

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΑΙ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ
ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Μια διερευνητική μελέτη

Σπουδάστριες :

Κώτσια Ευαγγελία

Παναγιωτίδου Μαρία



Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός :

Χρυσούλα Καλπίνη – Παπαδοπούλου

Καθηγήτρια εφαρμογών

Πτυχιακή εργασία 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 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3022

Η Επιτροπή για την έγκριση της Πτυχιακής Εργασίας

1. _____

2. _____

3. _____

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	2

ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
Σκοπός της μελέτης	8
Ορισμοί όρων	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	15
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Η ΟΓΚΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ

1. Ογκογένεση : ο μετασχηματισμός ενός φυσιολογικού κυττάρου σε νεοπλασματικό	19
2. Ονοματολογία όγκων	21
3. Είδη όγκων	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Επιδημιολογία του Καρκίνου του Μαστού	25
2. Αιτιολογία του Καρκίνου του Μαστού	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Πρόληψη του Καρκίνου του μαστού 49
2. Διάγνωση του Καρκίνου του μαστού 53
3. Σταδιοποίηση του Καρκίνου 64
4. Προφυλακτική μαστεκτομή 66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Χημειοθεραπεία 70
2. Ακτινοθεραπεία 73
3. Ορμονοθεραπεία 78
4. Χειρουργική Θεραπεία – Μαστεκτομή 82
5. Βιολογική Θεραπεία 86
6. Ανορθόδοξες θεραπευτικές μέθοδοι του Καρκίνου του Μαστού . . . 90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Η ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΛΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΑΣΘΕΝΗΣ

1. Η γνώση της αλήθειας από την ασθενή 94
2. Παράγοντες που επηρεάζουν την γνώση της αλήθειας 100
3. Η νομική άποψη 101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

Η “ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ” ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1. Η προσωπικότητα των ατόμων που είναι επιρρεπή στην ανάπτυξη καρκίνου 104

2. Ψυχοθεραπεία και καρκινοπαθής	109
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Η αντιμετώπιση του πόνου στον Καρκίνο του μαστού	112
---	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Χ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Ψυχολογικές επιπτώσεις του Καρκίνου του μαστού στη γυναίκα . .	117
2. Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της μαστεκτομής	122
3. Συνέπειες της μαστεκτομής στην οικογενειακή ζωή της ασθενούς..	125
4. Συνέπειες της μαστεκτομής στην σεξουαλική ζωή της ασθενούς...	128
5. Συνέπειες της μαστεκτομής στην κοινωνική ζωή της ασθενούς . . .	131

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

1. Οργανική ή σωματική αποκατάσταση του μαστού μετά τη μαστεκτομή	134
2. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή	139
3. Ο ρόλος του προσωπικού υγείας στην αποκατάσταση της ασθενούς	149
4. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της ασθενούς	151

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XII

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

1. Στο διεθνή χώρο157
2. Στον Ελληνικό χώρο159

ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIII

ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Σκοπός της έρευνας 169
2. Αναγκαιότητα της έρευνας169
3. Δείγμα170
4. Μεθοδολογία 171
5. Δυσκολίες που παρουσιάστηκαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας . .171

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ173

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XV

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Συμπεράσματα που προέκυψαν από τη διεκπεραίωση της έρευνας.193
2. Προτάσεις196

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου

Ελληνικά Αντικαρκινικά Κέντρα

Βιβλιογραφία

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τους ανθρώπους, που συνέβαλαν στην επιτυχή έκβαση της προσπάθειάς μας αυτής.

- Την επόπριά μας, κα Χρυσούλα Καλπίνη – Παπαδοπούλου, καθηγήτρια εφαρμογών Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας, για την καθοδήγηση, διευκόλυνση και συμπαράσταση που μας προσέφερε.
- Τον κο Πανταζάκα Παντελή, προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, για την πολύτιμη βοήθειά του στη διεξαγωγή της έρευνας.
- Την κα Παπακώστα Σταυρούλα, προϊσταμένη της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά “Μεταξά”, για την σημαντική στήριξη της στην υλοποίηση της έρευνας.
- Την κα Αθανασοπούλου Βασιλική, ψυχολόγο του Κέντρου Πρόληψης Νομού Αχαΐας, για την καθοδήγηση και τις συμβουλές της στη σύνταξη του ερωτηματολογίου.
- Το προσωπικό υγείας των Νοσοκομείων που πήρε μέρος στην έρευνα, με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.
- Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε **ιδιαίτερα** τις οικογένειές μας, για την πολύτιμη υλική, ηθική και ψυχολογική στήριξη που μας προσέφεραν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή αναφέρεται στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού, στις επιπτώσεις που επιφέρει στις πάσχουσες γυναίκες και στις υπάρχουσες δυνατότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μεγάλες ενότητες· η πρώτη σχετίζεται με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, ύστερα από τη μελέτη βιβλιογραφικού υλικού για τον καρκίνο του μαστού, και η δεύτερη αφορά τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας.

Στο πρώτο κεφάλαιο της μελέτης γίνεται μια συνοπτική περιγραφή του θέματος που θα μελετηθεί και επισημαίνεται ο σκοπός αυτής.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, ώστε να διαπιστωθεί η εξέλιξη και η πρόοδος της ιατρικής σχετικά με την αντιμετώπιση της νόσου.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην διαδικασία μετασχηματισμού του φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό, καθώς και στον διαχωρισμό των όγκων σε καλοήθεις και κακοήθεις.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στο γυναικείο πληθυσμό και οι παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της νόσου.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια προσέγγισης των παραγόντων που μπορούν να προλάβουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, τονίζεται η σημασία που πρέπει να δίνεται στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Στο έκτο κεφάλαιο περιγράφονται οι καθιερωμένες ιατρικές μέθοδοι αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, καθώς και ανορθόδοξοι τρόποι θεραπείας που υπάρχουν.

Στο έβδομο τίθεται το ερώτημα σχετικά με το αν θα πρέπει να ενημερώνεται η ασθενής για την κατάσταση της υγείας της και στη συνέχεια γίνεται προσπάθεια να δοθεί η κατάλληλη απάντηση σ' αυτό.

Στο όγδοο κεφάλαιο προσδιορίζεται η έννοια της προσωπικότητας των ατόμων που είναι επιρρεπή στην ανάπτυξη καρκίνου, καθώς και ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στην βελτίωση της ψυχολογίας των καρκινοπαθών.

Στο ένατο κεφάλαιο αναφέρονται οι σωματικές συνέπειες του Καρκίνου του μαστού και η αντιμετώπιση του πόνου που προκαλείται από τη νόσο.

Στο δέκατο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες του καρκίνου του μαστού στις ασθενείς, καθώς και οι ψυχολογικές επιπτώσεις μετά τη μαστεκτομή.

Στο ενδέκατο κεφάλαιο επισημαίνονται οι μορφές αποκατάστασης των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, οι οποίες διακρίνονται σε σωματική και ψυχοκοινωνική. Επιπλέον, γίνεται γνωστός ο ρόλος του προσωπικού υγείας και συγκεκριμένα του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα αυτό.

Στο δωδέκατο κεφάλαιο καταγράφονται τα προγράμματα για τον καρκίνο, τόσο στο διεθνή όσο και στον ελληνικό χώρο.

Στα επόμενα κεφάλαια (13^ο, 14^ο, 15^ο) γίνεται εισαγωγή στο ερευνητικό μέρος της μελέτης αυτής. Ειδικότερα αναλύονται ο σκοπός, η αναγκαιότητα, το δείγμα και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα. Στη συνέχεια παραθέτονται τα αποτελέσματα και τα

συμπεράσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων, καθώς και προτάσεις για την βελτίωση των υπάρχόντων τρόπων αποκατάστασης και την δημιουργία πιο αποτελεσματικών υπηρεσιών.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος απειλεί σήμερα την ανθρωπότητα, σε ασύγκριτα μεγαλύτερο βαθμό από τις άλλες δύο μεγάλες αιτίες θανάτου, που είναι τα καρδιοαγγειακά νοσήματα και τα ατυχήματα. Με τον όρο “καρκίνος” εννοείται η “εμφάνιση σε έναν πολυκύτταρο οργανισμό άτυπων κυτταρικών πληθυσμών, που αναπτύσσονται άναρχα και καταστρέφουν τους φυσιολογικούς πληθυσμούς του οργανισμού”. Στην έναρξη της δημιουργίας των καρκινικών πληθυσμών πιθανότατα συμβαίνει μια εκτροπή στη διαδικασία ωρίμανσης των ποικίλων φυσιολογικών κυτταρικών σειρών που υπάρχουν σε ένα όργανο. Οι καρκινικοί πληθυσμοί κατορθώνουν κι επιβιώνουν, υπερνικώντας τα αμυντικά συστήματα του οργάνου και του οργανισμού. Στη συνέχεια αναπτύσσονται όλο και πιο δυναμικά αρχικά τοπικά και αργότερα δημιουργώντας μεταστάσεις. (Μ. Χρυσοχόου, 1991, σελ. 11)

Η λέξη “καρκίνος” έχει για πολλούς ανθρώπους ιδιαίτερα συμβολική και μεταφορική σημασία σε βαθμό που μερικοί φοβούνται απλώς να την προφέρουν. Στην κοινή αντίληψη, η διάγνωση της ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη, ακρωτηριασμό, αναπηρία. Δηλώνει μια μυστηριώδη, ανίατη, μακροχρόνια και οδυνηρή ασθένεια που φθείρει αργά τον οργανισμό και τον καταστρέφει.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια από τις μορφές Καρκίνου που αποτελεί τον υπ’ αριθμό ένα κίνδυνο που απειλεί και φοβίζει τις γυναίκες σήμερα. Η μεγάλη αύξηση της συχνότητας του στο γυναικείο πληθυσμό αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας· επιφέρει ποικίλες

ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, τόσο στις ασθενείς και τις οικογένειες τους, όσο και στο υγειονομικό σύστημα της χώρας μας. Μακροχρόνιες επιδημιολογικές έρευνες έχουν αποδείξει ένα σύνολο παραγόντων που η παρουσία και η δράση τους μπορεί να αυξάνει ή να μειώνει της συχνότητα εμφάνισης της νόσου, χωρίς όμως να είναι ακόμα γνωστό το ΠΩΣ και ΓΙΑΤΙ δημιουργείται η ασθένεια αυτή. (Κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, 1991, σελ. 104)

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 σαν μέσο έκφρασης της μητρότητας κι άλλοτε σαν πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας. Αντιπροσωπεύοντας λοιπόν οι μαστοί για τη γυναίκα αισθήματα και συμβολισμούς, είναι φυσικό να την εμποδίζουν συναισθηματικά να δεχθεί ακόμη κι αυτήν τη θεραπευτική “λύση”. Για το λόγο ότι η μαστεκτομή δημιουργεί παράλληλα με το σωματικό και ένα συγκινησιακό τραυματισμό θεωρείται αναγκαία η ψυχολογική υποστήριξη, ώστε να αποδεχτεί η γυναίκα την κατάσταση της και να διατηρήσει την ποιότητα στη ζωή της. (Κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, 1991, σελ. 104-105)

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η πραγματοποίηση της εργασίας αυτής έχει ως στόχο την αναζήτηση, τη μελέτη και την καταγραφή θεωρητικών στοιχείων που αφορούν τον καρκίνο του μαστού και στη συνέχεια την διεξαγωγή έρευνας προκειμένου να εντοπιστούν οι τρόποι και οι δυνατότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή στην Ελλάδα.

Συγκεκριμένα, ο σκοπός της θεωρητικής προσέγγισης του θέματος είναι η αναζήτηση της εξέλιξης στην αντιμετώπιση της νόσου και των παραγόντων που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της, η διαπίστωση της ιδιαίτερης σημασίας που πρέπει να δίνεται στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση καθώς και η εξέταση των κυριότερων μεθόδων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Έπειτα, γίνεται προσπάθεια προβληματισμού σχετικά με το αν θα πρέπει να λέγεται ή όχι η αλήθεια στην ασθενή και ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία αυτή της ενημέρωσης. Ένα ακόμη θέμα που προβληματίζει όσους ασχολούνται με την ασθένεια του Καρκίνου αφορά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που σχετίζονται θετικά με την εμφάνιση της νόσου.

Σημαντικό επίσης μέρος της μελέτης αυτής αποτελεί η επισήμανση των συνεπειών του Καρκίνου του Μαστού στην ψυχολογική, σεξουαλική και κοινωνική ζωή της γυναίκας, οι μορφές αποκατάστασης, από σωματική και ψυχοκοινωνική πλευρά, καθώς και ο ρόλος του προσωπικού υγείας και του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα αυτό.

Τέλος, γίνεται αναφορά στα προγράμματα που έχουν δημιουργηθεί στον διεθνή χώρο, αλλά και σε αυτά που λειτουργούν στην Ελλάδα, με

σκοπό να ενημερωθεί το κοινό για τη δυνατότητα αποφυγής του καρκίνου και την κατάλληλη αντιμετώπιση των ατόμων που ήδη έχουν νοσήσει από την ασθένεια αυτή.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

- **Αγγείο** : αιμοφόρος ή λεμφοφόρος σωλήνας ανθρώπων και ζώων (Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Α΄ Τόμος, 1981, σελ. 180)
- **Αιμοφόρα αγγεία** : οι σωληνοειδείς σχηματισμοί μέσα στους οποίους κυκλοφορεί στον οργανισμό, μέσα σε κλειστό σύστημα, το αίμα. (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 5^{ος}, 1981, σελ. 34)
- **Ανδρογόνα**: ορμόνες των γεννητικών αδένων των ανδρών, οι οποίες στην πραγματικότητα υπάρχουν και στα δύο φύλα (Γενική Παγκόσμια Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος – Λάρους, Τόμος 3^{ος}, 1963, σελ. 64)
- **Ανδροστερόνη**: γεννητική ορμόνη της κατηγορίας των ανδρογόνων (Γενική Παγκόσμια Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος – Λάρους, Τόμος 3^{ος}, 1963, σελ. 77)
- **Ανοσοθεραπεία – Ανοσολογία**: η μελέτη των μηχανισμών με τους οποίους οι οργανισμοί αντιστέκονται και εξουδετερώνουν τη νόσο και τη μόλυνση (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 9^{ος}, 1981, σελ. 300)
- **Αντιγόνο**: κάθε ουσία, η οποία είναι ικανή, εισαγόμενη σε έναν οργανισμό να προκαλέσει μέσα σ' αυτόν αντισώματα (Πάπυρος – Λάρους, Τόμος 3^{ος}, 1963, σελ. 247)

- **Αντίσωμα:** προστατευτική ουσία πρωτεϊνικής φύσης, που σχηματίζεται ως απόκριση στη διέγερση από ένα αντιγόνο (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάνικα, Τόμος 10^{ος}, 1981, σελ. 37)
- **Αποτιτάνωση:** η εναπόθεση αλάτων ασβεστίου, ιδίως ανθρακικού και φωσφορικού, στα κύτταρα ή στην θεμέλιο ουσία διαφόρων ιστών ή σε παθολογικούς σχηματισμούς του σώματος. (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάνικα, Τόμος 10^{ος}, 1981, σελ. 247)
- **Βιοψία:** πρόκειται για τη λήψη ανθρώπινου ιστού που επιτρέπει την άμεση παρατήρηση των χαρακτηριστικών του κυττάρου, με εξέταση των ιστολογικών μερών του στο μικροσκόπιο (Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια “Υγεία”, Τόμος Α’, 1994, σελ. 83)
- **Γονίδιο:** κάθε μέρος από το σύνολο των φορέων των πληροφοριών που μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά με τα γεννητικά κύτταρα (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάνικα, Τόμος 18^{ος}, 1984, σελ. 435)
- **Διήθηση:** η διείσδυση κυττάρων σε έναν ιστό του σώματος, ιδίως τον συνδετικό ή ο διαποτισμός του από ένα οργανικό υγρό (αίμα, ούρα, πύο κλπ) (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάνικα, Τόμος 21^{ος}, Αθήνα 1984, σελ. 47)
- **Ενδοκοιλοτικώς:** μέσα από τις φυσικές κοιλότητες (μήτρα, οισοφάγο, ορθόν) (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 3^{ος}, σελ. 291)
- **Επιθήλιο:** στρώμα κυττάρων που συνδέονται στενά το ένα με το άλλο, σχηματίζοντας συνεχείς υμένες οι οποίοι καλύπτουν επιφάνειες που μπορεί να έρχονται σε επαφή με ξένες ουσίες. (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάνικα, Τόμος 24^{ος}, 1984, σελ. 40)

- **Ινοκυστική μαστοπάθεια (μαστίτιδα):** μικροβιακή μόλυνση που αρχίζει από τη θηλή του μαστού, προχωρεί στα λεμφαγγεία και προκαλεί τη διαπύηση ενός τμήματος του αδένος. (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 3^{ος}, σελ. 181)
- **Ιστολογική εξέταση:** η μικροσκοπική εξέταση των εκκριμάτων ή μικρών τεμαχίων ιστών που λαμβάνονται με τη βιοψία. (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 3^{ος}, σελ. 253)
- **Ισχίο:** το τμήμα του σώματος στο οποίο συνδέεται το κάτω άκρο με τη λεκάνη (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάνικα, Τόμος 30^{ος}, 1984, σελ. 366)
- **Κακοήθης όγκος:** χαρακτηρίζεται από διάφορο βαθμό διαφοροποίησης ταχεία συνήθως ανάπτυξη, επέκταση στους γύρω ιστούς, εμφάνιση μεταστάσεων σε άλλα όργανα με τελική κατάληξη το θάνατο του ξενιστή (Χ. Μουτσόπουλος – Δ. Εμμανουήλ, 1991, σελ. 73)
- **Καλοήθης όγκος:** λέγεται ο όγκος που μικροσκοπικά είναι καλά διαφοροποιημένος με μικρό μιτωτικό δείκτη και βραδεία ανάπτυξη, ενώ μικροσκοπικά είναι περιχαρακωμένος χωρίς διήθηση των γύρω ιστών και χωρίς δυνατότητα για μετάσταση.(Χ. Μουτσόπουλος – Δ.Εμμανουήλ, 1991, σελ. 73)
- **Καρκίνος:** χαρακτηρίζεται από άσκοπο, ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό άωρων κυττάρων που εισβάλλουν σε παρακείμενους υγιείς ή απομακρυσμένους ιστούς (μεταστάσεις) με την κυκλοφορία του αίματος ή της λέμφου. (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό, 1990, σελ. 2.559)

- **Κύστη:** η παθολογική κοιλότητα του σώματος με υγρό ή ημίρευστο περιεχόμενο (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 37^{ος}, 1989, σελ. 62)
- **Κύτταρο:** είναι η μικρότερη λειτουργική και δομική συνιστώσα ενός οργανισμού. Είναι η βασική μονάδα που διαθέτει όλα τα χαρακτηριστικά της ζωής (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 37^{ος}, 1989, σελ. 68)
- **Λεμφικό σύστημα:** το σύστημα οργάνων αποτελούμενο από δίκτυο ειδικών αγγείων (λεμφαγγείων) κι από μάζες ειδικού ιστού (λεμφαδένες) του οποίου η λειτουργία συμβάλλει στη διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών μεταξύ ιστών και αίματος, στην απομάκρυνση μικροβίων και ξένων σωματιδίων απ' τους ιστούς και στη διατήρηση των πρωτεϊνών (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 38^{ος}, 1989, σελ. 89)
- **Λέμφος:** υγρό, πλούσιο σε πρωτεΐνες και λεμφοκύτταρα, το οποίο κυκλοφορεί στα λεμφαγγεία του οργανισμού (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, τόμος 38^{ος}, 1989, σελ. 95)
- **Λιπώδης ιστός:** είδος συνδετικού ιστού (= ιστός στήριξης), ο οποίος αντιπροσωπεύεται από το λίπος. (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 1^{ος}, σελ. 20)
- **Μετάσταση:** είναι η επεξεργασία με την οποία τα καρκινικά κύτταρα επεκτείνονται σε σημεία απομακρυσμένα από τον πρωτοπαθή όγκο. (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 32^{ος}, 1988, σελ. 157)
- **Μίτωση:** η διαίρεση ενός κυττάρου σε δύο θυγατρικά κύτταρα, έτσι ώστε αυτά να περιέχουν ακριβώς το ίδιο γενετικό υλικό με το μητρικό κύτταρο. (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 42^{ος}, 1990, σελ. 251)

- **Οίδημα:** μη φυσιολογική άθροιση υγρών του οργανισμού στους μεσοκυττάριους χώρους του συνδετικού ιστού (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 46^{ος}, 1991, σελ. 274)
- **Ορμόνες:** ειδικές ουσίες που εκκρίνονται από τους ενδοκρινείς αδένες (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 1^{ος}, σελ. 99)
- **Προγεστερόνη:** γυναικεία ορμόνη που αναπτύσσει τους δευτερεύοντες γεννητικούς χαρακτήρες και προκαλεί μεταβολές στον βλεννογόνο της μήτρας (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 1^{ος}, σελ. 102)
- **Προλακτίνη:** ορμόνη που εκκρίνεται από τον πρόσθιο λοβό της υποφύσεως (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 1^{ος}, σελ. 194)
- **Ρεσερπίνη:** ουσία που δρα κατασταλτικά στο νευρικό σύστημα (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 2^{ος}, σελ. 287)
- **Στεροειδή:** ορμόνες του φλοιού των επινεφριδίων και κυρίως τα συνθετικά παράγωγα που έχουν την ίδια ενέργεια (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 4^{ος}, σελ. 271)
- **Τοξικότητα:** η ιδιότητα μιας ουσίας, ενδογενούς ή εξωγενούς, να μπορεί να προκαλέσει βλάβη σ' έναν ζωντανό οργανισμό (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 57^{ος}, Αθήνα 1993, σελ. 330)
- **Υδρογονάνθρακες:** οργανικές ενώσεις, που αποτελούνται μονάχα από άτομα άνθρακος και υδρογόνου (Εγκυκλοπαίδεια “Για σας παιδιά”, Τόμος 10^{ος}, σελ. 3482)
- **Υπεζωκότας:** σπλαγγνικός ορογόνος υμένας, ο οποίος επενδύει το εσωτερικό τοίχωμα του θώρακα (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 59^{ος}, 1994, σελ. 24)

- **Υποδορίως:** μέσα από τον υποδόριο ιστό, δηλαδή τον ιστό αμέσως κάτω από το δέρμα (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 3^{ος}, σελ. 229)
- **Υποθυρεοειδισμός:** όταν η έκκριση ορμονών από τον θυρεοειδή αδένα είναι ανεπαρκής (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 2^{ος}, σελ. 74)
- **Υποτροπή:** η επανεμφάνιση μιας νόσου στη διάρκεια της ανάρρωσης ή μετά την πλήρη ή φαινομενική ίασή της. (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 59^{ος}, 1994, σελ. 88)
- **Χρωμόσωμα:** το μικροσκοπικό, νηματόμορφο τμήμα του κυττάρου, που φέρει κληρονομική πληροφορία με την μορφή γονιδίων (Πάπυρος – Λάρους Μπριτάννικα, Τόμος 61^{ος}, 1994, σελ. 380)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο Γ. Κατράκης (Αθήνα 1980, σελ. 18-19) αναφέρει ότι χωρίς να υπάρχουν γραπτά αποδεικτικά κείμενα, έχουμε όλες τις ενδείξεις ότι ο καρκίνος είναι αρρώστια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Και το συμπέρασμα εξάγεται κυρίως από το γεγονός ότι όσο παλιά κι αν είναι τα οστά ανθρώπων και ζώων που βρέθηκαν μέχρι σήμερα στη γη, διαπιστώνονται σε ορισμένα από αυτά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν ότι έχουν προκληθεί από την παρουσία κακοήθων όγκων.

Το όνομα “καρκίνος” δόθηκε απ’ τα αρχαιότατα ακόμα χρόνια και λέγεται ότι οφείλεται στην ομοιότητα του όγκου με το ομώνυμο ζώο. Ο Γαληνός λέει ότι η κεντρική μάζα του όγκου μοιάζει με το σώμα του ζώου. Άλλοι αρχαίοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το όνομα οφείλεται στην κακοήθεια της νόσου όπως ο καρκίνος αφήνει δύσκολα ότι πιάσει έτσι και ο όγκος δεν αποσπάται απ’ τα μέρη που καταλαμβάνει. (“Χάρη Πάτση”, βασική παγκόσμια εγκυκλοπαίδεια, 1980, Τόμος 1^{ος}, σελ. 229-230).

Οι Χ. Μουτσόπουλος και Δ. Εμμανουήλ (Αθήνα 1991, σελ.73) υποστηρίζουν ότι ο Ιπποκράτης αποδίδει την ανάπτυξη του καρκίνου στην περίσσεια της “μέλαινας χολής” και στην ανάμειξή της με τον μελαγχολικό χυμό του σώματος.

Σύμφωνα με τον Ε. Φιλόπουλο (Τεύχος 2 1997, σελ. 18-19), ο καρκίνος του μαστού έχει μελετηθεί πολύ καλά απ’ τους γιατρούς της αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου. Ορισμένοι μάλιστα ιστορικοί

υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού έχει μελετηθεί πολύ καλά απ' τους γιατρούς της αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου. Ορισμένοι μάλιστα ιστορικοί υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού αποτέλεσε το πρότυπο της μελέτης των κακοήθων παθήσεων λόγω της συχνότητάς του, αλλά και της επιφανειακής του θέσης. Γι' αυτό η χειρουργική θεραπεία ήταν εύκολο να εφαρμοστεί χωρίς να προκαλεί κίνδυνο για τη ζωής της ασθενούς – λόγω αιμορραγίας – και η επούλωση μπορούσε να γίνει ευκολότερα και με λιγότερες επιπλοκές. Η εξαίρεση του όγκου έπρεπε να γίνει σε υγιείς ιστούς και η καυτηρίαση που χρησιμοποιούσαν στη συνέχεια είχε διπλή αποστολή, να σταματήσει την αιμορραγία και να κάψει τυχόν υπολείμματα του όγκου.

Ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει ότι ο Ηρόδοτος σημειώνει για την Ατόσα, την γυναίκα του βασιλιά Δαρείου, ότι είχε έναν μικρό όγκο στον μαστό της. Ο Δημοκίδης (520 π.Χ.), περίφημος γιατρός της εποχής, αντιμετώπισε την κατάσταση με επιτυχία αλλά δεν είναι γνωστή η μέθοδος που χρησιμοποίησε.

Ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.) θεωρεί την πρόγνωση της νόσου σχετικά καλή, εάν η γυναίκα υποβληθεί σε θεραπεία κατά το αρχικό στάδιο και όταν ακόμα έχει έμμηνο ρύση. (Ε. Φιλόπουλος, τεύχος 2 1997, σελ. 18).

Ο Γαληνός (121-223 π.Χ.) περιγράφει την εγχείρηση για τον Καρκίνο του Μαστού· χρησιμοποιεί το νυστέρι για την εκτομή, πιέζει το εγχειρητικό πεδίο για να σταματήσει την αιμορραγία, στη συνέχεια το καυτηριάζει και, όπως δηλώνει, έχει καλά αποτελέσματα. Γενικά, ο Γαληνός δεν βλέπει τη δυνατότητα ίασης με την χειρουργική, καθώς πίστευε ότι ο καρκίνο είναι νόσος διάθεσης – εσωτερικής δυσλειτουργίας. (Ε. Φιλόπουλος, τεύχος 2, 1997, σελ. 19)

Σύμφωνα με τον Γ. Κατράκη (Αθήνα 1980, σελ. 18) γύρω στην εποχή της γέννησης του Χριστού εκτελούσαν θεραπευτικές χειρουργικές επεμβάσεις (μαστεκτομές).

Ο Κέλσος (30 π.Χ. – 50 μ.Χ) αναφέρει την διόγκωση των λεμφαδένων της μασχάλης σε περιπτώσεις Καρκίνου του Μαστού. Αναφέρεται στην χειρουργική θεραπεία της νόσου και συνιστά να μην αφαιρείται κατά την επέμβαση ο μείζων θωρακικός μυς. (Ε. Φιλόπουλος, τεύχος 2 1997, σελ. 19)

Ο ίδιος συγγραφέας σημειώνει ότι ο Λεωνίδας από την Αλεξάνδρεια (περίπου το 180 μ.Χ.) είναι ο πρώτος που περιγράφει το χαρακτηριστικό κλινικό σημείο της εισολκής της θηλής σε ανάπτυξη Καρκίνου του Μαστού.

Ο παραπάνω συγγραφέας τονίζει ότι σταθμός για την ερμηνεία του καρκίνου του μαστού ήταν το 1952 την περίοδο αυτή ο Owen περιέγραψε τα λεμφαγγεία και αναπτύχθηκε η λεμφική θεωρία ανάπτυξης του καρκίνου, που υποστηρίζει ότι ο όγκος επεκτείνεται από την πρωτοπαθή εστία με τα λεμφαγγεία προς τους επιχώριους λεμφαδένες.

Σήμερα, επικρατεί γενικά η αντίληψη ότι η καρκινογένεση οφείλεται κυρίως σε εξωγενείς παράγοντες (χημικοί), ενώ σπανιότεροι είναι οι ενδογενείς (ορμόνες). (Γ. Κατράκης, 1980, σελ. 19)

Οι Χ. Μουτσόπουλος και Δ. Εμμανουήλ (1981, σελ. 73) υποστηρίζουν ότι είναι πλέον γνωστό πως ο πολλαπλασιασμός των φυσιολογικών κυττάρων είναι το αποτέλεσμα του αναδιπλασιασμού του DNA και της μίτωσης που ακολουθεί. Διάφορες διαταραχές στη δομή ή στους ρυθμιστικούς μηχανισμούς του DNA μπορούν να οδηγήσουν τα κύτταρα στο θάνατο ή σε παθολογικά θυγατρικά κύτταρα. Αυτά, αν δεν

μπορέσουν να υπακούσουν στις διάφορες ρυθμιστικές κυτταρικές λειτουργίες θα καταλήξουν σε ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και στην δημιουργία όγκου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Η ΟΓΚΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ

1. Ογκογένεση : ο μετασχηματισμός ενός φυσιολογικού κυττάρου σε νεοπλασματικό

Ο Γ. Κατράκης (1980, σελ. 22) αναφέρει ότι το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από στοιχειώδεις “οντότητες” που είναι ορατές μόνο με το μικροσκόπιο και ονομάζονται κύτταρα. Κάθε ανθρώπινο κύτταρο είναι αυτόνομος οργανισμός ως προς τη λειτουργία και την ανάπτυξή του. Συγχρόνως τα κύτταρα επηρεάζονται από άλλα όργανα και ουσίες του οργανισμού, το καθένα έχει τη δυνατότητα να διαιρείται σε δύο μέρη και να σχηματίζονται δύο ανεξάρτητα κύτταρα, που στη συνέχεια και αυτά διαιρούνται με τον ίδιο τρόπο. Επιπλέον με τη διαίρεση αυτή των κυττάρων αντικαθίστανται τα κύτταρα που πεθαίνουν φυσιολογικά ή καταστρέφονται.

Το σύνολο ίδιων στην μορφή κυττάρων αποτελεί τον ιστό (π.χ. νευρικός, μυϊκός) και ο συνδυασμός πολλών ιστών σχηματίζει τα όργανα του σώματος (π.χ. στομάχι). Τέλος, πολλά όργανα σχηματίζουν ένα οργανικό σύστημα που εκτελεί μια ολόκληρη σειρά λειτουργιών (π.χ. αναπνευστικό, πεπτικό). (Γ. Κατράκης, 1980, σελ. 23-25)

Τα φυσιολογικά κύτταρα ενεργούν με την ομαλή λειτουργική φάση της ζωής ή αντικαθιστώντας κυτταρικές ελλείψεις, φυσικούς ή τεχνητούς τραυματισμούς και προσαρμόζονται προς τις διαφοροποιήσεις του περιβάλλοντος. Το φαινόμενο της γέννησης του καρκίνου συμβαίνει από τη στιγμή που ο ρυθμιστικός παράγοντας πολλαπλασιασμού των

κυττάρων διαταράσσεται. Τα κύτταρα δεν αυξάνονται πια μέχρι να καλύψουν κάποια υπάρχουσα ανάγκη, αλλά πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα χωρίς να υπακούουν στους υφιστάμενους φυσιολογικούς νόμους του οργανισμού, σχηματίζοντας ιδιαίτερες μάζες – όγκους. Στην αρχή μένουν εντοπισμένα σε ορισμένη περιοχή του σώματος, όπου ασκούν πίεση τους γειτονικούς ιστούς. Υπάρχει βέβαια και η πιθανότητα να μεταναστεύσουν από αρχικό σημείο ανάπτυξής τους και μέσω των λεμφικών ή των αιμοφόρων αγγείων εγκαθίστανται σε άλλες περιοχές του σώματος, δημιουργώντας μεταστάσεις. (M. Dolinger E. Rosenbaum, 1992, σελ. 34)

Εντούτοις, ο Β. Τσακρακλίδης (1981, σελ. 52-53), αναφέρει ότι υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις, όπου ορισμένα καρκινικά κύτταρα δεν αναπτύσσονται συνεχώς : ① μερικά είναι ανίκανα να διαιρεθούν ② άλλα δεν βρίσκουν θρεπτικές ουσίες και νεκρώνονται ③ μερικά καταστρέφονται από τις αμυντικές δυνάμεις του οργανισμού και ④ άλλα απομακρύνονται από τον όγκο και καταστρέφονται ή δημιουργούν μεταστάσεις.

Μετά την έναρξη της ανάπτυξης του καρκίνου, υπάρχει μια “αθόρυβη”, ασυμπτωματική περίοδος, κατά την οποία δεν είναι ορατό κάποιο ογκίδιο. Η καρκινική μάζα είναι τόσο μικρή που δεν είναι δυνατό να εντοπιστεί με οποιαδήποτε διαγνωστική μέθοδο. Ύστερα από πολλούς μήνες ή χρόνια το μέγεθος του όγκου γίνεται πλέον αισθητό ή ορατό σε ακτινογραφικό έλεγχο και μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα λόγω της πίεσης, όπως πόνο ή αιμορραγία. (M. Dolinger, E. Rosenbaum, 1992, σελ. 33-34).

Από κλινική άποψη η διαδικασία της καρκινογένεσης διακρίνεται σε τέσσερις φάσεις : α. η φάση της επαγωγής β. η προδιηθητική γ. η

διηθητική και δ. η φάση της διασποράς. Η χρονική τους διάρκεια ποικίλει σημαντικά από νεοπλασία σε νεοπλασία και από άτομο σε άτομο. Η σημαντικότερη φάση είναι η πρώτη, η οποία υποδιαιρείται στο στάδιο της εισαγωγής και στο στάδιο της προαγωγής. Το πρώτο προσδιορίζεται από τη δράση ενός ή περισσοτέρων καρκινογόνων παραγόντων, με αποτέλεσμα την υλοποίηση μιας μη – αναστρέψιμης καρκινικής μεταμόρφωσης σε κάποιο σωματικό κύτταρο. Το δεύτερο στάδιο προσδιορίζεται από την επίδραση των ίδιων ή άλλων καρκινικών ή μη παραγόντων που έχουν ως κοινό αποτέλεσμα τη συντήρηση, την ανάπτυξη και τη διαφορική επιβίωση των καρκινικών κυττάρων. Είναι πάντως φανερό ότι η παρουσία καρκινογόνων παραγόντων είναι μεν αναγκαία, αλλά δεν είναι αρκετή για τη δημιουργία της καρκινογένεσης. (Δ. Τριχόπουλος, Α. Πολυχρονοπούλου, Δ. Χανιώτης, 1981, σελ. 18)

2. Ονοματολογία των όγκων

Σύμφωνα με τον Ν. Παπαχαραλάμπους (1981, σελ. 42), οι όγκοι ονομάζονται σύμφωνα με τον τύπο του ιστού από τον οποίο προέρχονται:

- Καρκίνωμα: αναπτύσσεται στους ιστούς που καλύπτουν την επιφάνεια ή την εσωτερική μεμβράνη των οργάνων και το επιθήλιο.
- Σάρκωμα: είναι όγκος των μαλακών ιστών ή των οστών και αναπτύσσεται σε κάθε τμήμα του υποστηρικτικού ή συνδετικού ιστού.
- Λέμφωμα: αναπτύσσεται στους λεμφαδένες, που είναι μικροί, στρογγυλοί σχηματισμοί και βρίσκονται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος.

- Λευχαιμία: είναι καρκίνος των λευκών αιμοσφαιρίων, αναπτύσσεται στον μυελό των οστών και παίρνει το όνομα του από τον τύπο των λευκών αιμοσφαιρίων που προσβάλλονται.

3. Είδη όγκων

Όπως σημειώνει και ο Ν. Παπαχαραλάμπους (1981, σελ. 42-43), οι όγκοι διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες : 1. Καλοήθεις, είναι περιγεγραμμένοι, δεν κάνουν μεταστάσεις, δεν υποτροπιάζουν και τα κύτταρα τους είναι ομοιόμορφα 2. Ημικαλοήθεις, είναι περιγεγραμμένοι, δεν κάνουν μεταστάσεις, όμως μπορεί να υποτροπιάσουν τοπικά 3. Κακοήθεις, επεκτείνονται προς τους διπλανούς ιστούς, είναι ασύμμετροι, ποικίλου μεγέθους και σχήματος και δημιουργούν μεταστάσεις.

Ανατρέχοντας όμως σε πιο σύγχρονες απόψεις θα δούμε ότι ο διαχωρισμός των όγκων αφορά δύο κατηγορίες : α. Τους καλοήθεις όγκους, οι οποίοι εμφανίζονται οπουδήποτε στο σώμα, διατηρούνται στην ίδια θέση και δεν καταστρέφουν τους γύρω ιστούς και β. Τους κακοήθεις όγκους, οι οποίοι δεν έχουν καθορισμένα όρια και μπορούν να διασπείρονται σε άλλα σημεία του σώματος. Ορισμένα μικρά τμήματα των κακοήθων κυττάρων αποσπώνται από τον κυρίως όγκο και “ταξιδεύουν” σε άλλους ιστούς, όπου εγκαθίστανται κι αρχίζουν να αναπτύσσονται. Βέβαια είναι θετικό το γεγονός ότι από τα εκατοντάδες καρκινικά κύτταρα που αποσπώνται από τον πρωτοπαθή όγκο, ελάχιστα βρίσκουν πρόσφορο έδαφος για να αναπτυχθούν, ενώ τα περισσότερα πεθαίνουν. (M. Dollinger – E. Rosenbaum, 1992, σελ. 35)

Ο Γ. Κατράκης (1980, σελ. 28-29) υποστηρίζει ότι, οι καλοήθεις όγκοι διαχωρίζονται από τους κακοήθεις λόγω των κλινικών και ιστολογικών τους χαρακτήρων, αλλά και από το ότι οι καλοήθεις θεραπεύονται, ενώ οι κακοήθεις συχνά αποβαίνουν μοιραίοι για τους ασθενείς.

Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, από κλινική και ιστολογική άποψη, εμφανίζουν τα εξής διαχωριστικά χαρακτηριστικά :

Καλοήθεις όγκοι

- Μεγεθύνονται πολύ αργά
- Αυξάνουν μόνο σε όγκο χωρίς να διεισδύουν στους γειτονικούς ιστούς
- Μετά από προσεκτική αφαίρεση δεν αναπτύσσονται-υποτροπιάζουν στην ίδια θέση
- Δεν αναπτύσσονται μεταστάσεις σε άλλες θέσεις του σώματος
- Δεν είναι θανατηφόροι, εκτός αν πιέζουν ζωτικά όργανα
- Σπάνια νεκρώνονται ή εξελκούνται
- Δεν προκαλούν καχεξία στον ασθενή
- Αποτελούνται από καλά διαφοροποιημένα κύτταρα, δηλαδή τείνουν να μοιάσουν προς τον υγιή ιστό απ' τον οποίο αναπτύσσονται

- Τα κύτταρα έχουν το ίδιο μέγεθος και σχήμα
- Στο μικροσκόπιο βλέπουμε τον ιστό με λίγες μιτώσεις
- Τα κύτταρα του όγκου μοιάζουν αρκετά ως προς τη διάταξη τους με εκείνα του ιστού από τον οποίο αναπτύσσονται

Κακοήθεις όγκοι

- Εξελίσσονται γρήγορα
- Διηθούν στους γειτονικούς υγιείς ιστούς
- Υποτροπιάζουν αν δεν αφαιρεθούν στο σύνολό τους
- Σχηματίζουν μεταστάσεις με τα λεμφοφόρα ή τα αιμοφόρα αγγεία
- Είναι θανατηφόροι τις περισσότερες φορές.
- Συχνά νεκρώνονται & εξελκούνται
- Προκαλούν καχεξία και αναιμία στον ασθενή
- Αποτελούνται από λίγο διαφοροποιημένα ή αναπλαστικά κύτταρα, με αποτέλεσμα να διαφέρουν σημαντικά απ' τα κύτταρα του ιστού απ' τον οποίο αναπτύχθηκαν
- Παρουσιάζουν πολυμορφία ως προς το μέγεθος και το σχήμα των κυττάρων τους
- Στο μικροσκόπιο βλέπουμε τον ιστό με πολλές μιτώσεις
- Δεν μοιάζουν τα κύτταρα του όγκου ως προς τη διάταξή τους με εκείνα του ιστού απ' τον οποίο προέρχονται

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού

Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει σήμερα η γυναίκα στην Ευρώπη και γενικότερα στο Δυτικό κόσμο είναι η προσβολή της από τον καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται σήμερα ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες κυρίως στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου (εκτός από την Ιαπωνία και την Ταϊβάν) καθώς και στην Ελλάδα και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου στις ηλικίες 40 – 75 ετών. (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1985, σελ. 35)

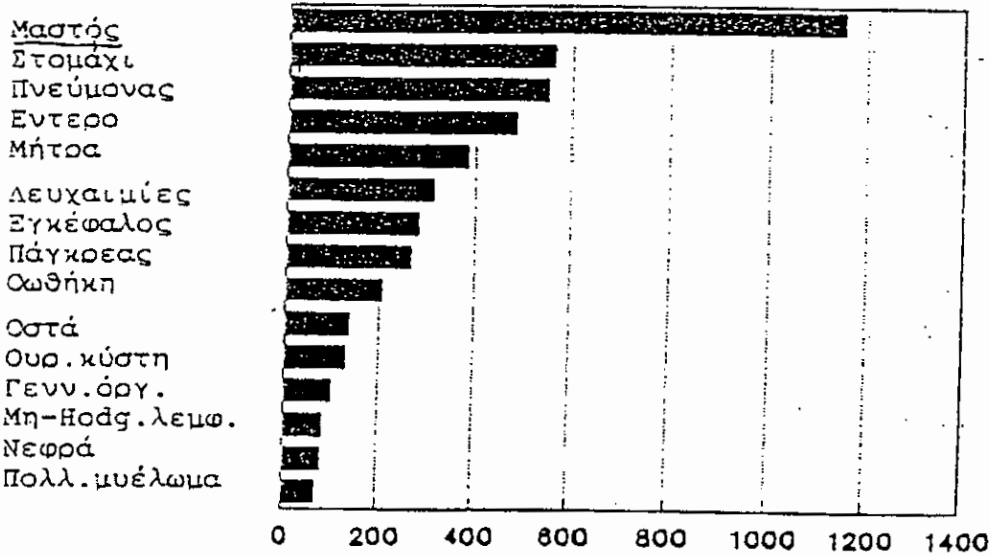
Το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας (1981, σελ. 12-13) με την συνεργασία Ελλήνων ειδικών και της UICC (Διεθνής Ένωσης κατά του Καρκίνου) παρουσιάζει στατιστικά και επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Αναφέρει, λοιπόν, πως κάθε χρόνο περίπου 1500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, αλλά από αυτές το 65% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία. Όσον αφορά την Ελλάδα η επίπτωση της νόσου αυξάνεται ε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50^ο έτος, στη συνέχεια όμως παραμένει στο ίδιο επίπεδο χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις. Επίσης σημειώνει πως η συχνότητα καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και φαίνεται ότι αυξάνει στη χώρα μας με ανησυχητικό ρυθμό.

Οι Παπαδημητρίου και Ανδρουλάκης (1989, σελ. 322) εξηγούν ότι η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, πιθανόν γιατί πολύ λιγότερες γυναίκες στις τάξεις αυτές γεννούν πριν από την ηλικία των 20 ετών και σπάνια έχουν περισσότερα από τρία παιδιά.

Σχετικά με την συχνότητα εμφάνισης Καρκίνου του Μαστού στην Ελλάδα ο Μάρκος Πινακίδης (Θεσσαλονίκη 1993, σελ. 32) αναφέρει ότι κατέχει την πρώτη θέση σαν αίτιο θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες, με ένα μέσο όρο θνησιμότητας 1151 θανάτων ανα έτος, ακολουθούμενος από τους καρκίνους στομάχου και πνεύμονος με μέσους όρους θανάτων ανά έτος 563 και 551 αντίστοιχα. (βλέπε πίνακα 1)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Εντόπιση



ΠΗΓΗ : Ν. Δόντας (1991, σελ. 19)

Το ενθαρρυντικό όπως σημειώνει ο ίδιος είναι ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στη χώρα μας είναι χαμηλή σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης (22^η ανάμεσα σε 26) ή της Β. Αμερικής, αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα στην Ιαπωνία και στις

υπόλοιπες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Κατά την τελευταία εικοσαετία η θνησιμότητα στην Ελλάδα από αυτή τη νόσο αυξάνει κατά 4% ετησίως.

Σχετικά με τις πιθανότητες θεραπείας από κακοήθεις νεοπλασίες, ο Θωμάς Κ. Γκούρνέλης (Θεσσαλονίκη 1992, σελ. 125) επισημαίνει ότι μέχρι 25% των περιπτώσεων και των θανάτων από κακοήθεις νεοπλασίες μπορούν να αποφευχθούν με μέτρα πρωτογενούς προλήψεως, ενώ άλλο 5% των θανάτων μπορούν να αποφευχθούν με μέτρα προσυμπτωματικού ελέγχου και δευτερογενούς προλήψεως.

Είναι γεγονός ότι η στατιστική μελέτη των νεοπλασμάτων και των όγκων γενικότερα στην Ελλάδα έχει παραμείνει σε χαμηλά επίπεδα, την στιγμή που σε άλλες χώρες παγκοσμίως γίνονται σημαντικοί πρόοδοι στην παρουσίαση στατιστικών και επιδημιολογικών δεδομένων. Ο Ν.Δοντάς Πρόεδρος της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (Τεύχος 6, σελ. 7) αναφέρει σε άρθρο του στο περιοδικό “Μ’ ενδιαφέρει” ότι είμαστε το μόνο κράτος που δεν έχουμε επίσημα στατιστικά στοιχεία καρκίνου και σύμφωνα με τις αποφάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εάν τέτοια στοιχεία δεν δωθούν άμεσα, θα ορισθεί από έξω κάποια Επιτροπή που θα φροντίσει να τα συγκεντρώσει σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Επίσης δηλώνει ότι η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία πιστεύει απόλυτα ότι μόνο με την ιδιωτική πρωτοβουλία μπορεί κάτι να γίνει και να παρουσιαστούν όλα τα επίσημα θετικά και πρωτοποριακά στοιχεία.

2. Αιτιολογία του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ορισμένων ηλικιών. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα.

