

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΣΤΕΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Μία διερευνητική μελέτη

Μετέχοντες σπουδαστές:

Βασιλική Κονίδα

Κωστούλα Μπίτσα

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

Χρυσούλα Καλπίνη - Παπαδοπούλου

Καθηγήτρια εφαρμογών



Πτυχιακή για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από
το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της σχολής Επαγγελματιών
Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού
Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

ΠΑΤΡΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 1996

ΑΡΙΘΜΟΣ	1915
ΣΥΛΛΟΓΗΣ	

Η Επιτροπή για την έγκριση της Πτυχιακής Εργασίας

1. _____ Υπεύθυνη καθηγήτρια _____

Κα. Χρ. Καλπίνη - Παπαδοπούλου

Καθηγήτρια Εφαρμογών

2. _____

3. _____

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Έχοντας ολοκληρώσει την πτυχιακή μας εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους όσους μας πρόσφεραν την πολύτιμη βοήθειά τους για την επιτυχή της έκβαση.

Ιδιαίτερα:

- Τις οικογένειές μας για την ηθική και υλική υποστήριξη που μας προσέφεραν
- Την εποπτεία μας κ. Χρυσή Καπλίνη - Παπαδοπούλου, καθηγήτρια εφαρμογών Κοινωνικής Εργασίας των Τ.Ε.Ι. Πάτρας, που με την επιστημονική καθοδήγηση, ενημέρωση και συμπαράστασή της, κατορθώσαμε να φέρουμε σε πέρας τη μελέτη αυτή.
- Την κ. Γιδοπούλου - Στραβολαίμου, προϊσταμένη Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο "Άγιος Σάββας", για τα αξιολογικά στοιχεία που μας έδωσε καθώς και τη σημαντική βοήθειά και υποστήριξη της για την πραγματοποίηση της έρευνας.
- Τον κ. Δ. Κούκουρα, χειρουργό - μαστολόγο, για τη βοήθεια και συμπαράσταση του, ιδιαίτερα στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, για την περάτωση της έρευνας στην Πάτρα.
- Τον κ. Θ. Παπαδημητρίου, προϊστάμενο του τμήματος κοινωνικής εργασίας των Τ.Ε.Ι. Πάτρας για τις συμβουλές και κατευθύνσεις του στη σύνταξη του ερωτηματολογίου.
- Τέλος ευχαριστούμε όλες τις μαστεκτομημένες γυναίκες που έλαβαν μέρος στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων για την ολοκλήρωση του ερευνητικού τμήματος της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή αναφέρεται στο πρόβλημα του Κ.Μ. και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που επιφέρει η μαστεκτομή στις πάσχουσες ασθενείς.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας αυτής παρουσιάζεται το πρόβλημα που πρόκειται να μελετηθεί, έπειτα προσδιορίζεται ο σκοπός και διασαφηνίζονται οι άγνωστοι όροι της μελέτης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά:

- Στην εμφάνιση και την αντιμετώπιση του Κ.Μ. και της μαστεκτομής από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας.
- Στην εκδήλωση της νόσου, στην επιδημιολογία αυτής, καθώς επίσης στη μέγιστη σημασία της πρώιμης και έγκαιρης διάγνωσης.
- Στις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του προβλήματος του Κ.Μ. και τους τρόπους αποκατάστασης μετά τη μαστεκτομή.
- Στον τρόπο και την πορεία ενημέρωσης της ασθενούς καθώς και στο ρόλο που διαδραματίζει η διεπιστημονική ομάδα για το σκοπό αυτό.
- Στις ψυχολογικές επιπτώσεις της μαστεκτομής στην ίδια τη γυναίκα και την επίδραση που αυτή έχει στην κοινωνική, οικογενειακή και σεξουαλική ζωή της.
- Στη μελέτη αυτή προσεγγίζεται επίσης και ο ρόλος του κ.λ. όσον αφορά στη συνεργασία του με τις μαστεκτομημένες γυναίκες και το άμεσο περιβάλλον τους.

- Τέλος παρουσιάζονται τα παγκόσμια και ευρωπαϊκά προγράμματα, τα σχετικά με τον Κ.Μ. και τη μαστεκτομή.
- Στο τρίτο κεφάλαιο παρατίθεται η έρευνα και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την περάτωσή της.
- Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση και σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο ερευνητικών μερών με την παράλληλη παράθεση πινάκων.
- Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται καταγραφή των συμπερασμάτων της έρευνας και σημειώνονται οι προτάσεις και οι εισηγήσεις των σπουδαστριών για την πρόληψη του Κ.Μ., της βελτίωσης του τρόπου αντιμετώπισης, υποστήριξης και αποκατάστασης των μαστεκτομημένων γυναικών στην Ελλάδα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	II
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	III
ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ	VIII
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	1
Εισαγωγή	1
Το Πρόβλημα	1
Σκοπός της μελέτης	2
Ορισμοί όρων	4
Συντμήσεις	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	10
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	10
ΕΝΟΤΗΤΑ Α'	10
Α. ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	10
1. Ο Καρκίνος του Μαστού και η Μαστεκτομή στην Αρχαία Ελλάδα	10
2. Οι αντιλήψεις για τον Καρκίνο του Μαστού και τη Μαστεκτομή στη Ρωμαϊκή και Βυζαντινή περίοδο	12
3. Ο Καρκίνος του Μαστού και η Μαστεκτομή από το 18ο αιώνα ως τις μέρες μας	12
ΕΝΟΤΗΤΑ Β'	15
Α. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	15
1. Επιδημιολογία Κ.Μ.	15
2. Αιτιολογία Κ.Μ.	17
Β' ΠΡΩΙΜΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	23
1. Ανίχνευση του Κ.Μ.	23
2. Διάγνωση του καρκίνου του μαστού	25
3. Σταδιοποίηση της νόσου	28
4. Προληπτική μαστεκτομή	29
Γ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	32
1. Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της γυναίκας	32
2. Χημειοθεραπεία	34
3. Ακτινοθεραπεία	35
4. Ορμονοθεραπεία	35
5. Χειρουργική θεραπεία	35
6. Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες	37
Δ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	41
1. Μορφές αποκατάστασης	42
ΕΝΟΤΗΤΑ Γ'	47
Α. Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΚΑΙ Η ΑΡΡΩΣΤΗ	47
1. Η γνώση της αλήθειας και παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται	47
2. Η άποψη της εκκλησίας σχετικά με το αν θα πρέπει η ασθενής να ενημερώνεται ή όχι για την ασθένειά της.	48

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

3. Η νομική άποψη σχετικά με το αν θα πρέπει η ασθενής να ενημερώνεται ή όχι για την ασθένειά της	49
4. Πόσο πρέπει να ενημερώνεται η καρκινοπαθής για την αρρώστια της	50
Β. ΠΟΡΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ-ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	56
ΕΝΟΤΗΤΑ Δ'	59
Α. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	59
1. Ψυχολογικές επιπτώσεις του Κ.Μ. στη γυναίκα	59
2. Ψυχοσυναισθηματικές πλευρές μαστεκτομής	63
3. Οικογενειακές σχέσεις	67
4. Κοινωνική ζωή	73
5. Σεξουαλική ζωή	78
ΕΝΟΤΗΤΑ Ε'	84
Α. ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ	84
ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ'	92
Α. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	92
1. Στο διεθνή χώρο	92
2. Στον Ελληνικό χώρο	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	99
Α. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	99
1. Είδος και σκοπός της έρευνας	99
2. Δείγμα Έρευνας	99
3. Πλαίσια έρευνας	100
4. Ερευνητικά ερωτήματα-Υποθέσεις	100
5. Ερωτηματολόγιο	101
6. Δυσκολίες που παρουσιάστηκαν για την πραγματοποίηση της έρευνας	101
7. Ανάλυση στοιχείων	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	103
Α. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	103
1. Περιγραφική Στατιστική για το συνολικό δείγμα σε Πάτρα και Αθήνα	103
2. Συγκριτικά στοιχεία μεταξύ δείγματος Αθηνών και δείγματος Πατρών	117
3. Σημαντική ή μη διαφορά μεταξύ Αθήνας και Πάτρας	132
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	137
Α. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	137
1. 1ο Ερευνητικό μέρος - Έρευνα στην Πάτρα	137
2. 2ο Ερευνητικό μέρος - Έρευνα στην Αθήνα	142
3. Συσχέτιση συμπερασμάτων των δύο ερευνών	147
4. Προτάσεις-Εισηγήσεις	151
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'	154
Ερωτηματολόγιο	154
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'	170
Πίνακες υπολογισμών	170
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'	193

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Γραφικές παραστάσεις	193
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ'	199
Παράθεση περίπτωσης	199
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε'	205
Ελληνικά Αντικαρκινικά Κέντρα	205
Σύλλογοι Υποστήριξης Καρκινοπαθών	206
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ'	208
Πίνακες	208
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	212

ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

1. Περιγραφική στατιστική για το συνολικό δείγμα σε Πάτρα και Αθήνα	___	103
2. Συγκριτικά στοιχεία μεταξύ δείγματος Αθηνών και δείγματος Πατρών	___	117
3. Σημαντική ή μη διαφορά μεταξύ Αθήνας και Πάτρας	_____	132

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Το Πρόβλημα

Ο μαστός, γενικά, έχει συμβολική και ουσιαστική σημασία για τη δηλυκότητα, τη μπρότητα και τη σεξουαλική ζωή. Ο Κ.Μ. οπότε και η χειρουργική αντιμετώπισή του επιφέρουν στη γυναίκα αλλοίωση στη σωματική της εικόνα και κατά συνέπεια κλονίζουν το ψυχολογικό της υπόβαθρο. Γίνεται αναφορά μόνο στη γυναίκα, εδώ και στο υπόλοιπο της μελέτης γιατί σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και τις έρευνες που έχουν γίνει ο Κ.Μ. είναι συνηθέστερος σε αυτές και πολύ σπάνιος στους άνδρες, με ποσοστό μικρότερο του 1%.

Κάθε γυναίκα όμως που προσβάλλεται από καρκίνο του μαστού έχει να αντιμετωπίσει δύο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων: απ' τη μια αυτά που δημιουργούνται από την ίδια την αρρώστια και τις επιπτώσεις της θεραπείας και από την άλλη αυτά που δημιουργούνται από τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι ασθενείς από το νοσοκομειακό, οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Η αντίδραση της γυναίκας σε μια εμπειρία όπως αυτή του Κ.Μ. εξαρτάται από την προσωπικότητα, τους μηχανισμούς άμυνας που κινητοποιεί, τα μηνύματα που δέχεται από το στενό και ευρύτερο περιβάλλον της αλλά και την ηλικία. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι τα ψυχολογικά προβλήματα της μαστεκτομηθείσας είναι ανάλογα με την προηγούμενη συναισθηματική επένδυση που η ίδια είχε κάνει στο μαστό της.

Η σωστή ψυχολογική υποστήριξη και αποκατάσταση της ασθενούς αρχίζει αμέσως, τη στιγμή δηλαδή της διάγνωσης και αποσκοπεί όχι μόνο στην παροχή των μέσων για κινητοποίηση κι ενδάρρυνση ώστε να μπορούν να λειτουργούν σαν “υγιή” άτομα μέσα στα πλαίσια της αρρώστιας, αλλά και στην κοινότητα για αλλαγή νοοτροπίας, που είναι αναγκαία για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Με δεδομένα, λοιπόν, όσα προαναφέρθηκαν κρίνεται απαραίτητη όχι μόνο η συμβολή του γιατρού αλλά και των υπολοίπων ειδικών ή ομάδας ειδικών. Οπότε ο κοινωνικός λειτουργός εδώ καλείται να συντελέσει είτε από μόνος του είτε σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες στην αντιμετώπιση των πλείστων προβλημάτων της καρκινοπαθούς.

Έτσι λοιπόν θεωρήθηκε αξιόλογο να μελετηθεί εκτενώς η ψυχοκοινωνική διάσταση του Κ.Μ. και ιδιαίτερα της μαστεκτομής στις γυναίκες και να παρουσιαστούν οι συνθήκες αντιμετώπισης των προβλημάτων, που επιφέρει η νόσος, απ’ το άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον, οι αλλαγές που επέρχονται στις οικογενειακές, σεξουαλικές και κοινωνικές σχέσεις αλλά και η αντιμετώπισή που η ίδια τυγχάνει από το Ελληνικό κράτος πρόνοιας.

Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η θεωρητική προσέγγιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα που έχουν υποστεί μαστεκτομή.

Ειδικότερα:

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

- Θα μελετηθεί το πρόβλημα του καρκίνου του μαστού, οι παράγοντες κινδύνου, η επιδημιολογία, η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση μετά τη μαστεκτομή.
- Θα γίνει ενημέρωση για το έργο του κοινωνικού λειτουργού και της υπόλοιπης διεπιστημονικής ομάδας, σε σχέση με τα μαστεκτομημένα άτομα.
- Θα παρουσιαστούν τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή και η αντιμετώπισή τους από την οικογένεια και από την ευρύτερη κοινότητα.
- Θα προβληθούν οι προτάσεις πάνω σε θέματα πρόληψης, ενημέρωσης, αντιμετώπισης και αποκατάστασης των ατόμων με καρκίνο και ειδικότερα των μαστεκτομημένων γυναικών.
- Θα γίνει έρευνα με σκοπό να διαπιστωθούν οι συνθήκες αντιμετώπισης των μαστεκτομημένων γυναικών, από το άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον, οι αλλαγές που ίσως επήλθαν στην οικογενειακή, επαγγελματική και σεξουαλική ζωή καθώς επίσης κι η αντιμετώπισή τους από το κράτος Πρόνοιας.

Η προσέγγιση του θέματος θα γίνει με την ανασκόπηση βιβλιογραφικών μελετών (ελληνικών και ξενόγλωσσων), διδακτορικών διατριβών και με πολλαπλές επαφές με συλλόγους, νοσοκομεία, εκπροσώπους και μαστεκτομημένα άτομα.

Ορισμοί όρων

- **Ακτινοθεραπεία:** “Χρησιμοποίηση ιονίζουσας ακτινοβολίας για θεραπευτικούς λόγους. Πιο συχνά χρησιμοποιείται για τη θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από όγκους” (Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Αθήνα 1981, τόμος 1, σελ. 56).
- **Απόστημα:** “φλεγμονή η οποία έχει σχηματίσει θύλακα με πύον (Το βιβλίο του μαστού” Susan Love, 1994, σελ. 435).
- **Ασβέστωση:** “εναπόθεση ασβεστίου σε ιστούς του σώματος όπου δεν υπάρχει φυσιολογικά το στοιχείο αυτό” (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1991, τόμος 11, σελ. 312).
- **Δευτεροβάθμια πρόληψη:** Σύμφωνα με τους Αντωνία Τριχοπούλου και Δημ. Τριχόπουλο (Αθήνα 1986) δευτεροβάθμια πρόληψη θεωρείται αυτή κατά την οποία γίνεται προσπάθεια διάγνωσης κι αντιμετώπισης μιας νόσου πριν εμφανιστούν τα αντίστοιχα συμπτώματα και ολοκληρωθεί η νοσογόνα αλληλουχία.
- **Διερευνητική έρευνα :** Σύμφωνα με τον Βασ. Φίλια (Αθήνα, 1977) στη διερευνητική έρευνα πρωταρχικός σκοπός είναι η διατύπωση ενός προβλήματος για ακριβέστερη εξέταση ή η διατύπωση υποθέσεων ή η ιεράρχηση προτεραιοτήτων για παρά πέρα έρευνα.
- **Εισολκή:** “Το τράβηγμα, η έλξη προς τα μέσα” (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 22, σελ. 442).

- Θερμογραφία: “Μέθοδος που επιτρέπει την ακριβή εκτίμηση των μεταβολών της θερμοκρασίας του σώματος με την ανίχνευση της εισερχόμενης ακτινοβολίας. Επίσης μπορεί να είναι κι ένα σύνολο μεθόδων οι οποίες δίνουν χαρακτηριστική εικόνα ενός σώματος με τη χρήση της υπέρυθρης ακτινοβολίας (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1991 τόμος 28, σελ. 439).
- Ιστός: “άθροισμα ομοειδών κυττάρων που επιτελούν την ίδια λειτουργία” (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 30, σελ. 470).
- Κακοήθης: “καρκινικός” (Το βιβλίο του μαστού, Susan Love, 1994, σελ. 437).
- Καλοήθης: “Μη καρκινικός” (Το βιβλίο του μαστού, Susan Love, 1994, σελ. 437).
- Κύστη: “Σάκος γεμάτος με υγρό” (Το βιβλίο του μαστού, Susan Love, 1994, σελ. 437).
- Κυτταρολογικά φάρμακα: Σύμφωνα με την Susan Love (1994) ο όρος αναφέρεται συνήθως στα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία και προκαλούν το θάνατο των κυττάρων.
- Δεμφαγγεία: Αγγεία που μεταφέρουν λέμφο (εξωκυτταρικό υγρό των ιστών) από και προς τους λεμφαδένες.
- Δεμφαδένες: “Αδένες που βρίσκονται σ’ όλη την έκταση του δέρματος και βοηθούν στην άμυνα εναντίον ξένων εισβολέων όπως π.χ. των

βακτηριδίων. Οι λεμφαδένες μπορούν να αποτελούν θέση διασποράς του καρκίνου (Το βιβλίο του μαστού, Sysan Love, 1994, σελ. 437).

- Μαζικός: “αυτός που ανήκει ή αναφέρεται στο μαστό” (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 40, σελ. 433).
- Μαστεκτομή: “Η χειρουργική εξαίρεση του μαστού” (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 40, σελ. 438).
- Μαστίτιδα: “Φλεγμονή του μαστού. Ο όρος χρησιμοποιείται μερικές φορές για κάθε καλοήγη διαδικασία στο μαστό” (Το βιβλίο του μαστού, Sysan Love, 1994, σελ. 438).
- Μέλαινα χολή: “Ένας από τους τέσσερις βασικούς χυμούς που ο Ιπποκράτης κι ο Γαληνός θεωρούσαν ότι περιέχεται στη σπλήνα κι αποτελεί το αίτιο της μελαγχολίας” (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 60, σελ. 440).
- Μετάσταση: Κατά τη Sysan Love (1994) είναι η διασπορά του καρκίνου σε άλλα όργανα συνήθως μέσω της κυκλοφορίας του αίματος.
- Μόρφωμα: “Φαινότυπος που εμφανίζεται σε ένα είδος ως αντίδραση σε ασυνήθιστο ή τεχνητό περιβάλλον” (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 43, σελ. 451).
- Νεόπλασμα: “Καλοήθης ή κακοήθης όγκος που παράγεται από τους ιστούς του οργανισμού” (Το μεγάλο λεξικό, Α. Γεωργοπαπαδάκου, 1986, σελ 669).
- Όγκος: “Ανώμαλη μάζα ιστού που μπορεί να είναι καλοήθης ή κακοήθης” (Το βιβλίο του μαστού, Sysan Love, 1994, σελ. 438).

- Όζος: “ Όγκωμα φυσιολογικό ή παθολογικό” (Το βιβλίο του μαστού, Sysan Love, 1994, σελ. 438).
- Ορμονοθεραπεία: “Η χρήση φυσικών ή συνθετικών ορμονών για θεραπευτικούς λόγους και σκοπούς” (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 47, σελ. 446).
- Παρακέντηση: “Η εισαγωγή αιχμηρού οργάνου σε κοιλότητα ή όργανο του σώματος για εξεταστικούς σκοπούς ή για εκκένωση υγρού περιεχομένου” (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 48, σελ. 426).
- Προγεστερόνη: “Ορμόνη παραγόμενη απ’ την ωοθήκη που συμμετέχει στο φυσιολογικό εμμηνορρυσιακό κύκλο” (Το βιβλίο του μαστού, Sysan Love, 1994, σελ. 439).
- Σπινθηρογραφικός έλεγχος (Σπινθηρογράφημα): “Δισδιάστατη απεικόνιση της κατανομής της ραδιενέργειας σ’ ένα όργανο με τη μέθοδο της σπινθηρογραφίας. Η σπινθηρογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος που επιτρέπει σε φωτοευαίσθητη επιφάνεια τη λήψη της εικόνας ενός οργάνου του σώματος ύστερα από ένεση ραδιενεργούς ουσίας η οποία καθιλώνεται εκλεκτικά στο όργανο αυτό” (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 55, σελ. 400).
- Υποδόρια μαστεκτομή: Σύμφωνα με τη Sysan Love (1994) η υποδόρια μαστεκτομή είναι επέμβαση στο μαστό η οποία αφήνει ανέπαφη τη θηλή και την εξωτερική επιδερμίδα του μαστού. Αποκλειστικός λόγος της εγχείρησης αυτής είναι η προστασία απ’ τον Κ.Μ.
- Υποδοχέας: “ειδικό τμήμα της κυτταρικής μεμβράνης ενός κυττάρου στο οποίο εισέρχεται και συνδέεται μια ουσία που επιδρά στην κυτταρική

λειτουργία χωρίς να εισέλθει στο εσωτερικό του. Οι συνοπτικοί νευροδιαβιβαστές και οι ορμόνες, για παράδειγμα, δρουν στο κύτταρο-στόχο με το να δεσμευθούν σ' ένα ειδικό υποδοχέα, στην κυτταρική τους μεμβράνη" (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 59, σελ. 59).

- **Φαταλισμός:** "αντίληψη και στάση η οποία αποδέχεται πως ότι συμβαίνει στον κόσμο είναι προκαθορισμένο, προδιαγεγραμμένο να συμβεί. Ακόμη μπορεί να σημαίνει παραίτηση από κάθε ενεργό προσπάθεια για την αλλαγή πορείας των γεγονότων, παθητική εγκατάλειψη των πάντων στη μοίρα" (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 59, σελ. 499).
- **Χημιοθεραπεία:** Κατά την Susan Love (1994) είναι μορφή θεραπευτικής αγωγής εναντίων νοσημάτων βασισμένη στη χρήση ορισμένων χημικών ουσιών.
- **Χυμοί:** Όπως σημειώνει ο Κ. Μητρόπουλος (1980) είναι τα υγρά στοιχεία του οργανισμού, με τη βοήθεια των οποίων το ανθρώπινο σώμα υγιαίνει και νοσεί.

Συντμήσεις

Κ.Μ. : Καρκίνος Μαστού

κ.λ. : κοινωνικός λειτουργός

κ.λ.π. : και λοιπά

Ε.Α.Ε : Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία

Ε.Ε. : Ευρωπαϊκή Ένωση

βλ : Βλέπε

Π.Ο.Υ. : Παγκόσμια οργάνωση υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α'

Α. ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

1. Ο Καρκίνος του Μαστού και η Μαστεκτομή στην Αρχαία Ελλάδα

Ο καρκίνος άρχισε να μαστίζει την ανθρωπότητα από αρχαιότατων χρόνων. Είναι, μάλιστα, πιθανό να υπήρχε και πριν από την εμφάνιση του ανθρώπου και να προσέβαλε τα ζώα της εποχής εκείνης, όπως φαίνεται από όγκο που βρέθηκε πάνω σε οστούν της ουράς δεινόσαυρου, ο οποίος έζησε προ εκατομμυρίων ετών (Λαμπρινόπουλος, 1977). Αξίζει να αναφερθεί, στο σημείο αυτό, ότι από τη μελέτη της βιβλιογραφίας δε δίνεται διαφορετικός ορισμός στην έννοια "καρκίνος".

Ο Ι. Παπαδιαμάντης σε σεμινάριο με τίτλο "Καρκίνος του Μαστού", που πραγματοποιήθηκε στο Πόρτο-Χέλι (1985), υπό την αιγίδα της Ε.Α.Ε., αναφέρει ότι ο Ηρόδοτος σημειώνει για την Ατούσα κόρη του Κύρου και γυναίκα του Δαρείου, ότι είχε ένα μικρό όγκο στο μαστό που τον έκρυβε μέχρις ότου έφτασε να γίνει γενικευμένη νόσος. Ο ιατρός Δαμαείδης (525 π.χ.) επιστρατεύτηκε τότε και αντιμετώπισε την κατάσταση επιτυχώς, αλλά χωρίς να είναι γνωστός ο τρόπος.

Η αρχαία ελληνική ιατρική, αναφέρει ο Γεράσιμος Ρηγάτος (1985), κυριαρχούμενη από τις αντιλήψεις της χημειοπαθολογίας του Ιπποκράτη αποδίδει τη γένεση του καρκίνου στην περίσσεια της μέλαινας χολής, στην κακοχυμία του αίματος που προκαλείται από την ανάμειξη της μέλαινας χολής και του μελαγχολικού χυμού.

Σύμφωνα με τον Ευστάδιο Λαμπρινόπουλο (1977), ο Ιπποκράτης διέκρινε τον καρκίνο σε επιφανειακό και σε κατά βάθος ευρισκόμενο και τον θεωρούσε ως νόσο των γεροντότερων, ενώ τον καρκίνο της νεαρής ηλικίας ως νόσο κληρονομική.

Ο Ιπποκράτης χαρακτηρίζει τον καρκίνο του μαστού αδεράρευτη νόσο και στο σύγγραμμα του "Γυναικείες Παθήσεις" περιγράφει γυναίκα που υποκύπτει σε προχωρημένο καρκίνο του μαστού (Ι. Παπαδιαμάντης, 1985).

Ο Γαλνός, μάλιστα, όπως αναφέρει ο Γ. Ρηγάτος (1985), εκτός των άλλων κακοθών παθήσεων, περιέγραψε και τον καρκίνο του μαστού, συνιστώντας ως θεραπεία τη ριζική αφαίρεσή του.

Ο καθηγητής της ιστορίας της ιατρικής Αρ. Κούζης, στην ιστορική μονογραφία του ("Ο καρκίνος παρά τοις αρχαίοις ελληνισιν ιατροίς" Αθήναι 1902), αναφέρει ότι οι αρχαίοι Έλληνες ιατροί, με μεγάλη παρατηρητικότητα και πείρα που διέθεταν, περιέγραψαν περιπτώσεις καρκίνου που εκπλήσσουν ακόμη και σήμερα. Είχαν, μάλιστα, καταλήξει στο συμπέρασμα ότι πρέπει να αφαιρούνται το ταχύτερο δυνατό.

Ο Αρεταίος, ο Διοσκορίδης, ο Αρχιγένης, ο Φιλόξενος, ο Λεωνίδης και ο Ξενοφών ο Κώος, όχι μόνο περιέγραψαν τον καρκίνο του μαστού αλλά και

μεθοδικότητα τον χειρουργούσαν (Μεγάλη Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, 1963).

2. Οι αντιλήψεις για τον Καρκίνο του Μαστού και τη Μαστεκτομή στη Ρωμαϊκή και Βυζαντινή περίοδο

Η Ρωμαϊκή και η Αραβική ιατρική, αναφέρει ο Γεράσιμος Ρηγάτος (1985), διατηρούν τις ίδιες Ιπποκρατικές αντιλήψεις. Ο μεγάλος Πέρσης γιατρός Αβικένας (980-1037), συνεχίζοντας την παράδοση, αποδίδει τη γέννηση του καρκίνου στη μελαγχολία. Το ίδιο ισχύει και για τους Βυζαντινούς γιατρούς.

Το 2ο αι. μ.χ. παρατηρείται η συσχέτιση της έξαρσης του νεοπλάσματος με μια σημαντική απώλεια. Ο ιστορικός συγγραφέας Δίων ο Κάσσιος (155-235 μ.χ.) γράφοντας για την Ιουλία, μητέρα του Τάραντου, διασώζει την πληροφορία, ότι η γυναίκα αυτή, μαθαίνοντας το θάνατο του γιου της κτυπά το στήθος της κι ο καρκίνος που για καιρό "ψύχαζε" εκεί, ερεδίστηκε και εξελίχθηκε (Ρηγάτος, 1985, σελ.18).

3. Ο Καρκίνος του Μαστού και η Μαστεκτομή από το 18ο αιώνα ως τις μέρες μας

Στην ιστορία της σύγχρονης ιατρικής, αναφέρει ο Γεράσιμος Ρηγάτος (1985), το θέμα μπαίνει και πάλι στις αρχές του 18ου αιώνα, από το Γάλλο γιατρό Gendron και στα μέσα του ίδιου αιώνα από τον Άγγλο Sir Richard Guy (1759). Ο Gendron καθηγητής στο Montpellier, εκφράζει την άποψη ότι ο κακοήθης όγκος οφείλεται σε μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται από τα συχνά πένθη, το φόβο και το άγχος (Ρασιδάκης, 1983). Ο Guy (1759) στη μονογραφία του "επί των σκίρρων όγκων και καρκίνων",

που εκδόθηκε στο Λονδίνο, περιγράφει δύο περιπτώσεις καρκίνου του μαστού οι οποίες εκδηλώθηκαν μετά από μεγάλη στενοχώρια. Στην πρώτη γυναίκα εμφανίστηκε μετά το θάνατο του παιδιού της και στη δεύτερη μετά τη φυλάκισή της. Ο ίδιος παρατηρεί πως οι όγκοι αυτοί είναι συχνότεροι σε γυναίκες με υστερικά και νευρωτικά ενοχλήματα καθώς και στις μελαγχολικές γυναίκες. Ανάλογες αντιλήψεις εκφράζει αργότερα και ο Laennec (1781-1826), ο εφευρέτης του στηθοσκοπίου.

Στα 1826, σύμφωνα με το Γεράσιμο Ρηγάτο (1985), ο Cooper ανέφερε ότι η θλίψη και το άγχος ήταν μεταξύ των αναφερομένων αιτιών καρκίνου του μαστού. Στα μέσα και στα τέλη του 19ου αιώνα μια πλειάδα γνωστών γιατρών εκφράζει τις ίδιες περίπου αντιλήψεις. Ο Dr. Willrd Parker (1885) μετά τη μελέτη 397 περιπτώσεων καρκίνου του μαστού ενοχοποιεί τη θλίψη ως αιτία για την εμφάνισή του. Ο Cutter (1887), αναφέρει πως η κατάθλιψη είναι πολύ κοινό στοιχείο σε περιπτώσεις καρκίνου, για να μπορέσει κάποιος να το αγνοήσει. Στην Αγγλία ο Paget (1870), στο σύγγραμμα του "Χειρουργική Παθολογία" αναφέρει πως η ματαίωση των ελπίδων και η κατάθλιψη προκαλούν αύξηση στις διαστάσεις του κακοήθους νεοπλασματος.

Συνοψίζοντας, οι ψυχοτραυματισμοί που σχετίζονται περισσότερο με τον καρκίνο είναι:

- α)** η απώλεια (θάνατος ή χωρισμός) αγαπημένου προσώπου, όπως οι γονείς, τα παιδιά και οι σύζυγοι.
- β)** η ματαίωση σημαντικών γεγονότων και

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

γ) η τάση για απογοήτευση και απελπισία μετά από κάθε απώλεια ή ματαίωση.

Αξιίζει να σημειωθεί, σύμφωνα με τον Ευστάθιο Λαμπρινόπουλο (1977), ότι η σύγχρονη τεχνική της μαστεκτομής άρχισε με τον Halsted το 1886.

Ως γενικά συμπεράσματα των εργασιών μέχρι το 1960 μπορούν να θεωρηθούν:

α) η αυξημένη επίπτωση του καρκίνου σε άτομα με έντονο συγκινησιακό ερέθισμα.

β) η ιδιαίτερα συχνή επίπτωση σε άτομα με κοινά ψυχολογικά χαρακτηριστικά και

γ) η επίδραση ψυχολογικών συντελεστών στην εξέλιξη της νόσου.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β'

Α. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Επιδημιολογία Κ.Μ.

Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει σήμερα η γυναίκα της Ευρώπης και γενικότερα του δυτικού κόσμου είναι η προσβολή της απ' τον καρκίνο του μαστού.

Σύμφωνα με τον Δημήτρη Τριχόπουλο Πόρτο-Χέλι Αργολίδας (1985) κάθε χρόνο στην Ελλάδα, περισσότερες από 1500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και 700 πεθαίνουν απ' αυτόν. Στις ΗΠΑ οι αντίστοιχοι αριθμοί είναι 90.000 και 34.000. Η πιθανότητα μιας Ελληνίδας να προσβληθεί από Κ.Μ. σ' όλη τη διάρκεια της ζωής της είναι 3,5% ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα μιας αμερικανίδας ξεπερνά το 7%. Παρά τις θεραπευτικές προόδους που σημειώθηκαν τα τελευταία 30 χρόνια, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού δε μειώθηκε σχεδόν καθόλου σε καμία περιοχή της υφλής. Το γεγονός αυτό κάνει επιτακτικότερη την ανάγκη της πρόληψης της νόσου. Για να εφαρμοστούν όμως προληπτικά μέτρα σ' ένα νόσημα πρέπει να είναι γνωστοί οι αιτιολογικοί παράγοντες - και παρά τις μακροχρόνιες έρευνες η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού του ανθρώπου παραμένει σκοτεινή.

Η μελέτη της επιδημιολογίας του καρκίνου του μαστού, όπως αναφέρει στην έρευνά του ο Τριχόπουλος (1985) έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί τα αιτιολογικά δεδομένα για τα πειραματόζωα δεν ισχύουν πάντοτε για τον

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

άνδρωπο. Έτσι η μελέτη της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού της γυναίκας πρέπει να βασίζεται σε δεδομένα ανθρώπινων πληθυσμών και να γίνεται με επιδημιολογικές, δηλαδή με πειραματικές μεθόδους. Σ' αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να σημειωθεί ότι ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες παρά στους άνδρες γι' αυτό και οι όροι "Κ.Μ. του ανθρώπου" και "Κ.Μ. της γυναίκας" χρησιμοποιούνται κατά κανόνα χωρίς διάκριση όσον αφορά στο φύλλο.

Όπως αναφέρει η Ευδοξία Κόνιαρη, (Αθήνα 1991) τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά είναι τα παρακάτω:

- α)** η μεγάλη διεθνής μεταβλητικότητα που ισχύει κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες.
- β)** η προστατευτική επίδραση της πρώτης εγκυμοσύνης ιδίως όταν αυτή συμβαίνει στη γυναίκα κατά την νεαρή ηλικία.
- γ)** η απουσία σχέσης της ασθένειας με το δηλασμό.
- δ)** η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα αυτής που προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στη λειτουργία της ωοθήκης.
- ε)** η αναμφισβήτητη σχέση του Κ.Μ. με την κυστική μαστίτιδα και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο της μήτρας, των ωοθηκών και ορισμένων ενδοκρινικών νοσημάτων και
- στ)** η συμβολή των κληρονομικών παραγόντων.

Στη συνέχεια της μελέτης διαπιστώνονται, απ' τη γεωγραφική κατανομή - μεγάλες διακυμάνσεις στη θνησιμότητα που κυμαίνονται από 25-30/100.000 γυναίκες στη Βρετανία, την Ολλανδία, τις ΗΠΑ, τη Δανία και

τον Καναδά και από 3-8/100.000 στην Ιαπωνία, το Μεξικό και τη Βενεζουέλα. Η συχνότητα λοιπόν του Κ.Μ. διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Επιπρόσθετα ο Κ.Μ. εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών ενώ η συχνότητά του αυξάνεται σταθερά φτάνοντας στο αποκορύφωμα στις πιο μεγάλες ηλικίες.

2. Αιτιολογία Κ.Μ.

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοηδών όγκων, η αιτιολογία του Κ.Μ. δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα. Τα τελευταία όμως χρόνια πολλές επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών που σχετίζονται μεταξύ τους είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες, με τον Κ.Μ. Παρόλο που γενετικοί, ιδιοστασιακοί, περιβαλλοντολογικοί κι άλλοι παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική σχέση με τον Κ.Μ. κανένας είτε μόνος είτε σε συνδυασμό με άλλους δεν είναι ικανός να εξηγήσει το μηχανισμό γένεσης της νόσου.

Έτσι η μόνη επί του παρόντος δυνατή προσέγγιση στην πρόληψη του Κ.Μ. διέρχεται μέσα από τη γνώση, την καταγραφή και την συσχέτιση επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και μεταβλητών που είναι αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου. Αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

α) Ιογενείς παράγοντες:

Κατά την Ευδ. Κόνιαρη (Αθήνα, 1991) σύμφωνα με μελέτες που έγιναν στο ανθρώπινο γάλα βρέθηκαν ενδείξεις τμημάτων ογκορναϊού σε σημαντικό ποσοστό γυναικών που είχαν στο κληρονομικό τους περιπτώσεις με Κ.Μ. Έτσι σύμφωνα με ενδείξεις ο Κ.Μ. στις γυναίκες οφείλεται σ' έναν

ιο ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών και γενετικών παραγόντων.

β) Γενετικοί παράγοντες

Ο Δημήτρης Τριχόπουλος (Πόρτο Χέλι Αργολίδας, 1985) αναφέρει πως ο Κ.Μ. εμφανίζει κάποτε τάση συρροής σε ορισμένες γυναίκες. Έχει υπολογιστεί ότι μια γυναίκα της οποίας η μητέρα έχει προσβληθεί από Κ.Μ. έχει υπερδιπλάσια πιθανότητα προσβολής από τη νόσο παρά μια άλλη γυναίκα του ίδιου πληθυσμού χωρίς τέτοια επιβάρυνση. Η κληρονομική επιβάρυνση πάντως φαίνεται ότι αφορά κυρίως τον Κ.Μ. των νεαρών ηλικιών. Η νόσος είναι συχνότερη σε γυναίκες ψηλές και παχύσαρκες. Διάφοροι διαιτητικοί παράγοντες έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για τη συσχέτιση αυτή (το ολικό λίπος τροφής, το βοδινό ή μοσχαρίσιο κρέας κ.λ.π.) αλλά δεν υπάρχουν ακόμα αξιόπιστα δεδομένα.

γ) Χημικές ουσίες

Όπως σημειώνει η Ευδ. Κόνιαρη (Αθήνα, 1991), στον άνθρωπο δεν έχει αποδειχτεί ότι κάποια χημική ουσία σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη Κ.Μ. αν και πολλά χημικά σκευάσματα έχουν ενοχοποιηθεί. Πρόσφατα διατυπώθηκε η υπόθεση ότι οι βαφές των μαλλιών σχετίζονται με τη νόσο. Το θέμα αυτό δεν έχει ακόμη διερευνηθεί σε βάθος αλλά τα αποτελέσματα των πρώτων ερευνών είναι αρνητικά.

δ) Ιδιοσυστασιακοί Παράγοντες

Ο Δημήτρης Τριχόπουλος (Πόρτο Χέλι Αργολίδας, 1985) αναφέρει ανάμεσα στ' άλλα, ότι η πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη εφόσον σημειωθεί

πριν το 30ο έτος δρα προστατευτικά απέναντι στο ενδεχόμενο μελλοντικής προσβολής από Κ.Μ. Η προστασία που παρέχεται είναι τόσο μεγαλύτερη όσο η ηλικία της γυναίκας, κατά την πρώτη εγκυμοσύνη, είναι μικρότερη κι αυτή η προστασία καλύπτει όλη τη μετέπειτα ζωή, μέχρι τα βαθιά γερατειά. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι αποβολές ή οι προκλητές εκτρώσεις δεν παρέχουν οποιαδήποτε προστασία.

Σύμφωνα με το ίδιο άρθρο μέχρι πριν λίγα χρόνια επικρατούσε η άποψη ότι οι γυναίκες που θηλάζουν τα παιδιά τους προσβάλλονται από Κ.Μ. πιο σπάνια από εκείνες που δεν τα θηλάζουν. Νεότερες έρευνες όμως απέδειξαν ότι ο θηλασμός δεν παρέχει ουσιαστική προστασία ακόμα κι όταν παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα και συνοδεύεται από αμηνόρροια. Επιπρόσθετα οι ειδικοί έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η πιθανότητα προσβολής μιας γυναίκας από Κ.Μ. δεν επηρεάζεται απ' το αν εκείνη θήλασε ή όχι απ' τη μητέρα της.

Αναφέρεται ακόμη στην ίδια μελέτη ότι η έναρξη της εμμηνόρροιας σε πολύ νεαρή ηλικία κι η καθυστέρηση της φυσιολογικής εμμηνόπαυσης συνδυάζονται με σημαντική αύξηση της πιθανότητας προσβολής από τη νόσο. Απεναντίας, η προκλητή εμμηνόπαυση - κυρίως χειρουργική με αφαίρεση ωοθηκών δρα προστατευτικά κι η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση και διαρκεί για ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή. Ο Κ.Μ. είναι περίπου 3 φορές συχνότερος σε γυναίκες με κυστική μαστοπάθεια ενώ δεν έχει καμία σχέση με τις ραγάδες και τις μαστίτιδες του θηλασμού αλλά ούτε και με τους τραυματισμούς του μαστού. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι όταν

προσβληθεί από καρκίνο ένας μαστός υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης πρωτογενούς (όχι μεταστατικού) καρκίνου και στον άλλο μαστό.

ε) Ορμονικοί παράγοντες

Ο Δημ. Τριχόπουλος (Πόρτο Χέλι, 1985) σημειώνει ότι η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων φαίνεται πως δεν προκαλεί αύξηση της πιθανότητας προσβολής από καρκίνο του μαστού ενώ αντίθετα η χορήγηση οιστρογόνων κατά την κλιμακτήριο περίοδο, συνδυάζεται με μικρή αύξηση της πιθανότητας προσβολής από τη νόσο κατά τη μετέπειτα ζωή. Όσον αφορά τώρα στην προλακτίνη, μια άλλη ορμόνη με την οποία σχετίζεται αιτιολογικά ο Κ.Μ., υπάρχουν δύο καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας που συνδυάζονται σταθερά με αύξηση στη στάθμη της προλακτίνης στον οργανισμό: η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός. Αν η θεωρία της προλακτίνης ήταν σωστή θα έπρεπε αυτές οι δύο καταστάσεις να συνδυάζονται με αύξηση της πιθανότητας προσβολής από Κ.Μ. ενώ, όπως προαναφέρθηκε, αυτό δεν συμβαίνει. Επίσης η αντίληψη που βασίζεται σε πειραματικά δεδομένα, ότι δηλαδή η προγεστερόνη έχει καρκινογόνο δράση, δε συμβιβάζεται με το γεγονός ότι η πρώτη τελειόμνη εγκυμοσύνη ασκεί προστατευτική επίδραση αφού συνδυάζεται με μεγάλη αύξηση της εκκρινόμενης προγαστερόνης.

Μια ακόμη θεωρία που παρουσιάζεται στην ίδια μελέτη είναι αυτή κατά την οποία η οιστριόλη ασκεί προστατευτική επίδραση, αυτοαγωνιζόμενη τα υπόλοιπα οιστρογονικά κλάσματα, εξηγεί ορισμένα επιδημιολογικά δεδομένα όπως τη χαμηλή συχνότητα Κ.Μ. στην Άπω Ανατολή και την προστατευτική επίδραση της τελειόμνης εγκυμοσύνης αλλά η

ενδοκρινολογική βάση της θεωρίας δεν έχει γίνει γενικότερα αποδεκτή. Επίσης η συχνότητα των ανωορρηκτικών εμμηνορρυσιακών κύκλων είναι αυξημένη στον Κ.Μ. και το γεγονός αυτό ενισχύει την άποψη ότι η οιστρίολη ή η προγεστερόνη μπορεί να ασκούν προστατευτική επίδραση αφού η παραγωγή των ορμονών αυτών είναι μειωμένη στους ανωορρηκτικούς κύκλους.

στ) Εξωγενείς παράγοντες

Ο Δημ. Τριχόπουλος (Πόρτο Χέλι, 1985), αναφέρει ότι οι μεγάλες δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας μπορούν να προκαλέσουν Κ.Μ. Εξάλλου είναι ένα απ' τα νοσήματα που έπληξαν τα Θύματα των ατομικών βομβών στην Ιαπωνία. Πρόσφατα δε υποστηρίχτηκε ότι και οι μικρές ακόμα δόσεις ακτινοβολίας που εφαρμόζονται στις διαγνωστικές μαστογραφίες μπορεί να είναι επικίνδυνες. Μολονότι αυτό δεν έχει τεκμηριωθεί, πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι είναι σκόπιμο οι προσυμπτωματικές μαστογραφίες (screening) να εφαρμόζονται μόνο σε γυναίκες που έχουν ξεπεράσει τα 50 τους χρόνια.

ζ) Άλλοι παράγοντες

Ο Δημ. Τριχόπουλος (Πόρτο Χέλι 1985) ενημερώνει ακόμα ότι κάποια φάρμακα όπως τα αντιπυρετικά, σύμφωνα με σχετικές έρευνες, λέγεται ότι προκαλούν αύξηση της πιθανότητας προσβολής Κ.Μ. Επίσης η θεωρία ότι ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα σε γυναίκες με μειωμένη έκκριση επιχολαυνολόνης και ανδροστερόνης δεν εξηγεί τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου κι έρχεται σε αντίθεση με το γεγονός ότι οι Ιάπωνες εκκρίνουν μειωμένα ποσά 17 κειοστεροειδών μολονότι σ' αυτούς η συχνότητα του Κ.Μ. είναι πολύ μικρή.

Έχει επίσης διαπιστωθεί αυξημένη συχνότητα συνύπαρξης Κ.Μ. και καρκίνου ωοθηκών, ενδομητρίου και παχέως εντέρου. Προσπαθώντας λοιπόν να εξηγηθεί η αιτιολογία του Κ.Μ. διαφαίνεται τελικά, πως τα επιδημιολογικά δεδομένα του Κ.Μ. ενοχοποιούν κατά κύριο λόγο τις ωοθηκικές λειτουργίες και γενικότερα υποδηλώνουν ότι η καρκινογένεση εμφανίζεται συνήθως στην πρώτη δεκαετία, εμμηναρχή. Ψυχολογικοί επίσης παράγοντες, όπως άγχη, ψυχολογικές διαταραχές, διάγνωση των προσδοκιών, ηθικές συγκρούσεις, κατάληξη σε ψυχικά αδιέξοδα για διάφορους λόγους, απότομες μεταπτώσεις από ευχάριστες σε δυσάρεστες καταστάσεις φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του Κ.Μ.

Σ' αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο ν'αναφερθεί αυτό που ο Μ. Χρυσόχου (Αθήνα 1991) σημειώνει, ότι δηλαδή δεν έχει διαπιστωθεί εκτός του αλκοόλ, άμεση σχέση μεταξύ διατροφής και ανάπτυξης Κ.Μ.

Ακόμα αξίζει να τονιστεί συμπερασματικά ότι καμιά θεωρία για την αιτιολογία του Κ.Μ. δεν ερμηνεύει απόλυτα τα επιδημιολογικά δεδομένα της νόσου. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή η δημιουργία της ασθένειας του Κ.Μ. προϋποθέτει τη συνδυασμένη επίδραση διαφόρων παραγόντων που η συχνότητά τους ποικίλει σε συνάρτηση με τον τόπο, το χρόνο ή άλλες συνθήκες.

Αφού λοιπόν δεν είναι ακριβή τα αίτια που προκαλούν τον Κ.Μ. δεν υπάρχει και πρόληψη. Υπάρχει όμως η πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση του Κ.Μ. που μπορεί να συντελέσει στην ευνοϊκότερη έκβαση και την πιο αποδοτική θεραπεία της νόσου.

Β' ΠΡΩΙΜΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όπως και σε προηγούμενα κεφάλαια έχει αναφερθεί, ο καρκίνος του μαστού στη χώρα μας όπως και σε όλο τον κόσμο είναι ο υπ' αριθμόν "ένα" κίνδυνος που απειλεί και φοβίζει τις γυναίκες σήμερα. Είναι ο συχνότερος καρκίνος και μέχρις ότου γίνει δυνατή η προληψή του, η μεγαλύτερη ελπίδα για τον έλεγχο της νόσου είναι η πρώιμη ανίχνευση, η διάγνωση και θεραπεία.

1. Ανίχνευση του Κ.Μ.

Η ανίχνευση της νόσου, σύμφωνα με όσα αναφέρονται στο φυλλάδιο του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Αθήνα, 1985), είναι δυνατόν να γίνει με τις παρακάτω μεθόδους:

α) Με την ψηλάφηση

Η ψηλάφηση των μαστών από το γιατρό την ίδια τη γυναίκα ή άλλο ειδικά εκπαιδευμένο άτομο είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την πρώιμη ανίχνευση της νόσου. Η ψηλάφηση των μαστών είναι σκόπιμο να συμπεριλαμβάνεται σε κάθε ιατρική εξέταση αφού περίπου 90% των καρκίνων του μαστού τους, βρίσκουν οι γυναίκες μόνες τους, τυχαία ή κατά τη διαδικασία της αυτοεξέτασης. Η μηνιαία αυτοεξέταση δύναται να εντοπίσει πολύ μικρούς όγκους. Ένας καρκίνος μπορεί να είναι ψηλαφητός όταν έχει διάμετρο 1 εκατοστό. Κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης οι γυναίκες μπορούν να ψηλαφίσουν μορφώματα 1,5 εκατοστών. Όταν βέβαια η αυτοεξέταση γίνει μηνιαία συνήθεια τότε η ικανότητα ψηλάφησης μικρότερων μορφωμάτων αυξάνει. Διάφορες μελέτες για την αξία της

αυτοεξέτασης δείχνουν ότι με αυτήν οι κακοήθεις όγκοι ανακαλύπτονται σε πρωϊμότερα στάδια και είναι δυνατόν να αυξηθεί κατά 15% η επιβίωση των ασθενών.

