



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
UNIVERSITY OF PELLOPONNESE

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Καρκίνος του Μαστού. Διερεύνηση του Ρόλου των Κέντρων
Μαστού στην Φροντίδα των Ασθενών. Μελέτη Περίπτωσης
στο Κέντρο Μαστού του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου,
University College Hospital του Λονδίνου**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σοφία Μοναστηριώτη

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Κ. Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων
Ι. Αρσενοπούλου, Επιστημονική Συνεργάτης
Χ. Καραμανίδου, ΠΔ.407

Κόρινθος, Ιανουάριος 2015

Copyright © Σοφία Μοναστηριώτη, 2015.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	
Κεφάλαιο 1- Κατανοώντας τον καρκίνο του μαστού.....	5
1.1- Ορίζοντας τον καρκίνο του μαστού.....	5
1.2- Ιστορικά στοιχεία.....	6
1.3- Επιδημιολογικά- Στατιστικά στοιχεία.....	8
1.4- Παράγοντες κινδύνου.....	10
1.4.1 Φύλο.....	10
1.4.2- Ηλικία.....	10
1.4.3- Οικογενειακό Ιστορικό.....	10
1.4.4- Ορμονικοί Παράγοντες.....	10
1.4.5- Ιστορικό Καρκίνου.....	11
1.4.6- Τρόπος Ζωής.....	11
1.5- Αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα.....	11
1.6- Διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....	12
1.6.1- Μαστογραφία.....	12
1.6.2- Υπερηχογράφημα μαστών.....	13
1.6.3- Κυτταρολογική εξέταση μετά από παρακέντηση(FNA).....	14
1.6.4- Βιοψία με κόπτουσα βελόνη(Core biopsy).....	14
1.6.5- Στερεοτακτική βιοψία.....	14
1.7- Καλοήθειες παθήσεις του μαστού.....	15
1.8- Είδη καρκίνου του μαστού.....	16
1.9- Διαχείριση και τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.....	16
Κεφάλαιο 2- Κοινωνική προσέγγιση.....	17
2.1- Ζώντας με τον καρκίνο του μαστού.....	17
2.2- Ενημέρωση της ασθενούς και του περιβάλλοντός της.....	21
2.3- Πρόληψη.....	23
2.4- Καρκίνος του μαστού και εγκυμοσύνη.....	25
Κεφάλαιο 3- Πολιτικές για τον καρκίνο του μαστού.....	26
3.1- ΠΟΥ.....	26
3.2- NICE.....	28
3.3- Ελλάδα.....	30
3.4- ΜΚΟ.....	31
3.5- Κόστος ασθένειας/Κρατικές παροχές.....	32
3.6- Αγγλία.....	33
3.7- Μετά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	34
3.8- Κέντρα μαστού.....	35
3.9- Ανακεφαλαίωση.....	37
Κεφάλαιο 4- Ερευνητικό μέρος.....	39
4.1- Σκοπός της έρευνας.....	39
4.2- Μεθοδολογία.....	39

4.3- Δείγμα.....	39
4.4- Το κέντρο μαστού του University College London Hospital.....	40
4.5- Ερευνητικά ερωτήματα.....	42
4.6- Πρώτος θεματικός άξονας.....	42
4.7- Δεύτερος θεματικός άξονας.....	43
4.8- Τρίτος θεματικός άξονας.....	43
4.9- Τέταρτος θεματικός άξονας.....	43
4.10- Πέμπτος θεματικός άξονας.....	43
Κεφάλαιο 5- Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	44
5.1- Πρώτος θεματικός άξονας.....	44
5.2 Δεύτερος θεματικός άξονας.....	45
5.3- Τρίτος θεματικός άξονας.....	50
5.4- Τέταρτος θεματικός άξονας.....	54
5.6- Πέμπτος θεματικός άξονας.....	56
5.7- Περιορισμός της έρευνας.....	60
Κεφάλαιο 6- Συμπεράσματα της έρευνας.....	60
Προτάσεις.....	62
Βιβλιογραφία.....	65

Εισαγωγή

Το γυναικείο στήθος είναι ισχυρό σύμβολο σεξουαλικότητας και μητρότητας, έχει μια πλούσια πολιτισμική ιστορία, η οποία είναι τόσο αχανής όσο και η ιστορία της ανθρωπότητας. Είναι σύμβολο κάλλους, αγάπης, έρωτα, γονιμότητας και αποτελεί αιώνιο, αναντικατάστατο και μοναδικό στοιχείο της γυναικείας φύσης. Ο άνθρωπος όχι απλώς παρατήρησε, αλλά και αναπαράστησε το μαστό ήδη στις αρχαιότερες καλλιτεχνικές του αναζητήσεις. Αναφέρθηκε σ' αυτόν ήδη από τα πρώτα μνημεία του λόγου. Το ίδιο πρώιμα αναφέρθηκε και στη μοναδική του αξία για την επιβίωση του ανθρώπινου είδους. Αυτό εξηγεί γιατί στις κοσμογονικές αντιλήψεις όλων των αρχαίων λαών, οι πρώτες θεότητες είναι γυναίκες και απεικονίζονται με μεγαλομαστία ή πολυμαστία (Κριαρά, 2013).

Η έρευνα και η πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού βοηθούν τις γυναίκες σήμερα να φροντίσουν όσο είναι δυνατόν το στήθος τους και την υγεία τους γενικότερα και, στην περίπτωση που θα νοσήσουν, να διεκδικήσουν δίκτυα στήριξης, τα οποία θα τους επιτρέψουν να βιώσουν αυτή τη δύσκολη εμπειρία. Σήμερα το θέμα του καρκίνου του μαστού συζητείται πλέον ανοικτά και στις καμπάνιες για ενημέρωση συνδράμουν όχι μόνον οι γιατροί και τα υπουργεία υγείας, αλλά και ο κόσμος της τέχνης και της μόδας.

Όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού ήδη από τον 17ο αιώνα με την ανακάλυψη του λεμφικού συστήματος η επιστήμη άρχισε, να εισέρχεται στην κατανόηση της παθολογίας του κυττάρου. Από τα μέσα του 19ου αιώνα οι σημαντικότεροι τρόποι θεραπείας είναι πλέον η εγχείρηση, η ακτινοβολία, η χημειοθεραπεία και οι ορμόνες. Η αρχαία και βάνουση πρακτική της εγχείρησης βελτιώθηκε σημαντικά με την ανακάλυψη της αναισθησίας και της αντισηψίας (Παναγιωτοπούλου, 2008). Η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού μεταβάλλει την εικόνα που έχει η γυναίκα για το σώμα της και για τον εαυτό της, κλονίζοντας την αυτοεκτίμησή και την αυτοπεποίθησή της.

Αυτό που θα προσπαθήσουμε στη συνέχεια είναι να δώσουμε μια εικόνα για τον καρκίνο του μαστού σήμερα και τις επιπτώσεις που έχει στη ζωή των ασθενών και των οικείων τους και την αναγκαιότητα της ύπαρξης δημοσίων κέντρων μαστού, όπου θα μπορεί η γυναίκα να έχει δωρεάν πρόσβαση και φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Κατανοώντας τον καρκίνο του μαστού

1.1. Ορίζοντας τον καρκίνο του μαστού

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες στις δυτικές και όχι μόνο κοινωνίες. Με τον όρο καρκίνο εννοούμε τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Τα κύτταρα στον οργανισμό μας αναπαράγονται, ζουν και πεθαίνουν με συγκεκριμένη και ορισμένη διαδικασία. Όταν επέλθει ανωμαλία σε αυτή την διαδικασία και τα κύτταρα παύουν να ακολουθούν την καθορισμένη λειτουργία τους και αρχίζουν να διαιρούνται ανεξέλεγκτα, τότε έχουμε καρκινικά κύτταρα. Τα καρκινικά αυτά κύτταρα δημιουργούν μια μάζα που ονομάζεται όγκος. Ο όγκος αυτός μπορεί να είναι είτε καλοήθης είτε κακοήθης. Ένας καλοήθης όγκος δεν έχει την τάση να διασκορπίζεται σε άλλα μέρη του σώματος, μπορεί όμως με τη συνεχή ανάπτυξη του να δημιουργήσει προβλήματα πίεσης στα γύρω όργανα και τότε να χρήζει αφαίρεσης. Ένας κακοήθης όγκος, από την άλλη πλευρά, έχει την τάση να ταξιδεύει μέσα στο σώμα, μέσω του λεμφικού συστήματος ή του αίματος και να βλάπτει τους γύρω ιστούς και όργανα.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια από τις πιο διαδεδομένες αιτίες θανάτου ανάμεσα στις γυναίκες, αν και μπορεί να προσβάλει και κάποιο ποσοστό ανδρικού πληθυσμού. Η κυριότερη λειτουργία των μαστών είναι η παραγωγή γάλακτος κατά την εγκυμοσύνη. Ο μαστός αποτελείται από 15-20 λόβια, τα οποία περιέχουν λοβίδια που με τη σειρά τους περιέχουν αδένες που παράγουν το γάλα(Σκάρλος , 2008). Στους μαστούς και στη «ουρά» του μαστού που φτάνει μέχρι την μασχάλη, όπου η εμφάνιση του καρκίνου σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού, υπάρχουν λεμφαγγεία και λεμφαδένες που εμποδίζουν μικρόβια και καρκινικά κύτταρα να φτάσουν στην κυκλοφορία. Οι μαστοί στελεχώνονται από τον αδενικό, τον λιπώδη και τον μυϊκό ιστό, που με τη σειρά τους αποτελούνται από τα αδενικά κύτταρα που παράγουν το γάλα, τα λιπώδη που στηρίζουν το μαστό και μυϊκά που βοηθούν την έκκριση του γάλακτος. Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται στα αδενικά κύτταρα και στα λοβίδια, σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να δημιουργηθεί καρκίνος στον λιπώδη ή και μυϊκό ιστό, κάτι που ονομάζεται σάρκωμα. Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται προοδευτικά και διηθητικά στα συγγενή όργανα όπως είναι το δέρμα και οι λεμφαδένες. Οι πιο συχνές μεταστάσεις που μπορεί να κάνει είναι στο ήπαρ, στους

πνεύμονες και στα οστά. Ακριβώς επειδή ο καρκίνος αναπτύσσεται τοπικά και αργότερα επεκτείνεται σε άλλα όργανα, όπου οι μεταστάσεις αυτές μπορούν να οδηγήσουν και σε θάνατο, είναι πολύ σημαντικό να εντοπίσουμε τον καρκίνο στα αρχικά του στάδια έτσι ώστε να υπάρχουν μεγαλύτερες και περισσότερες πιθανότητες ίασης.

