

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΓΙΑ
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**



Μετέχοντες σπουδαστές:

Σιούλη Ευτυχία

Σωτηροπούλου Χριστίνα

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός:

Γεωργίου Κωνσταντίνα



Πτοχιακή 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 Ιούλιος 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	σελ. 1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 2

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΜΑΣΤΟΣ, ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Α) ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	σελ. 4
Β) ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	σελ. 6
Γ) ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	σελ. 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Α) ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	σελ: 10
Β) ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ...	σελ. 12
Γ) ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	σελ. 16
Δ) ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	σελ. 19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ-ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Α) ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ	σελ. 26
Β) ΦΥΛΛΟ	σελ. 26

Γ) ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ.....	σελ. 28
Δ) ΗΛΙΚΙΑ.....	σελ. 28
Ε) ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗΣ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ.....	σελ. 29
ΣΤ) ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΑΤΕΚΝΙΑ.....	σελ. 29
Η) ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	σελ. 30
Θ) ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ.....	σελ. 30
Ι) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	σελ. 31
Κ) ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	σελ. 32
Λ) ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ.....	σελ. 33
Μ) ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	σελ. 35
Ν) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ..	σελ. 36

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Α) ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ. 54
Β) ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ. 56
Γ) ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ. 57
Δ) ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ. 59
Ε) ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	σελ. 63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

.....	σελ. 65
-------	---------

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- Α) ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ..... σελ. 69
Β) ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ..... σελ. 76
Γ) ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ..... σελ. 87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

- Α) Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ..... σελ. 91
Β) Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΖΥΓΟ..... σελ. 94
Γ) Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ..... σελ. 95
Δ) ΣΧΕΣΕΙΣ ΥΠΟ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ..... σελ. 99

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

- Α) ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣσελ. 103
Β) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ
..... σελ. 105

Γ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	σελ. 141
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	σελ. 148
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 154
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	σελ. 161

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για την ολοκλήρωση της εργασίας μας υπήρχε συμμετοχή πολλών ανθρώπων που μας βοήθησαν ηθικά και υλικά.

Θα επιθυμούσαμε να ευχαριστήσουμε τους παρακάτω:

Την καθηγήτριά μας κα. Γεωργίου Κων/να για την ενθάρρυνση και την υποστήριξη των προσπαθειών μας και την καθοδήγησή της σε όλες τις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν.

Επίσης, τους κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους των εξωνοσοκομειακών υποστηρικτικών κέντρων, που μας βοήθησαν να συλλέξουμε τις απαραίτητες πληροφορίες για την λειτουργία των δομών αυτών.

Τέλος, ευχαριστούμε τα μέλη της οικογένειάς μας και τα φιλικά μας πρόσωπα για την συμπαράστασή τους κατά την κατά την διάρκεια της συγγραφής της εργασίας αυτής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού καθώς και η πολύπλοκη και μακροχρόνια θεραπεία μαζί με τις προκαταλήψεις και τα ταμπού που τον συνοδεύουν μπορεί να προκαλέσουν πολλά ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Η γυναίκα που αντιμετωπίζει τέτοια προβλήματα μπορεί να πάρει σημαντική βοήθεια από οργανωμένα προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται ο καρκίνος του μαστού ως «ασθένεια», στην συνέχεια μελετάται η κατάσταση (σωματική, ψυχολογική) στην οποία βρίσκεται η γυναίκα με καρκίνο του μαστού που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή. Τέλος ερευνάται το πως μπορεί να βοηθηθεί η γυναίκα με μαστεκτομή για την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ως επακόλουθα της ασθένειας.

Μετά από βιβλιογραφική έρευνα παρουσιάζεται ο συμβολισμός του μαστού, ο καρκίνος του μαστού και το πως εξελίσσεται. Επίσης γίνεται αναφορά στους τρόπους θεραπείας του και στην ψυχολογική και σωματική κατάσταση της γυναίκας με μαστεκτομή καθώς και στις σχέσεις της με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Τέλος το ερευνητικό κομμάτι αναφέρεται στα εξωνοσοκομειακά υποστηρικτικά κέντρα που υπάρχουν για τις γυναίκες με μαστεκτομή, την λειτουργία τους και τα προγράμματά τους. Επίσης γίνεται αναφορά στις ιστοσελίδες του διαδικτύου που περιέχουν θέματα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αποκατάσταση της γυναίκας με μαστεκτομή.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ
ΜΑΣΤΟΣ, ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ
ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ, ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το στήθος αποτελεί αναμφίβολα ένα από τα πλέον ερωτικά σημεία του γυναικείου σώματος. Κατεξοχήν σύμβολο ομορφιάς, ερωτισμού και μητρότητας εκπροσωπεί τον πυρήνα της γυναικείας φύσης, η οποία προκαλεί, σαγηνεύει και επιδιώκει την ανδρική παρέμβαση, με απώτερο σκοπό τη δημιουργία νέας ζωής.

Από τα γυμνόστηθα αγάλματα της αρχαιότητας ως τη μοντέρνα τέχνη και τα δείγματα αυτής το στήθος προβάλλεται, προκαλεί, εμπνέει και εκθειάζεται. Για αυτό άλλωστε παραμένει αναλλοίωτο το ενδιαφέρον των γυναικών για την αισθητική του εικόνα, αλλά και της μόδας, η οποία, αν και πολλές φορές υποκύπτει σε μινιμαλιστικά πρότυπα και μεγέθη σωμάτων, διατηρεί ως σταθερή αξία το μεγάλο, καλοσχηματισμένο και στητό γυναικείο στήθος (Ευαγγελοδήμου, 2001).

Α) ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, μεταξύ του πλάγιου χείλους του στέρνου και της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής και το σχήμα του είναι κωνικό ή ημισφαιρικό (Αραβαντινός, 1985).

Διακρίνονται μία πρόσθια επιφάνεια στο μαστό, καθώς και η περιφέρεια. Η πρόσθια επιφάνεια φέρει τη θηλή και τη θηλαία άλω. Στην κορυφή της θηλής εκβάλλουν με 15-20 στόμια οι γαλακτοφόροι πόροι. Στη θηλαία άλω παρατηρούνται 10-15 μικρά επάρματα, γνωστά ως αδένες του Montgomery. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού έρχεται σε

επαφή με τη περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός (Αραβαντινός, 1985).

Η κατακόρυφη διάμετρος του μαστού είναι περίπου 10-12 cm, ενώ η οριζόντια λίγο μικρότερη. Το μέσο βάρος του είναι 150-200 g, από τα οποία τα 2/3 καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό. Ο αριστερός είναι λίγο μεγαλύτερος από τον δεξιό (Γολεμάτης, 1991).

Για να περιγραφεί ο μαστός χωρίζεται σε 4 τεταρτημόρια, αν νοηθούν μία κατακόρυφη και μία οριζόντια γραμμή, που διασταυρώνονται στη θηλή. Στη γυναίκα το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχάλη, σχηματίζοντας την ουρά του μαστού, γνωστή ως ουρά του Spence (Γολεμάτης, 1991).

Σύμφωνα με τον Αραβαντινό (1985), ο μαστός αποτελείται από έξω προς τα μέσα από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαζικό αδένα. Ο μαζικός αδένας διαιρείται σε 15-20 λοβούς από ινώδες δεσμίδες (σύνδεσμος του Cooper). Οι λοβοί αυτοί διατάσσονται ακτινοειδώς γύρω από τη θηλή και τη θηλαία άλω. Κάθε λοβός έχει το δικό του γαλακτοφόρο πόρο, που αφού σχηματίσει κάτω από τη θηλή ένα ανεύρυσμα, το γαλακτοφόρο κόλπο, εκβάλλει από δικό του στόμιο στη θηλή. Οι γαλακτοφόροι πόροι μέσα στο λοβό διακλαδίζονται σε μικρότερους πόρους, καθένας από τους οποίους καταλήγει σε μία αδενοκυψέλη.

Τα νεύρα του μαστού προέρχονται από τους εξωμαστικούς κλάδους των 2-4 μεσοπλευρίων νεύρων και από συμπαθητικά δίκτυα στο δέρμα, τη θηλή, την άλω και το παρέγχυμα (Αραβαντινός, 1985).

Τα λεμφαγγεία του μαστού σχηματίζουν 2 πλέγματα, το επιφανειακό (θηλή, άλως, δέρμα) και το εν τω βάθην, το οποίο συγκλίνει προς τη θηλή του μαστού, όπου αναστομώνονται με το επιπολής λεμφικό πλέγμα (Αραβαντινός, 1985).

Οι λεμφαδένες του μαστού χωρίζονται σε 3 ομάδες: α) τους υπερκλειδίου, β) τους μασχالياίους και γ) τους αδένες της εσωμαστικής αρτηρίας (Αραβαντινός, 1985).

B) ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σύμφωνα με τον Γολεμάτη (1991), ο μαστός αποτελεί τροποποιημένο ιδρωτοποιό αδένα και συνεπώς μπορεί να χαρακτηριστεί ως εξάρτημα του δέρματος. Όσο αφορά τη διάπλασή του, αρχίζει κατά την 6^η εβδομάδα της εμβρυικής ζωής και εμφανίζεται ως γραμμική πάχυνση του εξωδέρματος, που επεκτείνεται από τη μασχάλη μέχρι τη βουβωνική χώρα (μαστική ακρολόφια ή γαλακτική γραμμή). Ο μαστός αναπτύσσεται οπουδήποτε κατά μήκος αυτής της γραμμής, αλλά κυρίως αναπτύσσεται στη θωρακική μοίρα. Κατά την εμβρυική ζωή αρχίζει και η δημιουργία των πόρων, που θα αποτελέσουν αργότερα τους εκφορητικούς πόρους του μαστού. Ενώ η διάπλασή του αρχίζει από πολύ νωρίς, λειτουργεί μόνο στην ενήλικη ζωή του ανθρώπου.

Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, ο μαστός αποτελεί ένα από τους δευτερεύοντες χαρακτήρες του φύλου. Τις πρώτες εβδομάδες μετά την γέννηση, υπάρχει πιθανότητα να προκληθεί διόγκωση των μαστών η οποία οφείλεται στην κυκλοφορία κυρίως οιστρογόνων ορμονών μητρικής προέλευσης στο νεογνό. Το γεγονός όμως αυτό αποτελεί εξαίρεση μίας παροδικής δραστηριότητας. Έτσι ο μαστός παραμένει αδρανής μέχρι την εφηβεία.

Περίπου μέχρι την ηλικία των 8-9 ετών, οι μαστοί του κοριτσιού αποτελούν πολύ μικρές προεξοχές και οι θηλές σχεδόν δεν γίνονται αντιληπτές. Τα πρώτα σημάδια της μαστικής ανάπτυξης εμφανίζονται σε αυτή την ηλικία, όταν η θηλή μεγαλώνει και αρχίζει να προεξέχει. Μετά από λίγο καιρό, εξαιτίας της αύξησης του υποδόριου κυτταρικού ιστού, οι μαστοί αρχίζουν να φουσκώνουν, ενώ η θηλαία άλωσ μεγαλώνει και

αρχίζει να αποκτά χρώση. Περίπου 1 χρόνο πριν από την πρώτη εμμηνορρυσία, ο αδενικός ιστός ενεργοποιείται και αρχίζει να πολλαπλασιάζεται: οι μαστοί αποτελούν πια προεξοχές και είναι εμφανώς διογκωμένες. Ενώ η μαστική μεγέθυνση συνεχίζεται, η θηλαία άλω αναψώνεται και γίνεται πιο σκούρα και στην επιφάνεια της εμφανίζονται οι αδένες του Montgomery, ενώ οι θηλές προεξέχουν σημαντικά. Μαζί με την εμφάνιση των εμμηνορρυσιών, η μαστική ανάπτυξη αποκτά νέα ώθηση: η αδενική ανάπτυξη και η σταδιακή εναπόθεση λιπώδους ιστού προσδίδουν τότε στους μαστούς σφαιρική όψη, με τα χαρακτηριστικά που αντιστοιχούν πια στην ενήλικη ηλικία (Κοχλατζής, 2002).

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του κατά τη κύηση και κυρίως κατά την περίοδο της γαλουχίας ελέγχεται από διάφορες ορμόνες, που παράγονται από αντίστοιχα όργανα όπως είναι: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, το πάγκρεας και τα επινεφρίδια. Τα οιστρογόνα, οι φλοιοεπινεφριδικές ορμόνες καθώς και η αυξητική ορμόνη, προάγουν την ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προλακτίνη είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη των αδενοκυψελών. Η κοινή δράση των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης και της αυξητικής ορμόνης βοηθάει στην πλήρη ανάπτυξη των μαστών, όπως συμβαίνει κατά το τέλος της εγκυμοσύνης. Το όργανο αυτό όπου παρουσιάζονται σημαντικές ποσότητες από όλες αυτές τις ορμόνες κατά την εγκυμοσύνη είναι ο πλακούντας. Αμέσως μετά τον τοκετό, προκαλείται αύξηση της δράσης των ορμονών, κυρίως της προλακτίνης, που σχετίζονται με τη παραγωγή γάλακτος, που οφείλεται στην ελάττωση των οιστρογόνων (Γολεμάτης, 1991).

Η ποσότητα του λίπους που περιέχει και αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους είναι αυτή που καθορίζει και το τελικό μέγεθος και το σχήμα του μαστού. Στις εφήβους και νεαρές ενήλικες ο μαστός είναι

στερεάς σύστασης και προέχει. Με τη πάροδο όμως της ηλικίας τα αδενικά και ινώδη στοιχεία ατροφούν, το δέρμα χαλαρώνει και ο μαστός προοδευτικά «επιπεδώνεται» και ρικνώνεται (Γολεμάτης, 1991).

Γ) Ο ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το θέμα του γυναικείου μαστού ήταν πάντα επίκαιρο ως το όργανο που αναδεικνύει την γυναικεία θηλυκότητα.

Έτσι ο μαστός για την κάθε γυναίκα είναι:

1) Σύμβολο μητρότητας, αγάπης, εμπιστοσύνης, ασφάλειας

Στις πρώτες ημέρες ζωής το παιδί αναπτύσσει την πρώτη του επιθυμία «να φάει». Εφόσον του ικανοποιηθεί η επιθυμία του αυτή, ευχαριστείται, αισθάνεται ασφαλές και εμπιστεύεται το περιβάλλον του, ειδικότερα την μάνα του που του ικανοποιεί με την βοήθεια του μαστού της τις επιθυμίες του. «Ο κόσμος είναι καλός». Ταυτίζει την έννοια του φαγητού με την έννοια της αγάπης. Ο μαστός υποσυνείδητα μπορεί για τον καθένα να αντιπροσωπεύει όλο αυτόν τον θαυμαστό κόσμο της αγάπης, της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας.

Αργότερα που η γενετήσια λειτουργία αποτελεί μέρος της ζωής του ανθρώπου, ο μαστός παίζει σημαντικό ρόλο τόσο για την γυναίκα όσο και για τον άνδρα.

Επομένως ο μαστός μπορεί να υπεισέρχεται στις διαπροσωπικές σχέσεις σε ένα ζευγάρι και να αποτελεί μέσον βαθύτερης επικοινωνίας τους (Διαβόλη, 1978).

2) Σύμβολο του σεξ για το γυναικείο φύλο

Γενικά κάθε άτομο ή κάθε γυναίκα σχηματίζει μία εικόνα του σώματος της, ίσως άλλοτε, άλλη από την εικόνα που πραγματικά αντιπροσωπεύει το σώμα της. Βάση όμως της εικόνας αυτής δημιουργείται στην γυναίκα η πεποίθησή του τι μπορεί να προσφέρει ή

όχι ή του το μπορεί να πετύχει ή όχι στον σωματικό τομέα με την ανάλογη φυσικά αντανάκλαση στον ψυχολογικό τομέα. Αποτέλεσμα αυτών είναι, η δημιουργία αυτοπεποίθησης ή ανασφάλειας.

Η απώλεια του μαστού φυσικό είναι να προκαλεί μείωση της αυτοπεποίθησης σε αυτές τις γυναίκες που έχουν ήδη ανασφάλεια για τον λόγο αυτό (Διαβόλη, 1978).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού συμβαίνει όταν κάποια κύτταρα στο στήθος αρχίζουν να μεγαλώνουν εκτός ελέγχου και τότε μπορούν να προσβάλλουν διπλανούς ιστούς ή να εξαπλωθούν στο υπόλοιπο σώμα. Η συλλογή μεγάλης ποσότητας αυτού του μη ελεγχόμενου ιστού λέγεται όγκος. Παρ' όλα αυτά κάποιοι όγκοι δεν είναι στη πραγματικότητα καρκίνος γιατί δεν μπορούν να εξαπλωθούν ή να απειλήσουν την ζωή. Αυτοί οι όγκοι λέγονται καλοήθεις. Οι όγκοι που μπορούν να εξαπλωθούν στο σώμα ή να προσβάλλουν διπλανούς ιστούς θεωρούνται καρκίνοι και ονομάζονται κακοήθεις. Θεωρητικά, οποιαδήποτε μορφή ιστού στο στήθος μπορεί να σχηματίσει καρκίνο, αλλά συνήθως προέρχεται είτε από τους εκφορητικούς πόρους είτε από τους αδένες (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Α) ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σύμφωνα με τους Dollinger, Rosenbaum και Cable (1992), διακρίνονται δύο τύποι καρκίνου του μαστού:

1. οι λοβιακοί καρκίνοι, οι οποίοι εξορμούν από τους πολλούς μικρούς σάκους του μαστού που παράγουν το γάλα και
2. οι καρκίνοι των εκφορητικών πόρων, οι οποίοι είναι πολύ συχνότεροι και αναπτύσσονται στο σύστημα των σωληνίσκων που μεταφέρουν το γάλα από τους λοβούς στη θηλή.

Ανάμεσα στις δύο αυτές μεγάλες κατηγορίες υπάρχουν τουλάχιστον 30 ιστολογικοί τύποι, όπου περίπου οι μισοί είναι διηθητικοί καρκίνοι των εκφορητικών πόρων (επεκτείνονται δηλαδή μέσω του τοιχώματος του πόρου), ενώ το 28% αποτελούν συνδυασμούς των διηθητικών καρκίνων των εκφορητικών πόρων και άλλων τύπων που περιλαμβάνουν το βλεννώδες, το θηλώδες και το λοβώδες καρκίνωμα.

Το διηθητικό λοβώδες καρκίνωμα (5%-10% των καρκίνων του μαστού) που συχνά εμφανίζεται ως πάχυνση, παρά ως εξόγκωμα του μαστού, μπορεί να αναπτυχθεί σε πολλά σημεία (όχι μόνο στον έναν και στον άλλον μαστό).

Άλλα είδη διηθητικών καρκίνων, σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, περιλαμβάνουν τη νόσο του Piaget, ένα τύπο καρκίνου που ξεκινάει από την περιοχή της θηλής και συνοδεύεται από αιμορραγία, ερυθρότητα, κνησμό και αίσθημα καύσου και τον φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού, ο οποίος φαίνεται σαν ζεστή εξέρυθρη και οίδηματώδης περιοχή που μοιάζει με λοίμωξη ή φλεγμονή. Αυτός ο τύπος έχει δυσμενέστερη πρόγνωση διότι το κόκκινο χρώμα και η θερμότητα του δέρματος δείχνουν ότι τα καρκινικά κύτταρα έχουν ήδη εξαπλωθεί μέσα σε πολλά λεμφαγγεία.

Οι καρκίνοι in situ, περιορίζονται στο ενδοθήλιο. Δεν είναι διηθητικοί καρκίνοι αλλά πρόδρομες μορφές τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχουν επεκταθεί στους γύρω ιστούς και ιώνται με χειρουργική επέμβαση περιορισμένης έκτασης.

Συνοπτικά υπάρχουν 3 τύποι καρκίνου του μαστού:

1. εκ των πόρων, που είναι και οι πιο ισχυροί
2. εκ των λοβίων, δηλαδή των τμημάτων που είναι υπεύθυνα για τη παραγωγή γάλακτος
3. εκ της θηλής (Σπηλιώτης, 1999).

Όλοι σχεδόν οι καρκίνοι του μαστού είναι αδenoκαρκινώματα, αν και υπάρχουν και άλλοι τύποι όπως τα επιθηλιακά καρκινώματα, τα φυλλοειδή κυστοσαρκώματα και τα καρκινώματα των ιδρωτοποιών αδένων. Κάθε τύπος έχει τη δική του πρόγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Β) ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής, καθώς και για τη πρόγνωση της νόσου. Κυρίως αφορά την ανατομική έκταση και επέκταση του καρκίνου του μαστού.

Συγκεκριμένα και σύμφωνα με τους Dollinger, Rosenbaum και Cable (1992), η σταδιοποίηση εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς:

1. Είναι ένας πρακτικός τρόπος για να καθοριστεί η έκταση του όγκου-το μέγεθος, ο βαθμός ανάπτυξης και η διασπορά του. Προφανώς όταν ένας όγκος βρεθεί σε ένα μόνο σημείο, σημαίνει ότι βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο. Αν διαπιστωθεί ότι έχει εξαπλωθεί σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος ή αν βρίσκεται σε πολλές περιοχές σημαίνει ότι βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο.
2. Είναι ένας τρόπος προσδιορισμού της πρόγνωσης, επειδή οι πιθανότητες ίασης μειώνονται όσο οδεύουμε σε κατηγορίες πιο προχωρημένων ή εκτεταμένων σταδίων.
3. Προσφέρει μία κοινή και γενικά αποδεκτή περιγραφή κριτηρίων με την βοήθεια των οποίων οι περισσότεροι γιατροί σε όλο τον κόσμο έχουν τη δυνατότητα να συγκρίνουν τα αποτελέσματα της θεραπείας ενός συγκεκριμένου σταδίου. Επίσης μπορούν να διαπιστώσουν αν μια θεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα από κάποια άλλη, δηλαδή να εξακριβώσουν αν η διαφορά οφείλεται

στη θεραπεία και όχι στις διαφορές μεταξύ των ασθενών ή μεταξύ των σταδίων της νόσου.

4. Γενικά, είναι ο σημαντικότερος παράγοντας όσον αφορά τη λήψη απόφασης για την καταλληλότερη θεραπευτική αγωγή.

Πολλά συστήματα κλινικής σταδιοποίησης, όπως Manchester, Columbia, έχουν αναπτυχθεί για τα διάφορα είδη καρκίνου. Τα τελευταία χρόνια όμως έχουν γίνει πολλές σκέψεις και έχουν καταβληθεί πολλές προσπάθειες για να δημιουργηθεί κάποιο σχετικά ενιαίο σύστημα ταξινόμησης. Η πιο αποδεκτή σήμερα σταδιοποίηση είναι εκείνη της UICC (Union Internationale Contre Cancer) και βασίζεται στο σύστημα T.N.M (Αραβαντινός, 1985).

Το **T** δηλώνει το μέγεθος του όγκου, το **N** το βαθμό διασποράς του στους λεμφαδένες και το **M** τη παρουσία μετάστασης. Σε κάθε γράμμα προστίθεται και ένας αριθμός που δείχνει τον βαθμό του μεγέθους και της διασποράς (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Με απλά λόγια:

- **T0** σημαίνει ότι ο όγκος έχει αφαιρεθεί πλήρως με την βιοψία, η οποία έγινε για να διαγνωσθεί η νόσος. **T1** σημαίνει το μικρότερο μέγεθος του όγκου ενώ **T2**, **T3**, **T4** σημαίνουν μεγαλύτερα μεγέθη όγκου με ανάπτυξη στους περίξ ιστούς.
- **N0** σημαίνει ότι οι γειτονικοί λεμφαδένες δεν έχουν προσβληθεί από καρκίνο. **N1**, **N2**, **N3** σημαίνουν αυξημένη προσβολή των επιχωρίων λεμφαδένων. Ένας όγκος **N2** είναι πιο σοβαρός από έναν όγκο **N1**.
- **M0** σημαίνει ότι δεν βρέθηκαν απομακρυσμένες μεταστάσεις (καρκινικά κύτταρα). Αν υπήρχαν μεταστάσεις τότε ο καρκίνος θα ήταν στο στάδιο **M1**.

Με τον συνδυασμό του T.N.M καθορίζονται τα στάδια του καρκίνου και τα οποία είναι τέσσερα (I, II, III, IV).

Στάδιο I T1 N0 M0 σημαίνει ότι η κλινική εξέταση αποκαλύπτει μία μάζα η οποία περιορίζεται μόνο στη πρωτοπαθή εστία ανάπτυξης. Οι ασθενείς του σταδίου αυτού εμφανίζουν συνήθως 5ετη επιβίωση από 70%-90%.

Στάδιο II T2 N1 M0 σημαίνει ότι η εξέταση αποκαλύπτει μάζα με ενδείξεις τοπικής επέκτασης και διηθημένους λεμφαδένες. Απομακρυσμένες μεταστάσεις δεν υπάρχουν. Η 5ετης επιβίωση στο στάδιο αυτό φτάνει συνήθως στο 50%.

Στάδιο III T3 N2 M0 σημαίνει ότι η εξέταση αποκαλύπτει ευμεγέθη πρωτοπαθή μάζα που διηθεί γειτονικούς ιστούς και όργανα. Υπάρχουν διηθημένοι αδένες χωρίς μεταστάσεις. Η 5ετης επιβίωση στο στάδιο αυτό δεν ξεπερνά το 20%.

Στάδιο IV T4 N3 M1 σημαίνει ότι υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων με ποσοστό επιβίωσης ελάχιστο έως καθόλου (Βαλαβανίδης, 2001).

Για παράδειγμα, ένας καρκίνος του μαστού θα μπορούσε να σταδιοποιηθεί ως όγκος T2, N1, M0. Αυτό σημαίνει ότι έχουμε έναν όγκο διαμέτρου 2,5 εκατοστών ο οποίος αφαιρέθηκε από τον μαστό μαζί με μερικούς διηθημένους λεμφαδένες της μασχάλης, αλλά χωρίς ενδείξεις μετάστασης (Στάδιο II).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΣΤΑΔΙΑ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ T. N. M.			
Στάδιο I	T1	N0	M0
Στάδιο II	T2	N1	M0
Στάδιο III	T3	N2	M0
Στάδιο IV	T4	N3	M1

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΑΠΛΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
Στάδιο I	Μικρός όγκος (<2cm) χωρίς διήθηση επιχώριων λεμφαδένων ή μακρινές μεταστάσεις.
Στάδιο II	Μέγεθος όγκου μεταξύ 2 και 5 cm ή διήθηση επιχώριων λεμφαδένων.
Στάδιο III	Μέγεθος όγκου >5 cm, ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο που δείχνει εκτεταμένη τοπική ή επιχώρια διήθηση.
Στάδιο IV	Ύπαρξη μακρινών μεταστάσεων.

Πηγή: Γολεμάτης Β. Χ., «Χειρουργική Παθολογία», Αθήνα, 1991, σελ: 707

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

5ΕΤΗΣ-10ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ		
	5 ΧΡΟΝΙΑ (%)	10 ΧΡΟΝΙΑ (%)
Στάδιο I	80	70
Στάδιο II	50	30
Στάδιο III	30	15
Στάδιο IV	20	<1

Πηγή: Γολεμάτης Β. Χ., «Χειρουργική Παθολογία», Αθήνα, 1991, σελ: 707

Η σημασία αυτή της ταξινόμησης συνίστανται στο ότι η θεραπεία εξαρτάται από το στάδιο της νόσου, όπως έχει περιγραφεί σύμφωνα με το σύστημα T.N.M. Για αυτό τον λόγο, ο γιατρός θα πρέπει να γνωρίζει το στάδιο του καρκίνου ώστε να είναι ικανός να αποφασίσει για την κατάλληλη αγωγή και να ερμηνεύσει τις ολοένα εξελισσόμενες οδηγίες που προέρχονται από μεγάλα αντικαρκινικά κέντρα και ερευνητικές ομάδες. Το σύστημα αυτό οφείλει να γίνεται πλήρως κατανοητό καθώς οι αποφάσεις που θα πρέπει να ληφθούν είναι πάρα πολύ κρίσιμες και οι

οποίες έχουν άμεση σχέση με το στάδιο που βρίσκεται ο όγκος (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Από το 1991, το T.N.M συνίστανται ως το καταλληλότερο σύστημα σταδιοποίησης για τις περισσότερες μορφές καρκίνου. Αν και δεν μπορεί το T.N.M να εφαρμοστεί για όλους τους καρκίνους, όπως τα λεμφώματα, έχει αντικαταστήσει άλλα προηγούμενα συστήματα ταξινόμησης τα οποία ίσχυαν για τους καρκίνους του παχέος εντέρου και του ορθού και χρησιμοποιείται για την σταδιοποίηση πολλών άλλων ειδών καρκίνου (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Γ) ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Μεταξύ των γυναικών ηλικίας 40 και 65 ετών, συχνά εμφανίζονται συμπτώματα από το στήθος όπως κάποια μάζα, κάποιος πόνος ή κάποιες μεταβολές του δέρματος και της θηλής. Αν και στη πλειοψηφία τους, όλα αυτά, είναι καλοήθους υφής και άδικα προκαλούν ανησυχία, θα πρέπει οπωσδήποτε να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τις γυναίκες που παρουσιάζουν τέτοιου είδους συμπτώματα και να απευθύνονται έγκαιρα σε κάποιον ειδικό.

Συγκεκριμένα, τα κλινικά συμπτώματα του καρκίνου του μαστού είναι τα εξής:

Όγκος: Στις περισσότερες ασθενείς ανευρίσκονται εξογκώματα στο μαστό, τα οποία είτε ανακάλυψε μόνη της η ίδια η ασθενής, είτε φάνηκε από τη μαστογραφία (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Η συχνότητα του συμπτώματος αυτού, είναι πάνω από 80% και εμφανίζεται λίγο πιο συχνότερα στον αριστερό μαστό. Εμφάνιση όγκου στο μαστό σε μία γυναίκα ηλικίας 50 ετών και ιδιαίτερα στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού πρέπει να θεωρηθεί καρκίνος (Τζωρακοελευθεράκης, 1992).

Πόνος: Ο πόνος στη περιοχή του μαστού οφείλεται συνήθως σε καλοήθεις καταστάσεις, αλλά και σε αυτή ακόμα τη περίπτωση χρειάζεται ιατρική εξέταση (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Όταν ο πόνος εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα που βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ουσίες, τότε είναι ύποπτος για καρκίνο με συχνότητα περίπου 10% . Επίσης, πόνοι μπορούν να προκληθούν και από μεταστάσεις στα οστά (Τζωρακοελευθεράκης, 1992).

Ο Δρ. Κορδιόλης (1992) διακρίνει δύο είδη παραγόντων με τους οποίους επηρεάζεται ο πόνος :

A) Αύξηση του πόνου προκαλούν:

- το άγχος
- η ανησυχία
- η απομόνωση
- η κόπωση
- η αϋπνία
- οι κακές καιρικές συνθήκες
- οι παρενέργειες της ασθένειας ή της θεραπείας

B) Ελάττωση του πόνου επέρχεται με την:

- βελτίωση της ασθένειας
- ανάπαυση
- κοινωνική αποκατάσταση
- σωστή ιατρική παρακολούθηση
- βελτίωση της ψυχικής διάθεσης

Έκκριση από τη θηλή: Η αυτόματη έκκριση από την θηλή του μαστού, μπορεί να σημαίνει καρκίνο, συχνά όμως οφείλεται σε καλοήθεσ νόσημα (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Η συχνότητα της είναι περίπου 8%, αλλά αν το έκκριμα από τη θηλή είναι αιμορραγικό τότε πρόκειται για καρκίνο με συχνότητα 18% (Παπανικολάου, 1995).

Εισολκή δέρματος και θηλής: Είναι πιθανό να υπάρχει κάποια ανωμαλία ή εισολκή του δέρματος ή της θηλής του μαστού. Η απολέπιση ή η αποφολίδωση της θηλής, μπορεί να σημαίνει πως υπάρχει νόσος του Paget, μία μορφή εντοπισμένου καρκίνου της θηλής (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Σε προχωρημένες καταστάσεις, μπορεί να υπάρχει σοβαρό οίδημα, παραμόρφωση του δέρματος σαν φλούδα πορτοκαλιού, η οποία μάλλον δείχνει το προχωρημένο στάδιο που ονομάζεται φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού. Είναι δυνατό να συνυπάρχει ερυθρότητα, οίδημα και αυξημένη θερμοκρασία του δέρματος (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Σύμφωνα με τον Στραβόλαιμο (2001), τα πρώτα κλινικά συμπτώματα του καρκίνου του μαστού είναι :

Όγκος 77%

Ρύση θηλής 9%

Τοπικό οίδημα 4%

Εισολκή θηλής 3%

Εξέλκωση θηλής 2%

Άλλα 5%

Σε κάθε περίπτωση, η προσφυγή αμέσως στον θεράποντα γιατρό, βοηθά στη σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου.

Δ) ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η έγκαιρη διάγνωση σκοπό έχει να εντοπίσει τη νόσο όταν το μέγεθος του όγκου είναι τόσο μικρό, ώστε με τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα να έχουμε ακόμη και ίαση.

Όσο μικρότερος είναι ο όγκος όταν γίνεται διάγνωση, τόσο μεγαλύτερη είναι η επιβίωση. Ασθενείς με όγκους διαμέτρου έως 1cm έχουν πιθανότητα επιβίωσης στην 10ετία 90% , ενώ αν ο όγκος είναι μεγαλύτερος των 5cm η επιβίωση στην 5ετία πέφτει στο 50% (Στραβόλαιμος, 2001).

Οι κλασσικοί τρόποι διάγνωσης των όγκων του μαστού είναι οι εξής:

Η αυτοεξέταση των μαστών

Η αυτοεξέταση των μαστών έχει αποδειχθεί ότι είναι ο καλύτερος τρόπος έγκαιρης διάγνωσης ενός όγκου του μαστού (Αραβαντινός, 1985).

Η τακτική αυτοεξέταση αποτελεί μία εξαιρετικά χρήσιμη μέθοδο για την ανίχνευση της ενδεχόμενης ανάπτυξης καρκίνου στα αρχικά στάδια της, όταν ακόμα δεν προκαλεί εμφανή συμπτώματα και μπορεί να θεραπευτεί με υψηλές πιθανότητες ίασης: υπολογίζεται ότι η προσεχτική αυτοεξέταση των μαστών επιτρέπει τον εντοπισμό του 90% των κακοήθων όγκων σε αρχικά στάδια.

Θεωρείται ότι από την ηλικία των 25 ετών και μετά κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει αυτοεξέταση των μαστών μία φορά τον μήνα για όλη της την ζωή. Η ιδανική στιγμή για την πραγματοποίηση της εξέτασης είναι η 5^η μέρα από την έναρξη της εμμηνορρυσίας ή και οποιαδήποτε άλλη συγκεκριμένη ημέρα του μήνα στην περίπτωση της γυναίκας που δεν έχει κανονική περίοδο ή έχει περάσει την εμμηνόπαυση (Κοχλατζής, 2002).

Σκοπός της αυτοεξέτασης είναι η εξοικείωση της γυναίκας με τη μορφή και την σύσταση των μαστών της. Αυτή η συνήθεια κάνει

ευκολότερη την ανίχνευση κάθε διαφοροποίησης το ταχύτερο δυνατό. Οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα μπορούν να ανακαλύπτουν όγκους της τάξεως των 1,2 cm, ενώ αυτές που δεν κάνουν ποτέ ανακαλύπτουν τον όγκο στα 3,8 cm. Η αυτοεξέταση όταν γίνεται κάθε μήνα μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης (Στραβόλαιμος, 2001).

Πως γίνεται όμως η αυτοεξέταση;

Σε πρώτη φάση η γυναίκα πρέπει να παρατηρήσει προσεχτικά την όψη των μαστών σε έναν καθρέφτη, λαμβάνοντας διάφορες θέσεις για να μπορεί να ανιχνεύσει παραμορφώσεις, ασυμμετρίες, αλλοιώσεις του περιγράμματος των μαστών ή οποιοδήποτε είδος αλλαγής στην επιφάνειά τους: πτυχές, βαθουλώματα, ερυθρές περιοχές, εισολκές ή αποκλίσεις της θηλής ή της θηλαίας άλω κ.λ.π. (Κοχλατζής, 2002).

Εκτός όμως από την αυτοεξέταση, της οποίας η σημασία είναι ευρύτατη, απαιτούνται και μία σειρά από άλλες κινήσεις πιο συστηματικές, όταν μάλιστα το πρόβλημα έχει ήδη γίνει εμφανές σε πρώτο επίπεδο μέσω της προσωπικής ψηλάφησης, για την έγκαιρη διάγνωση και καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού (Ευαγγελοδήμου, 2001)

Η ψηλάφηση γίνεται ως εξής: Η γυναίκα όρθια ελέγχει έναν έναν τους μαστούς της με το αντίθετο χέρι, ενώ το άλλο το βάζει πίσω από το κεφάλι της. Με τα δάχτυλα ενωμένα πιέζει τον μαστό της προς τον θώρακα σε κυκλική τροχιά, χωρίς να παραλείπει τη ψηλάφηση της μασχάλης, ξεκινώντας από το κέντρο της και κατεβαίνοντας προς τον μαστό. Το ίδιο επαναλαμβάνει και ξαπλωμένη. Στη συνέχεια, πιάνει με τον δείκτη και τον αντίχειρα την θηλή και πιέζει ελαφρά, για να διαπιστώσει αν υπάρχει έκκριση υγρού (Ευαγγελοδήμου, 2001).

Κατά τη διάρκεια της ψηλάφησης η γυναίκα πρέπει να αυτοσυγκεντρώνεται πολύ (καλύτερα είναι όταν κλείνει τα μάτια της) και

πρέπει να κάνει μία χαρτογράφηση του μαστού της, δηλαδή να μην ψάχνει για καινούργια ογκίδια αλλά «να αναγνωρίσει τον μαστό της» (Αραβαντινός, 1985).

Για καλύτερα αποτελέσματα, την αυτοεξέταση πρέπει να την διδάχτει η γυναίκα από κάποιον ειδικό και αν την εφαρμόζει σώζει τη ζωή της.

Για αυτόν τον λόγο, η αυτοεξέταση πρέπει να γίνει τρόπος ζωής και να μην δημιουργεί άγχος (Στραβόλαιμος, 2001).

Η κλινική εξέταση των μαστών

Η κλινική εξέταση (επισκόπηση και ψηλάφηση) του μαστού πρέπει να γίνεται μία φορά τον χρόνο από ειδικό ιατρό μετά το 35^ο έτος. Ο ειδικός γνωρίζει να αντιμετωπίζει όταν χρειάζεται κάθε αλλαγή της αρχιτεκτονικής του μαστού. Ο ειδικός γιατρός καθορίζει πόσο συχνά πρέπει να εξετάζονται γυναίκες ηλικίας 20-35 ετών όταν υπάρχει πρόβλημα (Στραβόλαιμος, 2001):

— Στην κλινική εξέταση η ασθενής εξετάζεται σε διάφορες θέσεις και καταγράφεται προσεχτικά κάθε ύποπτη μάζα (Σπηλιώτης, 1999).

Επίσης, πρέπει να γίνεται πλήρης κλινική εξέταση, να ελέγχεται η πύελος και να αξιολογούνται σημεία καρκίνου σε άλλες περιοχές, όπως το δέρμα, οι λεμφαδένες, και το ήπαρ (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Η ψηλάφηση από τον γυναικολόγο σε συνδυασμό με test pap του τραχήλου της μήτρας, καλό θα είναι να γίνεται 1 έως 2 φορές τον χρόνο. Μπορεί έτσι να εντοπιστεί η νόσος σε αρχικό στάδιο και να αντιμετωπιστεί ριζικά (Στραβόλαιμος, 2001).

Η επιμελής κλινική εξέταση μπορεί να ανακαλύψει μικρά ογκίδια διαμέτρου περίπου 1 cm. Στα 3/4 των περιπτώσεων τα ογκίδια αυτά θα αποδειχθούν καλοήθη, αλλά και στη περίπτωση καλοήθειας η

αντιμετώπιση της στο στάδιο αυτό είναι πιο εύκολη (Πρακτικά σεμιναρίου νοσηλευτριών, 1991).

Απεικονιστικές μέθοδοι

Οι δύο πιο ουσιαστικές μέθοδοι είναι η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα.

Μαστογραφία είναι η απεικόνιση των μαστών πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ με τη βοήθεια της ακτινοβολίας. Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην πρώιμη ανίχνευση και ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο (Στραβόλαιμος, 2001).

Με τη μαστογραφία ερευνάται κάποια ύποπτη μάζα που επιμένει, κυρίως αν είναι νέα ή αν βρίσκεται σε γυναίκες με μεγάλους μαστούς που δύσκολα εξετάζονται κλινικά ή οι οποίες είχαν τοποθετήσει πριν κάποια εμφυτεύματα. Επίσης, με τη μαστογραφία εντοπίζεται η θέση και η έκταση κάποιου γνωστού όγκου (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

— — — Η μαστογραφία είναι εξέταση γρήγορη, απλή, ανώδυνη, ασκίνδυνη και εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες, ανιχνεύοντας ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2 mm (Στραβόλαιμος, 2001).

Επίσης, βοηθάει στην εκτίμηση ασθενών με προκαρκινοματώδεις καταστάσεις, καθώς και στην κατά έτος εκτίμηση του άλλου μαστού σε ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο μαστού, δεδομένου ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να αναπτύξουν καρκίνο και στον άλλο μαστό. Επιπλέον συμβάλλει στον έλεγχο γυναικών με μεταστατικό αδenoκαρκίνωμα άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Με βάση τις τελευταίες οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρίας Καρκίνου και σύμφωνα με την καθοδήγηση του θεράποντα ιατρού, η

παρακολούθηση των μαστών από τις γυναίκες πρέπει να γίνεται με τον εξής τρόπο:

- Γυναίκες ηλικίας 35-39 ετών, να κάνουν μία μαστογραφία «αναφοράς» και κλινική εξέταση κάθε 3 χρόνια.
- Γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών, να κάνουν μία μαστογραφία κάθε 1-2 χρόνια και κλινική εξέταση κάθε χρόνο.
- Γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω, να κάνουν κάθε χρόνο μαστογραφία και κλινική εξέταση (Λυμπερτάδου, 2002).

Επί υποψίας καρκίνου μπορεί να γίνει μαστογραφία σε οποιαδήποτε ηλικία, έχοντας υπόψη ότι κάτω των 30 ετών ο καρκίνος του μαστού είναι μόνο 2% περίπου (Στραβόλαιμος, 2001).

