

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2001

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ



NOSILEFTIKI Volume 40
Issue 3
July – September 2001

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC
NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαίο Περιοδικό του Εθνικού Συνδέσμου
Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος

Τόμος 40 • Τεύχος 3 • Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2001

Περιεχόμενα

| | |
|--|-----|
| 1. Οδηγίες για τους συγγραφείς | 4 |
| 2. Άρθρο Σύνταξης | 7 |
| <i>A. Παπαδαντωνάκη</i> | |
| Γενικό Άρθρο | |
| 1. Αρχές και διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής | 8 |
| <i>A. Χρ. Ραγιά</i> | |
| Ανασκοπήσεις | |
| 1. Νοσηλευτική: μια «καινοφανής» προσέγγιση | 14 |
| <i>Δ. Σαπουντζή-Κρέπια</i> | |
| 2. Προσέγγιση της κουλτούρας στον τομέα της Υγείας | 22 |
| <i>Σ. Ζυγά</i> | |
| 3. Εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο – Ο ρόλος της οικογένειας στη φροντίδα του | 27 |
| <i>E. Ευαγγέλου</i> | |
| 4. Προεχειρητική ανησυχία – άγχος: Ο ρόλος του νοσηλευτή | 39 |
| <i>E. Κοιρώτσιου, E. Αργυρούδης</i> | |
| 5. Νοσηλευτική αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ψυχικά ασθενούς | 46 |
| <i>A. Σταθάρου, A. Μπερκ</i> | |
| Επίκαιρα Θέματα | |
| 1. Κοινωνική πολιτική και Υγεία (παρελθόν – παρόν – μέλλον) | 53 |
| <i>E. Λαχανά, E. Θεοδοσοπούλου</i> | |
| 2. On-line ελληνικές πηγές πληροφόρησης στη Νοσηλευτική | 62 |
| <i>E. Τσαλαπατάνη</i> | |
| Ειδικό Θέμα | |
| 1. Νοσηλευτική αντιμετώπιση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού στη φάση της θεραπείας | 65 |
| <i>Θ. Κωνσταντινίδης, E. Τζαγκαράκη</i> | |
| Ερευνητικές Εργασίες | |
| 1. Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο | 74 |
| <i>A. Μερκούρης, A. Ουζουνίδου, Δ. Μουδερίδου, M. Ρουμπή, Π. Ζουγρής, Χρ. Λεμονίδου</i> | |
| 2. Μόνιμη τραχειοστομία: αξιολόγηση εκπαίδευσης και αυτοφροντίδας | 85 |
| <i>A. Νέστωρ, Χρ. Μαρβάκη, Φ. Μπαμπάτσικου</i> | |
| 3. Παράγοντες που παρακινούν επισκέπτες να παραμένουν κοντά σε νοσηλευόμενους συγγενείς τους | 92 |
| <i>Π. Μπέλλου-Μυλωνά, E. Κυριακίδου, Π. Ιορδάνου, Στ. Ανδρέα</i> | |
| 4. Η στάση των φοιτητών έναντι της νηστείας και της διατροφής | 99 |
| <i>Φ. Μπαμπάτσικου, Χ. Κουτής, Π. Ιορδάνου, A. Νέστωρ, Π. Μουρίκη</i> | |
| 5. Στοματική φροντίδα παιδιών με νεοπλασίες: αναγκαιότητα εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικών κλινικών | 105 |
| <i>Κ. Πολυμέρη, Β. Ζώνη, Τ. Ροϊνιώτη</i> | |
| Αναλυτικές οδηγίες για τους συγγραφείς..... | 112 |



NOSILEFTIKI

Quarterly Publication of the Hellenic National
Graduate Nurses Association

Volume 40 • Issue 3 • July – September 2001

Contents

| | |
|---|-----|
| 1. Instructions to authors | 4 |
| 2. Editorial | 7 |
| <i>A. Papadantonaki</i> | |
| General Article | |
| 1. Concepts and dimensions of contemporary Nursing | 8 |
| <i>A. Chr. Raya</i> | |
| Reviews | |
| 1. Nursing: a «seemingly new» perspective | 14 |
| <i>D. Sapountzi-Krepia</i> | |
| 2. Health services: a cultural approach | 22 |
| <i>S. Zygá</i> | |
| 3. Children in hospital – Effects and the role of parents during their child's hospitalization | 27 |
| <i>H. Evagelou</i> | |
| 4. Preoperative anxiety – stress: The role of a nurse | 39 |
| <i>E. Kotrotsiou, E. Argiroudis</i> | |
| 5. Nursing confrontation the violence of the psychiatric patient | 46 |
| <i>A. Statharou, A. Berk</i> | |
| Annotations | |
| 1. Social policy and Health (past – present – future) | 53 |
| <i>E. Lahana, E. Theodosopoulou</i> | |
| 2. On-line greek information resources for Nursing | 62 |
| <i>I. Tsalapatani</i> | |
| Special Topic | |
| 1. Nursing intervention during the therapeutic stage concerning women with breast cancer | 65 |
| <i>Th. Konstantinidis, E. Tzagaraki</i> | |
| Research Papers | |
| 1. Assessment of medical and surgical patients' satisfaction with nursing care in a general hospital | 74 |
| <i>A. Merkouris, A. Ouzounidou, D. Moudieridou, M. Roumpi, P. Zougris, Chr. Lemonidou</i> | |
| 2. Permanent tracheostomy: assessment education and selfcare | 85 |
| <i>A. Nestor, Chr. Marvaki, F. Babatsikou</i> | |
| 3. Factors that force family members to visit and stay with their hospitalized relatives | 92 |
| <i>P. Bellou-Milona, E. Kyriakidou, P. Iordanou, St. Andrea</i> | |
| 4. Students' attitudes regarding fasting and nutrition | 99 |
| <i>F. Babatsikou, Ch. Koutis, P. Iordanou, A. Nestor, P. Mouriki</i> | |
| 5. Oral management of paediatric oncology patients: need to inform parents and oncology staff about the special oral care which is needed | 105 |
| <i>K. Polymeri, V. Zoi, T. Roinioti</i> | |
| Detailed instructions to authors..... | 102 |

Νοσηλευτική 3, 65-73, 2001

Nosileftiki 3, 65-73, 2001

Νοσηλευτική αντιμετώπιση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού στη φάση της θεραπείας

Nursing intervention during the therapeutic stage concerning women with breast cancer

Θεοχάρης Κωνσταντινίδης¹
Ελευθερία Τζαγκαράκη²

Theocharis Konstantinidis¹
Eleftheria Tzagaraki²

1. Νοσηλευτής Π.Ε.
2. Νοσηλεύτρια Τ.Ε.

