



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	6632
----------------------	------

ΒΙΒΛΙΟΔΕΣΙΑ
ΒΙΒΛΙΟΠΩΛΕΙΟ «Ο ΛΟΓΟΣ»
ΠΟΥΚΕΒΙΑ 22 - ΠΑΤΡΑ
(ΚΟΝΤΑ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ)
ΤΗΛ. 2610-224197

Θα ήταν μεγάλη παράλειψη εκ μέρους μου να μην εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον υπεύθυνο καθηγητή, Δρ. Δετοράκη Ιωάννη, για την καθοδήγηση και την αμέριστη συμπαράστασή του καθώς και τον κ. Αλεξόπουλο Διονύση για την ολοκλήρωση της έρευνας μου.

*...στους γονείς μου που
με στήριξαν σε αυτή μου
την προσπάθεια...*



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....9

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....11

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ιστορική αναδρομή.....13

1.1.1 Ο καρκίνος του μαστού στην αρχαία Ελλάδα.....13

1.1.2 Ο καρκίνος του μαστού από το 18^ο αιώνα έως σήμερα.....14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ορισμοί16

2.1.1 Μαστός.....16

2.1.1α Ανατομικά στοιχεία.....16

2.2 Κακοήθη νεοπλασμάτα.....19

2.3 Καρκίνος μαστού.....19

2.4. Τύποι καρκινωμάτων μαστού.....19

2.5 Ιστοπαθολογική ταξινόμηση.....20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Επιδημιολογία.....21

3.2. Αιτιολογία.....22

3.3 Παράγοντες κινδύνου.....22

3.3.1 Γενετικοί παράγοντες.....23

3.3.2 Εξωγενείς παράγοντες.....25

3.3.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

4.1 Κλινική συμπτωματολογία.....	29
4.2 Διάγνωση.....	31
4.2.1 Αιματολογικές –βιοχημικές –ιστολογικές.....	31
4.2.2 Εξετάσεις απεικόνισης.....	32
4.2.2.1 Μαστογραφία	32
4.2.2.2 Ξηρογραφία.....	35
4.2.2.3 Θερμογραφία	35
4.2.2.4 Υπερηχογράφημα.....	36
4.2.2.5 Αξονική τομογραφία.....	37
4.2.2.6 Διαφανογράφημα.....	37
4.2.2.7 Φλεβογραφία.....	38
4.2.2.8 Γαλακτοφορογραφία.....	38
4.2.2.9 Σπινθηρογράφημα.....	38
4.2.2.10 Ακτινολογικός έλεγχος.....	38
4.2.2.11 Τρυπανοβιοψία.....	39
4.2.2.12 Βιοψία.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

5.1 Σταδιοποίηση.....	40
5.2 Θεραπεία.....	41
5.2.1 Ανασκόπηση θεραπείας.....	41
5.2.1.α Χημειοθεραπεία.....	42
> Προφυλακτική ή συμπληρωματική χημειοθεραπεία.....	43
> Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου μαστού	44
5.2.1.β Ακτινοθεραπεία.....	44

5.2.1.γ Ορμονοθεραπεία.....	46
5.2.1.δ Χειρουργική.....	47
5.3 Ανακατασκευή μαστού.....	49
5.4. Πρόγνωση.....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

6.1 Άλλες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού.....	52
6.1.1 Εγκυμοσύνη και καρκίνος του μαστού.....	52
6.1.2 Καρκίνος μαστού στους άνδρες.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

7.1 Πρόληψη.....	55
7.1.α Πρωτογενή πρόληψη.....	55
7.1.β Δευτερογενής πρόληψη.....	56
7.2 Λήψη ιστορικού.....	57
7.3 Κλινική εξέταση.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

8.1. Αντιμετώπιση.....	61
8.1.1 Χημειοθεραπεία.....	62
8.1.2 Αντιμετώπιση προβλημάτων.....	63
8.1.2.α Πόνος.....	63
8.1.2.β Ναυτία – έμετος.....	63
8.1.2.γ Αλωπεκία.....	64
8.1.2.δ Λεμφοίδημα.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 Μορφές φόβου ασθενών στο τελικό στάδιο της νόσου.....	66
9.1.1 Εξάρτηση.....	66
9.1.2 Φόβος πόνου.....	66
9.1.3 Φόβος ταπείνωσης.....	66
9.1.4 Φόβος απομόνωσης – απόρριψης.....	67
9.1.5 Φόβος αποχωρισμού.....	67
9.1.6 Φόβος προς τη μεταθανάτια κατάσταση.....	67
9.1.7 Φόβος προς την οριστικότητα του θανάτου.....	67
9.1.8 Φόβος για τη μεταθανάτια κατάσταση του σώματος.....	67
9.2 Κρίσεις θανάτου.....	68
9.2.1 Φάση οξείας κρίσης.....	68
9.2.2 Φάση χρόνιας μεταβατικής κρίσης.....	68
9.2.3 Τελική φάση.....	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1 Αποκατάσταση.....	70
10.1.α Διεργασία αποκατάστασης.....	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

11.1 Ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτή.....	74
11.1.α Πρώιμο στάδιο.....	74
11.1.β Ενδιάμεσο στάδιο.....	76
11.1.γ Τελικό στάδιο.....	78

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	82
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	82
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	85
➤ Δημογραφικά στοιχεία.....	85
➤ Συσχετίσεις ερωτήσεων.....	116
ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	187
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	193
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	195
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	199

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την δεύτερη μορφή καρκίνου για το γυναικείο πληθυσμό , με πρώτη τον καρκίνο του πνεύμονα .Αποτελεί το 30% των καρκίνων του γυναικείου πληθυσμού .

Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει με την ηλικία. Είναι σπάνιος κάτω των 25 ετών, ενώ εμφανίζει συνεχή αύξηση μετά τα 30 χρόνια. Τα ¾ των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών. Η νόσος αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες 35-54 ετών, την πρώτη αιτία θανάτου απ' όλους τους καρκίνους της γυναίκας και τη δεύτερη (μετά από τις καρδιοαγγειακές παθήσεις) αιτία θανάτου σε μεγαλύτερες ηλικίες .

Ο ρυθμός θνησιμότητας έχει αυξηθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών στην πλειοψηφία των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης , ενώ στις Σκανδιναβικές χώρες και την Αγγλία είναι σταθερός ή έχει ελαττωθεί ελαφρώς κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου. Κάθε χρόνο πολλές γυναίκες πεθαίνουν στην Ελλάδα από την ασθένεια, με ρυθμό συνεχούς αύξησης ενώ εμφανίζονται περισσότερες από 3500 νέες περιπτώσεις. Η θνησιμότητα αυτή είναι μικρή σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης ή της Βόρειας Αμερικής αλλά υψηλότερη από τις χώρες της Ασίας ή της Λατινικής Αμερικής. 22

Ο συστηματικός προληπτικός έλεγχος του γυναικείου πληθυσμού ,μπορεί να διαγνώσει έγκαιρα την κακοήθεια , με αποτέλεσμα η πενταετής επιβίωση να ξεπερνάει το 90% .Ο Σ.Π.Ε. περιλαμβάνει τη φυσική εξέταση , τη μαστογραφία , και την αυτοεξέταση μαστού .Γίνεται μετά τα 35 - 40 χρόνια της γυναίκας αν δεν υπάρχει λόγος να γίνει νωρίτερα .Είναι πολύ σημαντικό, επομένως να γίνεται ενημέρωση σε μεγάλες μάζες του

πληθυσμού , ώστε να εφαρμόζεται ο Σ.Π.Ε. από ολόκληρο το γυναικείο πληθυσμό ,γιατί όσο πιο έγκαιρη είναι η διάγνωση τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση και η θεραπεία πιο αποτελεσματική .Ο καρκίνος του μαστού , λοιπόν , ανήκει στις περιπτώσεις , που μπορούμε να μιλήσουμε ,εφόσον έχουμε έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση ,για ίαση του συντριπτικού ποσοστού του .

Βασικό όπλο στη μάχη κατά του καρκίνου του μαστού είναι η ενημέρωση, η οποία επιτυγχάνεται με την πρωτογενή πρόληψη .Βασική είναι η συμβολή των επαγγελματιών υγείας ,πολύ δε περισσότερο για τους νοσηλευτές που έρχονται καθημερινά σε επαφή με μεγάλα μέρη του πληθυσμού κι έχουν την ευχέρεια να επικοινωνούν μαζί τους για θέματα υγείας .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πλέον μελετημένος σε σχέση με τις ψυχολογικές του επιπτώσεις, όχι μόνο γιατί είναι ο πλέον συχνός καρκίνος στις γυναίκες αλλά και γιατί προσβάλλεται ένα όργανο που είναι συνυφασμένο με τη γυναικεία θηλυκότητα και σεξουαλικότητα . Επιπρόσθετα ,αν και δευτερεύον, χαρακτηριστικό του φύλου , είναι ορατός και διαχωρίζει καθαρά τους άνδρες απ' τις γυναίκες να έχει συχνά πιο μεγάλη σημασία από τα πρωτεύοντα γεννητικά όργανα .

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος από αυτή καθαυτή τη νόσο , από την απώλεια του μαστού και από τη διαταραχή των σχέσεων είναι σημαντικός αν και πρόσφατες μελέτες τείνουν να αναθεωρήσουν τον πρωταρχικό ρόλο της απώλειας του μαστού στην ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων . Συγκεκριμένα δεν βρέθηκαν διαφορές στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή και στην ποιότητα ζωής ,ανάμεσα σε γυναίκες με καρκίνο μαστού που αντιμετωπίστηκαν με μαστεκτομή και σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπείες διατήρησης μαστού . Μάλιστα, για τις γυναίκες που επιλέγουν την αποκατάσταση μαστού οι Reed και Jacobsen (1998) πιστεύουν ότι η επιθυμία αυτή των γυναικών αποτελεί ένδειξη ψυχικής υγείας και οδηγεί σε βελτίωση της ψυχολογικής προσαρμογής .

Δείκτες πτωχής προσαρμογής είναι επιπρόσθετα ταυτόχρονα νοσήματα ή στρεσογόνες καταστάσεις ,προσδοκία ελλιπούς υποστήριξης από τους άλλους και μια τάση να εκλαμβάνουν τα γεγονότα της ζωής ως μη ελεγχόμενα από αυτές. Η ψυχολογική προσαρμογή εξαρτάται επίσης από την αντίδραση για την γυναίκα προσώπων .

Παρακάτω, θα αναλύσουμε τα γενικά στοιχεία της νόσου ,τη νοσηλευτική παρέμβαση καθώς και την ψυχολογική υποστήριξη .

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1 Ο καρκίνος του μαστού στην αρχαία Ελλάδα.

Ο καρκίνος άρχισε να μαστίζει τον άνθρωπο την ανθρωπότητα αρχαιοτάτων χρόνων. Ο Ι. Παπαδιαμάντης σεμινάριο με τίτλο «καρκίνος του μαστού» που πραγματοποιήθηκε στο Πόρτο χέλι υπό την αιγίδα της Ε.Α.Ε., αναφέρει ότι ο Ηρόδοτος περιγράφει την περίπτωση της γυναίκας του Δαρείου Ατόσα (520πχ) η οποία είχε ένα μικρό όγκο στο μαστό. Ο ιατρός Δαμαειδής (525πχ) θεράπευσε τη γυναίκα του βασιλιά Δαρείου.

Η αρχαία ελληνική Αττική, κυριαρχούμενη από τις αντίληψη της Χημείοπαθολογικής του Ιπποκράτη αποδίδει τη γέννηση του καρκίνου στην περίσσια της μελανής χολής, στην κακοχυμία του αίματος που προκαλείται από την ανάμειξη της μελανά Σχολής και του μελαγχολικού χυμού.

Ο Ιπποκράτης (460-387) περιγράφει την σκληρή διήθηση του τραχήλου της μήτρας, ενώ ατελώς αναφέρει και τον καρκίνο του μαστού «στους τίθους αναπτύσσονται σκληρά φύματα που δεν διαπνίσκονται, αλλά συνεχώς καθίστανται σκληρότερα και από αυτά αργότερα γεννιούνται κρυπτεί καρκίνοι» Θεωρεί την πρόγνωση της νόσου σχετικά καλή, αν υποβληθεί σε θεραπεία κατά τα αρχικά στάδια της και όταν η γυναίκα έχει

ακόμα έμμηνο ρήση. Ο Γαληνός , εκτός από την εκτός των άλλων κακοηθών παθήσεων, περιγράφει τον καρκίνο του μαστού, συνιστώντας ως θεραπεία τη ριζική αφαίρεση του. Συγκεκριμένα χρησιμοποιούσε το νυστέρι για την εκτομή, πιέζει το εγχειρητικό πεδίο για να σταματήσει την αιμορραγία, στη συνέχεια του καυτηρίαζε για τον ίδιο λόγο. 9

Ο Αρετάκος, ο Διοσκουρίδης, ο Αρχηγένης, ο Φιλόξενος, ο Λεωνίδης και ο Ξενοφών, ο Κώος , όχι μόνο περιέγραψαν τον καρκίνο του μαστού αλλά και μεθοδικότερα τον χειρουργούσαν.

Συμπερασματικά, ο καρκίνος του μαστού έχει μελετηθεί πολύ καλά από τους γιατρούς της αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου. Ορισμένοι μάλιστα ιστορικοί υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού αποτέλεσε το πρότυπο της μελέτης των κακοηθών παθήσεων, τόσο λόγω της συχνότητας του, όσο και της επιφανειακής θέσεις τους. Η χειρουργική θεραπεία ήταν εύκολο να εφαρμοστεί, καθώς η νόσος ήταν επιφανειακή, δεν προκαλείται κίνδυνο ζωής, δεν υπήρχε μεγάλος κίνδυνος αιμορραγίας και η επούλωση μπορούσε να γίνει ευκολότερα και με λιγότερες επιπλοκές. 9

1.2 Ο καρκίνος του μαστού από τον 18^ο αιώνα ως σήμερα.

Στις αρχές του 18^ο αιώνα ο Γάλλος γιατρός Gendron καθηγητής στο Montlotllier, εκφράζει την άποψη ότι ο κακοήθης όγκος οφείλονται σε μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται από τα συχνά πένθη, το φόβο, το άγχος.

Ο Guy (1759) στη μονογραφία του «επί των σκίρων όγκων και καρκίνων», περιγράφει δύο περιπτώσεις καρκίνου του μαστού οι οποίες εκδηλώθηκαν μετά από μεγάλη στεναχώρια. Στην πρώτη γυναίκα

εμφανίστηκε μετά το θάνατο του παιδιού της. Και στη δεύτερη μετά τη φυλάκιση της. Οι όγκοι αυτοί είναι συχνότεροι σε γυναίκες με υστερικά και νευρωτικά ενοχλήματα καθώς και στις μελαγχολικές γυναίκες.

Στα 1826, ο Cooper ανέφερε ότι η θλίψη και το άγχος ήταν μεταξύ των αναφερομένων αιτιών καρκίνου του μαστού. Ο Dr Willrd Parker (1885) μετά τη μελέτη 397 περιπτώσεων καρκίνου του μαστού ενοχοποιεί τη θλίψη ως αιτία για την εμφάνιση του. Στην Αγγλία ο Paget (1870), στο σύγγραμμά του «χειρουργική παθολογία» αναφέρει πως η ματαίωση των ελπίδων και η κατάθλιψη προκαλούν αύξηση στις διαστάσεις του κακοήθους νεοπλασματος. 9

Συνοψίζοντας η ψυχή η ψυχοτραυματισμοί που σχετίζονται περισσότερο με τον καρκίνο είναι:

- α) Απώλεια (θάνατος ή χωρισμός) αγαπημένου προσώπου.
- β) Μатаιώσουμε σημαντικών γεγονότων.
- γ) Τάση για απογοήτευση και απελπισία μετά από κάθε απώλεια η ματαίωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

2.1.1 ΜΑΣΤΟΣ: Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Στον άνδρα εκτός από λίγες εξαιρέσεις παραμένει ανενεργής ,ενώ στη γυναίκα υπόκειται σε πλήθος λειτουργικών και μορφολογικών μεταβολών ,που σχετίζονται με την εμμηνόρρυσια, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση . Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει σαν συνέπεια πλήθος δυσλειτουργικών και κλινικών εκδηλώσεων , που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά , ως κλινικά προβλήματα . 1

2.1.1.α Ανατομικά στοιχεία:

Ο μαστός στον άνδρα και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη δεύτερη και την έκτη πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Μεταξύ των δύο μαστών περικλείεται ο μεσομάστιος κόλπος. Το όριο του μαστού προς τη μέση γραμμή είναι το χείλος του στέρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μύα και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού. Επειδή όμως η ανάπτυξη του μαστού στους άνδρες και τις γυναίκες διαφέρει ως προς την ανατομία, η πιο κάτω περιγραφή αφορά το γυναικείο μαστό.

Σε κάθε μαστό διακρίνουμε δύο επιφάνειες, μία πρόσθια και μία οπίσθια, όπως και την περιφέρειά του.

α) Η πρόσθια επιφάνεια καλύπτεται από δέρμα και εμφανίζει δύο περιοχές:

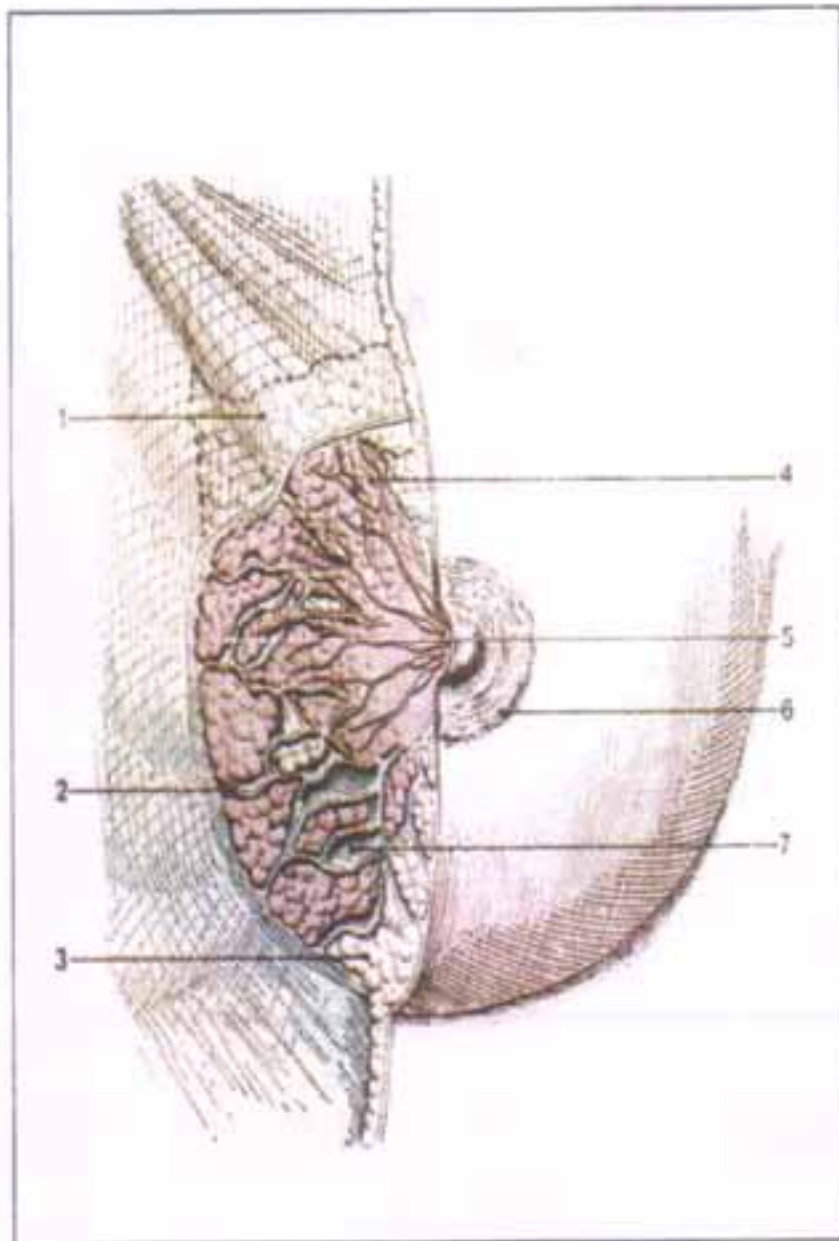
1) τη **θηλή** που αποτελεί κωνοειδές έπαρμα του δέρματος με πολλές ρωγμές και 15-20 στόμια στο κέντρο της ,στα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι(χαρακτηριστική είναι η ύπαρξη κοκκίων μελανίνης στα οποία οφείλεται η καστανέρυθρη χροιά της) και

2) τη **θηλαία άλω** που είναι υποστρογγυλη περιοχή γύρω από τη θηλή της ίδιας χροιάς με αυτήν. Στην εξωτερική επιφάνεια φέρει 10-15 μικρά επάρματα, τα αλωαία οζίδια, που διατάσσονται σε κύκλο γύρω από τη θηλή (τα οζίδια αυτά περικλείουν τους αλωαίους αδένες οι οποίοι είναι κυρίως οσμηγόνοι αλλά και σμηματογόνοι).

β) Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού είναι ελαφρά υπόκοιλη και επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός.

γ) Η περιφέρεια μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα .

Από άποψη κατασκευής ο μαστός αποτελείται από το **δέρμα**, το **περιμαστικό λίπος** και το **μαστικό αδένα**. 24



Μαστός χωρίς το δέρμα του

1. Πρόσθιο πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, 2. Κρεμοστήρας σύνδεσμος, 3. Λίπος, 4. Μαστικός αδένας, 5. Γαλακτοφόροι πόροι, 6. Θηλαία άλω, 7. Ινώδης θύλακας ενός λαβού.

2.2 ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ: Κακοήθη είναι τα νεοπλάσματα που μεγαλώνουν με γρήγορο ρυθμό , δεν έχουν σαφή όρια , ούτε περιβάλλονται από κάψα , διηθούν γειτονικούς ιστούς , προκαλούν μεταστάσεις σε άλλα όργανα και , αν δεν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά , καταστρέφουν την υγεία και προκαλούν θάνατο. Τα κακοήθη νεοπλάσματα εμφανίζουν απώλεια διαφοροποίησης ,ατυπία, αναπλασία και όσα προέρχονται από το μεσεγγυματικό ιστό λέγονται σαρκώματα ,όσα από το λεμφικό λεμφώματα και όσα από το επιθηλιακό καρκινώματα ή καρκίνοι ,όρος , που χρησιμοποιείται για όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα . 2

2.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ: Είναι η συχνότερη κακοήθεια και η συνηθέστερη αιτία θανάτου στις γυναίκες . Ο καρκίνος μαστού μπορεί να θεραπευτεί ,αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και γίνεται με τη διαφώτιση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών. Ο πιο συνηθισμένος τύπος διηθητικού καρκινώματος του μαστού αναπτύσσεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαζικού αδένα και η συνηθισμένη εντόπιση του είναι στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού. Ως κακοήθης όγκος μεθίσταται σε διάφορα όργανα όπως και στον άλλο μαστό , στους πνεύμονες , στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο. Οι μεταστάσεις γίνονται κυρίως με τη λεμφική και την αιματική οδό . 3

2.4 ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΜΑΣΤΟΥ:Συνοπτικά υπάρχουν τρεις τύποι:

A)Εκ των πόρων , που είναι και οι πιο συχνοί

Β) Εκ των λοβίων , δηλαδή των τμημάτων που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή γάλακτος.

Γ) Εκ της θηλής . 4

2.5 ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Πορογενές καρκίνωμα

Μη διηθητικό Διηθητικό

- Μη ειδικός τύπος
- Θηλώδες
- Μυελοειδές
- Βλεννώδες
- Σωληνώδες
- Αδενοειδές κυστικό
- Αποκρινικό
- Νεανικό ή εκκριτικό (Juvenile)

Λοβιακό

Μη διηθητικό Διηθητικό

Νόσος του Paget

Το Πορογενές διηθητικό καρκίνωμα είναι ο πλέον συχνότερος κυτταρικός τύπος, περιλαμβάνοντας 70-80% όλων των περιπτώσεων.

Το Λοβιακό καρκίνωμα είναι συχνά πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο, παρατηρείται συχνότερα σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και έχει αυξημένα επίπεδα ορμονικών υποδοχέων. 22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος μαστού αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, υπολογίζεται ότι εμφανίζεται κατά 30% στους καρκίνους του γυναικείου πληθυσμού, ενώ η συχνότητα στους άνδρες είναι μόλις 1% .

Η επιδημιολογία του καρκίνου μαστού αφορά κυρίως στα αρχικά συμπτώματα, τα οποία κατά 90% ανακαλύπτονται από την ίδια τη γυναίκα .

Αυτά είναι :

1. Ανώδυνη μάζα 60%
2. Επώδυνη μάζα 11%
3. Εκκριση θηλής 9%
4. Τοπικό οίδημα 4%
5. Εισολκή θηλής 3%
6. Ξεφλούδισμα θηλής 2%
7. Διάφορα άλλα 5%

Η επιβίωση εξαρτάται από το στάδιο από το οποίο αρχίζει η θεραπεία .

Όταν γίνεται σε πρώιμο στάδιο φτάνει το 90% ,όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο τόσο μικρότερη είναι η επιβίωση . 1

3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται πολυπαραγοντική νόσος κι αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ορισμένων ηλικιών .Είναι γενικά αποδεκτό ότι η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα .

Αναφέρεται ένα σύνολο παραγόντων που η παρουσία τους και η δράση τους μπορεί να αυξάνει ή να μειώνει τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού . Οι παράγοντες αυτοί έχουν αποδειχθεί μετά από μακροχρόνιες κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες και έχουν αξιολογηθεί με στατιστικές αναλύσεις . 5

3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παρά τις επίπονες και συνεχείς μελέτες, δεν έγινε ακόμα εφικτή η προσέγγιση της αιτιολογίας του καρκίνου μαστού. Παρ' όλο ότι γενετικοί, ιδιοσυστατικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο μαστού, κανένας από μόνος του ή σε συνδυασμό δε μπορεί να εξηγήσει το μηχανισμό γένεσης της νόσου. Η ύπαρξη ενός ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου δε σημαίνει αναγκαία ότι το άτομο θα νοσήσει. Τους παράγοντες κινδύνου μπορούμε να τους ταξινομήσουμε στις εξής κατηγορίες :

1.Γενετικοί παράγοντες

2.Εξωγενείς παράγοντες

3.Περιβαλλοντικοί παράγοντες

3.3.1 Γενετικοί παράγοντες

Γονίδια BRCA1 και BRCA2 : Το 5-10% των γυναικών με καρκίνο μαστού έχουν την ταυτοποιημένη μετάλλαξη , στο γονίδιο BRCA1, εντοπισμένο στο χρωμόσωμα 17q21. Οι συγγενείς τους αν φέρουν μεταλλάξεις του BRCA1, έχουν 50-60% κίνδυνο για καρκίνο μαστού στη διάρκεια της ζωής τους με το 50 % των καρκίνων μαστού να εμφανίζεται πριν την ηλικία των 50 ετών. Ένα δεύτερο γονίδιο, το BRCA2 έχει εντοπιστεί στο χρωμόσωμα 13q12-13.

Αυξανόμενη ηλικία: Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την ηλικία. Περίπου το 77% είναι άνω των 50 ετών κατά τη διάγνωση. Γυναίκες νεότερες των 30 ετών αναλογούν μόνο στο 0,3% των περιπτώσεων. Γυναίκες στα 30 τους αναλογούν σε 3,5% των περιπτώσεων.

Φύλο : Ο καρκίνος μαστού μπορεί να προσβάλλει και τους άνδρες αλλά παρουσιάζεται 100 φορές συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

Οικογενειακό αναμνηστικό καρκίνου μαστού : Μία πρώτου βαθμού συγγενής (μητέρα, αδερφή) με καρκίνο μαστού διπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού σε αυτές. Δύο πρώτου βαθμού συγγενείς πενταπλασιάζει την πιθανότητα. Η ύπαρξη αμφοτεροπλεύρου καρκίνου μαστού επαυξάνει το σχετικό κίνδυνο. Η ύπαρξη καρκίνου μαστού σε άνδρα αυξάνει την πιθανότητα καρκίνου μαστού στις γυναίκες συγγενείς. Επίσης γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου τραχήλου της μήτρας, της

μήτρας ή του παχέως εντέρου εμφανίζουν μεγάλες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο μαστού στο μέλλον.

Μη ολοκληρωμένη εγκυμοσύνη : Ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που ουδέποτε έφεραν σε πέρας μία εγκυμοσύνη ή όσες έμειναν έγκυες μετά τα τριάντα τους . 6

Ηλικία έναρξης εμμήνου ρύσεως : Γυναίκες που είχαν έμμηνο ρύση προ των 12 ετών έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου

Ηλικία εμμηνόπαυσης : Γυναίκες στις οποίες σταμάτησε η έμμηνος ρύση μετά το 55^ο έτος έχουν αυξημένο κίνδυνο .

Διάρκεια εμμήνου κύκλου : Γυναίκες με κύκλο μικρότερο των 26 ημερών έχουν 60 % αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με αυτές που έχουν κύκλο περισσότερων ημερών

Αριθμός εμμήνων κύκλων : Γυναίκες που έχουν άνω των 350 κύκλων στη ζωή τους έχουν αυξημένο κίνδυνο στο διπλάσιο.

Ορμονική υποκατάσταση μετά την Εμμηνόπαυση : Οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μακρόχρονη λήψη (5 χρόνια και άνω) ορμονικής υποκατάστασης είναι δυνατόν να αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο. Ο κίνδυνος αναφέρεται μόνο στις πρόσφατα χρήστες, ενώ επανέρχεται σε αυτόν του γενικού πληθυσμού μετά τη διακοπή 5 ετών. Η απόφαση για τη λήψη ορμονικής υποκατάστασης μετά την Εμμηνόπαυση

πρέπει να λαμβάνεται από τη γυναίκα και το γιατρό της ζυγίζοντας το όφελος και τον κίνδυνο. Παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν συμπεριλαμβάνουν και τους επιβαρυντικούς παράγοντες του καρκίνου μαστού, την οστεοπόρωση και τη σοβαρότητα των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων.

Θηλασμός : Μερικές μελέτες βρίσκουν ότι ο θηλασμός μπορεί να ελαττώνει ελαφρώς το σχετικό κίνδυνο για καρκίνο μαστού, ιδίως εάν συνεχίζεται για 1,5-2 χρόνια. Άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν το αποτέλεσμα αυτό.

3.3.2 Εξωγενείς παράγοντες

Ατομικό αναμνηστικό καρκίνου μαστού : Ασθενής με καρκίνο μαστού έχει αυξημένο κίνδυνο 3 -4 φορές ανάπτυξης καρκίνου στον άλλο μαστό ή σε άλλη θέση του ίδιου, ιδίως αν αναπτύχθηκε πριν από την εμμηνόπαυση. Επίσης ασθενής με προηγηθέντα καρκίνου ενδομητρίου και ωοθηκών έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού ενώ, η ωοθηκεκτομή προ των 40 ετών ελαττώνει το σχετικό κίνδυνο. 22

Μερικές προκαρκινωματώδεις βλάβες του μαστού: ενδέχεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως η θηλωμάτωση, η άτυπη υπερπλασία και ορισμένες φορές οι πολύ μεγάλες κύστες του μαστού. Η ινοκυστική μαστοπάθεια και ο καρκίνος του μαστού φαίνεται να έχουν κοινό ορμονικό υπόστρωμα , αλλά δεν υπάρχει βεβαιότητα ότι η ΙΝΜ πρέπει να θεωρηθεί προκαρκινωματώδης βλάβη .

Προηγηθείσα βιοψία μαστού : Οι ινοκυστικές αλλοιώσεις δεν αποτελούν παράγοντα κινδύνου. Η ινοκυστική νόσος με επιθηλίωση χωρίς ατυπία ή υπερπλασία αυξάνει το σχετικό κίνδυνο 4-5 φορές .

Προηγηθείσα ακτινοβολία : Γυναίκες που έλαβαν ακτινοθεραπεία στην περιοχή του θώρακος στην παιδική ή εφηβική ηλικία για άλλους καρκίνους έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Επίσης, ιδιαίτερα κινδυνεύουν όσες γυναίκες ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό, όσες υπέστησαν ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα 40. 6,22

Λήψη αντισυλληπτικών : Δεν είναι ακόμα επιβεβαιωμένος ο ρόλος τους σαν επιβαρυντικός παράγων στην ανάπτυξη του καρκίνου μαστού.

Διακοπή της κύησης : Πρόσφατη μελέτη απέδειξε ότι η διακοπή της κύησης προκλητή ή αυτόματη δεν ενέχει κίνδυνο για καρκίνο του μαστού .

Ενθέματα Σιλικόνης : Τα Ενθέματα σιλικόνης μπορούν να δημιουργήσουν ουλώδη ιστό που από μελέτες φαίνεται ότι δεν αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού .

3.3.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Τόπος γέννησης : Κάτοικοι χωρών της Β. Ευρώπης και της Β. Αμερικής έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού.

Τόπος κατοικίας : Γυναίκες κάτοικοι πόλεων έχουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με τις γυναίκες των χωριών. Η ατεκνία ή ο πρώτος τοκετός μετά τα 30 έτη αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Αντιθέτως η τεκνοποίηση πριν τα 20 έτη αποτελεί προστατευτικό παράγοντα.

Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση : Αυξημένος κίνδυνος παρατηρείται στις γυναίκες της ανώτερης κοινωνικό-οικονομικά τάξης .

Παχυσαρκία : Είναι συνδυασμένη με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου μαστού ιδίως σε γυναίκες που έγιναν υπέρβαρες μετά την εμμηνόπαυση.

Δίαιτα πλούσια σε λιπαρά : Αντικρουόμενα τα αποτελέσματα των μελετών. Ωστόσο ο κίνδυνος είναι μειωμένος σε χώρες με διατροφή φτωχή σε λιπαρά, πολυακόρεστα και κεκορεσμένα λίπη . Οι μελέτες στις ΗΠΑ δεν επιβεβαιώνουν τα ανωτέρω. Η σχέση της παχυσαρκίας και του καρκίνου μαστού είναι πολυσύνθετος . Η σύγκριση μελετών σε διαφορετικές χώρες επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες όπως η φυσική άσκηση , η διαφορετική διατροφή και οι γενετικοί παράγοντες .

Φυσική εξάσκηση : Εξάσκηση και καρκίνος αποτελεί ένα νέο πεδίο έρευνας . Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η έντονη εξάσκηση σε νεαρή ηλικία μπορεί να εξασφαλίσει μακροχρόνια προστασία κατά του καρκίνου μαστού και ελαφρά φυσική εξάσκηση σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο . Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται για επιβεβαίωση των ανωτέρω .

Μόλυνση του περιβάλλοντος : Μελέτες για το ρόλο του εντομοκτόνου DDE (συγγενής χημική ουσία με το DDT) έδειξαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού είχαν σημαντικά υψηλά επίπεδα της ουσίας . Αντίθετα δε βρέθηκε σχέση με τα PCB, ουσιών που χρησιμοποιήθηκαν άλλοτε ως μονωτικά μηχανών . Έρευνες για το ρόλο των φυτοφαρμάκων και ιδιαίτερα αυτών που μιμούνται τα οιστρογόνα είναι υπό μελέτη.

Κάπνισμα : Η πλειονότητα των ερευνών δε βρήκε σχέση καπνίσματος και καρκίνου του μαστού .

Κατανάλωση οινοπνεύματος : Ημερήσια κατανάλωση 2-5 αλκοολούχων ποτών αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1,5 φορά σε σχέση με τις γυναίκες που δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ .

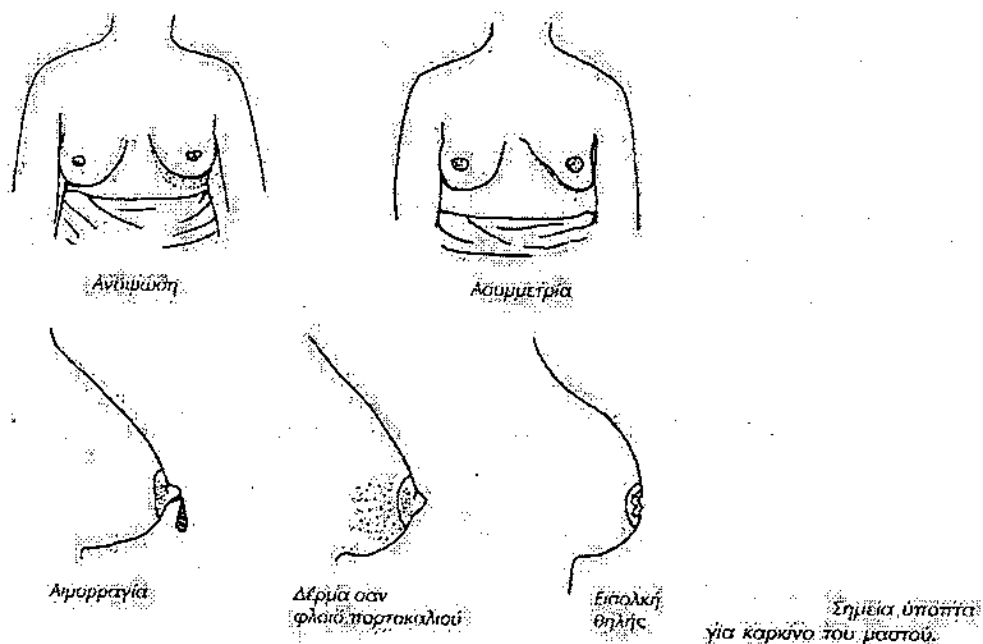
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΚΑΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στους πιο πολλούς ασθενείς , η νόσος εκδηλώνεται ως ψηλαφητό, ανώδυνο , μη κινητό ογκίδιο, που η ίδια η ασθενής ανακάλυψε . Σε άλλες ασθενείς εκδηλώνεται ως έκκριμα στη θηλή, ορώδες ή συνήθως αιμορραγικό . Είναι επίσης πιθανό να εμφανιστεί ως εισολκή της θηλής, που οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή . 4

Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει ακόμα:

- Ερυθρότητα , υπεραιμία , ανομοιόμορφο οίδημα . Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού .
- Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού .
- Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων .
- Πόνος συνήθως απουσιάζει εκτός από τα προχωρημένα στάδια . 7
- Τέλος , ορισμένες φορές , σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 10 - 30% ο καρκίνος εκδηλώνεται ως μεταστατική βλάβη στους λεμφαδένες, οστά, πνεύμονα ή ήπαρ . 4
- Αύξηση ή μείωση του μεγέθους του προσβεβλημένου μαστού.
- Οίδημα της θηλής.



Τα συμπτώματα του μαστού για τα οποία προσέρχονται οι γυναίκες σε ένα εξειδικευμένο τμήμα παθήσεων του μαστού μπορούν να συνοψισθούν στον πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Συμπτώματα για τα οποία προσέρχονται οι γυναίκες στα εξωτερικά ιατρεία

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

Τα πρώτα κλινικά συμπτώματα του ΚΜ φαίνονται στον πίνακα 2

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Πρώτα κλινικά συμπτώματα του ΚΜ

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

.22

4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στον εργαστηριακό έλεγχο για τη διάγνωση του καρκίνου μαστού ανήκουν εξετάσεις αιματολογικές ,κυτταρολογικές, απεικονιστικές κ.α.

4.2.1 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ -ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ -ΙΣΤΟΛΟΦΙΚΕΣ:

Γίνονται αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις για να ελεγχθεί η λειτουργία των άλλων οργάνων και να βρεθούν τυχόν μεταστάσεις. Γίνεται

οποσδήποτε έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας (αλκαλική φωσφατάση, LDH και SGOT) . 6

Στις αιματολογικές εξετάσεις περιλαμβάνονται ακόμα : εκτίμηση τυχόν αναιμίας ,προσδιορισμός της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων , ο προσδιορισμός των τιμών ασβεστίου και φωσφόρου .2

Στις εξετάσεις αίματος ελέγχονται , επίσης , οι νεοπλασματικοί δείκτες , συμπεριλαμβανομένου του καρκινοεμβρυικού αντιγόνου CEA και του CA15-3 . Έτσι διευκολύνεται ο προσδιορισμός της πρόγνωσης και η παρακολούθηση της πορείας της νόσου .

Πραγματοποιούνται ιστολογικές εξετάσεις του όγκου, συμπεριλαμβανομένων των ορμονικών υποδοχέων , DNA και άλλων πρωτεϊνικών δεικτών με δυνητική και προγνωστική αξία . 6

Στον κυτταρολογικό έλεγχο περιλαμβάνεται ο έλεγχος του ήπατος, των οστών αλλά και του ίδιου του μαστικού αδένου . 2

4.2.2 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ:

4.2.2.1 Μαστογραφία: Η περισσότερο σε χρήση μέθοδος ακτινολογικού ελέγχου του μαστού . Είναι η μέθοδος η οποία χρησιμοποιεί ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία ,για να απεικονίσει τα φυσιολογικά ή παθολογικά στοιχεία του μαστού πάνω σε ακτινολογικό φιλμ . Η

ακτινολογική απεικόνιση του μαστού πρέπει να προηγείται κάθε άλλου εργαστηριακού ή ακτινολογικού ελέγχου , , γιατί η αιμορραγία που προκαλείται από την ιστοληψία ή την παρακέντηση κύστης του μαστού , δυσκολεύει την ανάγνωση της μαστογραφίας . 2 Όταν μελετάται μια μαστογραφία παρατηρούνται τα εξής σημεία :

α) Η γενική συγκριτική εικόνα των μαστών

β) Η πάχυνση του δέρματος

γ) Η περιοχή της θηλής

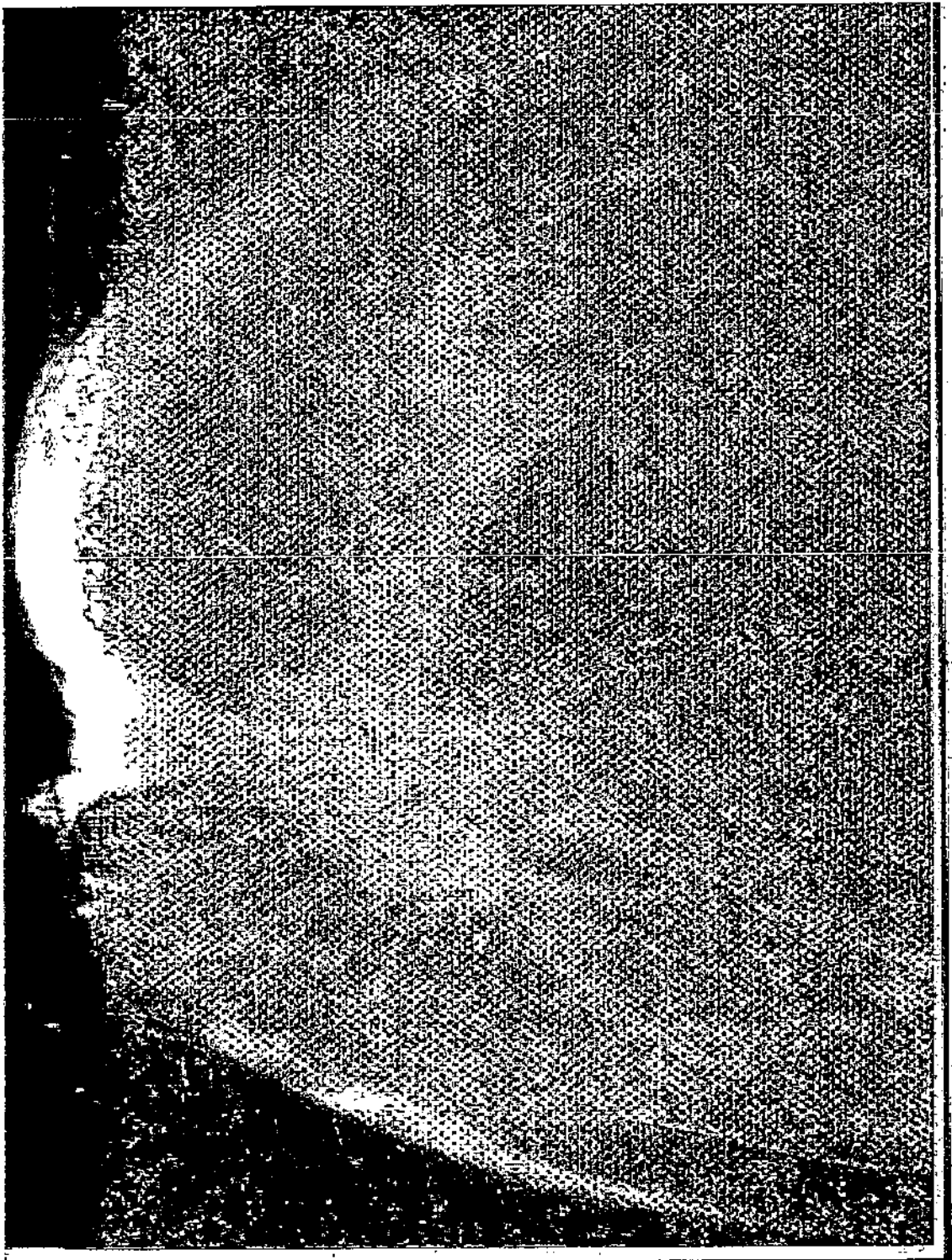
δ) Η αρχιτεκτονική των αδενικών στοιχείων

ε) Η ύπαρξη πύκνωσης ή μάζας

στ) Η ύπαρξη αποτιτανώσεων . 6

Η μαστογραφία ενδείκνυται στις ακόλουθες περιπτώσεις :

- 1) Σε ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση .
- 2) Σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού .
- 3) Σε περιπτώσεις έκκρισης από τη θηλή ή εισολκή της .
- 4) Σε ασθενή με καρκίνο στον ένα μαστό.
- 5) Σε ασθενείς με μεγάλους λιπώδεις μαστούς , όπου με την ψηλάφηση δε μπορεί να γίνει σαφής διάγνωση.
- 6) Σε ανεύρεση μασχαλιαίων αδενικών μεταστάσεων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας . 1



Μαστογράφημα
Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων:

4.2.2.2 Ξηρογραφία: Είναι μια παραλλαγή της μαστογραφίας. Η ακτινολογική πλάκα αντικαθίσταται με φορτισμένη με στατικό ηλεκτρισμό πλάκα σεληνίου, που με ειδική επεξεργασία μας δίνει το τελικό αποτέλεσμα σε χαρτί. Οι διαφορές που παρουσιάζει με τη μαστογραφία είναι οι εξής :

α) Η Ξηρογραφία είναι πιο σύντομη μέθοδος

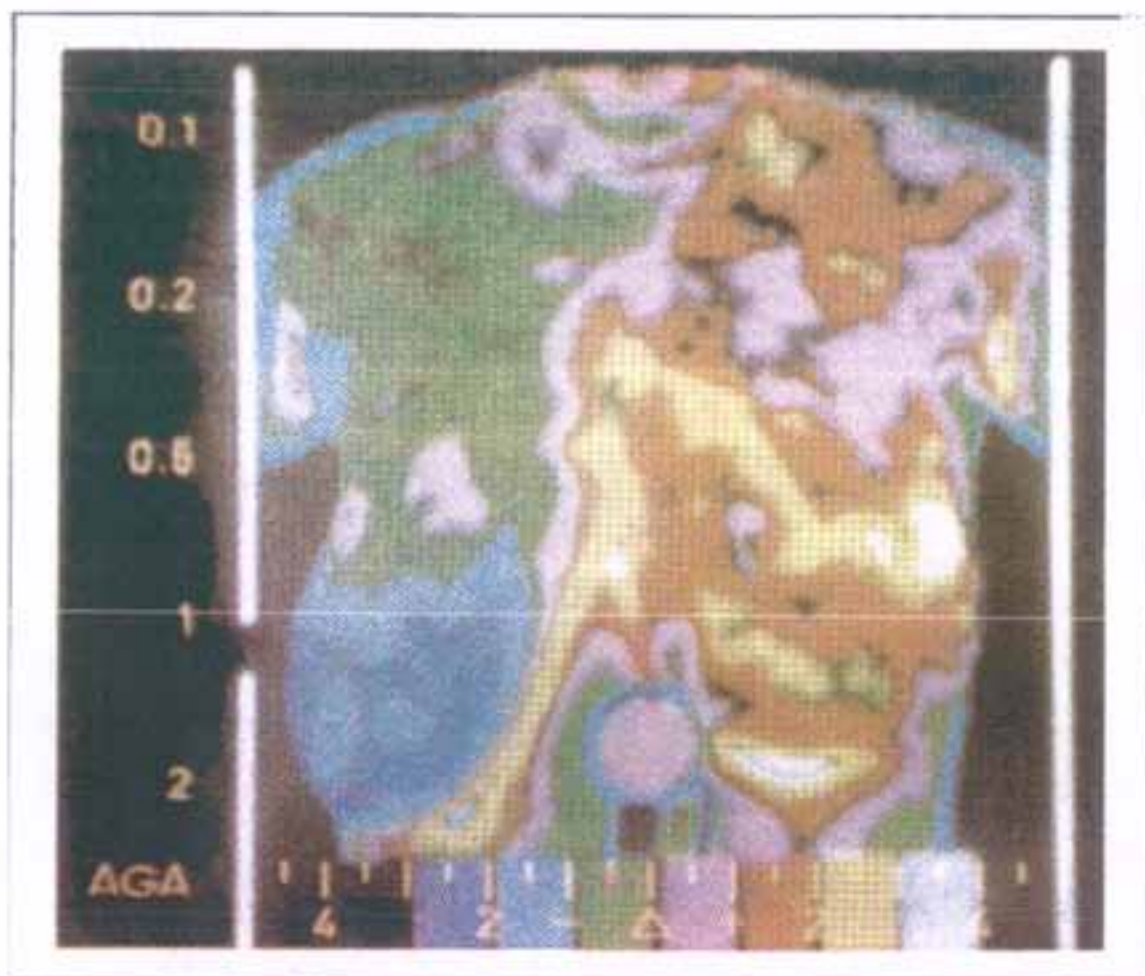
β) Μας δίνει περισσότερες πληροφορίες για τον οπισθομαζικό χώρο και για την μασχάλη.