Το υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει στην αποκάλυψη και διάγνωση κύστεων του μαστού. Με ποσοστό ακρίβειας 95% προσδιορίζεται αν η μάζα είναι κυστική (περιέχει υγρό) ή συμπαγής. Έτσι δεν χρειάζονται περίπλοκες εξετάσεις (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις κατευθυνόμενης αναρρόφησης για την λήψη υγρού ή υλικού για κυτταρολογική διερεύνηση (Σπηλιώτης, 1999).

Σε ορισμένα κέντρα, όμως, μία κύστη που φαίνεται καθαρά πως είναι καλοήθης δεν θεραπεύεται περαιτέρω και για όσο χρονικό διάστημα τα υπερηχογραφικά κριτήρια συνηγορούν υπέρ των κύστεων (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Το υπερηχογράφημα βοηθά πάρα πολύ στη διάγνωση και είναι τελείως ακίνδυνη μέθοδος διότι δεν εκθέτει σε ακτινοβολία, σε σχέση με τη μέθοδο της μαστογραφίας (Στραβόλαιμος, 2001).

Άλλες απεικονιστικές μέθοδοι που βοηθούν και αυτές στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι οι εξής:

Ακτινογραφίες του θώρακα για έλεγχο των πνευμόνων και των πλευρών για ενδεχόμενες μεταστάσεις, καθώς και ειδικές ακτινογραφίες άλλων περιοχών αν υπάρχουν ειδικά συμπτώματα (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Σπινθηρογράφημα οστών για να αποκλειστούν ενδεχόμενες οστικές μεταστάσεις (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Σύμφωνα με τον Μπαζιώτη (2002), το σπινθηρογράφημα των οστών έχει πολύ μεγαλύτερη διαγνωστική ευαισθησία από την απλή ακτινογραφία, που παρέχει διαγνωστικές πληροφορίες μόνο σε προχωρημένα στάδια μίας νόσου με σοβαρές αλλοιώσεις στην δομή των οστών. Παρόλα αυτά η ακτινογραφία αποτελεί ένα πολύτιμο συμπλήρωμα στο σπινθηρογράφημα των οστών.

Το σπινθηρογράφημα των οστών σήμερα γίνεται υποχρεωτικά σε κάθε ασθενή, που πρόκειται να υποβληθεί σε εγχείρηση για καρκίνο του μαστού, προς εξακρίβωση τυχόν οστικών μεταστάσεων και αξιολόγηση του κλινικού σταδίου που βρίσκεται ο ασθενής, από το οποίο θα καθοριστεί η ακολουθητέα θεραπευτική αγωγή (Μπαζιώτης, 2002).

Ενδοσκόπηση και βιοψία

Με την αναρρόφηση διά λεπτής βελόνης (FNA) καθορίζεται αν μία βλάβη είναι κυστική ή συμπαγής. Αν μετά την αναρρόφηση με βελόνα η κύστη εξαφανιστεί και δεν ξανασηματιστεί, δεν χρειάζεται άλλος έλεγχος ή θεραπεία.

Αν μετά την αφαίρεση του υγρού παραμένει κάποια μάζα, πρέπει να ληφθεί με βιοψία τεμάχιο ιστού για μικροσκοπική εξέταση. Το ίδιο γίνεται αν με την αναρρόφηση ληφθεί αιμορραγικό υγρό, αν βρεθούν ανώμαλα κύτταρα στο υγρό, αν δεν αναρροφηθεί υγρό ή αν η μάζα επανεμφανιστεί μετά από 2 βδομάδες (Dollinger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Σύμφωνα με την Αραπαντώνη-Δαδιώτη (2002) το μέγεθος της βιοψίας ως εκ τούτου μπορεί να είναι από πολύ μικρό μέχρι πολύ μεγάλο, και να περιλαμβάνει ολόκληρο όργανο (μαστός, έντερο κ.α.) είτε πολλά όργανα μαζί.

Σύμφωνα με τον Dollinger, Rosenbaum και Cable (1999) η μαστογραφία βοηθάει τον χειρουργό να πάρει βιοψία από την κατάλληλη περιοχή. Είναι πιθανό μία καλοήθης κύστη να βρίσκεται πάνω από μία κακοήθεια και από λάθος να ληφθεί βιοψία μόνο από την κύστη, οπότε θα δημιουργηθεί ένα λανθασμένο αίσθημα ασφάλειας. Συχνά γίνεται μαστογραφία του ιστού στον οποίο έγινε βιοψία για να επιβεβαιωθεί ότι πράγματι αφαιρέθηκε τμήμα ιστού από την ύποπτη περιοχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ-ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ακολουθώντας τις γενικές αρχές της δημιουργίας και ανάπτυξης των κακοήθων όγκων, ο καρκίνος του μαστού είναι ακόμα άγνωστο ΠΩΣ και ΓΙΑΤΙ δημιουργείται. Αναφέρεται ένα σύνολο παραγόντων που η παρουσία και η δράση τους μπορεί να αυξάνει ή να μειώνει τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες αυτοί έχουν αποδειχθεί μετά από μακροχρόνιες επιδημιολογικές έρευνες και έχουν αξιολογηθεί με στατιστικές αναλύσεις.

Οι παράγοντες που πιθανόν μετέχουν στη δημιουργία του καρκίνου του μαστού είναι οι εξής:

Α) ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τον Παπανικολάου (1995) η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού δηλαδή μητέρα ή αδελφή.

Σύμφωνα με τον Dollinger, Rosenbaum, Cable (1992) ένας παράγοντας υψηλότερου κινδύνου είναι το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού αρχικά στους γονείς, τις κόρες και τις αδελφές αλλά και σε συγγενείς δεύτερου βαθμού, όπως θείες, εξαδέλφες ή γιαγιάδες. Αυτό ισχύει και για τους συγγενείς του πατέρα και για τους συγγενείς της μητέρας. Ο κίνδυνος εξαπλασιάζεται περίπου αν η μητέρα ή η αδελφή είχαν καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση, και δεκαπλασιάζεται αν ο καρκίνος αφορούσε και τους δύο μαστούς.

Ο κ. Στραβόλαιμος (2001) υποστηρίζει ότι γυναίκες που η μητέρα ή η αδελφή τους εμφάνισαν καρκίνο του μαστού, έχουν διπλάσια ή

τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο του μαστού από ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός. Ο κίνδυνος αυξάνεται εάν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής είχε προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη. Έτσι ο κίνδυνος είναι πενταπλάσιος για αμφοτερόπλευρη εντόπιση, και εννεαπλάσιος αν η νόσος εμφανίστηκε αμφοτερόπλευρη σε συγγενή πριν από την εμμηνόπαυση.

Η Love (1994) από γενετική άποψη διακρίνει τις εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου του μαστού σε τρεις ομάδες:

Οι σποραδικοί: αποτελούν την συνηθέστερη ομάδα και περιλαμβάνουν το 70% των θυμάτων του καρκίνου του μαστού τα οποία δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό της νόσου.

Οι γενετικοί: υπάρχει ένα επικρατούν καρκινικό γονίδιο το οποίο μεταβιβάζεται σε κάθε γενιά.

Η πολυγονιδιακή: εμφανίζεται όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, που δεν μεταβιβάζεται απευθείας σε κάθε γενιά μέσω επικρατούντος γονιδίου (ορισμένα μέλη από την οικογένεια θα προσβληθούν και άλλα όχι).

Επίσης η Love αναφέρει και την θεωρία του Dr. Knudson για την κληρονομικότητα της νόσου.

Ο Dr. Knudson θεωρεί ότι για να αναπτυχθεί ο καρκίνος του μαστού απαιτούνται δύο διαδοχικές μεταλλάξεις: Μία μετάλλαξη η οποία προκαλείται από ορμόνες και στην συνέχεια μία άλλη μετάλλαξη που προκαλείται από την διατροφή.

Μετάλλαξη στη γενετική καθορίζεται οποιαδήποτε αιφνίδια και σταθερή αλλαγή σε ένα κύτταρο που μεταβιβάζεται σαν θυγατρικά κύτταρα σύμφωνα με την έννοια της κληρονομικότητας (Κάππας, 1991).

Το άτομο με γενετικό καρκίνο του μαστού έχει μεταβιβάσει το γονίδιο στην θυγατέρα. Έτσι το κορίτσι γεννιέται με την πρώτη

μετάλλαξη και απαιτείται μία δεύτερη για να αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Εάν η αιτία της δεύτερης μετάλλαξης είναι δυνατό να μεταβληθεί, όπως η διατροφή, είναι πιθανό ότι μεταβάλλοντας τον τρόπο διατροφής της θα μπορούσε να αποτρέψει την ανάπτυξη του καρκίνου.

Β) ΦΥΛΛΟ

Σύμφωνα με τον κ. Στραβόλαιμο (2001) ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει το γυναικείο φύλλο σε σχέση 100:1 με το ανδρικό φύλλο.

Γ) ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Ο Ν. Παπανικολάου (1995) αναφέρει ότι από στατιστικά δεδομένα προκύπτει ότι ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στον Δυτικό κόσμο από ότι στην Αμερική, στην Ασία και στη Μέση Ανατολή.

Στην Βόρεια Αμερική και στην Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα από ότι στην Αφρική και στην Ασία. Στη Νότια Αμερική και Νότια Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα.

Στην Ολλανδία εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα από όλα τα άλλα κράτη.

Κατά τον Dollinger, Rosenbaum, Cable (1992), υψηλό κίνδυνο παρουσιάζουν γυναίκες καταγόμενες από Εβραίους της Ευρώπης, ενώ μικρότερο κίνδυνο παρουσιάζουν γυναίκες με Ιαπωνική καταγωγή (όχι όμως για γυναίκες που γεννήθηκαν στην Αμερική και υιοθέτησαν τις αμερικανικές διαιτητικές συνήθειες).

Η Ελλάδα εμφανίζει μέση επίπτωση. Κάθε χρόνο στη χώρα μας παρουσιάζονται 3.500 νέες περιπτώσεις με τάση αύξησεως, και σημειώνονται 1.600 θάνατοι περίπου (Στραβόλαιμος, 2001).

Δ) ΗΛΙΚΙΑ

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 είναι η ηλικία του ατόμου (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

Ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Μία στις 10 γυναίκες κινδυνεύει να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Ο κίνδυνος αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Κάτω από τα 25 χρόνια ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος. Τα $\frac{3}{4}$ των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών (Στραβόλαιμος, 2001).

Συγκεκριμένα και σύμφωνα με την Love (1994), ο καρκίνος του μαστού κάτω από την ηλικία των 30 χρόνων εμφανίζεται σε συχνότητα που δεν φτάνει το 1% και στο 85% των περιπτώσεων, η μέση ηλικία εμφάνισης του είναι των 40 ετών.

Ε) ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗΣ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε σχέση με την ηλικία έναρξης της περιόδου στις γυναίκες ήταν αντικείμενο μελέτης σε μία σειρά από επιδημιολογικές σειρές. Για τους περισσότερους συγγραφείς ο κίνδυνος αυτός είναι ελαττωμένος όσο πιο αργά αρχίζει η περίοδος (Σπηλιώτης, 1999).

Σύμφωνα με τον Στραβόλαιμο (2001), η πρόωμη έναρξη της εμμηνου ρύσης πριν την ηλικία των 11 ετών είναι σημαντικός παράγοντας για ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες.

Ο Σπηλιώτης (1999) αναφέρει ότι η εμμηνόπαυση είναι η περίοδος κατά την οποία παρατηρείται η μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του ενδομήτριου, ωοθήκης και μαστού. Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης

αυτών των καρκίνων αυξάνει ολοένα αναλογικά με το πόσο καθυστερημένη είναι η εμφάνιση της εμμηνόπαυσης.

Κατά τον Στραβόλαιμο (2001) καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν οι γυναίκες οι οποίες έχουν καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά τα 55 τους χρόνια.

Σε γυναίκες που ανέπτυξαν καρκίνο στον μαστό μετά την εμμηνόπαυση, δεν υπάρχει καμία συσχέτιση με την ηλικία εμφάνισης της εμμηναρχής (Σπηλιώτης, 1999).

ΣΤ) ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΑΤΕΚΝΙΑ

Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι 3 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες που απέκτησαν πρώτο παιδί μετά το 30 έτος της ηλικίας, σε σχέση με τις γυναίκες που απέκτησαν παιδί πριν το 20 έτος (Σπηλιώτης, 1999).

Οι γυναίκες που δεν γέννησαν εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού αλλά μικρότερη από αυτές που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 τους χρόνια (Παπανικολάου, 1995).

Η) ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Γενικά οι ορμόνες είναι από τις βασικές ουσίες στον οργανισμό για την ωρίμανση κυτταρικών σειρών και για την ανάπτυξη των οργάνων του σώματος. Έτσι, χωρίς την ύπαρξη των οιστρογόνων δεν θα υπήρχαν αδενικά κύτταρα στο μαστό. Έχουν γίνει εκτεταμένες μελέτες, όπου μετρήθηκαν στα ούρα και στο αίμα γυναικών τα επίπεδα των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης και των γοναδοτροπινών. Οι διαφωνίες που υπάρχουν για την επίδραση ή όχι των παραγόντων αυτών στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού πιθανότατα εκφράζουν την αδυναμία να αποσαφηνισθεί ένας σύγχρονος Γόρδιος Δεσμός (Πρακτικά σεμιναρίου νοσηλευτριών, 1991).

Η Κονιάρη στο βιβλίο της «Καρκίνος του μαστού-Νοσηλευτική παρέμβαση» (1991), αναλύει τους ορμονικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Οιστρογόνα: Από τις 3 κύριες μορφές οιστρογόνων, η διστρόνη και η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα ενώ η οιστριόλη μειώνει την προαγωγή αυτή.

Προγεστερόνη: Η σχέση της με τον καρκίνο του μαστού είναι ασαφής. Η αντίληψη που βασίζεται σε πειραματικά δεδομένα ότι η προγεστερόνη έχει καρκινογόνο δράση δεν συμβιβάζεται με το γεγονός ότι η πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη ασκεί προστατευτική επίδραση (εγκυμοσύνη-μεγάλη αύξηση της εκκρινόμενης προγεστερόνης).

Προλακτίνη: Υπάρχουν δύο καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας που συνδυάζονται σταθερά με αύξηση της στάθμης της προλακτίνης στον οργανισμό – η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός. Αν δεχόμασταν ότι τα αυξημένα επίπεδα της σχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού θα έπρεπε οι δύο παραπάνω καταστάσεις να συνδυάζονται με αύξηση της πιθανότητας προσβολής, πράγμα που δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα διότι για την πρώτη εγκυμοσύνη ισχύει το αντίθετο.

Στεροειδή των επινεφριδίων: Τα ανδρογόνα παρουσιάζουν μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την σχέση τους με τον καρκίνο του μαστού.

Θ) ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ

Κίνδυνο διατρέχουν οι γυναίκες που κάνουν συστηματική χρήση αντισυλληπτικών δισκίων πριν την ηλικία των 25 χρόνων ή πριν την πρώτη τους εγκυμοσύνη (Πρακτικά σεμιναρίου νοσηλευτριών, 1991).

Ο κίνδυνος ποικίλλει με τα χρόνια λήψης και ειδικότερα με το χρόνο τελευταίας λήψης. Ο κίνδυνος για αυτές που λαμβάνουν δισκία είναι 1,24%, για αυτές που τα σταμάτησαν από 1-4 χρόνια είναι 1,16% και για αυτές που τα σταμάτησαν από 5-9 χρόνια ο κίνδυνος μειώνεται σε 1,07% (Στραβόλαιμος, 2001).

1) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ:

1) Φύλο του πρώτου εμβρύου

Σύμφωνα με τον Παπανικολάου (1995), όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο του μαστού λόγω των εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων ορμονών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

2) Αριθμός τοκετών

Ενώ έχει σημασία η ηλικία της γυναίκας στο πρώτο της τοκετό, δεν διαπιστώθηκε πως ο μαστός προστατεύεται από τον καρκίνο στις πολύτοκες (Παπανικολάου, 1995).

3) Θηλασμός

Σύμφωνα με τον Σπηλιώτη (1999), ο θηλασμός και η επίδρασή του στην προφύλαξη από καρκίνο του μαστού, είναι ένα θέμα που στο παρελθόν έχει αμφισβητηθεί. Σήμερα υπάρχουν σαφείς επιδημιολογικές ενδείξεις ότι ο θηλασμός για περίοδο μέχρι 4 μήνες ελαττώνει τον σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στον μαστό κατά 25% και ο θηλασμός για περίοδο από 7-12 μήνες ελαττώνει τον σχετικό κίνδυνο κατά 50%.

4) Αποβολές και εκτρώσεις

Σύμφωνα με τον Παπανικολάου (1995), οι διακοπές της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνό της αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.

5) Άλλης εντόπισης καρκίνου

Τη μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο στο μαστό έχουν άτομα που ήδη πάσχουν από καρκίνο στον άλλο μαστό. Δεν είναι καθόλου σπάνιες οι περιπτώσεις γυναικών που εμφανίζουν καρκίνο ταυτόχρονα και στους δύο μαστούς. Σε μία γυναίκα που ήδη πάσχει ο ένας μαστός ο κίνδυνος για τον άλλο μαστό αυξάνει όσο επιμηκύνεται η επιβίωσή της μετά την εμφάνιση του πρώτου καρκίνου (Πρακτικά σεμιναρίου νοσηλευτριών, 1991).

Σύμφωνα με τον Dollinger, Rosenbaum, Cable (1992), μερικές προκαρκινοματώδεις βλάβες του μαστού ενδέχεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως η πολλαπλή θηλωμάτωση, η άτυπη υπερπλασία και ορισμένες φορές οι πολύ μεγάλες κύστες του μαστού (όχι πάντως η πολύ συχνότερη κατάσταση της ινοκυστικής μαστοπάθειας, όπου οι κύστες είναι μικρές).

Επίσης, πιστεύεται ότι γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο ωοθηκών εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα καρκίνου μαστού. Παρόμοια αυξημένη συχνότητα εμφανίζουν και γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του ενδομητρίου ή από καρκίνο του παχέος εντέρου (Πρακτικά σεμιναρίου νοσηλευτριών, 1991).

Κ) ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Σύμφωνα με τον Δημόπουλο (2001), ένα από τα περισσότερο αμφιλεγόμενα επιστημονικά θέματα αποτελεί η σχέση μεταξύ καρκίνου και διατροφής. Όταν αναφέρεται ότι κάποιο τρόφιμο μειώνει τον κίνδυνο

για καρκίνο, δεν υπονοείται ότι αυτό προστατεύει και από τον καρκίνο. Συνεπώς είναι ορθότερο να αναφερόμαστε σε τρόφιμα που αυξάνουν ή μειώνουν τον κίνδυνο για καρκίνο. Σήμερα πάντως θεωρείται ότι από τους παράγοντες τους οποίους αποδίδεται ο καρκίνος, η διατροφή αποτελεί το 35%, ενώ το κάπνισμα 30%, το οινοπνευματώδες 3% και τα πρόσθετα τροφίμων 0,5%. Δηλαδή κατάλληλη τροποποίηση στις διατροφικές συνήθειες του ανθρώπου μπορούν να τον προστατεύσουν ώστε να αποφευχθεί ένας μεγάλος αριθμός καρκίνων.

Η σχέση μεταξύ διατροφής και καρκίνο του μαστού έχει διερευνηθεί σε πειραματικές εργασίες και σε μεγάλες επιδημιολογικές πληθυσμιακές έρευνες (Χρυσόχοου, 1991).

Τα λίπη περιέχουν μεγάλη αναλογία χοληστερίνης η οποία μεταβολιζόμενη αυξάνει τα επίπεδα των οιστρογόνων (Πρακτικά σεμιναρίου νοσηλευτριών, 1991).

Τα λίπη είναι είτε σε στερεά μορφή (βούτυρο, μαργαρίνες), είτε σε υγρή μορφή (λάδια) που προσβάλλονται από τον οργανισμό και χρησιμοποιούνται σαν καύσιμη ύλη για παραγωγή ενέργειας (Χρυσόχοου, 1991).

Άλλα διατροφικά είδη που συνδέονται με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι:

Οι πρωτεΐνες : Ειδική μνεία θα πρέπει να γίνει με μία κατεξοχήν λευκωματούχο τροφή, το γάλα αν και δεν υπάρχει μελέτη που να δείχνει ότι υπερκατανάλωση γάλακτος αυξάνει τη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού (Χρυσόχοου, 1991).

Οι υδατάνθρακες: Όπως η γλυκόζη, η φρουκτόζη, η γαλακτόζη περιέχονται σχεδόν σε όλα τα είδη φυσικής διατροφής και κατεξοχήν σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης, όπως τα λαχανικά, τα φρούτα και τα όσπρια. Δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση για τους φυσικούς υδατάνθρακες.

Από τη σκοπιά όμως της αυξημένης θερμικής απόδοσης που έχουν τροφές τεχνητά κορεσμένες ή και υπερκορεσμένες όπως είναι τα μακαρόνια, τα γλυκίσματα, τα παγωτά, τα σιρόπια, τα αναψυκτικά ενοχοποιούνται (Χρυσόχου, 1991).

Μία άλλη ομάδα ουσιών που προσλαμβάνονται με την τροφή είναι τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία. Από την ομάδα των ιχνοστοιχείων μόνο το σελήνιο έχει βρεθεί πειραματικά και επιδημιολογικά ότι μειωμένη πρόληψη του σχετίζεται με αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού (Χρυσόχου, 1991).

Καφές: Δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση του καφέ για το μαστό. Αντίθετα υπάρχουν ενδείξεις για αντικαρκινική δράση (Χρυσόχου, 1991).

Οινοπνευματώδη: Σύμφωνα με τον Παπανικολάου (1995), η κατάχρηση οινοπνεύματος προδιαθέτει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού γιατί εμφανίζεται 1-1,5 φορές συχνότερα από ότι στον γενικό πληθυσμό σε γυναίκες που πίνουν παραπάνω από το συνηθισμένο οινοπνευματώδη ποτά. Σε μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται σε γυναίκες που έχουν επιβαρημένο το κληρονομικό τους με καρκίνο του μαστού.

Λ) ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Σύμφωνα με τον Στραβόλαιμο (2001), η έκθεση σε ιονόζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού.

Η ακτινοβολία από τη μαστογραφία δεν παρουσιάζει κανένα κίνδυνο λόγω της χαμηλής δόσεως που παίρνει η γυναίκα (Στραβόλαιμος, 2001).

Επίσης σύμφωνα με τον Dollinger, Rosenbaum, Cable (1992), ιδιαίτερα κινδυνεύουν όσες γυναίκες ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό, όσες υπέστησαν μακροχρόνιο ακτινοσκοπικό έλεγχο για

φυματίωση ή υπέστησαν ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα 40 τους.

M) ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού (Παπανικολάου, 1995).

Σύμφωνα με την Κονιάρη (1991) η σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια 3πλασιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες των οποίων η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.

Επίσης οι ψηλές γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τις κοντές (Παπανικολάου, 1995).

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει συχνότερα άτομα υψηλής κοινωνικής και οικονομικής τάξης και κατοίκους των πόλεων (Στραβόλαιμος, 2001).

Η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων όπως της ρεσερπίνης σε μεγάλες δόσεις, μπορούν να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού (Παπανικολάου, 199).

Σύμφωνα με τον Σηλιώτη (1991), το 25-30% των περιπτώσεων καρκίνου στα αναπτυγμένα κράτη οφείλονται στο κάπνισμα. Παρόλα αυτά όμως δεν έχει αποδειχθεί ακόμα ότι το κάπνισμα αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, παρά μόνο το υπερβολικό κάπνισμα προκαλεί καρκίνο των πνευμόνων.

N) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1986), όταν γίνεται αναφορά στους ψυχολογικούς παράγοντες και την καρκινογένεση

εννοούμε εκείνα τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που αλλάζουν τόσο τη συμπεριφορά ενός ατόμου, όσο και την κατάσταση του οργανισμού του.

Η μεταβολή της συμπεριφοράς ενός ατόμου που οδηγείται στο να αυξάνει ή να μειώνει την έκθεση του σε καρκινογόνους παράγοντες γίνεται άλλοτε με ατομική ευθύνη (π.χ. το κάπνισμα, η χρόνια χρήση αλκοόλ, η κακή διατροφή ή αναπαραγωγική και σεξουαλική συμπεριφορά) και άλλοτε κάτω από κοινωνική πίεση.

Η μεταβολή της κατάστασης του οργανισμού σε βιολογικό επίπεδο, χωρίς την άμεση παρέμβαση ενός εξωτερικού καρκινογόνου παράγοντα, συνίστανται σε βιοχημικές αλλαγές στον οργανισμό (π.χ. αυξημένη έκκριση κορτικοστεροειδών), όταν το άτομο βρίσκεται κάτω από συνθήκες τις οποίες αντιλαμβάνεται ως στρεσογόνες.

Έχει υποστηριχθεί πως η εμφάνιση καρκίνου σε ένα άτομο συνδέεται με μία κατάσταση ανισορροπίας, μερικούς μήνες πριν την διάγνωση της αρρώστιας.

Συγκεκριμένα και σύμφωνα με τον Renard L. (1990), οι ψυχολογικοί παράγοντες που προδιαθέτουν για καρκίνο εμφανίζονται ως εξής:

1. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν έβρισκε κανένα νόημα στη ζωή.
2. Οι ασθενείς ήταν ανίκανοι να εκφράσουν την οργή τους, τη μνησικακία τους, τη θλίψη τους κ.λ.π.
3. Ένα συναισθηματικό σοκ, συνδεδεμένο με τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου ή την απώλεια μίας σχέσης, είχε αναστατώσει τη ζωή τους.
4. Τους περισσότερους τους χαρακτήριζε μία τάση δυσπιστίας και υποτίμησης του εαυτού τους. Αντίθετα μπορούσαν να εμφανίζονται σταθεροί-ακόμα και επιθετικοί-όταν επρόκειτο να υπερασπισθούν ένα ιδανικό ή τρίτους.

α) Υγεία κι Ασθένεια

Ο καρκίνος αναμφίβολα θεωρείται μία πολύ σοβαρή ασθένεια που κλονίζει την υγεία. Μιλώντας όμως για υγεία-ασθένεια τι ακριβώς εννοούμε; Στην Ιατρική υπάρχουν δύο ιδεολογικές φιλοσοφικές θεωρήσεις σχετικά με την υγεία-ασθένεια και οι οποίες είναι:

1. Το βιοϊατρικό μοντέλο ή Γραμμικό μοντέλο και
2. Το Ολιστικό μοντέλο.

1) Βιοϊατρικό μοντέλο.

Είναι μοντέλο που:

- Θεωρεί το ανθρώπινο σώμα σαν μία «μηχανή» που μπορεί να αναλυθεί στα συστατικά της μέρη. Η σωματική αρρώστια αντιμετωπίζεται σαν μία βλάβη του «βιολογικού μηχανισμού», ενώ η υγεία ορίζεται ως η απουσία της αρρώστιας.
- Ερμηνεύει την ασθένεια σαν «εχθρό» που απειλεί και προσβάλλει τον ανθρώπινο οργανισμό.
- Δέχεται ότι κάθε αποτέλεσμα (σύμπτωμα, νόσος) έχει μία συγκεκριμένη, συνήθως μονοπαραγοντική αιτία.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ότι αφορά την ανθρώπινη σωματική υγεία έχει μόνο βιολογικά αίτια και η θεραπεία της πρέπει να είναι αποκλειστικά βιολογική. Ανάλογα, κάθε διαταραχή της ψυχικής υγείας έχει ψυχολογικά αίτια και για να αποκατασταθεί χρειάζεται παρέμβαση σε καθαρά ψυχολογικό επίπεδο. Ο ρόλος του ιατρού λοιπόν είναι να ασχολείται αποκλειστικά με την θεραπεία ενός ιδιαίτερου οργάνου και να αντιμετωπίζει την τοπική εκδήλωση παραβλέποντας ότι ο άρρωστος είναι ένα ανθρώπινο ον. Με αυτό τον τρόπο η άσκηση της ιατρικής γίνεται απρόσωπη. Ο άρρωστος παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός, ενισχύοντας την άνιση σχέση ιατρού-ασθενή. Επιπλέον στο μοντέλο αυτό δεν λαμβάνονται υπόψη οι ψυχολογικοί παράγοντες ή μία

παρατεινόμενη κατάσταση stress που μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση, επανεμφάνιση ή ακόμα και υποτροπή μίας σοβαρής ασθένειας, όπως είναι ο καρκίνος. Τέλος ο ασθενής αντιμετωπίζεται αποκομμένος από τα άλλα συστήματα που τον περιβάλλουν όπως η οικογένεια, η δουλειά, η κοινότητα. οι φίλοι κ.λ.π. (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1986).

2)Ολιστικό μοντέλο

Με βάση το ολιστικό μοντέλο, η υγεία και η αρρώστια συμπληρώνουν η μία την άλλη. Με αυτό τον τρόπο, αφού, η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου εξαρτάται από το φυσικό-οικολογικό και ψυχοκοινωνικό του περιβάλλον, είναι αδύνατο να υπάρξει ένα απόλυτο επίπεδο υγείας, ανεξάρτητο από το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον.

Ο άνθρωπος λοιπόν θεωρείται ένα ολοκληρωμένο σύνολο, όπου η σωματική, η διανοητική, η συναισθηματική του υπόσταση λειτουργούν συνολικά και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ενώ παράλληλα βρίσκονται σε μία ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Κατά την ολιστική προσέγγιση, κάθε αρρώστια ανεξάρτητα από τα αίτια και τις εκδηλώσεις της, αφορά πάντα το σώμα και το νου, έχοντας τόσο στενές μεταξύ τους σχέσεις ώστε είναι αδύνατον να γίνει διάκριση ανάμεσά τους.

Υπάρχουν πολλές ασθένειες που πρέπει να ιδωθούν σε σχέση με το περιβάλλον, με τα προβλήματα της ζωής, τις αντίξοες συνθήκες, με τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις του κάθε ατόμου. Συχνά η αρρώστια είναι μία μορφή προειδοποίησης πως κάτι δεν πάει καλά στη ζωή μας. Αυτό δεν σημαίνει κάτι κακό, αλλά είναι ένα σήμα κινδύνου ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα στη γενική ισορροπία του οργανισμού και γίνεται μία προσπάθεια του να επαναφέρει την αρμονία του συστήματος.

Υπάρχουν τρία αλληλοεξαρτώμενα επίπεδα υγείας; το ατομικό, το κοινωνικό και το οικολογικό. Για να διατηρηθεί η υγεία στα τρία αυτά

επίπεδα χρειάζεται ευκαμψία και επίτευξη δυναμικής ισορροπίας που σημαίνει ότι ο οργανισμός πρέπει να είναι σε θέση να αποκαθιστά από μόνος του την ισορροπία, μετά από κάθε διαταραχή, κλονισμό. Να φθάνει δηλαδή σε ισορροπία (στο οργανικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο) μέσα από κατά καιρούς διακυμάνσεις και να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές μεταβολές. Το να αρρωσταίνει κανείς και να θεραπεύεται είναι δύο αδιαχώριστες πλευρές ή όψεις της διαδικασίας αυτοοργάνωσης του οργανισμού.

Η ίδια η φύση έχει οργανωθεί ως ένα ιεραρχικά διαταγμένο συνεχές, όπου οι πιο σύνθετες, μεγαλύτερες μονάδες περιβάλλουν τις λιγότερες σύνθετες, μικρότερες μονάδες. Δηλαδή η βιόσφαιρα, το έθνος, η κοινωνία, η κοινότητα, η οικογένεια και περισσότερο από ένα άτομα (σύνθετες, μεγάλες μονάδες) περιβάλλουν το άτομο, τα συστήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, τα όργανα, τον ιστό, το κύτταρο και το DNA (μικρότερες μονάδες).

Με αυτό τον τρόπο παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει τίποτα απομονωμένο και ότι κάθε διαταραχή σε κάποιο επίπεδο επιφέρει διαταραχές και στα υπόλοιπα επίπεδα. Το άτομο είναι καλύτερα να συνειδητοποιήσει τις σχέσεις μεταξύ ασθένειας, τρόπου ζωής, συναισθημάτων και να μην θεωρεί ότι η αρρώστια είναι μόνο ένας εξωτερικός εχθρός για να την πολεμήσει. Χρειάζεται να ανακαλύψει τι σημαίνει και τι συμβολίζει για τον ίδιο και από που μπορεί να προέρχεται.

Έτσι το άτομο φτάνει σε μία ολοκληρωμένη αυτογνωσία, μία καινούργια εικόνα για τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον του και αυτό ίσως επιφέρει μερικές αλλαγές στον τρόπο που αισθάνεται, σκέφτεται και ενεργεί. Μία τέτοια αλλαγή δεν σημαίνει μόνο καλύτερη υγεία αλλά και βελτίωση της ποιότητας ζωής του καθώς και πρόληψη μελλοντικών σωματοποιήσεων.

Από την στιγμή που ο άρρωστος αποδεχθεί ότι έχει πάρει μέρος στην πρόκληση - ανάπτυξη - εξέλιξη της αρρώστιας του, είναι πιο εύκολο να αποδεχθεί να πάρει μέρος και στην διαδικασία της θεραπείας. Η έννοια αυτής της συμμετοχής οδηγεί στην ιδέα της ευθύνης στην αρρώστια (αυτούπευθυνότητα).

Μέσα από μία ολιστική προσέγγιση, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του και το περιβάλλον επηρεάζουν την υγεία του. Αναθεωρώντας λοιπόν τον τρόπο ζωής του, μπορεί να μάθει, αν θέλει, να αντιμετωπίζει πιο αποτελεσματικά το καθημερινό stress και να προσαρμόζει την συμπεριφορά του, όταν αυτή έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του. Έτσι ο ασθενής οδηγείται στην συμμετοχή μίας ισότιμης σχέσης με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, στην οποία κανένας δεν υπερέχει, αλλά όλοι μαζί προσπαθούν να εντοπίσουν και να θεραπεύσουν τους παράγοντες που προκάλεσαν την αρρώστια (Αναγνωστόπουλος-Παλαδάτου, 1986).

β) Stress και Καρκίνος

Σύμφωνα με τον Ρώτα (1995), ο όρος stress χαρακτηρίζει κάθε **υπέρμετρη προσπάθεια των ατομικών μηχανισμών προσαρμογής**. Ορίζει μία πολύπλοκη δυναμική διαδικασία στην οποία περιλαμβάνονται:

- α) Αυτό που ζορίζει (ένας ανήφορος ή ένα μικρόβιο)
- β) Η λειτουργία που ζορίζεται (το λαχάνιασμα από τον ανήφορο ή ο πυρετός από την μάχη με το μικρόβιο).

Δεν μας αρρωσταίνει κάθε stress. Το stress που μας αρρωσταίνει έχει κατά κανόνα τα χαρακτηριστικά **προσωπικής παγίδας**, από την οποία δεν είναι δυνατόν να ξεφύγουμε χωρίς βοήθεια ή κάποια ειδική, συχνά επίπονη, ατομική προσπάθεια.

Επομένως νοσογόνο για το άτομο γίνεται το stress μόνο όταν οδηγεί σε προσαρμοστική ανεπάρκεια ή σε προσαρμοστική δυσπραγία.

Μακροχρόνιες μελέτες από ερευνητές όπως ο Kissen, ο Le Shan, ο Palletier αφορούν τη συσχέτιση του stress με την εμφάνιση του καρκίνου. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών έδειξαν ότι οι πρώιμες παιδικές ψυχοτραυματικές εμπειρίες αποτελούν την αφετηρία της διαμόρφωσης του μελλοντικού καρκινοπαθή. Ο συνδυασμός των πρώιμων αυτών ψυχοτραυματικών εμπειριών, της κακής προσαρμογής του ατόμου και ενός πρόσφατου έντονου στρεσογόνου ερεθίσματος λίγο πριν την εμφάνιση του καρκίνου, αποτελούν για τους συγγραφείς αυτούς τον ακρογωνιαίο λίθο της συσχέτισης ψυχικού παράγοντα και καρκίνου (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1986).

Όσον αφορά την εκτίμηση των στρεσογόνων γεγονότων έχουν ταξινομηθεί ειδικοί πίνακες στους οποίους βαθμολογούνται τα ανάλογα γεγονότα με ορισμένες μονάδες. Από τις πρώτες κλίμακες που φτιάχτηκαν ήταν και εκείνη των Holmes and Rahe που ονομάζεται διεθνώς ως «Life Change Units» δηλαδή «Μονάδες Αλλαγών στη Ζωή του Ατόμου» και μετρά «Life Change Events» δηλαδή «Γεγονότα Αλλαγών στη Ζωή του Ατόμου». Σύμφωνα με τους δημιουργούς της, κάθε σημαντικό γεγονός της ζωής, ακόμα και ευχάριστο, ασκεί στον άνθρωπο κάποιο stress. Για αυτό κατασκεύασαν μία σειρά από γεγονότα όπως θάνατος συζύγου, διαζύγιο κ.α. που το καθένα αντιστοιχεί σε ορισμένες μονάδες ανάλογα την βαρύτητα stress που έχει. Οι Holmes and Rahe πίστευαν ότι όσοι συγκέντρωναν περισσότερες από 300 μονάδες stress μέσα σε ένα χρονικό διάστημα έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν κάποια σωματική αρρώστια από όσους συγκεντρώνουν λιγότερο από 200 μονάδες (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1986).

Η μακροχρόνια μελέτη του Le Shan, έδειξε ότι ποσοστό 76% των καρκινοπαθών που διερεύνησε είχε συμβατικό ιστορικό με:

- α) Προβλήματα κατά την παιδική ηλικία στις σχέσεις με τους γονείς.
- β) Συγκεκριμένη δομή προσωπικότητας.
- γ) Απώλεια προσφιλούς προσώπου λίγο πριν νοσήσουν. Η ομάδα μαρτύρων είχε θετικό ιστορικό μόνο σε ποσοστό 10% (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1986).

Πολλοί ερευνητές και θεραπευτές συμπεριφοράς θεωρούν ότι η αρρώστια επέρχεται κάποια στιγμή στη ζωή του ατόμου ως «αυτόματη λύση» μίας κατάστασης για την οποία δεν υπάρχει άλλη διέξοδος, όταν το ίδιο το άτομο αποζητά μία μοναδική κατάσταση ισορροπίας (Ρήγα, 1994).

Σύμφωνα με τον Δαμίγο (1991) και μέσα από κλινικές παρατηρήσεις, ο ψυχικός παράγοντας είναι ένα σημαντικό τμήμα άλλων παραγόντων που συμβάλλουν μαζί στην εμφάνιση και εξέλιξη βιολογικών δυσλειτουργιών καθώς και των καρκινικών όγκων. Η καρκινική αιτιολογία δεν είναι μία, αλλά πολυπαραγοντική και ο ψυχολογικός παράγοντας και τα στρεσογόνα γεγονότα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη τόσο στην κατανόηση της εμφάνισης της νόσου, όσο και στις προσπάθειες αντιμετώπισής της.

Οι διάφοροι **στρεσογόνοι παράγοντες** επιδρούν στο Κ.Ν.Σ. που επικοινωνεί με το ανοσοποιητικό το οποίο επηρεάζει την σωματική υγεία που (συνήθως) ενισχύεται ή αποδυναμώνεται από την προσωπικότητα του ατόμου. Η βίωση οποιασδήποτε αγχώδης καταπόνησης έχει σημαντικές καρδιαγγειακές και ενδοκρινικές επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα που συσχετίζεται με την επιτάχυνση της νεοπλασματικής διαδικασίας (Ρήγα, 1991).

Στην ανθρώπινη κλινική, κυρίαρχο στρεσογόνο παράγοντα, που ασκεί καθοριστική (μικρή ή μεγάλη) επίδραση στην διατήρηση ή την

διαταραχή των ισορροπιών του ανθρώπου είναι τα γεγονότα της ζωής. Ο κάθε άνθρωπος εκτιμά και αντιδρά στις στρεσογόνες καταστάσεις ανάλογα με το οικογενειακό-κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εξελίσσεται, ανάλογα με την προσωπική του ιστορία καθώς και ανάλογα με την βιολογική και φυσιολογική του λειτουργία (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1986).

Οι καταστάσεις που μπορούν να βιωθούν ως στρεσογόνες είναι: Παρατεινόμενα ή έντονα τραυματικά γεγονότα ζωής, η απώλεια κάποιας σημαντικής ανθρώπινης σχέσης, η απειλή κάποιου ρόλου του ατόμου, η ματαιώση σημαντικών γεγονότων, βαριές ασθένειες, η καταπίεση σε διαπροσωπική σχέση ή σε κάποια επαγγελματική επιδίωξη ή γενικά από καταστάσεις που **δεν υπάρχει τρόπος διαφυγής**. Επίσης η οικογενειακή κατάσταση (άγαμος, διαζύγιο), ενδοοικογενειακές σχέσεις, μπορούν να βιωθούν ως στρεσογόνες, όταν το άτομο δεν είναι σε θέση να τα αντιμετωπίσει (Λέκκου-Λεβιδιώτη, 1996).

Με βάση την ψυχοδυναμική ερμηνεία του μηχανισμού καρκινογένεσης μετά από μία σημαντική απώλεια, τα άτομα που βίωσαν ανεπαρκή ικανοποίηση (**φόβος εγκατάλειψης**) των ενστικτώδων αναγκών στο στοματικό στάδιο όταν ήταν βρέφη, επενδύουν την ψυχική τους ενέργεια σε εξωτερικά αντικείμενα. Όταν αργότερα στην ενήλικη ζωή υπάρξει **απώλεια αντικειμένου αγάπης**, στο οποίο υπήρξε υπερβολική επένδυση, τότε το άτομο αυτό δεν είναι ικανό να χρησιμοποιήσει τους φυσιολογικούς μηχανισμούς πένθους, **η ψυχική ενέργεια στρέφεται προς τα μέσα** αλλά ανίκανη να βρει ισάξιο αντικείμενο στρέφεται προς το σώμα κάνοντας έτσι τα σωματικά συμπτώματα του καρκίνου να αντιπροσωπεύουν μία βιολογική **εκδραμάτιση** (Ιακωβίδης, 1992).

