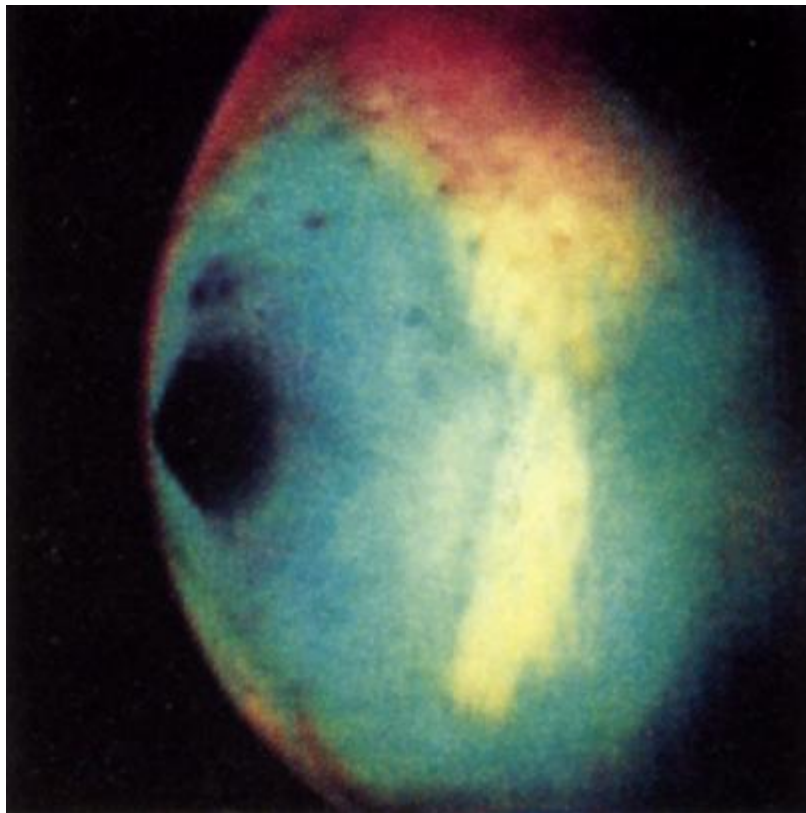


**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: «Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ  
ΜΑΣΤΟΥ»**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

- 1. ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗ ΒΙΟΛΕΤΤΑ**
- 2. ΚΟΛΟΒΟΥ ΕΛΕΝΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:  
Δρ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2006**

## **Αφιερώνεται**

στους επιστήμονες Νοσηλευτές  
που με το σπουδαίο και υπεύθυνο έργο τους  
σώζουν καθημερινά ανθρώπινες ζωές και με επιμονή  
και υπομονή προσπαθούν να εξυψώσουν το λειτούργημά τους.

**Ευχαριστούμε θερμά**  
**Την Dr Παπαδημητρίου Μαρία**  
η οποία ήταν η υπεύθυνη καθηγήτρια  
για την διεκπεραίωση της εργασίας μας  
καθώς και τους **γονείς μας** που στάθηκαν αρωγοί  
σε κάθε στάδιο της προσπάθειας μας.

## *ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### *ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

1.1.	Αρχιτεκτονική δομή του μαστού.....	11
1.1.i	Μυς- Νεύρα.....	13
1.1.ii	Αγγεία.....	14
1.1.iii	Υφή.....	14
1.2.	Φυσιολογικές λειτουργίες του μαστού.....	15

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

2.1.	Ορισμός.....	21
2.2.	Καρκίνος Μαστού.....	21
2.3.	Επιδημιολογικά στοιχεία.....	21
2.4.	Ταξινόμηση.....	22
2.5.	Συμπτώματα και σημεία.....	24
2.6.	Σταδιοποίηση.....	25
2.7.	Μεταστάσεις.....	26
2.8.	Καρκίνος μαστού στους άντρες.....	27

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ-ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

3.1.	Αιτιολογικοί παράγοντες.....	30
3.2.	Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	31
3.3.	Παράγοντες κινδύνου.....	33
3.3.i	Συσχέτιση διατροφής με καρκίνο μαστού.....	33
3.3.ii	Διατροφή κατά του καρκίνου μαστού.....	34
3.3.iii	Συσχέτιση βιταμίνης Α με καρκίνο μαστού.....	35
3.4.	Παχυσαρκία.....	35

3.5.	Ακτινοβολία.....	36
3.6.	Περιβάλλον.....	36
3.7.	Κάπνισμα.....	37
3.8.	Επίδραση του νυχτερινού φωτός.....	37
3.9.	Τρόποι ελάττωσης κινδύνου.....	38

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΛΙΝΙΚΟΣ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

4.1.	Ψηλάφηση και επισκόπηση μαστών.....	41
4.1.i	Αυτοεξέταση μαστών: Αξία και σκοπός.....	41
4.1.ii	Τεχνική αυτοεξέτασης.....	41
4.2.	Κλινικός έλεγχος.....	42
4.3.	Παρακλινικός έλεγχος.....	44
4.4.	Μαστογραφία.....	44
4.4.i	Ενδείξεις μαστογραφίας.....	45
4.4.ii	Αντενδείξεις μαστογραφίας.....	46
4.5.	Θερμογραφία.....	46
4.5.i	Ενδείξεις θερμογραφίας.....	46
4.5.ii	Αντενδείξεις θερμογραφίας.....	47
4.6.	Ξηρογραφία.....	47
4.7.	Γαλακτογραφία.....	48
4.8.	Μαγνητική τομογραφία μαστών (M.R.I.).....	48
4.9.	Παρακέντηση μαστού.....	49
4.10.	Ιστολογική εξέταση.....	49
4.11.	Υπερηχογραφικός έλεγχος μαστών.....	49
4.12.	Διαφανοσκόπηση.....	50
4.13.	Φλεβογραφία.....	50

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

5.1.	Κριτήρια επιλογής θεραπείας.....	53
5.2.	Χειρουργική θεραπεία.....	54
5.2.i.	Τύποι χειρουργικών επεμβάσεων.....	55
5.2.ii.	Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	57
5.2.iii.	Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	57
5.3.	Χημειοθεραπεία.....	59
5.3.i.	Νοσηλευτική φροντίδα στη χημειοθεραπεία.....	60

5.4.	Ακτινοθεραπεία.....	61
5.4.i.	Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία.....	61
5.5	Ορμονοθεραπεία.....	62
5.5.i.	Νοσηλευτική φροντίδα στην ορμονοθεραπεία.....	63
5.6.	Φαρμακευτική θεραπεία.....	63
5.6.i.	Εμβόλιο κατά του καρκίνου μαστού.....	63
5.7.	Ταξινόμηση- προτεινόμενη μέθοδος θεραπείας.....	64
5.8.	Παρενέργειες θεραπειών.....	65
5.9.	Αποκατάσταση ασθενούς.....	66
5.9.i	Αποκατάσταση.....	67
5.9.ii	Ανακατασκευή μαστού.....	67
5.9.iii	Ομοιώματα στήθους.....	68
5.9.iv	Πρόσθεση μαστού σιλκόνης.....	69
5.9.v.	Σιλκόνη κατά καρκίνου μαστού.....	70

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

6.1.	Ορισμός πρόληψης.....	73
6.2.	Επίπεδα ενημέρωσης στη χώρα μας.....	73
6.3.	Κοινωνικά πλαίσια πρόληψης.....	74
6.4.	Στάδια πρόληψης.....	75
6.4.i.	Πρωτογενής πρόληψη.....	75
6.4.ii.	Δευτερογενής πρόληψη.....	76
6.4.iii.	Τριτογενής πρόληψη.....	76
6.5.	Πρόληψη και θεραπεία.....	76
6.6.	Ο καρκίνος του μαστού προλαμβάνεται.....	77

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

7.1.	Ψυχικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς από τη γνώση της νόσου.....	80
7.2.	Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης.....	81
7.3.	Παρακλινικός έλεγχος- Ψυχολογική υποστήριξη.....	82
7.4.	Ψυχική νοσηρότητα από τον καρκίνο του μαστού.....	82
7.5.	Ρόλος της επικοινωνίας στον καρκινοπαθή.....	83
7.6.	Ιεράρχηση συναισθημάτων καρκινοπαθούς.....	84
7.7.	Ψυχολογική αποκατάσταση.....	84
7.8.	Εργασιακή επανένταξη.....	86
7.9.	Εικόνα σώματος-Ψυχολογικές επιδράσεις .....	87
7.10.	Ψυχολογική υποστήριξη.....	87

7.11. Διατήρηση καλής ψυχολογίας.....	88
7.12. Κοινωνικοί παράμετροι στον καρκίνο μαστού.....	89

### ***ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

ΥΛΙΚΟ –ΜΕΘΟΔΟΣ.....	92
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	96
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	140
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	143
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	145
SUMMARY.....	146
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	150
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	156

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά αρρώστια. Μερικοί τύποι καρκίνου υπήρχαν απ' τα προϊστορικά χρόνια. Αναφέρεται ότι ήταν μια αρρώστια των οστών, η οποία είχε βρεθεί σε οστά δεινοσαύρου και υπολογίζεται ότι είναι ηλικίας 80 εκατομμυρίων χρόνων.

Σε Αιγυπτιακούς παπύρους περιγράφονται εγχειρήσεις για τη θεραπεία του καρκίνου, ενώ ο Ιπποκράτης αναγνωρίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και τον ξεχωρίζει από παρόμοιες αρρώστιες. Συνεπώς, μερικές τουλάχιστον από τις αιτίες του καρκίνου υπάρχουν στη γη εκατομμύρια χρόνια.<sup>1</sup>

Αρκετούς αιώνες μετά και συγκεκριμένα τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, ο Ιπποκράτης με την επιστημονική εξέλιξη του σε όλες τις θετικές επιστήμες και ιδίως στη Χημεία άρχισε να δίνει πιο συγκεκριμένα στοιχεία για τον καρκίνο και πολλές θεωρίες της περιόδου εκείνης άρχισαν να φωτίζουν την έννοια καρκίνος.

Η τελευταία εικοσαετία έχει αλλάξει την όλη εικόνα αντιμετώπισης του καρκίνου. Παρ' όλη την εκρηκτική ανάπτυξη της αρρώστιας, σε πολλές χώρες της γης η νόσος μπήκε πια στον κατάλογο των χρονίων νόσων, με πολλαπλές εφαρμογές μέτρων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης.

Σήμερα η νόσος, οι διάφορες μορφές του καρκίνου από άποψη αγωγής δεν θυμίζει τίποτε από την παλιά εποχή. Η πρόληψη έχει περιορίσει ένα μεγάλο αριθμό νέων αρρώστων χωρίς να μπορούμε ακόμη να τη βαθμολογήσουμε. Η έγκαιρη διάγνωση φέρνει αρρώστους στα πραγματικά πρώιμα στάδια. Όλοι οι όγκοι αντιμετωπίζονται με τόσους πολλούς θεραπευτικούς τρόπους, ώστε η πλήρης ίαση έχει ξεπεράσει το 50% ή 60% για τις περισσότερες περιπτώσεις.<sup>2</sup>

Ο καρκίνος του μαστού, όπως είναι γνωστό αντιπροσωπεύει το συχνότερο κακοήθες νεόπλασμα στο γυναικείο πληθυσμό. Στη χώρα μας αλλά και σε ολόκληρο τον πλανήτη η διαχρονική θνησιμότητά του σημειώνει αλματώδη ανησυχητικά βήματα τα τελευταία χρόνια.

Ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Μια στις δέκα γυναίκες κινδυνεύει να προσβληθεί από Καρκίνο Μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Υψηλό ποσοστό υπάρχει στη Αμερική, στον Καναδά, και στη Βόρεια Ευρώπη.<sup>3</sup>



Ο καρκίνος του μαστού είναι θεραπεύσιμος όταν η διάγνωση του γίνεται σε πρώιμα στάδια. Μεγάλη σημασία αποδίδεται στο μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο των υγιών γυναικών που αρχίζει ανάμεσα στις ηλικίες των 30 και 40 ετών και περιλαμβάνει κλινική εξέταση ανά τακτά χρονικά διαστήματα, αυτοεξέταση μαστού και μαστογραφία. Με αυτές τις μεθόδους θα αποκαλυφθεί κάποιος καρκίνος του μαστού σε πρωιμότερο στάδιο, με αποτέλεσμα να αρχίσει νωρίτερα η θεραπεία και να αυξηθούν οι πιθανότητες ίασης.

Είναι όμως σίγουρο ότι πολλές αιτίες καρκίνου είναι πράγματι δημιουργήματα του σύγχρονου τρόπου ζωής όπως για παράδειγμα η διατροφή, οι συνθήκες εργασίας κ.τ.λ. Για παράδειγμα, όταν βλέπουμε μια ομάδα ανθρώπων που έχουν ένα συγκεκριμένο επάγγελμα και δείχνουν αυξημένη εμφάνιση ενός ειδικού τύπου καρκίνου, πρέπει να αναζητήσουμε τις πιθανές αιτίες για το είδος αυτό του καρκίνου στο κοινό χαρακτηριστικό που ενώνει συνολικά την ομάδα αυτή (συγκεκριμένα οι συνθήκες εργασίας τους).<sup>3</sup>

Επί δεκαετίες, ο καρκίνος του μαστού αντιμετωπιζόταν με μια σταθερή χειρουργική επέμβαση τη ριζική μαστεκτομή κατά Hasted. Όσες γυναίκες είχαν ανεγχείρητο καρκίνο ή υπολειμματική νόσο ή τοπική υποτροπή υποβαλλόταν σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Τη τελευταία εικοσαετία η προσέγγιση της αξιολόγησης και της θεραπείας του καρκίνου του μαστού έχουν αλλάξει σημαντικά.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος, η οποία ευθύνεται για την τροποποίηση του βιοψυχοκοινωνικού γίνεσθαι της ασθενούς η οποία είναι αναμενόμενη. Ωστόσο η οικογένεια της ασθενούς υποφέρει εξίσου. Τα προβλήματα που απασχολούν την οικογένεια έχουν να κάνουν με τον άνθρωπό τους που βασανίζεται και πώς θα αντιμετωπιστούν οι ανάγκες του και πώς θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τα άλλα μέλη της οικογένειας. Επίσης, το πιο σπουδαίο πρόβλημα είναι ότι όλοι στην οικογένεια ζουν με το φόβο ότι μπορεί να χάσουν ένα προσφιές τους πρόσωπο.

Σε όσα προαναφέρθηκαν ο νοσηλευτής- τρια έχουν να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο σ' όλα τα στάδια πρόληψης κακοήθων όγκων. Οι κλινικοί και οι ερευνητές, ωστόσο, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την ελάττωση κινδύνου ή την πρόληψη ανάπτυξης κακοήθων νεοπλασμάτων σε υγιή πληθυσμό. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει προσπάθειες ανίχνευσης για έγκαιρη διάγνωση και γρήγορη παρέμβαση, ώστε να σταματήσει η διεργασία ανάπτυξης κακοήθους όγκου.<sup>4</sup>

Οι νοσηλευτές, επομένως, για να παίξουν ενεργό και αποτελεσματικό ρόλο στην πρόληψη, πρέπει να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες για να διδάξουν στην κοινότητα συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως π.χ. διατροφικές συνήθειες, έκθεση στον ήλιο, κάπνισμα και αλκοόλ, όπως επίσης και μεθόδους ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού, που οι πιο διαδεδομένες απ' αυτές είναι η αυτοεξέταση μαστού και το τεστ Παπανικολάου.

Για να ενισχύσει το ρόλο του στην πρόληψη πρέπει να έχει τα απαραίτητα εφόδια για να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένεια του στις φυσικές, συγκινησιακές, κοινωνικές, πολιτισμικές, και πνευματικές κρίσεις. Για να πετύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί πρότυπα πρακτικής και νοσηλευτικής διεργασίας ως βάση της φροντίδας.<sup>5</sup>

Συμπερασματικά, σας παραθέτουμε τους λόγους για τους οποίους επιλέξαμε το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας να είναι ο καρκίνος του μαστού.

Ä Μέσα από λεπτομερή και υπεύθυνη ενημέρωση να διαλύσουμε κάποιους φόβους και προκαταλήψεις σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

Ä Να καταστήσουμε ως τρόπο ζωής και σκέψης την προτροπή για μαστογραφία στην κατάλληλη ηλικία.

Ä Να προσεγγίσουμε την ανθρωπιστική διάσταση του θέματος, αγγίζοντας την ευαισθησία των γυναικών ώστε να δημιουργηθεί μια θετική συμπεριφορά των νέων κοριτσιών.

Ä Να τονίσουμε την αξία της αυτοεξέτασης των μαστών.

Ä Να διαφωτίσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό για τις θεραπευτικές επιλογές του καρκίνου του μαστού.

Ä Να πληροφορήσουμε το κοινό μας για την πρόληψη και την αξία αυτής.

Ä Να αναβαθμίσουμε τον ψυχολογικό τομέα των γυναικών με καρκίνο του μαστού προσφέροντας τις απαραίτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Ä Σύσταση ομάδας ειδικών ( ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό) με την υποστήριξη της γυναίκας με καρκίνο του μαστού.

Ä Να βοηθηθεί η ασθενής ώστε να συμφιλιωθεί με την νέα εικόνα του σώματος της μετά από μαστεκτομή και τα αντίστοιχα συναισθήματα.

Σκοπός μας λοιπόν είναι να διερευνήσουμε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού και την πρόληψη αυτού κι επίσης να εμπλουτίσουμε τις γνώσεις των νοσηλευτών με απώτερο σκοπό την σωστή, ποιοτική και σύγχρονη διαφώτιση,

συμβάλλοντας έτσι στη μείωση της επίπτωσης και του δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

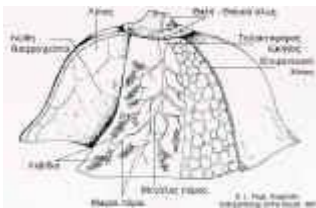
# *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1*

*"Ανατομική και λειτουργική  
ανασκόπηση του μαστού"*

## 1.1. ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, μεταξύ δεύτερης και έκτης πλευράς. Η θηλή του βρίσκεται στο ύψος της τέταρτης πλευράς. Τα πλάγια όριά του αποτελούν προς τα έσω το στήρνο και προς τα έξω η πρόσθια μασχάλιαία γραμμή. Η κατακόρυφη διάμετρός του είναι περίπου 10-12 c.m, ενώ η οριζόντια λίγο μικρότερη. Το μέσο βάρος του είναι 150-200 gr, από τα οποία τα  $\frac{2}{3}$  καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το  $\frac{1}{3}$  τον πρόσθιο οδοντωτό. Ο αριστερός είναι λίγο μεγαλύτερος από το δεξιό. Για να περιγραφεί ο μαστός, χωρίζεται σε 4 τεταρτημόρια, αν νοηθούν μία κατακόρυφη και μία οριζόντια γραμμή, που διασταυρώνονται στη θηλή. Στη γυναίκα το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχάλη, σχηματίζοντας την ουρά του μαστού(ουρά του Spence). Αρκετές φορές νεοπλάσματα ή άλλες παθολογικές καταστάσεις που αναπτύσσονται σε αυτό το τμήμα του μαστού, δίνουν κατά την κλινική εξέταση -λανθασμένα- την εντύπωση διογκωμένων μασχάλιαίων λεμφαδένων.<sup>4</sup> (Εικόνα 1)

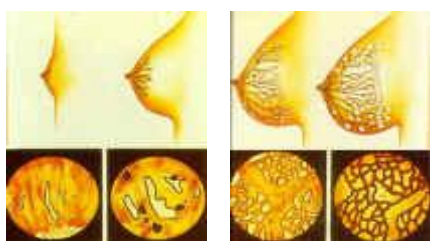
Οι μαστοί της γυναίκας αποτελούνται από αδενικό ιστό (εκκριτική μοίρα) και υπόστρωμα. Ο μαζικός αδένας περιλαμβάνει 15-20 ακανόνιστους λοβούς που χωρίζονται μεταξύ τους με πυκνό συνδετικό ιστό και πολύ λιπώδη ιστό. Ουσιαστικά κάθε λοβός είναι ένας ξεχωριστός αδένας με δικό του εκφορητικό γαλακτοφόρο 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.<sup>6</sup>



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 λιγосτεύει 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 προεκβολές μυοεπιθηλικών 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 αυτής.<sup>6</sup>

### 1.1.i ΜΥΣ-ΝΕΥΡΑ

Οι μύες που ενέχονται στην χειρουργική του μαστού είναι οι:

- α ) μείζονας θωρακικός
- β ) ελλάσονας θωρακικός
- γ ) πρόσθιος οδοντωτός
- δ ) πλατύς ραχιαίος
- ε ) υποπλάτιος
- ζ ) απονεύρωση του έξω λοξού και του ορθού κοιλιακού μύος

Ο μαστός νευρώνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους του 2<sup>ου</sup>- 6<sup>ου</sup> μεσοπλεύριου νεύρου, καθώς από τους έσω μαστικούς κλάδους του 2<sup>ου</sup> – 4<sup>ου</sup> μεσοπλεύριου νεύρου. Συμπαθητικά νεύρα που φέρονται κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής και των μεσοπλευρίων αρτηριών διανέμονται στο δέρμα, στις λείες μυϊκές ίνες της θηλής, της άλω στα αγγεία και στο παρέγχυμα του μαστού. Το έσω δερματικό νεύρο του βραχίονα κατέρχεται πάνω στον υποπλάτιο μυ και τον τένοντα του πλατύ ραχιαίου και κατά την βάση της μασχαλιαίας κοιλότητας αναστομώνεται με τον πλάγιο διατιτραίνοντα κλάδο του 2<sup>ου</sup> μεσοπλεύριου νεύρου( μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο), το οποίο νευρώνει το δέρμα της βάσης της μασχαλιαίας κοιλότητας.

Αισθητικές ίνες του πόνου πορεύονται με το 2<sup>ο</sup> -6<sup>ο</sup> μεσοπλεύριο νεύρο, υπάρχουν όμως αναστομώσεις με την 2<sup>η</sup>-3<sup>η</sup> αυχενική ρίζα και το βραχιόνιο πλέγμα. Έτσι ο πόνος από τις παθήσεις του μαστού μπορεί να επεκτείνεται προς τον τράχηλο, την μασχάλη, τον ώμο, την έσω επιφάνεια του άνω άκρου ή και σε ολόκληρο το τοίχωμα του ημιθωρακίου. Όγκοι που εντοπίζονται μόνο στο παρέγχυμα, το οποίο στερείται αισθητικές ίνες του πόνου, είναι ανώδυνοι.<sup>7</sup>



### **1.1.ii. ΑΓΓΕΙΑ**

Τρεις είναι οι κύριες αρτηρίες του μαστού:

α ) **Διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής**, που από το 1<sup>ο</sup>, 2<sup>ο</sup>, 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> μεσοπλεύριο διάστημα πλάγια από το στέρνο διαπερνούν τον μείζονα θωρακικό μυ και φτάνουν στο χείλος του μαστού συμβάλλοντας στο 50% της συνολικής του αιμάτωσης.

β ) **Η πλάγια θωρακική αρτηρία**, κλάδος της μασχαλιαίας που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυός και αποτελεί την 2<sup>η</sup> μεγαλύτερη πηγή αίματος.

γ ) **Ο έσω κλάδος της ακρωμοθωρακικής αρτηρίας**, κλάδου επίσης της μασχαλιαίας που πορεύεται μεταξύ του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μυός και παρέχει αίμα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστού.<sup>7</sup>

### **1.1.iii. ΥΦΗ**

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών τις αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού κύκλου.<sup>8</sup>

Ο μαστός αποτελείται από:

α ) Το δέρμα

β ) Το περιμαστικό λίπος

γ ) Το μαζικό αδένα

Το δέρμα έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, εκτός από το δέρμα των θηλών, το οποίο στερείται ιδρωποϊώντων αδένων. Η θηλή και θηλαία άλωσ έχουν αφθονία ελαστικών και λείων ινών, οι οποίες φέρονται κυκλοτερώς και ακτινοειδώς προκαλώντας σκλήρυνση των θηλών κατά το θηλασμό ή την προστριβή τους.

Το πειραματικό λίπος περιβάλλει το μαζικό αδένα, ο οποίος αποτελεί σύνθετο σωληνοκυψελοειδή αδένα και συνίσταται από 15-20 λοβούς ανώμαλου σχήματος, που φέρονται ακτινοειδώς από την θηλή προς την περιφέρεια. Ινώδη διαφράγματα διαχωρίζουν τους λοβούς και τους διαιρούν σε διάφορου μεγέθους λόβια. Έτσι κάθε λοβός αποτελείται από α) ένα μείζονα εκφορητικό πόρο (γαλακτοφόρος), ο οποίος εκβάλλει στη θηλή, και β) διάφορου αριθμού λόβια, τα μικρότερα από τα οποία

αποτελούνται από λίγες αδενοκυψέλες. Κάθε γαλακτοφόρος πόρος συνίσταται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ πριν εκβάλλει στη θηλή διευρύνεται και σχηματίζει το γαλακτοφόρο κόλπο, μέσα στον οποίο αθροίζεται το γάλα. Οι αδενοκυψέλες (παρόμοιας κατασκευής με τους ιδρωτοποιούς αδένες) αποτελούνται από ένα βασικό υμένα και ένα στίχο αδενικών κυττάρων (κυβοειδών ή κυλινδρικών), στη βάση των οποίων προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα.<sup>7</sup>

## **1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα. Έτσι ο μαστός στο σύνολό του παριστά τη συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων, καθεμιά από τις οποίες έχει τον δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνέπεια τη δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής.

Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδένα υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση.<sup>7</sup>

### ***ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ***

Αρχίζοντας από την 8<sup>η</sup> μέρα του καταμήνιου κύκλου, ο γυναικείος μαστός βαθμιαία αυξάνει σε μέγεθος ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνορρυσία μπορεί να αυξηθεί ως 50%. Ο μαστός εμφανίζει τάση και πιθανώς ευαισθησία. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού δεν έχει απόλυτα διευκρινιστεί που οφείλεται, αλλά μέρος αυτής αποδίδεται σε ενδολοβιακό οίδημα και υπεραιμία. Οι Ingleby και Gerson-Cohen υποστηρίζουν ότι υφίσταται και πολλαπλασιασμός του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων, τα οποία κατά την εμμηνορρυσία υποστρέφονται και υφίστανται ίνωση. Με την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός φτάνει ξανά στο μικρότερο μέγεθός του κατά την 8<sup>η</sup> μέρα του κύκλου.<sup>7</sup>

### ***ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ-ΜΑΣΤΟΣ***

Κατά την εμμηνόπαυση ξεκινά μια σταδιακή εμφάνιση των λοβίων. Η εξαφάνιση αυτή δεν είναι τέλεια. Ορισμένα λοβία διατηρούνται, αλλά είναι μικρότερα, ενώ σε άλλες περιοχές παραμένουν μόνο οι μεγαλύτεροι λοβιακοί πόροι

και οι γαλακτοφόροι πόροι. Τα ο παρέγχυμα και το ινώδες υπόστρωμα του μαστού μεταπίπτουν βαθμιαία σε μία ομοιογενή μάζα, ενώ η αρχική συγκρότηση του μαστού σε λόβια εξαφανίζεται. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες γυναίκες όμως οι μαστοί εξαφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου.<sup>7</sup>

### **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

Λίγες μέρες μετά τον τοκετό το 70% των βρεφών εμφανίζει μονόπλευρη ή αμφίπλευρη διόγκωση των μαστών. Στα μισά από αυτά τα βρέφη η διόγκωση συνοδεύεται από έκκριση υγρού παρόμοιου με πύαρ. Ιστολογικά παρατηρείται υπερτροφία του συστήματος των πόρων εμφάνιση κυψελών και αυξημένη αγγείωση του στρώματος.

Στην έφηβη κοπέλα και οι δύο μαστοί συνήθως αναπτύσσονται με τον ίδιο ρυθμό. Μερικές φορές όμως μπορεί να υπάρξει ασύγχρονη ανάπτυξη με αποτέλεσμα ασυμμετρία. Η διαφορά αυτή στο μέγεθος συνήθως επανορθώνεται με το χρόνο, γι' αυτό ασθενείς με ασυμμετρία μαστών κατά την εφηβεία θα πρέπει να περιμένουν μέχρι να ολοκληρωθεί η ανάπτυξη, οπότε αν η ασυμμετρία επιμένει να προσφύγουν πλαστική αποκατάσταση.<sup>7</sup>

### **ΓΑΛΟΥΧΙΑ-ΜΑΣΤΟΣ**

Κατά την γαλουχία τα καλυπτήρια κύτταρα των αδενοκυψελών του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση εξωκρινών κυττάρων. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψελών (τα λιπίδια με μεταφορά και συνοδό ελάττωση του κυτταροπλάσματος, ενώ οι πρωτεΐνες με εξωκύττωση από την κορυφή του κυττάρου), απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθηλικών κυττάρων. Το ερέθισμα για τη σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους. Όταν ο θηλασμός σταματήσει τα παραμένοντα στις αδενοκυψέλες προϊόντα του γάλακτος επαναρροφώνται και το παρέγχυμα του μαστού κατά ένα μεγάλο μέρος αντικαθίσταται από λιπώδη και συνδετικό ιστό.

Το φαινόμενο της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμόνες, όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο και κορτιζόνη. Τα οιστρογόνα από μόνα τους δεν φαίνεται να παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού, όσο αρχικά πιστευόταν. Αντίθετα η προγεστερόνη διεγείρει την ανάπτυξη των κυψελών του μαστού, ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία. Αυτό το επιτυγχάνει μπλοκάροντας την τελική διαφοροποίησή τους, η οποία αργότερα προάγεται από την προλακτίνη. Τη δράση της προλακτίνης ενισχύει η κορτιζόνη. Η προλακτίνη θεωρείται απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος και η χορήγηση ανταγωνιστών αυτής, όπως η βρωμοκρυπτίνη, μπορεί να καταστείλει την γαλουχία.

Σήμερα το αληθινό ερέθισμα της γαλουχίας θεωρείται η μετά τον τοκετό πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης, ενώ παράλληλα τόσο η προλακτίνη του πλάσματος όσο και η ανάπτυξη του μαστού είναι επαρκής για να προωθήσουν την έκκριση γάλακτος. Το ερέθισμα από την θηλή πρέπει να μεταφερθεί στον εγκέφαλο, ώστε να διεγερθεί η έκκριση της προλακτίνης και της οξυτοκίνης από την υπόφυση. Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων και έκκριση γάλακτος, ενώ η προλακτίνη προάγει τη σύνθεση του γάλακτος στις αδενοκυψέλες των λοβίων του μαστού.

Παραγωγή γάλακτος μπορεί να παρατηρηθεί και άτοκες γυναίκες καθώς και σε άντρες με παρόμοια ερεθίσματα στη θηλή, ενώ γαλουχία έχει παρατηρηθεί και σε γυναίκες με χαμηλά επίπεδα προλακτίνης.<sup>7</sup>

## ***ΟΡΜΟΝΕΣ-ΜΑΣΤΟΣ***

***Οξυτοκίνη:*** Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης που συντίθεται στους νευρώνες του υπεροπτικού και παρακοιλιακού πυρήνα του υποθάλαμου. Το ερέθισμα για την έκκρισή της αποτελεί ο μηχανικός ερεθισμός της θηλής κατά το θηλασμό. Οι υποδοχείς της οξυτοκίνης στο μαστό αυξάνουν κατά τον τοκετό.

***Προλακτίνη:*** Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης και η έκκρισή της βρίσκεται κάτω από τον ανασταλτικό έλεγχο του PIF(Proiactim Inhibitory Factor), δηλαδή της ντοπαμίνης που καταστέλλει την παραγωγή και έκκριση της προλακτίνης αντιδρώντας με τους υποδοχείς προλακτίνης στα προλακτινοπαραγόνα κύτταρα.

Η **προλακτίνη** είναι η κύρια ορμόνη που παράγεται σαν απάντηση στο ερέθισμα του θηλασμού (γαλακτοπαραγωγικό αντανακλαστικό). Διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και ευνοεί την ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού.

**Το ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο:** Αυτό μαζί με την προλακτίνη και την αυξητική ορμόνη αποτελεί τις λεγόμενες γαλακτογόνες ορμόνες, αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος ρόλος που περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού κατά την κύηση, ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδά του έχουν δράσει παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης.

Τα **οιστρογόνα** έχουν σύνθετο ρόλο. Προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση προλακτίνης, ενώ σε υψηλές δόσεις αναστέλλουν την γαλουχία.

Η **προγεστερόνη** μαζί με τα οιστρογόνα και την προλακτίνη προάγει την ανάπτυξη του μαστού.

Τα **κορτικοστεροειδή** είναι απαραίτητα τόσο για την έναρξη όσο και για την διατήρηση της γαλουχίας.

Η **ινσουλίνη** παίζει ρόλο στη σύνθεση των λιπιδίων των κυττάρων του μαστού ρυθμίζοντας την μεταφορά γλυκόζης στα κύτταρα.

Η **προσταγλανίνες** πιστεύεται ότι δρουν σαν ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες της γαλουχίας από τον τοκετό.<sup>7</sup>

Κατά την διάρκεια της εφηβείας, η ανάπτυξη του μαστικού αδένου ρυθμίζεται κυρίως από την τροφική επίδραση της οιστροδιόλης 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 την διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζεται γύρω από την θηλή μελαγχρωματική δακτυλιοειδής περιοχή (δευτερογενής θηλαία άλως). Η απομύζηση από το νεογνό κατά το θηλασμό διεγείρει ένα νεύρο-ενδοκρινικό αντανακλαστικό το οποίο προκαλεί περαιτέρω απελευθέρωση προλακτίνης καθώς και ωτοκίνης (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 αποβολή γάλακτος. Η απομύζηση της θηλής προκαλεί παράταση της γαλουχίας. Η θηλάζουσες μητέρες

παράγουν 1 λίτρο γάλακτος ημερησίως. Όταν το λάλα απογαλακτίζεται το αντανακλαστικό του θηλασμού διακόπτεται και η έκκριση γάλακτος παύει.<sup>9</sup>

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2*

*"Εισαγωγή στον καρκίνο του  
μαστού"*

## 2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο καρκίνος είναι ή κακοήθης όγκος ή κακοήθες νεόπλασμα. Είναι η σοβαρότατη και θανατηφόρα πάθηση κάθε ζωντανού οργανισμού, η οποία χαρακτηρίζεται από άσκοπο και αχαλίνωτο πολλαπλασιασμό ενός ή περισσότερων κυττάρων του, τα οποία ξεφεύγουν από την κανονική τους λειτουργία με κατάληξη την κατάρωσή τους.

Ο χαρακτηρισμός του καρκίνου ως όγκου δεν είναι σωστός, για το λόγο ότι πολλά είδη καρκίνου δεν σχηματίζουν όγκους. Ο πιο σωστός και επικρατέστερος χαρακτηρισμός του καρκίνου [ή του νεοπλασματος] είναι ότι προκαλεί έναν υπέρμετρο και άσκοπο πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργανισμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να σχηματιστεί μια μάζα ιστού, η οποία δεν έχει καμιά αρμονικότητα στην κατασκευή και την αύξηση με τους άλλους φυσιολογικούς ιστούς του οργανισμού.

Οι μεταστάσεις παρατηρούνται σε απομακρυσμένες περιοχές του σώματος μέσω του αίματος, των λεμφαδένων ή δια της άμεσου εισβολής των οργάνων και ιστών.<sup>10</sup>

## 2.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι αδenoκαρκίνωμα που εξορμάτε από το επιθήλιο των πόρων και των αδenoκυψελών του μαζικού αδένου.<sup>4</sup> Επειδή ο μαστικός αδένος βρίσκεται κάτω από την επίδραση όλων των μεταβολών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και επειδή τα επιθηλιακά του κύτταρα εμφανίζουν μεγάλη λειτουργική δραστηριότητα και ευαισθησία, η εξαλλαγή τους σε καρκινικά είναι εύκολη.

Έτσι, πρέπει να δεχτούμε, πως η καρκινογένεση στον μαστό αρχίζει στην αναπαραγωγική ηλικία, άσχετα από το πότε θα εκδηλωθεί κλινικά.

Πολύ λίγα γνωρίζουμε για το χρονικό διάστημα, που περνάει, από την έναρξη της επιθηλιακής εξαλλαγής, μέχρι το σχηματισμό της καρκινικής μάζας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο χρόνος αυτός πρέπει να είναι μεγάλος και να εξαρτάται από την κινητική των καρκινικών κυττάρων.<sup>8</sup>

## 2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Μία στις 10 γυναίκες κινδυνεύει να προσβληθεί από καρκίνο μαστού



κατά την διάρκεια της ζωής της. Ο κίνδυνος αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας . Κάτω από τα 25 χρόνια ο καρκίνος μαστού είναι σπάνιος. Τα  $\frac{3}{4}$  των καρκίνων μαστού εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών.

Υψηλό ποσοστό καρκίνου μαστού υπάρχει στην Αμερική, στον Καναδά και στην Βόρεια Ευρώπη. Μικρό ποσοστό καρκίνου μαστού υπάρχει στην Ιαπωνία και στην Κίνα. Η Ελλάδα εμφανίζει μέση επίπτωση. Κάθε χρόνο στη χώρα μας παρουσιάζονται 3500 νέες περιπτώσεις με τάση αυξήσεως, και σημειώνονται 1600 θάνατοι περίπου. Στον άνδρα ο καρκίνος μαστού είναι σπάνιος και αντιστοιχεί ένας άνδρας σε 100 γυναίκες με καρκίνο μαστού.<sup>11</sup>

Από διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν προκύψει ότι η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σχετίζεται με την ύπαρξη μερικών παραγόντων όπως αυτοί αναλύονται παρακάτω. Για να αναπτυχθεί όμως ο καρκίνος στο μαστό θα πρέπει να συμπράξουν περισσότεροι του ενός παράγοντες

Οι χώρες με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο όπως οι χώρες της Βορείου Ευρώπης και Αμερικής εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού (1: 8 γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής τους θα αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό). Οι μεσογειακές χώρες έχουν μικρότερη επίπτωση (1:11 με 12 γυναίκες). Στην Ιαπωνία η συχνότητα είναι ακόμη μικρότερη (1:16 γυναίκες).<sup>12</sup>

## 2.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το είδος του ιστού από τον οποίο προέρχονται και τον οποίο προσβάλλουν. Είναι οι εξής :

- 1] Νεοπλάσματα επιθηλιακού ιστού
- 2] νεοπλάσματα ερειστικού και συνδετικού ιστού [εκτός του αιμοποιητικού ιστού]
- 3] Νεοπλάσματα αιμοποιητικού ιστού
- 4] Νεοπλάσματα νευρικού ιστού
- 5] Ειδικά νεοπλάσματα

Απ' αυτά τα κακοήθη νεοπλάσματα [καρκίνος] διακρίνονται : 1] σε καρκινώματα. Ονομάζονται έτσι τα κακοήθη νεοπλάσματα του επιθηλιακού ιστού 2] σε σαρκώματα. Ονομάζονται έτσι τα κακοήθη νεοπλάσματα του συνδετικού, το ερειστικού ιστού, του μυϊκού και του νευρικού ιστού 3] σε λευχαιμία. Έτσι ονομάζονται οι καρκίνοι του αιμοποιητικού ιστού, δηλαδή του μυελού των οστών και των λεμφαδένων.<sup>10</sup>

Γενικά διακρίνονται δύο τύποι καρκίνου του μαστού. Οι **λοβιακοί καρκίνοι**, οι οποίοι εξορμούν από τους πολλούς μικρούς σάκους του μαστού που παράγουν το γάλα, και οι **καρκίνοι των εκφορητικών πόρων**, οι οποίοι είναι πολύ συχνότεροι και αναπτύσσονται στο σύστημα των σωληνίσκων που μεταφέρουν το γάλα από τους λοβούς στη θηλή. Ανάμεσα στις δύο μεγάλες κατηγορίες υπάρχουν τουλάχιστον 30 ιστολογικοί τύποι, όπως φαίνονται στο μικροσκόπιο. Περίπου οι μισοί είναι **διηθητικοί καρκίνοι** των εκφορητικών πόρων, επεκτείνονται δηλαδή μέσω του τοιχώματος του πόρου. Το 28% αποτελούν συνδυασμούς των διηθητικών καρκίνων των εκφορητικών πόρων και άλλων τύπων που περιλαμβάνουν το βλεννώδες, το θηλώδες και το λοβώδες καρκίνωμα.

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

Άλλα είδη διηθητικών καρκίνων περιλαμβάνουν τη νόσο του Paget, έναν τύπο καρκίνου που ξεκινάει από την περιοχή της θηλής και συνοδεύεται από αιμορραγία, ερυθρότητα, κνησμό και αίσθημα καύσου (δεν ταυτίζεται με τη νόσο Paget των οστών, η οποία είναι χρόνια καλοήθης κατάσταση) και τον **φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού**, ο οποίος φαίνεται σαν ζεστή εξέρυθρη και οιδηματώδης περιοχή που μοιάζει σαν λοίμωξη ή φλεγμονή. Αυτός ο τύπος καρκίνου έχει δυσμενέστερη πρόγνωση διότι το κόκκινο χρώμα και η θερμότητα του δέρματος δείχνουν ότι τα καρκινικά κύτταρα έχουν ήδη εξαπλωθεί μέσα σε πολλά λεμφαγγεία.

