

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Οι νεοπλασίες αποτελούν ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη ασθένεια, η οποία προσβάλλει όλους τους ιστούς του ανθρώπου. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον πλανήτη. Η συχνότητά του παρουσιάζει σταθερή αύξηση και είναι σήμερα ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά την διάρκεια της ζωής της. Ενώ όμως στη δυτική Ευρώπη, την τελευταία δεκαετία, μειώνεται ο αριθμός των γυναικών που χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους από καρκίνο του μαστού, στη χώρα μας συνεχίζει σταθερά να αυξάνεται. Αυτό οφείλεται στο ότι 60% των Ευρωπαίων γυναικών υποβάλλονται σε τακτική προληπτική κλινική εξέταση μαστών και

μαστογραφία, ενώ στη χώρα μας μόνο 5%. Έτσι οι Ευρωπαίες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γιατρευτούν τελείως από τον καρκίνο, λόγω της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης θεραπείας. Στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού σημαδεύει περίπου 4500 γυναίκες το χρόνο. 95% από αυτές πήγε στο γιατρό αφού «έπιασε κάτι στο στήθος» και τότε πολλές φορές μπορεί να είναι αργά. Έτσι μόνο 5% των Ελληνίδων ανακαλύπτουν έγκαιρα έναν όγκο σε προληπτική κλινική εξέταση μαστού ή σε προληπτική μαστογραφία (Φύσσας, 2006).

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο στο ίδιο το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται αντιμέτωπη μόνο με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση (Αγγελοπούλου και συν., 2013).

Η ενημέρωση του πληθυσμού παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης της νόσου. Η προσπάθεια που γίνεται τα τελευταία χρόνια έγκειται στο να εντοπίζεται ο καρκίνος του μαστού σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμο στάδιο, οπότε και η αρχική αντιμετώπισή του να συνεπάγεται έως και την πλήρη ίαση, συνεπώς βελτίωση της πρόγνωσης. Άρα, μελέτες σαν αυτή που έχουν σα στόχο την ενημέρωση του πληθυσμού, αλλά και τη διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσής του, μπορούν να έχουν σαν αποτέλεσμα την μετέπειτα προσπάθεια για καλύτερη και πιο στοχευμένη ενημέρωση του πληθυσμού αλλά και τη μείωση του συγκεκριμένου νοσήματος.

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού σε σχέση με την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, καθώς και η διερεύνηση των μεθόδων πρόληψης που χρησιμοποιούνται προκειμένου να προλαμβάνεται η νόσος στο στάδιο που μπορεί να θεραπευτεί. Στη μελέτη αυτή, ως πληθυσμός της έρευνας επιλέχθηκαν να είναι γυναίκες αφενός γιατί αυτές είναι που προσβάλλονται κατά κύριο

λόγο από το συγκεκριμένο νόσημα, αφετέρου γιατί είναι ιδιαίτερα σημαντική η διερεύνηση της ενημέρωσής του έτσι ώστε να προστατεύεται η υγεία τους και κατ' επέκταση η ζωή τους. Επιπλέον, προτιμήθηκαν γυναίκες εκπαιδευτικοί γιατί εκτός από γυναίκες είναι και άνθρωποι οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην ενημέρωση και άλλων γυναικών και μάλιστα από νεαρή ηλικία.

Γενικό Μέρος

1. ΜΑΖΙΚΟΣ ΑΔΕΝΑΣ

1.1. Στοιχεία εμβρυολογίας του μαστού

Οι μαστοί είναι εξωκρινείς αδένες, που χαρακτηρίζουν την τάξη των θηλαστικών και των δυο φύλων. Είναι σημαντικά ατροφικοί στο αρσενικό και αρκετά ανεπτυγμένοι στο θηλυκό. Η καταβολή των μαστών, αν και θα χρησιμοποιηθούν πολλά χρόνια μετά τη γέννηση, πραγματοποιείται πριν από την καταβολή των άλλων αδένων του δέρματος. Ο μαστός είναι όργανο που εμφανίστηκε αργά στη φυλογενετική κλίμακα, αφού αποτελεί ανατομικό χαρακτηριστικό των θηλαστικών, που είναι εξελικτικά μεταγενέστερα, και χρησιμεύει για την θρέψη των σχετικά ανώριμων, μετά τη γέννηση, απογόνων τους (Κελλαρτζή και συν., 2009; Σγουράκης, 2006).

Ήδη από την 4η εβδομάδα της κύησης εμφανίζονται στην πρόσθια επιφάνεια του σώματος του εμβρύου οι εμβρυϊκές καταβολές των μαστών, που ονομάζονται μαστικές ή μαζικές ακρολοφίες. Πρόκειται για δύο συμμετρικές παχύνσεις του έξω βλαστικού δέρματος, μία εκατέρωθεν, οι οποίες εκτείνονται από την περιοχή της μασχάλης μέχρι τη βουβωνική χώρα. Κατά την 6η εβδομάδα της κύησης, οι μαστικές ακρολοφίες υποστρέφονται, με εξαίρεση την περιοχή του θώρακα, όπου η επιδερμίδα καταδύεται στο υποκείμενο μεσέγχυμα. Από την κατάδυση αυτή θα αναπτυχθεί αργότερα ο φυσιολογικός μαστός. Κατά τη 16η εβδομάδα της κύησης εμφανίζονται οι πρώτοι γαλακτοφόροι πόροι, οι οποίοι στη φάση αυτή είναι συμπαγείς, ενώ στο τρίτο τρίμηνο της κύησης υπόκεινται σωληναριακή μετατροπή. Η τελική διαφοροποίηση, με αύξηση του μαστικού αδένα πραγματοποιείται κατά τις τελευταίες οκτώ εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Η θηλαία άλω και η θηλή αναπτύσσονται στο τέλος της ενδομήτριας ζωής. Το μαστικό ή μαζικό βοθρίο παρατηρείται ήδη από την 12η εβδομάδα της κύησης, σε ένα σημείο της μαστικής ακρολοφίας, όπου η επιδερμίδα καταδύεται στο υποκείμενο μεσέγχυμα. Από αυτό σχηματίζεται αργότερα το σύμπλεγμα θηλής-θηλαίας άλω. Η θηλαία άλω διακρίνεται από την 20η ως την 24η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, ενώ η θηλή εμφανίζεται αργότερα, κατά την περιγεννητική περίοδο. Αμέσως μετά τον τοκετό, οι μαστοί των θηλέων νεογνών δε διαφέρουν από αυτούς των αρρένων και σχεδόν πάντα υπάρχει εισολκή των θηλών. Κατά την παιδική ηλικία οι μαστοί παραμένουν σε κατάσταση ηρεμίας μέχρι την εφηβεία (Κελλαρτζή και συν., 2009).

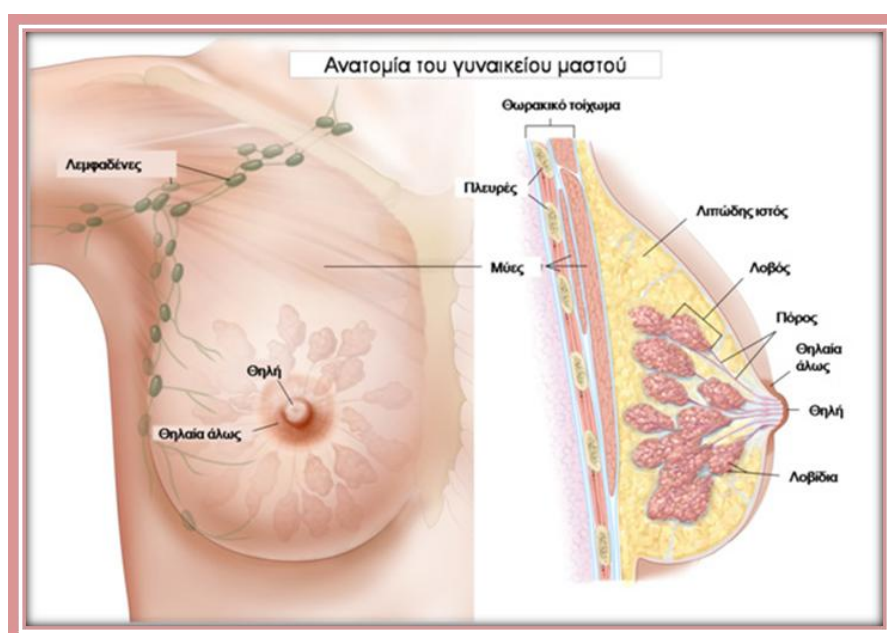
Οι μαστοί γίνονται μόλις αντιληπτοί στην εποχή της ήβης, οπότε αρχίζει η σημαντική και προοδευτική ανάπτυξή τους. Μέχρι την προεφηβική ηλικία, η ανάπτυξη του μαστού στον άνδρα είναι ίδια με της γυναίκας. Ο ανδρικός μαστός συμπληρώνει την ανάπτυξη του, περίπου στην ηλικία των 20 ετών και αντιστοιχεί με μαστό που έχει το κορίτσι λίγο πριν φθάσει στην εφηβεία. Στην γυναίκα η περιοχή αυτή ανυψώνεται πριν από την ήβη. Την περίοδο αυτή, παρατηρείται γρήγορη ανάπτυξη του μεγέθους του μαστού, που οφείλεται κυρίως στην εναπόθεση λίπους γύρω από τους πόρους, οι οποίοι επίσης αναπτύσσονται με την επίδραση των οιστρογόνων. Τελικά, ο μαστός παίρνει ημισφαιρικό σχήμα με τη θηλή στην κορυφή. Η ανάπτυξη των εκφορητικών πόρων συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ήβης, με νέες διακλαδώσεις και ανάπτυξη στα ακραία τμήματα, παχύνσεων οι οποίες είναι οι καταβολές των αδενοκυψέλων. Στην εγκυμοσύνη, οι ορμόνες που εκκρίνονται προκαλούν παραπέρα αύξηση του όγκου του μαστού, με υπερτροφία και διαφοροποίηση της δομής των πόρων και των αδενοκυψέλων. Όταν συμπληρωθεί η διαφοροποίηση και η ανάπτυξη, ο μαστός είναι έτοιμος να παράγει γάλα.

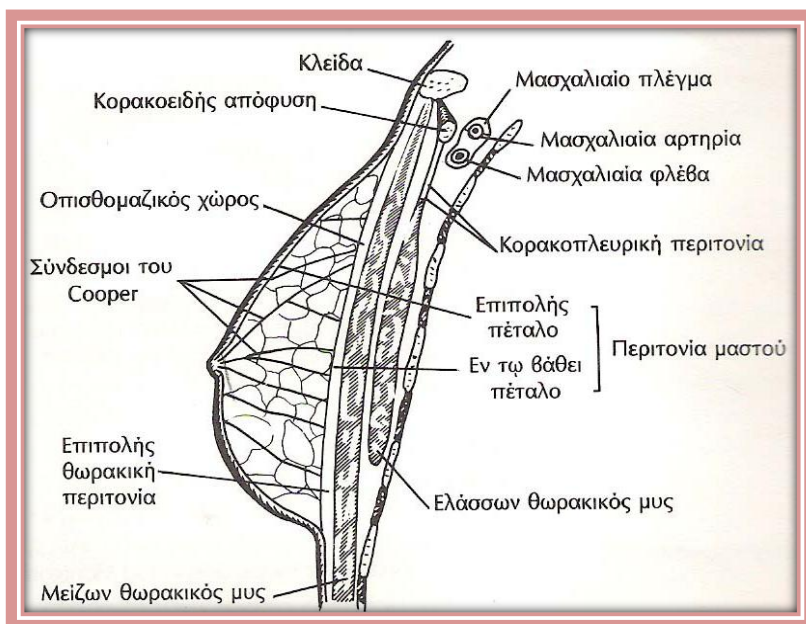


Οι διαταραχές της διάπλασης του μαστού είναι συχνές. Στις πιο συνηθισμένες ανήκουν η αμαστία, δηλαδή η έλλειψη του ενός ή και των δυο μαστών, η μικρομαστία, με παραμονή των μαστών σε παιδική κατάσταση, η μακρομαστία, με υπερμεγέθη ανάπτυξη αυτών, ενώ στους άνδρες η μεγάλη ανάπτυξη των μαστών ονομάζεται γυναικομαστία. Η υπερμαστία, δηλαδή η αύξηση του αριθμού των μαστών, είναι σπάνια. Συχνότερη είναι η υπερθηλία, δηλαδή η ύπαρξη υπεράριθμων θηλών, συνήθως στη θέση της μαστικής ακρολοφίας (Κελλαρτζή και συν., 2009).

1.2. Στοιχεία ανατομίας του μαστού

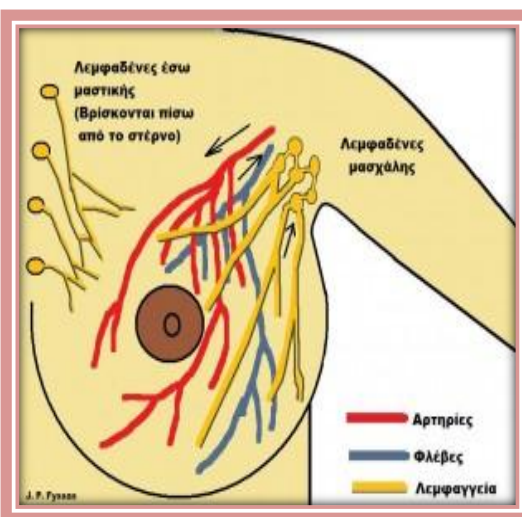
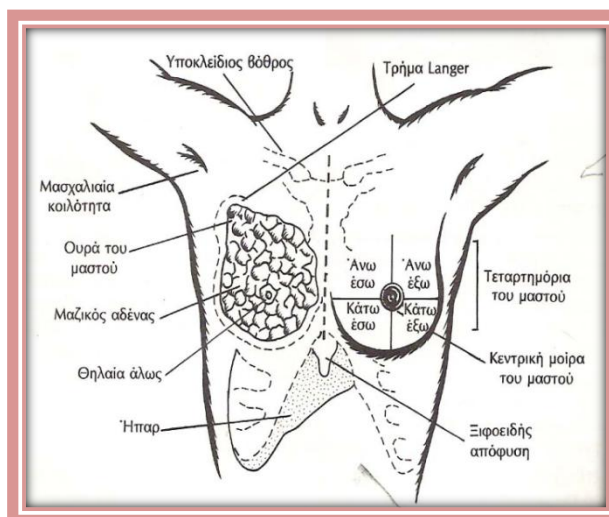
Οι μαστοί είναι τροποποιημένοι αδένες του δέρματος, που βρίσκονται στις πρόσθιες και εν μέρει στις πλευρικές επιφάνειες του θώρακα. Κάθε μαστός εκτείνεται προς τα άνω στη δεύτερη πλευρά, κάτω στον έκτο πλευρικό χόνδρο, έσω στο στέρνο, και έξω στη μέση μασχαλιαία γραμμή. Το σύμπλεγμα θηλή - άλωσ βρίσκεται μεταξύ της τέταρτης και πέμπτης πλευράς. Οι φυσικές γραμμές τάσεως του δέρματος, γνωστές ως γραμμές Langer, επεκτείνονται εξωτερικά και περιμετρικά από το σύμπλεγμα θηλή - άλωσ. Οι γραμμές Langer έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία για το χειρουργό, για την θέση της τομής στις βιοψίες του μαστού (Σγουράκης, 2006).





Ο μαστός στον άνδρα και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο τοίχωμα, ανάμεσα στη δεύτερη και την έκτη πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Το όριο του προς τη μέση γραμμή είναι το χείλος του στέρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού. Η

επιπολής περιτονία του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δύο στιβάδες (Κελλαρτζή και συν., 2009). Μία επιπολής λιπώδη στιβάδα και μία εν τω βάθει, μεμβρανώδη. Στην επιπολής στιβάδα, αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας, καλυπτόμενος από στρώμα λίπους. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού που χωρίζουν τα αδενικά του λόβια επεκτείνονται στη θωρακική περιτονία και στο επιπολής πτέταλο της περιτονίας του Scarpa, σχηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι τελευταίοι είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό. Υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στο μαζικό αδένες και το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Ο αδενικός ιστός φαίνεται να επεκτείνεται εντός της μασχαλιαίας κοιλότητας σε 95% των περιπτώσεων, προς το επιγάστριο σε 15% και κατά μήκος της μέσης γραμμής σε 0,5% των περιπτώσεων, μπορεί να επεκταθεί και πλάγια μέχρι την οπίσθια μασχαλιαία γραμμή (2% των περιπτώσεων). Λόγω της ευρείας κατανομής του μαζικού ιστού, οι ανατομικοί περιορισμοί μιας μαστεκτομής είναι η κλείδα, η μέση γραμμή, η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και ο πλατύς ραχιαίος μυς. Αν και τα όρια αυτά θεωρούνται σαφή, είναι δυνατόν μία μαστεκτομή να θεωρηθεί ατελής. Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Στη γυναίκα, το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχάλη και σχηματίζει την ουρά του μαστού (του Spenser). Το άκρο της ουράς του μαστού περνάει από το τρήμα του Langer την εν τω βάθει περιτονία, καταλήγοντας στην κορυφή της μασχάλης (Κελλαρτζή και συν., 2009).



Η αιμάτωση του μαστού προέρχεται πρώτιστα από την έσω μαστική ή θωρακική αρτηρία, και την έξω θωρακική αρτηρία. Και οι δύο αυτές αρτηρίες προέρχονται από τη μασχαλιαία αρτηρία και κατόπιν εισέρχονται στο μαστό από τις άνω-έσω και άνω-έξω επιφάνειες, αντίστοιχα. Κλάδοι αυτών των αρτηριών αναστομώνονται κάθε μια με την άλλη. Επιπλέον, η έσω μαστική αρτηρία δίνει τις οπίσθιες μεσοπλευρίες αρτηρίες, και οι κλάδοι των μεσοπλευριών αρτηριών διαπερνούν την εν τω βάθει επιφάνεια του μαστού (Σγουράκης, 2006).

Συνοπτικά οι ανατομικές θέσεις του μαστού είναι:

- Θηλή
- Κεντρικό τμήμα
- Άνω εσωτερικό τεταρτημόριο
- Κάτω εσωτερικό τεταρτημόριο
- Άνω εξωτερικό τεταρτημόριο
- Κάτω εξωτερικό τεταρτημόριο
- Μασχαλιαία ουρά



Το μέγεθος και το σχήμα του γυναικείου μαστού διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν το σχήμα του μαστού είναι:

- Ο όγκος του μαστικού ιστού
- Το ιστορικό της οικογένειας
- Η ηλικία
- Η απώλεια ή η αύξηση βάρους
- Το ιστορικό εγκυμοσύνης και γαλουχίας
- Η πυκνότητα και η ελαστικότητα του δέρματος του μαστού
- Ο βαθμός επίδρασης των ορμονών στο μαστό (ιδιαίτερα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης)
- Η εμμηνόπαυση

Οι μαστοί μιας γυναίκας σπάνια είναι συμμετρικοί. Συνήθως ο ένας από τους δύο έχει διαφορετικό σχήμα, είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος, βρίσκεται χαμηλότερα ή ψηλότερα από τον άλλον. Η συνήθης αναλογία του αριστερού μαστού ως προς το δεξιό είναι 1.14:1.00. Ο μαστός μπορεί να είναι είτε πυκνά αδενώδης, κάτι που συναντάται ιδιαίτερα κατά τη νεαρή ηλικία, είτε αδενώδης, είτε λιποβριθής, το συνηθέστερο σε μία προχωρημένη ηλικία (Κελλαρτζή και συν., 2009; Σγουράκης, 2006).

Ανατομία της μασχάλης

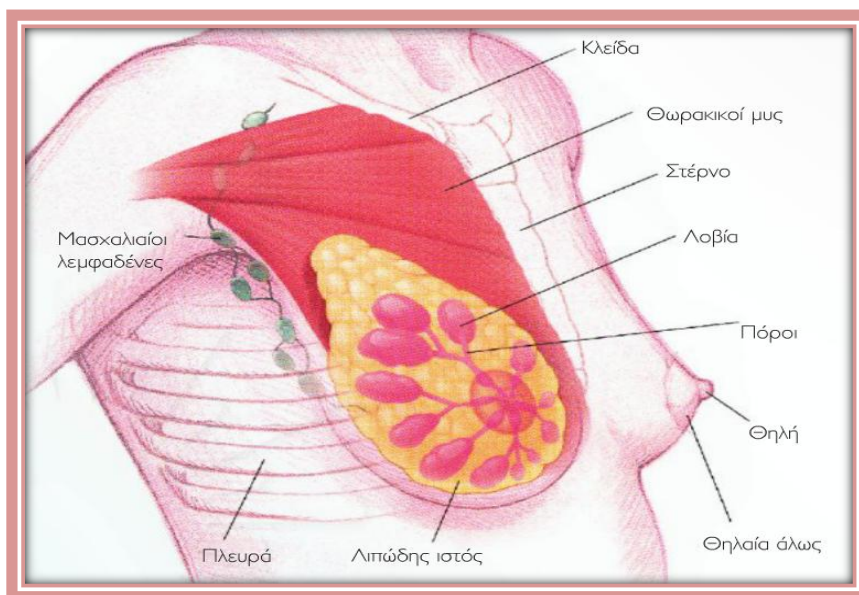
Η μασχάλη οριοθετείται εντός από το θωρακικό τοίχωμα, έξω από τον πλατύ ραχιαίο μυ, άνω από τη μασχαλιαία φλέβα, πίσω από τον υποπλάτιο μυ, και κάτω από τη σύγκλιση του πλατύ ραχιαίου και του πρόσθιου οδοντωτού μυός. Η μασχάλη διαιρείται σε τρία επίπεδα, που καθορίζονται από την ανατομική σχέση τους με τον ελάσσονα θωρακικό μυ. - Αυτά τα επίπεδα ενέχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία για την έκταση της μασχαλιαίας λεμφαδενεκτομής για τον καρκίνο του μαστού. - Ο μασχαλιαίος ιστός που είναι επί τα εκτός των έξω ορίων του ελάσσονος θωρακικού μυός ορίζεται ως επίπεδο I, το οπίσθιο τμήμα και μεταξύ των έξω και έσω ορίων του μυός είναι το επίπεδο II και επί τα εντός του έσω ορίου του μυός είναι το επίπεδο III. Μεταξύ του μείζονος και ελάσσονος



θωρακικού μυός βρίσκονται οι λεμφαδένες του Rotter. Αυτοί βρίσκονται συνήθως στην οπίσθια επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός. Το έξω θωρακικό νεύρο πορεύεται επίσης κατά μήκος της οπίσθιας επιφάνειας του μείζονος θωρακικού μυός, και βλάβη σε αυτό το νεύρο οδηγεί σε ατροφία του μυός. Το έσω θωρακικό νεύρο, το οποίο έχει μορφή Y, νευρώνει την κάτω έξω επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός και πρέπει να διατηρείται κατά την παρασκευή. Το δεύτερο δερματικό

μεσοπλεύριο βραχιόνιο νεύρο βρίσκεται περίπου ένα εκατοστό κατώτερα από τη μασχαλιαία φλέβα, και πορεύεται προς μια έσω-έξω κατεύθυνση (Κελλαρτζή και συν., 2009; Σγουράκης, 2006). Το μακρό θωρακικό νεύρο, που νευρώνει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ, μπορεί να προσδιοριστεί ακριβώς κάτω από το μεσοπλεύριο βραχιόνιο νεύρο στο δεύτερο μεσοπλεύριο διάστημα. Το μακρό θωρακικό νεύρο ακολουθεί την καμπύλη του θωρακικού τοιχώματος κάτω και πίσω, όπου διαιρείται σε κλάδους που παρεμβάλλουν τον πρόσθιο οδοντωτό μυ στο επίπεδο της τέταρτης ή πέμπτης πλευράς. Αν και το μακρό θωρακικό νεύρο τρέχει γενικά κατά μήκος του πρόσθιου οδοντωτού μυός, μπορεί επίσης να βρεθεί πιο έξω στο μασχαλιαίο ιστό. Επομένως, το νεύρο πρέπει να αναγνωριστεί πριν τη μασχαλιαία παρασκευή αμέσως επί τα εκτός του προσθίου οδοντωτού μυός. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι το μακρό θωρακικό νεύρο τρέχει σε μια άνω-κάτω κατεύθυνση, και είναι πάντα πίσω από τα μεσοπλεύρια νεύρα (που τρέχουν σε μια έσω-έξω κατεύθυνση). Κατά συνέπεια, οποιαδήποτε χειρουργική παρασκευή πίσω από τα μεσοπλεύρια νεύρα προφυλάσσει το μακρό θωρακικό νεύρο. Η διατομή του μακρού θωρακικού νεύρου οδηγεί σε "φερωτή ωμοπλάτη". Το θωρακοραχιαίο νεύρο νευρώνει τον πλατύ ραχιαίο μυ. Προς τα άνω, αυτό βρίσκεται πίσω από την έξω θωρακική φλέβα. Ακολούθως παίρνει μια κάτω έξω πορεία, κείμενη στον υποπλάτιο μυ, συνοδευόμενο από τα υποπλάτια αγγεία και εισέρχεται στην έσω επιφάνεια του πλατέως ραχιαίου μυός. Κατά συνέπεια, η παρασκευή κατά μήκος της έξω και πρόσθιας επιφάνειας του πλατύ ραχιαίου μυός αποφεύγει τη βλάβη στο θωρακοραχιαίο νεύρο (Σγουράκης, 2006).

Ο πλατύς ραχιαίος μυς διαμορφώνει τα έξω όρια της μασχάλης. Είναι ένα σημαντικό ορόσημο στη χειρουργική θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού, και χρησιμοποιείται συχνά στο μαστό στην επανορθωτική χειρουργική που ακολουθεί τη μαστεκτομή για καρκίνο (κρημνός του πλατέως ραχιαίου μυός). Ο πλατύς ραχιαίος μυς εκφύεται από τους θωρακικούς σπονδύλους (Θ7-Θ12), τη λαγόνιο ακρολοφία και τις οσφυϊκές και ιερές σπονδυλικές άκανθες και από τις κατώτερες τρεις ή τέσσερις πλευρές. Ο πλατύς ραχιαίος μυς καταφύεται στο βραχιόνιο οστόν, λειτουργεί ως έσω στροφέας και βοηθά στην προσαγωγή και έκταση του βραχίονα. Υπάρχουν διάφοροι μύες που βρίσκονται σε στενή σχέση με το πλατύ ραχιαίο μυ (δελτοειδής μυς, μείζων στρογγυλός μυς και τραπέζιος μυς) (Σγουράκης, 2006).



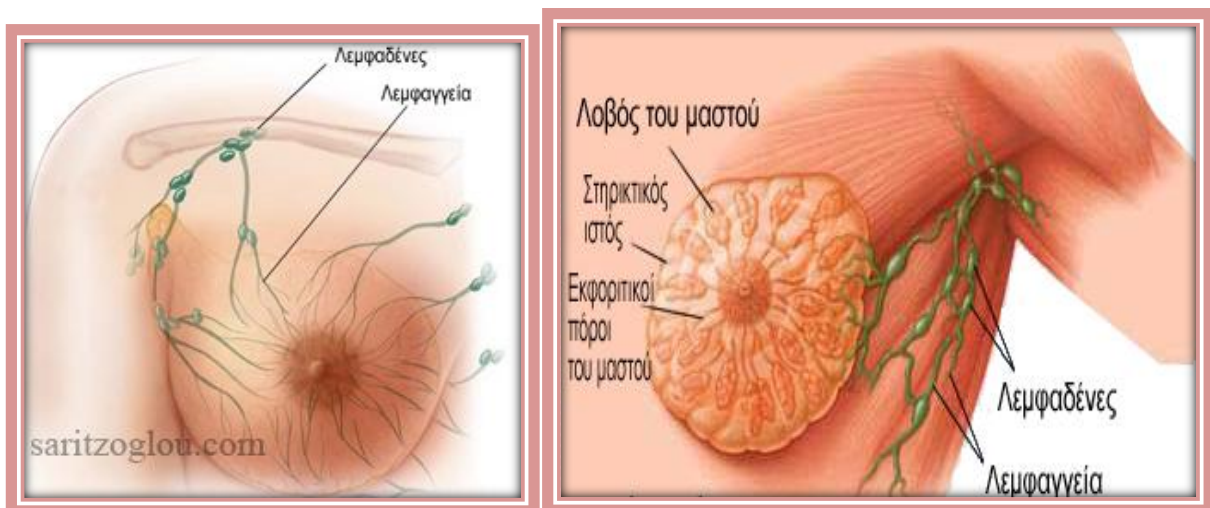
Ο χειρουργός πρέπει να είναι εξοικειωμένος με την αιμάτωση του πλατέως ραχιαίου μυός λόγω των εφαρμογών του στην επανορθωτική χειρουργική. Η υποπλάτιος αρτηρία είναι κλάδος της μασχαλιαίας αρτηρίας και διακλαδίζεται σύντομα για να εκπέμψει την περισπωμένη πλαταία αρτηρία και την θωρακοραχιαία αρτηρία. Μία ή δύο φλέβες και το θωρακοραχιαίο νεύρο ενώνονται με την θωρακοραχιαία αρτηρία, διαμορφώνοντας ένα νευροαγγειακό μίσχο. Αυτός ο μίσχος εισέρχεται στον πλατύ ραχιαίο μυ στην έσω επιφάνειά του, περίπου 6-12 εκατοστά από την υποπλάτια αρτηρία (Κελλαρτζή και συν., 2009; Σγουράκης, 2006).

Ο ορθός κοιλιακός μυς, όπως και ο πλατύς ραχιαίος μυς, είναι σημαντικός στην επανορθωτική χειρουργική. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιείται στη δημιουργία των κρημών TRAM (εγκάρσιος μυς - ορθός κοιλιακός μυς). Ο ορθός κοιλιακός μυς προέρχεται από το χόνδρο των 5^{ης}, 6^{ης} και 7^{ης} πλευράς και τη ξιφοειδή απόφυση. Καταφύεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και το σώμα του ηβικού οστού. Ο έξω λοξός μυς τελειώνει σε μια απονεύρωση που πορεύεται μπροστά στον ορθό κοιλιακό μυ. Ο έσω λοξός μυς τελειώνει σε μία απονεύρωση που χωρίζεται σε πρόσθιο και οπίσθιο στρώμα. Το πρόσθιο στρώμα περνά μπροστά από τον ορθό κοιλιακό μυ και ενώνεται με την απονεύρωση του έξω λοξού μυός. Το οπίσθιο στρώμα κείται οπίσθια του ορθού κοιλιακού μυός πάνω από την ημισεληνοειδή γραμμή. Κάτω από την ημισεληνοειδή γραμμή, αυτό το στρώμα περνά επίσης μπροστά από τον ορθό κοιλιακό μυ. Τέλος, επάνω από την ημισεληνοειδή γραμμή, ο εγκάρσιος κοιλιακός μυς τελειώνει σε μία απονεύρωση που κείται πίσω από τον ορθό κοιλιακό μυ. Κάτω από την ημισεληνοειδή γραμμή, η απονεύρωση του εγκάρσιου κοιλιακού μυός περνά μπροστά από τον ορθό κοιλιακό μυ. Κατά συνέπεια, επάνω από την ημισεληνοειδή γραμμή, το οπίσθιο στρώμα της θήκης του ορθού διαμορφώνεται από την απονεύρωση του εγκάρσιου κοιλιακού και του έσω λοξού μυός. Κάτω από την ημισεληνοειδή γραμμή, το οπίσθιο στρώμα της θήκης του ορθού διαμορφώνεται από την απονεύρωση του εγκάρσιου κοιλιακού μυός. Μέσα στη θήκη του ορθού, αναστομώνονται οι άνω επιγαστρικές και οι κάτω επιγαστρικές αρτηρίες. Η κάτω επιγαστρική αρτηρία εισέρχεται στη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός στην ημισεληνοειδή γραμμή. Πρέπει να σημειωθεί ότι η άνω επιγαστρική αρτηρία είναι ο κλάδος της έσω θωρακικής ή μαστικής αρτηρίας και η κάτω επιγαστρική αρτηρία είναι κλάδος της έξω λαγονίου αρτηρίας (Σγουράκης, 2006).

1.3. Στοιχεία φυσιολογίας του μαστού

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία και σαν μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και πρωτίστως σαν μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία του, που είναι η γαλουχία. Συνεπώς, οι μαστικοί αδένες αποτελούν σημαντικό τμήμα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από συνεχή ορμονικό έλεγχο (Φύσσας, 2006).

Ο μαστός για την ανάπτυξη και λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων, για τους οποίους αποτελεί ένα από τους σπουδαιότερους αδένες-στόχους. Οι ενδοκρινικές επιδράσεις γίνονται μέσω ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και στον πυρήνα των κυττάρων, στο αδενικό επιθήλιο και στο διαμέσο και λιπώδη ιστό. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική ορμόνη, τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Επειδή η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές, γι' αυτό η ανάπτυξη και η λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος, κυρίως όμως της έκκρισης της προλακτίνης από την αδενούπόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες. Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν, ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Συνεπώς ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένου δε περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους (Φύσσας, 2006).



Ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της υπόφυσης ο PIF (Prolactin Inhibiting Factor). Δύο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από του υποθάλαμο, και έχουν σχέση με τον μαστό, είναι η αυξητική ορμόνη και η θυρεοειδότροπος ορμόνη. Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Απόδειξη αυτού, είναι το γεγονός ότι μετά από υποφυσεκτομία προκαλείται υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη

σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη. Από όλες τις ορμόνες με μαστροτρόπο δράση, η προλακτίνη φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού, αλλά αυτή εκδηλώνεται κυρίως σε συνέργεια με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Μάλιστα τα οιστρογόνα φαίνεται ότι αυξάνουν τον αριθμό υποδοχέων για την προλακτίνη, με τρόπο ανάλογο προς την αύξηση των υποδοχέων για την προγεστερόνη. Η προλακτίνη, παίρνει ουσιαστικό μέρος στη ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Η δράση της ορμόνης ασκείται μέσω υποδοχέων στη μεμβράνη των εκκριτικών κυττάρων του επιθηλίου, των κυστιδίων και γαλακτοφόρων πόρων και με την συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλεί την παραγωγή γάλακτος, ελέγχοντας τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος, της καζεΐνης και της α-λακταλβουμίνης. Η προλακτίνη μετά τη σύνδεση με τους υποδοχείς της μεταφέρεται με άγνωστο μηχανισμό δια μέσου των επιθηλιακών κυττάρων στους πόρους, ώστε να βρίσκεται σε πολύ μεγάλες συγκεντρώσεις στο γάλα ή στο υγρό των πόρων και έτσι να περιλαμβάνεται στους προδιαθεσικούς παράγοντες για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Η ωκυτοκίνη παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης των επιθηλιακών κύτταρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι, συμβάλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος (Κελλαρτζή και συν., 2009; Φύσσας, 2006).

Οι ορμόνες των ωοθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση κυρίως της προλακτίνης και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων. Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σ' αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένου. Τα οιστρογόνα συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης. Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα δεν ασκεί βιολογική δράση στο μαστό παρά μόνο με την συνέργεια των υποφυσιακών ορμονών και των οιστρογόνων. Η δράση της συνίσταται κυρίως στην ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων. Η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες, έκκριση που μοιάζει με ύαα (Κελλαρτζή και συν., 2009; Φύσσας, 2006).

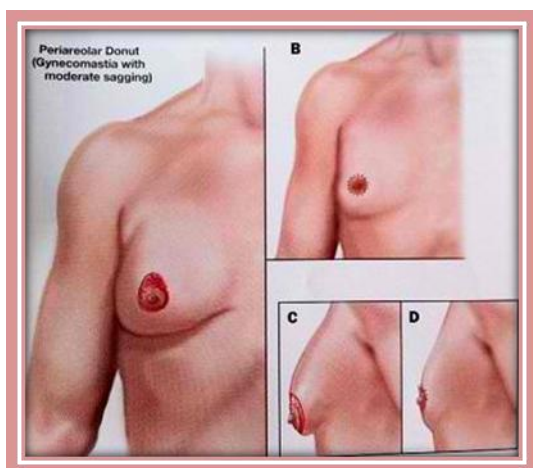
Η παρουσία γλυκοκορτικοειδών και θυρεοειδικών ορμονών φαίνεται απαραίτητη για τις περισσότερες φάσεις της ανάπτυξης και λειτουργίας του μαστού. Ειδικά για τις θυρεοειδικές ορμόνες θυροξίνη και τριιωδοθυρονίνη επικρατεί η άποψη ότι σχετίζονται και με την παθογένεια προβλημάτων του αδένου, αφού η συχνότητα θυρεοειδοπάθειας σε καλοήθεις μαστοπάθειες και νεοπλάσματα του μαστού έχει βρεθεί σημαντικά αυξημένη. Η θυροξίνη, που παράγεται στον θυρεοειδή αδένου, μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης. Όπως ο θυρεοειδής αδένου έτσι και τα επινεφρίδια έχουν δευτερευούσης σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένους (Κελλαρτζή και συν., 2009; Φύσσας, 2006).

Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακούντιο λακτογόνο ορμόνη. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται αν εκτελέσουμε ωθηκεκτομή μετά τον 3^ο ή 4^ο μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος. Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Από τις ορμόνες του πλακούντα, αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακούντιο γαλακτογόνο ορμόνη. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει όμως και με τη δράση τη προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.

Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού. Επίσης μεγάλες συγκινήσεις είναι δυνατό να αναστείλλουν την έκκριση γάλακτος προσωρινά ή μόνιμα (*Φύσσας, 2006*).

Μεγάλη αύξηση στην κυκλοφορία των οιστρογόνων, που εκκρίνονται από τις ωθήκες και τον πλακούντα, και των προγεστινών συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία προκαλεί αλλαγές στη μορφή και το υπόστρωμα του μαστού. Ο μαστός αυξάνεται καθώς πολλαπλασιάζονται οι πόροι και τα λόβια, το δέρμα της άλω σκουραίνει, και οι επικουρικοί αδένες της άλω (αδένες του Montgomery) αναπτύσσονται. Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο, οι ελάσσονες πόροι αναπτύσσονται. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, λιπίδια συσσωρεύονται στο επιθήλιο και πρωτόγαλα γεμίζει τα διαστήματα μεταξύ των λοβίων και των πόρων (*Ramsay et al., 2005*). Στο τέλος της κύησης, η προλακτίνη ρυθμίζει τη σύνθεση των λιπαρών ουσιών και των πρωτεϊνών του γάλακτος. Μετά τον τοκετό του πλακούντα, η προγεστερόνη και τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται, το οποίο επιτρέπει την πλήρη δράση της προλακτίνης. Η παραγωγή του γάλακτος ελέγχεται από τα νευρικά ανακλαστικά τόξα που δημιουργούνται στις νευρικές απολήξεις της θηλής και της άλω. Η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης ρυθμίζεται από τα ακουστικά, οπτικά, και οσφρητικά ερεθίσματα και συμβάλλει στην αποβολή του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους. Μετά τον απογαλακτισμό του βρέφους η απελευθέρωση της προλακτίνης και της ωκυτοκίνης μειώνεται. Το εναπομείναν γάλα αυξάνει την πίεση μέσα στους πόρους με συνέπεια την ατροφία του επιθηλίου (*Ramsay et al., 2005*). Κατά την εμμηνόπαυση υπάρχει μια μείωση στην έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωθήκες και εκφύλιση των πόρων του μαστού. Ο ινώδης συνδετικός ιστός αυξάνει σε πυκνότητα, και οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται από τους λιπώδεις ιστούς.

Η γυναικομαστία εμφανίζεται συνήθως κατά τη διάρκεια της νεογνικής περιόδου, της εφηβείας, και της γεροντικής ηλικίας. Κοινός παρανομαστής και στις τρεις φάσεις είναι η υπεροχή στη κυκλοφορία των οιστρογόνων σε σχέση με την τεστοστερόνη. Η νεογνική γυναικομαστία προκαλείται από τη επίδραση των οιστρογόνων του πλακούντα στους νεογνικούς μαστούς, ενώ στην εφηβεία, υπερέχει η οιστραδιόλη σε σχέση με την τεστοστερόνη και κατά τη γεροντική ηλικία, τα επίπεδα της τεστοστερόνης πέφτουν στη κυκλοφορία. Στη γυναικομαστία, οι πόροι του μαστού στον άνδρα διευρύνονται, επιμηκύνονται, και αυξάνει το επιθήλιο. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας,



η γυναικομαστία είναι συχνά μονόπλευρη και εμφανίζεται χαρακτηριστικά μεταξύ της ηλικίας των 12 και 15. Αντίθετα, η γυναικομαστία στη γεροντική ηλικία είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη. Στον φυσιολογικό άνδρα, μαστός διαμέτρου τουλάχιστον 2 εκατοστών θέτει τη διάγνωση της γυναικομαστίας. Η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση. Μάζες, παρατυπία, και ασυμμετρία θέτουν την υποψία του καρκίνου ιδίως στον άνδρα. Η γυναικομαστία δεν προδιαθέτει για την ανάπτυξη καρκίνου. Εντούτοις, το σύνδρομο Klinefelter

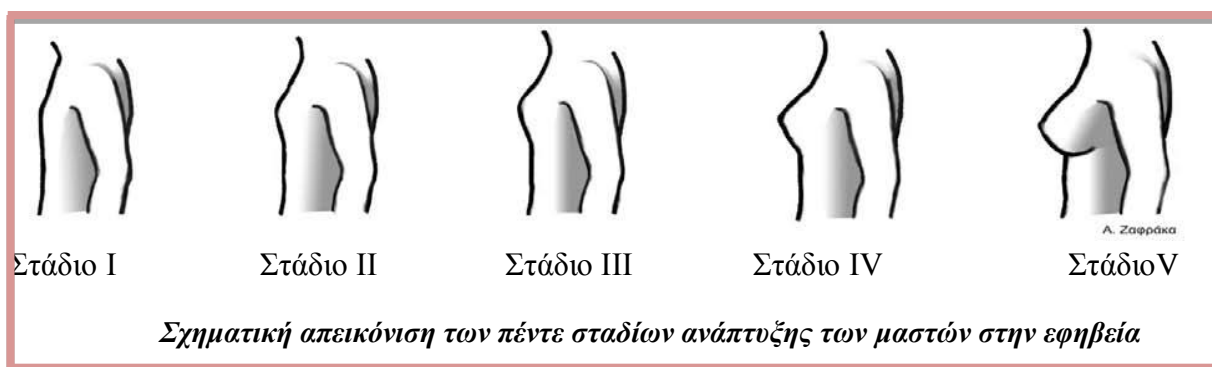
(XXY), όπου η γυναικομαστία είναι εμφανής, συνδέεται με έναν αυξανόμενο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η αύξηση των οιστρογόνων προκύπτει από αύξηση της έκκρισης της οιστραδιόλης από τους όρχεις ή από όγκους έξω από τους όρχεις, αλλαγές στη διατροφή όπως η στέριση πρωτεϊνών και λίπους, ενδοκρινικές διαταραχές (υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός) και ηπατοπάθειες (μη αλκοολική ή αλκοολική κίρρωση) (Σγουράκης, 2006). Η ανεπάρκεια των ανδρογόνων μπορεί να προκαλέσει γυναικομαστία. Η γεροντική γυναικομαστία εμφανίζεται συνήθως στην ηλικία των 50 - 70 ετών. Το σύνδρομο Klinefelter (XXY) εκδηλώνεται με γυναικομαστία, υπεργοναδοτροπικό υπογοναδισμό και αζωοσπερμία. Πρωτοπαθής ανεπάρκεια των όρχεων μπορεί επίσης να προκληθεί από ανεπάρκεια της ACTH, κληρονομικές διαταραχές στη σύνθεση των ανδρογόνων και συγγενή έλλειψη όρχεως, Δευτεροπαθής ανεπάρκεια των όρχεων μπορεί να προκύψει από τραυματισμό, ορχίτιδα, και κρυψορχία. Η νεφρική ανεπάρκεια ανεξάρτητα από την αιτία, μπορεί επίσης να προκαλέσει γυναικομαστία. Φάρμακα με οιστρογονική δράση (οιστρογόνα, στεροειδή, μαριχουάνα) ή φάρμακα που διεγείρουν τη παραγωγή οιστρογόνων (ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη) μπορούν να προκαλέσουν γυναικομαστία. Φάρμακα που αναστέλλουν τη δράση ή τη σύνθεση τεστοστερόνης (σιμετιδίνη, κετοκοναζόλη, φαινυντοΐνη, σπιρονολακτόνη, αντινεοπλαστικοί παράγοντες, διαζεπάμη) έχουν ενοχοποιηθεί. Φάρμακα όπως η ρεζερπίνη, η θεοφυλλίνη, η βεραπαμίλη, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και η φουρασεμίδη προκαλούν γυναικομαστία μέσω ιδιοπαθών μηχανισμών. Όταν η γυναικομαστία προκαλείται από (1) ανεπάρκεια ανδρογόνων: η χορήγηση τεστοστερόνης μπορεί να προκαλέσει ύφεση (2) φάρμακα: αυτά διακόπτονται εάν είναι δυνατόν ή (3) ενδοκρινικές διαταραχές: χορηγείται η κατάλληλη θεραπεία. Όταν η γυναικομαστία είναι προοδευτική και δεν ανταποκρίνεται σε άλλη θεραπεία, η χειρουργική θεραπεία έχει θέση. Προσπάθειες να αντιστραφεί η γυναικομαστία με danazol είναι επιτυχείς, αλλά οι ανδρογενετικές παρενέργειες του φαρμάκου είναι σοβαρές (Σγουράκης, 2006).

1.4. Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας

Στην ενήλικη γυναίκα, οι μαστοί έχουν κατά μέσο όρο τις εξής διαστάσεις: ύψος 11-12 cm, πλάτος 10 cm, πάχος 5-6 cm. Παρατηρούνται ανατομικές παραλλαγές σχετικά με τον όγκο. Άλλες παραλλαγές οφείλονται σε διαφορετικές συνθήκες περιβάλλοντος, κλίματος και φυλής. Επίσης, διαφέρει και το σχήμα του μαστού, ανάλογα με την ηλικία και τη λειτουργία. Στις νεαρές γυναίκες, είναι ημισφαιρικό ή κωνικό, ενώ στις εγκυμονούσες είναι σφαιρικό ή κυλινδρικό. Η σύσταση του μαστού είναι σκληρή και ελαστική στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει. Είναι μαλακή κατά

την περίοδο της εγκυμοσύνης, τεταμένη στην αρχή της περιόδου του θηλασμού και μαλακή έπειτα από πολλούς θηλασμούς(Φύσσας, 2006, Κελλαρτζής και συν., 2009).

Κατά την εμβρυϊκή ζωή ο μαστός αποτελεί προλή σε σχήμα κάλυκος, του έξω βλαστικού δέρματος. Στη γέννηση ο μαστός είναι ίδιος και για τα δυο φύλα. Στις γυναίκες, το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του μαστού διαδραματίζεται μετά τη γέννηση. Αντίθετα, στους άνδρες, καμία περαιτέρω εξέλιξη των μαστών δεν λαμβάνει μέρος μετά τη γέννηση. Ο μαστός αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους που εκβάλλουν στην θηλή. Λίγες μέρες μετά τη γέννηση, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού. Ο μαζικός αδένας προέρχεται πρώτιστα από επιδερμικές παχύνσεις που αναπτύσσονται κατά μήκος της κοιλιακής επιφάνειας του σώματος, στην αποκαλούμενη γαλακτική γραμμή. Αντίθετα με την βρεφική ηλικία, κατά τη διάρκεια της παιδικής οι μαστοί αδρανούν. Ο μαστός της άνηβης γυναίκας λέγεται αγάλακτος ή παρθενικός μαστός και αποτελείται από 15-20 γαλακτοφόρους πόρους και συνδετικό ιστό. Κατά την διάρκεια της ήβης η θηλαία άλωσ μεγαλώνει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου. Στις γυναίκες η αύξηση και η ανάπτυξη της διακλάδωσης των μαζικών αδένων γίνεται αργά κατά τη διάρκεια των προεφηβικών ετών. Κατόπιν, η ανάπτυξη των μαζικών αδένων αυξάνεται εντυπωσιακά στην εφηβεία με την περαιτέρω διακλάδωση των πόρων, την αύξηση του σχηματισμού των λοβίων, και το δραματικό πολλαπλασιασμό του στρώματος μεταξύ των πόρων. Αυτό οδηγεί στο σχηματισμό της μαστικής εκβλάστησης. Η ξαφνική εμφάνιση της μαστικής εκβλάστησης στο θωρακικό τοίχωμα είναι μερικές φορές λόγος ανησυχίας. Δεν είναι ασυνήθιστο για τις μητέρες να φέρουν τις κόρες τους για ιατρική αξιολόγηση μετά την παρατήρηση ενός νέου ογκιδίου στο θωρακικό τοίχωμα. Ο χειρουργός πρέπει να δώσει μεγάλη προσοχή κατά την εξέταση και βιοψία οποιασδήποτε μάζας στο θωρακικό τοίχωμα σε ένα νέο κορίτσι πριν από την ανάπτυξη των ώριμων μαστών(Κελλαρτζής και συν., 2009)..



Σχηματική απεικόνιση των πέντε σταδίων ανάπτυξης των μαστών στην εφηβεία

Στην εφηβεία, οι μαζικοί αδένες αναπτύσσονται γρήγορα, πρώτιστα λόγω του πολλαπλασιασμού του στρώματος και του συνδετικού ιστού γύρω από τους πόρους. Η αύξηση του συστήματος των πόρων εμφανίζεται μέσω της επιρροής των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, που εκκρίνονται από τις ωοθήκες κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Μόνο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο μαστός επιτυγχάνει την πλήρη δομική ωρίμανση και την πλήρη λειτουργική δραστηριότητα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι ενεό-λοβιακοί πόροι αναπτύσσονται γρήγορα, διαμορφώνοντας τις εκβλαστήσεις που γίνονται φατνία, και αντιστρέφεται η αναλογία στρώμα/αδενικός ιστός. Μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης, ο μαστός αποτελείται σχεδόν εξ ολοκλήρου από αδενικές μονάδες που χωρίζονται από μικρές ποσότητες στρωματικού ιστού. Μετά τη γαλακτοφόρα, επέρχεται ατροφία των λοβίων, στενεύουν οι δομές των πόρων, και ολόκληρος ο μαστός μικραίνει εμφανώς σε μέγεθος. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, το λόβιο παλινδρομεί περαιτέρω, με την

απώλεια του ενδολοβιακού και μεταξύ των λοβίων συνδετικού ιστού. Με το χρόνο, οι δομές των λοβίων μπορούν να είναι απολύτως απύσες από το μαστό στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Κατά συνέπεια, η μορφολογική εμφάνιση του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι πολύ διαφορετική από αυτήν των γυναικών προεμμηνοπαυσιακά. Κατά τη διάρκεια των μετεμμηνοπαυσιακών ετών και οι δομές των πόρων και ο συνδετικός ιστός των μαστών είναι εμφανώς μειωμένα σε μέγεθος. Το σύστημα των πόρων περιέχει πολυάριθμα λόβια με τα λοβιόλια. Κάθε λόβιο τροφοδοτεί έναν τελικό πόρο, ο οποίος, στη συνέχεια, τροφοδοτεί έναν τμηματικό πόρο. Οι τμηματικοί πόροι διενεργούν τελικά τη παροχέτευση των πόρων, και περίπου 15-20 συγκλίνουν κάτω από την άλω προς την επιφάνεια της θηλής μέσω χωριστών στομιών. Οι τρεις πιο κοινές αιτίες μιας διακριτής μάζας των μαστών σε μια γυναίκα είναι κύστεις, ινοαδενώματα, και καρκινώματα. Οι κύστεις και τα ινοαδενώματα αναπτύσσονται μέσα στα λόβια ενώ τα καρκινώματα αναπτύσσονται στους τελικούς πόρους. Οι κοινές αιτίες της εκροής των θηλών είναι τα θηλώματα και η εκτασία, και αυτά αναπτύσσονται στους τμηματικούς πόρους. Τα αδενώματα των θηλών αναπτύσσονται επίσης στους τμηματικούς πόρους, κοντά στην πρόσφυση τους στη θηλή. Η νόσος του Paget του μαστού αναφέρεται σαν δερματίτιδα στο σύμπλεγμα θηλή - άλως. Αυτό δείχνει γενικά την παρουσία ενός υποβόσκοντος καρκίνου του μαστού. Οι μισές από αυτές τις περιπτώσεις αποδίδονται σε καρκίνο *in situ* και οι άλλες μισές σε διηθητικό καρκίνο (Φύσσας, 2006, Κελλαρτζής και συν., 2009).

Έμμηνος ρύση και μαστός

Αρχίζοντας από την όγδοη ημέρα του καταμήνιου κύκλου, ο γυναικείος μαστός αυξάνει βαθμιαία σε μέγεθος, ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνορρυσία μπορεί να αυξηθεί ως 50%, με αποτέλεσμα να εμφανίζει τάση και πιθανώς ευαισθησία. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού οφείλεται σε οίδημα μεταξύ των λοβίων, αγγειακή συμφόρηση και αύξηση του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων, τα οποία κατά την εμμηνορρυσία υποστρέφονται και υφίστανται ίνωση. Με τη εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός επανέρχεται στο μικρότερο μέγεθός του κατά την όγδοη με δέκατη ημέρα του κύκλου, χρονική περίοδος άριστη για την εξέταση του μαστού. Στην έφηβη κοπέλα και οι δύο μαστοί συνήθως αναπτύσσονται με τον ίδιο ρυθμό. Μερικές φορές όμως, μπορεί να υπάρξει ασύγχρονη ανάπτυξη, με αποτέλεσμα την ασυμμετρία. Η διαφορά αυτή στο μέγεθος των μαστών συνήθως επανορθώνεται με το χρόνο και γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η αναμονή αυτών των ασθενών μέχρι το πέρας της εφηβείας (Κελλαρτζής και συν., 2009).

Κύηση – Γαλουχία και μαστός

Κατά την εγκυμοσύνη, παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση του μαστού. Ταυτόχρονα με την κύηση αρχίζει η αύξηση του μεγέθους των μαστών, που μπορεί να φθάσει στο διπλάσιο ή τριπλάσιο από του φυσιολογικού. Η θηλή και η θηλαία άλως στην εγκυμοσύνη παρουσιάζουν υπέρχρωση, ενώ σχηματίζεται και η δευτερεύουσα άλως, που αποτελεί δακτύλιο, ο οποίος περιβάλλει την άλω και έχει χρώμα ενδιάμεσο μεταξύ του δικού της και εκείνου της επιδερμίδας. Κατά τη γαλουχία τα κύτταρα των αδενοκυψελών του μαστού γίνονται κυλινδρικά και



προσλαμβάνουν εμφάνιση εξωτερικών κυττάρων (Ramsay et al., 2005).. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψελών, απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους, για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Το ερέθισμα για τη σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους. Το φαινόμενο της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμονών, όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο

και η κορτιζόλη. Τα οιστρογόνα από μόνα τους δε φαίνεται να παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού. Αντίθετα, η προγεστερόνη διεγείρει την ανάπτυξη των κυψελών του μαστού ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία. Αυτό το επιτυγχάνει μπλοκάροντας την τελικά διαφοροποίησή τους, η οποία αργότερα προάγεται από την προλακτίνη. Η τελευταία, της οποίας η δράση ενισχύεται από την κορτιζόλη, θεωρείται απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος. Μετά τη διακοπή της γαλουχίας, ο μαστός επανέρχεται στην αρχική κατάσταση ηρεμίας με ανάπτυξη ινώδους ιστού μεταξύ των λοβίων και απώλεια της ελαστικότητας του υπάρχοντος συνδετικού ιστού (Ramsay et al., 2005).

Εμμηνόπαυση και μαστός

Μετά την εμμηνόπαυση ο μαζικός αδένας προοδευτικά ατροφεί. Επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρεια τους προς τη θηλή. Επίσης, επέρχεται ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί, ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό του περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες γυναίκες, όμως, οι μαστοί εμφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου (Φύσας, 2006, Herry et al., 2008).

1.5. Παθήσεις του μαστού

Πολλές παθήσεις που θεωρούνται ανίατες μπορούν σήμερα να προληφθούν ή και να θεραπευθούν, εφόσον διαγνωσθούν έγκαιρα. Η γνώση της κατασκευής και του τρόπου που λειτουργεί το ανθρώπινο σώμα, αλλά και η κατανόηση βασικών στοιχείων μιας πάθησης, μπορούν να βοηθήσουν ώστε να αναγνωρισθούν έγκαιρα, τυχόν προειδοποιητικά συμπτώματα και σημεία, από τον ίδιο τον πάσχοντα και να τον οδηγήσουν στο γιατρό.

Το σώμα μας αποτελείται από μικροσκοπικές δομές, τα κύτταρα, που δεν φαίνονται με γυμνό μάτι. Ομάδες εξειδικευμένων κυττάρων σχηματίζουν τους ιστούς και τα διάφορα όργανα του σώματος, όπως τον εγκέφαλο, τους πνεύμονες και τα νεφρά. Υπό φυσιολογικές συνθήκες τα

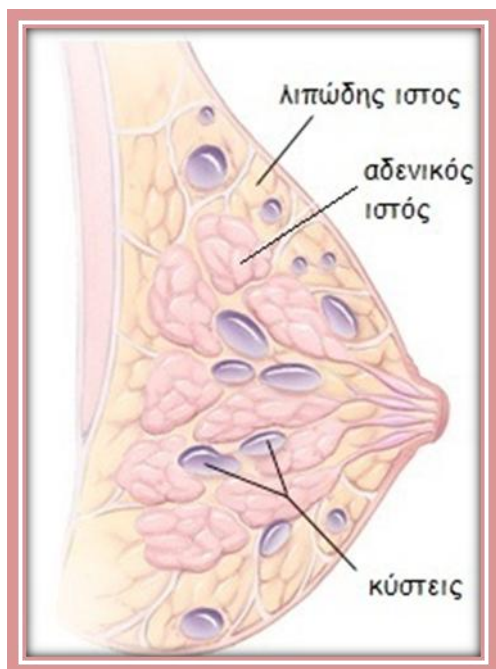
κύτταρα αναπαράγονται μέσα από την διαίρεση τους σε τακτικά διαστήματα, έτσι ώστε τα διαφορά όργανα να αναπτύσσονται και να ανανεώνονται. Η ασθένεια μπορεί να διαταράξει αυτή την φυσιολογική λειτουργία με διάφορους τρόπους (Φύσας, 2006, Herry et al., 2008).

Μερικές φορές εμφανίζεται ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των κυττάρων που δημιουργεί έναν όγκο. Οι όγκοι αυτοί μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι παραμένουν περιορισμένοι σε μια μικρή περιοχή, δεν δίνουν μεταστάσεις και μετά την θεραπεία δεν δημιουργούν άλλα προβλήματα. Οι κακοήθεις όγκοι ή καρκίνοι, επίσης εμφανίζονται σε περιορισμένη έκταση, αλλά αν παραμεληθούν μπορεί να εξαπλωθούν σε κοντινά όργανα ή ιστούς (Herry et al., 2008).

Περίπου μία στις πέντε γυναίκες, εμφανίζει καλοήγη πάθηση του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της. Οι περιπτώσεις καλοήθων όγκων δεν εμφανίζονται πριν την εφηβεία και είναι λιγότερο κοινή η εμφάνισή τους μετά την εμμηνόπαυση. Τα συμπτώματα, συνήθως, διαφέρουν ανάλογα με την έμμηνο ρύση ή εξαιτίας της χρήσης αντισυλληπτικού χαπιού. Και οι δύο αυτοί παράγοντες καταδεικνύουν κάποια σχέση με τις γυναικείες ορμόνες στην εμφάνιση αυτών των παθήσεων. Τα περισσότερα ψηλαφητά εξογκώματα (8 στα 10) στο μαστό είναι καλοήγη. Μπορεί να είναι μία κύστη που περιέχει υγρό ή ένα ινοαδένωμα (υπερβολική ανάπτυξη ινώδους ιστού) και μπορούν να θεραπευτούν με μεγάλη ευκολία.

Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού περιλαμβάνουν παθολογικές καταστάσεις με μεγάλη ποικιλομορφία όσον αφορά την κλινική εικόνα. Κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα των παθήσεων αυτών είναι η αδενική και η ινώδης δυσπλασία. Οι καλοήθεις μαστοπάθειες είναι αρκετά συχνές, περιλαμβάνουν 90% περίπου των παθολογικών καταστάσεων του μαστού και πολλές φορές δυσκολεύεται η διαφοροδιάγνωση από τον καρκίνο, κατά την ψηλάφηση του μαστού (Φύσας, 2006).