Σύμφωνα με τον ιατρό καθηγητή, Δρ. Δημοσθένη Σκάρλο, η καρκινογένεση είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία, κατά την οποία το φυσιολογικό κύτταρο μεταμορφώνεται σταδιακά σε κακόηθες, κάτω από την επίδραση μεταλλάξεων στα γονίδια. Τα γονίδια είναι τμήματα DNA, τα οποία μπορεί να μεταλλαχθούν, κυρίως υπό την επίδραση παραγόντων του περιβάλλοντος που λέγονται καρκινογόνα(ακτινοβολία, ορμόνες). Ο καρκίνος που οφείλεται σε καρκινογόνα του περιβάλλοντος λέγεται σποραδικός και είναι υπεύθυνος για το 90% των κακοηθών νόσων. Ο καρκίνος, ο οποίος οφείλεται σε προϋπάρχουσες μεταλλάξεις στα γονίδια λέγεται κληρονομικός. Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 3-5% του καρκίνου και εμφανίζεται σε μικρότερες ηλικίες, υπάρχει σε αυξημένη συχνότητα και σε άλλα μέλη της οικογένειας και μπορεί να συνυπάρχει με άλλες μορφές καρκίνου την ίδια στιγμή ή σε διαφορετικό χρόνο(Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού, 2008).

1.2. Ιστορικά στοιχεία

Ο καρκίνος του μαστού είναι γνωστός στους ανθρώπους από τα πολύ παλιά χρόνια. Αναφέρεται σχεδόν σε κάθε στιγμή καταγεγραμμένης ιστορίας. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι κάνουν λόγο για την ασθένεια 3.500 χρόνια πριν. Για τους Αιγυπτίους ο καρκίνος ήταν η τιμωρία από τους Θεούς, αφού την περιγράφουν σαν ασθένεια χωρίς θεραπεία. Σε πάπυρους που έχουν ανακαλυφθεί όπως αυτός του Edwin Smith και George Ebers, γίνεται λόγος για όγκους στο στήθος που αντιμετωπίζονται με καυτηριασμό. Ο Ηρόδοτος, πατέρας της ιστορίας όπως συχνά αναφέρεται κάνει λόγο για τον καρκίνο του μαστού, σαν την ασθένεια από την οποία έπασχε η Άτοσσα, μητέρα του Δαρείου, Πέρση βασιλιά, την οποία θεράπευσε ο ιατρός Δημοκίδης το 520 π.χ.

Σε κείμενα του Ιπποκράτη, επίσης, το 460 π.χ. αναφέρεται η λέξη καρκίνος. Η αιτιολογία της βασίστηκε στην θεώρηση του Ιπποκράτη για τους τέσσερις ανθρώπινους χυμούς, αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή. Όταν οι τέσσερις αυτοί

χυμοί βρίσκονται σε ισορροπία τότε δεν υπάρχει πρόβλημα, όταν όμως συσσωρεύεται μεγάλη ποσότητα μαύρης χολής τότε έχουμε τον καρκίνο. Για τον καρκίνο του μαστού είπε: *«Στους τιθούς αναπτύσσονται σκληρά φύματα που δεν διαπυήσκονται, αλλά συνεχώς καθίστανται σκληρότερα και απ' αυτά αργότερα γεννώνται κρυπτοί καρκίνοι»*. Η θεωρία αυτή για τον καρκίνο υποστηρίχτηκε για πολλούς αιώνες μέχρι περίπου το 1.300 μ.Χ. και τον διάσημο γιατρό Γαληνό και την Ρωμαϊκή εποχή. Αυτό συνέβαινε καθώς απαγορευόταν η μελέτη του ανθρωπίνου σώματος για θρησκευτικούς λόγους. Αρκετό ενδιαφέρον έχει να αναφέρουμε ότι οι αρχαίοι γιατροί έδωσαν την συγκεκριμένη ονομασία την νεοπλασία εξαιτίας της εξωτερικής της μορφής. Ο Γαληνός, παρομοίασε τον καρκίνο του μαστού με το σώμα του κάβουρα και ιδιαίτερα με τα πόδια του και το σχήμα τους, κατά τον ίδιο τρόπο στον μαστό της γυναίκας πως οι φλέβες γύρω από τον όγκο είναι διογκωμένες και καταφανείς, που παρομοιάζονται με τα πόδια του καβουριού(Καραμπερόπουλος, 2005).

Τον 15^ο αιώνα ξεκίνησαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικές μέθοδοι στην μελέτη των ασθενειών. Για παράδειγμα το 1628 άρχισαν να γίνονται αυτοψίες. Το 1761 ξεκίνησαν οι πρώτες νεκροψίες από τον Morgagni. Η μέθοδος αυτή δημιούργησε τις βάσεις για την ανάπτυξη της ογκολογίας, αφού με την νεκροψία μπόρεσαν να συνδεθούν τα παθολογικά ευρήματα με την αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Το 1757 ο Henri Le Dran, Γάλλος γιατρός πρότεινε την χειρουργική αφαίρεση όγκου από τον μαστό, πράγμα που όπως υποστήριξε, θα βοηθούσε να θεραπευτεί η ασθένεια. Όπως επίσης και την αφαίρεση λεμφαδένων από την μασχάλη που μπορεί να νοσούν. Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα η χειρουργική αφαίρεση ήταν η μόνη επιλογή και λύση για τον καρκίνο του μαστού. Το 1895 ο Σκωτσέζος χειρουργός, George Beatson, ανακάλυψε ότι αφαιρώντας τις ωοθήκες θα συνέβαλλε στο να μικρύνει ο όγκος στο στήθος. Έτσι ακολουθήθηκε η τακτική της ριζικής μαστεκτομής(ολική αφαίρεση των μαστών), με την αφαίρεση των ωοθηκών. Αναπτύχθηκαν πολλές θεωρίες σχετικά με τον καρκίνο του μαστού μέσα στα χρόνια και πολλά πράγματα έχουν εξελιχθεί, αφήνοντας βέβαια πάντα χώρο για πρόοδο νέες ιδέες και προσεγγίσεις. Τον 17^ο και τον 18^ο αιώνα υπήρχε η αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτικός και δημιουργείται από παράσιτα. Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα οι άνθρωποι πίστευαν στην θεωρία ότι ο καρκίνος οφείλεται σε κάποιο τραύμα.

Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι πρόκειται για μια ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό είναι που έχει ενισχύσει, ακόμη και

μέχρι σήμερα τον φόβο για την συγκεκριμένη ασθένεια ανάμεσα στον πληθυσμό. Οι άνθρωποι φοβούνται να ονοματίσουν την συγκεκριμένη ασθένεια και αναφέρονται σε αυτήν σαν το κακό, ή την επάρατη νόσο, ασθένεια δηλαδή χωρίς ίαση, με την σκέψη πως αν την ονοματίσουν μπορεί και να την καλέσουν στους ίδιους ή του δικούς τους ανθρώπους. Η συνεχής εξέλιξη της επιστήμης βέβαια έχει καταφέρει να απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και να καταστήσει μια πιο σαφή εικόνα για τον καρκίνο και τα αίτιά του.

