

**Α.Τ.Ε.Ι.ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**“ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ”**

**Υπεύθυνος Καθηγητής: Δρ. Δετοράκης Ιωάννης  
Σπουδάστριες: Αγγελοπούλου Βασιλική  
Μπαλωμένου Ελένη  
Μπούκα Αναστασία**

**ΠΑΤΡΑ 2005**



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|   |    |
|---|----|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ                                      | 3  |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ                                      | 4  |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>                             |    |
| <u>ΜΑΣΤΟΣ</u>                                 | 5  |
| 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ                        | 6  |
| 1.2 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ      | 7  |
| 1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ         | 8  |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>                             |    |
| <u>ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</u>             | 11 |
| ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                       | 12 |
| 2.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                      | 12 |
| 2.2 ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                      | 12 |
| 2.3 ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                 | 12 |
| 2.4 ΕΞΩΓΕΝΕΣ Ή ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ         | 13 |
| 2.5 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                | 13 |
| 2.6 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ                   | 13 |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>                             |    |
| <u>ΠΡΟΓΝΩΣΗ</u>                               | 15 |
| 3.1 ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ         | 16 |
| 3.2 ΜΕΓΕΘΟΣ ΟΓΚΟΥ                             | 17 |
| 3.3. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ      | 18 |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>                             |    |
| <u>ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</u> | 20 |
| 4.1 ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ                          | 21 |
| 4.2 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ                               | 23 |
| 4.3 ΚΥΣΤΟΓΡΑΦΙΑ                               | 23 |
| 4.4 ΓΑΛΑΚΤΟΓΡΑΦΙΑ                             | 23 |
| 4.5 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ                            | 23 |
| 4.6 ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ                               | 24 |
| 4.7 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ                        | 24 |
| 4.8 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ                      | 24 |
| 4.9 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ              | 24 |
| 4.10 ΒΙΟΨΙΑ                                   | 25 |

|   |    |
|---|----|
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b>   |    |
| <u>ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ</u>                                  | 26 |
| 5.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ  | 27 |
| 5.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ  | 30 |
| 5.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ  | 31 |
| 5.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ  | 33 |
| 5.5. ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ  | 34 |
| <br>  |    |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b>   |    |
| <u>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</u> | 36 |
| <br>  |    |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</b>   |    |
| <u>ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</u>  | 56 |
| 7.1 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ                                 | 57 |
| 7.2 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ                                | 59 |
| 7.3 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ                                 | 71 |
| <br>  |    |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8</b>   |    |
| <u>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ</u>  | 73 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ  |    |
| 8.1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ  | 74 |
| 8.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ   | 75 |
| 8.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ   |    |
| <br>  |    |
| <b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>   |    |

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού τα τελευταία χρόνια έχει πάρει τρομακτικές διαστάσεις. Δυστυχώς αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες όχι μόνο στις Δυτικές χώρες αλλά ακόμα και στην Ελλάδα. Στο άκουσμα "καρκίνος του μαστού" σίγουρα το μυαλό όλων μας καταλαμβάνεται από πλήθος ερωτημάτων που πολλές φορές διστάζουμε να ρωτήσουμε ώστε να είμαστε σε θέση να αντιμετωπίσουμε την ενδεχόμενη εμφάνισή του. Πολλές γυναίκες λοιπόν, αρκούνται στην ημιμάθειά τους και μένουνε σιωπηλά εγκλωβισμένες στα δικά τους taboo.

Οι λόγοι που μας ώθησαν στο να επιλέξουμε και να ασχοληθούμε με τον καρκίνο του μαστού κατά την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας είναι οι εξής:

(α) Γιατί αφορά κυρίως τον γυναικείο πληθυσμό, (β) η γυναίκα που έρχεται αντιμέτωπη με τον καρκίνο του μαστού έχει παλέψει με έντονα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, (γ) γιατί ο ρόλος των νοσηλευτών από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση του καρκίνου μέχρι και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της γυναίκας μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο είναι πολύ σημαντικός και σπουδαίος.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Στον άνδρα παραμένει ανενεργός, ενώ στην γυναίκα υπόκειται σε πλήθος λειτουργικών και μορφολογικών μεταβολών, που σχετίζονται με την εμμηνορρυσία, την εγκυμοσύνη, την γαλουχία και την εμμηνόπαυση. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει ως συνέπεια πλήθος δυσλειτουργιών και κλινικών εκδηλώσεων που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά νοσήματα.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την συχνότερη δυσλειτουργία και κατ' επέκταση την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Αποτελεί το 25% όλων των κακοηθειών του οργανισμού της. Υπολογίζεται ότι το 2-5% όλων των γυναικών θα παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού, ενώ το 13% των θανάτων από κακοήθεια οφείλεται σε καρκίνο του μαστού.

Στην Ελλάδα ο καρκίνος χτυπά 4500 ελληνίδες ετησίως. Το ενδιαφέρον είναι ότι στην Ελλάδα η συχνότητα της νόσου αυξάνει με ανησυχητική ταχύτητα. Υπολογίζεται ότι τα τελευταία 20 χρόνια η νόσος σχεδόν διπλασιάστηκε, ενώ η τρέχουσα ετήσια αύξηση της συχνότητάς της ανέρχεται σε 20% περίπου.

Ο καρκίνος του μαστού, υπογραμμίζει ο κ. Τσούκας, (καθηγητής κλινικής ογκολογίας ΤΕΙ και πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής του 8<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μαστολογίας) ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους στην Ελλάδα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Επίσης, μόλις το 15% των περιπτώσεων καρκίνου μαστού στην Ελλάδα διαγιγνώσκονται στο πρώτο στάδιο, ενώ αν ο όγκος εντοπιστεί στο πρώτο στάδιο και το μέγεθός του δεν ξεπερνά σε διάμετρο το 1εκ., το 90% των γυναικών ζουν περισσότερο από μία εικοσαετία.

Η θνησιμότητα στην χώρα μας είναι χαμηλή σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης ή της Β. Αμερικής, αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητας στην Ιαπωνία και στις υπόλοιπες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Ο δείκτης θνησιμότητας στην Ελλάδα είναι 15,13 ανά 100.000 γυναίκες, ενώ στις Η.Π.Α. είναι 27,1 ανά 100.000. Ο υψηλότερος δείκτης συναντάται στην Αγγλία (33,8 ανά 100.000 γυναίκες) και ο χαμηλότερος στη Νικαράγουα (0,4 ανά 100.000 γυναίκες). Σύμφωνα με τους παραπάνω δείκτες θνησιμότητας αντιλαμβάνεται κανείς πως η περίπτωση της νόσου ποικίλει κατά πολύ ανά τον κόσμο με μεγαλύτερη συχνότητα στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές. Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι από τις γυναίκες που γεννήθηκαν το 1987 ένα 10% θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής τους, ενώ ένα 3% θα πεθάνει από καρκίνο του μαστού.

Ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού αυξάνει σταθερά μετά την ηλικία των 35 χρόνων. Έτσι, ο καρκίνος του μαστού κάτω από τα 25 είναι σπάνιος, μετά τα 30 εμφανίζει γοργή αύξηση της συχνότητας εμφάνισης, στα χρόνια της εμμηνόπαυσης παρουσιάζεται κάποια ύφεση και μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται σταθερά. Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων παρουσιάζεται στις ηλικίες 40 μέχρι 75 ετών, ενώ οι περισσότεροι θάνατοι από καρκίνο του μαστού σημειώνονται στις ηλικίες 45 μέχρι 80 ετών.



ΚΕΦ. 1

# ΜΑΣΤΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΜΑΣΤΟΣ

### 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο μαστός στη γυναίκα και στον άνδρα βρίσκεται στην υποδόρια περιτονία της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα. Εκτείνεται από το πλάγιο χείλος του στέρνου ως την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή και από την 2<sup>η</sup> ή 3<sup>η</sup> μέχρι την 6<sup>η</sup> ή 7<sup>η</sup> πλευρά, ενώ η θηλή βρίσκεται στο ύψος της τέταρτης πλευράς. Το σχήμα του μαστού είναι κωνικό ή ημισφαιρικό ή κυλινδρικό.

Χωρίζεται σε 4 τεταρτημόρια άνω έσω, άνω έξω, κάτω έσω, κάτω έξω.

Κάθε μαστός διακρίνεται σε δυο επιφάνειες την πρόσθια και την οπίσθια επιφάνεια. Η πρόσθια επιφάνεια αποτελείται από λεπτό και μαλακό δέρμα. Στο κέντρο της πρόσθιας επιφάνειας και ύψος του τετάρτου μεσοπλεύριου διαστήματος βρίσκεται η θηλή, ένα μικρό κυλινδρικό ή κωνικό έπαρμα και η οποία περιβάλλεται από τη θηλαία άλω, μία στεφάνη κεχρωμένη με διάμετρο 3-5 cm. Στην κορυφή της θηλής εκβάλλουν 15-20 στόμια που ονομάζονται γαλακτοφόροι πόροι, ενώ στη θηλαία άλω εμφανίζονται 10-15 μικρά στρογγυλά επάρματα, τα αλωαία οξίδια που έχουν ως υπόθεμα οσμηγόνους αδένες. Τα μικρά αυτά επάρματα είναι γνωστά και ως αδένες του Montgomery. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού έρχεται σε επαφή με την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός.

Ο μαστός αποτελείται από έξω προς τα μέσα από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαζικό αδένα.

Το δέρμα έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες εκτός από το δέρμα των θηλών, το οποίο στερείται ιδρωτοποιών αδένων. Η θηλή και η θηλαία αλώς αποτελούνται από άφθονες ελαστικές και λείες μυικές ίνες με κυκλική και ακτινοειδή φορά προκαλώντας σκλήρυνση κατά το θηλασμό ή την προστριβή τους.

Το περιμαστικό λίπος περιβάλλει το μαζικό αδένα, ο οποίος διαιρείται σε 15-20 λοβούς ανωμάλου σχήματος, με ακτινοειδή φορά από τη θηλή ή την θηλαία άλω, προς την περιφέρεια. Τους λοβούς διαχωρίζουν ινώδεις δεσμίδες που ονομάζονται σύνδεσμοι του Cooper, όπου μαζί με το επιπολής πέταλο της περιτονίας του Scarpa είναι υπεύθυνοι για την εσοκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό. Κάθε λοβός αποτελείται ένα μείζονα εκφορητικό πόρο (γαλακτοφόρος πόρος), ο οποίος εκβάλλει στη θηλή. Οι γαλακτοφόροι πόροι μέσα στο λοβό διακλαδίζονται σε διάφορου αριθμού πόρους, κάθε ένας από τους οποίους καταλήγει σε μια αδενοκυψέλη.

Κάθε γαλακτοφόρος πόρος αποτελείται από ένα πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ πριν εκβάλλει στην θηλή διευρύνεται και σχηματίζει το γαλακτοφόρο κόλπο, μέσα στο οποίο συγκεντρώνεται το γάλα. Οι αδενοκυψέλες αποτελούνται από ένα βασικό υμένα και ένα στίχο αδενικών κυττάρων, στη βάση των οποίων προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα.

## 1.2. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Λέγοντας ταξινόμηση ή σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού, εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκτασή της.

Το σύστημα που χρησιμοποιείται σήμερα είναι το TNM της American joint committee on cancer όπου T= Πρωτοπαθής όγκος, Tumor. N= Επιχώρια λεμφαδενοπάθεια (Nodes) M= Μετάσταση, metastasis

Σύμφωνα με το σύστημα αυτό η σταδιοποίηση του καρκίνου γίνεται με βάση των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου με την κλινική και παθολογοανατομική εξέταση της προσβολής των λεμφαδένων και την ύπαρξη μεταστάσεως. Σκοπός της σταδιοποίησης είναι η ομαδοποίηση των ασθενών, η μέτρηση διαφόρων παραμέτρων όπως είναι η επιβίωση, η θνησιμότητα κ.τ.λ. και ο καθορισμός της πρόγνωσης και της θεραπείας.

Βάση λοιπόν του συστήματος TNM, η ομαδοποίηση του καρκίνου του μαστού έχει ως εξής:

T.Πρωτοπαθής όγκος

T<sub>x</sub>= ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί καθώς δεν υπάρχουν οι απαραίτητες πληροφορίες.

To = απουσία πρωτοπαθούς όγκου (αψηλάφηση πρωτοπαθής ουσία).

T<sub>is</sub> = προδιηθητικό καρκίνωμα (in situ), μη διηθητικό ενδοπορογενές καρκίνωμα ή νόσος Paget της θηλής χωρίς ψηλαφητό όγκο.

T1= όγκος μικρότερος από 2cm

T1a = όγκος μικρότερος από 0,5 cm, χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών

T1b= όγκος 0,5-1 cm , ο όγκος διηθεί την θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μύς.

T1c= όγκος 1-2 cm

T2= όγκος διαμέτρου >2cm μέχρι 5 cm

T2a = χωρίς την διήθηση των υποκειμενικών ιστών

T2b= ο όγκος διηθεί την θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μύς.

T3= ο όγκος μεγαλύτερος των 5cm

T3a= χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών

T3b= ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μύς.

T4a= Ο όγκος κάθε μεγέθους με καθήλωση στον θωρακικό τοίχωμα.

T4b= με οίδημα ή διήθηση ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δερματικές μεταστάσεις στον μαστό.

T4c= συνδυασμός T4a και T4b.

T4d= φλεγμονώδες καρκίνωμα

N. Περιοχικοί λεμφαδένες

N<sub>x</sub> περιοχικοί λεμφαδένες δεν είναι δυνατός να εκτιμηθούν

N<sub>0</sub> δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες

N1 μετάσταση σε ένα ή περισσότερους κινητούς σύστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

N1a χωρίς ύποπτα σημεία καρκινικής διήθησης

N1b λεμφαδένες που θεωρούνται ότι διηθούνται από τον όγκο.



N2 μετάσταση σε λεμφαδένες που συμφύονται μεταξύ τους.

N3 μεταστάσεις στους σύστοιχους έσω μαστικούς λεμφαδένες.

#### M. Απομακρυσμένες μεταστάσεις

Μχ η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί

Μο δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε όργανα

Μ1 υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

Σύμφωνα με την παραπάνω σταδιοποίηση (TNM) καθορίζονται τα κλινικά στάδια του καρκίνου. Τα στάδια αυτά είναι τέσσερα και αναλύονται ως εξής:

Στάδιο 0 Τ1ς ΝΟΜΟ

Στάδιο I Τ1ΝΟΜΟ

Στάδιο II Α ΤΟΝ1ΜΟ

Τ1Ν1ΜΟ

Τ2ΝΟΜΟ

Στάδιο II Β Τ2Ν1ΜΟ

Τ3ΝΟΜΟ

Στάδιο III Α ΤΟΝ2Μ0

Τ1Ν2Μ0

Τ2Ν2Μ0

Τ3Ν2Μ0

Τ3Ν2Μ0

Στάδιο III Β Τ4, κάθε Ν, Μ0

κάθε Τ, Ν3, Μ0

Στάδιο IV Κάθε Τ, κάθε Ν, Ν1

### **1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Αν και κατορθώσαμε να απομονώσουμε τέτοιους ορμονικούς παράγοντες, πρέπει να ομολογήσουμε πως οι γνώσεις μας σχετικά με τους μηχανισμούς που ελέγχουν τους μαστούς, είναι ανεπαρκείς.

#### **α. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού**

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε δηλαδή ότι ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο.

**Υποθάλαμος:** Είναι γνωστό, πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Η προλακτίνη (PRL) είναι ορμόνη της υπόφυσης που έχει σχέση με το μαστό. Δύο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η αυξητική και θυρεοειδοτρόπος ορμόνη.

**Υπόφυση:** Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωτυκοκίνη.

**Ωοθήκες:** Οι ορμόνες των ωοθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό, είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.

**Οιστρογόνες ορμόνες:** Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται, γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένου.

**Προγεστερόνη:** Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψέλων, και σε μεγάλες, έκκριση που μοιάζει με πύαρ.

**Θυρεοειδής αδένου:** Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

**Επινεφρίδια:** Όπως κι ο θυρεοειδής αδένου, έτσι και αυτά, έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

**Πλακούντας:** Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένου και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ σε μικρές ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη.

Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη (HPL). Η ορμόνη αυτή μοιάζει όμως και με τη δράση της προλακτίνης γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσεται το μαστικό αδένου.

**Νευρικό σύστημα:** Αυτό φαίνεται πως έχει επίδραση στην ανάπτυξη των μαστών, γιατί οι διαταραχές του στη διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας δείχνουν πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός, που επιδρά στους μαστούς.

### **β. Έναρξη της γαλουχίας**

Τις τελευταίες ημέρες της εγκυμοσύνης και μια έως δύο μέρες μετά τον τοκετό, εκκρίνονται από τους μαστούς μικρές ποσότητες υγρού, που έχουν μεγάλη σημασία, στη διατροφή του νεογνού και στην άμυνα του οργανισμού, γιατί περιέχουν αντισώματα, καθώς και στην αποβολή του περιεχομένου του εντέρου, του μηκωνίου.

Το υγρό αυτό λέγεται πύαρ και ως τη δέκατη ημέρα της λοχείας αυξάνεται σε ποσότητα και αραιώνεται. Τότε λέγεται μεταβατικό γάλα. Ύστερα την παίρνει οριστική σύσταση του γάλακτος.

Όταν εγκατασταθεί η έκκριση γάλακτος, οι μαστοί διογκώνονται, γίνονται επώδυνοι, η μασχαλιαία ουρά τους είναι ψηλαφητή και το υποδόριο φλεβικό δίκτυο διακρίνεται εύκολα.

Το γάλα της μητέρας αποτελεί ιδεώδη τροφή του νεογνού, γιατί ανταποκρίνεται στις βιολογικές του ανάγκες.

Η λειτουργία της έκκρισης γάλακτος εξετάζεται από δύο απόψεις, την έναρξη και τη διατήρησή της.

Η έκκριση γάλακτος αρχίζει μετά τον τοκετό, γιατί πέφτει η στάθμη των οιστρογόνων ορμονών και της προγεστερόνης.



**ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ  
ΚΑΡΚΙΝΟΥ  
ΜΑΣΤΟΥ**

## **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Παρά τις μακροχρόνιες μελέτες η αιτιολογία της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη.

Παρόλο που οι γενετικοί ιδιοσυστατικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες εμφάνισαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού, καθένας από μόνος ή σε συνδυασμό δεν μπορεί να εξηγήσει το μηχανισμό γένεσης της νόσου.

Παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι:

### **1) ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Οικογενειακό ιστορικό: γυναίκες που η μητέρα τους, η αδελφή τους εμφάνισαν καρκίνο του μαστού, έχουν διπλάσια ή τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο μαστού απ' ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός. Η πιθανότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί μέχρι 8 φορές, αν ο καρκίνος του μαστού εμφανισθεί πριν από την εμμηνόπαυση ή ήταν αμφοτερόπλευρος.

Φύλο: ο καρκίνος μαστού προσβάλλει το γυναικείο φύλο πολύ πιο συχνά απ' ότι το ανδρικό. Η σχέση προσβολής ανάμεσα στα δύο φύλα είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα.

Ηλικία: η ηλικία μιας γυναίκας παίζει σημαντικό ρόλο στη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού καθώς με την πάροδο της ηλικίας αυξάνεται και κίνδυνος προσβολής από την νόσο. Πριν από την ηλικία των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια. Μετά την ηλικία των 25 ετών έως και 30 ετών η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και προοδευτικά συνεχίζει να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής.

### **2) ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Οιστρογόνα: Η χρήση οιστρογόνων σε μεγάλες ποσότητες θα πρέπει να αποφεύγεται.

Προγεστερόνη: Η σχέση της προγεστερόνης με τον καρκίνο του μαστού είναι ασαφής.

Αντισυλληπτικά χάπια: Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί η σχέση μεταξύ του καρκίνου του μαστού και αντισυλληπτικών. Έρευνες έδειξαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου σχετίζεται με τον χρόνο της τελευταίας λήψης αντισυλληπτικών.

Προλακτίνη: Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες βρέθηκε πως τα παιδιά και συγκεκριμένα τα κορίτσια ζευγαριών που τεκνοποίησαν και που νόσησαν από καρκίνο είχαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα προλακτίνης.

### **3) ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης: Οι γυναίκες που ξεκινούν να έχουν περίοδο σε πολύ νεαρή ηλικία καθώς και οι γυναίκες που καθυστερούν στην εμφάνιση της εμμηνόπαυσης εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

Τεχνητή εμμηνόπαυση: Η ωοθηκεκτομή αποτελεί προστατευτικός παράγοντας έναντι στον καρκίνο του μαστού.

Ηλικία απόκτησης πρώτου παιδιού: Στις γυναίκες που τεκνοποιούν για πρώτη φορά σε μεγάλη ηλικία (μετά τα 30) ο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι διπλάσιος σε σύγκριση με τις γυναίκες που τεκνοποίησαν πριν από την ηλικία των 20.

Θηλασμός: Σε παλαιότερες μελέτες ο θηλασμός φαινόταν να προσφέρει κάποια προστασία στη γυναίκα. Τα ευρήματα αυτά όμως δεν επιβεβαιώνονται, καθώς πρόσφατες έρευνες απέδειξαν πως ο θηλασμός δεν παίζει κανένα προστατευτικό ρόλο στον καρκίνο του μαστού ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την γυναίκα που δεν έχει θηλάσει.

#### **4) ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ Ή ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Ψυχολογικοί παράγοντες

Ακτινοβολία

#### **5) ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Διαιτητικοί παράγοντες: Παράγοντες αυξημένου κινδύνου είναι η διαίτα πλούσια σε λίπος και ζωικές πρωτεΐνες, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία κυρίως στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Κοινωνικό – οικονομικοί: Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει συχνότερα τα άτομα υψηλής κοινωνικής και οικονομικής τάξης καθώς και κατοίκους αστικών πόλεων.

Γεωγραφική κατανομή: Στον δυτικό κόσμο (π.χ. Αμερική, Βορειοδυτική Ευρώπη κτλ) οι γυναίκες παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες που κατοικούν στην Αφρική, Ασία, Μέση Ανατολή.

#### **6) ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Καλοήθειες παθήσεις του μαστού: Γυναίκες που πάσχουν από καλοήθειες παθήσεις όπως υπερπλασία, θήλωμα, σκληρυντική αδένωση, σύνθετα ινοαδενώματα και πολλαπλές κύστες σε μέτριο και σοβαρό βαθμό έχουν αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού.

Άλλοι παράγοντες: Οι ακτινοβολίες με ιόντα, χορηγούμενες σε μεγάλες δόσεις είναι δυνατό να επιφέρουν αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Ας αναφέρουμε σαν παράδειγμα τις ατομικές βόμβες στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι.

Όμως, σύμφωνα με τις σουδικές και αμερικανικές μελέτες, η ακτινοβολία στη διάρκεια ενός ετήσιου αμφίπλευρου μαστογραφικού ελέγχου, δηλαδή 1 Rem ετησίως, δεν παρουσιάζει αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Ορισμένοι ιοί θα μπορούσαν να παίζουν κάποιο ρόλο στη γένεση του καρκίνου του μαστού. Ακόμα, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως παράγοντες κινδύνου, το

άγχος (διαζύγιο ή θάνατος του ενός εκ των συντρόφων), ο δυτικός τρόπος ζωής, η έλλειψη φυσικής άσκησης.

Συνολικά, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στη γένεση ενός καρκίνου του μαστού, γι' αυτό και το ερωτηματολόγιο, στο οποίο θα κληθεί να απαντήσει η γυναίκα με πρόβλημα στο μαστό, θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πλήρες, ώστε να εκτιμηθούν σωστά οι παράγοντες κινδύνου.



# ΠΡΟΓΝΩΣΗ



## ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Προγνωστικοί παράγοντες που αφορούν τον καρκίνο του μαστού είναι οι ακόλουθοι:

### 3.1 ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ

Είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας. Επειδή ο καθορισμός τους είναι δύσκολος κλινικά, συνήθως γίνεται με αφαίρεση μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Τα τελευταία 20 χρόνια η χειρουργική προσέγγιση των ασθενών με καρκίνο του μαστού, έχει την τάση να γίνεται με ολιγότερο επιθετικούς τρόπους. Ένεκα τούτου, αφ' ενός μεν ελαττώνεται το ποσοστό των μαστεκτομών, αφ' ετέρου δεν αυξάνεται το ποσοστό της συντηρητικής θεραπείας. Παρ' όλα αυτά ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης σε πολλούς ασθενείς εφαρμόζεται σαν μέθοδος ρουτίνας.

Ο λεμφαδενικός καθορισμός της μασχάλης από μακρού εθεωρείτο ότι βοηθάει στην πρόγνωση και συμβάλλει στη θεραπεία.

Ο καρκίνος του μαστού, ο οποίος εμφανίζει διήθηση των περιοχικών λεμφαδένων, είναι μια συμαντική νόσος, η οποία χρήζει επικουρικής θεραπείας. Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, αλλάζει ανάλογα με τον αριθμό των θετικών λεμφαδένων. Οι ασθενείς αυτοί χωρίζονται σε ομάδες θετικών λεμφαδένων αριθμητικά (1-3), (4-10) και (περισσότεροι από 10). Στις υποομάδες αυτές η αύξηση του αριθμού, επιβαρύνει την πρόγνωση. Αναφέρεται ότι, στις ασθένειες με τροποποιημένη ριζική ή με ευρεία ριζική μαστεκτομή, οι οποίες έχουν 10 ή περισσότερους θεραπευτικούς λεμφαδένες, εάν δεν ακολουθήσει επικουρική θεραπεία, η 5ετής επιβίωση είναι 44% και η 5ετής επιβίωση ελεύθερης νόσου σημειώνεται στο 29%.

#### Πίνακας 10.

| Αριθμός προσβ. λεμφαδένων | 10ετής επιβίωση |
|---------------------------|-----------------|
| 0                         | 80%             |
| 0-3                       | 60%             |
| 4-10                      | 40%             |
| >10                       | Περίπου 25%     |

Η κατάσταση των λεμφαδένων της μασχάλης σε μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού είναι ένας προγνωστικός παράγοντας με πολύ μεγάλη σημασία για τη ζωή του ασθενούς. Επειδή δεν είχαμε στη διάθεσή μας, μέχρι τώρα, μια εύκολη και μη επιθετική μέθοδο για να διαγνώσουμε την κατάσταση των λεμφαδένων της μασχάλης (μετάστασης ή όχι), εκτελούσαμε χειρουργικώς μερική ή ολική λεμφαδενεκτομή.

Με την αύξηση του αριθμού των γυναικών που υποβάλλονται σε μαζική εξέταση, αυξήθηκε και ο αριθμός των ασθενών που εμφανίζονται με μικρό πρωτοπαθή όγκο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες. Στις γυναίκες αυτές

είναι δύσκολο να δικαιολογηθεί μια επέμβαση στη μασχάλη για την αφαίρεση των λεμφαδένων με τα γνωστά επακόλουθα (οίδημα άνω άκρων)

Επομένως το επιθυμητό ήταν η ύπαρξη μιας μη επιθετικής μεθόδου που θα μπορούσε να διαγνώσει την κατάσταση των λεμφαδένων.

Ο Morton το 1992, χωρίς να γνωρίζει την ανακοίνωση του Canana, ανέπτυξε μια μέθοδο υποδορίου λεμφαδενεκτομή μόνο όταν ο φρούρος λεμφαδένας ήταν διηθητικός.

Η ίδια διαδικασία διεπιστώθει και στο μαστό. Έτσι λοιπόν, όταν ο φρούρος λεμφαδένας είναι διηθημένος από τη νόσο, τότε θα πρέπει να γίνει Μασχαλιαίος Λεμφαδενικός καθαρισμός.

Εάν όμως είναι αρνητικός, τότε ο ασθενής θα πρέπει να αποφύγει το Μασχαλιαίο Λεμφαδενικό καθαρισμό και τα επακόλουθα.

Αν ληφθεί υπ' όψιν ότι περίπου το 50% των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο έχουν αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες και θα πρέπει να αποφύγουν την επέμβαση, αντιλαμβάνεται κανείς τη σημασία της μεθόδου.

Η αξιοπιστία της μεθόδου ανέρχεται περίπου στο 95% και τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα σε 4,6%.

Η εξέταση του Φρουρού Λεμφαδένα με τη μέθοδο της ταχείας βιοψίας, δεν είναι απολύτως ακριβής, γιατί σε ποσοστό 30% δεν ανευρίσκονται οι μικρομεταστάσεις.

Η τεχνική του Φρουρού Λεμφαδένα είναι μια μέθοδος σημαντική και πολλά υποσχόμενη. Δεν μπορεί ακόμη όμως να χρησιμοποιηθεί στην κλινική πράξη ως ρουτίνα, πριν ελεγχθούν τα αποτελέσματα τυχαιοποιημένων μελετών που βρίσκονται ακόμα σε εξέλιξη.

Σε συνέδριο της Ελληνικής Εταιρίας Χειρουργικής Ογκολογίας, στη Λάρισα, ανακοινώθη η Ελληνική εμπειρία από τη μέθοδο, από το νοσοκομείο <<ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ>> και από τα Πανεπιστήμια Ηρακλείου, Ιωαννίνων και Πατρών.

Τονίσθηκε ιδιαίτερα η σημασία της μεθόδου για την πρόγνωση της νόσου, τη θεραπεία και την αποφυγή Μασχαλιαίου Λεμφαδενικού καθαρισμού όταν ο λεμφαδένας είναι αρνητικός.

### **3.2. ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ**

Οι όγκοι που έχουν μέγεθος μικρότερο από 2cm. Συνοδεύονται από καλή πρόγνωση.

Η κατάσταση της μασχάλης, αποτελεί το πλέον σημαντικό προγνωστικό δείκτη στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Επίσης και το μέγεθος του όγκου στις ασθενείς αυτές είναι ένας κύριος προγνωστικός παράγοντας. Η διατύπωση ότι το αρνητικό των μασχαλιαίων λεμφαδένων στον καρκίνο του μαστού είναι ο κυριότερος προγνωστικός παράγοντας, δεν αποτελεί λάθος αλλά έχει τη θέση της.

Επομένως ο περαιτέρω χρόνος επιβίωσης της ασθενούς δεν εξαρτάται τόσο από το μέγεθος του όγκου αλλά από την κατάσταση των λεμφαδένων της μασχάλης. Επί παραδείγματι, όγκος μικρότερος των 2cm. Με θετικούς λεμφαδένες, έχει

χειρότερη πρόγνωση από μεγαλύτερο όγκο, ο οποίος εμφανίζει αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Η πρώτη περιοχική θέση της μετάστασης, γενικά είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης. Η περιοχική μετάσταση των λεμφαδένων της έσω μαστικής κατέχει τη δεύτερη θέση. Αυτή, ένεκα της οπισθοστερνικής θέσης της σπανίως γίνεται αντιληπτή κλινικά. Εάν ένας καρκίνος του μαστού προξενήσει μετάσταση στους λεμφαδένες της έσω μαστικής, η εντόπιση του πρωτοπαθούς όγκου συνήθως είναι στο κέντρο ή στα έσω 4/μόρια.

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού σπανίως εμφανίζουν μετάσταση μόνο στους λεμφαδένες της έσω μαστικής. Η θεωρητική και η πρακτική σημασία του θέματος αυτού παραμένει συζητήσιμη. Αναφέρεται ότι, οι ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες εμφανίζουν μεταστάσεις στους: Λεμφαδένες της έσω μαστικής με ποσοστό 28-35%. Αντίθετα, σ' αυτούς με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, το ποσοστό σημειώνεται μεταξύ 6-9%.

### Πίνακας. Σταδιοποίηση

| Κλινικό Στάδιο | 5- ετής Επιβίωση (%) | 10 ετής Επιβίωση (%) |
|----------------|----------------------|----------------------|
| 0              | -                    | 90                   |
| I              | 85                   | 65-75                |
| II             | 65                   | 50                   |
| III            | 40                   | 25                   |
| IV             | 10                   | -                    |

Πίνακας . Ελεύθερο νόσου για 10 χρόνια σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

| ΣΤΑΔΙΟ | ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΝΟΣΟΥ ΓΙΑ 10 ΧΡΟΝΙΑ |
|--------|------------------------------|
| I      | 50-90%                       |
| II     | 40-70%                       |
| III    | 10-20%                       |
| IV     | Μέχρι 5%                     |

### 3.3. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο αμφοτερόπλευρος καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνά. Αυτός μπορεί να είναι σύγχρονος ή μετάχρονος. Έχει διαπιστωθεί ότι, το ποσοστό κινδύνου εμφάνισης στον άλλο μαστό, συγκρινόμενο με το γενικό πληθυσμό, είναι μεγαλύτερο. Έχει υπολογισθεί ότι, μετά από τη θεραπεία του πρώτου καρκίνου, η εμφάνιση καρκίνου στον άλλο μαστό ενός της 10ετίας, είναι της τάξης του 5-10%. Η εμφάνιση δευτέρου καρκίνου στον ένα μαστό σε νεαρά ηλικία, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό.

Επισημαίνεται ότι, η πρόγνωση της ασθενούς μετά την αναγνώριση του δεύτερου καρκίνου, είναι όμοια με αυτή του πρώτου καρκίνου ή χειρότερη. Η εμφάνιση δεύτερου καρκίνου στην ασθενή υποδηλώνει την δρομολόγηση των σχετικών παραγόντων και η πρόγνωση πρέπει να θεωρείται αβέβαιη και αρνητική.



**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ  
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ  
ΚΑΡΚΙΝΟΥ  
ΜΑΣΤΟΥ**

## Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κατά πρώτον, η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική και παρακλινική, ιδιαίτερα χάρη στην ανάπτυξη της σύγχρονης απεικόνισης.

Αφού γίνει ασφαλής διάγνωση, με παθολογοανατομική εξέταση, θα αναζητηθούν οι παράγοντες πρόγνωσης με σκοπό την εφαρμογή της καλύτερης θεραπευτικής αγωγής. Η πρώιμη διάγνωση βελτιώνει την πρόγνωση των καρκίνων του μαστού.

Ο κλινικός έλεγχος: Μετά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού και μιας αξιολόγησης της ιατρο-ψυχολογικής κατάστασης, θα πρέπει να αναζητηθεί ο λόγος της ιατρικής επίσκεψης: πάρα πολύ συχνά, η ασθενής συμβουλευεται το γιατρό της ένα ανώδυνο, σκληρό ογκίδιο και πιο σπάνια, για μία αλλαγή του δέρματος (ρυτίδα ή κοιλότητα), ένα οροαιματηρό έκκριμα της θηλής, έναν εντοπισμένο πόνο και τέλος ένα λεμφαδένα κάτω από τη μασχάλη ή κάτω από την κλείδα. Σε όλα τα περιστατικά, πρέπει να γίνεται πλήρης εξέταση, σε καθιστή και υπτία θέση.

Η προσεκτική εξέταση αναζητά μια ανωμαλία του δέρματος ή της άλω και η στατική και δυναμική ψηλάφηση τεταρτημόριο προς τεταρτημόριο (χειρισμός αντιθέτου προσαγωγής των μυών του TILLAUX) μελετά το μέγεθος, την κινητικότητα και τη στασιμότητα του όγκου σε σχέση με το δέρμα και τη θέση των μυών.

Τυπικά, ο όγκος και σκληρός, ανώδυνος, με ακανόνιστα όρια, μη διακριτός από το γειτονικό μαστικό ιστό. Άλλα είδη καρκίνου του μαστού είναι παραπλανητικά, με μία καθησυχαστική συμπτωματολογία: όγκοι μαλθακής σύστασης, με σχήμα ομαλό.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η εξέταση της αλωαίας επιφάνειας και της θηλής, αποκαλύπτει την ύπαρξη δερματικής απόκλισης, στρέβλωσης ή έκκρισης της θηλής.

Η έκκριση θεωρείται ακόμα πιο ύποπτη, όταν είναι από ένα πόρο, οροαιματηρή, αυτόματη και σε συνδυασμό με ένα ογκίδιο πίσω από τη θηλή.

Τέλος, με την κλινική εξέταση, θα αναζητηθούν οι μασχαλιαίοι και υποκλείδιοι λεμφαδένες. Οι λεμφαδένες αυτοί ψηλαφώνται σε καρκίνους προχωρημένους. Είναι δυνατόν, διογκωμένοι λεμφαδένες να είναι φλεγμονώδεις και μη διηθημένοι από καρκίνο.

Στους καρκίνους σε προχωρημένο στάδιο ανάπτυξης, η κλινική εξέταση μπορεί να δείξει έναν μαστό ερυθρό, με οίδημα, διογκωμένο, επώδυνο κατά την ψηλάφηση, <<peau d' orange>> και τοπικά σημεία οξείας φλεγμονής ή δερματικής διασποράς: μεταστατικοί όζοι.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ορισμένα είδη καρκίνου του μαστού δεν είναι δυνατό να ψηλαφηθούν, άλλα καλύπτονται μέσα σε μια σκληρή περιοχή και σιωπηλά κάνουν μετάσταση στους λεμφαδένες ή στα σπλάχνα.

Στο τέλος της κλινικής εξέτασης, θα έχουμε πραγματοποιήσει μια διαφορετική διάγνωση ανάμεσα σε άλλους καλοήθεις όγκους του μαστού, εκκρίσεις που

οφείλονται σε ορμονικές ή φαρμακευτικές μαστοπάθειες και εμφανείς λοιμώδεις μαστίτιδες. Παρ' όλα αυτά, η ευαισθησία της κλινικής εξέτασης αποτελεί το 70% και η αποτελεσματικότητα το 80%. Σε ένα ποσοστό 30%, η κλινική διάγνωση είναι δύσκολη ή αδύνατη και κυρίως σε περιπτώσεις καρκίνων με διάμετρο κάτω του ενός εκατοστού <<minimal breast cancer>> η κλινική ανίχνευση θεωρείται πολύ δύσκολη.

Γι' αυτό το λόγο, είναι απαραίτητη η εφαρμογή συμπληρωματικών εξετάσεων με σκοπό τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η μαστογραφία: Είναι η θεμελιώδης εξέταση για τη διάγνωση των καρκίνων του μαστού: Από την ξηρογραφία, η οποία σήμερα πλέον δεν χρησιμοποιείται, έως την ψηφιακή μαστογραφία της σημερινής εποχής, η μαστογραφία παρουσιάζει μεγάλη εξέλιξη.

Η κλασική μαστογραφία πρέπει να είναι αμφίπλευρη, και η ασθενής να είναι σε θέση καθιστή. Πραγματοποιούμε προβολές <<face>> και λοξού <<profil>> για να διερευνήσουμε συνολικά το μαστό και τη μασχαλιαία περιοχή.

Είναι ουσιαστικό να πραγματοποιείται η μαστογραφία με συμπίεση, ώστε να εξαλείφονται οι γεωμετρικές και κινητικές ασάφειες. Για τις γυναίκες με εμμηνόρροια, το χρονικό διάστημα μετά την εμμηνόρροια είναι το καλύτερο για την πραγματοποίηση της μαστογραφίας. Εκτός από τις δύο κλασσικές προβολές, είναι δυνατό να πραγματοποιήσουμε και άλλες: προβολές με γωνία 90 μοίρων, ειδικές προβολές, μεγενθώσεις υπόπτων εστιασμένων ζωνών. Η διήθηση των ακτίνων πρέπει να είναι ανάλογη με την πυκνότητα των μαστών.

Η μαστογραφική σημειολογία των καρκίνων του μαστού ανευρίσκει τρία θεμελιώδη σημεία σε συνδυασμό ή μεμονωμένα:

1. Οι ανώμαλες ακτινοσκοιρότητες με μεταβλητή πυκνότητα, με ανώμαλη περιφέρεια, ασαφή που αντιστοιχούν οζίδια. Συχνά, το μέγεθος του ακτινολογικού οζιδίου είναι κατώτερο του κλινικού μεγέθους, οι στρεβλώσεις είναι μικρές, δεν υπάρχει όριο ασφαλείας, το κέντρο της ακτινοσκοιρότητας είναι πολύ πυκνό και είναι πιθανό να υπάρχει κάποια δερματική έλξη στο σημείο του όγκου ή ένα διάχυτο οίδημα.

2. Οι μικροαποτιτανώσεις: Πρόκειται για εναποθέσεις των αλάτων του ασβεστίου στο επίπεδο των γαλακτοφόρων και μαστικών λοβιδίων. Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Legal του Ινστιτούτου CURIE, διακρίνουμε πέντε τύπους μικροαποτιτανώσεων. Οι τύποι IV και V είναι συχνότατοι στα περιστατικά καρκίνου του μαστού. Πρόκειται για μικροαποτιτανώσεις σε μέγεθος μικρότερο των 5mm, στιγματικού σχήματος, ασύμμετρες ή σκωληκοειδείς, αριθμού συμψηφιστικού, συχνά άνω των 30 ανά cm<sup>2</sup>. Οι εστίες τους είναι μη ομαλές ή σε ακολουθία με το γαλακτοφορικό δένδρο. Η σημειολογία αυτών των μικροαποτιτανώσεων έχει παρουσιάσει μεγάλη πρόοδο τα τελευταία χρόνια, χάρη στην ποιότητα του μαστογραφικού ελέγχου.

3. Οι διαταραχές της αρχιτεκτονικής του μαστού: Οι ασυμμετρίες, οι εστιασμένες υπερπυκνώσεις μπορούν ταυτόχρονα να αποτελέσουν ευρήματα ενός μαστογραφικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού.

Η προσεκτική εξέταση των μαστογραφιών μας επιτρέπει ποσοστό <<ευαισθησίας>> 98% και <<ειδικότητας>> 90%, γι' αυτό το λόγο θεωρείται σημείο αναφοράς στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Παρ' όλα αυτά υφίστανται σημειολογικές παγίδες, οι οποίες απαιτούν την πραγματοποίηση και άλλων συμπληρωματικών εξετάσεων.

**Η κυστογραφία:** Αυτή η τεχνική συνίσταται στην ακτινογράφιση μιας κυστικής κοιλότητας, όπου έχουμε εμφυσήσει αέρα, μετά την εκκένωση του υγρού που περιέχει. Το ενδιαφέρον αυτής της εξέτασης προσανατολίζεται στους ενδοκυστικούς καρκίνους του μαστού με σκοπό την απεικόνιση των εκβλαστήσεων μέσα στην κύστη, οι οποίες παραμένουν αόρατες στη μαστογραφία.

**Η γαλακτογραφία:** Αυτή η εξέταση συνίσταται στο να καταστήσουμε ακτινοσκιερό το γαλακτοφόρο πόρο που ευθύνεται για την παθολογική έκκριση της θηλής, με τη βοήθεια ενός σκιαγραφικού οργανικού ιωδίου.

Μετά από έγχυση 1 ml ακτινοσκιερού υλικού, η ακτινογραφική λήψη δείχνει το γαλακτοφόρο δένδρο. Οι παθολογικές εικόνες, οι στενώσεις και οι εικόνες με ελλείψεις, ανώμαλες σκιές, πιθανολογούν τη διάγνωση ενός ενδοπορογενούς καρκίνου. Στην πραγματικότητα όμως, η εξέταση αυτή γίνεται, ως επί το πλείστον, στην προχειρουργική ανίχνευση της παθολογικής ζώνης που προορίζεται για βιοψία.

**Το υπερηχογράφημα:** Στη διάρκεια των πενήντα ετών ύπαρξης του υπερηχογραφήματος του μαστού, η τεχνολογία τελειοποιήθηκε, ιδιαίτερα χάρη στις κεφαλές υψηλής ανάλυσης από 9 έως 13 MHz και το υπερηχογράφημα σε χρόνο πραγματικό.

Το υπερηχογράφημα συμπληρώνει την κλινική εξέταση και πραγματοποιείται σε ύπτια θέση. Οι καρκίνοι του μαστού μπορούν να παρουσιάσουν διάφορα υπερηχογραφικά ευρήματα, ενίοτε παραπλανητικά. Κλασικά, οι καρκίνοι του μαστού χαρακτηρίζονται από ασυμμετρία της περιφέρειας του όγκου (ασαφής περιφέρεια), με ενίοτε υπερηχογενή άλω, με υπερηχογενή σύσταση με ασυμμετρία των ήχων μέσα στον όγκο, γεωμετρικό σχήμα του όγκου, του οποίου το ύψος είναι ανώτερο του πλάτους (αντίθετα σε περιπτώσεις ινωαδενώματος) με μια οπίσθια μείωση των ήχων ή με ασύμμετρο, οπίσθιο κώνο, με αλλαγή της αρχιτεκτονικής περί του όγκου.

Η απουσία συμπίεσης κατά τη χρήση της κεφαλής της συσκευής είναι ένα ακόμα χαρακτηριστικό. Παρ' όλα αυτά υπάρχει περίπτωση ορισμένα είδη καρκίνου του μαστού να εμφανίζονται στο υπερηχογράφημα σαν καλοήθεις όγκοι.

Το ενδιαφέρον του υπερηχογραφήματος συνίσταται στο να δώσει μια συμπληρωματική ένδειξη, χωρίς παρ' όλα αυτά να αντικαταστήσει τη μαστογραφία. Όμως, στις γυναίκες με σκληρούς μαστούς ή σε εκείνες που φέρουν μαστικές προθέσεις, το υπερηχογράφημα μπορεί να έχει καλύτερα αποτελέσματα από τη μαστογραφία. Τέλος, το ενδιαφέρον του υπερηχογραφήματος βρίσκεται στην απουσία ακτινοβολιών, στη δυνατότητα πραγματοποίησης επαναληπτικών εξετάσεων και στην καθοδήγηση της κυτταρολογικής παρακέντησης ή της βιοψίας.



**Η θερμογραφία:** Η εξέταση αυτή συνίσταται στην ανάλυση των διαφορών θερμοκρασίας, η οποία μεταδίδεται μέσω του δέρματος. Χρησιμεύει μόνο στην ανίχνευση ενός φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού (οξείες καρκινώδεις μαστίτιδες).

**Το SCANNER (Αξονική τομογραφία):** Προσφέρει μια πολύ καλή απεικόνιση για τους πυκνούς μαστούς, αλλά η αυξημένη ακτινοβολία και το οικονομικό κόστος της εξέτασης αποτελούν φραγμό.

**Το MRI (Μαγνητική τομογραφία) και το PET scan:** Πρόκειται για μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας, αλλά και με πολύ υψηλό κόστος.

Η εφαρμογή της μαγνητικής τομογραφίας στην εξέταση των όγκων του μαστού ξεκίνησε πριν δέκα χρόνια. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, ιδιαίτερα χάρη στην τεχνική με έγχυση του σκιαγραφικού <<gadolinium>>. Οι εικόνες σε T2, μετά από αφαίρεση, επιτρέπουν τη διάγνωση μικρών, συχνά αόρατων κατά το μαστογραφικό έλεγχο καρκίνων. Η μαγνητική τομογραφία παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον όσον αφορά την ιατρική παρακολούθηση των καρκίνων μετά την εγχείρηση. Στον τομέα αυτό, η μαστογραφία έχει ενίοτε ελλείψεις λόγω των χειρουργικών αλλαγών (ίνωση). Επίσης, σε περιπτώσεις υπάρξεως μαστικών προθέσεων, μας παρέχει μια σωστή ανάλυση του μαστικού ιστού. Στη σημερινή εποχή, η μαγνητική τομογραφία και η μαστογραφία αποτελούν δύο επιτεύγματα πρώτου μεγέθους της τεχνολογίας για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, για πολλές αγγλικές, γαλλικές και γερμανικές ομάδες.

Το PET scan είναι η τεχνική συνδυασμού αξονικής τομογραφίας και σπινθηρογραφήματος και επιτρέπει τη μελέτη του καρκίνου του μαστού μέσω δυναμικών εικόνων. Προς το παρόν, η τεχνική αυτή είναι σε στάδιο εξέλιξης. Η συμβολή του συνίσταται στην ακριβή διάγνωση της διήθησης των μασχαλιαίων λεμφαδένων και των υπολοίπων καρκινικών εστιών του μαστού.

**Η κυτταρολογική εξέταση του μαστού:** Αποτελεί μια σημαντική τεχνική διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, διότι δεν περιορίζεται μόνο στην απόδοση μιας εικόνας, αλλά εξετάζει το κυτταρολογικό υλικό και επιτρέπει τη διάγνωση σε ποσοστό άνω του 90% των περιπτώσεων.

Η τεχνική λήψης <<FNA>> πραγματοποιείται με παρακέντηση διά λεπτής βελόνης, προσαρμοσμένης σε σύριγγα. Μετά την ανίχνευση του όγκου, η παρακέντηση και η δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη σύριγγα επιτρέπει τη συλλογή κυττάρων, τα οποία προσβάλλονται πάνω σε πλακίδια από γυαλί, που χρωματίζονται, σύμφωνα με την τεχνική του Παπανικολάου ή May- Grunvald Giemsa.

Πέρα από την κυτταρολογική διάγνωση, γίνονται βιοχημικές ορμονολογικές (ορμονικοί υποδοχείς) και ανοσοενζυμικές μελέτες.

Συμπερασματικά, τα ψευδοαρνητικά αποτελέσματα από 2% έως 9% και τα αντίστοιχα ψευδοθετικά από 7% έως 10%, μας επιτρέπουν να τη θεωρήσουμε σαν μια τεχνική εμπιστοσύνης, αλλά η επιβεβαίωση γίνεται με βιοψία.

Η κυτταρολογική εξέταση, των καρκίνων του μαστού, οι οποίοι εμφανίζουν έκκριμα της θηλής, δεν έχουν τόσο έγκυρα αποτελέσματα. Αυτή η κυτταρολογική εξέταση των εκκρίσεων, είναι δυνατόν να βελτιωθεί με άλλες τεχνικές.

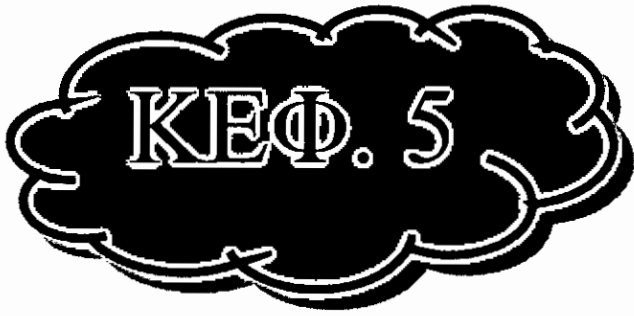
Τέλος, τα κυτταρολογικά αποτελέσματα εκφράζονται με την ταξινόμηση του Παπανικολάου ή με την ταξινόμηση της Masood.

**Η βιοψία:** Αποτελεί μια εξέταση ασφαλούς διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, η οποία επιβεβαιώνει τις προηγούμενες παρακλινικές εξετάσεις. Επιβάλλεται πάντα η εφαρμογή της. Με την παρολογοανατομική εξέταση, είναι δυνατή η εξακρίβωση του τύπου του καρκίνου του μαστού, του βαθμού επιθετικότητάς του (grade, phase S) και άλλων επίσης παραμέτρων.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως διαγνωστικής αμφιβολίας, ασαφούς κυτταρολογικής εξέτασης ή προγραμματισμού της θεραπευτικής τακτικής, η βιοψία πρέπει να πραγματοποιείται πριν τη χειρουργική επέμβαση.

Η βιοψία <<MIBB - <<Minimal Invasive Breast Biopsy>>, μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης με τοπική αναισθησία. Μετά την κλινική εξέταση, τη μαστογραφία και την εξέταση με υπερηχογράφημα του όγκου, η μικροβιοψία ή <<core biopsy>> γίνεται με αυτόματο πιστόλι <<gun>> ή με βελόνα 11-18 G, η οποία εισέρχεται μέσα στον όγκο. Πραγματοποιούμε από 4 μέχρι 5 λήψεις, με μετατόπιση της βελόνας μέσα στον όγκο και ενίοτε με τη βοήθεια της ιατρικής απεικόνισης με στερεοκατεύθυνση.

Άλλες τεχνικές, που αποκαλούνται μακροβιοψίες, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν.



