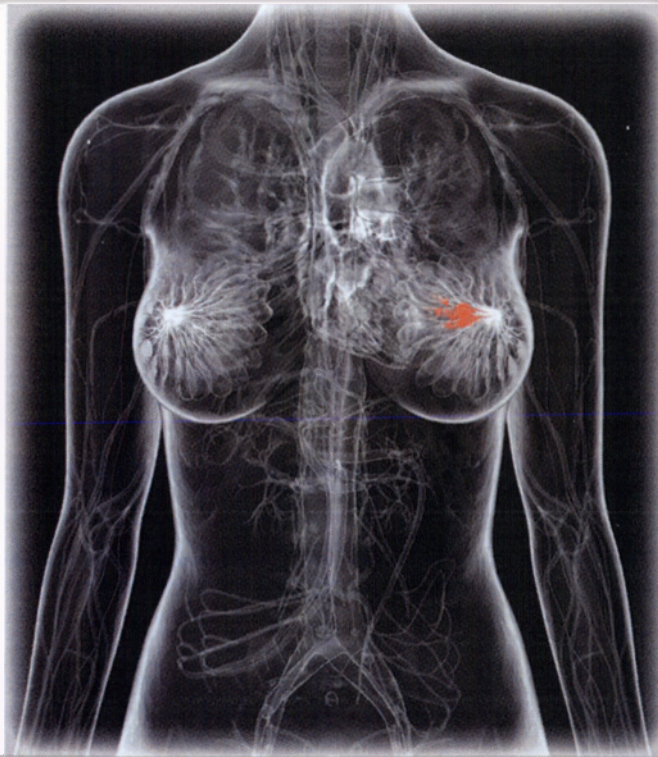




ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Οι Κοινωνικές Διαστάσεις του Καρκίνου του  
Μαστού από την Πρόληψη της ασθένειας  
εώς και τις  
Μεταβολές στη Ζωή της Ασθενούς.”



Πάσσιου Ειρήνη-Χρυσοβαλάντη

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σιουρούνη Ελένη

30-10-2009

ΚΑΛΑΜΑΤΑ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού, προσβάλλει περίπου 1 στις 9 γυναίκες και είναι συχνότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα ακριβή του αίτια, δεν είναι γνωστά. Γνωρίζουμε όμως, ότι είναι πολυπαραγοντική νόσος στην εμφάνιση της οποίας εμπλέκονται και αλληλεπιδρούν παράγοντες του περιβάλλοντος, γενετικοί αλλά και ψυχολογικοί, η γνώση και η αποφυγή των οποίων συνιστούν μια πρώτη μορφή πρόληψης. Σημαντικότεροι είναι οι γενετικοί, δηλαδή η κληρονομικότητα, η ύπαρξη συγκεκριμένων γονιδίων, η φυλετική καταγωγή, το φύλο και η ηλικία. Οι διαγνωστικές μέθοδοι είναι μια άλλη μορφή πρόληψης, καθώς ο καρκίνος στα πρώτα στάδια είναι ιάσιμος. Οι μέθοδοι αυτές είναι η ψηλάφηση των μαστών, η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, η βιοψία και η μαγνητική τομογραφία. Οι θεραπευτικές μέθοδοι περιλαμβάνουν τη χειρουργική επέμβαση (που χωρίζεται σε απλή, μερική και ριζική μαστεκτομή, σε τεταρτεκτομή, ευρεία τοπική εκτομή και ογκεκτομή), τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, τα τελευταία χρόνια την γονιδιακή θεραπεία και/ή το συνδυασμό τους. Η νόσος έχει σημαντικές ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η ασθενής ακρωτηριάζεται σωματικά και ψυχολογικά η οικογένειά της εξουθενώνεται ψυχικά, σωματικά και οικονομικά στην κοινωνία δημιουργείται κενό από την απουσία ή τη δυσλειτουργία της ασθενούς στην εργασία της και στις κοινωνικές ομάδες το σύστημα υγείας επιβαρύνεται οικονομικά. Η ελπίδα όμως υπάρχει και βρίσκεται, όπως πάντα, στην πρόληψη που σώζει ζωές. Τα συστήματα υγείας οφείλουν να επενδύσουν σ' αυτήν για να εξασφαλιστεί η υγεία και η αξιοπρεπής διαβίωση των ασθενών και συνακόλουθα η εύρυθμη λειτουργία του κοινωνικού συνόλου.

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ &amp; ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.</b>	
1.1 Γενικά	6
1.2 Παράγοντες κινδύνου.	6
1.2.1. Γενετικοί Παράγοντες.	7
1.2.2. Χημικές Ουσίες.	10
1.2.3. Ορμονικοί παράγοντες.	10
1.2.4. Παράγοντες Θρέψης.	12
1.2.5. Ακτινοβολία	13
1.2.6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ &amp; ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ.</b>	
2.1 Γενικά	15
2.2. Ψηλάφηση μαστών	15
2.3. Μαστογραφία	16
2.4. Υπερηχογράφημα	18
2.5. Βιοψία	18
2.6. Μαγνητική Τομογραφία.	19
2.7. Στάδια καρκίνου του μαστού.	20
2.8. Θεραπευτική Αντιμετώπιση.	21
2.8.1. Χειρουργική Θεραπεία.	22
2.8.2. Ακτινοθεραπεία	24
2.8.3. Χημειοθεραπεία	25
2.8.4. Ορμονοθεραπεία	26
2.8.5. Γονιδιακή Θεραπεία.	28
2.9. Οικονομικές προεκτάσεις θεραπευτικής αγωγής.	28

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ  
ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ & Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.**

3.1. Γενικά	30
3.2. Ψυχολογικά Προβλήματα.	30
3.3. Οικογενειακά Προβλήματα.	31
3.4. Οι σχέσεις με τον σύντροφο.	33
3.5. Εργασιακά Προβλήματα.	34
3.6. Επανόρθωση Μαστού.	34
3.7. Κοινωνικές Δομές Στήριξης Καρκινοπαθών.	36
3.8. Η αναγκαιότητα της πρόληψης.	37

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ  
ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.**

4.1. Γενικά	39
4.2. Μεθοδολογία	39
4.2.1. Μεθοδολογικά εργαλεία.	39
4.2.2. Μεθοδολογία δειγματοληψίας.	40
4.2.3. Τρόπος σχεδιασμού ερωτηματολογίου.	40
4.2.4. Τεχνικές συνέντευξης.	41
4.2.5. Ανάλυση ερωτηματολογίου.	42

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ.**

5.1. Γενικά	44
5.2. Αποτελέσματα έρευνας – συζήτησης.	44

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.**

6.1. Γενικά	58
6.2. Συμπεράσματα έρευνας.	58
6.3. Προτάσεις	60

<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	62
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	63
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1:</b> Ερωτηματολόγιο έρευνας.	66
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2:</b> Τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο.	68

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο και είναι σήμερα ο συχνότερος καρκίνος του γυναικείου πληθυσμού, με τα ποσοστά επίπτωσης του να αυξάνονται συνεχώς. Στη χώρα μας αυξάνεται, επίσης, σταθερά ο αριθμός των γυναικών που χάνουν τη ζωή τους από αυτόν, σε αντίθεση με τη Δυτική Ευρώπη όπου μειώνεται. Η διαφορά έγκειται στο ότι η συντριπτική πλειοψηφία των Ελληνίδων δεν κάνει προληπτικό έλεγχο. Έτσι κάθε χρόνο χιλιάδες ζωές χάνονται ή ακρωτηριάζονται σωματικά και ψυχολογικά με όλες τις συνέπειες που έχει αυτό για το οικογενειακό τους περιβάλλον και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Στόχος της παρούσης έρευνας είναι η συλλογή στοιχείων για τον καρκίνο του μαστού (παράγοντες κινδύνου, πρόληψη, θεραπεία) και για τις επιπτώσεις του στις ασθενείς και την κοινωνία. Σκοπός της είναι, με τη σύγκριση και μελέτη των συλλεγμένων στοιχείων, να γίνει μια περιγραφή του προβλήματος και να διατυπωθούν προτάσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αύξηση των ποσοστών επιβίωσης καθώς και στην καλύτερη αντιμετώπιση των συνεπειών της νόσου σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Βέβαια, οι προτάσεις μας πιθανότατα δεν θα είναι καινοτόμες αλλά θεωρούμε ότι μπορούν να κάνουν καλό γιατί αν φωνάξουμε όλοι μαζί ίσως η φωνή μας γίνει αρκετά δυνατή για να "ξυπνήσει" όλες εκείνες τις γυναίκες που χάνουν τη ζωή τους ουσιαστικά από αμέλεια.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ανασκόπηση των βιβλιογραφικών δεδομένων προκειμένου να δούμε ποιές πλευρές του θέματος έχουν ερευνηθεί, ποιά τα αποτελέσματα αυτών και ποιά τα νεότερα στοιχεία. Επικουρικά, χρησιμοποιήθηκε και έρευνα διερευνητικού χαρακτήρα με επισκοπική μέθοδο που πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ερωτηματολογίου σε μη πιθανό δείγμα με αυξητική δειγματοληψία.

Στην αρχή παρουσιάζονται και αναλύονται οι παράγοντες κινδύνου, οι διαγνωστικές μέθοδοι και οι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης. Γίνεται επίσης μια σύντομη αναφορά στο κόστος της θεραπευτικής αγωγής. Ακολουθεί η παρουσίαση και ανάλυση των ψυχολογικών επιπτώσεων της νόσου στην ασθενή, στο οικογενειακό της περιβάλλον καθώς και στην εργασία της. Υπάρχει ακόμη μια παρουσίαση του μοναδικού τρόπου να νικήσουμε τον καρκίνο ο οποίος είναι η πρόληψη – έγκαιρη διάγνωση. Αφού καταγραφούν τα αποτελέσματα της έρευνας μας κατατίθενται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις μας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ & ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

### 1.1. Γενικά

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο καρκίνος που παρατηρείται συχνότερα στο γυναικείο πληθυσμό, μετά τον καρκίνο του δέρματος, και αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου από κακοήγη νόσο, μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα. (Παπαθανασίου Κ., 2002) Στους άνδρες, η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σπανίζει. Σε 100 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού η μία περίπου αφορά σε κάποιον άνδρα.

Κάθε χρόνο στη χώρα μας εντοπίζονται περίπου 4.500 νέα περιστατικά, ενώ υπολογίζεται ότι 1 στις 8 γυναίκες παγκοσμίως θα παρουσιάσει καρκίνο μαστού σε κάποια φάση της ζωής της. Ωστόσο, οι μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας έχουν εξελιχθεί τόσο, ώστε να είναι δυνατή η διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο, τότε που μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία.

Είναι γνωστό ότι τα όργανα και οι ιστοί του σώματος αποτελούνται από μικροσκοπικά οικοδομικά σωματίδια, τα κύτταρα, τα οποία παρά το ότι έχουν διαφορετικές μεταξύ τους λειτουργίες, εντούτοις επιδιορθώνονται και αναπαράγονται κατά τον ίδιο τρόπο. Συνήθως η διαίρεσή τους γίνεται με τακτικό και ελεγχόμενο τρόπο αλλά, για κάποιο λόγο, κάποιες φορές συνεχίζουν να διαιρούνται δημιουργώντας έτσι ένα εξόγκωμα που ονομάζεται όγκος και που μπορεί να είναι καλοήθης ή κακοήθης. (Παπαθανασίου Κ., 2002)

Ο κακοήθης όγκος αποτελείται από καρκινογενή κύτταρα, που μπορούν να εξαπλώνονται πέρα από την αρχική τους θέση και έτσι μπορούν να εισβάλουν και να καταστρέψουν τους γειτονικούς ιστούς. Μερικές φορές αποκόπτονται από το αρχικό καρκίνωμα και εξαπλώνονται σε άλλα όργανα του σώματος δια μέσου του κυκλοφοριακού ή του λεμφικού συστήματος. Όταν φθάσουν σε μια νέα θέση, θα συνεχίσουν ίσως να διαιρούνται και θα σχηματίσουν ένα νέο όγκο που ονομάζεται "δευτερεύων όγκος" ή "μετάσταση". Ουσιαστικά, λοιπόν, ο καρκίνος είναι μία ασθένεια των κυττάρων. Οι γιατροί μπορούν να διαγνώσουν αν ένας όγκος είναι καλοήθης ή κακοήθης, με μικροσκοπική εξέταση ενός μικρού δείγματος κυττάρων. (Παπαθανασίου Κ., 2002)

### 1.2. Παράγοντες κινδύνου

Η λέξη καρκίνος, ακόμη και σήμερα που η επιστήμη -και ειδικότερα η ιατρική - έχει

εξελιχθεί πολύ, συνεχίζει να προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνία στον άνθρωπο και αυτό γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αιτίες που τον προκαλούν και τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα.

Είναι βασικό να κατανοήσουμε ότι ο καρκίνος δεν είναι μια ασθένεια που οφείλεται σε μια μόνο αιτία και απαιτεί ένα μοναδικό τρόπο θεραπείας. Υπάρχουν περισσότερες από διακόσιες διαφορετικές μορφές καρκίνου και κάθε μια από αυτές έχει τη δική της ονομασία και θεραπεία.(Μουζάκα Α.,1985)

Η συχνότερα εμφανιζόμενη μορφή καρκίνου ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό σήμερα είναι ο καρκίνος του μαστού. Θεωρείται ότι συμπεριφέρεται σαν σύνδρομο. Αρχικά εμφανίζεται σαν αθώα επιθηλιακή υπερπλασία, που προοδευτικά εξελίσσεται και διαβρώνει γειτονικούς ιστούς και γρήγορα συστηματοποιείται σαν ασθένεια. ( Creagan E. , 2006)

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοηθών όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη μέχρι σήμερα. Παρόλο που γενετικοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική σχέση με τη νόσο, κανένας, είτε μόνος είτε σε συνδυασμό με άλλους, δεν είναι προβλεπτικός παράγοντας ούτε εξηγεί το μηχανισμό γένεσής της. Είναι, όμως, γενικά αποδεκτό ότι είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ορισμένων ηλικιών. Έτσι, η μόνη, επί του παρόντος, δυνατή προσέγγιση στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού διέρχεται μέσα από τη γνώση, την καταγραφή και τη συσχέτιση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και μεταβλητών που είναι αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου (πρωτογενείς πρόληψη) και αναλύονται παρακάτω. (Καρβελάς Φ.,1990)

### *1.2.1 Γενετικοί παράγοντες*

Με τον όρο *γενετικοί παράγοντες*, προσδιορίζουμε τα χαρακτηριστικά εκείνα που περνούν από γενιά σε γενιά και δεν είμαστε σε θέση να τα μεταβάλουμε. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι, η φυλή από την οποία καταγόμαστε, τα γονίδια τα οποία κληρονομούμε, το φύλο και η ηλικία μας και καθιστούν τις γυναίκες πιο ευάλωτες στη προσβολή του καρκίνου του μαστού.

#### *(α) Φυλή*

Έχει αποδειχτεί, ότι οι νέγρες, έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού, σε σχέση με τις λευκές, ενώ οι Γιαπωνέζες τρεις φορές μικρότερη από τις λευκές



(εξαιρούνται οι περιοχές της Χιροσίμα και του Ναγκασάκι, που εμφάνισαν καρκίνο από τη ραδιενέργεια). (Φύσσας Ι. 2006)

### (β) Κληρονομικότητα

Σύμφωνα με στατιστική έρευνα που διεξήχθη το 1976 στις Ηνωμένες Πολιτείες από τον Henry T. Lynch και τους συνεργάτες του σε σχέση με την κληρονομικότητα, σε 4515 ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο, εξήχθησαν τα εξής συμπεράσματα. Το 8,9% αυτών είχαν ένα άτομο στην οικογένεια τους με παρόμοιο ιατρικό ιστορικό, 16,2% με δυο συγγενείς που είχαν εμφανίσει παρόμοια ασθένεια, ενώ 27,4% είχαν 3 ή περισσότερους νοσήσαντες στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Αυτό επιβεβαιώνεται από πιο σύγχρονη μελέτη των David E. Anderson και Michael Badzioch το 1984, σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, στο Houston.

Είναι άγνωστο βάσει ποιών γενετικών διεργασιών γίνεται αυτή η μεταβίβαση. Πιθανόν λόγω ανωμαλιών στο ορμονικό ή στο αναπαραγωγικό σύστημα. Όλες αυτές οι υποθέσεις συζητούνται. Το μόνο σίγουρο είναι ότι πραγματικά οι γυναίκες που έχουν μητέρα ή αδελφή προσβεβλημένη από καρκίνο του μαστού ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου.

Επίσης, όσον αφορά στην κληρονομικότητα υπάρχουν δυο γνωστές μεταλλάξεις γονιδίων καρκίνου του μαστού. Τα γονίδια αυτά ονομάζονται BRCA-1 και BRCA-2. Τα συγκεκριμένα γονίδια, ευθύνονται μονό για το ένα τρίτο του κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού και για λιγότερο από το ένα δέκατο του συνόλου των καρκίνων του μαστού. Τα γονίδια αυτά, είναι σπάνια στον γυναικείο πληθυσμό και η μετάλλαξη τους βρίσκεται μόνο σε μια στις χίλιες γυναίκες. Η πιθανότητα να νοσήσει από καρκίνο του μαστού μια υγιείς γυναίκα που είναι φορέας αυτών των μεταλλαγμένων γονιδίων κυμαίνεται μεταξύ 50-80%· σ' αυτήν την περίπτωση η πρόγνωση δεν είναι καλή, διότι πρόκειται για εξαρχής πολύ επιθετική μορφή καρκίνου. (Φύσσας Ι. , 2006)

### (γ) Φύλο

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό, ο γυναικείος πληθυσμός προσβάλλεται από καρκίνο του μαστού συχνότερα απ' ότι ο ανδρικός. Συγκεκριμένα, η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων, είναι ενενήντα εννέα γυναίκες προς έναν άνδρα (99:1) σε χώρες με μεγάλη επίπτωση, ενώ σε χώρες με μικρή επίπτωση (Αραβικές, Ανατολικής Αφρικής) ανέρχεται σε δέκα γυναίκες προς ένα άνδρα (10:1). (Μουζάκα Λ. , 1996)

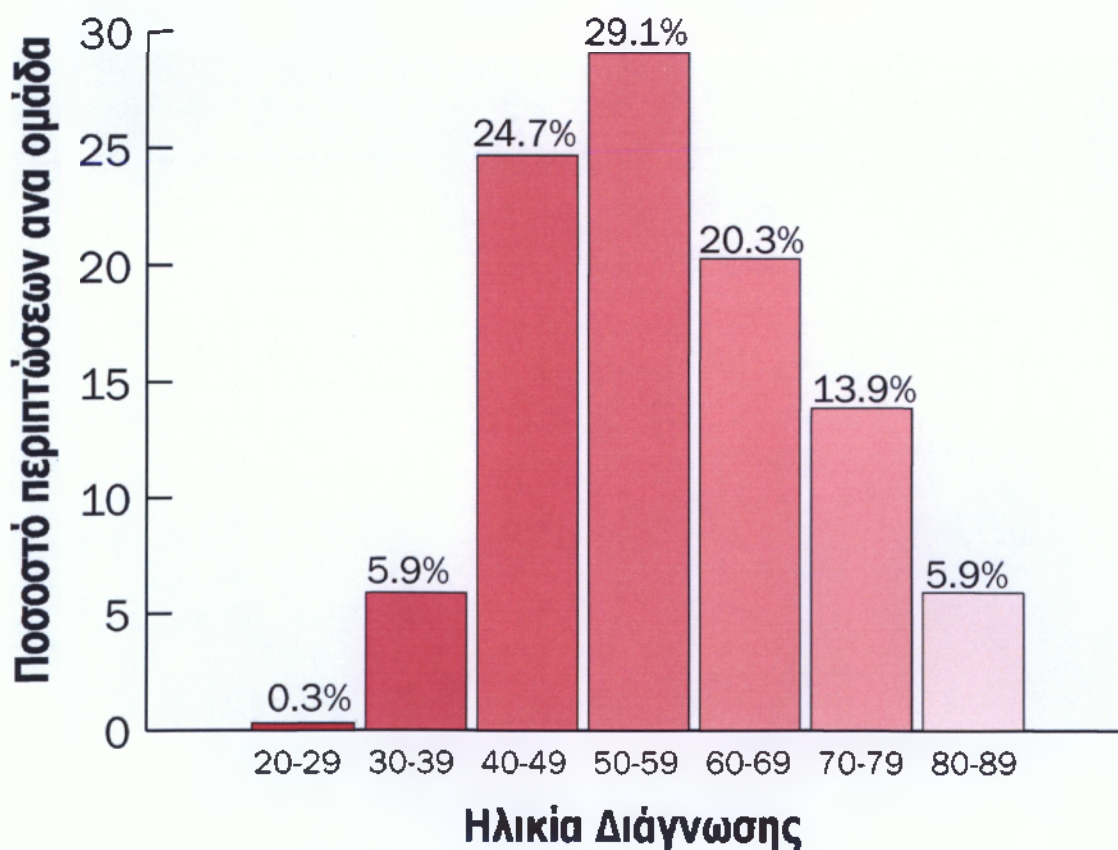
(δ) Ηλικία

Η ηλικία μιας γυναίκας, παίζει σπουδαίο ρόλο όσον αφορά στην πιθανότητα να νοσήσει από καρκίνο του μαστού:

Η νόσος δεν εμφανίζεται πριν την ήβη ενώ σε ηλικία μικρότερη των 25 ετών, είναι πολύ σπάνια. Ο καρκίνος, γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25 και 30 ετών. Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. (Μουζάκα Α. , 1985)

Σε χώρες υψηλότερου κινδύνου (Δανία, ΗΠΑ, Καναδάς, Αγγλία), οι δείκτες επίπτωσης συνεχίζουν να αυξάνονται και μετά την εμμηνόπαυση. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο περισσότερες από 1.300 γυναίκες προσβάλλονται από τον καρκίνο του μαστού και 700 πεθαίνουν. Η Ελληνίδα έχει πιθανότητα να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού στην διάρκεια της ζωής της 3,5%. (Μουζάκα Α. , 1985)

### Περιπτώσεις Καρκίνου του Μαστού σε σχέση με την ηλικία διάγνωσης



Διάγραμμα 1.2.1.1 Περιπτώσεις Καρκίνου του Μαστού σε σχέση με την ηλικία διάγνωσης.

Πηγή: The Breast Health Center 1993-2006

### *1.2.2 Χημικές ουσίες*

Δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα, ότι κάποια χημική ουσία σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (Π.χ. οι χημικές χρωστικές για τη βαφή των μαλλιών), όμως θεωρήθηκε σκόπιμο ν' αναφερθεί ότι πολλά χημικά σκευάσματα θεωρούνται ύποπτα. Κι αυτό γιατί τις τελευταίες δεκαετίες, ερχόμαστε σε επαφή με πολλά καινούρια χημικά σκευάσματα, οπότε καλό θα ήταν να είμαστε προσεκτικοί στη χρήση αυτών, μέχρι να αποδειχτεί ότι δεν έχουν (ή έχουν) αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία μας. (Buckman R., 2000)

### *1.2.3 Ορμονικοί παράγοντες*

Η κάθε γυναίκα, στο κύκλο της ζωής της περνάει από ορισμένα στάδια (π.χ. εμμηναρχή, εμμηνόπαυση) που μεταβάλλουν τις ορμονικές της ισορροπίες. Αυτά τα στάδια της ζωής είναι διαφορετικά για κάθε γυναίκα, όπως και το χρονικό διάστημα που πραγματοποιούνται, οι επιπτώσεις αυτών των μεταβολών στις ορμόνες ωστόσο φαίνεται να αλληλεπιδρούν και με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

#### *(α) Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης*

Τα οιστρογόνα (θηλυκές ορμόνες της γονιμότητας) φαίνεται πως ευνοούν τον καρκίνο του μαστού. Ίσως έτσι εξηγείται γιατί οι άνδρες εμφανίζουν καρκίνο του μαστού 100 φορές πιο σπάνια από τις γυναίκες. Εξηγείται επίσης, γιατί οι γυναίκες που είχαν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα γονιμότητας στη ζωή τους, θεωρούνται αυστηρά αυξημένου κινδύνου. Όσο δηλαδή περισσότερες ωορρηξίες είχε στην ζωή της, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. (Straszewski J. , 1971)

Για αυτό είναι πολύ σημαντικό, η ηλικία εμμηναρχής (ηλικία πρώτης έμμηνου ρύσεως) να μην είναι μικρότερη από τα δέκα έτη. Επίσης, έχει αποδειχθεί, ότι όσο πιο αργά έρχεται η εμμηνόπαυση (μετά τα 50 χρόνια), τόσο η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού αυξάνεται. Η τεχνητή εμμηνόπαυση, δηλαδή η εμμηνόπαυση λόγω υστερεκτομής ή ωοθηκεκτομής, έχει θετικές συνέπειες, μόνο εφόσον γίνεται σε ηλικία κάτω των σαράντα ετών. Σε αυτήν την περίπτωση, μειώνει αισθητά τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. (Moolgavkar et Al, 1980)

(β) Τεκνοποίηση και θηλασμός



Εικόνα 1.2.3.1

Οι γυναίκες που θηλάζουν τα παιδιά τους, διατρέχουν λιγότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού. Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα κατά το οποίο θηλάζουν τόσο περισσότερο προστατεύονται από τον καρκίνο του μαστού. Όταν μια γυναίκα κάνει παιδιά οι πιθανότητες της να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού είναι λιγότερες από τις γυναίκες που δεν κάνουν παιδιά.(Vesey et al.,1972)

Έχει υπολογιστεί ότι για κάθε παιδί που κάνει μια γυναίκα, ο κίνδυνος της να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού μειώνεται κατά 7%. Επιπρόσθετα για κάθε χρόνο θηλασμού που προσφέρει στα παιδιά της κερδίζει ακόμη μια μείωση του

κινδύνου για εκδήλωση καρκίνου του μαστού, της τάξης του 4,3%. (Vesey et al.,1972)

Τα δεδομένα που αναφέρουμε πιο πάνω τεκμηριώνονται από μια πολύ μεγάλη ανάλυση 47 επιδημιολογικών ερευνών που έγινε στη Βοστώνη το 1970 και αφορούσε 50.302 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 96.973 άλλες γυναίκες. Σύμφωνα λοιπόν με τα συμπεράσματα, εάν οι γυναίκες θηλάζαν για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα τα παιδιά τους, θα είχαμε χιλιάδες λιγότερους θανάτους από καρκίνο του μαστού.(Vesey et al.,1972)

Η προστασία που δίνει ο μητρικός θηλασμός εναντίον του καρκίνου αυτού προστίθεται στο θετικό αποτέλεσμα που προσφέρει το γεγονός ότι μια γυναίκα κάνει παιδιά.

