

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Κατά πόσο η ενημέρωση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού έχει αλλάξει τη στάση μας απέναντι στη νόσο.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΛΑΖΑΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

ΣΚΟΡΔΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΤΑΚΟΥΜΑΚΗ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΡΙΝΤΕΛΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΠΑΤΡΑ 2007

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ

Κ.Ν.Σ.: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Ο.Ε.Κ.Κ.: Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου

Κ.Λ.: Κοινωνικός Λειτουργός

U.I.C.C.: Universal International Centre of Cancer

N.S.A.B.B.: Nacional Surgical Adjuvant Breast Project

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Έχοντας ολοκληρώσει την πτυχιακή μας εργασία αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας συμπαραστάθηκαν στην προσπάθειά μας. Πιο συγκεκριμένα αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε:

Τον υπεύθυνο εργαστηριακό συνεργάτη Ανδρέα Γριντέλα, ο οποίος κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας, μας παρείχε εποπτεία, καθοδήγηση και βοήθεια σε κάθε δυσκολία που αντιμετωπίσαμε μεταφέροντάς μας τις πολύτιμες γνώσεις και εμπειρίες του.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κ^α Μαρία Πέγιου, υπεύθυνη κοινωνική λειτουργό του παραρτήματος του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού και του Ομίλου Εθελοντών Κατά του Καρκίνου Ο.Ε.Κ.Κ στην Πάτρα για το πολύτιμο υλικό που μας προσέφερε βοηθώντας μας να εκπονήσουμε την εργασία μας.

Στη συνέχεια, επιθυμούμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στον κ^ο Πανελή Πανταζάκα, προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου για το χρόνο που διέθεσε και για το χρήσιμο υλικό που μας διέθεσε.

Τέλος, ευχαριστούμε ιδιαίτερα τις οικογένειές μας και τους φίλους μας για την στήριξη, οικονομική, ηθική και συναισθηματική που μας παρείχαν καθ' όλη την διάρκεια της πτυχιακής μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός μας με την παρούσα πτυχιακή εργασία είναι να διερευνηθεί (και κατά συνέπεια να αποδειχθεί μέσα από την έρευνα) κατά πόσο η ενημέρωση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού έχει αλλάξει τη στάση μας απέναντι στη νόσο.

Πιο συγκεκριμένα θέλουμε να μάθουμε κατά πόσο είναι ενημερωμένες οι γυναίκες για τον καρκίνο του μαστού από το 18^ο έτος ηλικίας και πάνω.

Ξεφυλλίζοντας την εργασία αυτή ο αναγνώστης μπορεί να διακρίνει δύο μεγάλες ενότητες. Το 1^ο μέρος περιέχει πέντε κεφάλαια βιβλιογραφικής ανασκόπησης και το 2^ο μέρος περιέχει το ερευνητικό κομμάτι.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Στο Α' κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο πρόβλημα, στους σκοπούς και στους στόχους της μελέτης, στις ερευνητικές υποθέσεις και στους ορισμούς των όρων.

Στο Β' κεφάλαιο γίνεται αναφορά για το τι είναι καρκίνος του μαστού, ακολουθεί η ιστορική εξέλιξη της νόσου, οι μορφές του καρκίνου του μαστού, ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα και κατά τη διάρκεια της κύησης. Επίσης, μελετάται ο σύγχρονος τρόπος ζωής και οι φάσεις της καρκινογένεσης. Επιπλέον, εξετάζουμε την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού. Ειδικότερα, αναφερόμαστε πιο αναλυτικά στα συμπτώματα, στην πρόγνωση και στους παράγοντες επικινδυνότητας του καρκίνου του μαστού. Παράλληλα, μελετάμε την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου του καρκίνου του μαστού.

Στο Γ΄ κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στις ψυχολογικές επιπτώσεις πριν και μετά από τη διάγνωση, στις οργανικές επιπτώσεις πριν τη διάγνωση και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, στις κοινωνικές επιπτώσεις μετά τη διάγνωση και κατά τη διάρκεια της θεραπείας και στις οικογενειακές επιπτώσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Τέλος γίνεται λόγος για τις ψυχολογικές επιπτώσεις στο τελικό στάδιο της νόσου και για τις ψυχολογικές διαταραχές που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού.

Στο Δ΄ κεφάλαιο μελετάται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και στην ογκολογική κλινική του νοσοκομείου. Στη συνέχεια, αναφέρεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο τόσο στις επείγουσες παρεμβάσεις όσο και στην κλινική παρέμβαση. Έπειτα, γίνεται εκτενής περιγραφή στις φάσεις-στάδια από τις οποίες περνά ο ασθενής αλλά και στις φάσεις-στάδια που σχετίζονται με το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και την οικογένεια του ασθενούς.

Στο κεφάλαιο Ε΄, αναφέρονται οι Διεθνείς Οργανώσεις U.I.C.C., EUROPA DONNA και τα Προγράμματά της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καρκίνου του μαστού. Παρουσιάζονται οι Ελληνικές Οργανώσεις όπως Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με καρκίνο του μαστού, Όμιλος Εθελοντών κατά του καρκίνου Ο.Ε.Κ.Κ.

Στο ΣΤ΄ κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της μελέτης, το ερωτηματολόγιο, τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας, τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ακολουθεί το δεύτερο μέρος με το ερευνητικό κομμάτι της μελέτης, το ερωτηματολόγιο, τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας όπου τα παραθέτουμε έπειτα από στατιστική ανάλυση και

καταγραφή τους. Τέλος, γίνεται αναφορά στα συμπεράσματα που απορρέουν από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, και στις προτάσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

A.1)Εισαγωγή.....	σελ 1
A.2)Το πρόβλημα	σελ 2
A.3)Σκοπός και στόχοι μελέτης.....	σελ 4
A.4)Ορισμοί όρων.....	σελ 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

B.1) Τι είναι καρκίνος του μαστού.....	σελ 9
B2.) Ιστορική εξέλιξη.....	σελ 10
B.3) Μορφές καρκίνου του μαστού.....	σελ 10
3.1) Καρκίνος του μαστού στον άνδρα.....	σελ 15
3.2) Καρκίνος του μαστού και κύηση.....	σελ 18
B.4)Σύγχρονος τρόπος ζωής.....	σελ 19
B.5)Φάσεις καρκινογένεσης.....	σελ 23
5.1)βιολογική συμπεριφορά της νόσου.....	σελ 23
5.2)Κινητική πρωτοπαθούς εστίας.....	σελ 24
5.3)Ανάπτυξη μεταστάσεων.....	σελ 24
5.4)Σταδιοποίηση.....	σελ 25
5.5)Κλινική σταδιοποίηση.....	σελ 28
5.6) Κλινική σταδιοποίηση προχωρημένου καρκίνου του μαστού.....	σελ28
B.6)Αιτιολογία.....	σελ 29

6.1)Συμπτώματα.....σελ	32
6.2)Πρόγνωση.....σελ	34
6.3)Παράγοντες επικινδυνότητας.....σελ	35
B.7)Πρόληψη-Διάγνωση-Θεραπεία.....σελ	38
7.1)Πρόληψη.....σελ	38
7.2)Διάγνωση.....σελ	43
7.3)Θεραπεία.....σελ	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

Γ.1) Ψυχολογικές επιπτώσεις πριν από τη διάγνωση.....σελ	68
Γ.2) Οργανικές επιπτώσεις πριν από τη διάγνωση.....σελ	69
Γ.3) Ψυχολογικές επιπτώσεις μετά τη διάγνωση.....σελ	70
Γ.4) Κοινωνικές επιπτώσεις μετά τη διάγνωση.....σελ	74
Γ.5) Ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τη θεραπεία.....σελ	77
Γ.6) Οργανικές επιπτώσεις κατά τη θεραπεία.....σελ	78
Γ.7) Κοινωνικές επιπτώσεις κατά τη θεραπεία.....σελ	79
Γ.8) Οικογενειακές επιπτώσεις κατά τη θεραπεία.....σελ	79
Γ.9) Ψυχολογικές επιπτώσεις στο τελικό στάδιο.....σελ	85
Γ.10) Ψυχολογικές διαταραχές που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού.....σελ	88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

Δ.1) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.....σελ	93
Δ.2) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ογκολογική κλινική του νοσοκομείου.....σελ	93
Δ.3) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο....σελ	95

3.1)Επείγουσες παρεμβάσεις.....σελ	96
3.2)Κλινική παρέμβαση.....σελ	97
Δ.4) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην προληπτική παρέμβαση.....σελ	98
Δ.5) Ο κοινωνικός λειτουργός και η ασθενής.....σελ	99
5.1)1 ^η φάση-πρώιμο στάδιο.....σελ	99
5.2) 2 ^η φάση-δεύτερο στάδιο.....σελ	101
5.3)3 ^η φάση-τελικό στάδιο.....σελ	102
Δ.6) Ο κοινωνικός λειτουργός και η οικογένεια της ασθενούς.....σελ	103
6.1)1 ^η φάση-πρώιμο στάδιο.....σελ	104
6.2)2 ^η φάση-δεύτερο στάδιο.....σελ	105
6.3)3 ^η φάση-τελικό στάδιο.....σελ	106
Δ.7)Δεξιότητες κοινωνικού λειτουργού στον καρκίνο του μαστού.....σελ	107
Δ.8)Μέθοδοι που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός.....σελ	109
8.1) Κοινωνική εργασία με άτομα.....σελ	110
8.2) Κοινωνική εργασία με ομάδες.....σελ	110
8.3) Κοινωνική εργασία με κοινότητα.....σελ	112

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

E.1)Διεθνείς οργανώσεις.....σελ	113
1.1)UICCσελ	113
1.2)EUROPA DONNA.....σελ	115
1.3)Προγράμματα και δράσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καρκίνου του μαστού.....σελ	116
E.2) Ελληνικές οργανώσεις.....σελ	121
2.1) Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του	

Μαστού.....σελ	121
2.2)Όμιλος εθελοντών κατά του καρκίνου (Ο.Ε.Κ.Κ.).....σελ	126
2.3)Ελληνική εταιρεία μαστολογίας.....σελ	130
2.3.1)Κέντρο Έλλη Λαμπέτη.....σελ	132
2.4)Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία.....σελ	134
2.4.1) Προγράμματα πρόληψης γυναικολογικού Καρκίνουσελ	136
2.4.2)Ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή ΕΛΠΙΔΑ.....σελ	136

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

ΣΤ.1)Μεθοδολογία μελέτης.....σελ	138
1.1)Ερευνητικές υποθέσεις.....σελ	138
1.2)Επιλογή μεθοδολογίας.....σελ	138
1.3)Ερευνητική διαδικασία συλλογής δεδομένων.....σελ	139
1.4)Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....σελ	139
1.5)Μέθοδος δειγματοληψίας.....σελ	141
1.6)Αξιοπιστία- Εγκυρότητα.....σελ	141
ΣΤ.2)Στατιστικά αποτελέσματα έρευνας.....σελ	142
ΣΤ.3) Συμπεράσματα.....σελ	184
ΣΤ.4) Προτάσεις.....σελ	193

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ196

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A)Ερωτηματολόγιο.....	
B)Καταστατικά υπηρεσιών και νομοθεσία.....	
Γ)Μαρτυρίες και φωτογραφικό υλικό.....	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

Α.2)ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τους Παπαϊωάννου, Νομικό και Πολυχρόνη (1981) ο καρκίνος του μαστού είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους στις γυναίκες των χωρών του Δυτικού πολιτισμού. Στις Ηνωμένες πολιτείες, που είναι ο συχνότερος όλων, μία στις δεκατέσσερις γυναίκες θα εμφανίσει τη νόσο και σε κάθε 4 γυναίκες με κακοήθη νεοπλάσματα η μία πάσχει από καρκίνο του μαστού. Στην Ελλάδα η συχνότητα είναι μικρότερη από ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά φαίνεται ότι αυξάνει με τρομακτική ταχύτητα. Ενώ δηλαδή το 1964 περίπου 10 γυναίκες ανά 100000 κάθε χρόνο εμφάνιζαν καρκίνο του μαστού ,τόρα 18-19 γυναίκες θα αναπτύξουν τον ίδιο καρκίνο ,δηλαδή σχεδόν το διπλάσιο ποσοστό μέσα σε 15 χρόνια.

Από τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε πως ο καρκίνος του μαστού, μπορεί να αποτελεί φόβο κάθε σύγχρονης γυναίκας. Ωστόσο, στη σημερινή εποχή έχει παρουσιαστεί σημαντική βελτίωση του τεχνολογικού εξοπλισμού και των δυνατοτήτων των θεραπευτικών σχημάτων ,τα οποία έχουν συντελέσει στην πρόωμη διάγνωση και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου, με συνέπεια την καλύτερευση των προγνωστικών δεικτών και γενικά των ποσοστών επιβίωσης.

Η καλύτερη ενημέρωση που υπάρχει σήμερα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, κατά τις Σαχίνη- Καρδάση και Πάνου (1985), έχει βοηθήσει πολλές γυναίκες να απευθυνθούν έγκαιρα στο γιατρό μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό τους μέσω της αυτοεξέτασης. Μ' αυτόν τον τρόπο, πολλές γυναίκες έχουν καταφέρει να νικήσουν την ασθένεια χάρη στην έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπεία.

Ωστόσο η Γιδοπούλου- Στραβολαίμου (1991) ,διερωτάται κατά πόσο έχει νικηθεί ο φόβος μας για την ασθένεια και κατά πόσο αυτός ο φόβος μπορεί να επιδράσει ανασταλτικά στην αντιμετώπιση της ασθένειας.

A.3) ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ακόμη και σήμερα, σύμφωνα με τους Πινακίδη και Μπούτη (1993) , μία από τις νόσους που παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα στις γυναίκες .Κατά κοινή ομολογία θεωρείται «ο χειρότερος εφιάλτης», κάθε γυναίκας. Έρευνες αποδεικνύουν ,ότι ο καρκίνος του μαστού είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου γυναικών με ποσοστό 17%.

Ο Γολεμάτης, (1993) υποστηρίζει πως ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η κληρονομικότητα και η διατροφή αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες ανάπτυξης της νόσου.Η σωστή ενημέρωση, σε συνδυασμό με την έγκαιρη διάγνωση θα επιτύχουν τόσο σε κοινωνικό όσο και σε ατομικό επίπεδο την αλλαγή νοοτροπίας απέναντι στη νόσο και στην αντιμετώπισή της.

Στη συνέχεια η Γιδοπούλου- Στραβολαίμου (1997) επισημαίνουν ότι, το άγνωστο αίτιο, παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα της νόσου, έχουν διαμορφώσει μέσα στο πέρασμα των αιώνων, το κοινωνικό στίγμα , αναπτύσσοντας μία ολόκληρη δεισιδαιμονία ή μυθολογία γύρω από τον καρκίνο του μαστού. Παρ' όλο που οι τρόποι που εκφράζουν αυτό το στίγμα διαφέρουν, κοινή συνισταμένη όλων είναι ο οίκτος που δέχονται σαν μήνυμα τα άτομα που προσβάλλονται από την πάθηση αυτήν. Κατά συνέπεια, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού ξεκινούν από την κοινωνική ταυτότητα της νόσου.

Οι προσπάθειες για πρόληψη και ενημέρωση της νόσου σαφέστατα έχουν επιτύχει το στόχο της διαφώτισης του κοινού ως προς τα ύποπτα συμπτώματα. Δεν έχουν όμως επηρεάσει στο ελάχιστο, το πληροφοριακό αντίκτυπο που διατηρεί το στίγμα. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι πριν από ορισμένα χρόνια

σκοτώνει η άγνοια, τώρα όμως εξακολουθεί να σκοτώνει ο φόβος. Η γνώση των συμπτωμάτων δεν επαρκεί όπως φαίνεται για να οδηγήσει κάποιον έγκαιρα στο γιατρό για το λόγο ότι λειτουργεί ανασταλτικά για το άτομο, το οποίο, ακριβώς επειδή γνωρίζει και υποψιάζεται ότι το σύμπτωμα αυτό μπορεί να σημαίνει «καρκίνος», μεταθέτει κάτω από το κράτος του φόβου που προκαλεί η αρρώστια αυτή, την επιβεβαίωση της «θανατικής καταδίκης».

Η Γιδοπούλου (1991) ,υποστηρίζει επίσης ότι θα πρέπει να αξιολογήσουμε τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος όχι μόνο μέσα από το πρίσμα των προβλημάτων που δημιουργούν στα άτομα που προσβάλλονται από την πάθηση, αλλά και τη δύναμη που έχουν για να λειτουργούν ,σαν ανασταλτικό αίτιο στον τομέα της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης. Ο καρκίνος του μαστού σήμερα, αποτελεί ένα πρόβλημα πολύπλευρο και σύνθετο. Οι διαστάσεις του προβλήματος αυτού αρχίζουν από τον ασθενή, περιλαμβάνουν το οικογενειακό του περιβάλλον και επεκτείνονται στο ευρύτερο κοινωνικό δημιουργώντας τέτοιες αλληλεπιδράσεις, που δεν είναι δυνατόν να υποβαθμιστούν ή να απομονωθούν από το θεραπευτικό στόχο.

Συνεχίζοντας η Γιδοπούλου (1991) αναφέρει ότι ο τρόπος που αντιμετωπίζεται ο καρκίνος του μαστού σήμερα στη χώρα μας, θυμίζει τον περίφημο Καρτεσιανό Δυαλισμό , σύμφωνα με τον οποίο, ο άνθρωπος χωρίζεται σε δύο διαφορετικά στοιχεία, το σώμα και την ψυχή. Έτσι, ενώ η αρρώστια αντιμετωπίζεται με όλη τη σύγχρονη επιστημονική γνώση, μέσα και πρωτόκολλα, ο άρρωστος σαν άτομο και κοινωνική οντότητα, μένει ακόμα μόνος και αβοήθητος να βιώνει όχι μόνο το βάρος του κοινωνικού στίγματος, αλλά και όλες τις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που συνδέονται με την αρρώστια αυτή.

Ο Fwnehand Marchall (1983),εξηγεί πως είναι σημαντικό να μελετηθεί και να αξιολογηθεί η επίδραση που ασκούν οι κοινωνικοί παράγοντες τόσο στην ποιότητα ζωής, όσο και στη συντήρηση κοινωνικών αντιλήψεων, οι οποίες

έμμεσα παρεμποδίζουν την πρόληψη και την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

A.1)ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Να ερευνήσουμε κατά πόσο η ενημέρωση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού ,έχει επηρεάσει τη στάση μας απέναντι στη νόσο.

ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- 1)Να προσεγγίσουμε βιβλιογραφικά τον καρκίνο του μαστού.
- 2)Να ερευνήσουμε τι είδους ενημερωτικά προγράμματα υπάρχουν σήμερα και πως λειτουργούν.
- 3)Να διερευνήσουμε τη στάση της κοινής γνώμης απέναντι στον καρκίνο του μαστού.

A.4) ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Ακτινοθεραπεία:

«Η χρήση ακτίνων X ή ραδιενεργών ουσιών για τη θεραπεία μιας νόσου, συχνά δε για να παρατείνει τη ζωή και να προλάβει ή να θέσει υπό έλεγχο συμπτώματα που συνδέονται με την ύπαρξη καρκίνου» (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα, Αθήνα 1980, Τόμος 6, σελ 240) .

Χημειοθεραπεία:

«Θεραπεία με φαρμακευτικά σκευάσματα που επενεργούν στους νοσογόνους παράγοντες των ασθενών που οφείλονται στις λοιμώξεις και παράσιτα καθώς και στα νεοπλασματικά κύτταρα» (Μεγάλη Σοβιετική Εγκυκλοπαίδεια, Αθήνα 1983, τόμος 39 σελ. 9-12).

Νεόπλασμα:

«Άχρηστη κοινοπλασία των ιστών που αυξάνονται επαναστατικά και απροσδιόριστα και προσλαμβάνουν αυτόνομο χαρακτήρα. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι τα ίδια κύτταρα του σώματος τα οποία χαρακτηρίζονται από διατροφή της φυσιολογικής αύξησης και του πολλαπλασιασμού τους». (Νέα Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, Αθήνα 1980,τόμος 18, σελ 571).

Μετάσταση:

« Μετατόπιση παθολογικής κατάστασης από την αρχική της εστία σε ένα άλλο σημείο του οργανισμού. Είναι η εξάπλωση και διασπορά των κυττάρων κακοήθους όγκου» (Μεγάλη Σοβιετική Εγκυκλοπαίδεια Αθήνα 1983, Τόμος 21, σελ 583).

Αμυντικοί μηχανισμοί (Άμυνα του ΕΓΩ):

« Είναι οι ασυνείδητες τεχνικές που χρησιμοποιεί το ΕΓΩ για να αντισταθεί στις ανεπιθύμητες ενστικτώδεις ενέργειες. Ο λόγος ύπαρξης των περισσότερων αμυντικών μηχανισμών είναι η αποφυγή του άγχους» (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, Τόμος 1, σελ 20).

Προκατάληψη:

« Αρνητική, δυσμενή, άκαμπτη στάση με μια ομάδα ή και στα ίδια τα μέλη που την απαρτίζουν. Η στάση αυτή χαρακτηρίζεται από στερεότυπες πεποιθήσεις και πηγάζει από διαδικασίες που συντελούνται σε όσους τηρούν τη στάση αυτή και όχι στην πραγματική εξακρίβωσή του αν η ομάδα, για την οποία εκδηλώνεται, έχει τα γνωρίσματα που της αποδίδονται»(Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, Τόμος 3, σελ.798).

Προσαρμογή:

«Η κατάσταση που προκύπτει από τη διαδικασία με την οποία επέρχονται αλλαγές σε έναν οργανισμό , σε ένα σύστημα κοινωνικής οργάνωσης, σε μια ομάδα ή κουλτούρα- αλλαγές που συμβάλλουν στη λειτουργία, διατήρηση και επίτευξη σκοπών του οργανισμού, του συστήματος κοινωνικής οργάνωσης, της ομάδας, της κουλτούρας»(Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, τόμος 3, σελ. 807).

Κοινωνική απομόνωση:

«Αποκοπή ή ελαχιστοποίηση επαφής και επικοινωνίας με τους άλλους, γεγονός που υπολογίζεται με τη χρήση δεικτών όπως η ανωνυμία, η κινητικότητα στο χώρο, τοπική ανακατανομή φίλων, συχνότητα συμμετοχής σε ομάδες κ.α.» (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, Τόμος 2, σελ 430).

Ενοχής συναισθήματα:

«Μια οδυνηρή συναισθηματική κατάσταση το ψυχικό περιεχόμενο της οποίας συνίσταται στη συναίσθηση ότι το άτομο έσφαλλε, σύμφωνα είτε με προσωπικούς είτε με κοινωνικούς ηθικούς κανόνες.

Το κοινό περιεχόμενο συναισθημάτων ενοχής αναφέρεται σε μια οδυνηρή κρίση για κάποιο συμβάν στο παρελθόν, που έχει το χαρακτήρα της μεταμέλειας. Επίσης ,τα συναισθήματα αυτά μπορεί να διαστέλλονται από άλλες εκδηλώσεις στη συνείδηση, οι οποίες δεν αφορούν το παρελθόν, αλλά περιέχουν κρίσεις για το μέλλον

Στην ψυχολογία ο όρος αναφέρεται σε μια συναισθηματική κατάσταση, κατά την οποία το άτομο κυριαρχείται από την πεποίθηση ή γνώση ότι έχει παραβιάσει κάποιο κοινωνικό έθιμο, κάποια ηθική αρχή ή ένα νομικό κανόνα».(Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, Τόμος 1, σελ. 241).

Ορμονοθεραπεία:

« Η χρήση φυσικών ή συνθετικών ορμονών για θεραπευτικούς λόγους και σκοπούς». (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα, 1991, τόμος 47, σελ 446).,

Όγκος:

«Ανώμαλη μάζα ιστού που μπορεί να είναι καλοήθης ή κακοήθης (Sysan Love, 1994,σελ. 438).

Κακοήθης:

« Καρκινικός». (Sysan Love, 1994, σελ.437).

Καλοήθης:

« Μη καρκινικός». (Sysan Love,1994, σελ.437).

Μαστεκτομή:

«Η χειρουργική εξαίρεση του μαστού». (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα 1991, τόμος 40,σελ 438)

Κατάθλιψη Συγκαλυμμένη:

«Ψυχοσωματικά συμπτώματα που δηλώνουν μια κατάθλιψη που το άτομο δεν επιτρέπει να εμφανιστεί. Αυτό μπορεί να συμβαίνει, γιατί σε μερικές κοινωνίες δεν επιτρέπεται στα άτομα να είναι λυπημένα. Το φαινόμενο αυτό είναι υπό αμφισβήτηση». (Λεξικό της Ψυχολογίας, Ν. Παπαδόπουλος, ΑΘΗΝΑ, 1994,σελ. 274).

Αποκατάσταση:

« Η επαναφορά σε μία λειτουργική κατάσταση. Στην ψυχολογία αναφέρεται κυρίως στην προσπάθεια που γίνεται για τα άτομα που λόγω κάποιου προβλήματος έχασαν την ικανότητά τους για εργασία και για μία κανονική ζωή. Διακρίνουμε την ψυχική (εσωτερική), την κοινωνική, την ιατρική (αποκατάσταση της ικανότητας για ζωή) και την επαγγελματική (απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων για εργασία ή για ένα νέο επάγγελμα) αποκατάσταση ».(Λεξικό της Ψυχολογίας, Ν. Παπαδόπουλος, αθηνα,1994, σελ.77)

Στάση:

«Ορίζεται ως μία νοητική ή νευρική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσω των εμπειριών, που ασκεί κατευθυντήρια ή δυναμική επίδραση στις αποκρίσεις του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις με τα οποία αυτή σχετίζεται».(Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, Τόμος 8,1992,σελ 232)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β '

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

B.1)ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Σύμφωνα με τον Dr.Ιωάννη Δ.Σπηλιώτη (1999),ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες και προσβάλλονται συνήθως 1 στις 11.Το 1995 στις Η.Π.Α. είχαν προσβληθεί 200.000 νέες περιπτώσεις και περίπου 50.000 θα πεθάνουν από αυτό το νεόπλασμα. Η αργή αλλά σταθερή άνοδος της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού φαίνεται να οφείλεται κατά ένα μέρος στην αύξηση του μέσου όρου ζωής. Ο καρκίνος του μαστού είναι ιάσιμος σε πρώιμα στάδια και γι' αυτό το λόγο έχουν αυξηθεί οι μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες που έχουν σαν στόχο εξέταση των γυναικών, ενημέρωση και μαστογραφία.

«Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, ενώ στους άνδρες εμφανίζεται σπανιότατα. Κατά την πενταετία 1981-1985 προκάλεσε 5757 θανάτους γυναικών ενώ μόνο 22 θανάτους ανδρών. Με άλλα λόγια το 17% των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες οφειλόταν σε καρκίνο του μαστού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους άνδρες ήταν μόλις 0,05%.Στις Ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση σαν αίτιο θανάτου από καρκίνο, με ένα μέσο όρο θνησιμότητας 1151 θανάτων ανά έτος. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στη χώρα μας είναι χαμηλή σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης ή της Β. Αμερικής, αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα στην Ιαπωνία και στις υπόλοιπες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Διαχρονικά η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα αυξάνει κατά 4% ετησίως κατά μέσο όρο κατά την τελευταία εικοσαετία.»(Πινακίδης, Μπούτης ,1993,σελ.32)

B.2)ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Η εντόπιση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, κατά τον Κατράκη (1980), είναι στις περισσότερες χώρες, η συχνότερη κακοήθης νεοπλασία στο σύνολο του πληθυσμού και αποτελεί τα 20% περίπου, όλων των περιπτώσεων καρκίνου που προσβάλλουν τις γυναίκες. Σήμερα στις Η.Π.Α. συγκεκριμένα, σε κάθε είκοσι γυναίκες, κατά τη διάρκεια της ζωής τους, μια θα πάθει κάποτε καρκίνο του μαστού. Τελευταία έχουν γίνει σημαντικές διαγνωστικές και θεραπευτικές πρόοδοι, ώστε να επιτυγχάνεται, τόσο η επισήμανση όσο και η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση των εκατοστιαίων ποσοστών ίασεων. Παρ' όλα αυτά τα εκατοστιαία ποσοστά θανάτων από καρκίνο του μαστού, μεταξύ του συνόλου πληθυσμού, όχι μόνο δεν ελαττώθηκαν, αλλά παραμένουν υψηλά, και μπορούμε να πούμε, ότι από χρόνο σε χρόνο αυξάνονται.

B.3)ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κατά τον Dr.Ιωάννη Δ.Σπηλιώτη (1999), υπάρχουν συνοπτικά 3 τύποι καρκινωμάτων μαστού:

α)εκ των πόρων, που είναι και οι πιο συχνοί

β)εκ των λοβίων δηλαδή των τμημάτων που είναι υπεύθυνα για την παράγωγή γάλακτος.

γ)εκ της θηλής

Και τα πορογενή αλλά και τα λοβιακά καρκινώματα μπορεί να είναι διηθητικά ή μη διηθητικά. Οι μη διηθητικοί λοβιδιακοί καρκίνοι είναι σιωπηλοί για μεγάλα χρονικά διαστήματα και συνήθως ανακαλύπτονται ως μη ψηλαφητές μαστογραφικές βλάβες.

Μπορεί να είναι αμφοτερόπλευροι ή πολυεστιακοί αλλά αποτελεί αντικείμενο διχογνωμιών εάν πρόκειται για κακήθες νεόπλασμα. Φαίνεται ότι εξελίσσεται σε διηθητικό σε ποσοστό περίπου 30%.

Ο καρκίνος των πόρων μπορεί να έχει μεγάλο μέγεθος. Εξελίσσεται σε διηθητικό στο 70-80% των περιπτώσεων. Στην ομάδα των πορογενών καρκινωμάτων σύμφωνα με την AJCC ανήκουν και όλοι οι τύποι καρκίνων που παλαιότερα ονομάζουν “comedo”, μυελοειδές κτλ.

Το καρκίνωμα τύπου Paget αποτελεί μια ιδιαίζουσα μορφή καρκίνων του μαστού. Ξεκινάει από την επιδερμίδα της θηλής και της θηλαίας άλω και εξελίσσεται σε μη διηθητικό καρκίνο κατά μήκος των πόρων.

Σύμφωνα με τον Βασιλείου Γολεμάτη (1998) υπάρχουν διάφορα νεοπλάσματα.

α) Καλοήθεις όγκοι από συνδετικό ιστό. Στους όγκους αυτούς, που είναι αρκετά σπάνιοι, περιλαμβάνονται λιπώματα, αγγειώματα, λειομύωμα κ.τ.λ. Πιο συχνό είναι το λίπωμα, που είναι μαλακής σύστασης, λοβωτό και στην ακτινογραφία ακτινοδιαπερατό. Επειδή μπορεί να προκληθεί σύγχυση με το λιπώδη ιστό που συχνά περιβάλλει ένα μικρό σκίρο καρκίνο (ψευδολίπωμα), είναι απαραίτητη η αφαίρεση και η ιστολογική εξέταση των λιπωμάτων του μαστού.

β) Κακοήθεις όγκοι από συνδετικό ιστό. Στους όγκους αυτούς, που είναι εξαιρετικά σπάνιοι, περιλαμβάνονται: ινοσαρκώματα, αγγειοσαρκώματα, λεμφοσαρκώματα, κ.τ.λ. Εκδηλώνονται κλινικά ως ταχέως αναπτυσσόμενοι όγκοι. Μεθιστάμενοι, και δίνουν μεταστάσεις στους πνεύμονες και άλλα σπλάχνα. Η θεραπεία συνίσταται σε ριζική χειρουργική θεραπεία. Η ακτινοθεραπεία δεν προσφέρει καμιά βοήθεια.

γ) Λέμφωμα μπορεί να αναπτυχθεί και στο μαστό, με τη μορφή ομαλής, περιγεγραμμένης διόγκωσης που προσομοιάζει με ιναδένωμα. Στην ψηλάφηση της μασχαλιαίας κοιλότητας ανευρίσκονται χαρακτηριστικοί διακριτοί λεμφαδένες.

δ) Μεταστατικοί όγκοι μπορεί να αναπτυχθούν στο μαστό με τη μορφή περιγεγραμμένων διακριτών ογκιδίων που απεικονίζονται στη μαστογραφία. Πιο συχνά προέρχονται από πρωτοπαθή νεοπλασμάτα που εντοπίζονται στους βρόγχους, στο θυρεοειδή αδένα, στον άλλο, ή από κακόηθες μελάνωμα.

Οι Παπαιωάννου, Νομικού και Πολυχρόνη (1981), τονίζουν ότι υπάρχουν πολλές παθολογοανατομικές ταξινομήσεις του καρκίνου του μαστού που λίγο διαφέρουν ουσιαστικά μεταξύ τους. Για χάρη συντομίας αναφέρουμε παρακάτω στοιχεία τα οποία συσχετίζεται ο βαθμός ιστολογικής διαφοροποίησης του καρκίνου, με το δυναμικό κακοήθειας του όγκου και την πρόγνωση.

Η σχετική συχνότητα τεσσάρων τύπων είναι : τύπος I 5%, τύπος II:15% και τύπος III 66% και τύπος IV 15% επειδή δε η συχνότητα ανευρέσεως θετικών λεμφαδένων είναι για τον τύπο I:13%, για τον τύπο II:34% και για τους τύπους III και IV 55-60% είναι προφανές ότι περίπου 80% των καρκίνων του μαστού είναι διηθητικοί και συχνά μεθιστάμενοι. Ιστολογικές αλλοιώσεις που έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως διηθητικού καρκίνου είναι: η ινοκυστική νόσος του μαστού, όταν συνοδεύεται από πολλαπλή θηλωματική και επιθηλιακή υπερπλασία, άτυπες επιθηλιακές υπερπλασίες, το ενδοεπιθηλιακό λοβιακό καρκίνωμα και το πορογενές ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα. Πιο αναλυτικά:

ΤΥΠΟΣ I: Σπάνια μεθιστάμενο νεόπλασμα (μη διηθητικό)

- 1) ενδοσωλινώδες ή δοκιδώδες καρκίνωμα χωρίς διήθηση της βασικής μεμβράνης
- 2) θηλώδες καρκίνωμα περιορισμένο στους εκφορητικούς πόρους.
- 3) λοβιώδες καρκίνωμα : «in situ»

ΤΥΠΟΣ II: Σπάνια μεθιστάμενο (διηθητικό)

- 1) καλά διαφοροποιημένο αδenoκαρκίνωμα
- 2) μυελοειδές καρκίνωμα με λεμφοκυτταρική διήθηση
- 3) γνήσιο βλενώδες ή κολλοειδές καρκίνωμα
- 4) θηλώδες καρκίνωμα

ΤΥΠΟΣ III: Μέτρια μεθιστάμενο (διηθητικό)

- 1)διηθητικό αδenoκαρκίνωμα
- 2)ενδοσωληνώδες διηθητικό καρκίνωμα

ΤΥΠΟΣ IV: Συχνά μεθιστάμενο (διηθητικό)

- 1)αδιαφοροποίητο καρκίνωμα
- 2)όλα τα νεοπλάσματα στα οποία υπάρχει διήθηση αιμοφόρων αγγείων.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρεται η πενταετής επιβίωση ανάλογα με τον παθολογοανατομικό τύπο του καρκίνου και την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Τύπος	Μασχαλιαίοι αδένες	
	Αρνητικοί	Θετικοί
I	96%	95%
II	85%	70%
III	80%	50%
IV	80%	40%

Μια κοινή καλοήθης πάθηση, όπως επισημαίνει η Λουσιέν Λανσόν (1985) που χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών μικρών κύστεων που εναλλάσσονται με ινώδους παχύνσεων του μαστικού ιστού. Η αιτία αυτών των κύστεων δεν είναι ακόμα απόλυτα γνωστή, αλλά η ανάπτυξη τους φαίνεται να συνδέεται με την κυκλική οιστρογονική διέγερση των ιστών του μαστού. Η ινοκυστική μαστοπάθεια προσβάλλει ένα 30% των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας. Καθώς όμως μετά την εμμηνόπαυση πέφτουν τα επίπεδα οιστρογόνων, η συχνότητα της νόσου μειώνεται κάθετα.

Τα προβλήματα που δημιουργεί η ινοκυστική μαστοπάθεια εξαρτώνται από το μέγεθος και τον αριθμό των κύστεων καθώς και από το πόσο έχουν προσβληθεί οι ιστοί του μαστού. Σε πολλές γυναίκες οι κύστες είναι τόσο μικρές που περνούν απαρατήρητες. Όταν όμως εμφανίζεται μια σύσταση από

μικρές κύστες παρατηρείται πριν από την περίοδο μια τοπική διόγκωση και μια υπερευαισθησία που οφείλεται σε κατακράτηση υγρών. Αλλά και μια μόνη μεγαλύτερη κύστη μπορεί να προκαλέσει μια πιο έντονη τοπική δυσφορία εξαιτίας μιας απότομης διόγκωσης της κάψας με το υγρό. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η κύστη μπορεί να μεγαλώνει αισθητά πριν από την περίοδο και ανασυρρικνώνεται με την εμφάνισή της. Το γεγονός ότι αυτές οι κύστες προκαλούν συχνά μια τοπική υπερευαισθησία καθώς και το ότι αυξομειώνονται σε μέγεθος ανάλογα με την φάση του μηνιαίου κύκλου, αποτελούν ένα από τα χαρακτηριστικά της νόσου. Οι μικρές κύστες μπορούν να εξαφανιστούν, αλλά οι μεγαλύτερες επιμένουν συνήθως.

Συνεχίζοντας η Λουσιέν Λανσόν (1985), ένας πολύ κοινός καλοήθης όγκος του μαστού που παρατηρείται κυρίως στις γυναίκες κάτω από τα τριανταπέντε κι όχι σπάνια και σε μικρές κοπέλες είναι το ιναδένωμα. Τα ιναδένωματα εμφανίζονται συνήθως μεμονωμένα και έχουν διάμετρο από 2,50 με 5 πόντους. Καμιά φορά είναι μεγαλύτερα και πολλαπλά, αλλά αυτό είναι σπάνιο. Επειδή δε δημιουργούν ευαισθησία στην αφή, πολύ συχνά ανακαλύπτονται τυχαία από την ίδια τη γυναίκα ή από το γιατρό σε μια γενική κλινική εξέταση.

Αν το ογκίδιο εντοπιστεί από την εφηβική ηλικία, η τοπική εκτομή αναβάλλεται συχνά για αργότερα. Η πρώιμη αφαίρεση ενός τέτοιου όγκου σε ένα μικρό κορίτσι μπορεί να παρεμποδίσει τη φυσιολογική ανάπτυξη του στήθους. Αν όμως ο όγκος μεγαλώνει σιγά-σιγά, ή αν εμφανιστεί σε μεγαλύτερη γυναίκα ή σε μια κοπέλα που το στήθος της έχει αναπτυχθεί πλήρως, συνίσταται κατά κανόνα η εκτομική βιοψία (αφαίρεση όλου του ογκιδίου με μια μικρή τομή). Παρ' όλο ότι τα ιναδένωματα δε γίνονται ποτέ καρκινικά, δεν υπάρχει κανένας άλλος τρόπος να είμαστε 100% βέβαιοι ότι ο όγκος αυτός είναι πράγματι ιναδένωμα, πέρα από τη μικροσκοπική εξέταση των ιστών. Η αναβολή της εγχείρησης με τη δικαιολογία «βλέποντας κάνοντας» μπορεί σε αυτές τις περιπτώσεις ειδικότερα αν η γυναίκα έχει περάσει τα εικοσιπέντε,

ν' αποδειχθεί καταστροφική. Δεν είναι σπάνια η περίπτωση που στην κλινική εξέταση ένας καρκίνος εκλαμβάνεται για καλοήθους όγκος.

3.1)ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Κατά τον Γολεμάτη (1998), η γυναικομαστία αποτελεί την πιο συχνή πάθηση του μαστού στους άνδρες. Πρόκειται για μεγένθυση του μαζικού αδένου, που μπορεί να κυμαίνεται από την ελαφρά διόγκωση, που μόλις είναι ψηλαφητή μέχρι την ανάπτυξη πλήρους γυναικείου μαστού. Στο σύνολο του ανδρικού πληθυσμού συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη και σπανιότερα ετερόπλευρη, το μέγεθος δε των μαστών σπάνια υπερβαίνει τη διάμετρο των 5 cm.

Οι Παπαιωάννου, Νομικού και Πολυχρόνη (1983) υποστηρίζουν, ότι ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι σχετικώς σπάνια νόσος που αντιπροσωπεύει περίπου το 1% όλων των καρκίνων του μαστού και καμιά φορά έχει οικογενή χαρακτήρα. Στην αιτιολογία του ενοχοποιούνται διαταραχές του μεταβολισμού των οιστριγόνων και άλλοι. Η κλινική εικόνα, οι ιστολογικοί τύποι και η ανάπτυξη μεταστάσεων και η επιβίωση είναι ανάλογα με αυτά του γυναικείου καρκίνου. Ανάλογη είναι επίσης η θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι ορμονικοί υποδοχείς παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία, όπως και στη γυναίκα. Η ορχιεκτομή και χρήση οιστρογόνων αποτελούν ουσιώδους ενδοκρινικούς χειρισμούς στην αναχαίτηση της νόσου.

Κατά τους Πινακίδη και Μπούτη (1993), ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σπάνια στους άνδρες. Η συχνότητά του υπολογίζεται στο 1% των περιπτώσεων της νόσου που επισυμβαίνει στις γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της νόσου είναι 10 χρόνια αργότερα από ότι σε αυτές.

Φαίνεται ότι υπάρχει κάποιος προδιαθετικός οικογενειακός παράγοντας, ενώ και άλλοι παράγοντες, όπως η γυναικομαστία που συνυπάρχει στο 40% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού, αλλά δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα

πως αποτελεί προκαρκινωματώδη κατάσταση. Από παθολογοανατομική άποψη ο όγκος μοιάζει με το καρκίνωμα μαστού των γυναικών, με μόνη διαφορά ότι το λοβιακό καρκίνωμα *in situ* δεν εμφανίζεται στους άνδρες. Στο 84% των περιπτώσεων ανευρίσκονται ορμονικοί υποδοχείς στον όγκο.

Κλινικά η νόσος εμφανίζεται με ανωμαλία της θηλής (εισολκή, έκκριση)ή εξέλκωση. Ο όγκος συνήθως αφορίζεται λιγότερο καλά από ότι στις γυναίκες, ενώ εξαιτίας της μικρής μάζας του ανδρικού μαστού συχνά κείται κοντά στη θωρακική περιτονία ή και την καταλαμβάνει.

Η κατανομή των ασθενών δείχνει, ότι οι άνδρες προσέρχονται για θεραπεία σε πιο προχωρημένο στάδιο. Συνήθως εκτελείται τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αν και είναι δυνατό να απαιτείται ριζική μαστεκτομή όταν είναι κατειλημμένη η θωρακική περιτονία. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μετεγχειρητικά στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Η κατάληψη των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων έχει την ίδια προγνωστική σημασία όπως και στις γυναίκες.

Η θεραπεία για τη μεταστατική νόσο ήταν άλλοτε κατεξοχήν η ορχεκτομή με ανταπόκριση που κυμαινόταν από 3-40 μήνες. Σήμερα κύριο ρόλο στην θεραπεία κατέχει η ορμονοθεραπεία ιδιαίτερα για την ανακούφιση από μεταστατική νόσο με ποσοστό ανταπόκρισης 48-54%.

Σύμφωνα με τον Κατράκη (1980), ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι σχετικά σπάνιος αφού στους εκατό καρκίνους του μαστού στις γυναίκες αναλογεί ένας μόνο στους άνδρες. Ο τελευταίος αυτός συχνότερα συναντάται στην ηλικία μεταξύ 50-65 ετών.

Για την αιτιολογία του ενοχοποιείται το μηχανικό τραύμα, πράγμα που εμείς έχουμε διαπιστώσει σε περιπτώσεις μας.

Η πορεία εξέλιξης του καρκίνου στον άνδρα είναι βραδεία. Μολονότι η διάγνωσή του θα περίμενε κανείς η διάγνωσή του να είναι έγκαιρη λόγω του ολικού μαζικού ιστού, και συνεπώς , της εύκολης επισήμανσης του όγκου , εν

τούτοις καθώς αποδεικνύεται στατιστικά ο όγκος διαγιγνώσκεται σε πολύ πιο προχωρημένο στάδιο παρά στη γυναίκα.

Η αρχική διάγνωση επισημαίνεται από τον ειδικό γιατρό εύκολα και συχνά έγκαιρα για την οριστική θεραπεία του αρρώστου. Αλλά ο άρρωστος όπως συχνά και ο μη ειδικός γιατρός παραβλέπουν και υποτιμούν τη σοβαρότητα του συχνότερου μοναδικού αυτού αρχικού κλινικού ευρήματος. Ακόμη υποτιμούν και τα συμπτώματα που εμφανίζονται αρκετά σπανιότερα, όπως την εισολκή της θηλής και την από αυτή έκκριση υγρού. Περνούν συνήθως αρκετοί μήνες και χρόνια μέχρι να καταφύγει ο ασθενής στον ειδικό γιατρό, συχνά δε προσέρχεται όταν η νεοπλασία έχει εξελκωθεί διηθηθεί ή κάτω από τη θωρακική περιτονία και οι μύες όταν δηλαδή και η εξάπλωση της νεοπλασίας είναι τέτοια ώστε να έχει καταστεί ιδιαίτερα σοβαρή και η πρόγνωση.

Η συχνότητα των μασχαλιαίων και των απομακρυσμένων μεταστάσεων ο διαχωρισμός σε στάδια η χειρουργική και ακτινοθεραπευτική του αντιμετώπιση είναι ανάλογα προς εκείνα του μαστού στις γυναίκες. Η πρόγνωση όμως είναι βαρύτερη στους άνδρες γιατί κατά περίεργο τρόπο η διάγνωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα γίνεται συνήθως σε πιο προχωρημένο στάδιο.

Σύμφωνα με τον Γολεμάτη (1998), ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι σπάνιος, περίπου 1% του καρκίνου των γυναικών. Εμφανίζεται περίπου σε ηλικία 60 ετών. Η θεραπεία είναι συνήθως χειρουργική-τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Η πρόγνωση του μαστού στον άνδρα είναι χειρότερη από ότι στις γυναίκες. Η πενταετής και η δεκαετής επιβίωση για το στάδιο I στους άνδρες είναι 58% και 38% αντίστοιχα, ενώ για το στάδιο II 38% και 10% αντίστοιχα.

3.2)ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Κατά την αναφορά των Πινακίδη και Μπούτη (1993), το 5-10% περίπου των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού που εμφανίζεται σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες συνυπάρχει με κύηση.

Οι περισσότερες ασθενείς είναι μεταξύ 30-40 ετών. Η κύηση καθιστά τη διάγνωση του καρκίνου πιο δύσκολη, καθώς οι μαστοί διογκώνονται κατά τη διάρκεια αυτής όπως και κατά τη γαλουχία. Η υπεραιμία και η αυξημένη συγκέντρωση ύδατος έχουν σαν συνέπεια μια αυξημένη ακτινολογική πυκνότητα, ενώ η απώλεια του λιπώδους ιστού, που δημιουργεί έντονη αντίθεση στη μαστογραφία, καθιστούν δυσχερή την ανάγνωση της μαστογραφίας. Για το λόγο αυτό καθώς και από φόβο να μην εκτεθεί το έμβρυο σε ακτινοβολία, η μαστογραφία σπάνια χρησιμοποιείται κατά την κύηση.

Η πρακτική πάντως της απλής «παρακολούθησης» ενός όγκου κατά την κύηση είναι αδικαιολόγητη. Οι ενδείξεις για βιοψία των όγκων του μαστού είναι οι ίδιες όπως και για τις ασθένειες που ο καρκίνος διαγιγνώσκεται λίγο μετά τον τοκετό, είναι σε γενικές γραμμές λιγότερο ευμενής από ότι στις μη έγκυες ,αλλά η κύηση φαίνεται να ασκεί από μόνη της μικρή επίδραση στην πορεία της νόσου. Η πρόγνωση της νόσου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι φτωχή, επειδή καθυστερεί τόσο η θεραπεία λόγω δισταγμών, όσο και η διάγνωση λόγω αύξησης του μεγέθους των μαστών. Ωστόσο η πρόγνωση είναι κακή λόγω, της ταχείας διασπορά ,εξαιτίας αυξημένης αγγείωσης των μαστών, καθώς και των δυσμενών ορμονικών παραγόντων.

Η μαστεκτομή είναι εξίσου αποτελεσματική για τις έγκυες γυναίκες όσο και για τις υπόλοιπες, ενώ οι πιθανότητες αυτόματης αποβολής είναι μικρές. Η θεραπευτική άμβλωση παρόλα τα θεωρητικά πλεονεκτήματα αλλαγής του ορμονικού status δε βελτιώνει τις πιθανότητες θεραπείας των ασθενών με κλινικά εντοπισμένο καρκίνο, αλλά μια αποτελεσματική ενδοκρινολογική

θεραπεία ή χημειοθεραπεία σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου, απαιτούν θεραπευτική άμβλωση. Η διακοπή της κύησης συνίσταται όταν αυτή βρίσκεται στα αρχικά στάδια. Όταν η κύηση βρίσκεται στο τέλος της, η απόφαση εξαρτάται κύρια από την επιθυμία της γυναίκας για το παιδί. Αν δεν υπάρχει επείγουσα θεραπευτική ανάγκη, μπορεί η θεραπεία να καθυστερήσει παροδικά χωρίς να επέλθει σημαντική χειροτέρευση της κατάστασης της ασθενούς. Μεταστάσεις μέσω του πλακούντα στο έμβρυο δεν έχουν αναφερθεί.

Η αποφυγή για μελλοντικές εγκυμοσύνες πρέπει να εξατομικεύεται λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο υποτροπής, αλλά και την επιθυμία της γυναίκας να τεκνοποιήσει όσο είναι ακόμα νέα. Γενικά συνίσταται αποφυγή εγκυμοσύνης στα επόμενα 2-5 χρόνια.

B.4)ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Κατά τον Χρυσοχόου (1991), υπάρχουν έντονες ενδείξεις ότι η υπερκατανάλωση τροφών σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου. Τα ποσοστά των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου είναι τα εξής: διατροφή 35%

Κάπνισμα 30%	Άγνωστοι 15%	Μόλυνση 2%
Γεννητήσιοι 7%	Γεωφυσικοί 3%	Ιατρογενείς 1%
Επάγγελμα 4%	Αλκοόλ 3%	

Η σχέση μεταξύ διατροφής και καρκίνου του μαστού έχει διερευνηθεί σε πειραματικές εργασίες και σε επιδημιολογικές πληθυσμιακές έρευνες. Σε μια από τις σημαντικότερες πειραματικές εργασίες ερευνήθηκε η διατροφή σε ποντίκια που δεν είχαν όμως γενετικά αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο μαστού. Τα ποντίκια χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην μια ομάδα χορηγείτο το μισό του φυσιολογικού ποσού των θερμίδων κάθε μέρα ενώ η άλλη ομάδα ποντικίων έτρωγε όσο ήθελε. Η ομάδα των ποντικίων που έτρωγε όσο ήθελε ανέπτυξε καρκίνο του μαστού σε αναμενόμενο ποσοστό.

