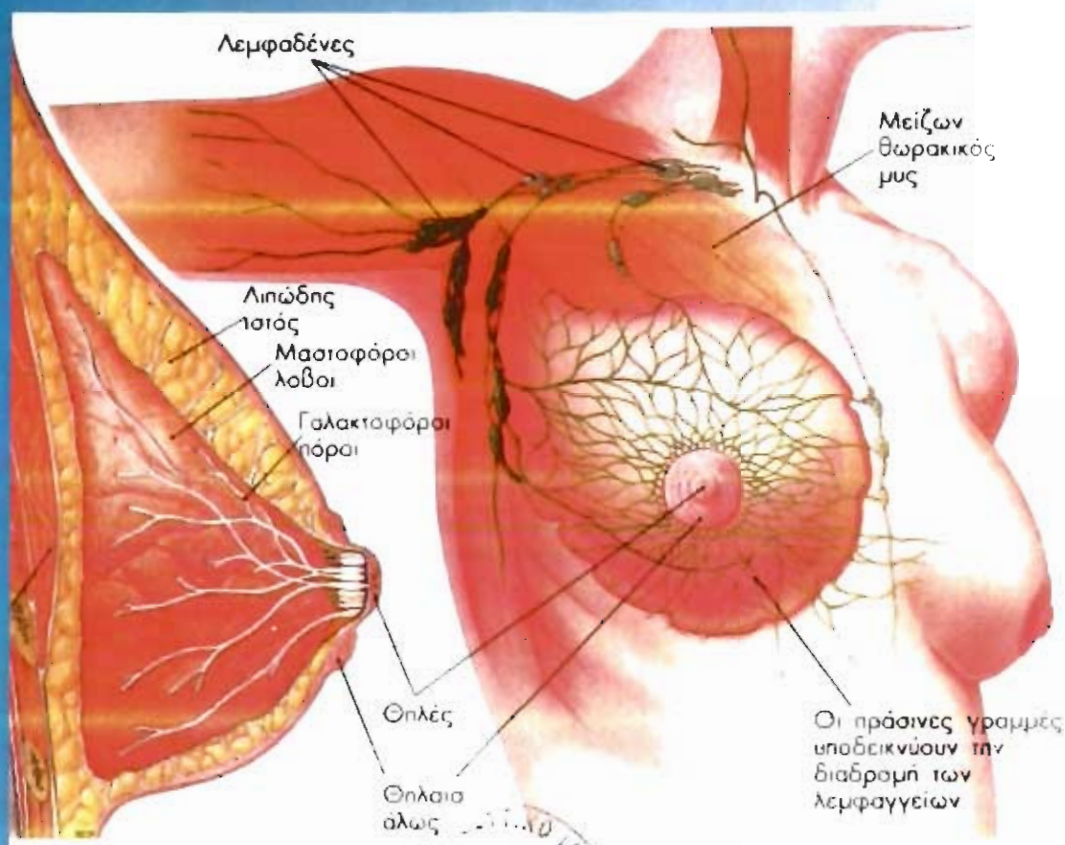


**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΜΠΕΣΙΝΗ ΑΘΗΝΑ
ΖΗΚΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΜΟΣΧΟΥ - ΚΑΚΚΟΥ ΑΘΗΝΑ ΜSc
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2002**

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ
Σε όλες τις γυναίκες!

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά την κα Μόσχου – Κάκκου Αθηνά, εισηγήτρια της εργασίας μας, για την καθοδήγηση και τη συμπαράστασή της. Επίσης θερμές ευχαριστίες στους υπεύθυνους – προϊστάμενους όλων των ιδρυμάτων όπου απευθυνθήκαμε καθώς και όλους όσους συνέβαλαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Τέλος ευχαριστούμε τον Θεό για τη φώτιση και τη δύναμη που μας έδωσε να τελειώσουμε τις σπουδές μας και την παρούσα πτυχιακή εργασία.

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	3
ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	8
A. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΑΣΤΟ	8
1. Ανατομική δομή μαστού	8
2. Λειτουργία του μαστού	10
B. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	11
1. Ορισμός του καρκίνου	11
2. Ιστορική αναδρομή	12
3. Επιδημιολογία	14
Γ. ΠΡΟΛΗΨΗ	18
1. Διατροφικές συνήθειες	18
2. Εγκυμοσύνη και γαλουχία	24
3. Άμβλωση και Ca μαστού	28
4. Αντισυλληπτικά	32
5. Αυτοεξέταση	33
Δ. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	38
1. Εκπαιδευτικό υλικό	39
2. Μέθοδοι διδασκαλίας	40
3. Ατομική και ομαδική εκπαίδευση	42
4. Οφέλη και κόστος του προγράμματος	48
5. Προτάσεις	49
Ε. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	50
1. Κλινική εικόνα – Διάγνωση	50
2. Εργαστηριακές εξετάσεις	51
3. Ειδικές εξετάσεις	55
ΣΤ. Θεραπεία	56
1. Χειρουργική θεραπεία	56
2. Χημειοθεραπεία	60
3. Ακτινοθεραπεία	60
Ζ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	63
1. Κινητική ικανότητα	63
2. Αποκατάσταση της φυσικής εμφάνισης	68
3. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο του μαστού	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	82
1. Σκοπός και στόχοι της Έρευνας	82

2. Σχεδιασμός της Έρευνας _____	82
3. Τόπος και Χρόνος της έρευνας _____	83
4. Πληθυσμός και δείγμα _____	84
5. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων _____	84
6. Συλλογή δεδομένων _____	84
7. Αξιοπιστία και εγκυρότητα _____	84
8. Ζητήματα Βιοηθικής _____	85
9. Στατιστική Ανάλυση των δεδομένων _____	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 _____	86
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ _____	86
1. Περιγραφική κατανομή δείγματος _____	86
2. Στατιστική συσχέτιση παραμέτρων _____	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 _____	106
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ _____	106
Εισαγωγή _____	106
Κατηγοριοποίηση των παραμέτρων _____	107
Συζήτηση των αποτελεσμάτων _____	108
ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ _____	112
ΠΕΡΙΛΗΨΗ _____	114
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	115
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ _____	118

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Α/Α	ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Πίνακας 1	Ηλικία	87
Σχήμα 1	Ηλικία	87
Πίνακας 2	Μορφωτικό επίπεδο	88
Σχήμα 2	Μορφωτικό επίπεδο	88
Πίνακας 3	Τόπος διαμονής	89
Σχήμα 3	Τόπος διαμονής	89
Πίνακας 4	Πληροφόρηση	90
Σχήμα 4	Πληροφόρηση	90
Πίνακας 5	Επιθυμία ενημέρωσης	91
Σχήμα 5	Επιθυμία ενημέρωσης	91
Πίνακας 6	Λόγοι μη αυτοεκτίμησης	92
Σχήμα 6	Λόγοι μη αυτοεκτίμησης	92
Πίνακας 7	Μετάδοση γνώσης	93
Σχήμα 7	Μετάδοση γνώσης	93
Πίνακας 8	Συχνότητα αυτοεξέτασης	94
Σχήμα 8	Συχνότητα αυτοεξέτασης	94
Πίνακας 9	Εξετάσεις	95
Σχήμα 9	Εξετάσεις	95
Πίνακας 10	Κληρονομικότητα	96
Σχήμα 10	Κληρονομικότητα	96
Πίνακας 11	Τομέας υπεύθυνος για ενημέρωση	97
Σχήμα 11	Τομέας υπεύθυνος για ενημέρωση	97
Πίνακας 12	Επίδραση θηλασμού	98
Σχήμα 12	Επίδραση θηλασμού	98
Πίνακας 13	Επίδραση λιπαρών	99
Σχήμα 13	Επίδραση λιπαρών	99
Πίνακας 14	Επίδραση έκτρωσης	100
Σχήμα 14	Επίδραση έκτρωσης	100
Πίνακας 15	Επίδραση χημικών	101
Σχήμα 15	Επίδραση χημικών	101
Πίνακας 16	Συσχέτιση ηλικίας με την πληροφόρηση, λόγους μη αυτοεξέτασης, την συχνότητα, τις εξετάσεις, την επίδραση του θηλασμού, την επίδραση των λιπαρών, την επίδραση των χημικών, την επιθυμία της ενημέρωσης και του υπεύθυνου τομέα για την ενημέρωση	102
Πίνακας 17	Συσχέτιση εκπαίδευσης με την πληροφόρηση, την συχνότητα αυτοεξέτασης, την επίδραση του θηλασμού, την επίδραση των λιπαρών, την επίδραση της έκτρωσης και την επίδραση των χημικών	104

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο, είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα, αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Σε όλη την Ευρώπη μια στις δέκα γυναίκες κινδυνεύει να εκδηλώσει καρκίνο των μαστού στην διάρκεια της ζωής της. Δυο από τις τρεις οικογένειες και ένα στα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών, προσβάλλονται από καρκίνο. Έτσι, το νόσημα αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες απειλές για την ζωή και την υγεία του γυναικείου πληθυσμού. Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει γυναίκες αδιακρίτως ηλικίας, συχνά όταν η γυναίκα είναι ακόμα υπεύθυνη να μεγαλώνει την οικογένεια της, ή κατά την άνοδο προς την κορυφή της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας. Και όμως μπορεί να προληφθεί!

Παρ' ότι στη μεγαλύτερη αναλογία των περιπτώσεων η διάγνωση του μαστού δεν είναι καρκίνος, σε κάθε περίπτωση πρέπει χωρίς καθυστέρηση να γίνει εξέταση από κάποιον ειδικό γιατρό. Εάν υπάρχει υποψία καρκίνου του μαστού, όσο πιο γρήγορα γίνει η διάγνωση, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για πλήρη θεραπεία.

Για να βοηθήσει τον εαυτό της η γυναίκα θα πρέπει να κάνει τα εξής:

- Να μάθει τι είναι φυσιολογικό
- Να βλέπει και να ψηλαφίζει
- Να μάθει τι είδους αλλαγές πρέπει να προσέχει
- Να αναφέρει στο γιατρό της κάθε αλλαγή χωρίς καθυστέρηση
- Να κάνει εξέταση του μαστού σε σταθερά χρονικά διαστήματα

Οι Dohona και Pierce (1991) μεταξύ άλλων γράφουν στο βιβλίο τους: «Κάτι πρέπει να γίνει για όλους τους αρρώστους με καρκίνο. Δεν θα πρέπει να αισθανόμαστε τους εαυτούς μας άχρηστους ή να είμαστε απελτισμένοι όταν νοσηλεύουμε αρρώστους με καρκίνο»¹.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της εργασίας αυτής, ήταν η απόκτηση γνώσεων, ενημέρωσης και προσέγγισης στο μεγάλο πρόβλημα του Ca μαστού.

Σήμερα δεν υπάρχει η άγνοια που υπήρχε παλαιότερα. Όλες οι προσπάθειες των οργανωμένων κοινωνιών αλλά και των συστημάτων υγείας έχουν κατορθώσει να περάσουν τα μηνύματα για την έγκαιρη διάγνωση και την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.

Όμως εξακολουθεί να υπάρχει φόβος. Στο άκουσμα της λέξης καρκίνος υπάρχει πρωτοφανής κατάρρευση στη δομή της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Στην εργασία αυτή έγινε προσπάθεια να αυξηθούν οι γνώσεις και εμπειρίες για τη Νοσηλευτική και τον γυναικείο πληθυσμό, με σκοπό την πρόωμη διάγνωση Ca μαστού και φυσικά τη μείωση θανάτων από Ca μαστού, ενισχύοντας συγχρόνως την ποιοτική ζωή των πασχουσών γυναικών.

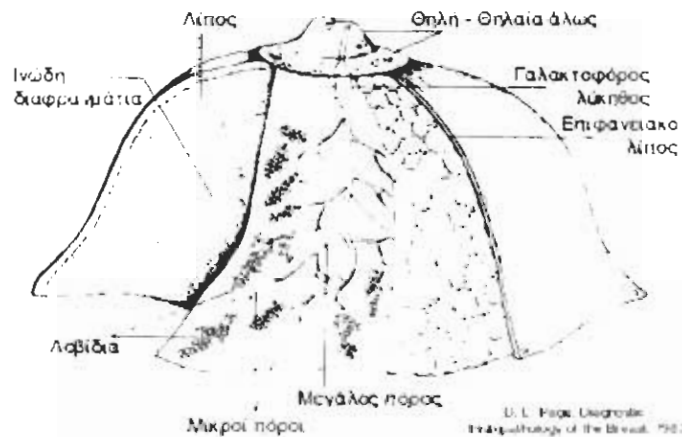
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

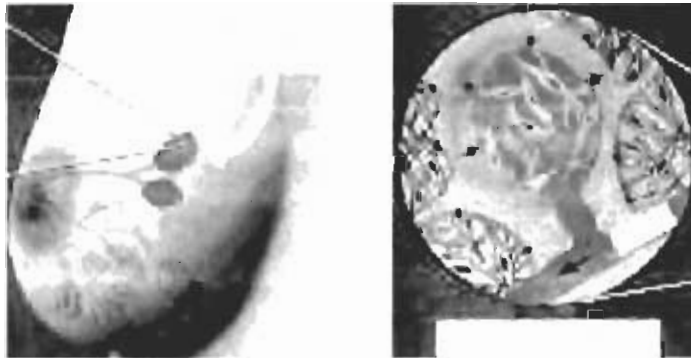
Α. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΑΣΤΟ

1. Ανατομική δομή μαστού

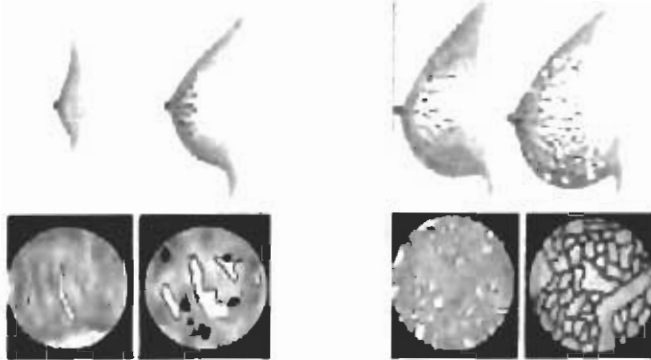
Οι μαστοί της γυναίκας αποτελούνται από αδενικό ιστό (εκκριτική μοίρα) και υπόστρωμα. Ο μαζικός αδένας περιλαμβάνει 15-20 ακανόνιστους λοβούς που χωρίζονται μεταξύ τους με πυκνό συνδετικό ιστό και πολύ λιπώδη ιστό. Ουσιαστικά κάθε λοβός είναι ένας ξεχωριστός αδένας με δικό του εκφορητικό γαλακτοφόρο πόρο. Οι εκφορητικοί γαλακτοφόροι πόροι των λοβών έχουν ανεξάρτητη έξοδο ο καθένας στην θηλή του μαστού.



Ο μεσολόβιος συνδετικός ιστός εισχωρεί σε κάθε λοβό διαιρώντας τον σε λοβίδια, με μεσολοβίδιο συνδετικό ιστό, που περιβάλλει κάθε τελική πορολοβιακή μονάδα. Η ιστολογική δομή των μαζικών αδένων αλλάζει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τις φυσιολογικές συνθήκες που επικρατούν στο σώμα.



Οι μαστοί στην νεαρή γυναίκα έχουν συνήθως πυκνό αδενικό ιστό και σχετικά λίγο κυτταρολιπώδες υπόστρωμα. Όσο προχωρά όμως η ηλικία η σχέση αυτή μεταβάλλεται. Ο αδενικός ιστός λιγοστεύει και αυξάνει αντίθετα ο χαλαρός κυτταρολιπώδης ιστός.



Στην ενήλικη γυναίκα, οι μαζικοί αδένες αποτελούνται από γαλακτοφόρους πόρους και τελικές πορολοβιακές μονάδες. Κοντά στο στόμιο της θηλής οι γαλακτοφόροι πόροι διαστέλλονται και σχηματίζουν τις λεγόμενες ληκύθους ή γαλακτοφόρα κολποειδή. Οι γαλακτοφόροι πόροι επενδύονται κοντά στα εξωτερικά τους στόμια με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Βαθύτερα στον αδένα, το επιθήλιο γίνεται διαδοχικά λεπτότερο με λιγότερες κυτταρικές στιβάδες και εν τέλει αποτελείται από δύο στιβάδες κυβοειδών ή χαμηλών κυλινδρικών κυττάρων. Κοντά στα εκκριτικά τμήματα του αδένα (τελικές πορολοβιακές μονάδες), το επιθήλιο γίνεται απλό κυβικό και στηρίζεται πάνω στη βασική μεμβράνη και σε μία ασυνεχή στιβάδα από προσεκβολές μυοεπιθηλιακών κυττάρων.

Στη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου παρατηρούνται μικρές αλλοιώσεις στην ιστολογική δομή αυτών των αδένων, όπως γύρω στο χρόνο της ωορρηξίας υπάρχει πολλαπλασιασμός στα κύτταρα που έχουν οι πόροι και τα εκκριτικά τμήματα. Επίσης μεγαλύτερη συγκέντρωση λιπώδους ιστού και μεγαλύτερη υδάτωση του συνδετικού ιστού στην προεμμηνορρυσιακή φάση, έχουν σαν αποτέλεσμα τη μεγέθυνση του μαστού. Ακόμα η διαίρεση των μαζικών αδένων σε λόβια γίνεται εντονότερη.

Η θηλή του μαστού εξωτερικά καλύπτεται από κερατινοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που είναι συνέχεια του επιθηλίου του γειτονικού δέρματος. Το επιθήλιο της θηλής του μαστού στηρίζεται σε μία στιβάδα συνδετικού ιστού πλούσιου σε λείες μυϊκές ίνες. Αυτές οι ίνες είναι διατεταγμένες κυκλικά γύρω απ' τους γαλακτοφόρους πόρους και είναι

παράλληλες προς αυτούς, στα σημεία που συναντούν τη θηλή για να εκβάλουν χωριστά στην κορυφή αυτής².

2. Λειτουργία του μαστού

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, η ανάπτυξη του μαστικού αδένου ρυθμίζεται κυρίως από την τροφική δράση της οιστραδιόλης και της προγεστερόνης. Καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι μαστοί διογκώνονται περαιτέρω υπό την επίδραση των αυξανόμενων συγκεντρώσεων των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, του γαλακτογόνου του πλακούντα και της προλακτίνης του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζεται γύρω από την άλω μια μελαγχρωματική δακτυλιοειδής περιοχή (δευτερογενής θηλαία άλως). Η απομύζηση από το νεογνό κατά το θηλασμό διεγείρει ένα νευρο- ενδοκρινικό αντανακλαστικό το οποίο προκαλεί περαιτέρω απελευθέρωση προλακτίνης καθώς και ωκυτοκίνης (από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης). Η ωκυτοκίνη (η οποία ασκεί επίσης συσπαστική δράση στη μήτρα) διεγείρει τη σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν τα λόβια και τους γαλακτοφόρους πόρους, προκαλώντας την αποβολή γάλακτος. Η απομύζηση της θηλής προκαλεί παράταση της γαλουχίας. Οι θηλάζουσες μητέρες παράγουν περίπου ένα λίτρο γάλακτος ημερησίως. Όταν το παιδί απογαλακτίζεται, το αντανακλαστικό του θηλασμού διακόπτεται και η έκκριση γάλακτος παύει³.

B. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη και συνηθέστερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Ο Ca μαστού μπορεί να θεραπευθεί αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Ο πιο συνηθισμένος τύπος διηθητικού καρκινώματος του μαστού αναπτύσσεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαστικού αδένου και συνήθως εντοπίζεται στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού. Ο κακοήθης όγκος μεθίσταται σε διάφορα όργανα δηλ. στον άλλο μαστό στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο. Οι μεταστάσεις γίνονται με την λεμφική και αιματική οδό. Μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού διατρέχουν οι ανύπαντρες γυναίκες, οι στείρες, εκείνες με λιγότερα από 3 παιδιά, όσες απέκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 34 χρόνια τους, εκείνες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού. Όσες είχαν ιστορικό καλοήθους πάθησης μαστού, εκείνες που η περίοδος τους εμφανίστηκε, πριν τα 12 χρόνια ή σταμάτησε μετά τα 55. Ο θηλασμός δεν επηρεάζει την συχνότητα εμφάνισης.

Η σταδιοποίηση γίνεται κατά το παγκοσμίως παραδεχτό σύστημα TNM όπου T σημαίνει όγκος, N αδένας και M μεταστάσεις.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την απλή ή ριζική μαστεκτομή που συμπληρώνεται με την ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται η καρκινική εξεργασία, επίσης γίνεται χορήγηση ορμονών αν ο καρκίνος είναι ορμονοεξαρτώμενος ή εγχειρητική αφαίρεση ορισμένων ενδοκρινών αδένων, όπως των ωοθηκών των επινεφριδίων και της υπόφυσης.

Οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν είναι ο πνευμοθώρακας, οι λεμφικές συλλογές θρόμβωσης μασχαλιαίας φλέβας και οίδημα άνω άκρου⁴.

1. Ορισμός του καρκίνου

«Νεοπλάσματα είναι διαταραχές ανάπτυξης των κυττάρων, χαρακτηριζόμενες πρωτίστως από απεριόριστη, με φυσιολογική και εκσεσημασμένη υπερπλασία των κυττάρων»⁵.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία κακοήθης πάθηση ή όπως αλλιώς λέγεται επιστημονικά μία νεοπλασία. Κάποια κύτταρα του μαστού ξεκινούν να

πολλαπλασιάζονται σε υπερβολικό βαθμό δημιουργούν ένα όγκο, αλλά καταστρέφουν και τα γειτονικά. Όταν ο όγκος αυξηθεί, τότε δίνει μεταστάσεις, δηλαδή κύτταρα φεύγουν από το μαστό και καταλαμβάνουν περιοχές σε όργανα που βρίσκονται σε άλλες περιοχές του σώματος (συνήθως ήπαρ, πνεύμονες, οστά, εγκέφαλο κλπ). Αποτέλεσμα αυτού είναι η διαταραχή τελικά όλου του οργανισμού με αποτέλεσμα αν μείνει αθεράπευτος ο ασθενής να καταλήξει⁶.

Μερικές φορές η διαίρεση ενός κυττάρου δεν γίνεται σωστά. Το λάθος ξεκινά από τον πυρήνα όπου κάτι παίρνει στραβό δρόμο. Μερικές φορές τα χρωμοσώματα σπάζουν και χάνονται κομμάτια τους. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούν να φέρουν σε πέρας τη σχετική με το είδος του ιστού που ανήκουν λειτουργία. Σχηματίζεται ένα σύνολο ανώμαλων κυττάρων και αυτό συνεχίζει να αυξάνεται έξω από κάθε φυσιολογικό έλεγχο. Το σύνολο αυτών των κυττάρων είναι ένας καρκίνος και καθώς η ανάπτυξη του προχωρεί μπορεί να επεκταθεί μεταξύ των φυσιολογικών κυττάρων και να τα καταστρέψει. Αυτό ονομάζεται διήθηση. Στη συνέχεια, κάποια καρκινικά κύτταρα που έχουν διηθήσει τα αιμοφόρα ή τα λεμφικά αγγεία μπορεί να μεταφερθούν μακριά σε άλλα μέρη του σώματος με το αίμα ή τη λέμφο όπου εγκαθίστανται και σχηματίζουν αποικίες του ίδιου είδους καρκίνου που λέγονται μεταστάσεις. Οι διαδικασίες αυτές είναι κοινές σε όλους τους κακοήθεις όγκους.

Υπάρχουν και όγκοι που δεν είναι καρκίνοι. Δεν επιτίθενται στους γειτονικούς ιστούς ούτε εξαπλώνονται στο σώμα, αλλά παραμένουν στο σημείο στο οποίο εμφανίστηκαν και σχηματίζουν όζους. Οι υπερπλασίες αυτού του είδους είναι οι καλοήθεις όγκοι που περιβάλλονται από ένα περίβλημα ή κάλυμμα που τους εμποδίζει να διηθήσουν τους γύρω ιστούς και συνήθως είναι ακίνδυνοι⁵.

2. Ιστορική αναδρομή

Ιστορικά δυο ήταν οι κύριες απόψεις για την Φυσική Ιστορία του Ca Μαστού. Η πρώτη άποψη υποστηρίζει ότι η νόσος είναι τοπική και διασπείρεται αργότερα, η δεύτερη ότι η νόσος είναι συστηματική ευθύς εξ αρχής και ότι ο όγκος στον μαστό είναι απλώς τοπική εκδήλωση της συστηματικής αυτής νόσου⁷.

Ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός υποστήριξαν ότι η νόσος είναι συστηματική. Ο μεν πρώτος θεωρούσε ότι η χειρουργική εξαίρεση του όγκου μπορούσε να έχει καταστροφικά αποτελέσματα με την διασπορά του όγκου, ο δε δεύτερος ότι ο καρκίνος του μαστού οφείλετο σε περίσσεια «μαύρης χολής» (χημική θεωρία). Η γυναίκα με την περίοδο έδιωχνε την περίσσεια της μαύρης χολής και έτσι εξηγούσε την αυξημένη συχνότητα στις γυναίκες χωρίς περίοδο δηλαδή τις μετεμμηνοπαυσιακές.

Σε αντίθεση με τον Ιπποκράτη, ο Γαληνός υποστήριξε ότι η θεραπεία ήταν χειρουργική εξαίρεση του όγκου σε υγιή όρια και δίαιτα για να απελευθερωθεί η γυναίκα από την περίσσεια της μαύρης χολής⁸.

Τον 18^ο - 19^ο αιώνα άρχισε να υποστηρίζεται από τους LeDran, Boehaave, Hunter, Virrhow και τέλος από τους Keen και τον Halsted η τοπική μορφή της νόσου. Ο τελευταίος υποστήριξε την θεωρία ότι ο καρκίνος του μαστού είναι τοπική νόσος που προοδευτικά αυξάνεται και διασπείρεται πρώτα στους περιοχικούς λεμφαδένες και μετά δίδει απομεμακρυσμένες μεταστάσεις. Έτσι υποστήριξε ότι η ριζική (κατά Halsted) εγχείρηση αποτελεί την ιδανική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού που είναι μια τοπική νόσος και διέτύπωσε την «Χαλστεδιανή θεωρία» (Halsted Theory), η οποία ορίζεται ως εξής: «ο όγκος διασπείρεται με καθορισμένο τρόπο μέσα από τα περιοχικά λεμφαγγεία και τους λεμφαδένες. Επομένως έχει σημασία η "en block" εξαίρεση τους. Τα αιμοφόρα αγγεία έχουν σχέση με την διασπορά του όγκου. Ο διηθημένος λεμφαδένας είναι δείκτης της διασποράς του όγκου και επιτρέπει την απομακρυσμένη μετάσταση. Οι περιοχικοί λεμφαδένες έχουν ανατομική σημασία και αποτελούν φραγμό για τα καρκινικά κύτταρα. Ο όγκος είναι αυτόνομος του ξενιστού. Η έκταση και ο τρόπος της χειρουργικής εξαίρεσης του όγκου έχει μεγάλη σημασία για την επιβίωση. Ο χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού είναι τοπική νόσος.»⁹.

Αργότερα ο Fisher στηριζόμενος στις εργασίες του Bloom, του Grile κ.α. διέτύπωσε την «Εναλλακτική θεωρία» του (Alternative Theory), υποστηρίζοντας ότι η νόσος είναι συστηματική ευθύς εξ αρχής και ότι η ποικιλία της τοπικής θεραπείας δεν επηρεάζει την επιβίωση. Η θεωρία αυτή ορίζεται ως εξής: «Δεν υπάρχει καθορισμένος τρόπος διασποράς του όγκου. Η διασπορά γίνεται με εμβόλισμα και μεγάλη σημασία έχουν τα αιμοφόρα αγγεία στην διασπορά. Επομένως τίθεται εν αμφιβόλω η «en block» εξαίρεση

των λεμφαδένων. Ο διηθημένος λεμφαδένας είναι δείκτης της σχέσεως όγκου – ξενιστού, σχέση που μπορεί να επιτρέψει την απομακρυσμένη μετάσταση.

Οι περιοχικοί λεμφαδένες έχουν βιολογική σημασία και δεν αποτελούν φραγμό. Κάθε φάση της πορείας της νόσου επηρεάζεται από την σχέση όγκου – ξενιστού. Η ποικιλία της τοπικής θεραπείας δεν επηρεάζει την επιβίωση (η οποία εξαρτάται από την ύπαρξη υποκλινικών μεταστάσεων την στιγμή της πρωτογενούς θεραπείας). Ο χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού είναι συστηματική νόσος.»