γ) Οι μικροασβεστώσεις φαίνονται καλύτερα ενώ στη μαστογραφία οι μάζες στο μαστό φαίνονται καλύτερα.

δ) Η Ξηρογραφία είναι ανώτερη σε διαγνωστική αξία κατά 5%.

Σε τελική όμως ανάλυση, η διαγνωστική ακρίβεια των δύο μεθόδων εξαρτάται από την καλή ποιότητα της εικόνας και από την εμπειρία του γιατρού σε κάθε μέθοδο.

4.2.2.3 Θερμογραφία: Είναι η διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με τη βοήθεια του θερμογράφου. Στηρίζεται στην υπέρυθη ακτινοβολία που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα. Στο υπερκείμενο δέρμα της κακοήθους νεοπλασίας η θερμοκρασία ανεβαίνει 1-3 βαθμούς C. Δεν προτιμάται σαν το μόνο διαγνωστικό μέσο, αλλά πάντα συνδυασμένη με μαστογραφία. 2



Θερμογράφημα
Καρκίνος δεξιά (κόκκινο γωμία).

4.2.2.4 Υπερηχογράφημα: Είναι διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπέρηχους , δηλαδή σε ηχητικά κύματα ,που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και να αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια ,που χαρακτηρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς .2 Δεν εκθέτει το μαστό σε ακτινοβολία και αποτελεί τη μόνη διαγνωστική μέθοδο που διακρίνει τις κυστικές από τις συμπαγείς βλάβες. Είναι λιγότερο



Υπερηχογράφημα
Καρκίνος.

4.2.2.5 Αξονική τομογραφία: Η κύρια συμβολή της αφορά στους πυκνούς μαστούς, όπου η μαστογραφία δεν είναι διαφωτιστική, καθώς και στους μικρούς σε μέγεθος καρκίνους που δεν ανιχνεύονται ούτε κλινικά ούτε μαστογραφικά. Από την άλλη μεριά όμως, δίνει υψηλή δόση ακτινοβολίας (15 φορές μεγαλύτερη από της μαστογραφίας) γι' αυτό δεν χρησιμοποιείται στον προσυμπτωματικό έλεγχο. 1

4.2.2.6 Διαφανογράφημα: Αποτελεί τη σημερινή εκδοχή μιας παλιάς τεχνικής προβολής φωτός διαμέσου του μαστού, της διαφανοσκόπησης. Μια φωτεινή πηγή τοποθετείται κάτω από το μαστό σε απόλυτα φωτεινό εξεταστήριο και παρατηρούνται τμηματικές διαφορές στη φωτεινότητα. Οι μικρές μάζες είναι δύσκολο να εκτιμηθούν και μια σκοτεινή σκιά δεν μπορεί να διαχωρίσει μια καλοήγη από μια κακοήγη μάζα. 1

4.2.2.7 Φλεβογραφία: Με αυτήν ελέγχεται η κατάσταση των εσωμαστικών λεμφογαγγλίων . Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας ενδομυελικών στο κάτω άκρο του στέρνου ,με γενική νάρκωση . Φυσιολογικά ,οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται . Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά στοιχεία πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων , χωρίς να αποκλείεται όμως η ύπαρξη απλής αδενίτιδας , όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων . 7

4.2.2.8 Γαλακτοφορογραφία: Γίνεται με έγχυση σκιαγραφικής ουσίας μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους , διαμέσου των πόρων της θηλής . Έτσι μπορούμε να διαγνώσουμε διευρυμένους ή παραμορφωμένους ή αποφραγμένους από νεοπλασία πόρους . Η εξέταση αυτή γίνεται όταν υπάρχει εκροή υγρού από τη θηλή και γίνεται αφού προηγηθεί κυτταρολογική εξέταση υγρού . 7

4.2.2.9 Σπινθηρογράφημα: Με την εξέταση αυτή ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά . Είναι πιο ευαίσθητα απ' ότι ο ακτινολογικός έλεγχος και δίνει πολύ καλή απεικόνιση του αριθμού και των θέσεων των μεταστάσεων . 7

4.2.2.10 Ακτινολογικός έλεγχος : Γίνεται στον πνεύμονα και στο μεσοθωράκιο για τον αποκλεισμό μεταστάσεων . 3

4.2.2.11 Τρυπανοβιοψία: Η βιοψία δια τρυπανισμού είναι απλή , αναίμακτη, και σε υψηλό βαθμό ακριβής μέθοδος για την ιστολογική διάγνωση των όγκων του μαστού ,σε ταχεία ή κανονική ιστολογική εξέταση και ακόμη για τη μέτρηση οιστρογονικών υποδοχέων ,ιδίως σε νεοπλάσματα τα οποία δεν επιδέχονται χειρουργική επέμβαση. Η μέθοδος αυτή υπερτερεί σαφώς της λήψης υλικού απ' τον όγκο με σύριγγα, για κυτταρολογική εξέταση ,η οποία δίνει υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων . 7

4.2.2.12 Βιοψία: Είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας. Δύο μέθοδοι βιοψίας του μαστικού αδένου έχουν περιγραφεί :

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

2) Η βιοψία με ολική εκτομή , δηλαδή η αφαίρεση του ογκιδίου που έχει διαγνωστεί κλινικά .Με αυτόν τον τρόπο πολλά φλεβικά και λεμφαγγειακά στελέχη τέμνονται και υπάρχουν κίνδυνοι διασποράς καρκινικών κυττάρων. 7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

5.1ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Το στάδιο της νόσου έχει άμεση σχέση με την πρόγνωση και καθορίζει το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί , ιδιαίτερα όταν υπάρχουν πολλά είδη θεραπείας . Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά TNM , ο καρκίνος του μαστού σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T) , την προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων (N) και την παρουσία ή όχι μεταστάσεων (M) . Κλινικά υπάρχουν τέσσερα στάδια . Το στάδιο 0 είναι ο καρκίνος insitu που εντοπίζεται στο σημείο της προέλευσής τους και δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γύρω ιστούς ή να διασπείρεται .6

Η σταδιοποίηση της νόσου γίνεται σύμφωνα με την ταξινόμηση της UICC κατά TNM. Χρησιμεύει για την ομαδοποίηση των ασθενών και τη μέτρηση διαφόρων παραμέτρων επιβίωση, θνησιμότητα) τον καθορισμό της πρόγνωσης και της θεραπείας.

Ο πρωτοπαθής όγκος T (Tumor) ανάλογα με το μέγεθος χαρακτηρίζεται ως :

T0: Με ψηλαφητό μόρφωμα

T1: Μέγεθος έως 2.0 εκ.

T2: Μέγεθος από 2:0 εκ. έως 5:0 εκ.

T3: Μέγεθος από 5.0 εκ. και πάνω

T4: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα.

Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων N (nodes) χαρακτηρίζεται ως

:

N0: Όταν δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

N1: Όταν υπάρχουν μεταστάσεις σε κινητούς λεμφαδένες.

N2: Όταν υπάρχουν μεταστάσεις σε block λεμφαδένων.

N3: Όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της έσω

μαστικής

Υπάρχει και η ιστοπαθολογική κατάταξη pN σύμφωνα με το βαθμό της διήθησης και τον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων .

Η ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων M χαρακτηρίζεται ως :

M0: Δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

M1: Υπάρχουν μεταστάσεις απομεμακρυσμένες (συμπεριλαμβάνονται οι σύστοιχοι Υπερκλείδιοι λεμφαδένες).

Με το συνδυασμό του T, N, και M προσδιορίζουμε τα 4 στάδια του καρκίνου μαστού . 23

5.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.2.1 Ανασκόπηση θεραπείας

Σήμερα αποτελεί πάγια τακτική η συνεργασία των οικογενειακών γιατρών, των χειρουργών , των ακτινοθεραπευτών και των ογκολόγων για να προγραμματίσουν και να εφαρμόσουν τη θεραπεία σε κάθε ασθενή . Ο καθένας τους είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις που λαμβάνονται και μπορεί να πληροφορεί την ασθενή και την οικογένειά της, καθώς και τα

άλλα μέλη της ιατρικής ομάδας. Σε ορισμένες χώρες ορίζεται δια νόμου ότι οι πληροφορίες για τα διάφορα είδη θεραπείας παρέχονται γραπτώς . 6

Επίσης ανάλογα με τα στάδια του καρκίνου μαστού επιλέγεται και η μέθοδος θεραπείας.

Ταξινόμηση καρκίνου μαστού και προτεινόμενη μέθοδος θεραπείας.

Κλινικά ανατομικά σημεία	Αντιμετώπιση
Στάδιο I Μάζα εντοπιζόμενη στο μαστό όλοι οι αδένες αρνητικοί	Ριζική μαστεκτομή. Προτιμάται από τους περισσότερους Αμερικανούς χειρουργούς. Μερικοί προτιμούν απλή μαστεκτομή και ακτινοβολία. Άλλοι προτιμούν απλή μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία.
Στάδιο II Μάζα εντοπιζόμενη στο μαστό μασχαλιαίοι αδένες θετικοί	Προτιμάται η ριζική μαστεκτομή με ή χωρίς μετεχειρητική ακτινοβολία.
Στάδιο III Μάζα μαστού τοπικά εκτεταμένη μασχαλιαίοι, υπερχλειδίοι και έσω μαστικοί αδένες θετικοί	Η κατάσταση αυτή θεωρείται ανεγχείρητη. Η παρέμβαση εξαρτάται από την έκταση της νόσου: 1. Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία. 2. Ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.
Στάδιο IV Απόμεκρούμενες μεταστάσεις	Η παρέμβαση εξαρτάται από την εντοπισμό της μετάστασης (όστα, μασκά μέρη κ.λπ.) 1. Ακτινοθεραπεία για αρχική αλλοίωση ή μετάσταση. 2. Ορμονοθεραπεία α. Συστηματική οιστρογόνα, ανδρογόνα ή κορτικοστεροειδή. β. Χειρουργική εξαίρεση, ωθήκεκτομή, επινεφριδεκτομή, υποφυσεκτομή 3. Χημειοθεραπεία.

Παρακάτω περιγράφονται περιληπτικά οι ιατρικές θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

5.2.1.α Χημειοθεραπεία

Μία από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού είναι η Χημειοθεραπεία. Η Χημειοθεραπεία, δεν θεραπεύει τον καρκίνο όμως επιβραδύνει την εξέλιξη του και περιορίζει τις διαστάσεις του. Τα

φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης δράση τους, όμως δεν απευθύνεται μόνο στο κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Γι' αυτό και είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου που θα καταστρέψει τα κακοήθη κύτταρα, χωρίς να επηρεάσει τα υγιή.

Επίσης σημειώνεται ότι η Χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε δύο κατηγορίες με διαφορετικό στόχο η καθεμιά : **1) η προφυλακτική Χημειοθεραπεία**, η οποία συμπληρώνει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη χειρουργική με στόχο να καταστρέψει τα υπολείμματα όγκου που δεν είναι κλινικοεργαστηριακώς διαπιστώσιμα και ευθύνονται για τη μελλοντική υποτροπή της νόσου και **2) η Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου του μαστού**, η οποία έχει στόχο την αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων.

Η εκλογή της Χημειοθεραπείας ως μεθόδου θεραπείας του καρκίνου του μαστού, καθορίζεται από τους εξής παράγοντες :

- i. Από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου.
- ii. Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου.
- iii. Από την κατάσταση της ασθενούς.
- iv. Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας.
- v. Από τις συνθήκες και την πείρα των γιατρών.
- vi. Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο. 7

1) Προφυλακτική ή συμπληρωματική Χημειοθεραπεία.

Η προφυλακτική Χημειοθεραπεία χορηγείται σήμερα στις περισσότερες ασθενείς μετά την επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η

ανάπτυξη των ενυπαρχόντων νεοπλασματικών κυττάρων , τα οποία μπορεί να αυξηθούν , με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος. 6. Η έναρξη της προφυλακτικής Χημειοθεραπείας πρέπει να γίνεται μέσα στις τρεις πρώτες μετεγχειρητικές εβδομάδες και να αποφεύγεται η επιμήκυνση των μεσοδιαστημάτων. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της Χημειοθεραπείας όπως είναι η αλωπεκία , η ναυτία , οι εμετοί , οι δερματικές αλλαγές , η διάρροια , η φθορά των αιμοφόρων αγγείων , η διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας , της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου και οι οποίες μπορεί να έχουν καταστρεπτικές επιδράσεις στη σωματική και ψυχοσυναισθηματική υγεία της ασθενούς. 7

2) Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου μαστού(σε μεταστατική νόσο)

Πολλοί θεραπευτικοί συνδυασμοί έχουν σημαντικές πιθανότητες να περιορίσουν το μέγεθος ή να σταματήσουν την ανάπτυξη των μεταστατικών όγκων . Σ' αυτή την περίπτωση η ίαση δεν είναι συνήθως δυνατή, αν και η βελτίωση των συμπτωμάτων και η σμίκρυνση του όγκου ενδέχεται να διαρκέσουν επί μήνες, και συχνά επί αρκετά χρόνια. Σε διάφορες κλινικές μελέτες ερευνώνται επιθετικότεροι και δραστικότεροι θεραπευτικοί συνδυασμοί. 6

5.2.1.β Ακτινοθεραπεία

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

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

Στις ασθενείς στις οποίες αναπτύσσεται αργότερα υποτροπή της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα, συχνά εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία ευρείας έκτασης (αν δεν έχει ακτινοβληθεί προηγουμένως η περιοχή) ώστε να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα που ενδεχομένως υπάρχουν στη γύρω περιοχή. Έτσι, στις εντοπισμένες υποτροπές επιτυγχάνεται μόνιμος έλεγχος της νόσου περίπου στις μισές ασθενείς. 6

Πολλές από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των ακτινοβολιών έχουν πέρα από το βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό σκέλος. Μία από τις συχνές παρενέργειες, η ναυτία και ο έμετος επιβαρύνουν πολύ έντονα την ψυχολογική κατάσταση των αρρώστων. Πολλά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπισή τους, αλλά τους Regato και Sprjut(1977) η ασφαλέστερη αντιμετώπιση είναι η πρόληψή τους. Η ναυτία και οι έμετοι, από τις πιο συχνές αιτιάσεις, δεν οφείλονται πάντα στις ακτινοβολίες, ιδιαίτερα μετά τη συμπλήρωση της θεραπείας, και σ' αυτό οι πιο πάνω συγγραφείς επικαλούνται την προσοχή μας. Κατά τους Sallan και

Cronin (1982) εκτός από τη σημαντική συγκινησιακή φόρτιση οι έμετοι συχνά αναγκάζουν τους αρρώστους να αρνούνται την παραπέρα θεραπεία. 9

Πρόβλημα, κύρια αισθητικό, παραμένει η υπέρχρωση και η τηλαγγειεκτασίες καθώς και οι ατροφικές αλλοιώσεις του δέρματος που ακολουθούν την ακτινοθεραπεία και φυσικά τα δυσίατα εγκαύματα που εμφανίζονται σε ορισμένες περιπτώσεις. 9

5.2.1.γ Ορμονοθεραπεία

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

Πρόσφατα ανακαλύφθηκε ότι το ποσό των οιστρογόνων και των προγεστερονικών υποδοχέων του όγκου σημαίνει ότι η ανάπτυξη του εξαρτάται από τις εν λόγω ορμόνες. Οι σχετικές μετρήσεις είναι σημαντικές για να προσδιοριστεί η συμπεριφορά του όγκου και η θεραπεία.

Οι όγκοι ταξινομούνται ως θετικοί ή αρνητικοί ανάλογα με το ποσό των πρωτεϊνικών υποδοχέων που διαθέτουν . όταν οι όγκοι έχουν θετικούς

ορμονικούς υποδοχείς , η πρόγνωση είναι καλύτερη και η επιβίωση της ασθενούς μακρύτερη .

Οι υποδοχείς οιστρογόνων ανευρίσκονται περίπου στα 2/3 των ασθενών, ενώ μόνο το 40%-50% παρουσιάζουν υποδοχείς για την προγεστερόνη. Όγκοι με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς παρουσιάζονται συνήθως στις γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση .

Περίπου οι μισές ασθενείς με όγκους θετικούς για ορμονικούς υποδοχείς και ιδίως οι μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση, θα ανταποκριθούν στην ορμονοθεραπεία αν λάβουν κάποιο φάρμακο όπως η **Tamoxifen**, η οποία εμποδίζει τη δράση των οιστρογόνων στα καρκινικά κύτταρα. Ωστόσο, μερικές φορές χρησιμοποιείται η **προγεστερονοειδής ορμόνη Megace**, άλλοτε δε ο παράγων με ανδρογονική δράση **Halotestin**. Και τα δύο φάρμακα δίνονται συνήθως όταν η **Tamoxifen** δεν αναστέλλει πλέον την ανάπτυξη του όγκου. Όταν ο όγκος δεν έχει ούτε οιστρογονικούς ούτε προγεστερονικούς υποδοχείς, οι ασθενείς παρουσιάζουν μικρή ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία. Συνεπώς, δεν παίρνουν φάρμακα όπως η **Tamoxifen** ως συμπληρωματική θεραπεία ή για μεταστατική νόσο. Επειδή μπορεί να παραμείνουν στο σώμα κάποια κρυμμένα καρκινικά κύτταρα του μαστού μετά την αρχική θεραπεία είναι εξαιρετικά σημαντικό πριν δοθεί οποιοδήποτε είδος γυναικείων ορμονών, η ασθενής να συζητήσει με τον ογκολόγο της τον κίνδυνο που δυνητικά υπάρχει . 6

5.2.1.δ Χειρουργική

Στο παρελθόν ο κύριος ρόλος της χειρουργικής ήταν η επέμβαση σε ένα μόνο στάδιο κατά το οποίο γινόταν βιοψία και ακολουθούσε ριζική

μαστεκτομή. Συχνά η γυναίκα ανακάλυπτε ξυπνώντας ότι είχε υποστεί μαστεκτομή. Ευτυχώς, τα τελευταία 20 χρόνια, η χειρουργική επέμβαση γίνεται σε δύο ή τρία στάδια.

Κατ' αρχάς γίνεται βιοψία. Έτσι καθίσταται δυνατό να γίνει εμπειριστατωμένη συζήτηση με την ασθενή και την οικογένειά της για τους τρόπους θεραπείας.

Σήμερα ο χειρουργός μπορεί να επιλέξει αν θα διενεργήσει τη βιοψία είτε με βελόνα είτε μέσω κάποιας περιορισμένης τομής είτε αφαιρώντας ολόκληρη τη μάζα. Ενδεχομένως επίσης να πρέπει να πάρει βιοψία από περιοχές για τις οποίες υπάρχει υπόνοια μετάστασης. Το υλικό της βιοψίας πρέπει να περιέχει αρκετή ποσότητα ιστού ώστε να γίνει ανάλυση για ορμονικούς υποδοχείς.

Αν κατά τη βιοψία διαπιστωθεί καρκίνος, υπάρχουν ποικίλες θεραπευτικές λύσεις. Η **παραδοσιακή ριζική μαστεκτομή κατά Halsted**, που σήμερα διενεργείται σπάνια, συνίσταται στην αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, των μασχαλιαίων λεμφαδένων και των μυών του θωρακικού τοιχώματος. Σήμερα, σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα αν ο όγκος είναι εκτεταμένος, διενεργείται η **τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή**, κατά την οποία αφαιρούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες αλλά όχι οι θωρακικοί μύες. Ο χειρουργός επίσης μπορεί να αφαιρέσει τμήμα μόνο του μαστού, ακολουθώντας μια τεχνική που συνήθως αποκαλείται **τμηματεκτομή**. Οι μικρότερης έκτασης επεμβάσεις, αν βέβαια επιλεγούν ορθά, έχουν τις ίδιες πιθανότητες ίασης, και μάλιστα με πολύ καλύτερα αισθητικά, λειτουργικά, και ψυχολογικά αποτελέσματα.

Είναι πλέον παραδεκτό ότι οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες δεν αποτελούν αποτελεσματικό φραγμό στη διασπορά του όγκου. Ως εκ τούτου, η

αφαίρεση των λεμφαδένων δεν αποσκοπεί πια στην ίαση αλλά κυρίως μας παρέχει πληροφορίες για τον κίνδυνο υποτροπής ή μεταστάσεων, και επίσης συμβάλλει να προσδιοριστεί ακριβέστερα η ανάγκη συμπληρωματικής Χημειοθεραπείας. Η αφαίρεση όλων ή μερικών λεμφαδένων της μασχάλης (χειρουργικός καθαρισμός ή δειγματοληψία των μασχαλιαίων λεμφαδένων, αντίστοιχα) μπορεί να γίνει με χωριστή τομή κατά τη διάρκεια της πρώτης επέμβασης ή να αποτελεί εντελώς ανεξάρτητη επέμβαση. Η δειγματοληψία των μασχαλιαίων λεμφαδένων πραγματοποιείται στις περισσότερες ασθενείς και παραλείπεται μόνο αν τα αποτελέσματα της δεν αναμένεται να επηρεάσουν τη θεραπεία.. 6

5,3 Ανακατασκευή του μαστού

Ένας άλλος ρόλος της χειρουργικής είναι η ανακατασκευή του μαστού μετά την αφαίρεσή του. Αυτό γίνεται πλέον συχνότερα, νωρίτερα και με τεχνικές που έχουν πιο αποδεκτά αισθητικά αποτελέσματα. 6 Έτσι ώστε οι γυναίκες που υπέστησαν μαστεκτομή μπορούν να αποκαταστήσουν τη φυσική τους εμφάνιση με ποικίλους τρόπους ,στους οποίους συγκαταλέγεται ο προσθετικός μαστός .Με την ανακατασκευή του μαστού όμως δημιουργείται αίσθηση πληρότητας, δεν τοποθετείται εξωτερικά προσθετικό υλικό και δεν είναι τόσο μεγάλη η ανάγκη να τροποποιηθεί ο ρουχισμός.

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού,κι ο καθένας τους έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Υπάρχουν επίσης τρόποι ανακατασκευής της θηλής. Μπορεί να χρειαστεί να τροποποιήσουμε το σχήμα του άλλου μαστού, να τον μικρύνουμε ή να τον μεγαλώσουμε, ώστε

να υπάρχει η καλύτερη δυνατή συμμετρία ώστε να επιτευχθεί η αρμονικότερη εμφάνιση. Απαιτείται συνήθως η συνεργασία ομάδας ειδικών (πλαστικού χειρουργού, γενικού χειρουργού, ακτινολόγου και γενικού γιατρού).

Η άμεση ανακατασκευή ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς μασχالياίους λεμφαδένες που επιθυμούν να αποφύγουν μια δεύτερη επέμβαση αλλά έχουν συνειδητοποιήσει πως υπάρχει κάποιος ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος να προκύψουν προβλήματα επούλωσης. Όταν όμως ο όγκος είναι μεγάλος και πρέπει να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αποφεύγεται συνήθως η άμεση ανακατασκευή του μαστού. Ο αρχικός στόχος είναι η ίαση από τον καρκίνο, ενώ η ικανοποιητική πλαστική ανακατασκευή έρχεται σε δεύτερη μοίρα.

Η ανακατασκευή του μαστού καθυστερεί όταν μαζί με τη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τα συστατικά του αίματος και το ανοσολογικό σύστημα, οπότε αυξάνεται ο κίνδυνος λοίμωξης, επιβραδύνεται η επούλωση του τραύματος και εκδηλώνονται και άλλες επιπλοκές. Συνήθως η ανακατασκευή αναβάλλεται για τέσσερις έως έξι εβδομάδες μετά τη συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και δύο έως τρεις μήνες μετά το πέρας της χημειοθεραπείας. 6

5.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Επειδή η βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού είναι κάθε φορά και διαφορετική, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει η σύγχρονη επιστήμη, αυτός παραμένει ύπουλος και με αβέβαιη πρόγνωση. Ο γιατρός,

που θα βιασθεί να την προσδιορίσει , δεν έμαθε ακόμα όσα έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού . Γενικά, στην πρόγνωση, είναι δυνατό να μας βοηθήσουν : η εντόπισή του στα τέσσερα τεταρτημόρια του μαστού, ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων, οι αγγειακές διηθήσεις, το εντοπισμένο ή διηθητικό του όγκου, το μέγεθός του και το φλεγμονώδες αυτού, ο ιστολογικός του τύπος, η διαφοροποίησή του, η σταδιοποίησή του και η ύπαρξη αρμονικών υποδοχέων.

Σχετικά με τη διαφοροποίηση, όταν αυτή είναι υψηλή, η 20ετής επιβίωση φτάνει το 40%, όταν είναι χαμηλή, το 20%.

Σχετικά με τη σταδιοποίηση, όταν ο καρκίνος βρίσκεται στο στάδιο I, το ελεύθερο νόσου διάστημα για 10 χρόνια φτάνει το 50-90-%, στο στάδιο II το 40-70%, στο στάδιο III, στο 10-20% και στο στάδιο IV, μέχρι 5%.

Οι αιτίες θανάτου από καρκίνο του μαστού, κατά σειρά συχνότητας είναι : πνευμονική ανεπάρκεια (26%), λοίμωξη (24%), καρδιακή ανεπάρκεια (15%), άλλες επιπλοκές (20%). 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

6.1 ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

6.1.1 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Από τις κακοήθειες του μαστού το 2 — 5% παρατηρείται σε εγκυμονούσες γυναίκες. Η ανίχνευση ογκιδίων, μεταβολών στο μαζικό ιστό ή μαζών είναι πιο δύσκολη κατά την εγκυμοσύνη, εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν σ' αυτή την περίοδο. Αν διαπιστωθεί κάποιο ογκίδιο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι σκόπιμο να γίνει μαστογραφία με κατάλληλη θωράκιση ή βιοψία μαστού, είτε με αναρρόφηση ή χειρουργικά. Η θεραπεία βασικά είναι ίδια, αν και η ακτινοβολία αντενδείκνυται κατά την εγκυμοσύνη. Αν διαπιστωθεί επιθετική νόσος κατά την αρχή της εγκυμοσύνης και συσταθεί χημειοθεραπεία, η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι μια επιλογή.

Μερικοί χειρουργοί συμβουλεύουν την άρρωστη να περιμένει δύο χρόνια μετά τη θεραπεία για καρκίνο, πριν αποφασίσει να μείνει έγκυος. Στην περίπτωση σταδίου II ή σταδίου III της νόσου, οι άρρωστες συμβουλεύονται να περιμένουν 4 χρόνια. Εγκυμοσύνη μετά από θεραπεία για καρκίνο μαστού δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου. 3

6.1.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Παρόλο που ο καρκίνος μαστού σπάνια μπορεί να επηρεάσει τους άνδρες, περίπου 200 άνδρες αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο και 90 άνδρες το χρόνο πεθαίνουν από αυτόν, ενώ 1% από όλους τους καρκίνους μαστού επηρεάζουν τους άνδρες, συνήθως σε μεγαλύτερη ηλικία, από τις γυναίκες. Αυτοί που πάσχουν, συχνά υποβάλλονται σε χειρουργείο για καρκίνο μαστού σε πρωταρχικό στάδιο, όπου η νόσος εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα διότι ο όγκος προσβάλλει το δέρμα.¹⁰ Αν και το συνηθέστερο σημείο της νόσου είναι κάποιο ανώδυνο εξόγκωμα, τα περισσότερα τέτοια εξογκώματα στους άνδρες είναι καλοήθη και οφείλονται σε άλλους λόγους όπως σε φάρμακα ή κάποια ηπατική νόσο.⁶

Οι θεραπείες που προσφέρονται, γενικά είναι παρόμοιες με αυτές του γυναικείου καρκίνου μαστού. Οι Patterson, Battersby and Bach,(1980) ανέφεραν ότι όταν δινόταν Tamoxifen στους άνδρες με καρκίνο του μαστού, παρήγαγε μια ύφεση σχεδόν στους μισούς από όσους θεραπεύονταν.

Επειδή είναι μια πολύ σπάνια μετάσταση, πολύ λίγα έχουν καταγραφεί για τα ψυχολογικά προβλήματα που εντοπίζονται στους άνδρες με καρκίνο μαστού. Αρχικά, ο άνδρας πρέπει να αντιμετωπίσει τη σπανιότητα της ασθένειάς του, η οποία μπορεί να τον κάνει να νιώθει απομονωμένος και ντροπιασμένος, ειδικά αφού πρέπει να συμβιβαστεί με μια ασθένεια που είναι κυρίως γυναικεία.

Η θεραπεία μπορεί να καθιστά αναγκαίο τον ευνουχισμό, ο οποίος μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την εικόνα του ανδρικού κορμιού. Σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι άνδρες μπορούν να αναπτύξουν λεμφοοίδημα του άνω

άκρου, το οποίο μπορεί να καταστήσει τον άνδρα ανίκανο θυμίζοντάς του συνεχώς την ασθένειά του.

Ο άνδρας με καρκίνο μαστού χρειάζεται την ίδια φροντίδα με μια γυναίκα, όπως και την κατανόηση των ειδικών αναγκών ενός άνδρα με αυτή την ασθένεια. 10

Η φτωχή πρόγνωση του καρκίνου του μαστού των ανδρών ίσως σχετίζεται με την καθυστέρηση της θεραπείας (έως και 10 μήνες), που πιθανώς οφείλεται στην ελαττωματική ευαισθησία του κοινού και των γιατρών ως προς τη διάγνωση της νόσου. 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

7.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Μέθοδοι πρόληψης καρκίνου μαστού: Παρά τις προόδους στην ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία, η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού τα τελευταία 40 χρόνια έχει επηρεασθεί πολύ λίγο. Ο βασικός λόγος αυτής της "αποτυχίας" θεωρείται η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου σε στάδια που η θεραπεία δεν μπορεί να δώσει πλέον πλήρη ίαση στον ασθενή . 11

Για να λυθεί αυτό το πρόβλημα δυο είναι οι κύριες μέθοδοι πρόληψης του καρκίνου του μαστού , η πρωτογενής και η δευτερογενής πρόληψη .

7.1.α Πρωτογενής πρόληψη : Αποσκοπεί στην αποφυγή έναρξης των παθογενετικών διαδικασιών , που οδηγούν τελικά στη νόσο και στο θάνατο . Οι ειδικές δραστηριότητες της νοσηλεύτριας στην πρωτογενή πρόληψη είναι βασικά οι εξής :

- Γνώστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του ΚΜ . Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας , αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος .
- Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του .
- Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας , σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες .

- Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό ,αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο 1 με ποσοστό θεραπείας 90% , σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο 4 με ποσοστό ίασης 24% . 8

Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε καθυστερημένη διάγνωση , να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση .Οι κυριότεροι παράγοντες είναι :

- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες .
- Έλλειψη ενημέρωσης
- Ψυχολογικοί παράγοντες οι οποίοι είναι οι εξής : φόβος ,σεμνοτυφία και ντροπή , αποφυγή ψηλάφησης μαστού ,αρνητισμός , κατάθλιψη, καταπίεση. 7

7.1.β Δευτερογενής πρόληψη:Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου μαστού είναι η διάγνωση του σε προσυμπτωματικό στάδιο και προϋποθέτει την ύπαρξη αξιόπιστων μεθόδων .Οι μέθοδοι αυτές πρέπει να είναι φθηνές, ανώδυνες και εύχρηστες , έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν μαζικά , χωρίς ιδιαίτερους και περίπλοκους τρόπους προσέγγισης του πληθυσμού .Άλλωστε ,όσο μικρότερος είναι ο όγκος τη στιγμή της διάγνωσης ,τόσο μεγαλύτερη είναι η επιβίωση . 11

Θα αναφερθούμε στη μεγάλη συμβολή της νοσηλεύτριας στα εξής θέματα :

7.2 Λήψη ιστορικού

Είναι σαφές ότι όπως σε κάθε πάθηση , έτσι και για τις παθήσεις του μαστού πριν προχωρήσει κανείς σε κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για τον ασθενή . Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι : τεκνοποίηση , οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο μαστού, προηγηθείσες παθήσεις μαστού , ηλικία πρώτου τοκετού , ηλικία εμμηναρχής , θηλασμός , χρήση ορμονών - αντισυλληπτικών . 3

Επίσης , κατά τη λήψη ιστορικού πρέπει να γίνονται ειδικές ερωτήσεις για να πληροφορηθούμε ,σε περίπτωση νόσου, πως άρχισε ,πότε άρχισε ,πως εξελίχθηκε , ώστε να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα για τη διάγνωση ,αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου . 7

Πρέπει να πληροφορηθούμε ,επίσης, αν υπάρχει ιστορικό τραύματος ,γιατί πολλές φορές η νέκρωση λίπους ,που είναι αποτέλεσμα κάκωσης μπορεί να εκληφθεί σαν καρκίνος .Ακόμα ,αν το δέρμα του μαστού παρουσίασε αλλοιώσεις φλεγμονής και την εξέλιξη των αλλοιώσεων αυτών , για να μπορέσουμε να κάνουμε διαφορική διάγνωση μεταξύ απλής καλοήθους φλεγμονής και φλεγμονώδους καρκίνου . 2

Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή . Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών ,στην οποία θα βασιστεί η πορεία της αντιμετώπισης της εξεταζόμενης. Είναι ακόμα σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει την εκτίμηση της ίδιας της γυναίκας για την κατάσταση της, όπως επίσης, και το

πως θα αντιμετώπιζε ενδεχόμενη εισαγωγή της στο νοσοκομείο, τη φυσική και συναισθηματική της κατάσταση και τους διαθέσιμους πόρους . 7

7.3 Κλινική εξέταση

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού , άλλο τόσο σημαντική για την πρόωπη διάγνωση της νόσου είναι μια καλή κλινική εξέταση . Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και ψηλάφηση.7

Επισκόπηση:Γίνεται σύγκριση των μαστών μεταξύ τους αφού η γυναίκα γυμνώθει από τη μέση και πάνω . Η επισκόπηση γίνεται με καθισμένη ή όρθια ασθενή με το κορμί της να γέρνει προς τα εμπρός και με τους βραχίονες κρεμασμένους στο πλάι ή πάνω από το κεφάλι της ή τις παλάμες της τοποθετημένες πάνω στα ισχία της . Με την επισκόπηση που γίνεται κάτω από άπλετο φωτισμό ,κατατοπιζόμαστε σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά των μαστών, αν δηλαδή οι μαστοί είναι μικροί, μητρικοί και λιπώδεις . 2

Ψηλάφηση:Μετά την επισκόπηση ακολουθεί η ψηλάφηση του μαστού , που έχει σκοπό την ανακάλυψη και μελέτη των ανωμαλιών του , της σύστασης του και τη διαπίστωση της ύπαρξης όγκου , όπως και τους χαρακτήρες του . Η καλή ψηλάφηση του μαστού απαιτεί μεθοδική πορεία ,και κατορθώνεται με αλλαγές στη θέση της άρρωστης και σχολαστική ψηλάφηση όλης της έκτασης του μαστού. Αυτό απαιτεί κάποιο χρόνο και όταν δεν υπάρχει καμία ανωμαλία ,ακόμα δε περισσότερο όταν ο εξεταστής

ανακαλύψει κάτι ύποπτο .Η ψηλάφηση του μαστού αρχίζει με την ψηλάφηση της υπερκλείδιας χώρας, μετά της μασχάλης και τελευταία του ίδιου του μαστικού αδένα . 2

Αυτοεξέταση των μαστών: Η τεχνική της αυτοεξέτασης μαστού έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι το 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες . Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου γίνεται σε πρώιμο στάδιο , η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70 - 80 % των περιπτώσεων .Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού .Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι μια εβδομάδα μετά την περίοδο .Η αυτοεξέταση θα πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα μετά την εμμηνόπαυση .

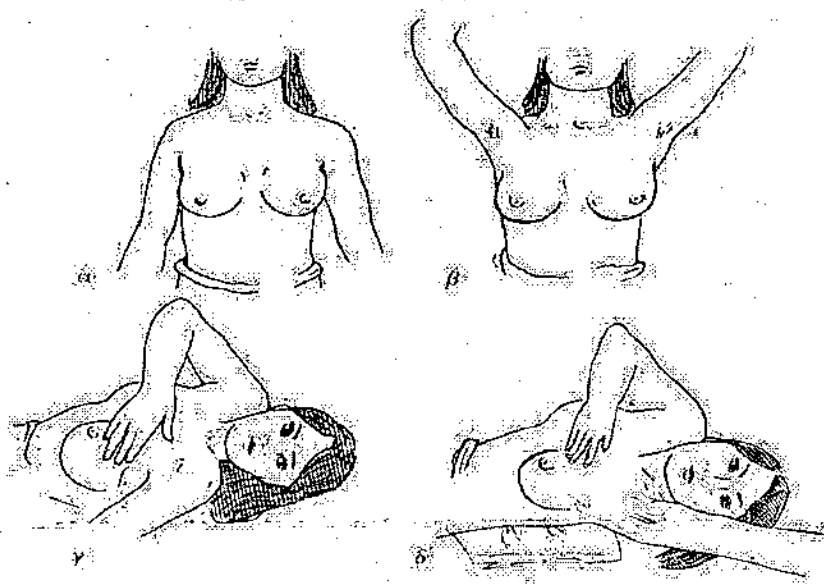
Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέφτη. Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς για ασυμμετρία ,εισολκή του δέρματος ,αλλαγή στο χρώμα ή εισολκή της θηλής . Επίσης παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών . 3

Μετά την εξέταση μπρος στον καθρέφτη ξαπλώνει σε ύπτια θέση με το βραχίονα , που βρίσκεται σύστοιχα προς τον εξεταζόμενο μαστό ,προς το πάνω μέρος της κεφαλής της .Ένα μικρό μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα λουτρού πρέπει να τοποθετηθεί κάτω από το σύστοιχο ώμο .Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται η ανύψωση του . 2

Το χέρι της εξεταζόμενης πλευράς τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω κι ελέγχεται ο μαστός με τα δάκτυλα του άλλου χεριού εφαιπτόμενα σ'αυτόν .

Η τεχνική απαιτεί ήπια ψηλάφηση του μαζικού αδένου , αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από την περιοχή αυτή . Κατόπιν το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μια πλήρης εξέταση της έσω ημίσεως του μαστού αρχίζοντας από το στέρνο .Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2cm προς τη θηλή κι επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία ,μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι. Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός κατά τον ίδιο ακριβώς τρόπο . 8

Θα πρέπει να τονιστούν στην άρρωστη οι περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου ,κυρίως το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από τη θηλή .Η μέθοδος αυτοεξέτασης μαστού είναι αποτελεσματική μόνο αν γίνεται σωστά και σε κανονικά διαστήματα . 3



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

8.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Για τους περισσότερους ανθρώπους η λέξη καρκίνος δημιουργεί πανικό, stress και πραγματική κρίση .Ελάχιστα άτομα στο άκουσμα της αρχικής διάγνωσης της νόσου κατάφεραν να διατηρήσουν ψυχραιμία και αυτοσυγκράτηση .

Ο καρκίνος ταυτίζεται συνήθως με την απώλεια της ζωής , της υγείας ,των μελών του σώματος , της ψυχολογικής λειτουργίας , της προσωπικής εμφάνισης , της αυτοεκτίμησης ,τις διαπροσωπικές σχέσεις , τους ρόλους και την απώλεια της εργασίας . Με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πλήθος προβλημάτων . 16

Η νοσηλευτική παρέμβαση της νόσου επικεντρώνεται στα εξής σημεία :

- Χορήγηση χημειοθεραπείας και αντιμετώπιση των παρενεργειών όπως ναυτία , έμετοι και τριχόπτωση .
- Ανακούφιση και έλεγχος πόνου .
- Παροχή ψυχολογικής συμπαράστασης στους ασθενείς και στους συγγενείς .
- Μετεγχειρητική περίθαλψη .
- Διδασκαλία και φροντίδα ασθενούς . 6

8.1.1 Χημειοθεραπεία

Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται τη χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού. Καθώς μεγαλύτεροι αριθμοί ασθενών δέχονται χημειοθεραπεία το νοσηλευτικό προσωπικό αναπτύσσει μεγαλύτερη ικανότητα στη νοσηλευτική φροντίδα των χημειοθεραπευτικών αρρώστων. 16

Η προστασία του αρρώστου κατορθώνεται με την προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή τονίζει με έμφαση τη φροντίδα και αυτοφροντίδα του αρρώστου που βοηθιέται από το νοσηλευτή και είναι εξίσου εφαρμοσμένη στους εξωτερικούς κι εσωτερικούς αρρώστους. Ο νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας (πόνος, έμετος, αλωπεκία, οίδημα) με την ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία είναι ένα σημαντικό τμήμα της προσέγγισης του αρρώστου. Κατά τη νοσηλευτική φροντίδα σύμφωνα με τη νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να γίνει:

- Ανίχνευση των προβλημάτων του αρρώστου.
- Οργάνωση και προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας.
- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- Εκτίμηση
- Αξιολόγηση. 17

8.1.2 Αντιμετώπιση προβλημάτων

8.1.2.α Πόνος: Είναι ένα σύνθετο προσωπικό αίσθημα με σωματικές, ψυχολογικές και αλληλοεξαρτώμενες μεταβλητές . Ο πόνος στους καρκινοπαθείς αρχίζει σαν φυσιολογική απάντηση της δραστηριότητας του καρκινικού όγκου ή των παρενεργειών της θεραπείας , που όμως μπορεί να επηρεαστεί από ψυχολογικούς ή κοινωνικούς παράγοντες .Η ανησυχία, ο φόβος κι η κοινωνική απομόνωση μπορεί να αυξήσουν τον πόνο. Αντίθετα η ηρεμία η ευχαρίστηση και η χαλάρωση μειώνουν την ένταση του πόνου.²⁰

Φυσικά για την αντιμετώπιση του πόνου απαιτείται κι η χορήγηση φαρμάκων, ανάλογη με το βαθμό του πόνου :

Βαθμίδα 1:Μη ναρκωτικά, ασπιρίνη, αναλγητικά μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

Βαθμίδα 2:Ισχυρότερα αναλγητικά ,προποξυφαίνη .