# **ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

## Βάσεις

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι διαφορετική ανάλογα με το στάδιο της ασθένειας, τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και την ηλικία της ασθενούς. Χρησιμοποιούνται πολλά θεραπευτικά μέσα: χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και άλλες ανακουφιστικές θεραπείες. Πολύ συχνά, γίνεται ένας συνδυασμός αυτών των θεραπευτικών μέσων ταυτοχρόνως ή με τη σειρά. Σκοπός μας είναι πραγματοποίηση της αφαίρεσης του όγκου με ασφαλή τρόπο και η παρεμπόδιση ή η καθυστέρηση των τοπικών υποτροπών ή των καρκινικών μεταστάσεων. Γι' αυτό το λόγο, η συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών εξειδικευμένων θεραπειών του καρκίνου του μαστού (χειρουργός, ακτινοθεραπευτής, παθολόγος, γυναικολόγος) είναι θεμελιώδης για να έχουμε τα καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη θεραπευτική αγωγή.

## Θεραπευτικά μέσα

**Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ:** Η αφαίρεση του καρκίνου με χειρουργική επέμβαση απετέλεσε για πάρα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα το μοναδικό τρόπο θεραπείας. Κατ' αρχήν, πρόκειται για τη διαγνωστική χειρουργική επέμβαση όπως είναι η χειρουργική βιοψία, κατά την οποία αφαιρούμε τον όγκο με σκοπό να κάνουμε διάγνωση. Αυτή η επέμβαση πραγματοποιείται με τοπική ή γενική αναισθησία και το ληφθέν δείγμα αποστέλλεται για ταχεία βιοψία, ώστε να επαληθευτεί η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ο προσδιορισμός των ορμονικών υποδοχέων και οι λοιποί παράγοντες πρόγνωσης.

Κατόπιν, ακολουθεί η μέγιστη χειρουργική θεραπεία που μπορεί να είναι είτε ριζική μαστεκτομή, είτε ογκεκτομή ή και εκτομή του τεταρτημορίου, <<τεταρτεκτομή>>, με μασχαλιαίο καθαρισμό.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή ή επέμβαση κατά Patey ή Madden προκαλεί πολύ λιγότερα προβλήματα όσον αφορά στον ακρωτηριασμό σε σχέση με την κλασική ριζική μαστεκτομή κατά Halsted. Η επέμβαση κατά Halsted χρονολογείται από το 1894. Σύμφωνα με αυτήν, ο χειρουργός αφαιρούσε το μαστό, τους θωρακικούς μυς και την επιγαστρική απονεύρωση, στη συνέχεια, εφάρμοζε πλήρη μασχαλιαίο και υποκλείδιο λεμφαδενικό καθαρισμό και τελείωνε συμπληρώνοντας τη δερματική απώλεια με ένα μόσχευμα κάλυψης.

Στην περίπτωση όμως της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής κατά Patey, διατηρούνται οι θωρακικοί μύες, δεν υπάρχουν δερματικά προβλήματα μετά την επέμβαση και αφαιρούνται οι λεμφαδένες του πρώτου και δεύτερου επιπέδου του Berg, δηλαδή οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες που βρίσκονται κάτω και πίσω από τον ελάχιστο θωρακικό, περίπου δεκαπέντε λεμφαδένες. Επειδή, η δερματική τομή της μαστεκτομής είναι λοξή ή καλύτερα οριζόντια, η συρραφή του δέρματος είναι δυνατόν να γίνει με ραφή πλαστικής χειρουργικής. Αυτή η επέμβαση της <<τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής>> του Patey – Madden θεωρείται το

<<gold standard>> της ριζικής χειρουργικής επέμβασης του καρκίνου του μαστού, όταν έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 3-4 cm.

Η επανορθωτική χειρουργική επέμβαση του μαστού ακολουθεί εκείνη του ακρωτηριασμού: πράγματι, η επανορθωτική χειρουργική επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί στον ίδιο χειρουργικό χρόνο, αμέσως μετά τη μαστεκτομή (άμεση επανόρθωση) ή με την πάροδο ενός έτους, απαραίτητο χρονικό διάστημα για την ασθενή για να ολοκληρώσει τη συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή του καρκίνου του μαστού (ακτινοθεραπεία, χημιοθεραπεία), ή πολύ αργότερα, όταν η ίδια η ασθενής θα επιζητήσει για λόγους αισθητικούς και ψυχολογικούς μια επανόρθωση του μαστού της (επανόρθωση σε δεύτερη φάση).

Αυτή η επανόρθωση του μαστού πραγματοποιείται με εμφυτεύματα: προθέσεις σιλικόνης ή υγρού που προσαρμόζονται πίσω από τον μείζονα θωρακικό μου. Αυτές οι προθέσεις μπορούν να τοποθετηθούν αμέσως, ή για καλύτερο αποτέλεσμα, μετά την τοποθέτηση μιας πρόσκαιρης πρόθεσης διάταξης κατά τη διάρκεια 6 μηνών με σκοπό την προοδευτική αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Το μειονέκτημα αυτής της τεχνικής, απαιτούνται δύο χειρουργικές επεμβάσεις για την εναρμόνιση του τεχνητού μαστού με τον άλλο μαστό και μιας τρίτης για την επανόρθωση της θηλεοαλωαίας πλάκας και την καλύτερη αισθητική εμφάνιση του «επανορθωμένου μαστού».

Η μαστική επανόρθωση μπορεί να γίνει με μυοδερματικούς κρημνούς. Πρόκειται για την πλήρη μεταφορά ενός κρημνού, που αποτελείται από δέρμα, υποδόριο λίπος και έναν μυ με τα αγγεία του, και την τοποθέτησή του στο επίπεδο της κοιλότητας της μαστεκτομής. Η επέμβαση αυτή θεωρείται πολύ λεπτή και απαιτεί την εφαρμογή τεχνικών της πλαστικής χειρουργικής. Για την πραγματοποίησή της, χρησιμοποιούμε πολύ συχνά τον ομόπλευρο κρημό του μείζονος ραχιαίου: κάνοντας μια αισθητική τομή στην πλάτη, στο σημείο του στηθόδεσμου, μεταφέρουμε μαζί το ραχιαίο δέρμα και τον μείζονα ραχιαίο μυ και τα συνδέουμε με ράμματα στην κοιλότητα της μαστεκτομής.

Η άλλη τεχνική που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με περίσσεια ποσότητας λίπους στην κοιλότητα χώρα, είναι εκείνη του «κρημνού του ορθού κοιλιακού» ή TRAM. Η τεχνική αυτή συνίσταται στη μεταφορά του αντίπλευρου, μυοδερματικού κρημνού, μετά το παρασκεύασμα του κατωτέρου μέρους του, και η προσαρμογή του στην κοιλότητα της μαστεκτομής.

Αυτή η επέμβαση, προκαλεί μια αδυναμία στο κοιλιακό τοίχωμα, η οποία θεραπεύεται με πλέγμα όπως στην περίπτωση μιας κοιλιακής κοίλης.

Τα αισθητικά αποτελέσματα είναι εξαιρετικά, αλλά υπάρχει περίπτωση να παραμείνει μια μυϊκή αδυναμία στην κοιλιά της ασθενούς.

Τέλος, η επανόρθωση είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί με «ελεύθερους κρημνούς» που αναστομώνονται με μικροχειρουργική τεχνική.

Εν αντιθέσει με τη μαστεκτομή, η χειρουργική επέμβαση για τον καρκίνο του μαστού μπορεί να πραγματοποιηθεί χωρίς ακρωτηριασμό: αφορούμε μόνο τον όγκο με ένα όριο ασφαλείας 10mm (όρια προς όλες τις κατευθύνσεις) και η επέμβαση αυτή ονομάζεται ογκετομή. Ο μαστός παραμένει στη θέση του, και αφαιρούμε μόνο τον καρκίνο και μια στεφάνη ασφαλείας.

Η ογκεκτομή, η οποία περιγράφηκε από γαλλικές και ιταλικές ομάδες, πριν 25 χρόνια, μπορεί να είναι ευρεία: στην περίπτωση αυτή αφαιρούμε τον τεταρτημόριο του μαστού, όπου βρίσκεται ο καρκίνος, μαζί με όλους τους ιστούς μέχρι την απονεύρωση. Αυτός ο τύπος χειρουργικής επέμβασης ονομάζεται «τεταρτεκτομή» ή «μερική μαστεκτομή». Οι δύο τεχνικές έχουν τους οπαδούς και τις ενδείξεις τους. Ο συμβιβασμός γίνεται μεταξύ της ογκολογικής ασφάλειας και του αισθητικού αποτελέσματος.

Αυτές οι τεχνικές συντηρητικής χειρουργικής πραγματοποιούνται με αισθητικές, περιαλωαίες, υπομαστικές ή λοξές τομές, σε περιπτώσεις μικρών καρκίνων, κάτω των 20mm, και όταν πρόκειται για νεαρές ασθενείς που επιθυμούν να διατηρήσουν το μαστό τους.

Μετά την ογκεκτομή ή την τεταρτεκτομή, ο μαστός επανορθώνεται με πλαστική περιστροφή του αδενικού ιστού.

Οι αναδρομικές και ερευνητικές μελέτες που ξεκίνησαν πριν είκοσι χρόνια, κατέληξαν στο ότι ο χρόνος «επιβίωσης» είναι ο ίδιος σε ασθενείς με όγκους μικρότερους των 30mm, είτε είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή, είτε σε τμηματεκτομή ταυτόχρονα με μασχαλιαίο καθαρισμό και σε συνδυασμό με συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.

Ιδιαίτερα, μετά τις μελέτες του Veronesi του Μιλάνου, η τεχνική αυτή εφαρμόζεται με καθορισμένο τρόπο στους μικρούς, κάτω των 30mm, μη κεντρικούς, μονοεστιακούς καρκίνους του μαστού.

Η τμηματεκτομή ακολουθείται, στον ίδιο χειρουργικό χρόνο, από μασχαλιαίο καθαρισμό που πραγματοποιείται με υπομασχαλιαία τομή, από 3-4 cm, και γίνεται αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων των επιπέδων I και II. Συνολικά αφαιρούμε περίπου δεκαπέντε λεμφαδένες.

Η συντηρητική χειρουργική έκανε τα τελευταία χρόνια ένα ακόμα βήμα μπροστά με την ανακάλυψη του Guilliano, το 1992, που ξεκίνησε την τεχνική του «φρουρού λεμφαδένα». Θεωρητικά, ο φρουρός λεμφαδένας είναι ο πρώτος λεμφαδένας σταθμός για τον εγκλωβισμό των καρκινικών κυττάρων. Η αρχή της τεχνικής του φρουρού λεμφαδένα συνίσταται στην ανίχνευση και ανάλυσή του. Σε περίπτωση κατά την οποία, ο φρουρός λεμφαδένας είναι αρνητικός, δηλαδή δεν υπάρχουν μεταστάσεις, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι και οι υπόλοιποι ανώτεροι λεμφαδένες είναι αρνητικοί. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ο μασχαλιαίος καθαρισμός είναι δυνατό να αποφευχθεί, ελαχιστοποιώντας έτσι τις χειρουργικές επιπλογές και τα πιθανά επακόλουθα: λεμφοκίλη, λεμφοίδημα, παρέσεις, δυσκινησία του ώμου, χρόνιοι πόνοι.

Σε περίπτωση, όμως, που είναι θετικός (διηθημένος), πραγματοποιείται μασχαλιαίος καθαρισμός. Αυτή η επέμβαση του μασχαλιαίου καθαρισμού, είναι πιθανό να καταργηθεί στο μέλλον, τη στιγμή που είτε αφαιρεθούν οι λεμφαδένες, είτε όχι η γενική θεραπευτική αγωγή απαιτεί πάντα συμπληρωματική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Ο φρουρός λεμφαδένας ανιχνεύεται με δύο τεχνικές: την τεχνική της χρώσης του φρουρού λεμφαδένα με “bleu patente” και τη ραδιενεργό τεχνική μετά από

έγχυση κολοειδούς, σημειωμένου με ραδιενεργό TC. Με αυτόν τον τρόπο, ο φρουρός λεμφαδένας χαρακτηρίζεται «Μπλε» και «Θερμός».

Ο συνδυασμός των δύο τεχνικών επιτρέπει την ανίχνευση του φρουρού λεμφαδένα σε ποσοστό άνω των 95% των περιπτώσεων. Όμως, φρουρός λεμφαδένας που έχει βρεθεί, αποτελεί το πρώτο πραγματικά στάδιο μόνο σε 98% των περιπτώσεων και παραμένει ένα 2% από «Skip metastases» δηλαδή, ψευδοαρνητικά αποτελέσματα που προέρχονται από ανώμαλες οδούς λεμφικής παροχέτευσης και τα οποία αντιπροσωπεύουν τα ποσοστά αποτυχίας της τεχνικής αυτής. Στη σημερινή εποχή, η τεχνική του φρουρού λεμφαδένα γενικεύεται και διατηρεί όλης της τη σπουδαιότητα για περιπτώσεις μικρών όγκων, κάτω των 10mm με εντόπιση στα εξωτερικά τεταρτημόρια και καλή πρόγνωση, grade I, κ.λπ.

Συμπερασματικά, η χειρουργική επέμβαση παραμένει ένα θεμελιώδες μέσο της θεραπείας των καρκίνων του μαστού, δεδομένου ότι η τάση της σύγχρονης εποχής προσανατολίζεται σε μια πιο συντηρητική χειρουργική και σε συνδυασμό με άλλα θεραπευτικά μέσα.

**Η ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Η ακτινοθεραπεία θεωρείται θεμελιώδης στην τοπική θεραπεία των διηθητικών καρκίνων και συνδυάζεται με τη χειρουργική, προεγχειρητικά ή μεταεγχειρητικά. Ενδείκνυται επίσης σε περιπτώσεις πολλών ειδών καρκίνων in situ και στη θεραπεία υποτροπών των λαμφαδένων και του θωρακικού τοιχώματος. Τέλος, η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σαν αναλγητικό σε οστικές μεταστάσεις.

Τα μηχανήματα ακτινοθεραπείας που χρησιμοποιούνται για τον καρκίνο του μαστού, είναι η βόμβα Κοβαλτίου 60 και οι γραμμικοί επιταχυντές. Η βραχυθεραπεία χρησιμοποιεί νήματα Ιριδίου 192.

Οι τεχνικές της ακτινοθεραπείας πρέπει να ανιχνεύσουν τις περιοχές που προορίζονται για ακτινοβολία, να προστατεύσουν τα ευαίσθητα όργανα (πνεύμονες, καρδιά) και να βασίζονται σε έναν εξομοιωτή.

Ο προγραμματισμένος «όγκος στόχος» και η τρισδιάστατη δοσομετρία, καθορίζονται επακριβώς με μαθηματικούς τύπους.

Η εξωτερική ακτινοβολία του μαστού, αφού έχει προηγηθεί συντηρητική χειρουργική επέμβαση, πραγματοποιείται με εφαπτόμενα πεδία εσωτερικά και εξωτερικά, είτε με έναν συμπίεστη σε ραχιαία κατάκλιση, είτε χωρίς συμπίεστη σε πλάγια κατάκλιση. Η χορηγούμενη δόση στο μαστό είναι από 45 έως 50Gy (4500-5000 Gy) στη διάρκεια πέντε εβδομάδων, με συνεδρίες των 2Gy την ημέρα, πέντε από τις επτά ημέρες της εβδομάδας.

Όσον αφορά τους πολύ περιφερικούς όγκους υποδόριους, προ του τοιχώματος ή οπισθοαλwaiούς, οι δόσεις μπορεί να είναι διαφορετικές.

Η υπερδοσολογία του νεοπλασματικού πεδίου «boost» πραγματοποιείται με θεραπεία ηλεκτρονίων με ενέργειες από 6 έως 13 Mev. Η δόση του “boost” είναι της τάξης των 10 έως 12 Gy.

Σε περίπτωση αποκλειστικής ακτινοθεραπείας, χωρίς χειρουργική επέμβαση, η δόση που χορηγείται στον όγκο μπορεί να είναι από 75 έως 80 Gy σε σχέση με το μέγεθος του αρχικού όγκου και εκείνο του ογκικού υπολείματος μετά τα 50 Gy.

Η υπερδοσολογία του όγκου «boost» μπορεί να πραγματοποιηθεί με ενδιάμεση βραχυθεραπεία με νήματα Ιριδίου 192. Παρόλα αυτά, η τεχνική αυτή φαίνεται ότι θα υποκατασταθεί από τον καινούργιο ακτινοθεραπευτικό εξοπλισμό I.M.R.T. ο οποίος μας δίνει τη δυνατότητα να παρέχουμε την επιθυμητή δόση, σε οποιαδήποτε συγκεκριμένη περιοχή του μαστού, αποφεύγοντας τις υπο- και υπερδοσολογίες, καθώς και τη χρησιμοποίηση του «boost».

Η ακτινοθεραπεία έχει επίσης θέση μετά τη μαστεκτομή, όταν υπάρχει διήθηση των τοιχωμάτων ή παρουσία περισσότερων των 3 λεμφαδένων, με διήθηση. Χρησιμοποιεί ηλεκτρόνια σε δόση από 40 έως 45 Gy, με ένα ποσοστό υπερδοσολογίας έως 50 Gy επί της ουλής.

Στις περιπτώσεις εκείνες που έχουμε καρκίνους σε εσωτερικά ή κεντρικά τεταρτημόρια, γίνεται ακτινοβολία των λεμφαδένων της εσωτερικής, μαστικής αλυσίδας. Η ακτινοβολία της κορυφής της μασχάλης (υπερκλείδιοι λεμφαδένες) χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις εκείνες που έχουμε περισσότερους από τρεις μασχάλιους λεμφαδένες διηθημένους.

Οι μη διηθητικοί καρκίνοι *in situ*, του ενδιάμεσου δείκτη του Van Nuys (μέσος βαθμός, άνω των 20mm, αμφίβολα όρια) μπορούν να αντιμετωπιστούν με απλή ογκεκτομή, και ακτινοβολία του μαστού.

Τέλος, η ακτινοθεραπεία παίζει ρόλο αναλγητικό σε πόνους που οφείλονται σε τοπικές οστικές μεταστάσεις και σε δερματικές υποτροπές του καρκίνου στην περιοχή του θώρακος.

Συμπερασματικά, η ακτινοθεραπεία αποτελεί μια θεμελιώδη μέθοδο θεραπευτικής αγωγής για τον καρκίνο του μαστού σε συνδυασμό με τη χειρουργική επέμβαση.

**Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Η χημειοθεραπεία του καρκίνου του μαστού πρωτοεμφανίστηκε πριν πενήντα χρόνια και πραγματοποίησε σημαντικά βήματα προόδου. Κατ' αρχήν χρησιμοποιήθηκε σε προχωρημένα, μεταστατικά καρκινώματα. Σήμερα, χρησιμοποιείται σε καρκίνους σε αρχικό στάδιο, με σκοπό να καταστείλει ή να καθυστερήσει τη μικρομεταστατική ή υποκλινική νοσο: «επικουρική χημειοθεραπεία» - «adjuvant chemotherapy». Τέλος, χορηγείται πριν τη χειρουργική θεραπεία για να μειώσει το μέγεθος του όγκου σε προχωρημένους καρκίνους και σε φλεγμονώδεις καρκίνους, και ονομάζεται «Νέο-επικουρική», «Neo-adjuvant» χημειοθεραπεία.

Υπάρχει ένα πλήθος πρωτοκόλλων που συνδυάζουν πολλά χημειοθεραπευτικά σκευάσματα, συνήθως δύο ή τρία μαζί, τα οποία αυξάνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Οι μετα-αναλύσεις της Οξφόρδης ανέλυσαν πολλές έγκυρες, δημοσιοποιημένες μελέτες. Έδειξαν ότι, η χημειοθεραπεία μειώνει τον κίνδυνο του ποσοστού θνησιμότητας από 16% έως 25% και τον κίνδυνο των υποτροπιών από 23% έως 37%. Αυτό, περισσότερο σε ασθενείς κάτω των 50 ετών (σε προεμμηνοπαυσικό



στάδιο) και οι οποίες παρουσιάζουν θετικούς λεμφαδένες και αρνητικούς ορμονικούς υποδοχές, και λαμβάνουν επικουρική χημειοθεραπεία.

Οι χρησιμοποιούμενες φαρμακευτικές ουσίες είναι κυτταροτοξικά φάρμακα τα οποία ανήκουν σε πολλές οικογένειες.

ΑΛΚΥΛΙΟΥΝΤΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: η Cyclophosphamide

ΑΝΤΙΜΕΤΑΒΟΛΙΤΕΣ: η Methotrexate και η Fluorouracile

ΑΛΚΑΛΟΕΙΔΗ ΤΗΣ VINCA: η Vincristine, η Vinorelbine

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ και συγγενή: η Doxorubicine, η Epirubicine, η Mitoxantrone

ΤΑΞΑΝΕΣ: η Paclitaxel και η Docitaxel

Τα πρωτόκολλα που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι: το κλασικό πρωτόκολλο του Μιλάνου του Bonnadonna: c.mf. (Cyclophosphamide, Methotrexate, Fluorouracile) που χορηγείται κάθε 21 μέρες, κατά τη διάρκεια έξι κύκλων και το ευρωπαϊκό πρωτόκολλο C.A.F. (Cyclophosphamide, Adriamycine, Fluorouracile) ή το C.E.F.75 ή C.E.F. 100 (με την Epirubicine), στη Γαλλία και στον Καναδά, κατά τη διάρκεια τεσσάρων με έξι κύκλων. Οι Αμερικανοί χρησιμοποιούν περισσότερο το πρωτόκολλο A.C. (Adriamycine, Cyclophosphamide) σε διαφορετικές δόσεις, για τέσσερις κύκλους.

Το μεγαλύτερο μέρος των μελετών απέδειξε την υπεροχή των πρωτοκόλλων που περιέχουν την Adriamycine ή Epirubicine, σε σχέση με το κλασικό πρωτόκολλο CMF, με μια, παρόλα αυτά, αυξημένη καρδιοτοξική δράση.

Το πρωτόκολλο CAF ή CEF περιορίζεται σε πιο επιθετικά χημειοθεραπευτικά σχήματα και το CMF χορηγείται σε καρκίνους με μικρότερο ποσοστό κινδύνου εμφάνισης μεταστάσεων. Το Taxol-ή το Taxotere, το οποίο παρουσιάζει καλό ποσοστό ανταπόκρισης, φαίνεται ότι αποτελούν ιδιαίτερα αποτελεσματικά φάρμακα. Υπάρχουν ορισμένες ομάδες, οι οποίες το χρησιμοποιούν μόνο του ή σε συνδυασμό με anthracyclines (ανθρακυκλίνες) (Adriamycine-Epirubicine) ή carboplatine, ως πρώτη γραμμή θεραπείας, ή συμπληρωματικά για καρκίνους με υψηλό ποσοστό κινδύνου εμφάνισης μεταστάσεων.

Άλλες φαρμακευτικές ουσίες, όπως η Navelbine ή Gemzar και η Capecitabine, χρησιμοποιούνται σε άλλα ειδικά πρωτόκολλα.

Η χημειοθεραπεία είτε εφαρμόζεται ως «Νέο-Επικουρική» «Neo adjuvant», είτε ως «επικουρική», «adjuvant» έχει αναγνωρισμένα αποτελέσματα επιτυχίας στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού και οι ενδείξεις της διευρύνονται όλο και περισσότερο.

Οι κατευθυντήριες γραμμές του πρόσφατου «St Gallen Consensus» συστήνουν την πραγματοποίηση χημειοθεραπείας σε όλες τις ασθενείς που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού, με εξαίρεση εκείνες τις ασθενείς με καρκίνο μικρότερο των 10mm, του grade «1», SBR, με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς και ηλικία πάνω από 35 έτη.

Παρόλα αυτά, δεν πρέπει να παραβλέπουμε τις σοβαρές επιπλοκές της χημειοθεραπευτικής αγωγής: αιματολογικές, αλωπεκίες, γαστρεντερικές, των βλεννογόνων, δερματικές, καρδιολογικές, νευρολογικές και ακόμα τον ελάχιστο

κίνδυνο εμφάνισης λευχαιμίας. Για αυτό το λόγο, κατά τη διάρκεια του Ιατρικού Ογκολογικού Συμβουλίου, είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη οι θεραπευτικές ενδείξεις, η συζήτηση με τη συγκεκριμένη ασθενή και η πιθανότητα εξατομικευμένης θεραπείας.

**Η ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Από το 1896, ο Beatson πραγματοποιούσε ωθηκεκτομές, με σκοπό την θεραπεία των ματαστατικών καρκίνων του μαστού. Το 1960 η ανακάλυψη των στεροειδών ορμονικών υποδοχέων επανέφερε στο προσκήνιο την ιδέα της ορμονοθεραπείας. Με αυτόν τον τρόπο, οι καρκίνοι του μαστού που ονομάζονται ορμονοεξαρτώμενοι και έχουν ορμονικούς υποδοχείς, μπορούν να αντιμετωπιστούν με αντιοιστρογόνα που μπλοκάρουν το ενδοπυρηνικό σύμπλεγμα του ορμονικού υποδοχέα μέσα στο κύτταρο.

Τα ποσοστά ανταπόκρισης της ορμονοθεραπείας είναι ανάλογα με τη θετικότητα των ορμονικών υποδοχέων στα οιστρογόνα (E) και την προγεστερόνη (P); E+P+: 71% E-P+:53% E+P-: 9%

Το Ταμοξιφεν είναι ένα αντιοιστρογόνο για το μαστό και θεωρείται το πιο διαδεδομένο ορμονοθεραπευτικό φάρμακο για τον καρκίνο του μαστού. Το συστήνουμε, όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι θετικοί (ιδιαίτερα σε ηλικιωμένες ασθενείς) και μπορεί να συνδυασθεί με χημειοθεραπεία. Η χορηγούμενη δόση είναι 20mg την ημέρα. Οι δευτερογενείς επιδράσεις, όπως ο κίνδυνος θρομβοεμβολών, η εμφάνιση καταρράκτη και κυρίως οι υπερπλασίες του ενδομητρίου και ο καρκίνος του ενδομητρίου, είναι στην πράξη πολύ σπάνιες. Το Ταμοξιφεν έχει ευνοϊκή οιστρογονική επίδραση στο σκελετό και στον εγκέφαλο. Επίσης οι ασθενείς που λαμβάνουν Ταμοξιφεν, υποφέρουν πολύ συχνά από εξάψεις.

Η αποτελεσματικότητα της ορμονοθεραπείας είναι της τάξης του 30% έως 50%. Η ένδειξη της ως συμπληρωματικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού, δεδομένου ότι τίθεται θέμα επιλογής μεταξύ χημειοθεραπείας και ορμονοθεραπείας, δίδεται σε σχέση με τις παραμέτρους: της ηλικίας, του μεγέθους και του τύπου του όγκου, των λεμφαδένων, του βαθμού SBR, του ορμονικού κατεστημένου, της κατάστασης της ασθενούς, σύμφωνα με το score του Karnofsky κλ.π. Όταν αποφασισθεί η χορήγηση Ταμοξιφεν σαν συμπληρωματική θεραπεία, τότε δίδεται για περίοδο 5 ετών συνεχώς.

Πέραν του Ταμοξιφεν, υπάρχουν οι ορμονοθεραπείες της δεύτερης γενιάς: οι αναστολείς της αρωματάσης. Μπλοκάρουν το ένζυμο «αρωματάση» που μετατρέπει τους στεροειδείς προδρόμους σε οιστρογόνα. Το κλασικό φάρμακο Aminoglutethimide έχει τώρα αντικατασταθεί από νέα φάρμακα: Anastrozole, Letrozole, Exemestane, τα οποία δεν απαιτούν τη χορήγηση κορτιζόνης μαζί τους και μειώνουν τις δευτερογενείς επιδράσεις. Σήμερα, είναι σε εξέλιξη μελέτες αξιολόγησης για τη χορήγηση τους μετά τη θεραπεία με Ταμοξιφεν ή στη θέση, του Ταμοξιφεν.

Μια άλλη τάξη ορμονοθεραπευτικών φαρμάκων αντιστοιχεί στα προγεστινογόνα σε υψηλές δόσεις: το Medroxyprogesterone acetate και το Megestrol acetate, τα οποία ενδείκνυται για καρκίνους του μαστού ορμονοεξαρτώμενους, που αντιστέκονται στα αντιοιστρογόνα.

Η ορμονοθεραπεία της «φαρμακευτικής ωθηκεκτομής» πραγματοποιείται με αντιγοναδοτροπίνες, αγωνιστές της LHRH: goseriline, buseriline.

## **Ε. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ-ΡΑΔΙΟΒΙΟΛΟΓΙΑ**

Η μηνιαία χορήγηση αυτών των προϊόντων πραγματοποιεί μια φαρμακευτική ωθηκεκτομή με συμπτώματα αμηνόρροιας και οιστρογονική ανεπάρκεια.

Η θεραπεία πραγματοποιείται σε χρονικό διάστημα από 1 έως 3 έτη, σε ασθενείς προεμμηνοπαυσικές και οι οποίες εμφανίζουν ορμονοεξαρτώμενους καρκίνους.

Μετά το ένα με τρία έτη, ακολουθεί η θεραπεία με Tamoxifen για πέντε έτη.

Συμπερασματικά, η ορμονοθεραπεία αντιπροσωπεύει μια συμπληρωματική μέθοδο θεραπευτικής αγωγής του καρκίνου του μαστού, αλλά και θεραπεία της γενικευμένης νόσου. Η ευκολία στο να την συστήσουμε σαν θεραπευτικό μέσο και οι ήπιες παρενέργειές της, εν αντιθέσει με τη χημειοθεραπεία, την καθιστούν σαν θεραπεία επιλογής των ορμονοεξαρτώμενων καρκίνων.

Πολλές σύγχρονες μελέτες επιχειρούν να διευκρινίσουν τις ανάλογες ενδείξεις της χημειοθεραπείας και της ορμονοθεραπείας, καθώς και το συνδυασμό τους.

**ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ:** Εκτός από τα θεραπευτικά μέσα που εκθέσαμε ανωτέρω, υπάρχουν και άλλα, τα οποία μπορούν να αποτελέσουν ειδικές ενδείξεις:

Το Trastuzumab, το οποίο είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα κατά των υποδοχέων της εξωκυτταρικής μεμβράνης των καρκινικών κυττάρων που εκφράζουν το ογκογονίδιο c-erb B-2. Συνδυάζεται με κυτταροτοξικές ουσίες και αυξάνει την ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία των προχωρημένων καρκίνων του μαστού και, ακόμα, αυξάνει το χρόνο επιβίωσης της ασθενούς. Απαιτεί εβδομαδιαία θεραπευτική αγωγή και καρδιολογική παρακολούθηση.

Τα biphosphonates: Aredia\*, Zometa\* συμβάλλουν στη μείωση της υπερασβεστιαϊμίας και αποτελούν πολύτιμα φάρμακα εναντίον των οστικών μεταστάσεων.

Η ανοσοθεραπεία τα εμβόλια του τύπου BCG ή με Levamisole πραγματοποιούνται περιστασιακά με σκοπό την αύξηση της ανοσολογικής ανταπόκρισης. Η αποτελεσματικότητα της ανοσοθεραπείας είναι αμφισβητούμενη και έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί.

Τα εμβόλια κατά των όγκων με βάση τη μουκίνη «mucine» είναι ακόμα σε στάδιο πειραματικό.

Η συμπτωματική θεραπεία των πόνων του καρκίνου απαιτεί μη στεροειδική αναλγητικά, μορφινοειδή. Η τοπική ακτινοθεραπεία και τα ραδιενεργά φάρμακα (Strontium) δίνονται σαν παρηγορητική θεραπεία σε οστικές μεταστάσεις.

Σε τελική ανάλυση, η θεραπεία του καρκίνου του μαστού χρειάζεται κυρίως μια σωστή ψυχοθεραπευτική αγωγή, επαφή ανάμεσα στο γιατρό και την ασθενή, οποιαδήποτε χρονική στιγμή, και μια δυνατότητα συνεργασίας όλης της ιατρικής ομάδας με σκοπό την εκπλήρωση των αναγκών της ασθενούς τόσο στον ιατρικό όσο και στον ψυχολογικό τομέα.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού πρέπει να γίνεται νωρίς, ώστε η θεραπεία του να είναι αποτελεσματική και γι' αυτό το λόγο οι τεχνικές ανίχνευσής τους θεωρούνται θεμελιώδεις.

Χάρη σε μια πρόωμη διάγνωση, μπορούμε να ελπίζουμε στη θεραπεία ενός ποσοστού της τάξης του 90% των ασθενών των σταδίων I (επιβίωση μεγαλύτερη από 10 έτη).

Αλλά τα ποσοστά αυτά μειώνονται, όσο περισσότερο αργεί να γίνει η διάγνωση, ο όγκος είναι μεγαλύτερος και οι παράμετροι κινδύνου είναι υψηλοί.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, το θεραπευτικό οπλοστάσιο που θα ενεργοποιηθεί, πρέπει να λάβει υπόψη του όλες τις παραμέτρους πρόγνωσης, ώστε να αποφασιστεί η καλύτερη δυνατή θεραπευτική αγωγή.

Επίσης, η ιατρική παρακολούθηση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού θα είναι χρονοβόρα, διότι οι πιθανότητες να εμφανιστούν μεταστάσεις ακόμα και μετά την πάροδο των είκοσι ετών δεν αποκλείονται.



**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ  
ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η νοσηλευτική ανήκει στον χώρο των επιστημών υγείας και ένα από τα κυριότερα έργα της είναι η παροχή υπηρεσιών σε ανθρώπους με προβλήματα υγείας υπαρκτά ή δυνητικά.

Ο καρκίνος του μαστού σήμερα απειλεί ένα πολύ μεγάλο αριθμό γυναικών αφού αποτελεί την συχνότερη μορφή κακοήθους νεοπλασματος και την πρώτη αιτία θανάτου από νεοπλασία στις γυναίκες. Ο καρκίνος είναι μεν μια οργανική νόσος αλλά έχει την ιδιαιτερότητα να δημιουργεί έντονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Γι' αυτό το λόγο απαιτεί ολοκληρωμένη ιατρική ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη της ασθενούς, υποστήριξη της οικογένειας της αλλά και προετοιμασία του κοινωνικού σώματος για την επανένταξη και την πλήρη αποδοχή της. Ο ρόλος των νοσηλευτών σε αυτό το πολύ σημαντικό κεφάλαιο που ονομάζεται καρκίνος του μαστού είναι ευρύς ουσιαστικός και μοναδικός. Η επιτυχία της νοσηλευτικής παρέμβασης σε αυτόν τον τομέα φροντίδας εξαρτάται όχι τόσο από τη γνώση της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών επιπτώσεων, αλλά από την ικανότητα του νοσηλευτή να κατανοεί το νόημα της αρρώστιας για τη συγκεκριμένη άρρωστη, ποιες ψυχολογικές επιπτώσεις της δημιούργησε και ποια βοήθεια χρειάζεται. Η νοσηλευτική ανταπόκριση αρχίζει με την αξιολόγηση της αρρώστου.

1. Η αξιολόγηση βασίζεται κυρίως στο γεγονός ότι η κάθε ασθενής είναι ένας ξεχωριστός και μοναδικός άνθρωπος που βιώνει και αντιμετωπίζει την ασθένεια και τις συνέπειές της με τον δικό του τρόπο.

Σημαντικό μέσο για την ομαλή πορεία στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας και στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων του καρκίνου είναι η καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης και ενθάρρυνση για ειλικρινή και ανοιχτή επικοινωνία τόσο με την άρρωστη όσο και με το περιβάλλον της.

Τέλος η διδασκαλία της άρρωστης και η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης της είναι δύο σπουδαία όπλα που αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να προσφέρουν πολύτιμη βοήθεια. Με την διδασκαλία των τεχνικών αυτοφροντίδας, η ασθενής διατηρεί την ανεξαρτησία της και δεν μένει αμέτοχη και απαθής θεατής ενώ η αυτοεκτίμηση είναι βασική προϋπόθεση για σωματική και ψυχική υγεία.

## **ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ**

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί διπλή απειλή για μια γυναίκα. Απειλή για την ζωή της και απειλή της θηλυκότητά της. Η απειλή μάλιστα είναι μεγαλύτερη, όταν η γυναίκα είναι νέα και ανύπαντρη.

Μαστεκτομή είναι η χειρουργική αφαίρεση όλου του μέρους του μαστού και συνήθως εκτελείται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Το γεγονός αυτό δε γίνεται πάντα εύκολα αποδεκτό από τη σύγχρονη γυναίκα και πολύ συχνά την οδηγεί σε μια μόνιμη και μη αναστρέψιμη ψυχική αναπηρεία, ισοδύναμη με πλήρη ψυχολογική απορρύθμιση της συμπεριφοράς. Διάφορες μελέτες στις ΗΠΑ συγκλίνουν στην άποψη ότι ο φόβος της θεραπείας, είναι πολλές φορές, μεγαλύτερος από την ίδια τη νόσο και συνδέεται με την ποιότητα ζωής της γυναίκας.

Η επικείμενη χειρουργική επέμβαση αποτελεί έναν ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός, που υποβάλλει ακόμα και τις πιο ισχυρές ψυχολογικά ασθενείς σε κατάσταση κρίσης. Επιπλέον η εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελεί επιπρόσθετο stress λόγω της απομάκρυνσης από το οικείο περιβάλλον, της απώλειας της προσωπικής αυτονομίας και των επίμονων διαδικασιών της νοσηλείας. Το προεγχειρητικό άγχος και η αγωνία είναι πολλαπλάσιο, γιατί έχει να κάνει τόσο με το γεγονός της επέμβασης όσο και με την εξέλιξη του καρκίνου.

Η κατάθλιψη, οι αϋπνίες, η ανησυχία για τα αποτελέσματα της μαστεκτομής, η μεταβολή του σωματικού ειδώλου και κατ' επέκταση η απώλεια της θηλυκότητας και της αυτοεκτίμησης, που βασανίζουν σωματικά και ψυχικά την γυναίκα. Συχνοί επίσης είναι και οι φόβοι οικογενειακής και κοινωνικής απόρριψης με αποτέλεσμα η γυναίκα να απομονώνεται και να εγκαταλείπει τον εαυτό της.

Κύριος στόχος των νοσηλευτών εκτός από τις βασικές νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι να βοηθήσει την γυναίκα που υπέστη μαστεκτομή να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Μέσα από τον διάλογο ενθαρρύνουμε την αυτοεκτίμηση και την ψυχική τόνωση. Βοηθάμε την ασθενή να μπορεί να ζει με την επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της. Την βοηθάμε να προσαρμοστεί στην νέα εικόνα του σώματός της και να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον της. Σημαντικό είναι πριν την χειρουργική επέμβαση (μαστεκτομή) να περιγράψουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, να δώσουμε πληροφορίες για την διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Αυτό οδηγεί στην μείωση του άγχους και η ασθενής είναι καλύτερα προετοιμασμένη.

## **ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΘΑ ΥΠΟΣΤΕΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

Η εγχείρηση σε ασθενή με καρκίνο του μαστού έχει ως σκοπό είτε τη θεραπεία είτε τον περιορισμό της έκτασης του καρκίνου. Η ασθενής κυριαρχείται από τον φόβο και το άγχος, κυρίως για το αποτέλεσμα της επέμβασης το οποίο μπορεί να είναι κάποια παραμόρφωση του μαστού ή ακόμα και η αφαίρεσή του. Για τον λόγο αυτό ο σχεδιασμός της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας έχει άμεση σχέση με το πώς η ασθενής ανταποκρίθηκε τόσος την διάγνωση του καρκίνου όσο και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανές επιπλοκές της μετεγχειρητικής αποκατάστασής τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.

## **ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης της άρρωστης, έκδηλη ή όχι, φυσιολογική ή παθολογική. Οι συγκινησιακές αντιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν την μετεγχειρητική πορεία της

άρρωστης, γι' αυτό είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται στην προεγχειρητική περίοδο.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** (Άγχος, κατάθλιψη, αγωνία, φόβος)

Όλα τα παραπάνω δυσάρεστα συναισθήματα που δημιουργούνται στην γυναίκα σχετίζονται με την διάγνωση του καρκίνου, την πρόγνωση και τα αποτελέσματα της εγχείρησης.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η ασθενής μας να εμφανίσει μείωση του άγχους.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ:** Ενθάρρυνση της προφορικής έκφρασης των συναισθημάτων και των ανησυχιών της ασθενούς.

-Διατήρηση του κλίματος εμπιστοσύνης

-Παροχή πληροφοριών και διαβεβαιώσεων που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία.

-Διδασκαλία της άρρωστης για ασκήσεις βήχα και βαθιών αναπνοών, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις χεριού, λήψη αναπνευστικών θέσεων.

-Τονισμός στην ασθενή των εξηγήσεων του γιατρού σχετικά με τα θετικά αποτελέσματα της μαστεκτομής στην πρόγνωση της νόσου.

-Ενθάρρυνση της ασθενούς να συμμετέχει στις αποφάσεις που αφορούν την θεραπεία της.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

1. Μείωση των δυσάρεστων συναισθημάτων όπως το άγχος, ο φόβος, η κατάθλιψη.
2. Η ασθενής διοχετεύει την ενεργητικότητα της σε καθορισμένες βοηθητικές δραστηριότητες.

**2) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η βοήθεια της ασθενούς να αποδεχτεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

-Δημιουργία ασφαλούς και ενθαρρυντικού περιβάλλοντος πράγμα που βοηθάει στην ελάττωση της ψυχικής έντασης.

-Ενίσχυση των ψυχικών δυνάμεων της ασθενούς για να είναι σε θέση να αποδεχτεί με μεγαλύτερη ευκολία την εγχείρηση.

-Διαβεβαίωση της άρρωστης πως αυτού του είδους η εγχείρηση είναι απαραίτητη για την θεραπεία της.

-Διαβεβαίωση της άρρωστης πως ο γιατρός αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό θα κάνει ότι είναι καλύτερο γι' αυτήν.

-Η νοσηλεύτρια επίσης θα πρέπει να ενισχύσει ψυχολογικά την άρρωστη λέγοντας πως η απόφασή της είναι η σωστή αφού η απώλεια ενός μαστού έχει αντίτιμο την υγεία ακόμα και την ίδια της την ζωή. Επίσης θα πρέπει να τονιστεί πως δεν είναι η μοναδική γυναίκα με ένα μαστό και πως της απομένουν αρκετές σωματικές και ψυχικές δυνάμεις για μια ωφέλιμη και δημιουργική ζωή.



**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Η ασθενής αισθάνεται σιγουρότερη πως πήρε την σωστή απόφαση όσον αφορά του τρόπου της θεραπείας της.

**3) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Προβλήματα που δημιουργούνται στην οικογένεια

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:**

Να λάβουν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

-Συζήτηση με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, παρέχοντας πληροφορίες και απαντώντας σε ερωτήσεις τους.

-Βοήθεια των μελών της οικογένειας να κατανοήσουν τα συναισθήματα της ασθενούς καθώς και ενθάρρυνση της άρρωστης να εκφράζει τα συναισθήματα και τις ανάγκες της οικογένειας της.

-Ενθάρρυνση της οικογένειας να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητά της, η σεξουαλικότητά της και η αγάπη των άλλων προς αυτή δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της.

-Γνωστοποίηση στην ασθενή και την οικογένειά της ότι ο θάνατος μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα.

-Δίνονται πληροφορίες σχετικά με την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή, τον πόνο της ασθενούς και τις δραστηριότητες που πρέπει να αποφεύγει.

-Στην περίπτωση που η ασθενής είναι παντρεμένη και έχει παιδιά τότε η νοσηλευτική παρέμβαση έχει ως εξής:

Όσον αφορά τα παιδιά θα πρέπει:

Να εξηγηθεί ότι η μητέρα τους θα πρέπει να παραμείνει για λίγο στο νοσοκομείο.

Να απαντηθούν ειλικρινά οι ερωτήσεις που θα θέσουν έτσι ώστε να διαλυθούν οι φόβοι τους.

Να ενθαρρυνθεί η έκφραση των συναισθημάτων τους.

Να επισημανθεί πόσο σημαντικό είναι για την μητέρα τους:

α. να δείξουν την αγάπη τους και την υποστήριξή τους για την ομαλή προσαρμογή της στις αρχικές δραστηριότητες.

β. Να διατηρήσουν απέναντι της την στάση που πάντα είχαν

γ. Να την βοηθάνε σε διάφορες δουλειές του σπιτιού

δ. Να την ενθαρρύνουν να κάνει τις ασκήσεις που την συμβούλεψε ο γιατρός

Όσον αφορά το σύζυγο θα πρέπει να επισημανθεί σε αυτόν πως:

α. Η σύζυγος θα χρειάζεται βοήθεια στις καθημερινές εργασίες του σπιτιού.

β. Η κατάθλιψη είναι αντίδραση αναμενόμενη και συνηθισμένη.

γ. Η αλλαγή συμπεριφοράς από την μεριά του μπορεί να θεωρηθεί από την σύζυγο του ως απόρριψη, καθώς ακόμα και η ίδια προσπαθεί να προσαρμοστεί με την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου.

δ. Η συζήτηση και η ειλικρίνεια βοηθάει στο να φέρει το ζευγάρι πιο κοντά και να δυναμώνει τη σχέση τους.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:

Τα μέλη της οικογένειας είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν πιο ψύχραιμα και σωστότερα την όλη κατάσταση.

## ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η φυσική νοσηλευτική εκτίμηση πριν από την χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει:

1. Τον έλεγχο των θρεπτικών αναγκών και της υδατοηλεκτρολυτικής κατάστασης.
2. Τον έλεγχο της αναπνευστικής κατάστασης.
3. Τον έλεγχο της καρδιαγγειακής κατάστασης.
4. Τον έλεγχο της υπατικής και της νεφρικής λειτουργίας.
5. Έλεγχος της ενδοκρινικής λειτουργίας
6. Έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας
7. Έλεγχος της αιματολογικής λειτουργίας
8. Την εξασφάλιση αίματος, αν γίνει στην άρρωστη ριζική μαστεκτομή.
9. Την χορήγηση ηρεμιστικών για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς με εντολή του γιατρού.

Η προετοιμασία της ασθενούς το απόγευμα της προηγούμενης ημέρας περιλαμβάνει:

1. Λήψη αίματος για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος σε περίπτωση που θα χρειαστεί να γίνει μετάγγιση.
2. Προετοιμασία του δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλαίας κοιλότητας με σκοπό την μείωση των βακτηριακών σπορών χωρίς πρόκληση ερεθισμών και λύσης του δέρματος. Η ετοιμασία αυτή γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος.
3. Ετοιμασία της γαστρεντερικής οδού με την χορήγηση υπακτικών φαρμάκων για την κένωση του εντέρου.
4. Δίνεται ελαφρύ γεύμα κατά το δείπνο και αποφεύγεται η οποιαδήποτε λήψη στερεάς τροφής από το στόμα για 8 έως 10 ώρες.
5. Χορήγηση υπνωτικού φαρμάκου κατόπιν ιατρικής οδηγίας για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Η προετοιμασία της ασθενούς την ημέρα της εγχείρησης περιλαμβάνει:

1. την λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων
2. την κένωση της κύστης της ασθενούς
3. την αφαίρεση κοσμημάτων και τεχνικών οδοντοστοιχειών
4. η ασθενής φοράει τα ρούχα χειρουργείου τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με το φάκελό της.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υπέστη μαστεκτομή αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδα και της εγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φροντίδα ξεκινάει από την στιγμή που η ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Κύριο μέλημα της νοσηλεύτριας μετά τον ερχομό της ασθενούς από το χειρουργείο είναι η αξιοποίηση και η εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς καθώς και η υπεύθυνη παρέμβαση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων με σκοπό την πρόληψη ή και την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών προβλημάτων.

Τα πιθανά προβλήματα που θα παρουσιάσει μια μαστεκτομειθήσα ασθενής είναι:

**1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Πόνος, οφειλόμενος στην εγχείρηση. Ο πόνος οφείλεται κυρίως στην χειρουργική τομή καθώς οι ιστοί έχουν τραυματιστεί λόγω της επέμβασης αλλά και στο γεγονός πως οι κινήσεις της ασθενούς είναι περιορισμένες λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχεύτευσης.

Ο αναφερόμενος πόνος μπορεί να ταξινομηθεί σε 5 κατηγορίες:

(α) Οξύς διαλείπων πόνος (β) Καυστικός οξύς πόνος (γ) Πόνος το ανώτερο τμήμα του βραχίονα οφειλόμενος. (δ) Πόνος της οπίσθιας άνω επιφάνειας του βραχιονίου (ε) Πόνος του κατωτέρου βραχίονα ή της πρόσθιας επιφάνειας του αγκώνα.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Μείωση του πόνου στο ελάχιστο

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

Εκτιμάται ο τύπος και η ένταση του πόνου. Χορηγούνται αναλγητικά μετά την σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων και παρακολουθείται η ασθενής για να εκτιμηθούν τα επιθυμητά ή τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

-Ενημερώνεται η ασθενής για τα όρια της χορήγησης αναλγητικών.

-Τοποθετείται η ασθενής σε θέση ιμί-fowler για την βελτίωση της αναπνοής.

-Το σύστοιχο προς την μαστεκτομή άκρο τοποθετείται σε λειτουργική θέση. Τοποθετούνται μαξιλάρια κάτω από τον αγκώνα για να έρθει πιο ψηλά από τον αγκώνα.

-Αποφεύγεται η μετακίνηση της ασθενούς, σηκώνοντάς την ή τραβώντας την από τους ώμους. Οι κινήσεις θα πρέπει να γίνονται με μεγάλη προσοχή, να είναι ήρεμες και σταθερές.

-Τοποθετούνται μαξιλάρια στο θώρακα όταν βήχει η ασθενής.

-Ενθαρρύνεται η ασθενής να σηκωθεί από την πρώτη μετεγχειρητική μέρα. Κατά την έγερση, ο βραχίονας της μεριάς που έχει υποστεί μαστεκτομή πρέπει να υποβαστάζεται με επίδεσμο. Αυτό έχει ως σκοπό να εμποδιστεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου. Όταν για πρώτη φορά η ασθενής σηκώνεται από το κρεβάτι, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι δίπλα της γιατί ενδέχεται να διαταραχτεί ελαφριά η ισορροπία της, λόγω αφαίρεσης του μαστού.

-Συμβουλευέται η ασθενής να περιορίζει την κινητικότητα του άκρου που βρίσκεται από τη μεριά που έγινε η μαστεκτομή.

Συμβουλευέται να κοιμάται ανάσκελα.

Ενθαρρύνεται η λήψη αναλγητικών πριν από την έναρξη των ασκήσεων της ασθενούς.

Ελέγχεται η λειτουργικότητα των ασκήσεων παροχέτευσης γιατί η κακή λειτουργία τους μπορεί να προκαλέσει πόνο.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:**

Μείωση του πόνου με αποτελέσματα η ασθενής να γίνει πιο ικανή και πρόθυμη να ολοκληρώσει την κινητοποίηση και την ομάδα ασκήσεων της που θα πρέπει να κάνει.

#### **1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Shock, που οφείλεται σε:

A) Αναισθησία. Πολλά από τα φάρμακα που χορηγούνται κατά την αναισθησία να παρουσιάσουν συμπτώματα του shock όπως η πτώση της αρτηριακής πίεσης, αδύναμος σφυγμός κτλ.

B) Αιμορραγία. Ο μαστός είναι ένα όργανο με μεγάλη αγγείωση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μετά την μαστεκτομή να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μετεγχειρητικής αιμορραγίας.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η πρόληψη αιμορραγίας και shock.

#### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

-Έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε τέταρτο τις 3 πρώτες ώρες. Αφού σταθεροποιηθεί η κατάσταση της ασθενούς γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε 3 ώρες για το επόμενο 24ωρο. Ο ταχύς και νηματοειδής σφυγμός, η πτώση της αρτηριακής πίεσης, οι αυξημένες και άτακτες αναπνοές κτλ. είναι δείκτες για την διαπίστωση αιμορραγίας και shock.