Ο μαστός είναι όργανο που περιέχει αρκετό λιπώδη ιστό ακόμη και στις νέες γυναίκες. Ο μαζικός αδένας αναπτύσσεται μέσα σε κυτταρολιπώδη ιστό, έτσι ώστε λιπωματώδεις μάζες περιβάλλονται πολλές φορές από ινώδη κάψα σχηματίζοντας τα **λιπόματα**. Το λίπωμα εμφανίζεται σαν μάζα σφαιρική ή ωοειδής, κινητή και ελαστική κατά την ψηλάφηση. Έχει την κλινική εικόνα της



κύστεως και μόνο με τη μαστογραφία μπορεί να γίνει ο διαχωρισμός. Οι κύστες στη μαστογραφία δίνουν έντονη ομοιογενή σκίαση με ομαλά όρια, ενώ το λίπωμα χαρακτηρίζεται από ομαλή περιγεγραμμένη ακτινοδιαφανή περιοχή στοιχείο που αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα του λιπώματος.

Οι **κύστες** στους μαστούς είναι συχνό εύρημα. Παρατηρούνται συνήθως στην ηλικία 35-50 ετών αλλά είναι δυνατόν να εμφανιστούν ακόμη και σε νεαρές γυναίκες. Η ανάπτυξη των κύστεων σταματά με την εμμηνόπαυση αλλά πολλές φορές εμφανίζονται και μετά από αυτή, ιδιαίτερα σε γυναίκες που έχουν κάνει θεραπεία με οιστρογόνα. Οι κύστες στους μαστούς αναπτύσσονται συνήθως σε υπόστρωμα αδενώσεως όταν οι πόροι των λοβιδίων διατείνονται και καλύπτονται από ατροφικό

επιθήλιο. Οι μεγάλες κύστες, μονήρεις ή πολλαπλές μπορεί να είναι ασυμπτωματικές ή επώδυνες, κινητές κατά την κλινική εξέταση (Φύσσας, 2006). Η διάγνωση γίνεται με μαστογραφία ή με υπέρηχο. Η μονήρης κύστη στη μαστογραφία απεικονίζεται σαν στρογγυλή ή ωοειδής ομοιογενή σκίαση με σαφή όρια. Οι κύστες που αναπτύσσονται σε μαστούς πυκνούς με έντονη ινώδη υπερπλασία, εμφανίζονται ασαφείς και δημιουργούν προβλήματα διαφορικής διάγνωσης από καρκίνο ή άλλες παθήσεις του μαστού. Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση των κύστεων έχουν και οι υπέρηχοι. Με τους υπέρηχους είναι δυνατόν να διαχωρίσουμε μια κυστική επεξεργασία από μια συμπαγή μάζα. Πιο ασφαλές είναι να παρακεντηθεί η κύστη, να αφαιρεθεί υγρό, το οποίο θα δοθεί για κυτταρολογική εξέταση. Πολλοί είναι εκείνοι που κάνουν την παρακέντηση με την εμφύσηση αέρος μέσα στην κύστη. Είναι αυτό που λέμε πνευμοκυστογραφία. Με τον τρόπο αυτό ελέγχεται η εσωτερική παρυφή της κάψας που σε φυσιολογικές περιπτώσεις είναι ομαλή ενώ είναι δυνατόν να εμφανιστούν ενδοκυστικές θηλωματώδεις προεκβολές που οφείλονται σε καρκινική διήθηση. Η ύπαρξη αιματηρού υγρού κατά την παρακέντηση είναι σχεδόν σταθερό της ύπαρξης μέσα στην κοιλότητα της κύστης καλοηθών ή κακοηθών εκβλαστήσεων. Οι ενδείξεις για χειρουργική αφαίρεση της κύστης είναι όταν στη μαστογραφία τα όρια της κύστης παρουσιάζουν σχετική ασάφεια ή όταν μετά την παρακέντηση και την αφαίρεση ποσότητας υγρού η σκίαση στη μαστογραφία παραμένει ή όταν ακόμη, τα όρια της εσωτερικής επιφάνειας της κάψας με την εμφύσηση αέρος παρουσιάζονται ασαφή από θηλωματώδεις προεκβολές. Αρκετοί πιστεύουν πως γυναίκες με πολλές και μεγάλες κύστες έχουν μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού (Φύσσας, 2006, Herry et al., 2008).

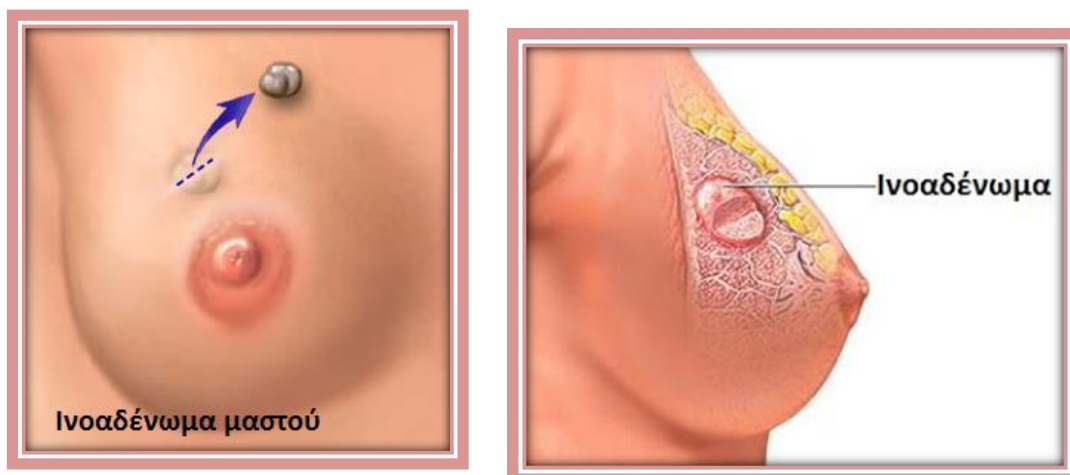
Η **θηλωμάτωση** είναι συχνό εύρημα και μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε μέρος του μαστού. Στην κλινική εξέταση δεν παρατηρούνται ιδιαίτερα ευρήματα. Στην ιστολογική παρατηρείται πολλαπλή θηλωμάτωση, διάταση των πόρων και επιθηλιακή υπερπλασία. Η μαστογραφική εικόνα δεν είναι χαρακτηριστική της νόσου. Συνήθως παρατηρούνται διάσπαρτες περιοχές αυξημένης πυκνότητας ως και μικροαποτιτανώσεις. Η ακτινολογική διάγνωση γίνεται με γαλακτογραφία, η οποία όμως συνίσταται στην έγχυση σκιερής ουσίας μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους. Στη γαλακτογραφία παρατηρούνται πολλές ελλειμματικές εικόνες, στους κύριους γαλακτοφόρους, χαρακτηριστικές των θηλωμάτων. Η πολλαπλή θηλωμάτωση πρέπει να διαχωρίζεται από το μονήρες θήλωμα και το θηλώδες καρκίνωμα.

Όταν ενδοπορώδης υπερπλασία αυξηθεί σημαντικά σε σημείο που να είναι ορατή και μακροσκοπικά, τότε η τοπική αυτή υπερπλασία ονομάζεται **ενδοπορώδες θήλωμα**. Το θήλωμα αυτό εντοπίζεται συνήθως στον όπισθεν της θηλής χώρο και συνοδεύεται από ροή ορώδους ή οροαιματηρού υγρού. Η ακτινολογική διάγνωση θα γίνει μόνο με τη γαλακτογραφία στην οποία, όπως και στην πολλαπλή θηλωμάτωση, θα δούμε μονήρη ελλειμματική εικόνα που θα αντιστοιχεί στο ενδοπορώδες θήλωμα. Με το εύρημα αυτό δεν είναι δύσκολο να διαχωριστεί το καλοήθες ενδοπορώδες θήλωμα από το πορώδες καρκινοματώδες θήλωμα (Φύσσας, 2006, Herry et al., 2008).

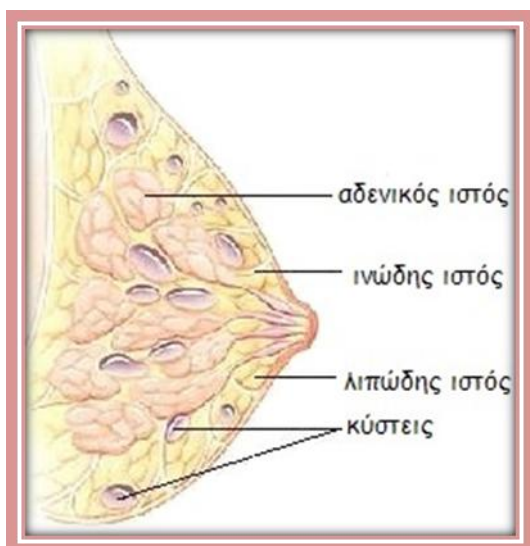
Η **αδένωση** είναι καλοήθης υπερπλασία του επιθηλίου των λοβιδίων και παρατηρείται στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Συνήθως, συνυπάρχει με υπερπλασία συνδετικού ιστού οπότε ονομάζεται **σκληρυντική αδένωση**. Οι περισσότερες αναφορές συγκλίνουν στο γεγονός ότι η σκληρυντική αδένωση δεν αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Στη μαστογραφία απεικονίζονται περιοχές μεγαλύτερης πυκνότητας, ως συνέπεια της ινώδους υπερπλασίας με διάσπαρτες μικροαποτιτανώσεις, οι οποίες είναι στρογγυλές ή ουρώδεις με ομαλά όρια και

εντοπίζονται στον έναν ή και στους δύο μαστούς. Συνήθως οι αλλοιώσεις είναι συμμετρικές και αφορούν και τους δυο μαστούς. Οποιαδήποτε ασυμμετρία παρατηρηθεί στη μαστογραφία κατά το συγκριτικό έλεγχο των μαστών και η οποία δεν οφείλεται σε κάποια χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει να μελετάται με μεγάλη προσοχή επειδή ο κίνδυνος να οφείλεται σε μια κακοήγη πλασματική εξεργασία είναι μεγάλος (Herry et al., 2008).

Το **ινοαδένωμα** είναι οι πιο συνηθισμένοι καλοήθεις όγκοι του γυναικείου μαστού. Εμφανίζονται μετά την εφηβεία, αλλά είναι συχνότεροι στην ηλικία των 20-30 ετών. Οι όγκοι αυτοί μπορεί να εμφανιστούν και μετά την εμμηνόπαυση αλλά πιστεύεται ότι σ' αυτές τις περιπτώσεις προϋπήρχαν της εμμηνόπαυσης και έγιναν εμφανείς με την πάροδο της ηλικίας και την υποστροφή των αδενικών και ιωδών στοιχείων. Τα ινοαδενώματα είναι ορμονοεξαρτώμενοι όγκοι και είναι δυνατόν να παρουσιάσουν αύξηση του μεγέθους κατά το τέλος κάθε μηνιαίου κύκλου. Η άποψη αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι βρέθηκαν οιστρογονικοί υποδοχείς στα ινοαδενώματα. Οι καλοήθεις αυτοί όγκοι, που αποτελούνται από ινώδη και αδενικό ιστό, περιβάλλονται από ινώδη κάψα, αυξάνουν σε μέγεθος αργά πιέζοντας τους γύρω ιστούς. Αξιολογώντας την αδενική τους σύσταση, πολλά ινοαδενώματα παλινδρομούν με την πάροδο της ηλικίας ενώ, αντίθετα, άλλα μπορεί να παρουσιάσουν αύξηση του μεγέθους τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η πιθανότητα προσβολής των ινοαδενωμάτων από καρκίνο έγινε αντικείμενο μελέτης από πολλούς ερευνητές. Γενικά θεωρείται ασυνήθης η συνύπαρξη ινοαδενώματος και καρκίνου. Ο συνηθισμένος τύπος καρκίνου, προσβάλλει τα ινοαδενώματα, ψηλαφάται σαν όγκοι σκληρής συστάσεως, ανώδυνοι, κινητοί, και αφοριζόμενοι από τους γύρω ιστούς. Τα ινοαδενώματα είναι μονήρη ή πολλαπλά και εντοπίζονται στον ένα ή και στους δύο μαστούς. Τα περισσότερα ινοαδενώματα, που παρατηρούνται στην εφηβική ηλικία έχουν την ίδια ακτινολογική εικόνα με εκείνη των ενηλίκων. Πολλές φορές με την πάροδο της ηλικίας μέσα στη μάζα του ινοαδενώματος παρουσιάζονται χαρακτηριστικές αδρές αποτιτανώσεις διαφόρου μεγέθους, η διαφορική διάγνωση των οποίων από αποτιτανώσεις άλλης αιτιολογίας δεν είναι δύσκολη. Το μέγεθος των



ινοαδενωμάτων παραμένει για πολλά χρόνια το ίδιο αλλά μερικές φορές έχουν την τάση να μεγαλώνουν γρήγορα σε τρόπο ώστε να διπλασιάζεται ή να τριπλασιάζεται το μέγεθος τους σε μικρό χρονικό διάστημα (Φύσσης, 2006, Κελλαρτζής και συν., 2009). Η χειρουργική αφαίρεση, είναι



η μέθοδος επιλογής για θεραπεία επειδή αυτά δεν υποστρέφονται αλλά, αντίθετα πολλές φορές έχουν την τάση να μεγαλώνουν(Φύσσας, 2006).

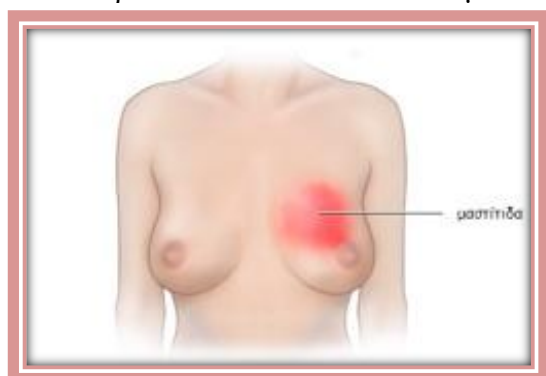
Η **ινοκυστική νόσος** του μαστού αποτελεί σημαντική βλάβη του μαζικού αδένου και απαντάται συνήθως σε άτομα ηλικίας 25-50 ετών. Η συχνότητα των κύστεων αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αιχμή στη δεκαετία των 35-50 ετών. Η νόσος είναι άγνωστης αιτιολογίας αλλά πολλοί πιστεύουν ότι οφείλεται σε ορμονικό ανισοζύγιο που προκαλείται από κακή ωθητική λειτουργία. Η νόσος εμφανίζεται μετά από μια δεκαετία από την έναρξη της περιόδου, και πιστεύεται ότι η συχνότητα αυξάνει με

την πάροδο της ηλικίας μέχρι την προεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Επίσης πιστεύεται ότι η ινοκυστική νόσος σπάνια συναντάται μετά τη ηλικία των 55 ετών. Οι γυναίκες που πάσχουν από ινοκυστική νόσο και οι οποίες μετά την εμμηνόπαυση παίρνουν οιστρογόνα έχουν 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Στην κλινική εικόνα οι μαστοί είναι οζώδεις με πολλαπλά οζίδια διαφόρου μεγέθους, επώδυνα κατά την ψηλάφηση και περιέχουν υγρό. Στη μαστογραφία παρατηρείται διάχυτη ινώδη υπερπλασία και οι μικρές κυστικές μάζες έχουν εικόνα συχνά ανώμαλη και άτυπη και πολλές φορές δημιουργούν δυσκολίες στη διάγνωση. Στη διάγνωση συμβάλει επίσης το υπερηχογράφημα και η θερμογραφία. (Φύσσας, 2006)

Γυναίκες μικρότερες των 35 ετών. Η συχνότερη αλλοίωση της ομάδας αυτής είναι η ινοκυστική νόσος, πιο συχνά πολυεστιακή αμφοτερόπλευρη και ενίοτε μονήρης εστία ετερόπλευρη. Η δεύτερη σε συχνότητα αλλοίωση είναι το ινοαδένωμα, ακολουθεί η μαστίτιδα, η τραυματική νέκρωση λίπους και τελευταίο έρχεται το καρκίνωμα.

Γυναίκες μεταξύ 35 και 50 ετών. Και στην ομάδα αυτή η συχνότερη βλάβη του μαστού είναι η ινοκυστική νόσος. Συχνά συνοδεύεται από επιθηλιακή υπερπλασία και γι' αυτό συνίσταται η χειρουργική έρευνα. Το καρκίνωμα, συχνό στις ηλικίες αυτές έρχεται δεύτερο σε συχνότητα. Ακολουθούν κατά σειρά το ινοαδένωμα, η τραυματική νέκρωση του λίπους ή μαστίτιδα και το θήλωμα.

Γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών. Το καρκίνωμα είναι η πιο συχνή αλλοίωση στην ηλικία άνω των 50 ετών, ακολουθεί η ινοκυστική νόσος, η νέκρωση λίπους, η νόσος Paget. Η οξεία μαστίτιδα είναι αρκετά σπάνια και ακόμα πιο σπάνια η χρόνια μαστίτιδα και το θήλωμα.



Συνήθεις θέσεις αλλοιώσεων του μαστού. Ορισμένες παθήσεις του μαστού φαίνονται ότι αναπτύσσονται κυρίως ή αποκλειστικά σε συγκεκριμένες θέσεις του συστήματος πόρων - λοβίων του μαστού. Το ινοαδένωμα και η κυστική νόσος παρουσιάζονται στα λόβια. Αυτό γιατί το ινοαδένωμα αναπτύσσεται μετά την εφηβεία και πριν από την εμμηνόπαυση, όπου ο μαστός έχει πολλά λόβια τα οποία δέχονται ορμονικές επιδράσεις. Επίσης ερμηνεύεται από την παρουσία στο ινοαδένωμα του μυξώδους συνδετικού ιστού, ο οποίος φυσιολογικά βρίσκεται στο λόβιο. Τέλος εξηγείται γιατί τα περισσότερα καρκινώματα που αναπτύσσονται στο ινοαδένωμα είναι λοβιακού τύπου. Η κυστική νόσος είναι και αυτή αλλοίωση των λοβίων(Φύσας, 2006). Το γεγονός αυτό οδηγεί στην ερμηνεία του παθογενετικού μηχανισμού των κύστεων υπό τάση του μαστού. Υπάρχουν αλλοιώσεις που αναπτύσσονται στους πόρους και στα λόβια, ενώ άλλες βλάβες προσβάλλουν τους πόρους κυρίως ή εκλεκτικά. Ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε τμήμα του συστήματος των πόρων. Πιο συχνά όμως προσβάλλει τους μικρούς πόρους. Η επιθηλίωση παρατηρείται στους πόρους με εξαίρεση τους μεγαλύτερους πόρους. Τα λόβια προσβάλλονται και από επιθηλίωση και από καρκίνο, πιο συχνά όμως από καρκίνο.Θηλώματα και θηλώδεις καρκίνοι μπορεί να προσβάλλουν οποιοδήποτε σημείο του συστήματος των πόρων, προτιμών όμως τους μεγαλύτερους πόρους. Σπάνια μπορεί να αναπτυχθούν και ενδοκυστικά. Η πορεκτασία είναι κατεξοχήν νόσος των πόρων. Τα λόβια μπορεί να έχουν δευτεροπαθείς αλλοιώσεις. Τέλος, η τραυματική νέκρωση του λίπους αφορά τον υποδόριο λιπώδη ιστό και σπάνια το παρέγχυμα του μαστού. (Φύσας, 2006)

2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είχε μελετηθεί πολύ καλά από τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου. Ορισμένοι μάλιστα ιστορικοί υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού αποτέλεσε το πρότυπο της μελέτης των κακοηθών παθήσεων, τόσο λόγω της συχνότητάς του όσο και της επιφανειακής θέσης του. Η παρομοίωση της νόσου με το ζώο καρκίνο έχει την πιο πιστή αναπαράστασή της στην περίπτωση του μαστού. Η χειρουργική θεραπεία ήταν εύκολο να εφαρμοστεί, καθώς η νόσος ήταν επιφανειακή, δεν προκαλούσαν κίνδυνος ζωής, δεν υπήρχε μεγάλος κίνδυνος αιμορραγίας και η επούλωση μπορούσε να γίνει ευκολότερα και με λιγότερες επιπλοκές. Η αφαίρεση του όγκου έπρεπε να γίνει σε υγιείς ιστούς («περικόψας δε παν το πεπονθός, ως ουδεμία υπολείπεσθαι ρίζαν», Γαληνός), η δε καυτηρίαση που χρησιμοποιούσαν στη συνέχεια είχε διπλή αποστολή, αφενός να σταματήσει την αιμορραγία, αφετέρου να κάψει τυχόν υπολείμματα ή προσεκβολές του όγκου(Φύσας, 2006, Herry et al., 2008).

2.1. Φυσική εξέλιξη της νόσου – Τύποι καρκίνου του μαστού

Σε γενικές γραμμές μπορούμε να κατατάξουμε ένα νεόπλασμα σε καλοήθες (bening) και κακοήθες (malignant) με επίσης ενδιάμεσες διαβαθμίσεις. Οι καλοήθεις παθήσεις είναι αρκετά συχνές και αποτελούν το 90% των παθολογικών καταστάσεων του μαστού. Παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία, όσον αφορά την κλινική εικόνα και κύριο χαρακτηριστικό είναι επίσης η αδενική και η ινώδης δυσπλασία. Στην πράξη ωστόσο δεν είναι εντελώς ασφαλής και δυνατός ο τέλειος διαχωρισμός των δύο αυτών κατηγοριών γιατί ένα καλοήθες νεόπλασμα είναι δυνατό, με διάφορες συνθήκες και προϋποθέσεις, να γίνει κακοήθες, και μία καλοήθη εξαλλαγή μεθοδικά να εξελιχθεί σε κακοήθη. Υπάρχει δηλαδή μεγάλη ποικιλία στην όλη εξέλιξη ενός νεοπλασματος(Φύσας, 2006).

Η αναγνώριση του καρκίνου του μαστού στη μαστογραφία δεν είναι πάντα εύκολη. Υπάρχει ποικιλομορφία μαστογραφικών ευρημάτων, τα οποία εξαρτώνται :

- Από τον ιστοπαθολογικό τύπο του καρκίνου.
- Από το ρυθμό ανάπτυξής του.
- Από τη σύσταση του μαζικού παρεγχύματος.

Για πρακτικούς λόγους τα μαστογραφικά σημεία του καρκίνου θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες, τα κύρια και τα δευτερεύοντα. Τα κύρια σημεία αναφέρονται στην καρκινική μάζα, η οποία στη μαστογραφία εμφανίζεται υπό μορφή :

- Οζώδους σκίασεως.
- Ασύμμετρης απεικόνισης στη συγκριτική μελέτη των δύο μαστών.
- Μικροαποτιτανώσεων, με ή χωρίς σκίαση.

Τα δευτερεύοντα σημεία έχουν σχέση με την επίδραση που ασκεί ο καρκίνος στους γειτονικούς ιστούς του παρεγχύματος και είναι, η μεμονωμένη διάταση ενός γαλακτοφόρου πόρου, η τοπική διαταραχή της δομής του μαστού, η εισολκή δέρματος, η πάχυνση δέρματος και η εισολκή θηλής.

Αναλυτικότερα τα παθολογικά ευρήματα εμφανίζονται είτε υπό μορφή οζώδους σκίασης με ευδιάκριτα όρια (circumscribed lesions), είτε έχουν απότομα όρια σε σχήμα αστεριού ή όρια με αιχμηρές προεκβολές μακριά από το κέντρο επίσης (spiculated masses), είτε εμφανίζονται με ακανόνιστο σχήμα και λιγότερο διακριτά όρια (ill-defined). Οι οζώδεις σκιάσεις με σαφή όρια έχουν ευδιάκριτα όρια και κυμαίνονται από 2 έως 20 χιλιοστά σε διάμετρο ή και περισσότερο και έχουν συνήθως σφαιρικό σχήμα. Έχουν τυχαίο προσανατολισμό και στην πλειοψηφία τους πρόκειται για καλοήθεις νεοπλασμάτα. Οι αδιαπέραστες στην ακτινοβολία είναι κατά βάση κακοήθεις, ενώ οι ακτινοπερατές είναι συνήθως καλοήθεις (Φύσσας, 2006, Κελλαρτζής και συν., 2009).

Όσον αφορά τις οζώδεις σκιάσεις με απότομα όρια σε σχήμα αστεριού, αυτές έχουν ασαφή όρια και είναι σχεδόν πάντα κακοήθεις. Αποτελούνται από έναν κεντρικό όγκο μεγάλης πυκνότητας με πυκνές αιχμηρές προεκβολές διασκορπισμένες σε όλες τις κατευθύνσεις. Το μέγεθος των αιχμηρών προεκβολών αυξάνει συνήθως με το μέγεθος του όγκου. Το κέντρο του όγκου μπορεί να είναι πολύ μικρό και ανεπαίσθητα αντιληπτό με περίτεχνη δικτυωτή και ακτινοβόλο δομή, η οποία προκαλεί παρεγχυματική καταστροφή και/ ή ασυμμετρία. Οι οζώδεις σκιάσεις με ακανόνιστο σχήμα και λιγότερο ευδιάκριτα όρια, είναι κατά βάση κακοήθεις.

Το περίγραμμα, η πυκνότητα, το σχήμα, ο προσανατολισμός και το μέγεθος της σκίασης είναι σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάλυση τους. Σε μερικές περιπτώσεις η καρκινική μάζα είναι δυνατόν να εμφανίζεται στη μαστογραφία υπό τη μορφή μικροαποτιτανώσεων, με ή χωρίς σκίαση (microcalcifications). Οι μικροαποτιτανώσεις είναι μικρές εναποθέσεις ασβεστίου στον ιστό του μαστού και εμφανίζονται ως μικρά λαμπερά σημεία στη μαστογραφία. Ένα σύμπλεγμα αποτελείται από τουλάχιστον 3 έως 5 μικροαποτιτανώσεις, σε μια περιοχή ενός τετραγωνικού εκατοστού. Πάνω από 50% των κακοηθών μαζών παρουσιάζουν συμπλέγματα μικροαποτιτανώσεων και σε πολλές περιπτώσεις τα συμπλέγματα αυτά είναι η μοναδική ένδειξη της κακοήθειας σε αρχικό στάδιο. Οι μικροαποτιτανώσεις ποικίλουν σε μέγεθος, από μικρότερες του ενός χιλιοστού σε διάμετρο μέχρι πέντε χιλιοστά σε διάμετρο. Επίσης ραδιολόγος πρέπει να εξετάσει προσεκτικά μια μαστογραφία με μεγεθυντικό φακό για να τις εντοπίσει. Το μέγεθος, το σχήμα καθώς και ο αριθμός και η κατανομή των μικροαποτιτανώσεων σε ένα σύμπλεγμα είναι οι σημαντικότεροι παράμετροι για τον εντοπισμό κακοηθών όγκων.

Υπάρχουν επίσης μαστοπάθειες που οφείλονται στην ασύμμετρη δομή (assymetry) των δύο μαστών. Σε αυτές τις περιπτώσεις η τοπική διαταραχή της δομής του μαστικού ιστού μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο με συγκριτική ανάλυση των μαστογραφιών. Επίσης πολλές φορές η ύπαρξη νεοπλασίας αναγνωρίζεται από την αλλοίωση της δομής γειτονικών ιστών (architectural distorsion). Οι δομές του μαστού, όσον αφορά τον αδενώδη ιστό, συγκλίνουν προς τη θηλή.

Οποιαδήποτε διαταραχή σε αυτή τη συμμετρική ροή είναι σημάδι πιθανής ανωμαλίας (Κελλαρτζής και συν., 2009).

Όσον αφορά τον ανδρικό μαστό, όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω, η παροδική υπερτροφία του ανδρικού μαστού (γυναικομαστία) είναι συχνή και συνήθως παρουσιάζεται στην εφηβεία ή στη γεροντική ηλικία. Μπορεί να είναι ιδιοπαθής ή να απαντά σε παθολογικές καταστάσεις. Μπορεί επίσης να οφείλεται σε διαταραχές του φλοιού των επινεφρίδων, του θυροειδούς, του ήπατος ή σε χρόνιες πνευμονικές παθήσεις. Ο καρκίνος του μαστού είναι σπανιότερος στον άνδρα. Η συνήθης ηλικία εμφάνισης είναι μεταξύ 25 και 85 χρονών. Τα ακτινολογικά του στοιχεία στη μαστογραφία περιλαμβάνουν αστεροειδή σκίαση, αποτιτανώσεις, βλάβες στη θηλή. Υπάρχει και ένα ποσοστό που παρουσιάζεται σαν οζώδης σκίαση με ευδιάκριτα όρια.

Ο μη Διηθητικός Καρκίνος του Μαστού είναι ο Λοβιακός (LCIS) και ο Πορογενής Καρκίνος in situ (DCIS).

Λοβιακός καρκίνος in situ (LCIS)

Οι Foote και Stewart το 1941 ονόμασαν την πάθηση αυτή Λοβιακό Καρκίνο in situ. Μετά ο Haagensen το 1978 την ονόμασε Λοβιακή Νεοπλασία (LN) και το 1985 οι Dupont και Page την ονόμασαν Άτυπη Λοβιακή Νεοπλασία (ALN). Το LCIS έχει κίνδυνο 20% να γίνει διηθητικός καρκίνος στα 20 χρόνια και σε αμφοτέρους τους μαστούς. Πριν πολλά χρόνια, η θεραπεία που εφαρμόζονταν ήταν η μαστεκτομή. Σήμερα, η θεραπεία που ισχύει είναι, αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή με ή όχι πλαστική αποκατάσταση του μαστού – παρακολούθηση – παρακολούθηση + Ταμοξιφαίνη 20mg/d για 5 χρόνια. Η Ταμοξιφαίνη χορηγείται λόγω του ότι η μελέτη NSABP P1 (1998) έδειξε ότι ελαττώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης διηθητικού καρκίνου και στους δύο μαστούς κατά 56%. Η ακτινοθεραπεία του μαστού δεν προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα και δεν χρησιμοποιείται. Η παρακολούθηση (follow-up) των γυναικών με LCIS γίνεται με κλινική εξέταση ανά 6-12 μήνες και ο μαστογραφικός έλεγχος ανά έτος. (Φύσσας, 2006, Κελλαρτζής και συν., 2009)

Πορογενής καρκίνος in situ (DCIS)

Η συχνότητα ανεύρεσης του DCIS έχει αυξηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, σε ποσοστά άνω του 25% των καρκίνων του μαστού. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σε πολλές χώρες ο πληθυσμιακός έλεγχος με μαστογραφία. Τέθηκε όμως το ερώτημα αν με τον πληθυσμιακό έλεγχο γίνεται υπερ-διάγνωση στον καρκίνο του μαστού και ειδικότερα στο DCIS. Το ερώτημα αυτό δημιουργήθηκε λόγω των αποτελεσμάτων διαφόρων μελετών, οι οποίες συμπέραναν τα εξής:

- Σε αναδρομικές μελέτες ασθενών με DCIS, οι οποίες είχαν διαγνωστεί λάθος ως καλοήθεις παθήσεις και δεν θεραπεύτηκαν, βρέθηκε στο follow-up των 30 ετών ότι λίγες ασθενείς ανέπτυξαν διηθητικό καρκίνο.
- Σε νεκροψίες γυναικών μέσης ηλικίας χωρίς ιστορικό DCIS, βρέθηκε DCIS σε ποσοστό 9-15%.

Η υπερ-διάγνωση του DCIS με τον πληθυσμιακό έλεγχο θεωρείται ως μικρό πρόβλημα διότι με αυτήν και την επακόλουθη θεραπεία αποφεύγεται η τυχόν ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου. Τα χαρακτηριστικά του DCIS είναι τα παρακάτω: (Κελλαρτζής και συν., 2009)

- μη διηθητικός η ενδοπορικός καρκίνος μαστού

- DCIS >25% των καρκίνων μαστού
- συνήθως δε εντοπίζεται σε ασυμπτωματικές γυναίκες με μαστογραφικό εύρημα
- το DCIS εντοπίζεται στο 20-50% σε εστιακές μικροαποτιτανώσεις
- πολυεστιακά είναι σε ποσοστό 18-65% (MO: 35%)
- αμφοτερόπλευρη εμφάνιση στο 10-15%
- 10% των DCIS γίνονται διηθητικά στα 5 χρόνια
- τα χαμηλής διαφοροποίησης DCIS >30% γίνονται διηθητικά στα 10 χρόνια
- μετάσταση στους αδένες 1%, (comedo με μικροδιήθηση 5%)

Οι κύριες προδρομικές τυχαιοποιημένες μελέτες που έγιναν για το DCIS είναι οι εξής:

- ✓ NSABP B-06 1976-1984 Μαστεκτομή – Ογκεκτομή
- ✓ NSABP B-17 1985-1990 (818 ασθενείς) Ογκεκτομή
- ✓ EORTC 10853 1986-1996 (1010 ασθενείς) Ογκεκτομή
- ✓ NSABP B-24 1991-1994 (1804 ασθενείς) Ογκεκτομή
- ✓ UKCCCR DCIS Trial 1990-1998 (1701 ασθενείς) Ογκεκτομή

Η μελέτη NSABP B-06 δεν είχε σχεδιαστεί για το DCIS, έδειξε όμως ότι η ογκεκτομή με RT έχει τα ίδια αποτελέσματα με την μαστεκτομή. Οι άλλες μελέτες σχεδιάστηκαν για να απαντήσουν στο ερώτημα εάν είναι απαραίτητη η RT και η ταμοξιφαίνη μετά την ογκεκτομή. Επίσης και άλλες μελέτες έκλεισαν πρόσφατα και αναμένονται τα αποτελέσματα. Αυτές σχεδιάστηκαν για να ελεγχθεί κατά πόσο μπορεί να γίνει μόνο ογκεκτομή σε καλής διαφοροποίησης DCIS, επίσης εάν η ταμοξιφαίνη μπορεί να αντικαταστήσει την RT μετά από ογκεκτομή και τέλος να ελεγχθεί η δράση της αναστροζόλης σε σχέση με την ταμοξιφαίνη. Αυτές οι μελέτες είναι: *(Κελλαρτζής και συν., 2009)*

- ECOG E-5194 Ογκεκτομή σε καλής διαφορικής
- RTOG 9804 Ογκεκτομή + RT - Ογκεκτομή
- NSABP B-35 Ογκεκτομή +RT+ Αναστρέψιμη
- IBIS-II Ογκεκτομή +RT+ Αναστρέψιμη

Σε DCIS το ποσοστό ανεύρεσης θετικών λεμφαδένων μασχάλης είναι στο 1%. Με τις βιοψίες του φρουρού λεμφαδένα που γίνονται στα τελευταία χρόνια, σε διάφορες μελέτες για το DCIS, βρέθηκε ότι το ποσοστό ανεύρεσης των θετικών λεμφαδένων ανέρχεται σε 3-13%. Υπάρχει η πιθανότητα λάθους ιστολογικής εξέτασης από κύτταρα και επιθήλια που μεταναστεύουν και επικάθονται στον αδένα και αναγνωρίζονται ως μετάσταση. Επίσης η μικροδιήθηση <0,2mm του λεμφαδένα λαμβάνεται υπ' όψιν αλλά δεν αξιολογείται κλινικά.

Συμπερασματικά:

A. LCIS

Το LCIS συνήθως είναι πολυεστιακό και με αμφοτερόπλευρη εμφάνιση και πιο συχνά ανευρίσκεται σε ηλικίες 44-46 ετών. Οι λίγες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει περίπου 7 φορές περισσότερο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου, που τις περισσότερες φορές είναι διηθητικός πορογενής. Αυτό είναι απόδειξη ότι το LCIS είναι παράγοντας αυξημένου κινδύνου και όχι προστάδιο καρκίνου. Στις θεραπευτικές επιλογές είναι η συστηματική παρακολούθηση εφ' όρου ζωής (ετησίως μαστογραφία και ανά 3-6 μήνες κλινική εξέταση) και η απλή μαστεκτομή. Η ασθενής θα αποφασίσει μετά από συζήτηση ποια από τις θεραπείες θα επιλέξει, την παρακολούθηση ή την αμφοτερόπλευρο απλή μαστεκτομή. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το LCIS είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου που περιλαμβάνει το Gail Model Risk Assessment Tool, και επί παρουσίας του μπορεί να χορηγηθεί για προφύλαξη η Ταμοξιφαίνη για 5 χρόνια (Φύσσας, 2006, Κελλαρτζής και συν., 2009; Λάγιου, 2008).

B. DCIS

Η συχνότητα έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια λόγω αύξησης του πληθυσμιακού ελέγχου. Είναι γνωστό ότι με τη μαστεκτομή έχουμε θεραπεία στο 98%, αλλά τα καλά αποτελέσματα της ογκεκτομής σε διηθητικό καρκίνο προκάλεσαν το ερώτημα εάν η μαστεκτομή είναι απαραίτητη σε όλες τις ασθενείς με DCIS. Μεγάλες μελέτες από NSABP και EORTC απέδειξαν τα καλά αποτελέσματα της Ογκεκτομής σε DCIS και την χρησιμότητα της RT και της Ταμοξιφαίνης. Εντούτοις, προβληματισμός υπάρχει για το αν η RT και η Ταμοξιφαίνη είναι απαραίτητες σε όλες τις ασθενείς. Χρειάζονται επί πλέον μελέτες για να σταδιοποιηθεί το DCIS και να βρεθεί πότε δεν είναι απαραίτητες οι πιο πάνω θεραπείες. Μέχρι στιγμής, η RT + Ταμοξιφαίνη μπορούν να γίνονται ως συμπληρωματική θεραπεία, δεδομένου ότι η ωφέλεια μπορεί να είναι μικρή (Φύσσας, 2006, Κελλαρτζής και συν., 2009; Λάγιου, 2008).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ιστολογική ταξινόμηση επιθηλιακών όγκων του μαστού κατά τον Π.Ο.Υ. (Α. F. Tavassoli & Devilee, 2003)

Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα, μη ειδικού τύπου (not otherwise specified – NOS)

- μεικτού τύπου
- πλειόμορφο
- με γιγαντοκύτταρα τύπου οστεοκλαστών
- με μελανωτικούς χαρακτήρες

Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα

Σωληνώδες καρκίνωμα

Διηθητικό ηθμοειδές καρκίνωμα

Μυελοειδές καρκίνωμα

Βλεννώδες καρκίνωμα και άλλοι όγκοι πλούσιοι σε βλέννη

- βλεννώδες
- κυσταδενοκαρκίνωμα και βλεννώδες καρκίνωμα από κυλινδρικά κύτταρα
- καρκίνωμα με κύτταρα δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου

Νευροενδοκρινείς όγκοι

- συμπαγείς νευροενδοκρινείς
- άτυπο καρκινοειδές
- μικροκυτταρικό
- από μεγάλα κύτταρα

Διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα

Διηθητικό μικροθηλώδες καρκίνωμα

Αποκρινές καρκίνωμα

Μεταπλαστικό καρκίνωμα

- αμιγή επιθηλιακά μεταπλαστικά καρκινώματα
- μεικτά επιθηλιακά/μεσεγχευματικά μεταπλαστικά καρκινώματα

Καρκίνωμα πλούσιο σε λιπίδια

Εκκριτικό καρκίνωμα

Ογκοκυτταρικό καρκίνωμα

Αδενοκυστικό καρκίνωμα

Κυψελιδικό καρκίνωμα

Καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα πλούσια σε γλυκογόνο

Σμηγματογόνο καρκίνωμα

Φλεγμονώδες καρκίνωμα

Λοβιακό in situ καρκίνωμα (LCIS)

Ενδοπορικές υπερπλαστικές αλλοιώσεις

- απλή υπερπλασία πόρων
- επίπεδη επιθηλιακή ατυπία
- άτυπη υπερπλασία πόρων
- πορογενές in situ καρκίνωμα (DCIS) (χαμηλής, μέτριας, υψηλής διαφοροποίησης)

Μικροδιηθητικό καρκίνωμα

Ενδοπορικά θηλώδη νεοπλάσματα

- κεντρικό θηλώδες
- περιφερικό θηλώδες
- άτυπο θηλώδες
- ενδοπορικό θηλώδες καρκίνωμα
- ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα

Καλοήθεις υπερπλαστικές αλλοιώσεις

- αδένωση
- αδενώματα
- ακτινωτή ουλή

2.2. Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο συχνό καρκίνο των γυναικών παγκοσμίως, συνιστώντας 27% όλων των νεοδιαγνωσμένων καρκίνων, ποσοστό διπλάσιο από την εμφάνιση οποιουδήποτε άλλου καρκίνου στις γυναίκες. Για το έτος 2009 υπολογίζεται ότι μόνο στις ΗΠΑ θα διαγνωσθούν περίπου 193000 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού ενώ περίπου 40000 γυναίκες θα καταλήξουν από τη νόσο (*Jemal et al., 2009*). Μέχρι το 1990 η μείωση στη χρήση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης αλλά και η μειωμένη εφαρμογή του μαστογραφικού ελέγχου οδήγησαν σε μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού. Έκτοτε, ενώ εμφανίζεται αύξηση της επίπτωσης, η θνησιμότητα στις αναπτυγμένες χώρες εμφανίζει τάση μείωσης, γεγονός το οποίο αποδίδεται στην πρόωμη διάγνωση μέσω του τακτικού μαστογραφικού ελέγχου και στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπειών (*Petrelli et al., 2009; Ravdin et al., 2007*).

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και των θανάτων από αυτόν, είναι 27 και 19 ανά 100000 αντίστοιχα. Κάθε χρόνο στην Ελλάδα, περισσότερες από 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού αλλά από αυτές τα 2/3 περίπου επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία. Η πιθανότητα μια Ελληνίδα να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού σε όλη τη διάρκεια της ζωής της είναι 3,5%, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα μιας Αμερικανίδας είναι 7%. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού δεν έχει μειωθεί, γεγονός το οποίο κάνει την ανάγκη για πρόληψης της ασθένειας επιτακτική. (*Petrelli et al., 2009; Ravdin et al., 2007; Ferlay et al., 2007*).

Συνοπτικά, τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι τα ακόλουθα :

- i) Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα που παρατηρείται στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε πολλές χώρες. Έτσι η νόσος είναι 6πλάσια στη Βόρεια Ευρώπη και Βόρεια Αμερική, παρά στην Άπω Ανατολή. Οι διαφορές αυτές αφορούν κυρίως τις μεγάλες ηλικίες.
- ii) Η απουσία σχέσης της ασθένειας με το θηλασμό.
- iii) Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα σε νεαρή ηλικία.
- iv) Η σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστοπάθεια και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του ενδομητρίου και των ωοθηκών.
- iv) Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών.
- v) Η διαπιστωμένη συμβολή κληρονομικών παραγόντων. (*Petrelli et al., 2009; Ravdin et al., 2007; Ferlay et al., 2007*).

Από τη γεωγραφική κατανομή διαπιστώνουμε μεγάλες διακυμάνσεις στην θνησιμότητα, οι οποίες κυμαίνονται από 25-30/100000 γυναίκες στη Μεγάλη Βρετανία, τη Δανία, την Ολλανδία, τις Η. Π. Α. και τον Καναδά και από 3-8/100. 000 στην Ιαπωνία, το Μεξικό και τη Βενεζουέλα.

Η ηλικία κατά την οποία προσβάλλονται οι γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού σύμφωνα με νεότερες πληροφορίες είναι το τριακοστό έτος και άνω, χωρίς να αποκλείεται η εμφάνιση του και σε νεότερες ηλικίες. 15% των νέων προσβολών ετησίως αφορά γυναίκες κάτω των 40 ετών. Τα 2/3

των νέων περιστατικών εκδηλώνονται κυρίως σε γυναίκες άνω των 40 ετών και η συχνότητα προσβολής σε ΗΠΑ και Ευρώπη είναι 6 φορές μεγαλύτερη από ότι στις χώρες της Ασίας και της Αφρικής(Ferlay et al, 2007).

Τα τελευταία 40 χρόνια έχει παρατηρηθεί διεθνώς αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού και ιδίως στο τέλος της δεκαετίας του '80. Από τότε η συχνότητα εμφάνισης σταθεροποιήθηκε, όμως νεότερες εργασίες αναφέρουν αύξηση προσβολής σε γυναίκες κάτω των 40 ετών. Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται 4.500 νέα περιστατικά και σε πάνω από 35% των ασθενών ο καρκίνος είναι οιστρογόνο-εξαρτώμενος.

Από το παραπάνω προκύπτει η αναγκαιότητα δημιουργίας τρόπων έγκαιρης διάγνωσης και παρακολούθησης των γυναικών . Η έγκαιρη διάγνωση βοηθά στην ευκολότερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Ο καρκίνος του μαστού στα πρώιμα στάδια είναι ιάσιμος με την κατάλληλη θεραπεία(Ferlay et al, 2004).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει κατατάξει τις γυναίκες σε υψηλού και κανονικού κινδύνου ασθενείς ανάλογα με το ιστορικό τους. Γυναίκες αυξημένου κινδύνου θεωρούνται:

- α) γυναίκες άτεκνες άνω των 40 ετών,
- β) γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία για περισσότερο από 3 έτη,
- γ) γυναίκες που η μητέρα τους ή γυναίκα πρώτου βαθμού συγγενείας έχει παρουσιάσει προεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού ή αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού,
- δ) γυναίκες λευκής φυλής,
- ε) γυναίκες με πρώιμη εμμηναρχή (έναρξη < των 12 ετών) και όψιμη εμμηνόπαυση (τέλος μετά τα 50 έτη),
- στ) γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου,
- ζ) γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια (δυσπλασία των μαστών),
- η) γυναίκες με καρκίνο του μαστού στον ένα μαστό έχουν 10-15% πιθανότητα να παρουσιάσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό.

Οι υπόλοιπες γυναίκες ανήκουν στην ομάδα συνηθισμένου κινδύνου και πρέπει να ακολουθούν άλλους κανόνες πρόληψης. (Ferlay et al, 2004; 2007).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει, επίσης, θεσπίσει χρονοδιάγραμμα προληπτικού ελέγχου παρακολούθησης των γυναικών:

1) γυναίκες χωρίς βεβαρημένο ιστορικό:

- α) 35 ετών πρώτη μαστογραφία- ψηλάφηση- υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο.
- β) 40-50 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο.
- γ) 50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο μαστών.

Να σημειωθεί ότι στις δύο πρώτες κατηγορίες πρέπει η γυναίκα να επισκέπτεται το γιατρό της κάθε χρόνο και αν συντρέχει λόγος να υποβάλλεται σε έκτακτο παρακλινικό έλεγχο. (Ferlay et al, 2007).

2) γυναίκες με βεβαρημένο ιστορικό (group forties):

- α) 30 ετών πρώτη μαστογραφία- ψηλάφηση- υπέρηχος αν κρίνεται αναγκαίο.
- β) 35-40 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο.
- γ) 40-50 ετών μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο.
- δ) 50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση και υπέρηχο μαστών.

Θνησιμότητα

Στην Ελλάδα η θνησιμότητα της νόσου είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες Ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές χώρες. Το ίδιο συμβαίνει και με τη συχνότητα. Στην πλειονότητα των χωρών η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής (Ferlay et al, 2004; 2007).

Ο καρκίνος του μαστού δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών ενώ η συχνότητα του αυξάνεται σταθερά φθάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες. Η νόσος αυτή αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-54 ετών. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί 7-10% του συνόλου των καρκίνων του μαστού και 25-40% εκείνων που εμφανίζονται σε ηλικία κάτω των 35 ετών. Συχνά εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, έχει αμφοτερόπλευρη εμφάνιση σε ποσοστό 20-40% και συνήθως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, δηλαδή υπάρχει ένα πρότυπο κληρονομικότητας αυτοματικού κυρίαρχου τύπου (Ferlay et al, 2004; 2007; Φύσας, 2006; Λάγιου, 2008).

Μια σημαντική ανακάλυψη στη γενετική βάση του καρκίνου ήταν η ανακάλυψη το 1997 των ογκοκατασταλατικών γονιδίων BRCA1 στο χρωμόσωμα 17 και BRCA2 στο χρωμόσωμα 13, η μετάλλαξη των οποίων ενοχοποιείται για τον κληρονομικό καρκίνο του μαστού. 52% του κληρονομικού καρκίνου του μαστού οφείλεται σε μετάλλαξη στο ογκογονίδιο BRCA1, 32% οφείλεται σε μετάλλαξη στο ογκογονίδιο BRCA2 ενώ ένα ποσοστό 16% οφείλεται σε άγνωστα μέχρι στιγμής γονίδια. Οι γυναίκες που φέρουν το ογκογονίδιο BRCA1 έχουν 50-85% πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 70 ετών, σε ποσοστό 40-60% ο καρκίνος μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρος, το 50% εμφανίζεται σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών, ενώ έχουν και προδιάθεση για εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών σε ποσοστό έως 60%. Η παρουσία ελαττωματικού ογκογονίδιο BRCA2, για το οποίο έχουν αναγνωρισθεί πάνω από 300 μεταλλάξεις, σχετίζεται με πιθανότητα 50-85% εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες μέχρι την ηλικία των 70 ετών, ενώ παρατηρείται κίνδυνος 6% εμφάνισης καρκίνου του μαστού στους άνδρες μέχρι την ηλικία των 70 ετών, ένα ποσοστό 100 φορές μεγαλύτερο από το συνήθη κίνδυνο καρκίνου του μαστού στους άνδρες (Φύσας, 2006; Λάγιου, 2008).

Κληρονομική εμφάνιση καρκίνου του μαστού έχει παρατηρηθεί και σε ορισμένα γνωστά κληρονομούμενα σύνδρομα όπως στο σύνδρομο Li-Fraumeni, στη νόσο Cowden και στην αταξία-τελαγγειεκτασία. Το σύνδρομο Li-Fraumeni χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση σαρκώματος, καρκίνου του μαστού και όγκων του εγκεφάλου καθώς και από καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα, λευχαιμία και καρκίνο των επινεφριδίων. Κληρονομείται με τον αυτοσωματικό κυρίαρχο χαρακτήρα και προκαλείται από μετάλλαξη στο γονίδιο της p53 που είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη διάφορων καρκίνων λόγω της πλειοτροπικής του επίδρασης. Στη νόσο Cowden, που κληρονομείται με τον αυτοσωματικό κυρίαρχο χαρακτήρα, παρατηρείται εμφάνιση πολλαπλών δερματικών οζιδίων κυρίως στο πρόσωπο, στη ραχιαία και κοιλιακή επιφάνεια των χεριών, στα πόδια και στα αντιβράχια καθώς και εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 30% των γυναικών με τη νόσο με το 1/3 αυτών να έχει αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Μια μετάλλαξη σε ένα γονίδιο στο χρωμόσωμα 11q θεωρείται υπεύθυνη για μια σπάνια νευρολογική διαταραχή, αταξία-τελαγγειεκτασία, της παιδικής ηλικίας. Χαρακτηρίζεται από προϊούσα παρεγκεφαλιδική και νευροκινητική αταξία, τελαγγειεκτασίες του επιπεφυκότα και του δέρματος του προσώπου, ανοσοανεπάρκεια, διαταραχές της ανάπτυξης, υπερευαισθησία στην ιονίζουσα ακτινοβολία και εμφάνιση καρκίνου σε διάφορες θέσεις. Κληρονομείται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα και οι γυναίκες φορείς έχουν πενταπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση το γενικό πληθυσμό (Ferlay et al, 2007; Φύσσας, 2006; Αάγιου, 2008)..

Στο ερώτημα εάν ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού έχει ιδιαίτερα ιστολογικά ή επιμέρους βιολογικά χαρακτηριστικά που πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν στους θεραπευτικούς χειρισμούς, η μέχρι σήμερα έρευνα έχει δείξει ότι πρόκειται για όγκους υψηλής κακοήθειας με Ca II-III, η έκφραση του *ce1b*-B2 βρίσκεται σε μικρότερη συχνότητα, θετικοί ορμονικοί υποδοχείς (ER και PR) απαντούν σε μικρό ποσοστό σε ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1 (30%) και σε υψηλό (93-100%) σε ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA2, είναι συχνή η ανεύρεση εκτεταμένου μη διηθητικού στοιχείου στην περιφέρεια, παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την πιθανότητα της τοπικής υποτροπής σε συντηρητικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού και τέλος υπάρχει αυξημένη πιθανότητα ανεύρεσης μεταλλάξεων της p53 (κυρίως στις ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1) που αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα. Όμως τότε μια γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε γονιδιακό έλεγχο, δεδομένου ότι δεν αποτελεί μέσο μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου, αλλά και ποια η κλινική εφαρμογή της γνώσης που προσφέρει η ύπαρξη μεταλλάξεων στα ογκογονίδια BRCA1 και BRCA2. (Ferlay et al, 2004; Φύσσας, 2006; Αάγιου, 2008).

Καταρχήν σε γονιδιακό έλεγχο πρέπει να υποβάλλονται, εφόσον το επιθυμούν οι εξής κατηγορίες γυναικών:

- ✓ Γυναίκες που έχουν τουλάχιστον δύο συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών.
- ✓ Γυναίκες με συγγενή 1ου βαθμού, στην οποία έχει βρεθεί μετάλλαξη σε ένα από τα δύο ογκογονίδια.
- ✓ Ασθενείς που αναπτύσσουν καρκίνο των ωοθηκών σε ηλικία κάτω των 30 ετών.

Στις γυναίκες αυτές, εφόσον εντοπισθεί μετάλλαξη, μπαίνει το πρόβλημα της προφυλακτικής αντιμετώπισης, το οποίο θα πρέπει να το χειρισθεί ομάδα εξειδικευμένων ιατρών, συμπεριλαμβανομένου ψυχιάτρου ή ψυχολόγου και γενετιστή, ο οποίος με την ενεργό συμμετοχή της γυναίκας, θα εξηγήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, τα πλεονεκτήματα και τα

μειονεκτήματα του γενετικού ελέγχου καθώς και το προσωπικό της όφελος από μια προφυλακτική επέμβαση. Η εντατική παρακολούθηση με κλινική εξέταση και υπερηχογράφημα μαστών ανά 6 μήνες, μαστογραφία και μαγνητική τομογραφία μαστών ανά έτος, ίσως να μην είναι αρκετή για αυτές τις γυναίκες, οπότε εναλλακτικές προτάσεις όπως η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή, η φαρμακευτική προφύλαξη και η ωοθηκεκτομή, θα πρέπει να συζητηθούν. Η αμφοτερόπλευρη απλή μαστεκτομή με ή χωρίς σύγχρονη αποκατάσταση αποτελεί τη ριζικότερη και ασφαλέστερη λύση. Η υποδόρια μαστεκτομή με διατήρηση της θηλής και της θηλαίας άλω, αν και έχει καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και γίνεται ευκολότερα αποδεκτή από τη γυναίκα, αφήνει τουλάχιστον 10% του μαζικού αδένου κάτω από τη θηλή, άρα παραμένει αρκετή πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου. Η φαρμακευτική προφύλαξη βασίζεται στη γνώση της ελάττωσης του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του άλλου μαστού, σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με ταμοξιφένη για την ανάπτυξη ενός ορμονοευαίσθητου όγκου στο παρελθόν. Υπάρχουν όμως ορισμένες επιφυλάξεις για τις γνωστές παρενέργειες του φαρμάκου όπως θρομβοεμβολικά επεισόδια και κυρίως με την αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου. Η ωοθηκεκτομή σε νέες γυναίκες έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των κυκλοφορούντων οιστρογόνων, οδηγώντας πρόωρα σε εμμηνόπαυση. Η επιλογή αυτή, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και προφυλάσσει πλήρως από την ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών. Βεβαίως αποτελεί δύσκολη επιλογή για μια νέα γυναίκα λόγω των προβλημάτων που δημιουργεί στον οικογενειακό προγραμματισμό της αλλά και για τις γενικότερες οργανικές επιπτώσεις για τις οποίες είναι υπεύθυνη. (Ferlay et al, 2007;).

2.3. Αιτιολογία

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοηθών όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοήτη μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για ορισμένες ηλικίες γυναικών. Τα τελευταία χρόνια πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών που σχετίζονται, είτε σαν αιτιολογικοί παράγοντες είτε σαν δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες με τον καρκίνο του μαστού. Η αιτιολογική σχέση στην επιδημιολογία θα μπορούσε να οριστεί σαν η σχέση μεταξύ ενός παράγοντα και ενός νοσήματος κατά την οποία η προσθήκη, η απομάκρυνση ή η μεταβολή της έντασης του παράγοντα ακολουθείται από μεταβολή της συχνότητας ή της πιθανότητας εκδήλωσης του νοσήματος. Κάθε παράγοντας που σχετίζεται στατιστικά με ένα νόσημα ονομάζεται παράγοντας κινδύνου για το νόσημα αυτό, ανεξάρτητα αν η συσχέτιση είναι αιτιολογική ή δευτερογενής πλασματική. Παρόλο που γενετικοί, προσωπικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού, κανένας άλλος δεν είναι προφητικός παράγοντας ούτε εξηγεί το μηχανισμό της νόσου. Επιπλέον σε ένα ποσοστό 70%-75% των περιπτώσεων καρκίνου μαστού δεν εντοπίζονται παράγοντες κινδύνου (Ferlay et al, 2007; Λάγιου, 2008).

Οι καλοήθειες παθήσεις του μαστού περιλαμβάνουν όλες τις παθολογικές καταστάσεις του μαστού εκτός από τον καρκίνο και αποτελούν το 88%-90% της παθολογίας του μαστού. Υπάρχουν καλοήθειες παθήσεις που ενέχουν κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στο μέλλον, όπως η άτυπη πορογενής υπερπλασία, η άτυπη λοβιδιακή υπερπλασία και η επιθηλιακή υπερπλασία με σοβαρή κυτταρική ατυπία.

Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, χωρίζονται σε μη διηθητικά καρκινώματα (15%-30%) και διηθητικά καρκινώματα (70%-85%). Μη διηθητικά είναι, το πορογενές μη διηθητικό καρκίνωμα (80%) και το λοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα (20%). Διηθητικά καρκινώματα είναι το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα (79%), το λοβιακό διηθητικό (10%), το σωληνώδες διηθητικό (6%), το βλεννώδες (2%), ο μυελοειδής καρκίνος (2%) και ο θηλώδης καρκίνος (1%).(Ferlay et al, 2004; 2007; Φύσσας,2006 ;Λάγιου,2008).

2.3.1. Παράγοντες κινδύνου

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού, όπως και με τους περισσότερους επιθηλιακούς καρκίνους, αυξάνει με την ηλικία. Οι καμπύλες έχουν χαρακτηριστική μορφολογία, με απότομη αύξηση μέχρι την εμμηνόπαυσιακή ηλικία και λιγότερο απότομη ή καθόλου αύξηση στη συνέχεια. Η επίπτωση ποικίλει μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών, γεγονός το οποίο δεν φαίνεται ότι καθορίζεται πρωτίστως από διαφορές στη γενετική προδιάθεση. Όπως προκύπτει από μελέτες πληθυσμών μετακινούμενων από περιοχές χαμηλής επίπτωσης σε περιοχές υψηλής επίπτωσης, ο μετακινούμενος πληθυσμός προσεγγίζει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού της χώρας υποδοχής σε μία ή δύο γενεές (Balzi et al., 1993; Kliever & Smith, 1995), γεγονός το οποίο υποδηλώνει τη σημαντικότητα των περιβαλλοντικών παραγόντων (διατροφή, αναπαραγωγικοί παράγοντες και διαταραχή της ισορροπίας ορμονών, αλκοόλ κ.α.) στην παθογένεια της νόσου.

Τα αίτια που προκαλούν καρκίνο του μαστού δεν είναι γνωστά. Είναι γνωστοί πολλοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την εμφάνιση της νόσου. Οι πιο σημαντικοί είναι οι ακόλουθοι:

- ✚ **Ηλικία.** Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την ηλικία. Οι περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζονται μετά από την ηλικία των 50 ετών.
- ✚ **Φυλή.** Οι γυναίκες της λευκής φυλής έχουν περισσότερες πιθανότητες από τις γυναίκες της μαύρης φυλής να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.
- ✚ **Ιστορικό καρκίνου του μαστού.** Γυναίκες που έχουν ιστορικό καρκίνου στον ένα μαστό έχουν τρεις με τέσσερις φορές αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο στον άλλο μαστό(Khatib & Modjtabei, 2006).
- ✚ **Ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου ή των ωοθηκών.** Γυναίκες με ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου ή των ωοθηκών μπορεί να έχουν λάβει ορμόνες ή να έχουν μετάλλαξη στο BRCA1 ή BRCA2 γονίδιο, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.
- ✚ **Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού.** Γυναίκες που έχουν μία συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή, κόρη) με καρκίνο του μαστού έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο. Εάν έχουν περισσότερες από μία συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού ο κίνδυνος αυξάνεται ακόμα περισσότερο.
- ✚ **Γενετική προδιάθεση.** Μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 και BRCA2 αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Υπάρχει σήμερα η δυνατότητα να ανιχνευθεί στο εργαστήριο η ύπαρξη αυτών των μεταλλάξεων. Ο έλεγχος για την ύπαρξη μεταλλάξεων συνιστάται μόνο σε ορισμένα άτομα, μετά από κατάλληλη πληροφόρησή. Ένα μικρό ποσοστό μόνο των όγκων του μαστού συνδέεται με την ύπαρξη των μεταλλάξεων αυτών(Khatib & Modjtabei, 2006).