1.3. Επιδημιολογικά και στατιστικά στοιχεία

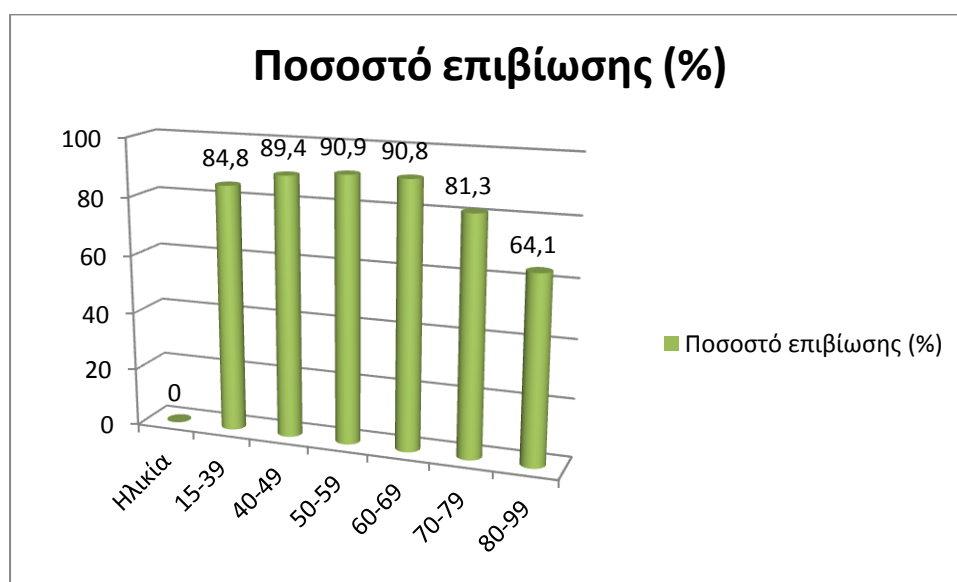
Ο καρκίνος του μαστού έχει περίπου 502.000 θανάτους ετησίως. Πρόκειται για μια από τις πιο διαδεδομένες αιτίες θανάτου ανάμεσα στις γυναίκες. Για την Ευρώπη το 2006 διαγνώστηκαν 429.900 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Στην Βόρεια Ευρώπη και την Βόρεια Αμερική μια στις εννέα γυναίκες θα νοσήσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους από καρκίνο του μαστού. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο αναφέρονται περίπου 4.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Η τελευταία διεθνής έκθεση για τον καρκίνο είναι η GLOBOCAN 2008 του Διεθνούς Οργανισμού για την Έρευνα του Καρκίνου (IARC), τμήμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του Ο.Η.Ε.. Πρόκειται για μια έκθεση που περιλαμβάνει αναλυτικά στοιχεία για όλες τις μορφές καρκίνου σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο. Συγκεκριμένα όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού, γίνονται γνωστά τα εξής. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το έτος 2008 διαγνώστηκαν 1.384.155 νέα κρούσματα καρκίνου του μαστού, τα οποία αποτελούν το 22,9% του συνόλου των κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες και το 10,9% των κρουσμάτων καρκίνου και στα δύο φύλα συνολικά. Εξαιτίας αυτού υπήρξαν κατά το ίδιο έτος 458.503 θάνατοι. Η συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει από 19,3 κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους στην Ανατολική Αφρική μέχρι 89,7 κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους στη Δυτική Ευρώπη. Η συχνότητα εμφάνισης είναι υψηλή στις ανεπτυγμένες περιοχές του πλανήτη (περισσότερο από 80/100.000) και χαμηλή στις περισσότερες από τις αναπτυσσόμενες (λιγότερο από 40/100.000). Όμως, το εύρος των ποσοστών θνησιμότητας είναι πολύ μικρότερο (6-19 ανά 100.000) εξαιτίας της καλύτερης επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού στις ανεπτυγμένες περιοχές (όπου υπάρχει μεγάλη συχνότητα εμφάνισης).

Ο καρκίνος του μαστού αποτέλεσε την 5^η αιτία θανάτου μεταξύ όλων των καρκίνων με ποσοστό 6,1%, αλλά την πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο μεταξύ

των γυναικών με ποσοστό 13,7%, τόσο στις αναπτυσσόμενες, όσο και στις ανεπτυγμένες περιοχές του πλανήτη. Στην Ευρώπη κατά το ίδιο έτος διαγνώστηκαν 450.000 νέα κρούσματα και υπήρξαν 139.000 θάνατοι, ενώ στην Ελλάδα διαγνώστηκαν 4.349 νέα κρούσματα και υπήρξαν 1.927 θάνατοι. Η συχνότητα εμφάνισης στη χώρα μας ήταν 41,4 ανά 100.000 άτομα και η θνησιμότητα 14,9 ανά 100.000 άτομα. Σύμφωνα τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι το βασικότερο όπλο στην αντιμετώπισή του. Είναι χαρακτηριστικό ότι το διαφορετικό ποσοστό επιβίωσης σε κάθε χώρα (π.χ. πάνω από 80% στη Βόρεια Αμερική, Σουηδία και Ιαπωνία και κάτω από 40% σε φτωχές χώρες) εξαρτάται κυρίως στην πρόωρη διάγνωση του (Globocan, 2008).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο 49.936 γυναίκες και 349 άνδρες διαγνώστηκαν το 2011 με καρκίνο του μαστού, 11.643 γυναίκες και 73 άνδρες έχασαν τη ζωή τους μέσα στο 2012 από τον καρκίνο του μαστού. Για τις γυναίκες που διαγνώστηκαν μέσα στο 2010-2011 στην Αγγλία το 78% έχει ένα προσδόκιμο επιβίωσης τα πέντε χρόνια. Κάθε χρόνο από τις νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού το 27% συνδέεται άμεσα με τον τρόπο ζωής.

Το ποσοστό επιβίωσης ανάμεσα στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού για τις χρονιές 2007-2011 στο Ηνωμένο Βασίλειο απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα.



Πηγή: Cancer Research UK

1.4. Παράγοντες κινδύνου

Δυστυχώς δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για την αιτία του καρκίνου του μαστού, παρά μόνο κάποιοι παράγοντες κινδύνου που θέτουν κάποια άτομα σε υψηλότερο κίνδυνο. Μπορεί ο καθένας να νοσήσει κάποια στιγμή στην ζωή του από καρκίνο και καρκίνο του μαστού, χωρίς να υπάρχουν απαραίτητα συγκεκριμένοι λόγοι. Υπάρχουν όμως κάποιοι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την εμφάνισή του και μπορεί ο καθένας μας να επέμβει, χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει πως ανήκοντας κάποιος σε αυτές τις κατηγορίες θα νοσήσει και από καρκίνο του μαστού οπωσδήποτε.

1.4.1. Φύλο

Είναι πιθανόν και για έναν άνδρα να νοσήσει από καρκίνο του μαστού, είναι όμως συχνότερη η εμφάνιση του ανάμεσα στις γυναίκες.

1.4.2. Ηλικία

Η πιθανότητα για μια γυναίκα να νοσήσει με καρκίνο του μαστού αυξάνεται όσο η γυναίκα μεγαλώνει. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες άνω των πενήντα ετών, σε ένα ποσοστό 80% ενώ είναι σπανιότερη η εμφάνισή του σε γυναίκες μικρότερες των τριάντα πέντε, εξαιρούνται όμως εδώ οι γυναίκες με κληρονομική προδιάθεση.

1.4.3. Οικογενειακό ιστορικό

Όταν μια γυναίκα, έχει στο οικογενειακό της περιβάλλον, ειδικά συγγενή πρώτου βαθμού, μητέρα ή αδελφή με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών τότε διπλασιάζεται ο κίνδυνος να νοσήσει και η ίδια. Φυσικά ο κίνδυνος αυξάνεται ακόμη περισσότερο, σχεδόν πενταπλασιάζεται όταν στο περιβάλλον της γυναίκας υπάρχουν δυο συγγενείς με καρκίνο του μαστού(Μαρκόπουλος, 2008).

1.4.4. Ορμονικοί παράγοντες

Όταν μια γυναίκα εκτίθεται σε οιστρογόνα για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες της να αποκτήσει καρκίνο του μαστού. Αν δηλαδή, η έμμηνος ρύση της ξεκινήσει σε μικρή ηλικία, κάτω των δέκα ετών ή έχει καθυστερημένη εμμηνόπαυση, μετά τα πενήντα. Εάν μια γυναίκα δεν έχει παιδιά ή αποκτήσει το πρώτο παιδί της μετά τα τριάντα πέντε, έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνιση της ασθένειας. Το ίδιο συμβαίνει και σε περιπτώσεις που μια γυναίκα κάνει παρατεταμένη χρήση ορμονικής υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση, ή χρήση αντισυλληπτικών, η οποία φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού στον χρόνο χρήσης τους ή λίγο μετά.

1.4.5. Ιστορικό καρκίνου

Γυναίκες που κάποια στιγμή στη ζωή τους έχουν αναπτύξει καρκίνο στο μαστό έχουν μεγάλες πιθανότητες να αναπτύξουν έναν νέο καρκίνο στον άλλο μαστό, ή και κοντά στην περιοχή που υπήρξε η εμφάνιση του πρώτου καρκίνου.

1.4.6. Τρόπος ζωής

Το βάρος αρχικά, η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση του καρκίνου του μαστού μετά την εμμηνόπαυση, εξαιτίας του ότι αυξάνονται τα επίπεδα των οιστρογόνων, η παραγωγή των οποίων γίνεται μέσα στον λιπώδη ιστό. Το αλκοόλ επίσης παίζει έναν σημαντικό ρόλο, καθώς αυξάνουν την συγκέντρωση των οιστρογόνων στο αίμα. Στη συνέχεια η τακτική άσκηση στην διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, η οποία επηρεάζει την έμμηνο ρύση, μπορεί να την ελαττώσει, να καθυστερήσει την εμφάνισή της και έτσι περιορίζεται η έκθεση της γυναίκας στα οιστρογόνα. Για την διατροφή δεν υπάρχουν συγκεκριμένα δεδομένα, μόνον κάποιες θεωρίες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί ακόμη.

1.5. Αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα

Ακόμη και σήμερα υπάρχουν κάποιες λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού, όπως για παράδειγμα ο πόνος. Ο πόνος δεν σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού, ειδικά σε αρχικό ή πρώιμο στάδιο. Ίσως και να υπάρχει κάποιο κενό στην πληροφόρηση του πληθυσμού και για αυτό οι γυναίκες να μην είναι επαρκώς ενημερωμένες τόσο για τα ανησυχητικά σημάδια όσο και για τις εξελίξεις και την πρόοδο που έχει επέλθει στο συγκεκριμένο τομέα. Η έγκαιρη πρόληψη και διάγνωση μπορεί να σώσει πολλές ζωές όπως θα συζητήσουμε και παρακάτω. Η κάθε γυναίκα μπορεί και είναι αρκετό να κάνει αυτοεξέταση των μαστών της μια φορά το μήνα, ιδανικά μετά το τέλος της περιόδου και να μπορεί να αναγνωρίσει τι είναι διαφορετικό σε εκείνη. Οι μαστοί δεν είναι ίδιοι, έχουν διαφορές ακόμη και μεταξύ τους. Μπορεί ο ένας να είναι πιο μεγάλος, ή πιο συμπαγής. Στις νέες γυναίκες επίσης οι μαστοί είναι πιο πυκνοί και συμπαγείς, όσο όμως τα χρόνια περνούν και το σώμα αλλάζει, το βάρος μπορεί να αυξομειώνει, τότε αλλάζουν και οι μαστοί.