Βαθμίδα 3:Ελαφρά ναρκωτικά ,κωδεΐνη ,οξυκωδώνη .

Βαθμίδα 4:Ισχυρά ναρκωτικά ,μορφίνη. 6

8.1.2.β Ναυτία -έμετος: Αποτελούν συνηθισμένες παρενέργειες της θεραπείας . Μπορεί να εκδηλωθούν μία έως τρεις ώρες αργότερα ή ακόμη και δύο έως τέσσερις μέρες μετά τη θεραπεία .

Όσο η προκαταβολική ναυτία τόσο και η μετά τη θεραπεία είναι δυνατό να έχουν σοβαρές επιπλοκές .Ευτυχώς ,όμως, έχουν ανακαλυφθεί ποικίλα φάρμακα κατά της ναυτίας και του εμετού .Τα αντιεμετικά πρέπει να δίνονται 30 λεπτά πριν τη χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία ,ώστε να υπάρξει χρόνος να δώσουν κάποιο αποτέλεσμα .

8.1.2.γ Αλωπεκία: Αρχικά γίνεται εξακρίβωση αν η άρρωστη έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά της μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας ,αλλά θα ξαναβγούν 8 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας .Επίσης , η αλωπεκία μειώνεται αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι .Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται με μαντήλι ή χρησιμοποιείται περούκα .Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της . 21.

8.1.2.δ Λεμφοίδημα: Στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία ,έτσι το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου .Για την πρόληψη του θα πρέπει :

- Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα και τραυματισμοί γιατί μπορεί να οδηγήσουν σε λοίμωξη.
- Να γίνονται ειδικές ασκήσεις . Στο βραχίονα της προσβεβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ για 3-4 μήνες. Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης . 21

Επειδή όλες αυτές οι αλλαγές δεν είναι ευχάριστες κι επειδή η άρρωστη θα αισθάνεται φοβισμένη και αποθαρρυσμένη ο νοσηλευτής πρέπει να επέμβει :

1.Με την άριστη νοσηλευτική φροντίδα κατά την οποία ενισχύεται η εμπιστοσύνη του αρρώστου και το αίσθημα ασφάλειας με τη σωστή εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών , δηλαδή σωστή εφαρμογή των κανόνων νοσηλείας και διευκόλυνση προμήθειας απαραίτητων υλικών .

2.Με την πληροφόρηση - εκπαίδευση , όπου ο νοσηλευτής μέσω του ρόλου του θα δώσει πληροφορίες για τη θεραπεία και τα αποτελέσματα της στο επίπεδο που θέλει ο άρρωστος ή η οικογένεια του ,και θα δώσει χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της θεραπείας .

3.Με την αρμονική συνεργασία της νοσηλεύτριας με την υγειονομική ομάδα , η νοσηλεύτρια θα ανοίξει και θα κρατήσει ανοικτούς δρόμους επικοινωνίας αρρώστου , οικογένειας και υγειονομικής ομάδας . 17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°

9.1 ΜΟΡΦΕΣ ΦΟΒΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σύμφωνα με τον Lemihg (1979) υπάρχουν οχτώ μορφές φόβων που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε άτομο βιώνουν το τελικό στάδιο της ζωής του.

9.1.1 Ο φόβος της εξάρτησης.

Ο ασθενής φοβάται περισσότερο μην περιοριστούν ικανότητες και δραστηριότητες της και η εξάρτηση της. Την απασχολεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι εξαρτάται αποκλειστικά από άλλους.

9.1.2 Ο φόβος του πόνου.

Κάθε άρρωστος ανέχεται καλύτερα τον πόνο όταν μπορεί να τον αιτιολογήσει. Για την ασθενή όμως που πεθαίνει, ο φόβος του πόνου εκτιμάται όταν πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια για να νιώσει και πάλι καλύτερα. Φοβάται έναν επώδυνο, αργό η μακρύ θάνατο χωρίς να μπορεί να καταλάβει το «γιατί».

9.1.3 Ο φόβος ταπείνωσης.

Η ασθενής που πλησιάζει στο θάνατο μπορεί να φοβάται μήπως παραμορφωθεί νέες αναπηρίες, που εκτός από το λειτουργική δυσκολίας, της επηρεάζουν ώστε να χάσει την αυτοεκτίμησή της.

9.1.4 Ο φόβος της απομόνωσης, απόρριψης.

Η ασθενείς νιώθει έντονα το φόβο ότι τα δικά της πρόσωπα, το περιβάλλον της, την εγκαταλείψουν. Συχνά συγγενείς που υποφέρουν αντί να την βλέπουν να πεθαίνει απομακρύνονται.

9.1.5 Ο φόβος του αποχωρισμού.

Κάθε άτομο που πεθαίνει, θρηνεί για τον αποχωρισμό που επουκείται από την οικογένεια και τους φίλους. Η ασθενής προβληματίζεται πως θα αντιμετωπίσουν οι συγγενείς τον θάνατο, τι θα απογίνουν οι δικοί της χωρίς αυτή.

9.1.6 Ο φόβος προς τη μεταθανάτια κατάσταση.

Πολλοί ασθενείς φοβούνται το «άγνωστο». Πιστεύουν ότι ίσως υποστούν βασανιστήρια για τιμωρία. Άλλη γνωρίζουν ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

9.1.7 Ο φόβος προς την οριστικότητα του θανάτου.

Κάθε ασθενής βιώνει τα εξής ερωτήματα «τι θα γίνουν τα ανεκπλήρωτα σχέδια και στο τέλος χάσω την ταυτότητά μου» «δεν θα ξαναδώ τα αγαπημένα μου πρόσωπα».

9.1.8 Ο Φόβος για το τι γίνεται με το σώμα.

Η αποσύνθεση του σώματος, η σκέψη της ταφής, το φέρετρο κάτω από το χώμα, αποτελούν για μερικά άτομα ανησυχίες που δημιουργούν έντονο άγχος.

Κάθε άτομο μπορεί να βιώνει με έναν ή περισσότερους από αυτούς τους φόβους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό.

Κατά τον M. Pattison (1977), η διεργασία του θανάτου περιλαμβάνει τρεις κλινικές φάσεις.

9.2 ΚΡΙΣΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

9.2.1 Φάση της οξείας κρίσης.

Η ασθενής περνά μια έντονη κρίση καθώς ενημερώνεται για τη διάγνωση της ασθένειας που απειλεί τη ζωή της. Αυτή η κρίση οφείλεται στη γνωστή ότι θα πεθάνει εξαιτίας της ασθένειας.

Όλες οι προσδοκίες για το μέλλον αλλάζουν, ενώ κορυφώνεται το άγχος για την απειλή του θανάτου, κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά. Μερικές αντιδρούν με άγχος, πανικό, νιώθουν ότι είναι αβοήθητες, αδύναμες. Άλλες νιώθουν ένα πάγωμα, μια αίσθηση αποπροσωποποίησης, εκδηλώνουν συναισθήματα ανεπάρκειας, σύγχυσης, αμηχανίας.

9.2.2 Χρόνια μεταβατική φάση.

Χαρακτηρίζεται από απώλειες ελέγχου, ανεξαρτησία, ασφάλειας, δραστηριότητας, λειτουργικότητας, κοινωνικών σχέσεων. Στη φάση αυτή μερικές από τις συνηθέστερες καταστάσεις που αντιμετωπίζει η ασθενής είναι:

A)περίοδοι ύφεσης της αρρώστιας και αλληπάλληλων υποτροπών.

B)Έντονη θεραπευτική αγωγή με παρενέργειες

Γ)Διλήμματα στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις προτεινόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Δ)Αυξημένες σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές πιέσεις.

Ε)Την άθλια κατάσταση της ασθενούς.

9.2.3 Τελική φάση

Αρχίζει όταν η ασθενής αποσύρεται συναισθηματικά από το περιβάλλον της, μειώνει τις σχέσεις και την επικοινωνία μαζί του και κλείνεται στον εαυτό της.

Ο Pattison ισχυρίζεται ότι αυτές οι τρεις φάσεις αποτελούν μια τεχνητή διαίρεση μιας μακρόχρονης περιόδου που αρχίζει με την ανακοίνωση μέχρι της στιγμής του θανάτου. Τα θεωρητικά μου αυτά μοντέλα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ένα βοηθητικό μέσο, που χρησιμεύει στην περιγραφή και κατανόηση των εμπειριών και συναισθημάτων που βιώνει ένα άτομο όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με μια ασθένεια που οδηγεί στο θάνατο. Κάθε άνθρωπος έχει μια μοναδικότητα στον τρόπο που χειρίζεται τις συνθήκες ζωής αλλά και το θάνατο.

Στην οικογένεια του ατόμου που νοσεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Παραδοσιακά, η έννοια της αποκατάστασης ακολουθείται από κάποιο είδος σωματικής ανικανότητας ή δυσλειτουργίας, που προέκυψε από κάποια νόσο ή τραυματισμό.

Με την ίδια έννοια οι υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται σχεδόν αποκλειστικά σε άτομα που παρουσιάζουν λειτουργικούς περιορισμούς και σωματική ανικανότητα.

Για τους καρκινοπαθείς ασθενείς, ο όρος ανικανότητα δεν είναι αρκετά ευδόκιμος, επειδή υποδηλώνει στατική κατάσταση κατά την οποία το άτομο δυσκολεύεται ή δεν μπορεί να προσαρμοστεί.

Παλαιότερα, η ανάγκη παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης στους ασθενείς με καρκίνο, περιοριζόταν μόνον σε εκείνα τα άτομα, που εξαιτίας της νόσου απώλεσαν ομάδα μυών από την εξωτερική επιφάνεια του σώματος ή και μέλος του σώματός τους.

Σήμερα αναγνωρίζεται, ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με καρκίνο, που η απώλεια είναι ψυχολογική ή τουλάχιστον μη ορατή από τη φύση της, η ανάγκη για υπηρεσίες αποκατάστασης είναι εξίσου σημαντική.

Η έννοια της αποκατάστασης, όπως αυτή εφαρμόζεται στους καρκινοπαθείς συνήθως αποβλέπει στην απόκτηση επιθυμητής σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής, επαγγελματικής, και οικονομικής χρησιμότητας του ατόμου.

Ο στόχος της Νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στον καρκινοπαθή ασθενή και την οικογένειά του ,προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τη θεραπεία , ώστε να μπορέσει ο άρρωστος να συμμετέχει ικανοποιητικά στις δραστηριότητες της ζωής. 16,17

10.1.α Διεργασία αποκατάστασης

Η τυπική πορεία του καρκίνου χαρακτηρίζεται από περιόδους ηρεμίας και επιπλοκών. Αναφέρεται ότι δύο στους τρεις ασθενείς παρουσιάζουν επιπλοκές στα πέντε πρώτα χρόνια από την αρχική διάγνωση της νόσου.

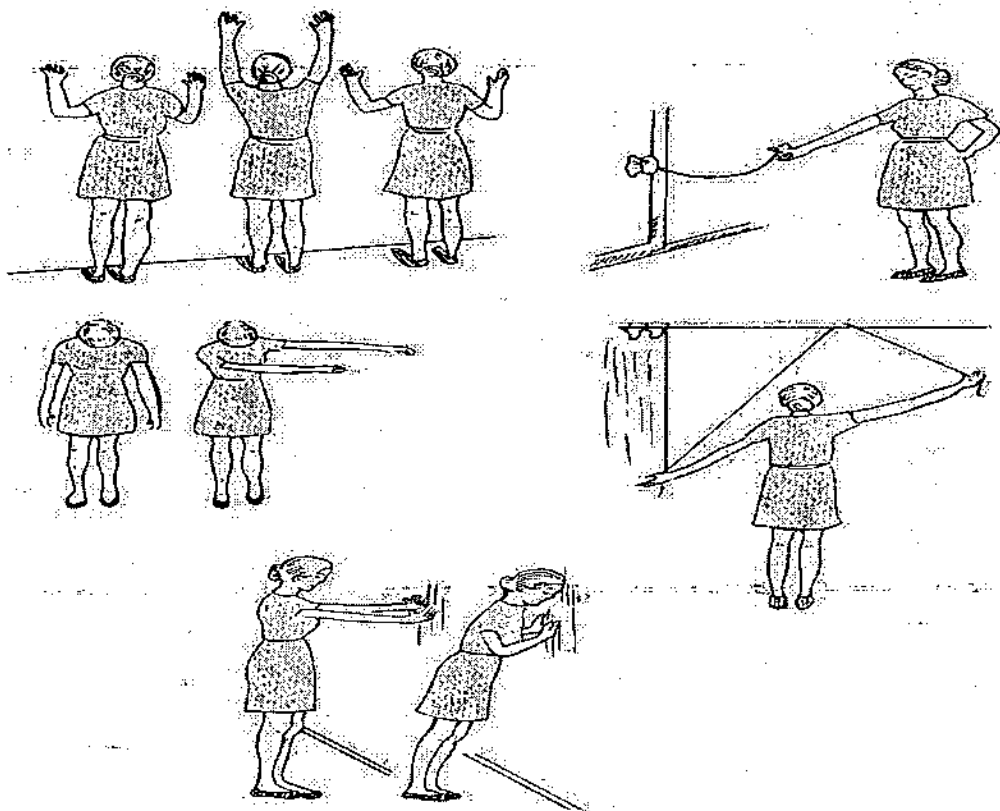
Η συχνότητα με την οποία η πρόοδος της νόσου εξελίσσεται ,εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου, τους ιστούς ή τα όργανα που περιλαμβάνει, τον τύπο της θεραπείας που εφαρμόζεται και την αντίδραση του ασθενή.

Οι νοσηλευτές σχεδιάζουν τις νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις με πλήρη γνώση των αναφερομένων μεταβλητών .Στη συνέχεια, αξιολογούν το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή ,το αλλάζουν ή το τροποποιούν με στόχο την παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου, τον έλεγχο των επιπλοκών και την προώθηση του ασθενή προς την αυτοφροντίδα και την αποκατάσταση.

Προβλήματα που παρουσιάζονται πολύ συχνά στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών επικεντρώνονται στις εξής περιοχές:

- στην παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου
- στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και της οικογένειας
- στον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ασθενή
- στον έλεγχο των συμπτωμάτων
- στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενή. 16,19

Η αποκατάσταση της γυναίκας αυτής, σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά ,είναι ένα σύνολο πολύπλοκων διαδικασιών και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες .Για τη μορφολογική αποκατάσταση τις προϋποθέσεις και τις δυνατότητες θα καθορίσει ο πλαστικός χειρουργός.Έτσι μετά τη χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης μαστού από τη γυναίκα ο νοσηλευτής ακολουθεί κάποιες ασκήσεις που συστήνονται από το γιατρό και αποβλέπουν στην εξασφάλιση πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση λειτουργικότητας των μυών της ασθενούς που υπέστησαν κάκωση. Αυτές οι ασκήσεις είναι : το σφίξιμο της μπάλας, το πέταγμα της μπάλας, η αναρρίχηση της ασθενούς στον τοίχο, το γύρισμα του σχοινού, η αιώρηση των χεριών, η τροχαλία, το κούμπωμα των πίσω κουμπιών και το άγγιγμα του μετώπου. 3



Όσο για τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η εποικοδομητική αντιμετώπιση της μαστεκτομής εξαρτάται από ψυχολογικούς και κοινωνικούς συντελεστές.

Η προσωπικότητα, οι κοινωνικές και θρησκευτικές αντιλήψεις, η μόρφωση, το πολιτικό υπόστρωμα, αλλά και η ωριμότητα και η δυνατότητα να ξεπερνά ή και να οφείλεται από μια τραυματική εμπειρία παίζουν το καθένα το ρόλο του. Η μεταχείριση από το σύζυγο, την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον έχουν πολύ μεγάλη σημασία για την εξέλιξη και τη σταδιακή επανένταξη της άρρωστης στο κοινωνικό σύνολο. Σημαντικό ρόλο παίζει εδώ η συμβουλευτική παρέμβαση με λεπτομερή καθοδήγηση για μια φυσιολογική και ολοκληρωμένη ζωή.

Αυτό όμως που αποδείχτηκε ότι έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση των συνεπειών της μαστεκτομής, είναι το μοίρασμα των εμπειριών από την εγχείρηση με άλλη γυναίκα, που έχει πια ξεπεράσει το πρόβλημα της βιολογικά και ψυχοκοινωνικά. 9,18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11°

11.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο νοσηλευτής στην οποιαδήποτε ψυχολογική του παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή ,την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου (πρώιμο ,ενδιάμεσο ,τελικό) . Ο ρόλος των νοσηλευτών ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου πρέπει να είναι ο ακόλουθος : 7

11.1.α Πρώιμο στάδιο

Δύο κυρίως συνιστώσες διακρίνονται στην αντίδραση του ασθενή όταν διαγνωστεί ο καρκίνος .Η σημαντικότερη και συχνότερη είναι ο φόβος και η αγωνία .Ο περισσότερος κόσμος φοβάται ότι ο καρκίνος γενικά είναι αθεράπευτος , η ίδια η θεραπεία φοβίζει .Η δεύτερη συνιστώσα αφορά στο πως ο ασθενής αντιμετωπίζει το φόβο και την αγωνία του. Η αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται από μία ταλάντευση ανάμεσα στην ελπίδα και την απόγνωση ,καθώς το άτομο αναπτύσσει κάποιον τρόπο αποδοχής . 14

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί με ποικίλους τρόπους να βοηθήσει τις ασθενείς να νιώσουν ελπίδες και να ελαττώσουν τα αισθήματα πρόγνωσης , φόβου και αγωνίας. 12

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του , ώστε να καταπολεμά τα

καρκινικά κύτταρα , να αντέχει στη θεραπεία και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα , που συνοδεύουν την αρρώστια .

Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί έγκαιρα τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε αρρώστου για την αντιμετώπιση του καρκίνου και να προβλέπει τα ενδεχόμενα προβλήματα ,ώστε να προγραμματίζει ανάλογες υποστηρικτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας . Κατά την αξιολόγηση ,ο νοσηλευτής θυμάται ότι η αντίδραση κάθε αρρώστου προς τον καρκίνο είναι προσωπική και μοναδική . 13

Ακόμα ,έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς χρειάζονται ενημέρωση .Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκονται σε ιδανική θέση για να υπηρετήσουν αυτό το σκοπό. Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς χρειάζονται σημαντική βοήθεια να ξέρουν τι έχουν , τι προσδοκούν από τη θεραπεία και να μάθουν το είδος και την έκταση του καρκίνου τους. Απαξ και διαγνωστεί καρκίνος σ' ένα άτομο, το οπτικό του πεδίο στενεύει, νιώθει πως αντικρίζει το θάνατο . Αισθάνεται επίσης η ασθενής ότι ανάμεσα στην ίδια και το θάνατο της βρίσκεται μόνο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και αναπτύσσεται μια έντονη εξάρτηση από αυτό . 12

Σε συναφές επίπεδο έρευνες έδειξαν ότι νοσηλευτικό προσωπικό που αφιερώνει χρόνο να ενημερώσει ασθενείς για τη μελλοντική τους κατάσταση και ακούει τα προβλήματα και τα συναισθήματα τους ,βοηθά τους ασθενείς στο να νιώθουν ότι κάποιος ενδιαφέρεται για τις αγωνίες τους και τις φοβίες τους και στο να καταστούν ικανοί να αντεπεξέλθουν στη θεραπεία . 15

Αν η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, την ενημερώνουμε και την προετοιμάζουμε ψυχικά .Στην περίπτωση γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή , περιγράφουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για την διαδικασία της επέμβασης , την έκταση της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής . Με το να είναι προετοιμασμένη , δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων και βεβαιουμένων γεγονότων και το άγχος μειώνεται .

Τέλος , αντιμετωπίζουμε λαθεμένες αντιλήψεις γύρω από τη νόσο , την αποτελεσματικότητα της θεραπείας , τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με θετικό τρόπο, ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους. 7

11.1.β Ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη άλλων μορφών θεραπείας . Η ασθενής έχει γνώση της εξέλιξης της υγείας της με βάση τη φυσική της κατάσταση , την ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και την καχεξία ,καθώς και άλλα συμπτώματα .

Σ' αυτό το στάδιο πρέπει ο νοσηλευτής να εξηγήσει στην ασθενή και στους συγγενείς της τα υπέρ και τα κατά της θεραπείας και να προετοιμάσει την ασθενή να τα δεχθεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να την ενοχλούν και να την

απασχολούν ,με το πέρασμα του χρόνου ,όμως, θα εκλείψουν και η προτεραιότητα θα δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου. 7

Βέβαια η αναγγελία ότι μια θανατηφόρος νόσος , όπως ο καρκίνος του μαστού σε προχωρημένο στάδιο, είναι ένα θέμα που προκαλεί το φόβο του θανάτου στην ασθενή .Ο φόβος του θανάτου μπορεί να σχετίζεται με το φόβο για τον πραγματικό θάνατο και με το φόβο για τη διαδικασία του θανάτου με τον πόνο , την αναπηρία , την εξάρτηση και την απόρριψη . 8

Η παροχή επαφών μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών πέρα από τις καθαρά ιατρικές ,βοηθά στην κατοχύρωση της σοβαρότητας και της αξίας των αισθημάτων τους . Έχει αποδειχθεί ότι παρακινώντας τις ασθενείς να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους μπορεί να συντελέσει στο να μετριαστούν τα αισθήματα απαισιοδοξίας τους. Η ενθάρρυνση για εξωτερίκευση, ταξινόμηση και τέλος αντιμετώπιση των αισθημάτων, βοηθά στην καταπολέμηση των αρνητικών σωματικών επιπτώσεων , οι οποίες σχετίζονται με την προσπάθεια καταστολής και συγκράτησης του φόβου και της απόγνωσης . Το να μοιράζεται κανείς με κάποιον τα συναισθήματά του, πολύ περισσότερο με το νοσηλευτή, βοηθά στο να μετριαστεί η απόγνωση και γεννά ελπίδες . 12

Εξάλλου ο διάλογος του νοσηλευτή με τον άρρωστο χρησιμοποιείται ως υπεύθυνη νοσηλεία . Διαθέτοντας ετοιμότητα και χρόνο δίπλα στον άρρωστο , ενθαρρύνουμε την αυτοέκφραση και την ψυχική εκτόνωση του αρρώστου ενώ καταπολεμούμε την κοινωνική απομόνωσή του . 13

Στο παρελθόν ελάχιστη σημασία δόθηκε στα αισθήματα του ασθενή . Ενώ υπήρχε μέριμνα και ενδιαφέρον για τη συγκινησιακή κατάπτωση του ασθενούς .Τα τελευταία χρόνια όμως, οι ψυχικές αυτές αντιδράσεις τυγχάνουν συστηματικής προσοχής . 14

Ο καρκινοπαθής συνήθως παρουσιάζει μειωμένη αυτοεκτίμηση κι υποβαθμισμένο το αίσθημα της προσωπικής αξίας, διότι ο καρκίνος επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του . Ο νοσηλευτής προσπαθεί να εξυψώσει και να διατηρήσει υψηλή την αυτοεκτίμησης του αρρώστου ,με τις εξής παρεμβάσεις:

- Διδάσκει νέες τεχνικές αυτοφροντίδας ,ώστε να είναι ανεξάρτητος .
- Επαινεί την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση .
- Βοηθά τον ασθενή, επισημαίνοντας τις θετικές πλευρές και δυνατότητες που έχει.
- Αντανακλά θετικές εκτιμήσεις χωρίς λόγια , με πράξεις και με τη συμπεριφορά του (φροντίδα , ενδιαφέρον , εκτίμηση) . 13

Είναι πολύ σημαντικό σ' αυτό το σημείο να βεβαιώσουμε την ασθενή ότι ο γιατρός οι νοσηλευτές κι οι συγγενείς θα μείνουν κοντά της και θα κάνουν τα πάντα για να νιώσει περισσότερο ανακουφισμένη .Πρέπει ν' ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες της ,να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά ,να της δώσουμε κουράγιο κι ελπίδα στη μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι ιδέες σύγχυσης ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται .Η επαφή μαζί της θα βελτιωθεί ,η άρρωστη θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτήν . 7

11.1.γ Τελικό στάδιο

Κάποτε ο ασθενής αρχίζει να καταλαβαίνει ότι πλησιάζει ο θάνατος .Ο τρόπος της αντιμετώπισης του εξαρτάται από πολλούς παράγοντες .Η

κοσμοθεωρία περί ζωής και θανάτου ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Ο ένας φοβάται το θάνατο, ο άλλος τον βλέπει σαν λύτρωση και απαλλαγή από τον επίγειο πόνο και τη δυστυχία. Υπάρχει και μια ακόμη μερίδα ασθενών που προσμένει το θάνατο αποβλέποντας στη χαρά μίας άλλης ζωής. Η ηλικία, επίσης, επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής δέχεται κι αντιμετωπίζει το θάνατο. 21

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

Πίσω από όλα αυτά κρύβεται κάτι, που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα ότι όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι η αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο ν' αντέξει λίγο ακόμα καιρό. Αυτό δε σημαίνει ότι ο νοσηλευτής πρέπει να πει ψέματα στην ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί της την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. 20 Στην ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε συχνές επισκέψεις, υποστηρίζοντάς την και δείχνοντάς της ότι δεν την ξεχάσαμε. Ζητούμε από την οικογένεια, τους φίλους και τους γνωστούς της να μην την εγκαταλείψουν. Συζητούμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με την ίδια την ασθενή και φροντίζουμε να διευθετήσει όλες τις υποθέσεις της. Της δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες της, τις ανάγκες, τα συναισθήματα της και της δείχνουμε κατανόηση και συμπράσταση. 7

Η βοήθεια στον ασθενή να εκφράσει τα προβλήματα και τους φόβους του, συντελεί στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία ,στοιχεία τόσο απαραίτητα αυτές τις ώρες .Βοήθεια δε σημαίνει να αλλάζεις θέμα, όταν ο άρρωστος θέλει να μιλήσει για την αρρώστια του, αλλά να τον αφήσεις ελεύθερο να εκφράσει τις σκέψεις του και ανάλογα να τον βοηθήσεις . Είναι φανερό ότι μόνο η καλή επαγγελματική κατάρτιση για το έργο μας είναι ανεπαρκής. Χρειάζεται παράλληλα ψυχική και πνευματική καλλιέργεια ,η οποία θα αντανακλά την αγάπη και το σεβασμό προς τον συνάνθρωπό μας ,ιδιαίτερα στις πιο κρίσιμες στιγμές της ζωής του, αυτές που αντικρίζει το θάνατο . 21

EPEYNA

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να παρουσιάσει το ποσοστό κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου μαστού, τους παράγοντες που πιθανώς επηρεάζουν τη ανάπτυξη της συγκεκριμένης νόσου και τα μέτρα πρόληψης που μπορούν να ληφθούν από τις γυναίκες για την αποφυγή μελλοντικής εμφάνισης της .

Με την έρευνα αυτή στοχεύουμε στην παρουσίαση του ποσοστού κινδύνου των γυναικών του νομού Αχαΐας σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

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

B. Πληθυσμός -δείγμα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε όλο το νομό Αχαΐας σε ένα δείγμα **240** γυναικών, έγγαμων και άγαμων . Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου σχεδιασμένο υπό την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή . Η δειγματοληψία ήταν ανώνυμη.

Γ. Τόπος και χρόνος της έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Απρίλιο έως τον Ιούνιο του 2004 στην πόλη της Πάτρας. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε μεμονωμένες γυναίκες και σε χώρους συγκέντρωσης γυναικών στην Πάτρα.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Τα στοιχεία του ερωτηματολογίου συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε στις ερωτώμενες ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν

στις ερωτήσεις μου αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 5 λεπτά.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μου ήταν :

-Το όριο ηλικίας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου(20-65 ετών)

-Το φύλο των ερωτώμενων ατόμων

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν :

-Αποκλίσεις από το όριο ηλικίας των ερωτώμενων ατόμων(μικρές και μεγάλες).

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 221 ερωτηματολόγια από τα 240 που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγούσα το σκοπό της έρευνάς μου, επιδιώκα τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της συναισθηματικής τους κατάστασης ,σημείωνα ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μου. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα

δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το **Microsoft Excel for Windows** και το στατιστικό πακέτο **SPSS** με τη μέθοδο **Chi-Square Tests**

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το Chi-Square Tests ή χ^2

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 $p < 0,05$.

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πίνακας 1. Ηλικία

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
20-30 ετών	58	26,2	27,4	27,4
41-50 ετών	68	30,8	32,1	59,4
41-50 ετών	47	21,3	22,2	81,6
51-60 ετών	27	12,2	12,7	94,3
61 ετών και άνω	12	5,4	5,7	100,0
Σύνολο	212	95,9	100,0	
System	9	4,1		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 2. Οικογενειακή κατάσταση

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Έγγαμη	161	72,9	73,2	73,2
Άγαμη	59	26,7	26,8	100,0
Σύνολο	220	99,5	100,0	
System	1	,5		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 3. Επάγγελμα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ελεύθερη επαγγελματίας	26	11,8	12,6	12,6
Ιδιωτική Υπάλληλος	37	16,7	18,0	30,6
Δημόσια υπάλληλος	69	31,2	33,5	64,1
Φοιτήτρια	8	3,6	3,9	68,0
Άνεργη	3	1,4	1,5	69,4
Οικιακά	63	28,5	30,6	100,0
Σύνολο	206	93,2	100,0	
System	15	6,8		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 4.Μορφωτικό επίπεδο

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
ΑΕΙ	73	33,0	33,2	33,2
ΤΕΙ	18	8,1	8,2	41,4
ΙΕΚ	16	7,2	7,3	48,6
Λύκειο	62	28,1	28,2	76,8
Γυμνάσιο	20	9,0	9,1	85,9
Δημοτικό	31	14,0	14,1	100,0
Σύνολο	220	99,5	100,0	
System	1	,5		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 5.Αριθμός παιδιών

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
0	73	33,0	34,0	34,0
1	35	15,8	16,3	50,2
2	68	30,8	31,6	81,9
3	27	12,2	12,6	94,4
4	9	4,1	4,2	98,6
5	3	1,4	1,4	100,0
Σύνολο	215	97,3	100,0	
System	6	2,7		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 6.Ηλικία πρώτης γέννας

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
κάτω απο 20	10	4,5	7,0	7,0
20-25	53	24,0	37,3	44,4
26-30	57	25,8	40,1	84,5
31-35	19	8,6	13,4	97,9
36-40	3	1,4	2,1	100,0
Σύνολο	142	64,3	100,0	
System	79	35,7		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 7. Έχουν θηλάσει το πρώτο παιδί τους

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ναι	111	50,2	51,4	51,4
Όχι	105	47,5	48,6	100,0
Σύνολο	216	97,7	100,0	
System	5	2,3		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 8. Για πόσο χρόνο θήλασαν το πρώτο παιδί τους (μήνες)

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
0	105	47,5	49,3	49,3
1	16	7,2	7,5	56,8
2	19	8,6	8,9	65,7
3	18	8,1	8,5	74,2
4	11	5,0	5,2	79,3
5	3	1,4	1,4	80,8
6	17	7,7	8,0	88,7
7	3	1,4	1,4	90,1
8	5	2,3	2,3	92,5
9	2	,9	,9	93,4
10	3	1,4	1,4	94,8
12	8	3,6	3,8	98,6
14	1	,5	,5	99,1
16	1	,5	,5	99,5
18	1	,5	,5	100,0
Σύνολο	213	96,4	100,0	
System	8	3,6		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 9. Γνωρίζουν την αυτοεξέταση

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ναι	199	90,0	90,5	90,5
Όχι	21	9,5	9,5	100,0
Σύνολο	220	99,5	100,0	
System	1	,5		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 10.Πόσες φορές τον μήνα αυτοεξετάζονται

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
0	51	23,1	27,6	27,6
1	95	43,0	51,4	78,9
2	23	10,4	12,4	91,4
3	9	4,1	4,9	96,2
4	4	1,8	2,2	98,4
5	2	,9	1,1	99,5
6	1	,5	,5	100,0
Σύνολο	185	83,7	100,0	
System	36	16,3		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 11.Γνωρίζουν πότε γίνεται η αυτοεξέταση

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
πρίν την περίοδο	23	10,4	12,7	12,7
μετά την περίοδο	158	71,5	87,3	100,0
Σύνολο	181	81,9	100,0	
System	40	18,1		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 12.Ηλικία πρώτης περιόδου

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
10-12	98	44,3	46,2	46,2
13-15	110	49,8	51,9	98,1
16-18	4	1,8	1,9	100,0
Σύνολο	212	95,9	100,0	
System	9	4,1		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 13. Προβλήματα μαστού

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Κανένα	189	85,5	85,5	85,5
Ινοκυστική μαστοπάθεια	14	6,3	6,3	91,9
Ιναδένωμα	3	1,4	1,4	93,2
Ογκίδιο	6	2,7	2,7	95,9
Θήλωμα	1	,5	,5	96,4
Έκκριση	3	1,4	1,4	97,7
Ινοκυστική/Ογκίδιο	1	,5	,5	98,2
Ινοκυστική/Μασταλγία	1	,5	,5	98,6
Ιναδένωμα/Ογκίδιο	1	,5	,5	99,1
Ιναδένωμα/έκκριση	1	,5	,5	99,5
Ινοκυστική/Ιναδένωμα/Ογκίδιο	1	,5	,5	100,0
Σύνολο	221	100,0	100,0	

Πίνακας 14. Επισκέπτονται συχνά τον γυναικολόγο τους

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ναι	114	51,6	52,8	52,8
Όχι	102	46,2	47,2	100,0
Σύνολο	216	97,7	100,0	
System	5	2,3		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 15. Πόσες φορές το έτος επισκέπτονται γυναικολόγο

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
0	2	,9	1,3	1,3
1	79	35,7	49,7	50,9
2	49	22,2	30,8	81,8
3	12	5,4	7,5	89,3
4	9	4,1	5,7	95,0
5	3	1,4	1,9	96,9
6	3	1,4	1,9	98,7
8	1	,5	,6	99,4
9	1	,5	,6	100,0
Σύνολο	159	71,9	100,0	
System	62	28,1		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 16. Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Γιαγιά	5	2,3	11,9	11,9
Μητέρα	5	2,3	11,9	23,8
Θεία	26	11,8	61,9	85,7
Αδελφή	1	,5	2,4	88,1
Γιαγιά/Θεία	1	,5	2,4	90,5
Μητέρα/θεία	1	,5	2,4	92,9
Θεία/αδελφή	3	1,4	7,1	100,0
Σύνολο	42	19,0	100,0	
System	179	81,0		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 17. Έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ναι	82	37,1	37,8	37,8
Όχι	135	61,1	62,2	100,0
Σύνολο	217	98,2	100,0	
System	4	1,8		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 18. Ηλικία πρώτης μαστογραφίας

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
20-30	9	4,1	11,5	11,5
31-40	38	17,2	48,7	60,3
41-50	23	10,4	29,5	89,7
51-60	8	3,6	10,3	100,0
Σύνολο	78	35,3	100,0	
System	143	64,7		
Σύνολο	221	100,0		

Πίνακας 19.Είδη φαγητών που τρώνε περισσότερο

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
	3	1,4	1,4	1,4
Ζυμαρικά/	19	8,6	8,6	10,0
Κρέας/	26	11,8	11,8	21,7
Κρέας/ Ζυμαρικά/	14	6,3	6,3	28,1
Κρέας/ Λιπαρά	3	1,4	1,4	29,4
Κρέας/ Ψάρια/	1	,5	,5	29,9
Λιπαρά	8	3,6	3,6	33,5
Όλα	7	3,2	3,2	36,7
Σαλάτες/Χόρτα	24	10,9	10,9	47,5
Σαλάτες/Χόρτα Ζυμαρικά/	5	2,3	2,3	49,8
Σαλάτες/Χόρτα Κρέας/	17	7,7	7,7	57,5
Σαλάτες/Χόρτα Κρέας/ Ζυμαρικά/	10	4,5	4,5	62,0
Σαλάτες/Χόρτα Κρέας/ Λιπαρά	1	,5	,5	62,4
Σαλάτες/Χόρτα Λιπαρά	1	,5	,5	62,9
Σαλάτες/Χόρτα Σαλάτες/Χόρτα	1	,5	,5	63,3
Σαλάτες/Χόρτα Ψάρια/	10	4,5	4,5	67,9
Σαλάτες/Χόρτα Ψάρια/ Ζυμαρικά/	7	3,2	3,2	71,0
Σαλάτες/Χόρτα Ψάρια/ Κρέας/	23	10,4	10,4	81,4
Σαλάτες/Χόρτα Ψάρια/ Κρέας/ Ζυμαρικά/	24	10,9	10,9	92,3
Ψάρια/	10	4,5	4,5	96,8
Ψάρια/ Ζυμαρικά/	3	1,4	1,4	98,2
Ψάρια/ Κρέας/	2	,9	,9	99,1
Ψάρια/ Κρέας/ Ζυμαρικά/	1	,5	,5	99,5
Ψάρια/ Κρέας/ Λιπαρά	1	,5	,5	100,0
Σύνολο	221	100,0	100,0	

Πίνακας 20. Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Ναι	100	45,2	45,7	45,7
Όχι	119	53,8	54,3	100,0
Σύνολο	219	99,1	100,0	
System	2	,9		
Σύνολο	221	100,0		

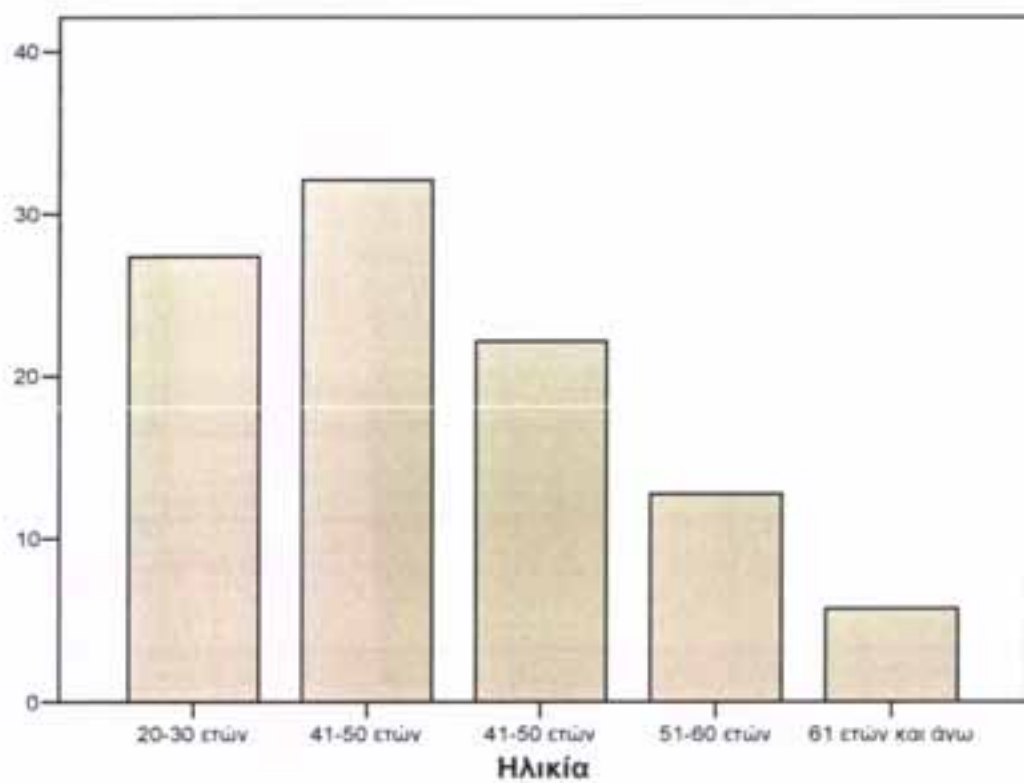
Πίνακας 21. Ποτήρια αλκοολούχων ποτών που πίνουν

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
κανένα	119	53,8	54,6	54,6
κάθε ημέρα	30	13,6	13,8	68,3
κάθε εβδομάδα	41	18,6	18,8	87,2
κάθε μήνα/χρόνο	28	12,7	12,8	100,0
Σύνολο	218	98,6	100,0	
System	3	1,4		
Σύνολο	221	100,0		

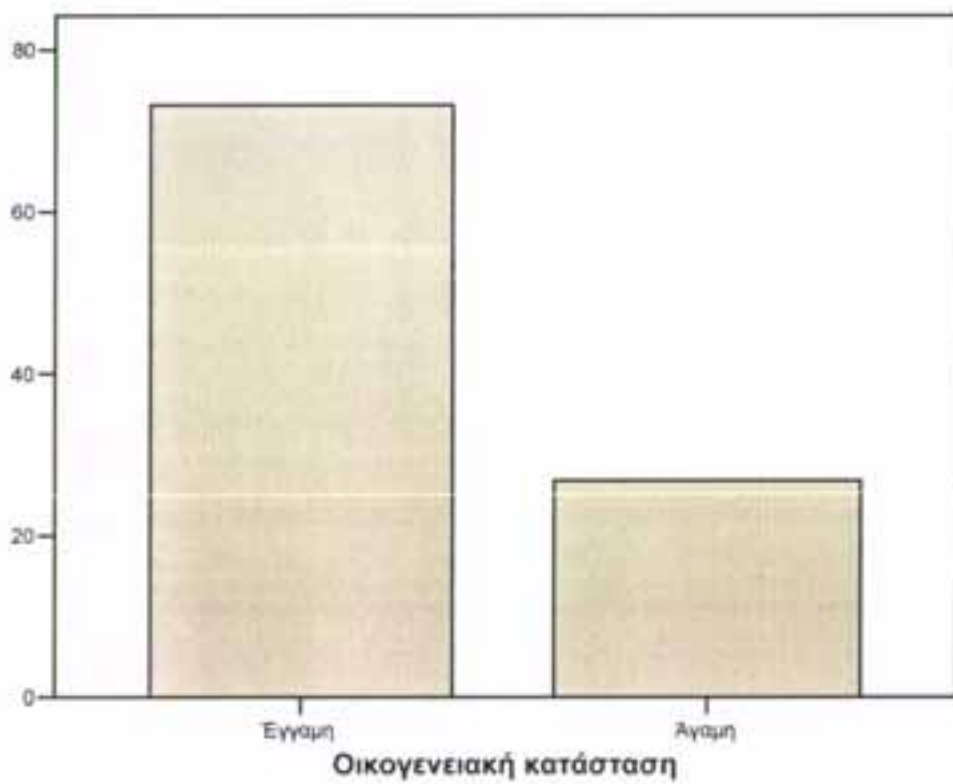
Πίνακας 22. Αριθμός πακέτων τσιγάρων που καπνίζουν

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Ποσοστό (%) επί των απαντημένων	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Καθόλου	135	61,1	64,0	64,0
Πάνω από 1 πακέτο	44	19,9	20,9	84,8
Λιγότερο από 1 πακέτο	32	14,5	15,2	100,0
Σύνολο	211	95,5	100,0	
System	10	4,5		
Σύνολο	221	100,0		

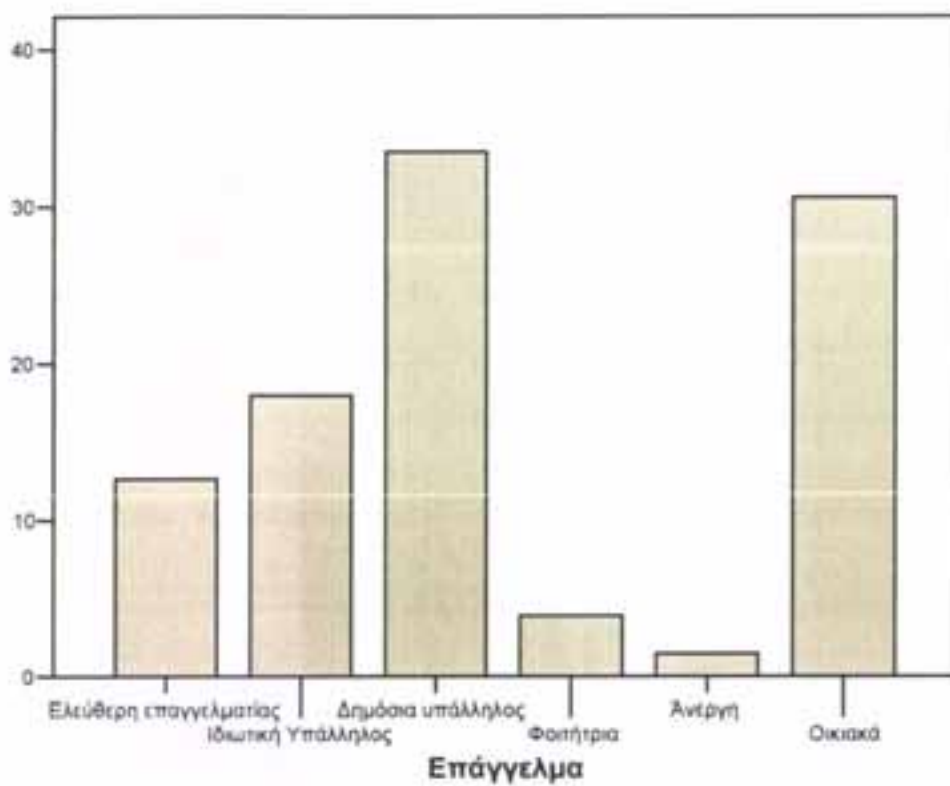
Bar Chart



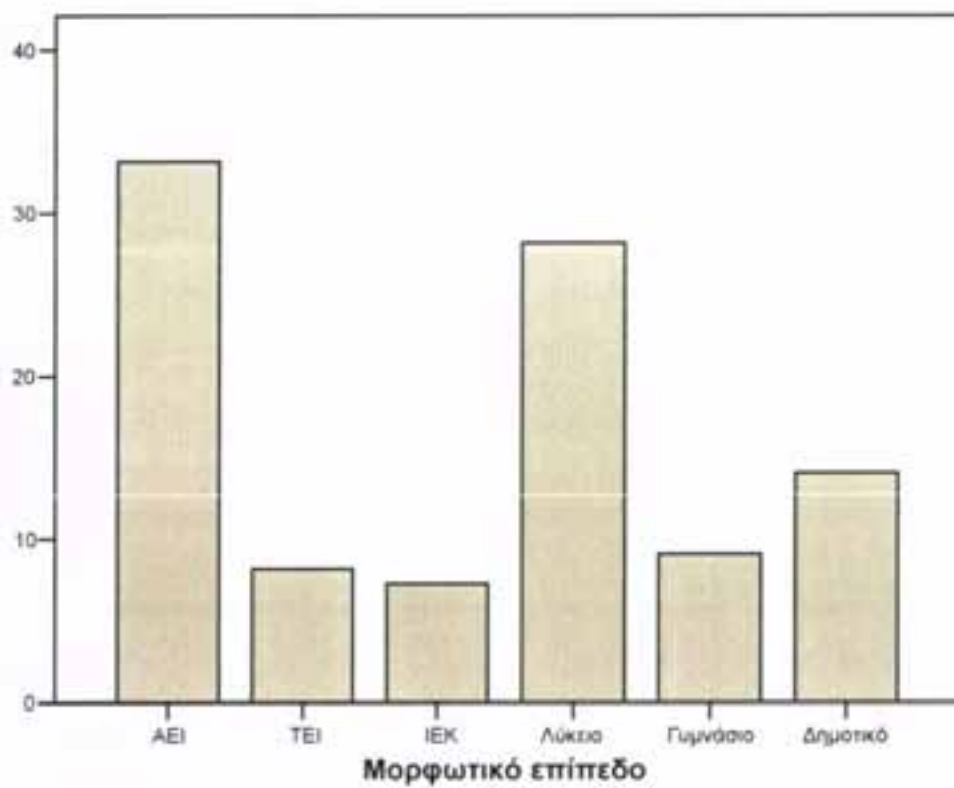
Σχήμα 1.