Σε επιδημιολογικές πληθυσμιακές μελέτες έχει βρεθεί ότι οι μετανάστες, διαφοροποιούνται από τα ειδικά ποσοστά επίπτωσης καρκίνου που έχει η χώρα καταγωγής τους και εμπίπτουν στα ειδικά ποσοστά καρκίνου της χώρας παραμονής τους. Για παράδειγμα σε μια μελέτη διερευνήθηκαν προεμμηνοπαυσιακές Γιαπωνέζες για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι, στην Ιαπωνία η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι πολύ μικρή σε σχέση με αυτή των δυτικών χωρών. Όταν οι Γιαπωνέζες μεταναστεύσουν στην Αμερική και αρχίσουν να διατρέφονται με τα Αμερικάνικα πρότυπα εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού.

όλο και πιο συχνά τα τελευταία χρόνια όπως υποστηρίζει ο Dr.Ιωάννης Σπηλιώτης (1999), υπάρχει συσχέτιση της διατροφής και της ανάπτυξης καρκίνου στον άνθρωπο. Γνωστή είναι η συσχέτιση της λήψης φυτικών ινών με τον καρκίνο του παχέως εντέρου και της αυξημένης λήψης λιπαρών ή καπνιστών τροφών με καρκίνο του οισοφάγου ή του στομάχου. Ωστόσο τα τελευταία 5 χρόνια αναφέρεται η διατροφική επίδραση της ανάπτυξης του καρκίνου και στο μαστό.

ΛΑΧΑΝΙΚΑ-ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Η συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης λαχανικών/ φρούτων με τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού έχει αποτελέσει αντικείμενο 22 πληθυσμιακών μελετών. Από αυτές στις 14 βρέθηκε μια στατιστικώς σημαντική προστατευτική σύνδεση ως προς τη λήψη λαχανικών ή φρούτων σε σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό. Η κατανάλωση εσπεριοειδών (πορτοκάλι), καρότα, ντομάτες και σπανάκι έχουν τη μεγαλύτερη ευεργετική επίδραση για προφύλαξη από τον καρκίνο του μαστού. Επίσης, τα σταυρανθή λαχανικά στην οικογένεια των οποίων ανήκουν το λάχανο, το κουνουπίδι, τα μπρόκολα, τα ρεπάνια, έχουν μεγάλη προστατευτική αξία. Μια σημαντική ωστόσο

παρατήρηση εστιάστηκε στη συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης λαχανικών και φρούτων από τη μια και πρόγνωση και επιβίωση από την άλλη σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση για καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που κατανάλωσαν πιο πολλά λαχανικά είχαν καλύτερη πρόγνωση και επιβίωση.

Οι φυτικές ίνες μπορούν να επέμβουν στον μεταβολισμό των οιστρογόνων με 2 μηχανισμούς:

-Ελαττώνοντας τον κύκλο των οιστρογόνων στο έντερο δεσμεύοντας την μη συνδεδεμένη μορφή τους

-Αυξάνοντας την δράση των λιγνάνων ουσιών που παράγονται στο έντερο από τον μεταβολισμό των λαχανικών, και οι ουσίες αυτές μειώνουν τη δραστηριότητα των οιστρογόνων που κυκλοφορούν στο έντερο.

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις για την προφυλακτική επίδραση των λαχανικών και των φρούτων στην προφύλαξη για τον καρκίνο του μαστού.

Κατά τον Μ. Χρυσόχου (1991), τα λίπη στην πιο συνηθισμένη τους μορφή αποτελούνται από γλυκερίδια συνδυασμένα με κορεσμένα ή ακόρεστα λιπαρά οξέα. Είναι είτε σε στερεά μορφή όπως το βούτυρο και οι μαργαρίνες, είτε σε υγρή μορφή όπως τα λάδια. Τα λίπη προσλαμβάνονται από τον οργανισμό και χρησιμοποιούνται σαν καύσιμη ύλη για παραγωγή ενέργειας. Η κατανάλωση λιπών εμφανίζει έντονες διαφορές κατά τα γεωμετρικά μήκη και τα πλάτη της υφελίου. Οι πλούσιες χώρες καταναλώνουν περισσότερα λίπη από τις φτωχές. Έτσι στη βόρεια Ευρώπη και Αμερική η κατανάλωση των λιπών ξεπερνά το 40% στην ποσοστιαία αναλογία των ειδών διατροφής, ενώ στην Ινδία και στην Ιαπωνία το ποσοστό αυτό είναι λιγότερο από 15%. Πιστεύεται ότι μεγάλη κατανάλωση των λιπών αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου μαστού. Έχει δοθεί μάλιστα η θεωρητική εξήγηση. Τα λίπη περιέχουν μεγάλη αναλογία χολυστερίνης η οποία μεταβολιζόμενη αυξάνει τα επίπεδα των οιστρογόνων. Θα πρέπει όμως να προσθέσουμε ότι είναι γνώστη η επίδραση της κατανάλωσης λιπών στην ανάπτυξη των μαστών και στην εναπόθεση λιπώδους

ιστού. Στην Ιαπωνία, παρατηρήθηκε αυξημένος αριθμός θανάτων από καρκίνο μαστού στις περιοχές που διπλασιάστηκε η κατανάλωση λιπών.

«Η συσχέτιση της κατανάλωσης αυξημένων επιπέδων λίπους με την ανάπτυξη του καρκίνου είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει αρκετά τις Δυτικές κοινωνίες . Μελέτες κυρίως στην Ιαπωνία και στις Η.Π.Α. ανέδειξαν ότι η κατανάλωση βοοειδών κρεάτων ή χοιρινού, βουτύρου και τυροκομικών προϊόντων, δηλαδή μεγάλων ποσοτήτων λίπους είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από άτομα που κατανάλωσαν φυτικά έλαια και ψάρια. Οι μελέτες αυτές εντοπίζουν ως παθογενετικό μηχανισμό την αύξηση της λιπώδους μάζας του σώματος αλλά και των μαστών».(Σπηλιώτης 1999,σελ 67)

Σύμφωνα με τον Χρυσόχοου (1991),η ανθρώπινη διατροφή δεν περιλαμβάνει τροφές που περιέχουν αποκλειστικά και μόνο λευκώματα. Στα πλαίσια σε λευκώματα σιτία εμπεριέχεται και ποσοστά λίπους. Έτσι είναι ασταθής η συσχέτιση υπερκατανάλωσης λευκωματούχων τροφών και ανάπτυξη καρκίνου από τη στιγμή που γίνεται συγχρόνως και υπερκατανάλωση λιπών.

Μελετήθηκαν 10 άτομα χορτοφάγα και 10 άτομα συνηθισμένης διατροφής. Το περιεχόμενο σε λίπη της διατροφής των χορτοφάγων ήταν 30% με 28 gr άπεπτες υλών ενώ στη συνηθισμένη διατροφή είχαμε 40% λίπη με 28gr άπεπτες ύλες. Τα χορτοφάγα άτομα είχαν μεγαλύτερο βάρος κοπράνων που περιείχαν αυξημένα ποσά οιστογόνων. Αντίθετα οι χορτοφάγοι είχαν χαμηλότερα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα σε σύγκριση με τα άτομα συνηθισμένης διατροφής. Τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά θεωρούνται έξοχο είδος διατροφής όχι για τους υδατάνθρακες που περιέχουν αλλά για τις βιταμίνες τους. Οι βιταμίνες περιορίζουν ενζυματικές οξειδώσεις προκαρκινογόνων ουσιών σε καρκινοφενείς. Ιδιαίτερα αναφέρονται η βιταμίνη C και η βιταμίνη A. Η προστασία που παρέχουν όταν λαμβάνονται με φρέσκα φρούτα και λαχανικά και όχι με τη μορφή φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Επίσης κατά το Χρυσόχοου (1991), δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση του καφέ για το μαστό. Αντίθετα υπάρχουν ενδείξεις για αντικαρκινική δράση. Μάλιστα, έχει επισημανθεί ότι οι γυναίκες που έπιναν πολύ καφέ όταν εμφάνισαν καρκίνο μαστού, ο καρκίνος τους ανήκε στο μεγαλύτερο ποσοστό στους ιστολογικά καλά διαφοροποιημένους τύπους. Όσον αφορά την κατανάλωση ξανθινών (τσαί, καφές, κακάο, coca-cola) και η σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού το μόνο που αποδείχτηκε τελικά ήταν ότι υπάρχουν μαστοδυνίες που περνούσαν με τη διακοπή της λήψης των ξανθινούχων ποτών.

Σύμφωνα με τον Χρυσόχοου (1991), μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και αφορούν την κατανάλωση οινοπνευματωδών σε σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου μαστού στις περισσότερες αποδείχτηκε ότι κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο. Σε μια έρευνα μελετήθηκαν 90.000 Αμερικάνες νοσοκόμες. Βρέθηκε ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μαστού ήταν 30% μεγαλύτερος για τις αδερφές που έπιναν περισσότερο. Οι μηχανισμοί που το οινόπνευμα αυξάνει τον κίνδυνο σε μια γυναίκα να εμφανίσει καρκίνο μαστού δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί.

B.5)ΦΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΝΕΣΗΣ

5.1)ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Κατά τους Παπαιωάννου, Νομικό και Πολυχρόνη (1983), ο ρυθμός αύξησης και γενικά η συμπεριφορά του νεοπλάσματος είναι αποτέλεσμα ισορροπίας μεταξύ αυξητικού δυναμικού των νεοπλασματικών κυττάρων και αντιστάσεως του ξενιστή. Οποιαδήποτε μεταβολή του ενός ή και των δύο παραγόντων μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη της νόσου προς διάφορες κατευθύνσεις.

5.2)ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΟΓΚΟΥ.

Κατά τους Παπαϊωάννου, Νομικό και Πολυχρόνη (1983), ένα νεοπλασματικό κύτταρο διαστάσεων 10 μικρών, αποκτά διαστάσεις 1 χιλιοστόμετρου όταν περιέχει 10^6 κύτταρα μετά από 20 υποδιαιρέσεις, και 1 εκατοστόμετρου με 10^9 κύτταρα, μετά 30 υποδιαιρέσεις. Αν ληφθεί υπ' όψη ότι όγκος 1 εκ. αποτελεί το μικρότερο μέγεθος που τις περισσότερες φορές προσφέρεται στην κλινική διάγνωση και ότι 20-40% των ασθενών με όγκους αυτού του μικρού μεγέθους καταλήγουν από μεταστάσεις σε 10 λιγότερα χρόνια από τη διάγνωση, τότε εξηγούνται εν μέρει τα σημερινά απογοητευτικά αποτελέσματα από τη θεραπεία. Ο χρόνος υποδιπλασιασμού για τον πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού κυμαίνεται από 23 έως 209 ημέρες για αλλοιώσεις που ανιχνεύονται σχετικά νωρίς, ενώ σε προχωρημένα στάδια είναι δυνατόν να φθάσει τις 500 ημέρες. Πολλαπλασιάζοντας το συνήθη χρόνο υποδιπλασιασμού με τον αριθμό των υποδιαιρέσεων που πραγματοποιούνται για να αποκτήσει ο όγκος διαστάσεις 1 εκ. υπολογίζεται ότι το πρώτο νεοπλασματικό κύτταρο μιας εστίας μπορεί να αναπτυχθεί 2 έως 17 χρόνια πριν από την κλινική διάγνωση. Συχνά, εκτός από την πρωτοπαθή εστία, άλλες ανεξάρτητες εστίες μπορεί να αναπτυχθούν στον ίδιο ή τον αντίθετο μαστό. Η κινητική των κυττάρων στις εστίες αυτές έχει ελάχιστα μελετηθεί στον άνθρωπο και γι' αυτό ο τρόπος που εξελίσσονται δεν είναι ουσιαστικά γνωστός.

5.3)ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Κατά την άποψη των Παπαϊωάννου, Νομικό και Πολυχρόνη (1983), ο όγκος τρέφεται δια διαχύσεως όταν ο αριθμός των νεοπλασματικών κυττάρων που τον συνθέτουν δεν υπερβαίνει τις 100.000. Μετά από αυτό το στάδιο η διατροφή του νεοπλάσματος πραγματοποιείται με τροφοφόρα αγγεία που αναπτύσσονται από μια ουσία που εκκρίνουν τα καρκινικά κύτταρα (παράγων

αγγειογενέσεως).Μετά την ανάπτυξη της αγγειώσεως του χρόνου υπάρχει και το ενδεχόμενο αναπτύξεως μεταστάσεων. Σήμερα είναι παραδεκτό ότι πολύ συχνά και σε πολύ πρώιμο στάδιο, νεοπλασματικά κύτταρα από την πρωτοπαθή εστία μπορούν να διαπεράσουν ή να παρακάμψουν τους επιχώριους λεμφαδένες και να μπουν στην κυκλοφορία, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι κάθε κύτταρο από αυτά μπορεί να προκαλέσει μετάσταση. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι πάνω από 99% των κυττάρων αυτών που μπαίνουν στην κυκλοφορία καταστρέφονται με διάφορους αντικαρκινικούς μηχανισμούς που διαθέτει ο οργανισμός.

5.4)ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Κατά τον Βασιλείου Γολεμάτη (1998), η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής, καθώς και για την πρόγνωση της νόσου. Κυρίως αφορά την ανατομική έκταση και επέκταση του καρκίνου του μαστού. Από τα διάφορα συστήματα κλινικής σταδιοποίησης που έχουν προταθεί κατά καιρούς Manchester, Columbia, T.N.M. , το τελευταίο αποτελεί το μόνο σύστημα που είναι καθολικά αποδεκτό.Με το συσχετισμό των τριών παραμέτρων του T.N.M. συστήματος, διακρίνουμε 4 στάδια κλινικής σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

T.N.M. ταξινόμηση καρκίνου του μαστού-κλινική σταδιοποίηση.
T(tumour)-Πρωτοπαθής όγκος
TX –αδυναμία εκτίμησης μεγέθους όγκου
T0-μη ψηλαφητός όγκος
TIS-μη διαθητικός καρκίνος. Νόσος Paget της θηλής μη ψηλαφητός
T1-όγκος διαμέτρου 2cm
T1a-χωρίς σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμα

T1b-σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμα
T2-όγκος διαμέτρου 2-5 cm
T2a-χωρίς σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμα
T2b-σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμα
T3-όγκος διαμέτρου >5cm
T3a-χωρίς σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμα
T3b-σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμα
T4-όγκος με καθήλωση προς το δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα, ανεξάρτητα από το μέγεθος.
T4a-σύμφυση με θωρακικό τοίχωμα
T4b-με οίδημα(συμπεριλαμβανομένου και του (peau d'orange),εξέλκωση δέρματος ή διρυφόρα οζίδια στο δέρμα του ίδιου μαστού
T4c-συνδιασμός a και b
T4d-φλεγμονώδης καρκίνος
N(nodes)-επιχώριοι λεμφαδένες
NX-αδυναμία κλινικής εκτίμησης επιχώριων λεμφαδένων
N0-μη ψηλαφητοί επιχώριοι λεμφαδένες
N1-κινητοί σύστοιχοι λεμφαδένες μασχάλης
N1a-όχι ύποπτοι για μεταστατική διήθηση
N1b-ύποπτοι για μεταστατική διήθηση
N2-λεμφαδένες συστοίχου μασχάλης, συμφύομενοι μεταξύ τους(block)ή καθηλωμένοι στα γ'θρω όργανα
N3-σύστοιχοι μεταστατικοί υπερκλείδιοι ή υποκλείδιοι λεμφαδένες ή οίδημα του άνω άκρου
M0-(metastases)-μακρινές μεταστάσεις
M1-παρουσία μεταστάσεων.

Από την μελέτη των πινάκων 2 και 3 προκύπτει, ότι η κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι μάλλον πολύπλοκη και αρκετές φορές δύσκολη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Στάδια με συνδυασμό στοιχείων T.N.M.		
	T1a-----	NO, N1a
Στάδιο I		MO
	T1b-----	NO,N1b
Στάδιο II	TO-----	N1b
	T1a-----	N1b MO
	T1b-----	N1b
	T2a,T2b-----	NO,N1a,N1b
Στάδιο III	T1a,T1b-----	N2
	T2a,T2b-----	N2 MO
	T3a,T3b-----	NO,N1,N2
Στάδιο IV	T4-----	οποιοδήποτε οποιοδήποτε
M		
	Οποιοδήποτε T-----	N3 οποιοδήποτε M
	Οποιοδήποτε T-----	οποιοδήποτε N-M1.

Σύμφωνα με την Παρισιάνου (1994),η έκταση της νόσου, που αποκαλύπτεται από τα κλινικά ευρήματα και τις ειδικές προεγχειρητικές εξετάσεις, χρησιμοποιείται για τον προορισμό του κλινικού σταδίου. Σήμερα, η

Αμερικανική Επιτροπή Συνεργασίας για τον Καρκίνο και η Διεθνής Ένωση εναντίον του Καρκίνου έχουν συμφωνήσει σε ένα σύστημα σταδιοποίησης TNM για τον καρκίνο του μαστού.

5.5)ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Οι Πινακίδης και Μπούτης (1993) αναφέρουν ότι η κλινική εξέταση είναι το πρώτο μέσο για την εκτίμηση της ασθενούς. Για την ανίχνευση απομακρυσμένων μεταστάσεων χρησιμοποιούνται ακτινογραφίες, αιματολογικές εξετάσεις, η αξονική τομογραφία και τα σπινθηρογραφήματα οστών, ήπατος ή εγκεφάλου. Η ορθή χρήση των σπινθηρογραφημάτων εξαρτάται από την πιστότητα των αποτελεσμάτων και την πιθανότητα ύπαρξης αφανών μεταστάσεων. Οι πιο συνηθισμένες θέσεις μεταστάσεων είναι τα οστά, οι πνεύμονες και ο υπεζωκότας. Το ήπαρ και ο εγκέφαλος θεωρούνται συχνές εντοπίσεις.

5.6)ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχει μεγάλη διακύμανση στην επιβίωση των ασθενών, σύμφωνα με τους Πινακίδη και Μπούτη (1993), ανάλογα με την εντόπιση των μεταστάσεων. Οι Culter παρατήρησαν ότι ασθενείς με μεταστάσεις στο ήπαρ, στο περιτόναιο, στον εγκέφαλο είχαν κακή πρόγνωση ενώ η πορεία των υπολοίπων ασθενών, ακόμα και αυτών που είχαν σπλαχνικές μεταστάσεις, επηρεαζόταν πιο πολύ από τον αριθμό των οργάνων που είχαν προσβληθεί. Έτσι διέκριναν τρεις ομάδες:

1. μετάσταση σε ένα όργανο (μέση επιβίωση 15 μήνες)
2. μετάσταση σε 2 ή περισσότερα όργανα (μέση επιβίωση 12 μήνες)
3. μετάσταση στο ήπαρ ή το ΚΝΣ (μέση επιβίωση 4 μήνες)

Οι ασθενείς με μετεγχειρητική υποτροπή ταξινομούνται ξεχωριστά.

ΟΜΑΔΑ I: Ελεύθερο νόσου διάστημα 5 έτη ή παραπάνω ή ελεύθερο διάστημα 2-5 ετών με κατάληψη μόνο ενός οργάνου (μέση επιβίωση 14-40 μήνες)

ΟΜΑΔΑ II: Ελεύθερο διάστημα 2-5 ετών με κατάληψη 2-3 οργάνων, ελεύθερο διάστημα 1-2 ετών με συμμετοχή ενός ή δυο συστημάτων ελεύθερο διάστημα λιγότερο από ένα έτος με κατάληψη ενός μόνο οργάνου(μέση επιβίωση 11-16 μήνες)

ΟΜΑΔΑ III: Ελεύθερο διάστημα 2-5 ετών με συμμετοχή 4 ή παραπάνω συστημάτων, ελεύθερο διάστημα 1-2 ετών με κατάληψη 3-4 συστημάτων, ελεύθερο διάστημα λιγότερο από ένα έτος με κατάληψη δυο ή περισσότερων συστημάτων(μέση επιβίωση 5 -7 μήνες)

ΟΜΑΔΑ IV: Ασθενείς με μεταστάσεις στο ήπαρ ή στο ΚΝΣ (μέση επιβίωση 5-11 μήνες).

ΠΑΘΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Οι Πινακίδης και Μπούτης (1993), επισημαίνουν, ότι η κλινική εκτίμηση δίνει ψευδή συμπεράσματα. Τα μασχालιαία λεμφογάγγλια που θεωρούνται κλινικά αρνητικά, είχαν μεταστάσεις σε ποσοστό 40%, ενώ αυτά που θεωρούνταν κλινικά θετικά ήταν τελικά ελεύθερα μεταστάσεων σε ποσοστό 30%.

Το πιο καθοριστικό σημείο στην πρόγνωση είναι η φύση του όγκου, δηλαδή αν είναι διηθητικός ή όχι. Τα μη διηθητικά καρκινώματα σχεδόν πάντα θεραπεύονται με μαστεκτομή.

B.6) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η πιθανότητα προσβολής των Ελληνίδων από καρκίνο του μαστού, σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους σύμφωνα με τον Γολεμάτη (1998) είναι 3,5% ενώ η

αντίστοιχη πιθανότητα των Αμερικανίδων ξεπερνά το 8%.Κάθε χρόνο προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα περίπου 1.500 γυναίκες και 700 πεθαίνουν από αυτόν. Στην Αμερική οι αντίστοιχοι αριθμοί είναι πάνω από 130.000 και 40.000.Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αυξάνει αντίστοιχα με την ηλικία. Είναι λιγότερο από 80 γυναίκες στις 100.000 ηλικίας 35-59 ετών και αυξάνει σε 300-400 γυναίκες στις 100.000 στις ηλικίες 80-85 ετών , αντίστοιχα. Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα σε ηλικίες μεταξύ 40 και 60 ετών.

Η Λουσιέν Λανσόν (1985),υποστηρίζει ότι εμφανίζονται ολοένα και περισσότερες ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται από ένα ειδικό μόριο ιού. Το πώς αυτός ο ιός μεταδίδεται , ή αν πραγματικά είναι υπεύθυνος για τις διάφορες μορφές του καρκίνου του στήθους κάποιος ιός , όλα αυτά τα θέματα βρίσκονται αυτή τη στιγμή στο στάδιο της έρευνας και των κλινικών δοκιμών. Οι περισσότερες από αυτές τις ενδείξεις βασίζονται φυσικά σε πειραματικές μελέτες πάνω σε ζώα.

Ο Γολεμάτης (1998),υποστηρίζει ότι υπάρχουν θεωρίες για την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού, οι οποίες δεν εξηγούν τα επιδημιολογικά δεδομένα της νόσου. Σε καταστάσεις αυξημένης παραγωγής ορμονών, όπως η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός, ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού όχι μόνο δεν αυξάνει, αλλά, αντίθετα για την πρώτη εγκυμοσύνη, δρα και προστατευτικά.

Συνεχίζοντας ο Γολεμάτης (1998),υποστηρίζει ότι ιστολογικά η γυναικομαστία συνίσταται στην ταυτόχρονη αύξηση του αδενικού και συνδετικού ιστού. Από πλευράς αιτιολογίας η γυναικομαστία είναι συνήθως ιδιοπαθής, δεν οφείλεται δηλαδή σε κάποια εμφανή οργανική αιτία, ιδιαίτερα στους εφήβους, στους νεαρούς ενηλίκους και στους ηλικιωμένους άνδρες. Μπορεί όμως να σχετίζεται με ποικιλία παθήσεων ή ακόμα και με παρατεταμένη χρήση μαριχουάνας. Η γυναικομαστία αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο της εφηβείας. Σύμφωνα με έγκριτους συγγραφείς απαντάται σε

ποσοστό από 35-65% των εφήβων αγοριών, με αιχμή στην εμφάνισή της την ηλικία των 14 χρονών και μέση διάρκεια 1-2 χρόνια. Πρόκειται για μικρή διόγκωση του ενός ή και των δύο μαστών η ακριβής αιτιολογία της οποίας παραμένει άγνωστη. Σε περίπτωση αμφοτερόπλευρης γυναικομαστίας πιστεύεται ότι αυτή οφείλεται σε ορμονική διέγερση κατά την εφηβεία. Συνήθως υποχωρεί μετά την εφηβεία, μερικές όμως φορές επιμένει είτε στον έναν είτε και στους δύο μαστούς. Σε υγιείς ενήλικες η συχνότητα γυναικομαστίας αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας, και σε άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών κυμαίνεται από 30-50%. Η γυναικομαστία μπορεί να οφείλεται σε ποικιλία παθήσεων ή σε λήψη φαρμάκων. Πρέπει λοιπόν, προτού η γυναικομαστία θεωρηθεί ως ιδιοπαθής, να αποκλειστεί, με τον πλήρη κλινικό, εργαστηριακό και παρακλινικό έλεγχο, η ύπαρξη παθήσεων που μπορεί να σχετίζονται με την πρόκληση γυναικομαστίας.

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη. Σύμφωνα με την Σαχίνη και την Πάνου (1999), Υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού διατρέχουν οι ανύπαντρες γυναίκες, οι στείρες, εκείνες με λιγότερο από ε παιδιά, όσες απόκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 34 χρόνια τους, εκείνες των οποίων η μητέρα ή η αδερφή είχε καρκίνο του μαστού, όσες είχαν ιστορικό καλοήθους πάθησης του μαστού, εκείνες που είχαν καταμήνιο κύκλο για 30 ή περισσότερα χρόνια και τέλος εκείνες που η περίοδός τους εμφανίστηκε πριν από την ηλικία των 12 χρονών ή σταμάτησε μετά τα 55. Ο θηλασμός δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Παρά τις καινούργιες χειρουργικές τεχνικές και διαγνωστικές μεθόδους η συχνότητα του θανάτου παραμένει υψηλή. Εάν ο αρχικός όγκος είναι μικρός και δεν υπάρχει λεμφαδενική συμμετοχή, τότε η πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 80%, ενώ αν υπάρχει λεμφαδενική συμμετοχή μειώνεται στο 40-45%.

6.1)ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ο Dr.Σπηλιώτης (1999) επισημαίνει πως στους πιο πολλούς ασθενείς η νόσος εκδηλώνεται ως ψηλαφητό ογκίδιο που η ίδια η ασθενής ανακάλυψε. Σε άλλες ασθενείς εκδηλώνεται ως έκκριμα από την θηλή συνήθως αιμορραγικό. Είναι επίσης πιθανό να εμφανιστεί ως εισολκή της θηλής ή οίδημα της επιφάνειας του δέρματος.

Κατά την Παρισιάνου (1994) το σύμπτωμα με το οποίο προσέρχονται στο γιατρό το 70% των ασθενών με καρκίνο του μαστού, είναι ένα ψηλαφητό ογκίδιο στο μαστό. Τα 905 περίπου των μαζών του μαστού ανακαλύπτονται από την ίδια την ασθενή. Σπανιότερα είναι ο πόνος στο μαστό, η εμφάνιση εκκρίματος από τη θηλή, η διάβρωση, η συρρίκνωση, η διόγκωση ή ο κνησμός της θηλής και η ερυθρότητα, η γενικευμένη σκληρία, η διόγκωση ή συρρίκνωση του μαστού .Σπάνια το πρώτο σύμπτωμα μπορεί να είναι η παρουσία μασχαλιαίας μάζας, οίδημα του άνω άκρου ή οστικός πόνος. Ο πόνος στη τάχη ή ο οστικός πόνος, ο ίκτερος ή η απώλεια βάρους μπορεί να είναι το αποτέλεσμα συστηματικών μεταστάσεων, αλλά αυτά τα συμπτώματα σπάνια παρατηρούνται ως αρχική εκδήλωση της νόσου. Στα 35 με 50% των γυναικών με καρκίνο που συμμετείχαν σε οργανωμένα προγράμματα ελέγχου, η διάγνωση του καρκίνου έγινε μόνο με τη μαστογραφία και όχι την φυσική εξέταση.

Ο Γολεμάτης (1998),υποστηρίζει ότι το κύριο σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού σε 70% των ασθενών είναι η ανώδυνη μάζα του μαστού, η οποία έχει ανακαλυφθεί από τις ίδιες τις ασθενείες σε ποσοστό 90%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Αρχικά συμπτώματα καρκίνου του μαστού	
Συμπτώματα	Συχνότητα
Ανώδυνη μάζα μαστού	66
Επώδυνη μάζα μαστού	11
Ρύση από τη θηλή	9
Τοπικό οίδημα	4
Εισολκή θηλής	3
Έκζεμα θηλής	2
Μικτά συμπτώματα	5

Η συχνότερη εντόπιση του καρκίνου του μαστού παρατηρείται στο άνω έξω τεταρτημόριο, αυτό δε πιθανός οφείλεται στο ότι στο τεταρτημόριο αυτό περιλαμβάνεται ο μεγαλύτερος όγκος του μαζικού αδένου. Ακολουθεί η περιοχή της θηλής με ποσοστό 25% (πίνακας 5)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Συχνότητα εντόπισης καρκίνου του μαστού.	
ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ(%)
Ανω έξω	45
Κάτω έξω	10
Θηλή	25
Ανω έσω	15
Κάτω έσω	5

6.2) ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση σύμφωνα με τον Γολεμάτη (1998), στις περιπτώσεις εγχειρήσιμου καρκίνου του μαστού, στηρίζεται στους δύο πλέον σταθερούς παράγοντες, που είναι το μέγεθος της πρωτοπαθούς βλάβης και ο βαθμός συμμετοχής των μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Ο καρκίνος του μαστού εξελίσσεται συνήθως με πολύ βραδύ ρυθμό, οι δε μεταστάσεις μπορούν να εκδηλωθούν πολλά χρόνια μετά από μια φαινομενικά επιτυχή χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Το μέγεθος της βλάβης, κατά τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου, καθορίζει συνήθως το ελεύθερο μεσοδιάστημα μέχρι την υποτροπή του καρκίνου και το χρόνο επιβίωσης της ασθενούς. Έτσι όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος του όγκου και όσο μεγαλύτερη η έκταση της μετάστασης, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση της νόσου. Περίπου το 1/3 των γυναικών με 4 ή περισσότερους θετικούς λεμφαδένες της μασχάλης θα επιζήσουν για 5 χρόνια. Άλλοι βιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση της νόσου είναι ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου, ο βαθμός κακοήθειάς του και η περιεκτικότητα του σε ορμονικούς υποδοχείς. Οι όγκοι με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς παρουσιάζουν καλύτερη πρόγνωση.

Οι παροξυσμοί πόνου, ευαισθησίας και σχηματισμού κύστεων μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε χρόνο μέχρι την εμμηνόπαυση, οπότε τα συμπτώματα συνήθως επιστρέφουν, εκτός από τις ασθενείς που παίρνουν οιστρογόνα. Πρέπει να συνιστάται στην ασθενή να εξετάζει τους μαστούς της κάθε μήνα ακριβώς μετά την εμμηνορρυσία και να πληροφορεί το γιατρό της αν παρατηρηθεί μάζα. Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού στις γυναίκες με δυσπλασία του μαστού, που εμφανίζουν υπερπλασία ή άτυπες αλλοιώσεις στο επιθήλιο, είναι μεγαλύτερος από ότι στις γυναίκες γενικά

Η Λουσιέν Λανσόν(1985), υποστηρίζει ότι τα δύο τρίτα των γυναικών που θεραπεύτηκαν με καρκίνο του μαστού, εμφανίζουν τελικά κάποια υποτροπή της

νόσου μετά από μερικούς μήνες ή και χρόνια ακόμη, άσχετα από το είδος της θεραπείας στην οποία είχαν υποβληθεί. Η υποτροπή μπορεί να περιορίζεται στην περιοχή του στήθους, που είχε αρχικά θεραπευτεί ή ακόμα να εμφανίζεται σαν μεταστατικός όγκος σε απομακρυσμένα όργανα και ιστούς. Μια τοπική έξαρση της νόσου στα θωρακικά τοιχώματα δεν επηρεάζει αρνητικά το δείκτη επιβίωσης και ούτε σημαίνει ότι ο καρκίνος θα κάνει οπωσδήποτε μετάσταση σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος.

6.3) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με τον Γολεμάτη (1998), στους προδιαθετικούς παράγοντες ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού συγκαταλέγονται το ιστορικό καρκίνου του μαστού στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, η έναρξη της εμμηνορρυσίας σε πολύ νεαρή ηλικία και η καθυστέρηση της εμμηνόπαυσης. Και οι τρεις μαζί αποτελούν ισχυρό συνδυασμό για την αύξηση της πιθανότητας προσβολής από τη νόσο.

Η πρώτη εγκυμοσύνη, εφόσον σημειωθεί πριν από το 30ό έτος δρα προστατευτικά στο ενδεχόμενο μελλοντικής προσβολής, ενώ, σε νεώτερες έρευνες δεν διαπιστώθηκε ότι ο θηλασμός παρέχει ουσιαστική προστασία. Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος σε υψηλόσωμες και παχύσαρκες γυναίκες, έχουν δε ενοχοποιηθεί διάφοροι διαιτητικοί παράγοντες, όπως η μακροχρόνια κατανάλωση βοδινού ή μοσχαρίσιου κρέατος, καθώς και εν γένει λιπαρών τροφών χωρίς όμως να υπάρχουν ακόμα πλήρως τεκμηριωμένα δεδομένα.

Η χορήγηση οιστρογόνων κατά την κλιμακτήριο περίοδο ενδεχομένως αυξάνει την πιθανότητα προσβολής από την νόσο, ενώ αντίθετα φαίνεται ότι τα αντισυλληπτικά δεν προκαλούν αύξηση της πιθανότητας προσβολής. Τέλος έχουν ενοχοποιηθεί για καρκινογένεση, χωρίς όμως να έχουν τεκμηριωθεί, διάφορες ουσίες, όπως φάρμακα, βαφές μαλλιών και μορφές ακτινοβολίας όπως

ιονίζουσα (ακόμη και η μικρή δόση ακτινοβολίας που εφαρμόζεται στις διαγνωστικές μαστογραφίες).

Κατά τη Λουσιέν Λανσόν (1985), οι γυναίκες που έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τον καρκίνο του μαστού ανήκουν στην καυκασιακή φυλή και είναι ανάμεσα στα τριανταπέντε και στα εξήντα πέντε, έχουν λίγα ή καθόλου παιδιά και είχαν την πρώτη τους εγκυμοσύνη μετά τα εικοσιοκτώ. Συχνά, έχουν την πρώτη τους περίοδο σε μικρή σχετικά ηλικία και πολλές φορές είχαν παλαιότερα κάποιο πρόβλημα στο στήθος όπως μια ινοκυστική μαστοπάθεια. Όσο για το οικογενειακό ιστορικό, μια μητέρα ή αδελφή με καρκίνο του στήθους αυξάνει τις πιθανότητες μιας γυναίκας να προσβληθεί από τη νόσο κατά δυο ή τρεις φορές παραπάνω από το παρατηρούμενο ποσοστό στο γυναικείο πληθυσμό γενικά. Βέβαια καμία γυναίκα δεν έχει ανοσία στον καρκίνο του μαστού. Αλλά και το να συντρέχουν όλοι οι παραπάνω λόγοι δεν σημαίνει ότι απαραίτητα πρόκειται να αναπτυχθεί ένας τέτοιος όγκος.

Οι παράγοντες κινδύνου σύμφωνα με τον Dr Σπηλιώτη (1999), είναι:

α)το οικογενειακό αναμνηστικό θετικό για καρκίνο μαστού(μητέρα ή αδερφή με καρκίνο)

β)πρώιμη εμμηναρχή

γ)καθυστερημένη εμμηνόπαυση

δ) τελειόμηνη κύηση μετά το 30ό έτος της ηλικίας.

ε)ακτινοβολία στον μαστό

στ)ορμόνες

ζ)προκαρκινικές βλάβες στο μαστό.

η)Θήλωμα πόρων, εκτασία των πόρων, επιθηλιακή υπερπλασία.

Κατά την άποψη του Κατράκη (1980), η συχνή ακτινοβόληση των μαστών για διάφορους λόγους όπως οι συχνές μαστογραφίες ή οι συχνές ακτινογραφίες θώρακα σε περίπτωση π.χ. φυματίωσης των πνευμόνων, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης αργότερα του καρκίνου του μαστού.

Ακόμη τα συχνότατα ογκίδια του μαστού στην καλούμενη π.χ. κυστική μαστίτιδα, φαίνεται ότι αποτελούν προδιαθετικό παράγοντα ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού και ότι η προδιάθεση αυτή αυξάνει περισσότερο αν χρησιμοποιήσουμε για την καταπολέμησή τους ανδρικές ορμόνες.

Τέλος οι γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο στον ένα μαστό έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν και στον άλλο από όσο οι άλλες υγιείς γυναίκες να εμφανίσουν καρκίνο στον ένα μαστό.

Η παχυσαρκία και ο τρόπος διατροφής κατά την άποψη των Πινακίδη και Μπούτη (1993), συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Σε χώρες με ημερήσια κατανάλωση κατά άτομο 140-150 γραμ. ζωικού κυρίως λίπους η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού είναι 5-10 φορές μεγαλύτερη, από ότι σε αυτές που η ημερήσια κατά άτομο κατανάλωση δεν ξεπερνά τα 50 γραμμάρια. Το αυξημένο σωματικό βάρος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η παχυσαρκία σχετίζεται όχι μόνο με αυξημένη παροχή ανδροστενδιόνης από τα επινεφρίδια, αλλά και με αυξημένη μετατροπή της σε οιστρόνη στο περιφερικό λίπος. Με αυτόν λοιπόν το μηχανισμό θεωρείται ότι η παχυσαρκία πιθανώς προάγει την ανάπτυξη ορμονοευαίσθητων όγκων, όπως ο καρκίνος του μαστού.

Συνεχίζοντας οι παραπάνω, αναφέρουν ότι ο ανθρώπινος μαστός αποτελεί έναν από τους πιο ακτινοευαίσθητους ιστούς. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη νεοπλασίας είναι συνάρτηση τόσο της δόσης όσο και του χρόνου έκθεσης στην ακτινοβολία. Σήμερα η κύρια αιτία ακτινοβολίας του μαστού είναι η μαστογραφία. Η μικρή δόση που χρησιμοποιείται, η τεράστια βελτίωση των τεχνικών μέσων, η ακρίβεια της μεθόδου και η αναντίρρητη συμβολή της στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού καθιστούν τη μαστογραφία πολύτιμο και σχετικά ασφαλές διαγνωστικό μέσο για τις γυναίκες τουλάχιστον άνω των 50 ετών. Στην ηλικία όμως των 35 και 50 ετών θα πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ και να περιορίζεται σε γυναίκες υψηλού κινδύνου σαν μέθοδος screening.

B.7)ΠΡΟΛΗΨΗ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1)ΠΡΟΛΗΨΗ

Κατά την άποψη των Παπαϊωάννου, Νομικό και Πολυχρόνη (1983), με τις σημερινές υπάρχουσες ενδείξεις ένας “λογικός τρόπος” να τοποθετηθούμε μπροστά σε αυτό το πρόβλημα είναι ο ακόλουθος:

1)Μαστογραφικός έλεγχος σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα πρέπει να γίνεται μόνο μετά από προηγούμενη εξέταση των μαστών από το γιατρό. Στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει υπολογιστεί για την έγκαιρη διάγνωση μετά από μαστογραφικό έλεγχο ότι σώζονται τουλάχιστον 12.000 γυναίκες κάθε χρόνο ενώ το τίμημα από πιθανή καρκινογένεση σαν συνέπεια της διαγνωστικής ακτινοβολίας μπορεί κατά ανώτατο όριο να φτάσει στην απώλεια 120 γυναικών για χρονική περίοδο μεγαλύτερη των 30 ετών.

2)Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες θα πρέπει να υποβάλλονται μια φορά το χρόνο σε μαστογραφικό έλεγχο. Η χρησιμότητα του περιοδικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες αυτής της ηλικίας χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες είναι οριακή και χρειάζονται εκ των προτέρων ελεγχόμενες μελέτες για να καθορίσουν τη χρησιμότητά του.

3)Επειδή δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί η αξία του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου σε γυναίκες κάτω των 50 ετών τέτοιος έλεγχος δεν συνιστάται σε όσες είναι από 35-50 ετών, εκτός αν υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

4)Αν και δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα αποτελέσματα φαίνεται ότι σε γενικές γραμμές το λογικότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο μαστογραφιών είναι ένας χρόνος. Είναι όμως ενδεχόμενο ο γιατρός, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, την ηλικία της κ.τ.λ. να βραχύνει το μεσοδιάστημα αυτό.

Αναζητώντας τους κύριους επιβαρυντικούς παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σε συγκεκριμένα άτομα, οι Παπαϊωάννου, Νομικός και Πολυχρόνης (1983), διαχωρίζουν μια ή περισσότερες ομάδες γυναικών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Σε μια τέτοια ομάδα μπορούμε να συστήσουμε συχνότερο έλεγχο του μαστού με την ελπίδα ανακαλύψεως της νόσου νωρίτερα και ίσως θεραπείας της με πιο αποτελεσματικό τρόπο. Από τους κύριους επιβαρυντικούς παράγοντες είναι το φύλο και η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, η ηλικία κατά την οποία ολοκληρώθηκε η πρώτη κύηση και το ιστορικό καρκίνου του μαστού στον αντίθετο μαστό. Έχει υπολογιστεί π.χ. ότι 75% των καρκίνων του μαστού παρατηρούνται σε γυναίκες ηλικίας πάνω των 40 ετών ενώ μόνο 1,5% σε ηλικίες κάτω των 40 ετών. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου επηρεάζεται από το ιστορικό υπάρξεως του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες συγγενείς 1^{ου} βαθμού, είτε από τη μητέρα, είτε από τον πατέρα, πριν ή μετά την εμμηνόπαυση. Ο κίνδυνος π.χ. σε κόρες των οποίων η μητέρα είχε καρκίνο μαστού διπλασιάζεται. Εάν η συγγενής είχε αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού, τότε ο κίνδυνος πενταπλασιάζεται, ενώ οκταπλασιάζεται όταν η συγγενής είχε αμφοτερόπλευρο καρκίνο μαστού πριν από την εμμηνόπαυση.

Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου σε γυναίκες που δεν έκαναν παιδιά είναι περίπου 1,5 φορές μεγαλύτερος του κινδύνου των γυναικών που γέννησαν. Όσο μικρότερη η ηλικία της γυναίκας όταν ολοκλήρωσε την πρώτη κύηση, τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος να αναπτύξει στο μέλλον καρκίνο του μαστού. Όταν για π.χ. ο πρώτος τοκετός γίνει μετά την ηλικία των 30 ετών, ο κίνδυνος εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι τρεις φορές μεγαλύτερος του κινδύνου γυναικών που γέννησαν προ των 18 ετών. Είναι αξιοσημείωτο ότι ενώ ο πρώτος τοκετός προ της ηλικίας των 25 ετών ενεργεί σαν προστατευτικός παράγων, όταν ο τοκετός γίνει μετά την ηλικία των 35 ετών αυξάνει τον κίνδυνο που γίνεται μεγαλύτερος από ότι στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού στον άλλο μαστό, όταν ήδη η ασθενής είχε καρκίνο στον πρώτο, είναι περίπου πέντε φορές μεγαλύτερος του κινδύνου του γενικού γυναικείου πληθυσμού. Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες λιγότερο ισχυροί είναι η ενωρίς έναρξη και επιβραδυμένη διακοπή της έμμηνου ρύσεως, η ύπαρξη καλοηθών νόσων του μαστού και ιστορικό καρκίνου ορισμένων άλλων εντοπίσεων.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία 1991 παρουσιάζει κάποιες συμβουλές για διατροφή και πρόληψη του καρκίνου:

1) Η διατροφή να περιλαμβάνει δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, φρέσκα φρούτα, λαχανικά.

2) Οι τροφές να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη όπως ψάρια, πουλερικά (να αφαιρείται το δέρμα), άπαχο κρέας, άπαχο γάλα, τυριά, γιαούρτι.

3) Μικρή ποσότητα λιπαρών (λίπη-βούτυρα-λάδια) στα φαγητά που μαγειρεύετε.

4) Περιορισμένη ποσότητα ζάχαρης (γλυκά-παγωτά-αναψυκτικά) αλμυρών (τουρσιά-αλμυρές σάλτσες).

5) Αποφυγή τροφών που περιέχονται σε κονσέρβες

6) Αποφυγή τροφών που είναι ψημένες στα κάρβουνα

7) Περιορισμένη λήψη οινοπνευματωδών

8) Φροντίδα για καλή σωματική κατάσταση

9) Πρόσληψη τόσων θερμίδων, όσων συνήθως καταναλώνονται από τον οργανισμό.

Ο Κατράκης (1980), υποστηρίζει ότι οι άτεκνες γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού παρά οι γυναίκες που έχουν κάνει παιδιά. όσο περισσότερες εγκυμοσύνες και όσο σε μικρότερη ηλικία έγινε η πρώτη εγκυμοσύνη τόσο μικρότερος ο κίνδυνος από τη νεοπλασία αυτή. Ακόμα μικρότερος είναι ο κίνδυνος για τις γυναίκες κάτω των 35 ετών που για οποιοδήποτε λόγο τους εξαιρέθηκαν οι ωοθήκες και μεγαλύτερος για εκείνες που η μητέρα τους ή η αδερφή τους έπαθε καρκίνο του μαστού.

Συνεχίζοντας ο Κατράκης (1980), αναφέρει ότι όσο πιο γρήγορα επισημάνουμε την παρουσία του καρκίνου του μαστού τόσο και τα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι καλύτερα. Σήμερα στα 80% των περιπτώσεων η ίδια η ασθενής είναι η πρώτη που ανακαλύπτει τα βέβαια σημεία παρουσίας του καρκίνου του μαστού όπως είναι η διόγκωση στο μαστό, η εισολκή της θηλής του μαστού, η μετάθεση της θηλής, η ανύψωση του όλου όγκου από τη θηλή.

Πολύ σπανιότερα η διόγκωση διαπιστώνεται τυχαία από το γιατρό κατά μια γενική κλινική εξέταση ή στην περιοδική εξέταση του προσωπικού που γίνεται σε εργοστάσια, σε εταιρίες, υπαλλήλους. Ακόμα πολύ σπανιότερα διαγιγνώσκεται ο καρκίνος του μαστού από τις μασχαλιαίες, πνευμονικές ή οστικές του μεταστάσεις.

Οι Σαχίνη , Πάνου (1985) και Λουσιέν Λάνσον (1985), υποστηρίζουν ότι η τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Το 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου γίνει σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70-80% των περιπτώσεων.

Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι μια εβδομάδα πριν την περίοδο. Η αυτοεξέταση θα πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση. Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέφτη. Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς για ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, αλλαγές στο χρώμα ή εισολκή της θηλής. Επίσης παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών. Κατόπιν σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέφτη, για τα ίδια φυσικά σημεία.

Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφηση για τη διαπίστωση ασυνήθιστων ογκιδίων .Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε ήπια

θέση. Ένα μικρό μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα τοποθετείται κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξεταστεί. Με τον τρόπο αυτό ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος και ο μαζικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Το χέρι της πλευράς που εξετάζεται τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω και εξετάζεται ο μαστός με τα δάχτυλα του αλλού χεριού επίπεδα σε αυτόν. Η τεχνική απαιτεί ευγενική ψηλάφηση του μαστικού αδένα, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από το τεταρτημόριο αυτό. Κατόπιν το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μια πλήρης εξέταση του έσω ημίσεως του μαστού, αρχίζοντας από το στέρνο. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2cm προς τη θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι. Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο.

Η Λουσιέν Λανσόν (1985), παρουσιάζει και έναν άλλο τρόπο αυτοεξέτασης των μαστών την ώρα που κάποια γυναίκα πλένεται στην μπανιέρα ή κάνει ντους. Σαπουνίζεται τα χέρια και τους μαστούς. Σηκώνεται το αριστερό χέρι ψηλά πάνω από το κεφάλι και διατρέχεται σταθερά τα δάχτυλα του δεξιού χεριού σε όλη την επιφάνεια του μαστού περιλαμβάνοντας τη θηλή και την άλω. Επαναλαμβάνεται τις ίδιες κινήσεις και από την άλλη πλευρά. Το σαπουνίσμα επιτρέπει στα δάχτυλά σας να γλιστρούν δίχως καμία προσπάθεια. Η άμεση επαφή δέρμα με δέρμα (δίχως το λεπτό στρώμα του σαπουνιού) αμβλύνει ορισμένους οπτικούς υποδοχείς, που βρίσκονται στην εσωτερική πλευρά των δακτύλων. Αντίθετα το λεπτό επίστρωμα του σαπουνιού αυξάνει την απτική ευαισθησία. Η εξέταση αυτή λόγω της ευκολίας της μπορεί οποιαδήποτε γυναίκα να την εφαρμόζει κάθε εβδομάδα.

Παράλληλα, η Παρισιάνου (1994), υποστηρίζει πως όλες οι γυναίκες πάνω από 20 ετών πρέπει να παρακινούνται να εξετάζουν τους μαστούς τους κάθε

μήνα. Οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πρέπει να διενεργούν την εξέταση 7-8 μέρες μετά την έμμηνη ρύση. Οι μαστοί πρέπει να ελέγχονται αρχικά σε όρθια θέση, μπροστά στον καθρέφτη, με τα χέρια στα πλάγια, πάνω από το κεφάλι και πιέζοντας σταθερά τους γοφούς για να προκαλέσει τη συστολή των θωρακικών μυών. Οι κινήσεις αυτές έχουν ως αποτέλεσμα να καθιστούν εμφανείς μάζες, ασυμμετρία των μαστών και ελαφρά εισολκή του δέρματος. Στη συνέχεια σε ήπια θέση, ο κάθε μαστός πρέπει να ψηλαφηθεί προσεκτικά με τα δάχτυλα του άλλου χεριού. Οι γιατροί πρέπει να διδάσκουν στις γυναίκες την τεχνική της αυτοεξέτασης και να τις συμβουλέψουν να προσέρχονται αμέσως για ιατρική εκτίμηση, όταν παρατηρήσουν κάποια μάζα ή άλλη ανωμαλία. Μερικές γυναίκες ανακαλύπτουν μικρά ογκίδια στους μαστούς ευκολότερα όταν το δέρμα τους είναι υγρό, ενώ κάνουν μπάνιο ή ντους. Οι περισσότερες γυναίκες δεν εφαρμόζουν την αυτοεξέταση και η αξία της αμφισβητείται. Εν τούτοις, σαφώς δεν είναι βλαβερή και μπορεί να αποδειχτεί ωφέλιμη.