Σε κάθε ηλικία, η γυναίκα θα πρέπει να γνωρίζει τι είναι φυσιολογικό για την ίδια. Αν η γυναίκα έχει παρατηρήσει κάτι τέτοιο, από μικρή ηλικία τότε δεν ανησυχεί

αδίκως, με το πιθανό πρήξιμο του στήθους, ή της περιοχής της μασχάλης, σε άλλη περίπτωση όμως πρέπει να απευθυνθεί στον γιατρό. Ένα ογκίδιο στο στήθος, ή στην περιοχή της μασχάλης, το οποίο δεν υποχωρεί και είναι συμπαγές, πρέπει να εξετασθεί περαιτέρω. Αλλαγή στο σχήμα των μαστών, ή στο δέρμα, αλλαγή στο χρώμα της θηλής, ή κάποιο εξάνθημα, όπως επίσης μια ανεστραμμένη θηλή, είναι λόγοι που πρέπει να οδηγήσουν την γυναίκα στον εξειδικευμένο γιατρό που θα μπορέσει να εξετάσει και να διαγνώσει πιθανό πρόβλημα.

1.6. Διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι ένα πολύ μεγάλο θέμα. Είναι άμεσα συνδεδεμένη με την πρόληψη, την προκατάληψη και την ενημέρωση, πρώτα απ' όλα των γυναικών. Καθώς δεν είμαστε σε θέση ακόμη, να γνωρίζουμε τα ακριβή αίτια που τον προκαλούν και δεν μπορούμε να τον προλάβουμε πρωτογενώς, αλλά δευτερογενώς, με την έγκαιρη δηλαδή διάγνωση πριν ακόμη δώσει συμπτώματα ή γίνει ψηλαφητός, τότε υπάρχουν και μεγάλες πιθανότητες για ίαση και καλή πορεία. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει, την αυτοεξέταση, από την ίδια τη γυναίκα, την κλινική εξέταση, από τον εξειδικευμένο γιατρό και τις διαθέσιμες απεικονιστικές και όχι μόνο εξετάσεις. Όταν μετά την αυτοεξέταση η γυναίκα διακρίνει ή αισθανθεί κάποια αλλαγή στους μαστούς της πρέπει να απευθυνθεί στον γιατρό, ο οποίος και θα καθορίσει την συνέχεια.

Ο γιατρός αφού πάρει το ιστορικό της ασθενούς, περνά στην κλινική εξέταση, η οποία περιλαμβάνει την παρατήρηση των μαστών για εμφανείς αλλαγές ή αλλοιώσεις, όπως κάποιο τράβηγμα στο δέρμα, ή κάποιο έκζεμα στην περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω. Θα εξετάσει την περιοχή της μασχάλης για κάποιο πιθανό πρήξιμο ή εξόγκωμα στα σημεία όπου βρίσκονται οι λεμφαδένες. Τελειώνοντας την κλινική εξέταση θα πρέπει να συμβουλέψει και να παραπέμψει την ασθενή για απεικονιστικές εξετάσεις στο στάδιο αυτό, μαστογραφία. Ανάλογα πάντα με την ηλικία(η γυναίκα να είναι στο 40^ο έτος της ηλικίας της τουλάχιστον, οι οδηγίες εδώ δεν είναι διεθνείς, η κάθε χώρα ακολουθεί άλλο πρόγραμμα, βασιζόμενη στον πληθυσμό και στα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά) και υπέρηχο μαστών, συμπληρωματικά πάντα από εξειδικευμένο ακτινολόγο.

1.6.1. Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι η ακτινολογική μέθοδος για την απεικόνιση της μορφολογίας, της δομής και των ανατομικών στοιχείων του μαστού και των πιθανών

παθολογικών αλλοιώσεων τους(Βούρτση, 2012). Κάποιες γυναίκες την βρίσκουν επώδυνη καθώς για να γίνει απαιτείται η συμπίεση των μαστών. Θεωρείται η καταλληλότερη εξέταση για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Αυτό είναι απολύτως τεκμηριωμένο από μελέτες προληπτικού πληθυσμιακού ελέγχου με μαστογραφία, οι οποίες έδειξαν ότι παρά τη σταθερή αύξηση της συχνότητας της νόσου, σημειώθηκε σημαντική μείωση της θνησιμότητας από αυτήν, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 30% έως 69% σε γυναίκες ηλικίας, 40-69 ετών(Βούρτση, 2012). Εξαιτίας της συνεχούς αύξησης του καρκίνου του μαστού, στην Ελλάδα, προτείνεται μια πρώτη προληπτική μαστογραφία(μαστογραφία αναφοράς) στην ηλικία των 35-40 της γυναίκας. Στην Ελλάδα και σε ηλικίες άνω των 40 προτείνεται προληπτικός ετήσιος έλεγχος με μαστογραφία. Η διαγνωστική μαστογραφία από την άλλη πλευρά είναι η μαστογραφία η οποία απαιτεί περισσότερες λήψεις, με κάποιες πιθανές μεγεθύνσεις και μεγαλύτερη ανάλυση από τον εξειδικευμένο γιατρό όσο η γυναίκα βρίσκεται ακόμη στον μαστογράφο και σε περίπτωση που έχουν ανακαλυφθεί αλλοιώσεις. Από αυτήν την κατηγορία εξαιρούνται οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, με οικογενειακό ιστορικό για παράδειγμα οι οποίες πρέπει και να εξετάζονται τακτικότερα και συχνότερα. Η μαστογραφία πρέπει να συνδυάζεται και από ψηλάφηση και σε κάποιες περιπτώσεις και από υπερηχογραφικό έλεγχο. Φυσικά για να είναι η μαστογραφία αξιόπιστη, απαιτείται και ο ακτινολόγος που την διαβάζει να έχει ως κύριο επιστημονικό και επαγγελματικό ενδιαφέρον το μαστό. Στη Μεγάλη Βρετανία από την άλλη πλευρά, υπάρχει εθνικό σχέδιο για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, το οποίο ξεκίνησε την λειτουργία του το 1988 και καλεί όλες τις γυναίκες άνω των 50 ετών που δεν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία, ή δεν έχουν εξεταστεί ποτέ για κάποια πάθηση του μαστού, σε μαστογραφικό έλεγχο ο οποίος αν είναι φυσιολογικός επαναλαμβάνεται κάθε τρία χρόνια. Από όταν ξεκίνησε αυτό το πρόγραμμα έχουν εξεταστεί πάνω από 5 εκατομμύρια γυναίκες και έχουν βρεθεί 100 χιλιάδες περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Το πρόγραμμα αυτό κοστίζει περίπου 96 εκατομμύρια λίρες το χρόνο για την λειτουργία του(NHS screening program, 2008).

1.6.2. Υπερηχογράφημα μαστών

Πρόκειται για γρήγορη, ανώδυνη και χωρίς ακτινοβολία εξέταση. Είναι μια εξέταση που γίνεται ως επί το πλείστον σε γυναίκες κάτω των 35 ετών και μπορεί να κοιτάξει σε βάθος μια συγκεκριμένη περιοχή και φυσικά να συμπληρώσει μια

μαστογραφία. Καθώς το υπερηχογράφημα έχει συμπληρωματικό χαρακτήρα δεν θα πρέπει να αντικαθιστά τη μαστογραφία, γιατί από μόνος του δεν είναι μια αξιόπιστη εξέταση.

1.6.3. Κυτταρολογική εξέταση μετά από παρακέντηση(FNA)

Με την βοήθεια του υπερήχου και την χρήση μια λεπτής βελόνης λαμβάνονται κύτταρα από την ύποπτη παθολογική περιοχή με σκοπό να ελεγχθούν στο μικροσκόπιο.

1.6.4. Βιοψία με κόπτουσα βελόνη(core biopsy)

Σε περίπτωση που η κυτταρολογική εξέταση δεν δώσει σαφή αποτελέσματα ή δώσει καρκινικά αποτελέσματα τότε συνίσταται η βιοψία αυτή που παίρνει κομμάτια από τον ιστό τα οποία εξετάζονται από τον ειδικό παθολογοανατόμο ο οποίος είναι σε θέση να δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για το εύρημα. Αν είναι κάτι καλοήθες, όπως ένα ινοαδένωμα η ασθενής «γλιτώνει» από ένα περιττό χειρουργείο, ενώ αν είναι καρκίνος, μπαίνει στο χειρουργείο πλήρως ενημερωμένη και με καλύτερη ψυχολογία καθώς ο χειρουργός έχει δώσει τις πληροφορίες που η γυναίκα χρειάζεται να έχει και τέλος γνωρίζει σε μεγάλο ποσοστό το χειρουργείο στο οποίο θα υποβληθεί και τι θα πρέπει να περιμένει.

1.6.5. Στερεοτακτική βιοψία μαστού

Πρόκειται για ένα ακόμη είδος βιοψίας το οποίο δεν απαιτεί χειρουργείο. Ο εξειδικευμένος ακτινολόγος είναι σε θέση να πάρει ιστολογικό δείγμα από τον μαστό της ασθενούς με τη βοήθεια του μαστογράφου και να το στείλει στο εργαστήριο, το οποίο θα του δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Συνίσταται σε περιπτώσεις όπου τα ευρήματα δεν διακρίνονται στον υπέρηχο.