Αναφέρεται ένα σύνολο παραγόντων που η παρουσία τους και η δράση τους μπορεί να αυξάνει ή να μειώνει τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες αυτοί έχουν αποδειχθεί μετά από μακροχρόνιες κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες και έχουν αξιολογηθεί με στατιστικές αναλύσεις. (Μ. χρυσοχόου, Σεμινάριο Νοσηλευτών 1991, σελ. 12) (βλέπε πίνακα 2)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Παράγων		Κίνδυνος
Φύλο	99 (γυναίκες)	: 1 (άνδρας)
Ηλικία	Προχωρημένη	> Νεαρή
Ηλικία εμμηναρχής	Νωρίτερα	> Αργότερα
Ηλικία εμμηνόπαυσης	Αργότερα	> Νωρίτερα
Γοθηκτομή	Νωρίτερα	> Αργότερα
Τακετός	Άτεκνη	> Πολύτεκνη
Ηλικία πρώτου τοκετού	Άνω των 35 χρ.	> Κάτω των 25 χρ.
Παχυσαρκία	Ναι	> Όχι
Ανωμαλία ΕΡ	Ναι	> Όχι
Βάρος	Αυξημένο	> Κανονικό ή ελαττωμένο
Ύψος	Υψηλές	> Καντές
Φυλή	Καυκασία	> Κίτρινη
Συζυγική κατάσταση	Ανύπαντρες	> Παντρεμένες
Ιστορικό μαστού στην οικογένεια	Ναι	> Όχι
Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση	Υψηλή	> Χαμηλή

ΠΗΓΗ : Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 34)

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 33) γράφει ότι αιτιολογική σχέση («αιτία») στην επιδημιολογία θα μπορούσε να ορισθεί ως «η σχέση μεταξύ ενός παράγοντος και ενός νοσήματος, κατά την οποία η προσθήκη, η

απομάκρυνση ή η μεταβολή της έντασης του παράγοντα ακολουθείται από μεταβολή της συχνότητας (σε ομαδική βάση) ή της πιθανότητας (σε ατομική βάση) του νοσήματος». Επίσης αναφέρει ότι κάθε παράγων που σχετίζεται στατιστικώς με ένα νόσημα ονομάζεται «παράγοντας κινδύνου» για το νόσημα αυτό, είτε η συσχέτιση είναι αιτιολογική είτε δευτερογενής πλασματική. Κατά συνέπεια, ένας παράγοντας κινδύνου μπορεί να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα ενός νοσήματος ή να συσχετίζεται πλασματικά μ' αυτό χωρίς να έχει οποιαδήποτε αιτιολογική σημασία.

Η Ευδοξία Κόνιαρη (1991, σελ. 33,35) κάνει διάκριση αυτών των παραγόντων στις εξής κατηγορίες :

- 1) Ιογενείς παράγοντες
- 2) Γενετικοί παράγοντες
- 3) Χημικές ουσίες
- 4) Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες
- 5) Ορμονικοί παράγοντες
- 6) Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες
- 7) Μορφολογικοί παράγοντες
- 8) Περιβαλλοντικοί παράγοντες

1) Ιογενείς παράγοντες

Σε σχέση με τους Ιογενείς παράγοντες, ο Κ. Γαβριηλίδης (1997, σελ. 309) αναφέρει ότι έχουν βρεθεί ιοί, οι οποίοι προκαλούν καρκίνο του μαστού, τουλάχιστον σε πειραματόζωα.

Ειδικότερα, η Α.Α. Παπαχαραλάμπου σε άρθρο της στο περιοδικό «Ιατρική» (τεύχος 49, σελ. 8) γράφει ότι στο γάλα του ποντικού

ανακαλύφθηκε ο «παράγοντας Bittner» ή «ιός που προκαλεί όγκους των μαζικών αδένων των ποντικών» και η ανακάλυψη αυτή τροφοδότησε την υπόθεση ότι κάποιος ιός ευθύνεται για τον καρκίνο μαστού του ανθρώπου. Η ίδια, επίσης, σημειώνει ότι είναι πιθανή η ύπαρξη ιών σε λανθάνουσα κατάσταση στον άνθρωπο, που είναι δυνατόν να δραστηριοποιηθούν από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων.

2) Γενετικοί παράγοντες

- Οικογενειακό Ιστορικό

Από τον προηγούμενο ήδη αιώνα διάφοροι ερευνητές αναφέρουν ότι παρατηρούσαν ένα είδος κληρονομικότητας του καρκίνου του μαστού.

Ο Κ. Γαβριηλίδης (1997, σελ. 309-310) σε άρθρο του γράφει ότι η κληρονομικότητα έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο και περίπου 10% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού στον άνθρωπο αποδίδεται σε κληρονομικά αίτια. Μάλιστα, έχουν βρεθεί γονίδια (BRCA), η ανεύρεση των οποίων κατατάσσει τις γυναίκες αυτές στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει την κληρονομική προδιάθεση της νόσου σε ειδικές οικογένειες. Σύμφωνα με την Ευδοξία Κόνιαρη (1991, σελ. 36) γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού, έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Ενώ η πιθανότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί μέχρι 8 φορές, αν ο καρκίνος του μαστού εμφανίσθηκε πριν την εμμηνόπαυση ή ήταν αμφοτερόπλευρος. Τα στοιχεία αυτά αποδεικνύονται και από έρευνα των D. Anderson και M. Badzioch, την οποία αναφέρει η Ε. Κόνιαρη στην

ίδια μελέτη. Με την έρευνα αυτή μελετήθηκε η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε 404 γυναίκες σε σχέση με το οικογενειακό τους ιστορικό και κυρίως με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού στη μητέρα και στην αδελφή τους ή στις δύο αδελφές. Η ολική πιθανότητα ανάπτυξης Καρκίνου του Μαστού ήταν υψηλότερη σε γυναίκες με πρώιμη εμμηναρχή σε σχέση με γυναίκες που είχαν ηλικία εμμηναρχής μεγαλύτερη των 13 ετών.

Όσον αφορά την πιθανότητα για την ανάπτυξη Καρκίνου του Μαστού σε σχέση με την ηλικία πρώτου τοκετού, οι αδελφές των ασθενών, για όλες τις κατηγορίες ηλικιών, που γέννησαν για πρώτη φορά σε μεγάλη ηλικία είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα από αυτές που γέννησαν για πρώτη φορά σε μικρή ηλικία. (Ε. Κονιάρη, 1991, σελ.36)

- Φύλο

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από Καρκίνο του Μαστού απ' ότι οι άνδρες.

Η Ευδοξία Κονιάρη (1991, σελ. 36) αναφέρει ότι η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα σε χώρες με μεγάλη επίπτωση, ενώ σε χώρες με μικρή επίπτωση (αραβικές, Ανατολικής Αφρικής) ανέρχεται σε 10:1.

- Ηλικία

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο όσον αφορά την πιθανότητα να πάθει Καρκίνο του Μαστού.

Ο Δρ. Μ. Χρυσόχου (1991, σελ. 13) σε εισήγησή του σε σεμινάριο Νοσηλευτών αναφέρει σχετικά με την ηλικία της γυναίκας ότι είναι ίσως

ο σπουδαιότερος παράγοντας από αυτούς που αφορούν το ίδιο το άτομο και ίσως και ο σπουδαιότερος από όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Σε όλα τα γεωγραφικά μήκη και πλάτη η συχνότητα του καρκίνου του μαστού που αναλογεί σε ομάδες ηλικιών αυξάνει όσο μεγαλύτερες είναι οι ηλικίες. Αυτό πιθανόν εκφράζει τη μειωμένη άμυνα που εμφανίζουν τα ηλικιωμένα άτομα στις νεοπλασίες γενικά.

Η Ευδοξία Κονιάρη (1991, σελ. 36) σημειώνει ότι η νόσος είναι πολύ σπάνια κάτω των 25 ετών· μόνο 0,2% εκείνων που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού βρίσκονται σε αυτή την ομάδα ηλικίας. Σε όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 ετών οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύεται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθεις.

Επίσης αναφέρει ότι ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25 και 30 ετών· τότε, η βιοψία δεν πρέπει να καθυστερεί. Στην αρχή, υπήρχε η βεβαιότητα ότι ο καρκίνος του μαστού σε νέες γυναίκες είχε πολύ χειρότερη εξέλιξη απ' ότι σε μεγαλύτερες. Σε μια σημαντική σειρά από 35 γυναίκες κάτω των 30 ετών που μελετήθηκαν από τον Norris, η πενταετής επιβίωση ήταν 56% και η δεκαετής 48%. Το συμπέρασμα ήταν ότι οι νέες αυτές γυναίκες είχαν ελαφρώς χειρότερη πρόγνωση από τις μεγαλύτερες.

Καταλήγοντας η Ε. Κονιάρη (1991, σελ. 38) σημειώνει ότι μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. Σε χώρες υψηλότερου κινδύνου (Δανία, ΗΠΑ, Καναδά, Αγγλία), οι δείκτες επίπτωσης συνεχίζουν να αυξάνονται και μετά την εμμηνόπαυση, αλλά λιγότερο γρήγορα από ότι στις μικρότερες ηλικίες. Στην Ιαπωνία, την Ελλάδα και την Πολωνία, όπου οι δείκτες επίπτωσης είναι πολύ

χαμηλότεροι, μειώνονται μετά την εμμηνόπαυση. Αν και η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας στις γυναίκες των δυτικών χωρών, ο πραγματικός αριθμός ασθενών που προσέρχονται με τη νόσο μειώνεται μετά την ηλικία των 54 ετών.

- Άλλοι παράγοντες

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 38), κάνει αναφορά σε διαπιστώσεις σχετικά με μια περίεργη σχέση καρκίνου του μαστού με τη γενετικώς προσδιοριζόμενη σύσταση της κυψελίδας του αυτιού, με το φαινόμενο 55 ομάδων αίματος, με ισοένζυμα ερυθρών αιμοσφαιρίων και ζωνών χρωμοσωμάτων. Από διάφορες στατιστικές μελέτες προκύπτει επίσης ότι οι ψηλές γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Επίσης παρουσιάζει συμπεράσματα μελέτης των Juret , οι οποίοι διαπίστωσαν σε σημαντικό βαθμό την ευεργετική επίδραση του πρώτου αρρένου εμβρύου στην επιβίωση των γυναικών με καρκίνο του μαστού σε αντίθεση με μελέτη των Janerich οι οποίοι υποστηρίζουν την ευεργετική επίδραση του πρώτου θηλέος εμβρύου.

3) Χημικές ουσίες

Η Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής (1980, σελ. 85) υποστηρίζει ότι η καρκινογενετικές χημικές ουσίες αποτελούν σήμερα τους κύριους και συχνότερους καρκινογενετικούς παράγοντες που επιδρούν απευθείας σε οποιοδήποτε όργανο του ανθρώπου στο οποίο φθάνουν με την κυκλοφορία του αίματος.

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 39), όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού, αναφέρει ότι από το 1939 έχει αποδειχθεί η σχέση των πολυκλωνικών υδρογονανθράκων με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σε πειραματόζωα. Συνεχίζοντας αναφέρει ότι στον άνθρωπο δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα πως κάποια χημική ουσία σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη της νόσου, αν και πολλά χημικά σκευάσματα έχουν ενοχοποιηθεί όπως για παράδειγμα η χημικές χρωστικές για τη βαφή των μαλλιών. Σε σχέση με αυτό βρέθηκε μια διαφορά σε γυναίκες που τη χρησιμοποιούσαν, αλλά όχι σημαντική. Η διαφορά ήταν σημαντικότερη σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακές και μετά από χρήση για περισσότερα από 10 χρόνια.

4) Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες

- Γάμος και εγκυμοσύνη

Ο Μάρκος Πινακίδης (1993, σελ. 34) αναφέρει ότι η πρώτη παρατήρηση, ήδη από το 1700, ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν συχνότερος στις καλόγριες παρά στις υπόλοιπες γυναίκες οδήγησε προς την σκέψη ότι η τεκνοποιία πρέπει να σχετίζεται με τη συχνότητα εμφάνισης του Καρκίνου του Μαστού. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις ανύπαντρες γυναίκες είναι 2,3 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τις παντρεμένες, ενώ αυτών που είχαν έναν ή δύο τοκετούς είναι διπλάσιος απ' ότι σε γυναίκες που γέννησαν τρεις ή περισσότερες φορές. Ο ίδιος σημειώνει πως αυτό που παίζει καθοριστικό ρόλο είναι η ηλικία της πρώτης κύησης και συνεχίζοντας υποστηρίζει ότι γυναίκες με το πρώτο τοκετό μετά τα 35 έχουν διπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού, σε σύγκριση μ' αυτές που γέννησαν πριν τα 20.

Και μάλιστα κύηση μετά τα 35 αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού ακόμα και σε σχέση με αυτόν των άτοκων γυναικών.

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 40-41) σημειώνει ότι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η πρόωμη ηλικία τοκετού είναι σημαντικός προασπιστικός παράγοντας, κυρίως για προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη τη μετέπειτα ζωή. Η ίδια επισημαίνει ότι είναι δυνατή η κατά 30% μείωση της επίπτωσης Καρκίνου του Μαστού σε έναν πληθυσμό, αν μειωθεί η ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης κατά πέντε χρόνια. προστατευτική επίδραση όμως δεν έχουν οι υπόλοιπες τελειόμηνες εγκυμοσύνες, ανεξάρτητα από τον αριθμό τους και την ηλικία στην οποία πραγματοποιήθηκαν, ούτε και η διακοπή εγκυμοσύνης σε πολύ νεαρή ηλικία. Αντίθετα, πιστεύεται ότι η τεχνητή διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα. Για την ενοχοποίηση αυτού του παράγοντα σαν αιτιολογικού, ο Φ. Καρβέλας (τεύχος 57, σελ. 26) αναφέρει στο περιοδικό “Ιατρική” ότι “κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει μια αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης, που προκαλούν αύξηση και διαφοροποίηση του μαζικού αδένου. Με την ξαφνική διακοπή του, που γίνεται στην έκτρωση, προκαλείται απότομη διακοπή της ανάπτυξης του μαζικού αδένου, δηλαδή μια ατελής ανάπτυξη. Υποστηρίζεται ότι αυτή η ατελής ανάπτυξη κάνει τον αδένου ευαίσθητο στην καρκινογένεση”.

- Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 39-40) κάνει αναφορά στον παράγοντα αυτό σημειώνοντας ότι η πρόωμη έναρξη της έμμηνης ρύσης και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση φαίνεται να συνδυάζονται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις η χρονική περίοδος των ανωορρηκτικών κύκλων είναι αυξημένη, γεγονός που αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα ανάπτυξης Καρκίνου του Μαστού.

Ο Μάρκος Πινακίδης (1993, σελ. 34-35) σημειώνει ότι γυναίκες με εμμηναρχή πριν τα 12 έχουν 1,7 φορά μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι αυτές που η έμμηνος ρύση άρχισε μετά τα 15, ενώ γυναίκες με συνολική διάρκεια καταμήνιων κύκλων πάνω από 30 χρόνια έχουν 1,4 φορά μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από Καρκίνο Μαστού απ' ότι αυτές που η ολική διάρκεια των κύκλων τους δεν ξεπερνούσε τα 30 έτη. Επίσης όπως αναφέρει ο Πινακίδης η αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή πριν τα 40 ελαττώνει τη συχνότητα του Καρκίνου του Μαστού κατά 75% τόσο στις άτοκες όσο και στις γυναίκες που έχουν γεννήσει. Ενώ αντίθετα μετά τα 40 η χειρουργική στείρωση δεν παρέχει σημαντική προστασία.

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 40-42) συμφωνώντας με την θετική επίδραση της ωοθηκεκτομής έναντι ενδεχομένου καρκίνου του μαστού, τονίζει ότι η προστατευτική της επίδραση γίνεται έκδηλη, αφού περάσουν 10 περίπου χρόνια μετά την επέμβαση και διαρκεί για ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή.

Όσον αφορά την υπόθεση για την προστατευτική επίδραση του θηλασμού απέναντι στον καρκίνο του μαστού, η Ε. Κόνιαρη στην ίδια μελέτη αναφέρει ότι ο θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο, ούτε

αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει. Επίσης, δεν έχει σχέση το αν η ίδια η γυναίκα έχει θηλάσει από τη μητέρα της.

5) Ορμονικοί παράγοντες

Είναι γνωστό ότι σχεδόν όλες οι ορμόνες παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη του γυναικείου μαστού. Είναι όμως άγνωστο ποιες από αυτές, εκτός από τα οιστρογόνα, επιδρούν σίγουρα στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Οι Αγοραστός και Μπόντης (1997, σελ. 309), επισημαίνουν ότι ο ρόλος των ορμονών (ενδογενών ή εξωγενών) έγινε γνωστός μέσα από απλές παρατηρήσεις όπως : η εκατονταπλάσια συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, η σχεδόν μηδενική συχνότητα του καρκίνου του μαστού σε κορίτσι πριν από την εφηβεία, η αύξηση του κινδύνου σε γυναίκες με πρόωμη εμμηναρχή ή καθυστερημένη εμμηνόπαυση, η σημαντική μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που έγιναν μητέρες σε μικρή ηλικία κ.α.

Η δράση των χορηγούμενων ορμονών στο επιθήλιο του μαστικού αδένου μελετάται σήμερα από πολλούς ερευνητές. Ο Φ. Καρβέλας (τεύχος 57, σελ. 27) στο περιοδικό 'Ιατρική' κάνει αναφορά σε κάποιες ορμόνες που θεωρούνται ύποπτες για τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Αναφέρει λοιπόν, ότι ο ρόλος της προλακτίνης ως αιτιολογικού παράγοντα στον καρκίνο του μαστού παραμένει άγνωστος. Θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί, αν η τιμή της είναι υψηλή στις καρκινοπαθείς γυναίκες. Υπάρχουν, όμως έρευνες που διαφωνούν και δεν έχει βρεθεί

κάτι το συγκεκριμένο. Επίσης ο ίδιος αναφέρει ότι σε ασθενείς με νόσους του θυρεοειδούς που συνοδεύονται από αύξηση των T3 και T4 υπάρχει αντίστοιχη αύξηση των καλοήθων νόσων του μαστού, ενώ δεν παρατηρείται κάτι ανάλογο και για κακοήθεις νόσους.

Τέλος, όσον αφορά τα ανδρογόνα, ο Φ. Καρβέλας στο ίδιο περιοδικό σημειώνει ότι ο κύριος τρόπος μέτρησης τους στον άνθρωπο είναι με τη μέτρηση των μεταβολιτών τους που εκκρίνονται με τα ούρα. Οι μεταβολίτες αυτοί είναι η ανδροστερόνη και η αιτιοχολανολόνη. Έχει βρεθεί ότι γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού έχουν μειωμένη τιμή αιτιοχολανολόνης στα ούρα. Όμως δεν είναι δυνατόν να εξηγηθεί η σχέση μεταξύ μειωμένης έκκρισης του μεταβολιτη αυτού στα ούρα και ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

Παρά τα αντιφατικά αποτελέσματα από διάφορες μελέτες που έγιναν ο Μ. Πινακίδης (1993, σελ. 35-36) παρουσιάζει τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού από τη μακροχρόνια θεραπεία υποκατάσταση με οιστρογόνα σε συγκεκριμένες κατηγορίες γυναικών, όπως οι άτοκες γυναίκες, αυτές με ηλικία πρώτης κύησης άνω των 30 ετών και αυτές με θετικό οικογενειακό ιστορικό. Παρατηρείται όμως ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού όταν υπάρχει συνδυασμός των οιστρογόνων με προγεστερόνη.

Ο ίδιος αναφέρει ότι ο ρόλος των αντισυλληπτικών σαν επιβαρυντικού παράγοντα για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού συζητιέται ακόμη. Πάντως πιστεύεται ότι η μακροχρόνια λήψη αντισυλληπτικών (2-4 χρόνια) από μικρή ηλικία σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου, κυρίως όταν η χρήση τους προηγείται του πρώτου τοκετού.

Η επίδραση των εξωγενώς χορηγούμενων ορμονών έχει μελετηθεί εκτεταμένα και έχει επιφέρει αντιφατικά αποτελέσματα. Οι λόγοι για τα αντιφατικά αποτελέσματα δεν είναι αμέσως εμφανείς και αυτό αποτελεί ένα θέμα για το οποίο οι γιατροί θα πρέπει να συμβάλουν ώστε να μειωθεί η αυξημένη κρίση που έχει δημιουργηθεί, μέχρις ότου υπάρξουν περισσότερο οριστικά δεδομένα.

6) Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες

- Ακτινοβολία

Είναι σίγουρο ότι προηγηθείσα ακτινοβολία είναι 'καρκίνος' για τον άνθρωπο. Έχουν γίνει εκτεταμένες μελέτες για τις ιονίζουσες ακτινοβολίες και έχει τεκμηριωθεί ότι αποτελούν καρκινογόνους παράγοντες περισσότερο ίσως από κάθε άλλο παράγοντα. Μελέτες που έχουν γίνει σε πληθυσμού που εκτέθηκαν σε ακτινοβολίες ατομικών εκρήξεων ή σε ιατρογενείς ή σε επαγγελματικές ακτινοβολίες έδειξαν ότι οι ιονίζουσες ακτινοβολίες μπορούν να προκαλέσουν στον άνθρωπο κακοήθεις νεοπλασίες. Ειδικότερα έχει παρατηρηθεί ότι σε γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν στο θώρακα για διάφορους λόγους ή που πήραν ακτινοβολία από ατομική βόμβα παρουσιάστηκε αύξηση του καρκίνου του μαστού. (Φ. Καρβέλας, τεύχος 57, σελ. 28)

Ο Μ. Πινακίδης (1993, σελ. 36) αναφέρει ότι ο ανθρώπινος μαστός αποτελεί έναν από τους πιο ακτινοευαίσθητους ιστούς. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη νεοπλασίας είναι συνάρτηση τόσο της δόσης όσο και του χρόνου έκθεσης στην ακτινοβολία.

Ο ίδιος υποστηρίζει ότι το ζήτημα δεν είναι, αν η ακτινοβολία προκαλεί καρκινογένεση, αλλά το πώς θα επιτευχθεί το μεγαλύτερο

κλινικό όφελος από την εφαρμογή της για διαγνωστικούς λόγους, με το μικρότερο κόστος για την υγεία του εξεταζόμενου ατόμου.

Έχει μελετηθεί και έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού και της ηλικίας έκθεσης σε ιονίζουσα ακτινοβολία. Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 45), η οποία αναφέρει την διαπίστωση αυτή, επισημαίνει ότι η μεγαλύτερη ευαισθησία φαίνεται να παρατηρείται στην ηλικία 10 – 19 ετών. Αυτό συμβαίνει γιατί ο μαζικός αδένας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην καρκινογόνο επίδραση της ακτινοβολίας αμέσως πριν και μετά την εμμηναρχή, όσο και κατά τη διάρκεια της κύησης. Η μιτωτική δραστηριότητα του μαστού και στις δύο περιπτώσεις εμφανίζεται αυξημένη.

Όσον αφορά τη μαστογραφία ως κύρια αιτία ακτινοβολίας του μαστού η ίδια συγγραφέας αναφέρει ότι δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμη αν οι μικρές δόσεις ακτινοβολίας που εφαρμόζονται στην μαστογραφία για διαγνωστικούς σκοπούς μπορεί να είναι επικίνδυνες. Παρ' όλα αυτά, ορισμένοι πιστεύουν ότι ο προληπτικός περιοδικός έλεγχος ασυμπτωματικών γυναικών πρέπει να γίνεται μετά τα 45 – 50, ενώ όταν υπάρχουν συμπτώματα ή ύποπτα ευρήματα για κακοήθεια, ο ξηρομαστογραφικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε οποιαδήποτε ηλικία, δεδομένου ότι η ακτινική επιβάρυνση της ασθενούς δεν είναι μεγαλύτερη εκείνης που δέχεται από οποιαδήποτε άλλη ακτινολογική εξέταση.

- Ρεσερπίνη

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 46) παρουσιάζει την άποψη, που διατυπώθηκε πριν από μερικά χρόνια, ότι αντυπερτασικά φάρμακα που περιέχουν ρεσερπίνη προκαλούν αύξηση της πιθανότητας προσβολής από

καρκίνο του μαστού, αλλά μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι δεν υπάρχει τέτοια σχέση ή αν υπάρχει είναι πολύ μικρή. Η θέση που εξακολουθεί να ισχύει και σήμερα, μετά από μελέτες είναι ότι η χρήση της ρεσερπίνης είναι μάλλον απίθανο να προκαλεί σοβαρή αύξηση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού, χωρίς όμως να μπορεί να αποκλεισθεί μικρή αύξηση.

- Ψυχολογικοί παράγοντες

Ψυχολογικοί παράγοντες, φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Αν πριν από μερικά χρόνια κάποια έλεγε ότι ο καρκίνος έχει ψυχική προέλευση θα μπορούσε να γίνει αντικείμενο ειρωνικών σχολίων και υποτιμητικής διάκρισης. Σήμερα όμως αυτή η διαπίστωση δεν αμφισβητείται σχεδόν σε όλο τον κόσμο.

Στις τελευταίες δεκαετίες πραγματοποιήθηκαν επιστημονικές έρευνες οι οποίες τείνουν να εδραιώσουν την αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι μια ψυχοσωματική ασθένεια και όχι σωματική νόσος. (Αθως Ερωτοκρίτου 1992, σελ. 25)

Ο Ερωτοκρίτου (1992, σελ. 18) παρουσιάζοντας αποτελέσματα της έρευνας του S. Trotnow, αναφέρει πως “το διαζύγιο και η χηρεία φαίνεται ιδιαίτερα να ευνοούν τις κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του μαστού. Η αποχή από το σεξ, η κοινωνική απομόνωση και οι συχνές θρησκευτικές ενασχολήσεις βρέθηκαν πιο συχνά στην ομάδα των γυναικών με τον καρκίνο του μαστού, παρά στην ομάδα ελέγχου. Οι γυναίκες που υπέφεραν από καρκίνο της εντοπίσεως αυτής παρουσιάστηκαν περισσότερο νευρωτικές από ότι θα περίμενε κανείς στατιστικά ...”.

Ο Φ. Αναγνωστόπουλος (1986, σελ. 147) δηλώνει ότι η εμφάνιση καρκίνου σε ένα άτομο συνδέεται με μια κατάσταση ανισορροπίας, μερικούς μήνες πριν την διάγνωση της νόσου. Ο κλονισμός δημιουργείται από ένα παρατεινόμενο ή έντονο στρες με την απώλεια κάποιας σημαντικής ανθρώπινης σχέσης από απειλή σε κάποιο ρόλο του ατόμου ή από καταστάσεις απ' όπου δεν υπάρχει τρόπος διαφυγής. Το άτομο που πλήττεται συνήθως έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και έκφρασης συγκινήσεων.

Όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού, ο Αναγνωστόπουλος (Αθήνα 1986, σελ. 150) παρουσιάζει ευρήματα των Greer και Morris, οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της διάγνωση του καρκίνου και ενός τύπου συμπεριφοράς που εξακολουθούσε και στην ενηλικίωση και αντανακλούσε έντονη καταπίεση ιδιαίτερα του θυμού και την οργής. Επίσης αναφέρεται σε μελέτη των Wirsching και των συνεργατών τους, οι οποίοι διαπίστωσαν πως οι καρκινοπαθείς παρουσίαζαν λιγότερο άγχος, περισσότερη καταπίεση των συγκινήσεων και μεγαλύτερη τάση να αποφεύγουν τις συγκρούσεις.

Όλες αυτές οι συγκινησιακές – συναισθηματικές καταστάσεις και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου φαίνεται να ενοχοποιούνται και ευθύνονται μεταξύ άλλων και για τη δημιουργία του καρκίνου.

Τέλος μια άποψη του Baltrusch, την οποία παραθέτει ο Άθως Ερωτοκρίτου (1992, σελ. 17) είναι ότι “οι γενικοί γιατροί πρέπει να έχουν αρκετές γνώσεις ψυχοσωματικής ιατρικής που θα τους επιτρέψουν να καταλάβουν τα προοίμια της αρρώστιας καθώς και την ψυχική κατάσταση και τη συμπεριφορά των ασθενών”.

7) Μορφολογικοί παράγοντες

- Παθήσεις του μαστού

Ο Δρ. Μ. Χρυσοχόου (1991, σελ.15) υποστηρίζει ότι μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο στο μαστό. Σε μια γυναίκα που ήδη πάσχει ο ένας μαστός ο κίνδυνος για τον άλλο μαστό αυξάνει όσο αυξάνεται η επιβίωσή της, μετά την εμφάνιση του πρώτου καρκίνου.

Σχετικά μ' αυτό, η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 47) αναφέρει ότι ο καρκίνος του μαστού έχει πολυκεντρική φύση, δηλαδή έχει την τάση να υποτροπιάζει στον ίδιο ή στον αντίθετο μαστό. Επομένως γυναίκες που είχαν καρκίνο στον ένα μαστό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και δεύτερο καρκίνο. Μάλιστα έχει υπολογισθεί ότι το ποσοστό του κινδύνου αυτού ανέρχεται στο 205 των περιπτώσεων.

Η Α.Α. Παπαχαραλάμπους (τεύχος 49, σελ. 9) αναφέρει στο περιοδικό 'Ιατρική' ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης δευτεροπαθούς καρκίνου του μαστού είναι τέσσερις ως πέντε φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο του γενικού πληθυσμού και φαίνεται ότι συνδέεται αντίστροφα με την ηλικία εμφάνισης του πρώτου πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού.

Επίσης και καλοήθεις παθήσεις του μαστού σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα καρκίνου, ενώ έχουν γίνει εκτεταμένες έρευνες για να διαπιστωθεί ο συσχετισμός αυτός.

Η κύρια καλοήθης πάθηση που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού είναι η ινοκυστική μαστοπάθεια ή ινοκυστική μαστίτις, όπως αλλιώς λέγεται. Όσον αφορά τη νόσο αυτή, ο Μ. Πινακίδης (1993, σελ. 35) σημειώνει ότι η σχέση της με την ανάπτυξη Καρκίνου του Μαστού αποτέλεσε θέμα μακροχρόνιων ερευνών. Σήμερα όμως, γίνεται δεκτό ότι η "επιθηλίωση" (δηλ. ταχεία αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων)

χωρίς άτυπη υπερπλασία αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1,9 φορά. Όταν υπάρχει άτυπη υπερπλασία ο κίνδυνος αυξάνει κατά 5,3 φορές, ενώ ατυπία που συνοδεύεται από θετικό οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τον κίνδυνο κατά 11 φορές. Η παρουσία ασβεστώσεων σε συνδυασμό με επιθηλίωση αποτελεί επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα.

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 47-48) αναφέρει ότι δεν έχει εξακριβωθεί ακόμη ο ακριβής μηχανισμός της σχέσης μεταξύ της ινοκυστικής μαστίτιδας και του Καρκίνου, εντούτοις παρουσιάζει δύο πιθανές εξηγήσεις : α) ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι προκαρκινική κατάσταση, που ή προδιαθέτει σε κακοήθη εξαλλαγή ή είναι πρόωμη εκδήλωση της κακοήθους εξαλλαγής και β) ότι καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και ιδιαίτερα το ορμονικό στοιχείο.

- Κακοήθεις νεοπλασίες άλλων οργάνων

Η Κόνιαρη (1991, σελ.47) αναφέρει ότι παρατηρείται θετική σχέση μεταξύ καρκίνου του μαστού και άλλων κακοήθων νεοπλασιών.

Επίσης σημειώνει ότι γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου έχουν 1,2-2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού, από ότι έχει ο γενικός γυναικείος πληθυσμός. Επίσης ο καρκίνος των ωοθηκών, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένος, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, η οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία, τα σάρκωμα των μαλακών μορίων σχετίζονται επίσης θετικά με τον καρκίνο του μαστού. Αντίθετα έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες με καρκίνο σε ένα μεγάλο σιελογόνο αδένος έχουν 1/4 της πιθανότητας να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού από ότι ο γενικός πληθυσμός.

- Άλλες μη κακοήθεις παθήσεις

Ο Δρ. Μ. Χρυσόχου (1991, σελ. 17) σε σεμινάριο Νοσηλευτών της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας αναφέρει ότι ο υποθερεοειδισμός συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, όμως δεν υπάρχει ομοφωνία για την άποψη αυτή. Επίσης μια άλλη παθολογική κατάσταση, η πρωτοπαθής χολοστατική κίρρωση, έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον των ερευνητών, καθώς η νόσος φαίνεται να συνοδεύεται από αυξημένη επίπτωση Καρκίνου του Μαστού.

Τέλος, η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 46) παρουσιάζει την άποψη των David, σε σχέση με προηγηθείσα βιοψία στο μαστό, η οποία θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου, με εξαίρεση αυτή που γίνεται για τα ινοαδενώματα. Η άποψη δεν διαφοροποιήθηκε σημαντικά μέχρι και σήμερα.

8) Περιβαλλοντικοί παράγοντες

- Εθνικοί και κοινωνικο – οικονομικοί παράγοντες

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο – οικονομικές και αστικές τάξεις.

Σύμφωνα με τον Harrison (1995, σελ. 2100) οι μεγαλύτερες συχνότητες καρκίνου του μαστού παρατηρούνται σε πλούσιες χώρες με τον δυτικό τρόπο ζωής. Η χαμηλότερη επίπτωση παρατηρείται μεταξύ των Ασιατών, αλλά τόσο οι Ιαπωνίδες μετανάστες όσο και οι γυναίκες δεύτερης γενεάς στη Χαβάη και τη Νότια Καλιφόρνια εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού με την αύξηση της μακροζωίας στη Δύση. Η αναζήτηση περιβαλλοντικών παραγόντων που θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν αυτό το φαινόμενο επικεντρώνεται στο

διαιτολόγιο και ιδιαίτερα στο λίπος της τροφής. Υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ των διαφορών της πρόσληψης λίπους με την τροφή στα διάφορα μέρη του κόσμου και της επίπτωσης καρκίνου του μαστού.

- Εκπαιδευτικοί παράγοντες

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 48) αναφέρει ότι σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες, των οποίων η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.

- Διαιτητικοί παράγοντες

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 48) επισημαίνει ότι έχουν γίνει πολλές μελέτες σχετικά με τον ρόλο που παίζει ο τρόπος διατροφής στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Κυρίως βρέθηκε να υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ σωματικού βάρους και καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Επίσης, η ίδια συγγραφέας αναφέρει ότι υπάρχει μικρός ή καθόλου αυξημένος κίνδυνος για γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 ετών, ενώ σε ομάδες ηλικίας 60 – 69 ετών, αύξηση βάρους από τα 60 στα 70 κιλά ή και περισσότερο αυξάνει τον κίνδυνο κατά 80% περίπου. Το αποτέλεσμα που προκύπτει από το υπερβολικό σωματικό βάρος στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι ανεξάρτητο του αποτελέσματος της ηλικίας εμμηναρχής, της ηλικίας κατά τον πρώτο τοκετό και της ηλικίας εμμηνόπαυσης.

Πρέπει να αναφερθεί ότι έχει διαπιστωθεί θετική συσχέτιση μεταξύ μακροχρόνιας υπερκατανάλωσης λιπών και ανάπτυξης διαφόρων μορφών καρκίνων. Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (Αθήνα 1991,

σελ. 17) παρουσιάζοντας στοιχεία από την εισήγηση του Δρ. Μ. Χρυσόχου, αναφέρει ότι η μεγάλη κατανάλωση λιπών πιστεύεται πως αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Η θεωρητική εξήγηση που έχει δοθεί είναι ότι τα λίπη περιέχουν μεγάλη αναλογία χοληστερίνης η οποία μεταβολιζόμενη αυξάνει τα επίπεδα των οιστρογόνων. Επίσης είναι γνωστή η επίδραση της κατανάλωσης λιπών στην ανάπτυξη των μαστών και στην εναπόθεση λιπώδους ιστού.

Όσον αφορά την δράση των υδατανθράκων, ο Μ. Χρυσόχου (1991, σελ. 64) αναφέρει ότι δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση για του φυσικούς υδατάνθρακες, που περιέχονται σε φρούτα, λαχανικά και όσπρια. Αντίθετα τονίζεται η προστατευτική τους αξία ενάντια στον καρκίνο του μαστού. Ορισμένες εργασίες ενοχοποιούν, από τη σκοπιά της αυξημένης θερμιδικής απόδοσης, τροφές τεχνητά κορεσμένες ή και υπερκορεσμένες σε υδατάνθρακες, όπως είναι τα μακαρόνια, τα γλυκίσματα, τα παγωτά, τα σιρόπια, τα αναψυκτικά.

Υπάρχουν όμως και ορισμένα προϊόντα τα οποία χωρίς να αποτελούν απαραίτητα είδη διατροφής καταναλώνονται καθημερινά σε μεγάλες ποσότητες. Τέτοια προϊόντα είναι ο καφές και το αλκοόλ.

Όσον αφορά τον καφέ, δεν έχει αποδειχτεί να έχει καρκινογόνο δράση για το μαστό, ενώ αντίθετα υπάρχουν ενδείξεις για αντικαρκινική δράση. (Μ. Χρυσόχου, 1991, σελ. 65)

Αντίθετα η λήψη αλκοόλ φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Ο Δρ. Μ. Χρυσόχου (1991, σελ. 17) αναφέρει σε σεμινάριο Νοσηλευτών ότι γυναίκες μικρότερες από 55 χρονών χωρίς άλλους ιδιαίτερους κινδύνους για καρκίνο του μαστού, διπλασιάζουν την πιθανότητα να εμφανίσουν τη νόσο αν καταναλώνουν περισσότερο από 15gr αλκοόλ την ημέρα.

Συμπερασματικά αναφέρουμε ότι παρα τις επίπονες και εκτεταμένες μελέτες που έγιναν μέχρι σήμερα, δεν έγινε εφικτή ακόμη η προσέγγιση της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού. Υπάρχει αρκετή αοριστία στους παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού. Είναι αδύνατον να παρέμβουμε δραστικά και να πετύχουμε την μείωσή τους. Γι' αυτό λοιπόν είναι δύσκολο να μιλούμε για πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού, δηλαδή να μειώσουμε τα αίτια για να ελαττώσουμε τη συχνότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού αποτελεί ένα ευρύ πεδίο δυνατοτήτων για την ελάττωση των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο, εντούτοις, παρά τα ευνοϊκά της αποτελέσματα, έχει ως σήμερα παραμεληθεί.

Έχει πλέον αποδειχτεί ότι η πλειοψηφία των παραγόντων που ευνοούν την καρκινογένεση είναι εξωτερικοί (90%) και σχετίζονται άμεσα με τον τρόπο ζωής μας. Επομένως, μια αλλαγή στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες μας θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση σε σημαντικό βαθμό της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου. Με την λήψη προληπτικών μέτρων επιδιώκεται η καταστολή των αιτιολογικών παραγόντων και η έγκαιρη αναχαίτισή τους ή η αποφυγή έκθεσης τους σε αυτούς. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται :

1. Η αποφυγή του καπνίσματος
2. Η βελτίωση της διατροφής
3. Η αποφυγή της έκθεσης σε ιονίζουσες και υπεριώδεις ακτινοβολίες
4. Η μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης
5. Οι γενετικές συμβουλές
6. Η προστασία των εργαζομένων από κρούσματα καρκίνων επαγγελματικής προέλευσης και
7. Ο εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Β.

(Θ. Γκουρνέλης, 1992, σελ. 127)

Όσον αφορά βέβαια τον καρκίνου του μαστού, ένας από τους σημαντικότερους επιβαρυντικούς παράγοντες για την ανάπτυξή του είναι η παχυσαρκία και η κακή διατροφή. Προτείνεται λοιπόν στις γυναίκες να περιορίσουν την κατανάλωση θερμίδων, κρέατος μεγάλων ζώων, λιπών ζωικής προέλευσης, καπνιστών τροφίμων, οινοπνευματωδών ποτών και καφεΐνης. Ακόμη ενθαρρύνεται η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, καθώς και ορισμένων βιταμινών (Α, C). (Δ. Τριχόπουλος, Ε. Κακλαμάνη, 1981 σελ. 28)

Το 1995 δημοσιεύτηκε, στο περιοδικό “Μ’ ενδιαφέρει” (τεύχος 13, σελ. 14-15) της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, μια πανεπιστημιακή έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 2.300 ελληνίδες στο Εθνικό Κέντρο Διατροφής της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Η έρευνα αυτή είχε τίτλο : «Η κατανάλωση ελαιόλαδου και συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων σε σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης Καρκίνου του Μαστού στην Ελλάδα». Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων είναι τα ακόλουθα : **α.** η κατανάλωση ελαιόλαδου σχετίστηκε με σημαντική μείωση της πιθανότητας πρόκλησης καρκίνου του μαστού **β.** η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μειώνει κατά 10 – 15% τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης τους και **γ.** η αυξημένη κατανάλωση μαργαρίνης συσχετίστηκε με την μικρή αύξηση του κινδύνου αυτού.

Το πρώτο και κύριο βήμα για την πρόληψη των γυναικών απ’ την εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι η συνειδητοποίηση απ’ την πλευρά τους του τεράστιου κινδύνου που διατρέχουν και την ανάγκη προαγωγής της υγείας τους, ώστε να απομακρύνουν την εμφάνιση της νόσου. Στην

επίτευξη του στόχου αυτού θα συμβάλλει, κατά κύριο λόγο, η εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης. Η Ε. Κονιάρη (1991, σελ. 62) αναφέρει μερικά από αυτά :

- Η υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου πληθυσμού για τον καρκίνο του μαστού
- Η ειδική εκπαίδευση των υγειονομικών στελεχών, που ασχολούνται με τον καρκίνο, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κοινού
- Οι προληπτικές υποχρεωτικές εξετάσεις του μαστού απ' τις γυναίκες, κυρίως μετά το 40^ο έτος
- Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα
- Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών, προκειμένου να ανιχνευτεί και να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού.

Για την αποτελεσματική εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών κρίνεται αναγκαία η υπερνίκηση των όποιων εμποδίων. Τέτοια μπορεί να είναι η αδυναμία αντίληψης και πρόβλεψης των θετικών αποτελεσμάτων, που μπορούν να επιτευχθούν μακροπρόθεσμα με την πρόληψη, αλλά και η πίστη στις ικανότητες και στην παντοδυναμία των θεραπευτικών μεθόδων. (“Μ’ ενδιαφέρει”, τεύχος 20, σελ. 11)

Ο ρόλος της “ταμοξιφαίνης” στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

“Θαυματουργό φάρμακο”. “Μεγάλη επιστημονική ανακάλυψη Αμερικανών”. “Το φάρμακο που σώζει”. Είναι μερικοί από τους τίτλους ειδησεογραφίας στα ΜΜΕ σχετικά με την ανακοίνωση επιστημόνων ότι το φάρμακο ΤΑΜΟΞΙΦΑΙΝΗ αποτρέπει την εμφάνιση

καρκίνου του μαστού στις γυναίκες υψηλού κινδύνου. (Ε. Φιλόπουλος, τεύχος 2, σελ. 10)

Ο Ε. Φιλόπουλος (τεύχος 2, σελ. 10) συνεχίζει, υποστηρίζοντας ότι η ταμοξιφαίνη χορηγείται εδώ και πολλά χρόνια σε γυναίκες που έχουν χειρουργηθεί για καρκίνο του μαστού. Η θεραπεία με το φάρμακο αυτό αποτελεί μια μεγάλη πρόοδο στην αντιμετώπιση της νόσου, γιατί συμβάλλει σημαντικά στην καθυστέρηση της εμφάνισης υποτροπών αλλά και η χορήγηση της είναι απλή, χωρίς να έχει ιδιαίτερα επικίνδυνες παρενέργειες.

Εφόσον πολλοί καρκίνοι του μαστού είναι ορμονοευαίσθητοι και η ταμοξιφαίνη δρα σαν ένα αντι – οιστρογόνο, ανταγωνίζοντας τη δράση των ορμόνων, ήταν λογικό να δοκιμαστεί το φάρμακο αυτό και σαν προληπτικό μέσο του καρκίνου του μαστού για τις γυναίκες υψηλού κινδύνου. (Ε. Φιλόπουλος, τεύχος 2, σελ. 11)

Από τα τέλη του 1998 η Αμερικανική Υπηρεσία φαρμάκων επέτρεψε τη συνταγογράφηση της ταμοξιφαίνης γι' αυτό το σκοπό. Όμως, επειδή πολλές γυναίκες ζουν με τον αδικαιολόγητο φόβο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, μπορούν εύκολα να οδηγηθούν στην αλόγιστη χρήση του. Για το λόγο αυτό η χορήγηση του συγκεκριμένου φαρμάκου πρέπει πάντα να γίνεται με ευθύνη του γιατρού και ύστερα από πλήρη διερεύνηση του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού των γυναικών. (“Μ’ ενδιαφέρει”, τεύχος 7, σελ. 27)

2. Διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί. Για να θεραπευτεί όμως με κάποιο ποσοστό επιτυχίας πρέπει να ανακαλυφθεί σε πρώιμα στάδια και η διάγνωση να γίνει γρήγορα. Στο σημείο αυτό έχει θέση η εφαρμογή της δευτερογενούς πρόληψης, δηλαδή της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. (M. Dollinger, E. Rosenbaum, 1992, σελ.44)

Ο Χ. Πατέρας (Αύγουστος – Οκτώβριος 1997, σελ. 20-21) αναφέρει ότι η έγκαιρη διάγνωση είναι η ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού πριν ακόμη εμφανιστούν κάποια κλινικά σημεία, δηλαδή στο μη διηθητικό στάδιο, στο οποίο τα καρκινικά κύτταρα δεν έρχονται σε επαφή με τα λεμφαγγεία ή τα αιμοφόρα αγγεία και δεν δημιουργούν μεταστάσεις. Στη φάση αυτή μπορεί να επιτευχθεί ίαση (περίπου 85%) με τα διαθέσιμα θεραπευτικά μέσα, καθώς όσο μικρότερος είναι ο όγκος τη στιγμή της διάγνωσης τόσο μεγαλύτερη είναι και η επιβίωση. Ασθενείς με όγκους διαμέτρου ως 1 εκατοστό έχουν πιθανότητα επιβίωσης στη 10ετία κατά 90%, ενώ σε όγκους μεγαλύτερους των 5 εκατοστών η επιβίωση αυτόματα πέφτει στο 50%.