Η διαδικασία της αυτοεξέτασης είναι μια πράξη απλή και αποτελείται από δύο μέρη:

Μέρος πρώτο: Η γυναίκα στέκεται στον καθρέπτη με τα χέρια κάτω ελέγχοντας για τυχόν αλλαγές στο δέρμα ή τη θηλή. Στη συνέχεια σπκώνει τα χέρια ψηλά και ελέγχει για τα ίδια σημεία.

Μέρος δεύτερο: Η γυναίκα ζαπλώνει στο κρεβάτι τοποθετώντας ένα χαμηλό μαξιλάρι κάτω από τον αριστερό ώμο. Έπειτα πρέπει να σπκώσει το αριστερό χέρι πάνω από το κεφάλι της και με την εσωτερική επιφάνεια των δακτύλων του δεξιού χεριού εξετάζει τον αριστερό μαστό. Πρέπει να εξετάσει όλα τα σημεία του μαστού και την περιοχή της θηλής πιέζοντας ελαφρά τα δάχτυλα πάνω στην εξεταζόμενη περιοχή. Στη συνέχεια πρέπει να κατεβάσει το αριστερό χέρι και με τα δάχτυλα του δεξιού χεριού να εξετάσει την αριστερή μασχάλη. Αφού μετατεθεί το μαξιλάρι κάτω από το δεξιό ώμο αυτή τη φορά θα πρέπει να επαναληφθεί η εξέταση κατά τον ίδιο τρόπο για το δεξιό πια μαστό και τη δεξιά μασχάλη. Αν κατά την αυτοεξέταση εντοπιστούν ανωμαλίες, όπως ογκίδιο ή συμπαγής περιοχή, έκκριμα της θηλής ή εσολκές τότε κρίνεται απαραίτητη η ιατρική συμβουλή.

β) Με την μαστογραφία

Με τη μαστογραφία λοιπόν, ειδική ακτινογραφία μαστών, είναι δυνατή η ανεύρεση αψηλάφητων όγκων του μαστού. Η μαστογραφική απόδοση συχνά

είναι θεαματική όταν ο εντοπιζόμενος καρκίνος είναι, μόνο μερικά, κόκκος - ασβέστωση.

Από εμπειρίες που επήλθαν και αποκτήθηκαν ύστερα από μαζικό έλεγχο γυναικών φαίνεται ότι ο μαστογραφικός έλεγχος επιδίδεται περισσότερο σε γυναίκες πάνω από 50 χρόνων. Κάθε γυναίκα μετά την ηλικία των 40 ετών πρέπει να κάνει μια μαστογραφία. Επιπρόσθετα συνιστάται μια μαστογραφία μεταξύ 40-50 χρόνων σαν βασική πληροφορία για μελλοντική σύγκριση. Η ανησυχία πάντως που υπήρχε στο παρελθόν για πιθανή βλαπτική επίδραση των μαστογραφιών δεν υφίσταται εφ'όσον γίνονται μαστογραφίες χαμηλής δόσης ακτινοβολίας.

γ) Με άλλες μεθόδους

Η δερμογραφία, η υπερηχογράφηση και αναζήτηση διαφόρων δεικτών που να δείχνουν την ύπαρξη καρκίνου με εξέταση αίματος, βρίσκονται στο στάδιο της αξιολόγησης.

2. Διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Από τη στιγμή που θα εντοπιστεί παθολογικό εύρημα, κατά τη διερεύνηση του μαστού με την εξέταση ή τη μαστογραφία, αρχίζει μια προσπάθεια με διάφορες διαγνωστικές μεθόδους προκειμένου να βρεθεί η ακριβής φύση της παθολογίας.

α) Μαστογραφία

Οι Susan M. Love & Karen Lind Sey (1994) αναφέρουν ότι η μαστογραφία όπως και κάθε άλλη ακτινογραφία παρουσιάζει τις πυκνότερες περιοχές ως σκιές. Πιο συγκεκριμένα ο μαστικός ιστός εμφανίζεται στη μαστογραφία

λευκός ενώ το λίπος που δεν είναι πυκνό εμφανίζεται με χρώμα φαιό. Σε νεαρή ηλικία οι μαστοί περιέχουν κυρίως μαστικό ιστό και είναι πολύ πυκνοί (στην εφηβεία και τα 20 χρόνια). Με την πάροδο της ηλικίας ο μαστός γηράσκει και έτσι περιέχει λιγότερο μαστικό ιστό και λιγότερο λίπος. Στην ηλικία των 30 και 40 χρόνων η αναλογία είναι 50-55% ενώ στην εμμηνόπαυση ο μαστικός ιστός εξαφανίζεται και συνήθως παραμένουν μόνο λίγα υπολείμματα. Αυτό επηρεάζει την ερμηνεία της μαστογραφίας ως εξής: Ο καρκίνος και οι καλοήθεις όγκοι έχουν την ίδια πυκνότητα με το μαστικό ιστό, συνεπώς, αν υπάρχει ένας μικρός σκληρός λευκός καρκίνος στο μέσο μιας περιοχής πυκνού ιστού δε θα αποκαλυφθεί στη μαστογραφία. Αν ο ίδιος καρκίνος βρίσκεται στο μέσο μιας ποσότητας λίπους θα είναι εμφανής. Έτσι η μαστογραφία είναι πιο χρήσιμη στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

Μετά από όσα προαναφέρθηκαν σχετικά με τις δυνατότητες και την προσφορά της μαστογραφίας αξίζει να σημειωθεί ότι αν με την εξέταση των μαστών και της μασχάλης βρεθεί ένα ψηλαφητό μόρφωμα τότε η μαστογραφία είναι το συνηθέστερο επόμενο διαγνωστικό βήμα για τη μελέτη του ψηλαφούμενου όγκου, αν είναι ομαλός ή όχι, αν έχει άλλα χαρακτηριστικά κακοήθειας ή όχι.

β) Παρακέντηση

Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Αθήνα 1985) πληροφορεί το κοινό σημειώνοντας ότι παρακεντώντας ένα ψηλαφητό μόρφωμα του μαστού δύο είναι οι στόχοι: Πρώτα να διαπιστώσει κανείς αν ο όγκος είναι κυστικός. Σ' αυτή την περίπτωση γίνεται εκκένωση της κύστης και το υγρό δίδεται για κυτταρολογική εξέταση. Συνήθως, σε κύστες είναι καλοήθεις και προέρχονται από ορμονικούς ερεθισμούς. Σε πολύ σπάνιες

περιπτώσεις είναι δυνατόν να υπάρχει καρκίνος στο τοίχωμα της κύστης. Τις περισσότερες φορές που το υγρό της παρακέντησης κυτταρολογικά είναι θετικό, προέρχεται από ένα σχηματισμό μέσα στον καρκίνο οπότε και το υγρό απ' την παρακέντηση είναι αιματηρό. Ο δεύτερος στόχος είναι να γίνει λήψη με τη βελόνα που σε αυτή την περίπτωση βοηθά να είναι μεγάλης διαμέτρου, λίγο ιστό ή κύτταρα για κυτταρολογική μελέτη. Σπουδαία διαγνωστική αξία όμως δεν έχει η αρνητική κυτταρολογική απάντηση αλλά η θετική. Επιπρόσθετα, αν διαπιστωθεί έκκριμα από τη θηλή και μάλιστα αιματηρό τότε μια κυτταρολογική εξέταση μπορεί να δώσει σημαντικές διαγνωστικές πληροφορίες.

γ) Βιοψία όγκου

Στη συνέχεια του ενημερωτικού δελτίου γίνεται αναφορά και στην ιστολογική εξέταση του όγκου με την οποία γίνεται και η απόλυτη διάγνωση. Υπάρχουν 4 είδη βιοψίας, τα δύο διενεργούνται με βελόνα και τα υπόλοιπα δύο είναι "ανοιχτές" βιοψίες που απαιτούν χειρουργική τομή - Αυτές είναι α) η βιοψία με λεπτή βελόνα που λαμβάνει λίγα μόνο κύτταρα από τον όγκο β) η βιοψία με μεγάλη βελόνα, η ονομαζόμενη "tru - cut" που αφαιρεί ένα μικρό μόνο τμήμα του όγκου. γ) Η βιοψία με τομή που αφορά ένα πολύ μεγαλύτερο τμήμα από τον όγκο ενώ τέλος, δ) είναι αυτή της ολικής εκτομής που αφαιρεί ολόκληρο τον όγκο. Όταν η βιοψία γίνει με τοπική αναισθησία, η ασθενής περιμένει λίγες μέρες την τελική ιστολογική εξέταση και έτσι μπορεί με το γιατρό της να συζητήσει την προτεινόμενη επέμβαση η οποία γίνεται σε δεύτερο χρόνο. Αν όμως η βιοψία γίνει με γενική νάρκωση, σαν ταχεία βιοψία και αν η ασθενής έχει πληροφορηθεί εκ των προτέρων από το γιατρό τις πιθανές λύσεις ανάλογα με το αποτέλεσμα

της βιογίας τότε, αν χρειάζεται, συνεχίζει ο χειρουργός και ολοκληρώνει την τελική μορφή της επέμβασης που απαιτείται στη συγκεκριμένη και εκάστοτε περίπτωση. Υπάρχουν περιπτώσεις που με την ταχεία βιογία δεν είναι εύκολη μια υπεύδυνη διάγνωση από τον παθολογοανατόμο. Τότε ο χειρουργός δεν προχωρά, η ασθενής ξυπνά και περιμένει την τελική ιστολογική διάγνωση προκειμένου να αποφασιστεί το τελικό θεραπευτικό σχήμα.

Στο ίδιο άρθρο αναφέρεται επίσης ότι από την ιστολογική διάγνωση της νόσου δίνονται διάφορα χαρακτηριστικά των καρκίνων και των γύρω κυττάρων που βοηθούν στο να πιθανολογήσει κανείς τη συμπεριφορά του όγκου αν δηλαδή είναι όγκος με πιθανή ταχεία εξέλιξη ή όχι. Επίσης τα τελευταία χρόνια γίνεται και μια νέα βιοχημική μέτρηση στον καρκινικό ιστό. Ειδικότερα μετράται η συγκέντρωση των ορμονικών υποδοχέων αναζητώντας να αποκαλυφθεί αν το καρκινικό κύτταρο έχει θέσεις (υποδοχείς) που μπορούν αν ενωθούν με διάφορες ορμόνες για να επιδράσουν την ανάπτυξη του κυττάρου. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς χωρίζονται σε αυτές που ο καρκίνος στηρίζεται από τις ορμόνες και σε εκείνες που δεν επηρεάζεται ο καρκίνος από τις ορμόνες. Αυτή η πληροφορία βοηθά τους γιατρούς να προγραμματίσουν προφυλακτικές ή θεραπευτικές αγωγές που να ταιριάζουν καλύτερα σε κάθε μια ασθενή.

3. Σταδιοποίηση της νόσου

Το υπουργείο υγείας πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων (Αθήνα 1985), αναφέρει ανάμεσα σε άλλα ότι, όταν υπάρχει υπογία ότι ο όγκος του μαστού είναι καρκίνος ή μετά την ιστολογική διάγνωση της νόσου και πριν

προγραμματιστεί μια θεραπευτική αγωγή χειρουργική ή όχι, θα πρέπει να είναι ήδη γνωστό αν έχει επεκταθεί η αρρώστια και σε ποιο βαθμό και επίσης σε ποιο στάδιο βρίσκεται ο καρκίνος της ασθενούς. Όταν διαπιστώνεται ο καρκίνος, κινείται διαμέσου των λεμφαγγείων ή της κυκλοφορίας του αίματος. Ορισμένα όργανα, φαίνεται να προσελκύουν συγκεκριμένα είδη καρκινικών κυττάρων. Τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού οδηγούνται συχνότατα στους πνεύμονες, το ήπαρ και τα οστά. Πληροφορίες πάντως που βοηθούν στη σταδιοποίηση της νόσου προσφέρονται από μια καλή κλινική εξέταση και διάφορες εξετάσεις όπως ακτινογραφία θώρακος, ακτινολογικός ή σπινθογραφικός ή υπερηχογραφικός έλεγχος του ήπατος, ορισμένες αιματολογικές εξετάσεις.

Πολύ απλά, λοιπόν μπορεί να πει κανείς ότι είναι δυνατόν ο καρκίνος να βρίσκεται μόνο στο μαστό να έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες της μασχάλης ή να έχει κάνει μεταστάσεις σε άλλα μέρη του σώματος. Σε κάθε μια όμως από τις προηγούμενες καταστάσεις ο καρκίνος βρίσκεται και σε διαφορετικό πιο προχωρημένο στάδιο.

4. Προληπτική μαστεκτομή

Όταν πραγματικά υφίσταται αυξημένος κίνδυνος Κ.Μ. σε κάποια ασθενή υπάρχουν κατά τις Suzan M. LOVE και Karin Lindsey (1994) κάποιο τρόπο για να τον μειώσει: Πρώτα από όλα μπορεί να εξετάσει προσεκτικά τους παράγοντες του περιβάλλοντος και του τρόπου ζωής που σχετίζονται ίσως, με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και να αποφασίσει πως θα τους αντιμετωπίσει. Δεύτερον, ορισμένες γυναίκες μπορεί να παρακινήθουν από τους χειρουργούς να λάβουν υπόμιν τους τη δυνατότητα της

προληπτικής μαστεκτομής. Υπάρχει ένας τύπος εγχείρησης που διενεργούν οι πλαστικοί χειρουργοί οι οποία ονομάζεται υποδόρια μαστεκτομή. Το γεγονός όμως ότι αναπτύχθηκε Κ.Μ. σε γυναίκες μετά από προληπτική υποδόρια μαστεκτομή υποστηρίζει τη θεωρία ότι η υποδόρια μαστεκτομή δε μεταβάλλει την ευαισθησία μιας γυναίκας προς τον Κ.Μ. Επιπλέον η συγκεκριμένη εγχείρηση έχει μεγάλη πιθανότητα επιπλοκών. Επίσης είναι δυνατόν να επιλεγεί από κάποια γυναίκα η αμφοτερόπλευρη ολική μαστεκτομή συνοδευόμενη από άμεση ανάπλαση των μαστών. Η ολική μαστεκτομή αφαιρεί ουσιαστικά όλο το μαστικό ιστό και τη θηλή. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι όταν κάποιος πρόκειται να υποβληθεί σε προληπτική εγχείρηση θα πρέπει να του παρέχει τη μεγαλύτερη δυνατή εγγύηση εκ των προτέρων.

Συμπερασματικά κρίνεται σκόπιμο να ειπωθεί ότι αν ο Κ.Μ. είναι η πρώτη αιτία θανάτου από κακοήθεις νεοπλασίες της γυναίκας, είναι δυνατόν να διαγνωστεί σε αρχικό στάδιο. Αυτό θα έχει σημασία για πλέον επιτυχημένη θεραπευτική αγωγή και καλύτερη επιβίωση. Θα πρέπει επίσης στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία και την επιτροπή ευρωπαϊκών κοινοτήτων "Ευρώπη κατά του καρκίνου" (Αθήνα 1991) δεν είναι αναγκαία για την σύγχρονη και μοντέρνα ιατρική, σε αρχικό στάδιο Κ.Μ., η αφαίρεση όλου του μαζικού αδένου και αυτό είναι πολύ καλά τεκμηριωμένο. Τα θεραπευτικά λοιπόν αποτελέσματα με αφαίρεση τμήματος μόνο του μαστού δε φαίνονται να υστερούν από αποτελέσματα αφ' ενός και αφετέρου στον ψυχολογικό κόσμο της γυναίκας που δεν πληγώνεται πλέον με ακρωτηριασμό οργάνου τόσο σημαντικού γι' αυτόν.

Υπάρχει όμως και η περίπτωση εκείνη που το άτομο που έχει προβληθεί από τη νόσο δεν έχει πραγματοποιήσει εντελώς ή τουλάχιστον σωστά τη δευτεροβάθμια πρόληψη οπότε και πρέπει να περάσει στο στάδιο της αντιμετώπισης και θεραπείας, του προχωρημένου πια σε στάδιο, Κ.Μ. Στη συνέχεια της μελέτης θα παρουσιαστούν αυτοί οι τρόποι αντιμετώπισης και θεραπείας αυτού του τύπου καρκίνου.

Γ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Όταν διαγνωστεί ότι μια γυναίκα πάσχει από καρκίνο του μαστού θα πρέπει να αποφασίσει τον τρόπο θεραπείας στον οποίο θα υποβληθεί.

Σύμφωνα με τη Susan Love (1994), η θεραπευτική αγωγή διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική. Τη συντηρητική θεραπεία αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία ενώ τη χειρουργική οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό καθώς και η ορμονοθεραπεία.

1. Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της γυναίκας

Ποιοι παράγοντες, όμως, είναι εκείνοι που επηρεάζουν την επιλογή των γυναικών, είναι αστείο να υποδέσει κανείς ότι οι γηραιότερες γυναίκες θα έπρεπε να υποβληθούν σε μαστεκτομές ενώ οι νεότερες δε θα έπρεπε. Οι πραγματικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της γυναίκας, σύμφωνα με τη Susan Love (1994), ποικίλουν ανάλογα με την προσωπικότητάς της και τον τρόπο ζωής της.

Αναφέροντας πιο συγκεκριμένα, μερικές γυναίκες επιλέγουν τη μαστεκτομή γιατί δε θέλουν να υποστούν την απώλεια χρόνου και ενέργειας που συνεπάγεται η ακτινοβολία.

Η εργασία επίσης μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο. Έρευνα που έγινε σε αγροτική περιοχή της Pennsylvania, δείχνει ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού επιλέγουν σχεδόν πάντα τη μαστεκτομή, γιατί είναι αγρότισσες και δε μπορούν να διαδέσουν έξι εβδομάδες για θεραπείες με ακτινοβολία (Susan Love 1994).

Η διαθεσιμότητα του ενός ή του άλλου είδους θεραπείας αποτελεί επίσης παράγοντα επιλογής. Σε ορισμένες περιοχές δεν υπάρχει κέντρο το οποίο παρέχει ακτινοθεραπεία. Σε άλλες διατίθεται ακτινοβολία, αλλά δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική.

Η δυνατότητα ανάπλασης των μαστών παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην απόφαση της ασθενούς. Ορισμένες γυναίκες θεωρούν τους μαστούς τους αναπόσπαστο τμήμα της σεξουαλικότητας και της ταυτότητας τους και είναι πρόθυμες να υποστούν μεγάλη ταλαιπωρία, εάν υπάρχει πιθανότητα να αποφύγουν τη μαστεκτομή. Έρευνα που έγινε στην Βοστώνη έδειξε ασθενείς των οποίων ο καρκίνος υποτροπίασε έπειτα από ογκεκτομή και ακτινοβολία και αν και έπρεπε πλέον να υποβληθούν σε μαστεκτομή, ήταν ευτυχείς που διατήρησαν για λίγα επιπλέον χρόνια τους μαστούς τους (Susan Love, 1994).

Μια άλλη άποψη που επικρατεί είναι ότι πριν η κάθε γυναίκα αποφασίσει ποια θεραπεία ή θεραπείες επιθυμεί να ακολουθήσει, είναι πάντοτε σοφό να λάβει υπόψιν της τη δυνατότητα απόκτησης δεύτερης γνώμης. Η προτίμηση προς κάποια θεραπεία είναι πάντοτε κάπως υποκειμενική και δικαιούται να συμβουλευτεί περισσότερους από έναν ειδικούς. Επιπλέον, ειδικό τύποι καρκίνου ίσως απαιτήσουν διαφορετική προσέγγιση από εκείνη του γιατρού της και διαφορετικά ιστοιτούτα μπορούν να συμμετέχουν σε έρευνες με νέες θεραπείες.

Μερικές φορές οι γυναίκες ντρέπονται να αναζητήσουν δεύτερη γνώμη, νομίζοντας ότι θα προσβάλλουν την επαγγελματική συνείδηση του γιατρού τους. Αυτό, όμως είναι λάθος. Το πιο σωστό είναι να απαιτούν την

ακριβέστερη δυνατή ενημέρωση για ένα θέμα που μπορεί κυριολεκτικά να είναι ζωής και θανάτου (Susan Love, 1994).

2. Χημειοθεραπεία

Σύμφωνα με τη Susan Love (1994), η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα τα οποία είναι κυτταροτοξικά δε θεραπεύουν το νεόπλασμα αλλά επιβραδύνουν την εξέλιξη του και περιορίζουν τις διαστάσεις του.

Η εκλογή αυτής της μεθόδου θεραπείας, σύμφωνα με την Ευδοξία Κόνιαρη (1991), καθορίζεται από τους εξής παράγοντες:

- α. Από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου
- β. Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου
- γ. Από την κατάσταση της ασθενούς
- δ. Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας
- ε. Από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών
- στ. Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες: α. Σ' εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη χειρουργική, με σκοπό να καταστρέψει υπολείμματα όγκου που δεν είναι κλινοεργαστηριακώς διαπιστώσιμα και ευθύνονται για την μελλοντική υποτροπή της νόσου και β. Σε εκείνη που αφορά την αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων.

3. Ακτινοθεραπεία

Η Susan Love (1994) αναφέρει ότι η ακτινοθεραπεία είναι μια αποδοτική θεραπεία σε πολλούς πρωτοπαθείς όγκους. Εμποδίζει το κύτταρο να αναδιπλασιαστεί και τελικά το καταστρέφει. Στον καρκίνο του μαστού η ακτινοβολία χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική της χειρουργικής για τον τοπικό έλεγχο της νόσου. χρησιμοποιείται, επίσης ως βασική θεραπεία σε τοπικά προχωρημένους καρκίνους, ανεγχείρητους μεν αλλά χωρίς μεταστάσεις σε άλλα μέρη του σώματος. Υποστηρίζεται ακόμη ότι η ακτινοθεραπεία μπορεί ν'αποδώσει όσο και η χειρουργική, σα βασική θεραπεία σε ένα χειρουργικό καρκίνο.

4. Ορμονοθεραπεία

Σύμφωνα με την Ευδοξία Κόνιαρη (1991), η ορμονοθεραπεία του καρκίνου του μαστού άρχισε εμπειρικά στα τέλη του περασμένου αιώνα. Η γενική ιδέα της θεραπείας του καρκίνου του μαστού με ενδοκρινικούς χειρισμούς στηρίζεται στο γεγονός ότι οι ορμόνες επιτελούν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και στη διατήρηση του φυσιολογικού μαζικού ιστού, ρυθμίζοντας την κυτταρική λειτουργία. Οι κυριότερες από τις επιδράσεις ορμόνες στα κύτταρα του μαστού είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη.

5. Χειρουργική θεραπεία

Ο καθηγητής Β. Λισαίος σε σεμινάριο με θέμα "Καρκίνος του μαστού" (Πόρτο - Χέλι Αργολίδας 1985), αναφέρει ότι ο ρόλος της χειρουργικής στον καρκίνο του μαστού είναι υπό συνεχή επανεκτίμηση. Οι αλληλοσυγκρουόμενες προτιμήσεις των χειρουργών δεν οφείλονται στα

καλύτερα αποτελέσματα των μεν από τους δε, αλλά στην άγνοια που υπάρχει για τη βιολογική συμπεριφορά της νόσου σε κάθε συγκεκριμένο άρρωστο, κάθε στιγμή.

Σήμερα κάποια καθολική τοποθέτηση προς μία χειρουργική προτίμηση είναι ανεδαφική. Μόνο η προσπάθεια ανεύρεσης νέων δυνατοτήτων ελέγχου της νόσου, συστηματικά, με βάση ένα συγκεκριμένο τύπο επέμβασης δικαιολογεί την εξατομικευμένη θέση κάθε χειρουργού να χρησιμοποιεί κάποιο τύπο εγχείρησης υπό ορισμένες προγνωστικές παραμέτρους.

Τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων στο μαστό, σύμφωνα με την Ευδοξία Κόνιαρη (1991) είναι:

α) Ριζική Μαστεροκτομή

Το 1894, οι Halsted και Mager περιέγραψαν τη ριζική μαστεκτομή, η οποία όμως σπάνια εκτελείται πλέον. Εφαρμόζεται μόνο, όταν ο όγκος είναι τόσο μεγάλος ώστε αποτελεί τη μόνη μέθοδο για την αφαίρεση του. Συνίσταται στη χειρουργική αφαίρεση του μαζικού αδένου, των θωρακικών μυών, που περιεχομένου της μασχαλιαίας κοιλότητας και όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών.

β) Τροποποιημένη ριζική Μαστεκτομή

Το 1938 οι Patey και Puson περιέγραψαν την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Συνίσταται στην αφαίρεση του μαζικού αδένου και των λεμφαδένων της μασχάλης, ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες. Με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, δεν έχουν επιτευχθεί μόνο καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα αλλά και αύξηση του ποσοστού επιβίωσης

γ) Μερική Μαστεκτομή

Η μερική μαστεκτομή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους 2 cm ή και μικρότερων. Είναι μία εγχείρηση που απομακρύνει τα 2/3 του μαστού και τους μασχαλιαίους αδένες.

δ) Απλή Μαστεκτομή

Η απλή μαστεκτομή γίνεται σε ασθενείς με μικρούς όγκους και σε ηλικιωμένες ασθενείς, στις οποίες δεν αναμένεται ταχεία εξέλιξη της νόσου. Συνδυάζεται συνήθως με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

ε) Ογκεκτομή

Αυτή η διαδικασία ενδείκνυται για ασθενείς με όγκους των οποίων το μέγεθος δεν ξεπερνά τα 3cm.

6. Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες

Πριν από είκοσι χρόνια, εάν έλεγε κάποιος στους ανθρώπους ότι ασχολείται καθημερινά με το διαλογισμό για να τον βοηθήσει στη θεραπεία του καρκίνου του ή ότι κλείνει τα μάτια του και φαντάζεται τα καρκινικά κύτταρα λεκέδες και το ανοσοποιητικό του σύστημα βούρτσα που τους καθορίζει, θα υπέθεταν ότι η αρρώστια τον έχει τρελάνει τελείως.

Σήμερα, όμως, όπως αναφέρει η Susan Love (1994), χάρη στην εργασία των ψυχολόγων Stephanie Simonton και Lawrence Leshan, πληθαίνουν οι μαρτυρίες ότι αυτές οι τεχνικές νου-σώματος μπορούν να βοηθήσουν τον οργανισμό να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες της ιατρικής θεραπευτικής αγωγής; και, σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να βοηθήσουν στην παράταση

της ζωής, καθώς και στην ίαση του καρκίνου. Πολλοί καρκινοπαθείς συνδυάζουν τις παραπάνω τεχνικές με τις κανονικές θεραπείες τους.

Με αυξανόμενο ρυθμό καθίστανται επίσης δημοφιλείς θεραπείες που περιλαμβάνουν ειδικές δίαιτες, βιταμίνες ή χρήση βοτάνων. Όλες αυτές οι θεραπείες βασίζονται σε θεωρίες που αναφέρονται στο ρόλο που παίζει το ανοσοποιητικό σύστημα στην καταπολέμηση των νοσημάτων.

Σε περιορισμένο χώρο θα γίνει μία σύντομη περιγραφή κάποιων από τις συνηθέστερα χρησιμοποιούμενες τεχνικές.

α) Νοητικές τεχνικές

Σύμφωνα με τη Susan Love (1994), υπάρχει ένας αριθμός τεχνικών, η δράση των οποίων φαίνεται να οφείλεται στο ονομαζόμενο φαινόμενο εικονικού φαρμάκου. Το φαινόμενο εικονικού φαρμάκου είναι εκείνο που λαμβάνει χώρα όταν το μυαλό ουσιαστικά πείθει το σώμα ότι λαμβάνει ορισμένη θεραπευτική ουσία και αυτό ανταποκρίνεται σα να είναι αλήθεια. Η πεποίθηση ότι μία συγκεκριμένη ουσία ή η αποχή από αυτή θα ανακουφίσει τον ασθενή από την κατάστασή του, μπορεί αφ' εαυτής να προκαλέσει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αυτό, βέβαια, δε σημαίνει ότι ο ασθενής είναι αφελής ή ανόητος ή ότι έχει φαντασιώσεις. Αντίθετα δείχνει ότι ο νους επηρεάζει το σώμα κατά τρόπους που ο άνθρωπος δεν κατανοεί πλήρως και ότι ο ασθενής είναι αρκετά τυχερός, επειδή, η αλληλεπίδραση του σώματος του λειτουργεί προς όφελός του.

β) Προσευχή

Επί αιώνες οι άνθρωποι όλων των θρησκειών πίστευαν στη δύναμη της προσευχής, στην πίστη, δηλαδή, ότι υπάρχει κάποια δύναμη που μπορεί να θεραπεύσει τον ασθενή. Η ιστορία είναι γεμάτη από αφηγήσεις θαυμάτων

και, ενώ δεν υπάρχει εργαστηριακή απόδειξη ότι είναι ακριβείς, υπάρχουν πάρα πολλές για να τις απορρίψει κάποιος (Susan Love, 1994)

γ) Διαλογισμός και Νοητική Ανάπλαση Εικόνων

Ο διαλογισμός σε συνδυασμό με τη νοητική ανάπλαση εικόνων ή την οπτική φαντασίωση ανακαλύφθηκε πρόσφατα από τους οπαδούς της "Νέας Εποχής". Χρησιμοποιείται για ποικίλους σκοπούς όπως από την εύρεση χώρου στάθμευσης μέχρι τη θεραπεία του καρκίνου. Η βάση της είναι η πίστη ότι, εάν κάποιος δημιουργήσει έντονες νοητικές εικόνες εκείνου που επιθυμεί είναι δυνατό να το πραγματοποιήσει (Susan Love 1990, σελ. 336).

δ) Βότανα, Βιταμίνες και Ειδικές Δίαιτες

Η Susan Love (1994), αναφέρει ότι κάποιες μορφές θεραπειών χρησιμοποιούν βότανα, βιταμίνες ή ειδικές δίαιτες για την καταπολέμηση του καρκίνου. Οι περισσότερες δίαιτες που συστήνονται, περιέχουν μικρή ποσότητα λίπους. Βεβαίως, είναι απαραίτητη η συνεργασία του κάθε ασθενούς με το διαιτολόγιο και το θεράποντα γιατρό του, ώστε να καθοριστεί η ειδική δίαιτά του και να ενταχθεί στις άλλες θεραπείες. Παρατηρείται, λοιπόν, η χρησιμοποίηση συμπληρωμάτων βιταμίνων, όπως η βιταμίνη C, E, A, το σελήνιο και η καροτίνη, ιδιαίτερα για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

Ορισμένοι κλάδοι την συμπληρωματικής θεραπευτικής αγωγής περιλαμβάνουν τη λήψη ουσιών, που συνήθως δεν ορίζονται ως φάρμακο. Ένας από αυτούς είναι η ομοιοπαθητική. Οι ασκούντες στην ομοιοπαθητική, την περιγράφουν ως μέθοδο αυτοθεραπείας, η οποία δρα στο ανοσοποιητικό

σύστημα συμβάλλοντας στην ψυχοσωματική ενίσχυση του ασθενούς (Susan Love 1994, σελ. 343).

Η αποδοχή του καρκίνου του μαστού και η επιλογή ενός από τους προαναφερθέντες τρόπους θεραπείας από μία γυναίκα εξαρτώνται από τις αξίες και τα "πιστεύω" της. "Εάν κάποια γυναίκα με ρωτούσε τι θα αποφάσιζα, εάν είχα καρκίνο του μαστού δε θα ήξερα τι να απαντήσω. Δε θα ήταν δυνατό να απαντήσω, επειδή εκείνο που υποθέτω ότι θα αποφάσιζα τώρα, μπορεί να είναι πολύ διαφορετικό από αυτό που θα αποφάσιζα αληθινά, εάν ερχόμουν αντιμέτωπη με την πραγματικότητα. Ωστόσο, ακόμα και αν ήξερα, πια θα ήταν η διαφορά; η επιλογή μου θα βασιζόταν στο ποια είμαι, στις αξίες μου, στα συναισθήματα που τρέφω προς το σώμα μου, στις προτεραιότητες μου, στις νευρώσεις μου. Θα ίσχυε μόνο για μένα". (Susan Love, σελ.342).

Οποιαδήποτε, λοιπόν, και αν είναι η απόφαση της κάθε γυναίκας που έχει υποστεί μαστεκτομή, το κύριο σημείο στο οποίο πρέπει να δοθεί βαρύτητα για τη μετέπειτα προσαρμογή, ψυχολογική ισορροπία και επανένταξή της στην κοινωνική ζωή είναι η αποκατάσταση.

Δ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Αποκατάσταση καλούνται όλες τις διαδικασίες, οι οποίες αντιμετωπίζουν τις ψυχολογικές λειτουργικές και αισθηματικές επιπτώσεις που η νόσος και οι θεραπείες προκαλούν και που σκοπεύουν στην επανένταξη του ατόμου είτε στην προηγούμενη κοινωνική του ζωή είτε στη δημιουργία νέων τέτοιων συνθηκών. (Β. Λισσαίος 1990, σελ. 11).

Λόγω των πολλών και πολύμορφων προβλημάτων της αποκατάστασης, στις διαδικασίες καλούνται να συμβάλλουν πρώτα από όλους οι ιαθέντες καρκινοπαθείς σε συνδυασμό με ανθρώπους διαφόρων ειδικοτήτων, όπως ογκολόγους, ορθοπεδικούς, πλαστικούς χειρουργούς, γυμναστές, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Β. Λισσαίο (1990) ο πολυμορφισμός των αναγκών και η ιδιαίτερη προσωπικότητα κάθε ασθενούς οδηγούν σε δύο υποχρεώσεις:

- α) ότι οι μεθοδεύσεις για αποκατάσταση μπορεί να χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους.
- β) ότι παρά τη διαφορετική προσέγγιση στόχος της αποκατάστασης είναι πάντα η συγκεκριμένη ασθενής και η ψυχολογική της κατάσταση.

Η προσωπικότητα της γυναίκας παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανότητα προσαρμογής και αποκατάστασης. Επίσης καθοριστική είναι η ψυχολογική συμπαράσταση των ασθενών από εξειδικευμένο προσωπικό και από το άμεσο περιβάλλον τους. Ιδιαίτερα αν υπάρχει σύζυγος, ο γιατρός θα πρέπει να διαθέσει αρκετό καιρό συζητώντας μαζί του τα προβλήματα της συζύγου

του και το βασικό ρόλο που καλείται να παίξει στην προσπάθεια να αποκατασταθεί η ασθενής ψυχολογικά και λειτουργικά στην οικογένεια της και στην ευρύτερη κοινότητα.

Φυσικά στον καρκίνο του μαστού, όπως αναφέρει ο Β. Λισσαίος (1990), ιδιαίτερο ρόλο παίζει η αισθητική η οποία διαταράσσεται από τις διάφορες θεραπευτικές αγωγές. Η χειρουργική είναι συχνά ακρωτηριαστική, η ακτινοθεραπεία προκαλεί ιστικές αλλοιώσεις και η χημειοθεραπεία έχει συστηματικές επιπτώσεις τόσο αιματολογικές όσο και αισθητικές, όπως την τριχόπτωση.

1. Μορφές αποκατάστασης

α) Προσθήκη Μαστού

Σύμφωνα με τη Susan Love (1994), η αποκατάσταση της εμφάνισης του μαστού είναι αυτό που κυρίως απασχολεί τη γυναίκα, που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή. Οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν ως δεδομένο ότι πρέπει να φαίνονται στον υπόλοιπο κόσμο σαν να έχουν και τους δύο μαστούς. Η προσθήκη, ένα είδος περίτεχνων γεύτικων μαστών, είναι ο τρόπος για να επιτευχθεί αυτό. Η επιλογή της προσθήκης παράσχεται αμέσως. Το νοσοκομείο ρυθμίζει να επισκεφθεί την ασθενή κάποιος με σκοπό να της μιλήσει για τις προσθήκες. Ο επισκέπτης προέρχεται είτε από την ομάδα "Reach To Recovery" ή από κάποια εταιρεία που πωλεί προσθήκες. Συνήδως η ασθενής μπορεί να αγοράσει προσθήκη από καταστήματα ιατρικών ειδών η πολυτελών γυναικείων εσώρουχων. Κάθε χώρος έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του. Στην πρώτη περίπτωση ίσως αισθανθεί δυσάρεστα παρατηρώντας τις συνέπειες των ακρωτηριασμών, τα

αναπηρικά καρότσια και τα τεχνητά μέλη, ενώ στη δεύτερη ίσως στενοχωρηθεί αναθυμούμενη το μαστό που δεν έχει πλέον.

β) Ανάπλαση μαστού

Μία άλλη επιλογή, όπως αναφέρει η Susan Love (1994), είναι η ανάπλαση η δημιουργία, δηλαδή, από πλαστικό χειρουργό, ενός τεχνητού, με φυσική εμφάνιση, μαστού. Η ανάπλαση του μαστού έχει προκαλέσει μεγάλη σωματική και συναισθηματική βελτίωση, σε πολλές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή. Είναι όμως, σημαντικό η ασθενής να κατανοήσει τα όρια της, προτού αποφασίσει να την εφαρμόσει.

Σε κάποιες γυναίκες η ανάπλαση μπορεί να βοηθήσει να ξεχάσουν τις εμπειρίες του καρκίνου τους. Σε άλλες αντίθετα μπορεί να λειτουργήσει ως μορφή άρνησης με αποτέλεσμα την αναβολή του πένθους που έπρεπε να τηρήσουν για την απώλεια του μαστού.

Ο χρόνος που απαιτείται για την εκτέλεση μια πλαστικής αποκατάστασης, εξαρτάται από την παθολογία για την οποία χειρουργήθηκε η γυναίκα. Στην περίπτωση που ο καρκίνος ήταν πολύ μικρός, η αποκατάσταση επιτρέπεται να γίνει αμέσως μετά ή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής επέμβασης. Αν, όμως χρειάζεται να γίνει μια τροποποιημένη μαστεκτομή και μάλιστα να ακολουθήσουν διάφορα άλλα συμπληρωματικά θεραπευτικά σχήματα, όπως ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, τότε θα πρέπει να μεσολαβήσει κάποιος χρόνος. Αυτό είναι απαραίτητο για να συνέλθουν οι ιστοί που θα χρησιμοποιηθούν στην πλαστική από τις διάφορες κακώσεις και για να περάσει ένα αρχικό στάδιο όπου η πιθανότητα εμφάνισης τοπικών υποτροπών της νόσου είναι μεγαλύτερη.

“Όπως αναφέρει ο Ι. Ζαμπάτος σε ομιλία του με θέμα “Πλαστική αποκατάσταση” (Πόρτο Χέλι Αργολίδος, 1985):

- α. Ο πλαστικός χειρουργός έχει σήμερα τη δυνατότητα να κατασκευάσει ένα μαστό.
- β. Το πότε και αν θα γίνεται αποκατάσταση είναι θέμα γενικού προγραμματισμού και εντάξεως στο πρωτόκολλο αντιμετώπισης της νόσου.
- γ. Το ψυχικό shock της γυναίκας που ακρωτηριάστηκε είναι τόσο σοβαρό, ώστε πρέπει να προβληματίζει το θεράποντα γιατρό.
- δ. Η ακρωτηριασμένη γυναίκα έχει μία φαταλιστική άποψη για τη νόσο και επιβιώνει περιμένοντας το θάνατο.

γ) Σωματική άσκηση της άρρωστης

Η σωματική άσκηση, αναφέρει η Susan Love (1994) είναι πολύ σημαντική μετά τη θεραπευτική αγωγή. Κάθε άθλημα που εκτελούσε η ασθενής πριν από τον καρκίνο, μπορεί να το συνεχίζει και τώρα. Εάν ακολουθεί καθιστική ζωή, θα πρέπει να τη μεταβάλει. Ίσως, επίσης, χρειαστεί να αναθεωρήσει τις συνήθειες διατροφής και υγείας. Συχνά τα άτομα που υφίστανται νοσήματα απειλητικά για τη ζωή τους, είναι περισσότερο ενημερωμένα για τη σημασία της υγείας σε σύγκριση με πριν και θέλουν να επενδύσουν ενέργεια για τη διατήρησή της.

δ) Συναισθηματική άσκηση της άρρωστης

Προφανώς όλες οι συνέπειες του καρκίνου του μαστού δεν είναι σωματικές. Η ασθενής σύμφωνα με τη Susan Love (1994), έχει υποστεί μια

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

αρρώστια που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή της και επηρεάζει την ιδέα που έχει για τον εαυτό της ως γυναίκα. Αν βεβαιωθεί η ασθενής ότι δε νιώθει ντροπή γι' αυτό που έχει υποστεί. Ο καρκίνος θεωρείται ακόμα στίγμα στον πολιτισμό μας και ειδικότερα ο καρκίνος του μαστού μπορεί να έχει δύσκολες συσχετίσεις. Χρειάζεται να τον απομυθοποιήσει στον εαυτό της και στους άλλους. Δεν πρέπει να παραμένει επί μακρόν προσκολλημένη σ' αυτόν, ούτε όμως είναι καλή ιδέα να τον απωθήσει.

Πολλές γυναίκες θεωρούν χρήσιμο να κρατούν ημερολόγιο των εμπειριών τους για να ανατρέχουν αργότερα σε αυτό με σκοπό να τις βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τα συναισθηματά τους. Μερικές εξωτερικεύουν τη θεραπευτική τους διαδικασία πλησιάζοντας άλλες γυναίκες που υφίστανται ό,τι έχουν υποστεί οι ίδιες.

Εάν το επάγγελμα της ασθενούς δεν είναι τέτοιο που να μπορεί να προσαρμοστεί σε κάποια μορφή εργασίας συσχετιζόμενη με τον καρκίνο του μαστού, ή εάν δεν την ελκύει η ιδέα να αφιερώσει την επαγγελματική της ζωή ασχολούμενη με τη νόσο, μπορεί ωστόσο να βοηθήσει άλλες γυναίκες σε εθελοντική βάση. Μπορεί να ενταχθεί σε ομάδες που εργάζονται με ασθενείς πάσχουσες από καρκίνο του μαστού.

Βασικό στοιχείο στην αποδοχή των ταλαιπωριών και επιπτώσεων της θεραπείας είναι η σωστή ενημέρωση της ασθενούς στις επιδιώξεις και δυνατότητες κάθε θεραπευτικής αγωγής. Τότε ο ψυχολογικά ισορροπημένος ασθενής συμμετέχει ενεργά στο θεραπευτικό σχεδιασμό.

Διαφαίνεται από τα ανωτέρω ότι βασική συνθήκη στη διαδικασία της αποκατάστασης είναι η ύπαρξη καλών σχέσεων επικοινωνίας και

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενούς, κάτι που δεν επιβάλλεται αλλά δημιουργείται και εξαρτάται από την ικανότητα του γιατρού αλλά και της ομάδας αποκατάστασης να αποδείξουν στην ασθενή και στο περιβάλλον της ότι γνωρίζουν, ενδιαφέρονται και θέλουν να βοηθήσουν.

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ'

Α. Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΚΑΙ Η ΑΡΡΩΣΤΗ

1. Η γνώση της αλήθειας και παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται

Η γνώση της αλήθειας εξαρτάται, σύμφωνα με τους κ. Καρδιολή και Γεράσιμο Ρηγάτο (1990), από τους εξής στενά συνυφασμένους παράγοντες:

- α) Η κληρονομικότητα: Καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τύπο της προσωπικότητας και τον τρόπο αντίδρασης στα διάφορα γεγονότα της ζωής.
- β) Η προσωπικότητα του ατόμου και κατά προέκταση της άρρωστης: Την προσωπικότητα αποτελούν το σύνολο των ιδιοτήτων που συνειδητά ή ασυνείδητα επηρεάζουν τη μετέπειτα συμπεριφορά του ατόμου. Επίσης επηρεάζεται από κληρονομικές καταβολές ωριμάζει και ολοκληρώνεται στο οικογενειακό και οικείο περιβάλλον.
- γ) Το περιβάλλον και η οικογένεια: Το άμεσο περιβάλλον αρχικά (οικογένεια) και το έμμεσο αργότερα (εξωοικογενειακό - φιλικό - εργασία - σχολείο) παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην εκπαίδευση και ωρίμανση της προσωπικότητας του ατόμου. Το οικογενειακό περιβάλλον επιδρά ουσιαστικά στην απόρριψη και την ηθική, υλική και ψυχική υποστήριξη του ατόμου που πάσχει.
- δ) Μόρφωση, εκπαίδευση: Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην εξέλιξη των ατόμων όσο και στον τρόπο αντίδρασης σε σοβαρά γεγονότα στη ζωή.

ε) Ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό: Αποτελούν τα πιο κατάλληλα πρόσωπα για να εκφράσει η άρρωστη τα αισθήματά της. Ο γιατρός οφείλει να αντιμετωπίσει, στη φάση των ερωτήσεων την επιθετικότητα της άρρωστης για την αναζήτηση της αλήθειας. Κατά τον Mc Cracken (1982) υπάρχουν δύο προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσει η ασθενής. Το ένα είναι η ίδια η αρρώστια και το άλλο ο πανικός που αυτή δημιουργεί. Περισσότερη πληροφόρηση μπορεί να είναι βλαβερή. Λιγότερη αλήθεια μπορεί να φέρει προστριβές στις σχέσεις γιατρού - άρρωστης. Ο μέσος δρόμος, πάντως συνιστάται σε κάθε περίπτωση.

2. Η άποψη της εκκλησίας σχετικά με το αν θα πρέπει η ασθενής να ενημερώνεται ή όχι για την ασθένειά της.

Σύμφωνα με τον Αρχιμανδρίτη Δανιήλ Σάπικα (1990) η ασθενής έχει ουσιαστική ψυχολογική ανάγκη για επικοινωνία με το θεράποντά ιατρό της, ενώ η έλλειψη, της προκαλεί σοβαρότατα προβλήματα στην ψυχική υγεία της. Η άρρωστη με καρκίνο βλέπει και παρακολουθεί όλους γύρω της να αγωνίζονται με όσα σύγχρονα μέσα υπάρχουν, εναντίον της ασθένειάς της. Παρ'όλα αυτά αισθάνεται μόνη και ζητά με αγωνία το γιατρό για να του εμπιστευθεί τους φόβους της ανησυχίες, τον πόνο και την αγωνία της. Θέλει να μάθει την αλήθεια για τη διάγνωση και της εξέλιξη της ασθένειάς της. Είναι απαραίτητο η ασθενής να μάθει την αλήθεια για το πρόβλημά της, ώστε να είναι σε θέση να συνεργάζεται με το γιατρό και το υπόλοιπο προσωπικό για τη θεραπεία της. Η ασθενής με καρκίνο βρίσκεται σε υπερένταση, σωματική και ψυχική κούραση, τα οποία μεταδίδει στο

περιβάλλον της. Λόγω των συχνών εναλλαγών δυσφορίας και άγχους θέλει να μάθει για να εξασφαλίσει την ψυχική της ισορροπία.

Η σωστή σχέση γιατρού - ασθενή δημιουργεί ευνοϊκές προϋποθέσεις μιας διαπροσωπικής ατμόσφαιρας μέσα στην οποία μπορεί η άρρωστη να πληροφορηθεί το πρόβλημά της. Όταν εκείνη σοκαριστεί από την αποκάλυψη της αλήθειας, ο γιατρός δεν αποδαρύνεται. Είναι καθήκον του, μετά τη γνωστοποίηση της αλήθειας στην άρρωστη, να συνεχίσει αυτόν τον αγώνα αγάπης. Ως μοναδικό αντάλλαγμα θα έχει το βαθύ αίσθημα της ικανοποίησης, που του δίνει η επιτέλεση του καθήκοντος στον πάσχοντα συνάνθρωπο και στην κοινωνία.

3. Η νομική άποψη σχετικά με το αν θα πρέπει η ασθενής να ενημερώνεται ή όχι για την ασθένειά της

Σύμφωνα με το νομικό Γεώργιο Καρπουζά (1990), στη χώρα μας δεν υφίσταται διάταξη νόμου, επιτακτικού ή απαγορευτικού χαρακτήρα, η οποία να προσδιορίζει την υποχρέωση του γιατρού να ενημερώνει την ασθενή για την παθησή της. Στη Γερμανία αντίθετα, έχει θεσπιστεί διά νόμου η υποχρέωση του γιατρού να πληροφορεί την ασθενή, εάν πάσχει από καρκίνο. Στη Σουηδία, εγκύκλιος του Ανώτατου Συμβουλίου Υγείας της χώρας με οδηγίες προς τους γιατρούς συνιστά “να συζητούν λεπτομερώς με την ασθενή για τη θεραπεία και για τους λόγους τους οποίους πρέπει να ακολουθήσουν τη μία ή την άλλη θεραπευτική αγωγή” και παροτρύνει τους γιατρούς να αποκαλύπτουν την αλήθεια στις ασθενείς.

