλα. Ο καρκίνος του μαστού είναι διαφορετικός από τους μεταστατικούς καρκίνους που μπορούν να εξαπλωθούν στο στήθος από άλλα μέρη του σώματος. Ο καρκίνος του μαστού, είναι μια ασθένεια που αφορά το 10% των Ελληνίδων, ενώ κάθε χρόνο εμφανίζονται στη χώρα μας περίπου 3.500 – 4.000 νέα κρούσματα.

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται συνήθως σαν μια ανώδυνη σκληρία που δεν υπήρχε στο παρελθόν και η οποία μεγαλώνει σε μέγεθος, δεν υπάρχει στο αντίστοιχο σημείο του άλλου μαστού και δεν υποχωρεί μετά τη περίοδο (σε γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση). Άλλες φορές, το πρώτο σημάδι ενός καρκίνου μπορεί να είναι κάποιο ‘βαθούλωμα’ ή μια ρυτίδωση στο δέρμα του μαστού ή ακόμη μία αλλαγή στο μέγεθος, το περίγραμμα ή το σχήμα του. Σε όγκους που αναπτύσσονται κοντά ή πίσω από τη θηλή, το πρώτο σημάδι μπορεί να είναι ένα τράβηγμα της θηλής προς τα μέσα – εισολκή της θηλής – ή σπανιότερα ένα αιματηρό έκκριμα από τη θηλή. Αλλά και η ίδια η θηλή του μαστού, όταν σπάνια παρουσιάζει ένα εξάνθημα ή εξέλκωση που επιμένει για αρκετό καιρό και δεν υποχωρεί με κάποια αντιαλλεργική αλοιφή, μπορεί να είναι ένα σημάδι καρκίνου.

Γνωρίζουμε ότι συγκεκριμένοι παράγοντες μπορούν να διαμορφώσουν τη πιθανότητα κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό. Βασικός παράγοντας είναι η ηλικία: όσο μεγαλώνει μία γυναίκα, τόσο μεγαλώνει και η πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Ισχυρός επίσης παράγοντας είναι το λεγόμενο ‘θετικό οικογενειακό ιστορικό’, να έχει δηλαδή η γυναίκα μία συγγενή α΄ βαθμού (μητέρα ή κόρη) που έχει ήδη αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η πρώιμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως (σε ηλικία κάτω των 10 ετών) και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά την ηλικία των 55 ετών, η πρώτη κύηση μετά τα 35 ή η ατεκνία. Τα

τελευταία επίσης χρόνια, αλλαγές στις διατροφικές και κοινωνικές μας συνήθειες, όπως είναι η καθιστική ζωή και η έλλειψη σωματικής άσκησης, η πλούσια σε λίπος διατροφή και η παχυσαρκία, ή η κατάχρηση οινόπνεύματος αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου.

Επιπλέον, ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών εμπίπτει στη κατηγορία του κληρονομικού καρκίνου του μαστού. Τα τελευταία χρόνια έχουν εντοπισθεί δύο συγκεκριμένα γονίδια, τα BRCA1 και BRCA2, τα οποία ευθύνονται για τη κληρονομική μεταβίβαση του καρκίνου του μαστού. Όταν ανιχνευθεί μία βλάβη (μετάλλαξη) στα συγκεκριμένα γονίδια, τότε η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού ή των ωθηκών είναι περίπου 80% στη πρώτη περίπτωση και 60% για καρκίνο του μαστού στη δεύτερη. Ο κληρονομικός καρκίνος χαρακτηρίζεται από εμφάνιση σε νεαρή ηλικία, αρκετές φορές και στους δύο μαστούς και τον υποπτευόμαστε όταν υπάρχουν περισσότερα από δύο άτομα με καρκίνο του μαστού ή των ωθηκών στην ίδια οικογένεια

([http://www.labtestonline.gr/condition/Condition\\_BreastCancer](http://www.labtestonline.gr/condition/Condition_BreastCancer) 10/09/09)

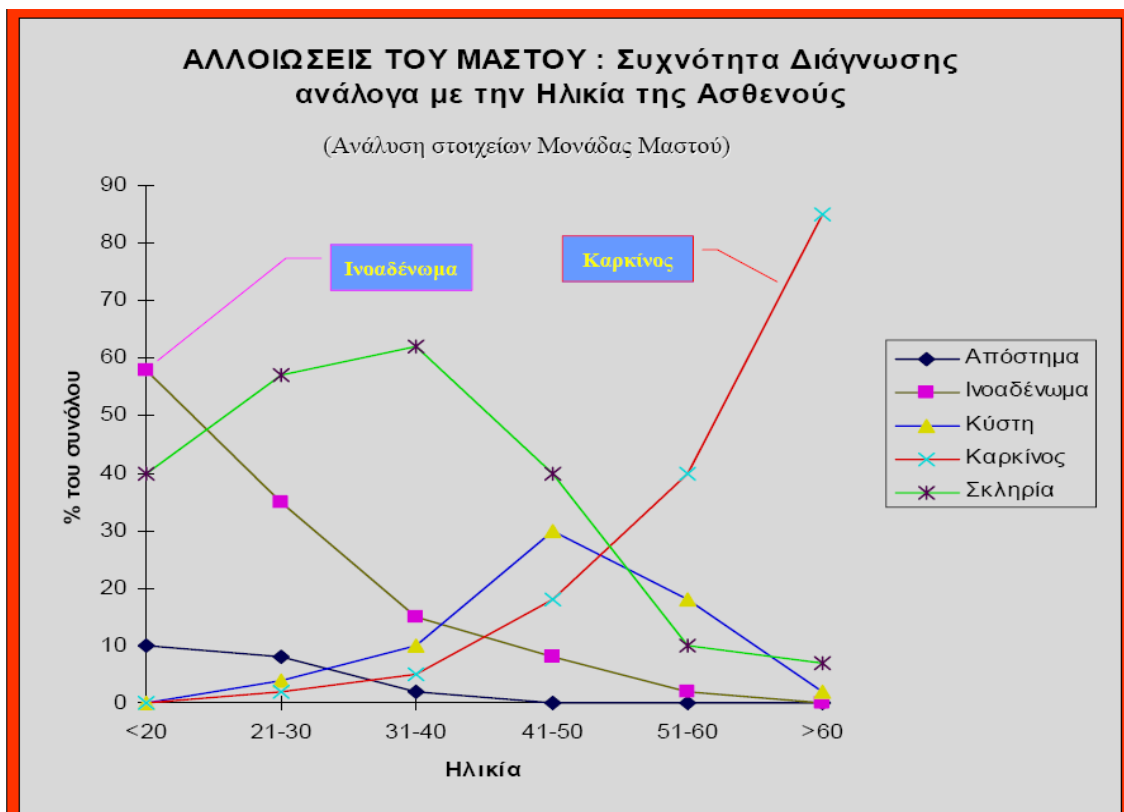
### **3.2. Στατιστικά δεδομένα**

Αν και ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή απειλή για την κάθε γυναίκα, οι Ελληνίδες εξακολουθούν να θεωρούν ότι ο κίνδυνος αυτός δεν τις αφορά. Παρά το γεγονός ότι κάθε χρόνο περίπου 4.500 γυναίκες στη χώρα μας μαθαίνουν ότι πάσχουν από την ασθένεια, μόνο στο 5% των περιπτώσεων η διάγνωση της νόσου έγινε σε πρώιμα στάδια. Αντίθετα στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό της πρώιμης διάγνωσης φθάνει έως και το 60%.

Ο προληπτικός έλεγχος και η έγκαιρη διάγνωση καθιστούν τον καρκίνο του μαστού μια ιάσιμη νόσο, ενώ αν η ασθένεια εντοπισθεί σε προχωρημένα στάδια τότε οι πιθανότητες πλήρους θεραπείας μειώνονται

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, 1 στις 11 Ευρωπαίες θα παρουσιάσει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της και πάνω από το 70% του συνόλου των γυναικών με καρκίνο του μαστού δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Γεγονός που αναδεικνύει τη σπουδαιότητα του προληπτικού ελέγχου.

Το πενταετές σχετικό ποσοστό επιβίωσης για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου είναι 95%. Ευτυχώς, οι τρέχουσες διαθέσιμες θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού επιτρέπουν στις περισσότερες γυναίκες να επιβιώσουν. Είναι ενδεικτικό ότι από το 1989, ο αριθμός των γυναικών με καρκίνο του μαστού που επιβίωσαν από τη νόσο αυξάνεται σταθερά. Μόνο στις ΗΠΑ, όπου ο προληπτικός ιατρικός έλεγχος είναι συνήθεια, ζουν σήμερα περίπου δύο εκατομμύρια γυναίκες που έχουν επιβιώσει από καρκίνο του μαστού.



Περίπου το 80% των διογκώσεων που ψηλαφεί η γυναίκα κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης, δεν είναι καρκινογόνες, αλλά κάθε διόγκωση ή εξόγκωμα θα πρέπει να εξετάζεται από γιατρό. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αναπτυχθεί σε όλες τις ηλικίες, ο κίνδυνος ωστόσο μεγαλώνει με την αύξηση της ηλικίας. Υπολογίζεται ότι μία γυναίκα στην ηλικία των 70 ετών έχει διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξει την ασθένεια απ' ότι στην ηλικία των 50 ετών

([http://www.oekk.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=53&Itemid=201](http://www.oekk.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=201) 12/11/09)

### **3.3. Επιδημιολογία**

Ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων. Το 2000, εμφανίστηκαν περίπου 1.500.000 νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις παγκοσμίως. Γενικά, ο καρκίνος του μαστού ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες.<sup>5–7</sup>

Το σχήμα της καμπύλης της κατά ηλικία επίπτωσης είναι γενικά παρόμοιο μεταξύ των χωρών, αλλά με μεγάλες διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο επίπτωσης. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία (σπάνια εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας <40 ετών), αλλά ο ρυθμός αύξησης μειώνεται μετά από την εμμηνόπαυση, γεγονός που ενισχύει το ρόλο των αναπαραγωγικών ορμονών στην αιτιολογία της νόσου.<sup>5–8</sup>

Η νόσος είναι πολύ συχνότερη στο δυτικό κόσμο σε σχέση με την Κίνα ή την Ιαπωνία. Έρευνες μεταναστών, στις οποίες οι μεταβολές στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού εκτιμώνται σε γυναίκες που μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού σε χώρες υψηλού κινδύνου, καταδεικνύουν ότι η επίπτωση εξομοιώνεται με την αντίστοιχη της χώρας υποδοχής, συνήθως δύο γενιές αργότερα. Αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι διεθνείς διαφοροποιήσεις στους δείκτες του καρκίνου του μαστού οφείλονται, σε μεγάλο μέρος, σε διαφοροποιήσεις του μακρο- και μικροπεριβάλλοντος και όχι σε γενετικούς παράγοντες.

Στις Ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου από καρκίνο με περίπου 1150 θανάτους ανά έτος, ακολουθούμενος από τους καρκίνους του στομάχου (560 θάνατοι ανά έτος) και του πνεύμονα (550 θάνατοι ανά έτος).

(<http://www.mastologos.gr/breast-cancer/breast-cancer-facts> 17/10/09)

### **3.4. Ταξινόμηση**

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να χωριστεί σε τρία στάδια, τα οποία αντανακλούν το μέγεθος εξάπλωσής του στο σώμα.

Πρώιμο στάδιο καρκίνου του μαστού, στο οποίο περιορίζεται στην αρχική του θέση και είναι γνωστός σαν μη μεταστατικός καρκίνος. Αν ο καρκίνος περιορίζεται στα γαλακτοφόρα σωληνάρια, ονομάζεται μη διηθητικό

πορογενές καρκίνωμα in situ (DCIS-Ductal Carcinoma In Situ). Αν περιορίζεται στους λοβούς ονομάζεται μη διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα in situ (LCIS-Lobular Carcinoma In Situ). Σε αυτό το στάδιο ο καρκίνος δεν μπορεί να ψηλαφηθεί ως όζος (μάζα) στο στήθος αλλά ο DCIS ενίοτε ανιχνεύεται με την μαστογραφία.

Διηθητικό στάδιο καρκίνου του μαστού. Χαρακτηρίζεται από εξάπλωση του καρκίνου εκτός των γαλακτοφόρων σωληναρίων ή των λοβών στις περιβάλλουσες περιοχές των ιστών του μαστού. Σε αυτό το στάδιο, ο καρκίνος μπορεί να ανιχνευθεί είτε μέσω αυτοεξέτασης είτε από κλινική εξέταση του μαστού που γίνεται από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό είτε με την μαστογραφία.

Μεταστατικό στάδιο καρκίνου του μαστού. Σε αυτό ο καρκίνος έχει κάνει μετάσταση και σε άλλες περιοχές του σώματος συμπεριλαμβανομένων και των τοπικών λεμφαδένων. Σε αυτό το στάδιο, η θεραπεία απαιτεί συνδυασμένη προσπάθεια πολλών ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των χειρουργών, των ογκολόγων και των θεραπευτών.

(Detailed Guide: Breast Cancer. American Cancer Society 2009)

### **3.5. Παράγοντες κινδύνου**

Από διάφορες μελέτες έχει προκύψει ότι η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σχετίζεται με την ύπαρξη μερικών παραγόντων κάποιοι από τους οποίους πρέπει να συμπράξουν για τη δημιουργία του. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

<b>Ηλικία</b>	Όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνει και ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού
<b>Γεωγραφική κατανομή</b>	Στις χώρες με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, εμφανίζεται μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού
<b>Ηλικία εμμηναρχής</b>	Σε όσο μικρότερη ηλικία εμφανισθεί έμμηνος ρύση τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος
<b>Ατεκνία</b>	Οι γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει, κινδυνεύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό

**Ηλικία 1ης τελειόμηνης εγκυμοσύνης** Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία απόκτησης του 1ου παιδιού, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος

**Ηλικία εμμηνόπαυσης** Όσο μεγαλύτερη η ηλικία της γυναίκας τόσο αυξάνει και ο κίνδυνος

**Κληρονομικό ιστορικό** Γυναίκες οι οποίες έχουν στην οικογένεια τους περισσότερα από δύο άτομα με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα, να φέρουν μετάλλαξη στο γονίδιο BCRA1 και BCRA2, άρα κινδυνεύουν να εμφανίσουν μελλοντικά, καρκίνου του μαστού

**Διαιτητικοί παράγοντες** Η παχυσαρκία, στην εμμηνόπαυση, το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνουν τον κίνδυνο, να εμφανίσει μία γυναίκα, καρκίνο του μαστού.

**Εκπαιδευτικοί παράγοντες** Γυναίκες οι οποίες έχουν κάνει ανώτατες σπουδές και παρουσιάζουν ένα πιο ανεπτυγμένο μορφωτικό επίπεδο, φαίνεται να κινδυνεύουν περισσότερο

**Προηγηθείσα βιοψία στο μαστό** Η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό, φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο, ιδίως δε αν εμφανίζει ατυπία.

**Ακτινοβολία** Η έκθεση των μαστών σε ακτινοβολία έχει αρνητικές επιπτώσεις στον οργανισμό του ανθρώπου.

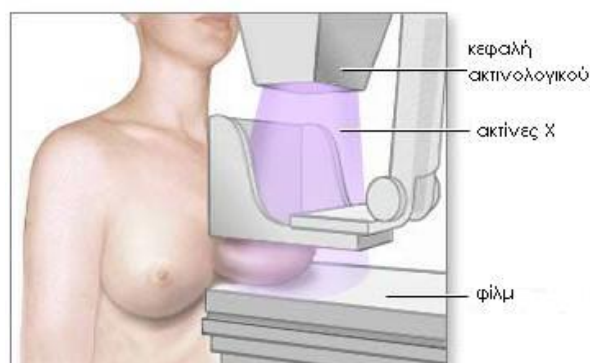
**Ψυχική ένταση Η μακροχρόνια ψυχική ένταση και η στρεσογόνος κατάσταση στην οποία μπορεί να βρίσκεται μία γυναίκα, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.**

([http://www.oekk.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=53&Itemid=201](http://www.oekk.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=201) 12/11/09)

### 3.6. Απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης

#### A) Μαστογραφία

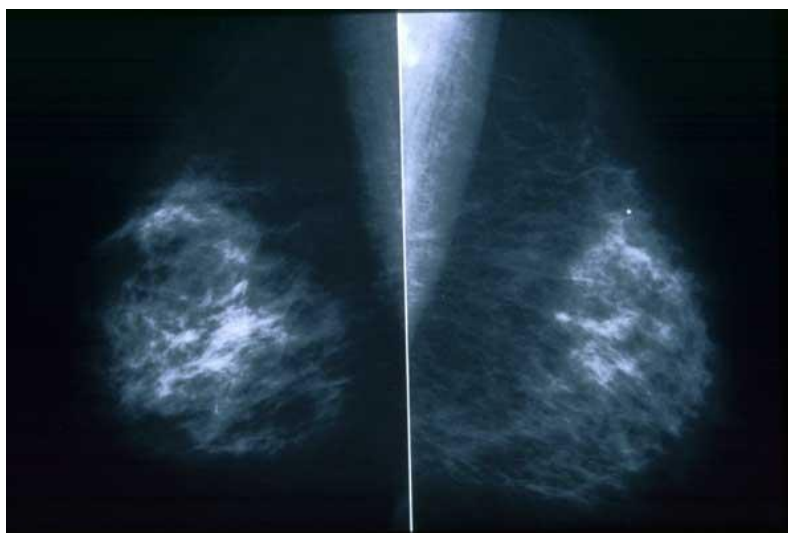
Πρόκειται για ακτινολογική απεικόνιση των μαστών, μια ακτινογραφία δηλαδή. Η μαστογραφία σε αντίθεση με τις άλλες ακτινογραφίες γίνεται με μικρότερη δόση ακτινοβολίας. Η γυναίκα βάζει τον κάθε μαστό σε ειδική θέση στον μαστογράφο και μετά από ελαφρά πίεση βγαίνει η ακτινογραφία.



κάθε μαστός συμπιέζεται κάθετα και οριζόντια και λαμβάνονται οι ανάλογες λήψεις



Εικόνα3.6.1. Μαστογραφία



Εικόνα 3.6.2. Μαστογραφία

Η μαστογραφία δεν είναι επώδυνη διαδικασία, ή μπορεί να προκληθεί ελαφρά ενόχληση. Χρησιμεύει στην ανίχνευση όγκων που δεν είναι ψηλαφητοί, είτε επειδή είναι πολύ μικροί, είτε επειδή βρίσκονται πολύ βαθιά

μέσα στο μαστό. Επιπλέον, η μαστογραφία δίνει σημαντικές διαγνωστικές πληροφορίες για τα ογκίδια που έχουν ανιχνευθεί με την ψηλάφηση. Κάθε γυναίκα θα πρέπει να υποβάλλεται σε μαστογραφία σε ηλικία 35-40 ετών για να υπάρχει ως εξέταση αναφοράς για τη σύγκριση μελλοντικών εξετάσεων. Από τα 40 και μετά η γυναίκα θα πρέπει να υποβάλλεται σε μαστογραφία κάθε χρόνο. Ο λόγος είναι ότι μετά τα 40 αυξάνεται σημαντικά η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Με την ετήσια μαστογραφία αν αναπτυχθεί τελικά καρκίνος θα ανιχνευθεί σε αρχικό στάδιο.

(<http://www.femme.gr/femme> 5/12/09)



Εικόνα 3.6.3. Φυσιολογική μαστογραφία

Ο παρακάτω πίνακας περιγράφει τη συχνότητα με την οποία θα πρέπει να γίνεται μαστογραφία, ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Ο πίνακας είναι ενδεικτικός και προέρχεται από τις ΗΠΑ (US Preventive Services Task Force).

Πίνακας 1: Συχνότητα μαστογραφίας ανάλογα με την ηλικία

Ηλικία	Συνιστάται	Όφελος
40-49	Μαστογραφία κάθε 1 ή 2 χρόνια, ανεξάρτητα από την κλινική εξέταση μαστών	Μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού κατά 17%
50-74		Μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού κατά 30%
35	Πρώτη μαστογραφία σε γυναίκες με επιβαρημένο ιστορικό	



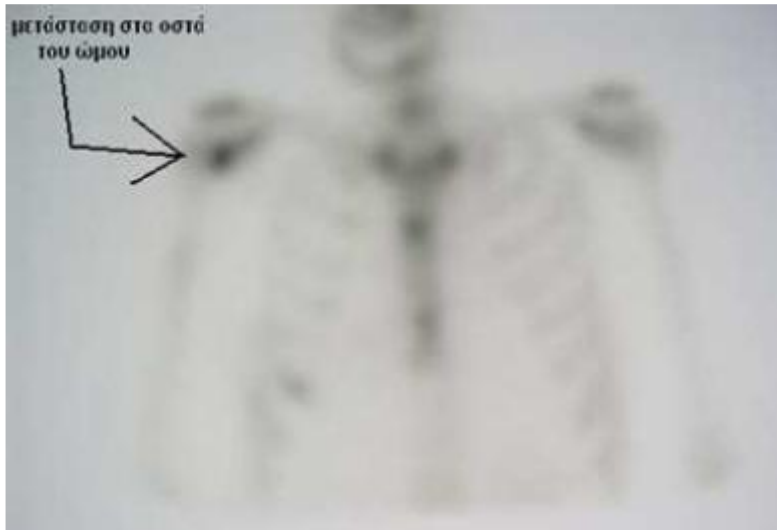


*Εικόνα 3.6.4 Ύποπτες για κακοήθεια ακανόνιστες μικροαποπιτανώσεις μαστού.*

Νεώτερα στατιστικά δεδομένα, όμως, δείχνουν πως σε χρονικό διάστημα 12 ετών δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους θανάτους από τη νόσο αυτή σε γυναίκες που υποβάλλονται ή όχι σε μαστογραφία. Αυτό φαίνεται παραστατικά στον παρακάτω πίνακα:

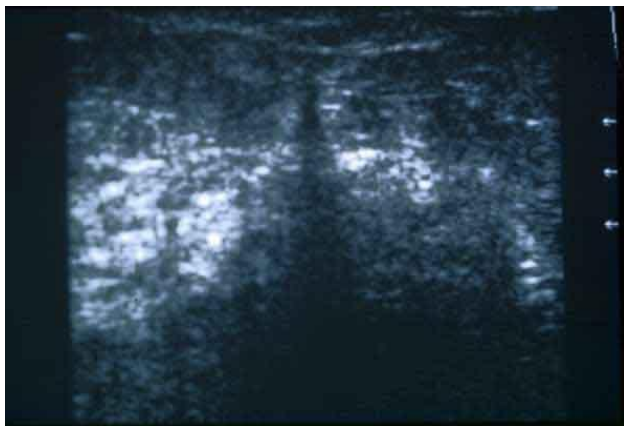
*Πίνακας 2: Στατιστικά στοιχεία θανάτων*

Από σύνολο 1000 γυναικών μέσα σε 10 χρόνια (για κάθε ομάδα)	ΜΕ Μαστογραφία	ΧΩΡΙΣ Μαστογραφία
Συνολικός αριθμός θανάτων (όλες οι αιτίες)	100	100
Θάνατοι από καρκίνο μαστού	3	4
Γυναίκες στις οποίες διαγνώστηκε καρκίνος μαστού	25	20
Συνολικός αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων στο στήθος	24	19
Χημειοθεραπεία ή Ακτινοθεραπεία	13	11
Γυναίκες με ύποπτο εύρημα στο μαστό για καρκίνο (ψευδώς θετικά)	250	
Γυναίκες που υποβλήθηκαν σε βιοψία από το μαστό, χωρίς τελικά να έχουν καρκίνο	50	



*Εικόνα 3.6.5 Σπινθηρογράφημα κορμού και άνω άκρων που δείχνει μετάσταση στα οστά του δεξιού ώμου από καρκίνο μαστού.*

### **B) Υπερηχογράφημα μαστών**



*Εικόνα 3.6.6 Υπερηχογράφημα μαστών*

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος των μαστών είναι μία απεικονιστική μέθοδος, η οποία τα τελευταία χρόνια συνεισφέρει πάρα πολλά στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού.

