

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή Εργασία

*Η Συμβολή της Νοσηλευτικής στην  
Πρόληψη, Θεραπεία και Αποκατάσταση  
ασθενούς με Καρκίνο του Μαστού*

(έρευνα)



Εισηγήτρια:

Σαλάτα Α. ΜSc

Καθηγήτρια Εφαρμογών

Σπουδάστριες:

Αλαμπασύνη Αικατερίνη

Αραχωβίτη Αλεξάνδρα

ΠΑΤΡΑ 2011

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....</b>	<b>vi</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....</b>	<b>vii</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>ix</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>x</b>
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....</b>	<b>xi</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>1</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> .....</b>	<b>1</b>
<b>ΑΝΑΤΟΜΙΑ &amp; ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....</b>	<b>1</b>
1.1 Ανατομική του μαστού.....	2
1.1.1 Υφή του Μαστού .....	2
1.1.2 Θηλή – Θηλαία Άλως.....	3
1.1.3 Τα Νεύρα του Μαστού.....	4
1.1.4 Αγγείωση του μαστού( Αρτηρίες- Φλέβες-Λεμφαγγεία) .....	4
1.2 Φυσιολογία του Μαστού .....	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> .....</b>	<b>7</b>
<b>ΚΑΡΚΙΝΟΣ .....</b>	<b>7</b>
2.1 Ορισμός καρκίνου .....	8
2.2 Παθογένεση – Αιτιολογία- Ταξινόμηση Νεοπλασμάτων.....	8
2.3 Καρκινογένεση .....	9
2.4 Πρόληψη – Ανίχνευση του Καρκίνου.....	9
2.5 Διάγνωση- και τρόποι Επέκτασης .....	11

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b> .....	<b>12</b>
<b>ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	<b>12</b>
3.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία .....	13
3.2 Ορισμός καρκίνου στήθους .....	14
3.3 Αιτιολογία-Κληρονομικότητα και Παράγοντες Κινδύνου .....	15
3.4 Τρόποι εξέλιξης Καρκίνου του Μαστού .....	16
3.5 Ιστολογικοί Τύποι Καρκίνου του Μαστού .....	17
3.6 Σταδιοποίηση του Καρκίνου του Μαστού .....	18
3.7 Μεταστάσεις .....	19
3.8 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις μεταστάσεις του καρκίνου .....	20
3.9 Γενετική επιβάρυνση για Καρκίνο του μαστού .....	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b> .....	<b>26</b>
<b>ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	<b>26</b>
4.1 Διάφοροι τύποι όγκων .....	27
4.2 Συμπτωματολογία .....	30
4.3 Κλινική Εικόνα .....	31
4.4 Πρόγνωση .....	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b> .....	<b>33</b>
<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	<b>33</b>
5.1 Εκτίμηση της Κατάστασης της Άρρωστης .....	34
5.2 Διάγνωση του Καρκίνου .....	35
5.3 Διαφορική Διάγνωση .....	36
5.4 Διαγνωστικές Μέθοδοι .....	36
5.5 Μέθοδοι Εξετάσεως του Μαστού .....	41
5.5.1 Αυτοεξέταση του Μαστού .....	41
5.5.2 Κλινική ιατρική εξέταση .....	43
5.5.3 Απεικονιστικές Μέθοδοι .....	44
5.5.4 Βιοψία .....	45

5.5.5 Παρακέντηση.....	45
5.6 Ο ρόλος του Γυναικολόγου στις παθήσεις του μαστού .....	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> .....</b>	<b>47</b>
<b>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....</b>	<b>47</b>
6.1 Θεραπευτικές μέθοδοι.....	48
6.1.1 Χειρουργική θεραπεία .....	48
6.1.2 Ακτινική θεραπεία.....	49
6.1.2.1 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ακτινική θεραπεία .....	49
6.1.3 Χημειοθεραπεία.....	50
6.1.3.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στην προφυλακτική χημειοθεραπεία.....	51
6.1.3.2 Μέτρα ασφαλείας για την ασθενή κατά την χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	52
6.1.3.3 Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας .....	53
6.1.3.4 Νοσηλευτική αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χημειοθεραπεία .....	53
6.1.4. Ορμονοθεραπεία .....	58
6.1.4.1 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ορμονοθεραπεία .....	59
6.2 Αποκατάσταση .....	59
6.3 Τρόπος παρακολούθησης ασθενούς που έχει υποβληθεί σε θεραπεία .....	59
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> .....</b>	<b>61</b>
<b>ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....</b>	<b>61</b>
7.1 Εισαγωγή .....	62
7.2 Πρωτογενής Πρόληψη .....	62
7.3 Δευτερογενής Πρόληψη.....	63
7.4 Πληθυσμιακός Έλεγχος .....	63
7.5 Δυσκολίες για επιτυχή πρόληψη .....	64
7.6 Νέα δεδομένα και εξελίξεις στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού .....	64

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup></b> .....	<b>67</b>
<b>ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ</b> .....	<b>67</b>
8.1 Εισαγωγή .....	68
8.2 Άσχημες και Δυσάρεστες ειδήσεις « Ανακοίνωση» .....	68
Ψυχολογικά και Συναισθηματικά Προβλήματα.....	69
8.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στην ψυχολογία του καρκινοπαθή για την αποκατάστασή του. ....	69
8.5 Μηχανισμοί Προσαρμογής και Αντιμετώπισης του Καρκίνου του Μαστού .....	70
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>72</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup></b> .....	<b>72</b>
<b>ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	<b>72</b>
9.1 Διατύπωση του προβλήματος .....	73
9.2 Σκοπός της εργασίας .....	73
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup></b> .....	<b>75</b>
<b>ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ</b> .....	<b>75</b>
10.1 Μεθοδολογία της έρευνας .....	76
10.2 Η επιλογή των δεδομένων της έρευνας .....	77
10.2.1 Πληθυσμός .....	77
10.2.2 Δείγμα .....	77
10.2.3. Η διαδικασία συλλογής δεδομένων .....	77
10.2.4. Τόπος και Χρόνος της έρευνας .....	78
10.2.5. Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία .....	78
10.2.6. Τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών και περιορισμών.....	78
10.3. Τα εργαλεία της έρευνας .....	79
10.4. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα .....	80
10.4.1.Δομή Ερωτηματολογίου .....	81

10.4.2. Επιλογή Ερωτήσεων – Ερωτηματολογίων .....	81
10.5. Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου .....	82
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>83</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ .....</b>	<b>84</b>
<b>ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ .....</b>	<b>106</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>118</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>121</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>125</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μεταξύ των συνηθέστερων κακοηθειών στο γυναικείο πληθυσμό της χώρας μας. Η πρόωπη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση του είναι οι μόνες γνωστές προσπάθειες που μπορούν να βοηθήσουν τις ασθενείς.

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία στο δύσκολο αυτό αγώνα κατά του καρκίνου είναι όχι μόνο η καλή εκπαίδευση των υγειονομικών, αλλά εξίσου σημαντική είναι και η εκπαίδευση του κοινού, των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η διαφώτιση του κοινού πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, δίνοντας όλα τα στοιχεία εκείνα που μας επιτρέπουν να ελπίζουμε σε νικηφόρο τέλος (Κατράκης, 1980).

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η αδιάκοπη συγκέντρωση στοιχείων που θα βοηθήσουν στη πληρέστερη και λεπτομερέστερη κατανόηση της αρρώστιας, καθώς επίσης και η διαφώτιση του κοινωνικού συνόλου για τους τρόπους πρόληψης, μέσω της ερευνητικής διεργασίας που έχει πραγματοποιηθεί.

Η έρευνα αυτή αποτελείται από δύο μέρη Το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος.  
Στο Γενικό Μέρος αναφέρονται:

- 1). Γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού (ανατομία, φυσιολογία, επιδημιολογία, στάδια της νόσου,....
- 2). Συμπτωματολογία , αντιμετώπιση, θεραπεία.....

Στο Ειδικό Μέρος αναφέρονται:

Τα αποτελέσματα της έρευνας για την πρόληψη κατά του καρκίνου του μαστού, καθώς επίσης και προτεινόμενα μέτρα για την πρόληψη έναντι του καρκίνου του μαστού. Καθώς όλοι γνωρίζουμε ότι η πρόληψη είναι ο καλύτερος σύμμαχος για την ζωή

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια πάθηση που χαρακτηρίζεται από τον υπέρ - πολλαπλασιασμό κάποιου τύπου κυττάρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία ανάλογου τύπου όγκων. Τα καρκινικά κύτταρα, εκτός του ότι πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα, μπορούν να μεταναστεύσουν σε άλλα όργανα του σώματος δημιουργώντας νέους όγκους (μεταστάσεις). Στον καρκίνο του μαστού, υπεύθυνα για τη δημιουργία των όγκων είναι τα κύτταρα που σχηματίζουν τους αδένες που παράγουν το γάλα και τα κύτταρα που σχηματίζουν τους σωλήνες που μεταφέρουν το γάλα από τους αδένες στη θηλή. Στο μαστό μπορεί να εμφανιστούν και καλοήθεις όγκοι. Οι όγκοι αυτοί διαφέρουν από τους κακοήθεις στο ότι δεν διεισδύουν στους ιστούς, δεν προκαλούν μεταστάσεις και δεν είναι επικίνδυνοι εφόσον δεν μεταλλαχθούν σε κακοήθεις.

**Σκοπός** της εργασίας μας είναι η προσέγγιση του καρκίνου του μαστού, τόσο από νοσηλευτικής όσο και από ιατρικής πλευράς, περιλαμβάνοντας την εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης, την ευαισθητοποίηση των γυναικών σχετικά με τις μεθόδους πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης, τις ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού διασφαλίζοντας την επιτυχία του αποτελέσματος της συνολικής θεραπευτικής προσπάθειας.

Μερικοί από τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι η πλούσια σε λίπος δίαιτα, η πρόωρη εμμηναρχή στις γυναίκες ( κάτω από 12 ετών), καθώς και η αργοπορημένη εμμηνόπαυση (μετά τα 50). Επίσης ασθενείς με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο, προσβάλλονται συχνότερα από τη νόσο, γεγονός που επιβεβαιώνει μία κληρονομική προδιάθεση. Έγγαμες προσβάλλονται συχνότερα από τη νόσο, γυναίκες με πρώτη τεκνοποίηση σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών έχουν σχετικό κίνδυνο προσβολής κατά 2/3 μικρότερο από αυτές που έχουν τεκνοποιήσει σε ηλικία 30 ετών.

**Συμπερασματικά**, ο μοναδικός τρόπος για την προστασία από τον καρκίνο του μαστού είναι η αυτοεξέταση της γυναίκας, αλλά και η περιοδική μαστογραφία για τις ηλικίες μετά τα 40. Με έγκαιρη και σωστή διαφώτιση των ανθρώπων ο καρκίνος του μαστού θα μπορούσε να έχει τουλάχιστον καλύτερη πρόγνωση. Αυτό θα μπορούσε να γίνει μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών εκπομπών, ειδικών σεμιναρίων και επιμορφωτικών μαθημάτων.



Οι συνεχείς επιστημονικές ανακαλύψεις και οι πρόοδοι στο χώρο της ιατρικής προσπαθούν να περιορίσουν όσο το δυνατό το καρκίνο, αλλά και από την άλλη πλευρά να ανακουφίσουν τον πόνο των καρκινοπαθών.

## SUMMARY

The cancer of breast is a disease that is characterized from in favour - proliferation of some type of cells with result the creation of proportional type of volumes. His karkjnjk'a' cells, except that they are multiplied without control, can metanastey'soyn in other bodies of body creating new volumes (metastases). In the cancer of breast, responsibly for the creation of volumes they are the cells that shape the glands that produce the milk and the cells that shape the pipes that transport the milk from the glands in the nipple. In the breast it can are also presented kaloi'cejs volumes. This volumes differ from malignant in that they do not infiltrate in the webs, they do not cause metastases and are not dangerous provided that metallahcoy'n in malignant.

**Aim** of our work is the approach of cancer of breast, so much from nursing what from medical side, including the estimate of situation of sick, the sensitization of women with regard to the methods of prevention and convenient diagnosis, the medical and nursing interventions in the patients with cancer of breast ensuring the success of result of total therapeutic effort.

Certain of the main causative factors in the growth of cancer of breast are the rich in grease diet, premature emminarhi' in the women (under 12 years), as well as delayed emmino'paysi(afterwards the 50). Also patients with vevarime'no familial background with cancer, are offended more often by the illness, make that confirms a hereditary inclination. Married are offended more often by the illness, women with first procreation in age of smaller 20 years have relative danger of offence at 2/3 smaller than those that have tekno'pojisej in age of 30 years.

**Deductively**, the unique way for the protection from the cancer of breast is the aytoexe'tasi of woman, but also the periodical mammography for ages afterwards 40. With convenient and right enlightenment of persons of breast could have at least better forecast. This could become via informative booklets, television and radio emissions, special seminars and training courses. Continuous scientific you will discover and the progress in the space of medicine tries they limit as long as the possible cancer, but also on the other hand they ease the pain karkjnopacw'n.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Καρκίνος του μαστού ή νεοπλάσματα είναι μια αρρώστια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Αυτό εξάγεται, κυρίως από το γεγονός ότι όσο παλιά και αν είναι τα οστά ανθρώπων και ζώων, που βρέθηκαν μέχρι σήμερα στη γη, διαπιστώνονται σε ορισμένα από αυτά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν, ότι έχουν προκληθεί από την παρουσία κακοηθών όγκων.

Ήδη από το 300 π.χ είχαν διαχωριστεί τα καλοήθη από τα κακοήθη νεοπλάσματα. Είχαν ακόμα επισημανθεί οι κακές εκβάσεις πολλών εντοπίσεων κακοηθών όγκων, όπως είχαν διαχωριστεί και οι ανίατοι όγκοι από παραπλήσιες στην εμφάνιση νοσήσεις, όπως από τον ψευδάνθρακα που αναπτύσσεται συνηθέστερα στον αυχένα και τις χρόνιες εξελκώσεις στο δέρμα.

Σταθμός για την ερμηνεία του καρκίνου ήταν το 1652 , όταν ο Owen περιέγραψε τα λεμφαγγεία και αναπτύχθηκε η λεμφική θεωρία ανάπτυξης του καρκίνου, θεωρία που ερμηνεύεται από την παρατήρηση, ότι μεγάλο μέρος καρκίνων επεκτείνονται από την πρωτοπαθή εστία με τα λεμφαγγεία προς τους επιχώριους λεμφαδένες (Κατράκης, 1980).

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα είναι μικρότερη από την αντίστοιχη συχνότητα των περισσότερων χωρών της Ευρώπης και της Βορείου Αφρικής, μεγαλύτερη όμως από εκείνη της Ιαπωνίας και της Ταϊβάν.

Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο έχουμε περίπου 3.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού στην Ελλάδα. Οι θάνατοι από καρκίνο είναι περίπου 1.200 το χρόνο. Έχουμε δηλαδή μία θνησιμότητα της νόσου 12/100.000 πληθυσμό (Υπουργείο Υγείας κ Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, 1985).

Σήμερα επικρατεί γενικά η αντίληψη, ότι εξωγενείς είναι κυρίως οι παράγοντες ( χημικοί, φυσικοί, μηχανικοί, κλπ.) που προκαλούν την καρκινογένεση, ενώ σπανιότεροι είναι οι ενδογενείς ( ορμόνες κλπ.).

Μέχρις ότου γίνει δυνατή η πρόληψη του καρκίνου του μαστού, η μεγαλύτερη ελπίδα για τον έλεγχο της νόσου είναι η πρόωμη ανίχνευση, η διάγνωση και θεραπεία (Κατράκης, 1980).

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο μαστός είναι όργανο που η σοφία της φύσης τοποθέτησε στο πιο εμφανές μέρος του σώματος, την πρόσθια και επάνω επιφάνεια. Ειδικότερα ο γυναικείος μαστός είναι εμφανής και λόγω μεγέθους. Ο φαινόμενος, shade, που σημαίνει και ο μαστός είναι μία από τις προσωινμίες του θεού των Εβραίων όταν εμφανίζεται ως φλεγόμενη και μη καιγόμενη βάτος στον Μωυσή στο όρος Σινά. Έτσι, δεν είναι τυχαίο ότι ο άνθρωπος όχι απλώς παρατήρησε, αλλά και αναπαράστησε τον μαστό ήδη στις αρχαιότερες καλλιτεχνικές του αναζητήσεις. Και αναφέρθηκε σε αυτόν ήδη από τα πιο πρώιμα μνημεία του λόγου. Το ίδιο πρώιμα αναφέρθηκε στη μοναδική του αξία για την επιβίωση του ανθρώπινου είδους. Αυτό εξηγεί γιατί στις κοσμογονικές αντιλήψεις όλων των αρχαίων λαών οι πρώτες θεότητες είναι γυναίκες και απεικονίζονται με μεγαλομαστία ή πολυμαστία. Σύμφωνα με την Ελληνική κοσμογονική παράδοση που διασώζει στη θεογονία του ο Ησίοδος (8<sup>ος</sup> αι. π.Χ) στην αρχή ήταν το Χάος και μετά έγινα η Γαία, μητέρα όλων των θεών. Η Γαία είναι η μόνη θεότητα μαζί με τον Έρωτα που προκύπτουν χωρίς γέννηση, ως τα πρώτα στοιχεία του κόσμου μετά το Χάος. Το γνώρισμα της μητρικής αυτής θεότητας ήταν, κατά τον ποιητή, οι μεγάλοι της μαστοί. Αλλά και κάθε άλλη γυναικεία μορφή απεικονίζεται με τους μαστούς της.

Χαρακτηριστικά δείγματα απεικόνισης των μαστών έχουμε στα πανάρχαια κυκλαδικά ειδώλια κατασκευασμένα ανάμεσα στο 5000 και το 2000 (π.Χ.), Στην Μινωική Κρήτη, στις Μυκήνες, στη Βοιωτία και ένα σταθερό σύμβολο ερωτισμού και ομορφιάς παραμένει εδώ και πολλούς αιώνες το άγαλμα της θεάς Αφροδίτης που βρέθηκε στη Μήλο.

Επιπλέον ο καρκίνος του μαστού είχε μελετηθεί πολύ καλά από τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου ορισμένοι από αυτούς ήταν: ο Ηρόδοτος(520 π.Χ) , ο Ιπποκράτης(460-377 π.Χ), ο Κέλσος(30π.Χ-50μ.Χ), ο Αρχιγένης(54-117 π.Χ), ο Σωρανός από την Έφεσο(2<sup>ος</sup> αιώνας μ.Χ) , ο Γαλήνος(121- 223 π.Χ), ο Λεωνίδας από την Αλεξάνδρεια(περ. 180 μ.Χ), ο Παύλος ο Αιγινήτης (625-690 μ.Χ) (<http://mediab.cs.uoi.gr/erga/pathology>, 2010).

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

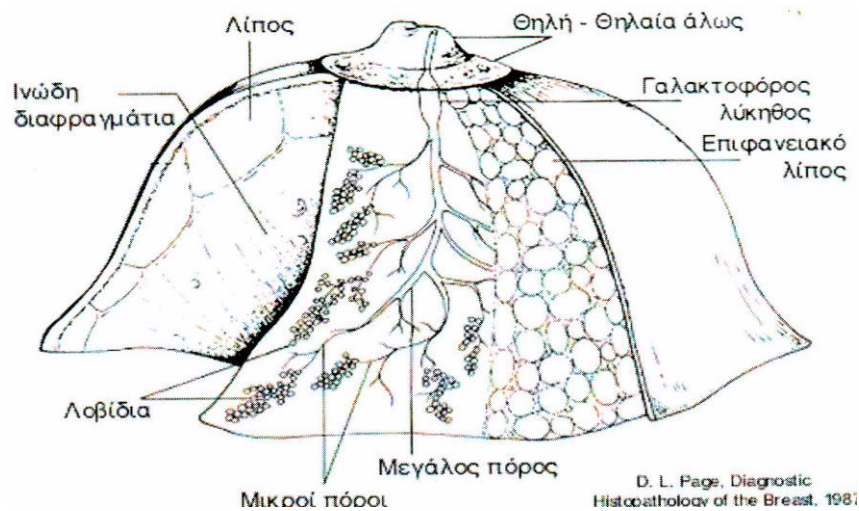
### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

#### **ΑΝΑΤΟΜΙΑ & ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**



## 1.1 Ανατομική του μαστού

Ο μαστός είναι αναρτημένος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και αποτελείται από μαζικό αδένα και λίπος. Βρίσκεται μεταξύ 3<sup>ης</sup> και 7<sup>ης</sup> πλευράς επί περιτονίας του Μείζονος θωρακικού μυ. Αποτελείται από 10 έως 20 κωνοειδούς σχήματος λοβούς. Κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο που είναι επιθηλιακός σωλήν με στενό αυλό και μικρούς κλάδους. Οι γαλακτοφόροι πόροι καταλήγουν στην θηλή και διευρυνόμενοι σχηματίζουν το γαλακτοφόρο κόλπο (<http://users.otenet.gr/~raibom/cabreast.htm>, 2010).



### 1.1.1 Υφή του Μαστού

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωθητικού κύκλου. Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειες του, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρειά του (Παπανικολάου, 1994).

#### Πρόσθια Επιφάνεια

Είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα, που στο φυσιολογικό μαστ, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει, περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες.

Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλως, που και οι δύο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους. Στις μελαχρινές γυναίκες είναι αμαυρές, στις ξανθές ρόδινες και αμαυρότερες σε όλες κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης.

### Οπίσθια Επιφάνεια

Λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό. Στους μεγάλους όμως, μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και τον έξω λοξό της κοιλιάς μυ, στο ύψος της 5<sup>ης</sup> – 6<sup>ης</sup> πλευράς.

### Περιφέρεια

Είναι λεπτή και συνδέεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς. Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα περιμαστικό λίπος και μαστικό αδένα (Παπανικολάου, 1994).

## **1.1.2 Θηλή – Θηλαία Άλως**

◆ Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένα. Επίσης, είναι ευδιέργετη, γιατί μέσα σ'αυτήν υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις. Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Το επιθήλιο αυτό καταδύεται μέσα στον αυλό, γίνεται κυλινδρικό και σκεπάζει ολόκληρο το υπόλοιπο εκφορητικό σύστημα.

◆ Η θηλαία άλως αποτελεί τη κυκλική ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15-35 χιλ. και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα. Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θηλή και η θηλαία άλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8<sup>η</sup> εβδομάδα (Παπανικολάου, 1994).

### 1.1.3 Τα Νεύρα του Μαστού

Τα νεύρα του μαστού προέρχονται από τους έξω μαστικούς κλάδους των 2-6 μεσοπλευρίων νεύρων, τους έσω μαστικούς κλάδους των 2-4 μεσοπλευρίων νεύρων και από τα συμπαθητικά δίκτυα στο δέρμα, τη θηλή, την άλω και το παρέγχυμα (Κρεατσά, 1998).

### 1.1.4 Αγγείωση του μαστού( Αρτηρίες- Φλέβες-Λεμφαγγεία)

♦ Αρτηρίες Οι αρτηρίες του μαστού προέρχονται από την έξω μαστική αρτηρία, που είναι κλάδος της πλάγιας θωρακικής, την έσω μαστική, τις μεσοπλευρίες αρτηρίες και κλάδους από τη μασχαλιαία αρτηρία (Μιχαλάς, 2002).

♦ Φλέβες Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί μ'αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου. Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη. Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και διακρίνονται σε τρεις ομάδες, που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής, της μασχαλιαίας και των μεσοπλευρίων φλεβών.

♦ Λεμφαγγεία Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις. Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί, που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας. Η λεμφαγγειακή οδός από το μαστό στη μασχάλη γίνεται με δύο στελέχη: Το εξωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος του μαστού, και το εσωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματος του. Επίσης, στη μασχάλη φτάνει η λέμφος και με δύο άλλες οδούς: τη θωρακική και την οπισθοθωρακική.

Οι λεμφαδένες της μασχάλης προσβάλλονται συχνότερα από μεταστάσεις και γι'αυτό είναι περισσότερο σημαντικοί. Αυτοί, ανάλογα με τη θέση που βρίσκονται, ξεχωρίζουν στις παρακάτω ομάδες:

- ✧ Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους, που είναι 4-5
- ✧ Έσω μαστικούς ή θωρακικούς, που είναι 5-6
- ✧ Οπίσθιους ή υποπλάτιους, που είναι 6-7
- ✧ Κεντρικούς, που είναι 3-4
- ✧ Κορυφαίους ή υποκλείδιους, που είναι 6-12 (Παπανικολάου, 1994).



## 1.2 Φυσιολογία του Μαστού

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Αν και κατορθώσαμε να απομονώσουμε τέτοιους ορμονικούς παράγοντες, πρέπει να ομολογήσουμε, πως οι γνώσεις μας σχετικά με τους μηχανισμούς, που ελέγχουν τους μαστούς, είναι ανεπαρκείς (Παπανικολάου, 1994).

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού ξεκινά από ποικίλα ορμονικά ερεθίσματα, των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης, της ωκυτοκίνης, της θυροξίνης, της κορτιζόλης, και της αυξητικής ορμόνης. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για τη φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προγεστερόνη είναι υπεύθυνη για τη διαφοροποίηση του επιθηλίου και για την ανάπτυξη των λοβίων. Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για τη λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τον τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς και προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη. Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μαστού. Η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) και η θυλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της LH και FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στη πρόσθια υπόφυση ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (gonadotropin-releasing hormone) (GnRH) από τον υποθάλαμο. Θετική και αρνητική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση των LH, FSH και GnRH. Οι ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού.

Στο θηλυκό νεογνό, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας λόγω του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης που δρα σαν αρνητικό feedback.

Με την αρχή της εφηβείας, υπάρχει μείωση στην ευαισθησία του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης στο αρνητικό feedback και αύξηση στην ευαισθησία του στο θετικό feedback από τα οιστρογόνα. Η αύξηση που προκαλείται στην έκκριση GnRH, FSH και LH, οδηγεί στην αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες, και στην έναρξη της έμμηνης ρύσης. Στην αρχή της έμμηνης ρύσης, υπάρχει αύξηση στο μέγεθος και την πυκνότητα των μαστών, η οποία ακολουθείται από την αύξηση των ιστών του μαστού και τον πολλαπλασιασμό του επιθηλίου. Με την αρχή της

εμμηνόπαυσης, η αύξηση των μαστών υποχωρεί και ο πολλαπλασιασμός του επιθηλίου μειώνεται  
([http://www.exe1928.gr/ell/articles\\_seminars/2006/2006z/article7085](http://www.exe1928.gr/ell/articles_seminars/2006/2006z/article7085), 2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### **ΚΑΡΚΙΝΟΣ**



## 2.1 Ορισμός καρκίνου

Ο οργανισμός αποτελείται από έναν τεράστιο αριθμό κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά στη διάρκεια της ζωής τους υπόκεινται σε φυσιολογική φθορά και μετά από ένα χρονικό διάστημα αποθνήσκουν. Τα κύτταρα που αποθνήσκουν αντικαθίστανται από άλλα, μέσω ενός μηχανισμού πολλαπλασιασμού των κυττάρων (κυτταρική διαίρεση). Ο κύκλος αυτός της ζωής των κυττάρων ρυθμίζεται από πληροφορίες που υπάρχουν καταγεγραμμένες στο γενετικό τους υλικό (γονίδια). Ο πολλαπλασιασμός αυτός φυσιολογικά στοχεύει στην αντικατάσταση των φυσιολογικών απωλειών των κυττάρων. Όταν ο κύκλος αυτός διαταραχτεί για κάποιο λόγο (είτε λόγω λάθους στο γενετικό υλικό των κυττάρων, είτε λόγω της επίδρασης εξωτερικών παραγόντων, είτε συνήθως λόγω και των δύο) είναι δυνατόν ο πολλαπλασιασμός του κυττάρου να γίνει ανεξέλεγκτος και να μην υπόκειται στους φυσιολογικούς μηχανισμούς ρύθμισης που λειτουργούν με βάση τις ανάγκες του οργανισμού. Έτσι τα κύτταρα αυτά μετατρέπονται σε καρκινικά κύτταρα που έχουν ιδιότητες διαφορετικές από αυτές των φυσιολογικών κυττάρων. Ένα από τα πιο βασικά χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων είναι το γεγονός ότι πολλαπλασιάζονται συνεχώς και ανεξέλεγκτα, δημιουργώντας έτσι τους όγκους. Τα καρκινικά κύτταρα είναι δυνατόν στη συνέχεια, λόγω των ιδιοτήτων, να επεκταθούν άμεσα στους γειτονικούς ιστούς ή να εισέλθουν στα λεμφικά και στα αιμοφόρα αγγεία και να διασπαρούν με τη λεμφική ή την αιματική κυκλοφορία στους λεμφαδένες ή σε μακρινές θέσεις, δημιουργώντας έτσι τις μεταστάσεις. Τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν και πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα στις μεταστατικές εστίες, χωρίς να υπόκεινται στους φυσιολογικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Πολλές φορές μάλιστα τα καρκινικά κύτταρα που αναπτύσσονται στις μεταστάσεις έχουν περισσότερους κακοήθεις χαρακτήρες από τα κύτταρα της αρχικής εστίας. Το αποτέλεσμα αυτό του ανεξέλεγκτου κυτταρικού πολλαπλασιασμού είναι η διαταραχή της ομαλής λειτουργίας του οργανισμού, που μπορεί να καταλήξει στο θάνατο (Σακοράφα, 2000).

## 2.2 Παθογένεση – Αιτιολογία- Ταξινόμηση Νεοπλασμάτων

☞ Οι ερευνητές του καρκίνου σήμερα στρέφονται σε δύο κατευθύνσεις αναφορικά με την παθογένεια του καρκίνου. Η μία είναι το υγιές κύτταρο, που, με άγνωστο μέχρι σήμερα μηχανισμό, όταν εκτεθεί σε ορισμένους παράγοντες μετατρέπεται σε κακόηθες και η δεύτερη στα κακοήθη κύτταρα τα οποία δεν καταστρέφονται, όπως θα έπρεπε να συμβαίνει από το ανοσοβιολογικό μηχανισμό του προσβληθέντος οργανισμού.

☞ Υπολογίζονται 500 διαφορετικοί αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου. Επίσης υπάρχουν και οι προδιαθεσικοί, όπως η ηλικία, το φύλο, το είδος της εργασίας κ.α. , που μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό της ευαισθησίας του ατόμου στους αιτιολογικούς παράγοντες. Ως αιτιολογικοί παράγοντες αναφέρονται οι ιοί, χημικές ουσίες, φυσικά ερεθίσματα και ορμόνες.

☞ Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων γίνεται σε σχέση με την καλοήγη ή κακοήγη μορφή τους και με τον ιστό ή το όργανο από το οποίο αρχίζουν την ανάπτυξή τους (Μαλγαρινού, 1997).

## 2.3 Καρκινογένεση

Από διάφορα πειραματικά μοντέλα έχει βρεθεί ότι δύο τουλάχιστον στάδια είναι απαραίτητα για τη διαδικασία της καρκινογένεσης: το στάδιο της « έναρξης» και το στάδιο της « προαγωγής».

Το στάδιο της έναρξης αφορά μια μη αναστρέψιμη διαδικασία και έχει σχέση με την άμεση επίδραση του « εναρκτού» πάνω στο γενετικό υλικό του κυττάρου που φαίνεται να επιφέρει συγκεκριμένες μεταβολές στη δομή του DNA. Υπεύθυνοι παράγοντες για το στάδιο της « έναρξης » μπορεί να είναι διάφορες μεταλλάξεις από χημικά καρκινογόνα, ακτινοβολία ή και κληρονομούμενα γονίδια.

Το στάδιο της « προαγωγής » αντιπροσωπεύει το δεύτερο κατά σειρά στάδιο στη διαδικασία της καρκινογένεσης που μπορεί να είναι και αναστρέψιμο. Σαν « προαγωγοί » παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί μία σειρά ουσιών που απαντούν καθημερινά στο περιβάλλον του ανθρώπου (Μουτσόπουλος, 1999).

## 2.4 Πρόληψη – Ανίχνευση του Καρκίνου

☼ Η πρόληψη είναι πρωτογενής και δευτερογενής.

Πρωτογενής:

- 1) Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήγη νεοπλάσματα.
- 2) Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων
- 3) Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς.

### Δευτερογενής:

Η δευτερογενής πρόληψη γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο (λανθάνουσα) που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων- ασυμπτωματικό,σιωπηρό στάδιο της εξέλιξης του- και να αντιμετωπιστεί αμέσως.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Οικονομικοί λόγοι είναι μια από τις δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.α. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για την πρόληψη (Μαλγαρινού, 1997).

☼ Η ανίχνευση γίνεται με τις ακόλουθες εξετάσεις:

- 1)Ολοκληρωμένο ιστορικό.
- 2)Γενική φυσική εξέταση.
- 3)Ορθό-σιγμοειδοσκόπηση.
- 4)Πλήρης γυναικολογική εξέταση .
- 5)Εξέταση μαστού.
- 6)Λεπτομερής Ω.Ρ.Λ./κη εξέταση.
- 7)Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματουρίας.
- 8)Γαστροσκόπηση, κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού. Ακτινολογικός έλεγχος, ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος.
- 9)Αιματολογικές εξετάσεις

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων, για να είναι αποτελεσματικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά. Αν θέλουμε ο αριθμός των εξεταζόμενων για την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου συνεχώς να αυξάνει, τότε πρέπει η προσπάθεια και το κόστος της ανιχνεύσεως να επεκταθούν περισσότερο (Μαλγαρινού, 1997).

## 2.5 Διάγνωση- και τρόποι Επέκτασης

☞ Διάγνωση: Αν και η πρόληψη είναι ο ιδεώδης τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου, η έγκαιρη διάγνωση του και η αφαίρεση των προκαρκινικών αλλοιώσεων είναι ο δεύτερος στη σειρά καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του.

Η διάγνωση του καρκίνου γίνεται με (1) τη γενική κλινική και εργαστηριακή εξέταση του αρρώστου και (2) με τη βοήθεια ειδικών εξετάσεων όπως ακτινολογικού ελέγχου, υπερήχων, σπινθηρογραφημάτων, κυτταρολογικού ελέγχου, βιοψίας, DNCP, τεστ δέρματος και αξονικής τομογραφίας.

☞ Επέκταση: Για τοπικούς λόγους και συνθήκες του περιβάλλοντος ή για λόγους των ίδιων των κυττάρων όλα τα καρκινικά κύτταρα δεν εξελίσσονται. Μερικά θα νεκρωθούν από έλλειψη δυνατοτήτων διατροφής, άλλα θα καταστραφούν από μηχανισμούς άμυνας, αλλά θα χάσουν προσωρινά ή μόνιμα την δυνατότητα διπλασιασμού, άλλα θα επεκταθούν στους γύρω ιστούς και άλλα θα μετακινηθούν με διάφορους τρόπους σε άλλα όργανα για να δημιουργηθούν οι μεταστάσεις. Η επέκταση του καρκίνου μπορεί να γίνει με :I) Άμεση επέκταση ή διήθηση των γειτονικών ιστών. II) Είσοδος στα λεμφαγγεία. III) Είσοδος στις αρτηρίες και τις φλέβες. IV) Μετάσταση (Μαλγαρινού, 1997).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ**





### 3.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Είναι επίσης κι από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου( από καρκίνο) στο γυναικείο φύλο, καθώς έρχεται δεύτερος μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Συνήθως εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα ανάμεσα στα 45 και τα 50 έτη αλλά και ανάμεσα στα 60 και 65 (<http://trela/~jimpapi/camastou.htm>, 2010).

Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ είναι 4 φορές πιο συχνός από ό,τι στην Ιαπωνία. Το γάλα των γυναικών των χωρών της Ευρώπης, περιέχει ελλιπή ποσότητα λινολεϊκού οξέος, ενώ αυτή είναι υψηλή στις Γιαπωνέζες. Η ίδια διαφορά παρατηρείται και στους αδένες των μαστών (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, 1993).

Η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι 0 και στις γυναίκες 12. Κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, αλλά από αυτές οι 65% (85%) επιβιώνουν πάνω από μία πενταετία. Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50<sup>ο</sup> έτος, στη συνέχεια όμως παραμένει στο ίδιο επίπεδο χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες οικονομικό-κοινωνικές τάξεις και φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας με ανησυχητικό ρυθμό(2%, κάθε χρόνο) (Τριχόπουλος, Ζαβιτσάνος, 1993).