7.2)ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σύμφωνα με τους Παπαϊωάννου, Νομικό και Πολυχρόνη (1983),επειδή τους περισσότερους καρκίνους (90%)τους ανακαλύπτουν οι ίδιες οι γυναίκες, αλλά τις περισσότερες φορές αργά, υπάρχουν βάσιμες ελπίδες ότι διδασκαλία για την αυτοεξέταση του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε πραγματικά έγκαιρη διάγνωση και σωτηρία πολλών γυναικών. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται κάθε μήνα και έχει αποδειχθεί ότι στις γυναίκες που έδειξε ο γιατρός από την αρχή πώς να εξετάζονται οι ίδιες έτσι ώστε να καταλάβουν τι περιμένουν να βρουν, έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να συνεχίσουν την αυτοεξέταση για πολύ καιρό. Για αυτό υποχρέωση κάθε γιατρού, ανεξάρτητα από την ειδικότητα

του είναι η διδασκαλία του σωστού τρόπου για αυτοεξέταση κάθε γυναίκας που πάει να εξεταστεί σε αυτόν για οποιοδήποτε λόγο. Οι πιο κατάλληλες μέρες για γυναίκες που έχουν έμμηνα είναι μόλις τελειώσει η περίοδός τους, ενώ μετά την εμμηνόπαυση οι γυναίκες πρέπει να συνηθίσουν την αυτοεξέταση μια ορισμένη ημέρα κάθε μήνα π.χ. την πρώτη ημέρα κάθε μήνα ή μια άλλη ημέρα που τους είναι εύκολο να την θυμούνται κάθε μήνα. Από τους πολλούς τρόπους που έχουν χρησιμοποιηθεί για αυτοεξέταση ο απλούστερος είναι ο ακόλουθος: Το πρωί της προκαθορισμένης ημέρας η γυναίκα πριν σηκωθεί από το κρεβάτι της βγάζει το προσκέφαλό της και με το δεξί χέρι κάτω από το κεφάλι της ψηλαφίζει το δεξιό μαστό με το αριστερό της χέρι. Εξετάζει συστηματικά όλη την επιφάνεια του μαστού σε δύο ή τρεις νοερές ζώνες από έξω προς τα μέσα κατά προτίμηση σε κυκλική ψηλάφηση στην κάθε μια από αυτές τις ζώνες. Μετά κάνει το αντίθετο για τον άλλο μαστό.

Κατά την Λουσιέν Λανσόν (1985), οι περισσότεροι γιατροί με την ψηλάφηση μπορούν να κάνουν μια αρκετά σωστή υποθετική κλινική διάγνωση. Όμως δεν είναι πάντα εύκολο να αποδειχθεί μόνο με την ψηλάφηση αν ένας όγκος ή κάποια ανωμαλία είναι καλοήθης ή κακοήθης. Κανένας γιατρός όσο καλός και αν είναι δεν μπορεί να είναι πάντα βέβαιος για τη διάγνωση με μια απλή κλινική εξέταση.

Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ

Στη συνέχεια, οι Παπαϊωάνου, Νομικός και Πολυχρόνης (1983), αναφέρουν ότι η εκτίμηση των παθήσεων στο μαστό γίνεται με τη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση, τον ακτινολογικό έλεγχο ή και με άλλες ειδικές εξετάσεις. Μολονότι όλοι αντιλαμβανόμαστε την αξία ενός καλού ιστορικού, εν τούτοις πολλοί γιατροί κάνουν το σφάλμα να αρχίσουν την ψηλάφηση του μαστού χωρίς να πάρουν αρκετές πληροφορίες από την άρρωστη. Αυτές όχι μόνο μπορούν να κατευθύνουν τις υποψίες του εξεταστή

αλλά αργότερα θα τον βοηθήσουν να δώσει τις κατάλληλες οδηγίες για την αναγκαία εργαστηριακή μελέτη και την παρακολούθηση της άρρωστης.

Μετά το ιστορικό, η βασική κλινική εξέταση είναι το βασικότερο στοιχείο στη διάγνωση. Συνήθως ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σαν σκληρή και ανώδυνη μάζα με ανώμαλη επιφάνεια. Ελαφρά καθήλωση ή εισολκή του υπερκειμένου δέρματος ή της θηλής είναι ενδεικτικά στοιχεία κακοήθειας. Ουσιαστική καθήλωση του νεοπλάσματος στο δέρμα ή την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός το οίδημα ή η εξέλκωση του δέρματος και η παρουσία μεγάλων λεμφαδενικών μεταστάσεων αποτελούν ευρήματα τοπικά προχωρημένου νεοπλάσματος. Για την αξιόπιστη εξέταση των μαστών ο κάθε γιατρός πρέπει να συνηθίζει ένα δικό του σύστημα που να ακολουθεί σε κάθε περίπτωση. Η άρρωστη βγάζει τελείως τα ρούχα της ξαπλώνει ανάσκελα και φέρνει τα χέρια σε ανάταση με λυγισμένους τους αγκώνες έτσι ώστε οι μαστοί να απλώσουν όσο του δυνατό περισσότερο. Καλό είναι η εξέταση να αρχίσει από τον αντίθετο μαστό εκείνου για τον οποίο η γυναίκα ήρθε στο γιατρό για να αντιληφθεί ο εξεταστής τη φυσιολογική σύσταση των μαστών της άρρωστης που εξετάζεται και να αποκτήσει βάση για σύγκριση με το μαστό που πάσχει. Ο εξεταστής καλύπτει ολόκληρη την επιφάνεια κάθε μαστού με το σύστημα που εκείνος διαλέγει (π.χ. κάθετα, οριζόντια, ή κυκλικά) ψηλαφώντας συστηματικά με τα δάχτυλα και των δύο χεριών συνήθως με κυκλικές κινήσεις και ελαφρά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα. Η εξέταση συμπληρώνεται με εξέταση στις μασχάλες, το θυρεοειδή αδένα, το συκώτι και τον κόλπο. Η διαγνωστική ακρίβεια στην κλινική εξέταση αυξάνει με την ηλικία της άρρωστης. Αντίθετα, οι περισσότερες γυναίκες με έμμηνο ρύση και ψηλαφητή μάζα χωρίς τυπικά ευρήματα καρκίνου πρέπει να υποβάλλονται σε παρακέντηση που συχνά απαλλάσσει από την ανάγκη εκτελέσεως βιοψίας όταν υπάρχει κύστη.

Κατά τον Dr Σπηλιώτη (1999), η διάγνωση του καρκίνου του μαστού στηρίζεται στην :

-σωστή λήψη ιστορικού της διόγκωσης

- αξιολόγηση προδιαθεσιακών ή άλλων παραγόντων κινδύνου
- εξέταση της διόγκωσης
- στην εργαστηριακή ανίχνευση ειδικών δεικτών
- στην απεικόνιση της βλάβης
- στην κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Προσεκτική αναφορά για τον χρόνο που εμφανίστηκε η διάγνωση. Εάν αλλάξει μέγεθος ανάλογα με την ημέρα του κύκλου της γυναίκας.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Είναι αρκετά ενδεικτικό για την αξιολόγηση της βιολογικής συμπεριφοράς της διόγκωσης η παρουσία ή όχι οικογενειακού αναμνηστικού, ή πρώιμος εμμηναρχή ή η καθυστερημένη εμμηνόπαυση. Ποιά ηλικία υπήρξε η πρώτη τελειόμηνος κύηση. Όλα αυτά βοηθούν τον κλινικό ιατρό για να χαρακτηρίσει την διάγνωση ως δυνητικά ύποπτη ή όχι.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Στην κλινική εξέταση του μαστού η ασθενής εξετάζεται σε διάφορες θέσεις και καταγράφεται προσεκτικά κάθε ύποπτη μάζα. Επίσης γίνεται πλήρης κλινική εξέταση της πυέλου, των λεμφαδένων και του ήπατος.

ΔΕΙΚΤΕΣ

Πρέπει σε κάθε ύποπτη διόγκωση να γίνεται έλεγχος των ογκολογικών δεικτών και ιδιαίτερα του Ca 15-3. Παράλληλα πρέπει να ζητείται και πλήρης βιοχημικός έλεγχος ήπατος.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΒΛΑΒΗΣ

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

Η μαστογραφία βοηθάει στην διευκρίνιση κάθε ψηλαφητής βλάβης δίνοντας επίσης πληροφορίες για τον υπόλοιπο μαζικό αδένα και τον μαστό.

Η μαστογραφία επίσης μπορεί να αναδείξει βλάβες, που δεν είναι ψηλαφητές και σήμερα αποτελούν μια ομάδα «υπόπτων»βλαβών.

Το υπερηχογράφημα συνήθως βοηθάει στην ανίχνευση της μορφολογίας μιας ψηλαφητής διάγνωσης και ιδιαίτερα στο να κρίνει εάν μια βλάβη είναι κυστική ή συμπαγής.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ

Από την στιγμή που ανακαλύπτεται ένα ογκίδιο στον μαστό, πρέπει να γίνει βιολογική ταυτοποίηση της συμπεριφοράς του ογκιδίου. Τρεις είναι οι επικρατέστερες διαγνώσεις: ινοαδένωμα, ινοκυστική μαστοπάθεια ή καρκίνος.

Η διερεύνηση μπορεί να γίνει είτε με κυτταρολογική εξέταση είτε με ιστολογική εξέταση. Η κυτταρολογική εξέταση γίνεται με αναρροφητική βιοψία, με λεπτή βελόνα, μια μέθοδο με αρκετά δημοφιλή, χωρίς παρενέργειες ή επιπλοκές με πολύ καλά ποσοστά ευαισθησίας. Η ιστολογική εξέταση μπορεί να γίνει με 3 τρόπους: κλειστή ή ανοιχτή.

Στην κλειστή μέθοδο που γίνεται με μια ειδική βελόνα, με λίγη τοπική αναισθησία στο σημείο εισόδου και κατόπιν εισάγεται με στόχο το ογκίδιο 1,5x2cm και μπορεί να έχει πλήρη ιστολογική ταυτοποίηση του ογκιδίου.

Στην ανοιχτή μέθοδο γίνεται υπό τοπική αναισθησία χειρουργική αφαίρεση του όγκου και μπορεί κανείς να έχει ιστολογική ταυτοποίηση αλλά και άλλες πληροφορίες από ανοσο-ιστοχημική μελέτη του ιστού.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Σε μεγάλους σκληρούς ή οζώδεις μαστούς κατά τους Παπαϊωάννου, Νομικό και Πολυχρόνη (1983), πολλές φορές μπορεί να μας διαφύγουν κατά την ψηλάφηση καρκίνου, ιδίως μικρού μεγέθους. Στις περιπτώσεις αυτές η μαστογραφία προσφέρει μεγάλη βοήθεια στην κλινική εξέταση. Η ξηρογραφία που είναι το ίδιο με την μαστογραφία, αλλά με διαφορετική τεχνική, θεωρείται ο πιο ακριβής τρόπος για την αναζήτηση του υποκλινικού καρκίνου που απεικονίζεται σαν μάζα μικρού μεγέθους μέσα στο παρέγχυμα ή με μικροαποτιτανώσεις ή τέλος σαν αλλοίωση της αρχιτεκτονικής και της αγγειώσεως του αδένου σε σύγκριση πάντα με τον άλλο μαστό. Όταν υπάρχουν κλινικά ύποπτα ευρήματα, που δεν επισφραγίζονται με τη μαστογραφία, πρέπει να προχωρήσουμε στη βιοψία της ύποπτης περιοχής με γνώμονα μόνο τις κλινικές ενδείξεις. Η δόση ακτινοβολίας που παίρνει ο μαστός με μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιορισθεί τελευταία σε 0,2-0,3 r στο δέρμα, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική δράση ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μια ή επαναλαμβανόμενες μαστογραφίες έχει τελευταία αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας στους γιατρούς.

Η Λουσιέν Λανσόν (1985), υποστηρίζει ότι η μαστογραφία χαμηλής ακτινοβολίας είναι σήμερα η καλύτερη σχετική μέθοδο για την ανίχνευση πολύ πρώιμων καρκίνων του μαστού. Αντίθετα με τις παλιότερες ακτινογραφικές μεθόδους, αυτή η καινούργια τεχνική μπορεί να εντοπίσει ακόμη και τις πιο μικρές κακοήθεις αλλοιώσεις με την μεγαλύτερη ακρίβεια ,ταχύτητα και σιγουριά .Σε πολλές περιπτώσεις η μαστογραφία χαμηλής ακτινοβολίας έχει εντοπίσει καρκινικούς όγκους πριν να γίνουν εμφανείς στην κλινική εξέταση. Σε μια έρευνα που έγινε κατά την οποία διαπιστώθηκαν 132 καρκινώματα του στήθους τα 44 από αυτά δεν θα είχαν εντοπιστεί αν δεν γινόταν μαστογραφία.

Ακόμη πιο ανησυχητική είναι η διατύπωση πως ο καρκίνος του στήθους μπορεί να προϋπάρχει επί δυο ως οχτώ χρόνια πριν γίνει αντιληπτός με την ψηλάφηση σαν ένα μικρό ογκίδιο.

Κατά την άποψη του Κατράκη (1980), μαστογραφία είναι η μέθοδος ακτινολογικής μελέτης των μαστών. Στηρίζεται στη διαφορετική διαπερατότητα από τις ακτίνες των φυσιολογικών ή παθολογικών ανατομικών στοιχείων του μαστού. Η διαφορά αυτή διαπερατότητας δεν είναι μεγάλη και η ακτινολογική απεικόνιση των μαστών με κοινά ακτινολογικά μηχανήματα δεν μας δίνει αρκετές λεπτομέρειες που να βοηθήσουν στη διάγνωση. Τα ειδικά ακτινολογικά μηχανήματα, οι μαστογράφοι παράγουν ειδικής ποιότητας ακτινοβολία και με τη βοήθεια ειδικών ακτινολογικών πλακών απεικονίζουν με λεπτομέρειες τα διάφορα στοιχεία των μαστών όπως το δέρμα, το λίπος, τους πόρους, συνδετικό ιστό ή και πρόσθετα παθολογικά στοιχεία, όπως οι αποτιτανώσεις. Το λίπος μας δίνει την ίδια εικόνα αντίθεσης που δίνουν οι κυψελίδες αέρα στον πνεύμονα.

Οι μαστογράφοι μας δίνουν υψηλού βαθμού αντίθεση και λεπτομερή ανάλυση των ανατομικών στοιχείων του μαστού, που η επεξεργασία τους μας βοηθάει σε μεγάλο ποσοστό στη σωστή διάγνωση.

Η εικόνα του μαστού σε μια μαστογραφία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και βασικά από τη σύσταση των μαστών. Οι ακραίες φυσιολογικές καταστάσεις είναι από τη μια μεριά οι μαστοί με έντονη υπερπλασία των αδενικών στοιχείων όπως σε νέα άτομα και από την άλλη η υποστροφή των αδενικών στοιχείων και αντικατάστασή τους από λίπος, όπως συμβαίνει σε ηλικιωμένα άτομα.

Όταν μελετάμε μια καλής ποιότητας μαστογραφία τα στοιχεία που προσέχουμε είναι:

- 1) Η γενική συγκριτική εικόνα των μαστών
- 2) Το δέρμα. Πάχυνση του δέρματος σε μεγάλη ή μικρή έκταση, δηλώνει τις περισσότερες φορές καρκίνο.

- 3)Την περιοχή της θηλής και της άλω
- 4)Την αρχιτεκτονική των αδενικών στοιχείων
- 5)Την ύπαρξη πύκνωσης ή μάζας
- 6)Την ύπαρξη αποτιτανώσεων.

Η μαστογραφία μπορεί να αποκαλύψει μη ψηλαφητό καρκίνο του μαστού, όταν ακόμη είναι εντοπισμένος στο μαστό και πιθανότατα ιάσιμος κατά τρεις τρόπους:

1)Βρίσκοντας μια μάζα που είναι πολύ μικρή σε σχέση με το όλο μέγεθος του μαστού για να μπορεί να ψηλαφηθεί.

2)Με την ανακάλυψη μικροασβεστώσεων ενδοσωληνώδους καρκίνου, συνήθως μη διηθητικού και πριν δημιουργηθεί μάζα

3)Μ την ανακάλυψη της διαταραχής της αρχιτεκτονικής ενός καρκίνου πριν αναπτυχθεί η αναπλαστική αντίδραση που τον κάνει ψηλαφητό.

Σύμφωνα με τις Σαχίνη και Πάνου (1985) η μαστογραφία είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινογραφικό μηχάνημα, το μαστογράφο, χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας παίρνοντας τρεις όψεις του μαστού: (1)κρανιουριαίου, (2)μεσοπλάγια και (3) μασχαλιαία.

Η μεγαλύτερη αξία της μαστογραφίας βρίσκεται στη διάγνωση ύποπτων περιοχών πριν ακόμα από την ψηλάφηση «ογκιδίου».Επομένως συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση.

-ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση, που είναι αμφίβολης φύσης.

-οικογενειακό ιστορικό καρκίνου

-προηγούμενη βιοψία μαστού

-πολύ μεγάλους μαστούς, που η εξέτασή τους είναι δύσκολη

-γυναίκα με μάζα στον ένα μαστό, για έλεγχο και του άλλου μαστού

-καρκινοφοβία

Συνεχίζοντας η Σαχίνη και η Πάνου(1985), κάνουν λόγω για τη θερμογραφία ,την ξηρογραφία, το υπερηχογράφημα , τη διαφανοσκόπηση, την φλεβογραφία, το σπινθηρογράφημα.

Η θερμογραφία είναι μια υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή που καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης.

Η ξηρογραφία είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες. Ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες διαπιστώνονται με την ξηρογραφία.

Το υπερηχογράφημα είναι μια σύγχρονη χαμηλού κόστους τεχνική, που ακόμα βρίσκεται στο στάδιο της αξιολόγησης.

Στη φλεβογραφία ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφοαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδοεμυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και η ανάπτυξη της παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτική πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφοαγγλίων ,χωρίς όμως να αποκλείει και την ύπαρξη μεταστάσεων.

Χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστες φωτίζονται, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξης κύστης ή νεοπλάσματος.

Στο σπινθηρογράφημα ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά.

Συνεχίζοντας η Σαχίνη και η Πάνου (1985),κάνουν λόγω για τη βιοψία όπου τεμάχιο ιστού παίρνεται είτε με αναρρόφηση είτε με τομή στο χειρουργείο μετά από τοπική ή νευρική νάρκωση, ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, και στέλνεται για ιστολογική εξέταση.

Για τη βιοψία, κάνουν λόγο και οι Πινακίδης και ο Μπούτης (1993), οι οποίοι παρουσιάζουν τις παρακάτω ενδείξεις: εμμένουσα μάζα ή οζίδιο στο μαστό, εμμένουσα έκκριση από γαλακτοφόρο πόρο, απόστημα στον μαστό ή ανεξήγητα σημεία φλεγμονής, αλλοιώσεις της θηλής και ύποπτα μαστογραφικά σημεία.

Υπάρχουν δυο τεχνικές για την βιοψία του μαστού: η βιοψία με βελόνη και η χειρουργική ή «ανοιχτή» βιοψία. Η πρώτη γίνεται με τοπική αναισθησία και επιτρέπει τη συλλογή υλικού από οποιοδήποτε σημείο του μαστού, αρκεί ο όγκος να έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 2 εκ. και να είναι αρκετά επιφανειακός. Χρειάζεται προσοχή ώστε να μη γίνει κατά λάθος διάτρηση του θωρακικού τοιχώματος και να μην καταστραφούν ιστοί που δεν θα πειραχθούν σε ενδεχόμενη επακόλουθη μαστεκτομή. Στη βιοψία αυτή χρησιμοποιούνται βελόνες. Το μειονέκτημά της είναι, ότι η ποσότητα ιστού που συλλέγεται δεν αρκεί συνήθως και για προσδιορισμό ορμονικών υποδοχέων.

Η χειρουργική βιοψία γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία και μπορεί να αφορά τμήμα μόνο του όγκου ή την καθολική εξαίρεσή του. Ο προσδιορισμός των ορμονικών υποδοχέων είναι προτιμότερο να γίνεται από το δείγμα της βιοψίας και όχι από το υπόλοιπο όγκο που αφαιρείται με την μαστεκτομή, γιατί μπορεί αυτός να μην επαρκεί για ανάλυση, ενώ εξάλλου η ισχαιμική περίοδος των ιστών κατά τη μαστεκτομή μπορεί θεωρητικά τουλάχιστον να ελαττώσει τα επίπεδα υποδοχέων.

Η Παρισιάνου (1994), υποστηρίζει ότι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από την εξέταση του ιστού που αφαιρείται ή λαμβάνεται με τη βιοψία. Η θεραπεία δεν θα πρέπει ποτέ να αρχίζει χωρίς τη σαφή διάγνωση του καρκίνου. Ασφαλέστερη είναι η βιοψία όλων των ύποπτων μαζών που ανιχνεύονται κατά την φυσική εξέταση και στην περίπτωση που η φυσική εξέταση είναι αρνητική, κάθε ύποπτης βλάβης που απεικονίζεται στην μαστογραφία. Τα 30% περίπου των βλαβών που πιστεύεται ότι είναι σίγουρα καρκίνος, αποδεικνύονται στη βιοψία ως καλοήθεις και τα 15% περίπου των

βλαβών που πιστεύεται ότι είναι καλοήθεις διαπιστώνεται ότι είναι κακοήθεις. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν πόσο επισφαλής είναι τα κλινικά κριτήρια και τονίζουν την ανάγκη για βιοψία. Βιοψία πρέπει να λαμβάνεται από τις έκδηλες μάζες ή τις ύποπτες μη ψηλαφητές μάζες που απεικονίζονται στη μαστογραφία. Μια μάζα του μαστού δεν πρέπει να παρακολουθείται χωρίς να υπάρχει ιστολογική διάγνωση, εκτός ίσως από την εμμηνοπαυσιακή γυναίκα με την ύποπτη μάζα που θεωρείται ότι είναι ινοκυστική νόσος. Μια αλλοίωση όπως η παραπάνω μπορεί να παρακολουθείται για διάστημα ενός ή δυο μηνιαίων κύκλων.

ΓΑΛΑΚΤΟΓΡΑΦΙΑ

Κατά τους Πινακίδη και Μπούτη (1993), η γαλακτογραφία γίνεται με παλίνδρομη έγχυση ραδιογραφικού υλικού αντίθεσης σε ένα γαλακτοφόρο πόρο με ακόλουθη απεικόνιση. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται εξαιρετική απεικόνιση του εξεταζόμενου πόρου, ενώ διαγράφονται επίσης τυχόν εκτασίες, ενδοαυλικά ελλείματα, απόθεση των πόρων και τυφλά άκρα.

ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Κατά τα λεγόμενα του Γιώργου Κατράκη (1980), η θερμογραφία είναι η μέθοδος της «φωτογραφικής απεικόνισης» της υπέρυθρου ακτινοβολίας. Η χρήση της στη διάγνωση παθήσεως του μαστού στηρίζεται στις παρατηρήσεις του Layson (1952-1955) που απέδειξε ότι η θερμοκρασία του δέρματος πάνω από έναν καρκίνο του μαστού είναι ψηλότερη από το γύρω δέρμα και ότι το φλεβικό αίμα ενός καρκίνου είναι πιο θερμό από το αρτηριακό.

Υπάρχουν πολλών ειδών συσκευές, οι θερμογράφοι που λειτουργούν σαν ειδικά διασκευασμένες φωτογραφικές μηχανές και μας δίνουν το θερμογράφημα, που είναι ασπρόμαυρη ή έγχρωμη εικόνα του σώματος ανάλογη με την υπέρυθρη ακτινοβολία του. Ποιοτελειοποιημένες συσκευές μπορούν να μας δείξουν και πόσο πιο θερμή είναι μια περιοχή που μας ενδιαφέρει.

Ανεξάρτητα από τη διαγνωστική της ακρίβεια, η θερμογραφία έχει το πλεονέκτημα να μη χρησιμοποιεί ιονίζουσα ακτινοβολία και μπορεί να επαναλαμβάνεται όσο συχνά κρίνουμε απαραίτητο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις νέων γυναικών με «προβληματικούς μαστούς» όπου δεν μπορούμε να επαναλαμβάνουμε τη μαστογραφία.

Μπορούμε να εξετάσουμε θερμογραφικά τους μαστούς σε τρεις βασικούς τύπους:

ΠΡΩΤΟΣ: Είναι ο τύπος του ψυχρού μαστού με σχεδόν πλήρη έλλειψη σκιαγράφησης υποδορίων φλεβών. 28% των γυναικών δίνουν αυτή τη θερμογραφική απεικόνιση

ΔΕΥΤΕΡΟΣ: Ο τύπος μαστού με κάποια αγγειοβρίθεια. Βασικά είναι ψυχροί μαστοί, διαγράφονται όμως συμμετρικά φλεβικοί κλάδοι που συνήθως αφορούν τη στερνική περιοχή του μαστού: 40% των θερμογραφημάτων δίνουν αυτή την εικόνα.

ΤΡΙΤΟΣ: Ο τύπος του θερμού μαστού που δείχνει ένα αμφοτερόπλευρα πλούσιο δίκτυο υποδορίων αγγείων που αναστομώνονται μεταξύ τους. Εμφανίζονται σε συχνότητα 20% περίπου. Μικρό ποσοστό, 7% περίπου, θερμών μαστών εμφανίζουν εικόνα δέρματος λεοπάρδαλης, και οπωσδήποτε είναι η κατηγορία με τα περισσότερα προβλήματα στην αξιολόγηση.

Η θερμογραφία στις διάφορες μορφές της και η υπερηχοτομογραφία βρίσκονται ακόμη υπό αξιολόγηση για τις παθήσεις του μαστού σύμφωνα με τους Παπαιωάννου, Νομικό και Πολυχρόνη, (1983). Τόσο η θερμογραφία όσο και η υπερηχοτομογραφία έχουν το πλεονέκτημα ότι δεν εκθέτουν το άτομο σε ακτινοβολία. Επειδή το θερμογραφικό διάγραμμα του μαστού δεν αλλάζει με την πάροδο του χρόνου, παρά λίγο ίσως με την εμμηνόπαυση, η σύγκριση θερμογραφημάτων κατά τακτά χρονικά διαστήματα έχει αξία. Η θερμογραφία εκτός από τη διαγνωστική έχει και προγνωστική σημασία, γιατί οι θερμότεροι όγκοι φαίνεται πως έχουν πιο γρήγορη εξέλιξη.

Τα στοιχεία σε ένα θερμογράφημα που το κάνουν «ύποπτο» είναι:

- 1)ετερόπλευρη ή ασύμμετρη υπεραγγείωση
- 2)εντοπισμένο θερμό σημείο +2,5oC
- 3)υπερθερμία όλου του μαστού μέχρι +20oC
- 4)εντοπισμένη δυσκαμψία στο περίγραμμα του μαστού.

Τα ενδεικτικά στοιχεία ύπαρξης κακοήθειας είναι :

- 1)εμφανής αναρχική υπεραγγείωση στον ένα μαστό.
- 2)θερμό σημείο με διαφορά θερμοκρασίας 3oC και περισσότερο.
- 3)υπερθεμία ολόκληρου του μαστού 20oC και περισσότερο.
- 4)εκτεταμένη ακαμψία του περιγράμματος του μαστού με έντονη παραμόρφωση.

Σε αντίθεση με την μαστογραφία, που μας δίνει πληροφορίες για την ανατομική κατάσταση των μαστών, η θερμογραφία δείχνει περισσότερο λειτουργικές αλλαγές σε ένα μαστό που παρακολουθούμε. Έτσι μπορεί το θερμογράφημα να μας δείξει την ύπαρξη καρκινώματος του μαστού μερικών μόνο χιλιοστών που δεν φαίνεται και στη θερμογραφία ακόμη. Μπορεί ένας καρκίνος αρκετών εκατοστών να μη φανεί γιατί είναι λειτουργικά ψυχρός.

Η Λουσιεν Λανσόν (1985), υποστηρίζει ότι η θερμογραφία είναι μια απλή και γρήγορη μέθοδος που ανιχνεύει τις διαφορές της θερμότητας στους ιστούς του στήθους. Οι κακοήθεις όγκοι εξαιτίας μιας αυξημένης κυτταρικής δραστηριότητας, εκπέμπουν μεγαλύτερη θερμότητα από τους φυσιολογικούς ιστούς του στήθους. Με ένα σπινθηρογράφημα υπέρυθρων ακτίνων εντοπίζεται και στη συνέχεια προβάλλεται σε ειδική οθόνη ή παραμικρή αλλαγή στην παραγωγή θερμότητας μέσα στο μαστό. Η θερμογραφία δεν απαιτεί έκθεση σε ραδιενέργεια, είναι αποτελεσματική ανεξάρτητα από το μέγεθος του μαστού και η ακρίβειά της στην ανίχνευση των καρκινικών όγκων ανέρχεται σε 80-85%. Το μεγάλο της μειονέκτημα ωστόσο είναι ότι έχουν αναφερθεί θερμά σημεία σε ένα ποσοστό 35% των γυναικών με καλοήθεις αλλοιώσεις του μαστού καθώς και σε ένα ποσοστό 15/5 με φυσιολογικά στήθη

Κατά τους Πινακίδη και Μπούτη (1993), όλα τα σώματα απορροφούν και εκπέμπουν θερμότητα με την μορφή υπέρυθρης ακτινοβολίας. Το ίδιο ισχύει και για τον ανθρώπινο μαστό.

Η θερμογραφία στηρίζεται στη διαπίστωση ότι ο καρκίνος εξαιτίας του υψηλού μεταβολισμού του παράγει μεγάλα ποσά θερμότητας, που μεταδίδονται στο δέρμα άμεσα ή διαμέσου των αρδευόντων αγγείων.

Η αυξημένη θερμότητα δεν είναι ειδική για τον καρκίνο. Καλοήθης καταστάσεις όπως η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα, η αδένωση, η επιθηλιακή υπερπλασία και οι ιστοί που περιβάλλουν κύστες μπορούν να προκαλέσουν αυξημένες θερμοκρασίες.

Άλλες δυσκολίες στην εξέταση είναι ότι το θερμογραφικό προφίλ του μαστού επηρεάζεται από την έμμηνου ρύση, την κύηση και δεν είναι όμοιο στους δύο μαστούς ώστε να υπάρχει κάποιο μέτρο σύγκρισης.

Έτσι η θερμογραφία δεν έχει καθιερωθεί σαν μέθοδος εκτίμησης της κατάστασης των μαστών.

ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Ο Κατράκης (1980), αναφέρει ότι η ξηρογραφία είναι μια παραλλαγή της μαστογραφίας. Η ακτινολογική πλάκα αντικαθίσταται με φορτισμένη με στατικό ηλεκτρισμό πλάκα σεληνίου, που με ειδική επεξεργασία μας δίνει το τελικό αποτέλεσμα σε χαρτί.

Οι διαφορές που παρουσιάζει η ξηρογραφία από τη μαστογραφία είναι:

1) Η ακτινολογική εικόνα είναι πάνω σε χαρτί και η ανάγνωσή της είναι πιο εύκολη χωρίς να χρειάζεται διαφανοσκόπιο.

2) Η αντίθεση στα σημεία διαχωρισμού των διαφόρων ανατομικών στοιχείων είναι πιο έντονη.

3) Οι μικροασβεστώσεις φαίνονται καλύτερα στην ξηρογραφία και μάλιστα μικρότερου μεγέθους.

4) Μάζες στο μαστό φαίνονται καλύτερα στη μαστογραφία.

5) Η ξηρογραφία μας δίνει περισσότερες πληροφορίες για τον οπισθομαζικό χώρο και τη μασχάλη

6) Για την ξηρογραφία δεν είναι ιδιαίτερος ειδικός μαστογράφος, χρειάζονται όμως ειδικές συσκευές για την φόρτιση και την εμφάνιση των πλακών σεληνίου.

7) Η ξηρογραφία είναι η πιο σύντομη μέθοδος.

8) Η ξηρογραφία είναι ανώτερη σε διαγνωστική ακρίβεια παθήσεων του μαστού από τη μαστογραφία κατά 5% περίπου. Η διαφορά είναι μεγαλύτερη σε κακοήθεις παθήσεις.

ΔΙΑΦΑΝΟΓΡΑΦΙΑ

Σύμφωνα με τους Πινακίδη και Μπούτη (1993), η διαφανοσκόπηση αποτελεί τη σημερινή εκδοχή μιας παλιάς τεχνικής προβολής φωτός διαμέσου του μαστού. Μια φωτεινή πηγή τοποθετείται κάτω από το μαστό σε απόλυτα σκοτεινό εξεταστήριο και παρατηρούνται τμηματικές διαφορές στην φωτεινότητα, που δημιουργούνται από βλάβες του μαζικού παρεγχύματος.

Οι κυστικές βλάβες ενισχύουν την φωτεινότητα, όπως επίσης και τα λιπώματα, ενώ η αυξημένη αγγείωση των νεόπλαστων ιστών τη μειώνει, αφού το αίμα δρα σαν φίλτρο στο ερυθρό και υπέρυθρο τμήμα του φάσματος. Μικρές μάζες είναι δύσκολο να εκτιμήσουν και μια σκοτεινή σκιά δεν μπορεί να διαχωρίσει μια καλοήγη από μια κακοήγη μάζα.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ-ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

Μια εξέταση αίματος και μια ακτινογραφία θώρακος γίνονται σε όλες τις περιπτώσεις πριν την έναρξη της θεραπείας. Αναιμία μπορεί να υποδηλώνει εκτεταμένη κατάληψη του μυελού των οστών, η οποία μπορεί να μην φαίνεται στο σπινθηρογράφημα των οστών. Οι πνευμονικές μεταστάσεις μπορεί να είναι ασυμπτωματικές ή να εκδηλώνονται μόνο με ένα ήπιο βήχα. Τα σημεία με τα οποία παρουσιάζονται είναι εξιδρωματικό υγρό στον υπεζωκότα ή οζώδεις πνευμονικές πυκνώσεις.

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ-ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ ΟΣΤΩΝ

Ο ακτινογραφικός έλεγχος του σκελετού δεν έχει νόημα, αν η ασθενής δεν έχει συμπτώματα που να υποδηλώνουν οστική μετάσταση. Τα σπινθηρογραφήματα των οστών είναι πολύ πιο ευαίσθητα και μπορούν να απεικονίσουν ασυμπτωματικές μεταστάσεις μέχρι και 12 μήνες πριν αυτές φανούν στις ακτινογραφίες. Η ακτινολογική απεικόνιση των ανωμαλιών είναι απαραίτητη και για την αξιόπιστη εκτίμηση των σπινθηρογραφημάτων. Ο συνδυασμός πάντως ενός μη φυσιολογικού σπινθηρογραφήματος οστών με μια φυσιολογική ακτινογραφία υποδηλώνει πρόιμη μετάσταση.

ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Κατά τους Πινακίδη και Μπούτη (1993), η αξονική τομογραφία του μαστού έχει την ικανότητα να αποκαλύψει ορισμένους καρκίνους του μαστού, που δεν γίνονται αντιληπτοί με άλλη μέθοδο. Επιτρέπει την απεικόνιση τόσο των μασχαλιαίων όσο και των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων, καθώς και των εν τω βάθει μαστικών και οπισθομαστικών ιστών. Έχουν απεικονιστεί όγκοι έως 2mm αλλά η κύρια συμβολή της αξονικής τομογραφίας είναι στους πυκνούς μαστούς όπου η μαστογραφία δεν είναι διαφωτιστική, καθώς και στις περιπτώσεις που η υποψία των μασχαλιαίων λεμφιγαγγλίων είναι θετική αλλά η μαστογραφία δεν αποκαλύπτει πρωτοπαθή εστία στο μαστό και τέλος σε μικρού μεγέθους καρκίνου που δεν ανιχνεύονται ούτε κλινικά ούτε μαστογραφικά.

7.3)ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά τον Dr.Σπηλιώτη (1999), 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:

- μέγεθος όγκου
- ιστολογικό τύπο
- στάδιο της νόσου
- μικροσκοπική εμφάνιση
- αριθμό μασχαλιαίων λεμφαδένων που εμφανίζουν νόσο
- ηλικία της γυναίκας

Επίσης μια σειρά εξετάσεων που έχουν σαν σκοπό την απάντηση σε μερικά ερωτηματικά για συμπληρωματικούς χειρισμούς

- μέτρηση πρωτεϊνικών υποδοχέων
- ανάλυση DNA όγκου
- ανάλυση κυτταρικού κύκλου
- μέτρηση ογκογονιδίων
- μέτρηση αυξητικού παράγοντα
- ανοσοιστοχημική μελέτη.

Μετά από όλη αυτή την ανάλυση μιας σειράς παραγόντων, ο γιατρός καλείται να εφαρμόσει μια θεραπευτική προσέγγιση που αντιστοιχεί στην ασθενή του. Συνήθως η εφαρμοζόμενη θεραπεία είναι ο συνδυασμός χειρουργικής, ακτινοθεραπείας και συμπληρωματική επικουρική χημειοθεραπεία.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η θεραπεία για πολύ πρώιμα στάδια, δηλαδή για μη ψηλαφητές διαγνώσεις είναι χειρουργική αφαίρεση μετά από ακτινολογικό εντοπισμό της βλάβης.

Εάν πρόκειται για πορογενές νεόπλασμα τότε η τεταρτεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης αποτελεί μέθοδο παραδεκτή από την πλειονότητα των χειρουργών. Επίσης πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια εκτομής ιστολογικής εξέτασης των ορίων εκτομής .Εάν πρόκειται για λοβιακό νεόπλασμα είναι αρκετή η ογκεκτομή της βλάβης χωρίς λεμφαδενικό

καθαρισμό και η περιοδική παρακολούθηση της ασθενούς. Στο νεόπλασμα ΣΤΑΔΙΟΥ I δηλαδή με μέγεθος όγκου < 2cm η χειρουργική επιλογή είναι:

α) τμηματοεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. β) τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία

Και οι δύο τρόποι έχουν τα ίδια ποσοστά επιβίωσης, φαίνεται όμως να εμφανίζει μικρότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής η δεύτερη μέθοδος.

Σε ασθενείς με νεόπλασμα ΣΤΑΔΙΟΥ II δηλαδή με όγκο από 2-5cm η χειρουργική θεραπεία επιλογής είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Τα νεοπλάσματα ΣΤΑΔΙΟΥ III συνήθως αντιμετωπίζονται χειρουργικά αλλά σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Συνήθως πριν την εγχείρηση γίνονται 2 ή 3 κύκλοι χημειοθεραπείας με στόχο να επιτευχθεί σμίκρυνση του όγκου. Κατόπιν εκτελείται τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και συμπληρώνεται με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Στο ΣΤΑΔΙΟ IV όπου πλέον υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις και χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης δεν έχει καμία θέση η χειρουργική θεραπεία.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού εφαρμόζεται συχνά μετεγχειρητικά για να μειωθεί ο κίνδυνος τοπικής υποτροπής, ιδιαίτερα στις συντηρητικές επεμβάσεις των πρώιμων σταδίων. Επίσης εφαρμόζεται ως κύριος ή συμπληρωματικός χειρισμός ελέγχου της τοπικής νόσου σε προχωρημένα στάδια.

Κατά την άποψη των Παπαιωάνου, Νομικό και Πολυχρόνη (1983), παρά τις εντατικές προσπάθειες για την προαγωγή των μεθόδων θεραπείας του πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού, δεν έχει δυστυχώς επιτευχθεί ουσιαστική πρόοδος παρά τις τελευταίες δεκαετίες. Παρακάτω αναλύουν την θεραπεία της πρωτοπαθούς εστίας, την θεραπεία των μικρομεταστάσεων και την μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Σύμφωνα με τη Παρισιάνου (1994), τα κυτταροτοξικά φάρμακα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του μαστού(1)όταν υπάρχουν μεταστάσεις στα σπλάγχνα(2)όταν η ορμονοθεραπεία αποτυγχάνει ή όταν η νόσος εξελίσσεται μετά από αρχική ανταπόκριση στον ορμονικό χειρισμό ή (3)όταν το νεόπλασμα είναι αρνητικό για υποδοχείς οιστρογόνων. Ο πιο χρήσιμος μεμονωμένος χημειοθεραπευτικός παράγοντας μέχρι σήμερα είναι η δοξορουβικίνη με ποσοστό ανταπόκρισης 40-50%. Μεμονωμένοι παράγοντες σπάνια χρησιμοποιούνται. Οι υφέσεις τείνουν να είναι σύντομες και γενικά η εμπειρία χορήγησης μεμονωμένου χημειοθεραπευτικού παράγοντα σε ασθενείς με διάχυτη νόσο δεν φαίνεται να είναι ενθαρρυντική.

Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία που χρησιμοποιεί πολλαπλούς παράγοντες έχει αποδειχθεί περισσότερο αποτελεσματική και έχει παρατηρηθεί ότι επιτυγχάνονται αντικειμενικά ευνοϊκές ανταποκρίσεις στο 60-80% των ασθενών με στάδιο IV της νόσου.

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά την Παρισιάνου (1994), η διεσπαρμένη νόσος μπορεί να ανταποκριθεί στην παρατεταμένη ενδοκρινική θεραπεία, όπως τη χρήση ορμονών, στην εκτομή των ωοθηκών, των επινεφριδίων ή της υπόφυσης ή στη χορήγηση φαρμάκων που αποκλείουν τις θέσεις των ορμονών στους υποδοχείς ή φάρμακα που αναστέλουν τη σύνθεση των ορμονών. Η χορήγηση ορμονών είναι συνήθως επιτυχέστερη στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αν η θεραπεία βασίζεται στην παρουσία πρωτεϊνικού υποδοχέα των οιστρογόνων στον πρωτοπαθή όγκο ή τις μεταστάσεις, το ποσοστό απάντησης είναι σχεδόν ίδιο για τις προεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ικανοποιητική ανταπόκριση στη χορήγηση ορμονών εμφανίζεται στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Σε όσες το νεόπλασμα περιέχει οιστρογονικούς υποδοχείς, η ανταπόκριση εμφανίζει ποσοστό γύρω στο 60%

και μπορεί να ανεβαίνει στο 80% στις ασθενείς των οποίων το νεόπλασμα περιέχει επίσης υποδοχείς προγεστερόνης.

Στη συνέχεια η Παρισιάνου (1994), κάνει λόγο για την προεμμηνοπαυσιακή ασθενή και πιο συγκεκριμένα πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή ορμονοθεραπεία.

α) ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αμφοτερόπλευρη ωοθηκευτική αποτελεί την πρώτη εκλογή για πρωτογενή ορμονοθεραπεία στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Μπορεί να επιτευχθεί ταχέως και με ασφάλεια είτε με την εκτέλεση χειρουργικής επέμβασης είτε με την ακτινοβολία των ωοθηκών, όταν η ασθενής παρουσιάζει αυξημένο χειρουργικό κίνδυνο. Η ακτινοβολία των ωοθηκών θα πρέπει να αποφεύγεται με κάθε τρόπο στις υγιείς ασθενείς, λόγω του αυξημένου ποσοστού των επιπλοκών και του μεγαλύτερου χρόνου που απαιτείται για την επίτευξη των αποτελεσμάτων. Η ωοθηκεκτομή πιθανώς λειτουργεί μέσω της ελαχιστοποίησης των οιστρογόνων, της προγεστερόνης και των ανδρογόνων, που διεγείρουν την αύξηση του νεοπλασματος. Η μέση ύφεση διαρκεί για 12 μήνες.

β) ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ Ή ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μολονότι οι ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην ωοθηκεκτομή ή την ταμοξιφαίνη πρέπει να αντιμετωπίζονται με κυτταροτιξικά φάρμακα, αυτές που ανταποκρίνονται αρχικά και στη συνέχεια υποτροπιάζουν μπορεί να ανταποκρίνονται στη συνέχεια σε άλλη μορφή ορμονοθεραπείας. Η αρχική επιλογή της δευτερογενούς ορμονοθεραπείας δεν έχει καθοριστεί σαφώς. Η επινεφριδεκτομή ή υποφυσεκτομή προκαλεί ύφεση στο 30-50% περίπου των ασθενών που έχουν προηγουμένως ανταποκριθεί στην ωοθηκεκτομή.

Στη συνέχεια η Παρισιάνου (1994), κάνει λόγο για την μετεμμηνοπαυσιακή ασθενή και μιλάει για την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή ορμονοθεραπεία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ

Επιπλέον, η Παρισιάνου (1994), επισημαίνει ότι κατά την τελευταία δεκαετία οι ριζικές εγχειρήσεις όπως η ριζική και υπερριζική μαστεκτομή, προοδευτικά εγκαταλείπονται, ενώ η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (ολοκληρωτική αφαίρεση του αδένου με πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης χωρίς να αφαιρούνται οι θωρακικοί μύες) έχει γίνει αποδεκτή σαν η πρότυπη εγχείρηση από τους περισσότερους χειρουργούς. Μελέτες έχουν δείξει με στατιστική αξιοπιστία ότι η υπερριζική ή ριζική ή τροποποιημένη ριζική και η απλή μαστεκτομή είναι εφάμιλλες από άποψης επιβίωσης των ασθενών και τοπικής υποτροπής ανεξάρτητα από την προσθήκη ή όχι τοπικής μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας. Ορισμένες μάλιστα μελέτες σε περιορισμένη κλίμακα δίνουν ενδείξεις ότι η μερική μαστεκτομή είναι εξίσου ικανοποιητική σε σύγκριση με τις ριζικότερες επεμβάσεις τουλάχιστον για καρκίνωμα σταδίου I. Ο διάχυτος φόβος που υπάρχει για την εφαρμογή της μερικής μαστεκτομής στηρίζεται στην πιθανότητα αναπτύξεως διηθητικού καρκίνου, από εστίες καρκίνου στο μαστικό αδένου που παραμένει. Τελευταία μελέτες έχουν δώσει αξιόπιστες ενδείξεις που συνηγορούν με την αντίθετη άποψη. Ενώ δηλαδή επί μερικής μαστεκτομής η πιθανότητα να παραμένουν εστίες καρκινώματος στο μαστό είναι πράγματι μεγάλη, η πιθανότητα αναπτύξεως διηθητικού καρκίνου από τέτοιες εστίες είναι μικρή και όχι μεγαλύτερη από την πιθανότητα αναπτύξεως διηθητικού καρκίνου στον αντίθετο μαστό. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα της μερικής μαστεκτομής είναι η διατήρηση της ανατομικής ακεραιότητας του μαστού που δεν τραυματίζει τον ψυχισμό της γυναίκας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

«Με την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία αφαιρείται ή καταστρέφεται μόνο η μακροσκοπική νόσος ενώ τα κύτταρα ή μικροσκοπικές εστίες μακριά από τον όγκο πρέπει να καταστραφούν είτε με τη βοήθεια συστηματικής θεραπείας, είτε από τους ανοσιακούς μηχανισμούς της άρρωστης ή και τα δύο. Η χορήγηση της

χημειοθεραπείας άμεσα μετά την χειρουργική επέμβαση στηρίζεται σε μεγάλο αριθμό κυρίως πειραματικών ενδείξεων που πιστεύεται ότι ισχύουν και για τον άνθρωπο και που είναι α) η γνώση της υπάρξεως μικρομεταστάσεων κατά τη στιγμή της διαγνώσεως, που είναι υπεύθυνες για το θάνατο όλων των αρρώστων που υποτροπιάζουν, β) η μεγαλύτερη ευαισθησία των μικρομεταστάσεων στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα από ότι οι μεγάλες κλινικά εμφανείς μεταστάσεις και γ) η μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας της συστηματικής θεραπείας όταν εφαρμόζεται σε σχετικά μικρότερη από ότι σε μεγαλύτερη συνολική μεταστατική μάζα. Η πολυχημειοθεραπεία φαίνεται πως είναι περισσότερο αποτελεσματική, αν και δεν είναι άμοιρη από άμεσες καθώς και απώτερες επιπλοκές και γι' αυτό θα πρέπει να τις χρησιμοποιούν μόνο όσοι είναι εξοικειωμένοι με τα φάρμακα αυτά. Η χημειοθεραπεία δίνεται κατά κανόνα με κυκλικό τρόπο (π.χ. κάθε 3-4 εβδομάδες), αρχίζει συνήθως 2-3 εβδομάδες μετά την μαστεκτομή και διαρκεί έως 6 μήνες μέχρι και δύο χρόνια. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι μεγαλύτερη ωφέλεια εισπράττουν οι νεώτερες γυναίκες που έχουν ακόμα έμμηνο ρύση».(Παρισιάνου 1994,σελ 96)

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μολονότι υπάρχει η πεποίθηση για πολλά χρόνια ότι η ακτινοθεραπεία έχει την ικανότητα να προφυλάξει σε μεγάλο βαθμό από την τοπική υποτροπή το αν και κατά πόσο μπορεί να παρατείνει την επιβίωση των αρρώστων, εξακολουθεί να είναι ένα σημαντικό ερώτημα. Οι μελέτες που έχουν γίνει δεν υποστηρίζουν κάτι τέτοιο. Πολλοί έχουν υποκαταστήσει την ακτινοθεραπεία με χημειοθεραπεία που είναι εξ ίσου σε θέση να μειώσει τόσο τις τοπικές όσο και τη συστηματική νόσο. Άλλοι εξακολουθούν να χρησιμοποιούν μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε περιπτώσεις που α) παραμένει υπολειπόμενη νόσος, β) η πρωτοπαθής εστία είναι μεγαλύτερη από 5εκ.και διηθείται το δέρμα ή οι υπερκείμενοι ιστοί, ή γ) αυτή εντοπίζεται στο κεντρικό ή το έσω τμήμα του μαστού και δ) όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους μασχαλαίους λεμφαδένες.

Με τη χρήση όμως ακτινοθεραπείας, αναγκαστικά καθυστερεί η συστηματική θεραπεία των μικρομεταστάσεων από τις οποίες κινδυνεύουν όλες οι άρρωστες και ιδιαίτερα εκείνες με τοπικά προχωρημένη νόσο. Ο συνδυασμός μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας όχι μόνο δεν ωφελεί αλλά τελευταία αποδείχτηκε και επιζήμιος, ιδίως για τα περισσότερα προχωρημένα περιστατικά(με 4 ή περισσότερους μασχαλιαίους λεμφαδένες).