Οι εργασίες όμως της Adair του Guy's Hospital, του Tabar κ.α. οδήγησαν τον S. Hellman στην διατύπωση της τρίτης θεωρίας (Spectrum Theory), που δίδει ιδιαίτερη σημασία αφ' ενός μεν στην ικανότητα του όγκου να δώσει μεταστάσεις (Metastagenicity) αφ' ετέρου στην τοξική δηκτικότητα του καρκινικού κυττάρου (Virulence). Ανάλογα με τις παραπάνω ιδιότητες του όγκου ή του καρκινικού κυττάρου η νόσος άλλες φορές είναι τοπική και άλλες συστηματική. Η εξέλιξη της νόσου εξαρτάται από την τοξική δηκτικότητα (virulence) και την ικανότητα προς μετάσταση (metastagenicity) του καρκινικού κυττάρου.

Εδώ και 2.500 χρόνια η φυσική ιστορία του καρκίνου του μαστού παραμένει δυσεπίλυτο πρόβλημα. Η γνώση της φυσικής ιστορίας του καρκίνου του μαστού θα αποτελέσει το μέσον και το μοχλό που θα λύσει το πρόβλημα της θεραπείας της νόσου με την κατάλληλη επιλογή των περιπτώσεων και την εφαρμογή της ανάλογης θεραπείας^{10,11}.

3. Επιδημιολογία

Ο βασικός στόχος της επιδημιολογίας είναι κατ' αρχήν ο προσδιορισμός του απολύτου κινδύνου (επίπτωση, θνησιμότητα). Από εκεί και μετά υπολογίζεται ο αθροιστικός κίνδυνος. Ο σχετικός κίνδυνος ελέγχει τους διάφορους επιβαρυντικούς παράγοντες.

Ο απόλυτος κίνδυνος εκφράζεται με την επίπτωση της νόσου ή την θνησιμότητα από την νόσο σε μια καθορισμένη πληθυσμιακή ομάδα. Εκφράζεται ως απόλυτος αριθμός γυναικών /100.000/ έτος. Η επίπτωση είναι εξαρτημένη από την ηλικία.

Ο αθροιστικός κίνδυνος υπολογίζεται με βάση την ανά ηλικία (αναμενόμενη) επίπτωση της νόσου και τον προσδοκώμενο χρόνο επιβίωσης. Έτσι αν το προσδοκώμενο επιβίωσης είναι 80 έτη, ο κίνδυνος είναι 9% (Ευρώπη). Αυτό περίπου σημαίνει ότι 1 στα 12 κορίτσια που θα γεννηθούν θα πάθει Ca μαστού. Στην Αμερική ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος: είναι 12,4% και αυτό σημαίνει ότι 1 στα 8 κορίτσια που θα γεννηθούν θα πάθει Ca μαστού. Ο αθροιστικός κίνδυνος για τη θνησιμότητα είναι περίπου 3,6% (1:28). Αντίθετα με τον απόλυτο κίνδυνο ο αθροιστικός κίνδυνος μειώνεται όσο η ηλικία αυξάνει.

20 ετών – 8,9%

50 ετών – 7,9%

Σχετικός κίνδυνος: Είναι ο κίνδυνος που έχει μια γυναίκα με γνωστό προδιαθεσιακό παράγοντα να εμφανίσει Ca μαστού εν αντιθέσει με γυναίκα ή ομάδα γυναικών ιδίων χαρακτηριστικών χωρίς τον εν λόγω παράγοντα. Εκφράζεται σαν απόλυτος αριθμός.

Με 1,1-1,4 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις το 2000 σε όλο τον κόσμο ο καρκίνος μαστού είναι ο 2^{ος} σε συχνότητα καρκίνος μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και αποτελεί το 18% του συνόλου των καρκίνων που εμφανίζεται στην γυναίκα.

Ο βασικός στόχος της επιδημιολογίας είναι κατ' αρχήν ο προσδιορισμός του απόλυτου κινδύνου από τη νόσο. Από εκεί και μετά υπολογίζεται ο αθροιστικός κίνδυνος, ενώ ο σχετικός κίνδυνος ελέγχει τους διάφορους επιβαρυντικούς παράγοντες που ενέχονται για τη νόσο.

- Απόλυτος κίνδυνος

Εκφράζει την επίπτωση/ συχνότητα της νόσου ή την θνησιμότητα από τη νόσο σε μια πληθυσμιακή ομάδα. Εκφράζεται ως απόλυτος αριθμός γυναικών ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος. Π.χ. στην Αμερική το 1996 νόσησαν 354 γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών ανά 100.000 γυναίκες.

Από το 1992 η συχνότητα εμφανίζει μια μείωση της τάξης του 0,5% - 1% ενώ η θνησιμότητα από το 1990 εμφανίζει μείωση της τάξης του 2%.

Η επίπτωση της νόσου είναι ευθέως ανάλογα εξαρτημένη από την ηλικία της γυναίκας. Δηλαδή ο απόλυτος κίνδυνος για την νόσο μεγαλώνει όσο μεγαλώνει η ηλικία της γυναίκας.

Έτσι ο κίνδυνος για τη γυναίκα ηλικίας 30 ετών τα προσεχή 10 χρόνια είναι 1:1000 ενώ για τις γυναίκες 50 ετών για το ίδιο χρονικό διάστημα είναι 1:500. Ο καρκίνος μαστού είναι πολύ σπάνιος κάτω από την ηλικία των 25 ετών, ενώ ψηλαφητή μάζα σε γυναίκα ηλικίας 70 ετών είναι σχεδόν σίγουρα καρκίνος. Η επίπτωση της νόσου είναι τελείως διαφορετική στους άνδρες. Περίπου αντιστοιχεί 1 άνδρας σε 100 γυναίκες.

Όσον αφορά στη θνησιμότητα το 1/3 περίπου των γυναικών που θα πάθουν Ca μαστού θα πεθάνουν από τη νόσο. Ωστόσο, το Ca μαστού παραμένει η κυριότερη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών.

- Αθροιστικός κίνδυνος

Υπολογίζεται με βάση την ανά ηλικία (αναμενόμενη) επίπτωση της νόσου και το προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών.

Εκφράζεται επί τοις εκατό και πρακτικά σημαίνει την πιθανότητα να νοσήσει μια γυναίκα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της από Ca μαστού ή την επί τοις εκατό πιθανότητα να πεθάνει από αυτήν. Έτσι με δεδομένο, για την Ευρώπη προσδόκιμο επιβίωσης τα 80 έτη, ο κίνδυνος για τη νόσο είναι 9%. Αυτό σημαίνει ότι 1 στα 12 κορίτσια που θα γεννηθούν θα πάθει Ca μαστού. Για την Αμερική η πιθανότητα είναι μεγαλύτερη, 12,4%, δηλαδή 1:8 κορίτσια. Η πιθανότητα να πεθάνουν από τη νόσο είναι 3,6%, δηλαδή 1:28 γυναίκες.

Αντίθετα με τον απόλυτο κίνδυνο ο αθροιστικός κίνδυνος μειώνεται όσο η ηλικία αυξάνει. Έτσι για μια γυναίκα 20 ετών ο κίνδυνος είναι 8,9% να πάθει Ca μαστού στα χρόνια που θα ζήσει, ενώ για μια γυναίκα 50 ετών, ο κίνδυνος είναι 7,9% και τούτο γιατί η γυναίκα των 50 ετών έχει ζήσει 30 χρόνια περισσότερα χωρίς να νοσήσει.

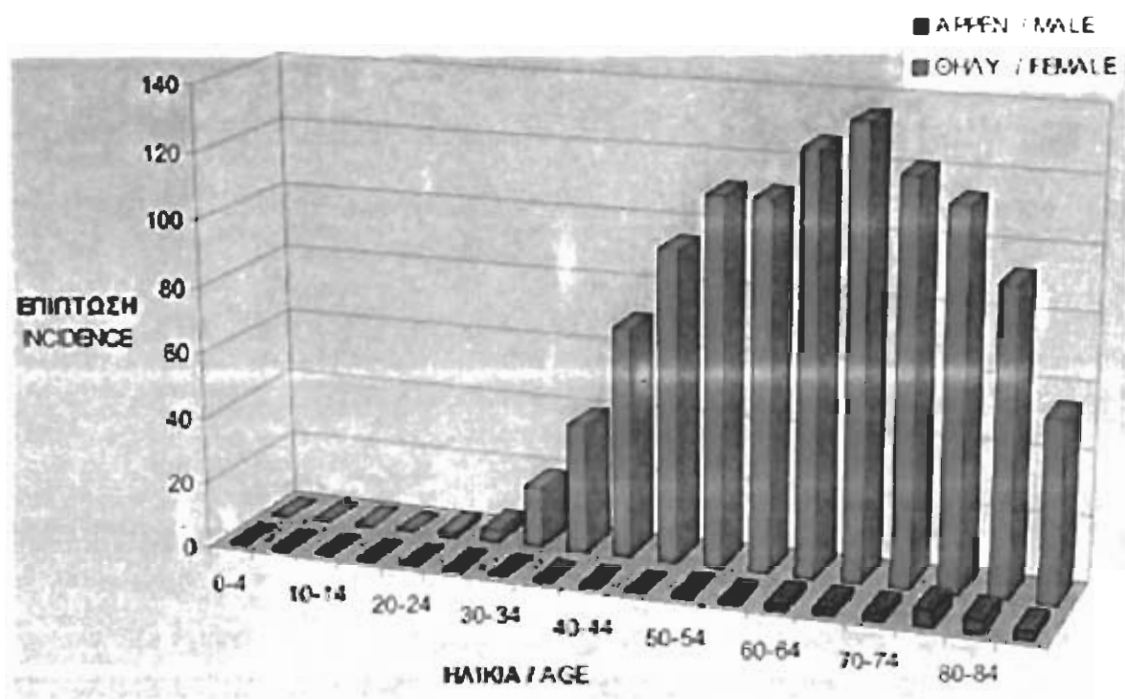
- Σχετικός κίνδυνος

Είναι το πηλίκο ανάμεσα στην επίπτωση της νόσου σε γυναίκες με γνωστό προδιαθεσικό παράγοντα και στην επίπτωση της νόσου, σε γυναίκα(ες) ιδίων χαρακτηριστικών χωρίς τον εν λόγω παράγοντα. Η αλλιώς πόσες φορές περισσότερος είναι ο κίνδυνος να εμφανίσει την νόσο γυναίκα με γνωστό προδιαθεσικό παράγοντα σε σχέση με εκείνη τη γυναίκα που δεν έχει κάποιο ανάλογο παράγοντα.

Ο σχετικός κίνδυνος εκφράζεται με απόλυτο αριθμό και διακρίνεται σε: υψηλό κίνδυνο (RR) αν είναι ίσος ή πάνω από τον αριθμό 4, μέτριο σχετικό κίνδυνο αν κυμαίνεται από 2-4 και χαμηλό αν είναι ≤ 2 ^{12,13}.

Πόσο συχνός είναι ο καρκίνος του μαστού στην Ελλάδα;

ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΡΧΙΒΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ 1990 - 1991

Κάθε χρόνο πάνω από 3.500 Ελληνίδες παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού.

Γ. ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δυο κατηγορίες: Μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς προλήψεως. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στην νόσηση και στον θάνατο. Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ- συμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά τα δυνατό πρωϊμότερο στάδιο. Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς προλήψεως ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς προλήψεως είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διαγνώσεως¹⁴.

1. Διατροφικές συνήθειες

Από πολλά χρόνια υπάρχουν έντονες ενδείξεις ότι η υπερκατανάλωση τροφών σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου. Αν σε ένα κύκλο γράψουμε τα ποσοστά των παραγόντων κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου τότε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, σχεδόν 40% αντιπροσωπεύεται από στοιχεία που μετέχουν στη διατροφή.

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

Το ανθρώπινο είδος είναι παμφάγο. Από την ποικιλία των τροφών που καταναλώνουμε υπάρχουν οι βασικές ομάδες των Λιπών – Λευκωμάτων – Υδατανθράκων. Υπάρχουν ακόμη ορισμένα απαραίτητα στοιχεία που πρέπει

να πάρουμε με την τροφή μας όπως είναι βιταμίνες και μέταλλα. Επίσης αναγκαστικά προσλαμβάνουμε χημικές ουσίες που προστίθενται στα τρόφιμα είτε σαν συντηρητικά είτε σαν βελτιωτικά εμφάνισης και γεύσης.

- Τα Λίπη

Η πιο συνηθισμένη τους μορφή αποτελείται από γλυκερίδια συνδυασμένα με κορεσμένα ή ακόρεστα λιπαρά οξέα. Είναι είτε σε στερεά μορφή όπως το βούτυρο και οι μαργαρίνες, είτε σε υγρή μορφή όπως τα λάδια. Τα λίπη προσλαμβάνονται από τον οργανισμό και χρησιμοποιούνται σαν καύσιμη ύλη για παραγωγή ενέργειας.

Γενικά οι πλούσιες χώρες καταναλώνουν περισσότερα λίπη από τις φτωχές. Έτσι στη Βόρεια Ευρώπη και Αμερική η κατανάλωση των λιπών ξεπερνάει το 40% στην ποσοστιαία αναλογία των ειδών διατροφής, ενώ στην Ινδία και στην Ιαπωνία το ποσοστό αυτό είναι λιγότερο από 15%.

Υπάρχει ισχυρή ή ένδειξη για συσχέτιση μεταξύ μακροχρόνιας υπερκατανάλωσης λιπών και ανάπτυξης ποικίλων μορφών όγκων ιδιαίτερα σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου.

Πιστεύεται ότι μεγάλη κατανάλωση λιπών αυξάνει το κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου μαστού. Έχει δοθεί μάλιστα η θεωρητική εξήγηση. Τα λίπη περιέχουν μεγάλη αναλογία χοληστερίνης η οποία μεταβολιζόμενη αυξάνει τα επίπεδα των οιστρογόνων.

Πέρα όμως από όλα αυτά τα θεωρητικά είναι γνωστή η επίδραση της κατανάλωσης λιπών στην ανάπτυξη των μαστών και στην εναπόθεση λιπώδους ιστού.

- Οι Πρωτεΐνες

Η ανθρώπινη διατροφή δεν περιλαμβάνει τροφές που περιέχουν αποκλειστικά και μόνο λευκώματα. Στα πλούσια σε λευκώματα σιτάρια εμπεριέχεται και ποσοστό λίπους. Έτσι είναι ασταθής η συσχέτιση υπερκατανάλωσης λευκωματούχων τροφών και ανάπτυξης καρκίνου από τη στιγμή που γίνεται συγχρόνως και υπερκατανάλωση λιπών. Υπάρχουν όμως μελέτες σε πειραματόζωα όπου αμιγής πρωτεϊνική διατροφή έδειξε ότι η ανάπτυξη όγκων είναι πολύ μικρότερη στις ομάδες εκείνες με διαιτολόγιο φτωχό σε λευκώματα.

Βρέθηκε ότι στη μεγαλύτερη πλειοψηφία οι Ασιάτες εμφανίζουν ανεπαρκή έκκριση του ενζύμου λακτάση στον εντερικό τους σωλήνα. Έτσι δεν μπορούν να πέψουν το σάκχαρο γαλακτόζη που περιέχεται στο γάλα και η κατανάλωση του προϊόντος τους προκαλεί έντονα πεπτικά ενοχλήματα. Οι λαοί της Βόρειας Ευρώπης και Αμερικής εκκρίνουν κανονικές ποσότητες λακτάσης και αυτό οφείλεται στην παρουσία ενός γονιδίου που έχουν σε αντίθεση με τους λαούς της Ασίας. Δεν έχει διευκρινιστεί αν φταίει η υπερκατανάλωση γάλακτος ή η παρουσία του γονιδίου της έκκρισης της λακτάσης που προκαλεί αυξημένη επίπτωση καρκίνου μαστού.

- Οι Υδατάνθρακες

Περιέχονται σχεδόν σε όλα τα είδη φυσικής διατροφής και κατεξοχή στα τρόφιμα φυτικής προέλευσης, όπως τα όσπρια, τα λαχανικά, τα φρούτα. Δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση για τους φυσικούς υδατάνθρακες.

Μελετήθηκαν 10 άτομα χορτοφάγα και 10 συνηθισμένης διατροφής. Το περιεχόμενο σε λίπη της διατροφής των χορτοφάγων ήταν 30% με 28gr άπεπτων υλών ενώ στη συνηθισμένη διατροφή είχαμε 40% λίπη και 12gr άπεπτες ύλες. Τα χορτοφάγα άτομα είχαν μεγαλύτερο βάρος κοπράνων που περιείχαν αυξημένα ποσά οιστρογόνων στο αίμα σε σύγκριση με τα άτομα συνηθισμένης διατροφής. Η προστατευτική αξία των λαχανικών ενάντια στο καρκίνο του μαστού επισημαίνεται και σε μια πρόσφατη ελληνική εργασία.

Τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά θεωρούνται έξοχο είδος διατροφής όχι για τους υδατάνθρακες που περιέχουν αλλά για τις βιταμίνες τους.

Τονίζεται μάλιστα ότι είναι κατά πολύ μεγαλύτερη η βιολογική αξία των βιταμινών αυτών και πολύ μεγαλύτερη η προστασία που παρέχουν όταν λαμβάνονται με φρέσκα φρούτα και λαχανικά και όχι με τη μορφή φαρμακευτικών σκευασμάτων.

- Ο Καφές

Δεν έχει αποδειχτεί καρκινογόνος δράση του καφέ για το μαστό. Αντίθετα υπάρχουν ενδείξεις για αντικαρκινική δράση.

- Τα Οινοπνευματώδη

Έχουν γίνει αρκετές εργασίες για να βρεθεί η σχέση κατανάλωσης οινοπνευματωδών και ανάπτυξης καρκίνου μαστού.

Ελάχιστες μόνο από αυτές δεν βρήκαν να υπάρχει σχέση. Στις περισσότερες αποδείχτηκε ότι κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο. Σε μια μάλιστα από τις εργασίες αυτές μελετήθηκαν 90.000 Αμερικάνες νοσοκόμες. Βρέθηκε ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μαστού ήταν 30% μεγαλύτερος για τις αδελφές που έπιναν 5-15gr αλκοόλ την ημέρα και έφθανε το 60% στις αδελφές που έπιναν περισσότερο. Οι μηχανισμοί που το οινόπνευμα αυξάνει το κίνδυνο σε μια γυναίκα να εμφανίσει καρκίνο μαστού δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί.

Συμπερασματικά δεν έχει αποδειχτεί, εκτός ίσως για το αλκοόλ, άμεση σχέση μεταξύ διατροφής και ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Η υπερκατανάλωση λιπών έχει κατηγορηθεί περισσότερο. Στις παχύσαρκες γυναίκες παρατηρείται αυξημένη σύνθεση οιστρογόνων. Πιθανότατα όμως ο μεγαλύτερος κίνδυνος ελοχεύει στην υπερθερμιδική διατροφή, τη διατροφή δηλαδή όπου οι προσλαμβανόμενες θερμίδες είναι πολύ περισσότερες από αυτές που χρειάζεται και καταναλώνει το άτομο. Ο οργανισμός μετατρέπει τη περίσσια των θερμίδων σε λιπώδη ιστό που θα αποθηκευτεί στους μαστούς, στους γλουτούς, στη κοιλιακή χώρα. Από την άλλη πλευρά υπάρχει η παρατήρηση ότι η υποθερμιδική δίαιτα μειώνει τη συχνότητα του καρκίνου μαστού. Επειδή τα λίπη είναι κατεξοχήν θερμιδοφόρα τροφή σε αντίθεση με τα φρέσκα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια η σύγχρονη διαιτητική αγωγή συνιστά πρωταρχικά τη μείωση κατανάλωσης λιπών και την αύξηση της κατανάλωσης φρέσκων φυτικών τροφών και οσπρίων. Στον πίνακα που ακολουθεί και που ολοκληρώνει το θέμα υπάρχουν οδηγίες υγιεινής διατροφής με έντονο χρώμα αντικαρκινικής προστασίας.

Συμβουλές διατροφής για την πρόληψη του καρκίνου

1. Η διατροφή να περιλαμβάνει: Δημητριακά Ολικής Αλέσεως, Όσπρια, Φρέσκα Φρούτα και Λαχανικά.
2. Οι τροφές να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη όπως: Ψάρια, Πουλερικά (να αφαιρείται το δέρμα), Άπαχο Κρέας, Άπαχο Γάλα, Τυριά, Γιαούρτι.
3. Μη βάζετε μεγάλη ποσότητα λιπαρών (Λίπη – Βούτυρα – Λάδια) στα φαγητά που μαγειρεύετε.
4. Περιορίστε τη ποσότητα: Ζάχαρης (Γλυκά, Παγωτά, Αναψυκτικά κ.λ.π.), Αλμυρών (Τουρσιά, Αλμυρές Σάλτσες, κ.λ.π.).

5. Αποφεύγετε τροφές που περιέχονται σε κονσέρβες.
6. Αποφεύγετε τροφές ψημένες στα κάρβουνα (μπριζόλες κ.λ.π.).
7. Μη πίνετε Οινοπνευματώδη.
8. Φροντίστε για την καλή σας σωματική κατάσταση.
9. Να προσλαμβάνετε με τη διατροφή σας τόσες θερμίδες όση συνήθως καταναλώνετε.

Συμβουλές διατροφής για την πρόληψη Ca ΜΑΣΤΟΥ

Διατροφή

Αρχίστε μια καινούρια ζωή καλωσορίζοντας κάθε μέρα μόλις ξυπνήσετε τον εαυτό σας πίνοντας δυο ποτήρια νερό. Έτσι διεκδικείτε το βασικό κληρονομικό σας δικαίωμα για καλή υγεία. «Ο δρόμος για την Υγεία είναι μονόδρομος» ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΜΟΝΟΝ ΑΥΤΗ.

Τρώτε μόνο όταν πεινάτε. Πίνετε νερό και όταν δεν διψάτε (όχι κατά την ώρα του φαγητού). Μην τρώτε όταν πονάτε ή είστε ταραγμένοι. Μασάτε κάθε μπουκιά, κυρίως τα ζυμαρικά και αμυλώδη, 20 τουλάχιστον φορές. Αν θέλετε να φάτε κάτι ανάμεσα στα γεύματα, προτιμάτε φρούτο εποχής.

Περπατάτε περισσότερο – κάθεστε λιγότερο! Ελαφρά γυμναστική απαραίτητη!

Τροφές

Αποφεύγετε

- Άσπρη ζάχαρη (γλυκός φονιάς) και ότι γίνεται από αυτήν.
- Το άσπρο αλεύρι και ότι γίνεται από αυτό.
- Το ζωικό λεύκωμα, απ' όπου κι αν προέρχεται σε όλες ανεξαιρέτως τις βαριές αρρώστιες.
- Εκείνοι που νιώθουν ότι είναι καλά, δύνανται να πάρουν ζωικό λεύκωμα, μια ή δυο φορές την εβδομάδα.

ΠΡΟΣΟΧΗ! Το άδειο στομάχι και το παραγεμισμένο στομάχι ενέχει τους ίδιους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία. Το παραγεμισμένο στομάχι – και μάλιστα με τις σημερινές προσφερόμενες τροφές – και ειδικά με το σημερινό ζωικό λεύκωμα – πολλαπλασιάζει τους κινδύνους για την υγεία σε εκθετικό βαθμό.

Ο τραχανάς από ξινόγαλο για τα νήπια και τα παιδιά είναι ένα ιδεώδες φαγητό για τη διατροφή. Αρκεί να προστεθεί στο κρύο νερό λίγο πριν μπει στη

σιγανή φωτιά, ανακατώνοντας το μέχρι να κοχλάσει. Εκτός από λίγο αλάτι δεν χρειάζεται να προσθέσετε τίποτα άλλο. Έτσι θα σπάσει το σπυρί και θα γίνει χυλός. Σαν αρίστης διατροφής μέσον προφυλάσσει 80 έως 90% από τις εντερίτιδες.

Τροφές που επιβάλλονται

- Ψωμί από σιτάρι που θα έχει το πίτουρο και όλα τα συστατικά που υπάρχουν στο σπυρί του σιταριού.
- Τα όσπρια, τα δημητριακά, το αναποφλοίοτο ρύζι και αν είναι δυνατό όχι από υβρίδια γιατί τα περισσότερα είναι στείρα.
- Ξηροί καρποί, σουσάμι αλεσμένο, μια – δυο κουταλιές της σούπας, και ότι βγαίνει από τους κήπους και αγρούς.
- Προτιμάτε τα άγρια γιατί αυτά είναι αναγκασμένα να μάχονται για να επιζήσουν. Οι ρίζες μπορούν να αποσπάσουν θρεπτικά στοιχεία ακόμα και από το πιο φτωχό έδαφος. Έτσι χτίζεται το τείχος με ακίνητους φρουρούς.
- Ότι δύναται να τρώγεται ωμό και φρέσκο είναι το ιδεώδες, ότι βράζεται από τα χορταρικά, πάντα σε σιγανή φωτιά, με λίγο νερό και να μην παραβράζεται. Το ζωμό από τα χόρτα, και ιδιαίτερα τα άγρια, να μην το χύνετε αλλά να βράζετε με αυτό τα άλλα φαγητά σας.
- Να έχετε υπόψη σας ότι τα τηγανιτά και τα πολύ ψημένα από υδροφιλα γίνονται υδρόφοβα, δηλαδή από ευκολοχώνευτα σε δυσκολοχώνευτα. Προτιμάτε για τα τηγανιτά το τηγάνι να θερμαίνεται πάνω σε βραστό νερό (μπαιν-μαρί).
- Καλό είναι να συνδυάζονται τα χορταρικά που έχουν κονδύλους μέσα στη γη (π.χ. ράπανα, καρότα, παντζάρια) με άλλα λαχανικά. Μπορείτε να τα φάτε αλεσμένα και όχι στο μπλέντερ αλλά σε χειροκίνητες μηχανές που είναι χαμηλής ταχύτητας.
- Μην τρώτε τίποτα που δεν είναι της εποχής.

Όσον αφορά τα λίπη

Κάθε λίπος που στη θερμοκρασία του δωματίου είναι στερεό, πρέπει να αποφεύγεται, εκτός από το φρέσκο βούτυρο. Το ΛΑΔΙ που προέρχεται από ελαιοτριβείο και με οξύτητα έως 1% είναι το ιδεώδες. Όχι το τυποποιημένο – το ραφινάρισμένο – που το έχει ακουμπήσει η βιομηχανία.

Το φυτικό λίπος – η λεκιθίνη – που βοηθά στον καθαρισμό των αρτηριών και τρέφει τον εγκέφαλο – είναι αναντικατάστατο. Η λεκιθίνη είναι λιποπρωτεΐνη. Είναι το φυτικό λίπος – λιπαντικό και καθαριστικό των αρτηριών, ρυθμιστικό της ανταλλαγής του λίπους και δημιουργίας Α' ποιότητας χοληστερίνης. Αναντικατάστατη για την είσοδο και έξοδο από κάθε κύτταρο των χρήσιμων και άχρηστων στοιχείων και μοναδική τροφή του εγκεφάλου.

Οι έλεγχοι πρέπει να είναι συνεχείς για την ποιότητα τους.

Για γλυκαντικά:

Μέλι, μελάσα, μαύρη ζάχαρη.

Δεν βλέπω τίποτα το δύσκολο εφαρμόζοντας τα παραπάνω να γίνεται γιατρός του εαυτού σας και της οικογενείας σας¹⁵.

2. Εγκυμοσύνη και γαλουχία

Ως καρκίνος μαστού που συνδέεται με την εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται αυτός που διαγιγνώσκεται κατά την διάρκεια της κύησης η εντός έτους από τον τοκετό.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συνηθισμένος καρκίνος στις έγκυες γυναίκες με συχνότητα 1/3000 εγκυμονούσες. Η μέση ηλικία των ασθενών είναι μεταξύ 32 & 38 ετών, αλλά καθώς πολλές γυναίκες επιλέγουν να καθυστερούν να αποκτήσουν παιδιά, είναι πιθανόν η συχνότητα αυτή του καρκίνου του μαστού στη διάρκεια της εγκυμοσύνης να αυξηθεί¹⁶.

Η συχνότητα αυτή στην ελληνική πραγματικότητα σημαίνει ότι 35 περίπου γυναίκες απ' αυτές που θα γεννήσουν μέσα στο 2000 θα παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της γαλουχίας.