Η προσβολή από καρκίνο του μαστού οφείλεται και σε πολύπλοκο συνδυασμό παραγόντων όπως :

#### 1) Δημογραφικοί:

- α) φύλο
- β) ηλικία
- γ) φυλή

#### 2)Γενετικοί:

- α) Αν είχαν μητέρα ή αδελφή με Ca έχουν 2-3 φορές αυξημένο κίνδυνο
- β) Αύξησης κινδύνου εάν εμφανιστεί πριν την εμμηνόπαυση.
- γ) Εάν είναι αμφοτερόπλευρη τότε 5 ή 9 φορές μεγαλύτερος.
- δ) Τελευταία επισήμανσης το ένζυμο γλουταμινικής πυρουβικής τρανσαμινάσις ( ιστογονίδιο)

### 3) Ορμονικοί

Πρώιμος έμμηνος ρήσης 10-12 χρόνων, εμμηνόπαυση μετά 50 χρόνων τότε αύξηση 1,5, ανώμαλη περίοδος μικρή πιθανότητα προσβολής. Ωθηκεκτομή αμφώ κάτω των 37 χρόνων μείωση 3 φορές της προσβολής από τη νόσο. Εγκυμοσύνη πριν τα 19 μείωση 4 φορές, μετά τα 28 ελάχιστη προστασία, μετά τα 35 για 1, παιδί αύξηση κινδύνου 3 φορές μεγαλύτερος και από τις άτοκες. Η γονιμότητα ασκεί ευνοϊκή επίδραση στην πορεία της νόσου, σε περίπτωση αναπτύξεως Ca μαστού. ( 60% πολύτοκες, 46% άτοκες, 5ετής επιβίωση). Θηλασμός μόνο ο παρατεταμένος μειώνει τον κίνδυνο. Οιστρογόνα συζητήσιμος ο ρόλος τους. Αντισυλληπτικά δεν έχει αποδειχτεί ότι σχετίζονται με CA μαστού.

### 4)Προηγούμενο Ιστορικό

- α) Ινωκυστική μαστοπάθεια αύξηση 1,9 φορές
- β) Βιοψία για καλοήγη πάθηση αύξηση 2-3 φορές
- γ) Ατυπία κυττάρων αύξηση 5,3 φορές
- δ) Ατυπία+ οικογ. Ιστορικό > 11 φορές

### 5) Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

- α) Ψυχρά κλίματα > 1,5 φορές
- β) Ανώτερα κοινωνικά στρώματα > 2 φορές
- γ) Ψυχοπαθείς
- δ) Διαιτητικοί παράγοντες [ παχυσαρκία, διαβήτης]
- ε) Άλλα όργανα [ Ca εντέρου, ωοθήκες κ.τ.λ. ]

## **3.2 Ορισμός καρκίνου στήθους**

Οι μαστοί αποτελούνται από λιπώδη ιστό μέσα στο οποίο υπάρχει ένα σύστημα πόρων. Αυτό το σύστημα είναι σχεδιασμένο να μεταφέρει γάλα από τους λοβούς παραγωγής γάλακτος προς τις θηλές. Ο καρκίνος του στήθους οφείλεται σε κακοήθεις αλλοιώσεις των κυττάρων που βρίσκονται στους πόρους ή τους λοβούς. Οι πρώτες ανωμαλίες που εμφανίζονται δεν είναι καρκινικές, πρόκειται απλώς για μια υπερανάπτυξη των φυσιολογικών κυττάρων των πόρων ή των λοβών. Εάν τα κύτταρα αυτά έχουν ασυνήθιστη ανάπτυξη κατά την εξέτασή τους στο μικροσκόπιο, η κατάσταση ονομάζεται άτυπη υπερπλασία. Η άτυπη υπερπλασία δεν προκαλεί την εμφάνιση όγκων

και δεν είναι δυνατό να ανιχνευθεί με τη μαστογραφία. Εάν τελικά εντοπιστεί, αυτό γίνεται τις περισσότερες φορές τυχαία, κατά τη βιοψία ενός παράξενου ογκιδίου.

Αν τα κύτταρα που βρίσκονται στους πόρους ή τους λοβούς γίνουν ακόμα πιο ασυνήθιστα και αρχίζουν να τους φράζουν, η κατάσταση ονομάζεται εντοπισμένο καρκίνωμα. Το εντοπισμένο καρκίνωμα των πόρων και των λοβών παραμένει εξ ορισμού στη συγκεκριμένη περιοχή, και συχνά εντοπίζεται με τη βοήθεια της μαστογραφίας. Σε σπάνιες περιπτώσεις, είναι πιθανό να δημιουργήσει έναν όγκο, που μπορεί να ανιχνευθεί και με την αφή. Αν τα καρκινικά κύτταρα διαφύγουν από αυτές τις περιοχές του μαστού και διεισδύσουν σε γειτονικά κύτταρα οπότε η κατάσταση ονομάζεται επεκτατικός καρκίνος, αρχίζει να αναπτύσσεται ένας μικρός κακοήθης όγκος. Από τη στιγμή που τα καρκινικά κύτταρα διαφύγουν από τον ιστό του μαστού και «ταξιδέψουν», μέσω του λεμφικού ή του κυκλοφορικού συστήματος, προς άλλα μέρη του σώματος τότε λέμε ότι ο καρκίνος του στήθους έχει κάνει μετάσταση. Τέλος το εντοπισμένο καρκίνωμα δεν επιφέρει από μόνο του το θάνατο γιατί οι μαστοί δεν είναι ζωτικά όργανα (Carlson, Eisentat,2000).

### **3.3 Αιτιολογία-Κληρονομικότητα και Παράγοντες Κινδύνου**

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια ασθένεια με σαφή αιτιολογία όπως π.χ. η φυματίωση που μπορούμε με βεβαιότητα σήμερα να πούμε ότι προκαλείται από το μικρόβιο του Koch. Ούτε υπάρχει ένα μόνο είδος καρκίνου του μαστού. Ξέρουμε ότι κάποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιες άλλες να πάθουν καρκίνο του μαστού και έχουμε βρει παράγοντες που αυξάνουν και άλλους που ελαττώνουν αυτόν τον κίνδυνο. Αυτοί είναι δύο ειδών: I) Γενετικοί, που τους μεταφέρουμε μέσα στα κύτταρα μας και II) περιβαλλοντικοί που μας επηρεάζουν μετά τη γέννησή μας. Μπορούν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση των γυναικών υψηλού κινδύνου ώστε αυτές να παρακολουθούνται σχολαστικά και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα αν νοσήσουν, αλλά και να αλλάξουν ορισμένες συνήθειες της ζωής τους που θεωρούνται επικίνδυνες.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο του ιστορικού του μαστού και δεν πρέπει ποτέ να παραλείπονται. Πρέπει να τονισθεί ότι επιβαρυντικοί παράγοντες δεν σημαίνουν ότι υποχρεωτικά μια γυναίκα θα πάθει κάποτε καρκίνο του μαστού αλλά και αντίστροφα δεν σημαίνει πως όποια γυναίκα δεν τους έχει, δεν πρόκειται ποτέ να πάθει καρκίνο.

Τέλος, είναι λανθασμένη η κοινή αντίληψη πως μόνο αν είχε καρκίνο του μαστού η μητέρα ή η γιαγιά μπορεί να πάθουν και τα παιδιά. Μόνο στο 30%

των καρκίνων του μαστού υπάρχει κάποιας μορφής κληρονομική επιβάρυνση με βάση το οικογενειακό ιστορικό. Άρα οι 70% είναι τυχαίοι και εμφανίζονται σε γυναίκες (<http://www.mastology.gr/kar-mastou.asp>, 2010).

### 3.4 Τρόποι εξέλιξης Καρκίνου του Μαστού

Κατά μέσο όρο οι ψηλαφητοί καρκίνοι έχουν διάμετρο περίπου 4 cm όταν ανακαλύπτονται και περίπου τα δύο τρίτα αυτών έχουν ήδη δώσει μεταστάσεις στους μασχालιαίους ή και άλλους λεμφαδένες. Οι καρκίνοι που περιορίζονται στον μαστό χωρίς να επεκτείνονται πέραν της βασικής όπως λέγεται μεμβράνης ονομάζονται καρκίνοι *in situ*, συνήθως είναι μη ψηλαφητοί και ανακαλύπτονται συνήθως τυχαία στην μαστογραφία, συχνά υπό τη μορφή μικροαποτιτανώσεων. Μπορεί όμως να υπάρχουν και άλλες εκδηλώσεις, όπως έκκριση από τη θηλή, ύπαρξης μάζας.

Χωρίς θεραπεία, ο καρκίνος του μαστού μεγθύνεται τοπικά σαν αποτέλεσμα του ανεξέλεγκτου πολλαπλασιασμού των κυττάρων, τα οποία μπορεί στη συνέχεια να εισχωρήσουν σε γειτονικά όργανα ή να εισχωρήσουν στα λεμφικά ή και αιμοφόρα αγγεία και να δώσουν λεμφαδενικές ή μακρινές μεταστάσεις. Οι μακρινές μεταστάσεις είναι επίσης δυνατόν να προέρχονται από καρκινικά κύτταρα που υπάρχουν ήδη στις λεμφαδενικές μεταστάσεις. Οι θέσεις στις οποίες συνήθως εμφανίζεται η υποτροπή του καρκίνου του μαστού είναι : τα οστά ( 20-60%), η περιοχή της επέμβασης ή οι περιοχικοί λεμφαδένες ( π.χ. υπερκλείδιοι, έσω μαστικοί κ.λπ.) ( 20-40%), οι πνεύμονες και ο υπεζωκότας (15-25%), το ήπαρ ( 5-15%), και ο εγκέφαλος.

Το πως θα εξελιχτεί ο καρκίνος του μαστού εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι: I) Το μέγεθος του όγκου, II) Η διήθηση των λεμφαδένων, III) Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων.

Η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού είναι χειρότερη όταν υπάρχουν:

1) Μακρινές μεταστάσεις, 2) Εκτεταμένο οίδημα του άνω άκρου στην πλευρά που είναι ο καρκίνος, 3) Πολλαπλά οζίδια στο δέρμα του μαστού, 4) Καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα, 5) Μεταστάσεις του καρκίνου στους έσω μαστικούς ή στους υποκλείδιους λεμφαδένες (Σακοράφα, 2000).

### 3.5 Ιστολογικοί Τύποι Καρκίνου του Μαστού

Γενικά μπορούμε να διαχωρίσουμε τους καρκίνους, σε εκείνους που διηθούν το στρώμα και τον αδένα, και σε εκείνους που δεν διηθούν και παραμένουν στο επιθήλιο έχοντας βέβαια όλα τα στοιχεία της κακοήθειας.

**Διηθητικοί:** I) **Πορογενές Διηθητικό Καρκίνωμα:** Είναι ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος καρκίνου του μαστού. Αποτελεί περίπου το 75% όλων των καρκίνων που εμφανίζονται στο μαστικό αδένα. Ονομάζεται και NOS ( Not Otherwise Specified) καθώς δεν έχει κάποιο ιδιαίτερο ιστολογικό χαρακτηριστικό. Η νεοπλασία εμφανίζεται ως μάζα με όρια ακαθόριστα, σκληροελαστική υφή. Συμπεριλαμβάνονται σ' αυτήν την κατηγορία και οι ιστολογικές μορφές με έντονη την ινώδη αντίδραση και τη μορφή του κομεδώνα. Το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα γρήγορα τείνει να διηθήσει τα λεμφαγγεία και να δώσει μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. II) **Μυελοειδές Καρκίνωμα:** Όχι πολύ συχνή ιστολογική μορφή(περίπου 5-7% των περιπτώσεων). Παρουσιάζεται ως βλάβη μεγάλων διαστάσεων. Εντοπίζεται στα ανώτερα τεταρτημόρια του μαστού και συνήθως βαθιά προς τις πλευρές. III) **Σωληνώδες Καρκίνωμα:** Είναι και αυτό αρκετά σπάνιο ( 1% των περιπτώσεων). Ελάχιστα μεταστατικό είναι η καλύτερη ιστολογική μορφή από άποψης πρόγνωσης σε σύγκριση με τους άλλους ιστολογικούς τύπους. IV) **Βλενώδες Καρκίνωμα:** Παρουσιάζεται σε ποσοστό περίπου 3% επί του συνόλου. Συνήθως αφορά ασθενείς σε μεγάλη ηλικία, και παρουσιάζει μια αργή ανάπτυξη ενώ μπορεί να φτάσει σε αρκετά μεγάλες διαστάσεις. V) **Θηλώδες Διηθητικό Καρκίνωμα:** Σχετικά σπάνιο και σε ποσοστό λιγότερο από 1%. Με πιο συχνή θέση εμφάνισης τα κατώτερα τεταρτημόρια του μαστού. VI) **Λοβιδιακό Καρκίνωμα Διηθητικό:** Αποτελεί το 5-10% επί του συνόλου των κακοηθειών του μαστού. VII) **Φλεγμονώδες Καρκίνωμα:** Παρατηρείται σχεδόν πάντα σε νέες γυναίκες με ογκώδης μαστούς ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ακόμα και κατά την περίοδο του θηλασμού. VIII) **Νόσος του PAgET:** Η συχνότητα του είναι από 1-4%. Κλινικά η ασθενής αναφέρει εκζεματοειδείς αλλοιώσεις της θηλαίας άλω που προηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. IX) **Σαρκώματα του Μαστού:** Αποτελούν το 1-2% των καρκίνων του μαστού. Δεν προέρχονται απ' τον μαζικό αδένα. Εμφανίζονται σε οποιαδήποτε ηλικία και λαμβάνουν γρήγορα μεγάλες διαστάσεις.

**Μη Διηθητικοί Καρκίνοι:** I) **Πορογενές Καρκίνωμα IN SITU:** Περίπου σε ποσοστό 1% εμφανίζεται αυτό το ιστολογικό εύρημα. Είναι καρκίνος που ξεκινά απ' το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων. Αρχικά παραμένει μικρός και δε διηθεί το στρώμα των γύρω ιστών αλλά σε ένα ποσοστό 40% εξελίσσεται σε πορογενές διηθητικό. Συχνά είναι πολυκεντρικό. Η διάγνωση για τέτοιου είδους καρκίνωμα γίνεται εντελώς τυχαία κατά την εξέταση για καλοήθεις όγκους του

αδένα. **II) Λοβιδιακό Καρκίνωμα IN SITU:** Και αυτό είναι συνήθως τυχαίο ιστολογικό εύρημα που διαγιγνώσκεται κατά την ιστολογική εξέταση για καλοήθειες παθήσεις του μαστού. Προέρχεται από το επιθήλιο των τελικών μικρών γαλακτοφόρων πόρων του αδένα. Είναι πολυεστιακό σε ποσοστό 70% και αφορά και τους δύο μαστούς σε ποσοστό 20-40% των περιπτώσεων (<http://trella/~jimpari/camastou.htm>, 1993).

### 3.6 Σταδιοποίηση του Καρκίνου του Μαστού

**Στάδιο1<sup>ο</sup>:** Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό χωρίς προσβολή των επιχώριων ιστών και λεμφαδένων. 60-90% πενταετής επιβίωση

**Στάδιο2<sup>ο</sup>:** Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό με προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων που έχουν μείζονα διάμετρο μικρότερη από 2,5 εκ. 30-50% πενταετής επιβίωση.

**Στάδιο3<sup>ο</sup>:** Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό και συμφύεται με τους γύρω ιστούς και που έχει μασχαλιαίους λεμφαδένες διαμέτρου πάνω από 2,5 εκ.

**Στάδιο4<sup>ο</sup>:** Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό, εκτεταμένος, με εκτεταμένη μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια και με απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η πρόγνωση είναι απογοητευτική (Παπανικολάου, 1989).

#### Breast Cancer Stages



Ειδικότερα, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, η UICC ( Union Internationale Contre Cancer ) και η AJC ( American Joint Commmity)

σταδιοποίησαν αυτόν βασιζόμενοι στο σύστημα T ( Tumor = πρωτοπαθής όγκος) N ( Nodes = επιχώριοι λεμφαδένες) M ( Metastases = απομακρυσμένες μεταστάσεις), όπως παρακάτω:

🎀 T- Πρωτοπαθής όγκος

T<sub>1</sub> – Ο όγκος που έχει διάμετρο μέχρι 2 εκ.

T<sub>2</sub> – Ο όγκος που έχει διάμετρο από 2-5 εκ.

T<sub>3</sub> – Ο όγκος που έχει διάμετρο πάνω από 5 εκ.

T<sub>4</sub> – Ο όγκος που έχει οποιαδήποτε διάμετρο και διηθεί το θωρακικό τοίχωμα

🎀 N- Επιχώριοι λεμφαδένες

N<sub>0</sub>- Λεμφαδένες αψηλάφητοι.

N<sub>1</sub>- Λεμφαδένες ψηλαφητοί και κινητοί.

N<sub>2</sub>- Λεμφαδένες διηθημένοι και καθηλωμένοι.

N<sub>3</sub>- Υπερκλείδιοι και υποκλείδιοι λεμφαδένες διηθημένοι και οίδημα του άνω άκρου

🎀 M- Μεταστάσεις

M<sub>0</sub>- Δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

M<sub>1</sub>- Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού μας βοηθάει στη θεραπευτική μας αντιμετώπιση. Έτσι, σε καρκίνο του I και II σταδίου περιοριζόμαστε σε εγχείρηση, σε καρκίνο του III σταδίου εκτελούμε εγχείρηση και συστήνουμε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία και στον καρκίνο του IV επιστρατεύουμε όλα τα είδη αντιμετώπισης (Παπανικολάου, 1989).

### 3.7 Μεταστάσεις

Όταν ο καρκίνος έχει διάμετρο 1 εκ. , τότε σε συχνότητα 20% υπάρχουν μεταστάσεις. Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα, που τις περιβάλλει. Επίσης, από ανοσολογικούς και ορμονικούς παράγοντες, από τον τύπο του καρκίνου και από

τα χαρακτηριστικά του μαστού, όπως είναι η πυκνότητα των ιστών του, η αιμάτωση του, το λεμφικό δίκτυο του κ.λ.π.

Οι μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού γίνονται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα. Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού κάνει μεταστάσεις στα οστά σε συχνότητα 70%, στο συκώτι σε συχνότητα 65%, στα μαλακά μόρια σε συχνότητα 50%, στους πνεύμονες σε συχνότητα 40%, στις ωοθήκες σε συχνότητα 15%. Επίσης σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζεται στο δέρμα, στον εγκέφαλο, στα νεφρά και στην καρδιά (Παπανικολάου, 1989).

### 3.8 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις μεταστάσεις του καρκίνου

#### **Οστά**

Οι κλινικές εκδηλώσεις των οστικών μεταστάσεων είναι οι οστικοί πόνοι, πρόκληση παθολογικών καταγμάτων, δυσκολία στη βάδιση και μείωση της κινητικότητας.

Ο νοσηλευτής :

- Προσπαθεί να ανακουφίσει την ασθενή χορηγώντας αναλγητικά, ναρκωτικά και ηρεμιστικά φάρμακα .
- Συμβουλεύει την πάσχουσα να αποφεύγει τις απότομες και άσκοπες κινήσεις, να μην μετακινεί βάρη με σκοπό την πρόληψη των καταγμάτων .
- Ακινητοποίηση του κατάγματος με βοηθητικά μέσα αν συμβεί
- Αυτού του είδους οι μεταστάσεις εμφανίζονται στο 70% των περιπτώσεων .

#### **Ήπαρ**

Τα κλινικά σημεία των μεταστάσεων στο ήπαρ μπορεί να είναι η δυσφορία ,δύσπνοια, ναυτία, εμετοί, κοιλιακοί πόνοι , ανορεξία και απώλεια βάρους .

Ο νοσηλευτής :

- Μαζί με τον γιατρό συμμετάσχει στη διενέργεια παρακέντησης κοιλίας.
- Φροντίζει την διατήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας .
- Μειώνει την κατακράτηση υγρών με τη χορήγηση διουρητικών ,κατόπιν ιατρικής οδηγίας .
- Χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα .Σε περίπτωση αδυναμίας σίτισης παρέχει τεχνητή διατροφή από το στόμα μέσω εντερικού σωλήνα Levin ή πλήρη παρεντερική διατροφή .

Μεταστάσεις στο ήπαρ εμφανίζονται στο 65% των περιπτώσεων .



## Πνεύμονες

Οι μεταστάσεις επί των πνευμόνων προκαλούν πόνο, δυσφορία και δύσπνοια. Ο νοσηλευτής :

- Σε συνεργασία με τον γιατρό ,προβαίνουν σε παρακέντηση θώρακος με σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων .
- Υποστήριξη της αναπνοής με την χορήγηση οξυγόνου .

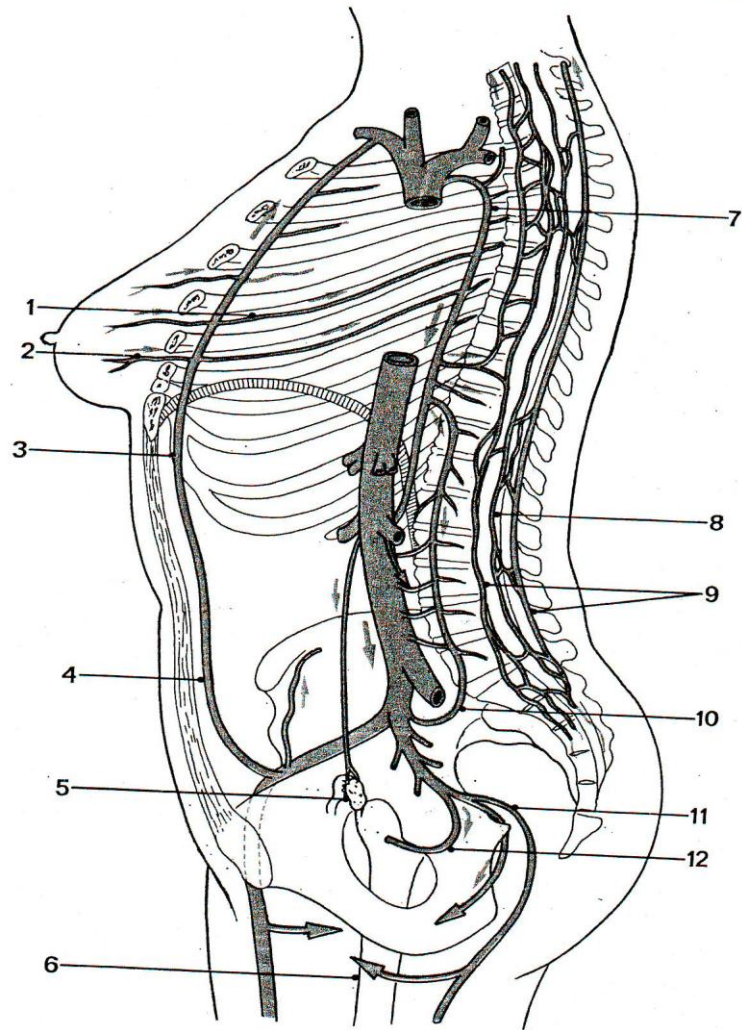
Οι μεταστάσεις στους πνεύμονες εμφανίζονται με συχνότητα 40%

## Εγκέφαλος

Η σύγχυση , η διαταραχή της ισορροπίας του σώματος , οι σπασμοί , η παράλυση και οι διαταραχές της όρασης είναι εκδηλώσεις των μεταστάσεων στον εγκέφαλο .

Ο νοσηλευτής :

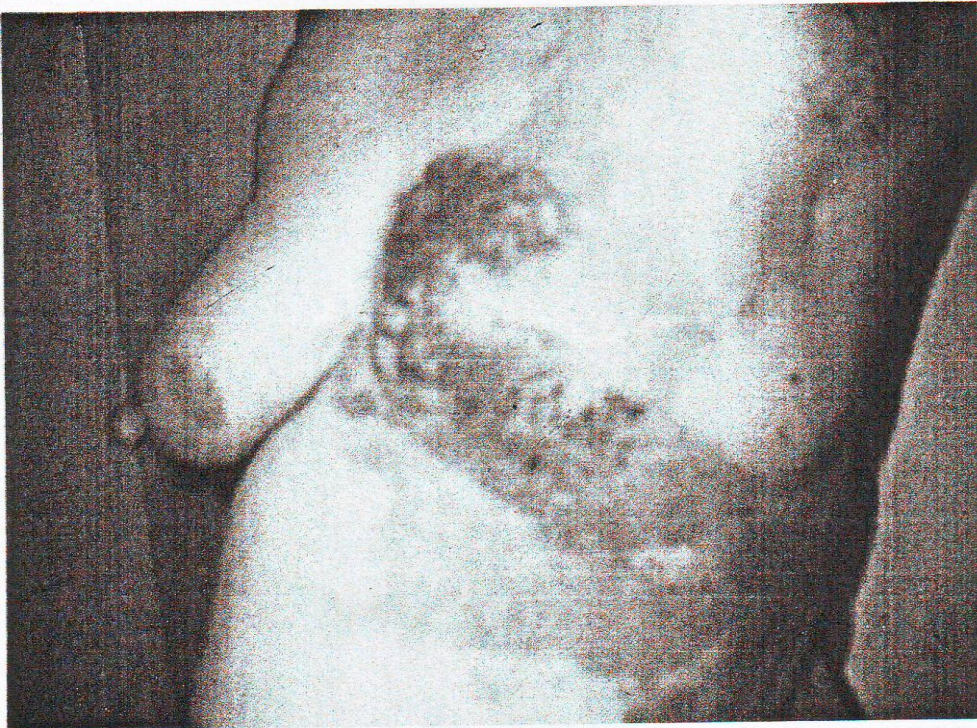
- Εξασφαλίζει την καλή θρεπτική κατάσταση της ασθενούς
- Παρακολουθεί και διατηρεί το ισοζύγιο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.
- Κατά την διάρκεια των σπασμών προλαμβάνει την πρόκληση βλάβης ή τραυματισμού .
- διαμορφώνει για την πάσχουσα ένα άνετο ,ακίνδυνο και υγιεινό περιβάλλον (Ανθούλη, 1994).



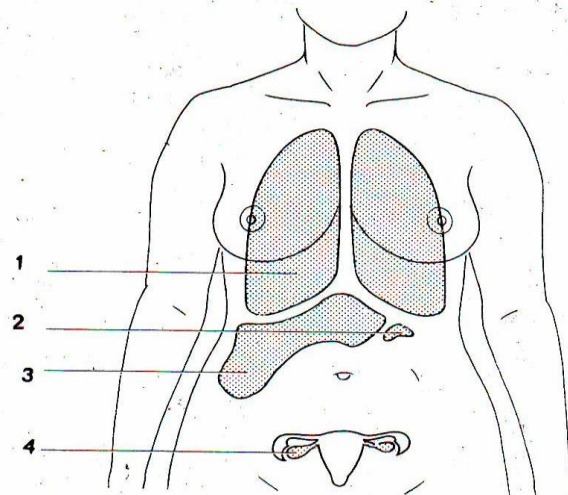
**Φλεβικές οδοί μεταστάσεων καρκίνου του μαστού.**

1. Μεσοπλευρικές φλέβες, 2. Διατιτραίνουσες επιφανειακές φλέβες, 3. Άνω επιγαστρία φλέβα, 4. Κάτω επιγαστρία φλέβα, 5. Ωοθήκη, 6. Μηριαίο φλεβικό πλέγμα, 7. Άξυγος φλέβα, 8. Έσω σπονδυλικό πλέγμα, 9. Έξω σπονδυλικό φλεβικό πλέγμα, 10. Οσφυολαγόνιες φλέβες, 11. Κάτω γλουτιαία φλέβα, 12. Μητριαία φλέβα.

(Kamina)



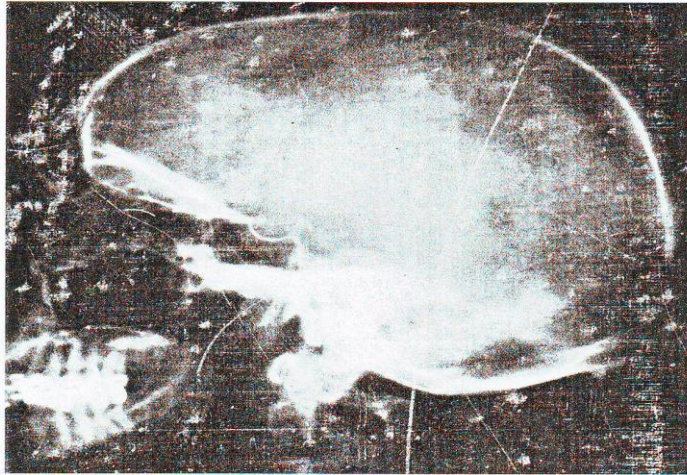
**Δερματική μετάσταση.**



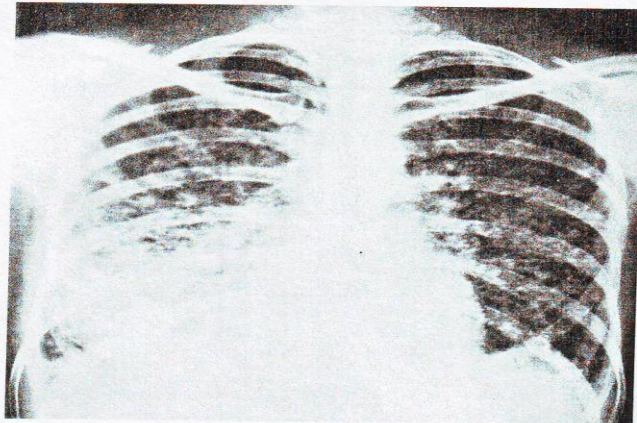
**Εντόπιση σπλαχνικών μεταστάσεων στον καρκίνο του μαστού.**

1. Πνεύμονες, 2. Σπλήνας, 3. Συκώτι, 4. Ωοθήκη.

(Gros)



**Ακτινογράφημα.**  
Μεταστάσεις στα οστά του κρανίου.  
(Haagensen)



**Ακτινογράφημα.**  
Μεταστάσεις στους πνεύμονες.  
(Haagensen)

### 3.9 Γενετική επιβάρυνση για Καρκίνο του μαστού

Τα τελευταία χρόνια απομονώθηκαν γονίδια κατασταλτικά ( BRCA1, BRCA2, αλλά και 3,4,5 κ.τ.λ.). Το BRCA1 είναι ένα κατασταλτικό γονίδιο, το οποίο φυσιολογικά έχει δύο αλληλούς σε κάθε σκέλος του χρωμοσώματος 17. Το BRCA1 γονίδιο παράγει πρωτεΐνες, οι οποίες αντιδρούν με τα DNA του πυρήνα του κυττάρου στον μαστό και την ωοθήκη και εμποδίζουν να δημιουργηθεί καρκίνος.

Εάν συμβεί μετάλλαξη σε αυτό το γονίδιο, παράγονται ανώμαλα πρωτεϊνικά προϊόντα, με αποτέλεσμα να χάσει το γονίδιο την κατασταλτική του δραστηριότητα στον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών. Αυτό το μεταλλαγμένο γονίδιο του BRCA1 κληρονομείται με τον επικρατούντα χαρακτήρα και από την μητέρα, αλλά και από τον πατέρα.

Γυναίκες, οι οποίες παρουσιάζουν μεταλλάξεις του BRCA1 , έχουν κίνδυνο να εμφανίσουν 80 – 90 % καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 80 ετών · ο αντίστοιχος σχετικός κίνδυνος για τις γυναίκες που δεν φέρουν μεταλλάξεις στο BRCA1 , δηλαδή του φυσιολογικού πληθυσμού, είναι 12,2% για τον καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 80 ετών.

Το BRCA2 είναι ένα παρόμοιο γονίδιο, το οποίο όμως εδράζεται στο χρωμόσωμα 13 και παρουσιάζει τους ίδιους περίπου κινδύνους για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών, αλλά ακόμη κατηγορείται και για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στους άνδρες (Μιχαλάς, 2002).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### ***ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ***



## 4.1 Διάφοροι τύποι όγκων

Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού συνήθως είναι επιθηλιακοί και σπανιότερα μη επιθηλιακοί. Τα αδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν ποικιλία προέλευσης και ιστολογικές εικόνες, μπορεί να είναι αμιγή ή να συνδυάζονται μεταξύ τους (Μιχαλάς, 2002).

### **Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού προέρχεται από το επιθήλιο των μικρών τελικών πόρων και των αδενοκυψέλων. Επίσης είναι δυνατόν να αρχίζει από το επιθήλιο των αδενοκυψελών και να επεκτείνεται προς τους πόρους και το αντίθετο.

### **Μυελώδες καρκίνωμα**

Είναι μακροκυστικός και μικροκυστικός καλώς περιγεγραμμένος όγκος. Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος, έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια, διατάσσονται σε συμπαγείς καρκινωματώδεις βλάστες, οι οποίες περιβάλλονται από πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές αθροίσεις, παρατηρούνται επίσης περιοχές νέκρωσης του όγκου, ενώ σπάνια στις περιπτώσεις γνήσιου μυελοειδούς καρκινώματος υπάρχει *in situ* καρκίνωμα. Συνήθως είναι καλής πρόγνωσης.

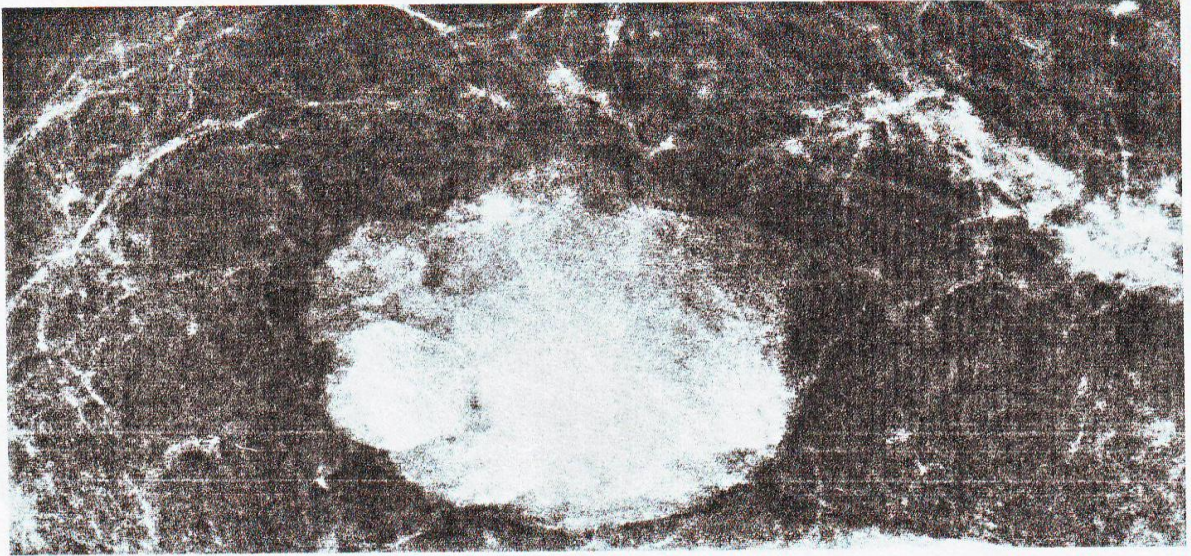
### **Λοβιδιακό καρκίνωμα**

Το κυριότερο χαρακτηριστικό του λοβιδιακού διηθητικού καρκινώματος είναι ο τρόπος με τον οποίο διατάσσονται τα καρκινωματώδη κύτταρα. Συνήθως παρατηρούνται διηθήσεις του υποστρώματος υπό την μορφή ενός στίχου κυττάρων, τα οποία είναι μικρού μεγέθους και συνήθως ομοιόμορφα. Μερικές φορές τα καρκινωματώδη κύτταρα προσλαμβάνουν χαρακτήρες σφραγιστήρος δακτυλίου (Μιχαλάς, 2002).

### **Βλεννώδες καρκίνωμα**

Το βλεννώδες καρκίνωμα διακρίνεται σε τέσσερις τύπους: τυπικό, βλεννοπαραγωγό, λοβιακό και καρκίνωμα από κύτταρα.

Το βλεννώδες καρκίνωμα κλινικά θα το διαγνώσουμε με τη ψηλάφηση και μαστογραφικά από την ύπαρξη σφαιρικής μάζας με ομαλά όρια, που, αν προσέξουμε, θα διαπιστώσουμε, πως υπάρχει κάπου διάσπαση των ορίων της σκιάς της. Σπάνια παρατηρούνται επασβεστώσεις (Παπανικολάου, 1989).