(γ) Η χρήση αντισυλληπτικών

Σύμφωνα με την έρευνα "Χρήση αντισυλληπτικών και άμβλωση πριν την πρώτη τελειόμηνη κύηση" που διεξήχθη στο Los Angeles της California σε 163 περιστατικά καρκίνου του μαστού (διάγνωση κάτω των 32 ετών) για να καθοριστεί ο ρόλος, αν υπάρχει, των αντισυλληπτικών χαπιών στην εκδήλωση της ασθένειας. Οι ασθενείς ήταν λευκές γυναίκες στις οποίες η ασθένεια διεγνώσθη μεταξύ του Ιουλίου του 1972 και του Δεκεμβρίου του 1978. (Pike et al,1981)

Ο κίνδυνος από την χρήση αντισυλληπτικών, ήταν οριακά διπλασιασμένος σε περίπτωση που γινόταν χρήση του πριν από την πρώτη πλήρη εγκυμοσύνη. Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνεται 3,5 φορές σε περίπτωση χρήσης τους για περισσότερα από 8 χρόνια πριν από την πρώτη πλήρη εγκυμοσύνη, καθώς η τάση να αυξάνεται ο κίνδυνος σύμφωνα με την αύξηση του χρόνου χρήσης είναι στατιστικά σημαντική. Ευτυχώς, ο κίνδυνος αυτός δεν υπάρχει εφόρου ζωής, αλλά μειώνεται όταν περάσουν δέκα χρόνια από τη διακοπή των αντισυλληπτικών. (Pike et al,1981)

(δ) Άλλοι ορμονικοί παράγοντες

Όσον αφορά στις υπόλοιπες ορμόνες, οι απόψεις των ερευνητών δίστανται αν και ουσιαστικά δεν έχει αποδειχτεί ότι κάποιες από αυτές συμβάλλουν αποφασιστικά στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

Πιο συγκεκριμένα:

- ❖ *Γαλακτίνη*: Ο ρόλος της γαλακτίνης, ως αιτιολογικού παράγοντα στον καρκίνο του μαστού παραμένει άγνωστος. Υπάρχουν όμως δύο καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας, που συνδυάζονται σταθερά με αύξηση της στάθμης της γαλακτίνης στον οργανισμό: η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός. Αν τα αυξημένα επίπεδα γαλακτίνης σχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, θα έπρεπε και οι δύο πιο πάνω καταστάσεις να συνδυάζονται με αύξηση πιθανότητας προσβολής, κάτι που δεν συμβαίνει. (Pike et al,1981)
- ❖ *TSH, T3, T4*: Έχει βρεθεί ότι σε ασθενείς με ασθένειες του θυρεοειδούς που συνοδεύονται από αύξηση των T3 και T4, υπάρχει αντίστοιχη αύξηση των καλοηθών ασθενειών του μαστού. Δεν παρατηρείται κάτι ανάλογο και για κακοήθεις ασθένειες.(Καρβελάς Φ. , 1990)
- ❖ *Στεροειδή*: Από τις στεροειδείς ορμόνες που παράγονται στα επινεφρίδια, τα ανδρογόνα παρουσιάζουν μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη σχέση τους με τον καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες που είχαν ψηλά επίπεδα ετιοχολανόλης είχαν και καλύτερη πρόγνωση. Σε μεγάλη επιδημιολογική έρευνα που ακολούθησε, βρέθηκε ότι πολύ χαμηλά επίπεδα ετιοχολανόλης συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. (Καρβελάς Φ. , 1990)

#### 1.2.4 *Παράγοντες θρέψης*

Οι καθημερινές συνήθειες διατροφής, η κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και το κάπνισμα φαίνεται να είναι και αυτές ένας επιβαρυντικός παράγοντας κινδύνου, όχι μόνο για τον καρκίνο του μαστού αλλά και για άλλα είδη καρκίνου (π.χ. καρκίνος του παχέος εντέρου), όπως και για καρδιοπάθειες και άλλα νοσήματα. Οι σωστές διατροφικές συνήθειες καθώς και η αποφυγή του καπνίσματος είναι παράγοντες που ευθύνονται για την καλύτερη ποιότητα ζωής. (Hunter P.J.,1993)

(α) Διατροφικές συνήθειες

Στο τέλος της δεκαετίας του '60, παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες που καταλάωναν πολλά λίπη και έλαια (και συνεπώς ήταν παχύσαρκες) είχαν ψηλότερα ποσοστά προσβολής από καρκίνο του

μαστού. Από τότε έχουν γίνει πολλές έρευνες που επιβεβαιώνουν την πιο πάνω διαπίστωση. Αυτό εξηγείται γιατί το λίπος περιέχει ένα ένζυμο που ονομάζεται αρωματάση και μετατρέπει κάποιες ορμόνες σε οιστρογόνα. Πιο πολύ το λίπος, πιο πολλή η αρωματάση, πιο μεγάλες ποσότητες ορμονών μετατρέπονται σε οιστρογόνα (που φαίνεται πως ευνοούν τον καρκίνο του μαστού). (Willet W.,1993)

Επίσης, η σύγχρονη διαίτα περιέχει διάφορες ουσίες, όπως συντηρητικά, προσθετικά ή φυτοφάρμακα που παραμένουν στα αγροτικά προϊόντα, και που είναι πιθανόν να έχουν καρκινογόνες ουσίες. (Hunter P.J.,1993)

#### (β) Κατανάλωση αλκοόλ

Μια ανάλυση αποτελεσμάτων (Howe G.,1991) από έξι διαφορετικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Αργεντινή, την Αυστραλία, τον Καναδά, την Ελλάδα και δυο στην Ιταλία περιελάμβανε 1.575 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και 1.947 άτομα έλεγχου. Η βασική μονάδα μέτρησης της έκθεσης στο αλκοόλ, ήταν τα γραμμάρια αιθανόλης ανά ημέρα, η οποία προέρχονταν από οινοπνευματώδη ποτά. Επίσης, υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία με ιστορικά ημερήσιας διαιτητικής πρόσληψης τροφής.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των στοιχείων από τις έρευνες αυτές, ήταν ότι για πρόσληψη μικρότερη από σαράντα γραμμάρια οινοπνεύματος την ημέρα, δεν υπήρχε συνολικά συσχέτιση, ενώ οι γυναίκες που για χρόνια καταναλώνουν πάνω από σαράντα γραμμάρια την ημέρα, έχουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι το οινόπνευμα, όπως και τα οιστρογόνα, αποσυντίθενται στο ήπαρ. Το οινόπνευμα, προκαλεί βλάβη στα ηπατικά κύτταρα και αυτά δυσκολεύονται να αποσυνθέσουν και να αποβάλλουν τα οιστρογόνα.(Howe G.,1991)

#### (γ) Κάπνισμα

Το κάπνισμα, όπως είναι γνωστό, αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο διαφόρων συστημάτων και οργάνων. Το 25% των καπνιστών 20 τσιγάρων την ημέρα βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο να διαταραχθεί σοβαρά η υγεία τους εντός 10-30 ετών. (Καρβελάς Φ.,1990)

Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι σύνθετη. Έτσι έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Όσο για τον καρκίνο του μαστού, οι νεότερες έρευνες δείχνουν λίγο αυξημένη πιθανότητα να νοσήσουν απ' αυτόν οι γυναίκες που υπήρξαν βαριές καπνίστριες για χρόνια. (Καρβελάς Φ.,1990)

### *1.2.5 Ακτινοβολία*

Όλες οι ακτινογραφίες εκπέμπουν ακτίνες X, που είναι μια αόρατη ιονίζουσα ακτινοβολία, επικίνδυνη σε μεγάλες δόσεις για τα κύτταρα. Είναι αποδεδειγμένο, ότι όλες οι ιονίζουσες

ακτινοβολίες, αυξάνουν την πιθανότητα καρκίνου του μαστού (π.χ. γυναίκες που την εποχή της φυματίωσης έκαναν συνέχεια ακτινογραφίες θώρακος είχαν πιο πολλούς καρκίνους του μαστού). (Καρβελάς Φ.,1990)

Κάθε άνθρωπος, έχει ένα ανώτατο όριο ακτινοβολίας που μπορεί να δεχθεί, το οποίο δεν είναι ίδιο σε όλους και κανείς δεν μπορεί να ξέρει το δικό του. Επίσης, τα κύτταρα, περιέχουν ένα είδος μνήμης που αθροίζει όλες τις ακτινοβολίες που έχει δεχθεί κάποιος στη ζωή του. Βέβαια, για να αναπτύξει κάποιος καρκίνο από την ακτινοβολία, πρέπει να ξεπεράσει κατά πολύ το προσωπικό του όριο. (Μουζάκα Λ,1985)

Θα πρέπει λοιπόν να αποφεύγεται η κατάχρηση όλων των εξετάσεων που ακτινοβολούν τον άνθρωπο με ακτίνες Χ, αλλά ο φόβος για την ακτινοβολία δεν πρέπει να αποτρέπει τις γυναίκες από τη μαστογραφία. Κι αυτό γιατί ενώ η δόση της ακτινοβολίας της είναι εξαιρετικά μικρή (τέσσερις μαστογραφίες δίνουν τόση ακτινοβολία όση και μία ακτινογραφία θώρακος), το κέρδος είναι τεράστιο γιατί η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορούν να σώσουν ζωές. (Δημητρόπουλος Ν.,2000)

#### *1.2.6 Εθνικοί και κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες*

Ο καρκίνος του μαστού, είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και στις αστικές περιοχές. (Waterhouse et al 1982)

Μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου παρατηρείται στο λεγόμενο "δυτικό κόσμο" όπως Βόρεια Αμερική, Βορειοδυτική Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία, ενώ αντίθετα στην Αφρική, τη Μέση Ανατολή και τη Ασία παρατηρείται χαμηλός δείκτης νοσήσεως. Η Λατινική Αμερική, η Νότια και η Ανατολική Ευρώπη κατέχουν μια ενδιάμεση θέση. (Waterhouse et al 1982)

Επίσης, η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι επταπλάσια στις Αμερικανίδες από ότι στις Γιαπωνέζες. Στις Γιαπωνέζες όμως που μετανάστευσαν στην Αμερική και στους απογόνους τους, η διαφορά αυτή εξαλείφεται προοδευτικά, γεγονός που προδικάζει την ύπαρξη σημαντικού παράγοντα στο περιβάλλον ή στον τρόπο ζωής. (Φύσσας Ι.,2006)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ & ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ

### 2.1 Γενικά

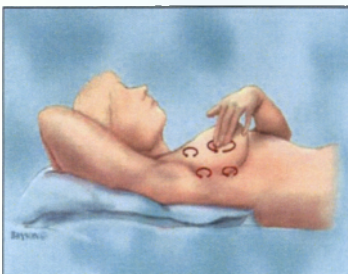
Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού, είναι οι διαγνωστικές μέθοδοι. Αυτή, μπορεί να επιτευχθεί πιο εύκολα από την πρωτογενή, αφού είναι εξαιρετικά δύσκολο έως αδύνατο να αλλάξουμε κάποιους από τους παράγοντες κινδύνου (π.χ. δεν μπορεί να αλλάξει κάποιος τα γονίδια του ή το φύλο του), αν και μπορούμε να αποφύγουμε κάποιες "κακές" συνήθειες (π.χ. κακή διατροφή). Για το λόγο αυτό ο ρόλος των διαγνωστικών εξετάσεων είναι πολύ σημαντικός στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και συνεπώς και στη καλύτερη θεραπεία του.

Αρχικά, ο γιατρός με τη βοήθεια τυποποιημένου ερωτηματολογίου, εκμαιεύει λεπτομερές ιστορικό της ασθενούς και του συγκεκριμένου προβλήματος. Στη συνέχεια, περνάει στο πρώτο στάδιο των διαγνωστικών μεθόδων, που είναι η κλινική εξέταση (ψηλάφηση) των μαστών και εφόσον κρίνεται απαραίτητο, διενεργεί, περνώντας έτσι στο δεύτερο στάδιο, ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και βιοψία. (Buckman R.,2000)

### 2.2 Ψηλάφηση μαστών

Η κλινική εξέταση μαστών (ψηλάφηση), όπως περιγράφει ο Φύσσας Ι. (2006), περιλαμβάνει την επισκόπηση των μαστών με τη γυναίκα, αρχικά σε θέση καθιστή με τα χέρια στη μέση της και στη συνέχεια με τα χέρια προς τα πάνω· ελέγχεται το περίγραμμα των μαστών, το χρώμα και το ποιόν του δέρματος, η ύπαρξη εξογκώματος ή εισολκής (λακουβίτσας), οι θηλές και η συμμετρία των μαστών στην παθητική κίνηση καθώς σηκώνονται τα χέρια ή μήπως ο ένας μαστός υπολείπεται του άλλου, πράγμα που θα υποδείκνυε κάποιον κακοήγη όγκο, που προσφύεται στο θωρακικό τοίχωμα προκαλώντας σχετική δυσκινησία του μαστού.

Στη συνέχεια, η ασθενής ξαπλώνει σε ύπτια θέση, με τα χέρια να αναπαύονται πάνω από το κεφάλι. Ο γιατρός την εξετάζει, πιέζοντας απαλά το μαστό της πάνω στο θώρακα και στις πλευρές, με ήπιες κυκλικές κινήσεις των ακροδαχτύλων του, έτσι ώστε να γίνει αισθητή η ύπαρξη ογκιδίων και να διερευνηθεί η φύση τους. (Φύσσας Ι. ,2006)

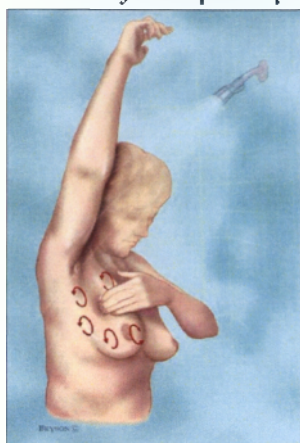


Εικόνα 2.2.1

Ακολουθεί η εξέταση των θηλών. Παρατηρείται η συμμετρία τους,



η πιθανότητα εισολκής τους, το χρώμα και το ποιόν του δέρματός τους. Ελέγχεται επίσης αν υπάρχει έκκριση υγρού από τις θηλές, το είδος του και το χρώμα του. Απαγορεύεται να πιέζονται οι θηλές, εκτός αν η αιτία της επίσκεψης στο μαστολόγο είναι η εκροή υγρού από τη θηλή. Σ' αυτήν την περίπτωση, και αν δεν τρέχει υγρό κατά τη στιγμή της εξέτασης, επιτρέπεται μια ήπια πίεση στη θηλή για επιβεβαίωση του συμπτώματος και λήψη του υγρού για κυτταρολογική εξέταση. (Φύσσας Ι., 2006)



Εικόνα 2.2.2

Η εξέταση των μαστών, συμπληρώνεται πάντα με την ψηλάφηση της μασχάλης και του λαιμού για την ύπαρξη ψηλαφητών λεμφαδένων. Η ύπαρξή τους στη μασχάλη ή η τυχαία ανεύρεσή τους σε μια μαστογραφία, είναι συχνότερα ένα "φυσιολογικό" φαινόμενο και μπορεί να βρίσκονται εκεί από πολλά χρόνια πριν, ως αποτέλεσμα παλαιών λοιμώξεων (π.χ. ερυθράς, ιλαράς κ.ά.). Επίσης, είναι δυνατόν να διογκωθούν σε περιπτώσεις τραυματισμού, επεμβάσεων ή φλεγμονής στο σύστοιχο χέρι, στα δάχτυλα ή στα νύχια. Στις περιπτώσεις αυτές είναι ελαφρά επώδυνοι. Λεμφαδένες που δεν πονούν μπορεί να είναι και ένδειξη κακοήθειας στο μαστό, ιδιαίτερα μάλιστα αν είναι σκληροί, ακίνητοι και δεν προϋπήρχαν από χρόνια. (Φύσσας Ι., 2006)

Τώρα, όσον αφορά στην αυτοεξέταση του μαστού, δηλαδή το να μάθει μια γυναίκα να εξετάζεται μόνη της, είναι ένα παρεξηγημένο θέμα της Μαστολογίας. Είναι γνωστό, ότι το 90% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται πρώτα από τις ίδιες τις ασθενείς. Όμως, οι περισσότερες από αυτές δεν πηγαίνουν τακτικά στο γιατρό για προληπτική εξέταση μαστών, αλλά την αντικαθιστούν με το να αυτοεξετάζονται. Για να μπορέσουν όμως μόνες τους να πιάσουν έναν όγκο στο μαστό, θα πρέπει αυτός να έχει φθάσει περίπου σε μέγεθος καρυδιού. Άρα, έχουν ήδη χάσει πολύ χρόνο. Έχει βρεθεί, ότι πολλές γυναίκες που αυτοεξετάζονται, καθυστερούν μέχρι και δύο χρόνια να αναφέρουν στο γιατρό κάποιο εύρημα από το μαστό τους. (Φύσσας Ι., 2006)

Η αυτοεξέταση, λοιπόν, μόνο τότε είναι σπουδαία, όταν γίνεται όχι για να αντικαταστήσει, την προληπτική εξέταση μαστών από τον ειδικό μαστολόγο, αλλά ως αφορμή για έκτακτο ραντεβού σε περίπτωση ύποπτου ευρήματος. Πρέπει να γίνεται κάθε μήνα, μετά το τέλος της εμμήνου ρύσεως, όρθια μπροστά στον καθρέφτη και χωρίς ρούχα από τη μέση και πάνω. Τα δάχτυλα του δεξιού χεριού εξετάζουν τον αριστερό μαστό και αντιστρόφως. (Φύσσας Ι., 2006)

### 2.3 Μαστογραφία

Η μαστογραφία, είναι μια απλή ακτινογραφία των μαστών, μόνο που η δόση της ακτινοβολίας που εκπέμπει είναι πολύ μικρότερη από τις συνηθισμένες ακτινογραφίες.

Γίνεται με τη βοήθεια ειδικού ακτινολογικού μηχανήματος που λέγεται μαστογράφος.



Εικόνα 2.3.1 Μαστογράφος

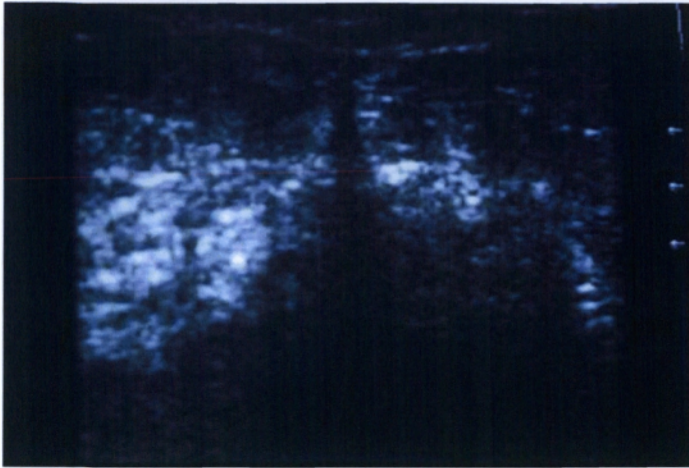
(Δημητρόπουλος Ν., 2000) Ο κάθε μαστός συμπιέζεται ελαφρά ανάμεσα σε δύο επίπεδες διαφανείς πλάκες. Αυτό γίνεται αρχικά από την πάνω και την κάτω πλευρά του, οπότε και λαμβάνεται μια μαστογραφία που λέγεται FACE (ή κεφαλουραία ή CC), και στη συνέχεια από τα πλάγια, οπότε η λήψη λέγεται PROFILE(πλάγια ή MLO ή PR). Σε περίπτωση ανευρέσεως μιας ύποπτης σκίασης, λαμβάνονται επιπρόσθετες εικόνες με τη χρήση ειδικών εξαρτημάτων που τοποθετούνται στο μαστογράφο, ώστε να απεικονίζεται πιο αναλυτικά η ύποπτη περιοχή. Η μαστογραφία, μπορεί να γίνεται προληπτικά, ως έλεγχος του γυναικείου πληθυσμού για την ανίχνευση αρχόμενων μορφών καρκίνου, ή ως διαγνωστική μέθοδος σε περίπτωση ψηλαφητικά υπόπτων ογκιδίων του μαστού. (Δημητρόπουλος Ν., 2000)

Στη φυσιολογική μαστογραφία, σε μαύρο φόντο, που είναι το λίπος του μαστού, φαίνονται λευκοί οι αδενικοί σχηματισμοί, οι πόροι και οι ίνες του συνδετικού ιστού. Όταν ένα καλοήθες ή κακοήθες μόρφωμα αναπτύσσεται σε κάποιο σημείο, αυτό φαίνεται επίσης λευκό (σκίαση). Όσο πιο νεανικός είναι ο μαστός τόσο πιο πολλές είναι οι λευκές περιοχές και τόσο λιγότερο το λίπος. Συνεπώς, στη μαστογραφία του νεανικού μαστού είναι πολύ πιο εύκολο να κρυφτεί μια μικρή βλάβη, όντας λευκή μέσα στον αρκετά λευκό μαστό. Η διαγνωστική αξία της, λοιπόν, είναι μικρότερη σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς και γι' αυτό στις περιπτώσεις αυτές προτείνεται να ολοκληρώνεται ο έλεγχος με υπερηχογράφημα. (Αποτ R., 2003)

Στη μαστογραφία του ηλικιωμένου μαστού, αντίθετα, επειδή λόγω εκφυλίσεως του αδένου υπάρχει πιο πολύ λίπος, η βλάβη (λευκή) φαίνεται πιο εύκολα μέσα στο λίπος, που δείχνει μαύρο. Συνήθως, ξεχωρίζει εύκολα από τους γύρω φυσιολογικούς σχηματισμούς, εκτός κι αν είναι μικρή και επιπροβάλλεται, βρίσκεται δηλαδή στην ίδια ευθεία με αυτούς στη συγκεκριμένη λήψη (π.χ. πλάγια λήψη-PROFILE). Κάτι τέτοιο όμως είναι απίθανο να γίνει ταυτόχρονα και στην άλλη λήψη (FACE). Σε περιπτώσεις αμφιβολιών, μπορούν να γίνουν και λήψεις 45°. Σε ένα ποσοστό 5-10%, που αφορά κυρίως νέες γυναίκες με πυκνούς μαστούς, είναι δυνατόν να μη φανεί ένας καρκίνος στη

μαστογραφία, ενώ μπορεί να είναι ψηλαφητός από το έμπειρο ιατρικό χέρι ενός μαστολόγου. (Δημητρόπουλος Ν., 2000)

## 2.4 Υπερηχογράφημα



Εικόνα 2.4.1 Υπερηχογράφημα Μαστού

Το υπερηχογράφημα του μαστού, είναι μια εξαιρετικά χρήσιμη διαγνωστική εξέταση. Είναι μια εικόνα, που παίρνουμε όταν ένας ήχος με συχνότητα τόσο υψηλή που δεν την ακούει το ανθρώπινο αυτί (υπέρηχος) περνάει μέσα από το μαστό. Τα διάφορα τμήματα του μαστού απορροφούν ή αντανακλούν τον υπέρηχο, ανάλογα με την ηχητική τους πυκνότητα. Άλλη ηχητική πυκνότητα έχουν οι αδένες και οι πόροι του

μαστού και άλλη το λίπος. Έτσι παίρνουμε ποικίλες εικόνες τομών του μαστού, καθώς το ακουστικό κύμα περνάει μέσα από ένα ηχητικά διαπερατό μόρφωμα ή αντανακλάται από ένα ηχητικά αδιαπέραστο. (Buckman R., 2000)

Το υπερηχογράφημα, μπορεί εύκολα να διαχωρίσει συμπαγή μορφώματα (μεγάλη πιθανότητα κακοήθειας) από κυστικά μορφώματα (ελάχιστη πιθανότητα κακοήθειας). Μπορεί ακόμη να δείξει, αν τα όρια ενός συμπαγούς μορφώματος είναι ομαλά (μικρή πιθανότητα κακοήθειας) ή ανώμαλα (μεγάλη πιθανότητα). Μπορεί, δηλαδή, να μας πει, ότι ένα ογκίδιο που ψηλαφούμε είναι συμπαγές και με ανώμαλη παρυφή, αλλά δεν μπορεί να θέσει τη διάγνωση με βεβαιότητα, γιατί δεν είναι παρά μια ακτινολογική εξέταση, δηλαδή μια εικόνα. Μπορεί τέλος να βοηθήσει στη λήψη βιοψίας από μόρφωμα που δεν ψηλαφάται, αλλά φαίνεται στο υπερηχογράφημα, κατευθύνοντας τη βελόνα μέσα του. Επιβεβαίωση της διαγνώσεως γίνεται μόνο με το μικροσκόπιο, αν γίνει παρακέντηση ή αφού αφαιρεθεί χειρουργικά ένα ογκίδιο. Μέχρι τότε, όλες οι εξετάσεις είναι απλώς ενδεικτικές αλλά όχι αποδεικτικές. (Μουζάκα Λ., 1996)

## 2.5 Βιοψία

Η βιοψία, είναι εξέταση τεράστιας σημασίας, πολύ απλή σε έμπειρα χέρια και σχεδόν ανώδυνη για την ασθενή. Γίνεται με μια κοινή σύριγγα με βελόνα και δεν πονάει περισσότερο απ' όσο μια αιμοληψία από το χέρι για τις συνήθεις εξετάσεις αίματος. (Φύσσας Ι., 2006)

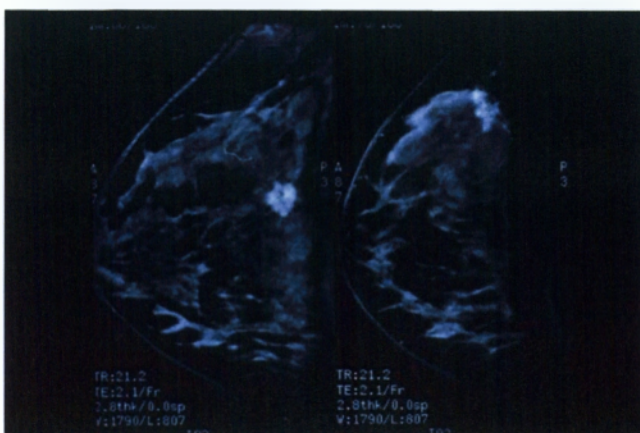
Η λογική της βασίζεται στο εξής: Όταν ο γιατρός ψηλαφά κάποιο ογκίδιο στο μαστό μιας γυναίκας, όσο ύποπτο κι αν του φαίνεται, όσο έμπειρος κι αν είναι, μόνο αν εξετάσει κύτταρά του στο μικροσκόπιο μπορεί να επιβεβαιώσει αν είναι καλοήθες ή κακοήθες. Ένας τρόπος βέβαια, είναι να αφαιρεθεί χειρουργικά και να εξετασθεί στο μικροσκόπιο. Χρειάζεται όμως εισαγωγή στο νοσοκομείο, εξετάσεις, νάρκωση, νοσηλεία, χρόνος και χρήμα, χωρίς να υπολογίσουμε την ψυχική φθορά μιας τέτοιας δοκιμασίας. Πολύ πιο απλή είναι μια βιοψία με λεπτή βελόνα-FNA. (Φύσσας Ι., 2006)

Ο μαστολόγος που κάνει την παρακέντηση, τοποθετεί το ύποπτο ογκίδιο που ψηλαφά, ανάμεσα στο δείκτη και το μέσο δάχτυλο του ενός χεριού και με το άλλο κατευθύνει μια σύριγγα, υπολογίζοντας να φθάσει η άκρη της βελόνας της μέσα στο ογκίδιο, ώστε να αναρροφήσει κύτταρα. Στη συνέχεια ο κυτταρολόγος, τα εξετάζει στο μικροσκόπιο. Από τα χαρακτηριστικά τους μπορεί να καταλάβει αν είναι κακοήθη ή όχι. (Κόνιαρη Ε., 1991)

Σε έμπειρα χέρια, η πιθανότητα επιτυχίας της FNA δεν υπερβαίνει το 75%. Μοναδική επιπλοκή, που σπάνια μπορεί να συμβεί, είναι η πρόκληση μικρού αιματώματος στην περιοχή της παρακέντησης. Εκδηλώνεται με μια μικρή παροδική μελανιά, που διαρκεί λίγες μόνο μέρες. (Φύσσας Ι., 2006)

Η FNA δεν προκαλεί διασπορά κακοηθών κυττάρων και επιπλέον η παρακέντηση με μια βελόνα, εκτός από διαγνωστική μέθοδος, μπορεί να γίνει και θεραπευτική, λύνοντας το πρόβλημα. Αν, δηλαδή, η βελόνα αναρροφήσει μερικά κυβικά εκατοστά υγρού, τότε επρόκειτο για μια κύστη του μαστού, η οποία συνήθως εξαφανίζεται τελείως αφού αναρροφηθεί το περιεχόμενό της και αδειάσει με την παρακέντηση. Σ'αυτήν την περίπτωση, με την FNA λύθηκε οριστικά το πρόβλημα και δε χρειάζεται τίποτα περισσότερο. Η πιθανότητα μια κύστη να κρύβει καρκίνο είναι ελάχιστη. (Φύσσας Ι., 2006)

## 2.6 Μαγνητική Τομογραφία



Εικόνα 2.6.1 Μαγνητική τομογραφία.

Η μαγνητική τομογραφία (MRI), είναι εξέταση νεότερη της αξονικής, μόνο που χρησιμοποιεί μαγνητικό πεδίο και όχι ακτίνες X, όπως η αξονική, και άρα δεν εκπέμπει βλαβερή ακτινοβολία. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα η μαγνητική τομογραφία αρχίζει να χρησιμοποιείται και για την εξέταση του μαστού, γιατί δίνει

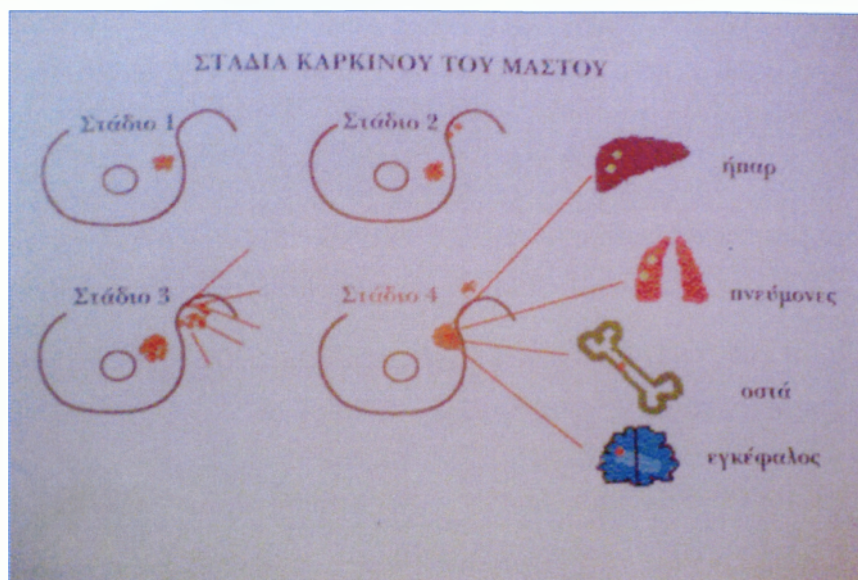
απάντηση σε πολλές αμφίρροπες μαστογραφικές εικόνες. Η χρήση της ενδείκνυται ακόμη σε νέες γυναίκες αυξημένου κίνδυνου, σε γυναίκες με πολύ "πυκνούς" μαστούς, όπου η μαστογραφία έχει περιορισμένη διαγνωστική αξία, και σε γυναίκες με ενθέματα σιλικόνης. Μειονεκτήματά της είναι το υψηλό κόστος, περίπου οκταπλάσιο της μαστογραφίας, η μειωμένη διαγνωστική ακρίβεια και η αδυναμία της απεικόνισης των μικροαποπιτανώσεων. (Lee CH, 2004)

## 2.7 Στάδια καρκίνου του μαστού

Υπάρχει μια ενιαία και παγκόσμια κατάταξη, για το πόσο προχωρημένος είναι ένας καρκίνος, κάτι που βοηθάει τόσο στην ύπαρξη κοινής ορολογίας μεταξύ των ιατρών, όσο και στο να κατανοούν οι ασθενείς σε τι κατάσταση βρίσκονται.