Και ενώ έχουμε ακούσει και θα συνεχίζουμε να ακούμε τους χειρουργούς και τους γυναικολόγους να διαφωνούν για το ποιος είναι ο αρμόδιος γιατρός για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα των μαστών της γυναίκας, θα τους δούμε να συμφωνούν απολύτως στο ότι: «την ευθύνη για την καθυστερημένη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στην εγκυμοσύνη και την γαλουχία την φέρει αποκλειστικά ο μαιευτήρας της γυναίκας¹⁷.

- Διάγνωση

Ο καρκίνος του μαστού παρ' ότι αποτελεί την συχνότερη κακοήθεια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δύσκολο να διαγνωσθεί έγκαιρα¹⁸.

Στο παρελθόν η νόσος αφορούσε προχωρημένες περιπτώσεις. Μεγάλοι όγκοι, παρουσία θετικών λεμφαδένων με διασπορά της νόσου δεδομένη. Τα αποτελέσματα των θεραπευτικών χειρισμών ήταν πτωχά.

Ευτυχώς τα τελευταία 30 χρόνια η Ιατρική κοινότητα πείστηκε ότι τα φτωχά αποτελέσματα οφείλονται στην καθυστέρηση της διάγνωσης και στην απροθυμία επιθετικού χειρισμού των ασθενών κατά την κύηση.

Η ευαισθησία και η διόγκωση των μαστών εύκολα καλύπτει ένα μικρό όγκο. Η ανεύρεση ψηλαφητού ογκιδίου στο μαστό κατά την κύηση οδηγεί σε διαφορετική συμπεριφορά από εκείνη που ακολουθείται σε μη έγκυο νεαρή γυναίκα.

Για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού οι έγκυες και θηλάζουσες γυναίκες θα έπρεπε να κάνουν αυτοεξέταση και να υπόκεινται σε εξέταση μαστού σαν μέρος των προγεννητικών εξετάσεων της εγκύου από το Μαιευτήρα. Αν κατά την κλινική εξέταση διαπιστωθεί παρουσία υπόπτου οζιδίου, η διαγνωστική προσπέλαση περιλαμβάνει το υπερηχογράφημα των μαστών και την μαστογραφία.

Η δόση ακτινοβολίας που φθάνει στο κύημα, από Μαστογραφία χαμηλής δόσεως, είναι σχετικά μικρή και λιγότερη από 0,5 m.rem.

Με την α/α θώρακος η δόση που λαμβάνει το έμβρυο είναι μικρότερη του 0,5 rem και θεωρείται ασφαλής για το κύημα.

Πρώτη διαγνωστική προσέγγιση μπορεί να γίνει με την παρακέντηση της ύποπτης περιοχής, που βεβαίως δεν εμποδίζει την ανοιχτή βιοψία η οποία θα θέσει και την ασφαλή διάγνωση. Για ν' αποφευχθεί ψευδώς θετική διάγνωση σαν αποτέλεσμα παρερμηνείας των αλλαγών των σχετικών με την εγκυμοσύνη, ο κυτταρολόγος και ο παθολογοανατόμος πρέπει να ενημερωθούν ότι η ασθενής είναι έγκυος.

Σε μια σειρά από 134 γυναίκες που ήταν έγκυες ή ήταν στην περίοδο της γαλουχίας και υποβλήθηκαν σε εγχείρηση για κάποιο όγκο στο μαστό, το ποσοστό κακοήθειας ήταν περίπου 22% και παραπλήσιο μιας πολύ μεγάλης ομάδας ασθενών του γενικού πληθυσμού της αντίστοιχης ηλικίας με όγκο στο μαστό.

Ο φλεγμονώδης καρκίνος δεν απαντάται συχνότερα στις εγκυμονούσες απ' ότι στον υπόλοιπο γυναικείο πληθυσμό και είναι 3-4% περίπου.

Δυσκολία υπάρχει στη διαφορική διάγνωση της κοινής μαστίτιδος ή του αποστήματος κατά τον θηλασμό και του φλεγμονώδους καρκίνου. Διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο είναι ο πυρετός που χαρακτηρίζει την μαστίτιδα^{19,20}.

- Επίδραση στο έμβρυο

Ο καρκίνος του μαστού κατά την εγκυμοσύνη γενικά θεωρείται ότι δεν έχει άμεσα επίδραση στο ίδιο το έμβρυο και τούτο γιατί η διέλευση των καρκινικών κυττάρων δια του πλακούντος δεν έχει ποτέ επιβεβαιωθεί ή οπωσδήποτε είναι ένα εξαιρετικά σπάνιο φαινόμενο.

Ακόμα ορισμένες διαγνωστικές ή θεραπευτικές τεχνικές μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου (scanning ή χημειοθεραπεία και ακτινοβολία).

- Γαλουχία

Στην περίπτωση αυτή η διάγνωση είναι εξίσου δύσκολη και η πρόγνωση εξίσου σοβαρή όπως και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Θα ήταν χρήσιμο να γίνεται κλινική εξέταση των μαστών στο Μαιευτήριο τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό και κατά την προγραμματισμένη επανεξέταση μετά το 40ήμερο της λοχείας²¹.

Η καταστολή του θηλασμού δεν αποδείχθη ότι βελτιώνει την πρόγνωση αλλά είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων που παρουσιάζονται στη βιοψία του μαστού κατά την διάρκεια της γαλουχίας.

Συχνή είναι η εμφάνιση φλεγμονών διότι το γάλα αποτελεί άριστο υλικό ανάπτυξης μικροβίων.

Επίσης μετά από βιοψία υφίσταται συχνότερα κίνδυνος δημιουργίας συριγγίων στις κεντρικές περιοχές του μαστού. Η βιοψία γίνεται με μεγάλη ασφάλεια με γενική ή τοπική αναισθησία αλλά η αιμόσταση πρέπει να είναι σχολαστική²².

- Πρόγνωση

Υπήρχε παλαιότερα η εντύπωση ότι η πρόγνωση των γυναικών με καρκίνο στο μαστό που είναι έγκυες, είναι πολύ χειρότερη, αντίστοιχα με άλλες ομάδες παραπλήσιας ηλικίας.

Μετά από μελέτη όμως όλων των δεδομένων σύγκρισης μεταξύ των ομάδων γυναικών με κύηση και χωρίς κύηση, αντίστοιχα κατά ηλικία και στάδιο, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στην πρόγνωση της νόσου.

Είχαν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες όπως:

1. Το ορμονικό περιβάλλον κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης
2. Η εμφάνιση ανοσοκατασταλτικών φαινομένων ίσως παίζει ρόλο δεδομένου ότι η παρουσία α₂ σφαιρινών και μακροσφαιρινών ανευρίσκονται στο ορό εγκύων γυναικών.
3. Αγγειακές μεταβολές στο μαστό κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και κυρίως η αυξημένη λεμφική διαπερατότητα ευνοούν την επέκταση της νόσου και την εμφάνιση μεταστάσεων στους λεμφαδένες νωρίτερα και συχνότερα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.
4. Εκείνο όμως που στην πραγματικότητα επιδεινώνει την πρόγνωση δεν είναι η επιθετικότητα του καρκίνου του μαστού στην έγκυο γυναίκα, αλλά η καθυστέρηση στην διάγνωση και η επιπλέον καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Το 40% των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται σε στάδιο III και IV ενώ πάνω από 70% έχουν διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Γενικά η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με κύηση ποικίλει αναλόγως της διήθησης των λεμφαδένων.

Συγκριτικά η πενταετής επιβίωση σε γυναίκες με αρνητικούς λεμφαδένες είναι γύρω στο 82% και η δεκαετής είναι περίπου 75%.

Αντίθετα υπάρχει θεαματική πτώση στην επιβίωση σε γυναίκες με αρνητικούς θετικούς λεμφαδένες όπου η 5ετής επιβίωση μειώνεται στο 36-47% και η 10ετής στο 25-36%.

Δεν υπάρχουν σωστές απαντήσεις για πολλά θεραπευτικά διλήμματα που παρουσιάζονται στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατά την κύηση ή γαλουχία. Η πρόγνωση δεν είναι διαφορετική από τις υπόλοιπες γυναίκες με καρκίνο του μαστού, στάδιο προς στάδιο. Στο σύνολο, η πρόγνωση

παρουσιάζεται πτωχή διότι το 70% των ασθενών παρουσιάζεται με θετικούς λεμφαδένες κατά την έναρξη της θεραπείας.

Τα στατιστικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η κύηση δεν επιβαρύνει την πρόγνωση, παρά μόνον αδρανοποιεί και κρατά την νόσο κρυμμένη για μήνες, επιτρέποντας την εκδήλωση μεταστάσεων. Η κατάσταση αυτή μπορεί να ανατραπεί μόνο με την έγκαιρη διάγνωση, την ευθύνη της οποίας φέρει ο Μαιευτήρας της γυναίκας. Προτείνεται λοιπόν: α) κλινικός έλεγχος των μαστών κάθε μήνα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, στην αρχή της γαλουχίας και κατά την επανεξέταση της γυναίκας στο τέλος της λοχείας και β) η διδασκαλία στη γυναίκα της αυτοεξέτασης των μαστών της.

Επί ανευρέσεως δε κάποιου υπόπτου ογκιδίου να γίνεται U/S μαστών και Μαστογραφία, η χρήση της οποίας σε καμιά περίοδο της εγκυμοσύνης δεν δημιουργεί προβλήματα στο κύημα. Μετά ακολουθεί παρακέντηση του ογκιδίου και βεβαίως η χειρουργική αφαίρεση του ογκιδίου και η ιστολογική του εξέταση μπορεί να δώσει την ακριβή διάγνωση.

Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να παραμένουν αμφιβολίες αν ένας όγκος στο μαστό είναι κακοήθης ή όχι. Αυτό ισχύει εξίσου και για την έγκυο όπως και για κάθε άλλη γυναίκα²³.

3. Άμβλωση και Ca μαστού

Εκείνοι που ως τώρα απέρριπταν επιθετικά την πιθανότητα αιτιακής σχέσεως μεταξύ της αμβλώσεως και του καρκίνου του μαστού περνούν όλο και περισσότερο στην άμυνα, κάτι που σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στα αποτελέσματα μιας εντυπωσιακής μελέτης η οποία δημοσιεύτηκε στο τεύχος της 2 Νοεμβρίου 1994 του Περιοδικού του Εθνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου (Journal of the National Cancer Institute - JNCI).

Η διεξοδική εργασία της Dr. Janet Daling και των συνεργατών της στο Αντικαρκινικό Ερευνητικό Κέντρο Fred Hutchinson του Seattle εξέτασε την πιθανή σχέση μεταξύ εκτρώσεως και καρκίνου του μαστού. Χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Αντικαρκινικό Κέντρο και διεξήχθη υπό τον έλεγχο μιας γυναίκας η οποία δηλώνει ότι είναι υπέρ της δυνατότητας επιλογής διακοπής της κύησης, συνεπώς η μελέτη αυτή δεν μπορεί να κατηγορηθεί ότι είναι επηρεασμένη κατά των αμβλώσεων. Ωστόσο, ένα συνοδευτικό εκδοτικό

άρθρο, γραμμένο από την Dr. Lynn Rosenberg στο JNCI προσπάθησε αδικαιολόγητα να μειώσει το βάρος των αποτελεσμάτων δίνοντας πιθανές εξηγήσεις που αίρουν τα συμπεράσματα της μελέτης τα οποία σαφώς στηρίζουν την άποψη ότι μια άμβλωση εκθέτει τη γυναίκα σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Πολλοί παράγοντες συνετέλεσαν στο να αναδειχθεί η μελέτη της Dr Daling, με τίτλο "Κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις νέες γυναίκες: Σχέση με την άμβλωση", κρίσιμο σημείο στο διάλογο σχετικά με το αν η άμβλωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε μια γυναίκα.

Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- το μέγεθος της μελέτης (1.806 γυναίκες -- 845 γυναίκες με καρκίνο του μαστού συγκρίθηκαν με μια ομάδα "ελέγχου" 961 γυναικών χωρίς καρκίνο)
- η πληρότητά της -- οι γυναίκες ερωτήθηκαν μία προς μία, στο σπίτι τους, επί δύο ώρες
- το συμπέρασμα της μελέτης ότι μια αυτόματη έκτρωση -- αποβολή -- δεν αυξάνει τον κίνδυνο, μεταφέροντας το βάρος εκεί που πρέπει, στην άμβλωση
- η διαπίστωση ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνει μετά από μια άμβλωση, ανεξάρτητα από - την ηλικία της μητέρας κατά τον χρόνο της άμβλωσης, - την ηλικία του αγέννητου παιδιού - το αν η γυναίκα είχε γεννήσει παλαιότερα.

Τι έδειξε συγκεκριμένα η μελέτη της Dr Daling; Τα περισσότερα μέσα μαζικής ενημέρωσης επικεντρώθηκαν στο συμπέρασμα ότι, κατά μέσο όρο, η πιθανότητα μιας μητέρας να αναπτύξει καρκίνο του μαστού πριν τα 45 αυξάνει κατά 50% εάν αυτή έχει υποβληθεί σε άμβλωση. Όμως, αυτός ο αυξημένος κίνδυνος απορρίφθηκε στο συνοδευτικό άρθρο του JNCI ως "μικρός από επιδημιολογικής απόψεως". Εάν ο καρκίνος του μαστού ήταν σπάνιος ή εάν η άμβλωση ήταν σπάνια, το επιχείρημα αυτό θα είχε περισσότερη αξία. Όμως, κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 182.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου και πεθαίνουν 46.000 γυναίκες. Αν προστεθούν στον αριθμό αυτό οι ετήσιες 1.530.000 αμβλώσεις, ο αυξημένος κίνδυνος, που απεκλήθη "μικρός",

σημαίνει ένα τεράστιο αριθμό νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Για παράδειγμα, χωρίς να ληφθεί υπ' όψιν η έκτρωση, μια γυναίκα σήμερα έχει στη διάρκεια της ζωής της 10% πιθανότητα να εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Επειδή όμως κάθε χρόνο πάρα πολλές γυναίκες υποβάλλονται σε έκτρωση, ακόμα και αν η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο κατά 50% (από 10% σε 15%), σε μερικές δεκαετίες το αποτέλεσμα θα είναι τουλάχιστον 40.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού κάθε χρόνο.

Αλλά η μελέτη της Dr Daling περιελάμβανε ακόμα ανησυχητικότερα συμπεράσματα, που σε μεγάλο βαθμό αγνοήθηκαν από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

- Εάν μια γυναίκα είχε υποβληθεί για πρώτη φορά σε έκτρωση πριν τα 30 της χρόνια, ο κίνδυνος αυξανόταν κατά 110%.
- Εάν μια γυναίκα είχε υποβληθεί για πρώτη φορά σε έκτρωση πριν τα 18 της χρόνια, η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξανόταν κατά 150%.
- Εάν στην οικογένεια μιας γυναίκας υπήρχε ιστορικό καρκίνου του μαστού (μητέρα, αδελφή, θεία) και είχε υποβληθεί για πρώτη φορά σε έκτρωση πριν τα 30 της χρόνια, ο κίνδυνος αυξανόταν κατά 270%.
- Περισσότερο δραματικές ήταν οι περιπτώσεις των γυναικών που υποβλήθηκαν σε έκτρωση πριν τα 18, στην οικογένεια των οποίων υπήρχε ιστορικό καρκίνου του μαστού. Στη μελέτη της Dr Daling υπήρχαν 12 γυναίκες αυτής της κατηγορίας. Όλες είχαν καρκίνο του μαστού!

Γιατί η άμβλωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;

Ένας λόγος που κάνει δυσκολότερη την άρνηση της σχέσεως μεταξύ άμβλώσεως και καρκίνου του μαστού είναι ότι η σχέση αυτή είναι διαισθητικά κατανοητή στον άνθρωπο που δεν έχει ιδιαίτερες γνώσεις αλλά και συμφωνεί με τις έως τώρα γνώσεις των επιστημόνων σχετικά με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού και σχετικά με την προστασία που προσφέρει στη γυναίκα μια εγκυμοσύνη που τελειώνει στον πλήρη κύκλο. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν ότι ο καρκίνος ξεκινά σε ανώριμα, μη διαφοροποιημένα κύτταρα του μαστού -- σε ιστούς που δεν έχουν ωριμάσει

και ειδικευθεί. Τέτοια κύτταρα αφθονούν ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ενισχυόμενα από τις αυξημένες συγκεντρώσεις της θηλυκής ορμόνης οιστρογόνης. "Αυτά τα νεαρά, αναπτυσσόμενα κύτταρα", όπως περιέγραψε ένας επιστημονικός ανταποκριτής, "αν αφεθούν ανεξέλεγκτα, είναι πολύ επιρρεπή στην κακοήθεια". Στο δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης, τα επίπεδα της οιστρογόνης μειώνονται. Υπό την επιρροή ορμονών όπως η ανθρώπινη πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη, οι ανώριμοι ιστοί αναπτύσσονται και διαφοροποιούνται γρήγορα σε ώριμο, εξειδικευμένο ιστό παραγωγής γάλακτος. Όταν η εξειδίκευση πραγματοποιηθεί, τα κύτταρα είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν καρκινοειδή.

Γι' αυτό οι επιστήμονες γνωρίζουν από παλιά ότι μια εγκυμοσύνη που ολοκληρώνεται παρέχει ασφάλεια κατά του καρκίνου του μαστού. Η διαδικασία βραχυκυκλώνεται όταν μια γυναίκα υποβληθεί σε άμβλωση. Ενώ η οιστρογόνη των πρώτων σταδίων της εγκυμοσύνης προκαλεί αφθονία μη διαφοροποιημένων, επιρρεπών στον καρκίνο κυττάρων, η προστασία που προέρχεται από ορμόνες οι οποίες ελευθερώνονται αργότερα στην εγκυμοσύνη δεν υλοποιείται ποτέ. Έτσι, μια άμβλωση επιφέρει στη γυναίκα τη χειρότερη δυνατή κατάσταση. Χάνει την ασφάλεια που κερδίζει από την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης -- μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος του 10% πέφτει σε 7% -- ενώ, εξ αιτίας της έκτρωσης, ο κανονικός κίνδυνος αυξάνεται - από 10% σε 15%.

Η μελέτη της Dr Daling, ωστόσο, περιελάμβανε μόνο γυναίκες μέχρι την ηλικία των 50. Τι θα συμβεί αργότερα στη ζωή τους; Μια πολύ σημαντική αλλά αρκετά άγνωστη μελέτη στο τεύχος Δεκεμβρίου 1993 του Περιοδικού της Αμερικανικής Ιατρικής Ενώσεως ερεύνει την εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε περίπου 1.000 μαύρες γυναίκες (500 με καρκίνο του μαστού, 500 χωρίς) καθώς αυξάνουν σε ηλικία. Η μελέτη "Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε Αφρικανο-Αμερικανές γυναίκες: Η εμπειρία του Ογκολογικού Μητρώου του Πανεπιστημίου Howard" επιβεβαίωσε ότι οι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνονταν πολύ περισσότερο για τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε άμβλωση απ' ό,τι για τις γυναίκες που δεν είχαν. Η πολύ καλή αυτή μελέτη διαπίστωσε το ίδιο συνολικό ποσοστό αύξησης του κινδύνου (50%) για γυναίκες κάτω των 40 ετών που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση. Αλλά οι γυναίκες που ήταν άνω των 40 ετών και είχαν

υποβληθεί σε έκτρωση αντιμετώπιζαν κίνδυνο αυξημένο κατά 180%. Ο κίνδυνος αυξανόταν σε 370 για μαύρες γυναίκες άνω των 50 που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση.

Γνωρίζαμε πάντα ότι η άμβλωση είναι θανάσιμη για τα αγέννητα παιδιά. Μόνο πρόσφατα φανερώθηκαν σαφώς και οι κίνδυνοι για τις εγκύους²⁴.

4. Αντισυλληπτικά

Ειδικές περιπτώσεις καρκίνος του μαστού σε νέες γυναίκες <40

Ο καρκίνος του μαστού είναι ασυνήθης σε γυναίκες μικρότερες των 40 ετών αλλά όταν συμβαίνει έχει καταστροφικές συνέπειες για τις ίδιες και τις οικογένειές τους. Η συχνότητα της νόσου είναι περίπου 4%.

Είναι περισσότερο βιολογικά επιθετική δηλαδή εμφανίζει μεγαλύτερη συχνότητα λεμφαγγειακής διήθησης, χαμηλότερα επίπεδα οιστρογονικών υποδοχέων, υψηλότερο κυτταρικό Grade και γενικότερα έχει δυσμενέστερους προγνωστικούς παράγοντες από τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας του ίδιου σταδίου.

Οι νέες γυναίκες συχνά χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά, υποβάλλονται σε ορμονικές θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και μερικές από αυτές είναι γονιδιακά βεβαρημένες.

- Χρήση Αντισυλληπτικών

Η απάντηση στο ερώτημα εάν τα αντισυλληπτικά αυξάνουν τον κίνδυνο για τον καρκίνο του μαστού είναι «Ναι μεν αλλά.....». Η πολυκεντρική μελέτη από το NCI των ΗΠΑ που τελείωσε το 1995, έδειξε ότι ο σχετικός κίνδυνος σε χρήστριες αντισυλληπτικών για Ca μαστού είναι 1,4.

Ο κίνδυνος αυτός είναι παροδικός, δηλαδή εξαλείφεται μετά από 10 χρόνια αν γίνει διακοπή.

Περισσότερο αυξημένος κίνδυνος = 1,6%, υπάρχει εάν η λήψη των αντισυλληπτικών αρχίσει πριν από την ηλικία των 20 ετών.

Ένα πιθανόν ενδιαφέρον συμπέρασμα που βγαίνει από αυτή τη μελέτη είναι ότι τα οιστρογόνα από μόνα τους ενδεχομένως να μην προκαλούν καρκίνο (de novo) δρώντας πάνω σε ήδη προϋπάρχοντα καρκίνο.

Εάν η ανωτέρω θεωρία έχει βάση, τότε οι γυναίκες που υποβάλλονται σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής υφίστανται επίδραση

πολλαπλάσιου του φυσιολογικού οιστρογονικού φορτίου κατ' επανάληψιν έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν Ca μαστού. Καμία μελέτη δεν έχει αποδείξει αιτιολογική σχέση μεταξύ προκλήσεως ωοθηλακιωορρηξίας και Ca μαστού. Η αίσθηση όμως είναι ότι κάτι πρέπει να συμβαίνει, έτσι είναι επιτακτικός ο σχεδιασμός τυχαιοποιημένων προοπτικών μελετών που θα αποκτήσει σε αυτό το ερώτημα.

Σχετικά τώρα με τις νέες γυναίκες που έχουν γονιδιακή επιβάρυνση φέρουν δηλαδή μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2.

1. Μελέτες έδειξαν ότι η κύηση μπορεί να φέρει την νόσο ενωρίτερα, κάτι το οποίο έρχεται σε αντίθεση με το επιδημιολογικό δεδομένο ότι η τελειόμηνος κύηση σε μικρή ηλικία προστατεύει από τον καρκίνο του μαστού.
2. Η προφύλαξη που προσφέρει η απλή αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή στους φορείς είναι πάνω από 95% ενώ οι λοιπές προφυλακτικές στρατηγικές (χημειοπροφύλαξη, εντατική παρακολούθηση, αντισιστρογόνα κ.λ.π.) δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές.

- Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του μαστού παρατηρείται και σε νεώτερες ηλικίες από ότι πιστεύαμε μέχρι πρόσφατα.

Έχει επιθετικότερη βιολογική συμπεριφορά, χωρίς όμως να μεταβάλλει την επιβίωση.

Οι γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά ή υποβάλλονται σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θέλουν εντατικότερη προσοχή από τον ιατρό τους στην εξέταση του μαστού²⁵.

5. Αυτοεξέταση

Θεωρείται αποτελεσματική θεραπεία του καρκίνου, εκείνη η οποία εφαρμόζεται σε αρχικό στάδιο, όταν δηλαδή η νόσος είναι τοπική. Όταν κατά την διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν υπάρχει λεμφαδενική επινέμηση, η 5ετης επιβίωση είναι περίπου 85%, ενώ επί προσβεβλημένων λεμφαδένων η 5ετης επιβίωση είναι μικρότερη του 53%.

Επομένως μόνον η «πρώιμη διάγνωση», μπορεί να διαφοροποιήσει την επιβίωση από τον καρκίνο, αλλά πρώιμη διάγνωση μπορεί να επιτευχθεί

μόνον με μαζικό Screening. Μέθοδοι screening για τον καρκίνο του μαστού κατά την Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία, είναι η «μαστογραφία», μετά το 35^ο έτος της ηλικίας, η «κλινική εξέταση των μαστών» από το 25^ο έτος και η «αυτοεξέταση» των μαστών από το 20^ο έτος των γυναικών, αλλά είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι και οι τρεις αυτές μέθοδοι είναι συμπληρωματικές η μια της άλλης.

- Αυτοεξέταση των μαστών

Μεγάλο ποσοστό των καρκίνων του μαστού (έως και 90%) ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες ως ένα ψηλαφητό οζίδιο, (τυχαία η μετά αιμόρροια εκ της θηλής) η ακόμα χειρότερα ως εισολκή του δέρματος ή και της θηλής του μαστού.

Σε μελέτη του Πανεπιστημίου του WISCONSIN USA, βρέθηκε μείωση του ποσοστού εμφάνισης προχωρημένου καρκίνου του μαστού κατά 35% στις γυναίκες που έκαναν τακτικά προσεκτική, συστηματική «αυτοεξέταση» των μαστών τους σε σύγκριση προς αυτές που δεν έκαναν. Στην ίδια μελέτη αναφέρονται ότι το 14% των γυναικών στις οποίες βρέθηκε προχωρημένου σταδίου καρκίνος του μαστού, δεν είχαν υποβληθεί σε κλινική εξέταση τα τελευταία 5 χρόνια προ της διαγνώσεως. Πολλές μελέτες συμφωνούν ότι οι γυναίκες που πραγματοποιούν αυτοεξέταση, φαίνεται να ευνοούνται έναντι των μη αυτοεξεταζομένων με την ανακάλυψη της νόσου σε ευνοϊκότερο κλινικό στάδιο, αλλά κυρίως με την μείωση της θνησιμότητας έως και κατά 50%.

Έχει εκτιμηθεί ότι με την «αυτοεξέταση» θα διαπιστωθεί το 9% των καρκίνων που θα εκδηλωθούν στα μεσοδιαστήματα των screening μαστογραφιών, και ότι το 66% απ' αυτούς δεν θα έχουν επινεμηθεί των επιχωρίων λεμφαδένων.

Παρατηρήσεις ετών της American Cancer Society κατέδειξαν ότι γυναίκες που διδάχθηκαν την αυτοεξέταση από το γιατρό τους, ευαισθητοποιήθηκαν και ακολούθως ανταποκρίθηκαν αυτοεξεταζόμενες για μεγάλα χρονικά διαστήματα, σε σύγκριση με τις γυναίκες στις οποίες επίμονα προπαγανδίστηκε η αυτοεξέταση χωρίς να τους διδαχθεί. Επομένως είναι υποχρέωση του γυναικολόγου και του κάθε κλινικού γιατρού να διδάξει την αυτοεξέταση στις ασθενείς του με την πεποίθηση ότι η σωτηρία της γυναίκας

βρίσκεται στα χέρια της υπό την καθοδήγησή του. Εκείνο που χρειάζονται οι γυναίκες, είναι «μόνον» να εξοικειωθούν με την υφή των μαστών τους, να αναγνωρίσουν (γεωγραφικά) τις σκληρίες ή τα οζίδια στην σύστασή τους και να κατανοήσουν ότι αυτά αποτελούν φυσιολογικές ιδιομορφίες των μαστών τους, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν αμέσως όποια αλλαγή εμφανισθεί.