Εξασφάλιση της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών μέχρι να διακοπεί από το γιατρό για τη διατήρηση υγρών και ηλεκτρολυτών.

-Παρακολούθηση του επιδερμικού υλικού και τον ιματισμό κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο για την ανακάλυψη σημείων αιμορραγίας.

-Ελέγχονται οι συσκευές παροχέτευσης του τραύματος. Όταν τα παροχετευμένα υγρά είναι 50-100cc με αίμα το πρώτο 24-ώρο μετά την επέμβαση, πρέπει να αναφερθεί αμέσως στο γιατρό.

-Παρακολούθηση της ασθενούς για τυχόν αλλαγές στο διανοητικό της επίπεδο (π.χ. συγκίνηση, μειωμένο επίπεδο συνείδησης, κτλ. πράγμα που σημαίνει μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.

-Προετοιμασία για μετάγγιση αίματος σε περίπτωση αιμορραγίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Οι πιθανότητες να εμφανίσει η ασθενής shock και αιμορραγία ελαχιστοποιούνται μετά από νοσηλευτική παρέμβαση που περιγράφεται παραπάνω.

#### **3) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Πνευμονία, οφειλόμενη στην αναισθησία, την ακινησία και στον ανεπαρκή αερισμό.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η πρόληψη της πνευμονίας.

#### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

-Διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να αναπνέει βαθιά και σωστά για τον επαρκή αερισμό της.

-Ελέγχεται η θερμοκρασία για την έγκαιρη αντιμετώπιση της αύξησης της. Επίσης γίνεται έλεγχος της αναπνευστικής δυσχέρειας ώστε να μην εξαντληθεί η ασθενής.  
-Άμεση έγερση της ασθενούς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Οι πιθανότητες να νοσήσει η ασθενής μειώνονται.

### **1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Φλεγμονή του τραύματος

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η φροντίδα του τραύματος και ο τακτικός έλεγχος για την εμφάνιση σημείων φλεγμονής.

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Η φροντίδα της τομής περιλαμβάνει:

1. Αλλαγή του επιδεσμικού υλικού καθημερινά
2. Την αυστηρή τήρηση των αρχών της άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του τραύματος
3. Εκτίμηση του είδους και του ποσού της παροχέτευσης.
4. Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα. Η ασθενής μπορεί να πλυθεί 24 ώρες μετά της αφαίρεσως των παροχετεύσεων.
5. Προσεκτικό και απαλό μασάζ στην τομή με βούτυρο κακάο για την διέγερση της κυκλοφορίας και την αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (μετά από εντολή γιατρού).

Μετά την αρχική αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού ελέγχεται η τομή για ερυθρότητα, εμφάνιση πύου, οίδημα, αύξηση θερμοκρασίας, μη σύγκλιση των χειλιών του τραύματος τα οποία καταγράφονται και αναφέρονται αμέσως στο γιατρό.

Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων κάθε 4 ώρες για σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή.

Σημειώνονται και αναφέρονται στο γιατρό παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή για ευαισθησία.

Έλεγχος του ποσού των παροχετεύσεων, του χρώματος και της οσμής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Η τομή διατηρείται καθαρή και προστατεύεται από μολυσματικούς παράγοντες ενώ η ψυχική και η σωματική κατάσταση της ασθενούς παραμένει καλή.

**5) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Διαταραχή της κινητικότητας και αισθητικότητας του βραχίονα ή και του ώμου που οφείλεται σε:

1. Διατομή ή τραυματισμό των νεύρων κατά την εγχείρηση.
2. Άσκηση πίεσης στα νεύρα λόγω λεμφοιδήματος εάν έχει εμφανιστεί.
3. Μη συμμόρφωση προς το πρόγραμμα ασκήσεων που έχει συστήσει ο γιατρός.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Αποκατάσταση της κινητικότητας και της αισθητικότητας του βραχίονα και του ώμου.

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

-Γίνεται αξιολόγηση και αναφορά των σημείων και των συμπτωμάτων της διατομής, της κινητικότητας και της αισθητικότητας του άνω άκρου και του ώμου

της πλευράς της επέμβασης (π.χ. αδυναμία κινήσεως των αρθρώσεων, μυϊκή αδυναμία).

-Εφαρμόζονται μέτρα για την πρόληψη λεμφοιδήματος.

-Άμεση έναρξη των ασκήσεων μετά την μαστεκτομή.

-Ενθάρρυνση της άρρωστης να χρησιμοποιεί τον βραχίονα της πλευράς της επέμβασης για τις καθημερινές δραστηριότητες μόλις αυτό επιτραπεί.

-Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς και της οικογένειάς της.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Η ασθενής διατηρεί φυσιολογική κινητική και αισθητική λειτουργία του βραχίονα και του ώμου όπως φαίνεται από :

Την ικανότητα να εκτελεί η ασθενής το αναμενόμενο εύρος κινήσεων στον ώμο και τον βραχίονα.

Την απουσία μυϊκής αδυναμίας.

**6) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Σχηματισμός ορώδους συλλογής στο σημείο της εγχείρησης που οφείλεται:

α. Στο μεγάλο νεκρό χώρο κάτω από το μόσχευμα

β. Στην ανεπαρκή προσκόλληση του μοσχεύματος λόγω ανωμάλου σχήματος του θωρακικού τοιχώματος, κακής παροχέτευσης του τραύματος και κινήσεων του κορμιού, του βραχίονα και του ώμου της πλευράς της επέμβασης.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ:** Η πρόληψη ή και η αντιμετώπιση της ορώδους συλλογής στο σημείο της επέμβασης.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:**

-Γίνεται αξιολόγηση και αναφορά των σημείων και των συμπτωμάτων του σχηματισμού ορώδους συλλογής. Κάποια από αυτά τα συμπτώματα είναι η συνεχής εκροή υγρού από την τομή και η λιγότερη από την αναμενόμενη ποσότητα υγρών στην παροχέτευση κενού.

Όσον αφορά την πρόληψη του σχηματισμού ορώδους συλλογής τότε θα πρέπει:

α. να διατηρείται ο σωλήνας παροχέτευσης χωρίς κάμψεις

β. να εφαρμόζεται αναρρόφηση στο σωλήνα παροχετεύσεις σύμφωνα με τις εντολές

γ. να αποφεύγεται η άσκοπη μετακίνηση του βραχίονα και του ώμου

δ. να τονιστεί στην ασθενή η σημασία του περιορισμού των άσκοπων κινήσεων του άνω άκρου και του ώμου.

Εάν σχηματιστεί ορώδη συλλογή το σημείο της εγχείρησης τότε:

α. γίνεται αναρρόφηση του πλεονάζοντος υγρού με βελόνα προετοιμάζοντας κατάλληλα την ασθενή. Η προετοιμασία αυτή αφορά τις πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή σχετικά με τον τρόπο που γίνεται η αναρρόφηση του πλεονάζοντος υγρού.

β. εφαρμόζονται πιεστική επίδεση στο σημείο εάν ενδείκνυται.

γ. χορηγούνται αντιμικροβιακά κατόπιν εντολής του γιατρού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ:** Η ασθενής δεν εμφανίζει ορώδη συλλογή, πράγμα που φαίνεται από την απουσία συνεχούς ροής

υγρών από την τομή και από την αναμενόμενη ποσότητα των παροχτευμένων υγρών την συσκευή παροχέτευσης.

**7) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Σχηματισμός αιματώματος λόγω ανεπαρκούς αιμοστάσεως κατά την εγχείρηση, άσκησης τάσεως στην πλευρά της επέμβασης και ανεπαρκούς παροχέτευσης από το σημείο της εγχείρησης στο σημείο της εγχείρησης.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:**

-Γίνεται αξιολόγηση και αναφορά των σημείων και των συμπτωμάτων του σχηματισμού αιματώματος (.χ. επίταση του άλγους, ποσότητα υγρών στη παροχέτευση μικρότερη από την αναμενόμενη κτλ).

-Τονίζεται στην ασθενή ότι πρέπει να συμμορφώνεται στους περιορισμούς των κινήσεων του άνω άκρου και του ώμου με σκοπό την αποφυγή άσκησης πίεσης στο σημείο τομής.

-Διατηρείται ο σωλήνας παροχέτευσης χωρίς κάμψεις.

-Γίνεται αναρρόφηση μέσω της παροχέτευσης σύμφωνα με τις εντολές του γιατρού.

-Στην περίπτωση που εμφανιστούν σημεία σχηματισμού αιματώματος, τότε προετοιμάζεται η ασθενής για παροχέτευση του αιματώματος και την απολίνωση των αιμορραγούντων αγγείων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ:** Η ασθενής δεν εμφανίζει αιμάτωμα στο σημείο της παρέμβασης, πράγμα που φαίνεται από:

A) Την απουσία του πόνου, του οιδήματος και το ότι δεν μεταβάλλεται η χροιά του δέρματος στην πλευρά της επέμβασης και

B) Την ποσότητα των παροχτευμένων υγρών

**8) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Νέκρωση του δερματικού μοσχεύματος λόγω ανεπαρκούς αιματώσεως ή φλεγμονής του χειρουργικού τραύματος. Εφόσον η ασθενής μετά την μαστεκτομή προχώρησε σε αποκατάσταση του μαστού χρησιμοποιώντας μόσχευμα.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η ασθενής να μην εμφανίσει νέκρωση του δερματικού μοσχεύματος.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

Γίνεται αξιολόγηση και αναφορά των σημείων και των συμπτωμάτων της νέκρωσης του μοσχεύματος τα οποία είναι:

A) Η μείωση της θερμότητας του μοσχεύματος, η λευκή ή ερυθρή απόχρωση του μοσχεύματος στην περίπτωση διαταραχής της αιμάτωσης στο μόσχευμα και (β) ο ωχρός και ψυχρός ιστός, ο διαχωρισμός των χειλιών του τραύματος και η δυσσομία στην περίπτωση του μοσχεύματος.

-Παίρνονται μέτρα για την πρόληψη σχηματισμού αιματώματος και ορώδους συλλογής.

Η ασθενής τοποθετείται από την αντίθετη πλευρά της επέμβασης ή σε ύπτια θέση.

-Γίνεται έλεγχος των επιδεσμικών υλικών για την περίπτωση που οι γάζες είναι πολύ πιεστικές.

-Συμβουλεύεται η ασθενής να μην καπνίζει καθώς το κάπνισμα προκαλεί αγγειοσύσπαση.

-Στην περίπτωση που η ασθενής εμφανίσει σημεία νέκρωσης του δερματικού μοσχεύματος τότε:

(α) προετοιμάζεται η ασθενής για τον χειρουργικό έλεγχο του μοσχεύματος και (β) η ασθενής και η οικογένειά της υποστηρίζονται φυσιολογικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Η ασθενής δεν εμφανίζει νέκρωση του δερματικού μοσχεύματος, γεγονός που φαίνεται από:

(α) το φυσιολογικό χρώμα και το θερμό μόσχευμα (β) το υγιή χείλη του τραύματος και (γ) την απουσία δυσσομίας από την περιοχή του μοσχεύματος.

**2.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Λεμφοίδημα του βραχίονα της πλευράς της επέμβασης λόγω:

A. της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα τη μη φυσιολογική παροχέτευση της λέμφου και η λίμναση της στην περιοχή.

B. φλεγμονής ή τραύματος του βραχίονα στην πλευρά της επέμβασης.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η πρόληψη ή και η αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος επισημαίνοντας στην ασθενή τι θα πρέπει να αποφεύγει και τι όχι.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

Για την πρόληψη του λεμφοιδήματος ή νοσηλεύτρια θα πρέπει να επισημάνει στην ασθενή τα εξής:

1. Να ασκεί καθημερινά ολόκληρο το χέρι, από τον ώμο μέχρι και τα δάκτυλα όπως έχει οριστεί από τον γιατρό.
2. Να τοποθετηθεί το προσβεβλημένο χέρι υψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα, τοποθετώντας από κάτω μαξιλάρια. Αυτό βοηθά στην καλή επιστροφή του φλεβικού αίματος αλλά και της λέμφου με αποτέλεσμα να αποτρέπεται ο σχηματισμός οιδήματος.
3. Να αποφεύγεται η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης από το χέρι που βρίσκεται από τη μεριά της μαστεκτομής.
4. Να αποφεύγει η ασθενής να φοράει ρούχα και κοσμήματα που περιορίζουν την κινητικότητα και την σωστή κυκλοφορία του αίματος του προσβεβλημένου χεριού.
5. Σε περίπτωση οιδήματος ή ερυθρότητας της περιοχής θα πρέπει η ασθενής να ενημερώσει αμέσως το γιατρό.
6. Να αποφεύγει τους εμβολιασμούς, τις ενέσεις, τις αιμοληψίες, και την τοποθέτηση ορών από το σύστοιχο προς την μαστεκτομή χέρι. Η νοσηλεύτρια κατά την διάρκεια της νοσηλείας της ασθενούς που υπέστη μαστεκτομή τοποθετεί στο κρεβάτι κάρτα με την σημείωση «Προσοχή λεμφοιδηματικό χέρι».

Στην περίπτωση παρουσίασης λεμφοιδήματος:

1. Χορηγούνται τα κατάλληλα φάρμακα τα οποία είναι είτε αντιμικροβιακά για την αντιμετώπιση υποδόριας φλεγμονής και λεμφαγγειίτιδας είτε διουρητικά για την μείωση των υγρών στους ιστούς.



2. Στο έπακρο που έχει προσβληθεί τοποθετείται ελαστικός επίδεσμος για να ελαττωθεί το οίδημα (κατόπιν εντολής γιατρού).
3. Περιορίζεται η πρόσληψη νατρίου
4. Υποστηρίζεται ψυχολογικά η ασθενής
5. Εφαρμόζονται όλα τα μέτρα για την πρόληψη του λεμφοιδήματος καθώς και τα μέτρα πρόληψης φλεγμονής ή τραύματος του προσβεβλημένου χεριού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Η ασθενής δεν εμφανίζει λεμφοειδήματα, γεγονός που φαίνεται από τη φυσιολογική, κινητική και αισθητική λειτουργία του βραχίονα αλλά και από την απουσία άλγους και οιδήματος του βραχίονα.

**10) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Αδυναμία αντιμετώπισης προβλημάτων που οφείλεται:

- α. Στο ότι η γυναίκα θεωρεί πως έχει χάσει τη θηλυκότητά της λόγω απώλειας του ενός μαστού και στην αμηχανία που προκαλεί το γεγονός αυτό.
- β. Στον φόβο για απόρριψη τους από τα οικογενειακό και φιλικό της περιβάλλον.
- γ. Στο φόβο, στο άγχος, και στο αίσθημα απώλειας του ελέγχου λόγω της διάγνωσης του καρκίνου, της θεραπείας που πιθανόν συνεχίζει η άρρωστη (π.χ. χημειοθεραπεία) και στο πιθανό κίνδυνο μιας υποτροπής της νόσου.
- δ. Στην ανεπάρκεια υποστήριξης της ασθενούς.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η ασθενής να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα προβλήματα που οφείλονται σε όλα τα παραπάνω.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

-Εκτίμηση και αναφορά των σημείων και των συμπτωμάτων που δηλώνουν την αδυναμία της ασθενούς να αντιμετωπίσει επιτυχώς τα προβλήματά της. Μερικά από αυτά είναι παράπονα για αδυναμία αντιμετώπισης των προβλημάτων, ανικανότητα για κλήση προς βοήθεια για λύση των προβλημάτων ή για κάλυψη των βασικών αναγκών, καταστροφική συμπεριφορά προς τον εαυτό της και τους άλλους, αναποτελεσματική χρήση των αμυντικών μηχανισμών και τέλος αδυναμία να ξαναρχίσει τις καθημερινές δραστηριότητες.

-Αξιολόγηση της αντίληψης της ασθενούς για την παρούσα κατάσταση της και τον τρόπο που την αντιμετωπίζει. Η συνειδητοποίηση της κατάστασης από την πλευρά της ασθενούς βοηθά την νοσηλεύτρια να αναπτύξει παρεμβάσεις που θα διευκολύνουν την αντιμετώπιση των καθημερινών της προβλημάτων.

Αυξάνει την αυτοεκτίμηση της και επομένως την ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων.

-Καθοδήγηση της ασθενούς σε αποτελεσματικές τεχνικές επίλυσης προβλημάτων (π.χ. ακριβής αναγνώριση των αγχογόνων ερεισμάτων, καθορισμός των εναλλακτικών λύσεων).

-Ενθάρρυνση της ασθενούς να διατηρήσει τις συνήθειες καθημερινές πράξεις ρουτίνας, αν αυτό είναι δυνατό. Η ικανότητα διατήρησης των καθημερινών πράξεων ενισχύει την αίσθηση ελέγχου και ελπίδας της ασθενούς, σχετικά με

την ικανότητα επανένταξης της ζωής της, όπως ήταν πριν από την παρούσα κατάσταση.

-Δίνεται βοήθεια στην ασθενή για τον σχεδιασμό των αναγκαίων μεταβολών του τρόπου ζωής και των ρόλων της μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

-Δίνεται βοήθεια στην ασθενή και στα σημαντικά γι' αυτήν πρόσωπα να εντοπίσουν τρόπους με τους οποίους οι προσωπικοί και οικογενειακοί στόχοι μπορούν να τροποποιηθούν παρά να εγκαταλειφθούν.

-Ενθάρρυνση της ασθενούς να μοιραστεί με τα σημαντικά γι' αυτήν πρόσωπα το είδος της υποστήριξης που είναι περισσότερο ωφέλιμη (π.χ. να την ακούνε, να της εμπνέουν ελπίδα κτλ).

-Εκτίμηση και υποστήριξη της συμπεριφοράς που δηλώνει θετική προσαρμογή στις μεταβολές που θα ακολουθήσουν.

-Προετοιμασία της ασθενούς για τις πιθανές αρνητικές αντιδράσεις των άλλων λόγω της απώλειας του ενός μαστού της.

-Οι νοσηλεύτριες πρέπει να συμβουλεύονται από τον γιατρό σχετικά με την υποστήριξη στην ψυχολογική και επαγγελματική αποκατάσταση της ασθενούς. Αν η ασθενής είναι ανίκανη να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα προβλήματα της και ή να εξασκήσει το επάγγελμά της μπορεί να είναι απαραίτητη η παροχή πρόσθετων συμβουλών. Οι συμβουλές του γιατρού μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να λύσει αποτελεσματικά τα προβλήματά της.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Η ασθενής εμφανίζει την ικανότητα εφαρμογής αποτελεσματικών τεχνικών αντιμετώπισης των προβλημάτων, γεγονός που φαίνεται από:

α. Την προφορική έκφραση για την ικανότητα της να αντιμετωπίσει την απώλεια του μαστού.

β. Την εφαρμογή των κατάλληλων τεχνικών για την επίλυση του προβλήματος.

γ. Την προθυμία να συμμετέχει στο πρόγραμμα αγωγής και στην κάλυψη των βασικών αναγκών της.

**2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Θλίψη που οφείλεται:

Α. Στην μεταβολή του σώματος λόγω απώλειας ενός μαστού

β. Στον πιθανό πρόωρο θάνατο λόγω της διάγνωσης του καρκίνου.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η ασθενής να αντιμετωπίσει με επιτυχία την θλίψη.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

-Έλεγχος για σημεία και συμπτώματα θλίψης (π.χ. Μεταβολή στις συνήθειες διατροφής, θυμός, αϋπνία, αδυναμία συγκέντρωσης κτλ.). Η αξιολόγηση των σημείων βοηθά την νοσηλεύτρια στην ανάπτυξη αποτελεσματικής τακτικής που θα βοηθήσει την ασθενή να αντιμετωπίσει επιτυχώς το πρόβλημά της.

-Έλεγχος για ύπαρξη παραγόντων που αναστέλλουν ή διευκολύνουν την αναγνώριση της απώλειας του μαστού από μέρος της ασθενούς. Η γνώση των παραγόντων που αναστέλλουν ή διευκολύνουν την αναγνώριση αυτή βοηθά την νοσηλεύτρια να εφαρμόσει την κατάλληλη τακτική.

-Βοηθάτε η ασθενής να αναγνωρίσει την απώλεια του μαστού της και την διάγνωση του καρκίνου. Η ασθενής πρέπει να αναγνωρίσει την απώλεια ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία αντιμετώπισης του αισθήματος θλίψης και δίνεται βοήθεια σε αυτή ώστε να αποδεχτεί τις φάσεις της διαδικασίας ως αναμενόμενη αντίδραση στην απώλεια του μαστού και στη διάγνωση του καρκίνου.

-Δίνεται χρόνος στην ασθενή να περάσει από όλα τα στάδια της θλίψης βοηθά την ασθενή, άλλα στάδια μπορεί να υποτροπιάσουν ενώ ο χρόνος που απαιτείται για την εξάλειψη της θλίψης μπορεί να είναι μήνες έως έτη.

-Δημιουργία ατμόσφαιρας φροντίδας και ενδιαφέροντος που επιτρέπει στην ασθενή να αισθάνεται ελεύθερη να εκφράσει τα συναισθήματά της και να τα αντιμετωπίζει.

-Εφαρμογή μέτρων δια την δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης απαντώντας στις ερωτήσεις με ειλικρίνεια και δίνοντας πληροφορίες που ζητήθηκαν από την ασθενή.

-Ενθάρρυνση της προφορικής έκφρασης του θυμού και της λύπης για την απώλεια του μαστού, αναγνώριση της υποκατάστασης του θυμού και βοήθεια της ασθενούς να εντοπίσει την πραγματική αιτία των αισθημάτων θυμού και λύπης διευκολύνει την πορεία προς την εξάλειψη της θλίψης.

-Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράζει τα αισθήματα της με όποιο τρόπο την διευκολύνει όπως το γράψιμο, η ζωγραφική, η συζήτηση. Η έκφραση αισθημάτων με όποιο τρόπο διευκολύνοντας την ασθενή, την βοηθά να βιώσει τη θετική και την αρνητική πλευρά της απώλειας και να προχωρήσει προς την τελική αποδοχή της.

-Υποστήριξη των ρεαλιστικών ελπίδων της ασθενούς για τα αποτελέσματα της εγχείρησης στην εξέλιξη της νόσου και για την δυνατότητα αποκατάστασης του μαστού εάν δεν έχει ήδη γίνει.

-Υποστήριξη της συμπεριφοράς που δείχνει επιτυχή αντιμετώπιση του αισθήματος της θλίψης.

-Εξήγηση στους οικείους τα στάδια της διαδικασίας αντιμετώπισης της θλίψης, ενθαρρύνοντας την υποστήριξη και την κατανόησή τους.

-Διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ της ασθενούς και της οικογένειάς της.

-Παροχή πληροφοριών σχετικά με συμβουλευτικές υπηρεσίες και ομάδες υποστήριξης που μπορεί να βοηθήσουν την ασθενή.

-Κανονισμός επίσκεψης κληρικού ένα το επιθυμεί η ασθενής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Η ασθενής αρχίζει να αντιμετωπίζει με επιτυχία τη θλίψη, γεγονός που φαίνεται από τα εξής:

1. την έκφραση των αισθημάτων για την απώλεια του μαστού και για την διάγνωση του καρκίνου.
2. την έκφραση αισθήματος της θλίψης
3. τη συμμετοχή της στο πρόγραμμα αγωγής και στις διαδικασίες αυτοεξυπηρέτησης
4. τη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων συστημάτων υποστήριξης

## 12) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διαταραχή της αντίληψης του εαυτού.

Ο όρος περιλαμβάνει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις της διαταραχής της εικόνας του σώματος, της διαταραχής της αυτοεκτίμησης και της δυσχέρειας εκπλήρωσης του ρόλου της γυναίκας που υπέστη μαστεκτομή.

Βασικό στοιχείο στην ψυχολογία της γυναίκας που απορρέει από τον κοινωνικό της ρόλο είναι να υποτάσσεται στους άλλους, να προβλέπει και να φροντίζει τις ανάγκες των άλλων, να είναι αρεστή και διαθέσιμη, δοτική και δυνατή. Η προσβολή των αρρώστιας παρεμβαίνει και εμποδίζει την γυναίκα σ' αυτόν τον κοινωνικό της ρόλο.

Ο τρόπος αντίδρασης της ασθενούς στην διαταραχή της αντίληψης του εαυτού της και ότι περιλαμβάνει αυτό εξαρτάται από:

I. Την ηλικία

II. Την λειτουργική σπουδαιότητα του μέλους του σώματος

III. Την σπουδαιότητα της φυσικής εμφάνισης και γοήτρου για την ασθενή

IV. Κατά πόσο το πάσχον μέλος είναι ορατό στους άλλους

V. Κατά πόσο η αποκατάσταση είναι εφικτή.

VI. Η ταχύτητα με την οποία έγινε η αλλαγή

VII. Η προ της αλλαγής ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις.

Η ασθενής που βιώνει την αλλαγή της σωματικής εικόνας περνά μέσα τέσσερις φάσεις:

1. Αντίκτυπος. Είναι η αρχική συναισθηματική αντίδραση της άρρωστης στα προβλήματα. Η ασθενής χάνει τον έλεγχο της κατάστασης της και δεν μπορεί να δεχτεί μηνύματα.

2. Παλινδρόμηση. Η φυγή από την πραγματικότητα και οι φόβοι της αυτοαξίας και της αγάπης είναι δύσκολη. Η προσέγγιση είναι δύσκολη.

3. Αναγνώριση. Η ασθενής θρηνεί την απώλεια από την αλλαγή της σωματικής εικόνας. Αναγνωρίζει την αλλαγή που έχει υποστεί.

4. Επανόρθωση. Είναι η πιο δημιουργική φάση. Η ασθενής αναθεωρεί τις θετικές δυνάμεις και ενεργοποιείται για την αποκατάσταση.

Επιπρόσθετα, η γυναίκα που υπέστη αλλαγή στη σωματική της εικόνα αντιμετωπίζει τρεις κύριες δυσκολίες:

i. τα προβλήματα που σχετίζονται γύρω από την ταυτότητά της.

ii. Τα συναισθήματα της ντροπής και της ενοχής

iii. Τα προβλήματα της έκφρασης του πόνου και της απώλειας

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η ασθενής να προσαρμοστεί στην απώλεια του μαστού της και στις αλλαγές της εμφάνισης του σώματός της.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

-Αξιολόγηση των σημείων και των συμπτωμάτων διαταραχών της αντίληψης του εαυτού (π.χ. προφορικά και μη σημεία που δείχνουν αρνητική αντίδραση στην απώλεια του μαστού, όπως άρνηση ή προκατάληψη ως προς την απώλεια, άρνηση να αντικρίσει ή να αγγίξει το σημείο της εγχείρησης, ή απόσυρση από τους οικείους). Η πρώιμη αναγνώριση τέτοιων διαταραχών διευκολύνει την έγκαιρη παρέμβαση.

-Καθορισμός της σημασίας της απώλειας του μαστού στην ασθενή, παρέχοντας την ευκαιρία σε αυτή να εκφράζει τα συναισθήματα της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα αισθήματά της. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γίνει καλή ακροάτρια και να δέχεται αυτά που λέει η ασθενής. Ποτέ δεν πρέπει να λαμβάνει προσωπικά υπόψη τον θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς.

-Εφαρμογή μέτρων για την υποβοήθηση της ασθενούς στις πρώτες οδυνηρές φάσεις (π.χ. ψυχικό shock, άρνηση, θλίψη, κατάθλιψη). Η απώλεια του μαστού τυπικά προκαλεί το αίσθημα της θλίψης. Η επιτυχής καταπολέμηση της είναι σημαντική για την αποδοχή της κατάστασης.

Εφαρμογή μέτρων για την διευκόλυνση της προσαρμογής της ασθενούς στις συνέπειες της μαστεκτομής στην ερωτική της ζωή είναι:

- I. α. Διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ της ασθενείας και του συντρόφου της, παροχή βοήθειας σε αυτούς για την αναγνώριση των παραγόντων που μπορεί να επιδρούν στην ερωτική τους ζωή.
- II. Β. Εάν το επιθυμούν να παραμένουν ανενόχλητοι.

-Παρότρυνση, εάν χρειάζεται, του συντρόφου της ασθενούς να συμμετέχει στην περιποίηση του τραύματος της ασθενούς, ώστε να διευκολυνθεί η προσαρμογή του στην μεταβολή του σώματος της ασθενούς και να μειωθεί ο κίνδυνος απόρριψης της από μέρος του.

-Παροχή βοήθειας στην ασθενή κατά την ένδυση και περιποίηση εάν χρειάζεται.

-Απόδειξη αποδοχής της ασθενούς από το μέρος της νοσηλεύτριας χρησιμοποιώντας τεχνικές όπως το άγγιγμα και οι συχνές επισκέψεις.

-Ενθάρρυνση των οικείων της να κάνουν το ίδιο. Η αποδοχή από τους άλλους διευκολύνει τη θετική αντίληψη της ασθενούς για το σώμα της.

-Παραμονή δίπλα από την άρρωστη κατά την πρώτη αλλαγή των ενδυμάτων της και ενθάρρυνση αυτής να εκφράζει τα αισθήματά της για την εμφάνιση της τομής και του σώματός της. Λαμβάνεται υπόψη ότι προσαρμογή αυτή δεν εμφανίζεται πριν από 2-6 μήνες μετά την εγχείριση.

-Στην περίπτωση που η ασθενής διστάζει να αντικρίσει το σημείο της εγχείρησης, υποστηρίζεται ψυχολογικά και ενθαρρύνεται να το κάνει πριν από την έξοδο της από το νοσοκομείο.

Στην περίπτωση που δε γίνει πλαστική μαστού θα πρέπει:

A. να ενθαρρυνθεί η ασθενής να συζητά τις δυνατότητες μελλοντικής αποκατάστασης του μαστού της με το γιατρό της, εάν το επιθυμεί:

B. να συζητηθεί μαζί της η ποικιλία των προσθέσεων που υπάρχουν και οι τρόποι χρησιμοποίησης κάποιων από αυτών.

-Παροχή χρόνου προς συζήτηση, ερωτήσεις και λύση αποριών.

-Παραμονή της νοσηλεύτριας δίπλα από την ασθενή, ακόμη και όταν αυτή δε θέλει να μιλήσει.

Διδασκαλία ασθενούς καταλλήλων τεχνικών αυτοεξέτασης μαστού.

-Εξηγείται στην ασθενή ότι οι γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου και ότι η ίδια η ασθενής είναι η μόνη που μπορεί να τον προλάβει σε πρώιμο στάδιο.

-Ανακαλύπτεται και υποστηρίζεται η επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατό περισσότερο και να ακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της, όπως και πρώτα.

-Ενθάρρυνση της ασθενούς να έρχεται σε επαφή με άλλα άτομα στο σώμα των οποίων έχουν επέλθει μεταβολές. Η επαφή της ασθενούς με άλλα άτομα είναι συχνά κρίσιμη για τη θετική αντίληψη. Όταν έχουν συμβεί αλλαγές στο σώμα, η επαφή με άλλα άτομα δίνει την ευκαιρία στην ασθενή να δοκιμάσει να καθιερώσει μια νέα εικόνα για τον εαυτό της και να αρχίσει να προσαρμόζεται σε αυτή.

-Παροχή βοήθειας στην ασθενή και τους οικείους της να έχουν παρόμοιες προσδοκίες για το μελλοντικό τρόπο ζωής ώστε να τροποποιήσουν και όχι να εγκαταλείψουν τις μέχρι τώρα συνήθειες. Οι κοινές προσδοκίες διευκολύνουν τη συνεργασία ασθενούς και οικείων της. Η τροποποίηση, αντί για την εγκατάλειψη των συνηθειών και των στόχων μειώνει το αίσθημα της απώλειας και βελτιώνει τη θετική προσαρμογή.

-Ενθάρρυνση της ασθενούς να συνεχίσει τον συνηθισμένο ρόλο της τα ενδιαφέροντα της και τις κοινωνικές της δραστηριότητες.

Σε περίπτωση αδυναμίας ασκήσεως των προηγούμενων ενασχολήσεων βοηθάτε η ασθενής να βρει καινούργιες. Η συνέχιση των δραστηριοτήτων έχει θετική επίδραση στην αυτοεκτίμηση. Τα ίδιο ισχύει και με την άσκηση νέων απασχολήσεων.

-Δίνονται πληροφορίες στην ασθενή για τις σχετικές κοινωνικές υπηρεσίες και ομάδες βοήθειας και ενθαρρύνεται η συμμετοχή της ασθενούς σε αυτές. Οι κοινωνικές υπηρεσίες και οι ομάδες βοήθειας βοηθούν την ασθενή να αντιληφθεί ότι δεν αντιμετωπίζει ένα ασύνηθες πρόβλημα, να συμερίζεται αισθήματα και ανησυχίες και να εκμάθει νέα επιδεξιότητες βελτιώνοντας έτσι την αντίληψη για τον εαυτό της.

-Σε περίπτωση που η ασθενής δείχνει απρόθυμη ή ανίκανη να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες τότε σημαντική είναι η συμβολή του γιατρού για την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης. Ένας σύμβουλος ψυχολογίας ίσως είναι για την θετική προσαρμογή της ασθενούς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Η ασθενής αρχίζει να προσαρμόζεται στην απώλεια του μαστού της και στις αλλαγές της εμφάνισης του σώματος της όπως φαίνεται:

1. την έκφραση των αισθημάτων αυτοεκτίμηση και ερωτικής επάρκειας.
2. την διατήρηση των σχέσεων της με τους οικείους της.
3. την ενεργό συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες
4. τον ενεργό ενδιαφέρον για την προσωπική της εμφάνιση
5. την προθυμία να αντικρίζει το σημείο της εγχείρησης.
6. την προθυμία να συνεχίσει τις συνηθισμένες δραστηριότητες της να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις.

**3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Μείωση της κινητικότητας και των δραστηριοτήτων, που οφείλεται κυρίως στην τοποθέτηση των παροχετεύσεων και του επιδεσμικού υλικού.

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:** Η πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών που θα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία παραμορφώσεων και τη μείωση της λειτουργικότητας.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**

-Κινητοποίηση της ασθενούς, όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας.

-Έναρξη παθητικών ασκήσεων του χεριού που βρίσκεται από την μεριά που έχει γίνει η μαστεκτομή, μετά το πρώτο 24ωρο. Οι πρώτες ασκήσεις περιλαμβάνουν την κάμψη και έκταση του αγκώνα, τον πρινισμό και υπτιασμό του καρπού, το σφίξιμο της γροθιάς και την έκταση των δακτύλων. Οι ασκήσεις αυτές γίνονται για την πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και την διατήρηση του βαθμού την κινητικότητα και του μυϊκού τόνου. Οι ασκήσεις πρέπει να αυξάνονται προοδευτικά για να μπορέσει η ασθενής να αυξήσει τις δραστηριότητές της.

-Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκτελεί τις ασκήσεις της μέσα στα όρια της αντοχής της, τονίζοντας η νοσηλεύτρια τη σπουδαιότητά τους.Σ την αρχική η ασθενής μπορεί να απορρίψει τις παθητικές ασκήσεις, εξαιτίας του πόνου.

-Οι ασκήσεις δεν πρέπει να γίνονται όταν η ασθενής πονάει ή όταν αισθάνεται δυσχέρεια στις κινήσεις.

-Ενθάρρυνση της ασθενούς να διατηρεί κανονική θέση στο σώμα της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος, αλλά βοηθάει και στο να φαίνεται η γυναίκα φυσιολογική.

-Σε περίπτωση που έχει τοποθετηθεί μόσχευμα, η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να κάνει απαγωγή του βραχίονα.

-Την 4<sup>η</sup> -5<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα αρχίζει πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων με σκοπό την πλήρη κινητοποίηση την άρθρωση του ώμου της προσβεβλημένης πλευράς.

-Η νοσηλεύτρια συμβουλευεται και συζητάει με τον γιατρό για το είδος, την συχνότητα και την διάρκεια των ασκήσεων.

-Διδασκαλία ασθενούς να ξεκινήσει με απλές ασκήσεις, τις οποίες θα επαναλαμβάνει αργά για περιορισμό χρονικό διάστημα. Με το πέρασμα του καιρού σταδιακά θα προστίθενται πιο πολύπλοκες ασκήσεις που θα επαναλαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και θα διαρκούν περισσότερο.

Η ασθενής ενθαρρύνεται και συμβουλευεται να ξεκουράζει και να αναπνέει βαθιά στο διάστημα μεταξύ των ασκήσεων.

-Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να εξηγεί, να επιδεικνύει και να βοηθάει την ασθενή σε κάθε άσκηση και την καθοδήγηση ης τις περισσότερες φορές.

-Η νοσηλεύτρια τέλος, θα πρέπει να παραμείνει κοντά στην ασθενή κατά την εκτέλεση των πρώτων ασκήσεων τις πρώτες ώρες. Με τον τρόπο αυτό της δίνεται η ευκαιρία να παρέχει πληροφορίες στην ασθενή, να την ενθαρρύνει και να εκτιμά τα προβλήματα της καθώς και να απαντά στις ερωτήσεις της.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:** Αποφυγή της μόνιμης σύσπασης των μυών καθώς η ασθενής κινητοποιείται και δραστηριοποιείται μέσα από την εκτέλεση διαφόρων ασκήσεων.





# ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

## **ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί τη φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες.

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων, είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν τη παθολογική διεργασία, όσο το δυνατό πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη.

Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής πρόληψη.

Η Πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην παραγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στη προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα υγείας. Στην προκειμένη περίπτωση, στην προστασία από καρκίνο του μαστού.

Η Δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια (καρκίνο του μαστού) και να τη θεραπεύσει αποτελεσματικά. Σκοπός της είναι να θεραπευτεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια, σε περίπτωση δε που αυτό δεν είναι δυνατό, να περιοριστεί η εξέλιξή της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες.

Η Τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια (συγκεκριμένα ο καρκίνος του μαστού) και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε, όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας.

### **ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων.

Ο νοσηλευτής πιο συγκεκριμένα:

- Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.
- Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες.
- Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου του μαστού.
- Τονίζει τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό.
- Εντοπίζει με ένα καλό ιστορικό, τους παράγοντες που δυνατό να οδηγήσουν σε μια καθυστέρηση όσον αφορά την επίσκεψη στο γιατρό, ανιχνεύει τα αίτια που τους δημιουργούν και τους αναχαιτίζει με σωστή διδασκαλία και ενημέρωση των γυναικών.

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευτούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου μαστού και ακόμη καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος του νοσηλευτή που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- Κοινωνικοί: πολλές φορές μια ασθενής είναι μητέρα μικρών παιδιών ή γυναίκα ενός αναπήρου ή ασθενούς συζύγου, με αποτέλεσμα να θυσιάζει την προσωπική της υγεία για το καλό της οικογένειάς της.
- Οικονομικοί: Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν την καθυστέρηση, επειδή ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά μέσα (ανασφάλιστες, μικρών ταμείων) βρίσκουν ότι δεν μπορούν να διαθέσουν τα ποσά αυτά και όταν απειλούνται από μια νέα ασθένεια, καθυστερούν να κάνουν κάτι γι' αυτά τους τα συμπτώματα. Στην Ελλάδα το κόστος των εξετάσεων δε δημιουργεί βεβαίως πρόβλημα.

Έλλειψη μόρφωσης: Πολλές ασθενείς με καρκίνο μαστού καθυστερούν αρκετό χρόνο, αφελώς, υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά, ο όγκος του μαστού, που δε φαίνεται να αυξήθηκε είναι ακίνδυνος. Συχνά λένε: «Ο όγκος δεν με ενόχλησε κι έτσι κι εγώ δεν τον ενόχλησα». Αυτό το είδος άγνοιας συναντάται ακόμη και μεταξύ αποφοίτων Λυκείου, καθώς όμως το επίπεδο μόρφωσης και καλλιέργειας ανεβαίνει, οι γυναίκες ενημερώνονται όλο και περισσότερο για την απειλή από τον καρκίνο του μαστού. Παρόλα αυτά, η πλειονότητα των γυναικών αγνοεί βασικούς παράγοντες της φυσιολογίας και της παθολογίας του μαστού, επειδή κανένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα γύρω από τον καρκίνο μαστού δεν περιλαμβάνεται στη διδακτέα ύλη των σχολείων. Βασικός σκοπός ενός τέτοιου προγράμματος θα ήταν να πεισθούν οι γυναίκες ότι ο καρκίνος μαστού είναι ιάσιμος σε αρχικά στάδια, αντίθετα με ότι πιστεύουν πολλές από τις καρκινοπαθείς γυναίκες, ότι δηλαδή η νόσος τους είναι ανίατη και καθυστερούν γι' αυτό να προσέλθουν στο γιατρό τους. Ο σκεπτικισμός αυτός είναι κατανοητός, επειδή πολλές από αυτές δεν γνώρισαν καμιά γυναίκα που να θεραπεύτηκε από καρκίνο μαστού. Στην Ελλάδα, η ανεπαρκής ενημέρωση φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο.

### **Άλλοι παράγοντες**

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.

#### **α. Ο φόβος**

Ο φόβος είναι ο κυρίαρχος ανασταλτικός παράγοντας. Οι ασθενείς συνήθως φοβούνται όχι μόνο ότι έχουν καρκίνο ή ότι θα χάσουν το μαστό τους, αλλά ότι θα διαταραχτούν οι συγκινησιακές (συναισθηματικές) σχέσεις με τους συζύγους τους.

#### **β. Σεμνοτυφία και ντροπή**

Μερικές γυναίκες έχουν ζήσει τόσο κλειστή ζωή, ώστε να διστάζουν να συμβουλευτούν έναν ειδικό για το μαστό τους.

#### **γ. Αποφυγή ψηλάφησης του μαστού.**

Πολλές γυναίκες δεν αρέσκονται να τις ψηλαφούν και επομένως δε φαίνεται ότι μπορούν να ανακαλύψουν έναν όγκο του μαστού, ενόσω είναι ακόμα μικρός.

#### **δ. Αρνητισμός**

Γυναίκες που μεγαλώνουν σε σκληρό και εχθρικό περιβάλλον μπορεί να γίνουν εσωστρεφείς και αρνητικές και συχνά καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, μέχρι να προχωρήσουν πάρα πολύ τα συμπτώματα.

#### **ε. Κατάθλιψη**

Μερικές γυναίκες, συντετριμμένες από δοκιμασίες που πέρασαν, γίνονται καταθλιπτικές και αδιαφορούν για την υγεία τους.

#### **στ. Καταπίεση**

Οι γυναίκες αυτές μπορεί να αναπτύξουν κάποια παθολογική δραστηριότητα, για να πετύχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους. Όταν τα συμπτώματα της νόσου αναπτύσσονται, εκείνες τα αγνοούν.

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλη προσπάθει να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάρμα του θανάτου.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού, προτρέπει τη γυναίκα να κάνει ιατρική εξέταση και στη συνέχεια, αφού προηγηθούν οι σχετικές διαπραγματεύσεις, ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.

Έχει ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

Διαφώτιση του κοινού για να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η νόσος

- του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευτεί
- της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
- της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα που δεν είναι τόσο σοβαρά.

## **ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η δευτερογενής πρόληψη του κακοηθών νεοπλασιών του μαστού βασίζεται στην προσυμπτωματική τους διάγνωση κατά τη διάρκεια της προδιηθητικής φάσεως (in situ phase) ή σπανιότερα, κατά τη διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων.

Στη δευτερογενή πρόληψη, γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές.

Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Το κύριο μέσο προσυμπτωματικού ελέγχου για τη μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού είναι τα προγράμματα screening. Screening ή διαλογή είναι η προκαταρκτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων ή ανωμαλιών, με την εφαρμογή κλινικών, παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που γίνονται εύκολα, φθηνά και γρήγορα.

Οι κύριες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στα προγράμματα screening (διαφορετική σάρωση γυναικείου πληθυσμού) είναι:

Α) Αυτοεξέταση: κατά την αμερικάνικη αντικαρκινική εταιρεία, κάθε γυναίκα πάνω από 20 ετών πρέπει να αυτοεξετάζεται μια φορά το μήνα.

Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες θα πρέπει να γίνεται 5-7 ημέρες προς της ωορρηξίας και επαναλαμβάνεται κάθε μήνα την ίδια μέρα.

Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες θα πρέπει να γίνεται σε μια σταθερή ημερομηνία κάθε μήνα.

Β) Φυσική εξέταση των μαστών από τον ιατρό: θα πρέπει να γίνεται μια φορά κάθε δύο χρόνια σε γυναίκες ηλικίας: 20-40 ετών, ενώ μετά τα 40 θα πρέπει να γίνεται υποχρεωτικά μια φορά το χρόνο.

Γ) Μαστογραφία: σε ηλικία μικρότερη των 35 ετών δεν πρέπει να γίνεται, εκτός κι αν υπάρχουν πρώτου βαθμού συγγενείς με προεμμηνοπαυσιακό καρκίνο.

Σε ηλικίες 35-40 ετών γίνεται μια μαστογραφία, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν στοιχείο αναφοράς αργότερα.

Σε ηλικίες 40-49 ετών θα πρέπει να γίνεται μια κάθε δύο χρόνια ή κάθε χρόνο εφόσον υπάρχει ύποπτη ένδειξη σε προηγούμενη μαστογραφία ή συνυπάρχουν κάποιοι από τους παράγοντες κινδύνου.

Σε ηλικίες πάνω από τα 50 έτη πρέπει να γίνονται μια ετησίως.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι όσο νωρίτερα ανιχνεύεται ο καρκίνος, τόσο καλύτερο είναι το προσδόκιμο επιβίωσης της ασθενούς. Πάρα πολλές μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί για την ανίχνευση της νόσου σε πρώιμο, δυνητικά ιάσιμο στάδιο. Πάντως, η μόνη μέθοδος διαλογής σε ασυμπτωματικές γυναίκες, με αποδεδειγμένο όφελος στην επιβίωση, είναι η μαστογραφία συνδυασμένη με τη φυσική εξέταση του μαστού από το γιατρό και την ασθενή.

Είναι σαφές ότι αυτή η τεχνική μπορεί να ανιχνεύσει νεοπλάσματα στο προδιηθητικό και μη ψηλαφητό στάδιο. Η θερμογραφία, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία, και η διαφανοσκόπηση δεν έχουν ακόμα αποδειχθεί χρήσιμα εργαλεία διαλογής και παραμένουν πειραματικά. Η διαδεδομένη χρήση της μαστογραφίας ως μεθόδου διαλογής είναι αμφιλεγόμενη λόγω προβλημάτων κόστους και της πιθανότητας καρκινογένεσης με την επανειλημμένη έκθεση στην ακτινοβολία. Πάντως, με τον μοντέρνο εξοπλισμό και την απαραίτητη εμπειρία, η δόση της ακτινοβολίας στο μαστό είναι χαμηλή και ο σχετικός κίνδυνος καρκινογένεσης είναι οπωσδήποτε χαμηλός σε σχέση με το φυσικό κίνδυνο της νόσου. Γενικά πάντως, η μαστογραφία είναι λιγότερο χρήσιμη σε νέες γυναίκες, λόγω της αυξημένης πυκνότητας του μαστού και επειδή ο νεανικός μαστός είναι περισσότερο ευαίσθητος στην καρκινογόνο δράση της ακτινοβολίας.

Σήμερα, εμφανίζονται αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της χρήσης αυτών των μεθόδων. Όλοι όμως αποδέχονται τα θετικά τους αποτελέσματα στα άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του μαστού ή σάρωσης, όπως λέγεται, θεωρείται τεκμηριωμένη με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατά το ¼ του σημερινού της επιπέδου.

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε τη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, της λήψης ολοκληρωμένου ιστορικού (ατομικού, οικογενειακού). Όσον αφορά το οικογενειακό ιστορικό καρκίνο του μαστού, αυξάνει τον κίνδυνο κατά ποικίλο βαθμό. Στις συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή, ή κόρη) ο κίνδυνος είναι συνάρτηση του αν ο καρκίνος ήταν αμφοτερόπλευρος (5,4 φορές αύξηση) και του αν συνέβη κατά τη διάρκεια της προεμμηνοπαυσιακής (3 φορές αύξηση) ή μετεμμηνοπαυσιακής (1,5 φορές αύξηση) περιόδου. Ο υψηλότερος κίνδυνος (8,8 φορές αύξηση) παρατηρείται σε συγγενείς ασθενών με αμφοτερόπλευρο καρκίνο που αναπτύχθηκε στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Προφανώς αυτές οι γυναίκες με επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό χρειάζονται προσεκτική παρακολούθηση λόγω του υψηλού κινδύνου νόσησης σε σχετικά μικρή ηλικία. Η λήψη ενός ολοκληρωμένου ιστορικού εκ μέρους του νοσηλευτή οδηγεί στη συγκέντρωση πολύτιμων πληροφοριών από τις οποίες θα εκτιμηθεί κατά πόσο η εξεταζόμενη γυναίκα χρήζει προσεκτικής και περιοδικής παρακολούθησης.

Τα προγράμματα screening βασίζονται στα εξής:

Το κοινό πρέπει να γνωρίζει και να συμμετέχει στα προγράμματα, καθώς και να γίνει γνωστή η αξία τους για την πρόληψη του καρκίνου. Τα προγράμματα αυτά είναι:

- Διαθέσιμα και εφαρμόσιμα σε πολλούς ανθρώπους.
- Δεν κοστίζουν ακριβά
- Εύκολα στην εφαρμογή και απλών τεχνικών.
- Ακριβή στην πρώιμη εντόπιση
- Αναγνωρισμένης αξίας
- Παραγωγικά ως προς τη γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων.
- Ανώδυνα
- Εφαρμόζονται από νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο μπορεί να πραγματοποιήσει και να συνδυάσει προληπτική διδασκαλία.

Είναι δυνατός ο προσδιορισμός πληθυσμού ή ομάδων ασθενών, στους οποίους συναντάται επίδραση παραγόντων κινδύνου.

Η ασθένεια έχει συγκεκριμένα προσδιοριζόμενα χαρακτηριστικά

Υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι και προληπτικές εξετάσεις για την εντόπιση του καρκίνου σε όλες τις φάσεις της εξέλιξής του.

Ο γυναικείος πληθυσμός και γενικότερα το κοινό θα πρέπει να ενημερωθεί για το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής στην διεξαγωγή των προγραμμάτων screening. Είναι πάρα πολύ σημαντικό να αναγνωριστεί ο ρόλος του νοσηλευτή στον τομέα της διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού και της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού (π.χ. διενέργεια εξέτασης του μαστού εκ μέρους του νοσηλευτή, ενημέρωση για τη σημαντικότητα του περιοδικού ελέγχου των μαστών).

## **Κινητικές διαγνωστικές μονάδες**

Οι «κινητικές διαγνωστικές μονάδες» είναι μια πιο αποδοτική, σχετικά με την απαιτούμενη δαπάνη, μέθοδος προληπτικής εξέτασης για καρκίνο. Αποτελούνται από ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, παραϊατρικού προσωπικού κ.α. που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα που έχουν εξεταστικά δωμάτια, ακτινολογικά μηχανήματα, και άλλα διαγνωστικά μέσα. Αυτές οι κινητικές μονάδες πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωριά στην επαρχία ή ακόμη και σε αστικά κέντρα με σκοπό:

A. Την ενημέρωση στις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου και στις δυνατότητες βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και

B. τη διενέργεια δωρεάν και χωρίς ταλαιπωρίες κλινικών εξετάσεων για πρώιμη διάγνωση καρκίνου μαστού.

Η προτίμηση στα χωριά και τις επαρχίες οφείλεται στο ότι εκεί πολλές φορές δεν υπάρχουν γιατροί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ο κόσμος είναι λιγότερο κατατοπισμένος γύρω από τα πραγματικά γεγονότα για τον καρκίνο και τις δυνατότητες πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης.

## **Ιατρεία προκλινικής διάγνωσης**

Τα ιατρεία για την ασυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου μαστού στηρίζουν πρωταρχικά τη λειτουργία τους όχι σε γιατρούς, αλλά σε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά πραγματοποιεί και το ρόλο των εκπαιδευτικών υγείας και δευτερευόντως σε επιστήμονες συμπεριφοράς και διάφορους τεχνικούς. Γιατροί υπάρχουν μόνο ως σύμβουλοι. Έτσι, η εξέταση δεν είναι δαπανηρή. Η εξεταζόμενη συμπληρώνει μόνη της ένα είδος ερωτηματολογίου.