1. RN BSc
2. RN

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Ηρακλείου Κρήτης

University General Hospital
Heraklio Crete

Περίληψη. Η διάγνωση «καρκίνος μαστού» σε μια γυναίκα την οδηγεί στη λήψη μιας θεραπευτικής απόφασης. Συνήθως αυτή είναι ένας συνδυασμός των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, δηλαδή της χειρουργικής επέμβασης, της ακτινοθεραπείας, της χημειοθεραπείας, της ορμονοθεραπείας, και έχει ως στόχο την ίαση ή την παρηγορητική / ανακουφιστική αντιμετώπιση της ασθένειας.

Abstract. The diagnosis of «breast cancer» necessitates an appropriate and frequently urgent therapeutic decision. This is, usually, a combination of all the available therapeutic approaches for the treatment of this disease, including surgery, radiotherapy, chemotherapy, and / or hormone therapy. The outcome of these treatment modalities (cure or palliation) depends mostly on the extent of the disease.

Ανεξάρτητα από την επιλογή και τον σκοπό της θεραπείας, ο εξειδικευμένος ογκολογικός νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο ρόλος του νοσηλευτή εστιάζεται στην ενημέρωση, την εκπαίδευση, την αντιμετώπιση των παρενεργειών του συνδυασμού των θεραπειών, στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα και την ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο μαστού.

The specialized oncology nurse plays an important and active role on the scheduling and application of the nursing care, independently from the performed therapeutic modality. This principal role should be focused on the correct information and appropriate education of the patient concerning all the possible side-effects associated with treatment. This role on the pre- and post-operative care as well as in the psychological support of the patient is also substantial. In addition, the active participation and intervention of the husband and relatives on planning the best nursing care is very critical for patient's rehabilitation during this period.

Σημαντικό στοιχείο στον σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η συμμετοχή του συζύγου και της οικογένειας, οι οποίοι αφενός συμπάσχουν και αφετέρου μπορούν και πρέπει να συμβάλουν στην καλύτερη αποκατάσταση της ασθενούς.

Key words:

breast cancer, nursing care, chemotherapy, radiotherapy, surgery, endocrine therapy, specialized oncology nurse.

Λέξεις-κλειδιά:

καρκίνος μαστού, χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ογκολογικός νοσηλευτής, νοσηλευτική φροντίδα.

Μετά την ιδιαίτερα στρεσογόνο περίοδο της διάγνωσης της νόσου έρχεται η φάση στην οποία η γυναίκα συνήθως θα εισαχθεί στο νοσοκομείο, για να γίνει η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού και να ληφθεί μια θεραπευτική απόφαση.

Η θεραπεία περιλαμβάνει:

- α. τη χειρουργική επέμβαση
- β. την ακτινοθεραπεία
- γ. τη χημειοθεραπεία
- δ. την ορμονοθεραπεία.

Επίσης, η θεραπεία στοχεύει στην ίαση ή την παρηγορητική / ανακουφιστική αντιμετώπιση της ασθενούς^{1,2}.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία της ασθενούς με καρκίνο του μαστού εστιάζεται σε 5 τομείς:

- Ενημέρωση
- Εκπαίδευση
- Αντιμετώπιση των παρενεργειών του συνδυασμού των θεραπειών
- Συμμετοχή στην προεγχειρητική και τη μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς
- Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς και των συγγενών της.

Ενημέρωση

Ο ογκολογικός νοσηλευτής πρέπει να χειριστεί τον όγκο των πληροφοριών με τέτοιο τρόπο που να ικανοποιεί τις ανάγκες της γυναίκας, ανάλογα με το τι η ασθενής θεωρεί σημαντικό, χωρίς να τη φορτώνει με άχρηστες πληροφορίες, και να το κάνει στον κατάλληλο χρόνο, όταν η γυναίκα μπορεί να εκτιμήσει και να αξιολογήσει την πληροφόρηση αυτή.

Ενημέρωση π.χ. μπορεί να γίνει για:

– Την διαδικασία εισόδου στο νοσοκομείο, τη διάρκεια παραμονής της σε αυτό και για το χρονικό διάστημα που θα κάνει αυτές τις θεραπείες.

– Το είδος της θεραπείας που θα κάνει και τους

βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους σκοπούς της.

– Τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Η λήψη απόφασης για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και είναι αρκετά πολύπλοκη. Οι γυναίκες επιθυμούν πληροφόρηση για τη θεραπεία, αλλά όλες δεν επιζητούν ενεργά αυτές τις πληροφορίες. Η μεγάλη ηλικία, η συναισθηματική αντίδραση στη διάγνωση, η αντίληψη για το πόσο ευπαθείς είναι στην ασθένεια, η επικοινωνία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, η προσωπικότητα τους κ.λπ. πιθανόν μόνο μερικώς εξηγούν γιατί αρκετές γυναίκες δεν έρχονται προετοιμασμένες με ερωτήσεις και γιατί είναι δύσκολο για τις γυναίκες να κάνουν ερωτήσεις^{3,4}.

Οι τρεις σημαντικότερες απορίες των γυναικών που έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, δηλαδή η πιθανότητα ίασης, η έκταση της νόσου και οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, αλλά και θέματα που αφορούν τις επιπλοκές από τη θεραπεία και την επίπτωση στη ζωή τους είναι μάλλον δύσκολο να απαντηθούν από κάθε νοσηλευτή⁵. Αυτό το γεγονός καταδεικνύει την ανάγκη ύπαρξης ενός εξειδικευμένου νοσηλευτή, ο οποίος θα συμμετέχει στον χειρισμό των ασθενών, γνωρίζοντας ότι οι πληροφοριακές ανάγκες των ασθενών μεταβάλλονται ανάλογα με τη φάση της νόσου στην οποία βρίσκονται⁶.