Στην Ελλάδα, λοιπόν με γνώμονα τον άνθρωπο, με αυτοσεβασμό, υπηλοφροσύνη, σεβασμό προς την προσωπικότητα της ασθενούς, με αγάπη,

στοργική κατανόηση των προβλημάτων και τις ψυχικής κατάστασης της άρρωστης, ο έλληνας γιατρός πρέπει να την πληροφορήσει για την κατάσταση της υγείας της, αφήνοντας στην κρίση του να επιλέξει τον κατάλληλο χρόνο και τρόπο επιτελέσεως του καθήκοντός του. (Γεώργιος Καρπουζάς, 1990).

Ο καθηγητής του Ποινικού Δικαίου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Χρήστος Δέδες (1990) αναφέρει: "Η περί ενημερώσεων υποχρέωσις. Βασικό η διάταξη του άρθρου 8 το Β.Δ. 1955 περί κανονισμού ιατρικής δεοντολογίας, κατά το οποίον ο γιατρός οφείλει απόλυτο σεβασμό προς την τιμή και την προσωπικότητα του ανθρώπου απαγορεύεται δε οιαδήποτε μη ενδεδειγμένη θεραπευτική ή χειρουργική επέμβαση ή πειραματισμός δυνάμενος να δείξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελευθέρα βούληση ασθενών εχόντων σώας τας φρένας".

4. Πόσο πρέπει να ενημερώνεται η καρκινοπαθής για την αρρώστια της

Οι τρόποι, με τους οποίους μπορούν οι θεράποντες ιατροί να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της ενημέρωσης των καρκινοπαθών, είναι τόσοι, όσοι και οι καρκινοπαθείς. Θεωρητικά υπάρχουν τρεις δυνατοί τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος, σύμφωνα με τον κ. Θ. Δόσιο (1984).

A. Η άρρωστη δεν πρέπει να ενημερώνεται για τον καρκίνο της, αλλά αντίθετα πρέπει να καθυστερείται.

Μέχρι σήμερα ακόμη, αναφέρει η κ. Γιδοπούλου, Στροβολαίμου (1991), όταν ο κόσμος μιλά για καρκίνο χρησιμοποιεί τις λέξεις "ζορκισμένος",

“καταραμένος” ή μεταχειρίζεται φράσεις και περιφραστικά σχήματα προκειμένου να αποφύγει ακόμη και την αναφορά της επίμαχης λέξης. Ο τύπος και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης χρησιμοποιούν την πιο επίσημη έκφραση “επάραιτη νόσος”.

Από την άλλη πλευρά ο κόσμος δεν είναι ενήμερος για τις μεταβολές που έχουν συντελεστεί στη θεραπευτική του καρκίνου και εξακολουθεί να τον θεωρεί συνώνυμο του θανάτου. Η αναγγελία της διάγνωσης “κινητοποιεί φόβο θανάτου, που παραλύει, αποδιοργανώνει τους ψυχολογικούς μηχανισμούς και συνεπάγεται αρνητικές επιπτώσεις στην ατομική οικογενειακή και κοινωνική ζωή του ατόμου (Ρηγάτος, 1985, σελ. 105).

Η απόκρυψη της διάγνωσης έχει σα σκοπό της την αποτροπή των πιο κάτω αντιδράσεων.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται από την απόκρυψη της αλήθειας είναι πολλά και ποικίλα:

α) Καθεμία ασθενής έχει το δικαίωμα να γνωρίζει την πάθηση της και να αποφασίζει η ίδια για τη θεραπεία της. Από την άλλη μεριά ο θεράπων ιατρός έχει την ηθική και ίσως νομική υποχρέωση να ενημερώσει την άρρωστή του για την πάθησή της και να τη βοηθά να παίρνει τις σωστές αποφάσεις. Πώς, όμως, είναι δυνατόν να καταλήξει η ασθενής σε ορθές αποφάσεις για τη θεραπεία της, αν δεν είναι ορθά ενημερωμένη για την πάθησή της; Ίσως, βέβαια, θα μπορούσαν να πάρουν την απόφαση ο γιατρός και η οικογένεια της ασθενούς. Από, ποιον, όμως, παίρνουν το ηθικό και νομικό δικαίωμα να αποφασίσουν για τη ζωή της άρρωστης εν άγνοια της; Ποιός μπορεί να βεβαιώσει ότι αν η άρρωστη γνώριζε την

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

πραγματική διάγνωση θα συναινούσε πάντοτε με την οικογένεια;
(Γιδοπούλου 1992)

β) Οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες που έχει η ασθενής στα αρχικά στάδια της νόσου έχουν δυσμενέστερες συνέπειες στον ψυχισμό της απ' ό,τι έχει η σωστή ενημέρωση για τη νόσο της και η κατάλληλη ψυχολογική της αντιμετώπιση (Γιδοπούλου 1984).

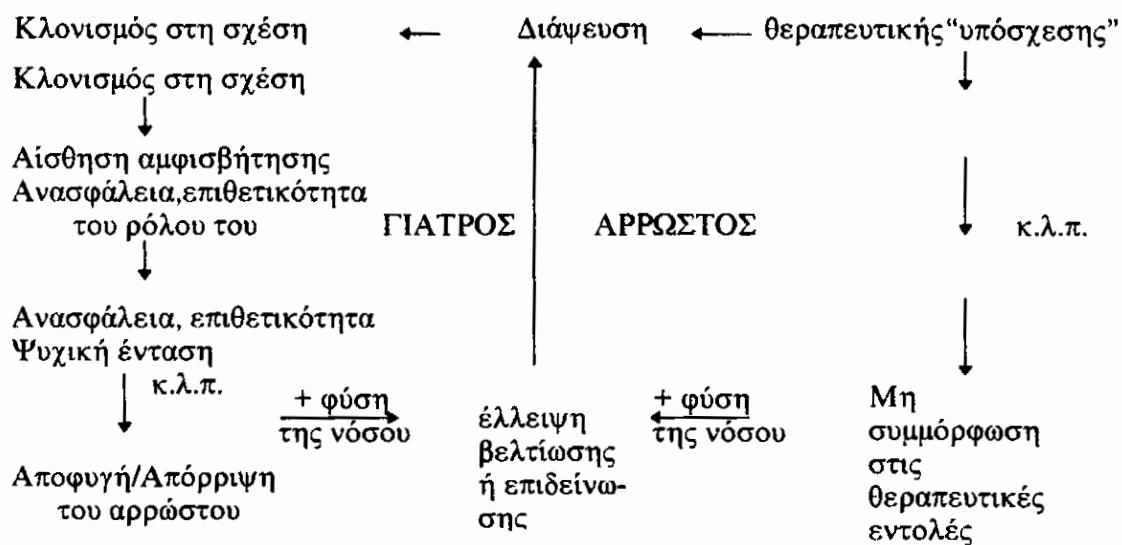
γ) Η ασθενής αφήνεται αβοήθητη να λύσει τα ψυχικά προβλήματα μόνη της. Ο γιατρός που αποποιείται την υπευθυνότητά του και αρνείται να ενημερώσει σωστά την άρρωστη, πρέπει να είναι σίγουρος ότι το έργο της ενημέρωσης, αργά ή γρήγορα, θα το αναλάβουν απρόσκλητα καλοδελητές, που θα είναι άτομα ανίδια (Θ. Δόσιος 1984)

δ) Εκκρεμότητες στην ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή της άρρωστης με εργασιακές, οικονομικές και κληρονομικές συνέπειες.
(Ρηγάτος 1985)

ε) Κλωνισμός στη σχέση γιατρού άρρωστης από τη συνεχή διάγνωση του γιατρού. Αυτό δημιουργεί αμφίδρομη ένταση, έχει επίπτωση στον ψυχισμό της άρρωστης και συνεπάγεται επιδείνωση της συνεργασίας
(Ρήγας 1985).

Ο Γ. Ρηγάτος στο βιβλίο του με τίτλο "Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία" 1985, παραθέτει σε πίνακα, μοντέλο που δείχνει αυτή τη διατάραξη της σχέσης γιατρού- ασθενούς κάτω από την απόκρυψη της αλήθειας

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή



στ) Η μη αποκάλυψη της διάγνωσης στην άρρωστη δε βοηθά στην ενημέρωση του κοινού για τον καρκίνο (Θ. Δόσιος 1994).

B. Η άρρωστη πρέπει να ενημερώνεται με ακρίβεια και λεπτομέρειες για την πάθηση, τη θεραπεία και την πρόγνωση της ασθένειάς της.

Υπάρχουν πολλά ηθικά, νομικά και ιατρικά επιχειρήματα υπέρ αυτής της άποψης.

α) Εξασφαλίζεται μεγαλύτερη συνεργασία με ενήμερους ασθενείς. Είναι γνωστό πόσο μεγάλη έχει να γίνει η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία ή η ακρωτηριακή επέμβαση στις τακτές ημερομηνίες. Αντίθετα, αν η ασθενής δε γνωρίζει τους πραγματικούς λόγους δεν έχει διάθεση να είναι συνεπής (Κόνιαρη 1991).

β) Με την ενημέρωση διαφυλάσσεται η καλή σχέση του γιατρού με την άρρωστη, εφόσον η υπάρχουσα επικοινωνία είναι ευθεία, χωρίς μισόλογα, εκκρεμείς απαντήσεις και μεσάζοντες (Κόνιαρη 1991).

γ) Ο γιατρός γνωστοποιώντας στην άρρωστη την αλήθεια για τη νόσο , αναλαμβάνει και το βαρύ φορτίο της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών σ' αυτήν . Αναλαμβάνει, δηλαδή, όχι, μόνο την "παραδοσιακή" θεραπευτική αντιμετώπιση, αλλά την ψυχολογική υποστήριξη και την κοινωνική κάλυψη των προβλημάτων (Ρηγάτος 1985)

Επιχειρήματα, όμως, μπορούν να διατυπωθούν και κατά της άποψης, που υποστηρίζει την ενημέρωση της άρρωστης:

α) Υπάρχουν ασθενείς που δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντέξουν στη δοκιμασία που συνεπάγεται η πληροφορία ότι πάσχουν από καρκίνο. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς ότι εκτός από το δικαίωμα της άρρωστης να γνωρίζει την ασθένειά της υπάρχει και το δικαίωμα της άρρωστης να μην δέλει να τη μάθει (Ρηγάτος 1985)

Γ. Όλες οι ασθενείς πρέπει να μαθαίνουν ένα τουλάχιστον μέρος της αλήθειας, όσο χρειάζεται για τη συνεργασία και συμμόρφωσή τους στους θεραπευτικούς χειρισμούς. Ορισμένες, όμως, ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται περισσότερο ή πλήρως, ανάλογα με την προσωπικότητα και την ψυχική τους δύναμη.

Η άποψη αυτή προσπαθεί να συμβιβάσει τις δύο προηγούμενες θέσεις. Υπάρχει μικρό ποσοστό αρρώστων που έχει και την επιθυμία και την ψυχική δύναμη να αντέξει την αλήθεια της διάγνωσης. Αυτό το μικρό επιλεγμένο ποσοστό πρέπει να ενημερώνεται. Η αναγνώριση και επιλογή αυτών των ατόμων προϋποθέτει την πολύ κοντινή τους σχέση με το γιατρό, ο οποίος εκτός από όλες τις βιολογικές παραμέτρους της νόσου πρέπει να γνωρίζει και τα βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους (Ρηγάτος 1985).

Οι ασθενείς που δεν ενημερώνονται με ακρίβεια για την πάθησή τους πρέπει να γνωρίζουν ότι υπάρχει μία σοβαρή διαταραχή στην υγεία τους που

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

οπωσδήποτε θ' απαιτήσει χρόνο για την αυτοθεραπεία καθώς και πλήρη συνεργασία με το γιατρό τους. (Κόνιαρη 1991).

Σημαντική δέση στον προβληματισμό σχετικά με την καρκινοπαθή και την αλήθεια κατέχει η άποψη την οποία φαίνεται να έχει το κοινό. Σύμφωνα με τα στοιχεία μιας έρευνας που έχει γίνει το 1971 από τους Σαρφατή και Παπαχριστόπουλο για λογαριασμό της ΕΑΕ λιγότερο από το 1/3 των ατόμων που ρωτήθηκαν τάχθηκαν υπέρ της ενημέρωσης του αρρώστου για την αληθινή διάγνωση.

Τα στοιχεία δίδονται λεπτομερέστερα στον παρακάτω πίνακα (Ρηγάτος 1985, σελ. 112)

Δείχνει τα ποσοστά των ατόμων που επιθυμούν ή δεν επιθυμούν να γνωρίζουν τη διάγνωση του καρκίνου. (Σαρφατής και Παπαχριστόπουλος 1972).			
	Αστικές Περιοχές	Αγροτικές Περιοχές	Σύνολο
Ναι	639 (27,1%)	108 (13,5%)	747 (23,7%)
Όχι	1652 (70,2)	603 (75,5%)	2255 (71,5)
Αγνώω	64 (2,7%)	88 (11%)	152 (4,8%)
Σύνολο	2355	799	3154

Σύμφωνα με τον πίνακα το 1971 διπλάσιοι αστοί παρά αγρότες τάχθηκαν υπέρ της ενημέρωσης, γεγονός που πρέπει να συσχετιστεί με το μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο.

Β. ΠΟΡΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ-ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. "Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους, σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας" (Ψαραδάκη, Σεμινάριο κοινωνικών λειτουργών 1991, σελ. 139)

Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη δε μπορεί να διαχωρίσει προβλήματα σώματος, πνεύματος ή ψυχολογικά προβλήματα. Είναι απαραίτητη, για την αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς, η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας. Οι υπηρεσίες της νοσηλεύτριας, του ψυχίατρου, του ψυχολόγου, του κοινωνικού λειτουργού και συχνά άλλων ειδικοτήτων μπορεί να είναι συμπληρωματικές σ' αυτές του γιατρού, αλλά ενωμένες συντελούν στην αποδοτικότερη φροντίδα της ασθενούς.

Η ενημέρωση και αντιμετώπιση της ασθενούς σπανίως είναι έργο ενός μόνου ατόμου. Συνήθως σ' αυτή συμβάλλουν πολλά άτομα που αποτελούν όλη την διεπιστημονική ομάδα. Η ενημέρωση της καρκινοπαθούς όπως αναφέρει ο Γεράσιμος Ρηγάτος (1985), θα πρέπει να γίνεται από τον θεράποντα γιατρό. Η αποστολή του γιατρού δεν τελειώνει με την αφαίρεση ενός τεμαχίου κακοήδους ιστού από το σώμα της άρρωστης. Η ασθενής έχει ανάγκη την συμπαράσταση του γιατρού από τη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας μέχρι της αποθεραπείας της.

Ο Fiore (1979). διακρίνει 6 τουλάχιστον στάδια, στα οποία ο θεράπων γιατρός βοηθούμενος από την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα πρέπει να συμπαραστέκεται στην ασθενή του.

- α)** Στη φάση της διάγνωσης, θα βοηθήσει την άρρωστη να αποδεχτεί και να κατανοήσει την διάγνωση του καρκίνου, να λάβει αποφάσεις σχετικά με τις διάφορες προτεινόμενες εναλλακτικές λύσεις θεραπείας και να αντιμετωπίσει τυχόν αντιδράσεις των μελών της οικογενείας της.
- β)** Στην προεγχειρητική περίοδο θα βοηθήσει την άρρωστη να προπαρασκευαστεί για τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας και θα της ελαττώσει το άγχος που έχει για αυτό.
- γ)** Μετά την εγχείρηση θα την βοηθήσει να αναλάβει και να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση, που μπορεί να συνεπάγεται αλλοίωση της λειτουργικότητας διαφόρων οργάνων της ή απώλεια μελών και να προετοιμαστεί για τυχόν επακόλουθη συμπληρωματική θεραπεία (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία).
- δ)** Στη διάρκεια της συμπληρωματικής μετεγχειρητικής θεραπείας, θα προλάβει πρόωρη διακοπή της θεραπείας και θα ελαττώσει το άγχος και την ψυχική υπερένταση της άρρωστης σχετικά με τις διάφορες εξετάσεις και τις παρενέργειες θεραπείας.
- ε)** Στο τέλος της συμπληρωματικής θεραπείας θα την βοηθήσει να επανέλθει σε ενεργό δράση και να μεταπέσει από την κατάσταση της πλήρους εξάρτησης από το γιατρό και τα φάρμακα σε φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται κυρίως από αυτοπεποίθηση.
- στ)** Κατά την απώτερη παρακολούθηση θα βοηθήσει την άρρωστη να αντιμετωπίσει τον φόβο υποτροπής της νόσου και τις απώτερες παρενέργειες (αν υπάρχουν) της θεραπείας.

Σύμφωνα με το Γεράσιμο Ρηγάτο (1985) για να γίνει σωστή επέμβαση από τον γιατρό στην ασθενή θα πρέπει να έχει νωρίτερα ενημερωθεί για το ψυχοκοινωνικό προφίλ και το δυναμικό της ασθενούς, την δομή της οικογένειας και τις διαπροσωπικές σχέσεις της με το κοινωνικό περιβάλλον. Οι πληροφορίες αυτές έχουν συγκεντρωθεί από την υπόλοιπη ομάδα, ενώ παράλληλα ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός ή ο ψυχίατρος θα συμπαρασταθεί στην άρρωστη, που πρόσφατα ενημερώθηκε για την πάθησή της ώσπου να κινητοποιηθούν οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ.

Χρήσιμο είναι να αναφερθεί, στο σημείο αυτό, σε τι ψυχική κατάσταση βρίσκεται ξαφνικά η ασθενής που πληροφορείται ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού και ίσως χρειαστεί να υποβληθεί σε μαστεκτομή. "Η ψυχική αντίδραση εξαρτάται από την προσωπική της, ιστορία και τα βιώματά της, την προσωπικότητα και την ειδική ικανότητά της να αναπτύσσει αμυντικούς μηχανισμούς. Η απώλεια ενός μέρους του σώματος, τα συνακόλουθα λειτουργικά προβλήματα, η ανικανότητα, η κοινωνική απομόνωση, η αδυναμία ικανοποίησης των σεξουαλικών και επιθετικών αναγκών προκαλούν μεγάλη φόρτιση στην άρρωστη, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη διάθεση εξάρτησης από διάφορα πρόσωπα". (Ρηγάτος 1985, σελ. 112).

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ'

Α. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

1. Ψυχολογικές επιπτώσεις του Κ.Μ. στη γυναίκα

Σχεδόν κάθε αρρώστια είναι ένας κίνδυνος για τη ζωή του ανθρώπου. Για την κοινή γνώμη κι αντίληψη, όμως, ο καρκίνος αποτελεί την πιο ανησυχητική ασθένεια η οποία επιδρά στην καθημερινή ζωή του πάσχοντα και αποτελεί την ψυχοκοινωνική του ισορροπία. ειδικότερα, για τον Κ.Μ. θα λεγε κανείς πως η γυναίκα είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη καθώς ο μαστός θεωρείται σύμβολο υγείας και ομορφιάς αλλά και επειδή η νόσος είναι σοβαρή αιτία θανάτου στη σύγχρονη κοινωνία. Ο τρόπος που αντιδρά μια γυναίκα όταν συνειδητοποιήσει ότι πάσχει από καρκίνο έχει περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς.

Η ευδοξία Κόνιαρη (Αθήνα 1991) παρουσιάζει την ερμηνεία που δίνει η Elizabeth Kubler Ross για τις ψυχικές αντιδράσεις γυναικών που πάσχουν από Κ. Μ. Περιγράφονται λοιπόν στη μελέτη πέντε στάδια, από τη στιγμή που συνειδητοποιεί η γυναίκα με Κ.Μ. ότι είναι ασθενής, μέχρι τη στιγμή του θανάτου της. Το πρώτο στάδιο είναι της άρνησης και της απομόνωσης. Η ανάγκη γι' άρνηση υπάρχει σε κάθε ασθενή κατά περιόδους αλλά πολύ περισσότερο συναντάται στην έναρξη της νόσου. Είναι μια άμυνα που παρέρχεται και αντικαθίσταται από τη μερική αποδοχή της αρρώστιας. Επίσης αρκετά συχνά οι γυναίκες που βρίσκονται στο πρώτο στάδιο του καρκίνου χρησιμοποιούν τον αμυντικό μηχανισμό της μόνωσης "διαχωρίζοντας τα συναισθήματά τους από το περιεχόμενο των σκέψεών

τους". Το δεύτερο στάδιο είναι του θυμού, οργής, ζήλιας και δυσφορίας. Ο θυμός αυτός είναι αποτέλεσμα διαφόρων συνειδητοποιήσεων που συμβαίνουν στην ασθενή όπως: το ότι όλες οι δραστηριότητες της ζωής θα διακοπούν τόσο πρόωρα και το ότι όλα όσα θα μείνουν ημιτελή απ' αυτή θα ολοκληρωθούν ίσως από κάποιον άλλο. Συχνά επίσης ο θυμός της πάσχουσας γίνεται αφορμή για τους γύρω της, το συγγενικό ή φιλικό της περιβάλλον, να θεωρούν προσωπικό το θυμό εναντίον τους και έτσι απομακρύνονται από κοντά της. Το επόμενο στάδιο είναι της συνδιαλλαγής ή διαπραγμάτευσης. Η ασθενής γίνεται πιο ήρεμη και ήπια, μοιάζει να ζητά την αναβολή του μοιραίου και γι'αντάλλαγμα προσφέρει την καλή της συμπεριφορά. Σ' αυτή τη φάση η άρρωστη μοιάζει με μικρό κοριτσάκι που ζητά μια χάρη κι οι γονείς της, της αρνούνται. Αρχικά θυμώνει και κλαίει αλλά όταν διαπιστώνει ότι οι γονείς δεν υποκύπτουν σ' αυτή την συμπεριφορά γίνεται πλέον μελίχια και παρακαλά. Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης. Μια μορφή κατάθλιψης είναι η ανπιδραστική της οποία τυπικό παράδειγμα είναι αυτή που αισθάνεται η γυναίκα όταν υποβάλλεται σε μαστεκτομή. Όλα τα προηγούμενα συναισθήματα αντικαθίστανται από ένα συναίσθημα μεγάλης απώλειας για ένα μέλος του σώματός της αλλά και από τη μείωση της φυσικής της ευεξίας. Η δεύτερη μορφή κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική. Η ασθενής προπαρασκευάζεται για το τελικό στάδιο. Αυτή η μορφή κατάθλιψης δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών ή αποτυχιών αλλά συνέπεια της επικείμενης απώλειας των πάντων. Πέρα από αυτά που χάθηκαν η ασθενής συνειδητοποιεί και όλα όσα πρόκειται να χάσει όσο η αρρώστια επιδεινώνεται, την απώλεια δηλαδή της ίδια της ζωής της. Το τελευταίο στάδιο είναι αυτό της αποδοχής. Εδώ πρέπει

να τονιστεί ότι δεν είναι ένα ευχάριστο στάδιο γιατί χαρακτηρίζεται από μια αποφυγή συναισθημάτων. Είναι σαν να έχει υποχωρήσει πλέον ο πόνος, σαν να τέλειωσε η μάχη και να ήλθε η ώρα για ανάπαυση πριν το θάνατο. Έτσι ο κύκλος των ενδιαφερόντων της ασθενούς περιορίζεται, επιθυμεί να μείνει πολλές ώρες μόνης της, δεν ασχολείται με ζητήματα άλλων παρά μόνο μ'αυτά που η ίδια αντιμετωπίζει και αρχίζουν να την ενοχλούν οι επισκέψεις.

Η Αικατ. Διβόλη (Γόρτο Χέλι, Αργολίδος, 1985) σημειώνει ότι τα συναισθηματικά προβλήματα της ασθενούς ποικίλλουν κατά τη διαδοχή των σταδίων της νόσου του Κ.Μ. Η κάθε άρρωστη όμως μπορεί και να υποστεί μικρού ή μεγάλου βαθμού παλινδρόμηση που την μεταφέρει πίσω σε προγενέστερα λειτουργικά επίπεδα μικρότερης ωριμότητας και απόδοσης. Ειδικότερα στα αρχικά στάδια παρατηρείται πανικός που μπορεί να εκδηλωθεί με μεγάλη παλινδρόμηση και συναισθηματική προσκόλληση που θυμίζει παιδική ηλικία. Αυτός ο πανικός μπορεί να εκδηλώνεται με άγχος, άρνηση, κατάθλιψη, δυσπιστία και αναζήτηση βοήθειας. Η τελευταία εκφράζεται με συχνές επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς, συλλογή πληροφοριών από άλλους νοσούντες ή ταξίδια στο εξωτερικό. Η προαναφερόμενη αντίδραση μπορεί να είναι ανύπαρκτη σε άτομα που κυριαρχούνται από άρνηση αφού δεν θέλουν να δουν την πραγματικότητα και να κατανοήσουν το πρόβλημα.

Επίσης είναι δυνατόν όπως αναφέρθηκε παραπάνω να αναπτυχθεί δυσπιστία, εχθρότητα ή παρανοϊκότητα προκειμένου να μην αποδειχτεί η ασθενής την ύπαρξη της νόσου.

Για την κατάθλιψη ο Φ. Αναγνωστόπουλος (Αθήνα 1987) αναφέρει πως είναι ένα από τα ψυχιατρικά προβλήματα που παρουσιάζονται στους καρκινοπαθείς. Τυπικά για να ποδώσει κανείς την διάγνωση της κατάθλιψης σε μια ασθενή με Κ.Μ. πρέπει η συναισθηματική διαταραχή να είναι παρατεινόμενη και τουλάχιστον τέσσερα από τα ακόλουθα συμπτώματα να είναι έκδηλα σχεδόν κάθε μέρα για δύο τουλάχιστον εβδομάδες όπως: Ψυχοκινητική επιβράδυνση που εκφράζεται με βραδύτητα λόγου και κινήσεων σώματος, αίσθημα κόπωσης, ελάττωση σωματικού βάρους, αϋπνία, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, ιδέες ενοχής, αναξιότητα και πεσιμισμού, τάσεις αυτοκτονίας, σκέψεις θανάτου, συμπεριφορά απομόνωσης από φίλους και οικογένεια, απώλεια ενδιαφέροντος. Άλλα σημεία είναι το ξέσπασμα σε κλάματα, το άγχος, οι φοβίες, οι προσβολές πανικού, οι παραλυτικές ιδέες ή τα γυχωτικά στοιχεία. Θα πρέπει εδώ να τονιστεί ότι για να διαγνωστεί κατάθλιψη σε μια ασθενή με Κ.Μ. θα πρέπει τα συμπτώματα που παρατηρούνται να μην οφείλονται στις επιπτώσεις της νόσου.

Ο Φ. Αναγνωστόπουλος, στην ίδια μελέτη, αναφέρεται σε άλλη μία διαταραχή των γυναικών που πάσχουν από Κ.Μ., το άγχος. Οι τυπικές εκδηλώσεις σε ογκώδεις καταστάσεις είναι η εφίδρωση, η συχνουρία, η ταχυκαρδία, οι εξάψεις, οι φοβίες, η διάσπαση της προσοχής, η ευερεδιστότητα, οι αϋπνίες και η υπερδιέγερση.

Τέλος στην ίδια μελέτη γίνεται αναφορά στην περίπτωση αυτοκτονίας της καρκινοπαθούς. Σημειώνει λοιπόν ο συγγραφέας ότι κάποιοι ερευνητές πιστεύουν πως μια αυτοκτονία διαπράττεται συχνότερα στο τελευταίο στάδιο της αρρώστιας, τότε που ο πόνος είναι αβάσταχτος και οι άρρωστη

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

έχει καταβληθεί από τη νοσηλεία. Άλλοι όμως ερευνητές διαπιστώνουν πως ιδέες αυτοκτονίας παρατηρούνται και στα πρώιμα στάδια της άρρωστης, για παράδειγμα μετά από μία μαστεκτομή.

Δεν θα πρέπει να παραληφθεί και ο φόβος για αλωπεκία που προβληματίζει όλους γενικά τους πάσχοντες από καρκίνο. Όπως σημειώνει η Ευδ. Κόνιαρη (Αθήνα 1991) το τριχωτό της κεφαλής προσβάλλεται από τη χημειοθεραπεία. Ευτυχώς όμως αυτή η πτώση τριχών είναι προσωρινή και μετά το πέρας της θεραπείας, αλλά κάποιες φορές και κατά τη διάρκεια αυτής είναι δυνατή η ανάπτυξη των τριχών. Η πιθανότητα της τριχόπτωσης για πολλές ασθενείς με Κ.Μ είναι κάτι αδιανόητο και προκαλεί έντονο ψυχικό πόνο λόγω των πλείστων προβλημάτων που επιφέρει στην κοινωνική, επαγγελματική και σεξουαλική ζωή.

Μία -διάγνωση Κ.Μ. μπορεί τελικά να έχει τέτοιες ψυχολογικές επιπτώσεις σε μία γυναίκα που θα ήταν δυνατόν να επιφέρει δυσμενείς επιδράσεις στην καθημερινή της ζωή. Η αναγνώριση και ο εντοπισμός σε βάθος αυτών των προβλημάτων είναι οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την βοήθεια της ασθενούς ώστε να επιτευχθεί η ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση και αποκατάστασή της.

2. Ψυχοσυναισθηματικές πλευρές μαστεκτομής

Όταν η παρουσία καρκίνου στο μαστό μιας γυναίκας απαιτεί επέμβαση μαστεκτομής, η ασθενής έρχεται αντιμέτωπη με τη σκληρή πραγματικότητα με αποτέλεσμα να δημιουργείται έντονος ψυχικός κλονισμός. Η σκέψη και μόνο λοιπόν του ακρωτηριασμού του μαστού προκαλεί στην γυναίκα ψυχικό

κλονισμό αφού από τα πρώτα νεανικά της χρόνια η ζωή της είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη του οργάνου αυτού.

Η αναπηρία οδηγεί συνήθως στην αυτοϋποτίμηση και στην μειονεκτικότητα γιατί το αίσθημα της προσωπικής αξίας οπωσδήποτε συνδέεται με την σωματική αρτιμέλεια και υγεία. Η μαστεκτομή, όπως αναφέρει η Ευδ. Κόνιαρη (Αθήνα 1991), επηρεάζει την εκτίμηση της ασθενούς προς τον εαυτόν της και την τοποθέτησή της απέναντι στη ζωή. Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου της, την φορτίζει με ανασφάλεια αφού αυτή η εικόνα αισθάνεται να της μειώνει την δηλκότητα και την σεξουαλικότητά της. Αν ο μαστός για την ίδια αποτελεί σύμβολο αγάπης, εμπιστοσύνης και σιγουριάς, η απώλειά του είναι εύλογο πως της κλονίζει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης που πριν την εγχείριση ένιωθε.

Αναμφίβολα λοιπόν η απώλεια του μαστού και κάθε προβληματική κατάσταση που απειλεί αυτόν προκαλεί επίταση της ανασφάλειας σε όσες βέβαια γυναίκες κατέχονται από αυτό το αίσθημα. Επιπρόσθετα μπορεί να επέλθει και ο φόβος για μη συζυγική αποκατάσταση (στα νέα άτομα) καθώς και ο φόβος αποστροφής και παραμέλησης από την πλευρά του συντρόφου μέσα στην σχέση ή το γάμο. Η μαστεκτομή οπότε δεν μεταβάλλει μόνο την εικόνα του σώματος της γυναίκας αλλά βάζει συγχρόνως σε μεγάλη δοκιμασία την αυτοεκτίμησή της κλονίζοντας συχνά την πίστη της στη γυναικεία υπόσταση με όλες τις συνέπειες στην προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική της ζωή.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία σε σχετικό άρθρο (Αθήνα 1987) σημειώνει πως υπάρχει πάντα άγχος, το ανάλογο με κάθε σοβαρή

εγχείρηση. Στη συνέχεια το άγχος αρχίζει να σχετίζεται με την απώλεια του ίδιου του μαστού και εντείνεται με το φόβο για την εξέλιξη της αρρώστιας, το φόβο της μετάστασης, το φόβο μήπως προσβληθεί και το άλλο στήθος και κορυφώνεται με το φόβο του πόνου και του θανάτου. Πράγματι ο σωματικός πόνος δημιουργεί ψυχική δοκιμασία, ταλαιπωρεί και ταπεινώνει τον άνθρωπο, εξαντλεί ταποδέματα της υπομονής και μειώνει την ελπίδα για την θεραπεία.

Στη συνέχεια κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν και οι φόβοι της ασθενούς που σχετίζονται με το οικογενειακό της περιβάλλον. Η Ευδ. Κόνιαρη (Αθήνα 1991), σημειώνει πως αφού η άρρωστη ανήκει σε μία οικογένεια είναι φυσικό, το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει να προκαλεί και διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής. Στις περιπτώσεις όπου η ασθενής πρόκειται να υποστεί μαστεκτομή, ή την έχει ήδη υποστεί και είναι σε νεαρή ηλικία, δοκιμάζει πολλούς φόβους, ανησυχίες και την απασχολούν πολλά ερωτήματα όπως το αν θα μπορέσει να γίνει ή να ξαναγίνει μητέρα μετά την μαστεκτομή, εάν θα συνεχίσει να έχει ερωτική ζωή και αν αυτή παραμείνει ανεπηρέαστη ή και τέλος μήπως καταστεί ανεπιθύμητη στο άμεσο περιβάλλον της. Οι φόβοι αυτοί απασχολούν βέβαια και την μεγαλύτερη σε ηλικία γυναίκα, έγγαμη, η οποία μπορεί να έχει και παιδιά. Όπως έχει αποδειχτεί όμως από έρευνες που έχουν γίνει, η ανησυχία της άγαμης γυναίκας, είναι εντονότερη, καθώς οραματίζεται να δημιουργήσει μια χαρούμενη και ευτυχισμένη οικογένεια.

Επίσης μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να εμφανιστεί οίδημα το λεγόμενο λεμφοίδημα λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων.

Το φαινόμενο αυτό που παρουσιάζεται άλλοτε πολύ περιορισμένο και άλλοτε περισσότερο, αποτελεί μία περιοχή ανησυχίας για τις γυναίκες με μαστεκτομή. Η ψυχολογικοί φόβοι της ασθενούς συνογίζονται σύμφωνα με τις Κ. Γαλανοπούλου, Ε. Γρηγοροπούλου, Λ. Γαλενιανού (Αθήνα, 1987) στους εξής:

- α. Το διογκωμένο χέρι θα γίνει αντιληπτό στους άλλους και θα πρέπει να δώσει η άρρωστη εξηγήσεις για ένα ζήτημα που αποφεύγει και που προτιμά να μην θυμάται αλλά και να μην το κάνει γνωστό στους γύρω της.
- β. Τα παλιά της ρούχα δεν θα είναι δυνατόν να τα φορά όλα γιατί κάποια μπορεί να έχουν αποκαλυπτικό ντεκολτέ ή να είναι εφαρμοστά. Έτσι θα συγκρίνει την μετεγχειρητική της εικόνα με εκείνη πριν την εγχείρηση και θα κλονίζεται ψυχικά.
- γ. Μείωση της κινητικότητας. Ενώ πριν την μαστεκτομή η γυναίκα μπορεί να "υπηρετούσε" του άλλους τώρα νιώθει ένοχη διότι δεν είναι σε θέση να κάνει όσα έκανε παλιότερα αλλά αντίθετα θα πρέπει κάποιος να την φροντίζει εξαιτίας της νέας σωματικής της κατάστασης. Αποτέλεσμα αυτής της στάσης είναι μία διαρκής ένταση ταυτόχρονα με την μειωμένη δυνατότητα για ηρεμία και ευχαρίστηση.

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με καρκίνο της Ελληνικής Αντικαρκινικής εταιρείας (Αθήνα 1986) παρουσιάζει κάποιους πίνακες που περιλαμβάνουν συνοπτικά τα αποτελέσματα 3 χρόνων δουλειάς στο Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Στον πίνακα Ι (βλ. παράρτημα) φαίνονται τα συναισθηματικά συμπτώματα όπως εμφανίζονται το πρώτο διάστημα που ακολουθεί την διάγνωση και την μαστεκτομή. Στον

πίνακα II (βλ. παράρτημα) παρουσιάζεται το συναισθηματικό προφίλ κατά τη διαδρομή του πρώτου χρόνου της αρρώστιας.

Τα προβλήματα λοιπόν που προαναφέρθηκαν είναι αυτά που κατά το πλείστον απασχολούν τις μαστεκτομημένες γυναίκες. Οι φόβοι όμως για πόνο, ταλαιπωρία, μεταβολή της εικόνας του εαυτού τους, για θάνατο προκαλούν με τη σειρά τους δυσκολίες στην επικοινωνία με το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον καθώς και πολλαπλά προβλήματα στην ερωτική ζωή της ασθενούς.

3. Οικογενειακές σχέσεις

Η οικογένεια αποτελεί μια μικρή κοινωνική ομάδα. Το κάθε πρόβλημα κι η κάθε εμπειρία που δέχεται το ένα μέλος αυτής της ομάδας μεταφέρεται και στα υπόλοιπα. Οι δομές όμως των οικογενειών είναι ευαίσθητα πλέγματα και χαρακτηρίζονται από διάφορα συστήματα αξιών και μορφών επικοινωνίας. Οποιαδήποτε κι αν είναι πάντως το πρότυπα επικοινωνίας, όταν η οικογένεια πληροφορηθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο βιώνει αισθήματα βαθιάς ψυχολογικής αλλά και πρακτικής αποδιοργάνωσης.

Όπως σημειώνει η Ευδοξία Κόνιαρη (Αθήνα 1991), ένα απ' τα πιο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή είναι η αμηχανία που εκφράζεται με το φόβο γιατί δεν ξέρουν τι να πουν. Αμφισβήτητα όμως τα ειλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται κι όταν αυτό δεν είναι δυνατό να επιτευχθεί με λέξεις μπορεί να μεταδοθεί μ' ένα άγγιγμα του χεριού της ασθενούς ή με μια τρυφερή ματιά. Μια τέτοια φυσική επαφή βοηθά να μειωθεί το αίσθημα του χωρισμού

απ' την οικογένεια που η ασθενής μπορεί να νιώσει εξαιτίας της νόσου και μη γνωρίζοντας πως μπορεί ν' αντιδράσει, απομακρύνεται.

Άλλες αντιδράσεις που είναι δυνατόν να παρουσιάσει το οικογενειακό περιβάλλον μιας ασθενούς που έχει υποστεί μαστεκτομή αναφέρονται από τη Χ. Δελπαντώνη-Οικονόμου (Αθήνα 1991) και είναι οι ακόλουθες:

Η υπερπροστατευτικότητα κατ' αρχήν είναι μια ακόμη μορφή αντιδράσεως. Μ' αυτήν η οικογένεια το μόνο που καταφέρνει είναι να περιθωριοποιήσει την άρρωστη αφού δεν της επιτρέπει να συμμετέχει σε οποιοσδήποτε δραστηριότητες ακόμα κι αν είναι στα πλαίσια των δυνατοτήτων της. Έτσι χάνει την ενεργητικότητα της και ωθείται στο ν' αναλάβει έναν παθητικό ρόλο, δέκτη "προσφορών" από τα μέλη της οικογένειας. Ο τρόπος αυτός συμπεριφοράς, πέρα απ' τα κίνητρα της πραγματικής αγάπης που συνήθως κρύβει, μπορεί να περιλαμβάνει "παθολογικές καταστάσεις". Ενδέχεται δηλαδή οι οικείοι να εκφράζουν κάποιο σύμπλεγμα ενοχών, κάποια ανάγκη για δικαίωση και αυτοολοκλήρωση μέσα από μια ασυνείδητη καταπίεση της ασθενούς.

Στο ίδιο άρθρο η Χ. Δελπαντώνη-Οικονόμου παρουσιάζει (Αθήνα, 1991) μια ακόμη αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος της ασθενούς με Κ.Μ. Αυτή είναι η υπερενεργητικότητα που ακολουθεί το πρώτο σοκ της διάγνωσης της νόσου. Η έξαρση ενεργητικότητας των συγγενών τείνει ν' αφανίσει την άρρωστη υποκαθιστώντας την πλήρως ως πρόσωπο. Οι συγγενείς λοιπόν κατακλύζουν το δωμάτιο της καρκινοπαδούς με υπερβολική φροντίδα και πληθώρα παροχών που πολλές φορές την προβληματίζουν. Επίσης παρατηρείται συχνά ότι αυτή η συναισθηματική

έκρηξη είναι παρορμητική και κοπάζει ή στερεύει όταν η ασθενής την έχει ανάγκη και την αποζητά. Οπότε θα 'λεγε κανείς πως είναι σκόπιμο να μην εξαντλείται η φροντίδα στην πρώτη φάση της αρρώστιας διότι τη χρειάζεται η πάσχουσα στα επόμενα και πιο επώδυνα στάδια.

Η ίδια εισηγήτρια συνεχίζει σημειώνοντας και την αυθυποβολή της οικογένειας σε προσωπική ταλαιπωρία που ξεπερνά τα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τ'ατελείωτα νυχτοξημερώματα δίπλα στην ασθενή χωρίς να υπάρχει πραγματική ανάγκη γι' αυτό. Τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι η υπέρμετρη αγάπη που εκδηλώνεται μ' έναν τρόπο προσωπικού κόστους και υπερβολής. υπάρχει όμως και η περίπτωση να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής για προηγούμενη κακή σχέση ή συμπεριφορά κι έτσι αυτοϋποβάλλονται σε μια μορφή ταλαιπωρίας κι εξιλέωσης. Επίσης αυτή η αντίδραση αυτοτιμωρίας μπορεί να σημαίνει και συναισθηματική ανωριμότητα.

Η Χ. Δελπαντώνη-Οικονόμου (Αθήνα 1991) τονίζει ένα ακόμη πρόβλημα στη σχέση της ασθενούς με Κ.Μ. και την οικογένειά της. Στην περίπτωση που οι οικείοι είναι υπερεξαρτημένοι απ' την άρνηση της αρρώστιας, καλύπτονται πίσω απ' την άρνηση της πραγματικότητας και δε διανοούνται ν' αλλάξει ο ρυθμός ζωής της οικογένειας.

Αυτό, σαν αρχική αντίδραση μπορεί να χαρακτηριστεί θετικό γιατί αναπτύσσεται σαν ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας και άμυνας μέχρι την τελική προσαρμογή στα νέα δεδομένα. Είναι απαραίτητο όμως η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά σ' ένα επόμενο στάδιο αποδοχής της πραγματικότητας

γιατί αν είναι απόλυτα εξαρτημένα συναισθηματικά και πρακτικά θα συνεχίσει να' χει απαιτήσεις απ' την άρρωστη όπως και στο παρελθόν.

Στο ίδιο άρθρο η Χ. Δελπαντώνη-Οικονόμου (Αθήνα 1991) αναφέρεται στην οργή και το θυμό που εκδηλώνεται απ' το οικογενειακό περιβάλλον όταν αυτό πληροφορείται τη διάγνωση. Ο θυμός που κατευθύνεται στην αρρώστια μπορεί να χαρακτηριστεί ως έκφραση αγανάκτησης που μπορεί να εκτονώσει την άρρωστη και τους συγγενείς. Όταν όμως αυτός ο θυμός στραφεί κατά της ασθενούς τότε το πρόβλημα εντείνεται γιατί η ασθενής κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνη της κατάστασης της υγείας της και κατ' επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν απ' αυτή. Σε τέτοιες περιπτώσεις πάντως είναι απαραίτητο να επικρατεί ψυχική ισορροπία και ηρεμία στην ασθενή ώστε να επέλθει σωστότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του σκληρού γεγονότος της νόσου.

α) Τα παιδιά της ασθενούς που έχει υποστεί μαστεκτομή

Τα προβλήματα σχέσεων με τα παιδιά εντοπίζονται κυρίως στις δυσκολίες χειρισμού τους, στα προβλήματα της εφηβείας τους και γενικότερα στα πλείστα εμπόδια επικοινωνίας. Όπως η Ευδοξία Κόνιαρη σημειώνει (Αθήνα 1991), τα παιδιά συχνά νιώθουν ανασφάλεια όταν βρίσκουν μια διαφορετική μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Αποζητούν ένα στήριγμα στο πρόσωπό της και βλέπουν πως δε μπορεί πλέον ν' ανταποκριθεί στις απαιτήσεις τους. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο ενώ άλλα αισθάνονται ενοχή καθώς φαντάζονται ότι αυτά ήταν η αιτία της ασθένειας της μητέρας. Ιδιαίτερα σημαντικό επίσης είναι το πώς και αν θα πληροφορήσουν οι γονείς τα

παιδιά τους για τη νόσο της μητέρας τους. Θα πρέπει πάντως να τους εξηγηθεί ότι η μητέρα τους έχει ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας και να πάρουν απαντήσεις ειλικρινείς στις ερωτήσεις τους ώστε να βοηδιούνται στο να αμβλύνουν τους φόβους τους.

Ότι φαντάζονται τα παιδιά συχνά είναι χειρότερο απ' την πραγματικότητα. Έτσι η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιείται ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και σταδιακά να ενθαρρυνθεί ώστε να παύσει αυτή τη σιωπή. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς πως τα παιδιά πρέπει να είναι έτοιμα ώστε να δεχτούν κάποιες πληροφορίες. Άλλωστε δε θα πάγουν ν' αγαπούν τη μητέρα τους όταν αυτή είναι άρρωστη όπως και να' χουν τα πράγματα. Οι έφηβοι εξάλλου μπορεί ν' αποδιοργανώσουν τους γονείς τους με ξαφνικές μεταβολές συμπεριφοράς, ν' αρχίζουν να μην πειθαρχούν, να μη βοηθούν τους γονείς στις καθημερινές τους ασχολίες κ.λ.π. Αν ο έφηβος είναι κορίτσι μπορεί και ν' αναρωτηθεί μήπως είναι κι αυτή ύποπτη για μελλοντική εμφάνιση Κ.Μ. Οι γονείς όμως νιώθοντας ενοχή αποφεύγουν να συζητούν τους φόβους της κόρης αλλά το άγνωστο είναι σίγουρα δυσκολότερο ν' αντιμετωπιστεί απ' την αλήθεια που η νεαρή έφηβη δ' αναζητήσει να μάθει.

Τα προβλήματα σχέσεων με τα παιδιά δεν είναι προβλήματα που τα δημιούργησε η αρρώστια μονάχα αλλά είναι δυσκολίες που τις αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι γονείς ακόμα και χωρίς αρρώστιες μέσα στην οικογένεια.

β) Τελικό στάδιο της νόσου. Η πορεία προς το τέλος

Είναι γεγονός ότι καθώς η νόσος προχωρεί, κι επιφέρει αλλαγές στην ψυχοσύνθεση της άρρωστης εξίσου σημαντικές ανακατατάξεις προκαλεί στη δομή της οικογένειας και τον μυχισμό των συγγενών καθώς η ασθενής οδεύει προς το θάνατο.

Όπως σημειώνει η Χ. Δελπαντώνη Οικονόμου (Αθήνα 1991) όλη η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση και τα χαρακτηριστικά που έχουν περιγραφεί είναι: κατάθλιψη, προβληματισμός και συνεχής ενασχόληση με την άρρωστη, σκέψεις και άγχος, ανησυχία για την πορεία της οικογένειας ανάλογα με την πορεία της νόσου και κυρίως μετά το θάνατο της ασθενούς. Τα μέλη της ασθενούς διερχόμενα αυτά τα στάδια, παράλληλα με τις ενοχές που μπορούν να νιώσουν εξαιτίας της αποδοχής του τέλους, βοηθιούνται στην ίδια την αποδοχή της πραγματικότητας και την εξοικείωση με την αρρώστια και το θάνατο. Επίσης η ασθενής κι η οικογένειά της, είναι δυνατόν να οδηγηθούν σε ουσιαστικές αλλαγές κι ανακατατάξεις σ' ότι αφορά συναισθηματικές εκκρεμότητες αλλά και θεώρηση γεγονότων κι αξιών σε άλλη βάση, που θα βοηθήσει και τις δύο πλευρές για την αντιμετώπιση της νόσου και τις συνέπειές της.