Υπάρχουν λοιπόν τέσσερα στάδια, αρχίζοντας από το πιο ελαφρύ και προχωρώντας προς το βαρύτερο. (Παπαθανασίου Κ., 2002)

**Στάδιο 0.** Ονομάζεται ο καρκίνος *in situ*. Συνήθως προηγείται του καρκίνου μια υπερπλασία κάποιων κύτταρων. Αργότερα αυτά τα κύτταρα γίνονται άτυπα (παραμορφωμένα) και στη συνέχεια γίνονται καρκινικά (κακοήθη)· μεγαλώνουν κλεισμένα μέσα σε μια μεμβράνη, που λέγεται βασική μεμβράνη και τα απομονώνει από τα υπόλοιπα κύτταρα του μαστού. Στη φάση αυτή, ο καρκίνος θεωρείται εντοπισμένη νόσος, δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα και είναι ιάσιμος με απλή χειρουργική αφαίρεση. (Παπαθανασίου Κ., 2002)



Εικόνα 2.7.1 Στάδια και μεταστάσεις καρκίνου του μαστού

*Στάδιο 1.* Ο όγκος έχει διάμετρο μικρότερη από 2 cm, είναι εντοπισμένος μόνο στο μαστό, χωρίς να έχει γίνει διήθηση του δέρματος ή της θηλής, και δεν έχει προκαλέσει μεταστάσεις. (Παπαθανασίου Κ., 2002)

*Στάδιο 2.* Ο όγκος έχει διάμετρο 2 έως 5 cm, έχει προκαλέσει λεμφαδενικές μεταστάσεις στη μασχάλη, αλλά οι λεμφαδένες αυτοί είναι ακόμα κινητοί. (Παπαθανασίου Κ., 2002)

Δεν είναι εύκολη η διάκριση μεταξύ 1ου και 2ου σταδίου με μόνη την κλινική εξέταση. Χρειάζεται πάντα και επέμβαση. Διότι μπορεί να ψηλαφώνται λεμφαδένες στη μασχάλη χωρίς να έχουν καρκινική μετάσταση, αλλά και αντιστρόφως να μην πιάνουμε τίποτα στη μασχάλη και η ιστολογική εξέταση των λεμφαδένων που αφαιρέθηκαν να δείξει μετάσταση. (Παπαθανασίου Κ., 2002)

*Στάδιο 3.* Όγκος, οποιουδήποτε μεγέθους, που διηθεί το δέρμα του μαστού ή κολλάει στους μυς του θώρακος ή έχει κάνει μεταστάσεις σε λεμφαδένες της μασχάλης που δεν μπορούμε πια να τους κουνήσουμε κατά την εξέταση, γιατί είναι καθηλωμένοι στο θώρακα ή στο δέρμα. Εδώ κατατάσσεται και ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού. (Παπαθανασίου Κ., 2002)

*Στάδιο 4.* Υπάρχουν αιματογενείς μεταστάσεις και σε μακρινά όργανα (π.χ. οστά, ήπαρ, δέρμα, πνεύμονες, εγκέφαλο κ.ά.). (Παπαθανασίου Κ., 2002)

Η ανυπαρξία λεμφαδενικών μεταστάσεων στη μασχάλη δεν αποκλείει την ύπαρξη αιματογενών μεταστάσεων, δηλαδή μεταστάσεων μέσω της κυκλοφορίας του αίματος. Πρόκειται για δυο διαφορετικές και ανεξάρτητες μεταξύ τους διαδικασίες. (Παπαθανασίου Κ., 2002)

Η Ιατρική κοινότητα πιστεύει ότι, σύντομα, η μελέτη των ήδη γνωστών καρκινικών γονιδίων, σε συνδυασμό με την ανακάλυψη νέων, θα αλλάξουν ριζικά τη μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενη σταδιοποίηση του καρκίνου, που είναι αρκετά αόριστη, επειδή βασίζεται μόνο στην ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων και στη διάμετρο του όγκου, αγνοώντας το DNA του. Έτσι, θα εξηγηθεί τα επόμενα χρόνια γιατί υπάρχουν καρκίνοι του μαστού μικρού μεγέθους, π.χ. λίγων χιλιοστών, που εμφανίζουν μεγάλη επιθετικότητα και ταχύτατη μεταστατικότητα, και υπάρχουν επίσης καρκίνοι διαμέτρου 5 cm, που μεγαλώνουν αργά αργά για χρόνια, χωρίς να δώσουν μεταστάσεις. (Arnot R., 2003)

## 2.8 Θεραπευτική αντιμετώπιση

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

Η χειρουργική, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Υπάρχει επίσης, στα σπάργανα ακόμα, αλλά πολλά υποσχόμενη, η γονιδιακή θεραπεία. Αυτές οι θεραπευτικές μέθοδοι,

μπορούν να εφαρμοσθούν σε ποικίλους συνδυασμούς κι όχι μία μόνο σε κάθε ασθενή. (Arnot R., 2003)

Δοκιμάζονται επίσης, σε ερευνητικό ακόμα επίπεδο, πολλά προγράμματα, όπως ανοσοθεραπείες, εμβόλια κ.ά. Ίσως κάποιο από αυτά, να αποδειχθεί κάποτε ότι κρύβει οριστικά το μυστικό της θεραπείας του καρκίνου του μαστού. (Arnot R., 2003)

### 2.8.1. Χειρουργική θεραπεία



Εικόνα 2.8.1.1 Μετά από Ριζική Μαστεκτομή  
Πηγή: [www.pathfinder.gr](http://www.pathfinder.gr)

Μέχρι πριν από λίγα χρόνια, η διάγνωση του καρκίνου του μαστού ήταν συνυφασμένη στο μυαλό των γυναικών αλλά και των γιατρών με μαστεκτομή. Σήμερα όμως, η διατήρηση του μαστού είναι βασικό μέλημα των χειρουργών, όπου αυτό είναι δυνατό. Έτσι, ενώ πριν από τριάντα χρόνια σε κάθε δέκα καρκίνους του μαστού είχαμε και δέκα ολικές μαστεκτομές, σήμερα έχουμε περίπου τρεις ολικές μαστεκτομές και επτά μερικές. (Μουζάκα Α., 1996)

Οι επεμβάσεις αυτές χωρίζονται αρχικά σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- ❖ Τις *θεραπευτικές*, που είναι οι συχνότερες και γίνονται σε γυναίκες με διαγνωσμένο, αλλά όχι πολύ προχωρημένο, καρκίνο του μαστού και αποσκοπούν στην ίαση. (Creagan E., 2006)
- ❖ Τις *προληπτικές*, που γίνονται σε γυναίκες πολύ υψηλού κινδύνου, χωρίς όμως να έχουν καρκίνο του μαστού. (Creagan E., 2006)
- ❖ Τις *παρηγορητικές*, που γίνονται σε γυναίκες με πολύ προχωρημένο καρκίνο του μαστού και δεν αποσκοπούν στην ίαση, αλλά στη προφύλαξη από εξέλκωση του όγκου προς το δέρμα, καθώς και στην ελάττωση των καρκινικών κύτταρων, με σκοπό να δράσει καλύτερα η χημειοθεραπεία. (Creagan E., 2006)

Η *θεραπευτική* μαστεκτομή μπορεί να είναι μερική, όταν αφαιρείται μέρος του μαστού, ή ολική, όταν αφαιρείται όλος ο μαστός. Έχει επικρατήσει, όταν λέμε "μαστεκτομή" συνήθως να εννοούμε αφαίρεση όλου του μαστού. (Creagan E., 2006)

Αν η επέμβαση γίνεται για διηθητικό καρκίνο του μαστού, λέγεται τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, γιατί περιλαμβάνει και αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης, στους οποίους ο καρκίνος μπορεί να επεκτείνεται (μεθίσταται) μέσω της λεμφαδενικής οδού. Παλαιότερα, οι

χειρουργοί αφαιρούσαν και τους μυς του θώρακος στην προσπάθειά τους για ευρύτερη εκτομή του όγκου, επέμβαση που λέγεται υπερριζική μαστεκτομή ή μαστεκτομή HAI.STED. Έχει εγκαταλειφθεί σήμερα, γιατί ο χρόνος απέδειξε ότι, ενώ είναι πολύ βαρύτερη επέμβαση, δε βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών. (Φύσσας Ι., 2006)

Η επέμβαση, που γίνεται για πολυεστιακό αρχόμενο καρκίνο *in situ*, για σάρκωμα ή για κάποια άλλη δυνητικά κακοήγη πάθηση λέγεται απλή μαστεκτομή, γιατί αφαιρείται μόνο ο μαστός με το δέρμα και τη θηλή, αλλά δεν αφαιρούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, αφού ξέρουμε πως αυτή η μορφή καρκίνου δε μεθίσταται σ' αυτούς. (Φύσσας Ι., 2006)

Η μερική μαστεκτομή ή αλλιώς τμηματεκτομή, είναι η νεότερη τεχνική. Γίνεται σε καρκίνο του μαστού που δε βρίσκεται πολύ κοντά στη θηλή, ούτε κι έχει πολύ μεγάλο μέγεθος. (Φύσσας Ι., 2006)

Όταν αφαιρείται μόνο ο όγκος με λίγο υγιή μαστό γύρω του μιλάμε για ογκεκτομή. (Φύσσας Ι., 2006)

Όταν αφαιρείται ο όγκος με μεγαλύτερο υγιές τμήμα γύρω του πρόκειται για ευρεία τοπική εκτομή. (Φύσσας Ι., 2006)

Κι όταν αφαιρείται το 1/4 του μαστού, η επέμβαση ονομάζεται *τεταρτεκτομή*. Και οι τρεις αυτές επεμβάσεις, μπορούν να συνδυασθούν με αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης, χωρίς αυτό να είναι υποχρεωτικό. Γίνονται όλες με γενική αναισθησία, εκτός από την ογκεκτομή, που μπορεί να γίνει και με τοπική. Συνήθως απαιτούνται τρεις μέρες παραμονής στο νοσοκομείο για την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και για όσες επεμβάσεις χρειάζονται και μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό. Αντίθετα, η βιοψία, η απλή μαστεκτομή και η τμηματεκτομή χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό απαιτούν μόνο μία ημέρα ή γίνονται και με ολιγόωρη παραμονή στο νοσοκομείο. (Κόνιαρη Ε., 1991)

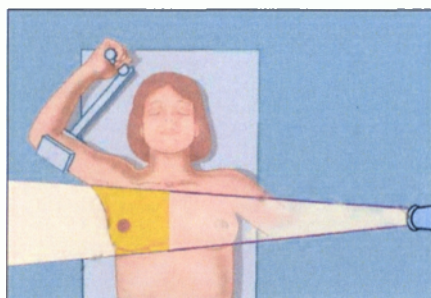
Η *προληπτική (ή προφυλακτική) μαστεκτομή* ονομάζεται και υποδόρια μαστεκτομή, γιατί η διαδικασία χειρουργικής αφαίρεσης του μαστού γίνεται κάτω από το δέρμα (υποδορίως) και έτσι το δέρμα και η θηλή διασώζονται, ενώ αφαιρείται το 90-95% του μαστού. Είναι πρακτικά αδύνατο να αφαιρεθεί το 100%, όπως θα ήταν το ιδανικό, γιατί διασώζοντας το δέρμα και τη θηλή παραμένουν εκεί προσκολλημένα και πολύ μικρά τμήματα μαστού. Πρόκειται για επέμβαση μιας μέρας, που χρειάζεται γενική αναισθησία. Οι προληπτικές μαστεκτομές, είναι ακόμα εξαιρετικά σπάνιες, αλλά προβλέπεται να αυξηθούν, καθώς η γενετική επιστήμη εξελίσσεται. Εφαρμόζονται σε γυναίκες που δεν έχουν πάθει καρκίνο του μαστού, αλλά που έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο, επειδή οι νεότερες γενετικές εξετάσεις τις βρίσκουν θετικές για μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA-1 και/ή BRCA-2 ή επειδή έχουν τουλάχιστον δύο πολύ στενές συγγενείς που έπαθαν καρκίνο του μαστού. Επειδή γίνονται σε νέες γυναίκες, πρέπει να συνδυάζονται πάντα και με άμεση ανακατασκευή του μαστού. (Φύσσας Ι., 2006)



Η *παρηγορητική μαστεκτομή*, είναι η μερική ή ολική μαστεκτομή που γίνεται σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό, που έχουν ήδη μακρινές μεταστάσεις και όχι καλή πρόγνωση και έχει δυο στόχους, (Arnot R., 2003):

- ❖ Να φύγει ο καρκίνος από το μαστό για να μην εξελκωθεί (ανοίξει) προς το δέρμα. Γιατί η ανοιχτή πληγή στο μαστό μεγαλώνει σιγά σιγά, σε αντίθεση με κάθε γνωστή μας πληγή, που τείνει να επουλωθεί. Μπορεί να μολυνθεί με κοινά μικρόβια ή ακόμα και να γεμίσει σκουλήκια και να δημιουργήσει σημαντικό πρόβλημα. (Arnot R., 2003)
- ❖ Να φύγει ο καρκίνος από το μαστό, ώστε τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα να δράσουν καλύτερα στις μεταστάσεις και να μην καταναλώνονται στον όγκο. (Arnot R., 2003)

### 2.8.2 Ακτινοθεραπεία



Εικόνα 2.8.2.1

Είναι η προσπάθεια καταστροφής των καρκινικών κυττάρων, με τη βοήθεια ισχυρής ιονίζουσας ακτινοβολίας που σήμερα παράγεται από ειδικές συσκευές υψηλής τεχνολογίας, ενώ παλαιότερα παραγόταν από το ραδιενεργό κοβάλτιο, που συνεχίζει να χρησιμοποιείται και σήμερα σε ορισμένα κέντρα, ιδιαίτερα στην ακτινοβολία των μεταστατικών εστιών. (Buckman R., 2000)

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ακτινοθεραπεία αμέσως μετά τη χειρουργική και εφόσον γίνει με όλες τις νεότερες τεχνικές προδιαγραφές αυξάνει την επιβίωση των ασθενών σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. (Horhobaqui G., 1990)

Σήμερα χρησιμοποιείται στις κάτωθι περιπτώσεις:

- ❖ Όταν γίνεται μερική μαστεκτομή ή ογκεκτομή (ακτινοβολείται ο μαστός που απομένει). Έτσι προλαμβάνονται πολλές τοπικές υποτροπές του καρκίνου, που συμβαίνουν σε αρκετές γυναίκες με αυτό τον τύπο επεμβάσεως. Βασική προϋπόθεση, για να αρχίσει η ακτινοθεραπεία είναι να έχει ολοκληρωθεί η επούλωση της χειρουργημένης περιοχής. (Horhobaqui G., 1990)
- ❖ Όταν ο όγκος είναι ανεγχείρητος, 3ου σταδίου, πολύ μεγάλου μεγέθους, κολλημένος στο θωρακικό τοίχωμα, στο δέρμα ή φλεγμονώδης. Αποσκοπεί στη σμίκρυνση του όγκου (υποσταδιοποίηση), για να δοθεί η δυνατότητα να αφαιρεθεί αργότερα χειρουργικά. (Horhobaqui G., 1990)
- ❖ Για τον έλεγχο του πόνου, όταν υπάρχουν μεταστάσεις στα οστά. (Horhobaqui G., 1990)
- ❖ Σε μεταστατικές εστίες του δέρματος, του μεσοθωρακίου, των λεμφαδένων του λαιμού ή στις μασχάλες. (Horhobaqui G., 1990)

❖ Μετά τη μαστεκτομή, σε τοπικά προχωρημένη νόσο και με εκτεταμένη λεμφαδενική διασπορά στη μασχάλη. (Horghobaqui G., 1990)

Όπως οι περισσότερες μέθοδοι θεραπείας έχει και η ακτινοθεραπεία σημαντικές παρενέργειες. Η δόση ιονίζουσών ακτίνων, που μπορεί κανείς να δεχθεί χωρίς να πάθει βλάβες, είναι περιορισμένη έχει μετρηθεί κατά μέσο όρο, αλλά ποικίλλει από τον έναν άνθρωπο στον άλλο. Στη διάρκεια της ζωής του κάθε άνθρωπος, "αθροίζει" την ακτινοβολία που έχει δεχθεί, από ακτινογραφίες, αξονικές τομογραφίες, αγγειογραφίες αλλά και ακτινοθεραπείες. Υπέρβαση του ορίου μέγιστης δόσης του μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες στο άμεσο ή στο απώτερο μέλλον. (Γκαρμάτης Κ., 1985)

Οι ιονίζουσες ακτίνες που χρησιμοποιούνται, δεν είναι δυνατόν να ελεγχθούν 100%, ώστε η δράση τους να περιορισθεί μόνο στον κακοήγη όγκο. Ακτινοβολούνται λοιπόν και υγιείς ιστοί που βρίσκονται κοντά στην περιοχή του στόχου. Όταν ο όγκος βρίσκεται στο μαστό, οι ακτίνες μπορεί να βλάψουν τους πνεύμονες, το δέρμα, τον οισοφάγο ή την καρδιά. Με την επαναστατική τεχνολογική εξέλιξη των σημερινών μηχανημάτων, οι κίνδυνοι αυτοί ελαττώνονται σημαντικά, αλλά δε μηδενίζονται. (Γκαρμάτης Κ., 1985)

### 2.8.3 Χημειοθεραπεία

Είναι η αντιμετώπιση του καρκίνου με εξειδικευμένα φάρμακα, που στοχεύουν στην εξουδετέρωση των κυττάρων ενός κακοήθους όγκου, αλλά και των καρκινικών κυττάρων που έχουν ξεφύγει ή που μπορεί να έχουν ξεφύγει από τον όγκο και κυκλοφορούν στο αίμα ή βρίσκονται εγκατεστημένα σε άλλους ιστούς. (Μπαρμπουνάκη Κ.Ε., 2004)

Εφαρμόζεται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- ❖ Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σταδίου 1 (μικρός όγκος χωρίς μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης), με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς. (Γιώτης Ξ., 1985)
- ❖ Όλο και πιο συχνά, σε νέες γυναίκες σταδίου 1, όπου λόγω ηλικίας, η νόσος θεωρείται επιθετική σε μια προσπάθεια για μακρόχρονη επιβίωση ή και οριστική ίαση. (Γιώτης Ξ., 1985)
- ❖ Στο στάδιο 2, εκεί δηλαδή που υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης, χρησιμοποιείται πάντα, γιατί έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει κατά 30-40% τη δεκαετή επιβίωση των ασθενών όταν ακολουθεί τη χειρουργική αφαίρεση του καρκίνου. (Γιώτης Ξ., 1985)
- ❖ Σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένης νόσου (στάδιο 3), με σκοπό τη σμίκρυνση του όγκου, για να μπορέσει να ακολουθήσει η χειρουργική εκτομή. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται υποσταδιοποίηση (down staging). (Γιώτης Ξ., 1985)

- ❖ Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνη θεραπεία σε πιο προχωρημένες μορφές καρκίνου, π.χ. όταν υπάρχουν ήδη μεταστάσεις (στάδιο 4). (Γιώτης Ξ., 1985)
- ❖ Και τέλος, εφαρμόζεται σε γυναίκες που αρνούνται κάθε χειρουργική επέμβαση. (Γιώτης Ξ., 1985)

Υπάρχουν πολλά είδη φαρμάκων, που συνήθως χρησιμοποιούνται σε συνδυασμούς, ανάλογα με την περίπτωση. Όσο πιο επιθετικός μοιάζει ο καρκίνος τόσο "βαρύτερο" συνδυασμό αυτών χρησιμοποιούν οι γιατροί και τόσο περισσότερες οι πιθανότητες παρενεργειών που μπορεί να εμφανίσουν οι ασθενείς. (Γιώτης Ξ., 1985)

Οι συνδυασμοί των φαρμάκων, συνιστούν το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθήσουν οι γιατροί. Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα είναι πολύ συγκεκριμένα. Συνήθως εφαρμόζονται ενδοφλέβια, κάθε τρεις εβδομάδες, για έξι περίπου μήνες. Κάποια απαιτούν να εισάγεται η ασθενής στο νοσοκομείο τη μέρα της χημειοθεραπείας και να παρακολουθείται για την αντιμετώπιση πιθανών παρενεργειών. Πάντα μεσολαβεί ένα διάστημα ηρεμίας δύο τριών εβδομάδων από το ένα σχήμα στο επόμενο, που οι ασθενείς δεν λαμβάνουν κανένα, με σκοπό να ανακτήσει δυνάμεις ο οργανισμός τους. Στο διάστημα αυτό, παρακολουθούνται στενά με εξετάσεις αίματος, γιατί είναι πολύ πιθανό να χρειασθούν κάποια ιατρική βοήθεια. (Μπαρμπουνάκη Κ.Ε., 2004)

Και αυτό γιατί τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, καταστρέφουν τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται γρήγορα. Τέτοια είναι τα καρκινικά κύτταρα, αλλά και πολλά είδη φυσιολογικών κυττάρων του οργανισμού, όπως π.χ. τα λευκά αιμοσφαίρια, τα κύτταρα του γαστρεντερικού σωλήνος, τα κύτταρα των θυλάκων των τριχών κ.ά. Δυστυχώς, τα φάρμακα αυτά δεν είναι ακόμα τόσο εξειδικευμένα, ώστε να καταφέρνουν να ξεχωρίζουν τα καρκινικά από τα φυσιολογικά ταχέως αναπτυσσόμενα κύτταρα και να σκοτώνουν μόνο τα πρώτα αφήνοντας σώα τα δεύτερα (Μπαρμπουνάκη Κ.Ε., 2004).

Έτσι, παρουσιάζονται ποικίλες παρενέργειες, ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα, που όμως είναι παροδικές : πέφτουν τα μαλλιά, ελαττώνονται τα λευκά αιμοσφαίρια, παρουσιάζεται ναυτία, έμετος, διάρροια, πυρετός, καταβολή κ.λπ. Όμως, με τη στενή παρακολούθηση και τη φροντίδα των ογκολόγων, οι ασθενείς ξεπερνούν τις παρενέργειες, η πρόγνωσή τους βελτιώνεται και ένα ποσοστό θα θεραπευθεί οριστικά κάτι που έχει στατιστικά αποδειχθεί από παρακολούθηση εκατομμυρίων γυναικών για δεκαετίες. Η προσθήκη χημειοθεραπείας μετά την επέμβαση θεραπεύει 30-40% περισσότερες γυναίκες απ' ό τι μόνο η επέμβαση. (Horhobaqui G., 1990)

#### 2.8.4 Ορμονοθεραπεία

Σε ορμονοεξαρτώμενα καρκινώματα του μαστού εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία, με την οποία πολλές φορές κατορθώνεται να σταματήσει ή να υποχωρήσει σημαντικά η ανάπτυξη του όγκου.

Παλιά εφαρμοζόταν η χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών (ωοθηκεκτομή), με σκοπό την εξάλειψη των οιστρογόνων. Σήμερα, η επέμβαση αυτή έχει εγκαταλειφθεί για δυο λόγους (Φύσσας Ι., 2006):

- ❖ Γιατί κυκλοφορούν πανίσχυρα ορμονικά φαρμακευτικά σκευάσματα (αντι-οιστρογόνα), που σταματούν τη δράση των οιστρογόνων, καθιστώντας περιττή την ωοθηκεκτομή. (Φύσσας Ι., 2006)
- ❖ Γιατί οιστρογόνα δεν παράγουν μόνο οι ωοθήκες αλλά και τα επινεφρίδια. (Φύσσας Ι., 2006)

Τα αντι-οιστρογόνα φάρμακα, ενώνονται με τους ορμονικούς υποδοχείς των κυττάρων εμποδίζοντας τη σύνδεση των οιστρογόνων και απαγορεύοντας έτσι στα οιστρογόνα να εμφανίσουν την αυξητική τους δράση στον καρκίνο του μαστού. (Horhobaqui G., 1990)

Το πρώτο τέτοιο φάρμακο, που χρησιμοποιείται από το 1970 μέχρι και σήμερα, είναι η *ταμοξιφαίνη* και έχει βοηθήσει εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Πρόκειται για ένα απλό χάπι των 20 mg ημερησίως. (Horhobaqui G., 1990)

Χορηγείται στις εξής περιπτώσεις:

- ❖ Στο 1ο στάδιο του καρκίνου, σε γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, ακολουθώντας την εγχείρηση ή το συνδυασμό εγχείρησης-χημειοθεραπείας. (Φύσσας Ι., 2006)
- ❖ Στο 2ο και 3ο στάδιο, ακολουθώντας το συνδυασμό εγχείρησης-χημειοθεραπείας. Η ταμοξιφαίνη, μειώνει τις πιθανότητες μεταστάσεων από τον όγκο και δεν επιτρέπει στις μικρομεταστάσεις, που έχουν ήδη γίνει, να μεγαλώσουν σε μέγεθος. Δεν απαιτεί στενή παρακολούθηση, χορηγείται για τρία έως πέντε χρόνια και αυξάνει κατά 30% περίπου την επιβίωση των ασθενών. (Φύσσας Ι., 2006)

Σε γυναίκες που δεν έχει τελειώσει η περίοδός τους προκαλεί εμμηνόπαυση. Κάποιες από αυτές, μπορεί παροδικά να εμφανίσουν ναυτία, εξάψεις, ξηρότητα του κόλπου, μείωση της ερωτικής διάθεσης, διαταραχές όρασης, αύξηση βάρους και θρομβοεμβολικά επεισόδια. (Creagan E., 2006)

Νεότερα αντι-οιστρογόνα φάρμακα, είναι οι *αναστολείς της αρωματάσης*, ενός ενζύμου βασικού για την παραγωγή των οιστρογόνων, που γίνεται εκτός από τις ωοθήκες και σε άλλους ιστούς του σώματος (επινεφρίδια, λίπος κ.ά.). Επιτυγχάνουν μηδενισμό των οιστρογόνων στο αίμα και φαίνεται ότι έχουν ακόμα καλύτερα αποτελέσματα από την ταμοξιφαίνη. Ελαττώνουν, επίσης, την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στον άλλο μαστό. Φαίνεται ότι θα αντικαταστήσουν την ταμοξιφαίνη ή θα αποτελέσουν τη θεραπευτική της συνέχεια. (Μουζάκα Λ., 1996)

Χρησιμοποιούνται, όταν η ταμοξιφαίνη παύει να ενεργεί, σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς είτε ως συνέχεια της ταμοξιφαίνης είτε ως αρχική θεραπεία, μετά την εγχείρηση με ή χωρίς χημειοθεραπεία, σε γυναίκες με μεταστάσεις καθώς και σε γυναίκες που αρνούνται την επέμβαση ή δεν μπορούν για άλλους λόγους υγείας να χειρουργηθούν. Οι

παρενέργειές τους, είναι παρόμοιες με αυτές της ταμοξιφαίνης αλλά πιο ελαφριές και πιο σπάνιες. Σήμερα κυκλοφορούν η Αναστροζόλη, η Λετροζόλη και η Εξεμεστάνη. (Creagan E., 2006)

#### 2.8.5 Γονιδιακή – Στοχευμένη θεραπεία

Τα τελευταία χρόνια, έκαναν την εμφάνισή τους με θεραπευτική επιτυχία κάποια νεότερα φάρμακα, προϊόντα υψηλής γενετικής βιοτεχνολογίας. Αυτά, καταφέρνουν να αναγνωρίζουν και να καταστρέφουν μόνο ειδικά ογκογονίδια του καρκίνου. Λόγω της ιδιότητάς τους αυτής, να στοχεύουν δηλαδή ένα συγκεκριμένο στόχο, η θεραπεία με αυτά ονομάζεται "στοχευμένη" ("targeted therapy"). (Φύσσας Ι., 2006)

### 2.9. Οικονομικές προεκτάσεις της θεραπευτικής αγωγής

Η πρόοδος της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας τις τελευταίες δεκαετίες, είναι αλματώδης. Δυστυχώς το κόστος της είναι ανάλογο της προόδου της. Και λέμε δυστυχώς, γιατί τις τελευταίες δεκαετίες αυξήθηκε αλματωδώς και η συχνότητα εμφάνισης νεοπλασιών και άλλων ασθενειών (π.χ. AIDS), που, με τη σειρά τους, αύξησαν υπερβολικά το κόστος των υπηρεσιών υγείας οδηγώντας (σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες) τα συστήματα υγείας των περισσότερων χωρών στο χείλος της κατάρρευσης. (Κορδιόλης Ν., 2001)

Είναι επίσης γεγονός, ότι οι ασθενείς απαιτούν ένα πλήθος διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων (ιδιαίτερα στις περιπτώσεις σοβαρών νόσων) και οι περισσότεροι ιατροί ικανοποιούν τις απαιτήσεις τους για ποικίλους λόγους. (Κορδιόλης Ν., 2001)

Είναι απαραίτητο όμως, οι ιατροί και οι ασθενείς αλλά και ο καθένας από μας, να έχουμε στο μυαλό μας το αρχαίο ρητό "ουκ εν τω πολλώ το ευ" καθώς και ότι το ακριβότερο δεν είναι απαραίτητα και πάντα το καλύτερο ή το καταλληλότερο.

Ειδικά οι ιατροί, που είναι πιο ψύχραιμοι (γιατί ο ασθενής εκ των πραγμάτων δεν μπορεί να δει αντικειμενικά τα πράγματα), οφείλουν να σταθμίζουν προσεκτικά τα εκάστοτε δεδομένα και να προτείνουν το διαγνωστικό ή θεραπευτικό μέσο που είναι καταλληλότερο σε κάθε περίπτωση. Σαφώς θα πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στην υγεία των ασθενών, αλλά αυτό δεν αποκλείει την παράλληλη προσπάθεια για αποφυγή των περιττών δαπανών.

Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι η πρόληψη μπορεί να μειώσει σημαντικά το κόστος αντιμετώπισης όλων των ασθενειών και του καρκίνου ειδικότερα, με αποτέλεσμα να γίνεται εξοικονόμηση πόρων στο σύστημα υγείας. Ενδεικτικά το κόστος της ακτινοθεραπείας, σε ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι περίπου 1600,00€ (300,00€ για το αρχικό "ζωγράφισμα", μια διαδικασία

που εντοπίζει τα ακριβή σημεία που πρέπει να ακτινοβοληθούν και διατηρεί, με ειδική σήμανση, τη γνώση αυτή καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας και 1300,00€ για την υπόλοιπη θεραπεία). (Π.Γ. Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ογκολογική κλινική, 2009)

Σ' αυτά, θα πρέπει να προστεθεί το κόστος των χαμένων εργατοωρών από τις ασθενείς που δεν μπορούν ν' ανταποκριθούν στα καθήκοντά τους, των αμοιβών του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, της συντήρησης των μηχανημάτων κ.α.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, το κόστος μιας μαστογραφίας είναι 60,00 – 80,00€ στον ιδιωτικό τομέα και μόνο 8,10€ για κάθε μαστό στο δημόσιο. (Π.Γ. Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ογκολογική κλινική, 2009)

Συμπερασματικά, ο καλύτερος τρόπος να γίνει σημαντική εξοικονόμηση πόρων από τα συστήματα υγείας είναι η πρόληψη · όπως λέει και το αρχαίο ρητό "κάλλιον ειη προλαμβάνειν ή θεραπεύειν".

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ & Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

### 3.1. Γενικά

Παίρνοντας ως δεδομένο, ότι η θεραπευτική αγωγή είναι χρονοβόρα και επίπονη και συλλογιζόμενοι το ρόλο του μαστού στη γυναικεία ψυχοσύνθεση, μπορούμε να κατανοήσουμε, γιατί οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν πολλά ψυχολογικά προβλήματα. Τέτοιου είδους προβλήματα, δημιουργούν ανακατατάξεις στην οικογένεια, τις επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και στις σχέσεις με τον σύντροφό της.

Γι' αυτό το λόγο κάθε θεράπων ιατρός, ακολουθώντας το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, χρειάζεται να παραπέμπει την ασθενή για ψυχοκοινωνική στήριξη, εφόσον η ίδια το επιθυμεί. Κάθε κλινική μαστού πρέπει να περιλαμβάνει και ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο ή κοινωνική λειτουργό, που να αναλαμβάνει το δύσκολο αυτό κομμάτι.

Όμως, όλα αυτά μπορούν να αποφευχθούν. Η κάθε γυναίκα είναι σε θέση να "γλιτώσει" τον εαυτό της από αυτή τη τόσο ψυχοφθόρα κατάσταση λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη την αναγκαιότητα της πρόληψης.