- ✚ **Έκθεση σε οιστρογόνα.** Τα οιστρογόνα είναι ορμόνες που ελέγχουν τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου, όπως είναι η ανάπτυξη των μαστών. Η παραγωγή των οιστρογόνων μιας γυναίκας ελαττώνεται με την εμμηνόπαυση. Η αυξημένη διάρκεια έκθεσης σε οιστρογόνα πιστεύεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.
- ✚ Οι γυναίκες που είχαν την **πρώτη τους περίοδο** πριν από την ηλικία των 12 ετών ή είχαν εμμηνόπαυση μετά τα 50 έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού γιατί τα κύτταρα των μαστών τους έχουν εκτεθεί σε οιστρογόνα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
- ✚ Γυναίκες που είχαν την **πρώτη τους εγκυμοσύνη** μετά από την ηλικία των 30 ετών ή που δεν είχαν ποτέ τελειόμηνη εγκυμοσύνη έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.
- ✚ Η **χορήγηση οιστρογόνων** είτε ως αντισυλληπτικών είτε ως θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η χορήγηση οιστρογόνων πρέπει να γίνεται μόνο μετά από έλεγχο και σωστή ιατρική παρακολούθηση.
- ✚ **Άτυπη υπερπλασία και μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα του μαστού** (καρκίνωμα in-situ).
- ✚ **Ο τρόπος ζωής.** Η παχυσαρκία, η έλλειψη άσκησης και η κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.
- ✚ **Ακτινοβολία.** Η έκθεση σε υψηλές δόσεις ακτινοβολίας είτε για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς λόγους αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.
- ✚ Σε πολλές περιπτώσεις **δεν υπάρχει κανένας γνωστός παράγοντας κινδύνου** και αυτό σημαίνει ότι κάθε γυναίκα πρέπει να φροντίζει για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. *(Khatib & Modjtabai, 2006)*

2.4. Κλινική εικόνα και πρόγνωση

Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι ψηλαφητή μάζα (77%). Στο 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την ασθενή, συνήθως κατά τη διάρκεια του μπάνιου της. Συνήθως η μάζα αυτή είναι ανώδυνη (66%), σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές η μάζα αυτή είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες καλοήθεις παθήσεις του μαστού.

Η έκκριση της θηλής του μαστού (10%) είναι το δεύτερο συνήθως συχνό κλινικό σημείο του καρκίνου του μαστού. Ο πόνος δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν και 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο. Σπάνια ο πόνος αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση, όπως ένας οξύς αναίτιος πόνος, ιδιαίτερα στις μετακλιμακτηριακές γυναίκες *(Ιωαννίδου-Μουζάκα & Καρυδά, 2007)*.

Έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο. Εισολκή της θηλής (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από τη θηλή), αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. *(Προσοχή χρειάζεται να μην γίνει*

σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού.)

Οίδημα του δέρματος υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού (peau d' orange), προκαλείται λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. Ερυθρότητα, εξέλκωση, αιμορραγία, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή συρρίκνωση και πάχυνση του δέρματος από τον όγκο αποτελούν άλλα κλινικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού. Σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιος μασχαλιαίος αδένας ή οίδημα του ώμου ή πόνος οστικός (από μεταστάσεις) μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση (Ιωαννίδου-Μουζάκα & Καρυδά, 2007).

2.4.1. Σταδιοποίηση και πρόγνωση

Η σταδιοποίηση παρέχει μια τυποποίηση για την ομοιόμορφη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των κλινικών ιατρών όσον αφορά στην έκταση της νόσου και αποτελεί τη βάση για την επιλογή των θεραπευτικών προσεγγίσεων και πιθανών συμπληρωματικών θεραπειών. Επιπλέον, αποτελεί εργαλείο των ερευνητών, επιτρέποντας τη διαστρωμάτωση των ασθενών (Greene & Sobin, 2008). Στην προσπάθεια ανάπτυξης ενός συστήματος σταδιοποίησης, αναπτύχθηκε η ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού κατά TNM. Η αύξηση του όγκου (T) της πρωτοπαθούς εστίας συνοδεύεται από προσβολή των λεμφαδένων (N) και εμφάνιση μεταστάσεων (M). Η απλή αυτή σχηματοποίηση της σταδιοποίησης είναι ο στόχος του συστήματος TNM και επιτυγχάνει μια σχετικά ακριβή περιγραφή και καταγραφή της ανατομικής έκτασης της νόσου. Για πρακτικούς λόγους γίνεται περαιτέρω ομαδοποίηση σε στάδια. (Greene & Sobin, 2008).

<u>ΣΤΑΔΙΑ</u>	<u>5ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ</u>
<u>Στάδιο I:</u> Όγκος < 2cm διάμετρος χωρίς μεταστατικές διηθήσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	85%
<u>Στάδιο II:</u> Όγκος < 5cm λεμφαδένες μη ψηλαφητοί ή ψηλαφητοί ευκίνητοι και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	66%
<u>Στάδιο III:</u> Όγκος > 5cm ή οποιουδήποτε μεγέθους με ή χωρίς επινέμηση στο δέρμα, ψηλαφητοί λεμφαδένες καθηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα, υπερκλείδιοι λεμφαδένες, χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	41%
<u>Στάδιο IV:</u> Απομακρυσμένες μεταστάσεις ήπαρ, πνεύμονες, οστά έτερος μαστός	10%

Ιστολογική σταδιοποίηση όσον αφορά λεμφαδένες:

<u>ΣΤΑΔΙΑ</u>	<u>5ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ</u>	<u>10ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ</u>
Αρνητικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	63%	46%
1-3 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	62%	38%
>4 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	32%	13%

Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών και μάλιστα ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Τόσο η διάρκεια όσο και η ποιότητα της ζωής τους έχει βελτιωθεί. Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία παρουσιάζουν επιβίωση σε ποσοστό 50% και είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό κατά τα τελευταία χρόνια και είναι περίπου ίδιο σε διάφορες χώρες. Επίσης, ένα ποσοστό καρκινοπαθών μπορεί να επιζήσει για 5 ή 10 χρόνια χωρίς θεραπεία (*Greene & Sobin, 2008; Φύσσας, 2006*).

Η πρόγνωση για την ασθενή εξαρτάται και τίθεται από ομάδα γιατρών, η οποία εξετάζει για πρώτη φορά και παίρνει την πρώτη βασική απόφαση. Αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος ή όχι. Αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος η ασθενής έχει την πιθανότητα να θεραπευθεί, ενώ αν δεν είναι, όχι.

Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση:

- ✓ Τοπική έκταση του όγκου
- ✓ Καθήλωση του όγκου
- ✓ Οίδημα
- ✓ Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος
- ✓ Παρουσία δορυφόρων οζιδίων
- ✓ Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού
- ✓ Γεωγραφική θέση μαστού
- ✓ Προσβολή της θηλής

Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη πρόγνωση:

- ❖ Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- ❖ Ρυθμός αύξησης του όγκου
- ❖ Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- ❖ Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες. Τέτοιοι θεωρούνται το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο CEA<5 mg/ml, το CA 125<35 U/ml, το CA 15.3<30 U/ml
- ❖ Εμφάνιση καρκίνου και στους δυο μαστούς

Οι άνδρες με καρκίνο του μαστού έχουν πάντοτε προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό. Αυτός κυρίως είναι ο λόγος για τον οποίο η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι πολύ βαρύτερη από την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα (*Greene & Sobin, 2008; Φύσσας, 2006; Αάγιου, 2008*).

Στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού υπάρχουν παράγοντες των οποίων η σημασία είναι σημαντική ή αμφιλεγόμενη. Οι παράγοντες αυτοί είναι, η ηλικία της γυναίκας, η προφυλακτική στείρωση και η κύηση.

2.5. Πρόληψη καρκίνου του μαστού

Ο έλεγχος του καρκίνου του μαστού αποτελεί μια σύνθετη και δύσκολη διαδικασία που περιλαμβάνει καλά σχεδιασμένες και υποστηριζόμενες από την πολιτεία, παρεμβάσεις στον πληθυσμό. Στοιχεία των παρεμβάσεων αυτών είναι η πρωτογενής πρόληψη, ο οργανωμένος σε εθνικό επίπεδο προσυμπτωματικός έλεγχος, η διάγνωση και θεραπεία και η παρηγορητική φροντίδα (Λάγιου, 2008).

α) Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού αφορά κυρίως στην εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε εθνικό επίπεδο, τα οποία θα απευθύνονται σε άτομα ή ομάδες και θα εστιάζουν στη σημασία της πρόληψης, στην κατανόηση της ασθένειας και στα οφέλη της πρώιμης διάγνωσης. Πιο συγκεκριμένα, η αγωγή υγείας, ως εκπαιδευτική διαδικασία μέσα από διαπροσωπική επαφή κυρίως, ενημερώνει τον πληθυσμό για το συγκεκριμένο καρκίνο και αποσκοπεί στην αλλαγή συμπεριφοράς, στην αύξηση συμμετοχής των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στην έγκαιρη αναζήτηση φροντίδας. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού και μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο παρέμβασης, είναι η διατροφή, το σωματικό βάρος, η φυσική δραστηριότητα και η ιονίζουσα ακτινοβολία (Λάγιου, 2008). Η συμβουλευτική, ως μια πιο προσωπική και εμπιστευτική διαδικασία, προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε γυναίκας, προσφέρει την αναγκαία γνώση για τον καρκίνο του μαστού και βοηθάει ατομικά τις γυναίκες στη λήψη αποφάσεων.

β) Δευτερογενής πρόληψη (προσυμπτωματικός έλεγχος)

1) Είδη προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού εστιάζεται κυρίως στην πρώιμη διάγνωσή του μέσω οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού είναι η αυτοεξέταση του μαστού, η κλινική εξέταση του μαστού και η μαστογραφία.

2) Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη

Ο καρκίνος του μαστού και η πρώιμη διάγνωσή του αποτελούν βασικές προτεραιότητες στα πλαίσια συντονισμένων δράσεων, προγραμμάτων, ψηφισμάτων και οδηγιών – συστάσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το πρώτο πρόγραμμα δράσης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», ξεκινάει το 1987 και στη συνέχεια, το 1990, δημιουργείται το «Δίκτυο Ανίχνευσης Καρκίνου του Μαστού» (EBC5), με στόχο να επεκταθεί σε όλη την Ευρώπη ο έλεγχος με μαστογραφία και να διαμορφωθούν κοινές συστάσεις. Το 2006, ένα νέο Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με τον Καρκίνο του Μαστού στη Διευρυμένη Ευρώπη, θέτει ως προτεραιότητα την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού, σε όλες τις χώρες της διευρυμένης Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έχει αποδειχτεί, ωστόσο, ότι

η εφαρμογή των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου καθορίζεται τελικά από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του πληθυσμού, τις προτεραιότητες της πολιτικής δημόσιας υγείας και από τις δυνατότητες χρηματοδότησης (Κωνσταντινίδης, 2006).

Στην Ευρώπη, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού είναι είτε οργανωμένος σε εθνικά, περιφερειακά, πιλοτικά προγράμματα, είτε περιστασιακός. Τα πρώτα οργανωμένα προγράμματα ξεκίνησαν το διάστημα 1986-89 στις Σκανδιναβικές χώρες και στην Αγγλία. Εθνικά προγράμματα υπάρχουν στις χώρες Φινλανδία, Γαλλία, Ισλανδία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Σουηδία, Αγγλία, ενώ περιφερειακά προγράμματα λειτουργούν στις χώρες Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Νορβηγία, Πορτογαλία και Ισπανία. Στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», ξεκίνησαν από το 1986 να λειτουργούν πιλοτικά προγράμματα στις χώρες Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία, Δανία, Γερμανία, Ιταλία και Λουξεμβούργο. Τα περισσότερα πιλοτικά εξελίχθηκαν στη συνέχεια σε περιφερειακά προγράμματα και μονάχα η Γαλλία και το Λουξεμβούργο άρχισαν να εφαρμόζουν οργανωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο σε εθνικό επίπεδο. Στην πλειοψηφία τους, τα οργανωμένα προγράμματα έχουν πληθυσμό στόχο γυναίκες 50-69 ετών και ο έλεγχος πραγματοποιείται με μαστογραφία ανά 2 χρόνια. Στις χώρες που ο προσυμπτωματικός έλεγχος ξεκινάει από την ηλικία των 40 (Σουηδία, Γερμανία, Ουγγαρία), το μεσοδιάστημα είναι 1-1,5 χρόνος για τις γυναίκες 40-49 ετών. Στην Αγγλία, λόγω περιορισμού της χρηματοδότησης, το διάστημα είναι 3 χρόνια. Η αρχική μαστογραφία είναι, στις περισσότερες χώρες, δύο λήψεων και οι επόμενες μίας ή δύο λήψεων, ενώ σε αρκετά προγράμματα εφαρμόζεται η διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών, προκειμένου να αυξηθεί η ευαισθησία και ειδικότητα της εξέτασης. Τα αποτελέσματα ανακοινώνονται πάντα στις ίδιες τις γυναίκες, τα δεδομένα του προσυμπτωματικού ελέγχου καταγράφονται, όπως επίσης και εκείνα των επιπλέον διαγνωστικών διαδικασιών και των ανιχνευμένων καρκίνων. Τα ποσοστά κάλυψης του γυναικείου πληθυσμού-στόχου είναι της τάξης 50-89% και τα ποσοστά επαναπρόσκλησης για παρακολούθηση είναι 1-8% (Κωνσταντινίδης, 2006).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού. Στη νότια Ελλάδα και συγκεκριμένα στους νομούς Ηλείας και Μεσσηνίας, εγκρίθηκε το 1988 ένα πιλοτικό πρόγραμμα, στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του καρκίνου», με στόχο τη διερεύνηση της δυνατότητας εφαρμογής ενός οργανωμένου προγράμματος προσυμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Ο πληθυσμός-στόχος ήταν γυναίκες 40-64 ετών. Χρησιμοποιήθηκε μηχανοργάνωση, δημιουργήθηκαν επιτροπές υποστήριξης από τοπικούς συλλόγους, οργανώσεις και φορείς. Υπήρχε κινητή μονάδα μαστογραφίας, όπου εξετάζονταν 45 γυναίκες την ημέρα με μαστογραφία δύο λήψεων. Το μεσοδιάστημα ελέγχου ήταν δύο χρόνια, υπήρχε διπλή ανάγνωση των αποτελεσμάτων, τα οποία αποστέλλονταν το αργότερο σε ένα μήνα στις ίδιες τις γυναίκες και όσες είχαν παθολογικά ευρήματα παραπέμπονταν για περαιτέρω έλεγχο σε κλινικές. Η εκτιμώμενη συμμετοχή των γυναικών μέσα στην πρώτη τετραετία ήταν της τάξεως 52,48% (Κωνσταντινίδης, 2006). Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού έχει εκτιμηθεί με βάση την ελάττωση της θνησιμότητας που προκαλείται από τη νόσο. Οι εκτιμήσεις αυτές έχουν προκύψει από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCTs) και από μελέτες που αξιολογούν τις υπηρεσίες των οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης σε διάφορες χώρες. Τυχαιοποιημένες μελέτες (RCTs) έχουν δείξει μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού κατά 20%-35% για γυναίκες 50-69 ετών.

Σε συστηματική ανασκόπηση της Cochrane Library, μονάχα δύο τυχαιοποιημένες μελέτες (Malmo και Καναδά) θεωρήθηκαν μεθοδολογικά αξιόπιστες και με βάση αυτές, από τον προσυμπτωματικό έλεγχο προέκυψε μείωση σχετικού κινδύνου 15% για θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι δεν είναι ξεκάθαρο αν ο προσυμπτωματικός έλεγχος κάνει περισσότερο καλό παρά κακό, καθώς οδηγεί σε υπερδιαγνώσεις και περιττές θεραπείες. Η αποτελεσματικότητα των εφαρμοσμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στα πλαίσια οργανωμένης πολιτικής δημόσιας υγείας αξιολογήθηκε σε χώρες όπως η Αγγλία, οι Σκανδιναβικές χώρες και η Ολλανδία. Με βάση τις μελέτες αξιολόγησης των προγραμμάτων αυτών, υπήρξε μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο μαστού 6%-32%, ανάλογα με τη χώρα, τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος και τα μεθοδολογικά εργαλεία της μελέτης. (Λάγιου, 2008 ;Κωνσταντινίδης,2006).

3) Αρνητικές επιπτώσεις προσυμπτωματικού ελέγχου

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο δεν πάσχει από καρκίνο, δεν ωφελείται άμεσα από αυτό, ενώ υπάρχει πιθανότητα να υποστεί τις αρνητικές του συνέπειες. Μία από αυτές τις συνέπειες, τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα της μαστογραφίας, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές μαστογραφίες, υπερηχογραφήματα, βιοψίες) και σε αυξημένο άγχος των γυναικών για την πιθανότητα καρκίνου. Σε μελέτη που έγινε στη Βρετανία, διαπιστώθηκε ποσοστό 3%-7% των ψευδώς θετικών μαστογραφιών σε σχέση με το σύνολο των μαστογραφιών που πραγματοποιήθηκαν(Κωνσταντινίδης,2006).

Μια άλλη αρνητική συνέπεια του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η υπερδιάγνωση, με την έννοια της διάγνωσης και θεραπείας καρκίνων που δεν θα προκαλούσαν ποτέ συμπτώματα. Σε ανασκόπηση της Cochrane, υπολογίζεται ότι σε 10ετή προσυμπτωματικό έλεγχο 2000 γυναικών, 10 γυναίκες θα χαρακτηριστούν καρκινοπαθείς και θα υποστούν θεραπεία, ενώ διαφορετικά πολύ πιθανόν να μην εκδηλωνόταν ποτέ ο καρκίνος. Σε ανασκόπηση των μελετών για την πρόκληση καρκίνου μαστού από την ακτινοβολία της μαστογραφίας, ο IARC συμπέρανε ότι οι περιπτώσεις αυτές είναι λίγες και ότι ο κίνδυνος ελαττώνεται στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Σχεδιασμός προσυμπτωματικού ελέγχου για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Σε συνεδρίαση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, τον Οκτώβριο του 2006, διατυπώθηκε σαφέστατα το αίτημά προς τα κράτη-μέλη για καθιέρωση προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία, σε εθνικό επίπεδο, με ποιοτικό έλεγχο και έμφαση στην πολιτική πληροφόρησης των γυναικών, προκειμένου να αυξηθεί η αποδοχή και η συμμετοχή τους στα προγράμματα αυτά. Ο έλεγχος του καρκίνου του μαστού βασίζεται πρωταρχικά και κύρια σε οργανωμένα εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, τα οποία στηρίζονται στην ποιοτική εφαρμογή της μαστογραφίας ως μεθόδου προσυμπτωματικού ελέγχου, με βάση συμφωνημένα σε τοπικό επίπεδο πρωτόκολλα και με σαφώς προσδιορισμένο πληθυσμό-στόχο. Ένα οργανωμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, στα πλαίσια του συστήματος υγείας, περιλαμβάνει τα εξής βήματα: (Λάγιου, 2008 ;Κωνσταντινίδης,2006).

- Ταυτοποίηση του πληθυσμού-στόχου. Ο πληθυσμός-στόχος πρέπει να έχει σταθερή διαμονή και, με βάση τις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες, όταν ο προσυμπτωματικός έλεγχος με

μαστογραφία προσφέρεται σε οργανωμένα πλαίσια πολιτικής δημόσιας υγείας, καλούνται γυναίκες 50-69 ετών ανά 2 χρόνια. Εάν σε κάποιες χώρες ή περιοχές αποφασιστεί, σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα, προσυμπτωματικός έλεγχος για γυναίκες 40-49 ετών, είναι απαραίτητο οι γυναίκες να ενημερώνονται για τις δυνατότητες και τους περιορισμούς του στην ηλικιακή αυτή ομάδα και το διάστημα μεταξύ των ελέγχων να είναι 12-18 μήνες.

- Πρόσκληση των γυναικών σύμφωνα με τη βάση δεδομένων που έχει δημιουργηθεί από πηγές, όπως πληθυσμιακοί κατάλογοι, εκλογικοί κατάλογοι, λίστες ασφαλιστικών ταμείων, ιατρικοί φάκελοι ασθενών, μητρώα δήμων κ.α.. Η πρόσκληση μπορεί να γίνει με επιστολή υπογεγραμμένη από τον οικογενειακό γιατρό, τηλεφωνικά ή με συνδυασμό επιστολής και τηλεφωνικής κλήσης. (Λάγιου, 2008; Φύσσας, 2006).
- Διενέργεια μαστογραφιών. Η μαστογραφία διενεργείται σε οργανωμένα κέντρα ελέγχου ή σε κινητές μονάδες για δυσπρόσιτες περιοχές και γίνεται – ιδανικά – διπλή λήψη. Ο ποιοτικός έλεγχος και η εκπαίδευση του προσωπικού είναι υποχρεωτικοί. Οι χειριστές μαστογράφου έχουν καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα των μαστογραφιών και αποτελούν ζωτικό κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας ενός προγράμματος για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.
- Ανάγνωση μαστογραφιών και αναφορά αποτελεσμάτων. Η διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών ενδείκνυται στα κεντρικά οργανωμένα προγράμματα και είναι υποχρεωτική στα περιφερειακά. Οι ακτινολόγοι που διαγιγνώσκουν τις μαστογραφίες, πρέπει να έχουν ειδική και συνεχόμενη εκπαίδευση και συμμετοχή σε κεντρικά προγράμματα, με ανάγνωση τουλάχιστον 5.000 μαστογραφιών από προσυμπτωματικό έλεγχο ανά χρόνο.
- Ανακοίνωση των φυσιολογικών αποτελεσμάτων στις γυναίκες και του χρόνου επανεξέτασης. Η ανακοίνωση μπορεί να γίνει τηλεφωνικά, με επιστολή ή με διαπροσωπική επαφή (Λάγιου, 2008)
- Περαιτέρω αξιολόγηση και παρακολούθηση γυναικών με ύποπτες ή σαφώς παθολογικές μαστογραφίες. Η ανακοίνωση παθολογικών αποτελεσμάτων δε γίνεται ποτέ τηλεφωνικά ή με επιστολή, αλλά προφορικά στις ίδιες τις γυναίκες με παρουσία συμβούλου. Τα πληθυσμιακά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να συνδέονται με κέντρα μαστού πολλαπλών ειδικοτήτων όπου γίνεται η παρακολούθηση και αντιμετώπιση των γυναικών με παθολογικά ευρήματα, ενώ θα πρέπει να λειτουργεί σύστημα υπενθύμισης για όσες γυναίκες δεν ακολουθούν τα πρωτόκολλα παρακολούθησης.
- Καταγραφή, παρακολούθηση και αξιολόγηση του προγράμματος. Κατά τη διαδικασία εκτέλεσης του προγράμματος η μηχανοργάνωση είναι απαραίτητη για την καταγραφή του πληθυσμού-στόχου, τη μέτρηση της συμμετοχής των γυναικών, την καταχώριση δεδομένων από τις μαστογραφίες και τις διαγνώσεις καρκίνου μαστού και ενδιάμεσων καρκίνων. Με τον τρόπο αυτό, παρέχεται γρήγορη και επιστημονική ανάλυση των αποτελεσμάτων του προγράμματος, η οποία συμβάλλει στην έγκαιρη αποτίμηση της μέχρι τότε πορείας του και στην παραπέρα βελτίωσή του (Λάγιου, 2008 ;Κωνσταντινίδης, 2006)..

Οικογενειακός γιατρός και προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού

Οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται σε ένα πρόγραμμα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου είναι: γιατροί δημόσιας υγείας, γενικοί γιατροί, γυναικολόγοι, ογκολόγοι παθολόγοι και χειρουργοί εξειδικευμένοι στο μαστό, νοσηλεύτές, μαίες, χειριστές μαστογράφων και ακτινολόγοι εκπαιδευμένοι στην εκτίμηση της μαστογραφίας. Το προσωπικό του προγράμματος πρέπει να

διαθέτει εμπειρία και ειδική εκπαίδευση, πρέπει να επιμορφώνεται και να συνεργάζεται στα πλαίσια του προγραμματισμένου ποιοτικού ελέγχου. Οι παρεμβάσεις εκπαιδευμένων Γενικών – Οικογενειακών Γιατρών, με συμβουλευτική πάνω στη σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου του μαστού, βοηθάει τις γυναίκες να πάρουν αποφάσεις με βάση τη σωστή ενημέρωση και αυξάνει τη συμμετοχή τους στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Η πρόσκληση στον προσυμπτωματικό έλεγχο έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν γίνεται με επιστολή υπογεγραμμένη από τον Οικογενειακό Γιατρό. Σε έρευνα, ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις (εκπαιδευτικό υλικό, σύστημα υπενθύμισης) σε επίπεδο Π.Φ.Υ. για αύξηση της συμμετοχής των γυναικών έδωσαν αύξηση 4%-10% τον πρώτο χρόνο, ενώ τα επόμενα 2 χρόνια η συμμετοχή έπεσε στα προηγούμενα επίπεδα. Η πτώση της συμμετοχής πιθανόν οφείλεται στα προβλήματα στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας, στην έλλειψη σταθερότητας και συνέχισης της φροντίδας και σε αλλαγές στις ασφαλιστικές παροχές των γυναικών (Λάγιου, 2008 ;Κωνσταντινίδης,2006).

Παράγοντες που σχετίζονται με τη μη συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στρατηγικές αντιμετώπισής τους

Η έρευνα πάνω στα χαρακτηριστικά των γυναικών που συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού έδειξε ότι τα χαρακτηριστικά αυτά είναι παρόμοια, ανεξάρτητα από χώρα ή πρόγραμμα. Γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, από φτωχότερα κοινωνικά στρώματα, γυναίκες που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και γυναίκες διαζευγμένες, χωρισμένες ή χήρες, έχουν λιγότερες πιθανότητες να συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Οι παράγοντες που συνδέονται ισχυρότερα με τη συμμετοχή των γυναικών είναι: α) η πρόσκληση ή υπενθύμιση για συμμετοχή, β) η σύσταση από γιατρό, γ) η κατανόηση των πλεονεκτημάτων του προσυμπτωματικού ελέγχου και η πεποίθηση ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί, δ) η αντίληψη προσωπικού κινδύνου ή το μέτριο άγχος για πιθανή νόσηση από καρκίνο του μαστού, ε) η πρόσφατη διενέργεια test Pap ή η παροχή κάποιας άλλης ιατρικής φροντίδας.

Οι παράγοντες, από την πλευρά των υπηρεσιών υγείας, που επηρεάζουν τη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο, έχουν να κάνουν κυρίως με τους επαγγελματίες υγείας. Η σύσταση του γιατρού είναι ο παράγοντας που κυρίως ωθεί τις γυναίκες να συμμετέχουν. Οι γυναίκες που συμμετέχουν σε άλλου είδους προσυμπτωματικό έλεγχο, όπως τεστ Παπανικολάου ή αυτοεξέταση μαστού και οι γυναίκες που έχουν μόνιμη και σταθερή φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας, είναι πιο πιθανό να προσέλθουν για προγραμματισμένο έλεγχο με μαστογραφία. Η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας, το κόστος της μαστογραφίας και η ασφαλιστική κάλυψη μπορούν, επίσης, να επηρεάσουν τη συμμετοχή των γυναικών. Στρατηγικές για την αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο με μαστογραφία έχουν μελετηθεί αρκετές. Σε ανασκόπηση της Cochrane Library διαπιστώθηκαν πέντε τέτοιες στρατηγικές παρέμβασης: γράμμα- πρόσκληση, ταχυδρομημένο εκπαιδευτικό υλικό, γράμμα-πρόσκληση σε συνδυασμό με τηλεφωνική κλήση, τηλεφωνική κλήση και εκπαιδευτικές δραστηριότητες σε συνδυασμό με υπενθύμιση των γυναικών για συμμετοχή. Οι παρεμβάσεις στους επαγγελματίες υγείας και ειδικά στους γιατρούς, με σύστημα ηλεκτρονικής υπενθύμισης για πρόσκληση των γυναικών, είχαν καλά αποτελέσματα. Η συμβουλευτική, επίσης, εκπαιδευμένων Οικογενειακών Γιατρών πάνω στη σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου του μαστού αυξάνει τη συμμετοχή των γυναικών.

2.6. Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι πολύ πιο χαμηλή απ'οτι στις γυναίκες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο, εκδηλώνονται 1500 νέα περιστατικά του καρκίνου αυτού στους άνδρες. Κάθε χρόνο, στη χώρα αυτή, πεθαίνουν 400 άντρες από καρκίνο μαστού. Επειδή ο καρκίνος στους άντρες είναι πολύ σπάνιος, δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα σχετικά με τους παράγοντες που τον προκαλούν και για τη θεραπεία του. Η γυναικομαστία στους άντρες, δηλαδή η αύξηση του μεγέθους του μαστού, δεν προδιαθέτει για καρκίνο του μαστού. Στους άνδρες, το διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή που εμφανίζονται τα συμπτώματα μέχρι τη διάγνωση, είναι πολύ μεγαλύτερο. Αυτό συμβαίνει επειδή οι άνδρες δεν είναι ενήμεροι ότι μπορεί να προσβληθούν από την ασθένεια αυτή (Κοσμίδης και συν., 2009).

Οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του μαστού που αναπτύσσουν οι άνδρες είναι παρόμοιοι με αυτούς των γυναικών. Στους άνδρες, οι καρκίνοι του μαστού είναι πολύ πιο συχνά ευαίσθητοι στις ορμόνες, οιστρογόνα ή προγεστερόνη, οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξή τους. Επειδή οι υποδοχείς για τις ορμόνες στους καρκίνους μαστού ανδρών είναι περισσότεροι, σε μεγάλο ποσοστό των περιστατικών, οι ορμονικές θεραπείες για τους άνδρες μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες.

Κατά γενικό κανόνα, για τους άνδρες με καρκίνο μαστού, συστήνονται οι ίδιες θεραπείες όπως και στις γυναίκες. Στις περιπτώσεις με μεταστάσεις, συστήνονται κατά κύριο λόγο οι ορμονικές θεραπείες. Η χημειοθεραπεία επιφυλάσσεται μόνο για τις περιπτώσεις που δεν έχουν ευαισθησία στις ορμόνες (Κοσμίδης και συν., 2009).

Άνδρες με ιστορικό ασθενειών των όρχεων ή των μαστών, με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού στις γυναίκες, ή ακόμη αυτοί που έχουν Εβραϊκή καταγωγή, έχουν υψηλότερο κίνδυνο για να παρουσιάσουν τη νόσο. Τα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο Klinefelter έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο του μαστού. Οι άνδρες που έχουν ανωμαλίες στο γονίδιο BRCA2, όπως και οι γυναίκες με τις ίδιες ανωμαλίες, έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού (Κοσμίδης και συν., 2009).

Σε αντίθεση, ενώ οι ανωμαλίες του γονιδίου BRCA1 σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, στους άνδρες με ανωμαλίες του γονιδίου αυτού δεν παρατηρείται το ίδιο. Συνοπτικά βλέπουμε ότι ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες, αν και σπανιότερος, έχει πολλά κοινά σημεία με τον ίδιο καρκίνο στις γυναίκες.

3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

3.1. Αυτοεξέταση

Η αυτοεξέταση μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση του μαστού από την ίδια τη γυναίκα, με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί να διαπιστώσει αλλαγές και να απευθυνθεί έγκαιρα στις υπηρεσίες υγείας για περαιτέρω διερεύνηση. Από τον WHO συστήνεται ο συνδυασμός της με την κλινική εξέταση του μαστού και τη μαστογραφία, καθώς η μεμονωμένη χρήση της ως μέθοδος προσυμπτωματικού ελέγχου αμφισβητείται.

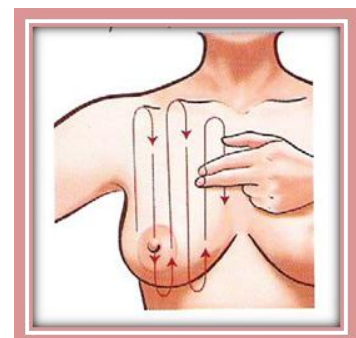
Το γεγονός ότι τους περισσότερους καρκίνους σε ποσοστό δηλαδή 90% τους ανακαλύπτουν οι ίδιες οι γυναίκες (ωστόσο τις περισσότερες φορές σε προχωρημένο στάδιο) καθιστά επιτακτική την ανάγκη να γίνει συνείδηση σε όλες τις γυναίκες ότι πρέπει να ψηλαφούν το μαστό τους 1 φορά τουλάχιστον το μήνα. Η αυτοεξέταση μαστού συνίσταται σε όλες τις γυναίκες άνω των 20 ετών. Η εξέταση πρέπει να γίνεται 9-11 ημέρες μετά το τέλος της εμμήνου ρύσεως (περιόδου), ακριβώς γιατί τότε το στήθος είναι ανενεργό από ορμόνες ή την πρώτη μέρα κάθε μήνα εάν βρίσκεται στην εμμηνόπαυση ή σε κατάσταση εγκυμοσύνης.

(Khatib & Modjtabai,2006; Tarrant,2006)

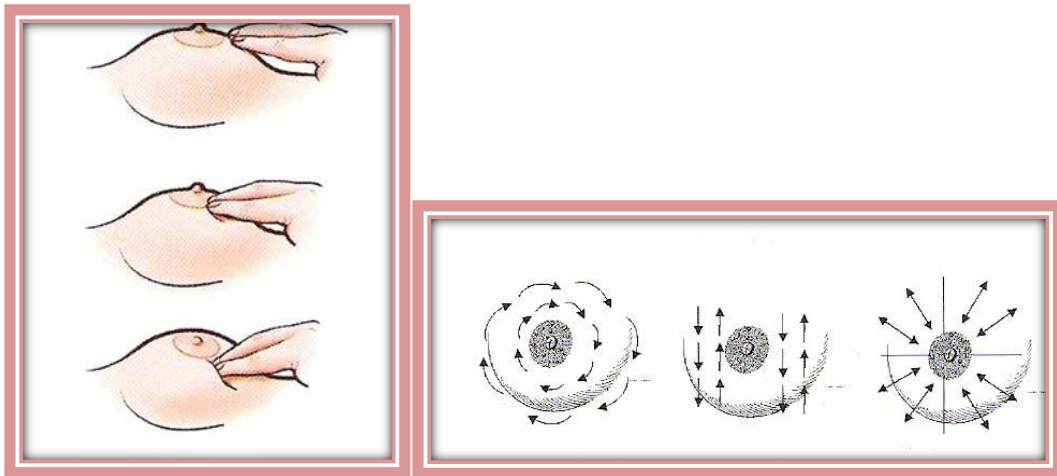
Διατυπώνονται απόψεις που υποστηρίζουν ότι η μέθοδος της αυτοεξέτασης πρέπει να αντικατασταθεί με εκπαίδευση για την έγκαιρη αναγνώριση των σημείων του καρκίνου του μαστού από τις γυναίκες και την αναζήτηση άμεσης ιατρικής φροντίδας. Από την άλλη πλευρά, υποστηρίζεται ότι η αυτοεξέταση μαστού συμβάλλει στην διατήρηση της επαφής και του ελέγχου των ίδιων των γυναικών πάνω στο σώμα τους, και ότι οι γυναίκες πρέπει να μάθουν, όχι το 'τι' να εξετάζουν αλλά το «πώς» να εξετάζουν το μαστό τους, δεξιότητα που αν διδαχτεί σωστά από επαγγελματίες υγείας, μπορεί να φέρει αποτελέσματα. *(Secginli & Nachivan,2006; Danish et al.,2008)*

Διαδικασία αυτοεξέτασης

- Σε όρθια στάση μπροστά στον καθρέπτη με τα χέρια κάτω και παρατηρούνται προσεκτικά οι μαστοί για:
 - ✓ αλλαγές στο μέγεθος και των δύο μαστών.
 - ✓ αλλαγές στις θηλές.
 - ✓ αιμορραγία ή ροή υγρού από τις θηλές.
 - ✓ ασυνήθιστο βαθούλωμα ή ρυτίδωση στο μαστό ή τη θηλή.



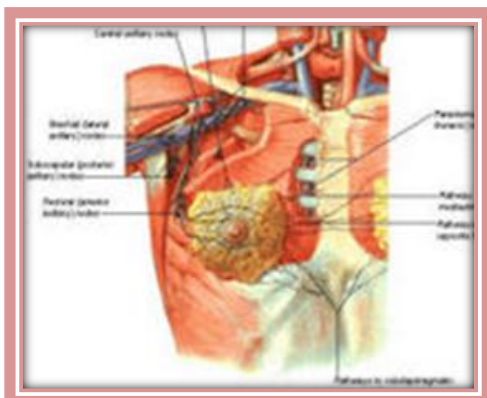
- ✓ φλέβες που πετάνε περισσότερο απ' ό,τι συνήθως, γενικότερα αλλαγές στο δέρμα των μαστών και των θηλών.
- Στη συνέχεια σηκώνοντας τα χέρια πάνω από το κεφάλι, ελέγχεται η παρουσία των ίδιων ανωμαλιών. Μεγάλη σημασία έχει οποιαδήποτε ανωμαλία παρατηρείται μόνο στον ένα μαστό (Secginli & Nachivan, 2006; Φύσσης, 2006).
- Η ψηλάφηση των μαστών γίνεται τόσο σε όρθια όσο και σε κατακεκλιμένη θέση με την άκρη των δακτύλων τα οποία πρέπει να είναι ενωμένα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα ελαιώδες διάλυμα ή κρέμα προκειμένου τα δάκτυλα να γλιστρούν πάνω στο δέρμα. Με το δεξί χέρι ψηλαφίζεται ο αριστερός μαστός και με το αριστερό χέρι ο δεξιός μαστός.



- Η ψηλάφηση ξεκινά από ένα σημείο του μαστού και ακολουθώντας την κυκλική πορεία των δεικτών του ρολογιού, ψηλαφείται όλος ο μαστός. Στόχος είναι η ενδεχόμενη διαπίστωση ογκιδίου στο μαστό.
- Τέλος, πιέζοντας τη θηλή (όχι πολύ δυνατά), γίνεται προσπάθεια διαπίστωσης ενδεχόμενης έκκρισης υγρού κυρίως αιμορραγικού (Secginli & Nachivan, 2006; Φύσσης, 2006).

3.2. Ιστορικό

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών καταφεύγει στο γιατρό μετά από τυχαία συνήθως ανεύρεση ενός όγκου στο μαστό τους. Υπολογίζεται ότι το 90% περίπου των κλινικών καρκίνων ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για την εξέταση του μαστού θεωρείται η δεύτερη εβδομάδα της περιόδου (9η – 11η ημέρα). Κατά τη χρονική αυτή



περίοδο λόγω της ελάχιστης μορφολογικής επίδρασης των ορμονών, ο μαστός δεν είναι συμφορητικός, με αποτέλεσμα να παρέχεται η δυνατότητα της ορθότερης εκτίμησης των ευρημάτων. (Perry et al., 2008; Στεφανογιάννης, 2005)

Η ασθενής εισέρχεται στη φάση της διαγνωστικής διαδικασίας αμέσως μετά τη συνειδητοποίηση της ύπαρξης του προβλήματος και ζητεί την ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση και προσοχή. Η φάση της διάγνωσης μπορεί να απαιτήσει χρόνο και προϋποθέτει τη συμμετοχή της ασθενούς σε μια σειρά εξετάσεων (Φύσσας, 2006).

Με το ιστορικό λαμβάνονται πληροφορίες για την ηλικία της ασθενούς, την έναρξη και την παύση της εμμήνου ρύσεως καθώς και τις διαταραχές της. Εάν είναι έγγαμος ή όχι, τον αριθμό των φυσιολογικών τοκετών και αποβολών. Την ηλικία που είχε την πρώτη τελειόμηνο κύηση, αν είχε κάνει προκλιμακτηριακά μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων ή εάν τώρα κάνει χρήση οποιουδήποτε φαρμάκου. Ζητούνται πληροφορίες για προηγηθείσες επεμβάσεις στους μαστούς της ασθενούς, για το χρόνο εμφάνισης της πάθησης, τους χαρακτήρες της, τη σχέση με το κύκλο της γυναίκας και τις τυχόν μεταβολές της με τη διάρκεια του κύκλου. Επίσης ελέγχεται η ύπαρξη πάθησης στη μητέρα, αδελφές και προγόνους της ασθενούς, η ύπαρξη κυστικής μαστοπάθειας, καρκίνου στον άλλο μαστό, ή σε άλλο σημείο του σώματος (μήτρα, σιελογόνοι αδένες, παχύ έντερο κ.α.). (Φύσσας, 2006)

3.3. Ψηλάφηση

Η κλινική εξέταση του μαστού μπορεί να γίνει από επαγγελματίες υγείας, όπως γιατρούς, μαίες, νοσηλεύτες και περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Επισκόπηση

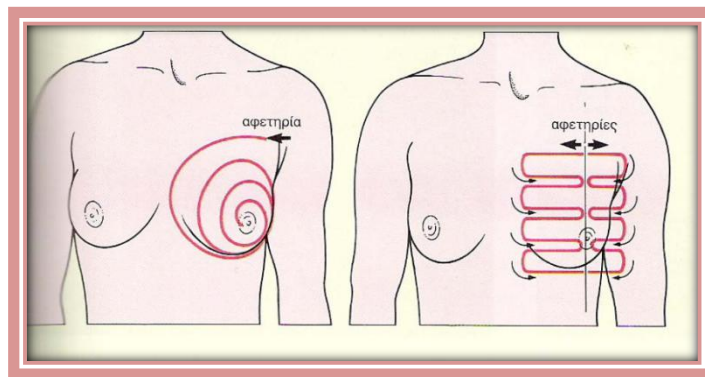
Η ασθενής γυμνή από τη μέση και πάνω βρίσκεται μπροστά στον εξεταστή όρθια ή καθιστή. Εξετάζεται το μέγεθος, η περίμετρος και η συμμετρία των μαστών. Υπάρχουσα δυσαναλογία στο μέγεθος είναι συνήθως φυσιολογική, σε μερικές γυναίκες (ο αριστερός μαστός συνηθέστερα, είναι μεγαλύτερος του δεξιού). Το δέρμα του μαστού ελέγχεται με προσοχή για το ενδεχόμενο επιφλέβου (ετερόπλευρο κυρίως), συρρίκνωσης ή προπέτειας, οιδήματος, ερυθρότητας και πάχυνσης, που μπορεί να παίρνει τη μορφή «φλοιού πορτοκαλιού» (Peau d'Orange). Με προσοχή εξετάζεται η περιοχή της θηλής και της άλω για το ενδεχόμενο εκζεμάτων, διαβρώσεων, εσολκής της θηλής, συρρίκνωσης ή έκκρισης. Επί εσολκής της θηλής ελέγχεται η μονιμότητα, ο χρόνος καθώς και το ετερόπλευρο της εντόπισής της, επί εκκρίσεως της θηλής ελέγχεται το είδος του εκκρίματος, το οποίο είναι δυνατό να είναι

ορώδες, οροαιματηρό, αιματηρό, γαλακτώδες κ.ά. (Secginli & Nachivan,2006) Για να ολοκληρωθεί η επισκόπηση πρέπει η ασθενής:

- ✓ Να σηκώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι της, οπότε εάν ο όγκος έχει καθιλωθεί στο μείζονα θωρακικό μυ, ο μαστός αυτός παραμένει πιο ψηλά από τον φυσιολογικό.
- ✓ Να κάνει επίκυψη, οπότε ο πάσχων μαστός δεν παρακολουθεί το φυσιολογικό που προπίπτει.
- ✓ Να φέρει τα χέρια της στη μέση και να τα πιέσει οπότε αν υπάρχει καθήλωση του όγκου ο πάσχων μαστός ανέρχεται ψηλότερα και γρηγορότερα από τον φυσιολογικό.

Ψηλάφηση

Με την ψηλάφηση μελετώνται οι διάφορες ανωμαλίες του μαστού, η σύστασή του, μπορεί να διαπιστωθεί η ύπαρξη κάποιου όζου και να καθορισθεί η φύση του.



Η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση στο εξεταστικό κρεβάτι. Η τοποθέτηση μαξιλαριού στην

ωμοπλάτη διευκολύνει την εξέταση. Πριν από την ψηλάφηση και εφόσον η ασθενής γνωρίζει την ύπαρξη όζου, ερωτάται για τη θέση του. Η πληροφορία αυτή διευκολύνει τον εξεταστή. Ο εξεταστής αρχίζει την ψηλάφηση από το φυσιολογικό μαστό. Έτσι αποκτά μια ιδέα για τη φυσιολογική σύσταση των μαστών της ασθενούς, που μπορεί να χρησιμοποιήσει σαν βάση σύγκρισης με το μαστό που πάσχει. Η ψηλάφηση γίνεται με τεντωμένα και επίπεδα τα δάχτυλα με την παλαμιαία επιφάνεια και των δυο χεριών συνήθως, με κυκλικές ήπιες κινήσεις ασκώντας ταυτόχρονα ελαφρά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα. Η εξέταση αρχίζει από το άνω έσω τεταρτημόριο κυκλικά και καταλήγει στο άνω έξω και την ουρά του μαστού. Ολοκληρώνεται δε με την ψηλάφηση της θηλής και του κεντρικού τμήματος του μαστού (Danish et al.,2008).

Με την ψηλάφηση ελέγχεται η σύσταση του μαστού, η αύξηση της θερμοκρασίας, τυχόν υπάρχουσα ευαισθησία και τέλος, η παρουσία όζων οι οποίοι ανάλογα με τη σύστασή τους, την κινητικότητά τους και τους λοιπούς χαρακτήρες τους χαρακτηρίζονται σαν καλοήθεις ή

κακοήθεις. Μέτρηση σε εκατοστά του μέτρου της μεγαλύτερης διαμέτρου του όγκου φανερώνει και το μέγεθος του. Συνοχή του όγκου προς το δέρμα ελέγχεται με ελαφρά έλξη του υπερκειμένου δέρματος μεταξύ του αντίχειρα και του δείκτη. Για την καλύτερη ψηλάφηση του έξω ημιμορίου του μαστού, το σύστοιχο προς τη βλάβη άνω άκρο της ασθενούς φέρεται παράλληλα προς τον κορμό, κεκαμμένο και χαλαρό. Το έσω ημιμόριο ψηλαφάτε καλύτερα όταν το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο της ασθενούς τοποθετηθεί κεκαμμένο πάνω από το κεφάλι της (*Danish et al.,2008*).

Για τη διαπίστωση διήθησης του μείζονα θωρακικού μυός από τον όγκο, η ασθενής φέρνει το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο σε θέση μεσολαβής, ενώ ο εξεταστής μετακινεί τον όγκο κατά τον κάθετο και οριζόντιο άξονα. Πίεση του άκρου από την ασθενή στη θέση αυτή με περιορισμό ή και κατάργηση της κινητικότητας του όγκου κατά την προσπάθεια μετακίνησης του από τον εξεταστή κατά τους δυο ανωτέρω άξονες, φανερώνει διήθηση του μυός από τον όγκο.

Για να διαπιστωθεί αν ο πρόσθιος οδοντωτός μυς διηθείται από όγκο που εντοπίζεται στο κάτω έξω τεταρτημόριο του μαστού η ασθενής φέρνει το σύστοιχο άνω άκρο και πιέζει τον ώμο του εξεταστή, οπότε συσπάται ο μυς και περιορίζεται η κινητικότητα του όγκου.

Η ψηλάφηση τελειώνει με την εξέταση της μασχαιαίας κοιλότητας, των υπερκλειδίων και υποκλειδίων λεμφαδένων. Για την εξέταση της δεξιάς μασχάλης, ο εξεταστής λέει στην ασθενή να ακουμπήσει το δεξιό μπράτσο της πάνω στο αριστερό δικό του, το οποίο φέρεται στην κορυφή της μασχάλης με την παλάμη στραμμένη προς το θωρακικό τοίχωμα και τα δάχτυλα του χεριού τεντωμένα και ενωμένα. Η ίδια διαδικασία, αλλά αντίστροφα, ακολουθείται για την εξέταση της αριστερής μασχάλης. (*Secginli & Nachivan,2006; Danish et al.,2008*).

Λεμφαδένες 1-2 τον αριθμό, διαμέτρου μικρότερης των 5 χιλ., μη σταθεροί, ψηλαφώνται συχνά και δεν χαρακτηρίζονται ως σημαντικοί. Αντίθετα, λεμφαδένες σταθεροί στην ψηλάφηση, σκληροί, διαμέτρου μεγαλύτερης των 5 χιλ. φανερώνουν διήθηση. Ο εξεταστής πρέπει να γνωρίζει ότι σε ένα 30% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού οι αδένες είναι διηθημένοι έστω και αν η ψηλάφηση είναι αρνητική. Όταν ο εξεταστής νομίζει ότι υπάρχουν διηθημένοι αδένες, δικαιώνεται σε ένα 85% των περιπτώσεων. (*Secginli & Nachivan,2006; Danish et al.,2008*).

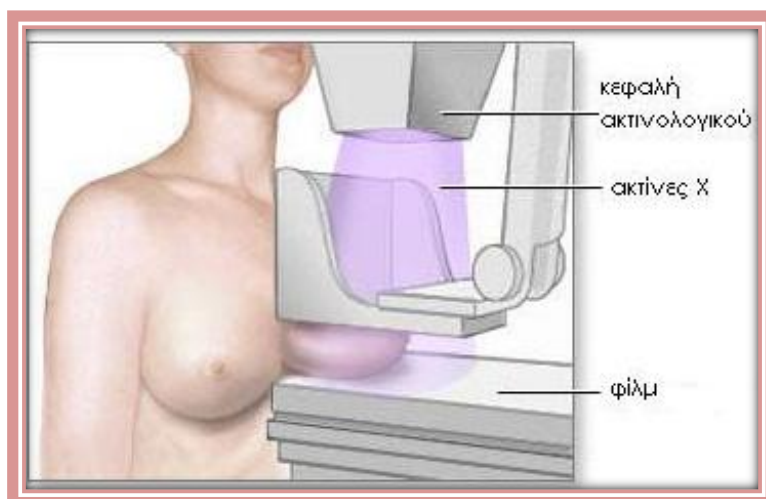
3.4. Μαστογραφία

Η μαστογραφία αποτελεί την πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενη και την πλέον αποτελεσματική μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Στηρίζεται στην αρχή της διαφορετικής απορρόφησης ακτίνων X από το λιπώδη ιστό, τον ιναδενώδη ιστό, τους όγκους και τις επασβεστώσεις του μαστού. Η μέση απορροφούμενη δόση από το μαστικό αδένια για κάθε μαστογραφική λήψη με σύγχρονο εξοπλισμό πρέπει να είναι 1-1,5 mGy. Η ευαισθησία της μαστογραφίας ως εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου υπολογίζεται 52-82% με τη μέθοδο της επίπτωσης (ευαισθησία = 1 μείον την επίπτωση των ενδιάμεσων καρκίνων μαστού). Η ειδικότητά της εκτιμάται μεταξύ 90% και 95% και η θετική προγνωστική αξία μεταξύ 2% και 22%. Έχει υπολογιστεί η ευαισθησία της μαστογραφίας ανάλογα με την ηλικία και έχει βρεθεί 62%, 88% και 85% για γυναίκες 40-49, 50-59 και 60-69 αντίστοιχα. Η πυκνότητα των μαστών επηρεάζει την ευαισθησία της μαστογραφίας. Όσο πιο πυκνοί είναι οι μαστοί, τόσο λιγότερο ευαίσθητη γίνεται η εξέταση. Η πυκνότητα μειώνεται με την ηλικία και τη χορήγηση ταμοξιφένης. Η ευαισθησία της μαστογραφίας αυξάνει με τη διπλή ανάγνωση κατά 10%-15% (Yu & Guan,2000).

Η ακτινολογική απεικόνιση του μαστού πρέπει να προηγείται κάθε άλλου εργαστηριακού ελέγχου ή ιστολογικού γιατί η αιμορραγία που προκαλείται από την ιστοληψία ή την παρακέντηση κύστης του μαστού δυσκολεύει την ανάγνωση του μαστογραφήματος. Προϋπόθεση της πετυχημένης διάγνωσης με τη μαστογραφία είναι η άριστη ποιότητα εικόνα και η μελέτη της από έμπειρο ακτινοδιαγνώστη. Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και της μαστογραφίας ανεβάζει το ποσοστό της διαγνωστικής επιτυχίας στο 90-97%.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της μαστογραφίας είναι ότι έχει την ικανότητα να σκιαγραφήσει μικροεπασβεστώσεις διαμέτρου μικρότερης από 1mm που συνδέονται πολύ συχνά με κακοήθεις επεξεργασίες του μαστού. Σπάνια οι μικροεπασβεστώσεις εμφανίζονται σε καλοήθεις επεξεργασίες.(Ferrari et al.,2001)

Η λήψη των μαστογραφήματων γίνεται καλύτερη με τη βοήθεια ειδικών επιμηκυσμένων πιεστικών κώνων που το ανοιγμά τους έχει σχήμα νεφρού. Η λήψη γίνεται από το πάνω μέρος του μαστού και από τα πλάγια. Απαραίτητη είναι η ακτινογράφηση και των δύο μαστών για τη σύγκριση των ευρημάτων. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για τη λήψη μαστογραφήματος σε γυναίκες είναι μετά την εμμηνορρυσία και πριν από την 12η ημέρα του κύκλου, τότε που οι μαστοί έχουν αποσυμφορηθεί. Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται σε γυναίκες κάτω των 18 ετών και σε έγκυες.



Η εκτίμηση των ευρημάτων της μαστογραφίας δεν είναι πάντα εύκολη, γιατί εξαρτάται από την ποιότητα του μαστογραφήματος την πείρα του ακτινοδιαγνώστη και τη σύσταση των μαστών. Η διάγνωση γίνεται ευκολότερη στους λιπώδεις μαστούς και δυσκολότερη στους μικρούς δυσπλαστικούς μαστούς στους οποίους μπορεί να καλυφθούν οι μικρές επασβεστώσεις και να διαφύγουν αλλοιώσεις που βρίσκονται πίσω από τη θηλή (Law, 2006). Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού δίνουν διαφορετική μαστολογική εικόνα. Τις περισσότερες φορές, οι καλοήθεις νεοπλασίες εμφανίζονται στη μαστογραφία με τη μορφή μάζας που έχει ομαλά όρια και σχήμα στρογγυλό ή σχήμα αβγού ή λοβωτό. Οι κακοήθεις παθήσεις του μαστού δίνουν μαστογραφικά ευρήματα όπως, ανομοιόμορφη εικόνα, ανώμαλα όρια, επασβεστώσεις, μεταβολές δέρματος, θηλής και θηλαίας άλω. (Yu & Guan,2000; Ferrari et al.,2001; Law, 2006)



Ενδείξεις για εκτέλεση μαστογραφίας

1. Προληπτικός έλεγχος. Είναι φυσικό ότι μερικές αλλοιώσεις του μαστού δεν είναι δυνατόν να γίνουν αντιληπτές στην κλινική του εξέταση, έτσι η προληπτική μαστογραφία αποκτάει ξεχωριστή θέση στην πρόληψη του καρκίνου. Κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει προληπτικά μαστογραφία στην ηλικία 35-40 ετών. Αν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος η μαστογραφία μπορεί να επανεκτελείται σε 2-3 εξάμηνα μέχρι την ηλικία των 50 ετών.
2. Σε υγιείς γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό βεβαρημένο.
3. Σε περίπτωση κύστης του μαστού μετά από παρακέντηση, για τον έλεγχο κακοήθους βλάβης.
4. Σε ινοκυστική μαστοπάθεια.
5. Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο που όμως εμφανίζουν έκκριση από τη θηλή.
6. Σε μεγάλους μαστούς όταν δεν είναι εύκολη η ψηλαφησή τους.
7. Σε γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία λόγω καρκίνου του μαστού, για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.
8. Σε τοπικό άλγος του μαστού, που δεν συνοδεύεται από όγκο.
9. Σε περίπτωση ψηλαφητών λεμφαδένων της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.
10. Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητού όγκου του μαστού.

Στην αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας, όταν υπάρχουν μεταστάσεις (Yu & Guan, 2000; Ferrari et al., 2001; Law, 2006).

3.5. Υπερηχογράφημα

Η υπερηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπερήχους δηλαδή σε ηχητικά κύματα που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και να αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια, που χωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς. Επειδή οι υπέρηχοι δεν εκπέμπουν ιονίζουσα ακτινοβολία και επειδή δεν έχουν αποδειχθεί πως είναι επικίνδυνοι στην ανθρώπινη υγεία, η συμβολή τους στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού είναι αξιόλογη. Το υπερηχογράφημα των μαστών πρέπει να γίνεται:

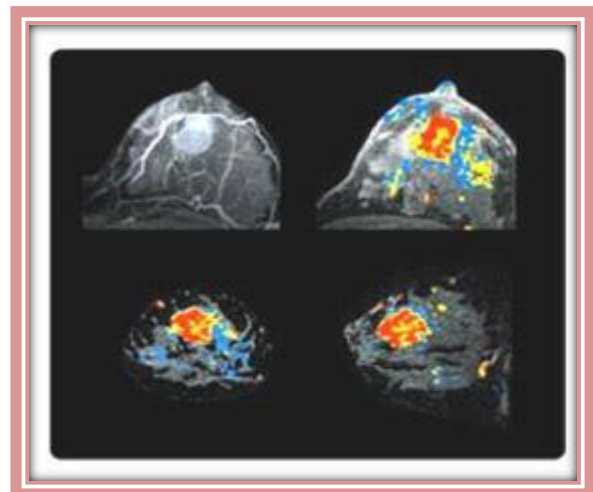
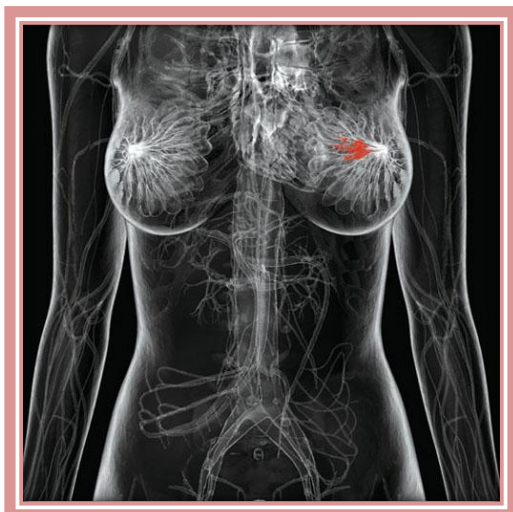
- ✓ Ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδος της μαστογραφίας, όταν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στο μαστό μεγαλύτερη από 1 εκ.
- ✓ Στη διαφορική διάγνωση καλοήθους από κακοήθης επεξεργασία του μαστού.

Στη διάκριση των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού, από τις συμπαγείς (Duffy, 2001; 2013; Gara et al., 2008; Riley et al. 2004).