Σύμφωνα με την Παρισιάνου (1994), η παρηγορητική ακτινοθεραπεία μπορεί να συνιστάται για τον προχωρημένο τοπικά καρκίνο, με απομακρυσμένες μεταστάσεις, με σκοπό τον έλεγχο των εξελκώσεων, του πόνου και των άλλων εκδηλώσεων στο μαστό και τους επιχώριους λεμφαδένες. Ακτινοβολία του μαστού και του θωρακικού τοιχώματος και της περιοχής της μασχάλης και των έσω μαστικών και των υπερκλείδιων λεμφαδένων πρέπει να εφαρμόζεται σε μια προσπάθεια θεραπείας των τοπικά προχωρημένων και ανεγχείρητων βλαβών, όταν δεν υπάρχουν στοιχεία απομακρυσμένων μεταστάσεων. Ένας μικρός αριθμός ασθενών σε αυτή την ομάδα θεραπεύονται, παρά την εκτεταμένη προσβολή του μαστού και των επιχώριων λεμφαδένων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σύμφωνα με την Παρισιάνου (1994), τα αποτελέσματα της μελέτης του Μιλάνου και της μελέτης που πραγματοποιήθηκε από το Nasional Surgical Adjuvant Breast Progect (NSABP) στις ΗΠΑ έδειξαν ότι τα ποσοστά επιβίωσης χωρίς νόσο ήταν παρόμοια για τις ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με μερική μαστεκτομή και μασχαλιαίο καθαρισμό και στη συνέχεια με ακτινοθεραπεία και για εκείνες που αντιμετωπίστηκαν με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή 9ολική μαστεκτομή και καθαρισμό της μασχάλης). Οι ασθενείς των οποίων οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες περιείχαν νεόπλασμα, υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία.

Στη μελέτη NSABP, στις ασθενείς εφαρμόστηκαν τυχαία τρεις τύποι θεραπείας:(1) ογκεκτομή (αφαίρεση όγκου με επιβεβαιωμένα ελεύθερα

νεοπλάσματος όρια) και ακτινοβολία ολόκληρου του μαστού, (2) ογκεκτομή μόνο και (3) ολική μαστεκτομή. Όλες οι ασθενείς υπέστησαν καθαρισμό των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Μερικές ασθενείς, είχαν νεοπλάσματα μέχρι και 4cm σε διάμετρο με ή χωρίς μασχαλιαίους λεμφαδένες. Λίγες αποτυχίες παρατηρήθηκαν και στις τρεις ομάδες. Το μικρότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής εμφανίστηκε μεταξύ των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με ογκεκτομή και μετεγχειρητική ακτινοβολία. Το υψηλότερο ποσοστό εμφανίστηκε μεταξύ των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν μόνο με ογκεκτομή. Βέβαια δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη γενική ή χωρίς νόσο επιβίωση μεταξύ των ασθενών των τριών ομάδων θεραπείας. Η μελέτη αυτή δείχνει ότι η εφαρμογή ογκεκτομής και καθαρισμού της μασχάλης με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι το ίδιο αποτελεσματική όσο και η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, για την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του μαστού σταδίων I και II. Στην ογκεκτομή χωρίς ακτινοθεραπεία παρατηρήθηκε μεγάλο ποσοστό αποτυχίας της αντιμετώπισης της τοπικής νόσου.

Τα αποτελέσματα των παραπάνω και άλλων μελετών έχουν δείξει ότι οι λιγότερο επιθετικές χειρουργικές μέθοδοι αντιμετώπισης της πρωτοπαθούς βλάβης, σε σχέση με αυτές που θεωρούνταν απαραίτητες στο παρελθόν, έχουν ισοδύναμα θεραπευτικά αποτελέσματα που διατηρούν μια αποδεκτή αισθητική εμφάνιση. Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι ο καθαρισμός της μασχάλης είναι αξιόλογος τόσο για τον προγραμματισμό της θεραπείας όσο και για τη σταδιοποίηση του καρκίνου. Η χειρουργική επέμβαση είναι εξαιρετικά αποτελεσματική στην πρόληψη των μασχαλιαίων υποτροπών και οι λεμφαδένες που αφαιρούνται μπορούν να αξιολογηθούν παθολογοανατομικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

Γ1) ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σύμφωνα με τον Κοσμίδη (1985), το πλέγμα των σχέσεων γύρω από τη διάγνωση «καρκίνος» είναι σύνθετο.

Πρώτα, έχουμε μια αρρώστια που συνδέεται με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο, που είναι «στίγμα» και που φέρνει το άτομο μπροστά σε μια κρίσιμη κατάσταση.

Δεύτερο, έχουμε τον άρρωστο με τον δικό του χαρακτήρα, βιώματα, ανάγκες, συναισθήματα, αδυναμίες. Τρίτο, έχουμε το γιατρό με τη δική του προσωπικότητα, παιδεία, στάση απέναντι στη ζωή και στο θάνατο, την ιδιαίτερη επαφή του στις ανθρώπινες σχέσεις, τα δικά του διλήμματα, ευθύνες και φόβους. Ακόμη έχουμε το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, το υπόλοιπο νοσηλευτικό περιβάλλον και τέλος έχουμε την αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων σε έναν δυναμικό χώρο.

Η ψυχολογική προσαρμογή γενικά των αρρώστων που έχουν καρκίνο όπως αναφέρει η Παπαγερίδου (1991), εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ειδικότερα στην γυναίκα με καρκίνο του μαστού η προσαρμογή εξαρτάται από α) ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που καθορίζονται από τον ασθενή, και το περιβάλλον της. Μεταξύ αυτών, το ψυχολογικό υπόστρωμά της γυναίκας πριν αρρωστήσει, η κοινωνικότητά της, το μορφωτικό της επίπεδο και οι σχέσεις με την οικογένειά της παίζουν βασικούς ρόλους, β) τη νόσο την ίδια κατά την πορεία της οποίας υπάρχουν ορισμένοι σταθμοί που αναζωπυρώνουν το άγχος της γυναίκας σχετικά με την τελική έκβαση της αρρώστιας και δημιουργούν ιδιαίτερα ψυχολογικά προβλήματα.

Τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι καρκινοπαθείς είναι έντονα, τόσο στο χώρο της σωματικής όσο και στο χώρο της ψυχικής υγείας. Οι επιπτώσεις της

σε όλους τους τομείς (σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό) διαφέρουν για κάθε στάδιο της νόσου (π.χ. προδιαγνωστικό, διαγνωστικό, θεραπευτικό) όπως διαφέρουν και με την ηλικία. Αν η νόσος εμφανιστεί νωρίς τα προβλήματα σχετίζονται με αυξημένες ανάγκες για προστασία και φροντίδα. Αν εκδηλωθεί στην παραγωγική ηλικία, που κάθε άτομο περιμένει να προβληθεί μέσα από τη δημιουργία τότε απόγνωση, θυμός, πικρία είναι συχνές εκδηλώσεις λόγω της ματαίωσης αυτής της δημιουργικής φάσης. Για τα μεγαλύτερα άτομα τα προβλήματα της ασφάλειας και προστασίας είναι πάλι σημαντικά όπως στη μικρή ηλικία .

Γ.1) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΙΝ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο τρόπος κατά τον οποίο ο ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειές της, σύμφωνα με τον Ρηγάτο (1985), εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πώς είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Αν για παράδειγμα δεν είχε ποτέ στο παρελθόν συζητήσει με άλλους τα συναισθήματά του ή τα προσωπικά του προβλήματα ανοιχτά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή του στο στάδιο αυτό.

Συνεχίζοντας ο Ρηγάτος (1985) υποστηρίζει ,ότι πολλές οικογένειες που υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια, μπορεί να αγνοήσουν τις θετικές και ελπιδοφόρες στάσεις του αρρώστου απέναντι στην πρόγνωση, θεραπεία και αποκατάστασή του. Έτσι αποτυγχάνουν να δώσουν στον άρρωστο την υποστήριξη που χρειάζεται.

Ο φόβος του καρκίνου σαν απειλή θανάτου ή της καταστροφής της εικόνας της ανατομικής ακεραιότητας του σώματος με την αφαίρεση του μαστού, προκαλεί συχνά ψυχολογικές αντιδράσεις που οδηγούν σε καθυστέρηση στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις της γυναίκας που ψηλάφισε ένα ογκίδιο στο μαστό της εξαρτώνται όχι μόνο από την προσωπικότητά της αλλά και από εξωτερικούς παράγοντες, όπως οικογενειακές,

κοινωνικοοικονομικές, συνθήκες και από την ενημέρωσή της στον καρκίνο. Ίσως οι σπουδαιότερες γυναίκες εξισώνουν την διάγνωση του καρκίνου του μαστού με το χάσιμο του μαστού της. Για να μην υποβληθούν λοιπόν, οι γυναίκες αυτές σε μαστεκτομή αποφεύγουν να πάνε στο γιατρό, ακόμα και να εξετασθούν. Αν ήξεραν όμως ότι μπορούν και να θεραπευτούν και να αποφύγουν την ολική μαστεκτομή με την έγκαιρη διάγνωση, αυτό θα μείωνε το άγχος τους. Θα οδηγούσε περισσότερες γρηγορότερα στο γιατρό.

Κάθε άνθρωπος όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα όπως αναφέρει η Στρογγυλού(1991), χρησιμοποιεί όλες τις εφεδρείες που έχει για να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για τη ζωή του. Δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι: α)Άρνηση. Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού το άτομο αρνείται την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως: «δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς». Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα την συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλο.

Γ.2) ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΙΝ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τον Κοσμίδη (1997), οι οργανικές επιπτώσεις πριν από τη διάγνωση είναι οι εξής:

1. Σοβαρό οίδημα
2. Παραμόρφωση δέρματος ή μαστού.
3. Οι πόροι του δέρματος φαίνονται έντονα λόγω της προσβολής των λεμφαγγείων.
4. Οίδημα στο λαιμό
5. Οζίδια στον πνεύμονα
6. Κύστεις

Γ.3) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι πρώτες προσπάθειες, σύμφωνα με τον Γεράσιμο Α. Ρηγάτο (1985), να αποκαταστήσουν την ματαιώση από τις πρώιμες ανικκειμενοτρόπες σχέσεις αναπληρώνοντας με την υπερβολική ανάγκη των καρκινοπαθών, προκειμένου να διατηρήσουν κάτι, προσκολλώνται σ' αυτό ή σε άλλους στόχους στη ζωή, να εξαρτιούνται 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 συναισθήματά τους και τις συγκρούσεις που βιώνουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Έτσι στέκονται ανίκανοι να εκφράσουν την συναισθηματική ένταση που νοιώθουν, το άγχος, την οργή, την ταραχή, τη στεναχώρια, την επιθετικότητα, κρύβουν την ενόχλησή τους ή προσποιούνται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Η σεξουαλικότητά τους παραμένει ανώριμη, ενώ υφίσταται πολλαπλές αναστολές. Σε περιόδους ψυχοκοινωνικού stress αυξάνουν την έκθεσή τους στο αλκοόλ, το κάπνισμα, προσπαθώντας έτσι να εκφορτίσουν την ένταση, το άγχος μη λεκτικά. Η ένταση κρύβεται επιμελώς κάτω από ένα προσωπίδιο ξεγνοιασιάς, γαλήνης και ηρεμίας.

Σύμφωνα με την Παπαγερίδου (1991) η Kubler Rossee αναφέρει πως πέντε είναι οι φάσεις προσαρμογής οι οποίες έχουν βρεθεί να χαρακτηρίζουν τους ασθενείς που μαθαίνουν ότι πάσχουν από κακοήγη νεοπλασία.

α) Άρνηση και απομόνωση.

Ο ασθενής αρνείται να αποδεχθεί την αλήθεια που του αποκαλύπτεται και αποσύρεται.

β) Θυμός και ζήλια.

Η περίφημη ερώτηση «γιατί εγώ» συνοδεύεται από έντονο θυμό και ζήλεια για τους υγιείς ανθρώπους γύρω του.

γ) Ένα είδος παζαρέματος του προβλήματος.

Αυτό αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια του ασθενή να προσαρμοστεί, κατά την οποία όμως αρνείται να δει όλη την πραγματικότητα και προσπαθεί να ελαφρύνει όλο το πρόβλημα.

Εκτός τούτου, η Παπαγερίδου (1991) επισημαίνει, πως οι γυναίκες που παρουσιάζουν ψυχιατρικές επιπλοκές μετά την διάγνωση και την χειρουργική θεραπεία επηρεάζονται σε δυο τομείς:

1) Στην ποιότητα ζωής: η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι σαφώς επηρεασμένη, κάτι που έχει δεχτεί σε αρκετές εργασίες αλλά που είναι και προφανές αν σκεφτεί κανείς ότι ήδη υπάρχει ένας επιβαρυντικός παράγοντας που από μόνος του είναι ικανός να μειώσει το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών αυτών.

2) Στην πρόγνωση: μερικές εργασίες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη έχουν υψηλότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής σε καρκίνο πρώιμου σταδίου.

Ο καρκίνος του μαστού κατά τον Κοσμίδη (1985), φέρνει αντιμέτωπο το άτομο με μια πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελαστικότητας που αισθάνονται οι γυναίκες.

Συνεχίζοντας ο Κοσμίδης (1985), υποστηρίζει πως οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στη διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύσουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

Απελπισία/ Αβοηθητικότητα. Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα-απόλυτα από τη διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς

άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα. Η λειτουργικότητά τους είναι επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη.

Η προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού, δεν είναι στατική αλλά μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου από τη στιγμή της διάγνωσης. Σύμφωνα με τον Dollinger (1996) σε μετάφραση Χρήστου Μάθα, η εργασία των Morris (1997) έδειξε ότι πάνω από τις μισές γυναίκες προσαρμόζονται από την αρχή χρησιμοποιώντας αυτό που ονομάστηκε στωϊκή αποδοχή. Ένα 15% αντιδρά με άρνηση και ένα άλλο 15% με μαχητικότητα. 1 στις 10 αντιδρά με αβοηθητικότητα ή και με απελπισία ενώ λιγότερες αντιδρούν με άγχος και θλίψη.

Σύμφωνα με την Καλαούζη (1991) το ψυχολογικό σχήμα και η παρέμβαση ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου έχει ως ακολούθως:

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock που ακολουθούνται ή από άρνηση που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, ή άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλοι λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλοι αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί το άτομο θα πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Έως τη στιγμή της εισαγωγής, πολλά άτομα θα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν ένα φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις.

Συνεχίζοντας η Καλαούζη (1991), τονίζει πως συχνά τα μέλη της οικογένειας ενώ βρίσκονται γύρω από τον άρρωστο, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή του. Σαν απάντηση ο ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια ώστε να προστατεύσει την οικογένειά του. Σαν αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο

διαρκώς συνθετότερο καθώς η αρρώστια εξελίσσεται. Ο ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένειά του και στις ανησυχίες τους, και μπορεί να αποτραβηχτεί από αυτούς. Ακόμα δεν πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο τους το χρόνο στον άρρωστο. Χρειάζονται χρόνο μακριά του, για να φύγουν από την συνεχή ένταση που η παρουσία της αρρώστιας και η φροντίδα του άρρώστου δημιουργούν. Έτσι στην περίπτωση που η μητέρα είναι η άρρωστη, ο πατέρας πρέπει να διαθέσει αρκετές ώρες κατά τις οποίες να φροντίζει τα παιδιά στο σπίτι, στο σχολείο, στις εξωσχολικές τους δραστηριότητες, να παίζει μαζί τους ή απλά να βρίσκεται κοντά τους. Για να διατηρήσει όμως την ψυχολογική ισορροπία που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τόσο τα δικά του αισθήματα όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του, πρέπει να έχει ευκαιρίες διεξόδου και να εκφορτίζεται.

Στην πρώτη λοιπόν φάση, όπως εξηγεί η Στρογγυλού (1991), τη φάση της άρνησης, ο άρρωστος έχει την τάση να αρνηθεί (ασυνείδητα και ώρα ακούσια) το γεγονός της ασθένειας. Η συνήθης αντίδραση είναι «όχι δεν μπορεί να είμαι εγώ». Η άρνηση είναι ένας υγιής τρόπος αναμέτρησης με μια κρίσιμη και οδυνηρή κατάσταση με την οποία μερικοί από τους άρρωστους αυτούς πρέπει να ζήσουν για μακρό χρόνο. Κατά τον ίδιο τρόπο που αρνούμαστε να πιστέψουμε τον αιφνίδιο και αναπάντεχο ενός αγαπημένου προσώπου, έτσι και ο ασθενής αρνείται τη φύση και τις επιπτώσεις της αρρώστιας του. Η άρνηση λειτουργεί και σαν εξουδετερωτής της σύγκρουσης, ύστερα από απροσδόκητες, συγκλονιστικές ειδήσεις, είναι ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας που επιτρέπει στον άρρωστο να περισυλλέγει και να κινητοποιήσει με τον καιρό άλλους μηχανισμούς άμυνας. Έτσι σύντομα η άρνηση, σαν προσωρινή άμυνα, αντικαθίσταται από μια μερική αποδοχή. Η άρνηση που κρατιέται ως το τέλος είναι σπάνια, ως πούμε 3 έτους εκατό ασθενεί. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς αποφεύγουν (ή φοβούνται) οποιαδήποτε επικοινωνία με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού που πιθανόν να λυγίζουν την άρνησή τους, μιλώντας

στους ασθενείς για τον καρκίνο. Παρά την άρνηση όμως έχει παρατηρηθεί ότι κάποιο μέρος του εαυτού του αρρώστου, εφόσον ο άρρωστος δέχεται να υποβληθεί σε νοσοκομειακή περίθαλψη και θεραπεία.

Η αντίδραση άρνησης αντί να διατυπωθεί με λόγια, μπορεί να εκφραστεί με ενέργειες, όπως να πάει ο άρρωστος σε άλλους γιατρούς με την ελπίδα ότι θα τον καθησυχάσουν ή συχνότερα για να (μπερδέψει τα ίχνη) με τρόπο ώστε να πεισθεί ότι υπάρχει ακόμη αμφιβολία στην διάγνωση, πως η κατάσταση δεν είναι ξεκαθαρισμένη ή ακόμα πως έγινε λάθος. Από τον αρχικό κλονισμό και τη μαζική άρνηση ο καρκινοπαθής βαθμιαία θα αναλάβει το πότε θα εγκαταλείψει την άρνησή του για να χρησιμοποιήσει άλλους μηχανισμούς άμυνας εξαρτάται από το πώς ειπώθηκε στον άρρωστο η αρρώστια του, το πώς προετοιμαζόταν για να αντιμετωπίσει καταστάσεις έντασης κατά την διάρκεια της ζωής του ποιος θα είναι κοντά του για να τον υποστηρίζει.

Επιπρόσθετα η Δελιαντώνη- Οικονόμου (1991), αναφέρει, πως ακολουθεί η φάση της οργής ή εξέγερσης. Ο ασθενής βρίσκει τη μοίρα του άδικη και αδικαιολόγητη «γιατί να είμαι εγώ και όχι άλλος». Η οργή, η διαμαρτυρία, η δυσαρέσκεια μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις: οι γιατροί δεν είναι καλοί, δεν σέβονται τις επιθυμίες του, δεν ξέρουν ποια είναι η σωστή δίαιτα που πρέπει να ορίσουν. Μεγαλύτερος στόχος της οργής του γίνονται οι νοσοκόμες. Μόλις εγκαταλείψουν το δωμάτιο χτυπά το κουδούνι.

Γ.4) ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η αρρώστια δυστυχώς κάνει του φτωχούς ανθρώπους φτωχότερους μέσα από την διαδικασία των νοσοκομείων και των παρεχόμενων υπηρεσιών, αν σκεφθούμε, πως τώρα και για 6-7 χρόνια περίπου καταργήθηκε ο ξενώνας «Αγ. Ανάργυροι» για να γίνει Ογκολογικό Νοσοκομείο. Το αποτέλεσμα ήταν τραγικό και εμείς συνειδησιακά το ζούμε καθημερινά και μας εξουθενώνει. Δεν υπάρχει χώρος να πεθάνουν έστω οι άνθρωποί μας αξιοπρεπώς και με το δικαίωμα που

έχουν σαν πολίτες αυτής της χώρας που πρόσφεραν πολλά ή λίγα σ' αυτόν τον τόπο. Και ζούμε καθημερινά το κυνηγητό που γίνεται εκ μέρους των γιατρών να «διώξουν», τους αρρώστους για να μην μείνουν στις κλινικές τους.
(<http://www.everytanika.gr>. 3-12-06)

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή του ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί τον αναγκάζουν να μην μπορεί να εργαστεί πια, να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλιότερα τον ευχαριστούσαν. Η ζωή του μπορεί να διακόπτεται από επανηλειμμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολίες, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να του θυμίζει ότι κάτι το μοιραίο επίκειται.
(<http://www.stress.gr>, 3-12-06)

Με την επιδείνωση της αρρώστιας του θα τον εγκαταλείψουν. Έτσι μερικοί ασθενείς γίνονται πράοι, υπάκουοι χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν τους άλλους να τους εγκαταλείψουν.

Συχνά είναι ο ή σύζυγος που μαθαίνουν τη σοβαρότητα της αρρώστιας. Και επαφίεται σ' αυτούς η απόφαση να συμμεριστούν την είδηση με τον άρρωστο, ή να μεταφέρουν την είδηση και στα άλλα μέλη της οικογένειας. Συχνά αναφέρεται σ' αυτούς να μεταφέρουν πότε και πως στα παιδιά την πληροφορία, που είναι το πιο δύσκολο καθήκον, ειδικά όταν τα παιδιά είναι μικρά.
(<http://www.stress.gr>, 3-12-06)

Άλλο μεγάλο πρόβλημα είναι οι προηγούμενες (πριν από την αρρώστια) σχέσεις του ασθενούς με τον ή την σύντροφο και το περιβάλλον. Έχουμε τα αισθήματα θυμού και οργής που εκφράζονται ποικιλοτρόπως και από τις δύο πλευρές.

Είναι η καταδυνάστευση του ενός προς τον άλλο είτε με απαιτήσεις λόγω της αρρώστιας είτε με υπερπροστατευτικότητα σε σημείο που να πνίγονται και οι δύο με αποτέλεσμα οι τύψεις και στη συνέχεια οι αντιδράσεις να δημιουργούν τον κίνδυνο του φαύλου κύκλου. Συχνές οι περιπτώσεις που

εγκαταλείπεται η μαστεκτομή σύζυγος με αποτέλεσμα να εμπλακεί συναισθηματικά σ' ένα λαβύρινθο νέων προβλημάτων. Είναι λοιπόν δυνατό να έχουμε τις παρακάτω αντιδράσεις:

Το οικογενειακό περιβάλλον να εμφανιστεί υπερενεργητικό. Αμέσως μετά τον πρώτο «σοκ» της διάγνωσης και την αρχική αμηχανία να ακολουθήσει μία έξαρση της ενεργητικότητας των συγγενών που τείνει, αντί να υποστηρίζει τον ασθενή, να τον «εξαφανίσει», δηλαδή να του υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο. Οι συγγενείς κατακλύζουν το δωμάτιο του ασθενή με υπερβολική φροντίδα και πληθώρα παροχών που προβληματίζουν τον άρρωστο. Αρχίζει να αισθάνεται αφύσικα με τους οικείους του, πριν ακόμη συνειδητοποιήσει τι του συμβαίνει. Βέβαια η συναισθηματική αυτή έκρηξη είναι παρορμητική και κοπάζει ή στερεύει όταν ο ασθενής την έχει ανάγκη και την αναζητά. (<http://www.errytanika.gr>, 3-12-06).

1. Η πρώτη αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στη διάγνωση.

Όταν η οικογένεια ενημερωθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο, αναδύονται όλες οι προκαταλήψεις μέσα από ένα πανικό, ηττοπάθεια και αδιέξοδο. Το πλέγμα των προκαταλήψεων που περιβάλλει τον αρνητικά φορτισμένο αυτό όρο, προέρχεται από την ελλιπή ή κακή ενημέρωση του κοινού, που έχει σχέση με την έκβαση της αρρώστιας δια μέσου των αιώνων και την ανεπάρκεια των γνώσεων γύρω από τα αίτια της καρκινογένεσης.

Η ανακοίνωση λοιπόν της διάγνωσης στην οικογένεια, δημιουργεί αισθήματα χάους και βαθιάς αποδιοργάνωσης, τόσο ψυχολογικής όσο και πρακτικής. Αυτό συμβαίνει είτε πρόκειται για τον πατέρα, που όχι μόνο έχει συχνά την οικονομική ευθύνη της οικογένειας, αλλά εμπνέει σιγουριά και ασφάλεια στα μέλη της στον παραδοσιακό του ρόλο, είτε πρόκειται για τη μητέρα, που μπορεί να έχει μέρος της οικονομικής της ευθύνης, είναι όμως το άτομο που με την τρυφερότητα, τη ζεστασιά, την αγάπη και τον πλούσιο συναισθηματισμό, ισορροπεί την οικογένεια. Όταν η διάγνωση αφορά το παιδί,

τότε η κατάσταση πραγματικότητας και δεν διανοούνται να αλλάξει ο ρυθμός ζωής της οικογένειας.

Συχνά τα μέλη της οικογένειας, όπως επισημαίνει ο Ρηγάτος (1985), ενώ βρίσκονται γύρω από τον άρρωστο, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή του. Σαν απάντηση ο ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια ώστε να προστατεύσει την οικογένειά του. Σαν αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο διαρκώς συνθετότερο καθώς η αρρώστια εξελίσσεται. Ο ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένειά του και στις ανησυχίες τους, και μπορεί να αποτραβηχτεί από αυτούς. Ακόμα δεν πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο τους το χρόνο στον άρρωστο. Χρειάζονται χρόνο μακριά του, για να φύγουν από την συνεχή ένταση που η παρουσία της αρρώστιας και η φροντίδα του αρρώστου δημιουργούν.

Έτσι στην περίπτωση που η μητέρα είναι η άρρωστη, ο πατέρας πρέπει να διαθέσει αρκετές ώρες κατά τις οποίες να φροντίζει τα παιδιά στο σπίτι, στο σχολείο, στις εξωσχολικές τους δραστηριότητες, να παίζει μαζί τους ή απλά να βρίσκεται κοντά τους. Για να διατηρήσει όμως την ψυχολογική ισορροπία που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τόσο τα δικά του αισθήματα όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του, πρέπει να έχει ευκαιρίες διεξόδου και να αποφορτίζεται.

Γ.5) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έτσι κατά την περίοδο, σύμφωνα με τον Κούκουρη (1990), διαγνώσεως του καρκίνου, της μαστεκτομής και αργότερα της αποκαταστάσεως και ενδεχομένως της συμπληρωματικής θεραπείας και τέλος την εποχή ενδεχόμενης γενικεύσεως της νόσου υπάρχει έντονο και παρατεταμένο συγκληνισιακό stress που χαρακτηρίζεται κυρίως από φόβο, αγωνία και «ψυχικό μαρασμό».

Ορισμένοι άρρωστοι σταματούν πολύ καιρό σε ένα από τα στάδια και ύστερα επανέρχονται σε ένα από τα προηγούμενα, έστω και αν συμβεί υποτροπή της αρρώστιας, ο ασθενής θα επαναστατήσει και θα πέσει πάλι σε κατάθλιψη, ή μερική άρνηση χρησιμοποιείται σχεδόν απ' όλους τους άρρωστους όχι μόνο κατά την διάρκεια των πρώτων σταδίων της αρρώστιας αλλά και αργότερα, από καιρό σε καιρό.

Πίσω από όλα αυτά τα στάδια και τις φάσεις, σύμφωνα με τη Στρογγυλού (1991), κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει: η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό.

Συνεχίζοντας η Στρογγυλού (1991) υποστηρίζει, ότι αυτό δε σημαίνει ότι οι γιατροί πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Τα μέλη της οικογένειας περίπου μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής παρόμοια με εκείνα που περνούν οι άρρωστοι. Στην αρχή πολλοί από αυτούς δεν μπορούν να πιστέψουν πως είναι αλήθεια.

Αισθάνονται ένα «μούδιασμα» και μπορεί να αρνηθούν το γεγονός ότι υπάρχει μια τέτοια αρρώστια μέσα στην οικογένεια ή θα τριγυρνούν με τις εξετάσεις από γιατρό σε γιατρό με την ελπίδα πως αυτή ήταν μια λανθασμένη διάγνωση. Μπορεί να κανονίσουν ταξίδια σε «ακουστές» κλινικές και μόνο βαθμιαία αντικρίζουν την πραγματικότητα που θα άλλαζε τη ζωή τους τόσο δραματικά. Όπως ο άρρωστος περνά την ίδια συναισθηματική αντίδραση.

Γ.6)ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Κοσμίδη (1985),ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει σε οργανικό επίπεδο μετάσταση στους μασχαλιαίους αδένες, δημιουργεί πρωτοπαθή εστία που αν δεν εντοπιστεί μπορεί να ξεπεράσει τα 5 εκατοστά που διηθείται το δέρμα ή οι υπερκείμενοι ιστοί. Παράλληλα εάν δεν προληφθεί έγκαιρα μπορεί να προκαλέσει μετάσταση στα οστά.

Γ.7)ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έστω όμως και 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 την πάθηση αυτή.([http:// www. Stress. gr](http://www.Stress.gr), 03-12-06).

Γ.8)ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο Ρηγάτος (1985) ισχυρίζεται ότι αυτό δεν σημαίνει ότι οι γιατροί πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Τα μέλη της οικογένειας περίπου μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής παρόμοια με εκείνα που περνούν οι άρρωστοι. Στην αρχή πολλοί από αυτούς δεν μπορούν να πιστέψουν πως είναι αλήθεια.

Αισθάνονται ένα «μούδιασμα» και μπορεί να αρνηθούν το γεγονός ότι υπάρχει μια τέτοια αρρώστια μέσα στην οικογένεια ή θα τριγυρνούν με τις εξετάσεις από γιατρό σε γιατρό με την ελπίδα πως αυτή ήταν μια λανθασμένη διάγνωση. Μπορεί να κανονίσουν ταξίδια σε «ακουστές» κλινικές και μόνο βαθμιαία αντικρίζουν την πραγματικότητα που θα άλλαζε τη ζωή τους τόσο δραματικά. Όπως ο άρρωστος περνά την συναισθηματική αντίδραση. Οι συγγενείς θα εξοργισθούν με το γιατρό που τους έθεσε αντιμέτωπους με την θλιβερή πραγματικότητα. Επίσης υπάρχει ζήλια και επιθετικότητα, μια και δεν τους επιτρέπουν να φροντίζουν τον άρρωστο όσο για παράδειγμα οι νοσοκόμες.

Πρέπει να τονισθεί ότι η ασθένεια του καρκίνου, με την εκδήλωσή της επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια, διασπά την αρμονική ζωή και δημιουργεί ποικιλόμορφα προβλήματα σχέσεων. Τα παιδιά χάνουν την μητρική φροντίδα και στοργή.

Ακόμη η αλλαγή τόπου κατοικίας πολλές φορές επιβάλλεται για να βρίσκεται ο ασθενής κοντά στο Νοσοκομείο με όλες τις συνέπειες

(ψυχολογικές, οικονομικές και κοινωνικές). Αυτή η οικογενειακή υπερένταση και δυσαρμονία έχει με τη σειρά της δυσάρεστο αντίκτυπο στον άρρωστο.

Τα ηλικιωμένα άτομα χωρίς παιδιά που τα οικονομικά τους είναι άσχημα, με την απώλεια ενός εκ των δύο είναι από τις περιπτώσεις που αντιμετωπίζουμε.

Άλλη μία περίπτωση αντίδρασης του οικογενειακού περιβάλλοντος, σύμφωνα με την Καλαούζη (1991), είναι η υπερπροστατευτικότητα. Μ' αυτήν η οικογένεια βάζει τον άρρωστο στο περιθώριο. Δεν του επιτρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που είναι στα πλαίσια των δυνάμεων και των δυνατοτήτων του. Χάνει την ενεργητικότητά του και ωθείται ν' αναλάβει τον παθητικό ρόλο του δέκτη και όσων του προσφέρονται απλόχερα. Εγκαταλείπει δραστηριότητες, ρόλους, καθήκοντα, ψυχαγωγία, υποχρεώσεις. Χάνει την ταυτότητά του. Ο τρόπος αυτός της συμπεριφοράς πέρα από τα κίνητρα αγάπης, μπορεί να περιλαμβάνει «παθολογικές καταστάσεις». Ενδέχεται οι οικείοι να εκφράζουν κάποιο σύμπλεγμα ενοχών, κάποια ανάγκη για επιβεβαίωση της παρουσίας του και της προσωπικότητάς του, δικαίωση και αυτοολοκλήρωση μέσα από μια συνειδητή καταπίεση του αρρώστου.

Κατά τον Ρηγάτο (1985) γίνεται αυθυποβολή της οικογένειας σε προσωπική ταλαιπωρία με οποιοδήποτε τίμημα, όταν ο άρρωστος δεν το έχει ανάγκη, ξεπερνά τα όρια της υπερπροστασίας και φθάνει στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα ατελείωτα νυχτοξημερώματα δίπλα στον άρρωστο, πάνω σε μια καρέκλα και μ' όσα άλλα συνεπάγεται αυτό, χωρίς να υπάρχει πραγματική ανάγκη του αρρώστου γι' αυτό.

Επιπλέον ο Ρηγάτος (1985), υποστηρίζει πως τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι μια υπέρμετρη αγάπη που εκδηλώνεται μ' έναν τρόπο προσωπικού κόστους και υπερβολής. Υπάρχει όμως περίπτωση να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής για προηγούμενη κακή σκέψη ή συμπεριφορά και έτσι αυτουποβάλλονται σε μια μορφή ταλαιπωρίας και εξιλέωσης. Επίσης η αντίδραση αυτοτιμωρίας μπορεί να σημαίνει και συναισθηματική ανωριμότητα.

Μια άλλη πιθανή αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος όταν πληροφορείται τη διάγνωση είναι ο θυμός ή η οργή. Ο θυμός σαν συναίσθημα σε μια δύσκολη στιγμή της ζωής μπορεί να χαρακτηριστεί απόλυτα φυσιολογικός και καταλυτικός της όλης έντασης που ακολουθεί τη διάγνωση.

Η Στρογγυλού (1991), επισημαίνει ότι ο θυμός που κατευθύνεται στην αρρώστια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν έκφραση αγανάκτησης που μπορεί να εκτονώσει άρρωστο και συγγενείς. Όταν όμως ο θυμός των οικείων στραφεί κατά του αρρώστου, τότε το πρόβλημα εντείνεται. Σ' αυτή την περίπτωση ο άρρωστος κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνος της κατάστασής της υγείας του και κατ' επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν απ' αυτήν. Όταν η οικογένεια στην οποία αναφερόμαστε είναι εξαρτημένη από τον άρρωστο, η πρώτη της αντίδρασης μπορεί να είναι η άρνηση.

Συνεχίζοντας η Στρογγυλού (1991) αναφέρει ότι αυτό, σαν αρχική αντίδραση μπορεί να χαρακτηριστεί σαν θετικό, διότι αναπτύσσεται σαν ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας και άμυνας μέχρι την τελική προσαρμογή στα νέα δεδομένα. Είναι απαραίτητο όμως η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά σ' ένα επόμενο στάδιο της αποδοχής της πραγματικότητας, διότι εάν δεν γίνει αυτό, εγκυμονεί ο εξής κίνδυνος:

Η απόλυτα εξαρτημένη συναισθηματικά και πρακτικά οικογένεια να συνεχίσει αν έχει απαιτήσεις από τον άρρωστο, όπως και στο παρελθόν. Να θέλει δηλαδή τον άρρωστό της να συνεχίσει με τον ίδιο ρυθμό τις εργασιακές, κοινωνικές και συναισθηματικές δραστηριότητες. Η ικανοποίηση όλων αυτών των απαιτήσεων θα είναι εκτός της σημερινής δυνατότητας του ίδιου να ανταποκριθεί.

Έτσι, σύμφωνα με τη Δεληαντώνη-Οικονόμου (1991), δημιουργούνται προβλήματα επικοινωνίας και τα αντίστοιχα ψυχολογικά, που δεν βοηθούν την ικανοποιητική πορεία της ασθένειας. Πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί και να μη λησμονείται από όσους εργάζονται με τον καρκίνο ότι αυτός αποτελεί

«οικογενειακή αρρώστια» εξαιτίας της συναισθηματικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της και των κανόνων που διέπουν τη δομή της οικογένειας.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΛΟΥΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με το Ρηγάτο (1985) κάτω από την πίεση όλων αυτών των συναισθηματικών και ψυχολογικών αντιδράσεων και πριν κατορθώσει η οικογένεια να ταξινομήσει τα συναισθήματά της και να ελέγξει τις αντιδράσεις, όπως τις περιγράψαμε πιο πάνω, αναγκάζεται να δημιουργήσει ένα πλαίσιο υποκριτικής αισιοδοξίας. Αφήνει τον άρρωστο ανημέρωτο για την πραγματική διάγνωση με σκοπό να επιτύχει μια μορφή ισορροπίας αποκλείοντας απ' αυτόν κάθε δυνατότητα να εκφράσει τα πραγματικά του αισθήματα.

Η μέθοδος αυτή που επιλέγει η οικογένεια, όπως αναφέρει η Παπαγερίδου (1991), ενέχει τον κίνδυνο της σταδιακής απομάκρυνσης από τον άρρωστο, διότι δεν υπάρχει υπόβαθρο ειλικρινούς επικοινωνίας. Τα λεκτικά μηνύματα έρχονται σε πλήρη αντίφαση με τα μη λεκτικά και την πρακτική της συμπεριφοράς. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα οικογενειών που προβάλλοντας τις δικές τους ανάγκες και όχι του αρρώστου παρεμβαίνουν και προσπαθούν να επηρεάσουν το γιατρό για την μη επιλογή του τρόπου της ειλικρινούς επικοινωνίας και ενημέρωσης και όταν ακόμη ο ίδιος είναι προετοιμασμένος γι' αυτό και το χρειάζεται.

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 το σφαιρικά και συνήθως ζητά βοήθεια και είναι ενδεικτική και 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 σ' όλους λάθη και να ρίξει

μομφή. Συχνά απορρίπτει κάθε προσπάθεια για βοήθεια που έρχεται απ' 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 της οικογένειας ή νομίζουν ότι προκάλεσαν με την κακή συμπεριφορά του πρόβλημα.

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 στα συναισθηματικά προβλήματα προστίθενται και τα πρακτικά με την ανυπαρξία στο σημείο αυτό του κράτους πρόνοιας που αδυνατεί να δώσει λύσεις αξιοπρεπείς .

Εδώ προκύπτει η αναγκαιότητα της ασφαλιστικής κάλυψης δεδομένου ότι ο καρκινοπαθής τουλάχιστον στη χώρα μας χαρακτηρίζεται ως ανάπηρος και έχει αντίστοιχες πενιχρές ή ανύπαρκτες παροχές (και στα αγγλικά κείμενα disability).

Σύμφωνα με τον Dollinger σε μετάφραση Μάθα (1996), οι παράγοντες που καθορίζουν την έκταση της τραγικότητας στην οικογένεια του ασθενή είναι:

1. **Πιο μέλος της οικογένειας είναι άρρωστο.**
2. **Πως προδιαγράφεται η εξέλιξη και η πορεία της νόσου.**
3. **Το πνευματικό επίπεδο των μελών της οικογένειας και η καλλιέργειά τους.**
5. **Η οικονομική κατάσταση.**

Ίσως αξίζει να σταθούμε λίγο στον 1^ο παράγοντα. Παίζει ρόλο πιο μέλος είναι ο ασθενής. Τι θέση έχει μέσα στην οικογένεια, τι σημαίνει η αρρώστεια του ή και η απώλειά του σε πρακτικό και σε συναισθηματικό επίπεδο.

ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΓΟΝΙΟΣ

α) Πρακτικά προβλήματα. Μείωση του εισοδήματος-όταν αυτός είναι ο οικονομικός φροντιστής. Λιγότερη φροντίδα (ιδίως όταν ασθενεί η μητέρα και λείπει για μεγάλα χρονικά διαστήματα-ακόμα πιο έντονο στα περιστατικά της επαρχίας. Γενικά οι παροχές που είχαν τα παιδιά υποβαθμίζονται.

β) Συναισθηματικά προβλήματα: Υπάρχει στην οικογένεια περισσότερη ένταση και εκνευρισμός. Συχνά το κυρίαρχο αίσθημα είναι η ανασφάλεια και ο φόβος.(internet [http:// www. Stress. gr](http://www.Stress.gr),4-12-06)

Πολλές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή η Παπαγερίδου (1991),θεωρεί πως θα ισχυρίζονταν ότι ο γάμος τους έγινε πιο τρυφερός και η κρίση της μαστεκτομής έφερε το ζευγάρι πιο κοντά. Λίγοι σύζυγοι απορρίπτουν τις γυναίκες τους, έχουν όμως φόβους για τις συνέπειες που η μαστεκτομή μπορεί να έχει στο γάμο τους.Μια σχέση που είναι δυνατή, θα ξεπεράσει τις συνέπειες της μαστεκτομής. Αλλά αν ο γάμος είναι ήδη αποτυχημένος ή ο δεσμός άτονος, τότε θα είχε σπάσει μπροστά σε μια κρίση που θα εμφανιζόταν στη ζωή έτσι κι αλλιώς. Είναι εύκολο για κάποιον από τους δύο συζύγους να χρησιμοποιήσει την μαστεκτομή σαν δικαιολογία για να θέσει σε τέρμα σε μια κατάσταση που δεν ήταν αποδεκτή για καιρό.

Οι άνδρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά ανίκανοι για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νοιώσουν ερωτική επιθυμία. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση, συζητούν τα θέματα, τότε αυτά τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγηθούν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί.

Κατά τον Ρηγάτο (1991), τα παιδιά συχνά νοιώθουν ανασφάλεια όταν βρίσκουν μια διαφορετική μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, αλλά αισθάνονται ενοχή φανταζόμενα ότι αυτά προκάλεσαν την αρρώστια της μητέρας τους. Οι έφηβοι μπορεί να σαστίσουν τους γονείς τους, να αρχίσουν να πίνουν, να μη βοηθούν του γονείς σε μικροδουλειές ή να αρνηθούν να επισκεφθούν τη μητέρα

στο νοσοκομείο. Εξηγήσεις για αυτά είναι πως οι έφηβοι τη στιγμή που αρχίζουν να σπάνε τους γονικούς δεσμούς προετοιμάζονται να ζήσουν ανεξάρτητα, τα οικογενειακά αυτά προβλήματα τους αναγκάζουν να επιστρέψουν πίσω και γι' αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί. Αν ο έφηβος είναι κορίτσι μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου, στα όργανα που στην εφηβεία παρουσιάζουν ευαισθησία.

Γ.9) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Η πορεία προς το τέλος

Ο Ρηγάτος (1985), αναφέρει , πως οι πρώτες προσπάθειες να αποκαταστήσουν την ματαιώση από τις πρώιμες αντικειμενότερες σχέσεις αναπληρώνοντας με την υπερβολική ανάγκη των καρκινοπαθών, προκειμένου να διατηρήσουν κάτι, προσκολλώνται σ' αυτό ή σε άλλους στόχους στη ζωή, να εξαρτιούνται 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 συναισθήματά τους και τις συγκρούσεις που βιώνουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Έτσι στέκονται ανίκανοι να εκφράσουν την συναισθηματική ένταση που νοιώθουν, το άγχος, την οργή, την ταραχή, τη στεναχώρια, την επιθετικότητα, κρύβουν την ενόχλησή τους ή προσποιούνται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Η σεξουαλικότητά τους παραμένει ανώριμη, ενώ υφίσταται πολλαπλές αναστολές. Σε περιόδους ψυχοκοινωνικού stress αυξάνουν την έκθεσή τους στο αλκοόλ, το κάπνισμα, προσπαθώντας έτσι να εκφορτίσουν την ένταση, το άγχος μη λεκτικά. Η ένταση κρύβεται επιμελώς κάτω από ένα προσωπείο ξεγνοιασιάς, γαλήνης και ηρεμίας. Όταν παρουσιαστεί κάποια απώλεια (πραγματική ή συμβολική) αντικειμένου ιδανικού ή άλλες αποστερήσεις, άνθρωποι με καρκινική προσωπικότητα δεν στέκονται ικανοί να

ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά τη δύσκολη αυτή κατάσταση και αποτυγχάνουν στην προσπάθεια τους να εγκαταστήσουν καινούργιες αντικειμενοτρόπες σχέσεις. Ακολουθεί κατάτμηση της ναρκισσιστικής ισορροπίας με κινητοποίηση αισθημάτων απελπισίας, απόγνωσης, παραίτησης και απόσυρσης, μια γενική κατάθλιψη που εκφράζεται λεκτικά. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν stress που έχει σαν αποτέλεσμα την παράλυση ή εξασθένηση του ανοσοβιολογικού συστήματος που θεωρείται μια προϋπόθεση για καρκινογένεση.

Σύμφωνα με την Καλαούζη (1991), υφίσταται από τον ασθενή ένα είδος παζαρέματος του προβλήματος αυτό αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια του ασθενή να προσαρμοστεί, κατά την οποία όμως αρνείται να δει όλη την πραγματικότητα και προσπαθεί να ελαφρύνει όλο το πρόβλημα. Όταν του επαναλαμβάνεται το μέγεθος προβλήματος πέφτει στην επόμενη φάση που όπου σύμφωνα με τον Ρηγάτο (1985) είναι: Κατάθλιψη. Τέλος έρχεται η αποδοχή, μέσω των μηχανισμών άμυνας (άρνηση, μετάθεση, προβολή) που θα οδηγήσουν, είτε στην προσαρμογή της ασθένειας ή θα συνεχίσει να παρουσιάζει ο άρρωστος προβλήματα συμπεριφοράς με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Σ' όλα αυτά τα προβλήματα προστίθενται και η έλλειψη ενημέρωσης από μέρους των γιατρών για την κατάσταση της υγείας του. Τα αναπάντητα ερωτήματα και το κλίμα μυστικοπάθειας που επικρατεί μεταξύ αρρώστου-γιατρού και συγγενών δημιουργεί περισσότερο άγχος και αβεβαιότητα στον ασθενή.

Στην πορεία ο Ρηγάτος (1985), αναφέρει πως είναι γεγονός ότι καθώς η αρρώστια προχωρεί και επιφέρει αλλαγές στην ψυχοσύνθεση του αρρώστου, εξίσου σημαντικές ανακατατάξεις προκαλεί στη δομή της οικογένειας και στον ψυχισμό των συγγενών, καθώς ο άρρωστος οδεύει προς το θάνατο. Όλη η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση και τα χαρακτηριστικά που έχουν περιγραφεί είναι:

α. Κατάθλιψη

β. Προβληματισμός και συνεχής απασχόληση με τον άρρωστο

γ. Σκέψεις και άγχος

δ. Προγραμματισμός για την πορεία της οικογένειας ανάλογα με την πορεία της νόσου και μετά το θάνατο του αρρώστου.

Ασθενείς που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία για καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου αντιμετωπίζουν τη νόσο με τη μέθοδο της άρνησης, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ελεύθερο νόσου.(<http://www.stress.gr> 03-12-06)

Οι ασθενείς που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία καρκίνου πρώιμου σταδίου εμφανίζουν μαχητικότητα, φαίνεται να έχουν επίσης καλύτερη πρόγνωση αν και το εύρημα αυτό δεν έχει αναπαραχθεί από τους ερευνητές. (<http://www.stress.gr> 03-12-06).

Ο Κοσμίδης (1985),εξηγεί ότι, κατά κανόνα η αρρώστια και ιδίως στα τελευταία στάδια, συντελεί ώστε ο άρρωστος 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 άρρωστο μη μπορώντας ή μη επιθυμώντας να εμπλακούν στη σοβαρότητα της κατάστασης. Έτσι ο άρρωστος, βαθμιαία αποκόβει δεσμούς-επικοινωνία και μένει όλο και περισσότερο μόνος.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

ο καρκίνος συνήθως στα τελικά του στάδια, όπως εξηγεί ο Κούκουρης (1990), κάθε άλλο παρά διασφαλίζει **ανώδυνα** και **ανεπαίσχυντα** το τέλος του ασθενούς. Η αλλαγή της εικόνας του σώματος ή των λειτουργιών αυτού, παράλληλα με την ανικανότητα προς αυτοεξυπηρέτηση, φορτίζουν συναισθηματικά τόσο τον ασθενή όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον.

Επίσης η Καλαούζη (1991), υποστηρίζει, ότι ο άρρωστος που βαδίζει προς τον θάνατο, νοιώθοντας τα συμπτώματα να εντείνονται, να γίνεται πιο

αδύνατος, οι πόνοι ισχυρότεροι, δεν μπορεί να κρύψει πια την απελπισία, τη θλίψη και την πίκρα του. Κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει αισθήματα ενοχής, αυτομομφής, αυτοϋποτίμησης. Η κατάθλιψη αυτής της φάσης είναι είτε αντιδραστική (η εξέλιξη της αρρώστιας όντας ένα υπαρκτό εξωτερικό εκλυτικό αίτιο) είτε προπαρασκευαστική που προετοιμάζει τον άρρωστο για τον τελικό αποχωρισμό από τον κόσμο.

Επιπρόσθετα, η Καλαούζη (1991), τονίζει πως στη δεύτερη αυτή μορφή κατάθλιψης, οι ενθαρρύνσεις και οι διαβεβαιώσεις δεν έχουν νόημα. Ο άρρωστος βρίσκεται στην πορεία απώλειας του κάθε τι και όλων των αγαπημένων του προσώπων. Η τελευταία φάση, ή φάση της αποδοχής, είναι το στάδιο που σαν έχει φύγει ο πόνος, ο αγώνας να έχει τελειώσει και έρχεται ο καιρός για την τελική ανάπαυση πριν από το μακρό ταξίδι. Μερικοί ασθενείς πέρασαν την κατάθλιψη και την εξέγερση αλλά είναι περισσότερο απογοητευμένοι έχοντας αφηθεί σε μια μοιρολατρική εγκατάλειψη και απομόνωση παρά σε γαλήνη. Άλλοι ωστόσο ασθενείς είναι ήρεμοι. Ο άρρωστος θέλει να μείνει μόνος, λιγομίλητος ή τουλάχιστον να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του εξωτερικού κόσμου. Θα αντικρύσει τις τελευταίες στιγμές ηρεμότερα αν του επιτραπεί να αποσπάσει τον εαυτό του από όλες τις σημαντικές σχέσεις της ζωής του. (<http://www.evrytanika.gr>, 03/12/06).

Γ.10) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο Dollinger σε μετάφραση του Μάθα (1996), να σημαντικό ποσοστό των γυναικών, περίπου στις 4 εμφανίζουν τα πρώτα 2 χρόνια από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής ή της κατάθλιψης. Στις περισσότερες φορές ωστόσο αυτή είναι ήπια ή αυτοπεριοριζόμενη έτσι ώστε αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέμπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο.

Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που απαιτεί θεραπεία. 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης). Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μετρίου βαθμού και μόνος σε ένα μικρό ποσοστό είναι σοβαρή (περίπου το 5%), ενώ εξαρτάται και από το είδος της επέμβασης (μαστεκτομή ή ογκειοτομή).

Κατά τον Ρήγατο (1985), διαφορές στην εικόνα του εαυτού: λίγους μήνες μετά την επέμβαση και οι δυο ομάδες γυναικών αναφέρουν μειωμένη ελκυστικότητα και θηλυκότητα. Ένα χρόνο μετά όμως οι γυναίκες με μη ριζικές επεμβάσεις που συνεχίζουν να έχουν αισθήματα απώλειας της θηλυκότητάς τους της εικόνας του εαυτού τους.

Διαφορές στην σεξουαλική λειτουργία: φαίνεται ότι οι ασθενείς με μαστεκτομή έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν σοβαρή επίπτωση της σεξουαλικής λειτουργίας μετά την επέμβαση όπως αυτή εκδηλώνεται στην μείωση της επιθυμίας, της ικανοποίησης και της συχνότητας. Η επιπλοκή είναι σχεδόν αποκλειστική στην ομάδα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.

Στην πορεία ο Ρηγάτος (1985) επισημαίνει κάποιες διαφορές στις ψυχιατρικές διαταραχές (αγχώδεις-καταθλιπτικές διαταραχές): από τα υπάρχοντα στοιχεία δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές στην συχνότητα ψυχιατρικών διαταραχών 3 μηνών.

Δύο μηχανισμοί που έχουν αναφερθεί στην σχετική βιβλιογραφία είναι οι ακόλουθοι:

Γυναίκες, που μια βδομάδα μετά την μαστεκτομή εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσφορία και όχι καλή προσαρμογή, εμφανίζουν και ζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων, και ζουν αυτό σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση.

Γυναίκες που 3 μήνες μετά την μαστεκτομή χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα ανοσοσφαιρινών σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωικής αποδοχής ή της μαχητικότητας. Η υπόθεση που έχει γίνει είναι ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενή και είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που δεν ενεργοποιούν το συμπλήρωμα, γεγονός που μπορεί να εμποδίζει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που ενεργοποιούν συμπλήρωμα, γεγονός που μπορεί να βοηθά στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.

Κάθε άνθρωπος όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα, κατά την Δεληαντώνη-Οικονόμου (1991), χρησιμοποιεί όλες τις εφεδρείες που έχει για να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για τη ζωή του. Δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι: α) Άρνηση. Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού το άτομο αρνείται την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως: «δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς». Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα την συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλο.

Μαχητικότητα: Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει. Είναι θετική και ελπίζει. Ψάχνει να βρει πληροφορίες σχετικά με το νόσημά της και την αντιμετώπισή του.

Στωική αποδοχή: Οι ασθενείς αυτές δέχονται τη διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι' αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούργια συμπτώματα και συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Ο άρρωστος έχει μια γνώση της εξέλιξης της υγείας του με βάση τη φυσική του κατάσταση, την ένταση και έκταση του πόνου, την αδυναμία και καχεξία, και άλλα συμπτώματα όπως αιμορραγίες κ.λ.π.

Μερικοί ασθενείς όπως αναφέρει ο Ρηγάτος (1985), καθυστερούν να δουν το γιατρό όταν συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου εμφανίζονται. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρύσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για την διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε για αυτούς την αρχή του τέλους που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν, θα δημιουργείτο φόβος για τις παρενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της αρρώστιας και θα βρίσκονταν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή.

Συνεχίζοντας ο Ρηγάτος (1985) αναφέρει, ότι άλλοι άρρωστοι κατηγορούν τον γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου, μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικώς απαράδεκτες λύσεις φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό.

Ορισμένοι ασθενείς που παραπέμπονται στο Νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατελείωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Περιμένοντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως είναι από τις πιο δύσκολες στιγμές, ενώ όταν τα αυτά βγουν και επιβεβαιώνουν τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσοκόμα πρέπει να εξηγήσουν στον άρρωστο και την οικογένειά του το θεραπευτικό κομμάτι που σχεδιάζουν. Χωρίς κάποια εξήγηση, ο ασθενής μπορεί να αποδώσει τις παρενέργειες της θεραπείας σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του εξαιτίας της χειροτέρευσής της αρρώστιας και να θορυβηθεί ιδιαίτερα.

Η Στρογγυλού (1991), αναφέρει πως η επίσκεψη της οικογένειάς του γίνεται γεγονός οδυνηρό. Μαλώνει με τους συγγενείς του, τους κατηγορεί για έλλειψη αγάπης, κατανόησης, φροντίδας και ενδιαφέροντος προς αυτόν. Τότε τα μέλη της οικογένειας αντιδρούν με λύπη, δάκρυα, ενοχή ή αποφεύγουν μελλοντικές συναντήσεις με τον άρρωστο και έτσι η οργή και η στεναχώρια του αρρώστου επαυξάνεται.

Το ζήτημα εδώ είναι ότι ελάχιστοι βάζουν τον εαυτό τους στη θέση του αρρώστου και απορούν από πού να προέρχεται αυτός ο θυμός και η ευερεθιστότητα. Ίσως όμως και εμείς να οργιζόμασταν αν όλες οι δραστηριότητες της ζωής μας διακόπτονταν πρόωρα, αν περιμένουμε, μετά από χρόνια σκληρού μόχθου, να χαρούμε μερικά χρόνια ανάπαυσης και απόλαυσης της ζωής μόνο και μόνο για να μας βρει η τύχη. Τι άλλο θα κάναμε παρά να αφήσουμε την οργή μας να ξεσπάσει πάνω σε ανθρώπους που πολύ πιθανό να απολαύσουν όλα αυτά τα πράγματα, που είναι υγιείς.

Πάνω σε ανθρώπους που παραγγέλνουν επίπονες εξετάσεις, που διατάσσουν περιορισμούς ενώ μετά το τέλος της εργασίας τους μπορούν να πάνε να χαρούν τη ζωή. Όπου και να κοιτάζει λοιπόν ο άρρωστος αυτό τον καιρό, θα βρει αιτίες για παράπονα. Θα σηκώνει τη φωνή του, θα σταθεί απείθαρχος, θα έχει απαιτήσεις και θα ζητήσει να τον προσέχουν ίσως για να θυμίσει στους άλλους πως δεν είναι ακόμα νεκρός αλλάζει. Μπορούν να δεχτούν οτιδήποτε μόνο κάτω από δικούς τους όρους και αν ο χρόνος των γιατρών είναι περιορισμένος, αυτοί οι ασθενείς χάνουν την ευκαιρία που τους δίνουμε. Κι όμως είναι πιο απελπισμένοι από όλους. Αν το επιτρέψουμε σε τέτοιου είδους ασθενείς να είναι ο εαυτός τους και να εκτονώνονται, μπορεί να δείξουν άλλες πλευρές του εαυτού τους, ευαίσθητες, ευχάριστες, αποδεκτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

Δ.1) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ Κ.Α. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη του ψυχοσωματικής ιατρικής συνέβαλε στην άρση του καρτεσιανής λογικής που θεωρεί το σώμα εντελώς ανεξάρτητο από τη φυλή. Σήμερα ολοένα και περισσότερο στις επιστήμες του Υγείας κερδίζει έδαφος η ολιστική προσέγγιση, που δεν κάνει διαχωρισμούς ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή, αλλά δέχεται την αλληλεπίδρασή τους, όπως επίσης και την επίδραση που ασκεί στον άνθρωπο το κοινωνικό περιβάλλον. Ως εκ τούτου η ολιστική προσέγγιση απευθύνεται σε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, αλλά και στους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα με τη θεραπευτική διαδικασία, όπως νοσηλευτές κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές κ.λ.π.

Όπως σε κάθε ασθένεια έτσι και στον καρκίνο του Μαστού το πρόβλημα υγείας δεν είναι μόνο τους ασθενούς αλλά του ευρύτερου συστήματος στο οποίο ανήκει, δηλαδή της οικογένειας του. Συνεπώς στα πλαίσια αυτά είναι απαραίτητη η παρέμβαση του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού του οποίου ο πρωταρχικός ρόλος είναι να «ανακουφίσει» την οικογένεια του ασθενούς από τα συναισθήματα που προκαλεί η κατάσταση κρίσης λόγω της αρρώστιας. (<http://www.mastologia.gr> 6/11/2006).

Δ.2) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ Κ.Α. ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κατά κανόνα το νοσοκομείο αποτελεί τον χώρο όπου ο ασθενής έρχεται πρώτη φορά σε επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό και οι ψυχικές δυνάμεις του ασθενούς με καρκίνο του μαστού μειώνονται. Όλες οι επιδράσεις και τα προβλήματα που προκύπτουν από την αρρώστια του καρκίνου εκφράζονται και

αναδύονται στο χώρο του νοσοκομείου. Πολλές φορές δημιουργούνται αντιδράσεις που έχουν σαν αφετηρία τόσο τις εμπειρίες που φέρνει ο καθένας, όσο και το βαθμό συμμετοχής στην διαδικασία του θεραπειάς. Επιπλέον, η μείωση του ατομικότητας του ασθενούς και η εξάρτησή από τους γιατρούς και τις θεραπείες τον κάνει συναισθηματικά ευάλωτο. Έτσι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει να αντιμετωπίσει μόνο την ασθένεια, αλλά πρέπει να λάβει υπόψη και την ιδιαίτερα ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς με καρκίνο του μαστού.

Σ' αυτή την περίπλοκη κατάσταση είναι πολύ σημαντική η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος με τις επιστημονικές γνώσεις που διαθέτει και σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό και τους νοσηλευτές μπορεί να δώσει την πρέπουσα σημασία στα συναισθήματα του ασθενούς, να συμπαρασταθεί στον ίδιο και στην οικογένειά του, καθώς και να τον βοηθήσει να εξοικειωθεί με την αρρώστια και να αγωνιστεί για τη ζωή του: (www.evrytanika.gr 6/11/2006).

Οι ειδικές γνώσεις που διαθέτει ο κοινωνικός λειτουργός σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (1999) είναι οι πλέον κατάλληλες για την κατανόηση των συναισθημάτων, κοινωνικών και οικονομικών αναγκών του ασθενούς. Επίσης μπορεί να δώσει στον ιατρό και στο νοσηλευτικό προσωπικό πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν μια πληρέστερη εικόνα για τον ασθενή.

Μ' αυτόν τον τρόπο γίνεται ομαλότερη η παραμονή του ατόμου στο νοσοκομείο και αυξάνουν οι πιθανότητες καλύτερης συνεργασίας ως προς τη θεραπεία του. Ωστόσο το έργο του κοινωνικού λειτουργού με ασθενείς με καρκίνο του μαστού δεν σταματά εδώ, αντίθετα υπάρχει ένα μεγάλο φάσμα αρμοδιοτήτων και ρόλων το οποίο θα εξετάσουμε αναλυτικά σ' αυτό το κεφάλαιο.

Δ.3)Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ Κ.Λ. ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η Παπαγερίδου (1991) υποστηρίζει πως η παρέμβαση του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρέπει να έχει στόχο τη δημιουργία καλύτερων προϋποθέσεων για την προσαρμογή των αρρώστων στις συνθήκες της πάθησης τους καθώς και την επαναδραστηριοποίηση τους. Μ' αυτό τον τρόπο τους βοηθά να επανέλθουν σε μια πιο φυσιολογική ζωή.

Επίσης επισημαίνει πως η εργασία του κοινωνικού λειτουργού στρέφεται κυρίως στις εξής κατευθύνσεις:

α) Να βοηθήσει το άρρωστο άτομο να εκφράσει τα συναισθήματά της και της ανησυχίες της. Με τη μορφή που έχουν τα Νοσοκομεία –μεγάλα και απρόσωπα- είναι επιτακτική η ανάγκη του αρρώστου να βρει ένα άτομο που θα τον ακούσει και στο οποίο θα εκφράσει τα συναισθήματά του. Σ' αυτό τον τομέα η βοήθεια της οικογένειας δεν είναι σημαντική και δεν δίνει στον άρρωστο τη δυνατότητα να εκφραστεί στην προσπάθειά της να τον προστατέψει, καθησυχάζοντας τον και προσπαθώντας να τον πείσει ότι δεν είναι κάτι σοβαρό.

β) Να βοηθήσει τον ασθενή να διακρίνει το πραγματικό από το υποψιαζόμενο ή το κατά φαντασία γύρω από τη φύση της αρρώστιας, τη διάγνωση, το θεραπευτικό πρόγραμμα. Αυτό βέβαια πρέπει να γίνει σε συνεργασία με τον ογκολόγο ιατρό και όχι μόνο από τον κοινωνικό λειτουργό γιατί αφορά κυρίως ιατρικά θέματα. Θα μπορούσε να ενημερωθεί ο ασθενής για τυχόν αλλαγές που θα προκύψουν στο σώμα του, για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει και τι επιπτώσεις θα έχει αυτό στον οργανισμό του και στην εξωτερική του εμφάνιση (π.χ. Εάν ο ασθενής ξέρει τι έχει να αντιμετωπίσει, θα δεχθεί καλύτερα την όλη κατάσταση χωρίς οδυνηρές υπερβολές).

γ) Να τον υποστηρίξουμε και να του δώσουμε κουράγιο χωρίς όμως να τον παραπλανήσουμε. Χρησιμοποιώντας τις μεθόδους της ατομικής προσέγγισης θα

βοηθήσουμε τον άρρωστο να δεχτεί την αρρώστια του, να ξανακερδίσει το ενδιαφέρον για τη ζωή και να μπορέσει να υπομείνει έτσι όλες τις δυσκολίες που έχει ν' αντιμετωπίσει.

δ) Να βοηθήσει την οικογένεια του ασθενούς να δεχτεί την αρρώστια ξεπερνώντας τους αρχικούς φόβους και τις τυχόν ενοχές, να κατανοήσουν την αρρώστια και να σταθούν κοντά του. Επίσης να κάνουν τη δική τους εκφόρτιση και να το συζητήσουν για τις δικές τους ανησυχίες.

ε) Ο κοινωνικός λειτουργός επιλαμβάνεται και για τα πρακτικής φύσεως προβλήματα που παρουσιάζονται στην οικογένεια, όπως είναι το οικονομικό, τα προβλήματα εργασίας, εισαγωγής παιδιών σε παιδικό σταθμό κ.λ.π. Ενημερώνονται οι άρρωστοι σχετικά με τις κρατικές παροχές που δικαιούνται και γίνονται ενέργειες για επιδότηση, για την κάλυψη των εξόδων μετακίνησης τους.

3.1) ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με το περιοδικό Κοινωνική Εργασία (2003) οι Πανταζάκας και Μέντης (2003), επισημαίνουν ότι, ο κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο εκτός των άλλων, καλείται να ανταπεξέλθει στις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Συγκεντρώνει και οργανώνει πληροφορίες για τον ασθενή και το περιβάλλον που σχετίζονται με την ύπαρξη κοινωνικών προβλημάτων (οικονομικά, οικογενειακά, ασφαλιστικά κ.τ.λ.) τηρώντας το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων στα πλαίσια δεοντολογίας των κοινωνικών λειτουργών.
- Στηρίζει ψυχοκοινωνικά το περιβάλλον του ασθενή κατά τη φάση της κρίσης.
- Συνεργάζεται με άλλους λειτουργούς Υγείας, όπως ιατρούς, νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό, προκειμένου να παράσχει ενημέρωση ή άλλες υπηρεσίες στην οικογένεια του ασθενή έτσι ώστε

και εκείνη με τη σειρά της να συμπαρασταθεί κατά τον καλύτερο τρόπο.

- Κρατά αρχείο και στατιστικά στοιχεία για την κίνηση ασθενών και συνοδών στο γραφείο της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- Σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και ειδικότητες παράγει έντυπο ενημερωτικό υλικό χρήσιμο για τον ασθενή και τους συνοδούς του.

3.2)ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο είναι σημαντικό στο στάδιο της νοσηλείας του ασθενούς με καρκίνο του Μαστού να αναλάβει ρόλους που θα βοηθήσουν και θα στηρίξουν τον ασθενή με σκοπό την ομαλότερη εξέλιξη της θεραπείας.

Πιο αναλυτικά ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει:

- *Στην υποβοήθηση του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου των ιατρών με πληροφορίες για τη συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ασθενή προκειμένου να δημιουργηθεί μια πληρέστερη εικόνα του προβλήματος υγείας.*
- *Στην προετοιμασία του ασθενούς και των οικείων του για παραδοχή της ασθένειας και της αναγκαιότητας των μέτρων θεραπείας.*
- *Στη βοήθεια του ασθενή για την καλή προσαρμογή στο περιβάλλον του Νοσοκομείου.*
- *Στη δημιουργία ομάδων ασθενών ή συγγενών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα και στη βοήθεια τους μέσω της ομάδας για αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους.*
- *Στην προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντος του για την επάνοδο στο φυσικό περιβάλλον.*

- Στην εξεύρεση λύσεων κοινωνικής επανένταξης (αποκατάστασης) για περιστατικά που στερούνται περιβάλλοντος.
- Στην παραπομπή των συγγενών ή της ίδιας της ασθενούς μετά την έξοδο της σε στιγμές βοήθειας στην κοινότητα είτε για οικονομική βοήθεια είτε για ψυχολογική στήριξη.
- Στην έρευνα και επισήμανση προβλημάτων και αναγκών που ανάγονται στη λειτουργικότητα του Νοσοκομείου και την υποβολή εισηγήσεων με πιθανές λύσεις. (Κοινωνική Εργασία, τεύχος 72, 2003).

Δ.4)Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο κοινωνικός λειτουργός στα πλαίσια των προσπαθειών για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, έχει να επιδείξει σημαντικό έργο στον τομέα της ενημέρωσης του κοινού. Με στόχο την ενημέρωση των γυναικών για τη σημασία του προληπτικού ελέγχου ο κοινωνικός λειτουργός έχει μια σειρά από αρμοδιότητες που είναι οι ακόλουθες ([http:// www. mastologia. gr](http://www.mastologia.gr), 9-8-2006):

Αρχικά συγκεντρώνει στοιχεία που αφορούν είτε τα αίτια που σχετίζονται με τον καρκίνο του Μαστού είτε με τις συνέπειες της νόσου στην εν γένει ποιότητα ζωής του ατόμου.

Έπειτα συμμετέχει στην οργάνωση και διεξαγωγή προγραμμάτων αγωγής υγείας στοχεύοντας την ενημέρωση-ευαισθητοποίηση των πολιτών, αλλά και την βελτίωση της ποιότητας ζωής διαμέσου της ανάδειξης των κοινωνικών παραμέτρων της νόσου (<http://www.mastologia.gr>, 9-8-2006)

Επίσης στον τομέα της έρευνας και της εκπαίδευσης, όπου διερευνά τους κοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση και πορεία της νόσου, συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας στη διεξαγωγή

ερευνητικών προγραμμάτων, προκειμένου να συγκεντρωθούν ερευνητικά δεδομένα απαραίτητα για τη διενέργεια δράσεων αγωγής υγείας.

Επιπρόσθετα συμμετέχει ενεργά στη δημιουργία εντύπου υλικού με σκοπό την ενημέρωση των πολιτών και παρουσιάζει σε επιστημονικά συνέδρια τις κοινωνικές διαστάσεις της νόσου (<http://www.Oeek.gr> ,10-8-06).

Τέλος συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας (τοπική αυτοδιοίκηση, διεύθυνσης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) και συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό, συντονισμό και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας με σκοπό την ευαισθητοποίηση των πολιτών κατά του καρκίνου του Μαστού (<http://www.oeek.gr> ,10-8-06).

Δ.5)Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ Η ΑΣΘΕΝΗΣ

Κατά την Στρογγυλού (1991), μια ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη της το κοινωνικό μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από το ίδιο το άτομο, την προσδοκόμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης τη αρρώστιας. Το ψυχολογικό σχήμα και η παρέμβαση καθορίζεται από τα στάδια ανάπτυξης της νόσου.

5.1)1^η ΦΑΣΗ- ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ

Έτσι λοιπόν ,ο Κοσμίδης (1985),υποστηρίζει πως, μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό. Ωστόσο ο τρόπος που θα αντιμετωπίσουν τη νοσηλεία τους και τις συνέπειες της ασθένειας εξαρτάται από το πώς έχουν αντιμετωπιστεί σοβαρά προβλήματα στο παρελθόν. Γι' αυτό το λόγο, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να βοηθήσει στην προσαρμογή του ασθενούς στο δύσκολο αυτό στάδιο.

Οι στόχοι του Κ.Λ. στο στάδιο αυτό είναι οι εξής:

1. Να βοηθήσει τον ασθενή ,να μπορεί να ζει με τη γνώση της

σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της.

2. Να βοηθήσει, το άτομο, να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες.

3. Να βοηθήσει τον άρρωστο, να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματος και του εαυτού της.

4. Να βοηθήσει τον ασθενή, να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

ότι οι πρώτες συναντήσεις με τον ασθενή, όπως υποστηρίζει ο Ρηγάτος (1985), πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή του γύρω από την λειτουργία του νοσοκομείου που θα εισαχθεί και στην κατάστασή του σχετικά με τους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό, κατόπιν θα λαμβάνεται ένα λεπτομερές ιστορικό.

Στην περίπτωση που ο ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με τον γιατρό της περιγράφουν τις διαδικασίες που θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση. Επίσης του παρέχουν πληροφορίες για τα μετεγχειρητικά μέτρα και τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένος, δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκόμενων και βιούμενων γεγονότων, το άγχος μειώνεται και αίρεται μια πιθανή ψυχολογική αντίφαση. Στη συνέχεια σημαντικό είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αποβάλλει λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από την αρρώστια, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και να την ενθαρρύνει αυτές τις πλευρές με ένα θετικό τρόπο.

Επιπλέον σύμφωνα με τον Dollinger σε μετάφραση Μάθα (1996), είναι απαραίτητο ο κοινωνικός λειτουργός να βοηθήσει τον ασθενή στην αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων.

Είναι σημαντικό το άτομο να εκφράσει το θυμό του και να τον εξωτερικεύσει με οποιονδήποτε τρόπο έτσι ώστε να ξεσπάσει και στη συνέχεια με σωστή καθοδήγηση να διοχετεύσει αυτή την ενέργεια με θετικό τρόπο ,παλεύοντας ενάντια στη νόσο προσπαθώντας να διατηρηθεί στη ζωή.

Επίσης το άτομο θα πρέπει να συμφιλιωθεί με τους φόβους του, οι οποίοι πολλές φορές είναι αδικαιολόγητοι και δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Ο κοινωνικός λειτουργός, όπως εξηγεί ο Κοσμιδης (1985), θα πρέπει να παροτρύνει τον ασθενή να μοιραστεί το πρόβλημά του με την οικογένειά του ή και με κάποια άτομα που συνδέεται στενά. Επιπρόσθετα ο Κ.Λ. θα πρέπει να στηρίζει την ασθενή έτσι ώστε να αποδεχθεί τον αλλαγή του σώματός του και να τον βοηθήσει να επανακτήσει την σεξουαλική του ζωή.

Η Παπαγερίδου (1991) ,επισημαίνει πως ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να παροτρύνει το άτομο να αποφύγει την απομόνωση και να μοιραστεί τα συναισθήματά του, με άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν την ίδια δυσκολία. Πιο συγκεκριμένα να ενθαρρύνει το άτομο να συμμετάσχει σε ομάδες υποστήριξης με σκοπό την συμπαράσταση του ατόμου, καθώς και την αντιμετώπιση των οργανικών και ψυχολογικών προβλημάτων κατά την διάρκεια της θεραπείας.

5.2)2^η ΦΑΣΗ-ΕΝΔΙΑΜΕΣΟ ΣΤΑΔΙΟ

Σ' αυτή τη φάση, κατά τον Κοσμίδη (1985) , διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος του μαστού δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Όπως είναι κατανοητό ο ασθενής περνά από μια σειρά ψυχολογικών διεργασιών και αναπτύσσει διάφορους μηχανισμούς άμυνας. Στη δύσκολη αυτή φάση λοιπόν ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να στηρίζει τον ασθενή.

Αρχικά θα πρέπει σε συνεργασία με το γιατρό να ενημερώσουν τον ασθενή σχετικά με τις επιλογές που υπάρχουν όσον αφορά τη θεραπεία και να τον βοηθήσουν να αποφασίσει. Επίσης θα πρέπει να του εξηγηθούν τα υπέρ και τα κατά της θεραπείας και να προετοιμάσει τον ασθενή να τα δεχτεί.

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό στον άρρωστη ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να τον απασχολούν και να τον ενοχλούν , όμως υπάρχει ο κλονισμός της υγείας του από την αρρώστια που είναι σοβαρότερος. Είναι εξίσου σημαντικό να εξηγείται στον ασθενή πως λειτουργεί η κάθε θεραπεία, οποία αποτελέσματα και ποιες παρενέργειες μπορεί να φέρει, ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι αυτές εμφανιστούν.

Ο Dollinger σε μετάφραση Μάθα (1996) εξηγεί πως πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τους φόβους του, πως ο γιατρός και η οικογένειά του δεν θα τον εγκαταλείψουν και να του εξηγηθεί ότι θα είναι κοντά του. Τέλος θα πρέπει να ακούσει τις ανησυχίες του , τους φόβους του, τις ανάγκες του ασθενούς ,ώστε να τον υποστηρίξει συναισθηματικά και να δώσει στο άτομο κουράγιο και ελπίδα στην μάχη αυτή, έτσι ώστε να μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη και να γίνει πιο συνεργάσιμος στην θεραπεία.

5.3)3^η ΦΑΣΗ-ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Η θεραπεία σ' αυτή τη φάση είναι μόνο ανακουφιστική, όπως εξηγεί ο Κοσμίδης (1985), και ο ασθενής αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο του θανάτου. Σ' αυτή τη φάση ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ο οποίος φοβάται πως θα τον εγκαταλείψουν ότι ο ίδιος ο γιατρός και το υπόλοιπο νοσοκομειακό προσωπικό θα βρίσκονται κοντά του και θα είναι διαθέσιμοι να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του και πως θα του παρέχουν ανακούφιση και υποστήριξη όσο κρίνεται αναγκαίο.

Έπειτα ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να δώσει την ευκαιρία στο άτομο να είναι ο εαυτός του και να εκφράσει τις σκέψεις του εκτονώνοντας μ' αυτό τον τρόπο την συναισθηματική του ένταση.

Η Στρογγυλού (1991) επισημαίνει πως ο κοινωνικό λειτουργός θα πρέπει να απαλλάξει τον ασθενή από περιττό άγχος, ταλαιπωρία και να κατανοήσει αν

το άτομο είναι έτοιμο να δεχθεί επιπρόσθετη θεραπεία ή αν είναι έτοιμο να προετοιμαστεί για να πεθάνει. Έτσι θα πρέπει να συνεργαστεί με τον γιατρό έτσι ώστε να κατανοήσει πως ο ασθενής δεν είναι υποχρεωμένος να δοκιμάσει όλες τις επιτεύξεις της ιατρικής αλλά και ψυχοσωματική οντότητα όπου έχει δικαίωμα να πεθάνει όπως επιθυμεί.

«Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να επισκέπτεται τακτικά τον ασθενή του τελικού σταδίου υποστηρίζοντας τον, και δείχνοντας του ότι δεν τον ξέχασε. Μεγάλη σημασία έχει να ζητήσει από την οικογένεια και τους φίλους να μην τον εγκαταλείψουν. Κατόπιν θα πρέπει να συζητήσει με τον ασθενή το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασής του και να φροντίσει να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Επιπρόσθετα θα πρέπει να του δώσει την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους του δείχνοντας κατανόηση. Τέλος θα πρέπει να του συμπαρασταθεί συναισθηματικά χωρίς να τον κουράσει. Μια ματιά ένα σφίξιμο του χεριού μπορούν να πουν περισσότερα από πολλές λέξεις.»(Κοσμίδης 1985,σελ 87)

Δ.6)Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η οικογένεια αποτελεί μια μικρή κοινωνική ομάδα και σύμφωνα με τις επιστημάνσεις των Ζαφείρη και Μουζακίτη (1999), το κάθε πρόβλημα και η κάθε εμπειρία του δέχεται το ένα μέλος της ομάδας περνάει και στα υπόλοιπα. Υπάρχει δηλαδή μια μορφή διαρκούς αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της από συγγενείς και εξωγενείς παράγοντες. Έτσι λοιπόν όταν η οικογένεια μαθαίνει πως ένα μέλος πάσχει από καρκίνο προκαλείται ένα μπλοκάρισμα στη συμπεριφορά και την αντίδρασή της και για να μπορέσει να αντιμετωπίσει το άρρωστο μέλος αποτελεσματικό και να το βοηθήσει. Θα χρειαστεί τη συμβολή ανθρώπων με ειδική επιστημονική γνώση και πέρα των κοινωνικών λειτουργών.

6.1)1^η ΦΑΣΗ-ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ

Ο Κοσμίδης (1985), τονίζει πως ο κοινωνικός λειτουργός σ' αυτή την φάση θα πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια να εκφράσει με ειλικρίνεια τα συναισθήματά της έτσι ώστε να δημιουργηθεί μια αίσθηση εγγύτητας ανάμεσα στα μέλη. Έπειτα είναι σημαντικό να εξηγήσει στα μέλη της οικογένειάς της ότι χρειάζονται χρόνο μακριά από τον ασθενή για να ξεφύγουν από την συνεχή ένταση που η παρουσία της αρρώστιας και η συνεχή φροντίδα δημιουργούν. Μ' αυτό τον τρόπο θα διατηρηθεί η ψυχολογική τους ισορροπία και να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τόσο τα δικά τους συναισθήματα όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες του μέλους που νοσεί.

«Ο κοινωνικός λειτουργός , θα πρέπει να βοηθήσει οικογένειες όπου μετά το πρώτο «σοκ» της διάγνωσης παρουσιάζουν μια έξαρση ενεργητικότητας ,να την μετριάσουν γιατί σε διαφορετική περίπτωση το άρρωστο άτομο θα αισθάνεται πως τείνει να «εξαφανιστεί». Μ' αυτό τον τρόπο ο ασθενής θα νοιώσει πιο άνετα και φυσιολογικά και έτσι δεν θα κουραστούν και οι δυο πλευρές. Πρέπει να τους βοηθήσει να κατανοήσουν ότι είναι ανάγκη να μένουν δίπλα του διακριτικά και να σεβαστούν τις ανάγκες του για σκέψη, κρίση, ανασυγκρότηση και κινητοποίηση μηχανισμού άμυνας. Είναι σκόπιμο να μην αντληθεί η φροντίδα σ' αυτή την πρώτη φάση, διότι θα την χρειαστεί το μέλος που νοσεί στα επόμενα στάδια της αρρώστιας».(Δεληαντώνη –Οικονόμου, 1991,σελ 137)

Συνεχίζοντας η Δεληαντώνη- Οικονόμου (1991) ,επισημαίνει πως η εργασία του κοινωνικού λειτουργού με οικογένειες που αντιδρούν υπερπροστατευτικά προς τον ασθενή , θα πρέπει να εστιαστεί στο να κατευθύνει τους συγγενείς σε άλλες δραστηριότητες επιβεβαίωσης και αυτοολοκλήρωσης. Επίσης οι συγγενείς θα πρέπει να πεισθούν για τις ικανότητες και δυνατότητες του άρρωστου να συνεχίσει να δραστηριοποιείται και να αναλαμβάνει ευθύνες.

Επίσης η Δεληαντώνη- Οικονόμου (1991) ,τονίζει πως ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ανιχνεύσει με ιδιαίτερη προσοχή τα πραγματικά συναισθήματα όπου βρίσκονται μπερδεμένα με τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιγύρου. Αυτό το ξεμπερδεμα μπορεί να γίνει πολύ οδυνηρό, τόσο για τον ασθενή, όσο και για τα υπόλοιπα μέλη. Γι' αυτό χρειάζεται προσεκτική κατεύθυνση και λεπτούς χειρισμού.

Τέλος ο Κοσμίδης (1985) , εξηγεί πως ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να επιδείξει ιδιαίτερη προσοχή όσον αναφορά τα παιδιά του ασθενούς. Είναι απαραίτητο συζητώντας μαζί τους να τα βοηθήσει να αποβάλλουν τα συναισθήματα ενοχής όπου τους δημιουργούνται, φανταζόμενοι όπως αυτά προκάλεσαν την αρρώστια της μητέρας τους. Πρέπει να κατευθύνει σωστά τους γονείς για τον τρόπο με τον οποίο θα πληροφορήσουν τα παιδιά για την αρρώστια της μητέρας τους, έτσι ώστε να απαντηθούν ειλικρινά οι ερωτήσεις τους και να διαλυθούν οι φόβοι τους.

6.2) 2^η ΦΑΣΗ-ΕΝΔΙΑΜΕΣΟ ΣΤΑΔΙΟ

«Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος αποτελεί ένα ισχυρό σοκ για την οικογένεια και τον ασθενή. Εκεί όπου τα πράγματα δείχνουν να πηγαίνουν καλά ο καρκίνος του Μαστού δημιουργεί μετάσταση και μια σειρά από ψυχολογικές διεργασίες διενεργούνται στην οικογένεια. Σ' αυτή τη φάση πολύ έντονο είναι το στοιχείο του θυμού».(Δεληαντώνη – Οικονόμου ,1991,σελ94)

Σ' αυτό το στάδιο ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, όπως υποστηρίζει η Δεληαντώνη- Οικονόμου (1991), έγκειται στην προσπάθεια της σωστής διοχέτευσης του θυμού. Οι συγγενείς πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η ευθύνη για την αρρώστια δεν μπορεί να χρεωθεί στην επιλογή του ασθενούς. Η κατάσταση είναι πλέον διαμορφωμένη και η προσπάθεια πρέπει να στραφεί σε συμπεριφορά συμπαράστασης προς το μέλος όπου νοσεί και συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση πιθανών

προβλημάτων όπου πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η ψυχική ισορροπία και ηρεμία του άρρωστου είναι απαραίτητες στις υποθέσεις για την σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του σκληρού γεγονότος της μετάστασης.

Τέλος, σύμφωνα με τον M. Dollinger σε μετάφραση Μάθα (1996) , στην φάση αυτή τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται φόβο τον οποίο μπορεί άθελά τους να μεταδώσουν στον ασθενή. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να τους βοηθήσει να εκφράσουν τους φόβους τους σε συνεργασία με τον γιατρό τους να εξηγηθεί τι ακριβώς συμβαίνει και ποιοι από τους φόβους τους συσταθούν. Μ' αυτό τον τρόπο θα μειωθεί το άγχος τους και θα μπορέσουν να συμπαρασταθούν αποτελεσματικότερα στον ασθενή.

6.3) 3^η ΦΑΣΗ-ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Σημαντικό είναι να αναφέρουμε, ότι σύμφωνα με τον Κοσμίδη (1985), σ' αυτή τη φάση τα μέλη της οικογένειά της ασθενούς περνούν μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής παρόμοια με εκείνα του μέλους που νοσεί τα οποία κλιμακώνονται από την άρνηση ως την αποδοχή.

Κατά την Δεληαντώνη- Οικονόμου (1991) σ' αυτή τη δύσκολη φάση ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται με την οικογένεια με τους ακόλουθους τρόπους:

- Ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει να καλύψει την επιτακτική ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη των συγγενών όπου «ορθοποδώντας» οι ίδιοι θα καταφέρουν να συμπαρασταθούν στην άνθρωπό τους
- Θα πρέπει να τους βοηθήσει να εκφράσουν την συμπαράστασή τους προς τον άρρωστο με έναν πιο σιωπηλό τρόπο, όπως για παράδειγμα ένα τρυφερό βλέμμα , το κράτημα του χεριού σαν ένδειξη αγάπης που μεταφέρει το μήνυμα: Δεν είσαι μόνος, μαζί θα αγωνιστούμε.

- Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να βοηθήσει τους συγγενείς να αποδεχθούν την πραγματικότητα και να εξοικειωθούν με την αρρώστια και τον θάνατο. Επίσης άρρωστος και οικογένεια μπορεί να οδηγηθούν σε ουσιαστικές αλλαγές και κατατάξεις σ' ότι αφορά συναισθηματικές εκκρεμότητες, αλλά και θεώρηση γεγονότων και αξιών σ' άλλη θεωρητική ή γνωστική βάση. Ο υπαρξιακός προβληματισμός και η αναζήτηση του θείου είναι χαρακτηριστικά της αυτοδιοργάνωσης και αναζήτησης του ατόμου.
- Τέλος σύμφωνα με τον Κοσμίδη (1985) ,με τον θάνατο του ασθενούς η οικογένεια πρέπει να βοηθηθεί από τον κοινωνικό λειτουργό να θρηνήσει την απώλεια, την ανθρωπιστική αποστέρηση, να μοιραστούν με του υπόλοιπους γνωστούς την θλίψη και τα πένθος, να ξεπεραστούν κάποιες φαντασιώσεις, αυταπάτες, ψευδαισθήσεις σε σχέση με τον αποθανόντα. Με το πέρασμα του χρόνου και την στήριξη από τον κοινωνικό λειτουργό, η οδύνη θα έχει επεξεργαστές, η απώλεια θα έχει γίνει αποδεκτή και η οικογένεια θα λειτουργεί πια κανονικά αν και τα μέλη της μπορεί κατά καιρούς να επιστρέψουν στις παλιές ωραίες στιγμές όπου πέρασαν μαζί με τον εκλιπόντα.

Δ.7)ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι επαγγελματίες οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται με ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατά την άποψη της Στρογγυλού (1991), θα πρέπει πέρα από την ακαδημαϊκή τους κατάρτιση να διαθέτουν και ιδιότητες στο χαρακτήρα

τους και ισχυρή προσωπικότητα ,η οποία θα περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1)ωριμότητα
- 2)συναισθηματική ισορροπία
- 3)ικανότητα για συνεργασία με ανθρώπους κάθε τύπου και ιδιοσυγκρασίας
- 4)ανεκτικότητα στις προτιμήσεις και ειδικές ανάγκες των άλλων
- 5)διάθεση παραδοχής κάθε ανθρώπινης συμπεριφοράς που να διέπεται από κατανόηση και ανθρωπισμό
- 6)ήθος

Συνεχίζοντας η Στρογγυλού (1991) ,επισημαίνει πως ο επαγγελματικός εξοπλισμός των κοινωνικών λειτουργών ,έτσι ώστε να είναι αποτελεσματικοί στην εργασία τους θα πρέπει να είναι τέτοιος ώστε οι κοινωνικοί λειτουργοί:

1)Να είναι σε θέση να κατανοούν τους βασικούς κοινωνικοοικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες οι οποίοι ασκούν επίδραση στην κοινωνική συμβίωση και να γνωρίζουν τα ειδικότερα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, τα οποία πιέζουν τους ανθρώπους προς τους οποίους θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.

2)Πρέπει να έχουν γνώση της νομοθεσίας, των θεσμών και των υπηρεσιών μέσω των οποίων η κοινωνία προσπαθεί να προαγάγει την κοινωνική και οικονομική ευημερία των ατόμων.

3)Πρέπει να έχουν γνώση της ανάπτυξης του ανθρώπου από άποψη βιολογικής και ψυχολογικής και φυσιολογικής αλλά και μη.

4)Επίσης η Στρογγυλού (1991) εξηγεί πως οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να αντιλαμβάνονται την αλληλεπίδραση των ψυχοκοινωνικοοικονομικών παραγόντων στις περιπτώσεις ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών πιέσεων.

5)Πρέπει να κατέχουν τις αρχές και μεθόδους της κοινωνικής Πρόνοιας ,να έχουν σαφή αντίληψη των άμεσων και απώτερων αυτών σκοπών και καθηκόντων τους χρησιμοποιώντας επιστημονικές τεχνικές.

6)Πρέπει να έχουν κατανοήσει καλά τις βασικές ιδιοτυπίες του ανθρώπινου χαρακτήρα και να γνωρίζουν τους νόμους που διέπουν τον ψυχισμό του ανθρώπου και τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί συναλλασσόμενος με το περιβάλλον του. Πρέπει να μπορούν να ερμηνεύουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις για να βοηθήσουν τα άτομα ώστε να ικανοποιήσουν την τάση προς αυτάρκεια, κοινωνική παραδοχή, ανεξαρτησία και συντρέχοντας να αυξήσουν τις πιθανότητες για την εξασφάλιση μιας ποιοτικής ζωής.

7)Απαραίτητη είναι η καλή εξάσκηση της τεχνικής της συνέντευξης, της παρατηρητικότητας, του ακούειν, του ερευνάν και του επιδράν ευεργετικά πάνω στην ανθρώπινη ψυχή.

Δ.8)ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Η Παπαγερίδου (1991) , θεωρεί πως ο κοινωνικός λειτουργός ,εκτός από τη συμβολή του στην αντιμετώπιση των πρακτικών προβλημάτων που συναντά ο ασθενής με καρκίνο του μαστού ,τα οποία συνδέονται με τη νόσο και με την ανθρώπινη προσέγγισή της, χρησιμοποιεί μεθόδους κοινωνικής εργασίας με σκοπό την ψυχολογική στήριξη του ατόμου. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η ατομική προσέγγιση και η Κοινωνική Εργασία με Ομάδες. Φυσικά ανάλογα με την προσωπικότητα της ασθενούς και τις ανάγκες της ο Κ.Λ. χρησιμοποιεί την καταλληλότερη μέθοδο.

8.1) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ

Στην ατομική προσέγγιση, επισημαίνει η Παπαϊωάννου (1998), ο κοινωνικός λειτουργός δουλεύοντας θεραπευτικά με το άτομο έχει ως στόχο 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 του δώσει δύναμη και ελπίδα για να αγωνιστεί για τη ζωή του.

Κατά τον Κοσμίδη (1985), ο κοινωνικός λειτουργός ως θεραπευτής θα πρέπει να βοηθήσει το άρρωστο άτομο :

1) Να μάθει να αντικαθιστά την παθολογική ανάγκη του να είναι διαρκώς καλός, συμπαθής και αρεστός στους άλλους, πράγμα που συνεπάγεται την κινητοποίηση μηχανισμών άρνησης και απόθησης στην καθημερινή ζωή και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

2) Να αναπτύξει νέους τρόπους να εκφράζεται, να προβάλλει τον εαυτό του και να πραγματώνει τις αποφάσεις που παίρνει, ανεξάρτητα από ότι λένε ή σκέπτονται οι άλλοι.

3) Να μάθει να εγκαθιστά ικανοποιητικές, λειτουργικές, βαθιές και ειλικρινείς ανθρώπινες σχέσεις.

8.2) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ

Σημαντικό είναι να αναφέρουμε, όπως εξηγεί και η Κατσορίδου Παπαδοπούλου (1999), ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εντάξει τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε ομάδες συμπαράστασης θεραπευτικού χαρακτήρα με στόχο την αποφυγή της απομόνωσης του ατόμου.

Ο Dollinger (1996) εξηγεί πιο αναλυτικά πως δουλεύουμε σε τέτοιες ομάδες και τι προσφέρουν στις ασθενείς. Οι ομάδες στήριξης βοηθούν στην αντιμετώπιση των οργανικών, ψυχολογικών και πνευματικών προβλημάτων που

συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού, στο πλαίσιο των οποίων γίνονται εβδομαδιαίες συναντήσεις ,που αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Κατά την Παπαγερίδου (1991) ο κοινωνικός λειτουργός που συντονίζει μια ομάδα γυναικών με καρκίνο του μαστού , οι οποίες έχουν κοινές εμπειρίες, αρχικά θα πρέπει να τις παροτρύνει να διηγηθούν την περίπτωσή τους και να μοιραστούν την εμπειρία τους, καθώς και να συζητήσουν για την επίδραση του καρκίνου στη ζωή τους. Με αυτόν τον τρόπο η κάθε ασθενής ακούγοντας τις ιστορίες των υπολοίπων, μπορεί να τους συμπαρασταθεί και έτσι να μειωθεί η αίσθηση απομόνωσης φόβου και μοναξιάς. Τέλος ,μέσα από την ομάδα οι ασθενείς θα μπορέσουν να ανταλλάξουν πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να ανταπεξέλθουν σε κάποια συγκεκριμένα προβλήματα (π.χ. αντιμετώπιση φόβου για τις παρενέργειες της θεραπείας).

Η θεραπεία μέσα από την ομάδα, σύμφωνα με τον Κοσμίδη (1985), παρουσιάζει ορισμένα ευεργετικά προς τον ασθενή αποτελέσματα, τα οποία είναι τα ακόλουθα:

1)Η συμμετοχή της ασθενούς στην ομάδα όπου υπάρχουν και άλλες γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα την βοηθούν να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα απομόνωσης και να γίνει πιο λειτουργική.

2)Η ασθενής αισθάνεται ότι είναι χρήσιμη στους άλλους ,δίνοντας ,αλλά και παίρνοντας, συμβάλλοντας στη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των άλλων, αυξάνοντας την αίσθηση ότι αξίζει, ότι την αποδέχονται και μειώνονται τα αισθήματα αδυναμίας.

3)Επίσης η ομάδα βοηθάει στην αποευσθητοποίηση των αρρώστων με την ιδέα του θανάτου. Αγγίζοντας το θέμα αυτό και προσεγγίζοντάς το επανειλημμένα , συζητώντας όπως η μεταθανάτιο ζωή, εξοικειώνονται με την ιδέα του θανάτου και είναι περισσότερο έτοιμες να δεχτούν ένα τέτοιο ενδεχόμενο.

4) Στην ομάδα δίνεται έμφαση στο πόσο σημαντικό είναι να βρεθούν τρόποι συνέχισης της ζωής οι οποίοι θα είναι παραγωγικοί παρ' όλο την ύπαρξη της ασθένειας.

8.3) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Ο κοινωνικός λειτουργός δουλεύοντας με ασθενείς, μπορεί να συμβάλλει στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όπως εξηγεί και ο Ζωγράφου (2002), ενεργοποιώντας τις πηγές βοήθειας της κοινότητας.

Είναι πλέον γενικά αποδεκτό, κατά τον Σταθόπουλο (2000), ότι τα προβλήματα υγείας δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν ξεχωριστά από τα υπόλοιπα κοινωνικά προβλήματα τα οποία επηρεάζουν την υγεία και προκαλούν τις ασθένειες. Ειδικότερα στο χώρο της υγείας μερικά από τα θέματα στα οποία τα στελέχη κοινωνικής εργασίας μπορούν να παρέμβουν είναι:

- Η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης απέναντι στον καρκίνο του μαστού, με σκοπό την χρήση των υπηρεσιών υγείας και τη πραγματοποίηση προληπτικού ελέγχου.
- Η οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας με τρόπο που να εξυπηρετούν τους πολίτες χαμηλών εισοδημάτων και άλλων μη προνομιούχων κοινωνικά και οικονομικά ομάδων.
- Η συνεργασία με φορείς οι οποίοι είναι αρμόδιοι για περιπτώσεις ατόμων που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και προσπάθεια να ενταχθούν οι ασθενείς σε υποστηρικτικά προγράμματα, τόσο για τους ίδιους όσο και για τις οικογένειές του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

Ε.1)ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

1.1)UICC

Το όραμα της αποστολής της UICC:(Universal International Centre of Cancer)

Η UICC ιδρύθηκε το 1993 και είναι η μεγαλύτερη, ανεξάρτητη μη-κερδοσκοπική , μη κυβερνητική οργάνωση κατά του καρκίνου με 280 οργανώσεις πάνω από 80 χώρες. Η UICC αποτελεί την πηγή για σφαιρική δράση και φωνή για αλλαγή στην πάλη κατά του καρκίνου. Συγκεντρώνει άτομα στην εκστρατεία κατά του καρκίνου από ένα ευρύ φάσμα οργανώσεων συμπεριλαμβανομένων των δικτύων πολιτικής πίεσης, των ομάδων στήριξης ασθενών, των εθελοντικών οργανώσεων κατά του καρκίνου, των φορέων δημόσιας υγείας και ερευνητικών και θεραπευτικών κέντρων. (<http://www.uicc.gr>, 10-12-07)

Η UICC είναι ο μόνος διεθνής μη – κυβερνητικός οργανισμός που έχει αφιερωθεί στην σφαιρική αντιμετώπιση του καρκίνου.Το όραμά της είναι ένας κόσμος όπου ο καρκίνος δεν θα αποτελεί για τις μελλοντικές για μια απειλητική ασθένεια.

Η αποστολή της UICC είναι να χτίσει και να καθοδηγήσει την παγκόσμια κοινότητα στοχεύοντας:

- Στην ίση ανταλλαγή γνώσης για την αντιμετώπιση του καρκίνου,
- Στην μεταφορά των επιστημονικών ευρημάτων στις κλινικές δομές
- Στην συστηματική μείωση και τελική εξάλειψη των ανισοτήτων στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την

θεραπεία και την περίθαλψη των διαφόρων μορφών καρκίνου και

- Στην προσφορά της καλύτερης δυνατής φροντίδας σε όλους του ασθενείς με καρκίνο.

Το διεθνές πρόγραμμα Reach to Recovery (RRI) είναι πρόγραμμα της UICC που εφαρμόζεται παγκοσμίως και στοχεύει στην ενθάρρυνση ανταλλαγής εμπειριών μεταξύ των ομάδων στήριξης γυναικών με καρκίνο μαστού και ομάδων πίεσης.

Το Reach to Recovery στηρίζεται σε μια απλή αλλά καθολική αρχή: μια γυναίκα που έχει βιώσει την εμπειρία του καρκίνου του μαστού, δίνει τον χρόνο και την εμπειρία της, για να βοηθήσει και να υποστηρίξει μια άλλη γυναίκα που αντιμετωπίζει την ίδια πρόσκληση.

Το Διεθνές δίκτυο Reach to Recovery για την υποστήριξη γυναικών με καρκίνο μαστού προσπαθεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού, των επιζώντων και των οικογένειών τους, με την παγιοποίηση της διαδικασίας της εθελοντικής αλληλοβοήθειας και της προώθησης των υπηρεσιών για την ικανοποίηση των αναγκών έχουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού παγκοσμίως.

Περισσότερες από 70 ομάδες σε 50 χώρες αποτελούν το Διεθνές δίκτυο Reach to Recovery. Τα μέλη του δικτύου ωφελούνται από την ανταλλαγή των πληροφοριών και της εμπειρίας στον τομέα της εθελοντικής υποστήριξης γυναικών με καρκίνο μαστού.

Μέσω του δικτύου, τα μέλη έχουν την ευκαιρία να εκπαιδευτούν, να συμμετέχουν σε εθελοντικά και διεθνή συνέδρια, και να λαμβάνουν την εφημερίδα του Reach to Recovery (bloom).