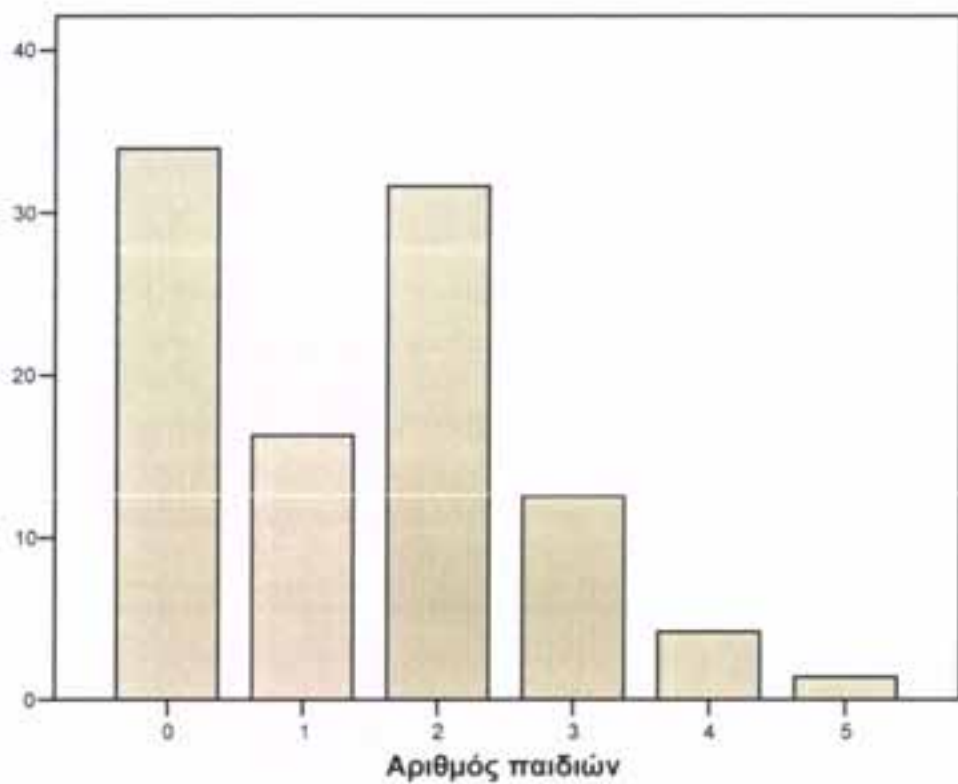
Σχήμα 2.



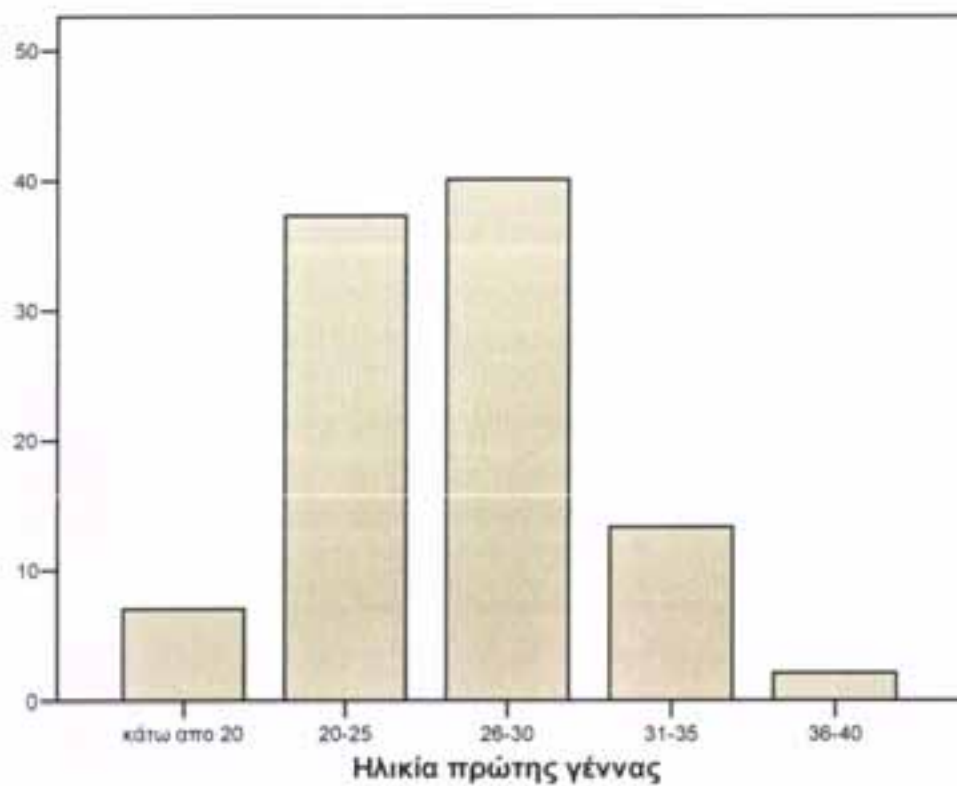
Σχήμα 3.



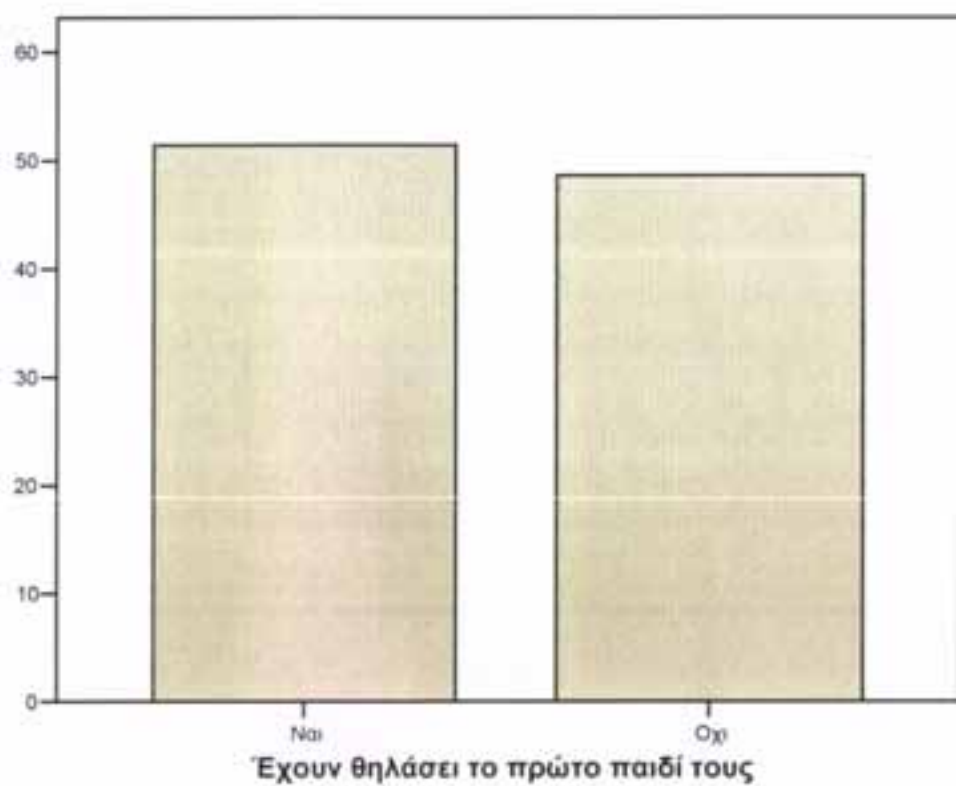
Σχήμα 4.



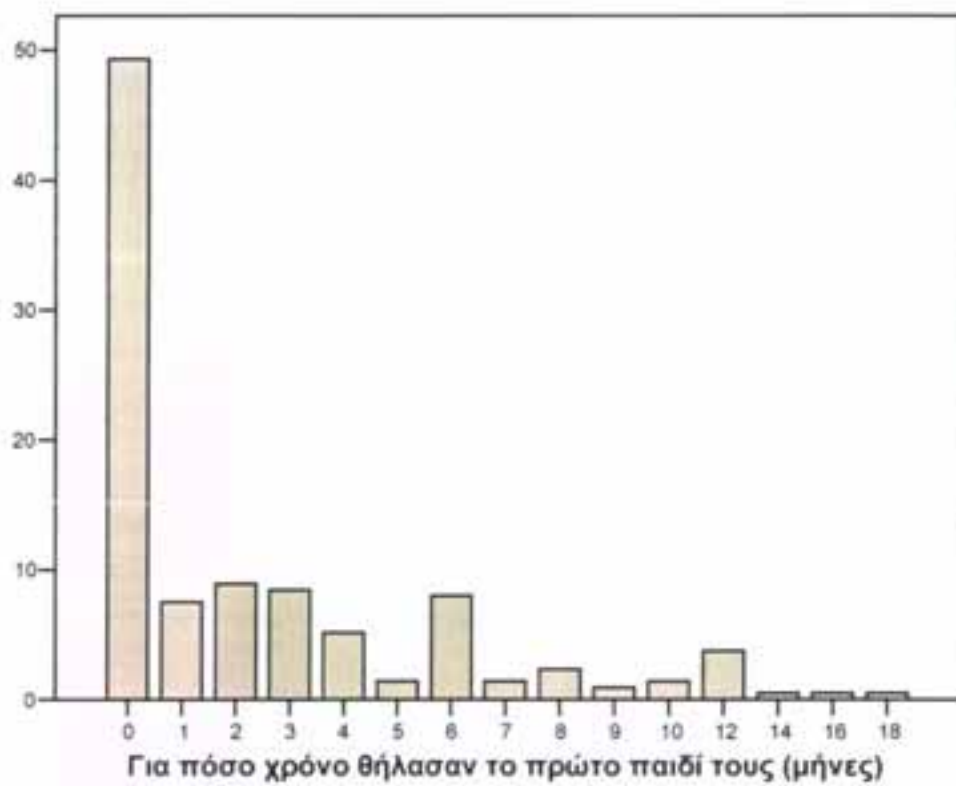
Σχήμα 5.



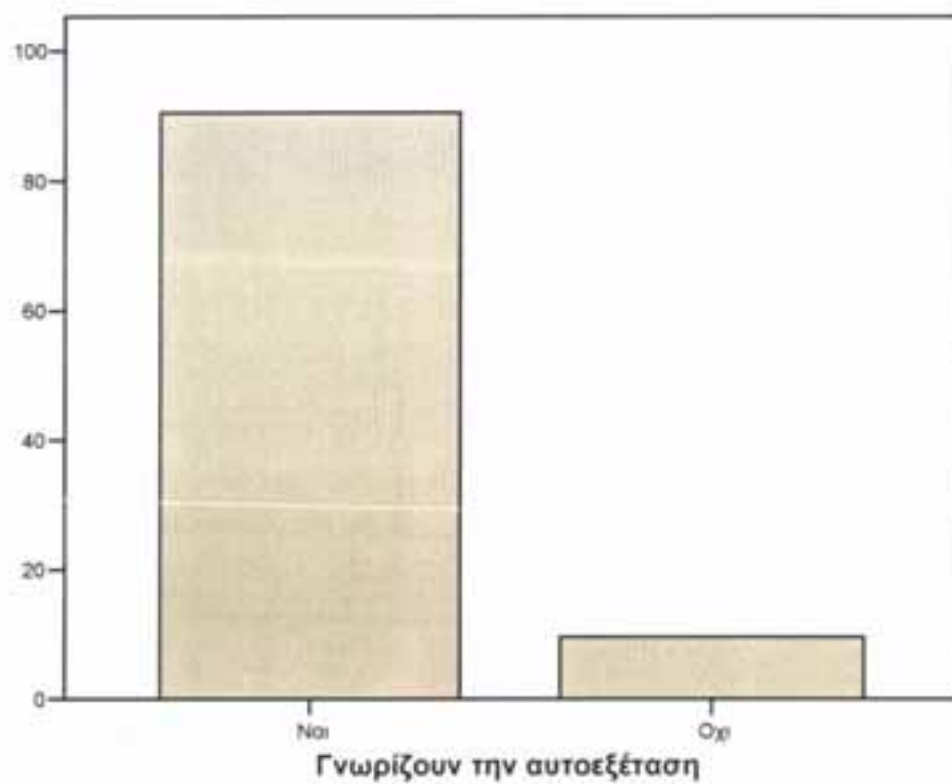
Σχήμα 6.



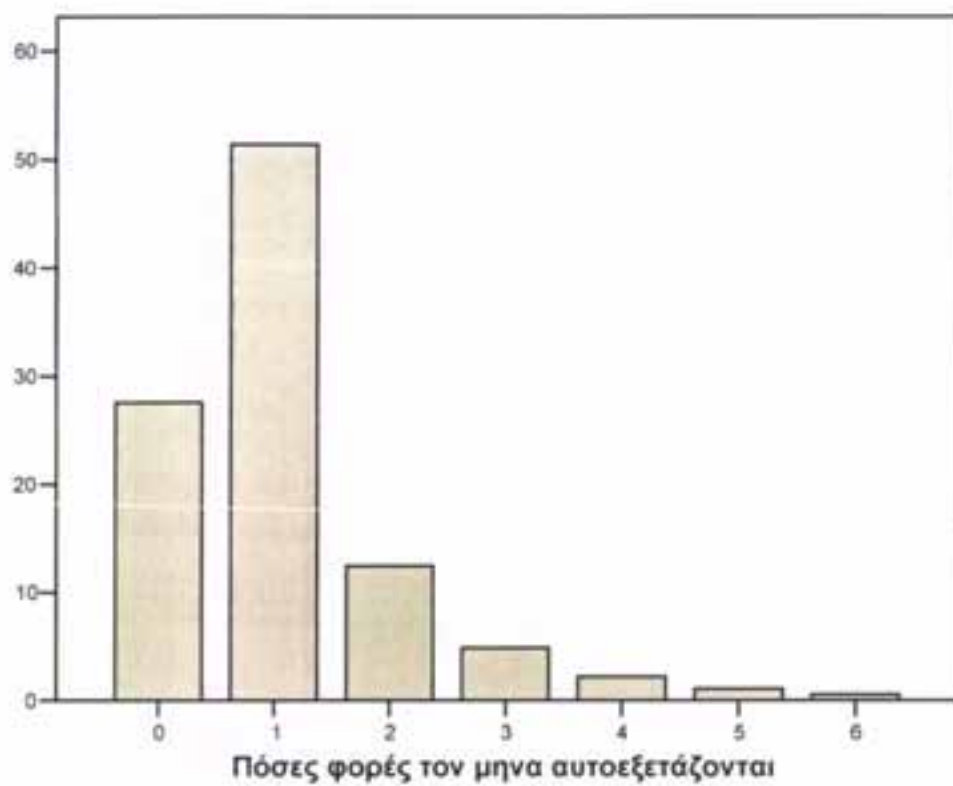
Σχήμα 7.



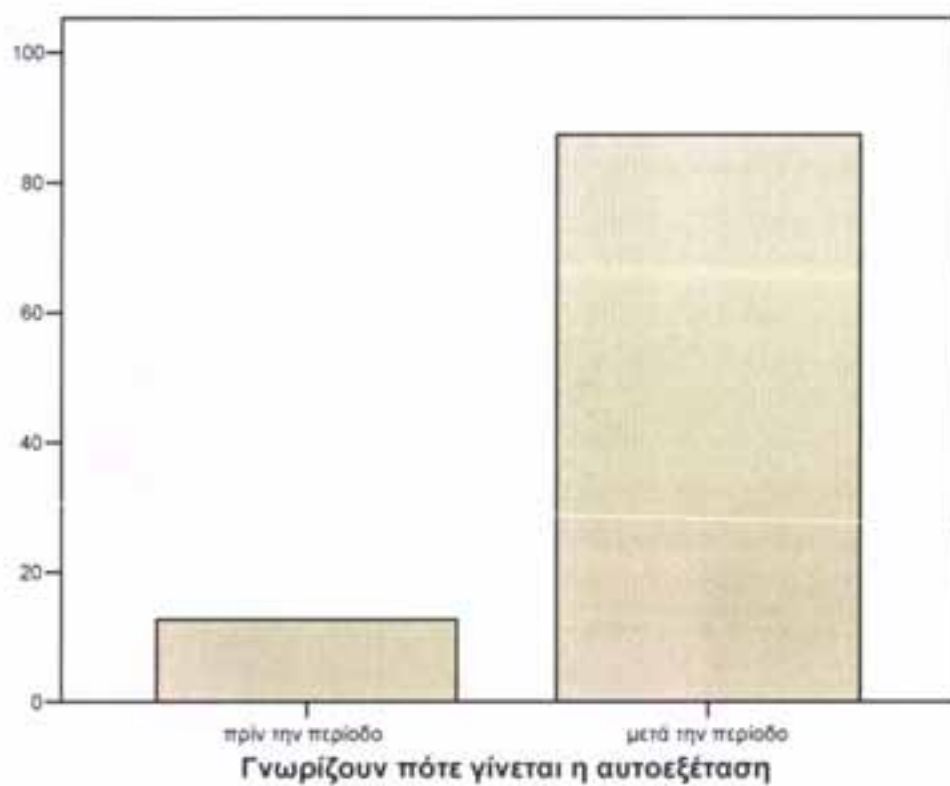
Σχήμα 8.



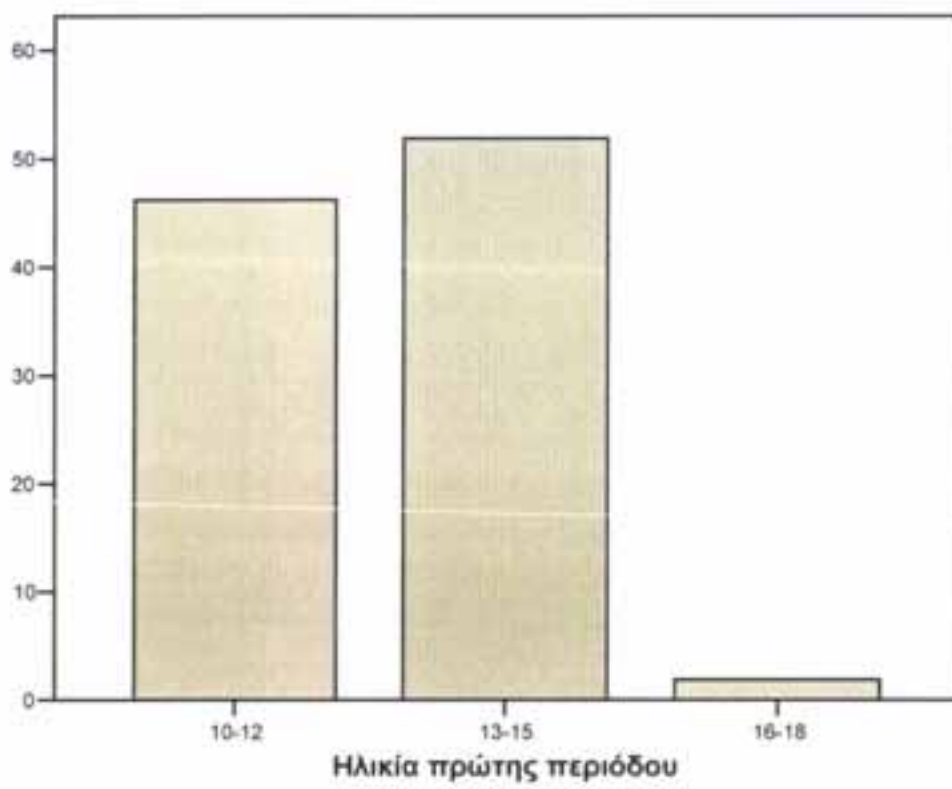
Σχήμα 9.



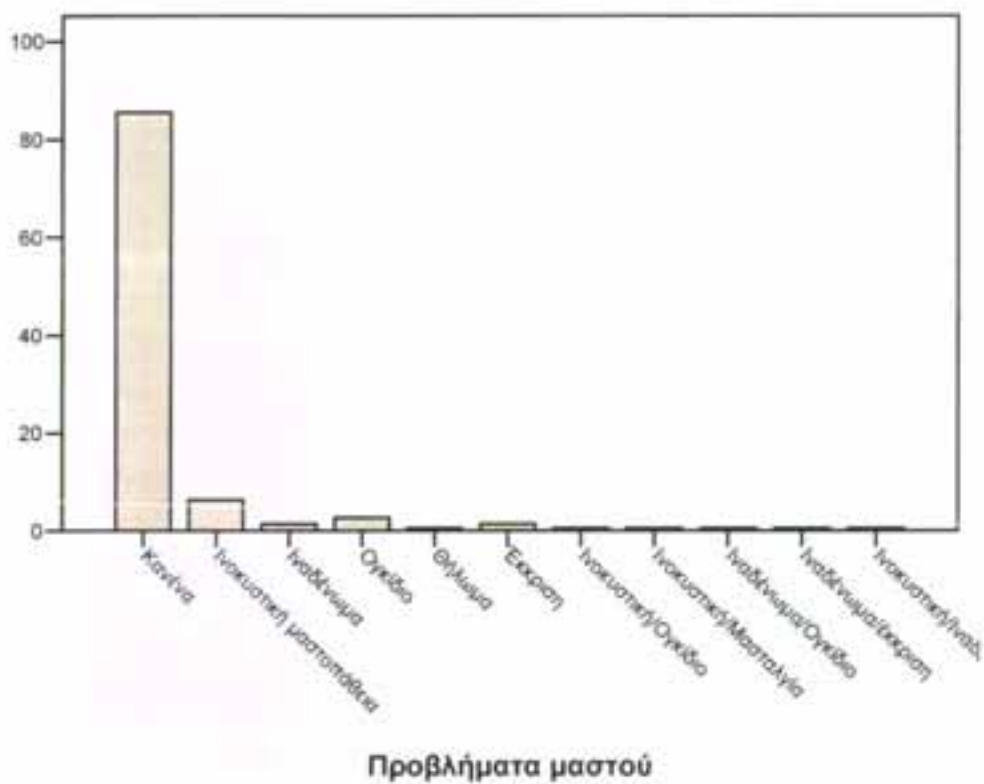
Σχήμα 10.



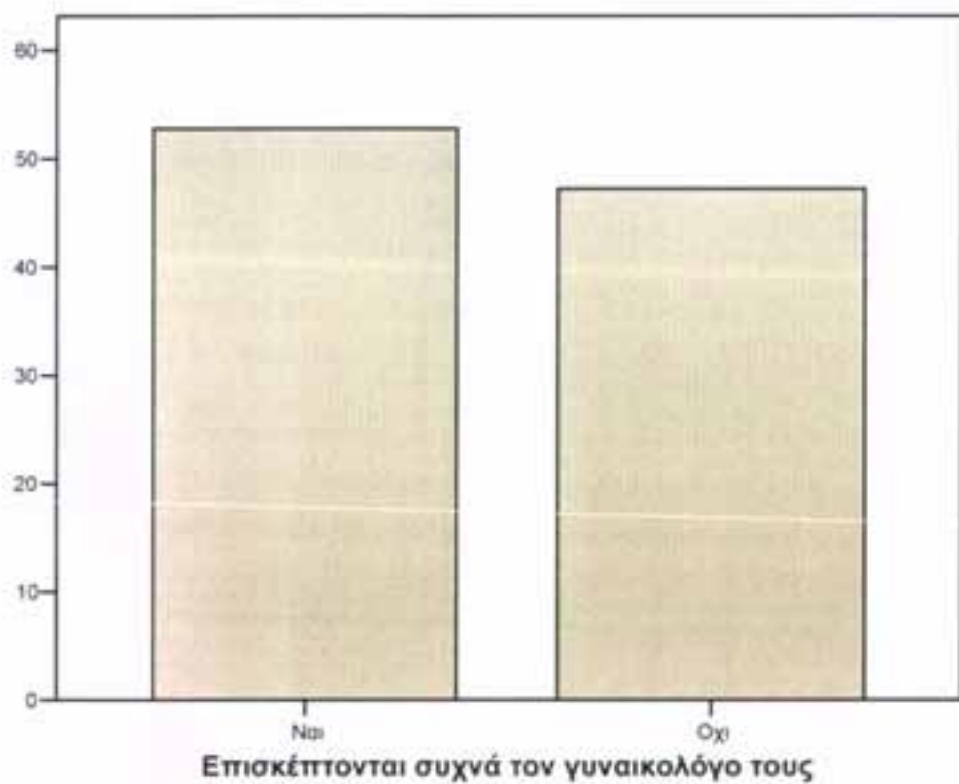
Σχήμα 11.



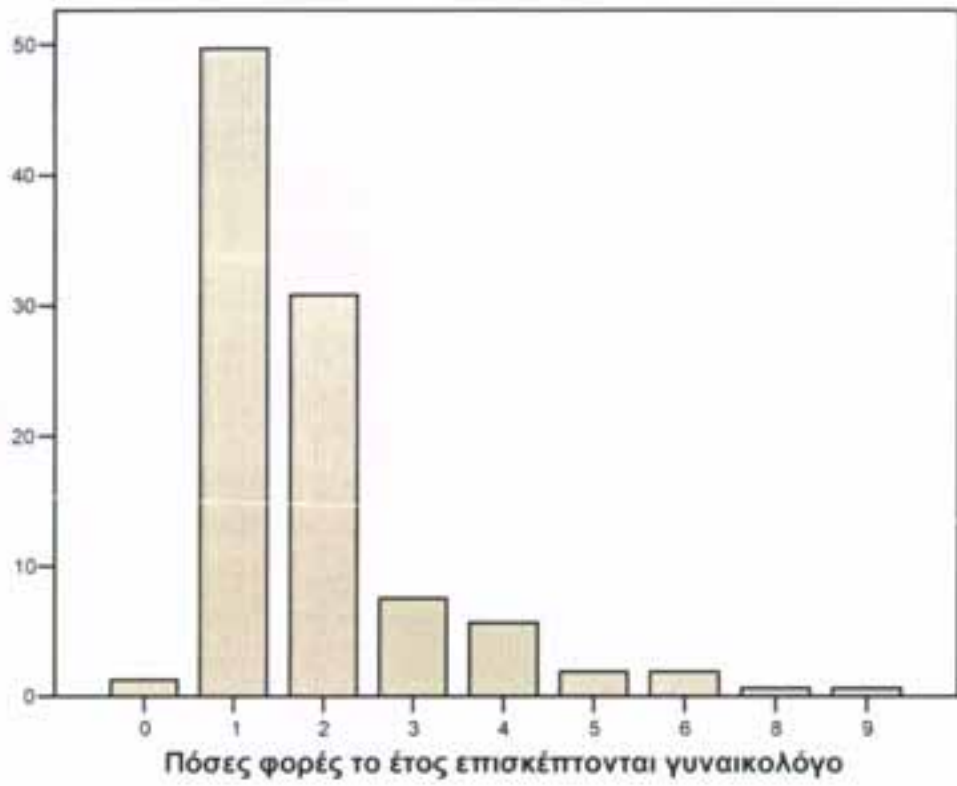
Σχήμα 12.



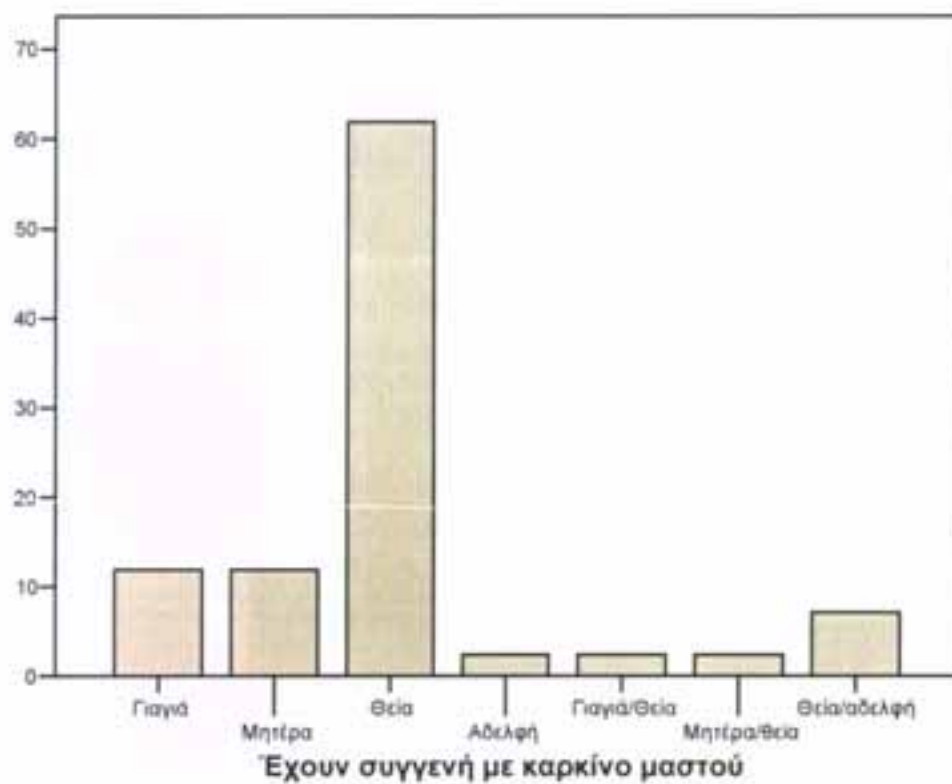
Σχήμα 13.



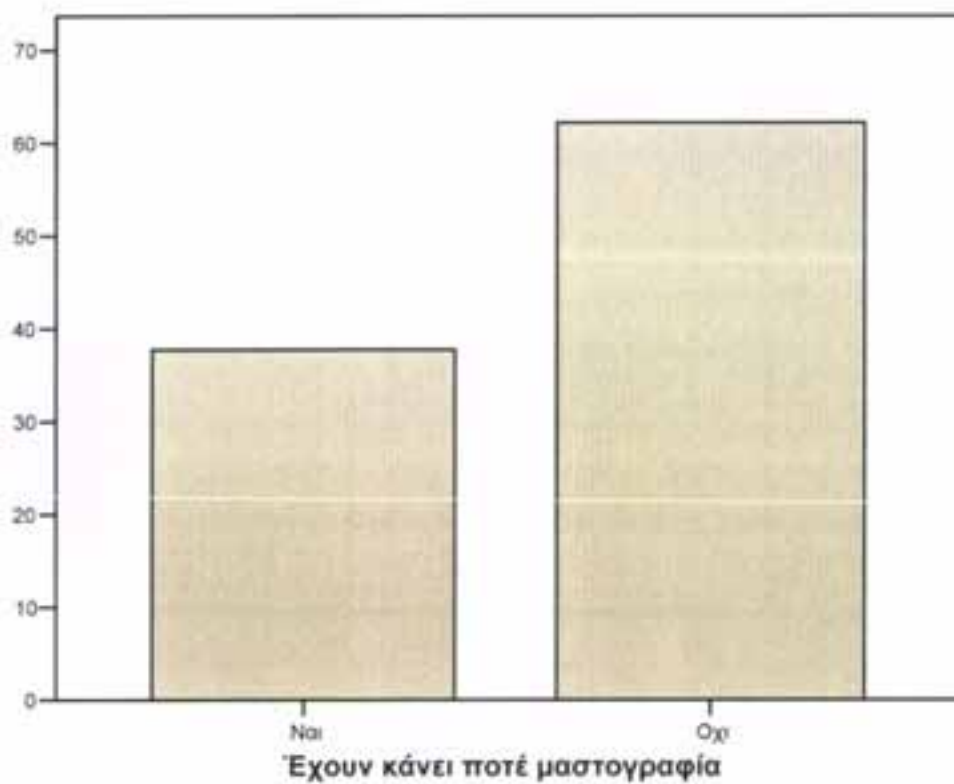
Σχήμα 14.



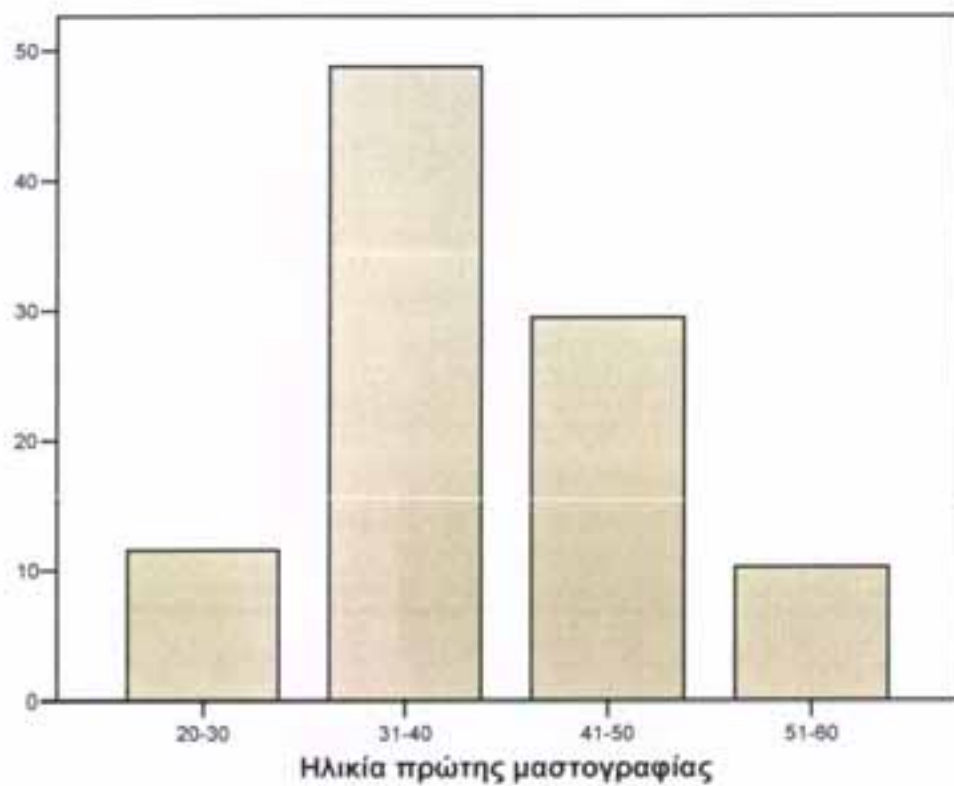
Σχήμα 15.



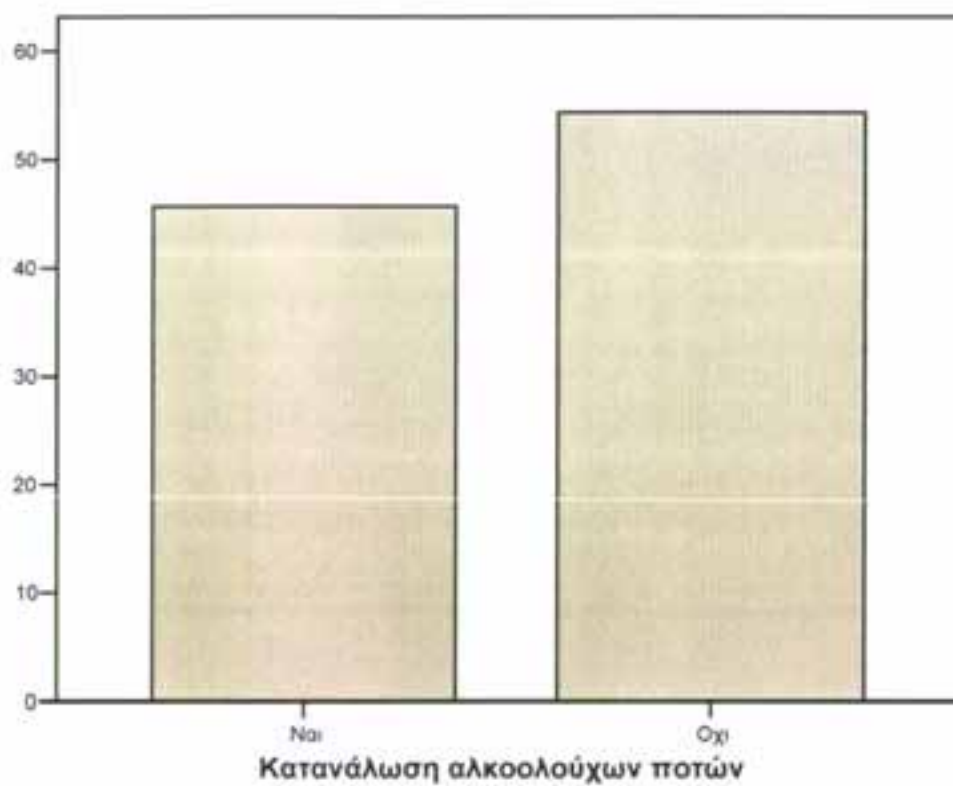
Σχήμα 16.



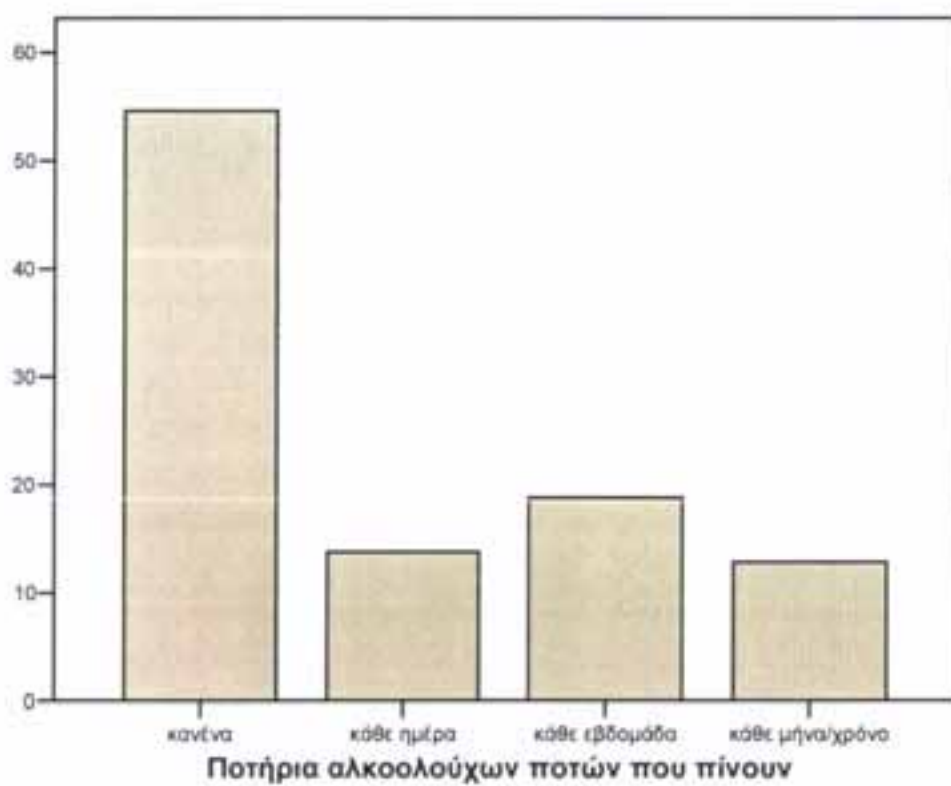
Σχήμα 17.



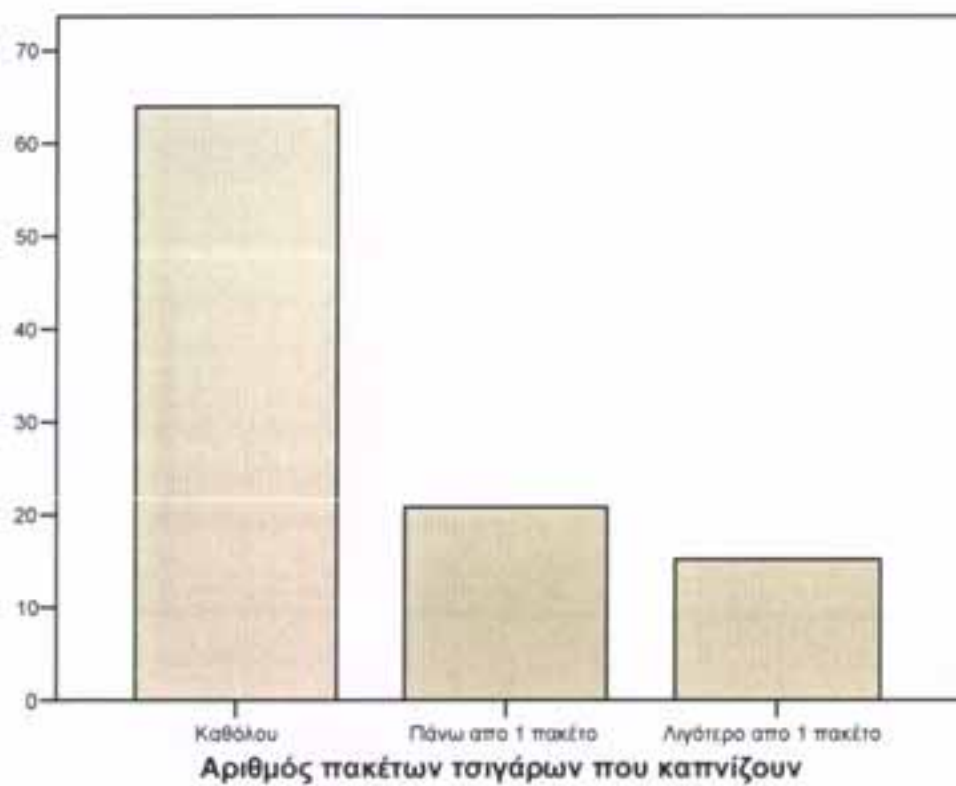
Σχήμα 18.



Σχήμα 20.



Σχήμα 21.



Σχήμα 22.

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και εάν γνωρίζουν για την αυτοεξέταση.