3.6. Μαγνητική μαστογραφία

Ο μαστός αποτέλεσε ένα από τα πρώτα πεδία εφαρμογής της Μαγνητικής Τομογραφίας (MT). Ωστόσο, ήταν στα τέλη της δεκαετίας του '80 που η εισαγωγή στην κλινική πράξη των παραμαγνητικών σκιαγραφικών ουσιών αύξησε δραματικά την ευαισθησία της μεθόδου αναφορικά με την κύρια κλινική της ένδειξη, τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Σήμερα, η Μαγνητική Μαστογραφία (MM) είναι μέθοδος ευρέως αποδεκτή στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Στην Ελλάδα, δεν έχει ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πράξη και εφαρμόζεται μεμονωμένα. Αντίθετα με τη μαστογραφία που χρησιμοποιεί χαμηλή δόση ακτίνων X για την απεικόνιση του μαστού, η μαγνητική μαστογραφία χρησιμοποιεί ισχυρά μαγνητικά πεδία και ραδιοκύματα για να δημιουργήσει απεικονίσεις του μαστού. Το σύστημα μαγνητικής μαστογραφίας είναι σε θέση να μεταστρέψει τα μαγνητικά πεδία και τα ραδιοκύματα για να πετύχει προβολές σε οποιοδήποτε επίπεδο και προσανατολισμό, ενώ η μαστογραφία ακτίνων X απαιτεί τον επαναπροσανατολισμό του μαστού και του συστήματος μαστογραφίας για κάθε επιθυμητή προβολή. (Lord et al., 2007)

Αναζητούνται εστίες πρόσληψης της σκιαγραφικής ουσίας που χρησιμοποιείται και αξιολογείται η μορφολογία τους (έκταση της πρόσληψης, σχήμα και περίγραμμα της παθολογικής περιοχής, παρουσία διαφραγματίων, περιφερικά εντονότερη σκιαγραφική ενίσχυση) και το πρότυπο σκιαγραφικής ενίσχυσης (δηλ. η καμπύλη μεταβολής της έντασης σήματος - ΕΣ αυτής ως προς τον χρόνο, μετά την έγχυση του σκιαγραφικού).



Στις καλοήθειες παθήσεις, τα ιναδενώματα απεικονίζονται τυπικά σαν σαφώς περιγεγραμμένες και ομαλού σχήματος εστίες πρόσληψης σκιαγραφικού και μερικές φορές φέρουν χαρακτηριστικά εσωτερικά διαφραγμάτια. Καλοήθειες μαστοπάθειες απεικονίζονται ως ασαφώς περιγεγραμμένες εστίες ή ως πιο εκτεταμένες περιοχές πρόσληψης. Τόσο τα ιναδενώματα όσο και οι καλοήθειες μαστοπάθειες τυπικά εμφανίζουν αμελητέα έως μέτρια σκιαγραφική ενίσχυση και αργή πρόσληψη της σκιαγραφικής ουσίας. Ωστόσο, νεαρά αγγειοβριθή ιναδενώματα (30% περίπου των ιναδενωμάτων στις νέες γυναίκες) και εστίες έντονης υπερπλαστικής μαστοπάθειας (όπως σκληρυντική αδένωση, αποκρινής μεταπλασία) μπορεί να εμφανίσουν μεγάλου βαθμού σκιαγραφική ενίσχυση και γρήγορη πρόσληψη της σκιαγραφικής ουσίας, οπότε είναι πολύ δύσκολη η διαφορική διάγνωση από καρκίνο (*Brennan et al.,2009*).

Τα κακοήθη νεοπλάσματα απεικονίζονται σαν εστίες έντονης πρόσληψης που, μερικές φορές, εμφανίζουν τη σχεδόν παθολογική για καρκίνο περιφερική δακτυλιοειδή σκιαγραφική ενίσχυση (14% των καρκίνων). Το περίγραμμα της βλάβης είναι συνήθως ασαφές και το σχήμα της ανώμαλο (στο 95% των περιπτώσεων) ή μπορεί να απεικονίζεται με τη μορφή σκιαγραφικής ενίσχυσης κατά μήκος γαλακτοφόρων πόρων. Τυπικά, παρατηρείται έντονη πρόσληψη του σκιαγραφικού (αύξηση της ΕΣ περισσότερο από το 100% της αρχικής τιμής) και πρόωμη προσέγγιση της μέγιστης τιμής σκιαγραφικής ενίσχυσης (κορύφωση της ΕΣ νωρίτερα από το 3ο λεπτό) (*Lord et al., 2007; Trecate et al.,2006; Brennan et al.,2009*). Το πρότυπο αυτό έχει παρατηρηθεί στο 90-95% των διηθητικών καρκίνων και συνήθως ακολουθείται από ταχεία έκπλυση του σκιαγραφικού. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχουν καρκίνοι που είτε εμφανίζονται ως εστίες διάχυτης και ασαφώς οριοθετημένης σκιαγραφικής ενίσχυσης είτε ως εστίες με ομαλό και σαφές περίγραμμα (5% των καρκίνων, κυρίως βλενωδείς και μυελοειδείς) ή εμφανίζουν μέτριου βαθμού και καθυστερημένη σκιαγραφική ενίσχυση (αρκετοί λοβιακοί καρκίνοι). Στις περιπτώσεις αυτές, δεν είναι εύκολη η διάκριση από καλοήθειες παθήσεις. Το πορογενές καρκίνωμα *in situ* (DCIS) μπορεί να εμφανίσει οποιοδήποτε τύπου ή και καθόλου πρόσληψη. (*Lord et al., 2007; Trecate et al.,2006; Brennan et al.,2009*)

Ενδείξεις για ΜΜ

1. Προεγχειρητικά: α) όταν υπάρχουν κλινικά ή μαστογραφικά ευρήματα ύποπτα για καρκίνο και η βλάβη δεν είναι προσπελάσιμη για σήμανση ή βιοψία, β) σε γνωστό ή

πολύ πιθανό καρκίνο, για ακριβή καθορισμό της έκτασής του και αποκλεισμό άλλων εστιών (ιδίως σε πυκνούς μαστούς) όταν σχεδιάζεται συντηρητική επέμβαση.

2. Αποκλεισμός καρκίνου σε ασθενείς υψηλού κινδύνου: ιδίως σε μαστούς πυκνούς ή με ενθέματα/πλαστική επέμβαση, όπου περιορίζεται σημαντικά η ευαισθησία της μαστογραφίας. Μελέτες δείχνουν σημαντική υπεροχή της MM, έναντι της κλασικής μαστογραφίας, στην πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες υψηλού κινδύνου και ιδίως σε φορείς ογκογονιδίων.
3. Αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας σε μεταστατικό καρκίνο: όταν η μαστογραφία είναι αρνητική.
4. Ανεγχείρητος καρκίνος: εκτίμηση της τοπικής ανταπόκρισης στη θεραπεία.
5. Άμεσα μετεγχειρητικά: για τον εντοπισμό υπολειμματικής νόσου όταν η ιστολογική εξέταση του υλικού συντηρητικής επέμβασης δείχνει διηθημένα εγχειρητικά όρια.
6. Μετεγχειρητική παρακολούθηση: διάγνωση ή αποκλεισμός υποτροπής ή νέας εστίας, διάκριση υποτροπής από ουλώδη ιστό. Προτιμάται να γίνεται 3-6 μήνες μετά το χειρουργείο και 12-18 μήνες μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας.
7. Έλεγχος ενθεμάτων: διάγνωση ρήξεων και περιενθεματικής φλεγμονής. Έχουν αναπτυχθεί και επεμβατικές τεχνικές με την καθοδήγηση του μαγνητικού τομογράφου, για προεγχειρητική σήμανση ή διαδερμική βιοψία ύποπτων εστιών που είναι εμφανείς μόνο στη MM.

Η γερμανική πολυκεντρική μελέτη που ολοκληρώθηκε το 1997 και αξιολόγησε 12.000 εξετάσεις MM, ανέδειξε συνολική ευαισθησία της μεθόδου για διηθητικό καρκίνο 98-99.5% και για DCIS 80-99%. Στην ίδια μελέτη, η ειδικότητα κυμάνθηκε από 30-90%.*(Lord et al., 2007; Trecate et al., 2006; Brennan et al., 2009)*

Η MM δεν ενδείκνυται για:

- προσυμπτωματικό έλεγχο του γενικού πληθυσμού,
- ύποπτες βλάβες ή μικροαποτιτανώσεις που είναι προσπελάσιμες για διαδερμική σήμανση ή βιοψία με τις κλασικές μεθόδους, κατά την κύηση ή γαλουχία,
- όταν υπάρχουν σημεία φλεγμονής του μαστού.

Συμπερασματικά η MM με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού είναι η πιο ευαίσθητη από τις συμπληρωματικές της μαστογραφίας απεικονιστικές μεθόδους. Λόγω της μέτριας ειδικότητάς της, οι εφαρμογές της περιορίζονται σε επιλεγμένες προβληματικές περιπτώσεις όπου οι συμβατικές μέθοδοι δεν είναι επαρκείς και η διαδερμική βιοψία ή σήμανση δεν είναι

εφικτή. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η χρήση της MM ως μοναδικής απεικονιστικής μεθόδου ή η αξιολόγησή της χωρίς συσχέτιση με τη μαστογραφία δεν αποτελούν σωστή διαγνωστική πρακτική. (*Lord et al.,2007; Trecate et al.,2006; Brennan et al.,2009*)

3.7. Ξηρογραφία

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο, αντί της φωτογραφικής πλάκας. Είναι ιδιαίτερη χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, όπου η αντίθεση μεταξύ όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν είναι σχετικά μικρή. Επίσης ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων. Η ξηρογραφία έχει καλή ευκρίνεια γιατί τονίζει τις διαφορές πυκνότητας των ιστών, αναδεικνύει τις ασβεστώσεις αλλά χορηγεί στην ασθενή μεγάλη δόση ακτινοβολίας (1 rad/film). Συνήθως λαμβάνονται δύο λήψεις για κάθε μαστό, μία σε κάθετο και μία σε οριζόντιο άξονα. Τελευταίως γίνεται μία μόνο λήψη σε λοξό άξονα από πάνω και έσω προς τα κάτω και έξω. (*Fitzgerald & Berentson – Shaw,2012*)

3.8. Θερμογραφία

Η θερμογραφία αποτελεί επίσης χρήσιμη εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Πολλές παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθειες είτε κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη θερμότητα. Συνεπώς, η θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του καρκίνου του μαστού, αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την πιθανότητα της νόσου. Το θερμογράφημα παρουσιάζει βασικά τη λειτουργική κατάσταση των μαστών. Η θερμική κατανομή του δέρματος κατοπτρίζει κυρίως την κατάσταση των επιπολής και εν τω βάθει φλεβών. (*Kennedy et al.,2009; Wright & McGechan,2003*)

3.9. Κυτταρολογική εξέταση

Εάν πρόκειται για έκκριση από τη θηλή, αυτή προκαλείται στη φυσική εξέταση της γυναίκας και το έκκριμα τοποθετείται πάνω σε μία αντικειμενοφόρο πλάκα και επιστρώνεται για κυτταρολογική εξέταση. Εάν πρόκειται για διόγκωση το υλικό λαμβάνεται με παρακέντηση και αναρρόφηση δια λεπτής βελόνης (FNA) - με αυτή την τεχνική λαμβάνονται κύτταρα

μέσω μιας βελόνας που είναι προσαρμοσμένη σε σύριγγα 10-20 ml, με παρακέντηση και αναρρόφηση, και στέλνονται στο εργαστήριο για να διαπιστωθεί αν είναι καρκινικά, είναι φτηνή, γρήγορη και σχετικά χωρίς πόνο (Kimet et al., 2000; Ayata & Wang, 2005)

. Εάν η διόγκωση είναι κυστική, κενώνεται και το περιεχόμενο της κύστης αποστέλλεται μέσα σε δοκιμαστικό σωληνάριο για φυγοκέντρηση και κυτταρολογική εξέταση. Εάν η διόγκωση είναι συμπαγής, αναρροφάται όση ποσότητα είναι δυνατόν και επιστρώνεται σε πλακίδια. Γενικά, δεν θεωρείται απόλυτα αξιόπιστη μέθοδος δεδομένου ότι η συχνότητα των ψευδώς αρνητικών ευρημάτων είναι πολύ υψηλή και φθάνει 25% περίπου των περιπτώσεων. (Uenet, 2003; Kontzoglou, 2005)

3.10. Ανοικτή βιοψία

Με τοπική ή συνηθέστερα γενική αναισθησία αφαιρείται ολόκληρος πάντοτε ο όγκος ή η ύποπτη εστία και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Έχει πολύ καλό βαθμό ακρίβειας όταν γίνεται από εξειδικευμένα άτομα και δίνει πληροφορίες για το είδος, το μέγεθος του καρκινικού όγκου και για την ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων, επιπλέον έχει άριστο αισθητικό αποτέλεσμα. (Loughran et al., 2011)

3.11. Καρκινικοί δείκτες

Για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ιδανική διαγνωστική μέθοδος θα ήταν εκείνη που θα μπορούσε να ανιχνεύσει τον καρκίνο πριν πάρει διαστάσεις 1 εκ. Από χρόνια παρατηρήθηκε, πως στον ορό του αίματος καρκινοπαθών κυκλοφορούν βιολογικά μόρια, όπως είναι τα ένζυμα, σε μεγαλύτερη συγκέντρωση όταν συγκριθούν με τα ίδια υγιών ατόμων. Τα βιολογικά αυτά προϊόντα τα ονομάστηκαν βιολογικοί δείκτες. Αυτοί οι δείκτες ονομάζονται και ογκοαναπτυξιακοί ή καρκινικοί δείκτες (Tumor Markers). Δεν έχουν μόνο διαγνωστική αξία αλλά μπορούν να βοηθήσουν και στην παρακολούθηση της πορείας της αντικαρκινικής θεραπείας (Duffy, 2001).

Πρόκειται για ουσίες, στην πλειονότητά τους αντιγόνα, που βρίσκονται κυρίως στην κυτταρική μεμβράνη των καρκινικών κυττάρων. Ανιχνεύονται με ανοσοβιολογικές μεθόδους στον ορό των ασθενών. Δεν είναι όμως ειδικοί για τον καρκίνο γιατί απαντούν και σε καλοήθεις παθήσεις. Οι μέχρι τώρα πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι καρκινικοί δείκτες, που

ανιχνεύονται στον καρκίνο του μαστού, είναι οι εξής: α) **T.P.A.** (Tissue Peptid Antigen), β) **C.E.A.** (καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο – Φ.Τ. μέχρι 5ng/ml) (*Gara et al.,2008*).

Σε μικρότερη αναλογία απαντούν οι: 1. **CA-125**, 2. **CA19-9**, 3. **B2-μικρολευκωματίνη**, 4. **β.h.G.C.** (β-χοριακή γοναδοτροπίνη), 5. **neopterin**, 6. **A.F.P.** (α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη) κ.ά.

Η ανεύρεση του αντιγόνου **CA 15-3**, ειδικού για τον καρκίνο του μαστού (σε μικρή αναλογία απαντά σε καλοήθειες παθήσεις), βοήθησε πολύ στην πρόωμη διάγνωση του καρκίνου και παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου προ και μετά θεραπεία. Η δυνατότητα ανίχνευσης, με ανοσοσπινθηρογραφικό έλεγχο, του συμπλέγματος μονοκλωνικού αντισώματος – αντιγόνου CA 15-3, βοηθά στην εντόπιση της μεταστατικής εστίας της νόσου στο 75-90% των περιπτώσεων. Τούτο βρίσκει πρακτική εφαρμογή στον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας, αλλά και στη παρακολούθηση του αποτελέσματος. (*Duffy,2001; 2013; Gara et al.,2008; Riley et al. 2004*)

3.12. Έλεγχος γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2

Κάθε άνθρωπος γεννιέται με 2 ομάδες εκατό περίπου χιλιάδων διαφορετικών γονιδίων. Η μία ομάδα γονιδίων προέρχεται από τη μητέρα και η άλλη από τον πατέρα. Σε μερικές οικογένειες, ο καρκίνος προκαλείται από μια γενετική μετάλλαξη σε γονίδια, η οποία κληρονομείται από τη μητέρα ή τον πατέρα στα παιδιά (*Roy et al.,2012*).

Αποτελέσματα μακροχρόνιων ερευνών έδειξαν ότι δύο γονίδια, τα BRCA 1 και BRCA 2 βρέθηκαν να παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στον κληρονομούμενο καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών και να αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισής τους, όταν φέρουν γενετική μεταλλαγή. Γι' αυτό είναι σημαντικό, μια γυναίκα με ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών στην οικογένεια, να υποβάλλεται σε εξέταση (γενετικό τεστ για BRCA 1 και BRCA 2) για να μάθει αν έχει αυτή την προδιάθεση. Είναι εξίσου σημαντικό μια γυναίκα που έχει ήδη προσβληθεί από τη νόσο να κάνει το τεστ, καθώς ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου και στον άλλο μαστό, είναι περίπου 60% μεγαλύτερος εάν η γυναίκα έχει μεταλλαγμένο BRCA 1 ή BRCA 2 γονίδιο. Ωστόσο δεν ευθύνονται για όλες τις μορφές του κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού, αλλά μόνο για το ένα τρίτο από αυτές και για λιγότερο από το ένα δέκατο του συνόλου των καρκίνων του μαστού. (*Cavallone, 2010*)

Μέχρι την ηλικία των 70 ετών, 87% των γυναικών που έχουν μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA 1 θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού, ενώ 64% θα αναπτύξει καρκίνο των ωοθηκών. Αντιθέτως, αν σε μια γυναίκα βρεθεί ότι δεν έχει τη συγκεκριμένη μετάλλαξη στο BRCA 1, ακόμη κι αν έχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, τότε η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή ωοθηκών μειώνεται στα επίπεδα του γενικού πληθυσμού (περίπου 10% για καρκίνο του μαστού και 1,4% για καρκίνο των ωοθηκών).

Η ανάλυση των γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2, η οποία γίνεται σε ειδικά εργαστήρια Μοριακής Βιολογίας, είναι μια ιδιαίτερα εξειδικευμένη και λεπτομερής εξέταση, που ερευνά και ανιχνεύει τις μεταλλάξεις που μπορεί να υπάρχουν σ' αυτά τα γονίδια. Το γενετικό τεστ, με το οποίο διαπιστώνεται η προδιάθεση για καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, απευθύνεται σε ανθρώπους που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για έναν από αυτούς τους καρκίνους, λόγω βεβαρημένου οικογενειακού ιστορικού. (*Roy et al.,2012; Cavallone, 2010; Roy et al.,2011*)

Πριν παρθεί η απόφαση για να γίνει το γενετικό τεστ, είναι σημαντικό να υπάρξει ενημέρωση γι' αυτό από ειδικευμένους ιατρούς και ιδιαίτερα για τις δυνατότητες αντιμετώπισης που υπάρχουν μετά τη λήψη των αποτελεσμάτων. Τα παραπάνω γονίδια στο γυναικείο πληθυσμό είναι σπάνια και μετάλλαξή τους βρίσκεται μόνο σε μία στις χίλιες γυναίκες περίπου.

Οι υγιείς που φέρουν τη μετάλλαξη χωρίς να έχουν καρκίνο λέγονται φορείς και δεν είναι υποχρεωτικά γυναίκες. Φορείς μπορεί να είναι και οι άνδρες. Παρότι ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος στους άνδρες, ο άνδρας με καρκίνο του μαστού ή με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό μπορεί να κληρονομήσει την προδιάθεση στα παιδιά του (*Roy et al.,2011*).

Σε περίπτωση που το τεστ βγει αρνητικό, ο κίνδυνος για τη γυναίκα περιορίζεται στο δείκτη του γενικού πληθυσμού. Επίσης τα παιδιά της γυναίκας αυτής, δεν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και δεν χρειάζεται να κάνουν το τεστ. Στην περίπτωση που το τεστ βγει θετικό, η γυναίκα κατατάσσεται στην ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών. Γνωρίζοντας το αποτέλεσμα, η κάθε γυναίκα έχει τη δυνατότητα να υιοθετήσει τον κατάλληλο τρόπο ζωής, ώστε να μειώσει τις πιθανότητες προσβολής από τη νόσο. Επίσης, αλλάζει η ιατρική της παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Η ίδια η γυναίκα, πάντα σε συνεργασία με τον γιατρό της, έχει τη δυνατότητα να επιλέξει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους που θα ακολουθηθούν στην περίπτωσή της. Σκοπός είναι, η διάγνωση να γίνει όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα, έτσι ώστε η

θεραπεία να αποφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα, ή ακόμη και να περιορισθεί η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου(*Roy et al.,2012; Cavallone, 2010; Roy et al.,2011*).

3.13. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού εντοπίζεται στην ικανότητα ανίχνευσης ατόμων υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού και συστηματική τους παρακολούθηση, στην ικανότητα να αναγνωρίζει την κλινική εικόνα ατόμων με συμπτώματα και σημεία καρκίνου του μαστού και να τα καθοδηγεί προς τις κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες.Θα πρέπει να ενημερώνει τους ασθενείς για τις διαγνωστικές δοκιμασίες που είναι απαραίτητες, καθώς και ένας νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να εκπαιδεύει τις γυναίκες για το σωστό τρόπο αυτοεξέτασης του μαστού.

4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Εδώ και αρκετά χρόνια, οι γυναίκες που προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού επωφελούνται από ολοένα και αποτελεσματικότερες θεραπείες. Ήδη η θεραπεία είναι αρκετά εξατομικευμένη, αφού η αντιμετώπιση εξαρτάται από το στάδιο εξέλιξης του όγκου, από τα χαρακτηριστικά του, από την ηλικία και την κατάσταση της υγείας της ασθενούς. Χρησιμοποιούνται κυρίως τέσσερις τεχνικές: η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Χάρη στη γενίκευση των μαστογραφιών, το ποσοστό διάγνωσης υποκλινικών καρκίνων του μαστού έχει αυξηθεί πολύ και ο συστηματικός προληπτικός έλεγχος που εφαρμόζεται σήμερα, αναμένεται να αυξήσει το ποσοστό αυτών των όγκων αλλά και το ποσοστό ίασης τους που κυμαίνεται γύρω στο 80% στην πενταετία. (Φύσσας, 2006)

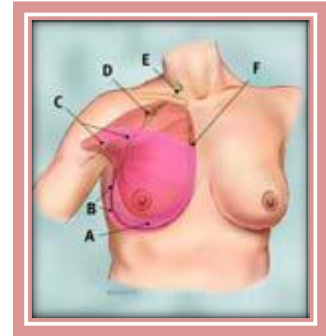
Η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο καρκίνος του μαστού. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των σταδίων I και II (χειρουργήσιμος καρκίνος), είναι διαφορετική από την αντιμετώπιση των σταδίων III και IV (μη χειρουργήσιμος καρκίνος). Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού συνίσταται αφενός στην αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας και των επιχώριων διηθημένων λεμφαδένων, αφετέρου δε στην καταπολέμηση των μακρινών μεταστάσεων. (Φύσσας, 2006)

4.1. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου στο μαστό, δηλαδή η λεγόμενη μαστεκτομή, αποτέλεσε την αρχαιότερη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Πρώτος ο Halsted εφάρμοσε το 1981 την τεχνική της ριζικής μαστεκτομής, η οποία αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης για πολλές εγχειρήσεις που εφαρμόζονται σήμερα στον καρκίνο του μαστού. Έτσι, σήμερα, η μαστεκτομή μπορεί να είναι ριζική, τροποποιημένη ριζική, μερική, απλή ή ογκεκτομή. Το είδος της επέμβασης που θα επιλεγεί εξαρτάται από το μέγεθος και τη θέση του όγκου, από την έκταση εξάπλωσης του καρκίνου, από την ηλικία και την κατάσταση της υγείας της γυναίκας (Κελλαρτζή και συν., 2009; Φύσσας, 2006).



Όταν ο καρκίνος αφορά μόνο το στήθος, χωρίς μεταστάσεις στους άλλους ιστούς, μια τοπική θεραπεία μπορεί να είναι αρκετή. Αυτός ο τύπος όγκου συχνά εντοπίζεται με τη μαστογραφία ή ορισμένες φορές με την παρουσία έκκρισης αίματος από τη θηλή. Η χειρουργική παραμένει η θεραπεία φάρος στην πλειονότητα των καρκίνων του μαστού. Το στήθος τις περισσότερες φορές διατηρείται αν ο όγκος είναι μικρότερος από 3 εκατοστά. Σε αυτήν την περίπτωση μιλάμε για ογκεκτομή. Αντίθετα, όταν ο όγκος του υπερβαίνει τα 3 εκατοστά, ή όταν υπάρχουν περισσότερες καρκινικές εστίες, τότε αποφασίζεται η αφαίρεση του στήθους. Σε αυτήν την περίπτωση μιλάμε για μαστεκτομή (Φύσας, 2006). Ορισμένες φορές προτείνεται για καρκίνους του στήθους μεγαλύτερους από 3 εκατοστά προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Αυτές οι θεραπείες, οι οποίες ονομάζονται προεγχειρητικές επιτρέπουν τη μείωση του μεγέθους του όγκου και η ασθενής θα εγχειριστεί σε δεύτερο χρόνο διατηρώντας το στήθος της. Με αυτούς τους δύο τύπους επέμβασης συνδυάζεται και η αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων (λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης) ιδίως όταν ο όγκος έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 1,5-1,7 εκ. Στις άλλες περιπτώσεις (μικρότερος όγκος χωρίς επηρεασμένους λεμφαδένες), μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε την τεχνική του «φρουρού λεμφαδένα». Στην περίπτωση μαστεκτομής, ο χειρουργός μπορεί να πραγματοποιήσει άμεση αποκατάσταση των μαστών. (Φύσας, 2006)



4.1.1. Ριζική μαστεκτομή

Στη ριζική μαστεκτομή επιτυγχάνεται η αφαίρεση του μαζικού αδένα μαζί με τους θωρακικούς μύες (μείζονα και ελάσσονα), με το περιεχόμενο της μασχαλιαίας κοιλότητας και με το υπερκείμενο δέρμα και τη θηλή. Αυτή η τεχνική εφαρμόζεται συνήθως σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή για ανακουφιστικούς λόγους, καθώς δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα στα αρχικά στάδια της νόσου. Προκαλεί την εμφάνιση οιδήματος, παραμόρφωσης και δυσκινησίας του σύστοιχου άνω άκρου και πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, κακό αισθητικό αποτέλεσμα και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας. Εμφανίζει όμως, το μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών (10-15%). Η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή, περιλαμβάνει επιπλέον της ριζικής και την αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής περιοχής. Προτιμάται από πολύ λίγους χειρουργούς και σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλιαίους λεμφαδένες (χωρίς όμως άλλη εξάπλωση της νόσου), δεδομένου ότι είναι γνωστή η αυξημένη συχνότητα διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων σ' αυτές τις περιπτώσεις. (Φύσας, 2006)

4.1.2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

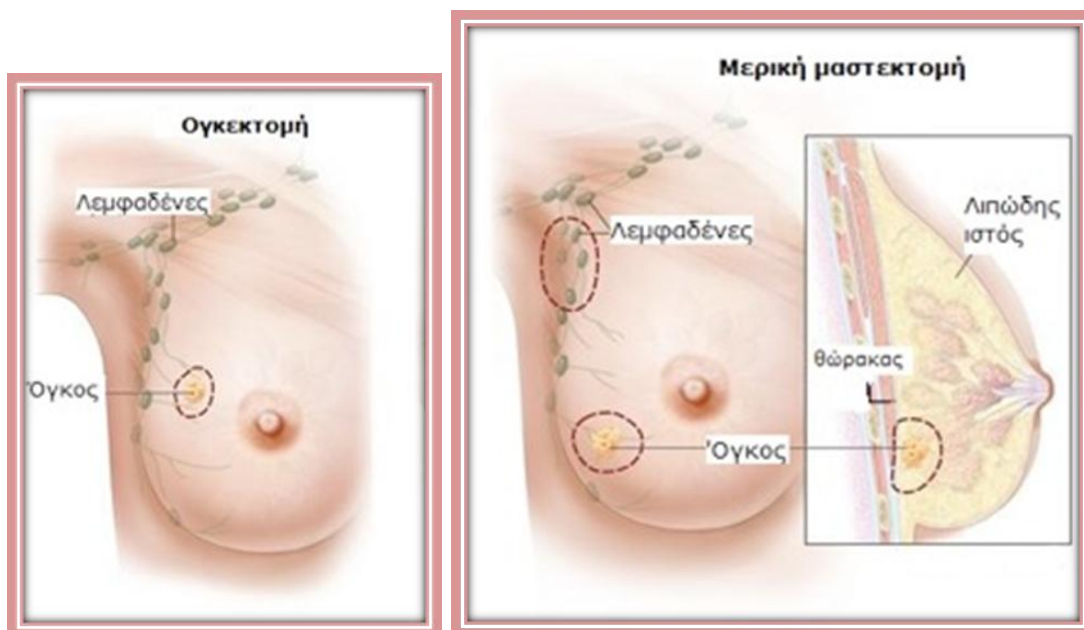
Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αποτελεί την πιο συχνά εφαρμοζόμενη χειρουργική μέθοδο στον καρκίνο του μαστού. Σε αυτή την περίπτωση, αφαιρείται ο μαζικός αδένας και οι λεμφαδένες της μασχάλης, ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες. Αποτελεί την επέμβαση επιλογής για τις ασθενείς που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της νόσου και αποδίδει

καλύτερα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα, εξασφαλίζοντας ευνοϊκή αποκατάσταση. (Φύσας, 2006)



4.1.3. Μερική μαστεκτομή

Η χειρουργική αυτή επέμβαση έχει στόχο να διασώσει τον προσβεβλημένο μαστό. Συνίσταται στην αφαίρεση του τμήματος του μαστού που περιέχει τον όγκο μαζί με το υπερκείμενο δέρμα και λεμφογαγγλιακό καθαρισμό της μασχάλης, σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους δύο εκατοστά (2 cm) ή και μικρότερων. Μειονέκτημα αυτής της τεχνικής αποτελεί ο μετεγχειρητικός φόβος για ύπαρξη υπολειπόμενου καρκίνου στο μαστό, γεγονός που κάνει επιτακτική την ανάγκη συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας. (Φύσας, 2006).



4.1.4. Απλή μαστεκτομή

Χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού που εμφάνισε τον καρκίνο. Μερικοί από τους λεμφαδένες κάτω από τη μασχάλη μπορούν να αφαιρεθούν προκειμένου να εξεταστούν για την ύπαρξη καρκινικών κυττάρων, κατά την ίδια χρονική στιγμή με την εξαίρεση του μαστού. Αυτό γίνεται μέσω μιας ξεχωριστής τομής. (Φύσσας, 2006)

4.1.5. Ουγκεκτομή – Τεταρτεκτομή

Κατά τη διαδικασία αυτή, ο καρκίνος και μια έκταση μερικών χιλιοστών του περιβάλλοντος υγιούς ιστού αφαιρείται. Στις περισσότερες γυναίκες (και αυτός ακριβώς είναι ο σκοπός) η εμφάνιση του στήθους τους, μετά από μια ουγκεκτομή πρέπει να είναι αυτή ενός φυσιολογικού μαστού.

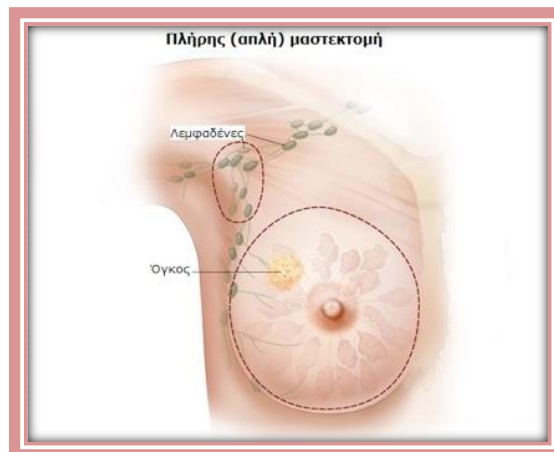
Εάν ο όγκος είναι πολύ μικρός, ένα λεπτό σύρμα (οδηγός) τοποθετείται από τον ακτινολόγο στη περιοχή που πρόκειται να αφαιρεθεί έτσι ώστε ο χειρουργός να μπορέσει να το βρει εύκολα κατά τη διάρκεια του χειρουργείου. Ο ακτινολόγος θα χορηγήσει κάποιο τοπικό αναισθητικό στην περιοχή, και με τη βοήθεια υπερηχογραφήματος θα τοποθετήσει τον «οδηγό» αυτό (Κελλαρτζή και συν., 2009; Φύσσας, 2006).

Σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να γίνει μια επέμβαση που ονομάζεται τεταρτεκτομή. Αυτή αφαιρεί μια μεγαλύτερη περιοχή του μαστού (το 1/4). Η επίδραση της στην εμφάνιση του στήθους θα είναι πιο αισθητή από ό, τι μετά από μια ουγκεκτομή. Συνεπώς ο μαστός αυτός θα είναι μικρότερος από τον άλλο μαστό και μπορεί να υπάρχει μια ουλή ή αισθητή έλλειψη ιστού (βαθούλωμα). Τα ελλείμματα αυτά μπορούν να διορθωθούν με διορθωτικές (πλαστικές) επεμβάσεις.

Μετά από αυτές τις επεμβάσεις όλες οι γυναίκες θα πρέπει να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία στον εναπομείναντα ιστό του μαστού, η οποία θα καταστρέψει οποιοδήποτε καρκινικό κύτταρο έχει επιβιώσει και έχει παραμείνει στο μαστό. (Φύσσας, 2006)

4.1.6. Επιπλοκές χειρουργικής θεραπείας

Μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να προκληθούν: οίδημα άκρου, συλλογή υγρού ή αίματος στο τραύμα (seroma/hematoma), νέκρωση των χειλιών του τραύματος, φλεγμονή τραύματος, αδυναμία – περιορισμός κινητικότητας του άκρου και κόπωση. Ο τραυματισμός ή η πίεση της περιοχής κατά την διάρκεια της επέμβασης μπορεί να προκαλέσει αιμωδίες και παραισθησίες (McCready, 2005). Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο ο νοσηλευτής ελέγχει για ύπαρξη μόλυνσης ή για τυχόν αλλαγή στο



χρώμα του υγρού παροχέτευσης. Παράλληλα εκπαιδεύει την ασθενή και την οικογένεια της για τις επιπλοκές που πιθανόν να εμφανιστούν και τους εξηγεί τον τρόπο φροντίδας του τραύματος και της παροχέτευσης (Weaver, 2009). Το λεμφοίδημα είναι συχνή μετεγχειρητική επιπλοκή με ποσοστό εμφάνισης που φτάνει έως 62%. Πρόκειται για δυσλειτουργία στην ικανότητα απαγωγής της λέμφου με αποτέλεσμα τη συσσώρευση του λεμφικού υγρού και οίδημα που εμφανίζεται στο σύστοιχο άκρο. Οι συστάσεις που πρέπει να δίνονται προκειμένου να αποφευχθεί η δημιουργία του συνοψίζονται στις εξής: **α) αποφυγή τραυματισμού, β) πρόληψη λοίμωξης, γ) αποφυγή περίσφιξης του άκρου και δ) άσκηση** (Erickson, 2001; McCaskill-Stevens et al., 2004).

Τα συνήθη μέτρα που λαμβάνονται είναι τα εξής :

- ✓ η χρήση προστατευτικών γαντιών κατά την διάρκεια εργασιών στο σπίτι ή στον κήπο.
- ✓ αποφυγή φλεβοπαρακέντησης, μέτρηση αρτηριακής πίεσης και ένεσης στο σύστοιχο άκρο.
- ✓ άμεση αναφορά και θεραπεία εάν εμφανιστεί κάποιο σημείο λοίμωξης (ερυθρότητα, πόνος).
- ✓ αποφυγή ανύψωσης βάρους.
- ✓ αποφυγή βίαιων κινήσεων του άκρου.
- ✓ χρήση μαλακών προσθετικών στήθους.
- ✓ αποφυγή ενδυμάτων που περιορίζουν την σωστή κυκλοφορία του άκρου.
- ✓ ελάττωση λήψης αλατιού.
- ✓ αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ. (Hull, 2000)

Η θεραπεία που ακολουθείται περιλαμβάνει: **α) φροντίδα δέρματος, β) τεχνική μαλάξεων με σκοπό την παροχέτευση του λεμφικού υγρού, γ) επίδεση του άκρου με ελαστικούς επιδέσμους και δ) κινησιοθεραπεία** (Hull, 2000). Σε πολύ βαριές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν ειδικές συσκευές με εναλλασσόμενη πίεση (interment sequential pneumatic compression) και χρήση φαρμάκων. Η πληροφόρηση και η εκπαίδευση της ασθενούς σχετικά με τους κινδύνους δημιουργίας του λεμφοιδήματος, των μέτρων που πρέπει να λαμβάνει για την πρόληψη της δημιουργίας του και των τρόπων θεραπείας του, είναι απαραίτητη. Πρόσφατα έχει συστηθεί στις γυναίκες με λεμφοιδηματικό άκρο να φορούν ένα ειδικό βραχιόλι που να υποδεικνύει την ανάγκη αποφυγής μέτρησης αρτηριακής πίεσης και τρυπημάτων με βελόνα. Η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση του λεμφοιδήματος με τη μέτρηση της περιφέρειας σε διάφορα σημεία κατά μήκος του άκρου (Hull, 2000). Οι ασκήσεις που θα εκτελέσει η ασθενής προκειμένου να αποφευχθεί ο περιορισμός κινητικότητας του άκρου θα πρέπει να εκτελούνται αμέσως μετά την επέμβαση. Ο νοσηλευτής την ενθαρρύνει να τις πραγματοποιήσει, ενώ στην περίπτωση που αυτή είναι απρόθυμη τις δίνει συνεχή κατεύθυνση, συμβουλεύοντας την να πάρει αναλγητικά 30-45 λεπτά πριν την εκτέλεση των ασκήσεων. Η συνεργασία με τον φυσιοθεραπευτή κρίνεται απαραίτητη. Οι ασκήσεις τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες έχουν σκοπό να προλάβουν ή να ελαττώσουν το οίδημα του άκρου και να προάγουν την κίνηση του μυ (χωρίς αυτός να εκταθεί), η ασθενής θα πρέπει να προσπαθεί να ανακτήσει την κινητικότητα του ώμου κινώντας τον σε όλες τις κατευθύνσεις αρκετές φορές την ημέρα. Οι ασκήσεις αυτές θα πρέπει να συνεχιστούν για τουλάχιστον έξι μήνες μετά την εγχείρηση (Weaver, 2009). Είναι

απαραίτητη η πληροφόρηση της ασθενούς ότι κατά την διάρκεια των πρώτων έξι εβδομάδων μετά την εγχείρηση δεν μπορεί να φορά προθέματα στήθους. Αντί αυτού μπορεί να χρησιμοποιεί βαμβάκι στον στηθόδεσμο της, το οποίο δεν ερεθίζει την τομή, ενώ παράλληλα μπορεί να την βοηθήσει να επιλέξει τον κατάλληλο τύπο προθέματος που τελικά θα χρησιμοποιεί.

Επιπλέον, η αφαίρεση του στήθους δεν εκμηδενίζει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, διότι είναι πρακτικά αδύνατο να αφαιρέσουμε ολοκληρωτικά τον αδένα. Στις ασθενείς χωρίς καμιά γενετική προδιάθεση, η προληπτική μαστεκτομή δεν εξαλείφει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 0,5 %. Όμως στις γυναίκες υψηλού κινδύνου, αρκετές μελέτες έδειξαν σημαντική μείωση. Σύμφωνα με συλλογική μελέτη του INSERM = Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας της Γαλλίας, ο κίνδυνος μετά από μαστεκτομή είναι της τάξης του 4% έως 5% (έναντι 60% έως 80% χωρίς μαστεκτομή) και με ποσοστό θνησιμότητας το οποίο διαμορφώνεται στο 2% (έναντι 30% έως 40%). Με λίγα λόγια, δεν εξαλείφεται ο κίνδυνος στις γυναίκες υψηλού κινδύνου αλλά μειώνεται σχηματικά στο ποσοστό κινδύνου που ισχύει και για τον γενικό πληθυσμό (*Ananthakrishnan & Lucas, 2008*).

Όμως μια προσέγγιση καθαρά αριθμητική, δεν είναι ανθρώπινα αποδεκτή για ένα μέρος του σώματος με τέτοια συμβολική σημασία και τόσο στενά συνδεδεμένο με τη θηλυκότητα και την εικόνα που έχει η γυναίκα για τον εαυτό της. Οι παρενέργειες μιας τέτοιας επέμβασης είναι σημαντικές και υπερβαίνουν απλά το τεχνικό μέρος της επέμβασης.

Η αφαίρεση του στήθους απαιτεί άμεση αποκατάσταση, η οποία θα επιφέρει επιπλοκές στο 20% των γυναικών: πόνοι, αναγκαιότητα αλλαγής πρόθεσης, κ.ά. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις ενδεχομένως να ποικίλουν από γυναίκα σε γυναίκα. Ορισμένες ασθενείς θα υποφέρουν και θα επηρεαστεί η ποιότητα της ζωής τους, ενώ άλλες θα νιώθουν ανακουφισμένες. Οι γυναίκες οι οποίες ζητούν οι ίδιες τη μαστεκτομή, είναι αυτές οι οποίες στη συνέχεια έχουν τα λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα (*Ananthakrishnan & Lucas, 2008*).

Αξίζει να υπογραμμιστεί, ότι για να μειωθεί το ψυχικό τραύμα που προκαλεί η μαστεκτομή, μπορεί να προταθεί μια εναλλακτική: η υποδόρια μαστεκτομή. Δηλαδή, απαλλάσσεται το στήθος από τον αδένα και στη θέση του τοποθετείται η πρόθεση.

Τέλος, η αποκατάσταση του στήθους είναι δυνατή. Το να γνωρίζει κανείς ότι αυτή η δυνατότητα υπάρχει είναι πολύ καθησυχαστικό για τις περισσότερες γυναίκες και πολύ περισσότερο το γεγονός ότι έως την αποκατάσταση η γυναίκα θα φορά πρόθεση. Οι περισσότερες γυναίκες δέχονται την εγχείριση. Είναι καλύτερα να περιμένει τουλάχιστον ένα έτος μετά την εγχείριση για να γίνει η αποκατάσταση. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου η γυναίκα μπορεί να δεχθεί τη νόσο και να σκεφτεί με μεγαλύτερη ηρεμία την αποκατάσταση. (*Ananthakrishnan & Lucas, 2008; Kronowitz et al., 2004*) Ως προς την αντίδραση του ζεύγους, όλα είναι πιθανά. Η μαστεκτομή μπορεί να επιφέρει εντάσεις ή αντίθετα να φέρει πιο κοντά τους συντρόφους. Ορισμένες γυναίκες αρνούνται να τις αγγίξει ο σύντροφός τους, γδύνονται στα σκοτεινά ή ακόμα φοβούνται τον καθρέπτη. Αυτές οι αντιδράσεις είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες.

4.2. Ακτινοθεραπεία

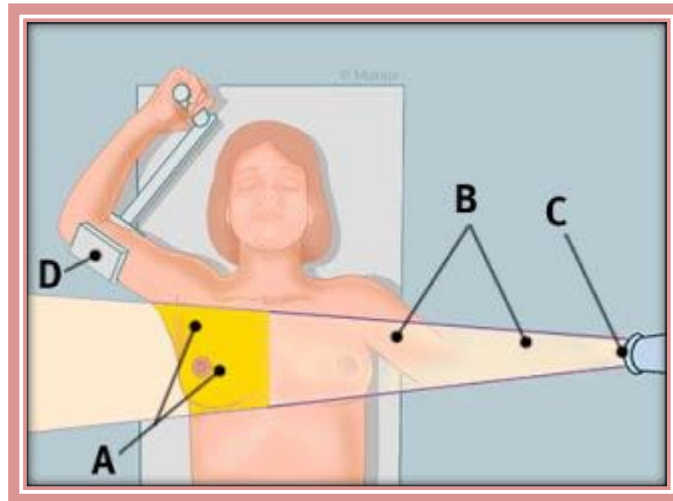
Η ακτινοθεραπεία γίνεται όταν πραγματοποιηθεί συντηρητική χειρουργική θεραπεία. Όμως, μπορεί να γίνει και σε περίπτωση μαστεκτομής. Αυτή η θεραπεία επιτρέπει να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής. Ανάλογα με τις περιπτώσεις, η ακτινοθεραπεία μπορεί να επικεντρώνεται στο μαστό ή και πέρα από αυτόν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, κοντά στην κλείδα και το στήρνο. Το ήμισυ και πλέον των ασθενών οι οποίες έχουν καρκίνο υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Εδώ και περίπου ένα αιώνα, η ακτινοθεραπεία αποτελεί μέρος του θεραπευτικού οπλοστασίου ενάντια στον καρκίνο. Μετά από μερικές αρχικές δυσκολίες, η τεχνική σήμερα ελέγχεται επαρκώς και αποτελεί μαζί με τη χειρουργική την πλέον διαδεδομένη θεραπεία του καρκίνου, επιτυγχάνοντας μεγάλο αριθμό ίασης. (*Baskar et al., 2012*)

Η αρχή της ακτινοθεραπείας

Η αρχή της ακτινοθεραπείας είναι απλή: πρόκειται για την έκθεση των καρκινικών κυττάρων σε ιονισμό, δηλαδή στην εκπομπή ακτινοβολίας η οποία θα αλλοιώσει τη σύνθεση των γενετικών πληροφοριών των καρκινικών κυττάρων. Στις ημέρες μας, οι ειδικοί έχουν στη διάθεσή τους ευρεία γκάμα ιονίζουσας ακτινοβολίας. Το γενετικό υλικό του όγκου (DNA), υφίσταται μετασχηματισμούς, οι οποίοι θα καταστήσουν το κύτταρο ανίκανο να αναπαραχθεί. Έτσι μειώνεται η άναρχη αναπαραγωγή των καρκινικών κυττάρων, τα οποία ευθύνονται για την εκδήλωση του καρκίνου. Αυτές οι ακτινοβολίες μπορούν να επηρεάσουν επίσης και τα φυσιολογικά κύτταρα, όμως το ποσοστό είναι λιγότερο από αυτό των καρκινικών κυττάρων. Αυτή η διαφορετική επίδραση εξηγεί το όφελος της ακτινοθεραπείας. Όμως το όριο μεταξύ οφέλους και πρόκλησης βλάβης είναι ορισμένες φορές τόσο λεπτό, ώστε αρκετά συχνά αυτές οι θεραπείες να συνοδεύονται από παρενέργειες. Αποστολή του ακτινοθεραπευτή είναι να πετύχει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, διαφυλάττοντας τα υγιή. (*Baskar et al., 2012*)

Πριν εφαρμοστεί η θεραπεία, σχεδιάζεται η ακτινοθεραπεία. Πρέπει να προσδιοριστεί το σημείο και η δόση της ακτινοβολίας, που θα χορηγηθούν στην ασθενή. Η αγωγή ετοιμάζεται χάρη σε ένα προσομοιωτή, ο οποίος επιτρέπει να ορίζονται τα όρια της περιοχής η οποία πρέπει να ακτινοβοληθεί. Η ασθενής πρέπει να μείνει ακίνητη, ώστε ο εντοπισμός της ζώνης να είναι όσο το δυνατόν ακριβέστερος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, χάρη στις τεχνικές προόδους, η ανακατασκευή τρισδιάστατων εικόνων επιτρέπει έναν πολύ ακριβή εντοπισμό του σημείου του όγκου.

Μόλις προσδιοριστεί η ζώνη η οποία πρόκειται να ακτινοβοληθεί, ο ακτινοθεραπευτής εφαρμόζει μικρά σημεία τατουάζ ή χρώμα, με χρωστική ουσία ερυθρού έως πορφυρού χρώματος, τα οποία σχεδιάζουν τη ζώνη η οποία πρόκειται να υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία. Αυτό το πρώτο στάδιο απαιτεί από 30 λεπτά έως μια ώρα. (*Begg et al., 2011*)



Η δεύτερη φάση συνίσταται στην ανάλυση όλων των δεδομένων ώστε ο ακτινοθεραπευτής και ο ακτινολόγος να προσδιορίσουν τη συσκευή που θα χρησιμοποιηθεί, την κατανομή της δόσης, το μέγεθος, τον αριθμό και τον προσανατολισμό των πεδίων ακτινοβολίας, τα οποία είναι τα καταλληλότερα για την περίπτωση. (Begg et al., 2011)

Η ποσότητα των ακτινοβολιών εξαρτάται από την ηλικία, την κατάσταση της υγείας, το σημείο εντοπισμού και τον τύπο του καρκίνου. Τότε η συνολική δόση διαιρείται, σε μικρότερες δόσεις, οι οποίες θα χορηγηθούν κατά τη διάρκεια κάθε συνεδρίας. Αυτές οι συνεδρίες θα πραγματοποιηθούν σε διάστημα δύο έως επτά εβδομάδων.

Η θεραπεία είναι ανώδυνη και κατά γενικό κανόνα δεν διαρκεί παρά μερικά λεπτά. Η θέση όμως της ασθενούς είναι πολύ σημαντική κι έτσι η φάση που προηγείται της θεραπείας μπορεί να είναι μικρότερης ή μεγαλύτερης διάρκειας. Το μέρος του σώματος στο οποίο πρόκειται να χορηγηθεί η αγωγή είναι γυμνό. Το υπόλοιπο σώμα προστατεύεται από τις ακτινοβολίες με τη βοήθεια προστατευτικών καλυμμάτων. (Baskar et al., 2012; Begg et al., 2011)

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι να αλλοιωθούν τα καρκινικά κύτταρα, όμως είναι δυνατόν να πληγούν και οι εγγύς υγιείς ιστοί, προκαλώντας έτσι παρενέργειες. Αυτές οι συνέπειες εξαρτώνται από τη χορηγούμενη δόση, από το σημείο του όγκου και από τις αντιδράσεις του οργανισμού (Baskar et al., 2012).

Αναιμία: Η ακτινοθεραπεία μπορεί να επηρεάσει το μυελό των οστών, που παράγει τα κύτταρα του αίματος. Αν η αγωγή επιφέρει μείωση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων (αναιμία), η κατάλληλη αγωγή θα επιτρέψει να αντιμετωπιστεί αυτή η έλλειψη και θα μετριάσει την κόπωση που προκαλεί η κατάσταση αυτή.

Η κόπωση και το άγχος: Η κόπωση και οι πονοκέφαλοι είναι συχνές παρενέργειες, γι' αυτό πρέπει να υπάρχει προσοχή ώστε να μην γίνεται περαιτέρω καταπόνηση του οργανισμού και να υπάρχει ξεκούραση στο βαθμό που το σώμα το έχει ανάγκη. Η υποβολή σε αντικαρκινική αγωγή ενδέχεται να αποτελέσει πηγή άγχους και με την κόπωση που

συσσωρεύεται, ενδέχεται να υπάρχουν καταθλιπτικές τάσεις. Το περιβάλλον, πρέπει να προσέχει ώστε να παρέχει την κατάλληλη στήριξη. (Baskar et al., 2012)

Απώλεια βάρους: Οι ακτινοβολίες μπορούν επίσης να επηρεάσουν τους βλεννογόνους του στόματος, της τραχείας και των τοιχωμάτων του εντέρου. Η δυσκολία κατάποσης, η ναυτία, η αλλοίωση της γεύσης και οι διάρροιες μπορούν να επιφέρουν απώλεια βάρους. Αν υπάρξουν δυσκολίες στην πρόσληψη τροφής, θα πρέπει να ενημερωθούν για αυτό οι ιατροί. Διατίθενται φάρμακα τα οποία αντιμετωπίζουν τις ναυτίες και περιορίζουν τις εξελκώσεις του εντέρου.

Δερματικές αντιδράσεις: Αν το δέρμα γύρω από τη ζώνη που υποβάλλεται σε ακτινοβολίες παρουσιάζει κοκκινίλες, φαγούρα ή άλλα προβλήματα, πρέπει να αναφερθούν στον ακτινοθεραπευτή. (Baskar et al., 2012)

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Για ορισμένους καρκίνους του στήθους, μια μόνη δόση ακτινοθεραπείας η οποία χορηγείται ταυτόχρονα με την επέμβαση αρκεί για να αντικαταστήσει τις πολυάριθμες συνεδρίες μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας. Αν και προορίζεται για ορισμένες ασθενείς, αυτή η τεχνική επιτρέπει την ελάφρυνση της αντιμετώπισης διατηρώντας ταυτόχρονα τον ίδιο βαθμό αποτελεσματικότητας. Για τους καρκίνους του στήθους, η χειρουργική επιτρέπει την αφαίρεση του όγκου. Μετά την επέμβαση όταν διατηρείται το στήθος, σχεδόν συστηματικά εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία. Αυτή στοχεύει στην καταστροφή των υπολειμματικών καρκινικών κυττάρων και άρα στην αποφυγή υποτροπής. Εκτεινόμενη σε διάστημα αρκετών εβδομάδων, η εξωτερική ακτινοθεραπεία θα μπορούσε να αντικατασταθεί με μια νέα τεχνική επιτρέποντας, να χορηγείται σε μια συνεδρεία, ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση. (Baskar et al., 2012; Lee et al., 2012)

4.3. Χημειοθεραπεία

Η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία είναι δύο ιδιαίτερα αποτελεσματικές θεραπείες όταν ένας καρκίνος περιορίζεται σε μια περιοχή του οργανισμού. Όμως όταν τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται και σε άλλα μέρη του σώματος, η χρήση της χημειοθεραπείας καθίσταται απαραίτητη. Αντίθετα με την ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία δεν είναι συστηματική. Μπορούμε να μην κάνουμε όταν ο όγκος είναι μικρότερος από ένα εκατοστό, όταν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες δεν έχουν προσβληθεί και ο καρκίνος δεν είναι πολύ επιθετικός. Η ηλικία, η γνώμη της γυναίκας ασθενούς και το οικογενειακό ιστορικό της επηρεάζουν επίσης την απόφαση του γιατρού να συστήσει ή όχι χημειοθεραπεία για λόγους προστασίας. Ωστόσο, προτείνουμε χημειοθεραπεία σε όλες τις γυναίκες κάτω των 50 ετών, στις οποίες οι μασχαλιαίοι αδένες έχουν επηρεαστεί ή στις γυναίκες στις οποίες ο κίνδυνος υποτροπής είναι μεγάλος. Γενικά, η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία αρχίζει τρεις έως τέσσερις εβδομάδες μετά την επέμβαση. Πριν από τη χημειοθεραπεία μπορεί να τοποθετηθεί καθετήρας υπό αναισθησία για να αποφύγουμε να τρυπάμε τις φλέβες πολύ συχνά. (EBCTCG, 2005)

Αντίθετα με τη χειρουργική ή την ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία είναι γενική θεραπεία και όχι τοπική και πρέπει να εντάσσεται σε μια συνολική προσέγγιση της νόσου. Μπορεί να χορηγείται:

- ✓ Πριν από χειρουργική επέμβαση ή αγωγή με ακτινοθεραπεία. Τότε γίνεται λόγος για προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Με αυτή είναι δυνατή η μείωση του μεγέθους ενός όγκου πριν από τη χειρουργική επέμβαση.
- ✓ Μετά την τοπικο-περιοχική θεραπεία: μετεγχειρητική χημειοθεραπεία.
- ✓ Στο πλαίσιο μεταστατικών καρκίνων.

Σκοπός της χημειοθεραπείας είναι να αναχαιτίσει ή να επιβραδύνει την εξέλιξη του πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων καταστρέφοντάς τα και εμποδίζοντας την άναρχη αναπαραγωγή τους εντός του οργανισμού. Ανάλογα με τις χρησιμοποιούμενες ουσίες, έχουμε διαφορετικούς τρόπους δράσης: ορισμένα φάρμακα εμποδίζουν τη διαίρεση των κυττάρων και άλλα μπλοκάρουν τον κύκλο ανάπτυξης των κυττάρων. Παρότι τα φάρμακα στοχεύουν τα καρκινικά κύτταρα, η τοξική δράση τους μπορεί να πλήξει, σε μικρότερο βαθμό και τα υγιή κύτταρα. Έτσι, για παράδειγμα οι περισσότερες χημειοθεραπείες προκαλούν πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων (ουδετεροπενία), τα οποία προστατεύουν τον οργανισμό από τις λοιμώξεις. *(EBCTCG, 2005)*

Ανάλογα με την ασθένεια και τον τύπο καρκίνου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα μόνο αντικαρκινικό φάρμακο ή περισσότερα σε συνδυασμό. Αυτός ο τύπος χημειοθεραπείας ονομάζεται «συνδυασμένη χημειοθεραπεία». Αν και ορισμένα φάρμακα είναι δυνατόν να χορηγηθούν από το στόμα ή με ενδομυϊκή ή υποδόρια έγχυση, οι περισσότερες θεραπείες χημειοθεραπείας γίνονται ενδοφλέβια. Βέβαια, αυτός ο τρόπος χορήγησης έχει μειονεκτήματα: τοποθέτηση καθετήρα, τακτικές και σχετικά μακρές επισκέψεις στο νοσοκομείο, κόπωση και παρενέργειες. Έχοντας επίγνωση αυτών των προβλημάτων, οι ερευνητές ανέπτυξαν πρόσφατα χημειοθεραπείες κατάλληλες να λαμβάνονται από το στόμα. Το ποσοστό προτίμησης των ασθενών για τη χημειοθεραπεία που λαμβάνεται από το στόμα είναι πολύ υψηλό (άνω του 80%). Επιπλέον, αυτές οι θεραπείες έχουν το πλεονέκτημα ότι έχουν στοχευμένη δράση.

Σήμερα, αυτή η θεραπεία προορίζεται μόνο για ορισμένους καρκίνους του μαστού (τοπικά προχωρημένοι ή μεταστατικοί καρκίνοι σε ασθενείς στις οποίες έχει ήδη χορηγηθεί κλασσική χημειοθεραπεία ή δεν είχαμε ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία με ορισμένα φάρμακα). Μπορεί να προταθεί είτε μόνη της, είτε σε συνδυασμό με αυτές. Αυτές οι νέες φαρμακευτικές μορφές αφορούν συχνά νέους ενήλικες, οι οποίοι επιθυμούν να διατηρήσουν τις επαγγελματικές υποχρεώσεις τους και ηλικιωμένους οι οποίοι επιθυμούν να την παραμονή τους στο σπίτι. *(Clarke, 2008)* Οι παρενέργειες κατά γενικό κανόνα είναι λιγότερες σε σχέση με τις παρενέργειες της ενδοφλέβιας χημειοθεραπείας. Το σημαντικότερο είναι το σύνδρομο χειρός-ποδιού, το οποίο μεταφράζεται σε κοκκινίλες, αίσθηση καψίματος η οποία μπορεί να φθάσει έως την απολέπιση του δέρματος στην περιοχή της παλάμης και των πελμάτων. Σε μικρότερο βαθμό εμφανίζονται διάρροιες και ναυτίες. Η τριχόπτωση, η οποία τόσο φοβίζει, είναι σπάνια.

Η παραμονή στο νοσοκομείο απαιτείται όταν ο ασθενής χρειάζεται ιδιαίτερη επίβλεψη ή σε περίπτωση ισχυρής χημειοθεραπείας, όμως σήμερα προτιμάται αυτή η περίθαλψη να παρέχεται στα εξωτερικά ιατρεία. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής μεταβαίνει στο νοσοκομείο για μερικές ώρες, όσο χρειάζεται δηλαδή για να του χορηγηθούν τα φάρμακά του. Η χημειοθεραπεία μπορεί επίσης να γίνεται και στο ιατρείο. Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από τον κάθε ασθενή. Ο αριθμός και ο ρυθμός των συνεδριών αποφασίζονται από τον γιατρό. Η χημειοθεραπεία χορηγείται κατά κύκλους. Οι περίοδοι ανάπαυσης μεταξύ συνεδριών επιτρέπουν στον οργανισμό να ανακτήσει τις δυνάμεις του οι οποίες είχαν εξασθενήσει λόγω της τοξικότητας των φαρμάκων. (Bergh et al., 2001)

Αν και οι περισσότερες θεραπείες προκαλούν ναυτίες και εμέτους, δεν είναι απαραίτητο πάντα να υπάρχουν τέτοια συμπτώματα. Προληπτικά χορηγούνται συστηματικά αντιεμετικά φάρμακα. Πρέπει να γίνεται προσπάθεια προσαρμογής στο μέτρο του δυνατού της διατροφής, προτιμώντας ελαφρά γεύματα και περιορίζοντας την κατανάλωση οινοπνεύματος. Αν τα αντιεμετικά φάρμακα προκαλούν δυσκοιλιότητα, πρέπει να καταναλώνεται άφθονο νερό και πράσινα λαχανικά, φρούτα και τροφές πλούσιες σε ίνες. Μόλις τελειώσει η χημειοθεραπεία, αυτές οι παρενέργειες εξαφανίζονται.