Οι **καρκίνοι in situ** περιορίζονται στο ενδοθήλιο που επενδύει τους εκφορητικούς πόρους ή τους λοβούς. Δεν είναι διηθητικοί καρκίνοι αλλά, όπως πιστεύεται, πρόδρομες μορφές τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχουν επεκταθεί στους γύρω ιστούς και ιώνται με χειρουργική επέμβαση περιορισμένης έκτασης.

Όλοι σχεδόν οι καρκίνοι του μαστού εξορμούν από τον αδενικό ιστό (αδενοκαρκινώματα), αν και υπάρχουν και άλλοι τύποι, όπως τα επιθηλιακά καρκινώματα, τα σαρκώματα, τα καρκινοσαρκώματα, τα φυλλοειδή κυστοσαρκώματα και τα καρκινώματα των ιδρωτοποιών αδένων. Υπάρχουν επίσης λιγότερο συχνοί τύποι που η πρόγνωσή τους είναι γενικά καλύτερη απ' ό,τι των διηθητικών καρκίνων των εκφορητικών πόρων, όπως τα θηλοειδή καρκινώματα (6% των περιπτώσεων), τα βλενώδη (2,5%) και τα σωληνοειδή (1%). Κάθε τύπος έχει τη δική του πρόγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.<sup>3</sup>

## **2.5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ**

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψή του να γίνει σε τυχαία ψηλάφηση του.<sup>8</sup>

Στους πιο πολλούς ασθενείς, η νόσος εκδηλώνεται ως ψηλαφητό ογκίδιο που η ίδια η ασθενής ανακάλυψε. Σε άλλες ασθενείς εκδηλώνεται ως έκκριμα από την θηλή συνήθως αιμορραγικό. Είναι επίσης πιθανό να εμφανιστεί ως εισολκή της θηλής ή οίδημα της επιφάνειας του δέρματος.

Όχι σπάνια και ιδιαίτερα τον τελευταίο καιρό με την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και του όλο και πιο συχνού μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου ανακαλύπτουμε “βλάβες” που εντοπίζονται στην μαστογραφία.

Ορισμένες φορές, σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 10-30% ο καρκίνος εκδηλώνεται ως μεταστατική βλάβη στους λεμφαδένες, οστά, πνεύμονα ή ήπαρ.<sup>13</sup>

### ***ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ***

Τα **συμπτώματα παθήσεων** του μαστού που οδηγούν τις γυναίκες σε εξειδικευμένα κέντρα είναι συνοπτικά:

Όγκος 65%

Πόνος 15%

Ευαίσθητη περιοχή 7,6%

Ρύση θηλής 5,2%

Εισολκή θηλής 2.5%

Έκζεμα θηλής 0,2%

Άλλα 4,4%

Τα **πρώιμα κλινικά συμπτώματα** του καρκίνου του μαστού είναι:

Όγκος 77%

Ρύση θηλής 9%

Τοπικό Οίδημα 4%

Εισολκή θηλής 3%

Εξέλκωση θηλής 2%

Άλλα 5%<sup>11</sup>

*Άλλα συμπτώματα.* Σπανιότερα, ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνισή του με εξέλκωση στη θηλή, φλεγμονή, οίδημα, βήχα, και δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους, από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία, άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση κλπ.<sup>8</sup>

## 2.6. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής, καθώς και για την πρόγνωση της νόσου. Κυρίως αφορά την ανατομική έκταση και επέκταση του καρκίνου του μαστού. Από τα διάφορα συστήματα κλινικής σταδιοποίησης που έχουν προταθεί κατά καιρούς, Manchester, Columbia, T.N.M.,(T:tumour=πρωτοπαθής όγκος, N:nodes=επιχώριοι λεμφαδένες, M:metastases=μακρινές μεταστάσεις),το τελευταίο αποτελεί το μόνο σύστημα που είναι καθολικά αποδεκτό. Με το συσχετισμό των τριών παραμέτρων του T.N.M. συστήματος, διακρίνουμε 5 στάδια κλινικής σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού.<sup>4</sup>

### Πίνακας 1

*Ποια είναι τα στάδια και ποια η επιβίωση από τον καρκίνο μαστού.<sup>14</sup>*

ΣΤΑΔΙΟ	ΕΠΙΒΙΩΣΗ
Στάδιο 0 (in situ)	100%
Στάδιο I (μικρό ογκίδιο χωρίς διήθηση)	85-90%
Στάδιο II (διόγκωση με διήθηση δέρματος και μυών)	65-70%
Στάδιο III (διόγκωση και μετάσταση στους λεμφαδένες)	40-50%
Στάδιο IV(διόγκωση και γενικευμένες μεταστάσεις)	5-10%

## 2.7. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Οι μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα<sup>8</sup>

Ο καρκίνος του μαστού δίνει μεταστάσεις σχετικά γρήγορα. Αιματογενώς στους πνεύμονες, ήπαρ, και οστά.(Εικόνα 2). Λεμφογενώς στους επιχώριους λεμφαδένες και κατά συνέχεια ιστού στο περιβάλλον δέρμα και στους υποκείμενους μύες.

Οι επιχώριοι λεμφαδένες, όταν είναι διηθημένοι παρουσιάζονται σκληροί, με σαφή όρια και είναι ευκίνητοι και ανώδυνοι. Καρκίνος του μαστού με μεταστάσεις πέραν των επιχώριων λεμφαδένων αποτελεί ανίατη νόσο και η πιθανότητα γενικευμένης νόσου αυξάνει με την παρουσία αλλά και με τον αριθμό των διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων.<sup>15</sup>

Συχνότερα προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (40-50%).Όταν αυτοί ψηλαφηθούν, τότε, τις περισσότερες φορές, υπάρχουν μεταστάσεις στα μαστικά αγγεία, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο εσωτερικό ημιμόριο του μαστού ή στην κεντρική μοίρα. Αλλά και στην εντόπιση του καρκίνου που αφορά στο έξω ημιμόριο του, είναι δυνατό να διηθηθούν οι λεμφαδένες της έσω μαστικής.

Όταν ο καρκίνος έχει διάμετρο μικρότερη από 1 εκ. , τότε σε συχνότητα 20% υπάρχουν μεταστάσεις. Αν είναι μέχρι 5 εκ., τότε σε συχνότητα 20%οι έσω μαστικοί λεμφαδένες είναι διηθημένοι, αν μεγαλύτερη από 5 εκ. τότε είναι διηθημένοι σε συχνότητα 38%.

Η πρόγνωση γίνεται βαρύτερη, όταν διηθηθούν οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες μέσω των μασχαλιαίων, τότε που ο καρκίνος κατατάσσεται στο IV στάδιο και είναι ανεγχείρητος.

Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα, που τις περιβάλλει. Επίσης, από ορμονικούς και ανοσολογικούς παράγοντες, από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και από τα χαρακτηριστικά του μαστικού αδένου, όπως είναι η πυκνότητά του, η αιμάτωσή του, το λεμφικό του δίκτυο κ.λπ.<sup>8</sup>

## **2.8. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ**

Ο καρκίνος του μαστού στους άντρες είναι σπάνιος. Μια στις 150 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού αφορά άντρες, που συνήθως είναι πάνω από 60 χρονών. Συνήθως η νόσος αποκαλύπτεται όταν ο καρκίνος είναι προχωρημένος. Το στάδιο III της νόσου εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα διότι ο όγκος προσβάλλει το δέρμα..

Αν και το συνηθέστερο σημείο της νόσου είναι κάποιο ανώδυνο εξόγκωμα, τα περισσότερα τέτοια εξογκώματα στους άντρες είναι καλοήθη και οφείλονται σε άλλους λόγους, όπως σε φάρμακα ή κάποια ηπατική νόσο.<sup>3</sup>

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3*

*"Αιτιολογικοί-Προδιαθεσικοί  
παράγοντες του καρκίνου μαστού"*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία δεν αποτελεί μόνο υγειονομικό φαινόμενο, είναι έννοια πολυδιάστατη, που την επηρεάζουν πλήθος παραγόντων με αποτέλεσμα να απαιτεί η ανάλυσή της διεπιστημονική διερεύνηση.

Η υγεία ενός πληθυσμού ή μιας κοινωνικής ομάδας ή κάθε ατόμου δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από την προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά και από πολιτικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς, πολιτιστικούς παράγοντες.

Αποτελεί διεθνή παραδοχή, ότι οι υπηρεσίες παροχής ιατρικής περίθαλψης είναι αναπόσπαστο βέβαια τμήμα των υπηρεσιών υγείας, μα όχι το σύνολό τους.

Η χρήση της έννοιας σύστημα υγείας αποτελεί αναφορά σε ένα ολοκληρωμένο περιεχόμενο υπηρεσιών υγείας, που περιλαμβάνει πρόληψη, περίθαλψη, παρακολούθηση, αποκατάσταση και κοινωνική φροντίδα.

Όσο αναφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει ειδικότερα προγράμματα πρόληψης τα οποία ήταν σχεδόν ανύπαρκτα και αποτελούσαν αποσπασματικές ηρωικές προσπάθειες. Από το 1983, με την θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθιερώνεται επίσημα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στη χώρα μας με την δημιουργία 185 Αγροτικών Κέντρων Υγείας και υλοποίηση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού.

Η υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης, μπορεί να επιφέρει εντυπωσιακά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της έκτασης του προβλήματος, όπως για παράδειγμα στον καρκίνο του μαστού με την βελτίωση των συνηθειών διατροφής του ατόμου.

Το πρόγραμμα αναπτύσσεται σε τέσσερις τομείς:

- Πρόληψη του καρκίνου του μαστού
- Ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.
- Κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού.
- Έρευνες για τον καρκίνο του μαστού.

Το περιεχόμενο των προγραμμάτων αυτών συμπυκνώνει τις σημαντικές κατευθύνσεις της πρόληψης του καρκίνου του μαστού με αναγωγή σε συνήθειες, συμπεριφορές, στάσεις και μέτρα.<sup>16</sup>



### 3.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα αίτια που προκαλούν τον καρκίνο του μαστού δεν είναι ακόμη γνωστά. Υπάρχουν γενικές θεωρίες για τον καρκίνο που αναφέρονται μεταξύ άλλων σε ιούς και σε κατάρρευση του αμυντικού μηχανισμού του οργανισμού. Όσον αφορά τον καρκίνο του στήθους, πολλές παλαιότερες θεωρίες έχουν απορριφθεί και αυτή τη στιγμή η έρευνα προσανατολίζεται βασικά προς τρεις ή τέσσερις κατευθύνσεις. Σήμερα, γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι:

**Ä** Ο καρκίνος δεν οφείλεται στην σεξουαλική πράξη, στον τοκετό ή στο θηλασμό, ούτε προκαλείται από χτυπήματα, εγκαύματα ή άλλα μικροατυχήματα.

**Ä** Ο καρκίνος δεν μεταδίδεται από το ένα άτομο στο άλλο, όπως οι μολυσματικές ασθένειες.

**Ä** Ο θηλασμός δεν προστατεύει από τον καρκίνο του μαστού.<sup>17</sup>

**Εξωγενή αίτια :** Από νωρίς έγινε γνωστή η καρκινογόνα ιδιότητα διαφόρων ακτινοβολιών. Οι ίδιοι οι ακτινολόγοι υπήρξαν τα πρώτα θύματα των ακτινών Ράντγκεν, γιατί εκτεθειμένοι για μεγάλο διάστημα σ' αυτές πάθαιναν καρκίνο του πνεύμονα, αποδείχτηκε ότι το πάθαιναν κατόπιν μακροχρόνιας εισπνοής της ραδιενεργής σκόνης του κοβαλτίου. Το ίδιο καρκινογόνα αποδείχτηκε η μακροχρόνια χρήση φωσφοριζόντων χρωμάτων στους εργάτες, οι οποίοι εμφανίζουν καρκίνο των οστών. Εξίσου καρκινογόνες θεωρούνται η σκόνη φθορίου [καρκίνο της ρινικής κοιλότητας], οι υπεριώδεις ακτίνες [καρκίνοι του δέρματος], η υψηλή θερμοκρασία κ.λ.π.<sup>10</sup>

**Ενδογενή αίτια καρκίνου :** Είναι τα εσωτερικής προελεύσεως αίτια. Αυτά είναι :

**α] Αίτια ορμονικά :** Η σχέση των ορμονών του ανθρώπου με τον καρκίνο του μαστού, των ενδοκρινών αδένων και των γεννητικών οργάνων, έχει μελετηθεί και αποδειχτεί αρκετά ικανοποιητικά. Στον καρκίνο του μαστού έχει αποδεχτεί ότι παίζουν σπουδαίο ρόλο οι ωοθηκικές ορμόνες, γιατί αν αφαιρεθούν οι ωοθήκες, επιβραδύνεται η εξέλιξη του καρκίνου αυτού. Την ίδια επίδραση έχουν επίσης οι ορμόνες των επινεφριδίων και της υποφύσεως. Άλλωστε ο καρκίνος του μαστού είναι πολύ συχνός στις άγαμες και σπανιότερος στις έγγαμες και θηλάζουσες. Στον καρκίνο του προστάτη πάλι, η αφαίρεση των όρχεων ή η χορήγηση ωοθηκικών ορμονών έδωσε εντυπωσιακά αποτελέσματα, ως προς την καθυστέρηση της αναπτύξεώς του. Αντίθετα από τον καρκίνο του μαστού, έχει παρατηρηθεί ότι ο καρκίνος του

τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται συχνότερα στις έγγαμες και πολύτεκνες γυναίκες και ιδιαίτερα σ' αυτές που είχαν από πολύ νωρίς σεξουαλικές σχέσεις.

**B] Διατροφή :** Έχει αποδειχθεί ότι ο καρκίνος είναι συχνότερος στα παχύσαρκα και λαίμαργα άτομα , ιδίως του ήπατος , του εντέρου και του ουροποιογεννητικού συστήματος. Αντίθετα η έλλειψη Βιταμίνης B<sub>12</sub>, ριβοφλαβίνης, χολίνης και λευκωμάτων από τις τροφές , προκαλεί κίρρωση και καρκίνο του ήπατος , καθώς και συχνή εμφάνιση καρκίνου του στομαχιού [έλλειψη B<sub>12</sub>]. Ο καρκίνος επίσης της ουροδόχου κύστεως συνδέεται με την επίδραση του αμινοξέος τρυπτοφάνη και διαφόρων ενζύμων.

**3] Κληρονομικότητα :** Στην προσπάθεια μελέτης του καρκίνου, έχει εξεταστεί και αυτό το ενδεχόμενο . Πραγματικά, σε σπάνιες περιπτώσεις κληρονομούνται διάφορα νεοπλάσματα, όπως λ.χ. το νευροβλάστωμα του ματιού το οποίο είναι κακόηθες. Γενικά , πιστεύεται ότι κληρονομούνται διάφορα γονίδια με καρκινική προδιάθεση και όταν αυτά βρουν το κατάλληλο έδαφος και υποστούν την επίδραση κατάλληλων παραγόντων, εκδηλώνεται καρκίνος. Εντυπωσιακή υπήρξε πάντως η διαπίστωση ότι σε μονοωγενείς δίδυμοι εκδηλώθηκε καρκίνος στο ίδιο όργανο και μάλιστα ταυτόχρονα.<sup>10</sup>

### **3.2. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Παρά τις επίμονες και συνεχείς μελέτες δεν έγινε ακόμη δυνατή η γνώση της αιτιολογίας του καρκίνου μαστού. Παρόλο ότι γενετική, ιδιοσυστατική, και περιβαλλοντικοί παράγοντες συσχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου μαστού, κανένας από μόνος του ή σε συνδυασμό δε μπορεί να εξηγήσει το μηχανισμό γένεσης της νόσου. Η αιτιολογία της νόσου οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και η πρόληψη με τα σημερινά δεδομένα είναι αδύνατη.<sup>11</sup>

**Ä ΦΥΛΟ:** Αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Υπολογίζεται ότι στον άντρα αντιστοιχεί ένας μόλις καρκίνος του μαστού για κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου μαστού σε γυναίκες.

**Ä ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδερφή τους εμφάνισε καρκίνο μαστού έχουν διπλάσια ως τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο μαστού, απ' ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός. Ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος, αν αυτή η πρώτη βαθμού συγγενής είχε

προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη. Έτσι ο κίνδυνος είναι πενταπλάσιος σε θετικό για αμφοτερόπλευρη. Έτσι ο κίνδυνος είναι πενταπλάσιος σε θετικό για αμφοτερόπλευρη εντόπιση οικογενειακό ιστορικό και εννεαπλάσιος όταν η νόσος εμφανίστηκε στη συγγενή πριν την εμμηνόπαυση και ήταν αμφοτερόπλευρη. Μία νεαρή γυναίκα, της οποίας η μητέρα και η αδερφή έχουν προσβληθεί από την νόσο και μάλιστα μια από τις δύο αμφοτερόπλευρη, έχει 50% κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό.

**Ä ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Η πρώτη παρατήρηση, ήδη από το 1700, ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν συχνότερος στις καλόγριες παρά τις υπόλοιπες γυναίκες οδήγησε προς την σκέψη ότι η τεκνοποιία πρέπει να ενέχεται στη συχνότητα εμφάνισης της μορφής αυτής του καρκίνου. Καθοριστικό ρόλο παίζει η ηλικία της πρώτης κύησης όπου σχετίζεται με ενδοκρινολογικούς παράγοντες που προάγουν νωρίς την ωρίμανση του μαζικού αδένου και δρουν έτσι προστατευτικά στο επιθήλιο του μαστού. Οι γυναίκες με το πρώτο τοκετό μετά τα 35 έχουν διπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με αυτές που γέννησαν πριν τα 20. Κύηση μάλιστα μετά τα 35 αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού ακόμα και σε σχέση με αυτό των άτοκων γυναικών. Γυναίκες με εμμηναρχή πριν τα 12 έχουν 1,7 φορά μεγαλύτερο κίνδυνο απ' αυτές που η έμμηνος ρύση άρχισε μετά τα 15. Ο θηλασμός από μόνος του δεν φαίνεται να παίζει προστατευτικό ρόλο.

**Ä ΧΡΟΝΙΑ ΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ:** Ο ρόλος της χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας ως προδιαθεσικού παράγοντα στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού αποτέλεσε θέμα μακροχρόνιων ερευνών. Σήμερα γίνεται δεκτό, ότι η «επιθλιώση» (δηλαδή ταχεία αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων) χωρίς άτυπη υπερπλασία αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1,9 φορά. Η παρουσία ασβεστώσεων σε συνδυασμό με επιθλιώση αποτελεί επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα.

**Ä ΟΡΜΟΝΕΣ- ΦΑΡΜΑΚΑ- ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ:** Μακροχρόνια θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού σε συγκεκριμένες κατηγορίες γυναικών. Συνδυασμός των οιστρογόνων με προγεστερόνη ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού και θεωρείται σαν η ασφαλέστερη μέθοδος στη θεραπεία υποκατάστασης. Η μακροχρόνια λήψη τους από μικρή ηλικία σχετίζεται με αυξανόμενη συχνότητα της νόσου, ιδιαίτερα όταν η χρήση τους προηγείται του πρώτου τοκετού. Επίσης δεν έχει αποδεχθεί αν η μακροχρόνια

χρήση κάποιου φαρμάκου, τροφίμου ή καλλυντικού (όπως οι βαφές μαλλιών) σχετίζονται με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.<sup>7</sup>

### 3.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

#### 3.3.i ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Είναι γεγονός πως η πολύπλευρη σημασία της σωστής διατροφής στη πρόληψη του καρκίνου, δεν αποτελεί σήμερα συνείδηση του μέσου πολίτη. Δεν είναι λίγοι αυτοί, που εξακολουθούν να πιστεύουν πως αν είναι να σου συμβεί θα σου συμβεί και πως κάθε απομέρους μας προσπάθεια, με καθαρά προληπτική κατεύθυνση, είναι μάταια. Και όλα αυτά τη στιγμή που το Παγκόσμιο Ταμείο Έρευνας για τον Καρκίνο (WCRF) αλλά και το Αμερικανικό Ινστιτούτο Έρευνας για τον Καρκίνο (AICR) ανακοινώνουν πως ποσοστό της τάξεως του 30%-40% όλων των καρκίνων που εκδηλώνονται, **σχετίζεται άμεσα** με την διατροφή, την μειωμένη σωματική δραστηριότητα, την παχυσαρκία και με άλλους παράγοντες, που βρίσκονται σε απόλυτη συνάρτηση με τον τρόπο ζωής μας και συνεπώς θα μπορούσαν να αλλάξουν.<sup>18</sup>

Τα στοιχεία της διατροφής εξυπηρετούν ως θρεπτικά συστατικά τόσο τα φυσιολογικά κύτταρα του ανθρώπου όσο και τα καρκινικά. Τα αμινοξέα προσφέρονται, μετά την απορρόφησή τους, τόσο για τους φυσιολογικούς ιστούς όσο και για τους καρκινικούς. Το ίδιο συμβαίνει με τα ανόργανα στοιχεία και τα ιχνοστοιχεία της δίαιτας, ενώ οι βιταμίνες ως συνένζυμα επιδρούν και στα δύο είδη ιστών. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους η διαίτα παίζει κάποιο ρόλο προστατευτικό ή «εκλυτικό» στην εμφάνιση ή μη ενός καρκίνου. Οι πιθανοί μηχανισμοί με τους οποίους η διατροφή συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με την καρκινογένεση δίνονται παρακάτω:

**Ä** Καρκινογόνα των τροφών.

**Ä** -Αφαλατοξίνες: Είναι γνωστό ότι αυτές προκαλούν καρκίνο στο ήπαρ των ψαριών καθώς και των ποντικιών. Παράγονται στους δημητριακούς καρπούς, στα φιστίκια και σε άλλες τροφές από τον αντίστοιχο μύκητα.

Ä -Προσθετικά τροφών: Πολλές ουσίες προστίθενται για να βελτιώσουν την γεύση, την εμφάνιση, την νοστιμιά, την οσμή των τροφών. Η σακχαρίνη, τα κυκλαμικά παράγωγα και άλλα γλυκαντικά είναι μερικά από αυτά. Πολλοί ερευνητές περιορίζουν την χρήση τους.

Ä Απελευθέρωση ή ενεργοποίηση καρκινογόνων: Η αλκοόλη( δηλαδή το οινόπνευμα) θεωρείται ικανή για απελευθέρωση καρκινογόνων, δρώντας διαλυτικά και κατά συνέπεια δημιουργώντας προϋποθέσεις για βαθύτερη διείσδυση.

Ä Συστατικά τροφών: Έχει αποδειχθεί για τις νιτροζαμίνες, ότι είναι ισχυρά καρκινογόνα στα ζώα. Κατά την παρασκευή φαγητών και ιδιαίτερα κατά την αποθήκευση και την διατήρησή τους, αυτά προβαίνουν σε αυξημένο σχηματισμό νιτροζαμινών.

Ä Βάρος σώματος: Στις παχύσαρκες γυναίκες παρατηρείται αυξημένη συχνότητα καρκίνου μαστού. Αυτό οφείλεται σε αυξημένη μετατροπή των ανδρογόνων σε οιστρογόνα.

Ä Ιχνοστοιχεία: Ορισμένα ιχνοστοιχεία όπως το αρσενικό φαίνονται ως πιθανά καρκινογενετικά.

Ä Δίαιτες: Ορισμένες δίαιτες μονοτροφικές, χημικές ή μεταβολικές, αυξάνουν την υπεροξειδωση στον οργανισμό και γι'αυτό γίνονται επικίνδυνες. Γενικά στην καρκινογένεση έχει αποδειχθεί ότι δρουν προφυλακτικά ορισμένα είδη δίαιτας ή και βιταμίνες, καθώς και ιχνοστοιχεία. Είναι γνωστή εξάλλου η αντικαρκινική δράση των βιταμινών A, E και C, όπως και του σεληνίου.<sup>19</sup>

### *3.3.ii. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ*

Περισσότερες από 100 έρευνες έχουν συνδέσει το πλούσιο σε λίπη διαιτολόγιο. Σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Βίσταρ της Φιλαδέλφειας αποδεικνύει ότι ο καρκίνος συνδέεται πιο συχνά με την ποσότητα παρά με την ποιότητα της καταναλισκόμενης τροφής. Οι γιατροί συστήνουν ένα φτωχό σε λίπη διαιτολόγιο, για την πρόληψη ορισμένων μορφών καρκίνου. Επειδή είναι δύσκολο να ακολουθήσει κανείς ένα διαιτολόγιο χαμηλών θερμίδων όταν καταναλώνει πολλή τροφή, είναι πιο εύκολο να ακολουθήσει μια φτωχή σε λίπη διατροφή.

**Κατανομή τροφών:**πολλοί επιστήμονες πιστεύουν ότι οι πιθανότητες εκδήλωσης καρκίνου μειώνονται, αν καταναλώνεται μικρή ποσότητα φαγητού και αν

αποφεύγονται τα λίπη και το αλκοόλ. Η σωστή διατροφή θα πρέπει να περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες και να παρέχει τις βιταμίνες που χρειάζεται ο οργανισμός. Χημικές αντιδράσεις στον οργανισμό παράγουν ουσίες, οι οποίες μπορούν να αποσπάσουν τα ακόρεστα λιπαρά οξέα από τις μεμβράνες των κυττάρων. Τα λιπαρά οξέα μπορούν να καταστρέψουν το γενετικό υλικό DNA στα κύτταρα, προκαλώντας ανεξέλεγκτη αύξηση. Οι βιταμίνες A, B, C και E σταθεροποιούν την μεμβράνη των κυττάρων και εμποδίζουν την απόσπαση των λιπαρών οξέων. Το συνετό διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει μικρές ποσότητες κρέατος, λιπών, αυγών και γαλακτοκομικών προϊόντων από πλήρες γάλα και μεγάλες ποσότητες από φρέσκα φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά.<sup>19</sup>

### *3.3iii. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Α ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ*

Αν το διαιτολόγιο είναι φτωχό σε βιταμίνη A, ο οργανισμός αντιδρά στην έλλειψή της με πολλά συμπτώματα, που αρχίζουν από το κοκκίνισμα των ματιών, το ξηρό δέρμα και τον βήχα, για να καταλήξουν σε πέτρα στα νεφρά, κόπωση και τύφλωση. Τα άτομα που στερούνται βιταμίνη A είναι πιο επιρρεπή στον καρκίνο μαστού. Πάντως, δεν υπάρχουν επιστημονικές ενδείξεις που να υπονοούν ότι η λήψη μεγάλης ποσότητας βιταμίνης A αποτρέπει την δημιουργία καρκίνου του μαστού. Στερούνται βιταμίνη A τα άτομα που δεν καταναλώνουν κρέας, ψάρι, κοτόπουλο ή γαλακτοκομικά προϊόντα καθώς επίσης, και όσοι περιορίζουν στο ελάχιστο την κατανάλωση λίπους.<sup>19</sup>

## **3.4. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

Η παχυσαρκία και ο τρόπος διατροφής συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού. Σε χώρες με ημερήσια κατανάλωση κατά άτομο 140-150gr. ζωικού κυρίως λίπους η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού είναι 5-10 φορές μεγαλύτερη, απ' ό τι σε αυτές που η ημερήσια κατανάλωση δεν ξεπερνά τα 50gr. Το αυξημένο σωματικό βάρος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Μετά την εμμηνόπαυση το κύριο κυκλοφορούν οιστρογόνο είναι πλέον η οιστρόνη αντί της οιστροδιόλης. Η οιστρόνη παράγεται

στον εγκέφαλο, στο ήπαρ και στο περιφερικό λιπώδη ιστό με αρωματοποίηση της αδροστενδιόνης από τα επινεφρίδια, αλλά και αυξημένη μετατροπή της σε οιστρόνη στο περιφερικό λίπος. Με αυτό λοιπόν το μηχανισμό θεωρείται, ότι η παχυσαρκία πιθανώς προάγει την ανάπτυξη ορμονοευαίσθητων όγκων όπως ο καρκίνος του μαστού.<sup>7</sup>

Πιστεύεται ότι η μεγάλη κατανάλωση λιπών αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Η παχύσαρκη γυναίκα με την πλούσια σε θερμίδες διατροφή, εμφανίζει αυξημένη σύνθεση οιστρογόνων. Η περίσσεια των θερμίδων μετατρέπεται σε λίπος που θα εναποτεθεί και στους μαστούς. Η χοληστερίνη των λιπών μεταβολίζεται και αυξάνει τα οιστρογόνα.<sup>20</sup>

### **3.5. ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ**

Ο ανθρώπινος μαστός αποτελεί έναν από τους πιο ακτινοευαίσθητους ιστούς. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη νεοπλασίας είναι συνάρτηση τόσο της δόσης όσο και του χρόνου έκθεσης στην ακτινοβολία. Το ζήτημα λοιπόν δεν είναι, αν η ακτινοβολία προκαλεί καρκινογένεση, αλλά το πώς θα επιτευχθεί το μεγαλύτερο κλινικό όφελος από την εφαρμογή της για διαγνωστικούς σκοπούς, με το μικρότερο κόστος για την υγεία της εξεταζόμενης. Σήμερα η κύρια αιτία ακτινοβολίας του μαστού είναι η μαστογραφία. Η μικρή δόση που χρησιμοποιείται (40 millirads), και η τεράστια βελτίωση των τεχνικών μέσων, η ακρίβεια της μεθόδου και η αναντήρητη συμβολή της στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού καθιστούν η μαστογραφία πολύτιμο και σχετικά ασφαλές μέσο για τις γυναίκες τουλάχιστον άνω των 50 ετών. Στην ηλικία όμως μεταξύ 35 και 50ετών θα πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ και να περιορίζεται σε γυναίκες υψηλού κινδύνου σαν μέθοδος screening.<sup>7</sup>

### **3.6. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

Το περιβάλλον είναι ο κυριότερος παράγων πρόκλησης καρκίνου. Με τον όρο περιβάλλον, εννοούμε τον χώρο μέσα στον οποίο ζει, κινείται, εργάζεται και αναπαύεται κάθε άνθρωπος κατά την διάρκεια του 24ώρου της ζωής του. Επομένως

μέσα στις καθημερινές συνθήκες διαβίωσης όλα τα συστήματα και τα όργανα του σώματος μας, και κυρίως το αναπνευστικό, το πεπτικό και το δέρμα έρχονται σε συνεχή και άμεση επαφή και επικοινωνία, χωρίς να μειώσουμε την σημασία επίδρασης του και σε άλλα συστήματά μας, με παράγοντες που δημιουργούν μεγαλύτερους ή πιο περιορισμένους καρκινογεννητικούς μηχανισμούς. Η επικοινωνία και η επαφή αυτή γίνεται άλλοτε με την θέληση μας και άλλες φορές χωρίς αυτή, όπως και συχνά είμαστε υποχρεωμένοι να ζούμε σε ένα περιβάλλον με αυξημένους κινδύνους πρόκλησης καρκίνου.<sup>20</sup>

### **3.7. ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

Σε άλλα εξήντα τρία παιδιά τέθηκε το ερώτημα :Ποιες οι ασθένειες που προκαλεί το κάπνισμα; Οι εικοσιτέσσερις γνώριζαν αρκετά καλά τις ασθένειες αυτές ενώ οι άλλοι είκοσι δυο ήξεραν τις πιο σημαντικές. Δυστυχώς μόνο δεκαεφτά από αυτούς δεν γνώριζαν τις παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα.

Συμπέρασμα : Πριν περίπου μια 50ετία οι άνθρωποι πέθαιναν από καρκίνο χωρίς να το ξέρουν. Ύστερα μέσα από τα μέσα ενημέρωσης αλλά και από διάφορα προγράμματα που παρουσιάζονται στην τηλεόραση , το ραδιόφωνο αλλά και από ενημερωτικά φυλλάδια, ο άνθρωπος ενημερώθηκε και συνεχίζει να ενημερώνεται για τον καρκίνο , το κάπνισμα , το αλκοόλ και όχι μόνο.<sup>10</sup>

### **3.8. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΝΥΧΤΕΡΙΝΟΥ ΦΩΤΟΣ**

Μέχρι σήμερα αυτό που γνωρίζουμε είναι ότι ο καρκίνος μπορεί να είναι κληρονομικός, να προκληθεί από παχυσαρκία, κακή διατροφή, κατάχρηση ουσιών, ορμόνες και ιούς. Κανείς όμως δεν μπορεί να φανταστεί ότι όσοι διαβάζουν συστηματικά ή εργάζονται το βράδυ έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια μορφή καρκίνου από εκείνους που εργάζονται την ημέρα και κοιμούνται τη νύχτα. Η ιδέα για τη μελέτη της νυχτερινής εργασίας και το συσχετισμό της με τον καρκίνο προέρχεται Eva Schernhammer, η οποία από το 1992 μέχρι το 1999 εργαζόταν σε συνεχείς νυχτερινές βάρδιες σε ένα αντικαρκινικό κέντρο στη Βιέννη, κατά τις οποίες χρησιμοποιούσε φθορίζοντα φωτισμό.



Τρία χρόνια αργότερα αφού έγινε πρωτοσέλιδο στον επιστημονικό τύπο, τα αποτελέσματα της έρευνας της έδειξαν ότι ο καρκίνος του μαστού αυξάνεται κατά 48% στις γυναίκες που εργάζονται νύχτα. Η νυχτερινή εργασία δεν είναι ο μόνος κίνδυνος, ακόμα και να παρακολουθούμε τηλεόραση, να καθόμαστε μπροστά στον υπολογιστή μας ή ακόμα και να διαβάζουμε κάτω από καμιά λάμπα τις νυχτερινές ώρες φαίνεται πως μειώνουν την άμυνα του οργανισμού στη μάχη κατά του καρκίνου.

Αυτό συμβαίνει γιατί το νυχτερινό φως μπλοκάρει ένα από τα πιο ισχυρά αντικαρκινικά όπλα του ανθρώπινου οργανισμού, την ορμόνη μελατονίνη. Επειδή ενεργοποιείται μόνο τη νύχτα, η μελατονίνη ονομάζεται και «ορμόνη του σκότους». Οι διαταραχές της μελατονίνης ενδέχεται να προκαλούν όχι μόνο καρκίνο αλλά και χρόνιες διαταραχές του ύπνου, μειωμένη παραγωγικότητα, ακόμα και καρδιοπάθειες.<sup>21</sup>

### 3.9. ΤΡΟΠΟΙ ΕΛΑΤΤΩΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

**Ä Σβήστε τα φώτα:** να κοιμάστε σε τελείως σκοτεινό δωμάτιο. Αν το φως από τις λάμπες του δρόμου ή από διαφημιστικές ρεκλάμες, βάλτε βαριές κουρτίνες ή σκουρόχρωμα στόρια.

**Ä Κρατήστε χαμηλό φωτισμό:** εάν ξυπνάτε κατά τη διάρκεια της νύχτας, μην ανάβετε το φως. Μόλις 10 λεπτά δυνατού φωτός, φτάνουν για να καταστείλουν την έκκριση μελατονίνης σε ορισμένους ανθρώπους. Εάν πρέπει να σηκωθείτε κρατήστε χαμηλό το φωτισμό.

**Ä Επιλέξτε κόκκινο:** εάν σηκώνεστε τη νύχτα για να πάτε στο μπάνιο, προτιμήστε μια κόκκινη πηγή φωτός. Τα μπλε κύματα που εκπέμπονται από λάμπες φθορίου και αλογόνου είναι οι χειρότεροι εχθροί.

**Ä Δεχτείτε το φως του ηλίου:** δέκα λεπτά πρωινού ηλιακού φωτός στέλνουν ένα δυνατό σήμα στο εγκεφαλικό μας ρολόι, μειώνοντας τις πιθανότητες αποπροσανατολισμού του από τα ασθενέστερα σήματα που προκαλούν τα νυχτερινά φώτα.

**Ä Εκτεθείτε στο φως ανάλογα με την ηλικία:** στους ηλικιωμένους, το κύριο ρολόι του εγκεφάλου, υπερχιασματικός πυρήνας, συρρικνώνεται και μειώνεται η

ευαισθησία του στα ερεθίσματα. Ένας 60χρονος προσλαμβάνει το  $\frac{1}{3}$  του φωτός σε σχέση με έναν 20χρονο.<sup>21</sup>

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4*

*"Κλινικός, εργαστηριακός και  
διαγνωστικός έλεγχος στον  
καρκίνο μαστού"*

## 4.1. ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΜΑΣΤΩΝ

### 4.1.i. ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ: ΑΞΙΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ

Την αυτοεξέταση πρέπει να τη διδάχθει η γυναίκα από κάποιον ειδικό και αν την εφαρμόζει σώζει τη ζωή της. Η αυτοεξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται από τη γυναίκα μια φορά το μήνα και να αρχίζει από τα 25 χρόνια της. Οι μεν προεμμηνόπαυσιακές πρέπει να αυτοεξετάζονται την 15<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου, οι δε μετεμμηνόπαυσιακές συγκεκριμένη ημέρα του μήνα (π.χ. την 1<sup>η</sup> κάθε μήνα). Σκοπός της αυτοεξέτασης είναι η εξοικείωση της γυναίκας με τη μορφή και τη σύσταση των μαστών της. Αυτή η συνήθεια κάνει ευκολότερη την ανίχνευση κάθε διαφοροποίησης το ταχύτερο δυνατό. Οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα μπορούν να ανακαλύπτουν όγκους της τάξεως των 1,2 cm, εν ω αυτές που δεν κάνουν ποτέ ανακαλύπτουν τον όγκο στα 3,8 cm. Η αυτοεξέταση όταν γίνεται κάθε μήνα μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης.<sup>11</sup>

### 4.1.ii. ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ



**Α** Σταθείτε μπροστά σε ένα μεγάλο καθρέφτη με τα χέρια να κρέμονται αριστερά και δεξιά από το κορμί. Εξετάστε προσεκτικά την όψη, το μέγεθος και το περίγραμμα του κάθε μαστού.

Ανασηκώστε τους και παρατηρήστε την κάτω τους πλευρά.<sup>22</sup> Ο κατάλληλος φωτισμός θα διευκολύνει την εξέταση. Θα πρέπει να προσέξετε τυχόν διαφορές σχήματος (όχι μεγέθους) ανάμεσα στους μαστούς: π.χ. ένα λακκάκι ή ένα εξόγκωμα στον έναν και όχι στον άλλον, ζάρες στην επιδερμίδα, έκκριση υγρού από τη θηλή, όταν την πιέσετε μαλακά κοκκινωπή ή φολιδωτή κρούστα. Προσέξτε επίσης μήπως μια θηλή είναι ιδιαίτερα σκληρή ή μη ελαστική ή αν οι θηλές τείνουν προς ασύμμετρες κατευθύνσεις. Η ασυμμετρία αυτή συνήθως δεν οφείλεται σε καρκίνο αλλά είναι προτιμότερο να το ελέγξετε. Αν υπάρχει πληγή στη μια θηλή βεβαιωθείτε ότι δεν είναι καρκίνο, προτού συμπεράνετε ότι πρόκειται για απλή δερματική ανωμαλία.<sup>17</sup>



Α Σηκώστε το ένα μπράτσο πρώτα και στη συνέχεια το άλλο, παρατηρήστε το περίγραμμα. Σηκώστε μετά τα δύο μπράτσα μαζί και ελέγξτε αν και οι δύο μαστοί μετακινούνται προς τα πάνω φθάνοντας στο ίδιο ύψος.

Α Ξαπλώστε και χαλαρώστε. Για να εξετάσετε το δεξιό μαστό, τοποθετήστε το δεξί χέρι πίσω από το κεφάλι και με

τα ακροδάχτυλα του αριστερού χεριού ψηλαφίστε το πιέζοντας απαλά από τον αγκώνα, περνώντας από το κάτω μέρος του στήθους και φθάνοντας μέχρι το κέντρο του θώρακα. Φέρτε το χέρι σας στο πάνω μισό του στήθους και τέλος φέρτε το στο κέντρο περνώντας από τη θηλή.<sup>22</sup>



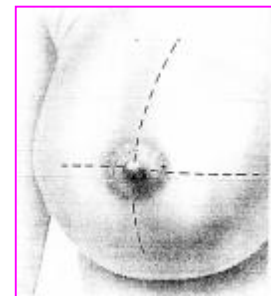
Ένα μαξιλαράκι ή μια μεγάλη διπλωμένη πετσέτα κάτω από τους ώμους θα σας βοηθήσει γιατί ο ιστός του στήθους θα είναι πιο ομοιόμορφος. Επίσης εξετάστε κάθε μαστό με το αντίστοιχο χέρι παράλληλο στο σώμα ή κρεμασμένο από το κρεβάτι. Ψηλαφίστε μαλακά και συστηματικά κάθε μαστό με τα δάχτυλα κάνοντας μικρές κυκλικές ή μπρος-πίσω κινήσεις και καλύπτοντας σιγά-σιγά ολόκληρη την επιφάνεια του μαστού. Η πιο συνηθισμένη θέση των όγκων είναι ανάμεσα στη θηλή και στη μασχάλη γι αυτό προσέξτε ιδιαίτερα αυτή την περιοχή. Ένα γενικό πρήξιμο, πόνος ή ευαισθησία είναι συμπτώματα φυσιολογικά λίγο πριν περίοδο ή στη διάρκεια της.<sup>17</sup>



Α Εξετάστε τον αγκώνα και την κλείδωση, για πιθανούς όγκους ή φλεγμονές. Επαναλάβετε με τον αριστερό μαστό χρησιμοποιώντας το δεξί χέρι.