### 3.2. Ψυχολογικά προβλήματα



Εικόνα 3.2.1

Η αναμονή εξετάσεων, επεμβάσεων και αποτελεσμάτων αρκεί για να δημιουργήσει πολλά ψυχικά προβλήματα, ιδιαίτερα όταν στις πιθανότητες εμπλέκεται έστω και λίγο ο καρκίνος. Πολλά ψυχολογικά προβλήματα, εμφανίζονται σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και τα σοβαρότερα εξ αυτών, όταν η διάγνωση είναι πλέον σίγουρη. Και είναι κυρίως ανάλογα της διάγνωσης του καρκίνου και λιγότερο της βαρύτητας της επέμβασης. (Παπαδόπουλος Ν., 1992)

Οι συμπεριφορές ξεχωρίζουν ανάλογα με το χαρακτήρα, το σθένος και την ποιότητα στήριξης από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Σε γενικές γραμμές, όμως, κάθε ασθενής περνάει από

τα επόμενα στάδια:

*Το στάδιο της άρνησης.* Υπάρχουν γυναίκες που, αναπτύσσοντας στο έπακρο τον αμυντικό ψυχολογικό μηχανισμό της άρνησης, ζουν για χρόνια με ύποπτο μαστογραφικό εύρημα, με

ψηλαφητό όγκο ή ακόμα και με διαγνωσμένο καρκίνο, καθυστερώντας, ενίοτε για χρόνια, να κάνουν οποιαδήποτε περαιτέρω ενέργεια, βρίσκοντας ποικίλες δικαιολογίες προς τον εαυτό τους και τους συγγενείς τους ξεορκίζοντας μακριά το κακό. Το περίεργο είναι ότι αυτές οι γυναίκες ανήκουν σε ποικίλα μορφωτικά, οικονομικά και κοινωνικά επίπεδα. Ευτυχώς, στις περισσότερες περιπτώσεις την αρχική άρνηση ακολουθεί η αποδοχή. (Κόνιαρη Ε., 1991)

*Το στάδιο του θυμού.* Αφού η γυναίκα αποδεχθεί ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού, περνάει στο επόμενο στάδιο που είναι αυτό του θυμού· θυμός που μπορεί να απευθύνεται προς τον εαυτό της, ή προς άτομα του συγγενικού της περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς του ιατρούς ή προς το Θεό ή και προς όλους τους προαναφερθέντες. (Κόνιαρη Ε., 1991)

*Το στάδιο της συνδιαλλαγής.* Η γυναίκα ξεπερνά το θυμό και ημερεύει, παρακαλεί, μοιάζει να ζητάει αναβολή του μοιραίου και γι' αντάλλαγμα προσφέρει την καλή της συμπεριφορά. (Κόνιαρη Ε., 1991)

*Το στάδιο της κατάθλιψης.* Ακολουθεί το στάδιο της συνδιαλλαγής και μπορεί να ποικίλλει σε ένταση και διάρκεια, και μπορεί να είναι απλή αντιδραστική μελαγχολία ή σοβαρότερη κατάθλιψη. (Κόνιαρη Ε., 1991)

Στις περιπτώσεις που η πορεία μιας ασθενούς είναι τέτοια που το τέλος είναι προδιαγεγραμμένο, έχουμε ένα ακόμη στάδιο, που είναι αυτό της αποδοχής. Η ασθενής, νιώθει το επικείμενο τέλος της και παύει πλέον να δίνει βάση σε όσους, από αγάπη, της λένε ότι θα γίνει καλά. Μπορεί να έχει εκρήξεις θυμού ή/και συγκίνησης και επιθυμεί να πάρει αποφάσεις που θα ρυθμίσουν τα μετά το θάνατό της. (Κόνιαρη Ε., 1991)

Είναι βασικό να τονιστεί, ότι τα προαναφερθέντα στάδια δεν είναι ίδια για όλες τις ασθενείς (ούτε φυσικά η χρονική διάρκεια ή η σειρά τους). Υπάρχουν γυναίκες που, αφού ξεπέρασαν το αρχικό σοκ από τη διάγνωση, βρήκαν αφορμή να ξαναγεννηθούν και να εκμεταλλευθούν κάθε λεπτό της ζωής τους για να πλησιάσουν πιο κοντά στα αγαπημένα τους πρόσωπα, γυναίκες αποφασισμένες να επιζήσουν. Υπάρχουν, ωστόσο κι εκείνες που έχουν καρκίνο 1<sup>ου</sup> σταδίου και νιώθουν πως η ζωή τους τελείωσε παρόλο που, αντικειμενικά, οι πιθανότητες είναι κατά 90% με το μέρος τους. (Κόνιαρη Ε., 1991)

### **3.3. Οικογενειακά προβλήματα**

Οι λέξεις καρκίνος και θάνατος, είναι λέξεις ταμπού για τους περισσότερους ασθενείς και το συγγενικό τους περιβάλλον. Το αν θα γνωστοποιηθεί η διάγνωση σε συγγενείς και φίλους και σε ποιους απ' αυτούς καθώς και το πώς θα γίνει αυτό και πόσες λεπτομέρειες θα ειπωθούν, εξαρτάται από την ασθενή. Παρόλο που φαίνεται, και είναι, δύσκολο, είναι σκόπιμο να "ανοιχθεί" η ασθενής



στην οικογένεια και τους στενούς της φίλους· η απουσία ειλικρίνειας και αυθορμητισμού τους προκαλεί δυσάρεστες υποψίες. Ο καλύτερος τρόπος ελέγχου του φόβου της ασθενούς και του περιβάλλοντός της, είναι να τον αντιμετωπίσουν από κοινού, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι σε κάθε συζήτηση η ασθενής οφείλει να αναλύει λεπτομερώς τα προβλήματά της, ούτε να απαντά σε όποιον τη ρωτά περιγράφοντας εξονυχιστικά τις εξελίξεις. Επιπλέον είναι αποδεδειγμένο ότι οι γυναίκες που δεν έχουν δυνατή υποστήριξη από την οικογένειά τους υποφέρουν περισσότερο. (Αναγνωστόπουλος Φ., 1986)

Όπως είναι φυσικό, η νόσος έχει σημαντικές επιπτώσεις και στο οικογενειακό (αλλά και φιλικό) περιβάλλον της ασθενούς, αφού η ίδια αδυνατεί να αναλάβει το ρόλο της μέσα στην οικογένεια (π.χ. οικιακές εργασίες, φροντίδα παιδιών ή ηλικιωμένων κ.α.), η οποία αλλάζει πλήρως ρυθμό ζωής. Προκύπτει έτσι ένα μεγάλο κενό σε συναισθηματικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο με σημαντικό ψυχολογικό (και ίσως οικονομικό) κόστος. (Σαραφίδης Π., 2000) Το πρόβλημα, περιπλέκεται από το ότι η ίδια η ασθενής θα χρειάζεται σε κάποιες περιόδους αυξημένη φροντίδα, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη αντιστροφή των προηγούμενων ρόλων. Οι ανακατατάξεις αυτές, σε συνδυασμό με την αναπόφευκτη συναισθηματική φόρτιση όλων των μελών της οικογένειας, μπορούν να, και συχνά, είναι πηγή εντάσεων και συγκρούσεων στο εσωτερικό της. (Στεφανής Κ., 1981)

Τα πράγματα γίνονται πιο δύσκολα όταν υπάρχουν και παιδιά. Όταν η ασθενής απουσιάζει στο νοσοκομείο ή επιστρέφει σπίτι εξαντλημένη από τη θεραπευτική αγωγή, τα μικρά παιδιά νιώθουν παραμελημένα ταυτόχρονα με ένα έντονο αίσθημα απώλειας. Παράλληλα μπορεί να νιώσουν ενοχές, ειδικά τα πολύ μικρά· σκέπτονται, δηλαδή, ότι η μαμά αρρώστησε γιατί τα ίδια δεν ήταν καλά παιδιά. Οφείλουν λοιπόν όλα τα μέλη της οικογένειας, να διαβεβαιώνουν τα παιδιά για την αγάπη τους και να καθησυχάζουν τα μικρότερα απαλλάσσοντάς τα από τις ενοχές. (Δαμίγος Δ., 1990)

Οι έφηβοι απ' την άλλη, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο άγχος και έχουν κι αυτοί ιδιαίτερες συναισθηματικές ανάγκες. Παράλληλα, ενδέχεται να επωμιστούν, αναγκαστικά, ευθύνες που κανονικά αναλαμβάνουν οι ενήλικες στις οποίες ίσως δεν μπορέσουν να ανταποκριθούν. Ο συνδυασμός όλων αυτών, μπορεί να τους εξαντλήσει ψυχολογικά και να τους κάνει να επαναστατήσουν με ποικίλους τρόπους. (Ιακωβίδης Β.Ι., 2007)

Θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη, ότι ακόμα και στις στενότερα δεμένες οικογένειες μπορεί να απειληθούν οι σχέσεις από την πίεση μιας μακροχρόνιας νόσου. Τα μέλη της εξουθενώνονται συναισθηματικά και σωματικά κι αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ξεσπάσματα θυμού, αδιαφορίας ή υπερπροστατευτικότητας. Γι' αυτό πρέπει πάντα να θυμούνται, ότι είναι απαραίτητο να αφιερώνουν λίγο χρόνο στον εαυτό τους για ξεκούραση, χαλάρωση, και διατήρηση της συναισθηματικής τους ισορροπίας. (Engel J et Al., 2004)

Βεβαίως, δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι δεν συμπαρίστανται αποτελεσματικά όλες οι οικογένειες

στην ασθενή, γιατί, πολύ απλά, δεν είναι όλοι οι άνθρωποι ικανοί να φερθούν στοργικά και να συμπαρασταθούν έξυπνα και διακριτικά σε ώρα κρίσης. Έτσι, έχουμε περιπτώσεις που η ίδια η ασθενής, συμπαρίσταται και παρηγορεί τους οικείους της. (Στεφανής Κ., 1981)

Τέλος, οφείλουμε ν' αναφέρουμε, ότι ακόμα μεγαλύτερη ιδιαιτερότητα παρουσιάζουν οι οικογένειες με μια ασθενή τελικού σταδίου, που δεν έχει πλέον ελπίδα επιβίωσης. Τα μέλη των οικογενειών αυτών βιώνουν έντονο άγχος, οργή, ενοχή, κατάθλιψη. Σ' αυτή την περίπτωση, καλό είναι να προσπαθήσουν να ξεπεράσουν το ταμπού του θανάτου και να συνειδητοποιήσουν ότι δεν υποχρεούνται πλέον να προσφέρουν συμβουλές και λύσεις. (Παπαδόπουλος Ν., 1992) Άλλωστε η ίδια η ασθενής, νιώθει ότι πλησιάζει το τέλος και δεν δίνει σημασία σε παρήγορα λόγια. Οι συγγενείς, οφείλουν να είναι δίπλα της ως ακροατές και συζητητές, να ακολουθούν σε όποιο δρόμο επιθυμεί η ασθενής να στρέψει την κουβέντα, να μην παρεξηγούνται από τις όποιες εκρήξεις θυμού ή συγκίνησης εκ μέρους της και να σέβονται τις τελευταίες της επιθυμίες. (Αναγνωστόπουλος Φ., 1986)

### 3.4. Οι σχέσεις με το σύντροφο



Εικόνα 3.4.1

Ιδιαίτερη σημασία για την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς, έχουν και οι σχέσεις της με το σύντροφό της, οι οποίες διαταράσσονται σοβαρά από τη νόσο. Κι αυτό γιατί ο μαστός δεν είναι ένα οποιοδήποτε όργανο του γυναικείου σώματος. Αποτελεί μέρος του "εγώ" κάθε γυναίκας · του σωματικού και ερωτικού προφίλ της. Είναι το σύμβολο και η έκφραση της θηλυκότητάς της και της γυναικείας της υπόστασης. (Anllo CM. et Al., 2000)

Έτσι είναι φυσικό κάθε γυναίκα με μαστεκτομή (ή ακόμα και με απλή ογκεκτομή), να πιστεύει ότι δεν είναι πια ολοκληρωμένη γυναίκα και να φοβάται μήπως ο σύντροφός της τη βρίσκει αποκρουστική. Άλλωστε τις περισσότερες φορές, βρίσκει και η ίδια αποκρουστικό το σώμα της και δεν μπορεί ούτε να κοιταχτεί στον καθρέφτη.

(Koruberth AB et Al.)

Είναι πολύ σημαντική λοιπόν η αρχική προσέγγιση του συντρόφου, ο οποίος όμως πολύ συχνά περιμένει το πρώτο βήμα από την ασθενή, ίσως γιατί φοβάται ότι θα την φέρει σε δύσκολη θέση. Όμως αυτή η στάση αναμονής, πολύ συχνά εκλαμβάνεται από την ασθενή ως απόρριψη, γιατί εκείνη

ντρέπεται και φοβάται.

Αυτός είναι λοιπόν που πρέπει να κάνει το πρώτο βήμα. (Anllo CM. et Al., 2000)

Εννοείται πως η σχέση θα δοκιμαστεί έντονα. Αν δεν έχει στέρεες βάσεις και πολλή αγάπη, θα χαλάσει, συχνότερα λόγω του οίκτου. Αν όμως υπάρχει αγάπη, κατανόηση, επικοινωνία και γενικότερα στέρεες βάσεις θα γίνει ακόμα πιο βαθιά και δυνατή, προσφέροντας σημαντική ψυχική ανακούφιση στη γυναίκα και δίνοντάς της αυτοπεποίθηση, αισιοδοξία και τη δύναμη να παλέψει. (Engel J. et Al., 2004)

### **3.5. Εργασιακά προβλήματα**

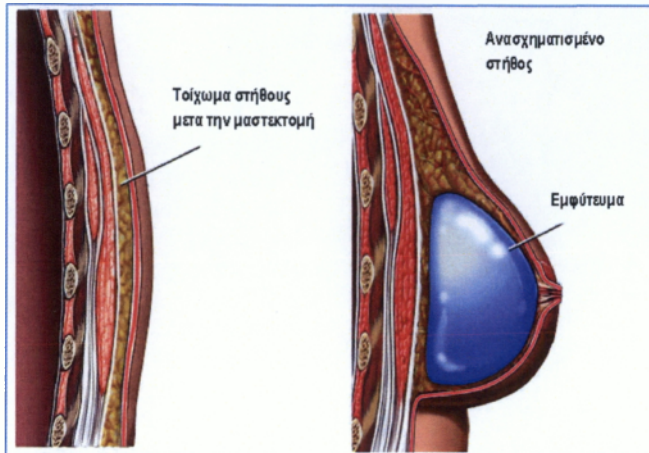
Το επάγγελμα, αφενός μεν ικανοποιεί τις βιοποριστικές και καταναλωτικές ανάγκες του ανθρώπου αφετέρου δε τον βοηθά να εκφράσει την έμφυτη δημιουργική του διάθεση. Παράλληλα προσφέρει συναισθηματική πληρότητα, συμβάλλοντας στην απόκτηση αισιοδοξίας και αυτοπεποίθησης. Έτσι είναι σημαντικό για την ασθενή που μαθαίνει ότι έχει καρκίνο, να παραμείνει (όσο είναι δυνατόν) στην εργασία της και να επιστρέψει σ' αυτή μετά την θεραπευτική αγωγή το συντομότερο δυνατόν.

Όμως, η παραμονή ή η επιστροφή στην εργασία μπορεί να συνοδεύεται από δύο ειδών προβλήματα. Πρώτον, ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες, είναι πιθανό να υπάρχει δυσκαμψία και άλγος, με αποτέλεσμα η ασθενής να δυσκολεύεται ή ακόμα και να αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας της. Δεύτερο και σημαντικότερο, είναι η συμπεριφορά του εργοδότη και των συναδέλφων απέναντί της. (Αναγνωστόπουλος Φ., 1997) Ο πρώτος, μπορεί να δυσανασχετεί από την (πιθανή ή πραγματική) μειωμένη απόδοση ενός καρκινοπαθούς υπαλλήλου ή από τις οικονομικές απώλειες λόγω των αναρρωτικών αδειών για θεραπευτικούς λόγους. Οι δεύτεροι, μπορεί να φοβούνται, ότι θα πρέπει οι ίδιοι μαζί με τις δικές τους να αναλάβουν και τις υποχρεώσεις και ευθύνες της καρκινοπαθούς συναδέλφου τους. Ακόμα κι όταν εργοδότες και συνάδελφοι δεν αντιδρούν αρνητικά, στις περισσότερες των περιπτώσεων αντιμετωπίζουν την ασθενή με οίκτο· εκείνη φυσικά το αντιλαμβάνεται και αυτό την καταρρακώνει ψυχολογικά, γιατί έχει ανάγκη να νιώθει απαραίτητη στην εργασία της (και όχι ότι απλώς την ανέχονται γιατί τη λυπούνται), για να μπορέσει να ανακτήσει την αυτοπεποίθηση και την αισιοδοξία της και να γίνει ξανά παραγωγική. (Ganz PA et Al., 2004)

### **3.6. Επανόρθωση του μαστού**

Το γυναικείο στήθος, αποτελεί κυρίαρχο σύμβολο θηλυκότητας και η απώλειά του επηρεάζει δραματικά όχι μόνο την εικόνα που έχει κάθε γυναίκα για το σώμα της, αλλά και την αυτοπεποίθησή

της στις σχέσεις της με τους άνδρες. Η απώλεια ενός μαστού, προκαλεί έντονη δυσμορφία και ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, πρέπει να



Εικόνα 3.6.1

αντιμετωπίσουν όχι μόνο το άγχος της πρόγνωσης του καρκίνου τους αλλά και τη συνεχή υπενθύμιση της ασθένειάς τους μέσα από τον ακρωτηριασμό μέρους της θηλυκότητάς τους. Κάποιες μπορεί να οδηγηθούν ακόμα και στη συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση. (Σακελλαρόπουλος Π., 1988)

Ευτυχώς, η πρόοδος της πλαστικής

χειρουργικής σήμερα κάνει δυνατή την ανακατασκευή ενός αληθινού νέου μαστού, στην ίδια θέση με το μαστό

που αφαιρέθηκε, κάνοντας πραγματικότητα το όνειρο εκατομμυρίων γυναικών. (Arnot R., 2003)

Η ανακατασκευή μπορεί να είναι άμεση, δηλαδή στο ίδιο χειρουργείο αμέσως μετά τη μαστεκτομή, μπορεί όμως να είναι και απότερη, δηλαδή οποιαδήποτε στιγμή, ακόμα και αρκετά χρόνια αργότερα. Η επιλογή της χρονικής στιγμής, γίνεται από την ιατρική ομάδα σε συνεννόηση με την ασθενή. Οι θεράποντες ιατροί, θα αξιολογήσουν τα δεδομένα που σχετίζονται με τη φύση του συγκεκριμένου καρκίνου (επιθετικός ή μη), το στάδιό του (προχωρημένος ή μη) και τη θεραπεία που προτίθενται να ακολουθήσουν (χημειοθεραπεία, ακτινοβολίες κ.λπ.), σε συνδυασμό με την ηλικία και τη γενική κατάσταση της υγείας της ασθενούς. Στα στάδια που θα πρέπει να αποφεύγεται η ανακατασκευή του μαστού είναι τα στάδια 3 και 4, όταν δηλαδή υπάρχει τοπικά πολύ προχωρημένη νόσος, φλεγμονώδης καρκίνος ή μεταστάσεις σε άλλα όργανα. (Φύσσας Ι., 2006)

Το πλεονέκτημα της άμεσης ανακατασκευής του μαστού, είναι ότι η γυναίκα αποφεύγει την ψυχική δοκιμασία της αντιμετώπισης του μόνιμα τραυματισμένου σώματός της. Βασικό μειονέκτημα είναι, ότι ένα μικρό ποσοστό των γυναικών με μαστεκτομή είναι πιθανό να εμφανίσουν αργότερα, και συνήθως μέσα στα δύο πρώτα χρόνια από την επέμβαση, μια εστία τοπικής υποτροπής του καρκίνου. Η τοπική αυτή υποτροπή, εμφανίζεται συχνότερα στην περιοχή της ουλής, κάτω από το δέρμα ή πάνω στους θωρακικούς μυς. Είναι εύκολο να την ψηλαφίσει ο γιατρός με προσεκτική εξέταση, ενώ είναι πιο δύσκολο αν έχει γίνει ανακατασκευή μαστού, γιατί ο νέος μαστός την καλύπτει. Πάντως το πρόβλημα λύνεται με τακτικό υπερηχογραφικό έλεγχο, που μπορεί να αναδείξει μια εστία τοπικής υποτροπής ακόμα κι αν δεν πιάνεται με το χέρι. (Φύσσας Ι., 2006)

Η απότερη ανακατασκευή του μαστού, μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή μετά τη μαστεκτομή. Ορισμένα κέντρα συνιστούν να γίνεται ένα δυο χρόνια μετά τη μαστεκτομή. Διότι στο διάστημα

αυτό, και αυτό είναι και το βασικότερο πλεονέκτημά της, δίνεται η δυνατότητα στους γιατρούς να εντοπίσουν εύκολα μια ενδεχόμενη εστία τοπικής υποτροπής, πριν τη σκεπάσει ο νέος μαστός. Οι βασικές κατηγορίες επεμβάσεων αποκατάστασης του γυναικείου μαστού είναι δυο. (Φύσσας Ι., 2006)

Η πρώτη, επιτυγχάνεται με τη χρήση ενθεμάτων (σιλικόνης) ή με το συνδυασμό ιστικών διατατήρων και εν συνεχεία ενθεμάτων. Για τη δημιουργία του μαστού χρησιμοποιούνται ξένα προς τον οργανισμό υλικά, τα οποία τοποθετούνται κάτω από τους υπάρχοντες ιστούς της περιοχής, δηλαδή κάτω από το δέρμα και τους μυς. (Φύσσας Ι., 2006)

Η δεύτερη κατηγορία, αφορά στην ανάπλαση του μαστού με τη χρήση απομακρυσμένων ιστών (κρημνών), εφόσον η κατάσταση των τοπικών ιστών δεν επιτρέπει τη χρήση τους, είτε λόγω έλλειψης είτε λόγω ακτινοβολίας της περιοχής. Χρησιμοποιούνται δηλαδή ιστοί του σώματος της ασθενούς που μεταφέρονται από άλλη περιοχή και όχι ξένα υλικά. (Φύσσας Ι., 2006)

### 3.7. Κοινωνικές δομές στήριξης

Στη μεγάλη πλειονότητα των σοβαρών παθήσεων, ακόμα και στις πλέον προοδευτικές κοινωνίες, όπου οι δομές όπως η οικογένεια έχουν χάσει μέρος του παραδοσιακού τους ρόλου, τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν μόνα τους την ασθένεια, αλλά κινητοποιούν από το περιβάλλον τους δομές στήριξης, ήδη υπάρχουσες ή νέες.

Εξαιρετικά χρήσιμη είναι και η υποστήριξη, που μπορεί να λάβουν οι ασθενείς από ομάδες (συλλόγους) βοήθειας. Οι ομάδες αυτές, όχι ιδιαίτερα ανεπτυγμένες στη χώρα μας, απαντώνται εδώ και πολλά χρόνια σε μεγάλο αριθμό και για πολλές νόσους και παθολογικές καταστάσεις στις ΗΠΑ και τη Δυτική Ευρώπη. (Adam PH., 1999) Οι σύλλογοι αυτοί ξεκίνησαν αρχικά ως ομάδες αυτοβοήθειας, δομές δηλαδή που στήθηκαν από άτομα αντιμετώπιζα με ένα κοινό πρόβλημα, για να διευκολύνουν την επίλυσή του βασιζόμενοι στη συλλογική οργάνωση, με τις συναντήσεις των ατόμων να έχουν συνήθως τη μορφή ομαδικής ψυχοθεραπείας. Με το πέρασμα των χρόνων όμως, ανέλαβαν περισσότερες δράσεις (ενημέρωση του κοινού, παροχή νομικής βοήθειας στα μέλη τους, παρέμβαση στα συστήματα υγείας κλπ.). (Τσαλέπη Χ., 2000) Στις ενώσεις αυτές, δεν καταφεύγουν βέβαια όλα τα πάσχοντα άτομα, όσοι όμως στερούνται άλλων πηγών στήριξης συνήθως λαμβάνουν μια μη αμελητέα βοήθεια. (Σαραφίδης Π., 2000)

Ασθενείς με καρκίνο, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του μαστού, θεωρούν σημαντική τη βοήθεια των ομάδων αυτών, διότι είναι άλλη μια ευκαιρία ανοιχτής έκφρασης των έντονων συναισθημάτων τους. Η συζήτηση και η ανταλλαγή πληροφοριών με άτομα που βίωσαν ή βιώνουν τις ίδιες καταστάσεις, ακούν με προσοχή και κατανοούν τα προβλήματά τους, αποβαίνει πολύ

επωφελής γι' αυτούς, καθώς δίνει νέες διεξόδους αποφόρτισης της συναισθηματικής τους κατάστασης και παρέχει ευκαιρίες χειρισμού του άγχους. (Landmark BT., 2002) Επιπλέον, η αίσθηση της ένταξης σε μια ομάδα και η ανάπτυξη δεσμών τους βοηθά να ενισχύσουν τον αυτοσεβασμό τους, να βιώσουν ασφάλεια και σταθερότητα και να υιοθετήσουν μια πιο ενεργητική στάση απέναντι στην ασθένεια. (Spiegei D., 1999) Έχουν επίσης τη δυνατότητα να αναλάβουν πιο ενεργείς θέσεις στις ομάδες αυτές και παρέχοντας βοήθεια σε άλλους να βοηθήσουν τον εαυτό τους, αφού η αλτρουιστική δράση θα ενισχύσει ακόμη περισσότερο τον αυτοσεβασμό τους. (Spiegei D., 1989)

### 3.8. Η αναγκαιότητα της πρόληψης

Είναι γεγονός ότι η πρόοδος της Ιατρικής τα τελευταία χρόνια είναι ραγδαία, αυξάνοντας έτσι σημαντικά την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο, αν και δεν μπορεί να θεραπεύσει τις προχωρημένες μορφές του. (Lambley P., 2005)

Είναι επίσης γεγονός, ότι ο καρκίνος γενικότερα, και ο καρκίνος του μαστού ειδικότερα, δεν είναι από τις ασθένειες που μπορούν να προληφθούν εφαρμόζοντας κάποιους κανόνες διατροφής, υγιεινής και γενικότερα διαβίωσης. Κι αυτό γιατί είναι μία πολυπαραγοντική νόσος, στην εμφάνιση της οποίας εμπλέκονται και αλληλεπιδρούν παράγοντες του περιβάλλοντος, γενετικοί και ψυχολογικοί. (Creagan E., 2006)

Αυτό όμως δεν σημαίνει, ότι θα πρέπει να έχουμε μοιρολατρική στάση απέναντί του, με τη δικαιολογία ότι δεν μπορούμε να τον αποτρέψουμε. Το να αποφεύγουμε τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου, είναι ένα πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση της πρόληψης.

Επιπλέον, κάτι πολύ σημαντικό είναι, ότι ο καρκίνος είναι ιάσιμος στα πρώτα στάδια και η Ιατρική μας δίνει τη δυνατότητα να τον εντοπίσουμε στην αρχή του. Οι υποτροπές, όταν προκύπτουν, στην συντριπτική τους πλειοψηφία εμφανίζονται μέσα στα 5 πρώτα χρόνια από την αρχική του αντιμετώπιση. Σήμερα μπορούμε να πούμε ότι το 70% των γυναικών όλων των σταδίων θα ζει την πρώτη πενταετία. Η βασική διαφορά, είναι ότι στους καρκίνους του 1<sup>ου</sup> σταδίου θα ζει το 90%, ενώ σ' αυτούς του 4<sup>ου</sup> μόνο το 20%. Όσες γυναίκες χάνουν τελικά τη μάχη, πεθαίνουν από τις μεταστάσεις και όχι από τον ίδιο τον καρκίνο του μαστού. Όμως, όσο νωρίτερα διαγνωσθεί η νόσος τόσο λιγότερες πιθανότητες υπάρχουν να έχει κάνει μετάσταση. (Φύσσας Ι., 2006)

Επιπροσθέτως, παρά το ότι η συχνότητα του καρκίνου του μαστού παρουσιάζει σταθερή αύξηση στην Ευρώπη, τα τελευταία δέκα χρόνια στη Δυτική Ευρώπη μειώνεται σταθερά ο αριθμός των γυναικών που χάνουν τη ζωή τους απ' αυτόν. Κι αυτό γιατί το 60% των Ευρωπαϊκών γυναικών υποβάλλεται σε τακτική προληπτική κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία, έχοντας έτσι πολύ

μεγαλύτερες πιθανότητες να θεραπευθούν τελείως λόγω της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας. (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2008)

Καλό θα ήταν επίσης, να μην επαναπαυόμαστε απ' το γεγονός, ότι δεν έχουμε καμία απολύτως ενόχληση ή πόνο στο μαστό μας ή απ' το γεγονός ότι δεν εντοπίζουμε κάτι με την αυτοεξέταση. Δυστυχώς, το 90% των καρκίνων του μαστού, δεν προκαλούν την παραμικρή ενόχληση και μεγαλώνουν χωρίς κανένα σημάδι. (Arnot R., 2003)

Όσον αφορά στην αυτοεξέταση, θα πούμε μόνο, ότι οι γυναίκες που αυτοεξετάζονται μπορούν να πιάσουν έναν όγκο στο μαστό τους αφού η διάμετρος του ξεπεράσει τα 3cm' οι ανειδίκευτοι στο μαστό γιατροί τον ψηλαφούν γύρω στα 2cm' ο μαστολόγος γύρω στο 1cm, ενώ η μαστογραφία μπορεί να ανιχνεύσει ακόμα και τον αρχικό καρκίνο που έχει μέγεθος λίγων χιλιοστών. (Φύσσας Ι., 2006)

Από τη στιγμή λοιπόν που δεν μπορούμε να προλάβουμε τον καρκίνο του μαστού, πρέπει να προσπαθήσουμε να μειώσουμε θεαματικά τους θανάτους απ' αυτόν. Κι αυτό μπορεί να γίνει. Ο καρκίνος μπορεί να νικηθεί. Αρκεί να ακολουθήσουμε έναν, σε γενικές γραμμές, υγιεινό τρόπο ζωής και κυρίως να αφιερώνουμε μία μέρα το χρόνο, για να κάνουμε προληπτική κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.

### 4.1. Γενικά

Στην συνέχεια, θα παρουσιαστούν και θα αναλυθούν τα δεδομένα μιας έρευνας διερευνητικού χαρακτήρα, σκοπός της οποίας, ήταν ο έλεγχος των υπαρχόντων βιβλιογραφικών δεδομένων. Ως μεθοδολογικό εργαλείο, χρησιμοποιήθηκε η επισκοπική μέθοδος έρευνας (Survey). Η τεχνική συλλογής πληροφοριών – δεδομένων, που χρησιμοποιήθηκε είναι η δομημένη συνέντευξη που έγινε με την βοήθεια ερωτηματολογίου, σε μη πιθανό δείγμα με αυξητική δειγματοληψία (snowball sampling). Χρησιμοποιήθηκε συνδυαστική και συμπληρωματική χρήση ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων, καθώς αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μεθοδολογική προσέγγιση για μια ολοκληρωμένη περιγραφή και εξήγηση των διαστάσεων του θέματος του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο απάντησαν 102 γυναίκες, κάτοικοι Αττικής, που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού και έχουν ολοκληρώσει τη θεραπευτική αγωγή τους μέσα στο προηγούμενο εξάμηνο. Οι συνεντεύξεις διενεργήθηκαν στον προσωπικό τους χώρο, αφού ενημερώθηκαν για το σκοπό της συνέντευξης και ότι θα διατηρηθεί η ανωνυμία τους.