Η UICC οργανώνει κάθε δυο χρόνια διεθνή συνέδρια Reach to Recovery για τις εθελόντριες τους επαγγελματίες που στηρίζουν γυναίκες με καρκίνο μαστού τόσο σε διεθνές όσο και σε τοπικό επίπεδο. (<http://www.uicc.gr>, 10-12-07)

1.2)EUROPA DONNA

Ο όμιλος ανέλαβε την επίσημη εκπροσώπηση της Europa Donna – Ευρωπαϊκή Συμμαχία για τον Καρκίνο του Μαστού-, στην Ελλάδα από τον Νοέμβριο του 2003.Στην Europa Donna συμμετέχουν 37 κράτη και έχει έδρα το Μιλάνο.(<http://www.uicc.gr,10-12-07>)

Οι 10 στόχοι της Europa Donna

- Η σωστή ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού σε θέματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού
- Η ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των γυναικών σε θέματα έγκαιρης διάγνωσης της ασθένειας
- Η εισαγωγή προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση
- Η εξασφάλιση άριστης ποιότητας ιατρικών και άλλων θεραπευτικών υπηρεσιών από τον κρατικό και ιδιωτικό τομέα για όλες τις γυναίκες
- Ο ποιοτικός έλεγχος του ιατρικού εξοπλισμού σε τακτά χρονικά διαστήματα
- Η ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των θεραπειών για επιμόρφωσή τους στις σύγχρονες μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας
- Η διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή για δεύτερη ιατρική γνώμη
- Η προώθηση και οικονομική ενίσχυση από το κράτος της επιστημονικής έρευνας για καρκίνο του μαστού.
- Η διασφάλιση πλήρους ενημέρωσης των γυναικών για τις προτεινόμενες θεραπευτικές επιλογές, συμπεριλαμβανομένων

της συμμετοχής σε ερευνητικό πρόγραμμα θεραπείας του δικαιώματος για δεύτερη ιατρική γνώμη

- Η αναγνώριση καλής ιατρικής πρακτικής και η προώθηση της ανάπτυξής της

1.3) Προγράμματα και δράσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καρκίνου του μαστού

Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού η ρήση « η άγνοια σκοτώνει, η πρόληψη σώζει» επιβεβαιώνεται απολύτως, γι' αυτό και συνιστά την πεμπουσία μιας αποτελεσματικής προσέγγισης για την αντιμετώπιση της νόσου. Αυτό συμβαίνει τουλάχιστον στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία έχει υιοθετήσει ήδη το δεύτερο ολοκληρωμένο πρόγραμμα για την υγεία (εισηγητής ο Α. Τρακατέλλης) και πάντα με θεμέλιο το τρίπτυχο: βελτίωση της δημόσιας υγείας- πρόληψη της ασθένειας- αποτροπή των πηγών κινδύνου. Άξια προσοχής είναι ιδιαίτερος η ενεργός συνδρομή της με την προώθηση δράσεων οι οποίες εκ των πραγμάτων δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστούν μεμονωμένα από τα κράτη –μέλη. Πιο συγκεκριμένα , στις ενέργειες που τείνουν να διαμορφώσουν , αρχής γενομένης από το 1987, ένα πλαίσιο για την πρόληψη και την βελτίωση της δημόσιας υγείας στον περί ου λόγος τομέα, θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν:

1987: Το πρώτο πρόγραμμα δράσης « Η Ευρώπη δράσης « Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», το οποίο ακολουθούν δυο ακόμη ανάλογα προγράμματα (1990-94, 1996-2003) με στόχο την μείωση, μέχρι το 2000, της θνησιμότητας λόγω καρκίνου κατά 15% και με προτεραιότητες τον βελτιωμένο ποιοτικό έλεγχο και την ανταλλαγή εμπειριών σχετικά με τις περισσότερο αποτελεσματικές πρακτικές. (<http://www.uicc.gr>,10-12-07)

1990: Δημιουργία « Δικτύου Ανίχνευσης Καρκίνου του Μαστού» με στόχο την επέκταση του μαστογραφικού ελέγχου σε όλη την Ευρώπη , το οποίο το

1992 παρουσιάζει τις «Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Γραμμές για την ποιοτική ασφάλιση του μαστογραφικού ελέγχου ανίχνευσης».

2002-2006: Συνεχής χρηματοδότηση και δραστηριότητα για τα ερευνητικά προγράμματα πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετική με την έρευνα του καρκίνου (για παράδειγμα στο έκτο πρόγραμμα – πλαίσιο δραστηριοτήτων έρευνας, τεχνολογικής ανάπτυξης και επίδειξης διατίθενται συνολικά 400 εκατ. Ευρώ για την έρευνα του καρκίνου

2003: Δημόσια Ημερίδα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου με θέμα

«Ανάγκη υιοθέτησης Κατευθυντήριων Γραμμών για τα Διεπιστημονικά Κέντρα περίθαλψης καρκίνων του μαστού» που στοχεύει στην πρόσβαση όλων των γυναικών σε ποιοτικές υπηρεσίες.

2003-2008 :Δημιουργία ολοκληρωμένου «Προγράμματος Κοινοτικής Δράσης στον Τομέα της Δημόσιας Υγείας».Σε ότι αφορά στο ζωτικής σημασίας θέμα της ποιότητας του μαστογραφικού ελέγχου , σε ψήφισμα που εξέδωσε το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2003) το συνδέει με τη μείωση κατά 25% του ποσοστού των θανάτων από καρκίνο του μαστού, έως το 2008.(<http://www.uicc.gr>,10-12-07)

Στο εν λόγω ψήφισμα προβάλλεται η ανάγκη:

1.Προώθησης της πολιτικής της Δημόσιας Υγείας (στόχος: η καλύτερη πρόληψη, η πρώιμη αναγνώριση, η διάγνωση, η αντιμετώπιση και παρακολούθηση του καρκίνου του μαστού).

2.Μείωση της θνησιμότητας (στόχος: η μείωση των θανάτων κατά 25% από καρκίνο του μαστού μέχρι του 2008)

3.Ενίσχυσης της διαγνωστικής ικανότητας σε πρώιμο στάδιο και εξασφάλισης της ποιότητας του μαστογραφικού ελέγχου(προϋπόθεση εν προκειμένω είναι: ειδικά προβλεπόμενες και πιστοποιημένες μονάδες μαστογραφίας , κινητές ή μόνιμες, ανάγνωση της μαστογραφίας από δυο ακτινολόγους οι οποίοι θα έχουν την εμπειρία και θα βλέπουν τουλάχιστον 5.000 μαστογραφίες τον χρόνο, τακτικό έλεγχο της ποιότητας της εικόνας και

του φορτίου αλληλογραφίας και του φορτίου ακτινοβολίας, συμμετοχή των ασχολουμένων με τη μαστογραφία τακτικά σε ειδικά μετεκπαιδευτικά σεμινάρια).

4. Χρήση υπερηχογραφήματος

5. Παρακολούθηση του ασθενούς από διεπιστημονική ομάδα

(οργανωμένα δίκτυα Διεπιστημονικών Κέντρων τα οποία θα πλήρουν τις εξής προϋποθέσεις: α) κάθε κέντρο Μαστού θα χειρουργεί τουλάχιστον 150 περιστατικά καρκίνου του μαστού ανά έτος, β) θα διευθύνεται από δεόντως καταρτισμένο ιατρό, γ) η διεπιστημονική ομάδα θα αποτελεί από εξειδικευμένους στη χειρουργική του μαστού ιατρούς αλλά και από άλλες ειδικότητες, όπως ακτινολόγοι , παθολόγοι- ογκολόγοι, παθολογοανατόμοι , νοσηλευτές και βοηθοί ακτινολογικών εργαστηρίων, καθώς και ένας διαχειριστής δεδομένων, δ) πραγματοποίηση διεπιστημονικής σύσκεψης μια φορά την εβδομάδα, ε) διασφάλιση της κλινικής έρευνας, στ) τακτική συμμετοχή των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σε τεστ και εξετάσεις για να αξιολογούνται οι γνώσεις αυτών, η) η εκτέλεση δοκιμασιών ελέγχου και παρακολούθησης σε συνεργασία με το εκάστοτε διεπιστημονικό κέντρο μαστού, θ) Ψυχο- ογκολογική συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη αγωγής των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών.

6. Ορθής Κλινικής Πρακτικής

7. Προώθησης και ανάδειξης πρωτοποριακών προγραμμάτων μέσω της ΕΕ, στηριγμένων στα αποτελέσματα του προγράμματος « Η Ευρώπη κατά του καρκίνου» με σωστό συντονισμό των δραστηριοτήτων των Γενικών Διευθύνσεων Υγείας και υποβολή προτάσεων σύστασης του Συμβουλίου, το οποίο θα είναι υπεύθυνο για το διαγνωστικό έλεγχο.

8. Σύνταξη έκθεσης από την Επιτροπή σχετικά με τα μέτρα που έχουν ληφθεί από τα κράτη μέλη, ώστε να υπάρχει μια ολοκληρωμένη άποψη.

9. Τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. καλούνται να αναλάβουν τις ευθύνες τους και να εφαρμόσουν κανόνες του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ανανεώνοντας

διαρκώς τα δεδομένα τους , αποσκοπώντας στην ψυχική ευεξία και τη σωματική ακεραιότητα των ασθενών, προωθώντας την εξειδίκευση στην Ιατρική, δημιουργώντας κέντρα συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης και θεσπίζοντας ειδικούς νόμους οι οποίοι θα κατοχυρώνουν τα δικαιώματα των ασθενών.

10. Τα κράτη μέλη καλούνται να διαθέσουν όσο το δυνατόν περισσότερους νόμους για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

11. Ιδιαίτερη προσοχή συνιστάται για τις χώρες που εντάχθηκαν πρόσφατα στην ΕΕ ή βρίσκονται υπό ένταξη, καθώς και σε αυτές εμφανίζονται χαμηλά ποσοστά επιβίωσης των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού. (<http://www.uicc.gr>,10-12-07)

Αξιοσημείωτο είναι ότι το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, έχει κάνει σύσταση σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου. Στη σύσταση αυτή, ζητείται από τα κράτη μέλη να πραγματοποιούν αξιόπιστο προσυμπτωματικό έλεγχο μέσω δοκιμασιών, όπως η μαστογραφία, σύμφωνα όμως με τις κατευθυντήριες γραμμές που προδιαγράφουν την ποιότητά της. Ειδικότερα συστήνεται:

- Παροχή αξιόπιστου προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου μέσω συστηματικής προσέγγισης του πληθυσμού
- Εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού (ηλικία 50-69 ετών) και του τραχήλου της μήτρας (από ηλικία 20 ετών)
- Εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Γραμμές βέλτιστης πρακτικής
- Πλήρης ενημέρωσης των συμμετεχόντων στα προγράμματα για τα οφέλη και τους κινδύνους
- Εξασφάλιση κατάλληλων συμπληρωματικών διαγνωστικών διαδικασιών.

Η δημοσίευση της τέταρτης έκδοσης των «Ευρωπαϊκών Κατευθυντήριων Γραμμών για την εξασφάλιση της ποιότητας στον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) και τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού», αποτελούν ένα πολύ καλό παράδειγμα του συντονιστικού ρόλου που μπορεί να παίξει η Ευρωπαϊκή Ένωση σε συνεργασία με τα κράτη-μέλη, τις σχετικές επιστημονικές οργανώσεις και την κοινωνία των πολιτών. Η νέα αυτή έκδοση συμπεριλαμβάνει την επέκταση των Κατευθυντήριων Γραμμών για εξασφάλιση ποιότητας της διεπιστημονικής διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, των κριτηρίων για ειδικές μονάδες μαστού και ένα πρωτόκολλο με το οποίο αναγνωρίζονται (certification) οι υπηρεσίες διάγνωσης και προσυμπτωματικού ελέγχου.

Σχετικά διευκρινίζεται ότι σκοπός ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του μαστού είναι να μειωθούν αφενός η θνησιμότητα τα νόσου μέσω έγκαιρης διάγνωσης και αφετέρου οι αρνητικές επιπτώσεις της θεραπείας. Για το σκοπό αυτό συστήνεται αντιθέτως ο περιορισμός της εξέτασης όταν πρόκειται για βλάβες φανερά καλοήθεις προκειμένου να αποτραπούν το άγχος της γυναίκας αλλά και η οικονομική επιβάρυνση. Ενδεικτική της σημασίας που αποδίδεται στον ψυχολογικό παράγοντα είναι και η προτροπή να αποφεύγεται στις Κλινικές Μαστού η ανάμειξη των γυναικών, των προσερχομένων με συμπτώματα της νόσου από εκείνες που επιθυμούν έναν απλό έλεγχο. (<http://www.uicc.gr,10-12-07>)

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος αφορά ένα υγιή και ασυμπτωματικό πληθυσμό, που χρειάζεται επαρκή πληροφόρηση, παρουσιασμένη με κατάλληλο και αμερόληπτο τρόπο, ώστε να παρέχεται η δυνατότητα επιλογών για τη συμμετοχή ή μη σε αυτόν. Η ενημέρωση που παρέχεται πρέπει να είναι επαρκής. Αληθής, βασισμένη σε δεδομένα, προσβάσιμη και κατά το δυνατόν, προσαρμοσμένη στις ατομικές ανάγκες.

Είναι λοιπόν προφανές ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει θέσει ισχυρές βάσεις για το συντονισμό και τη βελτίωση της έρευνας , της πρόληψης, της αντιμετώπισης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού, με στόχο τη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας σε όλη την επικράτειά της. Δυστυχώς, όπως ήδη προαναφέρθηκε οι αποκλίσεις που χαρακτηρίζουν εν γένει τα κράτη-μέλη στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, ισχύουν και στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού. Απόδειξη ότι μέχρι σήμερα μόνο 10 από τα 25 κράτη μέλη της Ένωσης έχουν λάβει μέτρα, εφαρμόζοντας τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Γραμμές προκειμένου να διασφαλισθεί η ποιότητα της μαστογραφίας.

Εν προκειμένω, επιβάλλεται να τονιστεί ότι η πρόοδος για την επιζητούμενη ποιότητα του μαστογραφικού ελέγχου δεν εξαρτάται μόνο από την αφοσίωση των λειτουργών υγείας, αλλά και από τη βούληση και το θάρρος των πολιτικών και των υπηρεσιών διοίκησης να λάβουν σωστές αποφάσεις και να προωθήσουν τις απαραίτητες στρατηγικές. (<http://www.uicc.gr>,10-12-07)

Ε.2)ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

2.1)ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ.

Στα πλαίσια της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας, με σκοπό την ολοκληρωμένη ενημέρωσή μας σχετικά με την ύπαρξη υπηρεσιών που αφορούν στον καρκίνο του μαστού, επισκεφθήκαμε το παράρτημα του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού στην Πάτρα.Η υπεύθυνη κοινωνική λειτουργός Μαρία Πέγιου μας ενημέρωσε τόσο για τη δράση του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού όσο και για τον Ο.Ε.Κ.Κ., δίνοντάς μας πολύτιμο υλικό για την ολοκλήρωση της εργασίας μας.

Σύντομο Ιστορικό

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού ιδρύθηκε το 1988 (αριθμό Πρωτ. Πειραιά 9/19.1.88) ύστερα από αίτημα γυναικών με καρκίνο μαστού και με την υποστήριξη της κυρίας Ιωσηφίνας Σκούρτα, Κοινωνικής Λειτουργού, τ. προϊσταμένης της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου «ΜΕΤΑΞΑ»

Σκοπός

Σκοπός του Συλλόγου είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, η ενθάρρυνση, υποστήριξη και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των μελών του, αλλά και η συμβολή του στην απομυθοποίηση του καρκίνου και στην ενημέρωση της Ελληνίδας για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Οργάνωση

Ο Σύλλογος έχει 800 μέλη και 50 εκπαιδευμένες εθελόντριες. Διοικείται από 7μελές συμβούλιο και έχει 8μελή Επιστημονική Επιτροπή, Επιστημονική Σύμβουλο, Επιστημονικούς Συνεργάτες, μία Κοινωνική Λειτουργό, μία Ψυχολόγο και μία γραμματέα.

ΝΕΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

Αριστοτέλους 79-81 (Πλ. Βικτωρίας), 104 34 Αθήνα

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Πρόγραμμα Οργανωμένης Αλληλοβοήθεια (Εθελοντικό Πρόγραμμα)

Το Εθελοντικό Πρόγραμμα του Συλλόγου έχει σκοπό τη συναισθηματική υποστήριξη και πρακτική βοήθεια στις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Βασίζεται σε διεθνή πρότυπα (Reach to Recovery International) είναι

όμως προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα .Βασική αρχή είναι ότι οι γυναίκες που έχουν υποστεί ογκεκτομή ή μαστεκτομή, βρίσκουν μεγάλη βοήθεια και ανακούφιση τις πρώτες δύσκολες ημέρες μετά την επέμβαση, συζητώντας με άλλες γυναίκες που είχαν την ίδια εμπειρία αρκετά χρόνια πριν και τώρα απολαμβάνουν μια φυσιολογική ζωή. (<http://www.oekk.gr,11-12-07>)

Το Πρόγραμμα δίνει την ευκαιρία στην ασθενή, αν το επιθυμεί, να συζητήσει με εθελόντρια του Συλλόγου, την επομένη μέρα από το χειρουργείο της. Η εθελόντρια μπορεί να την καταλάβει όσο κανείς, μια και είχε την ίδια εμπειρία πριν χρόνια, είναι πια καλά προσαρμοσμένη και έχει ικανότητα για επικοινωνία.

Κατά την επίσκεψη, δίνεται έντυπο υλικό και ειδικός μαστός κατάλληλος να χρησιμοποιηθεί τις πρώτες μέρες μετά την επέμβαση.

Στο Πρόγραμμα συμμετέχουν μέλη του Συλλόγου που επιθυμούν να προσφέρουν εθελοντική εργασία και που επιλέγονται προσεκτικά με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

1. Να έχουν περάσει τουλάχιστον δύο χρόνια από τη θεραπεία τους.
2. Να παρουσιάζουν καλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή.
3. Να αντιμετωπίζουν την εμπειρία τους, στο σύνολό της, θετικά.
4. Να θέλουν να παρακολουθήσουν το εκπαιδευτικό σεμινάριο.

Έμπειρη κοινωνική λειτουργός είναι υπεύθυνη, τόσο για τα εκπαιδευτικά σεμινάρια, όσο και για την εποπτεία των εθελοντριών.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΘΕΛΟΝΤΡΙΩΝ

Η επιλογή, εκπαίδευση και εποπτεία των εθελοντριών γίνεται από ειδικούς έμπειρους επαγγελματίες.Οι εθελόντριες εκπαιδεύονται για διάστημα 10 εβδομάδων σε ομάδες που συντονίζουν ειδικοί επαγγελματίες. Η εκπαίδευση έχει βιωματικό χαρακτήρα και αποσκοπεί στην αναγνώριση, έκφραση και αποδοχή των δικών τους συναισθημάτων, στην κατανόηση του ρόλου και την οριοθέτηση του εθελοντικού τους έργου.

Δύο φορές το χρόνο γίνονται σεμινάρια με επανεκπαιδευτικό χαρακτήρα. Κάθε μήνα γίνονται ομαδικές εποπτικές συναντήσεις για ανταλλαγή και αξιοποίηση εμπειριών και κάθε εθελόντρια μπορεί να έχει εποπτεία ατομική όποτε αισθανθεί την ανάγκη. (<http://www.oekk.gr,11-12-07>)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Στόχος του Πανελλήνιου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού είναι η παροχή υπηρεσιών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης προσαρμοσμένων στις ανάγκες της κάθε ασθενούς και στις ιδιαιτερότητες της κάθε φάσης στην πορεία της νόσου.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι οι εξής:

Ατομική Συμβουλευτική

Τα μέλη του Συλλόγου έχουν τη δυνατότητα ατομικών συναντήσεων, προκειμένου να επεξεργαστούν τα ειδικά θέματα που τις απασχολούν και να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης.

Συμβουλευτική Ζεύγους

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι μια οικογενειακή υπόθεση. Οι ισορροπίες, οι ρόλοι και η δυναμική των σχέσεων προσωρινά διαταράσσονται. Η Συμβουλευτική Ζεύγους στοχεύει στην βελτίωση της σχέσης των συντρόφων, στην καλύτερη επικοινωνία τους, στην αναγνώριση των αναγκών του κάθε συντρόφου, στην επίλυση προβληματικών «περιοχών» κλπ.

Ομάδα Διαχείρισης Άγχους

Το άγχος αποτελεί αναπόφευκτο κομμάτι της καθημερινότητάς μας. Στόχος δεν είναι να μην έχουμε ποτέ ξανά άγχος, αλλά να μάθουμε να το διαχειριζόμαστε. Είναι πολύ σημαντικό οι γυναίκες με καρκίνο μαστού να αποκτήσουν δεξιότητες διαχείρισης άγχους, ώστε να μπορούν να αντεπεξέλθουν τόσο στις ανάγκες της θεραπείας όσο και της καθημερινότητας.

Ομάδα Στήριξης Γυναικών Υπό Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι αναμφισβήτητα μία από τις πλέον επώδυνες φάσεις θεραπείας, καθώς επιφέρει πολλαπλές παρενέργειες. Πολλές φορές οι γυναίκες νιώθουν να έχουν χάσει τον έλεγχο, οι παρενέργειες της θεραπείας επηρεάζουν τόσο την ψυχολογική τους κατάσταση και τη λειτουργικότητά τους όσο και την αυτοεικόνα τους, ο ρόλος τους διαταράσσεται τόσο μέσα στο οικογενειακό όσο και στο εργασιακό πλαίσιο. Στόχος της ομάδας είναι η στήριξη των γυναικών που βρίσκονται αντιμέτωπες με αυτή τη θεραπευτική διαδικασία, η επεξεργασία και επίλυση των θεμάτων που τις απασχολούν, η αναγνώριση και επεξεργασία των συναισθημάτων και φόβων που τις ανησυχούν, η εκμάθηση δεξιοτήτων χαλάρωσης που θα έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. (έντυπο υλικό του Συλλόγου)

Ομάδα Στήριξης Γυναικών με Μετάσταση

Η μετάσταση αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός για την γυναίκα. Έρχεται αντιμέτωπη με νέες απειλές, οι ισορροπίες που είχε ανακτήσει ταρασσονται, αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα επικρατούν. Στόχος της ομάδας είναι η αναγνώριση και επεξεργασία των φόβων και των ανησυχιών που προκύπτουν, η έκφραση και ανακούφιση των δυσάρεστων συναισθημάτων, η κινητοποίηση προς μια ενεργό επίλυση του παρόντος προβλήματος, η αποδοχή και προσαρμογή στις νέες συνθήκες. Οι ομάδες θεραπείας είναι κλειστές, με συγκεκριμένο αριθμό συμμετεχόντων (8 γυναίκες) και συγκεκριμένη διάρκεια (12 εβδομάδες).

Ανοικτή Ομάδα Υποστήριξης

Η Ομάδα συμβάλλει, στην προσπάθεια της γυναίκας με καρκίνο του μαστού για καλύτερη επικοινωνία με τους άλλους και για προσωπική εξέλιξη. Μέσα σε κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και αποδοχής που υπάρχει στην ομάδα, τα μέλη έχουν την ευκαιρία να αναγνωρίσουν και να εκφράσουν συναισθήματα και σκέψεις, να ακούσουν τις θέσεις των άλλων, μοιράζονται συναισθήματα και εμπειρίες, συνειδητοποιούν ότι δυσκολίες και αδυναμίες έχουν και οι άλλοι, ενισχύονται στην επικοινωνία τους με τους άλλους,

ενθαρρύνονται και επιβεβαιώνονται. Η ανοικτή Ομάδα Υποστήριξης έχει συγκεκριμένη διάρκεια δεκατεσσάρων εβδομάδων, με αριθμό συμμετεχόντων έως 15 γυναίκες.

Γραμμή επικοινωνίας

Μία διάγνωση Καρκίνου Μαστού μπορεί να σε κάνει να έχεις πολλά ερωτήματα, να νιώθεις μόνη και απομονωμένη. Μπορείς να τηλεφωνήσεις στον Σύλλογο και να μιλήσεις με μια εκπαιδευμένη εθελόντρια που πέρασε ακριβώς την ίδια εμπειρία με σένα πριν από καιρό. Η εθελόντρια είναι ο μόνος άνθρωπος που μπορεί να σε καταλάβει καλύτερα από οποιονδήποτε, μιας και η ίδια είχε βιώσει τις ίδιες ανησυχίες, τους ίδιους φόβους. Μπορεί ακόμα να σου δώσει κάποιες πρακτικές συμβουλές και πληροφορίες που θα σου είναι πολύ χρήσιμες.

Κάθε ενδιαφερόμενο άτομο μπορεί να τηλεφωνήσει στον Σύλλογο και να μιλήσει με μια εθελόντρια από Δευτέρα έως Παρασκευή, 10.00-16.00 στο 210 - 41 80 006. Τα τηλεφωνήματα είναι άκρως εμπιστευτικά. (έντυπο υλικό του Συλλόγου).

2.2) ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ (Ο.Ε.Κ.Κ.)

Προφίλ

Ο Όμιλος ιδρύθηκε με την πρωτοβουλία ομάδας γυναικών το 1976 (Αρ. Εγκρ. Αποφ. Πρωτοδικείου Πειραιά 16/26-1/1976) με αρχική ονομασία Όμιλος Κυριών Φίλων του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου ΜΕΤΑΞΑ. Σκοπός του ήταν κυρίως η οικονομική βοήθεια των απόρων καρκινοπαθών. Σταδιακά η προσφορά αυτή παίρνει οργανωμένη μορφή, αλλάζει η νοοτροπία της φιλανθρωπίας και η περιστασιακή βοήθεια αντικαθίσταται από οργανωμένα προγράμματα.

Το 1980 αλλάζει το καταστατικό και διαμορφώνεται η ονομασία του σε 'Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου'. Δημιουργεί προγράμματα που υλοποιούνται με την βοήθεια εκπαιδευμένων εθελοντριών.

Εξελικτικά έγινε ένας οργανωμένος εθελοντικός φορέας που σήμερα αριθμεί 1200 μέλη και 150 εκπαιδευμένες εθελόντριες και επιστημονικό προσωπικό.

Ο Όμιλος πραγματοποιεί εκστρατείες ενημέρωσης - έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου σε απομακρυσμένες περιοχές, νησιά, εργοστάσια , σχολεία και ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού

Επίσης είναι δίπλα στον ασθενή με καρκίνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας του με παρουσία εθελοντριών στο νοσοκομείο (Κλινική μιας Ημέρας - Ακτινοθεραπευτική Κλινική, Δανειστική Βιβλιοθήκη). Επίσης στηρίζει οικονομικά άπορους ασθενείς καθώς και ασθενείς τελικού σταδίου.

Ο Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου διοικείται από 11μελές Διοικητικό Συμβούλιο και έχει Επιστημονική Σύμβουλο και Επιστημονική Επιτροπή που έχουν την ευθύνη του σχεδιασμού και της εποπτείας των προγραμμάτων του. Απασχολεί μόνιμα ειδικούς επαγγελματίες (κοινωνική λειτουργό, ψυχολόγο και λογοπεδικό) και δύο γραμματείς

Με την τελευταία τροποποίηση του καταστατικού του, στις αρχές του 2002, μέλος του Ομίλου μπορεί να είναι κάθε πρόσωπο ανεξαρτήτως φύλου, και έχει την δυνατότητα να ιδρύει παραρτήματά του σε όλη την Ελλάδα.

Πρόληψη - Έγκαιρη Διάγνωση

Ο Όμιλος δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην πρόληψη - έγκαιρη διάγνωση. Δεδομένου ότι η γνώση απομυθοποιεί και κινητοποιεί θετικά, το πρόγραμμα αυτό στοχεύει.

- Στην αλλαγή της στάσης του κοινού απέναντι στον καρκίνο χρησιμοποιώντας νέες μεθόδους προσέγγισης (διεπιστημονική ομάδα, συμμετοχή θεραπευμένων καρκινοπαθών, προσέγγιση από εθελόντριες κ.λ.π.)

- Στην ενημέρωση όλων των ελλήνων πολιτών επεκτείνοντάς την τόσο σε απομακρυσμένες περιοχές όσο και σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού (π.χ. τσιγγάνοι), αναγνωρίζοντας το δικαίωμα όλων στην ενημέρωση
- Στην κινητοποίηση των γυναικών για τακτικό προληπτικό έλεγχο και την διασύνδεσή τους με τους τοπικούς φορείς υγείας.(έντυπο υλικό του Συλλόγου)

Το πρόγραμμα υλοποιείται σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας σε συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και αφορά στην ενημέρωση-έγκαιρη διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου - του καρκίνου του μαστού - του καρκίνου του λάρυγγα - του καρκίνου του δέρματος & του καρκίνου του προστάτη.

Από το 1995 ξεκίνησαν προγράμματα ενημέρωσης, πρόληψης- έγκαιρης διάγνωσης σε δήμους, κοινότητες και κλειστά συστήματα (εργοστάσια-σχολεία)

Ξεκίνησαν επίσης καμπάνιες ενημέρωσης για τον Καρκίνο του Μαστού κάθε Οκτώβριο από το 2003. Ο μήνας Οκτώβριος έχει καθιερωθεί διεθνώς ως μήνας για την ενημέρωση για τον Καρκίνο του Μαστού.

- Ενημερωτικές ομιλίες για τον γυναικολογικό καρκίνο και τον καρκίνο του μαστού με την συμμετοχή μαιευτήρα χειρουργού, χειρουργού μαστού, ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού και γυναίκας με εμπειρία καρκίνου μαστού, μέλους του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού

- Γυναικολογικές εξετάσεις, λήψεις Pap test και κλινική εξέταση μαστού (ψηλάφηση) από ειδικούς γιατρούς

- Τα αποτελέσματα των εξετάσεων αποστέλλονται ταχυδρομικά στην κάθε γυναίκα με τις απαραίτητες κατευθύνσεις ανάλογα με την περίπτωση

•

Οκτώβριος 2003 - Μιλάμε για τον Καρκίνο του Μαστού

Αν και ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή απειλή για την κάθε γυναίκα, οι Ελληνίδες εξακολουθούν να θεωρούν ότι ο κίνδυνος αυτός δεν τις

αφορά. Παρά το γεγονός ότι κάθε χρόνο περίπου 4.500 γυναίκες στη χώρα μας μαθαίνουν ότι πάσχουν από την ασθένεια, μόνο στο 5% των περιπτώσεων η διάγνωση της νόσου έγινε σε πρώιμα στάδια. Αντίθετα στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό της πρώιμης διάγνωσης φθάνει έως και το 60%.

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

Με στόχο την ενημέρωση των γυναικών για τη σημασία του προληπτικού ελέγχου με τη διενέργεια της αυτοεξέτασης και της μαστογραφίας, ο Οκτώβριος έχει οριστεί ως Μήνας Ενημέρωσης για τον Καρκίνο του Μαστού. Τον Οκτώβριο του 2003, ο «Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου» διοργάνωσε εκστρατεία ενημέρωσης για την ευαισθητοποίηση των γυναικών στην σημασία της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Το σύνολο των εκδηλώσεων πραγματοποιήθηκαν υπό την αιγίδα της Γενικής Γραμματείας Ισότητας του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, με τη χορηγία της φαρμακευτικής εταιρείας Janssen - Cilag.(<http://www.oekk.gr,11-12-07>)

ΜΗ ΚΛΕΙΝΕΙΣ ΤΑ ΜΑΤΙΑ

Η καμπάνια «ΜΗΝ ΚΛΕΙΝΕΙΣ ΤΑ ΜΑΤΙΑ στον καρκίνο του μαστού» δημιουργήθηκε για λογαριασμό του Ομίλου Εθελοντών κατά του Καρκίνου και του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού στα πλαίσια του Μήνα Οκτώβρη που έχει καθιερωθεί παγκοσμίως ως μήνας ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού.

Ελπίδα τόσο του Ομίλου και του Συλλόγου όσο και των πολύτιμων συνεργατών τους, που συνέβαλαν στην επιτυχή πραγματοποίηση της καμπάνιας, είναι να μπορέσει η καμπάνια να συνεχισθεί με νέα πρόσωπα ώστε η ενημέρωση για τον Καρκίνο του Μαστού να είναι συνεχής και όχι μόνο κάθε Οκτώβρη.

2,3)ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ

Το 1978, ο Charles Marie Gros, Πρόεδρος τότε της Διεθνούς Εταιρείας Μαστολογίας και Καθηγητής Μαστολογίας στο Πανεπιστήμιο του Στρασβούργου έκανε την πρόταση για την ίδρυση της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας. Ένα χρόνο αργότερα, το 1979, ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας (ΕΕΜ) με πρώτο Πρόεδρό της τον καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας κ. Βασίλειο Κουτήφαρη. Στη συνέχεια διετέλεσαν Πρόεδροι οι κ. Γεώργιος Παρασκευάς, Μιχάλης Φιλιππάκης, Ιωάννης Γκόγκας και η κ. Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα. Σήμερα, η Εταιρεία μας είναι μέλος και της Παγκόσμιας Εταιρείας της Υγείας του Μαστού, απαριθμεί μάλιστα περί τα 500 μέλη. (<http://www.mastologia.gr,11-12-07>)

Οι σκοποί της Εταιρείας είναι οι ακόλουθοι:

- Μελέτη, προβολή και υποστήριξη θεμάτων που αφορούν στις παθήσεις του μαστού.
- Παρουσίαση θεμάτων και προγραμμάτων που συμβάλλουν στη συνεχή θεωρητική και 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 γι' αυτά τα προβλήματα και ιδιαίτερα για τον καρκίνο του μαστού.
- Συμμετοχή σε διεθνείς ενώσεις και οργανισμούς, που επιδιώκουν παρόμοιους σκοπούς.
- Συμμετοχή σε εθνικές ή διεθνείς επιτροπές, σε εθνικά και διεθνή συνέδρια, συμβούλια, συνδιασκέψεις και γενικά σε εκδηλώσεις, που έχουν σχέση με τους προαναφερθέντες σκοπούς.
- Προβολή της ανάγκης εξειδίκευσης των ιατρών στη Μαστολογία.

Στην 25ετή διαδρομή της, στα πλαίσια παροχής υπηρεσιών στην ελληνική κοινωνία, ασχολείται με τα εξής:

- συνεχή μετεκπαίδευση των ειδικών στον μαστό ιατρών
- ενημέρωση των μη ειδικών ιατρών στα σύγχρονα επιτεύγματα της Μαστολογίας

- ενημέρωση του κοινού για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού, που αποτελεί το υπ' αριθμόν 1 αίτιο θανάτου των γυναικών, ηλικίας 40-60 ετών.

Για να επιτύχει τους σκοπούς της, η Εταιρεία διοργανώνει:

- μετεκπαιδευτικά σεμινάρια και συνέδρια για τους ειδικούς και μη ιατρούς
- για την ενημέρωση και επαγρύπνηση του κοινού οργανώνονται απλουστευμένες ενημερωτικές εκδηλώσεις τόσο στην Αθήνα όσο και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας, όπου εξειδικευμένοι ιατροί μιλούν για θέματα διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού, με προβολή κατάλληλων διαφανειών, και διανέμεται έντυπο ενημερωτικό υλικό προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις απαιτήσεις του κοινού.

Από το 2002 η ΕΕΜ ανταποκρινόμενη στην υπ' αριθμό 1 ανάγκη της Ελληνίδας, ίδρυσε το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης γυναικών με καρκίνο του μαστού «Έλλη Λαμπέτη».

Οι συνδρομές των μελών, οι δωρεές επώνυμων και ανώνυμων φίλων και οι χορηγίες κρατικών και ιδιωτικών φορέων καλύπτουν τα οικονομικά μεγέθη της Εταιρείας.

Ο μήνας Οκτώβριος είναι ο Ευρωπαϊκός μήνας για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού. Για το λόγο αυτό, η Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας στην προσπάθεια της να ενημερώσει όσο το δυνατόν περισσότερους ανθρώπους για το ότι η έγκαιρη διάγνωση και η πρόληψη σώζουν ζωές, εγκατέστησε δύο (2) περίπτερα στο Δήμο της Αθήνας με στόχο την ενημέρωση και τη διανομή έντυπου ενημερωτικού υλικού. Τα περίπτερα λειτούργησαν από τις 3/10/05 έως 9/10/05 και κατά τις ώρες 09.00 έως 18.00 στην Πλατεία Κοτζιά, στη συμβολή των Οδών Αθηνάς & Ευπολίδος και στον Πεζόδρομο της οδού Ερμού & Νίκης. (<http://www.mastologia.gr,11-12-07>)

Οκτώβριος, Ευρωπαϊκός Μήνας για την Καταπολέμηση του Καρκίνου του Μαστού

Ο μήνας Οκτώβριος είναι ο Ευρωπαϊκός μήνας για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού. Για το λόγο αυτό, η Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας στην προσπάθεια της να ενημερώσει όσο το δυνατόν περισσότερους ανθρώπους για το ότι η έγκαιρη διάγνωση και η πρόληψη σώζουν ζωές, εγκατέστησε δύο (2) περίπτερα στο Δήμο της Αθήνας με στόχο την ενημέρωση και τη διανομή έντυπου ενημερωτικού υλικού.

2.3.1) ΚΕΝΤΡΟ «ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΕΤΗ»

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού "Ελλη Λαμπέτη", ιδρύθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας τον Μάρτιο του 2002, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, καθώς και των οικογενειών τους. Είναι ένα ανεξάρτητο ελληνικό εξωνοσοκομειακό Κέντρο που επιχορηγείται από δημόσιους και ιδιωτικούς χορηγούς.

Από τη δημιουργία του μέχρι σήμερα, το Κέντρο έχει προσφέρει τις υπηρεσίες του σε περισσότερα από 1800 άτομα, παρέχοντας ενημέρωση και υποστήριξη σχετικά με ζητήματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

Στο ιδιαίτερα φιλικό και ευχάριστο περιβάλλον του Κέντρου καταρτισμένοι ψυχολόγοι παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης με ραντεβού, τηρώντας τις αρχές του ιατρικού απορρήτου. Παράλληλα, τα στελέχη του Κέντρου παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη τηλεφωνικά, αγκαλιάζοντας ασθενείς που βρίσκονται στην επαρχία ή δεν μπορούν να μετακινηθούν. (<http://www.mastologia.gr>, 11-12-07)

Σε ποιούς απευθύνεται το Κέντρο

Το προσωπικό του Κέντρου "Ελλη Λαμπέτη", με γνώση και ευαισθησία, βοηθά τις γυναίκες και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν προσωπικά, κοινωνικά αλλά και εργασιακά προβλήματα, καθώς και να διευθετήσουν καθημερινές δραστηριότητες που επηρεάζονται από την εμφάνιση και τις συνέπειες της συγκεκριμένης νόσου.

Συγκεκριμένα απευθύνεται:

- Σε όλες τις γυναίκες με πρόσφατη διάγνωση της νόσου
- Σε όλες τις γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και ακολουθούν θεραπευτική αγωγή
- Σε όλες τις γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο της αποθεραπείας
- Σε όλες τις γυναίκες που θέλουν να ενημερωθούν για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού
- Στα άτομα του στενού οικογενειακού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος

Οι υπηρεσίες του

Το Κέντρο προσφέρει, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση:

- Ενημέρωση σε σχέση με τη νόσο
- Ατομική ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη σε γυναίκες με προβλήματα καρκίνου του μαστού
- Ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη στις οικογένειές τους τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όσο και μετά
- Υποστήριξη στη διαδικασία της επανένταξης στο οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον
- Δυνατότητα γνωριμίας και επαφής με άλλες γυναίκες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα
- Πολιτιστικές εκδηλώσεις και άλλες δραστηριότητες, ημερίδες, εορταστικές εκδηλώσεις, bazaars, συναυλίες, εκθέσεις ζωγραφικής, κ.λπ. (<http://www.mastologia.gr>, 11-12-07)

2.4)ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ(ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ)

Η ανάγκη βοήθειας του ατόμου με καρκίνο 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 ένας εξωνοσοκομειακός φορέας που βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό καθώς και με άλλους φορείς και ειδικότητες στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει υπεύθυνα, το θέμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. (<http://www.add.gr,11-12-07>)

Στο Πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να απευθυνθεί κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο ανεξάρτητα από το φύλο, την εντόπιση της νόσου, την ηλικία και την μόρφωση με μόνη προϋπόθεση την πληροφόρηση για την διάγνωση της αρρώστιας.

Σκοπός του Προγράμματος

Είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο με Καρκίνο. Η Λειτουργία του Κέντρου στηρίζεται στην συνεργασία Κοινωνικών Λειτουργών και Ψυχολόγων.

Συγκεκριμένα οι στόχοι είναι :

- 1.** Να βοηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (φόβο, άγχος, κατάθλιψη).
- 2.** Να αντιμετωπίσουν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την αρρώστια.
- 3.** 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.

4. Να βοηθούν στο να προσαρμοστούν στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.

5. Να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες.

6. Να ενεργοποιηθούν προς την Κοινωνική τους επανένταξη.

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).

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).

Το Πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όπως παρουσιάστηκε έχει διαμορφωθεί μέσα από την εμπειρία των οκτώ (8) χρόνων λειτουργίας του, συνέχεια όμως βελτιώνεται και αξιολογείται. (<http://www.add.gr>,11-12-07)

2.4.1) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία διαθέτει Κυτταρολογικό Εργαστήριο στο οποίο διεξάγονται κυτταρολογικές εξετάσεις κολποτραχηλικών επιχρησμάτων (pap-test) καθώς εκκριμάτων μαστού από απομακρυσμένα κέντρα υγείας και περιφερειακά νοσοκομεία της χώρας, καθώς και βιομηχανικά συγκροτήματα. Επίσης διεξάγονται λήψεις από ομάδα επιστημονικών συνεργατών της ΕΑΕ, που αποτελείται από ιατρούς γυναικολόγους και μαίες. Η περιοχή οι οποίες καλύπτονται συνολικά είναι : ΚΥ Ορεστιάδας, ΓΠΝ Διδυμότειχου, ΓΠΝ Μυτιλήνης "Βοστανείο", ΓΠΝ Τρικάλων, ΓΠΝ Καρδίτσας, ΚΥ Πλωμαρίου, ΚΥ Καλλονής, ΚΥ Άντισσας Μυτιλήνης, ΚΥ Σουφλίου, ΚΥ Κορωπίου, ΠΕΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, ΚΥ Δαφνών Ηρακλείου, κλπ. Κατά μέσο όρο διενεργούνται περί τις 800 εξετάσεις μηνιαίως.

2.4.2) ΑΝΟΙΚΤΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ ΕΛΠΙΔΑ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

1. Η άμεση πληροφόρηση του κοινού, για τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης του Καρκίνου

2. Την ενημέρωση για ιδρύματα, νοσοκομεία και άλλους φορείς, που έχουν την δυνατότητα να υποστηρίξουν το άτομο, που πάσχει από καρκίνο, τόσο στη φάση που νοσηλεύεται, όσο και στο στάδιο της προετοιμασίας, που απαιτείται, για την κοινωνική του επανένταξη και αποκατάσταση.

3. Την παροχή της δυνατότητας ψυχολογικής υποστήριξης σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο και θέλουν να μιλήσουν για το πρόβλημα της υγείας τους, τις προσωπικές τους αγωνίες και ανασφάλειες, επιμένοντας στο δικαίωμα της ανωνυμίας.

4. Την παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης σε άτομα του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος ασθενών με καρκίνο.

5. Την παροχή πληροφόρησης για ειδικές εξετάσεις (ΠΑΠ ΤΕΣΤ, μαστογραφία, HEMOCULT TEST κλπ.)

ΓΡΑΜΜΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΕΛΠΙΔΑ

Πληροφορίες για το κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας και τη δυνατότητα, ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που το συγκεκριμένο πρόγραμμα προσφέρει, δωρεάν στα άτομα που πάσχουν από καρκίνο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον. (<http://www.add.gr>, 11-12-07)

Η **Ανοικτή Τηλεφωνική Γραμμή Ελπίδας** λειτουργεί καθημερινά. Στις τηλεφωνικές κλήσεις απαντούν, μία Κλινική Ψυχολόγος και τρεις Κοινωνικοί Λειτουργοί. Η Τηλεφωνική Γραμμή απαντά στο νούμερο **210/64.01.202**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ

ΣΤ1)ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

1.1) ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι ερευνητικές υποθέσεις που θα μπορούσαν να τεθούν για την διερεύνηση των παραπάνω στόχων είναι:

1)Αν πιστεύουν πως η ενημέρωση είναι περισσότερη τώρα σε σχέση με παλιότερα και πως αξιολογούν τις γνώσεις τους σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

2)Από ποια μέσα έχουν ενημερωθεί για τον καρκίνο του μαστού.

3)Πόσο ενημερωμένο είναι το κοινό σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και με την ύπαρξη σχετικών οργανώσεων ή φορέων και κατά πόσο υπάρχει προκατάληψη.

4)Σε τι ηλικία τα άτομα είναι περισσότερο ενημερωμένα και σε τι είδους εξετάσεις υποβάλλονται.

5)Να εξετάσουμε το μορφωτικό επίπεδο και την αντίδρασή τους όταν μαθαίνουν ότι κάποιο συγγενικό πρόσωπο πάσχει από καρκίνο του μαστού.

6)Αν τα άτομα που έχουν συγγενικό ή άλλο πρόσωπο στο περιβάλλον τους με καρκίνο του μαστού είναι περισσότερο ενημερωμένα με αυτά που δεν έχουν και αν κάνουν προληπτικές εξετάσεις.

1.2)Επιλογή Μεθοδολογίας

Η μελέτη αυτή προσανατολίζεται στην περιγραφή της ασθένειας του καρκίνου του μαστού και την ενημέρωση που έχουν οι γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω για την ασθένεια αυτή, καθώς επίσης και την αναγκαιότητα ύπαρξης

ειδικών υπηρεσιών παροχής βοήθειας και ενημέρωσης σε θέματα καρκίνου του μαστού.

Βασική επιδίωξή μας είναι ο σωστότερος τρόπος προσέγγισης του προβλήματος και η συγκέντρωση και ανάλυση των δεδομένων με αξιόπιστο και αποτελεσματικό τρόπο.

Η προσέγγιση του προβλήματος ,της ενημέρωσης των γυναικών σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της ερευνητικής επισκόπησης και η ανάλυση είναι ποσοτική.

1.3)Ερευνητική Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Ο Πληθυσμός της έρευνας είναι γυναίκες , ηλικίας 18 ετών και άνω.

Ο χώρος που διεξήχθει η έρευνά μας ήταν η Πλατεία Γεωργίου και ο πεζόδρομος Αγίου Νικολάου.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε είναι το ανώνυμο γραπτό ερωτηματολόγιο.

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν από 10-11-06 έως 10-12-06.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έπειτα από την ολοκλήρωση της διαδικασίας συλλογής των ερωτηματολογίων έγινε με το πρόγραμμα Microsoft Excel 2003.

Το δείγμα ήταν γυναίκες κάτοικοι Πατρών ηλικίας από 18 ετών και άνω.

1.4)Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

Ως μέσο συλλογής στοιχείων χρησιμοποιήσαμε το γραπτό ερωτηματολόγιο. Η επιλογή του ερωτηματολογίου έγινε διότι μπορεί να δοθεί σε μεγαλύτερη ομάδα πληθυσμού, χρειάζεται λιγότερο χρόνο για να το συμπληρώσουν οι

ερωτώμενοι, είναι οικονομικό και κυρίως διότι τα στοιχεία που θα συλλέξουμε θα διευκολύνει την ποσοτική ανάλυση.

Μετά από τις απαραίτητες διευκρινήσεις το ερωτώμενο άτομο κλήθηκε να συμπληρώσει μόνο του το ερωτηματολόγιο.

Στην παρούσα έρευνα έχουν επιλεγεί 25 ερωτήσεις κλειστού τύπου λόγω του ότι διευκολύνουν τον ερωτώμενο, κάνοντάς του περισσότερο κατανοητό το θέμα, χωρίς να απαιτείται να διαθέσει πολύ χρόνο. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγονται οι αποκλίσεις των απαντήσεων στην κωδικοποίηση.

Περιέχονται ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις θα δίνονται με ναι ή όχι ,ερωτήσεις διαβάθμισης , καθώς και ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής.

Επιδιώκεται να συγκεντρωθούν τα εξής δεδομένα τα οποία προκύπτουν από τα παρακάτω:

- Για την 1^η ερευνητική υπόθεση οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 9, 10 ,11,12,13,15,16,24,25 μας δίνουν πληροφορίες σχετικά με το αν τα άτομα που έχουν συγγενικό ή άλλο πρόσωπο στο περιβάλλον τους το οποίο πάσχει από καρκίνο του μαστού, είναι περισσότερο ενημερωμένα σε σχέση με αυτά που δεν έχουν καθώς επίσης και αν κάνουν προληπτικές εξετάσεις

- Για την 2^η ερευνητική υπόθεση οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 1,6,7,8,9,10,11,13,24,25 παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το πόσο ενημερωμένα είναι τα άτομα για τον καρκίνο του μαστού και αν υποβάλλονται σε προληπτικές εξετάσεις.

- Για την 3^η ερευνητική υπόθεση οι ερωτήσεις 2 και 17 μας προσφέρουν πληροφορίες σχετικά με την αντίδραση των ατόμων όταν μαθαίνουν ότι κάποιο συγγενικό ή άλλο πρόσωπο του περιβάλλοντός τους πάσχει από καρκίνο του μαστού.

- Για την 4^η ερευνητική υπόθεση οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 18,19,24,25 μας δίνουν πληροφορίες για το αν τα άτομα είναι ενημερωμένα για την ύπαρξη φορέων και οργανώσεων σχετικών με τον

καρκίνο του μαστού καθώς επίσης το κατά πόσο υπάρχει προκατάληψη απέναντι στη νόσο.

- Για την 5^η ερευνητική υπόθεση οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 23 και 24 μας παρέχουν πληροφορίες για τα μέσα από τα οποία έχουν πληροφορηθεί τα άτομα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.

- Για την 6^η ερευνητική υπόθεση οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 20,21,22 μας βοηθούν να μελετήσουμε αν η ενημέρωση που υπάρχει για τον καρκίνο του μαστού είναι περισσότερη σήμερα σε σχέση με παλιότερα και πως αξιολογούν τις γνώσεις τους σε σχέση με τη νόσο.