Αν και υπάρχουν θετικά αποτελέσματα ερευνών βάσει των οποίων

βγαίνουν οι παράγοντες καρκινογένεσης, υπάρχουν όμως και άλλες πολλές που δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη συσχέτιση των παραγόντων με την εκδήλωση του καρκίνου. Επιπλέον η εκτίμηση των παραγόντων stress που μπορούν να φέρουν το άτομο σε κατάσταση έντονου άγχους είναι δύσκολη γιατί η συγκεκριμένη αντίδραση του συγκεκριμένου ατόμου εξαρτάται από πολλές παραμέτρους όπως το οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό, οικονομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εξελίσσεται οι προσωπικές, οι θρησκευτικές και ιδεολογικές του πεποιθήσεις καθώς και η γενική προσωπική ιστορία του ατόμου. Ταυτόχρονα όταν γίνεται αναφορά στη σχέση stress και καρκίνου, πρέπει να λάβουμε υπόψη ορισμένες **προϋποθέσεις** όπως:

- Πρέπει να διευκρινίζεται αν το stress είναι **παροδικό ή χρόνιο** και ποιο είναι το ιστορικό προηγούμενων στρεσογόνων καταστάσεων στη ζωή του ατόμου.
- Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές διαφορές, **δηλαδή την σημασία** που έχει για το άτομο το γεγονός και όχι καθαυτό το γεγονός. Με ποιο τρόπο αντιδρά για να αντιμετωπίσει αυτό το εντατικό γεγονός και πόσο υποστηρικτικά του παραστέκονται οι άλλοι.
- Η **«αθόρυβη περίοδος»**, δηλαδή μέχρι να εκδηλωθεί κλινικά ο καρκίνος, είναι μεγάλη και μπορεί να υπερβαίνει και τα **20 χρόνια** σε ορισμένες περιπτώσεις. Έτσι τα πρόσφατα γεγονότα μπορεί να είναι και τα πιο «άσχετα» με την υποκλινική έναρξη της νόσου. Ωστόσο μπορούν να συνδεθούν τα απόμακρα στρεσογόνα γεγονότα με την έναρξη της νεοπλασίας, ενώ τα πρόσφατα με την επιτάχυνση της ανάπτυξης του όγκου, ο οποίος μπορεί να εμφανισθεί μέσα σε ένα εξάμηνο μετά από κάποιο έντονο ψυχοπιεστικό γεγονός.

- Τέλος, όταν ανακαλούνται στη μνήμη γεγονότα τείνουν να είναι τα πιο πρόσφατα. Άρα δεν πρέπει να δίνεται η ίδια βαρύτητα αξιοπιστίας, στα πρόσφατα και τα απόμακρα γεγονότα «συνηθίζεται» να «απωθούνται» από τη μνήμη (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1986).

γ) Προσωπικότητα και Καρκίνος

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με το ερώτημα αν υπάρχει καρκινική προσωπικότητα. Αν δηλαδή τα άτομα που αναπτύσσουν καρκίνο διακρίνονται με βάση συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Μερικές μελέτες που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν λιγότερο άγχος, περισσότερη καταπίεση των συγκινήσεων και μεγαλύτερη τάση να αποφεύγουν συγκρούσεις. Αντίθετα σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο βρέθηκε το γεγονός ότι είχαν κακή πρόγνωση εκείνες που περισσότερο «έδιναν παρά έπαιρναν» από το περιβάλλον τους (Kosl, Cooper, 1987).

Σύμφωνα με τις μελέτες του Reznikoff για τους ψυχολογικούς παράγοντες σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, βρέθηκε ότι οι ασθενείς αυτές ήταν συχνότερα μεσαία παιδιά (σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου με καλοήθειες διαταραχές ή υγιείς) ότι είχαν εμπειρίες θανάτου αδελφών στην γέννα ή στην παιδική ηλικία πιο συχνά. Επίσης πιο συχνά αναφέρονταν ότι και οι δύο γονείς ήταν νεκροί, ότι είχαν πολλές ευθύνες ως παιδιά, ότι δεν ήταν τα ευνοούμενα παιδιά κανενός, ότι πιο συχνά είχαν δύο ή περισσότερα αδέρφια, ότι είχαν βαριές ευθύνες φροντίδας των αδελφών τους όταν ήταν παιδιά και ότι ως ενήλικες εξέφραζαν αρνητικά συναισθήματα προς την κύηση και την γέννα (Kosl, Cooper, 1987).

Άλλα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο μαστού, πιο συχνά από τις ομάδες ελέγχου, ντρεπόντουσαν, μπερδεύονταν και εκπλήσσονταν από την έναρξη της περιόδου, είχαν μία μητρική λειτουργία προς τους συζύγους τους ή τους άνδρες γενικά και ότι είχαν αρνητικά ή αμφιθυμικά συναισθήματα για την ετερόφυλη αγάπη.

Ο Fraument χρησιμοποιώντας μία εντελώς διαφορετική μεθοδολογία, μελέτησε τη θνησιμότητα του καρκίνου σε καλόγριες και παρατήρησε ότι οι καλόγριες έχουν μία εντυπωσιακή αύξηση στην συχνότητα του καρκίνου του μαστού όπως ακριβώς και οι ανύπαντρες γυναίκες που γενικά έχουν πολύ πιο συχνά τέτοιο καρκίνο από ότι και οι παντρεμένες. Αν και οι καλόγριες δεν διαφέρουν σημαντικά από τον φυσιολογικό πληθυσμό, όσον αφορά τον καρκίνο άλλων πλευρών, η συχνότητα καρκίνου μαστού δείχνει μία σημαντική υπεροχή για τις ηλικίες πάνω από 40 και με αυξανόμενη διαφοροποίηση, όχι μόνο από τον φυσιολογικό αλλά επίσης και από τον ανύπαντρο γυναικείο πληθυσμό. Η υψηλότερη συχνότητα καρκίνου μαστού στις καλόγριες ταιριάζει με τις ψυχοδυναμικές υποθέσεις που συνδέουν αυτή την συχνότητα με την αποφυγή ή απέχθεια προς το μητρικό και το γυναικείο σεξουαλικό ρόλο, με επακόλουθη απόρριψη των αναπαραγωγικών και σεξουαλικών συμπεριφορών.

Ένας άλλος ερευνητής, ο Wrye, μελέτησε ασθενείς με καρκίνο σε σύγκριση με φυσιολογικές γυναίκες χρησιμοποιώντας μία έκθεση που είχαν γράψει οι ίδιες, σαν απάντηση σε ορισμένες ερευνητικές ερωτήσεις όπως και «διάλογος με τη μητέρα μου» ή «σκέψεις γύρω από τα στήθια μου». Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού θεωρούσαν την μητέρα τους ότι ήταν ανίκανη ή δεν ήθελε να πάρει τελείως τον ρόλο της μητέρας για εκείνες. Οι μητέρες τους δεν είχαν ως εστία της προσοχής τους αυτές, είχαν άλλα ενδιαφέροντα και

δεν τις είχαν φροντίσει καλά. Επίσης, οι ασθενείς με καρκίνο χαρακτηρίζαν τις σχέσεις τους με τους πατέρες τους ως ανύπαρκτες ή γεμάτες ένταση. Κάθε μία περιέγραψε μία πεποίθηση για τη δικιά της ανεπάρκεια, ένιωθε ότι τα άλλα αδέρφια της ήταν πολυτιμότερα και εξέφραζε ένα αίσθημα ότι ήταν διαφορετική από άλλους, μόνη και παραμελημένη. Ακόμα περιέγραψαν ένα φόβο απώλειας ελέγχου και ανέφεραν περιόδους μεγάλης κατάθλιψης πολύ πριν από την εμφάνιση καρκίνου, που συνδέονταν με το σχήμα «στροφής του θυμού προς τα μέσα», αντί να εκφραστεί με άνεση προς τα έξω.

Μέσα από κλινικές μελέτες ασθενών με καρκίνο του μαστού βρέθηκε πάλι σοβαρά τραύματα της παιδικής ηλικίας όπως: απώλεια μίας γονεϊκής μορφής και η έλλειψη μίας προστατευμένης και γεμάτης αγάπη παιδικής ηλικίας, μαζί με γονεϊκή ψυχρότητα χαρακτήριζε την αρχική ζωή των ασθενών αυτών. Επίσης, μία κυρία υποκείμενη κατάθλιψη και αίσθημα απελτισίας φαινόταν να χρωματίζει όλες τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, που συνδεόταν με μία βεβαιότητα ότι κάθε τι είναι μάταιο, προορισμένο να πάει στραβά με ταυτόχρονη ενοχή γιατί δεν μπορούν να ζήσουν ανάλογα με τις προσδοκίες των γονιών τους. Μία ακόμα παρατήρηση από αυτές τις κλινικές έρευνες είναι ότι η μελλοντική ασθενής με καρκίνο του μαστού αναπτύσσει «μία διπλή ζωή» ή «ένα διπλό εαυτό» (αποκαλείται ως σχιζοφασία) που επιτρέπει να υπάρχουν ρεαλιστικές και προσαρμοστικές λειτουργίες του Εγώ, αλλά που είναι ξεχωριστός και ανεξάρτητος από ένα παράλληλο «σκιώδη εαυτό» που νιώθει απομονωμένος, μη αγαπημένος, πληγωμένος και στερημένος.

Στις «μεταιχμειακές προσωπικότητες» (της ψυχιατρικής) εμφανίζονται παρόμοιες διασπάσεις και η εκδήλωσή τους μπορεί να παρατηρηθεί μερικές φορές με την μορφή διάφορων ρόλων ή προσωπικοτήτων μέσα στην ασθενή (όπως συμβαίνει και στην πολλαπλή προσωπικότητα) που εμφανίζονται διαδοχικά και συχνά σαν άμυνες

ενάντια σε απειλητικές πλευρές της προσωπικότητας που αντιπροσωπεύονται από ελεγχόμενες «απαράδεκτες» συμπεριφορές.

Στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχει παρατηρηθεί μία παρόμοια διάσπαση -η σχιζοφασία- αλλά ο εναλλακτικός εαυτός δεν εκφράζεται ή δεν υπάρχει αντίδραση εναντίον του, αλλά είναι σιωπηλός και κρυφός και μοιάζει να συνδέεται μόνο με την ίδια την διεργασία της αρρώστιας. Μέσα από την παρατήρηση αυτή οδηγούμαστε στην θεωρία της συμπληρωματικότητας, η οποία μιλά για την ανάπτυξη μίας χρόνιας σωματικής αρρώστιας ως μίας εναλλακτικής λύσης προς μία σοβαρή συναισθηματική παλινδρόμηση, όταν μία τέτοια διαδικασία εμποδίζεται και περιέχεται.

Η ψυχοδυναμική ερμηνεία του μηχανισμού καρκινογένεσης μέσα από την αναστολή αρνητικών συναισθημάτων στηρίζεται στην έννοια της εκφόρτισης, μηχανισμός που χρησιμοποιείται από το Εγώ για την διατήρηση της οικονομικής σταθερότητας. Η κινητική εκφόρτιση είναι ο πρώτος τύπος εκφόρτισης που χρησιμοποιεί το άτομο και η οποία αντικαθίστανται κατά την διαδικασία ωρίμανσης προοδευτικά, από την εκφόρτιση, μέσω του λόγου. Καθήλωση της ψυχικής ενέργειας στο στάδιο της κινητικής εκφόρτισης έχει ως αποτέλεσμα το σώμα από μόνο του να γίνεται ο φορέας μέσω του οποίου η σύγκρουση αποκτά σωματική αναπαράσταση (Ιακωβίδης, 1992).

Η προσωπικότητα του ατόμου με καρκίνο έχει ορισμένα χαρακτηριστικά όπως: φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία έκφρασης προς τα έξω επιθετικών συναισθημάτων, τάση για απόθεση και άρνηση κρίσιμων καταστάσεων, προσπάθεια να είναι αρεστός και συμπαθής στους άλλους, να τους ικανοποιεί δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές του ανάγκες και επιθυμίες, υπάρχει διάθεση αυτομομφής και προδιάθεση για βίωση απελπισίας και απόγνωσης. Με

αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, καθορίζεται και ο τρόπος που θα αντιδράσει το άτομο όταν βρεθεί μπροστά σε έντονα γεγονότα (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1986).

Προσπάθεια των σύγχρονων ερευνητών είναι να συνθέσουν την καρκινική προσωπικότητα συνοψίζοντας τα κύρια χαρακτηριστικά της ως εξής:

- Έντονο αίσθημα ηττοπάθειας, παραίτηση, απογοήτευση, απόγνωση και απελπισία.
- Όχι καλές οικογενειακές σχέσεις, μία γενικότερη αστάθεια και προβλήματα, κυρίως στην παιδική ηλικία. Απουσία στενών σχέσεων με τους γονείς ή των γονέων μεταξύ τους.
- Η φτωχή συναισθηματική εκφόρτιση και έλλειψη επικοινωνίας με τον εαυτό τους.
- Τάση αυτοκατηγορίας για ότι συμβαίνει τριγύρω.
- Το «ανεπαρκές Εγώ», η συγκεκριμένη δομή της προσωπικότητας, απώλεια προσφιλούς προσώπου.
- Μεγάλες αλλαγές και γενικότερες απώλειες της ζωής.
- Έλλειψη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων για το μέλλον.
- Αδυναμία αντιμετώπισης και προσαρμογής σε στρεσογόνες καταστάσεις.
- Η άρνηση ή απώθηση ή μη έκφραση συναισθημάτων (κυρίως αρνητικών, θυμού και φόβου).
- Άτομα με καταθλιπτικά στοιχεία, αμφιθυμία, αποφυγή στενών διαπροσωπικών σχέσεων, ανικανοποίητο συναισθημα, κινδυνεύουν να αναπτύξουν καρκίνο 2-4 φορές περισσότερο και η επίπτωση σε αυτούς είναι έως και 50% μεγαλύτερη.
- Άτομα που εγκαταλείπονται στο καθημερινό stress με έντονο άγχος και αισθήματα ενοχής.

➤ Άτομα που ενδιαφέρονται περισσότερο για τους άλλους είναι κοινωνικά, εργατικά, θερμά αλλά έχουν και μία διάσταση κατάθλιψης, χαρακτηρίζουν την προνοσηρή προσωπικότητα ενός μελλοντικού καρκινοπαθή (Λέκκου-Λεβαδιώτη, 1996).

Το ψυχοδυναμικό μοντέλο του Baltusch επιβεβαιώνει ότι οι πρώτες παιδικές εμπειρίες αποτελούν τη βάση για την μεταγενέστερη ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου. Στους καρκινοπαθείς, κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας, σημειώθηκε διαταραχή και εξασθένηση των σχέσεων με τα αντικείμενα. **Οι γονείς των ατόμων αυτών περιγράφονται σαν ψυχροί, απόμακροι και απορριπτικοί, απαιτώντας από τα παιδιά τους να δεχτούν και να ακολουθήσουν τα κοινωνικά πρότυπα,** καθώς και να ανταποκριθούν και να πραγματοποιήσουν τις δικές τους προσδοκίες για αυτά και τις υπερβολικές προσταγές τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, **τα παιδιά να αισθάνονται απομονωμένα, ανασφαλή και ανεπαρκή.** Έτσι, η οργάνωση της ψυχολογικής τους άμυνας χαρακτηρίζεται από την **άρνηση, την απώθηση και το ολοκληρωτικό χάσιμο,** της ικανότητας να γνωρίσουν στους άλλους τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1986).

Ενώ τα άτομα αυτά φαίνεται να αναπτύσσουν ρεαλιστικές και ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις με τους γύρω τους, ουσιαστικά κρύβεται πάντα μία καταπιεσμένη, ρηχή και ψυχρή προσωπική ζωή. Νιώθουν ανασφάλεια και πιστεύουν πως το να εμπλακούν σε έντονες, βαθιές ανθρώπινες σχέσεις θα τους πληγώσει, θα πονέσουν, και έτσι τις θεωρούν επικίνδυνες, απειλητικές και δημιουργούν μόνο **επιφανειακές σχέσεις.** Ακόμα έχουν την πεποίθηση ότι «κάτι δεν πάει καλά» μέσα τους και είναι ανίκανα να απολαύσουν υγιείς ανθρώπινες σχέσεις.

Έτσι οι πρώτες προσπάθειες, σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, για αποκατάσταση της ματαίωσης των πρώιμων αντικειμενοτρόπων

σχέσεων αναπληρώνονται με την υπερβολική ανάγκη των καρκινοπαθών, προκειμένου να διατηρήσουν κάτι, να προσκολλώνται σε αυτό ή σε άλλους στόχους στη ζωή, να εξαρτώνται έντονα από άλλα άτομα, δημιουργώντας συμβιωτικές σχέσεις, χωρίς αυτονομία και αυθεντικότητα. Για να κρατήσουν λοιπόν την αμυντική θωράκισή τους έχουν ανάγκη από το να είναι πάντα ικανοί να αρνούνται, να απωθούν, να καταπνίγουν τα συναισθήματα τους και τις συγκρούσεις που βιώνουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις.

Με αυτό τον τρόπο στέκονται ανίκανοι να εκφράσουν την συναισθηματική ένταση που νιώθουν, το άγχος, την οργή, την ταραχή, την στεναχώρια, την επιθετικότητα, κρύβουν την ενόχλησή τους ή προσποιούνται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Η σεξουαλικότητα τους παραμένει ανώριμη, ενώ υφίστανται πολλαπλές αναστολές. Όταν διανύουν περιόδους ψυχοκοινωνικού stress αυξάνουν την έκθεσή τους στο αλκοόλ, το κάπνισμα, προσπαθώντας να εκφορτίσουν την ένταση, το άγχος, μη λεκτικά. Η ένταση κρύβεται επιμελώς κάτω από ένα προσωπίο ξεγνοιασιάς, γαλήνης και ηρεμίας.

Όταν παρουσιαστεί κάποια απώλεια (πραγματική ή συμβολική) αντικείμενου ρόλου, ιδανικού ή άλλες αποστερήσεις, άνθρωποι με καρκινική προσωπικότητα δεν στέκονται ικανοί να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά από την δύσκολη αυτή κατάσταση και αποτυγχάνουν στην προσπάθεια τους να εγκαταστήσουν καινούργιες αντικειμενοτρόπες σχέσεις.

Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν παρατεινόμενο stress που έχει ως αποτέλεσμα την παράλυση ή εξασθένηση του ανοσοβιολογικού συστήματος που θεωρείται μία προϋπόθεση για καρκινογένεση.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ
ΜΑΣΤΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η απόφαση για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Η θεραπεία θα πρέπει να επιλεγεί σωστά χωρίς βιασύνη και αφού έχουν συγκεντρωθεί όλες οι παράμετροι που χρειάζονται. Η επιλογή της θεραπείας και η πρόγνωση εξαρτάται από:

- Το μέγεθος του όγκου
- Τον ιστολογικό τύπο
- Το στάδιο της νόσου
- Τη μικροσκοπική εμφάνιση
- Των μασχαλιαίων λεμφαδένων που εμφανίζουν νόσο
- Την ηλικία της γυναίκας

Τελικά μετά από όλη αυτή την ανάλυση μιας σειράς παραγόντων, ο ιατρός καλείται να εφαρμόσει μια θεραπευτική προσέγγιση που αντιστοιχεί στην ασθενή του. Συνήθως η εφαρμοζόμενη θεραπεία είναι ο συνδυασμός χειρουργικής, ακτινοθεραπείας και συμπληρωματικής επικουρικής χημειοθεραπείας. Συμπληρωματικές θεραπείες είναι επίσης η ορμονοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία του καρκίνου (Σπηλιώτης, 1999).

Α) ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού τελεί υπό συνεχή επανεκτίμηση, πράγμα που οφείλεται στην άγνοια που υπάρχει σχετικά με τη βιολογική συμπεριφορά της νόσου. Έτσι η χειρουργική θεραπεία στοχεύει, κατ' αρχήν στην τοπική και επιχώρια ίαση του

καρκίνου του μαστού και συγχρόνως στη συλλογή όσο το δυνατότερο περισσότερων προγνωστικών πληροφοριών (Γολεμάτης, 1991).

Κατά καιρούς έχουν προταθεί οι παρακάτω τύποι παρεμβάσεων:

1. Ριζική μαστεκτομή

Το 1894 οι Halsted και Meyer περιέγραψαν τη *ριζική μαστεκτομή*, η οποία συνίσταται στην en block αφαίρεση του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζονα και ελάσσονα), και των αδένων της μασχάλης. Η ριζική μαστεκτομή τη δεύτερη σε σειρά συχνότητας εφαρμοζόμενη μέθοδο χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού μετά την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (Αραβαντινός, 1985).

2. Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή

Η εγχείρηση εκτός από το μαστό, τους μύες και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την αφαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματά της όμως είναι πολύ πτωχά και όχι καλύτερα από της ριζικής μαστεκτομής. Τη συνιστούν πολύ λίγοι χειρουργοί και γίνονται πολύ λίγες τέτοιες εγχειρήσεις στα πιο μεγάλα ογκολογικά κέντρα (Αραβαντινός, 1985).

3. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Το 1948 οι Patey και Duson περιέγραψαν την *τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή* η οποία συνίσταται στην αφαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός, και διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός. Ο Patey απέδειξε ότι το αποτέλεσμα της εγχείρησης αυτής ήταν εξίσου καλό με της ριζικής μαστεκτομής, ενώ το κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα ήταν καλύτερο λόγω της διατηρήσεως του μείζονος θωρακικού μυός (Αραβαντινός, 1985).

4. Απλή μαστεκτομή

Στην *απλή μαστεκτομή* η εγχείρηση συνίσταται στην αφαίρεση μόνο του μαστού και όχι των λεμφαδένων. Γίνεται στα μικρά στάδια (I ή

II) καρκίνου του μαστού και εφ' όσον η μασχάλη είναι κλινικώς αρνητική. Δεν εφαρμόζεται συχνά, αν και όταν συνδυάζεται με ακτινοβολήση έχει πολύ καλά αποτελέσματα (Αραβαντινός, 1985)

5. Εκτεταμένη απλή μαστεκτομή

Η εκτεταμένη απλή μαστεκτομή διαφέρει από την απλή μαστεκτομή κατά το ότι, εκτός από την αφαίρεση του μαστού, γίνεται καθαρισμός του περιεχομένου της μασχάλης μέχρι το πρώτο επίπεδο λεμφαδένων, δηλαδή κάτω από το έξω χείλος του ελάσσονα θωρακικού μυός (Γολεμάτης, 1991).

6. Ογκεκτομή ή τμημακεκτομή του μαστού

Σ' αυτή τη χειρουργική επέμβαση γίνεται αφαίρεση του όγκου και ενός τμήματος 2-5 εκατοστών του μαστού γύρω από τον όγκο. Ακολουθεί καθαρισμός της σύστοιχης μασχάλης και συνήθως τοπική εξωτερική ακτινοβολήση (Αραβαντινός, 1985, Γολεμάτης, 1991).

B) ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί καθιερωμένο είδος θεραπείας μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και των λεμφαδένων. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να γίνει στο θωρακικό τοίχωμα έπειτα από μαστεκτομή. Αυτό μπορεί να γίνει αν κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή μετά την εξέταση των ιστών διαπιστωθεί ότι ο όγκος έχει προσβάλει το δέρμα ή τους μυς του θωρακικού τοιχώματος. Η εφαρμογή της στηρίζεται στην υπόθεση ότι ενδέχεται να υπάρχουν μετά την επέμβαση κρυμμένα καρκινικά κύτταρα στο θωρακικό τοίχωμα ή στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, τα οποία καταστρέφονται αποτελεσματικά με την ακτινοβολία. Εκτός από το θωρακικό τοίχωμα ορισμένες φορές ακτινοβολούνται και οι λεμφαδένες της μασχάλης (Dolliger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Στις ασθενείς στις οποίες αναπτύσσεται αργότερα υποτροπή της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα, συχνά εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία ώστε να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα που ενδεχομένως υπάρχουν στη γύρω περιοχή. Έτσι επιτυγχάνεται μόνιμος έλεγχος της νόσου. (Dolliger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Η ακτινοβολία χορηγείται πέντε μέρες την εβδομάδα για έξι περίπου εβδομάδες. Συνήθως χρησιμοποιείται η εξωτερική ακτινοβολία σε όλο το μαστό και ορισμένες φορές χορηγείται συμπληρωματική δόση ακτινοβολίας με χειρουργική εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων απευθείας μέσα στον όγκο (βραχυθεραπεία). Με την ακτινοθεραπεία δεν αυξάνεται ο κίνδυνος να αναπτυχθεί και δεύτερη κακοήθεια ή καρκίνος του άλλου μαστού (Dolliger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Γ) ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία του καρκίνου είναι η θεραπεία των κακοηθών νεοπλασμάτων με κυτταροστατικά φάρμακα. Τα κυτταροστατικά είναι ουσίες που σταματούν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων ή σταματούν βασικές βιοχημικές αντιδράσεις μέσα στα κύτταρα, πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα το θάνατο των κυττάρων. Στη χημειοθεραπεία του καρκίνου, εκτός από τα νεοπλασματικά κύτταρα προσβάλλονται και υγιή κύτταρα. Από αυτή την ιδιότητα εξηγούνται και μερικές από τις ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως π.χ. η τριχόπτωση (Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, 1980).

Ένας από τους σημαντικότερους ρόλους της χημειοθεραπείας στον καρκίνο είναι η χρήση της ως "συμπληρωματικής" θεραπείας για την καταστολή της ελάχιστης υπολειμματικής νόσου, μετά την αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς όγκου με χειρουργική επέμβαση. Η αποτυχία της χειρουργικής θεραπείας να κατασταλεί ο καρκίνος μπορεί να οφείλεται στην παρουσία μικρομεταστάσεων έξω από το πρωτοπαθές πεδίο, οι

οποίες καταστέλλονται με τη χημειοθεραπεία (Schoroeder, Tierney, McPhee, Papadakis, Krupp, 1994).

Η συμπληρωματική χημειοθεραπεία χορηγείται 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. Ορισμένες ασθενείς που δεν παρουσιάζουν προφανείς μεταστάσεις κατά το χρόνο της επέμβασης αλλά είναι υψηλού κινδύνου για τέτοιες μικρομεταστάσεις, μπορούν να απαλλαγούν από τη νόσο (Dolliger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος της χημειοθεραπείας στην αντιμετώπιση των μεταστατικών όγκων. Πολλοί θεραπευτικοί συνδυασμοί έχουν σημαντικές πιθανότητες να περιορίσουν το μέγεθος ή να σταματήσουν την ανάπτυξη των μεταστατικών όγκων. Σ' αυτή την περίπτωση η ίαση δεν είναι συνήθως δυνατή, αν και η βελτίωση των συμπτωμάτων και η σμίκρυνση του όγκου ενδέχεται να διαρκέσουν επί μήνες, και συχνά επί αρκετά χρόνια (Dolliger, Rosenbaum, Cable, 1992).

Τρόποι εφαρμογής της χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία μπορεί να είναι γενική, δηλαδή να δίνεται ένα ή περισσότερα φάρμακα που μεταφέρονται με την κυκλοφορία σ' όλο τον οργανισμό ή τοπική δηλαδή να δίνεται το φάρμακο στην περιοχή του όγκου για να δράσει τοπικά. Στη γενική χημειοθεραπεία το φάρμακο δίνεται από το στόμα (π.χ. σαν δισκίο) ή με ενδομυϊκή ή ενδοφλέβια ένεση. Η τοπική χημειοθεραπεία μπορεί να γίνει με έγχυση στην αρτηρία που πάει στο όργανο που έχει τον όγκο ή με έγχυση σε κοιλότητα του σώματος που έχει τις μεταστάσεις (Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, 1980).

Δ) ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμονοθεραπεία του καρκίνου στηρίζεται στο ότι, όπως και οι ιστοί φυσιολογικών οργάνων έτσι και οι όγκοι που προέρχονται από αυτά μπορεί να είναι ορμονοεξαρτημένοι. Με άλλα λόγια, όπως ένα όργανο μεγαλώνει ή μικραίνει αν του δώσουμε ή του στερήσουμε μια ορμόνη, έτσι και ο καρκίνος του οργάνου αυτού μπορεί να επηρεαστεί αν του δώσουμε ή του στερήσουμε την ίδια ορμόνη. Η ενέργεια της ορμόνης αυτής μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση, δηλαδή μέσω κάποιου που έχει άμεση σχέση για την παραγωγή ορμονών που χρειάζονται για το όργανο που έχει προσβληθεί. Υπάρχουν επίσης ουσίες που μπορούν να ανταγωνιστούν την ενέργεια μιας ορμόνης στην ευνοϊκή της συμβολή στην ανάπτυξη νεοπλασματικών κυττάρων, όπως η ταμοξιφαίνη (Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, 1980).

Το τοίχωμα που επενδύει τους εκφορητικούς πόρους και τους λοβούς του μαστού μεταβάλλεται υπό την επίδραση των ορμονών και κατά συνέπεια οι ορμονικοί χειρισμοί ή η ορμονική θεραπεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλές μέθοδοι για να ελεγχθεί η ορμονική ισορροπία, όπως η αφαίρεση των ωοθηκών ή ορισμένες φορές και της υπόφυσης (Dolliger, Rosenbaum, Cable, 1992).

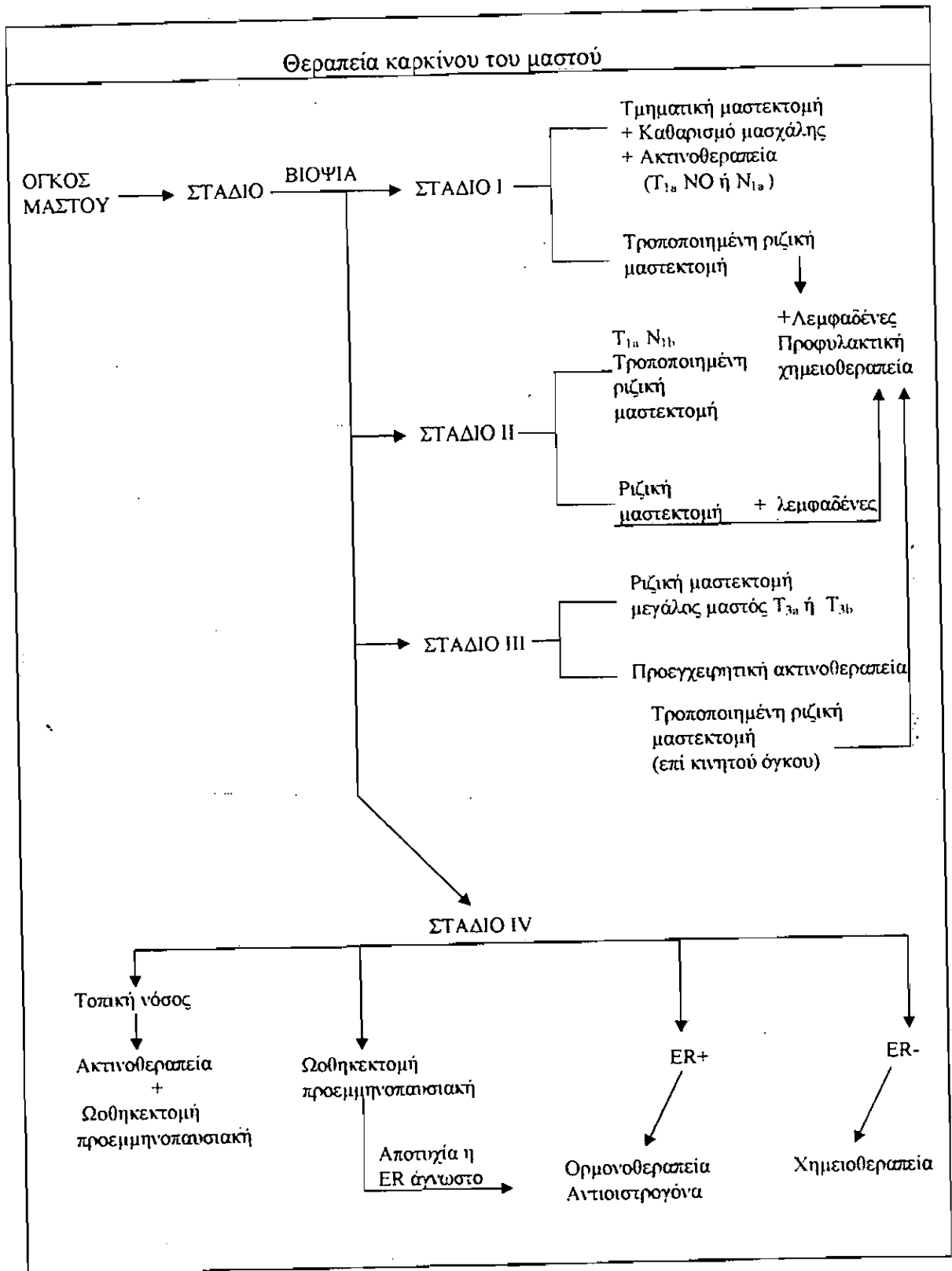
Η ορμονοθεραπεία είναι μια θεραπεία που συνοδεύεται από πολλές ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Από την άλλη πλευρά όμως η αποτελεσματικότητά της είναι πολλές φορές εντυπωσιακή όταν εφαρμόζεται στην κατάλληλη ένδειξη και με κατάλληλη παρακολούθηση. Έτσι η ορμονοθεραπεία έχει σημαντική θέση στη γενική τακτική της θεραπείας του καρκίνου του μαστού (Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, 1980).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	
1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ (δηλαδή μέθοδοι που περιλαμβάνουν χειρουργική αφαίρεση κάποιου ενδοκρινούς αδένος)	
Ωθηκεκτομή	σε καρκίνο του μαστού σε σχετικά νέες γυναίκες
Επινεφριδοκτομή	σε καρκίνο του μαστού
Υποφυσεκτομή	σε καρκίνο του μαστού
Ορχεκτομή	σε καρκίνο του προστάτη
2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (δηλαδή θεραπεία με φάρμακα-ορμόνες).	
Κορτιζόνη	σε πολλές περιπτώσεις και σαν ειδικό φάρμακο
Ανδρογόνα	σε καρκίνο του μαστού
Οιστρογόνα	σε καρκίνο του μαστού σε σχετικά ηλικιωμένες
Γεσταγόνα	σε διάφορους καρκίνους
Θυροξίνη	σε καρκίνο του θυρεοειδούς
3. ΑΝΤΙΟΡΜΟΝΕΣ	
Ταμοξιφαίνη	σε καρκίνο του μαστού

Πηγή: Ελληνική Εταιρεία προληπτικής ιατρικής (Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφύγιση από τον καρκίνο. Αθήνα, 1980).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

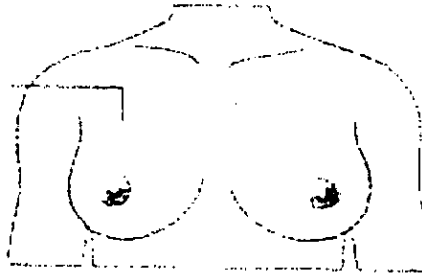


Πηγή: Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική, Αθήνα, 1994.

ΕΙΚΟΝΑ 1

ΤΥΠΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ
περιοχή της
• ραμψής της τομής
• αφαίρεση του όγκου
• αι ενός περιθωρίου
περιβάλλοντος
επίσης ιστού



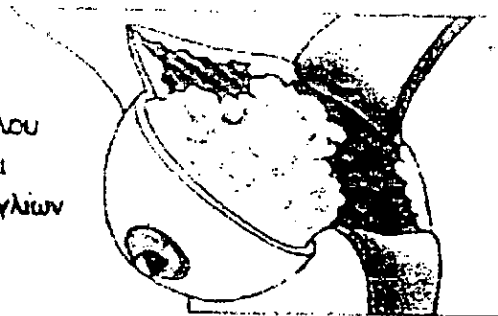
ΘΛΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Υφαιμική τομή

1. γίνεται εκτεταμένη
τομή, η οποία περιβάλλει
το μαστό και τα
μασχαλιαία λεμφογάγγλια



2. αφαίρεση όλου
του μαστού και
των λεμφογαγγλίων



3. ροφή της τομής



Πηγή: Ιατρική εγκυκλοπαίδεια «Χρυσή υγεία της 3^{ης} χιλιετίας», Αθήνα, 2002.

Ε) ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο Τριχίλης (1991), υποστηρίζει ότι η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς ασθενούς περιλαμβάνει δύο σκέλη: Την σωματική ή οργανική αποκατάσταση (χειρουργική και αισθητική) που είναι το πρώτο σκέλος και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, που αποτελεί το δεύτερο σκέλος. Η οργανική αποκατάσταση προηγείται πάντα της ψυχοκοινωνικής και εξασφαλίζεται μέσω της πλαστικής χειρουργικής.

Αναφερόμενος στην πολύχρονη εμπειρία του, ο Τριχίλης (1991), λέει πως όσοι ασχολούνται με τη χειρουργική του καρκίνου στο πρόσωπο στο μαστό και αλλού ασφαλώς, θα έχουν σίγουρα ακούσει τις ασθενείς τους να λένε: «Γιατρέ θα μου αφήσει μεγάλο σημάδι η εγχείρηση; Θα μου κόψετε όλο το στήθος;». Δηλαδή ο φόβος της δυσμορφίας πάντα επικρέμεται και είναι συνυφασμένος με την αρτιότητα και την αισθητικότητα του σώματος. Μια γυναίκα που έχει υποστεί μαστεκτομή, όταν μάλιστα είναι νεαρής ηλικίας, είναι πολύ πιθανό να εκδηλώσει διάφορες ψυχολογικές αντιδράσεις, όπως φόβο, αϋπνία, βαθιά μελαγχολία, αίσθημα ντροπής και αδράνεια στη ζωή. Από όλα αυτά λοιπόν καθίσταται σαφής και επιβεβλημένη η άμεση αποκατάσταση του μαστού.

Ο Τριχίλης (1991), πιστεύει ότι η σωστή αποκατάσταση θα πρέπει να έχει δύο στόχους: α) την λειτουργική αποκατάσταση και β) την αισθητική αποκατάσταση. Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονται καλύτερα όταν η αποκατάσταση είναι άμεση, η οποία πλεονεκτεί της αψώτερης στα εξής:

1. Είναι πλέον ασφαλής και επιτυχής.
2. Μειώνει το χρόνο νοσηλείας.
3. Απαλλάσσει τον ασθενή από τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που ίσως προκύψουν.

Όσον αφορά την επιτυχία της αποκατάστασης ο Τριχίλης πιστεύει ότι εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες:

1. Από την εντόπιση και την έκταση της νόσου.
2. Από την ύπαρξη τοπικής νόσου ή μετάστασης.
3. Από τον ασθενή και το χειρουργό

Η εντόπιση του όγκου, δηλαδή το όργανο που έχει τον όγκο, πόσο σημαντικό είναι, τι λειτουργίες επιτελεί και ποιο ρόλο παίζει για την αισθητικότητα του προσώπου. Είναι ευνόητο ότι και η αποκατάσταση θα πρέπει να είναι ανάλογη και προσεκτική.

Μεγάλη σημασία για την αποκατάσταση και τι είδους αποκατάσταση θα γίνει έχει η έκταση της νόσου, η οποία φέρει τη μεγαλύτερη ευθύνη για επιτυχία της αποκατάστασης και για τους τρόπους που χρησιμοποιεί η πλαστική χειρουργική. Όσο μεγαλύτερη είναι η έκταση της νόσου, τόσο μεγαλύτερη είναι η εγχείρηση και τόσο μεγαλύτερη η προσπάθεια για αποκατάσταση.

Για τον 2^ο παράγοντα, δηλαδή την ύπαρξη τοπικής νόσου ή μετάστασης, δεν θα πρέπει να γίνεται αποκατάσταση εφ' όσον δεν έχει κοντρολαριστεί η νόσος.

Για τους παράγοντες ασθενής και χειρουργός μπορούν να λεχθούν τα εξής:

- ⇒ Ασθενής: Σημασία έχουν η ηλικία, το φύλο, η μόρφωση, το επάγγελμα και το περιβάλλον.
- ⇒ Χειρουργός: Η εκπαίδευση και η πείρα του πλαστικού χειρουργού, θα παίξουν τον καθοριστικό ρόλο για την ορθή αντιμετώπιση και την άμεση αποκατάσταση του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η υποτροπή του καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με τους Dolliger Rosenbaum και Cable (1992), αναπτύσσεται στην περιοχή της προηγούμενης επέμβασης ή στο θωρακικό τοίχωμα. Μπορεί όμως να υπάρχουν μεταστατικές εστίες σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος.

Οι Dolliger Rosenbaum και Cable (1992) υποστηρίζουν ότι συνήθως η υποτροπή της νόσου στο δέρμα ή στο θωρακικό τοίχωμα υποδηλώνει ότι ίσως στο μέλλον θα υπάρξουν μεταστατικές εστίες, αν και σε μικρό αριθμό ασθενών μπορεί να είναι η μόνη περιοχή της υποτροπής. Γι' αυτήν ακριβώς την κατηγορία των ασθενών η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία οδηγούν ορισμένες φορές σε ίαση. Εντούτοις οι περισσότερες ασθενείς, ακόμα και με μικρές τοπικές υποτροπές, θα παρουσιάσουν και άλλες μεταστατικές εντοπίσεις παρά την τοπική επιθετική θεραπεία. Μετά τη θεραπεία κάποιας μεμονωμένης τοπικής υποτροπής μόνο το 30% των ασθενών δε θα παρουσιάσει ένδειξη μεταστατικής νόσου μέσα σε πέντε χρόνια. Για τα επόμενα δέκα χρόνια το αντίστοιχο ποσοστό είναι 7%. Αυτά αφορούν ασθενείς που αναπτύσσουν υποτροπή της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα έπειτα από επιθετική χειρουργική επέμβαση, όπως η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Η πρόγνωση είναι πολύ καλύτερη αν συμβεί υποτροπή στο μαστό έπειτα από συντηρητική χειρουργική επέμβαση που ακολουθήθηκε από ακτινοθεραπεία.

Θεραπεία

- Αν δεν υπάρχουν στοιχεία γενικευμένης νόσου και η υποτροπή περιορίζεται στην περιοχή του αρχικού όγκου, χρησιμοποιείται χειρουργική επέμβαση και ακτινοθεραπεία συν Ταμοξιφαίνη σε επιλεγμένες περιπτώσεις.
- Αν τουλάχιστον δύο χρόνια μετά τη μαστεκτομή δεν υπάρχει απειλητική για τη ζωή νόσος με προσβολή ζωτικών οργάνων και όταν δεν είναι γνωστό αν υπάρχουν ή είναι θετικοί οι ορμονικοί υποδοχείς, η θεραπεία για τις μεν προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς είναι η χορήγηση Ταμοξιφαίνης ή η αφαίρεση των ωοθηκών, για τις δε μετεμμηνοπαυσιακές η θεραπεία με Ταμοξιφαίνη, οιστρογόνα και ανδρογόνα.
- Αν οι ασθενείς ανταποκριθούν στην ορμονοθεραπεία και στη συνέχεια υποτροπιάσουν, χρησιμοποιείται άλλου είδους ορμονική θεραπεία που περιλαμβάνει χορήγηση ανδρογόνων, κορτικοειδών ή υποφυσεκτομή.
- Όταν έχουν προσβληθεί σημαντικά όργανα όπως το ήπαρ, και δεν υπάρχουν ορμονικοί υποδοχείς ή το μεσοδιάστημα ανάμεσα στην αρχική θεραπεία και την υποτροπή είναι μικρότερο των δύο ετών, χορηγείται συνήθως χημειοθεραπεία (Dolliger Rosenbaum και Cable 1992).