Α Για να ψηλαφίσετε ολόκληρο το στήθος, θα σας βοηθήσει αν χωρίσετε νοητά κάθε στήθος σε τέσσερα μέρη με τη

θηλή στο κέντρο.<sup>22</sup>



## 4.2 ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η ιατρική εξέταση μπορεί να ανακαλύψει όγκους μικρούς, διαμέτρου 1 εκατοστού που θεωρείται αρχικό στάδιο. Η έγκαιρη διάγνωση σε αρχικό στάδιο έχει σαν επακόλουθο την μείωση της θνησιμότητας ή την αύξηση της επιβίωσης.

Η κλινική εξέταση του μαστού πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο μετά τα 35, από ειδικό που θα γνωρίζει εκτός από την ψηλάφηση, την αντιμετώπιση που χρειάζεται κάθε περιστατικό. Ο ειδικός θα καθορίσει πόσο συχνά θα γίνεται η ιατρική εξέταση για τις ηλικίες 20-35 ετών.<sup>23</sup>

Η ασθενής με καρκίνο του μαστού καταφεύγει συνήθως στο γιατρό για μια ψηλαφητή διόγκωση του μαστού.

Η κλινική διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό της ασθενούς και στην κλινική εξέταση της ψηλαφητής μάζας του μαστού και της πιθανής συμμετοχής των επιχώριων λεμφαδένων ή άλλων μακρινών μεταστάσεων .

Κατά την λήψη ιστορικού εξετάζεται προσεκτικά η ηλικία της εμμηναρχής , οι εγκυμοσύνες (πρώτη- τελευταία), η φυσική ή τεχνητή εμμηνόπαυση, η ηλικία της εμμηνόπαυσης, η ημερομηνία της τελευταίας περιόδου, τα τυχόν προβλήματα όσον αφορά τη σύλληψη, προηγούμενες παθήσεις του μαστού και το οικογενειακό αναμνηστικό για καρκίνο του μαστού. Πόνος στη ράχη ή άλλος σκελετικός πόνος - συνέπεια οστικών μεταστάσεων – και απώλεια βάρους θα οδηγούν τη σκέψη σε μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Η συχνότερη εντόπιση του καρκίνου του μαστού παρατηρείται στο άνω και έξω τεταρτημόριο, αυτό δε πιθανώς οφείλεται στο ότι στο τεταρτημόριο αυτό περιλαμβάνεται ο μεγαλύτερος όγκος του μαζικού αδένα. Ακολουθεί η περιοχή της θηλής, με ποσοστό 25% (Πίνακας 1, Εικόνα 5)

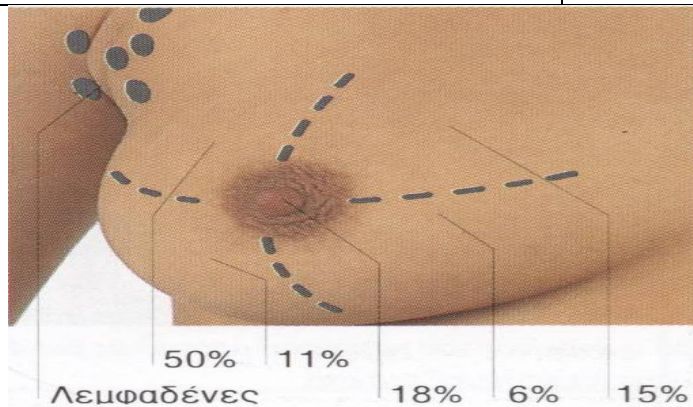
Η κλινική εξέταση διενεργείται με την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών και των επιχώριων λεμφαδένων.<sup>4</sup>

Πρέπει να γίνεται πλήρης κλινική εξέταση, να ελέγχεται η πύελος και να αξιολογούνται σημεία καρκίνου και σε άλλες περιοχές όπως το δέρμα, οι λεμφαδένες και το ήπαρ.<sup>3</sup>(Εικόνα3,4)

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Συχνότητα εντόπισης του καρκίνου του μαστού <sup>4</sup>

ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ(%)
Άνω έξω	45
Κάτω έξω	10
Θηλή	25
Άνω έσω	15
Κάτω έσω	5

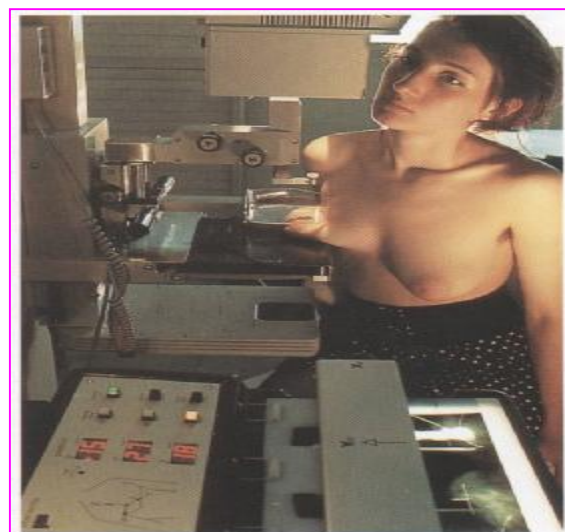


### 4.3. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Προκειμένου να εντοπισθεί ο καρκίνος του μαστού απαραίτητος είναι ο παρακλινικός έλεγχος, ο οποίος περιλαμβάνει τις κάτωθι διαγνωστικές και απεικονιστικές εξετάσεις. Ειδικότερα:

### 4.4. ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Η μαστογραφία έχει καθιερωθεί ως το πιο απαραίτητο διαγνωστικό μέσο για τις παθήσεις του μαστού τα τελευταία 20 χρόνια. Με τις σημερινές μεθόδους ακτινολογικής εξέτασης των μαστών, η



κατά εξέταση δόση στη μεσότητα του μαζικού αδένου είναι μικρότερη από 0,1 rad (Εικόνα 6)

**Σκοπός** του ακτινολογικού ελέγχου των μαστών είναι η μελέτη των καλοηθών παθήσεων, η ανεύρεση του καρκίνου του μαστού, αν είναι δυνατόν σε προκλινικό στάδιο, και η κατάταξη των μαστών σε κατηγορίες με αυξημένο κίνδυνο, ανάλογα με την αρχιτεκτονική του υποστρώματος και των γαλακτοφόρων πόρων. Ο μαστογραφικός έλεγχος πρέπει να γίνεται πάντοτε, ανεξάρτητα από την ηλικία της γυναίκας, εφόσον υπάρχει υπόνοια καρκίνου και τουλάχιστο μια φορά, σε γυναίκες ηλικίας 35-40 ετών με συμπτώματα από το μαστό. Έχει αποδειχθεί, ότι το 1/3 των καρκίνων του μαστού είναι σε γυναίκες ηλικίας 35 έως 50 ετών, και ότι οι περισσότεροι από αυτούς είναι πολύ μικροί καρκίνοι χωρίς διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Σε γυναίκες 40-50 ετών οι οποίες είναι ασυμπτωματικές, ο μαστογραφικός έλεγχος πρέπει να γίνεται κάθε 1 ή 2 χρόνια, ανάλογα με την υφή του αδένου και τους δείκτες αυξημένου κινδύνου. Μετά από την ηλικία των 50 ετών συνιστάται μαστογραφικός έλεγχος κάθε χρόνο.<sup>4</sup>(Εικόνες 7,8,9 10)

#### **4.4.i.ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Συχνότερες ενδείξεις εκτέλεσης μαστογραφίας είναι οι παρακάτω:

- Ä** Στον προληπτικό έλεγχο. Είναι φυσικό, πως μικρές αλλοιώσεις του μαστού δεν είναι δυνατό να γίνουν αντιληπτές στην κλινική του εξέταση.
- Ä** Σε υγιείς γυναίκες, που έχουν οικογενειακό αναμνηστικό βεβαρημένο με καρκίνο, και πάσχουν από καρκινοφοβία.
- Ä** Σε κύστη του μαστού μετά από παρακέντηση, για τον έλεγχο κακοήθους βλάβης, που δυνατό να συνυπάρχει, μετά από εμφύσηση αέρα.
- Ä** Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά, αν παραδεχτούμε πως αυτή αποτελεί έδαφος, πάνω στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί ευκολότερα καρκίνος. Μία τέτοια παρακολούθηση συστήνεται κάθε χρόνο.
- Ä** Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο, που εμφανίζουν τοπικά, όπως έκκριση από τη θηλή, ευρήματα από το μαστό.
- Ä** Σε μεγάλους μαστούς όταν δεν είναι εύκολη η ψηλάφησή τους.
- Ä** Σε γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία, λόγω καρκίνου του μαστού, για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.



- Ä Σε τοπικό άλγος του μαστού, που δεν συνοδεύεται από όγκο.
- Ä Σε ύπαρξη πολλών όγκων μέσα στο μαστό, για να διαλέξουμε αυτόν, που θα προτιμήσουμε για ιστολογικό έλεγχο.
- Ä Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.
- Ä Σε περίπτωση κλινικής διάγνωσης κακοήθους επεξεργασίας, για ακτινολογική επιβεβαίωση.
- Ä Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητού όγκου του μαστού.
- Ä Στην αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας, όταν υπάρχουν μεταστάσεις.<sup>8</sup>

#### **4.4.ii.ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται στις εξής περιπτώσεις:

- Ä Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών, γιατί οι μαστοί σ' αυτή την ηλικία είναι ακτινευαίσθητοι.
- Ä Σε έγκυες, για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας, και για την, λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά, όπως δεν είναι ικανοποιητικά και κατά την διάρκεια της λοχείας.<sup>8</sup>

#### **4.5 ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ**

Η θερμογραφία είναι εύκολη και αβλαβής εξέταση. Βασίζεται στο ότι το δέρμα που καλύπτει την περιοχή του καρκίνου του μαστού είναι συνήθως θερμότερο από τις παρακείμενες περιοχές. Η μέθοδος αυτή μπορεί να βοηθήσει στη διαφορική διάγνωση μεταξύ καλοηθών και κακοηθών νεοπλασμάτων του μαστού.

Η θερμογραφία χρησιμοποιήθηκε ευρέως κατά το παρελθόν, επειδή όμως παρουσιάζει μεγάλο αριθμό ψευδώς αρνητικών και θετικών αποτελεσμάτων, σήμερα δε θεωρείται αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος και σπάνια χρησιμοποιείται.<sup>4</sup>

#### **4.5.i.ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Παρά τα ποσοστά λανθασμένων θετικών και αρνητικών θερμογραφημάτων, η θερμογραφία συμβάλλει ουσιαστικά μαζί με την κλινική εξέταση και τη

μαστογραφία, στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού γιατί έχει τα παρακάτω πλεονεκτήματα:

- Ä Παρά το υψηλό κόστος του θερμογράφου, το θερμογράφημα στοιχίζει ελάχιστα.
- Ä Με την πείρα, είναι σχετικά απλή και γρήγορη και μπορεί να επαναλαμβάνεται συχνά.
- Ä Δεν υπάρχει κίνδυνος ιοντίζουσας ακτινοβολίας.
- Ä Ένα ανώμαλο θερμογράφημα δείχνει ότι ο μαστός χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.
- Ä Το θερμογράφημα μπορεί να δείξει μια κακοήθη επεξεργασία πάρα πολύ μικρή που να μην φαίνεται και στη μαστογραφία.
- Ä Το γεγονός ότι η κάθε γυναίκα έχει τη δική της θερμογραφική εικόνα είναι πολύ χρήσιμο σε επαναλαμβανόμενες εξετάσεις και σε διαπίστωση οποιασδήποτε αλλαγής.<sup>24</sup>

#### **4.5.ii. ANTENΔΕΙΞΕΙΣ ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Τα μειονεκτήματα της θερμογραφίας είναι τα εξής:

- Ä Όλοι οι καρκίνοι δεν είναι θερμοί εάν κατά την εξέταση βρίσκονται σε χαμηλού βαθμού δραστηριότητα. Οι σίριοι καρκίνοι είναι συνήθως ψυχροί.
- Ä Σε αμφοτερόπλευρο καρκίνο μπορεί να φανούν στοιχεία στους δύο μαστούς χωρίς αξιολογήσιμη διαφορά θερμοκρασίας.
- Ä Δεν έχει απαραίτητη σχέση με το μέγεθος του καρκίνου.
- Ä Θερμογραφικά στοιχεία καρκίνου μπορούν να δοθούν από καλοήθεις παθήσεις.
- Ä Συμπτωματικές ανατομικές παραλλαγές μπορεί να προκαλέσουν λανθασμένες θετικές εικόνες.<sup>24</sup>

#### **4.6 ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ**

Η ξηρογραφία των μαστών διαφέρει από τη μαστογραφία κατά το ότι παρουσιάζει καθαρότερη εικόνα των ασβεστώσεων, παρουσιάζει όμως το μειονέκτημα της μεγαλύτερης ακτινοβολίας, περίπου 1 rad.<sup>4</sup>

#### **4.7. ΓΑΛΑΚΤΟΓΡΑΦΙΑ**

Οποιαδήποτε ανωμαλία μέσα στο γαλακτοφόρο πόρο δεν απεικονίζεται με την απλή μαστογραφία γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται η γαλακτογραφία. Στη γαλακτογραφία γίνεται έκχυση σκιερής ουσίας μέσα στο γαλακτοφόρο πόρο.<sup>12</sup>

#### **4.8. ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΜΑΣΤΩΝ(MRI)**

Η απεικόνιση του μαστού με μαγνητική τομογραφία (MRI), αποτελεί χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο καθώς προσφέρεται ιδιαίτερα για την εξέταση των μαστών με πυκνό αδενικό ιστό. Το MRI μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά στη συλλογή πληροφοριών για ανωμαλίες του μαστού οι οποίες υποδεικνύονται είτε μαστογραφικά, είτε μετά από φυσική εξέταση ή με άλλες απεικονιστικές μεθόδους. Επίσης, σημαντική είναι η συμβολή του στη σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού, στην αξιολόγηση θεραπευτικών δυνατοτήτων καθώς και για τη μεταθεραπευτική παρακολούθηση του ασθενούς.

Το MRI βρίσκει σημαντική εφαρμογή στην αξιολόγηση μαστού με ενθέματα καθώς και της ρήξης αυτών, την απεικόνιση ανεστραμμένων θηλών, την διερεύνηση της πρωτοπαθούς εστίας καρκίνου σε ασθενείς με διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες όπως και την ανάδειξη υπολειπόμενης νόσου μετά από ογκεκτομή. Η συμβολή του MRI στην επιλογή της χειρουργικής επέμβασης (ογκεκτομή ή μαστεκτομή) και η αξιολόγηση περιστατικών για υποτροπή μετά από ογκεκτομή, θεωρείται επίσης σημαντική.

Οι περιορισμοί του μαγνητικού συντονισμού στην απεικόνιση του μαστού έχουν να κάνουν με τη δυσχέρεια στη χρησιμοποίηση της μεθόδου ως εργαλείο για “screening” καρκίνου του μαστού. Περιορισμός στη διαθεσιμότητα των μηχανημάτων, υψηλό κόστος της εξέτασης, και αυξημένη μη ειδικότητα (αδυναμία διάκρισης μεταξύ κακοήθους και μη κακοήθους βλάβης) έχουν θέσει εμπόδια στη διάδοση της χρήσης της μεθόδου. Επιπλέον η μέθοδος δεν απεικονίζει την παρουσία αποτιτανώσεων, οπότε και είναι πιθανή η μη έγκαιρη διάγνωση πρώιμων μαστογραφικά αναδεικνυόμενων καρκίνων. Η κλειστοφοβική συμπεριφορά κάποιων εξεταζομένων και η απαραίτητη χρήση παραμαγνητικών σκιαγραφικών ουσιών, επίσης συμπεριλαμβάνονται στους περιορισμούς της μεθόδου.

Συνεχιζόμενη έρευνα επικεντρώνεται στη προσπάθεια ανάδειξης της απεικόνισης του μαστού με μαγνητικό συντονισμό κυρίως για υψηλού κινδύνου γυναίκες (ειδικά όταν πρόκειται για πυκνό μαστό που δυσχεραίνει τη μαστογραφική διάγνωση του καρκίνου).<sup>25</sup>

#### **4.9. ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΜΑΣΤΟΥ**

Η μέθοδος αυτή αποτελεί συνέχεια της κλινικής εξέτασης, σε περιπτώσεις στις οποίες διαπιστώνεται ψηλαφητή μάζα στο μαστό. Αρχικά καθλώνεται το μόρφωμα μεταξύ του δείκτη και του αντίχειρα και στη συνέχεια γίνεται η παρακέντηση με εισαγωγή λεπτής βελόνας στο κέντρο περίπου της μάζας, και, εφόσον πρόκειται για κυστική διόγκωση, ακολουθεί κένωση και κυτταρολογική εξέταση του υγρού περιεχομένου. Εάν η διόγκωση είναι συμπαγής γίνονται πολλές παρακεντήσεις, εφαρμόζοντας αρνητική πίεση επί βελόνας, χωρίς αυτή να βγαίνει από την περίμετρο της μάζας. Το υλικό από την παρακέντηση επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα για κυτταρολογική εξέταση.<sup>4</sup>

#### **4.10. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Η κλασσική μέθοδος για τη λήψη ιστοτεμαχιδίου από το μαστό για ιστολογική εξέταση είναι **ανοικτή βιοψία**. Με γενική ή τοπική αναισθησία, ανάλογα με το μέγεθος της διόγκωσης για την οποία γίνεται η βιοψία, αφαιρείται ολόκληρο το ογκίδιο, ένα μικρό μέρος του αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση.

Σε κέντρα μαστού όπου υπάρχει ανάλογη εμπειρία χρησιμοποιείται ευρύτατα η **κλειστή βιοψία** με ειδική βελόνα (Trucut), με την οποία λαμβάνεται με τοπική αναισθησία νηματοειδές τεμάχιο ιστού από την περιοχή της διόγκωσης.<sup>4</sup>

#### **4.11. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ**

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος των μαστών είναι μια απεικονιστική μέθοδος η οποία τα τελευταία χρόνια συνεισφέρει πάρα πολλά στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού. Είναι βέβαια μια συμπληρωματική εξέταση της μαστογραφίας και μας

βοηθάει κυρίως στο να διευκρινίσουμε εάν το μαστογραφικό εύρημα είναι συμπαγές ή κυστικό.

Επιπλέον το υπερηχογράφημα είναι εξέταση η οποία επειδή στερείται ακτινοβολίας , γίνεται ιδίως στα νέα άτομα και συγκεκριμένα σε νεαρά κορίτσια ηλικίας 20-21 και περαιτέρω ακόμη, όπου η μαστογραφία δεν μπορεί να γίνει αφού οι μαστοί είναι ακτινοευαίσθητοι αλλά και στην ηλικία αυτή η μαστογραφία είναι χαμηλής διαγνωστικής αξίας.

Επιπλέον γίνεται σε εγκυμονούσες καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης για τον έλεγχο των μαστών και κυρίως όπου υπάρχει υπόνοια για ψηλαφητό εύρημα.

Μας βοηθάει στην ανίχνευση μη ψηλαφητών βλαβών, κυρίως όταν αυτές είναι πολύ μικρού μεγέθους και σε θέση η οποία δεν μπορεί να αναδειχθεί.

Για αυτές τις πολύ μικρές βλάβες με την βοήθεια του υπέρηχου, όχι μόνο μπορούμε να ανιχνεύσουμε την βλάβη, αλλά μπορούμε ταυτόχρονα να κάνουμε και καθοδηγούμενη βιοψία με βελόνη , ούτως ώστε παίρνοντας υλικό, μπορούμε να δούμε τι ακριβώς είναι αυτό αφού γίνει μια κυτταρολογική εξέταση.

Επιπλέον, βοηθάει στην ανίχνευση ενδοπορικών αλλοιώσεων στις περιπτώσεις όπου υπάρχει ρύση , κυρίως αιματηρή, από τη θηλή.

Τέλος, ο υπέρηχος ενώ μας βοηθάει πολύ στην ανάγνωση και ταυτοποίηση των διαφόρων μαστογραφικών ευρημάτων, εν τούτοις είναι εξέταση η οποία θεωρείται καθοριστική για μια χειρουργική επέμβαση.<sup>25</sup>

#### **4.12. ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σ' ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο, φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστες διαυγάζουν, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος.<sup>5</sup>

#### **4.13. ΦΛΕΒΟΓΡΑΦΙΑ**

Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή

της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η πιθανότητα της απλής αδενίτιδας. Ακόμα, το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.<sup>5</sup>

### ***Συμπερασματικά...***

Η κλινική εξέταση του μαστού πρέπει να γίνεται από ειδικό ιατρό μετά το 35ο έτος. Ο ειδικός γνωρίζει να αντιμετωπίζει όταν χρειάζεται κάθε αλλαγή της αρχιτεκτονικής του μαστού. Ο ειδικός ιατρός καθορίζει πόσο συχνά πρέπει να εξετάζονται γυναίκες ηλικίας 20-35 ετών όταν υπάρχει πρόβλημα.<sup>11</sup>

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5*

*"Η νοσηλευτική συμβολή στη  
θεραπεία-αποκατάσταση ασθενούς με  
καρκίνο μαστού"*

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο καρκίνος του μαστού έχει αυξηθεί στις Ελληνίδες σε σύγκριση με την προηγούμενη δεκαετία και, δυστυχώς, η ηλικία εμφάνισής του έχει μειωθεί. Παλιότερα ο καρκίνος του μαστού εμφανιζόταν και αναπτυσσόταν από μια ηλικία και πάνω. Σήμερα, δυστυχώς, βλέπουμε να ασθενούν και είκοσι πέντε και είκοσι επτά χρονών κοπέλες. Οι ανησυχητικές αυτές διαπιστώσεις συνδυάζονται ωστόσο και με μια αισιόδοξη είδηση: Όπως μας πληροφορεί η επίκουρος καθηγήτρια και πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας Λυδία Ιωαννίδου - Μουζάκα, η θνησιμότητα που οφείλεται στην ίδια μορφή καρκίνου έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια. Εδώ και μερικά χρόνια, λέει, έχει αρχίσει η μείωση της θνησιμότητας που οφείλεται στον καρκίνο του μαστού. Αυτό οφείλεται βασικά σε δυο αιτίες: Πρώτα στην έγκαιρη - ή πρόωμη - διάγνωση και δεύτερο στα φάρμακα, που είναι σήμερα πολύ πιο ισχυρά και εξειδικευμένα.<sup>26</sup>

Η διάγνωση «καρκίνος του μαστού» σε μια γυναίκα την οδηγεί στη λήψη μιας θεραπευτικής απόφασης. Συνήθως αυτή είναι ένας συνδυασμός των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, δηλαδή της χειρουργικής επέμβασης, της ακτινοθεραπείας, της χημειοθεραπείας, της ορμονοθεραπείας, και έχει ως **στόχο** την ίαση ή την παρηγορητική-ανακουφιστική αντιμετώπιση της ασθένειας.

Ανεξάρτητα από την επιλογή και τον σκοπό της θεραπείας, ο εξειδικευμένος νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας. **Ο ρόλος του νοσηλευτή** εστιάζεται στην ενημέρωση, την εκπαίδευση, την αντιμετώπιση των παρενεργειών του συνδυασμού των θεραπειών, στην προεγχειρητική και την μετεγχειρητική φροντίδα και την ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο του μαστού.<sup>27</sup>

### **5.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Μετά την ιδιαίτερα στρεσογόνο περίοδο της διάγνωσης της νόσου έρχεται η φάση στην οποία η γυναίκα συνήθως θα εισαχθεί στο νοσοκομείο, και να γίνει η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού και να ληφθεί μία θεραπευτική απόφαση.<sup>27</sup>



Η απόφαση για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Η θεραπεία θα πρέπει να επιλεγεί σωστά χωρίς βιασύνη και αφού έχουν συγκεντρωθεί όλες οι παράμετροι που χρειάζονται.

***Η επιλογή της θεραπείας και η πρόγνωση εξαρτάται:***

- Ä Μέγεθος όγκου
- Ä Ιστολογικό τύπο
- Ä Στάδιο της νόσου
- Ä Μικροσκοπική εμφάνιση
- Ä Αριθμό μασχαλιαίων λεμφαδένων που εμφανίζουν νόσο
- Ä Ηλικία γυναίκας
- Ä Επίσης μία σειρά εξετάσεων που έχουν σαν σκοπό την απάντηση σε μερικά ερωτηματικά για συμπληρωματικούς χειρισμούς.
- Ä Μέτρηση πρωτεϊνικών υποδοχέων
- Ä Ανάλυση DNA όγκου
- Ä Ανάλυση κυτταρικού κύκλου
- Ä Μέτρηση ογκογονιδίων (HER-2/neu)
- Ä Μμέτρηση αυξητικού παράγοντα
- Ä Ανοσοϊστοχημική μελέτη

Τελικά μετά από όλη αυτή την ανάλυση μιας σειράς παραγόντων, ο ιατρός καλείται να εφαρμόσει μια θεραπευτική προσέγγιση που αντιστοιχεί στην ασθενή του. Συνήθως η εφαρμοζόμενη θεραπεία είναι ο συνδυασμός χειρουργικής, ακτινοθεραπείας και συμπληρωματική επικουρική χημειοθεραπεία.<sup>13</sup>

## **5.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι χειρουργική, κυρίως για τα στάδια I και II , σε συνδυασμό, τις περισσότερες φορές, με συμπληρωματική θεραπεία.

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού τελεί υπό συνεχή επανεκτίμηση, και αυτό οφείλεται στην άγνοια που υπάρχει σχετικά με τη βιολογική συμπεριφορά της νόσου. Έτσι, η χειρουργική θεραπεία στοχεύει κατ' αρχήν στην τοπική και επιχώρια ίαση του καρκίνου του μαστού και συγχρόνως στη συλλογή όσο το δυνατό περισσότερων προγνωστικών πληροφοριών.<sup>4</sup>

## 5.2.1 ΤΥΠΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

Υπάρχουν πέντε τύποι χειρουργικής θεραπείας με πέντε αντίστοιχους τύπους χειρουργικών επεμβάσεων:

**Ä** Η *ριζική μαστεκτομή* περιλαμβάνει την αφαίρεση του μαστού μαζί με το μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ και τον ευρύ καθαρισμό της μασχαλιαίας κοιλότητας δηλαδή τους λεμφαδένες και τον κυτταρολιπώδη ιστό.

**Ä** Η *απλή μαστεκτομή* αφορά την αφαίρεση ολόκληρου του αδένου, ενώ οι λεμφαδένες παραμένουν ανέπαφοι.

**Ä** Η *εκτεταμένη απλή μαστεκτομή* διαφέρει από την απλή μαστεκτομή κατά το ότι , εκτός από την αφαίρεση του μαστού , γίνεται καθαρισμός του περιεχόμενου της μασχάλης μέχρι το πρώτο επίπεδο λεμφαδένων, δηλαδή κάτω από το έξω χείλος του ελάσσονα θωρακικού μυός.

**Ä** Στην *ογκεκτομή – τμηματεκτομή του μαστού* εξαιρείται ο όγκος και τμήμα του μαστού, μετά από ευρεία σφηνοειδή εκτομή του δέρματος και του μαζικού αδένου.

**Ä** Η *υποδόριος μαστεκτομή* η οποία περιλαμβάνει την αφαίρεση του εσωτερικού μαστού , διατηρώντας ανέπαφη την επιδερμίδα και τη θηλή. Η εμφύτευση θύλακος σιλκόνης είναι επίσης δυνατή σ' αυτή την περίπτωση.<sup>4</sup> Στην χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού δεν υπάρχει ακόμη συναίνεση αναφορικά με το είδος της θεραπείας που πρόκειται να ακολουθηθεί. Το είδος της επέμβασης, ριζικής ή μη ριζικής αποφασίζεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου, την ηλικία της ασθενούς, τις προτιμήσεις του χειρουργού ή της γυναίκας. Υπάρχουν ωστόσο αρκετά στοιχεία που δείχνουν ότι η επιβίωση δεν φαίνεται να διαφέρει σημαντικά, ανάλογα με το είδος της αντιμετώπισης. Έχει, λοιπόν, ενδιαφέρον να δει κανείς αν οι ψυχολογικές επιπτώσεις μεταξύ των δύο μεθόδων διαφέρουν, αφού οι υποστηρικτές των μη ριζικών επεμβάσεων τονίζουν ιδιαίτερα αυτήν την πλευρά.

Τα συμπεράσματα είναι:

**α) Διαφορές στην εικόνα του εαυτού:** Λίγους μήνες μετά την επέμβαση και οι δύο ομάδες γυναικών αναφέρουν μειωμένη ελκυστικότητα και θηλυκότητα. Ένα χρόνο μετά όμως οι γυναίκες με μη ριζικές επεμβάσεις επιστρέφουν στην προ χειρουργική κατάσταση, σε αντίθεση με τις γυναίκες με ριζικές επεμβάσεις που συνεχίζουν να έχουν αισθήματα απώλειας της θηλυκότητάς τους και της εικόνας του εαυτού τους.

**β) Διαφορές στην σεξουαλική λειτουργία:** Φαίνεται ότι οι ασθενείς με μαστεκτομή έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν σοβαρή έκπτωση της σεξουαλικής λειτουργίας μετά την επέμβαση όπως αυτή εκδηλώνεται στην μείωση της επιθυμίας, της ικανοποίησης και της συχνότητας. Η επιπλοκή αυτή αν και γενικά όπως αναφέρθηκε είναι σχετικά μικρή, ωστόσο φαίνεται να εκδηλώνεται σχεδόν αποκλειστικά στην ομάδα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.

**γ) Διαφορές στις ψυχιατρικές διαταραχές (αγχώδεις - καταθλιπτικές διαταραχές) :** Από τα υπάρχοντα στοιχεία δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές στην συχνότητα ψυχιατρικών διαταραχών.

Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ψυχιατρικές επιπλοκές μετά την χειρουργική θεραπεία επηρεάζονται σε δύο τομείς:

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

**β) στην πρόγνωση:** Μερικές ενδιαφέρουσες εργασίες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη έχουν υψηλότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής σε καρκίνο πρωίμου σταδίου.

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν τους μηχανισμούς με τους οποίους οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στην πορεία του καρκίνου του μαστού. Ιδιαίτερα έχουν μελετηθεί οι πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί που μπορεί να μεσολαβούν. Δύο τέτοιοι μηχανισμοί, που έχουν αναφερθεί στην σχετική βιβλιογραφία είναι οι ακόλουθοι:

**α)** Γυναίκες, που μια εβδομάδα μετά τη μαστεκτομή εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσφορία και όχι καλή προσαρμογή εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων.

**β)** Γυναίκες που 3 μήνες μετά τη μαστεκτομή χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα ανοσοσφαιρινών IgM σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωικής αποδοχής ή της μαχητικότητας. Η υπόθεση που έχει γίνει είναι ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενή και είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που δεν ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgG2 και IgG4), γεγονός που μπορεί να εμποδίζει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που

ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgM ), γεγονός που μπορεί να βοηθά στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.<sup>28</sup>

## **5.2.ii ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Τα σημαντικότερα επιθυμητά αποτελέσματα της προεγχειρητικής προετοιμασίας είναι η μείωση του άγχους, η κατανόηση από μέρους της ασθενούς της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής αγωγής και η ικανότητα της να εκτελεί δραστηριότητες που έχουν ως σκοπό την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Ο νοσηλευτής **ενημερώνει** την ασθενή για τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί (εργαστηριακές εξετάσεις πριν από την εγχείρηση, προνάρκωση, μεταφορά στο χειρουργείο, αναισθησία, ανάνηψη).

**Ενθαρρύνει** την ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους της και να λάβει μέρος ενεργά στη λήψη αποφάσεων που την αφορούν.

Κανονίζει ένα ραντεβού με τον πλαστικό χειρουργό εφόσον απαιτηθεί αργότερα επανορθωτική μαστού.

**Εκπαιδεύει** την ασθενή στην εκμάθηση ασκήσεων που μπορεί να χρειαστούν μετά την εγχείρηση και οι οποίες θα βοηθήσουν στην πρόληψη και /ή στην πρόωμη διάγνωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, αλλά και στην ικανότητα της ασθενούς και της οικογένειας για αυτοφροντίδα.

Τέτοια μέτρα είναι οι ασκήσεις του άκρου, η αναγνώριση των σημείων και των συμπτωμάτων μιας λοίμωξης, η φροντίδα του τραύματος, η πρόληψη και ο χειρισμός του λεμφοιδήματος, ο έλεγχος του πόνου και μέσα ανακούφισης για τον πόνο, η αγορά ενός ειδικού στηθόδεσμου, η **προτροπή** να γραφτεί σε ένα πρόγραμμα ανάρρωσης από εγχειρήσεις για καρκίνο του μαστού κ.λ.π.<sup>27</sup>

## **5.2.iii. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η πλειονότητα των σωματικών ενοχλημάτων σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση για καρκίνο του μαστού οφείλεται στην εκτομή των μασχालιαίων λεμφαδένων.

Τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να εμφανίσει η ασθενής μετά την επέμβαση είναι η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, οι διαταραχές αντίληψης του εαυτού και η εμφάνιση των επιπλοκών.

Οι διαταραχές αυτοεξυπηρέτησης στο νοσοκομείο σχετίζονται κυρίως με την ατομική υγιεινή, τη διατροφή και τις ασκήσεις μετά τη μαστεκτομή.

**Οι πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης είναι:**

Ä Λεμφοίδημα. Σε ελαφρή μορφή λεμφοιδήματος οι ενέργειές μας σχετίζονται με την πρόληψη συσσώρευσης λέμφου

Ä Σε αυτό βοηθάει η ανύψωση του μέλους, η ήπια άσκηση, το μασάζ, η ελάττωση λήψης αλατιού, η αποφυγή τοπικά θερμότητας και τραυματισμού και η ελαστική υποστήριξη με ειδικό μανίκι.

Ä Σε πιο βαριές περιπτώσεις θα χρειαστεί εναλλασσόμενη πίεση με ειδική συσκευή (intermittent sequential pneumatic compression).

Ä Διαταραχή της αισθητικότητας και κινητικότητας του βραχίονα λόγω τραυματισμού ή πίεσης των νεύρων της περιοχής.

Ä Υποκειμενικά παράπονα που εκδηλώνονται ως μούδιασμα, αδυναμία, υπερευαισθησία δέρματος, φαγούρα, αίσθημα μαστού-φάντασμα και αίσθημα τρυπήματος από βελόνα θα αλλάξουν σε χαρακτήρα και θα επιμένουν για >12 μήνες και μερικές φορές για περισσότερο.

Ä Μετά την αρχική ανάρρωση από το χειρουργείο, οι αισθητικές αλλαγές είναι τα πιο συχνά χρόνια παράπονα των ασθενών.

Ä Φλεγμονή του τραύματος, σχηματισμός ορώδους συλλογής ή /και αιματώματος.

Ä Πόνος οφειλόμενος στην εγχείρηση.

Ä Πνευμονία οφειλόμενη σε αναισθησία, ακινησία ή ανεπαρκή αερισμό.

Ä Αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

Ä Μπορεί να γίνει αποκατάσταση του μαστού μετά την αφαίρεση του όγκου σε χρονικό διάστημα που ποικίλλει μετά τη χειρουργική θεραπεία.

Ä **Ο σκοπός της** είναι να παρέχει συμμετρία στους μαστούς όταν η γυναίκα φορά στηθόδεσμο και να διατηρήσει ή να ξαναποκτήσει την εικόνα του σώματος της που είχε πριν από την εγχείρηση.

Μια δυνατότητα στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο είναι η προσωρινή πρόθεση.

Συνίσταται να υπάρχουν γραπτές πληροφορίες που να συμπληρώνουν την προφορική εκπαίδευση. Οι πληροφορίες κατά το εξιτήριο θα διευκολύνουν την αυτοφροντίδα στο σπίτι και θα ελαττώσουν τα επίπεδα άγχους της ασθενούς σε εξωτερική βάση.<sup>27</sup>

### 5.3. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στη θεραπεία της κακοήθους νόσου αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία 10ετία και αυτή η τάση συνεχίζεται.

Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται τη χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών –των και άλλου υγειονομικού προσωπικού.

Μια αύξηση των εξωτερικών αρρώστων στη μιας μέρας νοσηλεία καθιστά τον σύνδεσμο μεταξύ νοσοκομείου και κοινωνικής λειτουργού ακόμα απαραίτητο. Αυτή η ομάδα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει τον άρρωστο, τα μέλη της οικογένειας ή και τους φίλους του.

Καθώς λοιπόν μεγαλύτεροι αριθμοί ασθενών δέχονται χημειοθεραπεία, όλο και εμπλέκονται περισσότερες νοσηλεύτριες –τές στη φροντίδα τους σε ειδικευμένα κέντρα, Γενικά Νοσοκομεία και στην κοινωνία, αναπτύσσοντας μεγαλύτερη ικανότητα στη νοσηλευτική φροντίδα των χημειοθεραπευτικών αρρώστων.

Έτσι, θα αναφερθώ σήμερα στο ρόλο που θα παίζει η Νοσηλεύτρια-της στην αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας σε αρρώστους με κακοήθη νεοπλάσματα.

Διακρίνεται σε **Επικουρική (adjuvant) ή θεραπευτική.**

Η χημειοθεραπεία με την μορφή της επικουρικής χρησιμοποιείται σήμερα σε ασθενείς σταδίου I. Για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας σε αυτό το στάδιο υπήρχαν αμφιλεγόμενες απόψεις, πρόσφατες όμως μελέτες από τις ΗΠΑ και την Ευρώπη έδειξαν ότι ίσως υπάρχει κάποιο πρώιμο όφελος ιδιαίτερα σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες. Δεν υπήρχε όμως διαφορά στην αναμενόμενη επιβίωση. Αντίθετα πολύ σημαντική είναι η εφαρμογή της χημειοθεραπείας σε ασθενείς με στάδιο II. Εδώ ο στόχος είναι και συμπληρωματικός αλλά και θεραπευτικός αφού βοηθάμε στην αντιμετώπιση τυχόν μικρο-μεταστάσεων που είναι σε υποκλινικές μορφές.

Σε μεγαλύτερα κλινικά στάδια, η χημειοθεραπεία αποτελεί την μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Στα στάδια αυτά η χημειοθεραπεία δεν αυξάνει την επιβίωση εκτός από ορισμένες ομάδες ασθενών, βελτιώνει όμως την ποιότητα ζωής αυτών των αρρώστων.<sup>29</sup>

Οι νοσηλεύτριες-τές λοιπόν, μέσω του ρόλου τους θα δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες όπου μπορεί να κρατήσει όλο αυτό το stress του αρρώστου σε άριστο επίπεδο όπως σε μεταβολές του follow-up.

Σε χειρουργικούς αρρώστους, για παράδειγμα, μελέτες απέδειξαν ότι υστερεκτομηθείσες γυναίκες που είχαν δεχθεί εκπαιδευτικές συμβουλές δοκίμαζαν λιγότερο προεγχειρητικό άγχος και λιγότερη μετεγχειρητική αναλγησία από ασθενείς που είχαν αφεθεί στο να αντιμετωπίσουν μόνες τους.

Στη χημειοθεραπεία θα δώσει πληροφορίες (φάρμακα, διάρκεια και τρόπο θεραπείας, παρενέργειες) μεμονωμένα ή καθ' ομάδες και θα δώσει το χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη ή άγχος του.<sup>29</sup>

### **5.3.i. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Για να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, προϋποθέτει :

**Ä** Επιλογή του θεραπευτικού σχήματος από την υγειονομική ομάδα έτσι ώστε ο νοσηλευτής να είναι προετοιμασμένος για τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν και να είναι σε θέση να λύσει ειδικά θέματα που μπορεί απασχολούν την ασθενή.

**Ä** Κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης και επικοινωνίας με την ασθενή έτσι ώστε να μπορεί να γίνει το εξατομικευμένο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες της ασθενούς τη δεδομένη στιγμή.

**Ä** Συντονισμό με τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας για την παροχή ολιστικής φροντίδας.

**Ä** Εκπαιδευμένους ογκολογικούς νοσηλευτές στη χρήση των χημειοθεραπευτικών (σωστή διάλυση και σωστός χρόνος χορήγησης των φαρμάκων ,γνώση των κανόνων σε περίπτωση εξαγγειώσης των φαρμάκων ή διασποράς στο περιβάλλον, σωστή τεχνική φλεβοκέντησης κ.λπ.).

***Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ασθενούς περιλαμβάνει:***

**Ä** Ασφαλή χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

- Ä Αντιμετώπιση των γενικών παρενεργειών της χημειοθεραπείας.
- Ä Προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων και πρόληψη των τοπικών επιπλοκών όταν αυτά χορηγούνται ενδοφλεβίως.
- Ä Συμβουλευτική για τοποθέτηση Hickman ή κεντρικού φλεβοκαθετήρα και τεχνική φροντίδας του.
- Ä Πληροφόρηση και εκπαίδευση της ασθενούς ή οποία πρέπει να περιλαμβάνει:
- Ä Ποιές είναι οι συχνότερες παρενέργειες ανά φάρμακο και πότε μπορεί να εμφανιστούν
- Ä Ποια προληπτικά μέτρα πρέπει να εφαρμόζει η ασθενής για να τις αποφύγει και πώς μπορεί να γίνει πρόωμη διάγνωση των παρενεργειών στο σπίτι
- Ä Ποιοι είναι οι τρόποι επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό
- Ä Ποια η σπουδαιότητα της ορθής εφαρμογής των φαρμάκων ανεξάρτητα από τις παρενέργειες, ιδιαίτερα όταν τα φάρμακα αυτά χορηγούνται στο σπίτι.<sup>27</sup>

## 5.4. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία ως συμπληρωματική θεραπεία μετά από μαστεκτομή με λεμφαδενικές μεταστάσεις αποσκοπεί στην εξουδετέρωση κυρίως των τοπικών υποτροπών. Ως θεραπεία δε βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών, αυτό εξηγείται με τη σύγχρονη άποψη για τη βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού, κατά την οποία οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν αποτελούν ηθμό, αλλά απλώς είναι δείκτες της έκτασης και γενίκευσης της νόσου.

Σε προχωρημένους καρκίνους του μαστού κλινικού σταδίου T<sub>3</sub>-T<sub>4</sub>, N<sub>2</sub>, N<sub>3</sub>, η ακτινοθεραπεία γίνεται με υψηλές δόσεις ακτινοβολίας (6.000 CGy), ακολουθεί δε εμφύτευση ραδιενεργών πηγών. Τέλος η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε οστικές μεταστάσεις, για την πρόληψη καταγμάτων και μείωση του πόνου. Εφαρμόζεται επίσης σε εγκεφαλικές και δερματικές μεταστάσεις.<sup>4</sup>

### 5.4.i ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Ä Ενημέρωση για το είδος της θεραπείας και επίλυση συνηθισμένων αποριών που αφορούν σε αυτήν, π.χ. πόσες μέρες θα κάνει την ακτινοθεραπεία και πόση ώρα κάθε



φορά, ποιες είναι οι επιπλοκές, αν πρέπει να μένει όλες τις ημέρες στο νοσοκομείο, τι θα γίνει με το σχεδιασμένο πεδίο της RT που έχει στο δέρμα.

Ä Ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Ä Εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή και τον εαυτό της.

Ä Αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Οι πιο συχνές παρενέργειες βραχείας δράσης που αναφέρονται είναι η κόπωση (>90%), αλλαγές στο δέρμα, διαταραχές του ύπνου (39%-64%) και αλλαγές αίσθησης στον μαστό (>50%).

Η κόπωση είναι η πιο συχνή παρενέργεια κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού της ακτινοθεραπείας με σταδιακή βελτίωση μερικούς μήνες μετά.

Οι αλλαγές αίσθησης περιγράφονται ως πόνος, σουβλιές, κάψιμο, χωρίς όμως να θεωρούνται πολύ στρεσογόνες για την ασθενή.

Άλλες επιπλοκές είναι το ερύθημα μαστού και το οίδημα μαστού και βραχίονα.<sup>27</sup>

## 5.5. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το τοίχωμα που επενδύει τους εκφορητικούς πόρους και τους λοβούς του μαστού μεταβάλλεται υπό την επίδραση των ορμονών και κατά συνέπεια οι ορμονικοί χειρισμοί ή η ορμονική θεραπεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλές μέθοδοι για να ελεγχθεί η ορμονική ισορροπία, όπως η αφαίρεση των ωοθηκών ή ορισμένες φορές και της υπόφυσης. Πολλές γυναίκες ανταποκρίθηκαν σ' αυτούς τους χειρισμούς, ενώ άλλες όχι. Όσες ανταποκρίθηκαν φαίνεται πως όχι μόνο είχαν λιγότερο επιθετική νόσο αλλά, και αν ακόμα παρουσίαζαν υποτροπή, μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με ορμονικούς χειρισμούς με αυξημένη πιθανότητα ανταπόκρισης.

Πρόσφατα ανακαλύφθηκε ότι το ποσόν των οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων του όγκου σημαίνει ότι η ανάπτυξη του εξαρτάται από τις εν λόγω ορμόνες. Οι σχετικές μετρήσεις είναι σημαντικές για να προσδιοριστεί η συμπεριφορά του όγκου και η θεραπεία.<sup>3</sup>

## **5.5.i ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η νοσηλευτική φροντίδα στη χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων σχετίζεται κυρίως με τη διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών των φαρμάκων. Αρκετές από αυτές είναι προσωρινές και οι περισσότερες εμφανίζονται στο σπίτι, καθώς η χορήγηση ορμονών δεν απαιτεί νοσηλεία σε νοσοκομείο.<sup>27</sup>

## **5.6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Τα αντικαρκινικά φάρμακα είναι τοξίνες που συνιστούν θανάσιμη απειλή για το κύτταρο. Συνεπώς, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι τα κύτταρα έχουν αναπτύξει περίτεχνους μηχανισμούς άμυνας για να προστατεύονται από χημικές τοξίνες, όπως χημειοθεραπευτικές ουσίες.

Συνήθως, συνδυάζονται σε πλήρεις δοσολογίες, κυτταροτοξικές ουσίες που έχουν ποιοτικά διαφορετικές τοξικές δράσεις και διαφορετικούς μοριακούς στόχους και μηχανισμούς δράσης.

*Τα πλεονεκτήματα αυτών των συνδυασμών είναι:*

- α) Επιτρέπουν τη μέγιστη δυνατή καταστροφή κυττάρων μέσα σε ανεκτά όρια τοξικότητας*
- β) Είναι αποτελεσματικοί εναντίον ενός ευρύτερου φάσματος κυτταρικών κλώνων μέσα στον ετερογενή πληθυσμό του όγκου και*
- γ) Μπορεί να επιβραδύνουν ή και να αποτρέψουν την εμφάνιση ανθεκτικών όγκων.<sup>30</sup>*

## **5.6.i. ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Τα νέα από το «μέτωπο του καρκίνου» δεν είναι πάντα δυσάρεστα ή ανεδαφικά, όπως πιστεύουν πολλοί. Απεναντίας το 2005 ξεκινάει με πολλές και βάσιμες ελπίδες, που «καλλιέργησαν» μάλιστα ελληνικά χέρια.

Το πρώτο ελπιδοφόρο νέο είναι το εμβόλιο της καθηγήτριας κ. Βάσως Αποστολοπούλου για τον καρκίνο του μαστού, το οποίο όλα δείχνουν ότι θα αρχίσει να ξαναδοκιμάζεται με την συνεργασία του επίκουρου καθηγητή και χειρουργού κ.

Σταμάτη Βασίλαρου, όπως και την προηγούμενη φορά. Ο Ε.Ο.Φ αναμένεται να δώσει, αν δεν το έχει ήδη δώσει, το πράσινο φως για την επανέναρξη της έρευνας σε περισσότερες ασθένειες.

Το άλλο ελπιδοφόρο είναι ένα εμβόλιο που άρχισε να δοκιμάζεται πιο πρόσφατα και δείχνει πάντα κάποια θετικά κατ' αρχάς αποτελέσματα. Επικεφαλής της πειραματικής χορήγησής του στην Ελλάδα είναι ο καθηγητής Ογκολογίας στο Πανεπιστήμιο Κρήτης κ. Βασίλης Γεωργούλιας. Πάντως, όλες οι προσπάθειες στον τομέα αυτό στοχεύουν στο να χαρίσουν στον ανθρώπινο οργανισμό ένα «όπλο» που μέχρι στιγμής δεν διαθέτει: έναν τρόπο να αναγνωρίζει ως εχθρικά τα καρκινικά κύτταρα και να τα καταπολεμά αποτελεσματικά<sup>31</sup>

## 5.7. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ- ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

*Ταξινόμηση καρκίνου μαστού και προτεινόμενη μέθοδος θεραπείας.<sup>5</sup>*

ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
<b>Στάδιο 1</b> Μάζα εντοπισμένη στο μαστό-όλοι οι αδένες αρνητικοί	Ριζική μαστεκτομή. Μερικοί προτιμούν απλή μαστεκτομή και ακτινοβολία. Άλλοι προτιμούν απλή μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία.
<b>Στάδιο 2</b> Μάζα εντοπισμένη στο μαστό-μασχαλιαίοι αδένες θετικοί	Προτιμάται η ριζική μαστεκτομή με ή χωρίς μετεγχειρητική ακτινοβολία.
<b>Στάδιο 3</b> Μάζα μαστού τοπικά εκτεταμένη-μασχαλιαίοι, υπερκλείδιοι και έσω μαζικοί αδένες θετικοί	Η κατάσταση αυτή θεωρείται ανεγχείρητη. Η παρέμβαση εξαρτάται από την έκταση της νόσου: <i>α)</i> Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία <i>β)</i> Ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.
<b>Στάδιο 4</b> Απομακρυσμένες μεταστάσεις	Η παρέμβαση εξαρτάται από την εντόπιση της μετάστασης:

	<p><i>α)</i> Ακτινοθεραπεία για αρχική αλλοίωση ή μετάσταση</p> <p><i>β)</i> Συστηματική:οιστρογόνα, ανδρογόνα, κορτικοστεροειδή</p> <p><i>γ)</i> Χημειοθεραπεία</p>
--	--

## 5.8. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Οι παρενέργειες της θεραπείας είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη συμμόρφωση ή όχι στο θεραπευτικό σχήμα και αυτές που επηρεάζουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής της ασθενούς.

Αν και η επιβίωση είναι ο υπέρτατος στόχος για τις ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας , όλο και πιο συχνά λαμβάνονται υπόψη οι τοξικότητες από τη χημειοθεραπεία και άλλες επιπλοκές στο πώς επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Ορισμένες από αυτές κάτω από το νέο πρίσμα αποθαρρύνουν πιο επιθετικές επιλογές. Ως μέλη της ομάδας που ξοδεύουν τον περισσότερο χρόνο τους με τον ασθενή , οι ογκολογικοί νοσηλευτές βλέπουν πρώτοι τις όποιες ανεπιθύμητες ενέργειες τόσο στο οργανικό όσο και στο ψυχολογικό / συναισθηματικό επίπεδο και μπορούν να τις αναφέρουν έγκαιρα και με ακρίβεια.

Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην απόφαση της ασθενούς για τη συμμετοχή της ή μη σε μια κλινική έρευνα.

Μπορεί να αναγνωρίσει προβλήματα, να λύσει διαμάχες ή να απαντήσει σε ερωτήσεις καθώς η έρευνα προχωρά και να επιβεβαιώσει την εθελοντική συμμετοχή της ασθενούς αφού την έχει ενημερώσει για όλες τις όψεις της έρευνας. Μπορεί επίσης να διαπιστώσει αν υπάρχουν ιατρογενείς επιπτώσεις στην ασθενή ( π. χ παραμέλησή της ή μη εισαγωγή της ) λόγω αρνητικής συμμετοχής της σε έρευνα.<sup>27</sup>

## 5.9. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

### *ΕΙΣΑΓΩΓΗ*

Ο καρκίνος του στήθους είναι ο πιο συχνός στις γυναίκες. Δεν αποτελεί μόνο απειλή για την ζωή τους, αλλά και για την θηλυκότητά τους. Έως το 1980, η χειρουργική θεραπεία συνίστατο στην αφαίρεση του καρκίνου του μαστού. Στα τελευταία χρόνια επικρατεί μια άλλη επιστημονική αντίληψη: της συντηρητικής θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου, ώστε να αποφευχθεί η αφαίρεση του μαστού, χωρίς να μειωθούν οι πιθανότητες θεραπείας.

Έως το 1985, μια γυναίκα στις τρεις ακολουθούσε αυτήν την τελευταία μέθοδο. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, δεν σημειώθηκε πρόοδος και η αφαίρεση του μαστού θεωρήθηκε ως η μόνη λύση. Υποστηρίχθηκε, όμως, η άποψη ότι η πλαστική χειρουργική αποτελεί ένα μέσο για να μειωθεί το ψυχολογικό σοκ.

Σε ένα άρθρο που δημοσιεύτηκε το 1989 στην «Επιθεώρηση της Ιατρικής» της Νέας Αγγλίας, ο καθηγητής στο πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ Ρόμπερτ Γκόλντγουν έγραφε ότι παρά τις προσπάθειες που κατέβαλλαν οι Αμερικάνοι επιστήμονες στα τελευταία 10 χρόνια, το θέμα της αντικατάστασης του γυναικείου μαστού δεν αντιμετωπίστηκε θετικά. Υπάρχουν ακόμη αντίθετες γνώμες. Στα τελευταία χρόνια όμως, γίνεται αντικατάσταση του μαστού σε διαρκώς περισσότερες γυναίκες. Το 1981 μόνο 20.000 Αμερικανίδες απέκτησαν νέο μαστό, ενώ το 1984 98.000.

Είναι απαραίτητο οι γυναίκες ασθενείς να περιμένουν ένα χρόνο προτού αποφασίσουν την ανασύσταση του μαστού. Δεν μπορούσε να γίνει αυτό στην περίοδο της χειρουργικής επέμβασης .

Ο δρ. Γκόλντγουν υποστηρίζει ότι η ανασύσταση του μαστού δεν αποτελεί εμπόδιο στην χημειοθεραπεία ή στη ραδιοθεραπεία, αν κριθεί απαραίτητο να γίνουν.

Εδώ όμως παρεμβαίνει και ο ψυχολογικός παράγοντας και γι 'αυτό οι γιατροί λένε ότι είναι προτιμότερο να περάσει η ασθενής από ένα στάδιο αναμονής προτού γίνει «πλαστικός μαστός». Οι ψυχαναλυτές μάλιστα έχουν τη γνώμη ότι ο χρόνος αυτός είναι9 απαραίτητος διότι παρέχει τη δυνατότητα στην ασθενή να «θρηνηήσει» τον χαμένο μαστό ενώ θα προετοιμάζεται καλύτερα η πλαστική εγχείρηση.<sup>19</sup>

### 5.9.i. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η έννοια της λέξεως *αποκατάσταση* σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη του κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε. Και σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία της αρρώστιας.

Σήμερα, όταν μιλούμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει βιο-ψυχολογικές όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει «ποιότητα ζωής» σήμερα, δηλαδή να μη κλαίει για το χθες και να μη τρέμει το αύριο.<sup>32</sup>

### 5.9.ii. ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΑΣΤΟΥ

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 εξωτερικά 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. Απαιτείται συνήθως η συνεργασία ομάδας ειδικών (πλαστικού χειρουργού, γενικού χειρουργού, ακτινολόγου, ογκολόγου και γενικού ιατρού).

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 το χαμένο μαστό).

Η άμεση ανακατασκευή ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που επιθυμούν να αποφύγουν μια δεύτερη επέμβαση αλλά έχουν συνειδητοποιήσει πως υπάρχει κάποιος ελαφρώς αυξημένος

κίνδυνος να προκύψουν προβλήματα επούλωσης. Όταν όμως ο όγκος είναι μεγάλος και πρέπει να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αποφεύγεται συνήθως η άμεση ανακατασκευή του μαστού. Ο αρχικός στόχος είναι η ίαση από τον καρκίνο, ενώ η ικανοποιητική πλαστική ανακατασκευή έρχεται σε δεύτερη μοίρα.

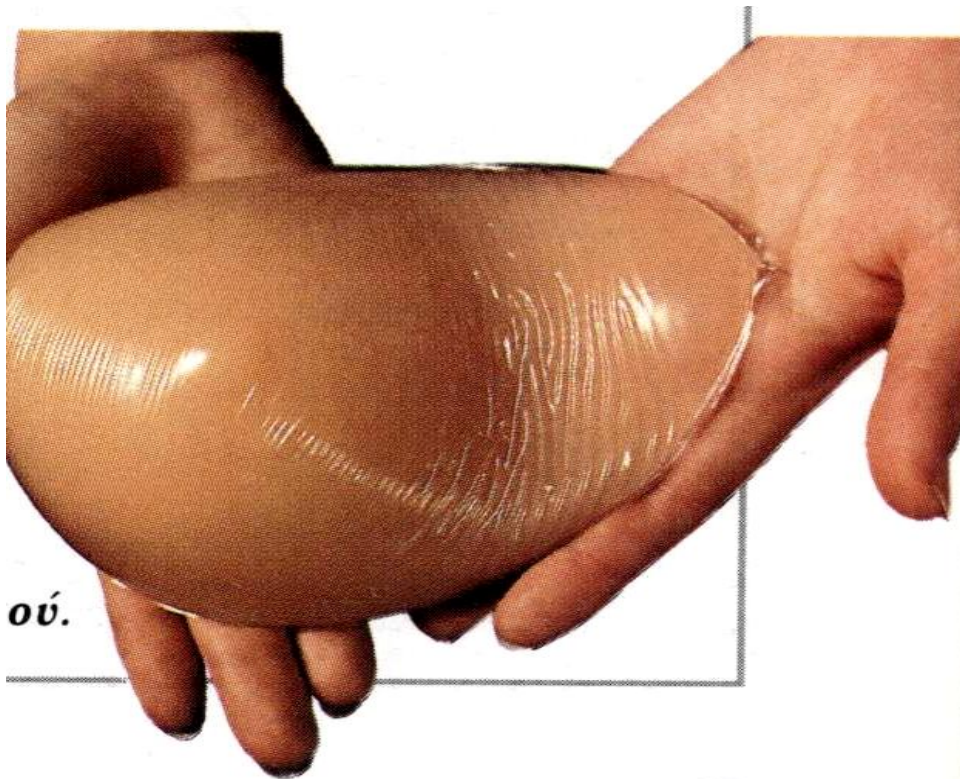
Η καθυστερημένη επίλυση του προβλήματος έχει πολλά μειονεκτήματα. Επιτρέπει στο χειρουργικό τραύμα να επουλωθεί. Επιπλέον, ο παθολογοανατόμος θα μελετήσει τα όρια του ιστού που θα επανακατασκευαστεί και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, πράγμα που επιτρέπει να επιλεγεί σωστότερη τεχνική.

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 την συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και δύο έως τρεις μήνες πέρας της χημειοθεραπείας.<sup>3</sup>

### **5.9.iii. ΟΜΟΙΩΜΑΤΑ ΣΤΗΘΟΥΣ**

Διατίθενται διάφορα είδη ομοιωμάτων που μπορούν να τοποθετηθούν μέσα σε ένα στηθόδεσμο ή μαγιό, για να αντικαταστήσουν ένα μαστό που ένα μαστό που έχει αφαιρεθεί.

Υπάρχουν επίσης στηθόδεσμοι με ενσωματωμένα πρόσθετα στήθους. Τα ομοιώματα αυτά είναι σχεδιασμένα, ώστε να απομιμούνται την εμφάνιση και την αίσθηση του φυσιολογικού μαστού.<sup>33</sup>



#### 5.9.iv. ΠΡΟΣΘΕΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ

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:**

Ά Ο μαστός ανακατασκευάζεται σε μια επέμβαση.

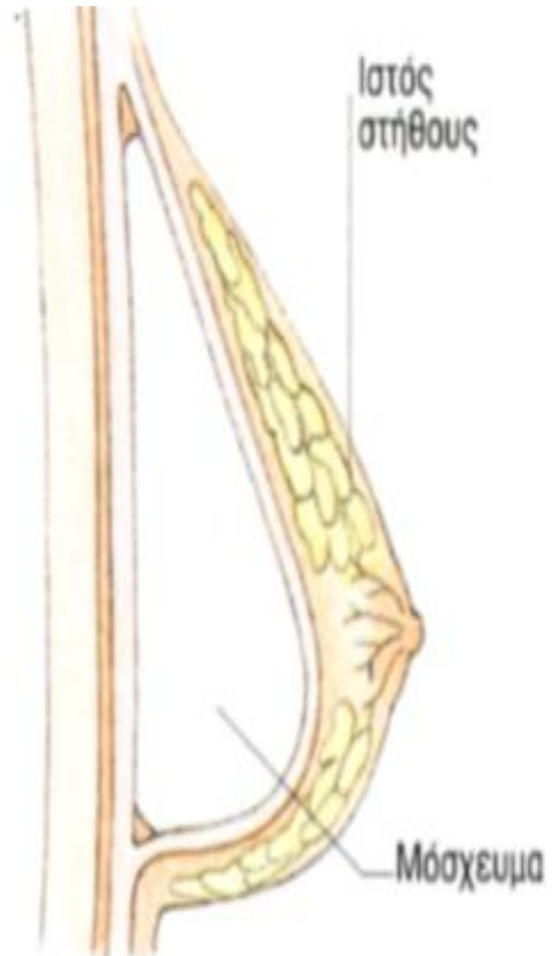
##### **Μειονεκτήματα:**

Ά Συνήθως δεν δημιουργείται το περίγραμμα του μαστού όπως φαίνεται στον φυσιολογικό μαστό και όπως με τις άλλες τεχνικές.

Ά Όπως συμβαίνει με κάθε εμφύτευμα σιλικόνης, υπάρχει μικρός κίνδυνος λοίμωξης που θα μπορούσε να οδηγήσει σε προσωρινή απόρριψη του εμφυτεύματος.

Ά Σε ορισμένες ασθενείς εμφανίζονται μακροχρόνιες παρενέργειες από τη σιλικόνη. Το ενδεχόμενο μελετάται ενδελεχώς και ο ιατρός πρέπει να το συζητά με την ασθενή.<sup>33</sup>





### 5.9.v. ΣΙΛΙΚΟΝΗ ΚΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πολλές γυναίκες που επιθυμούν να κάνουν προσθετική στήθους φοβούνται την περίπτωση να αποκτήσουν καρκίνο μαστού. Οι ειδικοί καθησυχάζουν λέγοντας ότι όχι μόνο δεν αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης αυτής της μορφής καρκίνου αλλά ενδέχεται και να μειωθεί. Δανοί επιστήμονες από την εταιρεία κατά του καρκίνου εξέτασαν 2800 γυναίκες, από το 1973 μέχρι το 1995, οι μισές εκ των οποίων είχαν υποβληθεί σε προσθετική επέμβαση στήθους. Διαπίστωσαν πως εκείνες που είχαν

προσθέσει σιλικόνη στο στήθος τους είχαν τουλάχιστον 30% λιγότερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού απ' ότι οι γυναίκες που δεν είχαν υποβληθεί σε προσθετική επέμβαση. Προς το παρόν δεν είναι γνωστό τι προκαλεί τη μείωση του κινδύνου, αλλά οι ειδικοί τονίζουν πως σίγουρα δεν οφείλεται στην σιλικόνη.<sup>34</sup>

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6*

*“Πρόληψη καρκίνου μαστού”*

## **6.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Πρόληψη σημαίνει αποφυγή και προφύλαξη από τους παράγοντες εκείνους του περιβάλλοντος που ενοχοποιούνται για την καρκινογένεση. Είναι αρκετά εύκολη η προφύλαξη εφόσον γνωρίζουμε αρκετούς αιτιολογικούς παράγοντες οι οποίοι θεωρούνται υπεύθυνοι για την καρκινογένεση.

Ο καρκίνος στις μέρες μας έχει λάβει μορφή χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας που επηρεάζει τη φυσική, κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική κατάσταση των ατόμων και των οικογενειών τους. Οι περιορισμοί που επιβάλλει απαιτούν αλλαγή του τρόπου ζωής και προσαρμογή στα νέα πλαίσια ώστε η χρόνια ασθένεια να μην αγνοείται, αλλά να γίνεται καλά αποδεκτή. Αυτό σημαίνει ότι άτομα και οικογένειες αναζητούν και κάνουν χρήση των υπηρεσιών της αποκατάστασης.

Σήμερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση έχει γίνει παγκόσμιο σύνθημα επιβίωσης και έχουν κινητοποιηθεί όλοι οι φορείς, πολιτεία, τοπική Αυτοδιοίκηση, Επιστημονικοί Οργανισμοί, Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό. Η Νοσηλεύτρια-της έχει εξέχοντα ρόλο στην εκστρατεία αυτή κατά του καρκίνου και η συμβολή των είναι απαραίτητη για την επιτυχία του επίπονου αυτού έργου.

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού μέσω της έγκαιρης διάγνωσης είναι υπόθεση της κάθε γυναίκας που φροντίζει τον εαυτό της. Η φροντίδα του εαυτού της είναι υποχρέωση της για τον ίδιο της τον εαυτό, για την οικογένειά της και για την κοινωνία.

Ένας και μοναδικός είναι ο τρόπος που μπορεί να γίνει η έγκαιρη διάγνωση μέσω της ενημέρωσης και της επαγρύπνησης. Ο φόβος δεν βοηθά σε τίποτε και δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι η έγκαιρη διάγνωση ισοδυναμεί τις περισσότερες φορές με ίαση και επιβίωση.

## **6.2. ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ**

Βασική πηγή ενημέρωσης των Ελλήνων, και αυτοί που εμπιστεύονται περισσότερο, είναι οι επαγγελματίες των κλάδων Υγείας, δηλαδή γιατροί, νοσηλευτές

και φαρμακοποιοί. Οι οργανώσεις γιατρών, όπως οι «Γιατροί Χωρίς Σύνορα» και οι οργανισμοί Υγείας όπως ο «Ερυθρός Σταυρός», θεωρούνται οι πιο αξιόπιστοι.

Στη δεύτερη θέση βρίσκονται οι οργανώσεις καταναλωτών, τα διάφορα εκπαιδευτικά ιδρύματα και οι οικολογικές οργανώσεις.

Στην Τρίτη θέση κατατάσσονται τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες και σχετικά περιοδικά), ενώ η είσοδος του Διαδικτύου στη ζωή μας είναι σχετικά πρόσφατη και οι πολίτες που ανατρέπουν εκεί για πληροφορίες δεν ξεπερνούν το 15% του πληθυσμού.

Κύριες αιτίες για την μειωμένη χρήση του νέου μέσου είναι η άγνοια για τον όγκο πληροφοριών που είναι διαθέσιμες και η έλλειψη αξιοπιστίας προς αυτές. Στις τελευταίες θέσεις της λίστας τοποθετούνται οι κυβερνήσεις, οι ιδιωτικές επιχειρήσεις και τα κόμματα, με ποσοστά 23%, 16% και 11% αντίστοιχα.

### **6.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Η πρόληψη συνιστά ιεραρχικά πρωταρχικό καθοριστικό παράγοντα, διατήρησης και αποκατάστασης της υγείας και σχετίζεται με εκείνα τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ποιότητα ζωής και το επίπεδο κοινωνικό-οικονομικής ανάπτυξης.

Η ανάπτυξη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των προγραμμάτων πρόληψης απαιτεί ολοκληρωμένο σχεδιασμό, τυποποίηση, στρατηγική, ευπλαστότητα προγραμματισμού και πολιτική υποστήριξη και παροχή των αναγκαίων μέτρων και μέσων.

Τα προγράμματα πρόληψης πραγματοποιούνται μέσα σε διάφορα κοινωνικά πλαίσια με αντίστοιχους τρόπους παρέμβασης. Πιο συγκεκριμένα:

**Α** Στο Σχολείο με παιδαγωγικές μεθόδους εκπαίδευσης των μαθητών (έντυπα-παιχνίδια-πρότυπα) μετά από κατάλληλη εκπαίδευση των παιδαγωγικών καθηγητών. Η εκπαίδευση για την υγεία με στόχο την αποτελεσματική πρόληψη πρέπει ιδιαίτερη έμφαση να δίνεται στο κοινωνικό-πολιτιστικό υπόβαθρο των αντιλήψεων για την υγεία.

Ä Στην Οικογένεια με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και στην διάρκεια συμβουλευτικής συνεργασίας με ιατροκοινωνικούς και παιδαγωγικούς φορείς με έντυπα.

Ä Στο κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, συμμετοχικές διαδικασίες σε προγράμματα υγείας, στήριξη θεσμών και πολιτιστικών παραδόσεων.

Οι παραδοσιακοί μέθοδοι υγειονομικής διαφώτισης παρουσιάζουν κρίση και αμφισβήτηση αποτελεσματικότητας, γι' αυτό η σύγχρονη αντίληψη περιέχει την πολυδιάστατη έννοια της υγείας και προτρέπει στην διεπιστημονική παρέμβαση και κοινωνική συμμετοχή.

Ä Στις υπηρεσίες και επαγγέλματα υγείας με διαρκή εκπαίδευση και ενημέρωση, με ενίσχυση επιστημονικού και επαγγελματικού τύπου, με ενίσχυση της χρήσης συγγραμμάτων και πληροφοριών.

## 6.4. ΣΤΑΔΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Τα σύγχρονα κοινωνικά μεγέθη, το πολυδιάστατο περιεχόμενο της υγείας και η πολυεπίπεδη αναγκαιότητα παρέμβασης καθιστούν την διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία επιτακτική.

Ιδιαίτερα στον τομέα της πρόληψης η κοινωνική παρέμβαση είναι καθοριστική για ενημέρωση, εκπαίδευση, συμμετοχή. Η χρήση μεθόδων αγωγής υγείας και συμβουλευτικής απαιτούν πολυδύναμη διεπιστημονική ομάδα (ομάδα υγείας- TEAM HEALTH) με αποδοχή και εμπειρία στην διαδικασία της διεπιστημονικής συνεργασίας και με δυνατότητες να προκαλέσει θετική εμπλοκή στον αγώνα της πρόληψης και των άλλων παραγόντων της κοινότητας με κοινωνική επιρροή και ρόλο (όπως γυμναστές καλλιτέχνες, εκπαιδευτικούς και άλλα).

Η έννοια της πρόληψης αναλύεται σε τρία επίπεδα:

### 6.4.i. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

**Πρωτογενής πρόληψη:** περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που στοχεύουν να μειώσουν την εμφάνιση μιας ασθένειας στον πληθυσμό, περιορίζοντας τον κίνδυνο έναρξής της.

Στον καρκίνο μαστού δεν υπάρχει **πρωτογενής πρόληψη**, δηλαδή αποφυγή παραγόντων ή ουσιών που μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο (δεν είναι δηλαδή όπως στον καρκίνο του πνεύμονα ν' αποφεύγουμε το κάπνισμα, στον καρκίνο του γαστρεντερικού να προσέχουμε τη δίαιτα μας, και στον καρκίνο του δέρματος αποφυγή εκθέσεως στον ήλιο ή σε ακτινοβολίες.). Στον καρκίνο μαστού έχουμε **δευτεροπαθή πρόληψη**, δηλαδή έγκαιρη διάγνωση.

#### **6.4.ii. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

**Δευτερογενής πρόληψη:** περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που στοχεύουν να παρέχουν ικανή προστασία στον πληθυσμό από μια ασθένεια μειώνοντας την διάρκεια και την βαρύτητα μιας αρρώστιας.

#### **6.4.iii. ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

**Τριτογενής πρόληψη:** περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που στοχεύουν να περιορίσουν τις χρόνιες συνέπειες μιας ασθένειας ελαχιστοποιώντας την λειτουργική ανικανότητα, που μπορεί να επιφέρει μια ασθένεια.

### **6.5. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας είναι επίσης πρόεδρος της Διεθνούς Εταιρείας Έρευνας του Καρκίνου του Μαστού και πρόεδρος του Ελληνικού Συνδέσμου «Σούζαν Κόμεν» για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού. Ενός συνδέσμου που αναπτύσσει ιδιαίτερη δραστηριότητα, με στόχο την πρόληψη, αλλά και την ενημέρωση των ήδη ασθενών. Πέρσι, ο σύνδεσμος έκανε την καταγραφή των αναγκών σ' ό,τι αφορά τον καρκίνο του μαστού σ' όλη την Ελλάδα και είναι πολύ πιθανό να υλοποιήσει τη δημιουργία κέντρου - αρχείου νεοπλασιών. Συνεργάζεται με την Αντικαρκινική Εταιρεία, την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας, με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με καρκίνο του μαστού, αλλά και με τις νοσηλεύτριες. Έχει εκδώσει πληροφοριακά φυλλάδια. Πρόσφατα εκπρόσωποί του

επισκέφθηκαν την ακριτική Αστυπάλαια, όπου πραγματοποιήθηκε ενημερωτική εκδήλωση γυναικών και ανδρών. Σε συνέχεια επιστήμονες έκαναν στις γυναίκες τεστ Παπανικολάου και τους έκλεισαν ραντεβού για να έρθουν στην Αθήνα να κάνουν μαστογραφία (στα νοσοκομεία «Άγιος Σάββας» και «Λαϊκό»). Αξίζει να σημειωθεί ότι η Αστυπάλαια είναι από τα νησιά της άγονης γραμμής αυτό που έχει τον μεγαλύτερο γυναικείο πληθυσμό. Τέλος, στο πλαίσιο της ενημερωτικής εκστρατείας του ο «σύνδεσμος» έχει κάνει αρκετά σεμινάρια σε δήμους και κοινότητες, σε γιατρούς και αδελφές νοσοκόμες.

Αν αυτή η ενημέρωση γινόταν από το κράτος σε όλη την Ελλάδα, πολλές ζωές θα σώζονταν. Κι αυτό γιατί στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι μια στις δώδεκα γυναίκες έχει πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της. Ανάμεσα στις γυναίκες που έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού είναι όσες ανήκουν σε οικογένειες που και άλλα μέλη τους είχαν αρρωστήσει με την ίδια πάθηση. Υπολογίζεται ότι η μαστογραφία έχει κατορθώσει να μειώσει τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού σε ποσοστό 30%-40% σε γυναίκες ηλικίας 40-69 χρόνων. Στις περισσότερες περιπτώσεις θεραπεύεται, αν διαγνωστεί έγκαιρα...

## **6.6. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ**

Τα στατιστικά στοιχεία για την αύξηση των κρουσμάτων του καρκίνου του μαστού είναι ανησυχητικά αλλά μια γυναίκα άνω των 50 χρονών διαθέτει, τουλάχιστον το καθησυχαστικό όπλο της μαστογραφίας. Το 1989, μία έρευνα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας ήρθε να επιβεβαιώσει ότι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού με τη μέθοδο των ακτίνων Χ, μπορεί να σώσει και τις νεότερες γυναίκες. Αποτελέσματα ερευνών αποδεικνύουν ότι η μαστογραφία μπορεί ποια να «δει» μέσω του στήθους των γυναικών που δεν έχουν φτάσει στην ηλικία της εμμηνόπαυσης. Η βελτίωση της μεθόδου οφείλεται στις τεχνολογικές προόδους, όπως π.χ. στα πιο ευαίσθητα φιλμ που χρησιμοποιούνται σήμερα. Παράλληλα, η δόση της ραδιενέργειας είναι τόσο μικρή, ώστε οι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι ο κίνδυνος για μια γυναίκα άνω των 35 χρονών είναι απειροελάχιστος.

Επίσης η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, χάρη στη μαστογραφία, αυξάνει το χρόνο επιβίωσης μιας γυναίκας κάτω των 50χρονων. Και



αυτό είναι πολύ σημαντικό, επειδή ο καρκίνος του μαστού είναι πολύ πιο επιθετικός στις γυναίκες που δεν έχουν φτάσει στην εμμηνόπαυση.

Αν και αρκετοί επιστήμονες παραμένουν επιφυλακτικοί για την αξία της μαστογραφίας στις νεότερες γυναίκες τα αποτελέσματα ερευνών έπεισαν το Αμερικανικό Εθνικό Καρκινικό Ινστιτούτο να μειώσει την ηλικία κατά την οποία συμβουλεύει τις γυναίκες να υποβάλλονται κάθε ένα ή δύο χρόνια σε μαστογραφία από τα 50 στα 40.

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7*

*"Ψυχολογικές και κοινωνικές  
διαστάσεις καρκίνου μαστού"*

## 7.1. ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι 20% περίπου των γυναικών με καρκίνο του μαστού δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν την ασθένεια, ορισμένες μάλιστα για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η αντιμετώπιση της ασθένειας είναι μια διεργασία, όπου το άτομο προσπαθεί να καταπολεμήσει και να υπερισχύσει της ασθένειάς του, ώστε να κατορθώσει να αποκτήσει την απαραίτητη ηρεμία και ισορροπία του εαυτού του.

Οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε ασθενούς που πάσχει από καρκίνο εξελίσσονται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση (όταν ο ασθενής μαθαίνει για τη νόσο του) χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φτάσει μέχρι τον πανικό. Η δεύτερη φάση (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει τη νόσο και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερα άρνηση της νόσου. Η Τρίτη φάση (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε από την παρουσία ψυχικών επιπλοκών.

Η ασθενής που δύναται να αντιμετωπίσει θετικά την ασθένεια της είναι αυτή που: (α) αναγνωρίζει τα γεγονότα και κατευθύνει την προσοχή της στους διάφορους υπαρκτούς τρόπους λύσης του προβλήματος. (β) Διατηρεί ανεπιφύλακτα επαφή με άλλα πρόσωπα (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) και ζητάει τη βοήθεια, κατεύθυνση και συμβουλή τους. (γ) Διατηρεί αγωνιστικό πνεύμα με τη βοήθεια της αυτοπεποίθησης της, του σωματικού της ειδώλου και οποιωνδήποτε άλλων διαθέσιμων πηγών. (δ) Αγωνίζεται να υπερνικήσει αισθήματα απελπισίας, χρησιμοποιώντας το εγώ και τις ψυχικές δυνάμεις της.

Συχνότατα, όμως, ο φόβος του άγνωστου μέλλοντος και περισσότερο ο φόβος του θανάτου είναι δυνατόν να κάνουν τον ασθενή να καταρρεύσει. Το αρχικό στάδιο χαρακτηρίζεται από ανασφάλεια, αίσθημα αδυναμίας, απομόνωση, εσωστρέφεια, φόβο για το θάνατο, ενοχή, θυμό, άγχος, κατάθλιψη, ακόμη και σκέψεις αυτοκτονίας.

## 7.2. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για την ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ. Εκτεταμένες έρευνες πάνω στους τρόπους αντιμετώπισης των σοβαρών νοσημάτων έχουν δείξει ότι οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι οι ακόλουθοι :

**α) Άρνηση (Denial).** Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : "δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς". Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα την συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.

**β) Μαχητικότητα (Fighting Spirit).** Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση και ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνη της για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά της και την αντιμετώπισή του. Συνήθως ρωτούν τον γιατρό τους για να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάστασή τους, ή άλλες φίλες τους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα, και μπορεί να αισθάνονται τυχερές που το "ανακάλυψαν γρήγορα".

**γ) Στωική αποδοχή (Stoic Acceptance).** Οι ασθενείς αυτές δέχονται την διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι'αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζούν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.

**δ) Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη (Anxious/depressed Acceptance).** Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

ε) **Απελπισία/Αβοηθητότητα (Hopeless/Helpless)**. Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη.

### **7.3. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ**

Την ψυχολογική υποστήριξη η οποία θα επιτευχθεί με την επικοινωνία του αρρώστου με σκοπό να μετριάσει το φόβο και το άγχος του αγνώστου.

Η αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο είναι τόσο οξεία, ώστε χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη στο stress της διάγνωσης και στο stress της θεραπείας. Οι επιπλοκές της θεραπείας είναι πολύ διαφορετικές από αυτές της διάγνωσης.

**Η χειρουργική** επέμβαση συνήθως φαίνεται σαν αναγκαίο κακό και η σκέψη ότι ο καρκίνος θα αφαιρεθεί είναι συχνά μια ανακούφιση αλλά η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν έχουν πάντα τέτοια εμφανή καλά αποτελέσματα, παρ' όλο που το εισιτήριο για ένα κρεβάτι στο Ακτινοθεραπευτικό τμήμα, η πράξη της συνταγογραφίας της χημειοθεραπείας, μπορεί να λειτουργήσει σαν ένα μήνυμα ότι υπάρχει ακόμα ελπίδα και ότι ο άρρωστος δεν έχει εγκαταλειφθεί.

### **7.4. ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Στην εκτίμηση της μέτρησης της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον καρκίνο του μαστού όπως και σε άλλα καταληκτικά νοσήματα εγείρονται πολλά μεθοδολογικά προβλήματα. Το κυριότερο πρόβλημα αφορά στα κριτήρια με τα οποία θα διακριθούν οι "περιπτώσεις" από τις "μη περιπτώσεις". Τα υπάρχοντα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται γι'αυτόν τον σκοπό στην ψυχιατρική έρευνα αν και είναι πολύ έγκυρα και αξιόπιστα για την ανίχνευση πρωτοπαθών ψυχιατρικών διαταραχών δεν μπορούν το ίδιο καλά να διακρίνουν την παροδική "δυσφορία" που αποτελεί φυσιολογική αντίδραση σε ένα αρνητικό γεγονός από την "αληθινή" ψυχιατρική διαταραχή. Με τον όρο "αληθινή" εννοείται εκείνη η διαταραχή που θα κρινόταν από έναν κλινικό ψυχίατρο ότι απαιτεί ειδική θεραπεία (φαρμακευτική ή/ και ψυχοθεραπευτική) και η οποία μετά την ειδική αυτή θεραπεία θα βελτιωνόταν

σημαντικά. Κρατώντας αυτή την επιφύλαξη, τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών συνοψίζονται ως εξής :

**α)** Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου μία στις τέσσερις εμφανίζουν τα πρώτα δύο χρόνια από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής ή της κατάθλιψης. Στις περισσότερες φορές ωστόσο η διαταραχή αυτή είναι ήπια ή αυτοπεριοριζόμενη έτσι ώστε αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέμπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο. Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που απαιτεί θεραπεία.