		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Έγγαμη	Άγαμη	
Γνωρίζουν την αυτοεξέταση	Ναι	145	53	198
		90,1%	91,4%	90,4%
	Όχι	16	5	21
		9,9%	8,6%	9,6%
Σύνολο		161	58	219
		100,0%	100,0%	100,0%

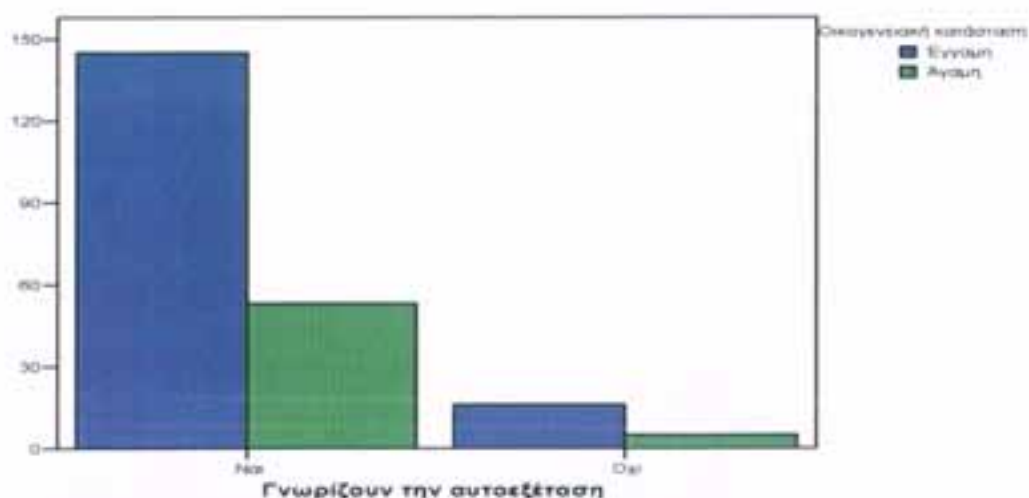
$\chi^2 = 0,085$

BE= 1

p = 0,770

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις που δίνουν οι έγγαμες και άγαμες γυναίκες της έρευνας σχετικά το εάν γνωρίζουν για την αυτοεξέταση. Αυτό σημαίνει ότι ο βαθμός γνώσης ή άγνοιας για την αυτοεξέταση είναι ο ίδιος άσχετα με την οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας.

Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και εάν γνωρίζουν για την αυτοεξέταση.



Σχήμα 1.

Πόσες φορές τον μήνα αυτοεξετάζονται * Οικογενειακή κατάσταση

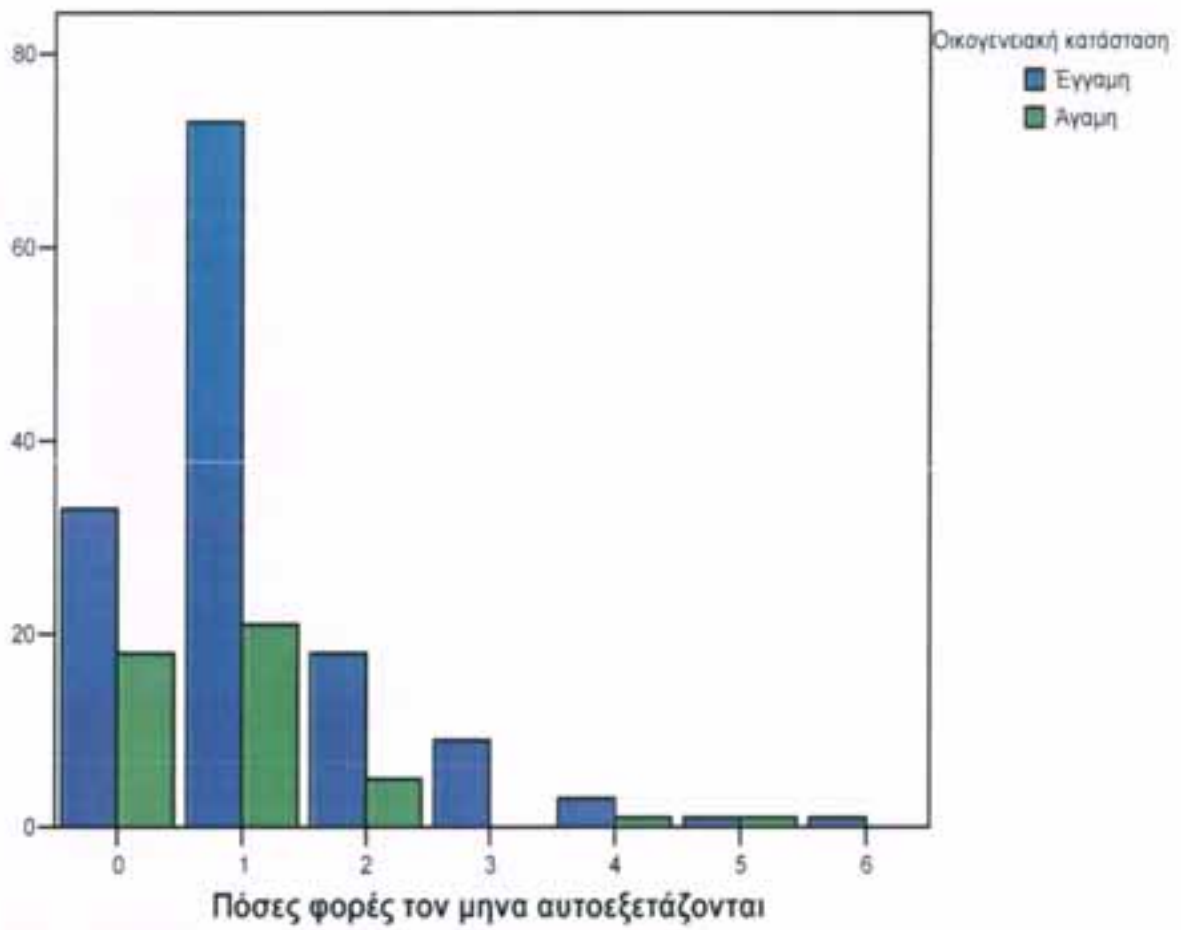
Crosstab

		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Έγγαμη	Άγαμη	
Πόσες φορές τον μήνα αυτοεξετάζονται	0	33 23,9%	18 39,1%	51 27,7%
	1	73 52,9%	21 45,7%	94 51,1%
	2	18 13,0%	5 10,9%	23 12,5%
	3	9 6,5%	0 ,0%	9 4,9%
	4	3 2,2%	1 2,2%	4 2,2%
	5	1 ,7%	1 2,2%	2 1,1%
	6	1 ,7%	0 ,0%	1 ,5%
	Σύνολο	138 100,0%	46 100,0%	184 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,367(a)	6	,288
Likelihood Ratio	9,497	6	,147
Linear-by-Linear Association	2,499	1	,114
N of Valid Cases	184		

a. 7 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.



Σχήμα 2.

Γνωρίζουν πότε γίνεται η αυτοεξέταση * Οικογενειακή κατάσταση

Crosstab

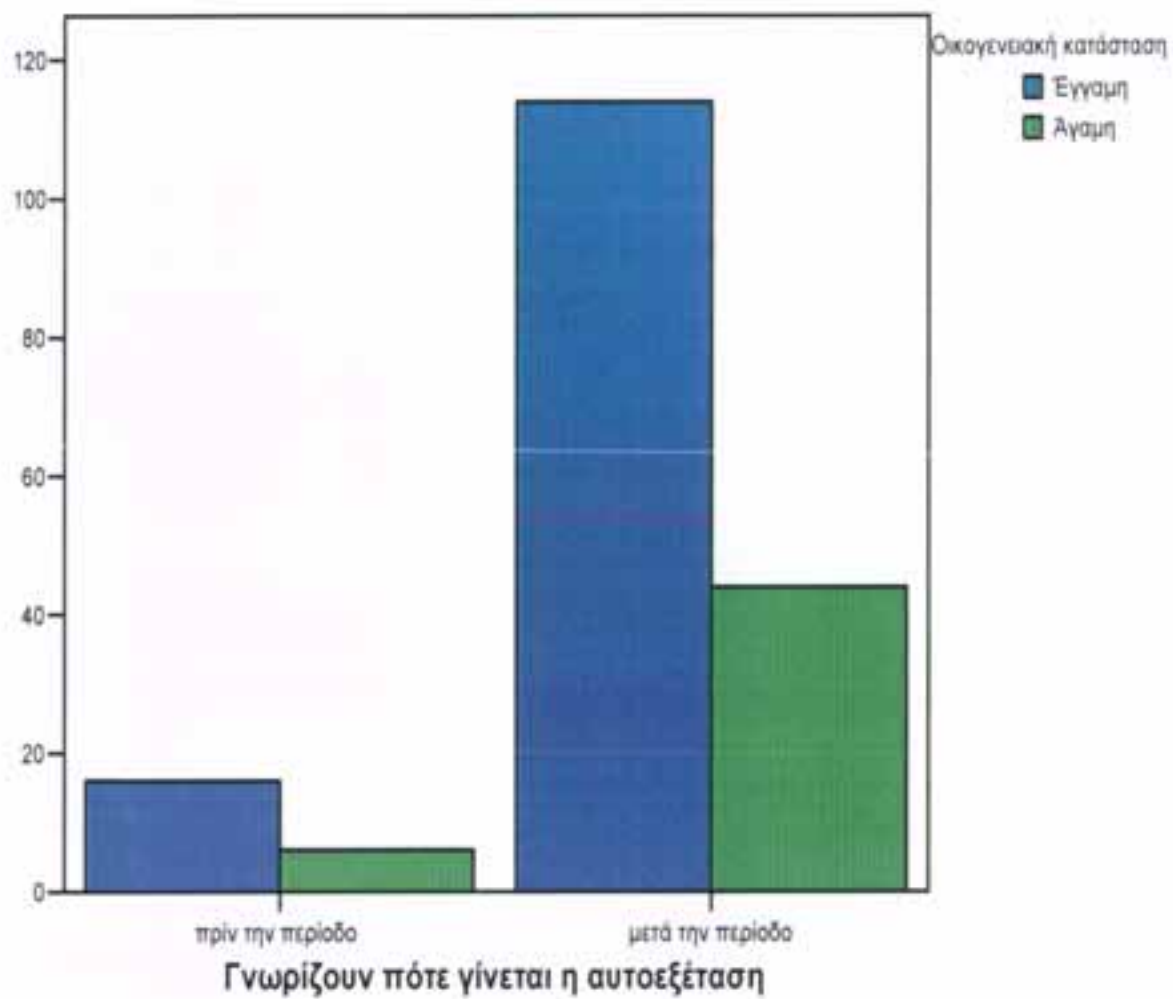
		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Έγγαμη	Άγαμη	
Γνωρίζουν πότε γίνεται η αυτοεξέταση	πριν την περίοδο	16 12,3%	6 12,0%	22 12,2%
	μετά την περίοδο	114 87,7%	44 88,0%	158 87,8%
Σύνολο		130 100,0%	50 100,0%	180 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,003(b)	1	,955		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,003	1	,955		
Fisher's Exact Test				1,000	,589
Linear-by-Linear Association	,003	1	,955		
N of Valid Cases	180				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,11.



Σχήμα 3.

Προβλήματα μαστού * Οικογενειακή κατάσταση

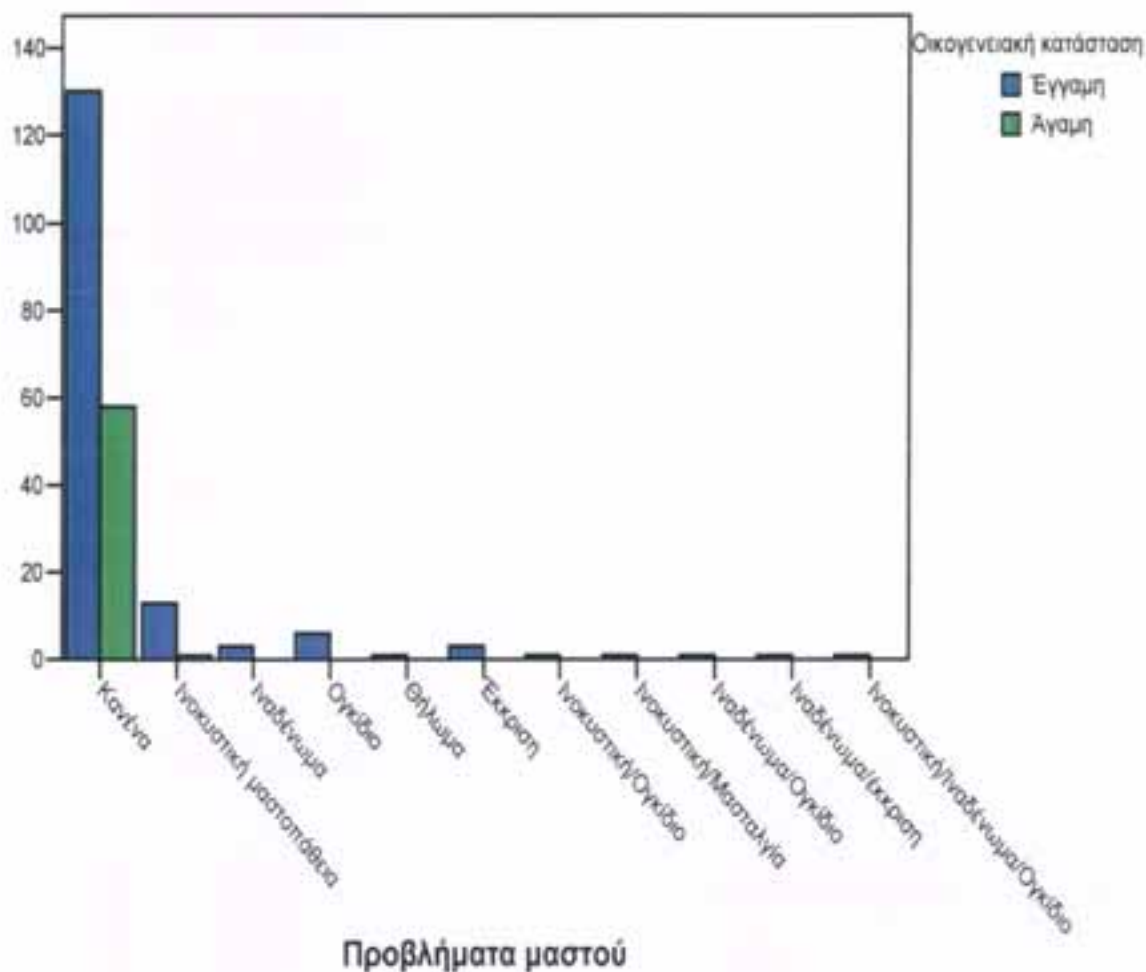
Crosstab

		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Έγγαμη	Άγαμη	
Προβλήματα μαστού	Κανένα	130	58	188
		80,7%	98,3%	85,5%
	Ινοκυστική μαστοπάθεια	13	1	14
		8,1%	1,7%	6,4%
	Ιναδένωμα	3	0	3
		1,9%	,0%	1,4%
	Ογκίδιο	6	0	6
		3,7%	,0%	2,7%
	Θήλωμα	1	0	1
		,6%	,0%	,5%
	Έκκριση	3	0	3
		1,9%	,0%	1,4%
	Ινοκυστική/Ογκίδιο	1	0	1
		,6%	,0%	,5%
	Ινοκυστική/Μασταλγία	1	0	1
	,6%	,0%	,5%	
Ιναδένωμα/Ογκίδιο	1	0	1	
	,6%	,0%	,5%	
Ιναδένωμα/έκκριση	1	0	1	
	,6%	,0%	,5%	
Ινοκυστική/Ιναδένωμα/ Ογκίδιο	1	0	1	
	,6%	,0%	,5%	
Σύνολο	161	59	220	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,916(a)	10	,364
Likelihood Ratio	16,298	10	,091
Linear-by-Linear Association	1,583	1	,208
N of Valid Cases	220		

a. 19 cells (86.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.



Επισκέπτονται συχνά τον γυναικολόγο τους * Οικογενειακή κατάσταση

Crosstab

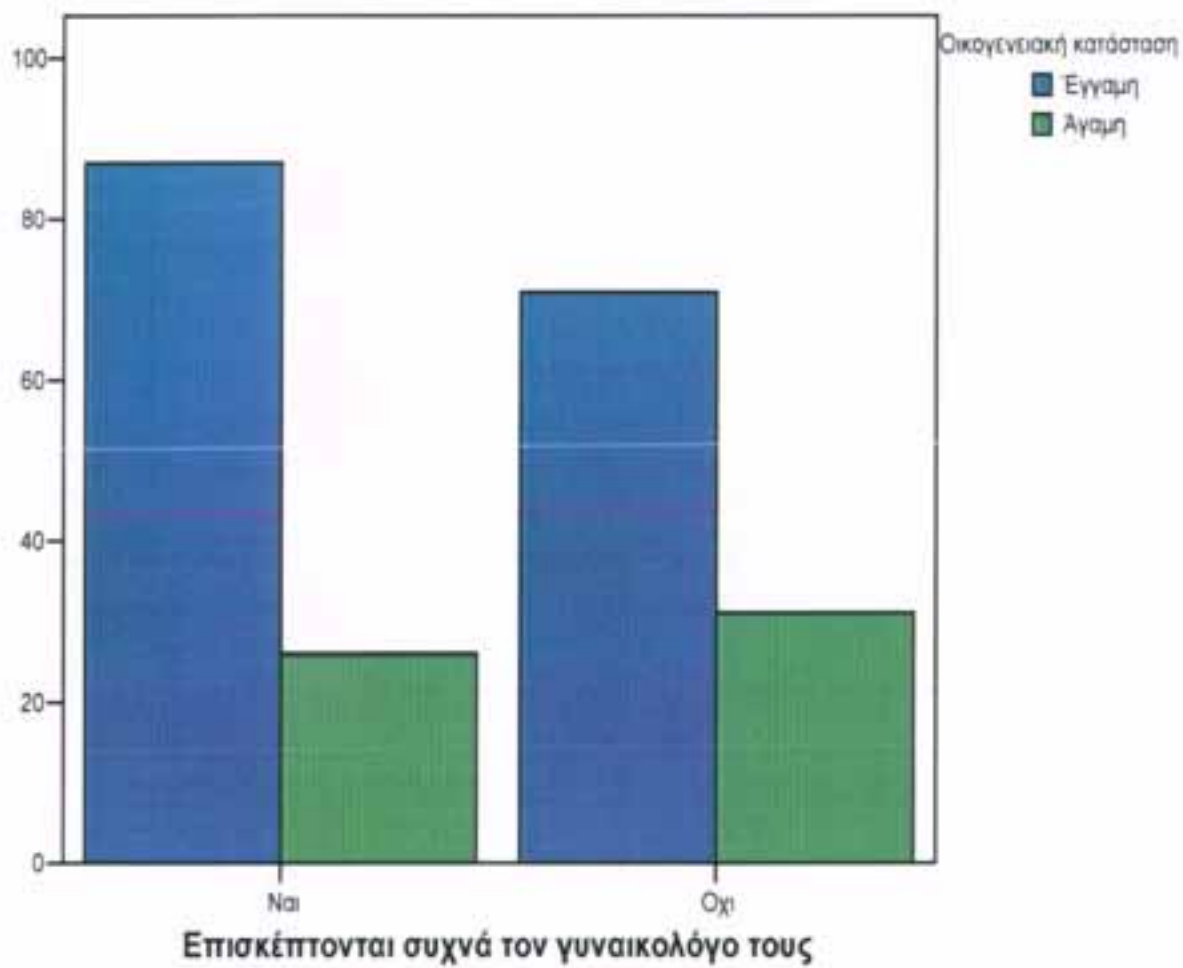
		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Έγγαμη	Άγαμη	
Επισκέπτονται συχνά τον γυναικολόγο τους	Ναι	87	26	113
		55,1%	45,6%	52,6%
	Όχι	71	31	102
		44,9%	54,4%	47,4%
Σύνολο		158	57	215
		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,500(b)	1	,221		
Continuity Correction(a)	1,145	1	,285		
Likelihood Ratio	1,499	1	,221		
Fisher's Exact Test				,279	,142
Linear-by-Linear Association	1,493	1	,222		
N of Valid Cases	215				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,04.



Σχήμα 5.

Πόσες φορές το έτος επισκέπτονται γυναικολόγο *
Οικογενειακή κατάσταση

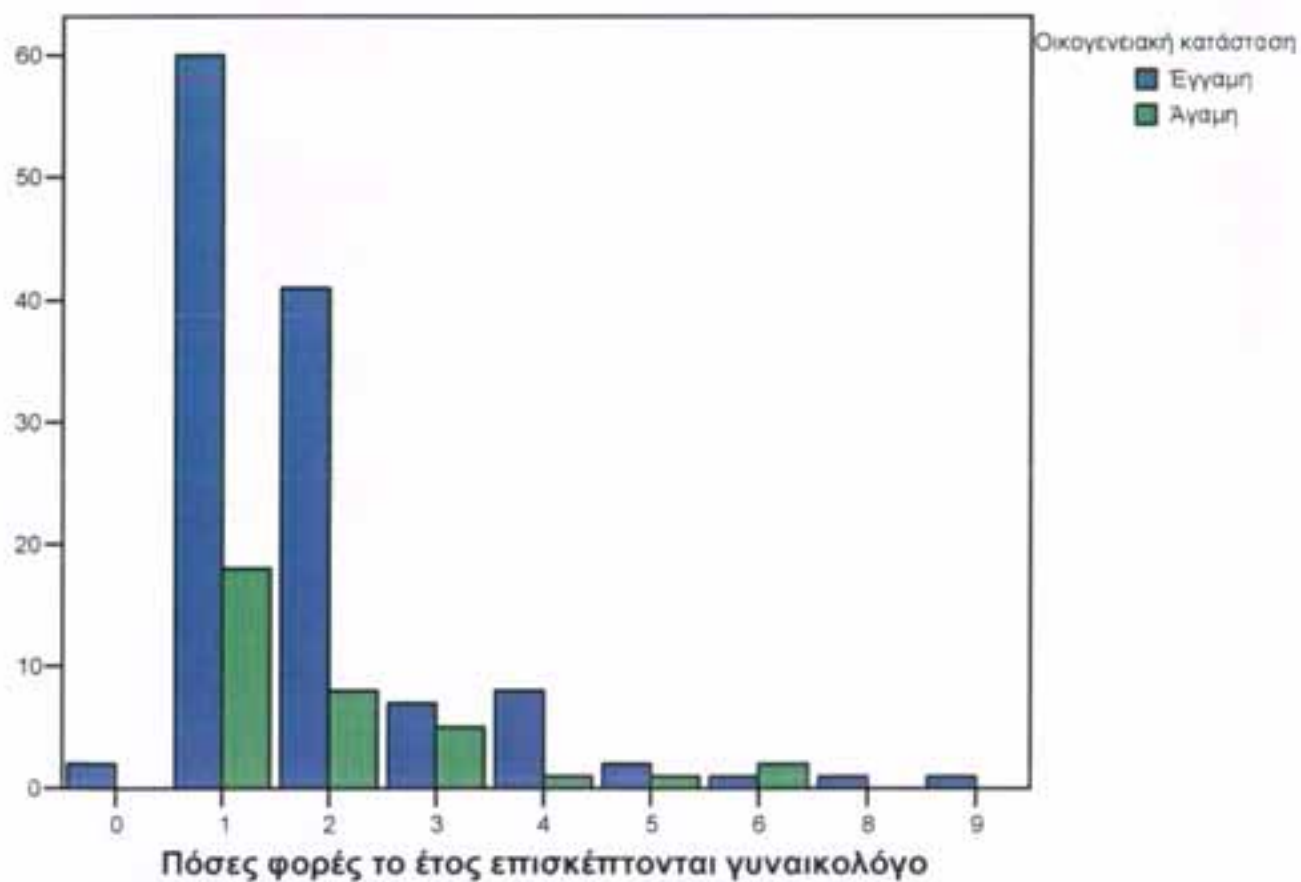
Crosstab

		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Έγγαμη	Άγαμη	
Πόσες φορές το έτος επισκέπτονται γυναικολόγο	0	2	0	2
		1,6%	,0%	1,3%
	1	60	18	78
		48,8%	51,4%	49,4%
	2	41	8	49
		33,3%	22,9%	31,0%
	3	7	5	12
		5,7%	14,3%	7,6%
	4	8	1	9
		6,5%	2,9%	5,7%
	5	2	3	
	1,6%	2,9%	1,9%	
	6	1	3	
	,8%	5,7%	1,9%	
	8	1	1	
	,8%	,0%	,6%	
	9	1	1	
	,8%	,0%	,6%	
Σύνολο		123	35	158
		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,092(a)	8	,335
Likelihood Ratio	9,004	8	,342
Linear-by-Linear Association	,314	1	,575
N of Valid Cases	158		

a. 12 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,22.



Σχήμα 6.

Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού * Οικογενειακή κατάσταση

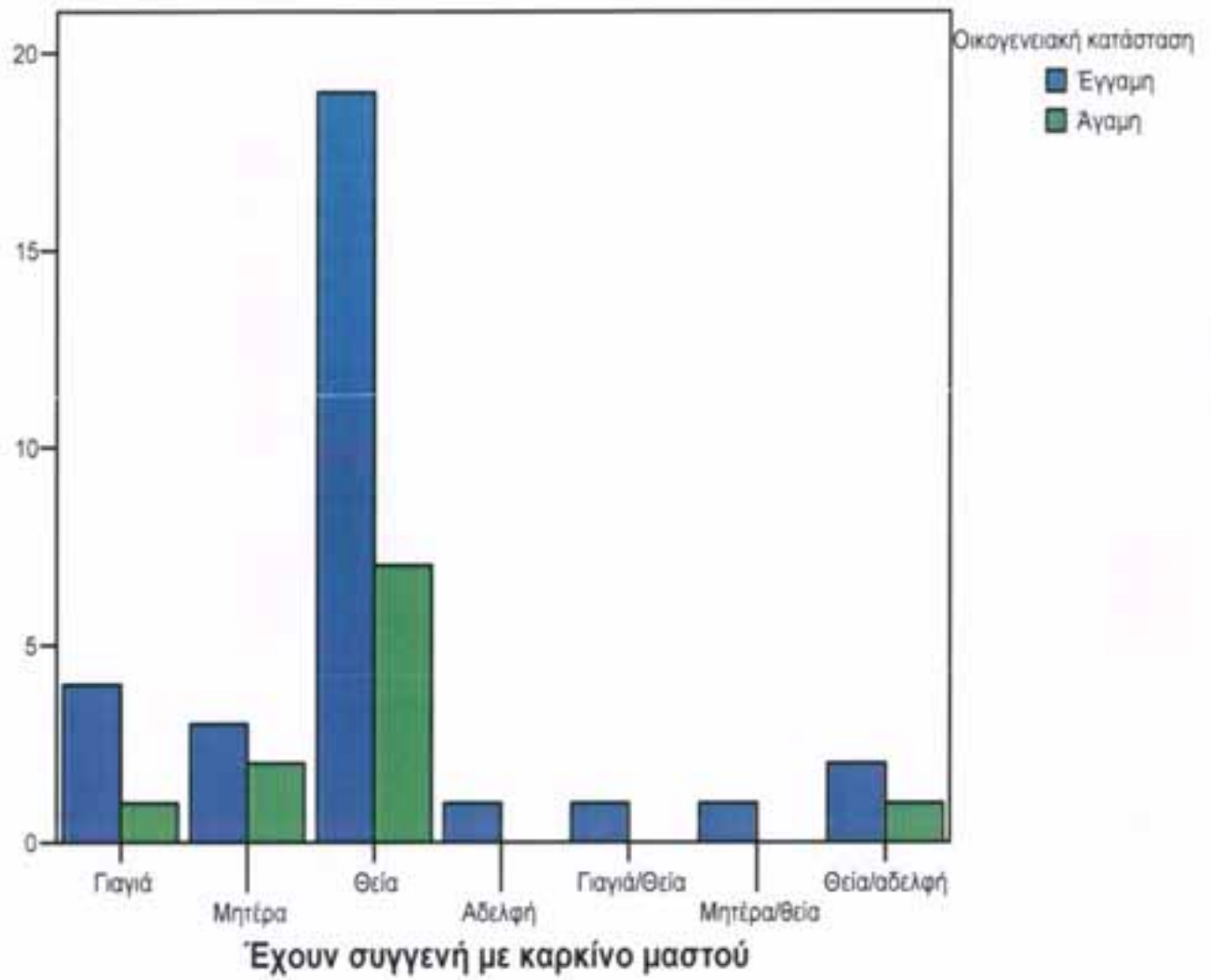
Crosstab

		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Έγγαμη	Άγαμη	
Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού	Γιαγιά	4 12,9%	1 9,1%	5 11,9%
	Μητέρα	3 9,7%	2 18,2%	5 11,9%
	Θεία	19 61,3%	7 63,6%	26 61,9%
	Αδελφή	1 3,2%	0 .0%	1 2,4%
	Γιαγιά/Θεία	1 3,2%	0 .0%	1 2,4%
	Μητέρα/Θεία	1 3,2%	0 .0%	1 2,4%
	Θεία/αδελφή	2 6,5%	1 9,1%	3 7,1%
	Σύνολο	31 100,0%	11 100,0%	42 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,743(a)	6	,942
Likelihood Ratio	2,461	6	,873
Linear-by-Linear Association	,004	1	,950
N of Valid Cases	42		

a. 12 cells (85,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.



Σχήμα 7.

Έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία * Οικογενειακή κατάσταση

Crosstab

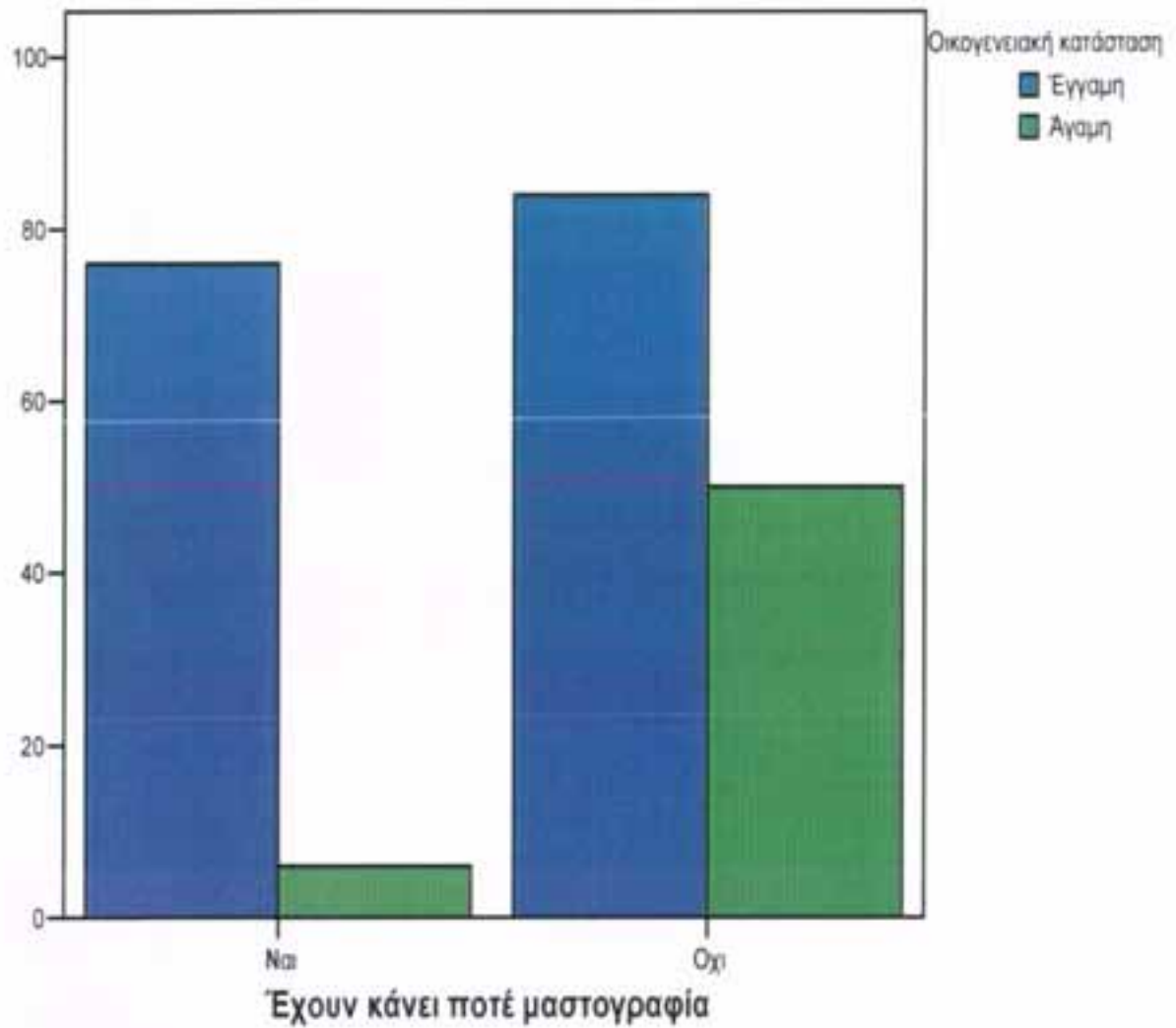
		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Εγγαμη	Αγαμη	
Έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία	Ναι	76 47,5%	6 10,7%	82 38,0%
	Όχι	84 52,5%	50 89,3%	134 62,0%
Σύνολο		160 100,0%	56 100,0%	216 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,834(b)	1	,000		
Continuity Correction(a)	22,298	1	,000		
Likelihood Ratio	27,254	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	23,724	1	,000		
N of Valid Cases	216				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,26.



Σχήμα 8.

Ηλικία πρώτης μαστογραφίας * Οικογενειακή κατάσταση

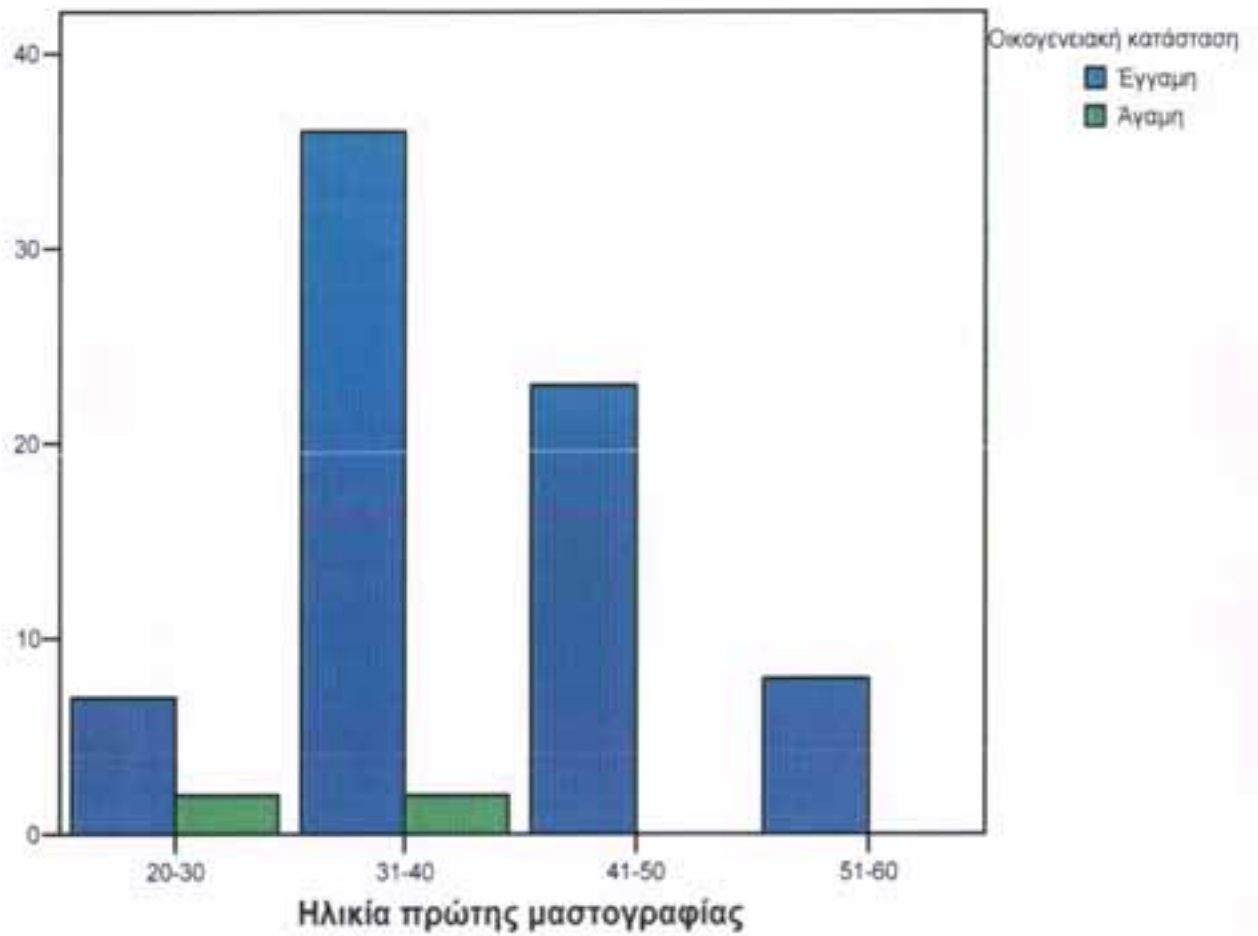
Crosstab

		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Εγγαμη	Αγαμη	
Ηλικία πρώτης μαστογραφίας	20-30	7 9,5%	2 50,0%	9 11,5%
	31-40	38 48,6%	2 50,0%	38 48,7%
	41-50	23 31,1%	0 ,0%	23 29,5%
	51-60	8 10,8%	0 ,0%	8 10,3%
Σύνολο		74 100,0%	4 100,0%	78 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,083(a)	3	,069
Likelihood Ratio	6,349	3	,096
Linear-by-Linear Association	4,843	1	,028
N of Valid Cases	78		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.



Σχήμα 9.

Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών * Οικογενειακή κατάσταση

Crosstab

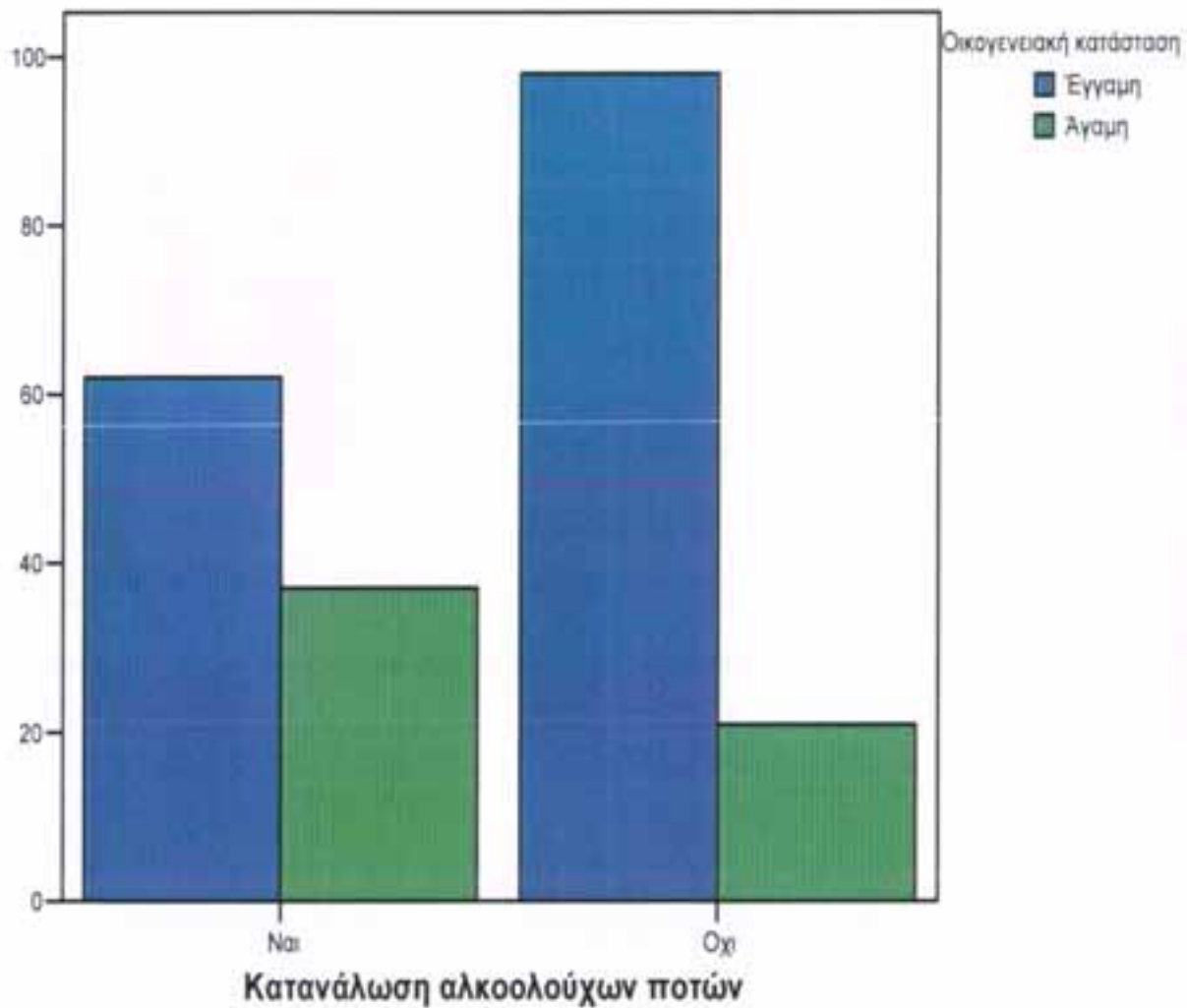
		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Έγγαμη	Άγαμη	
Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών	Ναι	62 38,8%	37 63,8%	99 45,4%
	Όχι	98 61,3%	21 36,2%	119 54,6%
Σύνολο		160 100,0%	58 100,0%	218 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,770(b)	1	,001		
Continuity Correction(a)	9,783	1	,002		
Likelihood Ratio	10,804	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	10,720	1	,001		
N of Valid Cases	218				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,34.



Σχήμα 10.

Ποτήρια αλκοολούχων ποτών που πίνουν * Οικογενειακή κατάσταση

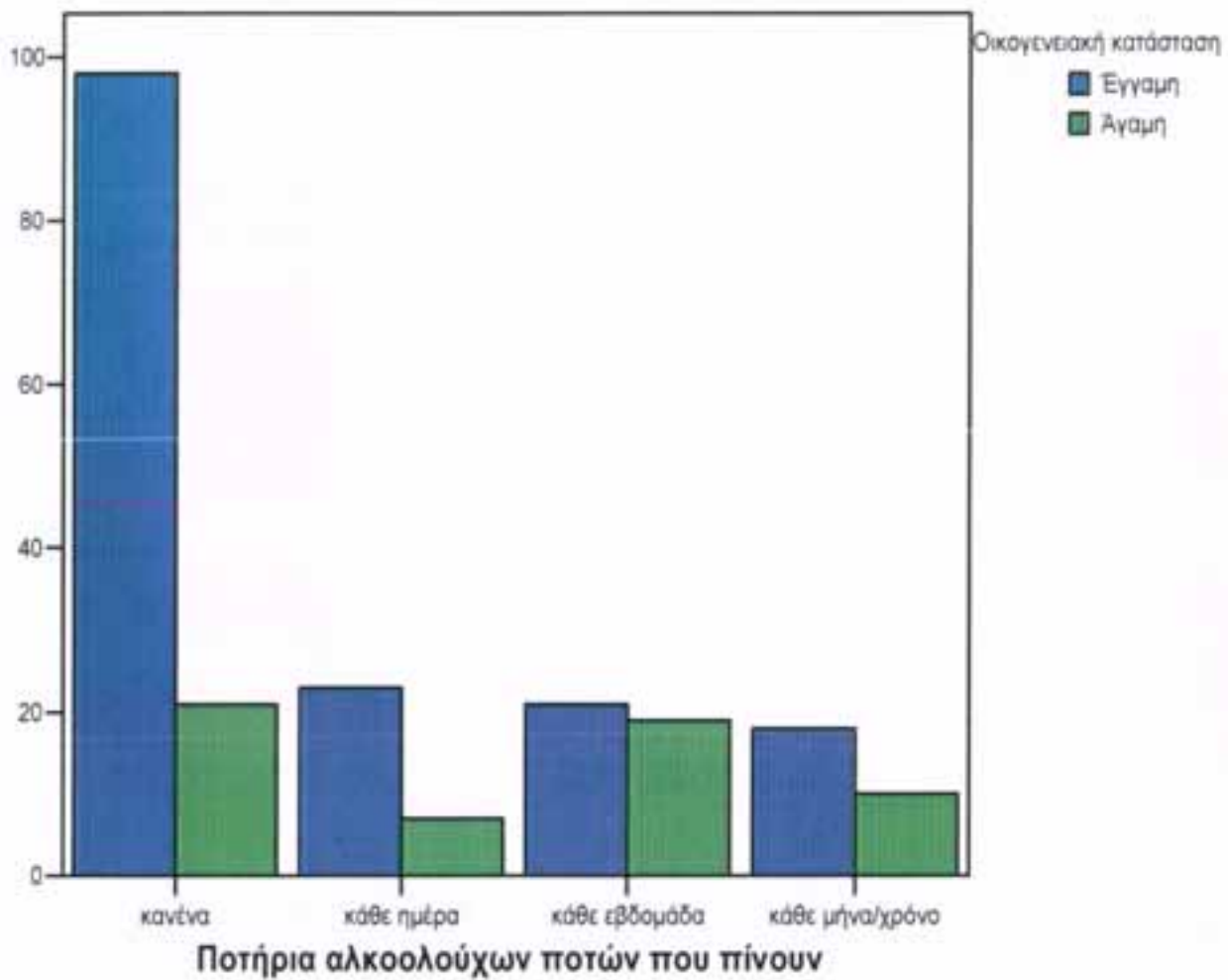
Crosstab

	Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
	Έγγαμη	Αγαμη	
Ποτήρια αλκοολούχων ποτών που πίνουν	98	21	119
κανένα	61,3%	36,8%	54,8%
κάθε ημέρα	23	7	30
κάθε εβδομάδα	14,4%	12,3%	13,8%
κάθε μήνα/χρόνο	21	19	40
	13,1%	33,3%	18,4%
Σύνολο	18	10	28
	11,3%	17,5%	12,9%
	160	57	217
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi- Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,300(a)	3	,002
Likelihood Ratio	14,558	3	,002
Linear-by-Linear Association	11,061	1	,001
N of Valid Cases	217		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,35.