Εκπαίδευση

Τα πλεονεκτήματα της εκπαίδευσης των καρκινοπαθών που βρίσκονται στη φάση της θεραπείας είναι αρκετά σημαντικά και περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

– Καλύτερα αποτελέσματα έπειτα από μια χειρουργική επέμβαση.

– Επιμονή σε μια θεραπευτική αγωγή παρά τις πιθανές παρενέργειες.

– Ελάττωση του άγχους κατάθλιψης και του φόβου για τον θάνατο.

– Μεγαλύτερη ικανοποίηση.

– Μεγαλύτερη ικανότητα χειρισμού των συμπτωμάτων.

– Καλύτερα ποσοστά επιβίωσης⁷.

Στην παροχή φροντίδας υγείας για τον καρκίνο πρέπει να συμμετέχει και ολόκληρη η οικογένεια. Τα δεδομένα της μακροχρόνιας ασθένειας, που δοκιμάζουν τους δεσμούς της οικογένειας, επιβάλλουν συντονισμό, μοίρασμα των ευθυνών και των πρωτοβουλιών.

Τα πλεονεκτήματα της εκπαίδευσης της οικογένειας είναι:

– Κοινός τρόπος ζωής και ομογνωμία σε σημαντικές αποφάσεις.

– Ελάττωση των ημερών νοσηλείας και της χρήσης αναλγητικών / ναρκωτικών ουσιών.

– Μειωμένο άγχος στους ασθενείς, ελάττωση των φόβων για την τοξικομανία και την ανοχή στη φαρμακοθεραπεία που χορηγείται για τον πόνο.

Λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμένο χρόνο που μπορούν οι νοσηλευτές να διαθέσουν στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού για την πληροφόρηση και την επιμόρφωσή τους σε ένα ογκολογικό τμήμα υψηλής έντασης εργασίας, είναι προφανές ότι η γνώση των πληροφοριακών προτεραιοτήτων και αναγκών της ασθενούς βοηθάει ώστε ο ελάχιστος χρόνος να χρησιμοποιηθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο από τον ανάλογα εκπαιδευμένο ογκολογικό νοσηλευτή.

Παρενέργειες των θεραπειών

Οι παρενέργειες της θεραπείας είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη συμμόρφωση ή όχι στο θεραπευτικό σχήμα και αυτές που επηρεάζουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής της ασθενούς.

Αν και η επιβίωση είναι ο υπέρτατος στόχος για τις ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, όλο και πιο συχνά λαμβάνονται υπόψη οι τοξικότητες από τη χημειοθεραπεία και οι άλλες επιπλοκές στο πώς επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Ορισμένες από αυτές κάτω από το νέο πρίσμα αποθαρρύνουν πιο επιθετικές επιλογές⁸. Ως μέλη της ομάδας που ξοδεύουν τον περισσότερο χρόνο τους με τον ασθενή, οι ογκολογικοί νοσηλευτές βλέπουν πρώτοι τις όποιες ανεπιθύμητες ενέργειες τόσο στο οργανικό όσο και στο ψυχολογικό / συναισθηματικό επίπεδο και μπορούν να τις αναφέρουν έγκαιρα και με ακρίβεια.

Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος του νοσηλευτή στην απόφαση της ασθενούς για τη συμμετοχή της ή μη σε μια κλινική έρευνα.

Μπορεί να αναγνωρίσει προβλήματα, να λύσει διαμάχες ή να απαντήσει σε ερωτήσεις καθώς η έρευνα προχωρά και να επιβεβαιώσει την εθελοντική συμμετοχή της ασθενούς αφού την έχει ενημερώσει για όλες τις όψεις της έρευνας. Μπορεί επίσης να διαπιστώσει αν υπάρχουν ιατρογενείς επιπτώσεις στην ασθενή (π.χ. παραμέλησή της ή μη εισαγωγή της) λόγω άρνησης συμμετοχής της σε έρευνα^{9,10}.

Ψυχολογική υποστήριξη

Οποιαδήποτε αλλαγή στο σώμα αποτελεί απειλή για την εικόνα του σώματος, με αποτέλεσμα η γυναίκα να αισθάνεται ανάξια ως άτομο, απωθητική, ανίκανη να αγαπηθεί και να αξιολογηθεί ως ανθρώπινη οντότητα¹¹. Έτσι η καρκινοπαθής νιώθει κατά κανόνα περιθωριοποιημένη κοινωνικά και οικονομικά¹².

Η σταδιοποίηση της ψυχολογικής προσαρμογής κατά Kubler-Ross (άρνηση – οργή – διαπραγμάτευση – κατάθλιψη – αποδοχή) σήμερα εν μέρει αντικρούεται κυρίως γιατί θεωρεί ότι είναι προβλέψιμη και ανηλεής κατηγορική πορεία από τη διάγνωση ως τον θάνατο, με εξίσου προβλέψιμα ψυχολογικά στάδια.

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς σχετικά με την απώλεια του μαστού και είναι σε εγρήγορση όσον αφορά στην αναγνώριση σημείων κατάθλιψης (απομόνωση, απόσυρση, κόπωση, ανορεξία) ή έντονου άγχους (π.χ. ανησυχία, αϋπνία, μη ανοχή θορύβων, διαταραχή της συγκέντρωσης). Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περνά απαρατήρητη στα ογκολογικά τμήματα είτε γιατί αυτή καθαυτή η κατάθλιψη κάνει τον ασθενή να μην αναζητεί βοήθεια είτε γιατί οι θεράποντες τη θεωρούν αναπόφευκτη.

Η ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να περιλαμβάνει και τον σύζυγο, αλλά και όλη την οικογένεια. Ο σύζυγος βιώνει τον φόβο του θανάτου, την αβεβαιότητα, το συναισθηματικό στρες, την επίδραση στην κοινωνική ζωή και στην αλλαγή ρόλων, ιδιαίτερα όταν η γυναίκα έχει προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης¹³.