**Μαστογράφημα.**  
Βλεννώδες καρκίνωμα.  
(Tabar-Dean)



**Καρκινοσάρκωμα.**  
(Netter)



### **Σωληνώδες καρκίνωμα**

Αυτό λέγεται και καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα, είναι σπάνιο και σε συχνότητα 80% συνδυάζεται με όλα τα είδη καρκίνου του μαστού. **Κλινικά** :εκδηλώνεται με τη μορφή όγκου. **Μαστογραφικά** : είναι δυνατό να διαγνωστεί, πριν, την κλινική του εμφάνιση, από την ύπαρξη επασβεστώσεων. **Ιστολογικά**: χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη σωληνωδών βλαστών, που αποτελούνται από ένα στοίχο στρογγυλών ή σε σχήμα αβγού κυττάρων (Παπανικολάου,1989).

### **Αδενοκυστικό καρκίνωμα**

Είναι πολύ σπάνιος όγκος, οι χαρακτήρες του οποίου είναι παρόμοιοι με το αδενοκυστικό καρκίνωμα των σιελογόνων αδένων.

Εντοπίζεται κυρίως κάτω ή κοντά στη θηλή και τα κύτταρα διατάσσονται σε μικρές κύστες, οι οποίες περιέχουν βλέννα. Η πρόγνωση είναι καλή.

### **Θηλώδες καρκίνωμα**

Το αμιγές θηλώδες είναι σπάνιο και αναπτύσσεται από το επιθήλιο των μεγάλων πόρων. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές, χωρίς συνήθως αγγειοσυνδετικό άξονα, εμφανίζουν σχετική ομοιομορφία και λίγες πυρηνοκινησίες. Κλινικώς παρουσιάζεται έκκριση από τη θηλή (Μιχαλάς, 2002).

### **Καρκινοσάρκωμα**

Η μορφή αυτή καρκίνου του μαστού απαντάται σε μικρή συχνότητα ( 0,1% όλων των καρκίνων του μαστού.) και δεν διευκρινίστηκε, αν προέρχεται από εξαλλαγή ιναδενώματος.

Το αδενικό στοιχείο του καρκινোসαρκόματος αποτελείται από χαμηλής διαφοροποίησης καρκινωματώδεις βλάστες και το μεσεγχυματικό στοιχείο του από ατρακτοειδή κύτταρα.

### **Νόσος του PAGET**

Η νόσος του Paget της θηλής αποτελεί το 1% όλων των κακοηθών νεοπλασμάτων. Η βλάβη παρουσιάζεται στην αρχή σαν έκζεμα της θηλής με αθώα μορφή. Η φυσική του εξέλιξη είναι πολύ αργή και για αρκετό διάστημα η δερματική βλάβη παραμένει η μόνη εκδήλωση. Στο τέλος αναπτύσσεται μια ψηλαφητή μάζα κάτω από το δέρμα. Αυτή είναι ο τύπος του κακοήθου όγκου του μαστού με την καλύτερη πρόγνωση αν γίνει έγκαιρη αγωγή. Αυτός είναι ο λόγος που οποιαδήποτε φλεγμονή της θηλής που δε θεραπεύεται σε μια βδομάδα και που παίρνει τη μορφή ενός χρόνιου εκζέματος πρέπει να εξεταστεί προσεχτικά από τον ειδικό (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, 1993).



Ιστολογική εικόνα.  
Κύτταρα του Paget.  
(Haagensen)

## 4.2 Συμπτωματολογία

Συχνά σήμερα ο καρκίνος του μαστού δεν έχει κάποιες εκδηλώσεις, είναι δηλαδή χωρίς συμπτώματα, και η διάγνωση τίθεται με τη βοήθεια του περιοδικού προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου. Εντούτοις αρκετές γυναίκες παρουσιάζονται με διάφορα συνηθισμένα συμπτώματα, όπως είναι ένα ή περισσότερα οζίδια στον μαστό, αλλοιώσεις του δέρματος και της θηλής, πόνος και ευαισθησία και έκκριση από τη θηλή (Σακοράφα, 2000).

Το « τυπικό» σύμπτωμα του καρκίνου του στήθους είναι ένας όγκος στο μαστό, αν και πολλοί όγκοι δεν είναι κακοήθεις, αλλά αναπτύσσονται εξαιτίας φυσιολογικών ορμονικών αλλαγών ή κάποιου τραυματισμού στο μαστό. Παρ' ότι οι μισοί από τους όγκους στο στήθος σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση καθώς και το 75% των όγκων στο στήθος σε γυναίκες πάνω από 70 ετών είναι κακοήθεις, όσο νεότερη είναι η γυναίκα τόσο πιο πιθανό είναι να πρόκειται για καλοήγη όγκο.

Ο πόνος στο στήθος δεν οφείλεται συνήθως στην ύπαρξη καρκίνου. Μόνο το 6% του συνόλου των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του στήθους έχει πόνο στο στήθος (Carlson, Eisentat, 2000).

Σαν ύποπτη θεωρείται η έκκριση από τη θηλή όταν είναι αυτόματη, ετερόπλευρη (παρατηρείται δηλαδή μόνο στον ένα μαστό), όταν παρατηρείται μετά την εμμηνόπαυση, όταν προέρχεται από ένα γαλακτοφόρο πόρο και όταν είναι υδαρής, ορώδης, αιματηρή ή οροαιματηρή.

Κάθε φλεγμονώδης εμφάνιση του δέρματος του μαστού σε γυναίκα ηλικίας πάνω από 40 ετών θα πρέπει να θεωρείται φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού μέχρις ότου αποδειχθεί το αντίθετο με τη βοήθεια βιοψίας δέρματος/ μαστού. Επίσης ύποπτη είναι και η ύπαρξη εισολκών ( βαθουλωμάτων) στην επιφάνεια του δέρματος του μαστού.

Είναι επομένως φανερό ότι αν η γυναίκα αντιληφθεί οτιδήποτε από τα παραπάνω θα πρέπει να ανησυχήσει και να συμβουλευθεί τον ιατρό της. Ο έλεγχος αρχίζει με την κλινική εξέταση από γιατρό που διαθέτει εμπειρία στην αντιμετώπιση των παθήσεων του μαστού (Σακοράφα, 2000).

### 4.3 Κλινική Εικόνα

Παρουσία ψηλαφητής ανώδυνης διόγκωσης ( 70%) αρχικά και σπάνια επώδυνη. Σε προχωρημένα στάδια έχουμε εισολκή της θηλής, καθήλωση του όγκου στο υπερκείμενο δέρμα, τοπικό οίδημα με την μορφή φλοιού “ πορτοκαλιού” (λεμφοίδημα), διάβρωση της θηλής, ερυθρότητα του υπερκείμενου δέρματος και εξέλκωση του μαστού.

Βέβαια σημεία που μας πείθουν ότι έχουμε καρκίνο του μαστού είναι :

- ✎ .Ανώδυνη διόγκωση με τη μορφή ψηλαφητής μάζας στον μαστό.
- ✎ .Σύμπτυξη του όγκου με το δέρμα.
- ✎ .Σύμπτυξη του όγκου με τον μείζονα θωρακικό μυ.
- ✎ .Πρόσφατη εισολκή της θηλής.
- ✎ .Ψηλαφητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες (Ανθούλη, 1994).

### 4.4 Πρόγνωση

Τα κύρια στοιχεία για την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού είναι η σταδιοποίηση και τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά του καρκίνου. Όταν ο όγκος είναι περιορισμένος στο μαστό τα ποσοστά βιωσιμότητας στην 5ετία μετά την επέμβαση αγγίζουν το 75–90 % . Εάν έχουν διηθηθεί και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες τα ποσοστά πέφτουν στο 40-60% στα 5 έτη αλλά μειώνονται περαιτέρω στο 25% στα 10 χρόνια απ΄τη διάγνωση. Όσον αφορά τους ορμονοϋποδοχείς έχει φανεί πως οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, οι ασθενείς που έχουν ορμονοϋποδοχείς στον καρκίνο ακολουθούν μια ευνοϊκότερη πορεία με την ορμονοθεραπεία. Έτσι το 605 εκείνων που έχουν μεταστατική νόσο και

θετικούς ορμονοϋποδοχείς θα απαντήσουν” στην αντιοιστρογονική θεραπεία ενώ λιγότερο από το 10% εκείνων με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς θα έχουν κάποια κλινική «απάντηση» βελτίωσης μετά απο την αντιοιστρογονική θεραπεία (<http://trela/~jimpapi/camastou.htm>, 2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**



## 5.1 Εκτίμηση της Κατάστασης της Άρρωστης

Στο παρελθόν, πολλοί όγκοι ανιχνεύονταν κατά τη διάρκεια μιας φυσικής εξέτασης, αλλά οι περισσότεροι ανακαλύπτονταν από την ίδια τη γυναίκα ή τον σύντροφό της την ώρα του μπάνιου, όταν ντύνονταν ή κατά τη σεξουαλική επαφή. Σήμερα, πολλοί όγκοι ανακαλύπτονται με τη βοήθεια της μαστογραφίας (Carlson, Eisentat, 2000).

Ακόμα για την εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης μας βοηθούν:

### 1) Ιστορικό Υγείας

α. Ηλικία

β. Επάγγελμα

γ. Συζυγική κατάσταση

δ. Καταμήνιο, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό

ε. Οικογενειακό ιστορικό (άλλα άτομα οικογένειας με καρκίνο μαστού)

στ. Προηγούμενη πάθηση μαστού

ζ. Ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών

η. Πρόσφατος θηλασμός

θ. Διαιτητικές συνήθειες (δίαιτα πλούσια σε λίπη και χοληστερίνη)

### 2) Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς.

Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει:

🚫 Ορώδη ή αιματηρή έκκριση

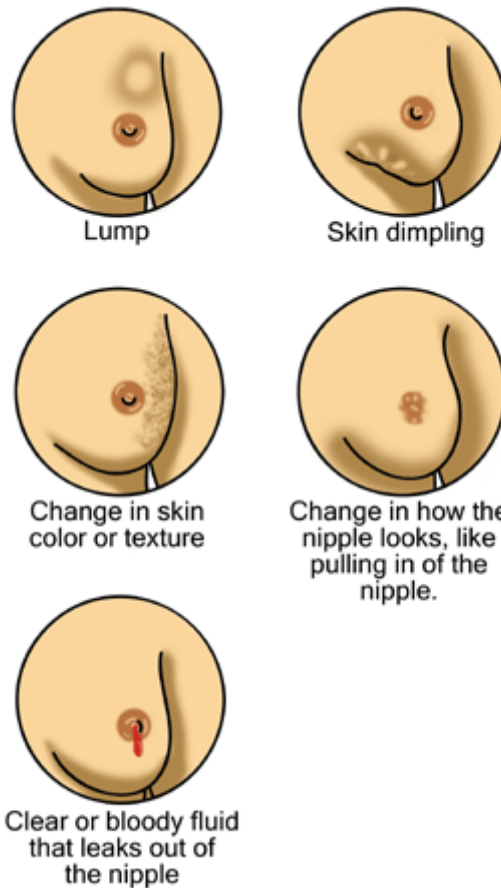
🚫 Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο

🚫 Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα

🚫 Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού

🚫 Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα

🚫 Εισολκή θηλής (Σαχίνη, 1997).



## 5.2 Διάγνωση του Καρκίνου

Η διάγνωση έγκαιρα είναι όπως και για όλους τους καρκίνους το πιο σημαντικό βήμα για τη θεραπεία και την ίαση του ασθενούς. Στις νέες γυναίκες και που η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί συχνό εύρημα, είναι απαραίτητο το υπερηχογράφημα σε όλες τις περιπτώσεις όπου παρατηρείται αύξηση των διαστάσεων κάποιου ψηλαφητού μορφώματος. Εννοείται βέβαια πως γίνεται αυτοψηλάφηση του μαστού τακτικά ( τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο). Κανένας δεν μπορεί να γνωρίζει καλύτερα το μαστό όσο η ίδια η γυναίκα με τη σωστή αυτοψηλάφηση του στήθους της. Ο έλεγχος με αυτοψηλάφηση είναι ακόμη πιο απαραίτητος για τις γυναίκες μετά τα 40, οι οποίες όμως πρέπει να ελέγχουν το στήθος τους και με μαστογραφία κάθε 2 χρόνια. Σε περίπτωση που από τη μαστογραφία υπάρχουν ενδείξεις κακοήθειας πάντα ακολουθεί βιοψία από την περιοχή της ύποπτης βλάβης και η οποία επιβεβαιώνει ή όχι τη διάγνωση.

Γενικά η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι εύκολη. Παρόλα αυτά λόγω χαμηλής κουλτούρας και...ντροπής!! Πολλές γυναίκες παραμελούν τυχόν ευρήματα στο στήθος και φτάνουν στο γιατρό σε πολύ προχωρημένο στάδιο. Φυσικά μετά τη διάγνωση ακολουθούν εξετάσεις όπως αξονική θώρακος και αν

χρειάζεται και κοιλίας καθώς και σπινθηρογράφημα οστών προκειμένου να γίνει η σταδιοποίηση του καρκίνου (<http://trella/~jimpari/camastou.htm>, 2010).

### 5.3 Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από : Ινώδη κυστική μαστοπάθεια, κύστης μαστού, ινοαδένωμα, θήλωμα του πόρου, διάταση του πόρο, νέκρωση λίπους. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται κατά σειρά συχνότητας με : βιοψία, παρακέντηση. Εξέταση της ασθενούς μετά από 4-6 εβδομάδες (Παπανικολάου, 1994).

### 5.4 Διαγνωστικές Μέθοδοι

#### Ιστοληψία

Με το χειρουργικό έλεγχο του μαστού, δηλαδή με την ιστολογική εξέταση της βλάβης, έχουμε την οριστική, την ακριβή διάγνωση της πάθησης του, που είναι απαραίτητη, προκειμένου να καθορίσουμε τη θεραπευτική αγωγή, διαφορετική σε κάθε περίπτωση. Οι καλοήθειες επεξεργασίες του μαστού απαιτούν περιορισμένη τοπική εκτομή, ενώ οι κακοήθειες έχουν ανάγκη από εκτεταμένο ακρωτηριασμό του μαστού, που δεν πρέπει να εκτελείται, όταν δεν είναι απόλυτη ανάγκη.

#### Προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων

Τους ορμονικούς υποδοχείς τους προσδιορίζουμε, είτε στην πρωτοπαθή εστία του καρκίνου, είτε στις μεταστάσεις, που προκάλεσε, η δε παρουσία τους δείχνει ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο. Το αποτέλεσμα του προσδιορισμού των υποδοχέων εκφράζεται σε Femtomoles ( $10^{-5}$  Moles ) ανά mg κυτταροπλαστικής πρωτεΐνης. Θετικός είναι, όταν είναι πάνω από 7-10 Femtomoles/mg. Η σημασία του ελέγχου συνίσταται στην κατεύθυνση της ορμονοθεραπείας. Δηλαδή, σε αρνητικό αποτέλεσμα, η ορμονοθεραπεία δεν ωφελεί.

#### Εισρόφηση

Η εισρόφηση διενεργείται με τοπική αναισθησία και με βελόνα παρακέντησης, που έχει μεγάλη διάμετρο. Η βελόνα εισάγεται μέσα στη μάζα του όγκου και, όπως είναι προσαρμοσμένη σε σύριγγα, γίνεται εισρόφηση του περιεχομένου της και ύστερα επίστρωσή του σε αντικειμενοφόρο πλάκα, μονιμοποίηση και χρώση του. Η μέθοδος με την παρακέντηση και εισρόφηση δεν είναι μέθοδος εκλογής, γιατί πολλές φορές, ενώ με αυτή παίρνουμε αποτελέσματα αρνητικά, η



εξέλιξη των γεγονότων, και μάλιστα ο ιστολογικός έλεγχος με εκτομή της βλάβης, δείχνει το αντίθετο (Παπανικολάου, 1994).

### **Ανάτρηση**

Στη μέθοδο αυτή, αντί βελόνας και trocar χρησιμοποιούμε τρύπανο. Τότε, είναι δυνατό, να εξασφαλίσουμε καλύτερη δειγματοληψία της βλάβης, για μικροσκοπική της μελέτη. Υπάρχει, όμως φόβος με τη μέθοδο αυτή να διαφύγει η ύπαρξη καρκινικής βλάβης μικρών διαστάσεων.

### **Παρακέντηση**

Η παρακέντηση ψηλαφητού όγκου του μαστού γίνεται με λεπτή βελόνα για να διαπιστώσουμε αν αυτός είναι κυστικός ή συμπαγής. Αφού σταθεροποιήσουμε τον όγκο με τα δάχτυλα μας, εισάγουμε τη βελόνα. Αν ο όγκος είναι κυστικός, η βελόνα θα εισέλθει εύκολα στην κοιλότητα της κύστης, αν είναι συμπαγής θα βρούμε αντίσταση στο πέρασμά της.

Αν αφαιρεθεί όλη η ποσότητα του υγρού, η κύστη εξαφανίζεται και αν η μαστογραφία, που θα ακολουθήσει, δεν αποδείξει την ύπαρξη σκιάς και η επανεξέταση σε 2-3 μήνες δεν διαπιστώσει την επανεμφάνιση της κύστης, τότε δεν απαιτείται άλλος έλεγχος.

### **Κυτταρολογικός έλεγχος**

Κριτήρια κυτταρικής κακοήθειας: Αυτά βασίζονται στις μεταβολές του πυρήνα του κυττάρου, δηλαδή της αύξησης του μεγέθους, της υπερχρωμίας και της ανώμαλης κατανομής της χρωματίνης σε σωρούς, ιδιαίτερα στην περιφέρεια. Επίσης το ακανόνιστο σχήμα των κυττάρων, οι αθροίσεις τους και η απώλεια της ατομικότητάς τους, είναι πρόσθετα κριτήρια κακοήθειας. Όλες αυτές οι μεταβολές είναι πιο έκδηλες σε προχωρημένες καταστάσεις. Μειονεκτήματα των επιχρισμάτων του μαστού είναι δυνατό να δώσουν ψεύτικα θετικά ( 2%) ή αρνητικά ( 16%) αποτελέσματα, που οδηγούν το χειρουργό σε διαγνωστικά και θεραπευτικά σφάλματα (Παπανικολάου, 1994).

### **Βιολογικοί δείκτες**

Οι βιολογικοί δείκτες που μας ενδιαφέρουν για τον καρκίνο του μαστού είναι δύο: το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο( CEA)και η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP), που ονομάζονται και " ογκοαναπτυξιακοί δείκτες ". Από τους δύο δείκτες, αυτός που συχνά χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη είναι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο(CEA). Οι φυσιολογικές τιμές του είναι 2-5 mg/ml. Πάνω από 5mg/ml είναι ενδεικτικές μεταστατικής νόσου του μαστού. Οι τιμές μας βοηθούν στην εκτίμηση του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου, δηλαδή, ψηλές τιμές του

σημαίνουν χαμηλή διαφοροποίηση, χαμηλές τιμές του υψηλή διαφοροποίηση (Παπανικολάου, 1994).

### **Μαστογραφία**

Μαστογραφία είναι η ακτινογραφία του μαστού με ειδικό μηχάνημα που ονομάζεται μαστογράφος. Είναι εξέταση που κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό αξιοπιστίας για την διερεύνηση ύπαρξης καρκίνου του μαστού καθώς και για τον εντοπισμό του σε πρώιμο στάδιο δηλαδή όταν το μέγεθός του είναι λίγα χιλιοστά και μη ψηλαφητός. Στη μαστογραφία ο μαστός τοποθετείται σε ειδική θέση του μηχανήματος σε profil και face προβολή, συμπιέζεται ελαφρά και η απεικόνιση γίνεται σε φιλμ. Η μαστογραφία δεν πονάει, πρέπει να υπάρξει όμως μία ελαφρά πίεση για καθαρότερη εικόνα. Αν ο μαστός είναι πυκνός τότε χρειάζεται μεγαλύτερη πίεση που μπορεί να προκαλέσει πόνο. Παρ'όλο που η εξέταση γίνεται με ακτίνες, δεν είναι επικίνδυνη αφού, οι σημερινοί μαστογράφοι είναι χαμηλής δόσης καθώς εκπέμπουν πολύ μικρή δόση ακτινοβολίας 0,1-0,2 rad η οποία δεν βάζει σε κίνδυνο την υγεία της γυναίκας.

Η γυναίκα μπορεί να κάνει μαστογραφία σε οποιαδήποτε ηλικία εφόσον υπάρχει κάποιος λόγος. Στις ασυμπτωματικές γυναίκες( δηλαδή σε όσες γυναίκες δεν έχουν κάποιο πρόβλημα) η μαστογραφία θα πρέπει να γίνεται μετά την ηλικία των 40 ετών κάθε χρόνο επειδή μετά την ηλικία αυτή ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνει και αν τύχει να αναπτυχθεί καρκίνος του μαστού είναι εξαιρετικά σημαντικό να διαγνωσθεί σε πολύ πρώιμο στάδιο (Σαχίνη, 1997).

«Όσο νωρίτερα ανιχνευθεί ο καρκίνος τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση καθώς υπάρχουν μεγάλες δυνατότητες για καλύτερη και έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου. Η μαστογραφική εξέταση έχει πετύχει τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού σε ποσοστό που κυμαίνεται από 30-50%. Εάν βρεθεί ανωμαλία στη μαστογραφία έχουμε τη δυνατότητα να κάνουμε συμπληρωματικές λήψεις όπως, μεγέθυνση( μεγενθυτική μαστογραφία), ή υπό πίεση( spot μαστογραφία)» (<http://www.infoacademy.gr/brestca/hipo.htm-13k>, 2010).

Προβλήματα στη μαστογραφική απεικόνιση

- ❖ Παρουσιάζονται μικρές διαφορές στην αντίθεση μεταξύ καρκινικών και υγιών ιστών
- ❖ Η διαγνωστική αξιολόγηση παρεμποδίζεται από την ύπαρξη θορύβου.
- ❖ Από τις βιοψίες που συστήνονται μετά από μαστογραφία μόνο ένα μικρό ποσοστό αποδεικνύεται ότι επρόκειτο για κακοήθεια (Σαχίνη, 1997).



### Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία

*Ενδείξεις:* 1) Στη διάγνωση κακοηθών παθήσεων του μαστού, 2) Στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2-3mm, σε πυκνωτικούς μαστούς, 3) Στην ακριβή διάγνωση ινοκυστικής μαστοπάθειας, 4) Στην διάγνωση καλοήθι όγκου (Μιχαλάς, 2002).



### Θερμογραφία

Υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης( περιορισμένης

διαγνωστικής αξίας). Σε κακοήθη εξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας αυξημένης αιμάτωσης.



### **Διαφανοσκόπηση**

Χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σ'ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο, φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστεις διαυγάζουν, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλασματος (Σαχίνη, 1997).

### **Υπερηχογράφημα**

Συνήθως μικρής διαγνωστικής αξίας για τις κακοήθειες αφού μας δίνει κυρίως στοιχεία για το εάν πρόκειται για κυστικό ή συμπαγές μόρφωμα. Βέβαια έχει τη σημασία του στην παρακολούθηση των διαστάσεων ύποπτων βλαβών καθώς και στην καθοδήγηση βιοψιών.

### **Γαλακτογραφία**

Πρόκειται για ακτινολογική εξέταση με σκιαγραφικό μέσο το οποίο εγχύεται στους γαλακτοφόρους πόρους απ'τη θηλή. Διαγνωστικό και χρήσιμο στα θηλώματα των πόρων τα οποία μπορεί να παρουσιάσουν εξαλλαγή και καρκινική διήθηση του στρώματος του αδένου (<http://trella/~jimpari/camastou.htm>, 2010).

### **Ξηρογραφία**

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

## 5.5 Μέθοδοι Εξετάσεως του Μαστού

### 5.5.1 Αυτοεξέταση του Μαστού

Με τον όρο αυτοεξέταση του μαστού εννοούμε την τακτική και συστηματική εξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα, σύμφωνα με την ειδική εκπαίδευση που έχει υποστεί γι' αυτό το σκοπό. Η σποραδική, χωρίς μέθοδο, παρατήρηση ή ψηλάφηση των μαστών δεν είναι αυτοεξέταση.

#### Ποιες γυναίκες θα πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση:

- ✚ Η αυτοεξέταση πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 20 ετών, λόγω του ότι σε αυτή την ηλικία έχουν διαμορφωθεί πλήρως οι μαστοί.
- ✚ Στις γυναίκες μετά τα 40, μαζί με τον τακτικό έλεγχο από τον γιατρό.
- ✚ Η αυτοεξέταση πρέπει να συνεχίζεται και κατά τη χρονική περίοδο που η γυναίκα είναι έγκυος.
- ✚ Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται και από τις ηλικιωμένες γυναίκες
- ✚ Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή αφαίρεση όγκου με διατήρηση του μαστού, πρέπει και αυτές να κάνουν τακτικά αυτοεξέταση τόσο στον άλλο μαστό όσο και στον χειρουργημένο (Φιλιπόπουλος, 2004).

#### Κάθε πότε πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση

- ✚ Η αυτοεξέταση συστήνεται να γίνεται μία φορά τον μήνα.
- ✚ Για τις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση ο καλύτερος χρόνος για αυτοεξέταση είναι μία βδομάδα μετά την εμφάνιση της έμμηνου ρύσεως.
- ✚ Η αυτοεξέταση πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της έμμηνου ρύσεως.
- ✚ Οι γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια συνίσταται να κάνουν αυτοεξέταση την ημέρα που αρχίζουν καινούριο πακέτο.
- ✚ Σ την περίοδο του θηλασμού η γυναίκα είναι καλό να εξετάζει τους μαστούς της αφού ολοκληρώσει ένα πλήρη θηλασμό του νεογνού ή του βρέφους.
- ✚ Οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι καλό να εξετάζουν τους μαστούς τους κάποια σταθερή ημερομηνία.

#### Τεχνική της αυτοεξέτασης

**Δ) Επισκόπηση:** Ο οπτικός έλεγχος των μαστών γίνεται με την βοήθεια ενός καθρέπτη, ο οποίος επιτρέπει να φαίνεται το κορμί από την μέση και πάνω.

Οι μαστοί ελέγχονται για αλλαγές στο:

- \* μέγεθος και στο σχήμα τους,
- \* χρώμα και την υφή του δέρματος,

\*σχήμα και την υφή των θηλών  
και για το αν υπάρχει έκκριση από την θηλή.

**Ο έλεγχος γίνεται:**

- 1) Σε όρθια θέση, μπροστά στον καθρέπτη, με τα χέρια χαλαρά κρεμασμένα πλάι στο κορμί.
- 2) Στη συνέχεια η γυναίκα γυρίζει προς το ένα πλάι και μετά προς το άλλο, παρατηρώντας την έξω επιφάνεια του κάθε μαστού.
- 3) Με σηκωμένα τα χέρια ψηλά, πάνω από το κεφάλι. Η γυναίκα παρατηρεί πως ακολουθούν την κίνηση οι μαστοί, και ιδιαίτερα αν στην επιφάνεια του δέρματος των μαστών προβάλλει κάτι πίσω από αυτήν ή κάτι από μέσα την τραβάει και την ζαρώνει (Φιλιπόπουλος, 2004).
- 4) Με κατεβασμένα τα χέρια και πιέζοντας τα στα πλαϊνά της λεκάνης. Οι αγκώνες πρέπει να είναι λυγισμένοι και να βρίσκονται σε απόσταση από το κορμί. Με την σύσφιξη των μυών των άνω άκρων και του θώρακος μπορεί να διακριθεί αν υπάρχει κάποιος όγκος που συμφύεται με αυτούς.
- 5) Με τα χέρια στα ισχία, χωρίς να τα σφίγγει δυνατά, όπως προηγουμένως, η γυναίκα σκύβει ελαφρά προς τα εμπρός, έτσι που οι μαστοί να κρέμονται. Σ' αυτή την στάση η γυναίκα παρατηρεί για αλλαγές στο περίγραμμα ή τράβηγμα σε κάποια περιοχή (Φιλιπόπουλος, 2004).

**II) Ψηλάφηση:** Η ψηλάφηση μπορεί να γίνει σε όρθια ή σε ύπτια θέση. Η ψηλάφηση γίνεται με τον ίδιο πάντοτε σταθερό τρόπο και με τον μαστό να ελέγχεται από το χέρι της αντίθετης πλευράς.

Για την ψηλάφηση χρησιμοποιείται η παλαμιαία επιφάνεια των τριών μεσαίων δακτύλων και ειδικότερα το τμήμα των δακτύλων από την κορυφή ως την πρώτη άρθρωση. Τα δάκτυλα κατά την ψηλάφηση πρέπει να είναι παράλληλα προς την βάση των μαστών και η ψηλάφηση γίνεται πιέζοντας τα δάκτυλα κάθετα, προς τις πλευρές του θώρακα

Κατά την ψηλάφηση ασκούνται διαδοχικά τρεις διαφορετικοί βαθμοί πίεσης σε κάθε περιοχή που ψηλαφάται. Ο πρώτος βαθμός είναι πιέζοντας ελάχιστα το δέρμα, έτσι ώστε να γίνουν αντιληπτές οι επιφανειακές αλλαγές, αυτές που βρίσκονται κοντά στο δέρμα.

Ο δεύτερος είναι ο ενδιάμεσος βαθμός, που επιτρέπει την ψηλάφηση των μαστών βαθύτερα, και ο τρίτος είναι ο πιο έντονος, για να ελεγχθούν τα τμήματα του μαστού που βρίσκονται κοντά στο θωρακικό τοίχωμα. Με την μεγαλύτερη πίεση η γυναίκα μπορεί να αισθανθεί μία μικρή ενόχληση, αλλά σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να πιέσει τον μαστό της όσο δυνατά μπορεί (Φιλιπόπουλος, 2004).



### **Εξέταση σε ειδικές συνθήκες**

🚫 Εάν η γυναίκα έχει πρόβλημα όρασης, θα πρέπει να ζητήσει βοήθεια από ένα συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο

🚫 Αν η γυναίκα δεν μπορεί να φτάσει με το αντίθετο χέρι την μασχάλη, τότε να προσπαθήσει να κάνει την ψηλάφηση με το χέρι της ίδιας πλευράς (Φιλιπόπουλος, 2004).

### **5.5.2 Κλινική ιατρική εξέταση**

Η ιατρική εξέταση μπορεί να ανακαλύψει όγκους μικρούς, διαμέτρου 1 εκατοστού 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 θα χρειάζεται κάθε περιστατικό. Ο ειδικός θα καθορίσει πόσο συχνά θα γίνεται η ιατρική εξέταση για τις ηλικίες 20-35 ετών (<http://www.agclinic.gr>, 2010).

Η εξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται την 5<sup>η</sup> έως την 10<sup>η</sup> ημέρα , μετά την έναρξη της περιόδου. Η γυναίκα είναι καθιστή με τα χέρια στη μέση. Μετά την επισκόπηση, που γίνεται με δυνατό φως για τυχόν ανωμαλίες του δέρματος των μαστών, της θηλής, αρχίζει η ψηλάφηση από τους υπερκλείδιους χώρους, ακολούθως ψηλαφώνται τα άνω ημίσεια των δύο μαστών, αρχίζοντας από το μη πάσχοντα μαστό, καθώς και οι μαστοί αδρώς. Μετά ψηλαφώνται οι μασχάλες, αφού η γυναίκα αφήσει εντελώς ελεύθερο το σύστοιχο άνω άκρο. Ακολούθως η εξεταζόμενη ξαπλώνει με τα χέρια πίσω από το κεφάλι. Ο μαστός έχει επιπεδωθεί και γίνεται ευκολότερη η ψηλάφηση του, με προσοχή μην παραλειφθεί κάποια περιοχή, για να βρεθεί και η παραμικρή ανωμαλία και να αντιληφθεί ο ιατρός την υφή της. Τονίζεται ότι η ίδια η γυναίκα είναι ο καλύτερος ιατρός του μαστού της, επομένως δεν είναι καθόλου ντροπή ο ιατρός να ζητήσει τη βοήθεια της γυναίκας, εάν δεν βρίσκει ένα ογκίδιο, που αυτή εντόπισε στο μαστό της.

### 5.5.3 Απεικονιστικές Μέθοδοι

Οι απεικονιστικές μέθοδοι εξέτασεως του μαστού είναι πολύ σημαντικές για τη διάγνωση των παθήσεων του μαστού, ιδίως για τη διάγνωση του καρκίνου. Περιλαμβάνουν κυρίως τη Μαστογραφία, αλλά και το Υπερηχογράφημα των μαστών, την Αξονική και τη Μαγνητική Τομογραφία.

**Η μαστογραφία** είναι η μόνη μέθοδος, η οποία μπορεί να κάνει υποκλινική διάγνωση ενός όγκου στο μαστό. Είναι επίσης η μόνη μέθοδος, η οποία έχει μελετηθεί με τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμασία και έχει βρεθεί ότι υπάρχει ωφέλεια, δηλαδή σώζονται ζωές με την εφαρμογή της. Ο ετήσιος κίνδυνος για να εμφανίσει μια γυναίκα καρκίνο, είναι μία στις τριανταεπτά χιλιάδες μεταξύ γυναικών ηλικίας 30 και 34 ετών και αυξάνεται προοδευτικά για να φθάσει στις μία ανά διακόσιες τριανταπέντε γυναίκες στις ηλικίες 70 με 74 ετών. Επομένως, είναι φανερό ότι χρειάζεται να γίνει μαστογραφία σε ένα πολύ μεγάλο αριθμό γυναικών για να βρεθεί ένας καρκίνος ([http://www.exe1928.gr/ell/articles\\_seminars/2006/2006z/article708576](http://www.exe1928.gr/ell/articles_seminars/2006/2006z/article708576), 2010).

**Screening** ονομάζεται η μέθοδος, με την οποία μπορούμε να ξεχωρίσουμε, εξετάζοντας ασυμπτωματικό πληθυσμό, ομάδες που παρουσιάζουν κίνδυνο να πάθουν τη συγκεκριμένη νόσο. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, κύριος στόχος είναι να μειώσουμε την νοσηρότητα, αλλά κυρίως τη θνητότητα, που οφείλεται στον καρκίνο του μαστού. Αυτό επιτυγχάνεται με την έγκαιρη ανακάλυψη ενός όγκου, μετά τη βιολογική αρχή του, αλλά πριν δώσει συμπτώματα. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για screening είναι κυρίως η μαστογραφία, αλλά και η κλινική εξέταση του μαστού και η αυτοεξέταση. Μια



γυναίκα μπορεί να βρει έναν όγκο 1 cm, ενώ η μαστογραφία έχει τη δυνατότητα να κάνει υποκλινική διάγνωση πριν καν είναι ψηλαφητός ο όγκος και να βρει έναν όγκο σε διάμετρο 4-6 mm ή και λιγότερο (Μιχαλάς, 2002).

**Οι υπέρηχοι** έχουν διαγνωστική αξία στη διαφορική διάγνωση κυστικών από συμπαγείς όγκους, κυρίως όμως αυξάνουν τη διαγνωστική ευαισθησία της μαστογραφίας και της κλινικής εξέτασης, ιδίως σε πυκνούς μαστούς.

Οι άλλες απεικονιστικές μέθοδοι, **Αξονική και Μαγνητική τομογραφία**, είναι ακριβές, δεν έχουν μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα και ευρίσκονται υπό έρευνα ([http://www.exe1928.gr/ell/articles\\_seminars/2006/2006z/article708576](http://www.exe1928.gr/ell/articles_seminars/2006/2006z/article708576), 2010).

#### **5.5.4 Βιοψία**

Η βιοψία του όγκου μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία ή με γενική νάρκωση. Όταν η βιοψία γίνει με τοπική αναισθησία, η ασθενής περιμένει λίγες μέρες την τελική ιστολογική εξέταση και έτσι μπορεί με το γιατρό της να κουβεντιάσει την προτεινόμενη επέμβαση, η οποία γίνεται σε δεύτερο χρόνο. Αν η βιοψία γίνει με γενική νάρκωση, σαν ταχεία βιοψία, και αν η ασθενής έχει πληροφορηθεί εκ των προτέρων από το γιατρό της τις πιθανές λύσεις ανάλογα με το αποτέλεσμα της βιοψίας, τότε αν χρειάζεται συνεχίζει ο χειρουργός και ολοκληρώνει την τελική μορφή της επέμβασης που απαιτείται στην συγκεκριμένη περίπτωση.