### 4.2 Μεθοδολογία

Σε αυτό το μέρος, θα εξηγήσουμε τους τρόπους διερεύνησης του θέματος και τους λόγους, για τους οποίους χρησιμοποιήθηκαν οι συγκεκριμένες μέθοδοι και τεχνικές. Ο απολογισμός των διαδικασιών, το μέγεθος του δείγματος, η μέθοδος επιλογής του, η επιλογή των μεταβλητών, τα μέσα ελέγχου των μετρήσεων και η στατιστική ανάλυση, είναι τα θέματα που θα αναλυθούν παρακάτω.

#### 4.2.1. Τα μεθοδολογικά εργαλεία.

Τα μεθοδολογικά εργαλεία, που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα είναι τα παρακάτω:

- ❖ Διερευνητική προσέγγιση έρευνας: Ο στόχος των ερευνών με διερευνητικό χαρακτήρα, είναι η ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων που επιδρούν στην ύπαρξη κάποιου φαινομένου. Ερευνούν το "γιατί" και απαντούν κύρια στις ερωτήσεις "πώς, τι και ποιός", και τι πρέπει να γίνει για την αλλαγή του φαινομένου αυτού. (Γούλα Α., 2000)
- ❖ Επισκοπική μέθοδος έρευνας (survey): Η επισκοπική μέθοδος έρευνας, είναι ένας συστηματικός τρόπος συλλογής δεδομένων και πληροφοριών. Στις επισκοπικές έρευνες τα άτομα του δείγματος υποβάλλονται στις ίδιες ερωτήσεις κάτω από τις ίδιες



συνθήκες, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Η διατύπωση των ερωτήσεων, είναι ένα σημαντικό και δύσκολο θέμα και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, ώστε όλες οι ερωτήσεις να σημαίνουν το ίδιο για όλες τις ερωτηθείσες. (Γούλα Α., 2000)

#### 4.2.2. Μέθοδοι δειγματοληψίας.

Υπάρχουν δυο είδη δειγμάτων: τα πιθανά και τα μη-πιθανά δείγματα. Το πιθανό δείγμα, είναι εκείνο στο οποίο κάθε άτομο του πληθυσμού, έχει ίση ή τουλάχιστον δυνατή πιθανότητα να επιλεγεί, ενώ στο μη-πιθανό δείγμα μερικοί άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη αλλά άγνωστη πιθανότητα σε σχέση με άλλους να επιλεγούν. (Γούλα Α., 2000)

Στην παρούσα έρευνα, επιλέξαμε μη-πιθανό δείγμα γιατί δεν είχαμε την δυνατότητα δειγματοληπτικού πλαισίου. Για το λόγο αυτό, ως είδος επιλογής δείγματος, κρίθηκε κατάλληλη η αυξητική δειγματοληψία. Σε αυτό το είδος, η επιλογή αρχίζει από μια μικρή ομάδα ατόμων η οποία αργότερα παραπέμπει τον ερευνητή και σε άλλα άτομα. (Γούλα Α., 2000)

#### 4.2.3. Τρόπος σχεδιασμού του ερωτηματολογίου.

Κατά την δημιουργία του ερωτηματολογίου, τηρήθηκαν οι εξής προϋποθέσεις:

##### ❖ *Λογική συνέχεια των ερωτήσεων*

Το ερωτηματολόγιο είναι λογικά διαρθρωμένο σε ενότητες, βάσει των ενοτήτων τις εργασίας και σε υποενότητες βάσει χρονικών περιόδων (βλ. Ανάλυση ερωτηματολογίου). (Bell J., 2001)

##### ❖ *Αποφυγή των δύσκολων ερωτήσεων στην αρχή*

Οι ερωτήσεις που επιλέχτηκαν για την αρχή του ερωτηματολογίου, ήταν ερωτήσεις γενικού περιεχομένου, εύκολες στο να απαντηθούν, ενώ η διάρθρωση του ερωτηματολογίου παρείχε κλιμακωτή αύξηση της δυσκολίας αυτών. (Bell J., 2001)

##### ❖ *Εναλλαγή απλών και δύσκολων ερωτήσεων*

Στη διάρθρωση του ερωτηματολογίου παρεμβάλλονται ευκολότερες ερωτήσεις που απέτρεπαν την συναισθηματική φόρτιση της ερωτηθείσας και έκαναν την συνέντευξη όσο το δυνατόν πιο εύκολη για εκείνη. (Bell J., 2001)

##### ❖ *15-30 ερωτήσεις*

Ο αριθμός των ερωτήσεων ήταν 28 με σκοπό να είναι όσο το δυνατόν περισσότερα τα στοιχεία που θα εξάγουμε, ενώ ταυτόχρονα η συνέντευξη να είναι όσο το δυνατόν μικρότερη σε διάρκεια. (Bell J., 2001)

#### 4.2.4. Τεχνικές συνέντευξης.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από το συνεντευκτή σε προσωπική συνέντευξη, σε χώρο της αρεσκείας της κάθε γυναίκας, καθώς η προσωπική επαφή προσφέρεται για άμεσες διευκρινίσεις ως προς τις ερωτήσεις, το σκοπό της έρευνας και τη σημασία της συμμετοχής της ερωτηθείσας.

Επιλέχθηκε η προσωπική συνέντευξη, με σκοπό τη συγκέντρωση ασφαλέστερων και πιο αξιόπιστων στοιχείων. Πιο συγκριμένα αυτό το είδος συνέντευξης :

- ❖ Επιτρέπει στον συνεντευκτή να προσαρμοστεί ευκολότερα στο γλωσσικό επίπεδο και τη συμπεριφορά της ερωτηθείσας. (Bell J., 2001)
- ❖ Στοχεύει στη διατύπωση προσωπικών, μη κατηγορηματικών και εμπειριστατωμένων απαντήσεων. (Bell J., 2001)
- ❖ Δεν αναγκάζει την ερωτηθείσα να εμπλακεί σε πεδία που δε γνωρίζει ή δεν επιθυμεί να αναπτύξει. (Bell J., 2001)
- ❖ Προσαρμόζεται σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά της ερωτηθείσας. (Bell J., 2001)

Ο συνεντευκτής πρέπει να είναι ευγενικός, συμπαθητικός και καθησυχαστικός για να δώσει στην ερωτηθείσα μία θετική εντύπωση από την πρώτη στιγμή της συνέντευξης, έτσι ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη της, να της κινήσει το ενδιαφέρον και να την παροτρύνει να δώσει τις απαντήσεις που χρειάζεται. (Bell J., 2001)

Όλα τα στοιχεία και οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν κατά την διάρκεια της έρευνας, είναι απόρρητα και εμπιστευτικά, με σεβασμό στον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας. Έτσι, πριν από την έναρξη της συνέντευξης, ο συνεντευκτής παρουσίαζε ενημερωτικό φυλλάδιο με όλες τις πληροφορίες σχετικά με την έρευνα και το απόρρητο των στοιχείων και της ανωνυμίας.

Κατά την διάρκεια της συνέντευξης και μετά από συγκατάθεση της ερωτηθείσας, ο συνεντευκτής κατέγραφε την συνομιλία ηχητικά με χρήση κατάλληλου εξοπλισμού. Αυτό βοήθησε στην πιο αξιόπιστη και ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων κατά την αξιολόγηση και στην εξακρίβωση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων που συλλέχτηκαν.

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την οργάνωση κάθε συνέντευξης, ήταν η εξής.

- ❖ Επιλογή τύπου συνέντευξης.
- ❖ Διαλεύκανση ερωτήσεων.
- ❖ Επιλογή τρόπου ανάλυσης ερωτήσεων.
- ❖ Προετοιμασία ενός προγράμματος ή οδηγού συνέντευξης.
- ❖ Πιλοτική εφαρμογή του σχεδιασμού.
- ❖ Αναθεώρηση του σχεδιασμού.
- ❖ Προσοχή κατά τον σχεδιασμό για την αποφυγή προκαταλήψεων.

- ❖ Επιλογή ερωτώμενων.
- ❖ Επιλογή τόπου και χρόνου για την πραγματοποίηση της συνέντευξης.
- ❖ Συστάσεις και παρουσίαση του σκοπού της εργασίας καθώς και χορήγηση ενημερωτικού φυλλαδίου.
- ❖ Διευκρίνιση του χρόνου που θα διαρκέσει η συνέντευξη.
- ❖ Εκκίνηση μαγνητοφώνησης.
- ❖ Πραγματοποίηση συνέντευξης.
- ❖ Έλεγχος και εξακρίβωση των σημειώσεων σε συνεργασία με την ερωτηθείσα.

#### 4.2.5. Ανάλυση ερωτηματολογίου.

Παρακάτω γίνεται η ανάλυση των ερωτήσεων και ο σκοπός παρουσιάσής τους στη δεδομένη σειρά και διάρθρωση.

##### Ερωτήσεις 1-5

Ξεκινώντας το ερωτηματολόγιο, παραθέτουμε αρχικά κάποιες ερωτήσεις γενικού περιεχομένου, οι οποίες, στην δική μας περίπτωση, αποσκοπούν στη συλλογή στοιχείων σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού (Ερωτήσεις 2-5) ενώ δεν παύουν να είναι εκ των πραγμάτων εύκολες στο να απαντηθούν και αυτός είναι ο λόγος που επιλέχθηκαν να είναι οι εισαγωγικές ερωτήσεις. Στόχος αυτών είναι να επιβεβαιωθούν οι ήδη αναφερθείσες έρευνες και μελέτες και η εξαγωγή στατιστικών συμπερασμάτων.

##### Ερωτήσεις 6-11

Ο στόχος του ερωτηματολογίου, είναι ήδη γνωστός και έτσι προχωρούμε στις βασικές ερωτήσεις, που μας δημιουργούν μια ουσιαστική εικόνα σχετικά με την ασθενή. Εδώ, αντλούμε στοιχεία για την πρόληψη και την περίοδο πριν την θεραπεία, συλλέγοντας πληροφορίες για την κατάσταση της ζωής της ασθενούς καθώς και όλες τις εξετάσεις που προηγήθηκαν.

##### Ερώτηση 7

Ακόμη μία ερώτηση, με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, την οποία όμως αποφύγαμε να κάνουμε σε ακολουθία με τις 2-5 λόγω της δυσκολίας απάντησής της.

##### Ερώτηση 10

Μέσω της συγκεκριμένης ερώτησης, μπορούμε να εξάγουμε μόνο έμμεσα συμπεράσματα σε συνδυασμό με τις ερωτήσεις 20 και 24. Βασικός σκοπός της ερώτησης, είναι η μετάβαση σε μια νέα ενότητα του ερωτηματολογίου.

##### Ερωτήσεις 12-14

Πλέον προχωρούμε στο στάδιο κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά το τέλος αυτής. Ερωτήσεις οι οποίες συλλέγουν πληροφορίες, που έχουν στόχο να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με το συνολικό χρόνο της θεραπείας και τα στάδιά της καθώς και με την προσαρμογή της ασθενούς σε αυτή. Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και απαιτούν από τις ερωτηθείσες να είναι περιγραφικές (ερώτηση 12). Αυτό, απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από τον συνεντευκτή στο τρόπο διατύπωσης των ερωτήσεων καθώς και στον τρόπο μετάφρασης των απαντήσεων σε αποτελέσματα.

#### Ερωτήσεις 15-28

Τώρα, το ερωτηματολόγιο περνά σε ερωτήσεις σχετικά με την ψυχολογία της ασθενούς και του οικογενειακού και φιλικού της περιβάλλοντος. Θίγονται θέματα προσωπικά και οικογενειακά και έτσι ο συνεντευκτής ήταν ιδιαίτερα προσωπικός και σαφής στις ερωτήσεις, ώστε να κάνει την διαδικασία όσο το δυνατό πιο εύκολη για την ερωτηθείσα. Οι ερωτήσεις, ακολουθούν τη χρονική σειρά διάγνωση-θεραπεία-καθημερινότητα μετά το πέρας της θεραπείας. Σκοπός τους, είναι η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς και του κοινωνικού περιβάλλοντός της.

Πιο συγκεκριμένα:

#### Ερωτήσεις 15-18

Εδώ εξάγουμε συμπεράσματα σχετικά με τις πρώτες αντιδράσεις της ασθενούς και του οικογενειακού και φιλικού της περιβάλλοντος καθώς και των τρόπων υποστήριξής της από αυτό.

#### Ερωτήσεις 19-23

Σκοπός της συγκεκριμένης ομάδας ερωτήσεων, είναι η συλλογή στοιχείων σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και αργότερα σε σχέση με το κοινωνικό της περιβάλλον καθώς και η επισήμανση του τρόπου θεραπείας, που αποτέλεσε τη χειρότερη εμπειρία για αυτές. Επίσης, καταλήγουμε σε αποτελέσματα σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης από τη νοσηλεία και με τον αριθμό των γυναικών που κατέφυγαν σε ειδικούς για ψυχολογική στήριξη.

#### Ερωτήσεις 24-27

Σκοπός αυτής της ομάδας ερωτήσεων, είναι η καταγραφή των πιθανών αλλαγών στην ψυχολογία των ασθενών μετά τη θεραπεία και πως αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν (αν επηρεάζουν) τις εργασιακές της σχέσεις καθώς και τις σχέσεις της με τον ερωτικό της σύντροφο.

#### Ερώτηση 28

Με αυτήν την ερώτηση καταλήγουμε σε συμπεράσματα σχετικά με τον τρόπο που "βλέπει" τώρα η ασθενής τη νόσο. Έμμεσα, μπορούμε να συμπεράνουμε και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας, σε όλες τις φάσεις της.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ.****5.1 Γενικά**

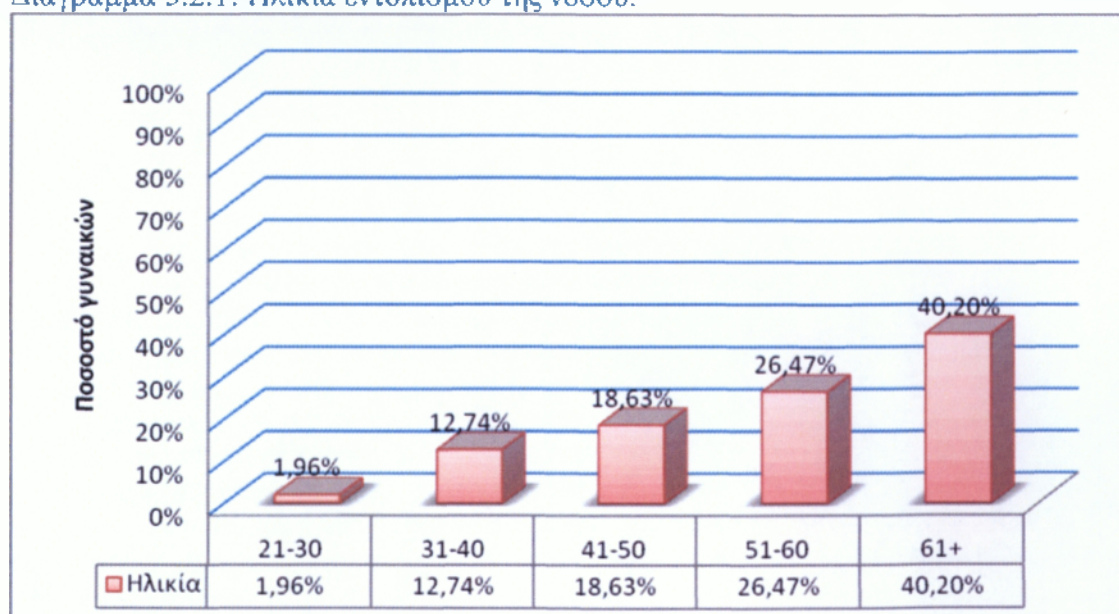
Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Έχει πραγματοποιηθεί έλεγχος σε όλα τα στάδια της, από την επιλογή του δείγματος έως και την επιλογή της μεθόδου συλλογής δεδομένων και πληροφοριών.

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων, απαιτούσε την κωδικοποίηση των απαντήσεων των ερωτηθέντων. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται με τη βοήθεια διαγραμμάτων και με τις ανάλογες επεξηγήσεις αυτών.

**5.2 Αποτελέσματα έρευνας – συζήτησης.**Ηλικία εντοπισμού της νόσου.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι η νόσος εμφανίζεται συχνότερα, όσο αυξάνεται η ηλικία. Συγκεκριμένα στις ηλικίες 21 έως 30, το ποσοστό προσβολής από τη νόσο είναι μόλις στο 1,96%. Από εκεί και πέρα κάθε δεκαετία αυξάνεται σταδιακά (12,74% γυναίκες στη δεκαετία 31-40, 18,63% στη δεκαετία 41-50, 26,47% στη δεκαετία 51-60), για να φτάσει στο υψηλότερο σημείο του (40,2%) στις ηλικίες άνω των 60 ετών. ( Διάγραμμα 5.2.1)

Διάγραμμα 5.2.1: Ηλικία εντοπισμού της νόσου.

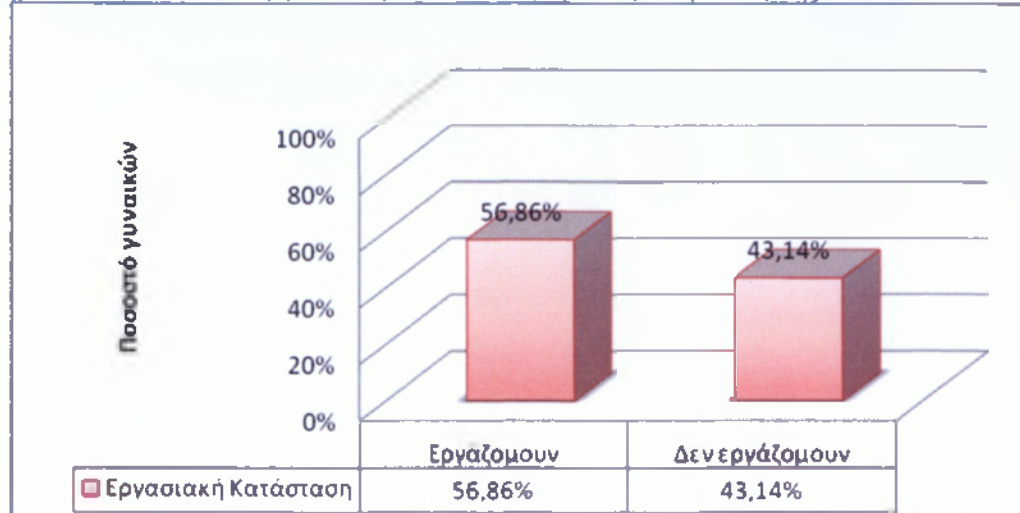


Πηγή: Ίδια έρευνα

Εργασιακή κατάσταση πριν τη διάγνωση.

Στο σύνολο των γυναικών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο το 56,86% εργάζονταν πριν νοσήσουν ενώ το 43,14% όχι. ( Διάγραμμα 5.2.2 )

Διάγραμμα 5.1.2: Εργασιακή κατάσταση πριν τη διάγνωση της νόσου.



Πηγή: Ιδία έρευνα

Οικογενειακή Κατάσταση και Θηλασμός

Η συντριπτική πλειοψηφία (80,38%) είναι ή υπήρξαν έγγαμες (58,8% έγγαμες, 15,7% διαζευγμένες, 5,88% χήρες), ενώ μόνο ένα 19,62% είναι άγαμες.

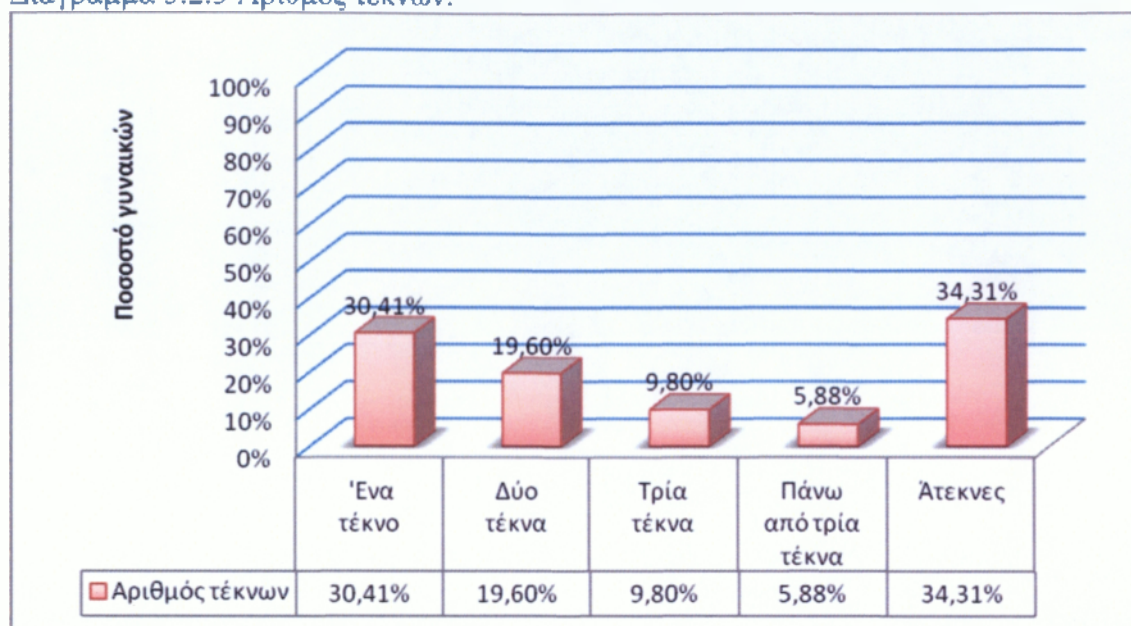
Στο σύνολο των έγγαμων και των άγαμων το 34,31% είναι άτεκνες, ακολουθούν αυτές που έχουν ένα τέκνο με ποσοστό 30,41% και τέλος εκείνες που έχουν τρία (9,80%) και πάνω από τρία (5,88%). Από τις μητέρες η πλειοψηφία, 51,96%, θήλασε από 0 έως 6 μήνες, ενώ μόνο το 48,04% θήλασε πάνω από 7 μήνες. (Διαγράμματα 5.2.3,4,5)

Διάγραμμα 5.2.2: Οικογενειακή Κατάσταση της ασθενούς.



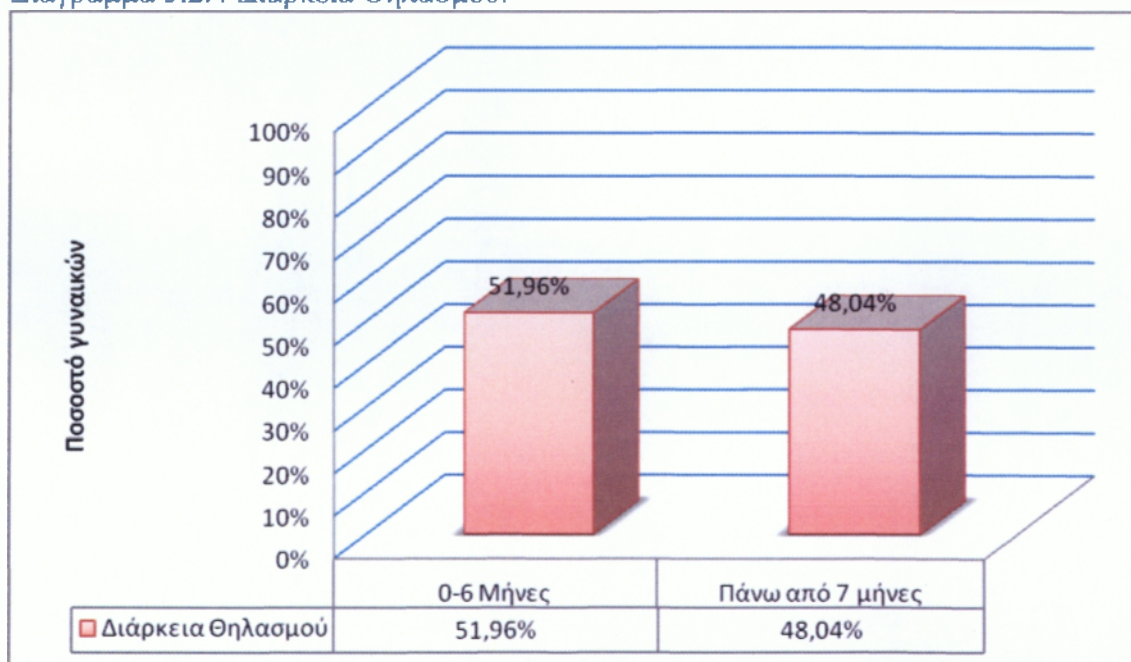
Πηγή: Ιδία έρευνα

Διάγραμμα 5.2.3 Αριθμός τέκνων.



Πηγή: Ιδία έρευνα

Διάγραμμα 5.2.4 Διάρκεια Θηλασμού.

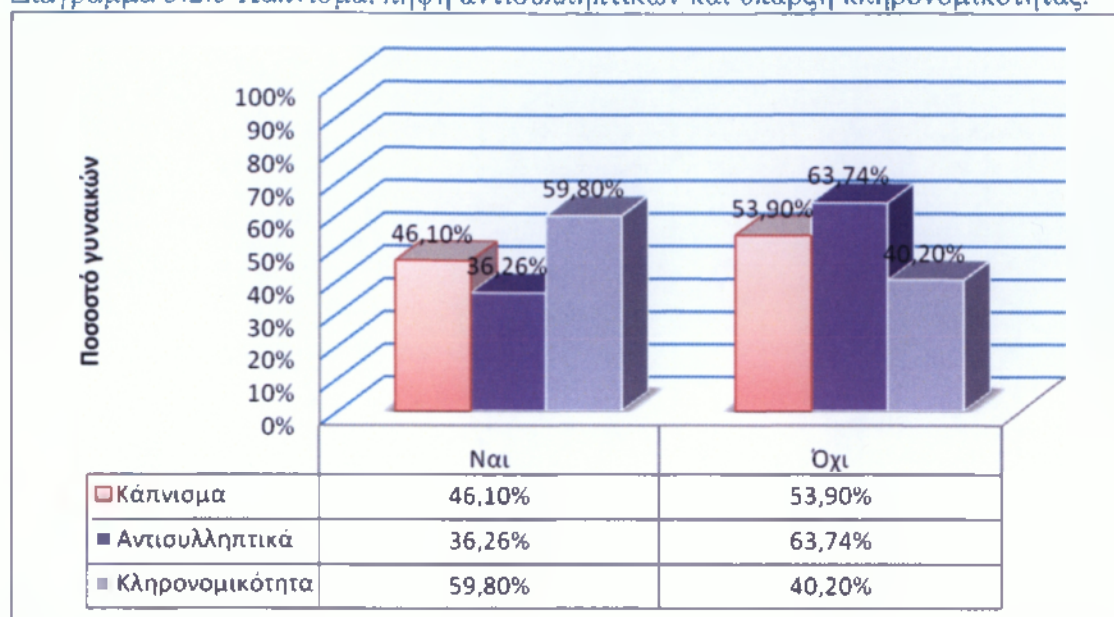


Πηγή: Ιδία έρευνα

Κάπνισμα- Λήψη αντισυλληπτικών- Ύπαρξη κληρονομικότητας.

Όσον αφορά στο κάπνισμα το 53,9% απάντησε αρνητικά, σε αντίθεση με το 46,10% που απάντησε θετικά. Χρήση αντισυλληπτικών έκανε το 36,26%, ενώ το 63,74% όχι. Κληρονομικότητα υπήρχε στο 59,8% και απουσία αυτής στο 40,2%.( Διάγραμμα 5.2.6 )

Διάγραμμα 5.2.5 Κάπνισμα, λήψη αντισυλληπτικών και ύπαρξη κληρονομικότητας.

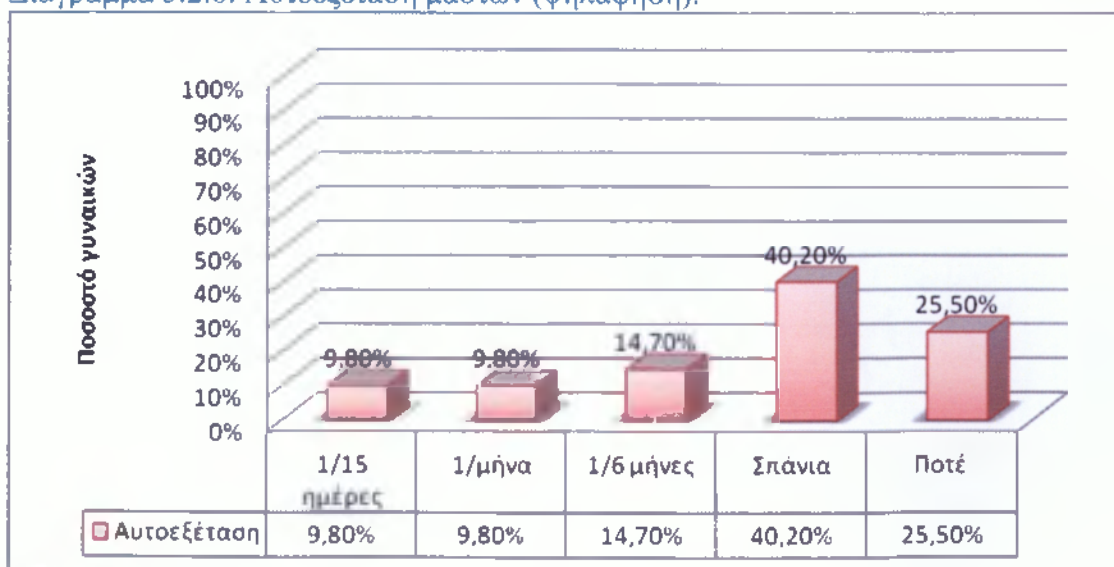


Πηγή: Ιδία έρευνα

Προληπτικός έλεγχος- επίσκεψη στο γιατρό.