Ο καρκίνος προκαλεί κατάθλιψη ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, διαταραγμένες συζυγικές σχέσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση, καθυστέρηση στην ανάπτυξη ορισμένων παιδιών και προβλήματα συμπεριφοράς σε εφήβους^{14,15}.

Ο ογκολογικός νοσηλευτής παρατηρεί το δυναμικό της οικογένειας στην αντίδρασή της στον καρκίνο, αναγνωρίζει τα προβλήματα και κατευθύνει τα άτομα στις ανάλογες πηγές που πιθανόν θα τους βοηθήσουν να ανταποκριθούν επιτυχώς¹⁶. Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως ότι η αποδοχή των αλλαγών χρειάζεται χρόνο, υπομονή και επιμονή.

Χειρουργική θεραπεία

Αποβλέπει στην εκρίζωση της πρωτοπαθούς εστίας, όπως και στην αφαίρεση μεταστατικών περιοχικών

λεμφαδένων.

Οι πιο συχνές χειρουργικές παρεμβάσεις για τον καρκίνο του μαστού είναι οι εξής:

α. ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή (αφαίρεση του μαστού και των λεμφαδένων) διατηρώντας τον μείζονα θωρακικό μυ και

β. ογκεκτομή (με διατήρηση του μαστού) με εκτομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων, που συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία για ισοδύναμο τοπικό έλεγχο.

Η άμεση ή η καθυστερημένη επανορθωτική αποκατάσταση του μαστού είναι επίσης μια επιλογή για τις γυναίκες που επιλέγουν τελικά τη μαστεκτομή.

Η θεραπευτική επιλογή είναι συχνά δύσκολη και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες πέρα από την προσωπική επιλογή της γυναίκας.

Η ανεπαρκής συζήτηση των μειονεκτημάτων της κάθε θεραπευτικής επιλογής πέρα από τα ποσοστά είναι μια κλινική πραγματικότητα και ο ρόλος του νοσηλευτή για την ορθή συμβουλευτική είναι απαραίτητος.

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Τα σημαντικότερα επιθυμητά αποτελέσματα της προεγχειρητικής προετοιμασίας είναι η μείωση του άγχους, η κατανόηση από μέρος της ασθενούς της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής αγωγής και η ικανότητά της να εκτελεί δραστηριότητες που έχουν ως σκοπό την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών¹⁷.

Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή για τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί (εργαστηριακές εξετάσεις πριν από την εγχείρηση, προνάρκωση, μεταφορά στο χειρουργείο, αναισθησία, ανάνηψη).

Ενθαρρύνει την ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους της και να λάβει μέρος ενεργά στη λήψη αποφάσεων που την αφορούν.

Κανονίζει ένα ραντεβού με τον πλαστικό χειρουργό εφόσον απαιτηθεί αργότερα επανορθωτική μαστού.

Εκπαιδεύει την ασθενή στην εκμάθηση ασκήσεων που μπορεί να χρειαστούν μετά την εγχείρηση και οι οποίες θα βοηθήσουν στην πρόληψη και / ή στην πρώιμη διάγνωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, αλλά και στην ικανότητα της ασθενούς και της οικογένειας για αυτοφροντίδα.

Τέτοια μέτρα είναι οι ασκήσεις του άκρου, η αναγνώριση των σημείων και των συμπτωμάτων μιας λοίμωξης, η φροντίδα του τραύματος, η πρόληψη και ο χειρισμός του λεμφοιδήματος, ο έλεγχος του πόνου και μέσα ανακούφισης για τον πόνο, η αγορά ενός ει-

δικού σουτιέν, η προτροπή να γραφτεί σε ένα πρόγραμμα ανάρρωσης από εγχειρήσεις για καρκίνο του μαστού κ.λπ.^{18,19}.

Αφιερώνει χρόνο στην οικογένεια, με έμφαση στον σύζυγο όταν η γυναίκα είναι νέα, έγγαμη, ή χωρίς παιδιά, για να λύσει τις απορίες τους και να κατανοήσουν τις συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες της ασθενούς. Συνήθη ερωτήματα από τον σύζυγο είναι αν η γυναίκα μπορεί να κάνει παιδιά, ποια είναι η πρόγνωση, ποια η φροντίδα της γυναίκας του στο σπίτι και αν υπάρχει κίνδυνος κληρονομικότητας. Ενθαρρύνει τον σύζυγο να επιβεβαιώσει στην ασθενή ότι η σεξουαλικότητα, η θηλυκότητα και η αγάπη των άλλων δεν επηρεάζεται από την εμφάνισή της.

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η πλειονότητα των σωματικών ενοχλημάτων σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση για καρκίνο του μαστού οφείλεται στην εκτομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να εμφανίσει η ασθενής μετά την επέμβαση είναι η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, οι διαταραχές αντίληψης του εαυτού και η εμφάνιση των επιπλοκών.

Οι διαταραχές αυτοεξυπηρέτησης στο νοσοκομείο σχετίζονται κυρίως με την ατομική υγιεινή, τη διατροφή και τις ασκήσεις μετά τη μαστεκτομή.

Οι πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης είναι:

1. Λεμφοίδημα. Σε ελαφρή μορφή λεμφοιδήματος οι ενέργειές μας σχετίζονται με την πρόληψη συσσώρευσης λέμφου.

Σε αυτό βοηθάει η ανύψωση του μέλους, η ήπια άσκηση, το μασάζ, η ελάτπωση λήψης αλατιού, η αποφυγή τοπικά θερμότητας και τραυματισμού και η ελαστική υποστήριξη με ειδικό μανίκι.

Σε πιο βαριές περιπτώσεις θα χρειαστεί εναλλασσόμενη πίεση με ειδική συσκευή (intermittent sequential pneumatic compression).

2. Διαταραχή της αισθητικότητας και κινητικότητας του βραχίονα λόγω τραυματισμού ή πίεσης των νεύρων της περιοχής.