Υπάρχουν περιπτώσεις που με την ταχεία βιοψία δεν είναι εύκολη μια υπεύθυνη διάγνωση από τον παθολογοανατόμο. Τότε ο χειρουργός δεν προχωρεί, η ασθενής ξυπνά και περιμένει την τελική ιστολογική διάγνωση προκειμένου να αποφασισθεί το τελικό θεραπευτικό σχήμα (Κατράκης, 1980).

#### **5.5.5 Παρακέντηση**

Η παρακέντηση κυστικού ή συμπαγούς μορφώματος έχει μόνο υποβοηθητικό διαγνωστικό ρόλο, η δε κυτταρολογική εξέταση του υγρού ή των κυττάρων, μόνο υποψία μπορεί να θέσει για κακοήθεια ή καλοήθεια, με κανένα δε τρόπο δεν εμποδίζει τη διενέργεια της χειρουργικής εξαίρεσης ενός ογκιδίου. Άλλωστε είναι σαφές, ότι η παρακέντηση δεν παρουσιάζει την ειδικότητα, που εμφανίζει η ανοικτή βιοψία.

Παρακέντηση μπορεί να γίνει σε περιπτώσεις που θέλουμε να αποφύγουμε την ανοικτή βιοψία, και αυτές οι περιπτώσεις είναι οι κύστες όπου γίνεται εκκενωτική παρακέντηση, και σε ανεγχείρητες μορφές καρκίνου, όπου δεν

επιθυμείται μία ανοικτή βιοψία επειδή υπάρχει κίνδυνος αιματογενούς διασποράς, προς επιβεβαίωση της διάγνωσης.

## **5.6 Ο ρόλος του Γυναικολόγου στις παθήσεις του μαστού**

Ο γυναικολόγος πρέπει:

- 1) Να συμπεριλαμβάνει την κλινική εξέταση του μαστού, σε κάθε γυναικολογική εξέταση.
- 2) Να διδάσκει την αυτοεξέταση στη γυναίκα
- 3) Να συνιστά, εκεί που επιτρέπεται ή επιβάλλεται, μαστογραφία
- 4) Να εκτελεί εφόσον μπορεί, ή να συνιστά μικρές διαγνωστικές επεμβάσεις.
- 5) Να ξεχωρίζει και να παραπέμπει σε ειδικά κέντρα τις γυναίκες, που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (Μιχαλάς, 2002).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**



## 6.1 Θεραπευτικές μέθοδοι

Για τη θεραπεία των νεοπλασιών του μαστού τον πιο σημαντικό ρόλο τον παίζει η χειρουργική. Η πρώτη ιστορική αναφορά καρκινώματος μαστού ανέρχεται στο 3000- 2500 π.χ. Μέχρι τον πρώτο αιώνα δεν βρέθηκαν συγκεκριμένες αναφορές σε αυτή τη νόσο κι αυτό λείπει επίσης και από το Corpus Hippocraticum που αποτελεί το πιο πλήρες σύγγραμμα των ιατρικών γνώσεων της ελληνο-ρωμαϊκής εποχής. Μόνο όταν ξεκαθαρίστηκε ότι η νόσος εμφανίζεται σε ένα σημείο του οργανισμού που διαχωρίζεται αρκετά από γενικές διαταραχές καθορίστηκε τελικά η διόρθωση με τοπική χειρουργική επέμβαση (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, 1993).

Σήμερα χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πράξη τέσσερις θεραπευτικές μέθοδοι, που έχουν περάσει τη δοκιμασία του χρόνου και έχουν αποδειχθεί ευεργετικές για τις ασθενείς : η χειρουργική, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία.

Υπάρχουν επίσης σε ερευνητικό ακόμα επίπεδο πολλά προγράμματα όπως εμβόλια, γονιδιακά φάρμακα, ανοσοθεραπείες κ.λ.π. Ίσως και κάποιο από αυτά να κρύβει το μυστικό της θεραπείας του καρκίνου του μαστού (<http://www.mastology.gr/kar-mastou.asp>, 2010).

### 6.1.1 Χειρουργική θεραπεία

α) Ριζική μαστεκτομή : Αφαίρεση ολόκληρου μαστού, θωρακικών μυών, καθαρισμός μασχάλης- μικρή υποτροπή 10 – 15%

β) Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή: Ριζική μαστεκτομή και αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής

γ) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Αφαίρεση μαστού, αφαίρεση περιτονίας του μείζονα θωρακικού και καθαρισμός μασχάλης

δ) Απλή μαστεκτομή : Αφαίρεση μαστού χωρίς καθαρισμό μασχάλης επί διηθημένες λεμφαδένες και ακτινοθεραπεία

ε) Τμηματική μαστεκτομή: Καθαρισμός μασχάλης και αφαίρεση πρωτοπαθούς εστίας ή εκτομή ολόκληρου τεταρτημορίου και ακτινοθεραπεία.

☆ Ενδείξεις της Μαστεκτομής

➤ Το κακό κοσμητικό, εάν γίνει διατήρηση του μαστού ( πολυκεντρική ανάπτυξη των όγκων, κεντρική ανάπτυξη του όγκου, μεγάλος όγκος με μικρό μαστό, εκτεταμένο in situ καρκίνωμα και άλλα.) ➤ Καρκίνος, κατά τη διάρκεια

της κύησης και. ➤ Όταν η γυναίκα είναι επιβαρημένη με BRCA μετάλλαξη, όπου ίσως η ενδεδειγμένη εγχείρηση είναι αμφοτερόπλευρη μαστεκτομία (Μιχαλάς, 2002).

### **6.1.2 Ακτινική θεραπεία**

Κάθε γυναίκα που επιλέγει την αφαίρεση μόνο του όγκου πρέπει να κάνει στη συνέχεια θεραπεία με ακτινοβολία, ώστε να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα που ίσως έχουν απομείνει μετά την εκτομή. Οι πιθανότητες να επανεμφανιστεί η νόσος έπειτα από ογκεκτομή χωρίς ακτινοθεραπεία είναι 40%, ενώ αν γίνει ακτινοθεραπεία, το ποσοστό μειώνεται στο 10%. Η θεραπεία με ακτινοβολία γίνεται πολλές φορές και μετά την ολική μαστεκτομή, προκειμένου να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα που ίσως υπάρχουν ακόμα στους συνδετικούς ιστούς.

Μερικές φορές, η εξωτερική ακτινοθεραπεία συμπληρώνεται με την εμφύτευση ελαστικών σωλήνων με ραδιενεργό υλικό στο μαστό. Με αυτό τον τρόπο, η ακτινοβολία παρέχεται στο ακριβές σημείο του καρκινώματος χωρίς να βλάπτονται παράλληλα οι περιβάλλοντες ιστοί.

Οι παρενέργειες που οφείλονται στην ακτινοθεραπεία περιλαμβάνουν ανορεξία και ναυτία, πρήξιμο και ερυθρότητα του μαστού που είναι πιθανό να συνεχιστούν ακόμα και μήνες μετά το πέρας της θεραπείας- εξάντληση, πόνο στους μυς και μεγάλη ευαισθησία στο ηλιακό φως. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι θεραπείες με ακτινοβολία καθεμία από τις οποίες διαρκεί λίγα μόνο λεπτά είναι απαραίτητο να γίνονται 5 φορές την εβδομάδα για 6 περίπου εβδομάδες (Carlson, Eisentat, 2000).

#### **6.1.2.1 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ακτινική θεραπεία**

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει την ασθενή για το είδος της θεραπείας, τις ανεπιθύμητες ενέργειες της και να την ενεργοποιήσει να συμμετάσχει ενεργά στη φροντίδα τους.

Η ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία είναι απαραίτητη. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας είναι: αλλαγές στο δέρμα, κόπωση, διαταραχές στον ύπνο, οίδημα μαστού και άκρου και αλλαγές αίσθησης στον μαστό.

Οι αλλαγές στο δέρμα είναι η πιο συχνή επιπλοκή που εμφανίζεται στις γυναίκες με συχνότητα 95% περίπου.

Εμφανίζεται συνήθως με ερύθημα , φαγούρα ,ευαισθησία, ξηρά και τελικά απολέπιση. (Wengstrom, Forsberg, 2001)

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δώσει οδηγίες σχετικά με τη φροντίδα του δέρματος .Η ασθενής θα πρέπει να διατηρεί το δέρμα της στεγνό και να αποφεύγει την χρήση αρωμάτων ,σαπουνιών και κρεμών στην περιοχή της θεραπείας. Είναι προτιμότερο να φορά χαλαρά ρούχα ή μια βαμβακερή μπλούζα προκειμένου να προστατευτεί η περιοχή από αλλαγές θερμοκρασίας ,αλλά και για να αποφεύγονται οι κακώσεις , η τριβή και η πίεση στην περιοχή. Μπορεί να κάνει μπάνιο χρησιμοποιώντας ζεστό ή κρύο νερό όχι όμως καυτό. Θα πρέπει να προσέχει να μην σβήσουν τα σημάδια της μελάνης στην περιοχή της θεραπείας και αυτοί μπορεί να το επιτύχει ρίχνοντας στην περιοχή νερό το οποίο το σκουπίζει απαλά.

Επίσης θα πρέπει να αποφεύγει την ηλιοθεραπεία και να μην κολυμπά σε χλωριωμένες πισίνες προκειμένου να προστατεύει το δέρμα της.

Στην περίπτωση που η αντίδραση του δέρματος είναι πολύ σοβαρή , της συστήνεται να χρησιμοποιεί κρέμες ,οι οποίες μπορεί να είναι ελαφρά υδατικές ή λιπαρές ή ακόμα να περιέχουν βιταμίνη Α ενώ μπορεί να χρησιμοποιεί κρέμα aloe-Vera.

Η κόπωση εμφανίζεται με συχνότητα περίπου 90%στις γυναίκες που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.

Τα επίπεδα της κόπωσης αυξάνονται κατά την διάρκεια της θεραπείας ,μέγιστα επίπεδα στο τέλος της και ελάττωση μετά το τέλος αυτής .Η αντιμετώπιση της κόπωσης έχει περιγράψει παραπάνω και σε αυτό το σημείο υπενθυμίζουμε ότι οι μικρές περιόδους ξεκούρασης και η ήπια άσκηση είναι αποτελεσματική της ανακούφισης.

Όταν εμφανίζονται διαταραχές στον ύπνο ,ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να βλέπει τηλεόραση ή να διαβάσει ένα βιβλίο και να αποφεύγει τα παράγωγα της καφεΐνης πριν ξαπλώσει .Όσον αφορά την εμφάνιση των άλλων παρενεργειών η πιο κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση είναι η ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την ύπαρξη τους (Knobf MT, 2002).

### **6.1.3 Χημειοθεραπεία**

Η χημειοθεραπεία αποτελεί συστηματική θεραπεία των νεοπλασμάτων, δηλαδή έχει πρόσβαση μέσω της κυκλοφορίας του αίματος στα καρκινικά κύτταρα και οπουδήποτε στον οργανισμό με εξαίρεση τα ανοσολογικώς προνομιακά όργανα, όπως είναι ο εγκέφαλος κ.α. Χημειοθεραπεία χορηγείται: α) για την ίαση ορισμένων καρκίνων όπως πολλοί παιδιατρικοί όγκοι και μερικοί όγκοι των ενηλίκων. β) για την ανακούφιση συμπτωμάτων σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνωμα. γ) για την ελάττωση πιθανότητας υποτροπής μετά από χειρουργική εκτομή και την επακόλουθη βελτίωση του προσδόκιμου επιπέδου. δ) για την εκτέλεση λιγότερο ακρωτηριαστικών επεμβάσεων στα πάσχοντα όργανα όπως ο

λάρυγγας, ο οισοφάγος, ο μαστός κ.λ.π. Οπότε η χημειοθεραπεία χορηγείται συνηθέστερα από την ακτινοβολία για την σωτηρία του οργάνου (Φάσσας, 2005).

### **6.1.3.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στην προφυλακτική χημειοθεραπεία**

Ο γιατρός, σε συνεργασία με τον νοσηλευτή, αφού μελετήσει τις εναλλακτικές λύσεις και προσδιορίσει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, καταλήγει στην επιλογή του καταλληλότερου είδους θεραπείας.

Ο νοσηλευτής, που έρχεται σε άμεση επαφή με την καρκινοπαθή, πρέπει να γνωρίζει και αντιμετωπίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Σε αυτές ανήκουν η αλωπεκία, η ναυτία, οι εμετοί, δερματικές αλαλαγές, οι διάρροια, η φθορά των αιμοφόρων αγγείων, η διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να μειώσει το άγχος και την ανησυχία της για τα θεραπευτικά αποτελέσματα και να της γνωστοποιήσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες μπορεί να αυξάνονται σε ένταση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά παρέρχονται μετά από αυτήν.

Πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει την πάσχουσα για το είδος, τον τρόπο και τη διάρκεια αυτής. Βεβαίως, η επιλογή του χρόνου από το νοσηλευτή πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, δηλαδή, να αφορά χρονική περίοδο μειωμένης συναισθηματικής έντασης και καταπόνησης για την ασθενή.

Τέλος, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος να σχεδιάζει και να οργανώνει την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της μακρόχρονης θεραπείας της άρρωστης. Κατά αυτόν τον τρόπο, γίνεται αποδοτικότερη η θεραπευτική επικοινωνία μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και υγειονομικού προσωπικού και εξασφαλίζεται το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Η ασθενής, που βρίσκεται στα πρόθυρα της εφαρμογής προφυλακτικής χημειοθεραπείας, καταλαμβάνεται από ποικίλα ερωτηματικά, ερωτηματικά, που της προξενούν άγχος, αγωνιά, περιέργεια, φόβο και ανησυχία για της επικείμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής της.

Οι τομείς που πιο συχνά και πιο δραματικά υφίσταται αλλαγές είναι αυτός της δραστηριότητας. Έτσι, παρατηρείται μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, οικονομικής, συναισθηματικής, οικογενειακής και σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι γυναίκες, φοβούμενες την εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, μειώνουν τις κοινωνικές συναναστροφές, αποδιοργανώνονται ή παραιτούνται από την εργασιακή δραστηριότητα, έτσι ώστε αυτές οι μεταβολές να εξαντλούν τις φυσικές και

ψυχικές δυνάμεις τους και να τους προκαλούν έντονη συναισθηματική φόρτιση. Αλλά και η οικογενειακή και ερωτική ζωή της άρρωστης δοκιμάζονται σφοδρά, καθώς η γυναικά λόγω της χημειοθεραπείας και συνεπειών της αποστασιοποιείται και δυσχεραίνει ανταπεξέλθει σε αυτούς τους τομείς. Ασφαλώς, στην κατάπτωση της ασθενούς συμβάλει και η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας λόγω του υψηλού κόστους της φαρμακευτικής χημειοθεραπείας. (Κονιάρη, 1998).

### **6.1.3.2 Μέτρα ασφαλείας για την ασθενή κατά την χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων**

Η φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο, ειδικευμένο, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών σε βάρος του ασθενή. Πριν από την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής απαιτείται προσεκτικός έλεγχος των εργαστηριακών εξετάσεων και εκτίμηση των δεικτών αίματος και ούρων. Ακολουθεί λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος της ασθενούς, μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και έλεγχος των ζωτικών σημείων.

Επίσης, για την ασφάλεια και προστασία της καρκινοπαθούς από τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών, το προσωπικό φροντίζει να υπάρχει δίπλα της συσκευή οξυγόνου για τυχόν αλλεργικό shock, τα απαραίτητα φάρμακα τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (π.χ. ψυγείο) και τα αντίδοτα αυτών.

Κατά την ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ότι :

\_ Τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα πρέπει να προφυλάσσονται από το φως.

\_ Να χρησιμοποιεί με ιδιαίτερη προσοχή τα σκευάσματα, γιατί κοστίζουν και οποιαδήποτε σπατάλη επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών.

\_ Κατά την ενδοφλέβια έγχυση των φαρμάκων, πρέπει να χρησιμοποιεί βελόνα Butterfly (πεταλούδα), να επιλέγει καλής ποιότητας φλέβες, όπως αυτές στη ράχη της άκρας χειρός, στον καρπό ή στον ωλεκρανιακό βόθρο, αποφεύγοντας τη φλεβοκέντηση σε ερεθισμένες περιοχές και πάνω από τρεις απόπειρες στο ίδιο σημείο.

\_ Πριν από την έναρξη της θεραπείας, χορηγεί φυσιολογικό ορό και παρακολουθεί την περιοχή για πιθανή μη ενδοφλέβια έγχυση του υγρού η οποία εκδηλώνεται με πόνο, ερυθρότητα, οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησης, μη επιστροφή του αίματος στη σύριγγα μετά από αναρρόφηση. Μετά την έγχυση του φαρμάκου, η φλέβα ξεπλένεται με φυσιολογικό ορό.

\_ Σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη φλέβα, ο νοσηλευτής βγάζει



αμέσως τη βελόνα, σκεπάζει το σημείο με παγάκια, ενημερώνει το γιατρό, χορηγεί 100 mg υδροκορτιζόνης υποδορίως στο ύποπτο σημείο, απλώνει κρέμα υδροκορτιζόνης μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός και συμβουλεύει την ασθενή να τοποθετεί παγάκια κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου κάθε δέκα λεπτά. .

\_ Στο τέλος της νοσηλείας, γίνεται αναγραφή της με τη διαδικασία που ακολουθείται στο εκάστοτε ίδρυμα. (Κόνιαρη, 1998).

### **6.1.3.3 Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας**

Μετά από ομαδική προσέγγιση της ασθενούς, καταβάλλεται προσπάθεια ανάπτυξης ενός θεραπευτικού προγράμματος, που εσωκλείει τις φυσικές και συναισθηματικές της ανάγκες.

Κύρια ευθύνη του νοσηλευτή είναι η προστασία της άρρωστης με τη χρήση ειδικού θαλάμου, έτοιμου για την αντιμετώπιση επιπλοκών και απαλλαγμένου από την παρουσία ξένων ατόμων.

- Ο νοσηλευτής πληροφορεί την καρκινοπαθή για τα αίτια των τοξικών ενεργειών των κυτταροστατικών φαρμάκων και μειώνει την ανησυχία της για την εμφάνισή τους.

- Παράλληλα με την διενέργεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής μεταδίδει αρχές διδασκαλίας και καθοδηγεί την ασθενεί στην αποδοχή της θεραπείας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της.

- Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς με τη λήψη ιστορικού, που περιλαμβάνει πληροφορίες για τη θρέψη, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τη συναισθηματική κατάσταση και το μέχρι τώρα ιστορικό υγείας της. (Κόνιαρη, 1998).

### **6.1.3.4 Νοσηλευτική αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χημειοθεραπεία**

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χημειοθεραπεία εντοπίζονται στα διάφορα συστήματα που περιλαμβάνουν :

- \_ καταστολή του μυελού των οστών
- \_ Λευκοπενία
- \_ Θρομβοπενία
- \_ Αναιμία
- \_ Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα
- \_ Ναυτία και έμετος

- \_ διάρροια
- \_ Στοματίτιδα – έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας
- \_ Αλωπεκία
- \_ Νευροτοξικότητα
- \_ Νεφροτοξικότητα
- \_ Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

### **Λευκοπενία**

Η λευκοπενία προέρχεται από μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα λόγω της καταστροφικής επίδρασης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Ο νοσηλευτής που συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα της καρκινοπαθούς, τονίζει τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης του συχνού προσδιορισμού των λευκοκυττάρων και μεταβιβάζει ότι επικείμενη πτώση τους είναι προσωρινή και προκαλεί εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, ο πυρήνας της νοσηλευτικής παρέμβασης αφορά την πρόληψη των λοιμώξεων στον εξασθενημένο οργανισμό της άρρωστης :

- \_ Τακτική παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου. Σε απότομη πτώση αυτών, διακόπτεται η χημειοθεραπεία.
- \_ Ενημέρωση της ασθενούς για τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης, όπως η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ο βήχας, ρίγη, οίδημα η ερυθρότητα και αύξηση της συχνότητας της ούρησης, και για το συχνό έλεγχο του δέρματος και των κοιλοτήτων, ώστε να προληφθούν σηψαιμικές εκδηλώσεις.
- \_ Νοσηλεία της άρρωστης σε μονόκλινο δωμάτιο με περιορισμό των επισκεπτών, οι οποίοι πρέπει να φορούν ειδική μάσκα, γάντια και ποδιά, και καθοδήγηση αυτής να αποφεύγει κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους η να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώξεις.
- \_ Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας στην καρκινοπαθή, με καθημερινό λουτρό και πλύσιμο των χεριών με αντισηπτικά υγρά. Τήρηση δίαιτας με περιορισμό λήψης ωμών φρούτων και λαχανικών, που δεν απολυμαίνοντας με το βρασμό.
- \_ Σε περίπτωση ενδοφλέβιας έγχυσης, αλλαγή της συσκευής κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες. Κατόπιν ιατρικής εντολής, ενίσχυση της ασθενούς με αντιβιοτικά.

### **Θρομβοπενία**

Η θρομβοπενία οφείλεται στη μείωση των αιμοπεταλίων του αίματος, τα οποία συμμετέχουν στην πήξη του αίματος, έτσι ώστε μικρός τραυματισμός να αιτιολογεί την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού του καρκινοπαθούς. Ο νοσηλευτής έχει σαν άπώτερο σκοπό την αντιμετώπιση της θρομβοπενίας τη διδασκαλία της ασθενούς για αποφυγή των τραυματισμών :

- \_ Συχνή παρακολούθηση των αιμοπεταλίων
- \_ Μείωση όσο το δυνατόν περισσότερο των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, που πιθανόν να προκαλέσουν μικροτραυματισμό, όπως οι υποδόριες και

ενδομυϊκές ενέσεις, η εφαρμογή υποκλυσμός, χορήγηση υπόθετων και θερμομέτρηση από τον πρωκτό.

\_ Εξήγηση της ασθενούς για τα ενδεικτικά σημεία αιμορραγίας, που περιλαμβάνουν ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματουρία, μέλαινες κενώσεις και αιμόπτυση. Ενημέρωση αυτής, ότι η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως τα σαλικυλικά ( Aspirin, Epirical) αυξάνει την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού.

\_ Τέλος, ο νοσηλευτής τονίζει τη σπουδαιότητα αποφυγής των μικροτραυματισμών και συνιστά ήπιους και επιφυλακτικούς χειρισμούς στην καθημερινή δραστηριότητα της καρκινοπαθούς.

### **Αναιμία**

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν και στην τρίτη κατηγορία των έμμορφων στοιχείων του αίματος, στα ερυθρά αιμοσφαίρια, προκαλώντας ελάττωση του αριθμού τους, δηλαδή αναιμία.

Αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της αναιμίας είναι η μετάγγιση αίματος, η οποία προϋποθέτει τη διάθεση φιαλών αίματος. Στην αναιμία συνιστάται :

\_ Παρακολούθηση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη (Τ. 14–18g/ml αίματος και 37–47% στις γυναίκες αντίστοιχα) και παρουσίας συμπτωμάτων, όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ωχρότητα και ζάλη.

\_ Χορήγηση τροφών πλουσίων σε λευκώματα και σίδηρο η φαρμακευτική υποστήριξη του οργανισμού. Προτροπή για επαρκή ανάπαυση και μείωση των δραστηριοτήτων.

### **Ναυτία και έμετος**

Η ναυτία και ο έμετος σχετίζονται με την ισχυρή φαρμακευτική δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων και η ένταση τους εξαρτάται από την αντοχή της ασθενούς σε αυτά. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :

\_ Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμετών, διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών της άρρωστης.

\_ Λήψη προληπτικών μέτρων με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από την έναρξη της θεραπείας κατά τη διάρκεια αυτής μετά από εντολή γιατρού.

\_ Εξασφάλιση επαρκούς θρέψεως της ασθενούς. Συμβουλές για μικρά και συχνά γεύματα, για εύπεπτες και μαλακές τροφές, για κρύα αφεψήματα και για τροφές που ανακουφίζουν τη δυσφορία του στομάχου, όπως τοστ, κράκερ, δημητριακά και φρυγανιές.

\_ Σε επικείμενη ναυτία, ενθάρρυνση της άρρωστης να αναπνέει βαθιά από το στόμα.

### **Διάρροια**

Η διάρροια αποτελεί ενδεικτικό σημείο της δράσης των χημειοθεραπευτικών

και εμφανίζεται από την πρώτη ημέρα της θεραπείας.

Η ευθύνη του νοσηλευτή εσωκλείει :

\_ Συχνή αξιολόγηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας των διααρροϊκών κενώσεων και έλεγχος της ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης.

\_ Σύσταση για τήρηση ειδικού διαιτολογίου και αποφυγή τροφών που προκαλούν έντονη σύσπαση του εντέρου ή αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα (όσπρια, ξηροί καρποί, λαχανικά, γλυκά φρούτα) ή επιτείνουν τη διάρροια (γαλακτοκομικά προϊόντα). Συνιστώνται τροφές πλούσιες σε κάλιο (μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες).

\_ Φροντίδα του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών με χορήγηση άφθονων υγρών και μικρών και συχνών υδαρών γευμάτων (νερό, τσάι, χυμοί φρούτων, αραιή σούπα).

\_ Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού, σε περίπτωση που η διάρροια δεν αντιμετωπίζεται διαφορετικά.

### **Στοματίτιδα – Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας**

Λίγο μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας, παρατηρείται καταστροφή κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος, με αποτέλεσμα, να ατροφεί και οποιοσδήποτε μικροτραυματισμούς να καταλήγει σε εξέλκωση. Για την πρόληψη της στοματίτιδας, ο νοσηλευτής λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα :

\_ Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού και ενημέρωση για τις συνήθειες της ασθενούς σχετικά με την φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.

\_ Έλεγχος της στοματικής κοιλότητας της άρρωστης και αξιολόγηση της κατάστασής της. διδασκαλία αυτής για προληπτική υγιεινή του στόματος της.

\_ Καθοδήγηση για διατήρηση της υγρασίας του στόματος με τη λήψη τροφών, όπως φρούτα παγωτά, άφθονα υγρά και πολτοποιημένη μαγειρεμένη τροφή.

Για την αντιμετώπιση της στοματίτιδας, η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:

\_ Συχνή εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.

\_ Εξασφάλιση ενυδάτωσης και καθαριότητας στην στοματική κοιλότητα της καρκινοπαθούς.

\_ Χρήση διαλυμάτων, που θα συστήσει ο γιατρός, για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος.

### **Αλωπεκία**

Η πτώση των τριχών της κεφαλής είναι μια από της πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Είναι προσωρινή, αφού μετά το τέλος της θεραπείας, αρχίζει ξανά η ανάπτυξη της τριχοφυΐας. Η αλωπεκία εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της ασθενούς και από το συνδυασμό των χορηγούμενων φαρμάκων. Εδώ, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει την άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση του σωματικού της ειδώλου :

\_ Ενημέρωση της καρκινοπαθούς για την αλωπεκία και για τη φυσιολογική

επιπλέον του τριχωτού της κεφαλής μετά τη διακοπή της χημειοθεραπείας.

\_ Διδασκαλία για τη χρήση των μέσων, που αποτρέπουν την τριχόπτωση με: αποφυγή συχνών λουσιμάτων και χημικών καλλυντικών τεχνικών και εφαρμογή καπέλων ή περούκας.

Ενημέρωση της γυναίκας, ότι μπορεί να ελαχιστοποιηθεί η αλωπεκία με πρόκληση τοπικής υποθερμίας με αυτοσχέδιους τρόπους, όπως π.χ. τοποθέτηση παγοκύστης.

### **Νευροτοξικότητα**

Η νευροτοξικότητα έχει ανάλογη σχέση με το μέγεθος της δόσης των κυτταροστατικών φαρμάκων. Εμφανίζει δύο κατηγορίες εκδηλώσεων και από αυτές ο νοσηλευτής οφείλει να προστατέψει την ασθενή:

\_ Ήπιας νευροπάθειας, με χαρακτηριστικά σημεία ελαφρύ πόνο στο πόδια και χέρια και μυϊκή αδυναμία.

\_ Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως αταξία, απώλεια συντονισμού, παραλυτικό ειλεό, ψυχικές διαταραχές και ορθοστατική υπόταση.

\_ Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι αντίστοιχη των συμπτωμάτων της νευροπάθειας μικρής ή μεγάλης βαρύτητας και καθορισμένη από της ιατρικές οδηγίες.

### **Νεφροτοξικότητα**

Η νεφρική λειτουργία επηρεάζεται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, καθώς αυτά μεταβολίζονται και αποβάλλονται από τους νεφρούς, με κίνδυνο να προκαλέσουν στο πέρασμά τους βλάβη σε αυτούς. Ενδεικτικό σημείο νεφροτοξικότητα αποτελεί η ολιγουρία, η οποία αν παραβλεφθεί, εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο. Η παρεχόμενη φροντίδα εσωκλείει :

\_ Παρακολούθηση της λειτουργικότητας των νεφρών με εργαστηριακό έλεγχο και της εμφάνισης συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας (ολιγουρία, οιδήματα).

\_ Εκτίμηση του ισοζυγίου προσλαμβανομένων τροφών και αποβαλλομένων υγρών.

\_ Εφαρμογή μέσων (π.χ. φάρμακα, υγρά) που βοηθούν στη σταθεροποίηση των ενδεικτικών τιμών της νεφρικής λειτουργίας στα φυσιολογικά όρια.

### **Γεννητικό σύστημα**

Συχνά, η χημειοθεραπεία είναι δυνατό να προκαλέσει διαταραχές στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας, οι οποίες εξαρτώνται από τον τύπο των φαρμάκων, την ηλικία της ασθενούς και τη γενική κατάσταση της υγείας της. Η νοσηλευτική παρέμβαση στοχεύει στην ενημέρωση της άρρωστης για τις επικείμενες αλλαγές :

\_ Στην έμμηνο ρύση, η οποία μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή να διακοπεί εμφανίζοντας συμπτώματα εμμηνόπαυσης (εξάψεις).

\_ Στην ορμονική λειτουργία της ασθενούς με πρόκληση κνησμού, Καύσου και ξηρότητας του κολπικού επιθηλίου.

- \_ Στη γονιμότητα της γυναίκας, προκαλώντας στειρώση, προσωρινή ή μόνιμη.
- \_ Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, συνιστάται αποφυγή έναρξης της θεραπείας ή έναρξης της μετά τη δωδέκατη (12η ) εβδομάδα κυοφορίας. (www.in.gr).

### **Διδασκαλία της καρκινοπαθούς**

Η διδασκαλία της ασθενούς είναι σημαντικό τμήμα της χημειοθεραπείας και καθήκον του νοσηλευτή, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα με τη συνεργασία της πάσχουσας και του περιβάλλοντός της και των μελών της ομάδας υγείας.

Η διδασκαλία περιλαμβάνει :

- \_ Ενημέρωση για της ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισής τους.
- \_ Ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών που εμφανίζουν αλλαγές στο σωματικό είδωλό τους.
- \_ Σύσταση για σωστή διατροφή με ένα καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο.
- \_ Παροχή πληροφοριών μέσω έντυπου υλικού και ενθάρρυνση για ερωτήσεις και συζήτηση σχετικά με αυτό. (Κονιάρη, 1998).

### **6.1.4. Ορμονοθεραπεία**

Αν ο όγκος εκφράζει στα κύτταρα του ορμονικούς υποδοχείς τότε σημαίνει πως είναι πιο διαφοροποιημένος αλλά και ευαίσθητος στις ορμονικές θεραπείες. Σε ποσοστό 60% απαντούν θετικά στην αντιοιστρογονική θεραπεία οι όγκοι με θετική την αντίχνευση ορμονοϋποδοχέων ενώ σε ποσοστό μικρότερο από 10% απαντούν θετικά εκείνοι με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς.

Σε θεραπευτική αντιμετώπιση και μετά από την επέμβαση η ορμονοθεραπεία συνδυάζεται με την χημειοθεραπεία. Σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιείται συνήθως το tamoxifen. Το tamoxifen δίνεται σε δόση 10 mg δύο φορές ημερησίως. Προκαλεί ως παρενέργειες εμετό, ναυτία και δερματικές εκδηλώσεις. Άλλα αντιοιστρογονικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι το diethylstilbestrol, το magesrol acetate, το aminoglytethimide (<http://trella/~jimpapi/camastou.htm>, 2010).

### **6.1.4.1 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ορμονοθεραπεία**

- \_ Ενημερώνει την άρρωστη για τις πιθανές παρενέργειες που προκαλεί η θεραπεία ,και διαβεβαιώνει ότι η ύπαρξη αυτών δεν υποδηλώνει αποτυχία της θεραπείας.
- \_ Εντοπίζει τον πόνο και τον καταπολεμά με αναλγητικά ή αντιστεροειδή φάρμακα.
- \_ Πληροφορεί την καρκινοπαθή και την οικογένεια της για την εμφάνιση συμπτωμάτων υπερασβεστιαϊμίας και τον τρόπο αντιμετώπισης τους .
- \_ Επαγρυπνεί για την κατακράτηση υγρών που προκαλούν τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα βοηθώντας στην πρόληψή της με περιορισμό νατρίου της δίαιτας και χρήση διουρητικών
- \_ Τέλος , τονίζει την προσωρινή διάρκεια των παρενεργειών (Μπούτης,1999)

## **6.2 Αποκατάσταση**

Οι περισσότερες γυναίκες μετά την μαστεκτομή προσαρμόζονται ψυχολογικά και εξυπηρετούνται με εξωτερικό ψεύτικο μαστό, για να διατηρούν την σιλουέτα τους.

Υπολογίζεται ότι πάνω από 50% των ασθενών προσαρμόζονται και δεν ενδιαφέρονται για επεμβάσεις αποκατάστασης μετά την μαστεκτομή. Ο χρόνος που απαιτείται για την εκτέλεση μιας πλαστικής αποκατάστασης, εξαρτάται από την παθολογία για την οποία χειρουργήθηκε η γυναίκα. Αν δηλαδή ο καρκίνος ήταν πολύ μικρός μη διηθητικός, η αποκατάσταση επιτρέπεται να γίνει αμέσως μετά ή και κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής επέμβασης. Αν όμως χρειάζεται να γίνει μια τροποποιημένη μαστεκτομή και μάλιστα να ακολουθήσουν διάφορα άλλα συμπληρωματικά θεραπευτικά σχήματα, όπως ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, τότε θα πρέπει να μεσολαβήσει κάποιος χρόνος. Αυτό είναι απαραίτητο για να συνέλθουν οι ιστοί που θα χρησιμοποιηθούν στην πλαστική (Κατράκης, 1980).

## **6.3 Τρόπος παρακολούθησης ασθενούς που έχει υποβληθεί σε θεραπεία**

Η παρακολούθηση περιλαμβάνει περιοδικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Αν και ο τρόπος παρακολούθησης διαφέρει από άρρωστη σε άρρωστη γενικά συνιστάται το ακόλουθο σχήμα:

∞Περιοδική κλινική εξέταση στους 3, 6, 9 και 12 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Στη συνέχεια και για τα επόμενα 4 χρόνια η κλινική εξέταση

συνίσταται να γίνεται ανά εξάμηνο και μετά το 5<sup>ο</sup> έτος ανά 12μηνο. Στην κλινική εξέταση γίνεται έλεγχος της περιοχής της μαστεκτομής ή του εναπομένοντος μαστού, ψηλάφηση των λεμφαδένων, της κοιλιάς, εξέταση θώρακα και οστών. Ιδιαίτερη προσοχή αποδίδεται σε ορισμένα σημεία και συμπτώματα όπως εμφάνιση όγκων, βήχα ή δύσπνοιας, πόνου στα οστά ή στο θώρακα, απώλειας βάρους, ανορεξίας κ.λ.π.

⇒ Στις εργαστηριακές εξετάσεις συμπεριλαμβάνονται:

- Η ακτινογραφία θώρακα
- Η γενική εξέταση αίματος
- Ασβέστιο, γαλακτική δευδρογενάση (LDH) και αλκαλική φωσφατάση
- Μαστογραφία
- Αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα ήπατος
- Σπινθηρογράφημα οστών

Γενικά οι 4 πρώτες εξετάσεις συνιστώνται να γίνονται μια φορά το χρόνο, ενώ η ανάγκη για τις δύο τελευταίες εξετάσεις θα πρέπει να εξατομικεύεται στην κάθε ασθενή.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο καρκίνος του μαστού θεωρείται σαν παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση και νέου καρκίνου μαστού στην ίδια γυναίκα. Ο κίνδυνος αυτός έχει υπολογιστεί σε περίπου 1% ανά έτος. Εντούτοις ο κίνδυνος να εμφανίσει η γυναίκα αυτή άλλης μορφής καρκίνο είναι μεγαλύτερος από τον κίνδυνο εμφάνισης και δεύτερου καρκίνου του μαστού. Ειδικά οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία με tamoxifen θα πρέπει να υποβάλλονται σε περιοδικό γυναικολογικό έλεγχο, επειδή στις περιπτώσεις αυτές έχει αναφερθεί αυξημένη συχνότητα καρκίνου του ενδομητρίου.