Άλλες βιοψίες για τον μαστό εκτός του χειρουργείου είναι η βιοψία κενού, όπου χρησιμοποιείται ένα όργανο με κενό αέρος για να πάρει δείγμα από τον μαστό της ασθενούς και τέλος η βιοψία στον μαγνητικό τομογράφο, όπου ο ακτινολόγος με την βοήθεια του μαγνήτη μπορεί να πάρει δείγμα από τον μαστό της ασθενούς σε μικροσκοπικές περιοχές που δεν έγιναν αντιληπτές με άλλες απεικονιστικές μεθόδους.

Συμπερασματικά, όταν μια γυναίκα παρατηρήσει κάποιο σύμπτωμα στο μαστό της απευθύνεται στον εξειδικευμένο γιατρό ο οποίος όπως προαναφέρθηκε θα την παραπέμψει σε απεικονιστικό αρχικά έλεγχο. Εάν η μαστογραφία και ο υπέρηχος

δείξουν καρκίνο τότε η γυναίκα χρήζει βιοψίας της περιοχής με σκοπό να συλλεχθούν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για τον καρκίνο αυτό. Στη συνέχεια ο γιατρός με γνώμονα το είδος του καρκίνου καθορίζει σε συνεργασία με την ασθενή και λαμβάνοντας υπ' όψη την ηλικία της και τις ανάγκες της τον τρόπο θεραπείας που αρμόζει στην συγκεκριμένη περίπτωση.

1.7. Καλοήθειες παθήσεις του μαστού

Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός γυναικών περίπου 8 στις 10, θα εμφανίσουν κάποια στιγμή στην ζωή τους κάποια καλοήγη πάθηση του μαστού. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν κάποιο από αυτά επισκέπτονται τον γιατρό τους με πόνο στο στήθος για παράδειγμα, η μασταλγία, είναι η πιο συνηθισμένη ενόχληση που απασχολεί τις γυναίκες και δεν αποτελεί σημάδι για καρκίνο του μαστού. Συνήθως οι λόγοι που την προκαλούν είναι ορμονικοί, έχουν να κάνουν με τον εμμηνορυσιακό κύκλο και σε ποια φάση του βρίσκεται η γυναίκα, είτε με κάποια φλεγμονή του μαστού. Μπορεί επίσης να προέρχεται από τραυματισμό του θώρακος και επειδή ο μαστός βρίσκεται εκεί να αντανακλάται ο πόνος(Breast Cancer Care, 2012). Έκκριμα από τη θηλή είναι επίσης ένα αρκετά συχνό φαινόμενο που σπάνια έχει σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Εμφανίζεται σε έναν από τους δύο μαστούς, έχει χρώμα κίτρινο ή πράσινο και σε λιγότερο από 10% χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης. Ένα 10% του γυναικείου πληθυσμού θα αναπτύξει κάποια στιγμή κύστεις στον μαστό, πρόκειται για μια τοπική συλλογή υγρού και προκαλούνται από ορμονικά ερεθίσματα και αναπτύσσονται σε ηλικίες 30-50. Σπάνια συναντώνται κύστεις μετά την εμμηνόπαυση. Αντιμετωπίζονται με αναρρόφηση και αν το υγρό έχει παράξενο χρώμα τότε αποστέλλεται στο εργαστήριο για κυτταρολογική εξέταση καθώς εάν περιέχει αίμα τότε η κύστη πρέπει να αφαιρεθεί χειρουργικά για να αποφευχθεί η δημιουργία όγκου στο τοίχωμα ή στο εσωτερικό της.

Το ινοαδένωμα είναι μια ακόμη καλοήθεια και ο πιο συνηθισμένος όγκος στους μαστούς. Σχηματίζεται από υπερβολική ανάπτυξη του ινώδους και του αδενικού ιστού(Μαρκόπουλος, 2012). Εμφανίζεται είτε στην εφηβεία, είτε σε γυναίκες μεταξύ των 20 και 30 ετών. Εμφανίζεται σαν ένας ασαφής σκληρός όγκος ο οποίος μετακινείται κάτω από το δέρμα. Μπορεί κατά τη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας ή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης να μεγαλώσουν. Μπορεί να παρακολουθείται και δεν χρήζει αφαίρεσης αν δεν μεγαλώνει τόσο ώστε να ενοχλεί τη γυναίκα.

Το λίπωμα είναι ακόμη ένας καλοήθης όγκος από συγκέντρωση λίπους το οποίο είναι και εντελώς ακίνδυνο. Ο φυλλοειδής όγκος είναι εξίσου καλοήθης εάν και κάποιες φορές περιέχει κάποια καρκινικά κύτταρα. Τέλος οι ινοκυστικές αλλοιώσεις του μαστού, όπου ο μαζικός αδένας ειδικά με την πάροδο του χρόνου μπορεί να αλλάξει, οι ορμόνες επίσης παίζουν ιδιαίτερο ρόλο σε αυτές και με ήπια θεραπεία ο πόνος που μπορεί να προκαλέσουν υποχωρεί.

1.8. Είδη καρκίνου του μαστού

Υπάρχουν πολλών ειδών ταξινομήσεις για τον καρκίνο του μαστού ανάλογα με τα συμπτώματα και το στάδιο στο οποίο εντοπίζεται. Όσο περισσότερες πληροφορίες διαθέτει ο γιατρός τόσο πιο συντονισμένη είναι και η αντιμετώπιση του. Ο καρκίνος του μαστού διαφέρει ανάλογα με την θέση την οποία βρίσκεται, το βάθος, το μέγεθος, αν είναι τοπικά εντοπισμένος και με το αν έχει κάνει μεταστάσεις ή όχι. Μπορεί να είναι ευαίσθητος απέναντι σε ορμόνες, ή να χρήζει χημειοθεραπείας πριν από την οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση. Το στάδιο του καρκίνου του μαστού δίνει πληροφορίες για το μέγεθος του και για το αν έχει κάνει μεταστάσεις πέρα του μαστού. Τα στάδια του καρκίνου του μαστού είναι διεθνώς 4. Το στάδιο 0 όπου πρόκειται για τον εντοπισμένο καρκίνο ο οποίος δεν έχει κάνει μεταστάσεις και δεν έχει διηθήσει στα γύρω όργανα. Το στάδιο 1, όπου ο καρκίνος είναι μεγαλύτερος των 2 εκατοστών και εδώ μπορεί και να υπάρχει μια διασπορά στους κοντινούς λεμφαδένες, όπου είναι αυτοί της μασχάλης. Το στάδιο 3 όπου ο καρκίνος είναι μεγαλύτερος των 5 εκατοστών, υπάρχει μετάσταση στους λεμφαδένες και ίσως να υπάρχει και επέκταση του καρκίνου και προς τον θώρακα, ή το δέρμα. Τέλος το στάδιο 4 όπου ο όγκος μπορεί να είναι οποιαδήποτε μεγέθους, υπάρχουν μεταστάσεις στους συγγενείς λεμφαδένες, όπως και απομακρυσμένες μεταστάσεις μέσα στο σώμα. Έχοντας αυτού του είδους τις πληροφορίες ο γιατρός είναι σε θέση να δώσει τις κατευθυντήριες στην ασθενή για το σχέδιο το οποίο πρέπει να ακολουθηθεί για την αντιμετώπιση του και την πιθανή ίαση.

1.9. Διαχείριση και τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού

Μετά την διάγνωση για τον καρκίνο του μαστού σειρά παίρνει ο σχεδιασμός της αντιμετώπισής του. Σε αυτό το σημείο παίζει πολύ μεγάλο και σημαντικό ρόλο ο γιατρός και ο τρόπος που μιλάει, εξηγεί και συμπαραστέκεται στην ασθενή, της οποίας η ζωή έχει αλλάξει ριζικά και πολύ ξαφνικά. Οι τόποι αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού είναι η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία, η

ακτινοθεραπεία και η ορμονική θεραπεία, κάποιες φορές και σε συνδυασμό. Με το χειρουργείο ο γιατρός επεμβαίνει τοπικά και αφαιρεί τον όγκο, ή κάποιες φορές όλο το μαστό(μαστεκτομή).

Με την χημειοθεραπεία δίνονται στην ασθενή πολύ δυνατά φάρμακα που στόχο έχουν την συρρίκνωση ή και την εξαφάνιση του όγκου, πρόκειται για μια πολύ ισχυρή θεραπεία, κατά την διάρκεια της οποίας η ασθενής αντιμετωπίζει πολύ σοβαρά προβλήματα και έχει επίπτωση και απευθύνεται σε όλο το σώμα. Η ακτινοθεραπεία είναι στοχευόμενη θεραπεία και με τις ακτίνες που χρησιμοποιούνται καταστρέφονται τοπικά και μόνον τα καρκινικά κύτταρα.