**β)** 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης). Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μέτριου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό είναι σοβαρή (περίπου στο 5%), ενώ όπως θα αναφερθεί παρακάτω φαίνεται να εξαρτάται και από το είδος της επέμβασης ( μαστεκτομή ή ογκεκτομή).

## **7.5. ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ**

Ο ρόλος της ασθενούς είναι παραδοσιακά ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης. Ποτέ κανείς ενήλικος δεν διανοείται να αναθέσει τη φροντίδα του εαυτού του σε κάποιον άλλο, εκτός από την περίπτωση της ασθένειας, οπότε αυτό γίνεται υποχρεωτικά. Η εκχώρηση αυτής της φροντίδας στη νοσηλεύτρια είναι συναισθηματικά φορτισμένη, επειδή συνοδεύεται από ένα βαθμό ενδοψυχικής σύγκρουσης, που αφορά σε αυτό που ο ενήλικος εκλαμβάνει σαν παλινδρόμηση στην παιδική ηλικία, σε μια ηλικία που υπήρχε εξάρτηση από τους γονείς.

Η σύγχρονη αντίληψη στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην κλινική πράξη θέλει τη σχέση νοσηλεύτριας-ασθενούς κοινωνικά ισότιμη.

Έχοντας συνεχώς αντίληψη των αντιδράσεων της ασθενούς, η νοσηλεύτρια μεθοδεύει την όλη της δραστηριότητα έτσι, ώστε αυτή να μην έχει αρνητική ψυχολογική επίδραση στην ασθενή. Φυσικά, η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί επιστημονικές τις γνώσεις και την κλινική της εμπειρία κατά τον επωφελέστερο για κάθε ασθενή τρόπο.

Για την ουσιαστική επικοινωνία με την ασθενή, είναι απαραίτητη η δημιουργία συναισθηματικής σύζευξης νοσηλεύτριας-ασθενούς: η νοσηλεύτρια «νοιώθει» το συνολικό πρόβλημα της ασθενούς, τόσο από τη σωματική όσο και από την ψυχολογική του πλευρά, και η ασθενής καταλαβαίνει ότι η νοσηλεύτρια τη «νοιώθει» αληθινά. Πρόκειται δηλαδή για μια σχέση που στηρίζεται σε αυτό που λέμε θεραπευτική συμμαχία.

## 7.6. ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Κάθε ασθενής με καρκίνο, ιδιαίτερα εάν γνωρίζει την αλήθεια ή μέρος αυτής αντιδρά συχνά με μια μεταβλητότητα στο συναίσθημα. Μερικά συναισθήματα με αρνητικό αντίκτυπο στην ζωή του ασθενούς με καρκίνο είναι ο θυμός, ο φόβος, ή απώλεια της αυτοεκτίμησης για τον εαυτόν του και η απόσυρση ή απομόνωση που καταφεύγει. Μόλις μπει η διάγνωση του καρκίνου ο θυμός εκδηλώνεται ως άρνηση.

**Ä** Ως μη αποδοχή της έννοιας ότι συμβαίνει αυτό το πράγμα σε αυτόν. Σαν συναίσθημα είναι το συναίσθημα- αντίδραση στη θλίψη που προκαλεί το άκουσμα της λέξης Καρκίνος.

**A** Παράλληλα η θυμική αυτή έξαρση εκδηλώνεται και μέσα στην οικογένεια με αρνητική συμπεριφορά προς τα υπόλοιπα μέλη. Ενοχλείται από τα παιδιά για τις επιδόσεις στο σχολείο, γίνεται δύστροπος ή και καχύποπτος με τις εξόδους του ή τις συζύγου. Μπορεί με την παραμικρή αφορμή να λογομαχήσει για ασήμαντο λόγο.

## 7.7. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το οδοιπορικό για μια γυναίκα από τη στιγμή που θα ψηλαφίσει ένα ογκίδιο στο στήθος της είναι αρχικά η ψυχική φόρτιση και μόνο με την υποψία ότι είναι καρκίνος. Βιώνει δύο κοινωνικά στίγματα, αυτό του καρκίνου, που τον ταυτίζει με τον επώδυνο βασανιστικό θάνατο, και αυτό της αναπηρίας, που τη φέρνει σε σύγκρουση με τα προβαλλόμενα κοινωνικά πρότυπα. Κάτω από αυτή την απειλή και ψυχική ένταση καταφεύγει στον ιατρό της, ο οποίος συστήνει τη χειρουργική επέμβαση και την οδηγεί σε ένα συναισθηματικό χάος, όπου έννοιες όπως μαστεκτομή, πόνος, μεταστάσεις αρχίζουν να δρουν καταλυτικά. Μετά το χειρουργείο περνά από την υποψία στην πραγματικότητα, με μια ασθένεια που δεν

ενισχύει την ελπίδα, αλλά και έναν ακρωτηριασμό που μεταβάλλει την εικόνα του σώματός της, αλλά και θέτει σε δοκιμασία την αυτοεκτίμησή της.

Στο σημείο αυτό πρέπει να οριστεί η έννοια της «εικόνας του σώματος», πως αλλάζει μετά τη μαστεκτομή, πως επηρεάζει την ψυχολογία της γυναίκας και πως αυτό εκδηλώνεται στη συμπεριφορά της.

Η έννοια της εικόνας του σώματος είναι μια δυναμική έννοια, είναι δηλαδή συστατικό της εικόνας του εαυτού της ολοκληρωμένης αντίληψης που έχει κάποιος για τον εαυτό του, πώς πιστεύει ότι είναι, ότι μοιάζει, πως αισθάνεται με τον εαυτό του. Η αυτοαντίληψη ως συστατικό του φυσικού, προσωπικού, κοινωνικού και ηθικού εαυτού κάποιου επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον κόσμο και αλληλεπιδρά με αυτόν. Η απώλεια ενός μέλους του σώματος και συγκεκριμένα του μαστού έχει αρνητική επίδραση στην εικόνα σώματος και την αυτοαντίληψη. Ο βαθμός επίδρασης σχετίζεται με τη σημασία που έχει το μέλος που ακρωτηριάστηκε (στην περίπτωση αυτή είναι ο μαστός και έχει αναφερθεί προηγουμένως η σημασία του στη γυναικεία ταυτότητα, θηλυκότητα, σεξουαλικότητα), την ψυχολογική υγεία της γυναίκας, τον χρόνο στον κύκλο της ζωής της που συνέβη το γεγονός αυτό και πως η ίδια θεωρούσε τον εαυτό της πριν από το γεγονός.

Πώς επηρεάζει η αλλαγή στην εικόνα σώματος τη ζωή της γυναίκας; Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες μετά τη μαστεκτομή είναι, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η κατάθλιψη, το άγχος, δυσκολία στο σεξ και δυσκολίες στην εργασία. Άλλες γυναίκες αναφέρουν αλλαγή στη σχέση τους με τους άλλους μετά από αυτή την εμπειρία, ότι ήρθαν δηλαδή πιο κοντά στον σύζυγο, τα παιδιά, τους φίλους, και ότι μέσα από τη συγκεκριμένη νόσο γνώρισαν τον εαυτό τους αναρωτήθηκαν «γιατί εγώ» και τέλος υιοθέτησαν νέες προοπτικές για τη ζωή τους.

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η «επίθεση» που δέχεται η γυναίκα μετά τη μαστεκτομή είναι τετραπλή:στην εικόνα σώματος, στη λειτουργία του ρόλου του φύλου της (σύζυγος, μητέρα) στη σεξουαλική λειτουργία (επιθυμία, διέγερση, οργασμός) και στη γονιμότητα (εγκυμοσύνη, πρόωρη εγκυμοσύνη, πρόωρη εμμηνόπαυση).

Η παρουσία του νοσηλευτή στην ομάδα αποκατάστασης και ο ρόλος του είναι καταλυτικά. Έρευνες για την ποιότητα ζωής γυναικών με μαστεκτομή έδειξαν ότι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές αφιερώνουν χρόνο να ενημερώσουν τις ασθενείς για την κατάσταση τους, να ακούσουν τα προβλήματά τους, τις βοηθά να νοιώσουν ότι οι αγωνίες και οι φοβίες τους όχι μόνο δεν παραβλέπονται, αλλά αποτελούν μέρος της



φροντίδας, και παράλληλα ενισχύει τον ψυχισμό τους ώστε να καταστούν πιο ικανές να αποδεχτούν τη θεραπεία τους.

Γίνεται αντιληπτό πως η μαστεκτομή αποσυντονίζει τη γυναίκα σε κάθε τομέα της ζωής της και η ανάγκη της ψυχολογικής υποστήριξης καθίσταται αναγκαία.

Έχοντας αυτά υπόψη, οι βασικοί σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης στην ψυχολογική υποστήριξη είναι:

**Ä** Να μειώσει το άγχος, την κατάθλιψη και τα άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα που οφείλονται στον καρκίνο.

**Ä** Να ενισχύσει το θετικό μαχητικό πνεύμα και την προσαρμογή στη νέα εικόνα σώματος.

**Ä** Να προαγάγει την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου και της ενεργητικής συμμετοχής στη θεραπεία.

**Ä** Να βοηθήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης.

**Ä** Να προαγάγει την ανοικτή επικοινωνία μεταξύ ασθενούς, συντρόφου, οικογένειας.

**Ä** Να ενθαρρύνει την ανοικτή έκφραση των συναισθημάτων.

Είναι όμως απαραίτητο ο νοσηλευτής, αλλά και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας να γνωρίσουν ποια είναι η στάση της γυναίκας απέναντι στον καρκίνο και ποιους ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας μπορεί να αναπτύξει. Τα στάδια στα οποία εμπλέκεται η γυναίκα είναι η άρνηση, ο θυμός, η διαπραγμάτευση, η κατάθλιψη και τέλος η αποδοχή. Ακόμα, μπορεί να αντιμετωπίσει τον καρκίνο ως πρόκληση, εχθρό, τιμωρία, αδυναμία, ανακούφιση, ανεπανόρθωτη απώλεια, ή ως αξία.

## **7.8. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ**

Μια από τις σοβαρότερες επιπτώσεις της κοινωνικής απομόνωσης είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία. Η γυναίκα πρέπει να υποστηριχθεί να συνεχίσει την εργασία της ή να ασχοληθεί με κάτι δημιουργικό.

**Ο νοσηλευτής οφείλει να:**

**Ä** Εξασφαλίσει την ψυχολογική και κοινωνική αποκατάσταση.

**Ä** Βοηθήσει τη γυναίκα να δει τον καρκίνο ως ένα σοβαρό πρόβλημα και όχι ως κύριο χαρακτηριστικό της.

**Ä** Τονίσει τη σημασία της εργασίας για την ίδια, αλλά και κάθε άνθρωπο.

- Ä Εξηγήσει στη γυναίκα το είδος και την προσπάθεια που πρέπει να καταβάλει για να την εκτελέσει.
- Ä Ενθαρρύνει τη συνεργασία ώστε να καθοριστούν οι θεραπευτικοί στόχοι.
- Ä Φέρει σε επαφή τη γυναίκα με τον εργασιοθεραπευτή και τον κοινωνικό λειτουργό.
- Ä Διευκολύνει την ολοκλήρωση της θεραπείας.
- Ä Προτείνει λύσεις για τα πρακτικά προβλήματα και τις απουσίες από την εργασία προκειμένου να ολοκληρωθεί η θεραπεία.

## **7.9. ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ**

Ο προχωρημένος καρκίνος μαστού και η θεραπεία του συχνά οδηγούν σε αλλαγές της εικόνας του σώματος. Σύμφωνα με τον ορισμό του ιατρικού εγκυκλοπαιδικού λεξικού του Taber, εικόνα σώματος είναι η υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για την φυσική τους εμφάνιση βασισμένη σε δικές τους παρατηρήσεις αλλά και στις αντιδράσεις των γύρων τους. Η αντίληψη αυτή μπορεί να είναι συνειδητή ή ασυνείδητη και τροποποιείται κατά την διάρκεια της ζωής, καθώς διάφοροι παράγοντες συνεισφέρουν στην ανάπτυξη αυτής της εικόνας, όπως η στάση των γονιών, η κοινωνία, το περιβάλλον ή και η κουλτούρα.

Η εικόνα του σώματος και η σημασία της για την ασθενή είναι συχνά ένα περίπλοκο θέμα με σημαντικές εμπλοκές για τις νοσηλεύτριες που ασχολούνται με την ανακουφιστική φροντίδα. Η σωστή αξιολόγησή τους μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην υποστήριξη των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, και να οδηγήσει σε θετικές στάσεις από την πλευρά των ασθενών ως προς την πρόωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαντίληψης τους.

## **7.10. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ**

Οποιαδήποτε αλλαγή στο σώμα αποτελεί απειλή για την εικόνα του σώματος, με αποτέλεσμα η γυναίκα να αισθάνεται ανάξια ως άτομο, απωθητική, ανίκανη να αγαπηθεί και να αξιολογηθεί ως ανθρώπινη οντότητα. Έτσι η καρκινοπαθής νιώθει κατά κανόνα περιθωριοποιημένη κοινωνικά και οικονομικά.

Η σταδιοποίηση της ψυχολογικής προσαρμογής κατά Kubler-Ross (άρνηση-οργή- διαπραγμάτευση- κατάθλιψη- αποδοχή) σήμερα εν μέρει αντικρούεται κυρίως γιατί θεωρεί ότι είναι προβλέψιμη και ανηλεής κατηφορική πορεία από τη διάγνωση ως τον θάνατο, μα εξίσου προβλέψιμα ψυχολογικά στάδια.

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς σχετικά με την απώλεια του μαστού και είναι σε εγρήγορση όσον αφορά την αναγνώριση σημείων κατάθλιψης (απομόνωση, απόσυρση, κόπωση, ανορεξία) ή έντονου άγχους (π.χ. ανησυχία, αϋπνία, μη ανοχή θορύβων, διαταραχή της συγκέντρωσης). Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περνά απαρατήρητη στα ογκολογικά τμήματα είτε γιατί αυτή καθαυτή η κατάθλιψη κάνει την ασθενή να μην αναζητεί βοήθεια είτε γιατί οι θεράποντες τη θεωρούν αναπόφευκτη.

Η ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να περιλαμβάνει και τον σύζυγο, αλλά και όλη την οικογένεια. Ο σύζυγος βιώνει τον φόβο του θανάτου, την αβεβαιότητα, το συναισθηματικό στρες, την επίδραση στην κοινωνική ζωή και στην αλλαγή ρόλων, ιδιαίτερα όταν η γυναίκα έχει προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης.

Ο καρκίνος προκαλεί κατάθλιψη ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας στην αντίδρασή της στον καρκίνο, αναγνωρίζει τα προβλήματα και κατευθύνει τα άτομα στις ανάλογες πηγές που πιθανόν θα τους βοηθήσουν να ανταποκριθούν επιτυχώς. Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως ότι η αποδοχή των αλλαγών χρειάζεται χρόνο, υπομονή και επιμονή.

## **7.11. ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΛΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

Στην προσπάθεια βοήθειας αυτών των ασθενών πρέπει να συμμετέχουν όλοι, οι ιατροί, το οικογενειακό περιβάλλον, οι φίλοι και φυσικά η ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα ειδικών επιστημόνων.

### **Μια σειρά από μέτρα βοηθούν:**

Συναισθηματική στήριξη από την οικογένεια, μα υπομονή και ευχάριστη διάθεση. Θα πρέπει να αντιμετωπισθεί η εναλλαγή στο συναίσθημα του καρκινοπαθούς που θα είναι ευμετάβλητο π.χ. θυμός ή ενοχές αλλά διάλογος και ανάλυση των δεδομένων που προκαλούν αυτή την αστάθεια στο πάσχοντα.

Επιστροφή και επανάκτηση του δικαιώματος της εργασίας όποτε αυτό είναι εφικτό. Σε μεγάλες σειρές δείχθηκε ότι 40-70% των ασθενών με καρκίνο που

επαναδραστηριοποιήθηκαν εργασιακά είχαν θετικές παραστάσεις από το περιβάλλον της εργασίας της ενώ ένα ποσοστό 20-30% πήραν προαγωγή και μεγαλύτερες αρμοδιότητες.

Οργάνωση των μελλοντικών επιδιώξεων, αυτοεξυπηρέτηση, χωρίς καταφύγιο στην απόσυρση και την μοναξιά είναι μερικές επιλογές που βοηθούν την ψυχολογική στήριξη του εαυτού σας. Όλες αυτές οι παράμετροι, δημιουργούν το πλαίσιο όπου η ποιότητα ζωής του ασθενή με καρκίνο να είναι στο ίδιο επίπεδο με έναν φυσιολογικό άνθρωπο. Χρειάζεται όμως συνεχής υποστήριξη όχι μόνο του ίδιου του ασθενή αλλά και του περιβάλλοντος.

Η οικογένεια, οι φίλοι αλλά και το εργασιακό περιβάλλον θα πρέπει να έχουν την ελαστικότητα να αντιμετωπίσουν τον ασθενή με τα νέα δεδομένα της ασθένειας που ενδεχόμενα θα έχουν επιδράσει στην εξωτερική και εσωτερική ισορροπία.

Γεννιέται λοιπόν το ερώτημα: κατά πόσο είναι εφικτά στην ελληνική πραγματικότητα όλα όσα αναφέρθηκαν;

Η αρχή έχει ήδη γίνει και μέσα στα μεγάλα αντικαρκινικά νοσοκομεία με τα προγράμματα διασυνδεδετικής νοσηλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης, αλλά και από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού. Η επαρχία υστερεί και στην ενημέρωση, αλλά και στην πράξη. Προκειμένου όμως να εξελιχθούν και να λειτουργήσουν τα διάφορα προγράμματα, απαιτείται οργάνωση και στελέχωση των ανάλογων υπηρεσιών και εκπαίδευση των μελών της ομάδας αποκατάστασης. Γιατί είναι υποχρέωση κάθε επαγγελματίας υγείας αλλά και δικαίωμα κάθε γυναίκας με καρκίνο του μαστού, κάθε ατόμου με καρκίνο, να αντιμετωπίσουν την ασθένεια όχι ως αιτία θανάτου, αλλά ως ευκαιρία για μια νέα ζωή.

## **7.12. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα που διαθέτει η γυναίκα που νοσεί από καρκίνο του μαστού φαίνεται να παίζει κρίσιμο ρόλο στην προσαρμογή στη νόσο και στην επακόλουθη δυσφορία. Ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν τα μέλη της οικογένειας και ο σύζυγος της γυναίκας. Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια αλλά και οι ευρύτερες διαπροσωπικές σχέσεις δεν φαίνεται να επηρεάζονται από τη νόσο και σε μερικές περιπτώσεις βελτιώνονται. Η αντίληψη από την ίδια την γυναίκα ότι της παρέχεται

υψηλού βαθμού υποστήριξη από το περιβάλλον της αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που βελτιώνει την προσαρμογή της και μειώνει τη δυσφορία της. Ο ρόλος παραγόντων του κοινωνικού περιβάλλοντος της γυναίκας στην πρόκληση καρκίνου του μαστού έχει μελετηθεί με διάφορες αναδρομικού τύπου επιδημιολογικές έρευνες. Μια τελευταία έρευνα με πολύ καλή μεθοδολογία (C C Chen 1995) έδειξε ότι σοβαρά γεγονότα ζωής κατά την διάρκεια των προηγούμενων 5 ετών πριν την διάγνωση, αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού από 3 έως 11 φορές. Τέτοια σοβαρά γεγονότα ζωής είναι μεταξύ άλλων ο θάνατος αγαπημένου προσώπου και η σοβαρή αρρώστια στο οικογενειακό περιβάλλον.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **A. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

### **B. Πληθυσμός-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 νοσηλευτές ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης, σε βοηθούς νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονταν σε νοσοκομεία της Πάτρας καθώς και σε άτομα του Τ.Ε.Ι Πατρών διαφόρων σχολών. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε ένα δείγμα 150 ατόμων εκ των οποίων τα 100 μοιράστηκαν σε άτομα του νοσοκομείου και τα υπόλοιπα 50 σε άτομα του Τ.Ε.Ι.. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 26 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Από αυτές οι 5 είναι διχοτομικές(ΝΑΙ-ΟΧΙ) και 21 εναλλακτικών απαντήσεων.

### **Γ. Τόπος και χρόνος εργασίας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Απρίλιο έως και τον Ιούλιο 2006 στις πόλεις της Πάτρας. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στα εκπαιδευτικά ιδρύματα της περιοχής τους.

#### **Δ. Συλλογή δεδομένων**

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από 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 στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

#### **Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια εισαγωγής στην ερευνά μας ήταν:

-Ιδιότητα του ερωτώμενου ως νοσηλεύτη και βοηθού νοσηλεύτη

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

-Μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

#### **ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής**



Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε 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 έρευνας.

## **Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό Υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 11.0 και μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών, αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση τα ατομικά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και κυρίως το αν προέρχονται από το TEI ή το Νοσοκομείο και τα οποία επιδρούν όπως ήδη αναφέρθηκε με πίνακες συνάφειας, στατιστική σημαντικότητα και δείκτες συνάφειας.

Συγκεκριμένα, η χρήση του SPSS στην έρευνα σήμερα, χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα κ.λ.π. και οι εφαρμογές του SPSS αφορούν τις διαδικασίες μετά από την συλλογή των δεδομένων, τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα

αποτελέσματα. Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία περιλαμβάνει και η παρούσα έρευνα:

1. Κατοχύρωση των δεδομένων με αυστηρή αρίθμηση και καταγραφή των ερωτηματολογίων.
2. Έλεγχος των δεδομένων, για την αξιόπιστη καταχώρησή τους στο στατιστικό πρόγραμμα.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας).
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

## **1.ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:**

Τα αποτελέσματα συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται, με διάκριση μεταξύ ερωτώμενων από τα Νοσοκομεία και το ΤΕΙ. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων. Συνήθως ακολουθεί και διευκρινιστικό διάγραμμα, για την καλύτερη κατανόηση των απαντήσεων.

## 2.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων με βάση τα ατομικά και κοινωνικά τους χαρακτηριστικά, έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, επιλέχθηκε ώστε να είναι η καταλληλότερη όπως η  $X^2$  (X Square), για επεξεργασία δεδομένων από ερωτηματολόγια και σχετικά μικρά δείγματα (Ανδριώτης, Κ, 2003), (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής είναι μικρότερη του 5.

Στο τέλος, αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο.

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

1. Μέγεθος του δείγματος
2. Την τιμή του στατιστικού ελέγχου ( $X^2$ )
3. Οι βαθμοί ελευθερίας (DF)
4. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (P)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0.05$ .

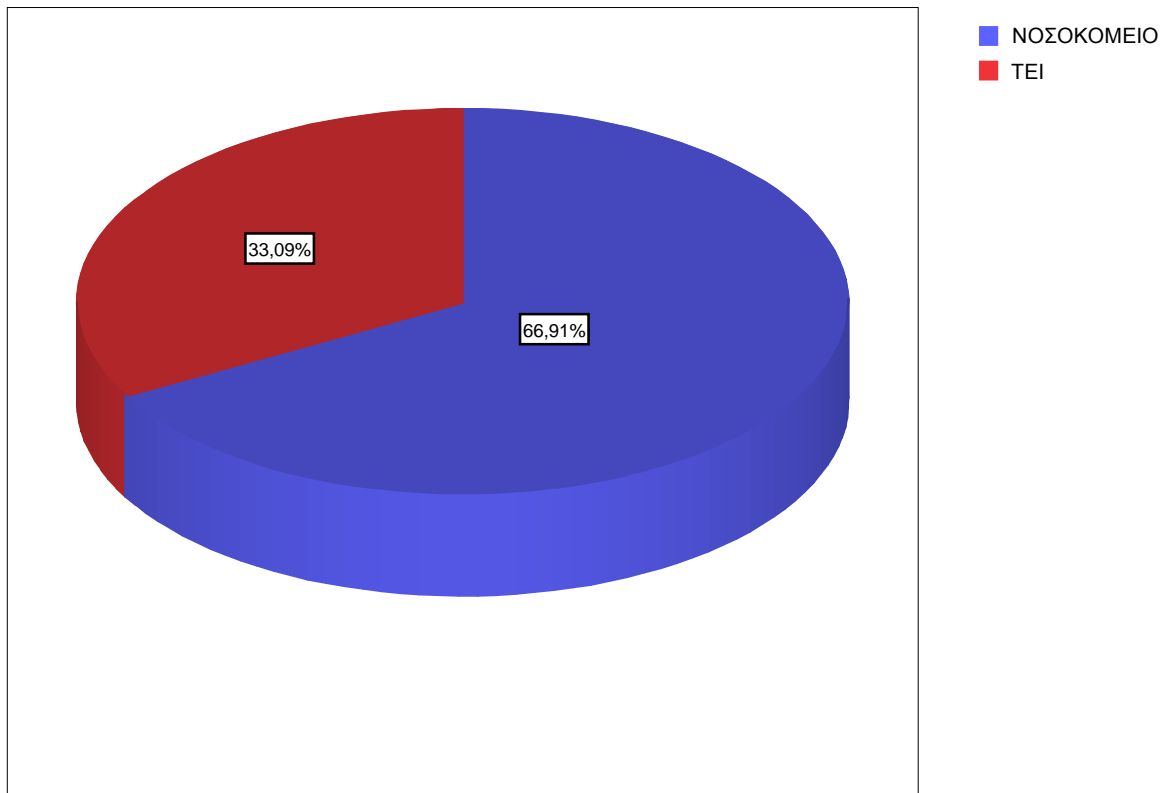
## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το συνολικό δείγμα της μελέτης μας αποτέλεσαν 139 άτομα, εκ των οποίων τα 93 άτομα (ποσοστό 66,9%) ήταν νοσηλευτές σε νοσοκομεία της Πάτρας και τα υπόλοιπα 46 (ποσοστό 33,1%) άτομα ήταν σπουδαστές διαφόρων τμημάτων του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών.(Πίνακας 1, Σχήμα 1).

**Πίνακας 1: Τρόπος κατανομής δείγματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	93	66,9	66,9	66,9
ΤΕΙ	46	33,1	33,1	100,0
Total	139	100,0	100,0	

**Σχήμα 1: Τρόπος κατανομής δείγματος**

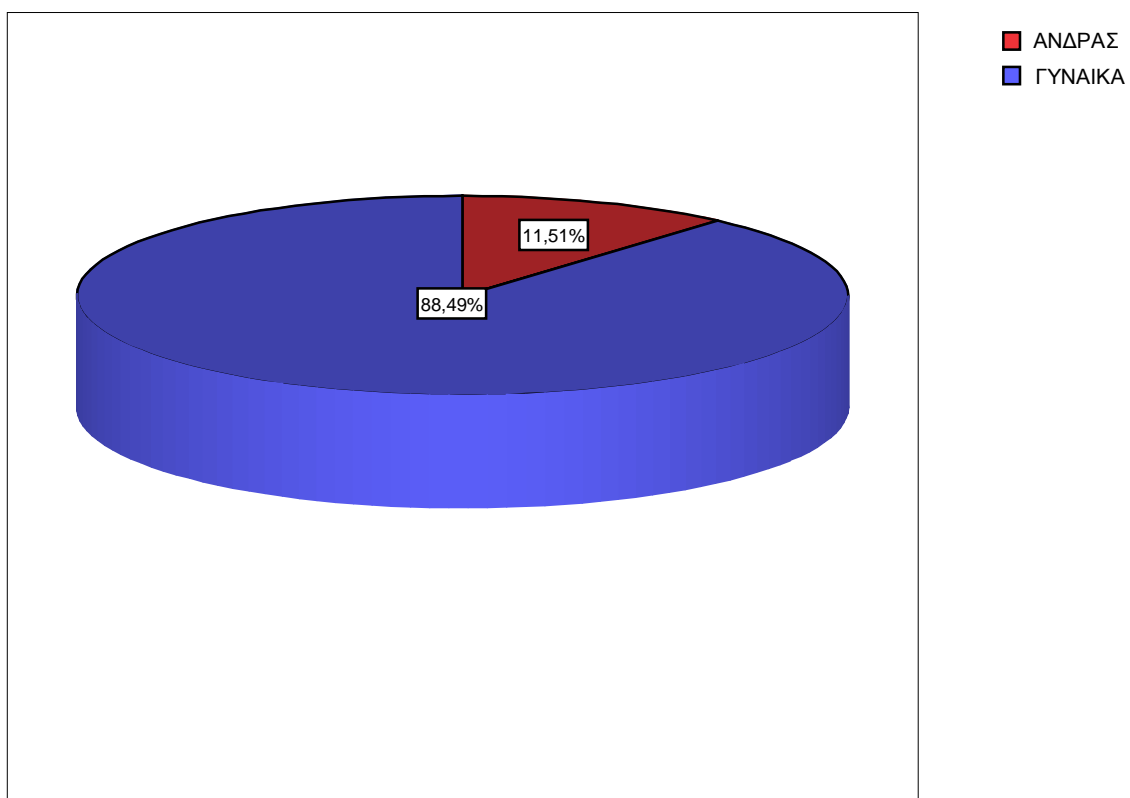


Το συνολικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 139 άτομα, εκ των οποίων οι 16 ήταν άντρες (ποσοστό 11,5%) και 123 γυναίκες (ποσοστό 88,5%).(Πίνακας 2, Σχήμα2).

**Πίνακας 2:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
ΑΝΔΡΑΣ	16	11,5	11,5	11,5
ΓΥΝΑΙΚΑ	123	88,5	88,5	100,0
Total	139	100,0	100,0	

**Σχήμα 2: Φύλο**

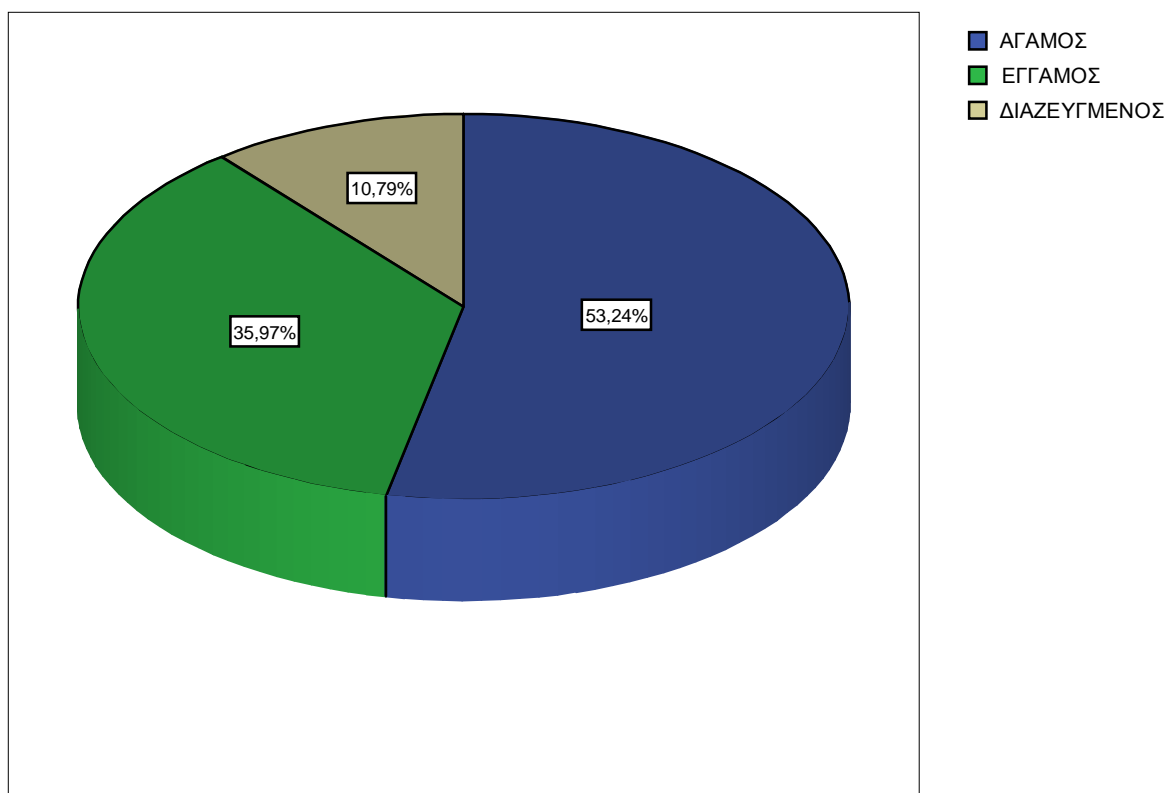


Μοιρασμένα ήταν τα ποσοστά των έγγαμων και άγαμων ερωτηθέντων, (86 άτομα άγαμοι-ποσοστό 53,2% και 50 άτομα έγγαμοι-ποσοστό 36%) ενώ τα υπόλοιπα 15 άτομα δήλωσαν διαζευγμένα (ποσοστό 10,8%).(Πίνακας 3, Σχήμα 3).

**Πίνακας 3: Οικογενειακή**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΓΑΜΟΣ	74	53,2	53,2	53,2
ΕΓΓΑΜΟΣ	50	36,0	36,0	89,2
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	15	10,8	10,8	100,0
Total	139	100,0	100,0	

**Σχήμα3: Οικογενειακή κατάσταση**



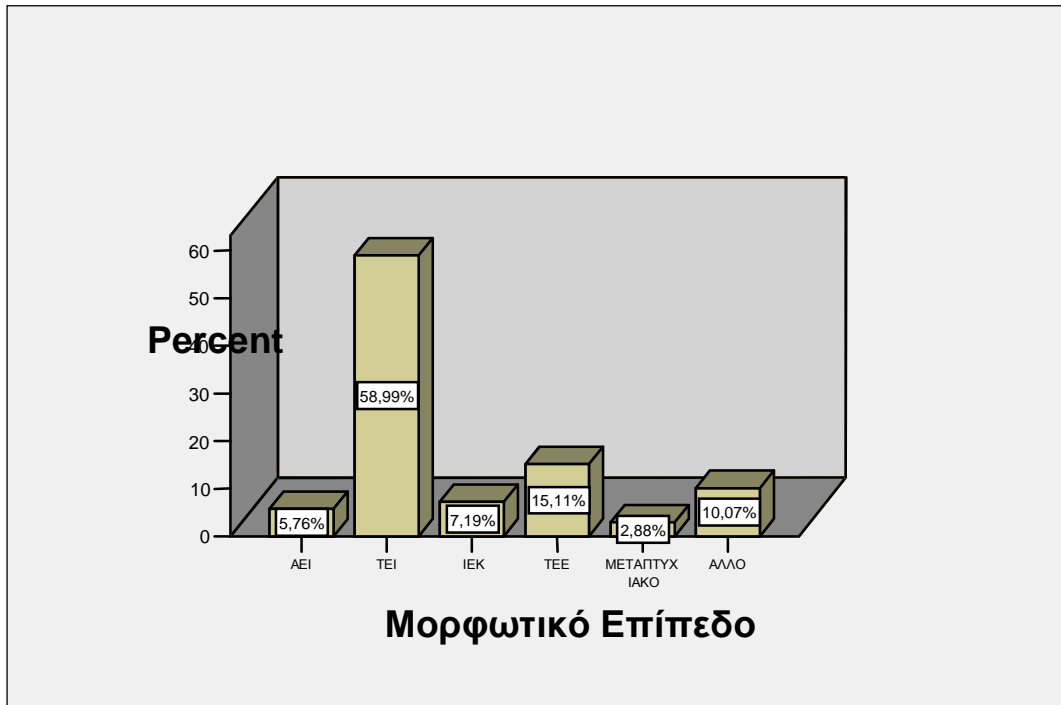
Ανομοιόμορφη ήταν η κατανομή των ερωτηθέντων όσον αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα οι μισοί και πλέον των ερωτηθέντων (82 άτομα, ποσοστό 59%) δήλωσαν πως ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, τα (21 άτομα-ποσοστό 15,1%) δήλωσαν απόφοιτοι ΤΕΕ, τα (10 άτομα-ποσοστό 7,2%) δήλωσαν απόφοιτοι ΙΕΚ, τα (8 άτομα-ποσοστό 5.8%) δήλωσαν απόφοιτοι ΑΕΙ και μόνο (4 άτομα-ποσοστό 2,9%) δήλωσαν ότι έχουν Μεταπτυχιακό, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (άτομα 14-ποσοστό 10,1%) δήλωσαν άλλο μορφωτικό επίπεδο.(Πίνακας4, Σχήμα 4).

**Πίνακας 4: Μορφωτικό**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΕΙ	8	5,8	5,8	5,8
ΤΕΙ	82	59,0	59,0	64,7
ΙΕΚ	10	7,2	7,2	71,9
ΤΕΕ	21	15,1	15,1	87,1
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	4	2,9	2,9	89,9
ΑΛΛΟ	14	10,1	10,1	100,0
Total	139	100,0	100,0	



**Σχήμα 4: Μορφωτικό Επίπεδο**



**Ηλικία δείγματος**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	137	19	51	30,42	9,335
Valid N (listwise)	137				

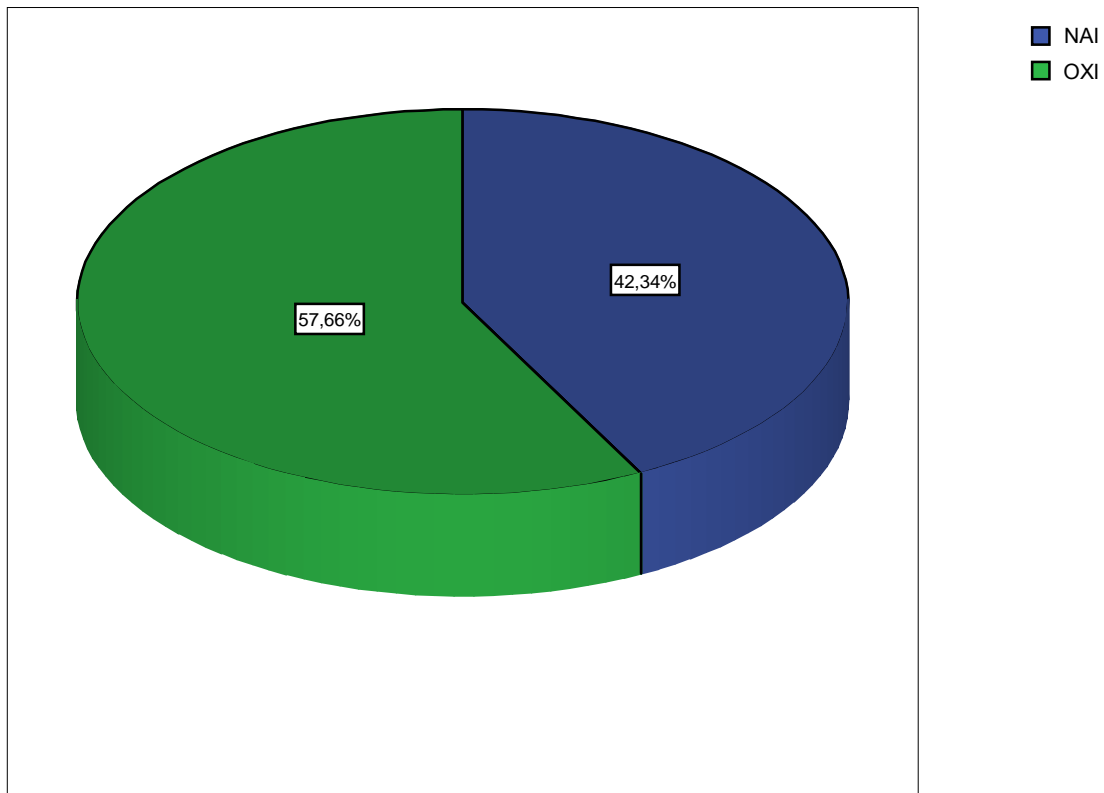
Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα η μικρότερη ηλικία ατόμων που συμμετείχαν στο δείγμα ήταν η ηλικία των 19 ετών ενώ η μεγαλύτερη ηλικία ήταν 51 ετών. Επίσης η μέση ηλικία είναι 30,42 ετών.