Ο Αναγνωστόπουλος (1984) υποστηρίζει ότι μερικοί ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό όταν εμφανίζονται συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου. Η επανεμφάνισή του θα σήμαινε γι' αυτές την αρχή του τέλους, θα δημιουργούνταν φόβος για τις παρενέργειες της αντικαρκινικής

θεραπείας η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο της ανάπτυξης της ασθένειας και θα έβρισκαν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή.

Σύμφωνα με τον Αναγνωστόπουλο (1984) η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή της ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί την αναγκάζουν να μη μπορεί να εργαστεί πια, να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλαιότερα την ευχαριστούσαν. Η ζωή της μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για ακτινοθεραπεία ή ακτινοβολίες, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να της θυμίζει συνεχώς ότι κάτι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της ασθένειας η ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένειά της θα την εγκαταλείψουν. Έτσι μερικές ασθενείς γίνονται πράες, υπάκουες, χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν τους άλλους να τις εγκαταλείψουν. Η ασθενής πρέπει να έχει την επιβεβαίωση ότι ο γιατρός και οι συγγενείς θα μείνουν κοντά της, θα κάνουν οτιδήποτε για να νιώθει καλύτερα.

Κάποιες από τις ασθενείς, όπως λέει ο Αναγνωστόπουλος (1984), κατηγορούν το γιατρό τους ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου. Οι ασθενείς αυτές μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

***Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ
ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ***

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψιν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. Ο σωματικός, που επηρεάζεται και από την ασθένεια και από την θεραπευτική αγωγή.
2. Ο ψυχολογικός, που επηρεάζεται από τα συναισθήματα, από δυσπροσάρμοστες και καταστροφικές σχέσεις, την κατάθλιψη και το έντονο άγχος.
3. Ο κοινωνικός, που περιλαμβάνει τον αντίκτυπο της ασθένειας στο περιβάλλον της ασθενούς, καθώς και τον κοινωνικό της ρόλο.

Α) ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Οι αλλαγές στις σωματικές λειτουργίες της ασθενούς είναι αποτέλεσμα κυρίως των παρενεργειών της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας.

Σύμφωνα με τους Schoeroeder, Tierney, McPhee, Papadakis και Kurrp (1994), ένας αριθμός χημειοθεραπευτικών παραγόντων κατά του καρκίνου έχει κυτταροτοξικές επιδράσεις στα γρήγορα πολλαπλασιαζόμενα φυσιολογικά κύτταρα του μυελού των οστών, των βλεννογόνων και του δέρματος. Η σημαντικότερη τοξική δράση είναι η καταστολή του μυελού των οστών.

Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες των κυτταροστατικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία είναι η λευκοπενία και η

θρομβοπενία, που συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεως ή αιμορραγίας αντίστοιχα, η αναιμία, ο πόνος, η αλωπεκία, η ανορεξία, το αίσθημα κόπωσης, η απώλεια σωματικού βάρους, η υπνηλία, ο εμετός, η στοματίτιδα, η φαρυγγίτιδα, η τριχόπτωση, η διάρροια, η δυσκοιλιότητα, η κυστίτιδα. Ερεθιστικά κυτταροστατικά, αν βγουν την ώρα της ενδοφλέβιας ενέσεως έξω από τη φλέβα προκαλούν έντονο τοπικό πόνο και ερεθισμό. Άλλες επιπλοκές της θεραπείας μπορεί να είναι η βλάβη των νεφρών από αύξηση του ουρικού οξέος και η αμηνόρροια, από βλάβη των ωοθηκών (Ελληνική Εταιρεία προληπτικής ιατρικής, 1980).

Ανεπιθύμητες παρενέργειες παρουσιάζονται και από την ακτινοθεραπεία. Σύμφωνα με τους Schooeder, Tierney, McPhee, Paradaakis και Kurrp (1994), η ακτινοθεραπεία εμφανίζει τόσο άμεση όσο και όψιμη τοξικότητα. Η άμεση τοξικότητα μπορεί να συνίσταται σε γενικευμένο αίσθημα κόπωσης και κακουχίας, ανορεξία. Ναυτία και εμετούς, εντοπισμένες δερματικές αλλοιώσεις, διάρροια και έλκη των βλεννογόνων στην ακτινοβλούμενη περιοχή. Η μακροπρόθεσμη τοξικότητα μπορεί να περιλαμβάνει υπερμελάγχρωση του προσβλημένου δέρματος, μείωση της λειτουργίας των ακτινοβλούμενων οργάνων, μυελοπάθεια, νέκρωση των οστών, καθώς και δευτερογενείς κακοήθεις όγκους. Αυτές οι τοξικές επιδράσεις μπορούν να ελαχιστοποιούνται ή και να αποφεύγονται με την κλασματική εφαρμογή της ακτινοβολίας.

Ο Dr Ιωάννης Δ. Σπηλιώτης (1999), χειρουργός διδάκτωρ της ιατρικής σχολής του πανεπιστημίου Πατρών, υποστηρίζει ότι τα πιο συχνά συμπτώματα ή παρενέργειες στους ασθενείς με καρκίνο είναι :

- ❖ ΝΑΥΤΙΑ
- ❖ ΠΟΝΟΣ
- ❖ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Θα ασχοληθούμε λοιπόν πιο αναλυτικά με τα τρεις αυτές παρενέργειες της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας, που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την καθημερινή ζωή των ασθενών.

1. Η ναυτία και ο εμετός είναι πρόβλημα κεφαλαιώδους σημασίας για τους ασθενείς με καρκίνο, όπως υποστηρίζουν οι Φώτος και Χατζίκα (2000). Όπως αναφέρουν οι δύο νοσηλευτές, υπολογίζεται ότι περισσότερο από το 50% των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία και ένα παρόμοιο ποσοστό αυτών με προχωρημένο καρκίνο βιώνουν επεισόδια ναυτίας και εμετού. Η επέλευση είναι πιο συχνή σ' αυτούς που θεραπεύονται με χημειοθεραπεία, αλλά συνήθως υποφέρουν και όσοι υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Η ναυτία είναι ένα υποκειμενικό φαινόμενο, μια δυσάρεστη αίσθηση που βιώνεται στο πίσω μέρος του λαιμού και στο επιγάστριο και συνδέεται με έντονη τάση για εμετό. Ο εμετός είναι μια σωματική διαδικασία που επιτελείται με τη σύσπαση των κοιλιακών και αναπνευστικών μυών που προκαλούν μια βίαιη αποβολή του γαστρικού περιεχομένου από το στόμα.

2. Ο πόνος είναι μια πολύ κοινή εμπειρία στους καρκινοπαθείς, σύμφωνα με την Μουζίκου (2000). Πάνω από το 70% των ασθενών με καρκίνο έχουν μέτριο προς έντονο πόνο κατά τη διάρκεια της ασθένειάς τους και μπορεί να φοβούνται περισσότερο τον πόνο παρά τον ίδιο τον θάνατο. Ο πόνος όπως αναφέρει η Μουζίκου (2000) εμφανίζεται στο 20% - 50% των ασθενών με πρόσφατα διαγνωσμένες κακοήθειες, στο 33% των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας της ασθένειάς τους, και στο 75% - 90% σε αυτούς με προχωρημένο καρκίνο. Ο πόνος στους ασθενείς με καρκίνο είναι μια σύνθετη και συχνά επαναλαμβανόμενη διαδικασία που μπορεί να είναι το αποτέλεσμα διάφορων αιτιών. Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αίτια του πόνου των καρκινοπαθών.

Ο πόνος μετά τη μαστεκτομή, όπως λέει ο Κούκουρας (1990), εντοπίζεται στην πίσω επιφάνεια του βραχίονα, στην μασχάλη και στο

μπροστά τοίχωμα του θώρακα. Εμφανίζεται 1 με 2 μήνες μετά την εγχείρηση με αίσθημα σφιξίματος ή καψίματος. Ο πόνος αυξάνεται από την κίνηση του βραχίονα και συνήθως η ασθενής κρατά το χέρι στη χαρακτηριστική θέση της «κλίσεως και έσω στροφής», δηλαδή λυγισμένο με φορά προς το θώρακα.

Σύμφωνα με τον Κούκουρα (1990), υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί δια μέσου των οποίων τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία παράγουν πόνο. Ο πόνος μπορεί να έχει άμεση σχέση με την ενδοφλέβια χορήγηση, τοπικά στην περιοχή της έγχυσης ή κατά μήκος της φλέβας μέχρι τη βάση του σκέλους. Μια άλλη υπόθεση παραγωγής πόνου είναι η βλάβη του τοιχώματος του αγγείων, του δέρματος και των μυών, ιδίως κατά τη διαφυγή του φαρμάκου από τον αυλό του αγγείου. Ένας τρίτος μηχανισμός παραγωγής πόνου είναι οι τοξικές βλάβες στα σπλάχνα. Ένας τέταρτος μηχανισμός πόνου από τη χημειοθεραπεία είναι συνδεδεμένος με τη δημιουργία φλεγμονής από τη χορήγηση φαρμάκων.

Στην ακτινοθεραπεία, σύμφωνα πάλι με τον Κούκουρα (1990), ο πόνος έχει δύο χρονικές περιόδους. Μία κατά τη διάρκεια του κύκλου ακτινοβολίας και μία μετά την πάροδο αρκετού χρόνου. Στην πρώτη περίπτωση ο πόνος είναι συνδεδεμένος με το σύνδρομο αντιδράσεως που προκαλεί η ακτινοβολία, το οποίο αρχίζει μετά την πρώτη συνεδρία, αυξάνει σε συχνότητα και στη συνέχεια υποχωρεί παράλληλα με την εμφάνιση των αντιδραστικών φαινομένων. Τα χαρακτηριστικά στοιχεία που εμφανίζονται, η ένταση και η διάρκεια αυτού πόνου εξαρτώνται όχι μόνο από τη δόση της ακτινοβολίας αλλά και από τη χορήγηση ή μη χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Από τα πιο κοινά και συχνά σύνδρομα είναι η ίνωση του βραχιονίου πλέγματος με τη συμμετοχή συνδετικού ιστού και δευτερεύουσα νευρική βλάβη, που εμφανίζεται από 6 μήνες

μέχρι και 20 χρόνια μετά την ακτινοβολία και χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις του άκρου και πόνο στο βραχίονα.

3. Η ανορεξία είναι ένα συχνό πρόβλημα στους με καρκίνο, όπως υποστηρίζουν οι Φώτος και Χατζίκα (2000). Όπως αναφέρουν οι δύο νοσηλευτές, η ανορεξία συντελεί στην δυσθρεψία και την απώλεια βάρους, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η γενική κατάσταση του ασθενούς. Υποστηρίζουν επίσης ότι η αντιμετώπιση της ανορεξίας πρέπει να είναι άμεση, ώστε να αποτραπεί ο κίνδυνος εξασθένησης του ασθενούς, που προκύπτει από την ανεπαρκή λήψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών.

Τέλος θα θέλαμε να αναφερθούμε στην κόπωση, η οποία αποτελεί το πιο συχνά αναφερόμενο σύμπτωμα των ατόμων με καρκίνο. Σύμφωνα με την Παππά (2000), η κόπωση είναι ένα σύμπτωμα που συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση της νόσου, αλλά και τις παρενέργειες των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, που αναφέρει η Παππά, το 77-99% των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο βιώνουν το αίσθημα της κόπωσης. Παρά την έντονη παρουσία της όμως, είναι δύσκολο να δοθεί κάποιος συγκεκριμένος και αντικειμενικός ορισμός, καθώς αποτελεί μια υποκειμενική συναισθηματική και κυρίως σωματική κατάσταση, που τη βιώνει διαφορετικά το κάθε άτομο.

Όπως αναφέρει η Παππά (2000), η κόπωση στον καρκίνο είναι μια δυσάρεστη, πολυδιάστατη, νευροφυσιολογική και ψυχοκοινωνική διαδικασία, γνωστή πλήρως μόνο στο άτομο που την βιώνει. Ωστόσο η Βορειοαμερικανική Νοσηλευτική Εταιρεία Διαγνώσεων, το 1995 όρισε το σύμπτωμα της κόπωσης σαν μια ανυπόφορη, υφιστάμενη αίσθηση εξάντλησης και μειωμένη ικανότητα, για σωματική και πνευματική εργασία. επίσης προσδιόρισε τα χαρακτηριστικά της γνωρίσματα ως εξής:

α) Κύρια γνωρίσματα: έκφραση μιας αδιάκοπης υπερβολικής έλλειψης ενέργειας και ανικανότητα πραγματοποίησης των καθημερινών δραστηριοτήτων.

β) Δευτερεύοντα γνωρίσματα: αναζήτηση βοήθειας για την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, αύξηση των σωματικών συμπτωμάτων, συναισθηματική αστάθεια ή ευερεθιστότητα, λήθαργος, αδιαφορία για το περιβάλλον, επιρρέπεια σε ατυχήματα.

Τα αίτια της κόπωσης σύμφωνα με την Παππά (2000), συνδέονται κυρίως με την θεραπεία. Τα άτομα που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση βιώνουν το αίσθημα της κοπώσεως τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά. Επίσης η κόπωση θεωρείται η πιο συχνά αναφερόμενη παρενέργεια της χημειοθεραπείας. Η συχνότητα της εμφάνισής της σε ασθενείς που υποβάλλονται σε τέτοιου είδους θεραπεία, εκτιμάται ότι είναι 70-100%. Τα επίπεδα της κόπωσης παραμένουν πολύ υψηλά και στα άτομα που υποβάλλονται σε ακτινοβολία. Η κόπωση αποτελεί μια συχνή και συστηματική παρενέργεια της τοπικής ακτινοθεραπείας, ενώ το ποσοστό εμφάνισής της πλησιάζει το 35-100%. Τέλος, η ανησυχία, το άγχος, η σύγχυση, ο θυμός, είναι αντιδράσεις και συναισθήματα που συνδέονται με την εμφάνιση της κόπωσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6:

Σύνδρομο πόνου σε καρκινοπαθείς

I. ΠΟΝΟΣ ΑΠΟ ΑΜΕΣΑ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

A. Καρκινική διήθηση του οστού

1. Μετάσταση στην βάση του κρανίου
2. Μετάσταση στους σπονδύλους

B. Καρκινική διήθηση του νευρικού ιστού

1. Περιφερειακή νευροπάθεια
2. Πάθηση βραχιονίου πλέγματος, οσφυϊκής ιερής μοίρας
3. Μηνιγγική καρκινομάτωση
4. Επισκληριδίου πίεση του νωτιαίου μυελού

Γ. Καρκινική διήθηση της μικρής πυέλου

II. ΠΟΝΟΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. Πόνος μετά την χειρουργική επέμβαση

1. Μετά από θωρακοτομή
2. Μετά από μαστεκτομή
3. Μετά από ριζική χειρουργική αντιμετώπιση του τραχήλου
4. Πόνος στο μέλος φάντασμα

B. Πόνος μετά τη χημειοθεραπεία

1. Περιφερειακή νευροπάθεια
2. Νευραλγία μετά την θεραπεία
3. Ψευδο-ρευματική νόσος από στεροειδή
4. Άσηπτη νέκρωση του οστού

Γ. Πόνος μετά την ακτινοθεραπεία

1. Ίνωση του βραχιονίου πλέγματος
2. Μυελοπάθεια
3. Όγκοι των περιφερειακών νεύρων μετά την ακτινοβολία

III. ΠΟΝΟΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ Ή ΑΛΛΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. Διαβητική νευροπάθεια

B. Δισκοπάθεια (αυγενική-οσφυϊκή)

Γ. Ρευματική αρθρίτιδα

Πηγή: Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του, Πάτρα, 1990.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7:

Συχνότητα του πόνου στον καρκίνο

Συγγραφείς	Ασθενείς	% με πόνο	Στάδιο
Cartwright	215	87	Τελικό χρόνο
Wilkes	300	58	Τελικό
Haram	607	66	Τελικό
Foley	397	38	Κάθε στάδιο
Foley	39	60	Τελικό
Pannuti	291	64	Προχωρημένο

Πηγή: Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του, Πάτρα, 1990.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8:

Συχνότητα του πόνου σε σχέση με το είδος του όγκου

Είδος του όγκου	% Συχνότητα
Οστά	85
Στοματική κοιλότητα	80
Ουρογεννητικό σύστημα ανδρών	75
Πνεύμονας	72
Ουρογεννητικό σύστημα γυναικών	70
Μαστός	52
Παχύ έντερο	40
Λέμφωμα	20
Λευχαιμία	5

Πηγή: Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του, Πάτρα, 1990.

Β) ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

1^η φάση-Πρώιμο στάδιο

Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1986), μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης οι γυναίκες-ασθενείς αντιδρούν με πανικό και σοκ, που ακολουθούνται ή από άρνηση που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλειστεί η γυναίκα

θα πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής, πολλές γυναίκες θα είναι **αγχώδεις, ανήσυχες, σε κατάθλιψη** και συχνά εκφράζουν ένα **φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου**. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, η κάθε γυναίκα είναι αναγκασμένη να αποσυρθεί επ' αόριστον από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν ένα **αίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας**.

Υπάρχουν όμως και μακροπρόθεσμες διαστάσεις, σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1995), που συνδέονται:

1. Με τις επιπτώσεις που θα έχει η ασθένεια στην οικογενειακή, στην κοινωνική, στην επαγγελματική ζωή και στα οικονομικά.
2. Με την κακοήθεια της ασθένειας, που βιώνεται ως μια απειλή της υγείας και της ίδιας της ζωής. Ξαφνικά το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι «ευάλωτο» και «θνητό». Για κάποιες ασθενείς η διάγνωση αποτελεί μια κρίσιμη καμπή, καθώς ανακαλύπτουν τις σχέσεις, τις αξίες, τις προτεραιότητες και τις επιδιώξεις που είναι πραγματικά σημαντικές γι' αυτές.

Όπως αναφέρουν οι Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1986), ο τρόπος κατά τον οποίο η κάθε γυναίκα-ασθενής θα αντιμετωπίσει την νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειές της (στην ίδια και στους άλλους) εξαρτάται κατά μεγάλο μέρος από το πώς είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στην ζωή. Συγκεκριμένα, η εξέλιξη-πρόγνωση εξαρτάται από την:

- ⇒ Προσωπική ψυχο-πνευματική επένδυση της γυναίκας (αξίες ζωής, πίστη, ιδανικά, εσωτερική συγκρότηση).
- ⇒ Ανάλογη μεταχείριση από το άμεσο περιβάλλον (σύζυγο, παιδιά, γονείς)

⇒ Υπαρξη συνοδών συμπτωμάτων (μεταστάσεις, οίδημα, δυσφορία κλπ.)

Όσον αφορά τη συναισθηματική παλινδρόμηση του ατόμου, ανασταλτικούς παράγοντες αποτελούν:

⇒ Η ωριμότητα, η ευρύτητα, η ολοκλήρωση που έχει η γυναίκα.

⇒ Το δυναμικό της.

⇒ Το αίσθημα της επιβίωσης, που είναι ανάλογο με το μέγεθος των συναισθηματικών της δεσμών (συγγενείς, φίλοι).

⇒ Τέλος από την ικανότητα που έχει να χρησιμοποιεί το τραυματικό επεισόδιο σαν αφετηρία νέας εμπάθυνσης στη ζωή και εποικοδομητικής ανακατάταξης αξιών.

2^η φάση-Ενδιάμεσο στάδιο

Όταν διαπιστωθεί ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά και επανεμφανίστηκε, υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1986), μερικές γυναίκες-ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό όταν εμφανίζονται συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου, γιατί θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή της νόσου. Η επανεμφάνισή της θα σήμαινε ότι πρέπει να βιώσουν από την αρχή όλους τους φόβους και τα άγχη που τους προκάλεσε η ασθένεια.

Κατά την Kubler Ross (1988), τα άτομα που διέρχονται από πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιούν ότι ασθενούν μέχρι το θάνατό τους.

➤ Το πρώτο στάδιο είναι της άρνησης και της απομόνωσης. Η πρώτη αντίδραση των ασθενών της Kubler Ross όταν πληροφορήθηκαν την ασθένειά τους ήταν: «όχι, όχι εμένα. Δεν

είναι δυνατών να είναι αλήθεια». Η δεύτερη αντίδραση ήταν: «Και όμως είναι αλήθεια». Τότε περιέπεσαν σε απόγνωση και περισυλλογή.

- Το δεύτερο στάδιο είναι του θυμού που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με τη φράση των ασθενών: «Γιατί εγώ;». Ο θυμός στρέφεται προς άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμα και προς το θεό.
- Το τρίτο στάδιο είναι της συνδιαλλαγής. Ο ασθενής ημερεύει. Παρακαλάει. Μοιάζει σαν να αναζητά αναβολή του μοιραίου και για αντάλλαγμα προσφέρει την καλή του συμπεριφορά. Μπορεί να παρομοιαστεί με το μικρό παιδί που ζητάει μια χάρη και οι γονείς του την αρνούνται. Στην αρχή θυμώνει και κλαίει. Όταν διαπιστώνει ότι οι γονείς του δεν υποκύπτουν σ' αυτή του την συμπεριφορά, αρχίζει να παρακαλεί.
- Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης. Κατά την Kubler Ross, υπάρχουν δύο (ή τύποι) κατάθλιψης αυτών των ασθενών. Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη. Τυπικό παράδειγμα αντιδραστικής κατάθλιψης είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή. Αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι πλέον πλήρης γυναίκα και πέφτει σε κατάθλιψη. Το δεύτερο είδος της κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική κατάθλιψη. Το άτομο προπαρασκευάζεται για το τελικό στάδιο. Η κατάθλιψή του δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών ή αποτυχιών αλλά συνέπεια της επικείμενης απώλειας των πάντων.
- Το πέμπτο στάδιο είναι της αποδοχής. Το άτομο που ασθενεί αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος του. Βαθμιαία περιορίζει τα ενδιαφέροντά του στο ελάχιστο δυνατόν. Οι επισκέψεις τον ενοχλούν. Θέλει να μείνει μόνο του. Η συσκευή της τηλεόρασής του είναι μονίμως κλειστή. Η επικοινωνία του με το περιβάλλον

του γίνεται συνήθως με νοήματα και σπανιότερα με την ομιλία. Συχνά κοιμάται ακανόνιστα, μέχρι που έρχεται η στιγμή που κοιμάται για πάντα.

Οι φάσεις που περιγράψαμε σπάνια διαδέχονται κανονικά η μία την άλλη. Ορισμένοι ασθενείς σταματούν πολύ καιρό σε ένα από τα στάδια και ύστερα επανέρχονται σε ένα από τα προηγούμενα, έστω και αν έχουν φτάσει στο στάδιο της αποδοχής. Για παράδειγμα, αν συμβεί υποτροπή της ασθένειας το άτομο θα επαναστατήσει και πάλι θα πέσει σε κατάθλιψη. Η μερική άρνηση χρησιμοποιείται σχεδόν απ' όλους τους ασθενείς όχι μόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων της ασθένειας αλλά και αργότερα από καιρό σε καιρό.

Ο Στεφανής (1981), υποστηρίζει ότι οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε ατόμου που πάσχει από καρκίνο εξελίσσονται σε τρεις φάσεις:

- Η πρώτη φάση (όταν το άτομο μαθαίνει για την ασθένειά του) χαρακτηρίζεται από **αόριστη ανησυχία**, που μπορεί να φτάσει στον **πανικό**.
- Η δεύτερη φάση (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει την ασθένεια και οργανώνει τις ψυχολογικές του άμυνες) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή **άγχος, φόβο θανάτου** και συχνότερα **άρνηση της ασθένειας**.
- Η Τρίτη φάση (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε από **θετική προσαρμογή** στην πραγματικότητα της ασθένειας, είτε από την **παρουσία ψυχιατρικών επιπλοκών**.

Σύμφωνα με την Κάρλου (2000), τα ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν στους ογκολογικούς ασθενείς διακρίνονται σε:

- ♦ Αγχώδη διαταραχή
- ♦ Καταθλιπτική διαταραχή
- ♦ Οργανικές διαταραχές
- ♦ Προσαρμοστικές διαταραχές

Αγχώδης διαταραχή

Η αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη και συνδυασμένη εμφάνιση επίμονων φυσικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων διάρκειας 1-2 εβδομάδων. Πρωταρχικά τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν: αδυναμία συγκέντρωσης, επαναλαμβανόμενες ανήσυχες σκέψεις και αντιλήψεις, νευρικότητα, ανησυχία. Τα φυσικά συμπτώματα είναι γαστρεντερικές διαταραχές, αναπνευστικές διαταραχές, καρδιαγγειακές και διαταραχές στο κεντρικό νευρικό σύστημα, καθώς και στο γενετήσιο.

Καταθλιπτική διαταραχή

Η καταθλιπτική διαταραχή συνδυάζεται με τον καρκίνο και χαρακτηρίζεται από μικρής έως σοβαρής διάρκειας ψυχολογικές διαταραχές (2- 4 εβδομάδων) που εμφανίζονται με τα ακόλουθα συμπτώματα: απαισιόδοξες σκέψεις, κακή διάθεση, αδυναμία να αισθανθούν χαρά, ενοχή, αδυναμία και απώλεια κάθε αισθήματος ελπίδας. Η κατάθλιψη είναι η πιο σημαντική και συχνή ψυχιατρική διαταραχή, αφού οι ασθενείς με καρκίνο έχουν αρκετούς λόγους που θα μπορούσαν να αποτελέσουν αφορμές για την έκλυση μιας μείζονος κατάθλιψης.

Οργανικές διαταραχές

Οι οργανικές διαταραχές παρουσιάζονται μετά από προφανείς βλάβες στον εγκέφαλο λόγω της νόσου ή της θεραπείας, που επηρεάζουν τις εγκεφαλικές λειτουργίες.

Προσαρμοστικές διαταραχές

Οι προσαρμοστικές διαταραχές διαρκούν 1-2 εβδομάδες και παρουσιάζονται σαν συναισθηματικές υπερβολικές αντιδράσεις στο στρες.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες, όπως λέει η Κάρλου (2000), οι οποίοι θα επηρεάσουν την εμφάνιση ή όχι αυτών των διαταραχών, το είδος, καθώς και τη διάρκειά τους. Αυτοί είναι:

- ⇒ Η ηλικία και το φύλο.
- ⇒ Το είδος του καρκίνου, το στάδιο της νόσου, καθώς και το είδος της θεραπείας.
- ⇒ Ο πόνος που δεν αντιμετωπίζεται.
- ⇒ Προηγούμενη εμπειρία από τον καρκίνο στο γύρω περιβάλλον, καθώς και οι παρούσες συνθήκες που βιώνει ο ασθενής την διάγνωση του καρκίνου.
- ⇒ Ο κοινωνικός περίγυρος και η υποστήριξη που έχει ο ασθενής από τους γύρω του, καθώς και οι μηχανισμοί άμυνας που έχει.
- ⇒ Οι αντιλήψεις όσον αφορά την κουλτούρα και τα θρησκευτικά του πιστεύω.
- ⇒ Ο τύπος της προσωπικότητας του ασθενούς, τα προσωπικά του πιστεύω γύρω από την νόσο και την υγεία.
- ⇒ Η στάση του κατά τη διάρκεια της ζωής του στο θέμα καρκίνος.
- ⇒ Προηγούμενο ιστορικό ατομικό ή οικογενειακό ψυχιατρικής διαταραχής.

Καμιά άλλη νόσος δεν απειλεί τη σωματική εικόνα όσο ο καρκίνος, όπως λέει η Κυρίτση-Κουκουλάρη (2000). Σύμφωνα με τη γιατρό, ο Mattheis περιγράφει τη σωματική εικόνα ως μία διανοητική παράσταση του σώματος, η οποία αναπτύσσεται από εσωτερικές

αισθήσεις, συναισθήματα, λειτουργίες και εμπειρίες, και από εξωτερικά αντικείμενα και πρόσωπα. Είναι μία αντίληψη που έχει το άτομο για το σώμα του. Καθορίζεται κατά μεγάλο μέρος από το πώς το άτομο νομίζει ότι φαίνεται στους άλλους το σώμα του. Συμπεριλαμβάνει μία ξεχωριστή έννοια του σώματος, η οποία αλλάζει σύμφωνα με τα ερεθίσματα του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος.

Όπως λέει η Κυρίτση-Κουκουλάρη (2000), Η σωματική εικόνα θεωρείται μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης της προσωπικότητας. Είναι ευέλικτη και επηρεάζεται σημαντικά από τη συμπεριφορά των άλλων. Η στάση ενός ατόμου προς τη σωματική του εικόνα αντανακλά την αυτοπεποίθησή του και την ασφάλεια. Η εικόνα του σώματος είναι σπουδαίος παράγοντας, προσδιοριστικός της συμπεριφοράς. Αν η εικόνα του σώματος καθορίζει τη συμπεριφορά και την αυτοϊδέα, τότε η συμπεριφορά των ατόμων πρέπει να μεταβάλλεται όταν συμβαίνουν σωματικές αλλαγές. Αυτό συμβαίνει στην εφηβεία και στην ασθένεια.

Σύμφωνα με τον Ρηγάτο (1985), η γυναίκα που έχει υποστεί μαστεκτομή κυριεύεται από αισθήματα ανεπάρκειας του ρόλου της, εφόσον ο μαστός συμβολίζει την αγάπη, την εμπιστοσύνη, την ασφάλεια, τη θηλυκότητα και τη μητρότητα. Είναι όργανο που παρέχει στο βρέφος τροφή, και συνεπακόλουθα ευχαρίστηση, αγάπη και αίσθημα ασφάλειας. Για την γυναίκα συνυφαίνεται με την αγάπη που μπορεί να προσφέρει και, είναι δηλαδή δεμένο με τη μητρότητα και τη θηλυκότητα. Για τον άντρα σημαίνει ότι θα του εκπληρώσει τις επιθυμίες και θα του προσφέρει αγάπη. Για όλα αυτά η απώλεια του μαστού μπορεί να πάρει διαστάσεις μίας καταστροφικής απώλειας.

Χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν διαταραχές στην ιδεατή εικόνα του σώματος

1. Υποκειμενικά χαρακτηριστικά

- ♦ Αλλαγές στον τρόπο ζωής.
- ♦ Φόβος απόρριψης από τους άλλους.
- ♦ Αρνητικά συναισθήματα για το σώμα.
- ♦ Άρνηση της αλλαγής που συνέβη.

2. Αντικειμενικά χαρακτηριστικά

- ♦ Απουσία ενός μέρους του σώματος.
- ♦ Αποφυγή ενατένησης του μέλους του σώματος.
- ♦ Αποφυγή ψηλάφησης του μέλους του σώματος.
- ♦ Ανικανότητα αποδοχής της αλλαγής στην κατασκευή του σώματος π.χ. ασθενής με ακρωτηριασμό ή μαστεκτομή (Κυρίτση-Κουκουλάρη, 2000)

Σύμφωνα με την Κυρίτση-Κουκουλάρη, όταν συμβεί μία αλλαγή υπάρχει συχνά κάποια καθυστέρηση, ως προς τη συνειδητοποίηση της αλλαγής και κατά συνέπεια και της τροποποιημένης σωματικής εικόνας. Η αποδοχή της νέας σωματικής εικόνας είναι σημαντική για την προσαρμογή του ατόμου στην κατάσταση της υγείας του που προκύπτει και στην ικανότητά του να αναπτυχθεί παρά την αλλαγή.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό πως είναι αναγκαία η παρακολούθηση της καρκινοπαθούς από έναν ψυχολόγο, τόσο για υποστήριξη, στις διάφορες φάσεις της ασθένειας όσο και για αντιμετώπιση ή και πρόληψη ακόμα των ψυχολογικών προβλημάτων που μπορεί να εμφανίσει η ασθενής.

Ο Αναγνωστόπουλος (1984), υποστηρίζει ότι ο ψυχολόγος μπορεί να στηρίζει τον καρκινοπαθή στην αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων που προκύπτουν από την νόσο και τη θεραπεία της. Η κύρια όμως ψυχολογική προσφορά έγκειται στην στο επιλεγμένο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα που θα εφαρμόσει, δηλαδή ατομική (αναλυτική, υποστηρικτική, συμπεριφορική) ψυχοθεραπεία και ομαδική

ψυχοθεραπεία, ανάλογα με το ποια θα κριθεί σαν η πιο κατάλληλη. Στόχος είναι να τροποποιηθεί η συμπεριφορά αλλάζοντας κάποιες διαστάσεις της προσωπικότητας του ασθενή.

Η προσωπικότητα του καρκινοπαθούς, σύμφωνα με τον Αναγνωστόπουλο (1984), έχει ορισμένα χαρακτηριστικά όπως φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία έκφρασης προς τα έξω επιθετικών συναισθημάτων, τάση για απώθηση και άρνηση κρίσιμων καταστάσεων, προσπάθεια να είναι αρεστός και συμπαθής στους άλλους, να ικανοποιεί, δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές του ανάγκες και επιθυμίες, διάθεση αυτομομφής, προδιάθεση για βίωση απελπισίας και απόγνωσης. Ακριβώς αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας καθορίζουν και τον τρόπο που το άτομο θα αντιδράσει όταν βρεθεί μπροστά σε έντονα γεγονότα.

Ατομική ψυχοθεραπεία

Στόχος της ατομικής ψυχοθεραπείας με ένα καρκινοπαθή είναι να μάθει ο ασθενής να αισθάνεται ενεργητικός, με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες, ακόμη και αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους και να πάρει τη δύναμη και την ελπίδα να αγωνιστεί για τη ζωή του. Σύμφωνα με τον αμερικάνο ψυχοθεραπευτή Richard Renneker που είναι από τους πιο πεπειραμένους στην ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς, όπως αναφέρει ο Αναγνωστόπουλος (1984), το να πολεμήσει ο ασθενής τη νόσο του είναι πάντα ο καλύτερος τρόπος να την αντιμετωπίσει. Ο ασθενής σύμφωνα με τον Renneker, πρέπει:

1. Να μάθει να αντικαθιστά την παθολογική ανάγκη που τον χαρακτηρίζει να είναι διαρκώς καλός, συμπαθής και αρεστός στους άλλους και να μη δίνει προτεραιότητα στις δικές του ανάγκες, πράγμα που συνεπάγεται την κινητοποίηση μηχανισμών άρνησης

και απώθησης στην καθημερινή ζωή και τις διαπροσωπικές σχέσεις.

2. Να αναπτύξει νέους τρόπους να εκφράζεται, να προβάλει τον εαυτό του και να πραγματώνει τις αποφάσεις που παίρνει, ανεξάρτητα από το τι λένε ή σκέπτονται οι άλλοι.
3. Να μάθει να εγκαθιστά ικανοποιητικές, λειτουργικές, βαθιές και ελκρινείς ανθρώπινες σχέσεις.

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Κατά κανόνα ο καρκίνος, και ιδίως τα τελευταία στάδια, συντελεί ώστε ο ασθενής να απομονώνεται διατηρώντας ελάχιστη επαφή με τον εξωτερικό κόσμο, μη θέλοντας να γίνει βάρος στους φίλους και στην οικογένεια με τους φόβους και τις ανησυχίες του, αλλά ακόμη και επειδή οι ίδιοι οι συγγενείς απομακρύνονται από τον ασθενή μη μπορώντας ή μη επιθυμώντας να εμπλακούν στη σοβαρότητα της κατάστασης. Έτσι ο ασθενής βαθμιαία αποκόβει τους δεσμούς και την επικοινωνία και μένει όλο και περισσότερο μόνος του. Σε τέτοιες περιπτώσεις αλλά και σε άλλες, η ομαδική ψυχοθεραπεία κρίνεται σαν η πιο προσιτή μέθοδος παρέμβασης.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα που θα έκαναν τον ψυχολόγο να την επιλέξει έναντι της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι:

1. Η συμμετοχή του ασθενή σε μία ομάδα με άλλους που αντιμετωπίζουν τις ίδιες συνθήκες καταστάσεων που απειλούν τη ζωή παρέχει μία αίσθηση ότι ανήκουν σε μία κοινότητα και βελτιώνει τα συναισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς που βιώνουν οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς.
2. Στην ομάδα τα μέλη ενθαρρύνονται να εκφράσουν όλες τις ανησυχίες τους και να συζητήσουν τους αμοιβαίους φόβους τους γύρω από τις δυσκολίες στη θεραπευτική αγωγή, τρόπους αντιμετώπισης ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων και άλλες πρακτικές

συμβουλές, έλεγχος πόνου, θέματα επικοινωνίας με το γιατρό, προβλήματα με την οικογένειά τους.

3. Έτσι ο ασθενής αισθάνεται ότι είναι χρήσιμος στους άλλους, δίνοντας αλλά και παίρνοντας, συμβάλλοντας στην βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των άλλων, αυξάνοντας την αίσθηση ότι αξίζει, ότι τον αποδέχονται, ότι τον συμμερίζονται και συμπάσχουν και μειώνεται το αίσθημα της αδυναμίας. Ακόμα όταν κάποιο μέλος της ομάδας πεθάνει, ο ασθενής μπορεί να εκφράσει τον πόνο του και να θρηνησει, αισθανόμενος ότι και οι άλλοι του συμπαραστέκονται.
4. Επίσης η ομάδα βοηθά στην απευαισθητοποίηση των ασθενών στην ιδέα του θανάτου. Αγγίζοντας το θέμα αυτό και προσεγγίζοντάς το επανειλημμένα, συζητώντας θέματα όπως η μετά θάνατο ζωή, εξοικειώνονται με την ιδέα του θανάτου και είναι περισσότερο έτοιμοι να δεχτούν ένα τέτοιο ενδεχόμενο χωρίς έντονο πανικό, άγχος, κατάθλιψη ή απόγνωση.
5. Στην ομάδα τέλος δίνεται έμφαση στο πόσο σημαντικό είναι να βρεθούν χρήσιμοι τρόποι χρησιμοποίησης του υπόλοιπου της ζωής κατά τον καλύτερο τρόπο.

Γ) ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Οι κυριότερες κοινωνικές λειτουργίες της ασθενούς που επηρεάζονται από την ασθένεια και τη θεραπεία της είναι η **εργασία-επαγγελματική απασχόληση**, οι **κοινωνικές συναναστροφές** και η **ψυχαγωγία**.

1. Εργασία

Ο καρκίνος είναι ασθένεια που δημιουργεί στην αντιμετώπισή της ιδιαίτερες δαπάνες, που καταστρέφουν πολλές φορές και εύπορες

οικογένειες, όπως λέει η Γιδοπούλου-Στραβολαίμου (1991). Κατόπιν τούτου αναλογίζεται κανείς, το οικονομικό αδιέξοδο που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες των καρκινοπαθών. Πολλές φορές λοιπόν ίσως ο ασθενής μετά τη θεραπεία να αναγκαστεί να επιστρέψει στην εργασία του για να ενισχύσει οικονομικά την οικογένειά του.

Πολλοί άνθρωποι, σύμφωνα με τους Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992), δεν συνειδητοποιούν ότι το αίσθημα του αυτοσεβασμού και αυτοεκτίμησης εξαρτάται καίρια από την αίσθηση ότι είναι δραστήριοι, παραγωγικοί και ικανοί να φροντίσουν τον εαυτό τους και τους άλλους. Μόνο όταν ξαφνικά τους πλήττει μια ασθένεια αντιλαμβάνονται πόσο σημαντικά είναι όλα αυτά. Οποσδήποτε η εργασία είναι απαραίτητη για οικονομικούς λόγους, είναι όμως εξίσου βασική και για ψυχολογικούς λόγους.

Αυτό ισχύει ιδίως για τους καρκινοπαθείς, όπως υποστηρίζουν οι παραπάνω συγγραφείς. Η απώλεια της αυτοεκτίμησης που συχνά ακολουθεί τη διάγνωση του καρκίνου ή τη θεραπευτική αγωγή, μπορεί να επιδεινωθεί αν ο ασθενής κάθεται άπραγος, εξαρτώμενος από την οικογένεια και τους φίλους του. Είναι λοιπόν σημαντικότερο για την ψυχική και πνευματική του ηρεμία να βρει τρόπους να επιστρέψει στην ενεργό παραγωγική απασχόληση. Αυτό σημαίνει είτε επιστροφή στην προηγούμενη εργασία είτε εκμάθηση μιας νέας τέχνης, μελέτη ή απασχόληση με τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού.

Όπως αναφέρουν Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992), η επιστροφή στην εργασία ίσως δημιουργήσει προβλήματα. Μια πιθανή αναπηρία μπορεί να μην επιτρέψει την ενασχόληση του ασθενούς με την προηγούμενη εργασία. Ακόμη ο ασθενής ίσως αντιμετωπίσει κάποια δυσμενή διάκριση ή προκατάληψη στο χώρο της εργασίας. Είναι λυπηρό, αλλά υπάρχουν ακόμη άτομα που στιγματίζουν τους καρκινοπαθείς. Εργοδότες και συνάδελφοί τους ίσως αντιδράσουν έτσι λόγω κάποιου

αόριστου φόβου ή ανησυχίας ως προς μία αφηρημένη έννοια του καρκίνου. Οι συνάδελφοι μπορεί να μένουν σε απόσταση είτε διότι δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν είτε έχουν κάποιες παράλογες ιδέες και λανθασμένες αντιλήψεις και φοβούνται μήπως κολλήσουν τη φοβερή ασθένεια. Οι εργοδότες ίσως φοβούνται τη μειωμένη απόδοση του καρκινοπαθούς υπαλλήλου ή τις οικονομικές απώλειες εξαιτίας των αναρρωτικών αδειών για θεραπευτικούς λόγους.

Οι Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992), υποστηρίζουν ότι το σπουδαιότερο είναι να διατηρήσει ο καρκινοπαθής μια θετική στάση παρά τις οποιεσδήποτε απορρίψεις. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσιοθεραπευτές και οι εργασιοθεραπευτές, μπορούν να βοηθήσουν στην ομαλή επανένταξη του στο εργασιακό δυναμικό, στην ανεύρεση εργασίας που να ανταποκρίνεται στις ικανότητές του, ή αν είναι απαραίτητο στην επανεκπαίδευσή του. Όμως το μυστικό είναι να μάθει κανείς να ζει με τον καρκίνο. Η θετική στάση θα ενισχύσει την αποφασιστικότητα και θα εξομαλύνει τυχόν δυσκολίες με εργοδότες και συναδέλφους.