Κατ' αρχήν, αποτελεί μια συμπληρωματική εξέταση της μαστογραφίας και μας βοηθά κυρίως στο να διευκρινιστεί εάν ένα εύρημα της μαστογραφίας είναι συμπαγές ή κυστικό.

Επειδή, εξάλλου, το υπερηχογράφημα είναι μια εξέταση που στερείται ακτινοβολίας, χρησιμοποιείται και στα νεαρά άτομα, και συγκεκριμένα στα νεαρά κορίτσια ηλικίας 20-21 ετών και άνω, στα οποία η μαστογραφία δεν μπορεί να γίνει διότι οι μαστοί είναι ακτινοευαίσθητοι αλλά και επειδή σε τόσο

νεαρή ηλικία η διαγνωστική αξία της είναι χαμηλή, λόγω αυξημένης πυκνότητας του αδενικού ιστού.

(<http://www.sinouzi.gr/modules/smartsection/item.php?itemid=46>

13/01/10)

### **Γ) Μαγνητική Μαστών**



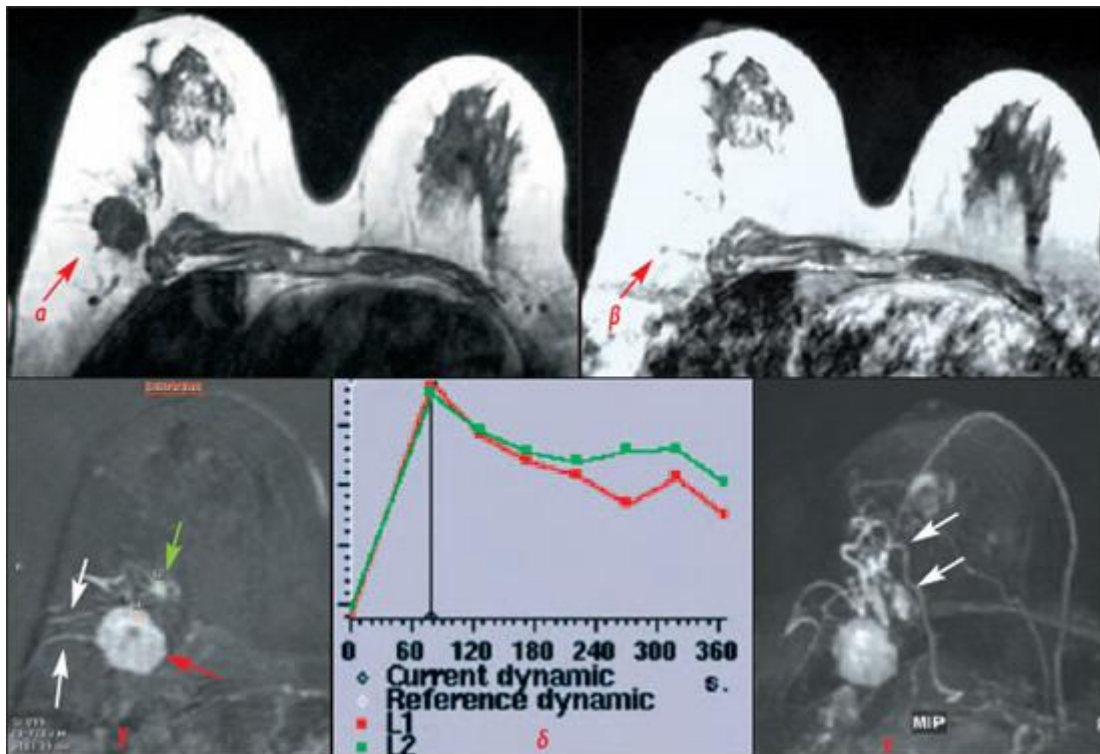
*Εικόνα 3.6.7 Μαγνητική μαστογραφία*

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει η δυνατότητα διενέργειας μαγνητικής μαστογραφίας με ειδικό πηνίο του μαγνητικού τομογράφου.

Η μαγνητική μαστογραφία εμφανίζει ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα συγκριτικά με την κλασική μαστογραφία. Η μαγνητική μαστογραφία εμφανίζει ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα συγκριτικά με την κλασική μαστογραφία.

Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της μαγνητικής μαστογραφίας είναι η υψηλή ευαισθησία της στην ανίχνευση διηθητικού καρκίνου σε γυναίκες με πυκνό μαζικό παρέγχυμα. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της μαγνητικής μαστογραφίας είναι η υψηλή ευαισθησία της στην ανίχνευση διηθητικού καρκίνου σε γυναίκες με πυκνό μαζικό παρέγχυμα. Ακόμα, παρέχει τη δυνατότητα εκτίμησης όγκων πλησίον του θωρακικού τοιχώματος και επιτρέπει τον έλεγχο γυναικών με πρόθεμα σιλικόνης. Ακόμα, παρέχει τη δυνατότητα εκτίμησης όγκων πλησίον του θωρακικού τοιχώματος και επιτρέπει τον έλεγχο γυναικών με πρόθεμα σιλικόνης.

(<http://www.cosmo.gr/Science/World/167356.html> 13/01/10)



Εικόνα3.6.8. Μαγνητική μαστογραφία

### 3.7. Βιοψία

Είναι τεχνική λήψης ιστού από ύποπτες για καρκίνο περιοχές ενός μαστού, χρησιμοποιώντας ειδικά σχεδιασμένες βελόνες. Γίνεται με τοπική αναισθησία και είναι ανώδυνη.

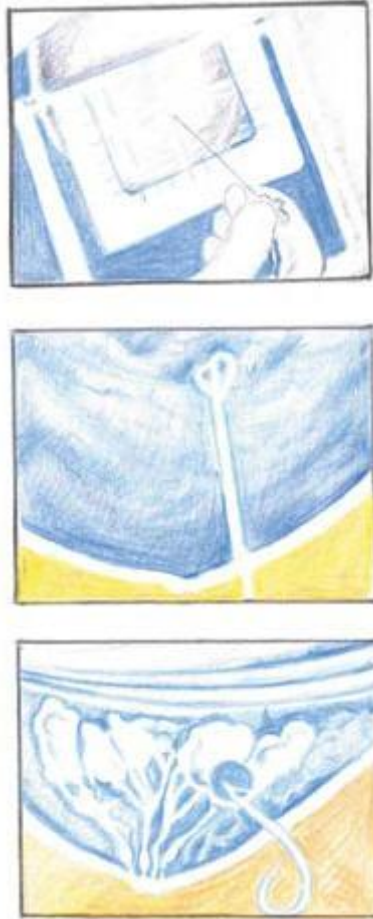
Μία βιοψία κατευθύνεται για τη μεγαλύτερη ακρίβεια από υπέρηχους ή μαστογραφικά από ειδικό σύστημα στερεοταξίας. Μερικές φορές γίνεται με στερεοταξία στο Μαγνητικό τομογράφο για βλάβες αφηλάφητες και αφανείς στις προηγούμενες τεχνικές.

Οι παραπάνω κατευθυνόμενες βιοψίες είναι εναλλακτικές της ανοικτής χειρουργικής βιοψίας, που για αφηλάφητες βλάβες γίνεται μετά από εντοπισμό με συρμάτινο οδηγό. Υπάρχουν οι εξής τύποι κατευθυνόμενης βιοψίας ανάλογα με τη μέθοδο λήψης από τη βελόνα του ιστού:

- Core biopsy
- Vacuum-assisted biopsy

Το υλικό που λαμβάνεται υποβάλλεται σε παθολογοανατομική εξέταση και εφόσον το αποτέλεσμα είναι θετικό σε συνάντηση με χειρουργό μαστού, καθορίζεται η χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση.

([http://www.iatropoli.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=67&Itemid=66](http://www.iatropoli.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=66) 16/01/10)



*Εικόνα 3.7.1. Μέθοδος λήψης δείγματος για βιοψία*

## **4. Κλινική Εικόνα - Κλινική Εξέταση**

### **4.1 Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού**

Τα συμπτώματα και σημεία του καρκίνου του μαστού μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Μία σκληρή μάζα που αναπτύσσεται στο μαστό ή στη μασχάλη, η οποία συνήθως είναι ανώδυνη και εμφανίζεται μόνο στη μία πλευρά
- Μεταβολή στο μέγεθος ή το σχήμα του μαστού
- Αλλαγές στο δέρμα, όπως εμφάνιση κοιλιοτήτων, πτυχών ή ερυθρότητας
- Αλλαγές στη θηλή ή/και στην περιοχή της θηλής, όπως ασυνήθιστες εκκρίσεις ή εμφάνιση εξανθήματος γύρω από την περιοχή

Ωστόσο, ο καρκίνος του μαστού πρώιμου σταδίου ενδέχεται συχνά να μη συνοδεύεται από συμπτώματα.

Αν ο καρκίνος διαγνωσθεί αρκετά γρήγορα, πριν επεκταθεί πέραν του μαστού σε άλλα σημεία του σώματος, το πενταετές ποσοστό επιβίωσης των γυναικών που πάσχουν από τη νόσο ξεπερνά το 95% (American Cancer Society 2005-2006).

### **4.2 Κλινική Εξέταση**

#### **4.2.1 Ιστορικό**

Πριν από κάθε κλινική εξέταση μιας γυναίκας, είναι εντελώς επιβεβλημένη η αναζήτηση της σχετικής ουσιώδους πληροφορίας. Το ορμονικό περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσονται οι διάφορες χειρουργικές παθήσεις του μαστού προσδιορίζεται με τη λήψη ενός τέτοιου ιστορικού, στο οποίο περιλαμβάνονται ερωτήσεις που παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3.

1. Ηλικία εμμηναρχής
2. Ηλικία εμμηνόπαυσης
3. Φυσιολογική εμμηνόπαυση ή όχι
4. Ηλικία κατά την 1η κύηση
5. Αριθμός κυήσεων
6. Θηλασμός και διάρκειά του
7. Χρήση οιστρογόνων και προγεστερόνης:
α) ως αντισύλληψη
β) ως θεραπεία του συνδρόμου της εμμηνόπαυσης

Μεταξύ των ερωτήσεων προς την εξεταζόμενη περιλαμβάνεται και η πιθανή ανεύρεση από την ίδια μιας μάζας στον μαστό της, το επώδυνο ή μη της μάζας αυτής, η αυξομείωση του μεγέθους της σε σχέση με τις φάσεις του κύκλου ή το ενδεχόμενο παρόμοιας καταστάσεως κατά το παρελθόν. Ακόμη, δεν πρέπει να παραλείπεται η αναζήτηση παθολογικών στοιχείων που αφορούν στη γενική κατάσταση υγείας της εξεταζόμενης, όπως απώλεια βάρους σώματος, ανορεξία, βήχας, πυρετός, άλγος στα οστά και τις αρθρώσεις, αλλά και στο θώρακα.

Γενικώς, τρία είναι τα κύρια ενοχλήματα από τους μαστούς για τα οποία συνήθως προσέρχονται οι γυναίκες προς εξέταση: Το άλγος, η ψηλαφητή μάζα και η εκροή υγρού από την θηλή του μαστού. Αίσθημα διάτασης και πόνου στον μαστό, του οποίου το μέγεθος αυξάνεται προεμμηνορροισιακά και υποχωρεί μετά το τέλος της περιόδου, είναι συχνό ενόχλημα και περιγράφεται ως μαστωδυνία. Αυτή, μερικές φορές, εμφανίζεται και στην αρχή μιας κύησης.

#### **4.2.2 Φυσική Εξέταση**

Τα κυριότερα παθολογικά στοιχεία που αναμένεται να προκύψουν από τη φυσική εξέταση των μαστών, προέρχονται από την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Προαπαιτήσεις για αυτού του είδους την εξέταση συνιστούν η δημιουργία κατάλληλου κλίματος οικειότητας και εμπιστοσύνης μεταξύ εξετάζοντος και εξεταζόμενης, σε έναν κατάλληλο χώρο που φωτίζεται

επαρκώς. Η επισκόπηση επιτελείται καλύτερα όταν η εξεταζόμενη βρίσκεται σε καθιστή θέση, ενώ η ψηλάφηση σε ύπτια θέση κατάκλισης και υπό την προϋπόθεση ότι η ασθενής είναι γυμνή από την μέση και πάνω.

#### **4.2.3 Επισκόπηση**

Κατ' αυτήν επιβάλλεται η προσεκτική παρατήρηση και των δύο μαστών και σημειώνονται οι πιθανές μεταβολές της συμμετρίας, του μεγέθους και του σχήματος των, της χροιάς του δέρματος, καθώς και η παρουσία οιδήματος σε ένα τμήμα ή σε όλο τον μαστό ή επιπολής εξέγκωσης ή διατεταμένων επιπολής φλεβών. Επιβάλλεται ακόμη η άσκηση ειδικής προσοχής κατά την επισκόπηση των θηλών των μαστών και σημειώνονται η παρουσία ερυθρότητας, οιδήματος ή εσολκής μιας από αυτές, η παρουσία εκροής υγρού, εκδοράς κατά την επιφάνειά της ή εκζεματοειδούς αλλοίωσης. Με την επισκόπηση είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αύξηση του μεγέθους του ενός μαστού ή προβολή ενός τμήματός του, που προκαλείται από έναν όγκο σχετικά μεγάλου μεγέθους (εικ.4.1.) διάφορες μεταβολές του δέρματος παρατηρούνται συχνά και εύκολα. Σχετικώς μεγάλου μεγέθους νεοπλάσματα είναι δυνατόν να προκαλούν καθήλωση της υπερκείμενης μοίρας του δέρματος επί της νεοπλασματικής μάζας, καθώς και προβολή του αντίστοιχου τμήματος του μαστού ή και μεταβολή της κατεύθυνσης της θηλής. Ως γνωστόν, καθήλωση, σκλήρυνση ή ρίκνωση του δέρματος είναι δυνατό να προκαλείται από υποκείμενο νεόπλασμα που διηθεί τους συνδέσμους του Cooper. Η νέκρωση του λίπους, η εκτασία των γαλακτοφόρων πόρων, η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα, η σκληρυντική αδένωση και το κοκκιοκυτταρικό μυοβλάστωμα, που όλες τους είναι καλοήθεις παθήσεις, μπορεί να προκαλούν καθήλωση του δέρματος, μικρής έκτασης. Εκζεματοειδής βλάβη, εξέγκωση ή εσχαροποίηση της θηλής του μαστού συνήθως υποδηλώνει την παρουσία νόσου του Paget. Εκτεταμένο λεμφοίδημα του δέρματος του μαστού οφείλεται σε απόφραξη των λεμφαγγείων του, νεοπλασματικής αιτιολογίας, ενώ η εμφάνιση όψης φλοιού πορτοκαλιού ή χοιρείου δέρματος, ρίκνωση ή καθήλωση αυτού προκαλούνται από κακοήθη νεοπλάσματα που διηθούν τους δεσμούς του Cooper, το λεμφαγγειακό δίκτυο και τον υποδόριο ιστό του μαστού. Εξάλλου, εκτεταμένη ερυθρότητα του δέρματος του μαστού, η οποία προσομοιάζει με ερυσίπελας, είναι δυνατό να οφείλεται σε οξεία



στρεπτοκοκκική φλεγμονή ή ακόμη συχνότερα σε φλεγμονώδες καρκίνωμα του οργάνου. Στην τελευταία περίπτωση τα λεμφαγγεία του υποδόριου χώρου και του δέρματος είναι διηθημένα από νεοπλασματικά κύτταρα. Ακόμη, μικρής έκτασης περιοχή ερυθρότητας του δέρματος του μαστού μπορεί να οφείλεται σε άμεση διήθηση του από υποκείμενο καρκίνωμα και η εξέγκωσή του συνήθως αποτελεί την εξέλιξη της κατάστασης αυτής.

Ακολούθως και ενώ η εξεταζόμενη κάθετα, υπερεκτείνει τα άνω άκρα και τους ώμους με συνέπεια να εκτείνεται η θωρακική περιτονία και να συμπαρασύρει σε έκταση τους δεσμούς του Cooper. Σε φυσιολογικές καταστάσεις οι μαστοί

ανυψώνονται, ενώ σε περιπτώσεις ύπαρξης νεοεξεργασίας, η προς τα άνω κίνηση των μαστών μπορεί να μην είναι συμμετρική ή η ομαλότητα της καμπυλότητας του ενός μαστού να διαταράσσεται. Έτσι, εμφανίζεται μάζα που προβάλλει με την μοίρα του δέρματος σε καθήλωση. Με αυτήν την ίδια κίνηση είναι δυνατό να δημιουργούνται εντυπώματα της μοίρας του δέρματος που επίκειται της νεοπλασίας. Στη συνέχεια, η ασθενής σηκώνεται όρθια και με τα άνω άκρα στην ανάταση ακολουθεί κίνηση επίκυψης, ώστε ο κορμός και η λεκάνη να σχηματίζουν γωνία 90 μοιρών. Με την κίνηση αυτή είναι ενδεχόμενο να συμβούν μεταβολές της καμπυλότητας των μαστών, όμοιες προς εκείνες που προκαλούνται με την υπερέκταση των άνω άκρων. Ακόμη σε περιπτώσεις βαθιά κειμένου νεοπλάσματος, που διηθεί τον μείζονα θωρακικό μυ, ο μαστός, φαίνεται να καθηλώνεται πάνω σ' αυτόν το μυ και να μην κρέμεται. Η επισκόπηση συνεχίζεται με την ασθενή σε θέση ύπτιας κατάκλισης. Χρήσιμο είναι να τοποθετείται ένα προσκέφαλο κάτω από τις ωμοπλάτες της, που υποβοηθάει την εξέταση με την προκαλούμενη ανύψωση των μαστών και στην θέση αυτή συνεχίζεται η επισκόπηση για την διαπίστωση ανωμαλιών, οι οποίες επιβεβαιώνουν τα ευρήματα από τις προηγούμενες θέσεις επισκόπησης.



*Εικόνα 4.1 Όγκος μαστού που φαίνεται και με γυμνό μάτι*

#### **4.2.4 Ψηλάφηση**

Πριν από την έναρξη της ψηλάφησης, η εξεταζόμενη καλείται να υποδείξει την θέση τυχόν αλλοιώσεων στον ή στους μαστούς της, που η ίδια έχει ψηλαφίσει. Για την σωστότερη ψηλάφηση χρησιμοποιούνται καταρχήν οι παλαμιαίες επιφάνειες των μεταξύ τους ενωμένων δακτύλων του χεριού και ειδικότερα οι θηλές τους για την επιμέρους ψηλάφηση των τεταρτημορίων των μαστών. Με αυτές πιέζεται ήπια ο μαστός επάνω στο θωρακικό τοίχωμα σε κυκλοτερείς κινήσεις που αφορούν σε όλη την περίμετρο του οργάνου, ενώ ταυτόχρονα επιτελούνται ημικυκλικές σπειροειδείς κινήσεις. Εάν τα δάχτυλα των χεριών του εξετάζοντος είναι υγρά με σαπουνάδα ή λάδι ή νερό, η ψηλάφηση διευκολύνεται τα μέγιστα. Οι θηλές των δακτύλων κυλίσουν επί του δέρματος του μαστού και έτσι τα αδενικά λόβια ή το νεόπλασμα πιέζονται επί του θωρακικού τοιχώματος και γίνονται αισθητά τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους, όπως είναι η σύσταση, η ελαστικότητα, το μέγεθος και η περίμετρός τους. Ακόμη εξετάζεται το ευκίνητο ή μη των αλλοιώσεων που ψηλαφώνται. Τα καρκινώματα συνήθως εμφανίζονται ως δυσκίνητα ή ακίνητα μορφώματα, ενώ τα ιναδενώματα προς εντελώς ευκίνητα ογκίδια, που σχεδόν διαφεύγουν κάτω από τις θηλές των δακτύλων του εξετάζοντος. Κάτω από την θηλή και την άλω, σε φυσιολογικές καταστάσεις, ψηλαφάται μια δισκοειδής εμβάθυνση.

Αλλοιώσεις που ψηλαφήθηκαν σε ύπτια κατάκλιση, που είναι και η αρχική θέση για την διενέργεια της ψηλάφησης καταβάλλεται προσπάθεια να ψηλαφηθούν και σε μεταγενέστερη καθιστική θέση για καλύτερο καθορισμό των επιμέρους χαρακτηριστικών τους. Όχι σπάνια, συγκεκριμένη, ψηλαφηθείσα αλλοίωση του μαστού δεν προκαλεί καθήλωση του υπερκείμενου δέρματος, ανύψωση όμως πτυχής του δέρματος που συλλαμβάνεται μεταξύ αντίχειρα και δείκτη δακτύλου και σε κάποια απόσταση από την περίμετρο της ψηλαφηθείσης αλλοίωσης, συνήθως αναδεικνύει την

υπάρχουσα δερματική καθήλωση. Ακόμη τα χαρακτηριστικά καθηλωμένης μοίρας του δέρματος αναδεικνύονται όταν η συγκεκριμένη μοίρα του δέρματος διατείνεται μεταξύ αντίχειρα και δείκτη, που τοποθετούνται 4-6 εκ. μακρύτερα των χειλέων της συγκεκριμένης αλλοίωσης και πιέζουν ελαφρά το θωρακικό τοίχωμα. Κατ' αυτόν τον τρόπο η διάταση της μοίρας του δέρματος που υπέρκειται της εξεταζόμενης αλλοίωσης δείχνει την συνυπάρχουσα εμβάθυνση και την καθήλωση της μοίρας του, που βρίσκεται επάνω από τον όγκο. Το προκλητό αυτό σημείο της ψηλάφησης υποδηλώνει πρώιμη διήθηση των συνδέσμων του Cooper από το νεόπλασμα. Με τους παραπάνω χειρισμούς είναι δυνατόν να αποκαλύπτονται ακόμη και μικρού βαθμού και έκτασης μεταβολές του δέρματος, που οφείλονται σε μικρού μεγέθους όγκους.