Υποκειμενικά παράπονα που εκδηλώνονται ως μούδιασμα, αδυναμία, υπερευαισθησία δέρματος, φαγούρα, αίσθημα μαστού-φάντασμα και αίσθημα τρυπήματος από βελόνα θα αλλάξουν σε χαρακτήρα και θα επιμένουν για >12 μήνες και μερικές φορές για περισσότερο.

Μετά την αρχική ανάρρωση από το χειρουργείο, οι αισθητικές αλλαγές είναι τα πιο συχνά χρόνια παράπονα των ασθενών^{20,21}.

3. Φλεγμονή του τραύματος, σχηματισμός ορώδους συλλογής ή / και αιματώματος.

4. Πόνος οφειλόμενος στην εγχείρηση.

5. Πνευμονία οφειλόμενη σε αναισθησία, ακινησία ή ανεπαρκή αερισμό.

6. Αλλαγή του σωματικού ειδώλου²².

Μπορεί να γίνει αποκατάσταση του μαστού μετά την αφαίρεση του όγκου σε χρονικό διάστημα που ποικίλλει μετά τη χειρουργική θεραπεία.

Ο σκοπός της είναι να παρέχει συμμετρία στους μαστούς όταν η γυναίκα φορά στήθοδεσμο και να διατηρήσει ή να ξαναποκτήσει την εικόνα του σώματός της που είχε πριν από την εγχείρηση.

Μια δυνατότητα στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο είναι η προσωρινή πρόθεση. Συνιστάται να υπάρχουν γραπτές πληροφορίες που να συμπληρώνουν την προφορική εκπαίδευση. Οι πληροφορίες κατά το εξιτήριο θα διευκολύνουν την αυτοφροντίδα στο σπίτι και θα ελαττώσουν τα επίπεδα άγχους της ασθενούς σε εξωτερική βάση²³.

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού συνήθως χρησιμοποιείται:

– Μετεγχειρητικά, ως συμπληρωματική θεραπεία της εγχείρησης.

– Επί ανεγχειρητών περιπτώσεων, όταν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατή λόγω της τοπικά προχωρημένης κατάστασης.

– Παρηγορητικά, επί μεταστάσεων ή υποτροπών (κυρίως στα οστά και στο ΚΝΣ).

– Προεγχειρητικά, για μείωση της μάζας του όγκου.

Η νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται με την:

– Ενημέρωση για το είδος της θεραπείας και επίλυση συνηθισμένων αποριών που αφορούν σε αυτήν, π.χ. πόσες μέρες θα κάνει την ακτινοθεραπεία και πόση ώρα κάθε φορά, ποιες είναι οι επιπλοκές, αν πρέπει να μένει όλες τις ημέρες στο νοσοκομείο, τι θα γίνει με το σχεδιασμένο πεδίο της RT που έχει στο δέρμα.

– Ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

– Εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την α-

σθενή και τον εαυτό της.

– Αντιμετώπιση επιπλοκών.

Οι πιο συχνές παρενέργειες βραχείας δράσης που αναφέρονται είναι η κόπωση (>90%), αλλαγές στο δέρμα, διαταραχές του ύπνου (39%-64%) και αλλαγές αίσθησης στον μαστό (>50%).

Η κόπωση είναι η πιο συχνή παρενέργεια κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού της ακτινοθεραπείας με σταδιακή βελτίωση μερικούς μήνες μετά²⁴.

Οι αλλαγές αίσθησης περιγράφονται ως πόνος, σουβλιές, κάψιμο, χωρίς όμως να θεωρούνται πολύ στρεσογόνες για την ασθενή.

Άλλες επιπλοκές είναι το ερύθημα μαστού και το οίδημα μαστού και βραχίονα²⁵.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοβολήση του μαστού χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

Γενικές πληροφορίες

Το πρόγραμμα θεραπείας είναι καθημερινό από Δευτέρα έως Παρασκευή για 6-8 εβδομάδες. Μπορεί να κλείνει τα ραντεβού σε τέτοια ώρα που να διευκολύνουν / βολεύουν το πρόγραμμα εργασίας και τις άλλες δραστηριότητές της.

Πολλοί επιστήμονες θα αναμειχθούν στη θεραπεία της. Οποιας απορίες ή προβλήματα και αν έχει, θα πρέπει να τους ενημερώνει αμέσως.

Συνεδρίες ακτινοθεραπείας

Στην πρώτη επίσκεψη το δέρμα στην περιοχή του μαστού θα σηματοδοτεί με μελάνι (φουξίνη ή καστελάνη) που καθορίζει το περίγραμμα της περιοχής για θεραπεία. Είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Οι θεραπείες δεν έχουν μυρωδιά, είναι αόρατες, χωρίς πόνο και αθόρυβες. Τα μηχανήματα μπορεί να κάνουν ένα μικρό θόρυβο που είναι συνήθης.

Θα είναι μόνη της στο δωμάτιο και όλη η διαδικασία διαρκεί από 1 έως 3 λεπτά. Υπάρχει σύστημα παρακολούθησης ακόμη και όταν είναι μόνη στον χώρο.

Τα συνήθη πεδία ακτινοβολήσης στην ασθενή είναι 1-3.

Η συνήθης θέση είναι με το χέρι πίσω από το κεφάλι, γεγονός που μπορεί να είναι επώδυνο τις πρώτες ημέρες της θεραπείας εξαιτίας της προηγηθείσας εγχείρησης. Αυτό μπορεί να ελαττωθεί με τη συνέχιση των ασκήσεων στο σπίτι και τη λήψη παυσίπονων μία ώρα πριν από τη θεραπεία.

Πιθανές επιπλοκές

Οι πιθανές επιπλοκές είναι συνήθως μικρής έκτασης και εμφανίζονται μετά τη δεύτερη ή τρίτη εβδομάδα της θεραπείας.

Οι πιο βασικές παρενέργειες είναι η κόπωση και οι δερματικές αλλαγές, που συνήθως μοιάζουν με ηλιακό έγκαυμα.