Σε όλη αυτήν την διαδικασία και την πρόκληση, η γυναίκα δεν είναι μόνη της, πρώτος σύμμαχος είναι ο γιατρός και ο ρόλος του είναι πολύ σημαντικός σε όλη αυτή την πορεία, καθώς με την τεχνογνωσία του θα οδηγήσει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Φυσικά πολύ σημαντικό ρόλο παίζει και το άμεσο περιβάλλον της γυναίκας και πόσο εκείνη θέλει να τους εμπλέξει και πιθανόν να ζητήσει την βοήθεια τους. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κατευθύνουν τις ασθενείς και πολλές φορές και το άμεσο περιβάλλον της σε ψυχολογική υποστήριξη. Κάτι τέτοιο θα βελτιώσει κατά πολύ την ποιότητα της ζωής τους. Η σωματική άσκηση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο επίσης. Μειώνει το αίσθημα της κόπωσης, βοηθά όχι μόνο την ψυχολογία αλλά και την καλή λειτουργία του ανοσοποιητικού. Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, που περιλαμβάνει σωματική άσκηση, υγιεινή διατροφή και διατήρηση κοινωνικών επαφών, βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών(Holmes & Kroenke, 2004). Η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της νόσου, πρέπει να περιλαμβάνει και τους συγγενείς της ασθενούς, καθώς όταν ένα άτομο μιας οικογένειας νοσεί, τότε νοσεί ολόκληρη η οικογένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Κοινωνική προσέγγιση

2.1. Ζώντας με τον καρκίνο του μαστού

Η διάγνωση και η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων είναι μια πολύ αγχωτική, τρομακτική, πιεστική και δύσκολη διαδικασία για μια γυναίκα. Αλλάζει ριζικά όλη της η ζωή. Αλλάζει η σχέση της με τον εαυτό της, η σχέση της με τους άλλους. Σε

πολλές περιπτώσεις οι γυναίκες φοβούνται να μιλήσουν ή και ντρέπονται και έτσι το κρατούν μέσα τους, επηρεάζεται η ψυχολογία τους και η συμπεριφορά τους. Οι ρόλοι που έχει η γυναίκα μέσα στην καθημερινότητα που την περιβάλλει διαταράσσονται. Δεν υπάρχει «σωστός» τρόπος να διαχειριστεί μια γυναίκα τον καρκίνο του μαστού, τα συναισθήματα που δημιουργεί είναι ποικίλα και έντονα και δεν χρειάζεται να δικαιολογείται για αυτά, είναι φυσιολογικό η διάθεση της να μεταβάλλεται, ιδιαίτερα μετά την συνειδητοποίηση των νέων (Galgut, 2013).

Ο καρκίνος του μαστού έχει οργανικές, ψυχολογικές και πρακτικές καθημερινές επιπτώσεις. Ανάλογα με την θεραπεία που καλείται η κάθε ασθενής να ακολουθήσει επηρεάζονται η γεύση της, υπάρχει περίπτωση να χάσει τα μαλλιά της, τα κόκκαλα της μπορεί να αδυνατήσουν, επηρεάζεται η σεξουαλικότητα και η γονιμότητά της, αισθάνεται ευκολότερα κόπωση και πάνω από όλα η εικόνα που η ίδια έχει για τον εαυτό της. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου ανάμεσα στις γυναίκες. 1 στις 10 γυναίκες στην Ευρώπη θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της. Όταν το 1977 ο G.Engel δημοσίευσε την πρότασή του για ένα νέο ιατρικό μοντέλο το οποίο ονόμασε βιο-ψυχοκοινωνικό σε αντίθεση με το μέχρι τότε ισχύον βιο-ιατρικό, δημιουργήθηκε έντονη ανάγκη για μια πιο ολιστική προσέγγιση των πραγμάτων. Καθώς ο καρκίνος του μαστού έχει μακριά πορεία στο χρόνο και συνήθως εμφανή αποτελέσματα (μαστεκτομή) η ανάγκη για αντιμετώπιση όχι μόνον αυτής καθαυτής της ασθένειας αλλά και την αντιμετώπιση των κοινωνικών και ψυχολογικών επιπτώσεων της. Η γυναίκα εκτός από την ασθένεια και τον δυνητικό θάνατό της έχει να αντιμετωπίσει και την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο πολύ σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της. Την μητρότητα και την σεξουαλικότητα της.

Η προσωπικότητα της κάθε ασθενούς παίζει πολύ σημαντικό ρόλο και στην αντιμετώπιση της διάγνωσης και της ίδιας της ασθένειας, πόσο εύκολα μπορεί να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα. Η προσωπικότητα δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας για την αντιμετώπιση της ασθένειας, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει και η στρατηγική που θα διαλέξει η ασθενής να ακολουθήσει (Μπερδεκλή, Αναγνωστόπουλος, 2010). Έρευνες που έχουν γίνει πάνω στον καρκίνο του μαστού και τον τρόπο αντιμετώπισης των γυναικών έχουν δείξει πως οι μηχανισμοί οι οποίοι επιλέγονται από τις γυναίκες για την αντιμετώπιση της ασθένειας ποικίλουν, ένα παράδειγμα είναι η μαχητικότητα. Οι πιο αισιόδοξες γυναίκες, όπου αισιοδοξία είναι η πεποίθηση πως καλά πράγματα και γεγονότα έρχονται στην ζωή, διατηρούν μια πιο

μαχητική στάση και βάζουν ως στόχο να καταπολεμήσουν την ασθένεια. Η αισιοδοξία βασίζεται και σε μεγάλο βαθμό στην καλή και ολοκληρωμένη ενημέρωση. Κάποιοι άνθρωποι προσαρμόζονται γρηγορότερα στα καινούρια δεδομένα ενώ κάποιοι άλλοι αργούν ή δεν προσαρμόζονται και ποτέ. Η άρνηση από την άλλη πλευρά είναι ένας μηχανισμός αντιμετώπισης, όπου η ασθενής δεν δέχεται την σοβαρότητα της κατάστασης, αρνείται την διάγνωση και πιστεύει πως μπορεί να είναι και λάθος, ή μετά από μια πιθανή χειρουργική επέμβαση τείνει να λέει πως δεν ήταν και κάτι το τόσο σοβαρό. Οι γυναίκες αυτές είναι συνήθως πιο μοναχικές και αλλάζουν γρήγορα το θέμα συζήτησης μη αφήνοντας περιθώριο για ερωτήσεις. Η στωική αποδοχή αφορά γυναίκες οι οποίες δέχονται την διάγνωση, ακολουθούν τις οδηγίες αλλά δεν έχουν την περιέργεια να το ψάξουν περισσότερο ή να αναζητήσουν σχετικές πληροφορίες. Υπάρχουν και οι γυναίκες που δέχονται τα αποτελέσματα αλλά κυριεύονται από το άγχος και την θλίψη. Έχουν την τάση να αναζητούν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες αλλά κάθε τι το ερμηνεύουν με αρνητικό τρόπο και απαισιοδοξία. Τέλος είναι η γυναίκες που τα νέα είναι δυσβάσταχτα για εκείνες, θεωρούν τον εαυτό τους συνεχώς άρρωστο και αισθάνονται αβοήθητες και πως κάθε ημέρα τις οδηγεί προς το τέλος. Οι γυναίκες αυτές βρίσκουν την καθημερινότητα και τις προκλήσεις της πάρα πολύ δύσκολες και είναι οι γυναίκες αυτές με την πιο άσχημη πρόγνωση. Η συμπεριφορά των γυναικών βέβαια δεν μένει στάσιμη, αλλάζει συνεχώς από την στιγμή της διάγνωσης και επηρεάζεται κατά πολύ από τα στάδια τα οποία περνάει. Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου 1 στις 4 εμφανίζει ένα είδος συναισθηματικής διαταραχής. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού συχνά θεωρούνται μια ιδιαίτερα επιρρεπής ομάδα, με πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Badger, Braden, Mishel & Longman, 2004). Η εμφάνιση και η διάγνωση της κατάθλιψης ορίζεται με βάση το βαθμό στον οποίο η κατάθλιψη, είτε ως συνέπεια της διάγνωσης είτε της θεραπείας του καρκίνου, γίνεται αντιληπτή ως παρατεταμένη και ενοχλητική, προκαλώντας παράλληλα δυσφορία (Badger et al., 2004). Έχει φανεί ότι ακόμα και μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών, το 20% των γυναικών συνεχίζει να υποφέρει από κατάθλιψη (Kim et al., 2008). Αυτό συμβαίνει σε μεγαλύτερο βαθμό εάν οι γυναίκες αυτές είναι νεαρές. Πολύ σημαντικό ρόλο σε όλο αυτό το ταξίδι της γυναίκας παίζει εκτός από τον γιατρό της, το οικογενειακό, φιλικό περιβάλλον και φυσικά ο σύντροφός της. Η θέση της γυναίκας αλλάζει, ίσως να μην μπορεί για κάποιο διάστημα να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Πέρα από την διάγνωση, οι επιπτώσεις της νόσησης από καρκίνο του μαστού είναι

πολλαπλές και περιλαμβάνουν αλλαγές στη σωματική εμφάνιση και τις σωματικές λειτουργίες, απώλεια κοινωνικών ρόλων, απώλεια της αντίληψης του εαυτού ως υγιούς. Είναι πολύ σημαντικό να διατηρήσει κάποιος την καθημερινότητα του όσο τον δυνατόν πιο κοντά στο φυσιολογικό. Δεν χρειάζεται να παριστάνει κανείς τον χαρούμενο, είναι πιο χρήσιμο και ωφέλιμο να δείχνει μια γυναίκα τα πραγματικά της συναισθήματα, τα συναισθήματα που της γεννά ο καρκίνος, όποια και αν είναι αυτά, όπως επίσης αν χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη να την αναζητήσει. Είναι αρκετές οι φορές που όλοι μας χρειαζόμαστε μια άλλη, τρίτη γνώμη από κάποιον που δεν είναι οικογένεια και η ματιά του μπορεί να είναι πιο ξεκάθαρη.