Σε μαστούς που πάσχουν από βαριά ινώδη και κυστική μαστοπάθεια, αρκετά συχνά δημιουργούνται δυσκολίες στην διαφορική κλινική διάγνωση συνυπάρχοντος καρκινώματος, κυρίως συνεπεία της παρουσίας πολλών παρόμοιων μορφωμάτων εντός του περιγράμματος του υπό εξέταση μαστού. Ευμεγέθεις κυστικές αλλοιώσεις μαζικού αδένα, οζιδιακής μορφής, πρέπει να εξετάζονται τόσο κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ δύο περιόδων, όσο και μετά την έμμηνο ρύση. Αρκετές αλλοιώσεις αυτού του είδους συνήθως υποχωρούν μετά το τέλος της έμμηνου ρύσης και η ελάττωση της πυκνότητας του μαζικού αδένα κατ' αυτήν την φάση συνήθως καθιστά ευκολότερη την ανίχνευση ενός μικρού μεγέθους νεοπλασματος.

Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι, η επανάληψη της κλινικής εξέτασης από τον ίδιο εξεταστή διαδραματίζει ουσιώδη ρόλο στην εκτίμηση των ανωτέρω παθολογικών καταστάσεων. Η αμφίχειρη ψηλάφηση των μαστών προσθέτει διαγνωστικά.

Η διεργασία της ψηλάφησης πρέπει απαραίτητως να συμπληρώνεται με ψηλάφηση των μασχαλιαίων κοιλοτήτων με την εξεταζόμενη αλληλοδιαδόχως σε κατακεκλιμένη ή καθιστή θέση. Ο εξεταστής συνήθως εξετάζει την αριστερή μασχαλιαία κοιλότητα με το δεξί του χέρι και αντίστροφα. Όταν η εξεταζόμενη κάθετα, το αντιβράχιο της πλευράς που εξετάζεται υποβαστάζεται από τον εξεταστή.

Έτσι επιτυγχάνεται χαλάρωση των μυών της ωμικής ζώνης. Τα ενωμένα δάχτυλα του χεριού του εξεταστή τοποθετούνται στην κορυφή της μασχαλιαίας κοιλότητας της εξεταζόμενης, κυλίνονται προς τα κάτω πιέζοντας

ελαφρά επί των υποκείμενων πλευρικών τόξων. Και η αντίστροφη φορά, δηλαδή κίνηση των δαχτύλων από κάτω προς τα πάνω με στόχο την κορυφή της μασχालιάς κοιλότητας, ακολουθείται από αρκετούς χειρουργούς. Ψηλαφητοί λεμφαδένες εξετάζονται ως προς το μέγεθός τους, τον αριθμό τους και το ενδεχόμενο συρροής τους σε σχηματισμό μάζας, τη σύσταση και το ευκίνητό τους. Το πρόσθιο και κυρίως το οπίσθιο τοίχωμα της μασχάλης εξετάζονται καλύτερα όταν ο εξεταστής τοποθετείται πίσω από την εξεταζόμενη, η οποία έχει τα άνω άκρα της τοποθετημένα σε θέση μεσολαβής να ασκούν πίεση στα πλάγια του κορμού της και να προκαλούν με τον τρόπο αυτό σύσπαση των θωρακικών, του υποπλάτιου και του πλατύ ραχιαίου μυός. Η ψηλάφηση συμπληρώνεται απαραίτητα με την εξέταση των υπερκλείδιων και των υποκλείδιων βόθρων της ασθενούς με τον εξεταστή πίσω από την εξεταζόμενη, ώστε τα δάχτυλά του να ψηλαφούν βαθιά μέσα σ' αυτούς.

Όλα τα κλινικά ευρήματα, τόσο από την επισκόπηση, όσο και την ψηλάφηση, πρέπει να καταχωρούνται σε ειδικό φύλλο χαρτιού που φέρει σχεδιάγραμμα της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα. Καλό είναι να καταχωρούνται οι διαστάσεις των αλλοιώσεων, οι οποίες προσδιορίστηκαν με κανόνα και διαβήτη. Με τον τρόπο αυτό κατά την επακόλουθη κλινική εξέταση που θα πραγματοποιηθεί μετά από εβδομάδες ή μήνες είναι ευκολότερο να διαπιστωθούν και να καταχωρηθούν οποιεσδήποτε μεταβολές έχουν στο μεταξύ επέλθει.

### **4.3 Αυτοεξέταση μαστών**

#### **4.3.1 Επισκόπηση**

Σταθείτε γυμνή από τη μέση και πάνω μπροστά στον καθρέπτη σας με τα χέρια προς τα κάτω, παράλληλα στο σώμα σας. Παρατηρήστε προσεχτικά τους μαστούς σας (σχήμα, μέγεθος, συμμετρία) το δέρμα και τις θηλές. Πάντα μπροστά στον καθρέπτη, σηκώστε ψηλά τα χέρια σας και παρατηρείστε πάλι τα ίδια πράγματα.

Πιέστε τη θηλή ανάμεσα στο δείκτη και τον αντίχειρα και προσέξτε αν θα βγάλει κάποιο υγρό.

### 4.3.2 Ψηλάφηση

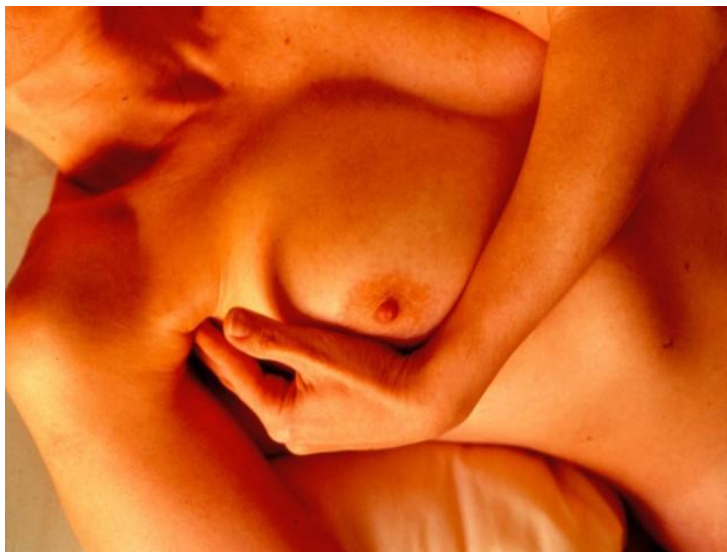
Ξαπλώστε ανάσκελα βάζοντας ένα μαξιλάρι κάτω από την αριστερή ωμοπλάτη. Ψάξτε με το δεξί σας χέρι (με την εσωτερική επιφάνεια των δακτύλων και όχι μόνον με τις άκρες των δακτύλων) το αριστερό σας μαστό, εφαρμόζοντας στην αρχή μικρή αλλά σταθερή πίεση και κάνοντας κυκλικές κινήσεις σε όλη την επιφάνεια του μαστού.



*Εικόνα 4.2. Ψηλάφηση μαστών*

Στη συνέχεια ασκήστε μεγαλύτερη πίεση και επαναλάβετε τις ίδιες κινήσεις. Μην ξεχάσετε την περιοχή της θηλής και την περιοχή κάτω από το μαστό. Επαναλάβετε το ίδιο και από τη δεξιά πλευρά.

Τοποθετείστε στη συνέχεια τα χέρια σας στη μασχάλη και ψηλαφίστε και την περιοχή αυτή.



*Εικόνα 4.3. Ψηλάφηση μαστών*

Ελέγξτε τη θηλή αν βγάζει κάποιο έκκριμα.



*Εικόνα 4.4. Ψηλάφηση θηλών*

Ας δούμε και πιο αναλυτικά, καθώς και σχηματικά την αυτοεξέταση του μαστού, δεδομένου ότι πρέπει να γίνει η υπ' αριθμόν 1 εξέταση, η οποία όσο περισσότερο και ταχύτερα εφαρμοστεί ει δυνατόν σε όλον τον γυναικείο πληθυσμό, θα μειώσει σε πολύ μεγάλο βαθμό τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού, αφού θα βοηθήσει στην ανακάλυψη του από τα πολύ πρώιμα στάδια.

Η αυτοεξέταση των μαστών αποτελεί την πρώτη και βασική μέθοδο προληπτικής εξέτασης των μαστών και μπορεί να γίνει πολύ απλά στο σπίτι από την ίδια την γυναίκα.

Όλες οι γυναίκες από την ηλικία των 20 ετών πρέπει να μάθουν να κάνουν σωστά αυτοεξέταση στους μαστούς τους.

### **Βήμα 1<sup>ο</sup>**

Ξεκινήστε κοιτάζοντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη. Ελέγχουμε το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα. Οι δύο μαστοί πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοιόμορφοι. Σημεία που χρειάζονται διερεύνηση:

- Εισολκή δέρματος ή θηλής
- Δέρμα σαν «φλοιός πορτοκαλιού»
- Ερυθρότητα
- Διόγκωση

- Αποβολή υγρού ή αίματος από την θηλή
- Διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα



### **Βήμα 2<sup>ο</sup>**

Σηκώστε τα χέρια και παρατηρείστε για τα ίδια σημεία. Ακολουθως πιέστε και τις δύο θηλές και ελέγξτε αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές. Το υγρό αυτό μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αίμα.



### **Βήμα 3<sup>ο</sup>**

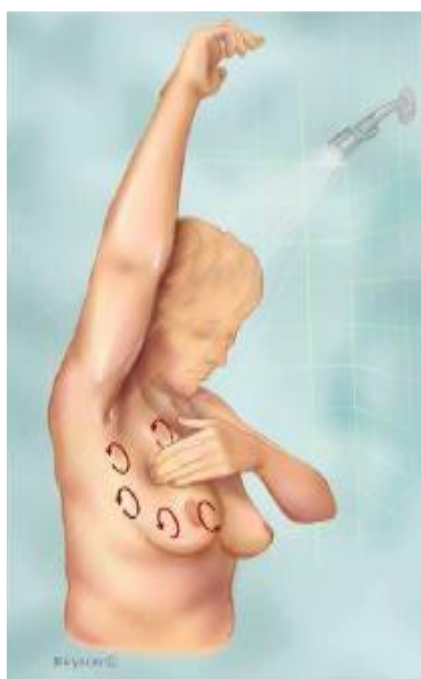
Ξαπλώστε και εξετάσετε τους μαστούς κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων σας, μέχρι να καλύψετε όλη την έκταση του κάθε μαστού. Ακολουθείστε πορεία από πάνω προς τα κάτω και από έξω

προς τα μέσα. Προσπαθήστε να αισθανθείτε οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού. Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο.



#### **Βήμα 4<sup>ο</sup>**

Ακολουθείστε την ίδια διαδικασία με τα ίδια βήματα σε όρθια θέση. Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα τον μαστό τους όταν το δέρμα είναι υγρό και γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης όταν κάνουν μπάνιο.



Συγκεντρωτικά η εξέταση του μαστού μπορεί να ανακαλύψει:

- I. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση θηλής
- II. Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- III. Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του



οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων (εικ. 4.5 A, B).

- IV. Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού
- V. Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα
- VI. Εισολκή της θηλής · οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή
- VII. Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο)
- VIII. Εξέλκωση κατά τη θηλή που οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας.
- IX. Πόνο. Συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια.([www.mastologos .gr](http://www.mastologos.gr) 17/ 12/09)

### ***Τι είναι το έκκριμα θηλής***

Είναι το έκκριμα που βγαίνει από τη θηλή εκτός από την περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Το έκκριμα μπορεί να είναι λευκό όπως το γάλα, πρασινωπό, κιτρινωπό, καφεοειδές, διαυγές, ή και αιματηρό. Μπορεί να είναι από τον ένα μαστό ή και από τους δύο μαστούς, από ένα ή περισσότερους πόρους, να τρέχει μόνο του αυτόματα ή μετά από πίεση της θηλής. Κάθε έκκριμα δεν σημαίνει καρκίνο.

Οπωσδήποτε όμως, χρειάζεται η συμβουλή του ειδικού. Ένα αιματηρό έκκριμα μπορεί να αντιστοιχεί σε: α)φλεγμονή, β)θήλωμα, γ)καρκίνο.



Εικόνα 4.5 Α) Θηλή με όψη φλοιού πορτοκαλιού,

Εικόνα 4.5 Β) Ερυθρότητα.



## 5. Πρόληψη

Οι γυναίκες ηλικίας από 40 ετών και άνω πρέπει να πραγματοποιούν ετήσιο έλεγχο με μαστογραφία και να τον συνεχίζουν εφόσον βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας.

Η μαστογραφία, αν και μπορεί να αποτύχει στην ανίχνευση μερικών περιπτώσεων καρκίνου, παραμένει, παρά τους περιορισμούς της, η πιο αποτελεσματική και πολύτιμη μέθοδος για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Ο έλεγχος με μαστογραφία για γυναίκες άνω των 65 ετών πρέπει να βασιστεί στην κατάσταση της υγείας τους και ειδικά στο εάν πάσχουν ή όχι από άλλες σοβαρές ασθένειες. Η προχωρημένη ηλικία από μόνη της δεν αποτελεί λόγο για διακοπή της τακτικής μαστογραφίας. Όσο η γυναίκα βρίσκεται σε καλή κατάσταση υγείας καθώς και σε θέση να δεχθεί θεραπεία σε ενδεχόμενο καρκίνου του μαστού, πρέπει να συνεχίσει να ελέγχεται σε κανονική ετήσια βάση.

Οι γυναίκες ηλικίας από 20-39 ετών πρέπει να προσέρχονται σε ειδικευμένο ιατρό για κλινική εξέταση των μαστών κατά προτίμηση κάθε 3 χρόνια στα πλαίσια του περιοδικού τους ελέγχου υγείας. Μετά την ηλικία των 40 ετών, η εξέταση αυτή πρέπει να πραγματοποιείται κάθε χρόνο.

Η πιθανότητα καρκίνου του μαστού είναι πολύ χαμηλή σε γυναίκες κάτω των 20 ετών και βαθμιαία αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Η κλινική εξέταση του μαστού πρέπει να πραγματοποιείται μικρό χρονικό διάστημα πριν την μαστογραφία.

Από την ηλικία των 20 ετών συστήνεται στις γυναίκες η προαιρετική μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού.

Οι μελέτες για τη χρησιμότητα της αυτοεξέτασης στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού παραμένουν αντικρουόμενες.

Ωστόσο, στις γυναίκες που επιλέγουν να αυτοεξετάζονται είναι απαραίτητη η εκμάθηση της σωστής τεχνικής. Θεωρείται εξίσου σπουδαία η ενημέρωση της γυναίκας σχετικά με το πόσο σημαντικό είναι να αναφέρει αμέσως στο ιατρό οποιοδήποτε συμπτώμα παρατηρήσει από το μαστό της.

Οι γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου πρέπει να συμβουλευθούν τον ιατρό τους για το ενδεχόμενο πιο ειδικού και συχνού ελέγχου τους.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι γυναίκες που έχουν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω στοιχεία στο οικογενειακό τους ιστορικό:

- Δύο ή περισσότερους συγγενείς με ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωθηκών
- Συγγενή με ιστορικό καρκίνου μαστού πριν την ηλικία των 50 ετών
- Συγγενείς με ιστορικό δύο καρκίνων (μαστού και ωθηκών ή δύο ανεξάρτητων στο μαστό)
- Άρρενες συγγενείς με ιστορικό καρκίνου μαστού

Για τις γυναίκες αυτές έχουν προταθεί:

- Έναρξη μαστογραφίας στην ηλικία των 30 ετών, ή σε σπάνιες περιπτώσεις και νωρίτερα
- Μικρότερο μεσοδιάστημα μεταξύ των μαστογραφιών (πχ. κάθε 6 μήνες)
- Επιπρόσθετος τακτικός έλεγχος με μαγνητική μαστογραφία ή/και υπερηχογράφημα

Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με τη χρησιμότητα της έναρξης της μαστογραφίας σε μικρότερη ηλικία ή την πιο συχνή πραγματοποίησή της. Επίσης, με βάση τις λίγες μελέτες που έχουν γίνει έως σήμερα, δεν συστήνεται η πραγματοποίηση μαγνητικής μαστογραφίας ή/και υπερηχογραφήματος κατά τον προσυμπτωματικό έλεγχο του γενικού πληθυσμού. Πιστεύεται όμως ότι, ειδικά για τις γυναίκες της ομάδας υψηλού κινδύνου, υπάρχει ενδεχομένως όφελος από την πραγματοποίηση των εξετάσεων αυτών. (Smith, Saslow, Sawyer 2003) (American Cancer Society 2005)

## 5.1. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρωτογενή πρόληψη

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας της υγείας, πρωτοβάθμιας κυρίως, αλλά και δευτεροβάθμιας. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας για την υγεία είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός. Η νοσηλεύτρια ως μέλος της υγειονομικής ομάδας έχει ως στόχο να προάγει την υγεία του ατόμου. Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του ΚΜ. Παρεμβαίνει στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, ενισχύει την προσπάθεια του κοινού σε υγιεινές συνήθειες και στα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου, στοχεύει στη διαμόρφωση νέων προτύπων συμπεριφοράς, από την απομάκρυνση των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου. Επίσης, τονίζει τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό. Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό, είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που πιθανόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και την ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των ιατρών)
- Έλλειψη μόρφωσης
- Ψυχολογικοί παράγοντες
- Ο φόβος
- Σεμνοτυφία και ντροπή
- Αποφυγή ψηλάφησης μαστού
- Αρνητισμός
- Κατάθλιψη
- Καταπίεση

## 6. Θεραπευτικές μέθοδοι

Η θεραπεία του καρκίνου μαστού διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική. Τη συντηρητική θεραπεία αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία, ενώ τη χειρουργική οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό.

Ποτέ δεν δικαιολογείται η επιλογή και η εφαρμογή μιας θεραπείας χωρίς κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου. Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους, αλλά και του τρόπου της θεραπείας. Κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις, είτε ως μόνη θεραπεία είτε σε συνδυασμό με άλλες, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησης, την έκταση της νόσου, την ηλικία και την κατάσταση της υγείας του ατόμου.

### 6.1. Συντηρητική θεραπεία

#### 6.1.1 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι μία αντικαρκινική θεραπεία με φάρμακα που μπορούν να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. Χημειοθεραπεία είναι η συστηματική χρήση φαρμάκων για την θεραπεία του καρκίνου. Αυτά τα φάρμακα συχνά αποκαλούνται "αντικαρκινικά" φάρμακα. Χρησιμοποιούνται διάφορες κατηγορίες φαρμάκων που δρουν στα καρκινικά κύτταρα αλλά επηρεάζουν και τα υγιή (απόπτωση τριχών κεφαλής).

Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο του μαστού υποβάλλονται σήμερα σε χημειοθεραπεία σε αρχικό ή σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, με σκοπό είτε την ίαση ή την ανακούφιση. Οι περισσότερες επιτυχίες της χημειοθεραπείας οφείλονται στην χορήγηση πολλών και όχι ενός φαρμάκου. Σήμερα υπάρχουν τουλάχιστον 80 είδη διαφορετικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται πιο συχνά μετά από μια επέμβαση για αφαίρεση του καρκίνου, ακόμα κι αν δεν υπάρχουν σημεία ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί. Αυτό ονομάζεται επικουρική χημειοθεραπεία. Η επικουρική χημειοθεραπεία έχει δείξει ότι μειώνει τις πιθανότητες επανεμφάνισης του

καρκίνου του μαστού. Και τα άτομα με καρκίνο που κάνουν αυτή τη θεραπεία ζουν γενικά περισσότερο σε σχέση με αυτούς που δεν την κάνουν.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να γίνει και πριν από μια επέμβαση, για να συρρικνώσει τον καρκίνο και να κάνει την επέμβαση πιο εύκολη ή πιο αποτελεσματική. Αυτή ονομάζεται προεγχειρητική χημειοθεραπεία.

Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευτεί η χημειοθεραπεία μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής. Αυτή ονομάζεται παρηγορητική χημειοθεραπεία.

Η συνδυαστική χημειοθεραπεία αφορά τη χορήγηση μιας ομάδας φαρμάκων που δρουν ταυτόχρονα, για να σκοτώσουν τα καρκινικά κύτταρα. Το μειονέκτημα των αντικαρκινικών φαρμάκων είναι ότι συχνά επηρεάζουν και τα φυσιολογικά κύτταρα εκτός από τα καρκινικά. Αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία, αυτά τα κύτταρα συνήθως αναρρώνουν.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν το νεόπλασμα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξή του και περιορίζουν τις διαστάσεις του. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δηλητηριώδη όμως δράση δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα σύγχρονα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι πολύ ασφαλή και αποτελεσματικά, ενώ υπάρχουν πολλοί τρόποι για να αποφευχθούν κάποιες ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως το χάσιμο των μαλλιών.