Τα συνήθη συμπτώματα – κλινικά σημεία του καρκίνου του μαστού

Η πλειοψηφία των καρκίνων (πάνω απ' το 80%) διαγιγνώσκονται εξαιτίας της εμφάνισης ύποπτης μάζας στο μαστό, που συνήθως γίνεται αντιληπτή από την ασθενή. Στο 15% των περιπτώσεων η μάζα αυτή είναι επώδυνη, γι' αυτό και ο πόνος ή η ευαισθησία δε θα πρέπει να

θεωρούνται άνευ σημασίας και να προκαλούν εφησυχασμό. (Μ. Πινακίδης – Α. Μπούτης, 1993, σελ. 39)

Η απέκκριση αιματηρού υγρού από τη θηλή αποτελεί ένα σπάνιο σύμπτωμα καρκίνου του μαστού (2% των περιπτώσεων). Η έκκριση αυτή δεν σχετίζεται συχνά με καρκίνο, αλλά όταν αυτό συμβαίνει, τότε σχεδόν πάντα συνυπάρχει όγκος στο μαστό, ο οποίος βρίσκεται σε πρόωμη φάση και δεν είναι ψηλαφητός. Από κλινική άποψη δύο είναι οι συνηθισμένες εκδηλώσεις απ' τη θηλή που σχετίζονται με καρκίνο του μαστού : **α.** η εισολκή της θηλής, δηλαδή η έλξη της προς τα μέσα, γεγονός που συχνά υποδηλώνει την παρουσία καρκίνου κάτω απ' τη θηλή ή την γειτονική περιοχή και **β.** η νόσος Paget, η οποία μοιάζει με δερματίτιδα της θηλής και δεν συνοδεύεται πάντα από όγκο. (Γ. Κατράκης, 1980, σελ. 106-107)

Ο Θ. Γκουρνέλης (1992, σελ. 128) επισημαίνει ότι σήμερα υπάρχουν τρεις κλασικοί τρόποι διάγνωσης του καρκίνου του μαστού: **1.** Η αυτοεξέταση των μαστών, που πρέπει να γίνεται κάθε μήνα μετά το 20^ο έτος **2.** Η κλινική εξέταση των μαστών κάθε 3 χρόνια μέχρι το 40^ο έτος και **3.** Η μαστογραφία που πρέπει να γίνεται κάθε 1 – 2 χρόνια στις γυναίκες υψηλού κινδύνου, κάθε έτος μετά το 50^ο έτος και κάθε χρόνο σε γυναίκες οποιαδήποτε ηλικίας που έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Επιπλέον είναι αναγκαία μια μαστογραφία αναφοράς στο 35^ο έτος. Συγκεκριμένα :

Αυτοεξέταση: Είναι απλή, ανώδυνη, ανέξοδη και σώζει ζωές ! Σκοπός της είναι η εξοικείωση της γυναίκας με τη μορφή και τη σύσταση των μαστών της, κάνοντας έτσι ευκολότερη την ανίχνευση κάθε ύποπτου ευρήματος το γρηγορότερο δυνατό. Η μηνιαία αυτοεξέταση μπορεί να εντοπίσει πολύ μικρούς όγκους διαμέτρου 1,5 εκ. και περιλαμβάνει :

α. την επισκόπηση, με την οποία η γυναίκα αποκτά μια σαφή αντίληψη

του μεγέθους, του σχήματος, της ομαλότητας της επιφάνειας, του περιγράμματος των μαστών, καθώς και της θέσης και της μορφολογίας των θηλών των μαστών της β. την ψηλάφηση, η οποία γίνεται σε όλη την επιφάνεια του μαστού και της μασχάλης, που αποτελεί τον πρώτο τόπο μετάστασης του καρκίνου του μαστού. Το 70% των όγκων του μαστού μπορούν να ψηλαφηθούν. (Γ. Κατράκης, 1980, σελ. 108)

Ο Β. Λισσαίος, (Αθήνα, τεύχος 20, σελ. 10) αναφέρει ότι η εφαρμογή της αυτοεξέτασης πρέπει να γίνεται : **1.** Από το 20^ο έτος της γυναίκας και η συνέχιση της σε όλη τη διάρκεια της ζωής της **2.** Σε συνδυασμό με ιατρική εξέταση κάθε 3 χρόνια από τα 20 – 40 έτη **3.** Σε συνδυασμό με ιατρική εξέταση κάθε χρόνο μετά το 40^ο έτος **4.** Σε συνδυασμό με την πρώτη μαστογραφία μεταξύ 35 – 40 έτη και με περιοδική εφαρμογή ανα 1 – 2 χρόνια μέχρι την ηλικία των 50 ετών **5.** Σε συνδυασμό με ετήσια μαστογραφία μετά την ηλικία των 50 ετών.

Σύμφωνα πάλι με τον ίδιο συγγραφέα, αν θελήσουμε να ανακαλύψουμε τους λόγους που οι περισσότερες γυναίκες δεν αυτοεξετάζουν τους μαστούς τους, θα διαπιστώσουμε ότι η κύρια αιτία έχει σχέση με την άγνοια και την αμφισβήτηση της ικανότητας τους να ερμηνεύσουν σωστά τα διάφορα ευρήματα. Αυτό οδηγεί συχνά στην απόφαση “περιμένουμε και βλέπουμε” με τις ανάλογες βέβαια επιπτώσεις. Είναι λοιπόν υποχρέωση κάθε γιατρού να διδάξει και να εκπαιδεύσει τις γυναίκες γύρω από το σωστό τρόπο αυτοεξέτασης, καθώς και της διάκρισης μεταξύ των φυσιολογικών και ύποπτων ευρημάτων.

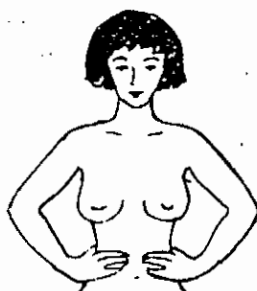
ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΕΞΕΤΑΣΤΕ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΤΟ ΜΑΣΤΟ ΣΑΣ



1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ I

Σταθείτε μπροστά στον καθρέπτη με γυμνό το σώμα και ελέγξτε το σχήμα και μέγεθος του μαστού. Αναζητήστε τυχόν αλλαγές



2. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ II

Αλλάζοντας τη θέση των χεριών παρατηρείστε για τυχόν αλλαγές. Ελέγξτε μήπως η θυλή έχει τραβηχθεί προς τα μέσα ή αν υπάρχει έκκριση απ' αυτήν



3. Ψηλάφηση I

Ψηλάφιστε μαλακά και προσεκτικά το στήθος σας, ελέγχοντας την σύσταση του δέρματος ή την παρουσία ογκιδίων. Η Ψηλάφηση να γίνεται κατά καθορισμένη πάντοτε φορά.



4. Ψηλάφηση II

Στους περισσότερους μαστούς συναντάμε έτσι κι αλλιώς ακίνδυνα οζύδια. Σε καινούργια οζύδια ή σε αύξηση υπάρχοντος επισκεφθείτε το γιατρό.

ΠΗΓΗ : (Μ' ενδιαφέρει, τεύχος 7, 1997, σελ. 21)

Η κλινική εξέταση του μαστού : Πρέπει να γίνεται από ειδικό γιατρό, ο οποίος θα είναι γνώστης τόσο του ορθού τρόπου ψηλάφησης όσο και της εξατομικευμένης αντιμετώπισης που χρειάζεται κάθε περίπτωση. (Χ. Πατέρας, τεύχος 7, 1997, σελ. 21)

Σαν συμπλήρωμα της κλινικής εξέτασης του μαστού μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα **διαγνωστικά μέσα και απεικονιστικές μέθοδοι**. Τέτοια είναι :

- Η παρακέντηση με λεπτή βελόνα
- Η βιοψία
- Η μαστογραφία
- Το υπερηχογράφημα
- Η θερμογραφία
- Η διαφανογραφία
- Η ξηρογραφία
- Αξονική τομογραφία

(Μ. Πινακίδης, Λ. Μπούτης, 1993, σελ. 47)

Σύμφωνα με τους Μ. Πινακίδη και Λ. Μπούτη (1993, σελ. 47-48) τα κύρια διαγνωστικά μέσα του καρκίνου του μαστού είναι δύο : **1.** Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη του όγκου του μαστού· αποτελεί μια απλή, ασφαλή κι αποδοτική μέθοδο, ελαττώνει τον αριθμό των βιοψιών και προσφέρεται για μια πρώτη εκτίμηση της φύσης του όγκου **2.** Η βιοψία είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας. Πραγματοποιείται όταν παρατηρηθεί εμμένουσα μάζα στο μαστό, έκκριση από θηλή, απόστημα στο μαστό, διάφορες αλλοιώσεις της θηλής. Υπάρχουν δύο μέθοδοι βιοψίας: **α.** η βιοψία με παρακέντηση· γίνεται με τοπική αναισθησία κι επιτρέπει τη συλλογή υλικού από οποιοδήποτε σημείο του μαστού, αρκεί ο όγκος να έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 2 εκ. και να είναι επιφανειακός και **β.** η χειρουργική βιοψία, η οποία γίνεται με τοπική αναισθησία και μπορεί να αφορά τμήμα μόνο του όγκου ή την καθολική εξαίρεσή του.

Απεικονιστικές μέθοδοι του καρκίνου του μαστού

A. Μαστογραφία: Παραμένει το μόνο διαγνωστικό εργαλείο αποδεδειγμένης αξίας σε ασυμπτωματικές γυναίκες, καθώς συμβάλλει στην πρόωμη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού μεγέθους 2 χιλιοστών.

Ο Δ. Τούσης (1980, σελ. 128 – 129) τονίζει ότι ο μαστογράφος, το ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, παράγει ειδικής ποιότητας ακτινοβολία και με τη βοήθεια ειδικών ακτινογραφικών πλακών απεικονίζει με λεπτομέρειες τα διάφορα ανατομικά στοιχεία των μαστών (δέρμα, λίπος) αλλά και πρόσθετα παθολογικά στοιχεία. Όταν λοιπόν μελετάται μια μαστογραφία παρατηρούνται τα εξής σημεία :

α. τη γενική συγκριτική εικόνα των μαστών β. την πάχυνση του δέρματος γ. την περιοχή της θηλής δ. την αρχιτεκτονική των αδενικών στοιχείων ε. την ύπαρξη πύκνωσης ή μάζας στ. την ύπαρξη αποτιτανώσεων.

Η μαστογραφία ενδείκνυται στις ακόλουθες περιπτώσεις : 1. Σε ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση 2. Σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού 3. Σε περιπτώσεις έκκρισης από τη θηλή ή εισολκής της 4. Σε ασθενή με Καρκίνο στον ένα μαστό 5. Σε γυναίκες με μεγάλους λιπώδεις μαστούς, όπου με την ψηλάφηση δεν μπορεί να γίνει σαφής διάγνωση 6. Σε ανεύρεση μασχαλιαίων αδενικών μεταστάσεων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας. (Μ. Πινακίδης – Λ. Μπούτης, 1993, σελ. 51)

Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από τη μαστογραφία έχει τελευταία αποτελέσει πηγή άγχους κι αβεβαιότητας για τις γυναίκες και τους γιατρούς. Όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού. Εντούτοις, ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες 9 – 19 ετών, ενώ πάνω από τα 50 έτη ο μαστός δεν είναι ευαίσθητος στην ακτινοβολία. Ο κίνδυνος δε από μια μόνο μαστογραφία είναι μάλλον ανύπαρκτος ακόμα και σε γυναίκες κάτω των 30 ετών. (Ε. Κόνιαρη, 1991, σελ. 91)

Σήμερα χρησιμοποιείται ευρύτατα η μαστογραφία χαμηλής δόσης, η οποία επιτρέπει την εφαρμογή της σε νεαρές γυναίκες και επιτρέπει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο, που είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Ποιες γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία και πότε πρέπει να γίνεται μαστογραφικός έλεγχος :

- Μαστογραφικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα, μετά την κλινική εξέταση των μαστών από τον γιατρό
- Γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες πρέπει να υποβάλλονται σε μαστογραφία 1 φορά το χρόνο
- Δεν έχει διαπιστωθεί ακόμη η χρησιμότητα της μαστογραφίας σε γυναίκες κάτω των 50 ετών. Ωστόσο, πρέπει να γίνεται τουλάχιστον μια φορά σε γυναίκες μεταξύ 35 – 40 ετών
- Το μικρότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο μαστογραφιών είναι ένας χρόνος. Είναι όμως ενδεχόμενο ο γιατρός, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, να συντομεύσει το μεσοδιάστημα αυτό. (Ι. Νομικός, Α. Πολυχρόνης, Α. Παπαϊωάννου, 1981, σελ. 354-355)

Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος καρκίνου του μαστού

Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος είναι η μέθοδος ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού σε υγιή πληθυσμό με την χρήση μιας ή περισσότερων εξετάσεων. Στόχος του προγράμματος αυτού είναι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε πρώιμο στάδιο που έχει ως αποτέλεσμα : α. την ελάττωση της θνησιμότητας από τη νόσο κατά 30% β. την καλύτερη ποιότητα ζωής για τη γυναίκα (μικρή χειρουργική επέμβαση κι αποφυγή της χημειοθεραπείας) γ. την μείωση του νοσοκομειακού κόστους. (Χ. Πατέρας, τεύχος 7, 1997, σελ. 21)

Ο Δ. Ραζής (1981, σελ. 66) σημειώνει ότι ο κύριος συντελεστής για την επιτυχία του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή των υγιών γυναικών. Όταν μια γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της, αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση. Απ' την άλλη μεριά όμως, οι γυναίκες που είναι φαινομενικά τουλάχιστον υγιείς, δύσκολα πείθονται να συμμετέχουν στο πρόγραμμα αυτό. Σύμφωνα με μια μελέτη, ο χρόνος που περνά από την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέχρι την προσέλευση των γυναικών στο γιατρό είναι σήμερα ίδιος όπως και πριν από 30 χρόνια. Επομένως, για την συμμετοχή τους στην έγκαιρη διάγνωση κρίνεται αναγκαία η πληροφόρηση και η εκπαίδευση του γυναικείου πληθυσμού γύρω από τον Καρκίνο του Μαστού.

Τα πλεονεκτήματα του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου είναι τα εξής :

- Είναι διαθέσιμο και εφαρμόσιμο σε πολλές γυναίκες
- Είναι εύκολο στην εφαρμογή κι απλό από τεχνική πλευρά
- Είναι παραγωγικό ως προς τη γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων
- Παρατείνει την επιβίωση, κυρίως στις ηλικίες μεταξύ των 50 – 64 ετών και μειώνει τη θνησιμότητα κατά 30%
- Συμβάλλει στην εξεύρεση χαμηλότερων ποσοστών προχωρημένου Καρκίνου του Μαστού κι επομένως είναι λιγότερο δαπανηρή και κουραστική η θεραπεία του

(Ε. Κονιάρη, 1991, σελ. 63,65)

Τα μειονεκτήματα του προγράμματος αυτού :

- Υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης Καρκίνου απ' την έκθεση στην ακτινοβολία κατά τη μαστογραφία
- Δημιουργούνται ψυχικά τραύματα στα άτομα που δεν βρέθηκε Καρκίνος κατά τον έλεγχο, αλλά και στα άτομα που βρέθηκε Καρκίνος λόγω της ψυχοφθόρου δοκιμασίας που πέρασαν
- Επειδή με τον προσυμπτωματικό έλεγχο επιταχύνεται η διάγνωση, φαίνεται ότι μεγαλώνει η επιβίωση της ασθενούς
- Δεν μπορεί να επεκταθεί σε ολόκληρο τον πληθυσμό, λόγω του υψηλού οικονομικού κόστους. Για παράδειγμα, για τον Καρκίνο του Μαστού διαγιγνώσκεται 1 στα 1.000 άτομα το χρόνο στο γενικό πληθυσμό μιας χώρας. Έτσι, εκατοντάδες άτομα θα πρέπει να εξετάζονται κάθε χρόνο για να βρεθεί μια μόνο περίπτωση Καρκίνου του Μαστού. (Δ. Ραζής, 1981, σελ. 66)

Μαζικός έλεγχος – Η ελληνική πραγματικότητα :

Ο Κ. Γαβρηλίδης (1997, σελ. 315) τονίζει ότι στην χώρα μας, η εφαρμογή ενός προγράμματος μαζικού ελέγχου, θα πρέπει να καλύψει περίπου 900.000 γυναίκες, και να λειτουργήσουν περίπου 100 κινητές διαγνωστικές μονάδες. Ωστόσο όμως καθιερωθεί σε κρατικό επίπεδο ένα πρόγραμμα που να καλύπτει το σύνολο του γυναικείου πληθυσμού, είναι αναγκαία η ενημέρωση και η κινητοποίηση των γυναικών να συλλέγουν πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού και να συμμετέχουν στα προγράμματα μαζικού ελέγχου.

Β. Ξηρογραφία : είναι μια παραλλαγή της μαστογραφίας. Η ακτινολογική πλάκα αντικαθίσταται με φορτισμένη με στατικό ηλεκτρισμό πλάκα σεληνίου που με ειδική επεξεργασία μας δίνει το

τελικό αποτέλεσμα σε χαρτί. Οι κύριες διαφορές της με τη μαστογραφία είναι οι εξής : α. Η ξηρογραφία είναι πιο σύντομη μέθοδος β. Μας δίνει περισσότερες πληροφορίες για τον οπισθομαζικό χώρο και για την μασχάλη, ενώ στη μαστογραφία διακρίνονται καλύτερα οι μάζες στο μαστό γ. Η ξηρογραφία είναι ανώτερη σε διαγνωστική ακρίβεια παθήσεων του μαστού από ότι η μαστογραφία κατά 5% περίπου. Σε τελική όμως ανάλυση, η διαγνωστική ακρίβεια των δύο μεθόδων εξαρτάται απ' την καλή ποιότητα της εικόνας και από την εμπειρία του γιατρού στην κάθε μέθοδο. (Δ. Τούσης, 1980, σελ. 132-133)

Γ. Θερμογραφία : γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, που καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στα κέντρα έγκαιρης διάγνωσης, όπου εξετάζονται μαζικά ασυμπτωματικές γυναίκες και κυρίως έχει μεγάλη αξία η σύγκριση επαναλαμβανόμενων θερμογραφημάτων, γιατί το θερμογράφημα μιας γυναίκας είναι σταθερό για μεγάλες περιόδους σχετικά σταθερής ορμονικής λειτουργίας. Σε αντίθεση με τη μαστογραφία που μας παρέχει πληροφορίες για την ανατομική κατάσταση των μαστών, η θερμογραφία δείχνει κυρίως τις λειτουργικές αλλαγές σε ένα μαστό. Έτσι, μπορεί να δείξει την ύπαρξη καρκινώματος στο μαστό μερικών μόνο εκατοστών που δεν είναι ακόμη ορατός με τη μαστογραφία. (Δ.Τούσης, 1980, σελ. 125-126)

Δ. Υπερηχογράφημα : είναι μια εξέταση κατά την οποία ένας πομπός υπερήχων κινείται πάνω από την περιοχή του μαστού κι εκπέμπει ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας, τα οποία μεταδίδονται μέσα στο μαστό και αντανακλούνται όταν συναντήσουν κάποιο εμπόδιο. Δεν εκθέτει το μαστό σε ακτινοβολία και αποτελεί τη μόνη απεικονιστική μέθοδο που διακρίνει τις κυστικές από τις συμπαγείς βλάβες. Το

υπερηχογράφημα είναι λιγότερο ακριβές στην αποκάλυψη Καρκίνου σε παχύσαρκες μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και τα μικρού μεγέθους καρκινώματα μπορούν να διαφύγουν από την εξέταση αυτή. Αντίθετα, προσφέρει σημαντική βοήθεια στους έντονα ακτινοσκοιρούς νεανικούς μαστούς, καθώς και στη διαπίστωση κύστεων. (Μ. Πινακίδης, - Λ. Μπούτης, 1993, σελ. 53)

Ε. Αξονική Τομογραφία : Η κύρια συμβολή της αφορά τους πυκνούς μαστούς, όπου η μαστογραφία δεν είναι διαφωτιστική, καθώς και τους μικρούς σε μέγεθος καρκίνους που δεν ανιχνεύονται ούτε κλινικά ούτε μαστογραφικά. Από την άλλη μεριά όμως δίνει υψηλή δόση ακτινοβολίας (15 φορές μεγαλύτερη της μαστογραφίας) , γι' αυτό και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον προσυμπτωματικό έλεγχο, έχει υψηλό κόστος και απαιτείται μεγάλο χρονικό διάστημα για την εκτέλεσή της. (Μ. Πινακίδης – Λ. Μπούτης, 1993, σελ. 55)

ΣΤ. Διαφανογράφημα : Αποτελεί τη σημερινή εκδοχή μιας παλιάς τεχνικής προβολής φωτός διαμέσου του μαστού, της διαφανοσκόπησης. Μια φωτεινή πηγή τοποθετείται κάτω από το μαστό σε απόλυτα σκοτεινό εξεταστήριο και παρατηρούνται τμηματικές διαφορές στη φωτεινότητα. Οι μικρές μάζες είναι δύσκολο να εκτιμηθούν και μια σκοτεινή σκιά δεν μπορεί να διαχωρίσει μια καλοήγη από μια κακοήγη μάζα. (Μ. Πινακίδης – Λ. Μπούτης, 1993, σελ. 54)

3. Σταδιοποίηση της νόσου

Ο Δ. Ραζής (1981, σελ. 67) δίνοντας τον ορισμό της σταδιοποίησης αναφέρει ότι «Σταδιοποίηση είναι η κατάταξη του καρκίνου του μαστού ανάλογα με την ανατομική έκταση της νόσου». Μπορεί να βασίζεται μόνο στην κλινική εκτίμηση ή στα στοιχεία που προκύπτουν μετά την χειρουργική επέμβαση. Η σταδιοποίηση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας, όσον αφορά τη λήψη απόφασης για την καταλληλότερη θεραπευτική αγωγή, τον προσδιορισμό της πρόγνωσης, της επιβίωσης και των ποσοστών της ίασης.

Το σύστημα σταδιοποίησης T.N.M. :

Ο Δ. Ραζής (1981, σελ. 69) αναφέρει ότι το 1954 η Διεθνής Ένωση Κατά του Καρκίνου (UICC) άρχισε μια προσπάθεια επεξεργασίας ενός τελειοποιημένου μοντέλου σταδιοποίησης, το οποίο θα ίσχυε σε παγκόσμιο επίπεδο. Το σύστημα αυτό ονομάστηκε T.N.M. κι από το 1991 συνίσταται ως το καταλληλότερο σύστημα σταδιοποίησης για τις περισσότερες μορφές καρκίνου και για τον καρκίνο του μαστού.

Ο ίδιος συγγραφέας συνεχίζει υποστηρίζοντας ότι για τη σταδιοποίηση του καρκίνου χρησιμοποιούνται τα πιο σημαντικά γεγονότα που παρατηρούνται κατά την εξέλιξη της ασθένειας. Ο πρωτοπαθής όγκος αυξάνει συνεχώς κι έτσι το μέγεθος του όγκου (T) αποτελεί ένα σημαντικό γεγονός για τη σταδιοποίηση. Προοδευτικά ο όγκος διηθεί τους γύρω ιστούς και επεκτείνεται στους επιχώριου λεμφαδένες. Η προσβολή των λεμφαδένων (N) είναι μια άλλη σημαντική παράμετρος στην εξέλιξη της ασθένειας. Αργότερα παρουσιάζονται

κλινικά οι απομακρυσμένες μεταστάσεις (M), οι οποίες αποτελούν την τρίτη σημαντική παράμετρο για τη σταδιοποίηση της νόσου.

Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού

A. Πρωτοπαθής όγκος [T]

T₀ : Δεν υπάρχουν στοιχεία πρωτοπαθούς όγκου

T_{is} : Καρκίνωμα in situ

T₁ : όγκος μεγέθους 2 εκ. ή μικρότερος

T₂ : όγκος μεγαλύτερος από 2 εκ., αλλά και μικρότερος από 5 εκ.

T₃ : όγκος μεγαλύτερος από 5 εκ.

T₄ : όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα.

B. Επιχώριοι λεμφαδένες [N]

N₀ : Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι κλινικά φυσιολογικοί

N₁ : Μεταστάσεις στους σύστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες

N₂ : Οι σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες ενώνονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς

N₃ : Μεταστάσεις στους σύστοιχους εσωμαστικούς λεμφαδένες

Γ. Απομακρυσμένες μεταστάσεις [M]

M₀ : Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

M₁ : Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

(M. Dolinger – E. Rosenbaum, 1992, σελ. 42)

Οι Μ. Πινακίδης και Λ. Μπούτης (1993, σελ. 96) αναφέρουν ότι δυστυχώς η πολυπλοκότητα του T.N.M. κάνει τη χρήση του δυσχερή. Σε γενικές γραμμές πάντως, το στάδιο I είναι η κατάσταση όπου υπάρχει πρωτοπαθής όγκος στο μαστό χωρίς συμμετοχή των παρακείμενων ιστών και με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες. Το στάδιο II σχετίζεται με μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Το στάδιο IV υποδηλώνει διάσπαρτη νόσο, ενώ οι όγκοι με τοπική και επιχώρια επέκταση που ποικίλλει ανάμεσα στο στάδιο II και IV κατατάσσονται στο στάδιο III.

Τα στάδια του Καρκίνου του Μαστού διαγιγνώσκονται σήμερα στην Ελλάδα είναι δυστυχώς απογοητευτικά :

Στάδιο I	10%
Στάδιο II	40%
Στάδιο III και IV	50%

Το απογοητευτικό αυτό αποτέλεσμα οφείλεται κυρίως στο ότι το 90% των όγκων του μαστού ανακαλύπτονται σε μέγεθος άνω των 2 εκ., που στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν ήδη δώσει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα. (Χ. Πατέρας, 1991, σελ. 12)

4. Προφυλακτική μαστεκτομή

Η προφυλακτική μαστεκτομή είναι ένα ζήτημα με σημαντικές κοινωνικές και ιδιωτικές διαστάσεις. Ο Ε. Φιλόπουλος (τεύχος 7, σελ. 11) δίνοντας τον ορισμό της αναφέρει ότι «Προφυλακτική μαστεκτομή είναι η αφαίρεση του μαζικού αδένου σε υγιείς γυναίκες ως μέτρο προφύλαξης

τους από μια πιθανή μελλοντική εμφάνιση καρκίνου του μαστού». Θα πρέπει βέβαια να διευκρινισθεί ότι η συγκεκριμένη ιατρική πράξη αφορά μεν υγιείς γυναίκες, αλλά με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν μελλοντικά καρκίνο του μαστού. Αυτές είναι : 1. Οι γυναίκες με επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, ιδιαίτερα όταν οι μητέρες τους εμφανίσουν καρκίνο του μαστού πριν απ' την εμμηνόπαυσή τους 2. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ορισμένες καλοήθειες διαφοροποιήσεις του μαζικού αδένου 3. Οι γυναίκες στις οποίες εντοπίζεται ένα γονίδιο με τυπικές βλάβες, σχετιζόμενες με την εμφάνιση Καρκίνου του Μαστού.

Όπως σημειώνει ο ίδιος συγγραφέας, μπορεί να προσδιοριστεί σε μια ομάδα γυναικών το ποσοστό το οποίο ενδέχεται να εμφανίσει τη νόσο, αλλά δεν είναι γνωστό σε ποιες ακριβώς θα συμβεί. Από τα στατιστικά στοιχεία που υπάρχουν είναι γνωστό ότι 1 στις 9 γυναίκες θα εμφανίσει κατά τη διάρκεια της ζωής της καρκίνο του μαστού ή ότι ένα 10% περίπου των γυναικών έχει επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό. Από τα δεδομένα αυτά προκύπτει ότι ο αριθμός των γυναικών στις οποίες μπορεί η προφυλακτική παρέμβαση να έχει κάποιο αποτέλεσμα είναι μικρός και ο ακριβής εντοπισμός των γυναικών που θα εμφανίσουν τη νόσο είναι αμφίβολος.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής, έχει διαπιστωθεί ότι στις 100 γυναίκες ο κίνδυνος ελαττώθηκε κατά 45 ή 90%. Το γεγονός αυτό δείχνει μεν κάποια βελτίωση των συνολικών αποτελεσμάτων, αλλά σίγουρα αδυνατεί να προσδιορίσει σε ποια ομάδα (ποιο ποσοστό) θα καταταγεί τελικά μια γυναίκα στην οποία εφαρμόστηκε προφυλακτική αγωγή. (Ε. Φιλόπουλος, τεύχος 7, σελ. 16)

Ο Ε. Φιλόπουλος (τεύχος 7, σελ. 16) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η καθιέρωση της προφυλακτικής μαστεκτομής αποτελεί αμφιλεγόμενο

ιατρικό θέμα, καθώς δεν μπορεί να προσδιοριστεί με απόλυτη ακρίβεια το ποιες είναι οι γυναίκες αυξημένου κινδύνου. Για το λόγο αυτό δεν συνίσταται για ευρύτατη χρήση, αλλά πρέπει να εφαρμόζεται με εξαιρετική φειδώ και μετά από πολύ περίσκεψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει εμπλουτισθεί πολύ τα τελευταία χρόνια. Ο καρκίνος του μαστού είναι από τους πιο μελετημένους καρκίνους του ανθρώπου, από διαγνωστική και θεραπευτική άποψη.

Σύμφωνα με την Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 131), οι θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού διακρίνονται σε συντηρητικές ή γενικές και σε χειρουργικές. Συντηρητικές μέθοδοι είναι η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, ενώ χειρουργικές οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό, καθώς και η ορμονοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει και στοιχεία συντηρητικής παρέμβασης.

Οι Γ. Παπαδημητρίου και Γ. Ανδρουλάκης (1989, σελ. 325-326) αναφέρουν ότι κάθε θεραπευτικός χειρισμός που ακολουθείται έχει δύο στόχους : 1. Να εξαλείψει την τοπική νόσο (πρωτοπαθή εστία) και τις πιθανότητες τοπικής υποτροπής και 2. να προφυλάξει ή να θεραπεύσει τη συστηματική επέκταση της νόσου (μεταστάσεις).

Όσον αφορά την επιλογή της πιο κατάλληλης κατά περίπτωση θεραπείας, οι παραπάνω συγγραφείς επισημαίνουν ότι ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει το κλινικό στάδιο της νόσου με τη μεγαλύτερη δυνατή προσέγγιση, τον ιστολογικό τύπο του νεοπλασματος και την ορμονική δραστηριότητα, τόσος της γυναίκας (πριν ή μετά την εμμηνόπαυση) όσο και του όγκου (ύπαρξη ή μη ορμονικών υποδοχέων στα καρκινικά κύτταρα), τα οποία θα του δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους, αλλά και του τρόπου της θεραπείας.

Παρακάτω περιγράφονται περιληπτικά οι ιατρικές θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Όσον αφορά την ψυχοθεραπεία, η οποία πρέπει να παρέχεται παράλληλα με οποιαδήποτε ιατρική θεραπευτική υπηρεσία, γίνεται αναφορά σε άλλο κεφάλαιο.

1. Χημειοθεραπεία

Σύμφωνα με την Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 131-132) μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού είναι η Χημειοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία δεν θεραπεύει τον καρκίνο όμως επιβραδύνει την εξέλιξή του και περιορίζει τις διαστάσεις του.

Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης δράση τους, όμως δεν απευθύνεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Γι' αυτό και είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου που θα καταστρέψει τα κακοήθη κύτταρα, χωρίς να επηρεάσει τα υγιή.

Επίσης σημειώνεται ότι η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε δύο κατηγορίες με διαφορετικό στόχο η καθεμιά:

α) Η προφυλακτική χημειοθεραπεία η οποία συμπληρώνει την θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη χειρουργική, με στόχο να καταστρέψει τα υπολείμματα όγκου που δεν είναι κλινικοεργαστηριακώς διαπιστώσιμα και ευθύνονται για τη μελλοντική υποτροπή της νόσου και

β) Η χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου του μαστού, η οποία έχει στόχο την αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων.

Σύμφωνα με την προηγούμενη συγγραφέα, η εκλογή της χημειοθεραπείας ως μεθόδου θεραπείας του καρκίνου του μαστού, καθορίζεται από τους εξής παράγοντες:

1. Από την μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου
2. Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου
3. Από την κατάσταση της ασθενούς
4. Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας
5. Από τις συνθήκες και την πείρα των γιατρών
6. Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο

A. Προφυλακτική ή συμπληρωματική χημειοθεραπεία

Η Προφυλακτική Χημειοθεραπεία χορηγείται σήμερα στις περισσότερες ασθενείς μετά την επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η ανάπτυξη των ενυπαρχόντων νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία μπορεί να αυξηθούν, με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος. (M. Dollinger, E. Rosenbaum, C. Benz 1992, σελ.309)

Η έναρξη της Προφυλακτικής Χημειοθεραπείας πρέπει να γίνεται μέσα στις τρεις πρώτες μετεγχειρητικές εβδομάδες και να αποφεύγεται η επιμήκυνση των μεσοδιαστημάτων.

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 135) αναφερόμενη στις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας, τονίζει, ότι αυτές είναι η αλωπεκία, ναυτία, εμετοί, δερματικές αλλαγές, διάρροια, φθορά των αιμοφόρων αγγείων, διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου και οι οποίες μπορεί να έχουν καταστρεπτικές επιδράσεις στη σωματική και ψυχοσυναισθηματική υγεία της ασθενούς.

Ο Λ. Μπούτης (1993, σελ. 175) παρουσιάζει συμπεράσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της Προφυλακτικής Χημειοθεραπείας από ανάλυση αποτελεσμάτων 133 κλινικών μελετών σε 75.000 περιπτώσεις. Αυτά είναι :

- α) Η προφυλακτική χημειοθεραπεία είναι αποτελεσματική για την παράταση του ελεύθερου νόσου μεσοδιαστήματος και για την αύξηση της επιβίωσης σ' όλες τις ομάδες γυναικών.
- β) Προσφέρει σε συνδυασμό με την ταμοξιφένη σε γυναίκες άνω των 50 ετών πολύ περισσότερα από ότι η μια από τις θεραπείες μόνη.
- γ) Οι εξαιρετικές διαφορές που δίνει σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών με καρκίνο του μαστού έναντι άλλων όπου οι διαφορές είναι μικρότερες πρέπει να αποτελεί τον παράγοντα εκτίμησης σε σχέση με την τοξικότητα και τα άλλα προβλήματα για τον καθορισμό της ένδειξης.

B. Χημειοθεραπεία γενικευμένου Καρκίνου του Μαστού

Σύμφωνα με την Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 137-139) η χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου του μαστού απευθύνεται σε ασθενείς με καρκίνο που βρίσκεται στο στάδιο IV, όπου έχουμε απομακρυσμένες μεταστάσεις και στοχεύει στον περιορισμό του μεγέθους ή της ανάπτυξης των μεταστατικών όγκων.

Η ίδια συγγραφέας σημειώνει ότι τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα στη χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου του μαστού μπορούν να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους:

1. Ενδοφλεβίως – ενδαρτηριακώς
2. Ενδομυϊκώς
3. Ενδοκοιλιακώς

4. Υποδορίως
5. Από το στόμα
6. Τοπικώς, όπου τοποθετείται καθετήρας στη μαστική αρτηρία, δια του οποίου γίνεται η έγχυση των φαρμάκων κατά διαστήματα.

Όσον αφορά την διάρκεια και την συχνότητα της χημειοθεραπείας γενικά, αυτά εξαρτώνται από έναν αριθμό παραγόντων, οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την ασφάλεια της ασθενούς. Αυτοί είναι ο τύπος της νεοπλασίας, ο χρόνος που χρειάζεται ο οργανισμός για να απαντήσει θετικά στη χημειοθεραπεία, το πώς η ασθενής θα αντιμετωπίσει ανεπιθύμητες ενέργειες καθώς και η ύπαρξη άλλων παθήσεων. (Ε. Κόνιαρη 1991, σελ. 154)

2. Ακτινοθεραπεία

Η θέση της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι σημαντική.

Η ακτινοθεραπεία με την χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας έχει ως στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης, όσο είναι δυνατόν, στη ζωή των φυσιολογικών ιστών, που ακτινοβολούνται συγχρόνως. (Ε. Κόνιαρη 1991, σελ. 176)

Ο καθηγητής Γ. Παπαβασιλείου σε εισήγησή του σε σεμινάριο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (Ιούλιος 1985, σελ. 15) ανέφερε ότι η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως :

- α) κύρια θεραπεία
- β) συμπληρωματική θεραπεία με τη μαστεκτομή

γ) κύρια θεραπεία για την αντιμετώπιση τοπικά προχωρημένου καρκίνου και

δ) θεραπεία μεταστατικής νόσου

Σύμφωνα με την Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 177) παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι :

α) το είδος της ακτινοβολίας

β) η δόση της ακτινοβολίας

γ) ο ρυθμός δόσης

δ) το είδος του ιστού

ε) η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση επίσης ανάλογη με την ακτινευαισθησία και

στ) η θερμοκρασία που έχει σχέση επίσης ανάλογη με την ακτινευαισθησία. Η θερμοκρασία επηρεάζει το βαθμό κυκλοφορίας και επομένως την οξυγόνωση του ιστού.

Η ίδια επίσης αναφέρει ότι η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας του καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι εξωτερική, με ακτίνες X ή ραδιοϊσότοπα, ή εσωτερική με εμφύτευση.

A. Η ακτινοθεραπεία ως κύρια θεραπεία στον Καρκίνο του Μαστού

Σύμφωνα με την Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 180), η ακτινοθεραπεία, ως κύρια θεραπεία στον καρκίνο του μαστού, φιλοδοξεί να αντικαταστήσει τη μαστεκτομή. Πιστεύεται δηλαδή ότι μετά από πολύ συντηρητική εγχείρηση (ογκεκτομή, τεταρτεκτομή) ή μετά από απλή βιοψία, η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται στον υπολειπόμενο μαστό, μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση τοπικής υποτροπής και οι ασθενείς να έχουν την ίδια επιβίωση όπως και μετά από μαστεκτομή.

Η ίδια συγγραφέας κάνει αναφορά στις προϋποθέσεις που πρέπει να τηρούνται στην ακτινοθεραπεία (ως κύρια θεραπεία). Αυτές είναι :

- α) η μέθοδος να εφαρμόζεται σε αρχικά στάδια
- β) πρέπει να γίνεται από έμπειρα χέρια και σε κέντρα με σύγχρονο εξοπλισμό
- γ) με τη βιοψία πρέπει να αφαιρείται ολόκληρος ο όγκος και όχι μέρος του, εφόσον βέβαια αυτό είναι εφικτό
- δ) με την ίδια ή και με άλλη τομή να γίνεται δειγματοληψία της μασχάλης, χωρίς να γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός.

Η επιλογή μεταξύ της χειρουργικής με διατήρηση τμήματος του μαστού με επιπρόσθετη ακτινοθεραπεία και της μαστεκτομής εξαρτάται από τα οφέλη και τις παρενέργειες που έχει κάθε διαδικασία για την ασθενή. Σύμφωνα με τον Harrison (1995, σελ. 2106) το μοναδικό πραγματικό πλεονέκτημα των επεμβάσεων κατά τις οποίες διατηρείται τμήμα του μαστού είναι το πληρέστερο αίσθημα της σωματικής ακεραιότητας και του βελτιωμένου αισθητικού αποτελέσματος. Αυτό το πλεονέκτημα, αναφέρει, ότι είναι δυνατόν να χαθεί, αν η μάζα του όγκου είναι μεγάλη, ώστε να απαιτείται η αφαίρεση σχεδόν ολόκληρου του μαστού.

B. Συμπληρωματική ακτινοθεραπεία

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 181) αναφέρει ότι η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία χορηγείται συμπληρωματικώς μετά την εγχείρηση για τη θεραπεία της υπολειμματικής νόσου, με σκοπό την ελάττωση των τοπικών υποτροπών.

Επίσης η ίδια αναφέρει ότι με την συμπληρωματική ακτινοθεραπεία ελαττώνεται η εμφάνιση των υποτροπών από 20 – 25% σε 5% και λιγότερο. Όμως πρέπει να χορηγείται αμέσως μετά την εγχείρηση και όχι να περιμένουμε την εμφάνιση υποτροπών, γιατί τότε αντιμετωπίζονται μόνο σε ποσοστό 50 – 70%.

Γ. Η ακτινοθεραπεία για την τοπική προχωρημένη νόσο

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 181-182) αναφέρει ότι στις περιπτώσεις ασθενών με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού, χρησιμοποιούνται υψηλές δόσεις ακτινοβολίας (τουλάχιστον 6.000rads) και ακολούθως εμφύτευση ραδιενεργών πηγών.

Συνεχίζει αναφέροντας ότι εκτός της τοπικής θεραπείας, πρέπει να γίνεται και συστηματική θεραπεία για την αντιμετώπιση πιθανών μεταστάσεων, και αυτές είναι η χημειοθεραπεία και η διάφοροι ορμονικοί χειρισμοί.

Η ίδια συγγραφέας υποστηρίζει ότι αν στις ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο, γίνει μόνο χειρουργική επέμβαση, τα αποτελέσματα θα είναι παρα πολύ πτωχά. Ενώ πολλές φορές σε τέτοιες περιπτώσεις, η ακτινοθεραπεία γίνεται προεγχειρητικώς, με σκοπό τη βελτίωση των τοπικών ευρημάτων και ακολουθεί χειρουργική επέμβαση, η οποία πριν από την ακτινοβόληση δεν μπορούσε να γίνει.

Δ. Ακτινοθεραπεία μεταστατικής νόσου

Σύμφωνα με την Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 182) η συνεισφορά της ακτινοθεραπείας για την αντιμετώπιση της μεταστατικής νόσου είναι πολύ σημαντική.

Η ίδια δηλώνει ότι η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε οστικές μεταστάσεις, οι οποίες ως επί το πλείστον είναι επώδυνες και συχνά προκαλούν παθολογικά κατάγματα. Έτσι βοηθάει στην ύφεση ή πλήρη υποχώρηση του άλγους στο 90% των περιπτώσεων, καθώς και στην αποφυγή παθολογικών καταγμάτων, γεγονός που απαιτεί μερικούς μήνες.

Οι πιο συχνές οστικές μεταστάσεις εμφανίζονται στην σπονδυλική στήλη, στη λεκάνη, στα ισχία και σπανιότερα στον εγκέφαλο και στο ωτιαίο μυελό.

Οι δόσεις ακτινοβολίας που συνήθως χρησιμοποιούνται και με τις οποίες επιτυγχάνεται ικανοποιητικό αποτέλεσμα είναι 3.000 rads.

Ε. Ακτινική στείρωση με ακτινοβόληση

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 182-183) επισημαίνει μια ακόμη εφαρμογή της ακτινοθεραπείας. Αυτή είναι η χρησιμοποίησή της για την καταστροφή των ωοθηκών, όσες φορές επιβάλλεται αυτό, αντί της χειρουργικής ωοθηκεκτομής. Σ' αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιείται υπερδυναμική ακτινοβολία, κυρίως σε δόσεις 3.000 rads περίπου, μέσα σε 2 εβδομάδες.

Η ίδια συγγραφέας κάνει μια αναφορά στις ανεπιθύμητες ενέργειες, γενικά, από την ακτινοθεραπεία. Αναφέρει λοιπόν, ότι αυτές διακρίνονται σε δύο κατηγορίες :

α) Συστηματικές, οι οποίες το ονομαζόμενο «ακτινικό σύνδρομο», το οποίο χαρακτηρίζεται από : 1. Γενική καταβολή δυνάμεων, κόπωση 2. Ναυτία εμετός 3. Ανορεξία 4. Απώλεια βάρους 5. Δεκατική πυρετική κίνηση και

β) Τοπικές οι οποίες διακρίνονται σε Πρώιμες και Όψιμες Επιπλοκές. Πρώιμες είναι η ακτινοδερματίτιδα (τοπικός ερεθισμός του δέρματος του μαστού που ακτινοβολείται), η ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών, η δυσκαταποσία – δυσφαγία, η ναυτία, εμετός, διάρροια, κόπωση – αδυναμία και η ξηροστομία. Και όψιμες είναι η υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος, ο καρκίνος του δέρματος, πνευμόνων και οστών, η αλωπεκία, η λευχαιμία, οι μεταλλάξεις και ο πολυτερηδονισμός.

3. Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία του καρκίνου του μαστού άρχισε εμπειρικά στα τέλη του περασμένου αιώνα με την ωθηκεκτομή, αναπτύχθηκε σημαντικά, ώστε και σήμερα παρα τις προόδους της κυτταροστατικής χημειοθεραπείας να κατέχει πρωτεύουσα θέση στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, ενώ επεκτείνεται και στην πρόληψη. Γενικά η ορμονοθεραπεία, όπως και η χημειοθεραπεία έχουν πρωταρχική θέση στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, αφού 70% των περιπτώσεων, είτε από την αρχή, είτε αργότερα είναι γενικευμένη νόσος και χρειάζεται συστηματική αντιμετώπιση. (Λ. Μπούτης 1993, σελ. 199)

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 228-229) υποστηρίζει ότι η εφαρμογή ορμονικής (ή ενδοκρινικής) θεραπείας στον καρκίνο του μαστού, με εξαίρεση την ταμοξιφένη και την ωθηκεκτομή που εφαρμόζονται και στη συμπληρωματική θεραπεία, γίνεται πάντα σε προχωρημένες περιπτώσεις της νόσου, στις οποίες υπάρχουν προϋποθέσεις επιτυχίας και δυνατότητες εφαρμογής, δηλαδή που πληρούν κριτήρια ορμονοευαισθησίας. Ως κύρια κριτήρια ορμονοευαισθησίας θεωρούνται οι ορμονικοί υποδοχείς. Επιπλέον κριτήρια, που πρέπει να εξετάζονται, είναι όλοι οι προγνωστικοί παράγοντες καθώς και τα γενικά κριτήρια που είναι :

- 1) η ηλικία και η έμμηνος ρύση
- 2) βιολογικά χαρακτηριστικά του όγκου (ιστολογική μορφή, βαθμός διαφοροποίησης, ταχύτητα ανάπτυξης)
- 3) άλλοι παράγοντες όπως π.χ. δεύτερη νόσος και
- 4) φαρμακολογικά κριτήρια και προϋποθέσεις – αντενδείξεις

Σχετικά με την ηλικία ο Λ. Μπούτης (1993, σελ. 202-203) αναφέρει ότι οι πολύ νέες ασθενείς (κάτω από τα 30) καθώς και πολύ ηλικιωμένες (πάνω από τα 75-80) απαιτούν μια πιο εξατομικευμένη θεραπεία με βάση όχι μόνο τα κλασικά κριτήρια ορμονοευαισθησίας.

Σύμφωνα με την Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 229) ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία αναμένεται :

- α) σε ασθενείς με όγκο που αναπτύσσεται με αργό ρυθμό
- β) σε ασθενείς με μεταστάσεις σε οστά και μαλακά μέρη ή στον υπεζωκότα
- γ) σε πολύ ηλικιωμένες ασθενείς και
- δ) σε ασθενείς που είχαν εμφανίσει προηγουμένως καλή απόκριση.

Ο καθηγητής, Λάζαρος Μπούτης, σε εισήγησή του σε σεμινάριο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρεία με θέμα “Καρκίνος του Μαστού” (Ιούλιος 1985, σελ. 14-15) περιγράφει τους διάφορους ορμονικούς χειρισμούς που εφαρμόζονται στην θεραπεία του Καρκίνου του μαστού, οι οποίες είναι :

A) Ωοθηκεκτομή. Υπήρξε από τις πρώτες μεθόδους συστηματικής θεραπείας στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς. Σε ασθενείς με ορμονοεξαρτώμενους όγκους και ανάλογα με την εντόπιση των μεταστάσεων, η απάντηση φθάνει το 60%, ενώ σε μη επιλεγμένες περιπτώσεις κυμαίνεται περί το 30%. Ο Μ. Πινακίδης (1993, σελ. 129) αναφέρει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανταπόκριση και οι οποίοι είναι : α) η προεμμηνοπαυσιακή κατάσταση β) το μεγάλο ελεύθερο νόσου διάστημα γ) οι ομάδες αίματος Β και ΑΒ δ) μεταστατική νόσος περιορισμένη στα οστά και ε) η παρουσία μετάστασης και ωχρού σωματίου στην αφαιρούμενη ωοθήκη.

B) Επινεφριδεκτομή – Υποφυσεκτομή. Σήμερα έχουν σχεδόν εγκαταλειφθεί γιατί παρουσιάζουν το μειονέκτημα της εγχειρητικής θνητότητας και μετεγχειρητικής νοσηρότητας, καθώς και μόνιμες διαταραχές του ενδοκρινολογικού συστήματος.

Γ) Οιστρογόνα. Δίνουν θετική απάντηση σε 30% των μη επιλεγμένων περιπτώσεων, ενώ σε άτομα με ορμονικούς υποδοχείς θετικούς φτάνει το 50%.

Δ) Ανδρογόνα. Θεωρούνται λιγότερα αποτελεσματικά από τα οιστρογόνα σε μεταεμμηνοπαυσιακές ασθενείς. Έχουν ένδειξη κυρίως σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες στις οποίες η προηγηθείσα ωοθηκεκτομή ήταν αποτελεσματική.