Ο έλεγχος σε αυτά τα προγράμματα είναι προκλινικός, δεν βλέπουμε δηλαδή αν η εξεταζόμενη πάσχει από καρκίνο μαστού, αλλά αν διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου αυτού του είδους.

Εκτίμηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου.

Τα αναμενόμενα από τον περιοδικό έλεγχο για ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι:

Παράταση επιβίωσης (στην ομάδα ηλικιών 50-64, μείωση θνησιμότητας κατά 30%).

Χαμηλότερα ποσοστά προχωρημένης νόσου και επομένως λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο κουραστική θεραπεία.

Είναι όμως αδύνατο να εκτιμηθούν, με οποιαδήποτε ακρίβεια, τα μακροπρόθεσμα οφέλη από μαζικά προγράμματα περιοδικού ελέγχου, επειδή:

Η χρονική διάρκεια των ανιχνευτικών προγραμμάτων είναι ακόμη σχετικά βραχεία.

Ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο σε διάφορες μελέτες είναι σχετικά μικρός.

Η επιτυχία των προγραμμάτων εξαρτάται από την εμπειρία και την αφοσίωση της ομάδας που έχει την ευθύνη εφαρμογής των προγραμμάτων ελέγχου μαστού.

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι:

Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο

Καρκίνος από την έκθεση στην ακτινοβολία μετά από μαστογραφήσεις.

Αύξηση του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων.

Ψυχικά τραύματα σε άτομα που δεν βρέθηκε καρκίνος κατά τον έλεγχο.

Ψυχικά τραύματα σε άτομα που βρέθηκε καρκίνος.

### **Μαστογραφία σάρωσης**

Τα τελευταία 15 χρόνια η χρησιμοποίηση της σαρωτικής μαστογραφίας διευρύνθηκε, με αποτέλεσμα να αλλάξει δραματικά η κλινική εμφάνιση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Σκοπός της σάρωσης με μαστογραφία είναι η αποκάλυψη ενός καρκίνου ο οποίος μέχρι τότε διέδραμε ασυμπτωματικά και δεν επέσυρε υποψία. Η μαστογραφία αυτή απεικονίζει το φυσιολογικό μαστό σε λήψη μεσοπλάγια (λοξή), λοξή και μέτωπο-ουραία. Η εξασφάλιση ικανοποιητικής απεικόνισης του μαστού, βασίζεται στην ορθή τοποθέτηση των μαστών και στην εξάσκηση επ' αυτών πίεσης ομοιόμορφης και έντονης.

Ο ακτινολόγος, ο οποίος αξιολογεί τις μαστογραφίες σάρωσης, αποφαινεται και κατά πόσο αυτές είναι φυσιολογικές ή μη. Μερικές φορές με βάση τα ευρήματα της σαρωτικής μαστογραφίας, προσεγγίζεται η διάγνωση και εφαρμόζεται η θεραπεία. Πολλές φορές όμως, η αξιολόγηση των ευρημάτων χρήζουν περαιτέρω μελέτης.

Το πρώιμο στάδιο του καρκίνου του μαστού, είναι δυνατό να αναγνωρισθεί εάν οι ασυμπτωματικές γυναίκες παρακολουθούνται ανελλιπώς. Επί του θέματος η μαστογραφία βοηθά σημαντικά στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, εάν εφαρμοσθούν στις γυναίκες ηλικίας κάτω και άνω των 50 ετών. Σήμερα είναι αποδεκτό ότι, η σάρωση των γυναικών ηλικίας 40-44 ετών, έχει σαν αποτέλεσμα να σημειωθεί στατιστικώς ελάττωση της θνησιμότητας.

Ανατρέχοντας στη διαχρονική έκφραση της χρήσης της μαστογραφίας, από διάφορες μελέτες βλέπουμε ότι, μέχρι του έτους 1987, περίπου το 1/3 (33%) των γυναικών είχε μια μαστογραφία, ενώ το 17% αυτών είχε και τον προηγούμενο χρόνο.

Από την αρχή της τρέχουσας 10ετίας παρατηρείται μια αυξητική τάση μαστογράφησης ειδικά των ηλικιών άνω των 40 ετών, σε ποσοστό 66%. Στην περίοδο αυτή, η συνειδητοποίηση του συνδυασμού της κλινικής εξέτασης και του μαστογραφικού ελέγχου είναι εμφανής με την αύξηση της εφαρμογής των δύο.

Στα προγράμματα σάρωσης εντάσσονται χιλιάδες ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ή των 50 ετών στις οποίες, πλην της κλινικής εξέτασης, σε τακτά χρονικά διαστήματα (κάθε ένα ή δυο χρόνια), εκτελείται μαστογραφικό έλεγχος και το κόστος αυτού του προγράμματος επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό. Η εφαρμογή μαστογραφίας σάρωσης στις ασθενέστερες κοινωνίες είναι ανέφικτη. Πλην όμως, τα τελευταία χρόνια οι ευκατάστατες γυναίκες των κοινωνιών αυτών από μόνες τους επιζητούν τη μαστογραφία.



Σήμερα ο μη ψηλαφητός και *in situ* καρκίνος του μαστού με τη βοήθεια της μαστογραφίας αναγνωρίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με το παρελθόν. Οι τυχαιοποιημένες μελέτες στο θέμα της σαρωτικής μαστογραφίας, οι οποίες έγιναν σε γυναίκες άνω των 50 ετών, αποδεικνύουν την ευεργετική χρησιμότητα του τρόπου αυτού. Αντίθετα, σε γυναίκες κάτω των 50 ετών, η χρησιμότητα της σαρωτικής μαστογραφίας παρέμεινε σε αμφισβήτηση.

Το αποκορύφωμα της αμφισβήτησης αυτής, σημειώθηκε το 1993 στις ΗΠΑ, όταν το National Cancer Institute (NCI) πληροφόρησε ότι, η σάρωση δεν πρέπει να εκτελείται σαν ρουτίνα στις γυναίκες οι οποίες ανήκουν στο φάσμα ηλικιών των 40-49 ηλικιών. Αντίθετα, μέχρι τότε, το N.C.I. Μαζί με άλλους ιατρικούς οργανισμούς υποστήριζε τον τρόπο αυτό. Το σκεπτικό της απόφασης αυτής του N.C.I. βασίζεται στις διχογνωμίες που έχουν οι ειδικοί, για τη χρησιμότητα της σάρωσης, στο προαναφερόμενο φάσμα ηλικιών. Η αλλαγή σκέψης, στην Αμερικανική κοινωνία συμπίπτει με την εποχή, όπου ο πρόεδρος Clinton εξήγγειλε προγράμματα υγείας. Σ' αυτά τα προγράμματα δεν συμπεριλαμβάνεται η δαπάνη της μαστογραφικής σάρωσης για την ομάδα των ηλικιών αυτών.

Η μαστογραφία σάρωσης δεν αποτελεί την οριστική λύση του καρκίνου του μαστού. Ακόμα και με την έγκριση διάγνωση δεν είμαστε σε θέση να σώσουμε όλες τις καρκινοπαθείς γυναίκες. Είναι γνωστό, ότι, η μαστογραφία δεν αναγνωρίζει όλους τους καρκίνους του μαστού. Επί πλέον, η μαστογραφική αναγνώριση του καρκίνου του μαστού δεν υποδηλώνει ότι, όλοι αυτοί οι καρκίνοι είναι πάντοτε και θεραπεύσιμοι.

Υπάρχει και ο εξής συλλογισμός. Η έγκαιρη αναγνώριση του καρκίνου, να μην έχει και την ανάλογη αναμενόμενη επιμήκυνση της ζωής. Μπορεί η σάρωση να αποτελέσει μέσον έγκαιρης διάγνωσης, αλλά παράλληλη ο θάνατος να παραμονεύει. Εν συντομία, η αναγνώριση του καρκίνου με τη σάρωση, στις περισσότερες των γυναικών δεν αλλάζει το αποτέλεσμα. Το προσφερόμενο όφελος, σε πολλές από αυτές, είναι στο ότι γνωρίζουν την πάθησή τους και προσδοκούν επιμήκυνση της επιβίωσής τους.

Ποια ζημιά μπορεί να προκύψει από τη σαρωτική μαστογραφία. Οι ψευδώς θετικές απεικονίσεις γίνονται αίτια άσκοπων επεμβάσεων. Αντίθετα, οι ψευδώς αρνητικές απεικονίσεις προσδίδουν υπέρμετρη εμπιστοσύνη. Το χειρότερο βέβαια, το αποτελεί το ψευδώς θετικό αποτέλεσμα που οδηγεί σε ανοικτή βιοψία εκτομής. Επομένως, όταν γίνεται λόγος για το κόστος της σαρωτικής μαστογραφίας (μηχάνημα, επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό) πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το κόστος, το οποίο προκύπτει με τις επιβαλλόμενες ή άσκοπες επεμβάσεις. Η όλη διαδικασία, βέβαια, έχει οπωσδήποτε και το συναισθηματικό της κόστος.

Το πρόβλημα των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων έχει γίνει πολυπλοκότερο, εφόσον στις εργασίες σάρωσης έχει προστεθεί και ο *in situ* καρκίνος.

Το θέμα του ψευδώς αρνητικού μαστογραφήματος είναι πολύ σοβαρό, διότι αυτό παρέχει κίβδηλη εμπιστοσύνη. Το 10-15% των πρώιμων καρκίνων δεν γίνεται αντιληπτό με τη μαστογραφία. Ως εκ τούτου δεν παρέχεται το δικαίωμα επανάπαυσης και δεν πρέπει να εμπιστευόμεθα τα αρνητικά αποτελέσματα της μαστογραφίας.

Εδώ συζητείται η μαστογραφία, σάρωση, η οποία εκτελείται στις ασυμπτωματικές γυναίκες και όχι η μαστογραφία, η οποία εκτελείται και αξιολογεί συμπτωματικές παθήσεις του μαστού. Το θετικό μαστογράφημα μιας ασυμπτωματικής γυναίκας, η οποία ουσιαστικά δεν παρουσιάζει κανένα κλινικό αντίκρισμα, δημιουργεί μείζον πρόβλημα. Οι γυναίκες, βέβαια, οι οποίες έχουν υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (οικογενειακό ιστορικό) είναι εύκολο να υπόκεινται σε μαστογραφική σάρωση, διότι αυτές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο.

Η μαστογραφική σάρωση δεν αποτελεί οριστική λύση στο θέμα του καρκίνου μαστού. Μια τέτοια λύση δεν είναι ορατή στο εγγύς μέλλον. Επιταχύνοντας όμως, οι προσπάθειες για την ανεύρεση μεθόδων πρόληψης και πραγματικής πρώιμης διάγνωσης.

## **Μαστογραφία**

Διαφορές απόψεων στην αξιολόγηση των μαστογραφιών

Ο παθολογοανατόμος, παρά την κατά 100 φορές μεγέθυνση, μερικές φορές έχει δυσκολίες ορθής διάγνωσης. Ως εκ τούτου η απαίτηση καλύτερου αποτελέσματος με τη μαστογραφική μελέτη είναι εκτός πραγματικότητας. Δυστυχώς τα μέσα πληροφόρησης έχουν τονίσει υπερβολικά τη διαγνωστική αξία της μαστογραφίας, με αποτέλεσμα να αποπροσανατολίσουν τον πληθυσμό. Η μαστογραφία, βέβαια, είναι μια χρήσιμη μέθοδος ομαδικής αναζήτησης, χωρίς όμως η τεχνική αυτή να αποτελεί αρκούντως ικανοποιητικό διαγνωστικό τρόπο, διότι οι απεικονίσεις, των καλοηθών και κακοηθών βλαβών μπορεί να ομοιάζουν μεταξύ τους. Η μαστογραφία δεν μπορεί να αποκλείσει τον καρκίνο. Δεν πρέπει να βασιζόμεθα στην μαστογραφία και να αποφασίζουμε για το καλοήθες ή το κακοήθες μιας ψηλαφητής ανωμαλίας. Μια ψηλαφητή διόγκωση μπορεί να μην απεικονίζεται με τη μαστογραφία. Στο αρνητικό αυτό μαστογράφημα δεν πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη σημασία. Μοναδικός στόχος της μαστογραφίας είναι να αποκαλύψει πρώιμα μια σημαντική ανωμαλία. Σπάνια αναμένεται μια οριστική διάγνωση, η οποία θα ταυτίζεται με αυτήν την παθολογοανατομική.

Η αξιολόγηση των μαστογραφιών κι ο θεραπευτικός προσανατολισμός μερικές φορές εμφανίζει τους ακτινολόγους διχασμένους. Οι διαφορές αυτές απορρέουν από τις διαφορετικές ικανότητες και εμπειρίες των εκτελούντων και οι οποίοι ασχολούνται με το ίδιο αντικείμενο. Αυτό επισημαίνεται σ' όλο το φάσμα των ιατρικών πράξεων και εφαρμογών. Οι διχογνωμίες αυτές είναι μεγαλύτερες σ' αυτούς που εκτελούν την κλινική εξέταση και εξάγουν τα συμπεράσματά τους.

Ένας ακτινολόγος, όσο έμπειρος κι αν είναι, μπορεί να υποπέσει σε λάθος και να παροραθεί μια σημαντική βλάβη. Η αναδρομική όμως παρατήρηση τον βοηθάει στην διαπίστωση της βλάβης, την οποία αποδέχεται. Ο ακτινολόγος κατέχει τις ιδιαιτερότητες του καρκίνου. Παρ' όλα ταύτα στη διαπίστωση οποιασδήποτε ανωμαλίας, η ερμηνεία της σημαντικότητας που θα δοθεί μπορεί να είναι διαφορετική. Το υψηλό ποσοστό αναγνώρισης του καρκίνου, αναμένεται να αυξάνει και τα ψευδώς θετικά ποσοστά. Εξ' άλλου η προσπάθεια μείωσης του

ψευδούς θετικού ποσοστού, όπως γίνεται σήμερα, γίνεται αιτία να διαλαθούν της προσοχής ορισμένοι καρκίνοι.

Οι ακτινολόγοι, από χρόνια τώρα, προσπαθούν να βελτιώσουν τις διαγνωστικές μεθόδους του καρκίνου του μαστού και αυτό έχει κατορθωθεί κατά πολύ. Επί παραδείγματι, το Αμερικανικό Κολέγιο των Ακτινολόγων, εξέδωσε εγκύκλιο, στο οποίο περιγράφεται η αναγνώριση των ευρημάτων της μαστογραφίας, η βοήθεια για σωστή απόφαση και οι αρχές σύνταξης των μαστογραφικών πιστοποιητικών.

Το εγκύκλιο αυτό παρέχει τη δυνατότητα διατύπωσης μιας σταθερής μορφής πιστοποιητικού και σε ειδικές κατηγορίες τις πιθανότητες ποσοστού διάγνωσης. Επί το θέματος πραγματοποιούνται και τα ανάλογα σεμινάρια.

Μελετώντας τις μαστογραφικές ανωμαλίες είναι δυνατόν να προσεγγισθεί το ποσοστό του καρκίνου. Ποιο όμως πρέπει να είναι το όριο για επέμβαση; Το όριο αυτό βέβαια δεν μπορεί να διατυπωθεί με το ποσοστό του 50%. Το ποσοστό της μαστογραφικής βλάβης του 25%, το οποίο υποδηλώνει καρκίνο, μπορεί να οδηγήσει στην πρόγουσα επέμβαση. Η πιθανότητα, όμως, καρκίνου, που εκδηλώνεται με ποσοστό 10%, είναι δυνατόν να οδηγήσει στην απόφαση της παραμονής της βλάβης στη θέση της; Η γνώμη της ασθενούς, επίσης είναι σημαντική. Η ασθενής και σε πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου, σε ποσοστό 1%, μπορεί να απαιτήσει την εκτέλεση βιοψίας. Υπάρχει όμως και το εξής: Η αναγνώριση του καρκίνου με τη μαστογραφία χρειάζεται 7-8 χρόνια, το ψηλαφητό αυτού 8-8-10 χρόνια. Εάν ισχύουν τα προαναφερόμενα, τότε πιο είναι το επιλήψιμο εάν μια ελαχίστου βαθμού υποψία βλάβης να ελέγχεται επί 6/μηνου βάσης; Η αποκάλυψη ενός τέτοιου καρκίνου στα διαστήματα αυτά δεν θεωρείται απώλεια διαγνωστικού χρόνου και η πρόγνωση ελάχιστα παρεκκλείνει των άλλων καρκίνων.

Οι διαφορετικές απόψεις των ακτινολόγων στην ερμηνεία των μαστογραφικών ευρημάτων, δεν οδηγεί και στην καλύτερη προσέγγιση, άρα δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε την καλύτερη προσέγγιση, αυτό βέβαια μπορεί να θεωρηθεί και καλό. Γι' αυτό δεν πρέπει να στεναχορούμεθα, ούτε και να αναζητούμε την επίρριψη ευθυνών.

### **Αυτοεξέταση των μαστών (ΑΕΜ)**

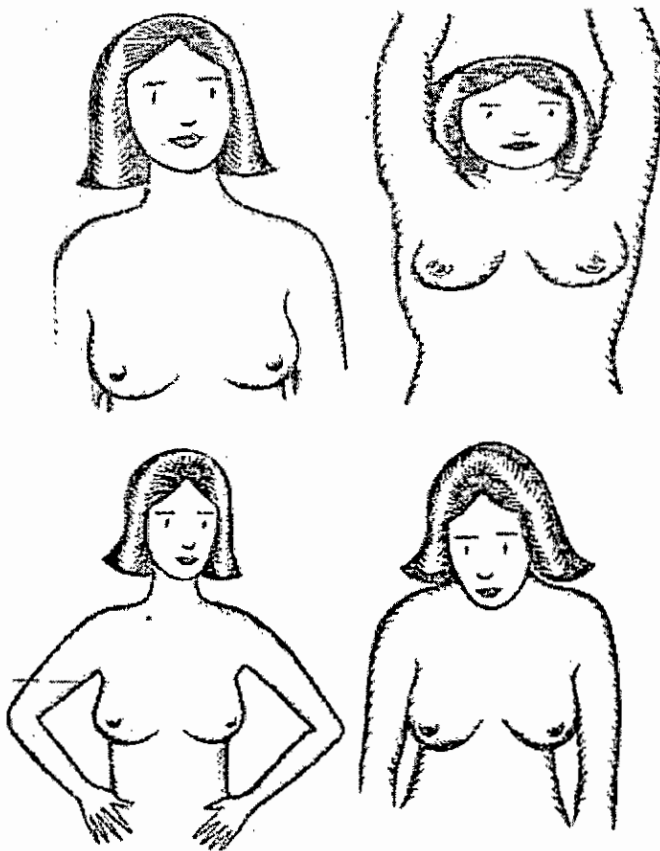
Η αυτοεξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται από τη γυναίκα μια φορά το μήνα με σκοπό την εξοικείωση της με τη μορφή και τη σύσταση των μαστών της. Αυτή η συνήθεια κάνει ευκολότερη την ανίχνευση κάθε διαφοροποίησης το ταχύτερο δυνατό. Η αυτοεξέταση του μαστού είναι απλή, ανώδυνος ανέξοδος και σώζει ζωές. Οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα μπορούν να ανακαλύπτουν όγκους της τάξεως του 1,2 εκ. ενώ αυτές που δεν κάνουν ποτέ ανακαλύπτουν τον όγκο στα 3,8 εκ. Η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται από την ηλικία 25 ετών μια φορά τον μήνα, την 15<sup>η</sup> μέρα του κύκλου. Στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες την ίδια μέρα κάθε μήνα. Η ΑΕΜ όταν γίνεται σωστά μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διδάξει τη γυναίκα να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η

εξέταση είναι μια εβδομάδα μετά 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 (εικ. 19). Κατόπιν σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέφτη για τα ίδια φυσικά σημεία (εικόνα 20). Έπειτα βάζει τα χέρια στη μέση σφίγγει το θώρακα και τους βραχίονες, πιέζοντας σφιχτά τα χέρια πάνω στη λεκάνη (εικόνα 21). Τέλος κλίνει τους ώμους προς τα εμπρός και παρατηρεί τους μαστούς κατά τον ίδιο τρόπο (εικ. 22).

**Εικόνα 19, 20, 21, 22**

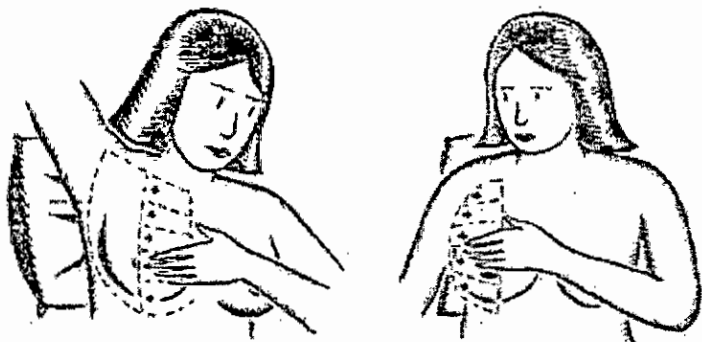


Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφηση για τη διαπίστωση ασυνήθιστων ογκιδίων. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση. Ένα μικρό μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα τοποθετείται κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξεταστεί. Με τον τρόπο αυτό ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος και 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 δάκτυλα του άλλου χεριού επίπεδα σ' αυτόν. Η τεχνική απαιτεί ευγενική ψηλάφηση του μαζικού αδένα, αρχίζοντας από τα άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από το τεταρτημόριο αυτό. Κατόπιν το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και

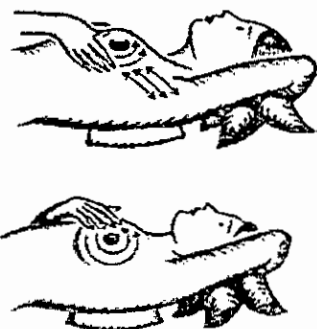
γίνεται μια πλήρης εξέταση του έσω ημίσεως του μαστού, αρχίζοντας από το στέρνο.

Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2cm προς τη θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρι όπου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι (εικ. 23). Δεν παραλείπουμε να ψηλαφίσουμε τις μασχάλες (εικ. 24).

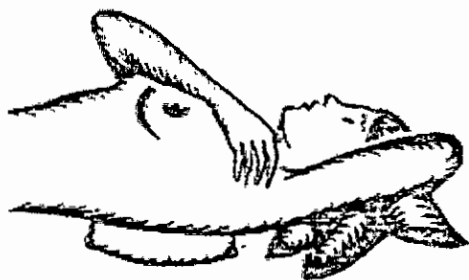
**Εικόνα 23**



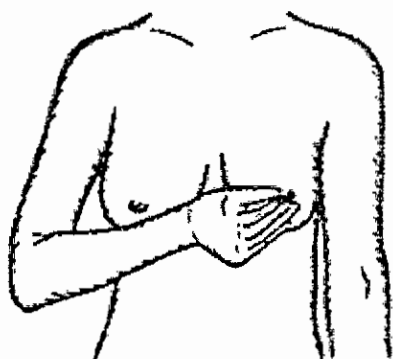
**Εικόνα 24**



Επίσης δεν ξεχνάμε να ψηλαφίσουμε και τη θηλή για ύπαρξη μάζας, έκκρισης, ευαισθησίας (εικόνα 25).



**Εικόνα 25**



Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο.

Θα πρέπει να τονίσει ο νοσηλευτής στη γυναίκα τις περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από το μαστό.

Η μέθοδος αυτοεξέτασης του μαστού είναι αποτελεσματική μόνο εάν γίνεται σωστά και σε κανονικά διαστήματα.

Σκοπός του νοσηλευτή που διδάσκει την τεχνική της αυτοεξέτασης των μαστών (Α.Ε.Μ) είναι να καταστήσει τις γυναίκες ικανές να ανακαλύπτουν τους όγκους των μαστών τους όσο πιο νωρίς γίνεται, από τότε που γίνονται ψηλαφητοί. Θέλουμε, αν είναι δυνατό, να ελαττώσουμε το διάστημα των 6-12 μηνών που παρέρχεται από τότε που ένας όγκος γίνεται ψηλαφητός μέχρι τότε που ανακαλύπτεται πραγματικά.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής συμβουλεύει τις γυναίκες να κάνουν ΑΕΜ κατά μηνιαία διαστήματα συνιστώντας σε αυτές να μην ψηλαφούν συνεχώς τους μαστούς τους και να μην σκέφτονται τη νόσο του μαστού.

Η πείρα έχει δείξει ότι το 45% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Όταν η ανίχνευση του ογκιδίου έχει γίνει σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70-80% των περιπτώσεων.

### Πίνακας 15

|  |
|--|
| Φυσικά ευρήματα  |
| Συνήθως ανακαλύπτονται από την ασθενή κατά την ΕΑΜ   |
| Αλλαγές που παρατηρούνται κατά την επισκόπηση:   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μέγεθος, σχήμα, συμμετρία, εισολκή της θηλής. Παρατηρούνται κατά την επισκόπηση των μαστών μπροστά σε καθρέφτη (καθισμένη ή όρθια), με τα χέρια ανυψωμένα και τοποθετημένα πίσω από το κεφάλι.</li> <li>• Αλλαγές του δέρματος, οίδημα, εμφάνιση εντυπωμάτων, δέρμα «δίκην φλοιού πορτοκαλιού»</li> </ul> |
| Αλλαγές που παρατηρούνται κατά την ψηλάφηση:   |

- Σε ύπτια θέση, έκκριση από την θηλή κατά την πίεσή της.
- Ανακάλυψη διογκωμένων λεμφαδένων κατά την ψηλάφηση των μαστών, χρησιμοποιώντας κυκλικές, περιστρεφόμενες κινήσεις. Ο καρκίνος ή οι όγκοι τείνουν να είναι σκληροί, με ακαθόριστο σχήμα και συνήθως εμφανίζονται στο άνω και έξω τεταρτημόριο.

#### Πίνακας 16. Πρώιμα κλινικά συμπτώματα καρκίνου του μαστού

|                   |      |
|-------------------|------|
| ΟΓΚΟΣ             | 65%  |
| ΠΟΝΟΣ             | 15%  |
| ΕΥΑΙΣΘΗΤΗ ΠΕΡΙΟΧΗ | 7,6% |
| ΡΥΣΗ ΘΗΛΗΣ        | 5,2% |
| ΕΙΣΟΛΚΗ ΘΗΛΗΣ     | 2,5% |
| ΕΚΖΕΜΑ ΘΗΛΗΣ      | 0,2% |
| ΑΛΛΑ              | 4,4% |

|                 |     |
|-----------------|-----|
| ΟΓΚΟΣ           | 77% |
| ΡΥΣΗ ΘΗΛΗΣ      | 9%  |
| ΤΟΠΙΚΗ ΕΞΟΙΔΗΣΗ | 4%  |
| ΕΙΣΟΛΚΗ ΘΗΛΗΣ   | 3%  |
| ΕΞΕΛΚΩΣΗ ΘΗΛΗΣ  | 2%  |
| ΑΛΛΑ            | 5%  |

## **ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΡΙΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Όπως ήδη, έχει αναφερθεί, τα μέτρα τριτογενούς πρόληψης του καρκίνου μαστού στοχεύουν στον περιορισμό της ανικανότητας που προκάλεσε ο καρκίνος καθώς επίσης και στην έγκαιρη διάγνωση υποτροπής της νόσου με παρακολούθηση των ασθενών μετά τη χειρουργική θεραπεία.

Συνοψίζοντας, τα μέτρα τριτογενούς πρόληψης επικεντρώνονται στα ακόλουθα.

- A. Χειρουργική θεραπεία-Αποκατάσταση
- B. Μετεγχειρητική ψυχολογική υποστήριξη
- Γ. Έγκαιρη διάγνωση υποτροπής της νόσου

### **A. Χειρουργική θεραπεία-Αποκατάσταση**

Μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού η προληπτική νοσηλευτική φροντίδα προσανατολίζεται κυρίως στην πρόληψη των επιπλοκών και των παραμορφώσεων που πιθανώς μπορεί να προκαλέσει η χειρουργική θεραπεία.

Σκοπός αυτών των μέτρων είναι να εξελιχθεί φυσιολογικά η μετεγχειρητική πορεία της μαστεκτομηθείσας γυναίκας και να αποφευχθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές που θα επιφέρουν σωματικό και ψυχολογικό κόστος καθώς επίσης και τυχόν παραμορφώσεις στην περιοχή του μαστού που αφαιρέθηκε με αισθητικό και κατ' επέκταση ψυχολογικό κόστος για τη γυναίκα.

Στην αποκατάσταση της μαστεκτομηθείσας περιλαμβάνονται μέτρα αποκατάστασης όπως η τοποθέτηση προσωρινής ή μόνιμης προσθήκης. Η μετεγχειρητική αποκατάσταση αποτελεί σημαντικό μέτρο τριτογενούς πρόληψης με σημαντικά ψυχολογικά οφέλη για τη γυναίκα, διότι δίνει εκ νέου αίσθημα πληρότητας και επιστροφής στη φυσιολογική κατάσταση. Η τοποθέτηση προσωρινής ή μόνιμης προσθήκης γίνεται κατόπιν επιθυμίας της ίδιας της ασθενούς. Και σ' αυτό τον τομέα ο νοσηλευτής έχει να προσφέρει τεράστιο έργο.

### **B. Μετεγχειρητική ψυχολογική υποστήριξη**

Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς είναι αυτή που θα καθορίσει την συμπεριφορά και κατ' επέκταση τον τρόπο ζωής της μετά τη μαστεκτομή. Ο νοσηλευτής οφείλει αμέσως μετά το χειρουργεί να πλησιάσει την ασθενή εκτιμώντας τα συναισθήματά της και εντοπίζοντας προβλήματα ψυχολογικής φύσεως και τυχόν υπάρχον. Από εκεί και ύστερα σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας μεταφέρει τις εκτιμήσεις του και προσπαθεί από κοινού να στηρίξει την ασθενή προσφέροντας τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη.

Η νοσηλευτική υποστήριξη συνεχίζεται καθόλη τη μετεγχειρητική περίοδο και κάθε φορά που η ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο



στηριζόμενη κυρίως στην ειλικρίνεια και κατανόηση, στη σωστή και συνεχή επικοινωνία και ενημέρωση της ασθενούς για την κατάσταση της υγείας της.

Τέλος, μέσα στα πλαίσια της τριτογενούς πρόληψης εντάσσεται και η κατ'οίκον νοσηλεία καθώς οι δραστηριότητες που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής στο σπίτι στοχεύουν στη στήριξη της ασθενούς, σωματική και ψυχολογική, καθώς περιορίζονται οι επανειλημμένες εισαγωγές στο νοσοκομείο για θεραπεία και εξασφαλίζεται μια υψηλής ποιότητας φροντίδα ιδιαίτερα για τις ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της νόσου.

### **Έγκαιρη διάγνωση υποτροπής της νόσου (μεταστάσεις).**

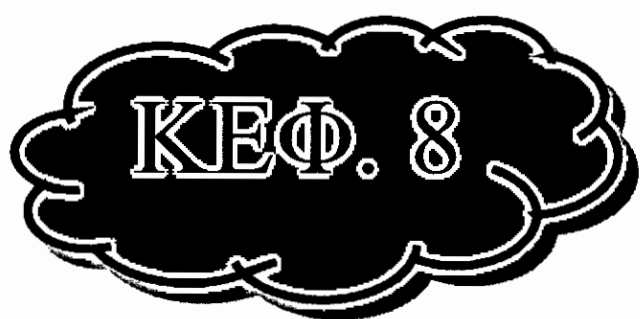
Η χρησιμότητα των προγραμμάτων παρακολούθησης των ασθενών με καρκίνο του μαστού, παρόλο που δεν έχει επιβεβαιωθεί, στην κλινική πράξη τα προγράμματα αυτά είναι πραγματικότητα. Οι περισσότεροι των θεραπόντων στους ασυμπτωματικούς ασθενείς εφαρμόζουν πυκνά προγράμματα παρακολούθησης, που βασίζονται σε συχνές εργαστηριακές και ενόργανες έρευνες.

Η παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του μαστού, μετά από την πρωτογενή θεραπεία, γίνεται με σπινθηρογράφημα οστών, ακτινογραφία θώρακος και με υπερηχογράφημα ήπατος. Αυτές οι εξετάσεις, βέβαια, δεν προσφέρουν συνήθως κάτι το ιδιαίτερο. Ως εκ τούτου είναι αποδεκτό ή ασθενής να προσέρχεται όταν έχει συμπτώματα. Επί απουσίας συμπτωμάτων, να προσέρχεται ανά έτος για κλινική εξέταση και να αναζητείται ένας δεύτερος πρωτοπαθής καρκίνος του μαστού με τη μαστογραφία. Αυτές οι δύο ετήσιες εξετάσεις θεωρούνται αρκετές. Επίσης η ίδια η ασθενής συμβάλλει με τη διενέργεια της αυτοεξέτασης των μαστών.

Σύμφωνα με την άποψη κάποιων θεραπόντων, η έγκαιρη αναγνώριση των μακρινών μεταστάσεων στον καρκίνο του μαστού, θα επιφέρει μείωση στη θνητότητα. Άλλοι πάλι θεωρούν ότι με το σκεπτικό αυτό η ασθενής υποβάλλεται σε έξοδα και σε ταλαιπωρία. Η γυναίκα κάθε φορά με αγωνία αναμένει τα αποτελέσματα, εκ περισσού τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα οδηγούν σε εισβολή διαγνωστικών πράξεων και άσκοπων θεραπειών.

Η αναγνώριση των μεταστάσεων στην ασυμπτωματική τους περίοδο και ο μεγαλύτερος χρόνος επιβίωσης των γυναικών αυτών προκύπτει από την υποστήριξη πυκνών προγραμμάτων παρακολούθησης.

Ο νοσηλευτής μπορεί από τη θέση που κατέχει να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση των μακρινών μεταστάσεων και να συμβάλλει έτσι στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθενούς.



# ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τα τελευταία χρόνια το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου αλλά και αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας.

Αποτελεί προβληματισμό καθώς στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου έχουν επισημανθεί τα συμπτώματα μιας πρωτοφανούς υγειονομικής κρίσης που χαρακτηρίζεται από τη μεγαλύτερη συλλογική αποτελεσματικότητα όπως αυτή εκφράζεται με τη μείωση της ειδικής κατά ηλικία θνησιμότητας.

Η νοσηλευτική αποτελεί σπουδαιότατο παράγοντα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι στις υπηρεσίες αυτές η νοσηλευτική πρόκειται να αναλάβει τον πρωταρχικό ρόλο για την πρώτη επαφή των υγειονομικών υπηρεσιών με το άτομο.

Με αφορμή την έμφαση που δίνεται τα τελευταία χρόνια στην πρόληψη, πραγματοποιήσαμε αυτή την έρευνα για να μελετήσουμε τη συμπεριφορά υγιών και ασθενών με καρκίνο του μαστού και κατά πόσο συμβάλλει ή όχι στην πρόληψη εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Αυτό επιτεύχθηκε μελετώντας τον τρόπο ζωής τους, τις συνήθειές τους, το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό τους, την ευαισθητοποίησή τους σε θέματα που αφορούν το μαστό, την εφαρμογή μέτρων δευτερογενούς πρόληψης (αυτοεξέταση, μαστογραφία) αλλά και την επιθυμία για ενημέρωση.

## **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο έως το Δεκέμβριο του 2005. Ο αριθμός των ερωτηθέντων ανέρχεται στις 400 γυναίκες. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από δύο ομάδες.

Υγιείς γυναίκες και

Ασθενείς γυναίκες με διεγνωσμένο καρκίνο του μαστού

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτόμενο κυρίως στις ασθενείς, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνά μας, σημειώσαμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας-σχολή της φοίτησής μας.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο το οποίο είναι κλειστού και ανοικτού τύπου, μη διχοτομικό αλλά εναλλακτικών απαντήσεων, παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crossstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

1. την τιμή της  $X^2$
2. την πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (P)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μια πιθανότητα  $p < 0,05$ .

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρηθείσων διαφορών μεταξύ των τιμών των απαντήσεων των εξεταζομένων ομάδων, οι οποίες και ήταν μη παραμετρικές ήταν το  $X^2$  (Chi-Square test)

Στη μελέτη μας αυτή δεν προκύπτουν και ηθικά ή οικονομικά ζητήματα για τους ασθενείς, την ιατρική τους παρακολούθηση και την κοινωνική τους ζωή, αφού τα στοιχεία που συλλέχθηκαν είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο στην διεκπεραίωση της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

## 8.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία.

|        | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|--------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 28,00  | 2          | ,5    | ,5              | ,5             |
| 29,00  | 14         | 3,5   | 3,5             | 4,0            |
| 30,00  | 21         | 5,3   | 5,3             | 9,3            |
| 31,00  | 14         | 3,5   | 3,5             | 12,8           |
| 32,00  | 21         | 5,3   | 5,3             | 18,0           |
| 33,00  | 10         | 2,5   | 2,5             | 20,5           |
| 34,00  | 7          | 1,8   | 1,8             | 22,3           |
| 35,00  | 12         | 3,0   | 3,0             | 25,3           |
| 36,00  | 12         | 3,0   | 3,0             | 28,3           |
| 37,00  | 15         | 3,8   | 3,8             | 32,0           |
| 38,00  | 4          | 1,0   | 1,0             | 33,0           |
| 39,00  | 23         | 5,8   | 5,8             | 38,8           |
| 40,00  | 10         | 2,5   | 2,5             | 41,3           |
| 41,00  | 15         | 3,8   | 3,8             | 45,0           |
| 42,00  | 5          | 1,3   | 1,3             | 46,3           |
| 43,00  | 17         | 4,3   | 4,3             | 50,5           |
| 44,00  | 8          | 2,0   | 2,0             | 52,5           |
| 45,00  | 31         | 7,8   | 7,8             | 60,3           |
| 46,00  | 12         | 3,0   | 3,0             | 63,3           |
| 47,00  | 16         | 4,0   | 4,0             | 67,3           |
| 48,00  | 15         | 3,8   | 3,8             | 71,0           |
| 49,00  | 17         | 4,3   | 4,3             | 75,3           |
| 50,00  | 8          | 2,0   | 2,0             | 77,3           |
| 51,00  | 4          | 1,0   | 1,0             | 78,3           |
| 52,00  | 13         | 3,3   | 3,3             | 81,5           |
| 53,00  | 4          | 1,0   | 1,0             | 82,5           |
| 54,00  | 8          | 2,0   | 2,0             | 84,5           |
| 55,00  | 8          | 2,0   | 2,0             | 86,5           |
| 56,00  | 2          | ,5    | ,5              | 87,0           |
| 57,00  | 8          | 2,0   | 2,0             | 89,0           |
| 58,00  | 6          | 1,5   | 1,5             | 90,5           |
| 59,00  | 6          | 1,5   | 1,5             | 92,0           |
| 60,00  | 4          | 1,0   | 1,0             | 93,0           |
| 62,00  | 6          | 1,5   | 1,5             | 94,5           |
| 63,00  | 2          | ,5    | ,5              | 95,0           |
| 64,00  | 4          | 1,0   | 1,0             | 96,0           |
| 65,00  | 4          | 1,0   | 1,0             | 97,0           |
| 67,00  | 4          | 1,0   | 1,0             | 98,0           |
| 70,00  | 4          | 1,0   | 1,0             | 99,0           |
| 71,00  | 4          | 1,0   | 1,0             | 100,0          |
| Σύνολο | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Ισχύουν εδώ οι ίδιες παρατηρήσεις που αφορούσαν και τον πίνακα 1.

**Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ύψος**

|        | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|--------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 1,55   | 4          | 1,0   | 1,0             | 1,0            |
| 1,56   | 3          | ,8    | ,8              | 1,8            |
| 1,57   | 4          | 1,0   | 1,0             | 2,8            |
| 1,58   | 9          | 2,3   | 2,3             | 5,0            |
| 1,59   | 40         | 10,0  | 10,0            | 15,0           |
| 1,60   | 55         | 13,8  | 13,8            | 28,8           |
| 1,61   | 18         | 4,5   | 4,5             | 33,3           |
| 1,62   | 37         | 9,3   | 9,3             | 42,5           |
| 1,63   | 39         | 9,8   | 9,8             | 52,3           |
| 1,64   | 12         | 3,0   | 3,0             | 55,3           |
| 1,65   | 35         | 8,8   | 8,8             | 64,0           |
| 1,66   | 8          | 2,0   | 2,0             | 66,0           |
| 1,67   | 26         | 6,5   | 6,5             | 72,5           |
| 1,68   | 22         | 5,5   | 5,5             | 78,0           |
| 1,69   | 14         | 3,5   | 3,5             | 81,5           |
| 1,70   | 30         | 7,5   | 7,5             | 89,0           |
| 1,71   | 8          | 2,0   | 2,0             | 91,0           |
| 1,72   | 10         | 2,5   | 2,5             | 93,5           |
| 1,73   | 2          | ,5    | ,5              | 94,0           |
| 1,75   | 10         | 2,5   | 2,5             | 96,5           |
| 1,76   | 2          | ,5    | ,5              | 97,0           |
| 1,77   | 2          | ,5    | ,5              | 97,5           |
| 1,78   | 2          | ,5    | ,5              | 98,0           |
| 1,80   | 8          | 2,0   | 2,0             | 100,0          |
| Σύνολο | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος μας έχει ύψος κάτω από 1,62 ενώ ένα ποσοστό 11% έχει ύψος πάνω από 1,70.

**Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα.**

|                 | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|-----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Έως 40 ετών     | 165        | 41,3  | 41,3            | 41,3           |
| 41-50 ετών      | 144        | 36,0  | 36,0            | 77,3           |
| 51-60 ετών      | 63         | 15,8  | 15,8            | 93,0           |
| 60 ετών και άνω | 28         | 7,0   | 7,0             | 100,0          |
| Σύνολο          | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Το δείγμα κατατάχθηκε σε ηλικιακές ομάδες προκειμένου να γίνουν διάφορες συγκρίσεις.

**Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος σε ομάδες ανάλογα με το ύψος.**

|               | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|---------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| έως 1,65      | 256        | 64,0  | 64,0            | 64,0           |
| πάνω από 1,65 | 144        | 36,0  | 36,0            | 100,0          |
| Σύνολο        | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Παρατηρούμε, ανάλογα με την προηγούμενη ερώτηση, ότι το 64% του δείγματος έχει ύψος έως 1,65.

**Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το βάρος.**

|                  | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|------------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| έως 60 κιλά      | 134        | 33,5  | 33,7            | 33,7           |
| 61-70 κιλά       | 164        | 41,0  | 41,2            | 74,9           |
| πάνω από 70 κιλά | 100        | 25,0  | 25,1            | 100,0          |
| Σύνολο           | 398        | 99,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση   | 2          | ,5    |                 |                |
| Σύνολο           | 400        | 100,0 |                 |                |

Παρατηρούμε από τον παραπάνω πίνακα ότι το μεγαλύτερο τμήμα του δείγματος έχει αυξημένο βάρος μιας και μια γυναίκα στις τρεις δηλώνει βάρος κάτω από 60 κιλά,

**Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον σωματομετρικό δείκτη (BMI).**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Κανονικό βάρος | 191        | 47,8  | 56,8            | 56,8           |
| Υπέρβαρη       | 145        | 36,3  | 43,2            | 100,0          |
| Σύνολο         | 336        | 84,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 64         | 16,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Ο σωματομετρικός δείκτης (Kg/m<sup>2</sup>), αντίθετα από τον προηγούμενο πίνακα, ότι σχεδόν το 57% του δείγματος κατατάσσονται ως κανονικού βάρους (BMI <25) και το υπόλοιπο 43% ως υπέρβαρες.

**Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.**

|            | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Αναλφάβητη | 14         | 3,5   | 3,5             | 3,5            |
| Δημοτικού  | 40         | 10,0  | 10,0            | 13,5           |
| Γυμνασίου  | 46         | 11,5  | 11,5            | 25,0           |
| Λυκείου    | 120        | 30,0  | 30,0            | 55,0           |
| ΙΕΚ        | 48         | 12,0  | 12,0            | 67,0           |
| ΑΤΕΙ       | 80         | 20,0  | 20,0            | 87,0           |
| ΑΕΙ        | 52         | 13,0  | 13,0            | 100,0          |
| Σύνολο     | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει επίπεδο μόρφωσης λυκείου, ακολουθούμενο από πτυχιούχους ΑΤΕΙ.

**Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα.**

|  | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|--|------------|-------|-----------------|----------------|
| Άνεργος οικιακά                          | 120        | 30,0  | 30,0            | 30,0           |
| Ιδιωτικός υπάλληλος πλασιέ               | 38         | 9,5   | 9,5             | 39,5           |
| Δημόσιος υπάλληλος                       | 132        | 33,0  | 33,0            | 72,5           |
| Δημόσιος υπάλληλος ΔΕΗ, ΟΤΕ, Τράπεζες    | 44         | 11,0  | 11,0            | 83,5           |
| Αγρότες                                  | 2          | ,5    | ,5              | 84,0           |
| Φοιτητές, σπουδαστές                     | 2          | ,5    | ,5              | 84,5           |
| Συνταξιούχοι, άλλοι                      | 12         | 3,0   | 3,0             | 87,5           |
| Ελεύθε επαγγελματίες, έμποροι, βιοτέχνες | 50         | 12,5  | 12,5            | 100,0          |
| Σύνολο                                   | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Το 30% και 33% αντίστοιχα δηλώνουν ότι ασχολούνται με τα οικιακά (ή είναι άνεργες) και ότι εργάζονται ως δημόσιες υπάλληλοι.

**Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Αναλφάβητη     | 44         | 11,0  | 11,1            | 11,1           |
| Δημοτικού      | 152        | 38,0  | 38,4            | 49,5           |
| Γυμνασίου      | 66         | 16,5  | 16,7            | 66,2           |
| Λυκείου        | 78         | 19,5  | 19,7            | 85,9           |
| ΙΕΚ            | 12         | 3,0   | 3,0             | 88,9           |
| ΑΤΕΙ           | 8          | 2,0   | 2,0             | 90,9           |
| ΑΕΙ            | 36         | 9,0   | 9,1             | 100,0          |
| Σύνολο         | 396        | 99,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 4          | 1,0   |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι ο πατέρας τους είχε μόρφωση επιπέδου δημοτικού ακολουθούμενο από ένα ποσοστό 19,5% που δήλωνε μόρφωση λυκείου.

**Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.**

|                | Απαντήσεις | (%)  | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|------|-----------------|----------------|
| Αναλφάβητη     | 48         | 12,0 | 12,2            | 12,2           |
| Δημοτικού      | 176        | 44,0 | 44,7            | 56,9           |
| Γυμνασίου      | 66         | 16,5 | 16,8            | 73,6           |
| Λυκείου        | 60         | 15,0 | 15,2            | 88,8           |
| ΙΕΚ            | 12         | 3,0  | 3,0             | 91,9           |
| ΑΤΕΙ           | 8          | 2,0  | 2,0             | 93,9           |
| ΑΕΙ            | 24         | 6,0  | 6,1             | 100,0          |
| Σύνολο         | 394        | 98,5 | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 6          | 1,5  |                 |                |



|  |     |       |  |  |
|--|-----|-------|--|--|
|  | 400 | 100,0 |  |  |
|--|-----|-------|--|--|

Και εδώ τα μεγαλύτερα ποσοστά υποδεικνύουν μόρφωση της μητέρας επιπέδου δημοτικού.

**Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης.**

|                              | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|------------------------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Χωριό < 2000 κατοίκων        | 64         | 16,0  | 16,2            | 16,2           |
| Πόλη 2000-10000 κατοίκων     | 48         | 12,0  | 12,1            | 28,3           |
| Πόλη > 10000 κατοίκων        | 234        | 58,5  | 59,1            | 87,4           |
| Πόλη Αθήνα, Πειραιάς, Θεσ/κη | 50         | 12,5  | 12,6            | 100,0          |
| Σύνολο                       | 396        | 99,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση               | 4          | 1,0   |                 |                |
|                              | 400        | 100,0 |                 |                |

Σχεδόν το 60% του δείγματος δηλώνει ως τόπο γέννησης πόλη με πληθυσμό πάνω από 10000 κάτοικοι.

**Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής.**

|                              | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|------------------------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Χωριό < 2000 κατοίκων        | 2          | ,5    | ,5              | ,5             |
| Πόλη 2000-10000 κατοίκων     | 4          | 1,0   | 1,0             | 1,5            |
| Πόλη > 10000 κατοίκων        | 380        | 95,0  | 96,0            | 97,5           |
| Πόλη Αθήνα, Πειραιάς, Θεσ/κη | 10         | 2,5   | 2,5             | 100,0          |
| Σύνολο                       | 396        | 99,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση               | 4          | 1,0   |                 |                |
|                              | 400        | 100,0 |                 |                |

Το σύνολο του δείγματος δηλώνει ως τόπο κατοικίας πόλη με πληθυσμό πάνω από 10000 κατοίκους.

**Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν υπάρχει κάποιος στην οικογένεια με καρκίνο?**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 74         | 18,5  | 18,6            | 18,6           |
| Όχι            | 324        | 81,0  | 81,4            | 100,0          |
| Σύνολο         | 398        | 99,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 2          | ,5    |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απαντά το 18,5% (σχεδόν μία στις μέντε γυναίκες).

**Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των συγγενών με καρκίνο?**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 1              | 96         | 24,0  | 76,2            | 76,2           |
| 2              | 18         | 4,5   | 14,3            | 90,5           |
| 3              | 8          | 2,0   | 6,3             | 96,8           |
| 6              | 4          | 1,0   | 3,2             | 100,0          |
| Σύνολο         | 126        | 31,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 274        | 68,5  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Το 76% όσων απάντησαν στην ερώτηση (24% του συνολικού δείγματος) δηλώνουν έστω έναν συγγενή με καρκίνο. Αυτό που εντυπωσιάζει είναι ότι ένα ποσοστό 1% του συνολικού δείγματος δηλώνει έως έξι άτομα του συγγενικού περιβάλλοντος με καρκίνο.

**Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος καρκίνου του συγγενούς.**

|               | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|---------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| ΧΩΡΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟ | 284        | 71,0  | 71,0            | 71,0           |
| ΔΕΡΜΑΤΟΣ      | 2          | ,5    | ,5              | 71,5           |
| ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ     | 6          | 1,5   | 1,5             | 73,0           |
| ΕΝΤΕΡΟΥ       | 14         | 3,5   | 3,5             | 76,5           |
| ΛΑΡΥΓΓΑ       | 2          | ,5    | ,5              | 77,0           |
| ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ    | 2          | ,5    | ,5              | 77,5           |
| ΛΕΜΦΩΜΑ       | 2          | ,5    | ,5              | 78,0           |
| ΜΑΣΤΟΥ        | 44         | 11,0  | 11,0            | 89,0           |
| ΟΣΤΩΝ         | 2          | ,5    | ,5              | 89,5           |
| ΠΑΓΚΡΕΑΣ      | 8          | 2,0   | 2,0             | 91,5           |
| ΠΝΕΥΜΟΝΑ      | 18         | 4,5   | 4,5             | 96,0           |
| ΣΤΟΜΑΧΙ       | 2          | ,5    | ,5              | 96,5           |
| ΣΥΚΩΤΙ        | 8          | 2,0   | 2,0             | 98,5           |
| ΩΟΘΗΚΕΣ       | 6          | 1,5   | 1,5             | 100,0          |
| Σύνολο        | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά τον καρκίνο του μαστού (11%) και ακολουθούν του πνεύμονα (4,5%) και του εντέρου (3,5%).

**Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν αντιμετώπισαν τα συγγενικά τους πρόσωπα τον καρκίνο με χειρουργική επέμβαση.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 86         | 21,5  | 76,8            | 76,8           |
| Όχι            | 26         | 6,5   | 23,2            | 100,0          |
| Σύνολο         | 112        | 28,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 288        | 72,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απάντησε το 77%, αρνητικά το 23,2%.

**Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν αντιμετώπισαν τα συγγενικά τους πρόσωπα τον καρκίνο με χημειοθεραπεία επέμβαση.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 46         | 11,5  | 41,1            | 41,1           |
| Όχι            | 66         | 16,5  | 58,9            | 100,0          |
| Σύνολο         | 112        | 28,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 288        | 72,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απάντησε το 41% και αρνητικά το 59% του δείγματος.

**Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν αντιμετώπισαν τα συγγενικά τους πρόσωπα τον καρκίνο με ακτινοβολία.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 14         | 3,5   | 12,5            | 12,5           |
| Όχι            | 98         | 24,5  | 87,5            | 100,0          |
| Σύνολο         | 112        | 28,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 288        | 72,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απάντησε το 12,5% και αρνητικά το 87,5% του δείγματος.

**Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία της πρώτης περιόδου.**

|        | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|--------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 9      | 6          | 1,5   | 1,5             | 1,5            |
| 10     | 50         | 12,5  | 12,5            | 14,0           |
| 11     | 68         | 17,0  | 17,0            | 31,0           |
| 12     | 162        | 40,5  | 40,5            | 71,5           |
| 13     | 72         | 18,0  | 18,0            | 89,5           |
| 14     | 28         | 7,0   | 7,0             | 96,5           |
| 15     | 12         | 3,0   | 3,0             | 99,5           |
| 16     | 2          | ,5    | ,5              | 100,0          |
| Σύνολο | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό (40,5%) δηλώνει σαν ηλικία πρώτης περιόδου τα 12 έτη με την κατανομή να εμφανίζεται κανονική από την ηλικία των 9 έως την ηλικία των 16.

**Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν ακόμη περίοδο.**

|        | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|--------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι    | 318        | 79,5  | 79,5            | 79,5           |
| Όχι    | 82         | 20,5  | 20,5            | 100,0          |
| Σύνολο | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Η πλειοψηφία απαντά θετικά στην ερώτηση αυτή. Μιά στις πέντε γυναίκες απαντά αρνητικά.

**Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία της τελευταίας περιόδου.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 39             | 2          | ,5    | 2,6             | 2,6            |
| 40             | 2          | ,5    | 2,6             | 5,1            |
| 45             | 2          | ,5    | 2,6             | 7,7            |
| 46             | 2          | ,5    | 2,6             | 10,3           |
| 47             | 6          | 1,5   | 7,7             | 17,9           |
| 49             | 6          | 1,5   | 7,7             | 25,6           |
| 50             | 8          | 2,0   | 10,3            | 35,9           |
| 51             | 8          | 2,0   | 10,3            | 46,2           |
| 52             | 16         | 4,0   | 20,5            | 66,7           |
| 53             | 8          | 2,0   | 10,3            | 76,9           |
| 54             | 8          | 2,0   | 10,3            | 87,2           |
| 55             | 10         | 2,5   | 12,8            | 100,0          |
| Σύνολο         | 78         | 19,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 322        | 80,5  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Το 25% δηλώνει ηλικία εμμηνόπαυσης μέχρι τα 49 χρόνια και σχεδόν το 67% μέχρι τα 52 χρόνια.

**Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση αντισυλληπτικών.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 26         | 6,5   | 6,5             | 6,5            |
| Όχι            | 372        | 93,0  | 93,5            | 100,0          |
| Σύνολο         | 398        | 99,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 2          | ,5    |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Η πλειοψηφία απάντα αρνητικά στην ερώτηση αυτή. Θετικά απαντά το 6,5%.

**Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα χρόνια λήψης αντισυλληπτικών.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 1              | 2          | ,5    | 9,1             | 9,1            |
| 2              | 4          | 1,0   | 18,2            | 27,3           |
| 3              | 10         | 2,5   | 45,5            | 72,7           |
| 4              | 4          | 1,0   | 18,2            | 90,9           |
| 8              | 2          | ,5    | 9,1             | 100,0          |
| Σύνολο         | 22         | 5,5   | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 378        | 94,5  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό (18%) δηλώνει ότι χρησιμοποιεί αντισυλληπτικά για τρία χρόνια. Ένα ποσοστό 9,1% δηλώνει οκτώ χρόνια.

**Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις εγκυμοσύνες.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 0              | 6          | 1,5   | 1,8             | 1,8            |
| 1              | 64         | 16,0  | 19,2            | 21,0           |
| 2              | 130        | 32,5  | 38,9            | 59,9           |
| 3              | 86         | 21,5  | 25,7            | 85,6           |
| 4              | 22         | 5,5   | 6,6             | 92,2           |
| 5              | 16         | 4,0   | 4,8             | 97,0           |
| 6              | 8          | 2,0   | 2,4             | 99,4           |
| 7              | 2          | ,5    | ,6              | 100,0          |
| Σύνολο         | 334        | 83,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 66         | 16,5  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει δύο εγκυμοσύνες ακολουθούμενο από το ποσοστό που δηλώνει τρεις.

**Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 0              | 14         | 3,5   | 4,2             | 4,2            |
| 1              | 74         | 18,5  | 22,3            | 26,5           |
| 2              | 160        | 40,0  | 48,2            | 74,7           |
| 3              | 50         | 12,5  | 15,1            | 89,8           |
| 4              | 16         | 4,0   | 4,8             | 94,6           |
| 5              | 18         | 4,5   | 5,4             | 100,0          |
| Σύνολο         | 332        | 83,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 68         | 17,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Η πλειοψηφία (48%) δηλώνει δύο παιδιά.

**Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αριθμό των αυτόματων αποβολών.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 0              | 22         | 5,5   | 20,4            | 20,4           |
| 1              | 52         | 13,0  | 48,1            | 68,5           |
| 2              | 28         | 7,0   | 25,9            | 94,4           |
| 3              | 4          | 1,0   | 3,7             | 98,1           |
| 4              | 2          | ,5    | 1,9             | 100,0          |
| Σύνολο         | 108        | 27,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 292        | 73,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Μεγάλο ποσοστό του δείγματος (48,1%) δηλώνει τουλάχιστον μία αυτόματη αποβολή.

**Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν κάνει εκτρώσεις?**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 54         | 13,5  | 16,3            | 16,3           |
| Όχι            | 278        | 69,5  | 83,7            | 100,0          |
| Σύνολο         | 332        | 83,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 68         | 17,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απαντά το 16,3% ενώ αρνητικά το 83,7%

**Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αιτία της έκτρωσης.**

|                   | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|-------------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Λόγοι υγείας      | 14         | 3,5   | 25,9            | 25,9           |
| Οικονομικοί λόγοι | 18         | 4,5   | 33,3            | 59,3           |
| Νεαρό ηλικίας     | 18         | 4,5   | 33,3            | 92,6           |
| Λόγω σπουδών      | 2          | ,5    | 3,7             | 96,3           |
| Άλλη αιτία        | 2          | ,5    | 3,7             | 100,0          |
| Σύνολο            | 54         | 13,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση    | 346        | 86,5  |                 |                |
|                   | 400        | 100,0 |                 |                |

Τα μεγαλύτερα ποσοστά είναι μοιρασμένα ανάμεσα στους οικονομικούς λόγους και στο νεαρό της ηλικίας.

**Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των εκτρώσεων που έχουν κάνει.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 0              | 4          | 1,0   | 7,4             | 7,4            |
| 1              | 36         | 9,0   | 66,7            | 74,1           |
| 2              | 8          | 2,0   | 14,8            | 88,9           |
| 3              | 6          | 1,5   | 11,1            | 100,0          |
| Σύνολο         | 54         | 13,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 346        | 86,5  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Το 12,5% του συνολικού δείγματος δηλώνει ότι έχει κάνει έκτρωση. Από αυτές τις γυναίκες, δύο στις τρεις δηλώνουν μία έκτρωση ενώ ποσοστό 7% έχουν κάνει έως τρεις.

**Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν θήλασαν τα παιδιά τους.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 284        | 71,0  | 88,2            | 88,2           |
| Όχι            | 38         | 9,5   | 11,8            | 100,0          |
| Σύνολο         | 322        | 80,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 78         | 19,5  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απαντά 71% του συνολικού δείγματος.

**Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με πόσους μήνες θήλασαν?**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 1              | 24         | 6,0   | 8,5             | 8,5            |
| 2              | 158        | 39,5  | 55,6            | 64,1           |
| 3              | 102        | 25,5  | 35,9            | 100,0          |
| Σύνολο         | 284        | 71,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 116        | 29,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Η πλειοψηφία δηλώνει δύο μήνες θηλασμού και ακολουθεί ένα ποσοστό 36% που δηλώνει τρεις μήνες θηλασμού.

**Πίνακας 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν καπνίζουν.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 188        | 47,0  | 47,2            | 47,2           |
| Όχι            | 210        | 52,5  | 52,8            | 100,0          |
| Σύνολο         | 398        | 99,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 2          | ,5    |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απαντά τας 47% και αρνητικά το 52,8%.

**Πίνακας 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσα τσιγάρα καπνίζουν/ημέρα.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| < 10           | 50         | 12,5  | 27,2            | 27,2           |
| 10-20          | 80         | 20,0  | 43,5            | 70,7           |
| > 20           | 54         | 13,5  | 29,3            | 100,0          |
| Σύνολο         | 184        | 46,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 216        | 54,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Η πλειοψηφία δηλώνει 10-20 τσιγάρα την ημέρα. Ακολουθεί ένα ποσοστό 29,3% με πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα.

**Πίνακας 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πίνουν αλκοόλ.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 134        | 33,5  | 33,8            | 33,8           |
| Όχι            | 262        | 65,5  | 66,2            | 100,0          |
| Σύνολο         | 396        | 99,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 4          | 1,0   |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Δύο στις τρεις απαντούν αρνητικά στην ερώτηση.

**Πίνακας 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πίνουν μπύρα.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 30         | 7,5   | 22,1            | 22,1           |
| Όχι            | 106        | 26,5  | 77,9            | 100,0          |
| Σύνολο         | 136        | 34,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 264        | 66,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απαντά το 22% όσων δήλωσαν ότι πίνουν.

**Πίνακας 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πίνουν κρασί.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 96         | 24,0  | 70,6            | 70,6           |
| Όχι            | 40         | 10,0  | 29,4            | 100,0          |
| Σύνολο         | 136        | 34,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 264        | 66,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απαντά το 70% όσων δήλωσαν ότι πίνουν.

**Πίνακας 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πίνουν αλκοολούχα ποτά (βότκα, ούζο, ουίσκι).**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 36         | 9,0   | 26,5            | 26,5           |
| Όχι            | 100        | 25,0  | 73,5            | 100,0          |
| Σύνολο         | 136        | 34,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 264        | 66,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απαντά το 26,5% όσων δήλωσαν ότι πίνουν.

**Πίνακας 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν.**

|                                  | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------------------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα | 50         | 12,5  | 37,9            | 37,9           |
| 1-2 φορές την εβδομάδα           | 76         | 19,0  | 57,6            | 95,5           |
| Σχεδόν κάθε μέρα                 | 6          | 1,5   | 4,5             | 100,0          |
| Σύνολο                           | 132        | 33,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση                   | 268        | 67,0  |                 |                |
|                                  | 400        | 100,0 |                 |                |

Η πλειοψηφία (57,6%) απαντά ότι πίνει 1-2 φορές την εβδομάδα. Σχεδόν κάθε μέρα δηλώνει το 4,5% όσων δήλωσαν ότι πίνουν.



**Πίνακας 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με ποιες σημαντικές ασθένειες πέρασαν?**

|                     | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|---------------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Παχυσαρκία          | 40         | 10,0  | 26,7            | 26,7           |
| Κύστη               | 46         | 11,5  | 30,7            | 57,3           |
| Διαβήτης            | 28         | 7,0   | 18,7            | 76,0           |
| Τραυματισμός μαστού | 6          | 1,5   | 4,0             | 80,0           |
| Μαστοπάθεια         | 6          | 1,5   | 4,0             | 84,0           |
| Υπέρταση            | 10         | 2,5   | 6,7             | 90,7           |
| Άλλες               | 14         | 3,5   | 9,3             | 100,0          |
| Σύνολο              | 150        | 37,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση      | 250        | 62,5  |                 |                |
|                     | 400        | 100,0 |                 |                |

Τα μεγαλύτερα ποσοστά αφορούν την παχυσαρκία (26,7%) και την κύστη (30,7%) ενώ ακολουθεί ο διαβήτης.

**Πίνακας 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πέρασαν καρκίνο.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 44         | 11,0  | 11,3            | 11,3           |
| Όχι            | 344        | 86,0  | 88,7            | 100,0          |
| Σύνολο         | 388        | 97,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 12         | 3,0   |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Θετικά απαντά το 11,3% και αρνητικά το 88,7%.

**Πίνακας 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος καρκίνου που πέρασαν.**

|          | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------|------------|-------|-----------------|----------------|
| ΚΑΝΕΝΑ   | 356        | 89,0  | 89,0            | 89,0           |
| ΜΑΣΤΟΥ   | 34         | 8,5   | 8,5             | 97,5           |
| ΜΗΤΡΑΣ   | 2          | ,5    | ,5              | 98,0           |
| ΤΡΑΧΗΛΟΥ | 4          | 1,0   | 1,0             | 99,0           |
| ΩΟΘΗΚΕΣ  | 4          | 1,0   | 1,0             | 100,0          |
| Σύνολο   | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά τον καρκίνο του μαστού (8,5%).

**Πίνακας 43: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το έτος διάγνωσης καρκίνου.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 1999           | 6          | 1,5   | 13,6            | 13,6           |
| 2000           | 6          | 1,5   | 13,6            | 27,3           |
| 2001           | 2          | ,5    | 4,5             | 31,8           |
| 2002           | 10         | 2,5   | 22,7            | 54,5           |
| 2003           | 8          | 2,0   | 18,2            | 72,7           |
| 2004           | 12         | 3,0   | 27,3            | 100,0          |
| Σύνολο         | 44         | 11,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 356        | 89,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά περιπτώσεις που διαγνώστηκαν μέσα στο 2004.

**Πίνακας 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον μαστό που εντοπίστηκε ο καρκίνος.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Δεξιός         | 18         | 4,5   | 39,1            | 39,1           |
| Αριστερός      | 28         | 7,0   | 60,9            | 100,0          |
| Σύνολο         | 46         | 11,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 354        | 88,5  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Η πλειοψηφία των περιπτώσεων αφορά τον αριστερό μαστό.

**Πίνακας 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έκαναν βιοψία.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 42         | 10,5  | 95,5            | 95,5           |
| Όχι            | 2          | ,5    | 4,5             | 100,0          |
| Σύνολο         | 44         | 11,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 356        | 89,0  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Το 95,5% απάντησε θετικά στην ερώτηση αυτή.

**Πίνακας 46: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν γνωρίζουν μεθόδους πρόληψης του καρκίνου του μαστού?**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 372        | 93,0  | 94,4            | 94,4           |
| Όχι            | 22         | 5,5   | 5,6             | 100,0          |
| Σύνολο         | 394        | 98,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 6          | 1,5   |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε θετικά.

**Πίνακας 47: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν θεωρούν την κλινική εξέταση σαν μια μέθοδο πρόληψης.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 108        | 27,0  | 28,7            | 28,7           |
| Όχι            | 268        | 67,0  | 71,3            | 100,0          |
| Σύνολο         | 376        | 94,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 24         | 6,0   |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Το 29% όσων απάντησαν στην ερώτηση θεωρούν την κλινική εξέταση σαν μια μέθοδο πρόληψης. Το υπόλοιπο 72% διαφωνεί.

**Πίνακας 48: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πιστεύουν ότι η αυτοεξέταση είναι μια μέθοδος πρόληψης.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 238        | 59,5  | 63,6            | 63,6           |
| Όχι            | 136        | 34,0  | 36,4            | 100,0          |
| Σύνολο         | 374        | 93,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 26         | 6,5   |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Σχεδόν δύο στις τρεις γυναίκες απαντούν θετικά στην ερώτηση αυτή.

**Πίνακας 49: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πιστεύουν ότι η μαστογραφία είναι μια μέθοδος πρόληψης του καρκίνου του μαστού.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 348        | 87,0  | 93,0            | 93,0           |
| Όχι            | 26         | 6,5   | 7,0             | 100,0          |
| Σύνολο         | 374        | 93,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 26         | 6,5   |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Σχεδόν το σύνολο των γυναικών έχει μια θετική άποψη σχετικά με την ερώτηση αυτή.

**Πίνακας 50: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν αυτοεξετάζονται?**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 222        | 55,5  | 56,3            | 56,3           |
| Όχι            | 172        | 43,0  | 43,7            | 100,0          |
| Σύνολο         | 394        | 98,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 6          | 1,5   |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Δηλώνει ότι αυτοεξετάζεται το 56% του δείγματος.

Πίνακας 51: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πότε άρχισαν αυτοεξέταση.

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 17             | 4          | 1,0   | 2,0             | 2,0            |
| 19             | 2          | ,5    | 1,0             | 3,0            |
| 20             | 2          | ,5    | 1,0             | 4,0            |
| 21             | 4          | 1,0   | 2,0             | 5,9            |
| 22             | 4          | 1,0   | 2,0             | 7,9            |
| 23             | 10         | 2,5   | 5,0             | 12,9           |
| 24             | 8          | 2,0   | 4,0             | 16,8           |
| 25             | 18         | 4,5   | 8,9             | 25,7           |
| 26             | 2          | ,5    | 1,0             | 26,7           |
| 27             | 12         | 3,0   | 5,9             | 32,7           |
| 28             | 10         | 2,5   | 5,0             | 37,6           |
| 29             | 6          | 1,5   | 3,0             | 40,6           |
| 30             | 18         | 4,5   | 8,9             | 49,5           |
| 31             | 8          | 2,0   | 4,0             | 53,5           |
| 32             | 4          | 1,0   | 2,0             | 55,4           |
| 33             | 2          | ,5    | 1,0             | 56,4           |
| 35             | 20         | 5,0   | 9,9             | 66,3           |
| 36             | 2          | ,5    | 1,0             | 67,3           |
| 37             | 2          | ,5    | 1,0             | 68,3           |
| 38             | 6          | 1,5   | 3,0             | 71,3           |
| 39             | 8          | 2,0   | 4,0             | 75,2           |
| 40             | 24         | 6,0   | 11,9            | 87,1           |
| 43             | 6          | 1,5   | 3,0             | 90,1           |
| 44             | 4          | 1,0   | 2,0             | 92,1           |
| 45             | 4          | 1,0   | 2,0             | 94,1           |
| 46             | 2          | ,5    | 1,0             | 95,0           |
| 47             | 2          | ,5    | 1,0             | 96,0           |
| 48             | 4          | 1,0   | 2,0             | 98,0           |
| 50             | 4          | 1,0   | 2,0             | 100,0          |
| Σύνολο         | 202        | 50,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 198        | 49,5  |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Το 25% του δείγματος δηλώνει σαν έναρξη ηλικίας αυτοεξέτασης τα 25 έτη. Το 50% στα 30 έτη, το 75% στα 39 και το σύνολο στην ηλικία των 50 ετών.

**Πίνακας 52: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά αυτοεξετάζονται.**

|                    | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|--------------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| 1 φορά τον μήνα    | 66         | 16,5  | 29,7            | 29,7           |
| 1-2 φορές τον μήνα | 120        | 30,0  | 54,1            | 83,8           |
| 2-6 φορές τον μήνα | 26         | 6,5   | 11,7            | 95,5           |
| >10 φορές τον μήνα | 10         | 2,5   | 4,5             | 100,0          |
| Σύνολο             | 222        | 55,5  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση     | 178        | 44,5  |                 |                |
|                    | 400        | 100,0 |                 |                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό (54%) δηλώνει ότι αυτοεξετάζεται 1-2 φορές τον μήνα ενώ ποσοστό 4,5% πάνω από 10 φορές τον μήνα.

**Πίνακας 53: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν κάνει μαστογραφία.**

|                | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----------------|------------|-------|-----------------|----------------|
| Ναι            | 200        | 50,0  | 53,2            | 53,2           |
| Όχι            | 176        | 44,0  | 46,8            | 100,0          |
| Σύνολο         | 376        | 94,0  | 100,0           |                |
| Χωρίς απάντηση | 24         | 6,0   |                 |                |
|                | 400        | 100,0 |                 |                |

Πάνω από τις μισές γυναίκες του δείγματος (53,2%) απαντούν θετικά στην ερώτηση αυτή.

**Πίνακας 54: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία μαστογραφίας.**

|    | Απαντήσεις | (%)  | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|----|------------|------|-----------------|----------------|
| 25 | 4          | 1,0  | 1,9             | 1,9            |
| 26 | 2          | ,5   | 1,0             | 2,9            |
| 27 | 4          | 1,0  | 1,9             | 4,8            |
| 30 | 4          | 1,0  | 1,9             | 6,7            |
| 31 | 2          | ,5   | 1,0             | 7,7            |
| 32 | 6          | 1,5  | 2,9             | 10,6           |
| 33 | 6          | 1,5  | 2,9             | 13,5           |
| 35 | 16         | 4,0  | 7,7             | 21,2           |
| 36 | 6          | 1,5  | 2,9             | 24,0           |
| 37 | 4          | 1,0  | 1,9             | 26,0           |
| 38 | 8          | 2,0  | 3,8             | 29,8           |
| 39 | 6          | 1,5  | 2,9             | 32,7           |
| 40 | 60         | 15,0 | 28,8            | 61,5           |
| 41 | 8          | 2,0  | 3,8             | 65,4           |
| 42 | 10         | 2,5  | 4,8             | 70,2           |
| 43 | 20         | 5,0  | 9,6             | 79,8           |
| 44 | 4          | 1,0  | 1,9             | 81,7           |
| 45 | 16         | 4,0  | 7,7             | 89,4           |
| 46 | 2          | ,5   | 1,0             | 90,4           |
| 47 | 6          | 1,5  | 2,9             | 93,3           |

|                |     |       |       |       |
|----------------|-----|-------|-------|-------|
| 48             | 4   | 1,0   | 1,9   | 95,2  |
| 49             | 2   | ,5    | 1,0   | 96,2  |
| 50             | 4   | 1,0   | 1,9   | 98,1  |
| 57             | 2   | ,5    | 1,0   | 99,0  |
| 59             | 2   | ,5    | 1,0   | 100,0 |
| Σύνολο         | 208 | 52,0  | 100,0 |       |
| Χωρίς απάντηση | 192 | 48,0  |       |       |
|                | 400 | 100,0 |       |       |

Ένα ποσοστό 21% δηλώνει ότι έκανε την πρώτη μαστογραφία στην ηλικία των 35 ετών. Άλλες κρίσιμες ηλικίες φαίνεται να είναι τα 40, 42-43 και τα 45 έτη όπου πλέον το 89% του δείγματος έχει κάνει την πρώτη μαστογραφία.

**Πίνακας 55: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αιτία που τις οδήγησε στο να κάνουν μαστογραφία.**

|            | Απαντήσεις | (%)   | (%) Απαντημένων | (%) Αθροιστικό |
|------------|------------|-------|-----------------|----------------|
|            | 198        | 49,5  | 49,5            | 49,5           |
| ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑ | 6          | 1,5   | 1,5             | 51,0           |
| ΚΥΣΤΗ      | 2          | ,5    | ,5              | 51,5           |
| ΛΙΠΩΜΑ     | 2          | ,5    | ,5              | 52,0           |
| ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ | 2          | ,5    | ,5              | 52,5           |
| ΜΑΣΤΟΥ     | 18         | 4,5   | 4,5             | 57,0           |
| ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ | 158        | 39,5  | 39,5            | 96,5           |
| ΥΠΟΨΙΕΣ    | 14         | 3,5   | 3,5             | 100,0          |
| Σύνολο     | 400        | 100,0 | 100,0           |                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών απαντά ότι προληπτικά έκανε την μαστογραφία. Τα ποσοστά όσων είχαν κάποια άλλη αιτία είναι αρκετά μικρότερα. Ένα 4,5% δηλώνει τον καρκίνο σαν αιτία της μαστογραφίας.

Πίνακας 56: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και εάν πέρασαν καρκίνο.

|                |                 | Πέρασαν καρκίνο? |        | Σύνολο |
|----------------|-----------------|------------------|--------|--------|
|                |                 | Ναι              | Όχι    |        |
| Ηλικιακή ομάδα | Έως 40 ετών     | 6                | 151    | 157    |
|                |                 | 13,6%            | 43,9%  | 40,5%  |
|                | 41-50 ετών      | 30               | 112    | 142    |
|                |                 | 68,2%            | 32,6%  | 36,6%  |
|                | 51-60 ετών      | 6                | 55     | 61     |
|                |                 | 13,6%            | 16,0%  | 15,7%  |
|                | 60 ετών και άνω | 2                | 26     | 28     |
|                |                 | 4,5%             | 7,6%   | 7,2%   |
| Σύνολο         |                 | 44               | 344    | 388    |
|                |                 | 100,0%           | 100,0% | 100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 22,982 | 3    | ,000 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων έχουν περάσει καρκίνο ανήκει στην ομάδα ηλικιών 41-50.

Πίνακας 57: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και εάν πέρασαν καρκίνο.

|                |                              | Πέρασαν καρκίνο? |               | Σύνολο        |
|----------------|------------------------------|------------------|---------------|---------------|
|                |                              | Ναι              | Όχι           |               |
| Τόπος γέννησης | Χωριό < 2000 κατοίκων        | 8<br>18,2%       | 56<br>16,5%   | 64<br>16,7%   |
|                | Πόλη 2000-10000 κατοίκων     | 10<br>22,7%      | 38<br>11,2%   | 48<br>12,5%   |
|                | Πόλη > 10000 κατοίκων        | 16<br>36,4%      | 208<br>61,2%  | 224<br>58,3%  |
|                | Πόλη Αθήνα, Πειραιάς, Θεσ/κη | 10<br>22,7%      | 38<br>11,2%   | 48<br>12,5%   |
| Σύνολο         |                              | 44<br>100,0%     | 340<br>100,0% | 384<br>100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 12,497 | 3    | ,006 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων πέρασαν καρκίνο γεννήθηκαν σε μεγάλες πόλεις.

Πίνακας 58: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν υπάρχει κάποιος στην οικογένεια με καρκίνο και εάν πέρασαν

|                                     |     | Πέρασαν καρκίνο? |               | Σύνολο        |
|-------------------------------------|-----|------------------|---------------|---------------|
|                                     |     | Ναι              | Όχι           |               |
| Κάποιος στην οικογένεια με καρκίνο? | Ναι | 10<br>22,7%      | 64<br>18,7%   | 74<br>19,2%   |
|                                     | Όχι | 34<br>77,3%      | 278<br>81,3%  | 312<br>80,8%  |
| Σύνολο                              |     | 44<br>100,0%     | 342<br>100,0% | 386<br>100,0% |

|          | Τιμή | B.E. | P    |
|----------|------|------|------|
| $\chi^2$ | ,405 | 1    | ,524 |

Δεν υπάρχουν στατιστικές διαφορές στην ερώτηση αυτή. Με βάση το δείγμα δεν συνδέονται τα δύο ερωτήματα. Βέβαια γνωρίζουμε από επιδημιολογικές έρευνες (με μεγάλο πλήθος δείγματος) ότι το οικογενειακό ιστορικό είναι επιβαρυντικός παράγοντας.



Πίνακας 59: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία πρώτης περιόδου και εάν πέρασαν καρκίνο.

|                        | Πέρασαν καρκίνο? |        | Σύνολο |
|------------------------|------------------|--------|--------|
|                        | Ναι              | Όχι    |        |
| Ηλικία πρώτης περιόδου |                  |        |        |
| 9                      | 0                | 6      | 6      |
|                        | ,0%              | 1,7%   | 1,5%   |
| 10                     | 4                | 46     | 50     |
|                        | 9,1%             | 13,4%  | 12,9%  |
| 11                     | 6                | 60     | 66     |
|                        | 13,6%            | 17,4%  | 17,0%  |
| 12                     | 24               | 134    | 158    |
|                        | 54,5%            | 39,0%  | 40,7%  |
| 13                     | 6                | 66     | 72     |
|                        | 13,6%            | 19,2%  | 18,6%  |
| 14                     | 0                | 24     | 24     |
|                        | ,0%              | 7,0%   | 6,2%   |
| 15                     | 4                | 8      | 12     |
|                        | 9,1%             | 2,3%   | 3,1%   |
| Σύνολο                 | 44               | 344    | 388    |
|                        | 100,0%           | 100,0% | 100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 13,474 | 6    | ,036 |

Εδώ καταγράφεται μια στατιστική διαφορά η οποία πιθανόν βρίσκεται στην καθυστερημένη έναρξη της περιόδου σε μια ομέ καρκίνο.

Πίνακας 6θ: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση αντισυλληπτικών και εάν πέρασαν καρκίνο.

|                        |     | Πέρασαν καρκίνο? |        | Σύνολο |
|------------------------|-----|------------------|--------|--------|
|                        |     | Ναι              | Όχι    |        |
| Χρήση αντισυλληπτικών? | Ναι | 2                | 24     | 26     |
|                        |     | 4,5%             | 7,0%   | 6,7%   |
|                        | Όχι | 42               | 318    | 360    |
|                        |     | 95,5%            | 93,0%  | 93,3%  |
| Σύνολο                 |     | 44               | 342    | 386    |
|                        |     | 100,0%           | 100,0% | 100,0% |

✓

|    | Τιμή | B.E. | P    |
|----|------|------|------|
| Χ2 | ,379 | 1    | ,538 |

Δεν καταγράφεται στατιστική διαφορά ανάμεσα στα δύο θέματα (αντισυλληπτικά και καρκίνος)

Πίνακας 61: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις εγκυμοσύνες και εάν πέρασαν καρκίνο.

|               | Πέρασαν καρκίνο? |        | Σύνολο |
|---------------|------------------|--------|--------|
|               | Ναι              | Όχι    |        |
| Εγκυμοσύνες 0 | 4                | 2      | 6      |
|               | 9,1%             | ,7%    | 1,8%   |
| 1             | 14               | 48     | 62     |
|               | 31,8%            | 17,0%  | 19,0%  |
| 2             | 20               | 104    | 124    |
|               | 45,5%            | 36,9%  | 38,0%  |
| 3             | 4                | 82     | 86     |
|               | 9,1%             | 29,1%  | 26,4%  |
| 4             | 0                | 22     | 22     |
|               | ,0%              | 7,8%   | 6,7%   |
| 5             | 0                | 16     | 16     |
|               | ,0%              | 5,7%   | 4,9%   |
| 6             | 2                | 6      | 8      |
|               | 4,5%             | 2,1%   | 2,5%   |
| 7             | 0                | 2      | 2      |
|               | ,0%              | ,7%    | ,6%    |
| Σύνολο        | 44               | 282    | 326    |
|               | 100,0%           | 100,0% | 100,0% |

✓

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 32,557 | 7    | ,000 |

Υπάρχουν διαφορές στον αριθμό κυήσεων ανάμεσα σε γυναίκες που πέρασαν καρκίνο και σε αυτές που δεν πέρασαν.

Πίνακας 62: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών και εάν πέρασαν καρκίνο.

|                 | Πέρασαν καρκίνο? |               | Σύνολο        |
|-----------------|------------------|---------------|---------------|
|                 | Ναι              | Όχι           |               |
| Αριθμός παιδιών |                  |               |               |
| 0               | 4<br>9,1%        | 10<br>3,6%    | 14<br>4,3%    |
| 1               | 14<br>31,8%      | 56<br>20,0%   | 70<br>21,6%   |
| 2               | 24<br>54,5%      | 132<br>47,1%  | 156<br>48,1%  |
| 3               | 2<br>4,5%        | 48<br>17,1%   | 50<br>15,4%   |
| 4               | 0<br>0%          | 16<br>5,7%    | 16<br>4,9%    |
| 5               | 0<br>0%          | 18<br>6,4%    | 18<br>5,6%    |
| Σύνολο          | 44<br>100,0%     | 280<br>100,0% | 324<br>100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 14,825 | 5    | ,011 |

Και στο ερώτημα αυτό υπάρχουν στατιστικές διαφορές.

Πίνακας 63: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των αυτόματων αποβολών και εάν πέρασαν καρκίνο.

|                                  | Πέρασαν καρκίνο? |              | Σύνολο        |
|----------------------------------|------------------|--------------|---------------|
|                                  | Ναι              | Όχι          |               |
| Αριθμός<br>αυτόματων<br>αποβολών |                  |              |               |
| 0                                | 10<br>62,5%      | 12<br>13,3%  | 22<br>20,8%   |
| 1                                | 4<br>25,0%       | 46<br>51,1%  | 50<br>47,2%   |
| 2                                | 0<br>0%          | 28<br>31,1%  | 28<br>26,4%   |
| 3                                | 0<br>0%          | 4<br>4,4%    | 4<br>3,8%     |
| 4                                | 2<br>12,5%       | 0<br>0%      | 2<br>1,9%     |
| Σύνολο                           | 16<br>100,0%     | 90<br>100,0% | 106<br>100,0% |

✓

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 34,725 | 4    | ,000 |

Οι διαφορές βρίσκονται στο ότι είναι περισσότερες οι γυναίκες χωρίς καρκίνο οι οποίες δηλώνουν κάποιες αποβολές. Από τις γυναίκες με καρκίνο δηλώνουν όμως τον μεγαλύτερο αριθμό αποβολών (4 και άνω) σε σχέση με τις υπόλοιπες.

Πίνακας 64: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις εκτρώσεις και εάν πέρασαν καρκίνο.

|                              | Πέρασαν καρκίνο? |               | Σύνολο        |
|------------------------------|------------------|---------------|---------------|
|                              | Ναι              | Όχι           |               |
| Έχουν<br>κάνει<br>εκτρώσεις? |                  |               |               |
| Ναι                          | 0<br>0%          | 52<br>18,6%   | 52<br>16,0%   |
| Όχι                          | 44<br>100,0%     | 228<br>81,4%  | 272<br>84,0%  |
| Σύνολο                       | 44<br>100,0%     | 280<br>100,0% | 324<br>100,0% |

|          | Τιμή  | B.E. | P    |
|----------|-------|------|------|
| $\chi^2$ | 9,734 | 1    | ,002 |

Η στατιστική διαφορά βρίσκεται στο ότι οι γυναίκες με καρκίνο δεν δηλώνουν εκτρώσεις. ✓

Πίνακας 71: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν υπάρχει κάποιος στην οικογένεια με καρκίνο και την ηλικιακή ομάδα.

|                                     |     | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |
|-------------------------------------|-----|----------------|------------|------------|-----------------|--------|
|                                     |     | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |
| Κάποιος στην οικογένεια με καρκίνο? | Ναι | 24             | 30         | 8          | 2               | 64     |
|                                     | Όχι | 16,1%          | 26,8%      | 14,5%      | 7,7%            | 18,7%  |
|                                     |     | 125            | 82         | 47         | 24              | 278    |
|                                     |     | 83,9%          | 73,2%      | 85,5%      | 92,3%           | 81,3%  |
| Σύνολο                              |     | 149            | 112        | 55         | 26              | 342    |
|                                     |     | 100,0%         | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% |

|                | Τιμή  | B.E. | P    |
|----------------|-------|------|------|
| X <sup>2</sup> | 8,167 | 3    | ,043 |

Η ομάδα ηλικιών με ιστορικό στην οικογένεια είναι αυτή των 41-50 ετών.

Πίνακας 72: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία πρώτης περιόδου και την ηλικιακή ομάδα.

|                        |    | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |
|------------------------|----|----------------|------------|------------|-----------------|--------|
|                        |    | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |
| Ηλικία πρώτης περιόδου | 9  | 0              | 2          | 4          | 0               | 6      |
|                        |    | ,0%            | 1,8%       | 7,3%       | ,0%             | 1,7%   |
|                        | 10 | 16             | 18         | 6          | 6               | 46     |
|                        |    | 10,6%          | 16,1%      | 10,9%      | 23,1%           | 13,4%  |
|                        | 11 | 24             | 11         | 15         | 10              | 60     |
|                        |    | 15,9%          | 9,8%       | 27,3%      | 38,5%           | 17,4%  |
|                        | 12 | 63             | 39         | 22         | 10              | 134    |
|                        |    | 41,7%          | 34,8%      | 40,0%      | 38,5%           | 39,0%  |
|                        | 13 | 28             | 32         | 6          | 0               | 66     |
|                        |    | 18,5%          | 28,6%      | 10,9%      | ,0%             | 19,2%  |
|                        | 14 | 14             | 10         | 0          | 0               | 24     |
|                        |    | 9,3%           | 8,9%       | ,0%        | ,0%             | 7,0%   |
|                        | 15 | 6              | 0          | 2          | 0               | 8      |
|                        |    | 4,0%           | ,0%        | 3,6%       | ,0%             | 2,3%   |
| Σύνολο                 |    | 151            | 112        | 55         | 26              | 344    |
|                        |    | 100,0%         | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% |

|                | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------------|--------|------|------|
| X <sup>2</sup> | 55,571 | 18   | ,000 |

Οι διαφορές οφείλονται στην ελλιπή πλήρωση των κελιών του πίνακα.

**Πίνακας 65: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν θήλασαν τα παιδιά τους και εάν πέρασαν καρκίνο.**

|                         |     | Πέρασαν καρκίνο? |        | Σύνολο |
|-------------------------|-----|------------------|--------|--------|
|                         |     | Ναι              | Όχι    |        |
| Θήλασαν τα παιδιά τους? | Ναι | 34               | 242    | 276    |
|                         |     | 85,0%            | 88,3%  | 87,9%  |
|                         | Όχι | 6                | 32     | 38     |
|                         |     | 15,0%            | 11,7%  | 12,1%  |
| Σύνολο                  |     | 40               | 274    | 314    |
|                         |     | 100,0%           | 100,0% | 100,0% |

|          | Τιμή | B.E. | P    |
|----------|------|------|------|
| $\chi^2$ | ,362 | 1    | ,547 |

Δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες του δείγματος.

**Πίνακας 66: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν καπνίζουν και εάν πέρασαν καρκίνο.**

|             |     | Πέρασαν καρκίνο? |        | Σύνολο |
|-------------|-----|------------------|--------|--------|
|             |     | Ναι              | Όχι    |        |
| Καπνίζουν ? | Ναι | 22               | 160    | 182    |
|             |     | 50,0%            | 46,8%  | 47,2%  |
|             | Όχι | 22               | 182    | 204    |
|             |     | 50,0%            | 53,2%  | 52,8%  |
| Σύνολο      |     | 44               | 342    | 386    |
|             |     | 100,0%           | 100,0% | 100,0% |

|          | Τιμή | B.E. | P    |
|----------|------|------|------|
| $\chi^2$ | ,162 | 1    | ,687 |

Δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες

Πίνακας 67: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πίνουν αλκοόλ και εάν πέρασαν καρκίνο.

|                |     | Πέρασαν καρκίνο? |               | Σύνολο        |
|----------------|-----|------------------|---------------|---------------|
|                |     | Ναι              | Όχι           |               |
| Πίνουν αλκοόλ? | Ναι | 8<br>18,2%       | 122<br>35,9%  | 130<br>33,9%  |
|                | Όχι | 36<br>81,8%      | 218<br>64,1%  | 254<br>66,1%  |
| Σύνολο         |     | 44<br>100,0%     | 340<br>100,0% | 384<br>100,0% |

|          | Τιμή  | B.E. | P    |
|----------|-------|------|------|
| $\chi^2$ | 5,451 | 1    | ,020 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών με καρκίνο δεν πίνουν αλκοόλ.

Πίνακας 68: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν γνωρίζουν μεθόδους πρόληψης καρκίνου μαστού και εάν πέρασαν καρκίνο.

|  |     | Πέρασαν καρκίνο? |               | Σύνολο        |
|--|-----|------------------|---------------|---------------|
|  |     | Ναι              | Όχι           |               |
| Γνωρίζουν μεθόδους πρόληψης καρκίνου μαστού? | Ναι | 40<br>90,9%      | 320<br>94,7%  | 360<br>94,2%  |
|  | Όχι | 4<br>9,1%        | 18<br>5,3%    | 22<br>5,8%    |
| Σύνολο                                       |     | 44<br>100,0%     | 338<br>100,0% | 382<br>100,0% |

|          | Τιμή  | B.E. | P    |
|----------|-------|------|------|
| $\chi^2$ | 1,017 | 1    | ,313 |

Δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες.



**Πίνακας 69: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά αυτοεξετάζονται και εάν πέρασαν καρκίνο.**

|                            |                    | Πέρασαν καρκίνο? |               | Σύνολο        |
|----------------------------|--------------------|------------------|---------------|---------------|
|                            |                    | Ναι              | Όχι           |               |
| Πόσο συχνά αυτοεξετάζονται | 1 φορά τον μήνα    | 24<br>60,0%      | 38<br>21,3%   | 62<br>28,4%   |
|                            | 1-2 φορές τον μήνα | 8<br>20,0%       | 112<br>62,9%  | 120<br>55,0%  |
|                            | 2-6 φορές τον μήνα | 2<br>5,0%        | 24<br>13,5%   | 26<br>11,9%   |
|                            | >10 φορές τον μήνα | 6<br>15,0%       | 4<br>2,2%     | 10<br>4,6%    |
|                            | Σύνολο             | 40<br>100,0%     | 178<br>100,0% | 218<br>100,0% |



|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 41,637 | 3    | ,000 |

Γενικά φαίνεται ότι οι γυναίκες χωρίς καρκίνο αυτοεξετάζονται πιο συχνά από τις γυναίκες με καρκίνο.

**Πίνακας 70: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον σωματομετρικό δείκτη (BMI) και εάν πέρασαν καρκίνο.**

|        |                | Πέρασαν καρκίνο? |               | Σύνολο        |
|--------|----------------|------------------|---------------|---------------|
|        |                | Ναι              | Όχι           |               |
| BMI    | Κανονικό βάρος | 20<br>55,6%      | 163<br>56,6%  | 183<br>56,5%  |
|        | Υπέρβαρη       | 16<br>44,4%      | 125<br>43,4%  | 141<br>43,5%  |
| Σύνολο |                | 36<br>100,0%     | 288<br>100,0% | 324<br>100,0% |

|          | Τιμή | B.E. | P    |
|----------|------|------|------|
| $\chi^2$ | ,014 | 1    | ,905 |

Δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Πίνακας 73: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση αντισηπτικών και την ηλικιακή ομάδα.

|                      |     | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |
|----------------------|-----|----------------|------------|------------|-----------------|--------|
|                      |     | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |
| Χρήση αντισηπτικών ? | Ναι | 18             | 6          | 0          | 0               | 24     |
|                      | Όχι | 11,9%          | 5,4%       | ,0%        | ,0%             | 7,0%   |
|                      |     | 133            | 106        | 55         | 24              | 318    |
|                      |     | 88,1%          | 94,6%      | 100,0%     | 100,0%          | 93,0%  |
| Σύνολο               |     | 151            | 112        | 55         | 24              | 342    |
|                      |     | 100,0%         | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% |

|    | Τιμή   | B.E. | P    |
|----|--------|------|------|
| X2 | 11,999 | 3    | ,007 |

Είναι αναμενόμενο η χρήση των αντισηπτικών να περιορίζεται στις νεαρότερες ηλικίες.

Πίνακας 74: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις εγκυμοσύνες και την ηλικιακή ομάδα.

|             |   | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |
|-------------|---|----------------|------------|------------|-----------------|--------|
|             |   | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |
| Εγκυμοσύνες | 0 | 2              | 0          | 0          | 0               | 2      |
|             |   | 2,0%           | ,0%        | ,0%        | ,0%             | ,7%    |
|             | 1 | 36             | 10         | 2          | 0               | 48     |
|             |   | 35,6%          | 9,5%       | 4,0%       | ,0%             | 17,0%  |
|             | 2 | 36             | 42         | 18         | 8               | 104    |
|             |   | 35,6%          | 40,0%      | 36,0%      | 30,8%           | 36,9%  |
|             | 3 | 18             | 38         | 16         | 10              | 82     |
|             |   | 17,8%          | 36,2%      | 32,0%      | 38,5%           | 29,1%  |
|             | 4 | 7              | 7          | 8          | 0               | 22     |
|             |   | 6,9%           | 6,7%       | 16,0%      | ,0%             | 7,8%   |
|             | 5 | 2              | 6          | 4          | 4               | 16     |
|             |   | 2,0%           | 5,7%       | 8,0%       | 15,4%           | 5,7%   |
|             | 6 | 0              | 0          | 2          | 4               | 6      |
|             |   | ,0%            | ,0%        | 4,0%       | 15,4%           | 2,1%   |
|             | 7 | 0              | 2          | 0          | 0               | 2      |
|             |   | ,0%            | 1,9%       | ,0%        | ,0%             | ,7%    |
| Σύνολο      |   | 101            | 105        | 50         | 26              | 282    |
|             |   | 100,0%         | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% |

|    | Τιμή   | B.E. | P    |
|----|--------|------|------|
| X2 | 88,679 | 21   | ,000 |

Περισσότερες εγκυμοσύνες εμφανίζουν οι μεγαλύτερες ηλικίες, δεδομένου ότι οι νεότερες ηλικίες προτιμούν οικογένειες με έ

Πίνακας 75: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών και την ηλικιακή ομάδα.

|                 | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |
|-----------------|----------------|------------|------------|-----------------|--------|
|                 | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |
| Αριθμός παιδιών | 0              | 0          | 0          | 0               | 10     |
|                 | 10,5%          | ,0%        | ,0%        | ,0%             | 3,6%   |
| 1               | 32             | 16         | 4          | 4               | 56     |
|                 | 33,7%          | 14,8%      | 7,8%       | 15,4%           | 20,0%  |
| 2               | 45             | 57         | 20         | 10              | 132    |
|                 | 47,4%          | 52,8%      | 39,2%      | 38,5%           | 47,1%  |
| 3               | 8              | 18         | 18         | 4               | 48     |
|                 | 8,4%           | 16,7%      | 35,3%      | 15,4%           | 17,1%  |
| 4               | 0              | 9          | 7          | 0               | 16     |
|                 | ,0%            | 8,3%       | 13,7%      | ,0%             | 5,7%   |
| 5               | 0              | 8          | 2          | 8               | 18     |
|                 | ,0%            | 7,4%       | 3,9%       | 30,8%           | 6,4%   |
| Σύνολο          | 95             | 108        | 51         | 26              | 280    |
|                 | 100,0%         | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 94,436 | 15   | ,000 |

Ισχύουν και εδώ οι παρατηρήσεις της προηγούμενης ερώτησης.

Πίνακας 76: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό αυτόματων αποβολών και την ηλικιακή ομάδα.

|                            | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |
|----------------------------|----------------|------------|------------|-----------------|--------|
|                            | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |
| Αριθμός αυτόματων αποβολών | 0              | 4          | 0          | 0               | 12     |
|                            | 25,0%          | 14,8%      | ,0%        | ,0%             | 13,3%  |
| 1                          | 14             | 11         | 11         | 10              | 46     |
|                            | 43,8%          | 40,7%      | 73,3%      | 62,5%           | 51,1%  |
| 2                          | 10             | 10         | 2          | 6               | 28     |
|                            | 31,3%          | 37,0%      | 13,3%      | 37,5%           | 31,1%  |
| 3                          | 0              | 2          | 2          | 0               | 4      |
|                            | ,0%            | 7,4%       | 13,3%      | ,0%             | 4,4%   |
| Σύνολο                     | 32             | 27         | 15         | 16              | 90     |
|                            | 100,0%         | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 17,579 | 9    | ,040 |

Οι μεγαλύτερες ηλικίες εμφανίζουν περισσότερες αποβολές σε σχέση με τις νεότερες.

Πίνακας 77: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν κάνει εκτρώσεις και την ηλικιακή ομάδα.

|                        |     | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |
|------------------------|-----|----------------|------------|------------|-----------------|--------|
|                        |     | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |
| Έχουν κάνει εκτρώσεις? | Ναι | 21             | 12         | 19         | 0               | 52     |
|                        |     | 20,4%          | 11,8%      | 38,8%      | ,0%             | 18,6%  |
|                        | Όχι | 82             | 90         | 30         | 26              | 228    |
|                        |     | 79,6%          | 88,2%      | 61,2%      | 100,0%          | 81,4%  |
| Σύνολο                 |     | 103            | 102        | 49         | 26              | 280    |
|                        |     | 100,0%         | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 22,506 | 3    | ,000 |

Εδώ οι διαφορές συνίστανται στο ότι οι νεότερες ηλικίες δηλώνουν περισσότερες εκτρώσεις.

Πίνακας 78: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν θήλασαν τα παιδιά τους και την ηλικιακή ομάδα.

|                         |     | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |
|-------------------------|-----|----------------|------------|------------|-----------------|--------|
|                         |     | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |
| Θήλασαν τα παιδιά τους? | Ναι | 77             | 95         | 48         | 22              | 242    |
|                         |     | 86,5%          | 88,0%      | 94,1%      | 84,6%           | 88,3%  |
|                         | Όχι | 12             | 13         | 3          | 4               | 32     |
|                         |     | 13,5%          | 12,0%      | 5,9%       | 15,4%           | 11,7%  |
| Σύνολο                  |     | 89             | 108        | 51         | 26              | 274    |
|                         |     | 100,0%         | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% |

|          | Τιμή  | B.E. | P    |
|----------|-------|------|------|
| $\chi^2$ | 2,302 | 3    | ,512 |

Δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες.

**Πίνακας 79: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν καπνίζουν και την ηλικιακή ομάδα**

|            |     | Ηλικιακή ομάδα |               |              |                 | Σύνολο        |
|------------|-----|----------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|
|            |     | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών    | 51-60 ετών   | 60 ετών και άνω |               |
| Καπνίζουν? | Ναι | 83<br>55,7%    | 50<br>44,6%   | 21<br>38,2%  | 6<br>23,1%      | 160<br>46,8%  |
|            | Όχι | 66<br>44,3%    | 62<br>55,4%   | 34<br>61,8%  | 20<br>76,9%     | 182<br>53,2%  |
| Σύνολο     |     | 149<br>100,0%  | 112<br>100,0% | 55<br>100,0% | 26<br>100,0%    | 342<br>100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 12,473 | 3    | ,006 |

Οι νεότερες ηλικίες καπνίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τις μεγαλύτερες.

**Πίνακας 80: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πίνουν αλκοόλ και την ηλικιακή ομάδα**

|                |     | Ηλικιακή ομάδα |               |              |                 | Σύνολο        |
|----------------|-----|----------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|
|                |     | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών    | 51-60 ετών   | 60 ετών και άνω |               |
| Πίνουν αλκοόλ? | Ναι | 73<br>49,7%    | 28<br>25,0%   | 15<br>27,3%  | 6<br>23,1%      | 122<br>35,9%  |
|                | Όχι | 74<br>50,3%    | 84<br>75,0%   | 40<br>72,7%  | 20<br>76,9%     | 218<br>64,1%  |
| Σύνολο         |     | 147<br>100,0%  | 112<br>100,0% | 55<br>100,0% | 26<br>100,0%    | 340<br>100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 21,519 | 3    | ,000 |

Και εδώ παρατηρούμε ότι οι νεότερες ηλικίες πίνουν πολύ περισσότερο σε σχέση με τις μεγαλύτερες.