2. Κοινωνικές συναναστροφές και ψυχαγωγία

Σύμφωνα με την Γιδοπούλου-Στραβολαίμου (1991), ο καρκίνος είναι περισσότερο γνωστός σαν επάρατος, παρά σαν μία «χρόνια νόσος» όπως την ορίζει η ιατρική επιστήμη. Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες ασθένειες δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός, ότι η ασθένεια αυτή είναι ταυτισμένη με το θάνατο, αλλά κυρίως γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο.

Το άγνωστο αίτιο του καρκίνου, όπως λέει η Γιδοπούλου-Στραβολαίμου (1991), παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα, έχουν διαμορφώσει το «κοινωνικό στίγμα» της νόσου. Η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς και κάθε άλλη μορφή υπερπροστασίας αποτελούν ίσως

την χαρακτηριστικότερη μορφή έκφρασης του κοινωνικού στίγματος. Έστω κι αν διαφέρουν μεταξύ τους οι τρόποι που εκφράζεται το στίγμα αυτό, κοινή συνισταμένη όλων είναι ο οίκτος που δέχονται σαν μήνυμα τα άτομα που προσβάλλονται από τον καρκίνο. Ο οίκτος αποτελεί το συναίσθημα που είναι κατ' εξοχήν υπεύθυνο για την «κοινωνική απομόνωση» που παρατηρείται στα άτομα με καρκίνο.

Σύμφωνα με τους Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992), η ψυχαγωγία αποτελεί απαραίτητη παράμετρο της ζωής. Όλοι χρειάζονται μια ανάπαυλα από τη ρουτίνα της καθημερινής ζωής για να διατηρήσουν την ισορροπία τους. Μολονότι αρκετές φορές δύσκολα κατορθώνει κανείς να συγκεντρώσει την ενεργητικότητα και τη θέλησή του, η ψυχαγωγία αποκτά μεγαλύτερη σημασία όταν κάποιος ασθενεί. Με την απασχόληση σε κάποια ευχάριστη δραστηριότητα ο ασθενής εκτονώνεται και χαλαρώνει. Επίσης αποκτά μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και ευεξία. Στη διάρκεια της αντικαρκινικής αγωγής ίσως παραμεληθεί η ανάγκη για ψυχαγωγία. Ενδεχομένως μερικοί νομίζουν ότι δεν είναι απαραίτητη ή τη θεωρούν ανέφικτη. Σύμφωνα με τους συγγραφείς όμως, αυτό είναι λάθος. Παρά τους περιορισμούς που προκύπτουν, οι ασθενείς μπορούν να αρχίσουν κάποιες δραστηριότητες ενόσω νοσηλεύονται και να τις συνεχίσουν όταν επιστρέψουν στο σπίτι.

Η ομαδική εργασία ή η ατομική εργασία δίπλα σε άλλους που ασχολούνται με την ίδια δραστηριότητα έχει, σύμφωνα με τους Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992), πολλά πλεονεκτήματα. Η κοινωνική συναναστροφή δίνει την ευκαιρία να συζητηθούν διάφορα προβλήματα και ανησυχίες. Επιπλέον δίνει την ευκαιρία να συζητηθούν άλλα θέματα άσχετα με τον καρκίνο. Οποιοσδήποτε και αν είναι ο στόχος, η κοινωνική συναναστροφή τονώνει το ηθικό και κατευνάζει τις ανησυχίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με την Καλαούζη (1991), η ελληνική οικογένεια που έχει ασθενή με καρκίνο, ταξινομείται: α) ανάλογα με το ποιο μέλος ασθενεί, β) ανάλογα με το πνευματικό επίπεδό της και γ) ανάλογα με το οικονομικό της επίπεδο. Η Καλαούζη λέει πως η ελληνική οικογένεια δεν ανταποκρίνεται ούτε σε ευρωπαϊκά πρότυπα, ούτε σε αμερικάνικα. Σχετικά με το θέμα του καρκινοπαθούς μέλους, μπορούν να διαπιστωθούν έντονες ιδιαιτερότητες και διαφοροποιήσεις. Μπορεί όμως να γίνει μία αδρή ταξινόμηση σε ομάδες ως εξής:

1. **Οικογένεια που ανταποκρίνεται θετικά απέναντι στον καρκινοπαθή που είναι μέλος της.** Προσπαθεί να τον προσεγγίσει, να του συμπαρασταθεί, να καταλάβει πως αισθάνεται, να δει το πρόβλημά του σφαιρικά και συνήθως ζητά βοήθεια και είναι συνεργάσιμη.
2. **Οικογένεια που δεν ανταποκρίνεται θετικά.** Κλείνει τα μάτια στο πρόβλημα. Το υποτιμά, δε δέχεται τη σοβαρότητα της κατάστασης, ελπίζει ότι είναι «κάτι άλλο», καταφεύγει σε οτιδήποτε εκτός της ορθόδοξης ιατρικής, δεν συνεργάζεται εύκολα, και ζητά αφορμές για να βρει σε όλους λάθη και να ρίξει μομφή. Συχνά απορρίπτει κάθε προσπάθεια για βοήθεια που έρχεται από έξω. Γενικά αναπτύσσεται μεταξύ των μελών της οικογένειας και του ασθενή ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης που συνεχώς εξελίσσεται.
3. **Διαλυμένη οικογένεια.** Ο ασθενής δεν έχει τη συμπαράσταση των μελών, επειδή βρίσκονται σε διάσταση μεταξύ τους ουσιαστικά ή

τυπικά. Εδώ στις δυσκολίες προστίθενται και οι ενοχές των μελών που προκάλεσαν ή νομίζουν ότι προκάλεσαν με την κακή συμπεριφορά τους προβλήματα.

4. Έλλειψη οικογένειας. Ο ασθενής είναι μόνος του ή επειδή διαλύθηκε η οικογένειά του και τον εγκατέλειψε, ή επειδή δεν έκανε ποτέ του οικογένεια. Στην περίπτωση αυτή τα συναισθηματικά προβλήματα προστίθενται και τα πρακτικά.

Οι παράγοντες που καθορίζουν την έκταση της τραγικότητας στην οικογένεια του ασθενή, σύμφωνα με την Καλαούζη (1991) είναι:

1. Το ποιο μέλος της οικογένειας ασθενεί.
2. Πως προδιαγράφεται η εξέλιξη και η πορεία της νόσου.
3. Το πνευματικό επίπεδο των μελών της οικογένειας και η καλλιέργειά τους.
4. Η οικονομική κατάσταση.

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα δυναμικό σύνολο. Επομένως ό,τι επηρεάζει ένα μέλος του, επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια, όπως υποστηρίζει η Παπάζογλου (2000). Οι αντιδράσεις τις οποίες βιώνει η οικογένεια και το οικείο περιβάλλον όταν ένα μέλος διαγνωστεί με μία απειλητική για τη ζωή ασθένεια όπως ο καρκίνος είναι αντίστοιχες με αυτές του ίδιου του ασθενή. Τα φιλικά και συγγενή πρόσωπα βιώνουν ανάλογες αντιδράσεις όπως σοκ, θυμό, θλίψη, αδυναμία, φόβο για το μέλλον, αγωνία, ενοχή και πόνο για τον πιθανό θάνατο.

Σύμφωνα με την Παπάζογλου (2000), με την διάγνωση του καρκίνου αρχίζει και για την οικογένεια μια διεργασία θρήνου καθώς έρχονται αντιμέτωποι με τις διάφορες πραγματικές ή μελλοντικές απώλειες τις οποίες επιφέρει η ασθένεια και στη δική τους ζωή. Κάθε άτομο ανάλογα με τη σχέση που έχει με τον ασθενή, το είδος της και το

πόσο στενή είναι, θρηνεί διαφορετικές απώλειες. Η ασθένεια του ατόμου έχει διαφορετικές συνέπειες για το γονιό, το σύντροφο ή το παιδί του. Καθένας θρηνεί την απώλεια των διαφορετικών ρόλων που ο ασθενής έπαιζε και περίμενε ότι θα παίζει στη ζωή του.

Η ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας διαταράσσει όλη τη ζωή και τη λειτουργία της οικογένειας και έχει επιπτώσεις σε πολλές πτυχές της ζωής των άλλων μελών, όπως για παράδειγμα, στα εργασιακά τους καθήκοντα, την οικονομική τους κατάσταση, τα προσωπικά τους σχέδια και τον τρόπο που βλέπουν το μέλλον τους. Όπως λέει η Παπάζογλου (2000), τα άτομα του οικείου περιβάλλοντος του ασθενούς, καλούνται να αναλάβουν ένα σημαντικό μέρος της φροντίδας και της στήριξής του. Ειδικότερα στη φάση της διάγνωσης η οικογένεια, μαζί με τον ασθενή, καλείται να ενημερωθεί και να κατανοήσει την ασθένεια, τα συμπτώματα και την αντιμετώπισή τους να συμμετέχει στην επικοινωνία με το προσωπικό υγείας και τον προγραμματισμό της θεραπείας, να κατανοήσει το θρήνο του ασθενή, αλλά και να επεξεργαστεί το δικό της θρήνο.

Σύμφωνα με τον Σπηλιώτη (1999), τα προβλήματα που απασχολούν τα μέλη της οικογένειας του καρκινοπαθούς έχουν να κάνουν:

- ⇒ Με τον άνθρωπό τους που βασανίζεται από την νόσο.
- ⇒ Πως θα αντιμετωπισθούν οι ανάγκες που έχουν να κάνουν με την εργασία του ασθενούς, τα έξοδα νοσηλείας και την ασφαλιστική κάλυψη.
- ⇒ Πως θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τα άλλα μέλη της οικογένειας, παιδιά, σύζυγος, στενοί συγγενείς και φίλοι.
- ⇒ Και τέλος το πιο σπουδαίο πρόβλημα είναι ότι όλοι στην οικογένεια ζουν με τον φόβο ότι μπορεί να χάσουν ένα προσφιές πρόσωπο.

Α) Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Κάθε ασθενής με καρκίνο αντιδρά συχνά με μία μεταβλητότητα στο συναίσθημα, όπως υποστηρίζει ο Σπηλιώτης (1999). Στη ζωή της ασθενούς έχουν αρνητικό αντίκτυπο κάποια συναισθήματα όπως ο θυμός, ο φόβος, η απώλεια της αυτοεκτίμησης για τον εαυτό της και η απόσυρση ή απομόνωση που καταφεύγει.

Σύμφωνα με το Σπηλιώτη (1999), μόλις γίνει η διάγνωση του καρκίνου ο θυμός εκδηλώνεται ως άρνηση, ως μη αποδοχή της έννοιας ότι συμβαίνει αυτό το πράγμα στην ίδια. Παράλληλα η θυμική αυτή έξαρση εκδηλώνεται και μέσα στην οικογένεια με αρνητική συμπεριφορά προς τα υπόλοιπα μέλη. Ενοχλείται από τα παιδιά για τις επιδόσεις στο σχολείο, γίνεται δύστροπη ή και καχύποπτη με τις εξόδους του συζύγου της. Μπορεί με την παραμικρή αφορμή να λογομαχήσει για ασήμαντο λόγο.

Τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, όπως αναφέρει ο Σπηλιώτης (1999), οφείλουν:

- α) να αναζητήσουν τα αίτια του θυμού
- β) να επιτρέψουν και να ανεχτούν τα ξεσπάσματα της ασθενούς.

Ο φόβος είναι η επόμενη αντίδραση που θα παρουσιάσει η ασθενής μέσα στην οικογένεια, όπως λέει ο Σπηλιώτης (1999). Κύριο υπόβαθρο του φόβου είναι η άγνοια και η ελλιπής ή λανθασμένη πληροφόρηση. Παράλληλα παίζουν ρόλο και οι λανθασμένες απόψεις του περίγυρου για την ασθένεια. Η γνώση και η κατανόηση είναι τα κύρια εφόδια για αντιμετώπιση του φόβου.

Επίσης ο Σπηλιώτης (1999), υποστηρίζει πως μπορεί να δημιουργηθεί απώλεια της αυτοεκτίμησης από την παραμόρφωση της εξωτερικής εμφάνισης, λόγω της μαστεκτομής. Απώλεια της αυτοεκτίμησης μπορεί επίσης να δημιουργηθεί μέσα από την αδυναμία

να κάνει έρωτα όσο συχνά θα ήθελε. Μέσα από αυτή τη λογική μπορεί να αρχίσει να οδηγείται στην κατάθλιψη και την απόσυρση.

B) Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΖΥΓΟ

Μέσα στην οικογένεια της ασθενούς ο άλλος πόλος που δέχεται διαφορετικές επιδράσεις από την ασθένεια είναι ο συναισθηματικός σύντροφος της. Βρίσκεται, πως λέει ο Σπηλιώτης (1999), ξαφνικά αντιμέτωπος με το πρόβλημα της ασθένειας της συντρόφου του. Πρέπει να μοιραστεί το άγχος, την ανασφάλεια, τις ανησυχίες για τη νόσο και την αντιμετώπισή της. Πρέπει επίσης να αντιμετωπίσει τις νέες ευθύνες και ίσως αρμοδιότητες που ενδεχόμενα να αναλάβει σε σχέση με το κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον της συντρόφου του. Οφείλει να διατηρήσει τις ισορροπίες μέσα στην οικογένεια αναλαμβάνοντας μέρος των ευθυνών της συντρόφου του χωρίς όμως να δείχνει ότι η ασθενής είναι απών. Δεν πρέπει να “σπάσει” ο κρίκος της οικογένειας μέσα από συναισθήματα λύπης, οίκτου, αδυναμίας προς την ασθενή.

Ο σύζυγος της καρκινοπαθούς, σύμφωνα με τον Σπηλιώτη (1999), πρέπει επίσης να βοηθήσει σημαντικά στην αποκατάσταση και την επανένταξη της ασθενούς στην οικογένεια μετά το τέλος της θεραπείας. Πρέπει να σταθεί μπροστά στα προβλήματα σωματικά και ψυχικά που αντιμετωπίζει η ασθενής. Πρέπει να στηρίζει την εμφάνιση, τη διάθεση, τον ερωτισμό, με τρυφερότητα και ευαισθησία. Πρέπει να προφυλάξει τη σύντροφό του από την πίεση του κοινωνικού και συγγενικού περίγυρου, που στην προσπάθεια να εκφράσει τη συμπαράστασή του, πολλές φορές δημιουργεί αμηχανία, φόβο ή θυμό στην ασθενή. Πρέπει ακόμα να δημιουργήσει συνθήκες ασφάλειας και δύναμης απέναντι στα άλλα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερα στα παιδιά.

Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1995), συχνά με τη διάγνωση αναβιώνουν άλυτα προβλήματα του παρελθόντος. Μια

ευάλωτη συζυγική σχέση μπορεί να κλονιστεί ή κάποιοι προϋπάρχοντες φόβοι για εγκατάλειψη μπορεί να ενταθούν. Η γυναίκα που υποβάλλεται σε μαστεκτομή αναζητά την αποδοχή του συζύγου της. Αναρωτιέται «Άραγε θα με αγαπά ο άντρας μου όπως και πριν;». Αν η προϋπάρχουσα σχέση του ζευγαριού ήταν βαθιά και σταθερή, τότε η πιθανότητες να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες της κατάστασης που διαμορφώθηκε είναι μεγάλες. Ακόμα και αν οι σύζυγοι τηρήσουν στην αρχή ορισμένες αποστάσεις, που επιτρέπουν στον καθένα να αφομοιώσει και να αποδεχτεί τη νέα πραγματικότητα, σύντομα αναπτύσσουν και πάλι μια σχέση αμοιβαίας κατανόησης, αλληλοενθάρρυνσης και τρυφερότητας. Όταν όμως η συζυγική σχέση ήταν προβληματική, τότε η γυναίκα μπορεί να πιστέψει ότι η απομάκρυνση του συζύγου της αποτελεί ένδειξη απόρριψης εξαιτίας της μαστεκτομής που υπέστη. Μερικές φορές όμως αποτελεί αφορμή για να χωρίσει το ζευγάρι, βάζοντας τέλος σε μια σχέση που ήταν προβληματική από καιρό.

Ο καρκίνος επιδρά σε όλες της εκδηλώσεις της ζωής, σύμφωνα με τους Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992). Δεν είναι λοιπόν περιεργό το ότι επηρεάζει τα σεξουαλικά αισθήματα και τον τρόπο έκφρασής τους. Όμως τόσο η καρκινοπαθής όσο και ο σύζυγός της παραμένουν σεξουαλικές οντότητες, διατηρούν δηλαδή τις ίδιες ανάγκες και επιθυμίες που είχαν πριν εμφανιστεί η νόσος. Οι μεταβολές βέβαια της σωματικής εικόνας, η μειωμένη ενεργητικότητα, και η αγωνία της επιβίωσης, καθώς και το άγχος λόγω των οικογενειακών και οικονομικών δυσκολιών επηρεάζουν την έκφραση της σεξουαλικότητας και δημιουργούν προβλήματα στη ερωτική επιθυμία.

Οι άντρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά ανίκανοι για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νιώσουν σεξουαλική επιθυμία, όπως αναφέρει ο Αναγνωστόπουλος (1984), πράγμα που μπορεί να επηρεάσει τη σχέση του ζευγαριού. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει

αμοιβαία κατανόηση και συζητούν το θέμα, τότε αυτά τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγήσουν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί.

Οι Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992), υποστηρίζουν ότι επειδή το γυναικείο στήθος είναι ιδιαίτερα σεξουαλικό όργανο παρουσιάζονται συχνά σεξουαλικά προβλήματα στη γυναίκα με καρκίνο του μαστού. Σεξουαλικά προβλήματα παρουσιάζει ακόμα και το 10% των γυναικών που έχουν *καλοήγη* βιοψία. Όταν αφαιρούνται ογκίδια τα οποία αλλοιώνουν ελάχιστα την εικόνα του σώματος τα σεξουαλικά προβλήματα είναι ελάχιστα. Σεξουαλική δυσλειτουργία παρατηρείται στο 30- 40% των γυναικών που έχουν υποστεί ριζική μαστεκτομή. Μετά τη μαστεκτομή η γυναίκα ανησυχεί για την εμφάνισή της. Όταν γδύνεται μπροστά στον σύντροφό της ή κοιμάται γυμνή νιώθει άχαρη και αδέξια. Αυτό είναι απόλυτα φυσικό, ιδίως λόγω της ιδιαίτερης έμφασης που δίνουν στη σεξουαλικότητα του στήθους τα κοινωνικά πρότυπα. Η θλίψη για την απώλεια του στήθους είναι μεγάλη όμως με το πέρασμα του χρόνου οι περισσότερες γυναίκες ξεπερνούν την αμηχανία τους και νιώθουν πάλι σίγουρες και άνετες με το σώμα τους και τοπ σύντροφό τους.

Γ) Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Σύμφωνα με τους Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992), όταν η καρκινοπαθής απουσιάζει στο νοσοκομείο ή όταν επιστρέψει στο σπίτι ιδιαίτερα εξαντλημένη από τη θεραπεία, τα παιδιά της συνήθως νιώθουν 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 γρήγορα να πάψουν να νομίζουν πως αυτά ευθύνονται για την ασθένεια της μητέρας τους.

Τα μικρά παιδιά, σύμφωνα με τον Σπηλιώτη (1999), αδυνατούν να καταλάβουν την απουσία ή τις συχνές απουσίες της μητέρας τους από το σπίτι. Απουσίες που δημιουργούνται από την ανάγκη για νοσηλεία ή θεραπείες. Αδυνατούν επίσης να κατανοήσουν γιατί η μητέρα τους δεν “παίζει” όπως πριν ή κουράζεται εύκολα. Όλα αυτά τα βιώνουν ως έλλειψη αγάπης. Τόσο η ασθενής όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας πρέπει συχνά να δείχνουν πόσο πολύ τα αγαπάνε και ότι η ασθένεια δεν μείωσε καθόλου την αγάπη τους.

Εάν τα παιδιά είναι στην προεφηβική ή στην εφηβική ηλικία πιθανόν το πρόβλημα αν έχει πιο σοβαρές διαστάσεις, όπως λέει ο Σπηλιώτης (1999). Συνήθως παρουσιάζονται αισθήματα ενοχής και υπερβολικές εκδηλώσεις αγάπης προς την ασθενή. Πολλές φορές παραμελούν το σχολείο ή άλλες δραστηριότητες για να είναι κοντά στη μητέρα που είναι άρρωστη. Άλλες φορές πάλι προσπαθούν να ευχαριστήσουν την οικογένεια αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες που πιθανόν δεν τους έχουν ζητηθεί.

Οι έφηβοι σύμφωνα με τους Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992), είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο άγχος. Έχουν τις ίδιες ανησυχίες με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αλλά την ίδια ανάγκη με τα μικρά παιδιά να τους δίνονται διαβεβαιώσεις αγάπης. Παράλληλα ενδέχεται να φορτώνονται με πρόσθετες ευθύνες του σπιτιού που κανονικά ανήκουν στους ενήλικους. Αν δε μπορέσουν να τα αντέξουν όλα αυτά, ίσως επαναστατήσουν μειώνοντας τις επισκέψεις τους στο νοσοκομείο, μη εκπληρώνοντας τις υποχρεώσεις τους στο σπίτι ή καταφεύγοντας στο ποτό ή τα ναρκωτικά.

Αν ο έφηβος είναι κορίτσι μπορεί όπως λέει ο Αναγνωστόπουλος (1984), να αναρωτηθεί μήπως και αυτή είναι ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, όργανο που στην εφηβεία είναι παρουσιάζει ευαισθησία. Οι γονείς νιώθοντας ενοχή, γιατί ίσως

μεταφερθεί το στίγμα του καρκίνου στην κόρη τους, δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους της κόρης.

Σημαντικό ρόλο στη σχέση των γονιών με τα παιδιά τους θα παίζει η πληροφόρησή τους για την ασθένεια της μητέρας. Σύμφωνα με τον Αναγνωστόπουλο (1984) οι γονείς πρέπει να αποφασίσουν μαζί για το πώς θα πληροφορήσουν τα παιδιά για την νοσηλεία και την ασθένεια της μητέρας τους. Στα παιδιά πρέπει να εξηγηθεί ότι ο λόγος που η μητέρα τους παρέμεινε στο νοσοκομείο και να απαντηθούν οι ερωτήσεις τους. Με το να απαντηθούν ειλικρινά οι ερωτήσεις που θα θέσουν τα παιδιά, βοηθούνται στο να διαλυθούν οι φόβοι τους. Ό,τι έχουν φανταστεί τα παιδιά συχνά είναι χειρότερο από την πραγματικότητα.

Μερικά παιδιά, όπως λέει ο Αναγνωστόπουλος (1984), είναι ανήσυχα και αγχώδη με το να κάνουν ερωτήσεις, γι' αυτό αποσύρονται και εμφανίζονται σαν να μην ενδιαφέρονται. Στην πραγματικότητα όμως ενδιαφέρονται αλλά χρειάζονται βοήθεια ώστε να αρχίσει μια επικοινωνία. 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. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οποιεσδήποτε πληροφορίες ειπωθούν στα παιδιά θα πρέπει να είναι έτοιμα να τις δεχτούν. Άλλωστε δεν πρόκειται να πάψουν να αγαπούν τη μητέρα τους επειδή εκείνη είναι άρρωστη.

Δ) ΣΧΕΣΕΙΣ ΥΠΟ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ

Δεν συμπαραστέκονται όλες οι οικογένειες στον ασθενή, όπως υποστηρίζουν οι Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992). Δεν είναι όλοι ικανοί σε ώρες κρίσης, να φερθούν αυθόρμητα στοργικά και να συμπαρασταθούν έξυπνα και διακριτικά. Ορισμένοι νιώθουν καμιά φορά να πλησιάζει καιρό πριν. Οι ογκολόγοι βλέπουν συχνά ασθενείς να υποτροπιάζουν και τα μέλη της οικογένειάς τους να έχουν ήδη

προετοιμαστεί συναισθηματικά και ψυχολογικά ότι επέρχεται το τέλος και να σταματούν τις επισκέψεις στο νοσοκομείο. Η οικογένεια πενθεί ενώ ο ίδιος ο ασθενής παλεύει ακόμα να θεραπευτεί, αρνούμενος να πάψει να ελπίζει. Εντύπωση προκαλούν οι έριδες των συγγενών πάνω από το κρεβάτι του ασθενούς για κληρονομικά θέματα.

Σύμφωνα με τους Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992), ακόμη και στις στενότερα συνδεδεμένες οικογένειες μπορεί να απειληθούν οι σχέσεις από τις από τις συνέπειες μίας μακροχρόνιας ασθένειας. Η συναισθηματική και σωματική εξάντληση, τα αδιέξοδα, η συνεχής ανησυχία και φροντίδα μπορεί να τους εξουθενώσουν. Ο θυμός και η ενοχή μπορεί να εκδηλωθούν με ξαφνικά ξεσπάσματα, με κατηγορίες ή αδιαφορία, ή και με την υπερπροστατευτική συμπεριφορά. Μπορεί επίσης να αναδυθούν στην επιφάνεια κάποια προβλήματα σχέσεων που υπέβοσκαν επί χρόνια.

Η πιθανότητα να εμφανιστούν όλες αυτές οι εστίες έντασης, όπως λένε οι Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992), υποδηλώνει απλώς πόσο απαραίτητο είναι να φροντίζει κανείς να καλύπτει τις ανάγκες του. Τα μέλη της οικογένειας δεν πρέπει να ξεχνούν ότι είναι ανάγκη να αφιερώσουν και στον εαυτό τους λίγο χρόνο, ώστε να αναπαύονται, να χαλαρώνουν και να διατηρούν τη συναισθηματική και ψυχολογική ισορροπία τους.

Οι Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992) υποστηρίζουν πως τόσο ο καρκινοπαθής όσο και η οικογένειά του ίσως νιώθουν εξίσου ανεπαρκείς να υποφέρουν τα ίδια βάρη της ενοχής, την ίδια σιωπηλή αγωνία και την ίδια αβάσταχτη μονοτονία της παρατεινόμενης νόσου. Όλα αυτά ή κάποιο από αυτά μπορεί να καταρρακώσει το ηθικό και των πιο θαρραλέων και στοργικών ανθρώπων. Κανείς δεν μπορεί ή πρέπει να κατακρίνει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά ο καθένας στην κρίση του καρκίνου, στην απειλή μίας αλλαγής ή απώλειας. Κάποιοι άνθρωποι και

κάποιες σχέσεις δυναμώνουν. Άλλες κλονίζονται. Άλλες αντέχουν κι άλλες καταρρέουν. Υπάρχουν όμως και εκείνες στις οποίες αναπτύσσονται νέες μορφές στοργής, αγάπης και κατανόησης.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου ή τα αποτελέσματα των θεραπειών, όπως αναφέρει ο Αναγνωστόπουλος (1984), επιδρούν στην προσωπικότητα της ασθενούς. Επιδρούν επίσης και μέσα στην οικογένεια σε βαθμό τέτοιο που χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια για να διατηρηθεί μια "υγιής ισορροπία" στις σχέσεις των μελών μεταξύ τους και με την ασθενή. Χρειάζεται υπομονή και έκφραση συναισθημάτων χωρίς ακραίες εκδηλώσεις αγάπης, οίκτου, αγανάκτησης ή ανυπομονησίας. Προέχει η στήριξη της ασθενούς χωρίς όμως αυτή η προσπάθεια να την "περιθωριοποιήσει" σε κατάσταση λειτουργικής ή ψυχικής αναπηρίας.

Η πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης γίνεται μέσα στο νοσοκομείο. Οι συναισθηματικές ανάγκες όμως της ασθενούς εξακολουθούν να υπάρχουν και αφού βγει από το νοσοκομείο.

Τότε όμως τι γίνεται; Ποια είναι τα Κέντρα στην χώρα μας που μπορούν να υποστηρίξουν την γυναίκα με μαστεκτομή;

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:

***ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ***

Α) ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της ερευνητικής μας εργασίας είναι η διερεύνηση των εξωνοσοκομειακών υποστηρικτικών δομών που υπάρχουν στον νομό Αττικής και απευθύνονται σε γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή και των πληροφοριών που μπορούν να αναζητήσουν οι γυναίκες αυτές με τη βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας, μέσω του διαδικτύου.

Οι επιμέρους στόχοι είναι οι εξής:

1. Η μελέτη των προγραμμάτων των εξωνοσοκομειακών υποστηρικτικών δομών που στοχεύουν στην κάλυψη των γυναικών με μαστεκτομή.
2. Να διερευνήσουμε αν οι γυναίκες με μαστεκτομή ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες αυτές.
3. Η διερεύνηση ιστοσελίδων μέσω του διαδικτύου για θέματα που αφορούν τις γυναίκες με μαστεκτομή και αν γίνεται χρήση των πληροφοριών που παρέχονται μέσω αυτού.

Έτσι λοιπόν, τα κύρια ερωτήματα της έρευνας αυτής είναι:

1. Πόσες και ποιες εξωνοσοκομειακές υποστηρικτικές δομές υπάρχουν για τις γυναίκες με μαστεκτομή στον νομό Αττικής;
2. Πως λειτουργούν αυτές οι δομές;
3. Υπάρχει ανταπόκριση από τους ενδιαφερόμενους;
4. Τι πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού μπορούμε να αντλήσουμε από το διαδίκτυο;
5. Αν γίνεται χρήση του διαδικτύου από τους ενδιαφερόμενους;

Τρόπος συλλογής στοιχείων

Για να την άντληση των πληροφοριών επιλέξαμε την μέθοδο της ημιδομημένης συνέντευξης. Το είδος αυτό της συνέντευξης επιτρέπει την

συλλογή πλούσιων πληροφοριών, αφού ο συνεντευκτής μπορεί να έχει μια σειρά από θέματα – κλειδιά τα οποία αναπτύσσει σε ελεύθερη συζήτηση αντί να υπάρχει ένα δεδομένο ερωτηματολόγιο, επιτρέποντας έτσι την εμβάθυνση στο θέμα.

Οι συνεντεύξεις αυτές έγιναν σε όλους τους επαγγελματίες (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς) που έχουν την ευθύνη των προγραμμάτων αυτών των δομών στην Αθήνα. Επισκεφτήκαμε τα Κέντρα από 2 φορές το καθένα και οι συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν συνολικά 10.

Οι θεματικές ενότητες των συνεντεύξεων αφορούσαν:

1. την οργάνωση
2. την λειτουργία
3. τα προγράμματα και
4. την ανταπόκριση των ενδιαφερομένων

Η συλλογή των πληροφοριών από το διαδίκτυο πραγματοποιήθηκε κατόπιν προσωπικής αναζήτησης στις σχετικές ιστοσελίδες.

Η έρευνα διεξήχθη στην Αθήνα και διήρκεσε 2 μήνες.

Δυσκολίες στη διεξαγωγή της έρευνας

Όσον αφορά την διεξαγωγή της έρευνας για τις εξωνοσοκομειακές υποστηρικτικές δομές, αντιμετωπίσαμε δυσκολία μόνο στη συλλογή πληροφοριών για τον αριθμό των ατόμων που παρακολουθούν τα προγράμματα, δηλαδή πόσες γυναίκες, πόσοι σύζυγοι και πόσα παιδιά εξυπηρετούνται. Οι επαγγελματίες δέχτηκαν πρόθυμα να μας συναντήσουν και να απαντήσουν στα ερωτήματά μας. Οι συναντήσεις μαζί τους πραγματοποιήθηκαν κανονικά έπειτα από προκαθορισμένα τηλεφωνικά ραντεβού και η υποδοχή μας έγινε μέσα σε ένα πολύ φιλικό κλίμα.

Για το θέμα του καρκίνου του μαστού στο διαδίκτυο, δυσκολία αντιμετωπίσαμε μόνο στην άντληση πληροφοριών που αφορούν την ανταπόκριση του κοινού στη χρήση των ιστοσελίδων που περιέχουν σχετικά θέματα. Αυτό συνέβη γιατί δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος τρόπος που να κάνει εφικτή την πληροφόρηση για τον αριθμό των ατόμων που επισκέπτονται τις ιστοσελίδες αυτές.

Β) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

1) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία

Τσόχα 18-20, Τ.Κ. 11521, Αθήνα, τηλ. 210-6401200, e-mail: hellas-cancer@ath.forthnet.gr, web site www.cancer-society.gr

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός, που ιδρύθηκε το 1958 με σκοπό την καταπολέμηση του καρκίνου. Εδώ και σχεδόν 50 χρόνια η Εταιρεία εργάζεται με στόχο την ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινωνίας στον αγώνα κατά του καρκίνου.

Η επιδίωξη αυτή είναι εφικτή με:

- τη λειτουργία παραρτημάτων της σε 36 νομούς της χώρας
- την ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας
- την ύπαρξη ειδικού κέντρου συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ασθενών με καρκίνο
- τις ενημερωτικές εκδηλώσεις σε σχολεία, δήμους εργασιακούς χώρους και συλλόγους
- την εκτύπωση και διανομή ενημερωτικού υλικού (έντυπα, βιβλία, αφίσες, αυτοκόλλητα, βιντεοταινίες, slides)

- τα περιοδικά της (με τίτλους «Μ' ενδιαφέρει» για το ευρύ κοινό και «Ογκολογική Ενημέρωση» για τους γιατρούς και τους ειδικούς του χώρου της υγείας)
- τη διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών
- την εφαρμογή στη χώρα μας ευρωπαϊκών προγραμμάτων για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου
- το κυτταρολογικό εργαστήριό της
- την κατασκευή και λειτουργία προηγμένων νοσηλευτικών μονάδων και ειδικών κέντρων
- τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού με ειδικά μετεκπαιδευτικά μαθήματα σε θέματα ογκολογίας και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας (με έγκριση του Υπουργείου Υγείας)
- την ενδυνάμωση του αντικαπνιστικού αγώνα στη Ελλάδα
- τη διοργάνωση ειδικών εκστρατειών ενημέρωσης, όπως είναι η θεσμοθέτηση του Οκτωβρίου ως «Μήνα πρόληψης και Ενημέρωσης για τον Καρκίνο του Στήθους», καθώς και η καμπάνια με μήνυμα «ο ήλιος και το δέρμα μας»
- τη στήριξη της έρευνας και της επιστημονικής κατάρτισης των Ελλήνων επιστημόνων με τη διεξαγωγή συνεδρίων και τη θέσπιση βραβείων για καλύτερες εργασίες και με την επιδότηση επιλεγμένων συνεδρίων
- τη διεξαγωγή του Πανελληνίου Αντικαρκινικού Εράνου
- την διοργάνωση σεμιναρίων, συνεδρίων και ημερίδων, σε όλη τη χώρα, για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου
- την ενίσχυση ατόμων με αυξημένα κοινωνικά προβλήματα εξαιτίας της νόσου
- τη συμμετοχή της σε όλες τις παγκόσμιες και ευρωπαϊκές αντικαρκινικές ενώσεις και ομοσπονδίες

- τη συνεχή συμβουλευτική παρουσία της στα αρμόδια όργανα της πολιτείας

Οι δραστηριότητες της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας υλοποιούνται με την ένθερμη οικονομική υποστήριξη των μελών και των δωρητών της, αλλά και με την εθελοντική προσφορά εργασίας, γεγονός που τις καθιστά απόλυτα παραγωγικές και αποτελεσματικές. Σημαντική είναι, επίσης, η συμβολή πολλών ιδιωτικών φορέων, που με τις χορηγίες τους προς την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, αποδεικνύουν την κοινωνική ευθύνη τους.

Όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία έχει αναπτύξει το λεγόμενο **Δίκτυο Φροντίδας Μαστού**. Το δίκτυο αυτό προσφέρει τις υπηρεσίες του στους τομείς που ο χρόνος και οι δυνατότητες του θεράποντα ιατρού είναι περιορισμένες. Οι υπηρεσίες αυτές πλαισιώνουν, στηρίζουν και προάγουν το έργο των γιατρών. Το Δίκτυο Φροντίδας Μαστού ασχολείται με την κάλυψη των πολύπλευρων αναγκών που δημιουργεί ο καρκίνος στις γυναίκες και θέτει φραγμό στην παραπληροφόρηση.

Πιο αναλυτικά, το Δίκτυο Φροντίδας Μαστού προσφέρει:

α) Τηλεφωνική γραμμή ενημέρωσης

Ο κάθε πολίτης μπορεί να συνδεθεί με τη «γραμμή ενημέρωσης του δικτύου, καλώντας το 210-64 01 200, καθημερινά από τις 9.00 έως τις 13.00 και από τις 16:30 έως τις 20:30, όπου ειδικά εκπαιδευμένα στελέχη (γιατροί, νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί):

- απαντούν στις απορίες και στις ερωτήσεις της κάθε γυναίκας για θέματα που αφορούν στην υγεία του στήθους
- προσφέρουν συμβουλές και βοήθεια σε ασθενείς και σε άτομα του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος των ασθενών

Το ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, αλλά και η επιστημονική επιτροπή του δικτύου επεξεργάζονται τα ερωτήματα που τίθενται και δίνουν τις κατάλληλες απαντήσεις. Παρέχονται πληροφορίες σχετικά με γιατρούς, νοσοκομεία, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα αλλά δεν γίνονται συστάσεις.

Η επικοινωνία με το δίκτυο προστατεύεται απόλυτα από το ιατρικό απόρρητο.

Η ύπαρξη αυτής της τηλεφωνικής υπηρεσίας γίνεται γνωστή στο κοινό μέσα από δημοσιεύσεις σε περιοδικά, με διανομή έντυπου υλικού και με την προβολή σχετικών σπώτ στην τηλεόραση.

Ο κόσμος ανταποκρίνεται θετικά στην τηλεφωνική αυτή υπηρεσία και υπάρχουν αρκετές κλείσεις για θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού κάθε μέρα.

β) Μαθήματα αυτοεξέτασης

Ειδικευμένο προσωπικό (γιατροί και νοσηλευτές) παραδίδει μια φορά την εβδομάδα ωριαία μαθήματα, σε ολιγομελή τμήματα στα γραφεία της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας. Στα μαθήματα αυτά οι γυναίκες διδάσκονται την ανατομία και τη φυσιολογία των μαστών, καθώς και μεθόδους αυτοεξέτασης και τήρησης του προσωπικού αρχείου υγείας.

Επίσης μαθήματα αυτοεξέτασης τους στήθους παραδίδονται και σε οποιοδήποτε άλλο χώρο ζητηθεί. Όπως σε Κ.Α.Π.Η., συλλόγους γυναικών, δήμους, κλπ.

γ) Προσωπική γραμματεία υγείας

Οι γυναίκες-μέλη της εταιρίας έχουν στη διάθεσή τους μια προσωπική γραμματέα, η οποία φροντίζει να οργανώνει τα ετήσια

ραντεβού κλινικής εξέτασης και μαστογραφίας στους φορείς υγείας που οι ίδιες επιθυμούν.

δ) Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Ειδικά εκπαιδευμένο και έμπειρο προσωπικό οργανώνει ατομικά και ομαδικά προγράμματα συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης τόσο των ασθενών όσο και των οικείων τους.

Για την ύπαρξη του Κέντρου αυτού και τις υπηρεσίες που προσφέρει, το κοινό ενημερώνεται μέσω της ανοιχτής τηλεφωνικής γραμμής, και από τις κοινωνικές υπηρεσίες των αντικαρκινικών νοσοκομείων.

ε) Έντυπο υλικό ενημέρωσης

Οι γυναίκες-μέλη, αλλά και όσοι ιδιωτικοί ενδιαφέρονται, λαμβάνουν κάθε δίμηνο το περιοδικό «Μ' ενδιαφέρει». Το περιοδικό αυτό συνδυάζει την ενημέρωση με την αντικαρκινική αγωγή, παρουσιάζει στοιχεία πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου, τρόπους βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών, καθώς και τα νέα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας. Επιπροσθέτως, σε τακτά διαστήματα τους αποστέλλονται ειδικά ενημερωτικά έντυπα για τις σύγχρονες επιστημονικές εξελίξεις.

στ) Εκπαίδευση και ενημέρωση στελεχών υγείας

Το δίκτυο οργανώνει επιμορφωτικές δραστηριότητες για τον ιατρικό και νοσηλευτικό κόσμο με στόχο τη διασπορά της σύγχρονης γνώσης για σε θέματα παθήσεων του μαστού και τη βελτίωση της επικοινωνίας με τις ασθενείς.

ζ) Ειδικές εκδηλώσεις

Η δράση του δικτύου υπογραμμίζεται από τη συντονισμένη προσπάθεια ευαισθητοποίησης των γυναικών με:

- ημερίδες, συγκεντρώσεις (που οργανώνονται ακόμα και από ανεξάρτητους συλλόγους)
- παρουσιάσεις των ερευνών που διεξάγει
- την παρέμβασή του για την επίλυση τυχόν δυσλειτουργιών των ιατρικών κοινωνικών υπηρεσιών

Οι εκδηλώσεις αυτές γνωστοποιούνται στο κοινό μέσα από την προβολή τους στα Μ.Μ.Ε., και η προσέλευση των γυναικών είναι αρκετά μεγάλη.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η λειτουργία του **Κέντρου Συμβουλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο**. Θα κάνουμε λοιπόν μια πιο αναλυτική παρουσίαση της δομής αυτής:

ΚΕΝΤΡΟ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η διαπίστωση της ανάγκης του ατόμου που πάσχει από καρκίνο, για συνεχή βοήθεια και υποστήριξη και πέρα από το νοσοκομειακό πλαίσιο, οδήγησε την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία στην οργάνωση του **Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο** τον Ιανουάριο του 1983.

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και διοικείται από το 12μελές διοικητικό συμβούλιο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας. Βρίσκεται στην Αθήνα και στεγάζεται σε πολυκατοικία της οδού Τσόχα 18 στην περιοχή

των Αμπελοκήπων, μαζί με τις υπόλοιπες δομές της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας.

Το Κέντρο αυτό λειτουργεί κάθε Δευτέρα και Τετάρτη από τις 13:00 έως τις 20:00 και κάθε Τρίτη, Πέμπτη και Παρασκευή από τις 8:00 έως τις 15:00. Το τηλέφωνο επικοινωνίας είναι 210-6401200.

Το προσωπικό του Κέντρου απαρτίζεται από μία Κοινωνική Λειτουργό και μία Ψυχολόγο, η οποία έχει και την επιστημονική επιμέλεια του Κέντρου.

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο εξυπηρετεί κάθε εβδομάδα περίπου 30 -40 περιστατικά ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και μέλη των οικογενειών τους. Κατά κύριο λόγο τα άτομα αυτά είναι ενήλικες και ο μέσος όρος των ηλικιών τους είναι 40-50 ετών.