Ε) Αντιοιστρογόνα. Είναι συνθετικά παράγωγα που αποκλείουν την πρόσληψη των οιστρογόνων από τους ιστούς – στόχους, συνδεδεμένα με τους οιστρογονικούς υποδοχείς. Από αυτά, η ταμοξιφένη αποδείχτηκε ασφαλής και αποτελεσματική σε δόση 30-40mg την ημέρα. Η συνολική απάντηση σε μη επιλεγμένες περιπτώσεις ανέρχεται σε 40% και είναι μεγαλύτερη στις πιο ηλικιωμένες μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ενώ σε προεμμηνοπαυσιακές το ποσοστό είναι μικρότερο. Ασθενείς με ορμονικούς υποδοχείς θετικούς δίνουν ανταπόκριση σε ποσοστό 75%. Η ταμοξιφένη είναι αποτελεσματική μετά από χημειοθεραπεία ή και σε συνδυασμό μ' αυτή, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα αν και όχι απόλυτα.

ΣΤ) Γλυκοκορτικοειδή. Μπορούν να προκαλέσουν ύφεση του καρκίνου του μαστού σε 15% περίπου των ασθενών. Επίσης συμβάλλουν στην αντιμετώπιση εγκεφαλικών μεταστάσεων.

Ζ) Αμινογλουτεθιμίνη. Χρησιμοποιείται σαν μέθοδος φαρμακευτικής επινεφριδεκτομής στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού, γιατί καταστέλλει τη σύνθεση των στεροειδών στα επινεφρίδια.

Η) Προγεστερόνη. Είχε χρησιμοποιηθεί παλιότερα σε ανεπαρκείς δόσεις, ενώ πρόσφατα η χρησιμοποίηση μεγάλων δόσεων μεδροξυπρογεστερόνης καθιέρωσε τη χρήση στην κλιμάκωση της θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Οι παρεμβολές της μεδροξυπρογεστερόνης συμβάλλουν τελικά στην καταστροφή του κυττάρου – στόχου και μπορεί να συνδυασθεί και με χημειοθεραπεία ή άλλη ορμονοθεραπεία.

4. Χειρουργική θεραπεία - Μαστεκτομή

Η χειρουργική θεραπεία ή μαστεκτομή είναι η αρχαιότερη μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού και θεωρείται ως η κύρια μορφή θεραπείας κυρίως για τα προχωρημένα στάδια της νόσου.

Μαστεκτομή είναι η αφαίρεση ολόκληρου ή τμήματος του μαστού λόγω της υπάρξεως καρκίνου του μαστού των σταδίων III (τοπικά προχωρημένο καρκίνωμα) ή IV (καρκίνος μαστού με απομακρυσμένες μεταστάσεις). Η θεραπεία συνίσταται με συνδυασμό χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας. (Barbara Engam 1997, σελ. 616)

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 194) αναφέρει ότι έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει κίνδυνος διασποράς της νόσου από χειρουργικούς χειρισμούς. Για το λόγο αυτό, κάθε επέμβαση στο μαστό πρέπει να συνδυάζεται με ταχεία βιοψία, η οποία – αφού θα έχει προηγηθεί η συναίνεση της ασθενούς – θα δίνει το δικαίωμα στο χειρουργό να προχωρήσει αμέσως, ανάλογα με το αποτέλεσμα.

Τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων στο μαστό είναι :

A. Ριζική μαστεκτομή

Το 1894, οι Halsted και Mayer περιέγραψαν τη ριζική μαστεκτομή, η οποία εξακολουθεί να παραμένει η μέθοδος επιλογής αρκετών ογκολόγων. (Ε. Κόνιαρη, 1991, σελ. 194)

Με την ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται ο μαστός (δέρμα – αδένας – λίπος – θηλή), οι πρόσθιοι θωρακικοί μύες (μείζονες και ελάσσονες) και το περιεχόμενο της μασχαλιαίας κοιλότητας. (Γ. Παπαδημητρίου – Γ. Ανδρουλάκης 1989, σελ. 326)

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 194), αναφέρει ότι η ριζική μαστεκτομή εφαρμόζεται συνήθως στα στάδια I και II της νόσου σε γυναίκες μέσης ή μεγάλης ηλικίας. Η τομή που γίνεται μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετη και τοποθετείται στο τραύμα παροχέτευση συνεχούς αναρρόφησης. Η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό κοσμητικό αποτέλεσμα, εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας.

Επίσης αναφέρει ότι παραλλαγή της ριζικής μαστεκτομής είναι η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή ή υπερριζική μαστεκτομή, η οποία εκτός από την αφαίρεση του μαστού, των μυών και των μασχαλιαίων λεμφαδένων, περιλαμβάνει και την αφαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματά της όμως είναι πολύ πτωχά και όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομής. Λίγοι χειρουργοί τη συνιστούν και πολύ λίγες εγχειρήσεις γίνονται σήμερα, ακόμη και σε μεγάλα ογκολογικά κέντρα.

B. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Το 1938, οι Patey και Duson περιέγραψαν την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή ως ένα από τους τύπους για την χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. (Ε. Κόνιαρη 1991, σελ. 195)

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή συνίσταται στην αφαίρεση του μαστού με το υπερκείμενο δέρμα και του περιεχομένου της μασχάλης με διατήρηση του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός. (Μ. Πινακίδης – Λ. Μπούτης 1993, σελ. 110)

Ο Μ. Πινακίδης (1993, σελ. 110-111) υποστηρίζει ότι στα μέσα της δεκαετίας του '70 καθιερώθηκε στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ σαν η πιο δημοφιλής εγχείρηση για τα πρώτα στάδια του καρκίνου του μαστού. Μέχρι και σήμερα παραμένει η επέμβαση επιλογής σε περιπτώσεις που

ενδείκνυται ή σε ασθενείς που δεν επιθυμούν τη διατήρηση του μαστού στη χειρουργική θεραπεία.

Επίσης αναφέρει ότι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή έχει το πλεονέκτημα έναντι της ριζικής μαστεκτομής ότι επιτυγχάνει καλύτερα κοσμητικά αποτελέσματα, εφόσον ο μείζονας θωρακικός μυς διατηρείται και δίνει φυσιολογική εμφάνιση του θωρακικού τοιχώματος. Αυτό δίνει την δυνατότητα για πλαστική αποκατάσταση του μαστού πολύ μεγαλύτερη απ' ό,τι μετά τη ριζική μαστεκτομή.

Σύμφωνα με τον παραπάνω συγγραφέα, διακρίνονται δύο τύποι τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής. Η εγχείρηση κατά Patey και Scanlon με πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης και η εγχείρηση κατά Auckincloss – Madden, στην οποία ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης περιορίζεται στα αρχικά επίπεδα I και II.

Όσον αφορά την τεχνική, η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 195), αναφέρει ότι η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια και έτσι επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα. Η ίδια τομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πάλι σε περίπτωση που θα γίνει τοποθέτηση τεχνητού στήθους μελλοντικά.

Γ. Ολική (απλή) μαστεκτομή

Ο όρος ολική μαστεκτομή αντικατέστησε τον όρο 'απλή' μαστεκτομή για να υπογραμμίσει το σκοπό της επέμβασης, την αφαίρεση δηλαδή ολόκληρου του μαζικού αδένου, χωρίς να παραμένουν υπολείμματα του ιστού. (Μ. Πινακίδης – Α. Μπούτης 1993, σελ. 113)

Σύμφωνα με την Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 200), η απλή μαστεκτομή γίνεται σε ασθενείς με μικρούς όγκους (2cm ή και μικρότερους) εντοπισμένου ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, χωρίς λεμφαδενική

διασπορά. Γίνεται κυρίως σε ηλικιωμένες ασθενείς τις οποίες δεν αναμένεται γρήγορη εξέλιξη της νόσου. Και συνήθως συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία.

Δ. Μερική μαστεκτομή

Η μερική μαστεκτομή έχει στόχο να διασώσει τον προσβεβλημένο μαστό. Συνίσταται στην αφαίρεση του τμήματος του μαστού που περιέχει τον όγκο μαζί με το υπερκείμενο δέρμα και λεμφογαγγλιακό καθαρισμό της μασχάλης. (Μ. Πινακίδης – Λ. Μπούτης 1993, σελ. 115)

Η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια αλλά επειδή έχει παρατηρηθεί αλλαγή της θέσης και της θηλαίας άλω πρόσφατα η τομή γίνεται γύρω από την τομή της πρόσφατης βιοψίας. (Ε. Κόνιαρη 1991, σελ. 197)

Σύμφωνα με τον Μ. Πινακίδη (1993, σελ. 115), είναι διαπιστωμένο ότι με την μερική μαστεκτομή παραμένουν στο μαστό μικροσκοπικές εστίες καρκίνου. Η ακτινοθεραπεία που ακολουθεί έχει σκοπό να ελέγξει αυτόν ακριβώς τον υπολειπόμενο μικροσκοπικό καρκίνο.

Ο Μ. Πινακίδης στην ίδια μελέτη κάνει αναφορά στις αντενδείξεις για την εφαρμογή της μερικής μαστεκτομής, οι οποίες είναι :

- 1) Ασθενείς με μη καλά αφοριζόμενους όγκους στο μαστό
- 2) Πολλαπλοί πρωτοπαθείς όγκοι
- 3) Μεγάλοι πρωτοπαθείς όγκοι σε μικρό μαστό
- 4) Η κύηση και
- 5) Η προηγηθείσα ακτινοβολία στο θώρακα

Ε. Ουγκεκτομή

Αυτή η διαδικασία ενδείκνυται για ασθενείς με κλινικώς ή μαστογραφικώς εντοπισμένους μονοεστιακούς όγκους, οι οποίοι συχνά δεν ξεπερνούν τα 3cm σε μέγεθος και δίχως κλινικώς ψηλαφητούς λεμφαδένες. Η τομή για την αφαίρεση του όγκου γίνεται ακριβώς πάνω από τη μάζα του. Αφαιρούνται ταυτόχρονα 2cm φυσιολογικού ιστού που περιβάλλουν το όγκο. (Ε. Κόνιαρη 1991, σελ.200)

Τα τελευταία χρόνια η εφαρμογή των υπερριζικών επεμβάσεων για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού έχουν εγκαταλειφθεί. Σχετικά με την επιλογή της επέμβασης που θα έχουμε και μεγαλύτερη επιβίωση και καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα, οι απόψεις γιατρών και ερευνητών συγκρούονται.

5. Βιολογική θεραπεία

Σύμφωνα με τον Ε. Φιλόπουλο (τεύχος 7, 1997, σελ. 12-13), βιολογική θεραπεία ονομάζεται η ιατρική παρέμβαση που χρησιμοποιεί μεθόδους και ουσίες που ενεργοποιούν τις φυσικές αμυντικές δυνάμεις του οργανισμού για να παραχθούν αντικαρκινικά αποτελέσματα.

Επίσης αναφέρει ότι τις τελευταίες δεκαετίες, με τις νέες επιστημονικές γνώσεις για τον καρκίνο, η βιολογική θεραπεία απέκτησε νέα αίγλη και άνθηση. Εντοπίστηκαν ουσίες στα καρκινικά κύτταρα που μπορεί να λειτουργήσουν σαν αντιγόνα, γεγονός που στη συνέχεια επέτρεψε την Παρασκευή ειδικών αντισωμάτων που όταν χορηγηθούν στο ανθρώπινο σώμα κατευθύνονται και προσκολλώνται μόνο στα καρκινικά κύτταρα. Αυτή η εξέλιξη έχει διευκολύνει σημαντικά την ανίχνευση των καρκινικών κυττάρων στο σώμα, ενώ απ' την άλλη μεριά

δίνει νέες ελπίδες για την επίτευξη καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Ο Ε. Φιλόπουλος στο ίδιο άρθρο δηλώνει ότι τα πρώτα εμβόλια κατά του Καρκίνου εμφανίστηκαν στις αρχές του αιώνα μας χωρίς επιτυχία, ενώ τα τελευταία χρόνια η παρασκευή τους γνώρισε μεγάλη άνθηση. Τα εμβόλια για τον καρκίνο, σ' αντίθεση με τα γνωστά εμβόλια που προσφέρουν στον οργανισμό την δυνατότητα να παραμείνει απρόσβλητος από τις λοιμώδεις νόσους, στοχεύουν στην θεραπεία ή στην καθυστέρηση εμφάνισης της υποτροπής σε ασθενείς που ήδη έχουν προσβληθεί από καρκίνο. Είναι ουσίες ή συμπλέγματα ουσιών που έχουν σχέση με τα καρκινικά κύτταρα και οι οποίες είναι ικανές να προκαλέσουν τη διέγερση των αμυντικών δυνάμεων του οργανισμού, ώστε αυτές στη συνέχεια να κινητοποιηθούν και να αντιπαλέψουν τα καρκινικά κύτταρα.

Οι έρευνες και μελέτες εμβολίων που βρίσκονται σε εξέλιξη σε εργαστήρια, πειραματόζωα και σε ανθρώπους είναι δεκάδες. Ο Ε.Φιλόπουλος (τεύχος 7, 1997, σελ. 14-16) αναφέρει ότι παρόλη την αισιόδοξη διάθεση που επικρατεί, υπάρχουν ακόμη ορισμένα προβλήματα όπως :

1. η μεγάλη αντιστοιχία που εμφανίζεται στην δραστικότητα των εμβολίων, όταν αυτά εφαρμόζονται σε πειραματόζωα και στον άνθρωπο
2. υπάρχουν ενδείξεις ότι όγκοι, που φάνηκαν αρχικά ν' αντιδρούν στα εμβόλια, στη συνέχεια κατάφεραν να αποφύγουν την αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος
3. η επιστήμη δεν γνωρίζει ακόμη όλες τις λεπτομέρειες για τον τρόπο δράσης των εμβολίων πάνω στο ανοσοποιητικό σύστημα.

Έτσι είναι δύσκολο να εξηγηθεί η αποτυχία ορισμένων εμβολίων, γεγονός που θα άνοιγε το δρόμο στο να γίνουν οι κατάλληλες βελτιώσεις που θα επιτρέψουν την αποτελεσματικότερη δράση των εμβολίων.

Στο ίδιο άρθρο γίνεται αναφορά στα αποτελέσματα των ερευνών της κ. Βάσως Αποστολοπούλου, τα οποία παρουσίασε στη χώρα μας πριν 3 χρόνια. Στο εργαστήριο του ερευνητικού κέντρου Austin της Αυστραλίας παρασκεύασε την βλέννη MUC – 1 , ουσία που βρίσκεται στην επιφάνεια της πλειοψηφίας των κυττάρων των αδενοκαρκινωμάτων του μαστού. Προκειμένου να ενισχύσει την αντιγονική δράση της MUC – 1 τη σύνδεσε με κάποια ειδική ουσία φορέα, το Mannan. Αυτή η ουσία χορηγήθηκε σε πειραματόζωα και φάνηκε να προκαλεί την αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος σε ποσοστό 70 – 80% και οι όγκοι υποχώρησαν. Το επόμενο βήμα είναι διερευνήσει την επίδραση του εμβολίου στους ανθρώπους. Οι δοκιμές αυτές έχουν τρεις φάσεις : Η πρώτη αφορά στον έλεγχο της τοξικότητας και των παρενεργειών, η δεύτερη στον προσδιορισμό των αντισωμάτων που αναπτύσσονται και η τρίτη στις κλινικές αντιδράσεις όπως αν εξασφαλίζεται προστασία από τη δημιουργία όγκου ή αν ο ήδη υπάρχων όγκος συρρικνώνεται.

Σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο που θα εφαρμοστεί στην Ελλάδα, το εμβόλιο θα χορηγηθεί σε 100 γυναίκες, που θα έχουν καρκίνο του μαστού και μεταστάσεις σε 1 – 3 λεμφαδένες της μασχάλης. Θα χορηγηθεί μετά την εγχείρηση μαζί με γνωστό ορμονικό σκεύασμα που χρησιμοποιείται στην θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Μια άλλη ομάδα γυναικών με καρκίνου του ίδιου σταδίου θα λάβει την καθιερωμένη θεραπεία και θα αποτελέσει την ομάδα σύγκρισης. Οι υπεύθυνοι της έρευνας υπολογίζουν ότι σε 3-5 χρόνια θα είναι σε θέση να

βγάλουν τα πρώτα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου. (Ε. Φιλόπουλος, τεύχος 7, 1997, σελ. 150)

Ο Ε. Φιλόπουλος στο ίδιο άρθρο κάνει αναφορά στην αξιολόγηση του εμβολίου της κ. Βάσως Αποστολοπούλου. Αναφέρει λοιπόν ότι η παρουσίαση του εμβολίου αυτού προκάλεσε την αντίδραση του ιατρικού κόσμου. Τα αποτελέσματα, που παρουσίασε η κ. Αποστολοπούλου δικαιολογούν περαιτέρω διερεύνηση της κλινικής εφαρμογής του εμβολίου, αλλά παραμένουν αδιευκρίνιστα του πως, τότε και με τι αποτελέσματα πραγματοποίησε τη δεύτερη φάση της κλινικής έρευνας, που αποτελεί ουσιώδη προϋπόθεση για την εφαρμογή της τρίτης φάσης που έχει προγραμματιστεί να γίνει στη χώρα μας.

Απ' την άλλη πλευρά, η διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος που παρατηρήθηκε σε ορισμένους απ' τους ασθενείς που έλαβαν το εμβόλιο στην πρώτη φάση της έρευνας δείχνει μεν δραστηριότητα, αλλά όχι αποτελεσματικότητα στην θεραπεία. Οι Έλληνες γιατροί γνωρίζοντας όλες τις εξελίξεις σε εμβόλια, αντιμετώπισαν κριτικά την ερευνητική προσπάθεια της κ. Αποστολοπούλου και των συνεργατών της. Ενώ περίμεναν να πληροφορηθούν κάτι το πολύ εντυπωσιακό, έγιναν μάρτυρες μιας παρουσίας γνωστών προσπαθειών στον χώρο της ογκολογίας. (Ε. Φιλόπουλος, τεύχος 7, 1997, σελ. 15)

Επιπρόσθετα, οι έρευνες αποκτούν κύρος μόνο από τα αποτελέσματά τους και όχι από τις δημόσιες προαναγγελίες των προθέσεών τους, οι οποίες στην προκειμένη περίπτωση προκάλεσαν αδικαιολόγητη αναστάτωση στις πάσχουσες Ελληνίδες και τις οικογένειές τους. (Ε. Φιλόπουλος, τεύχος 7, σελ. 16)

Τέλος, στο ίδιο άρθρο τονίζεται ότι τόσο τα χρονικά περιθώρια (3 χρόνια) όσο και ο αριθμός των ασθενών (100 άτομα) της συγκεκριμένης έρευνας είναι ανεπαρκή για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα του εμβολίου.

6. Ανορθόδοξες θεραπευτικές μέθοδοι

Ο όρος ανορθόδοξες θεραπείες σημαίνει θεραπευτικές πρακτικές, οι οποίες διαφοροποιούνται από τις αναγνωρισμένες μεθόδους της επίσημης και επικρατούσας Ιατρικής (Γεράσιμος Ρηγάτος, τεύχος 9, 1998, σελ. 18)

Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται με σχετικές διαφοροποιήσεις είναι αναπόδεικτες ή εναλλακτικές θεραπείες. Στον χώρο της ογκολογίας η ζήτηση ανορθόδοξων θεραπειών αποτελεί σημαντικό πρόβλημα, αφού αυτό σημαίνει διακοπή των επίσημων θεραπειών ή καθυστέρηση στην εφαρμογή τους. Ο Γ. Ρηγάτος (τεύχος 9, 1998, σελ.18-22) αναφέρει ότι η προσφυγή σε ανορθόδοξες θεραπευτικές μεθόδους δεν είναι μόνο Ελληνικό φαινόμενο, αλλά το συναντούμε σε ολόκληρο τον κόσμο. Παραδείγματα εφαρμογής ανορθόδοξων θεραπειών από την Ελληνική πραγματικότητα είναι το “φάρμακο του πάτερ-Γυμνάσιου στη δεκαετία του ’30 , η πικραγουριά στη δεκαετία του ’50, το νερό του Καματερού στη δεκαετία του ’70, το καβουροζούμι της Κρήτης στη δεκαετία του ’90.

Ο Γ. Ρηγάτος στο ίδιο άρθρο κάνει αναφορά στις πιο συχνές μεθόδους ανορθόδοξων θεραπειών, οι οποίες είναι :

α) Μέθοδοι που στηρίζονται σε θρησκευτικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, όπως η ανθυποβολή, η γιόγκα, οι πνευματιστικές τελετές, η μαγεία, οι θρησκευτικές τελετουργίες κ.λ.π.

β) Η χρήση ουσιών σε διάφορους τρόπους προπαρασκευής, ανάμιξης, εφαρμογής κ.λ.π. Πρόκειται 1) για διάφορους τύπους βοτάνων των οποίων η δράση δεν είναι τεκμηριωμένη και θεωρείται ως γνώση ενός μόνο ανθρώπου και 2) για διάφορες ουσίες όπως ανόργανα υλικά, βιολογικά προϊόντα, χημικές ουσίες κ.λ.π.

γ) Μέθοδοι και αντιλήψεις διατροφικές, όπως π.χ. ακρεωφαγία, χορτοφαγία κ.λ.π.

δ) Μέθοδοι που υποτίθεται παρεμβαίνουν στην άμυνα του οργανισμού με αυτοσχέδια “εμβόλια” χορήγηση βιολογικών ουσιών από καρκινοπαθείς ή υγιείς κ.λ.π.

ε) Άλλες μέθοδοι, όπως π.χ. ύπνωση, υπνοθεραπεία, πρόκληση πυρετού, αναπνευστική γυμναστική, μαγνητικά κύματα κ.α.

Ο ίδιος συγγραφέας υποστηρίζει ότι οι περισσότερες ανορθόδοξες θεραπείες ασκούνται από γιατρούς όχι ογκολόγους, ενώ ποσοστό πάνω από 30% ασκείται από άτομα που δεν έχουν καμία σχέση με το ιατρικό επάγγελμα. Ενώ όσον αφορά το ψυχολογικό προφίλ των θεραπευτών, έχουν διαπιστωθεί ορισμένα κοινά στοιχεία προσωπικότητας.

Επιπλέον, αναφέρει ότι η παραπλάνηση του κοινού από τις ανορθόδοξες μεθόδους θεραπείας εξηγείται από λόγους όπως ο κλωνισμός της σχέσης γιατρού – αρρώστου, η προβολή των μεθόδων αυτών από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, η συχνή αναποτελεσματικότητα για πλήρη θεραπεία από τις επίσημες θεραπευτικές μεθόδους, οι επώδυνες θεραπευτικές μέθοδοι της επίσημης Ιατρικής κ.α.

Όσον αφορά τις συνέπειες που ακολουθούν, ο Γ. Ρηγάτος στο ίδιο άρθρο δηλώνει ότι οι επιπτώσεις έχουν σχέση με : α) τον άρρωστο, όπως καθυστέρηση ή αναβολή επίσημων θεραπευτικών μεθόδων, ψυχοτραυματισμό και ενοχές από την αποτυχία των ανορθόδοξων μεθόδων β) με την οικογένεια, όπως π.χ. καθυστέρηση προσαρμογής στην πραγματικότητα, αυτομομφή και ενοχές γ) με τον γιατρό του οποίου ο ρόλος αμφισβητείται και δ) σε σχέση με προβλήματα στη δημόσια υγεία. Επιπλέον πιστεύεται ότι η διάδοση των μεθόδων της ανορθόδοξης θεραπευτικής είναι και ένα από τα αποτελέσματα της κρίσης στην Ιατρική. Η αντιμετώπιση του προβλήματος απαιτεί μακρόχρονη και συστηματική στρατηγική.

Άλλες θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στην ογκολογία ή και σε άλλες ασθένειες είναι οι εναλλακτικές θεραπείες, οι οποίες παρόλο που πρόκειται για αναπόδεικτες πάλι μεθόδους, υπακούουν στη λογική ενός διαφορετικού οργανωμένου συστήματος θεραπευτικής. (Γεράσιμος Ρηγάτος, τεύχος 9, 1998, σελ. 18)

Οι πιο γνωστές εναλλακτικές μέθοδοι είναι η ομοιοπαθητική και ο βελονισμός.

- Ομοιοπαθητική

Σύμφωνα με τους Σ. Μπότη και Α. Κεδηκγιάνη, στελέχη του Κέντρου Ομοιοπαθητικής Ιατρικής (Αθήνα, τεύχος 2, σελ.37) η ομοιοπαθητική στοχεύει στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού ώστε να καταστεί ο ίδιος ικανός να επιτύχει συνθήκες ισορροπίας, βελτιώνοντας κατά το καλύτερο δυνατό το επίπεδο υγείας τους. Το αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με τα ομοιοπαθητικά φάρμακα, που

είναι ουσίες που προέρχονται από τη φύση και παρασκευάζονται με φυσικό τρόπο.

Και στον καρκίνο, σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, η Ομοιοπαθητική επιδρά κινητοποιώντας το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς με την κατάλληλη φαρμακευτική ουσία.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία σε άρθρο στο περιοδικό “Μ’ ενδιαφέρει” (τεύχος 10, 1998, σελ. 19) δηλώνει ότι “το οικοδόμημα της ομοιοπαθητικής στηρίζεται στις θεωρητικές αναζητήσεις του περασμένου αιώνα οι οποίες ήταν διαδεδομένες και είχαν προκύψει από την έλλειψη γνώσης που υπήρχε για τον άνθρωπο και τις ασθένειες που τον μαστίζουν. Είναι τόσο εξωπραγματικό στις ημέρες μας, που η ιατρική επιστήμη έχει κάνει μεγάλες ανακαλύψεις, να υποστηρίζει κανείς θεωρίες του τύπου της ομοιοπαθητικής”.

- Βελονισμός

Σύμφωνα με τον Χ. Γ. Μαρκόπουλο (τεύχος 2, σελ. 26), ο βελονισμός είναι ιατρική της Κίνας και η ιστορία του αρχίζει γύρω στο 2.500 π.Χ., ενώ σήμερα έχει εξαπλωθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου. Συχνά εφαρμόζεται ως συμπληρωματική θεραπεία, ταυτόχρονα με φαρμακευτικές ή άλλες θεραπευτικές μεθόδους της κλασικής ιατρικής.

Όσον αφορά ασθενείς με Καρκίνο, η δράση του βελονισμού περιορίζεται στην αναστολή της αίσθησης του πόνου ή μείωση της έντασης σε ανεκτά επίπεδα. (Χ.Γ. Μαρκόπουλος, τεύχος 9, 1998, σελ. 27)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Η ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΛΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΑΣΘΕΝΗΣ

1. Η γνώση της αλήθειας από την ασθενή

Γύρω από το ερώτημα αν θα ‘πρεπε να πληροφορείται η ασθενής απ’ το γιατρό ή το υπόλοιπο προσωπικό υγείας για την ασθένειά της, έχουν γίνει πολλές συζητήσεις κι έχουν διαμορφωθεί πολλές αντιλήψεις, οι οποίες κινούνται κυρίως ανάμεσα σε δύο αντίθετες θέσεις. Η μια υπερασπίζεται την χωρίς όρους ολοκληρωτική ενημέρωση της ασθενούς και η άλλη το αντίθετο, την απόκρυψη της αλήθειας. Μεταξύ των δύο θέσεων υπήρξαν σημαντικά ηθικά διλήμματα.

Στην Ελληνική πραγματικότητα η μέγιστη πλειονότητα των ασθενών με κακοήθη νόσο δεν γνωρίζει την αλήθεια σχετικά με την διάγνωση της ασθένειάς τους. Συνήθως τους ανακοινώνεται μια διάγνωση, που δεν ανταποκρίνεται προς την πραγματικότητα. (Φ. Αναγνωστόπουλος – Δ. Παπαδάτου, 1986, σελ. 16-17)

Το ερώτημα, λοιπόν που παραμένει είναι αν η ασθενής θα πρέπει τελικά να ενημερώνεται σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση της ασθένειάς της. Η Γ. Σηφακάκη (1995 σελ. 145-147) παρουσιάζει τις τάσεις που επικρατούν ως εξής :

- α. Η ασθενής δεν πρέπει να ενημερώνεται για την κατάστασή της, αλλά αντίθετα να καθησυχάζεται
- β. Στην ασθενή πρέπει να γίνεται αληθής και ακριβής διάγνωση και πρόγνωση της ασθένειάς της

γ. Να δίνονται πληροφορίες ανάλογα με την προσωπικότητα και την επιθυμία της ασθενούς να πληροφορηθεί την αλήθεια.

Η Γ. Σηφακάκη, στην ίδια μελέτη, επιχειρεί να παρουσιάσει τα πλεονεκτήματα της κάθε τάσης. Αναφέρει λοιπόν ότι τα επιχειρήματα υπέρ της ενημέρωσης του ασθενούς υποστηρίζουν ότι έτσι εξασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή συνεργασία της ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία, δημιουργούνται σχέσεις εμπιστοσύνης με τον γιατρό και δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να τακτοποιήσει έγκαιρα οικονομικές, νομικές, συναισθηματικές ή άλλης φύσης εκκρεμότητες. Αντίθετα η απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή δημιουργεί ηθικό πρόβλημα, καθώς αντιβαίνει στο δικαίωμα του ασθενούς να γνωρίζει και να λαμβάνει ο ίδιος αποφάσεις για τη θεραπεία του. Ίσως οι επιθυμίες και οι αποφάσεις της ασθενούς, όσον αφορά την υγεία της, διαφέρουν κατά πολύ απ' αυτές του γιατρού ή της οικογένειάς της.

Τα επιχειρήματα υπέρ της απόκρυψης της αλήθειας από την άρρωστη επικαλούνται την αδυναμία της να αντέξει τη γνώση του επικείμενου θανάτου της, η οποία μπορεί να την οδηγήσει στην αυτοκτονία. Ωστόσο, φαίνεται πως τέτοιου είδους φόβοι δεν αντανakλούν την πραγματικότητα αλλά στηρίζονται περισσότερο σε ένα μύθο που τροφοδοτεί τα στερεότυπα περί ανικανότητας του ασθενούς να αντιμετωπίσει την προοπτική του θανάτου του και δικαιολογεί, κατά συνέπεια, ένα υπερπροστατευτισμό απέναντί του. (Γ. Σηφάκη, 1995, σελ. 146)

Η επιλεκτική ανακοίνωση της αλήθειας ανάλογα με την προσωπικότητα και την επιθυμία της ασθενούς να την αποδεχτεί, υποστηρίζεται πλέον όλο και περισσότερο, καθώς μάλιστα φαίνεται να υπηρετεί καλύτερα τις ανάγκες της. Σύμφωνα με την ίδια συγγραφέα αυτό ο τρόπος ενημέρωσης, αν και συνδυάζει τα περισσότερα

πλεονεκτήματα λόγω της εξατομικευμένη αντιμετώπισης κάθε περίπτωσης, συνεπάγεται μεγαλύτερη δυσκολία για το θεράποντα γιατρό, ο οποίος καλείται να διακρίνει ποιοι ασθενείς και σε ποιο βαθμό είναι «ώριμοι» να δεχθούν την αλήθεια της διάγνωσης. Ο γιατρός αντιμετωπίζει το κόστος μια διλημματικής κατάστασης, καθώς υπόκειται στον κίνδυνο της λανθασμένη εκτίμησης. Σ' αυτήν την διαδικασία λήψης απόφασης υπεισέρχονται τέσσερις παράγοντες : α) η προσωπικότητα του γιατρού β) ο τρόπος εκπαίδευσής του γ) το βιοϊατρικό μοντέλο εκπαίδευσης και δ) η σκόπιμη ασάφεια του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας που υποχρεώνει τον γιατρό να πάρει θέση με προσωπική του ευθύνη. (Γ. Σηφάκη, 1995, σελ. 147)

Οι ψυχικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς όταν πληροφορηθεί την ασθένειά του ποικίλουν. Ο Θ. Δόσιος (1986, σελ. 17) παρουσιάζει την άποψη του Στεφανή, σύμφωνα με τον οποίο οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε αρρώστου που πάσχει από καρκίνο, εξελίσσονται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση (όταν ο άρρωστος μαθαίνει για την αρρώστια του) χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φτάσει μέχρι τον πανικό. Η δεύτερη φάση (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει την αρρώστια και οργανώνει τις ψυχολογικές του άμυνες) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερα άρνηση της αρρώστιας. Η τρίτη φάση (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα της αρρώστιας, είτε από την παρουσία ψυχιατρικών επιπλοκών.

Ο Θ. Δόσιος, στην ίδια μελέτη, παρουσιάζει και την ερμηνεία της Bluebond – Langner σχετικά με τις ψυχικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών που πληροφορούνται την διάγνωση της αρρώστιας τους.

Η Bluebond – Langner διακρίνει πέντε στάδια ψυχικών αντιδράσεων. Στο στάδιο 1, το άτομο αντιλαμβάνεται ότι είναι σοβαρά άρρωστος. Στο στάδιο 2, συνειδητοποιεί ότι είναι σοβαρά άρρωστος, αλλά θα πάει καλύτερα. Στο στάδιο 3, αναγνωρίζει ότι πιθανόν να είναι για πάντα άρρωστος, αλλά ακόμα υπάρχουν πιθανότητες βελτιώσεως. Στο στάδιο 4, ο άρρωστος πλέον ξέρει ότι θα είναι για πάντα άρρωστος και ότι ποτέ δεν θα γίνει καλά. Τέλος, στο στάδιο 5, βρίσκεται ο άρρωστος που αναμένει το θάνατο.

Η απάντηση στο ερώτημα “πόση αλήθεια θέλει και μπορεί να δεχτεί η άρρωστη” δεν είναι εύκολο θέμα. Απαιτεί ιδιαίτερους χειρισμούς από τον θεράποντα ιατρό και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας. Καταρχήν, για το καλό της ασθενούς, απαιτείται συντονισμός των ενεργειών όλων των ατόμων που συμβάλλουν στην ενημέρωσή της. Συντονιστής των ενεργειών αυτών πρέπει να είναι ο υπεύθυνος θεράπων ιατρός.

Σύμφωνα με τον Θ. Δόσιο (1986, σελ. 34-35), κύρια επιδίωξη του γιατρού πρέπει να είναι η αποφυγή ψυχικών αδιεξόδων στην άρρωστη. Δύο σημαντικά σημεία στην τακτική της ενημέρωσης είναι : πρώτον, ότι ποτέ δεν πρέπει ο γιατρός να καθορίζει το χρόνο επιβίωσης της άρρωστης και δεύτερος, ότι ποτέ δεν πρέπει να κόβει κάθε ελπίδα για βελτίωση, έστω και αυτή της ανακούφισης.

Η Δ. Παπαδάτου (1995, σελ. 188-193), παρουσιάζει το μοντέλο του Buckman, με το οποίο προτείνονται έξι διαδοχικά στάδια που μπορούν να καθοδηγήσουν το προσωπικό υγείας στην αναγγελία ‘δυσάρεστων’ ειδήσεων όσον αφορά τη διάγνωση, την υποτροπή, τα αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων ή άλλες δύσκολες ερωτήσεις στις οποίες καλείται να απαντήσει. Ο πρώτος στόχος αφορά την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που επιτρέπει τη διεξαγωγή μιας συζήτησης μεταξύ ειδικού και

αρρώστου, χωρίς διακοπές και διασπάσεις. Αυτό απαιτεί χρόνο και διαθεσιμότητα, καθώς όσο σημαντικό είναι το τι θα πει ο γιατρός ή ο νοσηλευτής, άλλο τόσο σημαντικό είναι το τι επιθυμεί να ρωτήσει ή να εκφράσει ο άρρωστος. Πριν δοθεί οποιαδήποτε πληροφορία, είναι χρήσιμο να ενθαρρύνεται ο ασθενής να προσκαλέσει οποιονδήποτε επιθυμεί να παρευρίσκεται στην ενημέρωση. Ο δεύτερος στόχος αποβλέπει στην διερεύνηση των αντιλήψεων που έχει το άτομο για την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή πόσο ευάλωτο αξιολογεί τον εαυτό του, πώς ερμηνεύει τα συμπτώματά του και πόσο σοβαρά ή απειλητικά τα θεωρεί. Μ' αυτό τον τρόπο, ο επαγγελματίας της υγείας εκτιμά κατά πόσο η αντίληψη που έχει ο άρρωστος για την κατάσταση της υγείας του απέχει από την πραγματικότητα και ποιο είναι το επίπεδο των γνώσεών του. Ο τρίτος στόχος αποβλέπει στην εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου σχετικά με την πληροφόρησή του. Είναι σημαντικό να ρωτάται ευθέως το άτομο «πόσα» και «τι» επιθυμεί να γνωρίζει τη συγκεκριμένη στιγμή σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Ο τέταρτος στόχος αποβλέπει στην παροχή πληροφοριών. Έχοντας υπόψη τις ανάγκες του αρρώστου, το προσωπικό υγείας αρχίζει την ενημέρωσή του τονίζοντας πρώτα τα σημεία που έχει ήδη επισημάνει ο ασθενής που περιγράφει την κατάσταση της υγείας του και αναφέρει τις ανησυχίες του. Οι πληροφορίες που παρέχει ο επαγγελματίας προσαρμόζονται στο επίπεδο των γνώσεων του αρρώστου, ενώ ταυτόχρονα γίνεται μια συνειδητή προσπάθεια εκπαίδευσής του. Οι ιατρικοί όροι αποφεύγονται ή επεξηγούνται. Επίσης είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποφεύγονται λέξεις συναισθηματικά φορτισμένες. Παράλληλα, είναι βοηθητικό να τονίζονται οι δυνατότητες του αρρώστου, χωρίς η πληροφόρηση να εστιάζεται αποκλειστικά στους

περιορισμούς και τα προβλήματα που θα προκύψουν από την αρρώστια, από ενδεχόμενη αναπηρία και από τη θεραπεία του. Το ίδιο σημαντική είναι και η αποφυγή ποσοστιαίων εκτιμήσεων όσον αφορά τις πιθανότητες ίασης ή τη χρονική διάρκεια επιβίωσης. Οι στατιστικές ενδείξεις μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην περίπτωση του αρρώστου ή να τον αποθαρρύνουν. Η πληροφόρηση θα πρέπει να παρέχεται σε μικρές δόσεις, ώστε να ελέγχεται η κατανόησή της και να διευκρινίζονται τυχόν ασάφειες παρερμηνείες ή απορίες. Ο επαγγελματίας υγείας σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να δίνει ψεύτικες ελπίδες και επιφανειακούς εφησυχασμού, διότι έτσι παρεμποδίζεται η συνειδητοποίηση της πραγματικότητας και η προσαρμογή του αρρώστου σ' αυτή. Ο πέμπτος στόχος αποβλέπει στην αναγνώριση των συναισθημάτων και ανησυχιών του αρρώστου. Πέρα από όλα τα άλλα, η ικανοποίηση του αρρώστου εξαρτάται και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν. Ο έκτος στόχος αποβλέπει στον προγραμματισμό και την υποστήριξη. Ο προγραμματισμός περιλαμβάνει τον προσδιορισμό άμεσων βραχυπρόθεσμων στόχων που θέτουν από κοινού ο ασθενής με το γιατρό ή το νοσηλεύτη. Όταν οι στόχοι αφορούν τη θεραπεία, απαραίτητη είναι η συναίνεση του αρρώστου.

Καταλήγοντας, πρέπει να αναφερθεί ότι η ενημέρωση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια συνεχή διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του αρρώστου. Δεν είναι απλή, καθώς απαιτεί δεξιότητες και πείρα.

2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη γνώση της αλήθειας

Συχνά η άρρωστη που ενημερώνεται σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την εξέλιξη της κατάστασής της, δεν κατανοεί ή παρερμηνεύει την πληροφόρηση που δέχεται. Η Δανάη Παπαδάτου (1995, σελ. 185) αναφέρει τις αιτίες που προκαλούν αυτή την κατάσταση. Αυτές είναι : α) το προσωπικό υγείας παρέχει πληροφορίες που είναι δυσνόητες, β) ο άρρωστος διστάζει να θέσει ερωτήσεις, ακόμα και όταν επιθυμεί να μάθει περισσότερα για την κατάσταση της υγείας του και γ) ο άρρωστος βασίζεται σε μια προσωπική υποκειμενική θεώρηση για την αρρώστια του, μέσα από την οποία επεξεργάζεται και συχνά παρερμηνεύει τις πληροφορίες που δέχεται.

Η αποφυγή της ενημέρωσης της ασθενούς με Καρκίνο του Μαστού εμφανίζεται συχνά σε περιπτώσεις όπου η ασθένεια θεωρείται μη κατανοητή, μυστηριώδης και συνοδεύεται από κοινωνικές προκαταλήψεις. (Δ. Παπαδάτου, 1995, σελ. 185-186)

Όμως πέρα από τις κοινωνικές προκαταλήψεις που επικρατούν σε σχέση με ορισμένες ασθένειες, ένα σύνολο παραγόντων άμεσα συνδεδεμένων με τις δυσκολίες του προσωπικού υγείας παρεμποδίζουν την ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση της αρρώστιας της. Μερικοί από τους σημαντικότερους αυτούς παράγοντες, όπως παρουσιάζονται από την Δ. Παπαδάτου (1995, σελ. 186-187) είναι :

α. Ο φόβος πρόκλησης ψυχικού πόνου από την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει εκπαιδευτεί να ανακουφίζει ή να ελαττώνει τον πόνο του αρρώστου και συχνά είναι διστακτικό και απρόθυμο να τον υποβάλλει σε μια ψυχική δοκιμασία.

β. Η αδυναμία χειρισμού των αντιδράσεων του αρρώστου. Συχνά το προσωπικό υγείας δεν διαθέτει τις γνώσεις και τις δεξιότητες να χειριστεί τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις του αρρώστου. Βιώνει αμηχανία και συχνά αποφεύγει να αναστατώσει τον άρρωστο. Η δυσκολία του επαγγελματία υγείας αφορά κυρίως το χειρισμό των κατηγοριών και της επιθετικότητας που του απευθύνει ο ασθενής.

γ. Ο φόβος έκφρασης προσωπικών συναισθημάτων μπροστά στην ψυχική οδύνη που βιώνει ο άρρωστος. Το προσωπικό υγείας έχει εκπαιδευτεί να πιστεύει ότι πρέπει να συμπεριφέρεται με αυτοκυριαρχία και ψυχραιμία, να τηρεί αποστάσεις από τους ασθενείς και να καταπνίξει ενδεχομένως συναισθήματα συμπάθειας, θυμού ή λύπης.

δ. Ο φόβος αμφισβήτησης του «παντοδύναμου» ρόλου που το προσωπικό υγείας υιοθετεί. Η εντυπωσιακή πρόοδος της ιατρικής έχει ενισχύσει την ψευδαίσθηση ότι όλε σχεδόν οι ασθένειες θεραπεύονται. Κι ενώ ο γιατρός και ο νοσηλεύτης επιστρατεύονται για να θεραπεύσουν τον άρρωστο, έρχονται σε αντίθεση με τους στόχους τους όταν καλούνται να τον πληροφορήσουν ότι δεν διαθέτουν πλέον τα μέσα για να τον θεραπεύσουν. Αυτό συνεπάγεται πολλές φορές την αποφυγή ενημέρωσης του ασθενούς σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.

3. Η νομική άποψη

Η ενημέρωση των αρρώστων, συμπεριλαμβανομένων και των γυναικών με Καρκίνο του Μαστού, σχετικά με την διάγνωση και θεραπεία της νόσου τους, αποτέλεσε αντικείμενο νομοθετικής ρύθμισης.

Σύμφωνα με τον Γρηγ. Κουτούφαρη (τεύχος 9, 1999, σελ. 20-21), στην Ελλάδα για πρώτη φορά με το άρθρο 47 του Ν. 2071/92 θεσπίστηκαν τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενή και με τα άρθρα 1 και 2 του Ν. 2519/97 επεκτάθηκε η ισχύς τους σε όλες τις μορφές παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας και δημιουργήθηκε Υπηρεσία και Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο Υπουργείο Υγείας.

Ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει ότι ένα από τα δικαιώματα αυτά είναι και το δικαίωμα της ολοκληρωμένης και σαφούς πληροφόρησης σχετικά με την κατάσταση υγείας του ασθενούς, της θεραπείας που θα εφαρμοστεί και της προγνώσεως που υπάρχει για την περίπτωση του, ώστε να συμμετέχει και ο ίδιος στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν την μετέπειτα ζωή του.

Στο ίδιο άρθρο επισημαίνεται η δυσκολία των γιατρών όταν θα κληθούν να εφαρμόσουν το δικαίωμα αυτό σε ένα ογκολογικό ασθενή, διότι θα αντιμετωπίσουν κάποια διλήμματα, γεγονός το οποίο δεν είναι πάντα εύκολο και απαιτεί λεπτούς χειρισμούς.

Η Ισμ. Ανδρουλικάδη – Δημητριάδη (1994, σελ. 77), αναφέρει ότι ο γιατρός, όταν αναλαμβάνει την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, έχει δύο βασικές υποχρεώσεις. Η μια είναι η σύμφωνη με τους κανόνες της ιατρικής εκτέλεση της ιατρικής πράξης και η άλλη είναι η υποχρέωση να ενημερωθεί ο ασθενής, ώστε να συναινέσει, να αποδεχθεί την ιατρική πράξη. Αθέτηση της μιας ή της άλλης υποχρέωσης έχει ως αποτέλεσμα την καταδίκη του γιατρού σε αποζημίωση ή ικανοποίηση ηθικής βλάβης.

Από την άλλη πλευρά όμως, σύμφωνα με την κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου (1991, σελ. 145 – 148), η ίδια Νομοθεσία επιτρέπει στον

γιατρό να παραλείψει την πληροφόρηση ή να μην πει την αλήθεια, όταν υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί βλάβη στον ασθενή.

Η ίδια συγγραφέας υποστηρίζει ότι το καθοριστικό κριτήριο πρέπει να είναι τελικά το προσωπικό συμφέρον του κάθε ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

«Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ» ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1. Η προσωπικότητα των ατόμων που είναι επιρρεπή στην ανάπτυξη καρκίνου

Γιατί ένας εργάτης, που είναι εκτεθειμένος στη σκόνη του ασβέστου για πολλά χρόνια, προσβάλλεται από καρκίνο, ενώ ένας άλλος που εργάστηκε κοντά του δεν προσβάλλεται ;

Γιατί ένας μανιώδης καπνιστής προσβάλλεται από καρκίνο των πνευμόνων στην ηλικία των 40 ετών, ενώ ένας άλλος φτάνει στα 80 χωρίς προβλήματα ; (Λ.Λεσάν, 1981, σελ. 29)

Ο Α. Ερωτοκρίτου (1992, σελ. 16) επισημαίνει ότι επιστημονικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες σε διάφορες χώρες του κόσμου οδηγούν στην αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι μια ψυχοσωματική ασθένεια κι όχι ένα σωματικό νόσημα, καθώς οι κλινικές του εκδηλώσεις “κτίζονται” πάνω σε μια ορισμένη και πολύ καλά διαγραφόμενη δομή της προσωπικότητας.

Ο Ιπποκράτης είναι ο πρώτος που χρησιμοποίησε τη λέξη “καρκίνωμα” και υποστήριξε ότι τα άτομα με μελαγχολική διάθεση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από καρκίνο. Ακόμη, ο Γαλήνος, γιατρός – φιλόλογος του 2^{ου} μ.Χ. αιώνα, παρατήρησε πως οι γυναίκες με μελαγχολία είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε σχέση με αυτές που είχαν θετική και ευχάριστη διάθεση. (Α. Ερωτοκρίτου, 1992 σελ. 12)

Οι διαστάσεις της καρκινικής προσωπικότητας

Κατά τον Α. Ερωτοκρίτου (1992, σελ. 25) τα τελευταία χρόνια έγιναν συστηματικές μελέτες με εξειδικευμένες μεθόδους, ψυχολογικά tests προσωπικότητας, συμπεριφοράς κ.α., που βοήθησαν τους ειδικούς να επιβεβαιώσουν ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις συγκινησιακές καταστάσεις και τον καρκίνο και να σκιαγραφήσουν τελικά το 'προφίλ' την προσωπικότητας του καρκινοπαθούς.