Σχήμα 11.

Αριθμός πακέτων τσιγάρων που καπνίζουν * Οικογενειακή κατάσταση

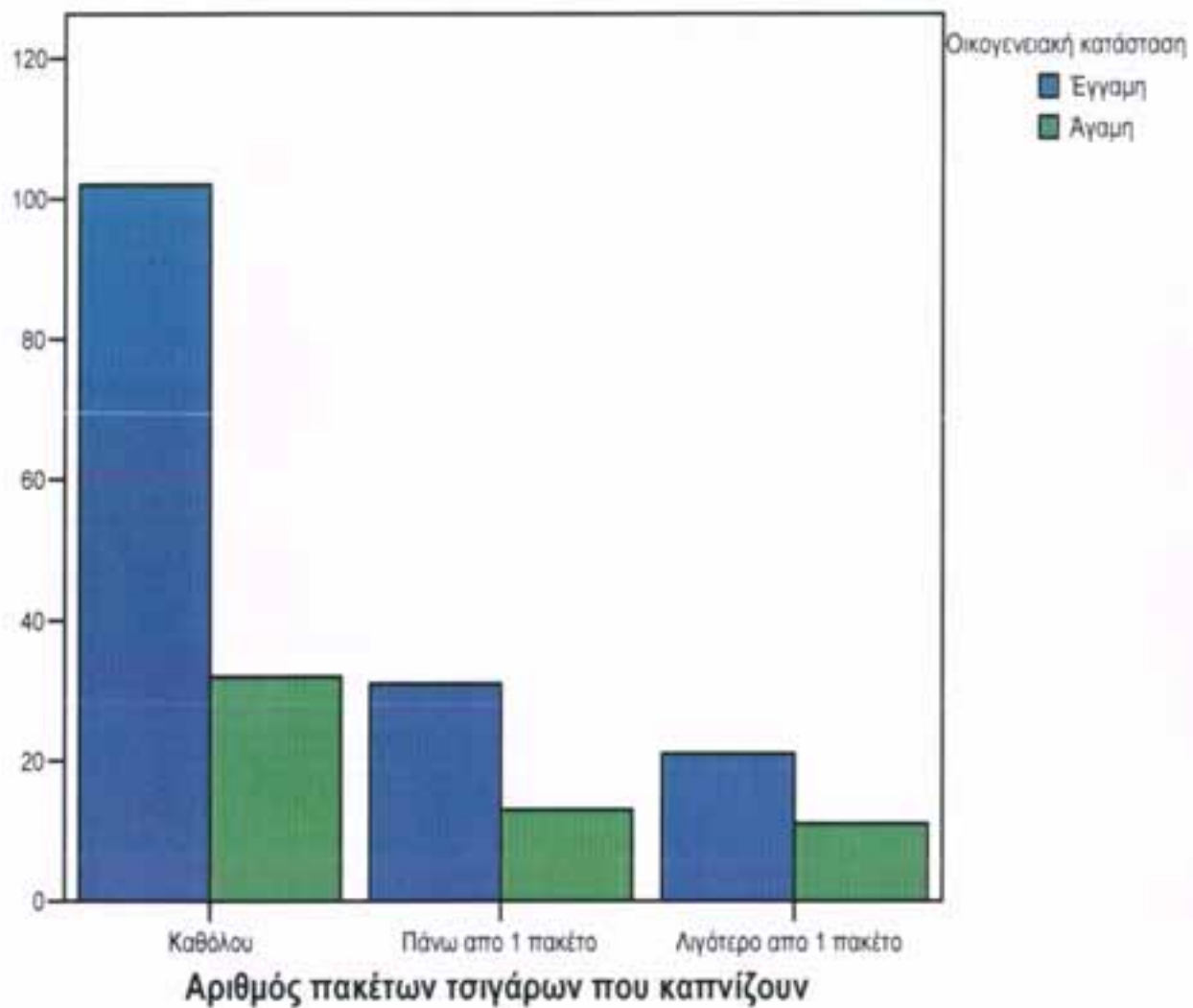
Crosstab

		Οικογενειακή κατάσταση		Σύνολο
		Εγγαμη	Άγαμη	
Αριθμός πακέτων τσιγάρων που καπνίζουν	Καθόλου	102 66,2%	32 57,1%	134 63,8%
	Πάνω από 1 πακέτο	31 20,1%	13 23,2%	44 21,0%
	Λιγότερο από 1 πακέτο	21 13,6%	11 19,6%	32 15,2%
Σύνολο		154 100,0%	56 100,0%	210 100,0%

Chi- Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,691(a)	2	,429
Likelihood Ratio	1,649	2	,439
Linear-by-Linear Association	1,680	1	,195
N of Valid Cases	210		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,53.



Σχήμα 12.

Crosstabs

Γνωρίζουν την αυτοεξέταση * Μορφωτικό επίπεδο

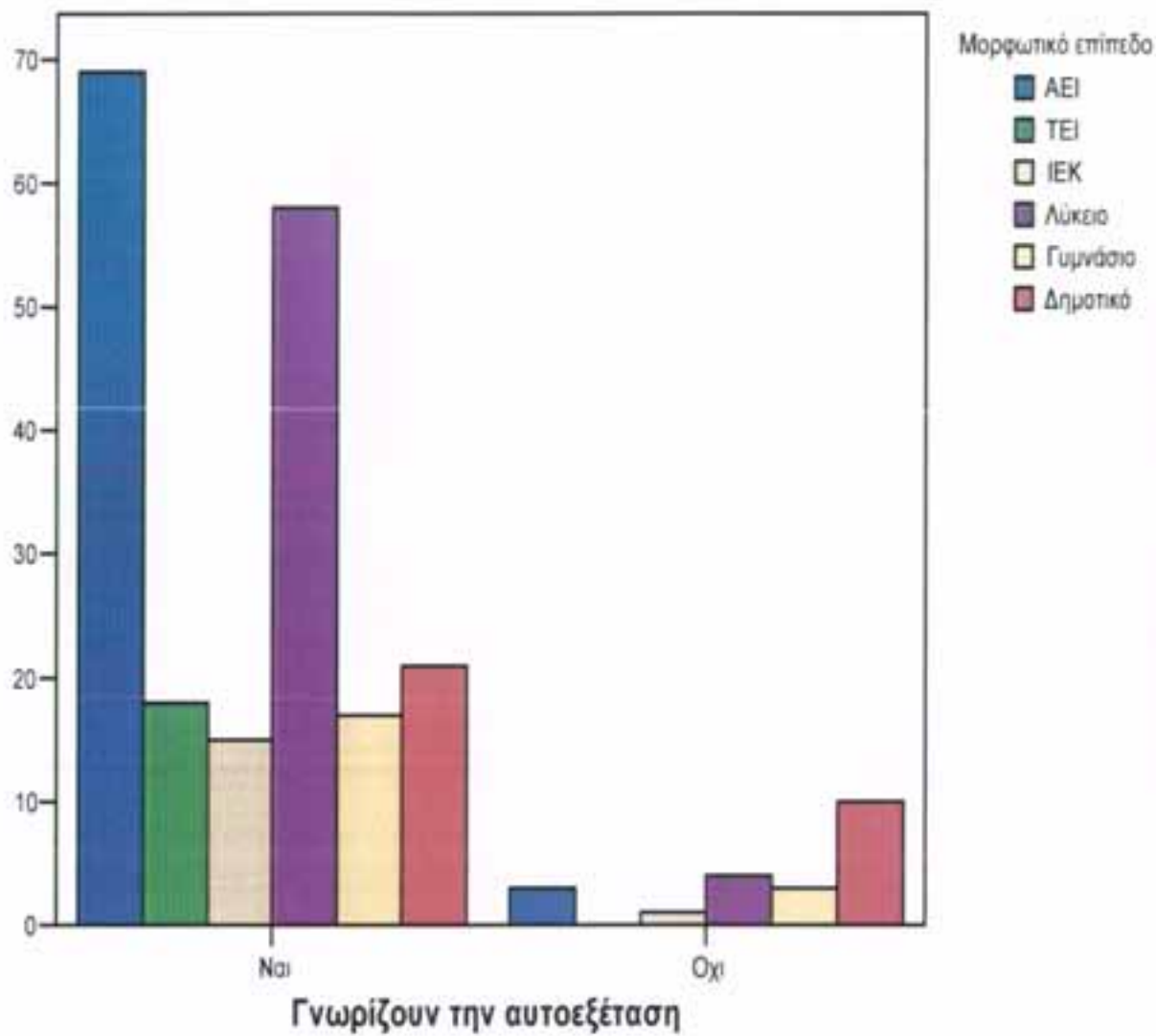
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο					Σύνολο	
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο		Δημοτικό
Γνωρίζουν την αυτοεξέταση	Ναι	69	18	15	58	17	21	198
		95,8%	100,0%	93,8%	93,5%	85,0%	67,7%	90,4%
	Όχι	3	0	1	4	3	10	21
		4,2%	,0%	6,3%	6,5%	15,0%	32,3%	9,6%
Σύνολο		72	18	16	62	20	31	219
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,311(a)	5	,000
Likelihood Ratio	20,410	5	,001
Linear-by-Linear Association	15,121	1	,000
N of Valid Cases	219		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,53.



Σχήμα 13.

Πόσες φορές τον μήνα αυτοεξετάζονται * Μορφωτικό επίπεδο

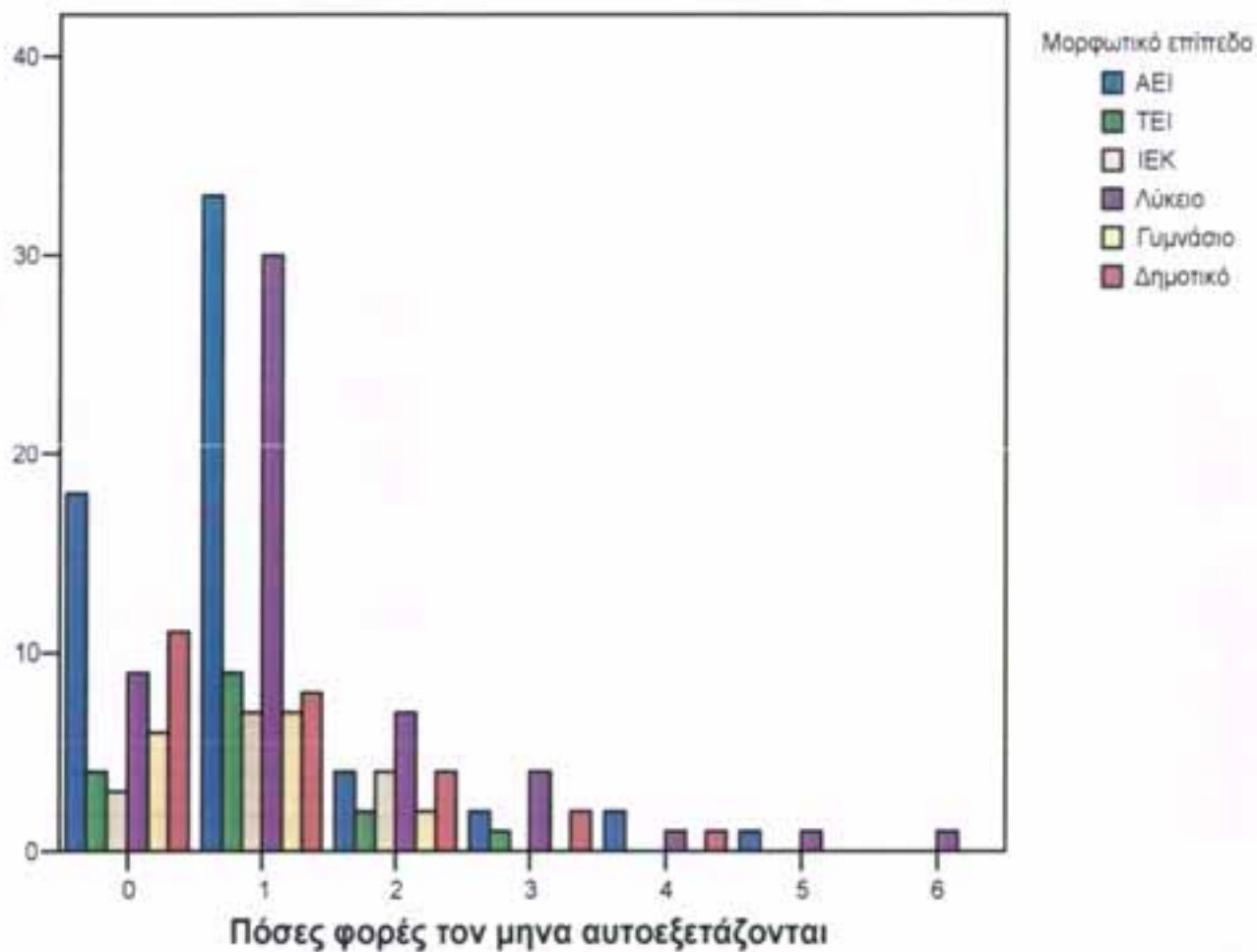
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο						Σύνολο
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο	Δημοτικό	
Πόσες φορές τον μήνα αυτοεξετάζονται	0	18	4	3	9	6	11	51
		30,0%	25,0%	21,4%	17,0%	40,0%	42,3%	27,7%
	1	33	9	7	30	7	8	94
		55,0%	56,3%	50,0%	56,6%	46,7%	30,8%	51,1%
	2	4	2	4	7	2	4	23
		6,7%	12,5%	28,6%	13,2%	13,3%	15,4%	12,5%
	3	2	1	0	4	0	2	9
	3,3%	6,3%	,0%	7,5%	,0%	7,7%	4,9%	
4	2	0	0	1	0	1	4	
	3,3%	,0%	,0%	1,9%	,0%	3,8%	2,2%	
5	1	0	0	1	0	0	2	
	1,7%	,0%	,0%	1,9%	,0%	,0%	1,1%	
6	0	0	0	1	0	0	1	
	,0%	,0%	,0%	1,9%	,0%	,0%	,5%	
Σύνολο		60	16	14	53	15	26	184
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,245(a)	30	,880
Likelihood Ratio	23,969	30	,773
Linear-by-Linear Association	,096	1	,757
N of Valid Cases	184		

a. 31 cells (73,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.



Σχήμα 14.

Γνωρίζουν πότε γίνεται η αυτοεξέταση * Μορφωτικό επίπεδο

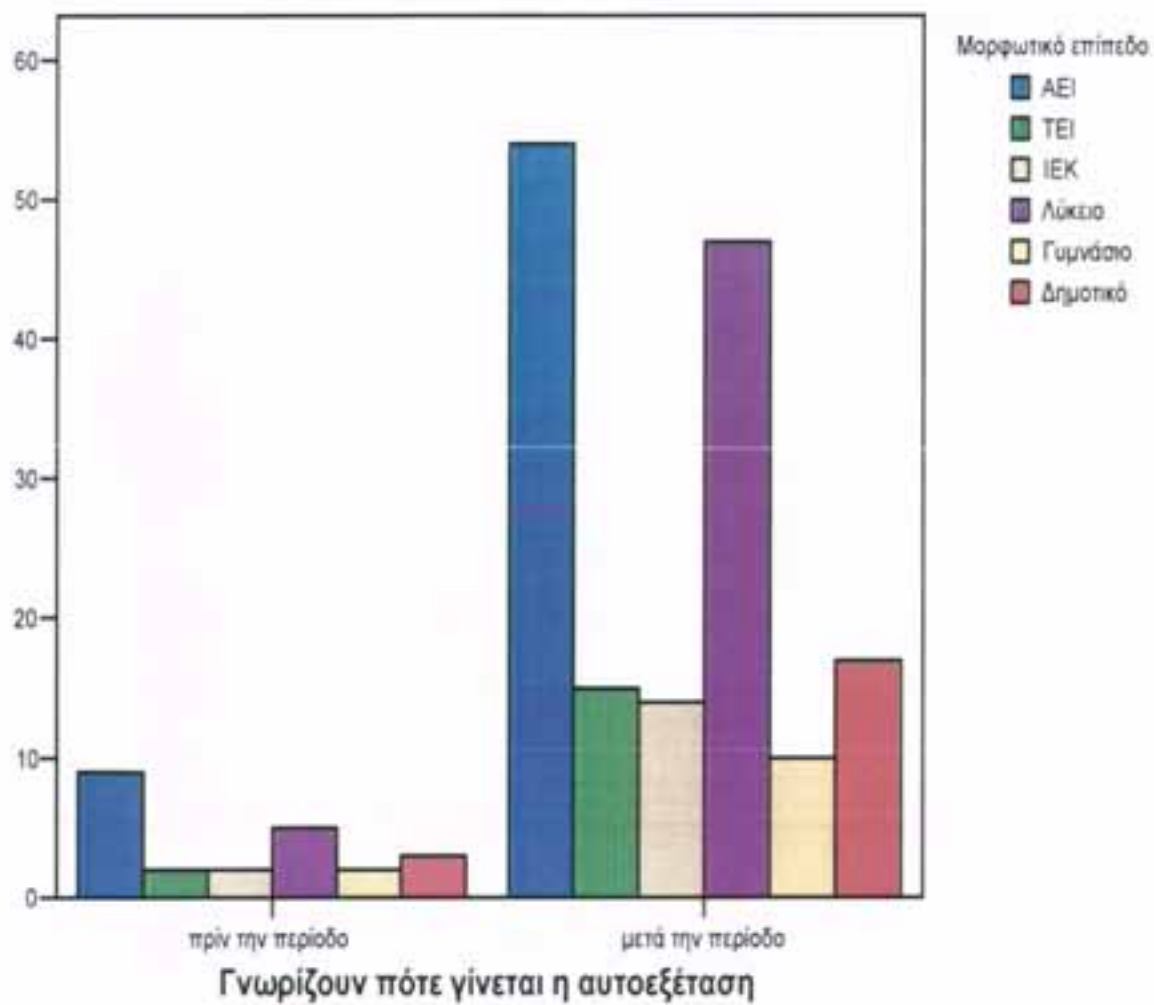
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο						Σύνολο
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο	Δημοτικό	
Γνωρίζουν πότε γίνεται η αυτοεξέταση	πριν την περίοδο	9	2	2	5	2	3	23
		14,3%	11,8%	12,5%	9,6%	16,7%	15,0%	12,8%
	μετά την περίοδο	54	15	14	47	10	17	157
		85,7%	88,2%	87,5%	90,4%	83,3%	85,0%	87,2%
Σύνολο		63	17	16	52	12	20	180
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,863(a)	5	,973
Likelihood Ratio	,881	5	,972
Linear-by-Linear Association	,020	1	,888
N of Valid Cases	180		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,53.



Σχήμα 15.

Προβλήματα μαστού * Μορφωτικό επίπεδο

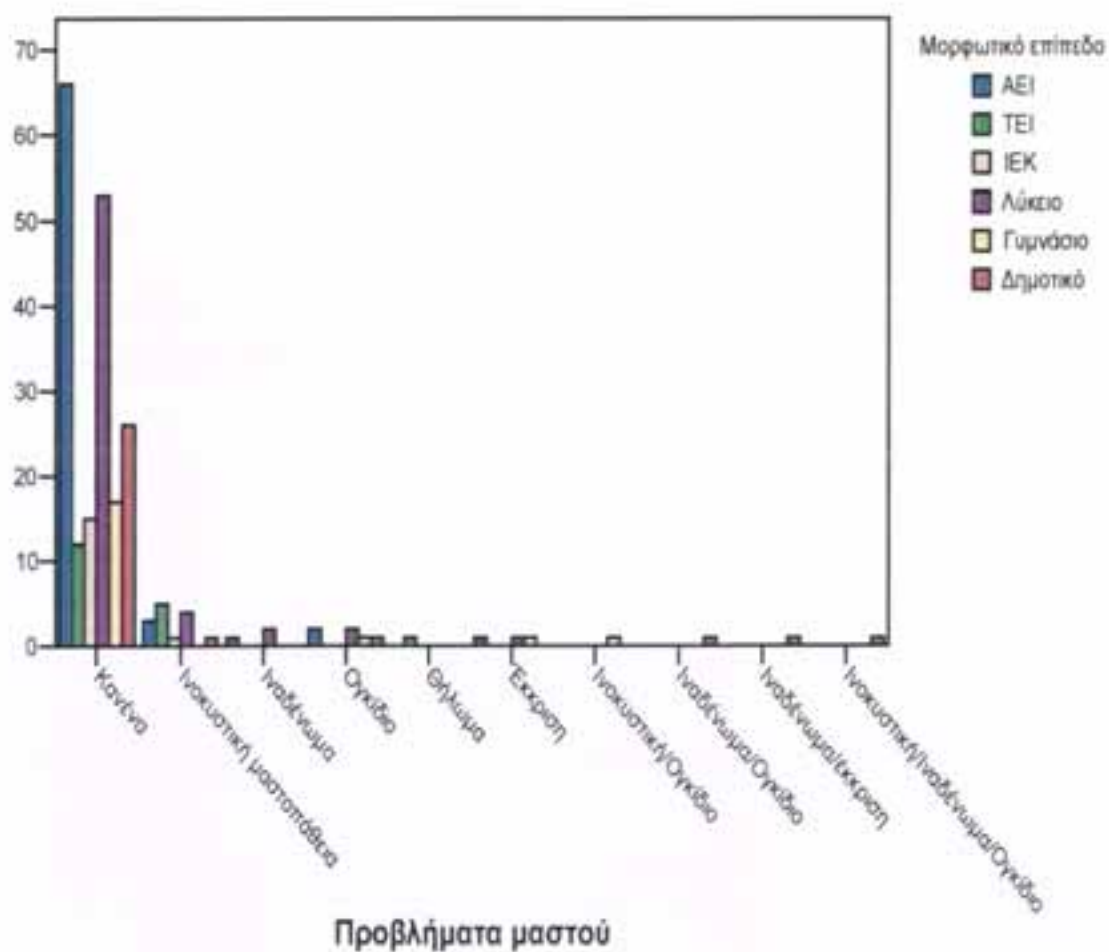
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο						Σύνολο
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο	Δημοτικό	
Προβλήματα μαστού	Κανένα	66	12	15	53	17	26	189
		90,4%	66,7%	93,8%	85,5%	85,0%	83,9%	85,9%
	Ινοκυστική μαστοπάθεια	3	5	1	4	0	1	14
		4,1%	27,8%	6,3%	6,5%	,0%	3,2%	6,4%
	Ιναδένωμα	1	0	0	2	0	0	3
		1,4%	,0%	,0%	3,2%	,0%	,0%	1,4%
	Ογκίδιο	2	0	0	2	1	1	6
		2,7%	,0%	,0%	3,2%	5,0%	3,2%	2,7%
	Θήλωμα	0	1	0	0	0	0	1
		,0%	5,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	,5%
	Έκκριση	1	0	0	1	1	0	3
		1,4%	,0%	,0%	1,6%	5,0%	,0%	1,4%
	Ινοκυστική/ Ογκίδιο	0	0	0	0	1	0	1
		,0%	,0%	,0%	,0%	5,0%	,0%	,5%
Ιναδένωμα/ Ογκίδιο	0	0	0	0	0	1	1	
	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	3,2%	,5%	
Ιναδένωμα/ Έκκριση	0	0	0	0	0	1	1	
	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	3,2%	,5%	
Ινοκυστική/ Ιναδένωμα/ Ογκίδιο	0	0	0	0	0	1	1	
	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	3,2%	,5%	
Σύνολο		73	18	16	62	20	31	220
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	62,881(a)	45	,040
Likelihood Ratio	42,162	45	,593
Linear-by-Linear Association	5,863	1	,015
N of Valid Cases	220		

a. 54 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.



Σχήμα 16.
Επισκέπτονται συχνά τον γυναικολόγο τους * Μορφωτικό επίπεδο

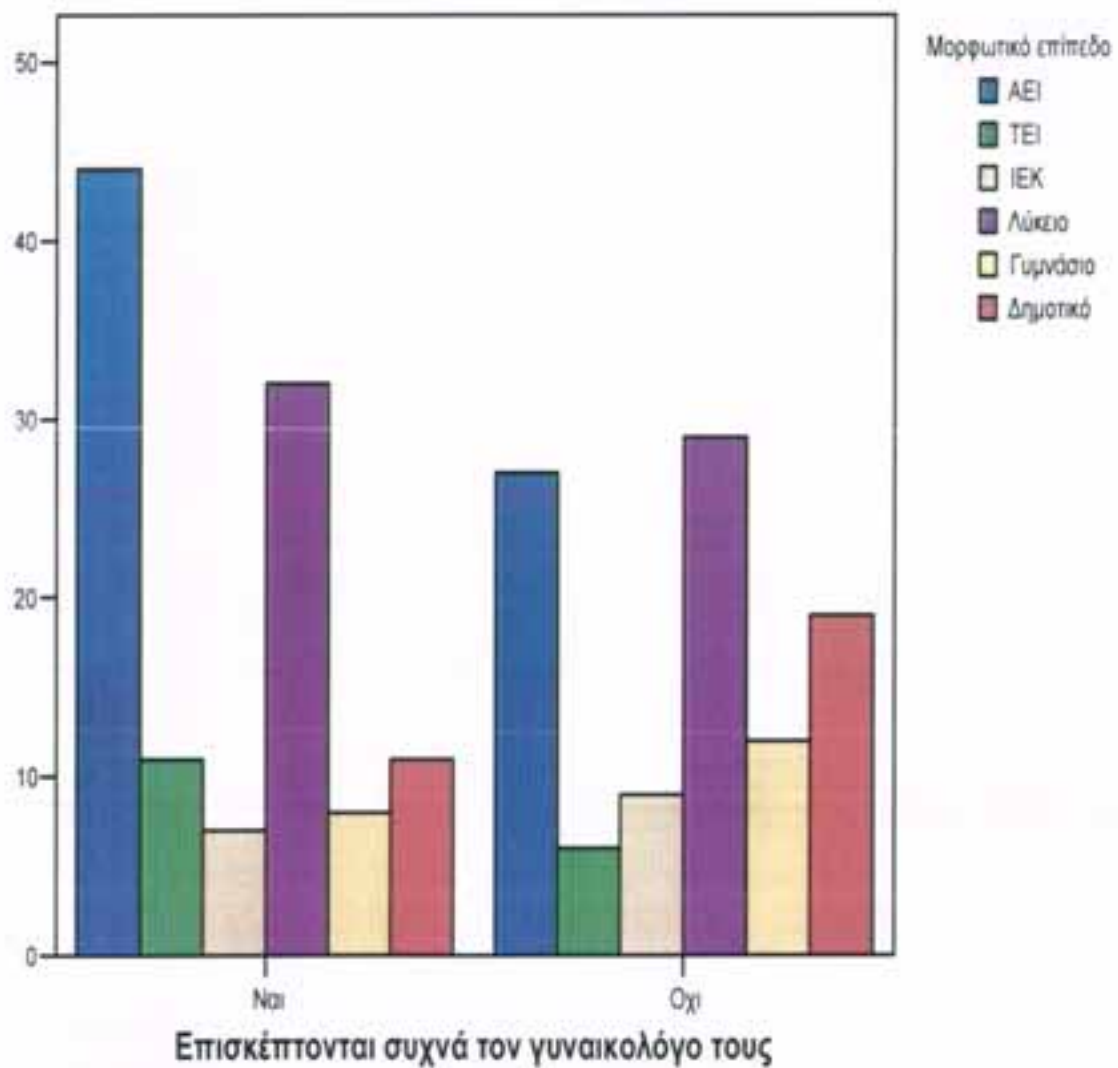
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο					Σύνολο	
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο	Δημοτικό	
Επισκέπτονται συχνά τον γυναικολόγο τους	Ναι	44	11	7	32	8	11	113
		62,0%	64,7%	43,8%	52,5%	40,0%	36,7%	52,6%
	Όχι	27	6	9	29	12	19	102
		38,0%	35,3%	56,3%	47,5%	60,0%	63,3%	47,4%
Σύνολο		71	17	16	61	20	30	215
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,331(a)	5	,139
Likelihood Ratio	8,403	5	,135
Linear-by-Linear Association	6,843	1	,009
N of Valid Cases	215		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,59.



Σχήμα 17.

Πόσες φορές το έτος επισκέπτονται γυναικολόγο * Μορφωτικό επίπεδο

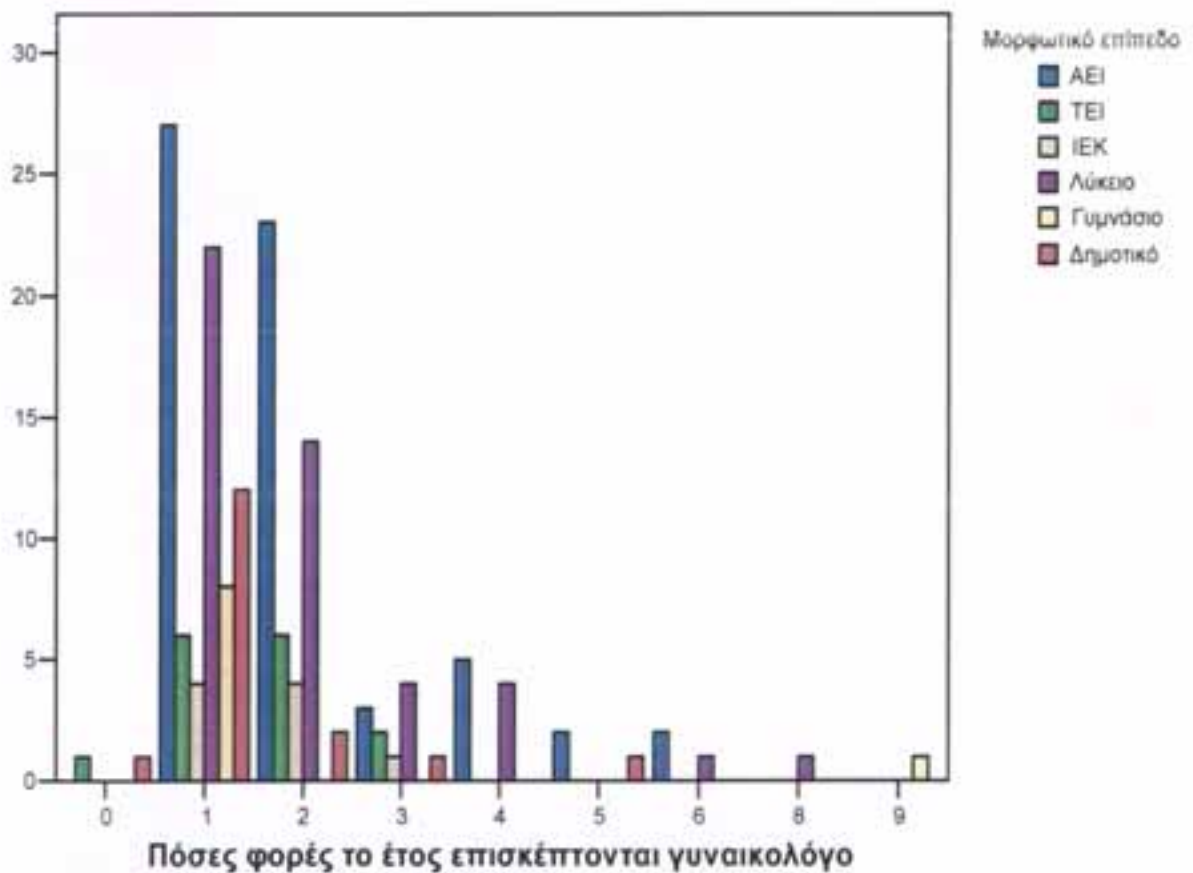
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο					Σύνολο	
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο		Δημοτικό
Πόσες φορές το έτος επισκέπτονται γυναικολόγο	0	0	1	0	0	0	1	2
		,0%	6,7%	,0%	,0%	,0%	5,9%	1,3%
	1	27	6	4	22	8	12	79
		43,5%	40,0%	44,4%	47,8%	88,9%	70,6%	50,0%
	2	23	6	4	14	0	2	49
		37,1%	40,0%	44,4%	30,4%	,0%	11,8%	31,0%
	3	3	2	1	4	0	1	11
		4,8%	13,3%	11,1%	8,7%	,0%	5,9%	7,0%
	4	5	0	0	4	0	0	9
		8,1%	,0%	,0%	8,7%	,0%	,0%	5,7%
5	2	0	0	0	0	1	3	
	3,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	5,9%	1,9%	
6	2	0	0	1	0	0	3	
	3,2%	,0%	,0%	2,2%	,0%	,0%	1,9%	
8	0	0	0	1	0	0	1	
	,0%	,0%	,0%	2,2%	,0%	,0%	,6%	
9	0	0	0	0	1	0	1	
	,0%	,0%	,0%	,0%	11,1%	,0%	,6%	
Σύνολο	62	15	9	46	9	17	158	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	50,040(a)	40	,133
Likelihood Ratio	45,235	40	,263
Linear-by-Linear Association	,919	1	,338
N of Valid Cases	158		

a. 47 cells (87,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.



Σχήμα 18.

Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού * Μορφωτικό επίπεδο

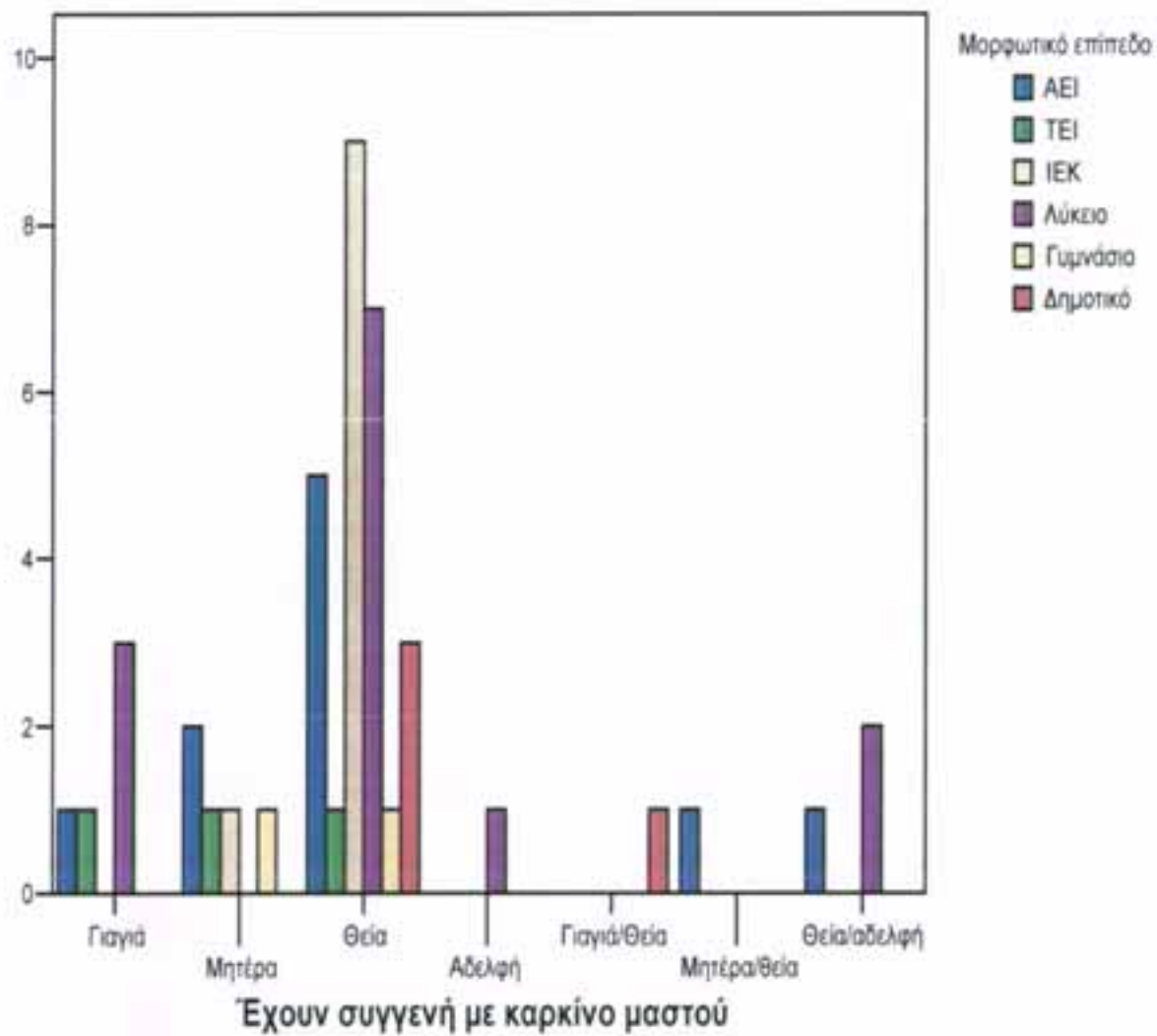
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο						Σύνολο
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο	Δημοτικό	
Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού	Γιαγιά	1	1	0	3	0	0	5
		10,0%	33,3%	,0%	23,1%	,0%	,0%	11,9%
	Μητέρα	2	1	1	0	1	0	5
		20,0%	33,3%	10,0%	,0%	50,0%	,0%	11,9%
	Θεία	5	1	9	7	1	3	26
		50,0%	33,3%	90,0%	53,8%	50,0%	75,0%	61,9%
	Αδελφή	0	0	0	1	0	0	1
		,0%	,0%	,0%	7,7%	,0%	,0%	2,4%
	Γιαγιά/Θεία	0	0	0	0	0	1	1
	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	25,0%	2,4%	
Μητέρα/Θεία	1	0	0	0	0	0	1	
	10,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	2,4%	
Θεία/αδελφή	1	0	0	2	0	0	3	
	10,0%	,0%	,0%	15,4%	,0%	,0%	7,1%	
Σύνολο	10	3	10	13	2	4	42	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,486(a)	30	,441
Likelihood Ratio	28,132	30	,563
Linear-by-Linear Association	,062	1	,804
N of Valid Cases	42		

a. 39 cells (92,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.



Σχήμα 19.

Έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία * Μορφωτικό επίπεδο

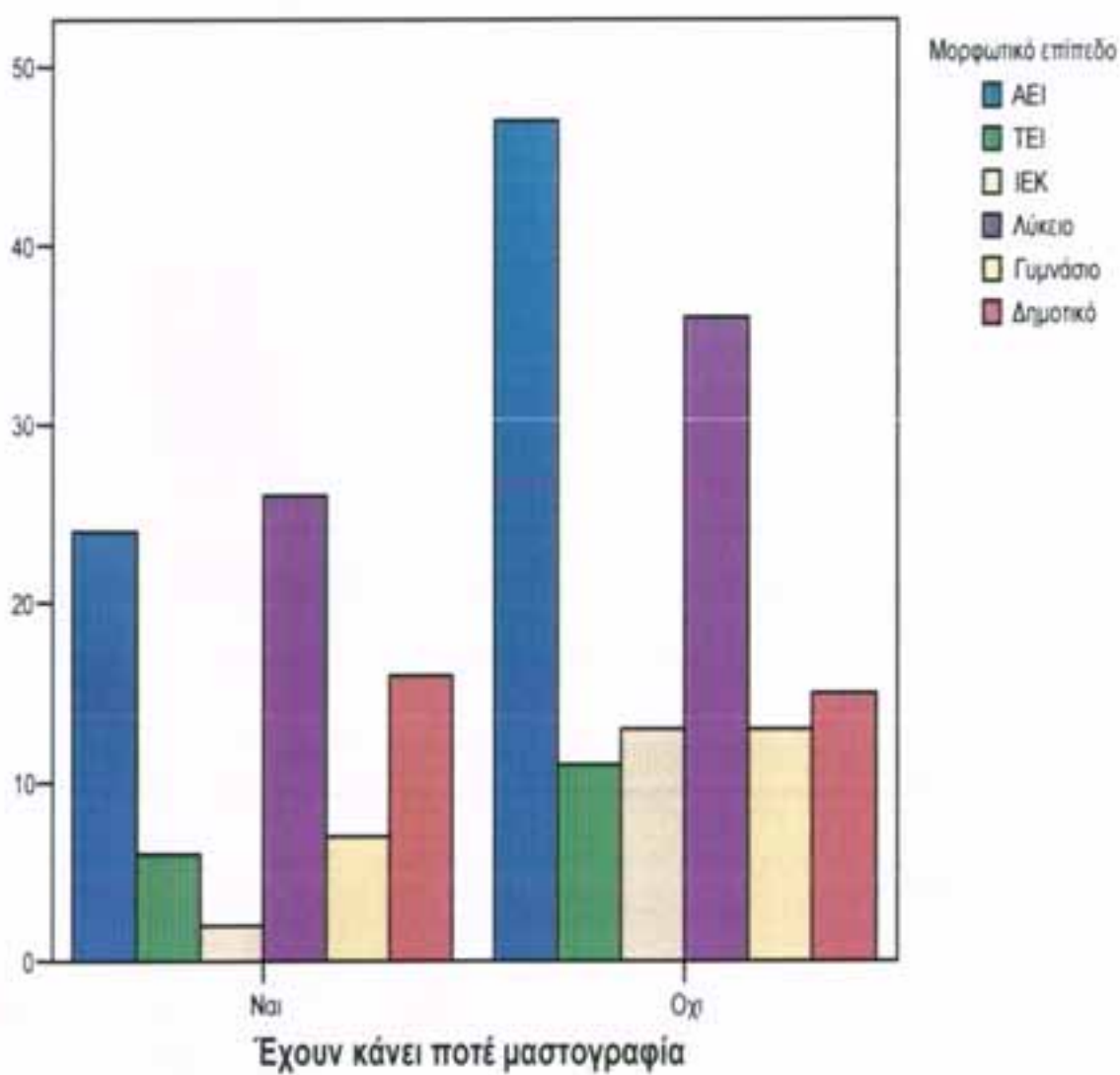
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο						Σύνολο
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο	Δημοτικό	
Έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία	Ναι	24	6	2	26	7	16	81
		33,8%	35,3%	13,3%	41,9%	35,0%	51,6%	37,5%
	Όχι	47	11	13	36	13	15	135
		66,2%	64,7%	86,7%	58,1%	65,0%	48,4%	62,5%
Σύνολο		71	17	15	62	20	31	216
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,395(a)	5	,193
Likelihood Ratio	7,930	5	,160
Linear-by-Linear Association	2,493	1	,114
N of Valid Cases	216		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,63.



Σχήμα 20.

Ηλικία πρώτης μαστογραφίας * Μορφωτικό επίπεδο

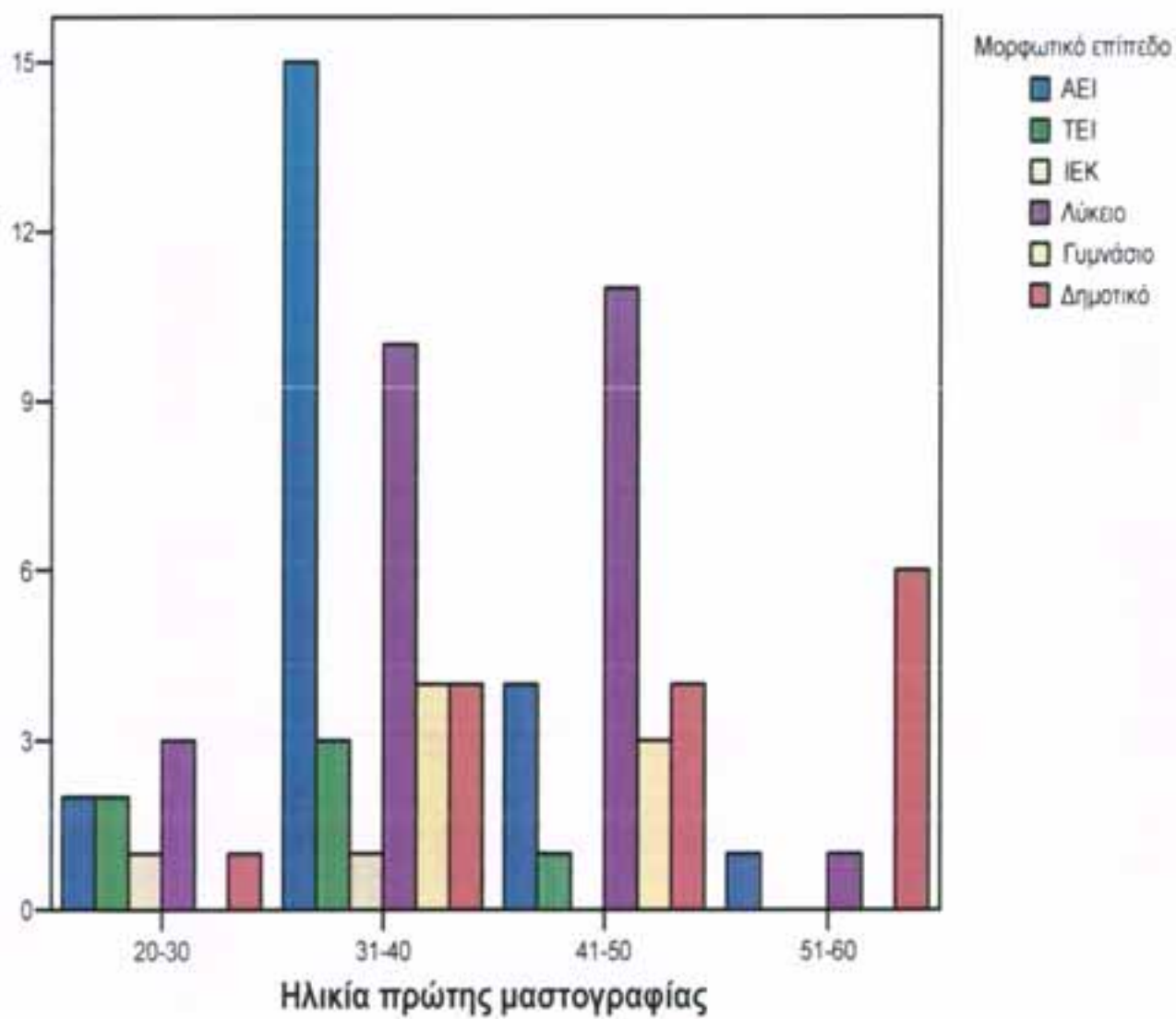
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο						Σύνολο
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο	Δημοτικό	
Ηλικία πρώτης μαστογραφίας	20-30	2 9,1%	2 33,3%	1 50,0%	3 12,0%	0 .0%	1 6,7%	9 11,7%
	31-40	15 68,2%	3 50,0%	1 50,0%	10 40,0%	4 57,1%	4 26,7%	37 48,1%
	41-50	4 18,2%	1 16,7%	0 .0%	11 44,0%	3 42,9%	4 26,7%	23 29,9%
	51-60	1 4,5%	0 .0%	0 .0%	1 4,0%	0 .0%	6 40,0%	8 10,4%
	Σύνολο	22 100,0%	6 100,0%	2 100,0%	25 100,0%	7 100,0%	15 100,0%	77 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,928(a)	15	,012
Likelihood Ratio	26,206	15	,036
Linear-by-Linear Association	9,038	1	,003
N of Valid Cases	77		

a. 19 cells (79,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.