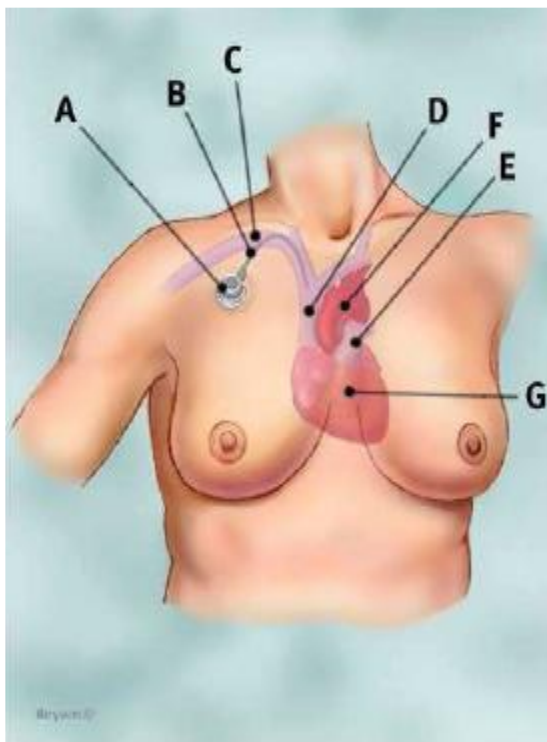
Χημειοθεραπεία γίνεται συνηθέστερα από έναν υποδόριο καθετήρα (port-cath) που τοποθετείται κάτω από το δέρμα του θώρακα και δεν είναι εμφανής.

Ο καθετήρας αυτός διοχετεύει τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα σε μία μεγάλη φλέβα του σώματος, την υποκλείδιο φλέβα (εικ. 6.1).

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε δυο βασικές κατηγορίες:

- α) σε εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη χειρουργική, με σκοπό να καταστρέψει τα υπολείμματα όγκου που δεν είναι κλινικοεργαστηριακώς διαπιστώσιμα και ευθύνονται για μελλοντική υποτροπή της νόσου (προφυλακτική χημειοθεραπεία) και

- β) σε εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων(αποδεδειγμένα γενικευμένη νόσος).



Εικόνα 6.1 Τοποθέτηση του καθετήρα σε κεντρικό αγγείο που οδηγεί στο δεξιό καρδιακό κόλπο.

Ανάλογα με το συγκεκριμένο φάρμακο που χρησιμοποιείται η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει διάφορες παρενέργειες. Αυτές είναι τριχόπτωση, πληγές στο στόμα, δυσκολία στην κατάποση, ξηροστομία, ναυτία, εμετός, διάρροια, αιμορραγία και λοίμωξη. Πιο σπάνια προβλήματα περιλαμβάνουν βλάβη στην καρδιά, στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στα νεφρά ή στα νεύρα. Η βλάβη στα νεύρα προκαλεί συνήθως μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα των χεριών ή των ποδιών. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι παρενέργειες εξαφανίζονται, μόλις ολοκληρωθεί η θεραπεία. Οι ειδικοί εργάζονται, για να μειώσουν ή και να απαλείψουν εντελώς αυτές τις παρενέργειες

(<http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/chemotherapy/> 22/10/09)

### 6.1.2 Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας

- A. γίνεται προσέγγιση της ασθενούς και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά της ως ενιαίας οντότητας.



- B. η νοσηλεύτρια για την τοποθέτηση των ασθενών που θα υποβληθούν σε θεραπεία στους θαλάμους και ετοιμάζεται για την αντιμετώπιση κάθε ενδεχόμενων επιπλοκών.
- Γ. η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ασθενή πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις του φαρμάκου οφείλονται στο ότι τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με τα κακοήθη κύτταρα καταστρέφουν και τα υγιή.
- Δ. εφαρμόζει αρχές διδασκαλίας και μάθησης της ασθενούς για να δεχθεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
- Ε. προσφέρει στη ασθενή κάθε έντυπη πληροφορία που υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
- ΣΤ. γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση και την ευαισθησία της σε διάφορα φάρμακα.(Κόνιαρη 1991)

### **6.1.3. Ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοβολία είναι άλλη μια επιλογή για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Ακτινοθεραπεία ή ακτινοβολία (ακτίνες Χ ράδιο ), καλείται η χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας για την θανάτωση των καρκινικών κυττάρων και την μείωση του μεγέθους του όγκου. Προκαλεί καταστροφή των κυττάρων στο πεδίο ακτινοβόλησης, μέσω βλάβης του γενετικού υλικού ώστε να καταστεί αδύνατη η περαιτέρω ανάπτυξη και κυτταρική διαίρεση. Εφαρμόζεται σε περιοχές του σώματος η εισάγεται στον καρκινικό όγκο με μορφή βελόνων, ή προσλαμβάνεται εκλεκτικά το ραδιενεργό ισότοπο στο πάσχον όργανο.

Η συνήθης ακτινοθεραπεία χορηγείται μια φορά την ημέρα και διαρκεί συνολικά 4-8 εβδομάδες. Η ακτινοθεραπεία είναι η πρώτη μη χειρουργική θεραπευτική μέθοδος κατά του καρκίνου. Η χρησιμοποίηση της μετά την ανακάλυψη των ακτίνων Χ και του ραδίου (1896-1898 αντίστοιχα), διέυρυνε το θεραπευτικό οπλοστάσιο της ιατρικής, χαρίζοντας μεγαλύτερες επιβιώσεις ή ιάσεις αλλά και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η ακτινοθεραπεία ονομάζεται επίσης ραδιοθεραπεία, θεραπεία με ακτίνες Χ, θεραπεία με κοβάλτιο ή ακτινοβόληση, μπορεί να αποτελεί ένα μέρος της θεραπευτικής αγωγής ή να είναι η μοναδική μορφή θεραπείας.

Η ακτινοβολία επηρεάζει μόνο τα καρκινικά κύτταρα που βρίσκονται στην περιοχή του σώματος (πεδίο) που δέχεται την ακτινοβολία. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται μερικές φορές για να συρρικνώσει έναν καρκινικό όγκο πριν την εγχείρηση ή για να καταστρέψει τα εναπομείναντα καρκινικά κύτταρα μετά την εγχείρηση σε συνδυασμό με αντικαρκινικά φάρμακα ή μόνη της. Η ακτινοβολία προκαλεί λιγότερες σωματικές παραμορφώσεις σε σχέση με τη ριζική εγχείρηση, αλλά μπορεί να έχει έντονες παρενέργειες, όπως ερεθισμό ή σκλήρυνση του δέρματος, δυσκολία στην κατάποση, ξηροστομία, ναυτία, διάρροια, τριχόπτωση και καταβολή. Η σοβαρότητα και η έκταση αυτών των παρενεργειών εξαρτάται από το μέρος που γίνεται και την ποσότητα της ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται.

Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία

Η φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έρθει σε επαφή μαζί της. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας αναφέρονται:

- A) στην ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία. Οι ασθενείς χρειάζονται σωστή ενημέρωση για τη θεραπεία στην οποία θα υποβληθούν και νιώθουν την ανάγκη να βεβαιωθούν ότι θα είναι ανώδυνη και ακίνδυνη.
- B) στην προετοιμασία και τη βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία
- Γ) στη εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
- Δ) στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

(<http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/radiotherapy>

22/10/09)

#### **6.1.4. Ορμονοθεραπεία**

Χρησιμοποιείται για τους ορμονοευαίσθητους όγκους όπως καρκίνος του μαστού. Η ορμονοθεραπεία είναι μια αντικαρκινική θεραπεία που αναστέλλει την έκκριση ορμονών ή εμποδίζει τη δράση τους δυσχεραίνοντας

έτσι την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Οι ορμόνες είναι χημικές ουσίες που παράγονται από τους ενδοκρινείς αδένες του σώματος, εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και από εκεί φτάνουν σε κάθε όργανο και ιστό για να επιτελέσουν το έργο τους.

Η χρήση ορμονοθεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζεται στην παρατήρηση ότι στην επιφάνεια ορισμένων καρκινικών κυττάρων υπάρχουν υποδοχείς συγκεκριμένων ορμονών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξή τους. Οι όγκοι που εξαρτώνται από ορμόνες για να αναπτυχθούν λέγονται ορμονοεξαρτώμενοι.

Η αντικαρκινική ορμονοθεραπεία μπορεί να δράσει εμποδίζοντας την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών στον οργανισμό, δεσμεύοντας τους ορμονικούς υποδοχείς στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων ή υποκαθιστώντας τις φυσικές ορμόνες με χημικώς όμοιές τους, τις οποίες όμως δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά κύτταρα.

Οι διαφορετικές ομάδες ορμονοθεραπείας ταξινομούνται ανάλογα με τη δράση και/ή τον τύπο της ορμόνης που επηρεάζουν. Ας σημειωθεί ότι άλλα από τα ορμονικά φάρμακα είναι ειδικά παρασκευασμένα για τον καρκίνο και άλλα έχουν πολλές άλλες, μη ογκολογικές χρήσεις.

(<http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/hormonaltherapy/>  
22/10/09)

#### **6.1.5. Νοσηλευτική παρέμβαση στην ορμονοθεραπεία.**

Από τη στιγμή που η ορμονική θεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες βέβαια δεν είναι πολύ συχνές. Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί, ότι είναι δυνατόν να εμφανισθούν φυσικές μεταβολές, οι οποίες εκδηλώνονται με τρεις τρόπους:

- α) προσωρινή ερυθρότητα, οίδημα ή εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων ή αύξηση του μεγέθους τους όγκου.
- β) εκδήλωση αυξημένου οστικού πόνου ο οποίος μπορεί να σχετίζεται με οστική μετάσταση.

γ) υπερασβεστιαμία, η οποία δεν είναι πολύ συχνή. Το πιο συχνό και πρωταρχικό σύμπτωμα της είναι η διαταραχή του διανοητικού επιπέδου, η οποία εκφράζεται με μείωση της μνήμης και της προσοχής και άκαιρα σχόλια.

Ανεπιθύμητες ενέργειες όπως εξάψεις, αύξηση του βάρους, αρρενοποίηση ή εμφάνιση εξανθήματος, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε δυσχέρεια συνέχισης της θεραπείας. Η νοσηλεύτρια, εκτός από την ενημέρωση και τη διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με την εμφάνιση και την αντιμετώπιση των συνήθων ανεπιθύμητων ενεργειών της ορμονοθεραπείας είναι και η βοήθεια να κατανοήσει και να αντισταθμίσει τα πλεονεκτήματα σε σχέση με τα μειονεκτήματα ([ng.org.gr/el/learncancer/treatment/hormonaltherapy/](http://ng.org.gr/el/learncancer/treatment/hormonaltherapy/) 21/10/09).

## 6.2. Χειρουργική θεραπεία

Υπάρχουν οι λεγόμενες συντηρητικές και ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις.

Στις συντηρητικές επεμβάσεις περιλαμβάνονται:

- Η ευρεία ογκεκτομή, που αφορά μόνον την εξαίρεση του ογκιδίου ή της ακτινολογικής ανωμαλίας και του περιβάλλοντος ιστού.
- Η τμηματεκτομή που αφορά στην εξαίρεση ενός τεταρτημορίου του μαστού σ' αυτό που έχει αναπτυχθεί ο όγκος.

Και στις δύο περιπτώσεις μπορεί να γίνει και λεμφαδενικός καθαρισμός ή εξαίρεση του λεμφαδένα φρουρού.

Στις ριζικές επεμβάσεις περιλαμβάνονται:

- Η απλή μαστεκτομή, όπου αφαιρείται ο μαστός με τη θηλή και την άλω, και
- Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή όπου μαζί με το μαστό αφαιρούνται και οι λεμφαδένες της μασχάλης. Σε ποιο είδος επέμβασης θα υποβληθεί η γυναίκα εξαρτάται από μερικούς παράγοντες τους οποίους εκτιμούμε από την κλινική εξέταση, τη μαστογραφία, αλλά και την ιστολογική εξέταση, ούτως ώστε η γυναίκα να μην κινδυνεύει να πάθει τοπική υποτροπή.



*Εικόνα 6.2 Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.*

Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Η ηλικία. Όσο νεότερη είναι η γυναίκα τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος της τοπικής υποτροπής.
- Το μέγεθος του ογκιδίου και μάλιστα σε σχέση με το μέγεθος του μαστού, π.χ. ένα ογκίδιο μεγέθους 2 cm μπορεί εύκολα να υποβληθεί σε συντηρητική επέμβαση, σε μία γυναίκα, αν το μέγεθος του μαστού της είναι μεγάλο, παρά όταν είναι μικρό.
- Η πολυεστιακή ή πολυκεντρική ανάπτυξη του καρκίνου. Στις περιπτώσεις αυτές απαγορεύεται συντηρητική επέμβαση
- Η επιθυμία της γυναίκας
- Περιπτώσεις ασθενών που μένουν μακριά από μεγάλα Ιατρικά Κέντρα και δεν μπορούν να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μακριά από τα σπίτια τους, για να υποβληθούν σε συντηρητική επέμβαση.
- Τοπικά προχωρημένη κατάσταση του όγκου.

Όπως σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις έτσι και στις επεμβάσεις του μαστού υπάρχει μετεγχειρητικός κίνδυνος για αιμορραγία και φλεγμονή. Ήσσονος σημασίας είναι η συγκέντρωση λέμφου στην περιοχή της μαστεκτομής, η λεγόμενη λεμφοκήλη. Ως απώτερη επιπλοκή θεωρείται το μετεγχειρητικό λεμφοίδημα του σύστοιχου άνω άκρου, δηλ. διόγκωση και οίδημα. (<http://www.mastologos.gr/breast-cancer/surgery> 17/09/09).

## **6.3. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα (ΠΝΦ)**

### **6.3.1. Προεργασία**

Ο σκοπός της εγχείρησης στην ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Για το λόγο αυτόν, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο σημείο αυτό, η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου. Η ασθενής είναι πληροφορημένη για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους ως αποτέλεσμα της εγχείρησης. Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται και αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικά με τη μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.

Η ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν τις πληροφορίες, σχετικά με τις διαδικασίες της επέμβασης και τα πιθανά αποτελέσματα της, επηρεάζεται από τη σωματική τους κατάσταση. Προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως αναπνευστικά και καρδιακά προβλήματα, είναι δυνατόν να μειώσουν το ενεργειακό επίπεδο της ασθενούς καθώς και τη θέληση και την αυτοσυγκράτηση της, ώστε να αντιμετωπίσει το άγχος της επικείμενης διάγνωσης και θεραπείας.

Ο νοσηλευτής, για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και για να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι:

- α. Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στη διάγνωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.

- β. Προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα, που το συγκεκριμένο είδος εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου.
- γ. Εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς, καταστάσεων που συμπεριλαμβάνουν και τις παθολογικές εξεργασίες.
- δ. Εκτιμά το επίπεδο άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματα της καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.
- ε. Προσδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την εγχείρηση, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν και τους χώρους που θα βρεθεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, αλλά και αμέσως μετά από αυτήν,
- στ. Παρέχει στην ασθενή πληροφορίες σύμφωνα με την εκτίμηση της ικανότητας της να καταλάβει και να ανταποκριθεί στη γνώση των θεραπευτικών διαδικασιών,
- ζ. Διαβεβαιώνεται ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και τη φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.

### **6.3.2. Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία**

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνει μετά τον προσδιορισμό των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, τα οποία είναι:

#### **α. Αμφιβολίες για τη διάγνωση**

Η υποψία του καρκίνου του μαστού δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες πραγματική καρκινοφοβία. Για το λόγο αυτόν, πολλές γυναίκες αποφεύγουν την έγκαιρη ιατρική εξέταση, με ολέθρια βεβαίως αποτελέσματα για την υγεία και τη ζωή τους. Ο νοσηλευτής στο νοσοκομείο υποστηρίζει ηθικά την ασθενή κατά την περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση. Αναγνωρίζει και

δικαιολογεί το φόβο για τη διάγνωση, ο οποίος διακατέχει την ασθενή και της εξηγεί ότι, και αν ακόμη επιβεβαιωθεί η ύπαρξη καρκίνου του μαστού, μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα, τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη σήμερα. Ενισχύει, επίσης, ο νοσηλευτής την πεποίθηση της ασθενούς ότι ο γιατρός, στα χέρια του οποίου βρίσκεται, είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την ενδεικνυόμενη θεραπεία κατά τον καλύτερο επιστημονικό τρόπο.

## **β. Αγχωτικές και στρεσογόνες καταστάσεις**

Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου. Η σκέψη ότι είναι ενδεχόμενο να πάσχουν από καρκίνο του μαστού φέρνει αντιμέτωπες τις ασθενείς με τη σκληρή πραγματικότητα, δηλαδή με την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό. Η σκέψη και μόνο του ακρωτηριασμού του μαστού προκαλεί στη γυναίκα ψυχικό τραύμα, διότι από τη νεανική της ηλικία η ζωή της είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη του οργάνου αυτού. Η αναπηρία οδηγεί συνήθως στην αυτούποτίμηση και στη μειονεκτικότητα, γιατί το αίσθημα της προσωπικής αξίας οπωσδήποτε συνδέεται με τη σωματική αρτιμέλεια και υγεία. Ο φόβος του ακρωτηριασμού καθίσταται τόσο έντονος, ώστε απαιτούνται αποθέματα ψυχικών δυνάμεων για να υπερνικήσει τις προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες της. Η μαστεκτομή επηρεάζει την εκτίμηση της ασθενούς προς τον εαυτό της, την τοποθέτηση της έναντι της ζωής και την επιτυχή εκπλήρωση του επαγγελματικού, οικογενειακού και κοινωνικού προορισμού της.

Ο νοσηλευτής, για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα του άγνωστου και της διαταραχής του σωματικού ειδώλου:

- Κανονίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης.



- Εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να της δημιουργούν φόβο (π.χ. μηχανήματα), τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.
- Εκτιμά την αντίδραση της ασθενούς στην πληροφόρηση των διαδικασιών.
- Επαναλαμβάνει/επαναπροσδιορίζει αυτά που έχουν λεχθεί, αν αυτό κριθεί απαραίτητο.
- Παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται, για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία.
- Σχεδιάζει εκπαιδευτικά μαθήματα πάνω σε συγκεκριμένους τομείς, αν αυτό είναι δυνατό, με σκοπό την αύξηση της παροχής των πληροφοριών σε κάθε τομέα.
- Ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι τέτοιος που να επιτρέπει καθημερινά για τουλάχιστον 15 λεπτά στη νοσηλεύτρια να κάθεται και να ακούει τις απόψεις και τα συναισθήματα της ασθενούς για την κατάσταση της. Εκτιμά επίσης την προσαρμογή της ασθενούς στην πιθανότητα αφαίρεσης του μαστού.
- Ενθαρρύνει την ασθενή στην έκφραση των συναισθημάτων της και των φόβων της, ακόμη και να κλάψει. Οι συνηθισμένοι και κοινοί φόβοι περιλαμβάνουν την ιδέα του θανάτου, του καρκίνου, της παραμόρφωσης και του πόνου.
- Περιλαμβάνει στη διδασκαλία της θέματα, όπως ασκήσεις βήχα και βαθιών αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού (του σύστοιχου με τη μαστεκτομή), τοποθέτηση παροχετεύσεων.
- Παρέχει στην ασθενή χρόνο για εκμάθηση (βήχα ή βαθιάς αναπνοής) ή εξάσκηση (ασκήσεις του άκρου).
- Ενθαρρύνει την ενεργητική συμμετοχή της ασθενούς στις αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία της.

- Στο τέλος επανεξετάζει τι έχει διδαχθεί, σε τι έχει ενημερωθεί η ασθενής και σε τι όχι. Ανακαλύπτει και λύνει απορίες και παρανοήσεις, που πιθανόν να έχει η ασθενής.

## **γ. Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης**

Ο χρόνος αναμονής της εγχείρησης είναι χρόνος ψυχικής έντασης, άγχους, αγωνίας και ανησυχίας για την ασθενή. Συνήθως, η σωματική νόσος αυξάνει την ψυχική ευαισθησία και ορισμένες φορές προκαλεί συναισθηματική κρίση, η οποία εκδηλώνεται, ιδιαίτερα όταν απειλείται η σωματική αρτιμέλεια ή επίκειται ο θάνατος.

Η προετοιμασία για την επικείμενη ψυχική ένταση πρέπει να εξατομικεύεται.

Είναι γνωστό ότι η ασθενής συνομιλεί με μεγαλύτερη ευκολία με τον νοσηλευτή, παρά με το γιατρό. Για το λόγο αυτόν, καλείται ο νοσηλευτής να βοηθήσει την ασθενή να αντιληφθεί το πρόβλημα της. Δημιουργεί ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον και συντελεί στην ελάττωση της ψυχικής έντασης της ασθενούς και στην ενίσχυση των ψυχικών της δυνάμεων, για να είναι σε θέση να αποδεχθεί με ευκολία την εγχείρηση. Προσπαθεί με υπομονή και αγάπη να τη διαβεβαιώσει ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για τη θεραπεία της και ότι ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ότι είναι καλύτερο γι' αυτήν.

Σκοπός του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει την ασθενή να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης. Ο νοσηλευτής θα τη δια φωτίσει, ώστε να πεισθεί ότι ο μαστός, όταν πάσχει, θεωρείται όργανο άχρηστο λειτουργικά και επιβλαβές για την υγεία της. Επίσης, θα επισημάνει ότι η απώλεια του ενός μαστού είναι η μικρότερη θυσία, την οποία προσφέρει ως αντίτιμο της υγείας της και αυτής ακόμη της ζωής της. Η ασθενής πρέπει να πιστέψει ότι δεν θα είναι η μοναδική γυναίκα με ένα μαστό. Άλλωστε, θα της απομείνουν αρκετές σωματικές και πνευματικές δυνάμεις για μια ωφέλιμη και δημιουργική ζωή.

Πρέπει τέλος να τονισθεί ότι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι να χειρίζεται κάθε ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα, με τους δικούς της φόβους, τις ανησυχίες και τις

ελπίδες, οι οποίες είναι χωριστές από τους φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες των άλλων. Η κατανόηση και η προσέγγιση μιας ασθενούς απαιτεί εξολοκλήρου προσωπική μεταχείριση και όχι εφαρμογή τυποποιημένων κανόνων.

#### **δ. Ο φόβος του πόνου και του θανάτου**

Η ασθενής εκφράζει συνήθως την ανησυχία και το φόβο του πόνου και του θανάτου. Πράγματι, ο σωματικός πόνος δημιουργεί και ψυχική δοκιμασία, ταλαιπωρεί και ταπεινώνει τον άνθρωπο, εξαντλεί τα αποθέματα της υπομονής και μειώνει την ελπίδα για τη θεραπεία του.

Ο νοσηλευτής εξηγεί στην ασθενή ότι κατά την εγχείρηση δεν θα αισθανθεί πόνο λόγω της τέλει αναισθησίας. Την προειδοποιεί όμως ότι μετά την εγχείρηση θα αισθάνεται πόνο, αλλά θα είναι μικρής διάρκειας και θα αντιμετωπίζεται με αναλγητικά φάρμακα.