Κατά συνέπεια, τα κυριότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του καρκινοπαθούς είναι τα ακόλουθα :

Α. Ψυχοδυναμικά δεδομένα

- Μειωμένη αυτοεκτίμηση. Μια έντονη τάση να μην αγαπούν και να μην εμπιστεύονται τον εαυτό τους, τον υποτιμούν κι αισθάνονται δυσπιστία απέναντι στις ικανότητές τους.
- Δυσχέρεια διαπροσωπικών σχέσεων και εσωστρέφεια. Συναισθηματική απομόνωση κι αποξένωση από κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα. Αδιαφορία για ό,τι συμβαίνει γύρω τους. Δεν δημιουργούν βαθιές ανθρώπινες σχέσεις, αλλά συνδέονται επιφανειακά με τους άλλους.
- Αισθάνονται απόγνωση· μια έλλειψη ελπίδας ότι θα καταφέρουν ποτέ να δώσουν οποιοδήποτε νόημα, ενδιαφέρον ή αξία στη ζωή τους.

Στο σημείο αυτό, θεωρείται σημαντικό να προστεθεί το παράδειγμα μιας γυναίκας που πάσχει από καρκίνο του μαστού και εκφράζει το αίσθημα της απόγνωσης στον ψυχοθεραπευτή της : «Όσο περισσότερο προσπαθούσα να τον γκρεμίσω, τόσο ψηλότερος γινόταν ο φράχτης απ' τα αγκάθια που είχα κτίσει γύρω μου. Δεν μπορούσα να τον περάσω για να πάω προς τους άλλους ανθρώπους. Νιώθω σαν την πριγκίπισσα του

παραμυθιού που κοιμήθηκε μέσα σε ένα κύκλο από αγκάθια, ώσπου ένας πρίγκιπας έσπασε τον κλοιό και την ξύπνησε. Μόνο που για μένα, το δάσος έχει πυκνώσει τόσο πολύ, ώστε κανείς δεν θα με βρει. Το μονοπάτι είναι πια τόσο φουντωμένο . . . κανείς δεν θα μπορέσει να το διασχίσει ξανά». (Λ. Λεσάν, 1981, σελ. 61-62)

B. Διαταραχή του γυναικείου ρόλου

- Ανώριμη ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη
- Περιορισμένο libido, προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή
- Τάση να μην κάνουν παιδιά

Γ. Καταθλιπτική προσωπικότητα

- Αισθάνονται κατάθλιψη, απελπισία και μελαγχολία
- Έχουν την αίσθηση ότι είναι μόνοι και αβοήθητοι

Δ. Άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά

- Έχουν πολλές αναστολές, είναι συμβατικοί και καθλώνονται στους τύπους
- Πέρασαν κάποιο συναισθηματικό shock με το θάνατο ενός αγαπημένου τους προσώπου ή την απώλεια μιας σημαντικής σχέσης γι' αυτούς, την οποία αρνούνται και δεν μπορούν να την αντικαταστήσουν
- Δεν εκφράζουν τα συναισθήματά τους, ιδιαίτερα την οργή, τη θλίψη και την εχθρότητά τους, έχοντας ένα καλόβουλο, ξέγνοιαστο και γαλήνιο προσωπίο. Προσπαθούν να είναι αρεστοί και συμπαθείς στους άλλους, δίνοντας μικρότερη προτεραιότητα στις δικές τους ανάγκες και επιθυμίες.

Ε. Επίδραση της οικογένειας

- Στην παιδική ηλικία οι γονείς τους ήταν ψυχροί, απόμακροι κι απορριπτικοί, απαιτώντας από αυτούς να ακολουθήσουν τα κοινωνικά πρότυπα, να έχουν υψηλές επιδόσεις και να πραγματώσουν τις δικές τους προσδοκίες και όνειρα.
- Έχουν βιώσει έντονες συγκινησιακές συγκρούσεις, όπως διαζύγιο, ή φιλονικίες μεταξύ των γονιών τους
- Έλλειψη πραγματικής επικοινωνίας κι επαφής με τους γονείς τους.

(Α. Ερωτοκρίτου, 1992, σελ. 20-21)

Όπως είναι αυτονόητο, τα χαρακτηριστικά των ανθρώπων που δεν ανήκουν στην καρκινική προσωπικότητα διαφέρουν ριζικά απ' τα παραπάνω. Οι άνθρωποι λοιπόν αυτοί είναι δημιουργικοί, έχουν εξαιρετική ικανότητα να συνάπτουν κοινωνικές σχέσεις, δεν βίωσαν παιδικά τραυματικά βιώματα και είχαν ικανοποιητικές σχέσεις με τους γονείς τους. Επιπλέον, είναι επιτυχημένοι στον επαγγελματικό τομέα, είναι παντρεμένοι με παιδιά, έχουν υψηλού βαθμού ψυχοσεξουαλική ωριμότητα και είναι αισιόδοξοι για την πορεία της ζωής τους. (Α. Ερωτοκρίτου, 1992, σελ. 29)

Στη συνέχεια ο ίδιος συγγραφέας υποστηρίζει ότι προκειμένου να επιτευχθεί η έγκαιρη διάγνωση και η βαθύτερη κατανόηση της προσωπικότητας των καρκινοπαθών, θεωρείται αναγκαία η ψυχολογική διερεύνηση απ' τον κλινικό ψυχολόγο. Μερικοί ερευνητές μάλιστα μιλούν και για “καρκινικές” απαντήσεις στο τεστ του Rorschach, οι οποίες φανερώνουν όχι μόνο την καρκινική προσωπικότητα και τον κίνδυνο που πλησιάζει, αλλά και ποιας εντόπισης μπορεί να είναι ο Καρκίνος, με βάση μόνο το είδος των απαντήσεων που οι ασθενείς δίνουν στο προσβλητικό αυτό τεστ.

Μια άλλη εξίσου σημαντική πτυχή του όλου θέματος είναι και οι μελέτες με αντίθετα δεδομένα. Ο Laxenaige και οι συνεργάτες του, το 1971, μελέτησαν 80 καρκινοπαθείς, όμως δεν κατόρθωσαν να αποδείξουν την ύπαρξη ειδικής προνοσηρής προσωπικότητας. (Α.Ερωτοκρίτου, 1992, σελ. 19)

Επιπλέον, ο Κ. Στεφανής (1981, σελ. 211) σημειώνει ότι έχουν εκφραστεί διάφορες επιφυλάξεις, όσον αφορά την εγκυρότητα των ευρημάτων στις μελέτες που δείχνουν ότι ορισμένου τύπου προσωπικότητες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην ανάπτυξη καρκίνου. Τα ευρήματα αυτά σχετίζονται με 1. Την έννοια την προσωπικότητας που είναι ασαφής, καθώς απαρτίζεται από διάφορες ιδιότητες του ατόμου 2. Τα χρησιμοποιούμενα ψυχολογικά εργαλεία που αξιολογούν μόνο ως ένα βαθμό τις ιδιότητες της προσωπικότητας 3. Οι περισσότερες μελέτες που αναφέρονται σε άτομα που αξιολογήθηκαν μετά τη διάγνωση του καρκίνου 4. Στο μεγαλύτερο μέρος τους δεν είναι συγκρίσιμες μεταξύ τους από την πλευρά της μεθοδολογίας και του στόχου και 5. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν δεν αξιολογούν όλες τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές της ατομικής εμπειρίας, ώστε να σταθμίσουν έγκυρα τη συμβολή τους στην ογκογένεση.

Συμπερασματικά πάντως, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι διάφορες επιστήμες, όπως της ογκολογίας, της ψυχιατρικής ή της ψυχολογίας διαπιστώνουν καθημερινά ότι ο καρκίνος προσβάλλει άτομα με συγκεκριμένη δομή προσωπικότητας. Η διαπίστωση αυτή δεν αμφισβητείται πια καθόλου σε όλο τον κόσμο. Ο καρκινοπαθής που μπορεί να ανακαλύψει νέα πηγή ελπίδας, παρ' όλες τις απογοητεύσεις του παρελθόντος, να αναζητήσει ένα καινούριο νόημα στη ζωή του και να αναγνωρίζει τις πραγματικές ανάγκες και τις επιθυμίες του, αποκτά

μεγαλύτερη δύναμη να αντισταθεί και να παλέψει με την ασθένειά του. Αν κατορθώσει τελικά να κινητοποιήσει όλες τις δυνάμεις που κρύβει μέσα του, το νικηφόρο τέλος δεν μπορεί να είναι μακριά. (Α. Ερωτοκρίτου, 1992,σελ. 18)

Ο Λ. Λεσάνς (1981, σελ. 120) ψυχοθεραπευτής, αναφέρει χαρακτηριστικά ότι δεν μπορεί βέβαια να θεραπεύσει τον Καρκίνο, όμως μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς του να νοιαστούν για τον εαυτό τους και για ο,τι θα μπορούσε να είναι η ζωή τους. Μ' αυτό τον τρόπο θα είναι ικανοί να αγωνιστούν με όλες τους τις δυνάμεις ενάντια στον καρκίνο.

2. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ

Ατομική ψυχοθεραπεία : έχει ως στόνο να μάθει ο ασθενής να αισθάνεται ενεργητικός, με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα συναισθήματα, τις ανάγκες, τις αντιλήψεις του και να αποκτήσει δύναμη κι ελπίδα ώστε να αγωνιστεί για τη ζωή του. Πρέπει να αντικαταστήσει την παθολογική ανάγκη να είναι διαρκώς καλός, συμπαθής και αρεστός στους άλλους και να δώσει μεγαλύτερη προτεραιότητα στις δικές του επιθυμίες και ανάγκες. Τέλος, πρέπει να μάθει να δημιουργεί ικανοποιητικές, βαθιές και ειλικρινείς ανθρώπινες σχέσεις με τους άλλους. (Φ. Αναγνωστόπουλος, 1986, σελ. 63)

Ο παραπάνω συγγραφέας αναφέρει έναν ακόμη στόχο για τον οποίο αξίζει να αγωνιστεί ο καρκινοπαθής, που είναι το ιδανικό της ολοκλήρωσης του εαυτού του· να πετύχει την ελευθερία να είναι ο εαυτός του, ανεξάρτητα απ' το τι λένε ή σκέπτονται οι άλλοι.

Ο ψυχοθεραπευτής από την πλευρά του θα βοηθεί τον ασθενή να πετύχει τους παραπάνω στόχους και να ανακαλύψει τελικά το

πραγματικό νόημα στη ζωή του. Αυτό θα το κατορθώσει με το γνήσιο ενδιαφέρον, την ανθρώπινη επαφή και την πραγματική κατανόηση απέναντι του. (Λ. Λεσάν, 1981, σελ. 125)

Ομαδική ψυχοθεραπεία : Ο Φ. Αναγνωστόπουλος (1986, σελ. 70-71) αναφέρει ότι ο καρκίνος συντελεί ώστε ο ασθενής να απομονώνεται, διατηρώντας ελάχιστη επαφή με το περιβάλλον του, καθώς δεν επιθυμεί να γίνει βάρος στην οικογένεια ή στους φίλους του. Σε τέτοιες περιπτώσεις η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι η πιο προσιτή μέθοδος παρέμβασης, έχοντας τα ακόλουθα αποτελέσματα : α. η συμμετοχή σε ομάδα με άλλους καρκινοπαθείς που αντιμετωπίζουν τις ίδιες καταστάσεις παρέχει την αίσθηση ότι ανήκουν σε μια κοινότητα και μειώνει τα αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς β. ο ασθενής αισθάνεται χρήσιμος στους άλλους, αυξάνει η αίσθηση ότι αξίζει, ότι είναι αποδεκτός και ότι δεν είναι πλέον μόνος και αβοήθητος γ. στην ομάδα δίνεται έμφαση στην προσωπικότητα και στις αξίες κάθε ατόμου, τα οποία κινητοποιούνται και ενθαρρύνονται να βιώσουν τη ζωή τους κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Μεγάλη επίσης είναι και η συμβολή της ομαδικής ψυχοθεραπείας στο συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς. Ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να προτρέψει τα μέλη της οικογένειας να συζητήσουν με τον ασθενή τις ιδιαίτερες ανάγκες και τα συναισθήματά του, να του δώσουν υποστήριξη, ζεστασιά και γαμήν τον εγκαταλείψοι. Από την άλλη μεριά πρέπει να βοηθήσει και τους ίδιους να συζητήσουν για τα δικά τους προβλήματα και να εκφράσουν την ένταση, τις ενοχές και τη θλίψη τους. (Φ. Αναγνωστόπουλος, 1986, σελ. 79)

Ο Φ. Αναγνωστόπουλος (1986, σελ. 83-84) τονίζει ότι παράλληλα με την προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής βοήθειας, πρέπει να θυμόμαστε πάντα ότι ο ασθενής έχει ως την τελευταία του στιγμή αισθήματα, επιθυμίες, ανθρώπινες ανάγκες για κατανόηση, συμπάθεια, ζεστασιά, συμπαράσταση· δεν πρέπει λοιπόν να τον εγκαταλείψουμε, αλλά να στεκόμαστε δίπλα του, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Η αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο του μαστού

Ο Γ. Κατράκης (1980, σελ. 308) υποστηρίζει ότι σήμερα ο Καρκίνος δεν είναι πλέον συνδεδεμένος με τον πόνο, καθώς έχουν βρεθεί οι κατάλληλοι τρόπο αντιμετώπισης τους. Σε όλα τα διεθνή συνέδρια για τον καρκίνο τονίζεται ότι δεν πρέπει να υπάρχει επιφύλαξη στη χρήση των αναλγητικών φαρμάκων (παυσιπόνων) που κατέχει η επιστήμη και απαλλάσσουν τον καρκινοπαθή από τους πόνους του. Ο ίδιος ο συγγραφέας τονίζει ότι ο καρκίνος κατά κανόνα δεν προκαλεί από το αρχικό του στάδιο πόνους, παρά μόνο όταν μεγαλώσει και επεκταθεί. Ο πόνος δεν είναι αποτέλεσμα των καρκινικών μαζών, αλλά της βλάβης οργάνων, με συνέπεια την κακή λειτουργία τους και ολόκληρου βέβαια του οργανισμού.

Ο Ν. Κορδιολής (1991, σελ. 70) σημειώνει ότι ο πόνος είναι μια λειτουργική εκδήλωση του ανθρώπινου οργανισμού και προκαλείται από κάποια ανατομική βλάβη ή άλλες παθολογικές καταστάσεις. Τα προβλήματα του πόνου από καρκίνο αντιμετωπίζονται σε ειδικές κλινικές, που ονομάζονται “κλινικές πόνου”. σ’ αυτές διάφορες ειδικότητες (γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι) προσπαθούν από κοινού να θεραπεύσουν τον πόνο και τα προβλήματα που δημιουργεί στους καρκινοπαθείς.

Οι συνηθέστερες αιτίες του πόνου στον Καρκίνο είναι οι ακόλουθες :

1. Οξεία φάση :

- ◆ Πρώτη εκδήλωση της ασθένειας ή της υποτροπής μετά από επιτυχή θεραπεία
- ◆ Μετεγχειρητικές
- ◆ Μετά από χημειοθεραπεία ή μετά από χορήγηση στεροειδών
- ◆ Μετακτινικές

2. Χρόνια φάση :

- ◆ Υποτροπή
- ◆ Μετεγχειρητικές (π.χ. μετά από μαστεκτομή)
- ◆ Μετά από ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία
- ◆ Πόνοι άσχετοι με τον καρκίνο
- ◆ Λειτουργικοί πόνοι άλλης αιτιολογίας
- ◆ Από επέκταση του όγκου ή μετάσταση
(N. Κορδιολής, 1991, σελ. 71)

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1993, σελ.16) η εκτίμηση του πόνου από καρκίνο είναι ένα πρωταρχικό βήμα στην διαδικασία της ικανοποιητικής αντιμετώπισης του και περιλαμβάνει την κατανόηση των φυσικών, ψυχολογικών, πνευματικών, οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων που συνθέτουν τον “ολικό πόνο” του ασθενούς.

Ο Ν. Κορδιολής (1991, σελ. 74-75) σημειώνει ότι έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι εκτίμησης του πόνου, οι οποίες δεν έχουν αποδειχθεί

σαν απόλυτα ακριβείς. Βασίζονται στην αξιολόγηση ειδικών ερωτηματολογίων που έχουν σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς. Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης πόνου του νοσοκομείου M.C. Gill αποτελεί σήμερα την καλύτερη μέθοδο και στηρίζεται στις απαντήσεις σε λέξεις κλειδιά απ' τον ασθενή. Κατά συνέπεια, για την κλινική εκτίμηση του πόνου στον καρκίνο επιβάλλεται : **α.** Να γίνεται πιστευτός ο πόνος του ασθενούς **β.** Να ληφθεί με απόλυτη σαφήνεια το ιστορικό του **γ.** Να εκτιμηθεί η ψυχολογική του κατάσταση **δ.** Να υπάρχει η απαραίτητη νοσηλευτική, κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη **ε.** Να υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου.

Όπως σημειώνει ο ίδιος συγγραφέας, η θεραπεία του πόνου στον καρκίνο είναι συντηρητική ή χειρουργική κι αποβλέπει στην αντιμετώπιση της ασθένειας, την ψυχολογική στήριξη του ασθενούς, την συμπτωματική αντιμετώπιση του πόνου με φάρμακα, και την επιπρόσθετη χορήγηση σκευασμάτων που υποβοηθούν την καταπολέμηση τοπικών ή γενικευμένων επιπλοκών.

Τα αναλγητικά φάρμακα (παυσίπονα) κατέχουν σημαντική θέση στη θεραπεία του πόνου· η χορήγηση τους εξαρτάται από το στάδιο εξέλιξης του καρκίνου, την εντόπιση του, την έκταση και την ένταση των πόνων, την θεραπεία που εφαρμόστηκε, καθώς και το αναμενόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Από την άλλη πλευρά, η χορήγηση ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συμβάλλει στην καταπολέμηση των ψυχικών εκδηλώσεων της ασθένειας, ενώ εμφανίζουν συνεργατική δράση με τα παυσίπονα, μειώνοντας για μεγαλύτερη χρονική διάρκεια τον πόνο και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς. (Γ.Κατράκης, 1980, σελ. 309)

Γενικότερα, η καταλληλότερη μέθοδος θεραπείας σχεδιάζεται ανάλογα με την εντόπιση της ασθένειας, το είδος του πόνου, τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται και τη διάρκεια του, και τέλος με την ηλικία του καρκινοπαθούς και την φυσική, ψυχική και διανοητική του κατάσταση. (N. Κορδιολής, 1991, σελ. 72)

Η Π.Ο.Υ.(1993, σελ. 35) κάνει αναφορά σε ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους γιατρούς ογκολόγους που είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης εξάρτησης των καρκινοπαθών από τη χρήση οπιοειδών. Έχουν δημοσιευτεί ελάχιστες πληροφορίες για την φυσική εξάρτηση ή την κατάχρηση φαρμάκων από τους ασθενείς που κάνουν χρήση οπιοειδών αναλγητικών ώστε ν' αντιμετωπίσουν τους πόνους που προέρχονται από τον καρκίνο.

Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από Αμερικανούς γιατρούς σχετικά με το "πόσο σωστά αντιμετωπίζουν οι ογκολόγοι τον πόνο των καρκινοπαθών" οδήγησε στο ακόλουθο συμπέρασμα : Υπάρχει ανάγκη για ένα ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης των ογκολόγων, αφού διαπιστώθηκε πως οι περισσότεροι από αυτούς δεν ακολουθούν σωστά τις οδηγίες που υπάρχουν για την κατάλληλη αντιμετώπιση του πόνου στους καρκινοπαθείς. Ως πιθανότερη εξήγηση για αυτό θεωρείται το γεγονός ότι οι γιατροί κατακλύζονται καθημερινά από μια πληθώρα νέων πληροφοριών, που τελικά αδυνατούν να κρατήσουν επαφή με τις εξελίξεις στον τομέα τους. Επίσης είναι ανάγκη να ξεπεραστούν οι φόβοι των γιατρών για πιθανές παρενέργειες ή για τη δημιουργία εξάρτησης από την χορήγηση οπιοειδών. Για τους λόγους αυτούς είναι πλέον καιρός να οργανωθεί και στη χώρα μας απ' τους αρμόδιους φορείς η κατάλληλη ενημερωτική παρέμβαση στους γιατρούς, ώστε να σταματήσει τελικά ο

πόνος να ταλαιπωρεί τους καρκινοπαθείς· το δικαίωμα να μην πονά ο ασθενής είναι από τα πιο σεβαστά ! (Μ' ενδιαφέρει, τεύχος 6, σελ. 7)

Πάντως αν ανατρέξουμε στις διεθνείς και εθνικές νομοθεσίες για τη χρήση φαρμάκων θα δούμε ότι από τα 22 φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως στην αντιμετώπιση του πόνου από Καρκίνο, τα 8 καλύπτονται από την απλή Συνθήκη για τα ναρκωτικά φάρμακα και 1 από τη συνθήκη για τις ψυχοτρόπες ουσίες. Κύριος σκοπός των συνθηκών αυτών είναι να σταματήσει η χρήση των ελεγχόμενων φαρμάκων, εκτός των περιπτώσεων που καλύπτουν ιατρικές και επιστημονικές ανάγκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ X

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα

Ο τρόπος που αντιδρά μια γυναίκα όταν συνειδητοποιεί ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού έχει γίνει αντικείμενο μελέτης πολλών συγγραφέων. Συγκεκριμένα :

Ο Φ. Αναγνωστόπουλος (1995, σελ. 137-143) παρουσιάζει την ερμηνεία που δίνει η Elizabeth Kübler Ross για τις ψυχικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών. Οι αντιδράσεις αυτές περιγράφονται σε πέντε στάδια, από την στιγμή που συνειδητοποιούν την ασθένειά τους μέχρι και τη στιγμή του θανάτου τους. **1.** Το πρώτο στάδιο είναι της άρνησης και της απομόνωσης. Η πρώτη αντίδραση είναι “ΟΧΙ ! Αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα”. Η άρνηση αποτελεί έναν φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο, το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική ή οδυνηρή. Έτσι λοιπόν αρνείται το γεγονός της ασθένειας ή και των επιπτώσεων της, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει από την πραγματικότητα. Στην περίπτωση που αρνείται την ασθένεια του, δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές ή περιφέρεται απ’ τον έναν γιατρό στον άλλο, αποφεύγοντας να δεχτεί την διάγνωση της αρρώστιας, της ενδεχόμενης αναπηρίας ή της επιδείνωσης της υγείας του. **2.** Το δεύτερο στάδιο είναι του θυμού, που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με τη φράση

των ασθενών “Γιατί εγώ;”. Αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου, το οποίο είναι υποχρεωμένο να δεχτεί ότι ξαφνικά η ζωή του αλλάζει ριζικά και το μέλλον του χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα. Ο θυμός στρέφεται προς τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος, προς τους υγιείς γενικά, προς το προσωπικό υγείας ή ακόμη και προς το Θεό. Με αυτό τον τρόπο δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, με αποτέλεσμα να αποξενώνεται σε μια περίοδο, κατά την οποία έχει ανάγκη την υποστήριξη του περιβάλλοντός του. **3.** Το τρίτο στάδιο είναι της διαπραγμάτευσης. Η διαπραγμάτευση ή “το παζάρεμα” παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της ασθένειας ή και το θάνατο. Οι διαπραγματεύσεις συνήθως γίνονται με κάποιο άτομο κύρους ή με το Θεό. Αυτή η αντίδραση μπορεί να έχει θετικές, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις. Από την μια πλευρά μπορεί να διευκολύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών που προωθούν την υγεία και τη συμμόρφωση του ατόμου στη θεραπεία. Από την άλλη πλευρά όμως αυξάνονται οι πιθανότητες να βιώσει συναισθήματα προδοσίας κι απογοήτευσης, όταν οι προσδοκίες του δεν βρίσκουν ανταπόκριση. **4.** Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης. Ο ασθενής αρχίζει πλέον να δέχεται ότι πρόκειται να πεθάνει και θρηνεί. Υπάρχουν δύο τύποι κατάθλιψης: α. η αντιδραστική κατάθλιψη, που οφείλεται σε απώλειες που βιώνει το άτομο μέσα στο παρόν, καθώς συγκρίνει πως ήταν στο παρελθόν και πως έχει αλλάξει και β. η προπαρασκευαστική κατάθλιψη, όπου ο ασθενής αναλογίζεται τις επικείμενες απώλειες μπροστά στην πιθανότητα του θανάτου. **5.** Το πέμπτο στάδιο είναι της αποδοχής. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος του. Διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία, ενώ παύει να αγωνίζεται για να σωθεί και

προοδευτικά συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, χωρίς να παραιτείται από την επιδίωξη συνθηκών που του εξασφαλίζουν αξιοπρέπεια και ποιότητα στις τελευταίες στιγμές της ζωής του. Η λεκτική επικοινωνία με το περιβάλλον είναι συνήθως περιορισμένη, ενώ το βλέμμα και η συμπεριφορά του εκφράζουν την αποδοχή της κατάστασής του.

Βέβαια, η Kübler Ross, όπως αναφέρει ο Φ. Αναγνωστόπουλος (1995, σελ. 143) ισχυρίζεται ότι τα προαναφερθέντα στάδια δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της ασθένειας.

Μια άλλη άποψη για το θέμα αυτό είναι του Fiore, όπως τονίζει ο Φ. Αναγνωστόπουλος (1986, σελ. 19-20), ο οποίος επισημαίνει ότι τα κύρια στοιχεία των ψυχικών αντιδράσεων στα διάφορα στάδια από τα οποία διέρχεται ο καρκινοπαθής είναι η ανησυχία ο φόβος, το συναίσθημα του αβοήθητου, η απελπισία και η κατάθλιψη. Υπάρχουν δύο ακόμα στοιχεία στην ψυχολογία του ασθενούς που είναι το αίσθημα ενοχής και η υποβολιμότητα. Συνήθως ο ασθενής υποβάλλεται εύκολα, με συνέπεια να πιστεύει ακόμη και απίθανες υποσχέσεις για θεραπεία ή να πέσει θύμα ανεύθυνων προσώπων ή αγυρτών.

Επιπλέον εξίσου σημαντικός είναι και ο διαχωρισμός που κάνει ο Κ. Στεφανής (1981, σελ. 217) στις ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενών με καρκίνο. Διακρίνει λοιπόν τρεις κύριες φάσεις. Η πρώτη φάση χαρακτηρίζεται απ' την αόριστη ανησυχία μέχρι τον πανικό, λόγω της συνειδητοποίησης της ασθένειας. Η δεύτερη φάση χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου ή αποχωρισμού κι ακόμα συχνότερα άρνηση της ασθένειας. Τέλος, η τρίτη

φάση χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα της αρρώστιας είτε απ' την παρουσία ψυχιατρικών επιπλοκών.

Επιπλέον, δεν πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς με καρκίνο βιώνουν έντονα συναισθήματα απομόνωση και μοναξιάς. Η απομόνωση αυτή οφείλεται αφ' ενός στο ότι ο ασθενής και αποκόβει τις επαφές με το κοινωνικό του περιβάλλον γιατί δεν επιθυμεί να αναστατώσει τους συγγενείς του με τις ανησυχίες και τις νοσηρές ενασχολήσεις του και αφ' ετέρου, οι συγγενείς μπορεί να απομακρύνονται φοβούμενοι μήπως 'κολλήσουν' τον καρκίνο ή γιατί δεν θέλουν ή δεν μπορούν να συμμετέχουν στην σοβαρότητα της κατάστασης. (Φ. Αναγνωστόπουλος, 1986, σελ. 18)

Ο Κ. Στεφανής (1981, σελ. 217-218) αναφερόμενος στη σχέση του καρκίνου με την αυτοκτονία, τονίζει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας έχει σαφώς υπερεκτιμηθεί. Από τα βιβλιογραφικά δεδομένα προκύπτει ότι οι καρκινοπαθείς αυτοκτονούν τόσο συχνά όσο και οι μη καρκινοπαθείς. Οι κύριοι ψυχολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στον κίνδυνο αυτοκτονίας είναι :

- α. η ανάπτυξη ψυχικής διαταραχής τύπου αγχώδους μελαγχολίας
- β. η δυσκολία ανοχής του σωματικού πόνου και της δυσφορίας
- γ. η διεκδίκηση αγάπης και προσοχής από το περιβάλλον με απαιτητικό τρόπο
- δ. τα συναισθήματα ματαιώσης των προσδοκιών και
- ε. οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας.

Παρόλα αυτά όμως δεν λείπουν και τα άτομα που αντιδρούν με κάποια ανακούφιση και περιμένουν απ' την ασθένεια κάποιο δευτερογενές όφελος. Για παράδειγμα, η αποφυγή των υποχρεώσεων και των ευθυνών της ζωής που τους έχουν κουράσει, η αφορμή για να διεκδικήσουν απ' το περιβάλλον τους συναισθήματα που τους λείπουν

και γενικά μια κατάσταση παλινδρόμησης σε πρώιμες συναισθηματικές ανάγκες. (Κ. Στεφανής, 1981, σελ. 222)

Όσον αφορά βέβαια τους ψυχολογικού μηχανισμούς άμυνας, που χρησιμοποιεί ασυνείδητα ο ασθενής με καρκίνο προκειμένου να μειώσει τις συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στην ασθένεια του, οι κυριότεροι είναι : α. η άρνηση, με την οποία ο ασθενής αρνείται ή ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα της νόσου του και τις επιπτώσεις της β. η απώθηση – καταπίεση. Συχνά ο ασθενής, ενώ γνωρίζει την ύπαρξη της νόσου της, αδιαφορεί, δεν ασχολείται με αυτή και τη βάζει στο περιθώριο. Όταν αυτό συμβαίνει σε ασυνείδητο επίπεδο πρόκειται για τον μηχανισμό της απώθησης, ενώ όταν συμβαίνει συνειδητά πρόκειται για τον μηχανισμό της καταπίεσης γ. η υπεραναπλήρωση, η οποία βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει σε ασυνείδητο επίπεδο την απώλεια της αυτοεκτίμησης του. Ο ασθενής γίνεται πιο δραστήριο απ' ότι πριν αρρωστήσει, τουλάχιστον σε τομείς που του επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του δ. η προβολή με την οποία ο ασθενής γίνεται εριστικός, παρανοειδής και επιθετικός. Με τον μηχανισμό αυτό, η επιθετικότητα στρέφεται προς τους άλλους και αποφεύγονται ιδέες, ενοχής και αυτοκαταστροφής. (Κ. Σολδάτος, Π. Σακκάς, Ι. Μπεργιαννάκη, 1986, σελ. 42-43)

Ο Κ. Στεφανής (1981, σελ. 216-217) θεωρεί ότι αξίζει στο σημείο αυτό να διευκρινισθεί ότι ο βαθμός της αρχικής αντίδρασης των ασθενών με καρκίνο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, ανάμεσα στους οποίους συγκαταλέγονται η φύση, η εντόπιση, και οι κλινικές εκδηλώσεις του όγκου, η προσωπικότητα του ασθενούς, οι κοινωνικές επιπτώσεις της αρρώστιας και το διαθέσιμο σύστημα ψυχοκοινωνικής υποστήριξής του.

Ο Φ. Αναγνωστόπουλος (1986, σελ. 59) τονίζει ότι πίσω από όλα αυτά τα στάδια και τις φάσεις κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ΕΛΠΙΔΑ ! Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένα εφιάλτης κι όχι η αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά.

2. Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της μαστεκτομής

Ο καρκίνος του μαστού και η μαστεκτομή είναι ένας ακρωτηριασμός με ιδιαίτερα συμβολικό χαρακτήρα. Οι κοινωνίες όλων των εποχών, έμαθα τη γυναίκα να δίνει ιδιαίτερη σημασία στο μαστό της, άλλοτε σαν μέσο έκφρασης της μητρότητας και άλλοτε σαν πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας. Τα προβαλλόμενα κατά καιρούς, πρότυπα, απαιτούσαν και έκαναν ευτυχισμένες άλλοτε τις γυναίκες με μεγάλο στήθος και άλλοτε με μικρό. Ποτέ όμως δεν προεβλήθη κανένα μοντέλο που να αγνοεί το στήθος και πολύ περισσότερο να απαιτεί ένα μαστό. (Κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, 1991, σελ. 104-105)

Η Κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, επίσης, αναφέρει ότι λόγω των συναισθημάτων και συμβολισμών που αντιπροσωπεύουν οι μαστοί για τη γυναίκα, φυσικό είναι να εμποδίζεται συναισθηματικά να δεχτεί την θεραπευτική επέμβαση της μαστεκτομής. 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 στην χειρότερη θα τον ακρωτηριάσει. Και στις δύο περιπτώσεις είναι δεδομένη η συναισθηματική κρίση.

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 202) υποστηρίζει ότι η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ο

αναπόφευκτος ακρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό στη γυναίκα. Η σκέψη και μόνο του ακρωτηριασμού του μαστού προκαλεί στη γυναίκα ψυχικό τραύμα, διότι από τη νεανική της ηλικία η ζωή της είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη του οργάνου αυτού.

Σύμφωνα με την Κ. Γιδοπούλου (1991, σελ. 104) όλες οι εντοπίσεις του Καρκίνου που η θεραπευτική του αντιμετώπιση, προκαλεί αλλαγή στην εικόνα του σώματος ή την λειτουργικότητά του, όπως η μαστεκτομή, βάζουν σε μεγάλη δοκιμασία την αυτοεκτίμηση του αρρώστου ή της άρρωστης.

Οι Rosenbaum και Dollinger (1992, σελ. 154) δηλώνουν ότι οι μεταβολές που επέρχονται στο σώμα, ενδέχεται να έχουν ολέθριο αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση της ασθενούς, ιδιαίτερα αν είναι εμφανείς.

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 202) αναφέρει ότι η αναπηρία οδηγεί συνήθως στην αυτουποτίμηση και στη μειονεκτικότητα, γιατί το αίσθημα της προσωπικής αξίας οπωσδήποτε συνδέεται με τη σωματική αρτιμέλεια και υγεία. Η μαστεκτομή επηρεάζει την εκτίμηση της ασθενούς προς τον εαυτό της, την τοποθέτησή της έναντι της ζωής και την επιτυχή εκπλήρωση του επαγγελματικού, οικογενειακού και κοινωνικού προορισμού της.

Οι Rosenbaum και Dollinger (1992, σελ. 155) κάνουν επίσης αναφορά στην απομόνωση και τη μοναξιά που συχνά εμφανίζονται στις γυναίκες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Αναφέρουν λοιπόν, ότι αν η σκέψη της ασθενούς επικεντρώνεται στη θλίψη ή την αυτοεγκατάλειψη, ή έχει δεχτεί τον καρκίνο ως θανατική καταδίκη, ενδεχομένως κόβει τους δεσμούς με τον κόσμο και ζει απομονωμένη. Ίσως νιώθει απογοητευμένη ή φοβάται να κάνει τα πρώτα βήματα προς μια νέα ζωή.

Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται, σύμφωνα με την Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 203-204), η ανησυχία και ο φόβος του πόνου και του θανάτου. Η ασθενής συχνά εξωτερικεύει το φόβο του θανάτου, διατυπώνοντας ερωτήματα, όπως :

- Μήπως πεθάνω;
- Άξιζε ο κόπος να υποβληθώ σε εγχείρηση;
- Μήπως είναι καταδικασμένη;

Στην ίδια μελέτη γίνεται αναφορά στους φόβους και ανησυχίες της ασθενούς σχετικά με τη ζωή της μέσα στην οικογένεια. Τα ερωτήματα που τη βασανίζουν, ιδιαίτερα όταν είναι νεαρή σε ηλικία είναι αν θα μπορέσει να γίνει μητέρα μετά τη μαστεκτομή, αν θα συνεχιστεί η συζυγική της ζωή ανεπηρέαστη ή αν καταστεί ανεπιθύμητη στο άμεσο περιβάλλον της. Οι φόβοι αυτοί απασχολούν βεβαίως και την έγγαμη ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας, που έχει παιδιά. Εντονότερη όμως είναι η ανησυχία της άγαμης γυναίκας, η οποία ονειρεύεται να δημιουργήσει μια χαρούμενη και ευτυχισμένη ζωή.

Οι επιπτώσεις της μαστεκτομής στη ζωή της γυναίκας καθίστανται τόσο έντονες, ώστε να απαιτούνται αποθέματα ψυχικών δυνάμεων για να υπερνικήσει τις προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες που δημιουργούνται απ' αυτή.

3. Συνέπειες της μαστεκτομής στην οικογενειακή ζωή της ασθενούς

Ο καρκίνος του μαστού είναι ιδιαίτερα οδυνηρός και για τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς, ιδίως όταν η ασθενής νοσηλεύεται για καιρό. Αυτή η περίοδος του αποχωρισμού μπορεί να αποδειχθεί τραυματική. (Rosenbaum, Dollinger, 1992, σελ. 151)

Ο Φώτης Αναγνωστόπουλος (1986, σελ. 49-50) αναφέρει ότι οι δομές των οικογενειών είναι ευαίσθητα πλέγματα και χαρακτηρίζονται από διάφορα συστήματα αξιών και μορφών επικοινωνίας. Μερικές οικογένειες ενισχύουν μόνο ευχάριστα συναισθήματα, ενώ αποκλείουν δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις. Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τους φόβους της ασθενούς και δεν δίνουν την υποστήριξη και το ενδιαφέρον που της χρειάζεται, μπορεί να καθηλώσουν την ικανότητά της να αντιμετωπίσει τη νόσο.

Ο ίδιος συγγραφέας τονίζει ότι ένα από τα περισσότερο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία, που εκφράζεται με το φόβο ότι δεν θα ξέρουν τι να πουν. Θα πρέπει να εκφράζονται ειλικρινή αισθήματα και όταν λέξεις δεν μπορούν να βρεθούν, μια αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια, όπως το κράτημα του χεριού ή μια τρυφερή ματιά. Μια τέτοια φυσική επαφή βοηθά στο να μειωθεί το αίσθημα του χωρισμού από την οικογένεια που η ασθενής μπορεί να νιώθει λόγω της αρρώστιας της και μη ξέροντας πώς να αντιδράσει απέναντί τους, απομακρύνεται απ' αυτούς.

Στην ίδια μελέτη επισημαίνεται ότι συχνά τα μέλη της οικογένειας, ενώ βρίσκονται γύρω από την άρρωστη, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή της. Σαν απάντηση, η ασθενής επίσης μπορεί

να υποκρίνεται άγνοια, ώστε να προστατεύσει την οικογένειά της. Ως αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο διαρκώς συνθετότερο. Έτσι η άρρωστη και η οικογένειά της μπορεί άθελα τους να εγκαταλείψει ο ένας τον άλλο και να αναπτυχθούν αμοιβαία αισθήματα απόρριψης.

Ο ίδιος συγγραφέας συνεχίζει σημειώνοντας ότι δεν πρέπει τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο τους το χρόνο στην άρρωστη. Χρειάζονται χρόνο μακριά της, για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργούν η παρουσία της αρρώστιας, η φροντίδα της άρρωστης, οι νέες ευθύνες και ρόλοι. Ο σύζυγος πρέπει να διαθέσει αρκετές ώρες για να ασχοληθεί με τα παιδιά. Για να διατηρήσει όμως την ψυχολογική ισορροπία που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τόσο τα δικά του αισθήματα όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του, πρέπει να έχει ευκαιρίες διεξόδου που να εκφορτίζεται.

Ο Λώρενς Λεσάν (1981, σελ. 200-202) αναφέρει ότι συχνά, τόσο η οικογένεια όσο και ο γιατρός, πιστεύουν ότι η δραστηριότητα της ασθενούς πρέπει να περιοριστεί όσο το δυνατόν περισσότερο. Μ' αυτό τον τρόπο την εμποδίζουν στην προσπάθειά της να βρει και να εκφράσει το δικό της δρόμο, το δικό της τρόπο να υπάρχει. Η στάση αυτή πρέπει να αποφευχθεί. Πρέπει να βοηθήσει η οικογένεια να καταλάβει ότι η «ανάπαυση» δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδος και ότι η ασθενής δεν πρέπει να εμποδίζεται στη δραστηριότητά της. Αντίθετα, πρέπει να ενθαρρύνεται να είναι όσο το δυνατόν δραστήρια.

Οι Rosenbaum και Dollinger (1992, σελ. 151) τονίζει ένα ακόμη πρόβλημα στη σχέση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού και της οικογένειάς της. Αναφέρουν λοιπόν, ότι ακόμη και στις στενότερα συνδεδεμένες οικογένειες μπορεί να απειληθούν οι σχέσεις από τις

πιέσεις μιας μακροχρόνιας ασθένειας. Ο θυμός και η ενοχή μπορεί να εκδηλωθούν με ξαφνικά ξεσπάσματα, με κατηγορίες ή αδιαφορία, ή και με υπερπροστατευτική συμπεριφορά. Μπορεί επίσης να αναδυθούν στην επιφάνεια κάποια προβλήματα σχέσεων που ήταν κρυμμένα επί χρόνια.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να γίνει αναφορά στις ανάγκες των παιδιών, που προκύπτουν από την ασθένεια της μητέρας τους και όλες τις επιπτώσεις που επιφέρει αυτή. Οι ίδιοι συγγραφείς σημειώνουν ότι τα παιδιά νιώθουν συνήθως παραμελημένα και δοκιμάζουν ένα αίσθημα απώλειας. Τόσο η ασθενής όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας πρέπει να τα διαβεβαιώνουν συχνά πως η αγάπη τους γι' αυτά παραμένει αμείωτη. Ιδίως τα μικρότερα παιδιά πρέπει να πάνε γρήγορα να νομίζουν πως αυτά ευθύνονται για την ασθένεια.

Όπως επισημαίνει η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 251-252) τα παιδιά συχνά νιώθουν ανασφάλεια όταν βρίσκουν μια διαφορετική για παράδειγμα μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, αλλά αισθάνονται ενοχή, καθώς φαντάζονται ότι αυτά έφταιξαν για την αρρώστια της μητέρας τους.

Όσον αφορά την πληροφόρηση των παιδιών για την ασθένεια της μητέρας τους, η ίδια συγγραφέας αναφέρει ότι και οι δύο γονείς πρέπει να αποφασίσουν μαζί, πως θα πληροφορήσουν τα παιδιά. Στα παιδιά λοιπόν πρέπει να εξηγηθεί ότι η μητέρα τους είχε παραμείνει για λίγο στο νοσοκομείο για ένα θέμα υγείας (εγχείρηση) και η μητέρα μπορεί να τους ζητήσει να τη βοηθήσουν να ξαναβρεί τον εαυτό της. Με το να απαντηθούν ειλικρινά οι ερωτήσεις των παιδιών, βοηθούνται στο να διαλυθούν οι φόβοι τους. Έτσι, η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιηθεί ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και ακολούθως να ενθαρρυνθεί να σπάσει αυτή τη σιωπή.

Στην ίδια μελέτη γίνεται επισήμανση και στους εφήβους, οι οποίοι μπορεί να σαστίσουν τους γονείς με τις ξαφνικές μεταβολές στη συμπεριφορά τους (εμπόλεμη διάθεση, αδιακρισίες), να αρχίσουν να απειθαρχούν, να μη βοηθούν τους γονείς ή να αρνούνται τις επισκέψεις στο νοσοκομείο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι έφηβοι τη στιγμή που προετοιμάζονται να ζήσουν ανεξάρτητα από τους γονείς, αναγκάζονται από τα οικογενειακά προβλήματα να επιστρέψουν πίσω και γι' αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί. Αν ο έφηβος είναι κοπέλα, μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Οι γονείς νιώθοντας ενοχή, δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους της κόρης, όμως το άγνωστο είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί από την αλήθεια που η κοπέλα θα ψάξει να μάθει οπωσδήποτε.

Κανείς δεν μπορεί να κατακρίνει τον τρόπο που ο κάθε άνθρωπος αντιδρά στην κρίση του καρκίνου του μαστού και στην απειλή μιας απώλειας. Μπορεί κάποιοι άνθρωποι και κάποιες σχέσεις να δυναμώνουν, άλλες να κλονίζονται ή σε άλλες να αναπτύσσονται νέες μορφές αγάπης, στοργής και κατανόησης.

4. Συνέπειες της μαστεκτομής στη σεξουαλική ζωή της ασθενούς

Σύμφωνα με την Κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου (1991, σελ.107-108), η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού και των επιπτώσεων που επιφέρει, πέραν των άλλων περιορισμών ή απογοητεύσεων που δημιουργεί στις ασθενείς, τους δημιουργεί ανησυχία που συχνά γίνεται αγωνία στη σκέψη ότι πρέπει να αποκλεισθούν ή να συμβιβαστούν με κάτι λιγότερο ιδεώδες. Έτσι στα άτομα αυτά δημιουργούνται πολλά

ερωτηματικά και επιφυλάξεις για τη στάση και το δικαίωμα απέναντι στην συναισθηματική σχέση, στο σεξ, στο γάμο, στην οικογένεια.

Η ίδια εισηγήτρια συνεχίζει σημειώνοντας ότι η στάση της κοινωνίας μας, συνδέεται με πολιτιστικές αξίες που εξισώνουν τη σωματική ακεραιότητα, τη φυσική ελκυστικότητα και ομορφιά με το σεξ και το ρομαντισμό, θέματα τα οποία έχουν ζωτική σημασία για την ασθενή. Αυτή η προσκόλληση της κοινωνίας στην εξωτερική εμφάνιση και τα πρότυπα που προβάλλονται σήμερα, κάνουν πιο έντονα τα προβλήματα των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Σύμφωνα με την Linda Dackman (1993, σελ. 20-42), έχοντας ζήσει την εμπειρία της μαστεκτομής, θεωρεί ότι τα συνήθη ερωτήματα που απασχολούν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι : “θα καταφέρω ποτέ να αφήσω κάποιον να δει το κορμί μου;” , “πότε θα πρέπει να ενημερώσω κάποιον καινούριο άνδρα στη ζωή μου σχετικά με τη μαστεκτομή;” , “θα πάψει ποτέ αυτή να αποτελεί το Α και το Ω της ύπαρξής μου και των σχέσεών μου;”

Η ιστορία της, αν και είναι βαθύτατα προσωπική, δίνει απαντήσεις σε πολλά ερωτήματα γυναικών, παντρεμένων ή όχι, που διστάζουν να τα θέσουν και παράλληλα καθησυχάζει και καθοδηγεί.

Η ίδια πιστεύει ότι έρωτας μετά τη μαστεκτομή σημαίνει να “εκθέτει” η γυναίκα τον εαυτό της, να έρχεται σε απευθείας αντιπαράθεση με το αίσθημα του πόσο ευάλωτη είναι. Η εμπειρία είναι τόσο έντονη που μερικές γυναίκες καταλήγουν ότι τους είναι αδύνατον να την αντιμετωπίσουν. Παράλληλα όμως, υποστηρίζει ότι, παρά τους όποιους συναισθηματικούς φραγμούς σχετικά με τον έρωτα και τη γυμνότητα, είναι ακόμη χειρότερο για την ασθενή να προσπαθεί να τους

αποφύγει. Για όλες αυτές τις ανησυχίες δεν μπορεί να κάνει τίποτα, εκτός από το να προσπαθεί να ζει μ' αυτές.