Σχήμα 21.

Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών * Μορφωτικό επίπεδο

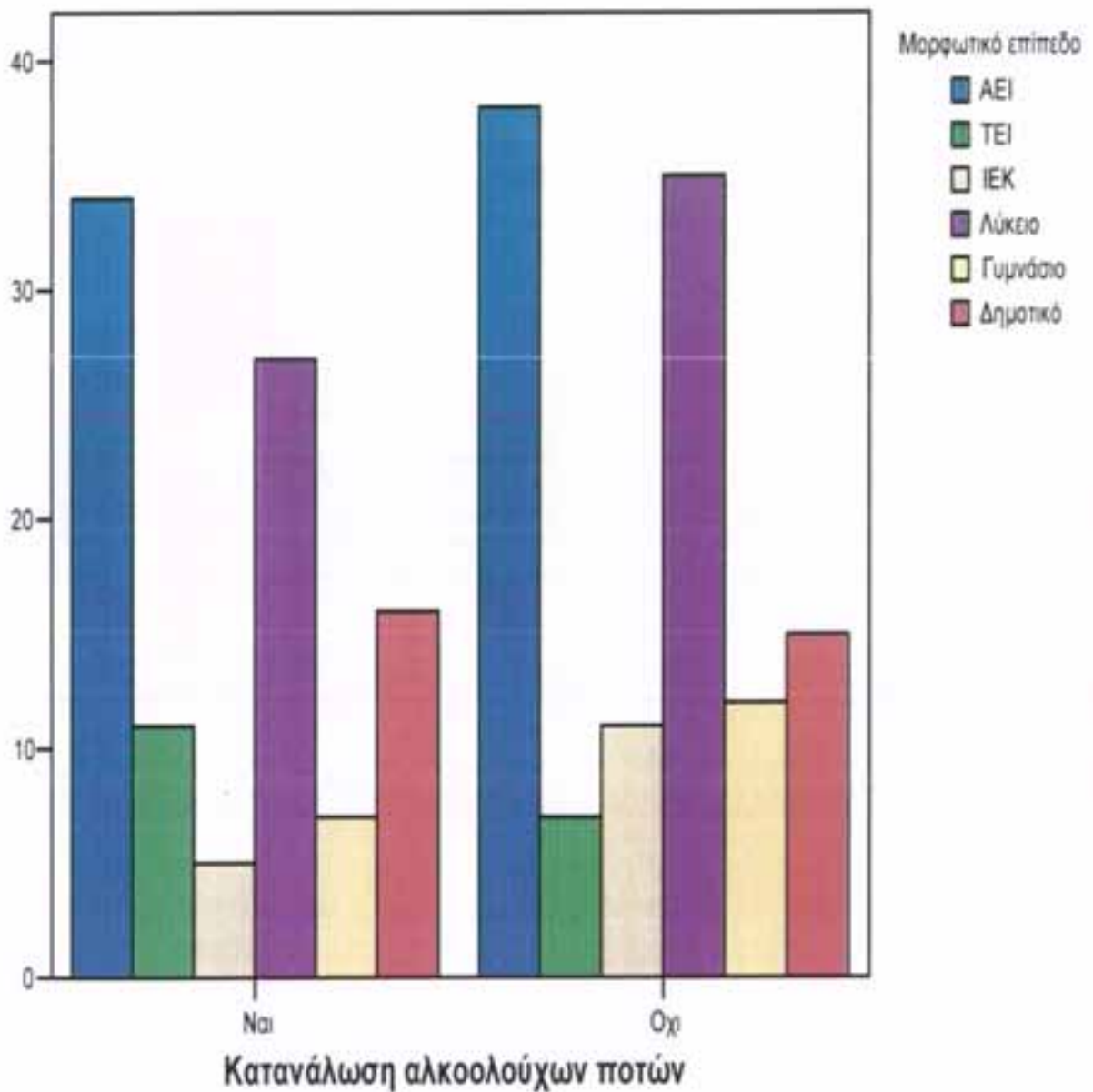
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο					Σύνολο	
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο		Δημοτικό
Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών	Ναι	34	11	5	27	7	16	100
		47,2%	61,1%	31,3%	43,5%	36,8%	51,6%	45,9%
	Όχι	38	7	11	35	12	15	118
		52,8%	38,9%	68,8%	56,5%	63,2%	48,4%	54,1%
Σύνολο		72	18	16	62	19	31	218
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,284(a)	5	,509
Likelihood Ratio	4,336	5	,502
Linear-by-Linear Association	,099	1	,753
N of Valid Cases	218		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,34.



Σχήμα 22.

Ποτήρια αλκοολούχων ποτών που πίνουν * Μορφωτικό επίπεδο

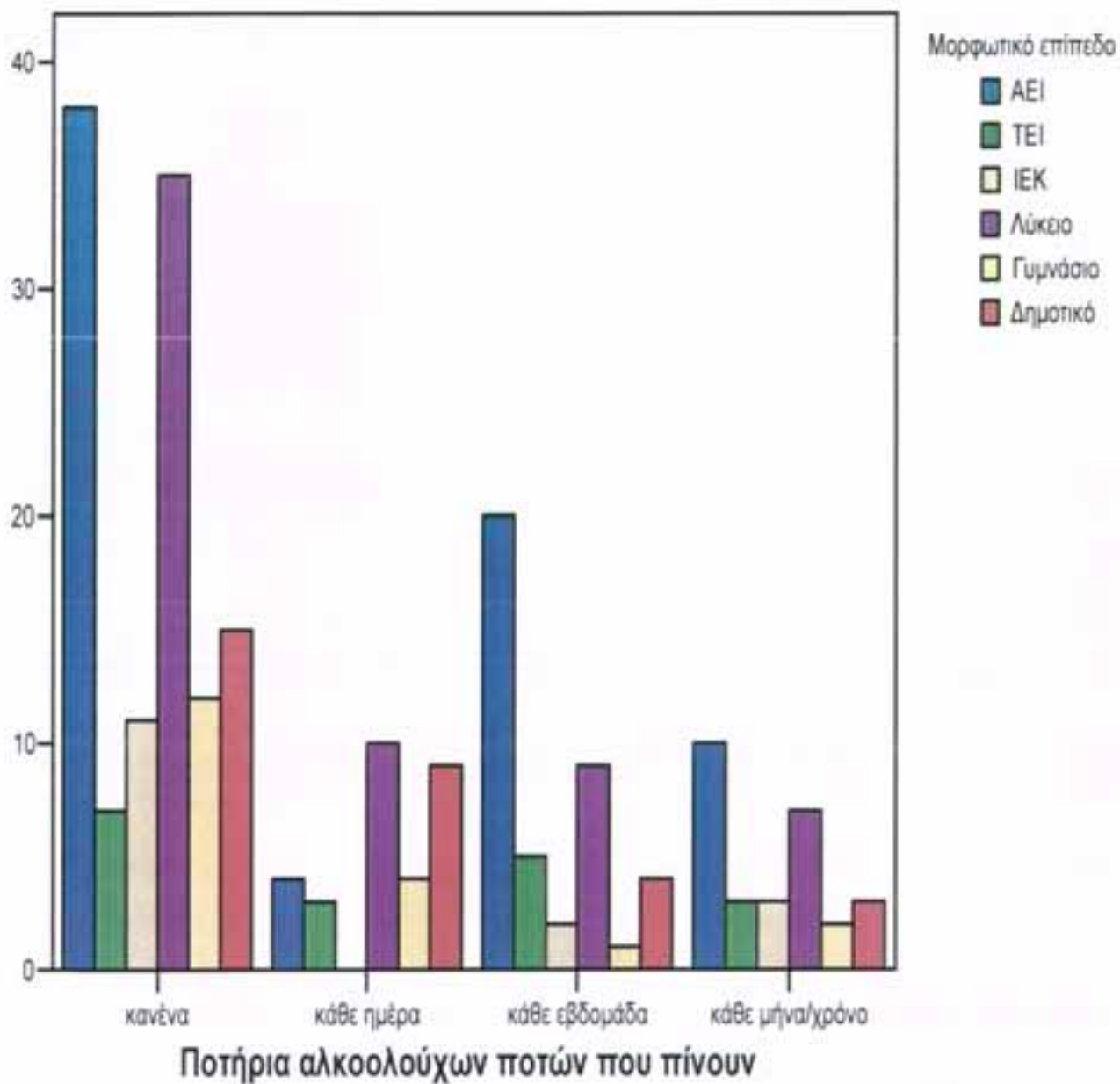
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο					Σύνολο	
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο	Δημοτικό	
Ποτήρια αλκοολούχων ποτών που πίνουν	κανένα	38	7	11	35	12	15	118
		52,8%	38,9%	68,8%	57,4%	63,2%	48,4%	54,4%
	κάθε ημέρα	4	3	0	10	4	9	30
		5,6%	16,7%	,0%	16,4%	21,1%	29,0%	13,8%
κάθε εβδομάδα		20	5	2	9	1	4	41
		27,8%	27,8%	12,5%	14,8%	5,3%	12,9%	18,9%
κάθε μήνα/χρόνα		10	3	3	7	2	3	28
		13,9%	16,7%	18,8%	11,5%	10,5%	9,7%	12,9%
Σύνολο		72	18	16	61	19	31	217
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,305(a)	15	,100
Likelihood Ratio	24,626	15	,055
Linear-by-Linear Association	2,377	1	,123
N of Valid Cases	217		

a. 11 cells (45,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,06.



Σχήμα 23.

Αριθμός πακέτων τσιγάρων που καπνίζουν * Μορφωτικό επίπεδο

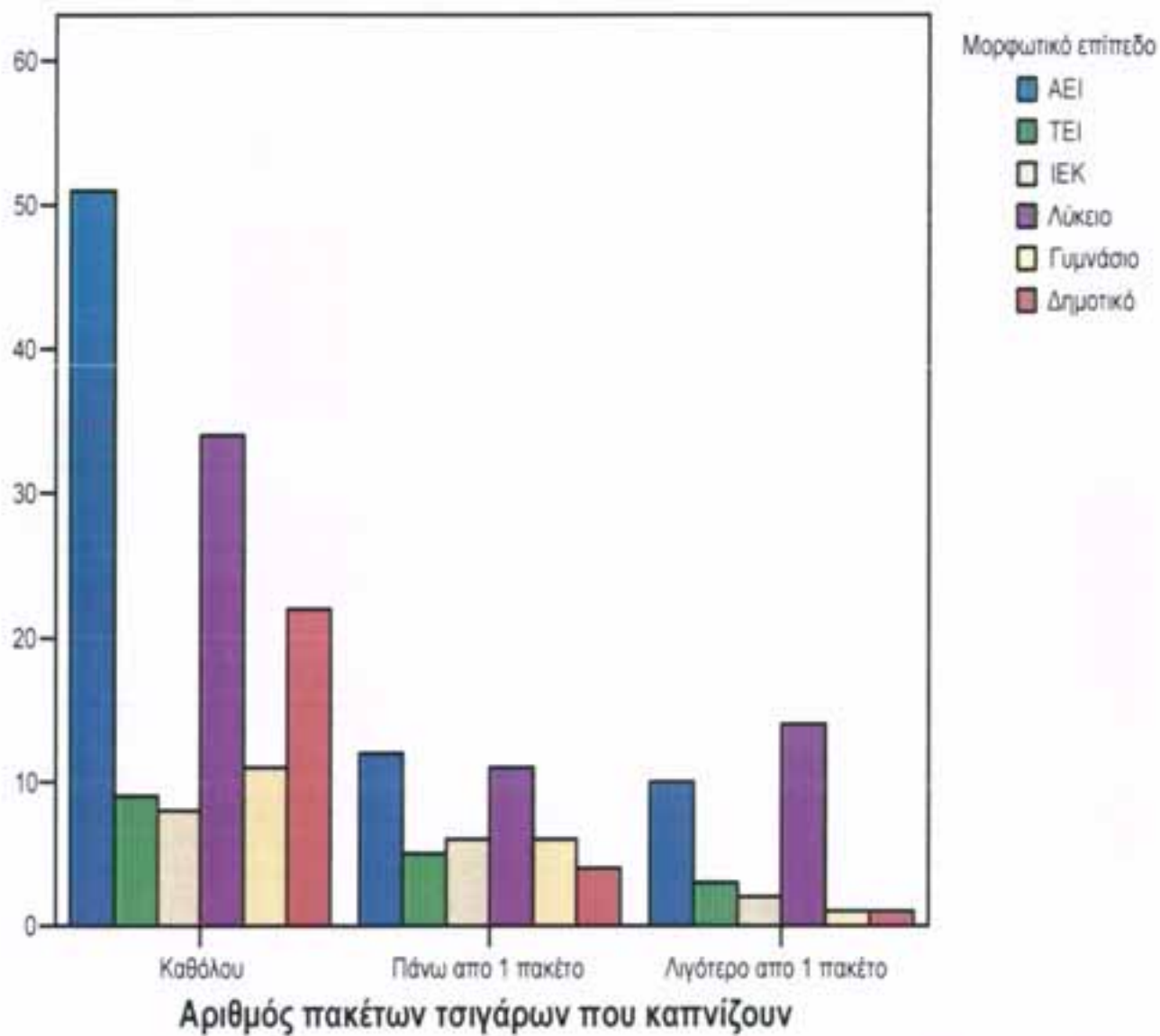
Crosstab

		Μορφωτικό επίπεδο						Σύνολο
		ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΙΕΚ	Λύκειο	Γυμνάσιο	Δημοτικό	
Αριθμός πακέτων τσιγάρων που καπνίζουν	Καθόλου	51	9	8	34	11	22	135
		69,9%	52,9%	50,0%	57,6%	61,1%	81,5%	64,3%
	Πάνω από 1 πακέτο	12	5	6	11	6	4	44
		16,4%	29,4%	37,5%	18,6%	33,3%	14,8%	21,0%
	Λιγότερο από 1 πακέτο	10	3	2	14	1	1	31
		13,7%	17,6%	12,5%	23,7%	5,6%	3,7%	14,8%
Σύνολο		73	17	16	59	18	27	210
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,903(a)	10	,136
Likelihood Ratio	15,115	10	,128
Linear-by-Linear Association	,196	1	,658
N of Valid Cases	210		

a. 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,36.



Σχήμα 24.

Crosstabs

Έχουν θηλάσει το πρώτο παιδί τους * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

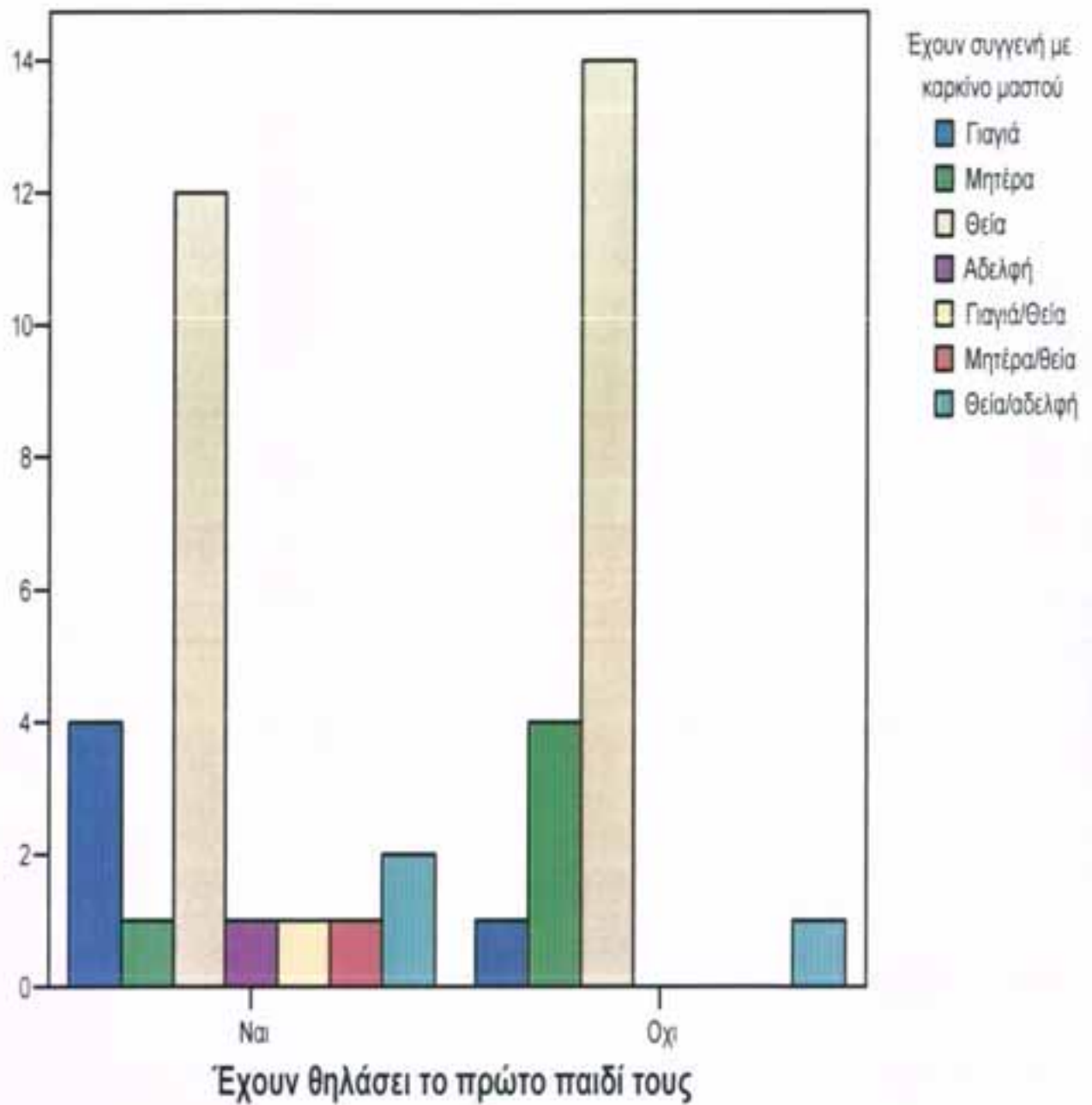
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού						Σύνολο	
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Γιαγιά/Θεία	Μητέρα/Θεία		Θεία/αδελφή
Έχουν θηλάσει το πρώτο παιδί τους	Ναι	4	1	12	1	1	1	2	22
		80,0%	20,0%	46,2%	100,0%	100,0%	100,0%	66,7%	52,4%
	Όχι	1	4	14	0	0	0	1	20
		20,0%	80,0%	53,8%	,0%	,0%	,0%	33,3%	47,6%
Σύνολο		5	5	26	1	1	1	3	42
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,008(a)	6	,320
Likelihood Ratio	8,412	6	,209
Linear-by-Linear Association	,906	1	,341
N of Valid Cases	42		

a. 12 cells (85,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.



Σχήμα 25.

Γνωρίζουν την αυτοεξέταση * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

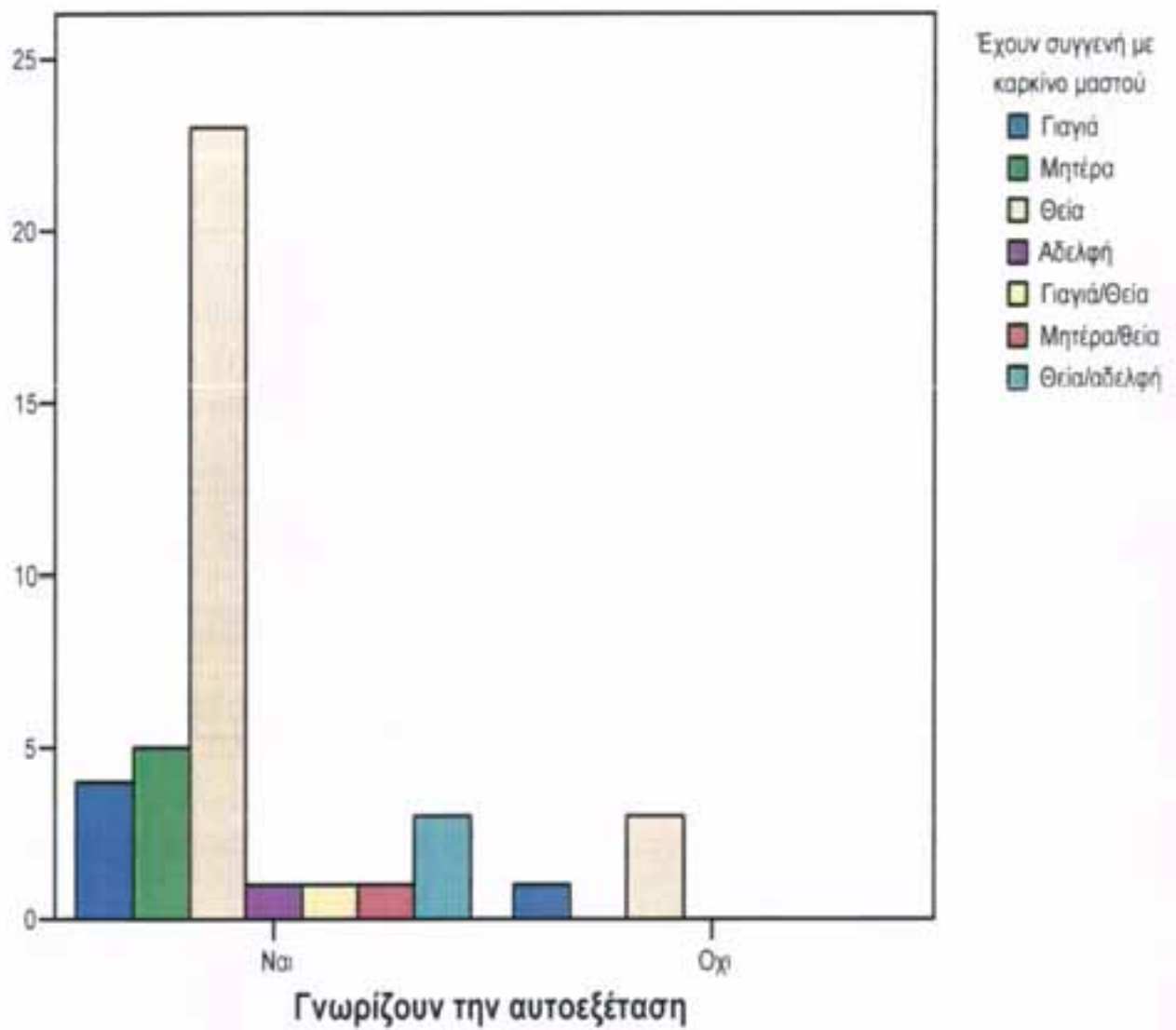
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού						Σύνολο	
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Γιαγιά/Θεία	Μητέρα/θεία		Θεία/αδελφή
Γνωρίζουν την αυτοεξέταση	Ναι	4	5	23	1	1	1	3	38
		80,0%	100,0%	88,5%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	90,5%
	Όχι	1	0	3	0	0	0	0	4
		20,0%	,0%	11,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	9,5%
Σύνολο		5	5	26	1	1	1	3	42
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,917(a)	6	,927
Likelihood Ratio	2,817	6	,831
Linear-by-Linear Association	,556	1	,456
N of Valid Cases	42		

a. 13 cells (92,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.



Σχήμα 26.

Πόσες φορές τον μήνα αυτοεξετάζονται * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

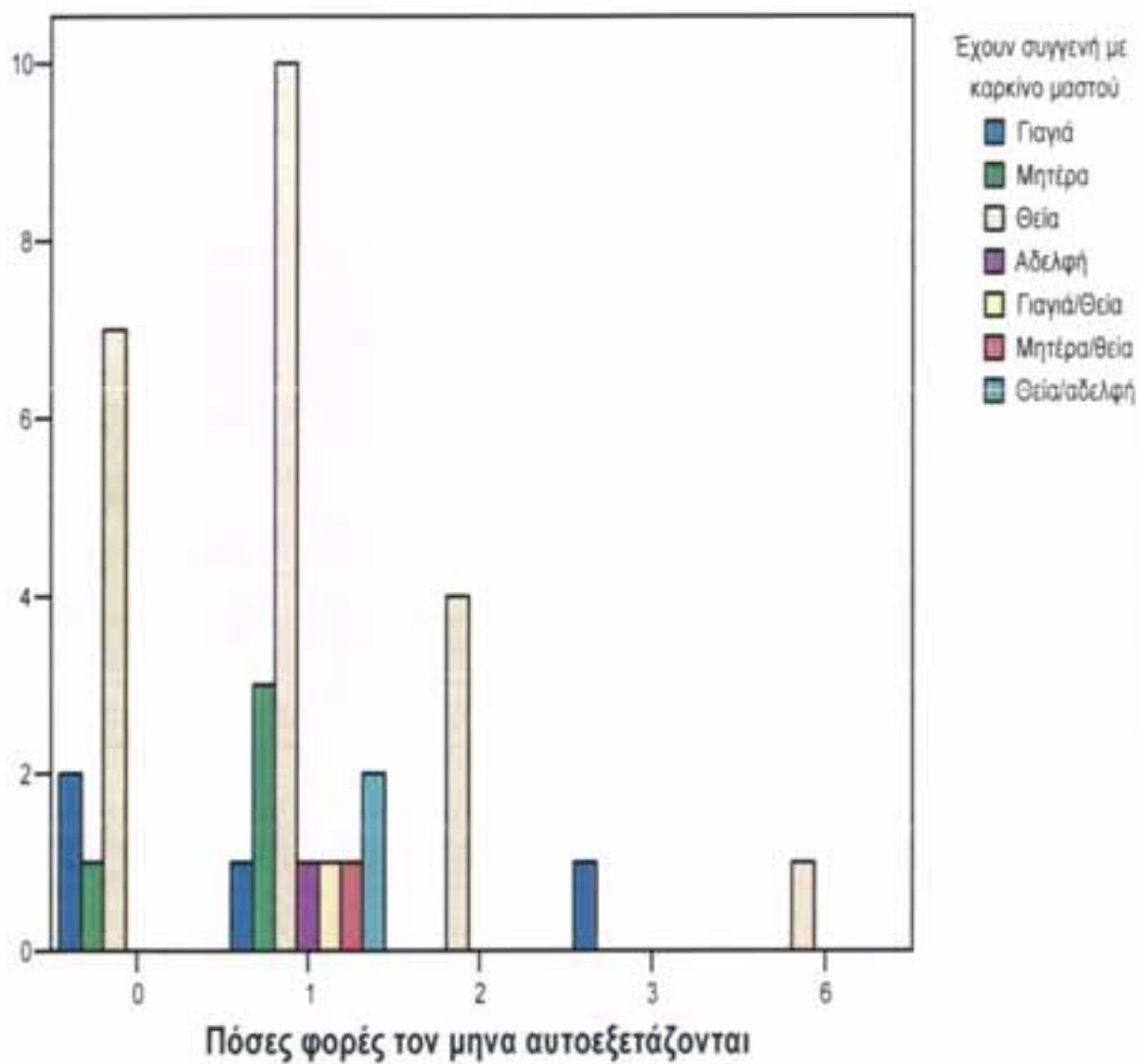
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού						Σύνολο	
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Γιαγιά/Θεία	Μητέρα/Θεία	Θεία/αδελφή	
Πόσες φορές τον μήνα αυτοεξετάζονται	0	2	1	7	0	0	0	0	10
		50,0%	25,0%	31,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	28,6%
	1	1	3	10	1	1	1	2	19
		25,0%	75,0%	45,5%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	54,3%
	2	0	0	4	0	0	0	0	4
		,0%	,0%	18,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	11,4%
	3	1	0	0	0	0	0	0	1
	25,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	2,9%	
	6	0	0	1	0	0	0	0	1
		,0%	,0%	4,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	2,9%
Σύνολο		4	4	22	1	1	1	2	35
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,064(a)	24	,886
Likelihood Ratio	15,406	24	,908
Linear-by-Linear Association	,001	1	,980
N of Valid Cases	35		

a. 33 cells (94,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.



Σχήμα 27.

Γνωρίζουν πότε γίνεται η αυτοεξέταση * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

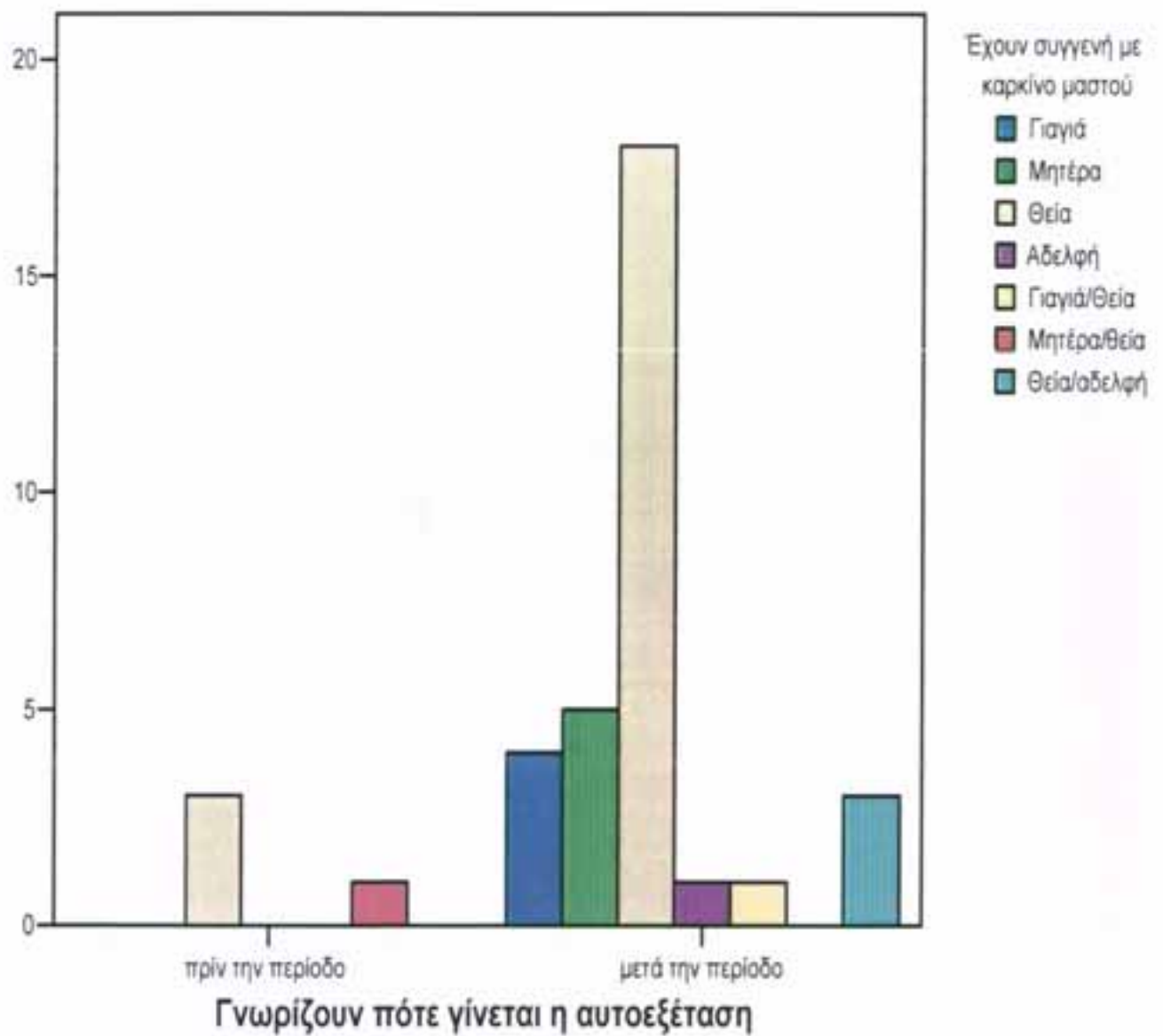
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού							Σύνολο
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Γιαγιά/Θεία	Μητέρα/θεία	Θεία/αδελφή	
Γνωρίζουν πότε γίνεται η αυτοεξέταση	πριν την περίοδο	0	0	3	0	0	1	0	4
		,0%	,0%	14,3%	,0%	,0%	100,0%	,0%	11,1%
	μετά την περίοδο	4	5	18	1	1	0	3	32
		100,0%	100,0%	85,7%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	88,9%
Σύνολο		4	5	21	1	1	1	3	36
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,964(a)	6	,126
Likelihood Ratio	7,891	6	,246
Linear-by-Linear Association	,189	1	,664
N of Valid Cases	36		

a. 13 cells (92,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.



Σχήμα 28.

Προβλήματα μαστού * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

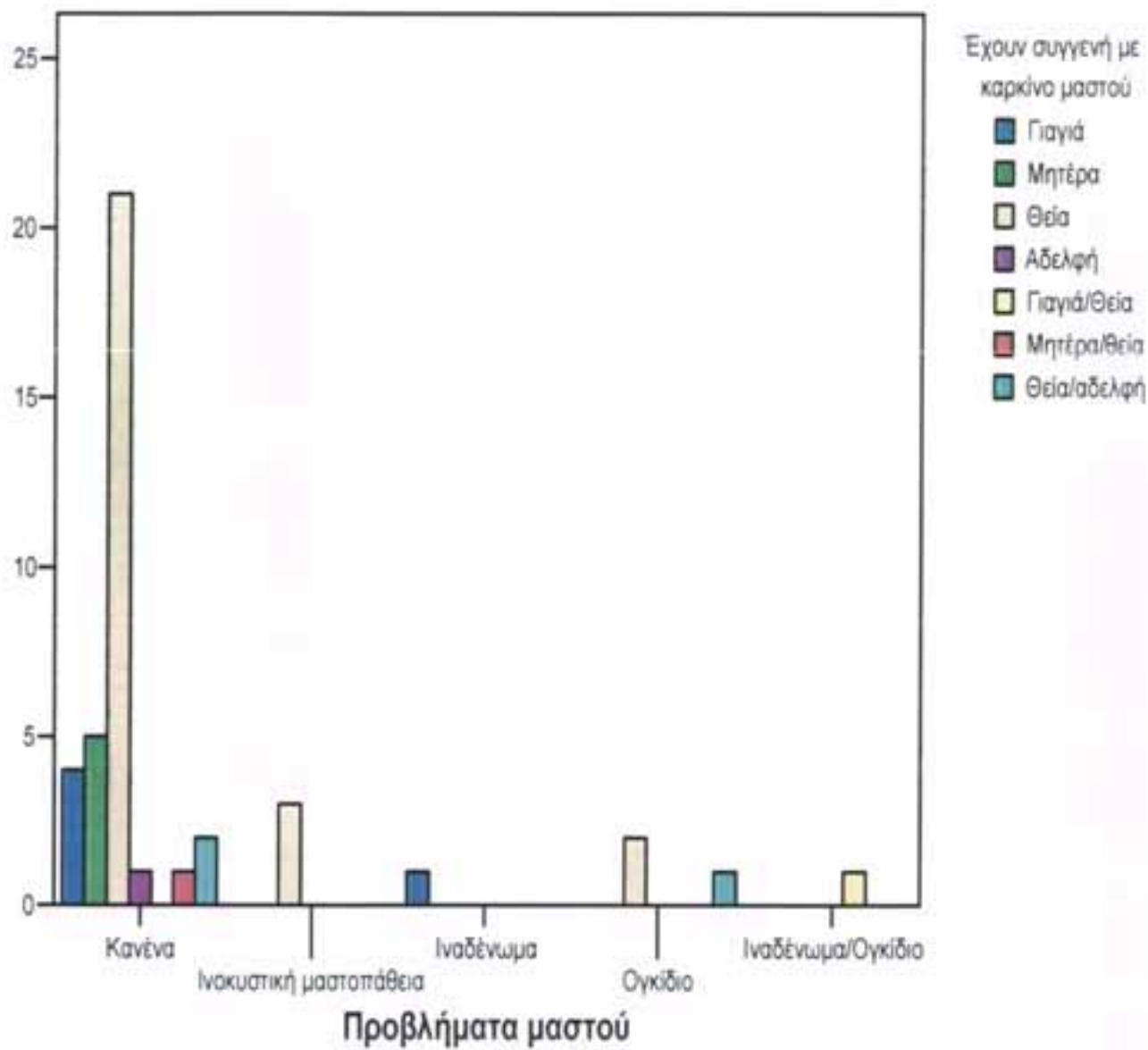
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού							Σύνολο
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Γιαγιά/Θεία	Μητέρα/Θεία	Θεία/αδελφή	
Προβλήματα μαστού	Κανένα	4	5	21	1	0	1	2	34
		80,0%	100,0%	80,8%	100,0%	,0%	100,0%	66,7%	81,0%
	Ινοκυστική μαστοπάθεια	0	0	3	0	0	0	0	3
		,0%	,0%	11,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	7,1%
	Ιναδένωμα	1	0	0	0	0	0	0	1
		20,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	2,4%
Ογκίδιο		0	0	2	0	0	0	1	3
		,0%	,0%	7,7%	,0%	,0%	,0%	33,3%	7,1%
Ιναδένωμα/ Ογκίδιο		0	0	0	0	1	0	0	1
		,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	2,4%
Σύνολο		5	5	26	1	1	1	3	42
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55,266(a)	24	,000
Likelihood Ratio	19,978	24	,698
Linear-by-Linear Association	1,229	1	,268
N of Valid Cases	42		

a. 34 cells (97,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.



Σχήμα 29.

Επισκέπτονται συχνά τον γυναικολόγο τους * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

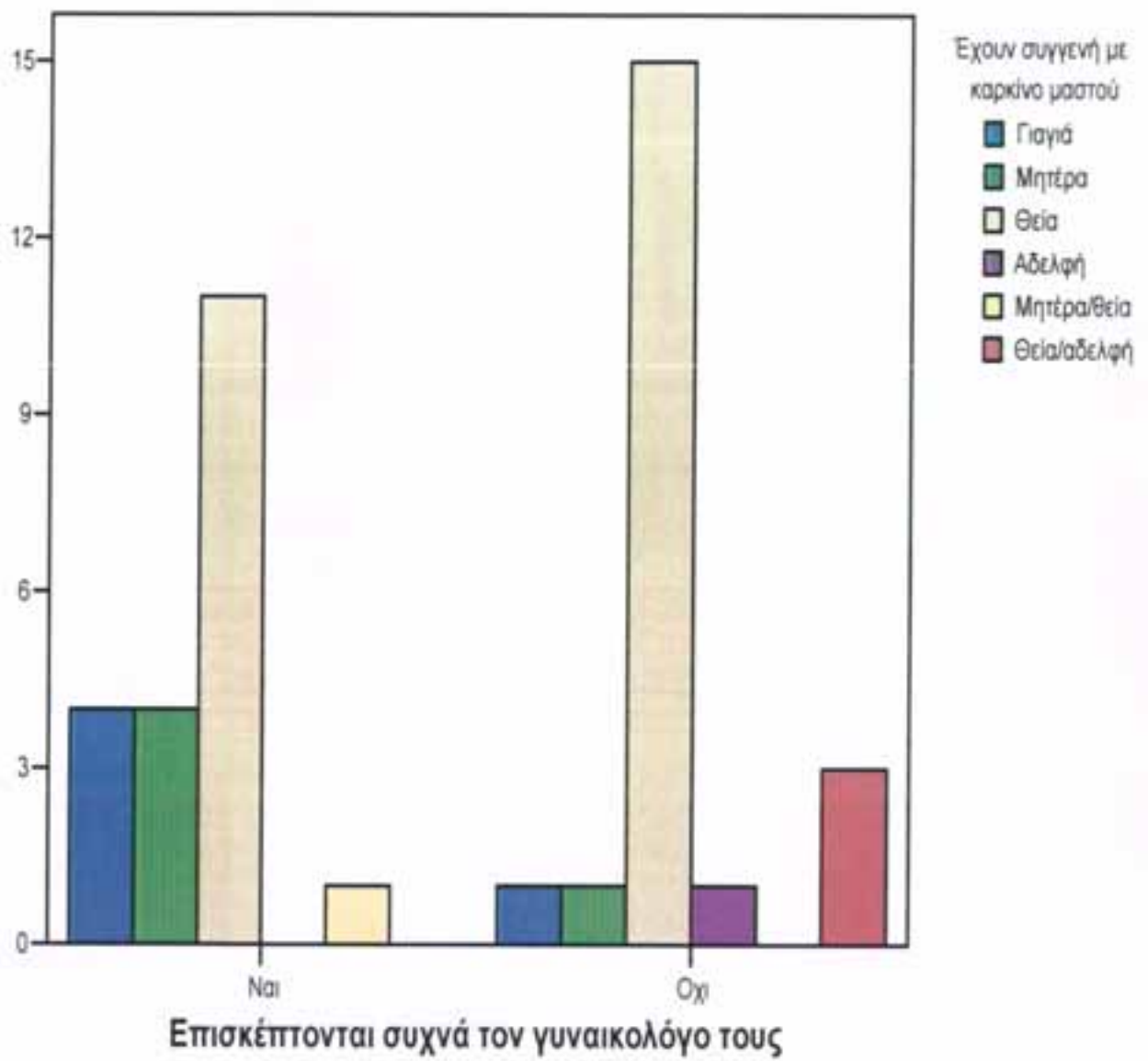
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού						Σύνολο
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Μητέρα/θεία	Θεία/αδελφή	
Επισκέπτονται συχνά τον γυναικολόγο τους	Ναι	4	4	11	0	1	0	20
		80,0%	80,0%	42,3%	,0%	100,0%	,0%	48,8%
	Όχι	1	1	15	1	0	3	21
		20,0%	20,0%	57,7%	100,0%	,0%	100,0%	51,2%
Σύνολο		5	5	26	1	1	3	41
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,196(a)	5	,101
Likelihood Ratio	11,380	5	,044
Linear-by-Linear Association	2,065	1	,151
N of Valid Cases	41		

a. 10 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.



Σχήμα 30.