Η ασθενής εξωτερικεύει επίσης το φόβο του θανάτου, διατυπώνοντας σειρά ερωτήσεων, όπως:

- Μήπως πεθάνω;
- Αξίζει τον κόπο να υποβληθώ στην εγχείρηση;
- Δεν είμαι καταδικασμένη;
- Θα βγω από το νοσοκομείο;

Ο νοσηλευτής θεωρεί φυσικό το φαινόμενο του φόβου για το θάνατο, τον οποίο δοκιμάζει η ασθενής και τη βεβαιώνει ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει τόσο, ώστε και στην περίπτωση της το αποτέλεσμα θα είναι άριστο.

Επίσης, από τη νοσηλευτική πείρα, ο νοσηλευτής αναφέρει περιπτώσεις ασθενών, οι οποίες έχουν θεραπευθεί ριζικά μετά τη μαστεκτομή, επειδή η εγχείρηση έγινε εγκαίρως.

#### **ε. Οικογενειακά προβλήματα**

Η ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας της προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής.

Αν η ασθενής είναι νέα στην ηλικία, έγγαμη και χωρίς παιδιά, δοκιμάζει πολλούς φόβους και ανησυχίες και πολλά ερωτηματικά τη βασανίζουν:

- Θα μπορέσει να γίνει μητέρα μετά τη μαστεκτομή;

- Θα συνεχισθεί η συζυγική της ζωή ανεπηρέαστη;
- Μήπως καταστεί ανεπιθύμητη στο άμεσο περιβάλλον της;

Οι φόβοι αυτοί απασχολούν βεβαίως και την έγγαμη ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας, η οποία έχει παιδιά. Μεγαλύτερη όμως είναι η ανησυχία της άγαμης γυναίκας, η οποία οραματίζεται να δημιουργήσει χαρούμενη και ευτυχισμένη οικογένεια.

- Τι θα γίνει μετά τη μαστεκτομή;
- Ποιον προσανατολισμό πρέπει να ακολουθήσει;

Εκτός των παραπάνω, δεν πρέπει να αγνοείται και η άλλη πλευρά · δηλαδή, η τοποθέτηση του συζύγου, των παιδιών και των άλλων οικείων έναντι της ασθενούς, η οποία θα υποστεί τη μαστεκτομή.

Σκοπός του νοσηλευτή είναι να λάβουν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται με τα εξής:

- Παρέχει μέρος του χρόνου της, συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες, απαντώντας σε ερωτήσεις, ενθαρρύνοντας τα.
- Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα της ασθενούς.
- Βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένεια της.
- Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητα της, η σεξουαλικότητα και η αγάπη των άλλων προς αυτήν δεν επηρεάζονται από την εμφάνιση της.
- Γνωστοποιεί ότι ο θάνατος, είτε άμεσος είτε απώτερος, μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα. Βοηθάει την ασθενή/οικογένεια να ερευνήσουν/εκφράσουν την έννοια του θανάτου.
- Βοηθάει την ασθενή/οικογένεια να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου, αν το επιθυμούν.

## **στ. Δυνατότητα μετεγχειρητικής αυτοφροντίδας**

Η ασθενής και η οικογένεια της θα χρειασθεί να καθοδηγηθούν σχετικά με τη φροντίδα της τομής και τους σημαντικούς περιορισμούς

με σκοπό την προαγωγή της γρήγορης ανάρρωσης και την παρεμπόδιση των επιπλοκών. Ο νοσηλευτής:

- Καθοδηγεί την ασθενή να παρακολουθεί το μαστό της για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό.
- Διδάσκει στην ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής.
- Διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. Η ασθενής είναι δυνατόν να προχωρήσει στις δουλειές του σπιτιού 3-4 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.
- Συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει τις έντονες αθλητικές δραστηριότητες (π.χ. τροχάδην, τένις) για 6-8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει οποιονδήποτε τραυματισμό στην περιοχή του μαστού.
- Ο νοσηλευτής προσέχει ιδιαίτερα την ασθενή για σημεία κατάθλιψης, τα οποία οφείλονται στη δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων (π.χ. άρνηση να κοιτάζει την περιοχή της τομής, να λάβει μέρος σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας κ.λπ.).

### **6.3.3. Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία**

Μετά το πέρας των διαγνωστικών και των εργαστηριακών εξετάσεων, γίνεται προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να μειώσει το χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση με:

- α. Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους.
- β. Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.
- γ. Χορήγηση ηρεμιστικών (με εντολή γιατρού) για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς.

Την παραμονή της εγχείρησης:

- α. Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειασθεί.

- β. Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος-ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- γ. Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.
- δ. Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης:

- α. Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- β. Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.
- γ. Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊσταμένη.
- δ. Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.
- ε. Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.
- στ. Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελο της (ιατρικό και νοσηλευτικό).

Η προεγχειρητική ετοιμασία κατά την παραμονή και την ημέρα της εγχείρησης φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων. Εντούτοις, είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας, γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, την ετοιμάζει πλήρως για τη χειρουργική τράπεζα, επισφραγίζει το ενδιαφέρον του νοσηλευτή προς την πάσχουσα και την πείθει, ότι πράγματι ο νοσηλευτής θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρηση της.

Ως συμπέρασμα, θεωρείται ότι ο νοσηλευτής πέτυχε στην προεγχειρητική ψυχοσωματική ετοιμασία της ασθενούς, αν η ασθενής:

- α. Προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα και με εμπιστοσύνη στο χειρουργό και στο νοσηλευτή του χειρουργείου για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.
- β. Πιστεύει ότι η ζωή της θα συνεχισθεί και μετά τη μαστεκτομή να έχει νόημα και σκοπό, γιατί θα διαθέτει πολλές δυνατότητες και

ικανότητες, οι οποίες δεν θα επηρεαστούν από τη μαστεκτομή και ότι η κοινωνία της επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.

- γ. Αποδέχεται την αναπηρία της και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία της ως ατόμου.
- δ. Δίνει πρωτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στη σωματική αρτιότητα.
- ε. Είναι αποφασισμένη να ζήσει με την αναπηρία της, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια. (Σαχίνη- Καρδάση, Πάνου 1997)

#### **6.4. Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα (ΜΝΦ)**

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς μετά τη μαστεκτομή αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής και της εγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή, κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες του νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής μετά από αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, προβαίνει σε υπεύθυνη παρέμβαση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την πρόληψη/ αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

(Σαχίνη- Καρδάση, Πάνου 1997)

##### **6.4.1 Εμφάνιση πόνου**

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στη μαστεκτομή, ο πόνος οφείλεται στη χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχέτευσης (κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Hemovac).

Ο νοσηλευτής:

- α. Χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί/εκτιμά τα επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα τους (ο πόνος λόγω της τομής διαρκεί για 1 – 2 εβδομάδες, αλλά ορισμένες ασθενείς

- έχουν διαρκή πόνο και παραισθησία της σύστοιχης με τη μαστεκτομή πλευράς, για μεγαλύτερο διάστημα)
- β. Τοποθετεί την ασθενή σε θέση ημι-Fowler, για τη βελτίωση της αναπνοής.
  - γ. Χρησιμοποιεί μαξιλάρια, για να μπορέσει να τοποθετήσει τον αγκώνα ψηλότερα από τον ώμο και την άκρα χείρα ψηλότερα από τον αγκώνα. Όλο το άκρο τοποθετείται σε λειτουργική θέση.
  - δ. Αποφεύγει να μετακινεί την ασθενή, σηκώνοντας την ή τραβώντας την από τους ώμους. Κάνει ήρεμες και σταθερές κινήσεις, όταν μετακινείται σύστοιχο προς τη μαστεκτομή άκρο. Υποστηρίζει το θώρακα κατά τη διάρκεια του βήχα, με ένα ή δύο μαξιλάρια.
  - ε. Λόγω του πόνου και της πιεστικής επίδρασης του τραύματος και ορισμένες φορές και του σύστοιχου βραχίονα επί του θώρακος, η ασθενής αναπνέει επιπόλαια και αποφεύγει να βήξει για να αποβάλει πτύελα. Κινδυνεύει όμως έτσι να πάθει υποστατική πνευμονία. Ο νοσηλευτής τη διδάσκει πώς να αναπνέει και να βήξει, ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.
  - στ. Ενθαρρύνει την έγερση της ασθενούς από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδισθεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η ασθενής από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής την υποβαστάζει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της, εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.
  - ζ. Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.
  - η. Τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν.
- (Σαχίνη- Καρδάση, Πάνου 1997)



#### 6.4.2 Αιμορραγία

Ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση. Για το λόγο αυτόν, γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Ο νοσηλευτής:

- α. Παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό τουλάχιστον κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.
- β. Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω από τη μασχάλη και την πλάτη, γιατί συμβαίνει ορισμένες φορές το αίμα να ρέει προς τα πίσω, ενώ το επιδεσμικό υλικό επί του τραύματος να διατηρείται καθαρό.
- γ. Παρακολουθεί και εκτιμά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για τη διαπίστωση αιμορραγίας και shock (ταχύς και νηματοειδής σφυγμός, πτώση της αρτηριακής πίεσης, αυξημένες και άτακτες αναπνοές).
- δ. Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος. Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και πρέπει να αδειάζεται, προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευόμενων υγρών από τη συσκευή ελέγχονται και αναγράφονται καθημερινά, μια και θα χρησιμεύσουν στο χειρουργό ως κριτήριο για το χρόνο αφαίρεσης της παροχέτευσης. Όταν τα παροχετευόμενα υγρά είναι 50-100 cc με αιματηρή σύσταση το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητικώς, το αναφέρει αμέσως στο γιατρό.
- ε. Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για τη θερμιδική κάλυψη. Παρατηρεί επίσης το ποσό των ούρων για εμφάνιση ολιγουρίας (σε αιμορραγία, το ποσό του αίματος που κυκλοφορεί στα νεφρά μειώνεται, με αποτέλεσμα την υπολειτουργία των νεφρών και την εμφάνιση ολιγουρίας).

- στ. Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς (π.χ. σύγχυση, ευερεθιστότητα, μειωμένο επίπεδο συνείδησης), οι οποίες είναι δυνατόν να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.
- ζ. Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας. Προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος.

(Σαχίνη- Καρδάση, Πάνου 1997)

#### **6.4.3 Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής**

Ο νοσηλευτής τηρεί αυστηρά τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος, αν υπάρχει, της μαστεκτομής και του μηρού. Η φροντίδα περιλαμβάνει:

- α. Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- β. Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση, εξαιτίας της κάκωσης νεύρων.
- γ. Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- δ. Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (γίνεται με έγκριση γιατρού).

Ο νοσηλευτής φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος για εμφάνιση σημείων φλεγμονής:

- α. Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας).
- β. Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύου. Καταγράφει και αναφέρει αυτά αμέσως στο γιατρό.
- γ. Ελέγχει το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή.
- δ. Σημειώνει και αναφέρει παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή ευαισθησία.

Η θέα του τραύματος, η οπτική δηλαδή διαπίστωση της έλλειψης του μαστού, ωθεί την ασθενή σε βαθύτερη συνειδητοποίηση της αναπηρίας της. Η ασθενής καταλαμβάνεται από απογοήτευση, υπάρχει ακόμη και ο φόβος να

λιποθυμήσει. Η παρουσία του νοσηλευτή σε αυτή τη δύσκολη ώρα είναι πολύτιμη. Ο νοσηλευτής, για να μην αντικρίσει η ασθενής από την πρώτη αλλαγή τον ακρωτηριασμό της, αφαιρεί τους επιδέσμους και στρέφει το κεφάλι της προς το αντίθετο μέρος του τραύματος. Ο νοσηλευτής όμως έχει καθήκον να βοηθήσει την ασθενή βαθμιαία και, πριν φυσικά βγει από το νοσοκομείο, να αντικρίσει το τραύμα της, ώστε πηγαίνοντας σπίτι της να είναι πλέον εξοικειωμένη με αυτό και με τη φροντίδα του, χάρη στην αγάπη και την προσωπική φροντίδα του νοσηλευτή.

(Σαχίνη- Καρδάση, Πάνου 1997)

#### **6.4.4 Πρόληψη ή/ και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος**

Μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος του σύστοιχου προς τη μαστεκτομή άκρου, λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα τη μη παροχέτευση της λέμφου στην περιοχή. Η καταπολέμηση της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη, λόγω μειωμένης αντίστασης του οργανισμού σε αυτήν.

(Σαχίνη- Καρδάση, Πάνου 1997)

## 7. Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου

Η ψυχική κατάσταση, από αρχαιοτάτων χρόνων είναι γνωστό ότι επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την σωματική υγεία. Στην ύπαρξη ψυχικών διαταραχών αποδίδονται συνήθως σοβαρές και καταληκτικές ασθένειες. Η κατάθλιψη σχετίζεται με την αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης στον οργανισμό, που έχει σαν φυσικό επακόλουθο την εξασθένηση της ανοσολογικής αντίδρασης σε εξωγενή και ενδογενή ερεθίσματα.

Η εμφάνιση, καθώς επίσης η πρόγνωση του καρκίνου γενικά και ιδιαίτερα του καρκίνου του μαστού, σχετίζονται άμεσα με την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους. Εφόσον η ασθενής πιστέψει στην αγωγή που λαμβάνει, η πρόγνωση της αρρώστιας επηρεάζεται θετικά, σύμφωνα με τις περισσότερες έρευνες για την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων, που περιλαμβάνουν συγκρίσεις με εικονικό φάρμακο. Επομένως πρέπει να μειώνεται το άγχος σε κάθε ασθενή με καρκίνο του μαστού.

Ο κλινικός γιατρός που παρακολουθεί την ασθενή, οφείλει να διαγνώσει την ύπαρξη αυτών των ψυχικών νόσων του άγχους και της κατάθλιψης, παρόλο που πολλές φορές αυτό δεν είναι εύκολο. Η δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι τα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται στην υποκείμενη κακοήγη νόσο. Μερικά από αυτά τα συμπτώματα είναι, για την κατάθλιψη εύκολη κόπωση, έλλειψη ενέργειας, ανορεξία, αϋπνία, μείωση της διάθεσης και για το άγχος ανησυχία, ταχυκαρδία, ενοχλήματα από το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό σύστημα.

Ο πλέον έμπειρος, που ίσως μπορέσει να κάνει την διάγνωση με μεγαλύτερη βεβαιότητα είναι ο ειδικός ψυχίατρος, όπου και ζητείται η συμβουλή του. Επίσης για την καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών των ασθενών αυτών, ο ψυχίατρος θα μπορέσει να συμβουλευτεί καλύτερα.

Η ψυχοθεραπευτική υποστηρικτική στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του συγγενικού περιβάλλοντος, είναι απαραίτητη. Ενίοτε απαιτείται φαρμακευτική ενίσχυση με αγχολυτικά ή και αντικαταθλιπτικά φάρμακα με τις λιγότερες δυνατές παρενέργειες.

## 7.1. Συναισθηματικές διαταραχές

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία τραυματική εμπειρία που επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο των ασθενών. Μετά τη θεραπεία, σημαντικός αριθμός ασθενών έχουν συνεχείς εναλλαγές στα συναισθήματα και τη διάθεσή τους. Συνήθως, μετά την ολοκλήρωση αυτής, αισθάνονται μεγάλη ένταση και εξάντληση. Η βοήθεια και η υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στην κατανόηση αυτών των συναισθημάτων τις βοηθούν και στην αποτελεσματικότερη διαχείρισή τους.

Οι ψυχικές αντιδράσεις εκδηλώνονται με σωματικά και ψυχικά συμπτώματα όπως:

Σωματικές αντιδράσεις στη νόσο:

- Κλάμα
- Κούραση
- Αδιαθεσία
- Αϋπνία
- Ένταση
- Αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες
- Στη συμπεριφορά:
  - Η αποφυγή ανθρώπων ή πραγμάτων που θυμίζουν την εμπειρία του καρκίνου.
  - Η συνεχής ανάγκη για επιβεβαίωση από φίλους και οικογένεια ότι είναι καλά.
  - Η έλλειψη αυτοπεποίθησης.
  - Η απομάκρυνση από ανθρώπους ή δραστηριότητες που αγαπούσε.
  - Η αίσθηση συνεχούς κακοδιαθεσίας.
  - Αντιδραστικότητα.
  - Προβλήματα επικοινωνίας με άλλους.

Στον τρόπο σκέψης:

- Να μην μπορεί να βγάλει από το μυαλό της την εμπειρία του καρκίνου.
- Υπερβολική προσοχή σε θέματα υγείας.
- Έλλειψη συγκέντρωσης.
- Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.

Με την κατάλληλη ψυχοθεραπευτική υποστήριξη οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται θετικά στην ψυχοκοινωνική διάσταση της νόσου.

Αντιλαμβάνονται και να κατανοούν τα συναισθήματά τους, διαχειρίζονται το άγχος και τον φόβο του καρκίνου και οι αρνητικές αντιδράσεις τόσο κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, όσο και στο στάδιο της θεραπείας και της αποθεραπείας ξεθωριάζουν. Έτσι ανακαλύπτουν άλλα σημαντικότερα γεγονότα στη ζωή τους, που την κάνουν περισσότερο όμορφη και ουσιαστική, αν και ο επανέλεγχος σε τακτά χρονικά διαστήματα, οι επανεισαγωγές λόγω επιπλοκών της θεραπείας, και οι σημαδιακές ημερομηνίες, είναι καταστάσεις που πυροδοτούν την ψυχοσωματική αντίδραση στη νόσο.(BeStrong.org.gr, 15/10/2009).

## **7.2. Ο φόβος επανεμφάνισης του καρκίνου**

Η επανεμφάνιση του καρκίνου είναι η προσβολή από τον καρκίνο ξανά, εφόσον έχει ολοκληρώσει τη θεραπεία του και εφόσον δεν υπήρχε πλέον καρκίνος στο σώμα της γυναίκας. Η επανεμφάνιση μπορεί να συμβεί στο ίδιο μέρος από όπου ξεκίνησε ή μπορεί να συμβεί σε άλλο μέρος του σώματος. Ο φόβος να μην επανέλθει, η αγωνία δηλαδή να μην επανεμφανιστεί ο καρκίνος μετά την ολοκληρωμένη θεραπεία του, είναι πολύ σύνηθες στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Η συναισθηματική αντίδραση της κάθε ασθενούς διαφέρει και ο φόβος επανεμφάνισης του καρκίνου κυριαρχεί. Χρειάζεται υποστήριξη από τη διεπιστημονική ομάδα υγείας για την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, τις επαναληπτικές εξετάσεις και την προσαρμογή τους στην αποδοχή του νέου τρόπου ζωής, μειώνοντας το άγχος, την κατάθλιψη καθώς και τον φόβο από την επανεμφάνιση της νόσου, διατηρώντας έτσι μια καλή ποιότητα ζωής.

(Λεονταρίτου 2009)

## **7.3 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας**

Είναι πολύ φυσικό όταν εντοπίζεται καρκίνος σε κάποιον να ανησυχεί για αυτό που του συμβαίνει αλλά και για το ότι πρόκειται να του συμβεί, τον πόνο, την τελική έκβαση, τον θάνατο, τους αγαπημένους του ανθρώπους. Το

στρες λοιπόν, αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού απέναντι σε έναν «κίνδυνο». Η αίσθηση ότι το άτομο βρίσκεται απέναντι σε κάτι απειλητικό για εκείνον δημιουργεί μία «αφύπνιση», έναν «συναγερμό» στο σώμα του καθιστώντας το ικανό να «παλέψει» ενάντια σε αυτόν τον κίνδυνο. Για αυτό το λόγο όταν βιώνουμε άγχος το βιώνουμε μέσα και από σωματικά συμπτώματα.

Η γυναίκα που έχει άγχος μπορεί να παραπονείται για δυσκολία συγκέντρωσης, αίσθημα κόπωσης, δυσκολία στον ύπνο, και ευερεθιστότητα. Άλλα σωματικά συμπτώματα που μπορεί να προκαλούνται από το υπερβολικό άγχος είναι η ξηροστομία, η εφίδρωση, ο θωρακικός πόνος, γαστρεντερικές διαταραχές, μουδιάσματα, εξάψεις και κρυάδες, αίσθημα ζαλάδας και ιλίγγου, τσιμπήματα στο σώμα, ταχυπαλμίες και «φτερουγίσματα» στο στήθος, σύσπαση των μυών, τινάγματα, αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή, δερματικά συμπτώματα. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι παρόντα καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας ή να εμφανίζονται πιο έντονα ανά περιόδους όπως σε επισκέψεις σε ιατρεία, επαναλήψεις των εξετάσεων κ.τ.λ.

Αν το άγχος και ο φόβος είναι ακόμη πιο έντονα μπορεί το άτομο να βιώσει για ορισμένα λεπτά και μία κρίση πανικού. Μία κρίση πανικού έρχεται απροειδοποίητα και διαρκεί λίγα λεπτά. Σε αυτά τα λεπτά η ασθενής έχει πολλά και έντονα σωματικά συμπτώματα όπως ταχυπαλμία, αίσθημα ότι κόβεται η ανάσα, ζαλάδα και τάση λιποθυμίας, πόνο στο στήθος, εφίδρωση. Αυτά, πυροδοτούν έναν ταυτόχρονο φόβο ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί, θα πεθάνει, θα χάσει τον έλεγχο, θα εκτεθεί, θα χάσει τα λογικά της. Τα συμπτώματα αυτά ομοιάζουν κατά πολύ με σοβαρές ιατρικές καταστάσεις όπως το έμφραγμα. Ασφαλώς και θα πρέπει να διερευνηθεί αν υφίσταται κάποια ιατρική κατάσταση, παρόλα ταύτα αν συμβαίνει κατ' επανάληψη και αν τα συμπτώματα υποχωρούν μετά από λίγα λεπτά χωρίς να παραμένουν άλλα συμπτώματα τότε πρόκειται για μία κρίση πανικού. Όλα αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα που τη συνοδεύουν έχουν ως αποτέλεσμα η ασθενής να φοβάται έντονα να μην της ξανασυμβεί, να προσπαθεί να αποφεύγει καταστάσεις που η ίδια θεωρεί ότι τις προκαλούν και τελικά να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος φόβου και άγχους (Λεονταρίτου 2009).