Συμπερασματικά θα έλεγε κανείς πως η σοβαρότητα του Κ.Μ. ως ασθένεια, με όλες τις πιθανές εξελίξεις της, κάνει επιτακτική την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης της μαστεκτομημένης απ' το οικογενειακό περιβάλλον ώστε να ενθαρρυνθεί για να ελπίζει και να συνεχίσει να ζει ολοκληρωμένα με τους ανθρώπους που την περιβάλλουν.

4. Κοινωνική ζωή

Ο καρκίνος είναι περισσότερο γνωστός σαν “επάρατος”, δηλαδή καταραμένος παρά σα μια “χρόνια νόσος” όπως ορίζεται επιστημονικά. Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες ασθένειες οφείλεται κυρίως στο ότι είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο. Αντιπροσωπεύοντας, λοιπόν, στην κοινή γνώμη το αναπόφευκτο του θανάτου, επόμενο είναι να συνδέεται με έννοιες απελπισίας, μοναξιάς κι εγκατάλειψης. Το άγνωστο αίτιο του καρκίνου παράλληλα με το γνωστό του αποτέλεσμα έχουν διαμορφώσει μέσα στο πέρασμα των αιώνων το λεγόμενο “κοινωνικό στίγμα”. Ειδικότερα η γυναίκα με καρκίνο του μαστού που ίσως έχει υποστεί και μαστεκτομή έχει ν’ αντιμετωπίσει απ’ το κοινωνικό σύνολο την αυξημένη φροντίδα και προστασία, τη διαφοροποιημένη συμπεριφορά σε σχέση με την τη διάγνωση για καρκίνο του μαστού και κάθε άλλη μορφή οίκτου που όλοι μαζί αποτελούν τη χαρακτηριστικότερη έκφραση του κοινωνικού στίγματος. Έτσι οι περισσότερες ασθενείς με Κ.Μ. μοιραία τοποθετούνται κάτω από μια ταμπέλα που γράφει είτε “μαστεκτομημένη” είτε “καρκινοπαθής” εξαλείφοντας όλους τους άλλους ρόλους που μπορεί να έχει ένας άνθρωπος-μέλος της κοινωνίας: γονιός, εργαζόμενος, φίλος, σύζυγος κ.λ.π.

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε μέσα από δουλειά τριών χρόνων στο Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποκατάστασης της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας (Αθήνα 1986) αναφέρονται και τα εξής: ένα απ’ τα προβλήματα που παρατηρήθηκε ν’ αντιμετωπίζουν οι καρκινοπαθείς ήταν οι οικονομικές δυσκολίες και η κοινωνική απομόνωση λόγω εμφάνισης της αρρώστιας.

Πολλοί ασθενείς έκριναν καλύτερο να σταματήσουν τη δουλειά που ασκούσαν παλιότερα με αποτέλεσμα, όσοι δικαιούνταν σύνταξη να εξοικονομούν ελάχιστα χρήματα μηνιαίως ενώ όσοι δε δικαιούνταν ν' αντιμετωπίζουν πλείστα οικονομικά προβλήματα. Η διακοπή όμως της εργασίας εκτός απ' τα πρακτικά προβλήματα που προαναφέρθηκαν επιφέρει και την κοινωνική απομόνωση αφού στερεί απ' τα άτομα ένα μεγάλο τομέα δραστηριότητας. Στο χώρο εργασίας η ασθενής κι ιδιαίτερα η μαστεκτομημένη μπορεί να περνά ένα τμήμα της ημέρας της έχοντας κάτι να κάνει κι έτσι να μπορεί ν' αποδίδει έργο και να παίρνει ικανοποίηση απ' το αποτέλεσμα των κόπων της. Θα έχει επίσης έναν καθημερινό λόγο που θα την παρακινεί να ενδιαφέρεται για την εμφάνισή της αφού αυτή θα πρέπει να είναι αρκετά προσεγμένη όπως συνηθίζεται στους χώρους εργασίας κι έτσι δε θα αφήνεται ατημέλητη και θα φροντίζει τον εαυτό της.

Το ερώτημα όμως που προκύπτει μετά απ' όλα αυτά είναι το εάν θα πρέπει να μιλήσει ή όχι στους εργοδότες της η ασθενής. Υπάρχουν σίγουρα τα θετικά και τα αρνητικά στις δύο απόψεις. Όπως σημειώνει η Suzan Love (1994) πολλές ασθενείς με καρκίνο του μαστού κρατούν μυστική την αρρώστια τους στο εργασιακό χώρο. Κάποιοι εργοδότες γνωρίζοντας για την κατάσταση της υγείας της υπαλλήλου τους αποφεύγουν να τους παραχωρήσουν κάποια προαγωγή ή να τους δώσουν κάποια ευκαιρία. Απ' την άλλη όμως βρίσκονται εκείνοι οι εργοδότες που εκτιμούν την ειλικρίνεια και της προσδίδουν μεγάλη υποστήριξη. Ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία πάντως θα συναντήσει η ασθενής με Κ.Μ. στην αναζήτηση νέας εργασίας. Κάποιες εταιρίες είναι απρόθυμες να προσλάβουν καρκινοπαθείς. Εάν όμως δεν ειπωθεί η αλήθεια για τον Κ.Μ. και αργότερα χρειαστεί άδεια,

για τη διεκπεραίωση των εξετάσεων και της θεραπείας ίσως δημιουργηθούν προβλήματα που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί εάν η ασθενής που επιθυμούσε να προσληφθεί ήταν ειλικρινής απ' την αρχή. Το πρόβλημα όμως είναι μεγάλο και τελικά δεν υπάρχουν απλές κι εύκολες απαντήσεις.

Επιπρόσθετα αξίζει να σημειωθεί ότι η διακοπή της εργασίας επιφέρει παράλληλα με τ'άλλα, οικονομικές δυσχέρειες, γεγονός που δρα περιοριστικά στις κοινωνικές δραστηριότητες και συναναστροφές.

Έτσι ένα άλλο αποτέλεσμα που μπορεί να έχει ο Κ.Μ. στις γυναίκες είναι η κοινωνική απομόνωση, η απόσυρση δηλαδή απ' τις κοινωνικές δραστηριότητες όπως αναφέρει η Κ. Γιδοπούλου (Αθήνα 1986) σε μελέτη του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας. Ειδικότερα σημειώνει πως στην πρώτη φάση της αρρώστιας και κυρίως μόλις τα άτομα βγουν σπ' το νοσοκομείο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους παρατηρείται αυτή η κοινωνική απομόνωση. Κατ' αρχήν συντείνει περισσότερο απ' όλα το σοκ στην αρρώστια που είναι συνδεδεμένο κυρίως με την αντίληψη ότι αφού έχει καρκίνο θα πεθάνει καθώς και με τη διαδικασία του πένθους που βιώνει αυτή τη συγκεκριμένη περίοδο. Ένας δεύτερος επίσης λόγος που μπορεί να οδηγήσει την ασθενή με Κ.Μ. στην Κοινωνική Απομόνωση είναι η στάση του άμεσου περιβάλλοντος δηλαδή των μελών της οικογένειας που συνήθως αντιμετωπίζουν την άρρωστη με μια έντονη υπερπροστασία και σαν να είναι "εύδραυστη". Η απόρριψη αυτή της οικογένειας προς την ασθενή, είτε με τη μορφή υπερπροστασίας είτε φανερά, συντελεί στην απομόνωση της καρκινοπαθούς αφού βιώνοντάς την στο στενό της περιβάλλον αποφεύγει και διστάζει να βγει προς τα έξω σίγουρα πια πως κι εκεί θα συναντήσει την

ίδια αντιμετώπιση. Ένας άλλος ακόμη λόγος που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση είναι η αδυναμία της ασθενούς να αποδεχτεί την αρρώστια της, πρώτα η ίδια κι ύστερα να παραδεχτεί και να συζητήσει γι' αυτήν με τους γύρω της (συγγενείς-φίλους-συναδέλφους). Έτσι η γυναίκα αποφεύγει το κοινωνικό της περιβάλλον όπου ίσως να χρειαστεί ν' απαντήσει σ' ερωτήσεις του, που θα τη δυσκολεύουν κι επιλέγει την εύκολη λύση της φυγής. Οι τρεις αυτοί λόγοι που προαναφέρθηκαν σχεδόν πάντα συνυπάρχουν κι όλοι μαζί, ο καθένας με τη δική του βαρύτητα που ποικίλει ανάλογα με το άτομο και την προσωπικότητα, οδηγούν την ασθενή με Κ.Μ. στην κοινωνική απομόνωση.

Σ' αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο και σκόπιμο να σημειωθούν κάποιες προτάσεις για τη βελτίωση και αναβάθμιση της κοινωνικής ζωής της ασθενούς με Κ.Μ.: η Leslie Schorer (New York 1988) τονίζει πως θα ήταν καλό για την πάσχουσα από Κ.Μ. ή τη μαστεκτομημένη, να προσπαθεί και να "κοπιάζει" για την κοινωνική της ζωή ξεχωριστά:

- α)** Όσες γυναίκες είναι μόνες είναι δυνατόν ν' αποφύγουν τη μοναξιά αναπτύσσοντας ένα δίκτυο από στενούς φίλους ή περιστασιακούς και να κάνουν προσπάθειες να τους καλέσουν σπίτι τους ή να σχεδιάσουν επισκέψεις στους δικούς τους χώρους αλλά και κοινές δραστηριότητες.
- β)** Επίσης θα ήταν πολύ θετικό για την ασθενή που έχει υποστεί μαστεκτομή να βρει κάποιο χόμπι με το οποίο θ' ασχολείται και θα γεμίζει τις ελεύθερες ώρες της. Έτσι θα στοχεύει στο να μην αφήνει καθόλου χρόνο στη σκέψη και στο μυαλό της ν' αναλογίζεται την αρρώστια της.

- γ) Ακόμα η ασθενής μπορεί και να δοκιμάσει να πάει σε ατομικό ή ομαδικό σύμβουλο απ' όπου είναι δυνατόν να πάρει μια πιο θετική εικόνα για τον εαυτό της.
- δ) Ένας επίσης τρόπος για να τροφοδοτηθεί μια γυναίκα με ψυχική δύναμη για ν'αντιμετωπίσει καλύτερα κι ευκολότερα τις δυσκολίες που εμφανίζονται μετά από μια μαστεκτομή είναι να κάνει μια λίστα των δικών της θετικών σημείων του χαρακτήρα της, των ιδιαίτερων ταλέντων και εμπειριών της κι έτσι κάθε στιγμή που θα συλλαμβάνει τον εαυτό της να χρησιμοποιεί τον καρκίνο σαν πρόσχημα για να μη βγει έξω απ' το σπίτι ν' ανατρέχει στα προτερήματά της.

Όπως αναφέρει η Suzan Love (Αθήνα 1994) σημαντικό για μια γυναίκα που πάσχει από Κ.Μ. ή που έχει υποστεί μαστεκτομή. Θα ήταν ν'ασχοληθεί με τη νόσο έτσι ώστε να βοηθήσει άλλες ομοιοπαθείς στην αντιμετώπιση των πλείστων προβλημάτων που επισύει η αρρώστια. Μπορεί λοιπόν η καρκινοπαθής να σταθεί σε ομάδες που εργάζονται με σθενείς πάσχουσες από Κ.Μ. Η παρουσία και μόνο κάποιας που επέζησε της νόσου μπορεί να είναι εξαιρετικά καθυστερητική σε μια γυναίκα στην οποία πρόσφατα διαγνώστηκε καρκίνος και που ίσως γνωρίζει μόνο ανθρώπους που πεθαίνουν εξαιτίας του.

Καταλήγοντας λοιπόν θα έλεγε κανείς ότι χρειάζεται ν'απομυθοποιηθεί ο Κ.Μ. πρώτα απ' την ίδια την πάσχουσα και ύστερα απ' τους άλλους. Δεν πρέπει να παραμένει κανείς προσκολλημένος σ' αυτόν για πολύ καιρό αλλά ούτε και να τον απωθεί εντελώς. Κάθε άνθρωπος έχει ανάγκη από φίλους και πολύ περισσότερο μια γυναίκα που πάσχει από Κ.Μ. ή βρίσκεται στη

φάση μετά τη μαστεκτομή τους χρειάζεται για να μπορεί να συζητά ελεύθερα για την αρρώστια και τα συναισθήματά της προς αυτήν. Αν όμως έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό της για την αξία και την ικανότητά της να χειριστεί μια απόρριψη είναι έτοιμη για τον αληθινό κόσμο.

Προφανώς λοιπόν δεν είναι μονάχα σωματικές όλες οι συνέπειες του Κ.Μ. και ίσως τελικά οι πιο βλαπτικές να μην είναι αυτές αλλά εκείνες που δεν φαίνονται και που σχετίζονται με τον ψυχικό κόσμο, την προσωπική, την οικογενειακή, την κοινωνική ή τη σεξουαλική ζωή της ασθενής με Κ.Μ.

5. Σεξουαλική ζωή

Όταν έρχεται κάποιος, για πρώτη φορά αντιμέτωπος με την πραγματικότητα του καρκίνου, η σκέψη του επικεντρώνεται, ως επί το πλείστον, στο πως θα επιζήσει. Όταν όμως, στη συνέχεια, βρίσκεται μπρος σε κάποιον συγκεκριμένο τρόπο θεραπείας της νόσου του, η ελπίδα για ζωή επισείει το εξής ερώτημα: "πόσο φυσιολογική μπορεί να είναι η ζωή όταν ο καρκίνος θα είναι πια υπό έλεγχο". Ειδικότερα δε όταν πρόκειται για τον Κ.Μ. έχει διαπιστωθεί πως ο προβληματισμός εντοπίζεται στη σεξουαλικότητα και στο πόσο κι αν αυτή θα επηρεαστεί.

Αναμφισβήτητα η σεξουαλικότητα είναι ένα σημαντικό κομμάτι της καθημερινής ζωής του ανθρώπου. Ειδικότερα για τον καρκινοπαθή, διάφορα συναισθήματα επηρεάζουν το ενδιαφέρον για τη ζωή, την αυτοεκτίμηση καθώς και τις σχέσεις του με το σύντροφό του. Έχοντας υπόψιν τις διαφορές που εντοπίζονται στα άτομα σχετικά με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά και την πρακτική της, η λέξη "φυσιολογικό" είναι σχετική και δύσκολο να προσδιοριστεί.

Σύμφωνα όμως με τη Leslie Schover (New York 1988) φυσιολογικό στη σεξουαλική ζωή ενός ζευγαριού είναι οτιδήποτε προσδίδει ευχαρίστηση και στους δύο. Επειδή ο Κ.Μ. είναι ο πιο συχνός τύπος καρκίνου στις γυναίκες, τα σεξουαλικά προβλήματα έχουν συσχετιστεί μ' αυτόν και τη μαστεκτομή, περισσότερο απ' οποιονδήποτε άλλο τύπο καρκίνου. Η έλλειψη σεξουαλικής ισορροπίας ξεκινά κατ' αρχήν από τ' αρνητικά συναισθήματα της γυναίκας που σχετίζονται με την εμφάνισή της. Όπως έχει επικρατήσει, ο μαστός θεωρείται ένα σημαντικό μέρος του σώματος, σύμβολο ομορφιάς και δηλυκότητας. Έτσι η αφαίρεση του στήθους προκαλεί ανασφάλειες στη γυναίκα για το εάν ο σύντροφός της θα την αποδεχτεί και θα την αισθάνεται σεξουαλικά επιθυμητή.

Η Leslie Schover (New York 1988) συνεχίζει τονίζοντας ότι το στήθος και ιδιαίτερα η θηλή είναι σπουδαίες πηγές σεξουαλικής ευχαρίστησης για πολλές γυναίκες. Λέγεται μάλιστα πως με τα χέρια στους μαστούς μπορούν κάποιες να φτάσουν σε οργασμό ενώ για πολλές άλλες η σεξουαλική διέγερση εντείνεται με τον ερεθισμό του στήθους. Μαρτυρίες, επίσης αναφέρουν ότι αν και κάποιες γυναίκες απολαμβάνουν να τις αγγίζουν γύρω απ' τη θεραπευμένη αυλή, μετά από μια μαστεκτομή, οι περισσότερες δυσανασχετούν ή ακόμα δεν απολαμβάνουν πια τα χέρια στον άλλο υγιή μαστό.

Από έρευνα της Suzan Love (1994) γύρω από το ζήτημα της σεξουαλικής ζωής των γυναικών μετά τη μαστεκτομή προκύπτουν και τα εξής: ασθενής που υποβλήθηκε σε αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή αισθάνθηκε ότι όλες οι ερωτικές αισθήσεις που πριν την εγχείρηση είχε συγκεντρωμένες στο στήθος είχαν πλέον μετατοπιστεί "νότια" και οι οργασμοί της έδιναν

περισσότερη απόλαυση. Μια άλλη περίπτωση, εξάλλου, που απαντάται μετά από μια μαστεκτομή είναι όταν ο βραχίονας ή ο ώμος της ασθενούς δεν είναι τόσο ισχυρός. Αυτό μπορεί να καταστήσει ορισμένες στάσεις πιο δύσκολες, κατά τη διάρκεια της ερωτικής πράξης ή επί πολλούς μήνες μετά την επέμβαση ίσως η μαστεκτομημένη γυναίκα να αισθάνεται δυσάρεστα όταν ξαπλώνει στη χειρουργημένη πλευρά. Σ' αυτήν την περίπτωση θα ήταν, αναμφισβήτητα, πολύ βοηθητική η καλή επικοινωνία και συζήτηση του προβλήματος με το σύντροφο ώστε ν' αναζητηθούν νέοι τρόποι ερωτικής πρακτικής τους οποίους ν' αναλαμβάνουν κι οι δύο. Επίσης άλλες μαρτυρίες γυναικών αναφέρουν πως, σε ορισμένες περιπτώσεις, ένα σημαντικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας είναι κι η δημιουργία μιας σύντομης ερωτικής σχέσης ακόμα και εξωσυζυγικής προκειμένου να αισθανθούν ότι παραμένουν ερωτικά ελκυστικές και να νιώσουν και πάλι ολοκληρωμένες.

Στη μελέτη επίσης της Leslie Schover (New York, 1988) γίνονται προτάσεις για μια ισορροπημένη και φυσιολογική σεξουαλική ζωή. Αρχικά, οι γυναίκες που χάνουν ένα μέρος του σώματος τους εξαιτίας του καρκίνου και ειδικά το στήθος τους, θεωρούν πως χάνουν και την ευχαρίστηση που αισθάνονταν πριν, από τα χάρδια σ' εκείνη την περιοχή κατά τη διάρκεια του σεξ. Έτσι σ' αυτή την περίπτωση είναι καλό να ζητήσει η μαστεκτομημένη γυναίκα από το σύντροφό της να την αγγίζει χαϊδεύοντας την στο σώμα με σκοπό να βρει καινούργιες ερωτικές ζώνες. Στη συνέχεια, μια τέτοια συμπεριφορά βοηθάει ώστε η γυναίκα να νιώσει με το κορμί της κι ιδιαίτερα με το σημείο εκείνο όπου επήλθε κι η αλλαγή αφιερώνοντάς κάποιο χρόνο στο να το κοιτάζει και να το αγγίζει μπροστά σ' έναν καθρέπτη. Αν αυτό προκαλεί αμηχανία και συναισθηματικό πόνο, ιδιαίτερα τις πρώτες φορές,

καλό θα είναι η ασθενής να μη σταματήσει αυτή την προσπάθεια αλλά να συνεχίσει με σκοπό να ξυπνήσει τα θετικά συναισθήματα που θα υπερνικήσουν τα αρνητικά. Έτσι μ' αυτόν τον τρόπο η γυναίκα θα συνηθίσει τις αλλαγές που συνέβησαν στο σώμα της. Επίσης μερικές γυναίκες που έχουν κάνει μαστεκτομή φορούν στηθόδεσμο με πρόσδεση ενώ άλλες το βρίσκουν αδέξιο ακόμα και κατά τη διάρκεια της ερωτικής πράξης. Μια γυναίκα όμως που προτιμά να μη φοράει πρόσδεση μπορεί ν' απολαμβάνει τα χάδια γύρω από την περιοχή της μαστεκτομής ή απλά να μη νιώθει την ανάγκη να κρύβει την ουλή της. Σ' ένα ανασχηματισμένο στήθος είναι δεδομένο ότι ο αισθησιασμός κι η ευχαρίστηση που προξενούν τα χάδια έχει εκλείψει. Γενικά ο ανασχηματισμός μπορεί να βοηθήσει τη μαστεκτομημένη γυναίκα να νιώσει αίσθηση της ολοκλήρωσης και γοητείας.

Μια ακόμη πρόταση που επίσης παρουσιάζεται στο άρθρο για συνέχιση και βελτίωση της σεξουαλικής ζωής της καρκινοπαθούς που έχει υποστεί μαστεκτομή είναι η αφοσίωση της ασθενούς στα θετικά χαρακτηριστικά της ώστε να πιστέψει πως αξίζει και για κάτι άλλο πέρα από την εμφάνιση των μαστών της. Έχει διαπιστωθεί ότι τέτοιες σκέψεις μπορούν να κάνουν από μόνες τους μια σεξουαλική εμπειρία, θετική ή αρνητική. Μπορεί μια γυναίκα να προετοιμάσει τον εαυτό της για την αποτυχία ή την επιτυχία μόνο και μόνο με τη σκέψη. Έτσι αν έχει ένα θετικό χαρακτηριστικό θα ήταν καλό για αυτή να το εντοπίσει, να το πιστέψει και να το χρησιμοποιήσει κατάλληλα. Το σπουδαιότερο όμως στην ομαλή σεξουαλική ζωή ενός ζευγαριού που η γυναίκα έχει υποστεί μαστεκτομή, φαίνεται να είναι η επικοινωνία μεταξύ των συντρόφων. Πολλοί άνθρωποι αντιδρούν στο καρκίνο με το να

αποτραβιούνται στους εαυτούς τους. Φοβούνται ότι το ταίρι τους θα νιώσει δύσκολα με το να μοιράζεται φόβους ή ντροπή. Φαίνεται παράξενο αλλά σύμφωνα με έρευνες οι άντρες σύζυγοι είναι αυτοί που έχουν το πρόβλημα του να μοιραστούν τα αισθήματά τους. Δυστυχώς, όμως το αποτέλεσμα είναι ότι κάθε σύντροφος αφήνεται τελικά μόνος του. Κανένα ζευγάρι δεν αντιμετωπίζει τον καρκίνο και τη θεραπεία του χωρίς ανησυχία έτσι αν μοιραστούν τους φόβους και ειδικότερα τα προβλήματα της σεξουαλικότητας που επιφέρει μια μαστεκτομή είναι ένας τρόπος για να νιώσουν τα ζευγάρια οικειότητα μέσα στην αποξένωση και το άγχος που δημιουργεί η αρρώστια.

Η θεραπεία του Κ.Μ. είναι από μόνη της επώδυνη αλλά μπορεί να είναι ακόμη πιο σκληρή συναισθηματικά, για μια γυναίκα που είναι μόνη της, χωρίς ένα φύλο που θα μπορούσε να εμπιστευτεί ή κάποιο ερωτικό σύντροφο. Σ' αυτή την δεύτερη περίπτωση αναφέρεται και η Leslie Schover (New York, 1988) σε μελέτης της, λέγοντας πως μια τέτοια κατάσταση προκαλεί ανησυχία και φόβο για το ότι ένας ερωτικός σύντροφος θα μπορούσε να την απορρίψει εξαιτίας της μαστεκτομής. Τελικά όμως είναι η πιο ιδιωτική και απόκρυφη πληγή για τον ίδιο τον εαυτό της ασθενούς. Έτσι αν αυτή ελπίζει να παντρευτεί μπορεί να διστάζει γιατί δεν επιθυμεί να εμπλέξει τον εραστή της σε ένα αβέβαιο μέλλον. Ανασφάλειες επίσης για το εάν θα αποκτήσει παιδιά μπορούν να την επηρεάσουν αρνητικά στο ξεκίνημα μιας καινούργιας σχέσης. Συνήθως στη δημιουργία σχέσεων οι καρκινοπαθείς γενικά αποφεύγουν να μιλήσουν για την αρρώστια τους. Όταν όμως αυτές αρχίζουν να γίνονται όλο και πιο ουσιαστικές, η σιωπή δεν είναι η καλύτερη στρατηγική. Επομένως, πριν η πάσχουσα και ο σύντροφός της αποφασίσουν να προχωρήσουν σε μια πιο επίσημη δέσμευση, όπως

είναι ο γάμος, θα ήταν προτιμότερο να αντιμετωπίσουν πρώτα από όλα τον καρκίνο. Στην περίπτωση της μαστεκτομής, η γυναίκα έχει ένα ιδιαίτερο δίλημμα: τότε θα μπορούσε να πει σε κάποιον που γνώρισε μετά τη μαστεκτομή, για το κρυφό πρόβλημα της. Δεν υπάρχουν σκληροί και γρήγοροι κανόνες αλλά συνήθως είναι πολύ δύσκολο να ειπωθεί κάτι τέτοιο κατά την πρώτη γνωριμία. Αν περίμενε να συζητήσει το θέμα της την στιγμή που θα βρεθεί με τον εραστή της στο κρεβάτι, η εξέλιξη της σχέσης μπορεί να είναι άσχημη. Επομένως είναι προτιμότερο, για την ασθενή, να περιμένει να νιώσει, πρώτα, ένα αίσθημα εμπιστοσύνης για το συντροφό της και μετά να προχωρήσει στην ανακοίνωση της κατάστασης της υγείας της. Η λυπηρή πραγματικότητα είναι ότι μερικοί “Δεινοί εραστές” μπορεί να απορρίψουν μια γυναίκα αλλά καθένας μπορεί να απορρίπτεται καθημερινά. Οι άνθρωποι ακόμα και να μην έχουν προσβληθεί από καρκίνο απορρίπτουν ό ένας τον άλλον εξαιτίας της εμφάνισης, της προσωπικότητας ή για άλλους δικούς τους λόγους. Αυτό που δυστυχώς συμβαίνει είναι ότι μερικές γυναίκες με Κ.Μ. απομονώνουν τους εαυτούς τους και αποφεύγουν νέες γνωριμίες. Αν και μπορούν να αποφύγουν τον πόνο της απόρριψης μένοντας σπίτι, παράλληλα όμως χάνουν την ευκαιρία να δημιουργήσουν μια σχέση που μπορεί να τους χαρίσει μια ευτυχισμένη ζωή.

το πιο ενδιαφέρον σημείο που πρέπει να θυμάται κανείς είναι ότι το ευχάριστο σεξουαλικό άγγιγμα μεταξύ ενός άνδρα και μιας γυναίκας είναι πιθανόν να υφίσταται άσχετα από την φυσική κατάσταση ή το ιατρικό ιστορικό των δύο συντρόφων. Επομένως η σεξουαλικότητα είναι ζήτημα ανάγκης των ανθρώπων για οικειότητα, χάδια, παιχνίδια, φροντίδα και ευχαρίστηση.

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε'

Α. ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ

Αποτελεί, σήμερα διεθνή παραδοχή ότι η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει και κοινωνική βάση. Το πρόβλημα της υγείας δεν λύνεται μόνο με ιατρικές υπηρεσίες περίθαλψης, αλλά με την αρμονική συμβίωση του ατόμου με το οικολογικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η ύπαρξη υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασικό συντελεστή για την κοινωνική οργάνωση και την ποιότητα ζωής. Ο κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας που δεν αρνείται το βιολογικό μέρος του ανθρώπου, αλλά το συσχετίζει με τις κοινωνικές συνθήκες είναι η διάσταση που δίνει η κοινωνική εργασία. Η κοινωνική αιτιότητα πρέπει να εξετάζεται σαν καθοριστικός παράγοντας διαμόρφωσης υγείας.

Σύμφωνα με την κ. Γιδοπούλου - Στραβολαίμου, κοινωνική λειτουργό στον Αγιο Σάββα (1991), κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο, έχει να παλέψει με δύο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων:

- α)** Αυτά που δημιουργούνται από την αρρώστια και τις επιπτώσεις θεραπείας, και
- β)** Αυτά που δημιουργούνται από τον τρόπο που αντιμετωπίζονται τα άτομα αυτά από το νοσοκομειακό, οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Τα προβλήματα της πρώτης κατηγορίας αναφέρονται κυρίως στην απειλή του θανάτου και στην αλλαγή της εικόνας του σώματος, ενώ της δεύτερης

κατηγορίας αφορούν στο κοινωνικό στίγμα του καρκίνου και της αναπηρίας που προκαλείται συχνά από τη θεραπεία της νόσου αυτής (Γιδοπούλου - Στραβολαίμου, 1991).

Η Μ. Στρογγυλού σε σεμινάριο των κοινωνικών λειτουργών με θέμα “Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου “ που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα (1991), αναφέρει ότι ο καρκίνος του μαστού και η μαστεκτομή είναι ένας ακρωτηριασμός με ιδιαίτερα συμβολικό χαρακτήρα. Οι κοινωνίες όλων των εποχών έμαθαν τη γυναίκα να δίνει ιδιαίτερη σημασία στο μαστό της, άλλοτε σα μέσο έκφρασης της μητρότητας και άλλοτε σαν πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας. Η στάση της κοινωνίας μας συνδέεται με πολιτιστικές αξίες που εξισώνουν τη σωματική ακεραιότητα, τη φυσική ελκυστικότητα και την ομορφιά, με το σεξ και το ρομαντισμό, με αποτέλεσμα ο στόχος του κοινωνικού λειτουργού να μην περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της αρρώστιας αλλά να προεκτείνεται και στον αντίκτυπο που έχουν αυτές σε τέτοια θέματα ζωτικής σημασίας για την ασθενή. Η προσκόλληση της κοινωνίας στην εξωτερική εμφάνιση και στα πρότυπα που προβάλλονται σήμερα, κάνουν πιο έντονα τα προβλήματα των ασθενών αυτών. Αντιπροσωπεύοντας, λοιπόν, οι μαστοί για τη γυναίκα αισθήματα και συμβολισμούς συνειδητούς και υποσυνείδητους, φυσικό είναι να την εμποδίζουν συναισθηματικά να δεχτεί ακόμη και αυτή τη θεραπευτική προσβολή.

Σύμφωνα , με την κ. Γιδοπούλου - Στραβολαίμου (1991), ο καρκίνος του μαστού και η χειρουργική επέμβαση που τον ακολουθεί, φέρνει τη γυναίκα μπροστά σε μια πραγματικότητα που στην καλύτερη περίπτωση θα αλλοιώσει την “αρχιτεκτονική” του μαστού και στη χειρότερη θα τον

ακρωτηριάσει. Η συναισθηματική κρίση είναι δεδομένη και στις δύο περιπτώσεις. Το μέγεθος και η έκτασή της εξαρτώνται περισσότερο από την προσωπικότητα της άρρωστης και τη συναισθηματική επένδυση που έχει κάνει σε αυτόν και λιγότερο από το είδος και το μέγεθος της εγχείρησης. Ιδιαίτερη σημασία στην εντόπιση αυτή έχει η προεγχειρητική προετοιμασία της άρρωστης. Η προσέγγιση του κοινωνικού λειτουργού είναι αποφασιστικής σημασίας για τη μετέπειτα προσαρμογή και αποδοχή της νέας εικόνας του σώματος. Στόχος της προσέγγισης είναι να βοηθηθεί η γυναίκα να νιώσει ότι η απόφαση για την επέμβαση είναι καθαρά δική της. Αποφασίζει να θυσιάσει κάτι πολύτιμο, όπως είναι ο μαστός της για να κερδίσει κάτι σημαντικότερο που είναι η υγεία της. Όπως συμβαίνει με κάθε θυσία θα είναι έτοιμη να δεχτεί τόσο τα συναισθήματα θλίψης που την συνοδεύουν όσο και την αναγνώριση του κέρδους. Στο θέμα απόφαση για την επέμβαση, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να δουλέψει ιδιαίτερα με την ασθενή, διότι αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της αποδοχής και της προσαρμογής.

Η κ. Γιδοπούλου - Στραβολαίμου σε σεμινάριο με θέμα "Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο ανάλογα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας" (Αθήνα, 1991), αναφέρει ότι η μαστεκτομή δημιουργεί καταστάσεις που συνεπάγονται μόνιμους περιορισμούς οι οποίοι συχνά οδηγούν τα άτομα και τις οικογενειές τους σε οριστικές αναθεωρήσεις στόχων ή σχεδίων ζωής. Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στην περίπτωση αυτή είναι να βοηθήσει την ασθενή να εκφράσει τα οποιαδήποτε συναισθήματά της. Στη συνέχεια να την οδηγήσει να χειριστεί η ίδια τα συναισθήματά που την κατακλύζουν σε σχέση με τον εαυτό της και τους

γύρω της όπως το γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον. Στη φάση αυτή, η αντιμετώπιση των προβλημάτων δεν αφορούν μόνο την ασθενή, αλλά παράλληλα πρέπει να εκτιμηθούν οι αντιδράσεις και οι διαθέσεις που γεννιούνται μέσα στην μέση στην οικογένεια. Η ανάγκη για προσαρμογή της άρρωστης στη νέα εικόνα του σώματος είναι μία ευρύτερη διαδικασία προσαρμογής στην αρρώστια και στις συνθήκες που θα επιβάλλει αυτή. Αν ληφθεί υπόψιν ότι κάθε προσαρμογή σ' ένα καινούριο, κοινωνικό κλίμα χρειάζεται κάποια προσπάθεια, στην περίπτωση των ασθενών αυτών υπάρχει σοβαρότατο πρόβλημα, διότι ενώ η εισαγωγή στο νοσοκομείο τους δημιουργεί μία ριζική και απότομη μεταβολή στη ζωή τους, η ίδια η αρρώστια μειώνει την προσαρμοστική τους δύναμη και την ψυχική τους αντοχή. Το πρόβλημα προσαρμογής της άρρωστης προκαλεί συνήδως αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις και εντάσεις. Μόλις η ασθενής μάθει ότι έχει καρκίνο του μαστού ή έστω όταν η σιωπηρή πορεία κάποιων εξετάσεων τη βάζει σε σοβαρές υποψίες, έστω και αν δεν της το επιβεβαιώνει κανείς, ρίχνεται μέσα σε μια κρίση, νιώθοντας ότι απειλούνται βασικές ασφάλειες της ζωής της. Οι αντιδράσεις που θα συναντήσει ο κοινωνικός λειτουργός στη φάση αυτή είναι σοκ, άρνηση, θλίψη, οργή, ενοχή ή αμφιθυμία και έχουν δύο κοινά χαρακτηριστικά:

- α. Διαταραχή της ισορροπίας της προσωπικής ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς της και
- β. Ανάγκη για δύσκολες και οδυνηρές συναισθηματικές προσαρμογές.

Η προσέγγιση του κοινωνικού λειτουργού πρέπει να έχει σα στόχο να βοηθήσει την ασθενή έγκαιρα και σωστά για να απαλλαγεί από τις αρνητικές επιρροές του άγχους και τις κρίσεις της προσωπικής της ζωής. Εάν δεν είναι δυνατόν να απαλλαγεί, πρέπει οπωσδήποτε να υποστηριχτεί για να δεχτεί την ύπαρξή του, ώστε να μπορεί να την υφίσταται. Διαπιστώνει ότι η ασθενής κινητοποιεί ειδικούς προσαρμοστικούς μηχανισμούς, στην προσπάθειά της να απαιτήσει τη συναισθηματική της ισορροπία. Ως συχνότερος αμυντικός μηχανισμός εμφανίζεται ο μηχανισμός της άρνησης, χορείς να υστερούν οι μηχανισμοί της απώθησης, της προβολής, της υπεραναπλήρωσης ή της παλινδρόμησης και της απόσυρσης. Η συχνότητα του μηχανισμού της άρνησης οδηγεί συνήθως το γιατρό και το περιβάλλον σε παραπλανητικές εκτιμήσεις και εύκολα μπορεί να μεταφράσει κανείς τη φαινομενική ηρεμία με την καλή προσαρμογή ή ότι η κατάθλιψη πέρασε, αφού σταμάτησε το κλάμα. Για τον κοινωνικό λειτουργό, όμως, η ήσυχη ασθενής με το απλανές βλέμμα και το ευγενικό χαμόγελο πρέπει να λέει πολλά, όπως επίσης και η ασθενής που νιώθει την ανάγκη να επαναλαμβάνει τη διαβεβαίωση ότι το ξεπέρασε και νιώθει μια χαρά (Γιδοπούλου - Στραβολαίμου 1991).

Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο, συναισθήματα κατάθλιψης ή απελπισίας να μπλέκονται με την έκφραση καχυποψίας και αμφισβήτησης για το πόσο σωστή ήταν η διάγνωση και πόσο αναγκαία η ακρωτηριαστική η επώδυνος θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή η προσέγγιση στόχο έχει, να βοηθηθεί η άρρωστη, μέσα από την έκφραση των συναισθημάτων της, να μπορέσει να διακρίνει την πραγματικότητα από την υπογία, ώστε αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα στην πραγματική του διάσταση, να αποβάλει

τον υπέρμετρο ή φανατικό φόβο γύρω από την αρρώστια και την αβεβαιότητα που τη συνοδεύει (Γιδοπούλου - Στραβολαίμου, 1991).

Οι ασθενείς, σχεδόν πάντα, παρουσιάζουν μία τάση να αρνούνται την απογοήτευσή τους, με σκοπό να αποφύγουν να προκαλούν την προσοχή και τον οίκτο των άλλων, προσπαθώντας να ελαττώσουν τη φοβερή ψυχοκοινωνική τους απομόνωση. Η προσέγγιση του κοινωνικού λειτουργού πρέπει να έχει σα στόχο να βοηθήσει τόσο την ίδια όσο και το περιβάλλον της να υιοθετήσουν έναν τρόπο ανοιχτής επικοινωνίας, αποτρέποντας έτσι να υψωθεί μεταξύ τους ένας τοίχος συναισθηματικής σιωπής, η οποία οδηγεί την άρρωστη σε στάση αυτολύπησης και ηττοπάθειας. Η στάση ανοιχτής επικοινωνίας επιτρέπει στην άρρωστη να εκφράσει φόβους και αγωνίες, να τις μοιραστεί με τα πρόσωπα που εμπιστεύεται και να εισπράξει κατανόηση και ενδάρρυνση, αντί οίκτου και σιωπής. Βοηθά τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα και ανάγκες, έτσι ώστε βοηθούμενοι οι ίδιοι να μπορούν να παίζουν έναν υποστηρικτικό ρόλο για την ασθενή, ζώντας παράλληλα τη δική τους ζωή χωρίς ενοχές και άγχος. Αναπάντητες ερωτήσεις προσλαμβάνουν πολλές φορές παράλογη σπουδαιότητα και μόνο ο ανοικτός διάλογος μπορεί να αποτρέψει τις σοβαρές παρεξηγήσεις και τις αδικαιολόγητες φοβίες (Γιδοπούλου - Στραβολαίμου, 1991).

Ο κοινωνικός λειτουργός, που εργάζεται σε αντικαρκινικό νοσοκομείο, έχει τις εξής αρμοδιότητες:

α) Παροχή βοήθειας στην άρρωστη με σκοπό να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες της.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

- β) Συνεργασία με την άρρωστη με απώτερο στόχο να διακρίνει το πραγματικό από το υπομιαζόμενο.
- γ) Υποστήριξη της ασθενούς, χωρίς όμως να την παραπλανήσει. Χρησιμοποιώντας τις μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα θα βοηθηθεί η άρρωστη να δεχτεί την αρρώστια της, να ξανακερδίσει το ενδιαφέρον για τη ζωή και να μπορέσει να υπομείνει όλες τις δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει.
- δ) Συμβουλευτική εργασία με την οικογένεια της άρρωστης με σκοπό να δεχτεί την ασθένεια ξεπερνώντας τους αρχικούς φόβους και τις τυχόν ενοχές, να κατανοήσει την άρρωστη και να σταθεί κοντά της. Επίσης να κάνουν τη δική τους εκφόρτιση και να συζητήσουν για τις δικές τους ανησυχίες.
- ε) Προετοιμασία της ασθενούς να συμβιβαστεί με την αναπηρία που προκύπτει μετά τον ακρωτηριασμό και να συνεχίσει τη ζωή της με ελπίδα και διάθεση να αγωνιστεί γι' αυτήν.
- στ) Δραστηριοποίηση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για τη φύση της ασθένειας.
- ζ) Διοργάνωση προγραμμάτων πρόληψης σε κοινοτικό επίπεδο με στόχο την απομυθοποίηση και τη σωστή ενημέρωση του κοινού για την εξέλιξη της ασθένειας και τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου.
- η) Ομαδικές συναντήσεις ασθενών με σκοπό την ανταλλαγή των εμπειριών και συναισθημάτων τους.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Η εμπειρία να πλησιάσει κανείς τον πόνο, τα προβλήματα και τις συναισθηματικές ανάγκες ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και έχουν υποστεί μαστεκτομή είναι συγκλονιστική και η αντιμετώπισή τους απαιτεί σθένος, εμπειρία και ειδικές γνώσεις. Χρειάζεται εντατική δουλειά μέχρι τη διαμόρφωση της κοινωνίας έτσι, ώστε η ασθενής με καρκίνο να προκαλεί λιγότερο φόβο, να δέχεται λιγότερο οίκτο και να αντιμετωπίζεται μ' όλη την κατανόηση που χρειάζεται, παράλληλα με την ιατρική βοήθεια.

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ'

A. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

1. Στο διεθνή χώρο

Ο κ. Δόντας σε σεμινάριο των κοινωνικών λειτουργών που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα (1991) με θέμα "Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου", αναφέρει ότι το 1935, με την πρωτοβουλία του Υπουργού Υγείας της Γαλλικής κυβέρνησης, πραγματοποιήθηκε η σύσταση της Διεθνούς Ενώσεως κατά του καρκίνου, που επικράτησε από τότε με την λατινική σημασία UNIO INTERNATIOLIS CONTRA CANCRUM, με τα αρχικά U.I.C.C.. Η ένωση αυτή δημιουργήθηκε με σκοπό να προωθηθεί ο αντικαρκινικός αγώνας διαμέσου της έρευνας, της θεραπείας και της ανάπτυξης των κοινωνικών ενεργειών,

Στο ίδιο σεμινάριο αναφέρθηκε ότι στο Λουξεμβούργο, το Δεκέμβριο του 1985 οι αρχηγοί των κρατών της Ε.Ε. έβαλαν το θεμέλιο ενός άλλου ειδικού προγράμματος με γενικό τίτλο " Η Ευρώπη κατά του καρκίνου". Η υλοποίησή του άρχισε αμέσως με τη σύναξη ενός δεκαλόγου, των δέκα εντολών, όπως ελέχθη, και τιτλοποιήθηκε "Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Κατά του Καρκίνου".(Πίνακας Βλ. παράρτημα). Το πρόγραμμα κάλυψε ιδιαίτερα τους εξής τομείς:

- α) Την πρόληψη του καρκίνου,
- β) Την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας,
- γ) Την κατάρτιση υγειονομικού προσωπικού,

δ) Την έρευνα για τον καρκίνο

Παράλληλα με αυτά τα γενικά προγράμματα, πραγματοποιήθηκαν και άλλα ειδικότερα σ' όλο τον κόσμο με σκοπό την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που δημιουργεί ο καρκίνος ανάλογα με το σημείο εντόπισης του. Ένα τέτοιο πρόγραμμα, σύμφωνα με την κ. Βελονάκη, αντιπρόεδρο του Πανελληνίου Συλλόγου Μαστεκτομημένων Γυναικών, δημιουργήθηκε το 1930, στην Αμερική, από την Τερέζα Λάζερ, που είχε υποβληθεί σε μαστεκτομή ένωσε την ανάγκη να μοιραστεί τα συναισθήματά της με μια άλλη γυναίκα που είχε περάσει την ίδια εμπειρία.

Το πρόγραμμα ονομάστηκε "Reach to Recovery" και στηρίζεται στην υψηλή αξία της αλληλοβοήθειας, κατανόησης κι υποστήριξης που μόνο άνθρωποι με την ίδια εμπειρία μπορούν να δώσουν. Το 1975, μια άλλη αμερικανίδα, η Φρανσίν Τίμοθυ οργάνωσε το ίδιο πρόγραμμα στη Γαλλία. Σιγά -σιγά όλες οι χώρες της Ευρώπης δημιούργησαν ανάλογα προγράμματα με σκοπό να προωθήσουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών με μαστεκτομή.

Στο σημείο αυτό, όμως, αξίζει να ασχοληθεί κανείς εκτενέστερα με τα προγράμματα, που υλοποιούνται στον Ελλαδικό χώρο, για τον καρκίνο μαστού και τη μαστεκτομή.

2. Στον Ελληνικό χώρο

α) Η ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία

Η Ε.Α.Ε., όπως αναφέρει ο κ. Δοντάς σε σεμινάριο των κοινωνικών λειτουργών (1991), ιδρύθηκε το 1958 από κάποιους επιστήμονες οι οποίοι

αντελήφθησαν ότι ο καρκίνος ήταν μία ιατροκοινωνική ασθένεια, ένα πολύ δύσκολο ιατρικό πρόβλημα με ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Τα προγράμματα της Ε.Α.Ε. είναι τα εξής:

1. Δημιουργία παραρτημάτων στις μεγάλες πόλεις της Ελλάδας με σκοπό το καθένα να συντονίζει τοπικά τον αντικαρκινικό αγώνα.
2. Έκδοση και διανομή χιλιάδων ενημερωτικών φυλλαδίων σ' όλη την χώρα για κάθε μορφή καρκίνου, με σκοπό την ενημέρωση των ανθρώπων.
3. Ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή ελπίδας, όπου ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν σε εικοσιτετράωρη βάση συμβουλές, ψυχολογική υποστήριξη και πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια.
4. Κυτταρολογικό εργαστήριο που εξυπηρετεί δωρεάν, για προληπτικό έλεγχο του καρκίνου, άγονες περιοχές της Ελλάδας καθώς και εργοστασιακούς χώρους για ομαδικές εξετάσεις βάσει ειδικών προγραμμάτων της Ε.Ε.
5. Οικονομική ενίσχυση ερευνητικών αντικαρκινικών προγραμμάτων.
6. Οργάνωση σεμιναρίων για γιατρούς, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς με σκοπό την ενημέρωση και τη μετεκπαίδευσή τους.
7. Το κέντρο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που έχει δημιουργηθεί προ 10ετίας και προσφέρει υποστήριξη σε κάθε ασθενή που έχει ανάγκη ειδικής βοήθειας.

β) Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο

Το κέντρο αυτό δημιουργήθηκε τον Ιανουάριο του 1983, με σκοπό να προσφέρει μία συστηματική επιστημονική βοήθεια στα κοινωνικά και

ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στα άτομα που πάσχουν από καρκίνο (Περιοδικό Περισκόπιο, 1990).

Πρώτος στόχος του κέντρου, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού και μαστεκτομή και η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που δημιουργούνται. Η αντιμετώπιση των περιστατικών γίνεται με τη συμβολή εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού (ψυχολόγος και κοινωνικός λειτουργός μέσα από ατομικές ή ομαδικές συναντήσεις, σεμινάρια και ομάδες υποστήριξης.

Εκτός από το άτομο που πάσχει από καρκίνο, το Κέντρο ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης παρέχει υποστήριξη και στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς. Για το σκοπό αυτό λειτουργούν:

1. Ομάδες συζύγων και
2. Ομάδες παιδιών και εφήβων.

Σκοπός των ομάδων αυτών είναι να δώσουν υποστήριξη στο οικογενειακό περιβάλλον, ώστε να γίνει ενθαρρυντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση της ασθενούς (Περιοδικό Περισκόπιο, 1990).

Ειδικότερα οι στόχοι που έχουν οριστεί από το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο της Ε.Α.Ε. είναι:

1. Να βοηθηθεί η ασθενής που αντιμετωπίζει τον καρκίνο να συνεχίσει τη ζωή της γνωρίζοντας την απειλή που αποτελεί η αρρώστια γι' αυτήν.
2. Να βοηθήσει την ασθενή να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματός της μετά από ένα ακρωτηριασμό (μαστεκτομή).

3. Να βοηθηθεί η ασθενής να προσαρμοστεί στο κοινωνικό της περιβάλλον.

Αυτή η βοήθεια μπορεί να είναι πρακτική ή υποστηρικτική με σκοπό να μπορέσει η ασθενής να ξεπεράσει τα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που είναι το αποτέλεσμα της αρρώστιας και τα οποία οδηγούν πολλές φορές σε κοινωνική απομόνωση.

4. Να βοηθηθεί η οικογένεια της καρκινοπαθούς να αντιμετωπίσει την ασθένεια και τα προβλήματα που αυτή δημιουργεί (οικονομικά, κοινωνικά, ψυχολογικά).

Όλες οι δραστηριότητες του προγράμματος και οι υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης προσφέρονται δωρεάν από την Ε.Α.Ε.