Το 25,5% των γυναικών δεν έκανε ποτέ αυτοεξέταση μαστών. Από αυτές που έκαναν, η πλειοψηφία (40,2%) την έκανε σπάνια, ποσοστό 9,8% μια φορά τον μήνα και 9,8% μια φορά στις 15 ημέρες. Η συντριπτική πλειοψηφία (64,7% των γυναικών) έκανε προληπτικές μαστογραφίες, ενώ το 35,3% όχι. Καμία δεν πήγε στο γιατρό, αμέσως μετά τον εντοπισμό του πρώτου συμπτώματος. Αντιθέτως καθυστέρησαν είτε 6 μήνες έως ένα χρόνο (49%), είτε περισσότερο από ένα χρόνο (16,7%), είτε περισσότερο από δύο χρόνια (34,3%). (Διαγράμματα 5.2.7,8,9)

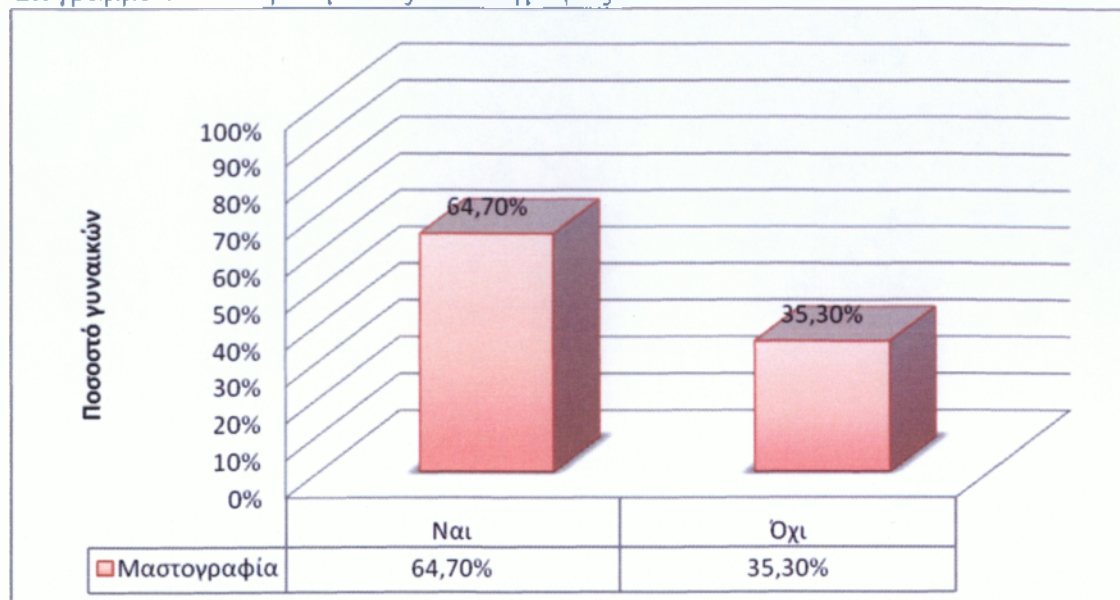
Διάγραμμα 5.2.6: Αυτοεξέταση μαστών (ψηλάφηση).



Πηγή: Ιδία έρευνα

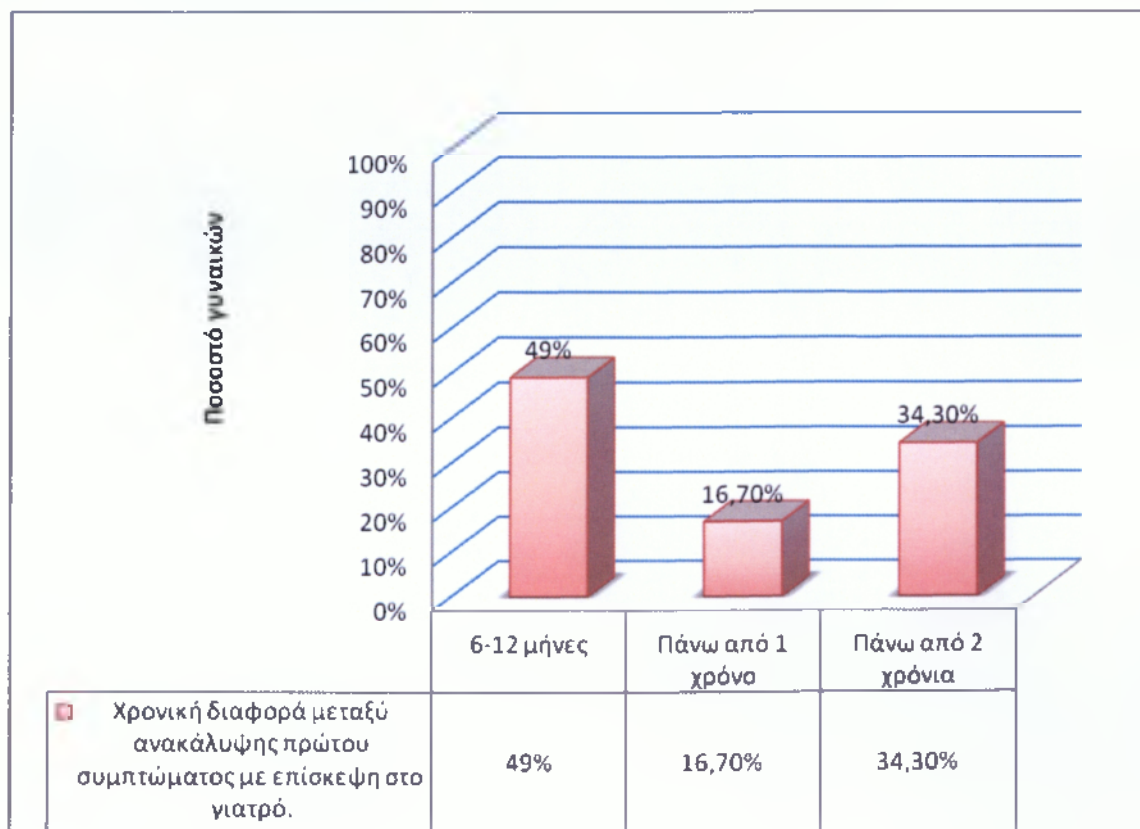


Διάγραμμα 5.2.7: Προληπτικές Μαστογραφίες.



Πηγή: Ίδια έρευνα

Διάγραμμα 5.2.8: Χρονική διαφορά ανάμεσα στην ανακάλυψη του πρώτου συμπτώματος και στην επίσκεψη στο γιατρό.



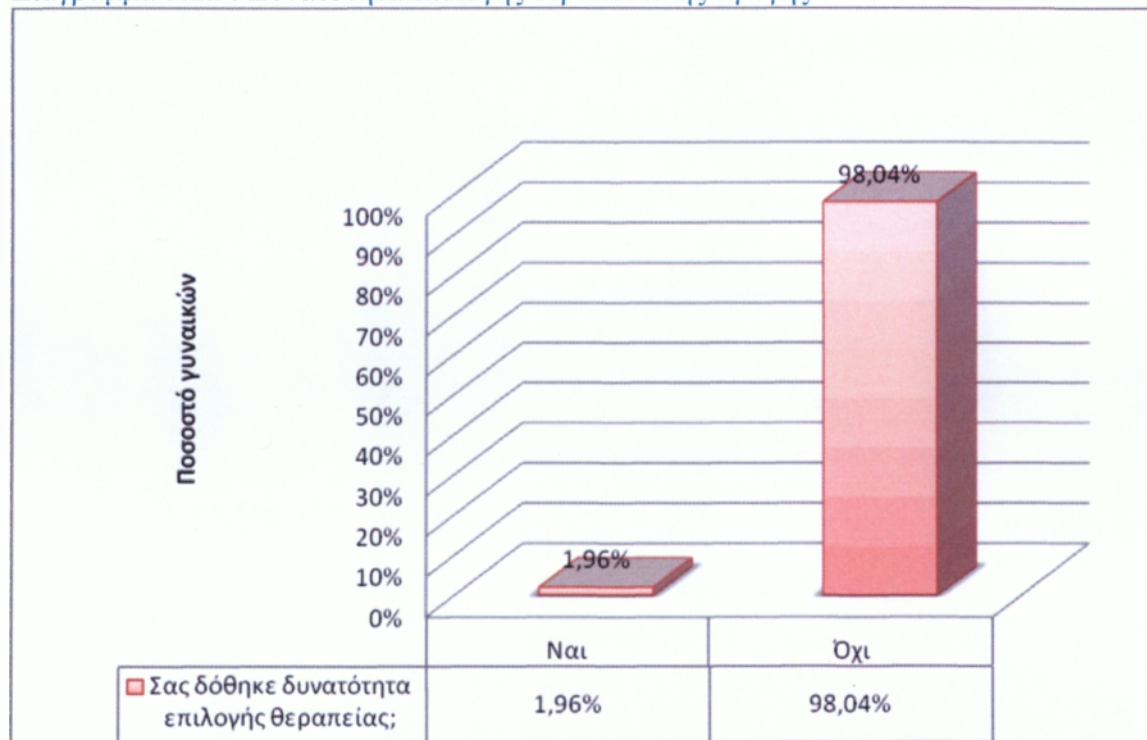
Πηγή: Ίδια έρευνα

Μέθοδος και χρονικό διάστημα θεραπείας και δυνατότητα επιλογής θεραπείας.

Ποσοστό της τάξης του 26% των γυναικών υπεβλήθησαν σε ογκεκτομή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία, το 19% έκανε ογκεκτομή και επιπλέον ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Ποσοστό της τάξης του 15% υποβλήθηκε σε ριζική μαστεκτομή και 15% επίσης ήταν και όσες αντιμετώπισαν τη νόσο μόνο με ακτινοθεραπεία, ενώ 10% την αντιμετώπισαν με ριζική μαστεκτομή και χημειοθεραπεία. Στο 98,4% των γυναικών δε δόθηκε δυνατότητα επιλογής θεραπείας.

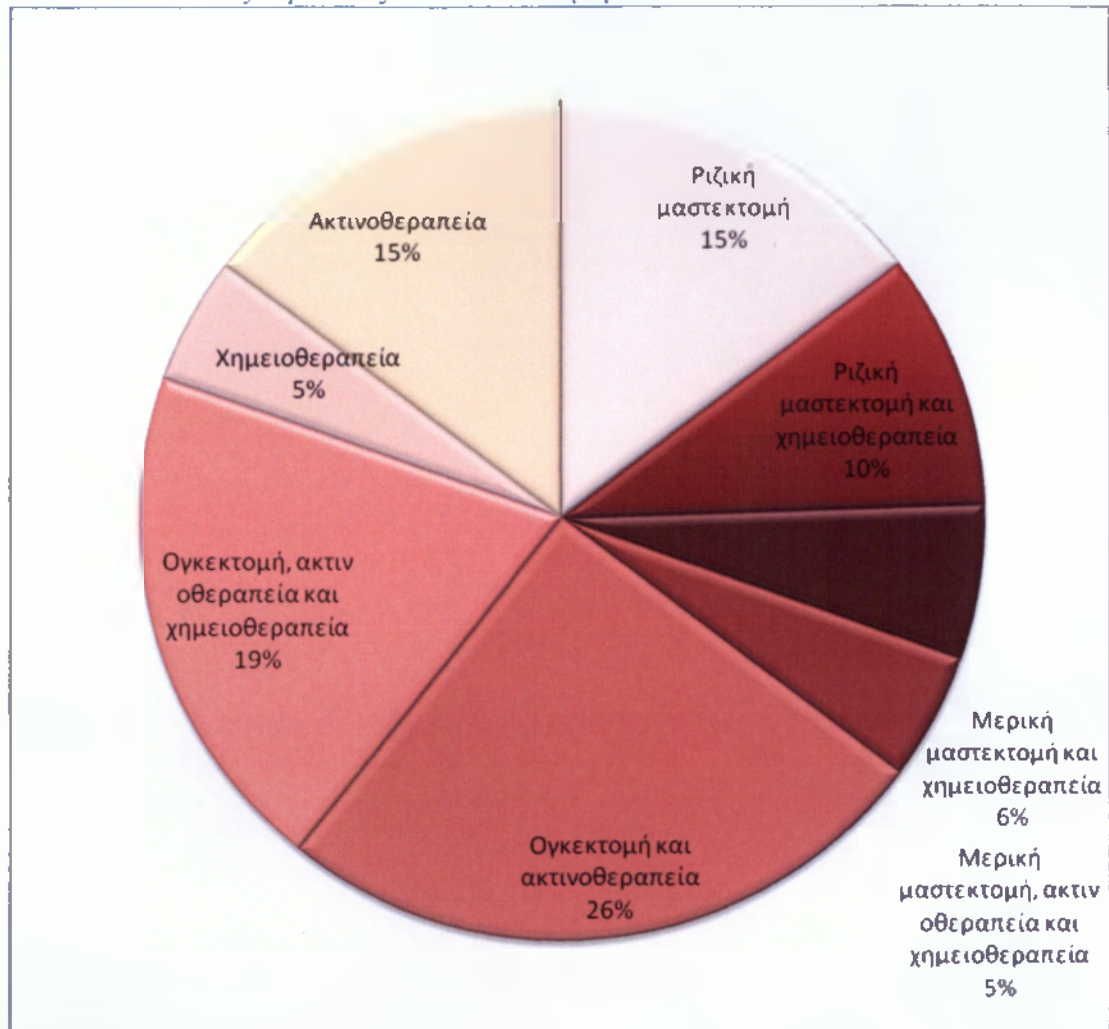
Το χρονικό διάστημα της θεραπείας κυμάνθηκε από 1 έως 6 μήνες σε ποσοστό 25,5%, από 7 μήνες έως 1 χρόνο στο 55%, και στο 19,5% των γυναικών πάνω από 1 χρόνο. ( Διαγράμματα 5.2.10,11,12)

Διάγραμμα 5.2.9: Δυνατότητα επιλογής θεραπευτικής αγωγής.



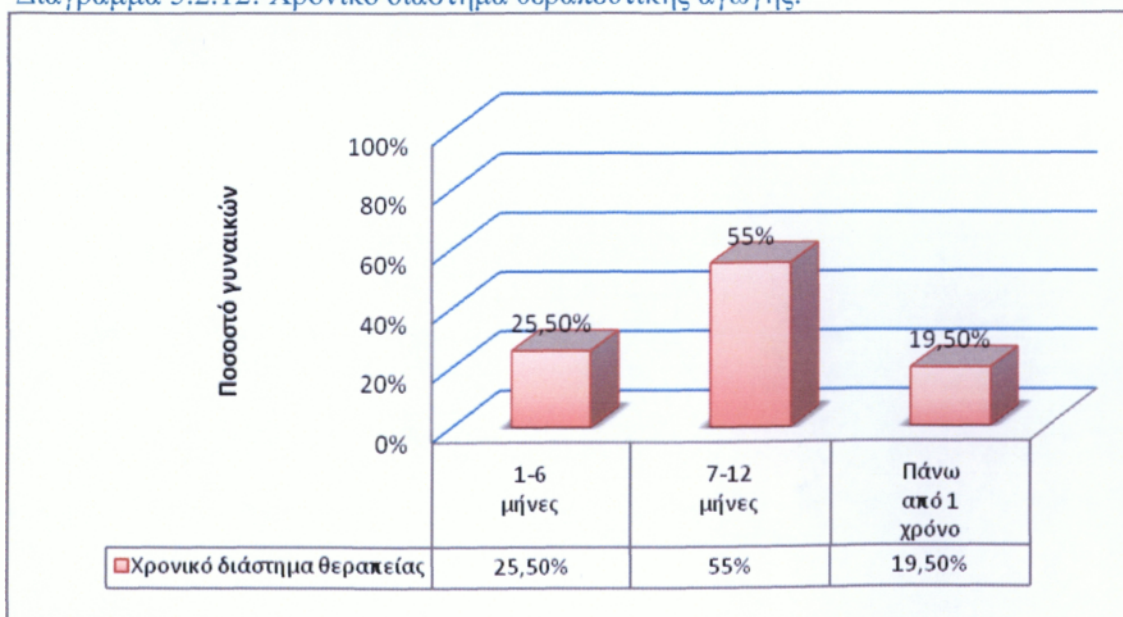
Πηγή: Ιδία έρευνα

Πίτα 5.2.11: Είδος θεραπείας που ακολουθήθηκε.



Πηγή: Ιδία έρευνα

Διάγραμμα 5.2.12: Χρονικό διάστημα θεραπευτικής αγωγής.



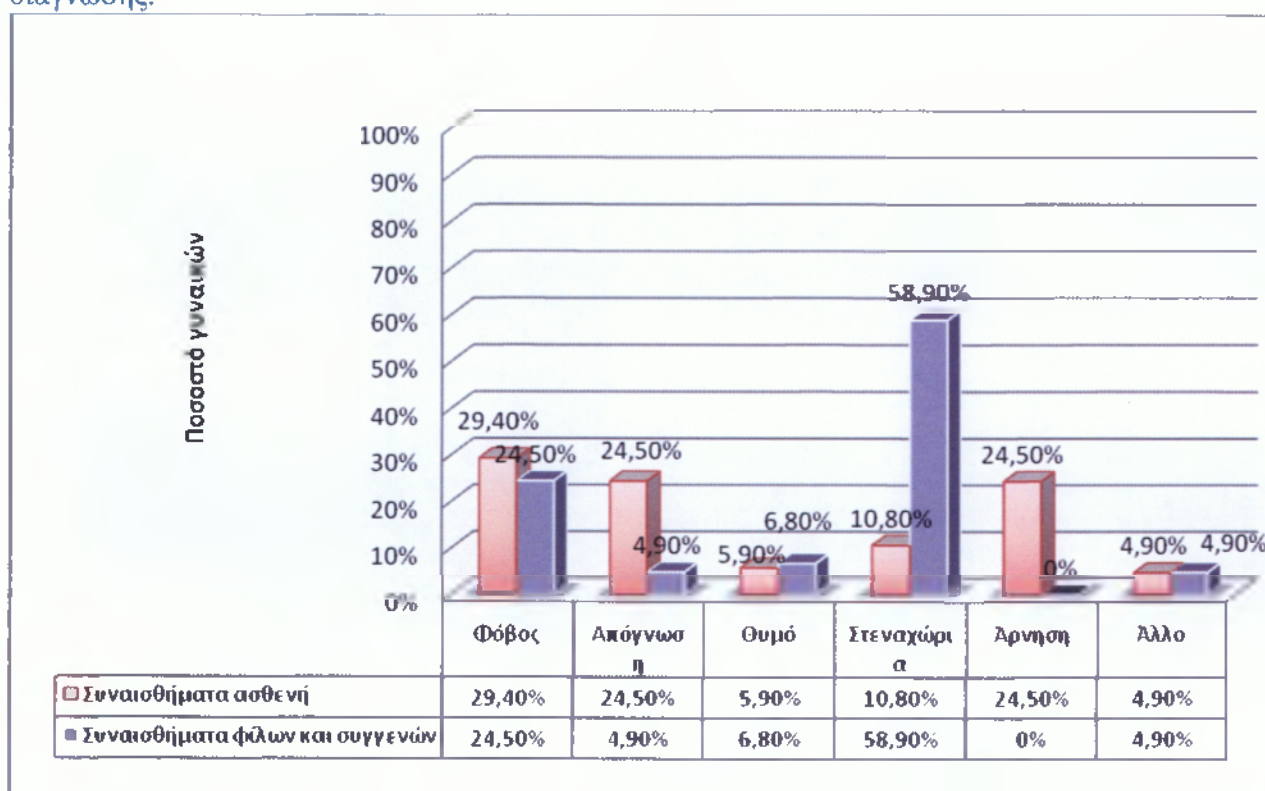
Πηγή: Ιδία έρευνα

Συναίσθηματα στο άκουσμα την διάγνωσης.

Ποσοστό 29,4% των γυναικών ένιωσαν φόβο στο άκουσμα της διάγνωσης και 24,5% ένιωσαν απόγνωση. Άρνηση ένιωσε το 24,5% των γυναικών, στεναχώρια το 10,8% και θυμό το 5,9%, ενώ μόνο το 4,9% ένιωσε κάποιο άλλο συναίσθημα που δεν διευκρίνισε.

Η πλειοψηφία των συγγενών (58,9%) ένιωσαν στεναχώρια. Οι υπόλοιποι ένιωσαν φόβο (24,5%), θυμό (6,8%) και απόγνωση (4,9%). Υπήρξε επίσης ένα ποσοστό της τάξης του 4,9% που ένιωσε κάποιο άλλο αδιευκρίνιστο συναίσθημα. ( Διάγραμμα 5.2.13)

Διάγραμμα 5.2.13 Συναίσθηματα των ασθενών και των συγγενών τους στο άκουσμα της διάγνωσης.



Πηγή: Ιδία έρευνα

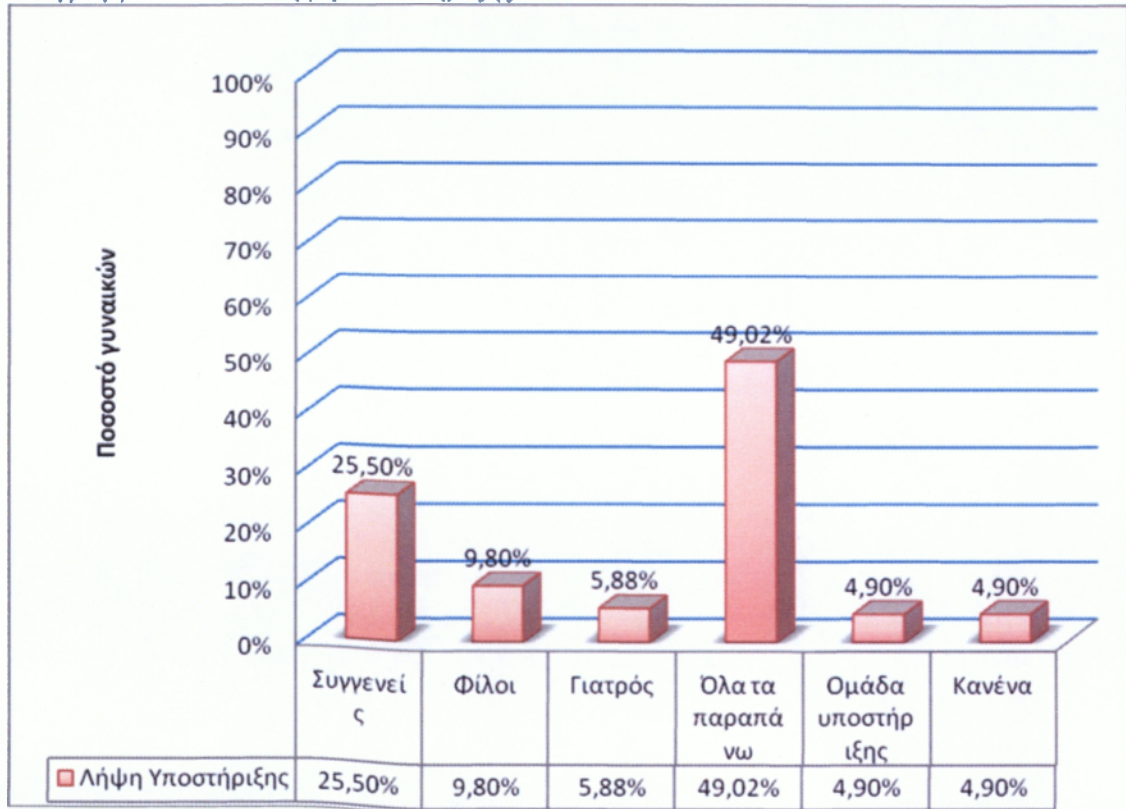
Ποιοί προσέφεραν υποστήριξη και τι είδους.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (49,02%), έλαβε υποστήριξη από συγγενείς, φίλους και το γιατρό τους. Αυτές που έλαβαν υποστήριξη μόνο από τους συγγενείς ή μόνο από τους φίλους ή μόνο από το γιατρό τους ανέρχονται σε ποσοστό 25,5%, 9,8%, 5,88% αντίστοιχα. Το 4,9% έλαβε βοήθεια από ομάδα υποστήριξης και υπάρχει και ένα ποσοστό του 4,9% που δεν έλαβε βοήθεια από κανέναν.

Το 59% έλαβε ως υποστήριξη ηθική συμπαράσταση, φροντίδα στο σπίτι και οικονομική βοήθεια. Το 34,3% έλαβε μόνο ηθική συμπαράσταση, το 4,9% μόνο φροντίδα στο σπίτι και μόνο το

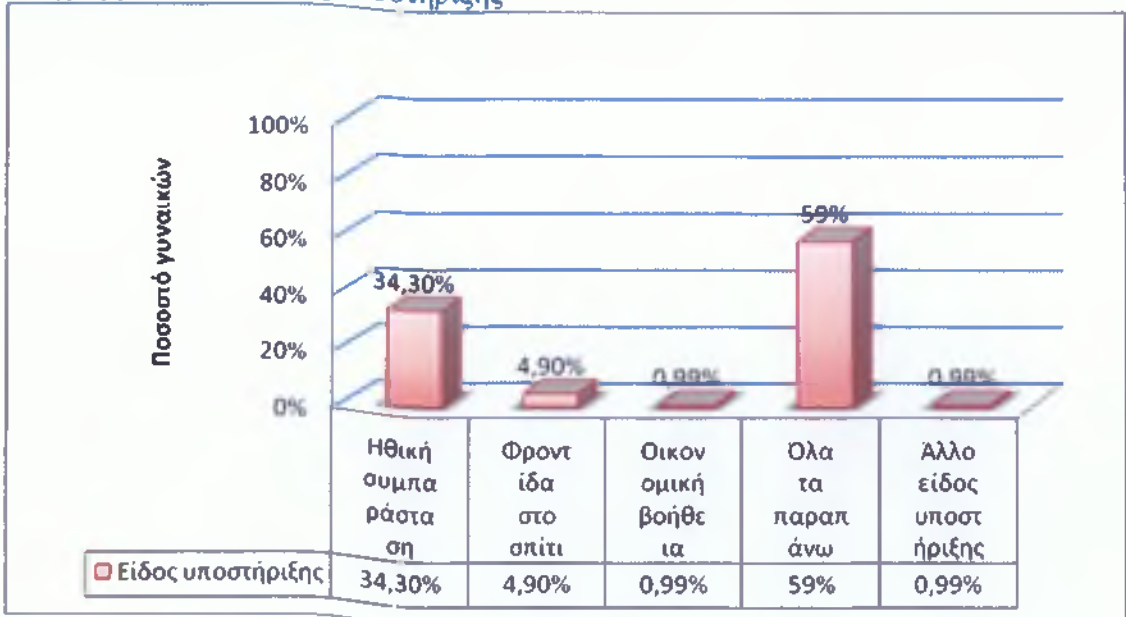
0,99% έλαβε μόνο οικονομική βοήθεια. Υπάρχει και ένα 0,99% των ερωτηθέντων που έλαβε κάποια άλλη, αδιευκρίνιστου είδους, βοήθεια. ( Διαγράμματα 5.2.14,15)

Διάγραμμα 5.2.14: Λήψη Υποστήριξης



Πηγή: Ιδία έρευνα

Διάγραμμα 5.2.15: Είδος υποστήριξης

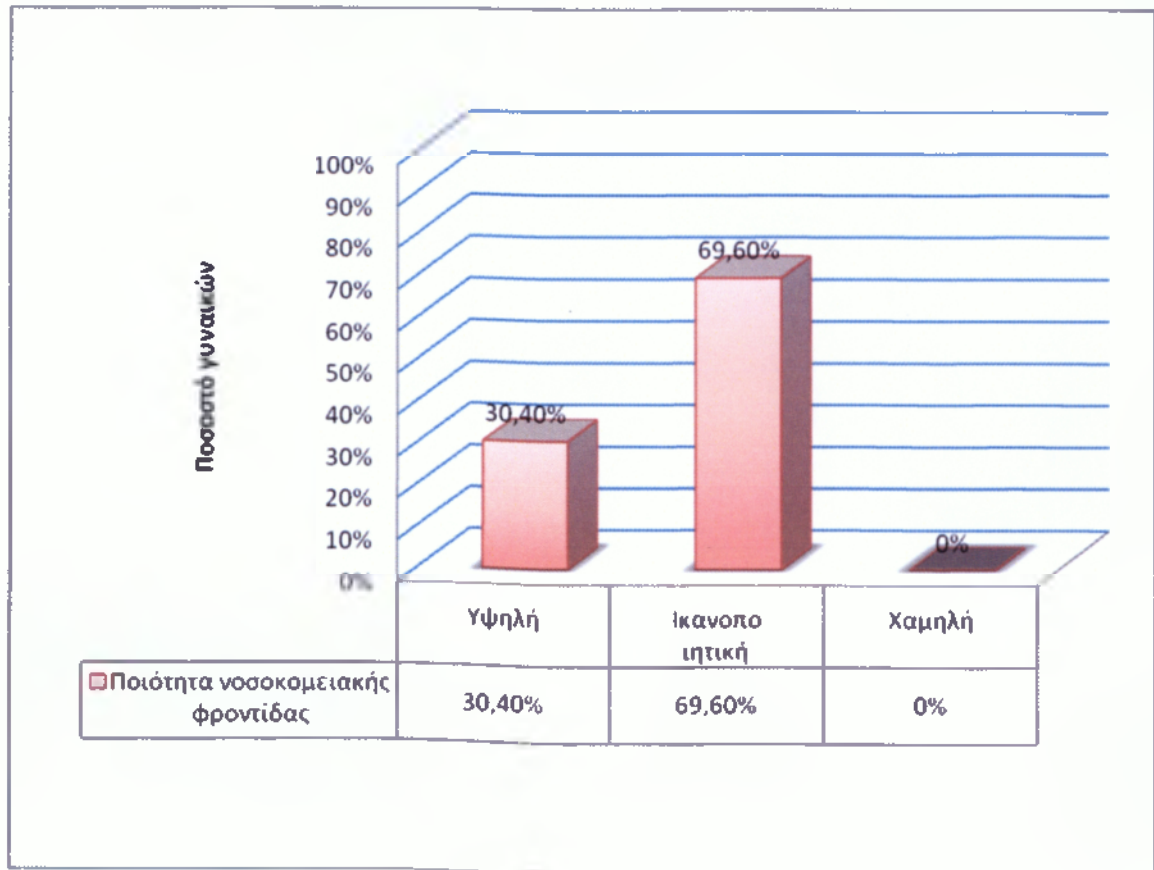


Πηγή: Ιδία έρευνα

Ικανοποίηση από την νοσοκομειακή φροντίδα.