Μια άλλη παρενέργεια είναι η τριχόπτωση, η οποία δεν έχει τίποτα το συστηματικό. Είναι λιγότερο ή περισσότερο έντονη ανάλογα με τη χορηγούμενη θεραπεία, τη δοσολογία και τη διάρκειά της. Ο γιατρός συνήθως συμβουλεύει την ασθενή να κόψει τα μαλλιά και να παραγγείλει περούκα. Η χρήση ψυκτικής κάσκας μπορεί να περιορίσει αυτή την αλωπεκία σε περίπτωση ενδοφλέβιας έγχυσης περιορισμένης διάρκειας (1 ώρα). Το κρύο επιφέρει συστολή των αγγείων του τριχωτού της κεφαλής η οποία επιτρέπει τον περιορισμό της διάχυσης δραστικής ουσίας της θεραπείας σε αυτή τη ζώνη. Η τριχόπτωση κατά γενικό κανόνα είναι απότομη. Είναι σημαντικό να προσπαθήσει η ασθενής να είναι ψυχολογικά προετοιμασμένη για αυτό. Κατά γενικό κανόνα, αρχίζει δεκαπέντε ημέρες περίπου μετά την έναρξη της θεραπείας. Η χημειοθεραπεία δεν επηρεάζει καθόλου τις ικανότητες για συλλογισμό και απομνημόνευση. (Bergh et al., 2001)

Η θεραπεία προκαλεί στον ασθενή κόπωση, που είναι συχνότατη ανεπιθύμητη ενέργεια κι έχει συνέπειες σε όλες τις πτυχές της ζωής του. Αναπόφευκτη και μόνιμη κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, γίνεται έντονα αισθητή. Το 80% έως 85% των ασθενών την αναφέρουν. Η κόπωση μπορεί να έχει διάφορες αιτίες: αναιμία, απορρύθμιση θυρεοειδή αδένου, εξέλιξη της νόσου, παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, κάποια φάρμακα μπορούν να τους βοηθήσουν (π.χ. μοδαφινίλη). (Bergh et al., 2001)

Έχουν ήδη περάσει αρκετά χρόνια από τότε που κυκλοφόρησε το διαγνωστικό τεστ Oncotype DX. Όμως δεν είναι όλοι οι καρκίνοι το ίδιο: ορισμένοι όγκοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής ή μετάστασης σε σχέση με άλλους. «Στο 10% έως 25% των περιπτώσεων, στις γυναίκες στις οποίες έγινε διάγνωση σε πρώιμο στάδιο, υπάρχει πιθανότητα παρά το μικρό μέγεθος του όγκου και την απουσία διηθημένων λεμφαδένων, η εξέλιξη να είναι κακή με την εμφάνιση μεταστάσεων εντός 5 έως 10 ετών. Αυτή η μεταβλητότητα συνδέεται με τη γονιδιακή υπογραφή του όγκου. Ο γονιδιακός έλεγχος του

όγκου ανοίγει νέες προοπτικές όσον αφορά την αντιμετώπιση, επιτρέποντας την εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση και την αποφυγή περιττών χημειοθεραπειών. (Bergh et al., 2001)

Έως τώρα, τα τρία τέταρτα και πλέον αυτών των όγκων αντιμετωπίζονται με χημειοθεραπεία, ενώ μόνο το 5% των ασθενών επωφελούνται πραγματικά από αυτή. Η χημειοθεραπεία είναι μια πολύ αποτελεσματική θεραπεία, αλλά είτε προτείνεται σε ασθενείς που δεν τη χρειάζονται, είτε αντίθετα, θεωρείται περιττή για γυναίκες οι οποίες θα τη χρειάζονταν. Παρά την αποτελεσματικότητά της εμπεριέχει και κινδύνους: καρδιακή ανεπάρκεια, λευχαιμία, μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο, λοιμώξεις, θρόμβωση στον καθετήρα έγχυσης, τοξικότητα και επιδείνωση της ποιότητας ζωής (τριχόπτωση, νευροπάθεια...). Το τεστ Oncotype DX επιτρέπει την αποφυγή περιττών χημειοθεραπειών κατά 30%. Τα αποτελέσματα παραδίδονται σε 15 ημέρες. Παρουσιάζονται με την πιθανότητα υποτροπής (υψηλή, μεσαία, χαμηλή) η οποία δείχνει και τον κίνδυνο μεταστάσεων κατά τη διάρκεια των 10 ετών που ακολουθούν τη διάγνωση αξιολογώντας το όφελος της χημειοθεραπείας. Έως σήμερα, το τεστ Oncotype DX ελέγχθηκε ως προς την εγκυρότητά του σε 13 μελέτες στις οποίες συμμετείχαν περισσότερες από 4000 ασθενείς. Η μελέτη SWITCH, που διεξήγαγε η ομάδα του Καθηγητή Roman Rouzier, χειρουργού γυναικολόγου και ογκολόγου στο νοσοκομείο Tenon (Παρίσι), σε 100 ασθενείς που είχαν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού με ορμονικούς υποδοχείς, χωρίς υποδοχέα HER2 και χωρίς λεμφαδενική διήθηση (το οποίο αντιπροσωπεύει το 60% των καρκίνων του στήθους), επιβεβαιώνει το ενδιαφέρον του τεστ Oncotype DX το οποίο μειώνει τις ενδείξεις χημειοθεραπείας: 26% των ασθενών υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία μετά το τεστ, έναντι 49% πριν. Εξάλλου μεταξύ των γυναικών στις οποίες χορηγείτο ήδη αγωγή, το 58% πήγαν μόνο για ορμονοθεραπεία και το 11% για ορμονοθεραπεία συνδυασμένη με χημειοθεραπεία. (Bergh et al., 2001)

4.4. Ορμονοθεραπεία

Κάποιοι τύποι καρκίνου ευνοούνται από τις ορμόνες. Για να σταματήσει η ανάπτυξή τους, μια λύση είναι να μπλοκαριστεί αυτή η ορμονική επίδραση. Μιλάμε τότε για ορμονοθεραπεία. Όπως και η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία αποσκοπεί στην αποφυγή εμφάνισης μεταστάσεων και γενικά χορηγείται μετά τη χειρουργική επέμβαση. Είναι μια εξαιρετικά προστατευτική θεραπεία, όμως μπορούμε να την προτείνουμε μόνο στους καρκίνους των οποίων η ανάπτυξη ευνοείται από τις ορμόνες και οι οποίοι διαθέτουν υποδοχείς για τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη (τα δύο τρίτα περίπου των καρκίνων του μαστού). Στις μη εμμηνοπαυσιακές γυναίκες υψηλού κινδύνου που έχουν ορμονοευαίσθητο καρκίνο, η ορμονοθεραπεία συνδυάζεται γενικά με τη χημειοθεραπεία. Στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η ορμονοθεραπεία γίνεται μόνη ή σε συνδυασμό με μετεγχειρητική χημειοθεραπεία, ανάλογα με το επίπεδο του κινδύνου. Ανάλογα με το αν η γυναίκα είναι εμμηνοπαυσιακή ή όχι, οι τεχνικές ορμονοθεραπείας μπορεί να διαφέρουν. Πριν από την εμμηνόπαυση, ενδέχεται να παραστεί ανάγκη καταστολής της λειτουργίας των ωοθηκών αφαιρώντας τες χειρουργικά ή χορηγώντας φαρμακευτική αγωγή η οποία

αναστέλλει τη δραστηριότητά τους. Μετά την εμμηνόπαυση, μπορούμε να χορηγήσουμε και αναστολείς αρωματάσης. Στις εμμηνοπαυσιακές αλλά και στις μη εμμηνοπαυσιακές γυναίκες που έχουν ορμονοευαίσθητο καρκίνο, μπορούμε να χορηγήσουμε ταμοξιφαίνη για διάρκεια πέντε ετών. *(Litzenburger & Brown, 2014)*

Στους ορμονοεξαρτώμενους ή ορμονοευαίσθητους καρκίνους, ο πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων ενισχύεται από φυσικές ορμόνες. Η ορμονοθεραπεία συνίσταται στο μπλοκάρισμα των ορμονών, ώστε αυτές να πάψουν να ενισχύουν τον καρκίνο.

- ❖ **Αφαίρεση της πηγής των ορμονών:** μπορεί να πραγματοποιηθεί με χειρουργική επέμβαση. Απέναντι στον καρκίνο του μαστού, η αφαίρεση των ωοθηκών ονομάζεται ωοθηκεκτομή.
- ❖ **Η προσφυγή σε ανάλογα της LR-RH:** Αυτές οι ουσίες αναστέλλουν την έκκριση μιας ορμόνης η οποία παράγεται από την υπόφυση (αδένας ο οποίος βρίσκεται στον εγκέφαλο) και προωθεί την έκκριση των ορμονών (ανδρογόνα και οιστρογόνα). Σε αυτή την περίπτωση έχουμε φαρμακευτική εμμηνόπαυση.
- ❖ **Η διαχείριση των φυσικών ορμονών μπορεί επίσης να διαδραματίσει ρόλο:** κυρίως η προγεστερόνη απέναντι στον καρκίνο του στήθους.
- ❖ **Τα αντιοιστρογόνα μπλοκάρουν τη δράση των ορμονών με το να εγκαθίστανται στους υποδοχείς των οιστρογόνων:** Έτσι εμποδίζουν τις ορμόνες να δράσουν, γεγονός το οποίο εξηγεί τη θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα στον καρκίνο του μαστού. Το πρώτο από τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας είναι η ταμοξιφαίνη.
- ❖ **Οι αναστολείς αρωματάσης:** δρουν με το να εμποδίζουν την παραγωγή των οιστρογόνων από τα ανδρογόνα μπλοκάροντας το ένζυμο αρωματάση, υπεύθυνο για αυτόν τον μετασχηματισμό. *(Litzenburger and Brown, 2014)*

Η ορμονοθεραπεία μπορεί να συνδυάζεται με τη χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία. Αυτή η τεχνική ενδείκνυται για τους καρκίνους του μαστού οι οποίοι διαθέτουν ορμονικούς υποδοχείς. Αυτές τις θεραπείες γενικά ο οργανισμός τις ανέχεται καλά. Ωστόσο, λόγω της ορμονικής δράσης τους μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα που συνδέονται με την εμμηνόπαυση (εξάψεις, παύση του εμμηνορρησιακού κύκλου κ.ά.).

Σήμερα, η ορμονοθεραπεία χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Μετά την ταμοξιφαίνη, το θεραπευτικό οπλοστάσιο συμπληρώνεται με τους αναστολείς αρωματάσης. Το 70% περίπου των καρκίνων του μαστού διαθέτουν υποδοχείς για τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη και η ανάπτυξή τους ενισχύεται από αυτές τις ορμόνες. Οι όγκοι των εμμηνοπαυσιακών γυναικών έχουν κατά κανόνα πολλούς υποδοχείς οιστρογόνων και είναι πολύ ευαίσθητοι στην ορμονοθεραπεία. *(Cuzick et al., 2010; Baum et al., 2003)*

Αντίθετα, το 30% των καρκίνων του μαστού οι οποίοι δεν διαθέτουν ορμονικούς υποδοχείς δεν εξαρτώνται από την ορμονοθεραπεία. Αυτούς τους καρκίνους τους συναντούμε συχνότερα στις νέες γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση.

Οι επιδράσεις των οιστρογόνων μπορούν να εξαλειφθούν με διάφορους τρόπους:

- ✓ Πριν από τη εμμηνόπαυση εμποδίζοντας τις ωοθήκες να παράγουν αυτές τις ορμόνες (με χειρουργική επέμβαση ή χορηγούμε φάρμακα τα οποία μπλοκάρουν τη λειτουργία των ωοθηκών (ανάλογα της LHRH).
- ✓ Πριν και μετά την εμμηνόπαυση: με τη χορήγηση φαρμάκων τα οποία συμπεριφέρονται ως αντί-οιστρογόνα. (Cuzick et al., 2013)

Αυτά τα φάρμακα ανήκουν σε δυο βασικούς τύπους:

- Οι **SERMs** (εκλεκτικοί ρυθμιστές των υποδοχέων οιστρογόνων), εκ των οποίων το συνηθέστερο εδώ και τριάντα και χρόνια είναι η ταμοξιφαίνη. Αυτά τα φάρμακα εγκαθίστανται στους υποδοχείς των οιστρογόνων. Σε ορισμένους ιστούς όπως ο μαστός, εμποδίζουν αυτές τις ορμόνες να δράσουν. Αντίθετα, σε άλλους ιστούς συμπεριφέρονται σαν οιστρογόνα. Κάτι το οποίο έχει θετικές επιδράσεις (διατήρηση οστικής μάζας) αλλά και αρνητικές (κίνδυνος θρόμβωσης, καρκίνος ενδομητρίου).
- Οι **αναστολείς αρωματάσης** δρουν με το να εμποδίζουν την παραγωγή οιστρογόνων από τα ανδρογόνα. Αυτά τα φάρμακα εξαλείφουν την υπολειμματική έκκριση οιστρογόνων η οποία εξακολουθεί μετά την εμμηνόπαυση.

Η ταμοξιφαίνη και οι αναστολείς αρωματάσης χρησιμοποιούνται στον καρκίνο του μαστού που έχει κάνει μετάσταση και είναι αποτελεσματικά φάρμακα τα οποία μπορούν να παρατείνουν τη διάρκεια ζωής. Η ταμοξιφαίνη χρησιμοποιείται ως θεραπεία μετά το χειρουργείο, την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία, στον πρώιμο καρκίνο του μαστού. Σήμερα, ολοένα και μεγαλύτερος αριθμός γάλλων ογκολόγων χορηγούν αναστολείς αρωματάσης σε μη μεταστατικούς καρκίνους εμμηνόπαυσιων γυναικών, οι οποίοι διαθέτουν ορμονικούς υποδοχείς. Οι συγκριτικές μελέτες αναδεικνύουν σχετικό όφελος των αναστολέων αρωματάσης σε σχέση με την ταμοξιφαίνη, που ωστόσο παραμένει μικρό, της τάξης του 3% επί του ποσοστού υποτροπών σε 66 μήνες. (Cuzick et al., 2010)

Ηλικία εκδήλωσης του καρκίνου του μαστού:

- ✚ Πριν από την εμμηνόπαυση, όταν οι ωοθήκες εξακολουθούν να παράγουν οιστρογόνα, μόνο η ταμοξιφαίνη μπορεί να χορηγηθεί για τουλάχιστον 5 χρόνια. (Litzenburger and Brown, 2014)
- Μετά την εμμηνόπαυση:
 - ✚ Χορήγηση για πέντε χρόνια ορμονοθεραπείας με αναστολέα αρωματάσης ή ταμοξιφαίνη.
 - ✚ Αντικατάσταση αρχικής χορήγησης ταμοξιφαίνης μετά από δύομισα χρόνια με αναστολέα αρωματάσης επί δύομισι επιπλέον χρόνια για συνολική περίοδο 5 ετών.
 - ✚ Στις γυναίκες υψηλού κινδύνου, χορήγηση επί 5 χρόνια ταμοξιφαίνης, μετά για 5 χρόνια, ενώ κανονικά σταματάμε την ορμονοθεραπεία, επανάληψη νέας ορμονοθεραπείας για 5 χρόνια με λετροζόλη. (Buzdar, 2003; Zhang et al., 2012)
- Προληπτικά:
 - ✚ Η ταμοξιφαίνη είναι εξαιρετική θεραπεία για μικρούς όγκους χωρίς λεμφαδένες. Ύπαρξη αντενδείξεων για τη χορήγηση ταμοξιφαίνης (ιστορικό θρομβώσεων), ορισμένες ορμονικές καταστάσεις (για παράδειγμα, η παρουσία υποδοχέων

οιστρογόνων αλλά όχι προγεστερόνης). Η εκδήλωση παρενεργειών μπορεί να οδηγήσει στην προσαρμογή της ορμονοθεραπείας. Αν και η ταμοξιφαίνη συνολικά είναι καλά ανεκτή (μόνο 7% έως 8% διακοπή θεραπείας στα 5 χρόνια), εντούτοις ενδέχεται να υπάρξουν εξάψεις και αύξηση βάρους, συμπτώματα τα οποία δεν είναι ανεκτά από όλες τις ασθενείς. Αντίστοιχα, κάποιες γυναίκες φαίνεται να παραπονούνται, όταν λαμβάνουν αναστολείς αρωματάσης για πόνους στις αρθρώσεις και στους μύς καθώς και για αυξημένο κίνδυνο οστεοπόρωσης. (Cuzick et al., 2010; Baum et al., 2003)

- ✚ Οι πρόσφατες πρόοδοι αφορούν ένα αναστολέα αρωματάσης, τη λετροζόλη, η οποία χορηγείται σε γυναίκες υψηλού κινδύνου, μετά τη χορήγηση ταμοξιφαίνης. Νέες αναλύσεις επέτρεψαν να προκύψουν θεαματικά αποτελέσματα όσον αφορά το ποσοστό υποτροπών και επιβίωσης στις γυναίκες που είχαν ήδη λάβει ταμοξιφαίνη επί 5 χρόνια: παρατηρούμε έτσι μείωση κατά 69% του κινδύνου υποτροπών, 72% του κινδύνου μεταστάσεων και μείωση κατά 47% του κινδύνου θανάτου σε σχέση με αυτές οι οποίες λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι ότι αυτή η προστατευτική επίδραση παρατηρήθηκε σε γυναίκες, οι οποίες δεν λάμβαναν άλλη θεραπεία μετά το τέλος της θεραπείας με ταμοξιφαίνη. (Cuzick et al., 2010; Baum et al., 2003)

Επιπλέον, σύμφωνα με μελέτη η οποία παρουσιάστηκε κατά τη διάρκεια του Αμερικανικού Συνεδρίου ογκολογίας (ASCO 2011), η εξεμεστάνη θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού κατά 65% στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες υψηλού κινδύνου. (Cuzick et al., 2010)

Ακόμα και αν ο καρκίνος μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, ο κίνδυνος εμφάνισής του αυξάνει με την ηλικία. Διπλασιάζεται περίπου κάθε 10 χρόνια έως την εμμηνόπαυση. Από εκεί και πέρα, εξακολουθεί να αυξάνει αλλά λιγότερο έντονα. Εξάλλου όπως έχει ήδη αναφερθεί, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού, η παρουσία ογκογονιδίων (BRCA1, BRCA2), η παρουσία άτυπων αλλοιώσεων. Γνωρίζοντας ότι αυτοί οι καρκίνοι είναι ορμονοεξαρτώμενοι, στόχος της χημειοπροφύλαξης είναι να μπλοκάρει την παραγωγή οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ορισμένα αντιοιστρογόνα τα οποία ονομάζονται SERMs (εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων) όπως η ταμοξιφαίνη και η ραλοξιφαίνη έχουν ένδειξη για την πρόληψη, αναγνωρισμένη από το FDA, αφού απέδειξαν ότι μειώνουν τον κίνδυνο διηθητικού καρκίνου του μαστού κατά 50% και 38% αντίστοιχα μετά από θεραπεία 5 ετών. (Cuzick et al., 2010)

Οι αναστολείς της αρωματάσης δρουν εμποδίζοντας τη μετατροπή σε οιστρογόνα από τα ανδρογόνα που παράγονται στα επινεφρίδια. Αυτή η επίδραση συνδέεται με την ικανότητα τους να μπλοκάρουν το ένζυμο (αρωματάση) το οποίο είναι υπεύθυνο για αυτόν το μετασχηματισμό. Αυτά τα φάρμακα απέδειξαν την πρόληψη υποτροπών και ετερόπλευρων καρκίνων σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και κάποιες φορές προτιμώνται από τα αντιοιστρογόνα λόγω των λιγότερων παρενεργειών. Μελετήθηκε η επίδρασή τους στη χημειοπροφύλαξη του καρκίνου του στήθους, με τη μελέτη MAP3 που συμπεριέλαβε 4.560

εμμηνοπαυσιακές γυναίκες υψηλού κινδύνου (ηλικία άνω των 60 ετών, παρουσία άτυπων αλλοιώσεων, καρκίνος μαστού *in situ*, υψηλή βαθμολογία στην εκτίμηση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού). Οι μισές γυναίκες αντιμετωπίστηκαν με τον αναστολέα αρωματάσης, εξεμεστάνη και οι άλλες μισές έλαβαν εικονικό φάρμακο. Μετά από μια μέση διάρκεια παρακολούθησης 3 ετών, οι ερευνητές κατέγραψαν 11 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που λάμβαναν εξεμεστάνη και 32 περιπτώσεις στις γυναίκες που λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Αυτό αντιστοιχεί σε μείωση του κινδύνου διηθητικού καρκίνου του μαστού κατά 65%. Οι παρενέργειες (π.χ. εξάψεις, αϋπνία, πόνοι στα αρθρώσεις) είναι συχνότερες σε αυτές που λάμβαναν εξεμεστάνη, χωρίς όμως να έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής αυτών των γυναικών. Τα σοβαρότερα προβλήματα (κατάγματα οστών, οστεοπόρωση, υπερχοληστεριναιμία, καρδιαγγειακά επεισόδια) είναι σπάνια, αλλά η διάρκεια παρακολούθησης παραμένει περιορισμένη. (Cuzick *et al.*, 2010)

Πρέπει άραγε να χορηγηθεί αυτό το φάρμακο σε όλες τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες; Όχι. Πρώτον, αυτή η μελέτη αφορούσε γυναίκες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού, και όχι όλες τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, για τις οποίες αυτή η θεραπεία δεν αξιολογήθηκε. Η ταυτοποίηση των γυναικών υψηλού κινδύνου είναι ένα από τα διακυβεύματα της χημειοπροφύλαξης. Δεύτερον, δεν γνωρίζουμε ακόμα τις μακροπρόθεσμες παρενέργειες αυτού του φαρμάκου, όπως δεν γνωρίζουμε ποια είναι η βέλτιστη διάρκεια χορήγησής του. Παρά τον ενθουσιασμό, δεν φαίνεται σκόπιμη η συστηματική μαζική συνταγογράφηση αυτού του προϊόντος πριν να έχουμε δεδομένα από μακροπρόθεσμη χρήση.

Τον Ιούνιο του 2001, οι ειδικοί της Καναδικής Ιατρικής Ένωσης εξέτασαν τις πολυάριθμες μελέτες που έχουν δημοσιευτεί μεταξύ 1996 και 2000 για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού με ταμοξιφαίνη. Οι συστάσεις τους διακρίνουν δύο περιπτώσεις:

- ✓ Για τις γυναίκες οι οποίες δεν έχουν υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού, δε συνιστάται η προσφυγή στην ταμοξιφαίνη.
- ✓ Για τις γυναίκες που έχουν υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα πρέπει να συζητούνται με την ασθενή, η οποία θα επιλέξει να της χορηγηθεί ταμοξιφαίνη. (Cuzick *et al.*, 2010)

Σε αυτό ακριβώς το πλαίσιο κινήθηκε η μελέτη IBIS με τον Καθηγητή Jack Cruzick από το Λονδίνο. Συνολικά 7.152 γυναίκες ηλικίας από 35 έως 70 ετών, οι οποίες παρουσίαζαν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού λόγω προσωπικού ή οικογενειακού ιστορικού, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη λάμβανε 20 mg/ημέρα ταμοξιφαίνη επί 5 χρόνια, η άλλη λάμβανε εικονικό φάρμακο. Η μελέτη, δημοσιεύτηκε πριν από τη λήξη, της αρχικά καθορισμένης διάρκειας, (25% τελείωσαν τα 5 χρόνια παρακολούθησης, 47% των γυναικών υποβάλλονται ακόμα σε θεραπεία και οι υπόλοιπες σταμάτησαν πριν από τη λήξη της διάρκειας παρακολούθησης), βεβαιώνει τα εξής:

- ✓ Μείωση κατά 32% του κινδύνου καρκίνου του μαστού. Διαγνώστηκαν 69 περιστατικά μεταξύ των γυναικών που λάμβαναν ταμοξιφαίνη έναντι 101 περιστατικών στις γυναίκες που λάμβαναν εικονικό φάρμακο.
- ✓ Πολλαπλασιασμός επί 2,5 του αριθμού θρομβοεμβολικών επεισοδίων στην ομάδα που ελάμβανε ταμοξιφαίνη (43 έναντι 17).

- ✓ Ο αριθμός καρκίνων του ενδομητρίου δεν ήταν σημαντικά διαφορετικός (11 στην ομάδα της ταμοξιφαίνης έναντι 5). Οι όγκοι που εντοπίστηκαν αντιμετωπίστηκαν με υστερεκτομή.

Παρότι αναγνωρίζεται η αποτελεσματικότητα της ταμοξιφαίνης στη μείωση του κινδύνου καρκίνου του μαστού στις γυναίκες υψηλού κινδύνου, οι ειδικοί δεν συνιστούν τη συστηματική προληπτική χρησιμοποίησή της λόγω διπλασιασμού του κινδύνου θρόμβωσης. Τα περισσότερα περιστατικά σημειώθηκαν μετά τη χειρουργική επέμβαση. Σύμφωνα λοιπόν με τους ειδικούς, φαίνεται φρόνιμο να διακόπτεται η χορήγηση της ταμοξιφαίνης πριν από την επέμβαση και μέχρι την επιστροφή στην πλήρη κινητικότητα. (Cuzick et al., 2010)

Η *λετροζόλη* φαίνεται να αποδεικνύει την αποτελεσματικότητά της απέναντι στη μείωση των τοπικών και απομακρυσμένων υποτροπών μετά το χειρουργείο ή μετά την αρχική θεραπεία των πέντε ετών με την ταμοξιφαίνη.

Αποτελέσματα μετά από πέντε χρόνια χορήγησης, έχουμε και με την *αναστραζόλη* (άλλον αναστολέα της αρωματάσης) με μείωση του κινδύνου υποτροπής η οποία φθάνει το 17% στις γυναίκες που έχουν προσβληθεί από ορμονοευαίσθητο καρκίνο του μαστού και με λιγότερες παρενέργειες.

Τέλος, η θεραπεία με *trastuzumab*, είναι μια στοχευμένη θεραπεία που προορίζεται για συγκεκριμένους επιθετικούς καρκίνους. Το 20 έως 25% περίπου των γυναικών εμφανίζουν καρκίνο του μαστού, ο οποίος χαρακτηρίζεται από γενετικές ιδιαιτερότητες. Αυτοί οι καρκίνοι είναι γενικά ταχείας εξέλιξης και στο παρελθόν τους θεωρούσαμε κακής πρόγνωσης. Ωστόσο η θεραπεία με *trastuzumab*, άλλαξε τα δεδομένα. Σήμερα δοκιμάζεται η εφαρμογή αυτής της θεραπείας μετά το χειρουργείο, σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία. (Cuzick et al., 2010)

4.5. Θεραπεία μεταστατικής νόσου

Ο μεταστατικός καρκίνος του μαστού είναι η νόσος που η χημειοθεραπεία είναι η κατάλληλη επιλογή για τις περισσότερες ασθενείς. Οι πλέον δραστικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται στην χημειοθεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του μαστού είναι: η δοξορουβικίνη, η επιρουβικίνη, η κυκλοφωσφαμίδη, οι ταξάνες, η σισπλατίνη, η βινορελμπίνη. Οι παράγοντες αυτοί μαζί με άλλους, των οποίων η αποτελεσματικότητα έχει αποδειχθεί, συνδυάζονται και χορηγούνται σε συνδυασμούς των 2 ή 3 φαρμάκων. Οι ανθρακυκλίνες είναι το βασικό συστατικό των περισσότερων συνδυασμών και είναι οι παράγοντες αναφοράς στον μεταστατικό καρκίνο του μαστού αλλά και στην μετεγχειρητική θεραπεία. Οι ανταποκρίσεις τους κυμαίνονται από 35 έως 50% όταν χορηγούνται ως μονοθεραπεία σε ασθενείς οι οποίες δεν έχουν εκτεθεί προηγουμένα σε ανθρακυκλίνες. Η διάρκεια της αποτελεσματικότητά τους είναι περίπου 8 έως 12 μήνες. Η μιτοξανδρόνη είναι ένας παράγοντας λιγότερο τοξικός αλλά και λιγότερο αποτελεσματικός από την δοξορουβικίνη και την επιρουβικίνη. (Dong and Chen, 2014; Vogel, 2001)

Οι ταξάνες είναι μια ομάδα δραστικών χημειοθεραπευτικών παραγόντων εναντίον του καρκίνου του μαστού, των οποίων η αξία έχει αποδειχθεί, συγκρινόμενες τόσο με την πακλιταξέλη όσο και με τη δοσεταξέλη με όλα τα κλασικά προγράμματα χημειοθεραπείας. Έχουν χορηγηθεί σε συνδυασμένη θεραπεία αλλά και ως μονοθεραπεία.

Σε όλες τις συγκριτικές μελέτες έδωσαν παρόμοια αν όχι καλύτερα αποτελέσματα με την δοξορουβικίνη. Οι ταξάνες και οι ανθρακυκλίνες στερούνται διασταυρούμενης αντίστασης και έτσι μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαδοχικά. Υπάρχει πιθανότητα καρδιοτοξικότητας όταν χορηγηθούν μαζί ιδιαίτερα η πακλιταξέλη με την δοξορουβικίνη. Οι συνδυασμοί της πακλιταξέλης με ανθρακυκλίνες δίνουν ανταποκρίσεις της τάξεως του 60-65%, ενώ ο χρόνος μέχρι την επιδείνωση της νόσου κυμαίνεται από 7,5 έως 8 μήνες. Η ολική επιβίωση είναι από 20 - 24 μήνες. *(Vogel, 2001)*

Εκτός από τους προαναφερθέντες παράγοντες υπάρχουν και άλλοι νεότεροι, όπως είναι η καπεσιταμπίνη, η οποία έχει καλά χαρακτηριστικά ασφαλείας και ικανοποιητικές ανταποκρίσεις, ιδιαίτερα σε συνδυασμούς με ταξάνες όπου οι ανταποκρίσεις ανέρχονται σε 42% και ο χρόνος μέχρι την επιδείνωση σε 6,1 μήνες. Οι ταξάνες μπορούν επίσης να συνδυαστούν και με trastuzumab (Herceptin) με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η γεμισιταμπίνη ένας νεότερος αντιμεταβολίτης μπορεί να συνδυαστεί με την δοσεταξέλη και να επιτύχει ανταποκρίσεις της τάξεως του 60% και διάρκεια ανταπόκρισης 11 μήνες. Εκτός από την κλασική χορήγηση κάθε 21 ημέρες οι ταξάνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν με πολύ καλά αποτελέσματα κάθε εβδομάδα. *(Vogel, 2001)*

Ένας νεότερος παράγων η βινορελμπίνη φαίνεται πως είναι δραστική στον μεταστατικό καρκίνο του μαστού χορηγούμενη τόσο ενδοφλεβίως όσο και από το στόμα με εφάμιλλη αποτελεσματικότητα. Τέλος οι παλαιότεροι παράγοντες όπως η δοξορουβικίνη χορηγούνται σε νέα φαρμακοτεχνική μορφή την λιποσωματική. Τα μόρια της δοξορουβικίνης είναι ενσωματωμένα σε λιπίδια με αποτέλεσμα να έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα αλλά σαφώς λιγότερη τοξικότητα. Το οπλοστάσιο της θεραπευτικής του μεταστατικού καρκίνου του μαστού έχει εφοδιαστεί με βιολογικές θεραπείες όπως είναι τα μονοκλωνικά αντισώματα εναντίον του HER-2 υποδοχέα και εναντίον του αυξητικού παράγοντα του ενδοθηλίου των αγγείων VEGF. Οι παράγοντες αυτοί προσφέρουν όφελος στην επιβίωση των ασθενών με αποδεκτή τοξικότητα. Η χορήγηση του trastuzumab (Herceptin) μαζί με χημειοθεραπεία έχει βελτιώσει την ολική επιβίωση των ασθενών ενώ η συγχορήγηση χημειοθεραπείας και bevacizumab (Avastin) έχει προσφέρει στους ασθενείς διπλασιασμό της διάρκειας ανταπόκρισης. *(Dong and Chen, 2014)*

Η λαπατινίμπη (Tyverb), ένας αναστρέψιμος αναστολέας της τυροσινικής κινάσης (τόσο του ErbB-1 όσο και του ErbB-2 υποδοχέα), έχει αποδειχτεί ασφαλής σε κλινικό επίπεδο, με τα δεδομένα μελετών φάσης III να μαρτυρούν την πολλά υποσχόμενη δραστικότητά της ως θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του μαστού. Η δράση της είναι διαφορετική από το herceptin, καθώς είναι μικρό μόριο, δρα ενδοκυττάρια και έχει το σημαντικό πλεονέκτημα της χορήγησης από το στόμα. Πολύ σημαντική ήταν η παρατήρηση ότι στην ομάδα που

έλαβε λαπατινίμπη (Tyverb) εμφανίστηκαν λιγότερες νέες εγκεφαλικές μεταστάσεις καθώς το φάρμακο, ως μικρό μόριο, περνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. *(Dong and Chen, 2014)*

Παρά το γεγονός ότι ο μεταστατικός καρκίνος του μαστού παραμένει μια νόσος δύσκολη εντούτοις οι πρόοδοι στην χημειοθεραπεία και στις βιολογικές θεραπείες του καρκίνου του μαστού έχουν πετύχει να βελτιώσουν την πρόγνωση και να διπλασιάσουν την επιβίωση αυτών των ασθενών. *(Dong and Chen, 2014)*

4.6. Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού δεν αποτελεί πλέον καταληκτική ασθένεια, αντίθετα με ό, τι ίσχυε μέχρι πρότινος. Τις περισσότερες φορές, το συγκεκριμένο είδος νεοπλασίας θεραπεύεται, αρκεί βέβαια να διαγνωσθεί εγκαίρως, να παρθούν οι κατάλληλες αποφάσεις και να ακολουθήσουν οι ασθενείς τις σωστές θεραπείες. *(Ganz, 2008)*

Παρόλο που πλέον η ασθένεια αυτή είναι θεραπεύσιμη, εξακολουθεί να αποτελεί μια επώδυνη κατάσταση για τη γυναίκα, επηρεάζοντας βαθιά τον ψυχισμό της. Η καθεμία που αναρρώνει και αποθεραπεύεται έχει τόσες πολλές εμπειρίες από αυτή την κατάσταση και έχει περάσει από πολλές και διαφορετικές φάσεις που πλέον έχει τροποποιηθεί η σκέψη της και όλη η ψυχοσύνθεσή της. Η αντίληψη της για τον εαυτό της, τον κόσμο αλλά και για τους ανθρώπους έχουν αλλάξει. Η αλλαγή αυτή κάποιες φορές της προκαλεί ανασφάλεια και μία αίσθηση απώλειας του ενδιαφέροντος των κοντινών της ανθρώπων. Κατά τη διάρκεια της αποθεραπείας, η γυναίκα πρέπει να οργανώσει από την αρχή τη ζωή της και να αναδομήσει τις κοινωνικές της σχέσεις αντιμετωπίζοντας άλλοτε θετικές και άλλοτε απογοητευτικές και αποθαρρυντικές αντιδράσεις από τους ανθρώπους. *(Ganz, 2008)*

Η μεγάλη χρονική διάρκεια του καρκίνου του μαστού, από την εμφάνιση και διάγνωση του μέχρι και την αποθεραπεία του, κάνει τη γυναίκα να βιώσει ποικίλα και κατά βάση αρνητικά συναισθήματα. Αυτά δημιουργούνται από τις διάφορες φάσεις που περιλαμβάνει αυτή η μακρά πορεία βιώνοντας τον φόβο, την αβεβαιότητα, την αίσθηση θρήνου και απώλειας και τον πόνο, που είναι αδύνατο να αφήσουν ανεπηρέαστη την γυναίκα. Οι γυναίκες αυτές δεν παύουν ποτέ να ζούνε με τον φόβο μήπως εμφανίσουν ξανά κάποιον όγκο. Όλα αυτά τα έντονα συναισθήματα εξελίσσονται και μετατρέπονται σε νέες στάσεις, αξίες και πιστεύω της γυναίκας, που την κάνουν να βλέπει τα πράγματα υπό άλλο πρίσμα και να εκτιμάει την κάθε στιγμή της ζωής της. Το ίδιο, αλλά σε μικρότερο βέβαια βαθμό, ισχύει και για τους πολύ κοντινούς ανθρώπους που ζούνε την ασθένεια από πολύ κοντά. *(Blows et al., 2007)*

Ποια είναι όμως η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας που νοσεί από καρκίνο του μαστού:

Ας δούμε το πώς βιώνει την εμπειρία αυτή σε τρεις φάσεις: τη φάση που διαπιστώνει κάποια συμπτώματα στο σώμα της, τη δύσκολη φάση της διάγνωσης και τη χρόνια φάση που εκτείνεται ως την ίαση ή το θάνατο της.

Στην πρώτη φάση, η γυναίκα αρχίζει να συνειδητοποιεί κάποια συμπτώματα που ίσως να αποτελούν ενδείξεις της ασθένειας. Οι αντιδράσεις της καθεμιάς μπορεί να κυμαίνονται από

την πλήρη ενεργοποίηση και αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, ως την πλήρη απόθεση και άρνηση της κατάστασης της και αποφυγή ανάληψης οποιασδήποτε δράσης. Μπορεί για παράδειγμα να σκέφτονται «Δεν είναι τίποτε, θα μου περάσει», «Είμαι σίγουρη ότι πάσχω από καρκίνο και θα πεθάνω, οπότε καλύτερα να μην ασχοληθώ». Ο τρόπος που θα αντιδράσει η γυναίκα σε αυτή τη φάση, θα επηρεάσει και την οργανική της κατάσταση αλλά και την μετέπειτα προσαρμογή της στην εκδήλωση της ασθένειας. (Washington, 2004)

Η φάση της διάγνωσης αποτελεί την πιο δύσκολη και πιο σημαντική στιγμή στην εξέλιξη της ασθένειας. Παρά τις υποψίες της γυναίκας για τη κατάσταση της, η στιγμή της διάγνωσης δεν παύει να αποτελεί μια τραυματική εμπειρία για την ίδια. Από αυτό το σημείο θα πρέπει να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τη ζωή της, καθώς και να πάρει σημαντικές αποφάσεις για τον τρόπο που θα διαχειριστεί το πρόβλημά της στο μέλλον. Συνεπώς, οι έντονες συναισθηματικές της αντιδράσεις μπορούν να θεωρηθούν δικαιολογημένες. **Η χρόνια φάση**, που καλύπτει και το μεγαλύτερο κομμάτι χρονικά, απαιτεί πολλές προσαρμοστικές προσπάθειες εκ μέρους της γυναίκας αλλά και της οικογένειάς της, αφού απαιτείται να γίνει η ασθένεια κομμάτι της ζωής της. Αυτό φυσικά δεν είναι κάτι εύκολο για την ίδια. Φαίνεται πως όσες γυναίκες εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια και έχουν την αίσθηση ανημποριάς, αδυναμίας και απόγνωσης, ενώ παράλληλα έχουν μόνο αρνητικές προσδοκίες, καταλήγουν να έχουν όχι μόνο χειρότερη προσαρμογή, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις στην εξέλιξη της υγείας τους. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους ως «μία μάχη που πρέπει να νικήσουν» και έχουν πίστη στον εαυτό τους και στην ψυχική τους δύναμη, έχουν καλύτερη πρόγνωση. Επιπλέον, αυτές οι γυναίκες έχουν πιο καλή ποιότητα ζωής κατά την περίοδο της ασθένειας και πολύ μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης, μελαγχολίας και στρες. Έτσι λοιπόν, μπορεί να γίνει σε όλους αντιληπτό το πόσο πολύ μπορεί να επηρεάσει η συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας την πορεία και εξέλιξη της ασθένειας της. (Washington, 2004)

Κάποιες γυναίκες μπορεί να έχουν επίγνωση των αρνητικών τους συναισθημάτων και φόβων, και όμως να αρνούνται να τα εκφράσουν θέλοντας να προστατέψουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Κάποιες άλλες επιμένουν να παραγνωρίζουν και να αγνοούν τις ανησυχίες τους, το θυμό και την κατάθλιψη τους, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η προσαρμογή τους στη πραγματικότητα της αρρώστιας τους. Οι δυσκολίες των γυναικών αυξάνονται όταν ο καρκίνος ή η θεραπεία του παραμορφώνουν κάποιο μέρος του σώματος ή επηρεάζουν τη σεξουαλική τους λειτουργικότητα. Ωστόσο, η εγχείρηση διατήρησης του μαστού μειώνει αυτή τη παραμόρφωση και «διευκολύνει» κάπως τη προσαρμογή της στη κατάσταση. (Andersen et al., 2004; 2008)

Πολλές είναι οι γυναίκες που βιώνουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα που έχουν τις ρίζες τους στις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους. Μπροστά στη διάγνωση μια χρόνιας και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές τροποποιούνται. Άλλοτε χαρακτηρίζονται από μια τάση προσέγγισης και άλλοτε από μια τάση απομάκρυνσης. Κάποιες μπορεί να απομακρυνθούν από τους οικείους τους λόγω κακής διάθεσης, αμηχανίας και κυρίως λόγω των αλλαγών που ίσως έχουν συμβεί στο στήθος τους και δεν νιώθουν καλά. (Andersen et al., 2004; 2008) Οι φίλοι και η οικογένεια μπορεί να βιώσουν μια αμφιθυμία μεταξύ της λύπης τους για τη

κατάσταση της γυναίκας, και παράλληλα της επιθυμίας τους να είναι αισιόδοξοι απέναντι της. Αυτά τα συναισθήματα, καθώς και η αμηχανία τους για το τι πρέπει να της πούνε, τους κάνουν πολλές φορές να αποφεύγουν την επαφή μαζί της. Η «απομόνωση» αυτή, είτε είναι επιλογή της, είτε προκαλείται από τους άλλους, μακροπρόθεσμα δεν έχει καλά αποτελέσματα ειδικά σε μια φάση που η κοινωνική υποστήριξη παίζει τόσο σημαντικό ρόλο. (Edwards et al., 2008)

Θα μπορούσαμε να δούμε την ασθένεια αυτή και σαν ένα οικογενειακό ζήτημα. Και τι εννοούμε; Όταν υπάρχει μία σοβαρή ασθένεια, όπως ο καρκίνος του μαστού μέσα σε μία οικογένεια, είναι επόμενο να επηρεάζονται όλα τα μέλη της. Μπαίνουν σε μία διαδικασία αναπροσαρμογής και ανάληψης νέων ρόλων και καθηκόντων. Δημιουργούνται νέα συναισθήματα που δύσκολα μπορούν να διαχειριστούν, όπως στρες, στεναχώρια, συμπόνια και απελπισία. Θα λέγαμε δηλαδή ότι γίνεται κάτι σαν ανακατάταξη του οικογενειακού προγράμματος και ρυθμού. Ο κύριος άξονας είναι πλέον η ασθενής και η κατάσταση της και όλα περιστοιχίζονται γύρω από αυτήν. Ίσως είναι θεραπευτικό και για την ίδια την οικογένεια να εμπλέκεται στην όλη διαδικασία της θεραπείας και της φροντίδας της ασθενούς. Επειδή όμως όλα τα μέλη δεν είναι δυνατό να είναι χρήσιμα με όμοιο τρόπο, θα πρέπει να αναγνωρίζει ο καθένας σε ποιόν τομέα μπορεί να συμβάλει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, καθώς εμφανίζονται πρακτικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά την διάρκεια αυτής της δύσκολης περιόδου. Πιο συγκεκριμένα, η ασθενής είναι συνήθως, σύζυγος, μητέρα, κόρη και εργαζόμενη και το καθένα από αυτά περιλαμβάνει διάφορες υποχρεώσεις που την περίοδο της ασθένειας παραμελούνται και δεν είναι εύκολο να εκπληρωθούν. Ένα άλλο ζήτημα, είναι το οικονομικό. Πολλές φορές, η γυναίκα αναγκάζεται να εγκαταλείψει την εργασία της έστω και προσωρινά, ενώ παράλληλα τα έξοδα λόγω της ασθένειας αυξάνονται. Η οικογένεια είναι η πρώτη που θα συνεισφέρει οικονομικά αλλά και θα αναλάβει τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες που μέχρι πρότινος είχε η ίδια. Όλα αυτά, βέβαια, είναι ζητήματα που απασχολούν, προβληματίζουν και αγχώνουν την γυναίκα και ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι να την καθησυχάζει και να την στηρίζει. (Edwards et al., 2008)

Ένα τελευταίο πολύ σημαντικό οικογενειακό θέμα είναι η ενημερότητα των παιδιών όσον αφορά την αρρώστια της μητέρα τους. Είναι ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο ζήτημα και απαιτεί λεπτούς χειρισμούς εκ μέρους όλου του οικογενειακού και συγγενικού περιγύρου, όταν τα παιδιά είναι ανήλικα. Πολλοί γονείς διαλέγουν να μην πούνε την αλήθεια στα παιδιά τους, αλλά αυτό εξυπηρετεί τους ίδιους στην πραγματικότητα και όχι τα παιδιά, γιατί τους βγάζει από την άβολη αυτή θέση. Θα ήταν καλύτερα να ενημερώνουν οι γονείς τα παιδιά στο βαθμό, βέβαια, που το επιτρέπει η ηλικία και η ωριμότητα τους. Είτε είναι μικρής ηλικίας, είτε προεφηβικής, είτε εφηβικής υπάρχει κατάλληλος τρόπος να μάθουν ότι η μητέρα τους είναι άρρωστη. Οι γονείς καλό θα ήταν να απαντούν σε όποια ερώτηση και απορία έχουν τα παιδιά. (Budin et al., 2008)

Όσον αφορά τις αλλαγές στη σχέση του ζευγαριού, συχνά αναβιώνουν άλματα προβλήματα του παρελθόντος. Μια συζυγική σχέση που δεν ήταν καλή και πριν την εμφάνιση του καρκίνου στη γυναίκα, μπορεί να κλονιστεί και να επανεμφανιστούν φόβοι εγκατάλειψης που προϋπήρχαν. Έτσι, η γυναίκα που υποβλήθηκε σε μαστεκτομή αναρωτιέται «Αραγε ο

σύζυγός μου θα με αγαπά όπως πριν;». Η απομάκρυνση του συζύγου δημιουργεί στη γυναίκα την εντύπωση ότι την απορρίπτει λόγω της μαστεκτομής. Αυτό δεν αποτελεί αιτία διαζυγίου, είναι όμως η αφορμή για να τερματιστεί μια σχέση που από πριν ήταν προβληματική. Αν ωστόσο η μεταξύ τους σχέση ήταν βαθιά, σταθερή και αληθινή, τότε έχουν μεγάλες πιθανότητες να ανταπεξέλθουν από κοινού στη κατάσταση. (Budin et al., 2008) Σε αυτή τη φάση, η μόνη αιτία της πιθανής απομάκρυνσης των συζύγων μετά τη διάγνωση, είναι η ανάγκη τους να αφομοιώσουν και να προσαρμοστούν στη νέα τους πραγματικότητα. Σύντομα, όμως, το ξεπερνάνε και οι σχέσεις τους γίνονται και πάλι αμοιβαίες και σταθερές. Ένα σημαντικό θέμα που προκύπτει ανάμεσα στο ζευγάρι είναι η σεξουαλική τους ζωή. Όταν μία γυναίκα νοσήσει από καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, σε σχέση με τη σεξουαλική επαφή της με το άλλο φύλο. Φυσικά αυτό έχει αντίκτυπο και στην ψυχολογία του άντρα. Αρχικά είναι τόσο έντονο το στρες και η ένταση από τα ιατρικής φύσεως θέματα που προκύπτουν και έχουν προτεραιότητα, που δεν υπάρχει διάθεση για σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα πολλές φορές χάνει την αυτοπεποίθηση και τη θηλυκότητα της. Συχνά αντιμετωπίζει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα μετά την μαστεκτομή και δεν επιθυμεί καμία σεξουαλική επαφή με τον σύντροφο της, γιατί αισθάνεται πολύ άσχημα με τον εαυτό της και νιώθει ότι δεν είναι ερωτικά επιθυμητή πλέον. Υπάρχουν ελάχιστοι άντρες που έχουν αναφέρει την ενόχληση τους σχετικά με την μαστεκτομή και την μη σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας τους και αναζητούν νέα σεξουαλική σύντροφο. Οι άντρες, όμως, τις περισσότερες φορές, στηρίζουν τη γυναίκα τους, της δείχνουν την αγάπη τους και έρχονται πιο κοντά της σε αυτή τη δύσκολη περίοδο, παρά τις δυσκολίες. (Budin et al., 2008)

Όλη αυτή την κατάσταση μπορούν να την αντιμετωπίσουν οι γυναίκες πιο αποτελεσματικά με τη βοήθεια των ειδικών ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η ψυχοθεραπεία μπορεί να τις βοηθήσει να βρουν συγκεκριμένους τρόπους να αντιμετωπίσουν τον πόνο, τη διαχείριση του άγχους, να τις διευκολύνει να εκφράσουν τα ποικίλα συναισθήματα που βιώνουν είτε κατά τη διάρκεια της ασθένειας, είτε και κατά την περίοδο της αποθεραπείας αλλά και να βρουνε νέο νόημα στη ζωή τους. Επίσης, μπορεί να παρέχει στήριξη στους συγγενείς και να τους καθοδηγεί ώστε να έχουν σωστή και βοηθητική στάση απέναντι στις ασθενείς. Τέλος, είναι πολύ σημαντική και βοηθητική η συμμετοχή της γυναίκας σε ομάδες υποστήριξης. Μέσα στην ομάδα θα μπορέσουν να μοιραστούν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους με γυναίκες που βιώνουν ακριβώς την ίδια εμπειρία με αυτές. Θα μπορέσουν να πάρουν και να δώσουν πολύτιμες συμβουλές που θα τις κάνουν να νιώσουν καλύτερα! (Newell et al., 2002)

4.6.1. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς με καρκίνο

Η εμπειρία μιας δυνητικά μοιραίας νόσου δεν μπορεί παρά να ασκεί τρομερή ψυχολογική πίεση στον ασθενή και τους οικείους του. Οι πιθανόν επώδυνες θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι εκάστοτε παρενέργειες - ιδιαίτερα εκείνες που επηρεάζουν την εμφάνιση του ασθενή - ο φόβος της εξέλιξης και της κατάληξης της νόσου επιδρούν επιβαρυντικά στον ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο όλων των εμπλεκομένων. Για τους λόγους αυτούς, η υποβοήθηση μέσω ενός ειδικού σε θέματα ψυχικής υγείας μπορεί να αποδειχτεί εξαιρετικά πολύτιμη. (Smedslund & Ringdal, 2004)

Η υποστήριξη από έναν ειδικό είναι σημαντική, όχι γιατί ο ασθενής έχει χάσει εξαιτίας της νόσου την ικανότητα για λογική σκέψη, αλλά επειδή αντιμετωπίζει έξαφνα μία κατάσταση που δικαιολογημένα του προξενεί ιδιαίτερη θλίψη, σύγχυση, οργή, πόνο και άγχος. Δυστυχώς, σπάνια οι ασθενείς και οι θεράποντες ιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη, παρ' ότι είναι αποδεδειγμένο πως το ψυχικό σθένος και η θετική διάθεση μπορούν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της νόσου, καθώς διατηρούν τον ασθενή αποφασισμένο να ολοκληρώσει την αγωγή και να μην παραιτηθεί από τον αγώνα για τη ζωή του. Έχει τεκμηριωθεί από δεκάδες σχετικές έρευνες πως η διάθεση του ασθενή βελτιώνει τη γενικότερη λειτουργία του οργανισμού και την ανταπόκρισή του στην εκάστοτε θεραπεία. (Smedslund & Ringdal, 2004)

Συνεπώς, ανεξάρτητα από τις δηλώσεις του ίδιου του ασθενή, ο οποίος πιθανόν αρνείται πως έχει επηρεαστεί ψυχολογικά εξαιτίας της νόσου ή των παρενεργειών της αγωγής, ο θεράπων ιατρός και οι οικείοι του ασθενή θα πρέπει να είναι ευαίσθητοι όσον αφορά τις ψυχολογικές και συναισθηματικές του ανάγκες. (Antoni et al., 2006)

Ένας ειδικός είναι σε θέση να βοηθήσει ένα καρκινοπαθή να αποδεχτεί και να αφομοιώσει με υγιή τρόπο τις όποιες αλλαγές – σωματικές, σεξουαλικές, οικογενειακές, εργασιακές - επιφέρει στη ζωή του η νόσος. Ας σημειωθεί πως η «υγιής αποδοχή» περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, αισθήματα θλίψης και πένθους, τα οποία είναι απολύτως φυσιολογικά. Μπορεί, επίσης, να τον βοηθήσει να αποσυμπιέσει αισθήματα οργής, ενοχών ή φόβου που ελλοχεύουν μέσα του, με αποτέλεσμα να δηλητηριάζουν τη διάθεση και τον ψυχισμό του. Η έκφραση των συναισθημάτων αυτών θα τον ανακουφίσει και θα του δώσει την ευκαιρία να μειώσει την όποια ένταση μπορεί να προκύψει στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Ας υπογραμμιστεί πως, για τους ίδιους λόγους, εξίσου υποβοηθητική μπορεί να είναι η ψυχολογική υποστήριξη και για κάποιους συγγενείς του ασθενή. (Antoni et al., 2001)

Η ψυχολογική υποστήριξη είναι μία παράμετρος που, πρώτα και πάνω απ' όλα, είναι σε θέση να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενή, και είναι σχετικά εύκολο να βρεθεί: παρέχεται από πληθώρα εθελοντών ειδικών που εργάζονται υπό την αιγίδα αντικαρκινικών ενώσεων, συλλόγων και οργανισμών. Συνεπώς, δεν υπάρχει λόγος να αισθάνεται κάποιος ασθενής ή συγγενής του προσβεβλημένος ή ενοχλημένος σε περίπτωση που προταθεί η προσφυγή σε μία τέτοια πηγή βοήθειας. Αντίθετα, η επιζήτηση υποστήριξης είναι ένδειξη ισορροπημένης και φυσιολογικής αντιμετώπισης του προβλήματος. (Andersen, 2002; Andersen et al., 2004; 2007; 2008)

Η δυνατότητα διατήρησης ανωνυμίας, η γραπτή έκφραση δίχως το άγχος παρατηρητών και η επικοινωνία με ανθρώπους σε όλο τον κόσμο είναι μερικά μόνο από τα πλεονεκτήματα της διαδικτυακής ψυχολογικής υποστήριξης. Παράλληλα, τα ίδια αυτά χαρακτηριστικά ενέχουν ορισμένα μειονεκτήματα ή κινδύνους. Ζητήστε πληροφορίες για έγκυρες και σοβαρές ιστοσελίδες επικοινωνίας και δίνετε προσωπικές πληροφορίες με εξαιρετική φειδωλία. Επιλέξτε τη διαδικτυακή σας παρέα με τα ίδια κριτήρια που θα επιλέγατε και μια ομάδα υποστήριξης.

Κάθε καρκινοπαθής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ζει, ένα άτομο που σε καμία περίπτωση δε βρίσκεται στο περιθώριο επειδή μπορεί να πεθάνει, ένα άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν παύει ποτέ να προσπαθεί να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του. Η διαδικασία αυτή δημιουργεί μεγάλο ψυχικό φόρτο και στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο αναγκάζεται να κινητοποιήσει όλα τα ψυχικά του αποθέματα, προκειμένου να ολοκληρώσει με επιτυχία το δύσκολο έργο του. Η προσπάθεια του πετυχαίνει, όταν διαπνέεται από τη θέση ότι κάθε άνθρωπος δικαιούται να απολαμβάνει όχι μόνο μια αξιοπρεπή ζωή αλλά και έναν αξιοπρεπή θάνατο. (Andersen, 2002; Andersen et al., 2004; 2007; 2008; Chow et al., 2004)

4.7. Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με καρκίνο του μαστού

Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις γυναίκες που βιώνουν την παραπάνω ψυχολογική κατάσταση εστιάζεται στα παρακάτω:

- ✓ Να αρχίσει την νοσηλευτική υποστήριξη σχεδόν αμέσως μετά την διάγνωση ή την χειρουργική επέμβαση (Budín et al., 2008).
- ✓ Να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή έτσι ώστε να ευνοείται ο διάλογος (McCready, 2005).
- ✓ Να την ενημερώνει για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που πιθανόν να της δημιουργήσει η ασθένεια, βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική.
- ✓ Να την ενθαρρύνει να μοιραστεί κοινές εμπειρίες με άλλες ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε θεραπεία.
- ✓ Να ετοιμάσει και να χρησιμοποιεί ένα ερωτηματολόγιο από ανοιχτές ερωτήσεις, ώστε να καταφέρει να αποσπάσει πληροφορίες από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση (McCready, 2005).
- ✓ Να την ενημέρωσει σχετικά με την σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και σωματικές και τις ψυχολογικές παρενέργειες.
- ✓ Να την ενθαρρύνει να εκφράσει και να διερευνάει τα συναισθήματά της, σχετικά με την απώλεια του στήθους της και την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος στις καθημερινές της δραστηριότητες.
- ✓ Να τονίσει ότι η γυναίκα εκτιμάται από την νοημοσύνη της και την προσωπικότητά της και όχι από το στήθος της (Budín et al., 2008).
- ✓ Να την βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της η οποία είναι αποτέλεσμα θεραπειών (Budín et al., 2008).
- ✓ Να την ενθαρρύνει να διατηρήσει θετική εικόνα για το σώμα της με το να χρησιμοποιεί υδατικές κρέμες, να αγγίζει την ουλή της αλλά και να εξερευνήσει άλλες περιοχές του σώματός της που είναι παραμελημένες (Budín et al., 2008).
- ✓ Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον σύζυγο της για την επίδραση της θεραπείας στην σεξουαλική λειτουργία, καθώς και τους άλλους αιτιολογικούς παράγοντες μιας πιθανής δυσλειτουργίας (Budín et al., 2008).
- ✓ Να ενημερώνει τον σύζυγο της για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί.

- ✓ Να ενημερώνει την ασθενή αλλά και τον σύζυγο για τους εναλλακτικούς τρόπους σεξουαλικής ζωής που μπορούν να έχουν (π.χ. με την δημιουργία καταλλήλου κλίματος με κεριά, μασάζ) (*Budin et al., 2008; McCready, 2005*).
- ✓ Να ενθαρρύνει τους συζυγούς να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε.

Ειδικό Μέρος

1. Σκοπός της έρευνας

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα τύπο καρκίνου, ο οποίος αν διαγνωστεί έγκαιρα μπορεί θεραπευτεί πλήρως. Η ενημέρωση του πληθυσμού παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης της νόσου. Η προσπάθεια που γίνεται τα τελευταία χρόνια έγκειται στο να εντοπίζεται ο καρκίνος του μαστού σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμο στάδιο, οπότε και η αρχική αντιμετώπισή του να συνεπάγεται έως και την πλήρη ίαση, συνεπώς βελτίωση της πρόγνωσης. Άρα, μελέτες σαν αυτή που έχουν σα στόχο την ενημέρωση του πληθυσμού, αλλά και τη διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσής του, μπορούν να έχουν σαν αποτέλεσμα την μετέπειτα προσπάθεια για καλύτερη και πιο στοχευμένη ενημέρωση του πληθυσμού αλλά και τη μείωση του συγκεκριμένου νοσήματος.

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού σε σχέση με την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, καθώς και η διερεύνηση των μεθόδων πρόληψης που χρησιμοποιούνται προκειμένου να προλαμβάνεται η νόσος στο στάδιο που μπορεί να θεραπευτεί. Στη μελέτη αυτή, ως πληθυσμός της έρευνας επιλέχθηκαν να είναι γυναίκες αφενός γιατί αυτές είναι που προσβάλλονται κατά κύριο λόγο από το συγκεκριμένο νόσημα, αφετέρου γιατί είναι ιδιαίτερα σημαντική η διερεύνηση της ενημέρωσής τους έτσι ώστε να προστατεύεται η υγεία τους και κατ' επέκταση η ζωή τους. Επιπλέον, προτιμήθηκαν γυναίκες εκπαιδευτικοί γιατί εκτός από γυναίκες είναι και άνθρωποι οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην ενημέρωση και άλλων γυναικών και μάλιστα από νεαρή ηλικία.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που έγινε προσπάθεια να απαντηθούν με αυτή τη μελέτη είναι τα εξής:

- Γνωρίζει ο γυναικείος πληθυσμός όλες τις υπάρχουσες μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού;
- Ξέρουν πόσο σημαντική είναι η εφαρμογή τους για την πρόληψη της νόσου;
- Γνωρίζουν ποιοι είναι οι παράγοντες που μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού;
- Είναι γνωστοί οι παράγοντες εκείνοι, οι οποίοι ενοχοποιούνται για αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του συγκεκριμένου νοσήματος;
- Παίζει και σε ποιο βαθμό ρόλο η κληρονομικότητα για εμφάνιση καρκίνου του μαστού;
- Πόσο τακτικός πρέπει να είναι ο προληπτικός έλεγχος και από πότε στη ζωή μιας γυναίκας;
- Πόσο επαρκής πιστεύει ότι είναι η ενημέρωση γύρω από το συγκεκριμένο θέμα ο γυναικείος πληθυσμός σήμερα;
- Πόσο σωστά και σε βαθός είναι γνωστές οι συνήθειες πρακτικές πρόληψης από το γυναικείο πληθυσμό;
- Χρησιμοποιούν τις μεθόδους αυτές όσο συχνά πρέπει οι σημερινές γυναίκες;

2. Μεθοδολογία

2.1. Πληθυσμός έρευνας

Το δείγμα του ερωτηματολογίου αποτέλεσαν 100 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και 100 εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης των σχολείων του νομού Αιτωλοακαρνανίας, κατόπιν σχετικής έγκρισης εκπόνησης της συγκεκριμένης μελέτης.