## 7.4 Κατάθλιψη και καρκίνος

Η ανακοίνωση ότι κάποια γυναίκα πάσχει από καρκίνο, η διαδικασία των θεραπειών, οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, ο αντίκτυπος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή είναι μερικοί από τους λόγους που μπορεί να νιώσει θλίψη και άσχημη διάθεση. Η θλίψη είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα απέναντι σε μία δυσάρεστη κατάσταση. Συνήθως, η θλίψη υποχωρεί σταδιακά και η ασθενής επαναδραστηριοποιείται, αναζητώντας λύσεις για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει και παράλληλα προσπαθεί να επιστρέψει στην καθημερινή της ρουτίνα. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, δεν συμβαίνει αυτό. Η άσχημη διάθεση μπορεί να παρατείνεται για αρκετές εβδομάδες και να δείχνει να επιδεινώνεται παρά να βελτιώνεται.

Η γυναίκα χάνει τη διάθεσή της για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, δεν παίρνει ικανοποίηση από δραστηριότητες που παλαιότερα την ευχαριστούσαν, χάνει το ενδιαφέρον της και νιώθει οξύθυμη και ευερέθιστη. Ταυτόχρονα μπορεί να παρουσιάζει διαταραχή στον ύπνο (αϋπνίες ή υπερυπνία) και απώλεια της όρεξής της. Συνήθως νιώθει χειρότερα το πρωί ενώ η διάθεση βελτιώνεται λίγο τις απογευματινές ώρες. Επιπλέον μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες στη συγκέντρωση αλλά και στη μνήμη της, να βιώνει αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, ματαιότητας και ευαλωτότητας.

Όλα αυτά συνήθως συνοδεύονται και από σωματικά συμπτώματα όπως το αίσθημα κόπωσης, πόνους στο σώμα, αλλαγή βάρους, υπερδιέγερση και ανησυχία, απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Δεν είναι σπάνιο η ασθενής να έχει αυτοκαταστροφικά συναισθήματα να θεωρεί ότι η ζωή δεν αξίζει, ότι είναι ένα φορτίο στους άλλους.

Όταν λοιπόν βιώνει αρκετά από τα παραπάνω συμπτώματα τότε το πιο πιθανό είναι να υποφέρει από κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές που εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες και συχνότερα στις γυναίκες. Μπορεί να εμφανιστεί σταδιακά ή να έχει απότομη έναρξη. Στην περίπτωση όπου υπάρχει μία σωματική ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού, η κατάθλιψη είναι πιο σύνθετη καθώς η γυναίκα μπορεί να νιώθει ανίκανη και να θεωρεί μάταιο να ακολουθήσει τις θεραπείες. Ακόμα και αν τις ακολουθεί, είναι γνωστό ότι η καλή ψυχολογική κατάσταση είναι παράγοντας θετικής έκβασης.



Η αναγνώριση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης, καθώς και η σωστή ενημέρωση των ασθενών για την νόσο τους, θα μπορούσαν να συμβάλουν στην πιο εύκολη από μέρους τους λήψη αποφάσεων, υιοθέτησης ριζικών και ευνοϊκών αλλαγών στον τρόπο ζωής τους μετά την διάγνωση του καρκίνου (Παναγιωτοπούλου 2009).

Τα ποσοστά των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη και αφορούν ομάδες γυναικών με ΚΜ, τις κατατάσσουν στην τρίτη θέση της ομάδας των ανθρώπων με διαγνωσμένο Καρκίνο.

Το στρες, που ορίζεται ως στρες του τρόπου ζωής, συνδέεται με συμπτώματα κατάθλιψης. Παρ' όλα αυτά, λίγα είναι γνωστά για τη σχέση ανάμεσα σε διαφορετικές κατηγορίες στρες και τέτοιων συμπτωμάτων των γυναικών με ΚΜ. Αυτή η σχέση έγινε αντικείμενο έρευνας σε 210 γυναίκες που εκτιμήθηκαν νοσηλευτικά μετά από τη χειρουργική θεραπεία, στην οποία υποβλήθηκαν, για συστηματικό ΚΜ. Σύμφωνα με την Hierarchical Multiple Regression, εξετάστηκαν τρεις κατηγορίες στρες: ο εντοπισμός πέντε στρεσογόνων γεγονότων κατά τη διάρκεια του χρόνου που προηγήθηκε της διάγνωσης του καρκίνου, γενικευμένη αίσθηση στρες και τραυματικής αιτιολογίας στρες το οποίο σχετίζεται με τον καρκίνο. Επίσης εξετάστηκαν άλλα ενδεχομένως σχετικά συγγενή συμπτώματα κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων των νευρογενών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, κοινωνικοδημογραφικών και χαρακτηριστικών που αφορούν την ασθένεια ή τη θεραπεία της. Υπολογίζεται ότι 53% των ποικίλων συμπτωμάτων της κατάθλιψης υπολογίστηκαν από τρεις μεταβλητές στρες (γενικευμένη αίσθηση στρες και τραυματικής αιτιολογίας σχετιζόμενης με τον καρκίνο και γεγονότων της ζωής- κυρίως οικονομικές δυσκολίες) και δυο μεταβλητές ελέγχου (νευρογενών και φυλετικών χαρακτηριστικών). Ειδικότερα γενικές στρεσογόνες αντιλήψεις που συνδέθηκαν με ενδόμυχες σκέψεις σχετικές με τον καρκίνο και οικονομικές φροντίδες, μαζί με τη ροπή προς την αρνητικότητα (νευρωτισμός) μπορεί να συμβάλλουν στη μεγέθυνση του κινδύνου για μια γυναίκα να εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης, ο προσδιορισμός των πολλαπλών πηγών του στρες θα βελτίωνε την ικανότητα μας να αναγνωρίζουμε γυναίκες που βρίσκονται 'σε κίνδυνο' για κατάθλιψη και να συνεισφέρουμε στην έγκαιρη παρέμβαση. (Golden- Kreutz, Andersen 2003-2004)

## 7.5. Η Θλίψη της απώλειας...

Η θλίψη είναι ένα πολύ δυνατό συναίσθημα λύπης όταν υπάρχει μία απώλεια. Η θλίψη και η απώλεια είναι δύσκολα κομμάτια της ζωής και αποτελούν επίσης μέρος της εμπειρίας του καρκίνου. Καλό θα ήταν σε αυτό το σημείο να διευκρινιστεί ότι όταν γίνεται αναφορά στην απώλεια, δεν εννοείται μόνο η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, αλλά και η απώλεια άλλων πραγμάτων, όπως του παλιού ρυθμού της ζωής. Καταλαβαίνοντας λοιπόν τα συναισθήματα που βγαίνουν από την θλίψη και την απώλεια και βρίσκοντας την υποστήριξη που χρειάζεται, μπορεί να καταφέρει η ασθενής να διαχειρίζεται τις αλλαγές που παρατηρεί στη ζωή και να αισθάνεται περισσότερο αισιόδοξη.

Η απώλεια είναι όταν δεν μπορείς να είσαι ή να έχεις κοντά σου κάποιον ή κάτι που είναι σημαντικό για σένα. Ακόμα και αν αυτό δεν είναι κάτι ευχάριστο, δεν παύει να είναι ένα φυσιολογικό κομμάτι της ζωής. Και η θλίψη που συνοδεύει την απώλεια είναι ουσιαστικά ο πόνος του αποχωρισμού από αυτούς ή αυτά που αγαπάμε.

Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η θλίψη και η απώλεια αφορούν μόνο τις περιπτώσεις όπου κάποιος πρόσωπο φεύγει από τη ζωή μας. Αλλά η θλίψη μπορεί να περιβάλλει και άλλες απώλειες.

Μερικές απώλειες είναι πιο δύσκολο να τις αντέξουμε από ότι άλλες. Όταν μία απώλεια είναι εξαιρετικά σημαντική, τότε έχουμε κάτι περισσότερο από στεναχώρια μέσα μας. Είναι μία διαδικασία που διαρκεί για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα και μπορεί να περιλαμβάνει ποικιλία συναισθημάτων και σκέψεων. Ακόμα και όταν αυτά τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις είναι πολύ επίπονα, είναι σημαντικό να θυμάστε ότι η θλίψη είναι ένα υγιές και φυσιολογικό σύμπτωμα της απώλειας.

Η θλίψη και η απώλεια είναι ένα φυσιολογικό κομμάτι της ζωής και μπορεί να έρθει στον καθένα με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Ο καθένας βιώνει την θλίψη και την απώλεια με τον δικό του μοναδικό τρόπο. Μία σημαντική απώλεια για έναν άνθρωπο μπορεί να είναι λιγότερο σημαντική για κάποιον άλλον. Για παράδειγμα, η απώλεια μαλλιών από τις χημειοθεραπείες μπορεί να είναι πολύ σημαντικό για έναν άνθρωπο αλλά όχι και τόσο για

κάποιον άλλον. Οι απώλειες βέβαια μπορεί να αποφέρουν και μερικά οφέλη. Επίσης η θλίψη βιώνεται με μοναδικό τρόπο από τον καθέναν μας.

Η θλίψη είναι διαφορετική για τον καθένα, ως προς τη διάρκειά της, την έντασή της και τη σημασία της. Το πώς, το πότε και το για τι κάποιος νιώθει θλίψη εξαρτάται από πολλά πράγματα. Αυτά μπορούν να συμπεριλαμβάνουν την ηλικία, το στάδιο το οποίο βρίσκεται στη ζωή, τις προηγούμενες απώλειες που έχει βιώσει και το ποσό στήριξη είχε. Ακόμα και δύο άνθρωποι μέσα στην ίδια οικογένεια μπορεί να αντιδράσουν και να το χειριστούν διαφορετικά.

Οι απώλειες που βιώνουν όσες γυναίκες έχουν καρκίνο είναι διαφόρων ειδών. Μερικές από αυτές μπορεί να είναι εμφανείς και άλλες όχι. Η απώλεια μπορεί να είναι παροδική, μόνιμη, να προκαλέσει αλλαγές στη ζωή τους ή να τις επηρεάσει ελάχιστα.

Παρακάτω υπάρχουν μερικά παραδείγματα. Όσο και εάν υπάρχουν πολλών ειδών απώλειες δεν σημαίνει ότι αυτές δεν είναι αλληλοεπηρεαζόμενες.

- Ένα σημείο του σώματός της γυναίκας ή η σωματική της λειτουργία.
- Η σωματική της ενέργεια.
- Η ικανότητα ή η δεξιότητα να αποδώσει σε ορισμένες δραστηριότητες.
- Γονιμότητα.
- Άνεση με το σώμα της.

Συναισθηματικές απώλειες

- Η αίσθηση ασφάλειας (για την υγεία, για το μέλλον).
- Η αυτοεκτίμησή.
- Η αυτοπεποίθηση.
- Οι στόχοι, οι ελπίδες, τα όνειρά.
- Η πίστη.
- Οι συνήθειές (αλλαγές στην καθημερινότητά).

Κοινωνικές απώλειες

- Οι σχέσεις με φίλους, οικογενειακά μέλη ή συναδέλφους.
- Οι σεξουαλικές σχέσεις.
- Η δυνατότητα να τεκνοποιήσετε.
- Η απώλεια ορισμένων ρόλων.

Οικονομικές απώλειες

- Ευκαιρία για δουλειά.
- Οικονομική ασφάλεια.
- Ασφάλεια ζωής.
- Ικανότητα εργασίας και απόδοσης.

Γενικότερα, η θλίψη ξεκινά με μία περίοδο κατά την οποία κυριαρχεί μία άρνηση στο να συνειδητοποιήσει η γυναίκα ότι βίωσε μία απώλεια. Αυτή η άρνηση μπορεί να συνοδεύεται από θυμό. Καθώς ξεκινά να καταλαβαίνει και να εκφράζει συναισθήματα που νιώθει, έρχεται η στιγμή που αποδέχεται αυτό που έγινε και προχωράει παρακάτω στη ζωή της.

Υπάρχουν έντονα συναισθήματα όπως:

- Εξάντληση.
- Λύπη, απόγνωση.
- Θυμός, ενόχληση.
- Ενοχή.
- Φόβος.
- Άγχος.

Φυσικές αντιδράσεις όπως:

- Κλάμα.
- Έλλειψη σωματικής ενέργειας.
- Αλλαγές στη διατροφή ή τον ύπνο.
- Γενικότερη αδιαθεσία/ατονία.

Αλλαγές στη συμπεριφορά όπως:

- Μείωση στην παραγωγικότητα.
- Υπερκινητικότητα.
- Αυξημένη ανάγκη για επιβεβαίωση.
- Αλλαγές στις σεξουαλικές συνήθειες.
- Αναζήτηση προσοχής.
- Επιθετική συμπεριφορά.

Αλλαγές στον τρόπο σκέψης όπως:

- Αποφυγή ή άρνηση της απώλειας.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης/αυτοσυγκέντρωσης.
- Συνεχής σκέψη της απώλειας.
- Εξιδανίκευση του παρελθόντος.

Στην αρχή, η θλίψη μπορεί να είναι έντονη και συχνή. Σταδιακά όμως τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις θλίψης γίνονται λιγότερο έντονα, διαρκούν λιγότερο και συμβαίνουν όλο και πιο αραιά. Αναγνωρίζοντας ότι αυτές οι αντιδράσεις είναι κοινές και μερικές φορές αναμενόμενες, θα βοηθούσε να αποκτήσει η ασθενής καλύτερη αυτογνωσία.

Η περίοδος θλίψης μπορεί να έχει και αυτή τις δυσκολίες της. Τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις μπορεί να είναι περίπλοκα, έντονα και να μπερδεύουν ή να καταβάλλουν την ασθενή.

Όσες γυναίκες βιώνουν τον καρκίνο του μαστού μπορεί να νιώσουν θλίψη και απώλεια κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, κατά τη διάρκεια της ανάνηψής τους ή ακόμα και μήνες ή και χρόνια μετά την ολοκλήρωση της αποθεραπείας τους.

Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου είναι μία δύσκολη και επίπονη εμπειρία. Πρώτα, η σωματική ενέργεια της ασθενούς μπορεί να αρκεί εκείνη την περίοδο μόνο για να αντιμετωπίσει τη θεραπεία και τα συμπτώματά της. Μπορεί να είναι αναγκασμένη λόγω της θεραπείας της, να μη συγκεντρωθεί στις απώλειες που βιώνει και στα συναισθήματα της και αυτά να την καταβάλλουν αργότερα. Επίσης μπορεί εφόσον η θεραπεία έχει ολοκληρωθεί να ανακτήσετε την ενέργεια να αφοσιωθείτε στα συναισθήματά της.

Η θλίψη δεν προκαλεί τον καρκίνο, ούτε μπορεί να τον επαναφέρει. Η θλίψη μπορεί να είναι ένα αρκετά επίπονο συναίσθημα αλλά αυτό μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά να αντιμετωπιστούν και άλλες απώλειες ή αλλαγές που μπορεί να έχει επιφέρει ο καρκίνος.

Συνιστάται σε όσες γυναίκες βιώνουν τον καρκίνο του μαστού να μιλούν σε άλλους για τα συναισθήματά τους. Σημαντικές απώλειες τις οποίες δεν έχουν «προλάβει» να βιώσουν συναισθηματικά είναι πιο δύσκολο να τις ξεπεράσουν. Μπορούν να τις καταβάλλουν και να μην τις αφήσουν να προχωρήσουν στη ζωή με ζωντάνια και παραγωγικότητα. Καμιά φορά αυτό το καταλαβαίνει από μόνη της η ασθενής που βιώνει τον καρκίνο. Μιλώντας με άλλους ανθρώπους βοηθάει ώστε:

- Να εκφράσει τα συναισθήματά της.
- Να αναγνωρίσει ποιές είναι αυτές οι απώλειες αλλά και ποιές είναι σημαντικές για εκείνη.

- Να συνδέσει τα συναισθήματά της με προηγούμενες απώλειες που έχει βιώσει.
- Να καταλάβει εάν τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις της είναι φυσιολογικά ή υπερβολικά.
- Να βρει εναλλακτικούς τρόπους να ανταπεξέλθει.
- Να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα.
- Να αισθανθεί πιο δυνατή, πιο ικανή.

Βέβαια, αυτό δεν σημαίνει ότι η συζήτηση με άλλους αποτελεί μία εύκολη διαδικασία, αντιθέτως μπορεί να είναι και δύσκολη. Επίσης η θλίψη και η απώλεια είναι δύσκολο να γίνουν αντιληπτά από τους άλλους μιας και δεν είναι όλοι διαθέσιμοι να ακούσουν τα έντονα συναισθήματα που μπορεί να καταβάλλουν την ασθενή. Εάν οι φίλοι ή τα οικογενειακά της μέλη δείχνουν ότι δεν θέλουν να μιλήσουν μαζί της για τα συναισθήματά της, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι ίσως να μην νιώθουν άνετα αρκετά ώστε να μιλήσουν για τη θλίψη, ή δεν γνωρίζουν τον τρόπο για να το κάνουν αυτό.

Μπορεί δηλαδή, να αναγνωρίζουν πόσο σημαντικό είναι αυτό για εκείνη αλλά να χρειάζεται να τους εξηγήσει ότι τους χρειάζεται πραγματικά και ότι η στήριξή τους είναι πολύτιμη. (Παναγιωτοπούλου 2009).

## **7.6 Το αίσθημα “ενοχών” ως αποτέλεσμα του καρκίνου**

Οι ενοχές είναι ένα από τα περίεργα αισθήματα που εμφανίζονται σε διάφορα πρόσωπα που εμπλέκονται, με οποιαδήποτε ιδιότητα, με το νόσημα καρκίνος. Πρόκειται για αίσθημα που βιώνεται από όλους, αν και από καθέναν για διαφορετικούς λόγους. Θα πρέπει να διευκρινιστεί πως με τη λέξη ενοχή δηλώνεται το δυσάρεστο συναίσθημα που βιώνει όποιος έχει συνείδηση ότι έχει διαπράξει κάτι κακό. Το κακό μπορεί να οφείλεται σε κάτι που έγινε, ή σε κάτι που λόγω αμέλειας ή ατολμίας δεν έγινε, καθένα από τα οποία έχει αρνητική επίδραση είτε σε εμάς προσωπικά, είτε σε κάποιο αγαπημένο μας πρόσωπο.

Μερικές φορές, κυρίως τα άτομα με αυστηρό υπερεγώ και αυξημένο θρησκευτικό συναίσθημα ή άλλα άτομα θρησκόληπτα ή απλοϊκά ή προληπτικά, συνδέουν τη νόσο τους με «θείκη τιμωρία», είτε για πράγματα που έκαναν, είτε για παραλείψεις τους και ασχέτως αν αυτά είναι υποθετικά η

πραγματικά. Άλλα άτομα, ευτυχώς ολοένα και λιγότερα, αντιμετωπίζουν την εκδήλωση κάποιου τύπου καρκίνου ως αποτέλεσμα μαγικών τελετών εις βάρος τους. Στις περιπτώσεις αυτές, εκτός από τους θεράποντες και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σημαντική επίδραση μπορεί να ασκήσει ο φωτισμένος θρησκευτικός λειτουργός.

Εκτός από ενοχές για ευθύνη στην παθογένεση του καρκίνου, συχνά το αίσθημα αυτό πυροδοτείται από τη γνώση της καθυστερημένης προσέλευσης στο γιατρό ή το νοσοκομείο για την πραγματοποίηση των διαγνωστικών χειρισμών.

Ανάλογα συμβαίνουν και στον καρκίνο του μαστού. Μερικές φορές είναι ακατανόητο πώς μπορεί να φθάνουν σε τοπικά πολύ προχωρημένη νόσο με εξελκώσεις, διογκώσεις επιχώριων αδένων κλπ. νοήμονες γυναίκες, χωρίς να έχουν απευθυνθεί πιο γρήγορα στο γιατρό. Ο φόβος της διάγνωσης αποτρέπει ορισμένες γυναίκες να προσφύγουν σε ιατρική βοήθεια. Υπεραπασχόληση, κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, κοινωνικά προβλήματα κ.α. είναι μεταξύ των δικαιολογιών που επικαλούνται οι ασθενείς, αδιάφορο αν αυτά είναι πραγματικά ή αν αυτές τα βιώνουν ως τέτοια.

Η καθυστέρηση και η αλλαγή, πολύ συχνά, των θεραπευτικών δυνατοτήτων και προοπτικών, δημιουργούν πλέγμα ενοχών, στο οποίο μπορεί να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες. Επειδή δε οι μαστοί είναι όργανα που σχετίζονται και με την ερωτική ζωή, οι ενοχές μπορεί να ανάγουν το νόσημα σε αποτέλεσμα «θεικής τιμωρίας». Το ίδιο μπορεί να συσχετίζονται με την παροχή θηλασμού στα βρέφη τους ή πολύ συχνότερα, με τη λήψη ορμονών (αντισυλληπτικών ή για κύηση ή για υποκατάσταση κλπ.) σε κάποια φάση της ζωής τους.

Ένας άλλος παράγων που αποτελεί την αιτία ενοχών σε ασθένεια με καρκίνο είναι η αίσθηση της ταλαιπωρίας των συγγενών εξ αιτίας τους. Οι συγγενείς, τουλάχιστον στην ελληνική πραγματικότητα και με τις κρατούσες συνθήκες, είναι εκείνοι που κατά κανόνα θα φροντίσουν τις συναντήσεις με τους γιατρούς, θα τρέξουν κυνηγώντας τις απαντήσεις των εξετάσεων, θα συμπαρασταθούν στις θεραπείες, θα ασκήσουν δευτερεύον νοσηλευτικό έργο ξενυχτώντας δίπλα στον άρρωστο στους όχι και τόσο βολικούς νοσοκομειακούς μας χώρους.

Κι ακόμα οι συγγενείς, για να φροντίσουν όλα αυτά, συχνά θα παραμελήσουν τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, τα άλλα μέλη της οικογένειας, τον εαυτό τους. Επίσης θα επιβαρυνθούν οικονομικά, είτε επειδή έχουν παραμελήσει τη δουλειά τους, είτε καλύπτοντας μέρος των δαπανών νοσηλείας ή και για άλλους λόγους.

Αυτά όλα δημιουργούν στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού αίσθημα εξάρτησης. Βλέπουν ότι δεν μπορούν να αυτοδιαχειριστούν τις υποθέσεις τους, ενώ αισθάνονται ότι επιβαρύνουν συνολικά τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Αυτά τους προκαλούν αισθήματα ενοχής που μπορεί να οδηγήσουν σε αντιδραστική κατάθλιψη, κάποτε όμως και σε επιθετικότητα. Η τελευταία, εάν συμβεί, δημιουργεί στη συνέχεια πρόσθετες ενοχές σ' έναν ανατροφοδοτούμενο φαύλο κύκλο.