γ) Πανελλήνιος Σύλλογος Μαστεκτομημένων Γυναικών

Ιδρύθηκε το 1988 από μια ομάδα γυναικών που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή, με την επιστημονική βοήθεια και την ηθική υποστήριξη της κοινωνικής υπηρεσίας και των γιατρών του νοσοκομείου ΜΕΤΑΞΑ.

Όπως αναφέρει η Ιωσηφίνα Σκούρτα, κοινωνική λειτουργός, σε ημερίδα της Ε.Α.Ε. με τίτλο "Η Γυναίκα και ο Καρκίνος" (1993), σκοπός του συλλόγου είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, ενδάρρυνση, υποστήριξη και ενημέρωση κάθε γυναίκας και της οικογένειάς της σε θέματα που αφορούν την πρόληψη και αποκατάσταση του καρκίνου του μαστού. Για την επίτευξη των σκοπών αυτών εφαρμόζονται ποικίλα προγράμματα ενημέρωσης, πληροφόρησης, υποστήριξης και εκπαίδευσης των μελών του για εθελοντικό έργο με την επιστημονική βοήθεια γιατρών, κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων και άλλων ειδικών. Συγκεκριμένα:

I) Ομάδα εδελοντριών

Αποτελείται από 35 επιλεγμένες και εκπαιδευμένες γυναίκες - εδελόντριες, οι οποίες έχουν υποστεί μαστεκτομή στο παρελθόν. Η εκπαίδευσή τους είναι βιωματική και αποβλέπει:

- α) Στην οριοθέτηση του ρόλου, στη συνειδητοποίηση της απόφασης και στην εντόπιση των κινήτρων συμμετοχής στο πρόγραμμα.
- β) Στην μείωση του άγχους για την ευθύνη τους ως προς την άρρωστη, με έμφαση στο μήνυμα ότι η παρουσία τους και μόνο αρκεί, εφόσον η ίδια αποτελεί ζωντανό παράδειγμα γυναίκας που αντιμετώπισε επιτυχώς τις δυσκολίες που απορρέουν από τη μαστεκτομή.
- γ) Στην αναβίωση και αναγνώριση των δικών τους συναισθημάτων που αφορούν στον αντίκτυπο της διάγνωσης του καρκίνου, της μαστεκτομής, του φόβου της μετάστασης, του θανάτου και της επαναπροσαρμογής.

II) Σεμινάρια ευαισθητοποίησης

Στόχος των σεμιναρίων αυτών είναι η προετοιμασία των μελών για συμμετοχή σε θεραπευτικές ομάδες. Στις ομάδες αυτές, τα άτομα, με τη βοήθεια ειδικού, καθοδηγούνται να συνειδητοποιήσουν τον τρόπο που αντιδρούν στα γεγονότα της ζωής; με στόχο το κάθε άτομο να βρει δημιουργικές δέσεις που θα ενισχύσουν την ικανότητά του να ενταχθεί στο ευρύ κοινωνικό και φυσικό του περιβάλλον. Η συμμετοχή των γυναικών στις ομάδες προσφέρει την ευκαιρία να εκφράσουν τα αρνητικά και θετικά τους συναισθήματα, μέσα από εμπειρίες τους. Παράλληλα, υπάρχει δυνατότητα για αλληλοϋποστήριξη, παραδοχή και για ένα συναίσθημα ασφάλειας. Αισθάνονται ότι δεν είναι μόνες. Αυτά που πέρασαν οι ίδιες τα έχουν

περάσει κι άλλες. Ακόμη υπάρχουν πρόσωπα, που μπορούν να τους δείξουν ένα διαφορετικό τρόπο σκέυης, που θα τις οδηγήσει σε μία νέα διάσταση ζωής. Πολύ χρήσιμες για τα μέλη αποτελούν και οι διαλέξεις που δίνουν επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων που έχουν άμεση σχέση με τη μαστεκτομή.

- III) Διευθέτηση εργασιακών και συνταξιοδοτικών θεμάτων των μελών που πραγματοποιείται με συχνή επικοινωνία και συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και διάφορα ασφαλιστικά ταμεία.
- IV) Έκδοση φυλλαδίου με πρακτικές συμβουλές και πληροφορίες σχετικά με θέματα που βοηθούν την προσαρμογή της γυναίκας στη νέα εικόνα της σώματός της.
- V) Προβολή του έργου του συλλόγου από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης με στόχο την ενημέρωση του κοινού για το έργο του και την προσέλκυση νέων μελών.
- VI) Συμβολή του συλλόγου στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και του φόβου που έχει το κοινό για τον καρκίνο.
- VII) Σχεδιασμός για επέκταση των προγραμμάτων του συλλόγου με τη δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων για συζύγους και παιδιά της μαστεκτομημένης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

A. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Είδος και σκοπός της έρευνας

Η έρευνα που εμπεριέχεται στην παρούσα μελέτη έχει σαν θέμα "Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις σε άτομα που έχουν υποστεί μαστεκτομή"

Επιλέχθηκε να είναι διερευνητική με σκοπό ν' ανακαλυφθούν οι επιπτώσεις που επιφέρει μια μαστεκτομή στη γυναίκα και τον γυχισμό της καθώς επίσης και στο περιβάλλον της τόσο στον πληθυσμό της Πάτρας όσο και της Αθήνας .Ειδικότερα ,μέσα απ' αυτή την έρευνα , γίνεται προσπάθεια να διαπιστωθούν οι συνθήκες αντιμετώπισης της μαστεκτομημένης απ'το άμεσο κι ευρύτερο περιβάλλον , οι αλλαγές που ίσως επέρχονται στην οικογενειακή , επαγγελματική και σεξουαλική της ζωή καθώς και η αντιμετώπιση που η ίδια λαμβάνει απ'το Ελληνικό Κράτος Πρόνοιας.

2. Δείγμα Έρευνας

Το δείγμα ήταν 30 γυναίκες, ηλικίας 27 έως 82 ετών που είχαν υποστεί μαστεκτομή .Από την Πάτρα ήταν 15 γυναίκες όπως επίσης και από την Αθήνα.. Το δείγμα που ερευνήθηκε ήταν τυχαίο κι επιλέχθηκε όσον αφορά στην Αθήνα απ'το Νοσοκομείο του Αγ.Σάββα ενώ στην Πάτρα απ' το νοσοκομείο του Ρίου .Επιλέχθηκε, κατ' αρχήν, το νοσοκομείο του Αγίου Σάββα γιατί η προϊσταμένη της κοινωνικής υπηρεσίας που δέχτηκε να συνεργαστεί είναι και υπεύθυνη του προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο οπότε και θα διευκολυνόταν η μελέτη..

Το νοσοκομείο του Ρίου , από την άλλη πλευρά ,ήταν αυτό που κάλυπτε τις ανάγκες ενός ιατρείου μαστού στην Πάτρα και με δεδομένη τη συνεργασία του υπεύθυνου γι'αυτό γιατρού ήταν ευκολότερη η πρόσβαση για την περάτωση της έρευνας.

3. Πλαίσια έρευνας

Σαν πλαίσιο χρησιμοποιήθηκαν κατάλογοι ασθενών που νοσηλεύονταν στον Άγιο Σάββα την περίοδο που πραγματοποιήθηκε η έρευνα καθώς και κατάλογοι προγραμματισμένων ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία του Ρίου.

4. Ερευνητικά ερωτήματα-Υποθέσεις

Οι υποθέσεις οι οποίες τίθενται προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός της έρευνας είναι οι εξής;

- Να γνωστοποιηθεί η χρονική στιγμή που έγινε η μαστεκτομή
- Να γίνουν φανερές οι αντιδράσεις της πάσχουσας μετά την πληροφόρησή της για την επερχόμενη μαστεκτομή
- Να διερευνηθεί αν γνωστοποιήθηκε απ'την ίδια η πληροφορία για μαστεκτομή σε όλους ή σε κάποιους απ'το οικογενειακό κι ευρύτερο περιβάλλον της
- Να καταγραφεί η στάση του συντρόφου ,των παιδιών και των γονέων της ασθενούς πριν και μετά τη μαστεκτομή
- Να διαπιστωθούν οι αλλαγές στην κοινωνική, επαγγελματική και σεξουαλική ζωή

- Να καταγραφεί αν μετά τη μαστεκτομή προσφέρεται υποστήριξη στο νοσοκομείο και ποιά είναι η θέση του κ.λ. σ' αυτές τις περιπτώσεις
- Να γίνει φανερό αν υπάρχει διάθεση κι επιθυμία συμμετοχής σε κάποιο σύλλογο υποστήριξης ή προσπάθεια για σύσταση κάποιου νέου

5. Ερωτηματολόγιο

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 30 γυναίκες που είχαν υποστεί μαστεκτομή κατά το παρελθόν.

Οι ερωτήσεις ήταν όλες κλειστές και προκατασκευασμένες εκτός από τρεις διότι θεωρήθηκε πως οι κλειστές ερωτήσεις είναι πιο ακριβείς και στη συγκεκριμένη έρευνα συγκρίνονται πιο εύκολα μεταξύ τους.

Κατά τη σύσταση του ερωτηματολογίου είχε ληφθεί υπόψιν και η πιθανή αδυναμία της ερωτηθείσας να καταγράψει η ίδια τις απαντήσεις και δόθηκε τέτοια μορφή ώστε να είναι δυνατή η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με συνέντευξη.

6. Δυσκολίες που παρουσιάστηκαν για την πραγματοποίηση της έρευνας

Έντονη ήταν η συναισθηματική φόρτιση καθώς η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν κάτω από δύσκολες συνθήκες αφού οι γυναίκες που συμμετείχαν απαντούσαν κάνοντας ταυτόχρονα χημειοθεραπεία ή ήταν στο κρεβάτι ενός θαλάμου νοσοκομείου με δεδομένη μια νέα μετάσταση και γεμάτες άγχος κι ανησυχία για τη μετέπειτα πορεία κι εξέλιξη της νόσου.

7. Ανάλυση στοιχείων

Τα στοιχεία που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν σε Αθήνα και Πάτρα αναλύθηκαν στο σύνολό τους και στη συνέχεια συσχετίστηκαν κι έγινε σύγκριση μεταξύ των δύο πόλεων για να φανούν τυχόν διαφορές και ομοιότητες ανάμεσα στην επαρχία και τη μεγαλούπολη όσον αφορά στον Κ.Μ. ,τη μαστεκτομή και τις επιπτώσεις που επέρχονται στην ίδια τη γυναίκα και σε συνάρτηση με το άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον της.

Κατ'αρχήν ,τα αποτελέσματα κάθε ερώτησης και για τις δυο πόλεις μαζί φαίνονται στους πίνακες ανάλυσης των στοιχείων που ακολουθούν στο επόμενο κεφάλαιο. Στη συνέχεια καταγράφονται, σε πίνακες, τα συγκριτικά αποτελέσματα της έρευνας ανάμεσα σε Πάτρα κι Αθήνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

A. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με θέμα “Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις σε άτομα που έχουν υποστεί Μαστεκτομή” ακολουθήθηκε μία στατιστική ανάλυση με βάση το στατιστικό πακέτο SPSS. Η έρευνα απευθύνονταν σε 15 γυναίκες στην Αθήνα και 15 γυναίκες στην Πάτρα που έχουν υποστεί μαστεκτομή.

1. Περιγραφική Στατιστική για το συνολικό δείγμα σε Πάτρα και Αθήνα

♦ Η ηλικία του δείγματος κυμαίνονταν από 27 έως 82 χρονών με 76,6% των γυναικών ηλικίας πάνω από 50 χρονών.

♦ Επάγγελμα

	Αριθμός (%) γυναικών
ΑΓΡΟΤΙΣΣΑ	16,7% (5)
ΟΙΚΙΑΚΑ	66,7% (20)
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	13,3% (4)
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	3,3% (1)

Παρατηρείται ότι το 66,7% (20) των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ασχολούνται με οικιακά.

♦ Οικογενειακή Κατάσταση

	Αριθμός (%) γυναικών
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ	83,3% (25)
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ	16,7% (5)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Στο σύνολο των 30 γυναικών του δείγματος το 83,3% (25) ήταν παντρεμένες και το 16,7% (5) διαζευγμένες.

♦ **Αριθμός Παιδιών**

	Αριθμός (%) γυναικών
ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ	16,7% (5)
ΔΥΟ ΠΑΙΔΙΑ	50% (15)
ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ	16,7% (5)
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ	16,7% (5)

Παρατηρείται ότι το 50% (15) των γυναικών έχουν δύο παιδιά.

♦ Στην ερώτηση για το πότε υποβλήθηκαν σε επέμβαση μαστεκτομής δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις

	Αριθμός (%) γυναικών
Σε διάστημα λιγότερο από 1 χρόνο από σήμερα	30% (9)
Πρίν από 1 χρόνο από σήμερα	10% (3)
Πρίν από 2 χρόνια από σήμερα	10% (3)
Πρίν από 3 χρόνια από σήμερα	13,3% (4)
Πρίν από 4 χρόνια από σήμερα	16,7% (5)
Πρίν από 5 χρόνια από σήμερα	3,3% (1)
Σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 χρόνων από σήμερα	16,7% (5)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Παρατηρείται ότι το 30% (9) των γυναικών έκαναν την μαστεκτομή σε διάστημα λιγότερο από 1 χρόνο από σήμερα. Επίσης, το 16,7% (5) των γυναικών υποβλήθηκαν σε επέμβαση μαστεκτομής πριν από 4 χρόνια από σήμερα, ενώ το ίδιο ποσοστό το αποτελούν και γυναίκες που υπεβλήθησαν σε μαστεκτομή σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 χρόνων από σήμερα.

◆ Τα ποσοστά των γυναικών που δείχνουν τις προτιμήσεις τους ως προς τον τόπο που θα επέλεγαν να κάνουν την επέμβαση ήταν

	Αριθμός (%) γυναικών
Στον τόπο που διαμένετε μόνιμα εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε την μαστεκτομή	50% (15)
Σε άλλη πόλη της χώρας από εκείνη όπου διαμένετε εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε την μαστεκτομή	46,7% (14)
Σε πόλη του εξωτερικού	3,3% (1)

Διαπιστώνεται ότι το 50% (15) των γυναικών προτίμησαν να υποβληθούν σε μαστεκτομή στον τόπο που διέμεναν μόνιμα εκείνο τον καιρό.

◆ Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται επίσης ότι το 46,7% (14) των γυναικών του δείγματος αποφάσισαν να υποβληθούν σε μαστεκτομή σε άλλη πόλη της χώρας από εκείνη που διέμεναν μόνιμα εκείνο τον καιρό. Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τους λόγους γι' αυτήν την απόφαση.

	Αριθμός (%) γυναικών
Ήταν θέμα εμπιστοσύνης γιατρού/ών	21,4% (3)
Ήταν έλλειψη προσφοράς συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών στον τόπο διαμονής σας	64,3% (9)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Είναι φανερό ότι το 64,3% (9) των γυναικών που δεν επέλεξαν να κάνουν την μαστεκτομή στον τόπο που διέμεναν μόνιμα εκείνο τον καιρό αλλά προτίμησαν μια άλλη πόλη οφείλεται στην έλλειψη προσφοράς συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών στον τόπο διαμονής τους. Ενώ το 21,4% (3) των γυναικών πήραν αυτή την απόφαση λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης γιατρών.

◆ Τα ποσοστά των γυναικών που είχαν ενημερωθεί για το ζήτημα της αυτοεξέτασης των μαστών είτε από το γιατρό τους είτε από δική τους πρωτοβουλία προτού ανακαλύγουν οτιδήποτε ανησυχητικό στους μαστούς τους ήταν τα ακόλουθα

	Αριθμός (%) γυναικών
ΝΑΙ	43,3% (13)
ΟΧΙ	56,7% (17)

Παρατηρείται ότι το 56,7% (17) των γυναικών δεν είχε καμμία ενημέρωση για αυτό το θέμα!

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών που δόθηκαν στην ερώτηση αν προληπτικά είχαν κάνει κάποιες απαραίτητες εξετάσεις ή άλλες ενέργειες όπως ηπλάφηση και αυτοεξέταση ή μαστογραφία ήταν οι ακόλουθες

	Αριθμός (%) γυναικών
ΝΑΙ	20% (6)
ΟΧΙ	80% (24)

Είναι φανερό ότι το 80% (24) των γυναικών δεν είχε κάνει καμμία εξέταση με σκοπό την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

◆ Οι λόγοι που ανάγκασαν τις γυναίκες να κάνουν τις πρώτες εξετάσεις ή επισκέψεις σε ειδικό γιατρό ήταν

	Αριθμός (%) γυναικών
Επειδή αισθανθήκατε κάποια ενόχληση στους μαστούς	26,7% (8)
Επειδή ανακαλύψατε κάτι ανησυχητικό κατά την αυτοεξέταση-υπλάφιση των μαστών	43,3% (13)
Τυχαία	23,3% (7)
Αίμα στην δηλή	6,7% (2)

Παρατηρούμε ότι το 43,3% (13) των γυναικών έκανε τις πρώτες εξετάσεις ή επισκέφθηκε ειδικό γιατρό διότι ανακάλυψε κάτι ανησυχητικό κατά την αυτοεξέταση-υπλάφιση των μαστών και ακολουθούν με ποσοστό 26,7% (8) οι γυναίκες που ξεκίνησαν να κάνουν αυτές τις εξετάσεις επειδή ήδη αισθάνθηκαν κάποια ενόχληση στους μαστούς.

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τα ποσοστά των γυναικών σχετικά με το τί αισθάνθηκαν όταν πληροφορήθηκαν το ότι έπρεπε να υποστούν την επέμβαση μαστεκτομής.

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Απειλή του θανάτου	36,7% (11)	60% (18)
Σοκ	33,3% (10)	63,3% (19)
Αγχος	40% (12)	56,7% (17)
Μείωση του αισθήματος θηλυκότητας	16,7% (5)	80% (24)
Φόβο	76,7% (23)	20% (6)
Μείωση ενδιαφερόντων	3,3% (1)	93,3% (28)
Ψυχραιμία	16,7% (5)	80% (24)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Είναι φανερό ότι το 76,7% (23) των γυναικών αισθάνθηκαν φόβο όταν πληροφορήθηκαν ότι έπρεπε να υποστούν την επέμβαση μαστεκτομής. Ενώ το 40% (12) των γυναικών αισθάνθηκαν άγχος για την επέμβαση. Επίσης το 36,7% (11) των γυναικών αισθάνθηκαν την απειλή του θανάτου και ακολουθεί με μικρή διαφορά 33,3% (10) γυναίκες που ήταν σε κατάσταση σοκ αφού έμαθαν για την επέμβαση.

◆ Τα ποσοστά των γυναικών σχετικά με το αν γνωστοποίησαν στην οικογένειά τους το γεγονός ότι πρόκειται να κάνουν μαστεκτομή είναι τα ακόλουθα

	Αριθμός (%) γυναικών
ΝΑΙ	80% (24)
Μόνο σε κάποια μέλη της οικογένειας	3,3% (1)
Μόνο σε ένα μέλος της οικογένειας	10% (3)
Μόνο σε εκείνα τα μέλη της οικογένειας που η ηλικία τους επέτρεπε να καταλάβουν την κατάστασή σας	3,3% (1)

Παρατηρείται ότι το 80% (24) των γυναικών γνωστοποίησαν το γεγονός ότι επρόκειτο να υποστούν σε επέμβαση μαστεκτομής σε όλη την οικογένεια.

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών σχετικά με ποιό πρόσωπο θα ήθελαν να έχουν περισσότερο επαφή και επικοινωνία αφότου πληροφορήθηκαν ότι θα έπρεπε να υποβληθούν σε μαστεκτομή και μέχρι να γίνει η επέμβαση παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	Αριθμός (%) γυναικών
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	16,7% (5)
ΣΥΖΥΓΟ	20% (6)
ΠΑΙΔΙ/ΙΑ	26,7% (8)
ΣΥΓΓΕΝΗΣ	23,3% (7)

Είναι φανερό ότι το 26,7% (8) των γυναικών το συζήτησαν με τα παιδιά τους ενώ το 23,3% (7) με κάποιο συγγενή. Ακολουθούν με ποσοστό 20% (6) γυναίκες που το συζήτησαν μόνο με τον σύζυγό τους.

♦ Σχετικά με το αν έγινε αποκατάσταση του τμήματος του μαστού που αφαιρέθηκε (πλαστική) δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις

	Αριθμός (%) γυναικών
ΝΑΙ	3,3% (1)
ΟΧΙ	96,7% (29)

Είναι φανερό ότι το 96,7% (29) των γυναικών δεν έκανε αποκατάσταση του τμήματος του μαστού που αφαιρέθηκε.

♦ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις αντιδράσεις των συζύγων ή των ερωτικών συντρόφων των γυναικών αφότου έμαθαν ότι αυτές επρόκειτο να υποστούν μαστεκτομή

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αναγνώριζε τους φόβους σας	46,7% (14)	40% (12)
Ήταν αμήχανος	20% (6)	66,7% (20)
Ήταν υπερπροστατευτικός	13,3% (4)	73,3% (22)
Φοβόνταν για την εξέλιξη της επέμβασης	50% (15)	36,7% (11)
Φοβόνταν για το μέλλον της σχέσης σας/της οικογένειάς σας	6,7% (2)	80% (24)
Εδειχνε αδιαφορία	13,3% (4)	73,3% (22)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Παρατηρείται ότι το 50% (15) των γυναικών δηλώνει ότι ο σύζυγός τους ή ο ερωτικός τους σύντροφος φοβόνταν για την εξέλιξη της επέμβασης, ενώ το 46,7% (14) των γυναικών πιστεύουν ότι ο σύζυγός τους αναγνώριζε τους φόβους τους.

◆ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών για το ποιά πιστεύουν ότι ήταν τα συναισθήματα των παιδιών τους όταν έμαθαν ότι η μητέρα τους πρόκειται να υποστεί μαστεκτομή.

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αισθάνονταν ανασφάλεια	20% (6)	66,7% (20)
Αισθάνονταν φόβο	53,3% (16)	33,3% (10)
Ήταν ανήσυχα	53,3% (16)	33,3% (10)
Ήταν αγχωμένα	33,3% (10)	53,3% (16)
Είχαν περιέργεια για την αρρώστεια της μητέρας τους	13,3% (4)	73,3% (22)
Το έμαθαν αφότου έγινε η μαστεκτομή	6,7% (2)	80% (24)

Είναι φανερό ότι το 53,3% (16) των γυναικών δήλωσαν ότι τα παιδιά τους αισθανόνταν φόβο όταν έμαθαν για την επικείμενη επέμβαση. Το 33,3% (10) των γυναικών δήλωσαν ότι τα παιδιά τους ήταν αγχωμένα και επίσης το 53,3% (16) των γυναικών δήλωσαν ότι τα παιδιά τους ήταν ανήσυχα για την επικείμενη επέμβαση.

◆ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών για τις αντιδράσεις των γονιών τους όταν έμαθαν για την επέμβαση

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	Αριθμός (%) γυναικών
Είχαν φόβο για την πορεία της επέμβασης	20% (6)
Είχαν άγχος για την παραπέρα εξέλιξη της αρρώστιας	6,7% (2)
Είχαν πεδάνει	60% (18)

Είναι φανερό ότι το 60% (18) των γυναικών δήλωσε ότι οι γονείς τους είχαν πεδάνει ενώ το 20% (6) των γυναικών δήλωσαν ότι οι γονείς τους είχαν φόβο για την πορεία της επέμβασης.

♦ Οι απαντήσεις των γυναικών για τις αντιδράσεις των συζύγων τους ή των ερωτικών τους συντρόφων μετά της επέμβαση μαστεκτομής ήταν οι ακόλουθες

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Νιώδατε να κατανοεί την ψυχολογική σας κατάσταση	50% (15)	33,3% (10)
Η όλη συμπεριφορά του έδειχνε να μη σας κατανοεί και ενέτεινε την ανησυχία σας	10% (3)	73,3% (22)
Σας έκανε να αισθάνεστε ακόμα ποθητή γι'αυτόν	13,3% (4)	70% (21)
Σας θεωρούσε δυνατή να αντιμετωπίσετε την μετεγχειρητική περίοδο μόνη σας	6,7% (2)	76,7% (23)
Ήταν υπερπροστατευτικός	13,3% (4)	70% (21)
Ήταν απόμακρος	6,7% (2)	76,7% (23)
Εξέφρασε ανησυχία ή έδειχνε φοβισμένος για την πορεία της υγείας σας	20% (6)	63,3% (19)

Παρατηρείται ότι το 50% (15) των γυναικών δήλωσαν ότι ο σύζυγός τους ή ο ερωτικός τους σύντροφος ένιωσαν να κατανοεί την ψυχολογική τους κατάσταση ενώ το 20% (6) των γυναικών δήλωσαν ότι ο σύζυγός τους εξέφρασε ανησυχία για την πορεία της υγείας τους.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

♦ Οι απαντήσεις των γυναικών σχετικά με την αντίδραση των παιδιών τους μετά την επέμβαση μαστεκτομής ήταν οι ακόλουθες

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Απομακρύνθηκαν από κοντά σας	6,7% (2)	83,3% (25)
Ήταν ανήσυχα	30% (9)	60% (18)
Αισθάνονταν ανασφάλεια για το μέλλον της οικογένειας	13,3% (4)	76,7% (23)
Ήταν συνεχώς στο πλάι σας στηρίζοντάς σας	56,7% (17)	33,3% (10)
Προσπαθούσαν να σας πρεμήσουν	33,3% (10)	56,7% (17)
Πίστευαν πως θα κατορθώσετε να ξεπεράσετε τις όποιες δυσκολίες της αρρώστιας σας και να γίνεται όπως πριν	26,7% (8)	63,3% (19)

Είναι φανερό ότι το 56,7% (17) των γυναικών δήλωσαν ότι τα παιδιά τους μετά την επέμβαση μαστεκτομής ήταν συνεχώς στο πλάι τους και τις στήριζαν. Ενώ το 33,3% (10) των γυναικών δήλωσαν ότι τα παιδιά τους προσπαθούσαν να τις πρεμήσουν.

♦ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με την αντίδραση των γονιών τους (υπό την προϋπόθεση ότι ζούσε τουλάχιστον ο ένας από τους γονείς τους) μετά την επέμβαση της μαστεκτομής στην οποία υπεβλήθησαν.

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Φοβούνταν για την πορεία της υγείας σας	66,7% (6)	33,3% (3)
Πίστευαν ότι θα συνεχίσετε να ζείτε όπως πριν	33,3% (3)	66,7% (6)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Σε σύνολο 9 γυναικών (21 missing) που απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρούμε ότι το 66,7% (6) των γυναικών δήλωσαν ότι οι γονείς τους φοβούνται για την πορεία της υγείας τους μετά την μαστεκτομή. Ενώ το 33,3% (3) των γυναικών δήλωσαν ότι οι γονείς τους πίστευαν ότι θα συνεχίσουν να ζούν όπως πριν.

◆ Τα ποσοστά προέκυψαν από το σύνολο των γυναικών σχετικά με τις συντροφίες και τις φίλιες που είχαν πριν την επέμβαση μαστεκτομής και το αν τις διατήρησαν και μετά την επέμβαση ήταν τα ακόλουθα

	Αριθμός (%) γυναικών
ΝΑΙ	90% (27)
ΟΧΙ	3,3% (1)
Μόνο κάποιες από αυτές	6,7% (2)

Παρατηρείται ότι το 90% (27) των γυναικών διατήρησαν τις συντροφίες και τις φίλιες που είχαν πριν την επέμβαση.

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με τους χώρους που συναντιούνται με τις συντροφίες τους και τους φίλους τους στο διάστημα των τριών μηνών μετά την επέμβαση μαστεκτομής που υπέστησαν.

	Αριθμός (%) γυναικών
Σε χώρους που συναντιόσασταν και πριν την επέμβαση μαστεκτομής	93,3% (28)
Σε χώρους κοινών συναντήσεων (καφετέριες, μαγαζιά)	3,3% (1)

Είναι φανερό ότι το 93,3% (28) των γυναικών προτιμούσαν να συναντιούνται με τους φίλους τους στους ίδιους χώρους που συναντιόντουσαν και πριν την επέμβαση μαστεκτομής.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

♦ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το θέμα της σεξουαλικής τους ζωής μετά την επέμβαση μαστεκτομής.

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αδιαφορία του συντρόφου σας όσον αφορά το σεξ	6,7% (2)	86,7% (26)
Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας	16,7% (5)	76,7% (23)
Ανασφάλεια δική σας ως προς την εμφάνισή σας κατά την διάρκεια της σεξουαλικής πράξης	10% (3)	83,3% (25)
Φόβο δικό σας σε κάθε άγγιγμα του συντρόφου σας	3,3% (1)	90% (27)
Ανασφάλεια δική σας για το εάν ο σύντροφός σας θα σας αποδεχτεί	20% (6)	73,3% (22)
Δεν έχω σεξουαλική ζωή	56,7% (17)	36,7% (11)

Παρατηρείται ότι το 56,7% (17) των γυναικών δήλωσαν ότι μετά την επέμβαση μαστεκτομής δεν έχουν σεξουαλική ζωή. Ακολουθούν με ποσοστό 20% (6) γυναίκες που αισθάνονται ανασφάλεια για το εάν ο σύντροφός τους θα τις αποδεχτεί.

♦ Στο σύνολο των 30 γυναικών τέθηκε η ερώτηση αν στο νοσοκομείο - κλινική όπου υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή υπήρξε κάποια ομάδα ειδικών επιστημόνων που τους πρόσφερε κάποια ψυχολογική υποστήριξη.

ΝΑΙ	26,7% (8)
ΟΧΙ	73,3% (22)

Παρατηρείται ότι μόνο το 26,7% (8) των γυναικών είχε κάποια ψυχολογική υποστήριξη από κάποια ομάδα επιστημόνων στο νοσοκομείο!

Λαμβάνοντας υπόψιν μόνο αυτές τις γυναίκες (8) που είχαν αυτή την ψυχολογική υποστήριξη, ρωτήθηκαν με ποιόν τρόπο την έλαβαν. Και οι 8

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

γυναίκες απάντησαν ότι έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη στην κλινική όπου υποβλήθηκαν σε επέμβαση μαστεκτομής μέσα από προσωπικές συναντήσεις.

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών που δόθηκαν στην ερώτηση αν αναζήτησαν ψυχολογική υποστήριξη εκτός του πλαισίου του νοσοκομείου όπου υποβλήθηκαν σε επέμβαση μαστεκτομής ήταν οι ακόλουθες

ΝΑΙ	10% (3)
ΟΧΙ	90% (27)

Παρατηρείται ότι μόνο το 10% (3) των γυναικών αναζήτησαν ψυχολογική υποστήριξη εκτός του πλαισίου του νοσοκομείου.

◆ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών στην ερώτηση αν στο δάλαμο της κλινικής που νοσηλεύονταν για την επέμβαση μαστεκτομής που έκαναν τις επισκέφθηκε κάποιος κοινωνικός λειτουργός.

ΝΑΙ	20% (6)
ΟΧΙ	80% (24)

Παρατηρείται ότι μόνο το 20% (6) των γυναικών επισκέφθηκε κάποιος κοινωνικός λειτουργός στον δάλαμο της κλινικής!

◆ Τα ποσοστά των γυναικών που δήλωσαν ότι γνωρίζουν ότι υπάρχει κάποιος σύλλογος που έχει σαν σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη των μαστεκτομημένων γυναικών στην πόλη που διαμένουν ή σε άλλες πόλεις της χώρας είναι τα ακόλουθα

ΝΑΙ	26,7% (8)
ΟΧΙ	73,3% (22)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Παρατηρείται ότι το 73,3% (22) των γυναικών δεν γνωρίζει την ύπαρξη τέτοιων συλλόγων.

♦ Σε περίπτωση που υπήρχε στην πόλη τους ένας τέτοιος σύλλογος τα ποσοστά των γυναικών που θα ήθελαν να πληροφορηθούν γι' αυτόν τον σκοπό και το έργο του ήταν

ΝΑΙ	63,3% (19)
ΟΧΙ	36,7% (11)

Είναι φανερό ότι το 63,3% (19) των γυναικών θα ήθελαν να ενημερωθούν για ένα τέτοιο σύλλογο.

♦ Στο σύνολο των 30 γυναικών, αυτές που θα τις ενδιέφερε να συμμετάσχουν σε κάποια ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή ήταν:

ΝΑΙ	66,7% (20)
ΟΧΙ	33,3% (10)

Δηλαδή, το 66,7% (20) των γυναικών θα ήθελαν να συμμετέχουν σε μία τέτοια ομάδα.

♦ Στην ερώτηση για το αν θα έπαιρναν την πρωτοβουλία για την οργάνωση μιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης για γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή στην περιοχή δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις

ΝΑΙ	16,7% (5)
ΟΧΙ	83,3% (25)

Παρατηρείται ότι μόνο το 16,7% (5) των γυναικών θα αναλάμβανε μία τέτοια πρωτοβουλία.

2. Συγκριτικά στοιχεία μεταξύ δείγματος Αθηνών και δείγματος Πατρών

Το πρώτο δείγμα αποτελείται από 15 γυναίκες από την Αθήνα και το δεύτερο από 15 γυναίκες από την Πάτρα. Συγκρίνοντας αυτά τα δύο δείγματα γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή λάβαμε τα ακόλουθα συμπεράσματα.

◆ Επάγγελμα

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Αγρότισσα	26,7% (4)	6,7% (1)
Οικιακά	53,3% (8)	80% (12)
Δημόσιος Υπάλληλος	20% (3)	6,7% (1)
Ιδιωτικός Υπάλληλος		6,7% (1)

Είναι φανερό ότι το 53,3% (8) του δείγματος των γυναικών από την Αθήνα ασχολείται με Οικιακά. Ενώ το 80% (12) του δείγματος από την Πάτρα ασχολείται με το ίδιο επάγγελμα.

◆ Οικογενειακή Κατάσταση

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ	100% (15)	66,7% (10)
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ		33,3% (5)

Το 100% (15) του δείγματος των Αθηνών το αποτελούν παντρεμένες γυναίκες, ενώ στην Πάτρα το 66,7% (10) ανήκουν στην ίδια κατηγορία.

♦ Αριθμός Παιδιών

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ	26,7% (4)	6,7% (1)
ΔΥΟ ΠΑΙΔΙΑ	46,7% (7)	53,3% (8)
ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ	13,3% (2)	20% (3)
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ	13,3% (2)	20% (3)

Το 46,7% (7) του δείγματος από την Αθήνα όσο και το 53,3% (8) του δείγματος από την Πάτρα το αποτελούν γυναίκες με δύο παιδιά.

♦ Εξετάζοντας την χρονική περίοδο που οι γυναίκες από τα δύο δείγματα υπεβλήθησαν σε επέμβαση μαστεκτομής ελήφθησαν τα ακόλουθα συμπεράσματα

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Σε διάστημα λιγότερο από 1 χρόνο από σήμερα	6,7% (1)	53,3% (8)
Πριν από 1 χρόνο από σήμερα	6,7% (1)	13,3% (2)
Πριν από 2 χρόνια από σήμερα	13,3% (2)	6,7% (1)
Πριν από 3 χρόνια από σήμερα	20% (3)	6,7% (1)
Πριν από 4 χρόνια από σήμερα	20% (3)	13,3% (2)
Πριν από 5 χρόνια από σήμερα	6,7% (1)	
Σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 χρόνων από σήμερα	26,7% (4)	6,7% (1)

Το 26,7% (4) των γυναικών του δείγματος από την Αθήνα υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 χρόνων από σήμερα, ενώ το 53,3% (8) των γυναικών από την Πάτρα υποβλήθηκαν σε αυτή την επέμβαση σε διάστημα λιγότερο από 1 χρόνο από σήμερα.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

♦ Οι απόψεις των γυναικών για την επιλογή τους σε ποίο μέρος θα έκαναν την επέμβαση στα δύο δείγματα ήταν οι ακόλουθες

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Στον τόπο που διαμένετε μόνιμα εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε την μαστεκτομή	20% (3)	80% (12)
Σε άλλη πόλη της χώρας σας από εκείνη όπου διαμένετε εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε τη μαστεκτομή	73,3% (11)	20% (3)
Σε πόλη του εξωτερικού	6,7% (1)	

Παρατηρείται ότι το 73,3% (11) των γυναικών του δείγματος από την Αθήνα προτίμησαν να κάνουν την επέμβαση μαστεκτομής σε άλλη πόλη της χώρας από εκείνη που διέμεναν εκείνο τον καιρό που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή. Το 80% (12) του δείγματος των γυναικών από την Πάτρα έκαναν την μαστεκτομή στον τόπο που διέμεναν μόνιμα εκείνο τον καιρό.

Λαμβάνοντας υπόψιν από τον παραπάνω πίνακα τις 12 γυναίκες από το δείγμα των Αθηνών και τις 3 γυναίκες από το δείγμα των Πατρών θα εξεταστού οι λόγοι που τις οδήγησαν να μην επιλέξουν να κάνουν την μαστεκτομή στον τόπο που διέμεναν μόνιμα εκείνο τον καιρό.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Ήταν θέμα εμπιστοσύνης γιατρού/ών	18,2% (2)	33,3% (1)
Ήταν έλλειψη προσφοράς συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών στον τόπο διαμονής σας	63,6% (7)	66,7% (2)

Είναι φανερό ότι από τις 12 γυναίκες (3 missing) του δείγματος από την Αθήνα οι 7 (63,6%) πήραν αυτή την απόφαση λόγω έλλειψης προσφοράς

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών στον τόπο διαμονής τους. Ανάλογα, από τις 3 γυναίκες του δείγματος από την Πάτρα οι 2 (66,7%) πήραν αυτή την απόφαση για τους ίδιους λόγους.

Εξετάζοντας το θέμα της ενημέρωσης των γυναικών για το ζήτημα της αυτοεξέτασης των μαστών είτε από το γιατρό τους είτε από δική τους πρωτοβουλία προέκυψαν τα ακόλουθα ποσοστά

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	46,7% (7)	40% (6)
ΟΧΙ	53,3% (8)	60% (9)

Παρατηρείται ότι το 53,3% (8) των δειγματος από Αθήνα και το 60% (9) του δείγματος από Πάτρα δεν είχαν καμμία ενημέρωση για το σχετικό θέμα.

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τα ποσοστά των γυναικών από τα δύο δείγματα ανάλογα με το αν είχαν κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις ή άλλες ενέργειες με σκοπό την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	6,7% (1)	33,3% (5)
ΟΧΙ	93,3% (14)	66,7% (10)

Είναι φανερό ότι το 93,3% (14) του δείγματος από την Αθήνα καθώς και το 66,7% (10) του δείγματος από την Πάτρα δεν είχαν κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις προτού ανακαλύγουν οτιδήποτε ανησυχητικό στους μαστούς.

◆ Οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες από τα δύο δείγματα ξεκίνησαν να κάνουν τις πρώτες εξετάσεις ή επισκέψεις σε ειδικό γιατρό ήταν οι ακόλουθοι:

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Επειδή αισθανθήκατε κάποια ενόχληση στους μαστούς	26,7% (4)	26,7% (4)
Επειδή ανακαλύψατε κάτι ανησυχητικό κατά την αυτοεξέταση-υπλάφιση των μαστών	33,3% (5)	53,3% (8)
Τυχαία	26,7% (4)	20% (3)
Αίμα στη δηλή	13,3% (2)	

Παρατηρείται ότι 33,3% (5) του δείγματος από την Αθήνα καθώς και το 53,3% (8) του δείγματος από την Πάτρα ξεκίνησαν αυτές τις εξετάσεις ή τις επισκέψεις σε ειδικό γιατρό διότι ανακάλυψαν κάτι ανησυχητικό κατά την αυτοεξέταση - υπλάφιση των μαστών.

♦ Σε ότι αφορά στα συναισθήματα των γυναικών από τα δύο δείγματα όταν έμαθαν ότι έπρεπε να υποστούν την επέμβαση μαστεκτομής ήταν τα ακόλουθα

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Απειλή θανάτου	46,7% (7)	26,7% (4)
Σοκ	46,7% (7)	20% (3)
Αγχος	33,3% (5)	46,7% (7)
Μείωση του αισθήματος δηλυκότητας	26,7% (4)	6,7% (1)
Φοβο	60% (9)	93,3% (14)
Μείωση ενδιαφερόντων, γενικά	6,7% (1)	
Ψυχραιμία	33,3% (5)	

Παρατηρείται ότι το 60% (9) του δείγματος από την Αθήνα καθώς και το 93,3% (14) του δείγματος από την Πάτρα αισθάνθηκαν φόβο.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Τα ποσοστά των γυναικών από τα δύο δείγματα που γνωστοποίησαν σ' όλη την οικογένειά τους το γεγονός ότι επρόκειτο να κάνουν μαστεκτομή προτού γίνει η επέμβαση ήταν τα ακόλουθα:

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	73,3% (11)	86,7% (13)
Μόνο σε κάποια μέλη της οικογένειας		6,7% (1)
Μόνο σε ένα μέλος της οικογένειας	13,3% (2)	6,7% (1)
Μόνο σε εκείνα τα μέλη της οικογένειας που η ηλικία τους επέτρεπε να καταλάβουν την κατάστασή σας	6,7% (1)	

Παρατηρούμε ότι το 73,3% (11) του δείγματος της Αθήνας και το 86,7% (13) του δείγματος από την Πάτρα γνωστοποίησαν σε όλη την οικογένειά τους την επέμβαση μαστεκτομής που έκαναν:

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τα ποσοστά των γυναικών από τα δύο δείγματα ανάλογα με το ποιό πρόσωπο ήδελαν περισσότερο να έχουν επαφή και επικοινωνία αφότου πληροφορήθηκαν ότι έπρεπε να υποβληθούν σε μαστεκτομή.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	6,7% (1)	26,7% (4)
ΣΥΖΥΓΟ	40% (6)	
ΠΑΙΔΙ/ΙΑ	33,3% (5)	20% (3)
ΣΥΓΓΕΝΗΣ	6,7% (1)	40% (6)

Είναι φανερό ότι το 40% (6) του δείγματος από την Αθήνα προτιμούσαν να έχουν στο "πλευρό τους" τον σύζυγό τους μόνο, ενώ το 40% (6) του

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

δείγματος από την Πάτρα προτιμούσαν να το συζητούν με κάποιον άλλο συγγενή.

♦ Τα ποσοστά των γυναικών από τα δύο δείγματα που έκαναν αποκατάσταση του τμήματος μαστού που τους αφαιρέθηκε (πλαστική) ήταν

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ		6,7% (1)
ΟΧΙ	100% (15)	93,3% (14)

Παρατηρείται ότι το 100% (15) του δείγματος από την Αθήνα και το 93,3% (14) του δείγματος από την Πάτρα δεν έκανε αποκατάσταση του τμήματος μαστού που τους αφαιρέθηκε.

♦ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απόψεις των γυναικών από τα δύο δείγματα για τις αντιδράσεις των συζύγων τους ή των ερωτικών τους συντρόφων αφού του έμαθαν ότι επρόκειτο να υποστούν μαστεκτομή.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Αναγνώρισε τους φόβους σας	53,3% (8)	40% (6)
Ήταν αμήχανος	26,7% (4)	13,3% (2)
Ήταν υπερπροστατευτικός	20% (3)	6,7% (1)
Φοβόνταν για την εξέλιξη της επέμβασης	53,3% (8)	46,7% (7)
Εδειχνε αδιαφορία	13,3% (2)	13,3% (2)

Παρατηρείται ότι το 53,3% (8) των γυναικών του δείγματος της Αθήνας δήλωσε ότι οι σύζυγοί τους αναγνώριζαν τους φόβους τους. Επίσης το ίδιο ποσοστό γυναικών δήλωσε ότι οι σύζυγοί τους φοβόνταν για την εξέλιξη της επέμβασης. Την ίδια αντίδραση δήλωσε το 46,7% (7) του δείγματος των γυναικών από την Πάτρα.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

◆ Εξετάστηκαν οι απαντήσεις των γυναικών από τα δύο δείγματα για τα συναισθήματα των παιδιών τους όταν έμαθαν για την επέμβαση και προέκυαν τα ακόλουθα ποσοστά.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Αισθάνονταν ανασφάλεια	33,3% (5)	6,7% (1)
Αισθάνονταν φόβο	53,3% (8)	53,3% (8)
Ήταν ανήσυχα	53,3% (8)	53,3% (8)
Ήταν αγχωμένα	33,3% (5)	33,3% (5)
Είχαν περιέργεια για την αρρώστεια της μητέρας τους	26,7% (4)	
Το έμαθαν αφότου έγινε η μαστεκτομή	13,3% (2)	

Το 53,3% (8) των γυναικών και από τα δύο δείγματα δήλωσαν ότι τα παιδιά τους αισθάνθηκαν φόβο για την επικείμενη επέμβαση. Επίσης το ίδιο ποσοστό 53,3% (8) και από τα δύο δείγματα δήλωσε ότι τα παιδιά ήταν ανήσυχα.

◆ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών και από τα δύο δείγματα για το ποιές ήταν οι αντιδράσεις των γονιών τους όταν έμαθαν για την επέμβαση.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Είχαν φόβο για την πορεία της επέμβασης	20% (3)	20% (3)
Είχαν άγχος για την παραπέρα εξέλιξη της αρρώστιας	13,3% (2)	
Είχαν πεθάνει	60% (9)	60% (9)

Παρατηρείται ότι το 60% (9) των γυναικών και στα δύο δείγματα αντίστοιχα δήλωσε ότι οι γονείς τους είχαν πεθάνει. Ενώ το 20% (3) των

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

γυναικών κι από τα δύο δείγματα δήλωσαν ότι οι γονείς τους φοβήθηκαν για την πορεία της επέμβασης.

♦ Εξετάστηκαν τα ποσοστά των γυναικών και από τα δύο δείγματα στις απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με τα συναισθήματα των συζύγων ή ερωτικών τους συντρόφων μετά την επέμβαση της μαστεκτομής.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Νιώθατε να κατανοεί την ψυχολογική σας κατάσταση	60% (9)	40% (6)
Η όλη συμπεριφορά του έδειχνε να μη σας κατανοεί και ενέτεινε την ανησυχία σας	6,7% (1)	13,3% (2)
Σας έκανε να μην αισθάνεστε πλέον ποδητή γι' αυτόν		6,7% (1)
Σας έκανε να αισθάνεστε ακόμα ποδητή γι' αυτόν	20% (3)	6,7% (1)
Σας θεωρούσε δυνατή να αντιμετωπίσετε την μετεγχειρητική περίοδο και μόνη σας	13,3% (2)	
Ήταν υπερπροστατευτικός	13,3% (2)	13,3% (2)
Ήταν απόμακρος		13,3% (2)
Ήταν αισιόσοξος για την εξέλιξη της υγείας σας		6,7% (1)
Εξέφρασε ανησυχία ή έδειχνε φοβισμένος για την πορεία της υγείας σας	20% (3)	20% (3)
Ήταν αδιάφορος	6,7% (1)	

Παρατηρείται ότι το 60% (9) των γυναικών του δείγματος από την Αθήνα καθώς και το 40% (6) του δείγματος από την Πάτρα δήλωσαν ότι ο σύντροφός τους κατανοούσε στην ψυχολογική τους κατάσταση (φόβους, άγχος, ανασφάλειες). Επίσης, το 20% (3) των γυναικών και από τα δύο

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

δείγματα αντίστοιχα δήλωσε ότι ο σύντροφός τους εξέφρασε ανησυχία ή έδειχνε φοβισμένος για την πορεία της υγείας τους.

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τα ποσοστά των γυναικών και από τα δύο δείγματα σχετικά με τις αντιδράσεις των παιδιών τους μετά την επέμβαση.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Απομακρύνθηκαν από κοντά σας	6,7% (1)	6,7% (1)
Ήταν ανήσυχα	33,3% (5)	26,7% (4)
Αισθάνονταν ανασφάλεια για το μέλλον της οικογένειας	13,3% (2)	13,3% (2)
Ήταν συνεχώς στο πλάι σας στηρίζοντάς σας	66,7% (10)	46,7% (7)
Προσπαθούσαν να σας ηρεμήσουν	33,3% (5)	33,3% (5)
Πίστευαν πως θα κατορθώσετε να ξεπεράσετε τις όποιες δυσκολίες της αρρώστιας σας και να γίνετε όπως πριν	20% (3)	33,3% (5)

Παρατηρείται ότι το 66,7% (10) των γυναικών του δείγματος της Αθήνας και το 46,7% (7) του δείγματος από την Πάτρα δήλωσαν ότι τα παιδιά τους ήταν συνεχώς στο πλάι τους και τις στήριζαν. Επίσης, το 33,3% (5) των γυναικών και από τα δύο δείγματα αντίστοιχα δήλωσαν ότι τα παιδιά τους προσπαθούσαν να τις ηρεμήσουν μετά την επέμβαση της μαστεκτομής.