Χρειάζεται χρόνος για να κάνει πράγματα που την ενδιαφέρουν και την κάνουν να περνά καλά. Πολύ χρήσιμη είναι η φυσική δραστηριότητα, ιδιαίτερα έξω στη φύση, όπως το περπάτημα, ή το κολύμπι, έτσι βελτιώνεται η ψυχική διάθεση, επιταχύνεται η ίαση, βοηθά στο άγχος και τις αρνητικές σκέψεις. Στην διατήρηση της ρουτίνας σημαντικό ρόλο παίζει και η εργασία, αν και οι γυναίκες που χρήζουν χημειοθεραπείας έχουν συχνή κόπωση και αισθάνονται εξάντληση. Αυτή η εξάντληση ασκεί συχνά αρνητικές επιδράσεις στις ζωές τους. Μπορεί να ασκήσει αρνητική επίδραση στη φυσική, ψυχοκοινωνική και οικονομική ευημερία και. Μια αμερικανική έρευνα έδειξε ότι η εξάντληση είναι κοινή μεταξύ των ασθενών που κάνουν χημειοθεραπεία. Η μελέτη έδειξε ότι:

- 76% των ασθενών έδειξαν ότι νοιώθουν εξάντληση, τουλάχιστον μερικές ημέρες κάθε μήνα κατά τη διάρκεια της πιο πρόσφατης χημειοθεραπείας τους.
- 30% νοιώθουν κούραση σε καθημερινή βάση.
- 91% ήταν εκείνοι που ένιωθαν ότι λόγω της εξάντλησης, χάνουν την κανονική τους ζωή.
- 88% έδειξε ότι η εξάντληση προκάλεσε αλλαγές στην καθημερινή τους ζωή.
- Από τους ασθενείς που δούλευαν το 75% άλλαξε τον τρόπο δουλειάς τους, λόγω της εξάντλησης.
- 65% των ασθενών έδειξε ότι εξάντληση τους οδήγησε τουλάχιστον μια ημέρα την εβδομάδα εκτός εργασίας, δηλαδή μέσο όρο 4,5 ημέρες τον μήνα.

Αυτά τα αποτελέσματα στηρίζονται στην διαπίστωση ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εξάντλησης ως παρενέργεια μετά τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοβολία και τη χημειοθεραπεία. Ο κίνδυνος

συντίθεται από τους πολλαπλάσιους ρόλους των γυναικών που επιστρέφουν στην εργασία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οι γυναίκες στις οποίες δεν προσφέρονται εναλλακτικές συνθήκες εργασίας (ρυθμίσεις στις ώρες απασχόλησης, διαχείριση του φόρτου εργασίας), κατά τη διάρκεια και μετά από την θεραπεία κατά του καρκίνου μπορούν να είναι μέχρι και 15 φορές πιθανότερο να αντιμετωπίσουν οικονομικές δυσκολίες(bestrong.gr,2014).

2.2. Ενημέρωση της ασθενούς και του περιβάλλοντος της

Ένα επίσης πολύ σημαντικό ζήτημα είναι και η ενημέρωση της ασθενούς, ποίος την ενημερώνει και πόσα πρέπει να της πει. Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού, όπως και όλοι οι άνθρωποι με μια κάποια ασθένεια έχουν το δικαίωμα να γνωρίζουν την αλήθεια σε σχέση με την κατάσταση τους. Ο γιατρός έχει υποχρέωση και ευθύνη για την σωστή ενημέρωση της ασθενούς. Στην Ελλάδα την δεκαετία του 1980 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γιατρών, 87,5% απέκρυπταν την αλήθεια από τους ασθενείς τους παρ' όλο που ένα μεγάλο ποσοστό του 74% πίστευαν ότι ο ασθενείς έχει το δικαίωμα να γνωρίζει την ασθένεια του. Από την δεκαετία του 1990 φαίνεται ότι αναπτύσσεται μια τάση από πλευράς των γιατρών να ενημερώνουν τους ασθενείς για την νόσο τους περισσότερο από ότι στις δύο προηγούμενες δεκαετίες(bestrong.gr, 2014). Πιο συγκεκριμένα σε μια μελέτη που έγινε σε 228 Έλληνες γιατρούς για την στάση τους στην αποκάλυψη της αλήθειας, φάνηκε ότι:

- σε ποσοστό 89% ενημερώνουν περισσότερο τους ασθενείς για την διάγνωση της νόσου. Από αυτό το ποσοστό το 11% το ανακοίνωναν σε όλους ανεξαιρέτως ενώ το 83% σε κάποιους ασθενείς.
- 83% συνήθιζαν να αποκαλύπτουν την αλήθεια για την διάγνωση και την πρόγνωση στους συγγενείς πριν τον ασθενή(Mystakidou et al., 1996).

Σε αντίστοιχη έρευνα που έγινε σε 146 νοσηλευτές έδειξε ότι:

- Το 57% πιστεύει ότι η αλήθεια θα πρέπει να λέγεται σε μερικούς ασθενείς με καρκίνο, παρ' όλο που ένα μεγάλο ποσοστό 89,1% πιστεύει ότι η διάγνωση θα πρέπει να ανακοινώνεται στους συγγενείς.
- Το 66,2% δυσκολεύονται να συζητήσουν ανοιχτά με τους ασθενείς τους για την ασθένεια και το ενδεχόμενο θανάτου.
- Το 66,2% αναφέρουν πως δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι σε τεχνικές επικοινωνίας γεγονός που παρατηρήθηκε και στους γιατρούς.

- Το 71% πιστεύει ότι η αλήθεια είναι ουσιώδης για μια επιτυχημένη θεραπευτική σχέση, παρ' όλα αυτά το 51,3% αναφέρει ότι η πλήρης ενημέρωση στον ίδιο τον ασθενή, μπορεί να τον οδηγήσει στην απογοήτευση, την απόγνωση καθώς και την πλήρη απομόνωση (Georgaki et al., 2002). Τέλος, η έρευνα που έγινε σε 146 οικογένειες, συγγενείς, απέναντι στο θέμα της ενημέρωσης των ασθενών/συγγενών τους, προέκυψαν τα εξής:
- Μόνο το 23% πιστεύει ότι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για την διάγνωση και την πρόγνωση της νόσου.
- Το 56% πιστεύει πως μερικές φορές και κάτω από προϋποθέσεις θα πρέπει να ενημερώνονται για την διάγνωση, ενώ το 51% για την πρόγνωση (Mystakidou et al., 2002).

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που αφορά όλη την οικογένεια, καθώς τους επηρεάζει όλους. Τα μέλη της οικογένειας συχνά καλούνται να στηρίξουν τόσο ηθικά και ψυχολογικά, όσο και πρακτικά και γι' αυτό και έχουν και άποψη για την θεραπεία και πολλές φορές έχουν και περισσότερες απορίες προς τον γιατρό από τον ίδιο τον ασθενή. Οι ικανοποιητικές οικογενειακές σχέσεις μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς καλύτερα στην προσαρμογή τους στη διάγνωση και στην θεραπεία. Στις περιπτώσεις που το οικογενειακό περιβάλλον και οι συγγενείς, γνωρίζουν την αλήθεια για την νόσο του δικού τους ανθρώπου και προσπαθούν να την αποκρύψουν, είναι πιθανό να μεταβιβάσουν τους φόβους τους και το άγχος στον ασθενή ακόμα και μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας.

Αρκετά σημαντικό επίσης είναι πως θα πρέπει να αντιμετωπίζονται τα παιδιά σε όλο αυτό. Αν πρέπει ή όχι να ξέρουν και ποιο είναι το μέγεθος που μπορούν και πρέπει να διαχειριστούν. Τα παιδιά είναι πολύ έξυπνα και είναι πολύ δύσκολο να τους κρατήσουμε ένα τόσο σημαντικό μυστικό μέσα στο σπίτι, ειδικά που από τη στιγμή η καθημερινότητα της μητέρας θα αλλάξει τόσο εμφανώς. Το καλύτερο που συμβουλεύουν οι ψυχολόγοι που ασχολούνται με γυναίκες με καρκίνο το μαστού είναι πως τα παιδιά πρέπει να γνωρίζουν την αλήθεια και είναι συνετό την αλήθεια να τους την πουν οι γονείς, να αφιερώσουν χρόνο για να απαντήσουν σε απορίες και να μην απομονώνονται από την λήψη των αποφάσεων. Ανάλογα με τον χαρακτήρα και την ηλικία το παιδί μπορεί να αντιδράσει απρόβλεπτα. Χρειάζεται υπομονή και συνεχής διάλογος και κατά τη θεραπεία και με την αποθεραπεία. Το παιδί πρέπει να είναι ενημερωμένο και φυσικά προετοιμασμένο για αυτό που πρόκειται να ακολουθήσει. Σημαντικό είναι και το κομμάτι του συντρόφου. Ο σύντροφος είναι ένα

πολύ μεγάλο κομμάτι στη ζωή μιας γυναίκας και είναι φυσικό να επηρεασθεί η μεταξύ τους σχέση. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο σύντροφος ήταν εκείνος που στήριξε και υποστήριξε τη γυναίκα του να ξεπεράσει την ασθένεια. Υπάρχουν και περιπτώσεις βέβαια που δεν μπόρεσαν να το κάνουν και ήταν απλώς θεατές σε όλο αυτό. Η συζήτηση παίζει πολύ μεγάλο ρόλο σε όλο αυτό το ταξίδι. Η ζωή και των δυο πρόκειται να αλλάξει δραματικά. Η γυναίκα θα πάψει να έχει τους ρόλους που είχε, θα αλλάξει η εικόνα της, το σώμα της, η διάθεσή της. Είναι απαραίτητο ο άντρας να συνοδεύει τη σύντροφό του στα κλινικά ραντεβού της, να ακούει και να ρωτάει πράγματα που μπορεί να του κάνουν εντύπωση και να ζητάει βοήθεια όταν τη χρειάζεται. Κανείς δεν περιμένει από κανέναν να είναι άτρωτος και να έχει όλες τις λύσεις και τις απαντήσεις. Τις περισσότερες φορές όση στήριξη, ψυχολογική, χρειάζεται η γυναίκα, άλλη τόση χρειάζεται και ο σύντροφός της. Σημασία έχει η καλή διάθεση και προθέσεις.