1.5.Μέθοδος Δειγματοληψίας

Για την επιλογή του δείγματος στηριχτήκαμε στη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Το δείγμα μας αφορά γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω, καλύπτοντας έτσι όλο το φάσμα των ηλικιών που μας ενδιαφέρουν. Συμπληρώθηκαν 120 ερωτηματολόγια από γυναίκες κατοίκους του Δήμου Πατρέων.

1.6.Αξιοπιστία-Εγκυρότητα

Για να εξασφαλιστεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα έγιναν οι παρακάτω ενέργειες:

- Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου:

A)Κατασκευάστηκαν με βάση τους άξονες των ερευνητικών υποθέσεων.

B)Κατασκευάστηκαν με βάση το θεωρητικό πλαίσιο

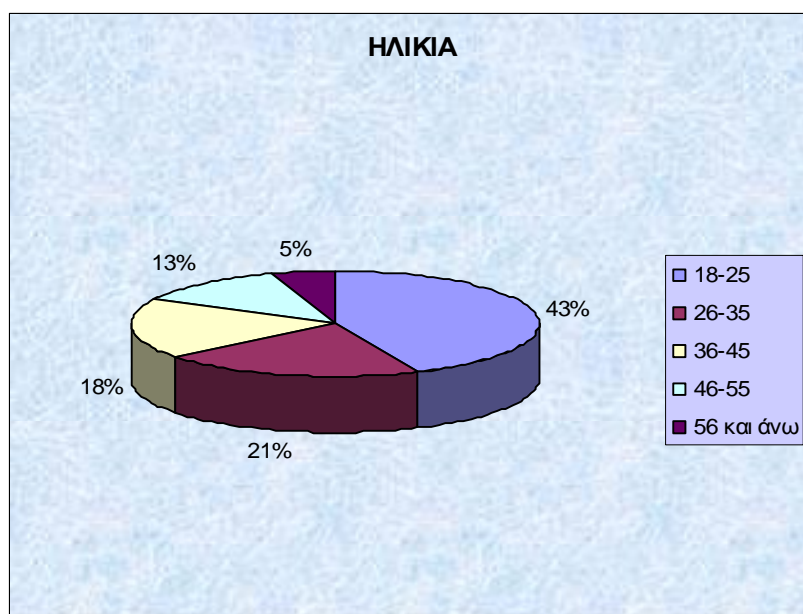
Γ)Τέθηκε υπόψη ειδικού ερευνητή σε θέματα ποσοτικής μεθοδολογίας και ανάλυσης των δεδομένων.

Δ)Ακολουθήθηκαν οι αρχές της δεοντολογίας, προκειμένου να εξασφαλιστεί η επιστημονικότητα και η εγκυρότητα της έρευνας

ΣΤ3)ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1) Ηλικία

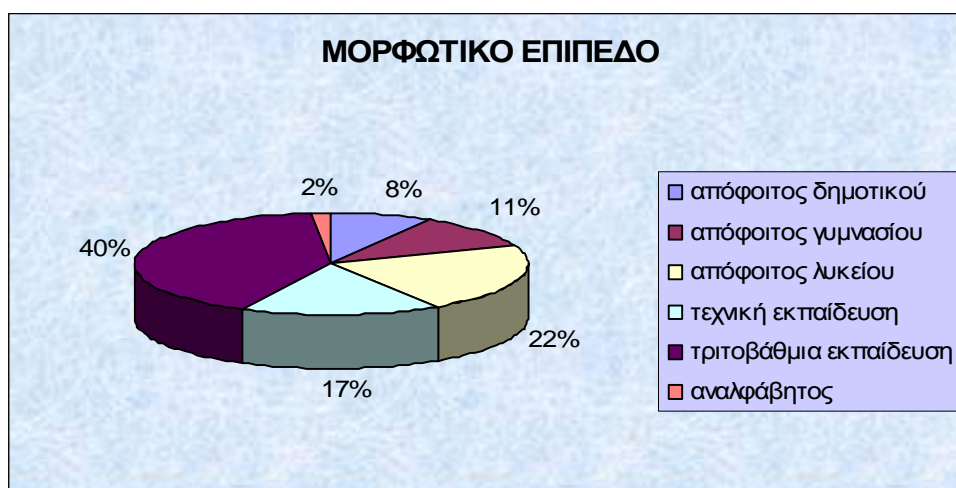
18-25	52	43%
26-35	25	21%
36-45	22	18%
46-55	15	13%
56 και άνω	6	5%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων είναι ηλικίας 18-25 ετών.

2) Μορφωτικό επίπεδο

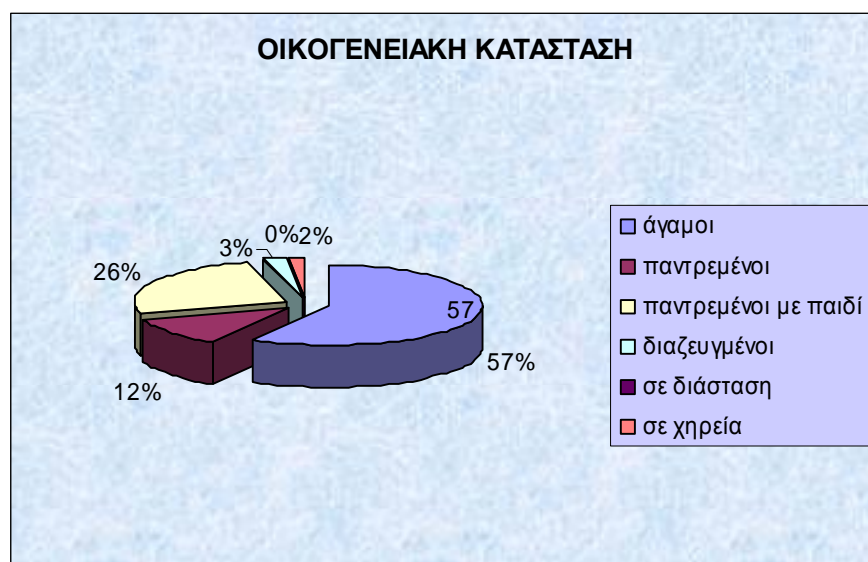
απόφοιτος δημοτικού	10	8%
απόφοιτος γυμνασίου	13	11%
απόφοιτος λυκείου	26	22%
τεχνική εκπαίδευση	20	17%
τριτοβάθμια εκπαίδευση	49	40%
αναλφάβητος	2	2%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Παρατηρείται ότι το 40% των ερωτώμενων είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

3) Η οικογενειακή σας κατάσταση είναι:

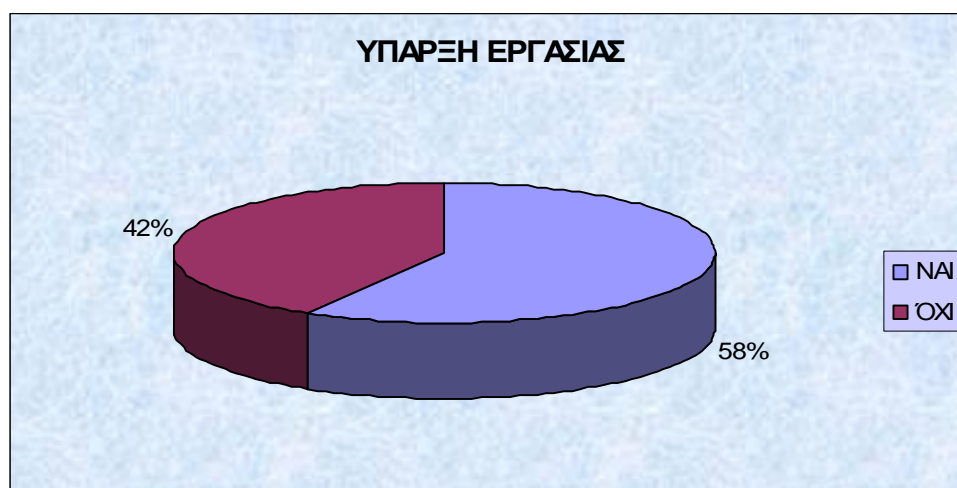
άγαμοι	70	57%
παντρεμένοι	14	12%
παντρεμένοι με παιδί	31	26%
διαζευγμένοι	3	3%
σε διάσταση	0	0%
σε χηρεία	2	2%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Παρατηρείται στον παραπάνω πίνακα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων είναι άγαμες .

4) Εργάζεστε ;

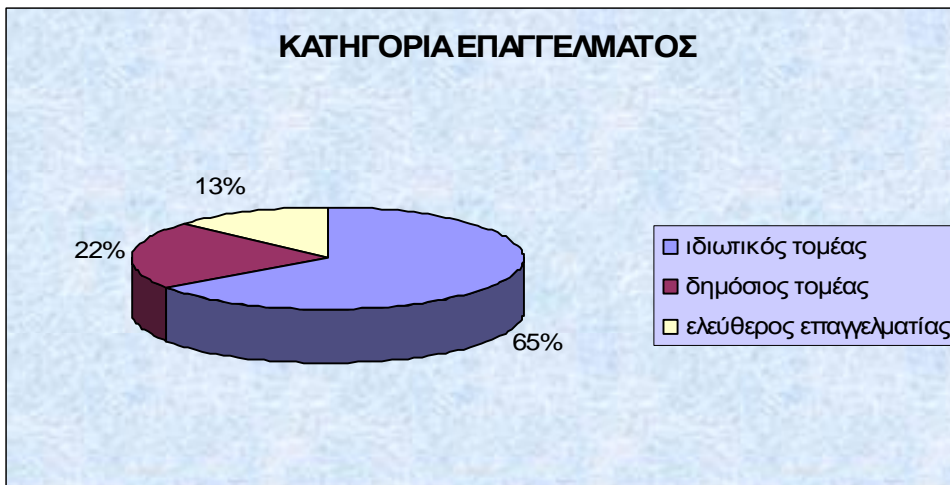
ΝΑΙ	70	58%
ΌΧΙ	50	42%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων εργάζεται.

5) Αν ναι, το επάγγελμά σας ανήκει στην κατηγορία:

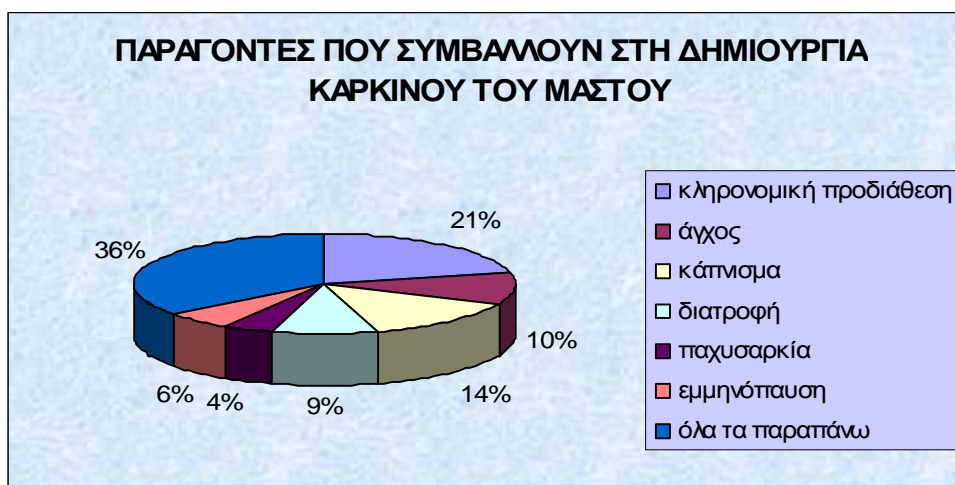
ιδιωτικός τομέας	45	65%
δημόσιος τομέας	15	22%
ελεύθερος επαγγελματίας	9	13%
ΣΥΝΟΛΟ	69	100%



Από τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα.

6) Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι συμβάλλουν στη δημιουργία καρκίνου του μαστού ; (μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απαντήσεις)

κληρονομική προδιάθεση	41	21%
άγχος	19	10%
κάπνισμα	27	14%
διατροφή	17	9%
παχυσαρκία	8	4%
εμμηνόπαυση	11	6%
όλα τα παραπάνω	68	35%
ΣΥΝΟΛΟ	191	100%



Στον παραπάνω πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων υποστηρίζει πως όλοι οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν στη δημιουργία καρκίνου του μαστού.

7) Θεωρείτε ότι υπάρχουν τρόποι με τους οποίους μπορούν να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού;

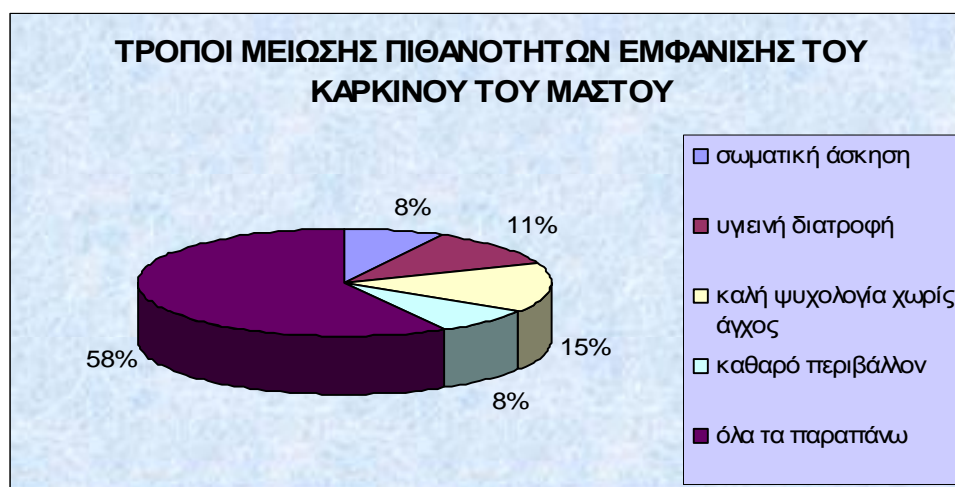
ΝΑΙ	112	93%
ΌΧΙ	8	7%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Το 93% των ερωτώμενων υποστηρίζει πως υπάρχουν τρόποι μείωσης των πιθανοτήτων εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

8) Αν ναι, με ποιους τρόπους από τους παρακάτω πιστεύετε ότι μπορούν να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού;(μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απαντήσεις)

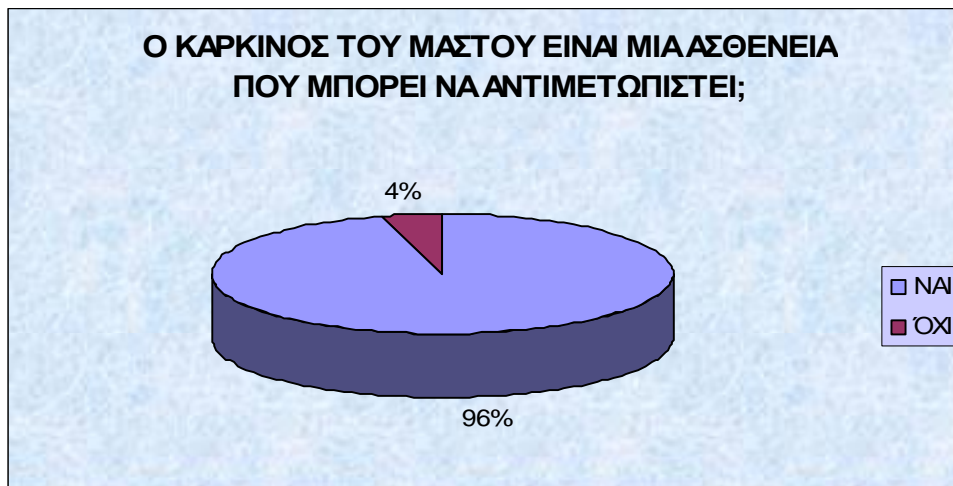
σωματική άσκηση	11	8%
υγιεινή διατροφή	16	11%
καλή ψυχολογία χωρίς άγχος	21	15%
καθαρό περιβάλλον	11	8%
όλα τα παραπάνω	82	58%
ΣΥΝΟΛΟ	141	100%



Το 58% των ερωτώμενων υποστηρίζει πως με όλους τους παραπάνω τρόπους μπορούν να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

9) Πιστεύετε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια που μπορεί να αντιμετωπιστεί ;

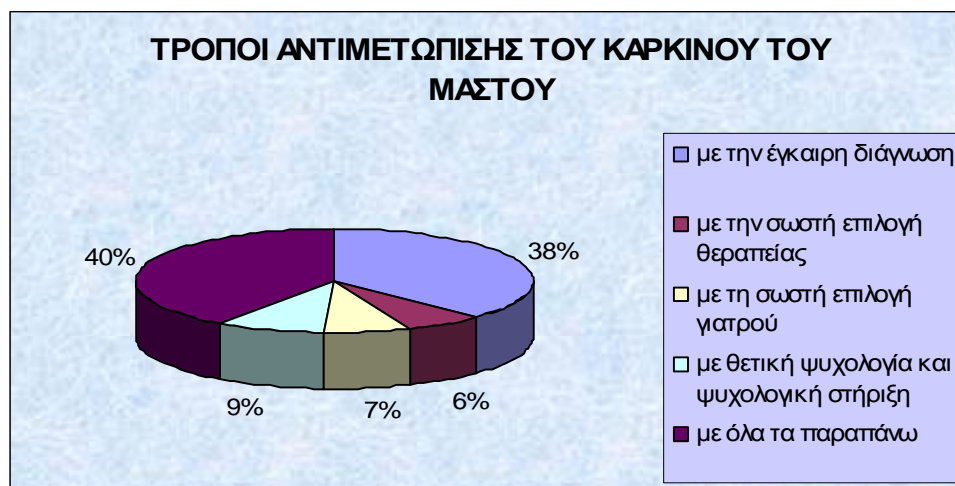
ΝΑΙ	115	96%
ΌΧΙ	5	4%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Το 96% των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως ο καρκίνος του μαστού είναι θεραπεύσιμος.

10)Αν ναι, με ποιους τρόπους μπορεί να αντιμετωπιστεί;(μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απαντήσεις)

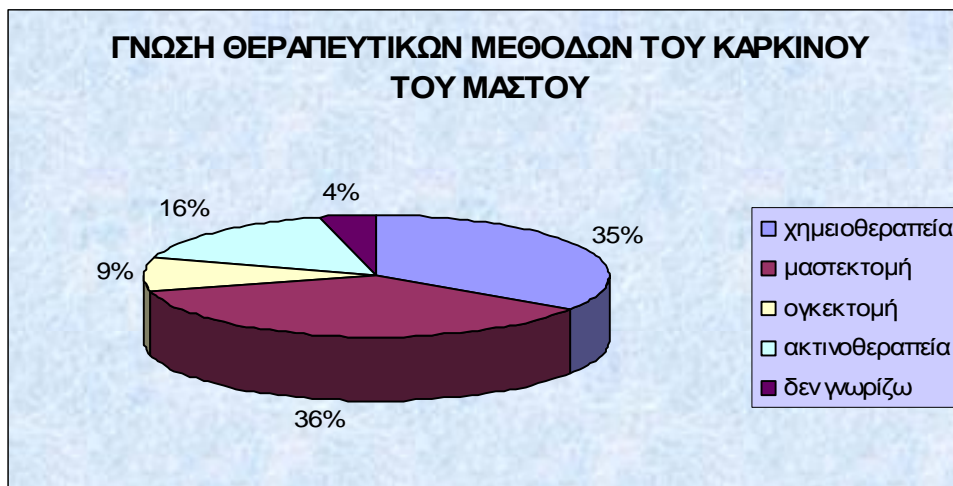
με την έγκαιρη διάγνωση	54	38%
με την σωστή επιλογή θεραπείας	9	6%
με τη σωστή επιλογή γιατρού	10	7%
με θετική ψυχολογία και ψυχολογική στήριξη	13	9%
με όλα τα παραπάνω	58	40%
ΣΥΝΟΛΟ	144	100%



Το 40% των ερωτηθέντων ισχυρίζεται πως η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή επιλογή θεραπείας, η σωστή επιλογή γιατρού και η θετική ψυχολογία σε συνδυασμό με την ψυχολογική στήριξη συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

11) Ποιες θεραπευτικές μεθόδους γνωρίζετε σχετικά με τον καρκίνο του μαστού ;(μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απαντήσεις)

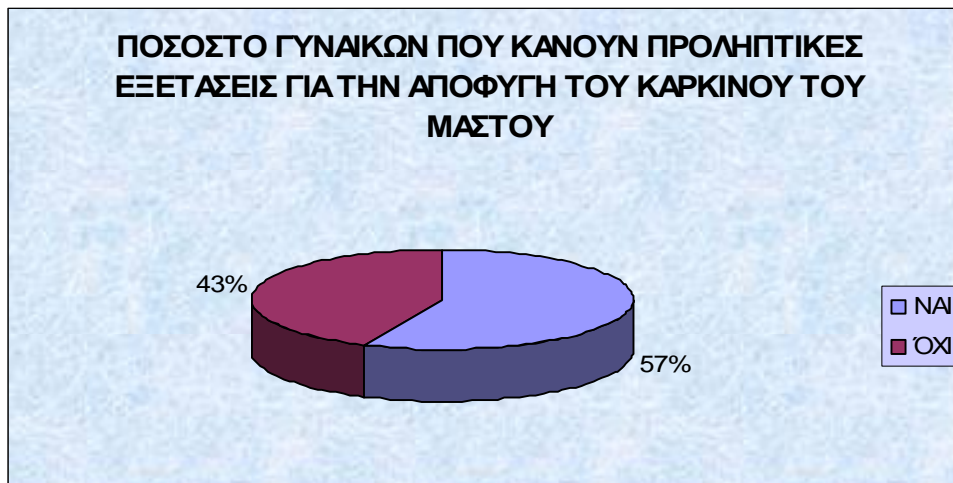
χημειοθεραπεία	87	35%
μαστεκτομή	92	36%
ογκεκτομή	22	9%
ακτινοθεραπεία	41	16%
δεν γνωρίζω	10	4%
ΣΥΝΟΛΟ	252	100%



Η μαστεκτομή αποτελεί την πιο γνωστή θεραπευτική μέθοδο σε ποσοστό της τάξης του 36%.

12)Κάνετε προληπτικά εξετάσεις για την αποφυγή του καρκίνου του μαστού;

ΝΑΙ	68	57%
ΌΧΙ	52	43%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει πως ένα ποσοστό της τάξης του 57% κάνει προληπτικές εξετάσεις για την αποφυγή καρκίνου του μαστού.

13) Αν ναι, σε ποιες εξετάσεις υποβάλλεστε;(μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απαντήσεις)

αυτοεξέταση του μαστού	27	30%
ψηλάφηση του μαστού από το γιατρό	13	15%
Μαστογραφία	26	29%
όλα τα παραπάνω	23	26%
ΣΥΝΟΛΟ	89	100%



Η αυτοεξέταση του μαστού αποτελεί την πιο διαδομένη μέθοδο εξέτασης στο δείγμα μας.

14)Ο τρόπος με τον οποίο μία γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζει την ασθένεια της, πιστεύετε πως καθορίζεται από:(μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απαντήσεις)

Στήριξη από οικογένεια	22	15%
Την προσωπικότητά της	14	10%
Τον γιατρό	12	8%
Το στάδιο της νόσου	17	12%
Όλα τα παραπάνω	81	55%
ΣΥΝΟΛΟ	146	100%



Το 55% των ερωτηθέντων απάντησε πως ο συνδυασμός όλων των παραπάνω παραγόντων καθορίζει την αντίδραση της ασθενούς απέναντι στη νόσο.

15)Υπάρχει κάποιο συγγενικό ή άλλο πρόσωπο από το περιβάλλον σας, το οποίο πάσχει από καρκίνο του μαστού;

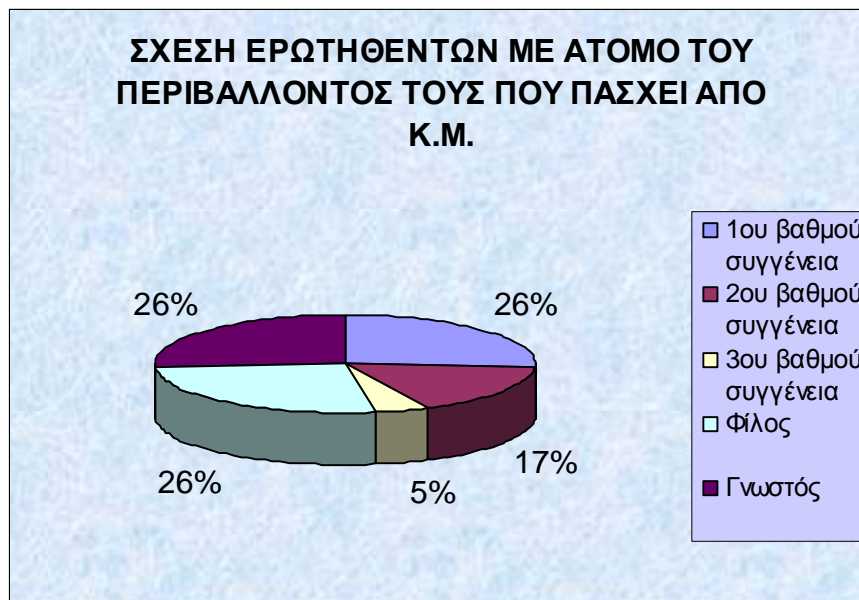
ΝΑΙ	41	34%
ΌΧΙ	79	66%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Το 66% των ερωτηθέντων δεν είχε κάποιο συγγενικό ή άλλο πρόσωπο στο περιβάλλον του το οποίο πάσχει από καρκίνο του μαστού, ενώ το 34% είχε.

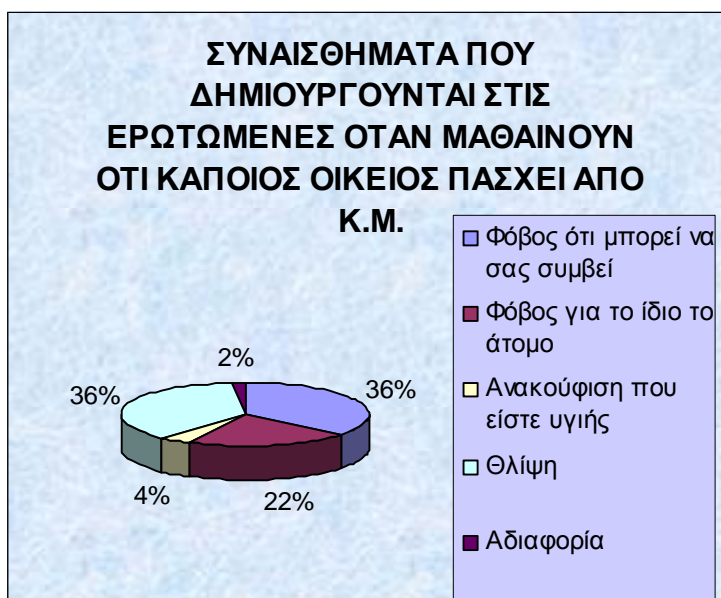
16) Αν ναι ,ποια η μεταξύ σας σχέση;

1ου βαθμού συγγένεια	11	26%
2ου βαθμού συγγένεια	7	17%
3ου βαθμού συγγένεια	2	5%
Φίλος	11	26%
Γνωστός	11	26%
ΣΥΝΟΛΟ	42	100%



17)Ακούγοντας ότι κάποιος γνωστός ή συγγενής σας πάσχει από καρκίνο του μαστού, τι συναισθήματα σας δημιουργούνται;

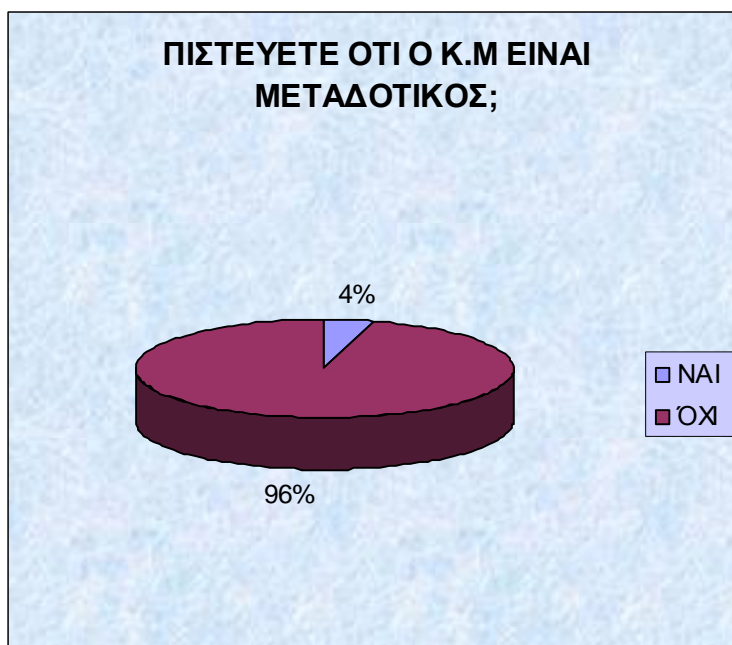
Φόβος ότι μπορεί να σας συμβεί	43	36%
Φόβος για το ίδιο το άτομο	26	22%
Ανακούφιση που είστε υγιής	5	4%
Θλίψη	44	36%
Αδιαφορία	2	2%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Το 36% των ερωτώμενων απαντάει πως αισθάνεται φόβο ότι μπορεί να ασθενήσει και άλλο ένα 36% απαντάει πως αισθάνεται φόβο για το ίδιο το άτομο.

18) Πιστεύετε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μία ασθένεια μεταδοτική;

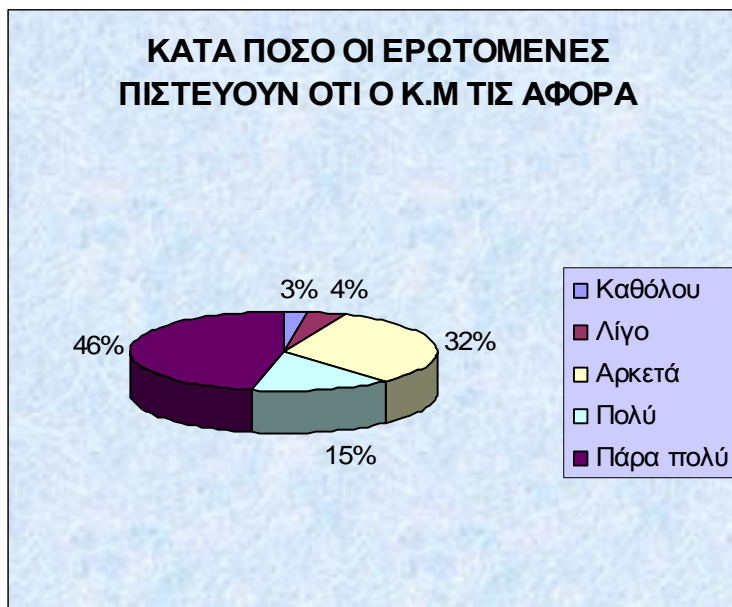
ΝΑΙ	5	4%
ΌΧΙ	115	96%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Το 96% των ερωτώμενων φαίνεται να είναι καλά ενημερωμένο αφού υποστηρίζει ότι ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μία ασθένεια μεταδοτική.

19) Κατά πόσο πιστεύετε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μία ασθένεια που σας αφορά;

Καθόλου	3	3%
Λίγο	5	4%
Αρκετά	38	32%
Πολύ	18	15%
Πάρα πολύ	56	46%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Το 46% των ερωτηθέντων ισχυρίζεται πως ο καρκίνος του μαστού είναι μία ασθένεια που τις αφορά πάρα πολύ.

20) Πιστεύετε ότι η ενημέρωση του κοινού σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού είναι:

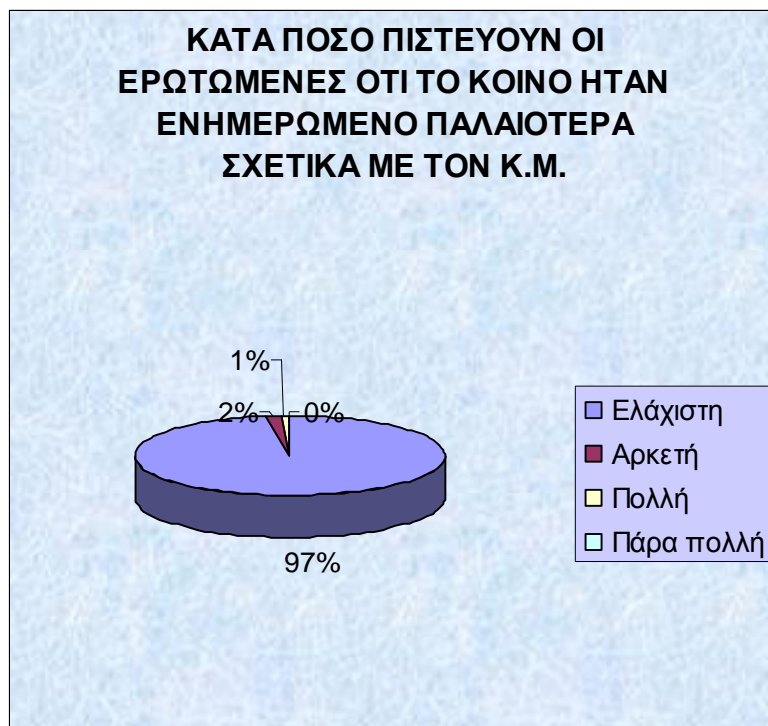
Ελάχιστη	47	39%
Αρκετή	50	42%
Πολλή	18	15%
Πάρα πολλή	5	4%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Το 42% απαντά πως η ενημέρωση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού είναι αρκετή.

21) Πριν από 20 χρόνια ,πιστεύετε πως η ενημέρωση του κοινού σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού ήταν:

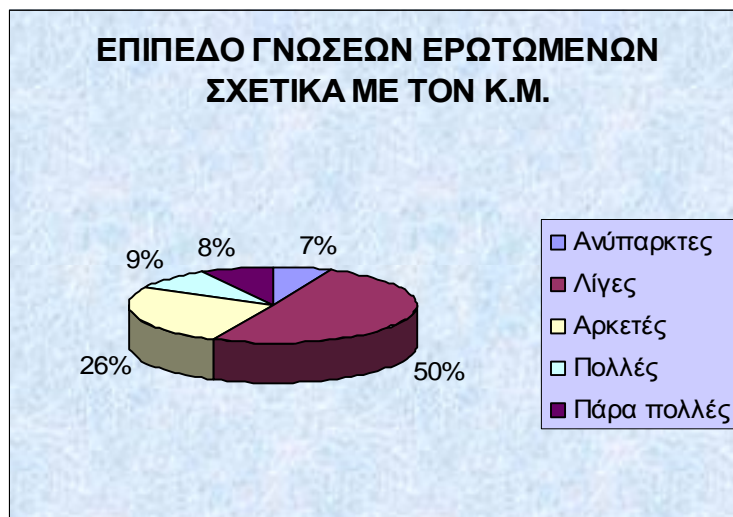
Ελάχιστη	117	97%
Αρκετή	2	2%
Πολλή	1	1%
Πάρα πολλή	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Το 97% των ερωτηθέντων πιστεύει πως στο παρελθόν υπήρχε ελάχιστη ενημέρωση σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

22) Πιστεύετε πως οι γνώσεις που έχετε σχετικά με τον καρκίνο του μαστού είναι:

Ανύπαρκτες	8	7%
Λίγες	60	50%
Αρκετές	31	26%
Πολλές	11	9%
Πάρα πολλές	10	8%
ΣΥΝΟΛΟ	120	100%



Το 50% των ερωτηθέντων πιστεύει πως οι γνώσεις που έχει για τον καρκίνο του μαστού είναι λίγες.

23) Από πού έχετε αντλήσει πληροφορίες σχετικά με τον καρκίνο του μαστού;(μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απαντήσεις)

Τηλεόραση	55	37%
Περιοδικά-εφημερίδες	43	29%
Υπηρεσίες σχετικές με τον Κ.Μ.	12	8%
Όλα τα παραπάνω	38	26%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100%



Το 37% των ερωτώμενων απαντά πως έχει αντλήσει πληροφορίες σχετικά με τον καρκίνο του μαστού από την τηλεόραση.

24) Ποιους από τους παρακάτω φορείς- συλλόγους σχετικά με τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε; (μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απαντήσεις)

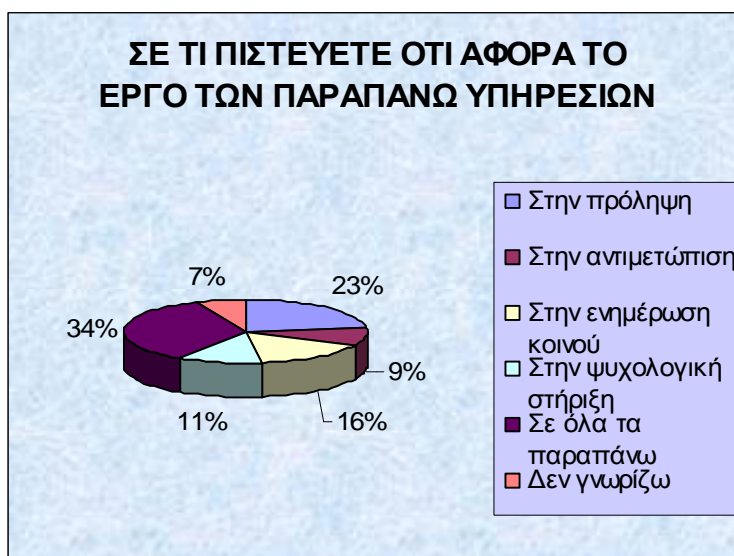
Πανελλήνιος Σύλλογος	62	35%
Ο.Ε.Κ.Κ.	16	9%
Ελλην. Αντικ. Εταιρία	85	47%
Κανένα από τα παραπάνω	16	9%
ΣΥΝΟΛΟ	179	100%



Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία είναι η πιο ευρέως διαδεδομένη στο δείγμα μας ,με ποσοστό της τάξεως του 47%.

25) Αν γνωρίζετε κάποιο από τα παραπάνω, σε τι πιστεύετε ότι αφορά το έργο τους; (μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απαντήσεις)

Στην πρόληψη	39	23%
Στην αντιμετώπιση	15	9%
Στην ενημέρωση κοινού	26	16%
Στην ψυχολογική στήριξη	19	11%
Σε όλα τα παραπάνω	57	34%
Δεν γνωρίζω	11	7%
ΣΥΝΟΛΟ	167	100%

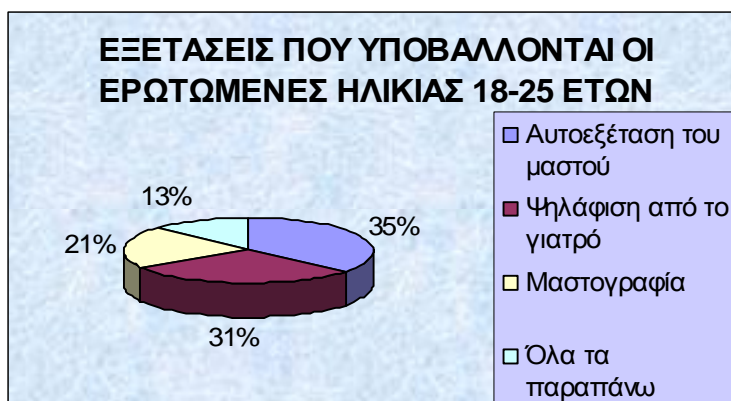


Το 34% των ερωτηθέντων πιστεύει πως ο ρόλος των παραπάνω φορέων είναι η πρόληψη, η αντιμετώπιση, η ενημέρωση και η ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο του μαστού.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

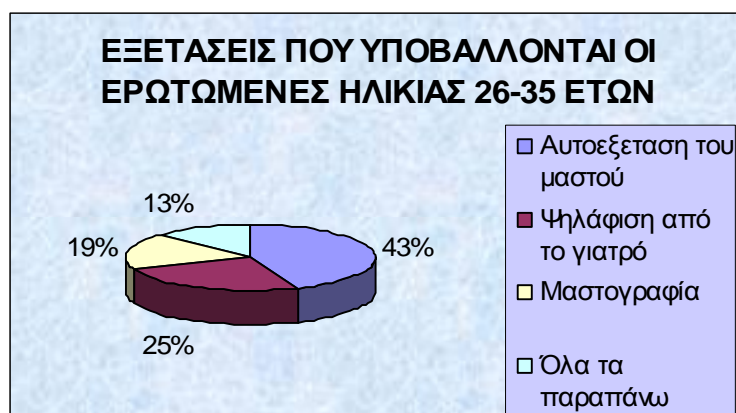
Α)Συσχετισμός ηλικίας και εξετάσεων που υποβάλλονται οι ερωτώμενες(Ερώτηση 1-Ερώτηση 13)

18-25		
Αυτοεξέταση του μαστού	14	35%
Ψηλάφιση από το γιατρό	12	31%
Μαστογραφία	8	21%
Όλα τα παραπάνω	5	13%
ΣΥΝΟΛΟ	39	100%



Το 31% των ατόμων ηλικίας 18-25 ετών υποβάλλεται σε ψηλάφιση του μαστού από το γιατρό.

26-35		
Αυτοεξέταση του μαστού	7	43%
Ψηλάφιση από το γιατρό	4	25%
Μαστογραφία	3	19%
Όλα τα παραπάνω	2	13%
ΣΥΝΟΛΟ	16	100%



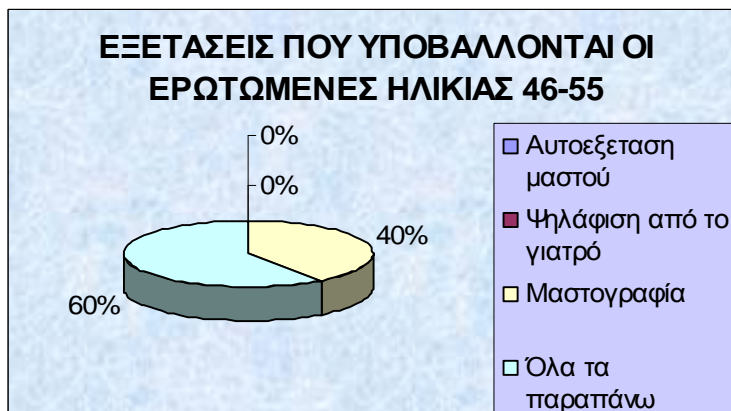
Το 43% των ερωτηθέντων ηλικίας 26-35 ετών υποβάλλεται σε αυτοεξέταση του μαστού.

36-45		
Αυτοεξέταση του μαστού	6	20%
Ψηλάφιση από το γιατρό	9	30%
Μαστογραφία	9	30%
Όλα τα παραπάνω	6	20%
ΣΥΝΟΛΟ	30	100%



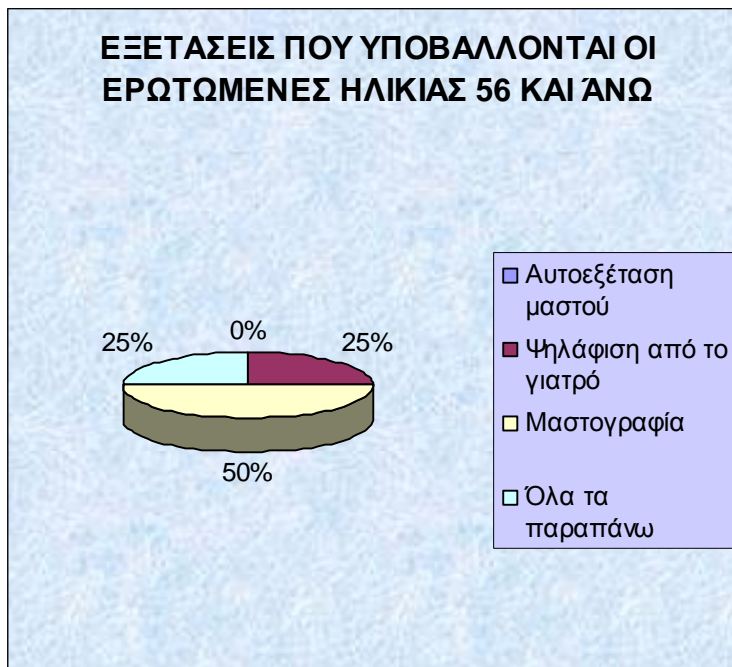
Το 30% των ατόμων ηλικίας 36-45 ετών υποβάλλονται σε ψηλάφιση του μαστού από το γιατρό και ένα άλλο 30% υποβάλλεται σε μαστογραφία.

46-55		
Αυτοεξέταση μαστού	0	0%
Ψηλάφιση από το γιατρό	0	0%
Μαστογραφία	4	40%
Όλα τα παραπάνω	6	60%
ΣΥΝΟΛΟ	10	100%



Το 60% των ερωτηθέντων ηλικίας 46-55 ετών υποβάλλεται σε αυτοεξέταση μαστού, ψηλάφιση από το γιατρό και σε μαστογραφία.

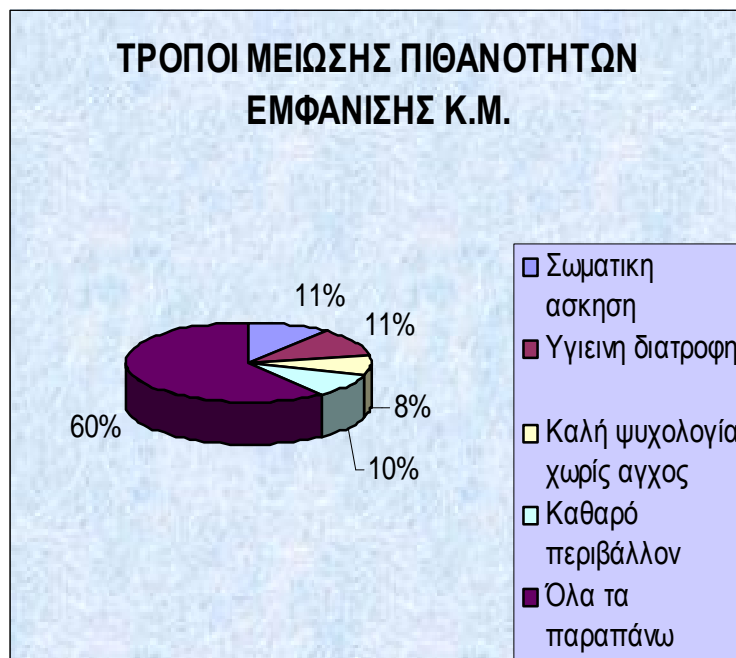
56 και άνω		
Αυτοεξέταση μαστού	0	0%
Ψηλάφιση από το γιατρό	1	25%
Μαστογραφία	2	50%
Όλα τα παραπάνω	1	25%
ΣΥΝΟΛΟ	5	100%



Το 50% των ερωτηθέντων ηλικίας 56 ετών και άνω υποβάλλεται σε μαστογραφία.

Β)Συσχετισμός ηλικίας ερωτώμενων και τρόπων μείωσης πιθανοτήτων εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά την άποψή τους (Ερώτηση 1-Ερώτηση 8)

18-25		
Σωματική άσκηση	7	11%
Υγιεινή διατροφή	7	11%
Καλή ψυχολογία χωρίς άγχος	5	8%
Καθαρό περιβάλλον	6	10%
Όλα τα παραπάνω	38	60%
ΣΥΝΟΛΟ	63	100%



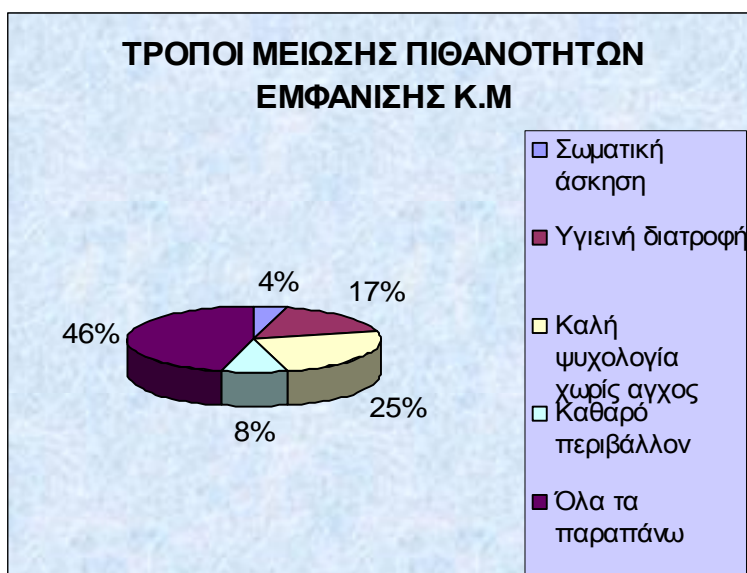
Τα άτομα ηλικίας 18-25 ετών υποστηρίζουν ότι όλοι οι παραπάνω τρόποι συμβάλλουν στη μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε ποσοστό της τάξης του 60%.