Η συντριπτική πλειοψηφία (69,60%) ήταν σχετικά ικανοποιημένη από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα, ενώ το 30,4% δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένο από αυτή. ( Διάγραμμα 5.2.16)

Διάγραμμα 5.2.16: Ποιότητα νοσοκομειακής φροντίδας

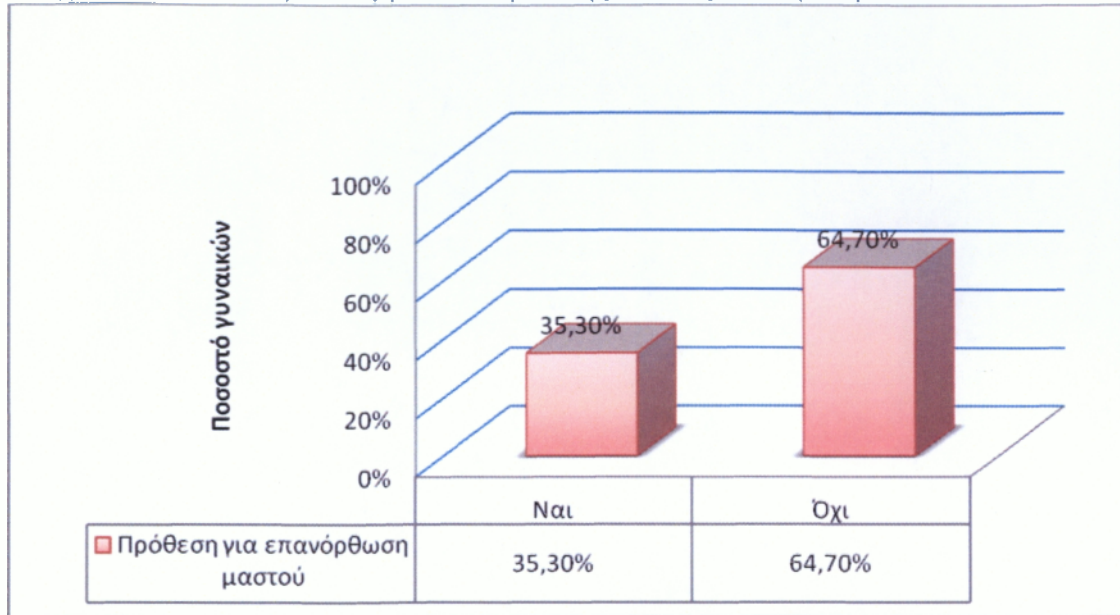


Πηγή: Ιδία έρευνα

Πρόθεση επανόρθωσης μαστού

Οι περισσότερες γυναίκες (64,7%) δεν προτίθενται να προβούν σε επανόρθωση μαστού. Αυτές που εξέφρασαν τέτοια πρόθεση ήταν το 35,3%. ( Διάγραμμα 5.2.17)

Διάγραμμα 5.2.17: Πρόθεση για επανόρθωση μαστού μετά την θεραπεία.

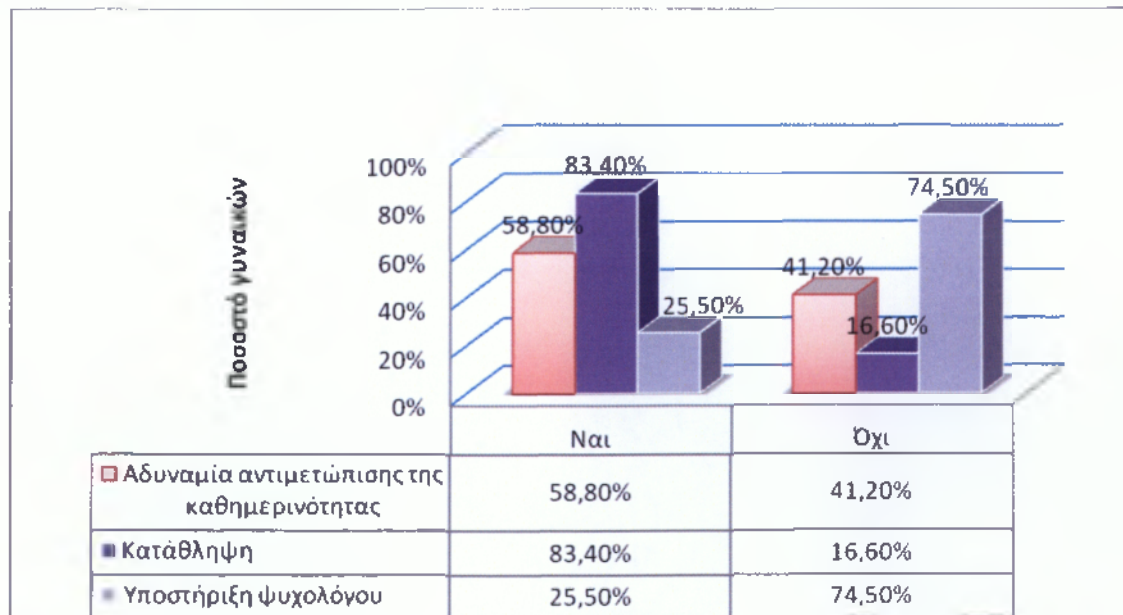


Πηγή: Ιδία έρευνα

Ψυχολογική κατάσταση και πρόθεση αναζήτησης επαγγελματικής βοήθειας.

Παρόλο που το 58,8% των γυναικών ένιωσε, ότι δεν μπορούσε να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του και το 83,4% πέρασε κάποια περίοδο κατάθλιψης, μόνο το 25,5% αναζήτησε βοήθεια από κάποιο ψυχολόγο. (Διάγραμμα 5.2.18)

Διάγραμμα 5.2.18: Ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά το πέρας αυτής καθώς και αναζήτηση βοήθειας από ψυχολόγο.

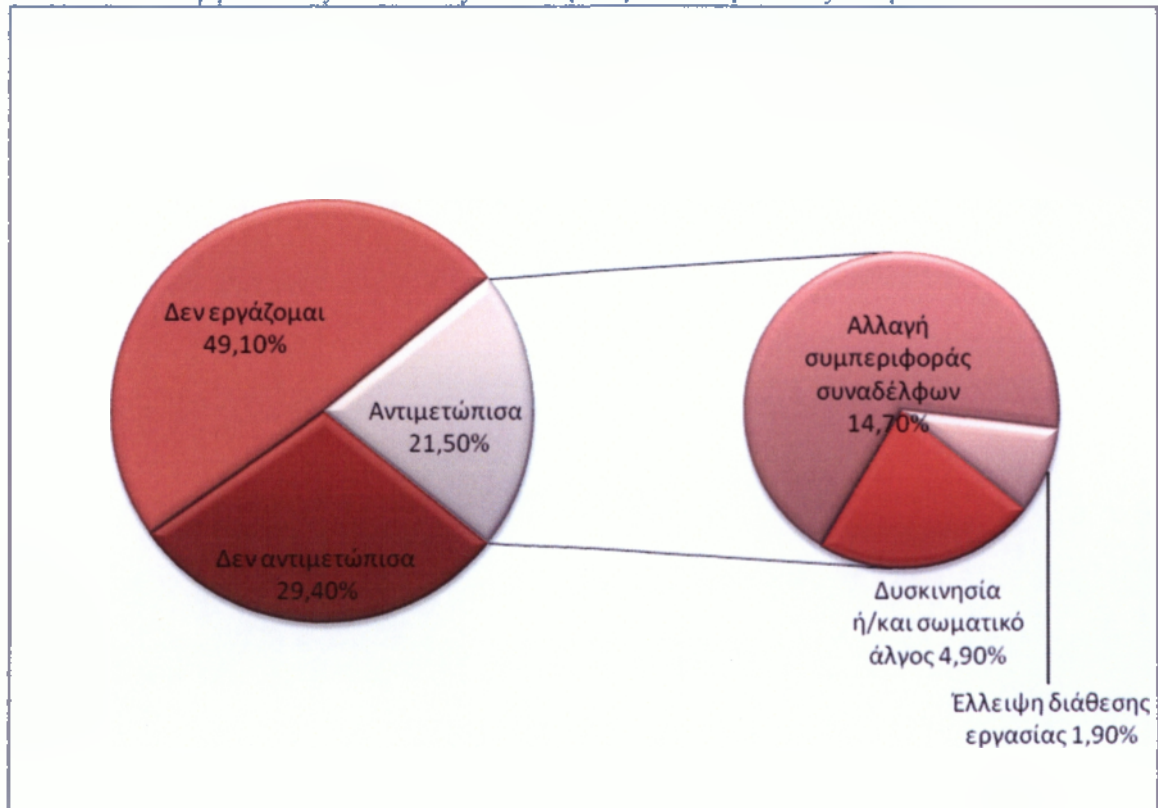


Πηγή: Ιδία έρευνα

### Εργασιακές δυσκολίες

Το 50,9% των γυναικών εργάζονταν και από αυτές προβλήματα στην εργασία τους αντιμετώπισε το 21,5%. Εξ αυτών το 14,7% αντιμετώπισε αλλαγή στην συμπεριφορά των συναδέλφων, το 4,9% είχε δυσκινησία και το 1,90% δεν είχε διάθεση για εργασία. ( Διάγραμμα 5.2.19)

Πίτα 5.2.19: Εργασιακές δυσκολίες κατά τη διάρκεια θεραπείας και μετά.



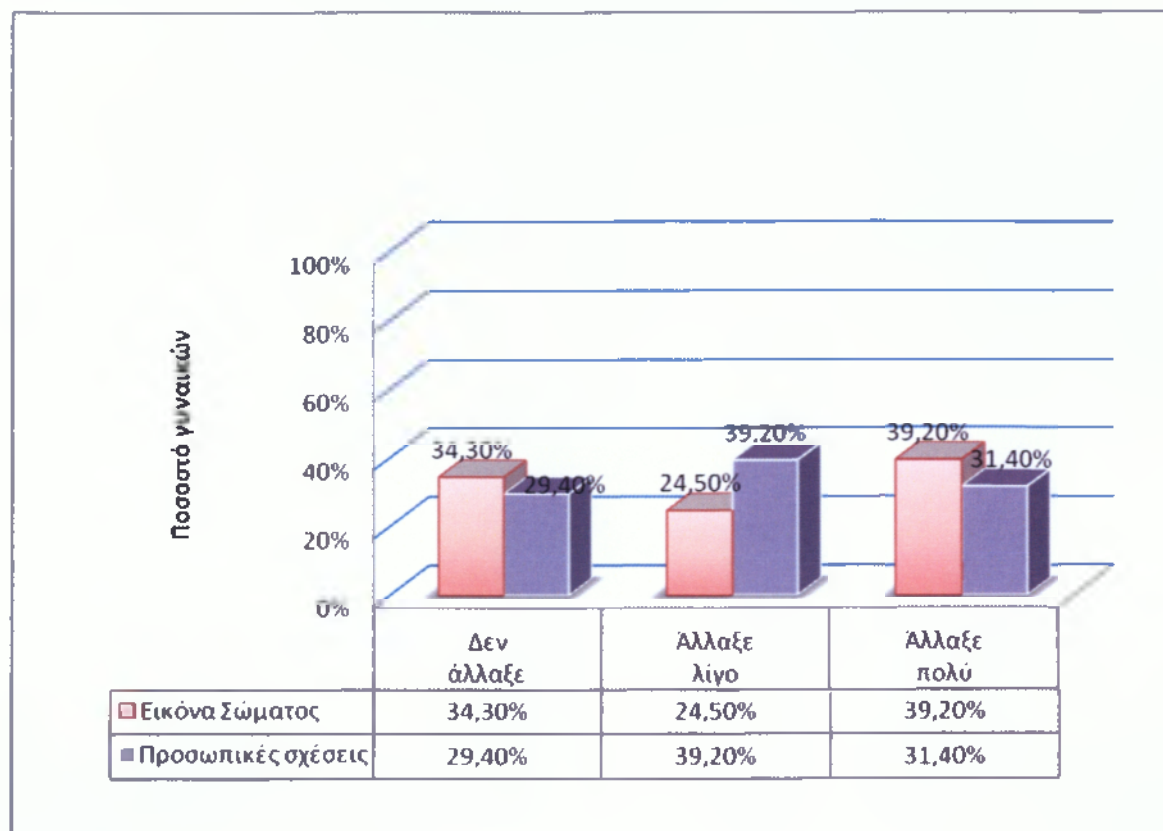
Πηγή: Ιδία έρευνα

### Η εμφανισιακή αλλαγή και η επίδρασή της στη σχέση με το σύντροφο.

Η πλειοψηφία (39,2%) των ερωτηθέντων δήλωσε, ότι η εικόνα που είχαν για το σώμα τους άλλαξε πολύ μετά της θεραπεία. Αντιθέτως το 34,3% δήλωσε ότι δεν άλλαξε καθόλου. Μεγάλη αλλαγή στις προσωπικές του σχέσεις είχε το 31,4% και μικρή αλλαγή το 39,2% των γυναικών. ( Διάγραμμα 5.2.20 )



Διάγραμμα 5.2.20: Αλλαγή στην εικόνα σώματος και στις προσωπικές σχέσεις μετά την θεραπευτική αγωγή.

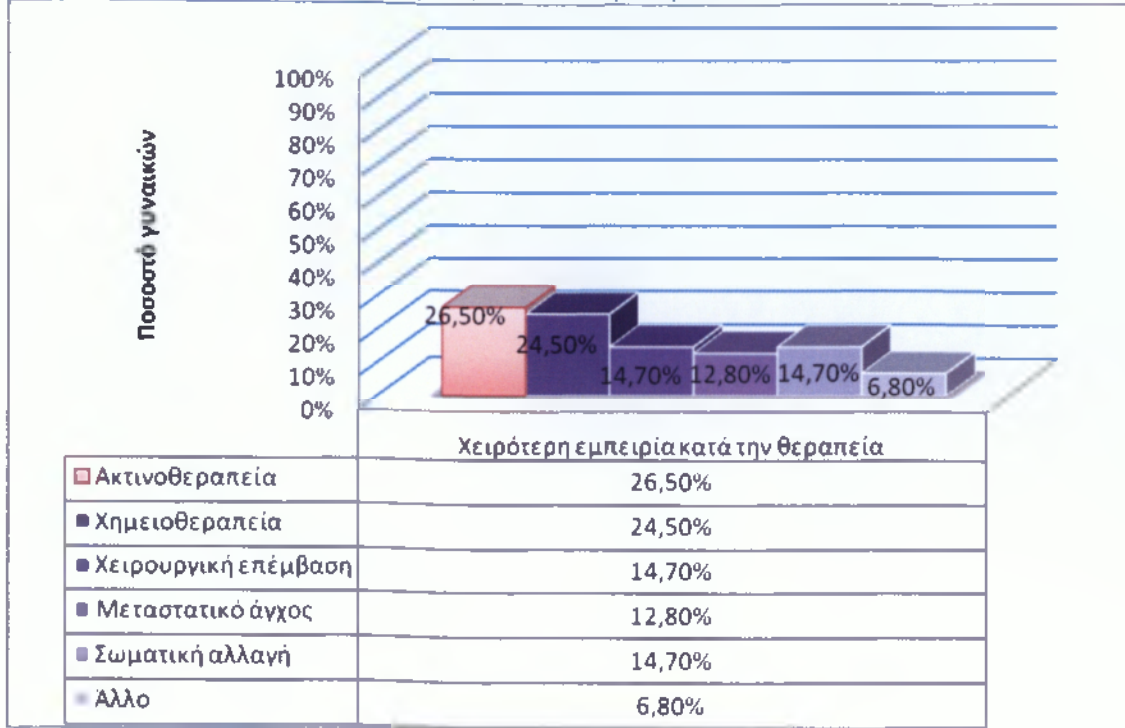


Πηγή: Ιδία έρευνα

#### Χειρότερη εμπειρία κατά τη θεραπεία.

Οι περισσότερες γυναίκες, δήλωσαν ότι η χειρότερη εμπειρία τους ήταν ο χώρος της ακτινοθεραπείας (26,5%). Το 24,5% απάντησε ότι ήταν οι χημειοθεραπείες, το 12,8% το άγχος για τυχόν μεταστάσεις, το 14,7% η χειρουργική επέμβαση, το 14,7% η σωματική αλλαγή μετά τη θεραπεία και τέλος το υπόλοιπο 6,8% δεν διευκρίνισε τη χειρότερη εμπειρία του. (Διάγραμμα 5.2.21)

Διάγραμμα 5.2.21: Χειρότερη εμπειρία κατά την θεραπεία.

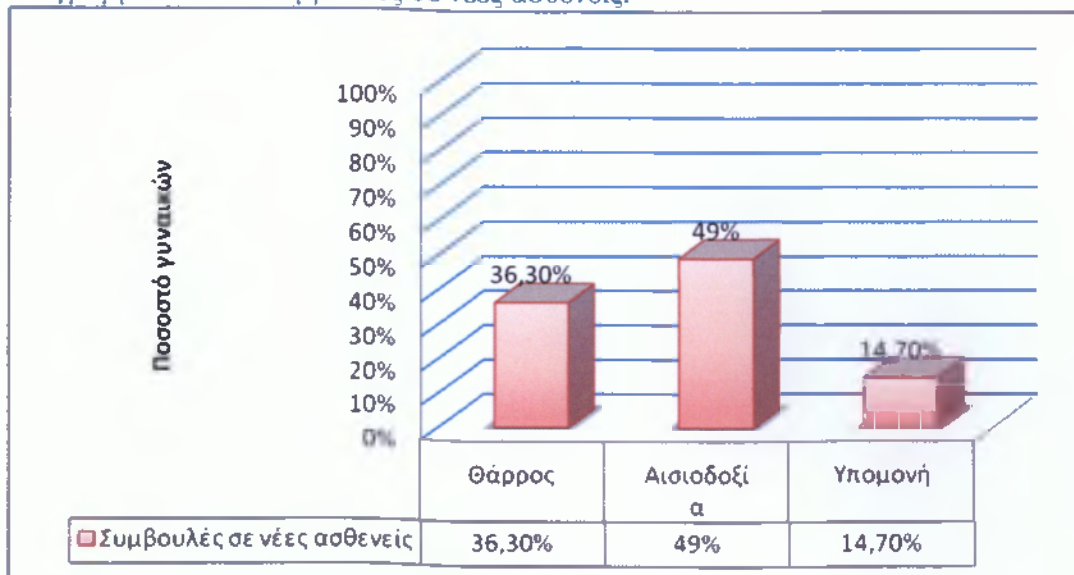


Πηγή: Ιδία έρευνα

Συμβουλές σε νέες ασθενείς.

Οι περισσότερες γυναίκες (49%), συμβούλευσαν τις νέες ασθενείς να αντιμετωπίσουν την νόσο με αισιοδοξία, και από τις υπόλοιπες το 36,3% συμβούλευσε θάρρος και το 14,7% υπομονή. ( Διάγραμμα 5.2.22)

Διάγραμμα 5.2.22: Συμβουλές σε νέες ασθενείς.



Πηγή: Ιδία έρευνα

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.

### 6.1.Γενικά

Στα δύο προηγούμενα κεφάλαια παρουσιάστηκαν αναλυτικά τα στοιχεία, το υλικό και η μέθοδος της έρευνάς μας. Επιπλέον με τη βοήθεια διαγραμμάτων παρουσιάστηκαν και στη συνέχεια αναλύθηκαν τα αποτελέσματα αυτής. Στο παρόν κεφάλαιο, θα κατατεθούν τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνά μας και οι προτάσεις που απορρέουν από το συνδυασμό των βιβλιογραφικών δεδομένων και της έρευνάς μας.

Πριν παρουσιαστούν τα συμπεράσματα, κρίνεται σκόπιμο να γίνουν δύο επισημάνσεις. Πρώτον, ότι το δείγμα δεν ήταν αντιπροσωπευτικό οπότε οποιαδήποτε γενίκευση θα ήταν το λιγότερο παρακινδυνευμένη. Δεύτερον, ότι είναι αμφίβολη η εγκυρότητα των απαντήσεων σε ερωτήσεις που αφορούν ευαίσθητα προσωπικά ζητήματα, όπως αυτό της σεξουαλικής δραστηριότητας, και συνεπώς το ίδιο ισχύει και για τα συμπεράσματα που βγαίνουν από τις απαντήσεις αυτές.

### 6.2. Συμπεράσματα Έρευνας

Όσον αφορά στους παράγοντες κινδύνου, βλέπουμε ότι η επίπτωση της νόσου αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία φτάνοντας στο υψηλότερο ποσοστό της μετά τα 60 έτη. Βλέπουμε ακόμη ότι η κληρονομικότητα είναι ο πλέον επιβαρυντικός παράγοντας. Εδώ με τον όρο κληρονομικότητα εννοούμε την παρουσία της νόσου σε συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρα ή αδελφή) και όχι την ύπαρξη συγκεκριμένου γονιδίου.

Σχετικά με την τεκνοποίηση, επιβεβαιώνοντας τα βιβλιογραφικά δεδομένα (Vesey et al, 1972) συμπεραίνουμε ότι ασκεί προστατευτική επίδραση, ανάλογη με τον αριθμό των τέκνων. Ο θηλασμός αυτών, δρα επίσης προστατευτικά και μάλιστα τόσο περισσότερο όσο μεγαλύτερη είναι η χρονική του διάρκεια.

Από την άλλη, δεν καταλήξαμε σε συγκεκριμένα καταδικαστικά συμπεράσματα για το κάπνισμα και τη λήψη αντισυλληπτικών (εδώ κρίνεται σκόπιμο να διευκρινιστεί ότι στο ερωτηματολόγιό μας δεν συσχετίσαμε τη λήψη αντισυλληπτικών με την πρώτη τελειόμηνη κύηση ούτε με το χρονικό διάστημα λήψης τους).

Η αυτοεξέταση μπορεί να είναι χρήσιμη, μόνο εφόσον αποτελεί αφορμή και αιτία για επίσκεψη στο γιατρό αμέσως μόλις εντοπιστεί οτιδήποτε δείχνει μη φυσιολογικό και παράταιρο στο μαστό. Είναι επίσης χρήσιμη, εφόσον δεν αντικαθιστά την τακτική ψηλάφηση των μαστών από

έμπειρο μαστολόγο.

Η προληπτική μαστογραφία απ' την άλλη, μπορεί να μειώσει σημαντικά την απώλεια ζωών από τη νόσο, γιατί βοηθάει να εντοπιστεί σε αρχικό στάδιο. Αυτό, με τη σειρά του, περιορίζει σε μεγάλο βαθμό τη σωματική παραμόρφωση (και τις συνακόλουθες ψυχολογικές επιπτώσεις), καθώς και το χρόνο αποθεραπείας, προσφέροντας παράλληλα δυνατότητα επιλογής ηπιότερων θεραπευτικών μεθόδων. Λέγοντας ηπιότερες θεραπευτικές μεθόδους εννοούμε την ακτινοθεραπεία και την ογκεκτομή, σε αντίθεση με τη μερική ή ριζική μαστεκτομή.

Η διάγνωση της νόσου προκαλεί πληθώρα συναισθημάτων στην ασθενή, με κυρίαρχο αυτό του φόβου. Βεβαίως συνυπάρχουν ο θυμός, η στεναχώρια, η άρνηση και η απόγνωση. Παρόμοια, αν και διαφορετικής έντασης, συναισθήματα βιώνουν και οι συγγενείς και οι φίλοι της ασθενούς. Όμως, όπως είναι, ίσως, φυσικό το κυρίαρχο συναίσθημα των συγγενών είναι η στεναχώρια. Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι τα προαναφερθέντα συναισθήματα είναι ανάλογα με τη διάγνωση της νόσου και όχι με τη βαρύτητα αυτής.

Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, η ψυχολογία της ασθενούς επιβαρύνεται καθώς είναι αναγκασμένη να πηγαίνει ξανά και ξανά στο νοσοκομείο. Σ' αυτό το στάδιο, η χειρότερη εμπειρία είναι η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία.

Μετά το τέλος της θεραπευτικής αγωγής, η σωματική αλλαγή και η αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές υποχρεώσεις επιτείνουν την ψυχολογική φθορά της ασθενούς, οδηγώντας την ακόμα και στη κατάθλιψη.

Η ψυχολογική κατάπτωση, σε συνδυασμό με την αλλαγή της εικόνας που έχει πια η ασθενής για το σώμα της, επηρεάζει αρνητικά, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, και τις σχέσεις με τον ερωτικό της σύντροφο.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα προαναφερθέντα, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι περισσότερες επιλέγουν να μην προχωρήσουν στην επανόρθωση του μαστού μετά το τέλος της θεραπευτικής αγωγής. Και αυτό για ποικίλους λόγους. Καταρχήν, φοβούνται να μπου ξανά στη διαδικασία: εισαγωγή στο νοσοκομείο – χειρουργείο – επώδυνη και πολύμηνη ανάρρωση. Ένας ακόμα λόγος, είναι το συναίσθημα ότι η ζωή τους έχει καταστραφεί, όποτε δεν έχει νόημα η βελτίωση της εξωτερικής τους εμφάνισης. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι μεγάλης ηλικίας (άνω των πενήντα ετών), οπότε η εξωτερική τους εικόνα δεν τους ενδιαφέρει πλέον τόσο πολύ.

Η τεράστια αλλαγή που συντελείται στην ψυχολογία της ασθενούς, σε συνδυασμό με το σωματικό άλγος και τη δυσκινησία που ακολουθούν τη θεραπεία, έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ικανότητα αλλά και στη διάθεσή της για εργασία. Σ' αυτά θα πρέπει να προστεθούν και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει από την αλλαγή της συμπεριφοράς των συναδέλφων της απέναντί της.

Όσον αφορά στην ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας, είναι σε σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο, κάτι που εμμέσως πλην σαφώς αφήνει να εννοηθεί ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης.

Εδώ, πρέπει να προστεθεί και το γεγονός, ότι οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν θεραπευτική αγωγή, κάτι που παραβιάζει κατάφωρα τα δικαιώματά τους (βλ. παράρτημα 2).

Τέλος, είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι παρά το ότι η νόσος εξουθενώνει σωματικά και ψυχολογικά τις ασθενείς, εντούτοις δεν καταφέρνει να τους αφαιρέσει το θάρρος και την αισιοδοξία τους. Και αυτό, καλό είναι να το έχουν υπόψιν τους όσες γυναίκες έρθουν κάποια στιγμή της ζωής τους αντιμέτωπες με τον καρκίνο του μαστού.

### 6.3 Προτάσεις

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και η εξαγωγή συμπερασμάτων από αυτά καθώς και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οδηγούν στη διατύπωση των προτάσεων για το τι μπορεί και πρέπει να γίνει, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, για την καλύτερη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Σε ατομικό επίπεδο, μπορούν να γίνουν πολλά. Οι γυναίκες οφείλουν, πρώτον, να αποφεύγουν όσους παράγοντες κινδύνου μπορούν. Κάτι που σημαίνει, ότι πρέπει να τρέφονται σωστά και υγιεινά, χωρίς καταχρήσεις και υπερβολές. Να αποφεύγουν, ακόμη, το κάπνισμα και τη μακροχρόνια λήψη αντισυλληπτικών (εκτός κι αν συντρέχουν ιατρικοί λόγοι για το αντίθετο). Παρότι δεν έχει αποδειχτεί πέραν πάσης αμφιβολίας ότι η μεγάλη πρόσληψη λιπαρών μέσω της διατροφής, το κάπνισμα, το αλκοόλ και η λήψη αντισυλληπτικών προκαλούν καρκίνο του μαστού, είναι εντούτοις γνωστό ότι επιβαρύνουν τον οργανισμό, προκαλώντας ή συμβάλλοντας στην εμφάνιση πληθώρας άλλων νόσων. Επομένως, η αποφυγή τους μόνο καλό μπορεί να κάνει.

Δεύτερον, καλό θα ήταν να τεκνοποιούν και να θηλάζουν για όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είναι εφικτό (εφόσον βέβαια μπορούν να τεκνοποιήσουν και να θηλάσουν), χωρίς να σκέπτονται, ότι η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός θα καταστρέψουν το σώμα τους. Αντιθέτως, πρέπει να σκέπτονται, ότι ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει την απώλεια της ζωής τους και ότι τίποτα δεν καταστρέφει το σώμα τους, όσο μια μαστεκτομή.

Τρίτον και σημαντικότερον, πρέπει να βάλουν στη ζωή τους την αυτοεξέταση, την ψηλάφηση μαστών από έμπειρο μαστολόγο και την ετήσια μαστογραφία. Ειδικά αν υπάρχει στην οικογένειά τους ιστορικό καρκίνου του μαστού (σε γιαγιά, μητέρα, αδελφή), θα πρέπει να αρχίζουν τον προληπτικό έλεγχο πολύ νωρίτερα από την ηλικία των 40 ετών, που συνιστάται για όλες τις

υπόλοιπες. Πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι μία μέρα το χρόνο αφιερωμένη στις προληπτικές – διαγνωστικές εξετάσεις, μπορεί να σώσει τη ζωή τους.

Σε συλλογικό επίπεδο, μπορούν επίσης να γίνουν πολλά ακόμη. Αφού το μόνο που μπορεί να σώσει ζωές είναι η πρόληψη, η Πολιτεία οφείλει να επενδύσει σ' αυτή. Και ο τρόπος για να το κάνει, είναι η ενημέρωση, η οποία μπορεί και πρέπει να γίνεται από την εφηβική ηλικία στα σχολεία, αλλά και με διαφημιστικές εκστρατείες στην τηλεόραση, τον τύπο, το ραδιόφωνο. Εννοείται βεβαίως, ότι το επόμενο βήμα, ή για την ακρίβεια, το βήμα που πρέπει να γίνει σχεδόν ταυτόχρονα με την ενημέρωση, είναι η δημιουργία κατάλληλων υποδομών, ώστε η πρόσβαση των γυναικών σε μαστολόγους και μαστογράφους να είναι εύκολη, γρήγορη και άμεση, ανεξάρτητα από τον τόπο διαβίωσής τους.

Παράλληλα, η Πολιτεία οφείλει να φροντίσει, όσο το δυνατόν καλύτερα και τις ασθενείς. Αυτό, σημαίνει δημιουργία ογκολογικών κλινικών πλήρως εξοπλισμένων και επανδρωμένων σε όλη τη χώρα και όχι μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα, καθώς και εκσυγχρονισμός των υπαρχόντων.

Οφείλει ακόμη, να φροντίσει και την ψυχολογική υγεία των ασθενών, γιατί, σε τελική ανάλυση, έχει ανάγκη από πολίτες υγιείς τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά, αφού μόνο έτσι μπορούν να είναι δημιουργικοί και αποδοτικοί. Πρέπει λοιπόν, σε κάθε κλινική μαστού να υπάρχει και, τουλάχιστον ένας αν όχι περισσότεροι, ειδικός ψυχολόγος ή ψυχίατρος ή κοινωνική-ός λειτουργός, που θα αναλαμβάνει το δύσκολο έργο της ψυχολογικής αποκατάστασης της ασθενούς, όπως ο χειρουργός και ο ογκολόγος αναλαμβάνει τη σωματική.