2.2. Εργαλεία έρευνας

Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 42 ερωτήσεων κλειστού τύπου, προεπιλεγμένων απαντήσεων, και μιας ανοικτού τύπου. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε και δοκιμάστηκε πιλοτικά προκειμένου να γίνει στάθμισή του (μέτρηση της εσωτερικής του αξιοπιστίας και εγκυρότητάς του). Για αυτό το σκοπό αρχικά μοιράστηκε σε 50 άτομα και από την ανάλυση των ερωτηματολογίων αυτών μετρήθηκαν η εγκυρότητα, η συνοχή και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου πριν μοιραστεί στον πληθυσμό της μελέτης.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής ή συνάφειας χρησιμοποιείται για να μετρήσει την αξιοπιστία σε εργαλεία μέτρησης. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency) είναι ένας δείκτης που φανερώνει κατά πόσο διαφορετικές προτάσεις (items) μετρούν την ίδια έννοια (μεταβλητή).

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής τόσο σε μια υποκλίμακα, όσο και σε ολόκληρη κλίμακα εκτιμάται με το συντελεστή Cronbach's alpha που δείχνει την ομοιογένεια μιας κλίμακας. Για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του Cronbach's alpha θα πρέπει να είναι >0.7 .¹² Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Εάν μια κλίμακα εμφανίζει μικρού βαθμού εσωτερική συνοχή, ενδεχομένως μπορεί να βελτιωθεί με την προσθήκη προτάσεων (items) ή με την επανεξέταση της σαφήνειας των προτάσεών της.

Στην περίπτωση μας παρατηρήθηκε ότι:

Cronbach's Alpha	N of Items
7,772E-015	2

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε μια ενότητα ερωτήσεων με **δημογραφικά στοιχεία**, μια ενότητα ερωτήσεων που αφορούσαν το **ιστορικό**, μια ενότητα με ερωτήσεις σχετικές με την **ενημέρωση** και τέλος μια ενότητα ερωτήσεων σχετικών με τη **συμμετοχή των ερωτούμενων στον προσυμπτωματικό έλεγχο για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού**. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους εκπαιδευτικούς σε ώρες διαλειμμάτων και η συμπλήρωσή τους ολοκληρώνονταν σε χρόνο 10 λεπτών. Οι πληροφορίες που αντλήθηκαν από αυτό ήταν απόρρητες και χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τις ανάγκες της μελέτης.

2.2.1. Ανάλυση

Η ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0, έκδοση για Windows. Αποτελείται από δυο μεγάλες ενότητες, την περιγραφική ανάλυση (περιγραφή των δεδομένων) και την ανάλυση συσχετίσεων (δηλαδή την ανάλυση εξαρτήσεων μεταξύ των ερωτήσεων ή έλεγχος για την ύπαρξη διαφοροποίησης των απαντήσεων ανάμεσα σε καθηγήτριες και δασκάλες). Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%.

3. Αποτελέσματα

Συνολικά συλλέχθηκαν 200 ερωτηματολόγια. Τα 100 απαντήθηκαν από εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και τα υπόλοιπα 100 από εκπαιδευτικούς δευτεροβάθμιας.

3.1. Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων. Η ανάλυση γίνεται ανά ενότητα, με τρόπο τέτοιο όπως δομείται το ερωτηματολόγιο. Αρχικά περιγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος (τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ιστορικό αυτών) και στη συνέχεια καταγράφονται οι απόψεις τους για θέματα ενημέρωσης και για θέματα συμμετοχής στην πρόληψη του καρκίνου.

3.1.1. Ενότητα Α': Περιγραφή δείγματος – δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην συγκεκριμένη υποενότητα περιγράφονται τα επιμέρους χαρακτηριστικά του δείγματος. Αρχικά, αναφερόμαστε στην ειδικότητα κάθε συμμετέχουσας, την ηλικία και τα επιμέρους δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτών.

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά			
A1 Φύλο	Γυναίκες	200	100,0%
A3 Ηλικιακές ομάδες	Έως 40	54	27,0%
	Άνω των 35	146	73,0%
A4 Τόπος Διαμονής	Ημιαστική περιοχή	13	6,5%
	Αστική περιοχή	187	93,5%
A5 Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό - Γυμνάσιο	1	0,5%
	Λύκειο	1	0,5%
	ΑΕΙ / ΤΕΙ	171	85,5%
	Μεταπτυχιακά	21	10,5%
	Διδακτορικό	6	3,0%
A6 Εισόδημα	<10.000	8	4,0%
	10.001 – 18.000	44	22,0%

	18.000 – 25.000	60	30,0%
	25.001 – 30.000	60	30,0%
	>30.000	28	14,0%
A7 Οικογενειακή Κατάσταση			
	Άγαμη	18	9,0%
	Έγγαμη	147	73,5%
	Διαζευγμένη	26	13%
	Χήρα	9	4,5%

Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνά μας συμμετείχαν 200 άτομα, εκ των οποίων τα 100 είναι καθηγήτριες και οι υπόλοιπες 100 δασκάλες.

Στην έρευνά μας συμμετείχαν άτομα από ένα ευρύ ηλικιακό δείγμα, αν και το μεγαλύτερο μέρος αυτών (69%) έχει ηλικία 31 με 50, 25% των συμμετεχόντων είναι πάνω από 51 χρονών ενώ μόλις 6% των ερωτώμενων έχει ηλικία 18 – 30.

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτώμενων να αναφέρουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (85,5%) είναι απόφοιτες Ανώτερης – Ανώτατης εκπαίδευσης ενώ περίπου 15% των συμμετεχόντων είναι κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου.

Σε ερώτηση σχετικά με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί 56% των ερωτώμενων δηλώνει πως έχει εισόδημα μέχρι 25.000€, 30% των ερωτώμενων έχει εισόδημα 25.000 – 30.000€ εισόδημα, ενώ τέλος 14% των συμμετεχόντων δήλωσε πως το οικογενειακό εισόδημα σε ετήσια βάση ξεπερνά τις 30.000€.

Η περιοχή διαμονής των ερωτώμενων είναι κατά κύριο λόγο αστική (93,5%) ενώ το υπόλοιπο 6,5% των συμμετεχόντων δήλωσαν ως τόπο διαμονής ημιαστική περιοχή.

Τέλος, η ανάλυση που αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ολοκληρώνεται με αναφορά στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων. Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα που ακολουθεί η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, 73,5% δηλώνουν έγγαμες, 13% διαζευγμένες, 9% άγαμες και τέλος 4,5% δήλωσαν χήρες.

3.1.2. Ενότητα Β': Ιστορικό

Σε συνέχεια της προηγούμενης υποενότητας στο συγκεκριμένο σημείο θα αναλυθεί το ιστορικό των ερωτώμενων,

ΙΣΤΟΡΙΚΟ			
B1 Αριθμός Παιδιών	Κανένα	35	17,5%
	Ένα	29	14,5%
	Δύο	84	42,0%
	Τρία	36	18,0%
	>=Τέσσερα	16	8,0%
B2 Η τεκνοποίηση έγινε με:	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΛΛΗΨΗ	148	91,9%
	ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΩΟΡΡΗΞΙΑΣ	6	3,7%
	ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ	7	4,3%
B3 Είστε στην περίοδο	ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑ	112	56,0%
	ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟ	43	21,5%
	ΕΜΜΗΟΠΑΥΣΗΣ	42	21,0%
B5 Έχει προσβληθεί από καρκίνο του μαστού κάποιος από το οικογενειακό σας περιβάλλον;	ΝΑΙ	59	29,5%
	ΟΧΙ	141	70,5%
B6 Βαθμός συγγένειας με ασθενή	ΜΗΤΕΡΑ	26	44,1
	ΑΔΕΛΦΗ	12	20,3
	ΑΛΛΟ	21	35,6
B7 Ηλικία Ασθενή	21-30	4	7,0
	31-40	11	18,6
	>41	44	74,4

Από τον πίνακα παραπάνω προκύπτει πως 18,5% των ερωτώμενων δεν έχουν κανένα παιδί, ενώ περίπου 60% των ερωτώμενων δηλώνουν πως έχουν 1 ή 2 παιδιά. Τέλος 26% των ερωτώμενων δηλώνουν πως έχουν περισσότερα από 3 παιδιά.

Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα παραπάνω οι ερωτώμενες στην πλειοψηφία τους, σε ποσοστό 91,9% απέκτησαν παιδί με φυσιολογική σύλληψη, ενώ 85% όσων απέκτησαν παιδί/α με πρόκληση ωορρηξίας ή με εξωσωματική γονιμοποίηση.

57% περίπου των ερωτώμενων βρίσκεται σε φάση εμμηνορρυσίας, 22% σε κλιμακτήριο ενώ 21% αυτών σε εμμηνόπαυση. (Τρεις από τις συμμετέχουσες δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση).

Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα παραπάνω φαίνεται πως 30% των ερωτώμενων έχει κάποιο συγγενή με καρκίνο του μαστού, ενώ 70% των ερωτώμενων απαντά αρνητικά στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Από τα 59 άτομα που δήλωσαν πως υπάρχει στο περιβάλλον τους άτομο με καρκίνο του μαστού 44,1% δήλωσε πως πρόκειται για τη μητέρα του, 20,3% για την αδελφή του και το 35,6% για κάποιο άλλο πρόσωπο όπως η γιαγιά, η θεία, η ξαδέλφη ή κάποια πιο μακρινή συγγενής.

Από τα συγγενικά πρόσωπα με καρκίνο του μαστού 74,4% είναι άνω των 41 ετών, 7% μέχρι 30 ετών και το υπόλοιπο 18,6% ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 31 – 40 ετών.

Ο πίνακας που ακολουθεί περιλαμβάνει ορισμένες γυναικολογικές παθήσεις και το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν ή έπασχαν κάποια στιγμή από αυτές. Ειδικότερα, οι γυναικολογικές παθήσεις διαμορφώνονται ως εξής:

- ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ
- ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ
- ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ
- ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ
- ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ
- ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ
- ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ
- ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

B4. Σημειώστε αν έχετε κάποια από τις κάτωθι γυναικολογικές παθήσεις:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ	9	4,5	8,5	8,5
ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	16	8,0	15,1	23,6

	ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	36	18,0	34,0	57,5
	ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ	14	7,0	13,2	70,8
	ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ	3	1,5	2,8	73,6
	ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	3	1,5	2,8	76,4
	ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	3	1,5	2,8	79,2
	ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ	2	1,0	1,9	81,1
	ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ	17	8,5	16,0	97,2
	ΑΛΛΟ	3	1,5	2,8	100,0
	Total	106	53,0	100,0	
Missing	System	94	47,0		
Total		200	100,0		

Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφέρουμε πως δεν απάντησαν όλες οι συμμετέχουσες τη συγκεκριμένη ερώτηση, αλλά 53% αυτών, οπότε τα ποσοστά που αναφέρονται παραπάνω αφορούν το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν.

3.1.3. Ενότητα Γ': Ενημέρωση

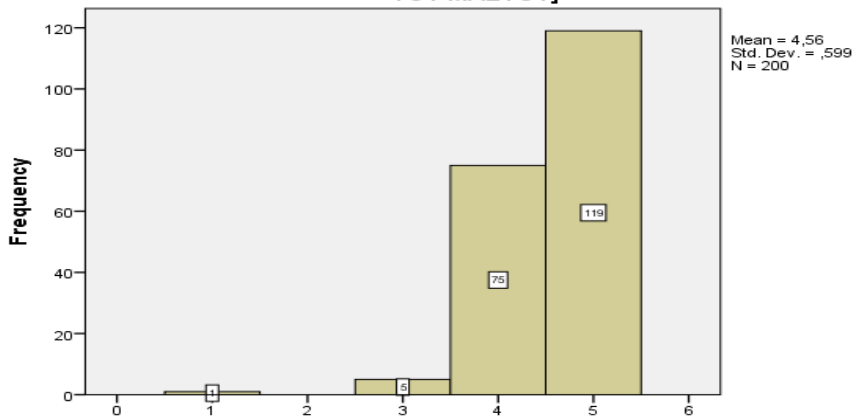
Οι ερωτήσεις που απαρτίζουν την τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορούν την ενημέρωση των γυναικών για θέματα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Οι περισσότερες ερωτήσεις απαντώνται με τη χρήση της πενταβάθμιας κλίμακας Likert. Δηλαδή δίνεται η δυνατότητα στις συμμετέχουσες να επιλέξουν μεταξύ των εξής επιλογών: 1= καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ και 5=πάρα πολύ.

Οι ακόλουθοι τέσσερις πίνακες αφορούν τη συχνότερη μορφή καρκίνου που αντιμετωπίζει το γυναικείο φύλο.

Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	,5	,5	,5
ΜΕΤΡΙΑ	5	2,5	2,5	3,0
ΠΟΛΥ	75	37,5	37,5	40,5
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	119	59,5	59,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ]



Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ]

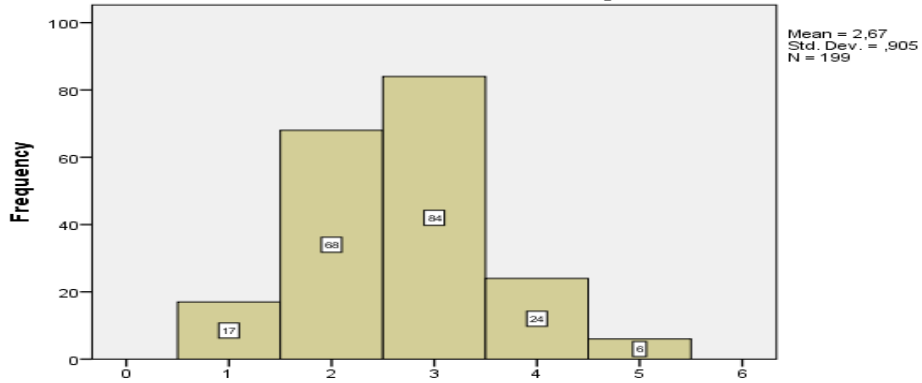
Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο:

[ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	17	8,5	8,5	8,5
ΛΙΓΟ	68	34,0	34,2	42,7
ΜΕΤΡΙΑ	84	42,0	42,2	84,9
ΠΟΛΥ	24	12,0	12,1	97,0
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	6	3,0	3,0	100,0
Total	199	99,5	100,0	

Missing System	1	,5	
Total	200	100,0	

Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ]



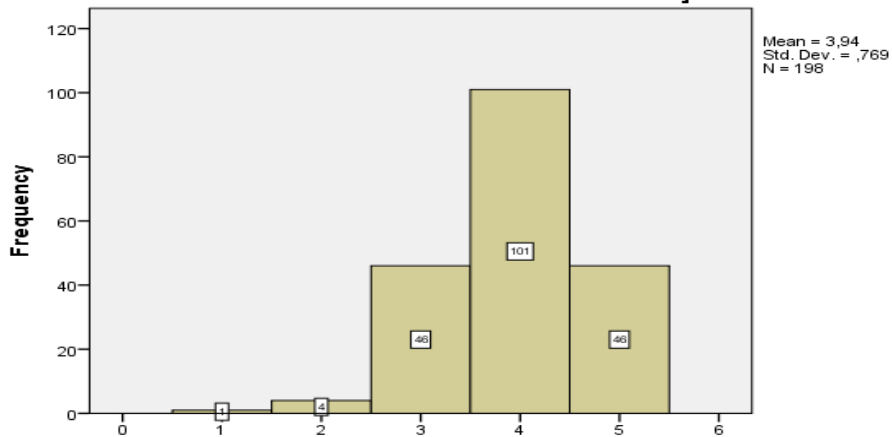
Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ]

Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο:

[ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	,5	,5	,5
ΛΙΓΟ	4	2,0	2,0	2,5
ΜΕΤΡΙΑ	46	23,0	23,2	25,8
Valid ΠΟΛΥ	101	50,5	51,0	76,8
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	46	23,0	23,2	100,0
Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0		
Total	200	100,0		

Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ]

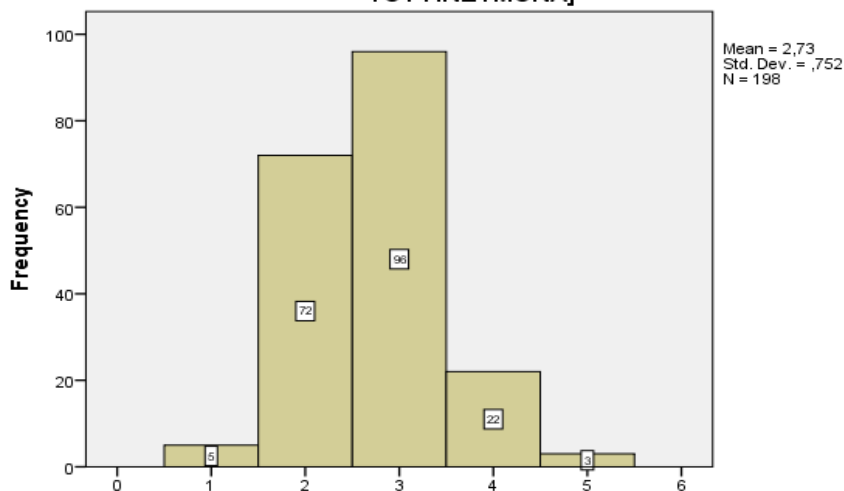


Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ]

Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	5	2,5	2,5	2,5
ΛΙΓΟ	72	36,0	36,4	38,9
ΜΕΤΡΙΑ	96	48,0	48,5	87,4
Valid ΠΟΛΥ	22	11,0	11,1	98,5
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	1,5	1,5	100,0
Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0		
Total	200	100,0		

Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ]



Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ]

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων η πιο συνηθισμένη μορφή είναι ο καρκίνος του μαστού, σε ποσοστό 97%, ακολουθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας με ποσοστό 74,3% και έπειτα με ποσοστό περίπου 15% αναφέρεται ο καρκίνος του εντέρου και ο καρκίνος του πνεύμονα. Από τα παραπάνω διαπιστώνεται πως ο καρκίνος στις γυναίκες προσβάλλει κατά κύριο λόγο χαρακτηριστικά ιδιαίτερα του συγκεκριμένου φύλου και όχι χαρακτηριστικά κοινά και στα δυο φύλα.

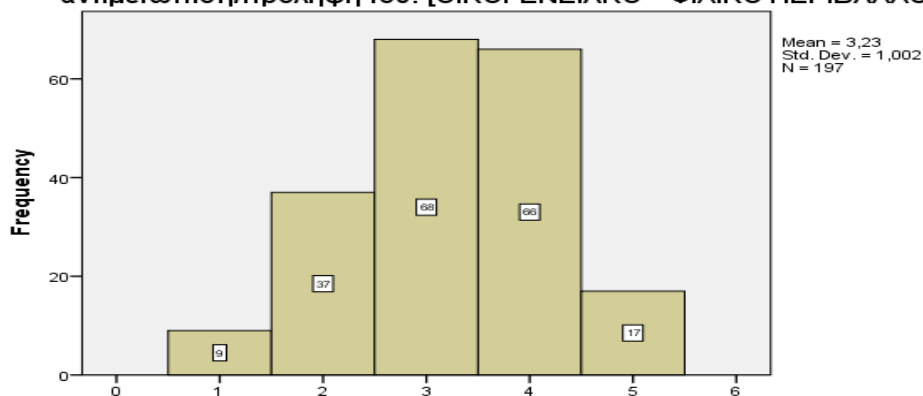
Οι πίνακες που ακολουθούν αποτυπώνουν τα μέσα από τα οποία ενημερώνονται κατά κύριο λόγο οι γυναίκες για θέματα αντιμετώπισης και πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Τα μέσα διαμορφώνονται ως εξής:

- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ
- ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
- ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
- ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ, ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ, ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ)
- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ – ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ
- ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ
- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ – ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	9	4,5	4,6	4,6
ΛΙΓΟ	37	18,5	18,8	23,4
ΜΕΤΡΙΑ	68	34,0	34,5	57,9
ΠΟΛΥ	66	33,0	33,5	91,4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	17	8,5	8,6	100,0
Total	197	98,5	100,0	
Missing System	3	1,5		
Total	200	100,0		

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ – ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ]

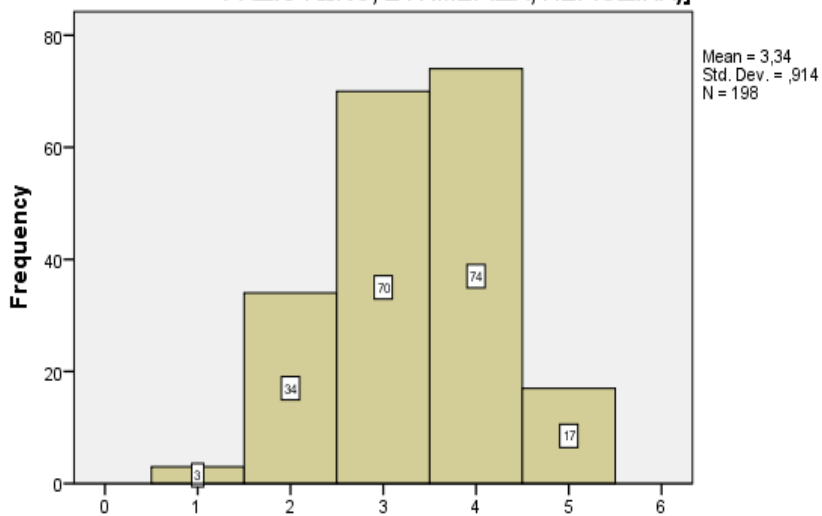


Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ – ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ]

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ, ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ, ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ)]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	3	1,5	1,5	1,5
ΛΙΓΟ	34	17,0	17,2	18,7
ΜΕΤΡΙΑ	70	35,0	35,4	54,0
Valid ΠΟΛΥ	74	37,0	37,4	91,4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	17	8,5	8,6	100,0
Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0		
Total	200	100,0		

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ, ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ, ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ)]

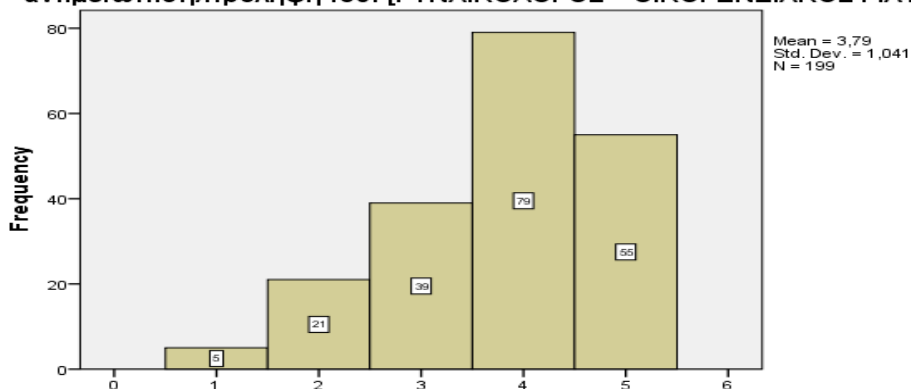


Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ, ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ, ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ)]

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	5	2,5	2,5	2,5
ΛΙΓΟ	21	10,5	10,6	13,1
ΜΕΤΡΙΑ	39	19,5	19,6	32,7
ΠΟΛΥ	79	39,5	39,7	72,4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	55	27,5	27,6	100,0
Total	199	99,5	100,0	
Missing System	1	,5		
Total	200	100,0		

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ]



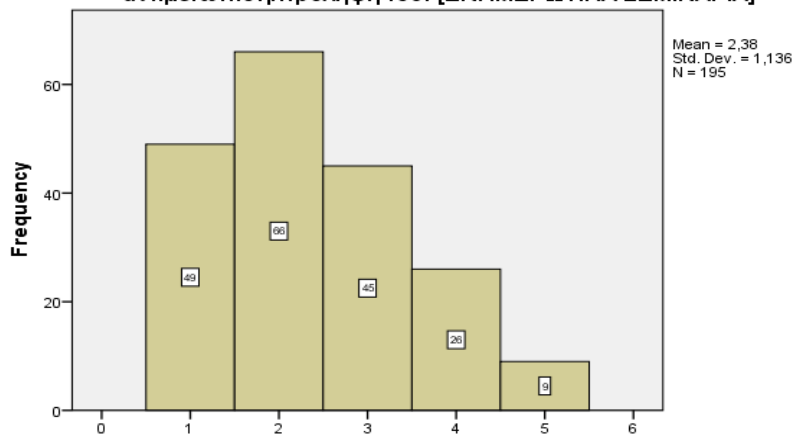
Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ]

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	49	24,5	25,1	25,1

	ΛΙΓΟ	66	33,0	33,8	59,0
	ΜΕΤΡΙΑ	45	22,5	23,1	82,1
	ΠΟΛΥ	26	13,0	13,3	95,4
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	9	4,5	4,6	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		200	100,0		

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ]



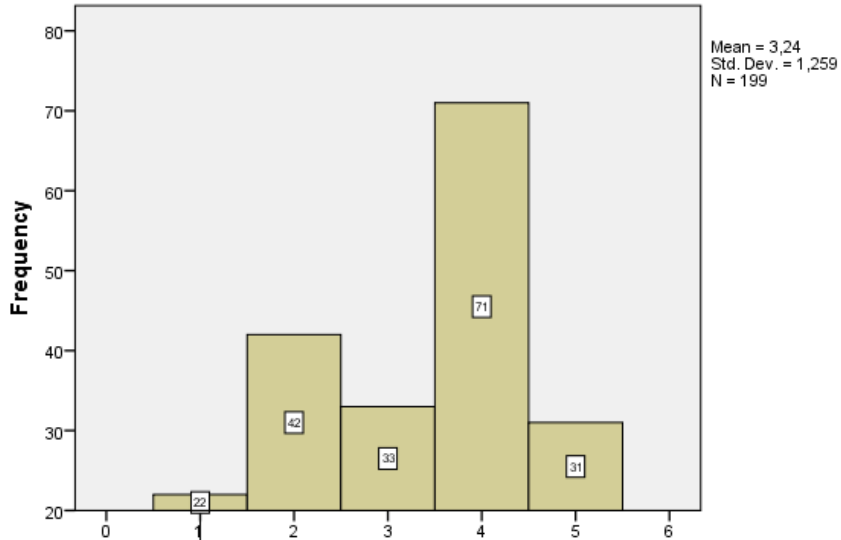
Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ]

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΚΑΘΟΛΟΥ	22	11,0	11,1
	ΛΙΓΟ	42	21,0	32,2
	ΜΕΤΡΙΑ	33	16,5	48,7
Valid	ΠΟΛΥ	71	35,5	84,4
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	31	15,5	100,0
	Total	199	99,5	100,0

Missing System	1	,5	
Total	200	100,0	

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ]

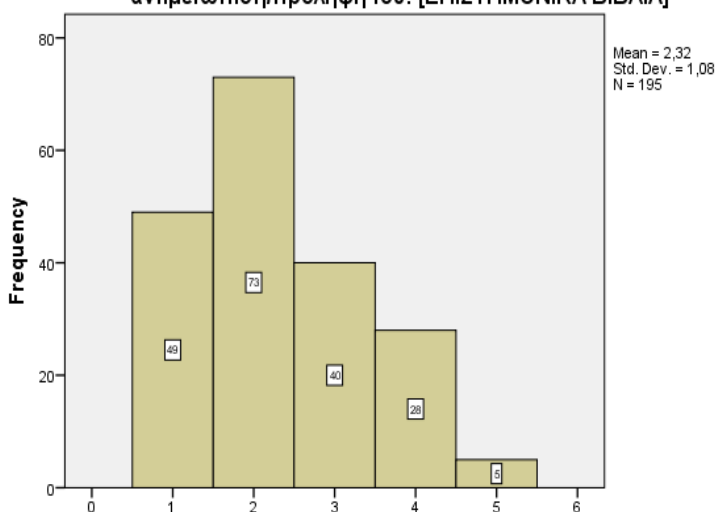


Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ]

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	49	24,5	25,1	25,1
ΛΙΓΟ	73	36,5	37,4	62,6
ΜΕΤΡΙΑ	40	20,0	20,5	83,1
ΠΟΛΥ	28	14,0	14,4	97,4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	5	2,5	2,6	100,0
Total	195	97,5	100,0	
Missing System	5	2,5		
Total	200	100,0		

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ]

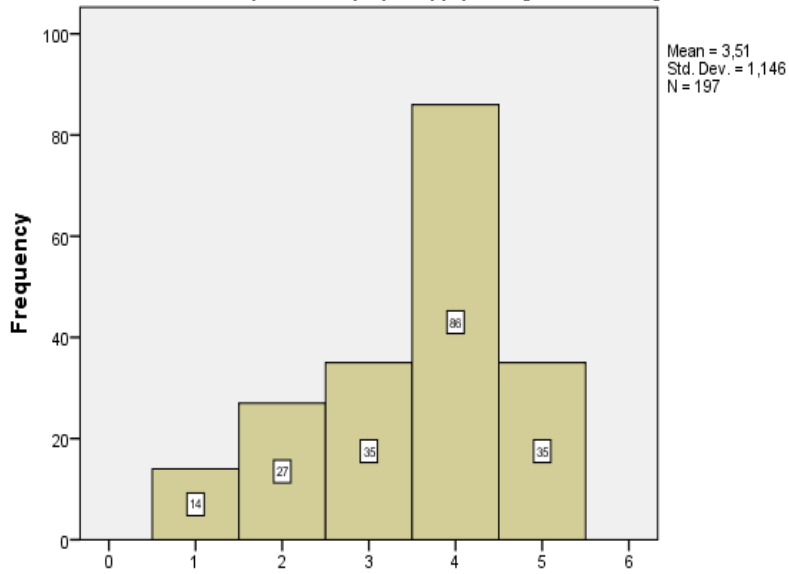


Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ]

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	14	7,0	7,1	7,1
ΛΙΓΟ	27	13,5	13,7	20,8
ΜΕΤΡΙΑ	35	17,5	17,8	38,6
Valid ΠΟΛΥ	86	43,0	43,7	82,2
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	35	17,5	17,8	100,0
Total	197	98,5	100,0	
Missing System	3	1,5		
Total	200	100,0		

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ]

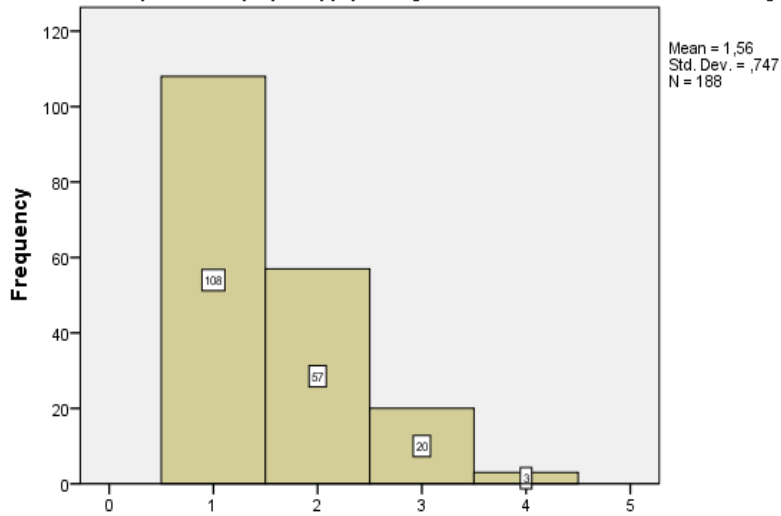


Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ]

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ/Η]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟ Υ	108	54,0	57,4
	ΛΙΓΟ	57	28,5	87,8
	ΜΕΤΡΙΑ	20	10,0	98,4
	ΠΟΛΥ	3	1,5	100,0
	Total	188	94,0	100,0
Missing	System	12	6,0	
Total		200	100,0	

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ/Η]



Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ/Η]

Αθροίζοντας τα ποσοστά των επιλογών «ΠΟΛΥ» και «ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ» οι απαντήσεις ιεραρχούνται ως εξής, να αναφέρουμε πως το ενθαρρυντικό στοιχείο είναι πως μόλις το 1,6% δηλώνει μη ενημερωμένο για το εν λόγω θέμα:

- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ: 67,3%
- ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ: 61,5%
- ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ: 51,3%
- ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ, ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ, ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ): 46%
- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ – ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ: 42,1%
- ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ: 17,9%
- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ: 17%

Από τα παραπάνω παρατηρούμε πως οι συμμετέχουσες κατά κύριο λόγο ενημερώνονται από τον οικογενειακό γιατρό ή από τον προσωπικό γιατρό – γυναικολόγο, στοιχείο ιδιαίτερα θετικό καθώς η ενημέρωση προέρχεται από ειδικούς. Ιδιαίτερα υψηλό είναι το ποσοστό των ατόμων που ενημερώνονται από το διαδίκτυο ή από τα ΜΜΕ, σεμινάρια και επιστημονικά βιβλία δεν αποτελούν ιδιαίτερα συχνή επιλογή για το σύνολο των ερωτώμενων.

Στους πίνακες που ακολουθούν αποτυπώνονται οι επιλογές των ερωτώμενων σχετικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν στη εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες διαμορφώνονται ως εξής:

- ΗΛΙΚΙΑ
- ΑΓΧΟΣ
- ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
- ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ/ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ
- ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΛΙΠΗ
- ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΛΚΟΟΛ
- ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
- ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ

Γ3. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού: [ΗΛΙΚΙΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	10	5,0	5,0	5,0
ΛΙΓΟ	26	13,0	13,0	18,0
ΜΕΤΡΙΑ	59	29,5	29,5	47,5
Valid ΠΟΛΥ	89	44,5	44,5	92,0
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	16	8,0	8,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Γ3. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού: [ΚΑΠΝΙΣΜΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	4	2,0	2,0	2,0
ΛΙΓΟ	25	12,5	12,5	14,5
Valid ΜΕΤΡΙΑ	65	32,5	32,5	47,0
ΠΟΛΥ	76	38,0	38,0	85,0

ΠΑΡΑ				
ΠΟΛΥ	30	15,0	15,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Γ3. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού: [ΑΛΚΟΟΛ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	14	7,0	7,0	7,0
ΛΙΓΟ	48	24,0	24,1	31,2
ΜΕΤΡΙΑ	64	32,0	32,2	63,3
ΠΟΛΥ	56	28,0	28,1	91,5
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	17	8,5	8,5	100,0
Total	199	99,5	100,0	
Missing System	1	,5		
Total	200	100,0		

Γ3. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού: [ΑΓΧΟΣ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΛΙΓΟ	9	4,5	4,6	4,6
ΜΕΤΡΙΑ	25	12,5	12,7	17,3
ΠΟΛΥ	85	42,5	43,1	60,4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	78	39,0	39,6	100,0
Total	197	98,5	100,0	
Missing System	3	1,5		
Total	200	100,0		

Γ3. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού: [ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	5	2,5	2,5	2,5
ΛΙΓΟ	16	8,0	8,1	10,7
ΜΕΤΡΙΑ	49	24,5	24,9	35,5
ΠΟΛΥ	79	39,5	40,1	75,6

	ΠΑΡΑ	48	24,0	24,4	100,0
	ΠΟΛΥ				
	Total	197	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		200	100,0		

Γ3. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού: [ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΚΑΘΟΛΟΥ	87	43,5	43,9	43,9
	ΛΙΓΟ	67	33,5	33,8	77,8
	ΜΕΤΡΙΑ	32	16,0	16,2	93,9
Valid	ΠΟΛΥ	7	3,5	3,5	97,5
	ΠΑΡΑ				
	ΠΟΛΥ	5	2,5	2,5	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		

Γ3. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού: [ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΛΙΠΗ]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΚΑΘΟΛΟΥ	6	3,0	3,0	3,0
	ΛΙΓΟ	19	9,5	9,5	12,6
	ΜΕΤΡΙΑ	50	25,0	25,1	37,7
Valid	ΠΟΛΥ	90	45,0	45,2	82,9
	ΠΑΡΑ				
	ΠΟΛΥ	34	17,0	17,1	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

Γ3. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού: [ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (π.χ. ΚΛΙΜΑ)]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	48	24,0	24,0	24,0
ΛΙΓΟ	59	29,5	29,5	53,5
ΜΕΤΡΙΑ	49	24,5	24,5	78,0
Valid ΠΟΛΥ	32	16,0	16,0	94,0
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	12	6,0	6,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Γ3. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού: [ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ/ ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	3	1,5	1,5	1,5
ΛΙΓΟ	2	1,0	1,0	2,5
ΜΕΤΡΙΑ	8	4,0	4,0	6,5
Valid ΠΟΛΥ	60	30,0	30,0	36,5
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	127	63,5	63,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Αθροίζοντας τις απαντήσεις στις επιλογές «ΠΟΛΥ» και «ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ» οι παράγοντες αυτοί ιεραρχούνται ως εξής:

- ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ/ ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ: 93,5%
- ΑΓΧΟΣ: 82,7%
- ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ: 64,5%
- ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΛΙΠΗ: 62,3%
- ΚΑΠΝΙΣΜΑ: 53%
- ΗΛΙΚΙΑ: 52,5%
- ΑΛΚΟΟΛ: 36,6%
- ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (πχ. ΚΛΙΜΑ): 22%
- ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ: 6%

Οι πίνακες που ακολουθούν αφορούν τους παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες διαμορφώνονται ως εξής:

- ΒΕΒΑΡΥΜΜΕΝΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
- ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ
- ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ
- ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ
- ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ
- ΑΤΕΚΝΙΑ
- ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
- ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
- ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ & ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ
- ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	5	2,5	2,5
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	16	8,0	10,5
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	41	20,5	31,0
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	85	42,5	73,5
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	53	26,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ & ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	123	61,5	62,1
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	54	27,0	89,4
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	17	8,5	98,0

	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	3	1,5	1,5	99,5
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	1	,5	,5	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΘΗΛΑΣΜΟΣ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	134	67,0	67,7
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	59	29,5	97,5
Valid	ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	1	,5	98,0
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	4	2,0	100,0
	Total	198	99,0	100,0
Missing	System	2	1,0	
Total		200	100,0	

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	9	4,5	4,5
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	20	10,0	14,6
Valid	ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	38	19,0	33,8
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	81	40,5	74,7
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	50	25,0	100,0
	Total	198	99,0	100,0
Missing	System	2	1,0	
Total		200	100,0	

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	1	,5	,5	,5
ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	11	5,5	5,5	6,0
ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	31	15,5	15,5	21,5
ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	91	45,5	45,5	67,0
ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	66	33,0	33,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΒΕΒΑΡΥΜΜΕΝΟ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	1	,5	,5	,5
ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	4	2,0	2,0	2,5
ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	17	8,5	8,5	11,0
ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	84	42,0	42,0	53,0
ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	94	47,0	47,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	129	64,5	64,8	64,8
ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	57	28,5	28,6	93,5
ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	6	3,0	3,0	96,5
ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	4	2,0	2,0	98,5
ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	1,5	1,5	100,0
Total	199	99,5	100,0	
Missing System	1	,5		

Total	200	100,0		
-------	-----	-------	--	--

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΑΤΕΚΝΙΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	31	15,5	15,7
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	32	16,0	16,2
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	49	24,5	24,9
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	78	39,0	39,6
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	7	3,5	3,6
	Total	197	98,5	100,0
Missing System	3	1,5		
Total	200	100,0		

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	4	2,0	2,0
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	28	14,0	14,0
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	62	31,0	31,0
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	64	32,0	32,0
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	42	21,0	21,0
	Total	200	100,0	100,0

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	10	5,0	5,1
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	29	14,5	19,7
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	74	37,0	37,4

	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	69	34,5	34,8	91,9
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	16	8,0	8,1	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		

Όπως και στις προηγούμενες ερωτήσεις, οι απαντήσεις ιεραρχούνται αθροίζοντας τα ποσοστά των επιλογών «ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ» και «ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ». Ο παράγοντας που αυξάνει σε μεγαλύτερο βαθμό την πιθανότητα εμφάνισης τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου εντοπίζονται κατά κύριο λόγο στην κληρονομικότητα και στη μακροχρόνια χρήση ορμονικών σκευασμάτων, ενώ η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός φαίνεται να μην διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του εν λόγω καρκίνου. Αναλυτικότερα οι σημαντικότεροι παράγοντες διαμορφώνονται ως εξής:

- ΒΕΒΑΡΥΜΜΕΝΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: 89%
- ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ: 78,5%
- ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ: 69%
- ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ: 66,2%
- ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ: 53%
- ΑΤΕΚΝΙΑ: 43,2%
- ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: 42,9%
- ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ: 3,5%
- ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ & ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: 2%
- ΘΗΛΑΣΜΟΣ: 2%

Οι παράγοντες που μελετήθηκαν παραπάνω ως προς το βαθμό αύξησης του καρκίνου του μαστού στη συγκεκριμένη ενότητα μελετώνται ως προς το βαθμό μείωσης της πιθανότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες διαμορφώνονται ως εξής:

- ΘΗΛΑΣΜΟΣ
- ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ & ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ
- ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
- ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
- ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ
- ΑΤΕΚΝΙΑ

- ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ
- ΒΕΒΑΡΥΜΜΕΝΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
- ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ
- ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	120	60,0	61,2	61,2
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	46	23,0	23,5	84,7
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	27	13,5	13,8	98,5
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,0	99,5
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	1	,5	,5	100,0
	Total	196	98,0	100,0	
Missing System	4	2,0			
Total	200	100,0			

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ & ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	3	1,5	1,5	1,5
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	6	3,0	3,0	4,5
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	13	6,5	6,6	11,1
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	94	47,0	47,5	58,6
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	82	41,0	41,4	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0			
Total	200	100,0			

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΘΗΛΑΣΜΟΣ]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	4	2,0	2,0	2,0
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	8	4,0	4,1	6,1
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	9	4,5	4,6	10,7
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	88	44,0	44,7	55,3
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	88	44,0	44,7	100,0
Total		197	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		200	100,0		

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	103	51,5	53,1	53,1
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	63	31,5	32,5	85,6
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	25	12,5	12,9	98,5
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	1	,5	,5	99,0
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,0	100,0
Total		194	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		200	100,0		

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	107	53,5	54,9	54,9
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	66	33,0	33,8	88,7
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	13	6,5	6,7	95,4
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	6	3,0	3,1	98,5

	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	1,5	1,5	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		200	100,0		

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΒΕΒΑΡΥΜΜΕΝΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	119	59,5	61,0	61,0
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	61	30,5	31,3	92,3
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	9	4,5	4,6	96,9
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	3	1,5	1,5	98,5
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	1,5	1,5	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		200	100,0		

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	10	5,0	5,1	5,1
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	14	7,0	7,2	12,3
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	23	11,5	11,8	24,1
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	89	44,5	45,6	69,7
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	59	29,5	30,3	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		200	100,0		

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΑΤΕΚΝΙΑ]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	70	35,0	35,9	35,9
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	77	38,5	39,5	75,4
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	40	20,0	20,5	95,9
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	6	3,0	3,1	99,0
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,0	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		200	100,0		

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	100	50,0	51,0	51,0
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	40	20,0	20,4	71,4
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	49	24,5	25,0	96,4
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	6	3,0	3,1	99,5
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	1	,5	,5	100,0
	Total	196	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		200	100,0		

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	55	27,5	28,4	28,4
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	76	38,0	39,2	67,5
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	52	26,0	26,8	94,3
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	9	4,5	4,6	99,0

ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,0	100,0
Total	194	97,0	100,0	
Missing System	6	3,0		
Total	200	100,0		

Αναλυτικότερα, αθροίζοντας και πάλι τις επιλογές «ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ» και «ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ» προκύπτουν τα ακόλουθα, η μητρότητα (θηλασμός και εγκυμοσύνη) καθώς και η φυσική άσκηση – υγιεινή διατροφή είναι οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στην μείωση πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού, αναλυτικότερα:

- ΘΗΛΑΣΜΟΣ: 89,4%
- ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ & ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: 88,9%
- ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ: 75,9%
- ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: 5,6%
- ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ: 4,6%
- ΑΤΕΚΝΙΑ: 4,1%
- ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ: 3,6%
- ΒΕΒΑΡΥΜΜΕΝΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: 3%
- ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ: 1,5%
- ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ: 1,5%

Αναφορικά με τις μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού που γνωρίζουν.

Οι μέθοδοι διαμορφώνονται ως εξής:

- ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ
- ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΜΑΣΤΟΥ
- ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ
- ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ
- ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ
- ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΟΝΙΔΙΩΝ BRCA1 ΚΑΙ RBCA2
- ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Γ5. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αυτοεξέταση	48	24,0	24,5	24,5

Αυτοεξέταση, Ψηλάφηση μαστού , Μαστογραφία , Μαγνητική μαστογραφία	15	7,5	7,7	32,1
Ψηλάφηση μαστού , Μαστογραφία , Μαγνητική μαστογραφία	6	3,0	3,1	35,2
Αυτοεξέταση, Ψηλάφηση μαστού , Μαστογραφία , Υπερηχογράφημα	64	32,0	32,7	67,9
Αυτοεξέταση, Ψηλάφηση μαστού , Μαστογραφία	22	11,0	11,2	79,1
Ψηλάφηση μαστού , Μαστογραφία , Υπερηχογράφημα	7	3,5	3,6	82,7
Έλεγχος γονιδίων BRCA1 και BRCA2	1	,5	,5	83,2
Μαγνητική μαστογραφία	5	2,5	2,6	85,7
Όλα τα παραπάνω	28	14,0	14,3	100,0
Total	196	98,0	100,0	
Missing System	4	2,0		
Total	200	100,0		

όπως αποτυπώνεται στον πίνακα παραπάνω η αυτοεξέταση, η μαστογραφία, η ψηλάφηση και το υπερηχογράφημα αποτελούν τις πιο γνωστές μεθόδους.

Γ6. Πιστεύετε ότι ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος αυξάνει το ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	194	97,0	99,0	99,0
OXI	2	1,0	1,0	100,0
Total	196	98,0	100,0	
Missing System	4	2,0		
Total	200	100,0		

Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα παραπάνω, σε ποσοστό 99% οι συμμετέχουσες θεωρούν πως ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος αυξάνει το ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας.

Γ7. Πιστεύετε πως αν υπάρξει μεγαλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους πρόληψης καρκίνου του μαστού, θα βοηθούσε περισσότερο στην έγκαιρη διάγνωσή του;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	196	98,0	99,0	99,0
OXI	2	1,0	1,0	100,0
Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0		
Total	200	100,0		

Επίσης σε ποσοστό 99% οι ερωτώμενες υποστηρίζουν πως αν υπάρξει μεγαλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους πρόληψης καρκίνου του μαστού, θα βοηθούσε περισσότερο στην έγκαιρη διάγνωσή του.

Γ8. Ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ, ΣΕ ΜΙΚΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	66	33,0	33,0	33,0
ΝΑΙ, ΣΕ ΜΕΓΑΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	134	67,0	67,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Σε ερώτηση σχετικά με το ποσοστό θεραπείας του καρκίνου του μαστού 33% των ερωτηθέντων θεωρεί πως θεραπεύεται σε μικρό ποσοστό ενώ το υπόλοιπο 67% υποστηρίζει πως θεραπεύεται σε μεγάλο ποσοστό.

Γ9. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ, ΣΕ ΜΙΚΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	31	15,5	15,5	15,5
ΝΑΙ, ΣΕ ΜΕΓΑΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	169	84,5	84,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Αναφορικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού το 15,5% θεωρεί πως μπορεί να προληφθεί σε μικρό ποσοστό ενώ το υπόλοιπο 84,5% θεωρεί πως μπορεί να υπάρξει πρόληψη σε μεγάλο ποσοστό.

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται οι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες διαμορφώνονται ως εξής:

- ΜΕ ΣΥΧΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΓΙΑΤΡΟ
- ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ
- ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
- ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΑΣΚΗΣΗ
- ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΛΚΟΟΛ
- ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ

Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	5	2,5	2,5	2,5
ΛΙΓΟ	32	16,0	16,1	18,6
ΜΕΤΡΙΑ	46	23,0	23,1	41,7
ΠΟΛΥ	90	45,0	45,2	86,9
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	26	13,0	13,1	100,0
Total	199	99,5	100,0	
Missing System	1	,5		
Total	200	100,0		

Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΛΚΟΟΛ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	19	9,5	9,6	9,6
ΛΙΓΟ	48	24,0	24,2	33,8
ΜΕΤΡΙΑ	71	35,5	35,9	69,7
ΠΟΛΥ	44	22,0	22,2	91,9
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	16	8,0	8,1	100,0
Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0		
Total	200	100,0		

Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΣΥΧΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΓΙΑΤΡΟ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΛΙΓΟ	11	5,5	5,6
	ΜΕΤΡΙΑ	15	7,5	7,6
	ΠΟΛΥ	69	34,5	35,0
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	102	51,0	51,8
	Total	197	98,5	100,0
Missing	System	3	1,5	

Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΛΙΓΟ	9	4,5	4,6
	ΜΕΤΡΙΑ	20	10,0	10,2
	ΠΟΛΥ	63	31,5	32,0
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	105	52,5	53,3
	Total	197	98,5	100,0
Missing	System	3	1,5	
Total		200	100,0	
Total		200	100,0	

Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	47	23,5	23,6
	ΛΙΓΟ	88	44,0	44,2
	ΜΕΤΡΙΑ	45	22,5	22,6
	ΠΟΛΥ	14	7,0	7,0
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	5	2,5	2,5
				100,0

Total	199	99,5	100,0
Missing System	1	,5	
Total	200	100,0	

Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΑΣΚΗΣΗ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	10	5,0	5,0	5,0
ΛΙΓΟ	43	21,5	21,6	26,6
ΜΕΤΡΙΑ	59	29,5	29,6	56,3
Valid ΠΟΛΥ	60	30,0	30,2	86,4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	27	13,5	13,6	100,0
Total	199	99,5	100,0	
Missing System	1	,5		
Total	200	100,0		

όπως και σε αντίστοιχες ερωτήσεις προηγουμένως έτσι κι εδώ αθροίζουμε τις επιλογές «ΠΟΛΥ» και «ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ» και οι παράγοντες ιεραρχούνται ως εξής:

- ΜΕ ΣΥΧΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΓΙΑΤΡΟ: 86,8%
- ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ: 85,3%
- ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ: 58,3%
- ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΑΣΚΗΣΗ: 43,8%
- ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΛΚΟΟΛ: 30,3%
- ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ: 9,5%

Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνεται κάθε πότε πιστεύεται ότι πρέπει να επισκέπτεστε τον ειδικό ιατρό για έλεγχο. Οι επιλογές διαμορφώνονται ως εξής:

- ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ
- ΚΑΘΕ 2 ΧΡΟΝΙΑ
- ΟΠΟΤΕ ΕΧΩ ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ
- ΟΠΟΤΕ ΤΟ ΘΥΜΑΜΑΙ

Γ11. Κάθε πότε πιστεύετε ότι πρέπει να επισκέπτεστε τον ειδικό ιατρό για έλεγχο;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ	140	70,0	71,1	71,1
	ΚΑΘΕ 2 ΧΡΟΝΙΑ	28	14,0	14,2	85,3
	ΟΠΟΤΕ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ	28	14,0	14,2	99,5
	ΟΠΟΤΕ ΤΟ ΘΥΜΑΜΑΙ	1	,5	,5	100,0
	Total	197	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		200	100,0		

Βάση του πίνακα παραπάνω 71,1% των ερωτώμενων υποστηρίζει πως ο έλεγχος από ειδικό γιατρό θα πρέπει να γίνεται σε ετήσια βάση. 14,2% υποστηρίζει πως η εξέταση θα πρέπει να γίνεται κάθε δυο χρόνια ενώ το ίδιο ποσοστό συμμετεχόντων υποστηρίζει πως η εξέταση θα πρέπει να γίνεται όταν εμφανίζεται κάποιο σχετικό σύμπτωμα.

Γ12. Θεωρείτε ότι μια γυναίκα κάτω των 35 ετών πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΝΑΙ	116	58,0	58,3	58,3
	ΟΧΙ	72	36,0	36,2	94,5
	ΑΛΛΟ	11	5,5	5,5	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα 58,3% των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως μια γυναίκα θα πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο ακόμη και αν είναι μικρότερη από 35 ετών.

Γ13. Μετά από ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να υποβάλλεστε σε αυτοεξέταση μαστού;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΜΕΤΑ ΤΑ 18	48	24,0	24,0	24,0
	ΜΕΤΑ ΤΑ 35	49	24,5	24,5	48,5
	ΜΕΤΑ ΤΑ 40	25	12,5	12,5	61,0
	ΜΕΤΑ ΤΑ 50	1	,5	,5	61,5
	ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ	77	38,5	38,5	100,0

Total	200	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

Σύμφωνα με τον πίνακα παραπάνω 38,5% των συμμετεχόντων θεωρεί πως η αυτοεξέταση μαστού θα πρέπει να γίνεται ανεξαρτήτου ηλικίας, το 1 στις 4 υποστηρίζει πως η αυτοεξέταση θα πρέπει να γίνεται μετά τα 18 ενώ αντίστοιχο είναι το ποσοστό αυτών που υποστηρίζουν πως η αυτοεξέταση θα πρέπει να γίνεται ύστερα από τα 35.

Γ14. Μετά από ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να υποβάλεστε σε μαστογραφία;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
META TA 18	2	1,0	1,0	1,0
META TA 35	66	33,0	33,0	34,0
META TA 40	54	27,0	27,0	61,0
Valid META TA 50	1	,5	,5	61,5
ANEΞΑΡΤΗΤΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ	77	38,5	38,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Σε αντίστοιχη ερώτηση για το πότε πρέπει μια γυναίκα να υποβάλλεται σε μαστογραφία, 38,5% υποστήριξε πως πρέπει να γίνεται ανεξαρτήτου ηλικίας, 33% μετά τα 35 και 27% μετά τα 40.

Γ15. Μπορεί η μαστογραφία να μην αναδείξει έναν καρκίνο;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	134	67,0	67,3	67,3
OXI	65	32,5	32,7	100,0
Total	199	99,5	100,0	
Missing System	1	,5		
Total	200	100,0		

Αναφορικά με την προβλεπτική ικανότητα της μαστογραφίας 67,3% των ερωτηθέντων υποστήριξε πως μπορεί να αναδείξει έναν καρκίνο ενώ 32,7% ήταν αρνητικό.

Γ16. Υπάρχει κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	111	55,8	55,8	55,8
OXI	88	44,0	44,2	100,0
Total	199	99,5	100,0	
Missing System	1	,5		

Total	200	100,0	
-------	-----	-------	--

Όπως φαίνεται στα στοιχεία του παραπάνω πίνακα 55,8% των ερωτηθέντων θεωρεί πως υπάρχει κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας.

Γ17. Πότε θεωρείτε ότι υπάρχει κληρονομικότητα για καρκίνο του μαστού;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Όταν έχει/είχε η μητέρα καρκίνο του μαστού	46	23,0	23,5	23,5
Όταν έχει/είχε μητέρα και αδερφή καρκίνο του μαστού	74	37,0	37,8	61,2
Όταν έχει/είχε η γιαγιά καρκίνο του μαστού και κανείς άλλος στην οικογένεια	29	14,5	14,8	76,0
Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)	47	23,5	24,0	100,0
Total	196	98,0	100,0	
Missing System	4	2,0		
Total	200	100,0		

Σε ερώτηση αναφορικά με την κληρονομικότητα του καρκίνου του μαστού, 6 στις 10 ερωτώμενες υποστήριξε ότι αυτή είναι πιο έντονη όταν μόνο η μητέρα ή όταν και μητέρα και η αδερφή πάσχουν από τη συγκεκριμένη ασθένεια.

3.1.4. Ενότητα Δ': Συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Η παρούσα ενότητα ολοκληρώνει την περιγραφική ανάλυση του ερωτηματολογίου και αφορά ερωτήσεις σχετικές με τον προσυμπτωματικό έλεγχο και τη σχέση αυτού με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Αναλυτικότερα:

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ			
Δ1 Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία;	NAI	170	85,0%
	OXI	30	15,0%
Δ2 Έχετε κάνει ποτέ υπερηχογράφημα μαστών;	NAI	150	75,0%

	OXI	50	25,0%
Δ3 Έχετε επισκεφτεί ποτέ ειδικό ιατρό;	ΝΑΙ	91	45,5%
	OXI	109	54,5%
Δ4 Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση;	ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	3,0%
	ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ	70	35,0%
	ΔΥΟ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	8	4,0%
	ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	24	12,0%
	ΟΠΟΤΕ ΜΕ ΠΟΝΑΕΙ	11	5,5%
	ΟΠΟΤΕ ΤΟ ΘΥΜΑΜΑΙ	52	26,0%
	ΔΕΝ ΚΑΝΩ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ	19	9,5%
	ΑΛΛΟ	10	5,0%
Δ5 Κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης είχατε ψηλαφίσει ποτέ κάτι που σας φάνηκε ύποπτο στο στήθος σας;	ΝΑΙ	48	24,6%
	OXI	147	75,4%
Δ6 Αν ναι, πήγατε στον γυναικολόγο;	ΝΑΙ	48	64,0%
	OXI	27	36,0%
Δ7 Ποια πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη χρονική περίοδος για την αυτοεξέταση μαστού;	ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΤΑ ΜΕΣΑ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ	7	3,8%
	ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΚΑΙ ΩΣ ΤΑ ΜΕΣΑ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ	15	8,1%
	ΑΛΛΟ	160	86,0%
	ΑΛΛΟ	4	2,2%
Δ8 Κάθε πότε υποβάλεστε σε κλινική εξέταση ή μαστογραφία;	ΔΥΟ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	4	2,0%
	ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	146	73,0%
	ΚΑΘΕ ΔΥΟ ΧΡΟΝΙΑ	22	11,0%
	ΠΟΤΕ	8	4,0%
	ΑΛΛΟ	20	10,0%

Δ9 Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η κατάλληλη περίοδος για να γίνει μια μαστογραφία;	ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ	11	5,6%
	2-3 ΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ	141	71,2%
	ΣΤΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΩΟΡΡΗΞΙΑΣ	33	16,7%
	ΑΛΛΟ	13	6,6%
Δ11 Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις;	ΚΑΘΕ 6 ΜΗΝΕΣ	131	65,8%
	ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ	31	15,6%
	ΚΑΘΕ 2 ΧΡΟΝΙΑ	20	10,1%
	ΣΠΑΝΙΑ	11	5,5%
	ΚΑΘΟΛΟΥ	6	3,0%
Δ12 Πιστεύετε ότι η ενημέρωση που υπάρχει σε σχέση με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι επαρκής;	ΝΑΙ	64	32,0%
	ΟΧΙ	136	68,0%

Όπως φαίνεται και στον πίνακα παραπάνω 85% των ερωτηθέντων έχει κάνει τουλάχιστον μια φορά μαστογραφία.

Μικρότερο σε σχέση με το ποσοστό των ατόμων που έχουν κάνει μαστογραφία είναι το ποσοστό των ατόμων που έχουν κάνει υπερηχογράφημα μαστών: 75%. Ακόμη μικρότερο είναι το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχουν επισκεφθεί ειδικό γιατρό, λιγότερες από τις μισές (45,5%).

Σε ερώτηση αναφορικά με τη συχνότητα αυτοεξέτασης οι πιο δημοφιλείς επιλογές ήταν «κάθε μήνα» με ποσοστό 35% και «όποτε το θυμάμαι» με ποσοστό 26%. Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφέρουμε πως 1 στις 10 γυναίκες δήλωσε πως δεν κάνει αυτοεξέταση.

Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα παραπάνω, 1 στις 4 ερωτώμενες που έχουν κάνει αυτοεξέταση έχει ψηλαφίσει κάτι «ύποπτο».

Το 64% όσων εντόπισαν κάτι ύποπτο κατά την ψηλάφηση επισκέφτηκε το γυναικολόγο του.

Σύμφωνα με τον πίνακα που ακολουθεί, σε ποσοστό 86% οι συμμετέχουσες δήλωσαν πως η καλύτερη περίοδος για αυτοεξέταση είναι το χρονικό διάστημα μετά το τέλος της περιόδου και ως τα μέσα του κύκλου.

Αναφορικά με τη συχνότητα κλινικής εξέτασης ή μαστογραφίας, 73% των ερωτηθέντων δήλωσε πως υποβάλλεται σε μια αντίστοιχη διαδικασία μια φορά το χρόνο. Αξίζει να αναφέρουμε πως 4% των ερωτηθέντων δήλωσε πως δεν υποβάλλεται ποτέ σε κλινική εξέταση ή μαστογραφία.

Σύμφωνα με 71,2% των ερωτηθέντων η κατάλληλη περίοδος για μαστογραφία είναι 2 – 3 μέρες μετά την περίοδο, ενώ 16,7% κατά τη φάση της ωορρηξίας.