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών από τα δύο δείγματα σχετικά με τις αντιδράσεις των γονιών τους (υπό την προϋπόθεση ότι ζούσε τουλάχιστον

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

ένας από τους γονείς) μετά την επέμβαση της μαστεκτομής είναι οι ακόλουθες.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Φοβούνται για την πορεία της υγείας σας	60% (3)	75% (3)
Πίστευαν ότι θα συνεχίσετε να ζείτε όπως πριν	40% (2)	25% (1)

Παρατηρείται ότι 3 από τις 5 γυναίκες που ανήκουν στο δείγμα από την Αθήνα δήλωσαν ότι οι γονείς τους φοβούνται για την πορεία της υγείας τους. Ομοια, τα ίδια αισθήματα είχαν και οι γονείς 3 από τις 4 γυναίκες που ανήκουν στο δείγμα των Πατρών.

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απαντήσεις των γυναικών από τα δύο δείγματα στην ερώτηση αν διατήρησαν τις συντροφίες και φιλίες που είχαν πριν την επέμβαση μαστεκτομής και μετά την επέμβαση (στο διάστημα των τριών πρώτων μηνών)

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	93,3% (14)	86,7% (13)
ΟΧΙ		6,7% (1)
Μόνο κάποιες από αυτές	6,7% (1)	6,7% (1)

Παρατηρείται ότι το 93,3% (14) του δείγματος από την Αθήνα καθώς και το 86,7% (13) του δείγματος από την Πάτρα διατήρησαν τις φιλίες που είχαν πριν την επέμβαση και για το διάστημα των τριών πρώτων μηνών μετά την μαστεκτομή.

◆ Στην ερώτηση σχετικά με ποιούς χώρους προτιμούσαν να συναντιούνται με τις συντροφίες τους στο διάστημα των τριών πρώτων μηνών μετά την επέμβαση, οι απαντήσεις που δόθηκαν από τα δύο δείγματα ήταν οι ακόλουθες.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Σε χώρους που συναντιόσασταν και πριν την επέμβαση μαστεκτομής	100% (15)	86,7% (13)
Σε χώρους κοινών συναντήσεων		6,7% (1)

Το 100% (15) των γυναικών του δείγματος από την Αθήνα καθώς και το 86,7% (13) του δείγματος από την Πάτρα απάντησαν ότι προτιμούν να συναντώνται με τους φίλους τους στους ίδιους χώρους που βρίσκονταν και πριν την επέμβαση μαστεκτομής.

♦ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών από τα δύο δείγματα σχετικά με την σεξουαλική τους ζωή μετά την επέμβαση μαστεκτομής.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Αδιαφορία του συντρόφου σας όσον αφορά το σεξ		13,3% (2)
Μείωση της σεξουαλικής σας επιθυμίας	20% (3)	13,3% (2)
Ανασφάλεια δική σας ως προς την εμφάνισή σας κατά την διάρκεια της σεξουαλικής πράξης	13,3% (2)	6,7% (1)
Φόβο δικό σας σε κάθε άγγιγμα του συντρόφου σας		6,7% (1)
Ανασφάλεια δική σας για το εάν ο σύντροφός σας θα σας αποδεχτεί και θα σας θεωρεί σεξουαλικά επιθυμητή	33,3% (5)	6,7% (1)
Δεν έχω σεξουαλική ζωή	60% (9)	53,3% (8)

Παρατηρείται ότι το 60% (9) των γυναικών από την Αθήνα και το 53,3% (8) των γυναικών από την Πάτρα δήλωσαν ότι δεν έχουν σεξουαλική ζωή. Επίσης το 20% (3) του δείγματος της Αθήνας και το 13,3% (2) του δείγματος της Πάτρας δήλωσαν μείωση της σεξουαλικής τους επιθυμίας. Ακόμα το

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

33,3% (5) του δείγματος από Αθήνα και μόνο το 6,7% (1) του δείγματος των γυναικών από την Πάτρα δήλωσαν ανασφάλεια δική τους για το εάν ο σύντροφός τους θα τις αποδεχτεί και θα τις θεωρήσει σεξουαλικά επιθυμητές.

♦ Σχετικά με την ύπαρξη κάποιας ομάδας ειδικών επιστημόνων στο νοσοκομείο όπου υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	40% (6)	13,3% (2)
ΟΧΙ	60% (9)	86,7% (13)

Είναι φανερό ότι το 60% (9) των γυναικών του δείγματος από την Αθήνα και το 86,7% (13) του δείγματος από την Πάτρα δεν έλαβαν καμία ψυχολογική υποστήριξη από κάποια ομάδα επιστημόνων στο νοσοκομείο όπου έκαναν την επέμβαση.

♦ Σχετικά με την ερώτηση αν αναζήτησαν ψυχολογική υποστήριξη εκτός του πλαισίου του νοσοκομείου που νοσηλεύονταν όταν υποβλήθηκαν σε επέμβαση μαστεκτομής τα δύο δείγματα γυναικών έδωσαν τις ακόλουθες απαντήσεις.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	6,7% (1)	13,3% (2)
ΟΧΙ	93,3% (14)	86,7% (13)

Παρατηρείται ότι το 93,3% (14) των γυναικών του δείγματος από Αθήνα και το 86,7% (13) του δείγματος από Πάτρα δεν αναζήτησαν καμία ψυχολογική υποστήριξη εκτός του πλαισίου του νοσοκομείου.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών των δύο δειγμάτων σχετικά με την επίσκεψη κάποιου κοινωνικού λειτουργού στο θάλαμο της κλινικής όπου νοσηλεύονταν για την επέμβαση μαστεκτομής ήταν οι ακόλουθες

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	26,7% (4)	13,3% (2)
ΟΧΙ	73,3% (11)	86,7% (13)

Παρατηρείται ότι μόνο το 26,7% (4) των γυναικών του δείγματος των Αθηνών και το 13,3% (2) των γυναικών του δείγματος της Πάτρας δέχθηκε επίσκεψη από κάποιο κοινωνικό λειτουργό στο θάλαμο της κλινικής μετά επέμβαση της μαστεκτομής!

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απόψεις των γυναικών από τα δύο δείγματα σχετικά με το αν γνωρίζουν την ύπαρξη κάποιου συλλόγου όπου διαμένουν ή σε άλλες πόλεις της χώρας που έχει σαν σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη των μαστεκτομημένων γυναικών στην πόλη όπου διαμένουν ή σε άλλες πόλεις της χώρας.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	26,7% (4)	26,7% (4)
ΟΧΙ	73,3% (11)	73,3% (11)

Παρατηρείται ότι το 73,3% (11) των γυναικών και στα δύο δείγματα αντίστοιχα δεν γνωρίζει την ύπαρξη κάποιου συλλόγου που έχει σαν σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη των μαστεκτομημένων γυναικών στην πόλη όπου διαμένουν ή σε άλλες πόλεις της χώρας..

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών των δύο δειγμάτων σχετικά με το αν γνώριζαν την ύπαρξη κάποιου συλλόγου στην πόλη τους που στηρίζει

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

ψυχολογικά τις μαστεκτομημένες γυναίκες και αν θα ήθελαν να πληροφορηθούν γι' αυτόν, τον σκοπό και το έργο τους ήταν οι ακόλουθες.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	53,3% (8)	73,3% (11)
ΟΧΙ	46,7% (7)	26,7% (4)

Παρατηρείται ότι το 53,3% (8) των γυναικών του δείγματος από την Αθήνα και το 73,3% (11) των γυναικών του δείγματος από την Πάτρα θα ήθελαν να ενημερωθούν για το σκοπό και το έργο ενός τέτοιου συλλόγου.

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών σχετικά με την ερώτηση αν θα τις ενδιέφερε να συμμετέχουν σε κάποια ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή ήταν οι ακόλουθες:

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	53,3% (8)	80% (12)
ΟΧΙ	46,7% (7)	20% (3)

Παρατηρείται ότι το 53,3% (8) των γυναικών από το δείγμα της Αθήνας και το 80% (12) των γυναικών από την Πάτρα θα ήθελαν να συμμετέχουν σε μία τέτοια ομάδα.

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απαντήσεις των γυναικών από τα δύο δείγματα σχετικά με το αν θα έπαιρναν την πρωτοβουλία για την οργάνωση μιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης για γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή στην περιοχή τους.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ		33,3% (5)
ΟΧΙ	100% (15)	66,7% (10)

Παρατηρείται ότι το 100% (15) των γυναικών του δείγματος των Αθηνών δεν θα έπαιρνε μία τέτοια πρωτοβουλία! Ενώ το 33,3% (5) των γυναικών του δείγματος από την Πάτρα θα έπαιρνε την πρωτοβουλία για την οργάνωση μιας τέτοιας ομάδας.

3. Σημαντική ή μη διαφορά μεταξύ Αθήνας και Πάτρας

♦ Θα εξεταστεί σε αυτό το σημείο αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών από Αθήνα και Πάτρα και του τόπου όπου προτίμησαν να γίνει η μαστεκτομή.

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Στον τόπο που διαμένετε μόνιμα εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε σε μαστεκτομή	20% (3)	80% (12)
Σε άλλη πόλη της χώρας σας από εκείνη όπου διαμένετε εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε τη μαστεκτομή	73,3% (11)	20% (3)
Σε πόλη του εξωτερικού	6,7% (1)	

$p = 0,00244$ (*P: όταν αυτό είναι μικρότερο του 0,5 τότε η διαφορά είναι σημαντική σε αντίθετη περίπτωση δεν είναι*)

Παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών Αθήνας και Πάτρας όσον αφορά στον τόπο που προτίμησαν να κάνουν την επέμβαση μαστεκτομής. Για παράδειγμα, το 73,3% (11) των γυναικών από Αθήνα προτίμησαν μία άλλη πόλη από εκείνη που διέμεναν εκείνο τον καιρό για να υποβληθούν σε επέμβαση μαστεκτομής, ενώ μόνο το 20% (3) των γυναικών του δείγματος από την Πάτρα πήραν την ίδια απόφαση.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

♦ Θα ερευνηθεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών των δύο δειγμάτων και του συναισθήματος του φόβου που αισθάνθηκαν όταν πληροφορήθηκαν ότι έπρεπε να υποστούν μαστεκτομή.

	Αριθμός (%) γυναικών	
ΦΟΒΟ	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	60% (9)	100% (14)
ΟΧΙ	40% (6)	

$$p = 0,00219$$

Παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών σε Αθήνα και Πάτρα και του συναισθήματος του φόβου που αισθάνθηκαν όταν έμαθαν ότι έπρεπε να υποστούν μαστεκτομή. Για παράδειγμα, το 100% (14) των γυναικών από την Πάτρα αισθάνθηκαν φόβο για την επικείμενη επέμβαση ενώ μόνο το 60% (9) των γυναικών από την Αθήνα είχε το ίδιο συναίσθημα.

♦ Θα εξεταστεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο δειγμάτων των γυναικών και το αν αισθάνθηκαν γυχραιμες όταν έμαθαν ότι έπρεπε να υποστούν μαστεκτομή.

ΨΥΧΡΑΙΜΙΑ	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	33,3% (5)	
ΟΧΙ	66,7% (10)	100% (14)

$$p = 0,00595$$

Παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του δείγματος των γυναικών από την Αθήνα και του δείγματος των γυναικών από την Πάτρα και του συναισθήματος της γυχραιμίας που αισθάνθηκαν όταν έμαθαν για την επικείμενη επέμβαση. Για παράδειγμα, το 33,5% (5) των γυναικών του δείγματος από την Αθήνα δέχθηκε με γυχραιμία ότι θα έπρεπε να υποστεί

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

σε μαστεκτομή ενώ από το δείγμα της Πάτρας καμμία γυναίκα δεν ένωσε αυτό το συναίσθημα.

♦ Θα εξεταστεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο δειγμάτων των γυναικών σχετικά με ποιό πρόσωπο ήθελαν περισσότερο να έχουν επικοινωνία αφότου πληροφορήθηκαν το ότι έπρεπε να υποβληθούν σε μαστεκτομή.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	7,7% (1)	30,8% (4)
ΣΥΖΥΓΟ	46,2% (6)	
ΠΑΙΔΙ/ΙΑ	38,5% (5)	23,1% (3)
ΣΥΓΓΕΝΗΣ	7,7% (1)	46,2% (6)

$p = 0,00208$

Παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του δείγματος των γυναικών από την Αθήνα και του δείγματος των γυναικών από την Πάτρα και του προσώπου που θα ήθελαν να έχουν περισσότερη επικοινωνία αφότου πληροφορήθηκαν ότι έπρεπε να υποβληθούν σε μαστεκτομή. Για παράδειγμα, ενώ το 46,2% (6) των γυναικών του δείγματος από την Αθήνα θα επικοινωνούσαν περισσότερο με τον συντροφό τους καμμία γυναίκα από το δείγμα της Πάτρας δεν θα απευθύνονταν σ' αυτό το πρόσωπο. Επίσης, ενώ το 30,8% (4) των γυναικών του δείγματος από την Πάτρα θα ήθελαν να έχουν περισσότερο επαφή με την οικογένεια μόλις το 7,7% (1) του δείγματος των γυναικών από την Αθήνα θα απευθύνονταν στην οικογένεια.

♦ Θα εξεταστεί τώρα αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του δείγματος των γυναικών από Αθήνα και του δείγματος από την Πάτρα και

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

της αντίδρασης των παιδιών όταν έμαθαν ότι η μητέρα τους θα πρέπει να υποστεί μαστεκτομή.

Είχαν περιέργεια για την αρρώστια της μητέρας τους	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	28,6% (4)	
ΟΧΙ	71,4% (10)	100% (12)

$$p = 0,01824$$

Παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του δείγματος των γυναικών από την Αθήνα και του δείγματος των γυναικών από την Πάτρα προς την αντίδραση των παιδιών που είχαν περιέργεια για την αρρώστια της μητέρας τους. Είναι φανερό ότι ενώ το 28,6% (4) των γυναικών από την Αθήνα δήλωσαν ότι τα παιδιά τους είχαν περιέργεια για την αρρώστια της μητέρας τους, καμία γυναίκα από το δείγμα της Πάτρας δεν δήλωσε κάτι τέτοιο.

◆ Θα ερευνηθεί αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του δείγματος των γυναικών από την Αθήνα και του δείγματος των γυναικών από την Πάτρα σχετικά με το αν έπαιρναν την πρωτοβουλία για την οργάνωση μιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης για γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή στην περιοχή τους.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ		33,3% (5)
ΟΧΙ	100% (15)	66,7% (10)

$$p = 0,00484$$

Παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο δειγμάτων των γυναικών και της πρωτοβουλίας για οργάνωση μιας ομάδας για ψυχολογική υποστήριξη. Για παράδειγμα, ενώ καμία γυναίκα από το δείγμα των Αθηνών δεν θα έπαιρνε μία τέτοια απόφαση, το 33,3% (5) των γυναικών από το δείγμα της Πάτρας θα έπαιρνε την πρωτοβουλία για την οργάνωση μιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

A. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχοσυναισθηματικών επιπτώσεων που επιφέρει ο Κ.Μ. και η μαστεκτομή στις γυναίκες. Η ανάλυση του θέματος έγινε αρχικά με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα και στη συνέχεια ακολουθήθηκε και ερευνητική προσέγγιση.

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της μαστεκτομής και να καταγραφούν τυχόν διαφορές και ομοιότητες ανάμεσα στην επαρχία και την πρωτεύουσα.

Τόσο για την Αθήνα όσο και για την Πάτρα χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια , έτσι συνταγμένα , ώστε να είναι δυνατή η συμπλήρωσή τους και απ' τις ίδιες τις ερωτώμενες αλλά και με συνέντευξη , όπου αυτό θα κρινόταν απαραίτητο.

1. 1ο Ερευνητικό μέρος - Έρευνα στην Πάτρα

- 1) Διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, το 80 % των γυναικών που έχουν κάνει μαστεκτομή ασχολούνται με τα οικιακά..
- 2) 12 στις 15 γυναίκες επίσης προτίμησαν να κάνουν μαστεκτομή στον τόπο όπου διέμεναν μόνιμα εκείνο τον καιρό.
- 3) Αυτό που οδήγησε κάποιες απ' τις ερωτώμενες να φύγουν μακριά απ' την πόλη τους για να κάνουν την επέμβαση ήταν κατά κύριο λόγο η έλλειψη

προσφοράς συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών στον τόπο μόνιμης διαμονής τους και κατά δεύτερο λόγο ήταν θέμα εμπιστοσύνης γιατρών.

- 4) Το 60% των γυναικών δήλωσε πως δεν είχε καμία ενημέρωση για το θέμα της αυτοεξέτασης των μαστών πριν ανακαλύψουν κάτι ανησυχητικό σ'αυτούς. Επίσης το 66,7% δεν είχε κάνει καμιά εξέταση ή οτιδήποτε άλλο με σκοπό την πρώιμη διάγνωση του Κ.Μ. πριν την επέμβαση μαστεκτομής που έκανε.
- 5) Όσον αφορά στους λόγους που οδήγησαν αυτές τις γυναίκες στην πρώτη επίσκεψη στον ειδικό γιατρό αυτοί ποικίλουν. Οι περισσότερες οδηγήθηκαν σ'αυτόν γιατί ανακάλυψαν κάτι ανησυχητικό κατά την εξέταση και ψηλάφηση των μαστών κι ακολουθούν αυτές που προηγούμενα αισθάνθηκαν ενόχληση στους μαστούς και τέλος αυτές που τυχαία είδαν κάτι διαφορετικό στο σώμα τους.
- 6) Τα συναισθήματα που επικράτησαν όταν έμαθαν για την επέμβαση που επρόκειτο να υποστούν ,συνοψίζονται ,ιεραρχικά , στα εξής; φόβος κατ' αρχήν, άγχος, απειλή θανάτου, σοκ και τέλος μείωση του αισθήματος θηλυκότητας.
- 7) Φαίνεται ακόμη ,σύμφωνα με τ'αποτελέσματα της έρευνας , ότι το 86,7% γνωστοποίησε το γεγονός της επερχόμενης επέμβασης σ' όλη την οικογένεια , το 6,7% το γνωστοποίησε σε κάποια μέλη της ενώ το ίδιο ποσοστό το είπε μόνο σ' ένα άτομο απ' την οικογένεια.
- 8) Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι να γίνει η εγχείρηση κι απ'τη στιγμή της γνωστοποίησης της επέμβασης, καμιά γυναίκα απ'το δείγμα της Πάτρας δεν ήθελε να έχει επαφή κι επικοινωνία με το σύντροφο ή το σύζυγό της

αλλά κυρίως αποζητούσε τα παιδιά της ή κάποιο άλλο πρόσωπο του στενού οικογενειακού κύκλου.

9) Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι στο 93,3% δεν έγινε αποκατάσταση μαστού.

10) Η αντίδραση των συντρόφων-συζύγων, πριν τη μαστεκτομή και αφότου είχαν πληροφορηθεί την επερχόμενη επέμβαση της άρρωστης, είναι σύμφωνα με τα ποσοστά που προέκυψαν η εξής; το 46% φοβόταν για την εξέλιξη της επέμβασης, το 40% αναγνώριζε τους φόβους της συντρόφου, το 13,3% ήταν αμήχανοι αλλά και το ίδιο ποσοστό έδειχνε αδιαφορία ενώ το 6,7% ήταν υπερπροστατευτικά με την πάσχουσα.

11) Η στάση των παιδιών κατά την ίδια περίοδο, δηλαδή πριν την επέμβαση ήταν σύμφωνα με τ'αποτελέσματα της έρευνας, η εξής; το 53,3% αισθανόταν φόβο ενώ το ίδιο ποσοστό αισθανόταν ανησυχία, το 33,3% διακατέχονταν από άγχος ενώ μόλις το 6,7% έδειχνε ανασφάλεια.

12) Οι γονείς των μαστεκτομημένων γυναικών πριν την επέμβαση έδειχναν μάλλον φόβο για την πορεία της επέμβασης αν και σύμφωνα με τ'αποτελέσματα της έρευνας το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών είχε ήδη πεθάνει.

13) Οι σύντροφοι των γυναικών αυτών που ρωτήθηκαν παρουσιάζονται μετά τη μαστεκτομή ως εξής; 6 στις 15 απάντησαν ότι ένιωθαν να κατανοεί ο σύντροφος την κατάσταση τους, 2 στις 15 σημείωσαν πως δεν την κατανοούσε, 2 στις 15 πάλι απάντησαν πως ο σύντροφός τους ήταν υπερπροστατευτικός αλλά και το ίδιο ποσοστό γυναικών είπε πως ήταν απόμακρος. Το μικρότερο ποσοστό το αποτελούν αυτές που απάντησαν

πως ο σύντροφός τους τις έκανε να μην αισθάνονται πλέον ποθητές αλλά κι αυτές που δήλωσαν πως έδειχνε αισιόδοξος για την εξέλιξη της υγείας τους.

- 14) Οι αντιδράσεις των παιδιών μετά την επέμβαση μαστεκτομής της μητέρας τους ήταν οι εξής; Κατά κύριο λόγο ήταν συνεχώς στο πλευρό της άρρωστης. Ακολουθεί τόσο η μερίδα εκείνων των παιδιών που προσπαθούσαν να την ηρεμήσουν όσο κι αυτών που πίστευαν πως η μητέρα τους θα κατορθώσει να ξεπεράσει την αρρώστια. Οι 4 στις 15 απάντησαν πως έβλεπαν τα παιδιά τους ανήσυχα ενώ 2 στις 15 πίστευαν πως αυτά αισθάνονταν ανασφάλεια για το μέλλον της οικογένειας. Μόνο 1 στις 15 απάντησε πως τα παιδιά απομακρύνθηκαν από κοντά της.
- 15) Οι γονείς μετά την επέμβαση της κόρης τους κατά κύριο λόγο φοβούνταν για την πορεία της υγείας της.
- 16) Σ' αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να τονιστεί πως ανάλυση αποτελεσμάτων όσον αφορά στις απαντήσεις για την επαγγελματική ζωή δεν έγινε για τους εξής λόγους; κατά πρώτον μόνο μία γυναίκα ήταν δημόσιος υπάλληλος κι άλλη μία δούλευε στην επιχείρηση του συζύγου της πράγμα που σημαίνει πως μόνο η πρώτη είχε συναναστροφή με άλλους συναδέλφους ενώ στη δεύτερη περίπτωση επειδή η επιχείρηση ήταν κατάστημα δεν υπήρχαν συνάδελφοι με την ακριβή έννοια του όρου. Επίσης πέρα απ' την ερώτηση που αναφέρεται στο είδος του επαγγέλματος και που απαντήθηκε και απ' τις δύο πάσχουσες, οι υπόλοιπες ερωτήσεις που αφορούν στη στάση των συναδέλφων μετά τη μαστεκτομή δεν απαντήθηκαν. Έτσι δεν είναι δυνατόν να προκύψουν

στοιχεία απ' το ερωτηματολόγιο όσον αφορά στις συνέπειες που μπορεί να έχει η μαστεκτομή στην επαγγελματική ζωή της πάσχουσας.

- 17) Όσον αφορά στην κοινωνική ζωή των γυναικών μετά τη μαστεκτομή στην οποία υποβλήθηκαν συμπεραίνονται τα εξής; Οι φίλιες κι οι συντροφιές συνέχισαν να υπάρχουν για τις 8 από τις 15 ενώ για τις υπόλοιπες το ποσοστό μοιράζεται σ' αυτές που δεν κράτησαν καμία και σ' αυτές που κράτησαν κάποιες απ' αυτές που είχαν πριν .Επίσης οι συναντήσεις συνέχισαν, για 14 στις 15 , να γίνονται όπου και παλιά.
- 18) Η σεξουαλική ζωή των συγκεκριμένων γυναικών μετά τη μαστεκτομή έχει τα εξής χαρακτηριστικά; Το 53,3% απάντησε πως δεν έχει σεξουαλική ζωή, το 13,3% απάντησε πως μειώθηκε ενώ το 6,7% αισθάνεται ανασφάλεια ως προς την εξωτερική εμφάνιση κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Το ίδιο ποσοστό, σύμφωνα με την έρευνα , εκδηλώνει φόβο σε κάθε άγγιγμα του συντρόφου ενώ και πάλι το ίδιο ποσοστό αισθάνεται ανασφάλεια για το αν ο σύντροφος συνεχίσει να την αποδέχεται και να τη θεωρεί σεξουαλικά επιθυμητή.
- 19) Το 86,7% των γυναικών του δείγματος δεν έλαβε καμία ψυχολογική υποστήριξη από κάποια ομάδα επιστημόνων στο νοσοκομείο όπου έκανε την επέμβαση! Το ίδιο ποσοστό, δεν αναζήτησε καν ψυχολογική στήριξη εκτός του πλαισίου του νοσοκομείου!
- 20) Αξίζει να τονιστεί εδώ ότι 13 στις 15 γυναίκες του δείγματος δε δέχτηκαν επίσκεψη κάποιου κ.λ. στο νοσοκομείο όπου νοσηλεύονταν!
- 21) Το 73,3% δε γνωρίζει την ύπαρξη κάποιου συλλόγου ψυχολογικής υποστήριξης μαστεκτομημένων γυναικών. Το ίδιο ποσοστό όμως

απάντησε πως θα ήθελε να πληροφορηθεί για το σκοπό λειτουργίας κάποιων απ'αυτούς τους συλλόγους που ήδη υπάρχουν και το 80% θα επιθυμούσε να συμμετέχει σε μια τέτοια ομάδα υποστήριξης γυναικών που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση μαστεκτομής . Ενθαρρυντικό είναι πάντως ότι 5 στις 10 γυναίκες θα έπαιρναν την πρωτοβουλία για την οργάνωση μιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης.

2. 2ο Ερευνητικό μέρος - Έρευνα στην Αθήνα

- 1) Διαπιστώνεται ότι και για την Αθήνα, το μεγαλύτερο ποσοστό δηλαδή το 53,3% το αποτελούν γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά ενώ το υπόλοιπο το αποτελούν αγρότισσες και δημόσιοι υπάλληλοι.
- 2) 11 στις 15 γυναίκες προτίμησαν να κάνουν τη μαστεκτομή σε άλλη πόλη της χώρας από εκείνη που διέμεναν μόνιμα εκείνο τον καιρό ενώ 3 στις 15 παρέμειναν στην πόλη τους για την επέμβαση και μόνο 1 έφυγε για το εξωτερικό. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί πως το δείγμα το αποτελούσαν γυναίκες που βρίσκονταν σε νοσοκομείο της Αθήνας τον καιρό της έρευνας αλλά δεν ήταν όλες από την Αττική αλλά κυρίως απ' την επαρχία. Ο λόγος πάντως που κατά κύριο λόγο συντέλεσε στο να φύγουν για μια άλλη πόλη της χώρας ήταν για το 63,3% η έλλειψη συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών στον μόνιμο τόπο διαμονής. Επίσης το 18,2% έφυγε για λόγους εμπιστοσύνης γιατρού.
- 3) Το 53,3% δήλωσε πως δεν είχε ενημέρωση για το ζήτημα της αυτοεξέτασης των μαστών ενώ το 46,7% είχε ενημέρωση για το θέμα αυτό. Παρόλα αυτά το 93,3% δεν είχε κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις πριν ανακαλύψει κάτι ανησυχητικό στους μαστούς!

- 4) Οι λόγοι που οδήγησαν τις γυναίκες του συγκεκριμένου δείγματος στις πρώτες εξετάσεις ή επισκέψεις σε ειδικό γιατρό ήταν για το 33,3% το ότι ανακάλυψε κάτι ανησυχητικό στους μαστούς ,για το 26,7% γιατί αισθάνθηκε κάποια ενόχληση στους μαστούς ,το ίδιο ποσοστό τυχαία και το 13,3% επειδή εμφανίστηκε αίμα στη θηλή.
- 5) Τα συναισθήματα των γυναικών του δείγματος αφότου έμαθαν για την επικείμενη μαστεκτομή ήταν κατ'αρχήν φόβος ,σε μικρότερο ποσοστό σοκ, ακολουθεί το άγχος , η γυχραιμία , η απειλή του θανάτου και η μείωση του αισθήματος δηλυκότητας ενώ το χαμηλότερο ποσοστό , το 6,7% ένιωσε μείωση ενδιαφερόντων γενικά.
- 6) Το γεγονός της επερχόμενης μαστεκτομής γνωστοποιήθηκε σε όλη την οικογένεια από το 73,3% των γυναικών του δείγματος ενώ το 13,3% το γνωστοποίησε σ'ένα μέλος της οικογένειας και το 6,7% μόνο σ' εκείνα τα μέλη της οικογένειας που η ηλικία τους επέτρεπε να καταλάβουν την κατάσταση. Το 40% πάντως του δείγματος ήδελαν να έχουν επαφή κι επικοινωνία με το σύζυγο ή το σύντροφο αφότου πληροφορήθηκαν ότι έπρεπε να υποβληθούν σε μαστεκτομή. Το 33,3% απάντησαν πως αποζητούσαν τα παιδιά τους ενώ το υπόλοιπο ποσοστό ήδελαν μαζί τους κάποιο συγγενικό πρόσωπο ή γενικά την οικογένεια.
- 7) Προέκυψε επίσης ότι καμία γυναίκα του δείγματος δεν έκανε αποκατάσταση του τμήματος μαστού που αφαιρέθηκε.
- 8) Οι αντιδράσεις των συζύγων ή των συντρόφων αφότου έμαθαν για την επέμβαση που επρόκειτο να γίνει, ήταν: στο μεγαλύτερο ποσοστό φοβούνταν για την εξέλιξη της επέμβασης αλλά κι αναγνώριζαν τους

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

φόβους των γυναικών του δείγματος. Ακολουθούν σύμφωνα με τα ποσοστά και τέλος αυτοί που έδειχναν αδιαφορία.

- 9) Τα παιδιά των γυναικών που ρωτήθηκαν φαίνεται πως πριν την μαστεκτομή κατά κύριο λόγο αισθάνονταν φόβο κι ανησυχία. Ακολουθεί, όπως προκύπτει από τα ποσοστά, το 33,3% που αισθάνεται ανασφάλεια και το ίδιο ποσοστό με άγχος ενώ το 26,7% δείχνει περιέργεια για την αρρώστια της μητέρας και το 13,3% το έμαθε αφότου έγινε η επέμβαση.
- 10) Οι αντιδράσεις των γονέων πριν την επέμβαση μαστεκτομής ήταν οι εξής; Το 60% δεν ήταν στη ζωή οπότε το 30% που απάντησε και σημαίνει πως οι γονείς ήταν στη ζωή τότε, είπε πως αισθάνονταν φόβο για την πορεία της επέμβασης κι ακολουθεί εκείνο το ποσοστό που ένιωσε άγχος για την παραπέρα εξέλιξη της αρρώστιας.
- 11) Η στάση του συζύγου συντρόφου μετά τη μαστεκτομή απεικονίζεται ως εξής; Οι 9 στις 15 απάντησαν πως ένιωθαν ο σύντροφός τους να κατανοεί την ψυχολογική τους κατάσταση. Σύμφωνα με τα ποσοστά των αποτελεσμάτων ακολουθούν αυτές που απάντησαν πως ο σύζυγος - σύντροφος εξέφραζε ανησυχία κι έδειχνε φοβισμένος για την πορεία της υγείας τους, και στην συνέχεια ήταν εκείνοι που τις έκαναν να αισθάνονται ακόμα ποθητές ενώ 2 στις 15 απάντησαν πως ένιωθαν πως ο σύντροφός τους τις θεωρούσε δυνατές για ν'αντιμετωπίσουν και μόνες τους τη μετεγχειρητική περίοδο. Με το ίδιο ποσοστό ακολουθούν αυτοί που έδειχναν υπερπροστατευτικοί. Επίσης 1 στις 15 ερωτώμενες απάντησε πως όλη η συμπεριφορά του συντρόφου έδειχνε να μην έχει

κατανόηση και ενέτεινε την τότε υπάρχουσα ανησυχία. Το ίδιο ποσοστό απάντησε πως ο σύντροφος-σύζυγος ήταν αδιάφορος.

12) Τα παιδιά μετά την εγχείρηση παρουσιάζονται, ως επί το πλείστον, να είναι στο πλευρό της ασθενούς στηρίζοντάς την και το ίδιο ποσοστό, δηλαδή το 33,3% με διάθεση να ηρεμήσουν τη μητέρα τους. Το 20% πιστεύει πως η μητέρα τους μπορεί να τα καταφέρει και μόνη της ενώ το 13,3% αισθανόταν ανασφάλεια για το μέλλον της οικογένειας αλλά και το 6,7%, δηλαδή 1 στις 15, δήλωσε ότι απομακρύνθηκε από κοντά της.

13) Η στάση των γονέων του δείγματος μετά την μαστεκτομή παρουσιάζεται ως εξής; το 60% φοβόταν για την πορεία της υγείας της κόρης. Το 40% πίστευε πως η κόρη θα συνέχιζε τη ζωή της όπως πριν. Σημειώνεται εδώ ότι τ'αποτελέσματα προέκυψαν από τις απαντήσεις που δόθηκαν από 5 στις 15 γυναίκες γιατί οι υπόλοιπες είχαν ήδη χάσει τους γονείς τους.

14) Εδώ κρίνεται απαραίτητο να σημειωθούν και τα εξής; όσον αφορά στο επάγγελμα των 15 γυναικών που ρωτήθηκαν υπάρχουν 3 που ασχολούνταν ως δημόσιοι υπάλληλοι και θα ήταν δυνατόν να προκύψουν κάποια συμπεράσματα απ' τις απαντήσεις τους, τις σχετικές με τη συμπεριφορά των συναδέλφων αλλά και των ίδιων των γυναικών μετά την επέμβαση στο χώρο εργασίας τους. Όμως οι συγκεκριμένες ερωτήσεις παρέμειναν αναπάντητες οπότε δεν είναι δυνατόν να προκύψουν στοιχεία απ' την έρευνα όσον αφορά στις συνέπειες που μπορεί να έχει η μαστεκτομή στην επαγγελματική ζωή της πάσχουσας.

15) Όσον αφορά στην κοινωνική τους ζωή, όπως προκύπτει από τα ποσοστά των αποτελεσμάτων, το 93,3% των γυναικών του συγκεκριμένου

δείγματος συνέχισαν να διατηρούν τις παλιές φιλίες τους και μετά την επέμβαση. Μόνο μία στις 15 κράτησε ορισμένες απ' τις παλιές συντροφιάς της. Επίσης και οι 15 γυναίκες που ρωτήθηκαν απάντησαν πως μετά την μαστεκτομή συναντιούνται με τις παρέες τους στους ίδιους χώρους που συναντιούνταν και παλιότερα δηλαδή πριν την εγχείρηση.

16) Η σεξουαλική ζωή επίσης μετά τη μαστεκτομή για το 60% είναι ανύπαρκτη ενώ για το 33,3% διαπιστώνεται ανασφάλεια για το αν ο σύντροφος θα αποδεχτεί την πάσχουσα και αν θα τη θεωρεί σεξουαλικά επιθυμητή. Το 20% ακόμα ένιωσε μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, το 13,3% ανασφάλεια για την εξωτερική εμφάνιση κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Το ίδιο ποσοστό διαπίστωσε αδιαφορία του συντρόφου για το σεξ.

17) Το 60% του δείγματος δεν έλαβε ψυχολογική υποστήριξη από ομάδα ειδικών μέσα στο νοσοκομείο όπου νοσηλεύονταν ενώ το 40% δηλώνει πως είχε τέτοια υποστήριξη. Επίσης το 93,3% δε ζήτησε ψυχολογική υποστήριξη ούτε εκτός νοσοκομείου και μόνο το 6,7% κατέφυγε σε τέτοιου είδους λύση δηλαδή 1 στις 15 ερωτώμενες.

18) Συμπεραίνεται επίσης απ' την έρευνα ότι στο συγκεκριμένο δείγμα 11 στις 15 γυναίκες δεν τις επισκέφθηκε στο δάλαμο νοσηλείας κ.λ. ενώ οι υπόλοιπες έτυχαν υποστήριξης από μέλη της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου!

19) 4 στις 15 πάσχουσες που ερωτήθηκαν δήλωσαν πως γνωρίζουν την ύπαρξη κάποιου συλλόγου υποστήριξης μαστεκτομημένων γυναικών ενώ 11 στις 15, δηλαδή οι υπόλοιπες δεν είχαν υπόψιν τους κάτι τέτοιο. Το

53,3% επίσης θα ήθελε να πληροφορηθεί για την ύπαρξη το σκοπό και το έργο κάποιου συλλόγου που ασχολείται με μαστεκτομημένες γυναίκες, την ψυχολογική τους υποστήριξη και που τυχόν υπάρχει στην πόλη τους ενώ 46,7% δε θα το επιθυμούσε.

20) 8 στις 15, τέλος, από τις ερωτώμενες θα ήθελαν να συμμετέχουν σε μια ομάδα υποστήριξης μαστεκτομημένων γυναικών ενώ οι υπόλοιπες δε θα το ήθελαν. Καμιά τους επίσης δε θα έπαιρνε την πρωτοβουλία να οργανώσει μια τέτοια ομάδα.

3. Συσχέτιση συμπερασμάτων των δύο ερευνών

Με βάση τα συγκριτικά στοιχεία που προέκυψαν μεταξύ των δειγμάτων Αθήνας και Πάτρας τα πιο αξιολογα συμπεράσματα είναι τα εξής;

- 1) Στο δείγμα της Αθήνας φαίνεται ότι οι γυναίκες, προτίμησαν να κάνουν την επέμβαση μαστεκτομής σε άλλη πόλη απ' αυτή που διέμεναν μόνιμα σε αντίθεση με το δείγμα της Πάτρας που το μεγαλύτερο ποσοστό παρέμεινε στον τόπο μόνιμης διαμονής. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί αν ληφθεί υπόψιν ότι οι ερωτώμενες στην Αθήνα δεν έμεναν όλες μόνιμα εκεί αλλά οι περισσότερες έρχονταν απ' την επαρχία. Αντίθετα στο δείγμα της Πάτρας οι περισσότερες γυναίκες προέρχονταν απ' την πόλη αυτή.
- 2) Από το δείγμα της Αθήνας προκύπτει ακόμα ότι το 93,3% δεν είχε κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις προτού ανακαλύψει οτιδήποτε ανησυχητικό στους μαστούς ενώ στην Πάτρα το ποσοστό ήταν 66,7%.

- 3) Διαπιστώνεται επίσης ότι το 60% του δείγματος από την Αθήνα καθώς και το 93,3% από την Πάτρα αισθάνθηκε φόβο κατά κύριο λόγο.
- 4) Και στα δύο δείγματα , ακόμη, τα ποσοστά που γνωστοποίησαν σε όλη την οικογένεια την επέμβαση μαστεκτομής που θα έκαναν ήταν αρκετά υψηλά.
- 5) Αποκατάσταση μαστού μετά τη μαστεκτομή δε φαίνεται να έγινε ούτε στο δείγμα της Αθήνας ούτε στο δείγμα της Πάτρας εκτός από 1 περίπτωση στη δεύτερη πόλη..
- 6) Συμπεραίνεται επίσης ότι πριν την επικείμενη μαστεκτομή το 53,3% των συζύγων των γυναικών του δείγματος της Αθήνας αναγνώριζε τους φόβους τους, ενώ το ίδιο ποσοστό φοβόταν για την εξέλιξη της επέμβασης. Την ίδια αντίδραση δήλωσε και το 46,7% του δείγματος της Πάτρας.
- 7) Το 53,3% του δείγματος δήλωσε ότι τα παιδιά πριν την επέμβαση αισθάνθηκαν φόβο , κατά κύριο λόγο , για την επικείμενη επέμβαση. Το ίδιο ποσοστό επίσης , κι απ' το δύο δείγματα δήλωσε ότι τα παιδιά ήταν ανήσυχα.
- 8) Διαπιστώνεται ακόμα ότι πριν τη μαστεκτομή το 60% των γυναικών και στα δύο δείγματα δήλωσε ότι οι γονείς είχαν ήδη πεθάνει ενώ το 20%, πάλι κι απ' τα δύο δείγματα, δήλωσαν ότι οι γονείς φοβήθηκαν για την παρέα της επέμβασης.
- 9) Όσον αφορά στα συναισθήματα των συζύγων ή ερωτικών συντρόφων των γυναικών μετά την επέμβαση μαστεκτομής προκύπτει ότι το 60% του δείγματος από την Πάτρα δήλωσε ότι ο σύντροφος κατανοούσε την

μυχολογική τους κατάσταση (φόβους , άγχος, ανασφάλειες). Ακόμα το 20% των γυναικών κι'απ'τα δύο δείγματα δήλωσε ότι ο σύντροφός τους εξέφρασε ανησυχία ή έδειχνε φοβισμένος για την πορεία της υγείας τους.

- 10) Αναφορικά στις αντιδράσεις των παιδιών του δείγματος κι απ' τις δύο πόλεις προκύπτει ότι αυτά, στέκονταν στο πλευρό της μητέρας τους στηρίζοντας την και λιγότερες είναι οι περιπτώσεις εκείνων που δείχνουν ανησυχία αλλά κι εκείνων που πιστεύουν πως η μητέρα θα κατορθώσει και μόνη της να ξεπεράσει τις όποιες δυσκολίες της αρρώστιας.
- 11) Σχετικά με τις αντιδράσεις των γονιών μετά τη μαστεκτομή συμπεραίνεται ότι όσοι ήταν στη ζωή -9 περιπτώσεις- έδειχναν φόβο για την πορεία της υγείας της κόρης τους αλλά και κάποιοι πίστευαν ότι αυτή θα καταφέρει να συνεχίσει να ζει όπως πριν.
- 12) Όσον αφορά στην κοινωνική ζωή και τις αλλαγές που τυχόν προκύπτουν μετά από μια μαστεκτομή τα αποτελέσματα της έρευνας οδηγούν στα εξής συμπεράσματα: Κατά κύριο λόγο και στα δύο δείγματα οι φίλιες και οι συντροφιές συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά την επέμβαση και οι συναντήσεις συνεχίζουν κι αυτές να γίνονται όπου και παλιότερα χωρίς αλλαγή στον τόπο ή το χώρο της συνεύρεσης εκτός από μια περίπτωση στο δείγμα της Πάτρας που προτιμούσε τους χώρους κοινών συναντήσεων.
- 13) Για την επαγγελματική ζωή των γυναικών, όσων απ' αυτές δούλευαν, δεν ήταν δυνατή η συλλογή πληροφοριών γιατί οι σχετικές ερωτήσεις δεν

απαντήθηκαν ενώ οι περισσότερες γυναίκες που πριν εργάζονταν, κυρίως στο δημόσιο τομέα, μετά την επέμβαση έπαυαν να εργάζονται.

- 14) Όσον αφορά στη σεξουαλική ζωή μετά την επέμβαση όπως αυτή προκύπτει από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων χαρακτηρίζεται από μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Ακόμα 5 από τις ερωτώμενες της Αθήνας και 1 από το δείγμα της Πάτρας δήλωσαν ανασφάλεια δική τους για το εάν ο σύντροφός τους θα τις αποδεχτεί και θα τις θεωρήσει σεξουαλικά επιθυμητές. Αξίζει ακόμα να τονιστεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ούτε πριν ούτε μετά την επέμβαση είχε σεξουαλική ζωή δεδομένου του προχωρημένου της ηλικίας.
- 15) Είναι φανερό επίσης ότι τόσο στην Αθήνα αλλά πολύ περισσότερο στην Πάτρα οι μαστεκομημένες γυναίκες δε δέχονται υποστήριξη από κάποια ομάδα ειδικών στο νοσοκομείο όπου νοσηλεύονται μετά την επέμβαση! Επίσης και για τις δύο περιοχές παρατηρείται ότι μετά την έξοδό τους απ' την κλινική δεν αποζητούν ψυχολογική υποστήριξη εκτός από ένα μικρό ποσοστό.
- 16) Διαπιστώνονται επίσης ότι η παρουσία κ.λ. σε κλινικές όπου νοσηλεύονται ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή είναι σχεδόν ανύπαρκτη, περισσότερο στην Πάτρα και λιγότερο στην Αθήνα!
- 17) Αν και στην Αθήνα είναι συγκεντρωμένοι οι περισσότεροι σύλλογοι που ασχολούνται με την ψυχολογική υποστήριξη των καρκινοπαθών και ειδικότερα των γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή οι περισσότερες γυναίκες τόσο στην Αθήνα όσο και στην Πάτρα δεν γνωρίζουν την ύπαρξή τους. Επίσης πιο πολλές γυναίκες απ' την Πάτρα σε σχέση με την

Αθήνα, θα επιθυμούσαν να πληροφορηθούν για το σκοπό και το έργο αυτών των συλλόγων αλλά και θα ήθελε να συμμετέχει σε κάποιον από αυτούς. Τέλος καμιά γυναίκα απ'το δείγμα της Αθήνας δε θα έπαιρνε πρωτοβουλία οργάνωσης ενός τέτοιου συλλόγου στην περιοχή της ενώ στην Πάτρα 11 στις 15 θα το επιχειρούσαν.

4. Προτάσεις-Εισηγήσεις

Σύμφωνα με όσα προηγήθηκαν στο ερευνητικό και θεωρητικό μέρος της μελέτης κρίνεται σκόπιμο να γίνουν κάποιες προτάσεις που η υλοποίησή τους θα επιφέρει θετικά αποτελέσματα σχετικά με τον Κ.Μ. Επίσης τι συνέπειες μπορεί να επιφέρει σ'όλους τους τομείς της ζωής και της δράσης μιας ασθενούς.

- Με δεδομένο το γεγονός ότι για τον Κ.Μ. δεν υπάρχει, προς το παρόν, πρόληψη, μόνο μια έγκαιρη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει στη σωστή κι αποτελεσματική αντιμετώπισή του. Η ενημέρωση και η "εκπαίδευση" για το θέμα σε νεαρή ηλικία να βοηθήσει τη γυναίκα να αναλάβει μεγαλύτερη ευθύνη για το σώμα της και τον εαυτό της. Έτσι με τη μηνιαία αυτοεξέταση και τον περιοδικό έλεγχο από το γιατρό επιτυγχάνεται η πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση του Κ.Μ.
- Επίσης όσο νωρίτερα βοηθηθεί μια γυναίκα με Κ.Μ. για να δεχτεί την αρρώστια και τον ακρωτηριασμό, τόσο καλύτερα μπορεί ν'αντιμετωπίσει το συναίσθημα και τις ανάγκες που την κατακλύζουν.
- Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τη συγκεκριμένη αρρώστια είναι ανάλογος με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τις εκάστοτε δυσκολίες στη ζωή τους. Τα αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα συναισθήματα, γενικά, επιδεινώνονται λόγω της νόσου και δε

δημιουργούνται μόνο απ' αυτήν. Οπότε η ψυχολογική υποστήριξη, προσέγγιση κι αποκατάστασή της ασθενούς θα πρέπει να στηρίζεται σ' αυτή τη δέση.

- Να βοηθηθεί η πάσχουσα να αντιμετωπίσει τον καρκίνο γνωρίζοντας την απειλή που αποτελεί η αρρώστια γι' αυτήν.
- Να γίνεται προσπάθεια βοήθειας της ασθενούς ώστε να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματος της μετά τη μαστεκτομή.
- Κρίνεται επίσης απαραίτητη η σύσταση ομάδας ειδικών , πέραν του υπεύθυνου γιατρού, με σκοπό την υποστήριξη της γυναίκας με Κ.Μ. και ειδικότερα αυτής που έχει υποστεί μαστεκτομή, στα τμήματα των νοσοκομείων όπου νοσηλεύονται τέτοιοι ασθενείς.
- Για να ολοκληρωθεί η αποκατάστασή της ασθενούς με Κ.Μ. θα πρέπει να υπάρχει καθοδήγηση και υποστήριξη και μετά το τέλος της θεραπείας στο νοσοκομείο. Επομένως ήταν σημαντικό να υπάρχουν Κέντρα Αποκατάστασης με ομάδες υποστήριξης μαστεκτομημένων γυναικών ή γενικότερα καρκινοπαθών και εκτός των "τειχών" των Αθηνών. Ο σκοπός των κέντρων αυτών θα είναι κατά κύριο λόγο η προσαρμογή του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον, η υποστήριξη των ψυχολογικών και πρακτικών προβλημάτων που είναι αποτέλεσμα της αρρώστιας και του ακρωτηριασμού.
- Να βοηθάται η οικογένεια του ατόμου από τα ειδικά κέντρα αποκατάστασης ώστε να γίνει ενθαρρυντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση της νόσου αλλά και τα ίδια τα μέλη να έχουν την ευκαιρία υποστήριξης στις δικές τους ανάγκες και προβλήματα.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

- Ο κ.λ. να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στο συγκεκριμένο πρόβλημα ώστε με δική του πρωτοβουλία να γίνουν ομάδες υποστήριξης και αλληλοβοήθειας μεταξύ γυναικών που ήδη έχουν υποστεί μαστεκτομή κι έχουν δεχτεί τις συνέπειές της.
- Προτείνεται επίσης η ενεργός συμμετοχή των ίδιων των ασθενών στο σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων αποκατάστασης.
- - Τέλος η ενημέρωση της κοινότητας από ειδικούς, όσον αφορά στον Κ.Μ. και στην μαστεκτομή, κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί η ορθή πληροφόρηση για την πιο υπεύθυνη αντιμετώπισή της νόσου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

“ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΣΤΕΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ”

Η έρευνα αυτή έχει στόχο τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της μαστεκτομής. Απευθύνεται σε γυναίκες, στην Αθήνα και την Πάτρα, που έχουν υποστεί μαστεκτομή και προσπαθεί να διαπιστώσει τις συνθήκες αντιμετώπισης τους από το άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον, αλλαγές που ίσως επήλθαν στην οικογενειακή, επαγγελματική και σεξουαλική ζωή καθώς επίσης την αντιμετώπιση τους από το κράτος Πρόνοιας.