- **Αρχές της αυτοεξέτασης των μαστών**

1. Η εφαρμοζόμενη μέθοδος πρέπει να είναι απλή, σύντομη και εφαρμόσιμη
2. Πρέπει να ελέγχεται ολόκληρος ο μαστός, συμπεριλαμβανομένων της θηλής, της θηλαίας άλω και της μασχάλης
3. Χρήσιμο είναι να προηγείται της ψηλάφησης επισκόπηση των μαστών, μέσω καθρέπτη για αναζήτηση πτυχώσεων ή εισολκών
4. Συνιστάται απαλή ψηλάφηση με τα δάκτυλα τεντωμένα και όχι πιεστική μάλαξη (όχι ζύμωμα).
5. Η αυτοεξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά 1-2 μήνες, (5-9 ημέρες μετά την έναρξη της εμμήνου ρύσεως).
6. Η εξέταση πρέπει απαραίτητα να γίνεται σε ορθία και σε υπτία θέση, με τα μάτια της γυναίκας κλειστά (ώστε η προσοχή της να επικεντρώνεται στην αφή).
7. Το δέρμα κατά την εξέταση είναι προτιμότερο να είναι υγρό (π.χ. με σαπουνάδα).
8. Η διδασκαλία της αυτοεξέτασης των μαστών πρέπει να γίνεται από τον κλινικό γιατρό με τα χέρια της γυναίκας πάνω στους μαστούς της.
9. Η γυναίκα πρέπει για τα 2 πρώτα περίπου χρόνια απλώς να προσπαθεί να «μάθει» τους μαστούς της.

Τα πλεονεκτήματα της αυτοεξέτασης είναι: το χαμηλό κόστος της μεθόδου (ανέξοδη μέθοδος, πλην απαιτείται χρόνος για την διδαχή και την απόκτηση εμπειρίας), η δυνατότης συχνής εφαρμογής της, η ευαισθητοποίηση των γυναικών (οι οποίες καθίστανται τρόπον τινά συνυπεύθυνες για την ανεύρεση καρκίνου), η αποτελεσματικότης της μεθόδου ειδικά σε ορισμένες ηλικιακές ομάδες όπως π.χ. κάτω των 35 ετών (οπότε αποφεύγεται η μαστογραφία) ή άνω των 50, οπότε η ευαισθησία της αυξάνει.

Μειονεκτήματα της μεθόδου θεωρούνται: η απροθυμία των γυναικών να αναλάβουν μόνες τους μέρος της ευθύνης για την διαπίστωση προβλήματος στο ίδιο τους το σώμα, το αυξημένο τους άγχος (ειδικά κατά το αρχικό στάδιο εφαρμογής) και κυρίως η αβέβαια «ευαισθησία» και «ειδικότητα» της μεθόδου οι οποίες κυμαίνονται από άτομο εις άτομο.

Εν όψει των ανωτέρω αναφερθέντων, θεωρούμε ως φυσικό συμπέρασμα ότι η ενθάρρυνση των γυναικών να αυτοεξετάζονται και η εκπαίδευση τους να κάνουν την εξέταση σωστά, τακτικά και συστηματικά, είναι ένα θετικό βήμα προς την εγκαίριότερη διάγνωση νέων καρκίνων του μαστού.

Αν όμως η εκπαίδευση εκατομμυρίων γυναικών είναι μια δύσκολη υπόθεση, η εκπαίδευση των γιατρών στην κλινική «εξέταση» των μαστών είναι ευκολότερος στόχος και αντικειμενικότερη μέθοδος screening²⁶.

- Οδηγίες αυτοεξέτασης

Κάθε ενήλικη γυναίκα πρέπει να εφαρμόζει τακτικά την αυτοεξέταση των μαστών ώστε να εξοικειώνεται με το σχήμα και τη σύσταση τους και να αντιλαμβάνεται έγκαιρα κάθε μεταβολή τους. Ακολουθήστε τις οδηγίες που αναφέρονται πιο κάτω μια φορά το μήνα, κατά προτίμηση στο τέλος της περιόδου.

1. Σταθείτε εμπρός από έναν καθρέφτη με τα χέρια σας στα πλάγια και παρατηρήστε τους μαστούς και τις θηλές από εμπρός και από το πλάι για κάθε αλλαγή στο σχήμα ή την όψη.



2. Παρατηρήστε ξανά με τα χέρια υψωμένα.



3. Έχοντας το αριστερό χέρι υψωμένο, ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό με το δεξί χέρι. Επαναλάβετε το



ψηλαφώντας με το αριστερό χέρι το δεξιό μαστό.

4. Ξαπλώστε με ένα μαξιλάρι κάτω από τον αριστερό σας ώμο και με το αριστερό σας χέρι κάτω από το κεφάλι. Με το δεξί χέρι ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό από το εξωτερικό μέρος προς τη θηλή.



5. Εξετάστε την περιοχή ανάμεσα στο μαστό και τη μασχάλη καθώς και μέσα στη μασχάλη με το χέρι υψωμένο και στη συνέχεια κατεβασμένο.

6. Πιέστε ελαφρά τη θηλή για να διαπιστώσετε αν βγαίνει υγρό.



Επαναλάβετε τα 4, 5 και 6 χρησιμοποιώντας το αριστερό χέρι για το δεξιό μαστό.

Πότε να συμβουλευθείτε το γιατρό σας

Εάν παρατηρήσετε κάτι από τα πιο κάτω κατά την αυτοεξέταση των μαστών, συμβουλευθείτε το γιατρό σας χωρίς καθυστέρηση:

- Εξόγκωμα στο μαστό ή στη μασχάλη
- Αλλαγή στο περίγραμμα του μαστού
- Εκροή από τη θηλή
- Συρρίκνωση της θηλής
- Οποιαδήποτε αλλαγή στο δέρμα του μαστού (π.χ. ρυτίδωση).

Έχετε υπόψη ότι στην αρχή αρκετά από τα εξογκώματα που θα βρείτε κατά την αυτοεξέταση θα είναι φυσιολογικά.

Όμως, αν ανησυχείτε επειδή βρήκατε κάποια ανωμαλία, συμβουλευθείτε το γιατρό σας²⁷.

Δ. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η πρόληψη του καρκίνου αναφέρεται σε μια ποικιλία ενεργειών αυτοφροντίδας, τις οποίες τα άτομα μπορεί να διδαχθούν για να χρησιμοποιούν ώστε να μειώσουν τον κίνδυνο του καρκίνου. Η συμβολή των νοσηλευτών στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντική. Οι νοσηλευτές μπορούν και πρέπει να εμπλέκονται με τη διδασκαλία πρόληψης του καρκίνου και την εκτέλεση του προληπτικού ελέγχου των ατόμων με τα οποία έρχονται σε επαφή. Ωστόσο, γεννάται το ερώτημα, εάν οι νοσηλευτές προετοιμάζονται κατάλληλα στη βασική τους εκπαίδευση για να ασχοληθούν με τέτοια προβλήματα.

Οι νοσηλευτές προτού μπορέσουν να παρακινήσουν τις γυναίκες να εξετάζονται στη BSE (Breast Self Examination – αυτοεξέταση μαστού) πρέπει οι ίδιοι να είναι πιο δραστήριοι για την πρακτική της αυτοεξέτασης στον εαυτό τους. Ο Sawyer ανέφερε ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι εξασκήθηκαν στην BSE στον εαυτό τους ήταν περισσότερο πιθανόν να ζητούν από τους αρρώστους τη BSE σε σύγκριση με τους νοσηλευτές οι οποίοι δεν έκαναν κανονική αυτοεξέταση. Ο χώρος εργασίας έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην μάθηση και την προαγωγή της²⁸.

Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ένας νοσηλευτής είναι τα εξής:

- Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.
- Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.
- Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της υγείας και της νοσηλευτικής.
- Ικανότητα:
 1. Εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας.
 2. Εφαρμογή συστήματος γραπτής επικοινωνίας, αλλά και δεξιότητες στην διανθρώπινη επικοινωνία.
 3. Να προγραμματίζει, ιεραρχεί και αντιμετωπίζει τα προβλήματα κατά προτεραιότητα.
 4. Να διδάσκει και να καθοδηγεί άτομα και ομάδες.
 5. Να λύνει προβλήματα, να παίρνει αποφάσεις, να συλλαμβάνει και να επιφέρει αλλαγές όπου χρειάζεται.
- Βασικές γνώσεις υπολογισμού, κόστους και ωφελιμότητας.

- Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους²⁹.

1. Εκπαιδευτικό υλικό

Τα μέσα και οι τρόποι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι τα εξής:

1. Εκδόσεις:

- Περιοδικό, με στόχο την εκπαίδευση του γυναικείου πληθυσμού στην αυτοεξέταση μαστού.
- Ενημερωτικά έντυπα για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.
- Αφίσες.
- Προγράμματα για μαθητές και φοιτητές, έτσι ώστε να υπάρχει συνέχεια στην εκπαίδευση σχετικά με την αυτοεξέταση και πρόληψη.

2. Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ραδιόφωνο, τύπος, τηλεόραση)

Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην αξιοποίηση των Μ.Μ.Ε. για την πληροφόρηση σχετικά με την αυτοεξέταση μαστού.

Σε τακτά χρονικά διαστήματα πρέπει να προγραμματίζεται ομιλίες, προβολής spots, συνεντεύξεις και να μην χρησιμοποιούνται τα Μ.Μ.Ε. περιστασιακά.

3. Εκδηλώσεις: Συμπόσια, Συνέδρια, Ημερίδες.

4. Άλλα (Μπλουζάκια, τσάντες).

• Εκπαιδευτικά προγράμματα

- Εκπαίδευση Στελεχών Υγείας
- Εκπαίδευση Φορέων (Δημοσιογράφων, Ε.Ε.Σ., εκπροσώπων Συλλόγων, Καθηγητών).
- Πτυχιακές εργασίες Τ.Ε.Ι.
- Διπλωματικές εργασίες Τ.Ε.Ι.
- Άσκηση Κοινωνικών Λειτουργιών στο επάγγελμα
- Συμπόσια, Συνέδρια, Ημερίδες.
- Επιστημονική στήριξη προγραμμάτων που οργανώνουν άλλοι φορείς.
- Εξειδίκευση νοσηλευτριών (Κέντρα Εγκαίρων Διαγνώσεων).
- Σχολεία – περιβαλλοντική εκπαίδευση³⁰.

2. Μέθοδοι διδασκαλίας

Με την ύπαρξη διαφόρων μεθόδων διδασκαλίας γίνεται δυνατή η επιλογή ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες μάθησης.

Μέθοδοι διδασκαλίας είναι:

A) Εξατομικευμένη διδασκαλία

B) Συζήτηση σε ομάδες

Γ) Έντυπο υλικό

Δ) Οπτικά μέσα

E) Σεμινάρια

Στ) Προγράμματα Η/Υ, τα οποία εφαρμόζονται από το 1990 και μετά³¹

- Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης

Η διαδικασία της αυτοφροντίδας του καρκίνου του μαστού είναι η διαδικασία παροχής στο γυναικείο πληθυσμό των απαραίτητων γνώσεων και πρακτικών για την αυτοφροντίδα και πρόληψη.

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την αυτοεξέταση μαστού και για την βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ως γυναίκα ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες και ιδιαίτερα με τις γυναίκες της υπαίθρου, στις οποίες το αίσθημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγων για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Τέτοια προγράμματα είναι:

A) Η υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού βοηθάει στην πρόληψη του π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον καρκίνο του μαστού

B) Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

Γ) Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.

Για την εφαρμογή όμως των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία οφείλει να προβεί στη λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού όπως τα ακόλουθα:

A) Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.

B) Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος.

Γ) Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.

Δ) Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.

E) Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.

Στ) Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

Z) Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού

H) Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

Θ) Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

- Χαρακτηριστικά του εκπαιδευτικού προγράμματος

Ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης πρέπει να έχει γενικά τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

A) Να απευθύνεται προς όλες τις γυναίκες και ιδιαίτερα στις νεότερες.

B) Να είναι εφαρμόσιμο σε πολλούς χώρους (νοσοκομεία, κλινικές, κέντρα υγείας).

Γ) Να εκπαιδεύει λαμβάνοντας υπόψη τις πρόσφατες εξελίξεις σχετικά με την πρόληψη.

Δ) Να καταγράφει και να προβλέπει.

Ε) Να δείξει τους τρόπους με τους οποίους ένα σύστημα φροντίδας μπορεί να αξιολογεί φροντίδες ώστε να εξατομικεύει παρεμβάσεις ανάλογα με τα ειδικά χαρακτηριστικά.

Στ) Να μην είναι στατικό, άκαμπτο, αλλά ανοικτό σε νέες πληροφορίες, εκτιμήσεις και συνεχή επεξεργασία.

Ζ) Να σχεδιασθεί ώστε να καθοδηγεί τις συμπεριφορές των γυναικών όσο και των επαγγελματιών υγείας³².

- Στόχοι του προγράμματος

Η επιτυχής εκπαίδευση στηρίζεται, στον ακριβή προσδιορισμό βραχυπρόθεσμων, κοινώς αποδεκτών αντικειμενικών σκοπών, των οποίων η επίτευξη θα τροποποιείται σύμφωνα με τις συνθήκες. Οι στόχοι διακρίνονται σε εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς.

Οι εκπαιδευτικοί στόχοι είναι:

- Κατανόηση του θέματος: Αυτοεξέταση μαστού.
- Ανάπτυξη πρακτικών πρόληψης.
- Εισαγωγή της αυτοφροντίδας στην καθημερινή ζωή
- Διαμόρφωση συμπεριφορών αισιοδοξίας και αυτοπεποίθησης.
- Απόκτηση λεπτομερούς γνώσης για τον καρκίνο του μαστού.
- Ανάπτυξη ικανότητας, λήψη αποφάσεων.

Οι θεραπευτικοί στόχοι είναι:

- Αποφυγή οξέων επιπλοκών.
- Φροντίδα των μαστών³³.

3. Ατομική και ομαδική εκπαίδευση

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως, αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι αυτό στρατηγικός.

Η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του μαστού είναι στρατηγική και πολυεπίπεδη, μια και οι γνωστοί αιτιολογικοί παράγοντες βρίσκονται στο μικροπεριβάλλον (κακή διατροφή, έκθεση σε ακτινοβολία) και στο μακροπεριβάλλον (γενική ατμοσφαιρική, ειδική βιομηχανική ρύπανση).

Η νοσηλεύτρια, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης, παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί.

- Μεθοδολογία πρόληψης καρκίνου του μαστού
 - Χαρακτηριστικά στόχων
 - Διαθέσιμες υπηρεσίες
 - Μέσα προσέγγισης
 - Προσφορότερη κατανομή δαπανών

- Στοιχεία
 - Επιδημιολογικά δεδομένα
 - Συνήθειες της οικογένειας
 - Πιθανές στάσεις, ιστορικό δημόσιας υγείας
 - Περιβαλλοντικά στοιχεία
 - Επίδραση άμεση ή έμμεση στο χώρο της εργασίας
 - Πρότυπο αντικαρκινικής συμπεριφοράς

- Προσέγγιση
 - Προσωπικού – γενικού χαρακτήρα
 - Οικογενειακή προσέγγιση

- Εργασιακή προσέγγιση

Για τη σωστή εκτίμηση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να περιλαμβάνει:

- A. Γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και τη φυσική του εξέλιξη.
- B. Γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων.
- Γ. Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού.
- Δ. Ικανότητες φυσικής εκτίμησης.
- E. Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής

Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη

Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, να βλέπει τις παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών A και C.

Παράγοντες κινδύνου	Φυσικά ευρήματα
<p>Θήλυ: (1.11), σπάνιο στους άνδρες Ηλικία άνω των 40 Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα όσον αφορά στη μητέρα, αδελφή ή θεία Ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού Καλοήθης πάθηση μαστού: Χρόνια κυστική μαστίτιδα, ενδοτορική θηλωμάτωση, ινοκυστική πάθηση Μη τεκνοποίηση Πρώτος τοκετός μετά τα 30 Πρώιμη εμμηναρχή Καθυστερημένη εμμηνόπαυση Ενδομητρικός καρκίνος Ανασολογική ανεπάρκεια Διαβήτης, παχυσαρκία, υπέρταση Λήψη εξωγενών οιστρογόνων και αντιυπερτασικών παραγόντων Πιθανώς, χρόνια επίδραση ψυχολογικού άγχους</p> <p><i>Περιβαλλοντικοί:</i> Ψυχρό κλίμα Δυτικό ημισφαίριο Λευκή φυλή Υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο Εκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία Ιώσεις Κατανάλωση λιπών με την τροφή</p>	<p>Συνήθως, ανακαλύπτονται από την ασθενή κατά την αυτοεξέταση μαστού <i>Αλλαγές που παρατηρούνται κατά την επισκόπηση.</i> - Μέγεθος, σχήμα, συμμετρία, εισολκή της θηλής. Παρατηρούνται κατά την επισκόπηση των μαστών μπροστά σε καθρέπτη (καθισμένη ή όρθια), με τα χέρια ανυψωμένα και τοποθετημένα πίσω από το κεφάλι. - Αλλαγές του δέρματος, οίδημα, εμφάνιση εντυπωμάτων, δέρμα «δίκην φλοιού πορτοκαλιού».</p> <p><i>Αλλαγές που παρατηρούνται κατά την ψηλάφηση</i> - Σε ύπτια θέση, έκκριση από τη 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</p>

Προστατευτικοί και προδιαθεσιακοί παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού (Πλατή 1989).

Η νοσηλεύτρια επισημαίνει τους:		
Παράγοντες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού	Προστατευτικούς παράγοντες	Παράγοντες με μικρότερες πιθανότητες για καρκίνο του μαστού
Φύλο: Θήλυ Ηλικία: Άνω των 40 ετών Οικ. Ιστορικό: Μητέρα ή αδελφή με καρκίνο μαστού Ατομ. Ιστορικό: Καρκίνος μαστού χειρουργηθείς Εγκυμοσύνη: Όχι Θηλασμός: Όχι	<ul style="list-style-type: none"> - Πρώτη έμμηνη ρύση σε ηλικία 12 ετών - Εγκυμοσύνη προ των 25 ετών - Θηλασμός 	<ul style="list-style-type: none"> - Κυστική μαστίτιδα - Οζώδης μαστός - Υγρό από τη θηλή - Παχυσαρκία - Αρτηριακή υπέρταση - Σακχαρώδης διαβήτης - Καρκίνος σε άλλο μέρος του σώματος

Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του. Στόχος της είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνήθειες και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση.

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες. Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό θεραπείας 24%.

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

Στόχος της νοσηλεύτριας 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:

- Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

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. Πολλές φορές, μια ασθενής είναι μητέρα μικρών παιδιών ή γυναίκα ενός ανάπηρου ή ασθενούς συζύγου, με αποτέλεσμα να θυσιάζει την προσωπική της υγεία για το καλό της οικογένειάς της. Στην Ελλάδα, το κόστος των εξετάσεων δεν δημιουργεί βεβαίως πρόβλημα.

- Έλλειψη μόρφωσης

Πολλές ασθενείς με καρκίνο του μαστού που καθυστερούν αρκετό χρόνο, αφελώς υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά ο όγκος του μαστού, που δεν 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. Παρ' όλα αυτά, η πλειονότητα των γυναικών αγνοεί βασικούς παράγοντες της φυσιολογίας και της παθολογίας του μαστού, επειδή κανένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα γύρω από τον καρκίνο του μαστού δεν περιλαμβάνεται στην διδακτέα ύλη των σχολείων. Βασικός σκοπός ενός τέτοιου προγράμματος θα ήταν να πεισθούν οι γυναίκες ότι ο καρκίνος του 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 θεραπεύθηκε από καρκίνο του μαστού. Στην Ελλάδα, η ανεπαρκής ενημέρωση φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο.

- Ψυχολογικοί παράγοντες

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

A. Ο φόβος

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

B. Σεμνοτυφία και ντροπή

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

Γ. Αποφυγή ψηλάφησης μαστού

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

E. 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, 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:

A. του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευτεί

Β. της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και

Γ. της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα νόσων που δεν είναι τόσο σοβαρές³².

4. Οφέλη και κόστος του προγράμματος

Για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τα μέτρα που στοχεύουν στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι απαραίτητη η ύπαρξη πληροφοριών, σχετικά με το κόστος και τα οφέλη κάθε παρέμβασης υγείας. Ένας τύπος οικονομικής ανάλυσης είναι αυτός του Κόστους – Ωφέλους (Cost – Benefit Analysis, CBA).

Σε αυτόν τον τύπο ανάλυσης τα αποτελέσματα (όπως και το κόστος) των υπό σύγκριση εναλλακτικών εκφράζονται σε χρηματικές (νομισματικές) μονάδες. Αυτή η αποτίμηση δίνει τα περιθώρια για συγκρίσεις εναλλακτικών που δύνανται να εφαρμοστούν σε ανεξάρτητους μεταξύ τους τομείς (υγεία, εκπαίδευση, δημόσια έργα κ.λ.π.)²⁵.

Τα οφέλη του προγράμματος είναι τα εξής:

Α. πρώιμη διάγνωση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Β. εύκολη εφαρμογή της αυτοεξέτασης.

Γ. είναι ακίνδυνη.

Δ. δεν κοστίζει τίποτε, χρειάζεται μόνο 5 λεπτά τα οποία ίσως αποδειχθούν καθοριστικά.

Ε. κάθε γυναίκα οφείλει στον εαυτό της να την πραγματοποιεί.

Στ. επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων και εδώ ακριβώς είναι η σημασία της.

Με το πρόγραμμα αυτοεξέτασης μειώνεται το κόστος:

Α. για την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, εφ' όσον είναι προσιτή στους πολίτες η εξέταση και η αντιμετώπιση προβλήματος υγείας τους, όταν βρίσκεται στα αρχικά στάδια.

Β. δεν παρουσιάζονται απώλειες σ' εργάσιμες ημέρες αφού μιλάμε για πρωτογενή πρόληψη.

Γ. εφόσον υπάρχει πρόληψη του καρκίνου λιγότεροι ασθενείς νοσηλεύονται ως εσωτερικοί ασθενείς.

Δ. γιατί η μείωση των ασθενών έχει σαν επακόλουθο τη μείωση των αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό²⁵.

5. Προτάσεις

Α. Τα υγειονομικά στελέχη θα πρέπει να έχουν ειδική εκπαίδευση ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.

Β. Σε κάθε νοσοκομείο θα ήταν καλό να ιδρυθεί τμήμα αντικαρκινικού αγώνα.

Γ. Θα πρέπει να γίνει οργάνωση και προγραμματισμός αντικαρκινικού αγώνα.

Δ. Όλες οι ασυμπτωματικές γυναίκες πάνω από τα 40 πρέπει να εξετάζονται περιοδικά κάθε χρόνο.

Ε. Θα πρέπει να ιδρυθούν συμβουλευτικοί ογκολογικοί σταθμοί στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.

Στ. Είναι απαραίτητη η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

Ζ. Θα πρέπει να διεξάγονται έρευνες για να προσδιορίζονται οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

Η. Θα πρέπει να δημιουργηθούν δυνατότητες μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού

Θ. Καλό θα ήταν να τηρούνται στατιστικά στοιχεία για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Ι. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται από κάθε γυναίκα πάνω από τα 20.

Κ. Οι νεότερες γυναίκες, κάτω των 50, θα πρέπει να υποβάλλονται σ' έναν έλεγχο (ιστορικό, κλινική εξέταση, θερμογραφία), να γίνεται δε μια επιλογή μεταξύ αυτών για μαστογραφία, εφόσον στην κλινική εξέταση διαπιστωθεί κάτι ύποπτο.

Λ. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ενισχύει την προσπάθεια του κοινού την βελτίωση των συνθηκών, του περιβάλλοντός της.

Μ. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο μεγαλύτερος δολοφόνος γυναικών, και ο μόνος τρόπος να μειωθούν οι θάνατοι είναι η πρόληψη.

Ε. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Είναι η διαδικασία κατά την οποία πρέπει να αποδειχθεί η καλοήθεια ή κακοήθεια μιας βλάβης. Η πλέον έγκυρη, βεβαίως διαγνωστική μέθοδος είναι η βιοψία.

1. Κλινική εικόνα – Διάγνωση

Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι **ψηλαφητή μάζα** (77%). Στο 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την άρρωστη, συνηθέστατα κατά τη διάρκεια του μπάνιου της.

Συνήθως η μάζα αυτή είναι **ανώδυνη** (66%), σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές η μάζα αυτή είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες καλοήθεις παθήσεις του μαστού.

Η **έκκριση της θηλής** του μαστού (10%) είναι το δεύτερο συνήθως συχνό κλινικό σημείο του καρκίνου του μαστού.

Ο **πόνος** δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν και το 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο.

Έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο που οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο.

Εισολκή της θηλής (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από τη θηλή), αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. Προσοχή χρειάζεται να μην γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού.

Οίδημα του δέρματος υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού (Peau d' orange), λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. **Ερυθρότητα, εξέλκωση, αιμορραγία, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή ρίκνωση και πάχυνση** του δέρματος από τον όγκο αποτελούν άλλα κλινικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού.

Σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιος **μασχαλιαίος αδένας** ή **οίδημα του ώμου** ή **πόνος οστικός** (από μεταστάσεις) μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση.

2. Εργαστηριακές εξετάσεις

• Μαστογραφία

Είναι είδος ακτινογραφίας του μαστού, με την οποία επιδιώκουμε όχι την ανάδειξη ή επιβεβαίωση όγκων του μαστού, οι οποίοι κατά την κλινική εξέταση έχουν γίνει ανιληπτοί, αλλά την ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης και κατ' εξοχήν την ανίχνευση λανθανόντων ασυμπτωματικών καρκινωμάτων του μαστού. Τα καρκινώματα αυτά δυνατόν να απεικονισθούν στη μαστογραφία: 1) ως μικροαποτιτανώσεις, πολλαπλές λεπτοκοκκώδεις συρρέουσες, στρογγυλές ή επιμήκεις κατά τη φορά των πόρων, 2) σαν μια μικρή μάζα μέσα στο μαστό, 3) σαν αλλοίωση της αρχιτεκτονικής και της αγγείωσης του μαστικού αδένου, συγκριτικά με τον άλλο μαστό.

Το δέρμα του μαστού με τη μέθοδο αυτή δέχεται μειωμένη ακτινοβολία (0,1 rad/film) συγκριτικά με τη συνήθη μαστογραφία. Η ποσότητα αυτή δεν θεωρείται σημαντική για να προκαλέσει βλαπτικές επιδράσεις, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε μεγάλες γυναίκες. Η μείωση της ακτινοβολίας δεν αλλοιώνει τη διαγνωστική αξία της τεχνικής αυτής.

Ευρήματα μαστογραφίας. Τα ευρήματα στα οποία θα στηριχθεί η μαστογραφία για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι τα ακόλουθα:

1. Η παρυφή του όζου. Είναι ανώμαλη με ασαφή όρια.
2. Το μέγεθος του όζου. Οι διαστάσεις του όζου στη μαστογραφία είναι μικρότερες από εκείνες που διαπιστώνονται κατά την ψηλάφηση.
3. Η ανώμαλη φορά των εκφορητικών πόρων.
4. Οι αποτιτανώσεις. Οι αποτιτανώσεις οφείλονται σε εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου σε νεκρωμένες περιοχές καρκινικών κυττάρων και παρατηρούνται στο 35% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.
5. Τοπική συρρίκνωση του δέρματος.
6. Πάχυνση του δέρματος.
7. Αυξημένη αγγείωση.
8. Μεταβολές της θηλής και της άλου.

Ενδείξεις μαστογραφίας

1. Σε γυναίκες με ύποπτα στοιχεία μετά από κλινική εξέταση.

2. Σε γυναίκες πάνω από 50 ετών με κάποιο επιβαρυντικό παράγοντα (π.χ. ινώδη κυστική μαστοπάθεια), κάθε χρόνος έλεγχος, εφόσον το κρίνει σκόπιμο ο εξεταστής.
3. Επανειλημμένος προληπτικός περιοδικός έλεγχος (Screening).
 - A. Σε γυναίκες κάτω των 40 ετών, όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού (μαστεκτομή).
 - B. Σε γυναίκες 40-49 ετών.
 - I. Όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου.
 - II. Όταν έχουν αδελφές ή μητέρα με καρκίνο³⁴.

Ποιες γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία και πότε πρέπει να γίνεται μαστογραφικός έλεγχος

A. Μαστογραφικός έλεγχος σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα πρέπει να γίνεται μόνο μετά από προηγούμενη εξέταση των μαστών. Στις ΗΠΑ, έχει υπολογισθεί ότι με την έγκαιρη διάγνωση μετά από μαστογραφικό έλεγχο σώζονται τουλάχιστον 12.000 γυναίκες κάθε χρόνο.