26-35		
Σωματική άσκηση	2	7%
Υγιεινή διατροφή	1	4%
Καλή ψυχολογία χωρίς άγχος	2	7%
Καθαρό περιβάλλον	1	4%
Όλα τα παραπάνω	21	78%
ΣΥΝΟΛΟ	27	100%



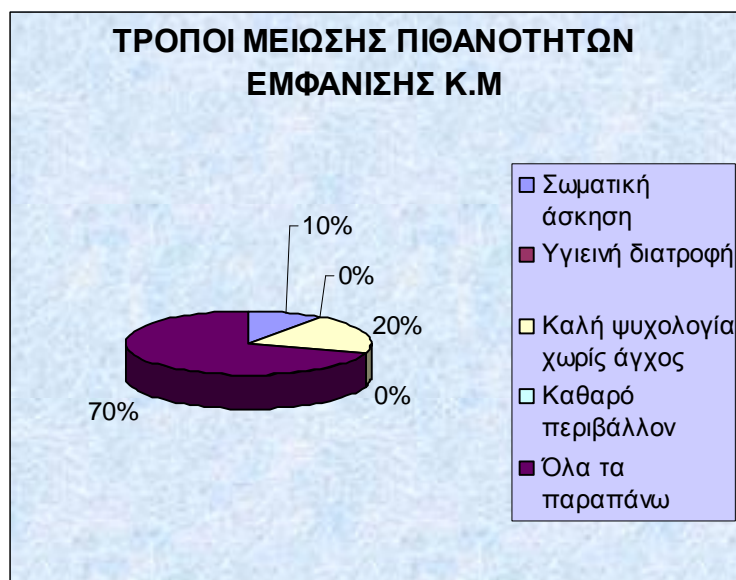
Τα άτομα ηλικίας 26-35 πιστεύουν σε ποσοστό της τάξης του 78% ότι όλοι οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν στη μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

36-45		
Σωματική άσκηση	1	4%
Υγιεινή διατροφή	4	17%
Καλή ψυχολογία χωρίς αγχος	6	25%
Καθαρό περιβάλλον	2	8%
Όλα τα παραπάνω	11	46%
ΣΥΝΟΛΟ	24	100%



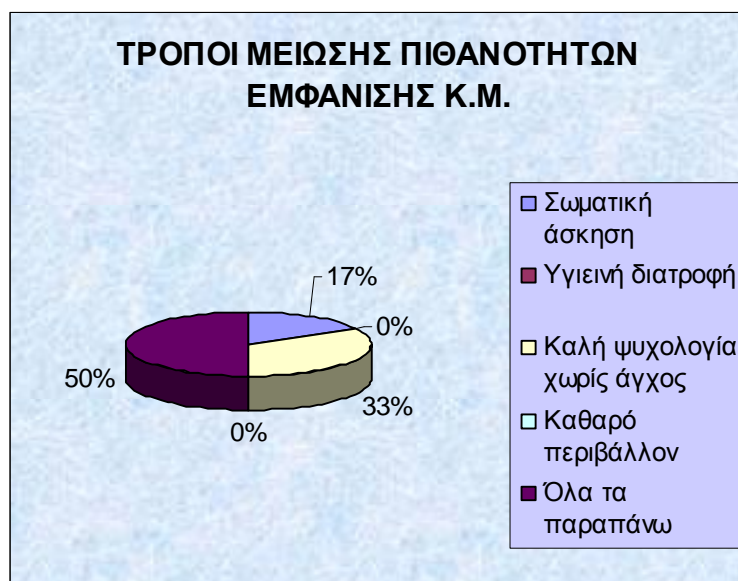
Τα άτομα ηλικίας 36-45 ετών σε ποσοστό 46% υποστηρίζουν ότι όλοι οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν στη μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

46-55		
Σωματική άσκηση	1	10%
Υγιεινή διατροφή	0	0%
Καλή ψυχολογία χωρίς άγχος	2	20%
Καθαρό περιβάλλον	0	0%
Όλα τα παραπάνω	7	70%
ΣΥΝΟΛΟ	10	100%



Τα άτομα ηλικίας 46-55ετών υποστηρίζουν σε ποσοστό της τάξης του 70% πως όλοι οι παραπάνω παράγοντες μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

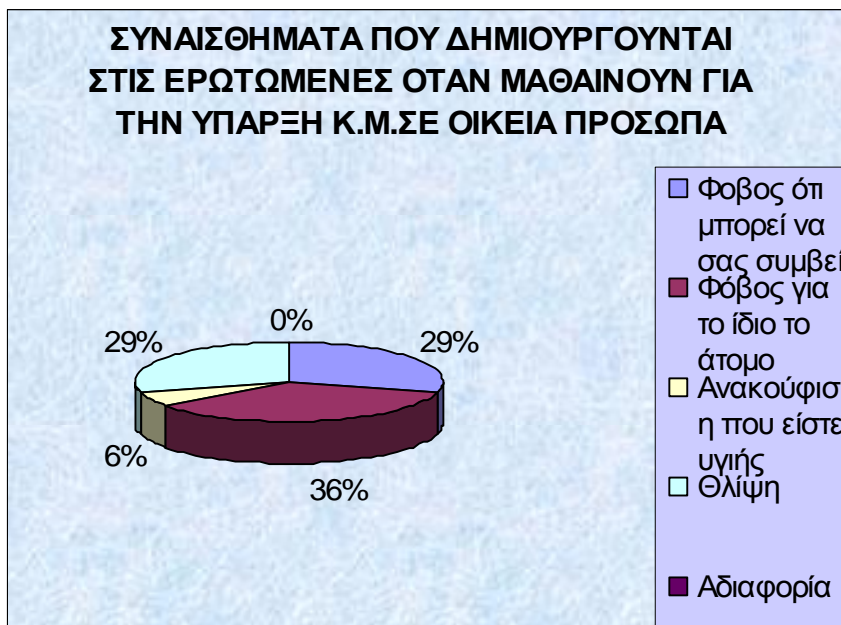
56 και άνω		
Σωματική άσκηση	1	17%
Υγιεινή διατροφή	0	0%
Καλή ψυχολογία χωρίς άγχος	2	33%
Καθαρό περιβάλλον	0	0%
Όλα τα παραπάνω	3	50%
ΣΥΝΟΛΟ	6	100%



Το 50% των ατόμων ηλικίας 56 ετών και άνω υποστηρίζουν ότι όλοι οι παραπάνω παράγοντες μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

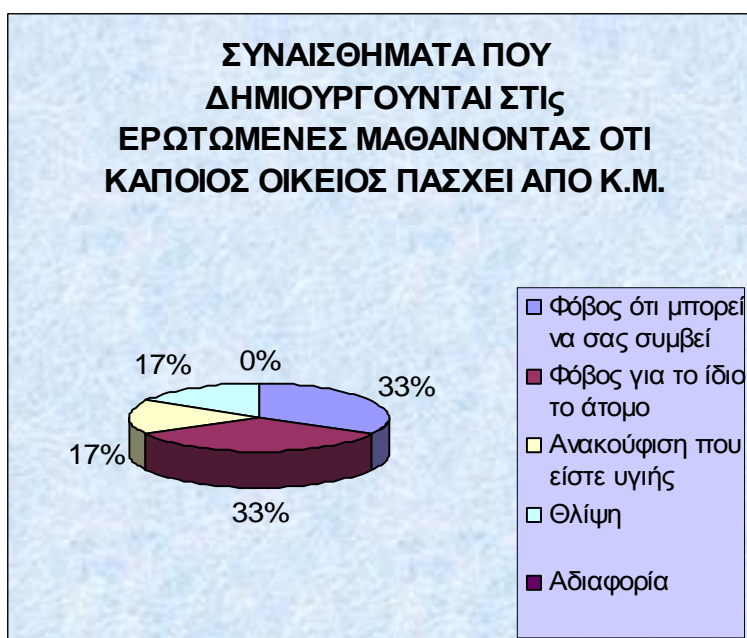
Γ)Συσχετισμός μορφωτικού επιπέδου και συναισθημάτων που δημιουργούνται στις ερωτώμενες ακούγοντας ότι κάποιος γνωστός ή συγγενής του πάσχει από καρκίνο του μαστού(Ερώτηση 2-Ερώτηση 17)

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ		
Φόβος ότι μπορεί να σας συμβεί	5	29%
Φόβος για το ίδιο το άτομο	6	36%
Ανακούφιση που είστε υγιής	1	6%
Θλίψη	5	29%
Αδιαφορία	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	17	100%



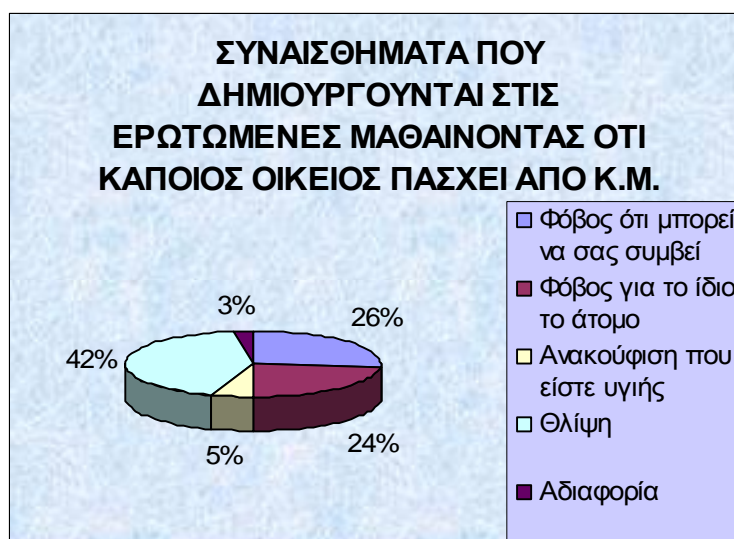
Το 36% των απόφοιτων δημοτικού μαθαίνοντας ότι κάποιο συγγενικό πρόσωπο ή άλλο πρόσωπο του περιβάλλοντός του πάσχει από καρκίνο του μαστού, αισθάνεται φόβο για το ίδιο το άτομο.

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ		
Φόβος ότι μπορεί να σας συμβεί	4	33%
Φόβος για το ίδιο το άτομο	4	33%
Ανακούφιση που είστε υγιής	2	17%
Θλίψη	2	17%
Αδιαφορία	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	12	100%



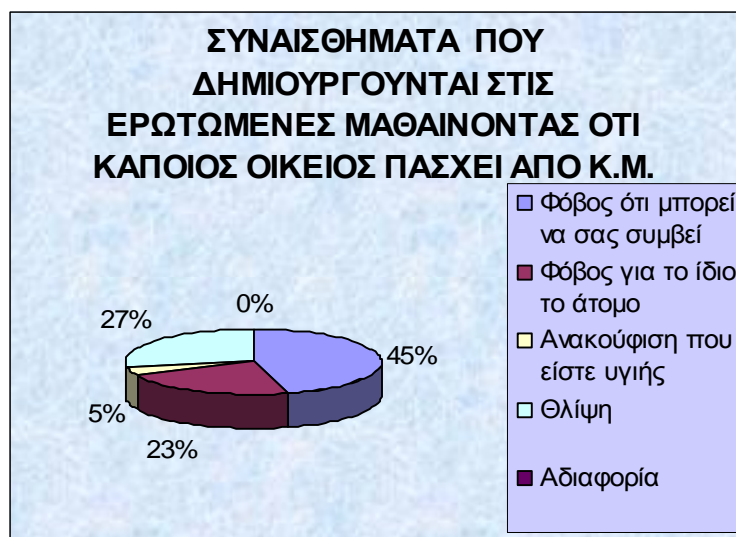
Το 33% των απόφοιτων Γυμνασίου μαθαίνοντας ότι κάποιο συγγενικό πρόσωπο ή άλλο του περιβάλλοντός τους πάσχει από καρκίνο του μαστού αισθάνεται φόβο για το ίδιο το άτομο.

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ		
Φόβος ότι μπορεί να σας συμβεί	10	26%
Φόβος για το ίδιο το άτομο	9	24%
Ανακούφιση που είστε υγιής	2	5%
Θλίψη	16	42%
Αδιαφορία	1	3%
ΣΥΝΟΛΟ	43	100%



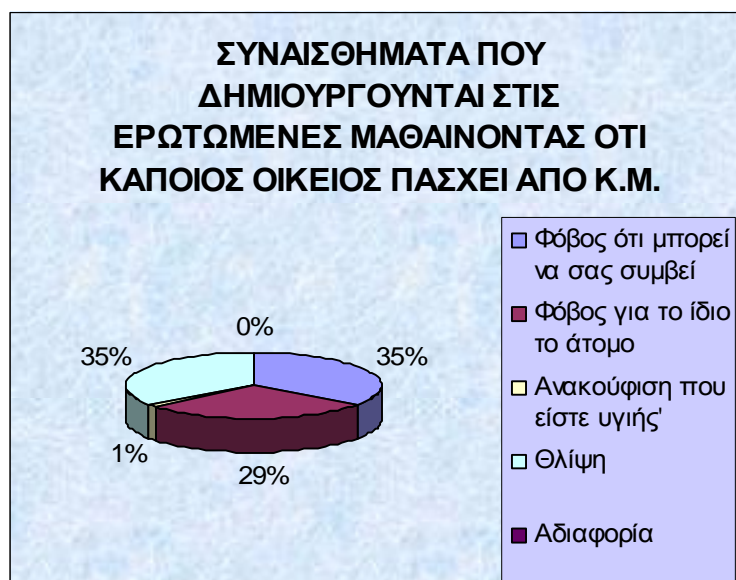
Το 42% των απόφοιτων λυκείου ,μαθαίνοντας ότι κάποιος οικείος τους πάσχει από καρκίνο του μαστού, αισθάνεται θλίψη .

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		
Φόβος ότι μπορεί να σας συμβεί	10	45%
Φόβος για το ίδιο το άτομο	5	23%
Ανακούφιση που είστε υγιής	1	5%
Θλίψη	6	27%
Αδιαφορία	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	22	100%



Το 43% των απόφοιτων τεχνικής εκπαίδευσης μαθαίνοντας ότι κάποιος οικείος του πάσχει από καρκίνο του μαστού ,αισθάνεται φόβο ότι μπορεί να συμβεί και στους ίδιους .

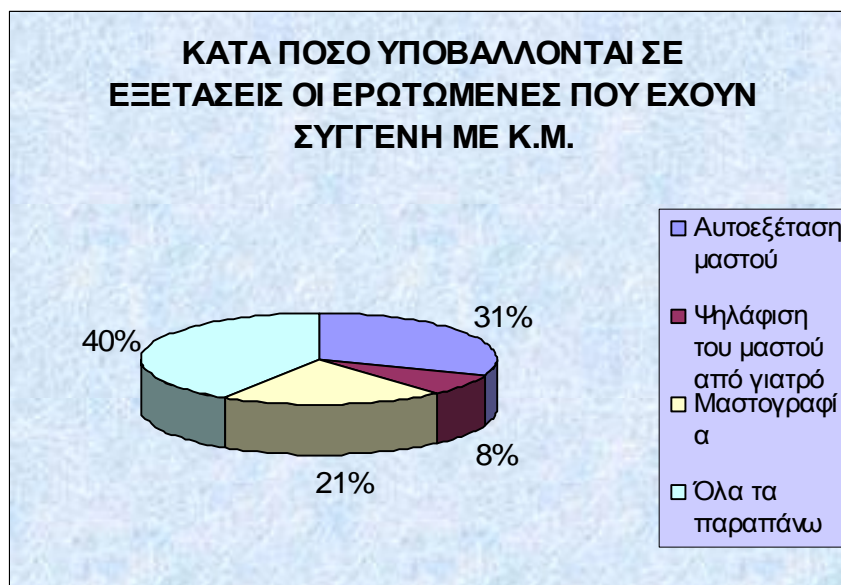
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		
Φόβος ότι μπορεί να σας συμβεί	24	35%
Φόβος για το ίδιο το άτομο	20	29%
Ανακούφιση που είστε υγιής'	1	1%
Θλίψη	24	35%
Αδιαφορία	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	69	100%



Το 35% των απόφοιτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ,μαθαίνοντας ότι κάποιος οικείος τους πάσχει από καρκίνο του μαστού, αισθάνονται φόβο ότι μπορεί να συμβεί και στους ίδιους. Επίσης άλλο ένα 35%, αισθάνεται θλίψη.

Δ)Συσχετισμός ερωτώμενων που έχουν συγγενικό ή άλλο πρόσωπο του περιβάλλοντός τους ,το οποίο πάσχει από καρκίνο του μαστού και το είδος των εξετάσεων στο οποίο υποβάλλονται (Ερώτηση 15-Ερώτηση 13)

ΝΑΙ		
Αυτοεξέταση μαστού	12	31%
Ψηλάφιση του μαστού από γιατρό	3	8%
Μαστογραφία	8	21%
Όλα τα παραπάνω	16	40%
ΣΥΝΟΛΟ	39	100%



Το 40% των ατόμων που έχουν κάποιο οικείο πρόσωπο που πάσχει από καρκίνο του μαστού ,υποβάλλονται σε όλες τις παραπάνω εξετάσεις.

Ε)Συσχετισμός ερωτώμενων που δεν έχουν συγγενικό ή άλλο πρόσωπο στο περιβάλλον τους ,το οποίο πάσχει από καρκίνο του μαστού και το είδος των εξετάσεων στο οποίο υποβάλλονται (Ερώτηση 15-Ερώτηση 13)

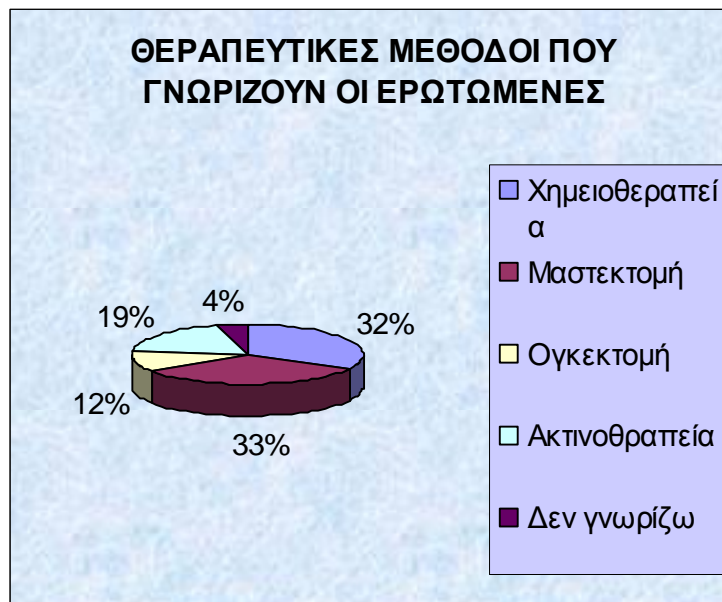
ΟΧΙ		
Αυτοεξέταση του μαστού	14	25%
Ψηλάφιση του μαστού από γιατρό	21	37%
Μαστογραφία	15	26%
Όλα τα παραπάνω	7	12%
ΣΥΝΟΛΟ	57	100%



Το37% των ερωτώμενων που δεν έχουν κάποιο οικείο πρόσωπο που πάσχει από καρκίνο του μαστού, υποβάλλονται σε ψηλάφιση του μαστού από το γιατρό.

ΣΤ)Συσχετισμός ερωτώμενων που έχουν συγγενικό ή άλλο πρόσωπο στο περιβάλλον τους το οποίο πάσχει από καρκίνο του μαστού και θεραπευτικών μεθόδων που γνωρίζουν (Ερώτηση 15-Ερώτηση 11)

ΝΑΙ		
Χημειοθεραπεία	37	32%
Μαστεκτομή	37	33%
Ογκεκτομή	13	12%
Ακτινοθεραπεία	21	19%
Δεν γνωρίζω	5	4%
ΣΥΝΟΛΟ	113	100%



Το 33% των ερωτηθέντων που έχουν κάποιο οικείο πρόσωπο που πάσχει από καρκίνο του μαστού γνωρίζουν τη μαστεκτομή ως θεραπευτική μέθοδο.

Ζ)Συσχετισμός ερωτώμενων που δεν έχουν συγγενικό ή άλλο πρόσωπο στο περιβάλλον τους το οποίο πάσχει από καρκίνο του μαστού και θεραπευτικών μεθόδων που γνωρίζουν(Ερώτηση 15-Ερώτηση 11)

ΟΧΙ		
Χημειοθεραπεία	44	35%
Μαστεκτομή	48	37%
Ογκεκτομή	10	8%
Ακτινοθεραπεία	20	16%
Δεν γνωρίζω	5	4%
ΣΥΝΟΛΟ	127	100%



Το 37% των ατόμων που δεν έχουν κάποιο οικείο πρόσωπο με καρκίνο του μαστού γνωρίζουν τη μαστεκτομή ως θεραπεία.

ΣΤ3)ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Το 43% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν ηλικίας: 18-25 ετών. Το 21% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν ηλικίας 26-35 ετών. Το 18% ήταν ηλικίας 36-45 ετών και το 5% ηλικίας 56 ετών και άνω.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων γυναικών το 8% ήταν απόφοιτοι δημοτικού. Το 11% απόφοιτοι γυμνασίου, το 22% απόφοιτοι λυκείου, το 17% τεχνική εκπαίδευση, το 40% τριτοβάθμια εκπαίδευση και το 2% ήταν αναλφάβητοι.

Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων έχει ως εξής:57% άγαμοι,12% παντρεμένοι,26% παντρεμένοι με παιδί, το 3% διαζευγμένοι, το 2% σε χηρεία. Τέλος, καμία γυναίκα δεν απάντησε ότι βρίσκεται σε διάσταση.

Το 58% του δείγματος ήταν εργαζόμενες γυναίκες ενώ το 42% ήταν άνεργες. Πιο συγκεκριμένα τα επαγγέλματα των γυναικών που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα απασχολείται το 65%, στο δημόσιο τομέα το 22%,στο ελεύθερο επάγγελμα το 13%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ Κ.Μ

Στο κεφάλαιο 2 της εργασίας μας αναφέρουμε αναλυτικά τους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία καρκίνου του μαστού. Βάση αυτών εξετάσαμε τις γνώσεις των ερωτώμενων γυναικών στο συγκεκριμένο θέμα. Τα στοιχεία που προκύπτουν είναι τα εξής: το 21% απάντησε πως η κληρονομική διάθεση αποτελεί παράγοντα, το άγχος αποτελεί το 10%, το κάπνισμα καλύπτει το 14%, η διατροφή καλύπτει το 9%, η παχυσαρκία το 4%, η εμμηνόπαυση το 6%.Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι το δείγμα είναι αρκετά ενημερωμένο σε ότι αφορά τους προδιαθετικούς παράγοντες του καρκίνου του μαστού.

Στο κεφάλαιο 2 και συγκεκριμένα στην παράγραφο Β.4 της θεωρίας μας συναντάμε τρόπους με τους οποίους μπορούν να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Το 93% πιστεύει ότι υπάρχουν τρόποι με τους οποίους μπορούν να μειώσουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού ενώ το 7% υποστηρίζει ότι δεν υπάρχουν. Από τα παραπάνω ποσοστά αντιλαμβανόμαστε πως το δείγμα μας είναι καλά ενημερωμένο.

Όσον αφορά τα άτομα που πιστεύουν ότι υπάρχουν τρόποι μείωσης πιθανοτήτων εμφάνισης του καρκίνου του μαστού το 8% μας απάντησε πως η σωματική άσκηση συμβάλλει στην αποφυγή του καρκίνου του μαστού, το 11% απάντησε υγιεινή διατροφή, το 15% καλή ψυχολογία χωρίς άγχος, το 8% καθαρό περιβάλλον και τέλος το 58% υποστηρίζει ότι όλοι οι παραπάνω παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο. Σε συνδυασμό με τη θεωρία στο αποτέλεσμα της μελέτης διαφαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (58%) των γυναικών είναι αρκετά ενημερωμένες σε θέματα πρόληψης και αποφυγής καρκίνου του μαστού.

Όπως αναφέρουμε στο δεύτερο κεφάλαιο και ειδικότερα στην παράγραφο 7.3 υπάρχουν τρόποι με τους οποίους μπορεί να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος του μαστού. Μέσα από την έρευνά μας επιδιώξαμε να μάθουμε το ποσοστό των γυναικών που ενστερνίζονται αυτή την άποψη. Το 96% θεωρεί ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια που αντιμετωπίζεται ενώ το 4% θεωρεί πως όχι. Τα ποσοστά είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά.

Πιο συγκεκριμένα, στα κεφάλαια 7.2, 7.3 και Γ.8 μελετάμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της νόσου. Από τη μελέτη προκύπτει ότι το 38% των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως η έγκαιρη διάγνωση είναι καθοριστικής σημασίας για την πορεία της νόσου, το 6% η σωστή επιλογή της θεραπείας, το 7% η σωστή επιλογή γιατρού, το 9% η θετική ψυχολογία και η ψυχολογική στήριξη και το 40% υποστηρίζει ότι όλοι οι παράγοντες συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της νόσου.

Στο κεφάλαιο Β' και ειδικότερα στην ενότητα 7.3 εξετάζουμε τις θεραπευτικές μεθόδους του καρκίνου του μαστού. Στην μελέτη προκύπτει ότι το 35% των ερωτώμενων γνωρίζει τη χημειοθεραπεία ως θεραπευτική μέθοδο, το 16% την ακτινοθεραπεία, το 4% δεν γνώριζε καμία θεραπευτική μέθοδο, ποσοστό που κατά τη γνώμη μας θα έπρεπε να είναι μηδενικό.

Επίσης το κεφάλαιο Β' και στην ενότητα 7.2 κάνουμε λόγο για τις προληπτικές εξετάσεις για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Το 57% υποστηρίζει πως κάνει προληπτικές εξετάσεις και το 43% υποστηρίζει πως δεν κάνει, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό και ανησυχητικό κατά την γνώμη μας.

Πιο συγκεκριμένα εξετάζουμε το είδος των εξετάσεων όπου το 30% των γυναικών κάνουν αυτοεξέταση του μαστού, το 15% ψηλάφηση του μαστού, το 29% μαστογραφία, το 26% υποστηρίζει ότι κάνει όλες τις παραπάνω εξετάσεις. Συμπερασματικά, οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο.

Ακόμη στο κεφάλαιο Β.5.4 και στο κεφάλαιο Γ μελετάμε τους τρόπους με τους οποίους μια γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζει την ασθένειά της. Στη μελέτη προκύπτουν τα εξής στοιχεία: το 15% υποστηρίζει ότι η στήριξη από την οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο που αντιμετωπίζει η ασθενής τη νόσο, το 10% πιστεύει πως σημαντικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα της ασθενούς, το 8% θεωρεί καθοριστικής σημασίας το γιατρό, το 12% απαντά το στάδιο της νόσου και το 55% υποστηρίζει πως όλοι οι παραπάνω παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο.

Θεωρήσαμε σημαντικό να εξετάσουμε την ύπαρξη συγγενικού ή άλλου προσώπου στο περιβάλλον των ερωτώμενων το οποίο πάσχει από καρκίνο μαστού. Στη μελέτη προκύπτει, ότι το 34% έχει οικείο πρόσωπο που πάσχει από καρκίνο του μαστού.

Πιο συγκεκριμένα εξετάζουμε και το βαθμό συγγένειας ή το είδος της σχέσης με το πρόσωπο που νοσεί. Έτσι, το 26% απαντά πως έχει κάποιο συγγενή 1^{ου} βαθμού με καρκίνο του μαστού, το 17% έχει 2^{ου} βαθμού συγγενή,

το 5% 3^{ου} βαθμού συγγενή, το 20% έχει κάποιον φίλο που πάσχει από καρκίνο του μαστού και το 26% απαντά ότι έχει κάποιον γνωστό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΣΑΝ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

Στο κεφάλαιο Γ στην ενότητα Γ.8 μελετάμε τα συναισθήματα που δημιουργούνται στο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου με καρκίνο του μαστού. Έτσι, στην έρευνα προκύπτει ότι το 36% αισθάνεται φόβο ότι μπορεί να συμβεί και στο ίδιο, το 22% φόβος για το ίδιο το άτομο, το 4% αισθάνεται ανακούφιση που είναι υγιής, το 36% αισθάνεται θλίψη και τέλος υπάρχει ένα ποσοστό της τάξεως του 2% το οποίο αισθάνεται αδιαφορία.

Θεωρήσαμε σκόπιμο να εξετάσουμε την προκατάληψη του κοινού απέναντι στον καρκίνο του μαστού για το λόγο αυτό ζητήσαμε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν αν πιστεύουν ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια μεταδοτική, το 4% πιστεύει πως είναι ενώ το 96% πιστεύει πως δεν είναι. Θεωρούμε πως το ποσοστό που πιστεύει πως ο Κ.Μ είναι μεταδοτικός θα έπρεπε να ήταν μηδενικό. Επίσης κρίναμε αναγκαίο να μελετήσουμε το κατά πόσο πιστεύουν οι ερωτώμενοι ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια που τους αφορά. Έτσι προκύπτουν τα εξής στοιχεία: το 3% απαντά ότι δεν τις αφορά καθόλου, το 4% ότι τις αφορά λίγο, το 32% αρκετά, το 13% πολύ, το 46% πάρα πολύ. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το κοινό δεν αντιμετωπίζει με ιδιαίτερη προκατάληψη τη νόσο και θεωρεί σε μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 46% ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια που τις αφορά πάρα πολύ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΣΑΝ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΑΡΧΟΝΤΕΣ ΦΟΡΕΙΣ

Στο κεφάλαιο Ε' μελετάμε την ενημέρωση του κοινού απέναντι στον καρκίνο του μαστού καθώς και την ύπαρξη και δράση σχετικών οργανώσεων.

1^η Ερευνητική Υπόθεση

Στη μελέτη θεωρήσαμε σημαντικό να μελετήσουμε την άποψη του κοινού σχετικά με την ποσότητα της ενημέρωσης τη σημερινή εποχή και να τη συγκρίνουμε με την ενημέρωση που πιστεύουν ότι υπήρχε παλιότερα. Από τη μελέτη προκύπτει ότι: το 39% θεωρεί ότι η ενημέρωση που υπάρχει σήμερα είναι ελάχιστη, το 42% αρκετή, το 15% πολύ, το 4% πάρα πολλή. Όσον αφορά τη γνώμη του δείγματος για την ενημέρωση του κοινού πριν από 20 χρόνια προκύπτουν τα εξής: ότι το 97% πιστεύει ότι η ενημέρωση παλαιότερα ήταν ελάχιστη, το 2% αρκετή, το 1% πολύ ενώ καμία γυναίκα δεν απάντησε ότι η ενημέρωση παλαιότερα ήταν πάρα πολύ. Σύμφωνα με τα παραπάνω ποσοστά αντιλαμβανόμαστε πως το κοινό είναι ευχαριστημένο από την ενημέρωση που γίνεται σήμερα σε σχέση με παλιότερα.

Ακόμη, θεωρήσαμε σκόπιμο να εξετάσουμε πως αξιολογούν οι ερωτώμενες γυναίκες τις γνώσεις τους σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Έτσι, προκύπτουν τα εξής στοιχεία: το 7% πιστεύει πως οι γνώσεις είναι ανύπαρκτες, το 50% λίγες, το 26% αρκετές, το 9% πολλές ενώ το 8% πάρα πολλές. Τα ποσοστά αυτά μας δείχνουν πως το κοινό θα επιθυμούσε ακόμα περισσότερη ενημέρωση.

2^η Ερευνητική Υπόθεση

Στη συνέχεια εξετάζουμε από πού έχουν αντλήσει οι ερωτώμενες πληροφορίες σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Έτσι, προέκυψε ότι το 37% ενημερώθηκε από την τηλεόραση, το 29% από περιοδικά-εφημερίδες, το 8% από υπηρεσίες σχετικές με τον καρκίνο του μαστού και το 26% από όλα τα παραπάνω.

3^η Ερευνητική Υπόθεση

Στο κεφάλαιο Ε' εξετάζουμε ποιους φορείς γνωρίζουν σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Στη μελέτη προκύπτει ότι οι ερωτώμενες απαντούν ότι γνωρίζουν: το 35% τον Πανελλήνιο Σύλλογο, το 9% τον Ο.Ε.Κ.Κ., το 47% την

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, το 9% ότι δεν γνωρίζει κανέναν από τους παραπάνω φορείς.

Επίσης, εξετάζουμε για τα άτομα που γνωρίζουν κάποιους φορείς αν γνωρίζουν το έργο των συλλόγων. Στη μελέτη προκύπτει ότι το 29% αφορά την πρόληψη, το 9% την αντιμετώπιση, το 16% την ενημέρωση του κοινού, το 11% την ψυχολογική στήριξη, το 34% απαντούν όλα τα παραπάνω και το 7% ότι δεν γνωρίζει.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΥΝΔΙΑΣΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

4^η Ερευνητική Υπόθεση

Με σκοπό τα πιο ολοκληρωμένα αποτελέσματα της έρευνας μελετήσαμε συνδυαστικά κάποιες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Αρχικά, εξετάσαμε την ηλικία ως προς τις προληπτικές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται οι γυναίκες ανά ηλικίες.

Πιο συγκεκριμένα στις ηλικίες 18-25 ετών το 35% απαντά ότι κάνει αυτοεξέταση του μαστού, το 31% ότι κάνει ψηλάφηση από το γιατρό, το 21% μαστογραφία, το 13% υποβάλλεται σε όλες τις παραπάνω εξετάσεις.

Στις ηλικίες 26-35 ετών το 43% υποβάλλεται σε αυτοεξέταση του μαστού, το 25% σε ψηλάφηση από το γιατρό, το 19% μαστογραφία, ενώ το 13% υποβάλλεται σε όλα τα παραπάνω.

Στις ηλικίες 36-45 ετών το 20% υποβάλλεται σε αυτοεξέταση του μαστού, το 30% σε ψηλάφηση από το γιατρό, το 30% κάνει μαστογραφία, το 20% υποβάλλεται σε όλα τα παραπάνω.

Στις ηλικίες 46-55 ετών το 40% υποβάλλεται σε μαστογραφία, το 60% κάνει αυτοεξέταση μαστού, μαστογραφία και ψηλάφηση από το γιατρό ενώ καμία δεν απάντησε ότι κάνει αυτοεξέταση και ψηλάφηση από το γιατρό.

Στις ηλικίες 56 και άνω ετών, το 25% κάνει ψηλάφηση από το γιατρό, το 50% μαστογραφία, το 25% υποβάλλεται σε αυτοεξέταση του μαστού. Στην ηλικία αυτή καμία γυναίκα δεν κάνει αυτοεξέταση μαστού.

4^η Ερευνητική Υπόθεση

Στη συνέχεια εξετάζουμε την ηλικία των ερωτώμενων και τους τρόπους μείωσης πιθανοτήτων εμφάνισης καρκίνου του μαστού..

Στις ηλικίες 18-25 ετών το 11% υποστηρίζει ότι σημαντικό ρόλο παίζει η σωματική άσκηση, το 11% η υγιεινή διατροφή , το 85% η καλή ψυχολογία χωρίς άγχος , το 10% το καθαρό περιβάλλον και το 60% όλα τα παραπάνω.

Στις ηλικίες 26-35 ετών το 7% απαντά ότι η σωματική άσκηση παίζει σημαντικό ρόλο, το 4% υγιεινή διατροφή , το 7% καλή ψυχολογία χωρίς άγχος, το 4% καθαρό περιβάλλον και το 78% απαντά όλα τα παραπάνω.

Στις ηλικίες 36-45 ετών το 4% απαντά σωματική άσκηση, το 17% υγιεινή διατροφή, το 25% καλή ψυχολογία χωρίς άγχος, το 8% καθαρό περιβάλλον και το 46% όλα τα παραπάνω.

Στις ηλικίες 46-55 ετών , το 10% απαντά σωματική άσκηση, το 20% καλή ψυχολογία χωρίς άγχος, το 70% απαντούν όλα τα παραπάνω για την υγιεινή διατροφή και για το καθαρό περιβάλλον δεν δόθηκε καμία απάντηση.

Στις ηλικίες 56 ετών και άνω το 17% απαντά σωματική άσκηση, το 33% καλή ψυχολογία χωρίς άγχος, το 50% όλα τα παραπάνω ενώ για την υγιεινή διατροφή και για το καθαρό περιβάλλον δεν δόθηκε καμία απάντηση.

5^η Ερευνητική Υπόθεση

Κρίναμε σημαντικό να μελετήσουμε το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων γυναικών σε σχέση με την αντίδρασή τους ,όταν μαθαίνουν ότι ένας οικείος τους πάσχει από καρκίνο του μαστού. Έτσι λοιπόν ,ανακαλύπτουμε πως οι ερωτώμενες ,οι οποίες είναι απόφοιτες δημοτικού απαντούν ως εξής :

Το 29% ακούγοντας ,ότι κάποιο συγγενικό ή άλλο πρόσωπο του περιβάλλοντος τους πάσχει από καρκίνο του μαστού ,αισθάνονται φόβο ότι μπορεί να συμβεί και στις ίδιες. Το 36% αισθάνεται φόβο για το ίδιο το άτομο. Το 6% αισθάνεται ανακούφιση που είναι υγιές . Τέλος το 29% αισθάνεται θλίψη.

Οι απόφοιτοι γυμνασίου απάντησαν ως εξής:

Το 33% απάντησε πως αισθάνεται φόβο ότι μπορεί να συμβεί και στις ίδιες. Ένα άλλο 33% ,αισθάνεται φόβο για το ίδιο το άτομο. Το 17% αισθάνεται ανακούφιση που είναι υγιές . Και άλλο ένα 17% αισθάνεται θλίψη.

Όσον αφορά τους απόφοιτους λυκείου :

Το 26% αισθάνεται φόβο ότι μπορεί να του συμβεί. Το 24% αισθάνεται φόβο για το ίδιο το άτομο. Το 5% αισθάνεται ανακούφιση που είναι υγιές. Το 42% αισθάνεται θλίψη .Και τέλος ένα ποσοστό της τάξεως του 3% αισθάνεται αδιαφορία.

Οι ερωτώμενες με τεχνική εκπαίδευση απάντησαν ως εξής:

Το 45% αισθάνεται φόβο ότι μπορεί να συμβεί και στις ίδιες. Το 23% αισθάνεται φόβο για το ίδιο το άτομο. Το 5% αισθάνεται ανακούφιση που είναι υγιές. Τέλος ένα ποσοστό του 27% αισθάνεται θλίψη.

Τέλος οι ερωτώμενες απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης απαντούν :

Σε ποσοστό 35% ,πως αισθάνονται φόβο ότι θα συμβεί και στις ίδιες. Το 29% αισθάνεται φόβο για το ίδιο το άτομο. Το 1% αισθάνεται ανακούφιση που είναι υγιές . Και τέλος το 35% αισθάνεται θλίψη.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνουμε πως δεν υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις στις συναισθηματικές αντιδράσεις των ερωτώμενων γυναικών όλων των μορφωτικών επιπέδων και πως οι γνώσεις που διαθέτουν οι ερωτώμενες δεν είναι ικανές να επηρεάσουν την συναισθηματική τους κατάσταση.

6^η Ερευνητική Υπόθεση

Θεωρήσαμε σημαντική τη διερεύνηση των γνώσεων που διαθέτουν σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, οι ερωτώμενες που έχουν κάποιο συγγενικό ή άλλο πρόσωπο στο περιβάλλον τους το οποίο πάσχει από τη νόσο, εν συγκρίση με τις γνώσεις των ερωτώμενων που δεν έχουν. Επιπρόσθετα, αναγκαίο είναι να μελετηθεί το είδος των εξετάσεων υποβάλλονται οι ερωτώμενες κάθε μιας από τις παραπάνω κατηγορίες.

Πιο συγκεκριμένα το 31% των γυναικών που έχουν κάποιο οικείο πρόσωπο που πάσχει από καρκίνο του μαστού ,υποβάλλονται σε αυτοεξέταση του μαστού. Το 8% υποβάλλεται σε εξέταση του μαστού από το γιατρό. Το 21% υποβάλλεται σε μαστογραφία. Τέλος το 40% υποβάλλεται σε όλες τις παραπάνω εξετάσεις.

Στη συνέχεια το 25% των γυναικών που δεν έχουν κάποιο οικείο πρόσωπο ,το οποίο πάσχει από καρκίνο του μαστού, υποβάλλονται σε αυτοεξέταση του μαστού. Το 37% υποβάλλεται σε ψηλάφηση του μαστού από το γιατρό. Το 26% σε μαστογραφία. Και τέλος μόλις ένα 12% υποβάλλεται σε όλες τις παραπάνω εξετάσεις.

Από τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνουμε , πως οι γυναίκες που έχουν κάποιο συγγενικό ή άλλο πρόσωπο στο περιβάλλον τους ,το οποίο πάσχει από καρκίνο του μαστού υποβάλλονται σε όλες τις προαναφερόμενες εξετάσεις σε μεγαλύτερο ποσοστό 40% ,έναντι του 12% των ερωτώμενων γυναικών ,οι οποίες δεν έχουν κάποιο οικείο πρόσωπο με καρκίνο του μαστού.

Όσον αφορά τις θεραπευτικές μεθόδους κατά του καρκίνου του μαστού ,που γνωρίζουν οι ερωτώμενες που έχουν κάποιο οικείο πρόσωπο με καρκίνο του μαστού δόθηκαν οι εξής απαντήσεις :

Το 32% γνωρίζει την χημειοθεραπεία. Το 33% γνωρίζει την μαστεκτομή. Το 12% τη ογκεκτομή .Το 19% την ακτινοθεραπεία. Ενώ ένα 4% δεν γνωρίζει καμία θεραπευτική μέθοδο.

Τέλος οι ερωτώμενες που δεν έχουν κάποιο οικείο πρόσωπο με καρκίνο του μαστού μας απάντησαν :

Σε ποσοστό 35% πως γνωρίζουν την χημειοθεραπεία. Σε ποσοστό 37%την μαστεκτομή. Ένα 8% απάντησε πως γνωρίζει την ογκεκτομή. Ένα 16% γνωρίζει την ακτινοθεραπεία. Ενώ ένα 4% δεν γνωρίζει καμία θεραπευτική μέθοδο.

Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνουμε ότι υπάρχει σχεδόν ίδιου βαθμού ενημέρωση ,όσον αφορά τις θεραπευτικές μεθόδους κατά του καρκίνου

του μαστού και στις δύο περιπτώσεις. Πράγμα που αποδίδεται στην γενικότερη ενημέρωση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου.

ΣΤ4)ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τα παραπάνω συμπεράσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε, διαπιστώσαμε πως υπάρχει ακόμα ελλειμματική ενημέρωση και άγνοια σε ορισμένα άτομα του δείγματος όσον αφορά την ενημέρωσή τους , τη στάση τους και την αντιμετώπισή τους απέναντι στη νόσο. Για το λόγο αυτό παραθέτουμε τις παρακάτω προτάσεις με στόχο να ενημερωθεί ακόμη περισσότερο η κοινή γνώμη ,ούτως ώστε να μειωθεί στο ελάχιστο κάθε είδους άγνοια και προκατάληψη στα άτομα που είτε πάσχουν από καρκίνο του μαστού είτε όχι, είτε έχουν κάποιο συγγενικό πρόσωπο που πάσχει από τη νόσο. Άλλωστε δεν είναι τυχαία η ρήση πως *«η ενημέρωση είναι η καλύτερη πρόληψη»*.

Για την καλύτερη επίτευξη αυτού του στόχου, η πρόληψη θα πρέπει να αφορά όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου ,καταγωγής θρησκείας και οικογενειακής κατάστασης.

Για το λόγο αυτό οι προτάσεις μας συνοψίζονται στα εξής:

- **Σεμινάρια Γονέων και εκπαιδευτικών.** Το κράτος μέσα από τους φορείς, κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς συλλόγους θα μπορούσε να οργανώνει διάφορα σεμινάρια, στα οποία να ενημερώνει και να ευαισθητοποιεί τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς πάνω στο θέμα του καρκίνου του μαστού και της αντιμετώπισής του . Με αυτόν τον τρόπο θα μειωθούν τα φαινόμενα άγνοιας απέναντι στον καρκίνο του μαστού και η νόσος θα αντιμετωπίζεται από το κοινό όχι πλέον με φόβο, αλλά ως μία κατάσταση η οποία προλαμβάνεται και αντιμετωπίζεται.

• **Βιωματικά εργαστήρια:** Επίσης, η πρόληψη θα μπορούσε να προωθηθεί μέσα από την οργάνωση βιωματικών εργαστηρίων στα οποία θα έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν όλες οι ηλικιακές ομάδες. Ανάλογα με την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση που βρίσκεται το άτομο θα λαμβάνει μέσω βιωματικών ασκήσεων /δραστηριοτήτων γνώσεις και τεχνικές που θα μπορεί να χρησιμοποιεί στην καθημερινή του ζωή. Για παράδειγμα:

- Ένας γονιός θα μπορούσε να μάθει πώς να μεταφέρει στο παιδί του το πρόβλημα υγείας του ανάλογα με το ηλικιακό στάδιο που βρίσκεται

- Θα μπορούσε επίσης να μάθει να χειρίζεται και να εκφράζει κάθε είδους συναίσθημα ή σκέψη με τα οικεία του πρόσωπα προς αποφυγή διαφόρων εντάσεων.

- Παράλληλα, θα μπορούσε κάποιο άτομο μέσα από Role-Playing να αναπτύξει αυτοεκτίμηση και ωριμότητα, ούτως ώστε να κατανοήσει καλύτερα το πρόβλημα που μπορεί να έχει ένα οικείο ή συγγενικό του πρόσωπο και να το βοηθήσει να χειριστεί καλύτερα διάφορες καταστάσεις κρίσεις ή πανικού από την πλευρά του.

- Εκτός τούτου, θα μπορούσε κανείς να αφομοιώσει πολύ σημαντικά στοιχεία και πληροφορίες από άτομα που στο παρελθόν αντιμετώπιζαν το ίδιο πρόβλημα υγείας και θα συμμετέχουν στα βιωματικά εργαστήρια εθελοντικά, με σκοπό να μεταφέρουν τις εμπειρίες τους και να ενθαρρύνουν τα άτομα που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα τώρα, να μην τα παρατήσουν και να αγωνιστούν τόσο για τα ίδια όσο και για την οικογένειά τους.

• **M.M.E.:** Τα M.M.E. έχουν την μεγαλύτερη δύναμη για να μεταδώσουν μηνύματα και πληροφορίες σε όλο τον κόσμο. Γι' αυτό το λόγο μπορούν να συμβάλλουν άμεσα, παρουσιάζοντας με ευαισθησία το θέμα του καρκίνου του μαστού και αγγίζοντάς το σε όλες τις πτυχές του.

Ιδιαίτερα η τηλεόραση, μέσω της οπτικοακουστικής δυνατότητας που διαθέτει, θα μπορούσε να προβάλλει ενημερωτικές εκπομπές και διαφημιστικά μηνύματα σε τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό να ενημερωθούν, να προβληματιστούν και να ευαισθητοποιηθούν όλες οι ηλικιακές ομάδες τόσο για το τι συμβαίνει στην χώρα μας όσο και στην παγκόσμια κοινότητα.

• ***Ο Κοινωνικός Λειτουργός στο σχολείο:*** Ο ρόλος του Κ.Λ. στο σχολείο είναι αναγκαίος και σημαντικός. Πιο συγκεκριμένα, ο κοινωνικός λειτουργός θα μπορούσε:

-Να πραγματοποιεί ενημερώσεις στις οποίες θα μπορεί να καλεί εξειδικευμένους ομιλητές πάνω στον καρκίνο του μαστού, οι οποίοι θα απευθύνονται στους γονείς, στους εκπαιδευτικούς και στους μαθητές.

-Να έχει άμεση επικοινωνία με τους μαθητές για να τον εμπιστεύονται και να τους συμβουλεύει σε ότι απορίες ή προβληματισμούς έχουν σε περίπτωση που κάποιος γονέας ενός μαθητή πάσχει από καρκίνο του μαστού.

• ***Δωρεάν εξετάσεις:*** Παροχή ετήσιας δωρεάν προληπτικής εξέτασης καρκίνου του μαστού για άτομα που είναι ανασφάλιστα είτε έχουν πολύ χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση σε νοσοκομειακά κέντρα με χρηματοδότηση της πολιτείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1)Αραβαντινού Δ.,Παθολογία της γυναίκας, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 1985 Αθήνα
- 2)Γολεμάτης Β., Χειρουργική Παθολογία, Β΄ Τόμος , Ιατρικές Εκδόσεις, 1998
- 3)Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας ,Κλινική Ογκολογία, 1981 Αθήνα
- 4)Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία-Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος-Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων , Δελιαντώνη-Οικονόμου, Παπαγερίδου, Στρογγιλού, Ψυχοκοινωνική Διάσταση του καρκίνου, 1991 Αθήνα
- 5)Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Νοσηλευτική Ογκολογία, 1994 Αθήνα
- 6)Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, Πρόληψη-Έγκαιρη Διάγνωση και Διαφυγή από τον Καρκίνο, Τεύχος 1^ο,1980 Αθήνα
- 7)Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λαρούς Μπρυτάνικα ,Τόμος 6,Εκδόσεις Πάπυρος ,1980 Αθήνα
- 8)Ζαφείρης Α., Ζαφείρη Ε., Μουζακίτης Χ., Οικογενειακή Θεραπεία, Ελληνικά Γράμματα, 1999 Αθήνα
- 9)Ζωγράφου Α., Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα, Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός ,2002 Αθήνα
- 10)Κατράκης Α.,Καρκίνος του Μαστού και Θεραπευτική Αντιμετώπιση,Ιατρικές Εκδόσεις, 1980 Αθήνα
- 11)Κατσορίδου –Παπαδοπούλου Χ., Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ ,1999 Αθήνα
- 12)Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 72, Εκδόσεις ΣΚΛΕ, 2003, Αθήνα
- 13)Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 66, Εκδόσεις ΣΚΛΕ, 2002, Αθήνα
- 14)Κοσμίδης Π., Επείγουσα Θεραπευτική Ογκολογία ,Ιατρικές Εκδόσεις, 1985 Αθήνα
- 15)Κούκουρας Δ.,Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του, 1990 Πάτρα

- 16)Κονιάρη Ε., Καρκίνος του Μαστού και Νοσηλευτική Παρέμβαση, 1991 Αθήνα
- 17)Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Τόμος 3, 1972 Αθήνα
- 18)Λεξικό της Ψυχολογίας, Παπαδόπουλος Ν.,1994 Αθήνα
- 19)Λουσιέν Λάνσον ,Από γυναίκα σε γυναίκα, Εκδόσεις Γλάρος, 1985 Αθήνα
- 20)Λώρενς Λεσάν, μπορείς να αγωνιστείς για τη ζωή σου, Εκδόσεις Θυμάρι, 1980
- 21)Μάθας Χ.,Dollinger ,ο Καρκίνος, Εκδόσεις Κάτοππο, 1996 Πάτρα
- 22)Μεγάλη Σοβιετική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 39, 1983 Αθήνα
- 23)Νέα Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 18, 1980 Αθήνα
- 24)Νικολαΐδης Δ., Ψυχοσωματική Ιατρική, Εκδόσεις Οίκος Αδερφών Κυριακίδη,1983 Θεσσαλονίκη
- 25)Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 8,Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1986 Αθήνα
- 26)Παπαϊωάννου Κ., Κλινική Κοινωνική Εργασία, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ,1998 Αθήνα
- 27)Παρισιάνος Γ., Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική, Τόμος Α,Επιστημονικές Εκδόσεις , 1994 Αθήνα
- 28)Πινακίδης Μ.-Μπούτης Λ., Καρκίνος του Μαστού, University Studio Press, 1993, Θεσσαλονίκη
- 29)Ρηγάτος Γ., Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία, 1985 Αθήνα
- 30)Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2, μέρος Β΄, 1985 Αθήνα
- 31)Σπηλιώτης Ι., Καρκίνος «Από την άγνοια στο φόβο», Αχαϊκές Εκδόσεις ,1999 Πάτρα
- 32)Σταθόπουλος Π., Κοινωνική Εργασία –Διαδικασία, Μέθοδοι & Τεχνικές Παρέμβασης, Εκδόσεις Παπαζήση, 2000 Αθήνα
- 33)Σταθόπουλος Π., Κοινωνική Πρόνοια, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ,1999 Αθήνα
- 34)Susan Love,Το βιβλίο του μαστού, Εκδόσεις ΛΥΧΝΟΣ,1994 Αθήνα

- 35) <http://www.add.gr> 3-12-06
- 36) <http://www.evrytanika.gr> 3-12-06
- 37) <http://www.findarticles.gr> 5-10-06
- 38) <http://www.mastologia.gr> 9-08-06
- 39) <http://www.oekk.gr> 5-12-06
- 40) <http://www.stress.gr> 3-12-06
- 41) <http://www.wedlook.com> 7-11-06