Όσον αφορά τους καρκινικούς δείκτες (CEA, CA 15-3), ο ρόλος τους στην παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του μαστού δεν έχει διευκρινιστεί. Θα πρέπει να τονισθεί ότι εκτός από τις παραπάνω εξετάσεις και η ίδια η γυναίκα θα πρέπει να παρακολουθεί περιοδικά τον (ή τους) μαστό (-ους) της και την περιοχή της προηγούμενης επέμβασης, στα πλαίσια της περιοδικής αυτοεξέτασης (Σακοράφα, 2000).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

### **ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**



## 7.1 Εισαγωγή

Ο καρκίνος, που αποτελεί την αιτία ενός τετάρτου όλων των θανάτων στην Ε.Ε., είναι πάντοτε στις προτεραιότητες των εθνικών προγραμμάτων υγείας. Κατά τις πρόσφατες δεκαετίες υπήρξε σημαντική αύξηση της θνησιμότητας λόγω καρκίνου, καθώς η επίπτωση του και η μέση ηλικία του πληθυσμού αυξήθηκε. Τα στοιχεία δείχνουν ένα ετήσιο ρυθμό της τάξης των 1.300.000 νέων περιπτώσεων καρκίνου και 840.000 θανάτων εξαιτίας του στην Ε.Ε. Η μέση ηλικία στην οποία γίνεται η διάγνωση του καρκίνου ανέρχεται στα 65 έτη στην Ε.Ε. Αναμένεται ότι η θνησιμότητα θα αυξηθεί κατά τα επόμενα 15 χρόνια, εάν δεν υπάρξουν στρατηγικές για την καταπολέμηση, που να περιλαμβάνουν αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης και θεραπείας.

Το 1999, περίπου 1.220.000. Αμερικανοί διαγνώστηκαν με διηθητικό καρκίνο και πάνω από 500.000 Αμερικανοί πέθαναν από αυτόν. Είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Οι σύγχρονες στρατηγικές ελέγχου της νόσου περιλαμβάνουν την

- ☒ Πρόληψη ( πρωτογενής πρόληψη )
- ☒ Πρώιμη διάγνωση ( δευτερογενής πρόληψη )
- ☒ Θεραπεία ( Πατέρα, 2001).

## 7.2 Πρωτογενής Πρόληψη

Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει μια την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου και τα οποία είναι:

- ☒ Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα καοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψη του.
- ☒ Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων
- ☒ Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς (Μαλγαρινού, 1997).

### 7.3 Δευτερογενής Πρόληψη

Γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο ( λανθάνουσα) που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων- ασυμπτωματικό, σιωπηρό στάδιο της εξέλιξης του- και να αντιμετωπιστεί αμέσως. Η ανίχνευση στο «λανθάνον» , δηλαδή ασυμπτωματικό στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

1. Ολοκληρωμένο ιστορικό
2. Γενική φυσική εξέταση
3. Ορθο-σιγμοειδοσκόπηση
4. Πλήρης γυναικολογική εξέταση
5. Εξέταση μαστού
6. Λεπτομερής Ω.Ρ.Λ/γική εξέταση
7. Αιματολογικές εξετάσεις κ.α.λ (Μαλγαρινού, 1997).

### 7.4 Πληθυσμιακός Έλεγχος

Αποτελεσματικότητα στηρίζεται σε:

- ☒ Η ασθένεια πρέπει να θεωρείται σημαντικό πρόβλημα υγείας
- ☒ Πρέπει να υπάρχει μια περίοδος όπου η νόσος είναι ανιχνεύσιμη σε ένα ασυμπτωματικό άτομο
- ☒ Η θεραπεία της διαγνωσμένης νόσου πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων πρέπει να προσφέρει πλεονεκτήματα συγκρινόμενα με αυτά της θεραπείας της συμπτωματικής νόσου και
- ☒ Ένας πληθυσμιακός έλεγχος πρέπει να είναι οικονομικά ανεκτός.

Σκοπός

- ☒ Την εξασφάλιση εμπειρίας για εκείνες τις χώρες χωρίς υπηρεσίες πληθυσμιακού ελέγχου
- ☒ Την ανεύρεση μεθόδων υλοποίησης του στα εθνικά συστήματα υγείας
- ☒ Την δημιουργία σχέσεων για ανταλλαγή πληροφοριών και συμβουλών μεταξύ των μελών των κρατών και κυρίως
- ☒ Την ανάπτυξη οδηγιών για την καλύτερη χρήση αυτού (Πατέρα, 2001).

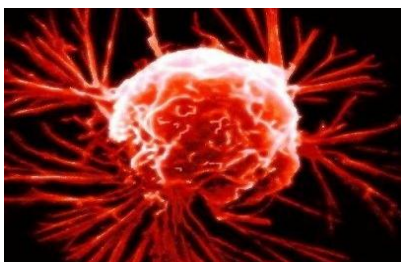
## 7.5 Δυσκολίες για επιτυχή πρόληψη

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Οικονομικοί λόγοι είναι μία από τις δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο χρόνου κ.α. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεσή του για την πρόληψη.

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιας χώρας, γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, την διατροφή, το πιο ευρύ περιβάλλον κ.α (Σακοράφα, 2000).

## 7.6 Νέα δεδομένα και εξελίξεις στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

1) Μία εξέταση αίματος που ανιχνεύει τον καρκίνο πριν καν δημιουργηθεί ένας ανιχνεύσιμος όγκος επινοήθηκε από ομάδα Βρετανών και Αμερικανών ειδικών. Η εξέταση είναι η πρώτη που αναγνωρίζει με ακρίβεια τα «μηνύματα» που εκπέμπει το ανοσοποιητικό σύστημα όταν κάπου στον οργανισμό αρχίσει να δημιουργείται καρκίνος.



Οι πρώτες δοκιμές της εξέτασης σε 8.000 ασθενείς υποδηλώνουν ότι με την βοήθειά της μπορεί να ανιχνεύεται ο καρκίνος έως πέντε χρόνια πριν γίνει εμφανής με τις υπάρχουσες απεικονιστικές εξετάσεις. Το γεγονός αυτό δίνει στους γιατρούς και στους ασθενείς ένα ζωτικό προβάδισμα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου, διότι όσο πιο νωρίς στην ανάπτυξή του ανιχνευθεί ο καρκίνος, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες ίασης.

Η εξέταση, που ονομάζεται Early CDT-Lung και αποτελεί προϊόν 15ετούς εργασίας ερευνητών από τα πανεπιστήμια του Νότιγγαμ και του Κάνσας, πρόκειται να εισαχθεί στις ΗΠΑ εντός του μήνα, ενώ αναμένεται να αρχίσει να διατίθεται και στη Βρετανία το πρώτο εξάμηνο του 2011.

Όπως αναφέρει η εφημερίδα «Ντέιλυ Τέλεγκραφ» επικαλούμενη τους «Τάιμς» του Λονδίνου, η εξέταση επινοήθηκε αρχικά για να συμβάλει στην ανίχνευση

του καρκίνου του πνεύμονα και να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με τις συμβατικές απεικονιστικές εξετάσεις.

Ωστόσο, εκτιμάται πως έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί σύντομα και για πολλές άλλες μορφές καρκίνου.

Κατά την εξέταση, αναλύεται το αίμα του ασθενούς για να καταγραφούν οι αντιδράσεις του ανοσοποιητικού συστήματος σε μοριακό επίπεδο έπειτα από την έναρξη της καρκινογένεσης.

Τα καρκινικά κύτταρα παράγουν μικρές ποσότητες αντιγόνων (είναι πρωτεϊνικά μόρια), η εμφάνιση των οποίων προκαλεί την αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος.

Οι επιστήμονες μπορούν πλέον να καταγράψουν αυτή την μοριακή αντίδραση χρησιμοποιώντας μόλις 10 ml από το αίμα του ασθενούς.

Η τεχνολογία που χρησιμοποιείται για την εφαρμογή της εξέτασης επινοήθηκε από επιστήμονες του Πανεπιστημίου του Νότιγχαμ και την εταιρεία ιατρικής έρευνας Oncimmune (<http://thenetwar.com/2010/06/exetasi-entopizi-ton-karkino-prin-emfanisti/>, 2010).

2) Αμερικανοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι έχουν αναπτύξει ένα δραστικό εμβόλιο για τον καρκίνο του μαστού.

Οι επιστήμονες έχουν δοκιμάσει το εμβόλιο σε ποντίκια και πλέον αναμένουν τα αποτελέσματα από τις δοκιμές σε ανθρώπους. Ταυτόχρονα προειδοποιούν ότι θα χρειαστεί μερικά χρόνια μέχρι το εμβόλιο να κυκλοφορήσει στην αγορά. Ο Vincent Tuohy, από το Cleveland Clinic Learner Research Institute, δήλωσε ότι ευελπιστούν μια μέρα το εμβόλιο να χρησιμοποιείται στις ενήλικες για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, όπως ακριβώς χρησιμοποιούνται τα εμβόλια για τις παιδικές ασθένειες.

Ο ανοσολόγος που ήταν υπεύθυνος για τη μελέτη, εξήγησε πως το εμβόλιο στοχεύει σε πρωτεΐνες που βρίσκονται στους περισσότερους τύπους καρκίνου του μαστού.

«Εάν τελικά έχει την ίδια δράση στους ανθρώπους, με αυτή που έχει στα ποντίκια που έγιναν τα πειράματα, σημαίνει ότι θα εξαλείψουμε τον καρκίνο του μαστού», αναφέρει ο Vincent.

Στο πλαίσιο των πειραμάτων εμβολιάστηκε με την ουσία α-λακταλβουμίνη μία ομάδα ποντικών με γενετική προδιάθεση στον καρκίνο του μαστού, ενώ άλλα ποντίκια με την ίδια προδιάθεση δεν εμβολιάστηκαν.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, κανένα από τα ποντίκια που έλαβε α-λακταλβουμίνη δεν ανάπτυξε καρκίνο, ενώ από την ομάδα που δεν εμβολιάστηκε, ανέπτυξαν όλα.

Η μελέτη δημοσιεύεται στην επιστημονική επιθεώρηση NatureMedicine (<http://thenetwar.com/2010/05/emvolio-elpida-gia-ton-karkino-tou-mastou>, 2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

### **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ**



## 8.1 Εισαγωγή

Η φαινομενολογική ανάλυση του σώματος που μας παρέχει ο Sartre και ο Maurice Merleau-Ponty, αποκαλύπτει μία θεμελιώδη διάκριση ανάμεσα στο σώμα σαν ύπαρξη και στο σώμα σαν αντικείμενο- εργαλείο μέρος μιας φυσιολογίας. Αυτού του είδους η ανάλυση διακηρύσσει ότι (α) το σώμα δεν ορίζεται με σαφήνεια σαν σώμα με την στενή έννοια του βιολογικού οργάνου (β) η σχέση μας με το σώμα μας σαν ύπαρξη είναι υπαρξιακή σχέση κυρίως και όχι σχέση κτήσης αντικειμένου. Δεν κατέχουμε το σώμα μας, είμαστε στο σώμα μας. (γ) Δεν υπάρχει ξέχωρο το εγώ σαν άτομο από το σώμα, και (δ) το σώμα σαν ύπαρξη παρουσιάζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που είναι απαραίτητα για να εκφραστεί το πνεύμα του ατόμου.

Ο Merleau Ponty αναφέρει ότι « δεν φέρνω μαζί ή ταυτόχρονα καθένα από τα σημεία του σώματός μου. Η μοναδικότητα του μεταφράζεται με μια κίνηση σαν όλο μια φορά και για πάντα μέσα μου». Η εικόνα του σώματος είναι η πλήρης επίγνωση της θέσης του ατόμου στον πραγματικό κόσμο των αισθήσεων, είναι μία « φόρμα». Αυτή η φόρμα είναι δυναμική και ανταποκρίνεται διαρκώς στον έξω κόσμο.

Το σώμα που αλλάζει με μία ασθένεια αυτόματα λοιπόν χαλάει όλες τις προαναφερθείσες ισορροπίες. Όταν το σωματικό είδωλο τροποποιείται δεν είναι πια ένα ανοικτό και διαλλακτικό σύστημα με τον έξω κόσμο, διότι κάποιες ενέργειες δεν μπορούν πλέον να επιτελεστούν. Αυτόματα επειδή το σώμα είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το πνεύμα, το πνεύμα του ατόμου αποδιοργανώνεται και δέχεται την απειλή από την αλλαγή του σωματικού ειδώλου (Φιλιπόπουλος, 2004).

## 8.2 Άσχημες και Δυσάρεστες ειδήσεις « Ανακοίνωση»

Με τον όρο "άσχημες" ή "δυσάρεστες" ειδήσεις εννοούμε κάθε πληροφορία που μπορεί να μεταβάλει προς το χειρότερο την ιδέα που έχει ο άρρωστος για το μέλλον του. Η αναγγελία μιας διάγνωσης καρκίνου ή η ανακοίνωση του θανάτου ενός ασθενούς στους οικείους του είναι τα πιο χτυπητά παραδείγματα δυσάρεστων ειδήσεων που έρχονται στο νου μας (Πατέρα, 2001).

\*Ποιος θα κάνει την ανακοίνωση: Γενικά η ευθύνη της αναγγελίας ανήκει στον θεράποντα γιατρό, αυτόν που έκανε τις απαραίτητες διαγνωστικές ενέργειες και έχει αναπτύξει ήδη μια θεραπευτική σχέση με τον πάσχοντα (Παπαγιάννης, 2003).

\*Τι θα περιλαμβάνει η ανακοίνωση: Είναι αυτονόητο ότι για να μιλήσουμε για μια σοβαρή διάγνωση, όπως ο καρκίνος, πρέπει να έχουμε στα χέρια μας όλες



τις απαραίτητες πληροφορίες. Στην περίπτωση αυτή ο άρρωστος πρέπει να ξέρει ότι υπάρχει διαγνωστικό πρόβλημα, ότι μέσα στις ενδεχόμενες διαγνώσεις περιλαμβάνεται και η κακοήθεια και ότι η επέμβαση είναι απαραίτητη και μπορεί να έχει και θεραπευτικό χαρακτήρα (Παπαγιάννης, 2003).

## **Ψυχολογικά και Συναισθηματικά Προβλήματα**

Οι ανησυχίες για το μέλλον, η αναζήτηση ικανών γιατρών και της καταλληλότερης αντιμετώπισης, οι φόβοι για τους κινδύνους της θεραπείας μαζί με τη σωματική καταπόνηση που συνήθως συνοδεύει την ασθένεια, δημιουργούν πολύπλοκα ψυχολογικά οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα στους ασθενείς (<http://thenetwar.com/2010/06/exetasi-entopizi-ton-karkino-prin-emfanisti/>, 2010).

Ο φόβος της υποτροπής είναι πάντα παρών. Και αυτοί που θεραπεύτηκαν, ποτέ δεν ξεχνούν τελείως ότι είχαν καρκίνο- αν βέβαια το ήξεραν – και ποτέ δεν χάνουν το φόβο μιας νέας μετάστασης.

Οι άρρωστοι με καρκίνο δοκιμάζουν ένα διαπροσωπικό δίλημμα. Από το ένα μέρος, έχουν ανάγκη να συζητήσουν τα συναισθήματά τους με αγαπημένα τους πρόσωπα και από το άλλο, φοβούνται την απόρριψη. Ο φόβος της αποξένωσης και απαλλοτρίωσης από τα δικά τους πρόσωπα, μπορεί να είναι μεγαλύτερος και από τον φόβο του θανάτου (Ράγιου, 2004).

### **8.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στην ψυχολογία του καρκινοπαθή για την αποκατάστασή του.**

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις γυναίκες που βιώνουν την παραπάνω ψυχολογική κατάσταση εστιάζεται στα παρακάτω:

- Να αρχίσει την νοσηλευτική υποστήριξη σχεδόν αμέσως μετά την διάγνωση ή την χειρουργική επέμβαση.
- Να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή έτσι ώστε να ευνοείται ο διάλογος.
- Να την ενημερώνει για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που πιθανόν να της δημιουργήσει η ασθένεια ,βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική.
- Να την ενθαρρύνει να μοιραστεί κοινές εμπειρίες με άλλες ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε θεραπεία.
- Να ετοιμάσει και να χρησιμοποιεί ένα ερωτηματολόγιο από ανοιχτές

ερωτήσεις ,ώστε να καταφέρει να αποσπάσει πληροφορίες από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση.

- Να την ενημέρωση σχετικά με την σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και σωματικές και τις ψυχολογικές παρενέργειες(Keller, 2005).
- Να την ενθαρρύνει να εκφράσει και να διερευνάει τα συναισθήματα της ,σχετικά με την απώλεια του στήθους της και την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος στις καθημερινές της δραστηριότητες (Κυρίτση, 1999).
- Να τονίσει ότι η γυναίκα εκτιμάται από την νοημοσύνη της και την προσωπικότητά της και όχι από το στήθος της.
- Να την βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της η οποία είναι αποτέλεσμα θεραπειών.
- Να την ενθαρρύνει να διατηρήσει θετική εικόνα για το σώμα της με το να χρησιμοποιεί υδατικές κρέμες ,να αγγίζει την ουλή της αλλά και να εξερευνήσει άλλες περιοχές του σώματός της που είναι παραμελημένες.
- Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον σύζυγο της για την επίδραση της θεραπείας στην σεξουαλική λειτουργία ,καθώς και τους άλλους αιτιολογικούς παράγοντες μιας πιθανής δυσλειτουργίας.
- Να ενημερώνει τον σύζυγο της για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί.
- Να ενημερώνει την ασθενή αλλά και τον σύζυγο για τους εναλλακτικούς τρόπους σεξουαλικής ζωής που μπορούν να έχουν (π.χ.με την δημιουργία καταλλήλου κλίματος με καίρια ,μασάζ).
- Να ενθαρρύνει τους συζυγούς να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε (Keller, 2005).

## **8.5 Μηχανισμοί Προσαρμογής και Αντιμετώπισης του Καρκίνου του Μαστού**

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 . Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. β) Μαχητικότητα . 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. γ) Στωική Αποδοχή . Οι ασθενείς αυτές δέχονται την διάγνωση, δεν αναζητούν πληροφορίες. δ) Αποδοχή με συνοδό άγχος /θλίψη . Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή και θλίψη. ε) Απελπισία/ Αβοηθητότητα . Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα

(<http://www.fileQDQ\STRESS GR%20%20KARKINOS%MASTOY.htm>, 2010).

Η κατά μέτωπο αντιπαράθεση με το φόβο, τον πανικό, το άγχος, την ανασφάλεια και αβεβαιότητα για το μέλλον, με την πιθανότητα θανάτου, όπως την ζουν τα άτομα με καρκίνο, αγγίζει θεμελιώδη υπαρξιακά προβλήματα. Οι καρκινοπαθείς υποχρεώνονται να αναθεωρήσουν τους στόχους και τις προτεραιότητες στη ζωή τους και να αναρωτηθούν για το νόημα της υπαρξής τους. Γιατί να μην ελπίζουμε τότε πως θα βρουν την θέληση να αγωνιστούν για τη ζωή τους και να εξασφαλίσουν την ομοιοστατική ισορροπία ψυχής και σώματος, που τόσο επικίνδυνα κάποτε διαταράχθηκε (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 2005).

Οι έρευνες πολλών ετών κατέδειξαν ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην αποκατάσταση των ασθενών αυτών. Και ότι το έργο αυτό είναι ορθότερο να γίνεται από τους ίδιους τους θεράποντες που λαμβάνουν την καθαρά βιολογική θεραπεία, εκτός από ένα μικρό αριθμό ασθενών για τις οποίες απαιτείται συνεργασία ειδικών (Bell, 2001).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 90**

#### **ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**



## 9.1 Διατύπωση του προβλήματος

Η διατύπωση ενός ερευνητικού προβλήματος απαιτεί ακρίβεια και σαφώς το κάθε ερευνητικό πρόβλημα πρέπει να πληροί δύο βασικούς όρους: τον όρο της σχετικότητας και αυτόν της δυνατότητας της πρακτικής εφαρμογής του (Bird et al., 1999).

Η πρωτοτυπία, η συμβολή στην κεκτημένη γνώση, η προσβασιμότητα σε πηγές, η μεθοδολογική προσέγγιση, η διατύπωση της ερευνητικής υπόθεσης και το κοινό στο οποίο απευθύνεται η έρευνα, είναι παράγοντες που καθορίζουν την πορεία τόσο από πρακτική όσο και από θεωρητική άποψη (Παρασκευόπουλος, 1993).

Κάνοντας μια πιο προσεκτική ανάλυση του ερευνητικού θέματος που θέλουμε να μελετήσουμε μπορούμε να καταγράψουμε υποθέματα του σκοπού της έρευνάς μας. Η έρευνά μας εστιάζεται στις ιδέες και απόψεις των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Αναφέρεται στην υγεία και ταυτόχρονα έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα.

Η επιλογή της συγκεκριμένης διάστασης της έρευνάς μας έγινε, καθώς η αύξηση του καρκίνου του μαστού είναι φαινόμενο της εποχής μας.

Η σωστή πρόληψη όπως αναφέραμε στο Α' μέρος είναι ο εντοπισμός των αιτιών στην εμφάνιση της νόσου και όχι μια απλή ενημέρωση στις συνέπειες που δημιουργούνται.

Βασικός άξονας της έρευνάς μας λοιπόν είναι η επιμόρφωση των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού εφόσον υπάρχει ή όχι επαρκής ενημέρωση.

Συνεπώς η ήδη κεκτημένη γνώση των γυναικών για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι ελλιπής.

## 9.2 Σκοπός της εργασίας

Ο σκοπός της έρευνας είναι:

Να διερευνηθούν οι ιδέες, απόψεις και γνώσεις των γυναικών σχετικά με τη νόσο του καρκίνου του μαστού με απώτερο αποτέλεσμα τον περιορισμό και την πρόληψη της νόσου.

## **Ερευνητικοί – Άξονες – Στόχοι**

Οι ερευνητικοί άξονες της εργασίας διατυπώνονται ως εξής:

- ❖ Βαθμός γνώσης. Καταγραφή ιδεών και απόψεων σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες διαφόρων ηλικιών.
- ❖ Παροχή πληροφοριών που αφορούν τον βαθμό κινδύνου που έχουν οι γυναίκες στο να τους παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια στο μαστό.
- ❖ Βαθμός δυνατότητας αξιοποίησης των γνώσεων για την πρόληψη των αιτιών στο σχετικό θέμα.
- ❖ Διαπίστωση των γνώσεων των γυναικών για την δευτερογενή πρόληψη.
- ❖ Διαπίστωση ύπαρξης επαρκούς ενημέρωσης για την δευτερογενή πρόληψη προς τις γυναίκες αυτές.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>**

### **ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ**



## 10.1 Μεθοδολογία της έρευνας

Η επιλογή της μεθόδου βάσει της οποίας κάναμε τη συλλογή των δεδομένων ικανοποιεί συνθήκες που σχετίζονται τόσο με το σκοπό και τους στόχους που θέτει η έρευνά μας όσο και με πρακτικής φύσεως θέματα που καθορίζουν κατά πόσο η έρευνα μπορεί να πραγματοποιηθεί. Αν και δεν υπάρχουν κανόνες βάσει των οποίων ένας ερευνητής μπορεί να επιλέξει μια συγκεκριμένη μέθοδο για την πραγματοποίηση της έρευνάς του, εντούτοις τα χαρακτηριστικά της έρευνας μπορούν να μας οδηγήσουν στην επιλογή της μεθόδου.

Από τα βασικά ερωτήματα που προαναφέρθηκαν, από την αξιοποίηση της σχετικής βιβλιογραφίας, από την προβληματική που προκύπτει από τα αναφερόμενα στο θεωρητικό πλαίσιο, από τη προσωπική γνώση και αίσθηση για το θέμα από τις σχετικές συζητήσεις με γυναίκες διαφόρων ηλικιών σε προ-ερευνητικό επίπεδο προκύπτουν τα εξής:

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας καθώς και ο προσδιορισμός του καταλληλότερου θεωρητικού πλαισίου στο οποίο εντάσσονται οι συγκεκριμένες επιμορφωτικές ανάγκες (ως αντιπροσωπευτικότερη επιλέγεται η ψυχο-κοινωνιολογική προσέγγιση), υπαγορεύουν τη μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθεί: επιλέγεται ως προσφορότερη η «πολύ-μεθοδική προσέγγιση» (Cohen & Manion, 1997). Η επιλογή αυτή ενισχύεται επιπλέον και από αξιοποίηση της προβληματικής που αναδεικνύεται από το θεωρητικό πλαίσιο. Ενδεικτικά, λόγω της έλλειψης και της ασάφειας στο σχηματισμό πλαισίων του συγκεκριμένου προβλήματος μπορεί να προκύπτουν, εκτός από ανάγκες συνειδητές και ρητές, και ανάγκες λανθάνουσες ή μη ρητές, η ανίχνευση των οποίων γίνεται καλύτερα μέσω πολύ-μεθοδικής προσέγγισης.

Πιο συγκεκριμένα προηγείται πιλοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου η οποία θα συντελέσει στην οριστικοποίηση των καταλληλότερων ερευνητικών αξόνων του θέματος.

Στη συνέχεια (στα πλαίσια της ποσοτικής εμπειρικής έρευνας) χρησιμοποιείται η περιγραφική δειγματοληπτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η δειγματοληπτική έρευνα με ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις και στατιστικές μεθόδους ανάλυσης είναι η πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας. Μέσω της τυποποίησης των συλλεγομένων στοιχείων, δίνεται η δυνατότητα ανάλυσης και ανάδειξης γενικών τάσεων και ομοιομορφιών δηλαδή

οδηγούμαστε στην συστηματική συλλογή, περιγραφή και ερμηνεία των δεδομένων (Cohen & Manion, 1997, Κυριαζή, 2000). Επίσης η ποσοτική μέθοδος θέτει σε δοκιμασία της παραγόμενες θεωρίες της ποιοτικής προσέγγισης, επιτρέποντας την.



## 10.2 Η επιλογή των δεδομένων της έρευνας

### 10.2.1 Πληθυσμός

Πηγή άντλησης πληροφοριών αποτέλεσαν 100 γυναίκες από Πάτρα, Αργίνιο και Μεσολόγγι. Ο αριθμός αυτός θεωρείται επαρκής.

### 10.2.2 Δείγμα

Το δείγμα, μας καλύπτει 100%. Ενώ η μέθοδος επιλογής του δείγματος ήταν τυχαία δειγματοληψία, γιατί μόνο έτσι μπορεί να διατηρηθεί η αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού αλλά και να τηρηθούν οι κανόνες και οι περιορισμοί της στατιστικής αξιοπιστίας.

### 10.2.3. Η διαδικασία συλλογής δεδομένων

Γενικά για να διασφαλίσουμε την εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας μας λάβαμε υπόψη μας τα εξής:

- ❖ Να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν περισσότερες προσδιοριστικές μεταβλητές ή κριτήρια αξιολόγησης καθώς «όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός τους, τόσο περισσότερο έγκυρος και αξιόπιστος μπορεί να είναι ο προσδιορισμός αυτός» (Μακράκης, 1998).
- ❖ Χρησιμοποιήσαμε την πεντάβαθμη κλίμακα Likert που ελαχιστοποιεί τις λανθασμένες απαντήσεις και δίνει αξιόπιστα στοιχεία.
- ❖ Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε έτσι ώστε οι ερωτήσεις να είναι κατανοητές και όχι διφορούμενες και πολύπλευρες. Η εξασφάλιση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου προκύπτει από την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και τον προκαταρκτικό έλεγχο του ερωτηματολογίου, όπου οι απαντήσεις των ερωτώμενων ενός μικρού δείγματος, συμπίπτουν με τις απαντήσεις των ερωτώμενων του ευρύτερου δείγματος.
- ❖ Η πιλοτική έρευνα αυξάνει την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, καθώς εξασφαλίζεται μέσω της δοκιμής η άντληση στοιχείων σχετικά με τη διερευνούμενη διάσταση (Faulkner, Swaun, 1999).

#### **10.2.4. Τόπος και Χρόνος της έρευνας**

Η συλλογή των στοιχείων διήρκησε 2 μήνες, Οκτώβρη και Νοέμβρη του 2010 και έλαβε χώρα σε Πάτρα, Αγρίνιο και Μεσολόγγι. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με τις υπεύθυνες της έρευνας στο χώρο της εργασίας.

#### **10.2.5. Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική**

##### **διαδικασία**

Οι κυριότερες δυσκολίες εστιάστηκαν κυρίως στη συλλογή των δεδομένων και αφορούσαν:

- ❖ Τη μη συμπλήρωση ορισμένων ερωτηματολογίων. Οι λόγοι που επικαλέστηκαν οι παραλήπτες του ερωτηματολογίου ήταν η έλλειψη χρόνου λόγω φόρτου εργασίας, ή άλλων υποχρεώσεων.
- ❖ Οι περισσότεροι ζήτησαν η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να γίνει μέσα στο χώρο της εργασίας και του ωραρίου τους.

#### **10.2.6. Τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών και περιορισμών**

Λόγω των υποχρεώσεων τους η συμπλήρωση έγινε σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα αλλά μέσα στο χώρο και χρόνο της εργασίας τους.

Επειδή ορισμένοι ιδιαίτερα βιαστικοί αρχίζουν συνήθως την συμπλήρωση χωρίς διευκρινήσεις γεγονός που θέτει υπό αμφισβήτηση τη σαφή κατανόηση όλων των ζητούμενων κάθε ερευνητικής προσπάθειας. Οι διευκρινήσεις δόθηκαν εγκαίρως.

Μετά τη διανομή των ερωτηματολογίων και τις σχετικές διευκρινήσεις επειδή η παρουσία των ερευνητριών ίσως δημιουργούσε επηρεασμό των ερωτώμενων γι' αυτό κρίθηκε σκόπιμη η αποχώρηση τους.

Για να αποτραπεί ο επηρεασμός των ερωτώμενων και να μη δοθούν απαντήσεις «κατάλληλες» (Faulkner, Swaun, 1999) δόθηκαν οι απαραίτητες διευκρινήσεις για την ουδέτερη στάση των ερευνητριών κατά τη συλλογή και την επεξεργασία των στοιχείων (Cohen, Manion, 1997).

### 10.3. Τα εργαλεία της έρευνας

Στη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε σαν εργαλείο το ερωτηματολόγιο.

#### Το ερωτηματολόγιο

Σ' αυτή την έρευνα χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο ως μια από τις τεχνικές συλλογής δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα. Πρόκειται για ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικών με το πρόβλημα, τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος, προκειμένου να συγκεντρώσει τα απαραίτητα στοιχεία για την έρευνα (Βαμβούκας, 1991).

Βασικό μέλημα κατά την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου είναι η ανταπόκριση του περιεχομένου του στους στόχους της σύνταξής του, προκειμένου να καταστεί σεβαστό και αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο (Φραγκούλης, 2001).

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο (ώστε να διασφαλιστεί η αμεροληψία των απαντήσεων) και κωδικοποιημένο. Πιο ειδικά το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ένα σύνολο κλειστών ερωτήσεων ώστε να εξασφαλιστεί η συγκριτικότητα των απαντήσεων και να διευκολυνθεί η ανάλυση.

Η κωδικοποίηση των απαντήσεων έγινε κυρίως με την ασυνεχή τακτική μέτρηση Likert, αλλά και με την επεξεργασία ερωτήσεων δυαδικής και πολλαπλής επιλογής με στόχο την ποσοτικοποίηση των πληροφοριών και των δεδομένων της έρευνας και η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου στηρίζεται στη διαθέσιμη βιβλιογραφία. Στο ερωτηματολόγιο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση:

- ❖ Στον προσδιορισμό των πιο πρόσφορων λεκτικών διατυπώσεων, ώστε να διερευνάται με ακρίβεια το ζητούμενο και να γίνεται κατανοητή η ερώτηση από τα υποκείμενα της έρευνας (Φραγκούλης, 2001). Δηλαδή, ερωτήσεις κατανοητές με ξεκάθαρες έννοιες, λιτές και σύντομες, μονοδιάστατες, η διατύπωση να μην προτρέπει σε συγκεκριμένη απάντηση, να απευθύνεται στο μορφωτικό επίπεδο όλων των γυναικών.
- ❖ Στην καλή οργάνωση και εμφάνιση του ερωτηματολογίου (Κυριαζή, 1999).
- ❖ Στη μη χρήση καθοδηγούμενων (*leading questions*) και ασαφών ερωτήσεων.
- ❖ Στην ουδετερότητα του ερευνητή (Javeau, 1999), όπου δίδονται επεξηγήσεις με γνώμονα πάντα να μην επηρεαστεί η άποψη των ερωτώμενων από την υποκειμενική, προσωπική άποψη, ή την μεροληψία του ερευνητή.
- ❖ Στο να πεισθούν οι ερωτώμενοι ότι θα διαφυλαχθεί η ανωνυμία των ερωτηματολογίων, στο να μην επηρεαστούν από το ρόλο του ερευνητή.

- ❖ Στη διάθεση κατάλληλου χώρου και χρόνου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
- ❖ Στη διάθεση χρόνου για επεξηγήσεις.
- ❖ Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τοποθετούνται όλα μαζί σε ένα φάκελο.

## 10.4. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα

Με τον όρο «αξιοπιστία» εννοούμε το βαθμό σταθερότητας των μετρήσεων και το βαθμό συμφωνίας μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων κάτω από τις ίδιες συνθήκες (Faulkner, Swaun, 1999).

Η «εγκυρότητα» είναι ο βαθμός ακρίβειας με την οποία παρουσιάζονται τα γεγονότα (Bird, Hammerstay, 1999). Εγκυρότητα καλείται ο βαθμός με τον οποίο τα συλλεχθέντα στοιχεία, πραγματικά αντανακλούν το φαινόμενο που ερευνάται (Ανδριώτης, 2003).

Εσωτερική εγκυρότητα είναι ο βαθμός βεβαιότητας με τον οποίο να υποστηρίζει ο ερευνητής τα όσα δηλώνει για την πραγματική ουσία των συγκεκριμένων ευρημάτων.

Εξωτερική εγκυρότητα είναι ο βαθμός βεβαιότητας με τον οποίο μπορεί να υποστηρίζει ο ερευνητής τα όσα δηλώνει για την γενικευτική ισχύ των συγκεκριμένων ευρημάτων σε ευρύτερα σύνολα ομοειδών περιπτώσεων (Παρασκευόπουλος, 1993).

Ο ερευνητής αφού πρώτα εξασφαλίσει ικανοποιητική αξιοπιστία και βεβαιωθεί ότι οι μετρήσεις του είναι σταθερές και συνεπείς, θα πρέπει να εξακριβώσει κατά πόσο οι μετρήσεις του έχουν εγκυρότητα και ότι πράγματι εφαρμόζουν τη μελετώμενη μεταβλητή. Η αξιοπιστία είναι μεν αναγκαία προϋπόθεση για να είναι οι μετρήσεις κατάλληλες, όμως δεν διασφαλίζει την επάρκεια τους. Πρέπει οι μετρήσεις να είναι συγχρόνως και έγκυρες.

Η πρώτη επιβεβαίωση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας έγινε με τον προκαταρκτικό έλεγχο σε δείγμα 30 ατόμων και δε δημιούργησε πρόβλημα για επαναδιατύπωση των ερωτήσεων, γιατί υπήρχε ταύτιση των απαντήσεων σε ευρύτερο δείγμα. Όσον αφορά την εγκυρότητα των πληροφοριών μας, την εξασφαλίζει η φερεγγυότητα των ανθρώπων που απαντούν. Επιπρόσθετα με τη δική μας παρουσία κατά τη διανομή του ερωτηματολογίου δώσαμε τις απαραίτητες εξηγήσεις και επισημάναμε την αναγκαιότητα της έρευνας ώστε να εξασφαλίσουμε τη μεγαλύτερη ανταπόκριση και την πιο προσεκτική επιμελημένη απάντηση στο ερωτηματολόγιό μας.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι μεγάλη μέριμνα έχει ληφθεί ώστε οι ερωτήσεις να μην φανερώνουν στόχους της έρευνας. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζουμε την εγκυρότητα της έρευνας αποφεύγοντας οι ερωτηθέντες να δίνουν απαντήσεις που θα είναι αρεστές ή όχι.

Επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο, γιατί προσφέρεται για εύκολα καταμετρήσιμες και διαχρονικά συγκρίσιμες απαντήσεις (Κυριαζής, 1999). Χρησιμοποιήθηκαν κλειστού τύπου ερωτήσεις, ώστε ο ερωτώμενος να επιλέξει υποχρεωτικά από τις καθορισμένες απαντήσεις. Το πεδίο εφαρμογής τους περιορίζεται στη συγκέντρωση αντικειμενικών χαρακτηριστικών. Η ταξινόμηση των επιλογών είναι εύκολη (Javeau, 2000), δεν υπάρχει πρόβλημα ερμηνείας των απαντήσεων, γίνεται οικονομία χώρου και χρόνου εφόσον οι ερωτώμενοι δεν απαντούν όσοι και όσο θέλουν (Δημητροπούλου, 2001).

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε από μας προσωπικά, διότι η αμεσότητα στην επικοινωνία παρουσιάζει πλεονεκτήματα, όπως υψηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης, επεξήγησης από τον ερευνητή σε περίπτωση παρανόησης κάποιας ερώτησης κ.α. (Faulkner, Swaum, 1999).

#### **10.4.1. Δομή Ερωτηματολογίου**

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται: α) από μια κατηγορία ερωτήσεων από όπου συλλέξαμε πληροφορίες σχετικά με το ατομικό προφίλ των ερωτώμενων: που αφορούν το βάρος, το ύψος, την ηλικία, την ιδιότητά τους, το επίπεδο γνώσεων τους και τον τόπο μόνιμης κατοικίας τους, και β) από δύο ομάδες ερωτήσεων κλειστού τύπου.

#### **10.4.2. Επιλογή Ερωτήσεων – Ερωτηματολογίων**

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις προαναφερόμενες προϋποθέσεις καταλήξαμε σε πολύπλευρες συγκεντρωτικές ερωτήσεις που μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την επιμόρφωση μέσω της ονομαστικής κλίμακας και μέσω της προσωπικής εμπειρίας.

## **10.5. Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου**

Περιγραφική κατανομή του δείγματος.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή γραφημάτων και πινάκων όπου κρίνεται απαραίτητο. Τα ευρήματα αναφέρονται στις ιδέες, απόψεις, και γνώσεις γυναικών σχετικά με τη νόσο του καρκίνου του μαστού.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η Έρευνα αυτή έγινε με σκοπό να καταγράψει ιδέες και απόψεις σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού διαφόρων ηλικιών από 19-78 χρονών, οι οποίες δεν έχουν παρουσιάσει στην μέχρι τώρα πορεία της ζωής τους κάποια κακοήθη πάθηση του μαστού.

Η έρευνα διήρκησε 2 μήνες και δείχνει την τάση που επικρατεί σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Αρχικά παρουσιάζετε το πρώτο μέρος της έρευνας που αφορά την πρωτογενή πρόληψη και αποτελείται από τους παράγοντες κινδύνου. Τέλος παρατίθεται το δεύτερο μέρος που αφορά την δευτερογενή πρόληψη(αυτοεξέταση κλινική εξέταση και μαστογραφία).

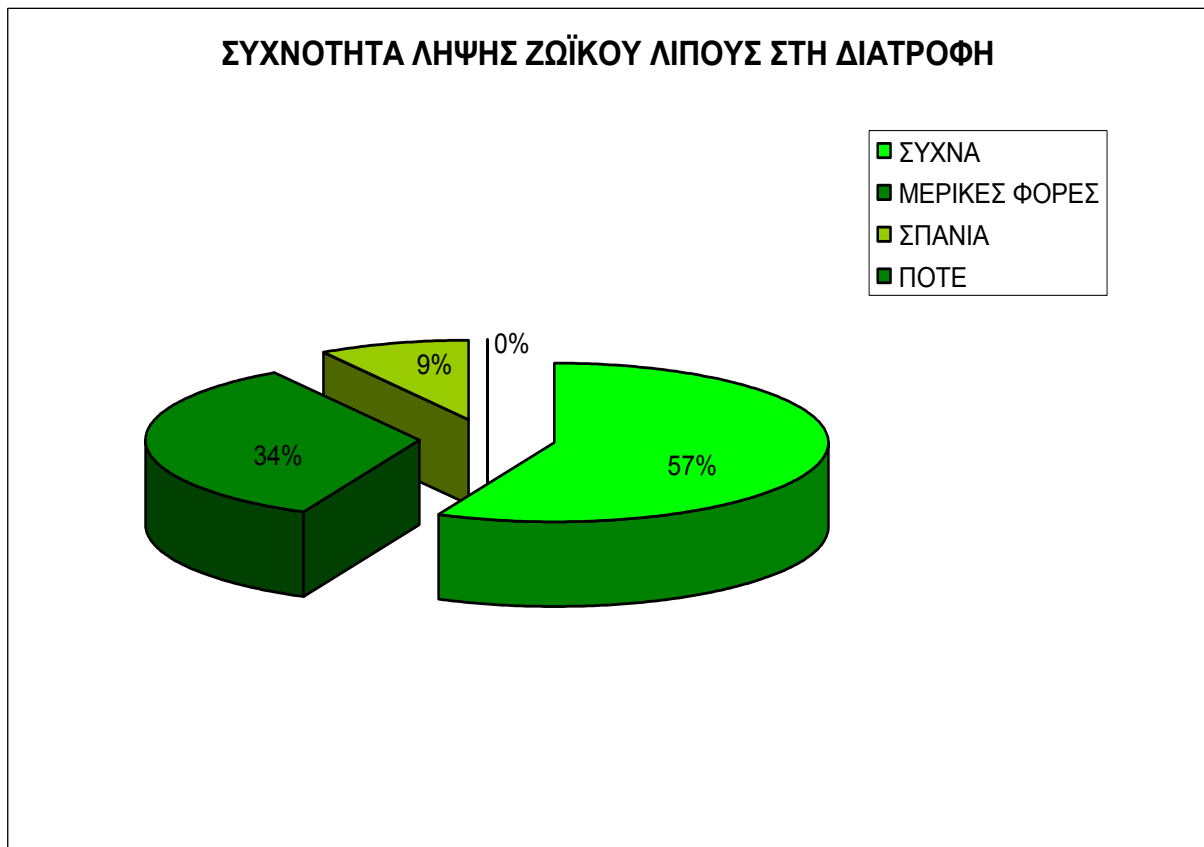
Τα αποτελέσματα της έρευνας, αναφέρονται πιο αναλυτικά με γραφήματα παρακάτω. Συνοπτικά διαπιστώθηκε ότι στο πρώτο μέρος οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν μικρά ποσοστά επικινδυνότητας, στο να τους παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια στο μαστό με βάση που αναφέρονται στην πρωτογενή πρόληψη. Στο δεύτερο μέρος διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις των γυναικών για την δευτερογενή πρόληψη καθώς και η ενημέρωση που δέχονται δεν είναι επαρκής. Παρόλο αυτά διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των γυναικών κάνουν αναγκαίους ελέγχους για την υγεία τους και δεν αμελούν προς αυτήν.

Από τα 100 άτομα που ερωτήθηκαν, διακρίνουμε ότι τα 57 λαμβάνουν συχνά ζωικό λίπος, τα 34 μερικές φορές και τα 9 σπάνια. Από τα αποτελέσματα αυτά και με βάση τους παράγοντες κινδύνου που αφορούν την πρωτογενή πρόληψη, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έχει αυξημένο κίνδυνο στο να παρουσιαστεί κακοήθεια στο μαστό.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

### Α΄ ΜΕΡΟΣ

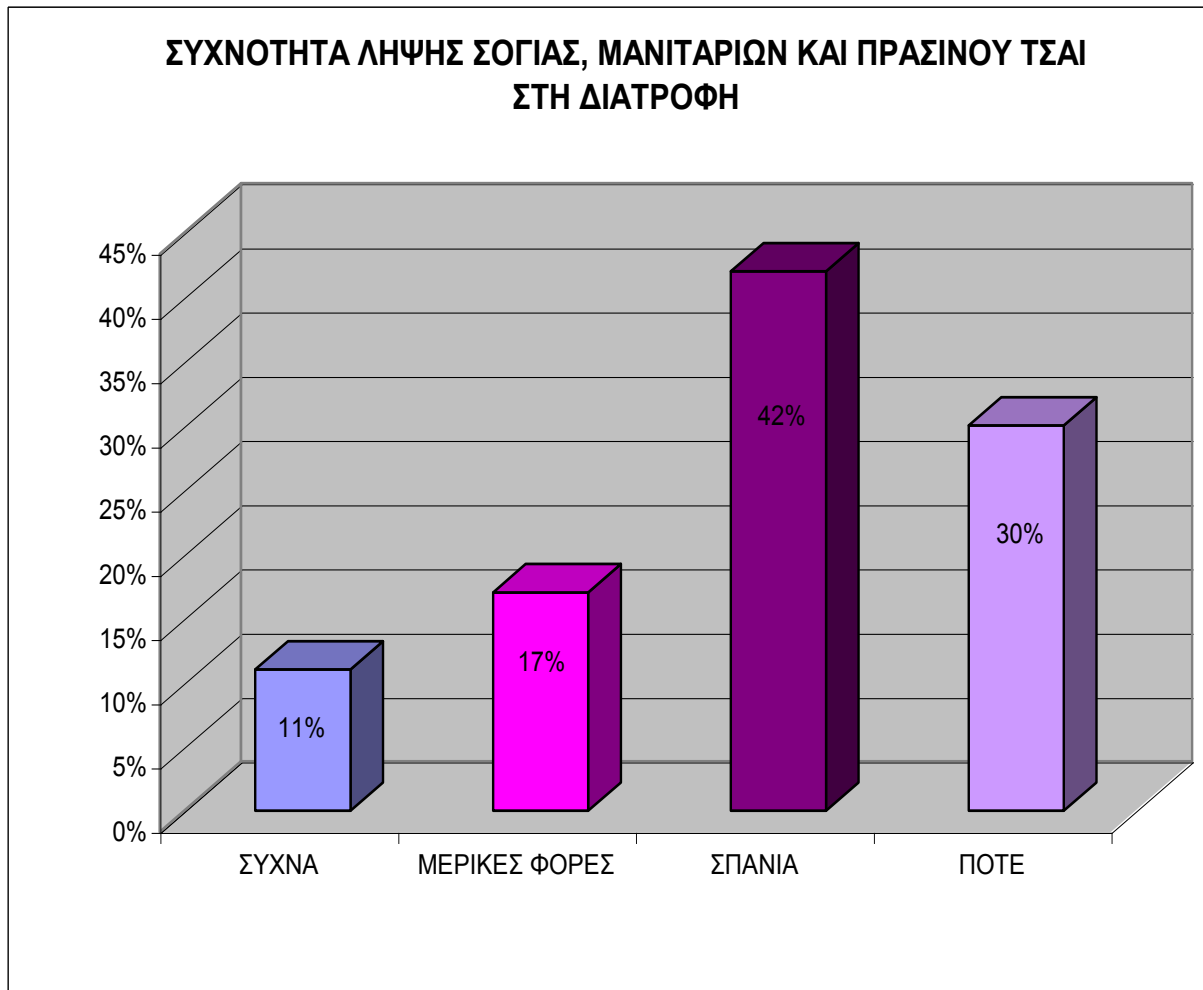
#### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1<sup>ο</sup>



Από τα 100 άτομα που ερωτήθηκαν, διακρίνουμε ότι τα 57 λαμβάνουν συχνά ζωικό λίπος, τα 34 μερικές φορές και τα 9 σπάνια. Από τα αποτελέσματα αυτά και με βάση τους παράγοντες κινδύνου που αφορούν την πρωτογενή πρόληψη, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έχει αυξημένο κίνδυνο στο να παρουσιαστεί κακοήθεια στο μαστό.

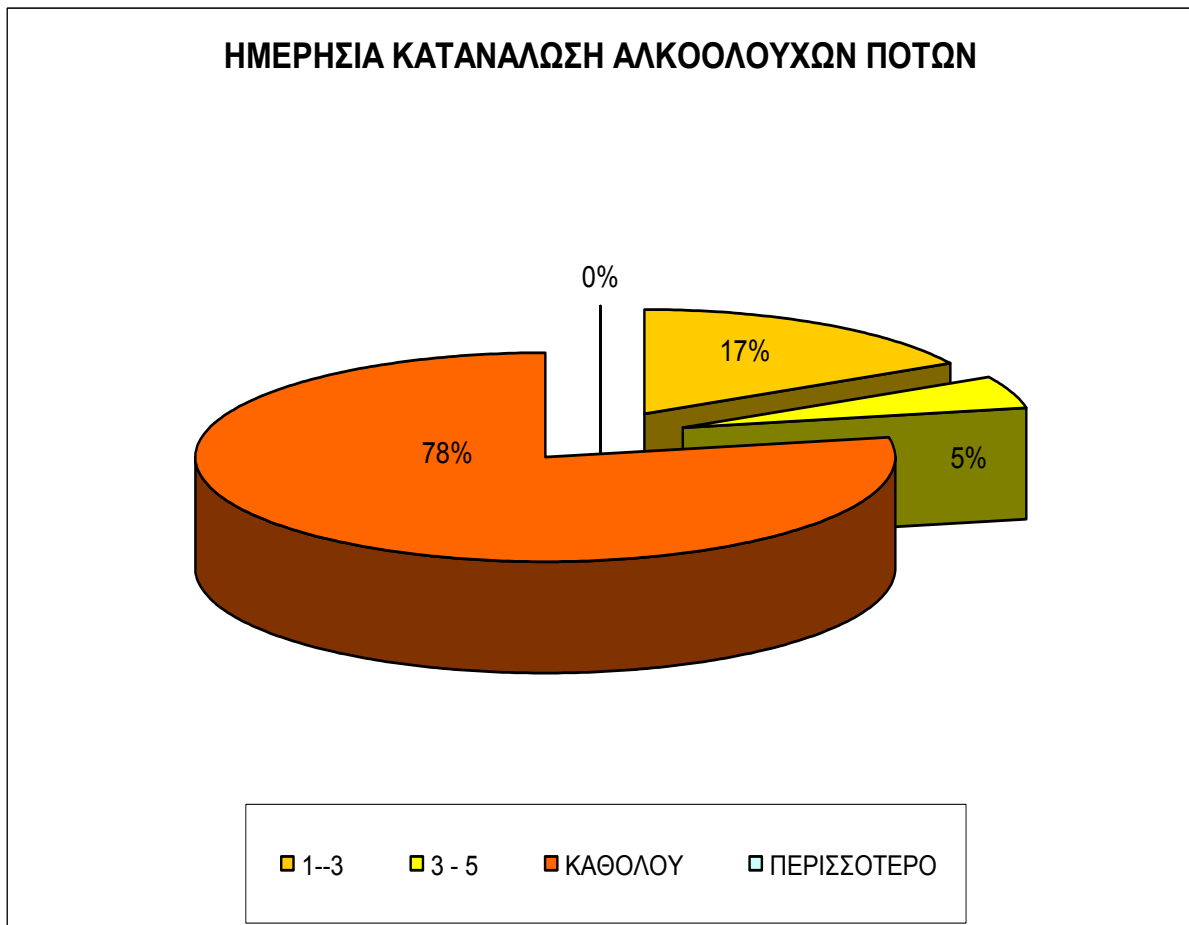


## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2<sup>ο</sup>



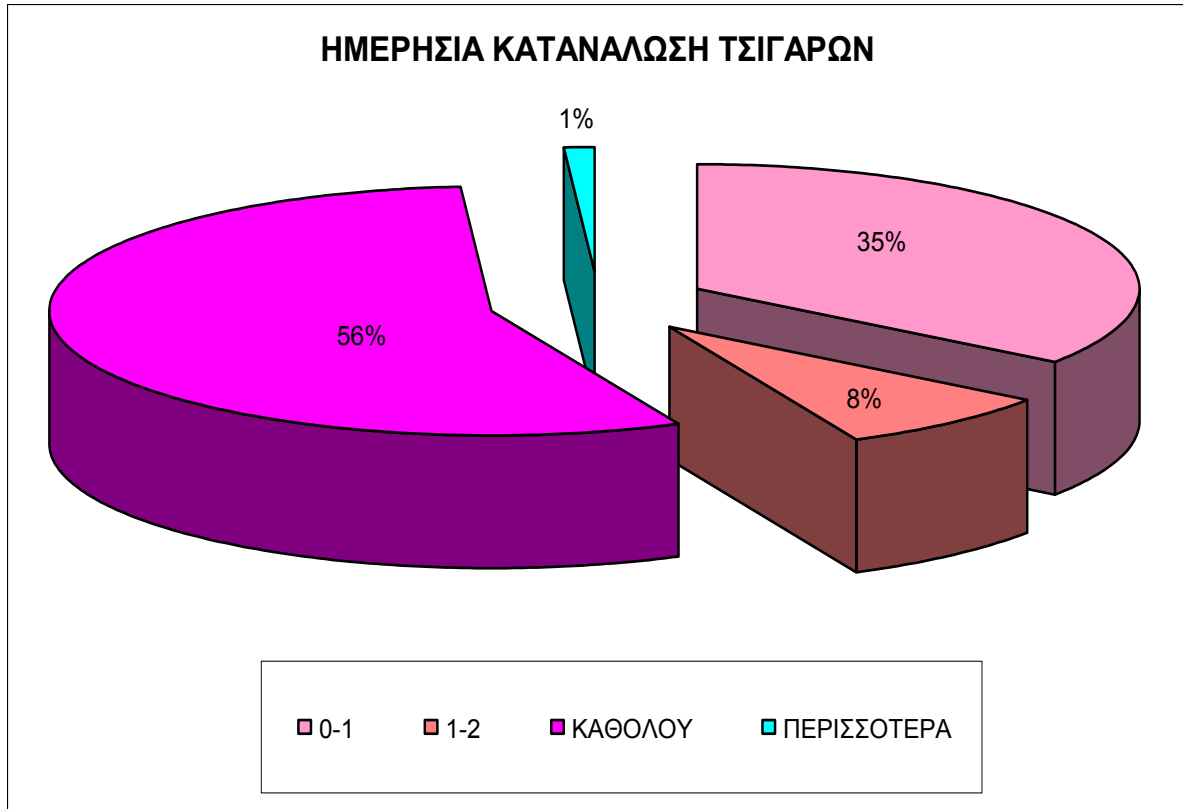
Στο διάγραμμα αυτό διακρίνουμε ότι τα 42 άτομα καταναλώνουν σπάνια τροφές όπως σόγια, μανιτάρια κ πράσινο τσάι ενώ τα 30 ποτέ, τα 17 μερικές φορές και τα 11 συχνά. Επομένως διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζει μεγαλύτερο κίνδυνο, αφού με την κατανάλωση αυτών των τροφών μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου.

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3<sup>ο</sup>



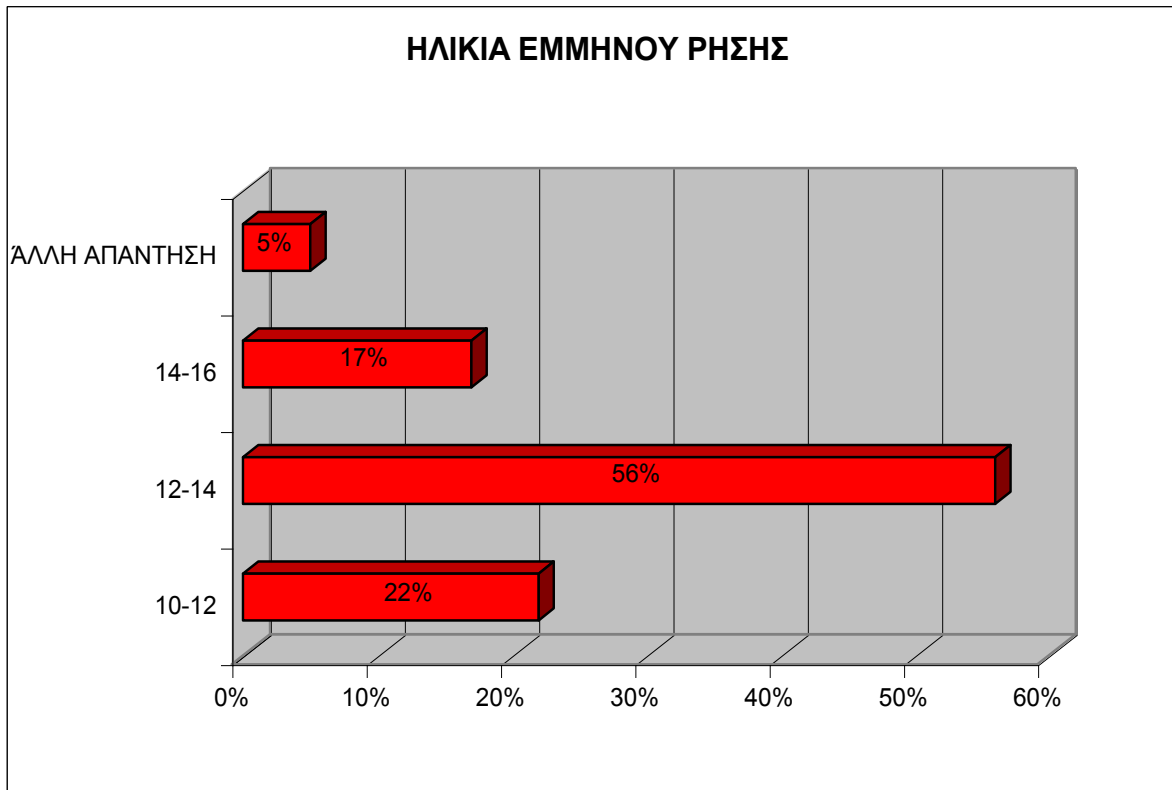
Από τα 100 άτομα διακρίνουμε ότι τα 78 δεν καταναλώνουν αλκοόλ ημερησίως, τα 17 πίνουν 1-3 ποτήρια την ημέρα και τα 5 άτομα καταναλώνουν 3-5 ποτήρια αλκοόλ την ημέρα. Από τα αποτελέσματα αυτά διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν διατρέχει κάποιο κίνδυνο.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4<sup>ο</sup>



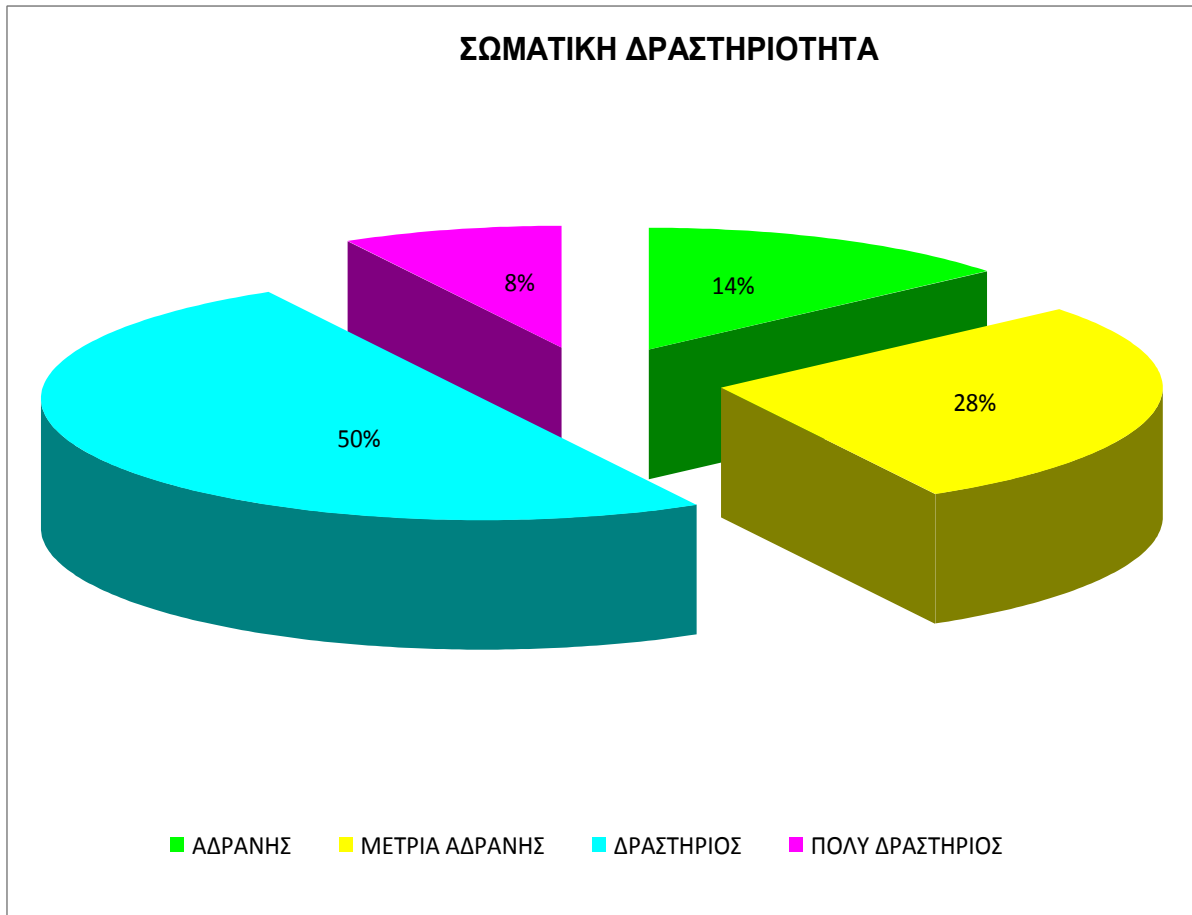
Στο διάγραμμα αυτό διακρίνουμε ότι μόλις τα 56 άτομα δεν καπνίζουν καθόλου, τα 35 κάνουν 0-1 πακέτα την ημέρα, τα 8 καταναλώνουν 1-2 πακέτα την ημέρα ενώ μόνο 1 καπνίζει ημερησίως περισσότερα από 2 πακέτα. Επομένως διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5<sup>ο</sup>



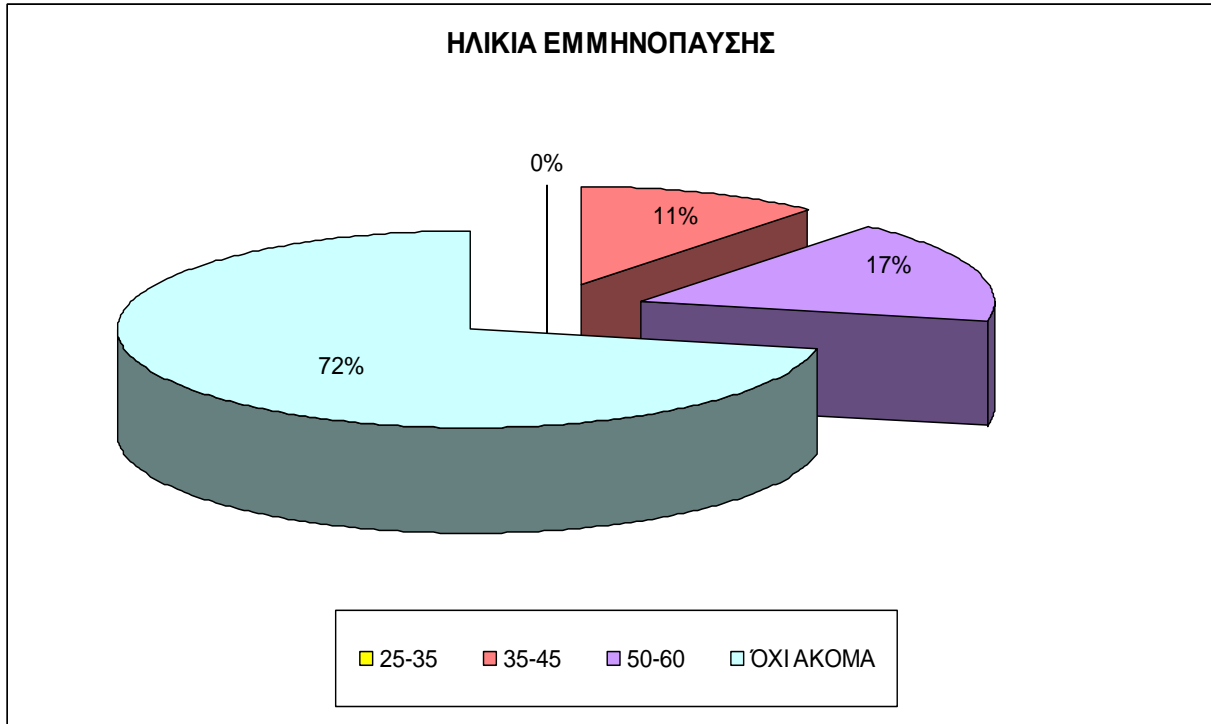
Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται ότι οι 56 γυναίκες είχαν την αρχή της περιόδου τους σε ηλικία 12-14, οι 17 σε ηλικία 14-16 ενώ οι 22 εμφάνισαν περίοδο σε ηλικία 10-12 και οι 5 έδωσαν άλλη απάντηση. Πάλι με βάση τους παράγοντες κινδύνου, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν διατρέχει κάποιο κίνδυνο, αφού δεν υπάρχει πρόωρη εμμηναρχή στις γυναίκες της έρευνάς μας.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6<sup>ο</sup>



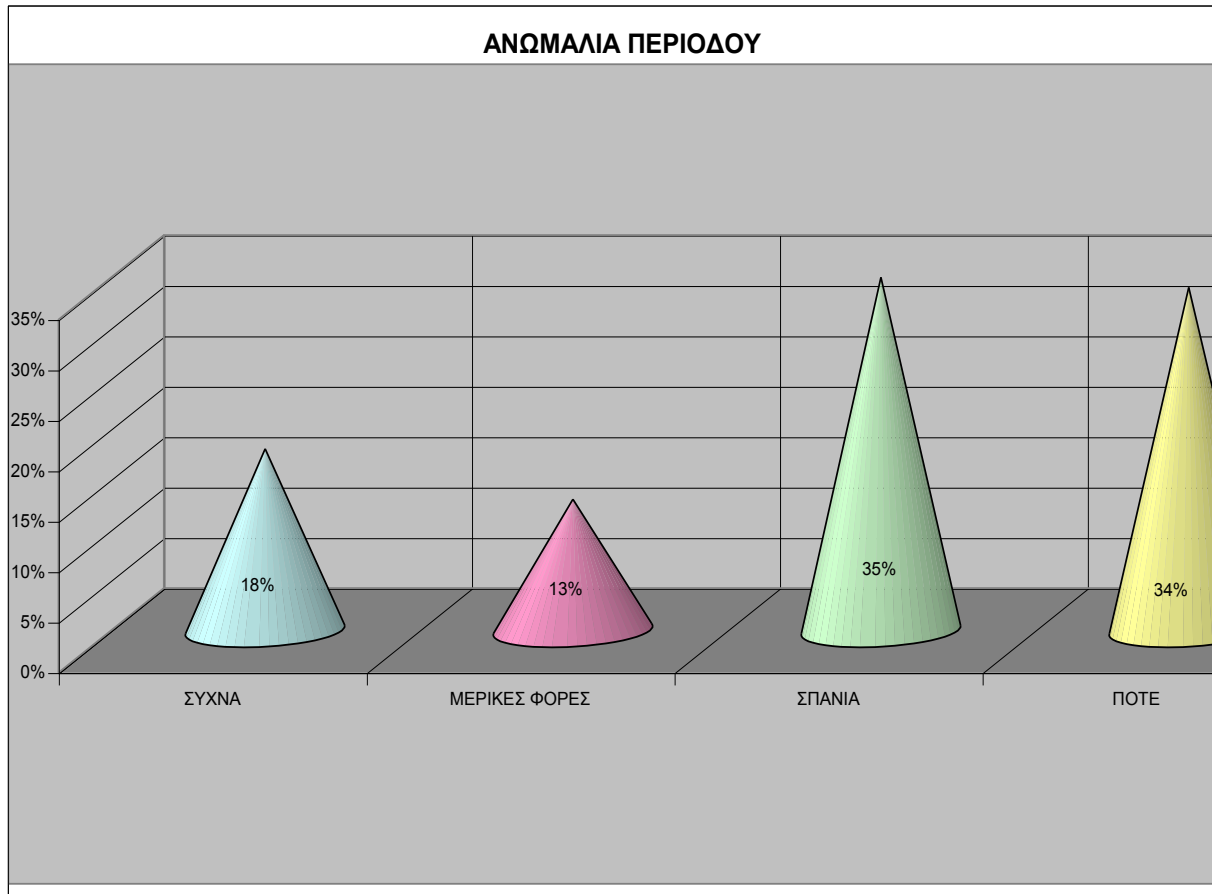
Στο 6<sup>ο</sup> διάγραμμα διακρίνουμε ότι από τα 100 άτομα τα 50 είναι δραστήρια, τα 28 μέτρια αδρανείς, ενώ τα 14 αδρανείς και τα 8 πολύ δραστήρια. Έτσι λοιπόν, διαπιστώνουμε ότι ο κίνδυνος είναι μικρός αφού το μεγαλύτερο ποσοστό ασκείται σωματικά.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7<sup>ο</sup>



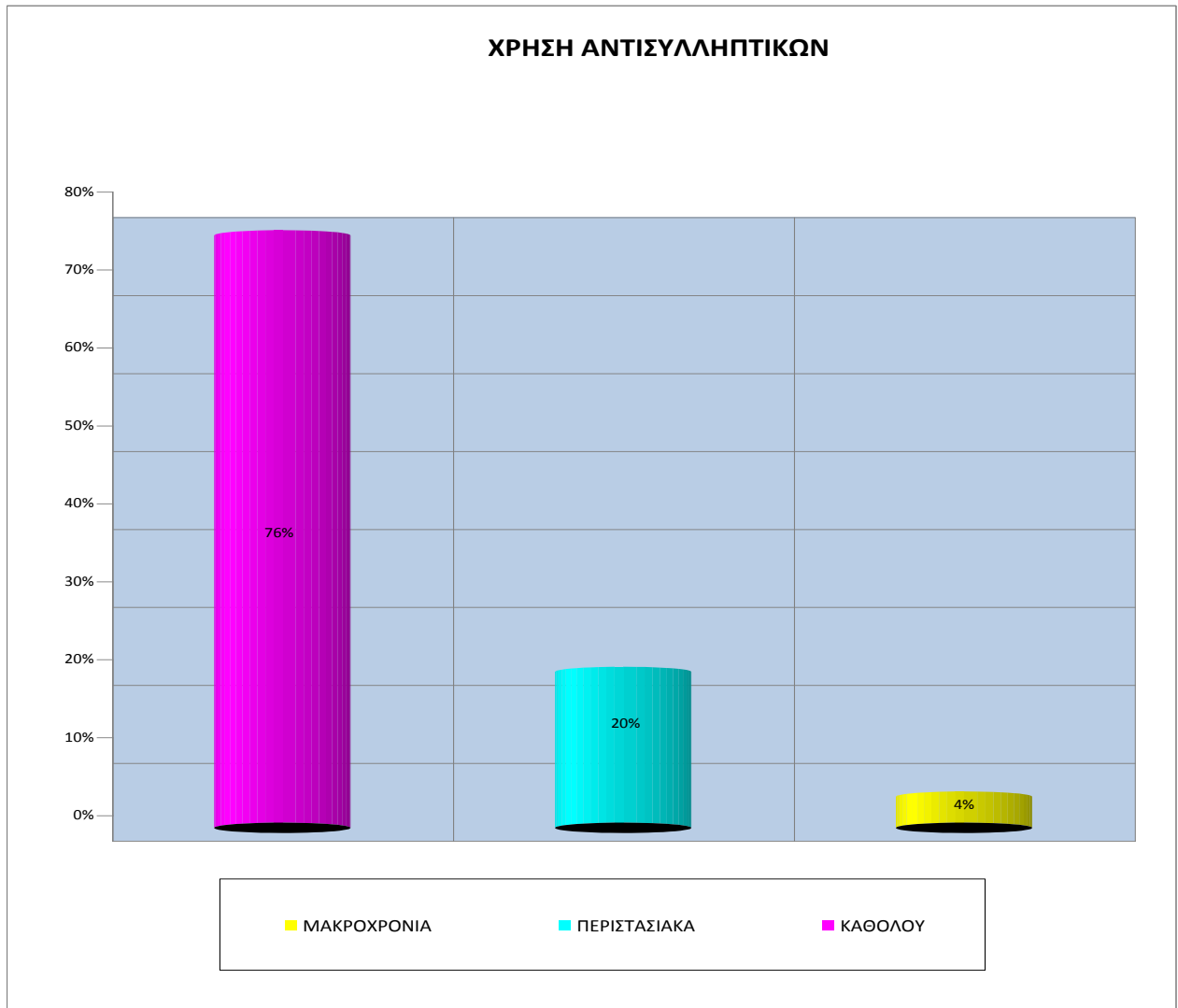
Από τα 100 άτομα που ερωτήθηκαν, διακρίνουμε ότι τα 72 δεν έχουν έρθει ακόμα σε εμμηνόπαυση, τα 17 εμφάνισαν εμμηνόπαυση στην ηλικία των 50-60 ετών ενώ τα 11 στην ηλικία των 35-45 χρονών. Επομένως διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο αφού δεν έχει εμφανίσει αργοπορημένη εμμηνόπαυση.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8<sup>ο</sup>



Από τις 100 γυναίκες που ερωτήθηκαν οι 35 σπάνια αντιμετώπισαν κάποια ανωμαλία στην περίοδό τους, οι 34 ποτέ, οι 18 συχνά δεν είχαν σταθερή περίοδο και οι 13 είχαν κάποιες ανωμαλίες στην περίοδό τους μερικές φορές. Άρα ο κίνδυνος είναι μειωμένος για την εμφάνιση της νόσου.