Τέλος, επειδή, εκ των πραγμάτων, η πολιτεία δεν μπορεί να είναι πάντα και παντού παρούσα και αποτελεσματική, οφείλει να ενθαρρύνει τη δημιουργία σωματείων, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, στηρίζοντας παράλληλα τη λειτουργία των υπαρχόντων (π.χ. ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "άλμα ζωής", τα οποία προσφέρουν πολλή σημαντική βοήθεια σε όλους τους τομείς της ζωής της καρκινοπαθούς.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι κάτι που αφορά όλες τις γυναίκες αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Καταστρέφει ζωές, διαλύει οικογένειες, προκαλεί δυσαναπλήρωτα κενά στον κοινωνικό ιστό. Δεν πρέπει όμως να μας τρομάζει. Ας μην ξεχνάμε ότι η γνώση είναι δύναμη και ότι η πρόληψη είναι ο μοναδικός τρόπος να σωθούν ζωές και να βελτιωθεί το επίπεδο ζωής όσων επιβιώνουν.

Ας ενημερωθούν λοιπόν όλες οι γυναίκες για τους παράγοντες κινδύνου και ας αποφύγουν όσους περισσότερους είναι δυνατό, γιατί δεν μπορεί κανείς να αλλάξει π.χ. τα γονίδια του.

Ας εκμεταλλευτούν επίσης τις δυνατότητες που τους δίνει η εξέλιξη της ιατρικής, ώστε να εντοπίσουν τη νόσο στο αρχικό στάδιο, όταν είναι ακόμα ιάσιμη, κάνοντας μετά τα 40 μια φορά το χρόνο προληπτική κλινική εξέταση και μαστογραφία.

Όσο για την πολιτεία, οφείλει να επενδύσει επίσης στην πρόληψη – έγκαιρη διάγνωση. Πρέπει να γίνουν εκστρατείες ενημέρωσης ξανά και ξανά, ώσπου η προληπτική εξέταση να γίνει αυτόματη και μηχανική διαδικασία, κάτι σαν την αναπνοή, για όλες τις γυναίκες.

Πρέπει ακόμη να δημιουργηθούν οι κατάλληλες υποδομές, ώστε όλες οι γυναίκες να έχουν εύκολη και άμεση πρόσβαση σε μαστολόγους και μαστογράφους, ακόμη κι αν ζουν σε, λεγόμενες, δυσπρόσιτες περιοχές.

Βεβαίως, πρέπει να μεριμνήσει και για τις ασθενείς. Να δημιουργήσει, δηλαδή, ογκολογικές κλινικές πλήρως εξοπλισμένες και επανδρωμένες ακόμα και μακριά από τα αστικά κέντρα γιατί ο καρκίνος χτυπάει παντού, και στα χωριά και στις πόλεις.

Να μεριμνήσει επίσης για την ψυχολογική αποκατάσταση των ασθενών. Κάθε κλινική μαστού πρέπει να περιλαμβάνει και ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο ή κοινωνική λειτουργό, που να αναλαμβάνει αυτό το δύσκολο κομμάτι.

Τέλος, να ενθαρρύνει τη δημιουργία και να στηρίζει τη λειτουργία των υπαρχόντων συλλόγων και ομάδων αυτοβοήθειας, που προσφέρουν πολύ σημαντικό έργο στους τομείς της ψυχοκοινωνικής στήριξης των ασθενών και των οικογενειών τους, της οργανωμένης αλληλοβοήθειας κ.α.

Κλείνοντας, θα επαναλάβουμε για μια ακόμα φορά ότι ο καρκίνος μπορεί να νικηθεί! Το "όπλο" μας είναι η πρόληψη – έγκαιρη διάγνωση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adam PH., Herzlich CH., (1999). «Κοινωνιολογία της ασθένειας και της Ιατρικής», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Ελληνική Έκδοση.
2. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ. (1986). «Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο». Αθήνα, Εκδόσεις Φλόγα.
3. Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1997). «Η Ψυχολογία στον Χώρο της Υγείας». Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
4. Anderson D. and Badzioch M. (1984). «Risk of Familial Breast Cancer», Department of Genetics, Πανεπιστήμιο του Τέξας.
5. Anllo CM et al (2000). «Sexual life after breast cancer». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(3):σελ. 241-8.
6. Arnot R. (2003). «Καρκίνος του στήθους, πρόληψη και αντιμετώπιση». Αθήνα, Modern Times.
7. Bell J. (2001). Ρήγα Α,Β.(Επιμ.) «Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας» Αθήνα, Gutenberg.
8. Γιώτης, Ξ. (1985). «Προφυλακτική χημειοθεραπεία στον εγχειρήσιμο καρκίνο μαστού. Έναρξη μετά ή πριν από την εγχείρηση». *Ιατρική* 47, σελ 27-32.
9. Γκάρας, Ι. (1987). «Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού σήμερα. Διεθνείς απόψεις και ημετέρα εμπειρία» *Ελληνική Χειρουργική* 6, σελ 687-693.
10. Γκαρμάτης, Κ. (1985). «Η ακτινοθεραπεία εις την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Σύγχρονες αντιλήψεις». Αθήνα, *Ιατρική* 47, σελ 33-88.
11. Γούλα Α. (2000). «Γενικές αρχές μεθοδολογίας έρευνας». Σημειώσεις μεθοδολογίας. ΤΕΙ Αθήνας.
12. Creagan E. (2006). «Καρκίνος του μαστού». Αθήνα, Αλκυών.
13. Δαμίγος Δ. (1990). «Η ψυχολογική διάσταση στην καρκινική διεργασία», *Διδακτορική Διατριβή*, Ιωάννινα.
14. Δημητρόπουλος Ν. (2000). «Η μαστογραφία στην κλινική πράξη». Αθήνα, Παρισιανού Μ.
15. Engel J et al (2004). «Quality of life following breast-conserving therapy of mastectomy: results of 5-year prospective study». *Breast Journal*, 10(3):σελ 223-31.
16. Ganz PA et al (2004). «Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer. First results from the moving beyond cancer randomized trial». *Journal of the NCI*, 96(5):σελ 376-87.



17. Horhobaqui, G. (1990). «Οι τελευταίες εξελίξεις στην επικουρική θεραπεία του καρκίνου του μαστού». *Ιατρικές Εξελίξεις*
18. Howe G. Rohan T. Decarii A. Iscovitch. Kaldor J Katsouyanni K Marubmi E Miller A. Riboli E. Toniolo P. Trichopoulos D.(1991). «The association between alcohol and breast cancer risk: evidence from the combined, analysis of six dietary case-control studies» *Internation Journal Cancer*, 47. 707.
19. Hunter, P.J. and Willett, W (1993). «Diet, Body, Size and breast cancer», *Epidemiol (Review) 15*, σελ 110.
20. Ιακωβίδης Β.Ι. (2007). «Επιδράσεις του καρκίνου του μαστού επικοινωνώντας με τον ασθενή». Αθήνα, Εκδόσεις Γράφημα.
21. Καρβελάς, Φ. (1990). «Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού», Αθήνα, *Ιατρική 57(1)*. σελ 25-29.
22. Κόνιαρη, Ε. (1991). «Καρκίνος του Μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση» Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.
23. Κορδιόλης Ν.(2001). «Τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο». Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα.
24. Koruberth AB et al: «Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer». (Review) 125 Ref.
25. Lambley P. (2005). «Η ψυχολογία του καρκίνου, πρόληψη και επιβίωση». Αθήνα, Εκδόσεις Μακρή.
26. Landmark BT., Wahl A. (2002). «Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer» *Journal Adv Nurs*. 40 σελ. 12-121.
27. Lee CH. (2004). «Problem solving MR imaging of the breast Radial Clin», *North Am September*, 42, Τόμος 5, σελ.919-934.
28. Μουζάκα, Ι. (1985). «Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού», Αθήνα, *Ιατρική 47*, σελ 6-11.
29. Μουζάκα, Ι. (1996). «Σύγχρονη Μαστολογία». Αθήνα, Ιδιωτική έκδοση.
30. Μπαρμπουνάκη – Κωνσταντάκου Ε.(2004).« Χημειοθεραπεία». Αθήνα, Βήτα ιατρικές εκδόσεις.
31. Moolgavkar SH, Day NE, Stevens RG. (1980). «Two-stage model for carcinogenesis: Epidemiology of breast cancer in females», National Cancer Institute.
32. Παπαδόπουλος, Ν. (1992). «Ψυχολογία β' έκδοση». Αθήνα, Κέντρο Ψυχολογικών Μελετών.

33. Παπαθανασίου Κ. (2002). «Γυναικολογική Ογκολογία». Αθήνα, University Studio Press.
34. Pike MC, Henderson BE, Casagrande JT, Rosario I, Gray GE (1981). « Oral contraceptive use and early abortion as risk factors for breast cancer in young women» *British Journal of Cancer* 43(1):σελ.72-6.
35. Robert Buckman, Tereza Whittaker.( 2000)«Καρκινος του μαστού όλα όσα πρέπει να γνωρίζεται». Αθήνα, Χρυσή πένα.
36. Σακελλαρόπουλος Π. (1988) «Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία στη Δημόσια Περίθαλψη», *Ψυχολογικά Θέματα, Τόμος 2, τεύχος 1.*
37. Σαραφίδης Π. & Τσιώρα Β. (2000). «Κοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου του μαστού από την πρόσληψη της ασθένειας έως τις μεταβολές στους τομείς της καθημερινής ζωής.» *Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 13, τεύχος 111(Μάρτιος/ Απρίλιος).*
38. Staszewski J. (1971). «Age at menarche and breast cancer», *Journal of the National Cancer Institute* 47(5):935-940.
39. Στεφανής Κ. (1981). «Ψυχολογικές και ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου». *Κλινική Ογκολογία*. Αθήνα, Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας.
40. Spiegel D., Kraemer HC., Bloom GR., Gottheil E. (1989). «Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer». *Lancet* 2 σελ.889-891
41. Spiegel D. (1999). «A 43-year-old woman coping with cancer». *JAMA* 281 σελ.371-378
42. Τσελέπη Χ. (2000) «Διαδρομές ασθενών και πρότυπα υγείας.» *Μάντη Π. Τσελέπη Χ., κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/ υπηρεσιών υγείας. Τόμος Α: Κοινωνικές-Πολιτικές πτυχές της υγείας και της αρρώστιας.* σελ. 209-228. Ελληνικό ανοιχτό πανεπιστήμιο Πάτρας.
43. Vesey D, Ory H, Cole P, MacMahon B, and Hoover R (1972). «Oral contraceptives and reduced risk of benign breast diseases». *The new England Journal of Medicine.* 294:419-422
44. Waterhouse J., Fraumeni, Jr (1976). «Based on a U.I.C.C. Workshop held in Oslo», *Norwegian Cancer Society.*
45. Willett, W. (1993). «Diet and breast cancer», *ContempNurt* 18, Τόμος 1.
46. Φύσσας Ι. (2006) «Ο μαστός και οι παθήσεις του». Αθήνα, Εκδοτικός Οίκος Λιβάνη.

#### ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΙΟΥ

Δημοσίευση από την γενική γραμματεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος  
<http://www.statistics.gr/>. (5/2/2009)

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. Ερωτηματολόγιο έρευνας.**

1. Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;
2. Έχετε τεκνοποιήσει και αν ναι πόσα παιδιά έχετε;
3. Έχετε θηλάσει; Αν ναι για ποσό χρονικό διάστημα;
4. Καπνίζετε ή/και καπνίζατε ποτέ συστηματικά;
5. Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ αντισυλληπτικό χάπι;
6. Σε ποια ηλικία νοσήσατε;
7. Υπήρχε ανάλογο οικογενειακό ιστορικό(κληρονομικότητα);
8. Πόσο συχνά κάνατε αυτοεξέταση στο μαστό σας;
9. Κάνατε προληπτικές μαστογραφίες;
10. Εργαζόσασταν πριν νοσήσετε;
11. Πόσος χρόνος πέρασε από την ανακάλυψη του πρώτου συμπτώματος μέχρι την επίσκεψη στο γιατρό;
12. Τι θεραπεία ακλουθήσατε;
13. Σας δόθηκε επιλογή για την θεραπεία που θα ακλουθούσατε;
14. Πόσο χρονικό διάστημα κράτησε η θεραπεία σας;
15. Πως νοιώσατε την πρώτη φορά που ακούσατε τη διάγνωση;
16. Πως αντέδρασαν οι δικοί σας άνθρωποι στο άκουσμα της διάγνωσης;
17. Από ποιά άτομα είχατε την μεγαλύτερη υποστήριξη;
18. Τι είδους υποστήριξη σας προσέφεραν;
19. Είστε ευχαριστημένη από την νοσοκομειακή φροντίδα;
20. Νιώσατε ότι δεν μπορούσατε να αντεπεξέλθετε στην καθημερινότητα σας οικογενειακές - επαγγελματικές υποχρεώσεις;
21. Νιώσατε ότι περάσατε κάποια περίοδο κατάθλιψης;
22. Αναζητήσατε τη βοήθεια κάποιου ψυχολόγου κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά;
23. Ποιά ήταν η χειρότερη εμπειρία σας κατά τη διάρκεια της θεραπείας;

24. Τι δυσκολίες συναντήσατε στον εργασιακό σας χώρο κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετέπειτα;
25. Άλλαξε η εικόνα που έχετε για το σώμα σας μετά την επέμβαση;
26. Υπήρχε κάποια αλλαγή μετά την επέμβαση στις προσωπικές σας σχέσεις;
27. Θα προχωρούσατε στην επανόρθωση του μαστού μετά από μαστεκτομή;
28. Τι θα συμβουλευάτε άλλες γυναίκες και τις οικογένειες τους που βρίσκονται σε παρόμοια θέση με εσάς;

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. Δικαιώματα ασθενών με καρκίνο.

Στην ιατρική ηθική και δεοντολογία και στην σχετική διεθνή και εθνική νομολογία δεν γίνεται διάκριση των δικαιωμάτων μεταξύ υγείων και ασθενών.

Για ορισμένες νοσηρές καταστάσεις που έχουν ιδιαιτερότητες όπως σε νοσήσαντες HIV, καρκίνο ή άλλες, ο χάρτης των δικαιωμάτων προσαρμόζεται ανάλογα, για την καλύτερη προστασία του ατόμου.

Τα δικαιώματα των καρκινοπαθών τονίζονται και προστατεύονται επίσης από τα βασικά καταστατικά άρθρα των ιατροκοινωνικών φορέων, όπως της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας ή των αμιγώς επιστημονικών, σαν την Ελληνική Ογκολογική Εταιρία. Το ίδιο προβλέπεται στο ιδρυτικό σκεπτικό των αντικαρκινικών νοσοκομείων και διατυπώνεται σαφώς στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας τους αλλά και στις οδηγίες της UICC σε παγκόσμιο, ή της EU σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Για τα δικαιώματα των καρκινοπαθών, εκτός από τις οδηγίες της WOH και των άλλων διεθνών οργανισμών, τοποθετήθηκε η Ευρωπαϊκή Ένωση το 1991 με την σύσκεψη εργασίας που πραγματοποιήθηκε στην Χάγη της Ολλανδίας από 28-30/11/1991.

Στη σύσκεψη εργασίας στη Χάγη έλαβαν μέρος υπηρεσιακοί παράγοντες των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και προτάθηκαν συγκριμένες οδηγίες με σκοπό να ληφθούν υπόψη στις εκάστοτε διαμορφούμενες εθνικές πολιτικές και στρατηγικές. Έλαβαν μέρος επίσης καρκινοπαθείς, άτομα που θεραπεύτηκαν από νεοπλασματική νόσο, γιατροί, νοσηλευτές, εργασιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και ειδικοί σύμβουλοι από 23 ευρωπαϊκές χώρες.

### ➤ Η διακήρυξη της Χάγης για τα δικαιώματα των καρκινοπαθών:

Συντάχθηκε από την Cancer Link για να γνωστοποιήσει τις ανάγκες των ατόμων με καρκίνο στους λειτουργούς υγείας, εργοδότες και τον γενικό πληθυσμό.

Το κείμενο αυτό σχεδιάστηκε ώστε να αποτελέσει ένα σημείο έναρξης διαλόγου, περί του πως αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των καρκινοπαθών καθώς επίσης και πως θα μπορούσε να βελτιωθεί η παροχή υπηρεσιών.

Όσα αναφέρονται παρακάτω δεν υφίστανται ως νομικά δικαιώματα, αλλά είναι βασικά για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών.

Απευθύνονται σε άτομα ή Οργανισμούς για να τα συμπεριλάβουν στους βασικούς στόχους της πολιτικής τους. Ειδικά στους:

- Διεθνή Ένωση Κατά του Καρκίνου, Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

- Πρόγραμμα "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου", Συμβούλιο της Ευρώπης, Ένωση Ευρωπαϊκών Αντικαρκινικών Εταιρειών
- Εθνικές και τοπικές αρχές
- Εκπροσώπους των πολιτών σε ευρωπαϊκό, εθνικό και τοπικό επίπεδο
- Οργανώσεις φροντίδας υγείας ή αντικαρκινικές ομάδες
- Συλλόγους καρκινοπαθών
- Οργανώσεις εργοδοτών και εργαζομένων
- Ασφαλιστικές εταιρείες
- Θρησκευτικές κοινότητες και Οργανώσεις που εκπροσωπούν γενικότερες απόψεις
- Άτομα και Οργανώσεις που συμβάλλουν στην επίτευξη αυτών των στόχων

### Τελικές συστάσεις

Οι συμμετέχοντες στην Ευρωπαϊκή Σύσκεψη Εργασίας για την Υποστήριξη των Καρκινοπαθών λαμβάνοντας υπόψη ότι:

- η διαδικασία εξέλιξης του καρκίνου αφορά αμφότερα το σωματικό και το ψυχοκοινωνικό επίπεδο
- ο καρκίνος δεν έχει επίδραση μόνο στους καρκινοπαθείς, αλλά επίσης και στις οικογένειές τους και σ' όσους τους φροντίζουν
- οι εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη παρέχουν σε πολλούς καρκινοπαθείς την προοπτική να μπορούν να επιστρέψουν σε μία φυσιολογική ζωή για μακρύ χρονικό διάστημα, αν όχι και με προοπτική πλήρους ίασης
- υπάρχει μία ισχυρή τάση στο να θεραπεύονται οι ασθενείς εναλλακτικά εντός και εκτός νοσοκομείου, ενώ οι έλεγχοι συνεχίζονται για ένα σημαντικό αριθμό ετών
- οι προοπτικές των ασθενών δεν βασίζονται μόνο στις ιατρικές δυνατότητες αλλά επίσης και στην καλή τους φυσική κατάσταση μετά την θεραπεία
- ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καθορίζει την υγεία ως μία κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής κατάστασης
- οι ανάγκες και οι επιθυμίες των καρκινοπαθών και των συγγενών τους όπως συνοψίζονται στη "**Διακήρυξη Δικαιωμάτων των καρκινοπαθών**", όπως συντάχθηκε από την Cancer Link (Μ. Βρετανία) θεωρούν τα παρακάτω ως εξ ίσου σημαντικούς στόχους για την επίτευξη κατάλληλης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των καρκινοπαθών και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος:

1. Να αναγνωρίζεται ότι τόσο τα ιατρικά όσο και τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα σχετικά με τον καρκίνο χρήζουν ίσης φροντίδας.
2. Να παρέχεται καλά συντονισμένη, συνεχής, τρέχουσα, πλήρης και εμπειριστατωμένη πληροφόρηση και εκπαίδευση για τους καρκινοπαθείς και τους συγγενείς τους σχετικά με ιατρικά θέματα και τις προσωπικές και κοινωνικές τους δραστηριότητες.
3. Να ενθαρρύνεται ο συντονισμός και η συνέχιση της υποστήριξης και παρέμβασης με την παροχή των αναγκαίων οικονομικών, η κατάρτιση των επαγγελματιών και των εθελοντών, όπως και να ενθαρρύνεται η κατάρτιση πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων.
4. Να παρέχεται συμβουλευτική υποστήριξη και φροντίδα στα άτομα που έχουν ή είχαν καρκίνο, στον κοινωνικό τους περίγυρο αλλά και τους ειδικούς
5. Να χρησιμοποιείται η γνώση και εμπειρία ατόμων που είχαν καρκίνο να πληροφορούνται οι καρκινοπαθείς και οι συγγενείς τους με θετικό τρόπο για τις δυνατότητες υποστήριξης από άτομα που είχαν καρκίνο και να υποστηρίζεται η εθελοντική αυτοβοήθεια των καρκινοπαθών.
6. Να παρέχονται τα μέσα και η υποστήριξη για την διευκόλυνση ατόμων με καρκίνο να καταλήγουν, με αξιοπρέπεια, σε τόπο που θα επιλέγουν οι ίδιοι
7. Να παρέχεται επαρκής πληροφόρηση περί των κοινωνικών δικαιωμάτων και παροχών, τα οποία δικαιούνται τα άτομα με καρκίνο και τα άτομα που τους φροντίζουν.
8. Να απαλειφθεί η διάκριση κοινωνική, επαγγελματική και οικονομική ατόμων που έχουν ή είχαν καρκίνο.
9. Να υπάρχουν υψηλού επιπέδου ειδικοί για όλους τους καρκινοπαθείς και πιο πολύ για κατηγορίες ασθενών όπως τα παιδιά, τα ηλικιωμένα άτομα, οι εθνικές μειονότητες και όσοι υφίστανται θεραπεία με ακρωτηριασμό.
10. Να συλλέγονται και μελετώνται στοιχεία των βελτιώσεων υποστήριξης και παρέμβασης στον ψυχοκοινωνικό τομέα που είναι ενσωματωμένα στο σχέδιο φροντίδας των ασθενών και να διαδίδεται αυτό μεταξύ επαγγελματιών υγείας και των πολιτικών.

### Έγω το δικαίωμα

1. Σε ίση φροντίδα και προσοχή ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, τάξης, μόρφωσης, θρησκευτικών πεποιθήσεων, ηλικίας, σεξουαλικότητας, τρόπου ζωής ή βαθμού ικανότητας.

2. Να αντιμετωπίζομαι με σεβασμό και αξιοπρέπεια και να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι ανάγκες μου. φυσική, συναισθηματική, πνευματική, κοινωνική και ψυχολογική και να τυγχάνουν ανταπόκρισης καθ' όλη μου τη ζωή ανεξάρτητα από τη διάγνωση.

3. Να γνωρίζω ότι έχω καρκίνο, να μου ανακοινώνεται με μεθοδικά λεπτό τρόπο και να συνοπλογογίζομαι στη λήψη αποφάσεων και φροντίδας με τίμιες και εμπειριστατωμένες συζητήσεις με σχετικούς ειδικούς και άλλους επαγγελματίες υγείας.

4. Να ενημερώνομαι πλήρως περί των επιλογών θεραπείας και να μου επεξηγούνται τα πλεονεκτήματα, παρενέργειες και κίνδυνοι κάθε θεραπείας.

5. Να μου ζητείται η συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης πριν να υποστώ κάποια κλινική δοκιμή.

6. Σε μία δεύτερη γνώμη, να αρνούμαι θεραπεία ή να χρησιμοποιώ συμπληρωματικές θεραπείες χωρίς προκατάληψη σε συνεχιζόμενη ιατρική υποστήριξη.

7. Να αναγνωρίζονται όλες οι ειδικές ανάγκες και να υπάρχει άμεση ανταπόκριση στη διεκδίκηση διευκολύνσεων.

8. Να προσλαμβάνομαι, προάγομαι ή να επιστρέφω στην εργασία μου σύμφωνα με τις ικανότητες και την εμπειρία μου και όχι με τις εικασίες γύρω από την ασθένεια μου και την εξέλιξη της.

9. Να διευκολυνθεί η πρόσβαση προς τις τοπικές και εθνικές υπηρεσίες, η υποστήριξη των καρκινοπαθών και οι ομάδες αυτοβοήθειας και των ιατρών που μπορεί να είναι χρήσιμοι για τις ανάγκες μας.

10. Να υποστηρίζομαι και να πληροφορούμαι ώστε να κατανοήσω και να συμφιλιωθώ με της ασθένεια μου και να έχω παρόμοια υποστήριξη για την οικογένεια και τους φίλους τους.

Επιπρόσθετα με την προαναφερόμενη διακήρυξη της Χάγης έγινε λίγα χρόνια μετά η δήλωση της Φλωρεντίας που αναφέρεται συγκεκριμένα στον καρκίνο του μαστού.

#### ➤ Η δήλωση της Φλωρεντίας.

Η πρώτη Ευρωπαϊκή κοινή δήλωση για σημαντικό θέματα που αφορούν την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού εγκρίθηκε το Σάββατο 3 Οκτωβρίου 1998, από το σχεδόν 1000 κλινικούς γιατρούς, επιστήμονες και αποδέκτες υπηρεσιών υγείας που συμμετείχαν και ψήφισαν σε ειδική εκδήλωση στα πλαίσια του 1ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου για τον καρκίνο του μαστού (EBCC-1) στην Φλωρεντία.

Η κοινή δήλωση της Φλωρεντίας επικεντρώνεται σε θέματα που απασχολούν όλους όσους εμπλέκονται στην έρευνα, θεραπεία, πρόληψη και υποστήριξη ασθενών με καρκίνο του μαστού, συμπεριλαμβανομένων και των τριών μεγαλύτερων ομάδων και οργανωτών του EBCC-1, δηλ. την



Συνεργαζόμενη Ομάδα για τον Καρκίνο του Μαστού της Ευρωπαϊκής Οργάνωσης για την Έρευνα και Θεραπεία του καρκίνου (BCCG - EORTC), την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Μαστολογίας (EUSOMA) και την Europe Donna (τον Ευρωπαϊκό Συνασπισμό κατά του καρκίνου του μαστού).

Η δήλωση έχει ως εξής:

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συνηθέστερος καρκίνος και η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εξ' αιτίας της σημασίας του και της δυνητικά μεγάλης ιασιμότητας του αξίζει ειδικής προσοχής και προσπάθειας. Το 1<sup>ο</sup> Ευρωπαϊκό Συνέδριο για τον καρκίνο του μαστού καλεί το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο να αφιερώσει μία συνεδρίαση του για τη συγκεκριμένη νόσο.

Το Συνέδριο της Φλωρεντίας κάνει, επίσης, τις ακόλουθες δηλώσεις:

#### Για την έρευνα

•Οι κλινικές έρευνες είναι το υπόβαθρο για την ανάπτυξη της κατάλληλης θεραπείας του καρκίνου του μαστού και αυτό το συνέδριο δεσμεύτηκε να ενθαρρύνει τη μέγιστη δυνατή συμμετοχή στις κλινικές έρευνες. Οι αποδέκτες υγειονομικών φροντίδων οι ασθενείς θα πρέπει να εμπλακούν σ' όλα τα στάδια σχεδιασμού και διεξαγωγής των κλινικών ερευνών, με την διαυγή δημόσια πληροφόρηση, την συζήτηση με τις επιτροπές ηθικής και με αυξημένη δυνατότητα πρόσβασης στις κλινικές έρευνες.

•Αυτό το συνέδριο δεσμεύτηκε να ασκήσει πίεση στις κυβερνήσεις, στα ιατρικά ιδρύματα και στην βιομηχανία υγείας να επενδύσουν περισσότερα στην έρευνα του καρκίνου του μαστού, και ιδιαίτερα σε διεθνικές έρευνες. Επιπρόσθετα, τα μεγάλα Ευρωπαϊκά ιδρύματα καλούνται να συντονίσουν τις προσπάθειες τους για να αποφευχθεί η αναίτια διεξαγωγή παρόμοιων-παράλληλων ερευνητικών προγραμμάτων σε διάφορες χώρες και ν' απελευθερωθούν, μ' αυτό τον τρόπο, μέσα για να ενισχυθούν οι Ευρωπαϊκές έρευνες.

#### Για την γενετική προδιάθεση

•Δεδομένου ότι η γνώση για την γενετική προδιάθεση στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού συνεχώς εμπλουτίζεται και οι δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης των φορέων γενετικών αλλαγών δεν έχουν ακόμα αποδειχτεί ότι προσφέρουν όφελος, το συνέδριο αποφασίζει ότι ο γενετικός έλεγχος θα πρέπει να λαμβάνει χώρα μόνο στα πλαίσια κλινικών ερευνών. Ένα τέτοιο πλαίσιο έχει ανάγκη από προσωπικό και μέσα για περαιτέρω μελέτη των ψυχολογικών συνεπειών και των κλινικών αποτελεσμάτων σ' αυτούς που παρουσιάζονται για έλεγχο.

•Ο γενετικός έλεγχος αντιπροσωπεύει μία πιθανή απειλή για την ιδιωτική ζωή και την ασφάλεια των γυναικών και θα μπορούσε να οδηγήσει σε εμπορική εκμετάλλευση δια μέσου της κατοχύρωσης γενετικών δικαιωμάτων εκμετάλλευσης (patent) Το συνέδριο, ως εκ τούτου, απαιτεί την θέσπιση εθνικής

νομοθεσίας και Ευρωπαϊκής οδηγίας για να προστατευθούν οι γυναίκες από προσωπική, επαγγελματική, οικονομική και άλλη διάκριση.

#### Για την ψυχοκοινωνική κατάσταση

• Το συνέδριο πιστεύει ότι η εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης θα πρέπει να είναι υποχρεωτική στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των γυναικών και όχι απλά και μόνο να αποτελεί ένα μέρος των κλινικών ερευνών.

#### Για την θεραπεία

• Το συνέδριο απαιτεί αυτοί που έχουν την ευθύνη για την οργάνωση και χρηματοδότηση της φροντίδας του καρκίνου του μαστού να λάβουν μέτρα ώστε όλες οι γυναίκες να έχουν πρόσβαση σε κλινικές μαστού, πλήρως εξοπλισμένες, με ικανό επαγγελματικό προσωπικό διαφορετικών ειδικοτήτων και σε αναλογία αντιστοιχίας μιας τέτοιας κλινικής ανά 250.000 πληθυσμό.

#### Για την ποιότητα φροντίδας

• Δεδομένης της σημασίας που έχει η ποιότητα της χειρουργικής, της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας στον καθορισμό της έκβασης της νόσου, θα πρέπει να γίνουν υποχρεωτικά τα προγράμματα εξασφάλισης της ποιότητας για τις υπηρεσίες αντιμετώπισης καρκίνου του μαστού, ώστε με βάση αυτά να κρίνονται αυτές για χρηματοδότηση από τις υπηρεσίες παροχής ιατρικών φροντίδων.

Οδηγίες πολυδύναμης αντιμετώπισης βασισμένες σε αποδείξεις και προσδιορισμένες σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο με την συγκατάθεση των επαγγελματιών του χώρου της υγείας, των εθελοντικών οργανώσεων, άλλων υπηρεσιών υγείας και των ασθενών θα βελτιώσουν ακόμα περισσότερο το αποτέλεσμα.