Η έρευνα αυτή είναι απόρρητη, δεν ζητάμε τα ονόματά σας και σας διαβεβαιώνουμε ότι τα στοιχεία που θα συλλέξουμε θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τη διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας στο τμήμα κοινωνικής εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Η συγκεκριμένη έρευνα και μελέτη γίνεται απ'τις σπουδάστριες : Κονίδα Βασιλική και Μπίσα Κωνσταντίνα.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Παρακαλούμε απαντήσετε στο ερωτηματολόγιο μονάχα εάν έχετε υποστεί κατά το παρελθόν επέμβαση μαστεκτομής.

1. Ηλικία :

2. Επάγγελμα :

3. Είστε :
- α) Παντρεμένη
 - β) Ανύπαντρη
 - γ) Διαζευγμένη
 - δ) Κάτι άλλο / τι;
 - ε) Δεν απαντώ

4. Πόσα παιδιά έχετε ;

- α) Κανένα παιδί
- β) Ένα παιδί
- γ) Δύο παιδιά
- δ) Τρία παιδιά
- ε) Περισσότερα από τρία παιδιά
- στ) Δεν απαντώ
- ζ) Κάτι άλλο / τι;

5. Πότε υποβληθήκατε σε επέμβαση μαστεκτομής;

- a) σε διάστημα λιγότερο από ένα χρόνο από σήμερα
- β) πριν από ένα χρόνο από σήμερα
- γ) πριν από δύο χρόνια από σήμερα
- δ) πριν από τρία χρόνια από σήμερα
- ε) πριν από τέσσερα χρόνια από σήμερα
- στ) πριν από πέντε χρόνια από σήμερα
- ζ) σε διάστημα μεγαλύτερο των πέντε χρόνων από σήμερα

6. Την επέμβαση μαστεκτομής προτιμήσατε να την κάνετε:

- a) στον τόπο που διαμένετε μόνιμα εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε την μαστεκτομή
- β) σε άλλη πόλη της χώρας σας από εκείνη όπου διαμένετε εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε τη μαστεκτομή
- γ) σε πόλη του εξωτερικού
- δ) κάπου αλλού / που;
- ε) δεν απαντώ

(Απαντήσατε στην παρακάτω ερώτηση (7) μονάχα αν ΔΕΝ κάνατε την επέμβαση της μαστεκτομής στον τόπο που διαμένετε εκείνο τον καιρό).

7. Αν δεν επιλέξατε να κάνετε την μαστεκτομή στον τόπο που διαμένετε μόνιμα εκείνο τον καιρό, γιατί προτιμήσατε να την κάνετε στην συγκεκριμένη πόλη ή χώρα που τελικά καταλήξατε;

- a) ήταν θέμα εμπιστοσύνης γιατρού/ών

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

- β) ήταν έλλειψη προσφοράς συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών
στον τόπο διαμονής σας
- γ) ήταν θέμα ασφάλισης υγείας (ασφαλιστικό πρόβλημα)
- δ) κάτι άλλο / τι;
- ε) δεν απαντώ
8. Προτού ανακαλύψετε οτιδήποτε το ανησυχητικό στους μαστούς σας είχατε ενημέρωση για το ζήτημα της αυτοεξέτασης των μαστών είτε από το γιατρό σας είτε από δική σας πρωτοβουλία;
- α) ΝΑΙ
- β) ΟΧΙ
- γ) ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
9. Προτού ανακαλύψετε οτιδήποτε ανησυχητικό στους μαστούς σας είχατε κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις ή άλλες ενέργειες (ψηλάφηση και αυτοεξέταση, μαστογραφία κ.λ.π.) με σκοπό την πρόωπη διάγνωση του καρκίνου του μαστού;
- α) ΝΑΙ
- β) ΟΧΙ
- γ) ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
10. Ξεκινήσατε να κάνετε τις πρώτες εξετάσεις (ψηλάφηση, αυτοεξέταση) ή επισκέψεις σε ειδικό γιατρό:
- α) επειδή αισθανθήκατε κάποια ενόχληση στους μαστούς
- β) επειδή ανακαλύψατε κάτι ανησυχητικό κατά την αυτοεξέταση-ψηλάφηση των μαστών

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

- γ) τυχαία
- δ) κάτι άλλο / τι;
- ε) δεν απαντώ

Σ' αυτήν την ερώτηση μπορείτε να δώσετε παραπάνω από 1 απαντήσεις.

Παρακαλούμε να αριθμήσετε τις απαντήσεις σας ξεκινώντας με το κυρίαρχο συναίσθημα και καταλήξτε με αυτό που λιγότερο νιώσατε.

11. Όταν πληροφορηθήκατε ότι έπρεπε να υποστείτε την επέμβαση μαστεκτομής αισθανθήκατε :

- α) την απειλή του θανάτου
- β) σοκ
- γ) άγχος
- δ) μείωστ. του αισθήματος θηλυκότητας
- ε) φόβο
- στ) μείωση ενδιαφερόντων, γενικά
- ζ) κάτι άλλο / τι;
- η) δεν απαντώ

12. Κάνετε γνωστό σ' όλη την οικογένειά σας το γεγονός ότι επρόκειτο να κάνετε μαστεκτομή, προτού να γίνει η επέμβαση;

- α) ΝΑΙ
- β) ΟΧΙ
- γ) μόνο σε κάποια μέλη της οικογένειας
- δ) μόνο σε ένα μέλος της οικογένειας / ποιά;

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

- ε) μόνο σ' εκείνα τα μέλη της οικογένειας που η ηλικία τους (και η σωματική και η νοητική) τους επέτρεπε να καταλάβουν την κατάστασή σας
- στ) κάτι άλλο / τι;
- ζ) δεν απαντώ

13. Αφότου πληροφορηθήκατε το ότι έπρεπε να υποβληθείτε σε μαστεκτομή και μέχρι να γίνει η επέμβαση, με ποιο πρόσωπο θέλατε περισσότερο να έχετε επαφή και επικοινωνία;

Με

14. Έγινε αποκατάσταση του τμήματος μαστού η οποίας αφαιρέθηκε (πλαστική);

- α) ΝΑΙ
- β) ΟΧΙ
- γ) ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

Απαντήσατε στην παρακάτω ερώτηση (15) μονάχα αν ήσασταν παντρεμένη ή μαζί με κάποιον ερωτικό σύντροφο τότε που πληροφορηθήκατε το γεγονός ότι έπρεπε να υποστείτε μαστεκτομή. Αν δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις ξεκινήστε αριθμώντας με 1 την κυρίαρχη στάση και συνεχίστε καταλήγοντας στη λιγότερο επικρατούσα στάση που θα αριθμήσετε με το μεγαλύτερο νούμερο.

15. Ο σύντροφός σας αφότου έμαθε ότι επρόκειτο να υποστείτε μαστεκτομή :

- α) αναγνώριζε τους φόβους σας
- β) ήταν αμήχανος
- γ) ήταν υπερπροστατευτικός

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

- δ) φοβόταν για την εξέλιξη της επέμβασης
- ε) φοβόταν για το μέλλον της σχέσης σας / της οικογένειάς σας
- στ) ήταν απόμακρος
- ζ) έδειχνε αδιαφορία
- η) σας απέφευγε
- θ) κάτι άλλο / τι;
- ι) δεν απαντώ

Απαντήσατε στην ερώτηση (16) μονάχα αν τον καιρό που πληροφορηθήκατε ότι επρόκειτο να κάνετε μαστεκτομή είχατε τουλάχιστον ένα παιδί που η νοτική και βιολογική του ηλικία του επέτρεπε να κατανοεί την κατάστασή σας (την επικείμενη επέμβαση μαστεκτομής). Αν δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις αριθμήστε ξεκινώντας με την πιο κυρίαρχη στάση και καταλήξατε στη λιγότερο επικρατούσα στάση (η αρίθμηση να αρχίζει από το ένα -1-).

16. Τα παιδιά σας απ'τη στιγμή που έμαθαν ότι επρόκειτο να υποστείτε μαστεκτομή:

- α) αισθάνονταν ανασφάλεια
- β) αισθάνονταν ενοχή για την αρρώστια της μητέρας τους
- γ) αισθάνονταν φόβο
- δ) ήταν ανήσυχα
- ε) ήταν αγχωμένα
- στ) είχαν περιέργεια για την αρρώστια της μητέρας τους
- ζ) κάτι άλλο / τι;
- η) δεν απαντώ

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

17. Οι γονείς σας απ'τη στιγμή που έμαθαν ότι επρόκειτο να υποστείτε μαστεκτομή :

- α) ήταν υπερπροστατευτικοί
- β) αισθάνονταν ενοχές για την αρρώστια της κόρης
- γ) είχαν φόβο για την πορεία της επέμβασης
- δ) είχαν άγχος για την παραπέρα εξέλιξη της αρρώστιας
- ε) κάτι άλλο / τι;
- στ) δεν απαντώ

Απαντήσατε στην ερώτηση (18) μονάχα αν ήσασταν παντρεμένη ή υπήρχε στη ζωή σας κάποιος ερωτικός σύντροφος το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε απ'τη στιγμή της επέμβασης για μαστεκτομή και το χρονικό διάστημα που ακολούθησε. Αριθμήσατε τις απαντήσεις σας, αν είναι παραπάνω από 1, ξεκινώντας από την περισσότερη επικρατούσα στάση και καταλήξατε μ'αυτή που λιγότερο ίσχυσε οπότε και με μεγαλύτερο νούμερο.

18. Ο σύντροφός σας μετά την επέμβαση μαστεκτομής :

- α) νιώθατε να κατανοεί την ψυχολογική σας κατάσταση (φόβους, άγχος, ανασφάλειες)
- β) η όλη συμπεριφορά του έδειχνε να μη σας κατανοεί και ενέτεινε την ανησυχία σας
- γ) σας έκανε να μην αισθάνεστε πλέον ποθητή γι'αυτόν
- δ) σας έκανε να αισθάνεστε ακόμα ποθητή γι'αυτόν
- ε) σας θεωρούσε δυνατή να αντιμετωπίσετε την μετεγχειρητική περίοδο και μόνη σας
- στ) ήταν υπερπροστατευτικός

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

- ζ) σας εγκατέλειψε
- η) ήταν απόμακρος
- θ) ήταν αισιόδοξος για την εξέλιξη της υγείας σας
- ι) εξέφρασε ανησυχία ή έδειχνε φοβισμένος για την πορεία της υγείας σας
- κ) κάτι άλλο / τι;
- λ) δεν απαντώ

Απαντήσατε στην ερώτηση (19) μονάχα αν τον καιρό που κάνατε την μαστεκτομή είχατε ήδη, τουλάχιστον, ένα παιδί που η νοητική και βιολογική του ηλικία του επέτρεπαν να κατανοεί τη θέση στην οποία βρισκόσασταν μετά την επέμβαση μαστεκτομής. Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απαντήσεις αριθμώντας με 1 την πιο επικρατούσα στάση και συνεχίσατε καταλήγοντας στο μεγαλύτερο νούμερο και τη λιγότερο ισχύουσα στάση.

19. Τα παιδιά σας μετά την επέμβαση μαστεκτομής που κάνατε :

- α) απομακρύνθηκαν από κοντά σας
- β) ήταν ανήσυχα
- γ) αισθάνονταν ανασφάλεια για το μέλλον της οικογένειας
- δ) προσέγγισαν περισσότερο τον πατέρα τους ή τους γονείς σας
- ε) ήταν συνεχώς στο πλάι σας στηρίζοντάς σας
- στ) προσπαθούσαν να σας πρεμψούν
- ζ) πίστευαν πως θα κατορθώσετε να ξεπεράσετε τις όποιες
- δυσκολίες της αρρώστιας σας και να γίνετε όπως πριν
- η) κάτι άλλο / τι;
- θ) δεν απαντώ

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

Απαντήσατε στην ερώτηση (20) μονάχα αν αμέσως μετά την επέμβαση μαστεκτομής που κάνατε ζούσε τουλάχιστον ένας από τους γονείς σας. Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις αριθμώντας με το 1 την κυρίαρχη στάση και συνεχίστε καταλήγοντας με το μεγαλύτερο αριθμό και τη λιγότερη ισχύουσα στάση.

20. Μετά την επέμβαση μαστεκτομής που κάνατε οι γονείς σας :

- α) ήταν υπερπροστατευτικοί
- β) σας άγχωναν με τη συμπεριφορά τους
- γ) φοβούνταν για την πορεία της υγείας σας
- δ) πίστευαν ότι θα συνεχίσετε να ζείτε όπως πριν
- ε) κάτι άλλο / τι;
- στ) δεν απαντώ

21. Τις συντροφίες και τις φιλίες που είχατε πριν την επέμβαση μαστεκτομής που κάνατε τις διατηρήσατε και μετά την επέμβαση (στο διάστημα των τριών πρώτων μηνών).

- α) ΝΑΙ
- β) ΟΧΙ
- γ) Μόνο κάποιες από αυτές
- δ) Κάτι άλλο / τι;
- ε) Δεν απαντώ

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

22. Στο διάστημα των τριών πρώτων μηνών, μετά την επέμβαση μαστεκτομής στην οποία υποβλήθήκατε, προτιμούσατε να συναντιέστε με τις συντροφιές σας και τους φίλους σας :

- α) σε χώρους που συναντιόσασταν και πριν την επέμβαση μαστεκτομής
- β) στο σπίτι σας
- γ) στο σπίτι τους
- δ) σε χώρους κοινών συναντήσεων (καφετέριες, μαγαζιά)
- ε) δεν συναντιόσασταν καθόλου
- στ) κάτι άλλο / τι;
- ζ) δεν απαντώ

Απαντήσατε στην ερώτηση (23) μόνο αν πριν την μαστεκτομή στην οποία υποβλήθήκατε ασκούσατε κάποιο επάγγελμα.

23. Μετά την μαστεκτομή που κάνατε εξακολουθήσατε να εργάζεστε εκεί όπου εργαζόσασταν και πριν απ' την επέμβαση.

- α) ΝΑΙ
- β) ΟΧΙ
- γ) κάτι άλλο / τι;
- δ) δεν απαντώ

Απαντήσατε στην ερώτηση (24) μόνο αν απαντήσατε "ΝΑΙ" στην ερώτηση (23) Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις ξεκινώντας με το νούμερο 1 και την πιο επικρατούσα στάση και καταλήξατε στο μεγαλύτερο νούμερο και τη λιγότερη ισχύουσα.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

24. Οι συνάδελφοί σας μετά την επέμβαση μαστεκτομής στην οποία υποβληθήκατε :

- α) σας συμπεριφέρονταν σαν να ήσασταν "εύθραστοι"
- β) δεν σας έδιναν πολλή δουλειά
- γ) σας έδειχναν οίκτο
- δ) σας θύμιζαν συνεχώς την εγχείρηση μαστεκτομής που κάνατε
- ε) δεν εμπιστεύονταν τις δυνάμεις σας όσον αφορά στη δουλειά σας
- στ) συνέβαλαν στο να ξεχάσετε την επέμβαση στην οποία υποβληθήκατε
- ζ) σας βοήθησαν να προσαρμοστείτε και πάλι στο χώρο δουλειάς σας
- η) σας εμπιστεύονταν όσο και πριν
- θ) κάτι άλλο / τι;
- ι) δεν απαντώ

Στην παρακάτω ερώτηση (25) μπορείτε να δώσετε παραπάνω από 1 απαντήσεις αριθμώντας με 1 την πιο ισχύουσα στάση και καταλήξατε στο μεγαλύτερο νούμερο και τη λιγότερο επικρατούσα αντιμετώπιση.

25. Η σεξουαλική σας ζωή μετά την μαστεκτομή που υποστήκατε χαρακτηρίζεται

από:

- α) αδιαφορία του συντρόφου σας όσον αφορά το σεξ
- β) μείωση της σεξουαλικής σας επιθυμίας
- γ) ανασφάλεια δική σας ως προς την εμφάνισή σας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης
- δ) φόβο δικό σας σε κάθε άγγιγμα του συντρόφου σας
- ε) ανασφάλεια δική σας για το εάν ο σύντροφός σας θα σας αποδεχτεί

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

και θα σας θεωρεί σεξουαλικά επιθυμητή

στ) ευχαρίστηση κάθε φορά που ο σύντροφός σας άγγιζε/αγγίζει τη

θεραπευμένη ουλή.

ζ) Δεν έχω σεξουαλική ζωή

26. Στο νοσοκομείο-κλινική όπου υποβλήθήκατε σε μαστεκτομή υπήρξε κάποια

ομάδα ειδικών επιστημόνων που σας προσέφερε ψυχολογική υποστήριξη;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Κάτι άλλο / τι;

δ) Δεν απαντώ

Απαντήσατε στην ερώτηση (27) μόνο αν απαντήσατε στην ερώτηση (26) με "ΝΑΙ"

27. Η ψυχολογική υποστήριξη που λάβατε στην κλινική όπου υποβλήθήκατε σε

επέμβαση μαστεκτομής έγινε :

α) μέσα από προσωπικές συναντήσεις

β) μέσα από ομαδικές συναντήσεις

γ) κάτι άλλο / τι;

δ) Δεν απαντώ

28. Αναζητήσατε ψυχολογική υποστήριξη εκτός του πλαισίου του νοσοκομείου όπου

υποβλήθήκατε σε επέμβαση μαστεκτομής;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Δεν απαντώ

δ) Κάτι άλλο / τι;

Απαντήσατε στην ερώτηση (29) μόνο αν απαντήσατε "ΝΑΙ" στην ερώτηση (28).

Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από 1 απαντήσεις.

29. Από ποιους ειδικούς αναζητήσατε ψυχολογική βοήθεια για την επέμβαση

μαστεκτομής στην οποία υποβλήθηκατε ;

α) από το γιατρό που σας ανέλαβε για την επέμβαση της μαστεκτομής

β) από τον κοινωνικό λειτουργό του νοσοκομείου όπου κάνατε την
επέμβαση της μαστεκτομής

γ) από κάποιον κοινωνικό λειτουργό εκτός νοσοκομείου όπου έγινε η
επέμβαση της μαστεκτομής

δ) από κάποιον νοσηλεύτη ή νοσηλεύτρια

ε) από κάποιον ψυχολόγο

στ) από κάποιον ψυχίατρο

ζ) από κάποιον άλλον / ποιόν;

η) δεν απαντώ

30. Στο θάλαμο της κλινικής όπου νοσηλεύσασταν για την επέμβαση μαστεκτομής

που κάνατε σας επισκέφτηκε κάποιος κοινωνικός λειτουργός;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Δεν απαντώ

31. Γνωρίζετε αν υπάρχει στην πόλη όπου διαμένετε ή σε άλλες πόλεις της χώρας σας κάποιος σύλλογος που έχει σαν σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη των μαστεκτομημένων γυναικών;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Κάτι άλλο / τι;

δ) Δεν απαντώ

32. Αν μαθαίνατε τώρα ή ήδη γνωρίζατε την ύπαρξη κάποιου συλλόγου στη χώρα σας ή την πόλη σας, που στηρίζει ψυχολογικά τις μαστεκτομημένες γυναίκες θα θέλατε να πληροφορηθείτε γι' αυτόν, τον σκοπό και το έργο του;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Κάτι άλλο / τι;

δ) Δεν απαντώ

33. Θα σας ενδιέφερε να συμμετέχετε σε κάποια ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Κάτι άλλο / τι;

δ) Δεν απαντώ

34. Θα παίρνατε την πρωτοβουλία για την οργάνωση μιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης για γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή στην περιοχή σας;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

γ) Κάτι άλλο / τι;

δ) Δεν απαντώ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

Πίνακες υπολογισμών

♦ Η ηλικία του δείγματος κυμαίνονταν από 27 έως 82 χρονών με 76,6% των γυναικών ηλικίας πάνω από 50 χρονών.

♦ Επάγγελμα

	Αριθμός (%) γυναικών
ΑΓΡΟΤΙΣΣΑ	16,7% (5)
ΟΙΚΙΑΚΑ	66,7% (20)
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	13,3% (4)
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	3,3% (1)

♦ Οικογενειακή Κατάσταση

	Αριθμός (%) γυναικών
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ	83,3% (25)
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ	16,7% (5)

♦ Αριθμός Παιδιών

	Αριθμός (%) γυναικών
ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ	16,7% (5)
ΔΥΟ ΠΑΙΔΙΑ	50% (15)
ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ	16,7% (5)
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ	16,7% (5)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

◆ Στην ερώτηση για το πότε υποβλήθηκαν σε επέμβαση μαστεκτομής λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις

	Αριθμός (%) γυναικών
Σε διάστημα λιγότερο από 1 χρόνο από σήμερα	30% (9)
Πρίν από 1 χρόνο από σήμερα	10% (3)
Πρίν από 2 χρόνια από σήμερα	10% (3)
Πρίν από 3 χρόνια από σήμερα	13,3% (4)
Πρίν από 4 χρόνια από σήμερα	16,7% (5)
Πρίν από 5 χρόνια από σήμερα	3,3% (1)
Σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 χρόνων από σήμερα	16,7% (5)

Τα ποσοστά των γυναικών που δείχνουν τις προτιμήσεις τους ως προς τον τόπο που θα επέλεγαν να κάνουν την επέμβαση ήταν

	Αριθμός (%) γυναικών
Στον τόπο που διαμένετε μόνιμα εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε την μαστεκτομή	50% (15)
Σε άλλη πόλη της χώρας από εκείνη όπου διαμένετε εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε την μαστεκτομή	46,7% (14)
Σε πόλη του εξωτερικού	3,3% (1)

◆ Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 46,7% (14) των γυναικών του δείγματος αποφάσισαν να υποστούν μαστεκτομή σε άλλη

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

πόλη της χώρας από εκείνη που διέμεναν μόνιμα εκείνο τον καιρό. Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τους λόγους γι' αυτήν την απόφαση.

	Αριθμός (%) γυναικών
Ήταν θέμα εμπιστοσύνης γιατρού / ών	21,4% (3)
Ήταν έλλειψη προσφοράς συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών στον τόπο διαμονής σας	64,3% (9)

◆ Τα ποσοστά των γυναικών που είχαν ενημερωθεί για το ζήτημα της αυτοεξέτασης των μαστών είτε από το γιατρό τους είτε από δική τους πρωτοβουλία προτού ανακαλύψουν οτιδήποτε ανησυχητικό στους μαστούς τους ήταν τα ακόλουθα

	Αριθμός (%) γυναικών
ΝΑΙ	43,3% (13)
ΟΧΙ	56,7% (17)

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών που λάβαμε στην ερώτηση αν προληπτικά είχαν κάνει κάποιες απαραίτητες εξετάσεις ή άλλες ενέργειες όπως ηπλάφηση και αυτοεξέταση ή μαστογραφία ήταν οι ακόλουθες

	Αριθμός (%) γυναικών
ΝΑΙ	20% (6)
ΟΧΙ	80% (24)

◆ Οι λόγοι που ανάγκασαν τις γυναίκες να κάνουν τις πρώτες εξετάσεις ή επισκέψεις σε ειδικό γιατρό ήταν

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	Αριθμός (%) γυναικών
Επειδή αισθανθήκατε κάποια ενόχληση στους μαστούς	26,7% (8)
Επειδή ανακαλύψατε κάτι ανησυχητικό κατά την αυτοεξέταση-ηπλάφιση των μαστών	43,3% (13)
Τυχαία	23,3% (7)
Αίμα στην δηλή	6,7% (2)

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τα ποσοστά των γυναικών σχετικά με το τί αισθάνθηκαν όταν πληροφορήθηκαν ότι έπρεπε να υποστούν την επέμβαση μαστεκτομής.

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Απειλή του θανάτου	36,7% (11)	60% (18)
Σοκ	33,3% (10)	63,3% (19)
Αγχος	40% (12)	56,7% (17)
Μείωση του αισθήματος δηλυκότητας	16,7% (5)	80% (24)
Φόβο	76,7% (23)	20% (6)
Μείωση ενδιαφερόντων	3,3% (1)	93,3% (28)
Ψυχραιμία	16,7% (5)	80% (24)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

♦ Τα ποσοστά των γυναικών σχετικά με το αν γνωστοποιούν στην οικογένειά τους το γεγονός ότι πρόκειται να κάνουν μαστεκτομή είναι τα ακόλουθα

	Αριθμός (%) γυναικών
ΝΑΙ	80% (24)
Μόνο σε κάποια μέλη της οικογένειας	3,3% (1)
Μόνο σε ένα μέλος της οικογένειας	10% (3)
Μόνο σε εκείνα τα μέλη της οικογένειας που η ηλικία τους επέτρεπε να καταλάβουν την κατάστασή σας	3,3% (1)

♦ Οι απαντήσεις των γυναικών σχετικά με ποιό πρόσωπο θα ήθελαν να έχουν περισσότερο επισφή και επικοινωνία σφότου πληροφορηθούν ότι θα έπρεπε να υποβληθούν σε μαστεκτομή και μέχρι να γίνει η επέμβαση παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα

	Αριθμός (%) γυναικών
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	16,7% (5)
ΣΥΖΥΓΟ	20% (6)
ΠΑΙΔΙ/ΙΑ	26,7% (8)
ΣΥΓΓΕΝΗΣ	23,3% (7)

♦ Σχετικά με το αν έγινε αποκατάσταση του τμήματος του μαστού που αφαιρέθηκε (πλαστική) πήραμε τις ακόλουθες απαντήσεις

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	Αριθμός (%) γυναικών
ΝΑΙ	3,3% (1)
ΟΧΙ	96,7% (29)

◆ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις αντιδράσεις των συζύγων ή των ερωτικών συντρόφων των γυναικών αφότου έμαθαν ότι επρόκειτο να υποστούν μαστεκτομή

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αναγνώριζε τους φόβους σας	46,7% (14)	40% (12)
Ήταν αμήχανος	20% (6)	66,7% (20)
Ήταν υπερπροστατευτικός	13,3% (4)	73,3% (22)
Φοβόνταν για την εξέλιξη της επέμβασης	50% (15)	36,7% (11)
Φοβόνταν για το μέλλον της σχέσης σας/της οικογένειάς σας	6,7% (2)	80% (24)
Εδειχνε αδιαφορία	13,3% (4)	73,3% (22)

◆ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών για το ποιά πιστεύουν ήταν τα συναισθήματα των παιδιών τους όταν έμαθαν ότι η μητέρα τους πρόκειται να υποστεί μαστεκτομή.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αισθάνονταν ανασφάλεια	20% (6)	66,7% (20)
Αισθάνονταν φόβο	53,3% (16)	33,3% (10)
Ήταν ανήσυχα	53,3% (16)	33,3% (10)
Ήταν αγχωμένα	33,3% (10)	53,3% (16)
Είχαν περιέργεια για την αρρώστεια της μητέρας τους	13,3% (4)	73,3% (22)
Το έμαθαν αφοτου έγινε η μαστεκτομή	6,7% (2)	80% (24)

◆ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών για τις αντιδράσεις των γονιών τους όταν έμαθαν για την επέμβαση.

	Αριθμός (%) γυναικών
Είχαν φόβο για την πορεία της επέμβασης	20% (6)
Είχαν άγχος για την παραπέρα εξέλιξη της αρρώστιας	6,7% (2)
Είχαν πεθάνει	60% (18)

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών για τις αντιδράσεις των συζύγων τους ή των ερωτικών τους συντρόφων μετά της επέμβαση μαστεκτομής ήταν οι ακόλουθες

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Νιώθατε να κατανοεί την ψυχολογική σας κατάσταση	50% (15)	33,3% (10)
Η όλη συμπεριφορά του έδειχνε να μη σας κατανοεί και ενέτεινε την ανησυχία σας	10% (3)	73,3% (22)
Σας έκανε να αισθάνεστε ακόμα ποθητή γι'αυτόν	13,3% (4)	70% (21)
Σας θεωρούσε δυνατή να αντιμετωπίσετε την μετεγχειρητική περίοδο μόνη σας	6,7% (2)	76,7% (23)
Ήταν υπερπροστατευτικός	13,3% (4)	70% (21)
Ήταν απόμακρος	6,7% (2)	76,7% (23)
Εξέφρασε ανησυχία ή έδειχνε φοβισμένος για την πορεία της υγείας σας	20% (6)	63,3% (19)

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών σχετικά με την αντίδραση των παιδιών τους μετά την επέμβαση μαστεκτομής ήταν οι ακόλουθες

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Απομακρύνθηκαν από κοντά σας	6,7% (2)	83,3% (25)
Ήταν ανήσυχα	30% (9)	60% (18)
Αισθάνονταν ανασφάλεια για το μέλλον της οικογένειας	13,3% (4)	76,7% (23)
Ήταν συνεχώς στο πλάι σας στηρίζοντάς σας	56,7% (17)	33,3% (10)
Προσπαθούσαν να σας ηρεμήσουν	33,3% (10)	56,7% (17)
Πίστευαν πως θα κατορθώσετε να ξεπεράσετε τις όποιες δυσκολίες της αρρώστιας σας και να γίνεται όπως πριν	26,7% (8)	63,3% (19)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

♦ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με την αντίδραση των γονιών τους (υπό την προϋπόθεση ότι ζούσε τουλάχιστον ο ένας από τους γονείς τους) μετά την επέμβαση της μαστεκτομής που υπεβλήθησαν.

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Φοβούνται για την πορεία της υγείας σας	66,7% (6)	33,3% (3)
Πίστευαν ότι θα συνεχίσετε να ζείτε όπως πριν	33,3% (3)	66,7% (6)

♦ Τα ποσοστά που λάβαμε από το σύνολο των γυναικών σχετικά με τις συντροφίες και τις φιλίες που είχαν πριν την επέμβαση μαστεκτομής και το αν τις διατήρησαν και μετά την επέμβαση ήταν τα ακόλουθα

	Αριθμός (%) γυναικών
ΝΑΙ	90% (27)
ΟΧΙ	3,3% (1)
Μόνο κάποιες από αυτές	6,7% (2)

Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με τους χώρους που συναντιούνται με τις συντροφίες τους και τους φίλους τους στο διάστημα των τριών μηνών μετά την επέμβαση μαστεκτομής που υποβλήθηκαν.

	Αριθμός (%) γυναικών
Σε χώρους που συναντιόσασταν και πριν την επέμβαση μαστεκτομής	93,3% (28)
Σε χώρους κοινών συναντήσεων (καφετέριες, μαγαζιά)	3,3% (1)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

◆ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών σχετικά με το θέμα της σεξουαλικής τους ζωής μετά την επέμβαση μαστεκτομής.

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αδιαφορία του συντρόφου σας όσον αφορά το σεξ	6,7% (2)	86,7% (26)
Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας	16,7% (5)	76,7% (23)
Ανασφάλεια δική σας ως προς την εμφάνισή σας κατά την διάρκεια της σεξουαλικής πράξης	10% (3)	83,3% (25)
Φόβο δικό σας σε κάθε άγγιγμα του συντρόφου σας	3,3% (1)	90% (27)
Ανασφάλεια δική σας για το εάν ο σύντροφός σας θα σας αποδεχτεί	20% (6)	73,3% (22)
Δεν έχω σεξουαλική ζωή	56,7% (17)	36,7% (11)

◆ Στο σύνολο των 30 γυναικών θέσαμε την ερώτηση αν στο νοσοκομείο - κλινική όπου υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή υπήρξε κάποια ομάδα ειδικών επιστημόνων που τους πρόσφερε κάποια ψυχολογική υποστήριξη.

ΝΑΙ	26,7% (8)
ΟΧΙ	73,3% (22)

Λαμβάνοντας υπόψιν μόνο αυτές τις γυναίκες (8) που είχαν αυτή την ψυχολογική υποστήριξη, ρωτήθηκαν με ποιόν τρόπο την έλαβαν. Και οι 8 γυναίκες απάντησαν ότι έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη στην κλινική όπου υποβλήθηκαν σε επέμβαση μαστεκτομής μέσα από προσωπικές συναντήσεις.

◆ Οι απαντήσεις των γυναικών που λάβαμε στην ερώτηση αν αναζήτησαν ψυχολογική υποστήριξη εκτός του πλαισίου του νοσοκομείου όπου υποβλήθηκαν σε επέμβαση μαστεκτομής ήταν οι ακόλουθες

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

ΝΑΙ	10% (3)
ΟΧΙ	90% (27)

◆ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών στην ερώτηση αν στο δάλαμο της κλινικής που νοσηλεύονταν για την επέμβαση μαστεκτομής που έκαναν τους επισκέφθηκε κάποιος κοινωνικός λειτουργός.

ΝΑΙ	20% (6)
ΟΧΙ	80% (24)

◆ Τα ποσοστά των γυναικών που δήλωσαν ότι γνωρίζουν ότι υπάρχει κάποιος σύλλογος που έχει σαν σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη των μαστεκτομημένων γυναικών στην πόλη που διαμένουν ή σε άλλες πόλεις της χώρας είναι τα ακόλουθα

ΝΑΙ	26,7% (8)
ΟΧΙ	73,3% (22)

◆ Σε περίπτωση που υπήρχε στην πόλη τους ένας τέτοιος σύλλογος τα ποσοστά των γυναικών που θα ήθελαν να πληροφορηθούν γι' αυτόν τον σκοπό και το έργο του ήταν

ΝΑΙ	63,3% (19)
ΟΧΙ	36,7% (11)

Είναι φανερό ότι το 63,3% (19) των γυναικών θα ήθελαν να ενημερωθούν για ένα τέτοιο σύλλογο.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

◆ Στο σύνολο των 30 γυναικών, αυτές που θα τους ενδιέφερε να συμμετάσχουν σε κάποια ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή ήταν

ΝΑΙ	66,7% (20)
ΟΧΙ	33,3% (10)

◆ Στην ερώτηση για το αν θα έπαιρναν την πρωτοβουλία για την οργάνωση μιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης για γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή στην περιοχή τους λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις

ΝΑΙ	16,7% (5)
ΟΧΙ	83,3% (25)

Συγκριτικά στοιχεία μεταξύ δείγματος Αθηνών και δείγματος Πατρών

◆ **Επάγγελμα**

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Αγρότισσα	26,7% (4)	6,7% (1)
Οικιακά	53,3% (8)	80% (12)
Δημόσιος Υπάλληλος	20% (3)	6,7% (1)
Ιδιωτικός Υπάλληλος		6,7% (1)

◆ **Οικογενειακή Κατάσταση**

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ	100% (15)	66,7% (10)
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ		33,3% (5)

♦ Αριθμός Παιδιών

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ	26,7% (4)	6,7% (1)
ΔΥΟ ΠΑΙΔΙΑ	46,7% (7)	53,3% (8)
ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ	13,3% (2)	20% (3)
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ	13,3% (2)	20% (3)

♦ Εξετάζοντας την χρονική περίοδο που οι γυναίκες από τα δύο δείγματα υπεβλήθησαν σε επέμβαση μαστεκτομής λάβαμε τα ακόλουθα συμπεράσματα

	Αριθμός (%) γυναικών	
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Σε διάστημα λιγότερο από 1 χρόνο από σήμερα	6,7% (1)	53,3% (8)
Πριν από 1 χρόνο από σήμερα	6,7% (1)	13,3% (2)
Πριν από 2 χρόνια από σήμερα	13,3% (2)	6,7% (1)
Πριν από 3 χρόνια από σήμερα	20% (3)	6,7% (1)
Πριν από 4 χρόνια από σήμερα	20% (3)	13,3% (2)
Πριν από 5 χρόνια από σήμερα	6,7% (1)	
Σε διάστημα μεγαλύτερο των 5 χρόνων από σήμερα	26,7% (4)	6,7% (1)

♦ Οι απόψεις των γυναικών για την επιλογή τους σε ποιο μέρος θα έκαναν την επέμβαση στα δύο δείγματα ήταν οι ακόλουθες

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Στον τόπο που διαμένετε μόνιμα εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε την μαστεκτομή	20% (3)	80% (12)
Σε άλλη πόλη της χώρας σας από εκείνη όπου διαμένετε εκείνο τον καιρό που χρειάστηκε να υποστείτε τη μαστεκτομή	73,3% (11)	20% (3)
Σε πόλη του εξωτερικού	6,7% (1)	

Λαμβάνοντας υπόψιν από τον παραπάνω πίνακα τις 12 γυναίκες από το δείγμα των Αθηνών και τις 3 γυναίκες από το δείγμα των Πατρών θα εξετάσουμε τους λόγους που τους οδήγησαν να μην επιλέξουν να κάνουν την μαστεκτομή στον τόπο που διέμεναν μόνιμα εκείνο τον καιρό.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Ήταν θέμα εμπιστοσύνης γιατρού/ών	18,2% (2)	33,3% (1)
Ήταν έλλειψη προσφοράς συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών στον τόπο διαμονής σας	63,6% (7)	66,7% (2)

♦ Εξετάζοντας το θέμα της ενημέρωσης των γυναικών για το ζήτημα της αυτοεξέτασης των μαστών είτε από το γιατρό τους είτε από δική τους πρωτοβουλία λάβαμε τα ακόλουθα ποσοστά

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	46,7% (7)	40% (6)
ΟΧΙ	53,3% (8)	60% (9)

♦ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τα ποσοστά των γυναικών από τα δύο δείγματα ανάλογα με το αν είχαν κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις ή άλλες ενέργειες με σκοπό την πρόωπη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	6,7% (1)	33,3% (5)
ΟΧΙ	93,3% (14)	66,7% (10)

◆ Οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες από τα δύο δείγματα ξεκίνησαν να κάνουν τις πρώτες εξετάσεις ή επισκέψεις σε ειδικό γιατρό ήταν οι ακόλουθοι

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Επειδή αισθανθήκατε κάποια ενόχληση στους μαστούς	26,7% (4)	26,7% (4)
Επειδή ανακαλύψατε κάτι ανησυχητικό κατά την αυτοεξέταση-υπλάφιση των μαστών	33,3% (5)	53,3% (8)
Τυχαία	26,7% (4)	20% (3)
Αίμα στη θηλή	13,3% (2)	

◆ Σε ότι αφορά τα συναισθήματα των γυναικών από τα δύο δείγματα όταν έμαθαν ότι έπρεπε να υποστούν την επέμβαση μαστεκτομής ήταν τα ακόλουθα

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Απειλή θανάτου	46,7% (7)	26,7% (4)
Σοκ	46,7% (7)	20% (3)
Αγχος	33,3% (5)	46,7% (7)
Μείωση του αισθήματος πληρότητας	26,7% (4)	6,7% (1)
Φοβο	60% (9)	93,3% (14)
Μείωση ενδιαφερόντων, γενικά	6,7% (1)	
Ψυχραιμία	33,3% (5)	

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

♦ Τα ποσοστά των γυναικών από τα δύο δείγματα που γνωστοποίησαν σ' όλη την οικογένειά τους το γεγονός ότι επρόκειτο να κάνουν μαστεκτομή προτού γίνει η επέμβαση ήταν

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	73,3% (11)	86,7% (13)
Μόνο σε κάποια μέλη της οικογένειας		6,7% (1)
Μόνο σε ένα μέλος της οικογένειας	13,3% (2)	6,7% (1)
Μόνο σε εκείνα τα μέλη της οικογένειας που η ηλικία τους επέτρεπε να καταλάβουν την κατάστασή σας	6,7% (1)	

♦ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τα ποσοστά των γυναικών από τα δύο δείγματα ανάλογα με το ποιο πρόσωπο ήθελαν περισσότερο να έχουν επαφή και επικοινωνία αφότου πληροφορήθηκαν ότι έπρεπε να υποβληθούν σε μαστεκτομή.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	6,7% (1)	26,7% (4)
ΣΥΖΥΓΟ	40% (6)	
ΠΑΙΔΙ/ΙΑ	33,3% (5)	20% (3)
ΣΥΓΓΕΝΗΣ	6,7% (1)	40% (6)

♦ Τα ποσοστά των γυναικών από τα δύο δείγματα που έκαναν αποκατάσταση του τμήματος μαστού που τους αφαιρέθηκε (πλαστική) ήταν

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ		6,7% (1)
ΟΧΙ	100% (15)	93,3% (14)

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απόψεις των γυναικών από τα δύο δείγματα για τις αντιδράσεις των συζύγων τους ή των ερωτικών τους συντρόφων αφότου έμαθαν ότι επρόκειτο να υποστούν μαστεκτομή.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Αναγνώρισε τους φόβους σας	53,3% (8)	40% (6)
Ήταν αμήχανος	26,7% (4)	13,3% (2)
Ήταν υπερπροστατευτικός	20% (3)	6,7% (1)
Φοβόνταν για την εξέλιξη της επέμβασης	53,3% (8)	46,7% (7)
Εδειχνε αδιαφορία	13,3% (2)	13,3% (2)

Παρατηρούμε ότι το 53,3% (8) των γυναικών του δείγματος της Αθήνας δήλωσε ότι οι σύζυγοί τους αναγνώρισαν τους φόβους τους. Επίσης το ίδιο ποσοστό γυναικών δήλωσε ότι οι σύζυγοί τους φοβόνταν για την εξέλιξη της επέμβασης. Την ίδια αντίδραση δήλωσε το 46,7% (7) του δείγματος των γυναικών από την Πάτρα.

◆ Εξετάσαμε τις απαντήσεις των γυναικών από τα δύο δείγματα για τα συναισθήματα των παιδιών τους όταν έμαθαν για την επέμβαση και λάβαμε τα ακόλουθα ποσοστά.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Αισθάνονταν ανασφάλεια	33,3% (5)	6,7% (1)
Αισθάνονταν φόβο	53,3% (8)	53,3% (8)
Ήταν ανήσυχα	53,3% (8)	53,3% (8)
Ήταν αγχωμένα	33,3% (5)	33,3% (5)
Είχαν περιέργεια για την αρρώστεια της μητέρας τους	26,7% (4)	
Το έμαθαν αφοτου έγινε η μαστεκτομή	13,3% (2)	

◆ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών και από τα δύο δείγματα για το ποιές ήταν οι αντιδράσεις των γονιών τους όταν έμαθαν για την επέμβαση.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Είχαν φόβο για την πορεία της επέμβασης	20% (3)	20% (3)
Είχαν άγχος για την παραπέρα εξέλιξη της αρρώστιας	13,3% (2)	
Είχαν πεθάνει	60% (9)	60% (9)

◆ Εξετάσαμε τα ποσοστά των γυναικών και από τα δύο δείγματα στις απαντήσεις που έδωσαν σχετικά με τα συναισθήματα των συζύγων ή ερωτικών τους συντρόφων μετά την επέμβαση της μαστεκτομής.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Νιώθατε να κατανοεί την ψυχολογική σας κατάσταση	60% (9)	40% (6)
Η όλη συμπεριφορά του έδειχνε να μη σας κατανοεί και ενέτεινε την ανησυχία σας	6,7% (1)	13,3% (2)
Σας έκανε να μην αισθάνεστε πλέον ποδητή γι' αυτόν		6,7% (1)
Σας έκανε να αισθάνεστε ακόμα ποδητή γι' αυτόν	20% (3)	6,7% (1)
Σας θεωρούσε δυνατή να αντιμετωπίσετε την μετεγχειρητική περίοδο και μόνη σας	13,3% (2)	
Ήταν υπερπροστατευτικός	13,3% (2)	13,3% (2)
Ήταν απόμακρος		13,3% (2)
Ήταν αισιόσοξος για την εξέλιξη της υγείας σας		6,7% (1)
Εξέφρασε ανησυχία ή έδειχνε φοβισμένος για την πορεία της υγείας σας	20% (3)	20% (3)
Ήταν αδιάφορος	6,7% (1)	

♦ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τα ποσοστά των γυναικών και από τα δύο δείγματα σχετικά με τις αντιδράσεις των παιδιών τους μετά την επέμβαση.

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Απομακρύνθηκαν από κοντά σας	6,7% (1)	6,7% (1)
Ήταν ανήσυχα	33,3% (5)	26,7% (4)
Αισθάνονταν ανασφάλεια για το μέλλον της οικογένειας	13,3% (2)	13,3% (2)
Ήταν συνεχώς στο πλάι σας στηρίζοντάς σας	66,7% (10)	46,7% (7)
Προσπαθούσαν να σας ηρεμήσουν	33,3% (5)	33,3% (5)
Πίστευαν πως θα κατορθώσετε να ξεπεράσετε τις όποιες δυσκολίες της αρρώστιας σας και να γίνετε όπως πριν	20% (3)	33,3% (5)

♦ Οι απαντήσεις των γυναικών από τα δύο δείγματα σχετικά με τις αντιδράσεις των γονιών τους (υπό την προϋπόθεση ότι ζούσε τουλάχιστον ένας από τους γονείς) μετά την επέμβαση της μαστεκτομής είναι οι ακόλουθες.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Φοβούνται για την πορεία της υγείας σας	60% (3)	75% (3)
Πίστευαν ότι θα συνεχίσετε να ζείτε όπως πριν	40% (2)	25% (1)

♦ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απαντήσεις των γυναικών από τα δύο δείγματα στην ερώτηση αν διατήρησαν τις συντροφίες και φιλίες που είχαν πριν την επέμβαση μαστεκτομής και μετά την επέμβαση (στο διάστημα των τριών πρώτων μηνών)

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	93,3% (14)	86,7% (13)
ΟΧΙ		6,7% (1)
Μόνο κάποιες από αυτές	6,7% (1)	6,7% (1)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

♦ Στην ερώτηση σχετικά με ποιούς χώρους θα προτιμούσαν να συναντιούνται με τις συντροφιές τους στο διάστημα των τριών πρώτων μηνών μετά την επέμβαση, οι απαντήσεις που λάβαμε από τα δύο δείγματα ήταν οι ακόλουθες.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Σε χώρους που συναντιόσασταν και πριν την επέμβαση μαστεκτομής	100% (15)	86,7% (13)
Σε χώρους κοινών συναντήσεων		6,7% (1)

♦ Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις απαντήσεις των γυναικών από τα δύο δείγματα σχετικά με την σεξουαλική τους ζωή μετά την επέμβαση μαστεκτομής.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
Αδιαφορία του συντρόφου σας όσον αφορά το σεξ		13,3% (2)
Μείωση της σεξουαλικής σας επιθυμίας	20% (3)	13,3% (2)
Ανασφάλεια δική σας ως προς την εμφάνισή σας κατά την διάρκεια της σεξουαλικής πράξης	13,3% (2)	6,7% (1)
Φόβο δικό σας σε κάθε άγγιγμα του συντρόφου σας		6,7% (1)
Ανασφάλεια δική σας για το εάν ο σύντροφός σας θα σας αποδεχτεί και θα σας θεωρεί σεξουαλικά επιθυμητή	33,3% (5)	6,7% (1)
Δεν έχω σεξουαλική ζωή	60% (9)	53,3% (8)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

◆ Σχετικά με την ύπαρξη κάποιας ομάδας ειδικών επιστημόνων στο νοσοκομείο όπου υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	40% (6)	13,3% (2)
ΟΧΙ	60% (9)	86,7% (13)

◆ Σχετικά με την ερώτηση αν αναζήτησαν ψυχολογική υποστήριξη εκτός του πλαισίου του νοσοκομείου που νοσηλεύονταν όταν υποβλήθηκαν σε επέμβαση μαστεκτομής τα δύο δείγματα γυναικών έδωσαν τις ακόλουθες απαντήσεις.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	6,7% (1)	13,3% (2)
ΟΧΙ	93,3% (14)	86,7% (13)

✦ Οι απαντήσεις των γυναικών των δύο δειγμάτων σχετικά με την επίσκεψη κάποιου κοινωνικού λειτουργού στο θάλαμο της κλινικής όπου νοσηλεύονταν για την επέμβαση μαστεκτομής ήταν οι ακόλουθες

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	26,7% (4)	13,3% (2)
ΟΧΙ	73,3% (11)	86,7% (13)

◆ Ο παρακάτω πίνακας παραδέτει τις απόψεις των γυναικών από τα δύο δείγματα σχετικά με το αν γνωρίζουν αν υπάρχει στην πόλη όπου διαμένουν ή σε άλλες πόλεις της χώρας κάποιος σύλλογος που έχει σαν σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη των μαστεκτομημένων γυναικών.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	26,7% (4)	26,7% (4)
ΟΧΙ	73,3% (11)	73,3% (11)

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί μαστεκτομή

♦ Οι απαντήσεις των γυναικών των δύο δειγμάτων σχετικά με το αν μάθαιναν ή ήδη γνώριζαν την ύπαρξη κάποιου συλλόγου στην πόλη τους που στηρίζει ψυχολογικά τις μαστεκτομημένες γυναίκες και αν θα ήθελαν να πληροφορηθούν γι' αυτόν, τον σκοπό και το έργο τους ήταν οι ακόλουθες.