Μια άλλη αιτία που δημιουργεί ενοχές στις ασθενείς, αναφέρεται σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου το νόσημα έχει κάποιο κληρονομικό χαρακτήρα. Υπάρχουν λ.χ. εκτός από τις συνήθεις περιπτώσεις σποραδικού καρκίνου του μαστού και οι περιπτώσεις του νεόπλασμα λεγόμενου καρκίνου του μαστού κατά τις οποίες, λόγω γενετικού υποστρώματος, το εμφανίζεται σε διαδοχικές γενεές γυναικών, συχνά δε σε διαρκώς μικρότερη ηλικία.

Η ασθενής με καρκίνο του μαστού μητέρα φοβάται και αισθάνεται ενοχή για τη πιθανή εμφάνιση καρκίνου του μαστού και στην κόρη της ή και σε μεταγενέστερες γενεές. (Λεονταρίτου 2009, Ρηγάτος 2007)

## **7.7 Το αίσθημα της αβεβαιότητας και ο καρκίνος**

Οι αβεβαιότητες που προκαλεί ο καρκίνος δεν σταματούν με την θεραπεία. Ακόμα και όταν ο καρκίνος υποχωρήσει, μπορεί να συνειδητοποιήσει η ασθενής ότι η ζωή της έχει αλλάξει με τρόπους που δεν είχε σκεφτεί ή δεν περίμενε.

Μερικές από τις αβεβαιότητες που νιώθει μια γυναίκα περιλαμβάνουν:

- Την υγεία.
- Την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας.
- Τη ζωή της.
- Τις διαπροσωπικές της σχέσεις.
- Την καριέρα της.



Όλες οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού, ζουν με έναν βαθμό αβεβαιότητας για το μέλλον τους, αλλά αυτό επηρεάζει τον κάθε άνθρωπο διαφορετικά. Το πως αντιμετωπίζεται η αβεβαιότητα σχετίζεται με την προσωπικότητά και τον τρόπο που ανταπεξέρχεται στις δυσκολίες η κάθε ασθενής.

- Μπορεί να βάλει την εμπειρία του καρκίνου στην άκρη και να επιλέξει να μην το ξανασκεφτεί. Οι αβεβαιότητες που προκαλεί ο καρκίνος μπορεί να μην την απασχολούν και τόσο.
- Μπορεί να σκέφτεται συχνά την εμπειρία του καρκίνου και να βρίσκει ότι αυτές οι σκέψεις την καταβάλλουν. Μπορεί να ζει με την αβεβαιότητα της επανεμφάνισης του καρκίνου ή της επιρροής που μπορεί να έχει στη ζωή της.
- Μπορεί να σκέφτεται τις θετικές αλλαγές που ο καρκίνος έφερε στη ζωής της. Μπορεί να θέλει να αποδεχτεί και να προσαρμοστεί σε αυτές τις αλλαγές.

Όλες αυτές οι αντιδράσεις είναι φυσιολογικές. Αλλά εάν η αβεβαιότητά είναι τόσο έντονη που δεν «επιτρέπει» στη γυναίκα με καρκίνο να χαρεί τη ζωή όπως μπορεί, ή εάν οι φόβοι της αβεβαιότητας την καταβάλλουν συναισθηματικά και προκαλούν απομόνωση και θλίψη, τότε θα ήταν καλό να μιλήσει σε ένα κοντινό της πρόσωπο ή σε έναν ψυχολόγο. Η αβεβαιότητα μπορεί να αποτελεί μεγάλο κομμάτι της ζωής της αυτήν την περίοδο αλλά αυτό δεν θα πρέπει να επηρεάζει την ποιότητα της ζωής.

Η αβεβαιότητα ενδέχεται να προκαλέσει αναστάτωση, αγανάκτηση ή να δώσει το κίνητρο στην ασθενή να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής της. Δεν υπάρχει σωστός ή λάθος τρόπος στο πώς θα αισθανθεί. Ωστόσο μπορεί η κάθε γυναίκα να είναι καλό να μάθει τρόπους διαχείρισης των συναισθημάτων της.

Η αβεβαιότητα για την αποκατάσταση της υγείας μπορεί αφ' ενός να οδηγήσει σε ανησυχία και αφ' ετέρου να «κινητοποιήσει» την ασθενή ώστε να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της. Να φροντίζει ιδιαίτερα την διατροφή της, την παρακολούθηση και την αποκατάσταση της υγείας της. Να δραστηριοποιηθεί με την επανένταξή της στον κοινωνικό τομέα επανακτώντας τις διαπροσωπικές σχέσεις και την επικοινωνία. Να ασχοληθεί με δημιουργικές

ασχολίες που θα τονώνουν το ηθικό της, θα ενδυναμώνουν την αυτοεκτίμησή της, όπως η ένταξη των καθορισμένων ιατρικών εξετάσεων ως μέρος της καθημερινότητάς της, η απόφαση για δημιουργία οικογένειας ή και απόκτηση παιδιών καθώς και η επιστροφή στο χώρο εργασίας ή αντίστοιχα η προσπάθεια εύρεσης εργασίας. (BeStrong.org.gr, 15/10/2009)

## **7.8 Σεξουαλικότητα & Καρκίνος**

Ο καρκίνος μαστού και η θεραπεία του επηρεάζει την σεξουαλικότητα της γυναίκας καθώς και τις διαπροσωπικές της σχέσεις. Θίγεται το σύμβολο της θηλυκότητάς της, που είναι ο μαστός, η εικόνα του σώματός της, θεωρεί ότι πλέον παύει να είναι επιθυμητή ως γυναίκα.

Τα συναισθήματα που βιώνει η γυναίκα με καρκίνο του μαστού επηρεάζουν την σεξουαλική της συμπεριφορά. Η κατάθλιψη, ο φόβος για τον καρκίνο, την θεραπεία του καθώς και το αποτέλεσμα που θα έχει, μειώνει την σεξουαλική της επιθυμία και αυξάνει τον φόβο απόρριψής της.

Η σεξουαλική αυτοεκτίμηση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την καλή ψυχική υγεία της γυναίκας. Εάν αισθάνεται ανασφαλής με τον εαυτό της και έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση από την εμπειρία της με τον καρκίνο, μπορεί να έχει και χαμηλή αυτοεκτίμηση σεξουαλικά.

Η ασθενής είναι καλό να μοιράζεται τα συναισθήματά της, τους προβληματισμούς, ακόμη και το θυμό της με τον σύντροφο της. Μιλώντας ανοιχτά θα νιώσουν ότι μπορούν από κοινού να ξεπεράσουν τα προβλήματα επικοινωνίας, τα οποία είναι συνηθισμένα σε θέματα που αφορούν τη σεξουαλικότητα και τον καρκίνο.

Ο καρκίνος του μαστού δεν αποτελεί το τέλος της σεξουαλικής ζωής της γυναίκας. Με κατάλληλη υποστήριξη και επικοινωνία τόσο της ίδιας όσο και του συντρόφου της, μπορεί να επανακτήσει σιγά -σιγά την ερωτική της ζωή και να νιώσει γεμάτη από αυτή. (Λεονταρίτου 2009).

## **8. Η υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο μαστού από επαγγελματίες υγείας**

Η διεπιστημονική ομάδα θεραπείας των ασθενών με καρκίνο μαστού επισημαίνουν την αναγκαιότητα της ψυχολογικής στήριξης των ασθενών αυτών αλλά και των οικείων τους. Μάλιστα συχνά όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς, τονίζουν με εύχητα λόγια τη σημασία μιας τέτοιας παρέμβασης στο όνομα του λεγόμενου βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, σύμφωνα με το οποίο ο άνθρωπος αποτελεί μια αδιάσπαστη ενότητα. Μια νόσος που συχνά είναι συσχετισμένη με το θάνατο δεν μπορεί παρά να επιφέρει τέτοιου τύπου ψυχική επιβάρυνση που καθιστά αναγκαία την παρέμβαση του ειδικού της ψυχικής υγείας.

Ωστόσο, είτε τελικά γιατί αγνοείται τη σημασία μιας τέτοιας παρέμβασης, είτε διότι στην πορεία οι ανάγκες του ίδιου του ασθενή παραμελούνται, προτάσσοντας, σε ένα ιατροκεντρικό σύστημα, μονάχα τις καθαρά βιολογικές ανάγκες του ασθενούς, τελικά μόνο λίγοι από τους πάσχοντες από κάποια κακοήγη νεοπλασία, θα καταλήξουν να βρουν, παράλληλα με την ιατρική θεραπεία, και κάποια ψυχολογική ψυχοθεραπευτική βοήθεια.

Το πρόβλημα είναι αναμφίβολα περίπλοκο, διότι από τη μία οι ίδιοι οι θεράποντες ιατροί συχνά δε δίνουν την απαιτούμενη σημασία, από την άλλη οι ίδιοι οι ασθενείς με καρκίνο θεωρούν καμιά φορά πολυτέλεια το να αναζητήσουν ψυχολογική στήριξη από κάποιον επαγγελματία. Αν προσθέσει κανείς το λεγόμενο ταμπού της επίσκεψης σε έναν ειδικό της ψυχικής υγείας, κατανοεί τις δυσκολίες του να αναζητηθεί από τον ασθενή και το περιβάλλον του κάποια ψυχολογική παρέμβαση. Έτσι, συχνά ακούμε να λένε οι ασθενείς με καρκίνο: “Μα δεν είμαι τρελός! Καρκίνο έχω!”

Το να επισκεφθεί κάποιος τον επαγγελματία ψυχικής υγείας δε σημαίνει αυτομάτως ότι είναι τρελός... Μάλιστα, θα έλεγε κανείς ότι όταν κάποιος ασθενής με καρκίνο αναζητήσει ψυχολογική βοήθεια, τότε αυτό έχει να κάνει με υγιή μέρη του ψυχισμού του, αφού το να πάσχει κανείς από μια τέτοια σοβαρή νόσο είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο το να βιώνεται ως μια επώδυνη εμπειρία.

Περισσότερο ανησυχητικό, όσον αφορά στην ψυχική υγεία, είναι για εκείνους τους πάσχοντες από καρκίνο οι οποίοι δηλώνουν ότι αισθάνονται απολύτως καλά, ότι δεν έχουν κανένα απολύτως ψυχολογικό πρόβλημα μετά τη διάγνωση της νόσου τους, κτλ. Πρόκειται για μια ευαίσθητη ομάδα ασθενών οι οποίοι συχνά περνούν απαρατήρητοι, με συνέπεια σπανίως ο ογκολόγος να τους προτείνει μια ψυχολογική εξειδικευμένη βοήθεια.

Ερχόμαστε σε ένα άλλο ευαίσθητο σημείο: έχει παρατηρηθεί ότι όταν η παραπομπή στον επαγγελματία ψυχικής υγείας γίνεται από τον θεράποντα ιατρό, τότε ο ασθενής ακολουθεί τη συμβουλή του ιατρού του, αφού εκείνον γνωρίζει και σ' αυτόν δείχνει εμπιστοσύνη, με αποτέλεσμα και η ψυχολογική παρέμβαση που θα ακολουθήσει να έχει μεγαλύτερες προοπτικές.  
(BeStrong.org.gr, 15/10/2009)

## **8.1 Λόγοι παρέμβασης του ειδικού ψυχικής υγείας**

Ας δούμε κάποιους από τους λόγους για τους οποίους είναι αναγκαία η παρέμβαση του επαγγελματία ψυχικής υγείας στην πάσχουσα από καρκίνο:

- Ο καρκίνος ως ναρκισσιστικό πλήγμα
- Ο καρκίνος αποτελεί μια νόσο που επιφέρει βαθιά ναρκισσιστικά τραύματα. Οι επίπονες χειρουργικές και ακρωτηριαστικές επεμβάσεις έχουν άμεσο αντίκτυπο στην εικόνα του σώματος. Κάποιες από τις παρενέργειες των χημειοθεραπειών, όπως π.χ. η απώλεια των μαλλιών, αποτελούν επίσης επιθέσεις στην εικόνα εαυτού της ασθενούς.
- Σε μια ψυχοθεραπευτική σχέση χρειάζεται λοιπόν να δουλευτεί αυτή η απώλεια της μέχρι πρότινος σωματικής ακεραιότητας, η διάσταση του "πριν και μετά τη νόσο", το μέχρι τότε αίσθημα του "άτρωτου" και της παντοδυναμίας, στοιχεία που προϋποθέτουν την έναρξη μιας διεργασίας πένθους, την οποία η ασθενής καλείται, με τη βοήθεια του ειδικού, να αναγνωρίσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχθεί. Το πένθος, αξίζει να σημειωθεί, είναι μια ανθρώπινη φυσιολογική διεργασία, «αναμενόμενη» για κάποιον που πάσχει από καρκίνο, η οποία αν για τον οποιοδήποτε λόγο «μπλοκαριστεί», τότε μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη που αυτή είναι μια παθολογική διαδικασία.

### Συμπεριφορές παραίτησης

- Οι θεραπείες που συχνά απαιτεί ο καρκίνος είναι τέτοιες που μπορούν, μαζί με το μύθο που τις περιβάλλει, να προκαλέσουν τέτοιες αντιδράσεις στην ασθενή που να αρνηθεί τελικά να υποβληθεί σε αυτές ή να μην τις ολοκληρώσει ποτέ. Ο καρκίνος αποτελώντας μια μακρόχρονη πολλές φορές νόσο, με συχνές υποτροπές, επιβαρύνει την ψυχική υγεία, εξασθενώντας τις ψυχικές αντοχές της ασθενούς αλλά και του περιβάλλοντός της, οδηγώντας έτσι ενίοτε σε συμπεριφορές παραίτησης. Θέτει παράλληλα ζητήματα μεταβολής των οικογενειακών ρόλων, της επαγγελματικής ταυτότητας, κτλ.

### Ποιότητα ζωής και διευκόλυνση της συναισθηματικής έκφρασης

- Η επαφή με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει την άρρωστη να εκφράσει συναισθήματα (π.χ. θυμό, ενοχή, κτλ.) τα οποία ως τότε είτε δεν ήσαν αναγνωρίσιμα από την ίδια, είτε η ασθενής δυσκολευόταν να εκφράσει. Η ενθάρρυνση και η διευκόλυνση της συναισθηματικής έκφρασης, μέσα από το λόγο, μπορεί να είναι βοηθητική στην ψυχική υγεία της άρρωστης.
- Η σεξουαλική ζωή τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των συντρόφων τους επηρεάζεται συχνά μετά τη διάγνωση της νόσου, κάτι που αρκετές φορές απαιτεί την παρέμβαση του ειδικού της ψυχικής υγείας, ώστε να μπορέσει η ασθενής και ο σύντροφός της να μιλήσουν για τις αναστολές, τα άγχη και τους φόβους που μπορεί να συνοδεύουν την ερωτική συμπεριφορά τους, μετά τη διάγνωση. Η απενοχοποίηση ασθενή και συντρόφου κατέχει εδώ σημαντική θέση, ως ένας από τους στόχους μιας ψυχολογικής παρέμβασης.
- Η ποιότητα ζωής είναι λοιπόν μια άλλη σημαντική παράμετρος.
- Τέλος, υπάρχει περίπτωση ακόμα και για αύξηση της επιβίωσης, όταν οι καρκινοπαθείς, έχουν παράλληλα με τις ιατρικές θεραπείες τους και ψυχοθεραπευτική βοήθεια.

## 8.2 Συναισθηματική υποστήριξη

Η διάγνωση του καρκίνου καθώς και οι παρενέργειες από την θεραπεία επιδρούν στον ψυχισμό της ασθενούς προκαλώντας πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων όπως η αίσθηση απώλειας ελέγχου, οργή, απόγνωση, κατάθλιψη κ.α. Ούτως ή άλλως, κάθε άνθρωπος χρειάζεται υποστήριξη από το περιβάλλον του. Πόσο μάλλον, όταν οι καταστάσεις είναι δύσκολες όπως αυτή της διάγνωσης μίας σωματικής νόσου όπως η καρκινική νόσος. Η υποστήριξη που χρειάζεται κάθε άνθρωπος μπορεί να είναι πρακτική όπως οικονομικής φύσεως, ιατρικής, ασφαλιστικής και νομικής κάλυψης.

Παρόλο που ο καρκίνος είναι μία σωματική νόσος, και συνεπώς δίνεται έμφαση στην ιατρονοσηλευτική υποστήριξη, δεν πρέπει να αγνοείται η συναισθηματική υποστήριξη, καθώς η φύση της νόσου αλλά και οι θεραπείες έχουν ποικίλες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις τόσο στην ίδια την ασθενή όσο και για την οικογένειά της.

Τις περισσότερες φορές τα κοινωνικά περιβάλλοντα καλύπτουν αυτή την ανάγκη. Έτσι η συναισθηματική υποστήριξη παρέχεται επαρκώς από την οικογένεια και την ευρύτερη οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους. Άλλοι άνθρωποι βρίσκουν τη συναισθηματική ασφάλεια και υποστήριξη που χρειάζονται μέσα από πνευματικές αναζητήσεις και κυρίως μέσα από τη θρησκεία.

Σε άλλες όμως περιπτώσεις το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να μην παρέχει αυτή την υποστήριξη στη γυναίκα που νοσεί. Αυτό γιατί η ίδια είναι μόνη, χωρίς κάποιο ισχυρό κοινωνικό δίκτυο, ή γιατί οι σχέσεις με το περιβάλλον της δεν είναι καλές, υπάρχει φτωχή επικοινωνία, συγκρούσεις, διαφωνίες. Έτσι, άτομο μπορεί να νιώθει ότι την κατακλύζουν συναισθήματα που δεν μπορεί να χειριστεί, να βιώνει άγχος, αβεβαιότητα, ανασφάλεια και να νιώθει ότι τα προβλήματα συσσωρεύονται χωρίς να φαίνεται κάποια λύση. Η παρέμβαση στον τρόπο ζωής της ασθενούς με σκοπό την υιοθέτηση υγιεινότερων συνηθειών για παράδειγμα, μπορεί να συντελέσει στην επανάκτηση της αίσθησης του προσωπικού ελέγχου.

Ακόμα και αν η οικογένεια έχει καλή επικοινωνία μπορεί και η ίδια ως σύστημα να έχει ανάγκη υποστήριξης για να χειριστεί τη νόσο και τις επιπτώσεις της στη ζωή της. Ιδιαίτερη ανάγκη υποστήριξης έχει η

οικογένεια που αντιμετωπίζει έναν καρκίνο τελικού σταδίου και τον επερχόμενο θάνατο. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν εναλλακτικοί τρόποι που μπορεί κάποιος να αναζητήσει για να βοηθηθεί.(Παναγιωτοπούλου 2009)

### **8.3 Ψυχολογική υποστήριξη**

Ο καρκίνος επηρεάζει τον κάθε άνθρωπο με διαφορετικό τρόπο. Άλλοι αισθάνονται ιδιαίτερα ανήσυχoi ή αγχωμένοι, άλλοι φοβισμένοι ή ανέλπιστοι για το μέλλον. Συναισθήματα σαν αυτά μπορούν να επηρεάσουν αρκετά την ίδια την ασθενή ή το συγγενικό και φιλικό της περιβάλλον. Άλλα κοινά προβλήματα αφορούν την αντιμετώπιση των αλλαγών που επέρχονται στο σώμα των ασθενών καθώς επίσης και την επιρροή αυτών των αλλαγών στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Είναι πολύ σύνηθες για όλους όσες γυναίκες βιώνουν τον καρκίνο οι ίδιες ή μέσα από κάποιο οικείο τους πρόσωπο να νιώθουν φόβο, ανησυχία, στεναχώρια και αδυναμία.

Οι ψυχολόγοι αναγνωρίζουν πως ο καρκίνος επηρεάζει τον άνθρωπο σαν ολότητα καθώς και το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και όχι μόνο σωματικά αλλά και συναισθηματικά. Επιπλέον, μπορεί να υπάρχουν και άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες, όπως οικονομικές πιέσεις ή ανησυχίες για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Έρευνες έχουν δείξει πως η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να προκαλέσει ο καρκίνος καθώς και να βοηθήσει στην μείωση σωματικού πόνου. Επιπροσθέτως, πολλοί άνθρωποι που βιώνουν τον καρκίνο νιώθουν πως η έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων είναι αρκετά βοηθητικά για να αισθανθούν καλύτερα σε αυτό το στάδιο της ζωής τους. Η ψυχολογική υποστήριξη δεν αφορά μόνο τους ανθρώπους που πάσχουν από καρκίνο αλλά και όλους τους άλλους ανθρώπους που τους αγαπούν.

Ασθενείς που έχουν ήδη περάσει μέσα από την διαδικασία του καρκίνου και της θεραπείας του, εξέφρασαν την σημαντικότητα που είχε για αυτές η ψυχολογική υποστήριξη και η εξωτερίκευση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους. Επίσης υπάρχει δυνατό επιστημονικό υλικό το οποίο υποστηρίζει πως η αξία τέτοιων υπηρεσιών που βοηθούν καρκινοπαθείς αλλά και συγγενικά τους μέλη ζουν πιο ολοκληρωμένα καθώς μαθαίνουν να

αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις και τις αλλαγές που επιφέρει ο καρκίνος, η θεραπεία του και τα στάδιά του.

Αυτοί που δέχονται ψυχολογική υποστήριξη βλέπουν βελτίωση στην διάθεση τους αλλά και στην ποιότητα της ζωής τους και έτσι γίνονται πιο αισιόδοξοι και αποφασισμένοι. Αυτό σαν αποτέλεσμα έχει, να υπάρχει μια θετική επιρροή στο πως αντιμετωπίζουν τον καρκίνο και την διάγνυσή του, την θεραπεία και την διαδικασία της, καθώς επίσης και άλλα γεγονότα που συμβαίνουν παράλληλα στη ζωή τους. Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται πιο ανακουφισμένοι όταν μάθουν πως υπάρχουν και άλλοι συνάνθρωποί τους που συμπάσχουν και βιώνουν μια παρόμοια κατάσταση. (Λεονταρίτου 2009)

### **8.3.1 Ατομική ψυχολογική υποστήριξη**

Πολλοί άνθρωποι θίγονται όταν τους συστήνεται, να ζητήσουν βοήθεια από έναν ειδικό, διότι αισθάνονται ότι τους αποδίδεται ο χαρακτηρισμός του προβληματικού, του «τρελού». Το να ζητήσει κανείς βοήθεια ή τη συμβουλή από έναν ειδικό, σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει πως είναι τρελός ή λιγότερο γνωστικός από τους άλλους. Στην πραγματικότητα, αποδεχόμενος κάποιος ότι βιώνει μια δύσκολη κατάσταση, αποδεικνύει πως λειτουργεί με μεγαλύτερη σύνεση εφόσον φροντίζει για τον εαυτό του και την επίλυση των προβλημάτων του.