Αναφορικά με τη συχνότητα προληπτικών εξετάσεων προκύπτει πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, σε ποσοστό 65,8% δηλώνουν πως κάνουν εξετάσεις κάθε 6 μήνες, το 15,6% κάνει εξετάσεις κάθε 15,6%, ενώ το 10% δήλωσε πως κάνει εξετάσεις κάθε 2 χρόνια.

Τέλος, σε σχέση με την επάρκεια της ενημέρωσης σχετικά με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, το 32% υποστηρίζει πως η ενημέρωση είναι επαρκής, ενώ η πλειοψηφία αυτών, το 68% δηλώνει πως η υπάρχουσα ενημέρωση δεν είναι επαρκής.

Οι πίνακες που ακολουθούν αφορούν τους παράγοντες που αποτρέπουν τις συμμετέχουσες από την εξέταση του μαστού. Οι παράγοντες διαμορφώνονται ως εξής :

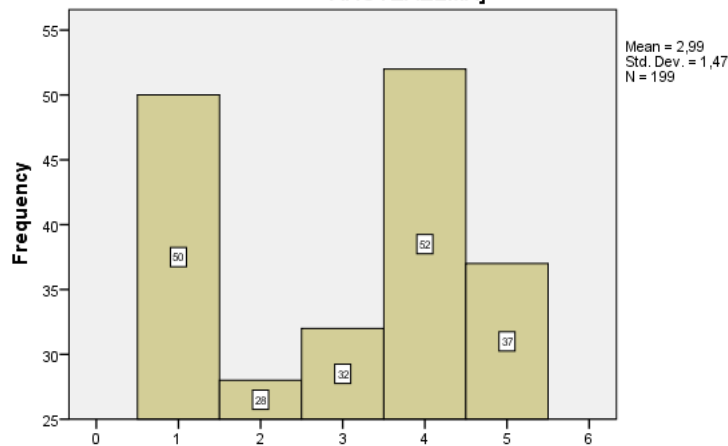
- ΦΟΒΟΣ/ ΔΙΣΤΑΓΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
- ΑΜΕΛΕΙΑ/ΑΝΑΒΛΗΤΙΚΟΤΗΤΑ
- ΝΕΑΡΟ ΗΛΙΚΙΑΣ
- ΝΤΡΕΠΟΜΑΙ
- ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΡΟΝΟ
- ΔΕΝ ΕΙΧΑ ΚΑΝΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ
- ΕΧΩ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
- ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
- ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΥΚΟΛΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΦΟΒΟΣ/ΔΙΣΤΑΓΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	50	25,0	25,1	25,1

	ΛΙΓΟ	28	14,0	14,1	39,2
	ΜΕΤΡΙΑ	32	16,0	16,1	55,3
	ΠΟΛΥ	52	26,0	26,1	81,4
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	37	18,5	18,6	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΦΟΒΟΣ/ΔΙΣΤΑΓΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ]

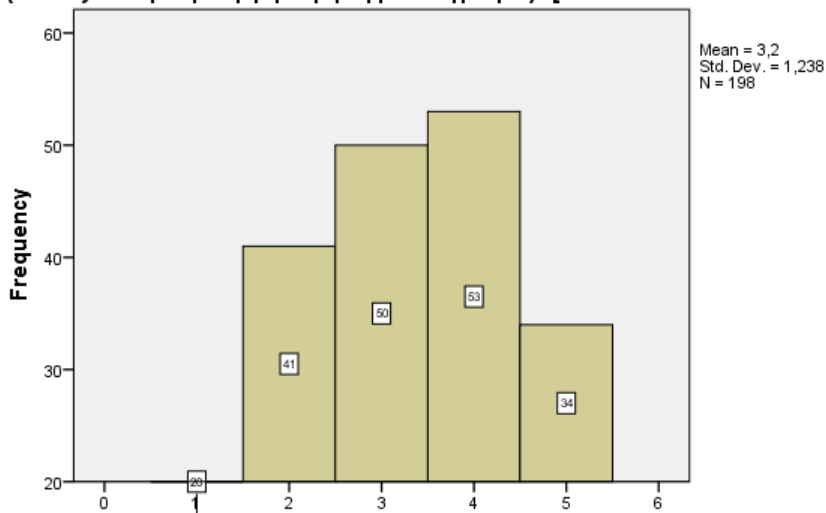


Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΦΟΒΟΣ/ΔΙΣΤΑΓΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ]

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΑΜΕΛΕΙΑ/ΑΝΑΒΛΗΤΙΚΟΤΗΤΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΚΑΘΟΛΟΥ	20	10,0	10,1
	ΛΙΓΟ	41	20,5	30,8
	ΜΕΤΡΙΑ	50	25,0	56,1
Valid	ΠΟΛΥ	53	26,5	82,8
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	34	17,0	100,0
	Total	198	99,0	100,0
Missing	System	2	1,0	
Total		200	100,0	

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΑΜΕΛΕΙΑ/ΑΝΑΒΛΗΤΙΚΟΤΗΤΑ]

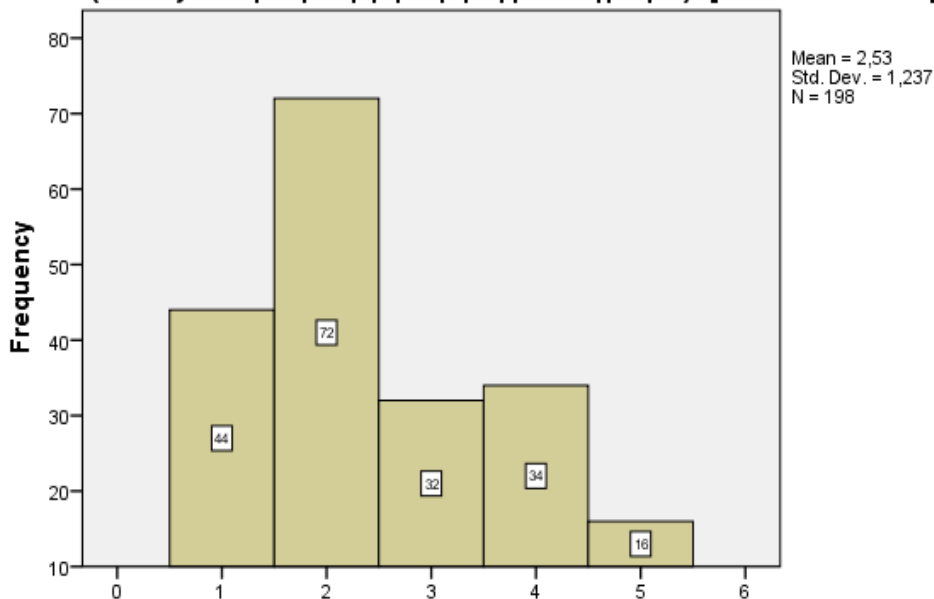


Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΑΜΕΛΕΙΑ/ΑΝΑΒΛΗΤΙΚΟΤΗΤΑ]

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΝΕΑΡΟ ΗΛΙΚΙΑΣ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	44	22,0	22,2	22,2
ΛΙΓΟ	72	36,0	36,4	58,6
ΜΕΤΡΙΑ	32	16,0	16,2	74,7
ΠΟΛΥ	34	17,0	17,2	91,9
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	16	8,0	8,1	100,0
Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0		
Total	200	100,0		

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΝΕΑΡΟ ΗΛΙΚΙΑΣ]

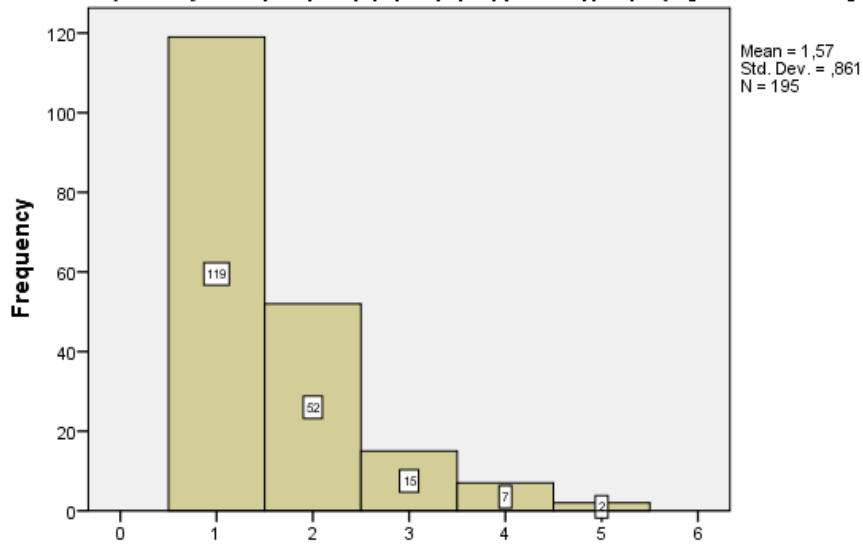


Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΝΕΑΡΟ ΗΛΙΚΙΑΣ]

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΝΤΡΕΠΟΜΑΙ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	119	59,5	61,0	61,0
ΛΙΓΟ	52	26,0	26,7	87,7
ΜΕΤΡΙΑ	15	7,5	7,7	95,4
ΠΟΛΥ	7	3,5	3,6	99,0
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,0	100,0
Total	195	97,5	100,0	
Missing System	5	2,5		
Total	200	100,0		

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΝΤΡΕΠΟΜΑΙ]

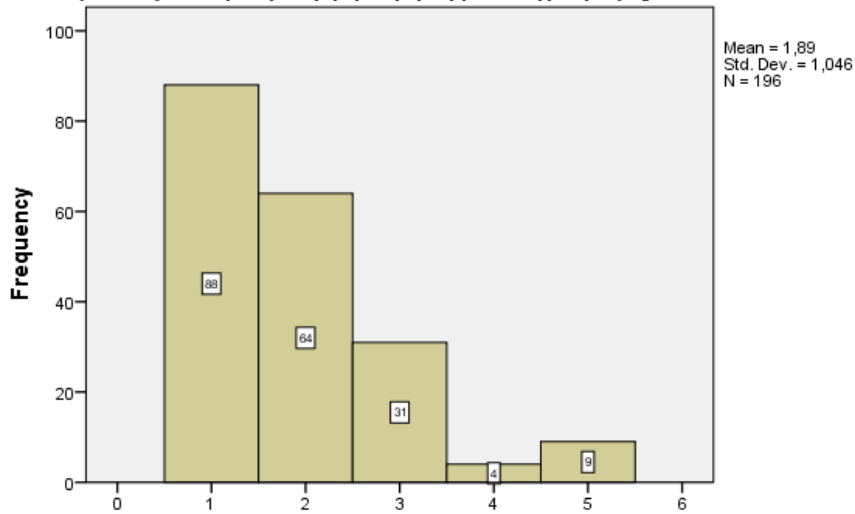


Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΝΤΡΕΠΟΜΑΙ]

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΡΟΝΟ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	88	44,0	44,9	44,9
ΛΙΓΟ	64	32,0	32,7	77,6
ΜΕΤΡΙΑ	31	15,5	15,8	93,4
ΠΟΛΥ	4	2,0	2,0	95,4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	9	4,5	4,6	100,0
Total	196	98,0	100,0	
Missing System	4	2,0		
Total	200	100,0		

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΡΟΝΟ]

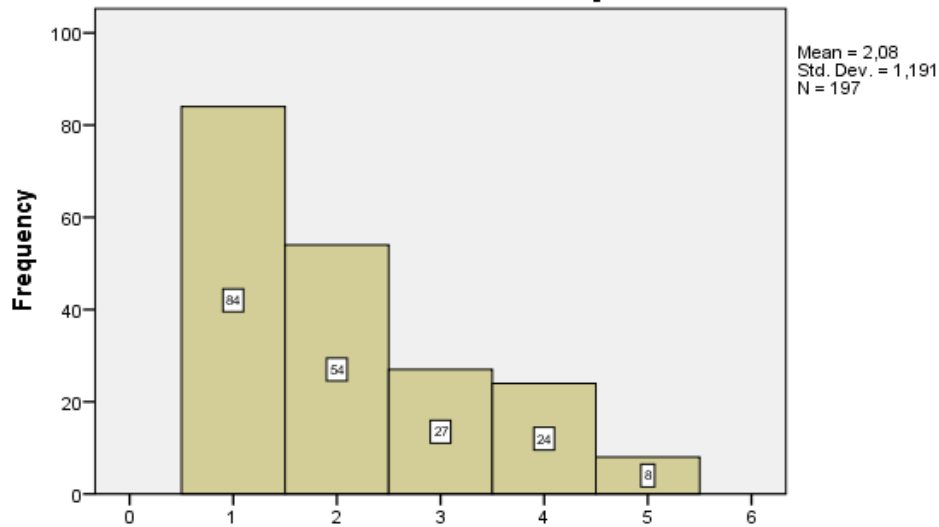


Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΡΟΝΟ]

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΙΧΑ ΚΑΝΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	84	42,0	42,6	42,6
ΛΙΓΟ	54	27,0	27,4	70,1
ΜΕΤΡΙΑ	27	13,5	13,7	83,8
ΠΟΛΥ	24	12,0	12,2	95,9
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	4,0	4,1	100,0
Total	197	98,5	100,0	
Missing System	3	1,5		
Total	200	100,0		

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΙΧΑ ΚΑΝΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ]

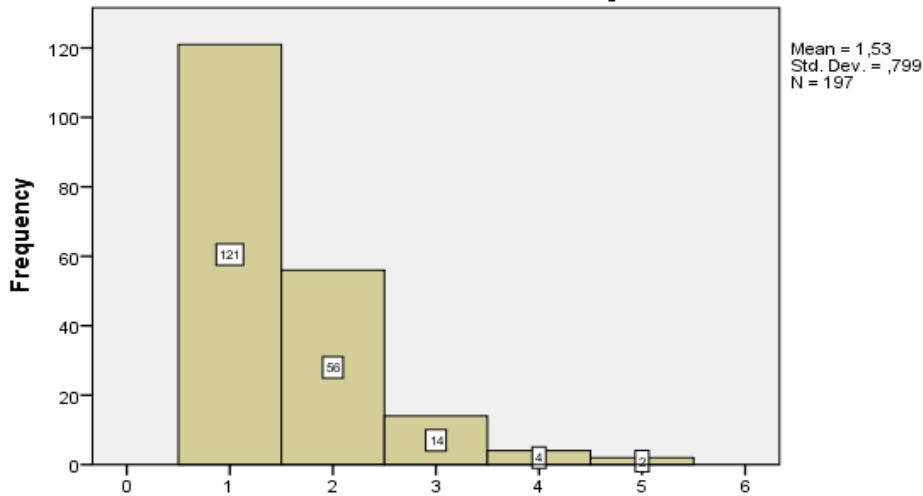


Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΙΧΑ ΚΑΝΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ]

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΕΧΩ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	121	60,5	61,4	61,4
ΛΙΓΟ	56	28,0	28,4	89,8
ΜΕΤΡΙΑ	14	7,0	7,1	97,0
ΠΟΛΥ	4	2,0	2,0	99,0
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,0	100,0
Total	197	98,5	100,0	
Missing System	3	1,5		
Total	200	100,0		

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΕΧΩ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ]

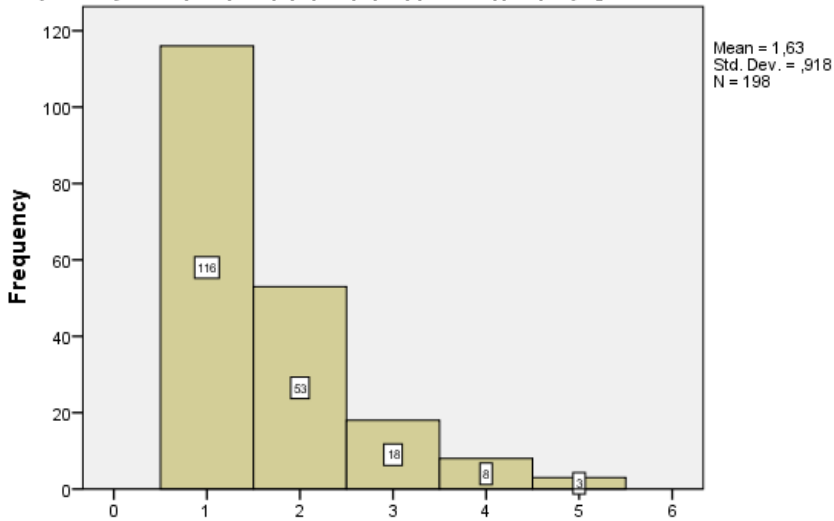


Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΕΧΩ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ]

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	116	58,0	58,6	58,6
ΛΙΓΟ	53	26,5	26,8	85,4
ΜΕΤΡΙΑ	18	9,0	9,1	94,4
ΠΟΛΥ	8	4,0	4,0	98,5
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	1,5	1,5	100,0
Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0		
Total	200	100,0		

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ]



Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ]

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΥΚΟΛΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	144	72,0	73,1	73,1
ΛΙΓΟ	40	20,0	20,3	93,4
ΜΕΤΡΙΑ	8	4,0	4,1	97,5
ΠΟΛΥ	3	1,5	1,5	99,0
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,0	100,0
Total	197	98,5	100,0	
Missing System	3	1,5		
Total	200	100,0		

Αθροίζοντας τις επιλογές «ΠΟΛΥ» και «ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ» τα αποτελέσματα που προκύπτουν διαμορφώνονται ως εξής:

- ΦΟΒΟΣ/ ΔΙΣΤΑΓΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: 44,7%
- ΑΜΕΛΕΙΑ/ΑΝΑΒΛΗΤΙΚΟΤΗΤΑ: 44%
- ΝΕΑΡΟ ΗΛΙΚΙΑΣ: 25,3%
- ΝΤΡΕΠΟΜΑΙ: 4,6%

- ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΡΟΝΟ: 6,6%
- ΔΕΝ ΕΙΧΑ ΚΑΝΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ: 16,3%
- ΕΧΩ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: 3%
- ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: 5,5%
- ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΥΚΟΛΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ: 2,5%

3.2. Ανάλυση συσχετίσεων

Στις υποενότητες που ακολουθούν παρουσιάζεται η ανάλυση συσχετίσεων προκειμένου να εντοπίσουμε αν οι απαντήσεις διαφοροποιούνται ανάμεσα σε καθηγήτριες και δασκάλες. Αξίζει να αναφέρουμε στο σημείο αυτό ότι πραγματοποιήθηκε και ανάλυση συσχετίσεων όλων των ερωτήσεων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αλλά δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αναλυτικότερα:

3.2.1. **Ενότητα Α': Crosstabs ανάλυση**

Στην παρούσα ενότητα πραγματοποιείται crosstab ανάλυση και συγκεκριμένα έλεγχος χ^2 , προκειμένου να εντοπίσουμε αν υπάρχει διαφοροποίηση των απαντήσεων ανά ειδικότητα. Για οικονομία χώρου παρατίθενται οι πίνακες των ερωτήσεων που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα σε καθηγήτριες και δασκάλες. Αναλυτικότερα ο έλεγχος υπόθεσης που πραγματοποιείται διαμορφώνεται ως εξής:

H₀: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση

H₁: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση

Η αποδοχή η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης γίνεται με κριτήριο την τιμή του Sig. του κριτηρίου, Pearson Chi-Square. Πιο συγκεκριμένα, αν η τιμή αυτού είναι μικρότερη από 0,05 (έχουμε θεωρήσει επίπεδο σημαντικότητας 5%), τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις απαντήσεις των καθηγητριών και των δασκάλων.

Αναλυτικότερα:

Όπως αποτυπώνεται ακολούθως οι καθηγήτριες έχουν μεγαλύτερη ηλικία από τις δασκάλες.

Crosstab

Count		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
B7. Ηλικία ασθενή:	21-30	3	1	4
	31-40	0	11	11
	>41	29	12	41
Total		32	25	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,483 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	24,086	3	,000
Linear-by-Linear Association	5,654	1	,017
N of Valid Cases	57		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,44.

Οι καθηγήτριες επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι δασκάλες σαν πηγή ενημέρωσης τον γυναικολόγο ή τον οικογενειακό γιατρό.

Crosstab

Count		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόυ ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ]	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	5	6
	ΛΙΓΟ	10	11	21
	ΜΕΤΡΙΑ	15	24	39
	ΠΟΛΥ	47	32	79
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	27	28	55

Total	100	100	200
-------	-----	-----	-----

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,986 ^a	4	,041
Likelihood Ratio	11,953	4	,018
Linear-by-Linear Association	2,851	1	,091
N of Valid Cases	199		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,49.

Οι δασκάλες χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό από τις καθηγήτριες το διαδίκτυο ως πηγή ενημέρωσης σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/ πρόληψη αυτού.

Crosstab

Count

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total	
	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ		
Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ]	ΚΑΘΟΛΟΥ	9	5	14
	ΛΙΓΟ	19	8	27
	ΜΕΤΡΙΑ	18	17	35
	ΠΟΛΥ	44	42	86
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	7	28	35
Total		97	100	197

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)

Pearson Chi-Square	18,258 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	19,295	4	,001
Linear-by-Linear Association	12,775	1	,000
N of Valid Cases	197		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,89.

Οι καθηγήτριες θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι δασκάλες ότι οι μακροχρόνια χρήση ορμονικών σκευασμάτων αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού.

Crosstab

Count		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού:	ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	1	0	1
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	7	4	11
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	8	23	31
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	49	42	91
[ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ]	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	35	31	66
Total		100	100	200

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,857 ^a	4	,043
Likelihood Ratio	10,568	4	,032
Linear-by-Linear Association	,666	1	,415
N of Valid Cases	200		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Όπως αποτυπώνεται παρακάτω οι δασκάλες σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι καθηγήτριες θεωρούν πως η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται από την ύπαρξη καλοήθους πάθησης του μαστού.

Crosstab

Count		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total 1
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ]	ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	7	3	10
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	17	12	29
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	43	31	74
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	26	43	69
	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	6	10	16
Total		99	99	198

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,596 ^a	4	,048
Likelihood Ratio	9,709	4	,046
Linear-by-Linear Association	7,628	1	,006
N of Valid Cases	198		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

Σε αντιστοιχία με την προηγούμενη ερώτηση, έτσι και στην ακόλουθη οι δασκάλες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις καθηγήτριες, θεωρούν πως η καλοήθους πάθηση του καρκίνου του μαστού δεν μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Crosstab

Count

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ]	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	31	24	55
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	29	47	76
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	28	24	52
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	7	2	9
	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	0	2
Total		97	97	194

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,240 ^a	4	,037
Likelihood Ratio	11,220	4	,024
Linear-by-Linear Association	1,059	1	,303
N of Valid Cases	194		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

Διαφοροποίηση των απαντήσεων εντοπίστηκε και αναφορικά με τη γνώση έγκαιρων μεθόδων διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Όπως αποτυπώνεται και παρακάτω οι καθηγήτριες γνωρίζουν τις περισσότερες μεθόδους σε σχέση με τις δασκάλες.

Crosstab

Count

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ5. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε;	Αυτοεξέταση	0	48	48
	Αυτοεξέταση, Ψηλάφηση μαστού , Μαστογραφία , Μαγνητική μαστογραφία	6	9	15
	Ψηλάφηση μαστού , Μαστογραφία , Μαγνητική μαστογραφία	4	2	6
	Αυτοεξέταση, Ψηλάφηση μαστού , Μαστογραφία , Υπερηχογράφημα	38	26	64
	Αυτοεξέταση, Ψηλάφηση μαστού , Μαστογραφία	14	8	22
	Ψηλάφηση μαστού , Μαστογραφία , Υπερηχογράφημα	5	2	7
	Έλεγχος γονιδίων BRCA1 και BRCA2	0	1	1
	Μαγνητική μαστογραφία	1	4	5
	Όλα τα παραπάνω	28	0	28
Total	96	100	196	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	85,193 ^a	8	,000
Likelihood Ratio	115,123	8	,000
Linear-by-Linear Association	60,715	1	,000
N of Valid Cases	196		

a. 8 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

Σύμφωνα με τους πίνακες που ακολουθούν, η αποφυγή του καπνίσματος θεωρείται σημαντικός παράγοντας περιορισμού του καρκίνου του μαστού σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις καθηγήτριες από ότι από τις δασκάλες.

Crosstab

Count

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ]	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	4	5
	ΛΙΓΟ	10	22	32
	ΜΕΤΡΙΑ	21	25	46
	ΠΟΛΥ	54	36	90
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	13	13	26
Total		99	100	199

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,243 ^a	4	,037
Likelihood Ratio	10,507	4	,033
Linear-by-Linear Association	6,773	1	,009
N of Valid Cases	199		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,49.

Σύμφωνα με τους πίνακες που ακολουθούν, διαπιστώνουμε πως οι καθηγήτριες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις δασκάλες θεωρούν πως τα φάρμακα και οι βιταμίνες δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόληψη του καρκίνου.

Crosstab

Count

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα	ΚΑΘΟΛΟΥ	31	16	47
	ΛΙΓΟ	43	45	88

βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ]	ΜΕΤΡΙΑ	15	30	45
	ΠΟΛΥ	7	7	14
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	2	5
Total		99	100	199

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,028 ^a	4	,040
Likelihood Ratio	10,211	4	,037
Linear-by-Linear Association	3,871	1	,049
N of Valid Cases	199		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,49.

Όπως αποτυπώνεται στους ακόλουθους πίνακες οι απαντήσεις διαφοροποιούνται και σχετικά με το πότε μια γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο.

Crosstab

Count		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ12. Θεωρείτε ότι μια γυναίκα κάτω των 35 ετών πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο;	ΝΑΙ	61	55	116
	ΟΧΙ	38	34	72
	ΑΛΛΟ	1	11	12
Total		100	100	200

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,528 ^a	2	,003
Likelihood Ratio	15,777	2	,000
Linear-by-Linear Association	4,269	1	,039
N of Valid Cases	199		

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

Οι απαντήσεις διαφοροποιούνται και σχετικά με το πότε μια γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε αυτοεξέταση μαστού, με τις περισσότερες δασκάλες να υποστηρίζουν πως η καλύτερη ηλικία είναι μετά τα 35.

Crosstab

Count

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ13. Μετά από ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να υποβάλλεστε σε αυτοεξέταση μαστού;	META TA 18	27	21	48
	META TA 35	15	34	49
	META TA 40	13	12	25
	META TA 50	1	0	1
	ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ	44	33	77
Total		100	100	200

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,729 ^a	4	,030
Likelihood Ratio	11,319	4	,023
Linear-by-Linear Association	1,864	1	,172
N of Valid Cases	200		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Οι απαντήσεις διαφοροποιούνται και αναφορικά με την κατάλληλη ηλικία υποβολής μιας γυναίκας σε μαστογραφία, και σε αυτή την περίπτωση οι δασκάλες θεωρούν πως η καλύτερη ηλικία είναι μετά τα 35 χρόνια.

Crosstab

Count

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ14. Μετά από ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να υποβάλεστε σε μαστογραφία;	META TA 18	1	1	2
	META TA 35	23	43	66
	META TA 40	30	24	54
	META TA 50	1	0	1
	ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ	45	32	77
Total		100	100	200

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,922 ^a	5	,036
Likelihood Ratio	13,189	5	,022
Linear-by-Linear Association	5,383	1	,020
N of Valid Cases	200		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση παρατηρείται και σε σχέση με τον κίνδυνο που προκύπτει από την ακτινοβολία της μαστογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, οι καθηγήτριες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις δασκάλες θεωρούν πως υπάρχει σχετικός κίνδυνος κατά τη διάρκεια μια μαστογραφίας.

Crosstab

Count

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Γ16. Υπάρχει κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας;	ΝΑΙ	60	51	111
	ΟΧΙ	40	49	89
Total		100	100	200

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,058 ^a	2	,029
Likelihood Ratio	8,615	2	,013
Linear-by-Linear Association	,531	1	,466
N of Valid Cases	199		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,99.

Τέλος διαφοροποίηση στατιστικά σημαντική εντοπίζεται και στην ερώτηση σχετικά με την καλύτερη περίοδο αυτοεξέτασης του μαστού.

Crosstab

Count

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		Total
		ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	ΔΑΣΚΑΛΑ	
Δ7. Ποια πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη χρονική περίοδος για την αυτοεξέταση μαστού;	ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ	2	5	7
	ΣΤΑ ΜΕΣΑ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ	14	1	15
	ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΚΑΙ ΩΣ ΤΑ ΜΕΣΑ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ	77	83	160
	ΑΛΛΟ	4	0	4
	Total	97	89	186

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,464 ^a	3	,001
Likelihood Ratio	20,201	3	,000
Linear-by-Linear Association	,085	1	,771
N of Valid Cases	186		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,91.

Στο σημείο αυτό ολοκληρώνεται η ανάλυση συσχετίσεων με τη χρήση του παραμετρικού ελέγχου Chi-Square.

3.2.2. Ενότητα Β': Mann-Whitney U – έλεγχος

Οι ερωτήσεις που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα σε δασκάλες και καθηγήτριες είναι οι ακόλουθες:

- B4. Σημειώστε αν έχετε κάποια από τις κάτωθι γυναικολογικές παθήσεις (οι καθηγήτριες έχουν περισσότερες από ότι οι δασκάλες)
- B6. Βαθμός συγγένειας με τον ασθενή
- B7. Ηλικία ασθενή
- Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ] (οι δασκάλες το θεωρούν πιο έντονα από τις καθηγήτριες)
- Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/ πρόληψη του: [ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ] (οι καθηγήτριες το θεωρούν πιο έντονα από τις δασκάλες)

- Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ] (οι δασκάλες το θεωρούν πιο έντονα από τις καθηγήτριες)
- Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΑΤΕΚΝΙΑ] (οι καθηγήτριες το θεωρούν πιο έντονα από τις δασκάλες)
- Γ5. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε (οι καθηγήτριες γνωρίζουν περισσότερες από ότι οι δασκάλες)
- Γ8. Ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται; (οι δασκάλες το θεωρούν πιο έντονα από τις καθηγήτριες)
- Γ9. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί; (οι δασκάλες το θεωρούν πιο έντονα από τις καθηγήτριες)
- Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ] (οι καθηγήτριες το θεωρούν πιο έντονα από τις δασκάλες)
- Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ] (οι δασκάλες το θεωρούν πιο έντονα από τις καθηγήτριες)
- Γ14. Μετά από ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να υποβάλεστε σε μαστογραφία; (οι καθηγήτριες το θεωρούν σε μικρότερη ηλικία από ότι οι δασκάλες)
- Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ] (οι δασκάλες το θεωρούν πιο έντονα από τις καθηγήτριες)
- Δ12. Πιστεύετε ότι η ενημέρωση που υπάρχει σε σχέση με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι επαρκής; (οι καθηγήτριες το θεωρούν πιο έντονα από τις δασκάλες)

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤ Α	N	Mean Rank	Sum of Ranks
B4. Σημειώστε αν έχετε κάποια από τις κάτωθι γυναικολογικές παθήσεις:	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙ	58	59,49	3450,50
	Α			
	ΔΑΣΚΑΛΑ	48	46,26	2220,50
	Total	106		

Test Statistics^a

	B4. Σημειώστε αν έχετε κάποια από τις κάτωθι γυναικολογικές παθήσεις:
Mann-Whitney U	1044,500
Wilcoxon W	2220,500
Z	-2,262
Asymp. Sig. (2-tailed)	,024

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
B6. Βαθμός συγγένειας με τον ασθενή:	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	36	34,89	1256,00
	ΔΑΣΚΑΛΑ	25	25,40	635,00
	Total	61		

Test Statistics^a

	B6. Βαθμός συγγένειας με τον ασθενή:
Mann-Whitney U	310,000
Wilcoxon W	635,000
Z	-2,196
Asymp. Sig. (2-tailed)	,028

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
B7. Ηλικία ασθενή:	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	32	33,86	1083,50
	ΔΑΣΚΑΛΑ	25	22,78	569,50
	Total	57		

Test Statistics^a

	B7. Ηλικία ασθενή:
Mann-Whitney U	244,500
Wilcoxon W	569,500
Z	-3,175
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ]	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	99	92,06	9113,50
	ΔΑΣΚΑΛΑ	100	107,87	10786,50
	Total	199		

Test Statistics^a

	Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο: [ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ]
Mann-Whitney U	4163,500
Wilcoxon W	9113,500
Z	-2,061
Asymp. Sig. (2-tailed)	,039

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ]	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	96	107,22	10293,50
	ΔΑΣΚΑΛΑ	99	89,06	8816,50
	Total	195		

Test Statistics^a

	Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ]
Mann-Whitney U	3866,500
Wilcoxon W	8816,500
Z	-2,330
Asymp. Sig. (2-tailed)	,020

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ]	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	97	84,32	8179,50
	ΔΑΣΚΑΛΑ	100	113,24	11323,50
	Total	197		

Test Statistics^a

	Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του: [ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ]
Mann-Whitney U	3426,500
Wilcoxon W	8179,500
Z	-3,745
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x)	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	99	88,32	8744,00
	ΔΑΣΚΑΛΑ	99	110,68	10957,00

<p>στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ]</p>	Total	198		
---	-------	-----	--	--

Test Statistics^a

	<p>Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ]</p>
Mann-Whitney U	3794,000
Wilcoxon W	8744,000
Z	-2,890
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
<p>Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ΑΤΕΚΝΙΑ]</p>	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	97	108,06	10481,50
	ΔΑΣΚΑΛΑ	98	88,05	8628,50
	Total	195		

Test Statistics^a

	Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού: [ATEKNIA]
Mann-Whitney U	3777,500
Wilcoxon W	8628,500
Z	-2,634
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Γ5. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε;	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	96	130,76	12553,00
	ΔΑΣΚΑΛΑ	100	67,53	6753,00
	Total	196		

Test Statistics^a

	Γ5. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε;
Mann-Whitney U	1703,000
Wilcoxon W	6753,000
Z	-8,022
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
--	------------	---	-----------	--------------

Γ8. Ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται;	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	100	93,50	9350,00
	ΔΑΣΚΑΛΑ	100	107,50	10750,00
	Total	200		

Test Statistics^a

	Γ8. Ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται;
Mann-Whitney U	4300,000
Wilcoxon W	9350,000
Z	-2,100
Asymp. Sig. (2-tailed)	,036

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Γ9. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί;	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	100	94,00	9400,00
	ΔΑΣΚΑΛΑ	100	107,00	10700,00
	Total	200		

Test Statistics^a

	Γ9. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί;
Mann-Whitney U	4350,000
Wilcoxon W	9400,000
Z	-2,534
Asymp. Sig. (2-tailed)	,011

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ]	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	99	109,62	10852,00
	ΔΑΣΚΑΛΑ	100	90,48	9048,00
	Total	199		

Test Statistics^a

	Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ]
Mann-Whitney U	3998,000
Wilcoxon W	9048,000
Z	-2,486
Asymp. Sig. (2-tailed)	,013

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ]	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	99	90,42	8952,00
	ΔΑΣΚΑΛΑ	100	109,48	10948,00
	Total	199		

Test Statistics^a

	Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού: [ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ]
Mann-Whitney U	4002,000
Wilcoxon W	8952,000
Z	-2,476
Asymp. Sig. (2-tailed)	,013

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Γ14. Μετά από ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να υποβάλεστε σε μαστογραφία;	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	100	110,96	11095,50
	ΔΑΣΚΑΛΑ	100	90,05	9004,50
	Total	200		

Test Statistics^a

	Γ14. Μετά από ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να υποβάλεστε σε μαστογραφία;
Mann-Whitney U	3954,500
Wilcoxon W	9004,500
Z	-2,712
Asymp. Sig. (2-tailed)	,007

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x)	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	98	91,30	8947,50
	ΔΑΣΚΑΛΑ	100	107,54	10753,50

<p>ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ]</p>	Total	198		
---	-------	-----	--	--

Test Statistics^a

	<p>Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία): [ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ]</p>
Mann-Whitney U	4096,500
Wilcoxon W	8947,500
Z	-2,258
Asymp. Sig. (2-tailed)	,024

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ranks

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	Mean Rank	Sum of Ranks
<p>Δ12. Πιστεύετε ότι η ενημέρωση που υπάρχει σε σχέση με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι επαρκής;</p>	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	100	107,50	10750,00
	ΔΑΣΚΑΛΑ	100	93,50	9350,00
	Total	200		

Test Statistics^a

	Δ12. Πιστεύετε ότι η ενημέρωση που υπάρχει σε σχέση με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι επαρκής;
Mann-Whitney U	4300,000
Wilcoxon W	9350,000
Z	-2,117
Asymp. Sig. (2-tailed)	,034

a. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

4. Συζήτηση

Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις σοβαρότερες ασθένειες καθώς είναι από τις κυριότερες αιτίες θανάτου της εποχής μας. Είναι δυνατό να προσβάλει όλους τους ιστούς του ανθρώπινου οργανισμού γιατί επιδρά, αλλοιώνει και μεθίσταται από ιστό σε ιστό. Ο καρκίνος του μαστού πιο συγκεκριμένα, αν και είναι δυνατό κατόπιν έγκαιρης διάγνωσης να θεραπευτεί, αποτελεί σοβαρότατο κίνδυνο για τη ζωή του γυναικείου πληθυσμού. Οι ακριβείς αιτίες που προκαλούν καρκίνο του μαστού είναι άγνωστες. Ωστόσο, παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα πρόκλησής του είναι η **ηλικία**, καθώς όσο μεγαλύτερη είναι μια γυναίκα αυξάνονται η πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, όπως επίσης το **οικογενειακό ιστορικό**, η **κατανάλωση αλκοόλ**, η **διατροφή** και η **εγκυμοσύνη σε προχωρημένη ηλικία**. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού από την άλλη πλευρά καθιστά τη θεραπεία του πιο εύκολη και αποτελεσματική.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ο ιδιαίτερα διαφωτιστικός ρόλος των συνεντεύξεων που ευγενικά μου παρείχαν, ο κ. Χρήστος Μαρκόπουλος, *MD, PhD, FEBS* – Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού, Μέλος ΔΣ της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικών στον Καρκίνο του Μαστού, μια νοσηλεύτρια η οποία θέλει να τηρήσει την ανωνυμία της, καθώς και η αρθρογράφος του site yougogirl.gr κα. Τίνα Κουλουφάκου για την συγκαταθέσή της να χρησιμοποιήσω την συνέντευξη που πήρε από μία γυναίκα, η οποία έχει καρκίνο του μαστού. Οι συνεντεύξεις αυτές (Παράρτημα Β'), αποτέλεσαν σημαντικό εφόδιο και βοήθημα για την επιλογή των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, καθώς προηγήθηκαν της σύνταξής του. Επιπλέον δίνουν απάντησεις σε πολύ σημαντικά ερωτήματα με πολύπλευρο τρόπο και μπορούν να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση γύρω από το θέμα του καρκίνου του μαστού.

Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης συγκεντρωτικά προκύπτει ότι στην ομάδα του γυναικείου πληθυσμού που ερωτήθηκε σχετικά, υπάρχει ενημέρωση σε ικανοποιητικό ποσοστό, καθώς και μεγάλη ευαισθητοποίηση γύρω από τη συγκεκριμένη ασθένεια. Η πλειοψηφία αυτών – 67,3% - επιλέγουν να ενημερώνονται από το γυναικολόγο τους, ενώ από το διαδίκτυο 61,5%, με τις δασκάλες να επιλέγουν περισσότερο το διαδίκτυο σε σχέση με τις καθηγήτριες. Ωστόσο, 68% των ερωτηθέντων υποστηρίζουν ότι η υπάρχουσα ενημέρωση δεν είναι επαρκής. Οι πιο γνωστές μέθοδοι έγκαιρης διάγνωσης για την πλειοψηφία των γυναικών, που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, είναι η αυτοεξέταση, η μαστογραφία, η ψηλάφηση και το υπερηχογράφημα και οι περισσότερες έχουν υποβληθεί ή υποβάλλονται τακτικά στις συγκεκριμένες εξετάσεις. Αν και αξίζει να σημειωθεί ότι 1 στις 10 δήλωσαν ότι δεν έχουν κάνει ποτέ αυτοεξέταση! Η πλειοψηφία του δείγματος μπορούσε να αναγνωρίσει και να ιεραρχήσει σωστά τους παράγοντες εκείνους που πιστεύεται ότι αυξάνουν ή μειώνουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, καθώς και εκείνους που συμβάλλουν στην πρόληψή του. Επίσης οι περισσότερες πιστεύουν στην προβλεπτική ικανότητα της μαστογραφίας, ενώ περισσότερο οι καθηγήτριες σε σχέση με τις δασκάλες υποστηρίζουν την πιθανή συμβολή της ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια της μαστογραφίας στην πρόκληση καρκίνου του μαστού. Ακόμη η συντριπτική πλειοψηφία (99%) πιστεύουν πως ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος μπορεί να αυξήσει σημαντικά το ποσοστό διάγνωσης

του καρκίνου του μαστού. 99% πιστεύουν ότι αν υπήρχε περισσότερη ενημέρωση για τις μεθόδους πρόληψης θα βοηθούσε στην έγκαιρη διάγνωση. Επιπλέον, η πλειοψηφία πιστεύει ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί και να θεραπευτεί σε μεγάλο ποσοστό.

Σε σχέση με παλαιότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί παρατηρείται σχετική αύξηση στο ποσοστό ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού, κάτι το οποίο βέβαια μπορεί να επηρεάζεται τόσο από το εκπαιδευτικό επίπεδο του εκάστοτε πληθυσμού, αλλά σαφώς και για την όσο το δυνατόν καλύτερη προσπάθεια για ενημέρωση των γυναικών με το πέρασμα των χρόνων. Επίσης σε όλες τις μελέτες υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί οι οποίοι άλλοτε έχουν να κάνουν με την ηλικία του δείγματος, άλλοτε με το εκπαιδευτικό επίπεδο ή ακόμη και με το περιβάλλον κατοικίας τους κ.ά. Στη συγκεκριμένη μελέτη, η έρευνα περιορίστηκε στο νομό Αιτωλοακαρνανίας, σε άλλες περιοχές μπορεί να υπάρχουν διαφοροποιήσεις των ποσοστών για ερωτήσεις επί του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, στη συγκεκριμένη μελέτη παρατηρήθηκε ότι οι καθηγήτριες ήταν καλύτερα ενημερωμένες σε σχέση με τις δασκάλες, αντίστοιχες διαφοροποιήσεις μεταξύ του ερωτηθέντος πληθυσμιακού δείγματος έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες μελέτες, όπως για παράδειγμα διαφορά στο ποσοστό ενημέρωσης ανάλογα με την ηλικία ή ανάλογα με το αν οι ερωτηθέντες είχαν στην οικογένειά τους κάποια συγγενή που είχε καρκίνο του μαστού.

Πιο συγκεκριμένα σε αντίστοιχη μελέτη με θέμα, «Πρόληψη καρκίνου του μαστού, στάσεις και γνώσεις των σπουδαστών των ΤΕΙ.», που διεκπεραιώθηκε το 2006, οι ερωτηθέντες ήταν γυναίκες και άνδρες από διάφορα τμήματα του ΤΕΙ Αθηνών. Παρατηρούνται διαφορές στις απαντήσεις ανάμεσα στους σπουδαστές των διαφόρων τμημάτων, όπως και στις δύο ομάδες της δική μας μελέτης. Παρατηρούνται επίσης διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις ανάλογα με το εξάμηνο φοίτησης των φοιτητών. Η ενημέρωσή τους είναι επίσης σε υψηλό επίπεδο, χαμηλότερο όμως με το ποσοστό της παρούσας μελέτης, αυτό μπορεί να οφείλεται στην ηλικία των ερωτηθέντων, όπως επίσης και στο φύλο καθώς το ποσοστό ενημέρωσης αυξάνεται σε αμιγώς γυναικείο πληθυσμό.

Επίσης σε μελέτη με θέμα, «Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης.», που πραγματοποιήθηκε το 2007, ο διαχωρισμός των ερωτηθέντων γυναικών έγινε με βάση την ηλικία (18-35 και 36-60 ετών) και με βάση ύπαρξης ή όχι επιβαρυσμένου ιστορικού. Στα αποτελέσματα αυτής της μελέτης παρατηρείται ότι μικρότερο ποσοστό γυναικών προτιμά να ενημερώνεται από το γυναικολόγο σε σχέση με τη μελέτη μας. Σε περίπου ίδια ποσοστά είναι γνωστές οι συνήθειες πρακτικές πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού και περίπου στον ίδιο βαθμό χρησιμοποιούνται. Επιπλέον όπως και στη δική μας μελέτη ανάμεσα σε καθηγήτριες και δασκάλες, έτσι και ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες της παραπάνω εργασίας παρατηρούνται διαφορές στις απαντήσεις τους.

Σε άλλη μελέτη με θέμα, «Πρόληψη καρκίνου μαστού και καρκίνου τραχήλου μήτρας: Διερεύνηση αναγκών στο γυναικείο πληθυσμό ευθύνης του Περιφερειακού Ιατρείου Γαλάτιστας.», που πραγματοποιήθηκε το 2009, ερωτήθηκαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους γυναίκες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Αρκετά υψηλό ποσοστό αυτών προβαίνει σε αυτοεξέταση ή προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού από ειδικούς, ωστόσο το

ποσοστό αυτό είναι χαμηλότερο σε σχέση με αυτό της παρούσας εργασίας. Επιπλέον, παρατηρείται διαφορά στο ποσοστό αυτό ανάμεσα σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας σε σχέση με μεγαλύτερης, με τις πρώτες να χρησιμοποιούν τις συνήθειες πρακτικές πρόληψης σε αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό.

Οι εκπαιδευτικοί έχουν καθοριστικό ρόλο στην αγωγή των παιδιών και εφήβων στη συνέχεια, μπορούν να διδάξουν πράγματα σε μια ηλικία που είναι πολύ πιο εύκολο να απομνημονεύονται και να γίνουν βίωμα από τους αποδέκτες. Μέσα από αυτό τον τόσο σπουδαίο ρόλο που κατέχουν οι εκπαιδευτικοί μπορούν να προάγουν την υγεία, αλλά φυσικά για να μπορεί να γίνει σωστά αυτό θα πρέπει πρώτα οι ίδιες να είναι σωστά και πλήρως ενημερωμένες όπως και να έχουν καταλάβει τη σημασία στην περίπτωση αυτή του προσυμπτωματικού ελέγχου και της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.

Σημαντικό ρόλο προς την παραπάνω κατεύθυνση παίζουν επίσης και οι σχολικοί νοσηλευτές. Οι σχολικοί νοσηλευτές είναι εξειδικευμένοι επιστήμονες υγείας με προσόντα στην εκπαίδευση των παιδιών. Είναι το κλειδί της σχολικής υγείας και η θέση του σχολικού νοσηλευτή δίνει μια μοναδική ευκαιρία για την έγκαιρη αναγνώριση των πρώιμων προβλημάτων, που σχετίζονται με την υγεία και την ανάπτυξη του σχολικού πληθυσμού. Ο σχολικός νοσηλευτής αντιμετωπίζει, ενδιαφέρεται, συζητά και βρίσκει λύσεις για τα προβλήματα υγείας των παιδιών, γονιών και του προσωπικού του σχολείου. Συμπληρωματικά σχολικοί νοσηλευτές και εκπαιδευτικοί οφείλουν να προάγουν τη σωστή ενημέρωση και υγεία στα παιδιά. Το κλειδί για την πρόληψη βρίσκεται στη στοχευμένη ενημέρωση και κατεύθυνση από νεαρή ηλικία έτσι ώστε να γίνεται τρόπος ζωής.

5. Συμπεράσματα

Το γεγονός ότι παρατηρείται σε σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο πληροφόρηση και ενημέρωση στο γυναικείο πληθυσμό της συγκεκριμένης μελέτης αποτελεί ενθαρρυντικό στοιχείο για την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματικότερη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο η ανάγκη για συνεχή και πληρέστερη ενημέρωση πάντα παραμένει. Επίσης, η ενημέρωση για να έχει αποτελέσματα δε θα πρέπει να μένει ως γνώση, αλλά θα πρέπει να γίνεται πράξη στην καθημερινότητα.

Τέλος, δεδομένου ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες ενός συγκεκριμένου εκπαιδευτικού επιπέδου, ενδιαφέρον θα αποκτούσε αν μελλοντικά πραγματοποιούνταν και σε γυναίκες ίσως χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, ή άλλου επαγγελματικού προσανατολισμού, προκειμένου να υπάρξει μια πληρέστερη εικόνα της ενημέρωσης που υπάρχει σε ευρύτερο τμήμα του γυναικείου πληθυσμού.

Στόχος θα πρέπει να είναι όλες οι γυναίκες να είναι σε θέση να ενημερώνονται και να γνωρίζουν τις πρακτικές πρόληψης, έτσι ώστε να μπορούν να επιλέγουν το δρόμο της έγκαιρης διάγνωσης και επιτυχούς θεραπείας. Παρά την ικανοποιητική ενημέρωση, με τη συνεχή ανακάλυψη νέων μεθόδων θα πρέπει συνεχώς να υπάρχουν και τρόποι για σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- ✚ Ananthakrishnan, P. & Lucas, A. 2008. Options and considerations in the timing of breast reconstruction after mastectomy. *Cleve Clin. J. Med.*, 75, 1: 30-33
- ✚ Andersen, B.L. 2002. Bio behavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 70, 3: 590-610
- ✚ Andersen, B.L. et al. 2004. Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *J. Clin. Oncol.*, 22, 17: 3570-3580
- ✚ Andersen, B.L. et al. 2007. Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. *Brain Behav. Immun.*, 21, 7: 953-961
- ✚ Andersen, B.L. et al. 2008. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer*, 113,12: 3450-3458
- ✚ Antoni, M.H. et al. 2001. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol.*, 20, 1: 20-32, 2001
- ✚ Antoni, M.H. et al. 2006. Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am. J. Psychiatry*, 163, 10: 1791-1797
- ✚ Ayata, G. & Wang, H.H. 2005. Fine needle aspiration cytology of lobular carcinoma in situ on thin prep. *Diagn. Cytopathol.*
- ✚ Balzi, D. et al. 1993. Cancer in Italian migrant populations. Summary of the results by site. *IARC scientific publications*, 123, 123: 193-292
- ✚ Baskar, R. et al. 2012. Cancer and Radiation Therapy: Current Advances and Future Directions. *Int. J. Med. Sci.*, 9, 3: 193-199
- ✚ Baum, M. et al. 2003. Anastrozole alone or in combination with tamoxifen versus tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early-stage breast cancer: results of the ATAC (Arimidex, Tamoxifen Alone or in Combination) trial efficacy and safety update analyses. *Cancer*, 98, 9: 1802-1810
- ✚ Begg, A.C. et al. 2011. Strategies to improve radiotherapy with targeted drugs. *Nature Reviews Cancer* 11: 239-253
- ✚ Bergh, J. et al. 2001. A systematic overview of chemotherapy effects in breast cancer. *Acta Oncol.*, 40, 2-3: 253-281

- ✚ Blows, E. et al., 2007. Better Access Better Services (BABS) Project Interventions to provide emotional and psychological support to women with breast cancer. King's college London
- ✚ Brennan, M.E. et al. 2009. Magnetic resonance imaging screening of the contralateral breast in women with newly diagnosed breast cancer: systematic review and meta-analysis of incremental cancer detection and impact on surgical management. *J. Clin. Oncol.*, 27, 33: 5640-5649
- ✚ Budin, W.C. et al. 2008. Breast cancer: education, counseling, and adjustment among patients and partners: a randomized clinical trial. *Nurs. Res.*, 57, 3: 199-213
- ✚ Buzdar, A.U. 2003. 'Arimidex' (anastrozole) versus tamoxifen as adjuvant therapy in postmenopausal women with early breast cancer--efficacy overview. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.*, 86,3-5: 399-403
- ✚ Cavallone, L. et al. 2010. Comprehensive BRCA1 and BRCA2 mutation analyses and review of French Canadian families with at least three cases of breast cancer. *Fam. Cancer*, 9, 4: 507-517
- ✚ Chow, E. et al. 2004. Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. *Palliat. Med.*, 18, 1: 25-31
- ✚ Clarke, M.J. 2008. Multi-agent chemotherapy for early breast cancer. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 4: CD000487
- ✚ Cuzick, J. et al. 2010. Effect of anastrozole and tamoxifen as adjuvant treatment for early-stage breast cancer: 10-year analysis of the ATAC trial. *Lancet Oncol.*, 11,12: 1135-1141
- ✚ Cuzick, J. et al. 2013. Selective estrogen receptor modulators in prevention of breast cancer: an updated meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 381,9880: 1827-1834
- ✚ Danish, S.J. et al. 2008. Rethinking Breast Self-Examinations: Are we asking the right questions? *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 2: 31-35
- ✚ Dong, C. & Chen, L. 2014. Second malignancies after breast cancer: The impact of adjuvant therapy. *Mol. Clin. Oncol.*, 2,3: 331-336
- ✚ Duffy, M. J. 2001. Clinical uses of tumor markers: a critical review. *Crit. Rev. Clin. Lab Sci.*, 38, 3:225-262
- ✚ Duffy, M. J. 2013. Tumor Markers in Clinical Practice: A Review Focusing on Common Solid Cancers. *Med. Princ. Pract.*, 22, 1: 4-11

- ✚ Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). 2005. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet.*, 365, 9472: 1687-1717
- ✚ Edwards, A.G. 2008. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst.*, 3: CD004253
- ✚ Erickson, V.S. et al. 2001. Arm Edema in Breast Cancer Patients. *J. Natl. Cancer Inst.*, 93, 2: 96-111
- ✚ Ferlay, J. et al. 2004. *Globocan 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Lyon, France: IARC Press
- ✚ Ferlay, J. et al. 2007. Estimates of the Cancer incidence and mortality in Europe 2006. *Annals of Oncology* 2007, 18: 581-592
- ✚ Ferrari, R.J. et al. 2001. Analysis of Asymmetry in Mammograms via Directional Filtering With Gabor Wavelets. *IEEE Transactions on Medical Imaging*, 20, 9: 953–964
- ✚ Fitzgerald, A. & Berentson-Shaw, J. 2012. Thermography as a screening and diagnostic tool: a systematic review. *N. Z. Med J.*, 125, 1351: 80-91
- ✚ Ganz, P.A. 2008. Breast Cancer. *Oncology Journal*
- ✚ Gara, S. et al. 2008. Use of common seric tumor markers in patients with solid cancers. *Tunis Med.*, 86, 6: 579-83
- ✚ Greene, F.L. & Sobin, L.H. 2008. The staging of cancer: a retrospective and prospective appraisal. *CA: a cancer journal for clinicians*, 58,3: 180-190
- ✚ Hery, C. et al. 2008. Changes in breast cancer incidence and mortality in middle-aged and elderly women in 28 countries with Caucasian majority populations. *Annals of Oncology* 2008, 19:1009-1018
- ✚ Hull, M.M. 2000. Lymphedema in women treated for breast cancer. *Semin. Oncol. Nurs.*, 16, 3: 226-237
- ✚ Jemal, A. et al. 2009. Cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*, 59, 4: 225-249
- ✚ Kennedy, D.A. et al. 2009. A comparative review of thermography as a breast cancer screening technique. *Integr. Cancer Ther.*, 8, 1: 9-16
- ✚ Khatib, O.M.N. & Modjtabai, A. 2006. Guidelines for the early detection and screening of breast cancer. EMRO Technical Publication Series 30. World Health Organization 2006
- ✚ Kim, A. et al. 2000. Fine needle aspiration cytology of the breast. Experience at an outpatient breast clinic. *Acta Cytol.*

- ✚ Kliewer, E.V. & Smith, K.R. 1995. Breast cancer mortality among immigrants in Australia and Canada. *Journal of the National Cancer Institute*, 87,15: 1154-1161
- ✚ Kontzoglou, K. et al. 2005. The role of liquid- Based Cytology in the investigation of breast lesions using fine needle Aspiration. A cytopathological evaluation *Surg.Ongol*.
- ✚ Kronowitz, S.J. et al. 2004. Delayed-immediate breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.*, 113, 6: 1617-1628
- ✚ Law, J. 2006. The development of mammography. *Phys Med Biol.*, 51,13: 155-167
- ✚ Lee, G. et al. 2012. Radiotherapy Treatment Review: A Prospective Evaluation of Concordance between Clinical Specialist Radiation Therapist and Radiation Oncologist in Patient Assessments. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 43, 1: 6-10
- ✚ Litzenburger, B.C. & Brown P.H. 2014. Advances in Preventive Therapy for Estrogen-Receptor-Negative Breast Cancer. *Curr. Breast Cancer Rep.*, 6: 96-109
- ✚ Lord, S.J. et al. 2007. A systematic review of the effectiveness of magnetic resonance imaging (MRI) as an addition to mammography and ultrasound in screening young women at high risk of breast cancer. *Eur. J. Cancer*, 43, 13: 1905-1917
- ✚ Loughran, C. F. & Keeling, C. R. 2011. Seeding of tumor cells following breast biopsy: a literature review. *Br. J. Radiol.*, 84, 1006: 869–874
- ✚ McCaskill-Stevens, W. et al. 2004. Contralateral breast cancer and thromboembolic events in African American women treated with tamoxifen. *J Natl. Cancer Inst.*, 96, 23: 1762-1769
- ✚ McCready, D. et al. 2005. Surgical management of early stage invasive breast cancer: a practice guideline. *Can. J. Surg.*, 48, 3: 185–194
- ✚ Newell S.A. et al. 2002. Systematic Review of Psychological Therapies for Cancer Patients: Overview and Recommendations for Future Research. *J. Natl. Cancer Inst.*, 94, 8: 558-584
- ✚ Perry, N. et al. 2008. European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition-summary document. *Annals of Oncology*, 19: 614-622
- ✚ Petrelli, N.J. et al. 2009. Clinical Cancer Advances 2009: major research advances in cancer treatment, prevention, and screening--a report from the American Society of Clinical Oncology. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27, 35: 6052-6069
- ✚ Ramsay, D. T. et al. 2005. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J. Anat.*, 206:525–534

- ✚ Ravdin, P.M. et al. 2007. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *The New England journal of medicine*, 356,16: 1670-1674
- ✚ Riley, R. D. et al. 2004. Markers in Neuroblastoma: A Systematic Review of Molecular and Biological Tumor. *Clin. Cancer Res.*, 10, 1: 4-12
- ✚ Roy, R. et al. 2011. BRCA1 and BRCA2: different roles in a common pathway of genome protection. *Nature Reviews Cancer*, 12,1: 68-78
- ✚ Roy, R. et al. 2012. BRCA1 and BRCA2: different roles in a common pathway of genome protection. *Nature Reviews Cancer*, 12: 68-78
- ✚ Secginli, S. & Nachivan, N.O. 2006. Breast Self-Examination remains an important component of breast health: A response to Tarrant. *International Journal of Nursing Studies*, 43: 521-523
- ✚ Smedslund, G. & Ringdal, G.I. 2004. Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. *J. Psychosom. Res.*, 57, 2: 123-131; 133-135
- ✚ Tarrant, M. 2006. Why are we still promoting breast self-examination? *International Journal of Nursing Studies*, 43: 519-520
- ✚ Thanasas, I. 2013. Breast Cancer in Pregnancy. *Achaiki Iatriki*, 32, 2: 121-128
- ✚ Trecate, G. et al. 2006. MRI in the early detection of breast cancer in women with high genetic risk. *Tumori*, 92, 6: 517-23
- ✚ Uenet, S. et al. 2003. Liquid-Based Cytology in Breast fine Needle Aspiration. Comparison with the conventional smear. *Acta Cytol.*
- ✚ Vogel, V.G. 2001. Follow-up of the breast cancer prevention trial and the future of breast cancer prevention efforts. *Clin. Cancer Res.*, 7, 12: 4413-4418; 4411-4412s
- ✚ Washington, D.C. 2004. Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer. The national academies press
- ✚ Weaver, C. 2009. Caring for a patient after mastectomy. *Nursing*, 39, 5: 44-48
- ✚ Wright, T. & McGechan, A. 2003. Breast cancer: new technologies for risk assessment and diagnosis. *Mol. Diagn.*, 7, 1: 49-55
- ✚ Yu, S. & Guan, L. 2000. A CAD System for the Automatic Detection of Clustered Micro calcifications in Digitized Mammogram Films. *IEEE Transactions on Medical Imaging*, 19, 2: 115-126
- ✚ Zhang, Y. et al. 2012. Exemestane for primary prevention of breast cancer in postmenopausal women. *Am. J. Health Syst. Pharm.*, 69, 16: 1384-1348

- ✚ Αγγελοπούλου, Ζ. και συν. 2013. Άγχος / Κατάθλιψη Γυναικών με Καρκίνο Μαστού και Επιπτώσεις στην Οικογένεια. Νοσηλευτική, 52,1: 35-42
- ✚ Γώγου, Μ., Συρίγου, Α. 2006. Πρόληψη καρκίνου του μαστού, στάσεις και γνώσεις των σπουδαστών των ΤΕΙ.
- ✚ Δραγασάκη Μ. 2009, Πρόληψη καρκίνου μαστού και καρκίνου τραχήλου μήτρας: Διερεύνηση αναγκών στο γυναικείο πληθυσμό ευθύνης του Περιφερειακού Ιατρείου Γαλάτιστας.
- ✚ Ιωαννίδου-Μουζάκα, Λ. & Καρυδά, Ε. 2007. Κλινική Εικόνα και Θεραπευτική Αντιμετώπιση των Καλοήθων Παθήσεων του Μαστού. Σύγχρονη Μαστολογία. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης: 199-218
- ✚ Κελλαρτζής, Δ. και συν. 2009. Ανατομία, φυσιολογική διάπλαση και διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 21, 2:115-121
- ✚ Κοσμίδης, Χ. και συν. 2009. Καρκίνος του Μαστού στον άνδρα. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 21,2:180-186
- ✚ Κυπριωτάκη, Α., Σταματάκη, Σ., Τοψαχαλίδης, Ε. 2007, Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης.
- ✚ Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. 2006. Συχνότητα του γυναικολογικού καρκίνου τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και στον κόσμο. Πρόληψη του Γυναικολογικού Καρκίνου. University Studio Press: 19-28
- ✚ Λάγιου, Α. 2008. Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25,6: 742-48
- ✚ Σγουράκης, Γ. 2006, Ανατομία και φυσιολογία του μαστού
- ✚ Στεφανογιάννης, Γ. 2005. Διάγνωση Καρκίνος, ένας πλήρης οδηγός. Εκδόσεις Π.Ε.Β.Ε. Ηράκλειο, 174-183
- ✚ Φύσσας, Γ. 2006. Ο μαστός και οι παθήσεις του. Εκδόσεις Λιβάνη

Παράρτημα Α' : Ερωτηματολόγιο

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ
ΣΥΝΗΘΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»**

Ερωτηματολόγιο

A. Δημογραφικά στοιχεία

A1. Ηλικία: 18 – 30

31 – 40

41 – 50

51 – 60

61 – 70

A2. Επάγγελμα: Ιδιωτική υπαλληλος

Δημόσιος υπάλληλος

Αυτοαπασχολούμενη

Οικιακά

Άνεργη

A3. Εκπαίδευση: Δημοτικό – Γυμνάσιο

Λύκειο

Ανώτερη - Ανώτατη Εκπαίδευση (ΑΕΙ-ΤΕΙ)

Μεταπτυχιακό

Διαδακτορικό

A4. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα: Έως 10.000€

10.000€ - 18.000€

18.000€ - 25.000€

25.000€ - 30.000€

Άνω των 30.000€

A5. Τόπος Διαμονής: Ημιαστική Περιοχή (χωριό, κωμόπολη)

Αστική Περιοχή (πόλη)

Νησιωτική Περιοχή

A6. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη
Έγγαμη
Διαζευγμένη
Χήρα

B. Ιστορικό

B1. Αριθμός παιδιών: Κανένα
Ένα
Δύο
Τρία
≥ Τέσσερα

B2. Η τεκνοποίηση έγινε με: Φυσιολογική σύλληψη
Πρόκληση ωορρηξίας
Εξωσωματική

B3. Είστε στην περίοδο: Εμμηνορρυσίας
Κλιμακτήριο
Εμμηνόπαυσης

B4. Σημειώστε αν έχετε κάποια από τις κάτωθι γυναικολογικές παθήσεις:

Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Κολπίτιδα

Τραχηλίτιδα

Κονδυλώματα

Ινομώματα

Ενδομητρίωση

Καρκίνο του τραχήλου

Καρκίνο του ενδομητρίου

Καρκίνο των ωοθηκών

Άλλο:.....