Συνολικά ερωτήθηκαν 137 άτομα για το αν έχουν παιδιά και (58 άτομα-ποσοστό 42,3%) απάντησαν πως «ναι», ενώ (79 άτομα-ποσοστό 57,7%) απάντησαν πως «όχι». (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

**Πίνακας 5: Έχετε**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	58	41,7	42,3	42,3
	OXI	79	56,8	57,7	100,0
	Total	137	98,6	100,0	
Missing	0	2	1,4		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 5: Έχετε παιδιά**

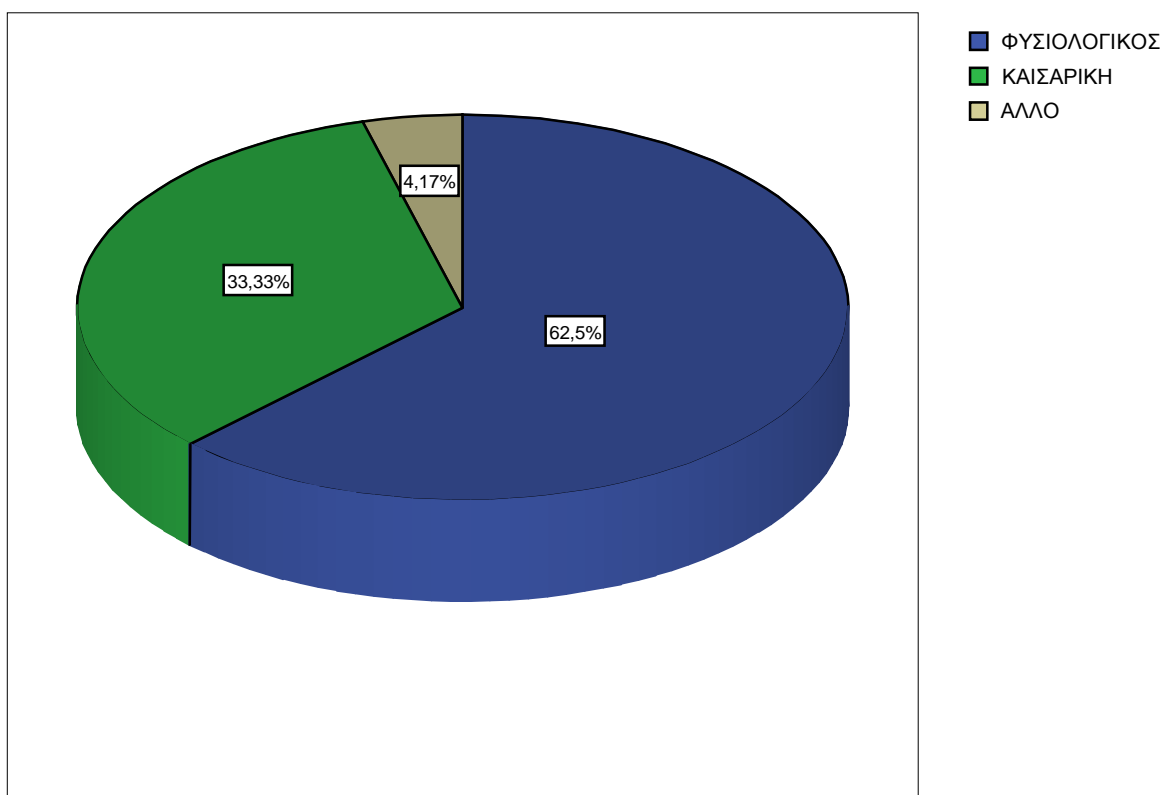


Συνέχεια με την προηγούμενη ερώτηση, 48 ήταν το σύνολο των γυναικών που απάντησαν ότι (30 γυναίκες-ποσοστό 62,5%) είχαν φυσιολογικό τοκετό και (16 γυναίκες-ποσοστό 33,3%) γέννησαν με καισαρική τομή.(Πίνακας 6, Σχήμα 6).

**Πίνακας 6:Ο τοκετός σας ήταν**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	30	21,6	62,5	62,5
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	16	11,5	33,3	95,8
ΑΛΛΟ	2	1,4	4,2	100,0
Total	48	34,5	100,0	
Missing				
0	87	62,6		
System	4	2,9		
Total	91	65,5		
Total	139	100,0		

**Σχήμα 6: Ο τοκετός σας ήταν:**

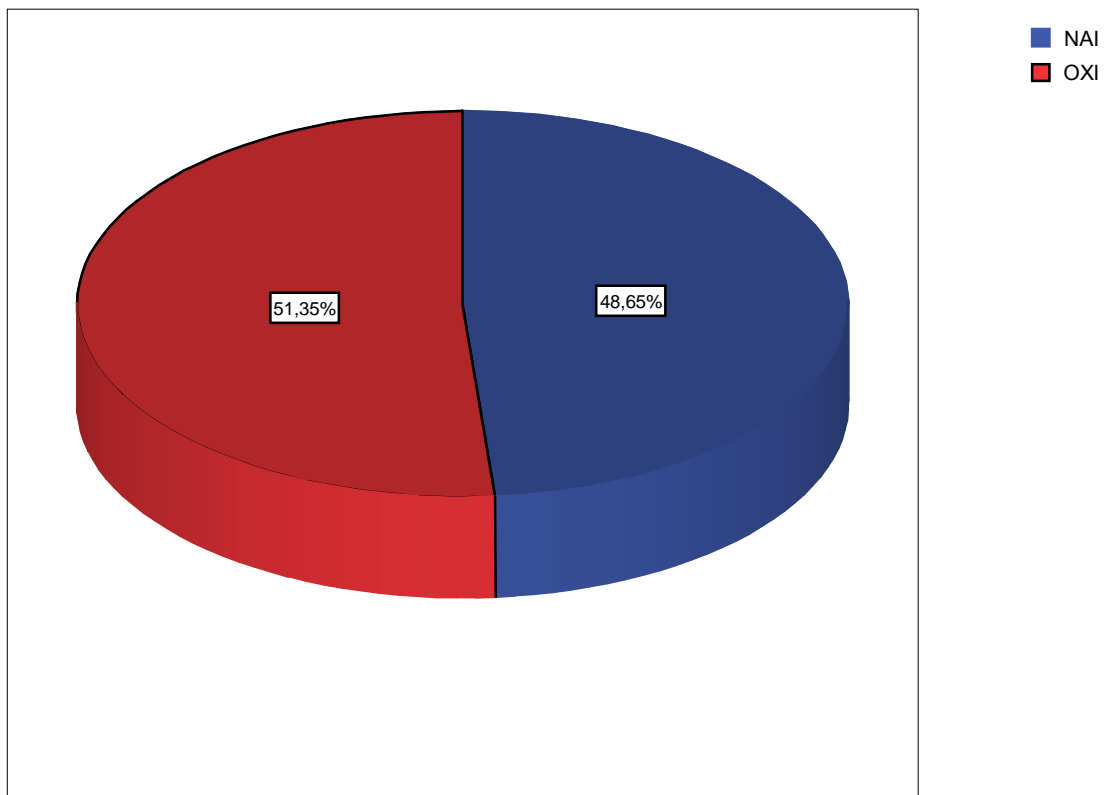


Μοιρασμένα ήταν τα ποσοστά στις 74 γυναίκες που ερωτήθηκαν σχετικά με το αν θήλασαν. Πιο συγκεκριμένα (36 γυναίκες-ποσοστό 48,6%) απάντησαν πως «ναι» ενώ (38 γυναίκες –ποσοστό 51,4%) απάντησαν πως «όχι». (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

**Πίνακας 7: Θηλάζετε**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	36	25,9	48,6	48,6
	OXI	38	27,3	51,4	100,0
	Total	74	53,2	100,0	
Missing	0	65	46,8		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 7: Θηλάζετε**

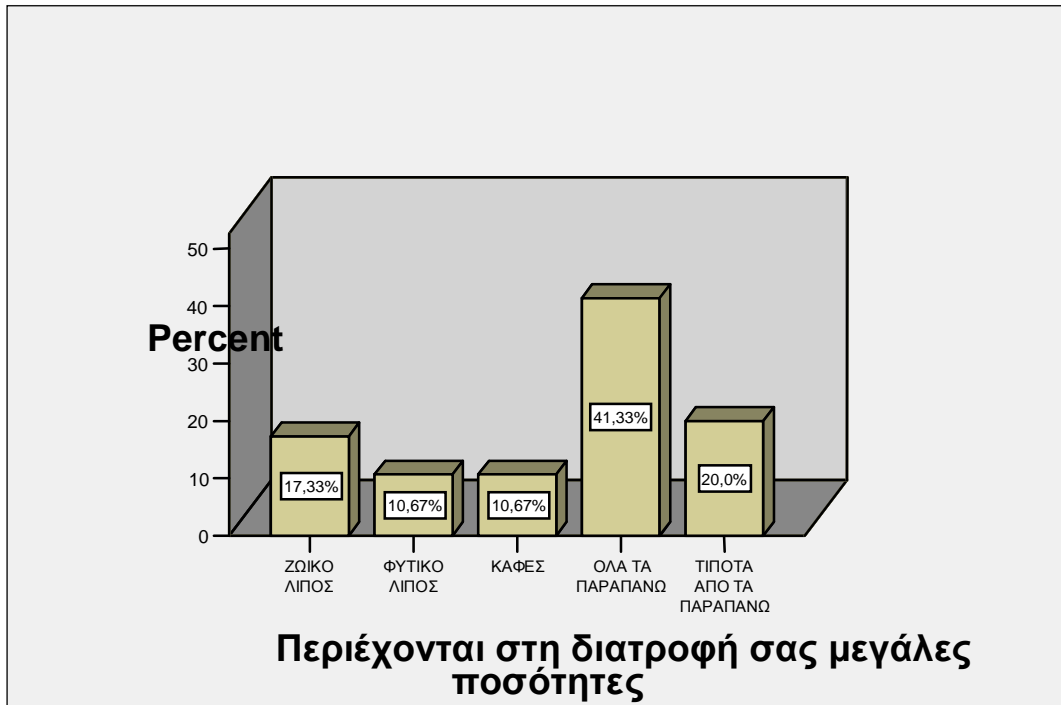


Σχετικά με τις διαιτητικές συνήθειες των 75 ερωτηθέντων, (13 άτομα-ποσοστό 17,3%) απάντησαν πως στη διατροφή τους περιέχεται μεγάλη ποσότητα ζωικού λίπους, (8 άτομα-ποσοστό 10,7%) φυτικού λίπους, (8 άτομα-ποσοστό 10,7%) καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα καφέ ενώ (31 άτομα-ποσοστό 41,3%) συνδυάζουν όλα τα παραπάνω σε αντίθεση με τα (15 άτομα-ποσοστό 20%) που δεν προτιμούν τίποτα από τα παραπάνω. (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

**Πίνακας 8: Περιέχονται στη διατροφή σας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΖΩΙΚΟ ΛΙΠΟΣ	13	9,4	17,3	17,3
	ΦΥΤΙΚΟ ΛΙΠΟΣ	8	5,8	10,7	28,0
	ΚΑΦΕΣ	8	5,8	10,7	38,7
	ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	31	22,3	41,3	80,0
	ΤΙΠΟΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	15	10,8	20,0	100,0
	Total	75	54,0	100,0	
Missing	0	1	,7		
	System	63	45,3		
	Total	64	46,0		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 8: Περιέχονται στη διατροφή σας μεγάλες ποσότητες**



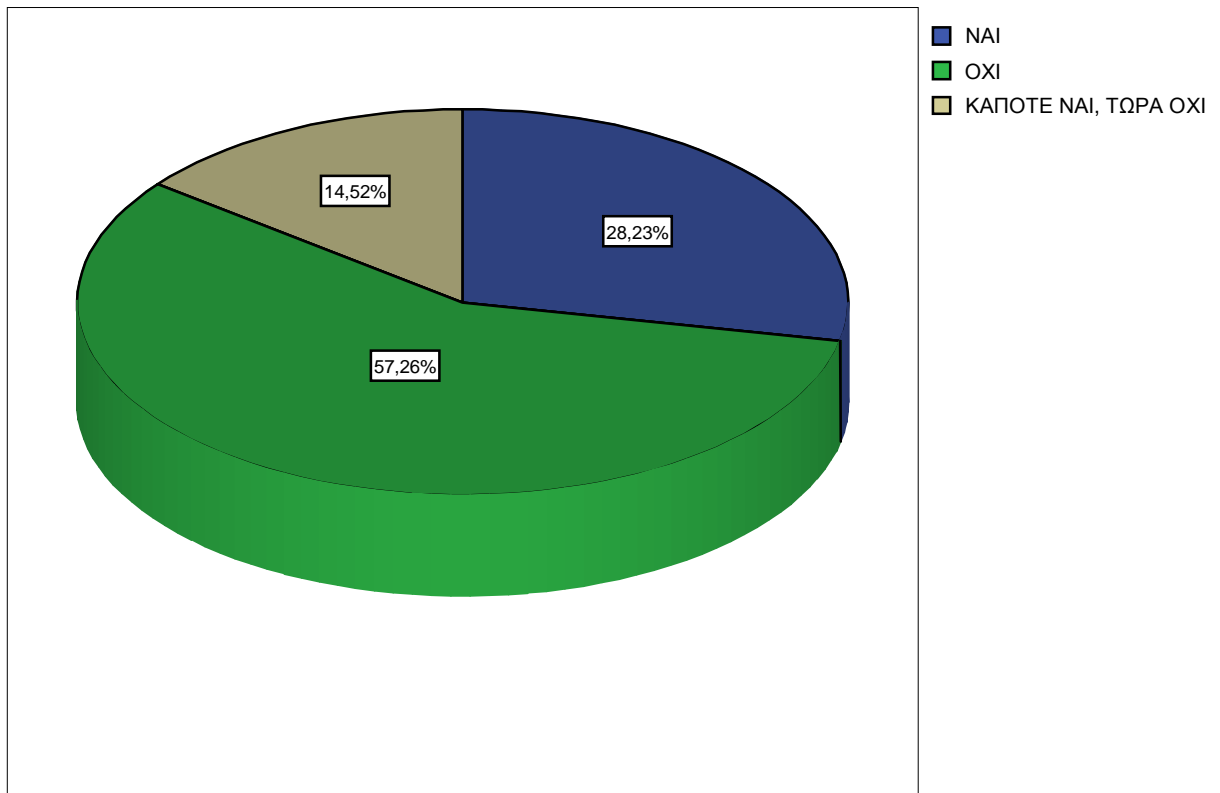
Ανομοιόμορφα χαρακτηρίζονται τα ποσοστά των 124 γυναικών στην ερώτηση εάν λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια. Δηλαδή οι (35 γυναίκες-ποσοστό 28,2%) απάντησαν πως λαμβάνουν ενώ (71 γυναίκες-ποσοστό 57,3%) απάντησαν πως «όχι». Το υπόλοιπο ποσοστό των γυναικών (18 γυναίκες- ποσοστό 14,5%) απάντησαν πως κάποτε ναι, τώρα όχι.(Πίνακας 9, Σχήμα 9).

**Πίνακας 9: Παίρνετε αντισυλληπτικά**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	35	25,2	28,2	28,2
	ΟΧΙ	71	51,1	57,3	85,5
	ΚΑΠΟΤΕ ΝΑΙ, ΤΩΡΑ ΟΧΙ	18	12,9	14,5	100,0
	Total	124	89,2	100,0	
Missing	0	14	10,1		
	System	1	,7		
	Total	15	10,8		
Total		139	100,0		



**Σχήμα 9: Παίρνετε αντισυλληπτικά χάπια**

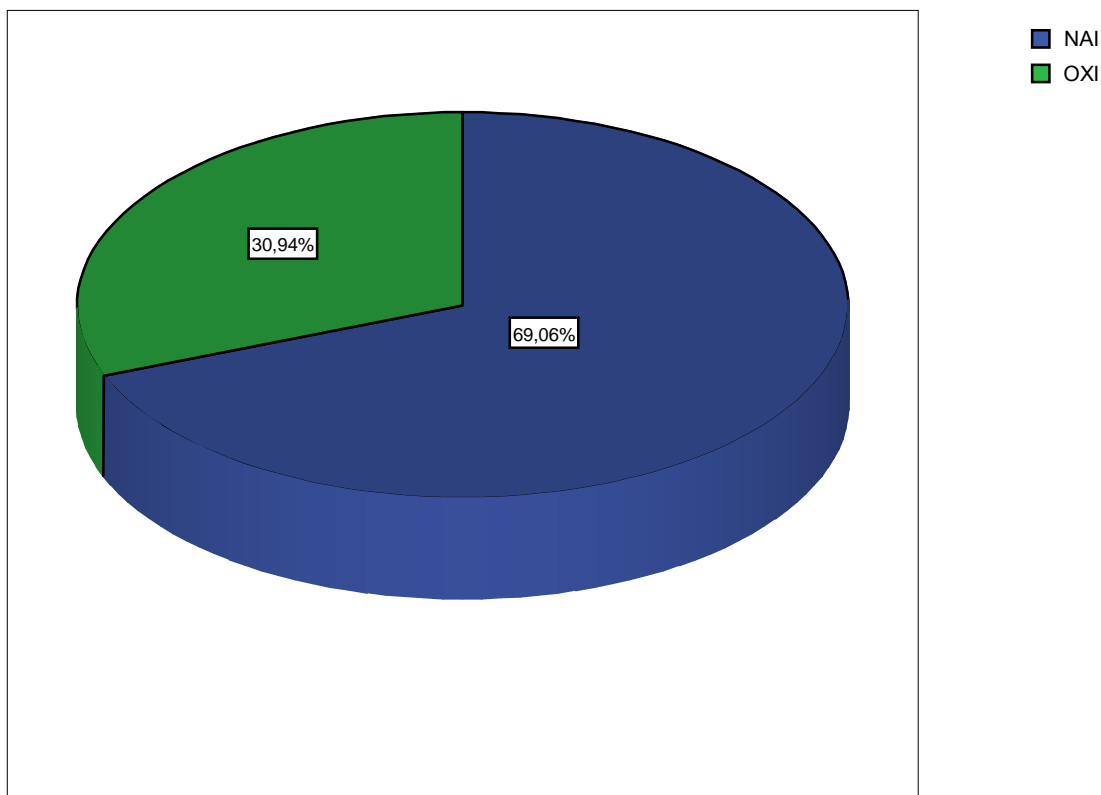


Συντριπτικό ήταν το θετικό ποσοστό στην ερώτηση των 139 ατόμων εάν καπνίζουν. Τα (96 άτομα-ποσοστό 69,1%) απάντησαν πως «ναι» ενώ τα (43 άτομα –ποσοστό 30,9%) απάντησαν πως «όχι».(Πίνακας 10, Σχήμα 10).

**Πίνακας 10: Καπνίζετε**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
NAI	96	69,1	69,1	69,1
ΟΧΙ	43	30,9	30,9	100,0
Total	139	100,0	100,0	

**Σχήμα 10: Καπνίζετε**



## **ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΝΩΣΕΩΝ**

**Με σκοπό τον έλεγχο των γνώσεων των ερωτηθέντων σε θέματα που αφορούσαν την πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού, δημιουργήθηκε ένας αριθμός ερωτήσεων οι οποίες ακολουθούν:**

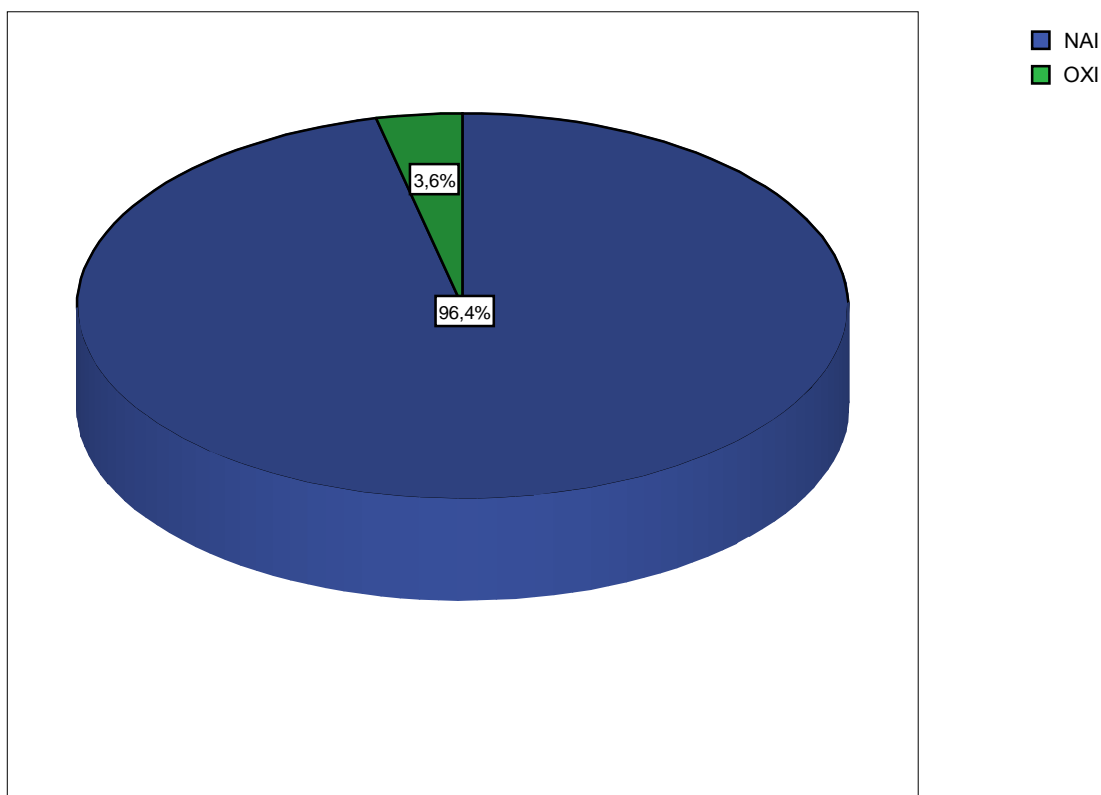
Στην ερώτηση εάν γνωρίζουν τι είναι η αυτοεξέταση των μαστών, τα (134 άτομα-ποσοστό 96,4%) απάντησαν πως γνωρίζουν τι είναι η

αυτοεξέταση ενώ τα (5 άτομα-ποσοστό 3,6%) απάντησαν πως όχι.  
(Πίνακας 11, Σχήμα 11).

**Πίνακας 11: Γνωρίζετε τι είναι η αυτοεξέταση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	134	96,4	96,4	96,4
OXI	5	3,6	3,6	100,0
Total	139	100,0	100,0	

**Σχήμα 11: Γνωρίζετε τι είναι η αυτοεξέταση των μαστών**

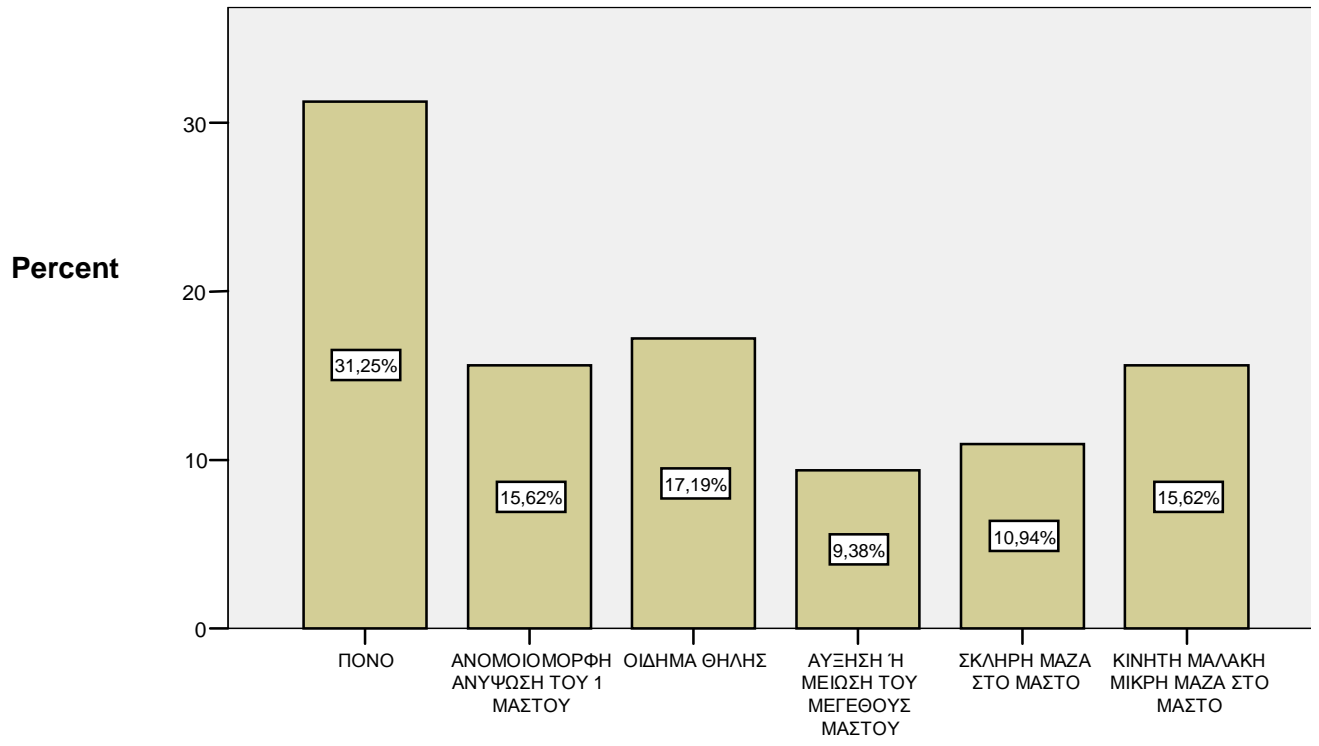


Στην ερώτηση τι αισθάνθηκαν κατά την ψηλάφηση από τις 64 γυναίκες, οι (20 γυναίκες-ποσοστό 31,3%) αισθάνθηκε πόνο, οι (10 γυναίκες-ποσοστό 15,6%) παρατήρησαν ανομοιόμορφη ανύψωση του ενός μαστού, οι (11 γυναίκες- ποσοστό 17,2%) παρατήρησαν οίδημα της θηλής, οι (6 γυναίκες-ποσοστό 9,4%) παρατήρησαν σχετική αυξομείωση του μεγέθους του μαστού, οι ( 7 γυναίκες-ποσοστό 10,9%) παρατήρησαν σκληρή μάζα στο μαστό ενώ οι υπόλοιπες (10 γυναίκες-ποσοστό 15,6%) ψηλάφισαν μάζα στο μαστό.(Πίνακας 12, Σχήμα 12).

**Πίνακας 12: Αν ναι κατά την ψηλάφηση είδατε ή**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΝΟ	20	14,4	31,3	31,3
	ΑΝΟΜΟΙΟΜΟΡΦΗ ΑΝΥΨΩΣΗ ΤΟΥ 1 ΜΑΣΤΟΥ	10	7,2	15,6	46,9
	ΟΙΔΗΜΑ ΘΗΛΗΣ	11	7,9	17,2	64,1
	ΑΥΞΗΣΗ Ή ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥ	6	4,3	9,4	73,4
	ΣΚΛΗΡΗ ΜΑΖΑ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ	7	5,0	10,9	84,4
	ΚΙΝΗΤΗ ΜΑΛΑΚΗ ΜΙΚΡΗ ΜΑΖΑ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ	10	7,2	15,6	100,0
	Total	64	46,0	100,0	
Missing	0	71	51,1		
	System	4	2,9		
	Total	75	54,0		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 12: Αν ναι κατά την ψηλάφηση είδατε ή αισθανθήκατε**

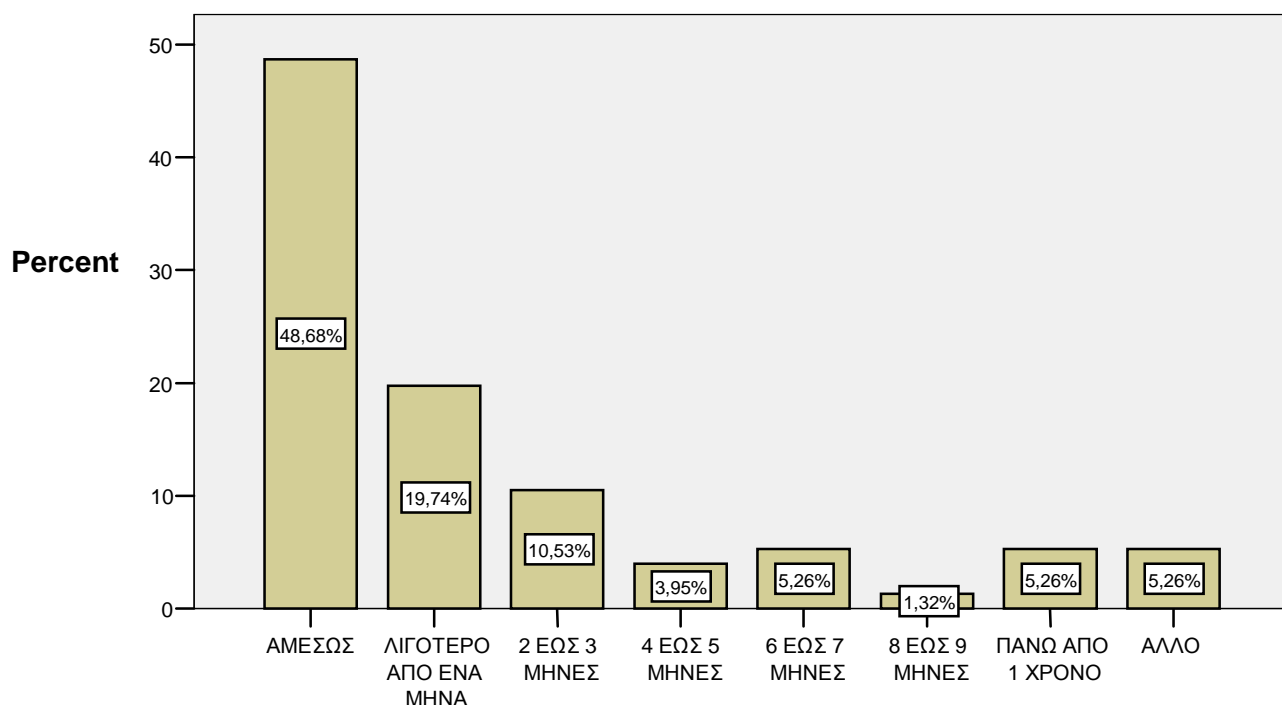


Στην ερώτηση σχετικά με το χρονικό διάστημα που επισκέφθηκαν τον γιατρό τους από την στιγμή που ανακάλυψαν κάποιο σύμπτωμα, από τις 76 γυναίκες, οι (37 γυναίκες-ποσοστό 48,7%) απάντησαν αμέσως, σε λιγότερο από ένα μήνα οι (15 γυναίκες-ποσοστό 19,7%) ενώ 2 έως 3 μήνες οι (8 γυναίκες-ποσοστό 10,5%), 4 έως 5 μήνες (3 γυναίκες-ποσοστό 3,9%), 6 έως 7 μήνες (4 γυναίκες-ποσοστό 5,3%), 8 έως 9 μήνες (1 γυναίκα-ποσοστό 1,3%) ενώ σε διάστημα πάνω από ένα χρόνο (4 γυναίκες-ποσοστό 5,3%), και άλλο (4 γυναίκες-ποσοστό 5,3%).(Πίνακας 13, Σχήμα 13).

**Πίνακας 13: Όταν ανακαλύψατε κάτι σε πόσο χρονικό διάστημα επισκεφτήκατε το γιατρό σας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΜΕΣΩΣ	37	26,6	48,7	48,7
	ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΕΝΑ ΜΗΝΑ	15	10,8	19,7	68,4
	2 ΕΩΣ 3 ΜΗΝΕΣ	8	5,8	10,5	78,9
	4 ΕΩΣ 5 ΜΗΝΕΣ	3	2,2	3,9	82,9
	6 ΕΩΣ 7 ΜΗΝΕΣ	4	2,9	5,3	88,2
	8 ΕΩΣ 9 ΜΗΝΕΣ	1	,7	1,3	89,5
	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 1 ΧΡΟΝΟ	4	2,9	5,3	94,7
	ΑΛΛΟ	4	2,9	5,3	100,0
	Total	76	54,7	100,0	
Missing	0	63	45,3		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 13: Σε περίπτωση που ανακαλύψατε κάτι από τα παραπάνω σε πόσο χρονικό**



**Σε περίπτωση που ανακαλύψατε κάτι από τα παραπάνω σε πόσο χρονικό διάστημα επισκεφθήκατε το γιατρό σας**

Στην ερώτησή μας εάν γνωρίζουν αν κάποιος από τους συγγενείς τους είχε ή έχει καρκίνο μαστού από τις 82 γυναίκες οι (13 γυναίκες-ποσοστό 16%) απάντησαν πως είχε καρκίνο μαστού η μητέρα τους, οι (16 γυναίκες –ποσοστό32,1%) απάντησαν πως είχε καρκίνο μαστού η γιαγιά τους, οι (9 γυναίκες- ποσοστό 11,1% )η θεία ενώ (12 γυναίκες –ποσοστό

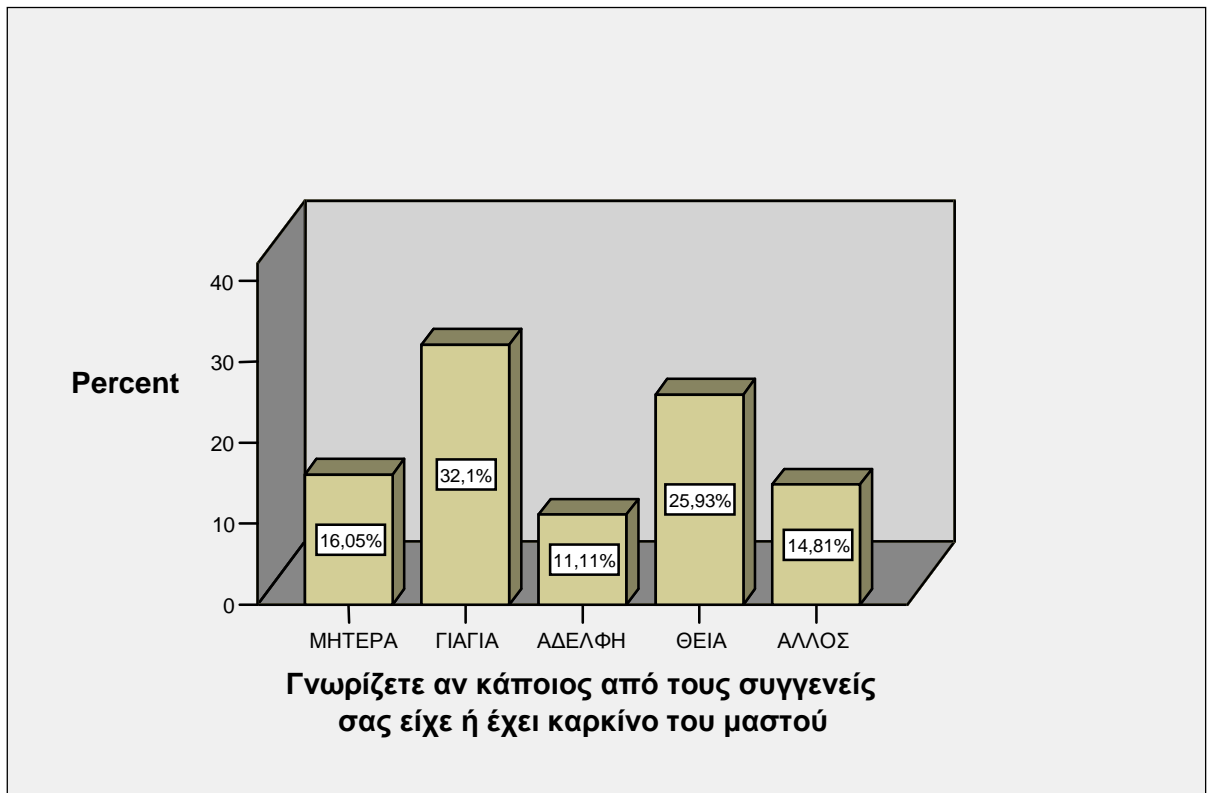


14,8%) απάντησαν ότι κάποιος άλλος είχε καρκίνο του μαστού.(Πίνακας 13, Σχήμα 13).

**Πίνακας 14: Γνωρίζετε αν κάποιος από τους συγγενείς σας είχε ή έχει καρκίνο του μαστού**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΗΤΕΡΑ	13	9,4	16,0	16,0
	ΓΙΑΓΙΑ	26	18,7	32,1	48,1
	ΑΔΕΛΦΗ	9	6,5	11,1	59,3
	ΘΕΙΑ	21	15,1	25,9	85,2
	ΑΛΛΟΣ	12	8,6	14,8	100,0
	Total	81	58,3	100,0	
Missing	0	54	38,8		
	System	4	2,9		
	Total	58	41,7		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 14:Γνωρίζετε αν κάποιος από τους συγγενείς σας είχε ή έχει καρκίνο του μαστού**



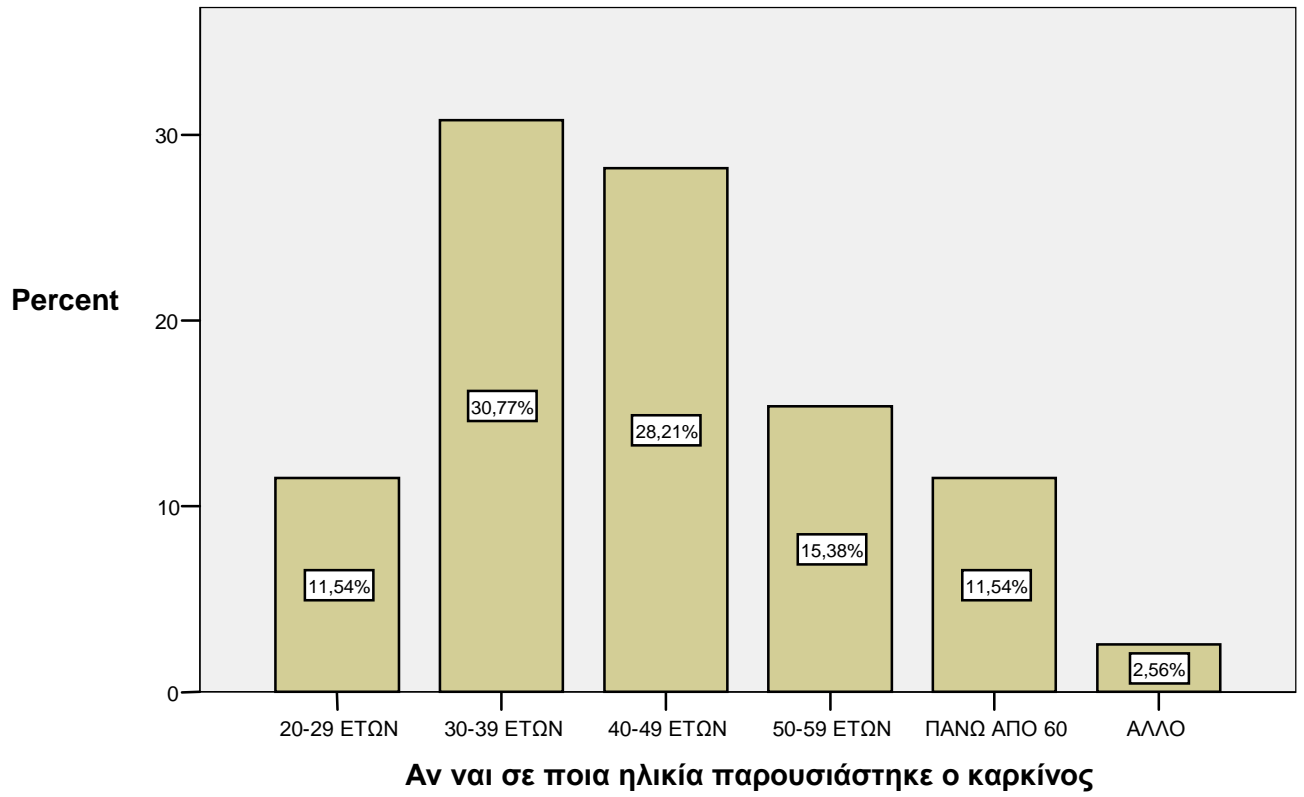
Στην ερώτησή μας εάν γνωρίζουν την ηλικία που παρουσιάστηκε ο καρκίνος στα συγγενικά και μη πρόσωπα από τα 78 άτομα, τα (9 άτομα-ποσοστό 11,5%) απάντησαν ότι ο καρκίνος παρουσιάστηκε 20-29 ετών, τα ( 24 άτομα-ποσοστό 30,8%) απάντησαν 30-39 ετών, τα(22 άτομα-ποσοστό 28,2%) απάντησαν 40-49 ετών, τα (12 άτομα-ποσοστό 15,4%) απάντησαν 50-59 ετών, τα (9 άτομα-ποσοστό 11,5%) απάντησαν πάνω

από τα 60 ετών ενώ (2 άτομα-ποσοστό 2,6%) έδωσαν άλλη ηλικία.(Πίνακας 15, Σχήμα 15).