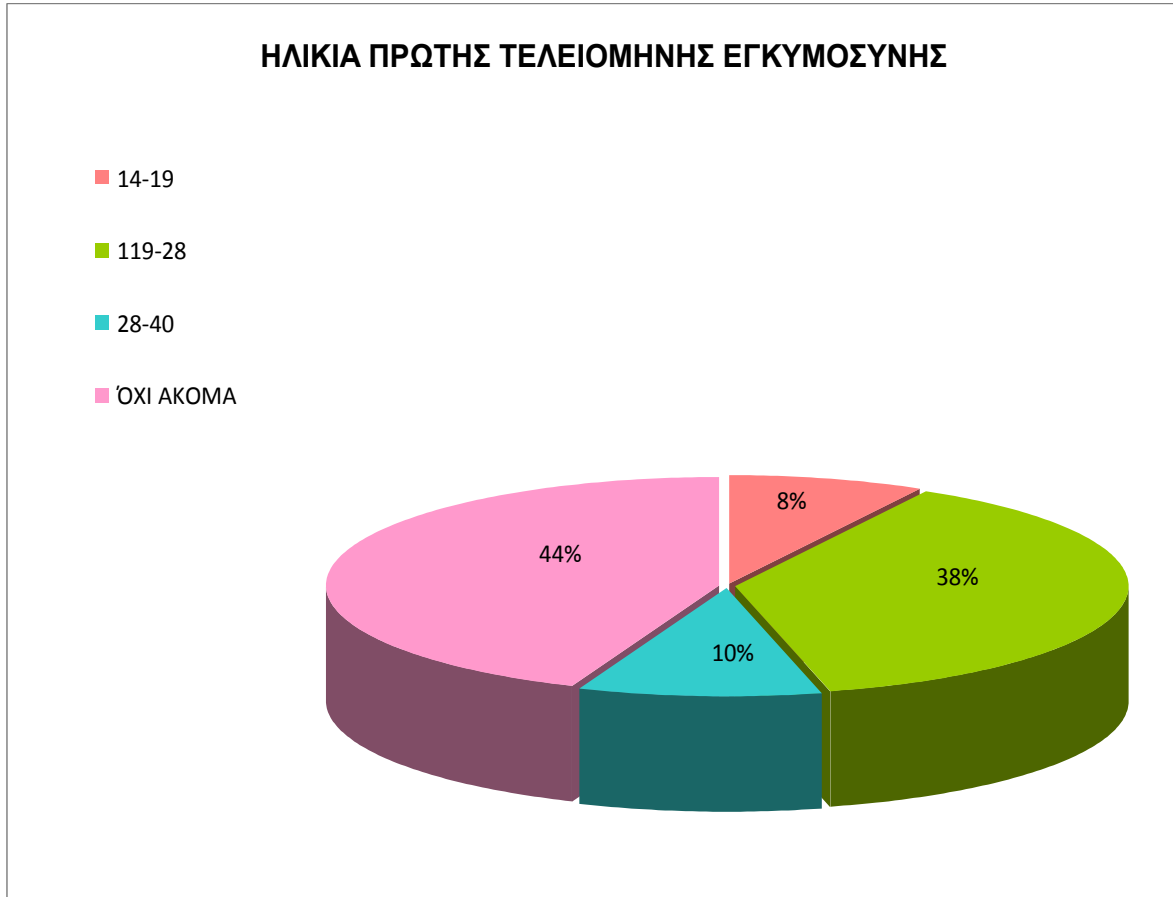
## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9<sup>ο</sup>



Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν διατρέχει κίνδυνο να του παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια πάθηση του μαστού λόγω μακροχρόνιας λήψης ορμονών, διότι οι 76 γυναίκες δεν έχουν χρησιμοποιήσει καθόλου αντισυλληπτικά, οι 20 χρησιμοποιούσαν περιστασιακά και οι 4 μακροχρόνια.

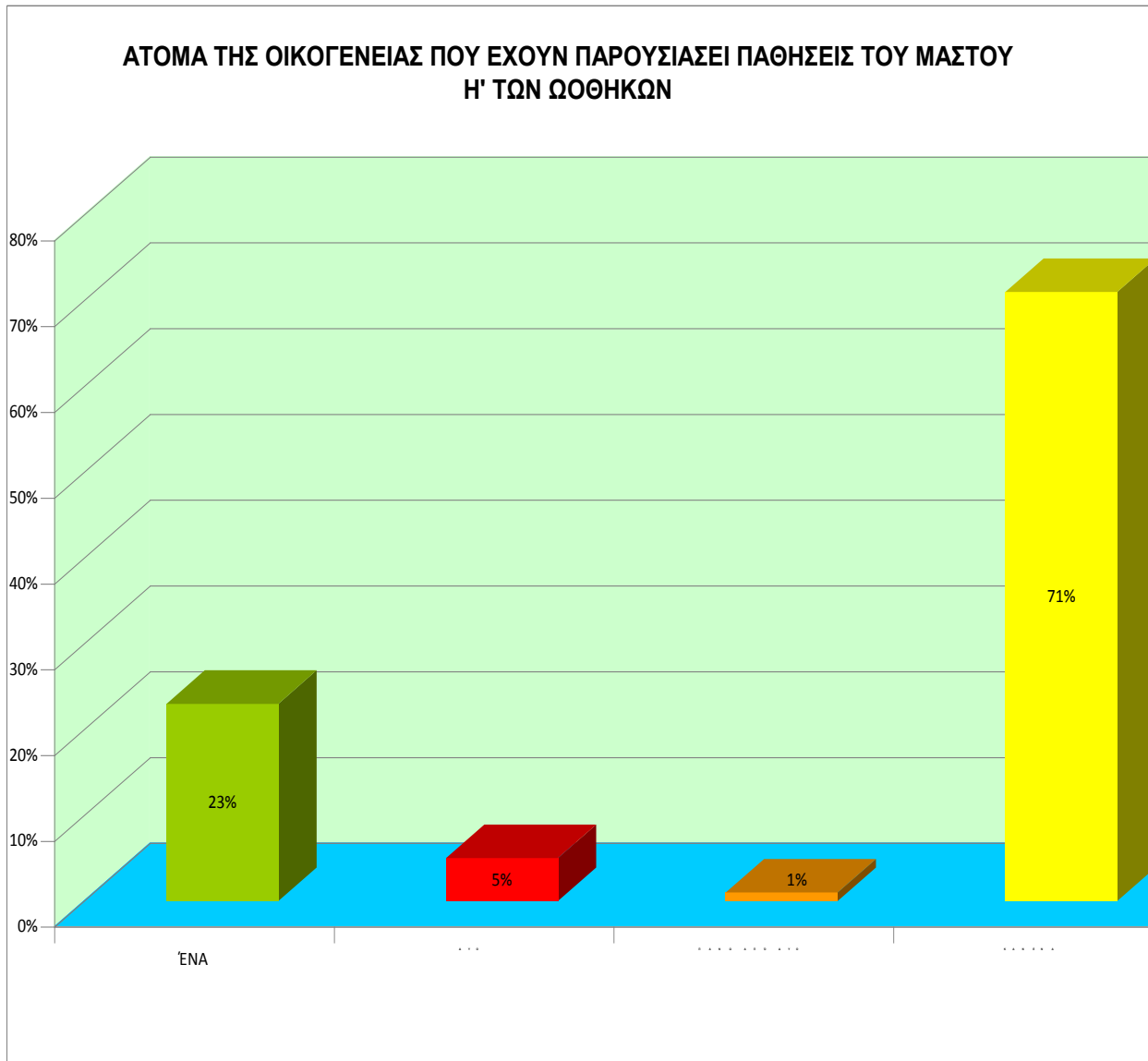


## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10<sup>ο</sup>



Παρατηρήθηκε ότι με βάση την πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη το μεγαλύτερο ποσοστό δεν διατρέχει κάποιο κίνδυνο διότι οι 38 γυναίκες είχαν την πρώτη εγκυμοσύνη στα 19-28, οι 10 στα 28-40, οι 8 στα 14-19 ενώ οι 44 δεν έχουν ακόμα πραγματοποιήσει την πρώτη τους εγκυμοσύνη. Αξίζει να σημειωθεί ότι από τις 44 γυναίκες οι 40 ήταν μεταξύ ηλικιών 19-30.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11<sup>0</sup>



Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν διατρέχει κίνδυνο να του παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια λόγω κληρονομικότητας διότι οι 71 γυναίκες δεν έχουν κάποιο συγγενικό πρόσωπο που να έχει εμφανίσει κάποια τέτοια πάθηση, οι 23 είχαν μόνο μία, οι 5 είχαν εμφανίσει δύο κ μόλις 1 είχαν πάνω από δύο.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12<sup>ο</sup>



Στο διάγραμμα αυτό διακρίνουμε ότι τα 86 άτομα δεν έχουν παρουσιάσει κάποια καλοήγη πάθηση στο μαστό ενώ τα 14 άτομα έχουν εμφανίσει κάποια καλοήγη πάθηση. Έτσι συνεπάγεται ότι το δείγμα μας δεν διατρέχει μεγάλο κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου.

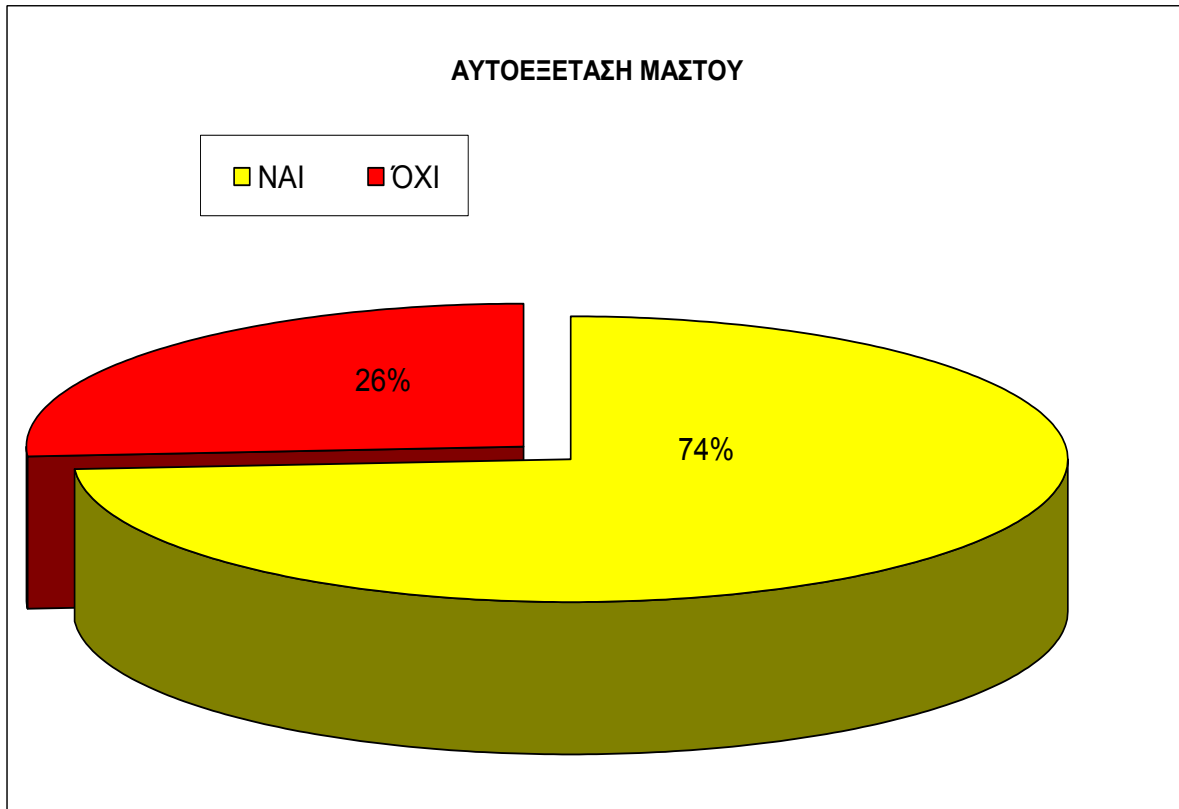
### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13<sup>ο</sup>



Παρατηρούμε ότι στο 13<sup>ο</sup> διάγραμμα οι 98 γυναίκες δεν έχουν κάνει επέμβαση ωοθηκεκτομής ενώ οι 2 έχουν κάνει. Η μία σε ηλικία 37-40 χρονών και η άλλη σε ηλικία 20-37. Επομένως διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο.

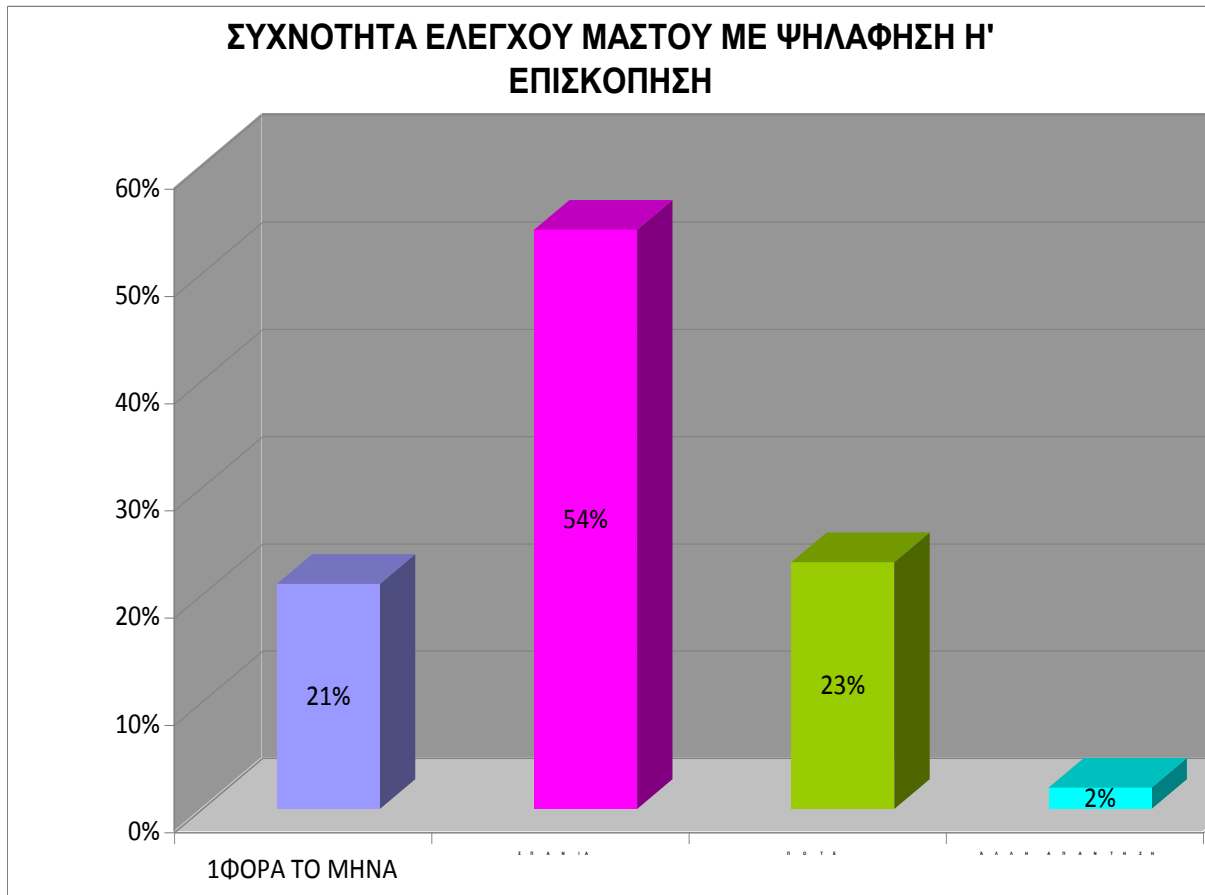
## Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14<sup>0</sup>



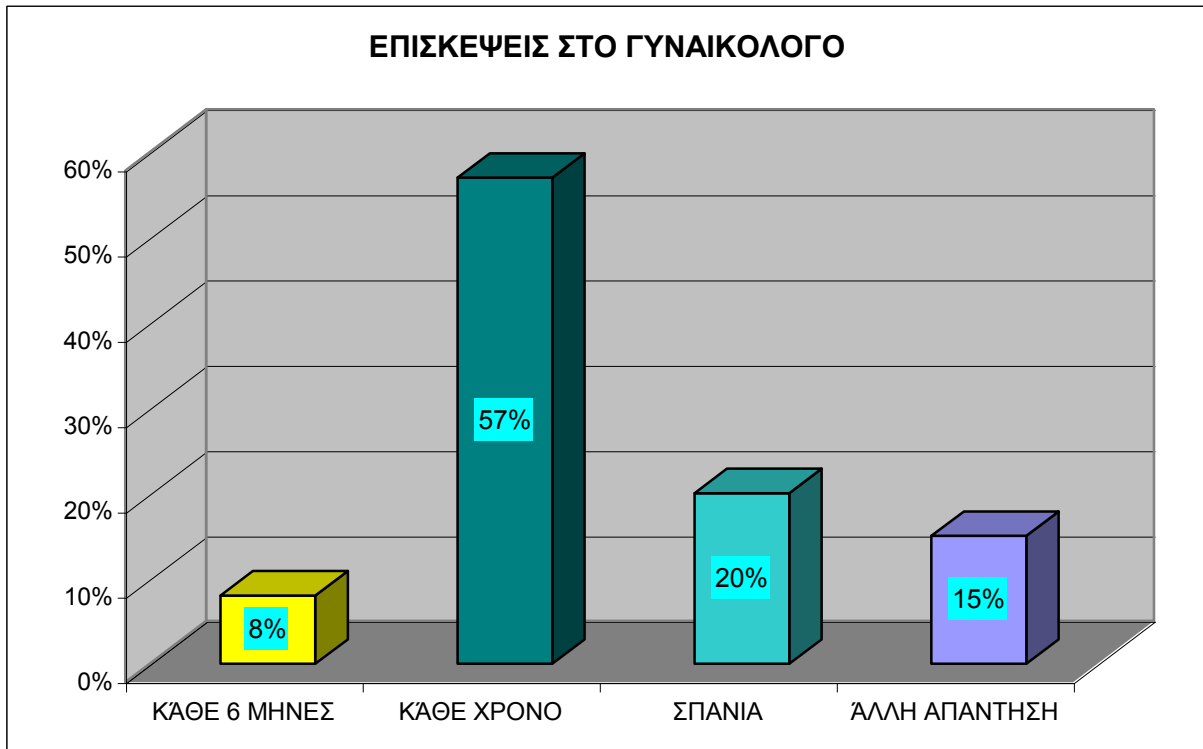
Από τις 100 γυναίκες που ερωτήθηκαν για το μαστό οι 74 είχαν γνώση για την αυτοεξέταση του μαστού, ενώ μόνο οι 26 δεν γνώριζαν. Επομένως διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των γυναικών είχαν γνώσεις για την μέθοδο της αυτοεξέτασης του μαστού.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15<sup>ο</sup>



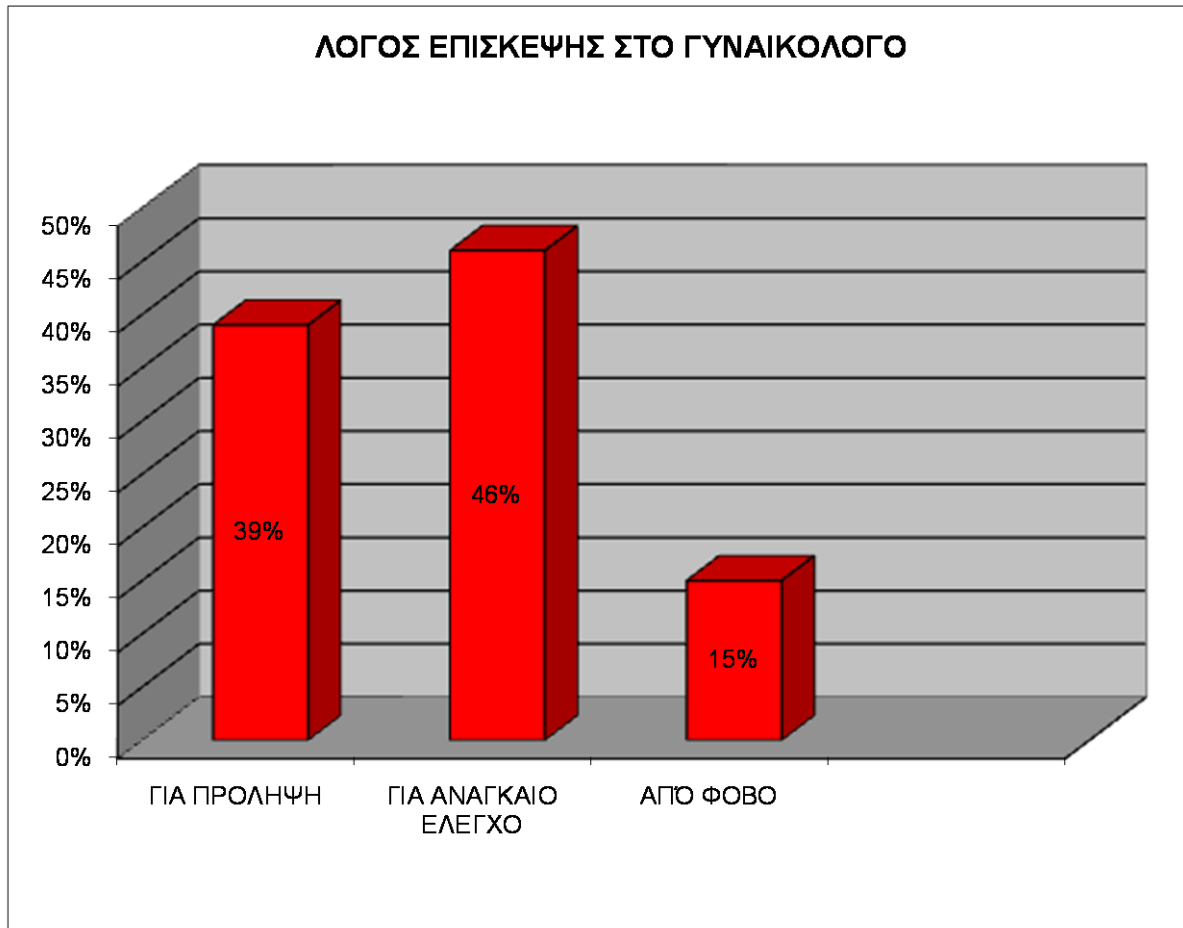
Στο διάγραμμα παρατηρούμε ότι δυστυχώς τα 54 άτομα σπάνια ελέγχουν το μαστό τους με ψηλάφηση ή επισκόπηση, τα 23 ποτέ τα 21 άτομα μία φορά το μήνα ενώ τα 2 έδωσαν κάποια άλλη απάντηση. Έτσι συμπεράνουμε ότι οι γυναίκες του δείγματός μας δεν δίνουν την απαραίτητη προσοχή που θα έπρεπε να έχουν για την υγεία των μαστών τους.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16<sup>ο</sup>



Παρατηρήθηκε ότι οι περισσότερες γυναίκες από τις 100 φροντίζουν για την υγεία τους, κάνοντας τον αναγκαίο έλεγχο και αυτό το διακρίνουμε διότι οι 57 επισκέπτονται το γυναικολόγο τους κάθε χρόνο, οι 8 κάθε 6 μήνες, οι 20 σπάνια ενώ οι 15 έδωσαν κάποια άλλη απάντηση.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17<sup>ο</sup>



Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών επισκέπτεται τον γυναικολόγο για πρόληψη και για αναγκαίο έλεγχο. Αυτό το διαπιστώνουμε διότι οι 46 πάνε στο γυναικολόγο για τον αναγκαίο έλεγχο οι 39 για πρόληψη και οι 15 από φόβο. Μπορεί το ποσοστό του φόβου να είναι μικρό αλλά αυτό δεν συνεπάγει ότι ταυτόχρονα είναι κ ανησυχητικό διότι στις μέρες μας θα έπρεπε να το έχουμε μηδενίσει.

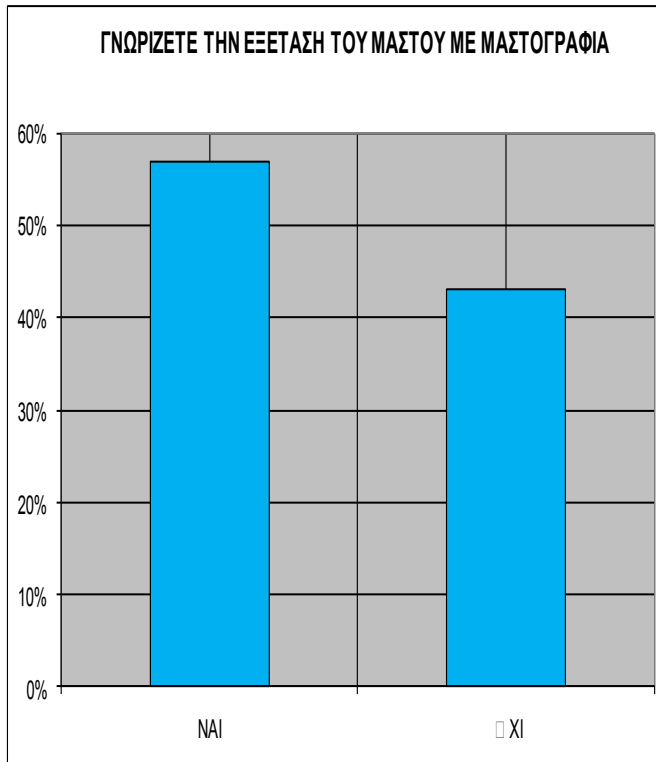


## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18<sup>ο</sup>

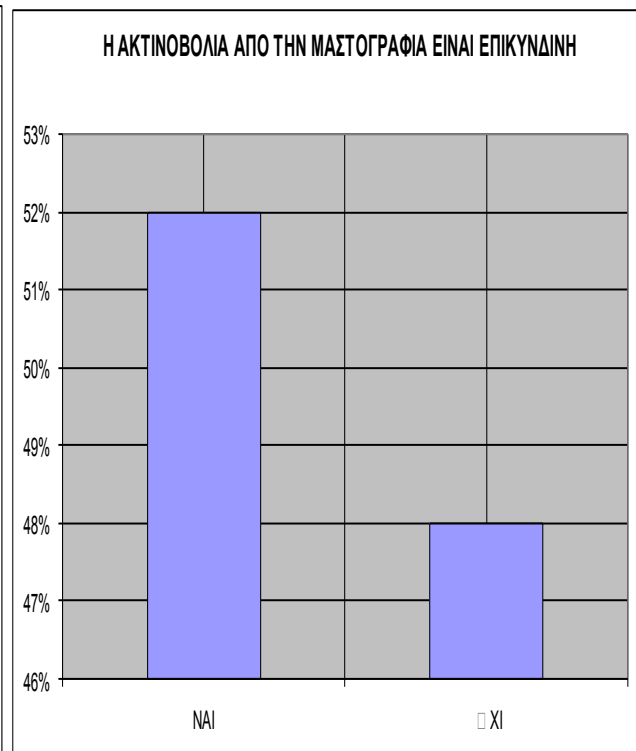


Στο διάγραμμα παρατηρούμε ότι μόνο οι 25 γυναίκες παίρνουν πάντα την πρωτοβουλία κ ζητούν από τον γυναικολόγο τους να τους εξετάσει το μαστό, οι 19 μερικές φορές. Οι 22 σπάνια ενώ οι 34 όπου αποτελεί κ το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έχουν πάρει ποτέ την πρωτοβουλία. Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις για την δευτερογενή πρόληψη στο δείγμα μας δεν είναι επαρκείς

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19<sup>ο</sup>

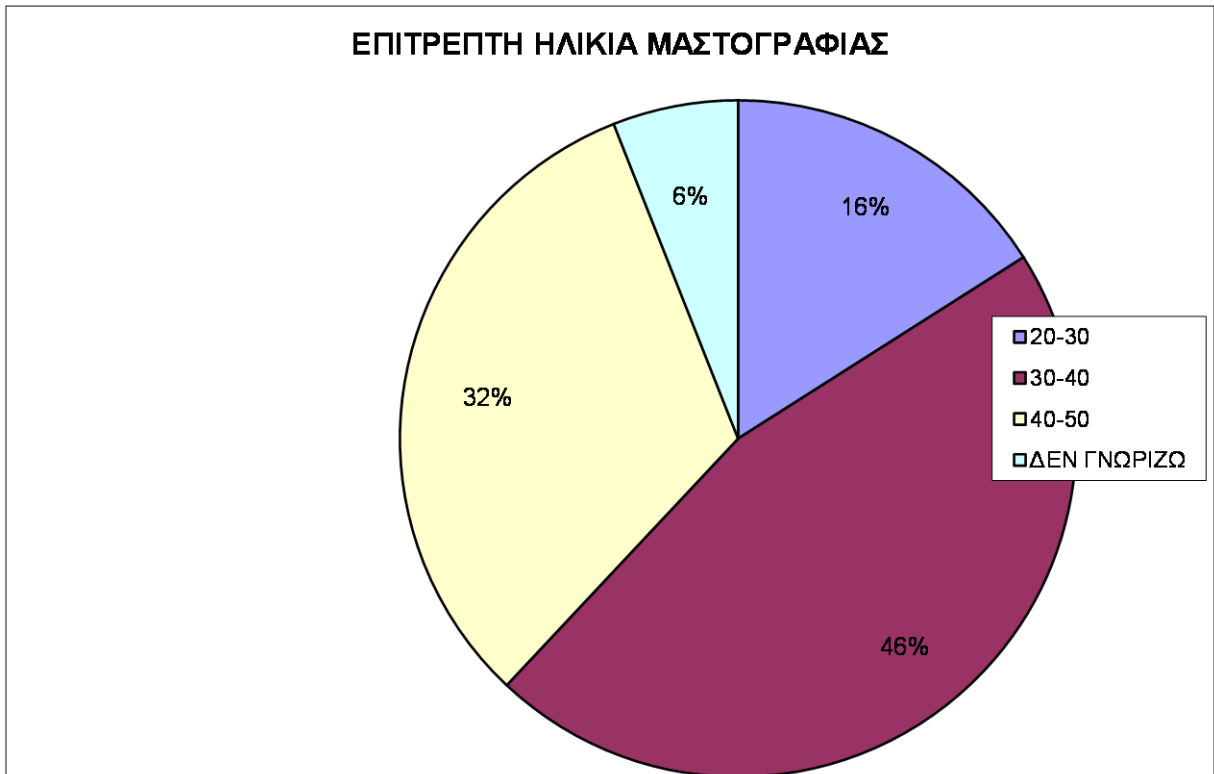


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20<sup>ο</sup>



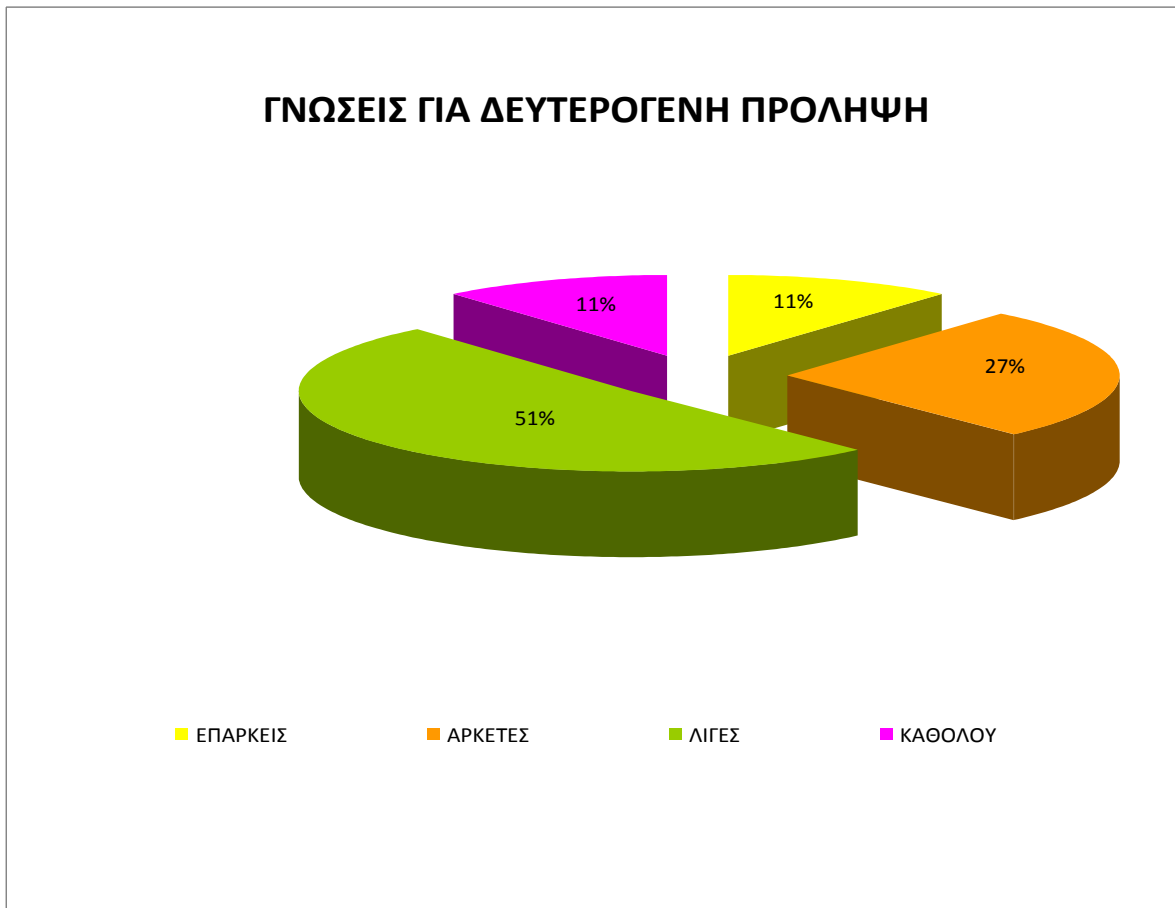
Στο διάγραμμα 19<sup>ο</sup> παρατηρούμε ότι οι 57 γυναίκες γνωρίζουν την μέθοδο του μαστού με μαστογραφία ενώ οι 43 όχι. Αντίστοιχα στο 20<sup>ο</sup> διάγραμμα διακρίνουμε ότι οι 52 γυναίκες πιστεύουν ότι η ακτινοβολία από την μαστογραφία είναι επικίνδυνη ενώ οι 48 γυναίκες απάντησαν όχι. Επομένως φαίνεται ότι αν και το μεγαλύτερο ποσοστό έχει απαντήσει ορθά σχετικά με τις γνώσεις της εξέτασης της μαστογραφίας, το ποσοστό του όχι είναι αρκετά μεγάλο, γεγονός το οποίο μας ανησυχεί διότι φανερώνει ότι οι γυναίκες δεν έχουν αρκετές γνώσεις σχετικά με την δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Το ίδιο συμβαίνει και με την άποψη που έχουν ότι η ακτινοβολία από την μαστογραφία είναι επικίνδυνη γιατί τα οφέλη που προσφέρει σχετικά με την διάγνωση της νόσου είναι τόσο πολλά που κρίνεται απαραίτητη από τους ιατρούς σε γυναίκες που η ηλικία τους είναι άνω τα 40 έτη.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21<sup>ο</sup>



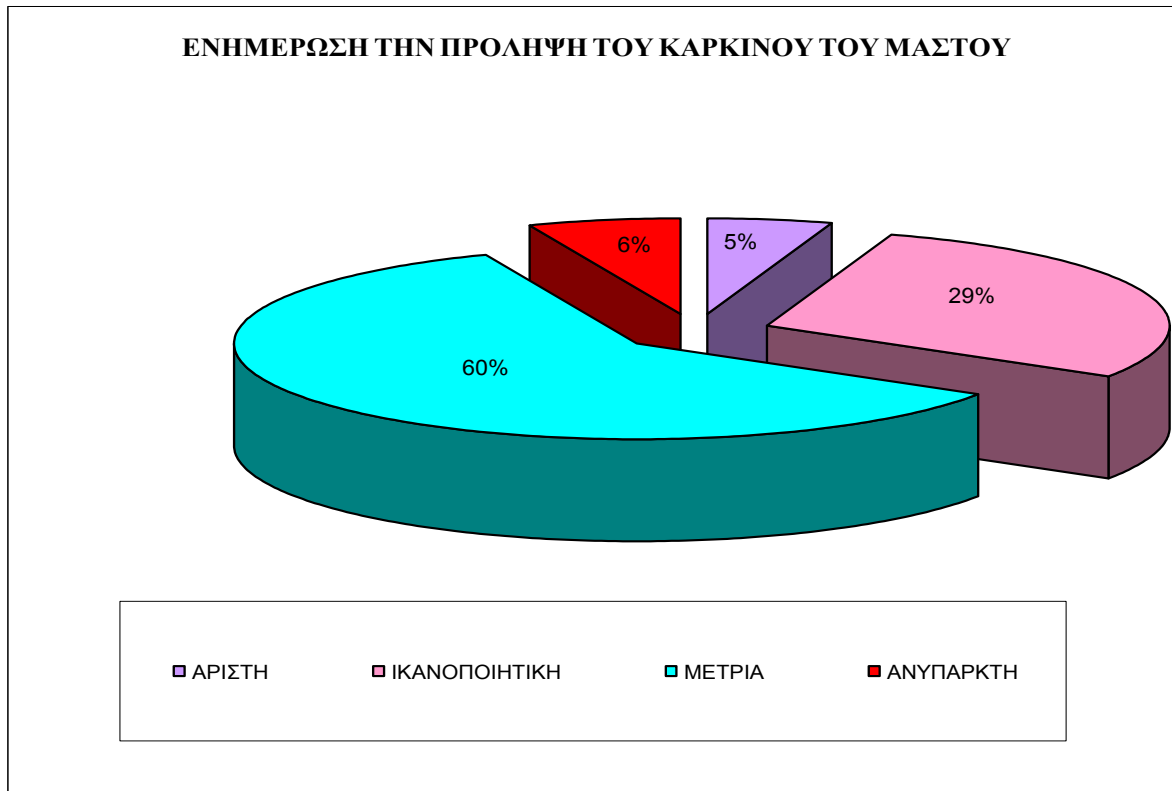
Παρατηρούμε ότι οι γνώσεις για την μαστογραφία δεν είναι σωστές στο μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των γυναικών. Αυτό το διαπιστώνουμε γιατί 6 δεν γνώριζαν, οι 16 απάντησαν 20-30, οι 46 απάντησαν 30-40 και μόνο οι 32 απάντησαν 40-50 όπου είναι και η επιτρεπτή ηλικία.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22<sup>ο</sup>



Παρατηρούμε ότι οι 51 γυναίκες έχουν λίγες γνώσεις για την δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού, οι 11 απάντησαν δεν έχουν καθόλου γνώσεις, οι 27 απάντησαν ότι έχουν αρκετές γνώσεις ενώ οι 11 ότι έχουν επαρκείς.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23<sup>ο</sup>



Στο τελευταίο διάγραμμα βλέπουμε ότι η ενημέρωση που γίνεται για την δευτερογενή πρόληψη το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών απάντησε ότι είναι μέτρια, συγκεκριμένα από τις 100 οι 60. Μόνο οι 5 γυναίκες πιστεύουν ότι είναι άριστη, οι 29 πιστεύουν ότι γίνεται ικανοποιητική ενημέρωση και οι 6 ότι είναι ανύπαρκτη.

## ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

- Μέγεθος του δείγματος ανά κατηγορία
- Το ποσοστό του δείγματος ανά κατηγορία

Κάθε πίνακα ακολουθούν οι χαρακτηριστικές παράμετροι των αποτελεσμάτων της διμεταβλητής ανάλυσης και πιο ειδικά:

- η τιμή του  $X^2$ ,
- οι Βαθμοί Ελευθερίας, και
- το Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

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  $p < 0.05$** . Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi- square.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην συζήτηση.

Ως προσφορότερες ανεξάρτητες μεταβλητές στην εργασία μας θεωρούμε την **ηλικία** και το **μορφωτικό επίπεδο** των ερωτώμενων γυναικών.

**Η ηλικία** θα εξετασθεί σε σύγκριση κυρίως με ερωτήσεις του Β μέρους του ερωτηματολογίου που αφορούν την **δευτερογενή πρόληψη** π.χ. συχνότητα επίσκεψης στον γιατρό, γνώση για την επικινδυνότητα της ακτινοβολίας κ.λ.π. Το **μορφωτικό επίπεδο** θα εξετασθεί με ερωτήσεις κυρίως του Α μέρους του ερωτηματολογίου που αφορά την **πρωτογενή πρόληψη** π.χ. διαιτητικές συνήθειες, κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, κάπνισμα κ.λ.π. προκειμένου να δούμε αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές που να σχετίζονται με το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών.

## **1. ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ**

(Με δεδομένο ότι η ηλικία των γυναικών όπως προέκυψε από την μονομεταβλητή ανάλυση έχει ως εξής: έως 30 ετών, 42 γυναίκες. Από 31-40, 9 γυναίκες. Από 41-50, 36 γυναίκες . Και από 50 και άνω, 13 γυναίκες)

### **ΕΡΩΤΗΣΗ Α(μέρους) ΧΙΙ: ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΙΑ ΚΑΛΟΗΘΗ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ ΕΩΣ – 40 ΕΤΩΝ	3	48	51
ΗΛΙΚΙΑ>40 ΕΤΩΝ	11	38	49
<b>Σύνολο</b>	14	86	100
$\chi^2:5.70$	<b>Βαθμοί Ελευθερίας: 1</b>	<b>p =0.017</b>	

Διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις μικρότερες γυναίκες σε σχέση με τις μεγαλύτερες (αφού  $p < 0.05$ ) και είναι σχετικά επόμενο να συμβαίνει καθώς με την πάροδο των χρόνων αυξάνονται οι πιθανότητες να αναπτύξει μια γυναίκα κάποια πάθηση στο μαστό.

**ΕΡΩΤΗΣΗ Β (μέρους) II: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ.**

	ΣΠΑΝΙΑ ΚΑΙ ΠΟΤΕ	ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ ΕΩΣ – 40 ΕΤΩΝ	46	5	51
ΗΛΙΚΙΑ>40 ΕΤΩΝ	33	16	49
<b>Σύνολο</b>			100
$\chi^2:7.86$	<b>Βαθμοί Ελευθερίας: 1</b>	<b>p =0.005</b>	

Διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις μικρότερες γυναίκες σε σχέση με τις μεγαλύτερες (αφού  $p < 0.05$ ) αφού οι μεγαλύτερες προκύπτει ότι είναι πιο συνεπείς στον έλεγχο της Αυτοεξέτασης του Μαστού σε σχέση με τις μικρότερες.



**Β (μέρους) ΙΙΙ: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΟΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ.**

	ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ ή ΚΑΘΕ ΕΞΙ ΜΗΝΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ ΕΩΣ – 40 ΕΤΩΝ	38	13	51
ΗΛΙΚΙΑ>40 ΕΤΩΝ	42	7	49
<b>Σύνολο</b>			100
$\chi^2:1.96$	<b>Βαθμοί Ελευθερίας: 1</b>	<b>p =0.161</b>	

Δεν διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις μικρότερες γυναίκες σε σχέση με τις μεγαλύτερες (αφού  $p > 0.05$ )

**ΕΡΩΤΗΣΗ Β (μέρους) V: ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ.**

	ΠΑΝΤΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ή ΠΟΤΕ ΣΠΑΝΙΑ	ή ΣΥΝΟΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ ΕΩΣ – 40 ΕΤΩΝ	31	20	51
ΗΛΙΚΙΑ>40 ΕΤΩΝ	13	36	49
<b>Σύνολο</b>	44	56	100
$\chi^2:11.9$	<b>Βαθμοί Ελευθερίας: 1</b>	<b>p =0.001</b>	

Διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις μικρότερες γυναίκες σε σχέση με τις μεγαλύτερες (αφού  $p < 0.05$ ) αφού οι μικρότερες προκύπτει ότι παίρνουν κυρίως πρωτοβουλία να ζητήσουν από το γυναικολόγο να εξετάσει το μαστό τους.

**ΕΡΩΤΗΣΗ Β (μέρους) VI: ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ ΕΩΣ – 40 ΕΤΩΝ	30	21	51
ΗΛΙΚΙΑ>40 ΕΤΩΝ	27	22	49
<b>Σύνολο</b>	57	43	100
$\chi^2:0.141$	<b>Βαθμοί Ελευθερίας: 1</b>	<b>p =0.707</b>	

Δεν διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις μικρότερες γυναίκες σε σχέση με τις μεγαλύτερες (αφού  $p > 0.05$ )

**ΕΡΩΤΗΣΗ Β (μέρους) VII: ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ ΕΩΣ – 40 ΕΤΩΝ	24	27	51
ΗΛΙΚΙΑ>40 ΕΤΩΝ	28	21	49
<b>Σύνολο</b>	52	48	100
$\chi^2:1.02$	<b>Βαθμοί Ελευθερίας: 1</b>	<b>p =0.313</b>	

Δεν διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις μικρότερες γυναίκες σε σχέση με τις μεγαλύτερες (αφού  $p > 0.05$ )

## **2.ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΙΣ ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ-ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

(Με δεδομένο ότι το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών όπως προέκυψε από την μονομεταβλητή ανάλυση έχει ως εξής: γυναίκες Στοιχειώδους Εκπαίδευσης - 6, γυναίκες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης - 41, γυναίκες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ΑΕΙ- ΤΕΙ - 49, γυναίκες με Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό - 4).

### **ΕΡΩΤΗΣΗ Α (μέρους). Ι. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΛΗΨΗΣ ΖΩΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	3	1	1	1	6
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	25	12	2	2	41
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	19	13	13	3	48
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ-ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	1	0	2	1	4
Σύνολο	48	26	18	7	99
$\chi^2: 15.2$	<b>Βαθμοί Ελευθερίας:9</b>	<b>p =0.085</b>			

Δεν διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις γυναίκες με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο (αφού  $p > 0.05$ )

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α(μέρους).ΙΙ. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΛΗΨΗΣ ΣΟΓΙΑΣ, ΜΑΝΙΤΑΡΙΩΝ ΚΑΙ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΣΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	0	1	4	1	6
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	4	6	20	12	41
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	6	8	18	17	49
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ-ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	1	2	0	0	100
Σύνολο	11	17	42	30	
$\chi^2$ : 8.03	<b>Βαθμοί Ελευθερίας:9</b>	<b>p =0.531</b>			

Δεν διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις γυναίκες με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο (αφού  $p > 0.05$ )

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α. (μέρους). ΙΙΙ. ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ  
ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΩΝ ΠΟΤΩΝ**

	1-3 ΠΟΤΑ	3-5 ΠΟΤΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	1	1	4	0	6
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	9	3	28	1	41
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	6	2	41	0	49
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ-ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	1	0	3	0	4
Σύνολο	17	6	76	1	100
$\chi^2: 5.40$	<b>Βαθμοί Ελευθερίας:9</b>	<b>p =0.798</b>			

Δεν διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις γυναίκες με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο (αφού  $p > 0.05$ )

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α. (μέρους). ΙV. ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΣΙΓΑΡΩΝ**

	0-1 ΠΑΚΕΤΑ	1-2 ΠΑΚΕΤΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	2	0	2	0	4
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	19	0	26	1	41
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	13	8	25	0	49
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ- ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	1	0	3	0	4
Σύνολο	35	8	56	1	100
$\chi^2: 9.20$	<b>Βαθμοί Ελευθερίας:9</b>	<b>p =0.419</b>			

Δεν διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις γυναίκες με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο (αφού  $p > 0.05$ )



## ΕΡΩΤΗΣΗ Α. (μέρους). ΙΧ. ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ

	ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	2	1	3	6
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	1	10	30	41
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	1	8	40	49
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ- ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	0	1	3	4
Σύνολο	4	20	76	100
$\chi^2: 25.6$	<b>Βαθμοί Ελευθερίας:9</b>	<b>p =0.002</b>		

Διαπιστώνουμε **στατιστικά σημαντική διαφορά** ανάμεσα στις γυναίκες με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο (αφού  $p < 0.05$ ) καθώς είναι περισσότερες οι γυναίκες με μεγαλύτερο μορφωτικό επίπεδο που δεν χρησιμοποιούν καθόλου αντισυλληπτικά άρα διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης κάποιας κακοήθειας μαστού.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να αποφευχθούν και η γενική κατάσταση της υγείας μπορεί να βελτιωθεί αν υιοθετήσετε πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευθούν αν ανιχνευθούν έγκαιρα.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά την ανάλυση των δεδομένων συμπεραίνουμε ότι: **Στο πρώτο μέρος** που αφορά τους παράγοντες κινδύνου με βάση την πρωτογενή πρόληψη, οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν μικρά ποσοστά επικινδυνότητας, στο να τους παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια στο μαστό. Αυτό το διαπιστώνουμε από τα αποτελέσματα της ερευνάς, τα οποία απεικονίζονται στο κεφάλαιο της έρευνας με την μορφή διαγραμμάτων. Αναλυτικά **στην ερώτηση για την συχνότητα λήψης ζωικού λίπους** διακρίνουμε στο διάγραμμα ότι: το 57% λαμβάνει συχνά ζωικό λίπος ενώ το 34% μερικές φορές και το 9% σπάνια. Επομένως ο κίνδυνος είναι μειωμένος. **Στην ερώτηση για την ηλικία της εμμηνόπαυσης** διακρίνουμε στο διάγραμμα ότι: μόνο το 17% έχει ηλικία εμμηνόπαυσης από τα 50-60. Επομένως ο κίνδυνος είναι μειωμένος. **Στην ερώτηση για τα άτομα της οικογένειας που έχουν παρουσιάσει καλοήθεις ή κακοήθεις παθήσεις του μαστού** διακρίνουμε στο διάγραμμα ότι το 71% δεν έχει κάποιο συγγενικό πρόσωπο ενώ μόλις τα 5% είχαν πάνω από ένα. Επομένως ο κίνδυνος και εδώ είναι μειωμένος.

**Στο δεύτερο μέρος** που αφορά την δευτερογενή πρόληψη (Αυτοεξέταση του μαστού, κλινική εξέταση, Μαστογραφία). Διαπιστώνουμε ότι οι γνώσεις των γυναικών για την δευτερογενή πρόληψη καθώς και η ενημέρωση που δέχονται δεν είναι επαρκείς. Παρόλο αυτά διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κάνει τον αναγκαίο έλεγχο για την υγεία του. Αναλυτικά **στην ερώτηση για την αυτοεξέταση του μαστού** διακρίνουμε στο διάγραμμά ότι : το 74% γνώριζε για την αυτοεξέταση του μαστού, ενώ μόνο το 26% δεν γνώριζε. **Στην ερώτηση για την συχνότητα των επισκέψεών τους στο γυναικολόγο** διακρίνουμε στο διάγραμμα ότι; Το 57% πάει κάθε χρόνο και μόνο το 20% πάει σπάνια. **Στην ερώτηση για τους λόγους επίσκεψης στο γυναικολόγο** διακρίνουμε στο διάγραμμα ότι: το 39% πάει στο γυναικολόγο για πρόληψη, το 46% για τον αναγκαίο έλεγχο και μόνο το 15% από φόβο. **Στην ερώτηση για το αν γνωρίζουν την επιτρεπτή ηλικία για μαστογραφία** διακρίνουμε ότι: οι γνώσεις δεν είναι σωστές και αυτό το διαπιστώνουμε διότι μόνο το 32%

απάντησε 40-50, ενώ το 46% απάντησε 30-40 και το 16% 20-30. **Και τέλος στην ερώτηση για το αν υπάρχει ενημέρωση για τον καρκίνο του μαστού** Διακρίνουμε ότι: μόνο το 5% πιστεύει ότι γίνεται άριστη ενημέρωση, το 29% ικανοποιητική, ενώ το 60% πιστεύει ότι η ενημέρωση είναι μέτρια και το 6% ανύπαρκτη.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Μην καπνίζετε. Αν ήδη είστε καπνιστής, φροντίστε να σταματήσετε το κάπνισμα όσο πιο σύντομα γίνεται και μην καπνίζετε παρουσία άλλων. Αν δεν καπνίζετε, μην κάνετε πειράματα με τον καπνό.
- Εάν πίνετε αλκοολούχα ποτά, μπίρα, κρασί ή άλλο είδος, μετριάστε την κατανάλωση
- Αυξήστε την ημερήσια κατανάλωση λαχανικών και φρέσκων φρούτων. Να τρώτε συχνά δημητριακά με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες.
- Αποφύγετε το υπερβολικό βάρος, αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα και περιορίστε την κατανάλωση λιπαρών φαγητών.
- Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
- Εφαρμόστε αυστηρούς κανόνες που στοχεύουν στην πρόληψη κάθε έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες.
- Επισκεφθείτε το γιατρό, μόλις παρατηρήσετε ένα εξόγκωμα, μία πληγή που δεν επουλώνεται κ.α.
- Επισκεφτείτε ένα γιατρό αν αντιμετωπίζετε πρόβλημα όπως επίμονος βήχας, επίμονη βραχνάδα, αλλαγή στις συνήθειες εντέρου κ.α.
- Να κάνετε τακτικά εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος. Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
- Να ελέγχετε τακτικά το στήθος σας. Να συμμετέχετε σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού αν είστε άνω των 40 ετών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναγνωστόπουλος, Φ. Παπαδάτου, Δ.(2005). *Ψυχολογική Προσέγγιση Ατόμων με Καρκίνο*. σελ.66. Αθήνα: Φλόγα.
- Ανδριώτης, Κ.(2003). *Ποσοτική έρευνα και ανάλυση δεδομένων με SPSS*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Ανθούλη, Φ. Κανέλλος, Ε.(1994). *Στοιχεία Παθολογικής Ανατομικής και Ογκολογίας- Βασικές Γνώσεις*. σελ.167,168. Αθήνα: Λύχνος.
- Βαμβουκάς, Μ.(1987). *Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία*. Αθήνα.
- Bell, J.(2001). *Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας*. σελ.32. Αθήνα:Gutenberg. +
- Bird, M. Hammerstey, M. Comm, R. and Woods, F. (1999). *Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη – Εγχειρίδιο μελέτης*. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Carlson, K. Eisentat, S.A. Ziporyn, T.(2000). *Η Βιβλιοθήκη της Οικογένειας- Οδηγός Υγείας για τη Γυναίκα*. σελ.384,387. Αθήνα: Φυτράκη.
- Cohen, L. Manion, L. (1997). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Έκφραση.
- Δημητροπούλου, Κ.(2001). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα : Ελλην.
- Εγκυκλοπαίδεια Υγεία.(1993). *Γενική Ιατρική και Χειρουργική-Οδηγός Υγιεινής*. σελ.1016,1021. Αθήνα: Δομική.
- Εγκυκλοπαίδεια Υγεία.(1993). *Οι μεγάλες Παθήσεις της εποχής μας- Οδηγός Υγιεινής*. σελ.942. Αθήνα: Δομική.
- Faulkner, D. Swaun, J. Baker, S. Bird, M.(1999). *Εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον – εγχειρίδιο μεθοδολογίας*. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Javeau, C.L.(2000). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Κατράκης, Γ.(1980). *Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση και Διαφυγή από τον Καρκίνο. Ελληνική Εταιρία Προληπτικής Ιατρικής*. σελ.18. Αθήνα.

Keller, M. Fall, P.(2005). *Optimizing Quality of life*. p.105:9-15.

Knobf , M.(2002). *Carrying on: the experience of premature menopause in women with early stage breast cancer*.p. 5: 9-17.

Κονιάρη, Ε.(1998). *Το βιβλίο του μαστού*. Αθήνα: Βήτα.

Κρεατσά, Γ.(1998). *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική*. σελ.413-419,423-429. Αθήνα: Πασχαλίδης.

Κυριαζή, Ε.(2000). *Κοινωνιολογική Έρευνα, Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και κριτικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κυρίτση, Ε.(1998). *Νοσηλευτική φροντίδα σε Ασθενείς με Διαταραχή εικόνας Σώματος και Αυτοειδέας*. σελ.151-154. Αθήνα.

Μακράκης, Β.(1998). *Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη*. Πάτρα: ΕΑΠ.

Μαλγαρινού, Μ. Κωνσταντινίδου, Σ.(1997). *Ογκολογική Νοσηλευτική Παθολογική Νοσηλευτική*. σελ.87,88,92,94,95. Αθήνα: Ταβίθα.

Μιχαλάς, Σ. (2002). *Μαιευτική Γυναικολογία*. σελ.612-615,621. Αθήνα: Επίτομος.

Μουτσόπουλος, Χ. Εμμανουήλ, Δ.(1999). *Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας*. σελ.77,82. Αθήνα: Λίτσας.

Μπούτης, Λ.(1999). *Νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού*. Αθήνα: University Studio Press.

Παπαγιάννης, Α.(2003). *Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία*. σελ. 74,77. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Παπανικολάου, Ν.(1989). *Μαστολογία*. σελ.248-250,281,296. Θεσσαλονίκη.

Παπανικολάου, Ν. Παπανικολάου, Α.(1994). *Μαστολογία Γυναικολογία*. σελ.426,423,459,466. Αθήνα: Παρισιάνος.

Παρασκευόπουλος, Α.(1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα.

Πατέρα, Χ.(2001). *Διεθνής Στρατηγική Αντιμετώπιση του Καρκίνου, Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση για την Αντιμετώπιση της Νόσου*. σελ.33,36,38. Αθήνα.

Ράγιου, Α.(2004). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. σελ.170,171. Αθήνα.

Σαχίνη-Καρδάση, Α. Πάνου, Μ.(1997). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. σελ.484,485,493. Αθήνα: Βήτα.

Σακοράφα, Χ.(2000). *Ο Καρκίνος του Μαστού*. σελ.12,19,32,41,55. Αθήνα: Λαγός.

Τριχόπουλος, Δ. Ζαβιτσάνος, Ξ. Παπαχριστοπούλου, Γ(1993). *Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας*. σελ.49. Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.(1985). *Καρκίνος του Μαστού*. σελ.19-29. Αθήνα.

Φάσσας, Α.(2005). *Η Χημειοθεραπεία στην Αντιμετώπιση του Καρκίνου. Τα Νέα μας*. Άρ. 4-25κ.

Φιλιπόπουλος, Ε.(2004). *Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία*. σελ.34-47,69. Αθήνα.

Φραγκούλης, Ι.(2001). *Η αναγκαιότητα εφαρμογής της περιβαλλοντικής αγωγής, Εκπαίδευση Ενηλίκων - Σχεδιασμός Διδακτικού Μοντέλου*. ΠΤΔΕ. Πανεπιστήμιο Πατρών.

Wengstrom, Y. Forsberg, C. (2001). *Coping with radiation therapy: strategies used by women with breast cancer receiving radiation therapy*. p.4:264-271. Eur :J Oncol.

<http://mediab.cs.uoi.gr/erga/pathology>. 25/05/2010.

<http://thenetwar.com/2010/05/emvolio-elpida-gia-ton-karkino-tou-mastou/>. 02/06/2010.

<http://thenetwar.com/2010/06/exetasi-entopizi-ton-karkino-prin-emfanisti/>. 02/06/2010.

<http://trela/~jimipapi/camastou.htm>. 28/05/2010.

<http://users.otenet.gr/~raibom/cabreast.htm> 02/06/2010.

<http://www.agclinic.gr>.30/05/2010.

[http://www.exe1928.gr/ell/articles\\_seminars/2006/2006z/article708576](http://www.exe1928.gr/ell/articles_seminars/2006/2006z/article708576)  
23/05/2010.

[http://www.fileQDQ\STRESS\\_GR%20%20KARKINOS%MASTOY.htm](http://www.fileQDQ\STRESS_GR%20%20KARKINOS%MASTOY.htm)  
30/05/2010.

<http://www.infoacademy.gr/brestca/hipo.htm-13k>. 20/05/2010.

<http://www.mastology.gr/kar-mastou.asp>.02/06/2010.

<http://www.medlooc.net/article.asp?> 30/05/2010.

<http://www.in.gr>12/02/2011.



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



**Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος που προσβάλλει τις γυναίκες μετά από τον καρκίνο του δέρματος.**

**Ποιες είναι οι αιτίες που προκαλούν τον καρκίνο του μαστού;**

Οι παράγοντες που προκαλούν τον καρκίνο του μαστού δεν έχουν διερευνηθεί πλήρως.

Επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι τα περισσότερα περιστατικά καρκίνου του μαστού, εκδηλώνονται σε γυναίκες άνω των 50 ετών. Η συχνότητα της ασθένειας αυξάνεται ακόμη περισσότερο σε γυναίκες άνω των 60 ετών. Ο καρκίνος του μαστού είναι πολύ σπάνιος σε γυναίκες κάτω των 35 ετών. Έρευνες έδειξαν ότι οι λευκές γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα καρκίνο του μαστού παρά οι γυναίκες Ασιατικής ή Αφρικανικής προέλευσης. Εκτός από τους παράγοντες της ηλικίας και της φυλετικής προέλευσης, η ύπαρξη ενός αριθμού άλλων παραγόντων σε μια γυναίκα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

**Παράγοντες Κινδύνου**

Από διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί προέκυψε ότι η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι αποτέλεσμα της συνέργειας ενός αριθμού παραγόντων. Οι παράγοντες που συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στις γυναίκες είναι οι ακόλουθοι:

**Ηλικία**

Η αύξηση της ηλικίας συνοδεύεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνο του μαστού.

**Γεωγραφική κατανομή**

Οι γυναίκες από χώρες με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο όπως αυτές 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 γυναίκες από μεσογειακές χώρες έχουν μικρότερη συχνότητα (1:11 έως 1:12 γυναίκες). Δεν έχει διαπιστωθεί αν αυτό οφείλεται σε περιβαλλοντικές συνθήκες ή σε φυλετικές ιδιαιτερότητες.

**Ηλικία εμμηναρχής**

Όσο μικρότερη η ηλικία στην οποία εμφανίστηκε η έμμηνος ρύση (περίοδος) τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου.

### **Ατεκνία**

Γυναίκες οι οποίες δεν τεκνοποίησαν έχουν αυξημένο κίνδυνο.

### **Ηλικία πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης**

Όσο πιο μεγάλη η ηλικία της γυναίκας στην απόκτηση του πρώτου της παιδιού τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος.

### **Ηλικία εμμηνόπαυσης**

Όσο μεγαλύτερη η ηλικία της γυναίκας κατά την είσοδο στην εμμηνόπαυση τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος.

### **Καρκίνος του μαστού στην οικογένεια**

Γυναίκες οι οποίες έχουν στην οικογένειά τους περισσότερα από δύο άτομα που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού ή/και καρκίνο των ωοθηκών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να φέρουν τη μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1 ή/και BRCA2 άρα και μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο μαστού λόγω κληρονομικότητας. Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 5-10% του συνόλου του καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που φέρουν τη μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2 έχουν πιθανότητα μέχρι 87% να αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό.

### **Διατροφή - Διαιτητικές συνήθειες**

Η παχυσαρκία, ιδιαίτερα στην εμμηνόπαυση, αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Η αυξημένη κατανάλωση ζωικού λίπους και οινοπνεύματος αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες.

**Πυκνότητα του μαστού:** Οι μαστοί που έχουν μεγάλο ποσοστό λοβών και αγωγών εμφανίζονται πυκνότεροι στη μαστογραφία. Ο καρκίνος του μαστού σχεδόν πάντοτε αναπτύσσεται στους λοβούς ή στους αγωγούς του μαστού και όχι στο λιπώδη ιστό του αδένου. Για τους λόγους αυτούς, οι μαστοί που είναι πλούσιοι σε λοβούς και αγωγούς, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν καρκίνο.

**Ακτινοβολία /ραδιοθεραπεία:** Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ραδιοθεραπεία πριν από την ηλικία των 30 ετών, ιδιαίτερα λόγω λεμφώματος τύπου Hodgkin ' s , έχουν πιο υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Όσο μικρότερη η ηλικία της γυναίκας κατά τη ραδιοθεραπεία τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος.

**Κατανάλωση αλκοόλ και κάπνισμα:** Οι γυναίκες που καταναλώνουν περισσότερο από 3 αλκοολούχα ποτά κάθε μέρα, και καπνίζουν, αυξημένος κίνδυνος για την ασθένεια

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ηλικία:

Βάρος:

Ύψος:

Γραμματικές γνώσεις:

Επάγγελμα:

Τόπος μόνιμης κατοικίας:

### *Α Μέρος « Πρωτογενής Πρόληψη »*

**I. Ποια είναι η συχνότητα που λαμβάνετε ζωικό λίπος ( κρέας) από την διατροφή σας?**

- α) Συχνά                      β) Μερικές φορές                      γ) Σπάνια                      δ) Ποτέ

**II. Στις διατροφικές σας συνήθειες ποια είναι η συχνότητα που επικρατεί σε τροφές όπως σόγια, μανιτάρια και πράσινο τσάι?**

- α) Συχνά                      β) Μερικές φορές                      γ) Σπάνια                      δ) Ποτέ

**III. Ποια είναι η ημερήσια κατανάλωση αλκοολούχων ποτών που κάνετε?**

- α) 1 – 3                      β) 3 – 5                      γ) Καθόλου                      δ) Περισσότερα

**IV. Ποια είναι η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων που κάνετε( σε πακέτα)?**

- α) 0 – 1 πακέτο                      β) 1 – 2 πακέτα                      γ) Καθόλου                      δ) Περισσότερα

**V. Σε ποια ηλικία ήταν η έναρξη της έμμηνου ρήσης ( περίοδος)?**

- α) 10 – 12                      β) 12 – 14                      γ) 14 – 16                      δ) Άλλη απάντηση

**VI. Χαρακτηρίστε τον εαυτό σας ως προς την σωματική δραστηριότητα που ασκείτε.**

- α) Αδρανής      β) Μέτρια αδρανής      γ) Δραστήριος      δ) Πολύ δραστήριος

**VII. Σε ποια ηλικία ξεκίνησε η εμμηνόπαυση σας ( κλιμακτήριος )?**

- α) 25 – 35      β) 35 – 50      γ) 50 – 60      δ) Όχι ακόμα

**VIII. Η περίοδός σας έχει παρουσιάσει κάποια ανωμαλία?**

- α) Συχνά      β) Μερικές φορές      γ) Σπάνια      δ) Ποτέ

**IX. Κάνατε χρήση αντισυλληπτικών?**

- α) Μακροχρόνια      β) Περιστασιακά      γ) Καθόλου

**X. Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη?**

- α) 14 – 19      β) 19 – 28      γ) 28 – 40      δ) Όχι ακόμα

**XI. Στην οικογένειά σας πόσα άτομα υπάρχουν που έχουν εμφανίσει στην πορεία της ζωής τους καλοήθεις – κακοήθεις παθήσεις του μαστού ή των ωοθηκών (Συγγένεια πρώτου βαθμού)?**

- α) Ένα      β) Δύο      γ) Πάνω από δύο      δ) Κανένα

**XII. Είχατε ποτέ στο ιστορικό σας κάποια καλοήθη πάθηση του μαστού?**

- α) Ναι      β) Όχι

**XIII. Έχετε υποβληθεί σε επέμβαση ωοθηκεκτομής?**

- α) Ναι      β) Όχι

**Και αν ΝΑΙ σε ποια ηλικία?**

- α) 20 – 37      β) 37 – 40      γ) 40 – 50      δ) Άλλη ηλικία



**ΙΧ. Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για την Δευτερογενή πρόληψη είναι**

- α) Επαρκείς                      β) Αρκετές                      γ) Λίγες                      δ) Καθόλου

**X. Πιστεύετε ότι γίνεται ενημέρωση για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού**

- α) Άριστη                      β) Ικανοποιητική                      γ) Μέτρια                      δ) Ανύπαρκτη

**(ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ)**

data: contingency table

	A	B	
1	3	48	51
2	11	38	49
	14	86	100

expected: contingency table

	A	B	
1	7.14	43.9	
2	6.86	42.1	

chi-square = 5.70  
degrees of freedom = 1  
probability = 0.017

A	B	
1	46	51
2	33	49
	79	100

expected: contingency table

	A	B	
1	40.3	10.7	
2	38.7	10.3	



chi-square = 7.86  
degrees of freedom = 1  
probability = 0.005

	A	B	
1	38	13	51
2	42	7	49
	80	20	100

expected: contingency table

	A	B
1	40.8	10.2
2	39.2	9.80

chi-square = 1.96 A B

1	24	27	51
2	28	21	49
	52	48	100

expected: contingency table

	A	B
1	26.5	24.5
2	25.5	23.5

chi-square = 1.02  
degrees of freedom = 1  
probability = 0.313

	A	B	C	D	
1	3	1	1	1	6
2	25	12	2	2	41
3	19	13	13	3	48
4	1	0	2	1	4
	48	26	18	7	99

expected: contingency table

	A	B	C	D
1	2.91	1.58	1.09	0.424
2	19.9	10.8	7.45	2.90
3	23.3	12.6	8.73	3.39
4	1.94	1.05	0.727	0.283

chi-square = 15.2  
degrees of freedom = 9  
probability = 0.085

	A	B	C	D	
1	0	1	4	1	6
2	4	6	20	12	42
3	6	8	18	17	49
4	1	2	1	0	4
	11	17	43	30	101

expected: contingency table

	A	B	C	D
1	0.653	1.01	2.55	1.78
2	4.57	7.07	17.9	12.5
3	5.34	8.25	20.9	14.6
4	0.436	0.673	1.70	1.19

chi-square = 8.03

degrees of freedom = 9

probability = 0.531

A	B	C	D		
1	1	1	4	0	6
2	9	3	28	1	41
3	6	2	41	0	49
4	1	0	3	0	4
	17	6	76	1	100

expected: contingency table

	A	B	C	D
1	1.02	0.360	4.56	6.000E-02
2	6.97	2.46	31.2	0.410
3	8.33	2.94	37.2	0.490
4	0.680	0.240	3.04	4.000E-02

chi-square = 5.40  
 degrees of freedom = 9  
 probability = 0.798

	A	B	C	D	
1	2	0	2	0	4
2	19	3	26	1	49
3	13	11	25	0	49
4	1	0	3	0	4
	35	14	56	1	106

expected: contingency table

	A	B	C	D
1	1.32	0.528	2.11	3.774E-02
2	16.2	6.47	25.9	0.462
3	16.2	6.47	25.9	0.462
4	1.32	0.528	2.11	3.774E-02

chi-square = 9.20  
 degrees of freedom = 9  
 probability = 0.419

	A	B	C	D	
1	2	1	3	0	6
2	1	14	26	1	42
3	1	4	44	0	49
4	0	1	3	0	4
	4	20	76	1	101

expected: contingency table

	A	B	C	D
1	0.238	1.19	4.51	5.941E-02
2	1.66	8.32	31.6	0.416
3	1.94	9.70	36.9	0.485
4	0.158	0.792	3.01	3.960E-02

chi-square = 25.6

degrees of freedom = 9

probability = 0.002