Πίνακας 81: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποιες σημαντικές ασθένειες πέρασαν και την ηλικιακή ομάδα.

|                                     |                     | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |
|-------------------------------------|---------------------|----------------|------------|------------|-----------------|--------|
|                                     |                     | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |
| Ποιές σημαντικές ασθένειες πέρασαν? | Παχυσαρκία          | 20             | 10         | 4          | 4               | 38     |
|                                     |                     | 50,0%          | 27,8%      | 15,4%      | 16,7%           | 30,2%  |
|                                     | Κόστη               | 6              | 18         | 8          | 0               | 32     |
|                                     |                     | 15,0%          | 50,0%      | 30,8%      | ,0%             | 25,4%  |
|                                     | Διαβήτης            | 6              | 2          | 4          | 16              | 28     |
|                                     |                     | 15,0%          | 5,6%       | 15,4%      | 66,7%           | 22,2%  |
|                                     | Τραυματισμός μαστού | 2              | 2          | 2          | 0               | 6      |
|                                     |                     | 5,0%           | 5,6%       | 7,7%       | ,0%             | 4,8%   |
|                                     | Μαστοπάθεια         | 0              | 2          | 0          | 0               | 2      |
|                                     | ,0%                 | 5,6%           | ,0%        | ,0%        | 1,6%            |        |
|                                     | Υπέρταση            | 0              | 2          | 4          | 4               | 10     |
|                                     |                     | ,0%            | 5,6%       | 15,4%      | 16,7%           | 7,9%   |
|                                     | Άλλες               | 6              | 0          | 4          | 0               | 10     |
|                                     |                     | 15,0%          | ,0%        | 15,4%      | ,0%             | 7,9%   |
| Σύνολο                              |                     | 40             | 36         | 26         | 24              | 126    |
|                                     |                     | 100,0%         | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 75,924 | 18   | ,000 |

Παρατηρούμε διαφορετική κατανομή των ασθενειών ανάμεσα στις διάφορες ηλικίες (παχυσαρκία στις νεότερες, τραυματισμοί μεγαλύτερες).

Πίνακας 82: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν γνωρίζουν μεθόδους πρόληψης καρκίνου μαστού και την ηλικιακή ομάδα.

|  |     | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |
|--|-----|----------------|------------|------------|-----------------|--------|
|  |     | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |
| Γνωρίζουν μεθόδους πρόληψης καρκίνου μαστού? | Ναι | 145            | 108        | 49         | 18              | 320    |
|  |     | 98,6%          | 98,2%      | 89,1%      | 69,2%           | 94,7%  |
|  | Όχι | 2              | 2          | 6          | 8               | 18     |
|  |     | 1,4%           | 1,8%       | 10,9%      | 30,8%           | 5,3%   |
| Σύνολο                                       |     | 147            | 110        | 55         | 26              | 338    |
|  |     | 100,0%         | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 44,053 | 3    | ,000 |

Η διαφορά βρίσκεται στο ότι μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων σε σχέση με τις νεότερες δίνει αρνητική απάντηση σχετικά με

Πίνακας 83: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν αυτοξετάζονται και την ηλικιακή ομάδα.

|                 | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |        |
|-----------------|----------------|------------|------------|-----------------|--------|--------|
|                 | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |        |
| Αυτοξετάζονται? | Ναι            | 81         | 76         | 11              | 10     | 178    |
|                 |                | 55,1%      | 67,9%      | 20,8%           | 38,5%  | 52,7%  |
|                 | Όχι            | 66         | 36         | 42              | 16     | 160    |
|                 |                | 44,9%      | 32,1%      | 79,2%           | 61,5%  | 47,3%  |
| Σύνολο          |                | 147        | 112        | 53              | 26     | 338    |
|                 |                | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% | 100,0% |

|          | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------|--------|------|------|
| $\chi^2$ | 34,472 | 3    | ,000 |

Και εδώ οι μεγαλύτερες ηλικίες φαίνεται πως δεν αυτοξετάζονται στον ίδιο βαθμό με τις νεότερες.

Πίνακας 84: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν κάνει μαστογραφία και την ηλικιακή ομάδα.

|                         | Ηλικιακή ομάδα |            |            |                 | Σύνολο |        |
|-------------------------|----------------|------------|------------|-----------------|--------|--------|
|                         | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών | 51-60 ετών | 60 ετών και άνω |        |        |
| Έχουν κάνει μαστογραφία | Ναι            | 25         | 86         | 39              | 14     | 164    |
|                         |                | 18,0%      | 81,1%      | 70,9%           | 53,8%  | 50,3%  |
|                         | Όχι            | 114        | 20         | 16              | 12     | 162    |
|                         |                | 82,0%      | 18,9%      | 29,1%           | 46,2%  | 49,7%  |
| Σύνολο                  |                | 139        | 106        | 55              | 26     | 326    |
|                         |                | 100,0%     | 100,0%     | 100,0%          | 100,0% | 100,0% |

|          | Τιμή    | B.E. | P    |
|----------|---------|------|------|
| $\chi^2$ | 107,844 | 3    | ,000 |

Οι ηλικίες 41-60 φαίνεται πως έχουν κάνει σε μεγαλύτερο ποσοστό μαστογραφία σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες (έως 40 και άνω).

Πίνακας 85: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ΒΜΙ και την ηλικιακή ομάδα.

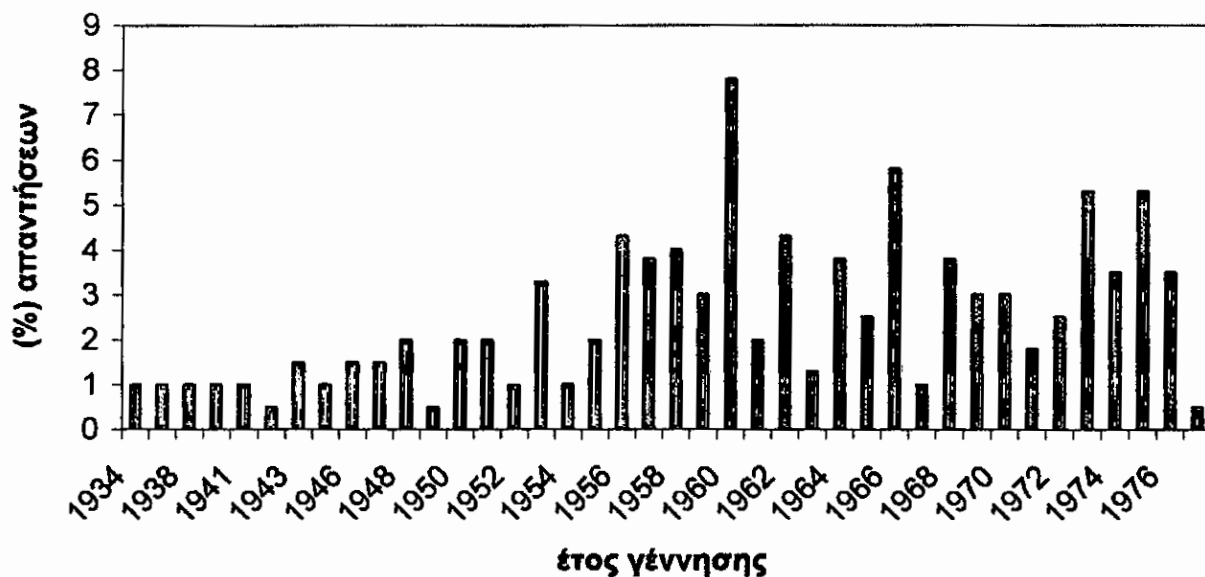
|        |                | Ηλικιακή ομάδα |              |              |                 | Σύνολο        |
|--------|----------------|----------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|
|        |                | Έως 40 ετών    | 41-50 ετών   | 51-60 ετών   | 60 ετών και άνω |               |
| ΒΜΙ    | Κανονικό βάρος | 84<br>65,1%    | 47<br>58,8%  | 24<br>45,3%  | 8<br>30,8%      | 163<br>56,6%  |
|        | Υπέρβαρη       | 45<br>34,9%    | 33<br>41,3%  | 29<br>54,7%  | 18<br>69,2%     | 125<br>43,4%  |
| Σύνολο |                | 129<br>100,0%  | 80<br>100,0% | 53<br>100,0% | 26<br>100,0%    | 288<br>100,0% |

|                | Τιμή   | B.E. | P    |
|----------------|--------|------|------|
| Χ <sup>2</sup> | 13,785 | 3    | ,003 |

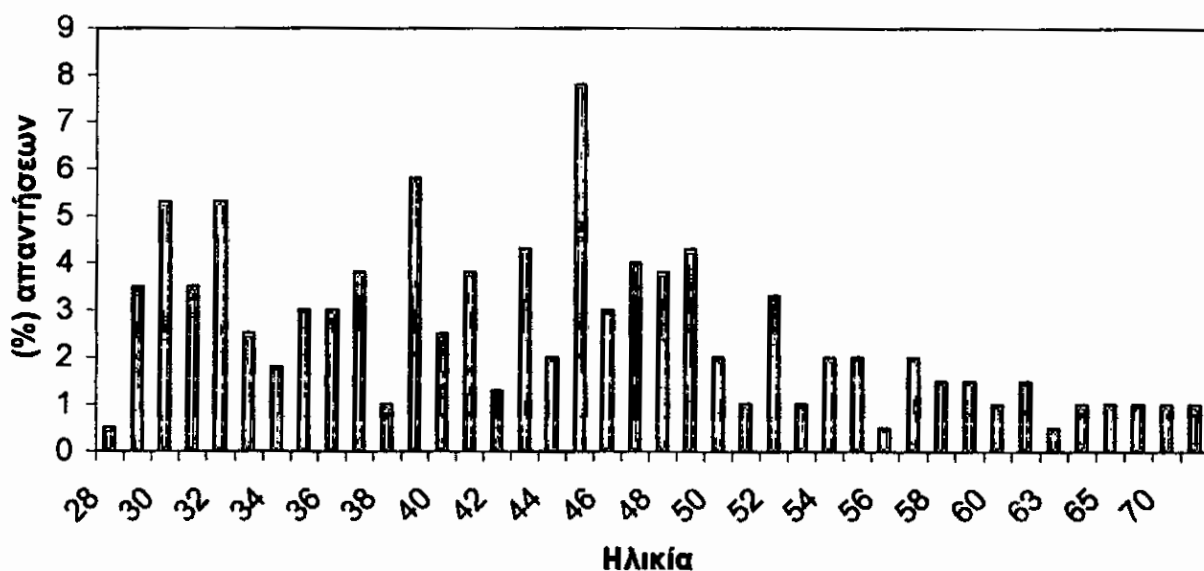
Η διαφορά βρίσκεται στην κατανομή των υπέρβαρων όπου στις μεγαλύτερες ηλικίες αποτελούν την πλειοψηφία.



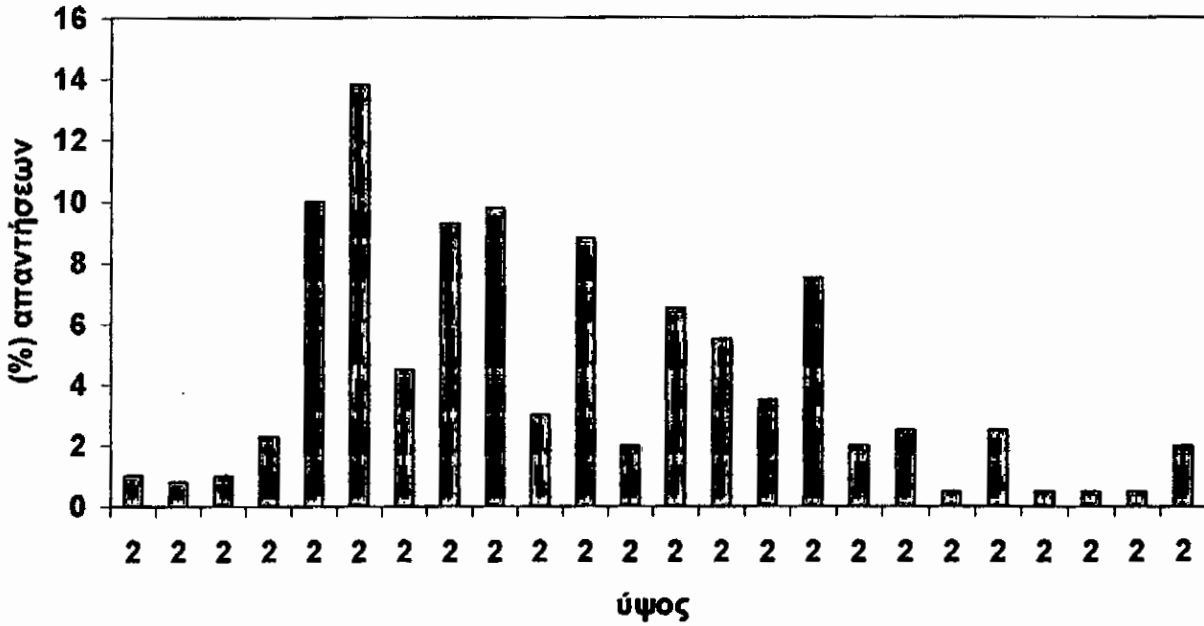
**Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το έτος γέννησης.**



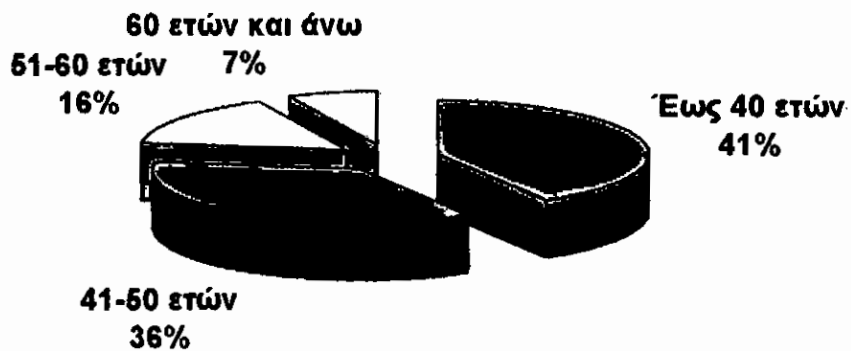
**Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία**



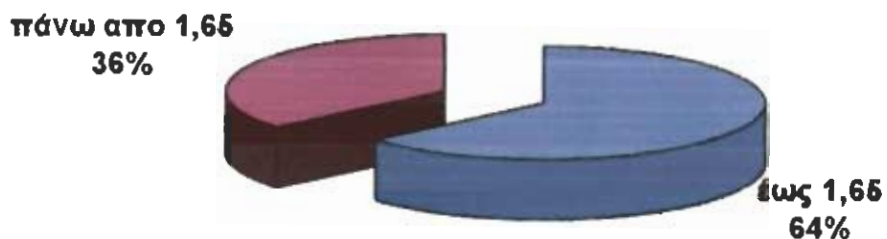
**Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ύψος.**



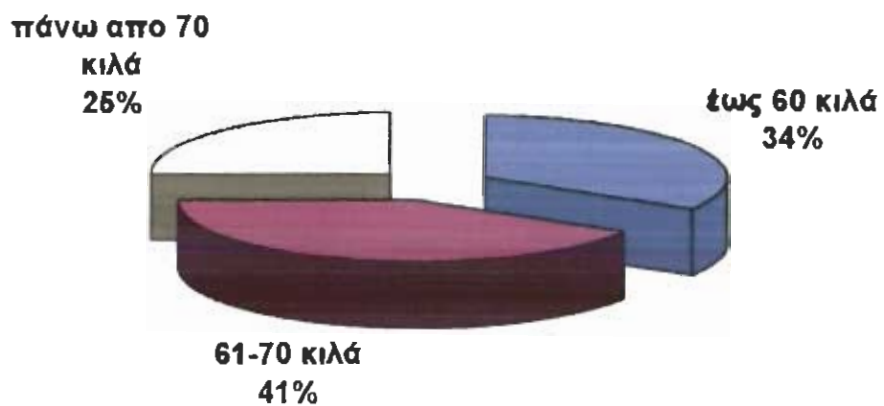
**Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα.**



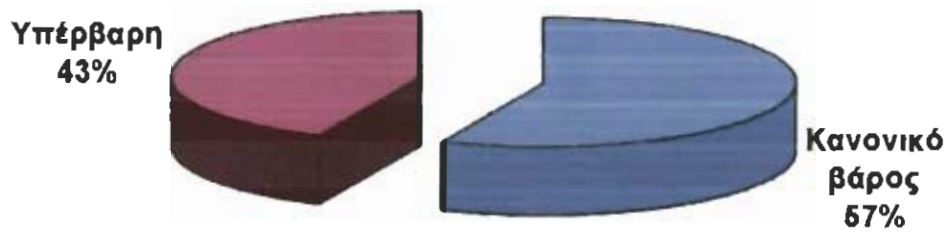
**Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ύψος.**



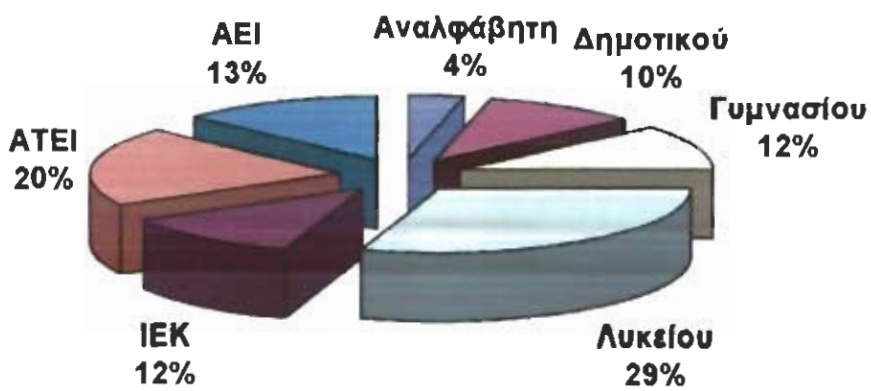
**Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το βάρος.**



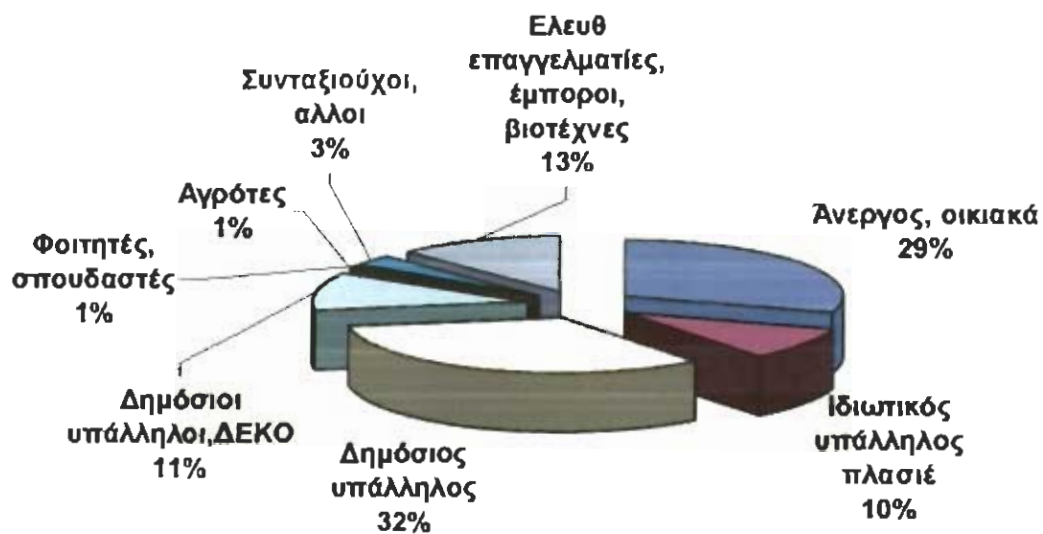
**Σχήμα 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το σωματομετρικό δείκτη (BMI).**



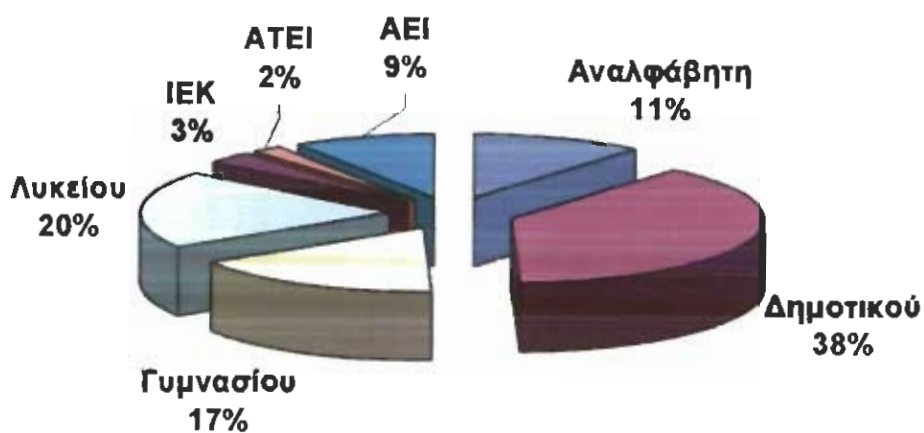
**Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων.**



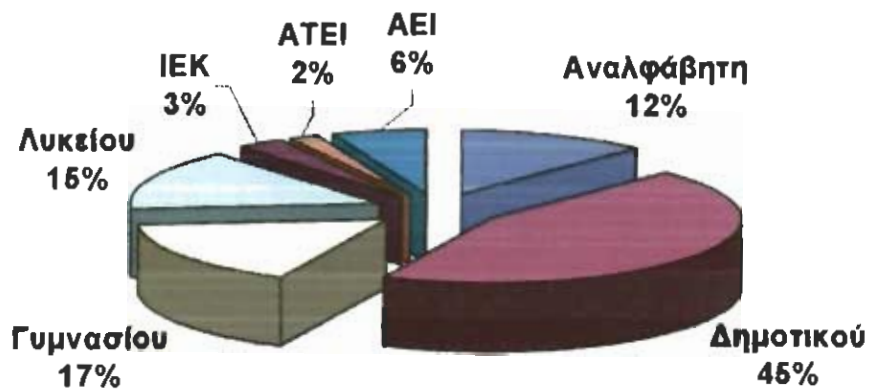
**Σχήμα 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα.**



**Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα.**



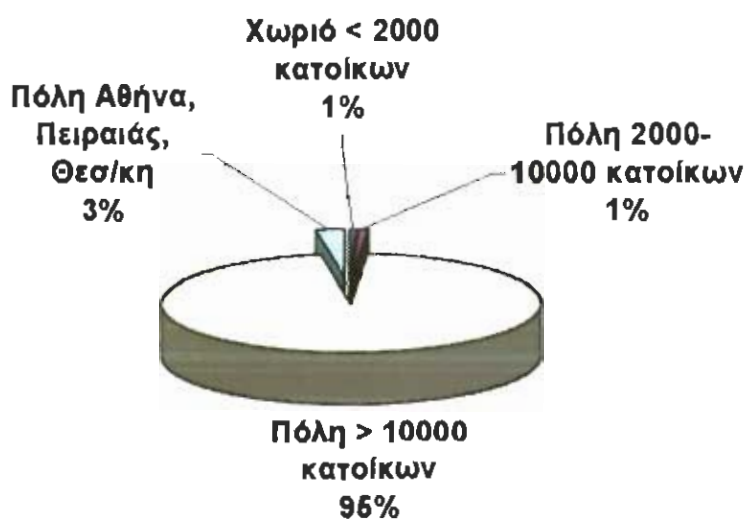
**Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.**



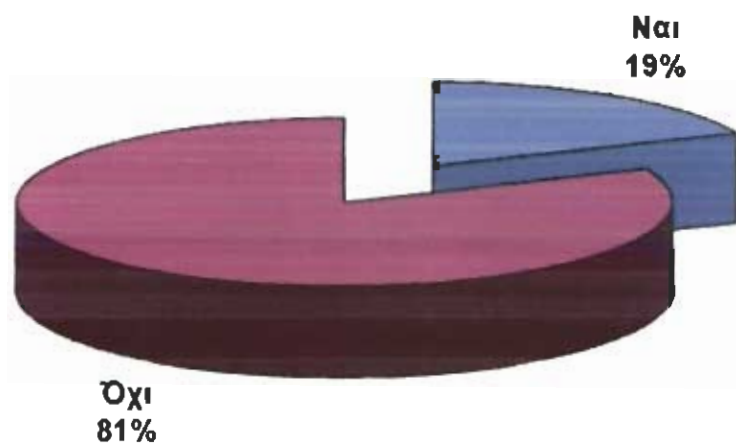
**Σχήμα 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης.**



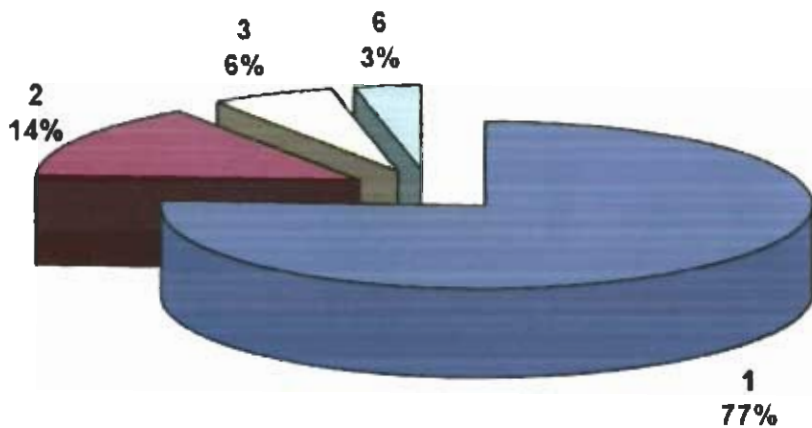
**Σχήμα 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής.**



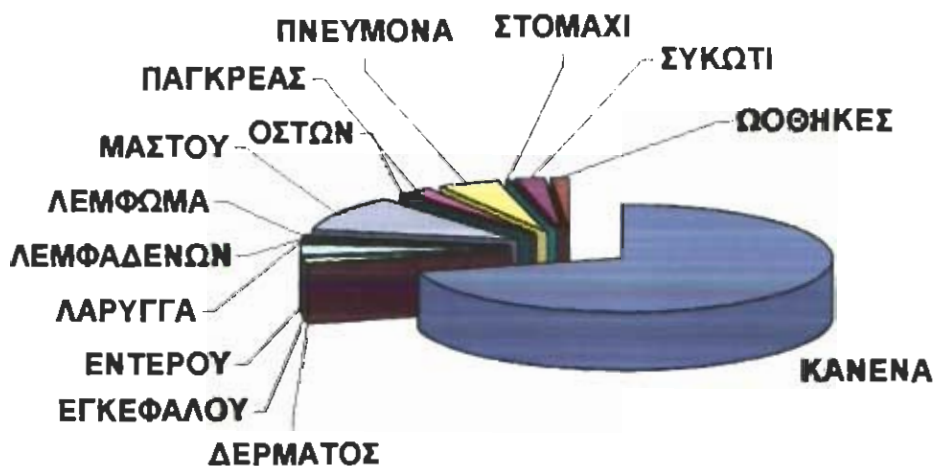
**Σχήμα 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ύπαρξη καρκίνου στην οικογένεια.**



Σχήμα 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των συγγενικών ατόμων με καρκίνο.

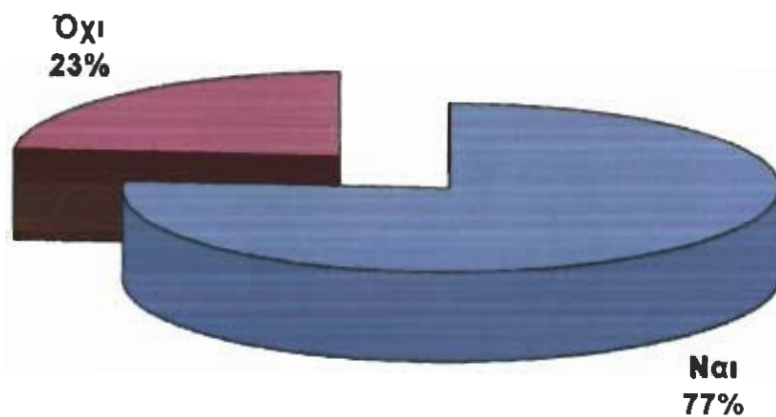


Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τύπο καρκίνου συγγενούς.

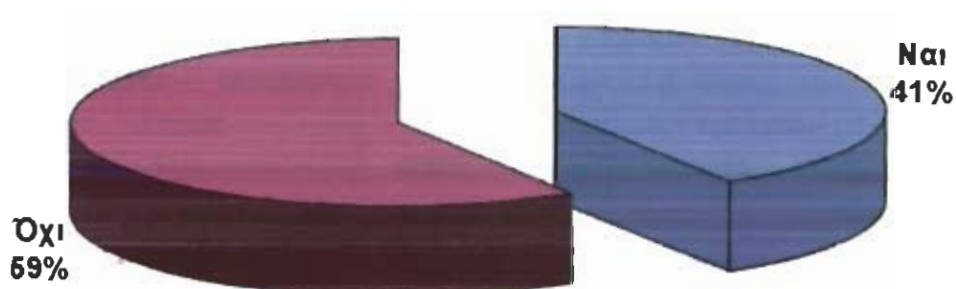




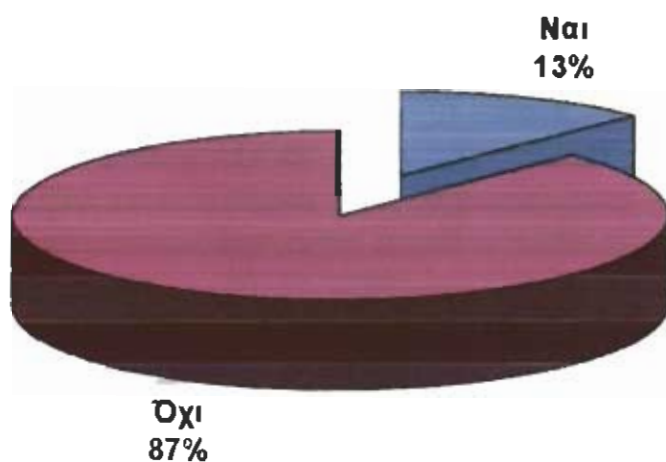
**Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έγινε χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου των συγγενών.**



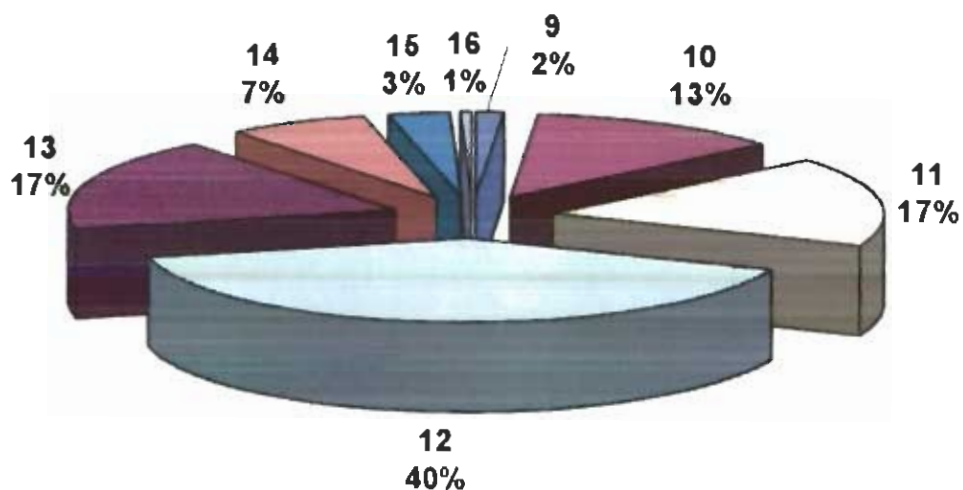
**Σχήμα 18: κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έγινε χημειοθεραπεία στους συγγενείς με καρκίνο.**



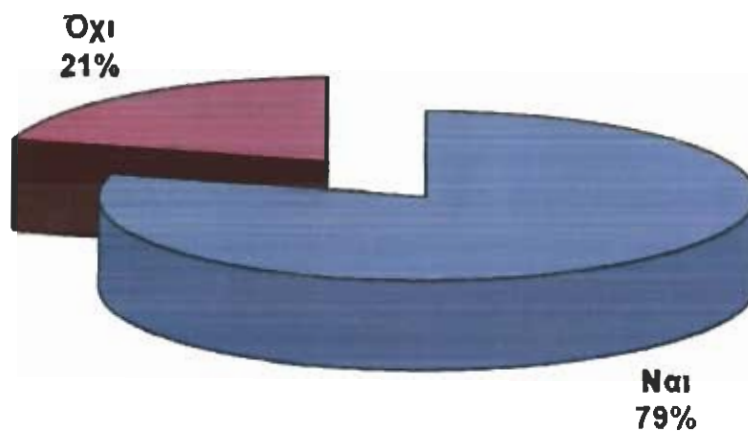
**Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έγινε θεραπεία με ακτινοβολία στους συγγενείς με καρκίνο.**



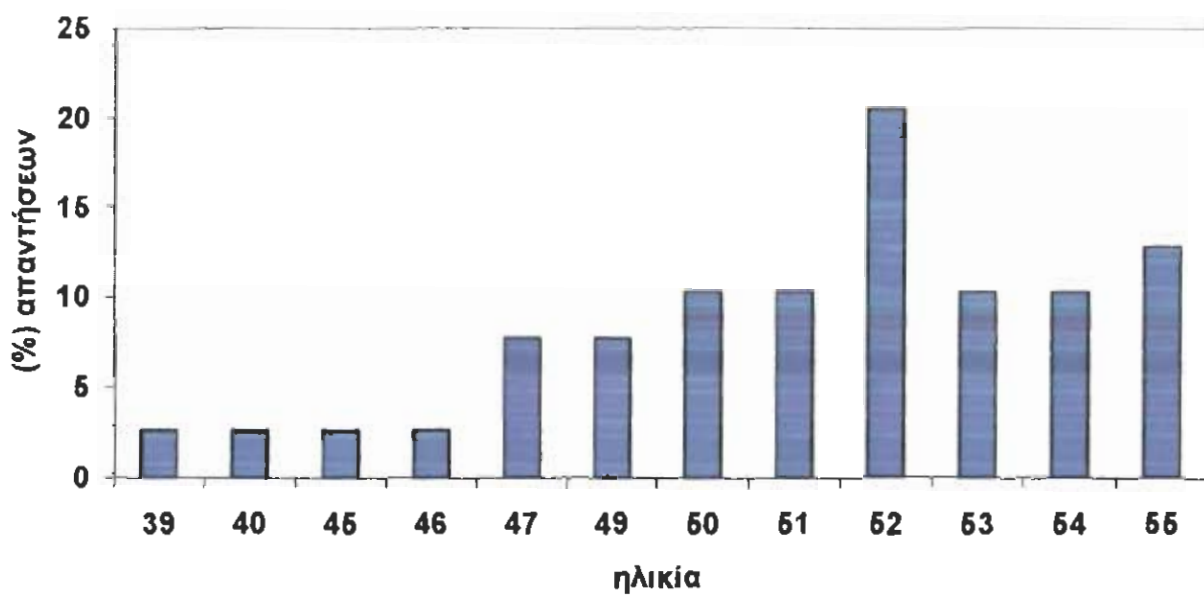
**Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία πρώτης περιόδου.**



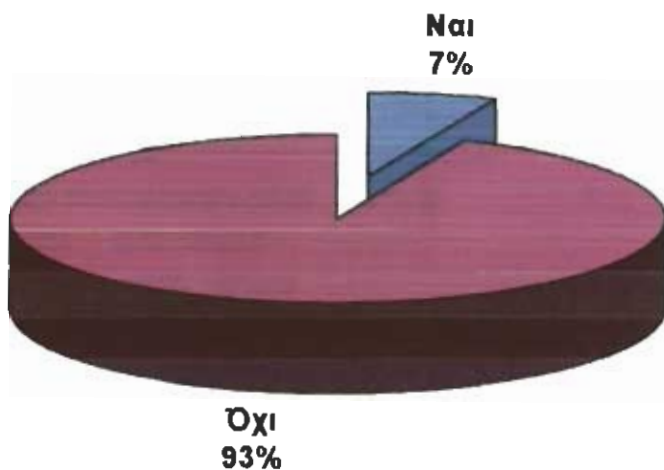
**Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν ακόμη περίοδο.**



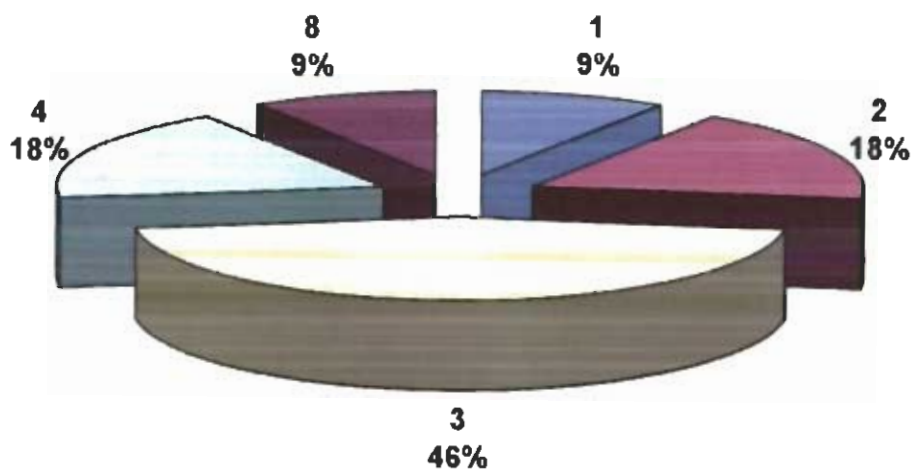
**Σχήμα 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία τελευταίας περιόδου.**



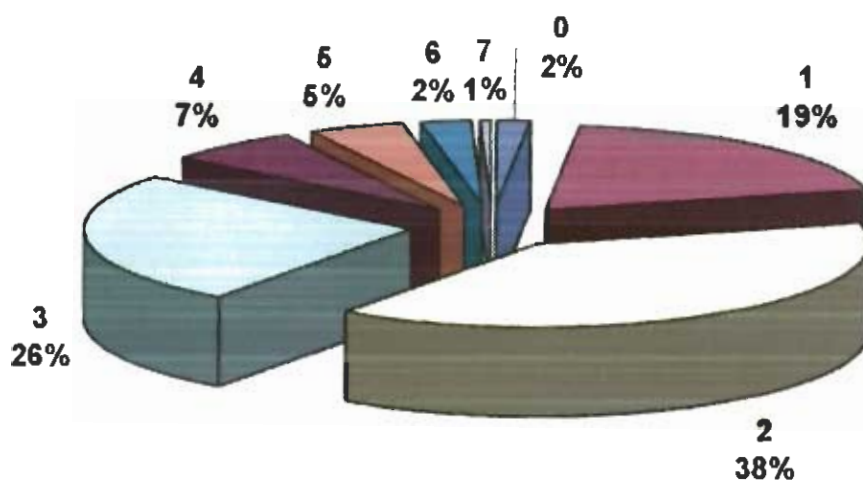
**Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη χρήση αντισυλληπτικών.**



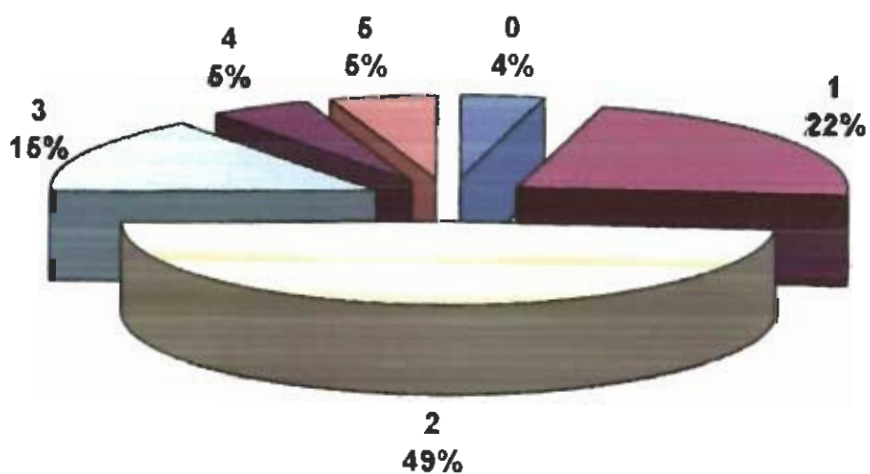
**Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το χρόνο λήψης αντισυλληπτικών (σε έτη).**



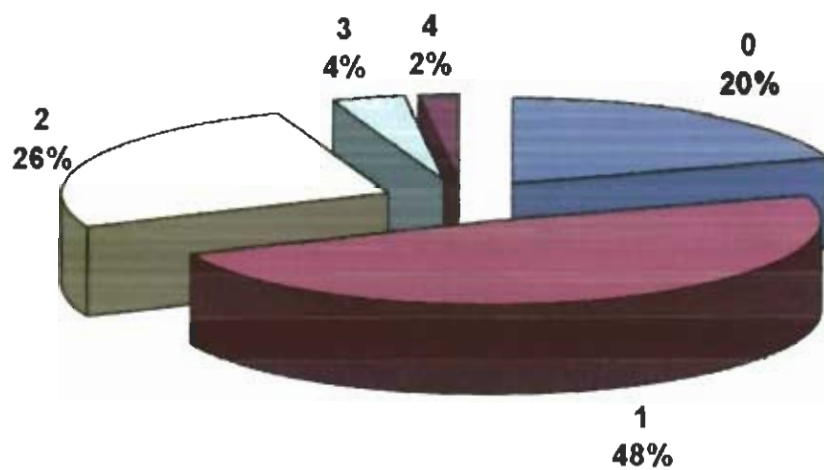
**Σχήμα 25; Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό κυήσεων.**



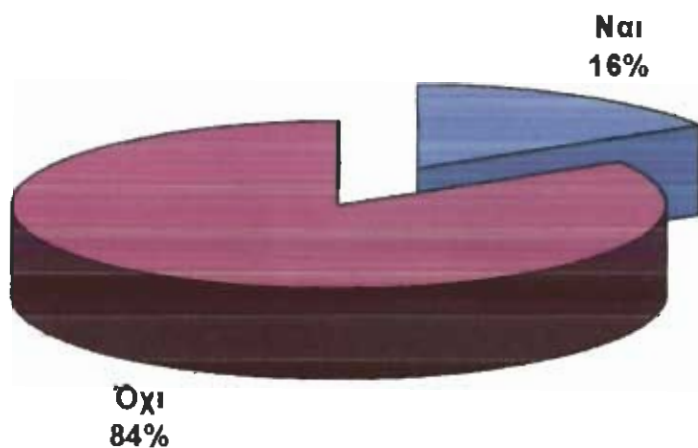
**Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό παιδιών.**



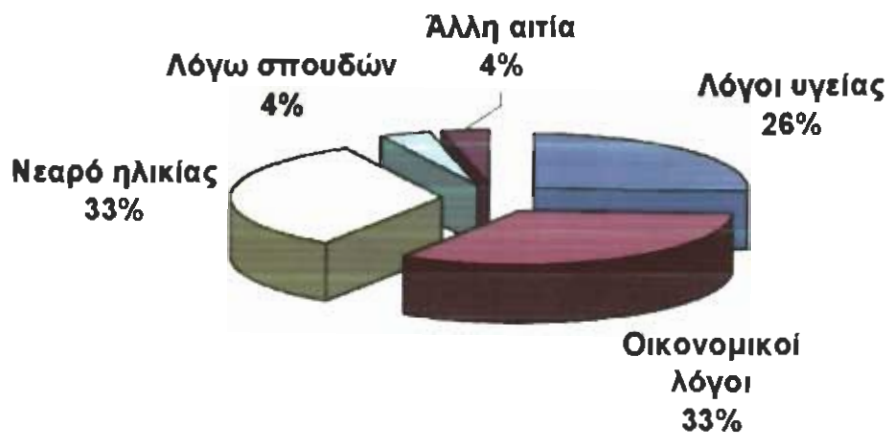
**Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό αυτόματων αποβολών.**



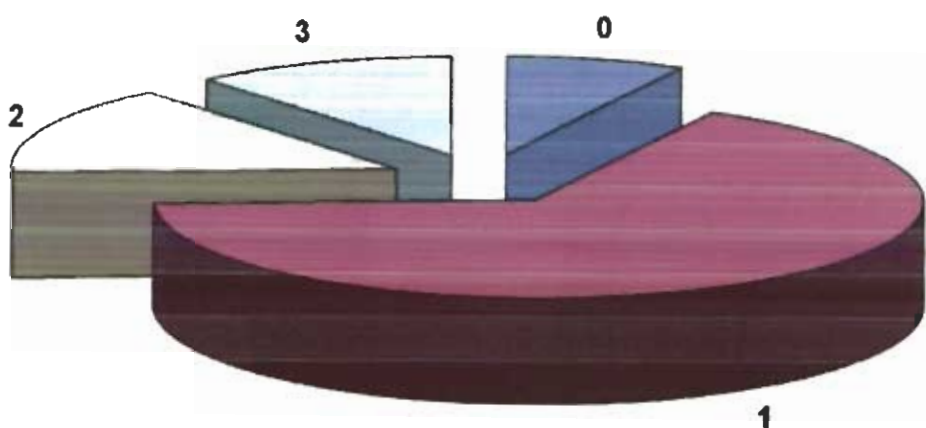
**Σχήμα 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν κάνει έκτρωση.**



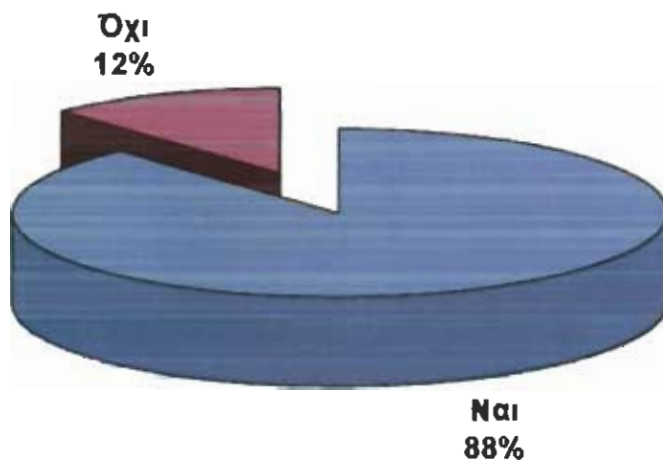
**Σχήμα 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αίτια των εκτρώσεων.**



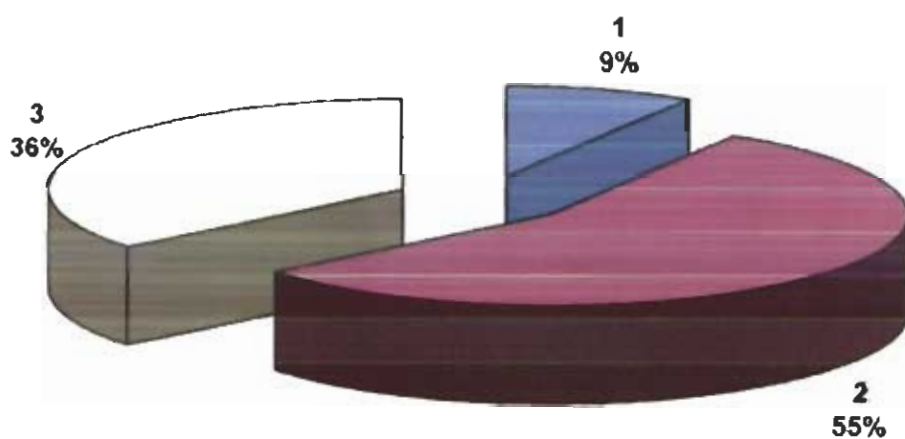
**Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των εκτρώσεων.**



**Σχήμα 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θήλασαν τα παιδιά τους.**

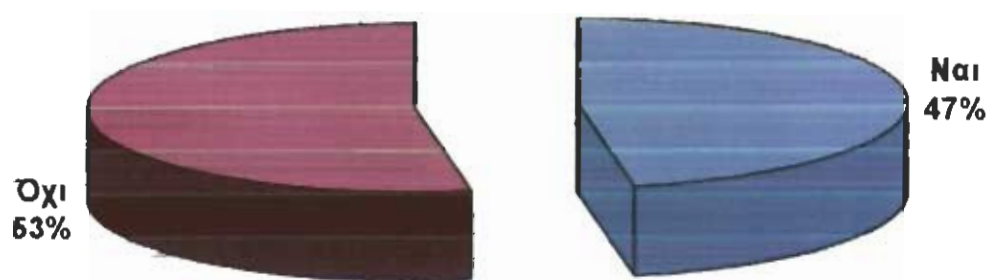


**Σχήμα 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη διάρκεια του θηλασμού (σε μήνες).**

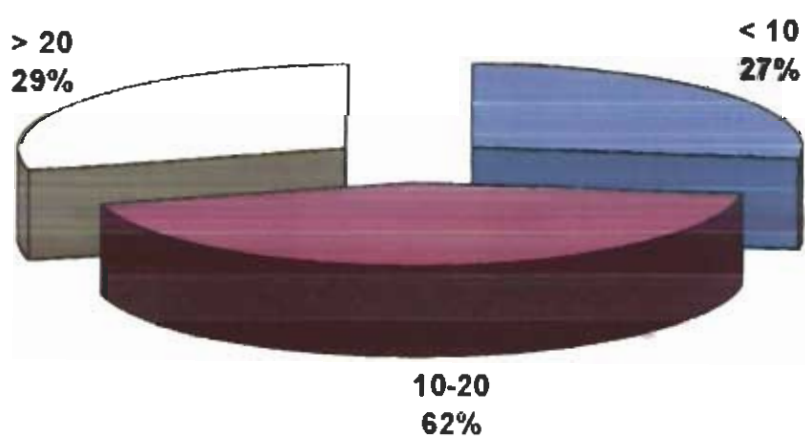




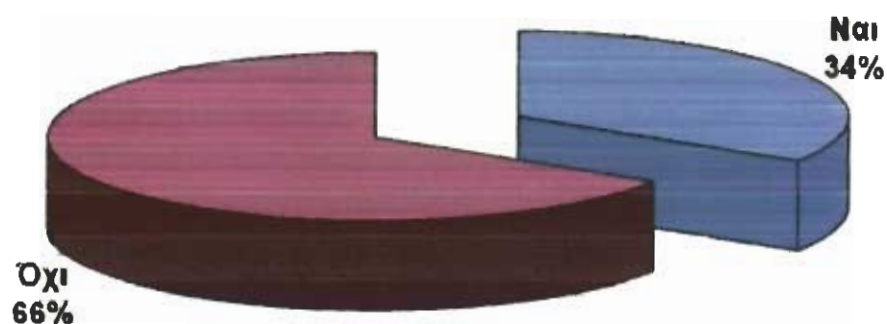
**Σχήμα 33: Καανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι.**



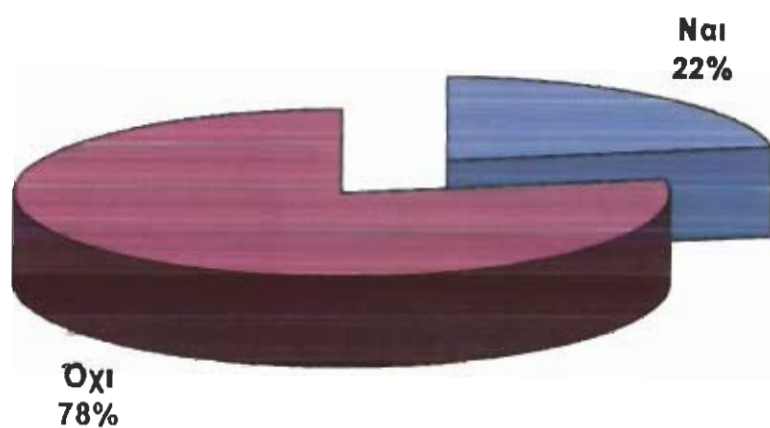
**Σχήμα 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν.**



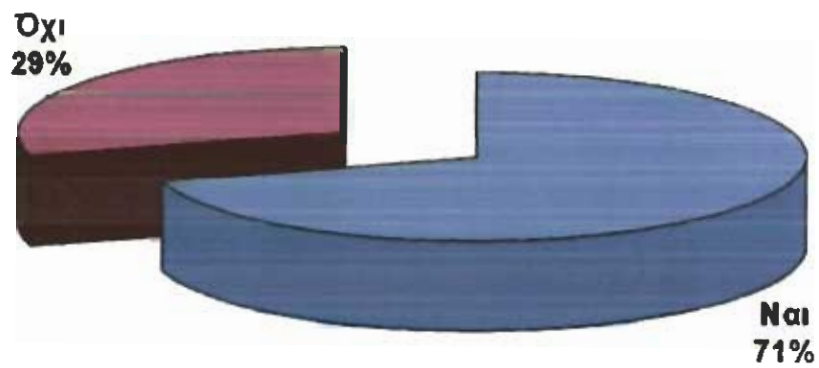
**Σχήμα 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ.**