	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	53,3% (8)	73,3% (11)
ΟΧΙ	46,7% (7)	26,7% (4)

♦ Οι απαντήσεις των γυναικών σχετικά με την ερώτηση αν θα τους ενδιέφερε να συμμετέχουν σε κάποια ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή ήταν

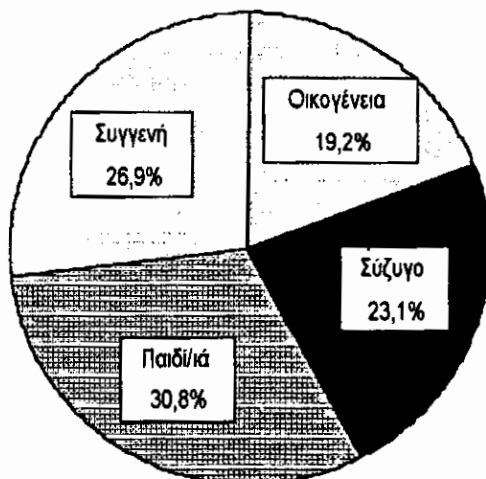
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ	83,3% (8)	80% (12)
ΟΧΙ	46,7% (7)	20% (3)

♦ Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει τις απαντήσεις των γυναικών από τα δύο δείγματα σχετικά με το αν θα έπαιρναν την πρωτοβουλία για την οργάνωση μιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης για γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή στην περιοχή τους.

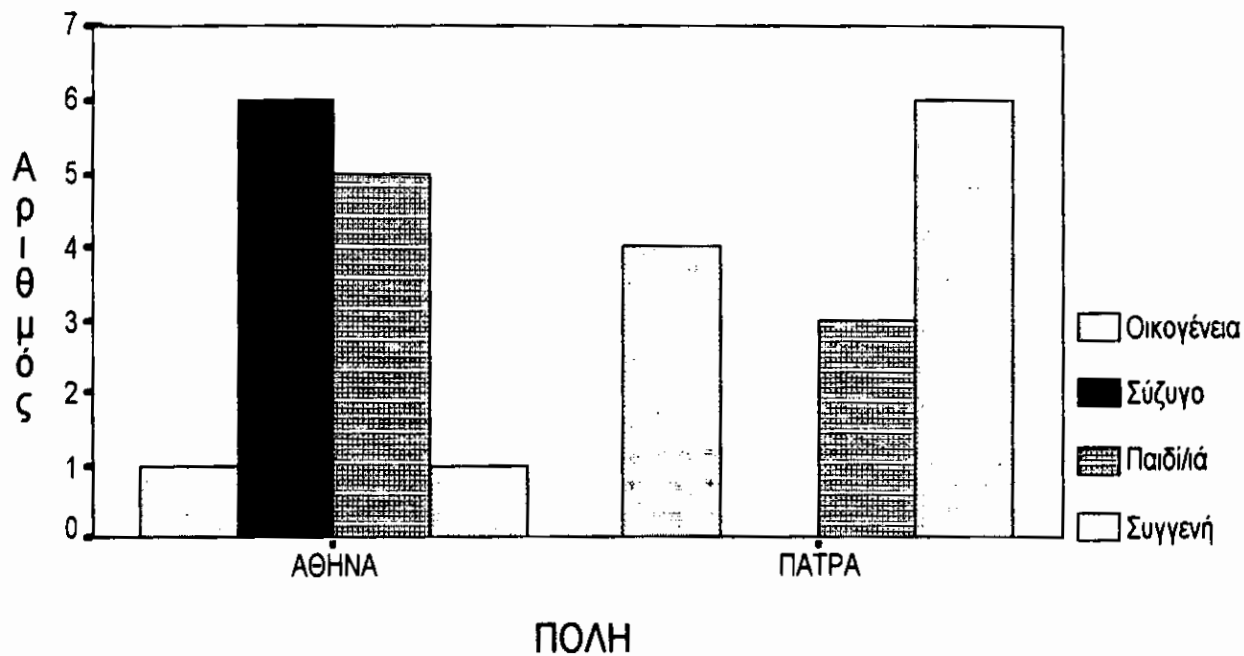
	ΑΘΗΝΑ	ΠΑΤΡΑ
ΝΑΙ		33,3% (5)
ΟΧΙ	100% (15)	66,7% (10)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'

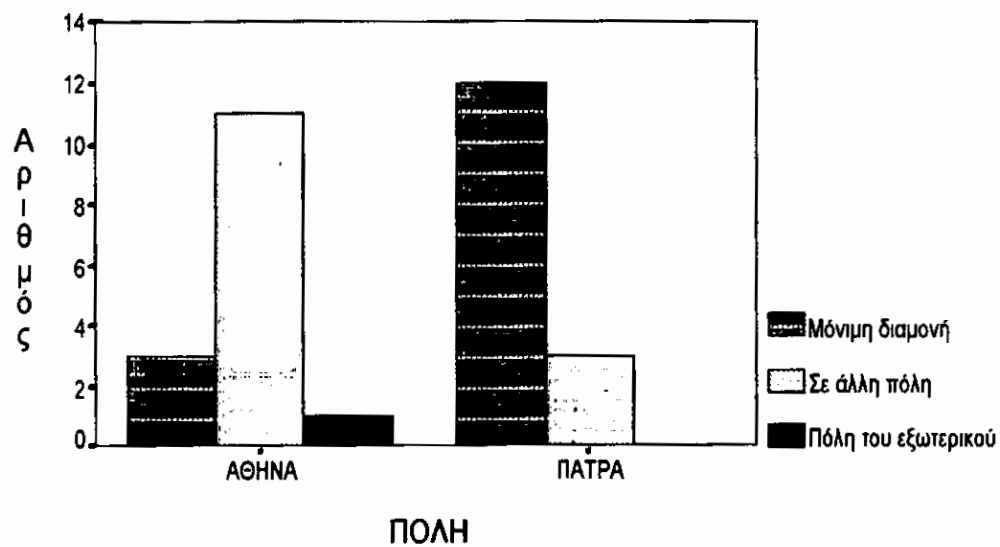
Γραφικές παραστάσεις



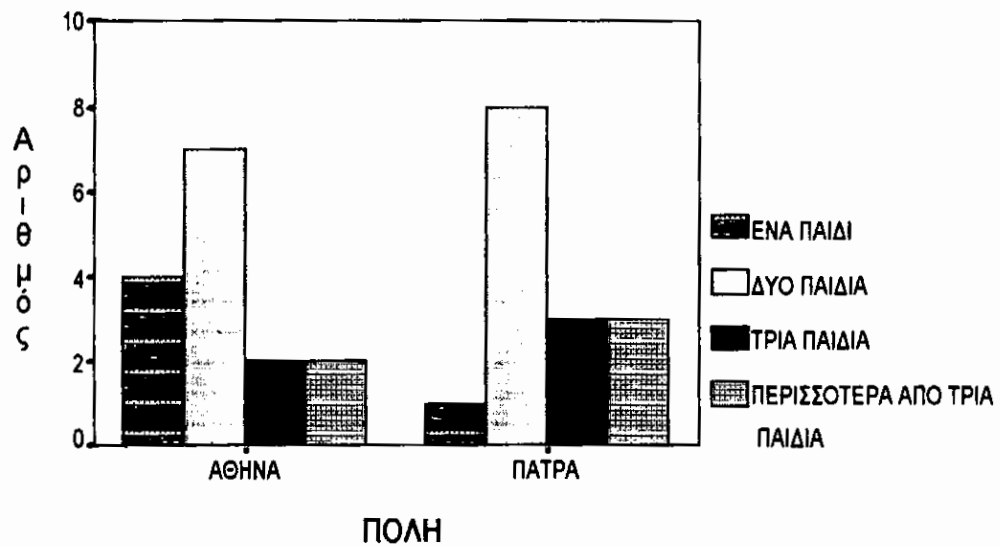
Σχήμα 1. Κατανομή των γυναικών ανάλογα με τα πρόσωπα που θα ήθελαν να έχουν περισσότερη επικοινωνία αφού του πληροφορήθηκαν για την επέμβαση



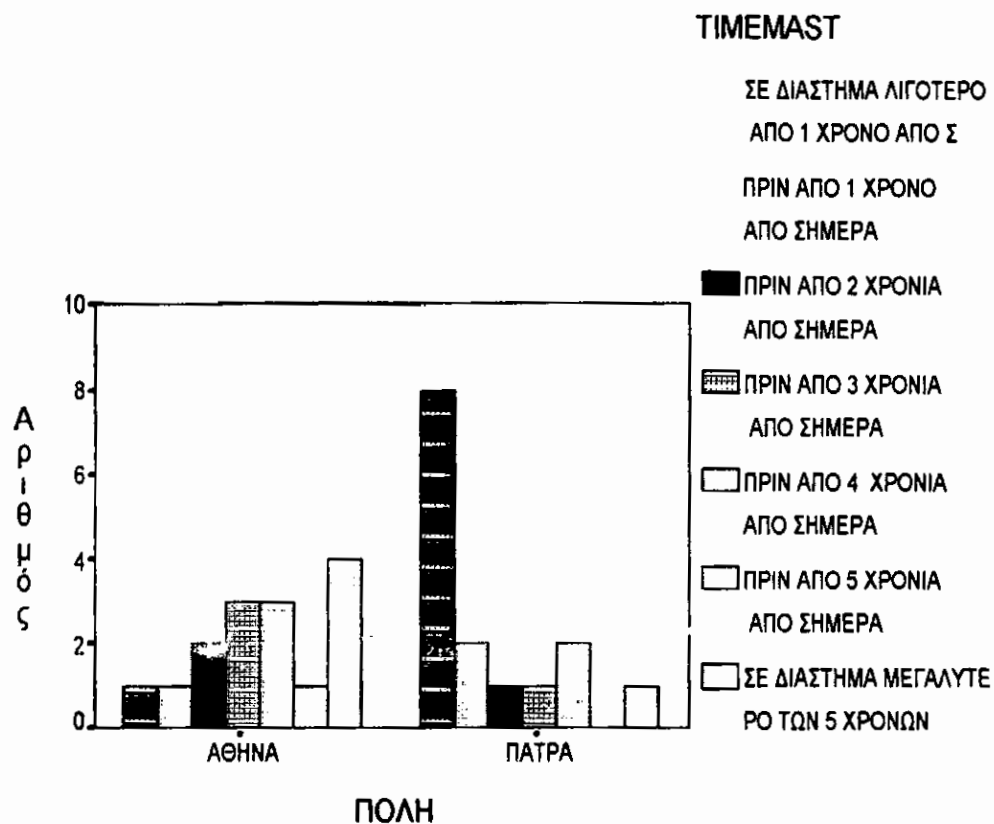
Σχήμα 2. Κατανομή γυναικών σε Αθήνα και Πάτρα ανάλογα με το ποιο πρόσωπο θα προτιμούσαν να επικοινωνήσουν όταν έμαθαν για την επέμβαση



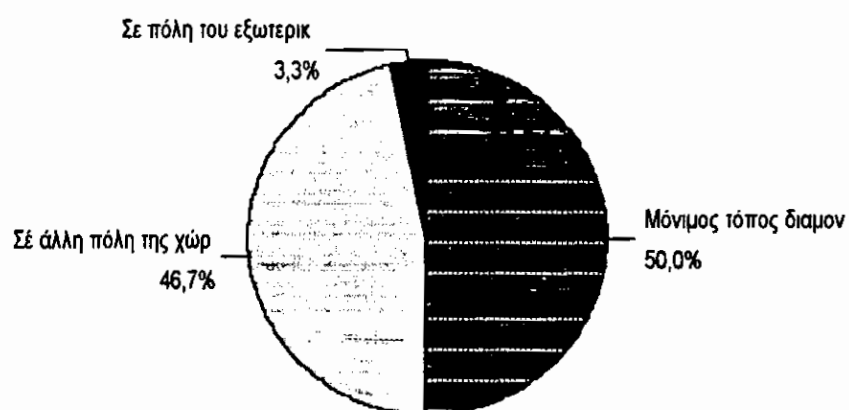
Σχήμα 3. Κατανομή των γυναικών της Αθήνας και Πάτρας ανάλογα με την πόλη που προτίμησαν για να υποστούν την επέμβαση μαστεκτομής



Σχήμα 4. Κατανομή των γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή σε Αθήνα και Πάτρα ανάλογα με τον αριθμό παιδιών που έχουν



Σχήμα 5. Κατανομή των γυναικών Αθήνας και Πάτρας ανάλογα με το πότε υπεβλήθησαν σε επέμβαση μαστεκτομής



Σχήμα 6. Κατανομή των γυναικών ανάλογα με τον τόπο που προτίμησαν να κάνουν την επέμβαση μαστεκτομής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ'

Παράθεση περίπτωσης

Πηγή: Πανελλήνιος Σύλλογος Μαστεκτομημένων Γυναικών

A. B.

Ένοιωσα έντονη συγκίνηση, όταν μου ζητήθηκε να παρουσιάσω την εμπειρία μου σαν γυναίκα με μαστεκτομή και τούτο, γιατί αφορούσε μια ξεχωριστή και μοναδική φάση της ζωής μου στο παρελθόν, που θα την αδικούσα, αν την προσέγγιζα με τα σημερινά δεδομένα.

Αποτακτιστευμένη με το καρόν, προσπάθησα - όχι πολύ εύκολα - να μεταφερθώ στην αίσθηση την κοινή της ζωής μου, επιχειρώντας ένα οδοιπορικό αναβίωσης γεγονότων και συναισθημάτων, που με συγκλόνισαν και που η θύμισή τους, με συγκινεί μέχρι σήμερα. Συναισθήματα οδύνης, φόβου, πόνου, απώλειας... Ταυτόχρονα όμως και συναισθήματα αγκαλούφισης, όταν συνειδητοποιώ τώρα, πως στην πλειοψηφία τους, αποτελούν παρελθόν.

Ήταν έκανα μαστεκτομή ήμου 59 ετών, παντρεμένη με δύο παιδιά. Ένα αγόρι 15 χρονών και ένα κορίτσι 12 χρονών.

Εργαζόμουν ως κοινωνική λειτουργός, και συγκεκριμένα, διεύθυνα την Ετέγη Ανηλίκων της Εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων Πειραιά.

Εκείνη την περίοδο ζούσα με ένταση, και πιεζόμουν να ανταποκριθώ στις πολλαπλές υποχρεώσεις των διαφόρων ρόλων μου, της μητέρας, συζύγου και εργαζόμενης σε υπεύθυνη θέση.

Προσπαθούσα ακόμη, να ανταποκριθώ στις απαιτήσεις ενός ευρύτερου κοινωνικού κύκλου, και ξαφνικά ήρθε ο καρκίνος που άλλοζε σε μεγάλο βαθμό, τον τρόπο της ζωής μου.

Ήρασαν από τότε σχεδόν 5 χρόνια.

Θίθελα να σας πω, ότι μέσα στην πεντάχρονη αυτή πορεία, έκλαφα πολύ, κλονίστηκα, υπέφερα, και ένοιωσα να βυθίζομαι σε απόγωση.

Κατάφερα όμως μέσα απ' αυτήν την διαδικασία, να απελευθερώσω ασταίρευτες δυνάμεις, που με κράτησαν, και με βοήθησαν να συνεχίσω την ζωή μου, μέσα από νέες πραγματικότητες, στόχους και όνειρα. Κι ευγνωμονώ γι' αυτό όσους στάθηκαν δίπλα μου, στηρίζοντας την προσπάθειά μου με αγάπη και κατανόηση. Η πίστη μου στον Θεό, μαζί με την ανθρώπινη συμπαράσταση που δέχτηκα, μου διατήρησαν ζώντανή την ανάγκη, να κρατηθώ όρθια και δυνατή, για τους αγαπημένους μου, αλλά και για τον ίδιο τον εαυτό μου.

Σταθμός της ζωής μου ήταν ο Ιούλιος του '87, όταν ένα πρωινό με την μαστογραφία μου στα χέρια, επισκέφθηκα τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου ΜΕΤΑΞΗ/ Περιμένοντας τη σειρά μου, δεν άφηνα να κυριαρχήσουν αρνητικά συναισθήματά στην ευχή μου.

...ανόλογο για την ηλικία της και την ψυχολογία της.

Σήμερα σκέφτομαι, ότι αυτές οι αρνητικές στάσεις των παιδιών μου, λειτούργησαν ίσως και σαν την κινητήρια δύναμη, για την δική μου δυναμική παρέμβαση στις σχέσεις μου με αυτά, πετυχαίνοντας μέσω της συνειδητής μας επικοινωνίας, να αμβλυθούν οι αρνητικές συνέπειες της αρρώστειας μου, εικοδομώντας σιγά-σιγά, την αρμονία, τον αλληλεσεβασμό και την ισορροπία μέσα μας και μεταξύ μας.

Αυτό βέβαια, το λέω σήμερα, έκειται από μιά συνίδητή και επίπονη προσπάθεια για αυτογνωσία.

Ο άνδρας μου, όλο το διάστημα, ήταν πολύ αφοσιωμένος σε μένα. Σταθερά αισιόδοξος ότι όλα θα πήνε καλά, με κινείσε σε μελλοντικά σχέδια, για φορές, ταξίδια και πράγματα που αγαπούσα. Με ευχαριστούσε η παρουσία του και η στάση του, που έδιωχνε κάθε φόβο και αμφιβολία μου, και οιγουρευόμου λίγο-λίγο ότι αυτή η περιπέτεια, με οδηγούσε πιά από άλλο μονοπάτι στην ζωή. Ανακάλυψα έτσι, ότι το βαθύ αίσθημα της αγάπης και της φροντίδας, έξιζαν όσο και τα φάρμακα για να ξεπεράσω το πρόβλημα, γιατί η αγάπη και η φροντίδα, απάλυναν την μοναξιά και την απόγωση. Τελικά η μεγαλύτερη ανακούφιση απ'όλες, είναι να έχεις μιά οικογένεια που σε κατανοεί και σου συμπαραστέκεται. Κι όλα αυτά γίνονται ακόμα πιά σημαντικά για μένα, όταν σκέφτομαι πως η οικογένειά μου μέσω από την βαθειά συναίσθηματική μας σχέση, μπόρεσε να γίνει το κύριο στήριγμά μου, σ' αυτή την δύσκολη θέση της ζωής μου.

Στόχος από την οικογένειά μου, δεν θάπρεπε να παραλείψω, και ολόκληρο το κοινωνικό δίκτυο που με περιέβαλε, και με βοήθησε να χαράξω μιά καινούριο πορεία στην ζωή μου.

Τα κύρια πρόσωπα που παίζανε σημαντικό ρόλο, ήταν ο γιατρός μου, τα αδέρφια μου, οι φίλοι μου, οι συνάδελφοι, η Κοινωνική Υπηρεσία του ΝΕΤΑΣΑ, αλλά και η ομάδα αυτοβοήθειας των μαστεκτομημένων γυναικών.

Στον Σύλλογο Γυναικών με μαστεκτομή, στην δημιουργία του οποίου συνέβαλα και η ίδια, βρήκα την ευκαιρία να ανταλλάξω πληροφορίες, εμπειρίες και συναισθήματα. Οι συζητήσεις μου με τις άλλες ομοιοπαθείς γυναίκες, μου έδωσαν δύναμη και θάρρος, να συνεχίσω την προσφορά μου στην κοινωνική ζωή.

Είναι εμφανές, ότι η συμπαράσταση που αναζητείει μιά γυναίκα με μαστεκτομή, μπορεί να προέλθει από πολλές πηγές, κύρια από το οικογενειακό της περιβάλλον αλλά και από τον ευρύτερο κοινωνικό της περίγυρο.

Θα ήθελα να τελειώσω με τα λόγια ενός άλλου κορκοινοπαθούς, που θα δυναιστώ για την καρέπτηση, και να 'πω πως "η υποστήριξη που έδεχτηκα, ήταν και ελακολουσάει να είναι, η μικρή φλόγιτσα που κιάει κιάμα και που μου δίνει την ανακούφιση της φωτιάς σε μια κρύα νύχτα".

Είχα την ελπίδα ότι η διάγνωση θα ήταν ευνοϊκή για μένα. Ήνθιόμου να σκαφτώ ότι είχα προσβληθεί από καρκίνο. Δεν ένοιωθα το ίδιο όταν έφευγα από το νοσοκομείο. Η διάγνωση του γιατρού ήταν, πιθανή νεοπλασία στο δεξί ^{μαστικό} στήθος μου συνέστησε να εισαχθώ επείγοντως στο νοσοκομείο για βιοψία. Εγίνα από το ιατρείο και άρχισα να τρέχω... να φύγω... να φύγω από το νοσοκομείο, να φύγω από την αρρώστεια μου και από τις συνέπειές της. Ήμουν μόνη μου. Ο άνδρας μου και τα παιδιά μου συνέχιζαν τις διακοπές τους στην εξοχή.

Την επομένη, μπήκα στο νοσοκομείο, πάντα με την ελπίδα ότι η βιοψία θα ήταν αρνητική. Όταν αντίκρισα τον άνδρα μου που έβγαζε στο νοσοκομείο ειδοποιημένος από τους συγγενείς λίγες ώρες πριν την βιοψία, αισθάνθηκα απέραντη ανησυχία και θάρος. Η παρουσία του ενίσχυσε την ευχική αντοχή μου και αντιμετώπισα την διαδικασία της βιοψίας, που έγινε με τοπική αναισθησία. Κατόπιν ήρθε η στιγμή της οριστικής απάντησης, που δόθηκε στο γραφείο του χειρουργού. Η βιοψία ήταν θετική.

Επαναστάτησα και θύμωσα, όταν αντιλήφθηκα την προσπάθεια του άνδρα μου να διευθετήσει το θέμα μου, και με αποφασιστικότητα, ανέλαβα την ευθύνη για λογαριασμό του εαυτού μου. Ξμπιστεύτηκα τον γιατρό όταν είπε:

" η ασθένειά σου είναι επιθετική και γι' αυτό θα την αντιμετωπίσουμε με αντεπίθεση, δηλαδή με ριζική εκτομή του δεξιού στήθους σου".

Ορίστηκε η επομένη για την χειρουργική επέμβαση. Ξεκίνησε τις στιγμές ήμου ψύχραιμη, αλλά όταν επέστρεφα στο κρεβάτι μου, τότε μόνο, συνειδητοποίησα αυτό που ένοιωθα. Πώς να περιγράψω την κατάσταση στην οποία περιήλθα; Ασφυξία, πανικός, σπασμούς στο σώμα μου.....

Κι ενώ ο σύμπροσός μου στεκόταν δίπλα μου σιωπηλός, ένθισμένος στις βίκες του σκέφαις, ένοιωθα το ζεστό χέρι της Κοινωνικής Λειτουργού να με αγγίζει, και αντιλαμβάνομουν την γεμάτη κατανόηση σιωπή της, ενώ επαναλάμβανα την ερώτηση " γιατί εγώ ; ".

Παρακαλούσα συνεχώς τον θεό, να μου δώσει ακόμα χρόνια ζωής για να μεγαλώσω τα παιδιά μου. Είχα επικεντρωθεί στο πρόβλημά μου και επειδή είχα τον φόβο ότι η παρουσία των συγγενών μου θα με συγκινοούσε, έφερα να αντιδρώ στα σχόλιά τους. Κάποις δεν ήταν ικανός, να αναχαιτίσει τον φόβο που αισθανόμουν, παρά μόνο η υλισθητική ένωση στο χειρουργείο. Η εγχείρηση πήγε καλή και γυρίζοντας στον δόλμο με παρέμεινε οι βίκοί μου.

Ο σύμπροσός μου βρισκόταν συνεχώς σε επαφή με τους γιατρούς. Απουσούσε και πολλές φορές κατόλιβαίνω, ότι μου απέφρανε την αλήθεια σε ότι τον ρωτούσα. Τον επηροούσε ο ψυχολογικός αντίτυπος επάνω μου, από την πολύ πιθανή πτώση των μαλλιών μου λόγω της χημειοθεραπείας. Ξέρατε ο συγκεκριμένος προληπτικός του έσο'σοβαρός ήταν γι' αυτόν. Άλλο τόσο αβίβροτος ήταν για τους γιατρούς. Ξαλικά η ολική πτώση των μαλλιών με

ένα τραυματικό γεγονός που προστέθηκε λίγο αργότερα, στην όλη μου εξέλιξη.

Με ενσπλούσε όταν μου έλεγαν οι επισκέπτες μου, ότι ήξεραν και καταλάβαιναν τι αισθάνομαι. Ήθελα να με προσέχουν, να με ακούν και όχι να μου λένε " ξέρω, καταλαβαίνω πώς αισθάνεσαι" , γιατί νομίζω ότι κανείς δεν μπορεί να καταλάβει ακριβώς τι αισθάνεται μία γυναίκα σ' αυτήν την κατάσταση. Μου έλεγαν ότι υπάρχουν και χειρότερα στην ζωή και συγκριτικά με αυτά, εγώ δεν είχα τίποτα. Δηλαδή, τί έπρεπε να είχα πάθει περισσότερο, για να καταλάβουν ότι πονούσα βαθιά και χανόμουν απ' το φόβο μου ; Μου έλεγαν να μην κλαίω, γιατί θα μου έκανε κακό, και με εμπόδιζαν έτσι, να είμαι ο εαυτός μου, και να απελευθερώσω την τεράστια εσωτερική μου πίεση. Απ' την άλλη, οι φίλοι μου έλεγαν " είσαι δυνατή πύ, θα τα βγάλεις πέρα, δεν σε φοβόμαστε ". Η φράση αυτή με θύμνα, γιατί ένιωθα αδύναμη, ανεπάρκεια και χρεωζόμενου καιρό να ανακαλύψω και να αξιοποιήσω τις όποιες δυνάμεις είχα μέσα μου. Το " είσαι μία χαρά " , δεν μου άρεσε. Προτιμούσα την σιωπή τους, ή εκφράσεις όπως " δεν ξέρω τι να σου πώ για να σε βοηθήσω".

Η μαστεκτομή δεν συνοδεύτηκε μόνο από φόβο θανάτου, ή την κραυγαλέα ανάγκη μου για συμπαράσταση. Η απουσία του μαστού, με έκανε να αισθάνομαι λιγότερο γυναίκα και ανησυχούσα ότι οι σωματικές συνέπειες της επέμβασης, θα δημιουργούσαν πρόβλημα, στις σχέσεις μου με τον σύντροφό μου και ίσως την εκ μέρους του απόρριψή μου. Με κατέλαμβανε αγωνία στην σκέψη, ότι ίσως με εγκατέλειπε για μία άλλη γυναίκα, αρτιμελή, σωματικά κίεραλη και χωρίς αφεραϊότητα για την ζωή της.

Ανακάλυψα όμως, όταν μάζεψα το κουράγιο μου και μίλησα ανοιχτά στον σύντροφό μου γι' αυτό, πως οι φόβοι μου ήταν αβέσιμοι.

Ασχοληθήκαμε μαζί με το πρόβλημα και είδαμε ότι οι σχέσεις μας, είχαν κτισθεί σε πολλά πράγματα, όπως αγάπη, εμπιστοσύνη, κοινές εμπειρίες, και δεν ήταν δυνατό να ταλαντευθούν από το γεγονός της μαστεκτομής. Αντιθέτως έγιναν πιο στενές, και πιο ισχυρές. Κατάλαβα ακόμα, ότι μιλάω ανοιχτά για τα συναισθήματά μου, με βοηθούσε να ξεκαθαρίζω τις όμιες μου τις σκέψεις και να βίωω στους άλλους την ευκαιρία, να καταλάβουν πώς αισθάνομαι, για να μπορούν να μου συμπαρεταθούν σωστά και αποτελεσματικά.

Η έξοδος απ' το νοσοκομείο ήταν οδυνηρή, διότι ήρθα αντιμέτωπη με την διαφρεποιημένη εικόνα του εαυτού μου. Στο νοσοκομείο, προστατευμέ και καλυμένη από την επιστημονική φροντίδα και την παρουσία των αγαπημένων προσώπων, δεν είχα συνειδητοποιήσει αυτή την αλλαγή, παρά μόνο, όταν βούγυνας, τοποθέτησαν στην άβεια θέση του μαστού, ένα πρόχειρο υποκατάστατο από γάζες και βαμβύκι. Αναπύθηκα, πικρέθηκα, και θύμωσα πολύ τότε για την ατυχία μου. Τα άφθονα δάκρυα που κύλησαν απ' τα μάτια μου, και το ζεστό

κράτημα του συντρόφου μου, έδωσαν διέξοδο στα δυσάρεστα συναισθήματα που με κατείχαν.

Τα λουλούδια που με υποδέχθηκαν όταν έφθασα στο σπίτι, δεν αναπλήρωσαν την απουσία των παιδιών μου. Τα ήθελα εκεί, να με ζεστάνουν με την παρουσία τους και την αγάπη τους. Ήθελα να δώ στα μάτια τους, ότι τίποτε δεν άλλαξε μεταξύ μας. Όμως, με είχε πείσει ο άνδρας μου πως ήταν καλύτερα να μην τα ταλαιπωρήσω και να κάνω υπομονή ώσπου να πάω εγώ κοντά τους στην εξοχή. Δέχθηκα παθητικά μία απόφαση, με την οποία διαφωνούσα, μόνο και μόνο γιατί ένιωθα υπεύθυνη, για το κακό που βρήκε το σπίτι μας και για τον πόνο που έδωσα άθελά μου στην οικογένειά μου.

Στις πρώτες μέρες της επιστροφής μου στο σπίτι, έμεινε κοντά μου η αδελφή μου. Ο άνδρας μου γύρισε στην εργασία του. Ήθελε κατάλαβα, ότι όσο ήμουν προστατευμένη από την παρουσία τους, μπλοκαριζόταν η σκέψη μου, και προτιμούσα να επαφίεμαι στις φροντίδες τους. Ήταν πολύ βολικό να κλειώ την πόρτα μου. Η παρουσία τους όμως και η εκ μέρους τους ανάληψη όλων των πρωτοβουλιών, τόνιζε την ανυπαρξία μου, την ανικανότητά μου να λειτουργήσω όπως πριν.

Ένοιωθα ότι θέλω να μείνω μόνη μου, να δοκιμάσω τον εαυτό μου, να συγκεντρώσω τις σκέψεις μου, και να ξαναβρώ τους ρυθμούς μου.

Όλα αυτά, τα σκεπτόμουν συνειδητά και άρχισα σιγά-σιγά, με λεπτότητα, να τους λέω πως δεν χρειάζεται να αφήνουν τις δουλειές τους για μένα, "μην ανησυχείτε τους έλεγα- θα τα καταφέρω, έχω την δύναμη να βρω τρόπους επιβίωσης, το στήθος μου αφαίρεσαν και όχι το μυαλό μου".

Με μία ολιγόωρη απουσία της αδελφής μου, βρήκα την ευκαιρία να δράσω και να αποδείξω ότι μπορώ να λειτουργήσω φυσιολογικά. Έπρεπε να τους πείσω και να πειστή, ότι μπορώ. Κοιμήθηκα με την μαγειρική και τα κατάφερα. Η έκπληξη της αδελφής μου μετατράπηκε σε κατανόηση, όταν της εξήγησα όλα όσα σκεπτόμουν για την ανάκτηση της χαμένης μου αυτοπεποίθησης.

Συναντήθηκα με τα παιδιά μου 15 μέρες μετά την επέμβαση.

Με υποδέχθηκαν με χαρά και αγάπη, αλλά η στάση τους απέναντι στο πρόβλημα ήταν απόμακρη και αδιάφορη, σαν να μην ήθελαν να το ξέρουν, και πολύ περισσότερο να το αγγίξουν. Τα πράγματα ξεκαθαρίστηκαν αργότερα και με τους δύο. Όταν ο γιός μου είδε το γυμνό από μαλλιά κεφάλι μου, συνειδητοποίησε το κακό που είχε συμβεί, δίνοντάς μου την ευκαιρία να του εξηγήσω χωρίς μελοδραματισμούς την αλήθεια. Ακόμα βλέπω τα υγρά του μάτια, και ακούω την ουγνώμη του και τις υποσχέσεις του για συμπάρταση καθ' αγάπη.

Και η κόρη μου, χωρίς πιά φόβους, ξεδίπλωσε όλες τις ανησυχίες και την άγνοιά της, για το πώς θα έπρεπε να αντιμετωπίσει την κατάσταση, εσθού ένοιωθε ότι στο εξής εκείνη πλέον έπρεπε να με στηρίζει και να με προστατεύει και όχι εγώ εκείνη. Το βέρος της αντιστροφής των ρόλων, ήταν

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε΄

Ελληνικά Αντικαρκινικά Κέντρα

1. “Άγιοι Ανάργυροι” - Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας. Καλυφτάκι, Ν. Κηφισία, Τηλ.: 80766062, 80766502, 8076524, 8076546
2. “Άγιος Σάββας” - Ελληνικό Αντικαρκινικό Ανσπιτούτο. Λεωφ. Αλεξάνδρας 171, Αθήνα (αμπελόκηποι) Τηλ. 6430811-19.
3. “Θεαγέννειο” - Ιατρικό Ινστιτούτο Θεσσαλονίκης Σερρών 2, Θεσσαλονίκη. Τηλ. (031) 814635
4. “Μεταξά” - Περιφερειακό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά. Μπόταση 51, Πειραιάς (Αγ. Βασίλειος). Τηλ. 4512233-9, 4518410 -9
5. Για περισσότερες πληροφορίες μπορεί κανείς να απευθυνθεί στην Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία (ΕΑΕ) Τζωρτζ 6 (7ος όροφος), Πλ. Κάνιγγος, Αθήνα, Τηλ. 3626600, 3613690. Επίσης η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία έχει καθιερώσει την Ανοικτή Τηλεφωνική Γραμμή Ελπίδας (τηλ. 3602800, 8π.μ. - 8μ.μ., Δευτέρα - Παρασκευή), στην οποία ενημερώνεται το κοινό σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο, τις δυνατότητες πρόληψης και την αντιμετώπιση του και παρέχονται πληροφορίες για τα αντικαρκινικά ιδρύματα και νοσοκομεία όπως επίσης και τη λειτουργία του κέντρου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο της Ε.Α.Ε.

Σύλλογοι Υποστήριξης Καρκινοπαθών

1. Ελληνική Αντικαρκινική Δράση

(Σεμιτέλου 4, τηλ. 7788698)

Ιδρύθηκε από γιατρούς και εθελοντές. Παρέχει ενημέρωση και υποστήριξη. Τα μέλη της επισκέπτονται καρκινοπαθείς του νοσοκομείου “Έλενα βενιζέλου” πριν και μετά την εγχείρηση και προσφέρουν επιστημονικές και πρακτικές συμβουλές.

2. Ελληνική Εταιρία Συμπτωματικής Ανακούφισης Αντιμετώπισης Νεοπλασματικών Παθήσεων.

(Αρεταίειο Νοσοκομείο, τηλ. 7238511)

Τα μέλη της είναι γιατροί και εκπαιδευμένοι εθελοντές. Συνεισφέρουν στην ανακούφιση του σωματικού και ψυχικού πόνου των καρκινοπαθών. Επίσης, παρέχεται κατ’οίκον νοσηλεία.

3. Ένωση Καρκινοπαθών Μακεδονίας - Θράκης

(Αγίας Σοφίας 46, Θεσσαλονίκη, τηλ. 822-122).

Τα μέλη της προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη σε καρκινοπαθείς με τη συδνομή ογκολόγων και ψυχολόγων.

4. Ίδρυμα Τζένη Καρέζη

(Πλουτάρχου 2 και βασ. Σοφίας, Αθήνα, 1ος όροφος, τηλ. 7251364).

Δημιουργήθηκε για να προσφέρει ανακούφιση του πόνου στους καρκινοπαθείς και στους ασθενείς με AIDS σε τελικό στάδιο.

5. Ομιλος Κυριών Φίλων του Διαγνωστικού Ινστιτούτου "Μεταξά".

(Σαχτούρη 103, Πειραιάς, τηλ. 4181641).

Τα μέλη του, εθελόντριες, σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου "Μεταξά" έχουν οργανώσει τμήμα υποδοχής στο νοσοκομείο για καρκινοπαθείς που χρειάζονται συνοδεία, πληροφορίες ή ψυχολογική υποστήριξη. Προσφέρεται επίσης οικονομική ενίσχυση.

6. Πανελλήνιος Σύλλογος Μαστεκτομημένων Γυναικών

(Κουντουριώτη 149, Πειραιάς, τηλ. 4119860).

Ιδρύθηκε το 1988. Μέλη του είναι γυναίκες που υποβλήθηκαν παλαιότερα σε μαστεκτομή. Σε εθελοντική βάση, αφού εκπαιδεύουν κατάλληλα, προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη σε γυναίκες που υποβάλλονται τώρα σε μαστεκτομή. Εκδίδονται φυλλάδια με τις πρόσφατες, επιστημονικές εξελίξεις και διοργανώνονται σεμινάρια. Επίσης, λειτουργούν ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικό ψυχολόγο.

7. Σύλλογος Φίλων Κυριών του Ογκολογικού Νοσοκομείου "Άγιοι Ανάργυροι". (Τζωρτζ 6, Πλατεία Κάνιγγος, Αθήνα, τηλ. 3613835).

Μέλη του είναι γυναίκες, εθελόντριες, που προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη και οικονομική βοήθεια σε άπορους ασθενείς του νοσοκομείου.

8. Υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλείας του Νοσοκομείου "Άγιοι Ανάργυροι"

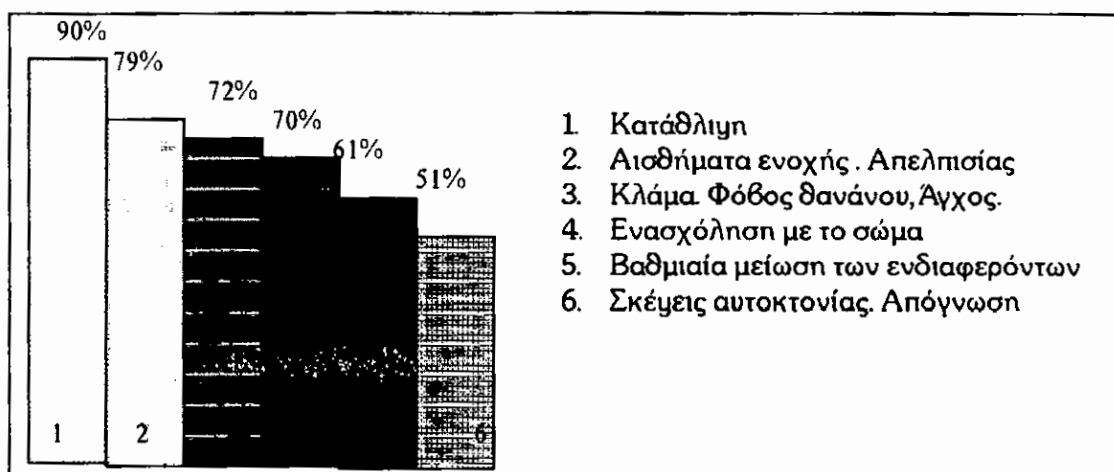
(Τηλ. 8076132) Απαρτίζεται από γιατρούς, νοσηλευτές και εθελοντές

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ'

Πίνακες

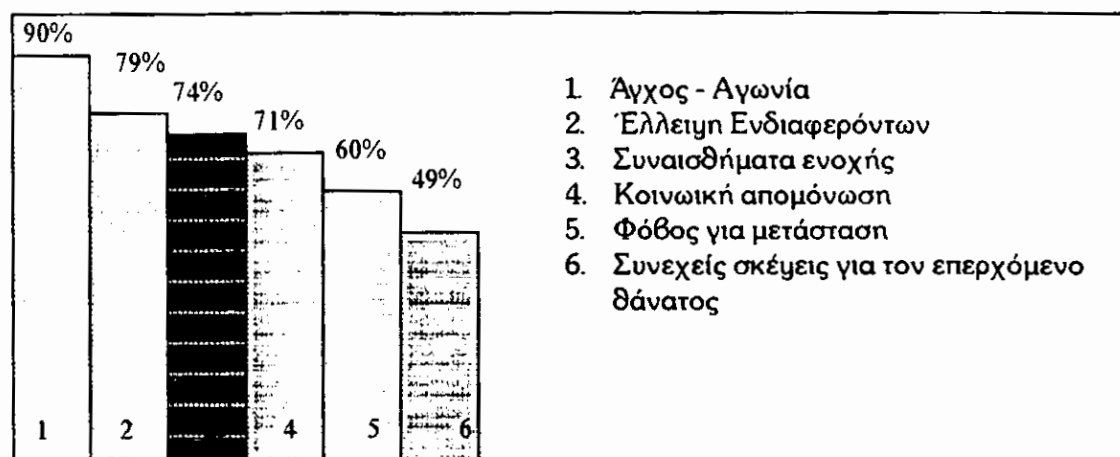
Πίνακας I

A. Φάση: Συναισθηματικά συμπτώματα όπως εμφανίζονται το πρώτο διάστημα που ακολουθεί την διάγνωση και την μαστεκτομή.



Πίνακας II

Β. Φάση: Συναισθηματικό προφίλ κατά την διαδρομή του πρώτου χρόνου της Αρρώστιας



Πίνακας III

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ορισμένες μορφές καρκίνο μπορεί να προληφθούν:

1. Μην καπνίζεται. Καπνιστές, σταματήστε το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα και μην καπνίζεται όταν είστε μαζί με άλλου.
2. Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματοδών ποτών.
3. Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο
4. Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο.

Ακολουθώντας τις δύο επόμενες οδηγίες θα ωφεληίσετε την υγεία σας και ταυτόχρονα θα περιορίσετε τις πιθανότητες να προβληθείται από καρκίνο

5. Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες
6. Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.

**ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΕΙΝΑΙ ΙΑΣΙΜΕΣ ΑΝ
ΕΝΤΟΠΙΣΤΟΥΝ ΕΓΚΑΙΡΑ**

7. Επισκευθείτε το γιατρό αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και στο χρώμα σε ελιά του δέρματος.

8. Επισκευθείτε το γιατρό αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου η αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.

Για τις γυναίκες

9. Κάνετε περιοδικό τέστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας
10. Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας, και αν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος Φ., "Ψυχιατρικά προβλήματα στους καρκινοπαθείς". Μάχη - Ελπίδα, Ιούνιος 1987, τεύχος 19, σελ. 19-21.
2. Αργυρούδης αλκιβιάδης, "Ο καρκίνος και η θεραπεία του", Θεσσαλονίκη 1976.
3. Βαγιανού - Αγγελάκη Δέσποινα, πρακτικά 2ου πανελληνίου συνεδρίου μαστολογίας, "ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού" Αθήνα 1987.
4. Β.Α. Βιωματικό, πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με μαστεκτομή.
5. Γαλανοπούλου Κ., Γαλεριανού Λ., Γρηγοροπούλου Ε. "Ψυχοσυναισθηματικές πλευρές της μαστεκτομής" Μάχη - Ελπίδα, Ιούνιος 1987, τεύχος 19 σελ. 4-5.
6. Γαλανοπούλου Κ., Γαλεριανού Λ., Γιδοπούλου Κ., Γρηγοροπούλου Ε., "Συμπεράσματα από τα τρία χρόνια δουλειάς στο Κέντρο Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας", Κέντρο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο, Αθήνα 1986.
7. Γιδοπούλου - Στραβολαΐμου κ., Πρακτικά 2ου Πανελληνίου συνεδρίου μαστολογίας, "ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση της Γυναίκας με καρκίνο του μαστού", Αθήνα 1987.
8. Dackan Linda, Διαφορά στήθους "το σεξ και η γυναίκα μετά την μαστεκτομή" (μετάγραση έλλης Κεσίσογλου), εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1993.

9. Διβόλη Αικατερίνη, "Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση" Πρακτικά σεμιναρίου "Καρκίνος του μαστού", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Πόρτο- Χέλι Αργολίδας, 1985.
10. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων "Ευρώπη κατά του Καρκίνου", "διατροφή και καρκίνος" Αθήνα 1991.
11. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων "Ευρώπη κατά του καρκίνου", Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου - Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Αθήνα 1991.
12. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σύνδεσμος κοινωνικών λειτουργών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων "Ευρώπη κατά του Καρκίνου" Αθήνα 1991.
13. Κανδρεβιώτης Νικόλαος "Νεοπλάσματα" (στο πλαίσιο της γενικής παθολογίας και παθολογικής ανατομίας), εκδόσεις Παρισιανός, τόμος 1ος, Αθήνα 1983.
14. Κανδρεβίτης Νικόλαος, "Νεοπλάσματα" (στο πλαίσιο της γενικής παθολογίας και παθολογικής ανατομίας), εκδόσεις παρισιανός, τόμος 2ος, Αθήνα 1984.
15. Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο. Περισκόπιο υγείας, διατροφής, ομορφιάς, τεύχος 1, Μάρτιος 1990.
16. Κόνιαρη Ευδοξία, "Καρκίνος του μαστού" - Νοσηλευτική παρέμβαση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991.
17. Κορδιολλή Ν. Ρηγάτου Γερ., "Η αλήθεια και ο ασθενής με νεοπλάσματα", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1990.

18. Κοσμίδης Α. Πάρις, "Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία" ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
19. Λαμπρινόπουλος ευστάδιος, παθήσεις μαστών, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1977.
20. Λαυρεντιάδης Γρηγόρης. "Ο Έλληνας καρκινοπαθής απέναντι στον καρκίνο - Ψυχολογικοί παράγοντες και επιπτώσεις από τη γνώση ή άγνοια της διάγνωσης του Καρκίνου".
21. Λισσαίος Β., "Ο καρκίνος του μαστού", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
22. Λισσαίος Β., "Η θέση της χειρουργικής στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού" Σεμινάριο με θέμα "Καρκίνος Μαστού", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Πόρτο - Χέλι Αργολίδας, 1-5 Απριλίου 1985.
23. Love Susan, "Το βιβλίο του μαστού", (Μετάφραση Γιώργου Σαββόπουλου), εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1994.
24. Μαντωνάκης Γιάννης, Πρακτικά 2ου Πανελληνίου συνεδρίου μαστολογίας "Κοινωνικό - Ψυχολογική Αποκατάσταση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού", Αθήνα 1987.
25. Μητρόπουλος Κων/νος, "Ο καρκίνος - αρχαίες αντιλήψεις", Αθήνα 1980.
26. Μοιροπούλου - Μπαϊλα Μαρία, πρακτικά 2ου πανελλήνιου συνεδρίου μαστολογίας, "ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών με καρκίνο του μαστού" Αθήνα 1987.

27. Παπαδιαμάντης Ι, "Κλινική εξέταση, αυτοεξέταση, ομαδικός έλεγχος", Σεμινάριο με θέμα "Καρκίνος Μαστού" Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία. Πόρτο Χέλι Αργολίδας, 1-5 απριλίου 1985.
28. Πορφύρης Ε., Βάλβης Π., Γκούρος Ι., Καλλέργης Γ., Παπαδόπουλος Μ., Χαρκιολάκης Γ., Σγουρός Ν., "Αποκατάσταση μαστού μετά την μαστεκτομή" Ca Μ' ενδιαφέρει, Οκτώβρης, Νοέμβρης 1994, τεύχος 4, σελ. 10-11.
29. Ρασιδάκης Νίκος, "Ψυχή και καρκίνος" Αθήνα 1983.
30. Ρηγάτος Γεράσιμος, "Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία" Αθήνα 1985.
31. Schover Leslie "Sexuality and caucer" American Cancen Sociaty - Ney York 1988.
32. Σκούρτα Ιωσηφίνα, Πρακτικά ημερίδας Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, "Γυναίκα και καρκίνος", Αθήνα 1993.
33. Σφλώμος Κώστας, "Διατροφή και καρκίνος" Αθήνα 1982
34. Τριχόπουλος Δημήτρης, "επιδημιολογία και αιτολογία του καρκίνου του μαστού" Πρακτικά σεμιναρίου "Καρκίνος Μαστού" Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Πόρτο - Χέλι Αργολίδος, 1995.
35. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων "Καρκίνος του μαστου", Αθήνα 1985.
36. Χρυσοχόος Μηνάς, "Ο καρκίνος του μαστού στην Ελλάδα - σταδιοποίηση και επιβίωση", Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1980.