Υπάρχουν πολλές στιγμές στη ζωή μας που όλοι μας θέλουμε κάποιον να μας ακούσει. Βασικά, αυτή είναι η δουλειά του ψυχολόγου, κάποιος που θα σε ακούσει και που έχει επίσης εκπαιδευτεί να το κάνει. Ο ψυχολόγος είναι κάποιος με δίπλωμα στην ψυχολογία, ο οποίος έχει εξειδικευθεί στο να κατανοεί τα μείζονα ζητήματα που απασχολούν τους ανθρώπους και στο να τους βοηθάει να βρίσκουν τις λύσεις στα προβλήματά τους. Ένας από τους συνήθεις τρόπους υποστήριξης, είναι η προσωπική επαφή με τον ψυχολόγο, στον χώρο του.

Ατομική ψυχολογική υποστήριξη, είναι μια διαδικασία συζήτησης πρόσωπο με πρόσωπο, μεταξύ ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας και ενός ανθρώπου που ζητά βοήθεια για κάποιο σοβαρό προσωπικό θέμα που τον απασχολεί.

Ο/Η σύμβουλος ή θεραπευτής, μέσα στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης θα προσπαθήσει:



- Να ακούσει σωστά αυτά που λέει η καρκινοπαθής.
- Να βοηθήσει να ξεμπερδέψει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες της.
- Να την βοηθήσει να καταλάβει πώς σκέφτεται και αισθάνεται.
- Να την βοηθήσει να εκφράσει τα συναισθήματά της με τον δικό της τρόπο σε ασφαλές περιβάλλον.
- Να την βοηθήσει να βρει τις δικές τις λύσεις στα θέματα που την απασχολούν.
- Να την βοηθήσει να αποδεχτεί οτιδήποτε δεν μπορεί να αλλάξει.
- Να την βοηθήσει να αναγνωρίσει, ότι μπορεί να αλλάξει για εκείνη και εφόσον θέλει να το αλλάξει. (BeStrong.org.gr 15/10/2009)

### **8.3.2 Διαδικασία της ατομικής ψυχολογικής υποστήριξης**

Η πρώτη συνέντευξη μπορεί να φαντάζει τρομακτική στην αρχή. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο υπάρχουν πολλές εναλλακτικές για την υποστήριξη. Υπάρχουν μέθοδοι όπως συνεδρίες μέσω e-mail ή μέσω τηλεφώνου ή ακόμα και chat υποστήριξης.

Συνήθως, η επίσκεψη σε έναν σύμβουλο ψυχολόγο ή θεραπευτή, έχει διάρκεια περίπου 45' - 60' λεπτά της ώρας, μια φορά την εβδομάδα, την ίδια μέρα και ώρα κάθε φορά. Η πρώτη συνεδρία διαρκεί κάπως περισσότερο απ' ό,τι συνήθως, οι περισσότερες θεραπευτικές συναντήσεις. Όλα αυτά βέβαια διαφοροποιούνται σύμφωνα, με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ανθρώπου.

Αυτό που κάθε γυναίκα χρειάζεται και της αξίζει, είναι ένας σύμβουλος που δεν θα ασκεί κανενός είδους κριτική, θα την κατανοεί βαθιά, θα είναι υπομονετικός και θα προσπαθήσει να την υποστηρίξει.

Κάτι που θα πρέπει να υπογραμμιστεί είναι ότι ο ψυχολόγος/σύμβουλος, δεν μπορεί από μόνος του να βοηθήσει. Η ψυχοθεραπεία είναι μια δουλειά για δύο. (BeStrong.org.gr 15/10/2009)

### **8.3.3 Ομαδική ψυχολογική υποστήριξη**

Η ομαδική ψυχολογική υποστήριξη είναι ένας τρόπος υποστήριξης των ασθενών με καρκίνο του μαστού μέσω ομάδων διαφορετικός από αυτόν την ατομική ψυχοθεραπεία.

Στην ομαδική υποστήριξη υπάρχει η δυνατότητα οι ασθενείς να:

- Να μοιραστούν τις εμπειρίες τους με άλλες καρκινοπαθείς.
- Να μάθουν νέους τρόπους για το πώς θα χειριστούν τις δύσκολες καταστάσεις.
- Να συζητούν σχετικά με τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα που άλλαξαν τη ζωή τους.

Ίσως οι ασθενείς να δυσκολεύονται να συμμετάσχουν σε μια ομάδα υποστήριξης, γιατί θεωρούν ότι πρόκειται να:

- Ακούσουν πράγματα τα οποία είναι καταθλιπτικά για εκείνες.
- Να ακούσουν κάτι που ίσως τις τρομάζει.
- Θεωρούν ότι ίσως ξοδέψουν όλο τους το χρόνο, μιλώντας για πράγματα αρνητικά.

Η ομάδα υποστήριξης επικεντρώνεται σε θετικά συναισθήματα και θετικούς τρόπους αντιμετώπισης μοιράζοντας τις θετικές εμπειρίες. Συνηθίζουν εκτός από το να μοιράζονται τα συναισθήματά τους, να συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες με δυνατότητα προσωπικής έκφρασης και καλλιέργειας συναισθημάτων αποδοχής, εμπιστοσύνης, ασφάλειας και αλληλεγγύης μεταξύ των μελών της ομάδας.

(Λεονταρίτου 2009)

### **8.3.4 Τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη**

Η τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη έχει φανεί τα τελευταία 50 χρόνια να είναι ένα βασικό κομμάτι του τομέα της ψυχικής υγείας. Έχει αποδειχθεί πως είναι ένας αποτελεσματικός και ικανοποιητικός τρόπος ψυχολογικής υποστήριξης. Αποτελεί τον αμέσως πιο άμεσο τρόπο επικοινωνίας από το ραντεβού με έναν ψυχολόγο.

Αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών και των αναγκών τους. Γενικότερα, η τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη χρησιμοποιείται σε αρκετούς τομείς (π.χ. προγράμματα υποστήριξης ανθρωπίνου δυναμικού, ανώνυμοι αλκοολικοί, ψυχολογική - σωματική κακοποίηση κτλ.) για να καλύψει ένα ευρύ φάσμα αναγκών.

Παρακάτω σας παραθέτουμε κάποιους από τους λόγους, όπου κάποιος θα χρησιμοποιήσει αυτήν την υπηρεσία:

- Αποτελεί έναν ευέλικτο τρόπο υποστήριξης καθώς οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να καλέσουν από όποιο σημείο του κόσμου και αν βρίσκονται.
- Αποτελεί έναν διαθέσιμο τρόπο υποστήριξης καθώς οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να έρθουν σε επικοινωνία με έναν ψυχολόγο 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα.
- Αποτελεί έναν άνετο και ασφαλή τρόπο υποστήριξης καθώς οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να μιλήσουν από τον δικό τους χώρο.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να καλούν όσες φορές εκείνοι επιθυμούν. Η ώρα που αφιερώνεται στον κάθε ενδιαφερόμενο μπορεί να διαρκεί έως και 60 λεπτά (Λεονταρίτου 2009).

### **8.3.5 Διαδικτυακή ψυχολογική υποστήριξη**

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η μεγάλη ανάπτυξη του διαδικτύου έχει δημιουργήσει νέες ευκαιρίες στην παραγωγή και διάδοση νέας ιατρικής πληροφορίας. Ωφελούμενοι από αυτήν την εξέλιξη δεν είναι μόνο οι ειδικοί αλλά και το ευρύ κοινό, το οποίο έχει την δυνατότητα να ενημερωθεί για θέματα υγείας. Έρευνες δείχνουν ότι η αναζήτηση στο διαδικτύου πληροφοριών σχετιζομένων με την υγεία είναι από τις πιο διαδεδομένες, ωστόσο οι δυνατότητες του διαδικτύου δεν εξαντλούνται εκεί. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται ευρύτατα στο εξωτερικό και για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας όπως η ψυχολογική - συμβουλευτική υποστήριξη. Η διαδικτυακή ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους:

#### **1. Υποστήριξη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail)**

Η ψυχολογική υποστήριξη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου αποτελεί έναν νέο εναλλακτικό τρόπο για να μπορέσει ο ενδιαφερόμενος να έρθει σε επικοινωνία με έναν ψυχολόγο. Πιο συγκεκριμένα ο ενδιαφερόμενος μπορεί να στείλει ένα e-mail οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας θέλει, ώστε να ζητήσει βοήθεια.

Το μόνο που χρειάζεται είναι μια ασφαλή πρόσβαση στο διαδίκτυο. Ο ενδιαφερόμενος θα έχει την δυνατότητα να λάβει μια ολοκληρωμένη και επαγγελματική απάντηση μέσα σε 0-48 ώρες. Επίσης, αυτή η μέθοδος αποτελεί έναν εναλλακτικό τρόπο για όσους δεν θέλουν, δεν νιώθουν την

οικειότητα ή δεν έχουν την δυνατότητα να έρθουν διαφορετικά σε άμεση επαφή με κάποιον ψυχολόγο.

Η ψυχολογική υποστήριξη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου προσφέρει άνεση, ανωνυμία, ασφάλεια καθώς επίσης τον χρόνο που θέλει ή μπορεί να διαθέσει ο ενδιαφερόμενος. Αυτός ο τρόπος διαδικτυακής υποστήριξης μπορεί να φανεί αρκετά βοηθητικός σε κάποιους από τους ενδιαφερόμενους.

## **2. Υποστήριξη μέσω ζωντανής διαδικτυακής συνομιλίας (live chat)**

Η ψυχολογική υποστήριξη μέσω ζωντανής διαδικτυακής συνομιλίας αποτελεί έναν νέο, εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας με έναν ψυχολόγο προσφέροντας την άνεση στον ενδιαφερόμενο να μιλήσει από όπου πραγματικά μπορεί να βρίσκεται.

Αυτή η μέθοδος ψυχολογικής υποστήριξης προσφέρει ακριβώς τις ίδιες δυνατότητες με την ψυχολογική υποστήριξη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με την διαφορά ότι στην προκειμένη περίπτωση η συνομιλία γίνεται ζωντανά και δίνει την αίσθηση μιας πιο προσωπικής συζήτησης, κάτι το οποίο συμβάλλει στην μεγαλύτερη ελευθερία εκδήλωσης συναισθημάτων, σκέψεων, προβληματισμών.

## **3. Υποστήριξη μέσω Forum**

Στο εξωτερικό έχουν δημιουργηθεί ειδικά Forum, που είναι κατηγοριοποιημένα ανάλογα με το αν κάποιος είναι ασθενής η όχι, με τον τύπο του καρκίνου κ.α. και με την εποπτεία ψυχολόγων ή ειδικών της ψυχικής υγείας, γίνονται συζητήσεις που έχουν σαν στόχο την εξωτερίκευση των συναισθημάτων. Μέσα από αυτά τα Forum ο ρόλος των ειδικών είναι καθαρά συμβουλευτικός και καθοδηγητικός (Λεονταρίτου 2009).

## **8.4 Αναζητώντας τον ειδικό Ψυχικής Υγείας**

Οι ειδικοί ψυχικής υγείας προέρχονται από διάφορες ειδικότητες και μπορούν να βοηθήσουν με διαφορετικό τρόπο. Κάθε ένας από τους ειδικούς έχει λάβει εκπαίδευση ώστε να μπορεί να εισακούσει και να κατανοήσει τα προβλήματα των καρκινοπαθών αλλά και να δώσει τις κατάλληλες συμβουλές

και καθοδήγηση. Συνήθως απαιτούνται μερικές συνεδρίες ώστε να εκτιμήσουν τη συνολική κατάσταση που αντιμετωπίζει και να παρέχουν συμβουλές.

Οι συμβουλές που παρέχουν δεν είναι σε καμία περίπτωση έτοιμες λύσεις. Ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας θα βοηθήσει την ασθενή να βρει τις λύσεις που ανταποκρίνονται καλύτερα σε εκείνη αλλά και τρόπους να διαχειρίζεται αποδοτικότερα δύσκολες καταστάσεις και να θέτει σωστές προτεραιότητες.

Κάθε ένας από τους ειδικούς ψυχικής υγείας μπορεί να είναι εκπαιδευμένος σε κάποια μορφή ψυχοθεραπείας. Η ψυχοθεραπεία, αποτελεί μία ακόμη πιο βαθιά διερεύνηση των θεμάτων που αντιμετωπίζει η κάθε ασθενής και των αιτιών τους. Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία απαιτεί αρκετές συνεδρίες με στόχο τόσο την ανακούφιση των συμπτωμάτων όσο και την αναζήτηση των βαθύτερων αιτιών αυτών. Όταν υπάρχει η δυνατότητα παροχής ψυχοθεραπείας τότε συνήθως ο επαγγελματίας κατέχει και τον συνοδευτικό τίτλο «ψυχοθεραπευτής». Τόσο η συμβουλευτική όσο και η ψυχοθεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ατομικό πλαίσιο ή ομαδικό, σε επίπεδο ζεύγους ή και οικογένειας (Παναγιωτοπούλου 2009).

#### **8.4.1 Υποστήριξη από ψυχολόγο**

Όλη η θεραπευτική ομάδα καθώς και ο ψυχολόγος είναι ειδικά εκπαιδευμένος στο να βοηθάει τους ασθενείς να διαπραγματεύονται αποτελεσματικά τα συναισθηματικά και άλλα προσωπικά τους προβλήματα. Αξιολογεί και αντιμετωπίζει συναισθηματικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η διαδικασία της ψυχολογικής θεραπείας περιλαμβάνει κυρίως διάλογο και σκέψη. Οι ψυχολόγοι κάνουν χρήση διαγνωστικών τεστ και άλλων μεθόδων που βοηθούν στην εξέταση και θεραπεία. Χρησιμοποιούν διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας και δεν μπορούν να χορηγήσουν φάρμακα. (BeStrong.org.gr 15/10/2009)

## 8.4.2. Υποστήριξη από εξειδικευμένο νοσηλευτικό

### προσωπικό

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιότητες.
- Επιστημονική κατάρτιση.
- Αγάπη για τους ασθενείς.
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο.
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: **Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή ψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.**

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου.

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή/τριας είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου. **Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:**

- Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου.
- Αντιμετώπιση ψυχολογικών - κοινωνικών ηθικών προβλημάτων.
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων.
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας.
- Φροντίδα τελικού σταδίου.

Οι νοσηλευτές/τριες οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το:

1. Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.
2. Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή.
3. Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η **παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου** είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του **στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση** της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο "palliative care" - "ανακουφιστική φροντίδα", έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.

Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

## 9. Συμπεράσματα

Ο Οκτώβριος είναι ο μήνας που έχει αφιερωθεί στον καρκίνο του μαστού. Κάθε χρόνο, σε όλο τον κόσμο, γίνονται διάφορες ενέργειες με σκοπό την ενημέρωση των γυναικών για τον καρκίνο του μαστού και τους τρόπους έγκαιρης διάγνωσής του. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία μεγάλη απειλή για τις γυναίκες.

Οι γυναίκες ηλικίας από 40 ετών και άνω πρέπει να πραγματοποιούν ετήσιο έλεγχο με μαστογραφία και να τον συνεχίζουν εφόσον βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας.

Η μαστογραφία, αν και μπορεί να αποτύχει στην ανίχνευση μερικών περιπτώσεων καρκίνου, παραμένει, παρά τους περιορισμούς της, η πιο αποτελεσματική και πολύτιμη μέθοδος για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Ο έλεγχος με μαστογραφία για γυναίκες άνω των 65 ετών πρέπει να βασιστεί στην κατάσταση της υγείας τους και ειδικά στο εάν πάσχουν ή όχι από άλλες σοβαρές ασθένειες. Η προχωρημένη ηλικία από μόνη της δεν αποτελεί λόγο για διακοπή της τακτικής μαστογραφίας. Όσο η γυναίκα βρίσκεται σε καλή κατάσταση υγείας καθώς και σε θέση να δεχθεί θεραπεία σε ενδεχόμενο καρκίνου του μαστού, πρέπει να συνεχίσει να ελέγχεται σε κανονική ετήσια βάση.

Οι γυναίκες ηλικίας από 20 - 39 ετών πρέπει να προσέρχονται σε ειδικευμένο ιατρό για κλινική εξέταση των μαστών κατά προτίμηση κάθε 3 χρόνια στα πλαίσια του περιοδικού τους ελέγχου υγείας. Μετά την ηλικία των 40 ετών, η εξέταση αυτή πρέπει να πραγματοποιείται κάθε χρόνο.

Η πιθανότητα καρκίνου του μαστού είναι πολύ χαμηλή σε γυναίκες κάτω των 20 ετών και βαθμιαία αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Η κλινική εξέταση του μαστού πρέπει να πραγματοποιείται μικρό χρονικό διάστημα πριν την μαστογραφία. Από την ηλικία των 20 ετών συστήνεται στις γυναίκες η προαιρετική μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού.

Οι μελέτες για τη χρησιμότητα της αυτοεξέτασης στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού παραμένουν αντικρουόμενες. Ωστόσο, στις γυναίκες που επιλέγουν να αντεξετάζονται είναι απαραίτητη η εκμάθηση της σωστής τεχνικής. Θεωρείται εξίσου σπουδαία η ενημέρωση της γυναίκας



σχετικά με το πόσο σημαντικό είναι να αναφέρει αμέσως στο ιατρό οποιοδήποτε σύμπτωμα παρατηρήσει από το μαστό της.

Οι νοσηλεύτριες/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.



## Περίληψη

Ο σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η καταγραφή νεοτέρων δεδομένων και ερευνών σε πληθυσμούς καρκινοπαθών γυναικών που υπέστησαν μαστεκτομή, όσον αφορά στους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος από την ψυχολογική και κοινωνική πλευρά του. Επίσης, έγινε προσπάθεια να αναλυθεί και να καλυφθεί όσον το δυνατόν πληρέστερα η επίδραση του γεγονότος της χειρουργικής επέμβασης στην ψυχολογία της γυναίκας με καρκίνο του μαστού.

Πιο συγκεκριμένα και όσον αφορά σε αυτόν καθ' εαυτόν το μαστό, αναφέρονται η ανατομία και η φυσιολογία του μαστού, οι διάφορες παθήσεις του, οι καρκινογενέσεις και τα είδη καρκίνου του μαστού μέσα από τη λειτουργία του μαστικού αδένου, η κατανομή των καρκινικών κυττάρων και η διασπορά του καρκίνου στα σημεία μετάστασης.

Όσον αφορά στις διαγνωστικές μεθόδους του καρκίνου του μαστού, αναφέρονται οι πλέον σύγχρονες μέθοδοι που είναι καθολικά αποδεκτοί από την ιατρική κοινότητα και που εφαρμόζονται παγκοσμίως.

Όσον αφορά στους τρόπους αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, αναφέρονται διεξοδικά όλοι οι τρόποι και οι προϋποθέσεις για την αναγκαιότητα εφαρμογής καθενός από αυτούς. Ακόμα, γίνεται ειδική μνεία στη στατιστική και επιδημιολογία της νόσου και στους τρόπους πρόληψης και ενημέρωσης του πληθυσμού μέσω ΜΜΕ και διαδικτύου, αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού μέσω ημερίδων και σεμιναρίων.

Τέλος, αναλύεται διεξοδικά ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας και ιδιαίτερα των νοσηλευτών στη φροντίδα των ασθενών από τη στιγμή της διάγνωσης, της θεραπείας, της ψυχολογικής υποστήριξης και της αποκατάστασης της υγείας καθώς και της ποιότητας ζωής.

## Βιβλιογραφία

1. American Cancer Society, *Breast Cancer Facts & Figures, 2005 - 2006*, American Cancer Society, Atlanta GA, 2005
2. Guyton A., *Φυσιολογία του ανθρώπου* 3<sup>η</sup> έκδοση, Λίτσας, Αθήνα, 1984
3. (Psycho-Oncology 13: 211–220 (2004), Published online 3 June 2003 in Wiley InterScience, [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/pon.736, DEPRESSIVE SYMPTOMS AFTER BREAST CANCER SURGERY: RELATIONSHIPS WITH GLOBAL, CANCER-RELATED, AND LIFE EVENT STRESS, DEANNA M. GOLDEN-KREUTZ and BARBARA L. ANDERSEN\*, Department of Psychology, The Ohio State University, Columbus, OH, USA)
4. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, et al. *American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003*, *CA Cancer J Clin.*, 2003; 53:141-169
5. Κόνιαρη Ευδοξία, *Καρκίνος του μαστού. Νοσηλευτική παρέμβαση*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1991
6. Ρηγάτος Α. Γεράσιμος, *Θέματα Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας*, Εκδ. ASCENT, Αθήνα, 2007.
7. Σαχίνη- Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διεργασίες*, Β' έκδοση, 2<sup>ος</sup> τόμος, 1997
8. Τσακραλίδης Β., *Εμβρυολογία και ανατομία του μαστού. Σεμινάριο: Καρκίνος Μαστού*, Πόρτο Χέλι, 1985

## **ΔΙΚΤΥΑΚΟΪ ΤΌΠΟΙ**

[www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr) ( πρόσβαση 15/10/09)

[www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/chemotherapy /](http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/chemotherapy/)  
(πρόσβαση 22/10/09)

[www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/hormonaltherapy/](http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/hormonaltherapy/)  
(πρόσβαση 22/10/09)

[www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/radiotherapy /](http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/treatment/radiotherapy/)  
(πρόσβαση 22/10/09)

[www.femme.gr/femme](http://www.femme.gr/femme)(πρόσβαση 05/12/09)

[www.iatropoli.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=67&Itemid=66`](http://www.iatropoli.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=66) ( πρόσβαση 16/01/10)

[www.labtestsonline.gr/condition/Condition\\_BreastCancer](http://www.labtestsonline.gr/condition/Condition_BreastCancer)(πρόσβαση  
10/09/09)

[www.mastologos.gr/breast-cancer/breast-cancer-facts](http://www.mastologos.gr/breast-cancer/breast-cancer-facts) (πρόσβαση  
17/09/09)

[www.oekk.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=53&Itemid=201](http://www.oekk.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=201) (πρόσβαση 12/11/09)

[www.sinouzi.gr/modules/smartsection/item.php?itemid=46](http://www.sinouzi.gr/modules/smartsection/item.php?itemid=46)(πρόσβαση  
13/01/10)