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

Γ. Δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί η αξία του μαζικού προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες κάτω των 50 ετών. Ωστόσο, αναφέρεται ότι πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 1 φορά μεταξύ 35 και 40 ετών.

Δ. Σε ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών, συνιστάται μαστογραφικός έλεγχος κάθε ένα ή δυο χρόνια, ανάλογα με την υφή του αδένου και τους δείκτες αυξημένου κινδύνου.

Ε. Πόσο συχνά πρέπει να γίνεται μαστογραφία σε μια γυναίκα που έχει επιλεγεί για περιοδικό έλεγχο; Αν και δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα αποτελέσματα, φαίνεται ότι σε γενικές γραμμές το μικρότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δυο μαστογραφιών είναι ένα έτος. Είναι όμως ενδεχόμενο ο γιατρός, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, την ηλικία της κ.λ.π., να βραχύνει το μεσοδιάστημα αυτό.

- Υπερηχογραφία

Η υπερηχογραφία είναι μια εξέταση, κατά την οποία ένας πομπός υπερήχων κινείται πάνω από την περιοχή του μαστού και εκπέμπει ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας, τα οποία μεταδίδονται μέσα στο μαστό και αντανακλώνται, όταν βρουν εμπόδιο.

Χρησιμοποιούνται για την υπόδειξη ανωμαλιών, όπως κύστεων, όγκων κ.λ.π. Στο μαστό, η υπερηχογραφία είναι χρήσιμη για τη διάκριση μεταξύ κυστικών και συμπαγών όγκων και προσδιορίζει τη φύση (καλοήθεια – κακοήθεια) μιας συμπαγούς μάζας.

Κατά την προετοιμασία της ασθενούς:

A. Ελέγχεται η κατάσταση του μαστού, στον οποίο θα γίνει η εξέταση. Αν υπάρχουν έντονα δερματικά προβλήματα ή μικροεξελκώσεις, η εξέταση είναι καλύτερα να μην πραγματοποιηθεί.

B. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψη της την ακολουθούμενη δίαιτα και τη χορήγηση ινσουλίνης σε διαβητικές ασθενείς. Αυτές οι ασθενείς πρέπει να προγραμματίζονται πρώτες για την εξέταση.

Γ. Η παχυσαρκία δύναται να επηρεάσει αρνητικά τη διεκπεραίωση της εξέτασης.

Δ. Έντονο άγχος και αγωνία εκτιμώνται από τη νοσηλεύτρια και γίνεται προσπάθεια αναχαίτισης αυτών με βάση την ενημέρωση, τη διδασκαλία και την ψυχολογική υποστήριξη.

Ε. Η ασθενής πριν από τη διενέργεια της εξέτασης πρέπει να ουρήσει.

Η ασθενής ενημερώνεται ότι κατά τη διάρκεια της εξέτασης θα είναι ξαπλωμένη. Ο εξεταστής θα επαλείψει την περιοχή του μαστού με ειδικό λάδι, το οποίο θα επιτρέπει την καλύτερη επαφή του πομπού με το δέρμα. Καθώς ο πομπός θα κινείται κατά μήκος του δέρματος, θα αναπαριστάνεται και θα φωτογραφίζεται το εσωτερικό του μαστού. Η εξέταση δεν είναι δυσάρεστη και διαρκεί περίπου 30-60 min.

Μετά την εξέταση δεν απαιτείται ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα. Συζητούνται μόνο και εκτιμώνται οι εμπειρίες της ασθενούς και οι προσδοκίες της για τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

- **Υπολογιστική τομογραφία**

Είναι μια ακτινοδιαγνωστική εξέταση, κατά την οποία φιλμ ραδίου και ένας υπολογιστής χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν υπάρχουσες ανωμαλίες στο μαστό. Συνήθως, εκτελείται όταν η κλινική εξέταση και οι άλλες ακτινογραφίες δίνουν ασαφή εικόνα. Σε περίπτωση μεταστάσεων (ήπατος, εγκεφάλου) έχει μεγαλύτερη διαγνωστική αξία και δίνει σαφέστερη εικόνα της έκτασης και του αριθμού των μεταστάσεων.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

A. Αλλεργίες που οφείλονται σε λήψη ιωδίου (θαλασσινών) ή αλλεργικές αντιδράσεις σε πρόσφατες δοκιμασίες ιωδίου πρέπει να αναφέρονται από τη νοσηλεύτρια σε περίπτωση που δοθεί εντολή για ενδοφλέβια έγχυση ακτινοσκιερών ουσιών.

B. Σε πολύ ανήσυχες ασθενείς είναι δυνατόν κατόπιν ιατρικής εντολής να γίνει νάρκωση, για να διευκολυνθεί η διεκπεραίωση της εξέτασης.

Γ. Σε περίπτωση που παραγγελθεί η έγχυση ιωδιούχων σκευασμάτων, ενδοφλεβίως αυτή γίνεται πολύ αργά.

Δ. Η ασθενής ενημερώνεται για τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση καθώς και για τον τόπο και το χρόνο διάρκειάς της (45-60 min)³².

- **Ξηρογραφία**

Πρόκειται για μια άλλη αξιολογη ακτινολογική εξέταση του μαστού.

Αντί για μαστογραφικό film χρησιμοποιούνται ειδικές πλάκες αλουμινίου – σεληνίου. Από εκεί η εικόνα αποτυπώνεται σε κοινές φωτογραφικές πλάκες.

Χρησιμοποιείται, όπως και η μαστογραφία, ιδιαίτερα σε μεγάλες γυναίκες (πάνω από 50 χρόνων) γιατί παρέχει μεγαλύτερη ακτινοβολία από τη χαμηλής δόσης μαστογραφία.

- **Θερμογραφία**

Πρόκειται για μια τελείως ακίνδυνη και ανώδυνη μέθοδο, που μπορεί να επαναλαμβάνεται όσες φορές χρειασθεί.

Γυναίκες με ανώμαλο θερμογράφημα υποβάλλονται στη συνέχεια σε μαστογραφία. Με το να γίνεται πρώτα η θερμογραφία περιορίζονται οι μαστογραφίες σε ένα ποσοστό 13-36%.

Το πρόβλημα της θερμογραφίας είναι ότι καταγράφει κάθε αύξηση της θερμοκρασίας ανεξάρτητα από την αιτία της που μπορεί να είναι και μια απλή φλεγμονή. Ο καρκίνος αποτελεί εστία μεγαλύτερης θερμογένεσης συγκριτικά με τους γειτονικούς ιστούς, δημιουργώντας έτσι προβλήματα διαγνωστικά.

Εμφανίζει μεγάλο ποσοστό ψευδώς θετικών ευρημάτων (15-59%) γεγονός που την κάνει να θεωρείται σήμερα περιορισμένης διαγνωστικής αξίας³³.

3. Ειδικές εξετάσεις

- Βιοψία

Η βιοψία είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας. Τρεις μέθοδοι βιοψίας του μαστικού αδένου έχουν περιγραφεί:

A. Η βιοψία με αναρρόφηση ή παρακέντηση. Χρησιμοποιείται βελόνα Νο 17-18 προσαρμοσμένη σε σύριγγα 20-50 cm που εισάγεται μέσα στο νεόπλασμα και αναρροφά υλικό.

B. Η βιοψία με ολική εκτομή, δηλαδή η αφαίρεση του ογκιδίου που έχει διαγνωσθεί κλινικώς. Με τον τρόπο αυτόν, πολλά φλεβικά και λεμφαγγειακά στελέχη τέμνονται και υπάρχουν κίνδυνοι διασποράς καρκινικών κυττάρων.

Γ. Η βιοψία με τομή, δηλαδή η εξαίρεση μικρού σφηνοειδούς τεμαχίου από τον όγκο.

Η χειρουργική αυτή παρέμβαση χρειάζεται για την εντόπιση του καρκίνου, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ή για τον καθορισμό της έκτασης του καρκίνου. Κατά την περίοδο αυτή της διαγνωστικής διαδικασίας, η ασθενής και η οικογένειά της καταβάλλονται από άγχος και φόβο για την πορεία της εξέτασης.

Η νοσηλευτική φροντίδα σε αυτή τη φάση δίνει έμφαση στην κατάλληλη διδασκαλία, στην άνεση, στην ακριβή προετοιμασία και στην ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς, της οικογένειάς της και του φιλικού περιβάλλοντός της³².

ΣΤ. Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε συντηρητική και χειρουργική. Την συντηρητική θεραπεία αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, ενώ τη χειρουργική οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό καθώς και η ορμονοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει και στοιχεία συντηρητικής παρέμβασης.

Ποτέ δεν δικαιολογείται η επιλογή και η εφαρμογή μιας θεραπείας χωρίς κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου. Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους, αλλά και του τρόπου θεραπείας. Κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις είτε ως μόνη θεραπεία είτε σε συνδυασμό με άλλες. Ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, τον βαθμό διαφοροποίησης, την έκταση της νόσου, την ηλικία και την υγεία του ατόμου².

1. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική εξαίρεση είναι η αρχαιότερη μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Αποβλέπει στην εκρίζωση της πρωτοπαθούς εστίας και στην αφαίρεση μεταστατικών περιοχών λεμφαδένων. Στην εποχή μας, η πρόοδος της αντισηψίας και της νάρκωσης έχει ελαττώσει πολύ τους μετεγχειρητικούς κινδύνους από τη μαστεκτομή.

Υπάρχει κίνδυνος διασποράς της νόσου από χειρουργικούς χειρισμούς, καθώς έχει δείξει η έρευνα. Για το λόγο αυτόν, κάθε επέμβαση στο μαστό πρέπει να συνδυάζεται με ταχεία βιοψία, η οποία – αφού θα έχει προηγηθεί η συναίνεση της ασθενούς – θα δίνει το δικαίωμα στο χειρουργό να προχωρήσει αμέσως, ανάλογα με το αποτέλεσμα.

Τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων στο μαστό είναι:

- Ριζική μαστεκτομή

Το 1894, οι Halsted και Mayer περιέγραψαν τη ριζική μαστεκτομή, η οποία εξακολουθεί να παραμένει η μέθοδος εκλογής αρκετών γιατρών. Συνίσταται στη χειρουργική αφαίρεση του μαζικού αδένα, των θωρακικών μυών (μείζονος και ελάσσονος), του περιεχομένου της μασχαλιαίας κοιλότητας και όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών. Σημειώνεται ότι στις παραπάνω διεργασίες αφαιρούνται και το δέρμα και η θηλή.

Η ριζική μαστεκτομή εφαρμόζεται συνήθως στα στάδια I και II, σε γυναίκες μέσης ή μεγάλης ηλικίας.

Εφόσον οι αδένες είναι θετικοί, η ριζική μαστεκτομή θεωρείται εντελώς ανεπαρκής. Το 65% των γυναικών με όγκους μέχρι 2 cm και περισσότερους από 4 θετικούς λεμφαδένες αναπτύσσει τοπική ή συστηματική υποτροπή στα 5 χρόνια, ενώ όταν ο όγκος είναι 3 cm το ποσοστό υποτροπής είναι 85-90%. Όταν οι αδένες είναι αρνητικοί, το ποσοστό υποτροπής πέφτει στα 25%. Τελευταίες μελέτες δείχνουν στα 7 χρόνια μετά από ριζική μαστεκτομή με αρνητικούς λεμφαδένες να παρουσιάζονται υποτροπές σε ποσοστό 17%, ενώ με θετικούς λεμφαδένες σε ποσοστό 57% των περιπτώσεων.

Η τομή που γίνεται μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετη και τοποθετείται στο τραύμα παροχέτευση συνεχούς αναρρόφησης (Hemovac). Η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό κοσμητικό αποτέλεσμα, εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας.

Παραλλαγές της ριζικής μαστεκτομής είναι η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή και η υπερριζική μαστεκτομή, η οποία περιλαμβάνει και την αφαίρεση των υπερκλειδιών λεμφαδένων. Η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή, εκτός από το μαστό, τους μυς και τους μασχάλιους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματα της όμως είναι πολύ πτωχά και όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομής. Λίγοι χειρουργοί τη συνιστούν και πολύ λίγες εγχειρήσεις γίνονται σήμερα, ακόμη και στα πιο μεγάλα ογκολογικά κέντρα.

- Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Ο τύπος αυτός για την χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιγράφηκε πρώτα από τους Patey και Duson, το 1938. Συνίσταται στην αφαίρεση του μαζικού αδένα και των λεμφαδένων της μασχάλης, ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες.

Με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, δεν έχουν επιτευχθεί μόνο καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα, αλλά και αύξηση του ποσοστού επιβίωσης, σε σύγκριση με αυτό της ριζικής μαστεκτομής, σε επιλεγμένες περιπτώσεις και στα αρχικά στάδια (I και II) της νόσου.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι η πιο συχνά εφαρμοζόμενη χειρουργική μέθοδος στον καρκίνο του μαστού σήμερα. Το 1978, το είδος

αυτό εγχείρησης είχε ήδη ξεπεράσει σε συχνότητα εφαρμογής τη ριζική μαστεκτομή. Για παράδειγμα, 52% των ασθενών αντιμετωπίζονταν με την εφαρμογή της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής και 41% με ριζική μαστεκτομή.

Το 1982, 83% των ασθενών αντιμετωπίζονταν με το πρώτο είδος επέμβασης και 15% μόνο, με το δεύτερο.

Το 1983, 80% με το πρώτο είδος, 10% με το δεύτερο και 10% με μερική μαστεκτομή.

Όσον αφορά στην τεχνική, η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια. Επιτυγχάνεται έτσι το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα. Η ασθενής μπορεί με την τομή αυτή να φοράει φορέματα ή ρούχα με ντεκολτέ, δίχως να φαίνεται η ουλή της τομής. Η ίδια τομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πάλι σε περίπτωση που θα γίνει τοποθέτηση τεχνητού στήθους μελλοντικά (τοποθετείται προσθήκη από σιλικόνη κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ). Μεταξύ μαστεκτομής και ανασύστασης του μαστού, αφήνουμε διάστημα 4-6 μηνών.

- Απλή μαστεκτομή

Η απλή μαστεκτομή γίνεται σε ασθενείς με μικρούς όγκους (2 cm ή μικρότερους), εντοπισμένους ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, δίχως λεμφαδενική διαπσφορά. Γίνεται σε ηλικιωμένες ασθενείς, στις οποίες δεν αναμένεται ταχεία εξέλιξη της νόσου. Συνδυάζεται συνήθως με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

- Ογκεκτομή

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

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί, ώστε κατά την εγχείρηση να επιτευχθεί κατάλληλη αιμόσταση για την αποφυγή αιματώματος, το οποίο μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση του μαστού και καθυστέρηση της έναρξης

ακτινοθεραπείας. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία με Co-60 αρχίζει αμέσως μόλις επουλωθεί το τραύμα. Συνήθως, μετά από 10-14 ημέρες.

Είναι γνωστό, ότι τα τελευταία χρόνια οι υπερριζικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού έχουν εγκαταλειφθεί. Βέβαια, για το ποια είναι η καλύτερη επέμβαση, με την οποία θα επιτύχουμε και αύξηση της επιβίωσης και καλό αισθητικό αποτέλεσμα, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις γιατρών και ερευνητών.

Τα διάφορα αίτια, στα οποία οφείλονται οι παραπάνω διαφορές, είναι:

A. *Η φύση της νόσου:* Ο καρκίνος του μαστού κάνει μεταστάσεις όχι μόνο με τα λεμφογάγγλια, αλλά και με τα αιμοφόρα αγγεία. Όχι μόνο συχνά, αλλά και πολύ νωρίς μετά την αρχική του εγκατάσταση. Έτσι, η νόσος γενικεύεται πριν από οποιαδήποτε θεραπεία και οι προϋπάρχοντες καρκινογόνοι παράγοντες εξακολουθούν να δρουν και μετά την εφαρμογή της θεραπείας. Πέρα από αυτά, είναι άγνωστο ποια επίδραση έχουν στην εξέλιξη του καρκίνου:

- η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς που υποβάλλεται σε μαστεκτομή,
- η συνειδητοποίηση του ότι πάσχει από καρκίνο και
- η επίδραση της εγχειρητικής καταπόνησης της ακτινοθεραπείας και των κυτταροστατικών φαρμάκων στους ανοσολογικούς μηχανισμούς του ξενιστή.

B. *Η φύση της θεραπείας:* Εκείνο το οποίο δεν έχει γίνει ακόμη κατανοητό είναι ότι οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, με ή χωρίς ακτινοβολία, περιορίζεται απλά και μόνο στην τοπική θεραπεία της νόσου. Τελικά, οι ασθενείς πεθαίνουν από γενικευμένες μεταστάσεις, τις οποίες και οι δυο θεραπευτικές μέθοδοι δεν είναι δυνατόν να παρεμποδίσουν.

Γ. *Η ανθρώπινη φύση:* Πολλές φορές η μεγάλη επιθυμία του θεράποντος να διασώσει την ασθενή, μεγεθύνει υποσυνείδητα τη θεραπευτική δύναμη της μεθόδου που χρησιμοποιεί. Έτσι, ο χειρουργός υπεραμύνηται της χειρουργικής εξαίρεσης και ο ακτινοθεραπευτής της ακτινοθεραπείας. Η φανατική υποστήριξη θεραπευτικών μεθόδων παρεμποδίζει την ψύχραιμη επιστημονική σκέψη³².

2. Χημειοθεραπεία.

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία μετά την επέμβαση σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, ή για να αντιμετωπιστούν οι μεταστάσεις.

- Συμπληρωματική θεραπεία

Η συμπληρωματική ή η προφυλακτική χημειοθεραπεία και/ή η ορμονοθεραπεία χορηγούνται σήμερα στις περισσότερες ασθενείς μετά την επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η ανάπτυξη των ενυπαρχόντων νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία μπορεί να αυξηθούν, με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος.

Συνεπώς για να προγραμματιστεί η θεραπεία, πρέπει να ζητηθεί από την αρχή η γνώμη ενός εξειδικευμένου ογκολόγου, ο οποίος θα εξηγήσει και θα εφαρμόσει ότι το πιο σύγχρονο.

- Σε μεταστατική νόσο

Πολλοί θεραπευτικοί συνδυασμοί έχουν σημαντικές πιθανότητες να περιορίσουν το μέγεθος ή να σταματήσουν την ανάπτυξη των μεταστατικών όγκων. Σ' αυτήν την περίπτωση η ίαση δεν είναι συνήθως δυνατή, αν και η βελτίωση των συμπτωμάτων και η σμίκρυνση του όγκου ενδέχεται να διαρκέσουν επί μήνες και συχνά επί αρκετά χρόνια.

- Ένταση της θεραπείας

Παλαιότερα η χημειοθεραπεία σταματούσε αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ή των αιμοπεταλίων παρουσίαζε μικρή πτώση, ή αν εμφανιζόταν μικρές γαστρεντερικές διαταραχές ή άλλες παρενέργειες. Σήμερα έχει γίνει αποδεκτό ότι αυτές οι πρακτικές είναι παράλογες. Το καλύτερο που έχει να κάνει ο γιατρός είναι να βεβαιωθεί ότι η δόση της θεραπείας είναι όσο γίνεται παραπλήσια με τη μέγιστη θεωρητικά δόση και ότι χορηγείται στον κατάλληλο χρόνο.

3. Ακτινοθεραπεία

Ακτινοβολία Η ακτινοθεραπεία αποτελεί καθιερωμένο είδος θεραπείας μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και των λεμφαδένων.

Άλλη ένδειξη της ακτινοβολίας ως αρχικής θεραπείας είναι η ακτινοθεραπεία του θωρακικού τοιχώματος έπειτα από μαστεκτομή.

Αυτό μπορεί να γίνει αν κατά την διάρκεια της επέμβασης ή μετά την εξέταση των ιστών διαπιστωθεί ότι ο όγκος έχει προσβάλλει το δέρμα ή τους μύς του θωρακικού τοιχώματος, πράγμα που συμβαίνει αν είναι πολύ μεγάλος ή αν έχουν προσβληθεί πολλοί λεμφαδένες. Η εφαρμογή της στηρίζεται στην υπόθεση ότι ενδέχεται να υπάρχουν μετά την επέμβαση κρυμμένα καρκινικά κύτταρα στο θωρακικό τοίχωμα ή στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, τα οποία καταστρέφονται αποτελεσματικά με την ακτινοβολία. Πλην του θωρακικού τοιχώματος ορισμένες φορές ακτινοβολούνται και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας χώρας πάνω από την κλείδα (υπερκλείδιοι λεμφαδένες).

Στις ασθενείς στις οποίες αναπτύσσεται αργότερα υποτροπή της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα, συχνά εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία ευρείας έκτασης (αν δεν έχει ακτινοβοληθεί προηγουμένως η περιοχή) ώστε να καταστραφούν τα καρκινικά που ενδεχομένως υπάρχουν στη γύρω περιοχή. Έτσι, στις εντοπισμένες υποτροπές επιτυγχάνεται μόνιμος έλεγχος της νόσου περίπου στις μισές ασθενείς

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

Σε μεταστατική νόσο Η ακτινοβολία χρησιμοποιείται συχνά σε μεταστατική νόσο τόσο για να μικρύνει τον όγκο όσο και για να ανακουφίσει από τα τοπικά συμπτώματα.

Συχνά ο πόνος οφείλεται σε πίεση των νεύρων από τον όγκο, και τότε η ακτινοβολία βοηθάει στην ανακούφιση από τον πόνο μειώνοντας το μέγεθος του όγκου. Όπως συμβαίνει και με άλλους τύπους καρκίνου, η δόση της χορηγούμενης ακτινοβολίας σε ορισμένες περιοχές είναι μικρή, λόγω της περιορισμένης ανοχής των φυσιολογικών ιστών.

Στις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας περιλαμβάνεται η καταβολή δυνάμεων και οι δερματικές αλλαγές. Χάρη στις σύγχρονες τεχνικές, πάντως, οι σοβαρές επιπλοκές σπανίζουν³⁵.

Ζ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Κινητική ικανότητα

Η ασθενής λόγω της μειωμένης κινητικότητας που οφείλεται στον πόνο, στην κατασταλτική δράση φαρμάκων, στον φόβο τραυματισμού στο σημείο της εγχείρησης και στους περιορισμούς των κινήσεων του βραχίονα στην πλευρά της επέμβασης θα πρέπει να εκτελεί κάποιες ασκήσεις, εντός των περιορισμών που έχουν τεθεί μετεγχειρητικά. Με αυτόν τον τρόπο θα βελτιωθεί η κινητική της δραστηριότητα.

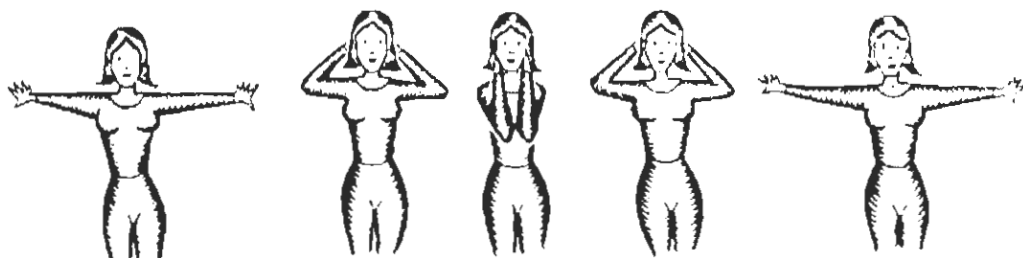
Η νοσηλεύτρια λοιπόν, για την πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών προβαίνει στα εξής:

- 1) Κινητοποιεί την ασθενή όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας.
- 2) Μετά το πρώτο 24ωρο, αρχίζει η έναρξη παθητικών ασκήσεων οι οποίες περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων.
- 3) Το εύρος και η ένταση των ασκήσεων αυξάνονται προοδευτικά ώστε να μη συνοδεύονται από πόνο και να μη δυσχεραίνεται η ασθενής.
- 4) Κατά την εκτέλεση, ενθαρρύνεται η αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα καθώς και η διατήρηση της σωστής θέσης του σώματος η οποία προάγει την καλή μηχανική του.
- 5) Μετά την 4^η – 5^η μετεγχειρητική ημέρα αρχίζει ειδικό πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων αποκατάστασης με σκοπό να εξασφαλιστεί η πλήρης κινητικότητα της άρθρωσης του ώμου της προσβεβλημένης πλευράς και η αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση.
- 6) Διδάσκει την ασθενή να αρχίζει με απλές ασκήσεις όπως: να χτενίζει τα μαλλιά της δίχως να σκύβει το κεφάλι της, ή να κρατά ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να το σφίγγει δυνατά, κατόπιν να χαλαρώνει και να επαναλαμβάνει.
- 7) Ακολουθεί η εκμάθηση δυσκολότερων ασκήσεων που είναι οι εξής:

Κινήσεις του βραχίονα

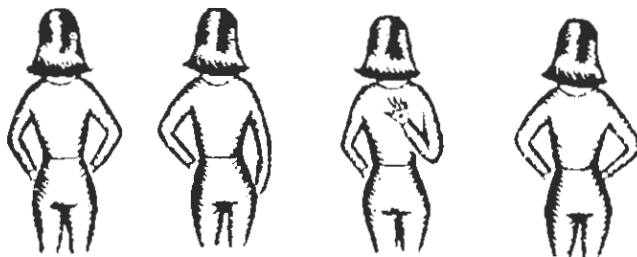
- Η ασθενής στέκεται όρθια και φέρνει τους βραχίονες σε απαγωγή.

- Λυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάκτυλα της πίσω στον τράχηλο.
- Φέρνει τους αγκώνες μπροστά, ώστε να ακουμπήσουν.
- Επαναφέρει τους βραχίονες στην δεύτερη στάση.
- Λύνει τα δάκτυλά της και κάνει απαγωγή των βραχιόνων.
- Παίρνει την αρχική της στάση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.



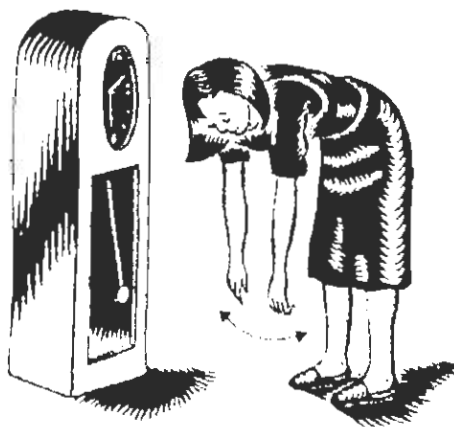
Κινήσεις προς την πλάτη

- Σε όρθια θέση βάζει τα χέρια της στη μέση για ισορροπία.
- Λυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβεβλημένο χέρι πίσω από την πλάτη, έως ότου τα δάκτυλά της φθάσουν στην αντίθετη ωμοπλάτη.
- Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.



Κινήσεις εκκρεμούς

- Από την όρθια θέση λυγίζει το σώμα της μπροστά κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- Κουνάει τα χέρια της χαλαρά και ελεύθερα σαν εκκρεμές.



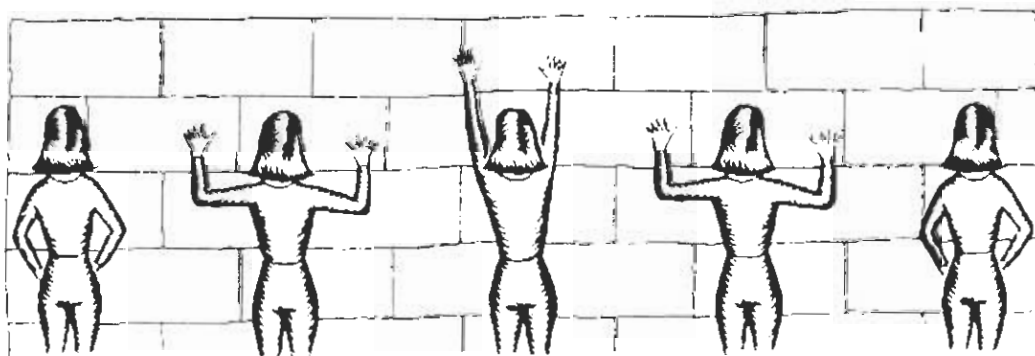
Κινήσεις κουπιού

- Από την όρθια θέση λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- Κατόπιν φέρνει το δεξί της χέρι μπροστά πάνω από το κεφάλι και το αριστερό της χέρι πίσω, δίχως να λυγίζει τους αγκώνες.
- Κάνει συνεχώς αυτή την άσκηση εναλλάσσοντας τα χέρια της.