Για την κόπωση είναι καλύτερο να ελαττώσει κάποιες δραστηριότητες, ενώ ωφέλιμα θα ήταν η ξεκούραση ή ο μικρής διάρκειας ύπνος κατά το απόγευμα και η αλλαγή συνθηκών με σκοπό τη διατήρηση ενέργειας από τη διαχείριση των προτεραιοτήτων, ειδικά όταν οι ασθενείς βιώνουν κόπωση χωρίς αναγνωρίσιμη αιτία^{26,27}.

Είναι καλύτερο να αποφεύγει αρώματα, σαπούνια, κρέμες στην περιοχή της θεραπείας. Μπορεί να κάνει μπάνιο χρησιμοποιώντας ζεστό νερό, αποφεύγοντας να σβήσει τα σημάδια με το μελάνι. Αυτό επιτυγχάνεται με το να μη χρησιμοποιεί σαπούνι στον μαστό, να μην τρίβει την περιοχή και να σκουπίζεται απαλά. Για την αποφυγή περαιτέρω ερεθισμών είναι καλύτερο να προστατεύει το δέρμα από τους ισχυρούς ανέμους, το ψύχος και το άμεσο ηλιακό φως.

Κατά τις πρώτες εβδομάδες πρέπει να αποφεύγει τις κακώσεις, την τριβή ή την πίεση στην περιοχή, π.χ. να μη φορά στενά ρούχα. Είναι προτιμότερο από μέσα να φορά μια βαμβακερή μπλούζα, χωρίς σουτιέν όπου αυτό είναι δυνατό. Η μπλούζα θα την προστατεύσει και από την αχρήστευση των άλλων ρούχων της λόγω του μελανιού.

Το δέρμα μπορεί να είναι πιο ευαίσθητο στην περιοχή για αρκετό χρονικό διάστημα μετά τη θεραπεία.

Οι οδηγίες αφορούν μόνο στην περιοχή του μαστού που είναι υπό θεραπεία. Όλο το άλλο σώμα μπορεί να το περιποιείται όπως αυτή θέλει^{28,29,30}.

Χημειοθεραπεία

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

α. Εκείνη που σκοπεύει να χτυπήσει τη μικρομεταστατική νόσο, δηλαδή τα καρκινικά κύτταρα που έχουν διαφύγει από την πρωτοπαθή νόσο προεγχειρητικά ή διεγχειρητικά (συμπληρωματική χημειοθεραπεία, *adjuvant chemotherapy*).

β. Την εισαγωγική χημειοθεραπεία (*neoadjuvant*) που χορηγείται πριν από τη χειρουργική επέμβαση.

γ. Εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση της μετα-

στατικής νόσου.

Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα, για να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, προϋποθέτει:

– Επιλογή του θεραπευτικού σχήματος από την υγειονομική ομάδα έτσι ώστε ο νοσηλευτής να είναι προετοιμασμένος για τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν και να είναι σε θέση να λύσει ειδικά θέματα που μπορεί να απασχολούν την ασθενή.

– Κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης και επικοινωνίας με την ασθενή έτσι ώστε να μπορεί να γίνει το εξατομικευμένο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες της ασθενούς τη δεδομένη στιγμή.

– Συντονισμό με τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας για την παροχή ολιστικής φροντίδας.

– Εκπαιδευμένους ογκολογικούς νοσηλευτές στη χρήση των χημειοθεραπευτικών (σωστή διάλυση και σωστός χρόνος χορήγησης των φαρμάκων, γνώση των κανόνων σε περίπτωση εξαγγείωσης των φαρμάκων ή διασποράς στο περιβάλλον, σωστή τεχνική φλεβοκέντησης κ.λπ.²³).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ασθενούς περιλαμβάνει:

– Ασφαλή χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

– Αντιμετώπιση των γενικών παρενεργειών της χημειοθεραπείας.

– Προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων και πρόληψη των τοπικών επιπλοκών όταν αυτά χορηγούνται ενδοφλεβίως.

– Συμβουλευτική για τοποθέτηση Hickman ή κεντρικού φλεβοκαθετήρα και τεχνική φροντίδας του.

– Πληροφόρηση και εκπαίδευση της ασθενούς η οποία πρέπει να περιλαμβάνει:

* ποιες είναι η συχνότερες παρενέργειες ανά φάρμακο και πότε μπορεί να εμφανιστούν

* ποια προληπτικά μέτρα πρέπει να εφαρμόζει η ασθενής για να τις αποφύγει και πώς μπορεί να γίνει πρώιμη διάγνωση των παρενεργειών στο σπίτι

* ποιοι είναι οι τρόποι επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό

* ποια η σπουδαιότητα της ορθής εφαρμογής των φαρμάκων ανεξάρτητα από τις παρενέργειες, ιδιαίτερα όταν τα φάρμακα αυτά χορηγούνται στο σπίτι.

Τα συχνότερα προβλήματα της ασθενούς από τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι:

– Προβλήματα με τη θρέψη λόγω εμετών, ναυτίας, ανορεξίας, διάρροιας, ξηροστομίας, στοματίτιδας, μεταλλικής γεύσης, κατάθλιψης, αλλά και λόγω της ίδιας της νόσου.

– Διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών αν υπάρχουν πολλοί έμετοι ή διάρροιες.

– Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης.

– Κόπωση.

– Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (μαστεκτομή, αλωπεκία).

Αλλά προβλήματα είναι η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, η νευροτοξικότητα, οι διαταραχές του ύπνου, ο πόνος, οι νεφρικές βλάβες κ.λπ.^{31,32}.

Ορμονοθεραπεία

Η παρουσία ή η απουσία ορμονικών υποδοχέων στον πρωτοπαθή όγκο έχει προγνωστική σημασία, στο μέτρο που οι όγκοι με θετικούς υποδοχείς έχουν καλύτερη πρόγνωση.