B5. Έχει προσβληθεί από καρκίνο του μαστού κάποιος από το οικογενειακό σας περιβάλλον;

Ναι

Όχι

(Αν απαντήσατε αρνητικά στην συγκεκριμένη ερώτηση, παρακαλώ παραλείψτε τις 2 επόμενες ερωτήσεις.)

B6. Βαθμός συγγένειας με τον ασθενή: Μητέρα
Πατέρας
Σύζυγος
Παιδί
Αδελφή
Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε):

B7. Ηλικία ασθενή: <20
21 – 30
31 – 40
>41

Γ. Ενημέρωση

Γ1. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το ποιος είναι κατά την γνώμη σας ο συχνότερος καρκίνος για το γυναικείο φύλο:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ					
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ					
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ					
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ					

Γ2. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το από πού ενημερώνεστε περισσότερο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ – ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ					
ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ, ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ, ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ)					
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ					
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ					
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ					
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ					
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ					
ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ/Η					
ΆΛΛΟ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ)					

Γ3. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
ΗΛΙΚΙΑ					
ΚΑΠΝΙΣΜΑ					
ΑΛΚΟΟΛ					
ΑΓΧΟΣ					
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ					
ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ					
ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΛΙΠΗ					
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (πχ. ΚΛΙΜΑ)					
ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ/ΡΑΔΙΟΕΝΕΡΓΕΙΑ					

Γ4. Συμπληρώστε τους παρακάτω πίνακες βάζοντας (x) στους παρακάτω παράγοντες ανάλογα με το πόσο πολύ πιστεύετε ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού:

	ΑΥΞΑΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΑΥΞΑΝΕΙ ΛΙΓΟ	ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΟΛΥ	ΑΥΞΑΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ					
ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ & ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ					
ΘΗΛΑΣΜΟΣ					
ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ					
ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ					
ΒΕΒΑΡΥΜΜΕΝΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ					
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ					
ΑΤΕΚΝΙΑ					
ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ					
ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ					

	ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΜΕΙΩΝΕΙ ΛΙΓΟ	ΜΕΙΩΝΕΙ ΜΕΤΡΙΑ	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΟΛΥ	ΜΕΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ					
ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ & ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ					
ΘΗΛΑΣΜΟΣ					
ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ					
ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ					
ΒΕΒΑΡΥΜΜΕΝΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ					
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ					
ΑΤΕΚΝΙΑ					
ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ					
ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ					

Γ5. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε;

- Αυτοεξέταση
 Ψηλάφηση μαστού
 Μαστογραφία
 Υπερηχογράφημα
 Θερμογραφία
 Ξηρογραφία
 Έλεγχος γονιδίων BRCA1 και BRCA2
 Μαγνητική μαστογραφία
 Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Γ6. Πιστεύετε ότι ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος αυξάνει το ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας;

- ΝΑΙ
 ΟΧΙ
 Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Γ7. Πιστεύετε πως αν υπάρξει μεγαλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους πρόληψης καρκίνου του μαστού, θα βοηθούσε περισσότερο στην έγκαιρη διάγνωσή του;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Γ8. Ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται; Όχι

Ναι, σε μικρό ποσοστό

Ναι, σε μεγάλο ποσοστό

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Γ9. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί; Όχι

Ναι, σε μικρό ποσοστό

Ναι, σε μεγάλο ποσοστό

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε).....

Γ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πώς και πόσο νομίζετε μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ					
ΜΕ ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΛΚΟΟΛ					
ΜΕ ΣΥΧΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΓΙΑΤΡΟ					
ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ					
ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ					
ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΑΣΚΗΣΗ					
ΑΛΛΟ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ)					

Γ11. Κάθε πότε πιστεύετε ότι πρέπει να επισκέπτεστε τον ειδικό ιατρό για έλεγχο;

Κάθε χρόνο

Κάθε 2 χρόνια

Όποτε υπάρχει κάποιο σύμπτωμα

Όποτε το θυμάμαι

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Γ12. Θεωρείτε ότι μια γυναίκα κάτω των 35 ετών πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο;

Ναι

Όχι

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Γ13. Μετά από ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να υποβάλλεστε σε αυτοεξέταση μαστού;

Μετά τα 18

Μετά τα 35

Μετά τα 40

Μετά τα 50

Μετά τα 60

Ανεξαρτήτου ηλικίας εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Γ14. Μετά από ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να υποβάλλεστε σε μαστογραφία;

Μετά τα 18

Μετά τα 35

Μετά τα 40

Μετά τα 50

Μετά τα 60

Ανεξαρτήτου ηλικίας εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Γ15. Μπορεί η μαστογραφία να μην αναδείξει έναν καρκίνο;

Ναι

Όχι

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Γ16. Υπάρχει κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας;

Ναι

Όχι

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Γ17. Πότε θεωρείτε ότι υπάρχει κληρονομικότητα για καρκίνο του μαστού;

Όταν έχει/είχε η μητέρα καρκίνο του μαστού

Όταν έχει/είχε μητέρα και αδερφή καρκίνο του μαστού

Όταν έχει/είχε η γιαγιά καρκίνο του μαστού και κανείς άλλος στην οικογένεια

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

4. Συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Δ1. Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία; Ναι \ Όχι

Δ2. Έχετε κάνει ποτέ υπερηχογράφημα μαστών; Ναι \ Όχι

Δ3. Έχετε επισκεφτεί ποτέ ειδικό ιατρό; Ναι \ Όχι

Δ4. Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση; Κάθε εβδομάδα
Κάθε μήνα
Δύο φορές το χρόνο
Μία φορά το χρόνο
Όποτε με πονάει
Όποτε το θυμάμαι
Δεν κάνω αυτοεξέταση
Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Δ5. Κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης είχατε ψηλαφίσει ποτέ κάτι που σας φάνηκε ύποπτο στο στήθος σας; ΝΑΙ \ ΟΧΙ

Δ6. Αν ναι, πήγατε στον γυναικολόγο; ΝΑΙ \ ΟΧΙ

Δ7. Ποια πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη χρονική περίοδος για την αυτοεξέταση μαστού;

Πριν την περίοδο

Στα μέσα του κύκλου

Μετά το τέλος της περιόδου και ως τα μέσα του κύκλου

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Δ8. Κάθε πότε υποβάλεστε σε κλινική εξέταση ή μαστογραφία;

Δύο φορές το χρόνο

Μία φορά το χρόνο

Κάθε δύο χρόνια

Ποτέ

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε).....

Δ9. Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η κατάλληλη περίοδος για να γίνει μια μαστογραφία;

Πριν την περίοδο

2-3 μέρες μετά την περίοδο

Στη φάση της ωορρηξίας

Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

Δ10. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (x) ανάλογα με το πόσο οι παρακάτω λόγοι θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία):

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
ΦΟΒΟΣ/ΔΙΣΤΑΓΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ					
ΑΜΕΛΕΙΑ/ΑΝΑΒΛΗΤΙΚΟΤΗΤΑ					
ΝΕΑΡΟ ΗΛΙΚΙΑΣ					
ΝΤΡΕΠΟΜΑΙ					
ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΡΟΝΟ					
ΔΕΝ ΕΙΧΑ ΚΑΝΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ					
ΕΧΩ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ					
ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ					
ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΥΚΟΛΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ					
ΑΛΛΗ ΑΙΤΙΑ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ)					

Δ11. Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις;

Κάθε 6 μήνες

Κάθε χρόνο

Κάθε 2 χρόνια

Σπάνια

Καθόλου

Άλλο (αναφέρετε).....

Δ12. Πιστεύετε ότι η ενημέρωση που υπάρχει σε σχέση με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι επαρκής; Ναι \ Όχι

Δ13. Εσείς, τι θα προτεινάτε για πληρέστερη ενημέρωση σας; (Αναφέρετε τις προτάσεις σας)

.....

*Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
 Παρακαλώ ελέγξτε αν έχετε συμπληρώσει όλες τις ερωτήσεις.*

Παράρτημα Β' : Συνεντεύξεις

Χρήστος Μαρκόπουλος, MD, PhD, FEBS

Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Πρόεδρος Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού

Μέλος ΔΣ της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικών στον Καρκίνο του Μαστού

1) Σε περίπτωση που μια γυναίκα ψηλαφήσει κάτι σκληρό στο στήθος, πρέπει να επισκεφτεί αμέσως τον γιατρό;

Εάν μία γυναίκα ψηλαφήσει κάποιο ογκίδιο ή παρατηρήσει κάποια αλλαγή στο μαστό της, δεν θα πρέπει να πανικοβληθεί. Όλα τα ογκίδια δεν οφείλονται σε καρκίνο. Θα πρέπει όμως να απευθυνθεί άμεσα στο γιατρό της, ο οποίος θα κάνει τη πρώτη αξιολόγηση και εάν χρειασθεί θα την παραπέμψει για περαιτέρω έλεγχο.

2) Αν δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένεια, τότε υπάρχουν λιγότερες πιθανότητες να προσβληθεί μια γυναίκα από καρκίνο του μαστού;

Οι γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού (για παράδειγμα την μητέρα τους ή την αδελφή τους με καρκίνο του μαστού) έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τον υπόλοιπο γυναικείο πληθυσμό. Όταν δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό, τότε έχουν τον ίδιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού με τις υπόλοιπες γυναίκες.

3) Εάν ο έλεγχος για τα γονίδια BRCA_{1/2} βγει αρνητικός, δεν υπάρχει κίνδυνος για καρκίνο του μαστού;

Οι γυναίκες στις οποίες έχει βρεθεί βλάβη στο γονίδιο BRCA_{1/2} έχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (κληρονομικός καρκίνος). Εάν ο έλεγχος για τα γονίδια βγει αρνητικός, τότε εξακολουθούν να έχουν τον ίδιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού όπως η κάθε γυναίκα.

4) Είναι μύθος ότι οι γυναίκες που θηλάζουν έχουν μικρότερο ποσοστό εμφάνισης καρκίνου του μαστού;

Όχι δεν είναι, διότι συνήθως κατά την διάρκεια του θηλασμού αναστέλλεται η έμμηνος ρύση και έχουν συνολικά μικρότερη χρονική διάρκεια επίδρασης των οιστρογόνων στον μαστό

τους. Έχει βρεθεί στατιστικά ότι οι γυναίκες που έχουν θηλάσει έχουν μικρότερο κίνδυνο από αυτόν του γυναικείου πληθυσμού.

5) Όταν μια γυναίκα έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή, τότε μπορεί να επανέλθει στις καθημερινές της δραστηριότητες;

Θεωρώντας ότι η μετεγχειρητική πορεία είναι όπως συνήθως καλή, σε πλήρη δραστηριότητα μπορεί να επανέλθει σε περίπου 3 εβδομάδες.

6) Η κακή ψυχολογική κατάσταση επιδρά στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Όταν μια γυναίκα διαγνωστεί ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού, τί ρόλο παίζει η ψυχολογία;

Δεν έχουμε στοιχεία που να δείχνουν ότι η κακή ψυχολογική κατάσταση μιας γυναίκας μπορεί να την οδηγήσει στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Βεβαίως σε μια γυναίκα με διάγνωση καρκίνου του μαστού, η καλή ψυχολογική της κατάσταση και η υποστήριξη από το περιβάλλον της θα την βοηθήσει σημαντικά να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της υγείας της και να επανενταχθεί ευκολότερα και γρήγορα στην καθημερινότητα της πριν από την διάγνωση του καρκίνου ζωής της.

7) Πρόσφατα σε κάποιο δημοσίευμα μια γυναίκα κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης της διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού σε προχωρημένο στάδιο. Η ίδια αρνήθηκε οποιαδήποτε θεραπεία μέχρι να γεννήσει. Γνωρίζω ότι η απόφαση είναι προσωπική κάθε ασθενούς, αλλά εσείς πώς κρίνετε την απόφασή της και τί θα συμβουλευάτε εσείς μια ασθενή σας σε ανάλογη περίπτωση;

Ο καρκίνος που διαπιστώνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα στο 1^ο τρίμηνο, είναι πράγματι ένα σημαντικό πρόβλημα, διότι σε μια χαρούμενη στιγμή στη ζωή της γυναίκας (εγκυμοσύνη) εμπλέκεται η διαπίστωση ενός δυσάρεστου συμβάντος (καρκίνου του μαστού), που δυνητικά απειλεί την ζωή της. Σίγουρα θα πρέπει να υποβληθεί στην πέπουσα θεραπεία, η οποία μερικές φορές (1^ο τρίμηνο κύησης) μπορεί να απαιτεί την διακοπή της εγκυμοσύνης. Η επιλογή της ασθενούς να μην υποβληθεί σε καμία θεραπεία μέχρι να γεννήσει, εμπεριέχει μεγάλο κίνδυνο για την ζωή της γυναίκας και δεν θα με εύρισκε σύμφωνο σε καμία περίπτωση, παρόλο το δικαίωμα της κάθε ασθενούς να αποφασίζει για τον εαυτό της. Θα πρέπει όμως να αναλογιστούμε ότι θα θέλαμε μια υγιή μητέρα ικανή να μεγαλώσει το παιδί της.

8) Τι είναι το τεστ παπ μαστού και ποια η γνώμη σας για αυτό;

Το τεστ παπ μαστού είναι μια κυτταρολογική εξέταση υλικού-εκκρίματος από τη θηλή του μαστού που λαμβάνεται με μια ειδική συσκευή αναρρόφησης και συλλογής του. Είναι σχετικά ανώδυνη, εύκολη και γρήγορη τεχνική αναρρόφησης υλικού, το οποίο προέρχεται από όλους τους πόρους του μαζικού αδένου (μη δυνατότητα εντοπισμού σε περίπτωση θετικού ευρήματος).

Στην περίπτωση ανεύρεσης άτυπων επιθηλιακών κυττάρων, η ασθενής κατατάσσεται σε ομάδα υψηλού κινδύνου και θα πρέπει να της συστηθεί παρακολούθηση. Στην περίπτωση ανεύρεσης καρκινικών κυττάρων και εφόσον δεν υπάρχουν απεικονιστικά ευρήματα στην μαστογραφία, το υπερηχογράφημα ή την μαγνητική τομογραφία μαστών, δημιουργείται πρόβλημα στον χειρισμό της ασθενούς, λόγω αδυναμίας από τη φύση της τεχνικής να μας υποδείξει το σημείο προέλευσής τους από το μαζικό αδένου.

Μέχρι και σήμερα δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για την κλινική σημασία και τα αποτελέσματα της μεθόδου στον έλεγχο ασυμπτωματικών γυναικών. Δυστυχώς, η μέθοδος έχει κατά καιρούς ψευδώς διαφημισθεί ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το screening ασυμπτωματικών γυναικών, αντικαθιστώντας τη μαστογραφία. Τούτο οδήγησε σε πρόσφατη ανακοίνωση-οδηγία του FDA της Αμερικής (Δεκέμβριος 2013), που επιστά την προσοχή των καταναλωτών-γυναικών για παραπλανητική διαφήμιση και τονίζει ότι οι γυναίκες δεν πρέπει για κανένα λόγο να βασιστούν μόνο στο τεστ παπ για τον έλεγχο των μαστών τους, αλλά θα πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες ελέγχου (screening) με μαστογραφία. Για τους ίδιους λόγους, μια από τις εταιρείες απέσυρε από την αγορά την συσκευή της (MASCT).

Όσον αφορά την αιματηρή έκκριση της θηλής, αυτή συνήθως οφείλεται σε ενδοπορικό θήλωμα (καλοήθης όγκος με δυνατότητα εξαλλαγής σε καρκίνο μετά από κάποιο χρονικό διάστημα) και στις περιπτώσεις αυτές με ειδική τεχνική εντοπίζεται ο σχετικός πόρος από τον οποίο προέρχεται το αίμα και αφαιρείται. Σε μικρό ποσοστό των ασθενών η αιματηρή ρήση οφείλεται σε καρκίνο (περίπου 5%) και σε αυτές τις περιπτώσεις ακολουθείται η αναγκαία θεραπεία.

9) Πιστεύετε ότι η ενημέρωση που υπάρχει σε σχέση με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι επαρκής και τί θα προτείνατε για την πληρέστερη ενημέρωση των γυναικών;

Σίγουρα η ενημέρωση των γυναικών σε σχέση με την πρόληψη-διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι σήμερα πολύ μεγαλύτερη από ότι στο παρελθόν. Υπάρχει όμως αρκετός δρόμος ακόμη και προς την κατεύθυνση αυτή κινούνται τόσο ειδικές επιστημονικές ομάδες (όπως η Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Μαστού), όσο και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, όπως οι Σύλλογοι “Άλμα Ζωής” (Πανελλήνιος σύλλογος γυναικών με καρκίνο μαστού) και “Αγκαλιάζω” (Ομίλος Εθελοντών κατά του καρκίνου). Ειδικά κάθε Οκτώβριο (μήνας ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού) λαμβάνει χώρα πλήθος εκδηλώσεων για την ενημέρωση του πληθυσμού.

10) Τέλος, θα ήθελα να κλείσω αυτήν την συνέντευξη με ένα μήνυμά σας ως σύμβουλος-γιατρός προς τις γυναίκες, είτε πάσχουν, είτε όχι από τον καρκίνο του μαστού για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την ενημέρωσή τους;

Το μήνυμα που θα ήθελα να δώσω στις Ελληνίδες είναι ότι ο καρκίνος του μαστού δεν είναι πια μια θανατηφόρος νόσος, όπως παλιά, με την προϋπόθεση όμως ότι θα διαγνωσθεί γρήγορα και σε αρχικό στάδιο. Όλες οι γυναίκες, ειδικά μετά την ηλικία των 40 ετών, θα πρέπει να υποβάλλονται σε ετήσιο έλεγχο των μαστών τους με μαστογραφία και κλινική εξέταση-αξιολόγηση από εξειδικευμένου χειρουργό μαστού. Η έγκαιρη διάγνωση σώζει ζωές.

Μέσα από τα μάτια μιας νοσηλεύτριας

Ήταν άσχημα τα λευκά δωμάτια της κλινικής μας όταν ήταν γεμάτα.

Έμοιαζαν με φυλακές. Μέσα τους έκρυβαν ανθρώπινες ιστορίες, πόνους και κάποια χαμόγελα, που ήταν το βασικό όπλο όλων μας εδώ μέσα.

Χθες ήρθε στην κλινική να εγχειριστεί η Αγγελική. Ο γιατρός της είχε πει πως ήταν ένας όγκος στο στήθος και έπρεπε να αφαιρεθεί. Η Αγγελική μπήκε στο λευκό δωμάτιο στις δέκα και βγήκε στις τέσσερις.

Αφού συνήλθε πήγα δίπλα της, έπιασα το χέρι της και την άκουσα. Αυτή ήταν η δουλειά μου, να αγγίζω τα χέρια αυτών των γυναικών και να μοιραζόμαστε λίγο τον πόνο ή τη δύναμη. Χτίζαμε αμφίδρομη σχέση από το πρώτο δευτερόλεπτο και η καθεμιά έδινε στην άλλη ό,τι της έλειπε. «Ήμουν διακοπές. Έπιασα κάπως το στήθος μου στο μπάνιο και ένιωσα ένα γρουμπουλάκι. Το προσπέρασα. Τελείωσαν οι διακοπές κι αυτό ήταν εκεί και είχε εμφανιστεί και ένας μικρός πόνος. Φοβήθηκα. Δεν ήθελα να σκεφτώ τι μπορεί να ήταν. Άλλωστε ήταν προς τη μασχάλη όλο αυτό και κάπως μια αισιοδοξία την είχα. Πήγα στο γιατρό και μου είπε πως το προλάβαμε. Και μάλλον το προλάβαμε.

Τώρα νομίζω θα γίνω καλά. Αν και πριν καλά ένιωθα. Πώς γίνεται να νιώθεις καλά και να μην είσαι, δεν μπορούσα να το καταλάβω.» Η Αγγελική μου κρατούσε σφιχτά το χέρι, με όση δύναμη θα μπορούσε να έχει κανείς μετά από μία μεγάλη εγχείρηση. Την κοιτούσα στα μάτια, αλλά το μάτι μου πήγαινε σε μία φωτογραφία που είχε στο κομοδίνο με την κόρη και τον άντρα της. Με έβλεπε που κοιτούσα.

«Αυτοί είναι οι θησαυροί μου», μου είπε, «Ξέρεις τι; Νομίζω πως ο καρκίνος τους φοβάται κάτι τέτοιους θησαυρούς και κάνει πίσω. Αν ήταν άνθρωπος ο καρκίνος, θα ήταν σκυθρωπός και μαυροφορεμένος κι εμείς κάναμε μια συμφωνία με τους θησαυρούς μου. Θα ντυνόμαστε με πολύχρωμα ρούχα και θα χαμογελάμε. Τα τρέμει ο καρκίνος αυτά.»

Της βάζω στο χέρι ένα χαρτί, με τη συνταγή του γιατρού. Ένα χάπι για τα επόμενα τρία χρόνια και κάποιες χημειοθεραπείες. Τα διαβάξει σα να διαβάξει ποίημα αγαπημένου ποιητή. Απόρησα πως είχε τόση ηρεμία μέσα της. «Ναι», μου λέει. «Μόνο ένα πρόβλημα έχω. Δε

μου πηγαίνουν οι περούκες. Ακόμη και στις απόκριες, πιο μικρή με τον άντρα μου, τα άφηνα πάντα ελεύθερα τα μαλλιά μου.» Έκανε προσπάθειες να γελάσει, κρατούσε τους όρκους που είχε δώσει και ήξερε πως κάποια άλλη αντίδραση δε θα ωφελούσε.

«Ξέρεις τι; Σε εκείνο το ταξίδι που σου έλεγα πριν, είχα αγοράσει κάτι μαντήλια, γαλάζια με ασημένιες λεπτομέρειες. Θα μου πηγαίνουν λες;» Τι να της έλεγα; Πως εξηγείται αυτή η δύναμη και από πού βγαίνει; Από πού την έπαιρνε; Όχι από εμένα, δεν είχα τόση να δώσω. Ούτε διάθεση συμπονετική είχα, δεν ταιριάζουν αυτά εδώ.

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες. Αν κάτι ίσως δεν γνωρίζουμε, είναι ότι μπορεί να προσβάλλει και άντρες. Έχει στρατηγική αντιμετώπισης ο καρκίνος κι αυτή είναι τριπλή: πρόληψη, πρόωμη διάγνωση, θεραπεία. Να αγγίζεις το στήθος σου και να αυτοεξετάζεσαι. Μην ξεχνάς πως ο σύντροφός σου είναι κι αυτός υπεύθυνος για την υγεία σου. Έχεις δίπλα σου ένα μικρό γιατρό που μπορεί να σε εξετάσει κι εκείνος. Η μαστογραφία, αν είσαι πάνω από σαράντα είναι απαραίτητη κάθε χρόνο, διότι ο καρκίνος στρέφεται σε αυτές τις ηλικίες. Και οι μικρότερες, όμως, οφείλουν στον εαυτό και την υγεία τους να ελέγχονται, κάθε δύο με τρία χρόνια.

Είχα αφαιρεθεί και η Αγγελική είχε βρει ένα συνδετήρα, για να καρφισώσει τη συνταγή του γιατρού πίσω από τη φωτογραφία. «Αν δεν φτάσει ο άνθρωπος στο χείλος του γκρεμού, δε θα βγάλει η ράχη του φτερούγες να πετάξει, μου έχει γράψει η κόρη μου εδώ πίσω. Ο Καζαντζάκης δεν το έλεγε αυτό;» Χαμογέλασα και της κούνησα καταφατικά το κεφάλι. Η Αγγελική το είχε μέσα της το φάρμακο, οι συνταγές του γιατρού ήταν βοηθητικές.

Θα συνεχίσει να πετάει σε αυτόν τον κόσμο, θα συνεχίσει να δίνει αγάπη, μαζί με τη συμμορία της, την οικογένειά της. Θα φοράει, για λίγο, αυτά τα πολύχρωμα μαντήλια των διακοπών και θα αρχίσει να διαβάζει και Καζαντζάκη, μου είπε.

Και επειδή τα δωμάτια των κλινικών πρέπει να είναι άδεια, αυτοεξετάσου, αυτοελέγξου, αγαπήσου. Ο άνθρωπος έχει μέσα του τα υλικά που χρειάζεται για να σηκώνεται κάθε φορά που πέφτει. Κι αν τα υλικά αυτά σου έχουν τελειώσει, σήκωσε το βλέμμα σου και πιάσου από αυτό το χέρι που θα δεις πρώτο.

Συνέντευξη(μαρτυρία) μια γυναίκας που πάσχει από καρκίνο του μαστού

Την Χριστίνα που γνωρίζω. Όχι καλά. Αλλά.. Ίσως και καλά. Αυτή την Χριστίνα την πιτσιρίκα, με το ωραίο χαμόγελο, τη δυνατή φωνή, τα χαχαχούχα και τη φαν αύρα του ποστ μόντερν... Η χαρούμενη, υπεράνω κάθε υποψίας πιθανής δυστυχίας ή πρόβλεψης ενδεχόμενης μικρομελαγχολίας, Χριστίνα. Που μια μέρα, πριν από λίγους μήνες. Ένα πρωί με ωραίο καιρό, σε μια ταράτσα ψηλή, λίγο πιο κοντά στα σύννεφα, ήρθε και μου είπε: Έχω καρκίνο του μαστού.

Σε αυτή τη Χριστίνα είναι αφιερωμένη η σκέψη μου εδώ, αλλά και σε κάποια άλλη. Κάπου αλλού. Που κι αυτή κοιτάει τον καρκίνο κατάματα. Μήνες τώρα. Βδομάδες, ώρες ατελείωτες. Σε δωμάτια νοσοκομείων, στο δρόμο, σε ένα μπαρ, σε μοναχικά κρεβάτια το βράδυ. Πριν τον ύπνο. Ή μετά από αυτόν. Τον καρφώνει μες το μάτι. Και... Μπορεί να είμαστε όλοι γύρω τους. Μπορεί να τους κοιτάμε. Μπορεί να τους αγγίζουμε. Μπορεί να της μιλάμε, να την φιλάμε, να την αγκαλιάζουμε.. Όμως το ξέρουν και το ξέρουμε καλά. Είναι μόνοι τους. Αυτοί οι δύο κοιτάζονται μόνοι τους. Μέχρι ο ένας να λυγίσει.

Λοιπόν. Η Χριστίνα δεν λύγισε. Κέρδισε. Και εδώ μιλάει για αυτό.

Ήθελες να μιλήσεις από την αρχή για την περιπέτεια με τον καρκίνο. Γιατί;

«Η αλήθεια είναι πως όταν διαγνώστηκα με καρκίνο του μαστού δεν το πίστευα. Άκουγα συνεχώς ιστορίες, όμως ποτέ δεν πίστευα ότι θα συνέβαινε κάτι τέτοιο σε μένα. Όσο περνούσε ο καιρός και μιλούσα για αυτό με φίλους μου, όλοι είχαν και μια ιστορία να μου πουν, μια συμβουλή να μου δώσουν. Νομίζω πως το να μιλάω ανοιχτά και να μη ντρέπομαι για αυτό που έχω, μου έδωσε τη δύναμη να δω κατάματα την ίδια την αρρώστια και να αντιμετωπίσω τον καρκίνο χωρίς φόβο»

Πως τον εντόπισες και σε ποιά στάδιο βρισκόταν;

«Μετά από ένα μικρό χτύπημα, που δέχτηκα από την κόρη μου στο στήθος μπήκα στον πειρασμό να πιέσω το στήθος μου προκειμένου να δω τι υγρό βγάζει. Αυτή ήταν μια τακτική την οποία μου είχε μάθει ο γυναικολόγος όταν ήμουν έγκυος. Μου έλεγε πάντα, θα κάνεις μασάζ στο στήθος και θα το πιέξεις για να δεις τι υγρό βγαίνει (εννοούσε αν ήταν ορώδες ή γαλακτώδες). Όταν το πίεσα λοιπόν έβγαλε αίμα. Καθαρό κόκκινο αίμα. Την επόμενη μέρα πήγα στο νοσοκομείο, έκανα μια μαστογραφία και έναν υπέρηχο. Αρχικά, η μαστογραφία μου ήταν καθαρή. Δεν υπήρχε καμία ύποπτη εικόνα όπως συχνά, δείχνει σε αρκετές γυναίκες και στον υπέρηχο που ακολούθησε φάνηκε ένα θήλωμα. Η επόμενη κίνηση ήταν αν δω αμέσως το μαστολόγο να κάνει μια ταχεία βιοψία του εκκρίματος και να κανονίσουμε την ημερομηνία της εξαγωγής αυτού προκειμένου να γίνει και η βιοψία. Η επέμβαση έγινε μετά από 3 μέρες και μετά από 20 ημέρες όταν πήραμε τη βιοψία στα χέρια μας διεγνώστηκα με in situ πορογενές διηθητικό καρκίνωμα μαστού βαθμού κακοήθειας III» .

Πως ένιωσες;

«Σοκαρίστηκα με την απάντηση, ναι ήταν out of the blue . Πρέπει να ομολογήσω πως δεν περίμενα ένα απλό θήλωμα να δείξει καρκίνο. Άλλωστε οι πιθανότητες του να συμβεί κάτι

τέτοιο ήταν ελάχιστες κοντά στο 10%. Δεν μπορώ να το περιγράψω με λόγια όμως. Είναι μια στιγμή πολύ άσχημη».

Τι έκανες εκείνη την ώρα;

«Αμέσως είπα και τώρα τι κάνουμε. Δεν πρόλαβα να νιώσω. Η στιγμή που το βλέπεις γραμμένο και στο λένε, είναι από μόνη της τόσο δυνατή που όταν ξαφνικά το συνειδητοποιήσεις αδειάζεις. Θυμάμαι, ότι μετά από πέντε ώρες αναμονής προκειμένου να δω όλους τους γιατρούς και να οριστικοποιηθεί η ημερομηνία της επέμβασης και των εξετάσεων που έπρεπε να γίνουν, κατέρρευσα. Κατέβηκα κάτω στο μπαρ του νοσοκομείου και ήπια ενα ποτό να ηρεμήσω. Ευτυχώς δεν ήμουν μόνη».

Τι ακολούθησε μετά;

«Οι εξετάσεις.. Αξονικές, μαγνητικές, γενικές αίματος, εξετάσεις καρδιάς, γυναικολογικές κτλ».

Ποιές ήταν οι πολύ δύσκολες στιγμές;

«Υπήρξαν πολλές δύσκολες στιγμές. Οι πιο δύσκολες όμως ήταν πάντα στην αρχή. Όταν έκανα τη διπλή μαστεκτομή και γύρισα σπίτι εκεί κατέρρευσα. Σκεφτόμουν πόση υπομονή πρέπει να κάνω και αυτό με διέλυε. Η προσπάθεια ήταν καθημερινή. Να προσπαθήσω λίγο λίγο και να αισθανθώ καλά. Υπομονή ψιθύριζα μέσα μου, κάθε μέρα. Μετά ήρθε η χημειοθεραπεία. Αυτό, εκτός από δύσκολο ήταν και επώδυνο. Υπήρχαν στιγμές που δεν ήθελα το σώμα μου, δεν είχα όρεξη να κάνω τίποτα, δεν ήθελα να μιλάω σε κανέναν. Έκλαψα πολύ και όταν λέω πολύ το εννοώ. Και με βοήθησε πολύ αλλά δε το έκανε καλύτερο. Αυτό που σκεφτόμουνα πια ήταν ότι αφού δεν είχα επιλογή, έπρεπε να το υποστώ και όσο μπορώ να χαμογελώ για να συνεχιστεί πιο ήρεμα αυτό το διάστημα».

Υπήρχε εναλλαγή συναισθημάτων και τι την πυροδοτούσε;

«Η αλλαγή των συναισθημάτων μου ήταν καθημερινό φαινόμενο πια. Ο σωματικός πόνος δε μου προκαλούσε αμφιθυμία γιατί έπρεπε να τον ξεπεράσω γρήγορα για να ανταπεξέλθω. Όταν έφυγε ο σωματικός πόνος τη θέση πια πήρε η ναυτία, η αλλαγή της εμφάνισης, η εξάντληση, η αηδία στο στόμα, στο σώμα και στο μυαλό. Όλα αυτά ήταν υπέρ -αρκετά από μόνα τους για να με κάνουν να είμαι ψυχολογικά ευμετάβλητη».

Υπήρξαν σκέψεις για τον θάνατο;

«Θεωρώ τον εαυτό μου εξαιρετικά τυχερό. Δεν καθυστέρησα ούτε λεπτό από τη στιγμή που είδα το αίμα. Θέλω να πω με αυτό ότι η ζωή μπορεί να κρέμεται από μια λεπτή κλωστή, όμως βάζουμε και εμείς το χέρι μας σε αυτό. Ειλικρινά ποτέ δε σκέφτηκα ότι θα πεθάνω, η ανάγκη μου να γευτώ μέχρι και την τελευταία σταγόνα ζωής είναι πολύ μεγάλη. Από μόνο του όλο αυτό που πέρασα και περνάω ακόμα με μεγαλώνει βίαια. Όσον αφορά το θάνατο είναι κάτι φυσικό που δε θέλω να σκεφτώ αυτή τη στιγμή απλά γιατί δεν ήρθε η ώρα μου. Η αλήθεια είναι ότι πολλές φορές κατά τη διάρκεια αυτού του καλοκαιριού ξαγρύπνησα από

τις σκέψεις που δε με άφηναν και είδα το χάραμα, χάζεψα τον ουρανό και κάθε φορά νόμιζα πως κάποιος τον είχε ζωγραφίσει, χόρευα παρόλη τη κούραση που ένιωθα, περικυκλώθηκα από λίγους καλούς φίλους και ελάχιστους συγγενείς που ήθελαν να είναι μαζί μου, γέλασα μέχρι να κλάψω, έπαιξα σα μικρό παιδί, αγκάλιασα τα παιδιά που αγαπώ και αγάπησα περισσότερο τον άνθρωπο που με στηρίζει. Ολα αυτά τα ένιωσα αληθινά, έτσι γιατί με άφησα, όπως ακριβώς θέλω να είναι η ζωή μου από εδώ και πέρα».

Πες μου λίγα πράγματα για την απόφαση της διπλής μαστεκτομής.. Τι σε έκανε να πάρεις αυτή την απόφαση;

«Όταν βρέθηκα στο γραφείο του γιατρού και μου ανέλυσε τη βιοψία, μου είπαν ότι έχω μια επιλογή αν θέλω να απαλλαγώ μια και καλή και αυτή ήταν η αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή».

Στην πορεία και μέχρι να κάνεις την επέμβαση παλινδρομούσες αναφορικά με την απόφασή σου αυτή;

«Όχι, δεν παλινδρόμησα ποτέ, η απόφαση μου ήταν και παρέμεινε η ίδια από την αρχή έως το τέλος».

Και μετά πήγες για επέμβαση. Ποιές ήταν οι τελευταίες σου σκέψεις πριν την νάρκωση;

«Εκείνη την ημέρα δε θα τη ξεχάσω ποτέ. Το πρωί έκανα μια εξέταση η οποία ήταν αρκετά επίπονη. Όταν γύρισα στο νοσοκομείο άρχισαν να έρχονται όλοι οι φίλοι μου προκειμένου να με δουν πριν το χειρουργείο. Προσπαθούσα να είμαι καλά αλλά η καρδιά μου το ήξερε. Πρέπει να πω όμως πως γέλασα πολύ πριν το χειρουργείο. Μέχρι και φωτογραφία ζήτησα να με βγάλει η φίλη μου η Νεφέλη γυμνή για να με θυμάμαι. Μετά ήρθαν και με πήραν. Συνεχίστηκε η καλή διάθεση έως και λίγο πριν μου κάνουν την αναισθησία και μετά... διακοπή».

Και μετά ξύπνησες. Ποιές ήταν οι πρώτες σου σκέψεις και ποιό το πρώτο πράγμα που έκανες; Πως ένιωσες όταν δεν υπήρχε επάνω σου το στήθος σου;

«Όταν ξύπνησα εβρισα την αναισθησιολόγο. Αλήθεια. Το πιο σημαντικό όμως ήταν ότι ξύπνησα και ότι όλοι οι φίλοι μου ήταν εκεί στο δωμάτιο. Δεν καταλάβαινα τι συνέβαινε, ήταν όλα τόσο ζωντανά. Έκανα αστεία όσο μου το επέτρεπε η νάρκωση γιατί αισθανόμουν πολύ ζαλισμένη και προσπαθούσα να συνειδητοποιήσω αν αυτό που ζούσα ήταν αληθινό ή απλώς ζούσα κάτι που ήμουν και εγώ μέρος. Ένιωθα έντονα την αγωνία των δικών μου να μάθουν πως είμαι, πως αισθάνομαι και αν πονάω. Θυμάμαι το Στάθη το κολλητό μου να μου λέει ' είσαι δύναμη σε αγαπώ. Θυμάμαι το Ρενέ τον άντρα μου να μου πιάνει το χέρι και να μου δίνει ένα φιλή. Θυμάμαι και άλλα... πολλά. Όσον αφορά το στήθος, μπορεί να μην ήταν εκεί όμως αισθανόμουν ένα τεράστιο βάρος στο σημείο εκείνο. Οι γιατροί αμέσως μου εξήγησαν ότι όλο αυτό το βάρος προέρχεται εξαιτίας της τεχνικής που γίνεται προκειμένου να τοποθετηθούν τα ενθέματα. Οκ. Μπορεί να μην είχα το στήθος μου αλλά είχα σωθεί».

Ποιά ήταν η στάση των φίλων σου; Και πόσο τελικά σε βοήθησε σε όλο αυτό; Θέλω να πω.. Σε τέτοια πράγματα είμαστε ή δεν είμαστε μόνοι μας τελικά; Όσο κι αν παρίστανται και μας στηρίζουν άλλοι.

«Νομίζω πως η στάση των φίλων μου και εννοώ αυτών που πραγματικά με στήριξαν και με στηρίζουν ήταν φοβερή. Τα δύο πρώτα βράδια δεν ήθελα κανέναν παρά μόνο δυο φίλες μου οι οποίες έμειναν εναλλάξ. Όλα τα υπόλοιπα συνεχίστηκαν στο σπίτι. Δεν αισθάνθηκα ποτέ μόνη μου. Κάθε μέρα ερχόταν και κάποιος άλλος. Μου έφερναν φαγητά, γλυκά, με αγκάλιαζαν, με φρόντιζαν. Ήταν ξεκάθαρο ότι ήθελαν να μου φτιάξουν τη διάθεση και να με κάνουν να μιλήσω, να κλάψω. Με συγκινεί ακόμα και τώρα που το σκέφτομαι η ευθύτητα που είχαν αυτοί οι άνθρωποι και χαίρομαι που είναι φίλοι μου. Σε αυτές τις περιπτώσεις το κάθετι μικρό μετράει, πίστεψε με. Αυτοί που ήταν δίπλα μου, ξέρουν πολύ καλά πως ένιωθα».

Επηρέαστηκε καθόλου η συναισθηματική σχέση με τον σύντροφό σου;

«Η σχέση μου με τον εδώ και 14 χρόνια σύντροφό μου είχε πάντα τα σκαμπανεβάσματα της. Ή είσαι εκεί σε όλα ή φεύγεις. Ο άντρας μου είναι ένας πολύ δυνατός άνθρωπος, φυσικά με τις αδυναμίες του, και αυτό μου το μεταδίδει διαρκώς».

Και μετά μπήκες στην φάση της χημειοθεραπείας. Πόσες έκανες τελικά και πως ένιωσες μετά από την πρώτη;

«Έκανα 8 σχήματα χημειοθεραπείας. Η πρώτη χημειοθεραπεία ήταν απογοητευτική. Γύρισα στο σπίτι μετά από έξι ώρες κουρέλι. Έπεσα στο κρεβάτι μου και δε ξανασηκώθηκα ή τουλάχιστον δε ξανασηκώθηκα σωματικά γιατί αν και το προσπάθησα αισθανόμουν πολύ άσχημα. Είχα πολύ άσχημη διάθεση, πολύ άσχημη γεύση στο στόμα και ναυτία. Είναι κάτι πολύ βάρβαρο για το σώμα, που αν δε το βιώσεις δε μπορείς να το καταλάβεις. Πρέπει μόνο να το υπομείνεις».

Ποιά ήταν η στιγμή στην φάση της χημειοθεραπείας που είπες πως δεν αντέχεις άλλο και γιατί;

«Η χημειοθεραπεία από μόνη της, όπως σου είπα, είναι πολύ βίαιη για το σώμα. Για να είμαι απόλυτα ειλικρινής υπήρξαν πάρα πολλές φορές που λύγισα. Ειδικά όταν αισθανόμουν αυτή τη φοβερή κόπωση, όταν δε μπορούσα να κοιμηθώ τα βράδια, όταν πονούσε όλο μου το σώμα, όταν ζαλιζόμουν και είχα φριχτούς πονοκεφάλους, όταν δε είχα τη δύναμη να κάνω απλά καθημερινά πράγματα. Υπήρχαν όμως και πολλές στιγμές που με έπιανε το πείσμα μου και έλεγα εγώ θα τα κάνω ότι και να γίνει. Πίεσα τον εαυτό μου πολλές φορές. Κακώς τώρα που το σκεφτομαι. Πρέπει να αγαπάς και να φροντίζεις το σώμα σου».

Έχασες τα μαλλιά σου; Ή τι ακριβώς έγινε με αυτό το θέμα;

«Λίγο πριν αρχίσω τις θεραπείες έκοψα τα μαλλιά μου πολύ κοντά. Τη πρώτη μέρα στο νοσοκομείο αποφάσισα να κάνω τη κάσκα ψυχρής θεραπείας. Προκειται για μια μέθοδο η οποία αποτρέπει την αλωπεκία σε αυτούς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπείες και πραγματοποιείται στα περισσότερα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Φυσικά αυτή η μέθοδος δε σου εγγυάται 100% ότι δε θα χάσεις τα μαλλιά σου, όμως είπα από μέσα μου

γιατί να μη το δοκιμάσω. Ήταν πολύ επώδυνο. Κάθε φορά που έκανα τη θεραπεία μου πήγαινα με την ηλεκτρική μου κουβέρτα αφού έφευγα με κρυοπαγήματα και πόνους στις αρθρώσεις μου. Δε με πείραζε όμως γιατί η εμφανισή μου δεν άλλαξε δραματικά. Εντάξει έχασα λιγα φρύδια και όλες τις βλεφαρίδες, όμως το γεγονός ότι δεν έχασα τα μαλλιά μου με ενθάρρυνε. Πρόσεχα πολύ τον εαυτό μου».

Μπορείς να μου περιγράψεις ένα σέσιον χημειοθεραπείας από την στιγμή που ξεκινούσε μέχρι το τέλος της συνεδρίας με κάθε λεπτομέρεια;

«Ήμουν εκεί από τις οκτώ και μισή το πρωί. Αφού τελείωναν με μια γρήγορη λήψη πίεσης και θερμοκρασίας σώματος άρχιζε η προετοιμασία της χημειοθεραπείας με ορούς, αντιαλλεργικά και αντιεμετικά. Τη πρώτη κάσκα τη φορούσα 1 ώρα πριν αρχίσουν να πέφτουν τα φάρμακα. Η θερμοκρασία της κάσκας ήταν στους -32 βαθμούς και αυτό μου προκαλούσε φοβερό εκνευρισμό. Άλλωστε έπρεπε να μου την αλλάζουν κάθε 30 λεπτά. Η έγχυση των φαρμάκων δε διαρκούσε πολύ. Άντε να έπαιρνε 2 ώρες. Όλο το υπόλοιπο ήταν η θεραπεία για τα μαλλιά. Κατά τη διάρκεια ερχόντουσαν φίλοι καθόμασταν μιλάγαμε, γελάγαμε. Μια φορά γελάγαμε τόσο δυνατά που ήρθε η νοσοκόμα και μας έκανε “ευγενική” παρατήρηση. Πολλές φορές με έπιαναν τα κλάματα αλλά αμέσως συνερχόμουν. Είχα και μια τηλεόραση όμως τίποτα δε με ευχαριστούσε περισσότερο από το να μιλάω και να γελάω. Συνήθως μετά από έξι ώρες έφευγα, κατάκοπη και με μια λιγότερη θεραπεία στη πλάτη».

Ποιό ήταν το συναίσθημά σου μετά την τελευταία σου χημειοθεραπεία και ποιές οι σκέψεις σου;

«Όσο περίεργο και αν σου φαίνεται έφυγα και έκλαιγα. Ήταν και αυτό μια εμπειρία, από αυτές που δε αφήνουν αδιάφορη, τουλάχιστον εμένα. Χαιρέτησα τη νοσηλεύτρια που μου έβαζε τον καθετήρα κάθε φορά και με ρωτούσε πάντα με φοβερό ενδιαφέρον τα νέα μου. Τις κοπέλες στην υποδοχή, την προισταμένη των νοσοκόμων. Σίγουρα δε θα μου λείπει τίποτα από όλα αυτά αλλά αφού έπρεπε να το ζήσω και αυτό, το έκανα με το τρόπο που με ευχαριστούσε εμένα».

Με το στήθος σου τι γίνεται σε όλο αυτό το διάστημα; Έχει αποκατασταθεί ή ποιά ακριβώς είναι η διαδικασία;

«Η αποκατάσταση του στήθους μετά απο μια μαστεκτομή χωρίζεται σε τρια στάδια. Η α' φάση της αποκατάστασης έγινε τη στιγμή της μαστεκτομής. Τοποθετήθηκαν δύο διατατήρες που έφθασαν στο επιθυμητό μέγεθος 2 μήνες μετά από την επέμβαση. Σε ένα μήνα ξεκινάει η β' φάση της αποκατάστασης με την αλλαγή των ενθεμάτων και την τοποθέτηση σιλικόνης. Υπάρχει και γ' φάση αλλά δε γνωρίζω ακόμα το πότε θα ξεκινήσει και τι ακριβώς θα γίνει».

Η ερωτική ζωή πως επηρεάστηκε στο σύνολό της;

«Οι ερωτικές επαφές εκ των πραγμάτων μειώθηκαν και αυτό είναι λίγο εως πολύ λογικό μετά από μια τέτοια επέμβαση που απαιτεί πολύ ξεκούραση και καθόλου κινήσεις. Όμως και να μπορούσα, δεν είχα καμία όρεξη. Προσωπικά δε με πείραζε, επειδή όμως και ο Ρενέ το ήξερε αυτό, δεν είχε καμία απαίτηση».

Και τώρα σε αγαπάμε τουλάχιστον όπως πριν και είσαι για εμάς που σε γνωρίζουμε λίγο παραπάνω μια μικρή νικήτρια της ζωής. Υπάρχει κάτι που θα ήθελες να πεις σε μια γυναίκα που αντιμετωπίζει το ίδιο πρόβλημα;

«Να έχει ψυχραιμία, να μην αναλώνεται σε μικροπράγματα, να έρθει σε επαφή με τα συναισθήματα της και να μιλάει. Όλη αυτή η κατάσταση σε κάνει και αναθεωρείς πολλά. Καταλαβαίνεις ποιοί είναι πολύ κοντά σου, ποιοί λιγότερο και ποιοί μακριά σου. Και πάλι όταν θα επανέλθεις στη ρουτίνα μην αφηθείς και σε ρουφήξει. Να αγαπάς τον εαυτό σου και το σώμα σου. Με αυτά ζεις».

Και κάτι που θα ήθελες να πεις σε κάθε άλλη γυναίκα γύρω μας;

«Να μην προσποιούνται κάτι που δεν είναι και να γελούν περισσότερο. Δυστυχώς, ξέρω πολύ καλά ότι αυτή η εποχή που ζούμε υποστηρίζει ένα υπέρμετρο εγώ και θρέφει τη μιζέρια. Οι γυναίκες από τη φύση τους είναι προικισμένες να υπομένουν πολλά όμως η ζωή από την άλλη είναι πολύ μικρή για να αναλώνεσαι στο ψέμα και στην υποκρισία. Άλλωστε μια φορά ζούμε, οπότε ό, τι είναι να κάνεις κάντο έτσι όπως το θες, χωρίς τα πρέπει»

Παράρτημα Γ': Άδειες εκπόνησης έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΕΝΙΑΙΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α' ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Ταχ. Δ/ση : Ανδρέα Παπανδρέου 37
Τ.Κ. – Πόλη : 15180 – Μαρούσι
Ιστοσελίδα : <http://www.minedu.gov.gr>
Email : spudonpe@minedu.gov.gr
Πληροφορίες : Κ. Παπαχρήστος
Κ. Γκουνέλα
Τηλέφωνο : 210 344 2248

Βαθμός Ασφαλείας:
Να διατηρηθεί μέχρι:
Βαθμός Προτεραιότητας:

Μαρούσι, 9-10-2014

Αρ. Πρωτοκόλλου : Φ15/649/163303/Γ1

ΠΡΟΣ : κα Παναγιώτα Βάτσιου
Μακρή 45
30 100 Αγρίνιο

ΚΟΙΝΩ/ 1. Ι.Ε.Π.
Αν. Τσόχα 36
115 21 Αθήνα
2. Διευθυντή Εκπ/σης Π.Ε. Αιτωλ/νίας.
3. Αρμόδιο Σχολικό Σύμβουλο
(Μέσω της Δ/σης Π.Ε Αιτωλ/νίας)

ΘΕΜΑ : Έγκριση έρευνας

Σχετικά έγγραφα: το σχετικό 159797/Γ1/6-10-2014

Απαντώντας σε σχετικό αίτημά σας και έχοντας υπόψη το με αριθμ. 57/23-9-2014 Απόσπασμα Πρακτικού του Δ.Σ. του Ι.Ε.Π., σας κάνουμε γνωστό ότι εγκρίνουμε τη διεξαγωγή της έρευνάς σας με θέμα «*Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης*» η οποία θα πραγματοποιηθεί στα σχολεία του συνημμένου πίνακα με τις ακόλουθες επισημάνσεις:

1. Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί εντός των μηνών Οκτωβρίου και Νοεμβρίου 2014. Πριν από τις επισκέψεις σας στα σχολεία να υπάρχει συνεννόηση με τους Διευθυντές τους, το Σχολικό Σύμβουλο και συνεργασία με το διδακτικό προσωπικό, ώστε να εξασφαλίζεται η ομαλή λειτουργία των σχολικών μονάδων.

2. Τα αποτελέσματα της έρευνάς σας να κοινοποιηθούν ηλεκτρονικά στη βιβλιοθήκη του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής.

3. Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών στην έρευνα είναι πάντα προαιρετική, γίνεται με δική τους ευθύνη και εφόσον το επιθυμούν. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να ακυρώσουν τη συμμετοχή τους στην έρευνα και να σταματήσουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή θελήσουν.

4. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους εκπαιδευτικούς θα γίνει εκτός του διδακτικού τους ωραρίου. Θα τηρηθεί η ανωνυμία των εκπαιδευτικών που συμμετέχουν στην έρευνα και θα ακολουθηθούν όλοι οι κανόνες για τη διαφύλαξη του προσωπικού απόρρητου.

Ο Διευθυντής Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης στον οποίο κοινοποιείται το έγγραφο αυτό, παρακαλείται να ενημερώσει σχετικά τα σχολεία στα οποία θα διεξαχθεί η έρευνα.

Συν.: 4 φύλλα

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ

Εσωτερική Διανομή:
Διεύθυνση Σπουδών Π.Ε
Τμήμα Α'

ΚΩΣΤΑΣ ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ



Πιστό Αντίγραφο
Από τη Διεύθυνση Διοικητικού
Τμήμα Διεκτέλεσης & Πρωτοκόλλου


ΜΙΧΟΥ ΛΑΜΠΡΙΝΗ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Σπάρτη, 27 Μαΐου 2014

Προς: Δ/νση Σπουδών Α/θμιας Εκπ/σης

Θέμα: Αίτηση αδείας διεξαγωγής έρευνας

Αξιότιμε κ. Διευθυντή,

Η κυρία Παναγιώτα Βάτσιου, απόφοιτη νοσηλευτικής Σχολής και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα *«Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης.»*

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από την υπογράφουσα Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και Πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κα Μ. Τσιρώνη.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένων ερωτηματολογίων τα οποία απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς (δασκάλους) πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης των σχολείων του νομού Αιτωλοακαρνανίας. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο ερευνητή (την ίδια τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια) και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το ερευνητικό πρωτόκολλο.

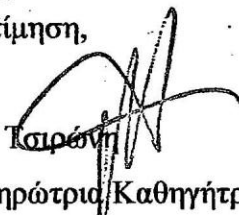
Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάπτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

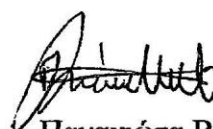
Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας είναι: 6979316529, η διεύθυνση κατοικίας : Μακρή 45 Αγρίνιο, ΤΚ: 30100 η ηλεκτρονική της διεύθυνση: panagiwta.vatsiou@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,


Μαρία Τσιρούνη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου



Παναγιώτα Βάτσιου
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Νοσηλεύτρια



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Σπάρτη, 27 Μαΐου 2014

Προς: Δ/ση Σπουδών Β/θμιας Εκπ/σης

Θέμα: Αίτηση αδειάς διεξαγωγής έρευνας

Αξιότιμε κ. Διευθυντή,

Η κυρία Παναγιώτα Βάτσιου, απόφοιτη νοσηλευτικής Σχολής και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα *«Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης.»*

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από την υπογράφουσα Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και Πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κα Μ. Τσιρώνη.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένων ερωτηματολογίων τα οποία απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς (καθηγήτριες) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης των σχολείων του νομού Αιτωλοακαρνανίας. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο ερευνητή (την ίδια τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια) και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το ερευνητικό πρωτόκολλο.

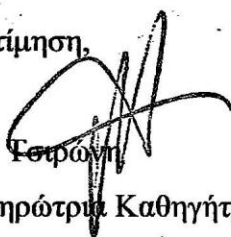
Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάπτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

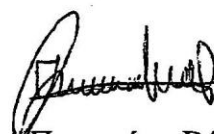
Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας είναι: 6979316529 η διεύθυνση κατοικίας : Μακρή 45 Αγρίνιο, ΤΚ: 30100 και η ηλεκτρονική της διεύθυνση: panagiwta.vatsiou@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,


Μαρία Τσιρούνη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου



Παναγιώτα Βάτσιου
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Νοσηλεύτρια



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΕΝΙΑΙΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
Π/ΘΜΙΑΣ & Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α'

Βαθμός Ασφαλείας:
Να διατηρηθεί μέχρι:
Βαθμ. Προτεραιότητας:

Αθήνα, 09-10-2014
Αρ. Πρωτ. 162602/Γ2

Ταχ. Δ/ση: Ανδρέα Παπανδρέου 37
Τ.Κ. – Πόλη: 15180 Μαρούσι
Ιστοσελίδα: www.minedu.gov.gr
Πληροφορίες: Αν. Πασχαλίδου
Τηλέφωνο: 210-3442238

ΠΡΟΣ:

- κ. Παναγιώτα Βάτσιου
Μακρή 45
30100 Αγρίνιο
- Δ/ση Δ/θμιας Εκπ/σης
Αιτωλοακαρνανίας

ΘΕΜΑ: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας

Απαντώντας σε σχετική αίτηση και μετά τη γνωμοδότηση του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής (πράξη 57/2014 του Δ.Σ) σας γνωρίζουμε ότι **επιτρέπουμε** τη διεξαγωγή έρευνας από την κ. Παναγιώτα Βάτσιου κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2014-2015 με τις εξής προϋποθέσεις: α) Πριν από την έναρξη της έρευνας να γίνει ενημέρωση των Διευθυντών και του συλλόγου Διδασκόντων των σχολικών μονάδων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίες θα συμμετάσχουν στην έρευνα, σχετικά με τη διαδικασία διεξαγωγής της. β) Η έρευνα να γίνει με τη σύμφωνη γνώμη τους. γ) Οι εκπαιδευτικοί να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, ανώνυμα και εφόσον το επιθυμούν. δ) Η συγκέντρωση και μελέτη των στοιχείων να γίνουν σύμφωνα με την αρχή προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και δεν θα δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.

Η έρευνα έχει θέμα: «Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης»

και απευθύνεται στους εκπαιδευτικούς των σχολικών μονάδων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της Δ/σης Δ/θμιας Εκπ/σης Αιτωλοακαρνανίας.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας θα πρέπει:

1. Οι επισκέψεις στα σχολεία να γίνουν μετά από συνεννόηση με το Διευθυντή τους και σε συνεργασία με το σύλλογο καθηγητών, ώστε να μην παρεμποδίζεται η ομαλή διεξαγωγή των μαθημάτων.

2. Τα αποτελέσματα της έρευνας μετά την ολοκλήρωσή της να αποσταλούν στο Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Αν. Τσόχα 36, 11521 Αθήνα) σε ηλεκτρονική μορφή.

3. Ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Δ/θμιας Εκπ/σης Αιτωλοακαρνανίας να ενημερώσει σχετικά τους Διευθυντές των σχολείων ευθύνης του, ώστε να διευκολύνουν την ενδιαφερομένη στην πραγματοποίηση της έρευνας αυτής σύμφωνα με τα παραπάνω.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΔΑΝΤΩΝΑΚΗΣ

Εσωτ. Διανομή
Δ/ση Σπουδών Δ.Ε. Τμήμα Α'



Πιστό Αντίγραφο
Από τη Διεύθυνση Διοικητικού
Τμήμα Διεκπ/σης & Πρωτοκόλλου

ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