Αναρρίχηση στον τοίχο

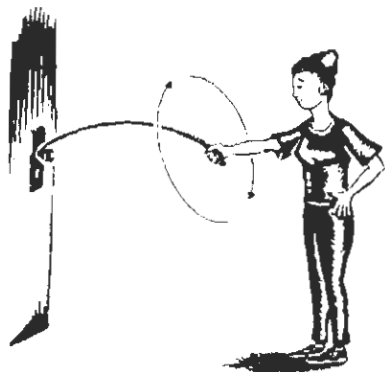
- Στέκεται όρθια, γυρισμένη προς τον τοίχο, με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο πιο κοντά είναι δυνατόν.
- Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο, ισιώνοντας τους ώμους.
- Υψώνει τα χέρια της πάνω στον τοίχο, παράλληλα μεταξύ τους τόσο, ώστε οι βραχίονες να τεντωθούν πλήρως.
- Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση.



Γύρισμα σχοινάκι

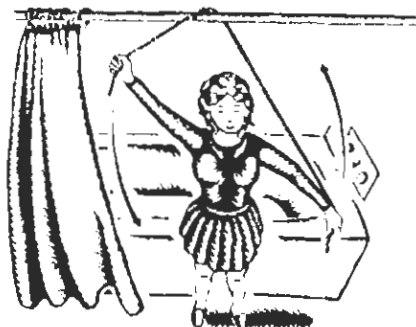
- Δένει σφικτά στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 μέτρων περίπου.
- Στέκεται 2 μέτρα μακριά από την πόρτα και πιάνει με το προσβεβλημένο χέρι την άκρη του σχοινιού αφού πρώτα δημιουργήσει σε αυτήν ένα κόμπο.
- Βάζει το άλλο χέρι στη μέση για να βοηθήσει την ισορροπία της.

- Γυρίζει με μικρούς κύκλους στην αρχή το σχοινί. Οι κύκλοι σιγά – σιγά έως ότου οι κινήσεις να γίνονται από τον ώμο. Γι αυτό πρέπει να κρατάει το χέρι της τεντωμένο.



Κινήσεις τροχαλίας

- Παίρνει ένα σχοινί ή μια γερή ζώνη από ύφασμα και την περνάει από κάποιο ψηλό στοιχείο, αφού κάνει στις άκρες δυο κόμπους.
- Στέκεται όρθια ανάμεσα στο σχοινί και κρατώντας τους κόμπους κάνει απαγωγές βραχιόνων.
- Κατεβάζει το γερό χέρι προς τα κάτω έτσι ταυτόχρονα να ανεβαίνει το χειρουργημένο το δυνατόν ψηλότερα.
- Κρατά τα χέρια της τεντωμένα. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.



Ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμά τους

- Κρατά από τις άκρες με τις δυο παλάμες της μια ομπρέλα ή ένα ραβδί και το φέρνει στο κεφάλι της.
- Οι βραχίονες υψώνονται από το ύψος του λαιμού ως πάνω από το ύψος της κεφαλής. Η άσκηση επαναλαμβάνεται έως ότου επιτευχθεί πλήρης ευθειασμός των βραχιόνων.
- Εν συνεχεία, επαναφέρει τους βραχίονες στην αρχική τους θέση.



Η νοσηλεύτρια εκτός από τις παραπάνω κινήσεις (ασκήσεις) ενημερώνει και διδάσκει τη γυναίκα για τα μέτρα πρόληψης της λοίμωξης και του οιδήματος:

Πρόληψη λοίμωξης

- 1) Πρέπει να αποφεύγονται εμβολιασμοί, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι.
- 2) Πρέπει να περιποιείται υπάρχοντα κοψίματα και γδαρσίματα και να τα πλένει με αντισηπτικό.
- 3) Να λαμβάνει κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος προφυλακτικά μέτρα ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος του καψίματος, κατά δε την επαφή με το φούρνο να φορά πάντα προστατευτικά γάντια.
- 4) Να δίδει ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση των μαχαιριών της κουζίνας, στο σιδέρωμα, στο ράψιμο – κέντημα (να φορά πάντα δακτυλήθρα).
- 5) Προκειμένου να κόβονται οι παρανυχίδες, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται κρέμα λανολίνης για να διατηρούνται μαλακές. Προσοχή στο κόψιμο και λιμάρισμα των νυχιών.
- 6) Αν καπνίζει πρέπει να ανάβει και να κρατά το τσιγάρο με το άλλο χέρι.
- 7) Να περιμένει τη συγκατάθεση του γιατρού για τη χρήση αποτριχωτικής μηχανής, κρεμών ή αποσμητικών στη μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού.

Πρόληψη οιδήματος

- 1) Καθημερινή άσκηση του χεριού, ώμου – αγκώνα- καρπού και δακτύλων.
- 2) Αποφυγή ανύψωσης βάρους (τσάντας, βαλίτσας) με το προσβεβλημένο χέρι, ιδιαίτερα τις πρώτες εβδομάδες μετά την εγχείρηση.
- 3) Συνιστάται η συχνή ανύψωση του χεριού. Το βράδυ, κατά τη διάρκεια του ύπνου αν είναι δυνατόν, το χέρι να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα (π.χ. με την τοποθέτηση μαξιλαριών).
- 4) Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι, όπως επίσης πρέπει να αποφεύγονται η σάουνα και το εντατικό μασάζ.
- 5) Να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου.
- 6) Όσον αφορά την ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, σταδιακά και αφού καλυφθεί με αντηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας ώστε να αποφευχθούν εγκαύματα.
- 7) Συνιστάται άμεση επίσκεψη στο γιατρό, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι³⁶.

2. Αποκατάσταση της φυσικής εμφάνισης

Οι γυναίκες που υπέστησαν μαστεκτομή μπορούν να αποκαταστήσουν τη φυσική τους εμφάνιση με ποικίλους τρόπους, στους οποίους συγκαταλέγεται ο προσθετικός μαστός. Με την ανακατασκευή του μαστού όμως δημιουργείται αίσθηση πληρότητας, δεν τοποθετείται εξωτερικό προσθετικό υλικό και δεν είναι τόσο μεγάλη η ανάγκη να τροποποιηθεί ο ρουχισμός.

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού, κι ο καθένας τους έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Υπάρχουν επίσης τρόποι ανακατασκευής της θηλής. Μπορεί να χρειαστεί να τροποποιήσουμε το σχήμα του άλλου μαστού, να τον μικρύνουμε ή να τον μεγαλώσουμε, ώστε να υπάρχει η καλύτερη δυνατή συμμετρία ώστε να επιτευχθεί η αρμονικότερη εμφάνιση.

Το πρώτο ερώτημα είναι αν η ανακατασκευή του μαστού θα γίνει αμέσως μετά τη μαστεκτομή ή θα καθυστερήσει. Το πλεονέκτημα της άμεσης ανακατασκευής είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις («πένθος» για τον χαμένο μαστό).

Η ανακατασκευή του μαστού καθυστερεί όταν μαζί με τη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τα συστατικά του αίματος και το ανοσολογικό σύστημα, οπότε αυξάνεται ο κίνδυνος λοίμωξης, επιβραδύνεται η επούλωση του τραύματος και εκδηλώνονται και άλλες επιπλοκές. Συνήθως η ανακατασκευή αναβάλλεται για τέσσερις έως έξι εβδομάδες μετά τη συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και δυο έως τρεις μήνες μετά το πέρας της χημειοθεραπείας.

Πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο. Σε ελάχιστες περιπτώσεις τοποθετείται μικρό εμφύτευμα σιλικόνης κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος και κατά τη διάρκεια της μαστεκτομής. Η τεχνική εφαρμόζεται σε γυναίκες με μικρούς μαστούς από τις οποίες αφαιρέθηκε πολύ μικρό τμήμα του μαστού.

Πλεονεκτήματα

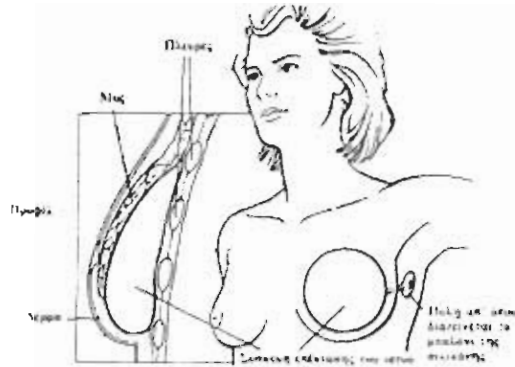
- Ο μαστός ανακατασκευάζεται σε μια επέμβαση.

Μειονεκτήματα

- Συνήθως δεν δημιουργείται το περίγραμμα του μαστού όπως φαίνεται στον φυσιολογικό μαστό και όπως επιτυγχάνεται με τις άλλες τεχνικές.
- Όπως συμβαίνει με κάθε εμφύτευμα σιλικόνης, υπάρχει μικρός κίνδυνος λοίμωξης που θα μπορούσε να οδηγήσει σε προσωρινή απόρριψη του εμφυτεύματος.
- Σε ορισμένες ασθενείς εμφανίζονται μακροχρόνιες παρενέργειες από τη σιλικόνη. Το ενδεχόμενο μελετάται ενδελεχώς και ο γιατρός πρέπει να το συζητά με την ασθενή.

Τεχνική επέκτασης των ιστών. Κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος τοποθετείται πρόσθεση σιλικόνης που φουσκώνει προοδευτικά με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό. Αυτό γίνεται στο ιατρείο κάθε εβδομάδα.

Συνήθως απαιτούνται δυο με τρεις μήνες ώσπου ο μαστός να φτάσει το μέγεθος του αντίθετου μαστού. Χρησιμοποιούμε το εμφύτευμα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή μπορούμε να το αλλάξουμε με μόνιμη πρόσθεση με απλή επέμβαση.



Πλεονεκτήματα

- Η τεχνική είναι απλή και εφαρμόζεται στα εξωτερικά ιατρεία με τοπική ή γενική αναισθησία.

Μειονεκτήματα

- Καθυστερεί μέχρις ότου ολοκληρωθεί.
- Υπάρχει ο κίνδυνος λοίμωξης, όπως συμβαίνει και με την πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο.

Τεχνική χρησιμοποίησης κρημνού από τον πλατύ ραχιαίο μυ (LATS).

Η τεχνική αυτή έγινε δημοφιλής στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Χρησιμοποιείται κυρίως όταν οι ιστοί του κατώτερου θωρακικού τοιχώματος είναι τεταμένοι ή λεπτοί ή όταν υπάρχει βλάβη από προηγούμενη εντοπισμένη ακτινοβολία έπειτα από μαστεκτομή.

Χρησιμοποιείται εμφύτευση μαστού σιλικόνης μαζί με τον ευρύ, σχήματος βεντάλιας, πλατύ ραχιαίο μυ που στρέφεται γύρω από το θωρακικό τοίχωμα για να υποκαταστήσει τον ιστό που αφαιρέθηκε κατά τη μαστεκτομή.

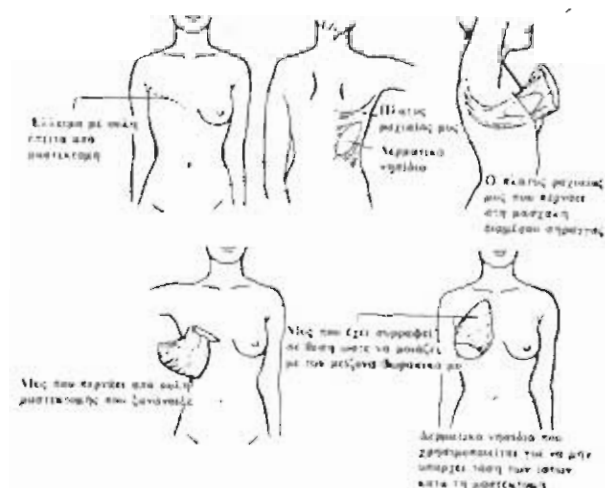
Πλεονεκτήματα

- Προσδίδει αίσθημα πληρότητας στο κατώτερο τμήμα του μαστού, όπου και χρειάζεται κατ' εξοχήν.
- Δημιουργεί πιο φυσική την πτυχή του μαστού.

Μειονεκτήματα

- Το δέρμα της πλάτης μπορεί να έχει διαφορετική απόχρωση ή υφή.

- Προκαλείται συμπληρωματική ουλή στο θώρακα και ορατή ουλή στην πλάτη.
- Η μεταφορά των μυών της πλάτης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μπορεί να επηρεάσει τη μυϊκή ισχύ για ορισμένες αθλητικές δραστηριότητες.



Τεχνική χρησιμοποίησης μυοδερματικού κρημνού από τον εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ (TRAM).

Είναι η πιο περίπλοκη τεχνική απ' όσες χρησιμοποιούνται συνήθως και δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε όλες τις ασθενείς.

Ένα τμήμα του κάθετου μύος που βρίσκεται στο κέντρο της κοιλιάς (ορθός κοιλιακός) καθώς και μεγάλο τμήμα δέρματος και λίπους ελλειψοειδούς σχήματος από το κάτω τμήμα της κοιλιάς, μεταφέρονται στο θωρακικό τοίχωμα και σχηματίζουν τη μορφή του μαστού.

Πλεονεκτήματα

- Τα αισθητικά αποτελέσματα γενικά είναι ικανοποιητικά. Το δέρμα που μεταφέρεται από την κοιλιά στο θωρακικό τοίχωμα συνήθως είναι παρόμοιο στο χρώμα και τη σύσταση.
- Συνήθως δεν χρειάζεται προσθήκη σιλικόνης.
- Συνήθως μετά τη μεταφορά του δέρματος και του λίπους από την κοιλιά δημιουργείται κάποια «κοιλιακή πτύχωση».

Μειονεκτήματα

- Πιθανή μυϊκή αδυναμία των κοιλιακών τοιχωμάτων ή δημιουργία κήλης στο κοιλιακό τοίχωμα.

- Επιπρόσθετες ουλές στην περιοχή του άνω μαστού και του κατώτερου τμήματος της κοιλιάς.
- Η επέμβαση είναι μεγάλη και χρονοβόρα.

Μικροχειρουργική τεχνική ελεύθερης επιλογής κρημνού. Η μέθοδος αυτή, η πιο σύγχρονη μαζί με την τεχνική TRAM, εφαρμόζεται επίσης όταν οι απλούστερες τεχνικές αποτυγχάνουν. Σπανίως επιχειρείται και αποτελεί την τελευταία επιλογή.

Ιστός από το κέντρο της κοιλιάς, την πλάτη ή τους γλουτούς μεταφέρεται στο θωρακικό τοίχωμα και μορφοποιείται εν είδει μαστού. Τα αγγεία από τον ελεύθερο κρημνό συνδέονται με τα αγγεία του θωρακικού τοιχώματος με μικροχειρουργικές τεχνικές.

Πλεονεκτήματα

- Τα ίδια με τη μέθοδο TRAM

Μειονεκτήματα

- Επιπρόσθετες ουλές
- Ο πλαστικός χειρουργός πρέπει να είναι ιδιαίτερα επιδέξιος και να έχει ειδικευτεί στη μικροχειρουργική³⁵.

3. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο του μαστού

Στάδια της νόσου και ψυχική υποστήριξη από τη νοσηλεύτρια

Η νοσηλεύτρια στην οποιαδήποτε ψυχολογική της παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου (πρώιμο, ενδιάμεσο, τελικό). Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου πρέπει να είναι ο ακόλουθος:

1^η Φάση – Πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και Shock, που ακολουθούνται ή από άρνηση, που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλες λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλες αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν

μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής, πολλά άτομα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο αναγκάζεται να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτον με τις επιπτώσεις που θα έχει η νόσος στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή και την επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά και, δεύτερον, με την κακοήθεια της νόσου που βιώνεται ως απειλή για τη συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

Οι στόχοι μας ως νοσηλευτριών στη φάση αυτή είναι οι εξής:

A. Να βοηθήσουμε την ασθενή να μπορεί να ζει με επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της.

B. Να τη βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.

Γ. Να τη βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.

Δ. Να τη βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή της γύρω από τη λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου, στο οποίο έχει εισαχθεί, και στην κατατόπισή της στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις γιατρών, νοσηλεύτριας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζητήματα διατροφής).

Κατόπιν, θα λαμβάνεται λεπτομερειακό ιστορικό. Αν η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, την ενημερώνουμε και την προετοιμάζουμε ψυχικά. Στην περίπτωση γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή, α) περιγράφουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής, β) Αντιμετωπίζουμε λαθεμένες αντιλήψεις γύρω από τη νόσο, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την

ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με θετικό τρόπο, ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους.

α) Αντιμετώπιση από την οικογένεια

Οι δομές των οικογενειών είναι ευαίσθητα πλέγματα και χαρακτηρίζονται από διάφορα συστήματα αξιών και μορφών επικοινωνίας. Μερικές οικογένειες έχουν πρότυπα επικοινωνίας, σύμφωνα με τα οποία μόνο ευχάριστα συναισθήματα ενισχύονται και αμείβονται, ενώ δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις αποκλείονται. Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση της νόσου, που αρνούνται να γνωρίσουν τους φόβους της ασθενούς, που δεν δίνουν την υποστήριξη και το ενδιαφέρον που αυτή χρειάζεται, μπορεί να καθηλώσουν την ικανότητα της να αντιμετωπίσει τη νόσο.

Ένα από τα περισσότερα συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία που εκφράζεται με το φόβο ότι δεν θα ξέρουν τι να πουν. Ειλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και, όταν λέξεις δεν μπορούν να βρεθούν, αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια. Το κράτημα του χεριού της ασθενούς ή μια τρυφερή ματιά μπορεί να μεταφέρουν συναισθήματα, που διαφορετικά δύσκολα εκφράζονται. Μια τέτοια φυσική επαφή βοηθάει να μειωθεί το αίσθημα του χωρισμού από την οικογένεια και τους φίλους που η ασθενής μπορεί να νοιώθει λόγω της νόσου της και, μη ξέροντας πώς να αντιδράσει απέναντί τους, απομακρύνεται από αυτούς.

Συχνά, τα μέλη της οικογένειας, ενώ βρίσκονται γύρω από την ασθενή, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή της. Σαν απάντηση, η ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια, ώστε να προστατεύσει την οικογένειά της. Ως αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο διαρκώς συνθετότερο, καθώς η νόσος εξελίσσεται. Η ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία («μου λένε ψέματα») στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένεια της και στις ανησυχίες τους και μπορεί να αποτραβηχτεί από αυτούς. Έτσι, η ασθενής και η οικογένεια της μπορεί άθελα τους να εγκαταλείψουν η μια την άλλη και να αναπτυχθούν αμοιβαία αισθήματα απόρριψης.

Ακόμη, δεν πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο το χρόνο τους στην ασθενή. Χρειάζονται χρόνο μακριά της,

για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργεί η νόσος, η φροντίδα της ασθενούς, οι νέες ευθύνες και ρόλοι.

Διεθνείς Αντικαρκινικές Εταιρείες, απευθυνόμενες στη γυναίκα που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή, προτείνουν να χειρισθεί ως εξής το θέμα:

«Με την επιστροφή στο σπίτι ίσως θελήσετε να μιλήσετε για την εμπειρία σας στους ανθρώπους που επικοινωνείτε ή ίσως θελήσετε να το γνωρίζουν όσο το δυνατόν λιγότερα άτομα. Καλό θα ήταν όμως να μιλήσετε με το σύζυγό σας ή κάποιο άτομο που συνδέεστε πολύ στενά. Με το να μοιράζεστε τις ανησυχίες και τους φόβους σας, θα υποστηρίζετε και θα καθησυχάζετε ο ένας τον άλλο. Όσο το συντομότερο επικοινωνήσετε με τα αισθήματά σας τόσο γρηγορότερα θα ξαναρχίσετε κανονικές σχέσεις. Πάρτε εσείς την πρωτοβουλία και ανοίξτε συζήτηση γύρω από το θέμα της επέμβασης και των ψυχολογικών συνεπειών. Οι άλλοι φοβούνται να κάνουν την πρώτη κίνηση, μήπως και πουν ή πράξουν κάτι λάθος. Όταν δεν υπάρχει επικοινωνία και οι δυο μένετε σιωπηλοί, πολύτιμος χρόνος στη διαδικασία για την ανάρρωση χάνεται. Είναι φυσικό να αναρωτηθείτε, αν ο σύζυγός σας σας αγαπά και σας θέλει όπως πριν. Πολλές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή θα σας έλεγαν ότι ο γάμος τους έγινε πιο τρυφερός και η κρίση της μαστεκτομής έφερε το ζευγάρι πιο κοντά. Λίγοι σύζυγοι απορρίπτουν τις γυναίκες τους, έχουν όμως φόβους για τις συνέπειες που η μαστεκτομή μπορεί να έχει στο γάμο τους. Μια σχέση που είναι δυνατή, θα ξεπεράσει τις συνέπειες της μαστεκτομής. Αλλά, εάν ο γάμος είναι ήδη αποτυχημένος ή ο δεσμός άτονος, τότε ίσως έσπαζε έτσι κι αλλιώς μπροστά σε μια κρίση που θα εμφανιζόταν στη ζωή. Είναι εύκολο για κάποιον από τους δυο συζύγους να χρησιμοποιήσει τη μαστεκτομή σαν δικαιολογία, για να θέσει τέρμα σε μια κατάσταση που δεν ήταν αποδεκτή από καιρό».

β) Αντιμετώπιση από τα παιδιά

Τα παιδιά συχνά νιώθουν ανασφάλεια, όταν βρίσκουν μια διαφορετική για παράδειγμα μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, άλλα αισθάνονται ενοχή, καθώς φαντάζονται ότι αυτά έφταιξαν για την αρρώστια της μητέρας τους.

Και οι δυο γονείς πρέπει να αποφασίσουν μαζί, πως θα πληροφορήσουν τα παιδιά για την νοσηλεία και τη νόσο της μητέρας τους. Στα παιδιά λοιπόν πρέπει να εξηγηθεί ότι η μητέρα τους είχε παραμείνει για λίγο στο νοσοκομείο

για ένα θέμα υγείας (εγχείρηση) και η μητέρα μπορεί να τους ζητήσει να τη βοηθήσουν να ξαναβρεί τον εαυτό της. Με το να απαντηθούν ειλικρινά οι ερωτήσεις που θα θέσουν τα παιδιά, βοηθούνται στο να διαλυθούν οι φόβοι τους. Ότι έχουν φαντασθεί τα παιδιά, συχνά είναι χειρότερο από την πραγματικότητα. Μερικά παιδιά ανήσυχια και αγχώδη, με το να μην κάνουν ερωτήσεις και να μην εκφράζουν τα συναισθήματά τους, αποσύρονται και εμφανίζονται σαν να μην ενδιαφέρονται. Στην πραγματικότητα ενδιαφέρονται, αλλά χρειάζονται βοήθεια, ώστε να αρχίσει μια επικοινωνία.

Έτσι η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιηθεί, ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και ακολούθως να ενθαρρυνθεί να σπάσει αυτή τη σιωπή. Δεν πρέπει να ξεχνούμε πως τα παιδιά, προκειμένου να δεχθούν κάποιες πληροφορίες, θα πρέπει να είναι έτοιμα. Άλλωστε, δεν θα πάνε να αγαπούν, όπως και να έρθουν τα πράγματα, τη μητέρα τους, αν αυτή είναι άρρωστη. Οι έφηβοι μπορεί να σαστίσουν τους γονείς τους με ξαφνικές μεταβολές στη συμπεριφορά τους (εμπόλεμη διάθεση, αδιακρισίες), να αρχίσουν να απειθαρχούν, να μη βοηθούν τους γονείς σε μικροδουλειές ή να αρνούνται να επισκεφθούν τη μητέρα στο νοσοκομείο. Εξηγήσεις για αυτά είναι πως οι έφηβοι τη στιγμή που αρχίζουν να σπάνε τους δεσμούς με τους γονείς, προετοιμαζόμενοι να ζήσουν ανεξάρτητα, αναγκάζονται από τα οικογενειακά προβλήματα να επιστρέψουν πίσω και γι αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί.

Αν ο έφηβος είναι κοπέλα, μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου (αν η εντόπιση στη μητέρα είναι ο μαστός ή το ενδομήτριο) στα όργανα που στην εφηβεία παρουσιάζουν ευαισθησία. Οι γονείς, νιώθοντας ενοχή, δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους της κόρης, όμως, το άγνωστο είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπισθεί από την αλήθεια που η κοπέλα θα ψάξει να βρει οπωσδήποτε.

γ) Αντιμετώπιση από το σύζυγο

Επιστολή της American Cancer Society στο σύζυγο γυναίκας με καρκίνο μαστού.

Η γυναίκα που αγαπάς και έχεις σύζυγο έχει υποστεί μαστεκτομή. Κάθε χρόνο, χιλιάδες γυναίκες και οι σύζυγοί τους παίρνουν μέρος στη διαδικασία αποκατάστασης της γυναίκας μετά την εγχείρηση. Θέλουμε να σου μεταδώσουμε μερικές από τις εμπειρίες μας.

Η ανάρρωση από οποιαδήποτε εγχείρηση χρειάζεται χρόνο. Η σύζυγός σου μπορεί να κουράζεται εύκολα και γι αυτό χρειάζεται βοήθεια στις καθημερινές εργασίες του σπιτιού. Ίσως να περνάει περίοδο κατάθλιψης. Θυμίστε της ότι αυτές οι αντιδράσεις είναι συνηθισμένες και αναμενόμενες. Ενθαρρύνετε της να συνεχίσει τις καθημερινές δραστηριότητές της, αμέσως μόλις ο γιατρός της συμφωνήσει ότι αυτή η κινητοποίηση όχι μόνο ενδείκνυται, αλλά θα βοηθήσει και την άμεση αποκατάστασή της.

Η ανάρρωση ποικίλλει σε χρονική διάρκεια από άτομο σε άτομο. Γνωρίζουμε ότι αυτή η περίοδος φυσικής και συναισθηματικής προσαρμογής υποβοηθείται από μεγάλες δόσεις αγάπης και κατανόησης. Το κλειδί βρίσκεται στην εκδήλωση της αγάπης και της κατανόησης με τους ίδιους οικείους τρόπους. Η αλλαγή συμπεριφοράς μπορεί να θεωρηθεί ως απόρριψη. Η γυναίκα σας προσπαθεί να προσαρμοσθεί με την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου. Οι αμφιβολίες και οι φόβοι της είναι αναμενόμενοι. Είναι η ίδια γυναίκα στην πραγματικότητα, όπως και πριν, με την ίδια δυνατότητα να αγαπάει και να αγαπιέται.

Είναι μερικές φορές πολύ δύσκολο να καταλάβουμε ότι βαθιά μέσα της αισθάνεται ότι η θηλυκότητα της απειλείται. Η αποδοχή του εαυτού της ως το ίδιο άτομο όπως και πρώτα είναι ζωτικής σημασίας για την αποκατάστασή της. Η γνώση των αντιδράσεών της και οι επιβεβαιώσεις σου θα τη βοηθήσουν να διαλύσει τις αμφιβολίες που μπορεί να έχει.

Στην πραγματικότητα, αυτή η εμπειρία είναι δυνατό να σας φέρει πιο κοντά και να δυναμώσει τη σχέση σας. Συζητήστε, μοιράστε τις ανησυχίες και τους φόβους σας, προσπαθήστε να είστε ειλικρινείς μεταξύ σας. Είναι εύκολο να ανησυχεί κανείς για κάτι που δεν έχει ειπωθεί, αλλά είναι καλύτερο να συζητείτε τα αισθήματά σας.

Ίσως αποφασίσεις να μιλήσεις σχετικά με την ασθένεια, την πρόγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση με το γιατρό, πράγμα που θα βοηθήσει και στην αποδοχή τους.

2^η Φάση – Ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη άλλων μορφών θεραπείας. Η ασθενής έχει γνώση της εξέλιξης της υγείας της με βάση τη φυσική της κατάσταση, την

ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και την καχεξία και άλλα συμπτώματα, όπως αιμορραγίες κ.λ.π.

Μερικές ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό, όταν εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής του καρκίνου. Είναι οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε για αυτές την αρχή του τέλους, που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν. Θα δημιουργείτο φόβος για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας, η οποία θα εφαρμοσθεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της νόσου, και θα βρίσκονταν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή. («Χάνω βάρος, γιατί δεν πρόσεξα τη διατροφή», «η δύσπνοια προκλήθηκε από κρύωμα, όταν βγήκαμε για να επισκεφθούμε κάποιους συγγενείς»).