**Πίνακας 15: Σε ποια ηλικία παρουσιάστηκε ο**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29 ΕΤΩΝ	9	6,5	11,5	11,5
	30-39 ΕΤΩΝ	24	17,3	30,8	42,3
	40-49 ΕΤΩΝ	22	15,8	28,2	70,5
	50-59 ΕΤΩΝ	12	8,6	15,4	85,9
	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 60	9	6,5	11,5	97,4
	ΑΛΛΟ	2	1,4	2,6	100,0
	Total	78	56,1	100,0	
Missing	0	60	43,2		
	System	1	,7		
	Total	61	43,9		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 15: Αν ναι σε ποια ηλικία παρουσιάστηκε ο καρκίνος**

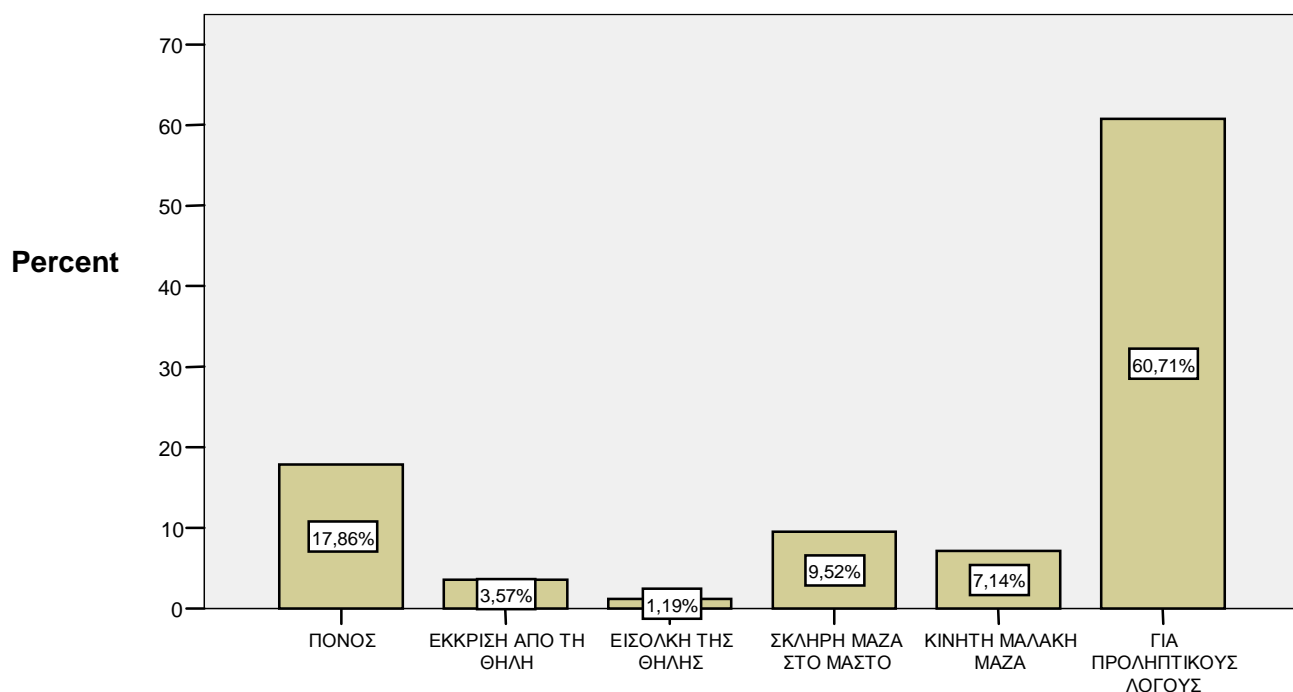


Στην ερώτησή μας σχετικά με το ποιο ήταν το κύριο σύμπτωμα για το οποίο επισκέφτηκαν το γιατρό, οι (15 γυναίκες-ποσοστό 17,9%) απάντησαν λόγω πόνου, οι(3 γυναίκες –ποσοστό 3,6%) λόγω έκκρισης από την θηλή, μόνο (1 γυναίκα – ποσοστό 1,2%) λόγω εισολκή της θηλής, οι (8 γυναίκες- ποσοστό 9,5%) παρατήρησαν σκληρή μάζα, οι (6 γυναίκες- ποσοστό 7,1%) λόγω κινητής μαλακής μάζας, οι (51 γυναίκες-ποσοστό 60,7%) για προληπτικούς λόγους.(Πίνακας 16,Σχήμα 16).

**Πίνακας 16:Ποιο είναι το κύριο σύμπτωμα που έχετε με το μαστό σας και για ποιο επισκεφθήκατε το γιατρό σας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΝΟΣ	15	10,8	17,9	17,9
	ΕΚΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΘΗΛΗ	3	2,2	3,6	21,4
	ΕΙΣΟΛΚΗ ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ	1	,7	1,2	22,6
	ΣΚΛΗΡΗ ΜΑΖΑ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ	8	5,8	9,5	32,1
	ΚΙΝΗΤΗ ΜΑΛΑΚΗ ΜΑΖΑ	6	4,3	7,1	39,3
	ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ	51	36,7	60,7	100,0
	Total	84	60,4	100,0	
Missing	0	42	30,2		
	System	13	9,4		
	Total	55	39,6		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 16: Ποιο είναι το κύριο σύμπτωμα που έχετε με το μαστό σας και για ποιο λόγο επισκεφθήκατε το γιατρό σας**



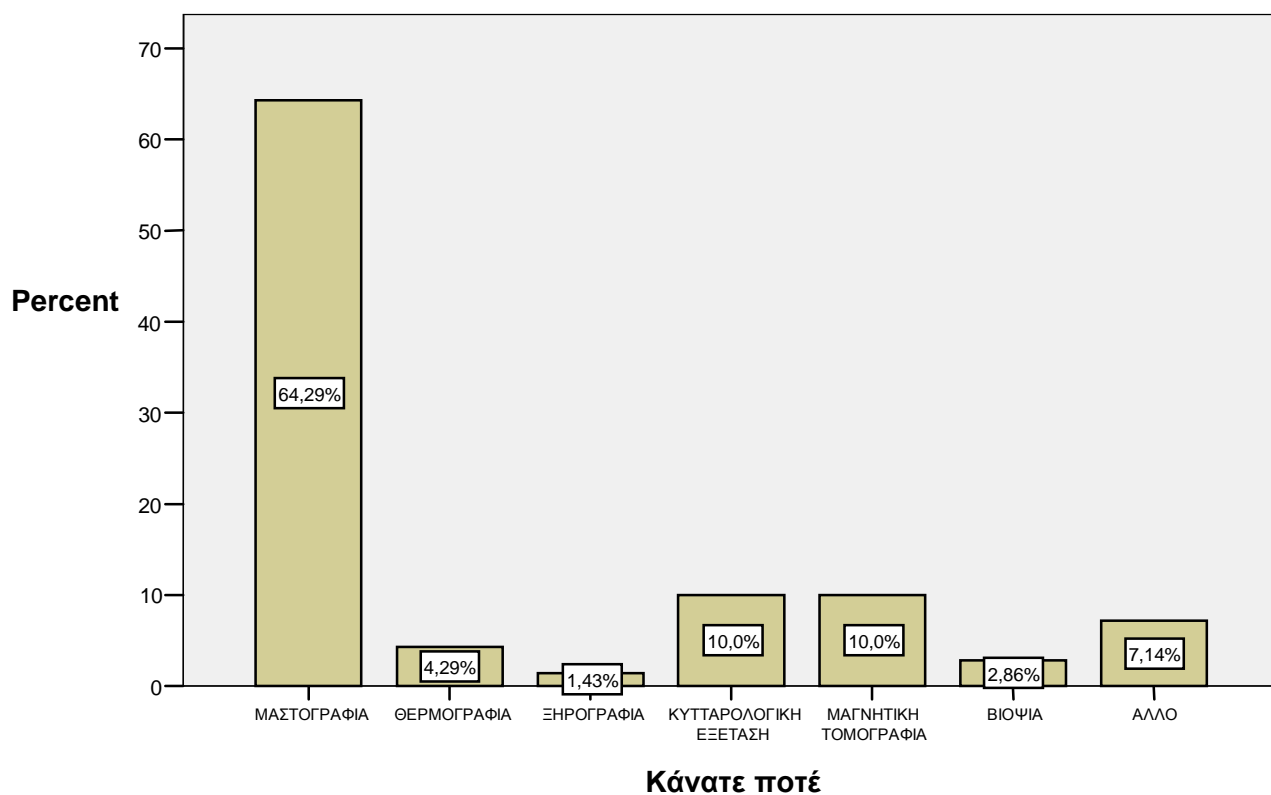
**Ποιο είναι το κύριο σύμπτωμα που έχετε με το μαστό σας και για ποιο λόγο επισκεφθήκατε το γιατρό σας**

Στην ερώτησή μας εάν έχουν εξεταστεί ποτέ στο μαστό τους μας απάντησαν ότι: οι (45 γυναίκες-ποσοστό 64,3%) απάντησαν ότι έχουν κάνει μαστογραφία, οι (3 γυναίκες-ποσοστό 4,3%) απάντησαν ότι έχουν κάνει θερμογραφία, μόνο (1 γυναίκα –ποσοστό 1,4%) έκανε ξηρογραφία, οι (7 γυναίκες-ποσοστό 10%) έκαναν κυτταρολογική εξέταση και επίσης μαγνητική τομογραφία, μόνο (2 γυναίκες –ποσοστό 2,9%) έκαναν βιοψία ενώ (5 γυναίκες- ποσοστό 7,1%) απάντησαν άλλο. (Πίνακας 17-Σχήμα 17).

**Πίνακας 17: Κάνατε ποτέ:**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	45	32,4	64,3	64,3
	ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ	3	2,2	4,3	68,6
	ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ	1	,7	1,4	70,0
	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	7	5,0	10,0	80,0
	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	7	5,0	10,0	90,0
	ΒΙΟΨΙΑ	2	1,4	2,9	92,9
	ΑΛΛΟ	5	3,6	7,1	100,0
	Total		70	50,4	100,0
	Missing	0	52	37,4	
System		17	12,2		
Total		69	49,6		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 17:Κάνατε ποτέ:**



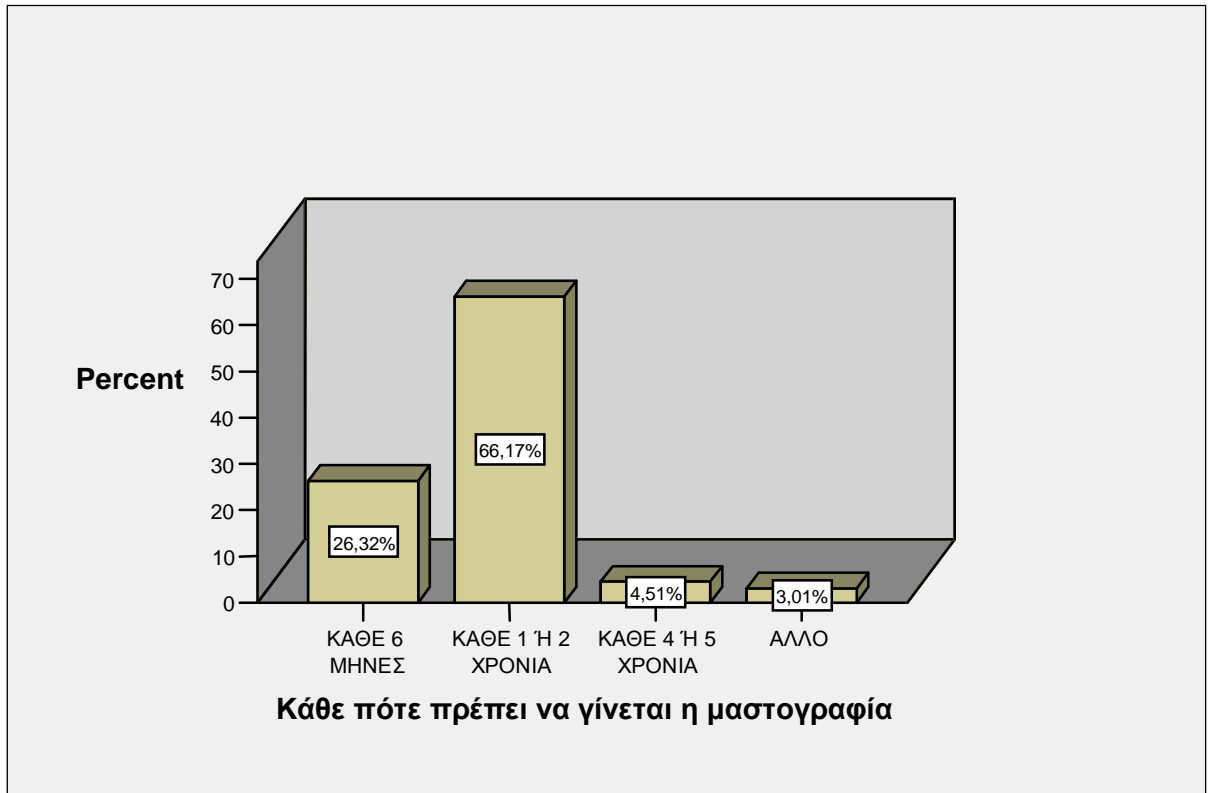
Στην ερώτησή μας σχετικά με το πότε θεωρούν ότι πρέπει να γίνεται η μαστογραφία οι (35 άτομα-ποσοστό 26,3%) πιστεύουν ότι πρέπει να γίνεται κάθε 6 μήνες, οι (88 άτομα-ποσοστό 66,2%), πιστεύουν κάθε 1 ή 2 χρόνια. Μόνο (6 άτομα-ποσοστό 4,5%)θεωρούν ότι πρέπει να γίνεται κάθε 4 ή 5 χρόνια ενώ κάτι άλλο ( 4 άτομα-ποσοστό 3%).(Πίνακας 18- Σχήμα 18).

**Πίνακας 18:Κάθε πότε πρέπει να γίνεται η μαστογραφία**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΕ 6 ΜΗΝΕΣ	35	25,2	26,3	26,3
	ΚΑΘΕ 1 Ή 2 ΧΡΟΝΙΑ	88	63,3	66,2	92,5
	ΚΑΘΕ 4 Ή 5 ΧΡΟΝΙΑ	6	4,3	4,5	97,0
	ΑΛΛΟ	4	2,9	3,0	100,0
	Total	133	95,7	100,0	
Missing	0	5	3,6		
	System	1	,7		
	Total	6	4,3		
Total		139	100,0		



**Σχήμα 18: Κάθε πότε πρέπει να γίνεται η μαστογραφία**



Στην ερώτησή μας σχετικά με το ποιο θεωρούν ότι είναι το επίπεδο γνώσης τους τα αποτελέσματα ήταν ανομοιογενή. Πιο συγκεκριμένα, τα (21 άτομα-ποσοστό 15,2%) θεωρούν το επίπεδο γνώσης τους άριστο, τα (65 άτομα-ποσοστό 47,1%) θεωρούν καλό, τα (42 άτομα –ποσοστό 30,4%) ότι είναι μέτριο ενώ τα (10 άτομα-ποσοστό 7,2%) ανεπαρκής.(Πίνακας 19, Σχήμα 19).

**Πίνακας 19:Η ενημέρωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι:**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΡΙΣΤΗ	21	15,1	15,2	15,2
	ΚΑΛΗ	65	46,8	47,1	62,3
	ΜΕΤΡΙΑ	42	30,2	30,4	92,8
	ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ	10	7,2	7,2	100,0
	Total	138	99,3	100,0	
Missing	System	1	,7		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 19: Η ενημέρωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι:**

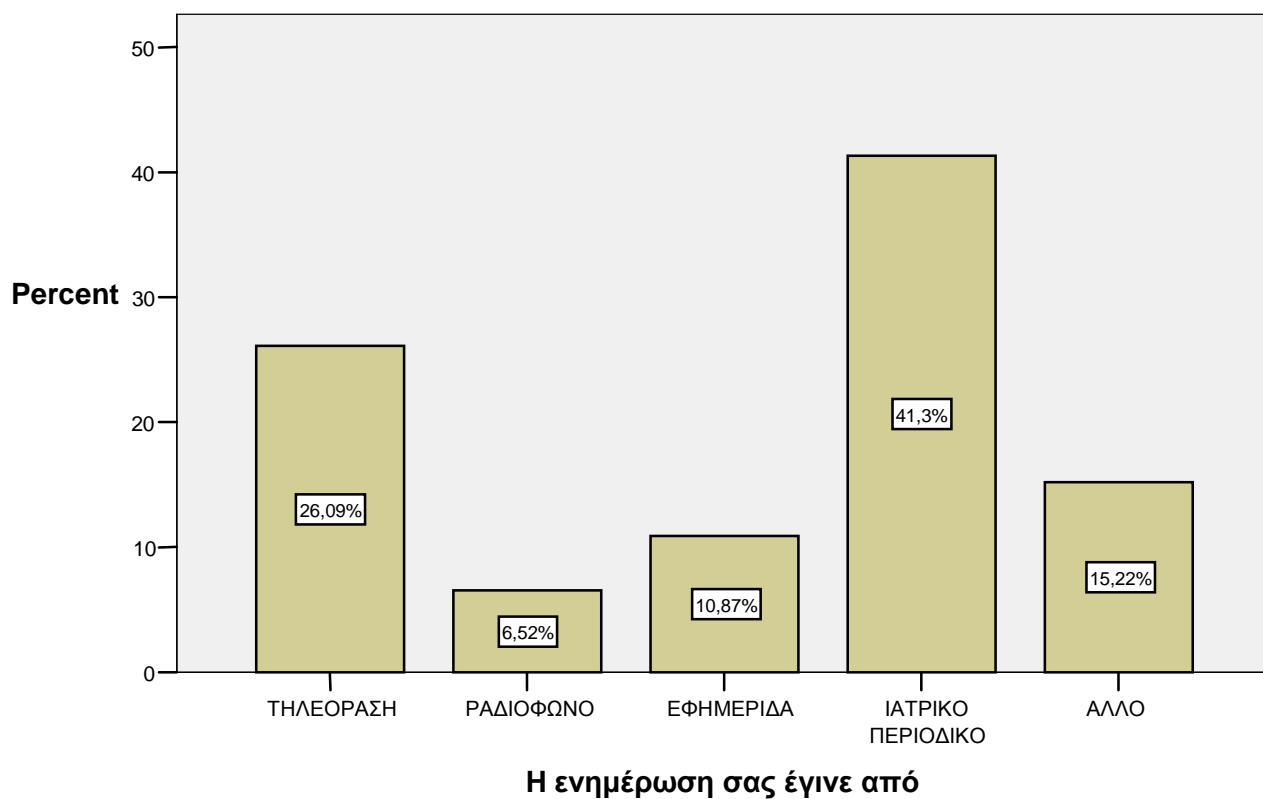


Στην ερώτησή μας σχετικά με το πώς ενημερώνονται τα 92 άτομα απάντησαν ότι: τα (24 άτομα-ποσοστό 26,1%) απάντησαν μέσω της τηλεόρασης, τα (6 άτομα-ποσοστό 6,5%) μέσω ραδιοφώνου, τα (10 άτομα-ποσοστό 10,9%) μέσω εφημερίδας, τα (38 άτομα-ποσοστό 41,3%) μέσω ιατρικού περιοδικού ενώ (14 άτομα-ποσοστό 15,2%) απάντησαν κάτι άλλο. (Πίνακας 20, Σχήμα 20).

**Πίνακας 20: Η ενημέρωσή σας έγινε**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	24	17,3	26,1	26,1
	ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ	6	4,3	6,5	32,6
	ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ	10	7,2	10,9	43,5
	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ	38	27,3	41,3	84,8
	ΑΛΛΟ	14	10,1	15,2	100,0
	Total		92	66,2	100,0
Missing	System	47	33,8		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 20: Η ενημέρωσή σας έγινε από:**

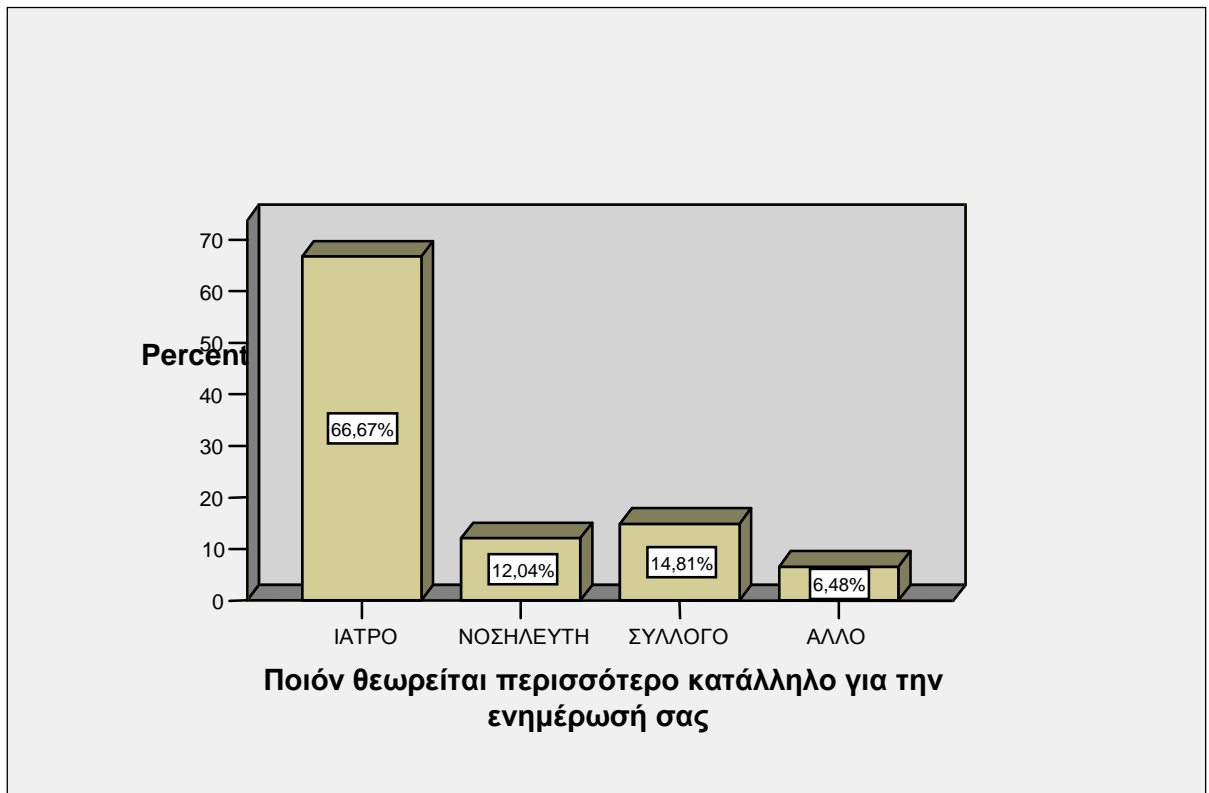


Στην ερώτησή μας σχετικά με το ποιόν θεωρούν περισσότερο κατάλληλο για την ενημέρωσή τους τα ( 72 άτομα-ποσοστό 66,7%) απάντησαν μέσω ιατρού, τα (13 άτομα –ποσοστό 12%) απάντησαν του νοσηλευτή, τα (16 άτομα –ποσοστό 11,5%), απάντησαν μέσω συλλόγου ενώ τα (7 άτομα – ποσοστό 6,5%) απάντησαν κάτι άλλο.(Πίνακας 21, Σχήμα 21).

**Πίνακας 21:Ποιόν θεωρείται περισσότερο κατάλληλο για την ενημέρωσή σας:**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΙΑΤΡΟ	72	51,8	66,7	66,7
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	13	9,4	12,0	78,7
	ΣΥΛΛΟΓΟ	16	11,5	14,8	93,5
	ΑΛΛΟ	7	5,0	6,5	100,0
	Total	108	77,7	100,0	
Missing	System	31	22,3		
Total		139	100,0		

**Σχήμα 21: Ποιόν θεωρείται περισσότερο κατάλληλο για την ενημέρωσή σας:**



## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

**Πίνακας 1: Τρόπος κατανομής δείγματος**

			Λήψη Δείγματος		Total
			ΝΟΣΟΚΟ ΜΕΙΟ	ΤΕΙ	
Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	ΑΡΙΣΤΗ	Count	17	4	21
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	81,0%	19,0%	100,0%
		% within Λήψη Δείγματος	18,5%	8,7%	15,2%
		% of Total	12,3%	2,9%	15,2%
	ΚΑΛΗ	Count	45	20	65
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	69,2%	30,8%	100,0%
		% within Λήψη Δείγματος	48,9%	43,5%	47,1%
		% of Total	32,6%	14,5%	47,1%
	ΜΕΤΡΙΑ	Count	23	19	42
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	54,8%	45,2%	100,0%
		% within Λήψη Δείγματος	25,0%	41,3%	30,4%
		% of Total	16,7%	13,8%	30,4%
ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ	Count	7	3	10	
	% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	70,0%	30,0%	100,0%	
	% within Λήψη Δείγματος	7,6%	6,5%	7,2%	
	% of Total	5,1%	2,2%	7,2%	
Total	Count	92	46	138	
	% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	66,7%	33,3%	100,0%	
	% within Λήψη Δείγματος	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	66,7%	33,3%	100,0%	

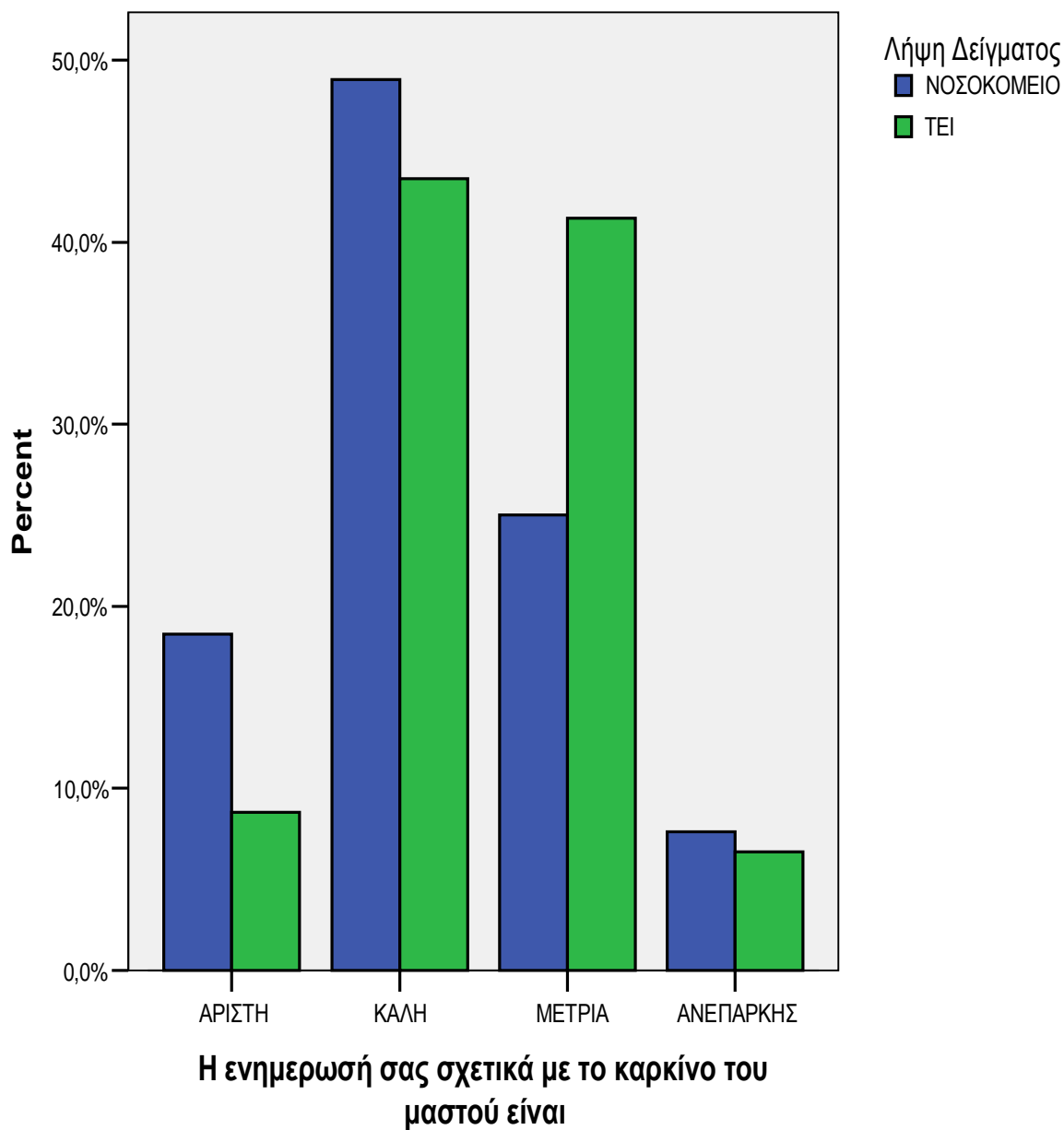
### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,849 <sup>a</sup>	3	,183
Likelihood Ratio	4,926	3	,177
Linear-by-Linear Association	2,645	1	,104
N of Valid Cases	138		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,33.



**Σχήμα 1: Τρόπος κατανομής δείγματος**



Σχέση κατανομής δείγματος και εκτίμησης γνώσεων σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.

Όσον αφορά στην εκτίμηση της γνώσης για τον καρκίνο του μαστού γενικά των ερωτηθέντων νοσηλευτών/τριών και των σπουδαστών των

A.T.E.I. Πατρών, η ενημέρωσή τους σχετικά με τον καρκίνο του μαστού φαίνεται ότι δεν έχει στατιστικά σημαντική διαφορά εφόσον η τιμή του  $P < 0,05$  ενώ το δείγμα όπως φαίνεται είναι 0,183.

Με βάση την λήψη του δείγματος παρατηρήθηκε ότι: «άριστη» γνώση σχετικά με τον καρκίνο του μαστού παρατηρήθηκε στα άτομα που εργάζονται στο νοσοκομείο με ποσοστό 18,5% ενώ από τους σπουδαστές των A.T.E.I. μόνο το 8,7% θεωρεί άριστη την γνώση σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Όσον αφορά την καλή, μέτρια και ανεπαρκή γνώση δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά .(Πίνακας 1, Σχήμα 1)

**Πίνακας 2: Φύλο**

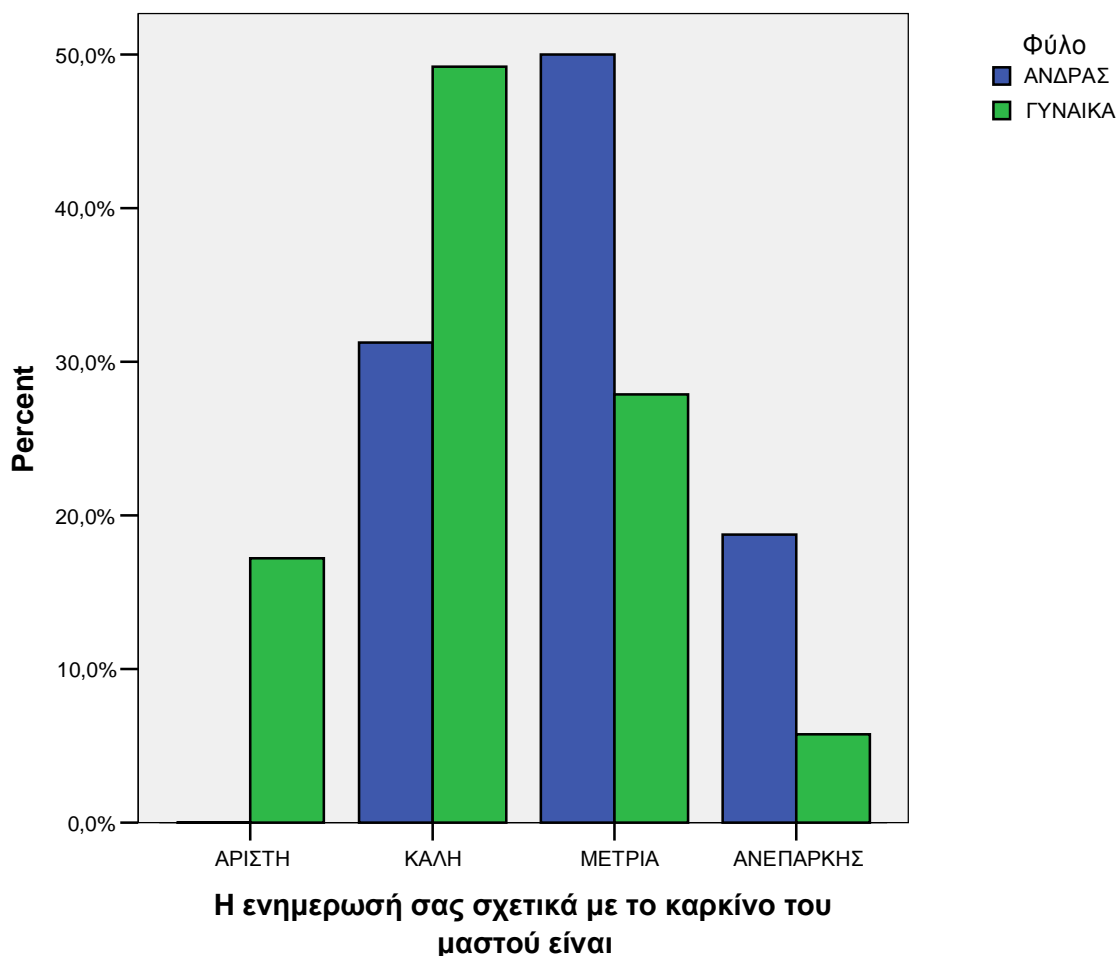
			Φύλο		Total
			ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	ΑΡΙΣΤΗ	Count	0	21	21
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	,0%	100,0%	100,0%
		% within Φύλο	,0%	17,2%	15,2%
		% of Total	,0%	15,2%	15,2%
	ΚΑΛΗ	Count	5	60	65
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	7,7%	92,3%	100,0%
		% within Φύλο	31,3%	49,2%	47,1%
		% of Total	3,6%	43,5%	47,1%
	ΜΕΤΡΙΑ	Count	8	34	42
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	19,0%	81,0%	100,0%
		% within Φύλο	50,0%	27,9%	30,4%
		% of Total	5,8%	24,6%	30,4%
ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ	Count	3	7	10	
	% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	30,0%	70,0%	100,0%	
	% within Φύλο	18,8%	5,7%	7,2%	
	% of Total	2,2%	5,1%	7,2%	
Total	Count	16	122	138	
	% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	11,6%	88,4%	100,0%	
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	11,6%	88,4%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,301 <sup>a</sup>	3	,026
Likelihood Ratio	10,645	3	,014
Linear-by-Linear Association	9,118	1	,003
N of Valid Cases	138		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,16.

## Σχήμα 2:Φύλο



### Σχέση φύλου και εκτίμησης των γνώσεων για τον καρκίνο του μαστού και την πρόληψή του

Οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες έδειξαν ότι υπάρχει διαφοροποίηση και στατιστική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά στην εκτίμηση της γνώσης για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού γενικά ( $\chi^2=9,301$ ,  $df=3$ ,  $p<0,026$ ) αφού οι γυναίκες φαίνεται να έχουν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τους άντρες.

**Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση**

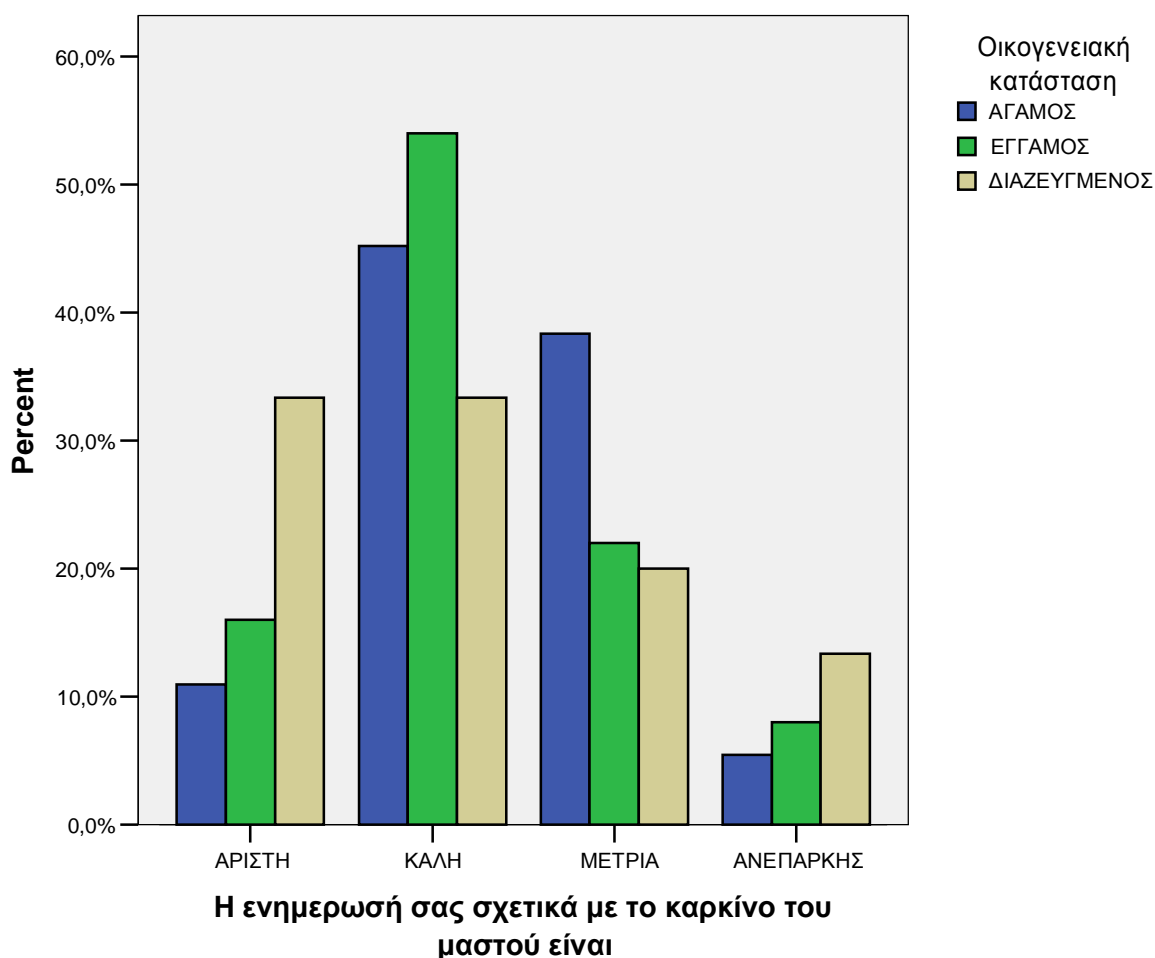
			Οικογενειακή κατάσταση			Total	
			ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ		
Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	ΑΡΙΣΤΗ	Count		8	8	5	1
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	38,1%	38,1%	23,8%	100	%
		% within Οικογενειακή κατάσταση	11,0%	16,0%	33,3%	15	%
		% of Total	5,8%	5,8%	3,6%	15	%
	ΚΑΛΗ	Count		33	27	5	5
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	50,8%	41,5%	7,7%	100	%
		% within Οικογενειακή κατάσταση	45,2%	54,0%	33,3%	47	%
		% of Total	23,9%	19,6%	3,6%	47	%
	ΜΕΤΡΙΑ	Count		28	11	3	2
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	66,7%	26,2%	7,1%	100	%
		% within Οικογενειακή κατάσταση	38,4%	22,0%	20,0%	30	%
		% of Total	20,3%	8,0%	2,2%	30	%
ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ	Count		4	4	2	0	
	% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	40,0%	40,0%	20,0%	100	%	
	% within Οικογενειακή κατάσταση	5,5%	8,0%	13,3%	7	%	
	% of Total	2,9%	2,9%	1,4%	7	%	
Total	Count		73	50	15	8	
	% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	52,9%	36,2%	10,9%	100	%	
	% within Οικογενειακή κατάσταση	100,0%	100,0%	100,0%	100	%	
	% of Total	52,9%	36,2%	10,9%	100	%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,621 <sup>a</sup>	6	,142
Likelihood Ratio	8,893	6	,180
Linear-by-Linear Association	1,823	1	,177
N of Valid Cases	138		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,09.

### Σχήμα 3: Οικογενειακή κατάσταση



Σχέση οικογενειακής κατάστασης και εκτίμησης των γνώσεων για την πρόληψη του καρκίνου μαστού.