Η γενική ιδέα της θεραπείας του καρκίνου του μαστού με ενδοκρινικούς χειρισμούς στηρίζεται στο γεγονός ότι οι ορμόνες επιτελούν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και τη διατήρηση του φυσιολογικού μαστικού ιστού, ρυθμίζοντας την κυτταρική λειτουργία, με επακόλουθο η κυτταροκινητική ενός όγκου του μαστού να ε-

ξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την πυκνότητα και τις σχέσεις ορισμένων υποδοχέων.

Η ορμονοθεραπεία και η χημειοθεραπεία είναι συστηματικές μορφές θεραπείας και εφαρμόζονται κυρίως όταν υπάρχουν πολλαπλές εντοπίσεις του όγκου που δεν είναι κατάλληλες για χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία.

Η επιλογή μεταξύ ορμονοθεραπείας και χημειοθεραπείας εξαρτάται μεταξύ άλλων και από την ηλικία, την ύπαρξη εμμηνοπαύσης, τη γενική κατάσταση, τους ορμονικούς υποδοχείς, το ελεύθερο νόσου διάστημα, την ταχύτητα εξέλιξης και την έκταση του όγκου.

Γενικά, προτιμάται πιο συχνά η ορμονοθεραπεία. Φαίνεται επίσης ότι όταν μια ασθενής ανταποκρίνεται σε μια ορμονική θεραπεία πιθανόν ανταποκρίνεται και σε άλλη.

Η ταμοξιφαίνη θεωρείται η σπάντα συμπληρωματική χημειοθεραπεία για μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με οιστρογονικούς θετικούς υποδοχείς για τον καρκίνο του μαστού, μπλοκάροντας τη δράση των οιστρογόνων.

Ομως φαίνεται ότι η ταμοξιφαίνη αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου της μήτρας, εύρημα που έχει οδηγήσει μερικές γυναίκες να σταματήσουν τη θεραπεία και ογκολόγους να επανεκτιμούν την ασφάλεια αυτής της θεραπείας³³.

Ορισμένα από τα ορμονικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται στην κλινική πρακτική είναι τα ακόλουθα:

ΑΝΤΙΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ

1. **TAMOΞΙΦΑΙΝΗ 20mg καθημερινά per os**

NOLVADEX ZYMOPLEX, KESSAR, TAMOPLEX

2. **TOREMIFEN**

FARESTON

Μικρής έκτασης τοξικότητα που περιλαμβάνει θερμές εξάψεις, μέτρια ναυτία, αύξηση ασβεστίου, διαταραχές κύκλου, κατακράτηση υγρών, θρομβοφλεβίτιδες, μικρή αύξηση βάρους, αλλαγές στα μαλλιά και στα νύχια.

ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΙΝΟΕΙΔΗ

1. **MEDROXYPROGESTERONE ACETATE 100 mg x 3 per os**

FARLUTAL, PROVERA

2. **MEGESTROL**

MEGACE

Κυρίως αύξηση βάρους και κατακράτηση υγρών.

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΡΩΜΑΤΑΣΗΣ ΣΤΕΡΟΕΙΔΕΙΣ ΟΡΜΟΝΕΣ (ΤΥΠΟΥ I)

FORMASTANE

LENTARON

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΟΡΜΟΝΩΝ – LHRH ΑΝΑΛΟΓΑ

| | |
|----------------|-----------|
| 1. BUSELERIN | SUPREFAST |
| 2. GOSERELIN | ZOLADEX |
| 3. LEUPROPELIN | DARONTA |
| 4. TRIPTORELIN | ARVEKAP |

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΡΩΜΑΤΑΣΗΣ – ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΕΙΣ (ΤΥΠΟΥ II)

| | | |
|---|-----------|---------------------------|
| AMINOGLUTETHIMIDE | ORIMETENE | 250mg 2-4 φορές την ημέρα |
| <i>Η τοξικότητα στην αρχή της θεραπείας περιλαμβάνει λήθαργο, ναυτία, γενικευμένη κόπωση, ίλιγγο και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα δέρματος. Συχνά απαιτείται επιπρόσθετη θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή.</i> | | |
| ANASTRZOLE | ARIMIDEX | 1mg καθημερινά |
| LETROZOLE | FEMARA | 2,5mg καθημερινά |
| <i>Στα 2 τελευταία δεν απαιτείται επιπρόσθετη αγωγή με κορτικοειδή.</i> | | |
| <i>Κεφαλαλγία, αύξηση βάρους, απώλεια όρεξης, κόπωση, δυσκοιλιότητα, εξάψεις κ.λπ.</i> | | |

Η νοσηλευτική φροντίδα στη χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων σχετίζεται κυρίως με τη διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών των φαρμάκων. Αρκετές από αυτές είναι προσωρινές και οι περισσότερες εμφανίζονται στο σπίτι, καθώς η χορήγηση ορμονών δεν απαιτεί νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Παρακολούθηση μετά τη θεραπεία

Είναι αναγκαίος και επιτακτικός ο έλεγχος κάθε γυναίκας ανεξάρτητα από τη θεραπευτική αγωγή που ακολούθησε, είτε όσο διαρκεί η θεραπεία για τη συστηματική παρακολούθηση του βαθμού της ανταπόκρισης είτε για την επιτήρηση έπειτα από αυτή για ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου. Ο έλεγχος περιλαμβάνει

τακτική κλινική εξέταση (κάθε 3-6 μήνες), μαστογραφία (κάθε χρόνο), βιοχημικό έλεγχο, έλεγχο νεοπλασματικών δεικτών κάθε 3-6 μήνες και απεικονιστικό έλεγχο³⁴.

Παράλληλα, υπάρχει η δυνατότητα συνεχούς επικοινωνίας με το ογκολογικό κέντρο για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων ή αποριών της ασθενούς που αφορούν στην αποκατάστασή της, αλλά και επαφή με το κέντρο υγείας όπου υπάγεται και με συλλόγους που βοηθούν αυτά τα άτομα, έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τον καρκίνο του μαστού.

Η πορεία της ασθενούς με καρκίνο του μαστού είναι μακροχρόνια και η συμβολή τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και της οικογένειας, αλλά και των συγγενών, φίλων και υποστηρικτικών ομάδων είναι ανεκτίμητη.