Άλλοι ασθενείς κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου. Μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις, όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό. Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι χωρίς αξία και να την κατευθύνουν σε παραδεκτές θεραπείες.

Ορισμένες ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατέλειωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή και στην οικογένεια της το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης, πρέπει να εξηγηθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, ώστε η ασθενής να είναι έτοιμη να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Χωρίς κάποια εξήγηση, η ασθενής μπορεί να αποδώσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας σε επιδείνωση της νόσου και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει η νοσηλεύτρια να εξηγήσει στην ασθενή και στους συγγενείς της τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να προετοιμάσει την ασθενή να τα δεχθεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές στην ασθενή ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να την απασχολούν και να την ενοχλούν, όμως, υπάρχει ο κλονισμός της υγείας της από τη νόσο που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να υπομείνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι

οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και η προτεραιότητα θα δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου. Όταν η ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή πως επενεργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να επιφέρει, ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανισθούν. Επίσης, ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς της ασθενούς, ώστε να διευκρινισθούν ορισμένες αντιλήψεις, όπως ότι η ασθενής γίνεται ραδιενεργή και την εγκαταλείπουν.

Μερικές ασθενείς γίνονται υπάκουες χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγήσουν τους άλλους να τις εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιώσουμε την ασθενή ότι ο γιατρός, η νοσηλεύτρια, οι συγγενείς θα μείνουν κοντά της, θα κάνουν τα πάντα για να νιώθει περισσότερο ανακουφισμένη. Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες της, για να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά, να της δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη με τη μεταστατική νόσο. Τότε, θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται, η επαφή μαζί της θα βελτιωθεί, θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι αυτήν.

3^η Φάση – Τελικό Στάδιο

Σε αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνον ανακουφιστική, η ασθενής και η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζουν μαζί το ενδεχόμενο του θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης της νόσου, η ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μην γνωρίζει τίποτα για τη νόσο της. Η ασθενής μπορεί να κατηγορήσει τη νοσηλεύτρια ότι δεν την είχε προειδοποιήσει για τις επιπλοκές ή για ενδεχόμενο θάνατο, παρά το γεγονός ότι σε όλη τη διάρκεια της νόσου μπορεί να ενημερωνόταν για την πρόγνωσή της.

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ξαφνικό σοκ στην καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανόν να έχει δει άλλους ασθενείς να

πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια νόσο. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν, είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, όπου η ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους, ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να την επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο η ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό της. Συνήθως, ο ψυχικός και φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα. Ακόμη, υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για την ασθενή σε αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει, αλλά ότι θα μείνει δίπλα της και θα είναι διαθέσιμη για να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες της, να της παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Πίσω από όλα αυτά κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγον καιρό. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι νοσηλεύτριες πρέπει να πουν ψέματα στην ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί της την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Πρέπει να προσέξουμε, ώστε να μην απελπίσουμε την ασθενή, ενώ χρειάζεται ακόμα την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε μια τέτοια ασθενή και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και η ίδια τον εαυτό της και η περαιτέρω ιατρική και νοσηλευτική βοήθεια θα μπορούσε να έλθει πολύ αργά, βρίσκοντας την απροετοίμαστη για μια νέα μάχη.

Στην ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντας την και δείχνοντας της ότι δεν την ξεχάσαμε. Ζητούμε από την οικογένεια, τους φίλους και τους γνωστούς της να μην την εγκαταλείψουν. Συζητούμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με την ίδια την ασθενή και φροντίζουμε να διευθετήσει όλες τις υποθέσεις της. Της δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά της και της δείχνουμε κατανόηση και συμπάρασταση³².

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Σκοπός και στόχοι της Έρευνας

Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε στα εκπαιδευτικά πλαίσια της νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. για τη λήψη πτυχίου της Νοσηλευτικής.

Σκοπός της έρευνας είναι η πρόληψη και η επαρκής πληροφόρηση των γυναικών για τον Ca του μαστού.

Στόχοι της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι:

- Να αναγνωρισθεί ο ρόλος της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού
- Όλες οι ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας πάνω από τα 40 να εξετάζονται περιοδικά κάθε χρόνο
- Οι νεότερες γυναίκες, κάτω των 50 ετών, να υποβάλλονται σε έναν έλεγχο (ιστορικό, κλινική εξέταση, θερμογραφία), να γίνεται δε μια επιλογή μεταξύ αυτών για μαστογραφία, εφόσον στην κλινική εξέταση διαπιστωθεί κάτι ύποπτο.
- Να ιδρυθούν συμβουλευτικοί ογκολογικοί σταθμοί στη χώρα, οι οποίοι να κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση
- Να γίνει οργάνωση και προγραμματισμός αντικαρκινικού αγώνα
- Να δημιουργηθούν δυνατότητες μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον Ca του μαστού.
- Τέλος να τηρούνται στατιστικά στοιχεία για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών, για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του Ca του μαστού

2. Σχεδιασμός της Έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη- Καρδάση 1991).

Στην έρευνα αυτή ακολουθήθηκε το σχέδιο της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής διερεύνησης με την χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο περιείχε ερωτήσεις κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων.

Η χρήση ερωτηματολογίου έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Τα πλεονεκτήματα είναι:

- Προσφέρει αξιοπιστία και εγκυρότητα στα αποτελέσματα.
- Συνδυάζει ευκαμψία περιεχομένου και σκοπού με στοιχεία ακρίβειας και ελέγχου
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για συλλογή πληροφοριών από μεγάλο αριθμό ατόμων με σχετικά ελάχιστη διάθεση χρόνου και χρήματος.
- Η μεθοδολογία της μπορεί να εκτεθεί ρητά κάνοντας ευκολότερη την αξιολόγηση και την επανάληψη της έρευνας.
- Μπορεί να δομηθεί έτσι ώστε η ανάληψη των δεδομένων να είναι δυνατή με την χρήση Η/Υ

Τα μειονεκτήματα είναι:

- Η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός συστήματος για εναποθήκευση και διατήρηση κάποιας τροχιάς στην πελώρια ποσότητα των δεδομένων.
- Η τάση τα δεδομένα να είναι σχετικά επιφανειακά.

3. Τόπος και Χρόνος της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο, εφορείες, ταχυδρομεία και σε λύκεια δύο νομών:

Νομός Αχαΐας: Άγιος Ανδρέας, ΕΛΤΑ (Μαιζώνος- Ζαΐμη), Α΄ Εφορεία (Κανακάρη- Κολοκοτρώνη), Φ.Μ.Ε. Ορόσημο.

Νομός Αιτωλοακαρνανίας: Νοσοκομείο Αγρινίου(Κόκκαλη), ΕΛΤΑ (πλ. Στράτου), εφορεία (Παναγοπούλου), Λύκειο ΤΕΕ

Στα σημεία εντός του νομού Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας, όπου ήταν δυνατή η πρόσβαση των ερευνητριών τα ερωτηματολόγια δόθηκαν αυτοπροσώπως. Τέλος, η παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα Αύγουστος-Οκτώβριος 2001.

4. Πληθυσμός και δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας, το οποίο και απευθυνόταν σε γυναίκες της περιοχής του Αγρινίου και της Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από ένα δείγμα που αποτελούνταν από 136 άτομα.

Ο συνολικός αριθμός ερωτηματολογίων που δόθηκαν ήταν 150. Από αυτά τα 136 επιστράφηκαν πλήρως συμπληρωμένα, ενώ τα υπόλοιπα 14 επιστράφηκαν ελλιπώς συμπληρωμένα.

5. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ηλικία
- Το φύλο του ερωτώμενου

Και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

6. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί η υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου, το ερωτηματολόγιο εντάχθηκε απ' την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν σε ερωτήσεις μας, αλλά και ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν την συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά της ώρας.

7. Αξιοπιστία και εγκυρότητα

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συντάχθηκε κατόπιν μελέτης ελληνικών και διεθνών μελετών και εργασιών και αφού ελήφθησαν υπ όψιν βιβλιογραφικές αναφορές. Επίσης, έγινε επίδειξη του ερωτηματολογίου σε υπεύθυνους νοσηλευτές (μη ειδικευμένους στο αντικείμενο της μελέτης), που απέδειξαν ότι ήταν αρκετά

κατανοητό, δίνοντας την δυνατότητα σε αυτόν που το διάβαζε, να καταλάβει τόσο τις ερωτήσεις όσο και το σκοπό του ερωτηματολογίου.

Η αξιοπιστία (credibility) των απαντήσεων του ερωτηματολογίου έχει επιτευχθεί με την σύνταξη ερωτήσεων κλειστού τύπου με αυστηρά κωδικοποιημένες απαντήσεις. Οι ερωτήσεις ήταν δομημένες με τρόπο ώστε να αποφεύγονται τα λάθη κατανόησης και να μειώνεται η πιθανότητα ψευδούς απάντησης. Όπου δε οι ερωτηθέντες παρουσίαζαν δυσκολία, οι ερευνήτριες ήταν πρόθυμες να διευκρινίσουν οποιοδήποτε σημείο.

8. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφή έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινητική κτλ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε τον σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώξαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε 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 παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας

9. Στατιστική Ανάλυση των δεδομένων

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό, ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον Η/Υ σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και την στατιστική επεξεργασία τους ήταν το Sigm stat 1.0 for windows.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

1. Περιγραφική κατανομή δείγματος

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 σύνολα των απαντήσεων.

2. Στατιστική συσχέτιση παραμέτρων

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το Dri-Square ή χ^2 (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

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

- 1) Μέγεθος του δείγματος,
- 2) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας, (P-value).

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 $P < 0,05$.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

I. Δημογραφικά στοιχεία

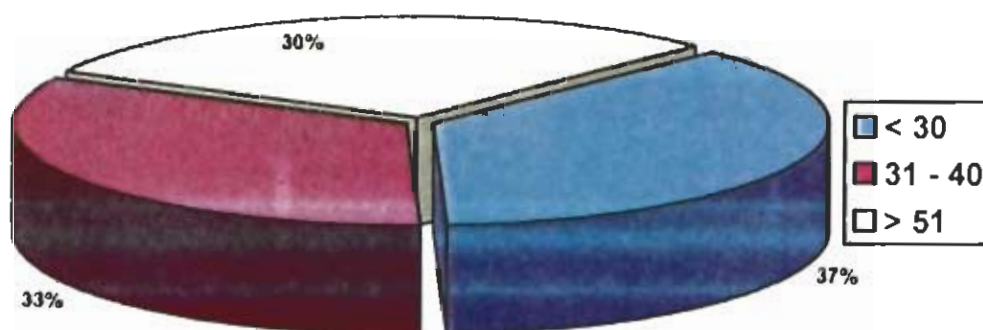
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 30 ετών	50	37
31-50	45	33
> 51	41	30
ΣΥΝΟΛΟ	136	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μικρότερης των 30 ετών.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

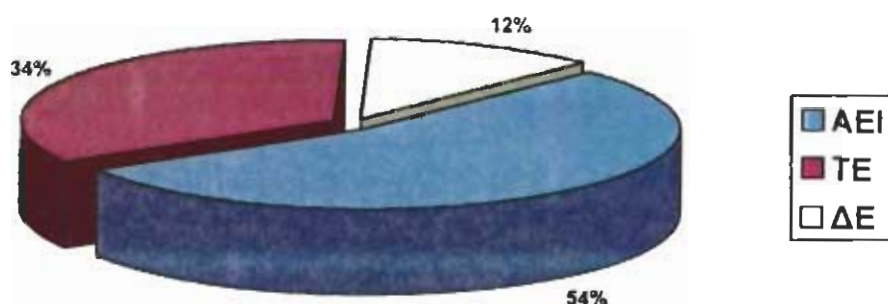


ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΕΙ-ΤΕΙ	74	54
Τ.Ε	46	34
Δ.Ε	26	12
ΣΥΝΟΛΟ	136	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευση.

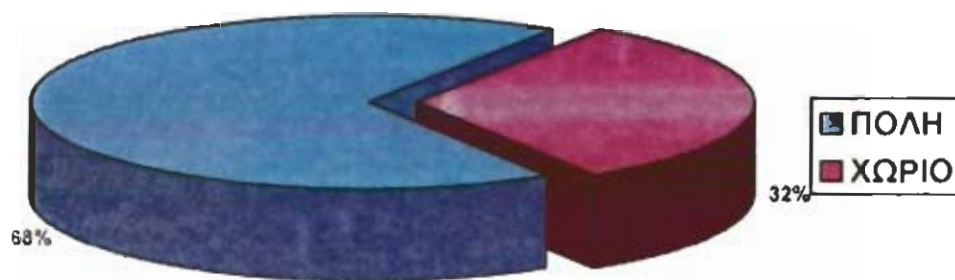


ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με την διαμονή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πόλη	93	68
Χωριό	43	32
ΣΥΝΟΛΟ	136	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κάτοικοι πόλεων.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με την διαμονή τους.



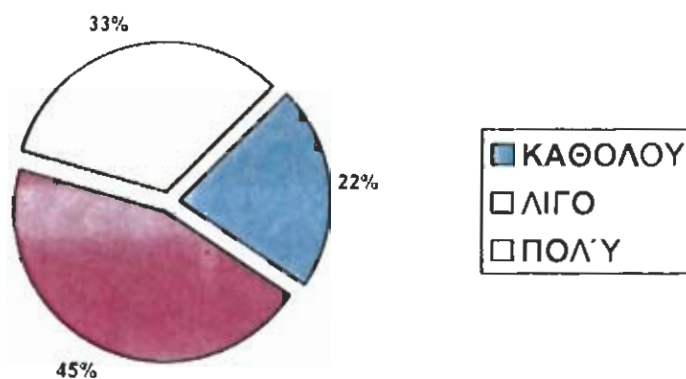
II. Απαντήσεις σε σχέση με την ενημέρωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι είναι πληροφορημένοι σε σχέση με την αυτοεξέταση του μαστού

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΘΟΛΟΥ	30	22
ΛΙΓΟ	61	45
ΠΟΛΥ	49	33
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι είναι ΛΙΓΟ πληροφορημένοι σε σχέση με την αυτοεξέταση του μαστού

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με θεωρούν ότι είναι πληροφορημένοι σε σχέση με την αυτοεξέταση του μαστού

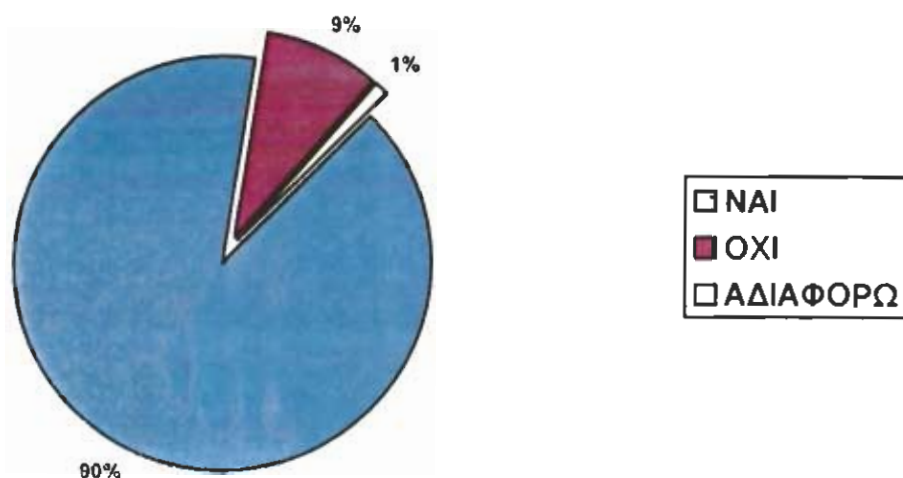


ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ήθελαν να παρακολουθήσουν μια συζήτηση για το θέμα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	122	90
ΟΧΙ	12	9
ΑΔΙΑΦΟΡΩ	2	1
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα ήθελαν να παρακολουθήσουν μια συζήτηση για το θέμα

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ήθελαν να παρακολουθήσουν μια συζήτηση για το θέμα

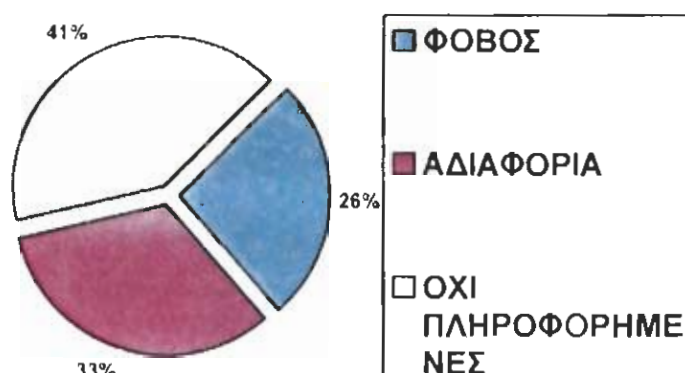


ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που οι Ελληνίδες δεν κάνουν αυτοεξέταση μαστού

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΦΟΒΟΣ	35	26
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	45	33
ΟΧΙ ΣΩΣΤΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΕΣ	56	41
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΕΣ οι Ελληνίδες που δεν κάνουν αυτοεξέταση μαστού

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που οι Ελληνίδες δεν κάνουν αυτοεξέταση μαστού

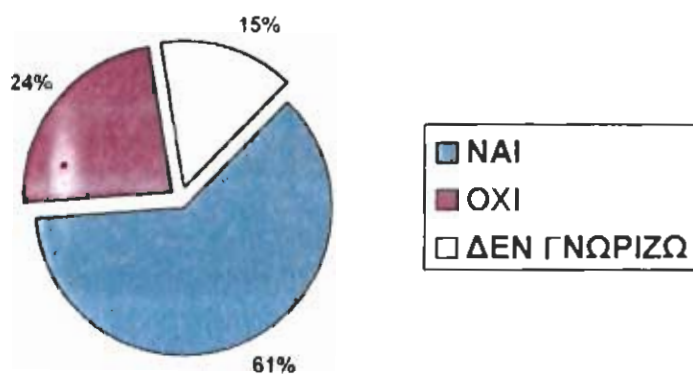


ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μπορούν οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση να μεταδώσουν τη γνώση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	83	61
ΟΧΙ	33	24
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	30	15
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι μπορούν οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση μπορούν να μεταδώσουν τη γνώση

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μπορούν οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση να μεταδώσουν τη γνώση

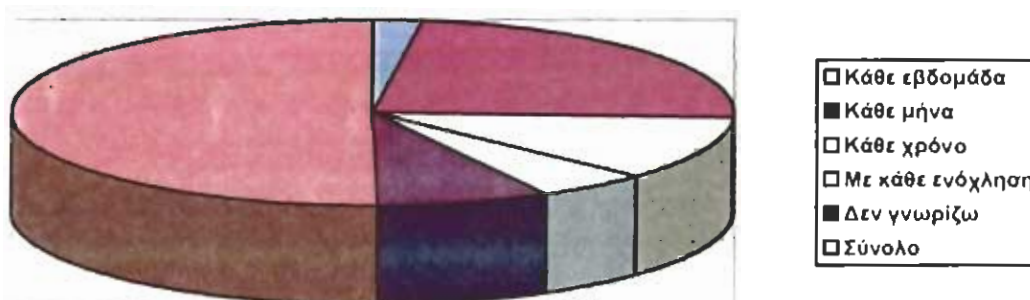


ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το κάθε πότε πρέπει να γίνεται εξέταση μαστού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	4
ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ	64	47
ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ	30	22
ΜΕ ΚΑΘΕ ΕΝΟΧΛΗΣΗ	13	10
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	21	17
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι πρέπει να γίνεται εξέταση μαστού κάθε μήνα.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το κάθε πότε πρέπει να γίνεται η εξέταση μαστού

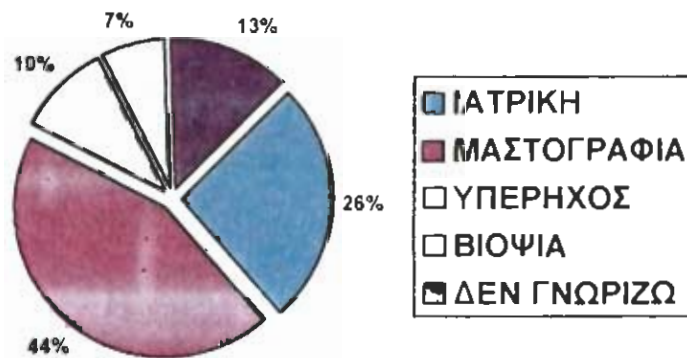


ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με τις εξετάσεις πρόληψης του καρκίνου του μαστού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	36	26
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	60	44
ΥΠΕΡΗΧΟΣ	14	10
ΒΙΟΨΙΑ	10	7
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	16	13
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν την μαστογραφία και την ιατρική εξέταση σαν τις πιο σημαντικές εξετάσεις πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Οι ερωτηθέντες μπορούσαν να δώσουν απαντήσεις σε περισσότερες από μία ερώτηση.

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με τις εξετάσεις πρόληψης του καρκίνου του μαστού

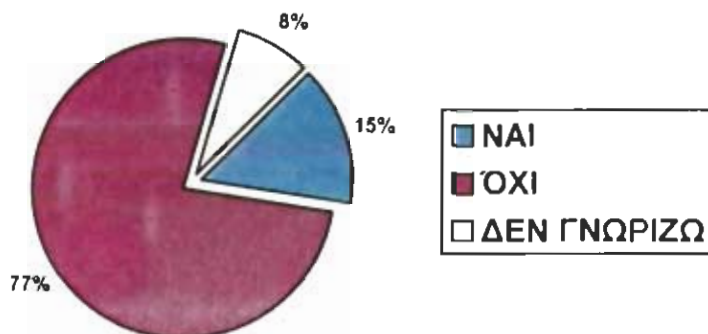


ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν συγγενή με καρκίνου του μαστού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	20	15
ΟΧΙ	105	77
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	11	8
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ έχουν συγγενή με καρκίνο του μαστού

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν συγγενή με καρκίνου του μαστού

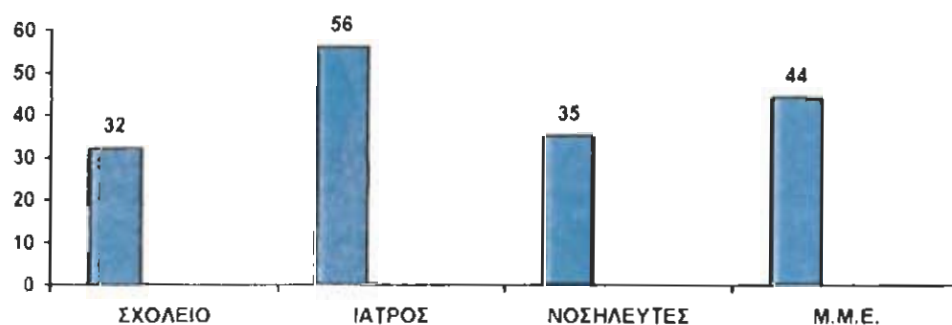


ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιος έχει αναλάβει την ενημέρωση για το θέμα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΣΧΟΛΕΙΟ	44	32
ΙΑΤΡΟΣ	76	56
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	48	35
Μ.Μ.Ε	60	44

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ο Γιατρός γενικά έχει αναλάβει την ενημέρωση για το θέμα και σε μικρότερο βαθμό τα Μ.Μ.Ε. οι ερωτώμενοι μπορούσαν να απαντήσουν σε περισσότερες από μία ερωτήσεις και για τον λόγο αυτό το σύνολο είναι 228 απαντήσεις από 136 ερωτηθέντες.

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιος έχει αναλάβει την ενημέρωση για το θέμα

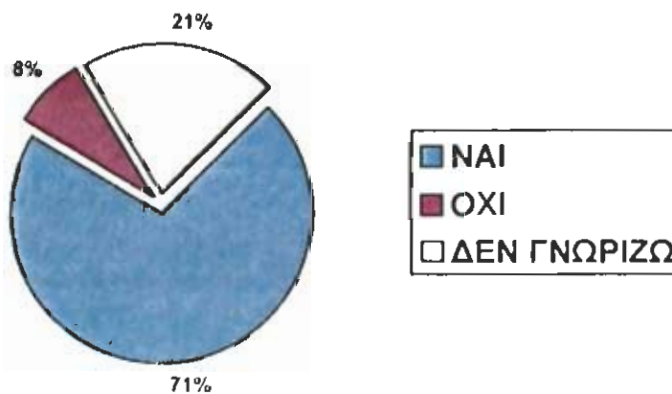


ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι ο θηλασμός προστατεύει την γυναίκα από τον καρκίνου του μαστού

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	96	71
ΟΧΙ	11	8
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	29	21
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γνωρίζουν ότι ο θηλασμός προστατεύει την γυναίκα από τον καρκίνου του μαστού

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι ο θηλασμός προστατεύει την γυναίκα από τον καρκίνου του μαστού

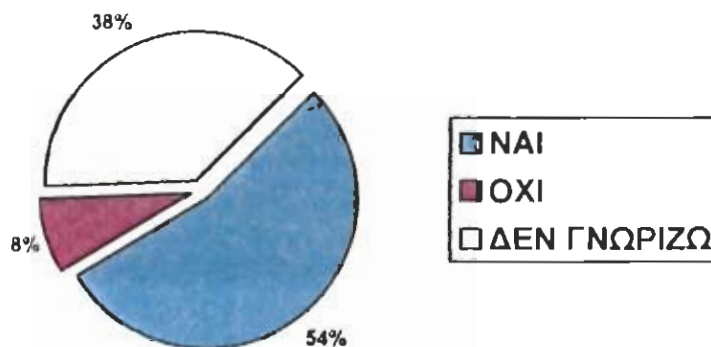


ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με την επίδραση των λιπαρών στην εκδήλωση του καρκίνου του μαστού

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	74	54
ΟΧΙ	12	8
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	50	38
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γνωρίζουν την επίδραση των λιπαρών στην εκδήλωση του καρκίνου του μαστού

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με την επίδραση των λιπαρών στην εκδήλωση του καρκίνου του μαστού

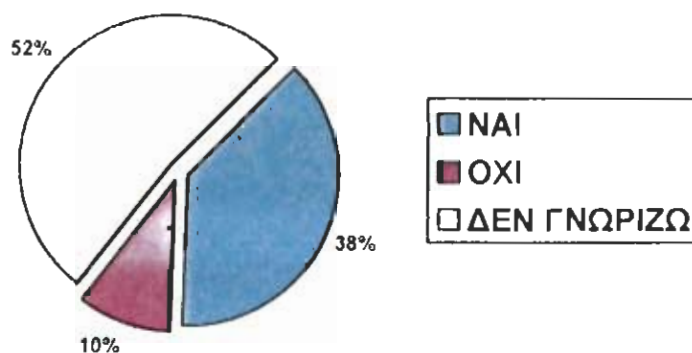


ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με την επίδραση της διακοπής της πρώτης κύησης στο πρώτο τρίμηνο στην εκδήλωση του καρκίνου του μαστού

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	51	38
ΟΧΙ	13	10
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	72	52
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ την επίδραση της διακοπής της πρώτης κύησης στο πρώτο τρίμηνο στην εκδήλωση του καρκίνου του μαστού

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με την επίδραση της διακοπής της πρώτης κύησης στο πρώτο τρίμηνο στην εκδήλωση του καρκίνου του μαστού



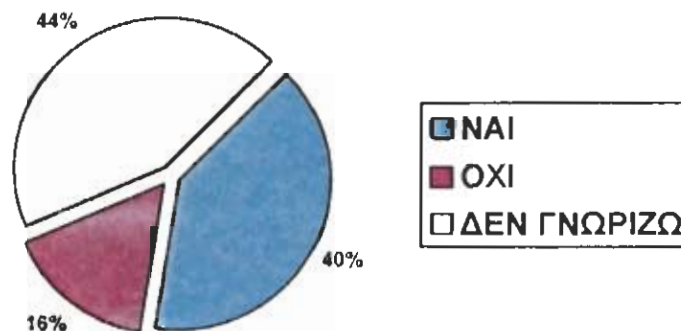
T.E.I. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν ότι τα χημικά σκευάσματα σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	55	40
ΟΧΙ	21	16
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	60	44
ΣΥΝΟΛΟ	136	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ότι τα χημικά σκευάσματα σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 136 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν ότι τα χημικά σκευάσματα σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού.