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προκύπτει ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά αφού το  $p=0,142$  στο δείγμα δηλαδή  $p<0,05$ . Παρόλα αυτά συγκριτικά με τα αποτελέσματα του δείγματός μας παρατηρούμε ότι οι διαζευγμένοι έχουν καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τον καρκίνο του μαστού συγκριτικά με τους άγαμους και έγγαμους. (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

**Πίνακας 4: Μορφωτικό επίπεδο**

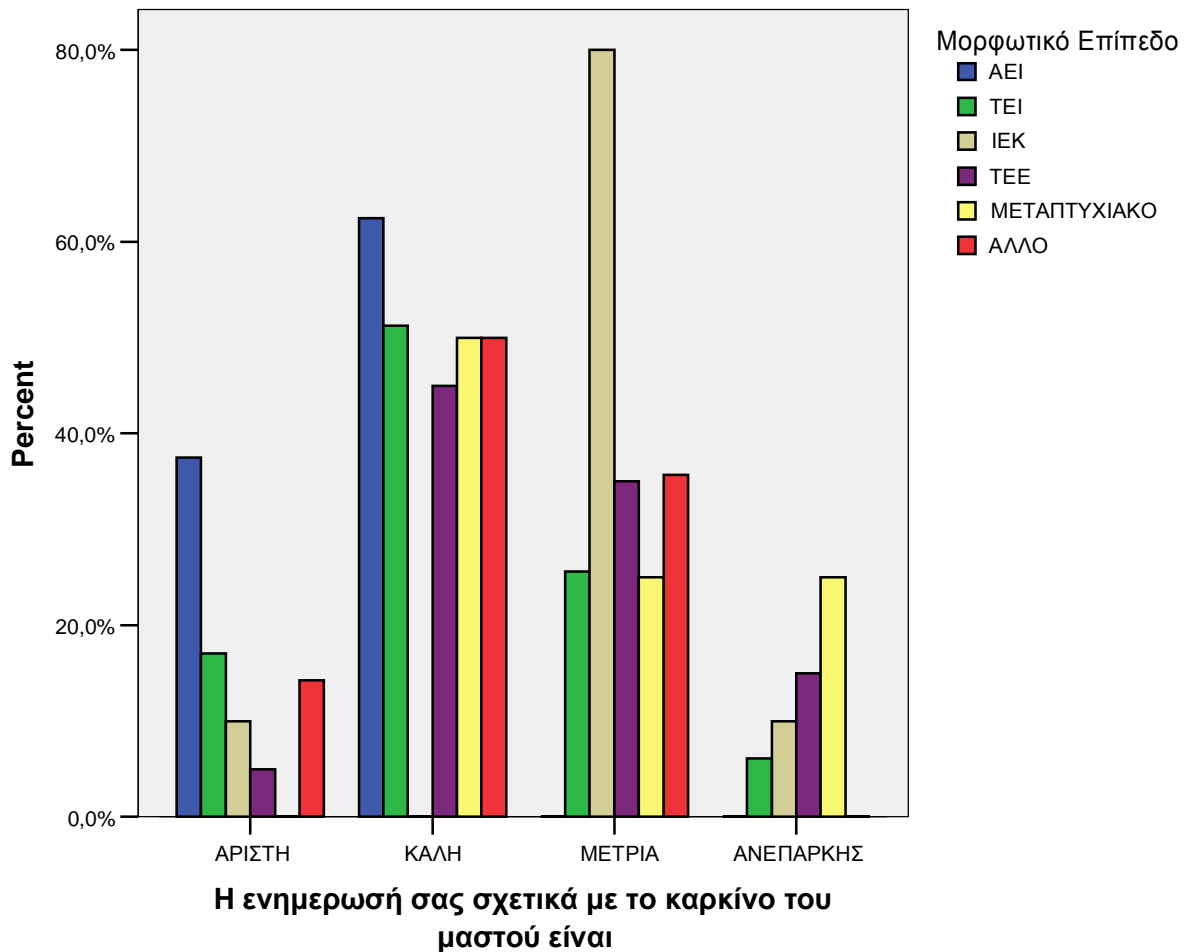
			Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι				Total
			ΑΡΙΣΤΗ	ΚΑΛΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ	
Μορφωτικό Επίπεδο	ΑΕΙ	Count	3	5	0	0	8
		% within Μορφωτικό Επίπεδο	37,5%	62,5%	,0%	,0%	100,0%
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	14,3%	7,7%	,0%	,0%	5,8%
		% of Total	2,2%	3,6%	,0%	,0%	5,8%
	ΤΕΙ	Count	14	42	21	5	82
		% within Μορφωτικό Επίπεδο	17,1%	51,2%	25,6%	6,1%	100,0%
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	66,7%	64,6%	50,0%	50,0%	59,4%
		% of Total	10,1%	30,4%	15,2%	3,6%	59,4%
	ΙΕΚ	Count	1	0	8	1	10
		% within Μορφωτικό Επίπεδο	10,0%	,0%	80,0%	10,0%	100,0%
		% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	4,8%	,0%	19,0%	10,0%	7,2%
		% of Total	,7%	,0%	5,8%	,7%	7,2%
ΤΕΕ	Count	1	9	7	3	20	
	% within Μορφωτικό Επίπεδο	5,0%	45,0%	35,0%	15,0%	100,0%	
	% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	4,8%	13,8%	16,7%	30,0%	14,5%	
	% of Total	,7%	6,5%	5,1%	2,2%	14,5%	
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	Count	0	2	1	1	4	
	% within Μορφωτικό Επίπεδο	,0%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%	
	% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	,0%	3,1%	2,4%	10,0%	2,9%	
	% of Total	,0%	1,4%	,7%	,7%	2,9%	
ΆΛΛΟ	Count	2	7	5	0	14	
	% within Μορφωτικό Επίπεδο	14,3%	50,0%	35,7%	,0%	100,0%	
	% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	9,5%	10,8%	11,9%	,0%	10,1%	
	% of Total	1,4%	5,1%	3,6%	,0%	10,1%	
Total	Count	21	65	42	10	138	
	% within Μορφωτικό Επίπεδο	15,2%	47,1%	30,4%	7,2%	100,0%	
	% within Η ενημερωσή σας σχετικά με το καρκίνο του μαστού είναι	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	15,2%	47,1%	30,4%	7,2%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,108 <sup>a</sup>	15	,028
Likelihood Ratio	32,574	15	,005
Linear-by-Linear Association	2,172	1	,141
N of Valid Cases	138		

a. 17 cells (70,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

### Σχήμα 4: Μορφωτικό επίπεδο





Σχέση μορφωτικού επιπέδου και εκτίμησης γνώσεων σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου μαστού

Τέλος, η σχέση του μορφωτικού επιπέδου με την γνώση για τον καρκίνο του μαστού είναι θετικά ισχυρά στατιστικά σημαντική αφού το  $p=0,028$ ,  $\chi^2=27,108$  και  $df=15$ . (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ανάλυση και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων αυτής της έρευνας στηρίζεται στην ακόλουθη μεθοδολογία: συσχέτιση των απαντήσεων στις ερωτήσεις με το φύλο, το δείγμα λήψης, το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση. Ωστόσο πρέπει να επισημάνουμε ότι σε ορισμένες απαντήσεις δεν επιχειρείται συσχέτιση και με τις τρεις παραμέτρους, είτε γιατί η φύση των απαντήσεων δεν το επιτρέπει είτε γιατί δεν προκύπτει κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να διαπιστωθεί το γνωσιολογικό και εμπειρικό επίπεδο του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά τις γενικές γνώσεις σε θέματα που αφορούν την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και την προσωπική τους εκτίμηση στο ερώτημα εάν έχουν επαρκείς γνώσεις όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού και την πρόληψή του.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού ΠΕ εμφανίζει να έχει καλύτερες γνώσεις σε σχέση με τους νοσηλευτές ΤΕ όσον αφορά τις ειδικές γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού.

Αναφορικά με την πηγή ενημέρωσης των εργαζομένων νοσηλευτών – νοσηλευτριών καθώς και των φοιτητών του ΑΤΕΙ Πατρών, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν γυναίκες με ποσοστό 88,5% (123 γυναίκες) ενώ το 11,5% (16 άντρες). Μοιρασμένα ήταν τα ποσοστά όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση όπου το 53,2% δήλωσαν άγαμοι και το 36% έγγαμοι. Μόλις το 10,8% δήλωσαν διαζευγμένοι.

Οι μισοί και πλέον των ερωτηθέντων με ποσοστό 59% δήλωσαν πως ήταν απόφοιτοι ΑΤΕΙ ενώ το 5,8% δηλώνει πως έχει αποφοιτήσει από την ανώτατη σχολή και το 22,3% δήλωσαν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ακολουθούν με μεταπτυχιακό μόνο το 2,9% ενώ κάτι άλλο απάντησε το 10,1% των ερωτηθέντων. Σχετικά με τον τόπο εργασίας και σπουδών αντίστοιχα όλο το δείγμα εργάζεται και σπουδάζει στην Πάτρα.

Σχετικά με την ερώτησή μας στην επαγγελματική σας σταδιοδρομία ποιόν θεωρείται πλέον κατάλληλο για την ενημέρωσή σας σχετικά με τον καρκίνο του μαστού η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 66,7% (72 άτομα) δηλώνουν τον ιατρό. Λιγότερο υψηλό ποσοστό ερωτηθέντων σε ποσοστό 14,8% (16 άτομα) θεωρούν καταλληλότερο κάποιο σύλλογο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, ακολουθεί το 12% τον νοσηλευτή ενώ κάποιον άλλο κατάλληλο θεωρεί το 6,5% του δείγματος.

Επίσης, θα πρέπει να επισημανθεί η σχέση λήψης δείγματος και εκτίμησης των γνώσεων για τον καρκίνο του μαστού γενικά και την πρόληψή του. Οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά εφόσον  $p < 0,05$ .

Συγκρίνοντας την σχέση του φύλου και την εκτίμηση των γνώσεων για τον καρκίνο του μαστού οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες έδειξαν ότι υπάρχει διαφοροποίηση και στατιστική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού ( $\chi^2 = 9,301$ ,  $df = 3$  και  $p < 0,026$ ).

Ομοίως στην εκτίμηση της γνώσης για τον καρκίνο του μαστού σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση οι απαντήσεις έδειξαν ότι δεν προκύπτει σημαντική στατιστική διαφορά αφού το  $p = 0,142$  στο δείγμα δηλαδή,  $p < 0,05$ .

Καταλήγοντας, διαπιστώνουμε ότι η συνεχής εξελισσόμενη γνώση θεωρείται από τους τελειόφοιτους Α.Τ.Ε.Ι νοσηλευτές-νοσηλεύτριες ως ο πλέον σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την επίδοσή τους στο νοσηλευτικό έργο για τις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο μαστού. Αισιόδοξο επιπλέον για τη νοσηλευτική, είναι το γεγονός ότι υψηλά στις επιλογές των εργαζομένων νοσηλευτών είναι τόσο η αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος όσο και η ανάγκη βελτίωσης ολιστικής φροντίδας για τον ασθενή .

Φαίνεται λοιπόν ότι η νοσηλευτική έχει ξεφύγει απ' την στερεότυπη παροχή πρακτικών υπηρεσιών και έχει καταξιωθεί ως επιστημονικός κλάδος που διαρκώς εξελίσσεται μέσα από την αέναη σύνθεση επιστημονικών γνώσεων και τεχνικών εφαρμογών. Η αναβάθμιση λοιπόν του νοσηλευτικού επαγγέλματος έχει ως

επακόλουθο και την αύξηση του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών που είναι η κύρια λειτουργία της Νοσηλευτικής και η οποία επιτυγχάνεται μέσα από τον συνεχή εμπλουτισμό των γνώσεων

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ολοκληρώνοντας την εργασία μας και με βάση τα αποτελέσματα που δόθηκαν μέσω της έρευνας που διερευνήσαμε σας παραθέτουμε τα δικά μας συμπεράσματα και προτάσεις, πιστεύοντας πώς αν εφαρμοστούν με την κατάλληλη γνώση και επιδεξιότητα από το νοσηλευτικό προσωπικό θα έχουμε καλύτερα αποτελέσματα. Θα βελτιώσουμε τις συνθήκες παραμονής των ασθενών με καρκίνο μαστού στο νοσοκομείο και θα εξασφαλίσουμε την αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ αυτών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Μετά την ανάλυση της σημασίας και των μεθόδων για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, μπορούμε να καταλήξουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

**Ä** Ο καρκίνος του μαστού είναι ο μεγαλύτερος δολοφόνος γυναικών, και ο μόνος τρόπος να μειωθούν οι θάνατοι είναι η έγκαιρη διάγνωση.

**Ä** Σε κάθε γυναίκα που παρουσιάζει ένα σύμπτωμα που πιθανό να υποδηλώνει καρκίνο (μάζα ή σκληρία, επίμονος εντοπισμένος πόνος, έκκριμα θηλής κ.λπ.), πρέπει να εφαρμόζονται όλες οι διαγνωστικές μέθοδοι.

**Ä** Όλες οι ασυμπτωματικές γυναίκες πάνω από τα 50 πρέπει να εξετάζονται περιοδικά κάθε χρόνο ή σε βραχύτερα ή μακρύτερα διαστήματα, ανάλογα με την ηλικία, τον τύπο των μαστών και τα ευρήματα και την κατάταξή τους κατά την πρώτη πλήρη εξέταση (κλινική, θερμογραφία, μαστογραφία).

**Ä** 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, εφ' όσον στην κλινική εξέταση διαπιστωθεί κάτι ύποπτο ή έχουν ανώμαλο θερμογράφημα, ή να εντάσσονται σε ένα πρόγραμμα περιοδικής εξέτασης, εφ' όσον υπάγονται στην κατηγορία αυξημένου κινδύνου αναπτύξεως καρκίνου (highrisk). Η ομάδα αυτή θα περιλαμβάνει τις γυναίκες που έχουν μια εντοπισμένη σκληρία στο μαστό, εντοπισμένο πόνο ή έκκριμα από τη θηλή, (πολλοί περιλαμβάνουν και τη χρόνια μαστίτιδα με ή χωρίς πόνο), καρκίνο στον άλλο μαστό, θετικό οικογενειακό ιστορικό ανάπτυξης καρκίνου πριν από την εμμηνόπαυση, άτεκνες ή γυναίκες που γέννησαν σε ηλικία μεγαλύτερη από τα 30, έναρξη της περιόδου σε ηλικία μικρότερη από τα 11 ή καθυστερημένη στην εμμηνόπαυση.

**Ä** Οι κυριότερες προτάσεις μας είναι:

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

- Ä Ενημέρωση του κοινού για την πρόληψη καρκίνου του μαστού.
- Ä Εξειδικευμένη εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.
- Ä Δημιουργία φιλικού περιβάλλοντος μεταξύ καρκινοπαθών ασθενών και νοσηλευτών.
- Ä Αντιμετώπιση της ασθενούς ως πλήρη βιοψυχοκοινωνική οντότητα.
- Ä Σεβασμός στις ανάγκες της ασθενούς και στις φοβίες της.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Καθώς η εξειδικευμένη γνώση για θέματα που αφορούσαν την πρόληψη του καρκίνου μαστού γίνεται επιτακτική ανάγκη και αποτελεί ζήτημα ατομικής ευθύνης, κρίναμε απαραίτητο να συλλέξουμε σχετικές πληροφορίες για το προαναφερόμενο θέμα.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση του γνωσιολογικού και εμπειρικού επιπέδου των νοσηλευτών στους παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο μαστού με απώτερο σκοπό τη σωστή-ποιοτική, σύγχρονη διαφώτιση των νοσηλευτών συμβάλλοντας έτσι στη μείωση της επίπτωσης και του δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Το **δείγμα** της έρευνας συγκεντρώθηκε από έναν αριθμό 100 εργαζόμενων νοσηλευτών και νοσηλευτριών (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, ΙΕΚ, ΤΕΕ κτλ) σε νοσοκομεία της Πάτρας και 50 σε φοιτητές των ΑΤΕΙ Πατρών.

Η **μέθοδος** στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο όπου περιγράφονται και συσχετίζονται μεταβλητές. Η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ανώνυμων ερωτηματολογίων 26 ερωτήσεων κλειστού, διχοτομικού και εναλλακτικού τύπου.

**Αποτελέσματα:** από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει:

α) Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού 47,1% εμφανίζει να έχει καλή ενημέρωση σχετικά με τον καρκίνο του μαστού

β) Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού 66,2% κρίνει ότι η μαστογραφία πρέπει να γίνεται κάθε 1 ή 2 χρόνια.

γ) Οι απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών 64,29% έχουν κάνει έστω μια φορά μαστογραφία ενώ ελάχιστες γυναίκες σε ποσοστό 1,43% έκαναν ξηρογραφία.

δ) Όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο καλύτερη είναι η γνώση σε θέματα που αφορούν την πρόληψη του καρκίνου μαστού.

**Συμπέρασμα:** Το νοσηλευτικό προσωπικό ΠΕ και ΤΕ φαίνεται να έχει άνω του μετρίου επίπεδο γνώσεων όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου μαστού ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό των ΙΕΚ και ΤΕΕ έχει σχετικές γνώσεις πάνω στο θέμα για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

## SUMMARY

As like knowledge for the subjects which care about treatment of breast cancer has become essential and has become personal responsibility, necessary thinking to collection information for these subjects.

**Target:** The aim of the present research is to examine to knowledge and the experiment background of nurses in factor to connect with breast cancer with remoter purpose the correct-qualitative, contemporary elucidation of the hospital attendant as a result the reduction of the consequence and the pointer of sickly and mortality.

**Sample:** The statistics were gathered from a sample of 100 laborius hospital attendant (from Universities and Technological Universities of Patras town.

The **method** was based on the answering of printed questionnaire in which a variable can be described and groups of subjects compare to available. The data collection was performed by the feeling of a questionnaire consisted of closed, besectives and alternative type question.

**Results:** The results of the study show that:

- a) The highest percentage of staff nurses 47,1% seems to have very good knowledge for the subjects which care the breast cancer.
- b) The highest percentage of staff nurses 66,2% consider that macrograph must be done per one or two years.
- c) The answer which gave women, show that the highest percentage of women (64,29%)to create macrograph, suppose one time while faintest percentage (14,3%) women created drygraphy.
- d) As the highest education level as better is the knowledge for the subjects about prevention of breast cancer.

**Conclusion:** The hospital attendand of T.E and Universal Education seem to have good higher mediocre knowledge of the prevention of breath cancer while the hospital attendant of Biennial nurses have relevant knowledge of the subjects of prevention of breath cancer.





*ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ*

1. ΜΟΣΧΟΥ- ΚΑΚΚΟΥ Α. , Ενημέρωση για τον καρκίνο, *Ογκολογική Νοσηλευτική*, Σημειώσεις ΤΕΙ Πάτρα 1999, σ.3.
2. ΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ. ΔΟΝΤΑ , Από το χθες στο σήμερα, *Ο Καρκίνος στην Ελλάδα* , Επίτομος, Εκδόσεις : Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία , Αθήνα 1995, σ. 18-20.
3. DOLLINGER M. ERNEST R. CABLE G, *Ο καρκίνος*, Μετάφραση-Επιμέλεια: Μαθάς Χ. , Λαμπρόπουλος Σ. , Λαδάς Γ. , Επίτομος, Έκδοση Α΄, Εκδόσεις:ΚΑΤΟΠΤΡΟ, Αθήνα 1992, σ.297-302,686-704.
4. ΓΟΛΕΜΑΤΗ Β. , Παθήσεις Μαστού, *Χειρουργική Παθολογία*, Τόμος Β΄, Έκδοση Α΄, Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σ.704-708,710-712.
5. ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ Μ. , Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με νεοπλάσματα-Φροντίδα αρρώστου με γυναικολογικά προβλήματα, *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, Τόμος Α΄, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις:ΒΗΤΑ , Αθήνα 1997, σ.173.
6. [www. Ανατομική Δομή του μαστού, html](http://www.Ανατομική Δομή του μαστού, html)  
Ημερομηνία χρήσης: 23/05/06
7. ΠΙΝΑΚΙΔΗΣ Μ., ΜΠΟΥΤΗΣ Λ., Φυσιολογία του μαστού, *Καρκίνος του μαστού*, Επίτομος , Έκδοση Α΄, Εκδόσεις: University studio press , Θεσσαλονίκη 1993, σ.20-29.
8. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Μαστολογία, *Γυναικολογία*, Επίτομος, Έκδοση Γ΄, Εκδόσεις: Παρισσιανός, Αθήνα 1994, σ. 242, 463-478,681.
9. EPSTEIN PERKIN DE BONO COOKSON, *Κλινική εξέταση*, Μετάφραση Επιμέλεια: Χανιώτης Δ., Επίτομος, Έκδοση Α΄, Εκδόσεις Λίτσας, Γουδί 2000. σ.219.

10. [www. Καρκίνος και διατροφή.html](http://www.Καρκίνος και διατροφή.html).  
Ημερομηνία χρήσης: 27/05/06
11. ΟΙΚΟΙΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ Χρ., *Η Αξιολόγηση της ποιότητας της χειρουργικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο*, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια ογκολογίας και ψυχοογκολογίας Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000, Εκδόσεις Δοντάς- Μπεσμπέας, Αθήνα 2001,σ.130.
12. [www.disadled.gr](http://www.disadled.gr)  
Ημερομηνία χρήσης:23/05/06
13. ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ Ι. , Καρκίνος Μαστού και οικογένεια μπροστά στον καρκίνο, *Καρκίνος, απ' την άγνοια στον φόβο*, Επίτομος, Έκδοση Α, Εκδόσεις Αχαϊκές, Πάτρα 1994, σ.110,242-246.
14. ΝΤΟΛΑΝΤΖΑΣ Θ., Καρκίνος του Μαστού, *Ο Γιατρός συμβουλεύει...*, Τόμος Γ', Έκδοση Α', Εκδόσεις Λίγκας, Αθήνα 2002, σ.470
15. ΠΕΤΡΙΔΗΣ Α., Παθήσεις του Μαστού, *Εγχειρίδιο Χειρουργική*, Επίτομος, Έκδοση Ε', Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2004, σ. 87.
16. Σεμινάρια Κοινωνικών Λειτουργιών, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- πρόληψη καρκίνου, *Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου*, Εκδόσεις:Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σ.31-42.
17. SIMON SCHUSTER, *Εμείς και το Σώμα μας*, Μετάφραση-Επιμέλεια: Μαγγανάρη Μ.- Μήτσου Παπά μ., Υγεία και Ιατρική, Επίτομος, Έκδοση Α', Εκδόσεις Υποδομή, Αθήνα 1981, σ.217.
18. [www. Ξένος .html](http://www.Ξένος.html)  
Ημερομηνία χρήσης:27/05/06
19. ΜΥΛΩΝΑ Μ., Διατροφή και καρκινογένεση, *Υγεία και πρόληψη*, Επίτομος,

Εκδόσεις:ΤΑ ΝΕΑ, δημοσιογραφικός οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε,  
ΑΘΗΝΑ 1993,σ.76-79,99.

20. Σεμινάριο Νοσηλευτικής, Συντονιστές: Μπεσμπέας Σ.-Σιδέρης Ε, Καρκίνος Μαστού, *Περιβάλλον και Καρκίνος*, Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σ.103.
21. ΛΙΑΔΑΚΗΣ Γ. Prevention, *Το νοχτερινό φως βλάπτει σοβαρά την υγεία*, Τεύχος: Μάρτιος 2006, Αθήνα 2006, σ.128-131.
22. [www.kliniki velia.gr/page/gr/must.html](http://www.kliniki.velia.gr/page/gr/must.html).  
Ημερομηνία χρήσης:27/05/06.
23. [www. Aglinic-.gr/ html](http://www.Aglinic-.gr/html).  
Ημερομηνία χρήσης:27/05/06
24. ΚΑΤΡΑΚΗΣ Γ. , Ο καρκίνος του μαστού, *Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο*, Τόμος Α΄, Εκδόσεις :Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα 1980, σ.110, 127-128.
25. ΑΓΓΕΛΑΤΟΥ Ρ.- ΚΥΛΙΖΗΣ Α., *Μ'ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ*, «Μαστός-Μέθοδος Αυτοεξέτασης», Τεύχος 44, Μάιος-Ιούνιος 2005, Αθήνα 2005, σ.49-50.
26. [www. Rizospastis newspaper. html](http://www.Rizospastis newspaper.html).  
Ημερομηνία χρήσης:27/05/06
27. Κωνσταντινίδης Θ.- Τζαγαράκη Ε., ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, *Νοσηλευτική Αντιμετώπιση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού στη φάση της θεραπείας*, Τόμος 40, Τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2001, σ.65-68.
28. [www. Μένη Μαλλιώραη. html](http://www.Μένη Μαλλιώραη.html).  
Ημερομηνία χρήσης:27/05/06

29. ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ., *Η Συμβολή της Νοσηλεύτριας στην Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου*, Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον Καρκινοπαθή 8-9 Ιουνίου 1991, Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σ. 53,95-100.
30. ΜΥΣΕΚ Μ.-HARNEY R.-CHAMPE P., Αντικαρκινικά φάρμακα, *ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ*, Επιμέλεια Μετάφρασης: Βαλκανιώτη Ε.-Γιαννακοπούλου Ε., Επίτομος, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις: Παρισιανός, Αθήνα 1997, σ.425-453.
31. ΜΑΥΡΟΥ Ο., Vita, *Ευχάριστα νέα για την αντιμετώπιση του καρκίνου*, Τεύχος 93, Ιανουάριος 2005, σ. 32-37.
32. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. , Ογκολογική Νοσηλευτική, *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική*, Τόμος Β΄, Μέρος 2<sup>ο</sup> , Έκδοση 20, Εκδόσεις: "ΤΑΒΙΘΑ" , Αθήνα 2003, σ.82.
33. STOPPARD MIRIAM, «Το Γυναικείο Σώμα», Μετάφραση: Πρατσίνης Ν, Πρατσίνης Χ. *Φυσική Διάπλαση της γυναίκας*, Επίτομος, Έκδοση Α΄, Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ, Ελλάδα 2002, σ.65.
34. [www.prevention.gr](http://www.prevention.gr) Σιλίκονη VS-Καρκίνος μαστού  
Ημερομηνία χρήσης:12/05/06
35. ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ Θ., -ΚΟΥΤΣΟΠΥΛΟΥ Β, *Νοσηλευτική*, «Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή - Ο ρόλος των νοσηλευτριών», Τόμος 42, Τεύχος 3,Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2003, Εκδόσεις:ΔΙΚΤΥΝΑ Ε.Π.Ε, Αθήνα 2003, σ. 308-314.
36. ΚΟΝΙΑΡΗ Ε. , Ενημέρωση για τον καρκίνο, *Καρκίνος Μαστού- Νοσηλευτική Παρέμβαση*, Επίτομος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σ.113-114.
37. [www.stress.gr](http://www.stress.gr)  
Ημερομηνία χρήσης:23/05/06.

38. ΛΑΚΚΑ Ε., *Αποκατάσταση Ασθενών με Καρκίνο*, Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργών-ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, Εκδόσεις:Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2001, σ. 98-101.



*ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ*

## *ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ-ΕΝΑ ΙΣΤΟΡΙΚΟ*

Η κυρία Παπαδοπούλου, αγρότισσα ηλικίας 62 ετών πριν από 3 χρόνια κατάλαβε ότι κάτι συμβαίνει στο δεξιό μαστό της. Παρατήρησε ότι αναπτύχθηκε εξέλκωση σε θέση κοντά στη θηλή του δεξιού μαστού που παρατηρούσε ότι λέρωνε τη φανέλα της.

Μετά από καιρό το συζήτησε με τις δύο κόρες της οι οποίες την παρέπεμψαν σε γυναικολόγο για τις απαραίτητες κλινικές εξετάσεις. Το αποτέλεσμα ήταν καρκίνος του δεξιού μαστού της γυναίκας...

Χειρουργήθηκε πριν 2 ½ χρόνια και στη συνέχεια υποβλήθηκε σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία για την αποκατάστασή της. Επανήλθε μετά την θεραπεία της μία μόνο φορά, μετά από 3 μήνες από την χειρουργική επέμβαση στο μαστό της, όντας σε πολύ καλή κατάσταση.

Της συστήθηκε επίμονα από τους γιατρούς της ότι πρέπει να παρακολουθείται κάθε 2 μήνες τον πρώτο καιρό, για προληπτικούς λόγους και για λόγους πιθανής μετάστασης του καρκίνου. Αργότερα κάθε 3 μήνες και στη συνέχεια κάθε 6 μήνες. Ακόμη της συστήθηκε να προσέλθει αμέσως μόλις εμφανίσει οποιαδήποτε εξέλκωση ή διόγκωση στην περιοχή του μαστού που αφαιρέθηκε ή στην υπερκλείδια ή μασχαλιαία χώρα, ή εάν εμφανίσει βήχα ή οποιαδήποτε αλλού διόγκωση ή πόνο ή άλλα συμπτώματα. Ακόμα, ότι μπορεί να εξετάζεται είτε από γιατρούς του Νοσοκομείου ή να απευθύνεται για την εξέταση της στο γιατρό χειρουργό της επαρχιακής πόλης όπου και μόνιμα διέμενε.

Παρά τις συστάσεις των γιατρών της η ασθενής απέφυγε κάθε περαιτέρω ιατρική παρακολούθηση για άγνωστους λόγους, κατά τα 2 χρόνια που ήδη μεσολάβησαν από το τέλος της πρώτης και τελευταίας της επανεξέτασης.

Πριν 6 μήνες, όπως διηγείται η άρρωστη, εμφάνισε μικρή αρχικά διόγκωση κοντά στη χειρουργική τομή του μαστού, που όμως μεγάλωνε με το χρόνο. Πριν 1 ½ μήνα εξελκώθηκε στο κέντρο της. Η άρρωστη ήδη ανησύχησε με αποτέλεσμα να προσέλθει στο Νοσοκομείο για περαιτέρω ιατρική παρακολούθηση.

Πάλι καλά που η άρρωστη επανήλθε μετά από 6 μήνες και η κατάσταση της μπορεί να αντιμετωπισθεί θεραπευτικά.

Ευτυχώς δεν εμφανίζει λεμφαδενικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις, ούτε παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία των πνευμόνων και άλλων οργάνων.

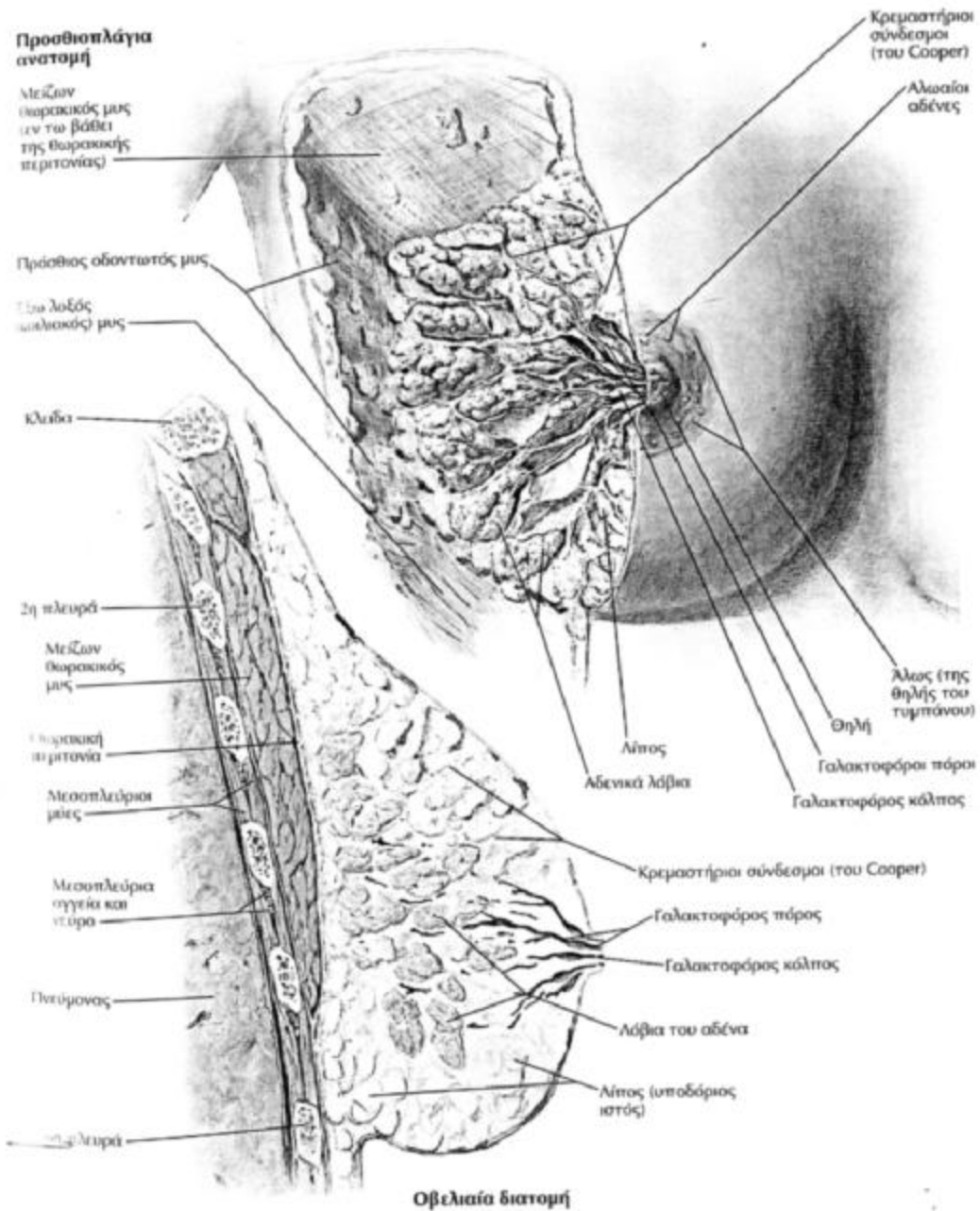


Είναι φυσικό να σκεφθεί ότι η υποτροπή θα μπορούσε πολύ γρηγορότερα να αντιμετωπισθεί εάν την άρρωστη την παρακολουθούσε γιατρός ή αν ερχότανε στο Νοσοκομείο όχι μετά από 6 μήνες αλλά μόλις παρατήρησε την μικρή διόγκωση, τονίζοντας σε αυτό το σημείο την αξία της πρόληψης.

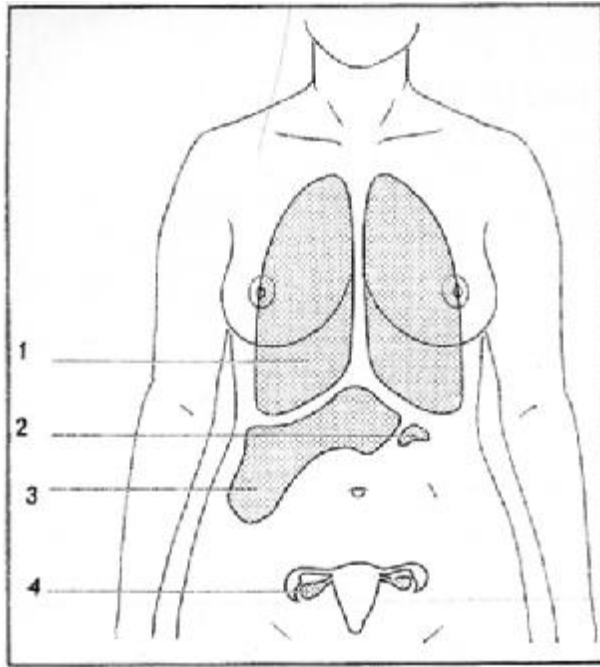
Στην ερώτηση μας γιατί δεν προσήλθε μόλις παρατήρησε την διόγκωση, η απάντησή της ήταν ότι φοβήθηκε πολύ και γενικότερα κυριαρχούσαν συναισθήματα απογοήτευσης και αβεβαιότητας για την ίδια της την ζωή, με αποτέλεσμα να το αναβάλλει να επισκεπτεί τον γυναικολόγο και το απέκρυψε από τους δικούς της ανθρώπους.

Με αφορμή αυτό το περιστατικό θελήσαμε να διερευνήσουμε κάθε πτυχή του όρου «καρκίνος του μαστού», των τρόπων θεραπείας- αποκατάστασης, τον ψυχολογικό κόσμο της ασθενούς και κυρίως τον ρόλο και την αξία της πρόληψης.

**Ο σκοπός μας** είναι να διαφωτίσουμε τους νοσηλευτές σε θέματα που αφορούν την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και οι κανόνες που πρέπει να τηρούνται για κάθε διεργασία για την αποφυγή επιπλοκών και προβλημάτων που πολλές φορές μπορεί να στοιχίσουν τη ζωή των συνανθρώπων μας.



Εικόνα 1: Ανατομία μαστού

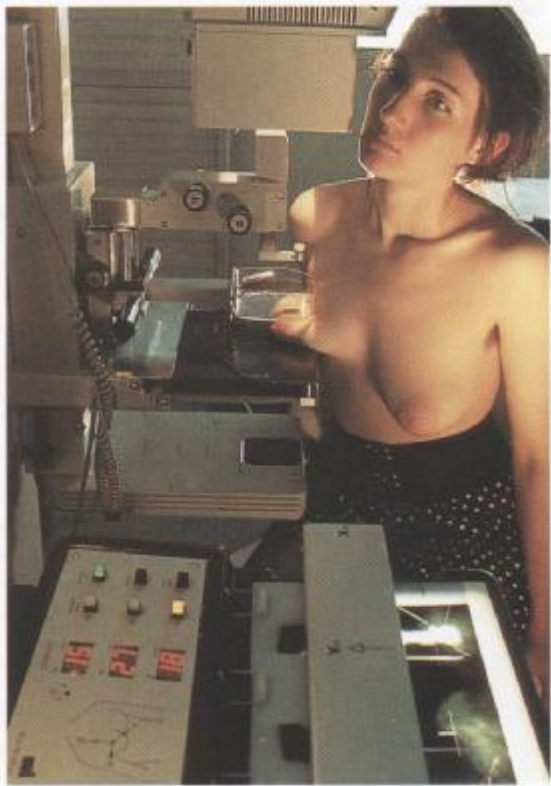
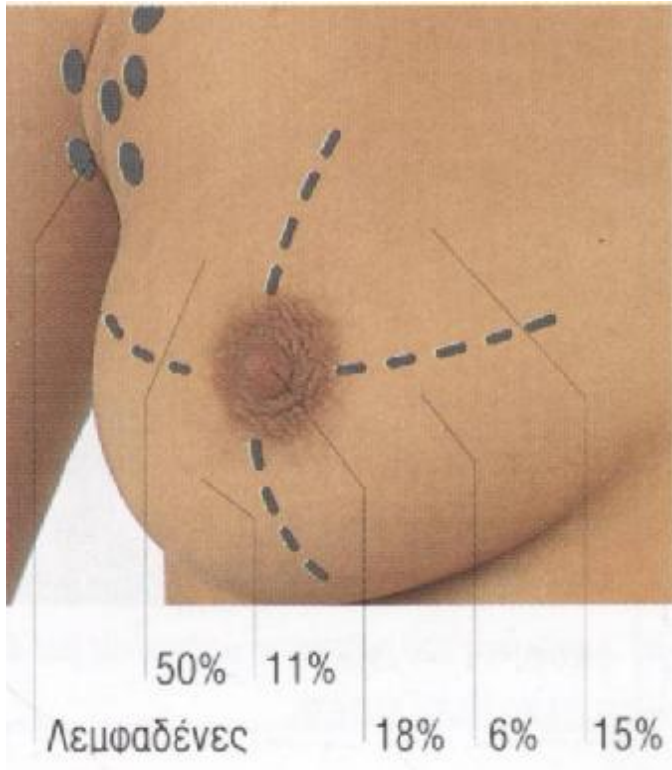


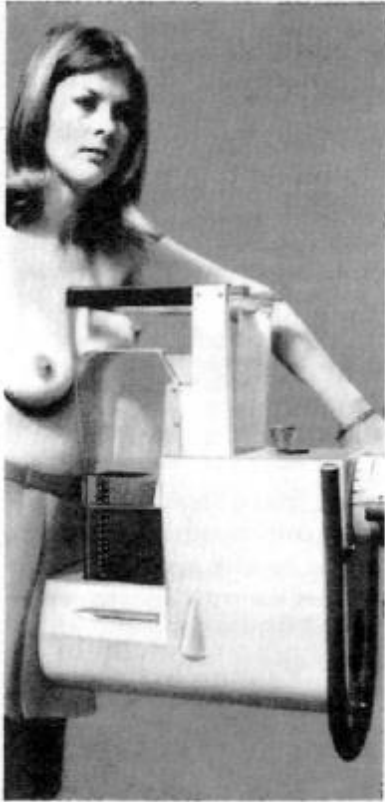
**Εντόπιση σπλαχνικών μεταστάσεων στον καρκίνο του μαστού**  
1. Πνεύμονες, 2. Σπλήνας, 3. Συκώτι, 4. Ωοθήκη.  
(Gros)

Εικόνα 2

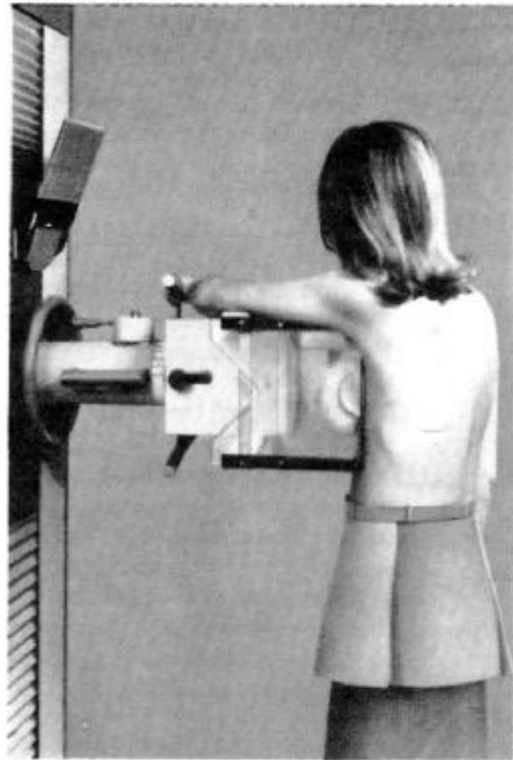


Εικόνα 3: Κλινική εξέταση μαστού





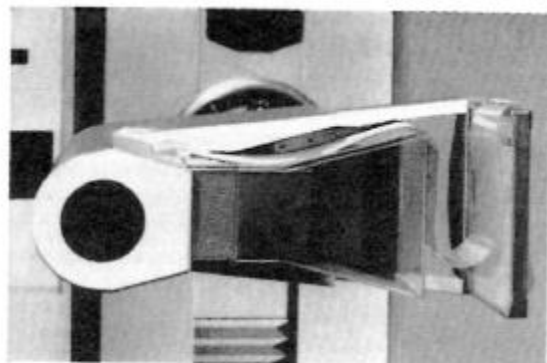
**ΕΙΚΟΝΑ 7.** Ουραιο-κρανιακή προβολή (Siemens, Radiographic manual for the MAMMOMAT).



**ΕΙΚΟΝΑ 8.** Μεσοπλάγια προβολή (Siemens, Radiographic manual for the MAMMOMAT).



**ΕΙΚΟΝΑ 9.** Μεσοπλάγια προβολή (Siemens, Radiographic manual for the MAMMOMAT).



**ΕΙΚΟΝΑ 10.** Βοηθητική ζώνη για την ανασήκωση του μαστού (Siemens, Radiographic manual for the MAMMOMAT).