Ο Φώτης Αναγνωστόπουλος (1986, σελ. 51) παρουσιάζοντας προτάσεις των Διεθνών Αντικαρκινικών Εταιρειών προς τη μαστεκτομημένη γυναίκα, αναφέρει ότι “είναι φυσικό να αναρωτηθεί η ασθενής αν ο σύζυγός της την αγαπά και την θέλει όπως πριν. Πολλές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή θα έλεγαν ότι ο γάμος τους έγινε πιο τρυφερός και η κρίση της μαστεκτομής έφερε το ζευγάρι πιο κοντά. Λίγοι σύζυγοι απορρίπτουν τις γυναίκες τους, έχουν όμως φόβους για τις συνέπειες που η μαστεκτομή μπορεί να έχει στο γάμο τους. Μια σχέση που είναι δυνατή, θα ξεπεράσει τις συνέπειες της μαστεκτομής. Αλλά εάν ο γάμος είναι ήδη αποτυχημένος ή ο δεσμός άτονος, τότε ίσως έσπαζε έτσι κι αλλιώς μπροστά σε μια κρίση που θα εμφανιζόταν στη ζωή. Είναι εύκολο για κάποιον από τους δύο συζύγους να χρησιμοποιήσει τη μαστεκτομή σαν δικαιολογία για να θέσει τέρμα σε μια κατάσταση που δεν ήταν αποδεκτή για καιρό”.

Η Linda Duckman (1993, σελ. 58-66) επίσης, επισημαίνει ότι εκείνο που ζητά κάθε γυναίκα από το σύντροφό της είναι η τρυφερότητα και όχι βραβείο για τη γενναιότητα που έδειξε στην αντιμετώπιση μιας τρομακτικής ασθένειας.

Η ίδια σημειώνει ότι κάθε γυναίκα που κρύβεται πίσω από κάποιο “καμουφλάζ” ξέρει γιατί το κάνει, αν δηλαδή αυτό αποτελεί τον μανδύα για να καλύψει την κατάθλιψη και την απελπισία ή αν είναι ένας τρόπος άρνησης της συνεχούς οπτικής υπενθύμισης μιας αρρώστιας που της άλλαξε για πάντα τη ζωή της. Το να αποφεύγει να δείξει τον εαυτό της, όπως και το να αποφεύγει να μιλήσει γι' αυτό το θέμα αν τραβήξει για

πολύ, δεν πρόκειται να βοηθήσει τη γυναίκα να δημιουργήσει ξανά στενούς ερωτικούς δεσμούς.

Επίσης παρομοιάζει τη στιγμή της ερωτικής πράξης μετά τη μαστεκτομή σαν μια μεγάλη δοκιμασία, σαν τον πανικό που νιώθει κανείς στα μεγάλα ύψη ή όταν περπατά πάνω σε μια γέφυρα και βλέπει ανάμεσα απ' τις σανίδες, κάτω χαμηλά να κυλάει το νερό.

Όσον αφορά τις ανύπαντρες γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, η L. Duckman αναφέρει ότι συχνά αυτές αναρωτιούνται “γιατί να γυρίσει να τις κοιτάξει κάποιος άνδρας, τη στιγμή που έχει στη διάθεσή του τόσες γυναίκες και μάλιστα με δύο στήθη. Όμως σπάνια ένας άνδρας υποβιβάζει το σύνολο της γυναίκας στο πόσους μαστούς έχει”.

Ο Φώτης Αναγνωστόπουλος (1986, σελ. 51) τονίζει ότι αν στο ζευγάρι, όπου η γυναίκα είναι ασθενής με Καρκίνο του Μαστού, υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και συζητούν τα θέματα, τότε αυτά τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγηθούν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί.

Καταλήγοντας, είναι σημαντικό να αναφερθεί η άποψη της L. Duckman (1993, σελ. 98) ότι η επιτυχία ή η αποτυχία ενός δεσμού εξαρτάται μόνο από τις προσωπικότητες των δύο συντρόφων και όχι από το σώμα τους.

5. Συνέπειες της μαστεκτομής στη κοινωνική ζωή της ασθενούς

Η κοινωνία μας αρέσκεται να πιστεύει πως είναι φιλεύσπλαχη και πρόθυμη να βοηθάει στην αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, όπως ο Καρκίνος. Η πραγματικότητα όμως είναι

διαφορετική. Συχνά οι ασθενείς παραγκωνίζονται ή και αποδιώχνονται. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, που οι ασθενείς περιβάλλονται από συγγενείς και φίλους και όμως νιώθουν αποκομμένοι, ζώντας στην απομόνωση και στρεφόμενοι στον εαυτό τους ώστε να χάνουν την επαφή με τη ζωή και τους ανθρώπους. (Rosenbaum, Dollinger, 1992, σελ.155)

Η Κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου (1991, σελ. 107) αναφέρει ότι η κοινωνική απομόνωση που χαρακτηρίζει ασθενείς με Καρκίνο, οφείλεται κυρίως σε δύο στοιχεία, τον οίκτο και την υπερπροστασία των άλλων ανθρώπων γύρω τους.

Επιπλέον, οι Rosenbaum και Dollinger (1992, σελ. 156-157) επισημαίνουν ότι η απώλεια της αυτοεκτίμησης, που συχνά ακολουθεί την ασθένεια του καρκίνου του μαστού, μπορεί να επιδεινωθεί αν η ασθενής κάθεται άπραγη, εξαρτώμενη από την οικογένεια και τους φίλους της. Είναι λοιπόν σημαντικό να επιστρέψει στην ενεργό παραγωγική απασχόληση. Αυτό σημαίνει είτε επιστροφή στην προηγούμενη εργασία είτε εκμάθηση μιας νέας τέχνης ή απασχόληση με τις καθημερινές δουλειές τους σπιτιού.

Οι ίδιοι συγγραφείς συνεχίζουν σημειώνοντας ότι ίσως η επιστροφή στην εργασία δημιουργήσει προβλήματα. Μπορεί η ασθένεια να μη επιτρέπει στη γυναίκα την ενασχόλησή της με την προηγούμενη εργασία. Ακόμη, η ασθενής ίσως αντιμετωπίζει κάποια δυσμενή διάκριση ή προκατάληψη στο χώρο εργασίας. Δυστυχώς, υπάρχουν ακόμη άτομα που στιγματίζουν τους καρκινοπαθείς. Εργοδότες και συνάδελφοί τους ίσως αντιδρούν έτσι λόγω κάποιου αόριστου φόβου ή ανησυχίας ως προς την νόσο ή ακόμη επειδή δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν.

Στην ίδια μελέτη γίνεται αναφορά σε αποτελέσματα έρευνας της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, που απέδειξαν ότι οι

καρκινοπαθείς αντιμετώπιζαν κάποιες διακρίσεις στις προσλήψεις, τις απολύσεις, την ανάθεση έργων, τις απολαβές και τη συμπεριφορά απέναντί τους.

Παρ' όλα αυτά όμως επισημαίνεται ότι η κοινωνική συναναστροφή δίνει την ευκαιρία να συζητηθούν διάφορα προβλήματα και ανησυχίες· τονώνει το ηθικό και κατευνάζει τις ανησυχίες. Με την απασχόληση και την ψυχαγωγία η ασθενής εκτονώνεται και χαλαρώνει. Η επικοινωνία με φίλους ή συγγενείς μπορεί να ανακουφίζει από το άγχος, να ενισχύει τη θετική στάση της ασθενούς απέναντι στη ζωή και να αποτελεί σπουδαιότατο παράγοντα στην πορεία προς την ανάρρωση και την αποκατάστασή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

1. Οργανική ή σωματική αποκατάσταση του μαστού μετά τη μαστεκτομή

Σύμφωνα με τον Ε. Τριχίλη (1991, σελ. 53), η αποκατάσταση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού περιλαμβάνει δύο μέρη : α) τη σωματική ή οργανική αποκατάσταση και β) την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η οργανική αποκατάσταση προηγείται πάντα της ψυχοκοινωνικής και εξασφαλίζεται με την πλαστική χειρουργική, ενώ η ψυχοκοινωνική είναι έργο των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών.

Όπως διαπιστώνει ο Ε. Τριχίλης (1991, σελ. 54) η επιτυχία μιας εγχείρησης καρκίνου του μαστού εξαρτάται από τη ριζικότητά της. Εντούτοις για να είναι ριζική, είναι αναγκαίο να υποστεί ακρωτηριασμό το όργανο που παρουσίασε τον όγκο, δηλαδή ο μαστός. Η απώλεια του μαστού στη γυναίκα προκαλεί σημαντική αλλαγή στο σώμα, με αποτέλεσμα να επιδρά αρνητικά στο αίσθημα αυτοπεποίθησης και γενικότερα στη συναισθηματική ισορροπία. Το ενδεχόμενο της πιθανής πλαστικής αποκατάστασης του μαστού, άμεσης ή μακρόχρονης, συμβάλλει σημαντικά στην ελάττωση του ψυχολογικού αυτού τραύματος. Η πλαστική αποκατάσταση του μαστού τα τελευταία 15 χρόνια έχει παρουσιάσει τεράστια πρόοδο· σ' αυτό συνέβαλαν οι ακόλουθοι παράγοντες : α) η απομάκρυνση από την παραδοσιακή ριζική μαστεκτομή β) η ανάπτυξη καλύτερης τεχνικής στην αποκατάσταση γ) η

χρήση μυοδερμικών κρημνών και δ) η ανάπτυξη τεχνικών διάταξης των ιστών.

Η πλαστική αποκατάσταση του μαστού μετά τη μαστεκτομή πρέπει να ακολουθεί ορισμένες βασικές αρχές : α) η αποκατάσταση δεν πρέπει να παρεμποδίζει την έγκαιρη διάγνωση τοπικών υποτροπών και β) δεν πρέπει να συμβάλλει στην ελάττωση του χρόνου επιβίωσης της ασθενούς. Ο κύριος σκοπός των αρχών αυτών είναι να αποφευχθούν οι άσκοπες επεμβάσεις σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Αντίθετα, υπάρχει και η άποψη ότι εφόσον μια γυναίκα το επιθυμεί, δεν πρέπει να της αρνείται κανείς το δικαίωμα της ποιότητας ζωής για όσο διάστημα επιζήσει. (Μ. Πινακίδης – Λ. Μπούτης, 1993, σελ. 148)

Προκειμένου να είναι επιτυχής η αποκατάσταση πρέπει να ληφθούν υπόψη οι εξής παράγοντες : 1) η εντόπιση και η έκταση της νόσου, η οποία φέρει τη μεγαλύτερη ευθύνη για την επιτυχία της αποκατάστασης 2) η ύπαρξη τοπικής νόσου ή μετάστασης 3) η ασθενής, έχει μεγάλη σημασία η ηλικία, το φύλο, η μόρφωση, το επάγγελμα και το περιβάλλον της και 4) ο πλαστικός χειρουργός η εκπαίδευση και η πείρα του θα παίξουν καθοριστικό ρόλο στην ορθή αντιμετώπιση και την άμεση αποκατάσταση της ασθενούς. (Ε. Τριχίλης, 1991, σελ. 53-54)

Οι Ε. Πορφύρης, Γ. Χαλκιολάκης, Γ. Καλλέργης, Π. Βάλβης, Ι.Γκούρας, Μ. Παπαδόπουλος, Ν. Σγούρας (1993, σελ. 50) υποστηρίζουν ότι με βάση τη χρονική περίοδο που γίνεται η αποκατάσταση χαρακτηρίζεται ως άμεση ή μακροπρόθεσμη. Η άμεση αποκατάσταση μειώνει τις ψυχολογικές επιπτώσεις (“πένθος” για τον χαμένο μαστό) και ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έντασης καρκίνο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες. Όμως στην περίπτωση που μαζί με την χειρουργική εφαρμόζεται και ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, οι

οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τα συστατικά του αίματος και το ανοσολογικό σύστημα, αυξάνεται ο κίνδυνος λοίμωξης, επιβραδύνεται η επούλωση του τραύματος κι εκδηλώνονται και άλλες επιπλοκές. Στην πράξη λοιπόν οι περισσότεροι από τους χειρουργούς επιλέγουν τις προς αποκατάσταση ασθενείς σε σχέση με τις ψυχολογικές και τις ογκολογικές παραμέτρους, αναμένοντας μια περίοδο 6 μηνών, ώστε οι ιστοί και οι ουλές που προκάλεσε η μαστεκτομή να μαλακώσουν.

Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι σχετικά με τα αποτελέσματα της πλαστικής αποκατάστασης του μαστού, σε μια έρευνα 98 ασθενών, για το 20% τα αποτελέσματα ήταν φτωχότερα από τα αναμενόμενα, για το 32% τα αναμενόμενα, ενώ για το 48% ήταν καλύτερα από τα αναμενόμενα. Το 88% είχε βελτιώσει την ποιότητα ζωής, με αποκατάσταση της ψυχολογικής ισορροπίας και ενίσχυση της θηλυκότητας. Η σεξουαλική ζωή βελτιώθηκε στο 21%, ενώ το 94% ισχυρίστηκαν ότι ο νέος μαστός αποτελεί ένα φυσιολογικό τμήμα του σώματός τους.

Η ανακατασκευή του μαστού μετά τη χειρουργική του αφαίρεση εφαρμόζεται πλέον συχνότερα και με τεχνικές που έχουν πιο αποδεκτά αισθητικά αποτελέσματα. Επομένως οι γυναίκες που υπέστησαν μαστεκτομή μπορούν να αποκαταστήσουν τη φυσική τους εμφάνιση με ποικίλους τρόπους. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την ανακατασκευή του μαστού είναι οι εξής :

- 1. Πρόσθεση σάκων σιλικόνης**, όπου τοποθετείται μικρό εμφύτευμα σιλικόνης κάτω από τους μύς του θωρακικού τοιχώματος. Εφαρμόζεται κυρίως σε γυναίκες με μικρούς μαστούς, από τους οποίους αφαιρέθηκε ένα πολύ μικρό τμήμα. Το πλεονέκτημα της τεχνικής αυτής είναι ότι ο μαστός ανακατασκευάζεται σε μια μόνο

- επέμβαση, ενώ το μειονέκτημα της είναι ότι συνήθως δεν δημιουργείται το περίγραμμα του μαστού, όπως φαίνεται στον φυσιολογικό μαστό. Επίσης, υπάρχει μικρός κίνδυνος λοίμωξης που θα μπορούσε να οδηγήσει σε προσωρινή απόρριψη του εμφυτεύματος.
2. **Τεχνική επέκταση των ιστών**, κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος τοποθετείται πρόσθεση σιλικόνης που φουσκώνει προοδευτικά με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό. Συνήθως απαιτούνται 2 – 5 μήνες για να φτάσει ο μαστός το μέγεθος του φυσιολογικού. Η τεχνική αυτή είναι απλή και εφαρμόζεται στα εξωτερικά ιατρεία με τοπική ή γενική αναισθησία, είναι όμως υπαρκτός ο κίνδυνος λοίμωξης.
 3. **Τεχνική χρησιμοποίησης κρημνού από τον πλατύ ραχιαίο μυ** χρησιμοποιείται εμφύτευση μαστού σιλικόνης μαζί με τον πλατύ ραχιαίο μυ, που στρέφεται γύρω από το θωρακικό τοίχωμα για να υποκαταστήσει τον ιστό που αφαιρέθηκε με τη μαστεκτομή. Η τεχνική αυτή προσδίδει αίσθημα πληρότητας στο κατώτερο τμήμα του μαστού και δημιουργεί πιο φυσική την πτυχή του. Αντίθετα, το δέρμα της πλάτης μπορεί να έχει διαφορετική απόχρωση ή υφή, προκαλείται συμπληρωματική ουλή στο θώρακα και ορατή ουλή στην πλάτη.
 4. **Τεχνική χρησιμοποίηση μυοδερμικού κρημνού από τον εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ** είναι η πιο περίπλοκη τεχνική και δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε όλες τις ασθενείς. Ένα τμήμα του ορθού κοιλιακού μυ και μεγάλο τμήμα δέρματος και λίπους από το κάτω τμήμα της κοιλιάς μεταφέρονται στο θωρακικό τοίχωμα και σχηματίζουν τη μορφή του μαστού. Το πλεονέκτημα της τεχνικής αυτής είναι ότι το δέρμα που μεταφέρεται από την κοιλιά στο θωρακικό τοίχωμα συνήθως είναι παρόμοιο στο χρώμα και τη

σύσταση, αλλά και δεν χρειάζεται πρόσθεση σιλικόνης. Τα μειονεκτήματα της είναι η πιθανή αδυναμία των κοιλιακών τοιχωμάτων, η δημιουργία κήλης στο κοιλιακό τοίχωμα, καθώς και επιπρόσθετων ουλών στην περιοχή του άνω μαστού και του κατώτερου τμήματος της κοιλιάς και τέλος η επέμβαση είναι μεγάλη και χρονοβόρα. (M. Dollinger – E. Rosenbaum – Ch. Benz, 1992, σελ. 306-307)

Σύμφωνα με την Γίδοπούλου – Στραβλαίμου (1991, σελ. 29) σήμερα τα μέσα και οι δυνατότητες για σωματική αποκατάσταση του μαστού, παρ' όλες τις καλές προσπάθειες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, ακόμη παρέχονται περιστασιακά, μεμονωμένα, ασυντόνιστα ή και καθόλου. Οι γυναίκες που καλύπτονται απ' τον ασφαλιστικό φορέα της πρόνοιας δεν δικαιούνται την παροχή της πρόσθεσης μαστού μετά τη μαστεκτομή. Επομένως, η επιλογή που έχουν είναι ή να μην βάλουν πρόσθεση, βιώνοντας όλο τον οίκτο που προκαλεί η εμφάνισή τους ή να απομονωθούν ή να αντικαταστήσουν με κάποια αυτοσχέδια μέσα τον χαμένο τους μαστό. Από την άλλη μεριά, οι γυναίκες που καλύπτονται από τα άλλα ασφαλιστικά ταμεία, προμηθεύονται την πρόσθεση συνήθως με μια οικονομική επιβάρυνση και πάντα μέσα από μια ψυχρή γραφειοκρατική διαδικασία, που φορτίζει συναισθηματικά τις γυναίκες.

2. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή

Ο προβληματισμός για τον ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων τόσο σε σχέση με την αρρώστια όσο και με την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών, αυξάνει καθημερινά. Η ανάγκη για μια επιστημονική προσέγγιση και υποστήριξη τους είναι σήμερα αναμφισβήτητο γεγονός. Στην καθημερινή όμως πρακτική, παρατηρείται ένα μεγάλο χάσμα μεταξύ της θεωρητικής γνώσης και της εφαρμογής της στους ασθενείς, καθώς δεν προσφέρεται στον καθένα το είδος της επιστημονικής αντιμετώπισης, που θα τον βοηθήσει να αποκτήσει την ποιότητα ζωής και να φτάσει τελικά στην πλήρη αποκατάσταση. Οι λόγοι γι' αυτό είναι κυρίως η ασάφεια που υπάρχει στο πώς γίνεται αντιληπτός ο ρόλος της αποκατάστασης στον καρκίνο και η έλλειψη αναθεώρησης των "πιστεύω" σχετικά με το ρόλο που μπορεί να παίζει η στάση του αρρώστου απέναντι στην ίδια την ασθένεια. (Κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, τόμος 27, τεύχος 3, σελ. 247)

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης φροντίδας κάθε ασθενούς, προκειμένου να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής με τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική, ψυχική, πνευματική, κοινωνική κι επαγγελματική λειτουργικότητα κι απόδοση. Ο βασικός στόχος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των καρκινοπαθών, η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, η μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και η ελαχιστοποίηση της

εξάρτησης τους από τους άλλους. (Κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, τόμος 27, τεύχος 3, σελ. 247-248)

Η παραπάνω συγγραφέας κάνει επίσης αναφορά στους επιμέρους στόχους των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, που είναι :

- Να βοηθηθούν οι γυναίκες να συνεχίσουν τη ζωή τους και να μπορούν να ελέγχουν το άγχος και τους φόβους τους, αποκτώντας τη δύναμη να τους αντιμετωπίσουν
- Να προσαρμοσθούν στη νέα εικόνα του σώματός τους μετά από τη μαστεκτομή
- Να προσαρμοσθούν στο κοινωνικό τους περιβάλλον, αποφεύγοντας τη μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση
- Να βοηθήσουν τα μέλη της οικογένειάς τους να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα και τα προβλήματα – οικονομικά, ψυχολογικά, κοινωνικά – που δημιουργεί ο καρκίνος, καθώς και να στηρίξουν τις ασθενείς στη δύσκολη αυτή προσπάθεια επανένταξής τους σε μια φυσιολογική ζωή
- Να βοηθήσουν την ελληνική κοινωνία να καταλάβει πως ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που μπορεί να αντιμετωπιστεί με μια αισιόδοξη, δυναμική και θετική στάση απέναντι στις ασθενείς.

Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ασθενούς προϋποθέτει :

α) την εξατομικευμένη προσέγγιση της καρκινοπαθούς, αφού κάθε άνθρωπος αντιδρά σε κάθε περίπτωση με μοναδικό τρόπο, είτε με εκτέλεση ή αποφυγή ορισμένων ενεργειών, είτε με ενδοψυχικές διεργασίες, αμυντικές ή εποικοδομητικές σκέψεις. Κατά αυτό τον τρόπο, μερικές γυναίκες προχωρούν αργά αλλά σταθερά στη νέα τους ζωή (ως

γυναίκες με ένα μαστό), άλλες τρέχοντας και μερικές δεν κάνουν καμία πρόοδο.

β) την ενεργό συμμετοχή της ασθενούς της ασθενούς στις επιλογές και τις αποφάσεις που επηρεάζουν την πορεία της ασθένειας, της θεραπείας και της αντιμετώπισης των προβλημάτων που αυτή δημιουργεί. Το γεγονός αυτό ενισχύεται και από τα λόγια μια ασθενούς: “Εμείς που ζούμε με καρκίνο, θέλουμε να μεγιστοποιήσουμε το χρόνο μας και να αισθανόμαστε όσο γίνεται καλύτερα, μέσα στους περιορισμούς της αρρώστιας μας. Εμείς θέλουμε να μάθουμε πώς να είμαστε ανεξάρτητες από επαγγελματίες υγείας για κάθε μικρή μας απόφαση”. Συνήθως όμως, το προσωπικό υγείας αντιμετωπίζει τις ασθενείς σαν παθητικούς δέκτες εντολών, περικλείοντάς τες μέσα σ’ ένα κλίμα εξάρτησης και υπερπροστασίας

γ) την ικανοποίηση της ανάγκης της ασθενούς για ψυχαγωγία, η οποία αποτελεί απαραίτητη παράμετρο της ζωής. Όλοι μας χρειαζόμαστε μια ανάπαυλα από τη ρουτίνα και το άγχος της καθημερινής ζωής, προκειμένου να διατηρήσουμε την ψυχική μας ισορροπία. Η ψυχαγωγία όμως αποκτά μεγαλύτερη σημασία όταν κάποιος ασθενεί. Με την απασχόληση σε κάποια ευχάριστη δραστηριότητα, η ασθενής εκτονώνεται, χαλαρώνει, αποκτά μεγαλύτερη ευεξία κι αυτοεκτίμηση, ενισχύει τη θετική στάση απέναντι στη ζωή και την πορεία προς την ανάρρωση και την αποκατάσταση.

δ) την επιστροφή στην εργασία της, η οποία είναι μεν απαραίτητη για οικονομικούς λόγους, όμως είναι εξίσου σημαντική και για ψυχολογικούς λόγους. Για την ασθενή η απώλεια της αυτοεκτίμησης που συχνά ακολουθεί τη διάγνωση του καρκίνου ή τη θεραπευτική αγωγή μπορεί να επιδεινωθεί, αν κάθεται άπραγη κι εξαρτώμενη από την οικογένειά της.

Ασφαλώς όμως, η επιστροφή στην εργασία ίσως δημιουργήσει προβλήματα, καθώς – λόγω της ασθένειάς της – δεν θα έχει την ικανότητα να αναλάβει τις ίδιες ευθύνες και αρμοδιότητες. Οι συνάδελφοι της από την άλλη μεριά μπορεί να μείνουν σε απόσταση είτε γιατί δεν γνωρίζουν πώς να συμπεριφερθούν είτε επειδή έχουν κάποιες παράλογες αντιλήψεις και φοβούνται μήπως κολλήσουν την φοβερή αυτή αρρώστια, αν έρθουν σε επαφή με την καρκινοπαθή. Οι εργοδότες πάλι ίσως φοβούνται τη μειωμένη απόδοση της ή τις οικονομικές απώλειες εξαιτίας των αναρρωτικών αδειών για θεραπευτικούς λόγους. Το σπουδαιότερο είναι να διατηρήσει η ασθενής μια θετική και αισιόδοξη στάση παρα τις οποιεσδήποτε απορρίψεις. Αυτό θα το κατορθώσει με την υποστήριξη των ειδικών επιστημόνων, οι οποίοι θα συμβάλλουν στην ομαλή επανένταξη στα εργασιακά δυναμικά, στην ανεύρεση εργασίας που να ανταποκρίνεται στις ικανότητες της ή στην επανεκπαίδευση της, αν είναι αναγκαίο.

ε) την καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοιχτής επικοινωνίας της ασθενούς τόσο με το οικογενειακό της περιβάλλον όσο και με το προσωπικό υγείας του νοσοκομείου. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται η ασθενής στο μέγεθος που η ίδια επιθυμεί και μπορεί κι επιτρέπεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση, να εκφράζουν τους φόβους, τις ανησυχίες και την απελπισία τους, αναστηλώνοντας έτσι την ελπίδα για το μέλλον κι αναζητώντας εναλλακτικές επιλογές για την ασθενή. Η οικογένεια πρέπει να έχει διπλό ρόλο : σαν αποδέκτης φροντίδας, αλλά και σαν συμμετοχος στην φροντίδα της ασθενούς, κατανοώντας τις ανάγκες της. Από την άλλη μεριά τα μέλη του προσωπικού υγείας προάγουν την ανεξαρτησία της ασθενούς, ενισχύουν

την αυτοεκτίμηση, τη θέληση και την ελπίδα της για ζωή, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, την ακούν πραγματικά, αποδέχονται τις αντιδράσεις της, αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματα της, δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες της, και τη φροντίζουν με προσωπικό ενδιαφέρον κι ευγένεια. Ακόμη την βοηθούν να αντιμετωπίσει ρεαλιστικά την κατάσταση της, να μοιράζεται τα συναισθήματά της και να ζητά βοήθεια, να απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής, να διακρίνει την αληθινή από την ψεύτικη ελπίδα και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα “κάνε το σήμερα να αξίζει”. (Ε. Πατηράκη – Κουρμπάνη, τόμος 27, τεύχος 3, σελ. 251, 254-256)

Σύμφωνα με τον Η. Benjamin (1992, σελ. 219) οι ασθενείς μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και να επανενταχθούν ομαλά στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Για να το πετύχουν αυτό, ο συγγραφέας προτείνει στους ασθενείς : α) να κάνουν σχέδια για το μέλλον και να μην παραιτηθούν από τη ζωή, β) να καταπολεμήσουν τη μοναξιά, συζητώντας με την οικογένεια και τους φίλους τα συναισθήματα τους ή συμμετέχοντας σε ομάδες υποστήριξης, γ) να επανακτήσουν και να διατηρήσουν, όσο είναι δυνατόν, τον έλεγχο στη ζωή τους δ) να συναναστρέφονται με άλλες ασθενείς, που τις κατανοούν, καθώς μπορούν να εκφράζονται ελεύθερα και δίχως να βρίσκονται συνέχεια σε αμυντική στάση ε) να διατηρήσουν την ελπίδα και την αισιοδοξία τους, καθώς δεν υπάρχει είδος Καρκίνου που να μην παρουσιάζει κάποιο ποσοστό αποκατάστασης.

Ο ίδιος συγγραφέας θεωρεί εξίσου σημαντικό κομμάτι της αποκατάστασης τον τομέα της ψυχονευροανοσολογίας (P.N.I.), που είναι η μελέτη επίδρασης της διανοητικής και ψυχολογικής δραστηριότητας στην ευεξία του ανθρώπινου οργανισμού. Η αποκατάσταση εξαρτάται

από τρεις παράγοντες : ① όσο ισχυρότερο είναι το ανοσολογικό σύστημα τόσο πιθανότερη είναι η αποκατάσταση ② το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να ενισχυθεί από τα ευχάριστα συναισθήματα και ③ το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να καταπονηθεί από μακροχρόνια, συνεχή δυσάρεστα συναισθήματα. Με άλλα λόγια, το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να ενισχυθεί όχι μόνο με χημικά μέσα, αλλά και με ψυχοκοινωνικά ως συμπλήρωμα της κλασικής ιατρικής. Αν και δεν υπάρχουν ακόμη στοιχεία που να το αποδεικνύουν, πρόσφατη μελέτη στο Πανεπιστήμιο του Στάνφορντ έδειξε ότι οι γυναίκες με προχωρημένο Καρκίνο του Μαστού, που συμμετείχαν σε ομαδική θεραπεία, έζησαν δύο φορές περισσότερο από όσες δεν πήραν μέρος. Πολλοί παρατηρητές εξάλλου θεωρούν ότι αυτή είναι η πρώτη καλά οργανωμένη μελέτη που έδειξε ότι η “δραστήρια” ασθενής μπορεί να επηρεάσει την πορεία του καρκίνου και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής της.

Ομάδες συμπαράστασης

Οι περισσότερες από τις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή αισθάνονται συχνά απομονωμένες, απογοητεύονται εύκολα, μαρκάρονται μπροστά στα προβλήματά τους και αισθάνονται ότι το δικό τους πρόβλημα είναι το πλέον δυσεπίλυτο. Οι γυναίκες αυτές χρειάζονται ειδική βοήθεια και οι γιατροί δεν μπορούν πάντα να τους την προσφέρουν, καθώς ασχολούνται κυρίως με τις δύσκολες κλινικές λεπτομέρειες της πρόγνωσης και τις διάφορες επιλογές θεραπείας. Στο σημείο αυτό, είναι αναγκαία η δημιουργία ομάδων συμπαράστασης. Με την δημιουργία ομάδων ασθενών με κοινά προβλήματα – όπως είναι οι μαστεκτομημένες

γυναίκες – παρέχεται η δυνατότητα στις ασθενείς να συζητούν με άλλες που έχουν περάσει την ίδια περιπέτεια, ανταλλάσσουν εμπειρίες και συναισθήματα και παύουν να αισθάνονται μόνες και αβοήθητες στη δύσκολη αυτή προσπάθεια της αποκατάστασης. Έχει πλέον διαπιστωθεί ότι η θεραπευτική μέθοδος της ομαδικής προσέγγισης είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των ιατρικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών. (Χ. Δεληαντώνης – Οικονόμου, 1991, σελ.67-68)

Από τη στιγμή που τεκμηριώνεται η διάγνωση “καρκίνος” αρχίζει μια διαδικασία που αν και οι επιμέρους θεραπευτικοί χειρισμοί μπορεί να είναι οι ενδεδειγμένοι, ωστόσο η αντιμετώπιση της ασθενούς στο σύνολο της είναι αποσπασματική. Ακόμη κι αν έχει γίνει πλέον συνείδηση ότι ο χειρισμός της ασθενούς απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων, η σημαντικότερη αξία της διατήρησης της ψυχικής της ισορροπίας είναι υποβαθμισμένη ή ανύπαρκτη. Στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστα κέντρα ή προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης κι επανένταξης των ασθενών. Για τον τομέα αυτό χρειάζεται ακόμη πολύ δουλειά, με εξειδικευμένο προσωπικό και αρκετά κονδύλια, το ύψος των οποίων θα είναι καθοριστικό για το επίπεδο ανάπτυξης τέτοιων προγραμμάτων. Οι προσπάθειες μεμονωμένων ανθρώπων ή εθελοντικών ομάδων παρέχουν ελάχιστη υλική και ηθική υποστήριξη. Άλλωστε δεν πρέπει να παραβλεφθούν και οι προκαταλήψεις σχετικά με τον καρκίνο, που έρχονται να προσθέσουν ένα μεγάλο φορτίο στην ταλαιπωρία της ασθενούς και να μεγαλώσουν τη δυσκολία αποδοχής της ασθένειας και της ισότιμης ένταξη της στην κοινωνία. (Μ. Καλαούζη, 1991, σελ. 100)

Προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καρκινοπαθών εκτός νοσοκομείου

Στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στην πόλη της Αθήνας λειτουργούν δύο εθελοντικά προγράμματα εκτός νοσοκομείου που έχουν ως στόχο την αποκατάσταση των καρκινοπαθών. Το πρώτο αφορά το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, που οργάνωσε η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Στο κέντρο αυτό πραγματοποιείται α) το σεμινάριο εκπαίδευσης εθελοντών, το οποίο παρακολουθούν άτομα που συμμετείχαν σε ομάδες συμπαράστασης κι επιθυμούν να εκπαιδευτούν στην προσέγγιση νέων ασθενών με καρκίνο και στην μετάδοση της δικής τους εμπειρίας, ώστε να τους ενθαρρύνουν και να ενισχύσουν την προσπάθειά τους και β) το σεμινάριο ευαισθητοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος των καρκινοπαθών, που έχει στόχο την ανάπτυξη ειλικρινούς και ουσιαστικής επικοινωνίας, ώστε να ωριμάσουν και να ενδυναμώσουν οι σχέσεις μεταξύ των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους. Το δεύτερο είναι ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με καρκίνο του μαστού, όπου παρέχονται από ειδικούς επαγγελματίες υπηρεσίες στήριξης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και στο οικογενειακό τους περιβάλλον μέσα από ομάδες συμπαράστασης. Στο σύλλογο λειτουργεί επίσης και το εθελοντικό πρόγραμμα όπου όσα μέλη του επιθυμούν να προσφέρουν εθελοντική εργασία, παρακολουθούν ένα εκπαιδευτικό σεμινάριο και στη συνέχεια επισκέπτονται γυναίκες που πάσχουν από την ίδια νόσο. (Μ' ενδιαφέρει, τεύχος 20, σελ. 25)

IREP (Intergrated Rehabilitation European Project) Πολυδύναμο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Αποκατάστασης

Το Πολυδύναμο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Αποκατάστασης (IREP) ξεκίνησε με την αισιοδοξία ότι θα δημιουργήσει την υποδομή για ένα ευρωπαϊκό πληροφορικό σύστημα, που θα επιτρέψει την οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό του τομέα αποκατάστασης των καρκινοπαθών. Η Ευρώπη έχει μια σημαντικά αξιόλογη γνώση κι εμπειρία αποκατάστασης, που αν συγκεντρωθεί, ταξινομηθεί και παρουσιαστεί κατάλληλα μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη συνολική ευρωπαϊκή κατάσταση. Απώτερος σκοπός του IREP είναι η καθιέρωση δυναμικών διαύλων επικοινωνίας μεταξύ όλων των επαγγελματικών επιπέδων, η μετάδοση γνώσεων και νέων εμπειριών, καθώς και η αφομοίωση νέων μεθόδων. Με αυτό τον τρόπο, ο ασθενής, όπου κι αν βρίσκεται στην Ευρώπη, θα απολαμβάνει υπηρεσίες του ίδιου υψηλού επιπέδου, που ως τώρα παρέχονται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα ορισμένων περιοχών και θα συμμετέχει ενεργά στις αποφάσεις και στις θεραπευτικές δραστηριότητες που τον αφορούν. Ακόμη, οι επαγγελματίες υγείας θα διευρύνουν τις γνώσεις και τις πληροφορίες τους σχετικά με την αποκατάσταση των καρκινοπαθών, θα συμβουλεύονται σε πιθανές θεραπευτικές προσεγγίσεις, θα προωθείται η επαγγελματική επικοινωνία και η ανταλλαγή γνώσεων και ιδεών μεταξύ τους. (Δ. Χρηστίδης, 1993, σελ. 65-67)

Είναι φανερό, ύστερα από όλα όσα αναφέρθηκαν για τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των καρκινοπαθών και ειδικότερα των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, ότι ο τομέας της αποκατάστασης στη χώρα μας είναι σχεδόν ανύπαρκτος. Κατά συνέπεια ο κύριος στόχος στην αντιμετώπιση του καρκίνου του

μαστού εξακολουθεί να είναι η θεραπεία και η παράταση της ζωής της ασθενούς, βάζοντας σε δεύτερη μοίρα τη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας και της ποιότητας στη ζωής της.

Αν λοιπόν η αδιαφορία των υπεύθυνων φορέων, σχετικά με την επανένταξη των ασθενών στο κοινωνικό τους περιβάλλον, συνεχιστεί τότε δεν πρόκειται να πραγματοποιηθούν μελλοντικές αλλαγές ή πρόοδοι στην αντιμετώπιση της ομάδας αυτής των ασθενών· ο ρόλος του γιατρού σταματά στην χειρουργική επέμβαση, συγκεντρώνει την προσοχή του στη βιολογική λειτουργία του οργανισμού, αγνοώντας τις ψυχοκοινωνικές πλευρές της ασθένειας, γίνεται απρόσωπος και στρέφεται προς την αρρώστια παρα προς την ασθενή και τη φροντίδα της. Αντίθετα, για την ολιστική αντιμετώπιση της ασθενούς, είναι αναγκαίο να υιοθετηθεί πλέον η άποψη ότι πρέπει να υπάρχει μια δυναμική ισορροπία μεταξύ της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής της κατάστασης. (Φ. Αναγνωστόπουλος – Δ. Παπαδάτου, 1986, σελ. 4 – 7)

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή είναι απαραίτητη, καθώς θα στηρίξει την προσπάθεια επανένταξής τους στην οικογένεια και στην εργασία, αλλά και τις βοηθήσει να αισθανθούν λειτουργικό κύτταρο της κοινωνίας μας. Προκειμένου να το κατορθώσουν αυτό, θεωρείται αναγκαίο να κατανικήσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα (φόβο, θυμό) να υιοθετήσουν θετική στάση απέναντι στη ζωή, να ασχοληθούν με ευχάριστες και δημιουργικές δραστηριότητες και να συμμετάσχουν σε κάποια ομάδα υποστήριξης. Επιπλέον, θα πρέπει να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους, να είναι έτοιμες για συμβιβασμούς, να αποδέχονται μόνιμες αλλαγές, κυρίως σωματικές και να προχωρούν παραπέρα. (E. Rosenbaum, M. Dollinger, I. Rosenbaum, L. Dollinger, 1992, σελ. 158 – 159)

Κλείνοντας το κομμάτι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, αξίζει να καταγραφούν τα λόγια της L. Dackman, η οποία κατόρθωσε να αντιμετωπίσει την ασθένεια του καρκίνου και την απώλεια του ενός μαστού, ύστερα από επέμβαση μαστεκτομής. «Για μένα το πιο ευτυχισμένο τέλος είναι ότι κατόρθωσα να υπερβώ τις σωματικές και ψυχολογικές δυσκολίες του καρκίνου και της μαστεκτομής. Κατάφερα να λύσω τα θέματα της εικόνας του εαυτού μου και της αυτοεκτίμησης. Ο δρόμος δεν είναι εύκολος, όμως μπορώ να αρχίσω να δρέπω τους καρπούς όλων των προσπαθειών μου και να βρω το πραγματικό νόημα στη ζωή μου». (L. Dackman, 1993)

3. Ο ρόλος του προσωπικού υγείας στην αποκατάσταση της ασθενούς

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αποδεκτό πως η παρέμβαση του προσωπικού υγείας στα άτομα που πάσχουν από καρκίνο δεν πρέπει να εξαντλείται μόνο στην παροχή ιατρικής βοήθειας, αλλά να επεκτείνεται και στο τεράστιο φάσμα των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα στην εξέλιξη της νόσου. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι καρκινοπαθείς είναι έντονα τόσο στο χώρο της σωματικής όσο και στο χώρο της ψυχικής υγείας. (Φ. Παπαγερίδου, 1991, σελ. 53)

Παρόλα αυτά, στην πράξη, το προσωπικό υγείας είναι μονομερώς προσανατολισμένο στη βιοϊατρική αντίληψη της ασθένειας, η οποία συνεπάγεται την υποβάθμιση των ψυχολογικών αναγκών της ασθενούς. Οι κύριες ανάγκες της είναι η διατήρηση της αξιοπρέπειάς της, η κατανόηση, η αντιμετώπιση των φόβων της απέναντι στην ασθένεια και

στο ενδεχόμενο μιας αναπηρίας, και η ειλικρινής και σαφής επικοινωνία με το γιατρό της. Εξίσου σημαντική είναι και η συμμετοχή της στη λήψη των όποιων αποφάσεων της αφορούν, γεγονός που συμβάλλει στην εξασφάλιση καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Από την άλλη μεριά, ο γιατρός συχνά δεν έχει το χρόνο και τη δυνατότητα να συνθέσει ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό και να κατανοήσει την ανάγκη της ασθενούς για ενημέρωση και ανάλυση των ιατρικών φαινομένων, βλέποντας την σαν μια πολύπλοκη οργανικής μηχανή, η οποία χρειάζεται επισκευή. (Ε. Ευαγγελοδήμου, τεύχος 12 1999, σελ. 8,19)

Η Ε. Κόνιαρη (1991, σελ. 129) αναφέρει ότι για τη δημιουργία μια ουσιαστικής επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς – γιατρού απαιτείται ειλικρίνεια, σεβασμός, σαφήνεια, υπευθυνότητα και συνεργασία, “κτίζοντας” έτσι, μια συνεργατική και ισότιμη σχέση, η οποία θα στηρίζεται στη θεραπευτική συμμαχία ανάμεσα τους. Επομένως ο γιατρός θα συμβουλεύει και θα αισθάνεται το πρόβλημα της ασθενούς, τόσο από τη σωματική όσο και από την ψυχολογική πλευρά, ενώ η ασθενής θα λαμβάνει τις τελικές αποφάσεις για την εφαρμογή των όποιων θεραπευτικών παρεμβάσεων, με στόχο την καταπολέμηση της νόσου.

Αναμφισβήτητα όμως, η αντιμετώπιση της ασθενούς και η ψυχοκοινωνική της αποκατάσταση δεν είναι έργο ενός μόνο ειδικού ή μεμονωμένων προσπαθειών. Η μάχη με τον καρκίνο μοιάζει με πολεμική επιχείρηση : όσο περισσότερες εξειδικευμένες δυνάμεις μπορούν να συγκεντρωθούν, ώστε να αντιμετωπίσουν τον επιδρομέα τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν για να νικηθεί. Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητη η ύπαρξη και λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας, η οποία θα απαρτίζεται από τον γιατρό, τον νοσηλευτή, τον κοινωνικό

λειτουργό, τον ψυχολόγο και άλλες ειδικότητες που εργάζονται στο νοσοκομείο. Η ομάδα αυτή θα εξασφαλίσει ένα σύνολο επιστημονικών γνώσεων και θα προσφέρει ολική φροντίδα στην ασθενή, στο οικογενειακό της περιβάλλον, αλλά και στους ίδιους τους επαγγελματίες, όπου μέσα στην ομάδα θα συζητούν τα συναισθήματα και τα προβλήματα τους, συνεχίζοντας την εργασία τους με ακμαιότερο ηθικό και μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους. (Φ. Παγερίδου, 1991, σελ. 57)

4. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της ασθενούς

Η διάσταση του προβλήματος “καρκίνος” δεν περιορίζεται σήμερα μόνο στην αντιμετώπιση της ασθένειας αυτής καθ’ αυτής, αλλά έχει αρχίσει να προβληματίζει και η ποιότητα της ζωής των ασθενών που προσβάλλονται από αυτή. Στον προβληματισμό αυτό έχουν οδηγήσει δύο κυρίως λόγοι : α) η αναγνώριση του γεγονότος ότι ο καρκίνος είναι μια αρρώστια που συνοδεύεται από ψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις και β) οι ενδείξεις που έχουν προκύψει από έγκυρες μελέτες, οι οποίες επισημαίνουν ότι η κοινωνική ζωή επηρεάζει όχι μόνο την ποιότητα ζωής των ασθενών, αλλά και την πορεία και την εξέλιξη της αρρώστιας. Οι κοινωνικοί, οικονομικοί και ψυχολογικοί παράμετροι του προβλήματος “καρκίνος” όχι μόνο δεν αμφισβητούνται σήμερα, αλλά αντίθετα διαπιστώνεται διεθνώς ότι τα περισσότερα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν ελλιπώς τις ανάγκες των καρκινοπαθών. Επομένως ο καρκινοπαθής δεν αποτελεί στην αντιμετώπιση του ένα

καθαρά ιατρονοσηλευτικό πρόβλημα, αλλά ένα πρόβλημα πολύπλευρο και πολυσύνθετο. (Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, 1991, σελ. 113)

Σύμφωνα με την παραπάνω συγγραφέα, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της ασθενούς δεν διαφέρει απ' το ρόλο των άλλων ειδικοτήτων ως προς τον σκοπό, αλλά υπάρχει διαφορά στην έμφαση, την προτεραιότητα και τον τρόπο προσέγγισης του προβλήματος. Το αντικείμενο δουλειάς του κοινωνικού λειτουργού είναι ο άνθρωπος σε συνάρτηση με το περιβάλλον του· κατά συνέπεια δεν αντιμετωπίζει μόνο την ασθενή με τα προβλήματα που προκύπτουν στις διαπροσωπικές και κοινωνικές της σχέσεις, αλλά περιλαμβάνει και την οικογένεια, το νοσοκομειακό και το ευρύτερο κοινωνικό της περιβάλλον. Ο σημαντικότερος λοιπόν στόχος του κοινωνικού λειτουργού είναι η βελτίωση ή η αποκατάσταση μιας θετικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ασθενούς – περιβάλλοντος, με στόχο την ανάπτυξη μιας θετικής επικοινωνίας. Στην συνεργασία του με τους καρκινοπαθείς ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί και τις τρεις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας, ΚΕΑ, ΚΕΟ, ΚΕΚ, δηλαδή με άτομο, με ομάδα και με την κοινότητα προκειμένου να επιτύχει το στόχο της αποκατάστασης. Η παρέμβαση του είναι απαραίτητη από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης και της θεραπείας, για να συνεχιστεί και να ολοκληρωθεί με την έξοδο της ασθενούς από το νοσοκομείο και την επιστροφή της στις προηγούμενες δραστηριότητες και ρόλους της.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που συνδέονται με τον καρκίνο και επηρεάζουν την αποκατάσταση της ασθενούς είναι : 1) η κοινωνική ταυτότητα της νόσου 2) η δομή και ο τρόπος λειτουργίας του νοσοκομείου 3) ο ρόλος της οικογένειας και 4) ο ρόλος της κοινότητας. (Γιδοπούλου – Στραβολαίμου 1991, σελ. 117)

Η κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, αναλύει τους παραπάνω παράγοντες ως εξής :

1. Για την επιστήμη ο καρκίνος είναι μια ασθένεια με σκοτεινό χαρακτήρα, που συχνά οδηγεί στο θάνατο, ενώ για την κοινή γνώμη Καρκίνος = Θάνατος, μια φοβερή αρρώστια, άμεσα συνδεδεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο. Ακόμη και σήμερα η λέξη ‘καρκινοπαθής’ λειτουργεί σαν σφραγίδα ‘μελλοθάνατου’ με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να συγκεντρώνουν τον οίκτο του κοινωνικού περιβάλλοντος.
2. Το νοσοκομείο για την ασθενή είναι ένας χώρος απρόσωπος και πολυπρόσωπος, στον οποίο αναγκαστικά πρέπει : α) να διακόψει την μέχρι τώρα ομαλή ζωή του β) να προσαρμοσθεί σε ένα ξένο προς αυτόν περιβάλλον γ) να δημιουργήσει νέες μορφές συμβίωσης (νέες ανθρώπινες σχέσεις) δ) να δεχτεί κάθε είδους αποστερήσεις που θα του επιβάλλει η νοσηλεία ε) να παραιτηθεί από πολλές συνήθειες και απασχολήσεις, λόγω της απομάκρυνσης από το περιβάλλον του στ) να προσαρμοστεί στην ασθένεια ζ) να αποδεχθεί τη θεραπεία που επιβάλλει αυξημένες απαιτήσεις αποδοχής και προσαρμογής, όταν έχει ως επακόλουθο την αλλαγή της εικόνας του σώματος της ασθενούς (μαστεκτομή). Η προσαρμογή της σε ένα νέο κοινωνικό κλίμα είναι πολύ δύσκολη, γιατί, ενώ η εισαγωγή του δημιουργεί μια ριζική κι απότομη μεταβολή στη ζωή του, η ίδια η ασθένεια της μειώνει την προσαρμοστική δύναμη και την ψυχική της αντοχή. Το πρόβλημα της προσαρμογής της προκαλεί αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις και εντάσεις και πολλές φορές μπορεί να χαρακτηριστεί ως ‘δύστροπη’ ή ‘απαιτητική’ , με όλες τις επιπτώσεις στις διαπροσωπικές της σχέσεις με το προσωπικό υγείας.