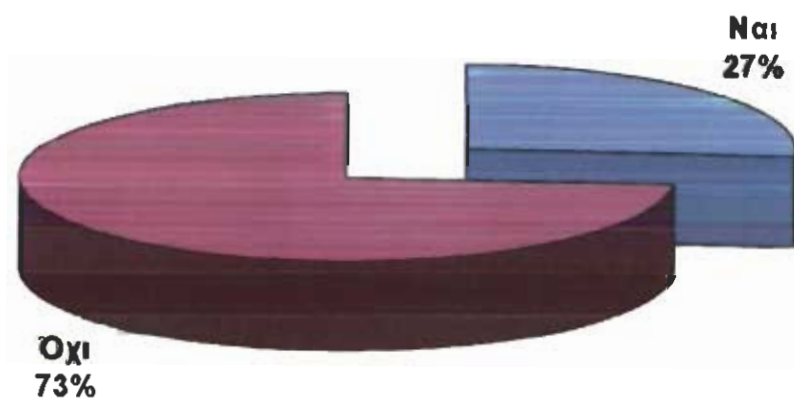
**Σχήμα 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανάλωση μπίρας.**



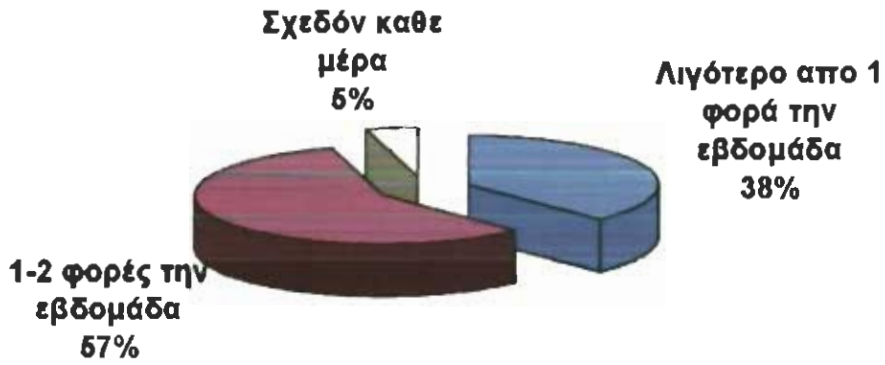
**Σχήμα 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανάλωση κρασιού.**



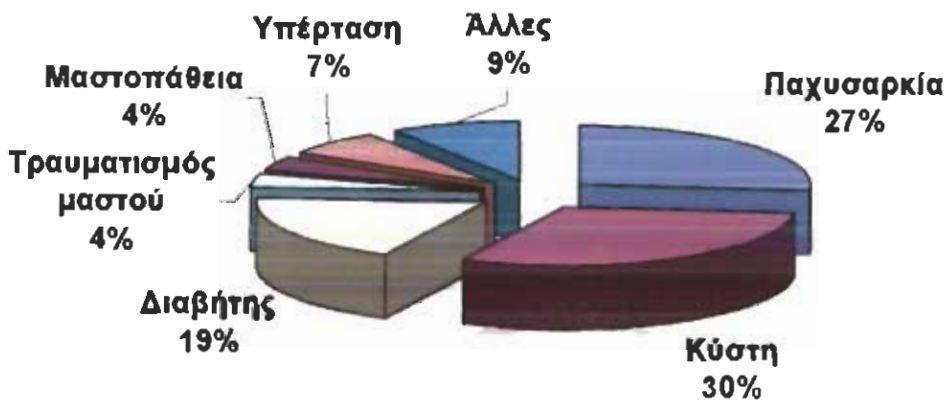
**Σχήμα 38: κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανάλωση άλλων αλκοολούχων ποτών.**



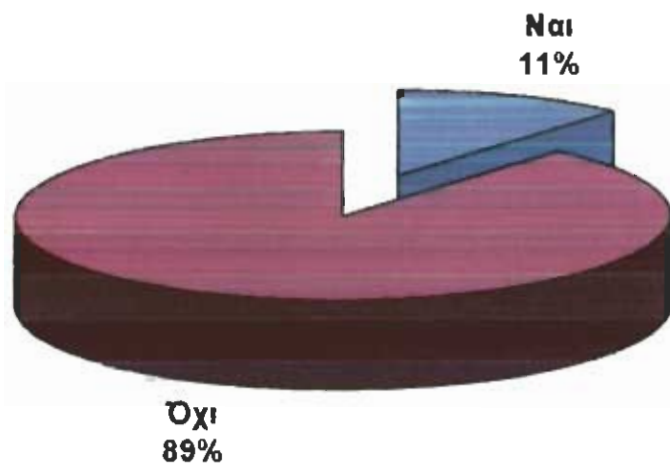
**Σχήμα 39: Κατανάλωση δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης.**



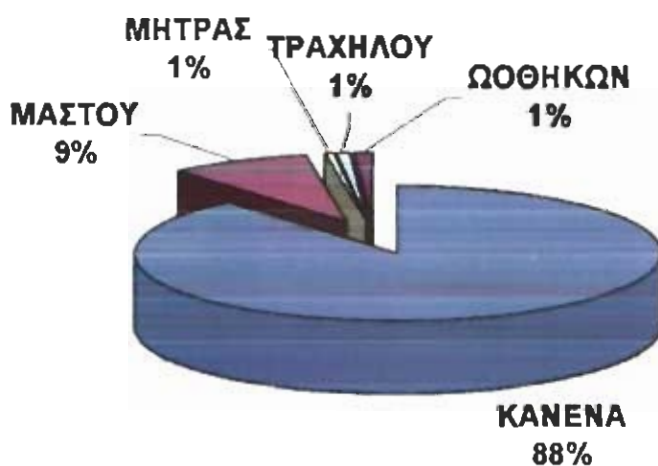
**Σχήμα 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις σημαντικές ασθένειες που έχουν περάσει.**



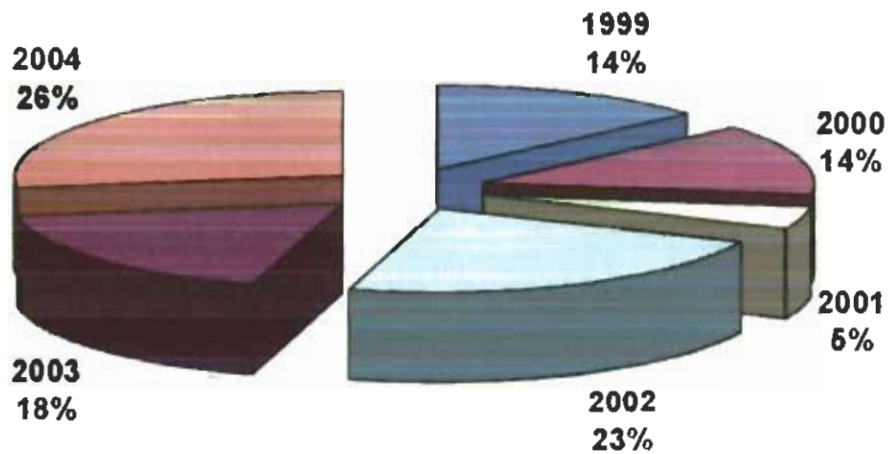
**Σχήμα 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση καρκίνου στις ερωτηθείσες.**



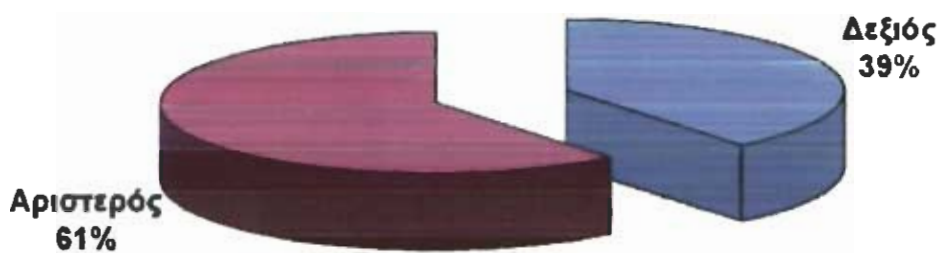
**Σχήμα 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος καρκίνου που εμφάνισαν.**



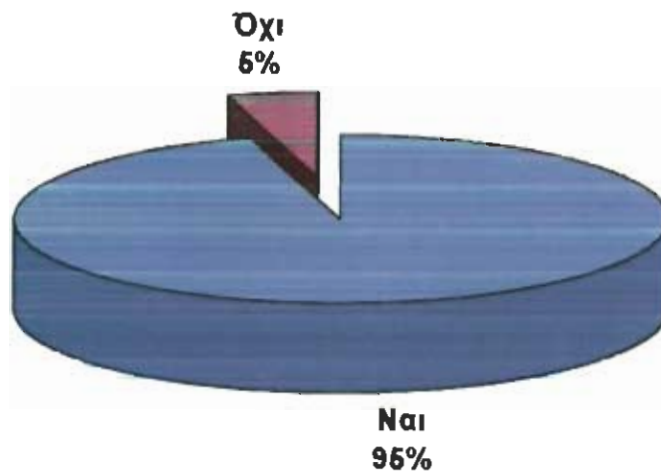
**Σχήμα 43: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το έτος διάγνωσης του καρκίνου.**



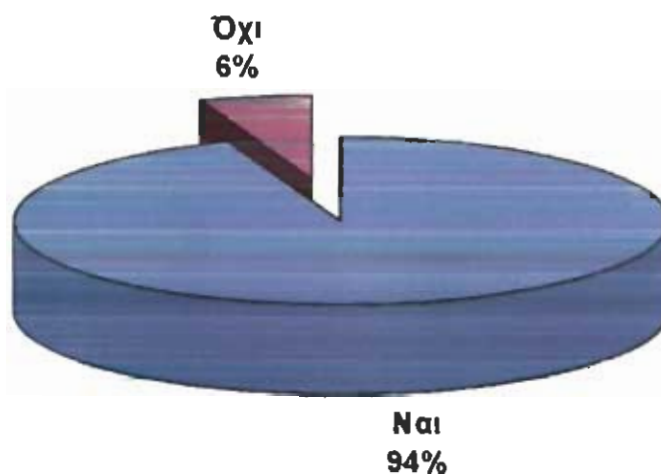
**Σχήμα 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον μαστό που προσεβλήθη.**



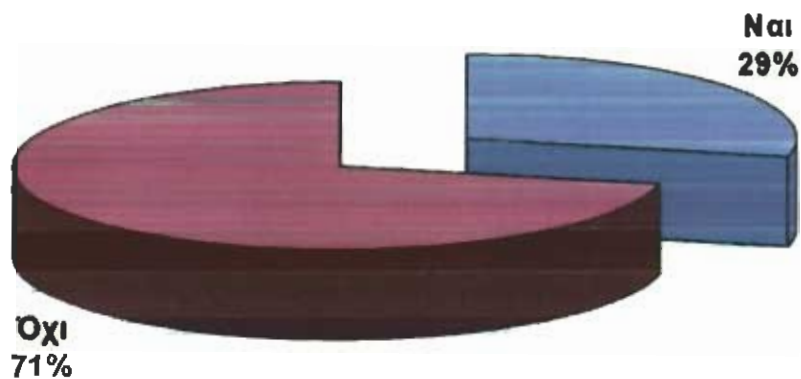
**Σχήμα 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη διενέργεια βιοψίας.**



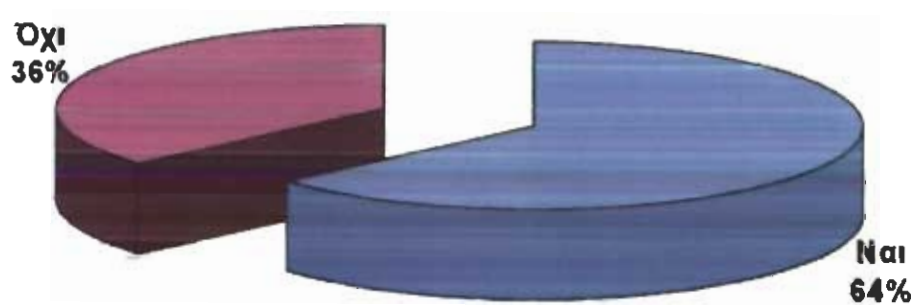
**Σχήμα 46: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την γνώση τους για μεθόδους πρόληψης.**



**Σχήμα 47: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την γνώση για την διενέργεια κλινικής εξέτασης.**

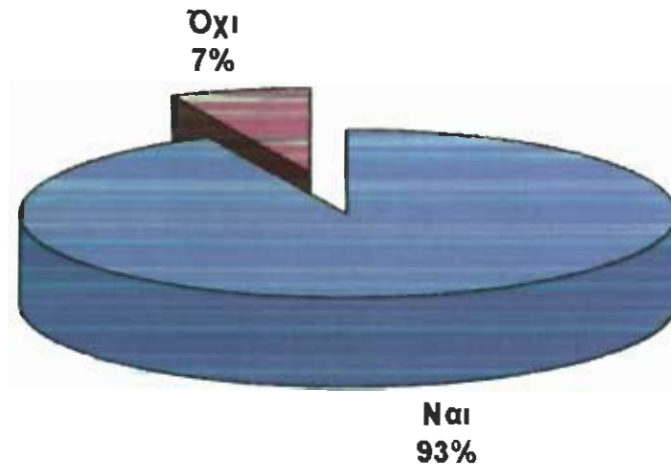


**Σχήμα 48: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την γνώση για την αυτοεξέταση μαστού.**

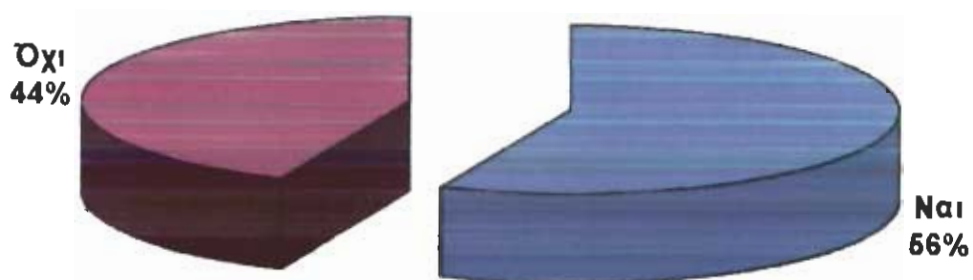




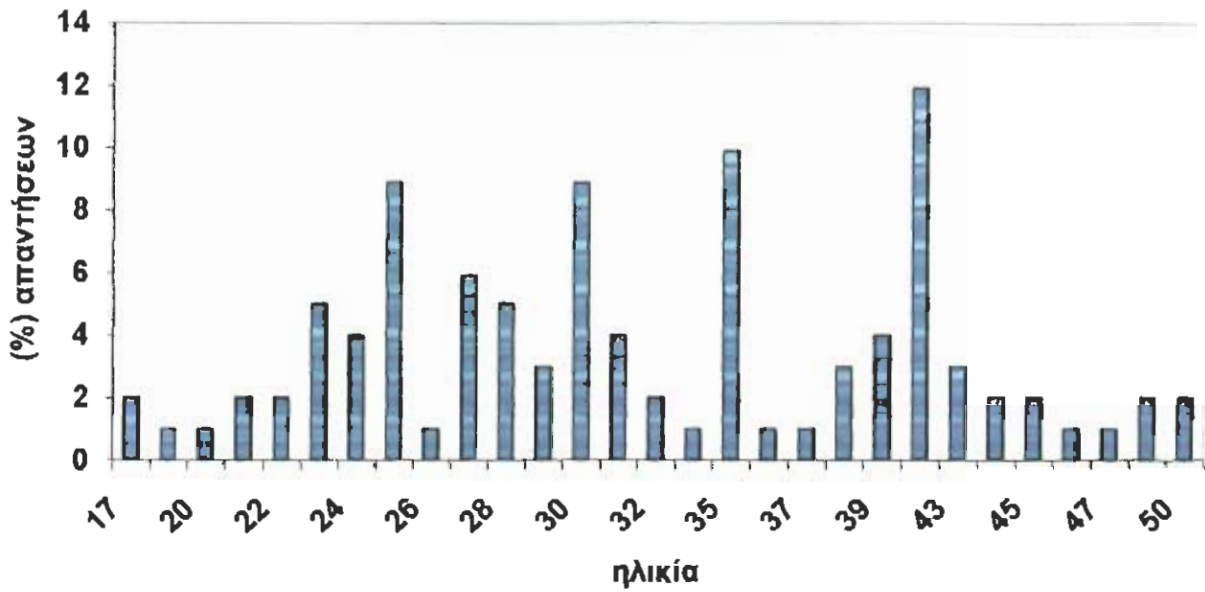
**Σχήμα 49: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη γνώση για την διενέργεια μαστογραφίας.**



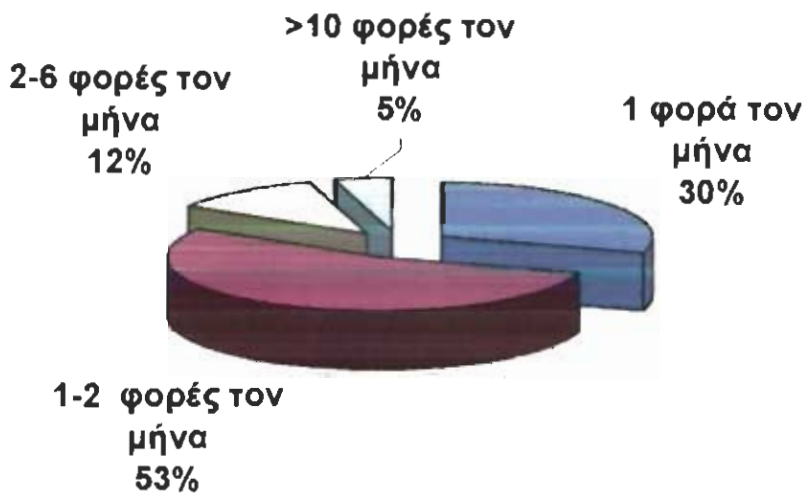
**Σχήμα 50: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διενέργεια αυτοεξέτασης μαστού.**



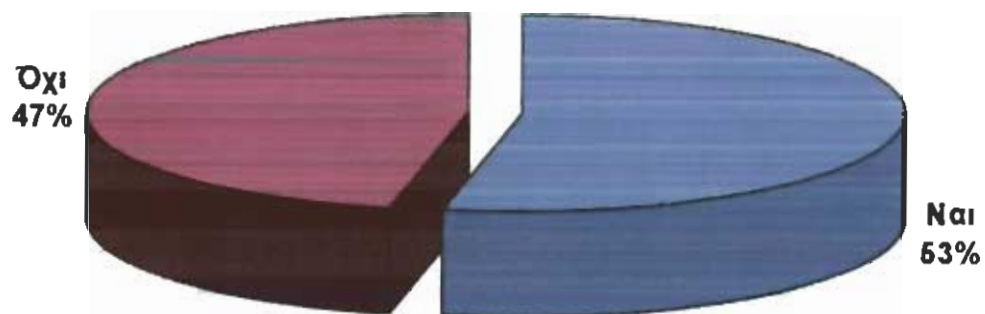
**Σχήμα 51: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την έναρξη ηλικίας αυτοεξέτασης.**



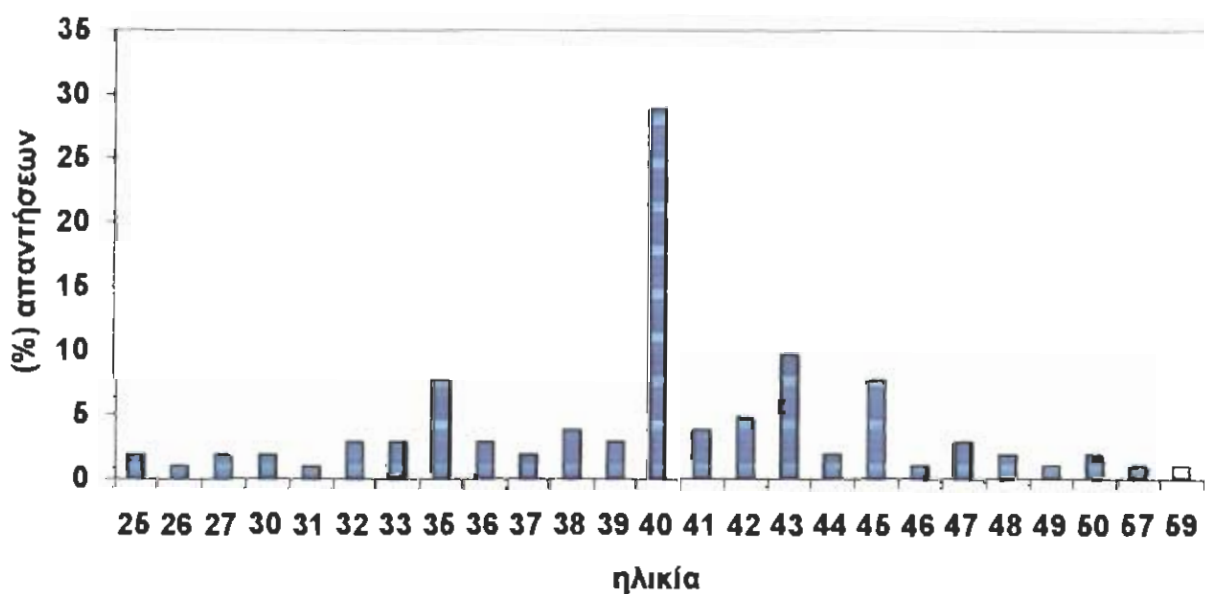
**Σχήμα 52: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα αυτοεξέτασης.**



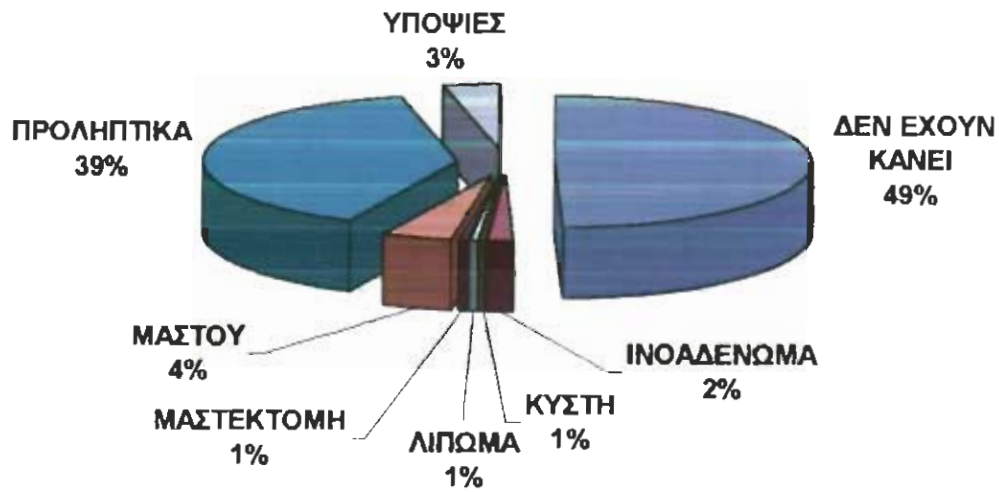
**Σχήμα 53: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν κάνει μαστογραφία.**



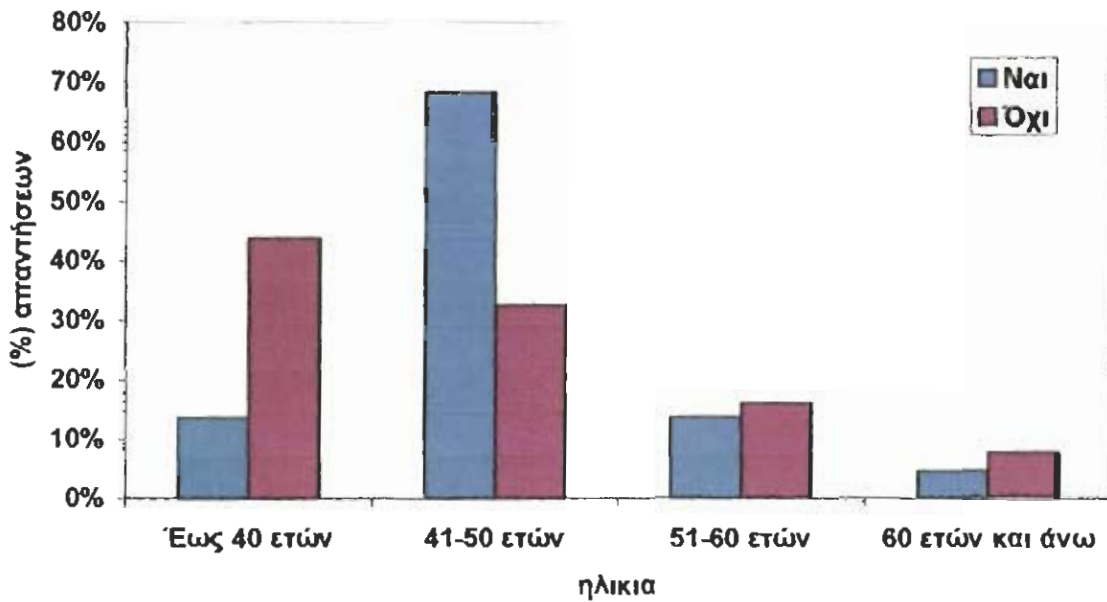
**Σχήμα 54: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία πρώτης μαστογραφίας.**



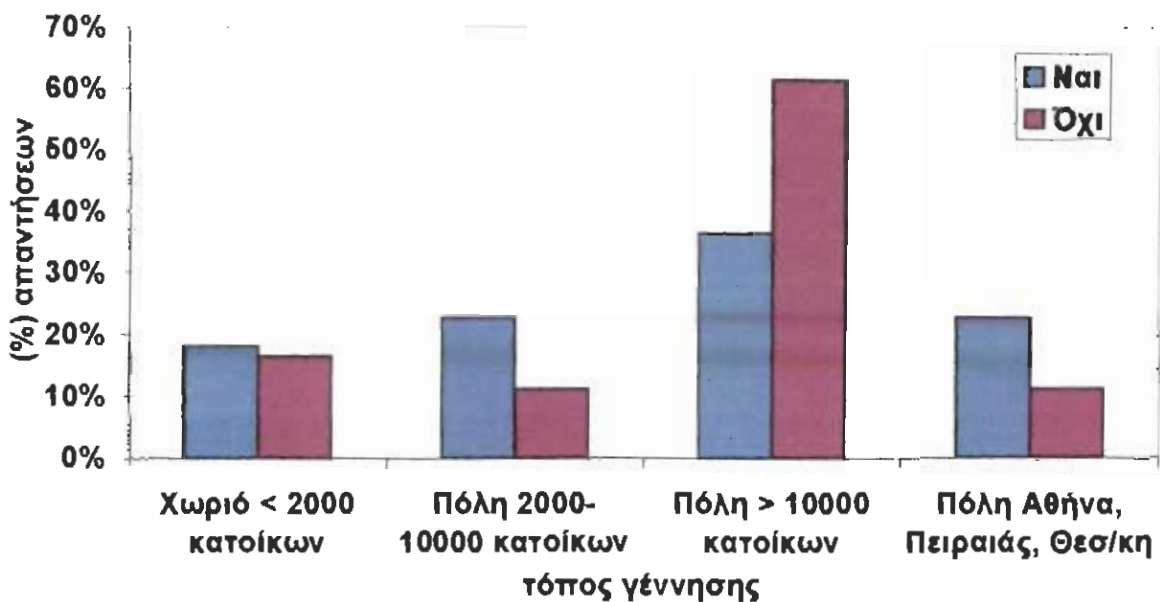
**Σχήμα 56: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αίτια διενέργειας μαστογραφίας.**



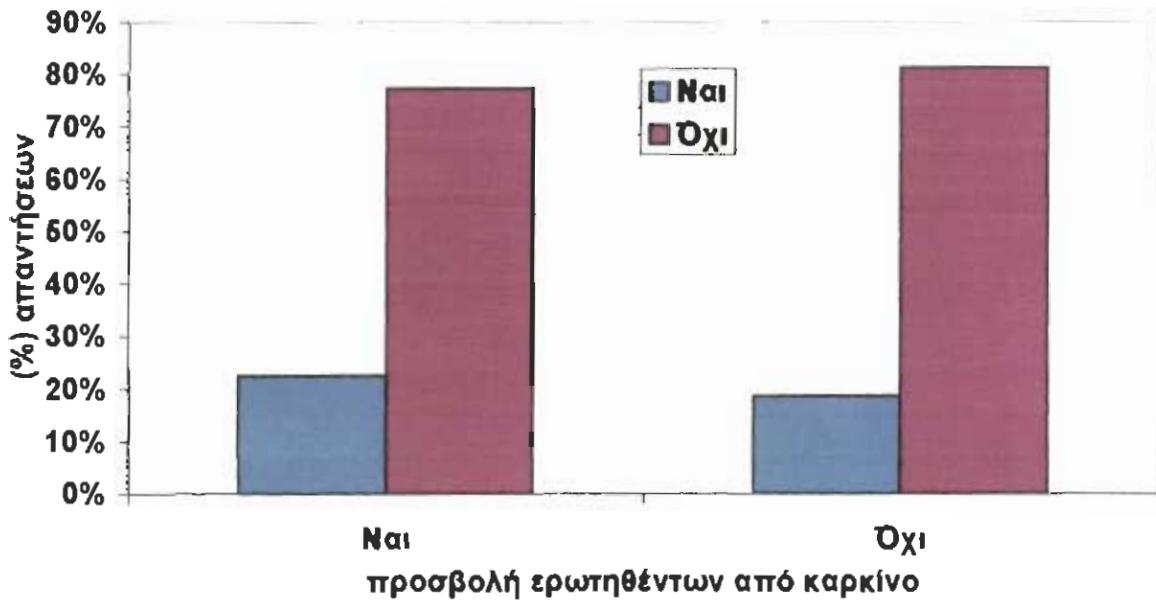
Σχήμα 56: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και εάν πέρασαν καρκίνο.



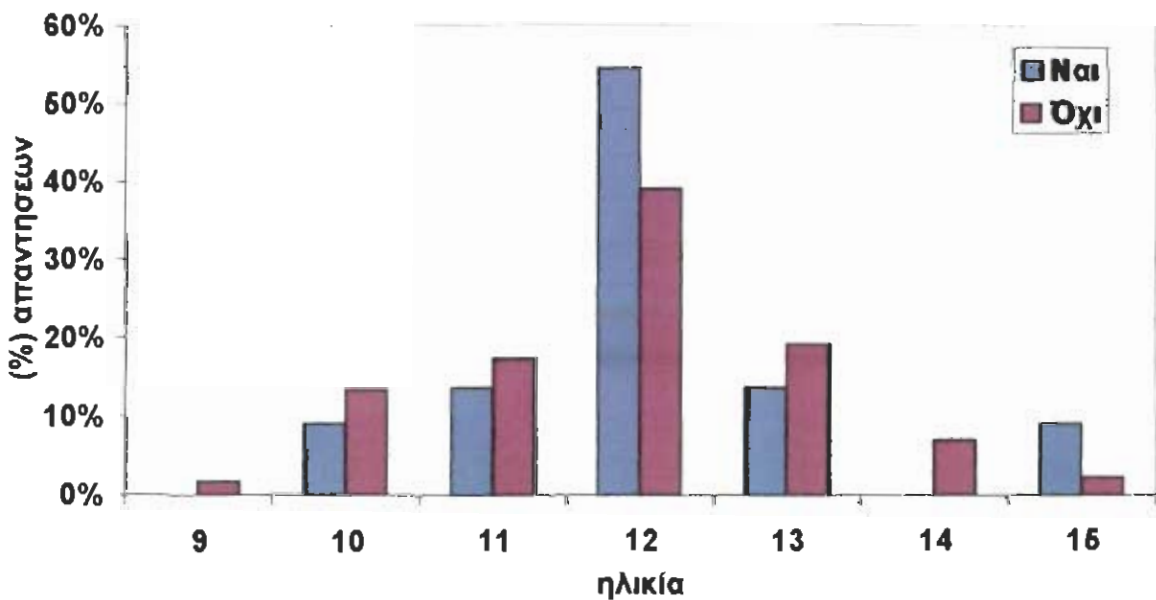
Πίνακας 57: Κατανομή του δείγματος αναλογα με τον τόπο γέννησης και εάν πέρασαν καρκίνο.



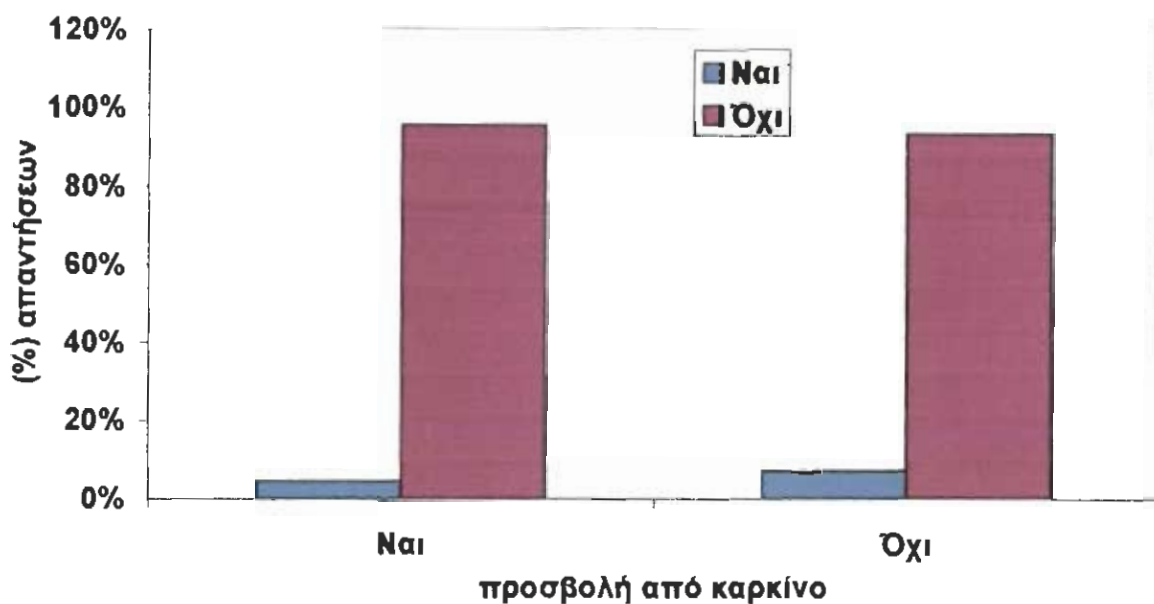
Σχήμα 58: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν υπάρχει κάποιος στην οικογένεια με καρκίνο και εάν πέρασαν καρκίνο.



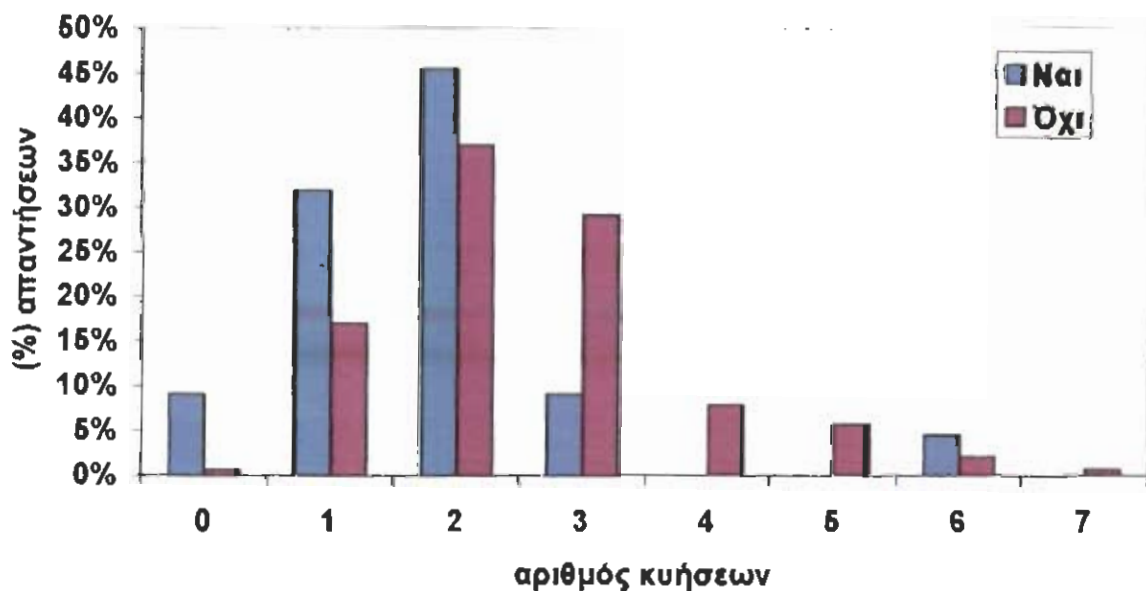
Σχήμα 59: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία πρώτης περιόδου και αν πέρασαν καρκίνο.



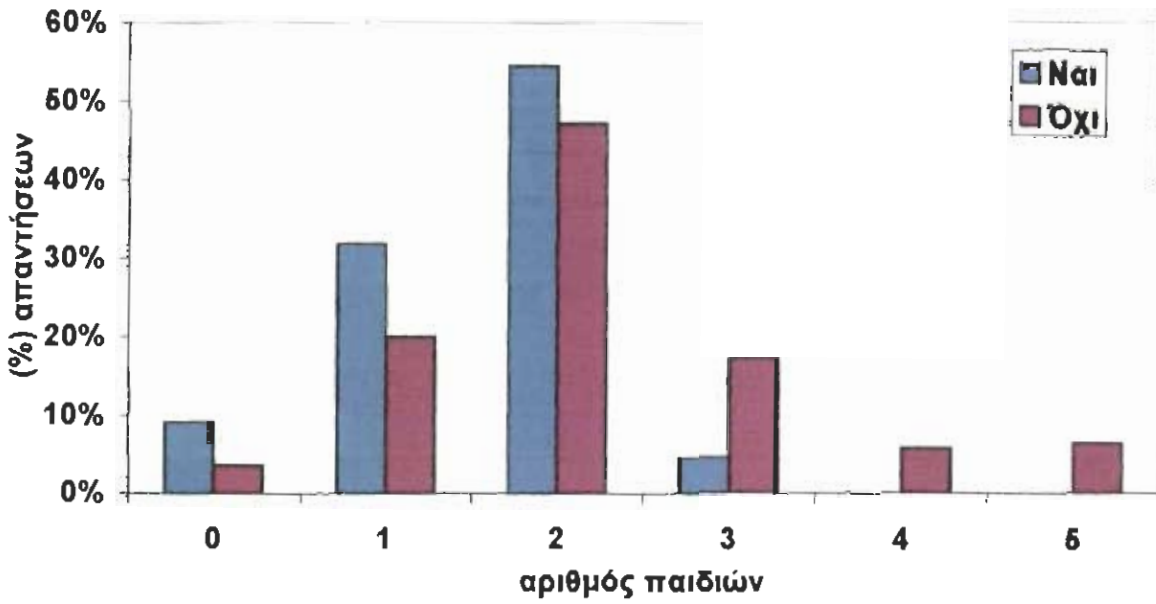
Σχήμα 60: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση αντισυλληπτικών και εάν πέρασαν καρκίνο.



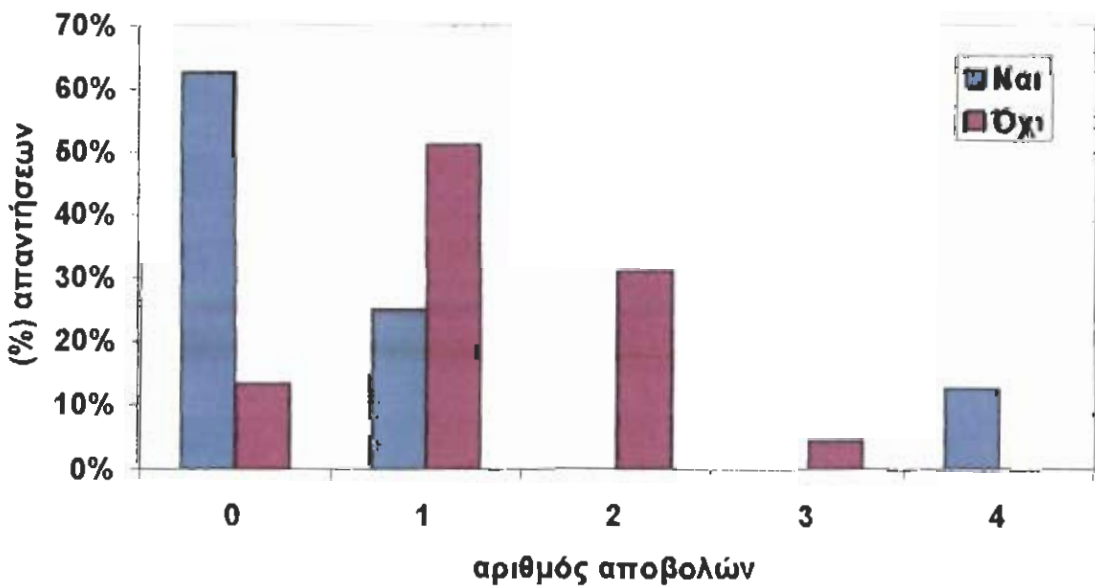
Σχήμα 61: κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις εγκυμοσύνες και εάν πέρασαν καρκίνο.



**Σχήμα 62: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό παιδιών και εάν πέρασαν καρκίνο.**

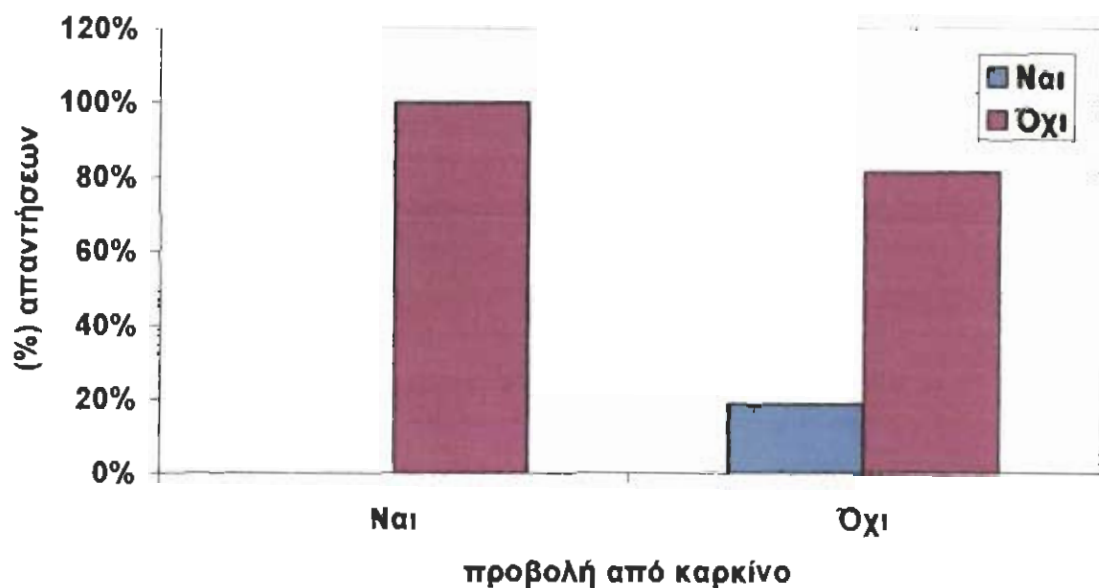


**Σχήμα 63: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό αυτόματων αποβολών και εάν έχουν προσβληθεί από καρκίνο.**

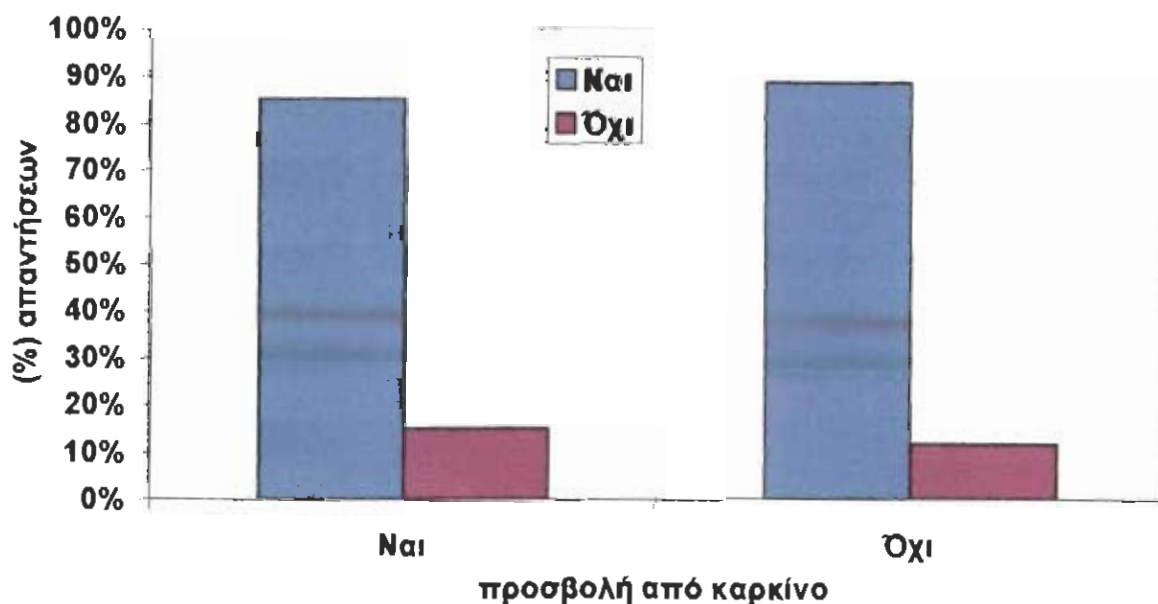




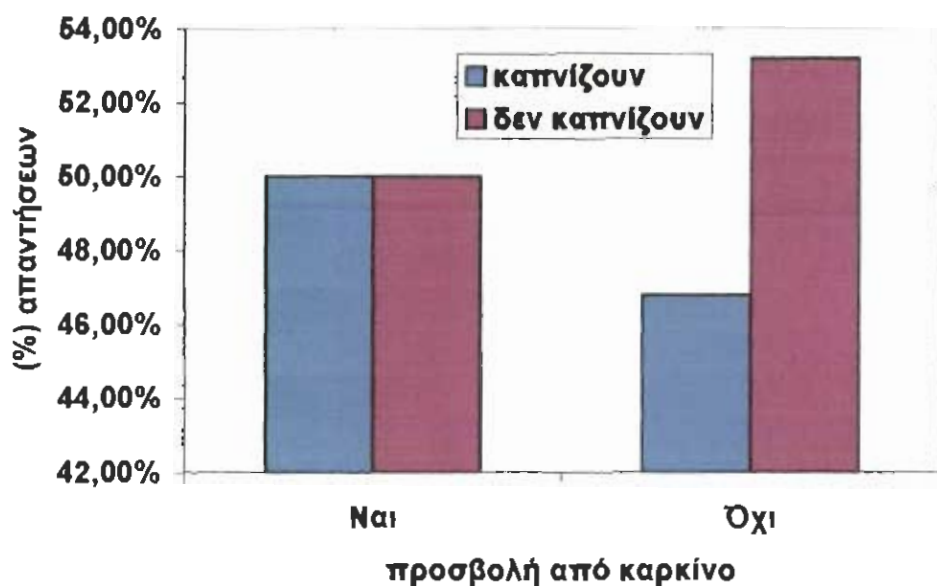
Σχήμα 64: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις εκτρώσεις και εάν πέρασαν καρκίνο.



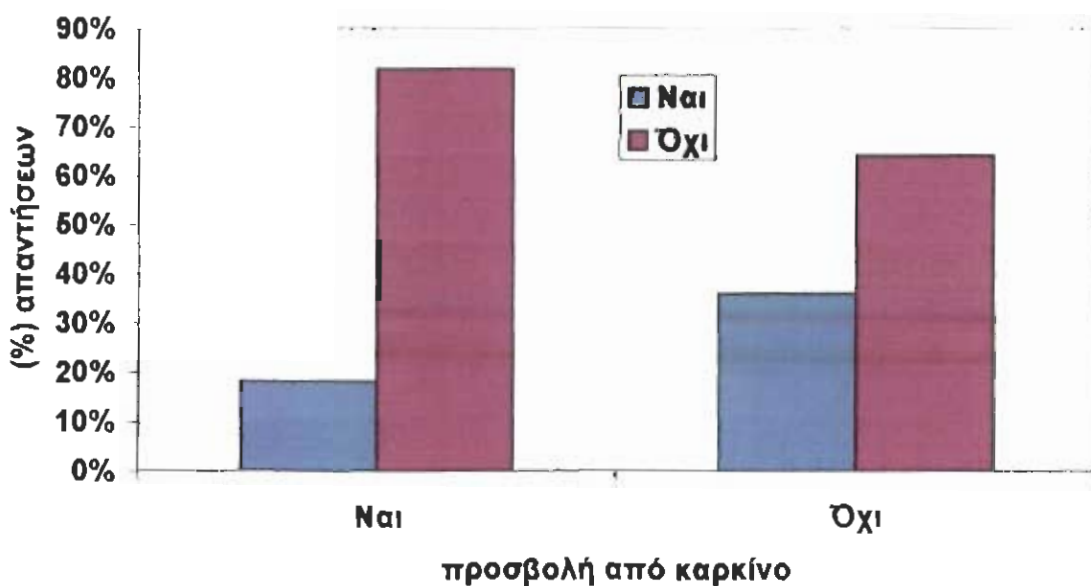
Σχήμα 65: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν θήλασαν τα παιδιά τους και αν πέρασαν καρκίνο.