Βιβλιογραφία

1. Haagedoorn E, Oldhoff J, et al. Βασικές γνώσεις ογκολογίας. Ζήτα ιατρικές εκδόσεις, 1994, 63-67.
2. Neese YP. Breast cancer. In: Gates R, Fink R. Oncology nursing secrets. Hanley and Belfus, 1997, 142-149.
3. Cantril C. Informational needs of women with early stage breast cancer. Oncology Nursing Forum 1991, 18: 347.
4. Hughes KK. Decision making by patients with breast cancer: The role of information in treatment selection. Oncology Nursing Forum 1993, 20: 623-628.
5. Luker KA, Beaver K, Leinster SJ, et al. The informational needs of women newly diagnosed with breast cancer. Journal of Advanced Nursing 1995, 22: 134.
6. Δημητράκη Μ. Ο ρόλος της εξειδικευμένης νοσηλεύτριας και η ασθενής με καρκίνο του μαστού. Πρακτικά

- 5ου μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας. Εξελίξεις στην ογκολογία του 1997. Ηράκλειο, 1998, 219-229.
7. Fernsler J, Cannon CA. The «why's» of patient education. *Seminars in Oncology Nursing* 1991, 7 (2): 79-86.
 8. Sauter et al. Post-mastectomy morbidity after combination preoperative irradiation and chemotherapy for locally advanced breast cancer. *World Journal of Surgery* 1993, 17 (2): 237-241.
 9. Hassey Dow K. Contemporary issues in breast cancer. Jones and Bartlett Publishers, 69-81.
 10. Κωνσταντινίδης Θ. Η εφαρμογή κλινικών μελετών στην ογκολογία και ο ρόλος των νοσηλευτών σε αυτές. *Νοσηλευτική* 2000, 3: 229-241.
 11. Κυρίτσου Ε. Διαταραχή της ιδεατής εικόνας του σώματος. *Νοσηλευτική* 1999, 3: 238-243.
 12. Κονιάρη Ε. Νοσηλευτική παρέμβαση στη φροντίδα ασθενούς με αλλαγή σωματικής εικόνας στον καρκίνο του μαστού. Πρακτικά ημερίδας με θέμα «Αλλαγή της σωματικής εικόνας – μια ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα στον ασθενή με καρκίνο», Αθήνα, 1992, 73-80.
 13. Timpson JR. Disability and impairment in breast cancer: towards an understanding of altered body functioning and a standard of care for nursing practice. *European Journal of Oncology Nursing* 1999, 3 (1): 14-24.
 14. Nourthouse LL. A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 1989, 16 (4): 511-516.
 15. Lewis F, Hammond MA, Woods NF. The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: the development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine* 1993, 16 (4): 351-370.
 16. Eriksson E, Lauri S. Participation of relatives in the care of cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 2000, 4 (2): 99-107.
 17. Ulrich, Canale, Wendell. Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας. 3η έκδ. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, 1997, 917-935.
 18. Φυλλάδιο για τον μαστό. Ευέλπιδες γνώσεις. Εκδόσεις Παγκρήτιας Εταιρείας Βιοϊατρικής Έρευνας. Ηράκλειο, 2000.
 19. Κονιάρη Ε. Μετεγχειρητική αποκατάσταση στον καρκίνο του μαστού. Συμβολή του νοσηλευτή στην αποκατάσταση – εκπαίδευση. Πρακτικά μετεκπαιδευτικού σεμιναρίου νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας. Τόμος Α', 1998, 254-261.
 20. Lierman LM. Phantom breast experiences after mastectomy. *Oncology Nursing Forum* 1988, 15: 41-44.
 21. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Arm problems and psychological distress after surgery from breast cancer. *Canadian Journal of Surgery*, 36: 315-320.
 22. Κυρίτσου Ε. Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με διαταραχές εικόνας σώματος και αυτο-ιδέας. *Νοσηλευτική* 1999, 2: 151-155.
 23. Κονιάρη Ε. Καρκίνος του μαστού. Νοσηλευτική παρέμβαση. Βήτα ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 1991.
 24. Wengstrom Y, Haggmark C, Strander H, Forsberg C. Perceived symptoms and quality of life in women with breast cancer receiving radiation therapy. *European Journal of Oncology Nursing* 2000, 4 (2): 78-88.
 25. Γεωργακόπουλος Γ. Ca μαστού-ακτινοθεραπεία. Πρακτικά 4ου μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας. Εξελίξεις στην ογκολογία του 1996. Ηράκλειο, 1997, 199-203.
 26. Piper BF, Rieger P, Brophy L, et al: Recent advances in the management of biotherapy related side effects: Fatigue. *Oncology Nursing Forum* 1989, 16 (suppl. 6): 27.
 27. Κωνσταντινίδης Θ. Κόπωση στον ογκολογικό άρρωστο. *Νοσηλευτική θεώρηση*. Πρακτικά 6ου μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας. Εξελίξεις στην ογκολογία του 1998. Ηράκλειο, 1999, 41-51.
 28. Vandavelde G, Hennessy N. Η αντιμετώπιση των δερματικών αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία. *Oncology Nurses* 1998, 3 (3): 10-12.
 29. Knobf TM. Breast cancers. In: McCorcle R, Grant M, Stromborg M, Bourd. *Cancer nursing*. W.S. Company, 1996, 563-610.
 30. Dodd M. Managing side effects of chemotherapy. A guide for nurses and patients. Appleton and Lange, 1987, 122-124.
 31. Σαχίνη Α, Πάνου Μ. Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Τόμος 1, 2η έκδ. Εκδόσεις Βήτα medical arts, 1997, 185-186.
 32. Tenenbaum L. *Cancer chemotherapy and biotherapy. A reference guide*. 2nd edition, W.B. Saunders Company, 1994.
 33. Souhami R, Tobias J. *Cancer and its management*. 3rd edition, Blackwell science, 1998, 216-234.
 34. Pennery E, Mallet J. A preliminary study of patients' perceptions of routine and follow up after treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2000, 4 (3): 138-145.

Υποβλήθηκε για δημοσίευση 13/5/2001