3. Ο στόχος της αποκατάστασης επιβάλλει στον κοινωνικό λειτουργό να ξεπερνά του “τοιχούς” του νοσοκομείου, αναπτύσσοντας συνεργασία με τον οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς. Ο φόβος των μελών της οικογένειας για τη λέξη “καρκίνος” τους υπαγορεύει να προστατεύσουν την ασθενή από καθετί δυσάρεστο, δημιουργώντας γύρω της ένα κλίμα υπερπροστασίας και ψεύτικης αισιοδοξίας με αυτό τον τρόπο αποφεύγουν κάθε δυσάρεστη συζήτηση κι επικοινωνία, αλλά και εμποδίζουν την ψυχοκοινωνική επανένταξη της ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, η ασθενής βλέποντας τους άλλους να αλλάζουν στάση και συμπεριφορά απέναντί της, απομονώνεται σιγά σιγά κι ενώ στη φάση αυτή έχει μεγαλύτερη ανάγκη να εκφράσει τους φόβους και τις αγωνίες της, αντί για κατανόηση, ενθάρρυνση και ουσιαστική επικοινωνία, εισπράττει οίκτο και σιωπή. Στο σημείο αυτό η συνεργασία τους κοινωνικού λειτουργού με την ασθενή έχει σαν στόχο να βοηθήσει την ίδια και την οικογένειά της, ώστε να υιοθετήσουν έναν τρόπο ‘ανοιχτής’ και ειλικρινούς επικοινωνίας, αποτρέποντας έτσι να υψωθεί ανάμεσα τους ένα τείχος συναισθηματικής σιωπής, που οδηγεί την ασθενή σε στάση αυτολύπησης και ηττοπάθειας. Ο κοινωνικός λειτουργός θα την βοηθήσει να επικοινωνήσει με τον περιβάλλον της μέσα από ένα ρόλο υπεύθυνο κι ενεργητικό. Συγχρόνως, βοηθά τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα κι ανάγκες, ώστε να αναλάβουν έναν υποστηρικτικό ρόλο για την ασθενή, ενώ παράλληλα να ζουν τη ζωή τους, απαλλαγμένοι από άγχος και ενοχές.

4. Ο ρόλος της κοινότητας, σε συνάρτηση με τα προγράμματα αποκατάστασης που διαθέτει, είναι ακόμη αρνητικός έως απορριπτικός. Ο οίκτος με τον οποίο αντιμετωπίζεται η ασθενής με καρκίνο μέσα στο κοινωνικό σύνολο, καθώς και η έλλειψη ειδικών προγραμμάτων, ενισχύουν περισσότερο την εξάρτηση παρα την κοινωνική αποκατάσταση. Οι προσπάθειες που επικεντρώνονται μόνο στην ασθενή είναι πολύ δύσκολο να επιφέρουν την κοινωνική επανένταξη. Εάν η αποκατάσταση δεν ενσωματωθεί στο όλο σχήμα της αντιμετώπισης του καρκίνου, τότε μπορούμε να μιλάμε μόνο για αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά όχι της καρκινοπαθούς.

Συμπερασματικά, η κ. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου (1991, σελ. 114 – 116) υποστηρίζει ότι στον τομέα της αποκατάστασης ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται κυρίως : α) με τα συναισθήματα που κατακλύζουν την ασθενή, μετά την πληροφόρηση της διάγνωσης και της θεραπείας β) με τον τρόπο που θα χειριστεί η ίδια η ασθενής τα συναισθήματα της σε σχέση με τον εαυτό της και το περιβάλλον της γ) με την ανάγκη της ασθενούς να προσαρμοσθεί σε νέες συνθήκες, που μπορεί να την υποχρεώσουν να αλλάξει σχέδια και στόχους στη ζωή της δ) με την ανάγκη της να αποκτήσει μια καινούρια ισορροπία σε όλα τα επίπεδα της ζωής και ε) με προβλήματα πρακτικής και οικονομικής φύσης, για την αντιμετώπιση των οποίων ο κοινωνικός λειτουργός συχνά αναγκάζεται να βρει περιστασιακές λύσεις λόγω έλλειψης προγραμμάτων.

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να στηρίζει την ασθενή, ώστε να μπορεί να ζήσει μια φυσιολογική ζωή παράλληλα με τη γνώση της αρρώστιας και την απειλή που τη συνοδεύει. Επίσης, απαιτείται από τον κοινωνικό λειτουργό εξατομικευμένη προσέγγιση της ασθενούς, βοηθώντας την να διακρίνει και την ανάγκη για έκφραση των

συναισθημάτων που συνοδεύουν τη νόσο μέσα από τις αντιδράσεις ή την αφήγηση των προβλημάτων της. Υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ του “λέω το πρόβλημά μου” και του “εκφράζω τα συναισθήματα που μου προκαλεί κάποιο πρόβλημα”. Από τη στιγμή που η ασθενής εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματά της, μπορεί να αποβάλλει τον υπέρμετρο ή φανταστικό φόβο της γύρω από την αρρώστια και την αβέβαιη πορεία της, να αντιμετωπίσει τα προβλήματα στην πραγματική τους διάσταση και να προχωρήσει στην πλήρη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. (Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, 1991, σελ. 120)

Η Χ. Δεληαντώνη – Οικονόμου (1991, σελ. 68) τονίζει ότι η εμπειρία να πλησιάσει κανείς τον πόνο, τα προβλήματα και τις συναισθηματικές ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο είναι συγκλονιστική και η αντιμετώπιση τους απαιτεί σθένος, εμπειρία και ειδικές γνώσεις. Χρειάζεται εντατική και μακρόχρονη δουλειά μέχρι τη διαμόρφωση της κοινωνίας έτσι, ώστε οι καρκινοπαθείς να προκαλούν λιγότερο φόβο, να δέχονται λιγότερο οίκτο και να αντιμετωπίζονται με όλη την κατανόηση που χρειάζονται, παράλληλα με την βοήθεια και υποστήριξη των ειδικευμένων επαγγελματιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

1. ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ

Η διεθνής αντικαρκινική ένωση

(*unio internationalis contra cancrum uicc*)

Ο Ν. Δόντας (1991, σελ. 155) πρόεδρος της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, αναφέρει ότι το 1935 με πρωτοβουλία του υπουργού υγείας της γαλλικής κυβέρνησης έγινε πραγματικότητα η σύσταση της διεθνούς ένωση κατά του Καρκίνου που επικράτησε με τη λατινική ονομασία UNIO INTERNATIONALIS CONTRA CANCRUM (UICC) και είχε ως στόχο την προώθηση του αντικαρκινικού αγώνα διαμέσου της έρευνας, της θεραπείας και της ανάπτυξης των κοινωνικών ενεργειών.

Ο παραπάνω συγγραφέας στην ίδια μελέτη υποστηρίζει ότι το αρχικό καταστατικό ανέφερε πως η UICC είναι διεθνής οργάνωση φορέων αντικαρκινικού αγώνα, ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Μέλη της είναι εθελοντικοί αντικαρκινικοί οργανισμοί, όπως εταιρείες, ενώσεις ή ιδρύματα που ασχολούνται με τον Καρκίνο ή την έρευνα. Επίσης εξειδικευμένα κέντρα και σε μερικές περιπτώσεις μερικά κράτη – υπουργία υγείας.

Ο Β΄ Παγκόσμιος πόλεμος μείωσε τη συνεργασία με πολλά κράτη, αλλά αμέσως μετά η ανάγκη διατήρησης της απόλυτης ουδετερότητας σε όλες τις ενέργειες της UICC από πολιτικές επιδράσεις, έφερε την έδρα

της διεθνούς ένωσης κατά του καρκίνου στη Γενεύη σαν ουδέτερο κράτος, όπου και παραμένει μέχρι σήμερα. Εκεί βρίσκεται η Γραμματεία της UICC που καθοδηγεί τις πολλαπλές ενέργειες και τα προγράμματα σε παγκόσμια κλίμακα και το διοικητικό συμβούλιο που εκλέγεται κάθε 4 χρόνια απ' τη Γενική Συνέλευση. Ο Πρόεδρος, το εκτελεστικό γραφείο κι άλλα μέλη του συμβουλίου εκλέγονται από διάφορες χώρες ώστε να υπάρχει μια ενότητα κι αρμονία στη γενική αντιπροσώπευση κι απ' τα δύο ημισφαίρια. Αριθμεί 180 οργανώσεις – μέλη σε 82 χώρες. Οι δαπάνες της UICC προέρχονται από τις ετήσιες συνδρομές των οργανώσεων – μελών, από εθνικές συνδρομές κι από ενισχύσεις ή δωρεές. (Ν. Δόντας, 1991, σελ. 155-156)

Τα βασικά προγράμματα κατά του καρκίνου που κατευθύνει είναι πολλά κι ανανεώνονται κάθε 4 χρόνια. Αυτά είναι :

1. Η επιτροπή διεθνούς συνεργασίας που καθορίζει τα κέντρα και τις εταιρείες που δρουν δυναμικά σ' όλο τον κόσμο
2. Η οργάνωση του αντικαρκινικού αγώνα σε παγκόσμιο επίπεδο, της ενημέρωσης του κοινού και της υποστήριξης των ασθενών. Στο πρόγραμμα αυτό στηρίζεται και η όλη πρόληψη του καρκίνου, όταν συνειδητοποιήσουμε ότι η μεγαλύτερη αναλογίων των καρκίνων οφείλονται σε εξωγενή αίτια κι επομένως είναι δυνατόν ν' αντιμετωπιστούν. Σ' αυτό το πρόγραμμα περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση των καρκινοπαθών
3. Ο καθορισμός διάγνωσης και θεραπείας. Η πρόοδος σε μια χώρα πρέπει να γίνεται αμέσως γνωστή στην άλλη και οι εφαρμογές να συγκρίνονται και να ελέγχονται μεταξύ τους
4. Ανταλλαγή επιστημονικών γνώσεων κι εξειδικευμένη εκπαίδευση. Δύο πρέπει να είναι οι στόχοι ενός σωστού αντικαρκινικού αγώνα :
 - α. να υπάρχει ένας μικρός πυρήνας πολύ ειδικών επιστημόνων
 - β. να μεταδοθεί η έννοια του Καρκίνου και των μεθόδων διάγνωσης

σε όλο και μεγαλύτερο αριθμό γενικών γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού

5. Κάπνισμα και καρκίνος: το πρόγραμμα είναι σχετικά καινούργιο στη διεθνή χώρα κι έγινε απαραίτητο μετά τις συστηματικές αποδείξεις ότι ένας μεγάλος αριθμός καρκίνων οφείλονται στο κάπνισμα

6. Πρόγραμμα επιδημιολογίας, βιολογίας ή ειδικών εκδόσεων (N.Δόντας, 1991, σελ. 155-157)

2. ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (Ε.Α.Ε.)

Ο Β. Λισαίος (1981, σελ. 619) αναφέρει ότι η Ε.Α.Ε. ιδρύθηκε το 1958 και είναι μέλος της διεθνούς ένωσης κατά του Καρκίνου (UICC) μαζί με άλλες 140 περίπου εταιρείες. Ο Γ. Παπανικολάου ήταν ο εμπνευστής της δημιουργίας της. Διοικείται από 12μελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο εκλέγεται για 5 χρόνια απ' τη Γενική Συνέλευση της εταιρείας. Μέλη της είναι κυρίως γιατροί που εργάζονται στα αντικαρκινικά νοσοκομεία, αλλά και σε άλλες ειδικότητες.

Οι αντικαρκινικές εταιρείες σε όλο τον κόσμο εκφράζουν την ιδιωτική ανησυχία και το ενδιαφέρον για την οργάνωση του αντικαρκινικού αγώνα, με στόχο τον περιορισμό της εκδήλωσης της νόσου και της αντιμετώπισής της.

Η Ε.Α.Ε., έχοντας ως στόχους τη διάσωση όσον το δυνατόν περισσότερων ασθενών από τον καρκίνο, την χρονική και ποιοτική βελτίωση της επιβίωσης ανίατων ασθενειών, και την καλύτερη κάλυψη των κοινωνικών και άλλων αναγκών που προκαλεί ο καρκίνος στον ασθενή και στο οικογενειακό του περιβάλλον, ανέπτυξε δραστηριότητα

στους εξής τομείς : **α.** την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού με έντυπα, ομιλίες, ΜΜΕ **β.** την εκπαίδευση επιστημονικού και τεχνικού προσωπικού στον κλάδο της ογκολογίας **γ.** την οικονομική κυρίως ενίσχυση των αντικαρκινικών νοσοκομείων **δ.** την χορήγηση φαρμάκων και νοσηλευτικού υλικού σε μοναχικούς και άπορους ασθενείς **ε.** την χρηματοδότηση επιστημονικών δραστηριοτήτων (συνέδρια, έρευνες) ή την οργάνωση σεμιναρίων, με σκοπό την μετεκπαίδευση του προσωπικού που εργάζεται στα αντικαρκινικά νοσοκομεία **στ.** για την αντιμετώπιση των χρόνιων μορφών Καρκίνου τελικού σταδίου και τη διευκόλυνση των ασθενών απ' την επαρχία δημιούργησε τους οίκους ξενίας και περίθαλψης, σε διάφορες πόλεις της χώρας μας. (Β. Λισσαίος, 1981, σελ. 619-620)

Ο Ν. Δόντας (1991, σελ. 160) τονίζει ότι για την κάλυψη όλων αυτών των δραστηριοτήτων διενεργείται κάθε χρόνο πανελλήνιος έρανος, ο οποίος έχει δύο στόχους : **α.** να συλλέγει χρήματα για την ενίσχυση των αντικαρκινικών προγραμμάτων και **β.** να ενημερώνει τους πολίτες όλης της χώρας ότι ο Καρκίνος είναι αρρώστια που μπορεί να διαγνωσθεί και να εντοπιστεί έγκαιρα.

Πέρα από τον αντικαρκινικό έρανο έχει δημιουργήσει και προσφέρει κι άλλες υπηρεσίες. Τέτοιες είναι : το κέντρο πληροφοριών εργασιών, οι οποίες έχουν δημοσιευτεί τα τελευταία 5 χρόνια σε όλο τον κόσμο, είναι ανοιχτό για κάθε γιατρό, νοσηλεύτρια, κοινωνικό λειτουργό ή άλλους επιστήμονες υγείας, προκειμένου να συλλέξουν όποια στοιχεία έχουν ανάγκη για μια εργασία ή μια διάλεξη που θα δώσουν. Το κυτταρολογικό εργαστήριο επίσης εξυπηρετεί δωρεάν το κοινό για προληπτικό έλεγχο του Καρκίνου τραχήλου της μήτρας. (Ο Ν. Δόντας, 1991, σελ. 161)

Επιπλέον, η τηλεφωνική γραμμή Ελπίδας (38 02 800 της Ε.Α.Ε.) έχει ως στόχο να :

1. Παρέχει σε όλη τη διάρκεια της ημέρας πληροφορίες για τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης του Καρκίνου
2. Ενημερώνει για ιδρύματα, νοσοκομεία κι άλλους φορείς που υποστηρίζουν στους ασθενείς τόσο στη φάση που νοσηλεύονται όσο και στο στάδιο της προετοιμασίας για την κοινωνική τους επανένταξη
3. Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα που πάσχουν από Καρκίνο και επιθυμούν να μιλήσουν, να εκφράσουν και να εμπιστευτούν τα συναισθήματά τους, τις προσωπικές τους αγωνίες κι ανασφάλειες, επιμένοντας στο δικαίωμα της ανωνυμίας
4. Παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη σε άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος ασθενών με Καρκίνο και
5. Παρέχει πληροφορίες για ειδικές εξετάσεις (μαστογραφία, Παπ – τεστ). Το πρόγραμμα απασχολεί τρεις κοινωνικούς λειτουργούς και μια κλινική ψυχολόγο και λειτουργεί καθημερινά από τις 7:30 π.μ. – 14:30 μ.μ. (Κ. Συντελή, 1995, σελ. 26)

Τέλος, η Ε.Α.Ε. έχει δημιουργήσει το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης πριν από 10 περίπου χρόνια, που προσφέρει υποστήριξη σε κάθε ασθενή ώστε να επανενταχθεί ομαλά στο κοινωνικό σύνολο. (Ν.Δόντας, 1991, σελ. 161)

Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ιδρύθηκε τον Ιανουάριο του 1993 από την Ε.Α.Ε. , με σκοπό να καλύψει και να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του καρκινοπαθούς. Είναι ένας εξωνοσοκομειακός φορέας που βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και με

άλλους φορείς και ειδικότητες. Στο πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να απευθυνθεί κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, την εντόπιση της νόσου ή την μόρφωση· η μόνη προϋπόθεση είναι η πληροφόρηση και η ενημέρωση για τη διάγνωση της ασθένειας. (Ε. Λάκκα, Μ. Καριπίδου, Β. Τερζή, Μ. Χαλκιά, 1991, σελ. 115)

Το πρόγραμμα έχει διαιρεθεί σε τρία επίπεδα. Κάθε επίπεδο αποτελεί τη συνέχεια του προηγούμενου, ενώ είναι αυτοτελές, έτσι ώστε το άτομο ολοκληρώνοντας το κάθε επίπεδο να έχει αποκτήσει εφόδια που θα το βοηθήσουν να αντιμετωπίζει με τις δικές του δυνάμεις τα προβλήματα που θα προκύψουν με αποτελεσματικό και ικανοποιητικό τρόπο. Προκειμένου να ενταχθεί το άτομο στο πρόγραμμα του κέντρου ακολουθείται η διαδικασία της αξιολόγησης, δηλαδή η λήψη και η συμπλήρωση κοινωνικού ιστορικού από τον κοινωνικό λειτουργό και η ψυχολογική διερεύνηση του ατόμου με τη βοήθεια διαγνωστικών μέσων από τον ψυχολόγο. Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ατόμου βοηθά στον καθορισμό παρεμβάσεων και τεχνικών προσέγγισης του, καθώς και στην αντιμετώπιση αδιεξόδων που προκύπτουν κατά τη θεραπευτική του πορεία. Μετά την αξιολόγηση το άτομο εντάσσεται στο πρώτο επίπεδο του προγράμματος. Η μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στη λειτουργία ομάδων, οι οποίες είναι κλειστές και συναντιούνται κάθε εβδομάδα σε τακτές μέρες και ώρες. (Ε. Λάκκα, Μ. Καριπίδου, Β. Τερζή, Μ. Χαλκιά, 1991, σελ. 116-117)

Τα τρία επίπεδα του προγράμματος είναι τα ακόλουθα :

Α΄ ΕΠΙΠΕΔΟ : Κεντρικός άξονας στο επίπεδο αυτό είναι η ομάδα σεμιναρίου, όπου συμμετέχουν συνήθως άτομα, που βρίσκονται στην πρώτη φάση της ασθένειας. Ο απώτερος σκοπός της είναι να μάθει το

άτομο να αισθάνεται ενεργητικό, με εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να βρει τη δύναμη και την ελπίδα να αγωνιστεί για τη ζωή του. Οι συγκεκριμένοι στόχοι της είναι : α) να βοηθούν το άτομο να εκφράσει τα συναισθήματά του β) να αντιμετωπίσει τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την ασθένεια γ) να μπορεί να ζει με τη γνώση της σοβαρής ασθένειας και των συνεπειών της δ) να μπορέσει να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματος και του εαυτού του ε) να ενεργοποιηθεί προς την κοινωνική του επανένταξη. Στη φάση αυτή, το άτομο παρακινείται να δει τον καρκίνο όχι σαν ένα τοπικό πρόβλημα ή σαν ένα ξένο πλάσμα που βασανίζει το σώμα του, αλλά σαν μια διαταραχή του συστήματος του οργανισμού του. Επίσης, γίνεται προσπάθεια να ενισχυθεί η πίστη του στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και της αμυντικής ικανότητας του οργανισμού. Εκτός από την ομάδα σεμιναρίου λειτουργεί και η ομάδα οικογενειακού περιβάλλοντος, που αποσκοπεί στο να σπάσει η οικογένεια την σιωπή και να συζητήσει με τον ασθενή τις ιδιαίτερες ανάγκες και τα συναισθήματα του, αλλά και να βοηθά να αντιμετωπίσει τα δικά της προβλήματα και συναισθήματα (ένταση, ενοχές, θλίψη), που δημιουργούνται από την εμφάνιση της ασθένειας.

Β' ΕΠΙΠΕΔΟ : Λειτουργεί η ομάδα υποστήριξης, η οποία έχει ψυχοθεραπευτικό σκοπό. Το άτομο ενθαρρύνεται να εντοπίσει υγιέστερους τρόπους αντιμετώπισης των κρίσιμων καταστάσεων στη ζωή του, να αναδιοργανώσει το σύστημα αξιών και πεποιθήσεων του και να επανεξετάσει τις κοινωνικές του σχέσεις, τα γεγονότα της ζωής του και τις ευρύτερες αντιλήψεις του για τον κόσμο. Για να το κατορθώσει αυτό πρέπει να μάθει να συνεργάζεται, να κάνει διάλογο με τα άλλα μέλη της ομάδας και να έχει αυτογνωσία, αναφορικά με τις δυνατότητες και τις

αδυναμίες του. Σε κάθε συνάντηση της ομάδας υπάρχουν δύο συντονιστές – θεραπευτές, ένας κοινωνικός λειτουργός κι ένας ψυχολόγος. Η ποιότητα των συντονιστών είναι πιο σημαντική απ' ό,τι η μέθοδος. Πρέπει να επιθυμούν πραγματικά να προσφέρουν τη βοήθεια τους στο άτομο, να έχουν σεβασμό στην προσωπικότητα του και να μπορούν να δημιουργούν μια λειτουργική σχέση μαζί του. Για το λόγο αυτό, πρέπει να δουλέψουν με τον εαυτό τους, τους φόβους του θανάτου και τα υπαρξιακά τους προβλήματα, ώστε να λειτουργήσουν αποτελεσματικά.

Γ' ΕΠΙΠΕΔΟ : Στο επίπεδο αυτό εντάσσονται τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει την ψυχοθεραπευτική τους πορεία κι επιθυμούν να ενταχθούν στην **ομάδα εθελοντισμού**. Σκοπός της ομάδας αυτής είναι η εκπαίδευση των εθελοντών και η αντιμετώπιση των πρακτικών και συναισθηματικών προβλημάτων που δημιουργούνται απ το ρόλο του εθελοντή. Οι εθελοντές επισκέπτονται τους ασθενείς στα νοσοκομεία και τους στηρίζουν ψυχολογικά ενώ περιοδικά συμμετέχουν και στην υποστήριξη των ατόμων που εντάσσονται στο Α' επίπεδο. (Ε. Λάκκα, Μ. Καριπίδου, Β. Τερζή, Μ. Χαλκιά, 1991, σελ. 118-120)

Οι κοινωνικές δραστηριότητες του κέντρου έχουν στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος της απομόνωσης, που συχνά παρατηρείται μετά την ασθένεια και την επιρροή της στην κοινωνική επανένταξη του ατόμου. Το πρόγραμμα του κέντρου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έχει διαμορφωθεί μέσα από την εμπειρία των 8 χρόνων λειτουργίας τους, όμως συνεχώς βελτιώνεται κι αξιολογείται, ώστε να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες των καρκινοπαθών. (Ε.Λάκκα, Μ. Καριπίδου, Β. Τερζή, Μ. Χαλκιά, 1991, σελ. 121)

Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού

Ένας άλλος ιδιωτικής πρωτοβουλίας είναι ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού, που ιδρύθηκε το 1988 από μια ομάδα γυναικών που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή, με την επιστημονική και ηθική υποστήριξη της κοινωνικής υπηρεσίας και των γιατρών του Νοσοκομείου “Μεταξά”.

Ο Σύλλογος έχει ως έργο του :

1. την παροχή από ειδικούς επαγγελματίες υπηρεσιών στήριξης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού και στις οικογένειές τους
2. την οργανωμένη αλληλοβοήθεια, ενθάρρυνση και υποστήριξη
3. την συμμετοχή του σε προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού
4. την ενημέρωση των μελών του σχετικά με τις εξελίξεις σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

Για την επίτευξη και πραγμάτωση του παραπάνω έργου έχει αναπτύξει συνεργασία με ογκολογικές εταιρείες, έμπειρους επιστήμονες (γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς) και με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες που παρέχονται απ’ το Σύλλογο είναι :

- Ατομική Συμβουλευτική
- Συμβουλευτική ζευγαριού και οικογένειας
- Πληροφόρηση πάνω σε εργασιακά και ασφαλιστικά θέματα
- Σεμινάρια ευαισθητοποίησης και ομάδες ψυχολογικής στήριξης

Σήμερα, λειτουργούν στο σύλλογο δύο ψυχοθεραπευτικές ομάδες γυναικών με καρκίνο του μαστού, υπεύθυνοι των οποίων είναι μια κοινωνική λειτουργός και ένας ψυχίατρος. Οι ομάδες αυτές έχουν ως μεγαλύτερο όριο λειτουργίας τα 4 χρόνια και είναι κλειστές.

Ο Σύλλογος είναι μη κερδοσκοπικό σωματείο και διοικείται από 7μελές συμβούλιο. Συνεργάζεται, σε εθνικό επίπεδο, με νοσηλευτικά κέντρα κι επιστημονικές εταιρείες και σε διεθνές επίπεδο, με οργανώσεις όπως UICC, Europa Donna και Reach to Recovery International Breast Cancer Support, του οποίου είναι μέλος.

Στα γραφεία του Συλλόγου υπάρχει μόνιμη έκθεση με τεχνητούς μαστούς, στηθόδεσμους και μαγιό, καθώς και κατάλογος με διευθύνσεις των καταστημάτων που τα πωλούν.

Το εθελοντικό πρόγραμμα του Συλλόγου συμβάλλει έγκαιρα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών με καρκίνο μαστού. Το πρόγραμμα αυτό δίνει την ευκαιρία στην ασθενή, αν και η ίδια το επιθυμεί, να την επισκεφθεί εθελόντρια μετά το χειρουργείο. Η παρουσία της εθελόντρια δρα ανακουφιστικά και υποστηρικτικά για την ασθενή, γιατί την καταλαβαίνει χάρη στην κοινή τους εμπειρία και γιατί λειτουργεί σαν θετικό παράδειγμα για την προσαρμογή και την ποιότητα στη ζωή της. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν μέλη του Συλλόγου, που επιθυμούν να προσφέρουν εθελοντική εργασία, παρακολουθώντας βέβαια ένα ειδικό εκπαιδευτικό σεμινάριο. Η εκπαίδευση γίνεται από ειδικούς επαγγελματίες, οι οποίοι αναλαμβάνουν την εποπτεία και το συντονισμό του προγράμματος. Οι εθελόντριες κατά την επίσκεψη τους, δίνουν έντυπο ενημερωτικό υλικό και, σε περιπτώσεις μαστεκτομής, ειδικό μαστό κατάλληλο να χρησιμοποιηθεί τις πρώτες μέρες μετά την επέμβαση.

Σημείωση : Τα παραπάνω στοιχεία για τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού συλλέχθηκαν μέσα από τη μελέτη ενημερωτικών εντύπων και μετά από συζήτηση με την υπεύθυνη κοινωνική λειτουργό του Συλλόγου, κα Μ. Χαλκιά.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIII

ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

1. Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα ονομάζεται διερευνητική, καθώς δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανακάλυψη, δηλαδή στην εξεύρεση νέων στοιχείων και το βασικό χαρακτηριστικό της είναι η ευελιξία. Ο πρωταρχικός σκοπός της είναι η διατύπωση του προβλήματος για ακριβέστερη εξέταση. (Β. Φίλιας, 1994, σελ. 27)

Συγκεκριμένα έχει ως στόχο την διερεύνηση των δυνατοτήτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή στον Ελλαδικό χώρο, κι ακόμα κατά πόσο οι επιλογές αυτές καλύπτουν, ποιοτικά και ποσοτικά, τις ανάγκες τους. Ειδικότερα, έχει στόχο να αναζητήσει και να γνωστοποιήσει τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίζει η κοινωνία – και κυρίως οι ειδικευμένοι επαγγελματίες – τις κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες που προκαλεί η ασθένεια στις μαστεκτομημένες γυναίκες, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην επανένταξή τους στην προηγούμενη κοινωνική ζωή και στη διατήρηση της ποιότητας στη ζωή τους.

2. Αναγκαιότητα της έρευνας

Οι λόγοι για τους οποίους θεωρείται αναγκαία η διεξαγωγή της έρευνας αυτής είναι οι ακόλουθοι :

- Η σκιαγράφιση της γενικής εικόνας των μαστεκτομημένων γυναικών, μέσα από τη διερεύνηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους (ηλικία, οικογενειακή ή οικονομική κατάσταση)
- Η ανίχνευση των επιπτώσεων που προκαλεί η μαστεκτομή στους διάφορους τομείς της προσωπικής και κοινωνικής ζωής των γυναικών, καθώς και των παραγόντων που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν τη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Η διερεύνηση της ύπαρξης ή όχι στην Ελλάδα υπηρεσιών που να έχουν ως στόχο την αποκατάσταση, ψυχολογική και κοινωνική των μαστεκτομημένων γυναικών
- Τέλος, η διαπίστωση της αναγκαιότητας βελτίωσης ή ορθότερης οργάνωσης των υπηρεσιών αυτών, ώστε να καλύπτουν, στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, τις ανάγκες των γυναικών μετά τη μαστεκτομή.

3. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αυτής είναι οι επαγγελματίες υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) του Περιφερειακού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά “Μεταξά” και του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ρίου, οι οποίοι έχουν αντιμετωπίσει περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο του μαστού κι έρχονται σε άμεση επαφή με αυτές, πριν και μετά την υποβολή τους σε μαστεκτομή.

Ο κύριος λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε το συγκεκριμένο δείγμα είναι επειδή κρίθηκε πιο εύκολη η προσέγγιση του και η πρόσβαση σε αυτό απ’ ότι η εμπλοκή των ίδιων των γυναικών, οι οποίες

αντιμετωπίζουν πράγματι μια δύσκολη κατάσταση και έχουν ανάγκη από μια ήρεμη ατμόσφαιρα.

Το δείγμα είναι τυχαίο, αποτελείται από 30 ειδικευμένους επαγγελματίες και η προσέγγιση του, πραγματοποιήθηκε στο χώρο των νοσοκομείων που προαναφέρθηκαν.

4. Μεθοδολογία

Η έρευνα έγινε με τη μορφή ερωτηματολογίου που συντάχθηκε με τέτοιο τρόπο, ώστε να διερευνηθεί σε βάθος α) η ύπαρξη ή όχι στη χώρα μας υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για μαστεκτομημένες γυναίκες και φυσικά β) η αναγκαιότητα αναβάθμισης των υπάρχουσων υπηρεσιών ή η δημιουργία καινούργιων.

Το ερωτηματολόγιο απεικονίζει με ιδιαίτερες ερωτήσεις το αντικείμενο της έρευνας και προκαλεί απαντήσεις σε σχέση με αυτή αποτελείται από 16 ερωτήσεις, κλειστού και ανοικτού τύπου, η πλειοψηφία των οποίων είναι κλειστού τύπου. Ωστόσο, υπάρχουν και 6 προκατασκευασμένες ερωτήσεις, στις οποίες δίνονται έτοιμες απαντήσεις και περιλαμβάνουν μια απάντηση του τύπου «Άλλο», αφήνοντας στους ερωτώμενους τη δυνατότητα μιας άλλης απάντησης. Οι ερωτήσεις αυτές παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιλογή από τις κλειστές και ταξινομούνται ευκολότερα από τις απαντήσεις των ανοιχτών ερωτήσεων. (Βλέπε Παράρτημα).

Οι κλειστές ερωτήσεις έχουν ως στόχο να κατατάξουν τα άτομα σε μια κατηγορία με σαφές κριτήριο (π.χ. παντρεμένος, άγαμος), αλλά περιορίζουν την ελευθερία έκφρασης του ερωτώμενου. Ενώ οι ανοιχτές ερωτήσεις έχουν ως στόχο τη συλλογή περισσότερων πληροφοριών,

αφήνοντας τα άτομα να εκφράσουν ελεύθερα τη γνώμη τους. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην ομαδοποίηση – κωδικοποίηση των ερωτήσεων ανοιχτού τύπου σε έναν περιορισμένο αριθμό κατηγοριών.

Τέλος, εκφράζεται η πεποίθηση ότι οι απαντήσεις που θα δώσουν οι ερωτώμενοι, θα παρέχουν τις επιθυμητές πληροφορίες και θα οδηγήσουν στη διεξαγωγή πολύτιμων συμπερασμάτων σχετικά με το σκοπό της έρευνας αυτής.

5. Δυσκολίες που παρουσιάστηκαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας

Η διεξαγωγή της έρευνας αυτής θεωρήθηκε πολύ σημαντική καθώς δεν έχει γίνει παρόμοια προσπάθεια τα τελευταία χρόνια (τουλάχιστον από σπουδαστές του Τ.Ε.Ι. Πάτρας). Στη Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστες υπηρεσίες, οι οποίες συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των μαστεκτομημένων γυναικών και το γεγονός αυτό στάθηκε εμπόδιο στην εξεύρεση στοιχείων σχετικά με τον τομέα αυτό.

Κατά τη διενέργεια της ερευνητικής διαδικασίας παρουσιάστηκαν ορισμένες δυσκολίες, η σημαντικότερη των οποίων ήταν η πρόσβαση στο δείγμα, που ήταν οι ειδικευμένοι επαγγελματίες (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί), που ασχολήθηκαν ή ασχολούνται με την ασθένεια του καρκίνου του μαστού. Η έλλειψη χρόνου ή και εμπιστοσύνης σχετικά με τη σοβαρότητα και τη σκοπιμότητα της έρευνας αποτέλεσαν ανασταλτικό παράγοντα για την αποδοχή συμμετοχής των επαγγελματιών σε αυτή.

Προκειμένου να υπερπηδηθεί το εμπόδιο αυτό, θεωρήθηκε αναγκαία η επαφή με την κοινωνική υπηρεσία των εκάστοτε νοσοκομείων, ώστε να διευκολυνθεί η προσέγγιση του δείγματος. Αρχικά, έγινε επικοινωνία με

την προϊσταμένη της κοινωνικής υπηρεσίας του αντικαρκινικού νοσοκομείου “Αγ. Σάββας”, η οποία όμως αρνήθηκε να διεξαχθεί η έρευνα στο νοσοκομείο αυτό. Στο αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιά “Μεταξά”, η κοινωνική λειτουργός, ήταν ιδιαίτερα θετική και βοηθητική στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους επαγγελματίες. Το ίδιο συνέβη και στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο του Ρίο, όπου ο προϊστάμενος της κοινωνικής υπηρεσίας, συνέβαλε σημαντικά στη διανομή των ερωτηματολογίων.

Πέρα όμως από την προσέγγιση του δείγματος, δημιουργήθηκαν και κάποιοι ακόμα αρνητικοί παράγοντες, όπως το μικρό ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν τελικά στην έρευνα (30 άτομα), αλλά και η έλλειψη χρόνου. Τα στοιχεία αυτά εμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό τη διεξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων και ορθών συμπερασμάτων, όπου είναι αναγκαία η συμμετοχή ενός μεγάλου αριθμού δείγματος, μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση και περισσότερος χρόνος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΥ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

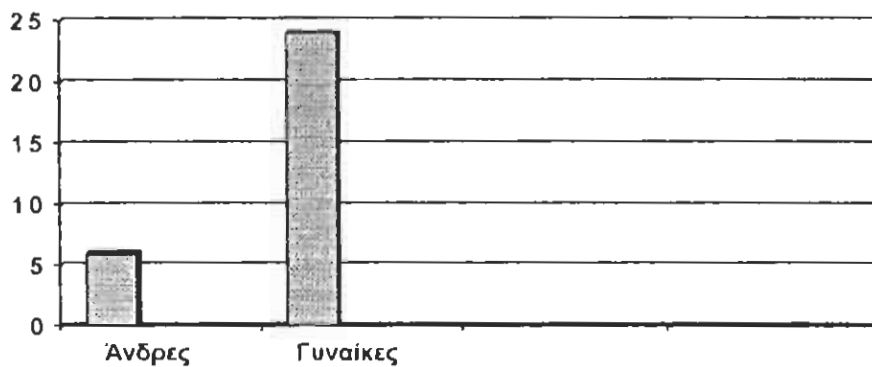
Στην παρούσα μελέτη πήραν μέρος 30 ειδικευμένοι επαγγελματίες (24 – 53 ετών), οι οποίοι ασχολήθηκαν με την ασθένεια του καρκίνου του μαστού.

Ερώτηση 1 : Φύλο

	f	r f %
Άνδρας	6	20
Γυναίκα	24	80
Σύνολο	30	100,00

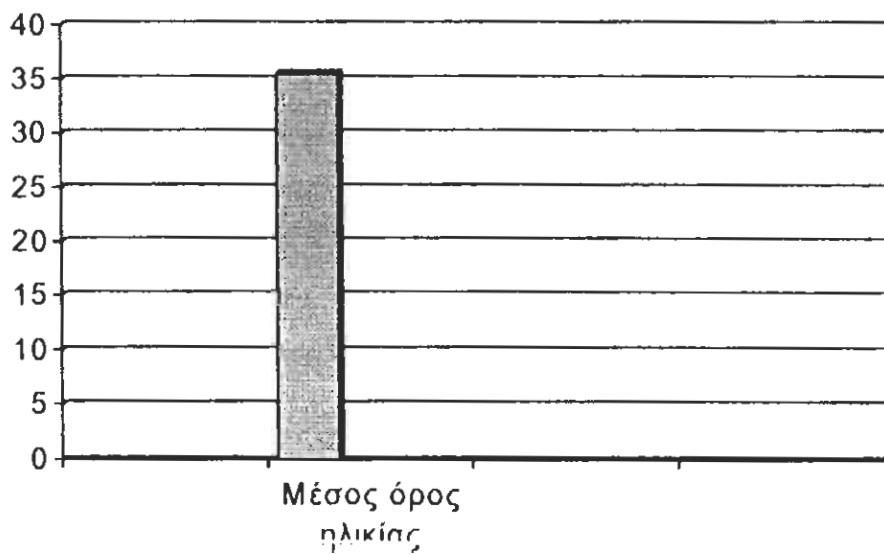
Ο μεγαλύτερος αριθμός των επαγγελματιών ήταν γυναίκες (80%), ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό ήταν άνδρες (20%).

Διάγραμμα 1



Ερώτηση 2 : Ηλικία

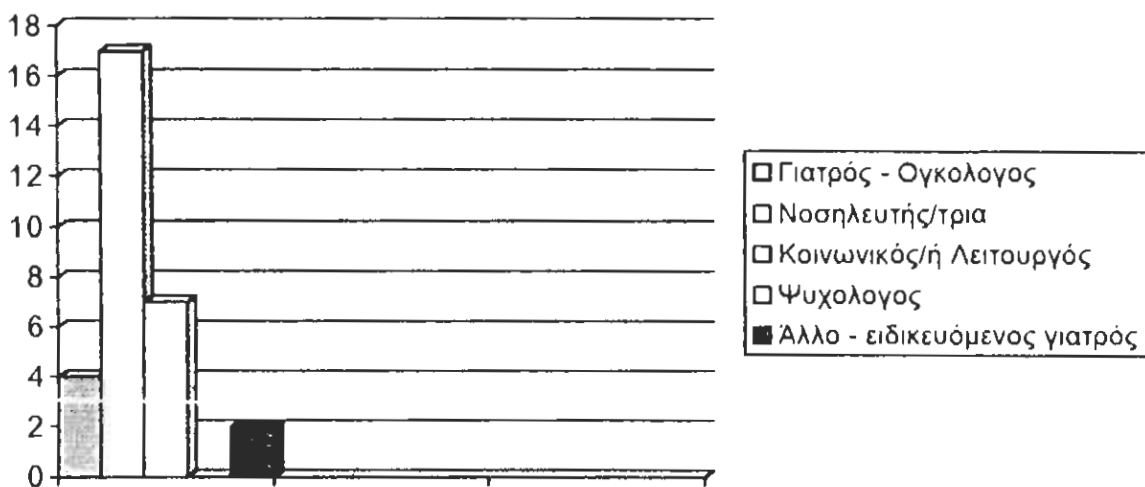
Ο μέσος όρος των ερωτηθέντων ήταν 35,2



Ερώτηση 3 : Επάγγελμα - Ειδικότητα

	f	rf %
Γιατρός – Ογκολόγος	4	13,3
Νοσηλεύτης/τρια	17	56,66
Κοινωνικός/ή Λειτουργός	7	23,3
Ψυχολόγος	-	-
Άλλο – ειδικευόμενος γιατρός	2	6,66
Σύνολο	30	100,00

Οι νοσηλεύτριες αποτελούν το 56,6% των ειδικοτήτων, ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί (23,3%) και οι γιατροί (13,3%). Στην έρευνα συμμετείχαν και δύο ειδικευόμενοι γιατροί, αλλά κανένας ψυχολόγος.

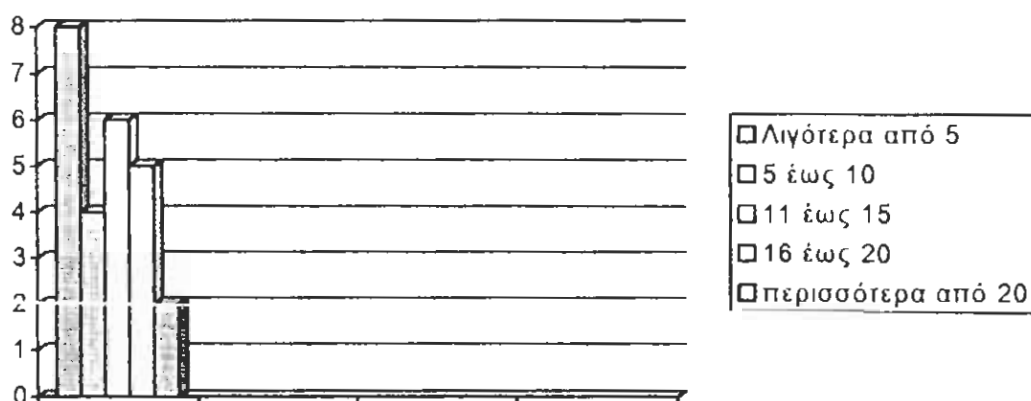
Διάγραμμα 3

Ερώτηση 4 : Χρόνια προϋπηρεσίας

	f	r f%
Λιγότερα από 5	8	32
5 – 10	4	16
11 – 15	6	24
16 – 20	5	20
περισσότερα από 20	2	8
Σύνολο	25	100,00

Δεν απάντησαν : 5

Οι περισσότεροι επαγγελματίες (32%) εργάστηκαν λιγότερο από 5 χρόνια με γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Το 24% είχε 11 – 15 χρόνια προϋπηρεσία σε νοσοκομείο και το 20% είχε 16 – 20 χρόνια. μόνο 2 άτομα είχαν προϋπηρεσία περισσότερα από 20 χρόνια.

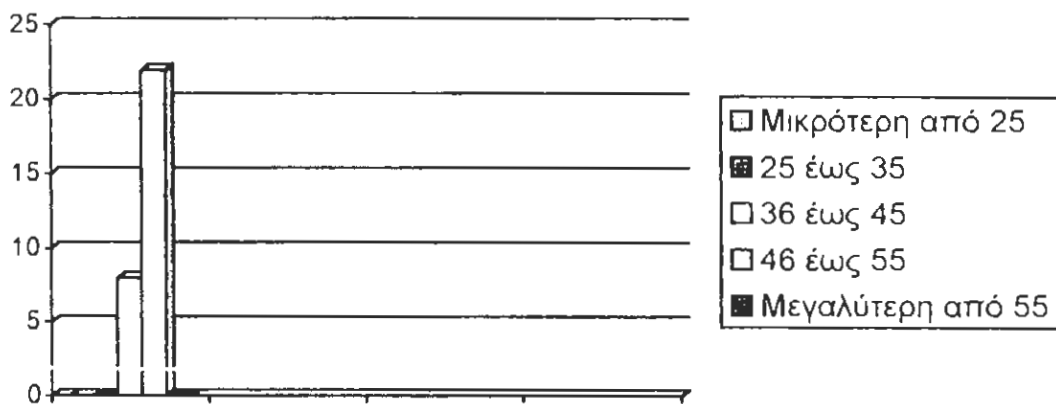
Διάγραμμα 4

Ερώτηση 5 : Η συνήθης ηλικία, κατά την οποία οι γυναίκες υποβάλλονται σε μαστεκτομή

	f	r f %
Μικρότερη από 25	0	0
25 - 35	0	0
36 - 45	8	26,66
46 - 55	22	73,33
Μεγαλύτερη από 55	0	0
Σύνολο	30	100,00

Η συνηθέστερη ηλικία κατά την οποία οι γυναίκες υποβάλλονται σε μαστεκτομή είναι 46 - 55 (73,3%), ενώ το 26,6% ανήκει στην ηλικία των 36 - 45.

Διάγραμμα 5



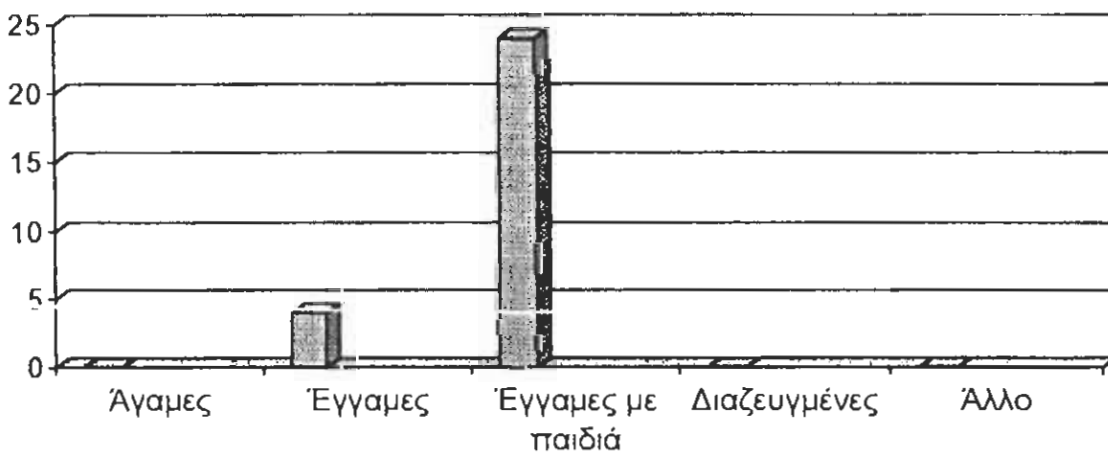
Ερώτηση 6 : Η συνήθης οικογενειακή κατάσταση των γυναικών που υποβάλλονται σε μαστεκτομή

	f	r f%
Άγαμες	0	0
Έγγαμες	4	14,28
Έγγαμες με παιδιά	24	85,7
Διαζευγμένες	0	0
Άλλο	0	0
Σύνολο	28	100,00

Δεν απάντησαν : 2

Η πλειοψηφία των γυναικών (85,7%) είναι έγγαμες με παιδιά, ενώ ένα μικρό ποσοστό (14,2%) είναι έγγαμες αλλά δεν έχουν αποκτήσει παιδιά.