Τα άτομα αυτά έρχονται σε τηλεφωνική επαφή με το Κέντρο και τα υποδέχεται κατόπιν ραντεβού η Κοινωνική Λειτουργός κατά τις ημέρες και ώρες λειτουργίας του Κέντρου. Μετά από την πρώτη αυτή συνάντηση κρίνεται αν τα άτομα θα πρέπει να ενταχθούν στο πρόγραμμα αποκατάστασης του Κέντρου.

Σκοπός του προγράμματος αποκατάστασης είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο που πάσχει από καρκίνο. Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο λοιπόν προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο και σε μέλη των οικογενειών τους. Καθώς και ενημέρωση στο κοινό για τις υπηρεσίες που ασχολούνται με καρκινοπαθείς.

Το κέντρο ως φορέας εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης ατόμων πάσχουν από καρκίνο, βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και με άλλους

φορείς και ειδικότητες στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει υπεύθυνα το θέμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Στο Πρόγραμμα Αποκατάστασης μπορεί να απευθυνθεί κάθε άτομο που πάσχει από καρκίνο, ανεξάρτητα από οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, φύλο, ηλικία και εντόπιση της νόσου με μόνη προϋπόθεση την πληροφόρηση για την διάγνωση της αρρώστιας. Τα άτομα μπορούν να απευθυνθούν στο Κέντρο για το οποιοδήποτε ψυχοκοινωνικό πρόβλημα νιώθουν τα ίδια ότι τους δημιούργησε η αρρώστια ή αντιμετωπίζουν μετά από αυτήν.

Οι υπηρεσίες του Κέντρου στο άτομο παρέχονται δωρεάν.

Η παρακολούθηση των ατόμων - μελών του προγράμματος γίνεται με τη βοήθεια ειδικών επιστημόνων, συγκεκριμένα Κλινικού Ψυχολόγου και Κοινωνικών Λειτουργών, μέσα από ατομικές, ομαδικές συναντήσεις και κοινωνικές δραστηριότητες.

Οι γυναίκες που νοσούν και επισκέπτονται το Κέντρο έχουν ως κύριο αίτημα την ψυχολογική τους στήριξη από κάποιον ειδικό επαγγελματία γιατί δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στη ασθένειά τους.

Το οικογενειακό περιβάλλον συνήθως απευθύνεται στο Κέντρο με ένα πιο άμεσο αίτημα : να μάθουν τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να στηρίξουν και να βοηθήσουν το αγαπημένο πρόσωπό τους που νοσεί.

Η μεγαλύτερη έμφαση στον τρόπο αντιμετώπισης των ατόμων στο Κέντρο Αποκατάστασης δίνεται στις Ομάδες. Οι ομάδες που λειτουργούν στο Κέντρο είναι κλειστές και συναντιούνται κάθε βδομάδα σε τακτικές μέρες και ώρες. Η κάθε ομάδα περιλαμβάνει 6 - 8 άτομα σε σταθερή βάση.

Αυτή τη στιγμή στο Κέντρο λειτουργούν οι εξής ομάδες :

1. Ομάδες Υποστήριξης

2. Ομάδες Σεμιναρίου

3. Ομάδα Εθελοντισμού

Εκτός από τη δουλειά με τις ομάδες, όπως ήδη προαναφέρθηκε, αντιμετωπίζονται επίσης περιστατικά σε ατομική βάση. Οι προαναφερόμενοι, είτε δεν είναι εφικτό να ενταχθούν για διάφορους λόγους σε ομάδες, είτε είναι άτομα που προετοιμάζονται να ενταχθούν σ' αυτές. Σε ατομική ή ομαδική βάση αντιμετωπίζονται επίσης και άτομα από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς.

Όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα το πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης έχει διαιρεθεί σε **τρία επίπεδα**. Κάθε επίπεδο αποτελεί τη συνέχεια του προηγούμενου, ενώ παράλληλα είναι αυτοτελές, έτσι ώστε το άτομο ολοκληρώνοντας το εκάστοτε επίπεδο να έχει αποκομίσει τις απαραίτητες πληροφορίες που θα το βοηθήσουν να πορευτεί μόνο του στη ζωή, αντιμετωπίζοντας τα προβλήματα που θα προκύψουν με τρόπο αποτελεσματικό και ικανοποιητικό για τον ίδιο.

Προκειμένου να ενταχθεί το άτομο στο Πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ακολουθείται κατ' αρχήν η διαδικασία της **αξιολόγησης**. Δηλαδή η λήψη και συμπλήρωση Κοινωνικού Ιστορικού από τον Κοινωνικό Λειτουργό και η Ψυχολογική Διερεύνηση του ατόμου με τη βοήθεια διαγνωστικών μέσων, (ερωτηματολόγια, ΤΕΣΤ) από τον Ψυχολόγο.

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ατόμου βοηθά, όχι μόνο, στον καθορισμό παρεμβάσεων και τεχνικών προσέγγισης του ατόμου αλλά και στην αντιμετώπιση αδιεξόδων που αντιμετωπίζει στην θεραπευτική του πορεία.

Μετά την αξιολόγηση, το άτομο εντάσσεται στο πρώτο επίπεδο του Προγράμματος του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Η αξιολόγηση του ατόμου βέβαια συνεχίζεται καθ' όλη την πορεία του

μέσα από το πρόγραμμα και κυρίως όταν αυτό περνά από το ένα επίπεδο στο άλλο.

Α' ΕΠΙΠΕΔΟ :

Κεντρικός άξονας στο επίπεδο αυτό είναι η ομάδα Σεμιναρίου. Τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτό το επίπεδο είναι συνήθως άτομα που βρίσκονται στην πρώτη φάση της αρρώστιας δηλαδή μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Εδώ το άτομο εκφράζει φόβους για μεταστάσεις, για θάνατο και υπάρχει ανάγκη προσαρμογής εκ νέου στη ζωή.

Ο απώτερος σκοπός μας σ' αυτή τη φάση είναι να μάθει το άτομο να αισθάνεται ενεργητικό με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες, ακόμη και αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους και να βρει τη δύναμη και την ελπίδα να αγωνισθεί για τη ζωή του.

Συγκεκριμένα οι στόχοι είναι :

Να βοηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (φόβο, άγχος, κατάθλιψη).

1. Να αντιμετωπίσουν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την αρρώστια.
2. Να βοηθούν ώστε να μπορούν να ζουν με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της και να μπορούν να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες.
3. Να βοηθούν στο να προσαρμοστούν στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
4. Να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες.
5. Να ενεργοποιηθούν προς την Κοινωνική τους επανένταξη.

Σ' αυτό το επίπεδο που αποτελεί τη φάση ευαισθητοποίησης, τα άτομα κατ' αρχήν παρακινούνται να δουν τον Καρκίνο, όχι σαν τοπικό πρόβλημα αλλά σαν μία διαταραχή του συστήματος του οργανισμού, όχι σαν νέο ξένο "πλάσμα" που βασανίζει το σώμα τους, αλλά σαν αποτέλεσμα αλληλοεπίδρασης ανάμεσα στους βιολογικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Ένα δεύτερο βήμα είναι να βοηθούν τα άτομα να συνειδητοποιήσουν πως δεν είναι πάντα θύματα της αρρώστιας αλλά και πως οι ίδιοι μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή στην καταπολέμησή της.

Και ένα τρίτο βήμα είναι να ενισχυθεί η πίστη των ατόμων στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και της αμυντικής ικανότητας του οργανισμού (ΜΕΘΟΔΟΣ CARL & STEPHANIE SIMONTON 1).

Οι κύριες τεχνικές που χρησιμοποιούνται με σκοπό την ενίσχυση του αμυντικού συστήματος είναι η μέθοδος της χαλάρωσης και της διανοητικής φαντασίωσης. (Ο ασθενής ενθαρρύνεται να απεικονίσει στη φαντασία του, συμβολικές εικόνες του Καρκίνου και το τι πιστεύει πως συμβαίνει στο σώμα του).

Αλλάζοντας την ιδέα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την ισχύ των αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού, πιστεύεται ότι μπορεί να επέλθουν αλλαγές στο πολύπλοκο ανοσολογικό σύστημα, επηρεάζοντας έτσι την αρρώστια.

Πέραν από την ομάδα Σεμιναρίου σ' αυτό το επίπεδο εντάσσονται και οι ομάδες οικογενειακού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα ομάδα εφήβων που ένας από τους γονείς πάσχει από Καρκίνο και ομάδα συζύγων - συντρόφων.

Η υποστηρικτική παρέμβαση στις ομάδες αυτές αποσκοπεί στα εξής :

- Να οδηγηθεί η οικογένεια να πάρει την καλύτερη δυνατή στάση απέναντι στον πάσχοντα και να σπάσει τη σιωπή με την οποία συχνά περιβάλλεται το άτομο.
- Να ενθαρυνθεί η οικογένεια να συζητήσει με τον ασθενή τις ιδιαίτερες ανάγκες και τα συναισθήματά του.
- Να βοηθούν τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα που δημιουργούνται από την εμφάνιση της ασθένειας και να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα δηλαδή την ένταση, τις ενοχές και τη θλίψη τους.

Β' ΕΠΙΠΕΔΟ :

Όταν το άτομο ολοκληρώσει το πρώτο επίπεδο εντάσσεται (εφ' όσον το επιθυμεί) στο δεύτερο επίπεδο, στην ομάδα υποστήριξης. Η ομάδα αυτή έχει ψυχοθεραπευτικό σκοπό.

Σκοπός της θεραπείας είναι το άτομο να βοηθηθεί και να οδηγηθεί μεθοδικά στην αποκατάσταση της συναλλαγής που θα οδηγήσει στην αμοιβαία διαφοροποίηση, μία διαφοροποίηση που πρέπει να γίνει

α) στις αξίες,

β) στους ρόλους που αναθέτονται και αναλαμβάνονται και

γ) στα μέσα που χρησιμοποιούνται για την εκπλήρωση των στόχων

Συγκεκριμένα στην προσπάθειά μας τα άτομα να βρουν και να λύσουν τα πρακτικά τους προβλήματα, ενθαρρύνονται στο να εντοπίσουν υγιέστερους τρόπους αντιμετώπισης των κρίσιμων καταστάσεων στη ζωή τους, να αναδιοργανώσουν το σύστημα αξιών και πεποιθήσεων τους και να επανεξετάσουν το σύστημα πίστης τους για τις κοινωνικές σχέσεις, τα γεγονότα της ζωής τους και τις ευρύτερες αντιλήψεις τους για τον κόσμο.

Στο σημείο αυτό έχει ουσιαστική σημασία να αναφερθούν πλευρές της "διεργασίας ομάδας" (GROUPING PROCESS).

Τα απαραίτητα βήματα που θα χρειαστεί να κάνει το άτομο για την ψυχοκοινωνική του διαφοροποίηση είναι να αναπτύξει μία σειρά από επιδεξιότητες:

α) να μπορεί να μπει στη θέση του άλλου, αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται διαφοροποίηση στις γνωστικές-εννοιολογικές και συγκινησιακές του διεργασίες όπως και στους τύπους συμπεριφοράς του,

β) να μάθει να συνεργάζεται και να μπαίνει σε διάλογο με τα άλλα μέλη της ομάδας. Η αποκατάσταση αυτού του διαλόγου απαιτεί από το άτομο βασική εμπιστοσύνη για τους άλλους "άνοιγμα", ειλικρίνεια και το σπουδαιότερο να μην επιδιώκει τον έλεγχο των άλλων.

γ) Το άτομο χρειάζεται μία λειτουργική και εφαρμοσμένη αυτογνωσία με την έννοια του τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει, τι θέλει και πόσο θέλει να το κάνει.

Από τη μεριά της η ομάδα, πρέπει να κρατάει όσο πιο καθαρό γίνεται τον σκοπό της για όλους. Πρέπει δηλαδή οι αξίες της να είναι συνεπείς προς την "διεργασία του ζειν" και να τονώνουν τη συνεργασία. Αυτή η προϋπόθεση κάνει ώστε η εκπλήρωση ατομικών και ομαδικών στόχων να γίνεται για αμοιβαία-ωφέλεια, ώστε η εκπλήρωση του ενός να ενισχύει την προσπάθεια για την εκπλήρωση του άλλου.

Σε κάθε συνάντηση των ομάδων υπάρχουν δύο (2) συντονιστές - θεραπευτές. Ένας Ψυχολόγος και ένας Κοινωνικός Λειτουργός. Η ύπαρξη δύο συντονιστών, ο ρόλος των οποίων κάθε φορά προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες της ομάδας, βοηθά στην χρησιμοποίηση των τεχνικών εκείνων που οδηγούν στην καλύτερη επίτευξη των στόχων του Προγράμματος.

Η ποιότητα του συντονιστή - θεραπευτή είναι πιο σημαντική απ' ότι η μέθοδος. Δηλαδή είναι πολύ σημαντική :

1. Η βασική επιθυμία του θεραπευτή να βοηθήσει.
2. Να έχει βασικό σεβασμό στην ακεραιότητα του ατόμου και
3. Να έχει την ικανότητα στο να φτιαχτεί μία καλή λειτουργική σχέση.

Μία περίοδος "μαθητείας" είναι απαραίτητη, για τους συντονιστές - θεραπευτές ώστε να αντιμετωπίσουν τους δικούς τους φόβους θανάτου, υπαρξιακά προβλήματα κ.α. πριν λειτουργήσουν αποτελεσματικά.

Γ' ΕΠΙΠΕΔΟ :

Στο τρίτο επίπεδο εντάσσονται τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει ή ολοκληρώνουν την ψυχο-θεραπευτική τους πορεία και θέλουν να ενταχθούν στην ομάδα εθελοντισμού. Την επιλογή των εθελοντών ακολουθεί η εκπαίδευσή τους μέσα από την ομάδα του εθελοντισμού.

Σκοπός της ομάδας είναι τόσο η εκπαίδευση των εθελοντών όσο και η αντιμετώπιση των πρακτικών και συναισθηματικών προβλημάτων που δημιουργούνται από το ρόλο του εθελοντή.

Εθελοντές είναι άτομα με διάφορες εντοπίσεις της νόσου και επισκέπτονται ασθενείς στα Νοσοκομεία, ενώ περιοδικά συμμετέχουν στην υποστήριξη των ατόμων στο πρώτο επίπεδο.

Στο σημείο αυτό ολοκληρώνοντας την περιγραφή των επιπέδων του Προγράμματος Αποκατάστασης θα θέλαμε να αναφερθούμε και στον τομέα των Κοινωνικών δραστηριοτήτων του Κέντρου.

Οι Κοινωνικές Δραστηριότητες έχουν σαν σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος της απομόνωσης που συχνά παρατηρείται μετά την ασθένεια και τη συμβολή στην κοινωνική επανένταξη του ατόμου. Οι κοινωνικές δραστηριότητες

πραγματοποιούνται μέσα από την διασύνδεση των ατόμων με προγράμματα φορέων και οργανισμών π.χ. Δήμοι, ΧΕΝ, ΟΑΕΔ, κ.λ.π. και την ενημέρωσή τους σε τακτά διαστήματα γι' αυτά.

Όπως επίσης και μέσα από δραστηριότητές του οργανώνονται από το πρόγραμμα Αποκατάστασης Ψυχαγωγικού χαρακτήρα (επισκέψεις σε Μουσεία, εκδρομές, θερινές διακοπές, ανοικτές συγκεντρώσεις στο χώρο του Προγράμματος).

2) Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού

Λεωσθένους 21-23, Τ.Κ. 185 36, Πειραιάς, τηλ: 210-4180006, φαξ: 210-4180016,
e-mail: breastca@otenet.gr

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού, ιδρύθηκε το 1988 από γυναίκες που είχαν βιώσει την εμπειρία του καρκίνου του μαστού, ύστερα από πρόταση, υποστήριξη και εποπτεία της κας. Ιωσηφίνας Σκούρτα, Κοινωνικής Λειτουργού.

Σκοπός του συλλόγου είναι:

- Η οργανωμένη αλληλοβοήθεια
- Η ψυχοκοινωνική στήριξη και αποκατάσταση των γυναικών με καρκίνο του μαστού και των οικογενειών τους.
- Η συμβολή του στην απομυθοποίηση του καρκίνου.
- Η ενημέρωση κάθε γυναίκας για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού είναι Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και διοικείται από 7μελές Συμβούλιο το οποίο εκλέγεται κάθε 3 χρόνια. Το επιστημονικό του έργο σχεδιάζεται και εποπτεύεται από Επιστημονική Σύμβουλο και 7μελή Επιστημονική Επιτροπή.

Στηρίζεται οικονομικά στη σταθερή επιχορήγηση του Ομίλου Εθελοντών Κατά του Καρκίνου-ο οποίος αναπτύχθηκε στον Πειραιά το 1976 και συνέβαλλε οικονομικά και ηθικά στη δημιουργία και την οργάνωση του Συλλόγου Γυναικών με Μαστεκτομή και του Συλλόγου Λαρυγγεκτομηθέντων Ατόμων- , στις συνδρομές των μελών του, δωρεές φίλων και στα έσοδα εκδηλώσεων.

Διαθέτει Κοινωνική Υπηρεσία, Ψυχολογική Υπηρεσία και Γραμματεία. Έτσι, το έμμισθο προσωπικό του συλλόγου είναι μία κοινωνική λειτουργός, μία ψυχολόγος και μία γραμματέας, ενώ διαθέτει και άμισθο προσωπικό που είναι η Επιστημονική Σύμβουλος και η 7μελή Επιστημονική Επιτροπή.

Σήμερα έχει πάνω από 600 μέλη και 60 εκπαιδευόμενες εθελόντριες οι οποίες και είναι πρώην καρκινοπαθής.

Στον Σύλλογο μπορεί να απευθύνεται χωρίς οικονομική συμμετοχή κάθε γυναίκα με καρκίνο μαστού ή μέλος της οικογένειάς της για να ζητήσει υποστήριξη από το επιστημονικό προσωπικό για κάθε πρόβλημα που αντιμετωπίζει ή για να δει τη μόνιμη έκθεση που διαθέτει ο Σύλλογος με τεχνητούς μαστούς, στηθόδεσμούς, μαγιό κ.λ.π.

Επίσης μπορεί να συζητήσει με μία εθελόντρια με την ίδια εμπειρία και να πάρει πληροφορίες μέσα σε κλίμα εμπιστοσύνης, «ζεστασιάς» και αξιοπρέπειας.

Ο Σύλλογος δεν διαθέτει προϊόντα προς πώληση. Προσφέρει δωρεάν ενημερωτικό υλικό και μαστό ειδικό για το άμεσο μετεγχειρητικό στάδιο.

Η κεντρική κτιριακή εγκατάσταση λειτουργεί σε διαμέρισμα 210 τετραγωνικών στεγάζοντας και τον Όμιλο Εθελοντών κατά του Καρκίνου. Ο Σύλλογος λειτουργεί καθημερινά 09:00-16:00, αλλά προσφέρει ορισμένες υπηρεσίες του και εκτός ωρών λειτουργίας του.

Ο Σύλλογος για την επίτευξη των σκοπών του και με στόχο πάντα να προσφέρει στις γυναίκες με καρκίνο μαστού τη δυνατότητα για καλύτερη ποιότητα ζωής, έχει σχεδιάσει και λειτουργεί τα παρακάτω Προγράμματα:

α) Εθελοντικό:

Είναι ένα πρωτοποριακό για τα ελληνικά δεδομένα πρόγραμμα που συμβάλλει, με μοναδικό τρόπο, στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών με καρκίνο μαστού. Βασίζεται σε διεθνή πρότυπα και είναι προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα.

Για να γίνει μία γυναίκα εθελόντρια στον Σύλλογο, πρέπει να είναι μέλος αυτού και να καταθέσει την αίτησή της. Η επιλογή αυτών γίνεται από την Κοινωνική Λειτουργό, η οποία έχει προσωπική συνέντευξη με την κάθε μία ξεχωριστά και αξιολογεί την προσωπικότητά τους.

Οι προϋποθέσεις είναι οι εξής:

- Να έχουν περάσει τουλάχιστον 2 χρόνια από την τελευταία της θεραπεία.
- Να αντιμετωπίζει την εμπειρία της στο σύνολό της.
- Να είναι καλά προσαρμοσμένη στην ζωή.
- Να θέλει να παρακολουθήσει το εκπαιδευτικό σεμινάριο.

Το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την σωστή και κατάλληλη εκπαίδευση των εθελοντριών είναι 2,5 μήνες με βιωματικού τύπου χαρακτήρα. Η εκπαίδευση αυτή είναι υποχρεωτική για να ξεκαθαρίσουν οι ίδιες τα δικά τους συναισθήματα ώστε να μπορέσουν να δώσουν και την κατάλληλη βοήθεια στο άτομο που την χρειάζεται. Η εκπαίδευση αυτή πραγματοποιείται 1 φορά την εβδομάδα.

Επειδή οι εθελόντριες πρέπει να είναι πολύ καλά προστατευμένες από τον Σύλλογο, μπορούν να έχουν ατομική εποπτεία όταν το θελήσουν οι ίδιες, αλλά 1 φορά τον μήνα έχουν υποχρεωτική ομαδική εποπτεία.

Η ενημέρωση των ασθενών για την παρουσία των εθελοντριών στον χώρο του νοσοκομείου γίνεται από τις ίδιες τις εθελόντριες σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό αμέσως μετά την επέμβαση. Απαραίτητη προϋπόθεση για να μιλήσει μία ασθενής σε μία εθελόντρια είναι να το θέλει και να το ζητήσει η ίδια η ασθενής.

Ο Σύλλογος αφού εξετάσει σε τι κατάσταση βρίσκεται η ασθενής διαλέγει την εθελόντρια εκείνη που έχει βιώσει την ίδια εμπειρία με της ασθενούς και είναι η πιο κατάλληλη να μιλήσει μαζί της.

Γενικά ο ρόλος των εθελοντριών είναι:

- Να μπορούν μέσα από την εκπαίδευσή τους να ακούσουν τους φόβους και την αγωνία της νεοχειρουρηγμένης και χωρίς να δίνουν συμβουλές και συνταγές, αλλά μόνο με την εικόνα τους, να της δώσουν το μήνυμα ότι και αυτή «μπορεί», με το δικό της τρόπο να τα καταφέρει.

-
- Να δίνουν πρακτικές πληροφορίες που αφορούν στην εμφάνιση.
 - Να ενθαρρύνουν την ασθενή να απευθύνεται στους ειδικούς για θέματα που δεν εμπίπτουν στον εθελοντικό τους ρόλο.
 - Να μην αναμειγνύονται σε ιατρικά θέματα.
 - Να μην αμείβονται.

Η γενική εκτίμηση όσων έχουν γνωρίσει το πρόγραμμα, γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών αλλά ιδιαίτερα γυναικών με καρκίνο του μαστού, είναι ότι δρα ανακουφιστικά, ενθαρρυντικά και κυρίως υποστηρικτικά στην αποκατάσταση της ασθενούς.

β) Ψυχολογική στήριξη:

Ο Σύλλογος εξυπηρετεί γυναίκες με καρκίνο μαστού ηλικίας 28-75 ετών περίπου και οικογένειες αυτών.

Οι γυναίκες που έρχονται σε επαφή με τον Σύλλογο ζητούν κυρίως ψυχοκοινωνική υποστήριξη ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στον ρόλο της συζύγου, της μητέρας και της εργαζόμενης. Οι περισσότερες από αυτές έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και υπάρχει ο φόβος του θανάτου.

Η επαφή της ασθενούς με τον Σύλλογο πρέπει να είναι εθελοντική, δηλαδή να το θέλει η ίδια η ασθενής.

Η πρώτη συνάντηση γίνεται με την Κοινωνική Λειτουργό του Συλλόγου η οποία ακούει την κατάσταση της ασθενούς και γίνεται μία πρώτη υποστηρικτική διαδικασία και ενημέρωση για τον τρόπο λειτουργίας. Αν η ασθενής θέλει να γίνει μέλος του και να παρακολουθήσει το πρόγραμμα τότε γίνεται παραπομπή στην ψυχολόγο του Συλλόγου και αρχίζει η θεραπευτική διαδικασία.

Στόχος του προγράμματος είναι να βοηθήσει με τους ειδικούς επαγγελματίες τα μέλη του και τις οικογένειές τους:

- Στην αναγνώριση, έκφραση και αποδοχή συναισθημάτων που συχνά δημιουργούνται αμέσως μετά την διάγνωση του καρκίνου.
- Στην προσαρμογή στις νέες συνθήκες.
- Στη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο.

Μέσα στα πλαίσια του προγράμματος παρέχονται:

- Οργανωμένη αλληλοβοήθεια.
- Συμβουλευτική ζεύγους και οικογένειας: Πραγματοποιούνται μεμονωμένες ατομικές συνεδρίες με την υπεύθυνη ψυχολόγο, τόσο με το ζεύγος όσο και με τα παιδιά της οικογένειας μία φορά την εβδομάδα.
- Ομάδες ψυχολογικής στήριξης των μελών: α) Πραγματοποιείται ανοιχτή ομάδα υποστήριξης με συντονίστρια την Κοινωνική Λειτουργό μία φορά την εβδομάδα και η δυναμική της είναι

περίπου 15-22 άτομα, β) Πραγματοποιείται κλειστή ψυχοθεραπευτική ομάδα με συντονίστρια την ψυχολόγο του Συλλόγου με δυναμική έως 10 άτομα.

- Ομάδες παιδιών και συζύγων
- Βιωματικά σεμινάρια ευαισθητοποίησης με θέμα: «Ανθρώπινες σχέσεις και Επικοινωνία». Στα σεμινάρια αυτά η προσέλευση των μελών του Συλλόγου είναι εθελοντική.

γ) Ενημέρωση των μελών του:

Στόχος του προγράμματος είναι η σωστή και υπεύθυνη πληροφόρηση των μελών του Συλλόγου σε θέματα ιατρικά, ψυχολογικά, ασφαλιστικά εργασιακά, κ.λ.π.

Για την πραγματοποίησή τους γίνονται τα εξής:

- Ενημερωτικές ομιλίες από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων. Οι ομιλίες αυτές διεξάγονται 2-3 φορές τον χρόνο με θέματα όπως: διατροφή, οστεοπόρωση, κ.λ.π.
- Ενημέρωση για τα είδη που κυκλοφορούν στο εμπόριο (τεχνητοί μαστοί, ειδικοί στηθόδεσμοι, μαγιό, περούκες, κ.λ.π.) και τις ασφαλιστικές καλύψεις των εξόδων αγοράς τους. Συγκεκριμένα όλα τα ταμεία παρέχουν δωρεάν τεχνητό μαστό και στηθόδεσμους ενώ καλύπτουν ένα ποσό και για την αγορά ειδικών μαγιών για τις ασθενείς.
- Πληροφόρηση σχετικά με θέματα συνταξιοδότησης και των ασφαλιστικών παροχών των ταμείων.

δ) Πρόληψη-Εγκαιρη Διάγνωση:

Το πρόγραμμα αυτό έχει ως σκοπό:

- Να ενημερώνει με σαφή και έγκυρο τρόπο τον γυναικείο πληθυσμό για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση.
- Να συμβάλλει στην απομυθοποίηση και την άρση των προκαταλήψεων για τον καρκίνο.
- Να συμβάλλει στην κινητοποίηση του ευρύτερου γυναικείου κοινού για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση.

Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με:

- Οργάνωση ημερίδων, ομιλιών και άλλων εκδηλώσεων, με τη συμμετοχή εθελοντριών του Συλλόγου, σε συνεργασία με φορείς του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, όπως Νομαρχίες, Δήμους, νοσοκομεία, σχολεία, εργοστάσια, γυναικείους συλλόγους, εθελοντικές οργανώσεις, κ.λ.π.
- Συνεντεύξεις και ανακοινώσεις στον τύπο και τα ραδιοτηλεοπτικά μέσα.
- Έντυπο υλικό.

Ο Σύλλογος συμμετέχει σταθερά σε 6-7 εκδηλώσεις τον χρόνο σε συνεργασία με τον Όμιλο, ο οποίος είναι και υπεύθυνος για την οργάνωση αυτών καθώς οι εθελόντριες εμπλέκονται σε μεγάλο βαθμό στην διοργάνωσή τους πάντα όμως με την εποπτεία των επαγγελματιών, ενώ μεμονωμένα 1-2 φορές τον χρόνο.

Η ανταπόκριση του κόσμου στις εκδηλώσεις αυτές είναι αρκετά μεγάλη αφού ήδη έχει προηγηθεί μία σημαντική κινητοποίηση από τους διοργανωτές των εκδηλώσεων αυτών.

ε) Ερευνητικό Πρόγραμμα:

Το πρόγραμμα στοχεύει στην ανίχνευση και καταγραφή των αναγκών και των προβλημάτων της γυναίκας με καρκίνο μαστού και την αξιοποίησή τους στο σχεδιασμό των προγραμμάτων του Συλλόγου.

Συνεργασίες:

Ο Σύλλογος συνεργάζεται με οργανώσεις, που έχουν κοινούς στόχους, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Είναι μέλος:

- Του Διεθνούς Προγράμματος Αποκατάστασης Γυναικών με καρκίνο μαστού (Reach to Recovery του UICC).
- Της EUROPA DONNA-Ευρωπαϊκής Συμμαχίας για τον Καρκίνο του Μαστού.

Συμμετέχει ενεργά σε Επιστημονικά Συνέδρια, Σεμινάρια, Συμπόσια που διοργανώνουν Ιατρικές Εταιρίες και Φορείς Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα.

Ίδρυση Παραρτημάτων:

Σύμφωνα με το καταστατικό του, ο Σύλλογος ιδρύει παραρτήματα και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας, έτσι ώστε κάθε γυναίκα της περιφέρειας με καρκίνο μαστού να έχει ίσες δυνατότητες υποστήριξης.

Ήδη από το 2002 λειτουργεί παράρτημα στο Νομό Αχαΐας, με έδρα στη Πάτρα (Πατρέως 8-10, Πάτρα, τηλ:2610-226122), ενώ σε εξέλιξη βρίσκεται η ίδρυση παραρτημάτων και σε άλλες μεγάλες πόλεις όπως: Ιωάννινα, Τρίπολη και Ηράκλειο Κρήτης.

Τέλος ο Σύλλογος σε συνεργασία με τον Όμιλο Εθελοντών Κατά του Καρκίνου θα εκπροσωπήσει την χώρα μας στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο της EUROPA DONNA που θα διεξαχθεί στο Μιλάνο ανάμεσα σε 23 χώρες.

Ακόμα στα μελλοντικά σχέδια του Συλλόγου βρίσκεται και η δημιουργία ιστοσελίδας στο διαδίκτυο για να μπορεί κάθε

ενδιαφερόμενος να μαθαίνει ότι έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού, αλλά και για τα προγράμματα και τις τελευταίες εξελίξεις του Συλλόγου.

3) Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού «Ελλη Λαμπέτη», της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας

Λεωφ. Κηφισίας 30, Τ.Κ. 11526, Αθήνα, τηλ.-fax: 210-7773112, e-mail: info@mastologia.gr, web site www.mastologia.gr

Η *Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας* ιδρύθηκε το Δεκέμβριο του 1979 ως θυγατρική Εταιρεία της Διεθνούς Εταιρίας Μαστολογίας (Senologic International Society – S.I.S.) και διετέλεσε μέλος της μέχρι το Δεκέμβριο του 1998, οπότε ύστερα από ρήξη που δημιουργήθηκε στους κόλπους της S.I.S., αποχώρησε και αυτή μαζί με όλες τις άλλες Ευρωπαϊκές Εταιρίες Μαστολογίας, την Αμερικανική, την Ιαπωνική και την Τουρκική. Από τον Ιανουάριο του 1999 είναι μέλος της Παγκόσμιας Εταιρίας για την Υγεία του Μαστού (World Society for Breast Health – WSBH).

Σήμερα απαριθμεί 420 μέλη ιατρούς διάφορων ειδικοτήτων που έχουν σχέση με το μαστό, όπως γυναικολόγοι, χειρουργοί, παθολόγοι / ογκολόγοι, ακτινοθεραπευτές, ακτινολόγοι, παθολογοανατόμοι, κυτταρολόγοι, πλαστικοί χειρουργοί κ.ά.

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Εταιρίας Μαστολογίας είναι 7μελές.

Η Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας διοργανώνει ενημερωτικές εκδηλώσεις για το κοινό για την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη από τον καρκίνο του μαστού, στην Αθήνα καθώς και στην υπόλοιπη Ελλάδα. Μέλη της Εταιρίας συμμετέχουν ως ομιλητές και διανέμεται στο κοινό δωρεάν έντυπο ενημερωτικό υλικό για την ενημέρωσή του γύρω από τη μάστιγα που λέγεται καρκίνος του μαστού.

Μέλη της Εταιρίας συμμετέχουν ως προσκεκλημένοι ομιλητές σε διάφορα διεθνή συνέδρια. Η Πρόεδρος της Εταιρίας κ. Λύδια Ιωαννίδου-Μουζάκα ήταν Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής του 1^{ου} Διεθνούς Συνεδρίου της W.S.B.H. που έγινε στην Κωνσταντινούπολη 23-26/9/2001.

Η Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας αποσκοπεί στο συντονισμό επί εθνικού επιπέδου των επιστημονικών προσπαθειών των ειδικών ιατρών, αλλά και άλλων επιστημόνων που ασχολούνται με το μαστό. Με κάθε τρόπο που διαθέτει σήμερα η ιατρική επιστήμη, προσπαθεί για την πλήρη και σωστή διάγνωση αλλά και για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των γυναικών με προβλήματα μαστού, με όφελος για την ίδια τη γυναίκα αλλά και το κοινωνικό σύνολο.

Ειδικότερα οι σκοποί της εταιρίας συνίστανται

- Στη μελέτη, προβολή και υποστήριξη θεμάτων που αφορούν τις παθήσεις του μαστού
- Στην παρουσίαση θεμάτων και προγραμμάτων που συμβάλουν στη συνεχή και θεωρητική-πρακτική επιμόρφωση των ειδικών επιστημόνων, ως προς τις παθήσεις του μαστού, καθώς και την πρακτική εφαρμογή τους. Στους στόχους της είναι και η ενημέρωση του κοινού, για αυτά τα προβλήματα και ιδιαίτερα για τον καρκίνο του μαστού.
- Στη συμμετοχή σε διεθνείς ενώσεις και οργανισμούς που επιδιώκουν παρόμοιους σκοπούς.
- Στη συμμετοχή σε εθνικές ή διεθνείς επιτροπές, σε εθνικά και διεθνή συνέδρια, συμβούλια, συνδιασκέψεις και γενικά σε εκδηλώσεις που έχουν σχέση με τους προαναφερθέντες σκοπούς και τέλος
- Στην προβολή της ανάγκης εξειδίκευσης των ιατρών στη Μαστολογία.

Η Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας ίδρυσε το Μάρτιο του 2002 το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού και των Οικογενειών τους και το ονόμασε «Έλλη Λαμπέτη» για να τιμήσει την αξιαγάπητη ηθοποιό που χάθηκε από αυτή τη νόσο.

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ «ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΕΤΗ»

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού και των Οικογενειών τους «Έλλη Λαμπέτη» ιδρύθηκε το 2002 (έναρξη λειτουργίας 1/4/2002) από την Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας και αποτελεί δραστηριότητα αυτής. Επιχορηγήθηκε από τον Ελληνικό Σύνδεσμο «Σούζαν Κόμεν» για την καταπολέμηση του Καρκίνου του Μαστού και άλλους δημόσιους και ιδιωτικούς χορηγούς.

Η Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας, κατά συνέπεια και το Κέντρο «Έλλη Λαμπέτη», είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Το Κέντρο «Έλλη Λαμπέτη» διοικείται από την Πρόεδρο και τα μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας.

Σκοπός του Κέντρου είναι η ψυχολογική υποστήριξη των γυναικών με καρκίνο του μαστού και των οικογενειών τους σε όλες τις φάσεις της ασθένειας, καθώς και η συμβολή του προσωπικού του στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού και των οικογενειών τους σε όλους τους τομείς.

Η χρηματοδότηση για τη λειτουργία του Κέντρου «Έλλη Λαμπέτη», γίνεται με χρήματα που προέρχονται από την ιδιωτική πρωτοβουλία κάποιων χορηγών.

Στο Κέντρο απασχολούνται δυο ψυχολόγοι με μεταπτυχιακή ειδίκευση στην ψυχολογία της υγείας. Παράλληλα κατά καιρούς,

διάφοροι ψυχολόγοι προσφέρουν αφιλοκερδώς και σε εθελοντική βάση τις υπηρεσίες τους.

Το Κέντρο προσφέρει τις υπηρεσίες του δωρεάν σε :

- όλες τις γυναίκες με πρόσφατη διάγνωση της νόσου.
- όλες τις γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και ήδη βρίσκονται υπό θεραπευτική αγωγή.
- όλες τις γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο της αποθεραπείας.
- άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος που έρχονται σε άμεση επαφή και επωμίζονται ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας των παραπάνω γυναικών.
- όλες τις γυναίκες που διστάζουν ή φοβούνται να ενημερωθούν για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Στο Κέντρο προσφέρεται

- ⇒ ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική κατόπιν ραντεβού. Οι ενδιαφερόμενοι έχουν τη δυνατότητα μέσα σε μια φιλική ατμόσφαιρα και ένα κλίμα πλήρους εχεμύθειας, αμοιβαίας εμπιστοσύνης, σεβασμού και συνεργασίας να εκφράσουν τους φόβους τους, την ανησυχία τους και τις αμφιβολίες τους. Μπορούν ελεύθερα να υποβάλλουν ερωτήσεις και να προβάλλουν τις ανάγκες τους και τα αιτήματά τους στο εξειδικευμένο προσωπικό του Κέντρου.
- ⇒ τηλεφωνική ενημέρωση και συμβουλευτική για τις γυναίκες από την επαρχία που δεν έχουν την ευκαιρία και τη δυνατότητα να επισκεφτούν το Κέντρο «Έλλη Λαμπέτη».

Παράλληλα όταν κρίνεται αναγκαίο γίνονται:

- ⇒ ατομικές παρεμβάσεις στην οικία των ασθενών (π.χ. όταν δεν μπορούν να μετακινηθούν και βρίσκονται σε κρίση)
- ⇒ καθώς και σε νοσοκομεία όπου δεν υπάρχει ψυχολογική υπηρεσία, ή όταν νοσηλεύεται σ' αυτό κάποια ασθενής που παρακολουθούν στο Κέντρο και πάντα κατόπιν ειδικής άδειας από την διεύθυνση του νοσοκομείου.

Το κέντρο «Έλλη Λαμπέτη» δέχεται περίπου 30-40 περιστατικά μηνιαίως. Τα ραντεβού συνήθως γίνονται μια φορά την εβδομάδα για περίπου 45-60 λεπτά. Η συχνότητα των συναντήσεων εξαρτάται αφενός από το αίτημα κάθε γυναίκας και αφετέρου από τους περιορισμούς που επιβάλλει η θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού.

Η πλειοψηφία των γυναικών που επισκέπτονται το Κέντρο είναι μεταξύ 40 και πενήντα ετών. Ωστόσο δεν λείπουν και ακραίες περιπτώσεις, όπως 27 ή 80 ετών. Όσον αφορά τα άτομα του συγγενικού περιβάλλοντος, το Κέντρο επισκέπτονται συνήθως οι κόρες των ασθενών και οι ηλικίες τους κυμαίνονται μεταξύ των 20 και 30 ετών.

Οι λόγοι που ωθούν τις γυναίκες να επισκεφτούν το Κέντρο «Έλλη Λαμπέτη» ποικίλουν. Σε γενικές γραμμές οι γυναίκες που επισκέπτονται το Κέντρο αισθάνονται “χαμένες”, όπως χαρακτηριστικά λένε. Οι λόγοι που αισθάνονται έτσι είναι πολλοί:

- διαστρεβλωμένη – μειονεκτική εικόνα του σώματος
- μειωμένη αυτοπεποίθηση
- αλλαγή των ρόλων μέσα στην οικογένεια
- προβλήματα στις εργασιακές σχέσεις
- απειλή της ζωής τους και ανασφάλεια για πιθανή υποτροπή
- ανησυχία για το μέλλον των δικών τους ανθρώπων
- πρακτικά προβλήματα της καθημερινότητας

- γραφειοκρατικές δυσκολίες στη θεραπευτική διαδικασία
- η πεποίθηση ότι το υποστηρικτικό δίκτυο δεν επαρκεί ή είναι ανύπαρκτο

Οι λόγοι που ωθούν κάποια μέλη της οικογένειας των ασθενών να επισκεφτούν το Κέντρο είναι:

- η ανησυχία για την πιθανή απώλεια της ασθενούς
- η εξεύρεση τρόπων συμπαράστασης στην ασθενή
- καθώς και η έκφραση προσωπικών φόβων που πηγάζουν από την απώλεια

Όσον αφορά τον εθελοντισμό, το κέντρο δεν διαθέτει οργανωμένη ομάδα εθελοντών. Δίνεται όμως η δυνατότητα να προσφέρουν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς ψυχολόγοι ή κοινωνικοί λειτουργοί, κατόπιν συνεννόησης και ανάλογα με τις ανάγκες του Κέντρου.

Για τα θέματα που τους απασχολούν και τις δραστηριότητες του Κέντρου, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να ενημερωθούν επισκεπτόμενοι το Κέντρο, τηλεφωνικά, με ενημερωτικό υλικό, από την ιστοσελίδα της Ελληνικής Εταιρίας Μαστολογίας σε τρεις γλώσσες (<http://www.mastologia.gr>) και από τη βιβλιοθήκη του Κέντρου.

Το Κέντρο διοργανώνει ημερίδες, εορταστικές εκδηλώσεις, bazaars, μουσικές εκδηλώσεις, εκθέσεις ζωγραφικής, επίσημα γεύματα και άλλες δραστηριότητες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τα αιτήματα των ενδιαφερομένων. Ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στις εκδηλώσεις αυτές, όσες ασθενείς το επιθυμούν. Επίσης υπάρχει συμμετοχή του Κέντρου σε εκδηλώσεις ενημερωτικού και φιλανθρωπικού χαρακτήρα της Ελληνικής Εταιρίας Μαστολογίας.

Υπάρχει συνεργασία του Κέντρου (παραπομπή ασθενών) με την Ελληνική Αντικαρκινική εταιρία (κυρίως με την κοινωνική υπηρεσία), τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού στον Πειραιά (για ασθενείς από τα νότια προάστια) και με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες των αντικαρκινικών νοσοκομείων “Αγίου Σάββα” και “Μεταξά”. Επίσης συνεργάζεται με τις κοινωνικές υπηρεσίες των υπόλοιπων νοσοκομείων, όταν αυτό απαιτείται για την κάλυψη των αναγκών των γυναικών που απευθύνονται στο Κέντρο, αλλά νοσηλεύονται στα νοσοκομεία αυτά.