Πόσες φορές το έτος επισκέπτονται γυναικολόγο * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

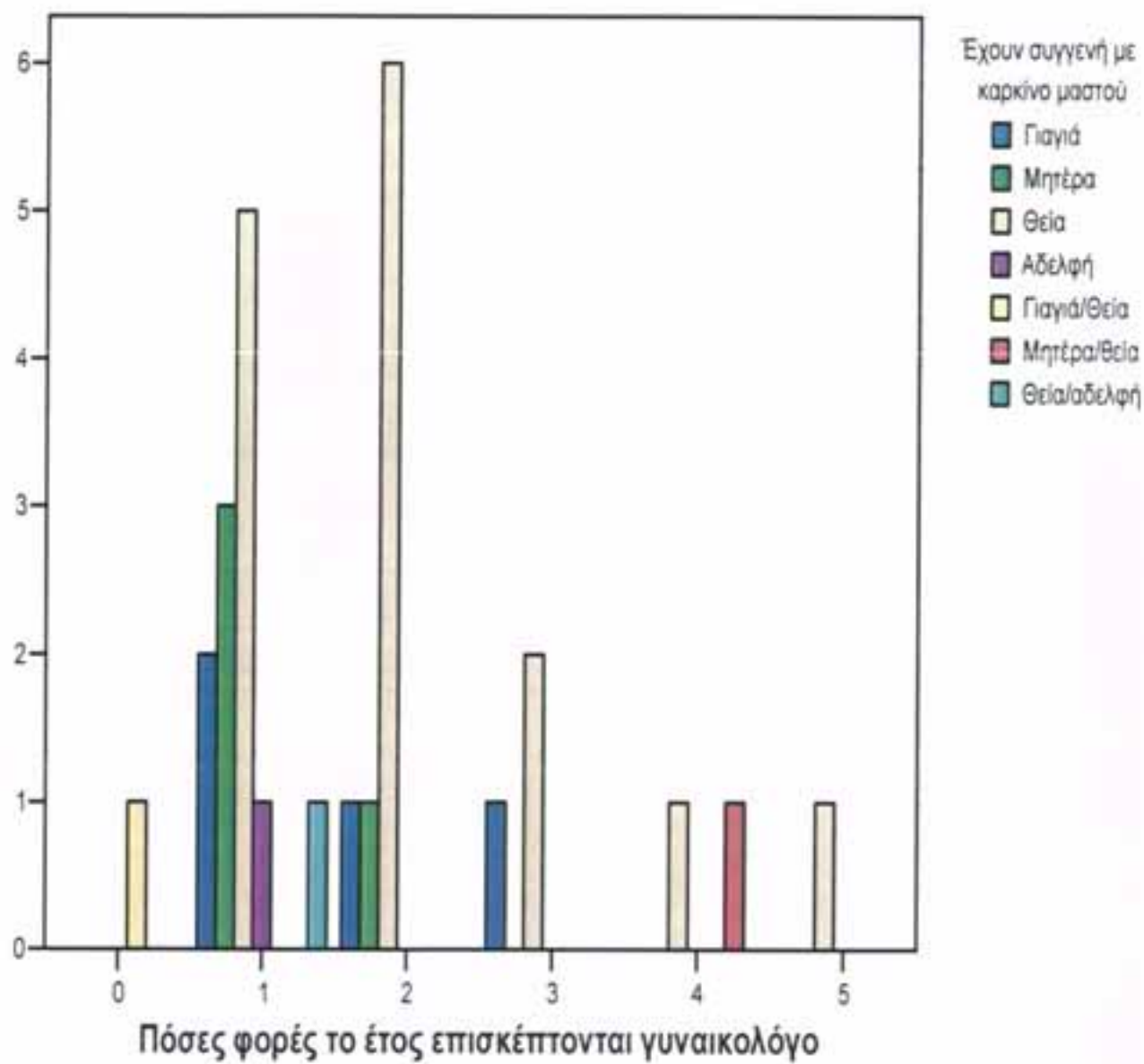
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού						Σύνολο	
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Γιαγιά/Θεία	Μητέρα/Θεία		Θεία/αδελφή
Πόσες φορές το έτος επισκέπτονται γυναικολόγο	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	3,7%
1	2	3	5	1	0	0	1	12	
		50,0%	75,0%	33,3%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	44,4%
2	1	1	6	0	0	0	0	8	
		25,0%	25,0%	40,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	29,6%
3	1	0	2	0	0	0	0	3	
		25,0%	,0%	13,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	11,1%
4	0	0	1	0	0	1	0	2	
		,0%	,0%	6,7%	,0%	,0%	100,0%	,0%	7,4%
5	0	0	1	0	0	0	0	1	
		,0%	,0%	6,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	3,7%
Σύνολο	4	4	15	1	1	1	1	27	
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46,200(a)	30	,030
Likelihood Ratio	22,012	30	,854
Linear-by-Linear Association	,000	1	,993
N of Valid Cases	27		

a. 41 cells (97,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.



Σχήμα 31.

Έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

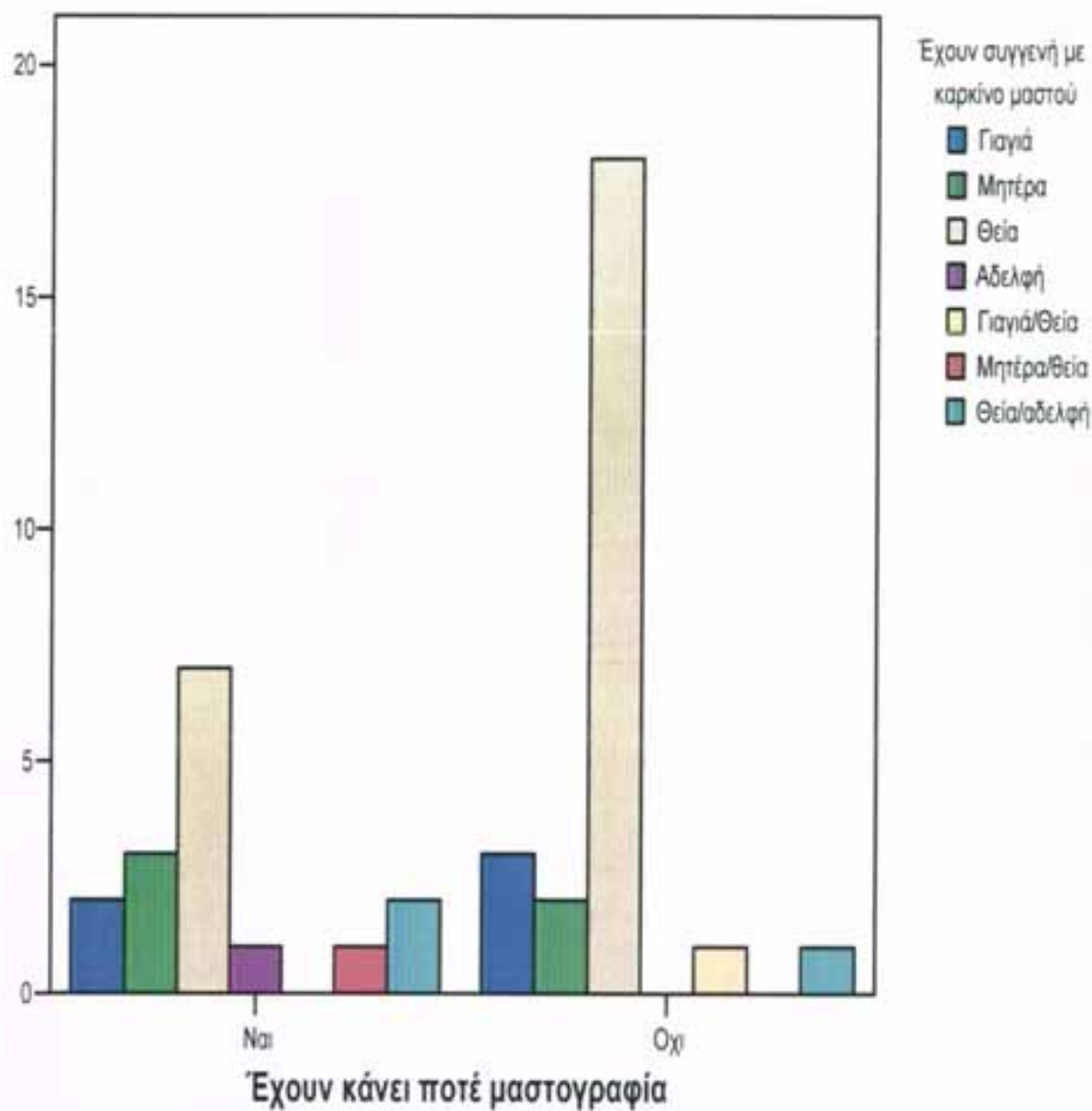
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού						Σύνολο	
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Γιαγιά/Θεία	Μητέρα/Θεία		Θεία/αδελφή
Έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία	Ναι	2	3	7	1	0	1	2	16
		40,0%	60,0%	28,0%	100,0%	,0%	100,0%	66,7%	39,0%
	Όχι	3	2	18	0	1	0	1	25
		60,0%	40,0%	72,0%	,0%	100,0%	,0%	33,3%	61,0%
Σύνολο		5	5	25	1	1	1	3	41
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,932(a)	6	,327
Likelihood Ratio	7,919	6	,244
Linear-by-Linear Association	1,472	1	,225
N of Valid Cases	41		

a. 12 cells (85,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.



Σχήμα 32.

Ηλικία πρώτης μαστογραφίας * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

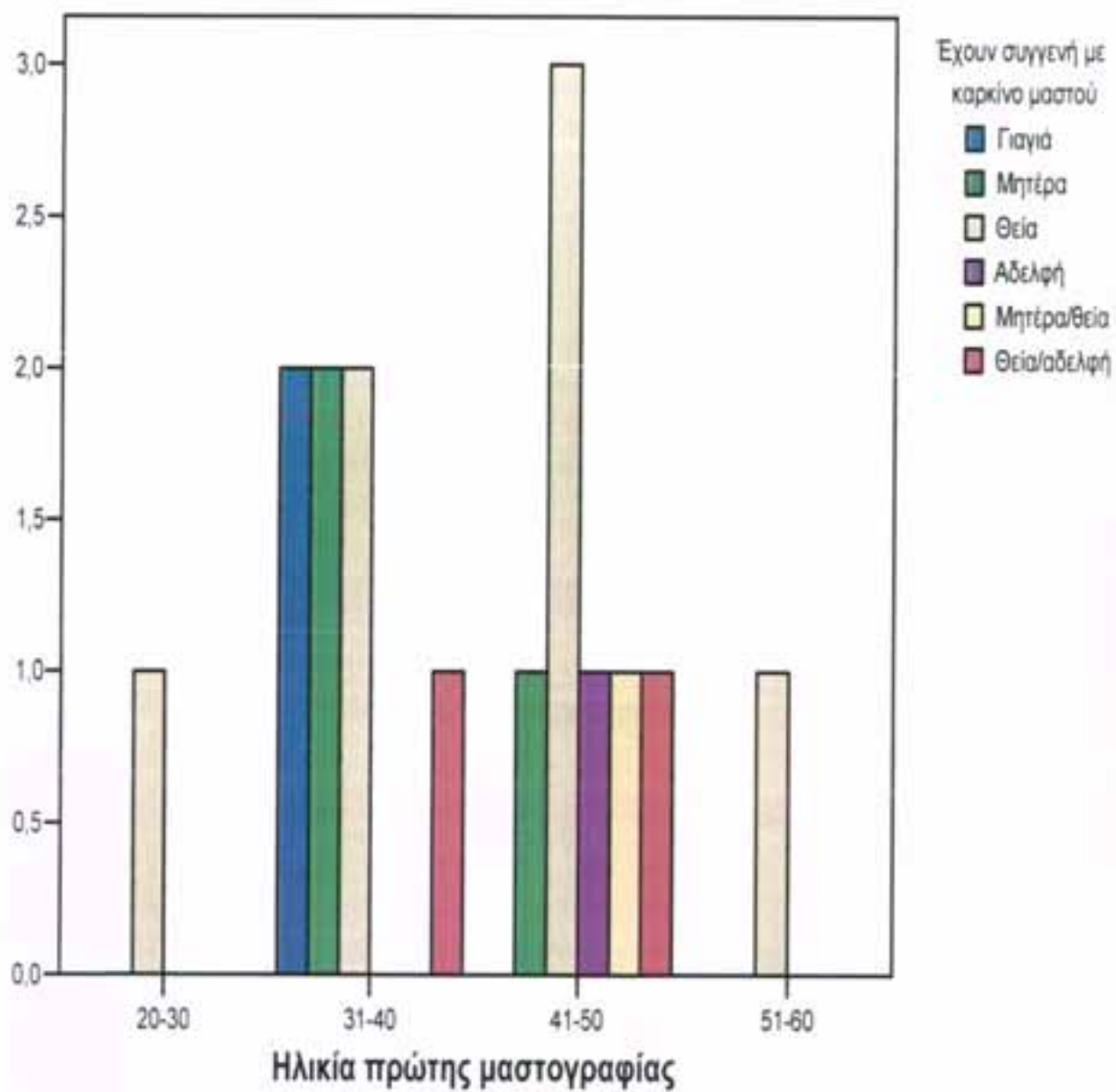
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού					Σύνολο	
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Μητέρα/Θεία	Θεία/αδελφή	
Ηλικία πρώτης μαστογραφίας	20-30	0	0	1	0	0	0	1
		,0%	,0%	14,3%	,0%	,0%	,0%	6,3%
	31-40	2	2	2	0	0	1	7
		100,0%	66,7%	28,6%	,0%	,0%	50,0%	43,8%
	41-50	0	1	3	1	1	1	7
	,0%	33,3%	42,9%	100,0%	100,0%	50,0%	43,8%	
	51-60	0	0	1	0	0	0	1
		,0%	,0%	14,3%	,0%	,0%	,0%	6,3%
Σύνολο		2	3	7	1	1	2	16
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,054(a)	15	,922
Likelihood Ratio	9,767	15	,834
Linear-by-Linear Association	,161	1	,689
N of Valid Cases	16		

a. 24 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.



Σχήμα 33.

Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

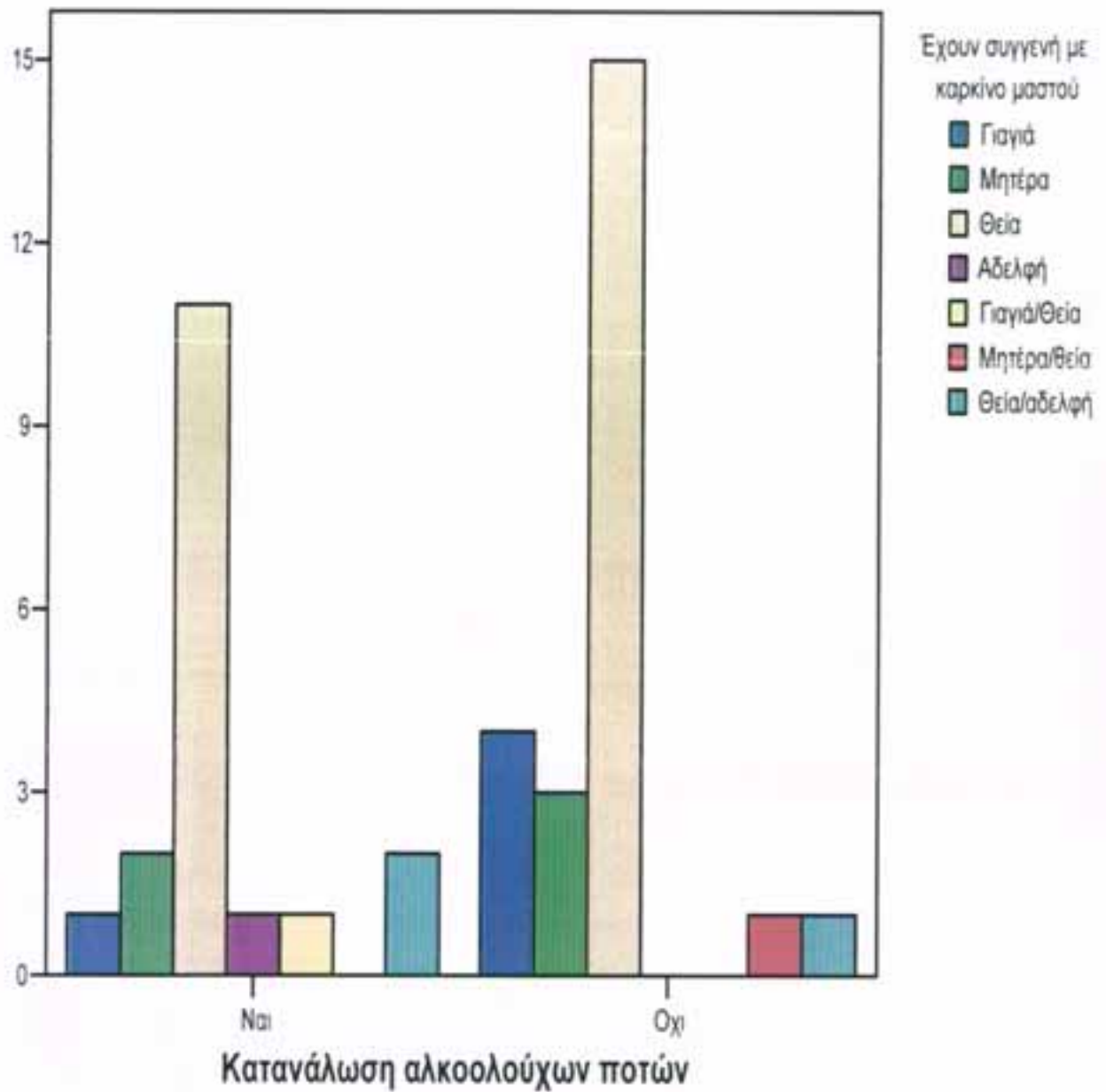
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού						Σύνολο	
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Γιαγιά/Θεία	Μητέρα/Θεία		Θεία/αδελφή
Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών	Ναι	1	2	11	1	1	0	2	16
		20,0%	40,0%	42,3%	100,0%	100,0%	,0%	66,7%	42,9%
	Όχι	4	3	15	0	0	1	1	24
		80,0%	60,0%	57,7%	,0%	,0%	100,0%	33,3%	57,1%
Σύνολο		5	5	26	1	1	1	3	42
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,198(a)	6	,519
Likelihood Ratio	6,385	6	,381
Linear-by-Linear Association	,633	1	,426
N of Valid Cases	42		

a. 12 cells (85,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.



Σχήμα 34.

Ποτήρια αλκοολούχων ποτών που πίνουν * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

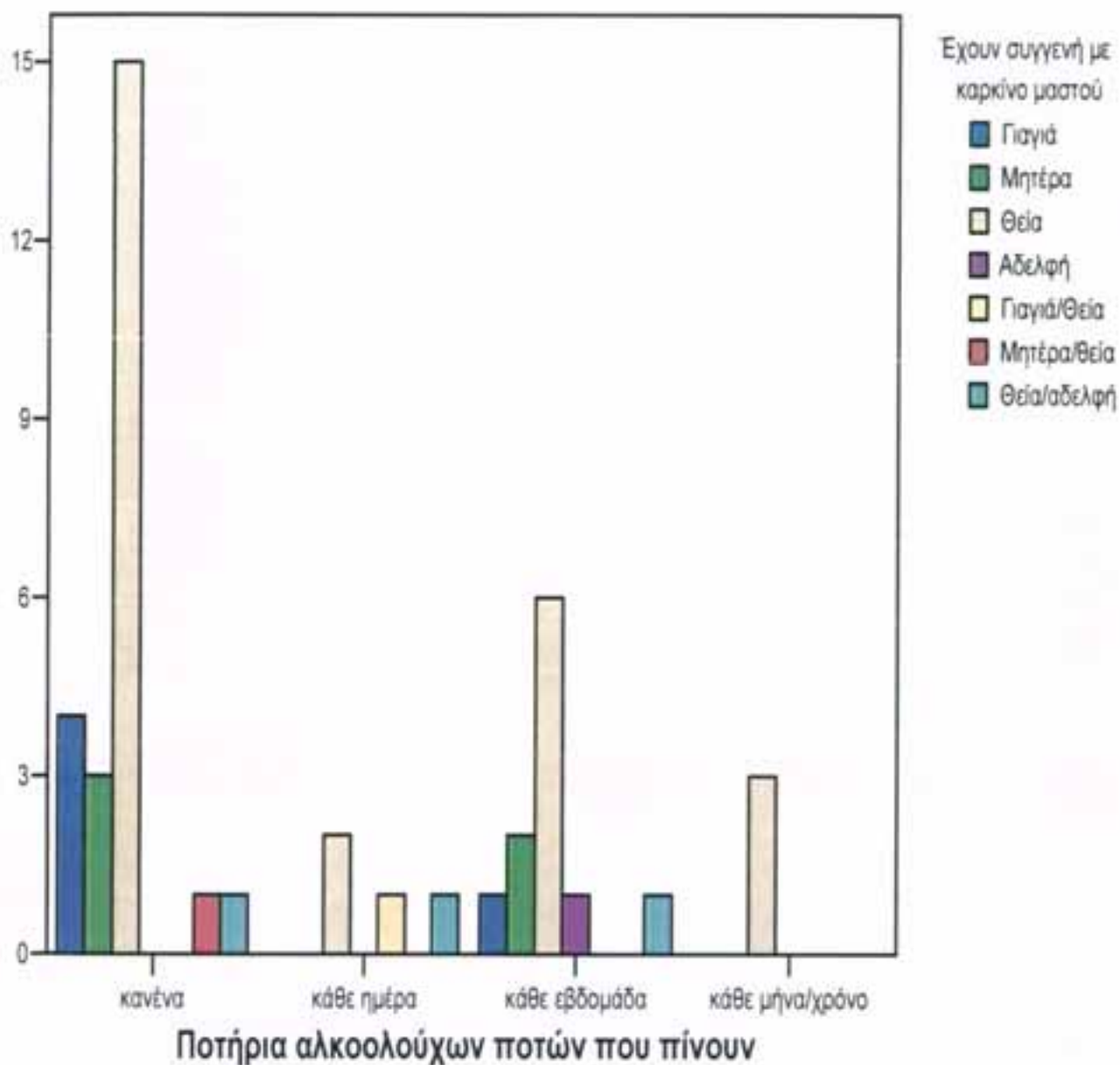
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού							Σύνολο
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Γιαγιά/Θεία	Μητέρα/Θεία	Θεία/αδελφή	
Ποτήρια αλκοολούχων ποτών που πίνουν	κανένα	4	3	15	0	0	1	1	24
		80,0%	60,0%	57,7%	,0%	,0%	100,0%	33,3%	57,1%
	κάθε ημέρα	0	0	2	0	1	0	1	4
		,0%	,0%	7,7%	,0%	100,0%	,0%	33,3%	9,5%
κάθε εβδομάδα		1	2	6	1	0	0	1	11
		20,0%	40,0%	23,1%	100,0%	,0%	,0%	33,3%	26,2%
κάθε μήνα/χρόνο		0	0	3	0	0	0	0	3
		,0%	,0%	11,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	7,1%
Σύνολο		5	5	26	1	1	1	3	42
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,885(a)	18	,399
Likelihood Ratio	15,342	18	,638
Linear-by-Linear Association	,011	1	,917
N of Valid Cases	42		

a. 26 cells (92,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.



Σχήμα 35.

Αριθμός πακέτων τσιγάρων που καπνίζουν * Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού

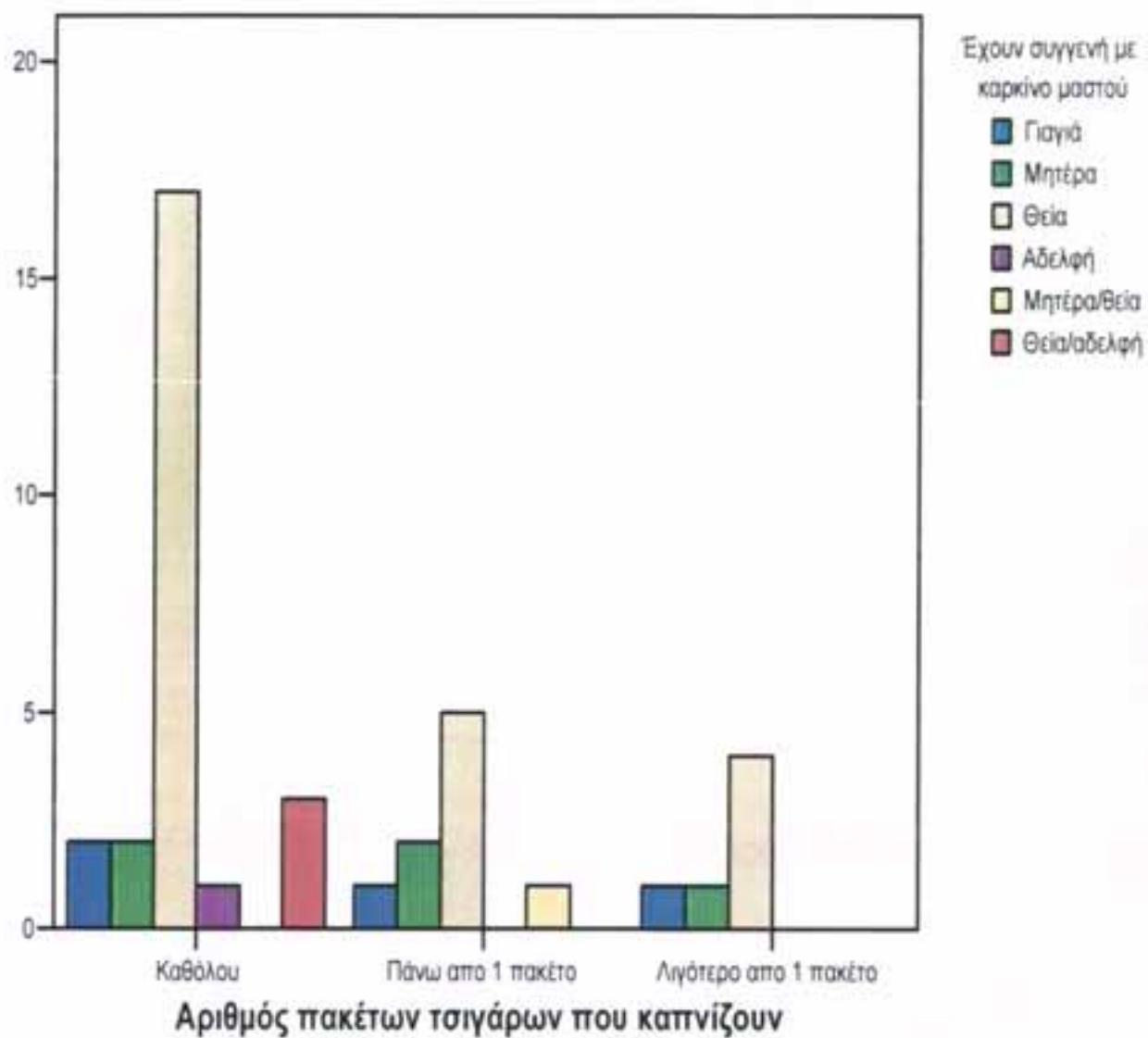
Crosstab

		Έχουν συγγενή με καρκίνο μαστού						Σύνολο
		Γιαγιά	Μητέρα	Θεία	Αδελφή	Μητέρα/θεία	Θεία/αδελφή	
Αριθμός πακέτων τσιγάρων που καπνίζουν	Καθόλου	2	2	17	1	0	3	25
		50,0%	40,0%	65,4%	100,0%	,0%	100,0%	62,5%
	Πάνω από 1 πακέτο	1	2	5	0	1	0	9
		25,0%	40,0%	19,2%	,0%	100,0%	,0%	22,5%
	Λιγότερο από 1 πακέτο	1	1	4	0	0	0	6
		25,0%	20,0%	15,4%	,0%	,0%	,0%	15,0%
Σύνολο		4	5	26	1	1	3	40
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,552(a)	10	,673
Likelihood Ratio	8,341	10	,596
Linear-by-Linear Association	1,077	1	,299
N of Valid Cases	40		

a. 16 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.



Σχήμα 36.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ—ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μελέτες που αφορούν σε θέματα γύρω από τον καρκίνο μαστού και τα μέτρα πρόληψης που παίρνουν οι γυναίκες για την μείωση του κινδύνου εμφάνισής του, απασχολούν πολλούς φορείς υγείας σε όλο τον κόσμο.

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας συμπληρώθηκε από γυναίκες των 20 ετών και άνω, όλων των μορφωτικών επιπέδων, έγγαμες και άγαμες.

Από την ερευνά μου προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν ηλικίας 41-50 ετών (30,8%). Σε μικρότερο ποσοστό (26,2%) συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών (Πίνακας 1—σχήμα 1).

Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών (72,9%) που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν έγγαμες (Πίνακας 2—σχήμα 2).

Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών (31,2%) που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν δημόσιοι υπάλληλοι. Σε μικρότερο ποσοστό (28,5%) οι γυναίκες του ερωτηματολογίου απάντησαν πως ασχολούνται με τα οικιακά (Πίνακας 3—σχήμα 3).

Σε ερώτηση μου για το ποιο είναι το μορφωτικό τους επίπεδο το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο απάντησε ότι έχει τελειώσει Α.Ε.Ι. (33,0%). Σε μικρότερο ποσοστό (28,1%) οι γυναίκες απάντησαν πως έχουν τελειώσει λύκειο (Πίνακας 4—σχήμα 4).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών δεν απέκτησε παιδιά (33,0%) ενώ, σε μικρότερο ποσοστό (30,8%) οι γυναίκες απέκτησαν δύο παιδιά (Πίνακας 5—σχήμα 5).

Οι περισσότερες γυναίκες απάντησαν ότι γέννησαν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία 26-30 ετών σε ποσοστό 25,8% ενώ με μικρή διαφορά σε ποσοστό 24,0% απάντησαν ότι γέννησαν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία 20-25 ετών (Πίνακας 6-σχήμα 6).

Από τις ερωτηθείσες γυναίκες το μεγαλύτερο ποσοστό (50,2%) απάντησαν ότι θήλασαν το πρώτο τους παιδί, ενώ οι υπόλοιπες (47,7%) απάντησαν ότι δεν θήλασαν το πρώτο παιδί τους (Πίνακας 7-σχήμα 7).

Όσον αφορά στο ερώτημα για το πόσο χρόνο θήλασαν το πρώτο τους παιδί, δηλαδή για πόσους μήνες οι περισσότερες από αυτές (47,5%) απάντησαν πως δε θήλασαν καθόλου το πρώτο τους παιδί ενώ ένα μικρό ποσοστό (8,6%) απάντησαν πως θήλασαν το πρώτο της παιδί για δύο μήνες (Πίνακας 8-σχήμα 8).

Από την έρευνα προκύπτει επίσης πως από το δείγμα των 221 γυναικών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο η συντριπτική πλειοψηφία τους (90%) απάντησαν ότι γνωρίζουν τι είναι η αυτοεξέταση (Πίνακας 9-σχήμα 9).

Ωστόσο στην ερώτηση πόσες φορές το μήνα κάνουν αυτοεξέταση οι περισσότερες από αυτές (43%) απάντησαν πως αυτοεξετάζονται 1 φορά το μήνα ενώ κάποιες άλλες (23,1%) απάντησαν πως δεν αυτοεξετάζονται (Πίνακας 10-σχήμα 10).

Επιπλέον στην ερώτηση αν γνωρίζουν πότε γίνεται η αυτοεξέταση οι περισσότερες, σε ποσοστό 71,5% απάντησαν ότι γίνεται μετά την περίοδο (Πίνακας 11-σχήμα 11).

Στην ερώτηση πότε άρχισε η περίοδος τους πολλές από αυτές (49,8%) απάντησαν πως μεταξύ 13-15ετών είχαν για πρώτη φορά έμμηνο ρύση ενώ, ένα σημαντικό ποσοστό (44,3%) απάντησε πως είχε για πρώτη φορά έμμηνο ρύση μεταξύ 10-12 ετών (Πίνακας 12-σχήμα 12).

Όσον αφορά στην ερώτηση αν ποτέ αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα με το μαστό τους, από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι οι πιο πολλές (85,5%) απάντησαν πως δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα ενώ σε μικρότερο ποσοστό (6,3%) αντιμετώπισαν το πρόβλημα της ινοκυστικής μαστοπάθειας (Πίνακας 13-σχήμα 13).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην ερώτηση αν επισκέπτονται συχνά το γυναικολόγο τους οι περισσότερες ερωτηθείσες (51,6%) απάντησαν ότι ναι, επισκέπτονται συχνά το γυναικολόγο τους ενώ σε μικρότερο ποσοστό (46,2%) απάντησαν ότι δεν επισκέπτονται συχνά το γυναικολόγο τους (Πίνακας 14-σχήμα 14).

Επίσης, στο ερώτημα πόσες φορές το έτος επισκέπτονται το γυναικολόγο τους οι περισσότερες (35,7%) απάντησαν ότι τον επισκέπτονται 1 φορά το έτος ενώ κάποιες άλλες (22,2%) 2 φορές το έτος. Αξιοσημείωτος είναι επίσης στη συγκεκριμένη περίπτωση ο αριθμός των γυναικών που δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση (28,1%) (Πίνακας 15-σχήμα 15).

Στην ερώτηση αν έχουν συγγενή με καρκίνο του μαστού, από την έρευνα προκύπτει ότι το συντριπτικό ποσοστό των γυναικών (81%) δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση ενώ κάποιες από αυτές (11,8%) απάντησαν πως έχουν θεία με καρκίνο του μαστού (Πίνακας 16-σχήμα 16).

Και στην ερώτηση αν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία οι πιο πολλές (61,1%) απάντησαν ότι δεν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία (Πίνακας 17-σχήμα 17).

Όταν ερωτήθηκαν ποτέ έκαναν για πρώτη φορά μαστογραφία οι πιο πολλές από τις ερωτηθείσες (17,2%) απάντησαν ότι έχουν κάνει μαστογραφία μεταξύ 31-40 ετών ενώ χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι 143 γυναίκες (64,7%) δεν απάντησαν στην ερώτηση, αν βέβαια λάβουμε

υπόψη και τα αποτελέσματα του προηγούμενου πίνακα 17 (Πίνακας 18-σχήμα 18).

Μια άλλη ερώτηση στην οποία κλήθηκαν να απαντήσουν οι γυναίκες του δείγματος είναι τα είδη των φαγητών που τρώνε περισσότερο. Κάποιες από αυτές (11,8%) απάντησαν το κρέας, κάποιες άλλες (10,9%) απάντησαν τις σαλάτες και τα χόρτα ενώ, το ίδιο ποσοστό γυναικών (10,9%) απάντησαν πως τους αρέσουν οι σαλάτες, τα χόρτα, τα ψάρια, το κρέας και τα ζυμαρικά (Πίνακας 19-σχήμα 19).

Όσο για την ερώτηση αν καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά οι περισσότερες γυναίκες(53,8%) απάντησαν πως δεν κάνουν κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (Πίνακας 20-σχήμα 20).

Και σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προηγούμενου πίνακα, στην ερώτηση πόσα ποτήρια αλκοολούχων ποτών πίνουν οι περισσότερες γυναίκες (53,8%) απάντησαν πως δεν πίνουν κανένα ποτήρι ενώ, σε μικρότερο ποσοστό (18,6%) απάντησαν πως πίνουν ένα ποτήρι την εβδομάδα (Πίνακας 21-σχήμα 21).

Τέλος, σύμφωνα με την ερώτηση πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζουν οι περισσότερες (61,1%) απάντησαν πως δεν καπνίζουν καθόλου ενώ κάποιες άλλες (19,9%) απάντησαν πως καπνίζουν πάνω από 1 πακέτο τσιγάρα. (Πίνακας 22-σχήμα 22).

Στη συγκεκριμένη έρευνα προχωράμε και λίγο παρακάτω συγκρίνοντας στατιστικά τις απαντήσεις των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου βάσει τριών παραγόντων : της οικογενειακής κατάστασης , του μορφωτικού επιπέδου και του αν έχουν κάποιο συγγενή με καρκίνο του μαστού οι γυναίκες της έρευνας.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις που δίνουν οι έγγαμες και οι άγαμες γυναίκες της έρευνας σχετικά με το αν γνωρίζουν για την αυτοεξέταση (σχήμα 1). Αυτό σημαίνει ότι ο βαθμός γνώσης ή άγνοιας για την αυτοεξέταση είναι ο ίδιος άσχετα με την οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας ($p=0.085$).

Συσχετίζοντας τις απαντήσεις που δόθηκαν από τις γυναίκες για το πότε έχουν κάνει μαστογραφία (σχήμα 8) ανάλογα με το αν είναι παντρεμένες ή ελεύθερες παρατηρούμε από τους σχετικούς πίνακες ότι κυριολεκτικά οι απαντήσεις συγκλίνουν στατιστικά στην ίδια απάντηση ($p=0,000$).

Στο ερώτημα της ηλικίας πρώτης μαστογραφίας (σχήμα 9) σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση δεν υπάρχει επίσης στατιστική διαφορά ($p=0,069$).

Όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (σχήμα 10) συγκριτικά με την οικογενειακή κατάσταση οι απαντήσεις των γυναικών ουσιαστικά συγκλίνουν ($p=0,001$).

Το ίδιο συμβαίνει και στην ερώτηση πόσα ποτήρια αλκοολούχων ποτών πίνουν (σχήμα 11) συγκριτικά με την οικογενειακή τους κατάσταση ($p=0,002$).

Στατιστική διαφορά δεν υπάρχει επίσης και στην ερώτηση αν οι γυναίκες γνωρίζουν την αυτοεξέταση (σχήμα 12) συγκριτικά με το μορφωτικό τους επίπεδο ($p=0,000$).

Στην ερώτηση για τα προβλήματα μαστού (σχήμα 16) συγκριτικά με το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών της έρευνας παρατηρούμε επίσης τη σύγκλιση των απόψεων των γυναικών όλων των μορφωτικών επιπέδων ($p=0,040$).

Συσχετίζοντας την ηλικία πρώτης μαστογραφίας (σχήμα 21) με το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών της έρευνας δεν παρατηρείται επίσης, στατιστικά καμιά διαφορά στις απαντήσεις ($p=0,012$).

Επίσης απόλυτη σύγκλιση απόψεων των γυναικών ανεξαρτήτως του αν έχουν συγγενή με καρκίνο του μαστού φαίνεται να υπάρχει στην ερώτηση σχετικά με τα προβλήματα μαστού (σχήμα 29) που ενδεχομένως μπορεί να αντιμετωπίζουν οι γυναίκες της έρευνας ($p=0,000$).

Τέλος, στην ερώτηση πόσες φορές το έτος επισκέπτονται οι γυναίκες το γυναικολόγο τους (σχήμα 31) συγκριτικά με το αν έχουν κάποιο συγγενή με καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστική διαφορά. Θα λέγαμε μάλλον πως η σύγκλιση των απαντήσεων είναι ορατή ($p=0,030$).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί ένα καλό εφαλτήριο για παραπέρα μελέτη και έρευνα της νόσου ώστε σε μερικά χρόνια να μπορούμε να μιλάμε για τον καρκίνο του μαστού σαν να αναφερόμαστε σε μια απλή περίπτωση γρίπης.

Γιατί καθώς η επιστήμη προοδεύει οι ελπίδες των ανθρώπων για ένα καλύτερο κόσμο μεγαλώνει.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο στόχος της επιστήμης σήμερα ,είναι ο άνθρωπος με καρκίνο και όχι ο καρκίνος ως ασθένεια .Είναι γνωστό επίσης ότι το ενδιαφέρον των ειδικών στρέφεται όχι μόνο στο να βοηθήσει να ζήσει ή πόσο θα ζήσει ,αλλά και στο πως θα ζήσει . Στοχεύουν , δηλαδή στην ποιότητα ζωής .

Με βάση τις έρευνες της νευροψυχοανοσολογίας και σύμφωνα με τις μελέτες της στον άνθρωπο ,συνοπτικά θα λέγαμε ότι φάνηκε πως είναι σημαντικό να εξεταστεί ο ρόλος της ψυχολογικής επέμβασης στο πλαίσιο της συνειδητής θεραπείας , στις περιπτώσεις που ασθενείς έχουν ανοσολογική μεσολάβηση . Η επίδραση της ικανότητας αντιμετώπισης και ψυχολογικών επεμβάσεων στην κλινική πορεία κακοηθών ασθενειών σε πρόσφατες μελέτες , φαίνεται να παρουσιάζουν ότι ,μπορεί να υπάρξει ως αποτέλεσμα ψυχολογικών παραγόντων μια επαύξηση της ανοσίας που οδηγεί σε πιο ήπια πορεία και καλύτερη επιβίωση .

Επίσης , εκτός των άλλων , σύμφωνα με τα αποτελέσματα ,που έχουν επιτευχθεί μέχρι στιγμής υποστηρίζεται η γνώμη ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να οδηγήσουν τόσο σε παροδικές όσο και σε μακροχρόνιες αλλαγές στην ανοσολογική λειτουργία και να επηρεάσουν έτσι την ανάπτυξη και κλινική πορεία των σωματικών ασθενειών .

Τέλος όσον αφορά στην αποκατάσταση της γυναίκας με καρκίνο μαστού και κυρίως της γυναίκας που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή, αυτή πρέπει να γίνει τόσο από πλευράς σωματικής όσο και από πλευράς ψυχολογικής και κοινωνικής. Έτσι, θα της προσφερθούν οι πιο ασφαλείς προϋποθέσεις για να πετύχει γρήγορα και εποικοδομητικά την ενίσχυση της ψυχοσωματικής ολότητας της.

Εν ολίγοις ,η ψυχολογική βοήθεια στην ασθενή με καρκίνο μαστού ,θα της προσφέρει την ευκαιρία να τροποποιήσει τις διαστάσεις της προσωπικότητάς και της συμπεριφοράς της , να βελτιώσει τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής της συνεχίζοντας με ελπίδα και αισιοδοξία τον αγώνα και πορεία της με ένα καινούργιο χάρτη ο οποίος θα την οδηγήσει πιο σύντομα σε ευτυχέστερες στιγμές για το άτομο και την οικογένειά της. Να αποκτήσει , δηλαδή, ποιότητα ζωής .

«Όπως δεν είναι σωστό να θεραπεύσουμε τα μάτια χωρίς το κεφάλι, ούτε το κεφάλι χωρίς το σώμα, έτσι δεν είναι σωστό να θεραπεύσουμε το σώμα χωρίς την ψυχή.»

Σωκράτης

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.Πινακίδης Μ .-Μπούτης Λ .,Καρκίνος μαστού,University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993 ,σελ. :19 ,51, 53-55 .

2.Παπανικολάου Ν. -Παπανικολάου Α .,Γυναικολογία , 3η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γ. Παρισσιανού ,Αθήνα 1994 ,σελ.:243 , 452-4 , 466-7 .

3.Σαχίνη ,Καρδάση Α. ,Πάνου Μ ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική,2η έκδοση ,Εκδόσεις Βήτα ,2ος τόμος , Αθήνα 1997,σελ.:481, 493-4 .

4.Σπηλιώτης Ι. ,Καρκίνος :Από την άγνοια. στο φόβο , Αχαϊκές εκδόσεις, Πάτρα 1999 ,σελ.: 241-2

5.Χρυσόχου Μ ., Σεμινάριο Νοσηλευτών ,Καρκίνος μαστού ,Αθήνα 1991, Εκδόσεις Ζήτα , σελ.:12

6.Μ .Dollinger ,E. Rosenbaum ,M.D. Greg Gable ,Ο Καρκίνος :Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση, ένας οδηγός για όλους ,εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1991, σελ.: 298 , 299 ,303-319 .

7.Ευδοξία Κονιάρη ,Καρκίνος Μαστού-Νοσηλευτική Παρέμβαση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991 , σελ. :60 - 75 , 249 - 255 .

8.Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής ,Πρόληψη , έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο, Αφοί Πετρίδη , 1980 , σελ. : 132-133 , 156-159 .

9.Ρηγάτος Γ. ,Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία ,Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1985 ,σελ. : 58-9

10.Sylvia Denton ,Breast cancer ,Nursing chapman and hall ,Philadelphia 1996 , p.12

- 11.Ιακωβίδης Μ., Αρχές ψυχοογκολογίας : ψυχοσωματική και σωματοψυχική θεώρηση Καρκίνου ,Εκδόσεις Ματαρίδης ,Θεσ/νικη 2001, σελ.: 69 - 72
- 12.Κορδιάλης Β.,Πληροφόρηση και Καρκίνος ,Μάχη και Ελπίδα ,Εκδόσεις Παρισσιανού , Αθήνα 1990 , σελ.: 4 ,35 , 68 .
- 13.Ραγιά Αφ., Νοσηλευτική ψυχικής υγείας -Ψυχιατρική Νοσηλευτική, 3η έκδοση Αθήνα 2001, σελ. : 169 - 174 .
- 14.Δόσιος Α.," Πόσο θα πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του ,Εκδόσεις Φλόγα ,Αθήνα 1986 ,σελ.:15 , 26-31.
- 15.Lampley P., Φοβίες ,αγωνίες κ ελπίδες καρκινοπαθών : Πως θα βοηθήσουμε τους ασθενείς μας να βοηθήσουν τον εαυτό τους , Ελληνική Ογκολογία , 1994, σελ.:180- 184 .
- 16.Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ,Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων , " Ευρώπη κατά του καρκίνου ", Σεμινάριο νοσηλευτών , Θέμα : Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου ,αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Αθήνα 1991,σελ.:103-4 , 106-7 .
- 17.Ελληνικη Αντικαρκινική Εταιρεία ,Ευρώπη κατά του καρκίνου, Σεμινάριο νοσηλευτών ,Θέμα : Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή , Αθήνα 1999, σελ. :47-49 , 53-54 .
- 18.Κοσμίδης Α.Π., Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία , Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984 , σελ.:73 .
- 19.2ο Πανελλήνιο συνέδριο Ελληνικής εταιρείας Ψυχοκοινωνικής ογκολογίας , Αθήνα 3-5/10 1997, σελ.:36
- 20.Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, μια ολιστική θεώρηση ,Εκδόσεις "Ελλην" ,Αθήνα 1998, σελ.207-215 .

- 21.Μαλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ.,Νοσηλευτική Γενικ-
Παθολογική-Χειρουργική ,Τόμοι Α,Β,Αθήνα 1997, σελ.:184,207,210 .
- 22.Μπεσμπέας Σ.«Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς»
Ενημέρωση κοινού. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 2002,σελ.263-
278.
- 23.Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών.
Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχογκολογίας,
Αθήνα, Ιούνιος 1998,σελ.255-261,Δρ.Δημήτρης Χιωτόπουλος.
- 24.Κακλαμάνης Ν., «Η ανατομική του ανθρώπου», Αθήνα 1998, εκδ. ‘‘M-
EDITION’’

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

8)Επισκέπτεστε συχνά το γυναικολόγο σας ; Ναι Όχι

Πόσες φορές το χρόνο ;

9)Είχε κάποια καρκίνο μαστού στην οικογένειά σας ; Γιαγιά
Μητέρα
Θεία
Αδερφή
Καμιά

10)Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία ; Ναι Όχι

(Εάν Ναι)Σε ποια ηλικία κάνατε την πρώτη σας μαστογραφία ;

11)Ποια φαγητά τρώτε περισσότερο ; Σαλάτες / Χορταρικά
Ψάρια
Κρεατικά
Ζυμαρικά
Λιπαρές τροφές (έτοιμες)

12)Πίνετε αλκοολούχα ποτά ; Ναι Όχι

Πόσο ; (ποτήρια) Κάθε μέρα Κάθε εβδομάδα Κάθε μήνα/χρόνο

13)Καπνίζετε ; Καθόλου >1 πακέτο <1 πακέτο