Διάγραμμα 6



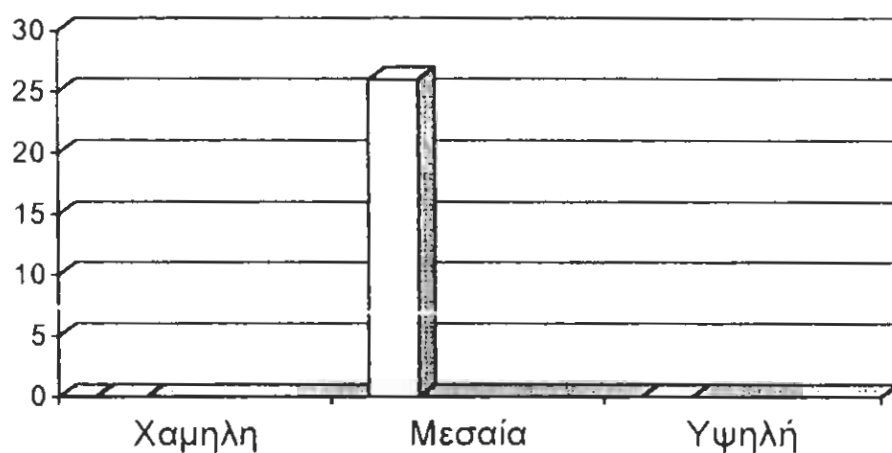
Ερώτηση 7 : Η συνήθης οικονομικοκοινωνική κατάσταση των μαστεκτομημένων γυναικών

	f	rf %
Χαμηλή	0	0
Μεσαία	26	100
Υψηλή	0	0
Σύνολο	26	100,00

Δεν απάντησαν: 4

Όλοι οι επαγγελματίες – εκτός από 4 άτομα που δεν έδωσαν απάντηση – υποστηρίζουν ότι η συνηθέστερη οικονομικοκοινωνική κατάσταση των μαστεκτομημένων γυναικών είναι μεσαία.

Διάγραμμα 7

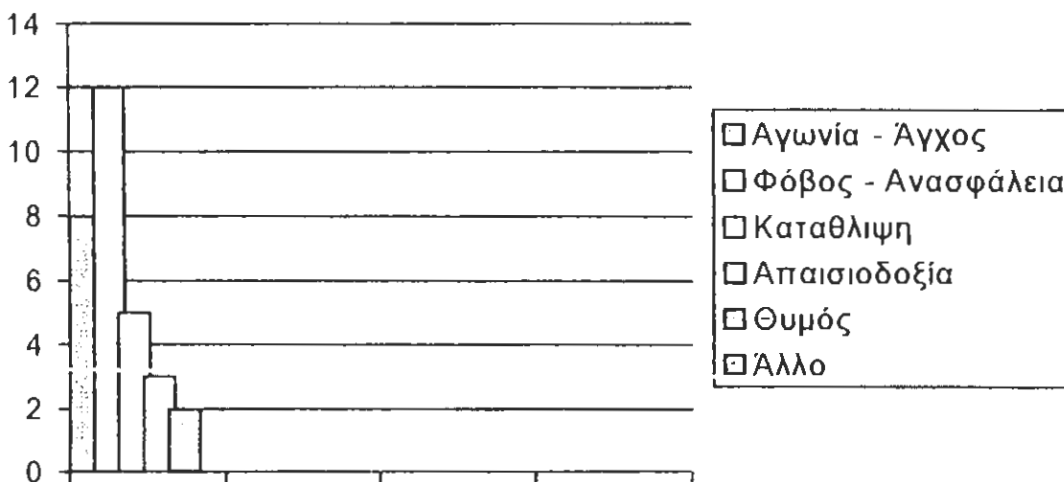


Ερώτηση 8 : Τα κυρίαρχα συναισθήματα των γυναικών πριν τη μαστεκτομή

	f	rf%
Αγωνία – Άγχος	8	26,66
Φόβος – Ανασφάλεια	12	40
Κατάθλιψη	5	16,66
Απαισιοδοξία	3	10
Θυμός	2	6,66
Άλλο	0	0
Σύνολο	30	100,00

Τα συναισθήματα που κυριαρχούν συνήθως στις γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε μαστεκτομή είναι ο φόβος και η ανασφάλεια (40%), το άγχος και η αγωνία (26,6%) και η κατάθλιψη (16,6%).

Διάγραμμα 8

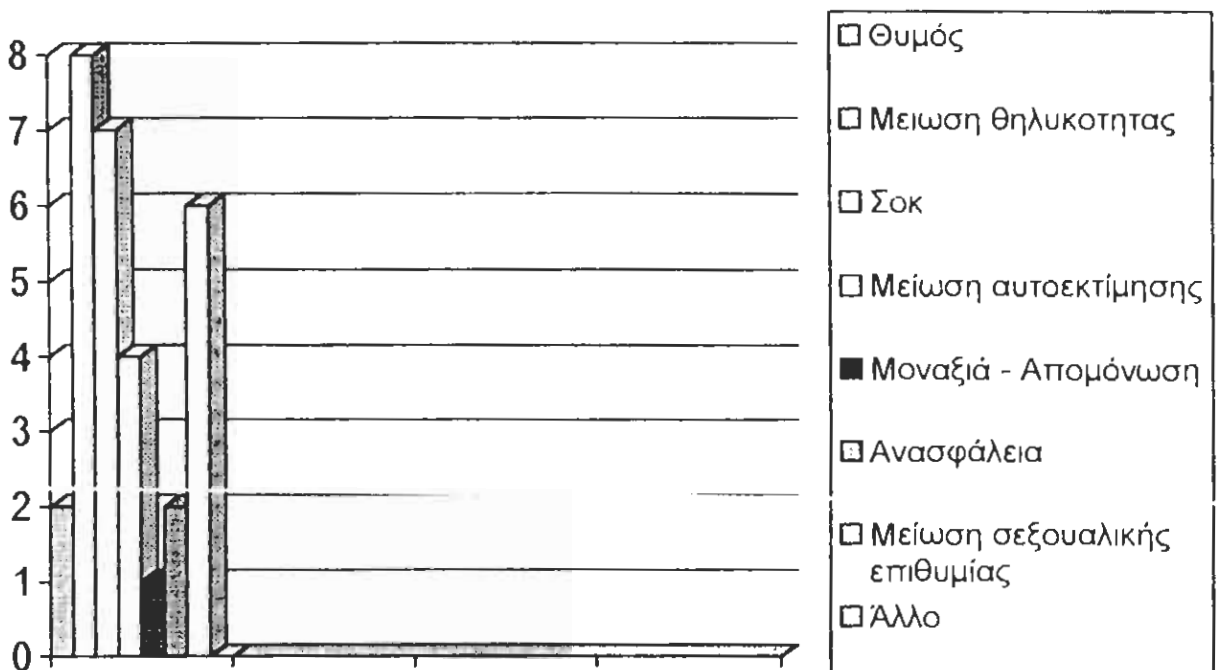


Ερώτηση 9 : Οι κυριότερες ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις στις γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή

	f	r f %
Θυμός	2	6,66
Μείωση της θηλυκότητας	8	26,66
Σοκ	7	23,33
Μείωση της αυτοεκτίμησης	4	13,33
Μοναξιά - Απομόνωση	1	3,33
Ανασφάλεια	2	6,66
Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας	6	20
Άλλο	0	0
Σύνολο	30	100,00

Οι κύριες ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της μαστεκτομής στις γυναίκες είναι η μείωση της θηλυκότητας (26,6%), το σοκ (23,3%) και η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας (20%).

Διάγραμμα 9

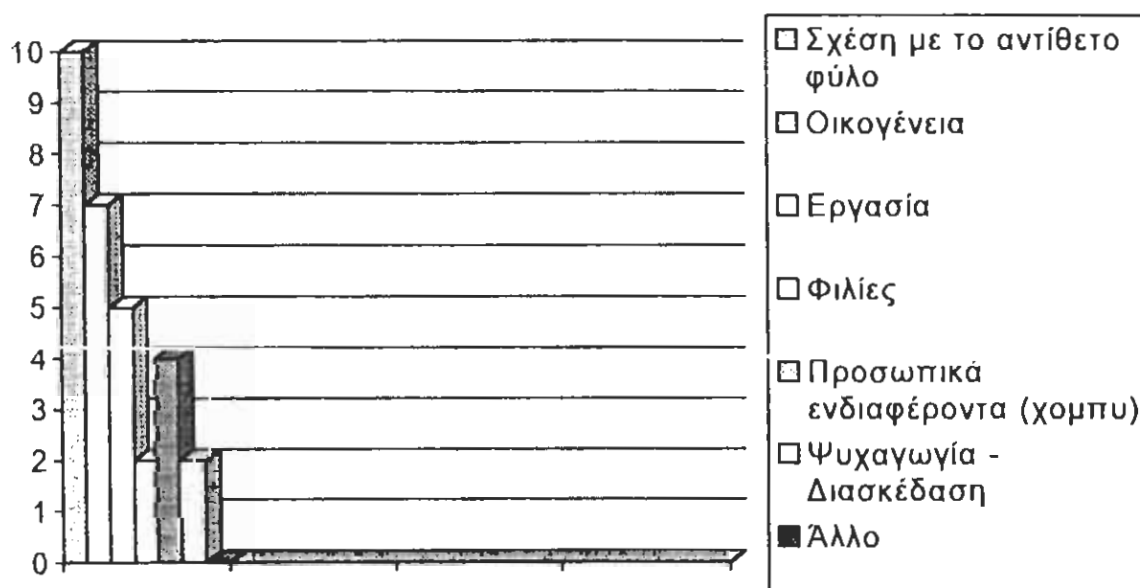


Ερώτηση 10 : Οι κύριοι τομείς της κοινωνικής ζωής που επηρεάζονται αρνητικά από τη μαστεκτομή

	f	r f %
Σχέση με το αντίθετο φύλο	10	33,33
Οικογένεια	7	23,33
Εργασία	5	16,66
Φιλίες	2	6,66
Προσωπικά ενδιαφέροντα (χόμπυ)	4	13,33
Ψυχαγωγία -- Διασκέδαση	2	6,66
Άλλο	0	0
Σύνολο	30	100,00

Οι κυριότεροι τομείς της κοινωνικής ζωής που επηρεάζονται αρνητικά απ' τη μαστεκτομή είναι η σχέση με το αντίθετο φύλο (33,3%), οι οικογενειακές σχέσεις (23,3%) και η εργασία (16,6%).

Λιάγραμμα 10



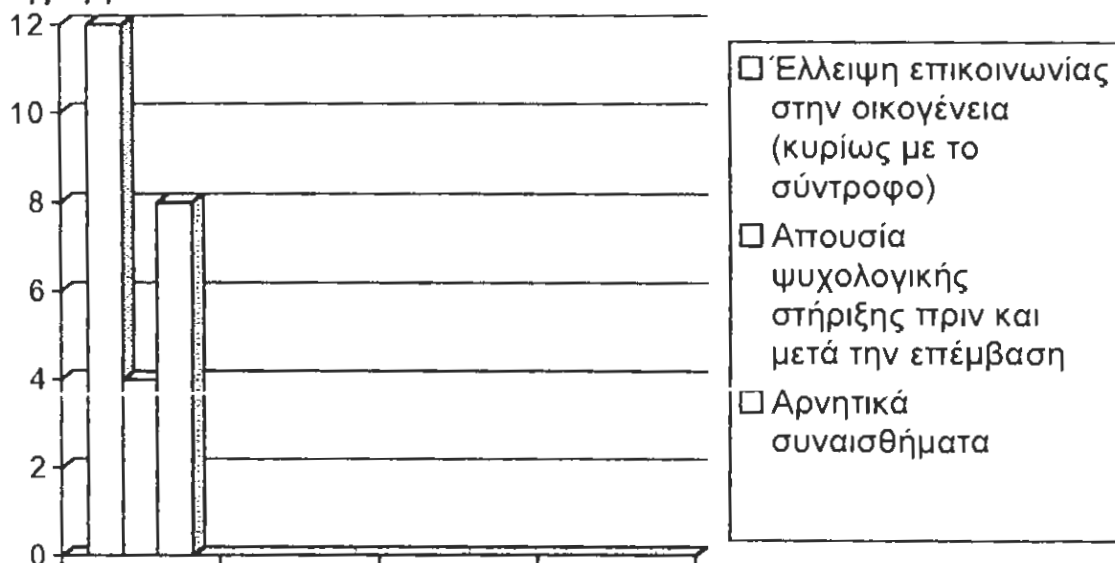
Ερώτηση 11 : Παράγοντες που δυσχεραίνουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των μαστεκτομημένων γυναικών

	f	rf%
- Έλλειψη ουσιαστικής επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον (κυρίως με το σύντροφο)	12	50
- Απουσία ψυχολογικής στήριξης πριν και μετά τη μαστεκτομή	4	16,66
- Αρνητικά συναισθήματα (ανασφάλεια, μείωση θηλυκότητας, μοναξιά, απομόνωση)	8	33,33
Σύνολο	24	100,00

Δεν απάντησαν : 6

Οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι η έλλειψη ουσιαστικής επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον και κυρίως με τον σύντροφο (50%), καθώς και τα αρνητικά συναισθήματα των γυναικών (ανασφάλεια, μοναξιά) [33,3%] αποτελούν τους κύριους παράγοντες που δυσχεραίνουν την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

Διάγραμμα 11



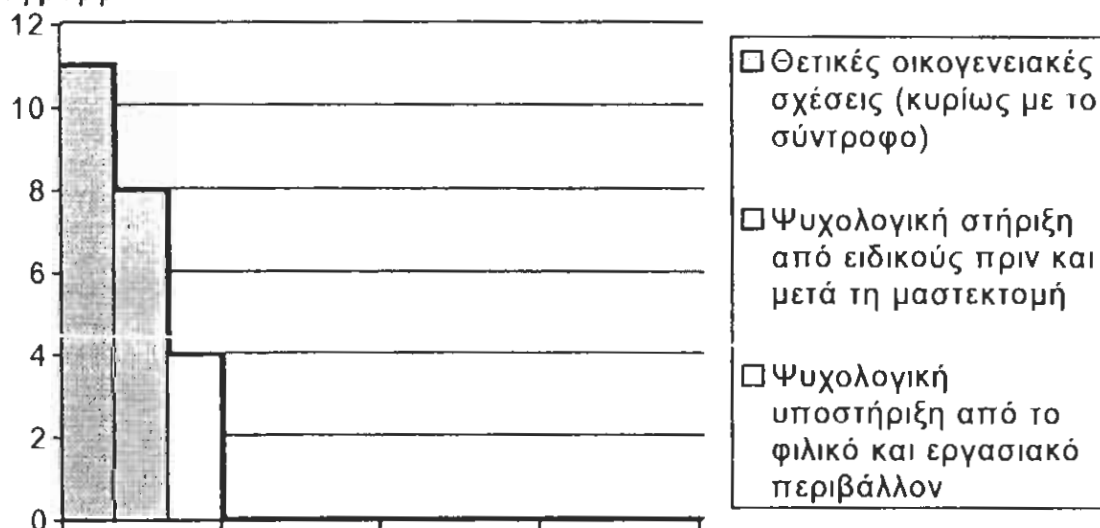
Ερώτηση 12 : Παράγοντες που διευκολύνουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών αυτών

	f	rf %
- Θετικές οικογενειακές σχέσεις (κυρίως με τον σύντροφο)	11	47,8
- Ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς πριν και μετά τη μαστεκτομή	8	34,78
- Ψυχολογική υποστήριξη από το φιλικό και εργασιακό περιβάλλον	4	17,39
Σύνολο	23	100,00

Δεν απάντησαν : 7

Οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι οι κύριοι παράγοντες που διευκολύνουν την επανένταξη των γυναικών στον προηγούμενο τρόπο ζωής τους είναι η δημιουργία θετικών οικογενειακών σχέσεων και κυρίως η στήριξη από τον σύντροφο (47,8%) – καθώς και η ψυχολογική στήριξη από ειδικούς πριν και μετά τη μαστεκτομή (34,7%).

Διάγραμμα 12



Ερώτηση 13 : Πρέπει να παρέχεται στήριξη στις γυναίκες πριν υποβληθούν σε μαστεκτομή; Αν ναι, με ποιόν τρόπο;

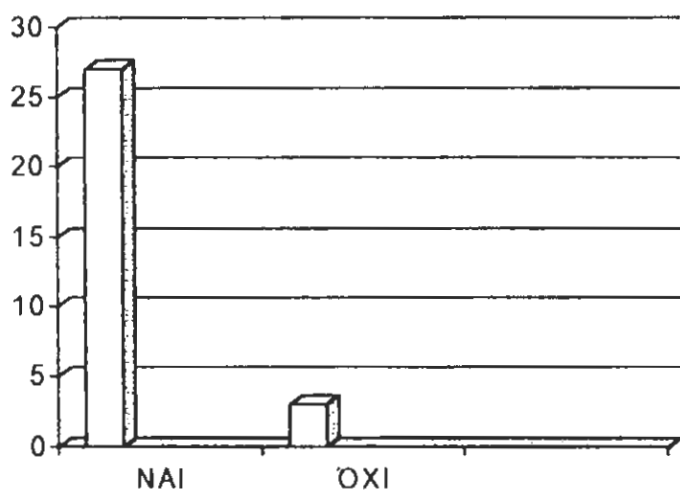
	f	r f %
ΝΑΙ	27	90
ΟΧΙ	3	10
Σύνολο	30	100,00

	f	r f %
- Παροχή συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης από ειδικούς	12	48
- Συζήτηση -- επαφή με άλλες μαστεκτομημένες γυναίκες που έχουν ενταχθεί ομαλά στη ζωή	7	28
- Στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον	6	24
Σύνολο	25	100,00

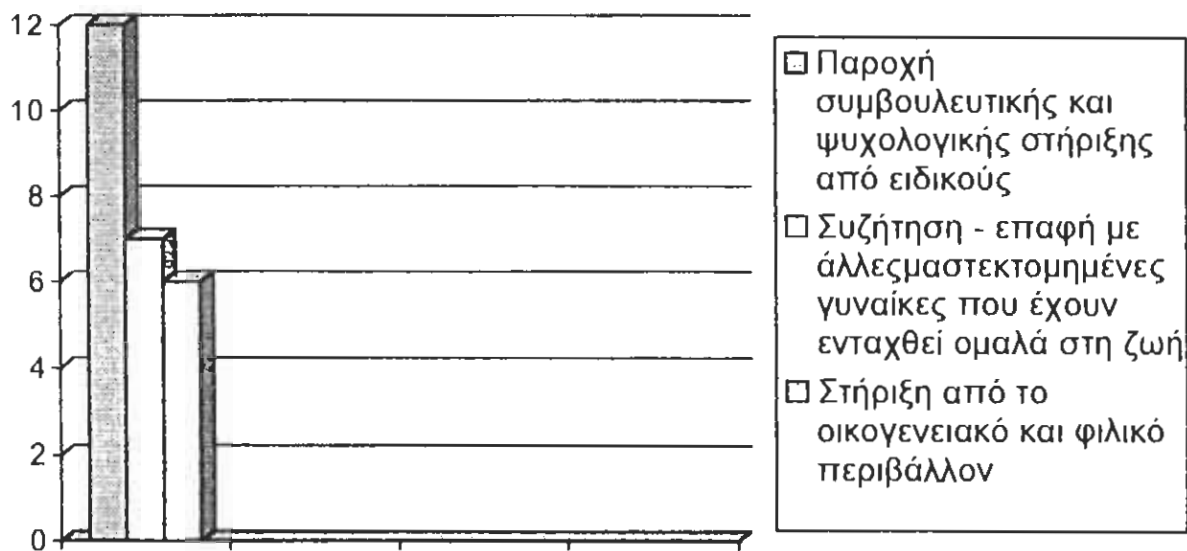
Δεν απάντησαν: 2

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτηθέντων (27 άτομα) θεωρούν αναγκαία την παροχή στήριξης στις γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε μαστεκτομή. η στήριξη αυτή θα προέρχεται από ειδικευμένους επαγγελματίες (48%), από γυναίκες που έχουν υποστεί και οι ίδιες μαστεκτομή, αλλά έχουν ξεπεράσει το πρόβλημά τους (28%) κι από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των γυναικών (24%).

Διάγραμμα 13α



Διάγραμμα 13β



Ερώτηση 14 : Υπάρχει, στον χώρο του νοσοκομείου ομάδα ειδικευμένων επαγγελματιών που να παρέχει στήριξη στις μαστεκτομημένες γυναίκες; Αν ναι, με ποιο τρόπο;

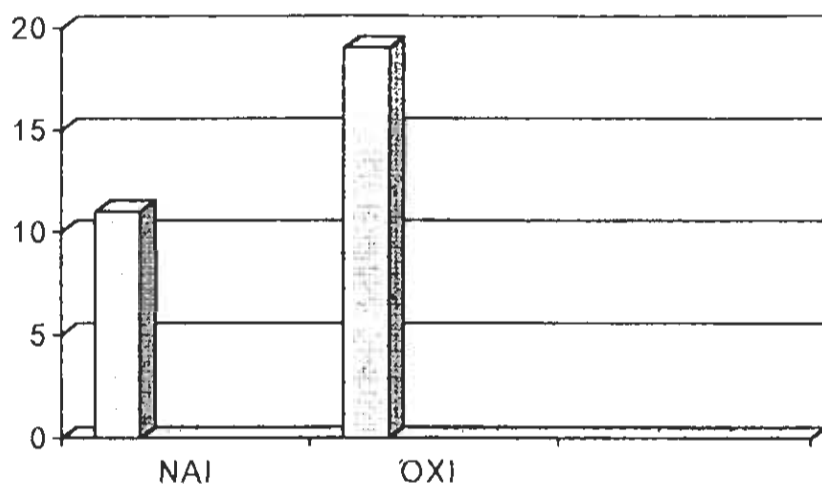
	f	rf%
ΝΑΙ	11	36,66
ΟΧΙ	19	63,33
Σύνολο	30	100,00

	f	rf%
Δημιουργία ομάδας από ειδικούς (κοινωνικούς λειτουργούς, ειδικούς χειρουργούς κ.α.)	3	37,5
Ψυχοθεραπεία	5	62,5
Σύνολο	8	100,00

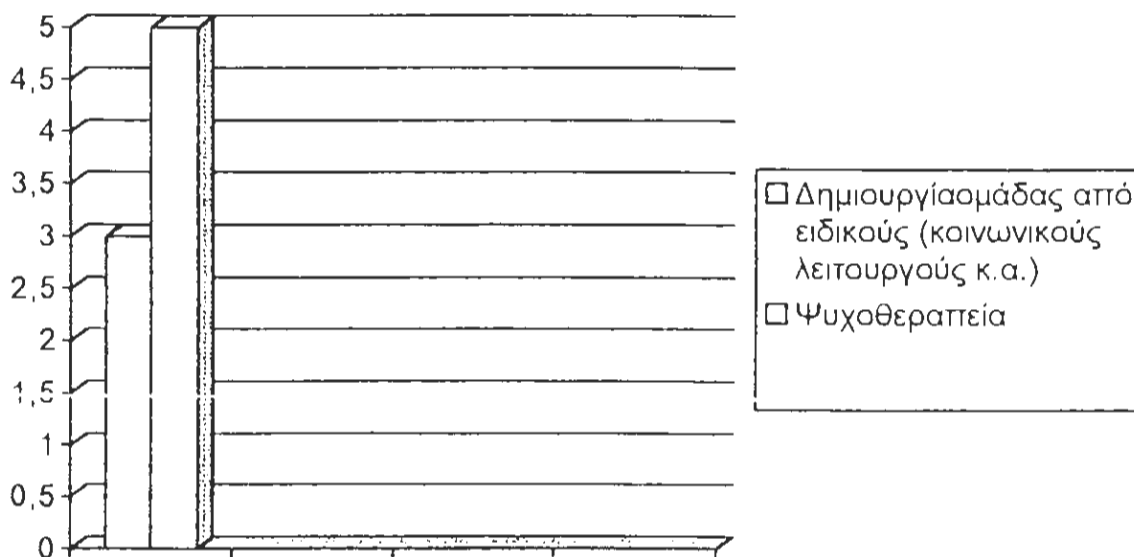
Δεν απάντησαν: 3

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (63,3%) απάντησε ότι δεν έχει δημιουργηθεί στον χώρο του νοσοκομείου κάποια ομάδα ειδικευμένων επαγγελματιών που να παρέχει στήριξη στις μαστεκτομημένες γυναίκες. Όσοι από τους ερωτηθέντες (36,6%) απάντησαν ότι υπάρχει τέτοια ομάδα, υποστηρίζουν ότι η κύρια μέθοδος που χρησιμοποιείται σε αυτή είναι η ψυχοθεραπεία (62,5%).

Διάγραμμα 14α



Διάγραμμα 14β



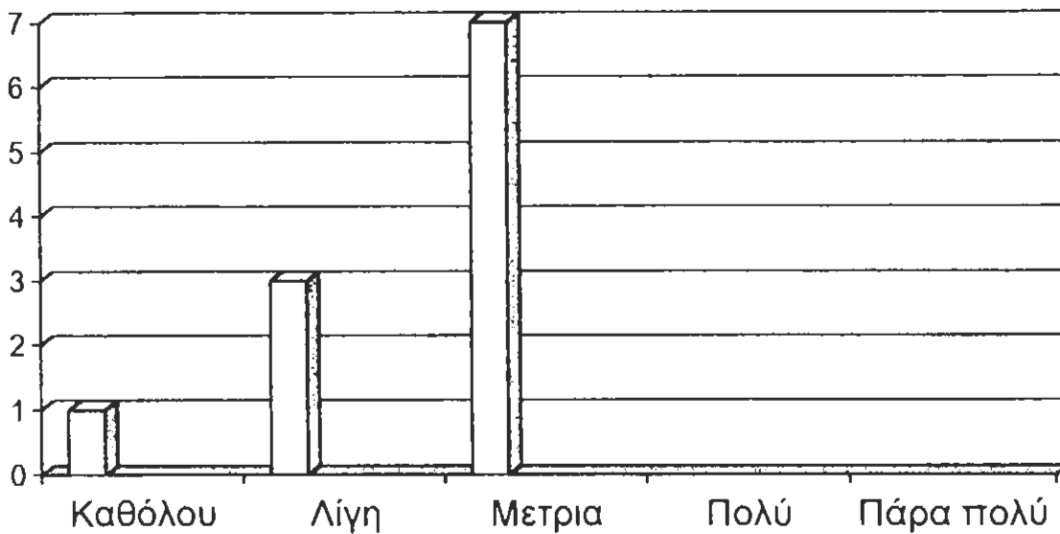
Ερώτηση 15 : Η συμμετοχή των μαστεκτομημένων γυναικών στις υπηρεσίες που παρέχονται από το τμήμα αυτό του νοσοκομείου είναι ...

	f	rf %
Καθόλου (δεν συμμετέχουν)	1	9,09
Λίγη	3	-
Μέτρια	7	27,27
Πολύ	-	63,6
Πάρα πολύ	-	-
Σύνολο	11	100,00

Δεν απάντησαν : 4

Η συμμετοχή των μαστεκτομημένων γυναικών στις υπηρεσίες που τους παρέχει η ομάδα ειδικευμένων επαγγελματιών του νοσοκομείου θεωρείται Λίγη έως Μέτρια κι αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη οργάνωσης των υπηρεσιών αυτών, στην άγνοια των γυναικών για την ύπαρξη τους και στην προτίμηση που αυτές δείχνουν προς την ατομική ψυχοθεραπεία.

Διάγραμμα 15



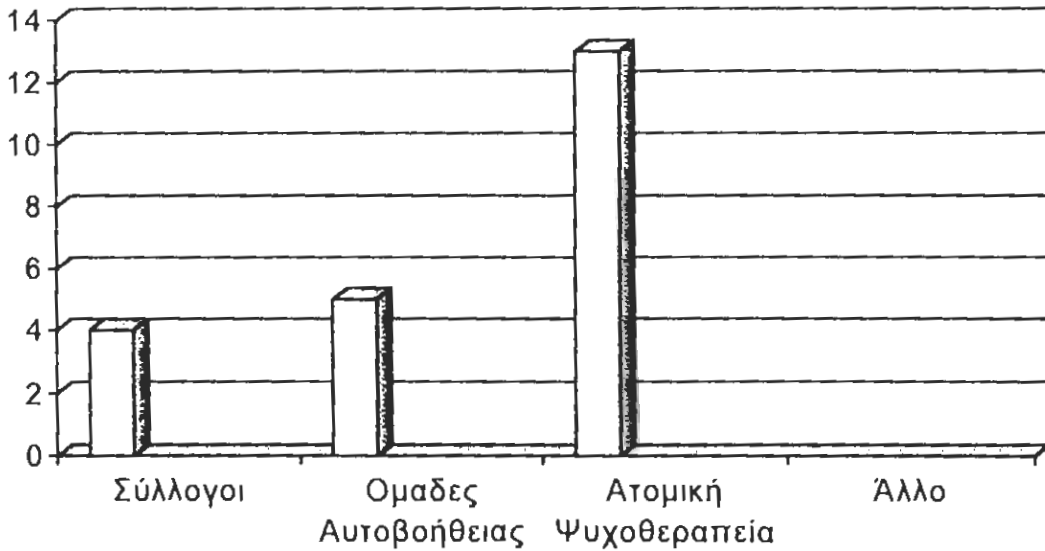
Ερώτηση 16 : α) Τρόποι ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των μαστεκτομημένων γυναικών που υπάρχουν σήμερα στην Ελλάδα.

	f	r f%
Σύλλογοι	4	18,18
Ομάδες Αυτοβοήθειας	5	22,7
Ατομική ψυχοθεραπεία	13	59
Άλλο	-	-
Σύνολο	22	100,00

Δεν απάντησαν : 8

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών θεωρεί ότι η ατομική ψυχοθεραπεία αποτελεί τον συχνότερο τρόπο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στον Ελλαδικό χώρο (13 απαντήσεις). Ακολουθούν οι ομάδες αυτοβοήθειας (22,7) και οι σύλλογοι (18,18%).

Διάγραμμα 16 α



Ερώτηση 16 : β) Οι παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καλύπτουν, ποσοτικά και ποιοτικά, τις ανάγκες των μαστεκτομημένων γυναικών ...

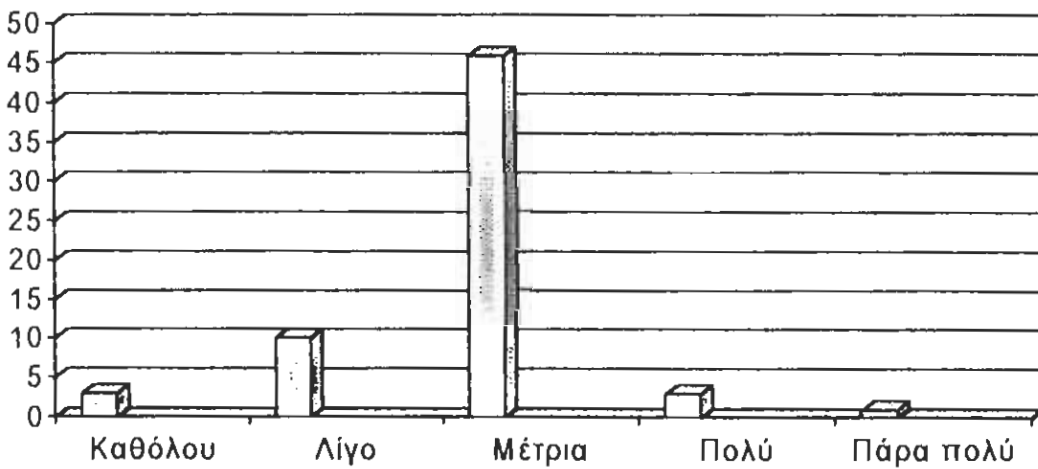
	f	rf %
Καθόλου	3	11,5
Λίγο	10	38,46
Μέτρια	9	34,6
Πολύ	3	11,5
Πάρα πολύ	1	3,84
Σύνολο	26	100,00

Λευ απάντησαν : 4

Οι επαγγελματίες υποστηρίζουν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καλύπτουν τις ανάγκες των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή **Λίγο** ως **Μέτρια**· αυτό οφείλεται

κυρίως στην ύπαρξη ελάχιστων τέτοιων υπηρεσιών και στην έλλειψη οργάνωσης κι απασχόλησης ειδικευμένου προσωπικού. Όσοι απάντησαν Πολύ και Πάρα πολύ θεωρούν ότι οι υπηρεσίες αυτές συμβάλλουν σημαντικά στην αποκατάσταση και στην επανένταξη των μαστεκτομημένων γυναικών σε μια φυσιολογική ζωή.

Διάγραμμα 16 β



ΚΕΦΑΛΑΙΟ XV

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Συμπεράσματα που προέκυψαν από τη διεκπεραίωση της έρευνας (βασιζόμενα στις προσωπικές αντιλήψεις των ειδικευμένων επαγγελματιών)

- Το δείγμα που πήρε μέρος στην έρευνα αυτή αποτελούνταν από 24 γυναίκες κι 6 άνδρες. Η πλειοψηφία αυτή των γυναικών εξηγείται από τον μεγάλο αριθμό των νοσηλευτριών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (Στην ερώτηση 3 βλέπουμε ότι οι νοσηλεύτριες καταλαμβάνουν το 56,6% του συνόλου των ειδικοτήτων).
- Το 54% των ειδικευμένων επαγγελματιών είχε 11 – 20 χρόνια προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο, έχοντας έρθει σε άμεση επαφή με τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Το γεγονός αυτό ενισχύει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, καθώς τα άτομα αυτά έχουν αντιμετωπίσει πολλές περιπτώσεις μαστεκτομημένων γυναικών κι έχουν αποκτήσει πολλές γνώσεις κι εμπειρίες.
- Η συνηθέστερη ηλικία κατά την οποία οι γυναίκες υποβάλλονται σε μαστεκτομή εκτιμάται ότι είναι μεταξύ 46 – 55 ετών, αυτό φανερώνει την καθυστερημένη προσέλευση των γυναικών στον γιατρό για να κάνουν τις ειδικές εξετάσεις (μαστογραφία), καθώς και την απουσία προγραμμάτων ενημέρωσής τους για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.
- Η πλειοψηφία των γυναικών (85,7%) θεωρείται ότι είναι έγγαμες με παιδιά, αφού – όπως είδαμε και στην ερώτηση 5 – βρίσκονται συνήθως στα 46 – 55 χρόνια.

- Η γυναίκα που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή εκτιμάται ότι καταβάλλεται συνήθως από έντονα συναισθήματα φόβου, ανασφάλειας, άγχους και κατάθλιψης, σχετικά με τους κινδύνους ή τις αλλαγές που θα επιφέρει η μαστεκτομή στην σωματική της υγεία, αλλά και στην ψυχολογική της κατάσταση.
- Οι κύριες ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της μαστεκτομής στις γυναίκες θεωρείται ότι είναι το σοκ, λόγω της απότομης αλλαγής που συμβαίνει στο σώμα τους, καθώς και μείωση της θηλυκότητας και της σεξουαλικής τους επιθυμίας, επειδή αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στο ρόλο τους ως γυναίκες και ότι μειονεκτούν σε σχέση με τις υπόλοιπες “φυσιολογικές” γυναίκες.
- Η μαστεκτομή επηρεάζει σημαντικά την προσωπική και κοινωνική ζωή των γυναικών, δημιουργώντας προβλήματα και προστριβές τόσο στη σχέση με το σύντροφο ή το σύζυγο όσο και με το οικογενειακό κι εργασιακό τους περιβάλλον.
- Η έλλειψη ειλικρινούς και ουσιαστικής επικοινωνίας με το σύντροφο και γενικότερα με το οικογενειακό τους περιβάλλον, όπως επίσης και τα αρνητικά συναισθήματα (μείωση της θηλυκότητας, ανασφάλεια) που κατακλύζουν συνήθως τις μαστεκτομημένες γυναίκες εκτιμάται ότι αποτελούν “τροχοπέδη” στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση, αφού καταναλώνουν όλες τις δυνάμεις και τα ψυχικά τους αποθέματα, εμποδίζοντας τες να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα. Από την άλλη πλευρά, η δημιουργία θετικών οικογενειακών σχέσεων, σε συνδυασμό με την ψυχολογική στήριξη των γυναικών πριν και μετά τη μαστεκτομή θεωρείται ότι διευκολύνουν την αποδοχή των διαφόρων αλλαγών που έχουν επέλθει και κατά συνέπεια την ψυχοκοινωνική τους επανένταξη.

- Είναι αποδεκτή η άποψη από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων ότι πρέπει να παρέχεται στήριξη στις γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε μαστεκτομή ή από ειδικευμένους επαγγελματίες ή από γυναίκες που και οι ίδιες έχουν υποστεί μαστεκτομή ή από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον.
- Οι περισσότεροι επαγγελματίες ανέφεραν ότι δεν έχει δημιουργηθεί στο χώρο του νοσοκομείου ομάδα ειδικών που να παρέχει στήριξη στις μαστεκτομημένες. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι τα άτομα που υποστήριξαν την άποψη αυτή εργάζονται στο ογκολογικό τμήμα του περιφερειακού νοσοκομείου του Ρίου, ενώ οι εργαζόμενοι του αντικαρκινικού νοσοκομείου “Μεταξά” ισχυρίζονται ότι υπάρχει τέτοια ομάδα στην οποία εφαρμόζεται κυρίως η μέθοδος της ψυχοθεραπείας.
- Η συμμετοχή των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή στην ομάδα των ειδικευμένων επαγγελματιών του νοσοκομείου εκτιμάται Λίγη έως Μέτρια. Αυτό φαίνεται ότι οφείλεται κυρίως στην έλλειψη οργάνωσης τέτοιων υπηρεσιών, στην άγνοια των γυναικών για την ύπαρξη τους και στην προτίμηση που αυτές δείχνουν προς την ατομική ψυχοθεραπεία, κυρίως λόγω του φόβου τους να εμπιστευτούν το πρόβλημα τους στους άλλους.
- Ο συνηθέστερος τρόπος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στη χώρα μας θεωρείται η ατομική ψυχοθεραπεία, καθώς οι ομάδες δημιουργούν ανασφάλεια κι έλλειψη εμπιστοσύνης στις μαστεκτομημένες γυναίκες· προτιμούν λοιπόν να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους στον ψυχοθεραπευτή παρά σε μια ομάδα γυναικών που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα.

- Στη χώρα μας οι υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των μαστεκτομημένων γυναικών εκτιμάται ότι είναι ελάχιστες κι όχι καλά οργανωμένες· για το λόγο αυτό δεν επαρκούν ώστε να καλύψουν ποιοτικά και ποσοτικά, τις ανάγκες των γυναικών και να διατηρήσουν την ψυχική ισορροπία και την αξία της ζωής τους. Υπάρχει βέβαια και η άποψη – η οποία έχει ελάχιστους υποστηρικτές – ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες συμβάλλουν σημαντικά στην αποκατάσταση και στην επανένταξη των μαστεκτομημένων γυναικών στον προηγούμενο τρόπο ζωής τους.

2. Προτάσεις

Τα συμπεράσματα που διεξήχθησαν από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων “γενούν” σοβαρούς προβληματισμούς σχετικά με τον τομέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των μαστεκτομημένων γυναικών, ο οποίος είναι ουσιαστικά ανύπαρκτος στην Ελλάδα.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η παραπάνω κατάσταση, είναι αναγκαία η δημιουργία προγραμμάτων αποκατάστασης και ομάδων αυτοβοήθειας (εντός ή εκτός νοσοκομείων) στις μεγαλύτερες πόλεις της χώρας μας, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες ενός μεγάλου αριθμού των γυναικών. Για τα προγράμματα και τις ομάδες αυτές είναι απαραίτητο να δοθούν αρκετά κονδύλια και να απασχοληθεί εξειδικευμένο προσωπικό, ώστε το επίπεδο ανάπτυξης και προσφοράς τους να είναι υψηλό.

Επιπλέον, πρέπει να γίνει συνείδηση ότι η ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι). Στην πράξη όμως, κυριαρχεί το ιατρικό μοντέλο, όπου δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη

βιολογική λειτουργία του οργανισμού και στην καταπολέμηση των σωματικών συμπτωμάτων παρα στην ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών, διατηρώντας μια ισορροπία μεταξύ της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής τους κατάστασης.

- Μεγάλη επίσης είναι και η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης, ώστε οι γυναίκες να αντιλαμβάνονται πως πάσχουν από την ασθένεια αυτή σε πρώιμα στάδια, να αποφεύγουν με αυτό τον τρόπο την μαστεκτομή και να απαιτείται μικρότερη προσπάθεια κι ελάχιστο οικονομικό και ψυχολογικό κόστος για να επανενταχθούν στον προηγούμενο τρόπο ζωής τους. Όλοι οι αρμόδιοι φορείς λοιπόν οφείλουν να οργανώσουν μια πανελλαδική εκστρατεία ενημέρωσης των γυναικών σχετικά με τον κίνδυνο που διατρέχουν να νοσήσουν από καρκίνο του μαστού και τους τρόπους αποφυγής του.

- Τέλος, τα μέλη του προσωπικού υγείας των νοσοκομείων πρέπει να αναπτύσσουν σχέση συνεργασίας, να ανταλλάσσουν απόψεις και εμπειρίες και να συσπειρώνουν τις δυνάμεις τους, ώστε να κερδίζουν την εμπιστοσύνη των ασθενών και να τις βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν ρεαλιστικά την κατάσταση τους και να διατηρήσουν την ψυχική ισορροπία και την ποιότητα στη ζωή τους. Στην προσπάθεια τους αυτή είναι αναγκαίο να έχουν ως συμπαραστάτες και τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος της ασθενούς, που με τη σειρά τους θα τη στηρίξουν και θα της δώσουν τη δύναμη να νικήσει την ασθένειά της.

- Γίνεται επομένως φανερό ότι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή εξαρτάται από τη συμβολή και τη συμμετοχή όλων των παραπάνω παραγόντων αυτοί είναι που πρέπει επιτέλους να ενδιαφερθούν για τις ανάγκες (ψυχολογικές,

σωματικές, κοινωνικές) των γυναικών, καθώς και για την πορεία και την εξέλιξη της ζωής τους, όταν απομακρυνθούν από την πόρτα του νοσοκομείου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

“ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ”

Η έρευνα αυτή έχει στόχο να διερευνήσει τους τρόπους και τις δυνατότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή στην Ελλάδα. Ο όρος “ψυχοκοινωνική αποκατάσταση” αναφέρεται στην αντιμετώπιση των κοινωνικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, που προκαλεί η νόσος στις μαστεκτομημένες γυναίκες και στην συνέχεια η επανένταξή τους στην προηγούμενη κοινωνική ζωή.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη του παραπάνω στόχου είναι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους ειδικευμένους επαγγελματίες των ογκολογικών – κι όχι μόνο – νοσοκομείων, οι οποίοι έρχονται καθημερινά σε επαφή με τις συνέπειες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με Καρκίνου του Μαστού.

Τα στοιχεία που θα συλλέξουμε θα χρησιμοποιηθούν για τη διεκπεραίωση της πτυχιακής εργασίας μας, στο τμήμα κοινωνικής εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Ελπίζουμε ότι θα στηρίξετε την προσπάθειά μας αυτή, αφιερώνοντας ελάχιστο από τον πολύτιμο χρόνο, τις ειδικές γνώσεις και τις εμπειρίες σας.

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Οι τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί

Μαρία Παναγιωτίδου

Ευαγγελία Κώτσια

1. Φύλο

α. Άντρας

β. Γυναίκα

2. Ηλικία _____

3. Επάγγελμα – Ειδικότητα

α. Γιατρός – Ογκολόγος

β. Νοσηλεύτης/ τρια

γ. Κοινωνικός/ ή Λειτουργός

δ. Ψυχολόγος

ε. Άλλο _____

4. Πόσα χρόνια προϋπηρεσίας έχετε σε Ογκολογικό Νοσοκομείο ;

α. Λιγότερα από 5

β. 5 -- 10

γ. 11 – 15

δ. 16 – 20

ε. περισσότερα από 20

5. Σε ποια ηλικία βρίσκονται συνήθως οι γυναίκες, οι οποίες υποβάλλονται σε μαστεκτομή ;

α. Μικρότερη από 25

β. 25 – 35

γ. 36 – 45

δ. 46 – 55

ε. Μεγαλύτερη από 55

6. Ποια είναι συνήθως η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών που υποβάλλονται σε μαστεκτομή ;

α. Άγαμες

β. Έγγαμες

γ. Έγγαμες με παιδιά

δ. Διαζευγμένες

ε. Άλλο _____

7. Ποια είναι συνήθως η οικονομοκοινωνική κατάσταση των μαστεκτομημένων γυναικών ;

α. Χαμηλή

β. Μεσαία

γ. Υψηλή

8. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, ποια είναι τα κυρίαρχα συναισθήματα των γυναικών πριν τη μαστεκτομή ; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

α. Αγωνία – Άγχος

β. Φόβος – Ανασφάλεια

γ. Κατάθλιψη

δ. Απαισιοδοξία

ε. Θυμός

στ. Άλλο _____

9. Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι κυριότερες ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις στις γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή ; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

α. Θυμός

β. Μείωση της θηλυκότητας

γ. Σοκ

δ. Μείωση της αυτοεκτίμησης

ε. Μοναξιά – Απομόνωση

στ. Ανασφάλεια

ζ. Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας

η. Άλλο _____

10. Ποιοι πιστεύετε ότι είναι οι κύριοι τομείς της κοινωνικής ζωής που επηρεάζονται αρνητικά από τη μαστεκτομή ; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις, κατά σειρά προτεραιότητας)

α. Σχέση με το αντίθετο φύλο

β. Οικογένεια

γ. Εργασία

δ. Φιλίες

ε. Προσωπικά ενδιαφέροντα (χόμπυ)

στ. Ψυχαγωγία – Διασκέδαση

ζ. Άλλο

11. Ποιοι παράγοντες κατά τη γνώμη σας, δυσχεραίνουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των μαστεκτομημένων γυναικών ;

12. Ποιοι παράγοντες, θεωρείτε ότι, διευκολύνουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών αυτών ;

13.

α) Πιστεύετε ότι πρέπει να παρέχετε στήριξη στις γυναίκες πριν υποβληθούν σε μαστεκτομή ;

ΝΑΙ

ΌΧΙ

β) Αν ναι, με ποιο τρόπο ;

14.

α) Υπάρχει, στο χώρο του νοσοκομείου, ομάδα ειδικευόμενων επαγγελματιών που να παρέχει στήριξη στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ;

ΝΑΙ

ΌΧΙ

β) Αν ναι, με ποιο τρόπο ;

15. Πως κρίνετε τη συμμετοχή των μαστεκτομημένων γυναικών στις υπηρεσίες που παρέχονται από το τμήμα αυτό του νοσοκομείου ;

- α. Καθόλου (Δεν συμμετέχουν)
- β. Λίγη
- γ. Μέτρια
- δ. Πολύ
- ε. Πάρα πολύ

Διτιλογείστε την απάντησή σας

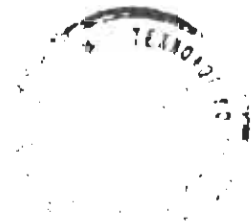
16.

α) Ποιοι τρόποι ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των μαστεκτομημένων γυναικών υπάρχουν σήμερα στην Ελλάδα ;

- α. Σύλλογοι
- β. Ομάδες Αυτοβοήθειας
- γ. Ατομική ψυχοθεραπεία
- δ. Άλλο

β) Πιστεύετε ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καλύπτουν, ποιοτικά και ποσοτικά, τις ανάγκες των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ;

- α. Καθόλου
- β. Λίγο
- γ. Μέτρια
- δ. Πολύ
- ε. Πάρα πολύ



Αιτιολογείστε την απάντησή σας