Το Κέντρο «Ελλη Λαμπέτη» λειτουργεί καθημερινά από τις 9.00 το πρωί έως τις 5.00 το απόγευμα.

Στα άμεσα σχέδια του κέντρου περιλαμβάνεται η εκτύπωση και διανομή έντυπου υλικού που αφορά τόσο στη γυναίκα με καρκίνο του μαστού όσο και στο περιβάλλον της. Τα έντυπα αυτά θα διανέμονται δωρεάν σε όσους εκδηλώνουν ενδιαφέρον.

4) Ο Καρκίνος του Μαστού στο Διαδίκτυο (internet)

Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια επέτρεψε την εύκολη διακίνηση πληροφοριών σε παγκόσμιο επίπεδο. Η διακίνηση αυτή των πληροφοριών γίνεται ακόμα πιο εύκολα μέσω του διαδικτύου. Στο λεγόμενο Internet μπορεί κανείς να βρει άπειρες πληροφορίες, για οποιοδήποτε θέμα τον ενδιαφέρει. Δεν θα μπορούσε να απουσιάζει λοιπόν από τις σελίδες του διαδικτύου ένα τόσο σημαντικό θέμα όπως ο καρκίνος του μαστού.

Υπάρχουν πολλές διευθύνσεις του διαδικτύου στις οποίες μπορούμε να βρούμε χρήσιμες πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού. Οι περισσότερες βέβαια είναι δημιουργήματα ξένων και είναι γραμμένες στην Αγγλική γλώσσα. Υπάρχουν όμως και τρεις ελληνικές διευθύνσεις που ασχολούνται με αυτό το θέμα, οι οποίες δημιουργήθηκαν από τη

Γενική Γραμματεία Ισότητας, την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας και από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

Στη Διεύθυνση <http://www.karkinosmastou.gr> που δημιουργήθηκε από τη Γενική γραμματεία ισότητας, μπορεί κάποιος να βρει πληροφορίες για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την πρόωπη ανίχνευση των όγκων στο μαστό. Ακόμα στη διεύθυνση αυτή υπάρχουν πληροφορίες για την αυτοεξέταση του στήθους, τους παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, καθώς και πληροφορίες για τη θεραπεία του. Επίσης στην ίδια ιστοσελίδα παρουσιάζονται πληροφορίες για τα Αντικαρκινικά νοσοκομεία που υπάρχουν, τις Αντικαρκινικές Εταιρείες, τις δομές που προσφέρουν συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς με καρκίνο, καθώς και τις τηλεφωνικές γραμμές που υπάρχουν για την ενημέρωση και την υποστήριξη των ασθενών.

Στη Διεύθυνση <http://www.mastologia.gr> που δημιουργήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας, μπορεί κάποιος να βρει χρήσιμες πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού, την διάγνωση και τη θεραπεία του. Ακόμα στη διεύθυνση αυτή υπάρχουν πληροφορίες για την κληρονομικότητα του καρκίνου του μαστού και την αποκατάσταση του μαστού μετά από τη μαστεκτομή. Επίσης στην ίδια ιστοσελίδα υπάρχουν πληροφορίες για την λειτουργία της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας και το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού και των Οικογενειών τους «Έλλη Λαμπέτη».

Στη Διεύθυνση <http://www.cancer-society.gr> που δημιουργήθηκε από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, μπορεί κάποιος να βρει πληροφορίες για την λειτουργία και τα προγράμματα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας και για το Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο. Επίσης βρίσκεται

υπό κατασκευή η ιστοσελίδα για θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

Στη Διεύθυνση που δημιούργησε το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων <http://medlab.cs.uoi.gr/erga/pathology/kefalaiο2/kefalaiο2.htm>, μπορεί κάποιος να βρει γενικές πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού, την διάγνωση, τους ιστολογικούς τύπους, τη σταδιοποίηση, τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία του και την αποκατάσταση του μαστού. Επίσης υπάρχουν πληροφορίες για την πρόληψη, καθώς και μια ιστορική αναδρομή για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

Στη Διεύθυνση <http://www.gyn.gr/> μπορεί κανείς να βρει κάποια άρθρα για θέματα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Επίσης στην ίδια ιστοσελίδα υπάρχει ένα forum (ηλεκτρονικός τόπος δημόσιας συζήτησης) όπου οι επισκέπτες μπορούν να κάνουν ερωτήσεις για θέματα που τους απασχολούν, οι οποίες θα απαντηθούν από τους γιατρούς που επισκέπτονται το site. Βέβαια μπορούν να λάβουν μέρος στη συζήτηση και όποιοι άλλοι επισκέπτες της ιστοσελίδας το επιθυμούν.

Στη Διεύθυνση <http://health.in.gr/woman/> μπορεί κάποιος να βρει διάφορα άρθρα για θέματα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, πληκτρολογώντας τη φράση “καρκίνος μαστού” στην μηχανή αναζήτησης. Τα άρθρα αυτά έχουν δημοσιευτεί σε διάφορα επιστημονικά έντυπα διάφορων χωρών αλλά είναι γραμμένα στην Ελληνική γλώσσα.

Στη Διεύθυνση <http://care.flash.gr/home/> υπάρχουν άρθρα με θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού, τα οποία παρουσιάζονται σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (π.χ. ψυχολογικές επιπτώσεις μετά από θεραπεία καρκίνου του μαστού).

Στη Διεύθυνση <http://users.otenet.gr/~raibom/cabrest.htm> μπορεί κανείς να βρει πληροφορίες για όλα τα θέματα που έχουν να κάνουν με τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Στη Διεύθυνση <http://www.mednet.gr/psycho/breast.htm> υπάρχουν πληροφορίες για την ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου του μαστού.

Οι πληροφορίες που μπορεί κάποιος να βρει για τον καρκίνο του μαστού στις ιστοσελίδες Διεθνών Εταιρειών κατά του καρκίνου καθώς και Διεθνών Αντικαρκινικών συλλόγων, είναι πάρα πολύ σημαντικές και χρήσιμες. Απαραίτητη προϋπόθεση όμως για την ανάγνωση αυτών των πληροφοριών είναι η γνώση της Αγγλικής γλώσσας, καθώς στις περισσότερες από τις ιστοσελίδες αυτές οι πληροφορίες είναι γραμμένες στα Αγγλικά.

Μπορεί λοιπόν κανείς σ' αυτές τις ιστοσελίδες να πληροφορηθεί για την ιστορία του καρκίνου του μαστού, να μάθει τι είναι ο καρκίνος του μαστού και πως δημιουργείται, ποιοι είναι οι τύποι καρκίνου του μαστού και πως προλαμβάνεται αυτή η πάθηση. Μπορεί να μάθει ποιοι είναι οι παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην δημιουργία καρκίνου του μαστού και να ενημερωθεί για τις μεθόδους πρόωμης διάγνωσης αυτής της ασθένειας.

Υπάρχουν επίσης πληροφορίες για τις μεθόδους θεραπείες που χρησιμοποιούνται, τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν σαν αποτέλεσμα αυτών των θεραπειών, καθώς και για την αποκατάσταση του μαστού μετά από τη μαστεκτομή. Παρουσιάζονται επίσης ερευνητικά προγράμματα και κλινικές δοκιμές και τα αποτελέσματά τους.

Μπορεί κανείς να βρει πληροφορίες για τον μεταστατικό καρκίνο, για την διαχείριση του πόνου και την διατροφή κατά τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς και για θέματα ποιότητας ζωής μετά και κατά την διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής.

Ακόμα σε αυτές τις ιστοσελίδες υπάρχουν πληροφορίες για τον τρόπο που θα πρέπει να μιλήσει η ασθενής στην οικογένεια και τους φίλους της για την ασθένεια που έχει. Υπάρχουν πληροφορίες για το πώς

μπορεί να καταφέρει να προχωρήσει στη ζωή της μέρα με τη μέρα και για τα συναισθήματα που ενδέχεται να βιώσει η γυναίκα και πώς θα μπορέσει να τα διαχειριστεί. Επίσης υπάρχουν πληροφορίες για τους ρόλους και τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια της καρκινοπαθούς, καθώς και για τη σεξουαλικότητα της γυναίκας με μαστεκτομή.

Στις διευθύνσεις αυτές παρουσιάζονται επίσης λίστες με ειδικούς επαγγελματίες υγείας, νοσοκομεία και αντικαρκινικά ιδρύματα, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, καθώς επίσης και προγράμματα υποστήριξης καρκινοπαθών, των οικογενειών τους, των φίλων τους και των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τον καρκίνο του μαστού. Παρουσιάζονται ακόμα πρακτικοί τρόποι για την εξασφάλιση κοινωνικής και οικονομική βοήθειας σε ασθενείς με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες, παρουσιάζονται φυλλάδια που διανέμονται, εκδόσεις βιβλίων και στατιστικά στοιχεία που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

Σε πολλές ιστοσελίδες μπορεί η ασθενής να γράψει τις απορίες της, και να της απαντήσει κάποιος ειδικός ή μία πρώην ασθενής μέσω e-mail (ηλεκτρονική αλληλογραφία). Επίσης υπάρχουν πολλές ιστοσελίδες στις οποίες μπορεί η ασθενής να επικοινωνεί με άλλες ασθενής μέσω forum (ηλεκτρονικός τόπος δημόσιας συζήτησης) ή Chat (On-line συζήτηση πραγματικού χρόνου). Ακόμα, υπάρχουν κάποιες On-line ομάδες υποστήριξης για ζευγάρια που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο του μαστού, για φιλικά πρόσωπα των καρκινοπαθών και για άτομα με μεταστατικό καρκίνο.

Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι γίνεται μια έντονη προσπάθεια, υποστήριξης και ενημέρωσης των καρκινοπαθών μέσω του Διαδικτύου, και ότι μέσω αυτών των ιστοσελίδων μπορούν να αντληθούν σημαντικές πληροφορίες για όλα τα θέματα που αφορούν το καρκίνο του μαστού.

**ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΣΤΟ INTERNET ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ
ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

- <http://www.karkinosmastou.gr/> (Καρκίνος Μαστού)
- <http://www.mastologia.gr/> (Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας)
- <http://www.cancer-society.gr/> (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία)
- <http://medlab.cs.uoi.gr/erga/pathology/kefalaio2/kefalaio2.htm>
(Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων)
- <http://www.gyn.gr/> (Δικτυακή Πύλη για Γυναίκες)
- <http://health.in.gr/woman/> (in.gr)
- <http://care.flash.gr/home/> (flash.gr)
- <http://users.otenet.gr/~raibom/cabrest.htm> (otenet)
- <http://www.mednet.gr/psycho/breast.htm> (Psycho Mednet Helas)
- <http://www.cancerworld.com/default.asp>
- <http://www.cancerworld.com/progetti/cancerworld/Europadonna/pagine/links/framelinks.html>
- <http://www.cancerbacup.org.uk/Home>
- <http://www.cbhp.org/>
- <http://cancer.gov/cancerinformation>
- <http://www.addgr.com/org/hc/>
- <http://www.breastcancer.net/>
- <http://www.iarc.fr/>
- <http://www.bco.org/>
- <http://www.nabco.org/index.php/39>
- <http://www.natlbcc.org/>
- <http://www.yme.org/>
- <http://www.uicc.org/>
- http://darkwing.uoregon.edu/~jbonine/bc_sources.html#guides
- <http://www.breastcancer-forum.org/>
- <http://www.biostat.wisc.edu/bca/bca.html>

<http://www.ami-med.com/mhc/top/000913.htm>
<http://www.erinet.com/fnadoc/b rest.htm>
<http://www.microweb.com/clg/>
<http://cancerguide.org/>
<http://oncolink.upenn.edu/>
<http://www.wicic.nci.nih.gov/>
<http://imsdd.meb.uni-bonn.de/cancernet/cancernet.html>
http://oncolink.upenn.edu/pdq_html/1/engl/100013.html
<http://www.HealthAtoZ.com/>
http://www.asco.org/prof/pp/html/f_gs.htm
<http://www.cbcn.ca>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
<http://www.healthgate.com/HealthGate/MEDLINE/search.shtml>
<http://www.healthy.net/library/search/medline.htm>
<http://192.246.193.14/Home/Search/search.mhtml>
<http://www.grhlib.demon.co.uk/medline.html>
<http://www.infotrieve.com/>
<http://enterprise.bih.harvard.edu/paperchase/>
<http://www.yahoo.com>
<http://cancerguide.org/research.html>
<http://cure.medinfo.org/lists/cancer/bc-about.html>
<http://cure.medinfo.org/cgi-bin/EZ-Commands/BREAST-CANCER/subscribe.html>
http://cure.medinfo.org/lists/cancer/index_sl.html
<http://nysernet.org/bcic/>
<http://www.interlog.com/~davet/where.html>
<http://www.mirc.co.uk>
<http://www.mirc.co.uk/servers.html>
<http://ng.netgate.net/~mwmi ller/onco.html>

<http://www.med-i-net.com/>

<http://ama-assn.org/aps/amahg.html>

http://oncolink.upenn.edu/specialty/rad_ onc/

<http://web.mit.edu/pamurra y/www/artbc.html>

<http://www1.mhv.net/~delaney/owr .htm>

<http://www.s urgery.uiowa.edu/surgery/plastic/brecon.html>

<http://english-ww w.hss.cmu.edu/cultronix/stephanie/>

<http://www .roxane.com/Roxane/RPI/Newsletters/MDA/v9n4.html>

<http://www.s urgery.uiowa.edu/surgery/plastic/brecon.html>

<http://english-ww w.hss.cmu.edu/cultronix/stephanie/>

<http://www-med2.Stanford.EDU/CBHP/>

[http://www.napbc.org./](http://www.napbc.org/)

<http://www.nt.net/~giselef/life-qlt.htm>

http://darkwing.uoregon.edu/~jbonine/annette_friedman.html

<http://www.patientcenters.com/breastcancer/>

<http://members.aol.com/curenow/private/index.html>

<http://www.intranet.ca/~stancar>

Γ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από την παρουσίαση των εξωνοσοκομειακών υποστηρικτικών δομών, προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα, με βάση τις θεματικές ενότητες των συνεντεύξεων:

1. Οργάνωση των Δομών

Όλες οι παραπάνω δομές είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα και διοικούνται από πολυμελή Διοικητικά Συμβούλια.

Τα έσοδα των δομών προέρχονται κυρίως από δωρεές, διάφορες εκδηλώσεις, χορηγίες και εράνους.

Σκοπός των δομών αυτών είναι κυρίως η ψυχοκοινωνική στήριξη και αποκατάσταση των γυναικών με καρκίνο του μαστού και των οικογενειών τους, καθώς και η ενημέρωση κάθε γυναίκας για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Για το σκοπό αυτό απασχολείται στα διάφορα προγράμματα των δομών έμμισθο (ειδικευμένο) προσωπικό που αποτελείται από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς, νοσηλευτές και γραμματείς, καθώς και άμισθο προσωπικό που προσφέρει τις υπηρεσίες του εθελοντικά όπως επαγγελματίες υγείας και πρώην ασθενείς.

Υπάρχει συνεργασία των παραπάνω δομών μεταξύ τους, καθώς και με τις κοινωνικές υπηρεσίες των Αντικαρκινικών Νοσοκομείων «Άγιος Σάββας» και «Μεταξά». Επίσης συνεργάζονται με Δημόσιους και Ιδιωτικούς φορείς, όπως είναι Νοσοκομεία, Ιατρικές Εταιρείες, Δήμοι, Σύλλογοι, Σχολεία, κ.λ.π.

Για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών των γυναικών με καρκίνο του μαστού σε όλη τη χώρα σημαντική είναι η ίδρυση παραρτημάτων των δομών αυτών. Συγκεκριμένα η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία έχει ιδρύσει παραρτήματα σε 36 νομούς της

Ελλάδας. Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού έχει ιδρύσει παράρτημα στον Νομό Αχαΐας ενώ σε εξέλιξη βρίσκεται η ίδρυση παραρτημάτων σε Ιωάννινα, Τρίπολη και Ηράκλειο Κρήτης.

2. Λειτουργία των Δομών

Στα Κέντρα αποκατάστασης οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν και σε αυτά μπορούν να απευθυνθούν γυναίκες στις οποίες έχει διαγνωστεί καρκίνος του μαστού, γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο αποθεραπείας, άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος αυτών των γυναικών που έρχονται σε άμεση επαφή και επωμίζονται ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας τους, καθώς και γυναίκες που θέλουν να ενημερωθούν για την πρόληψη της ασθένειας.

Η πρώτη επαφή των ενδιαφερόμενων με τις δομές γίνεται μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, για να οριστεί μια πρώτη συνάντηση. Σημαντική προϋπόθεση είναι η εθελοντική παρουσία των ενδιαφερόμενων στον χώρο.

Στην πρώτη συνάντηση λαμβάνεται το κοινωνικό ιστορικό της ασθενούς από την κοινωνική λειτουργό ή την ψυχολόγο και γίνεται μια πρώτη υποστηρικτική-συμβουλευτική διαδικασία. Η ασθενής ενημερώνεται για τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος αποκατάστασης και αν το επιθυμεί μπορεί να ενταχθεί σε αυτό. Η ίδια διαδικασία ισχύει και για τα μέλη των οικογενειών τους.

Ο πληθυσμός των προγραμμάτων αποκατάστασης είναι γυναίκες ηλικίας 27-80 ετών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, αλλά ο κύριος όγκος των γυναικών αυτών βρίσκεται στην ηλικία των 40-50 ετών.

3. Προγράμματα των Δομών

Για την κάλυψη αυτών των αναγκών όλα τα Κέντρα προσφέρουν σε πρώτη φάση :

1. συμβουλευτική σε άτομα
2. συμβουλευτική σε οικογένειες

Το Κέντρο «Ελλη Λαμπέτη» προσφέρει μόνο τη συμβουλευτική, ενώ στα άλλα 2 Κέντρα προσφέρεται και ψυχοθεραπευτική βοήθεια.

Μεγαλύτερη έμφαση στον τρόπο αντιμετώπισης των ατόμων δίνεται στις ομάδες. Υπάρχουν ομάδες :

1. ψυχολογικής υποστήριξης (ατόμων, ζευγαριού και παιδιών),
2. ομάδες σεμιναρίου και
3. ομάδες για την εκπαίδευση εθελοντών.

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού είναι η μοναδική δομή που προσφέρει εθελοντικό πρόγραμμα, το οποίο κατέχει σημαντικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των γυναικών με μαστεκτομή, αφού σε αυτές συμπαραστέκονται γυναίκες που έχουν βρεθεί στην ίδια θέση και έχουν καταφέρει να ξεπεράσουν το πρόβλημά τους. Η παρουσία αυτή είναι σημαντική γιατί βοηθά την ασθενή να αισθάνεται δυνατή και αισιόδοξη για το μέλλον.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία και το κέντρο «Ελλη Λαμπέτη» παρέχουν στους ενδιαφερόμενους και πληροφορίες μέσω τηλεφώνου είτε για ιατρικά θέματα είτε για συμβουλευτική. Η υπηρεσία αυτή είναι πολύ χρήσιμη κυρίως για τις γυναίκες που δεν μπορούν να επισκεφτούν τα κέντρα.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία προσφέρει **μαθήματα αυτοεξέτασης** τα οποία παραδίδονται στον χώρο του Κέντρου αποκατάστασης αλλά και σε οποιοδήποτε άλλο χώρο ζητηθεί.

Και τα 3 Κέντρα είτε σε συνεργασία με άλλους φορείς, είτε μεμονωμένα οργανώνουν:

1. ημερίδες
2. σεμινάρια με θέμα την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.
3. διάφορες ψυχαγωγικές και ενημερωτικές εκδηλώσεις που αφορούν τα μέλη των Κέντρων.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία και ο Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού διεξάγουν έρευνες στις οποίες καταγράφονται επιδημιολογικά στοιχεία και οι ανάγκες και τα προβλήματα των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών συμβάλλουν στον σχεδιασμό των προγραμμάτων των Κέντρων.

Οι ενδιαφερόμενοι πληροφορούνται για την ύπαρξη των εξωνοσοκομειακών υποστηρικτικών κέντρων από τις κοινωνικές υπηρεσίες των αντικαρκινικών κυρίως νοσοκομείων. Επίσης τα προγράμματα των κέντρων αυτών και οι διάφορες εκδηλώσεις τους γνωστοποιούνται στο ευρύ κοινό μέσω έντυπου υλικού και προβολής στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ακόμα για τις 2 από τις 3 δομές υπάρχουν πληροφορίες στο internet. Τέλος για τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο του μαστού οι ασθενείς ενημερώνονται από τις εθελόντριες του συλλόγου.

Κύρια αιτήματα των εξυπηρετούμενων

Οι γυναίκες που έρχονται σε επαφή με τα Κέντρα ζητούν κυρίως ψυχοκοινωνική υποστήριξη για να αντεπεξέλθουν στο ρόλο της συζύγου, της μητέρας και της εργαζόμενης. Οι περισσότερες από αυτές έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος,

αισθάνονται να απειλείται η ζωή τους και αντιμετωπίζουν πρακτικά προβλήματα της καθημερινότητάς τους.

Τα μέλη των οικογενειών που επισκέπτονται τα Κέντρα ψάχνουν τρόπους συμπαράστασης στην ασθενή και έχουν ανάγκη οι ίδιοι επίσης να εκφράσουν τους φόβους τους για την πιθανή απώλεια.

Τα αιτήματα αυτά ικανοποιούνται μέσα από τη λειτουργία των ομάδων και την παροχή συμβουλευτικής στους εξυπηρετούμενους.

Σύμφωνα με τους ειδικούς που ερωτήθηκαν, τα θέματα συζήτησης με τις ασθενείς επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των άμεσων προβλημάτων των ασθενών, στο «εδώ και τώρα».

Το θέμα μιας ενδεχόμενης υποτροπής δεν θίγεται ποτέ από τους επαγγελματίες γιατί θεωρούν ότι κάτι τέτοιο θα έχει αρνητική επίδραση στην ψυχολογία των ασθενών. Σε περίπτωση όμως αναφοράς της ασθενούς σε αυτό το θέμα, οι επαγγελματίες προσπαθούν να επικεντρώσουν το ενδιαφέρον στην παρούσα κατάσταση χωρίς να βασίζονται σε υποθέσεις για το μέλλον.

4. Ανταπόκριση του κοινού στα προγράμματα των δομών

Σύμφωνα με τους ερωτώμενους επαγγελματίες υπάρχει μία αρκετά μεγάλη ανταπόκριση των ενδιαφερόμενων προς τα προγράμματα των κέντρων, αφού υπάρχουν πολλά άτομα που παρακολουθούν τις ομάδες και αρκετές νέες περιπτώσεις που έρχονται καθημερινά στα κέντρα. Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία εξυπηρετεί 40-50 περιστατικά εβδομαδιαίως, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του μαστού αριθμεί πάνω από 600 μέλη και 60 εκπαιδευμένες εθελόντριες και το Κέντρο «Έλλη Λαμπέτη» εξυπηρετεί 30-40 περιστατικά μηνιαίως.

Οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι η ανταπόκριση αυτή οφείλεται στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων και ότι οι γυναίκες

προτιμούν αυτά τα κέντρα γιατί δεν θυμίζουν νοσοκομειακό περιβάλλον. Αυτό τις βοηθάει να χαλαρώσουν και έτσι να μειωθεί ο φόβος τους, με αποτέλεσμα να ανοιχτούν πιο εύκολα και να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τα προβλήματά τους, αφού νιώθουν ότι βρίσκεται κάποιος κοντά τους σε κάθε τους βήμα.

Η ανταπόκριση του κοινού στις διάφορες ημερίδες και ενημερωτικές εκδηλώσεις των δομών αυτών είναι αρκετά μεγάλη, αφού υπάρχει σοβαρή προσπάθεια ενημέρωσης του κοινού για την διεξαγωγή τους, μέσω προβολής στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Το δίκτυο φροντίδας μαστού παρείχε μαθήματα αυτοεξέτασης στην Αθήνα, στα Ιωάννινα, τη Ρόδο και το Αίγιο στα οποία συμμετείχαν εκατοντάδες γυναίκες. Επίσης χιλιάδες γυναίκες σε πολλές πόλεις ενημερώθηκαν με ειδικές εκδηλώσεις για την υγεία του στήθους. Η καθιέρωση του Οκτωβρίου ως μήνα πρόληψης του καρκίνου του μαστού είχε απόλυτη επιτυχία, ευαισθητοποιώντας τον γυναικείο πληθυσμό και κνητοποιώντας μη κυβερνητικές οργανώσεις και μέσα μαζικής ενημέρωσης (σύμφωνα με τα πεπραγμένα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας για το 2003).

Αρκετά μεγάλη ανταπόκριση υπάρχει και στις τηλεφωνικές υπηρεσίες που παρέχουν τα κέντρα αυτά. Η γραμμή επικοινωνίας της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας δέχτηκε το 2003 εκατοντάδες κλήσεις από όλη την Ελλάδα, ενημερώνοντας τους πολίτες για απορίες ή προβλήματα που είχαν σχέση με την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση θεραπεία και αποκατάσταση των ογκολογικών παθήσεων (σύμφωνα με τα πεπραγμένα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας για το 2003). Αρκετές κλήσεις από ασθενείς του Κέντρου υπάρχουν και στο «Έλλη Λαμπέτη» (σύμφωνα με τους ειδικούς του κέντρου).

5. Ο Καρκίνος του μαστού στο Διαδίκτυο

Υπάρχουν πολλές ιστοσελίδες στο διαδίκτυο που περιέχουν πληροφορίες για διάφορα θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού. Οι περισσότερες από αυτές είναι γραμμένες στην Αγγλική γλώσσα, αλλά υπάρχουν και αρκετές Ελληνικές.

Τα κυριότερα θέματα που παρουσιάζονται σε αυτές τις ιστοσελίδες αφορούν την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την θεραπεία του καρκίνου του μαστού και την αποκατάσταση του μαστού μετά από την μαστεκτομή. Επίσης μπορεί κανείς να βρει σε αυτές πληροφορίες για θέματα ποιότητας ζωής μετά και κατά την διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής.

Σε πολλές ιστοσελίδες υπάρχει η δυνατότητα η ασθενής να γράψει τις απορίες της, και να της απαντήσει κάποιος ειδικός ή μία πρώην ασθενής μέσω e-mail (ηλεκτρονική αλληλογραφία).

Επίσης υπάρχουν πολλές ιστοσελίδες στις οποίες μπορεί η ασθενής να επικοινωνεί με άλλες ασθενής μέσω forum (ηλεκτρονικός τόπος δημόσιας συζήτησης) ή Chat (On-line συζήτηση πραγματικού χρόνου).

Ακόμα, υπάρχουν κάποιες On-line ομάδες υποστήριξης για ζευγάρια που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο του μαστού, για φιλικά πρόσωπα των καρκινοπαθών και για άτομα με μεταστατικό καρκίνο.

Τέλος σε κάποιες από τις ιστοσελίδες υπάρχουν πληροφορίες για τα συναισθήματα που ενδέχεται να βιώσει η γυναίκα και πώς θα μπορέσει να τα διαχειριστεί. Καθώς επίσης και πληροφορίες για τους ρόλους και τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια της καρκινοπαθούς και το σωστό τρόπο χειρισμού τους.

Όσον αφορά την ανταπόκριση του κοινού στη χρήση αυτών των ιστοσελίδων, δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος τρόπος για να διαπιστωθεί ο αριθμός των επισκεπτών. Αν κρίνουμε όμως από τα λεγόμενα της κοινωνικής λειτουργού του Πανελληνίου Συλλόγου

Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού που ανέφερε ότι ο σύλλογος διατηρούσε ιστοσελίδα η οποία καταργήθηκε λόγω της πολύμηνης απουσίας επισκεπτών, διαπιστώνουμε ότι αυτός ο τρόπος ενημέρωσης των ασθενών δεν είναι διαδεδομένος στην χώρα μας. Ο αριθμός των μελών του μοναδικού Ελληνικού forum για θέματα υγείας είναι 480 μέλη αλλά το θέμα του καρκίνου του μαστού δεν συζητιέται ευρέως και οι απαντήσεις των ιατρών επικεντρώνονται στην διάγνωση και τη θεραπεία του.

Σε αντίθεση με τις Ελληνικές, οι ξένες ιστοσελίδες στις οποίες μπορούν οι ασθενείς να επικοινωνήσουν μεταξύ τους έχουν αρκετά μεγάλη ανταπόκριση, αφού υπάρχει ένας αρκετά μεγάλος αριθμός επισκεπτών που λαμβάνουν μέρος στις συνομιλίες. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ασθενείς θεωρούν σημαντική την ανταλλαγή απόψεων και πληροφοριών με άτομα που βρίσκονται ή έχουν βρεθεί στο παρελθόν στην ίδια κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μετά τη μελέτη των ψυχοσωματικών επιπτώσεων των γυναικών με μαστεκτομή και των Εξωνοσοκομειακών Υποστηρικτικών Δικτύων που υπάρχουν στην χώρα μας για την αντιμετώπιση των αναγκών της, καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

Από τη βιβλιογραφική μελέτη προκύπτει ότι η γυναίκα που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή παρουσιάζει ιδιαίτερες ανάγκες, όπως υποστηρίζουν οι Σπηλιώτης (1999), Κούκουρας (1990), Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1986). Οι ανάγκες αυτές οφείλονται καταρχήν στην θεραπευτική αγωγή και δεύτερον στην διατάραξη του

ψυχολογικού της κόσμου που έχουν αντίκτυπο στη σχέση με τον εαυτό της και με τα άτομα που βρίσκονται κοντά της.

Οι εξωνοσοκομειακές υποστηρικτικές δομές που παρουσιάστηκαν παραπάνω παρέχουν ένα οργανωμένο πρόγραμμα για την αντιμετώπιση των αναγκών που προκύπτουν στις γυναίκες από την εμφάνιση της νόσου. Τα Κέντρα αυτά στελεχώνονται με εξειδικευμένο προσωπικό (κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους) και δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην ψυχολογική στήριξη της γυναίκας, αφού όπως υποστηρίζουν οι Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1986), Kubler Ross (1988), και Στεφανής (1981), επέρχονται σημαντικές αλλαγές στις ψυχολογικές λειτουργίες της. Η ψυχολογική αυτή στήριξη είναι σημαντική για την οποιαδήποτε προσπάθεια ανάρρωσης και επιστροφής στους κανονικούς ρυθμούς της ζωής.

Ένα σημαντικό στοιχείο του προγράμματος αποκατάστασης των Κέντρων, είναι η συμμετοχή της ασθενούς σε ομάδες. Η δραστηριότητα αυτή, όπως αναφέρει ο Αναγνωστόπουλος (1984), βοηθά τα μέλη των ομάδων να μοιράζονται τα προβλήματα τους και να ανταλλάσσουν απόψεις με άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις και συναισθήματα, παίρνοντας έτσι δύναμη ο ένας από τον άλλον και νιώθοντας ότι έχουν κάτι να προσφέρουν.

Επίσης προσφέρεται υποστήριξη και συμβουλευτική στο στενό οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς, καθώς όπως υποστηρίζει η Παπάζογλου (2000) είναι σημαντικό να αντιμετωπίσουν τα μέλη της οικογένειας τους φόβους και τις προκαταλήψεις τους για την ασθένεια και να βρεθούν πιο κοντά στην ασθενή. Η υποστήριξη της οικογένειας είναι σημαντική γιατί η ασθενής θα καταφέρει να ξεπεράσει τα προβλήματα που την απασχολούν μόνο μέσα σε ένα υγιές οικογενειακό περιβάλλον.

Η συμβουλευτική ζεύγους που προσφέρουν τα προγράμματα αυτά είναι βοηθητική για τη διατήρηση της ισορροπίας της συζυγικής σχέσης η οποία ενδέχεται να κλονιστεί. Η γυναίκα που υποβάλλεται σε μαστεκτομή, όπως υποστηρίζουν οι Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1995), αναζητά την αποδοχή του συζύγου της, ο οποίος μπορεί να απομακρυνθεί για λίγο ώστε να αφομοιώσει και να αποδεχτεί τη νέα πραγματικότητα. Επίσης οι άντρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά ανίκανοι για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νιώσουν σεξουαλική επιθυμία, όπως αναφέρει ο Αναγνωστόπουλος (1984), πράγμα που μπορεί να επηρεάσει τη σχέση του ζευγαριού. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και συζητούν το θέμα, τότε αυτά τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγήσουν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί.

Η ψυχολογική στήριξη που προσφέρεται μέσα από τα προγράμματα των Κέντρων στα παιδιά των ασθενών τα βοηθάει να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους και να αποδεχτούν τη νέα κατάσταση. Σύμφωνα με τον Σπηλιώτη (1999) τα παιδιά της ασθενούς ζουν με το φόβο της απώλειας ενός προσφιλούς προσώπου όπως είναι η μητέρα και πολλές φορές όπως αναφέρουν οι Dolliger, Rosenbaum και Cable (1992) νομίζουν πως αυτά ευθύνονται για την ασθένεια της μητέρας τους.

Το πρόγραμμα συμπαράστασης σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή από εθελόντριες πρώην ασθενείς με την ίδια εμπειρία, είναι ένα πρωτοποριακό πρόγραμμα που διεξάγεται στην Ελλάδα. Η γενική εκτίμηση όσων έχουν γνωρίσει το πρόγραμμα αυτό (ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και κυρίως γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή) είναι ότι η παρουσία της εθελόντριας δρα και υποστηρικτικά για την ασθενή, γιατί την καταλαβαίνει, όσο κανείς χάρη στην κοινή τους εμπειρία και γιατί λειτουργεί σαν θετικό παράδειγμα για

προσαρμογή και ποιότητα ζωής. Αυτό γίνεται γιατί η εκπαίδευση των εθελοντριών αυτών είναι υποχρεωτική, αφού τις βοηθάει να ξεκαθαρίσουν οι ίδιες τα δικά τους συναισθήματα ώστε να μπορέσουν να στηρίξουν τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα.

Η τηλεφωνική υπηρεσία της ανοιχτής γραμμής είναι μια πολύ βοηθητική για το κοινό υπηρεσία, αφού κάθε άτομο έχει την ευκαιρία να μιλήσει με ειδικευμένους επιστήμονες και να πάρει απαντήσεις για ότι έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού αλλά και για τους άλλους τύπους καρκίνου. Οι υπεύθυνοι της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας υποστηρίζουν πως το γεγονός ότι η υπηρεσία αυτή δέχεται ανώνυμες κλήσεις, κάνει πιο εύκολη την επικοινωνία γιατί οι συνομιλητές δεν βρίσκονται πρόσωπο με πρόσωπο και έτσι οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να μιλήσουν χωρίς ντροπή και ενδοιασμούς για τα προβλήματα που τους απασχολούν.

Όσον αφορά τις εκδηλώσεις που διοργανώνουν τα κέντρα, φαίνεται να βοηθούν πολύ στην ευαισθητοποίηση του κοινού, καθώς η ανταπόκριση του κόσμου όπως υποστηρίζουν οι διοργανωτές είναι ικανοποιητική. Οι περισσότερες βέβαια εκδηλώσεις αφορούν την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, κινητοποιώντας έτσι τις γυναίκες να μην καθυστερήσουν να απευθυνθούν σε κάποιο ειδικό κέντρο σε περίπτωση που εντοπίσουν κάποια ανωμαλία στο στήθος τους. Με αυτό τον τρόπο προλαμβάνουν έγκαιρα την εξέλιξη του καρκίνου.

Παρόλα αυτά η λειτουργία των προγραμμάτων θα ήταν πιο αποτελεσματική αν οι δομές ήταν στελεχωμένες με περισσότερο προσωπικό, αφού σε κάθε δομή υπάρχουν μόνο 2 επαγγελματίες (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) σε μόνιμη βάση.

Πιστεύουμε ότι ο αριθμός αυτών των δομών είναι πολύ περιορισμένος για να καλύψει τον μεγάλο αριθμό γυναικών που νοσούν

και των μελών των οικογενειών τους. Επίσης οι γυναίκες που βρίσκονται στην επαρχία δεν έχουν την ευκαιρία να επωφεληθούν των υπηρεσιών που προσφέρουν αυτά τα προγράμματα, αφού τα παραρτήματα έχουν κύριο σκοπό την πρόληψη και τα μοναδικά κέντρα ψυχολογικής στήριξης και αποκατάστασης βρίσκονται στην Αθήνα. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί το παράρτημα του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού που βρίσκεται στην Πάτρα, στο οποίο προσφέρονται οι ίδιες υπηρεσίες με αυτό στην Αθήνα.

Πιστεύουμε λοιπόν πως για να καλυφθούν οι ανάγκες όσο το δυνατόν περισσότερων περιστατικών είναι απαραίτητη η ίδρυση παραρτημάτων που να προσφέρουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη στους ενδιαφερόμενους σε όλη την Ελλάδα. Απαραίτητη κρίνεται και η πρόσληψη επιπλέον ειδικευμένου προσωπικού για την όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη και αποτελεσματική λειτουργία των δομών.

Στις διάφορες ιστοσελίδες του διαδικτύου υπάρχουν πολλές χρήσιμες πληροφορίες για όλα τα θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού. Το διαδίκτυο μπορεί να αποτελέσει ένα πολύ χρήσιμο μέσο για την άντληση πληροφοριών που αφορούν την ασθένεια αυτή, γιατί παρέχει πληροφορίες που καλύπτουν όλα τα θέματα που μπορεί να απασχολούν τις ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους.

Επίσης είναι πολύ σημαντικό για την ψυχολογία των ασθενών το γεγονός ότι μέσω των διάφορων ιστοσελίδων μπορούν να επικοινωνήσουν μεταξύ τους και να ανταλλάξουν εμπειρίες και απόψεις για τα διάφορα θέματα που τους απασχολούν.

Ένα θετικό στοιχείο της χρήσης του διαδικτύου είναι η διατήρηση της ανωνυμίας των χρηστών. Το στοιχείο αυτό διευκολύνει τους ενδιαφερόμενους στην όσο το δυνατόν πιο ελεύθερη έκφραση των αναγκών και των αποριών τους, αφού είναι πολύ πιο εύκολο να

μοιράζεται κανείς προσωπικά πράγματα όταν αισθάνεται ότι προστατεύει την πραγματική του ταυτότητα πίσω από την ανωνυμία που προσφέρει ένα ψευδώνυμο.

Επίσης σε σύγκριση με τις δομές που υπάρχουν και προσφέρουν πληροφορίες στις γυναίκες για τον καρκίνο του μαστού, καθώς και με τις βιβλιοθήκες από όπου μπορούν οι ενδιαφερόμενοι να συλλέξουν πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού από επιστημονικά βιβλία, εγκυκλοπαίδειες και περιοδικά, στις οποίες το ωράριο λειτουργίας είναι συγκεκριμένο, η χρήση του διαδικτύου μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας επιθυμεί ο ενδιαφερόμενος. Αυτό μπορεί να εξυπηρετήσει πολύ τα άτομα που εργάζονται και δεν έχουν τη δυνατότητα να επισκεφτούν τις δομές αυτές κατά τις ώρες λειτουργίας τους. Ακόμα η χρήση του διαδικτύου μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε χώρο επιθυμεί ο ενδιαφερόμενος χωρίς να είναι απαραίτητη η μετακίνησή του.

Αν και η χρήση του διαδικτύου μπορεί να προσφέρει πολλά, οι περισσότερες ασθενείς δεν είναι εξοικειωμένες με τη νέα τεχνολογία λόγω του ότι βρίσκονται σε προχωρημένη ηλικία. Επίσης για την άντληση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών είναι η αναγκαία η καλή γνώση της Αγγλικής γλώσσας, πράγμα που μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο για τη σωστή χρήση του. Υπάρχουν βέβαια οι Ελληνικές ιστοσελίδες, αλλά δεν προσφέρουν τόσο ολοκληρωμένες υπηρεσίες όπως οι ξένες (π.χ. forum και chat).

Κλείνοντας, η εκτίμησή μας είναι ότι αξιοποιούνται όλες οι προσφερόμενες υπηρεσίες των Κέντρων Υποστήριξης και Αποκατάστασης των γυναικών με μαστεκτομή σε μεγάλο βαθμό και κρίνεται αναγκαία η στελέχωση και η διεύρυνση των προγραμμάτων των Κέντρων αυτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο, Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα, 1986.
2. Αναγνωστόπουλος Φ., Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία (Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς), Επιμέλεια Κοσμίδης Π., Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1984.
3. Αραβαντινός Δ. Ι., Παθολογία της γυναίκας, Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα, 1985.
4. Βαλαβανίδης Αθ., Περιβάλλον και κακοήθης νεοπλασίες: εξωγενής περιβαλλοντικοί παράγοντες καρκινογένεσης στον άνθρωπο και εκτίμηση κινδύνου, Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα, 2000.
5. Γολεμάτης Β. Χ., Χειρουργική Παθολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1991.
6. Κονιάρη Ε., Καρκίνος του μαστού-Νοσηλευτική παρέμβαση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1991.
7. Δρ. Κορδιόλης Ν., Καρκίνος και πόνος - Μύθοι και πραγματικότητα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1992.
8. Δρ. Κούκουρας Δημ., Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς, Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα, 1990.
9. Λέκκου-Λεβιδιώτη Σπ., Εποπτεία στην πράξη της Κοινωνικής Εργασίας, εισαγωγικές σκέψεις, θέσεις άσκησης, Εκδόσεις Έλλη, Αθήνα, 1996.
10. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., Η ψυχολογία της υγείας, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1995.
11. Παπανικολάου Ν. Α., Γυναικολογική μαστολογία, Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα, 1995.