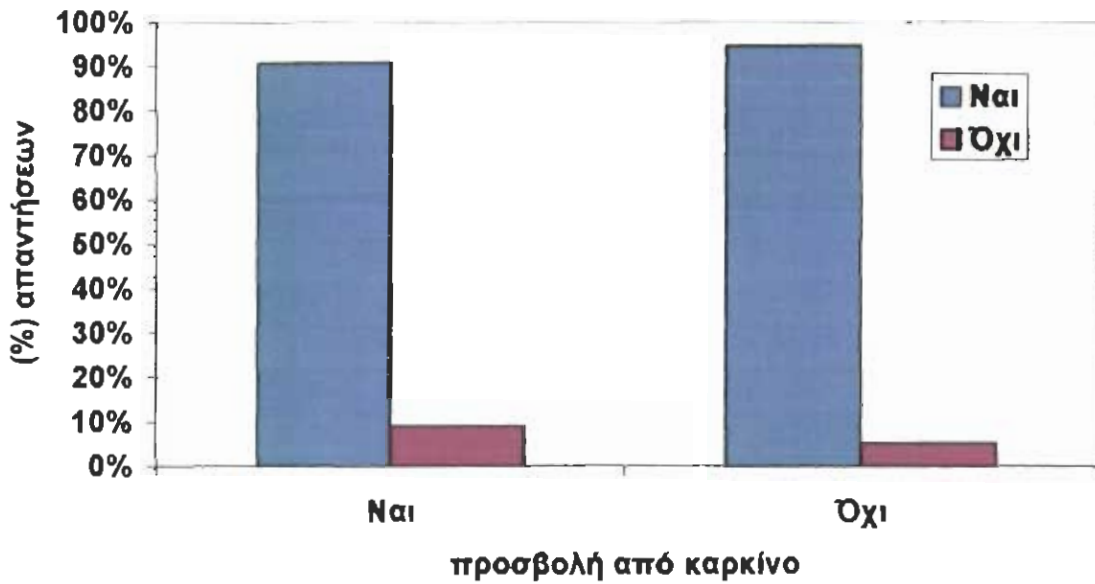
Σχήμα 66: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καπνίζουν και εάν πέρασαν καρκίνο



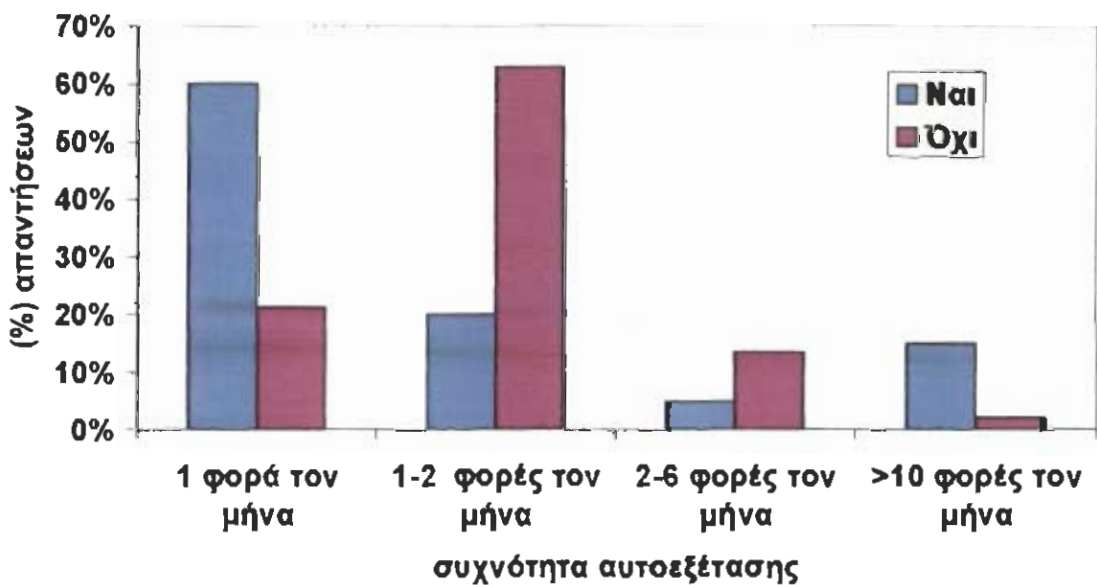
Σχήμα 67: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ και εάν πέρασαν καρκίνο.



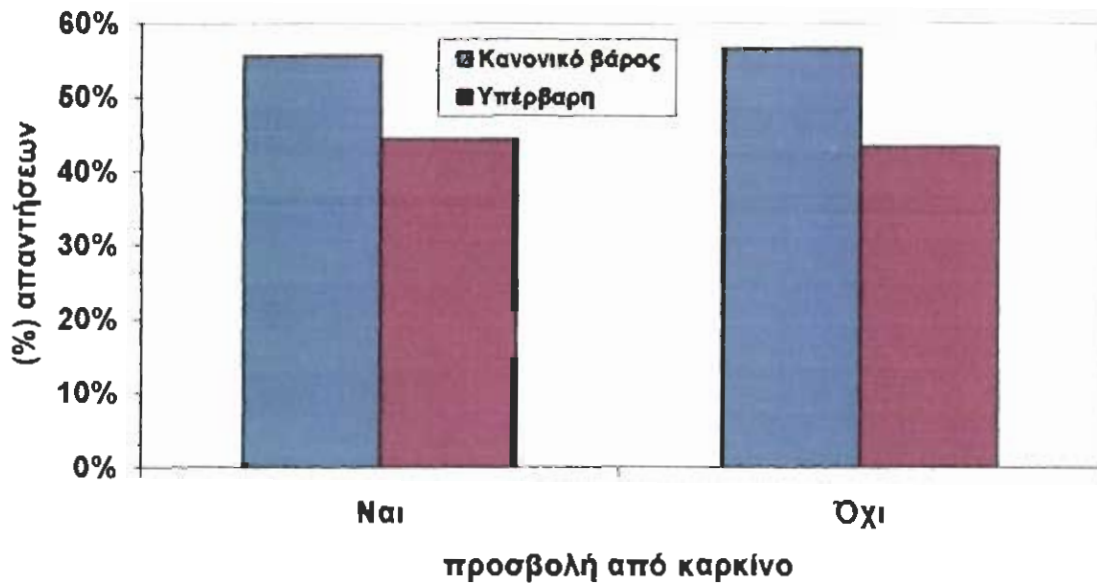
Σχήμα 68: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη γνώση μεθόδων πρόληψης καρκίνου μαστού και εάν πέρασαν καρκίνο.



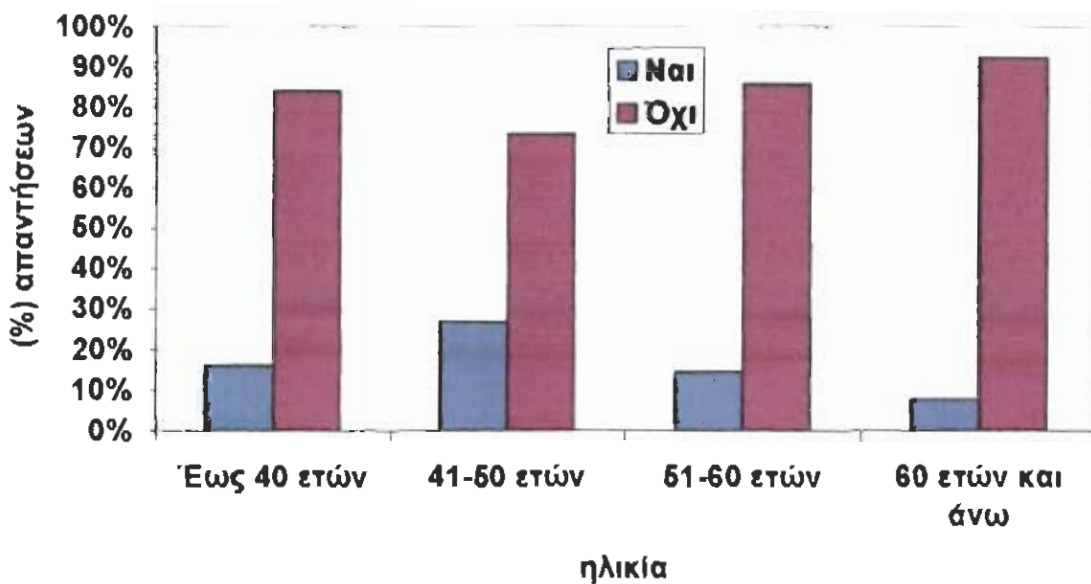
Σχήμα 69: κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα αυτοεξέτασης και εάν πέρασαν καρκίνο.



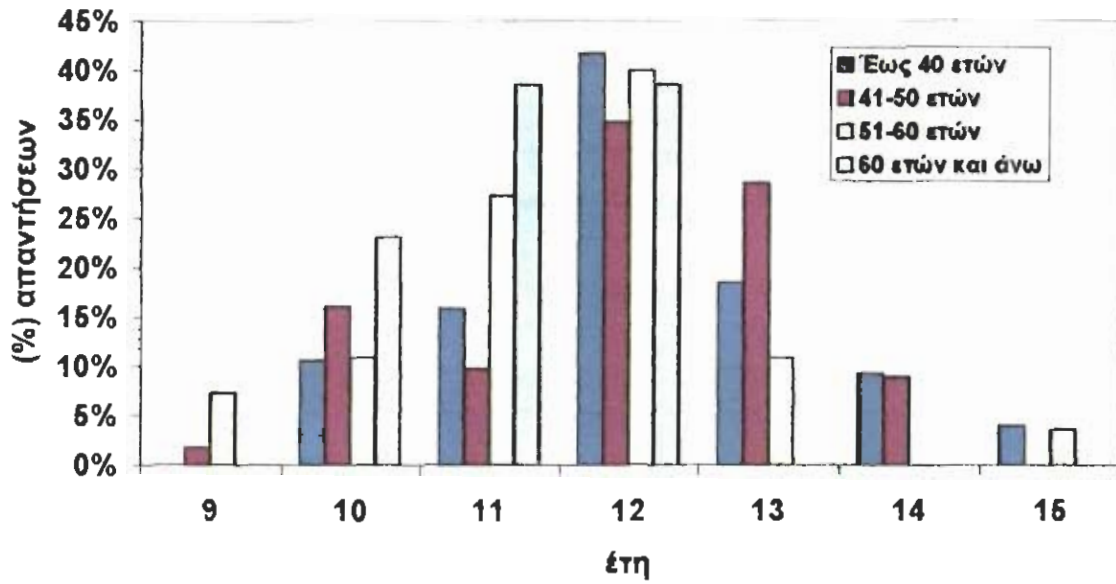
Σχήμα 70: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το σωματομετρικό δείκτη και εάν πέρασαν καρκίνο.



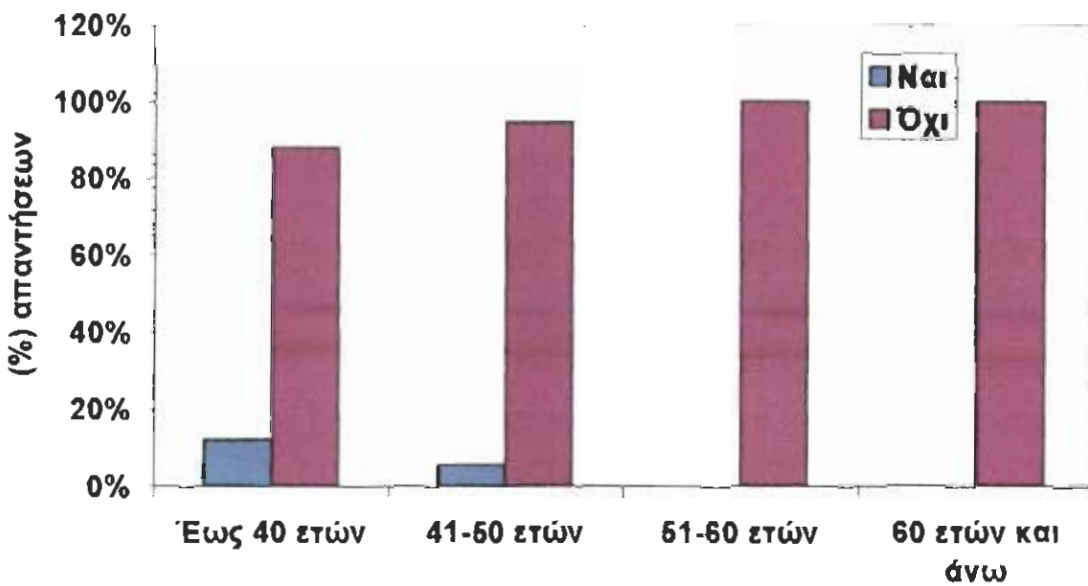
Σχήμα 71: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την ύπαρξη συγγενούς με καρκίνο.



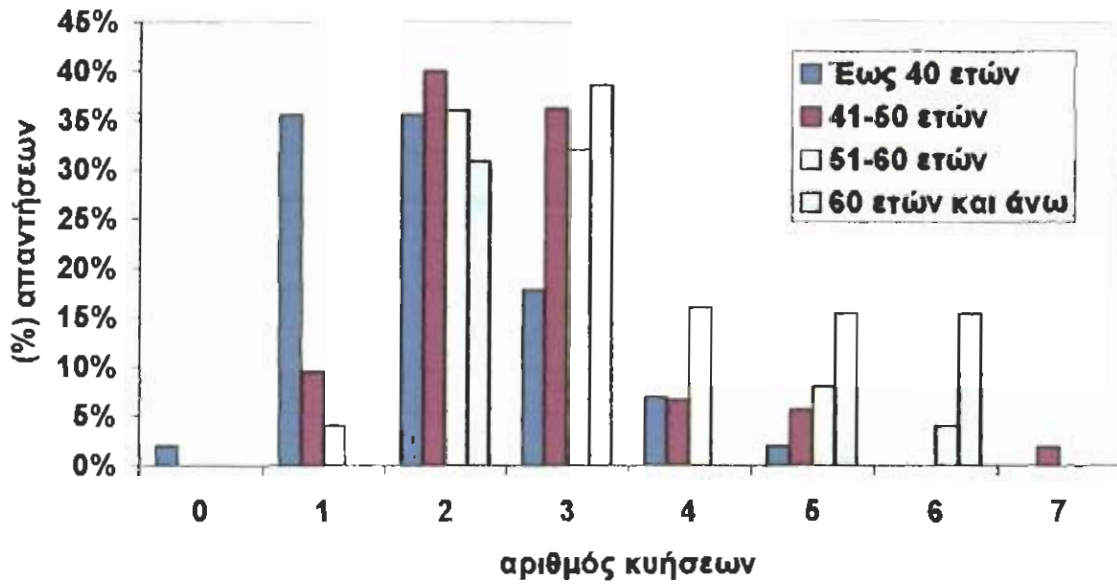
**Σχήμα 72: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την ηλικία πρώτης περιόδου.**



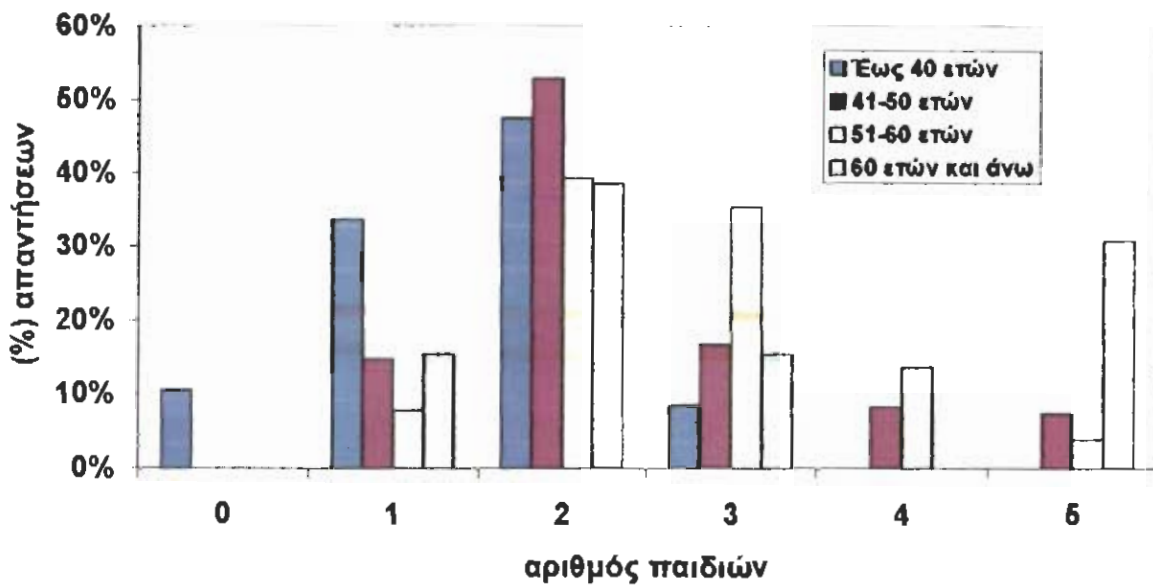
**Σχήμα 73: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη χρήση αντισυλληπτικών και την ηλικιακή ομάδα.**



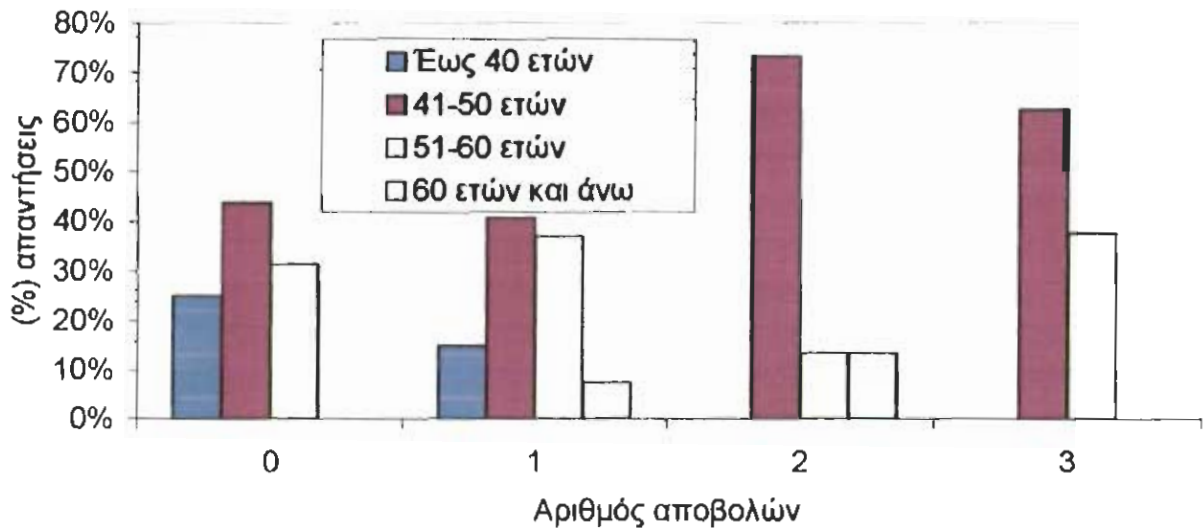
**Σχήμα 74: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό κυήσεων και την ηλικιακή ομάδα**



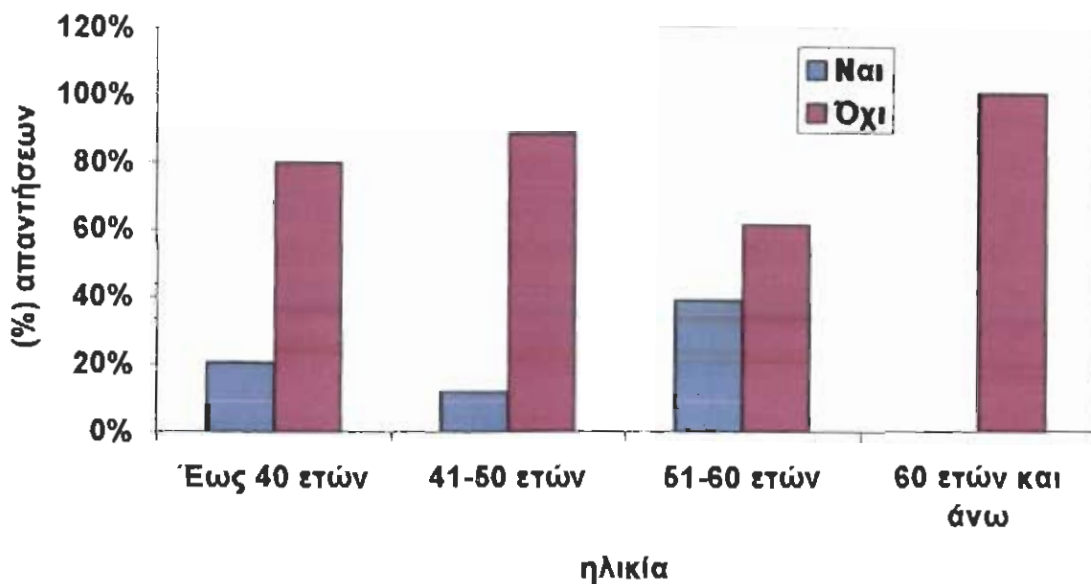
**Σχήμα 75: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό παιδιών και την ηλικιακή ομάδα.**



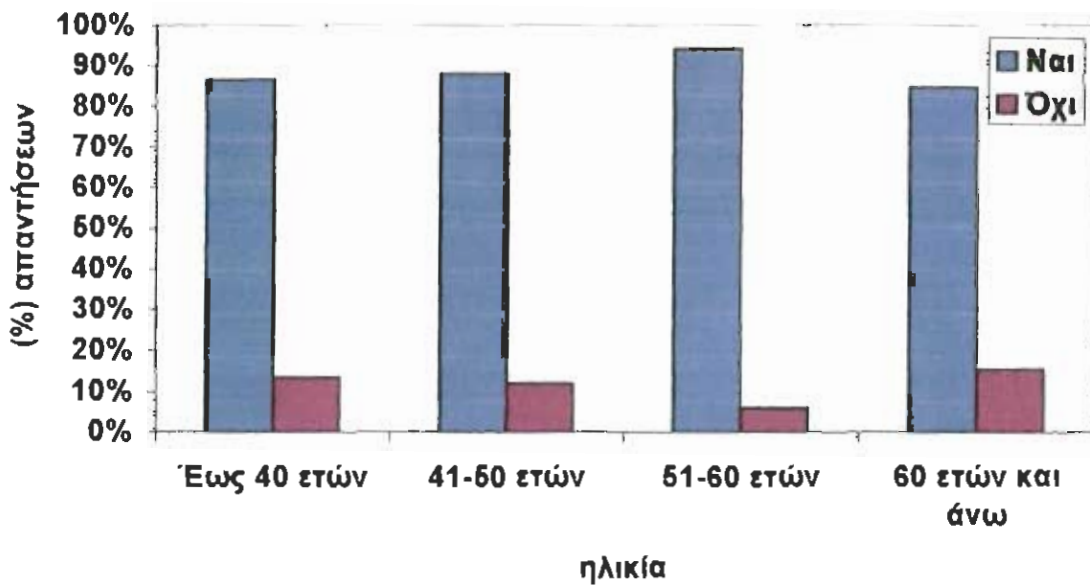
**Σχήμα 76: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό αυτόματων αποβολών και την ηλικιακή ομάδα.**



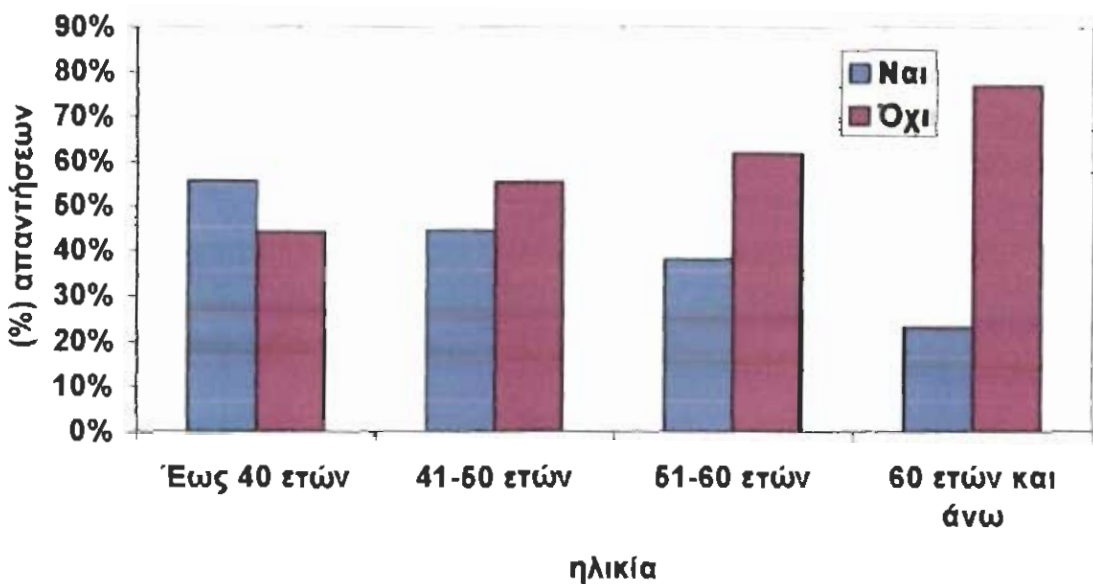
**Σχήμα 77: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν κάνει εκτρώσεις και την ηλικιακή ομάδα.**



Σχήμα 78: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θήλασαν τα παιδιά τους και την ηλικιακή ομάδα.

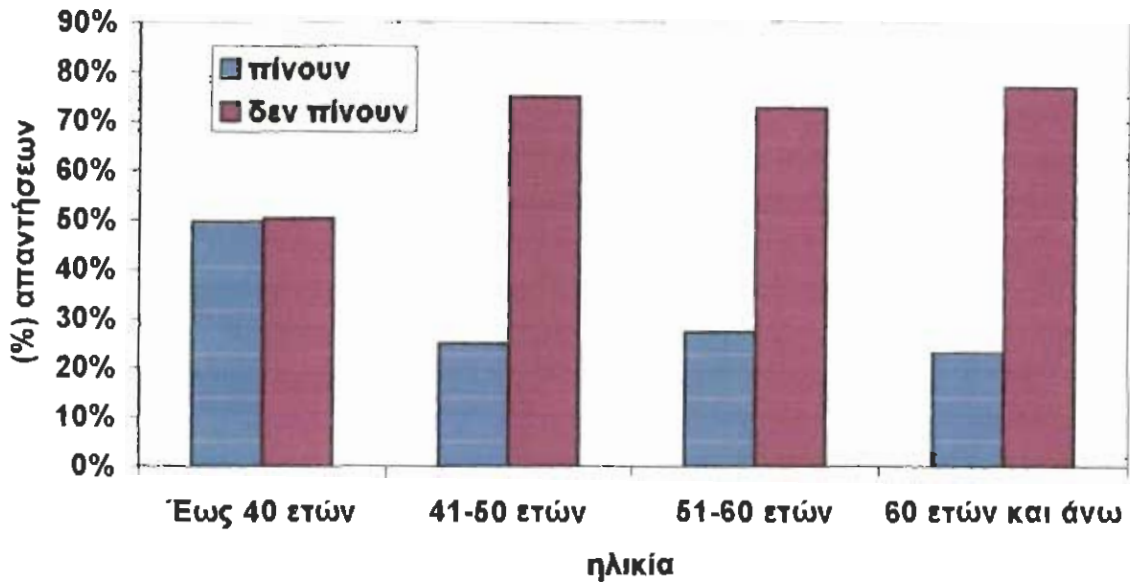


Σχήμα 79: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν καπνίζουν και την ηλικιακή ομάδα.

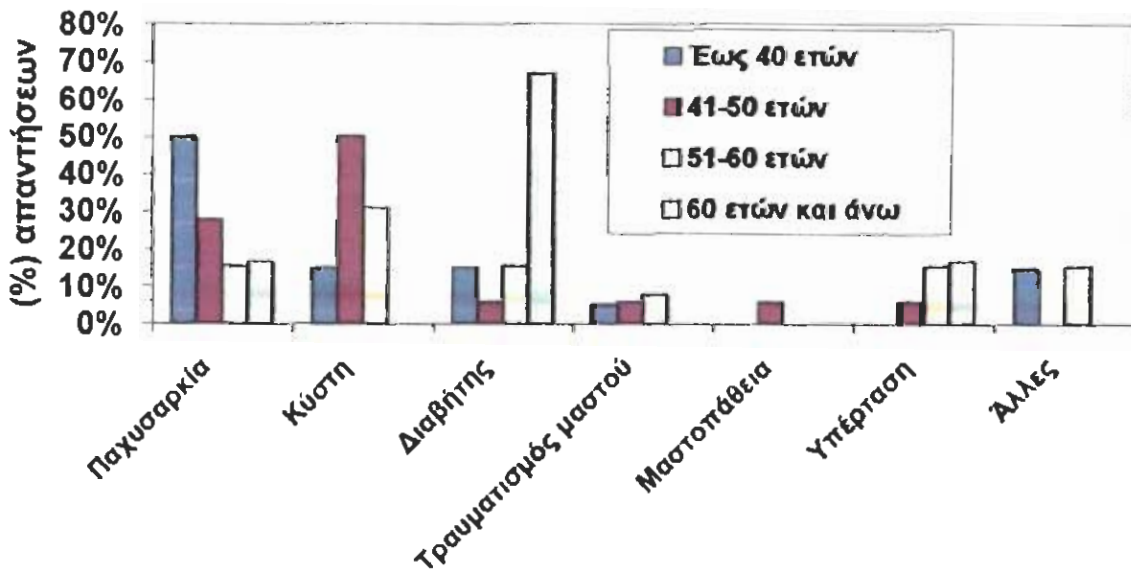




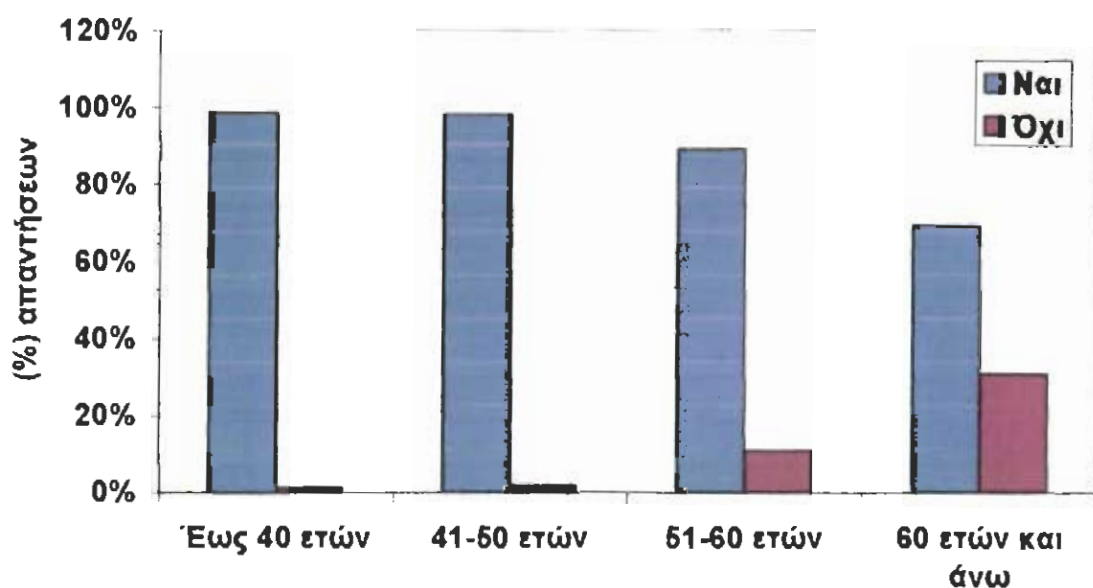
Σχήμα 80: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ και την ηλικιακή ομάδα.



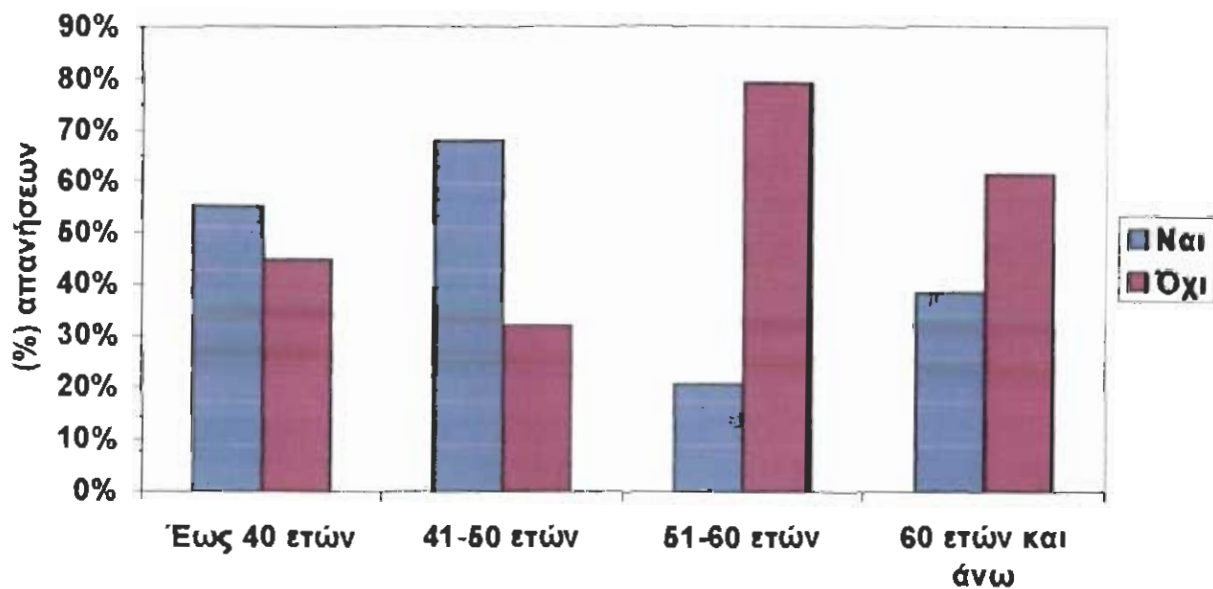
Σχήμα 81: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα προβλήματα υγείας και την ηλικιακή ομάδα.



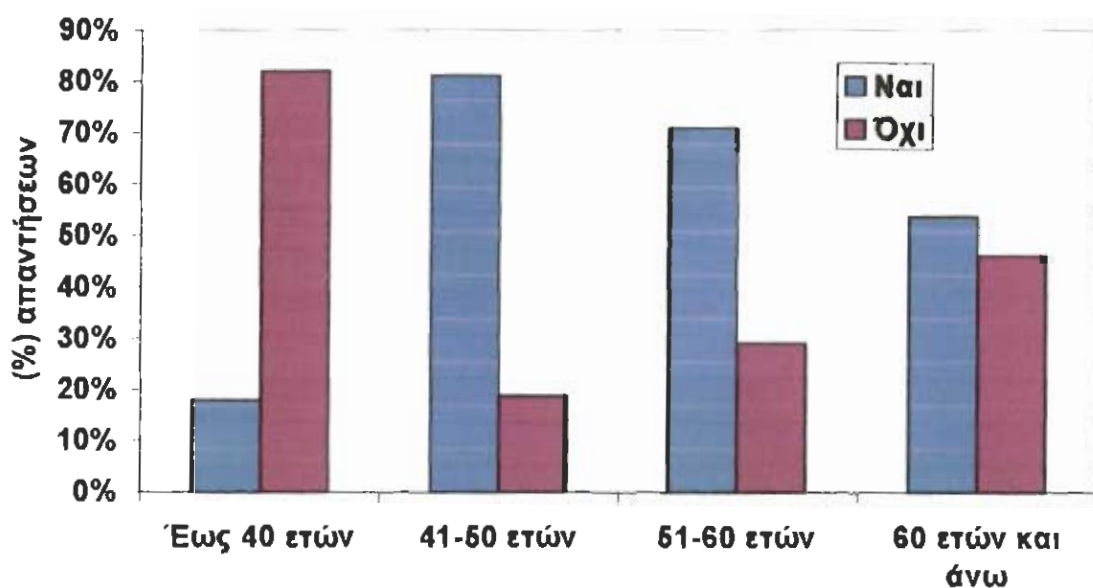
Σχήμα 82: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την γνώση για μεθόδους πρόληψης καρκίνου μαστού και ηλικιακή ομάδα.



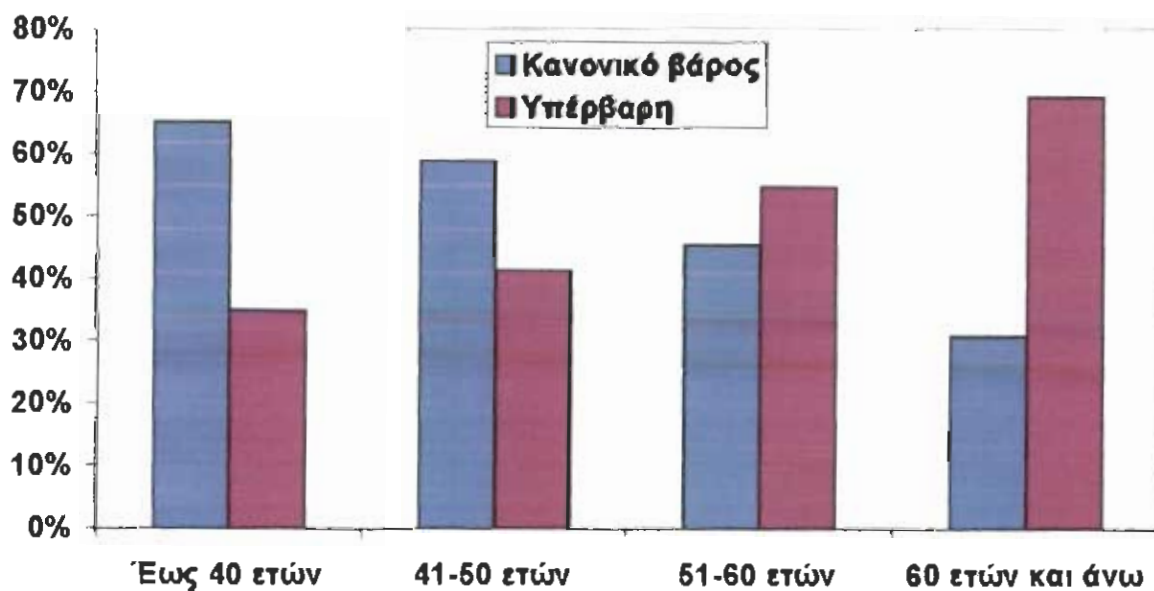
Σχήμα 83: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν αυτοεξετάζονται και την ηλικιακή ομάδα.



Σχήμα 84: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν κάνει μαστογραφία και την ηλικιακή ομάδα.



Σχήμα 85: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το BMI και την ηλικιακή ομάδα.



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Από το δείγμα των 400 ερωτηθέντων σε σχέση με το έτος γέννησης οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν 40 έως 50 ετών (πίνακας 56).
2. Από το δείγμα μας σε σχέση με τον τόπο γέννησης το μεγαλύτερο ποσοστό όσων πέρασαν καρκίνο γεννήθηκαν σε μεγάλες πόλεις (πίνακας 57)
3. Από την έρευνά μας σε σχέση με το αν κάποιο συγγενικό πρόσωπο πάσχει από καρκίνο βρέθηκε το 22,7%. Είναι γνωστό ότι το οικογενειακό ιστορικό είναι επιβαρυντικός παράγοντας.
4. Σε σχέση με τα αντισυλληπτικά οι περισσότερες γυναίκες δεν είχαν πάρει. Πότε δεν καταγράφεται διαφορά ανάμεσα στα δύο θέματα αντισυλληπτικά και καρκίνος (Πίνακας 60).
5. Στο δείγμα μας οι περισσότερες γυναίκες είχαν παιδιά. Στην παρούσα έρευνα δεν προκύπτει ισχυρός συσχετισμός η μη απόκτηση παιδιού με τον καρκίνο του μαστού (Πίνακας 61)
6. Από την έρευνά μας σε σχέση με τον αριθμό των αυτόματων αποβολών οι διαφορές βρίσκονται στο ότι είναι περισσότερες οι γυναίκες χωρίς καρκίνο οι οποίες δηλώνουν κάποιες αποβολές (πίνακας 63)
7. Από το δείγμα των 324 ερωτηθέντων στην ερώτηση εάν έχουν κάνει εκτρώσεις και εάν περάσουν καρκίνο υπάρχει διαφορά. Η στατιστική διαφορά βρίσκεται στο ότι οι γυναίκες με καρκίνο δεν δηλώνουν εκτρώσεις (πίνακας 64).
8. Από το δείγμα 314 ερωτηθέντων σε περισσότερες γυναίκες έχουν θηλάσει τα παιδιά τους (πίνακας 65). Από την παρούσα έρευνα ο θηλασμός δεν σχετίζεται με την προσβολή του μαστού από τον καρκίνο.
9. Από το δείγμα των 384 ερωτηθέντων οι περισσότερες γυναίκες απάντησαν πως δεν καταναλώνουν αλκοόλ ενώ για αυτές που καταναλώνουν αλκοόλ η ποσότητα είναι μικρή. Από την παρούσα έρευνα δεν φαίνεται να σχετίζεται αλκοόλ και καρκίνος μαστού (πίνακας 67).
10. Από το δείγμα μας σε σχέση με το εάν κάνουν αυτοεξέταση μαστού και εάν περάσουν καρκίνο γενικά φαίνεται ότι οι γυναίκες χωρίς καρκίνο αυτοεξετάζονται πιο συχνά από τις γυναίκες με καρκίνο. Επομένως βλέπουμε ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών πως ενώ θα μπορούσε να είναι πιο ευαισθητοποιημένο λόγω ιστορικού ωστόσο δεν πραγματοποιεί αυτοεξέταση (πίνακας 69).

11. Από το δείγμα μας σε σχέση με το σωματομετρικό δείκτη (BMI) και αν πέρασαν καρκίνο δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις γυναίκες με κανικό βάρος και στις υπέρβαρες. Στις 324 ερωτηθέντες το 56,5% είχαν κανονικό βάρος και 43,5% ήταν υπέρβαρες. Από το 56,5% τα 55,6% πέρασε καρκίνο ενώ το 56,6% όχι. Από 43,5% το 44,4% πέρασε καρκίνο ενώ το 43,4% όχι (Πίνακας 70).
12. Από την έρευνά μας σε σχέση με ποιες σημαντικές ασθένειες πέρασαν και την ηλικιακή ομάδα παρατηρούμε διαφορετική κατανομή των ασθενειών ανάμεσα στις διάφορες ηλικίες. Η παχυσαρκία εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό τις νεότερες (έως 40 ετών) 50%. Η κύστη εμφανίζεται σε ηλικίες 41-50 ετών σε ποσοστό 50%. Ενώ ο διαβήτης σε ηλικία 60 ετών και άνω σε ποσοστό 66,7% (πίνακας 81).
13. Από την έρευνά μας εάν γνωρίζουν μεθόδους πρόληψης καρκίνου μαστού υπάρχουν διαφορές στις ηλικιακές ομάδες. Στις ομάδες 51-60 ετών και 60 ετών και άνω φαίνεται καθαρά ότι οι γυναίκες μετά την ηλικία των 51 ετών καθυστερούν και δεν κάνουν αυτοεξέταση σε σχέση με τις ηλικίες 41-50 ετών (πίνακας 82, 83). Ωστόσο υπάρχει ένα ποσοστό 36% το οποίο δεν γνωρίζει για την αυτοεξέταση του μαστού. Στην έρευνά μας διαπιστώθηκε ότι οι ηλικίες 41-60 φαίνεται πως έχουν κάνει σε μεγαλύτερο ποσοστό μαστογραφία (81,1%) σε σχέση με τις άλλες ομάδες.

Ανακεφαλαιώνοντας τη συζήτησή μας επιθυμούμε να επικεντρώσουμε τα εξής: ένα μεγάλο μέρος γυναικών δεν είναι ενημερωμένο σε θέματα που αφορούν το μαστό. Οι περισσότερες ερωτηθέντες γυναίκες θεωρούν το γιατρό ως αξιόπιστο πρόσωπο για την ενημέρωσή τους. Ο νοσηλευτής βρίσκεται πολύ χαμηλά στις προτιμήσεις τους.

# ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αγνοούμε σήμερα πολλά και βασικά στη βιολογία του καρκίνου. Εξακολουθούμε να είμαστε θεατές και μάλιστα των τελευταίων κρίκων της αλυσίδας, θεατές τις περισσότερες φορές στις τελευταίες σκηνές της τραγωδίας, όταν τα καρκινικά κύτταρα έχουν ήδη πολλαπλασιαστεί σε μερικά εκατομμύρια και τότε συνήθως μπορούμε να διαγνώσουμε και να ξεκινήσουμε τη θεραπεία. Παρόλο που η έρευνα προσεγγίζει πλέον τις μικροδομές που αρχικά αλλοιώνονται και πιθανόν αποτελούν το ξεκίνημα της μετάλλαξης ενός φυσιολογικού κυττάρου, ο καρκίνος εξακολουθεί να σκοτώνει καθημερινά χιλιάδες άτομα. Έτσι, σαν μια αρρώστια που συνήθως τελικά οδηγεί στο θάνατο και μάλιστα όχι σπάνια μετά από μια δύσκολη και σκληρή νοσηρότητα ο καρκίνος απειλεί και τρομοκρατεί σήμερα την ανθρωπότητα σε ασύγκριτα μεγαλύτερο βαθμό από τις άλλες δύο πολυάνθρωπες αιτίες θανάτου, τα καρδιοαγγειακά νοσήματα και τα ατυχήματα δηλαδή.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο υπαριθμόν ένας κίνδυνος που απειλεί και φοβίζει τις γυναίκες σήμερα. Είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες εφόσον βέβαια εξαιρεθούν οι μη θνησιγόνοι καρκίνοι του δέρματος. Στις 4 γυναίκες που θα προσβληθούν από κάποιο καρκίνο η μία θα προσβληθεί από καρκίνο μαστού. Στις 5 γυναίκες που πεθαίνουν από καρκίνο ή μια έπασχε από καρκίνο μαστού. Σήμερα πιστεύεται ότι η παγκόσμια επίπτωση καρκίνου του μαστού είναι περίπου 600.000 γυναίκες κάθε χρόνο, ενώ 400.000 γυναίκες το χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού.

#### **Οι προτάσεις μας συνίσταται στα ακόλουθα:**

Να ξεκινήσουν προγράμματα ενημέρωσης από επίσημους υγειονομικούς φορείς που να σκοπεύουν στη μετάδοση γνώσεων στο γυναικείο πληθυσμό σχετικά με την υγιεινή διατροφή και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμα ενημέρωση σχετικά με τους δυσμενείς παράγοντες για την υγεία, όπως το κάπνισμα, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ότι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία και έχουν σχέση με τον καρκίνο γενικότερα.

Επίσης διδασκαλία του γυναικείου για τη σημασία προληπτικού ελέγχου του μαστού (screening test) τονίζοντας ότι αυτός ο έλεγχος μπορεί να διαπιστώσει και ενδείξεις του καρκίνου του μαστού πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα.

Οι νοσηλευτές, οι οποίοι στο παρελθόν εμορφώνοντο περισσότερο σε σχέση με τη θεραπεία της αρρώστιας αλλά σίγουρα όχι κι ως προς την πρόληψη της ασθένειας.

Από την άλλη πλευρά η κοινότητα θα πρέπει να ενημερωθεί για το ρόλο που μπορούν να αναλάβουν οι νοσηλευτές στον τομέα της πρόληψης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με το να δίνονται από τις υγειονομικές υπηρεσίες ακριβείς πληροφορίες σχετικά με κάθε αλλαγή

που εμφανίζει το Νοσηλευτικό επάγγελμα, στην περίπτωση αυτή ανάληψη ρόλου του νοσηλευτή στον τομέα πρόληψη-ενημέρωση.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

14. ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Σ., Ν. ΠΑΝΟΥΣΟΠΟΥΛΟΣ Γ.Δ. *Ο Καρκίνος του μαστού (Σύγχρονες απόψεις)* Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1998, σελ. 5-35, 67-125
15. ΠΙΝΑΚΙΔΗΣ Μ., ΜΠΟΥΤΗΣ Λ., *Καρκίνος του μαστού*, Έκδοση Α., Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993, σελ. 32 -56.
16. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν. Α., *Γυναικολογία*, Έκδοση Γ., Επιστημονική Έκδοση Παριζιάνος, Αθήνα 1994, σελ. 437-456, 462-480.
17. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν. Α., *Γυναικολογική Μαστολογία*, Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνου, Αθήνα 1995, σελ. 40-97.
18. LIPPERT H., Μετάφραση ΝΙΚΗΦΟΡΟΣ Ν. Δ., *Ανατομική*, Έκδοση Ε, Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος, Αθήνα 1993, σελ. 84-86.
19. STAIN M. *Παθολογία*, Έκδοση 4<sup>η</sup>, Εκδόσεις Παυλίδη, Τόμος 2<sup>ος</sup>, Αθήνα σελ. 246-263.
20. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ «*Φρουρός λεμφαδένας στον καρκίνο του μαστού*», αποφυγή μασχαλαίου λεμφαδενικού καθαρισμού, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1999, σελ. 13-15
21. ΤΣΙΓΚΟΥΡΑΚΟΣ Δ., *Η συμβολή της οικογένειας ως υποστηρικτικού συστήματος του Καρκινοπαθούς από τη σκοπιά του κλινικού ογκολόγου*, «Ελληνική Ογκολογία», 1993, 29:119-131.
22. ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ Ε., ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ Μ., *Θεραπεία του Καρκίνου-Παρενέργειες-Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις*, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1998, σελ. 71-82.
23. ΚΟΝΙΑΡΗ Ε., *Καρκίνος Μαστού-Νοσηλευτική Παρέμβαση*, Ιατρικές εκδοσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σελ. 61-137, 165-259.

24. MED B., θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας, τρίμηνο περιοδικό της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων, τόμος ΣΤ' Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1992, σελ. 36
25. ΚΟΚΚΑΛΗΣ Γ. *Αλήθεια και Αποκατάσταση*, «Μάχη και Ελπίδα», 1990, 30:21-22.
26. ΚΟΝΙΑΡΗ Ε., *Μετεγχειρητική Αποκατάσταση στον Καρκίνο Μαστού-Συμβολή του Νοσηλευτή στην Αποκατάσταση-Εκπαίδευση*, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1998, σελ. 259-261.
27. ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, *Cancer Pain Relief*, Copyright για ελληνική έκδοση ΒΗΤΑ, Ιατρικές εκδόσεις ΕΠΕ, 1993, σελ. 49-55.
28. DOLLINGEV. M. μετάφραση ΜΑΘΑΣ Χ., *Ο Καρκίνος. Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή Αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους*, Έκδοση α, εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα, 1992, σελ. 305-306.
29. ΣΙΔΕΡΗ Ι. *Η συμβολή της Νοσηλευτικής στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του Καρκινοπαθούς*, «Ελληνική Ογκολογία», 1993,29:105-108.
30. ΤΖΩΡΟΚΟΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ Ε., *Χειρουργικές Παθήσεις του Μαστού*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σελ. 240-246.
31. ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ Β. *Ανακοίνωση της Διάγνωσης του Καρκίνου-Μεθοδολογία*, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1998, σελ. 83 -85.
32. ΔΟΣΙΟΣ Θ. *Πόσο πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του*, «Φλόγα», Αθήνα 1986, σελ. 15-37
33. ΚΟΡΔΙΑΛΗΣ Ν. *Πληροφόρηση και Καρκίνος. Η Αλήθεια και η Πραγματικότητα*, «Μάχη και Ελπίδα», 1990, 30:4-7
34. LAMPLEY P. *Φοβίες, αγωνίες και ελπίδες των Καρκινοπαθών*, Πώς θα βοηθήσουμε τους ασθενείς μας να βοηθήσουν τον εαυτό τους «Ελληνική Ογκολογία» 1994, 30:180-184

- 35.ΣΑΜΑΡΤΖΗ Μ. Ένας αξιοπρεπής θάνατος Μια ανομολόγητη ανάγκη, «Ελληνική Ογκολογία», 1994 30: 248-251
- 36.ΤΖΩΡΤΖΙΝΗ Ι. Οι ανάγκες της οικογένειας που υποστηρίζει ασθενή με Καρκίνο «Ελληνική Ογκολογία», 1994, 30: 123-125.
- 37.ΧΑΛΑΣΤΑΝΗ Β. Υπηρεσία Κατ' οίκον Νοσηλείας Καρκινοπαθών τελικού σταδίου –Γ.Ο.Ν.Κ. «Άγιοι Ανάργυροι», Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1998, σελ. 277-279.
- 38.ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε. Θ., Κοινοτική νοσηλευτική, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1997, σελ. 204-207.
- 39.ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986, σελ. 21-24, 60-65
- 40.ΠΑΤΕΡΑΣ Χ., Πληθυσμιακός Έλεγχος για Καρκίνο του Μαστού με Μαστογραφία, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1999, σελ. 258-262.
- 41.Δρ. Μ. ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ, Επιμελητής Α' Κλινικής Μαστού στο Νοσοκομείο «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

1. Association of Directors of Anatomie and Surgical Pathology. Immediate Management of mammographically detected breast lesions. Am J Surg Path 17, 1993.
2. Audretsch WP, Rezai M., Kolotas C. <Tumor specific immediate reconstruction complete sparing mastectomy with autogenous tissue transfer>. Plast Reconst Surg 102, 63, 1998.
3. Bard M. Psychological Impact of Cancer and its treatment. Cancer 8, 4, 1955.
4. Bonnadonna G., Zambetti M., Vazagussa P., Sequential or alternating doxorubicine and CMF regiments in breast cancer with more than 3 positive nodes. Ten years results. JAMA 1995, 273, 542-7.
5. Dubois G.Le depistage des cancers. Cours superieur francophone. Ed.Lacassagne 1992, 61-64.