2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Συσχέτιση των απαντήσεων των 136 ερωτηθέντων γυναικών για εντοπισμό τυχόν διαφορών στην ενημέρωση σε σχέση με την ηλικία. (Ερώτηση 1)

ΗΛΙΚΙΑ	< 30	31- 50	> 51 ετών	P
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ				
4. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ				
Καθόλου	10	6	14	< 0.05
Λίγο	26	15	20	
Πολύ	20	23	10	
6. ΛΟΓΟΙ ΜΗ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ				
Φόβος	12	12	11	> 0,05
Αδιαφορία	22	14	14	
Όχι σωστή πληροφόρηση	26	22	23	
8. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ				
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	0	2	4	< 0.05
ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ	31	23	10	
ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ	13	8	15	
ΜΕ ΕΝΟΧΛΗΣΗ	3	5	5	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	9	3	9	
9. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ				
ΙΑΤΡΙΚΗ	21	18	16	> 0.05
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	46	32	27	
ΥΠΕΡΗΧΟΣ	6	5	3	
ΒΙΟΨΙΑ	5	2	3	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4	4	8	
12. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΘΗΛΑΣΜΟΥ				
ΝΑΙ	45	30	24	< 0.05
ΟΧΙ	1	4	6	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	7	7	15	

13. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΛΙΠΑΡΩΝ				
ΝΑΙ	26	25	25	> 0,05
ΟΧΙ	4	4	4	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	25	14	11	
14. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΚΤΡΩΣΗΣ				
ΝΑΙ	24	12	14	> 0,05
ΟΧΙ	3	5	5	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	25	24	23	
15. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΧΗΜΙΚΩΝ				
ΝΑΙ	18	19	17	> 0,05
ΟΧΙ	11	3	7	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	22	19	17	
5. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ				
ΝΑΙ	50	40	35	< 0,05
ΟΧΙ	0	5	7	
ΑΔΙΑΦΟΡΩ	2	0	0	
11. ΤΟΜΕΑΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ				
ΣΧΟΛΕΙΟ	19	18	7	> 0,05
ΙΑΤΡΟΣ	32	21	23	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	15	18	15	
ΜΜΕ	18	20	22	

Στις απαντήσεις των ερωτηθέντων για εντοπισμό σχέσης μεταξύ της ηλικίας και των διαφόρων ερωτήσεων που αφορούν την πληροφόρηση διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υποομάδων των απαντήσεων:

- Στο επίπεδο της πληροφόρησης γενικά
- Στη γνώση για την συχνότητα της αυτοεξέτασης
- Στη γνώση για την επίδραση του θηλασμού στην εμφάνιση της νόσου
- Στην επιθυμία για ενημέρωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Συσχέτιση των απαντήσεων των 136 ερωτηθέντων γυναικών για εντοπισμό τυχόν διαφορών στην ενημέρωση σε σχέση με την εκπαίδευση. (Ερώτηση 2)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΕΙ-ΤΕΙ	ΜΕ	ΔΕ	P
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ				
4. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ				
Καθόλου	0	6	14	< 0.05
Λίγο	26	15	30	
Πολύ	30	23	0	
8. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ				
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	0	2	4	< 0.05
ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ	34	30	5	
ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ	10	1	15	
ΜΕ ΕΝΟΧΛΗΣΗ	12	7	5	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0	1	19	
12. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΘΗΛΑΣΜΟΥ				
ΝΑΙ	40	29	31	> 0.05
ΟΧΙ	6	5	6	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	7	7	8	
13. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΛΙΠΑΡΩΝ				
ΝΑΙ	45	30	24	> 0.05
ΟΧΙ	1	4	6	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	7	7	15	
14. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΚΤΡΩΣΗΣ				
ΝΑΙ	27	13	12	< 0.05
ΟΧΙ	0	1	12	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	25	26	18	
15. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΧΗΜΙΚΩΝ				
ΝΑΙ	25	19	10	< 0,05
ΟΧΙ	3	3	14	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	22	19	17	

Στις απαντήσεις των ερωτηθέντων για εντοπισμό σχέσης μεταξύ επιπέδων εκπαίδευσης και των διαφόρων ερωτήσεων που αφορούν την πληροφόρηση διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υποομάδων των απαντήσεων:

- Στο επίπεδο της ενημέρωσης γενικά
- Στη γνώση της συχνότητας της αυτοεξέτασης
- Στην γνώση της επίδρασης των εκτρώσεων και
- Στη γνώση της επίδρασης των χημικών στην εμφάνιση της νόσου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να αναδείξει αν ο γυναικείος πληθυσμός είναι πληροφορημένος σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Επίσης μέσα από αυτή τη μελέτη θα αναδειχθούν στοιχεία, τα οποία ελπίζουμε ότι θα συμβάλλουν στην διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου πληθυσμού, κυρίως σχετικά με τον καρκίνο του μαστού

Δεν υπάρχουν ειδικές μελέτες που να συγκρίνουν τα ποσοστά πληροφόρησης του γυναικείου πληθυσμού. Θα γίνουν όμως συγκριτικές συσχετίσεις των διαφόρων παραμέτρων των δεδομένων, ώστε να ανιχνευθούν οι παράμετροι που επηρεάζουν την ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού.

Πιστεύουμε ότι θα συνεχισθεί η αναζήτηση της γνώσης και από άλλους φορείς, διότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο των γυναικών.

Η μελέτη αυτή πιστεύουμε ότι θα συμβάλλει στην ανάπτυξη και βελτίωση της νοσηλευτικής στον τομέα της πρόληψης και στην πληροφόρηση σχετικά με την αυτοεξέταση.

Κατηγοριοποίηση των παραμέτρων

Για την καλύτερη ανάλυση των δεδομένων, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου κατηγοριοποιήθηκαν και ομαδοποιήθηκαν. Έτσι έχουμε:

- Τα δημογραφικά στοιχεία που στη μελέτη αυτή περιλαμβάνουν την ηλικία και τον τόπο διαμονής (ερώτηση 1 & 3)
- Το μορφωτικό επίπεδο (ερώτηση 2)
- Τις απαντήσεις σε σχέση με την ενημέρωση σχετικά με την αυτοεξέταση, την πρόληψη, την κληρονομικότητα, τον ρόλο του θηλασμού, την διατροφή, την διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης και τα χημικά σκευάσματα (ερωτήσεις 4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15).

Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Τα άτομα που ερωτήθηκαν στο σύνολό τους ήταν 136. Πιο ειδικά η μελέτη που έγινε στις γυναίκες δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) το αποτελούσαν γυναίκες ηλικίας κάτω των 30 και αυτό είναι ενθαρρυντικό γιατί δείχνει ότι ο νεότερος πληθυσμός ενδιαφέρεται για την ενημέρωση. Το 33 % το αποτελούσαν γυναίκες ηλικίας 31-50 και το υπόλοιπο 30 % το αποτελούσαν γυναίκες ηλικίας > 51 ετών (πίνακας 1,σχήμα 1).

Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων είναι κατά 54 % ΑΕΙ-ΤΕΙ κατά 34 % ΤΕ και μόνο 12 % ΔΕ. (πίνακας 2,σχήμα2).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κάτοικοι πόλεων σε ποσοστό 68% ενώ μόνο ένα 32 % ήταν κάτοικοι χωριών.(πίνακας 3,σχήμα3).

Στην ερώτηση σχετικά με το εάν θεωρούν ότι είναι πληροφορημένοι σε σχέση με την αυτοεξέταση του μαστού οι περισσότεροι ερωτηθέντες, ποσοστό 45% θεωρούν ότι είναι λίγο πληροφορημένοι, ένα 33% ότι είναι πολύ και ένα 22 % καθόλου. (πίνακας 4,σχήμα 4)

Είναι ενθαρρυντικό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, 90% θα ήθελαν να παρακολουθήσουν συζητήσεις σχετικά με το θέμα, ενώ ένα 9 % απάντησε αρνητικά και μόνο ένα τοις εκατό αδιαφορεί. (πίνακας 5,σχήμα 5)

Όσον αφορά τους λόγους για τους οποίους οι ελληνίδες γυναίκες δεν κάνουν αυτοεξέταση μαστού είναι γιατί δεν είναι σωστά πληροφορημένες, ποσοστό 41%, το 33% γιατί αδιαφορεί και το υπόλοιπο 26% γιατί φοβάται. (πίνακας 6,σχήμα 6)

Ευχάριστο θα θεωρούσαμε το αποτέλεσμα 61% της απάντησης των ερωτηθέντων ότι μπορούν οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση να μεταδώσουν την γνώση. Αρνητικά απάντησε το 24% και μόνο το 15% ότι δεν γνωρίζει. (πίνακας 7, σχήμα 7)

Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό 47% γνωρίζει ότι η αυτοεξέταση γίνεται κάθε μήνα, εν τούτοις το 22% πιστεύει ότι γίνεται κάθε χρόνο, το 17% ότι δεν γνωρίζει, το 10% με κάθε ενόχληση και το 4% κάθε εβδομάδα. (πίνακας 8, σχήμα 8).

Σύμφωνα με το 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γυνιατρικής, που είχε διεξαχθεί στη Θεσσαλονίκη υπό την προεδρία του καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας στο ΑΠΘ Γιάννη Μπότη, προκύπτει ότι η μαστογραφία κατέχει σπουδαία θέση στην πρώιμη αποκάλυψη του όγκου περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο. Αυτό επιβεβαιώθηκε και μέσα από τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας, όπου το 44% θεώρησε σαν την πιο σημαντική εξέταση την μαστογραφία, το 26% την ιατρική εξέταση, το 13% δεν γνώριζε, το 10% τον υπέρηχο και το 7% την βιοψία (πίνακας 9, σχήμα 9).

Στην ερώτηση εάν έχουν συγγενή με καρκίνο του μαστού το μεγαλύτερο ποσοστό 77%, απάντησε αρνητικά, το 15% θετικά και το μικρότερο ποσοστό ότι δεν γνώριζε. Ειδικά σε αυτή την ερώτηση παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών τρόμαζε στην ιδέα ότι κάποιος από τους συγγενείς μπορεί να είχε καρκίνο του μαστού γι' αυτό και απαντούσε αμέσως αρνητικά. (πίνακας 10, σχήμα 10)

Τα τελευταία χρόνια έχουν επέλθει σημαντικότερες εξελίξεις στην αγωγή κατά του καρκίνου του μαστού, που αφορούν στην έγκαιρη διάγνωση, την καλύτερη σταδιοποίηση, τις πιο σύνθετες στρατηγικές θεραπείας και σε πιο αποτελεσματικούς αντικαρκινικούς παράγοντες.

Ο πιο κατάλληλος για την αγωγή κατά του καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με την έρευνά μας, θεωρήθηκε ο γιατρός σε ποσοστό 56%, τα ΜΜΕ στο 44%, οι νοσηλευτές στο 35% και το σχολείο στο υπόλοιπο 32%. Είναι ευχάριστο πως όλοι οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι όλοι οι φορείς μπορούν να αναλάβουν την ενημέρωσή τους. Σ' αυτή την ερώτηση οι ερωτηθέντες είχαν την δυνατότητα να απαντήσουν σε περισσότερες από μια ερωτήσεις και για το λόγο αυτό το σύνολο είναι 228 απαντήσεις από 136 ερωτηθέντες (πίνακας 11, σχήμα 11).

Σε μια μεγάλη μελέτη που έγινε στις 3 Ιουλίου 1993, πήραν μέρος λευκές γυναίκες κάτω των 36 ετών, που κατοικούσαν σε κάποια από τις 11 βρετανικές περιοχές υγείας. Η μελέτη αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που είχαν τεκνοποιήσει, δεν σχετίζονται με τον αριθμό των τοκετών. Σχετιζόταν όμως αντιστρόφως με την ολική διάρκεια του θηλασμού: για κάθε 3 μήνες θηλασμού, ο σχετικός κίνδυνος καρκίνου ήταν 0,94. περαιτέρω ανάλυση έδειξε μια ισχυρή αντίστροφη σχέση μεταξύ καρκίνου και αριθμού βρεφών που θηλάστηκαν για 3 μήνες. Σχετικός κίνδυνος 0,75 ανά βρέφος.

Αν και σήμερα δεν έχει διευκρινισθεί αν ο θηλασμός προστατεύει την γυναίκα από τον καρκίνο του μαστού το 71% απάντησε θετικά, το 21% ότι δεν γνώριζε ενώ το μικρότερο ποσοστό 8% απάντησε αρνητικά. (πίνακας 12, σχήμα 12)

Με βάση τις απαντήσεις, βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γυναικών (54%) γνωρίζει ότι η μεγάλη κατανάλωση λιπών αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, ενώ το 38% δεν γνωρίζει και το υπόλοιπο 8% απάντησε αρνητικά (πίνακας 13, σχήμα 13).

Στις 2 Νοεμβρίου 1994 το περιοδικό του Εθνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου (Journal of the National Cancer Institute – JNCI) δημοσίευσε τη μελέτη της Dr Daling, που περιελάμβανε γυναίκες μέχρι την ηλικία των 50 ετών, και η οποία έδειξε ότι η πιθανότητα μιας μητέρας να αναπτύξει καρκίνο του μαστού πριν τα 45, αυξάνει κατά 50% εάν αυτή έχει υποβληθεί σε άμβλωση. Τα πιο ανησυχητικά όμως συμπεράσματα που περιελάμβανε αυτή η μελέτη ήταν:

- Εάν μια γυναίκα έχει υποβληθεί για πρώτη φορά σε έκτρωση πριν τα 30 της χρόνια, ο κίνδυνος αυξανόταν κατά 110%.
- Εάν μια γυναίκα είχε υποβληθεί για πρώτη φορά σε έκτρωση πριν τα 18 της χρόνια, η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξανόταν κατά 150%.
- Εάν στην οικογένεια μιας γυναίκας υπήρχε ιστορικό καρκίνου του μαστού (μητέρα, αδελφή, θεία) και είχε υποβληθεί για πρώτη φορά σε έκτρωση πριν τα 30 της χρόνια, ο κίνδυνος αυξανόταν κατά 270%.
- Περισσότερο δραματικές ήταν οι περιπτώσεις των γυναικών που υποβλήθηκαν σε έκτρωση πριν τα 18, στην οικογένεια των οποίων υπήρχε ιστορικό καρκίνου του μαστού. Στη μελέτη της Dr. Daling υπήρχαν 12 γυναίκες αυτής τη κατηγορίας.

Μια άλλη πολύ σημαντική αλλά αρκετά άγνωστη μελέτη που δημοσιεύθηκε το Δεκέμβριο του 1993 στο περιοδικό της Αμερικάνικης Ιατρικής Ένωσης, έδειξε ότι οι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξανόταν πολύ περισσότερο για τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε άμβλωση, απ' ότι για τις γυναίκες που δεν είχαν.

Παρ' όλο που υπήρχαν σημαντικές έρευνες που γνωστοποιούν το ρόλο της άμβλωσης στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, μέσα από τη δική μας έρευνα

αποδείχθηκε ότι μόνο το 38% γνώριζε, ενώ το 52% είχε άγνοια (πίνακας 14, σχήμα 14).

Αναζητώντας στοιχεία για τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του μαστού μεταξύ των γυναικών που χρησιμοποιούν χημικά σκευάσματα (βαφές μαλλιών, αποσμητικά) σε σχέση μ' αυτές που δε χρησιμοποιούν, η ερευνητική ομάδα του Ινστιτούτου του Σάιλεντ Σπρίνγκ πήρε συνέντευξη από 1350 γυναίκες – όχι απαραίτητως ασθενείς – ηλικίας από 30 – 60 ετών.

Η ομάδα αυτή διαπίστωσε ότι οι γυναίκες με υψηλά ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του μαστού είχαν χρησιμοποιήσει τα χημικά αυτά σκευάσματα, ποσοστό 73%.

Σύμφωνα και με την έρευνά μας, το 40% γνώριζε ότι τα χημικά σκευάσματα σχετίζονταν με τον καρκίνο του μαστού, όμως το μεγαλύτερο ποσοστό 44% δε γνώριζε (πίνακας 15, σχήμα 15).

Στην προσπάθεια να έχουμε πιο σαφή στοιχεία από τις απαντήσεις, προκειμένου να ετοιμάσουμε ως νοσηλευτές σχέδια φροντίδας και πρόληψης, αναλύσαμε συσχετίσεις όλων των ερωτήσεων με την ηλικία και την εκπαίδευση.

Παρατηρήσαμε στατιστικά σημαντική τη σχέση της ηλικίας με την πληροφόρηση $p < 0,05$, την γνώση συχνότητας αυτοεξέτασης μαστού $p < 0,05$, την γνώση σχετικά με την επίδραση του θηλασμού στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού $p < 0,05$ και την επιθυμία των ερωτηθέντων για ενημέρωση (πίνακας 16)

Επίσης στις γυναίκες που έχουν μεγαλύτερη εκπαίδευση παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την πληροφόρηση ($p < 0,05$), την συχνότητα αυτοεξέτασης ($p < 0,05$) την γνώση της επίδρασης των εκτρώσεων και της επίδρασης των χημικών στην εμφάνιση της νόσου.

ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της ερευνητικής μελέτης προέκυψαν κάποια συμπεράσματα, τα οποία μπορούν να ωφελήσουν το γυναικείο πληθυσμό στην πρόληψη του Ca του μαστού.

Οι περισσότερες ερωτηθέντες ήταν κάτω των 30

- Ο μεγαλύτερος γυναικείος πληθυσμός είναι λίγο πληροφορημένος σχετικά με την αυτοεξέταση μαστού. Παρόλα αυτά στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες θα ήθελαν να παρακολουθήσουν μια συζήτηση σχετικά με το θέμα.
- Οι περισσότερες γυναίκες γνωρίζουν ότι η αυτοεξέταση μαστού γίνεται κάθε μήνα και πιστεύουν ότι μπορούν να μεταδώσουν την γνώση.
- Στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες γνωρίζουν ότι η μαστογραφία και η ιατρική εξέταση αποτελούν τις πιο σημαντικές εξετάσεις την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.
- Αρκετές γυναίκες δεν έχουν ιστορικό καρκίνου του μαστού και πιστεύουν ότι ο πιο κατάλληλος για την ενημέρωσή τους είναι ο γιατρός.
- Παρ' όλο που για τον θηλασμό δεν έχουν γίνει διευκρινίσεις εάν προστατεύει ή όχι την γυναίκα απ' τον καρκίνο του μαστού, οι περισσότερες απάντησαν θετικά, όπως και για τα λιπαρά.

Για να αποβούν ωφέλιμα τα παραπάνω συμπεράσματα θα πρέπει να προταθούν μερικές ιδέες, όπως:

- ✓ Θα πρέπει να ιδρυθούν συμβουλευτικοί ογκολογικοί σταθμοί στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- ✓ Καλό θα ήταν να τηρούνται στατιστικά στοιχεία για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών, για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.
- ✓ Είναι απαραίτητη η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

- ✓ Οι νεότερες γυναίκες κάτω των 50 θα πρέπει να υποβάλλονται σε έναν έλεγχο (ιστορικό, κλινική εξέταση) να γίνεται δε μια επιλογή μεταξύ αυτών για μαστογραφία εφ' όσον στην κλινική εξέταση διαπιστωθεί κάτι ύποπτο.

Η ενημέρωση των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού μπορεί να μην προχωράει με μεγάλα βήματα, είναι όμως σταθερά και μας δίνουν το δικαίωμα να αισιοδοξούμε και να ελπίζουμε ότι η γυναίκα στο μέλλον δεν θα πληρώνει με την ζωή της και τον μαστό της τον Καρκίνο του μαστού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΤΙΤΛΟΣ: «Η πληροφόρηση ως παράγων πρόληψης του καρκίνου του μαστού.»

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ: Μπεσίνη Αθηνά, Ζήκου Βασιλική

Τ.Ε.Ι. Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, 2001-2002

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ενημερωθεί ο γυναικείος πληθυσμός για την πρόληψη του Ca του μαστού. Να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων αυτών και να αναζητηθούν δυνατότητες βελτίωσης της ζωής τους και μείωση του ποσοστού εμφάνισής του.

Ο σχεδιασμός της έρευνας ήταν διερευνητικός, βασίστηκε στην ταυτόχρονη συλλογή ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων με ερωτηματολόγιο 15 ερωτήσεων. Το συνολικό δείγμα ήταν 136 γυναίκες. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με περιγραφική κατανομή και στατιστική σύγκριση, συσχετίστηκαν οι παράγοντες: ηλικία, πληροφόρηση, λόγοι μη αυτοεξέτασης, εκπαίδευση, συχνότητα αυτοεξέτασης, εξετάσεις, επίδραση του θηλασμού, επίδραση των λιπαρών ουσιών, επίδραση της έκτρωσης, επίδραση των χημικών σκευασμάτων, επιθυμία ενημέρωσης και τομέας υπεύθυνος για ενημέρωση.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αποδείχθηκε ότι οι πιο νεαρές γυναίκες έχουν καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με την αυτοεξέταση μαστού ($p < 0,05$) και επιθυμούν περισσότερη ενημέρωση ($p < 0,05$). Οι γυναίκες επίσης που έχουν μεγαλύτερη μόρφωση, έχουν περισσότερη γνώση σε θέματα που επιδρούν στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού ($p < 0,05$). Αυτό βοηθάει στο να εντείνουν οι νοσηλευτές τις προσπάθειές τους για ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού με σκοπό την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σπηλιώτης Δ. Ιωά.: Καρκίνος: Από την άγνοια... στην φύση, Αχαϊκές εκδόσεις, Πάτρα 1991, σ.σ. 245-248.
2. Internet: <http://medlab.cs.uoi.gr>.
3. Χανιώτη Φρ., Χανιώτη Δ.: Κλινική εξέταση, Epsteih Perkihde Boho cooksoh, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σ.σ. 219.
4. Finley IL., et al.: Fine - needle asperation cytology of breast masser in pregnant and lactation women Acta Cytological 35, 1991, p. 676-686.
5. Παπαβασιλείου Παν., κ.ά.: Ογκολογία, εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1991, σ.σ. 5.
6. Internet: <http://webdoctors.freepage.gr>.
7. Baum M.: Breast Cancer 2000 BC to 2000 AD, Time for a paradigm shift?, Acta Oucol 1993, p. 3-8.
8. Jatoi J.: The naturae History of Breast Cancer Surg. Clin. of N. Amer 1999, p. 949-960.
9. Hellman S.: Natural History of small Breast Cancers, J. Clin Oucol 1994, p. 2229-2234.
10. Tabar L.: A new era in the diagnosis of breast cancer patient surg ougol clin N. Am 2000, p. 233-239.
11. Fisher B., Gebhard M.C.: The evolution of breast cancer surgery. Past present and future, semin. Ougol 1978, p. 414-427.
12. Halsted WS.: The results of radical operations for the cure of carcinoma of the Breast Ann. Surg 1907, p.1-19.
13. Bloom H. et al.: Natural history of untreated breast cancer, 1962, p. 213-221.
14. Κατράκης Λ. Γιώρ.: Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο, ελληνική εταιρεία, προληπτική Ιατρική βιβλιογραφία, 2^ο τεύχος 1, Αθήνα 1980, σ.σ. 119-120.
15. Τριχοπούλου Αντων., Μπεμπέας Σ.: Διατροφή και καρκίνος, ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Ευρώπη κατά του καρκίνου, Αθήνα 1991, σ.σ. 61-67.
16. Hoover HC.: Breast Cancer during pregnancy and Lactation, surgical clinics of North America, 1990, p. 1151-1163.

17. Clark RM., Ehua T.: Breast cancer and pregnancy, the ultimate challenge, clinical oncology (Royal College of Radiologist) 1989, p.11-18.
18. Baruvou Y. Wallack MK.: Management of the pregnant patient with carcinoma of the breast, surgery Gynecology and Obstetrics 1990, p. 375-377.
19. Novotny DB., et al.: Fine needle aspiration of benign and malignant breast masses associated with pregnancy, Acta Cytological 1991, p. 676-686.
20. Gralleberg MM., Lopriuzi Cl., Breast cancer and pregnancy, seminars in oncology, 1989, p. 369-376.
21. Elledge RM., et al.: Estrogen receptor progesterone receptor, and Her-2/neu protein in breast cancers from pregnant patients, 1993, p. 2499-2506.
22. Guinee VF., et. al.: Effect of pregnancy on prognosis for young women with breast cancer Lancet, 1994, p. 1587-1589.
23. Petrek JA., et. al.: Prognosis of pregnancy associated breast cancer, 1991, p. 869-872.
24. Internet: <http://www.unborn.gr>.
25. Nettleton J., et. al.: Breast cancer during pregnancy, quantifying the risk of treatment delay, Obstetrics and Gynecology 1996, p. 414-418.
26. National Cancer Institute: Breast Cancer and Pregnancy Updated, 2000.
27. Γιαλλέλη Π.: Σύγχρονος Ιατρικός οδηγός, εκδόσεις Γιαλλέλη, Αθήνα 1990, σ.σ. 250-258.
28. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία: Εκπαίδευση νοσηλευτών ως φορέων πρόληψης καρκίνου διαφόρων οργάνων, τόμος Β, Αθήνα 1999, σ.σ. 345-346, 195, 220.
29. Κυριακίδου Θ. Ελ.: Κοινωνική Νοσηλευτική, Αθήνα 1995, σ.σ. 87-88.
30. Αυγερίδης Κ., Καλλινίκου – Μανιάτη Α.: Βασικές γνώσεις προσέλευσης εθελοντών αιμοδοτών, Πάτρα 1995, σ.σ. 87-88.
31. Mulhauser I, Berger M.: Diabetes education and insulin therapy when ever learn?, Journ of Interu. Med., No 4, 1993 April, p. 321-326.
32. Κονιάρη Ευδ.: Καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική παρέμβαση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σ.σ. 62, 65-69, 89-91, 102-104, 194-200, 249-255.
33. Glasgow E. Ru.: A practical model of diabetes Care, No 1, 1995 January, p. 117-126.

34. Μπαλάς Γ. κ.ά.: Χειρουργική, 2^η έκδοση, Β' τόμος, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1994, σ.σ. 453-456.
35. Dallinger M., Cable G.: Καρκίνος, Μετάφραση από Μαθά Χ. κ.ά., εκδόσεις κάτοπτρο, έκδοση 1^η, Δεκέμβριος 1992, σ.σ. 305-310.
36. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία: Μετεγχειρητική αποκατάσταση στον Ca του Μαστού, τόμος Α', Αθήνα 1998, σ.σ. 256-259.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ: Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. ΗΛΙΚΙΑ

< 30 ΧΡ.

31-50 ΧΡ.

> 51 ΧΡ.

2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΔΗΜΟΤΙΚΟ

ΓΥΜΝΑΣΙΟ - ΛΥΚΕΙΟ

Α.Ε.Ι. – Τ.Ε.Ι.

3. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΠΟΛΗ

ΧΩΡΙΟ

4. ΠΟΣΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΕΙΣΤΕ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΑΘΟΛΟΥ

ΛΙΓΟ

ΠΟΛΥ

5. ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΤΕ ΜΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ
ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΔΙΑΦΟΡΩ

6. ΠΟΙΟΣ Η ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΙ ΕΛΛΗΝΙΔΕΣ ΔΕΝ ΚΑΝΟΥΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

ΦΟΒΟΣ

ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ

ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΕΣ

7. ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΤΑΔΩΣΟΥΝ ΤΗΝ ΓΝΩΣΗ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

8. ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ

ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ

ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΝΙΩΘΕΙ ΕΝΟΧΛΗΣΗ

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

9. ΠΟΙΑ Η ΠΟΙΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

ΒΙΟΨΙΑ

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

10. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΟΥ ΕΙΧΕ Η ΕΧΕΙ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

11. ΠΟΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΑΛΑΒΕΙ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

ΣΧΟΛΕΙΟ

ΙΑΤΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Μ.Μ.Ε.

12. Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΝΑΙ

Όχι

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ: ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ _____

13. Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑ ΛΙΠΑΡΑ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

14. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΓΙΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

15. ΤΑ ΧΗΜΙΚΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ (ΑΠΟΣΜΗΤΙΚΑ-ΒΑΦΕΣ ΜΑΛΛΙΩΝ)
ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΥΤΙΜΗ
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ.