12. Προυκάκης Χ., Πυρηνικά Ατυχήματα-Κίνδυνος και Προστασία της Υγείας, Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα, 1987.
13. Ρηγάτος Γ., Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1985.
14. Ρώτας Π. Ρ., Αποφεύγετε το στρες, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995.
15. Δρ. Σπηλιώτης Ι., Καρκίνος: Από την άγνοια ... στον φόβο, Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα, 1999.
16. Στεφανής Κ., Κλινική Ογκολογία (Ψυχολογικές και ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου), Έκδοση από το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Αθήνα, 1998.
17. Τζωρακοελευθεράκης Ε., Χειρουργικές παθήσεις του μαστού, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1992.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dollinger M. MD, Rosenbaum E. MD, Cable G, Ο Καρκίνος- Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: ένας οδηγός για όλους, Μετάφραση Μαθάς Χ., Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα, 1992.
2. Kosl S. V., Cooper C. L., Stress and health: Issuer in Research Methodology, edited by John Wiley and Sons Compang, Great Britain, 1987.
3. Love S. MD, Lindsey K., Το βιβλίο του μαστού, Μετάφραση Λύσανδρος Μυγιάκης, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα, 1994.
4. Renard L., Πως να δαμάσετε τον καρκίνο: οι ανεκμετάλλευτες δυνάμεις της ανθρώπινης ύπαρξης, Μετάφραση Τζίνα Τραμπάζαλη, Εκδόσεις Ααγής, Αθήνα, 1990.
5. Ross K. E., Θάνατος: το τελευταίο στάδιο της εξέλιξης, Μετάφραση Βράχας Φ., Εκδόσεις Τάμασος, Αθήνα, 1998.

6. Schoroeder S. A., Tirney M. L. Jr., McPhee S. G., Papadakis M. A., Kturr M. A., Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική, Μετάφραση Παρισιανού Μ. Γ., Τόμος Α', Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα, 1994.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΑΠΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

1. Αραπαντώνη-Δαδιώτη Π., «ΣΗΜΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Μάρτιος-Ιούνιος 1999, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2002.
2. Βαλαβανίδης Αθ., «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
3. Βαλαβανίδης Αθ., «ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
4. Γιδοπούλου-Στραβολαίμου, Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα: «ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.
5. Γιδοπούλου-Στραβολαίμου, «ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ», Σεμινάριο Κοινωνικών λειτουργών με θέμα: «ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1991.
6. Δημόπουλος Κ. Α., «ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ» Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-

- ογκολογίας, Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
7. Ιακωβίδης Β., «ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΨΥΧΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ», Ανασκόπηση άρθρων για τον εορτασμό των 25 χρόνων του Νοσοκομείου «ΜΕΤΑΞΑ», Πειραιάς, Νοέμβριος 1992.
8. Καλαούζη, «Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ», Σεμινάριο Κοινωνικών λειτουργών με θέμα: «ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1991.
9. Κάππας Α., «ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ-ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗΓΕΝΕΣΗ», Σεμινάριο με θέμα «ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ», Συντονιστές: Μπεσμπέας Σ., Σιδέρης Ε., Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1991.
-
- 10.Κάρλου, «Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Απρίλιος-Ιούνιος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
- 11.Κυρίτση-Κουκουλάρη Ε., «Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΛΑΓΜΕΝΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Απρίλιος-Ιούνιος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
- 12.Μουζίκου Μ., «Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας

- και ψυχο-ογκολογίας, Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
- 13.Μπαζιώτης Ν., «ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Μάρτιος-Ιούνιος 1999, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2002.
- 14.Παπάζογλου Ε., «Ο ΘΡΗΝΟΣ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΕΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ, ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Απρίλιος-Ιούνιος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
- 15.Παππά Θ., «ΚΟΠΩΣΗ ΣΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
-
- 16.Στραβόλαιμος Κ., «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
17. Δρ. Τριχίλης Ε., «ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ», Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα: «ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.
- 18.Φώτος Ν, Χατζίκα Κ., «ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΣΥΜΤΩΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής

ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Απρίλιος-Ιούνιος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.

19. Χρυσόχου Μ., «ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ», Σεμινάριο με θέμα «ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ», Συντονιστές: Τριχοπούλου Α., Μπεσμπέας Σ., Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1991.

ΑΡΘΡΑ ΑΠΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Δαμίγος Δ., «Η έννοια της ψυχολογικής κρίσης στην καρκινική διεργασία», Ελληνική Ογκολογία (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία), Αρ. Τεύχους 27, Αθήνα, 1991, σελ. 205.
2. Διαβολή Α., «Ψυχολογικές διαταραχές μαστεκτομής», Εγκέφαλος, Αρ. Τεύχους 15, Αθήνα, 1978, σελ. 52.
3. Ευαγγελοδήμου Ε., «Τα πάντα γύρω από το στήθος», Μ' Ενδιαφέρει (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία), Μάρτιος-Απρίλιος, Αθήνα, 2001, σελ. 35-37.
4. Ρήγα Α., «Ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο της κατευθυνόμενης ονειροπόλησης του Dosoille Robert», Ελληνική Ογκολογία (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία), Αρ. Τεύχους 30, Αθήνα, 1994, σελ. 181, 236, 258.

ΑΡΘΡΑ ΑΠΟ ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

1. Λυμπερτάδου-Τσακαλώζου Λ. (Γενική γραμματέας παραρτήματος Πατρών της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας), «Καρκίνος του μαστού- ό, τι πρέπει να γνωρίζετε γιατί η ... πρόληψη σώζει», Η ΠΡΩΙΝΗ ΓΝΩΜΗ, Κυριακή 20 Οκτωβρίου 2002, Πάτρα, σελ. 11.

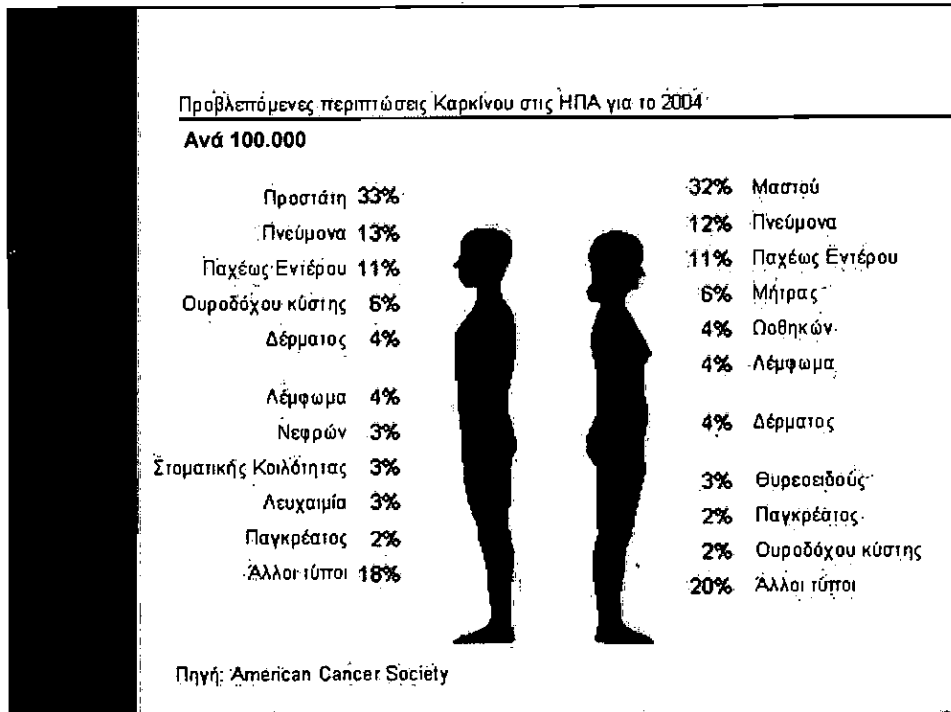
ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

1. Ιατρική εγκυκλοπαίδεια «Χρυσή Υγεία της 3^{ης} Χιλιετίας», Επιμέλεια Κοχλατζής Δ., Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 2002, σελ. 82, 96.
2. Ιατρική εγκυκλοπαίδεια «Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική», Επιμέλεια Παρισσιανού Μ., Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα, 1994, σελ: 70-73, 82, 86-87.
3. «Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο», Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα, 1980, σελ: 293-294.

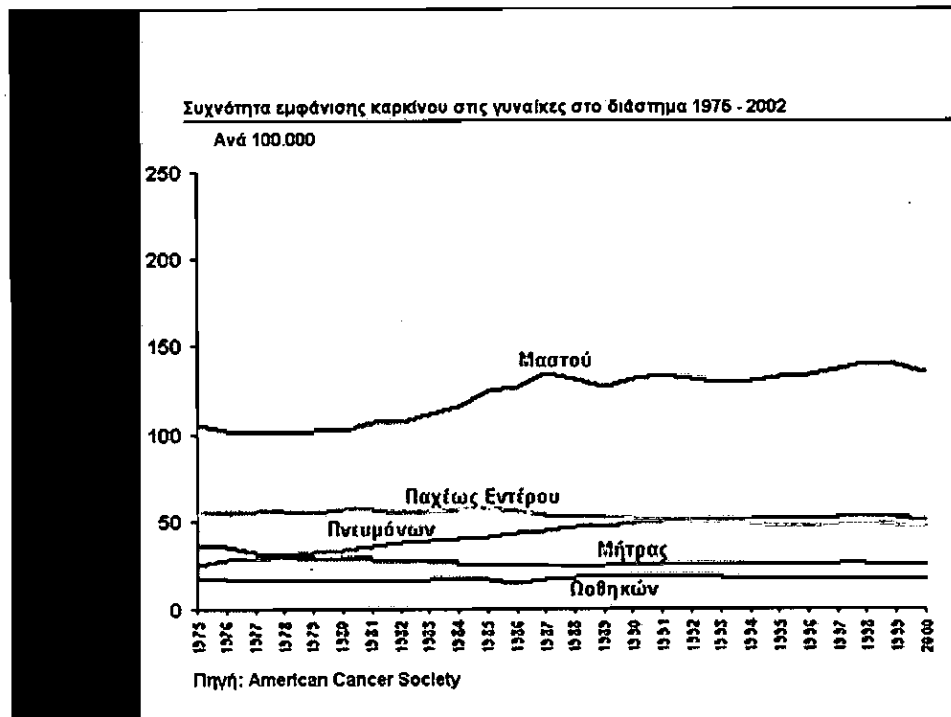
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

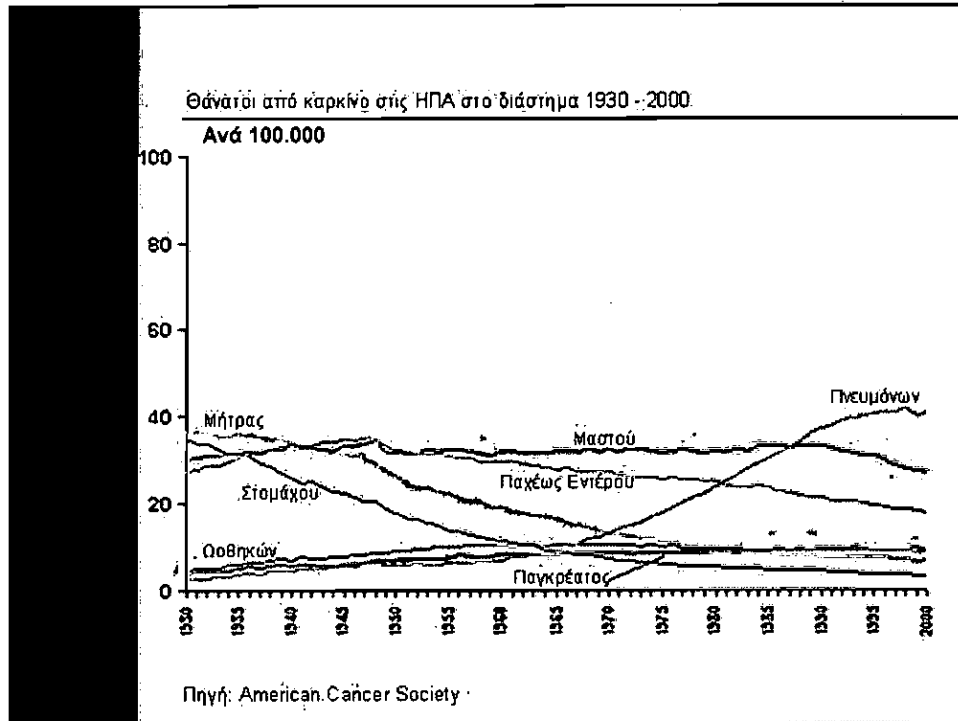
ΠΙΝΑΚΑΣ 1



ΠΙΝΑΚΑΣ 2



ΠΙΝΑΚΑΣ 3



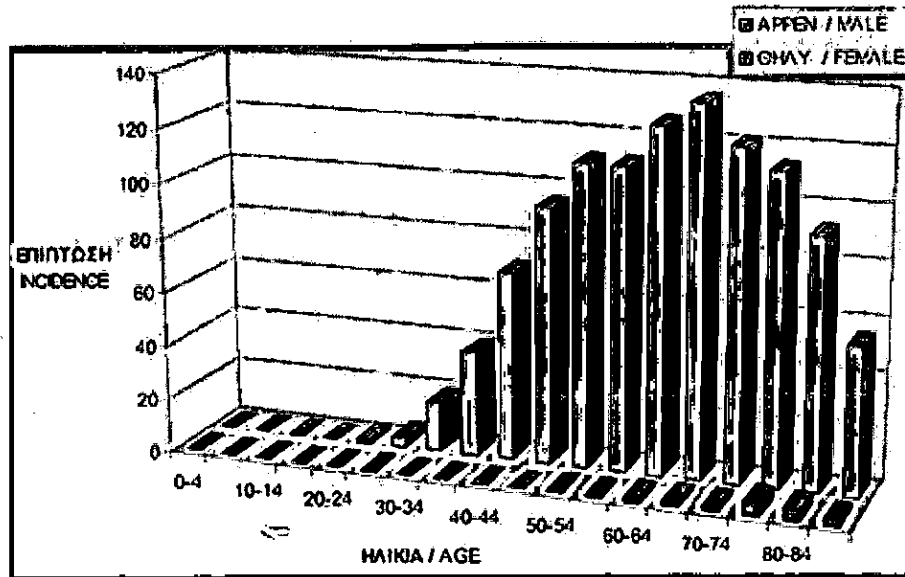
ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου, ανά τύπο, για τις γυναίκες, στο διάστημα 1998-2000

ΤΥΠΟΣ	ΚΙΝΔΥΝΟΣ
Όλοι οι τύποι	1 στις 3
Μαστού	1 στις 7
Πνευμόνων	1 στις 17
Παχέως Εντέρου	1 στις 18
Μήτρας	1 στις 38
Λέμφωμα	1 στις 57
Οοθηκών	1 στις 59
Παγκρέατος	1 στις 83
Μελάνωμα	1 στις 82
Ουροδόχου κύστης	1 στις 91
Τραχήλου	1 στις 128

Πηγή: American Cancer Society

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΕΠΙΠΤΩΣΗ
ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΡΧΕΙΟ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ 1990 - 1991

Πηγή: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Σταδιοποίηση

Τι είναι η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού και πως γίνεται;

Χρησιμοποιούνται διάφορα συστήματα σταδιοποίησης με επικρατέστερη την ταξινόμηση κατά TNM. Αυτή βασίζεται στην εκτίμηση του μεγέθους του όγκου και στην ύπαρξη λεμφαδενικών ή απομακρυσμένων μεταστάσεων. Σύμφωνα με αυτή την ταξινόμηση ο καρκίνος του μαστού διακρίνεται σε τέσσερα στάδια.



Στάδιο 0 : ο πιο πρώιμος τύπος του καρκίνου του μαστού, ο μη διηθητικός.

Στάδιο 1 : το μέγεθος του όγκου είναι μικρότερο από 1 εκ. και δεν έχει επεκταθεί έξω από τον μαστό.

Στάδιο 2 : το μέγεθος του όγκου είναι 1-2 εκ. και/ή έχει επεκταθεί στους γειτονικούς λεμφαδένες της μασχάλης.

Στάδιο 3 : το μέγεθος του όγκου είναι 2 εκ. ή μεγαλύτερο, μπορεί να έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες της μασχάλης και/ή σε απομακρυσμένους λεμφαδένες ή σε γειτονικούς ιστούς.

Στάδιο 4 : ο καρκίνος έχει δώσει μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Πηγή: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Αυτοεξέταση μαστού

Ιωάννης Γκαράς
Χειρουργός - Ογκολόγος

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος γυναικολογικός καρκίνος. Στην Ελλάδα έχουμε κάθε χρόνο περίπου 1.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού φαίνεται να σχετίζονται με τα επίπεδα των οιστρογόνων στο αίμα. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού εμφανίζονται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών, και είναι συχνότερες σε γυναίκες των οποίων η έμμηνος ρύση έχει αρχίσει πρώιμα, με καθυστερημένη εμμηνόπαυση, καθώς και σε γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά ή αποκτούν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 35 ετών.

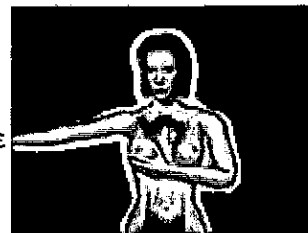
Η πρώιμη ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται κυρίως με την αυτοεξέταση των μαστών από την γυναίκα, την ψηλάφηση των μαστών από γιατρό ή άλλον επαγγελματία υγείας και τη μαστογραφία. Η ψηλάφηση του μαστού πρέπει να γίνεται από τη γυναίκα σε μηνιαία βάση, στην 10η μέρα του κύκλου με 1η την ημέρα έναρξης της περιόδου. Με την ψηλάφηση μπορεί να εντοπιστούν πολύ μικροί όγκοι. Όσο πιο συχνά και σε σταθερή βάση κάνει μία γυναίκα την ψηλάφηση των μαστών της τόσο αυξάνει η πιθανότητα ανακάλυψης όγκων σε πρωιμότερα στάδια.

Γδυθείτε από τη μέση και πάνω και σταθείτε όρθια μπροστά στο καθρέπτη της τουαλέτας σας, πρώτα με τα χέρια σε στάση προσοχής και ύστερα με τα χέρια σε ανάταση όπως δείχνει το σχήμα. Παρατηρήστε με προσοχή το σχήμα και το μέγεθος των μαστών σας καθώς επίσης τις θηλές και την χρωματιστή περιοχή που είναι γύρω απ' αυτές. Αν διαπιστώσετε κάποια παραμόρφωση στο μέγεθος και στο σχήμα των μαστών σας ή κάποιο τράβηγμα του δέρματος των μαστών προς τα μέσα, κάποια πληγή ή κάποια εξόγκωση επισκεφθείτε αμέσως το γιατρό σας. Πρέπει να ξέρετε ότι ο ένας μαστός είναι συνήθως μεγαλύτερος ή μικρότερος από τον άλλο. Αυτό είναι φυσιολογική κατάσταση και "μην ανησυχήσετε". Αφού τελειώσετε τις παρατηρήσεις σας στους μαστούς σας με τα χέρια κάτω και πάνω όπως είπαμε, αρχίστε την εξέταση των μαστών σας πάλι όρθια και μπροστά στο καθρέπτη σας ως εξής:

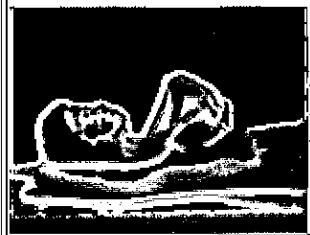


Φέρτε το δεξί σας χέρι πίσω από το κεφάλι σας και τα 4 δάκτυλα του αριστερού σας χεριού ακουμπισμένα στο δεξιό σας μαστό αρχίζοντας τη ψηλάφηση του. Αφού τελειώσετε την ψηλάφηση γύρω-γύρω στο μαστό σας ψηλαφήστε και το κέντρο του που έχει τη θηλή και τη χρωματισμένη περιοχή, όπως δείχνει το σχήμα.

3. Αφού τελειώσετε την εξέταση του δεξιού μαστού φέρτε το αριστερό σας χέρι πίσω απ' το κεφάλι και τα 4 δάκτυλα του δεξιού σας χεριού στον αριστερό μαστό και αρχίστε την ψηλάφηση του, όπως κάνατε στο δεξιό μαστό. Αν ψηλαφήσετε κάποιο ογκίδιο ή κάτι σκληρό ή κάποια διόγκωση σ' έναν απ' τους μαστούς σας πηγαίνετε αμέσως στο γιατρό σας.



4. Αφού τελειώσετε την ψηλάφηση των μαστών σας τότε πιάστε με τον δείκτη και τον αντίχειρα τη θηλή πρώτα του δεξιού και ύστερα του αριστερού μαστού και πιέστε ελαφρά. Αν με την ελαφρά πίεση της θηλής βγαίνει σκούρο ή κόκκινο υγρό αυτό επιβάλλει την άμεση επίσκεψη σας στο γιατρό σας.



5. Αφού τελειώσετε την εξέταση σας όρθια, τότε ξαπλώστε στο κρεβάτι σας, βάλτε ένα μαξιλάρι κάτω απ' την πλάτη σας και εξετάστε πάλι κάθε ένα μαστό χωριστά όπως κάνατε όρθια. Η εξέταση στο κρεβάτι είναι απαραίτητη γιατί ψηλαφώνται καλύτερα οι αδένες και έτσι μπορείτε να αντιληφθείτε και μικρά ογκίδια ή σκληρίες που δεν γίνονται αντιληπτές όταν οι μαστοί εξετάζονται σε όρθια στάση.

Πηγή: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1. **Μην καπνίζετε.** Καπνιστές, σταματήστε το κάπνισμα όσο πιο σύντομα γίνεται και μην καπνίζετε παρουσία άλλων. Εάν δεν καπνίζετε, μην κάνετε πειράματα με τον καπνό.
 2. Εάν πίνετε αλκοολούχα ποτά, μπίρα, κρασί ή άλλο είδος, μετριάστε την κατανάλωση.
 3. **Αυξήστε την ημερήσια κατανάλωση λαχανικών και φρέσκων φρούτων.** Να τρώτε συχνά δημητριακά με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες.
 4. Αποφύγετε το υπερβολικό βάρος, αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα και περιορίστε την κατανάλωση λιπαρών φαγητών.
 5. **Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο** και τα ηλιακά εγκαύματα, ιδίως στην παιδική ηλικία.
 6. **Εφαρμόστε αυστηρούς κανόνες που στοχεύουν στην πρόληψη κάθε έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες.** Να ακολουθείτε όλες τις οδηγίες υγείας και ασφάλειας για ουσίες που μπορεί να είναι καρκινογόνες.
 7. Επισκεφθείτε ένα γιατρό, μόλις παρατηρήσετε ένα εξόγκωμα, μια πληγή που δεν επουλώνεται (και στο στόμα ακόμη), μια κρεατοελιά που αλλάζει σχήμα, μέγεθος ή χρώμα, ή τυχόν μη φυσιολογική αιμορραγία.
 8. Επισκεφθείτε ένα γιατρό εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα, όπως επίμονο βήχας, επίμονη βραχνάδα, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή της ούρησης ή ανεξήγητη απώλεια βάρους.
- Για τις γυναίκες**
9. **Να κάνετε τακτικά εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος.** Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
 10. **Να ελέγχετε τακτικά το στήθος σας.** Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού εάν είστε άνω των 50 ετών



Διατροφή και καρκίνος του μαστού

Του Κωνσταντίνου Ξένου, Κλινικού Διαιτολόγου M.Sc. M.Sc in Nutritional Medicine – University of Surrey
Προϊστάμενος Διαιτολογικού ΙΑΣΩ «GENERAL»

Είναι γεγονός πως η πολύπλευρη σημασία της σωστής διατροφής στη πρόληψη του καρκίνου, δεν αποτελεί σήμερα «συνείδηση» του μέσου πολίτη. Δεν είναι λίγοι αυτοί, που εξακολουθούν να πιστεύουν πως αν είναι να σου συμβεί θα σου συμβεί και πως κάθε απομέρους μας προσπάθεια, με καθαρά προληπτική κατεύθυνση, είναι μάταιη. Και όλα αυτά τη στιγμή που το Παγκόσμιο Ταμείο Έρευνας για τον Καρκίνο (WCRF) αλλά και το Αμερικανικό Ινστιτούτο Έρευνας για τον Καρκίνο (AICR) ανακοινώνουν πως ποσοστό της τάξεως του 30-40% όλων των καρκίνων που εκδελώνονται, σχετίζεται άμεσα με τη διατροφή, τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα, την παχυσαρκία και με άλλους παράγοντες (ας μην ξεχνάμε το κάπνισμα!) που βρίσκονται σε απόλυτη συνάρτηση με τον τρόπο ζωής μας και, συνεπώς, θα μπορούσαν να αλλάξουν. Σε επίσημη δε αναφορά των δύο αυτών οργανισμών, τονίζεται πως συγκεκριμένες αλλαγές στη διατροφή, θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην πρόληψη του 50% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού.

Το πολύτιμο μήλο

Στην προσπάθεια άντλησης χρηστικών στοιχείων από επιδημιολογικές αλλά και in-vitro μελέτες, σχετικά με την διατροφή και την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πολλά ελπιδοφόρα δεδομένα περνούν επίτελους στο προσκήνιο. Στη διαμόρφωση του κινδύνου για καρκίνο τού μαστού, τεράστιο ρόλο παίζουν οι μεταβολίτες των οιστρογόνων. Ένας από τους βασικούς μηχανισμούς απομάκρυνσης μέρους ισχυρών οιστρογονικών μεταβολιτών από τον ανθρώπινο οργανισμό, αποτελεί η σύζευξή τους με τον «μεταφορέα» γλυκουρονικό οξύ. Η β-γλυκουρονιδάση αποτελεί ένζυμο που

ουσιαστικά εμπλέκεται στην προαναφερθείσα σύζευξη διακόποντάς την, εμποδίζοντας έτσι, τουλάχιστο εν μέρει, την διαδικασία απομάκρυνσης ισχυρών μεταβολιτών οιστρογονικής φύσεως. Εύλογα λοιπόν συμπεραίνεται πως η αναστολή της δράσης της β-γλυκουρονιδάσης, θα μπορούσε να συνεισφέρει θετικά στη μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού, σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Κάτι τέτοιο, πιθανόν να μπορούσε να επιτευχθεί με την εισαγωγή στο αιτηρέσιο τροφών πλούσιων σε d-glucaric acid (1) ή άλατα αυτού που περιέχονται π.χ στα μήλα. Μελέτες με διατροφικά συμπληρώματα πλούσια σε άλατα ασβεστίου του d-glucaric acid (calcium-d-glucarate) αναμένεται να μας δώσουν στοιχεία μέσα στη τρέχουσα χρονιά, ενώ η αρωγή του συγκεκριμένου άλατος στην αναστολή της δράσης της β-γλυκουρονιδάσης και στη μείωση των επιπέδων συγκεκριμένων μεταβολιτών οιστρογόνων σε πειραματόζωα (2) έχει ήδη πιστοποιηθεί.

Πρόσφατα, στο πλαίσιο μελέτης (3) βρεφικής φόρμουλας πλούσιας σε καζεΐνη, ανακαλύφθηκε και ένας άλλος ισχυρός αναστολέας της δράσης της β-γλυκουρονιδάσης, το L-ασπαρτικό οξύ. Ίσως, όμως, το κλειδί στην αντιμετώπιση της β-γλυκουρονιδάσης, να μην βρίσκεται στο πως διατροφικά (ή φαρμακευτικά) θα αναστείλουμε τη δράση της, αλλά στο πως θα ανατρέψουμε την ενδογενή παραγωγή της από την εντερική μικροβιακή χλωρίδα. Προς αυτή την κατεύθυνση οδεύουν έρευνες με βάση προβιοτικά στελέχη βακτηρίων (κυρίως λακτοβάκιλλων και μπιφιδνοβακτηρίων) που σκοπό έχουν να δημιουργήσουν μια τέτοια σύνθεση εντερικής μικροβιακής χλωρίδας, που θα συνεισφέρει στη μικρότερη δυνατή παραγωγή αυτού του ενζύμου. Αν τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών, που διενεργούνται από την ομάδα μας, οδηγήσουν σε θετικά αποτελέσματα, η έννοια των λειτουργικών προβιοτικών τροφίμων θα πάρει σίγουρα μια καινούρια διάσταση.

Μπρόκολο, κουνουπίδι και λαχανάκια Βρυξελλών

Δύο από τα διατροφικά συστατικά, που εδώ και χρόνια βρίσκονται στο μικροσκόπιο των ερευνών για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, είναι η σουλφοραφάνη και η ινδόλη 3C, ουσίες που βρίσκονται σε σημαντική ποσότητα στο μπρόκολο και στα λαχανάκια Βρυξελλών. Πιο συγκεκριμένα, η σουλφοραφάνη συμβάλλει στην ενίσχυση της δράσης ενζυμικών μηχανισμών που παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην εξουδετέρωση καρκινογόνων ουσιών. Σε πολύ πρόσφατη μελέτη (4) φάνηκε ότι η σουλφοραφάνη ενεργεί επίσης και ως αντιπολλαπλασιαστικός παράγοντας σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Το γεγονός ότι η σουλφοραφάνη σε μεγάλες δόσεις έχει τοξική επίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό, ώθησε κάποιους επιστήμονες στην παραγωγή συνθετικού παρασκευάσματος ανάλογου της σουλφοραφάνης (oxomate), με 7 φορές λιγότερο τοξική δράση από την φυσική σουλφοραφάνη. Το συγκεκριμένο παρασκεύασμα εδόθη

τη συγκεκριμένη επίδραση, το εντυπωσιακό που προκύπτει από πρόσφατα επιστημονικά στοιχεία που βρίσκονται υπό έκδοση 6 είναι ότι η ινδόλη 3C αναστέλλει την έκφραση μιας γλυκοπρωτεΐνης, της MUC1, που εμπλέκεται σημαντικά στη διαδικασία της καρκινογένεσης και της μετάστασης. Η πλούσια λοιπόν περιεκτικότητα των σταυρανθών σε αυτές τις ουσίες (σουλφοραφάνη, ινδόλη 3C, σελήνιο) ώθησαν ερευνητές του United States Department of Agriculture (7), στο να ανάγουν τα σταυρανθή σε «ασπίδες» έναντι του καρκίνου του μαστού.

Σόγια, ψάρια και θαλασσινά

Πέρα όμως από τα σταυρανθή και άλλες τροφές, όπως η σόγια με τις ισοφλαβόνες της, τα λιπαρά ψάρια και τα θαλασσινά με την περιεκτικότητά τους σε EPA και DHA της οικογένειας των ω-3 λιπαρών οξέων και ο λιναρόσπορος με την πλούσια περιεκτικότητά του σε α-λινολενικό οξύ και λιγνάνες, έχουν αποτελέσει εδώ και χρόνια αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης για πιθα-

Ποσοστό της τάξεως του 30-40% όλων των καρκίνων που εκδηλώνονται, σχετίζεται άμεσα με τη διατροφή, τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα, την παχυσαρκία και με άλλους παράγοντες.

σε πειραματόζωα που είχαν εκτεθεί σε καρκινογόνες χημικές ενώσεις και παρατηρήθηκε ότι τα πειραματόζωα αυτά είχαν τις μισές πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού, σε σχέση με εκείνα που δεν έλαβαν το εν λόγω παρασκεύασμα. Ιδιαίτερης μνείας αξίζει και το γεγονός της συνεργιστικής δράσης του σεληνίου με την σουλφοραφάνη, που πρόσφατα ανακαλύφθηκε (5), μιας και τα σταυρανθή (μπρόκολο, κουνουπίδι, λαχανάκια Βρυξελλών, κ.λ.π.) εμπειρίζουν σημαντικά ποσά σεληνίου.

Η ινδόλη 3C, ένα ακόμα από τα «θαυματουργά» συστατικά των σταυρανθών, εμπλέκεται στον μεταβολισμό των οιστρογόνων. Με την παρουσία της ινδόλης 3C, έχουμε έως και 50% μείωση της μετατροπής των οιστρογόνων σε 16-α-υδροξυ-οιστρόνη, που αποτελεί ισχυρότατο μεταβολίτη οιστρογόνων. Πέρα όμως από

νές προφυλακτικές επιδράσεις έναντι του καρκίνου του μαστού.

Σε έρευνα (8) Ιταλών και Ελβετών, που διήρκεσε 10 χρόνια και που δημοσιεύτηκε πρόσφατα, φαίνεται ξεκάθαρα ότι το πλούσιο σε ω-3 λιπαρά οξέα σιτηρέσιο, μειώνει τις πιθανότητες για εμφάνιση καρκίνου του μαστού και όχι μόνο.

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει η μεγάλη επιδημιολογική μελέτη The Singapore Chinese Health Study (9) που διεξήχθη ανάμεσα σε 35.298 γυναίκες ηλικίας 45-74 ετών. Στην συγκεκριμένη μελέτη η πρόσληψη των ω-3 λιπαρών οξέων, συνυπολογίστηκε από τα ψάρια και τα θαλασσινά και το τονίζουμε αυτό, γιατί υπάρχουν αξιόπιστα επιστημονικά δεδομένα, που διευκρινίζουν ότι είναι σημαντικότερη η αρωγή των EPA και DHA των ιχθυελαίων, από την αντίστοιχη

του α-λινολενικού (που υπάρχει σε τεράστια ποσά στον λιναρόσπορο) ως πηγή ω-3 λιπαρών. Βέβαια θα μπορούσε κάποιος να εικάσει πως από την στιγμή που ο οργανισμός μας μετατρέπει το α-λινολενικό σε EPA και DHA οδηγούμαστε στο ίδιο αποτέλεσμα, όμως μελέτες (10,11) δείχνουν πως η εν λόγω μετατροπή δεν λαμβάνει χώρα άρτια σε όλους τους οργανισμούς, σε όλες τις ηλικιακές φάσεις ή εξίσου και στα δύο φύλλα.

Η αναλογία ω6/ω3 είναι ένα ακόμα θέμα που χρήζει αναφοράς, μια και πολλοί ερευνητές ανάμεσα στους οποίους και η Άρτεμις Σιμοπούλου, επισημαίνουν την αναγκαιότητα για αλλαγή της υπάρχουσας αναλογίας, που στις Δυτικές χώρες φθάνει και το 16/1 και τονίζουν πως η χαμηλότερη αναλογία ω6/ω3 αντιστοιχεί σε μείωση του ενδεχομένου εμφάνισης καρκίνου του μαστού (12).

Τα φυτο-οιστρογόνα προσοχή στη σόγια!

Το πιο πολυσυζητημένο γκρουπ διατροφικών ουσιών αναφορικά πάντα με τον καρκίνο του

τα ισοφλαβονοειδή και ιδιαίτερα οι ισοφλαβόνες της σόγιας, κατέχουν αυτούσια οιστρογονική δράση, ιδιαίτερος όμως ασθενέστερη από αυτήν της οιστραδιόλης.

Σχετικά τώρα με το συνολικό πόρισμα που θα μπορούσε να εκθέσει κάποιος για το αν τα φυτοοιστρογόνα μειώνουν τον κίνδυνο για καρκίνο μαστού, η πληθώρα αντικρουόμενων ερευνητικών αποτελεσμάτων δεν αφήνει περιθώρια για ξεκάθαρες διαπιστώσεις. Πρόσφατη ανασκόπηση 18 επιδημιολογικών ερευνών (15) ποικίλης μεθοδολογίας, κατέληξε στο ότι τα φυτοοιστρογόνα δεν ασκούν προφυλακτική επίδραση έναντι του καρκίνου του μαστού, με την εξαίρεση της κατανάλωσης φυτοοιστρογόνων σε εφηβική ηλικία ή σε πολύ μεγάλες ποσότητες (16). Στον αντίποδα αυτών των στοιχείων, επιδημιολογικές μελέτες σε Ασιατικούς πληθυσμούς (17) υποδεικνύουν σαφή προφυλακτική δράση των φυτοοιστρογόνων έναντι καρκινογένεσης στο μαστό, σε ποσοστό έως και 73%. Πάντως, το πιο τεκμηριωμένο στοιχείο αναφορικά πάντα με τα φυτοοιστρογόνα και ιδιαίτερα αυτά της σόγιας, είναι

Τα φυτοοιστρογόνα δεν ασκούν προφυλακτική επίδραση έναντι του καρκίνου του μαστού, με την εξαίρεση της κατανάλωσης φυτοοιστρογόνων σε εφηβική ηλικία ή σε πολύ μεγάλες ποσότητες.

μαστό, είναι σίγουρα τα φυτοοιστρογόνα. Σε αυτή την κατηγορία των μη-στεροειδών οιστρογόνων, ανήκουν τα ισοφλαβονοειδή, οι λιγνάνες, οι κουμεστάνες και τα στυλβένια, που ουσιαστικά αποτελούν μέλη της ευρύτερης οικογένειας των πολυφαινολών. Τόσο οι λιγνάνες (που αποτελούν στη δίαιτα των Ευρωπαϊκών χωρών, το συνηθέστερο είδος φυτοοιστρογόνων (13), αφού βρίσκονται σε καρπούς, δημητριακά, όσπρια, φρούτα και λαχανικά) όσο και τα στυλβένια (από τα χαρακτηριστικότερα στυλβένια είναι η ρεσβερατρόλη του κόκκινου κρασιού), μεταβολίζονται από την μικροβιακή εντερική χλωρίδα, προκειμένου να μετατραπούν σε βιολογικά ενεργούς οιστρογονικούς μεταβολίτες. Από την άλλη μεριά, μελέτες σε ανθρώπους (14), αποδεικνύουν ότι

ότι προφυλακτική επίδραση στο μαστό μπορεί να έχει η μεγάλη κατανάλωση σόγιας όταν λαμβάνει χώρα στην παιδική και εφηβική ηλικία. Τονίζεται δε πως οι μελέτες παρουσιάζουν τα ευεργετικά οφέλη της σόγιας και όχι των μεμονωμένων ισοφλαβονοειδών της, μιας και όταν κάτι τέτοιο επιχειρήθηκε (μελέτες με βάση απομονωμένες ισοφλαβόνες χωρίς πρωτεΐνη σόγιας) τα αποτελέσματα δεν ήταν ενθαρρυντικά (18). Σημαντικό είναι ακόμα να τονίσουμε ότι αναφερόμαστε πάντα στο θέμα «πρόληψη» και ότι τα επιστημονικά δεδομένα (19) καταλήγουν στο ότι γυναίκες με καρκίνο του μαστού, πρέπει να είναι ιδιαίτερος προσεκτικές με τα προϊόντα σόγιας και το συνεπαγόμενο κίνδυνο που μπορεί να επιφέρουν τα ενεργά συστατικά της.

Κλείνοντας αξίζει να τονίσουμε ότι οι διαιτητικές συστάσεις για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πρέπει να αφορούν όχι απλά στην εισαγωγή στο διαιτολόγιο τροφών όπως η σόγια, το μπρόκολο και ο πλούσιος σε ω-3 λιπαρά οξέα και λιγνάνες λιναρόσπορος, αλλά πρωταρχικά στην ένταξη σε ένα διαιτολόγιο με χαμηλά ποσοστά κορεσμένου λίπους (λίπος γαλακτοκομικών και κρεάτων), πλούσιο σε φρούτα και λαχανικά (τουλάχιστο 5 σερβιρίσματα καθημερινά) και, βέβαια, στη δραστική μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ, παράγοντες που συνεισφέρουν και στη διατήρηση επιθυμητών επιπέδων βάρους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Hanausek M, et al. Detoxifying cancer causing agents to prevent cancer. *Integr Cancer Ther.* 2003 Jun;(2):139-44
2. Abou-Issa H et al. Relative efficacy of d-glucarate on the initiation of promotion phases of rat mammary carcinogenesis. *Anticancer Research* 1995;15:805-810
3. Kreamer BL et al. A novel inhibitor of beta-glucuronidase: L-aspartic acid. *Pediatr Res.* 2001 Oct; 50(4) : 460-6
4. Jackson SJ, Singletary KW. Sulforaphane: a naturally occurring mammary carcinoma mitotic inhibitor, which disrupts tubulin polymerization. *Carcinogenesis.* 2004 Feb; 25(2):219-27.
5. Zhang J, Svehlikova V, Bao Y, Howie AF, Beckett GJ, Williamson G. Synergy between sulforaphane and selenium in the induction of thioredoxin reductase 1 requires both transcriptional and translational modulation. *Carcinogenesis.* 2003 Mar; 24(3):497-503.
6. Lee IJ, Han F, Baek J, Hisatsune A, Kim KC. Inhibition of MUC1 expression by indole-3-carbinol. *Int J Cancer.* 2004 May 10; 109 (6):810-6 Published Online: 3 Feb 2004
7. Keck AS, Finley JW. Cruciferous vegetables: protective mechanisms of glucosinolate hydrolysis products and selenium. *Integr Cancer Ther.* 2004 Mar; 3 (1): 5-12
8. Alessandra Tavani, Claudio Pelucchi, Maria Parpinel, Eva Negri, Silvia Franceschi, Fabio Levi, Carlo La Vecchia. n-3 polyunsaturated fatty acid intake and cancer risk in Italy and Switzerland (p 113-116). *International Journal of Cancer (Volume 105, Issue1,2003)*
9. M Gago-Dominguez et al. Opposing effects of dietary n-3 and n-6 fatty acids on mammary carcinogenesis: The Singapore Chinese Health Study. *British Journal of Cancer* (2003) 89, 1686-1692
10. Gerster H. Can adults adequately convert alpha-linolenic acid (18:3n-3) to eicosapentaenoic acid (20:5n-3) and docosahexaenoic acid (22:6n-3)? *Int J Vitam Nutr Res.* 1998;68(3):159-73.
11. Burdge GC, Wootton SA. Conversion of alpha-linolenic acid to eicosapentaenoic, docosapentaenoic and docosahexaenoic acids in young women. *Br J Nutr.* 2002 Oct;88(4):411-20
12. Artemis P, Simopoulos. Omega-6/Omega-3 Essential Fatty Acid Ratio and Chronic Diseases. *Food Reviews International* 2004, Volume 20, Issue 1, 77-90.
13. Fletcher RJ. Food sources of phyto-oestrogens and their precursors in Europe. *Br J Nutr.* 2003 Jun; 89 Suppl 1:S39-43
14. Cassidy A. Potential risks and benefits of phytoestrogen-rich diets. *Int J Vitam Nutr Res.* 2003 Mar;73(2):120-6.
15. Peeters PH, Keinan-Boker L et al. Phytoestrogens and breast cancer risk. Review of the epidemiological evidence. *Breast Cancer Res Treat.* 2003 Jan; 77(2):171-83
16. Ganry O. Phytoestrogen and breast cancer prevention. *Eur J Cancer Prev.* 2002 Dec; 11(6):519-22
17. Wu AH, Wan P, Hankin J, Tseng CC, Yu MC, Pike MC. Adolescent and adult soy intake and risk of breast cancer in Asian-Americans. *Carcinogenesis.* 2002 Sep; 23(9):1491-6.
18. Lamartiniere CA. Protection against breast cancer with genistein: a component of soy. *Am J Clin Nutr.* 2000 Jun;71(6 Suppl):1705S-7S
19. De Lemos ML. Effects of soy phytoestrogens genistein and daidzein on breast cancer growth. *Ann Pharmacother.* 2001 Sep; 35 (9) : 1118-21. ■