2.3. Πρόληψη

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ένα ποσοστό άνω του 30% των καρκίνων μπορεί να προληφθεί (WHO, 2010). Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού διαφέρει τόσο από χώρα σε χώρα όσο και από κοινωνία σε κοινωνία. Η πρόληψη προϋποθέτει επικοινωνία. Οι γυναίκες που ενημερώνονται για τις εξελίξεις στο θέμα και για τις νέες μεθόδους είναι και πιο συνεπείς όσον αφορά τον ετήσιο έλεγχο τους. Σε κάποιες χώρες η πρόληψη είναι πιο διαδεδομένη απ' ό,τι σε άλλες και ο πληθυσμός είναι καλύτερα ενημερωμένος και γι' αυτό υπάρχει και καλύτερη και πιο πρόωρη διάγνωση. Σε διεθνές επίπεδο υπάρχει μια ημέρα υπενθύμισης και ευαισθητοποίησης για το θέμα όπου είναι η 25^η Οκτωβρίου κάθε έτους. Το μήνυμα είναι «Η πρόληψη σώζει ζωές». Το σήμα της δράσης αυτής είναι και μια ροζ κορδέλα. Η ιστορία της κορδέλας ξεκινά το 1985, η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία και η πολυεθνική φαρμακευτική AstraZeneca καθιέρωσαν το μήνα Οκτώβριο ως το μήνα ευαισθητοποίησης για τον καρκίνο του μαστού. Αργότερα το 1992, οι New York Times χαρακτήρισαν την «Χρονιά της Κορδέλας», λόγω της κόκκινης κορδέλας για το AIDS όπου έγινε η πραγματική «επανάσταση». Είχε προηγηθεί, το 1979, η υπόθεση της Penne Laingen, της οποίας ο σύζυγος, Bruce, απήχθη και κρατούνταν ως όμηρος στο Ιράν. Η Laingen, εμπνευσμένη από ένα τραγούδι, έδωσε, στα δέντρα της αυλής της, κίτρινες κορδέλες. Συμβόλιζαν, όπως είχε πει, την επιθυμία της να δει τον άντρα της πίσω στο σπίτι. Σε χρόνο μηδέν, κίτρινες

κορδέλες κατέκλυσαν τις ΗΠΑ, σε ένδειξη αλληλεγγύης. Η κορδέλα τότε γίνεται μέσο επικοινωνίας. Το 1991, ο ηθοποιός Jeremy Irons φόρεσε δημοσίως την κόκκινη κορδέλα, ως σύμβολο της ευαισθητοποίησης για το AIDS. Την κόκκινη κορδέλα εμπνεύστηκε μία ομάδα ακτιβιστών με το όνομα Visual AIDS Artists Caucus, παρατηρώντας το πλήθος των κίτρινων κορδελών, οι οποίες είχαν τότε κάνει την επανεμφάνισή τους, για τους Αμερικανούς που πολεμούσαν στον Κόλπο. Η κορδέλα τότε γίνεται μήνυμα. Λίγους μήνες μετά, το φθινόπωρο του 1991, το ίδρυμα Susan G. Komen μοίρασε ροζ κορδέλες σε όλους τους συμμετέχοντες στον αγώνα δρόμου Race for the Cure στη Νέα Υόρκη. Ήταν η πρώτη συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τη ροζ κορδέλα, η οποία, όμως, περιορίστηκε σε «δευτερεύοντα» ρόλο. Στις αρχές του 1992, η αρχισυντάκτρια του περιοδικού Self, Alexandra Penney, επηρεασμένη, προφανώς, από την μανία με τις κορδέλες, σκέφτηκε ότι το κίνημα για την ευαισθητοποίηση γύρω από τον καρκίνο του μαστού χρειαζόταν τη δική του κορδέλα και αποφάσισε να συνοδεύσει το σχετικό, επετειακό τεύχος με μία. Την είχε προλάβει, όμως, μία άλλη γυναίκα. Η 68χρονη Charlotte Haley, εγγονή, αδερφή και μητέρα γυναικών που είχαν παλέψει με τον καρκίνο του μαστού. Η Charlotte έφτιαχνε, ήδη, κορδέλες σε σομόν χρώμα, τις οποίες κατασκεύαζε μόνη της. Τις μοίραζε σε σετ των πέντε. Κάθε πεντάδα συνοδεύονταν από μία κάρτα που έγραφε: «Ο προϋπολογισμός του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας είναι 1,31 δισεκατομμύρια. Μόνο το 5% πηγαίνει στην πρόληψη του καρκίνου. Βοήθησέ μας να ξυπνήσουμε τους νομοθέτες και την Αμερική, φορώντας αυτή την κορδέλα». Το περιοδικό ήρθε σε επικοινωνία με την 68χρονη γυναίκα, αλλά η ίδια αρνήθηκε να συνεργαστεί μαζί του, καθώς έβλεπε τις ενέργειές του «υπερβολικά εμπορικές». Η Alexandra Penney, όμως, ήταν αποφασισμένη να προχωρήσει με την ιδέα της και μετά από διαβουλεύσεις με τους δικηγόρους του περιοδικού, βρήκε τη λύση. Η κορδέλα θα είχε, απλώς, άλλο χρώμα. Και κάπως έτσι, δημιουργήθηκε η ροζ κορδέλα. Για να αποκτήσει τόσο μεγάλη αναγνωρισιμότητα και δύναμη η ροζ κορδέλα, συνεργάστηκε η Evelyn Lauder, αντιπρόεδρος της εταιρείας Estee Lauder, η οποία είχε αντιμετωπίσει τον καρκίνο στον μαστό. Υποσχέθηκε στην Penney να βάλει την κορδέλα για τον καρκίνο του μαστού στα καταστήματα καλλυντικών ολόκληρης της Αμερικής και το έκανε. Σύντομα, ολόκληρη η χώρα γνώριζε. Τα πράγματα, στη συνέχεια, πήραν τον δρόμο τους. Όπως γίνεται συνήθως - σε αυτή την περίπτωση, ευτυχώς - τις ΗΠΑ ακολούθησε και ο υπόλοιπος πλανήτης. Κάθε Οκτώβριος είναι ροζ (Παπακωνσταντή, 2013). Μέχρι και τον 20ο αιώνα, ο καρκίνος του μαστού

αποσιωπούσαν, σαν να ήταν ντροπή. Υπήρχε φόβος και άγνοια γύρω από το θέμα. Οι γυναίκες υπέφεραν σιωπηλά σε αντίθεση με σήμερα που ζητούν βοήθεια και υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για να τους δοθεί η καταλληλότερη θεραπεία. Όσο οι εξελίξεις προχωρούσαν και τα ποσοστά επιβίωσης βελτιώθηκαν, οι γυναίκες άρχισαν να ευαισθητοποιούνται ολοένα και περισσότερο. Το πεδίο "Στρατός των Γυναικών»(Women's Field Army), το οποίο διευθύνεται από την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία ξεκίνησε κατά τη διάρκεια του 1930 και του 1940 και ήταν μία από τις πρώτες οργανωμένες εκστρατείες για τον καρκίνο του μαστού. Το 1952, η πρώτη ομάδα υποστήριξης γυναικών, που ονομάζεται «Reach to Recovery», άρχισε να παρέχει μετά από επεμβάσεις μαστεκτομής, επισκέψεις από τις γυναίκες που είχαν επιζήσει από καρκίνο του μαστού. Η έμφαση στον προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού μπορεί να γλιτώσει τις γυναίκες από την υποβολή τους σε άσκοπες θεραπείες.

Υπάρχουν δυο τρόποι για έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου του μαστού, σωστή ενημέρωση των γυναικών για τα συμπτώματα, πρόωρη διάγνωση με ελέγχους σε ομάδες υψηλού κινδύνου έτσι ώστε να δοθεί θεραπεία όσο το δυνατόν πιο νωρίς και προληπτικός έλεγχος σε όλες τις γυναίκες με σκοπό να εντοπιστεί νωρίς κάθε πιθανή ανωμαλία(Anderson et al., 2008).

2.4. Καρκίνος του μαστού και εγκυμοσύνη

Ο καρκίνος του μαστού στην εγκυμοσύνη, κατά τη διάρκειά της, το θηλασμό, ή και ένα χρόνο αργότερα αντιστοιχεί στο 1 με 3% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού, ενώ αποτελεί το 10% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού σε γυναίκες νεότερες των 40 ετών(Μαρκόπουλος, 2012).

Η αύξηση που υπάρχει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού στην εγκυμοσύνη συμβαδίζει με την αύξηση που υπάρχει τα τελευταία χρόνια στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού σε νεότερες γυναίκες. Παρά την επικρατούσα άποψη, ο καρκίνος του μαστού ο οποίος εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι πιο επιθετικός, ούτε χειρότερης πρόγνωσης. Εμφανίζεται ως επί το πλείστον σαν ανώδυνη ψηλαφητή μάζα και διαγιγνώσκεται με υπέρηχο και βιοψία, καθώς η μαστογραφία δεν ενδείκνυται σε εγκυμονούσες γυναίκες, εξαιτίας της ακτινοβολίας. Δεν έχει αποδειχτεί πως η διακοπή της κύησης επηρεάζει την πρόγνωση για την ασθενή, εάν η ίδια το επιλέξει όμως, τότε μετά τη διακοπή

ακολουθεί την κλασική αντιμετώπιση του καρκίνου. Σε περίπτωση που δεν επιθυμεί να διακόψει την κύηση, πρέπει να γίνει μαστεκτομή και μασχαλιαίος καθαρισμός των λεμφαδένων και με το πέρας της εγκυμοσύνης να δοθεί χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος είναι προχωρημένος βέβαια, συνίσταται η διακοπή της κύησης και η εκκίνηση της θεραπείας. Μια γυναίκα η οποία αντιμετώπισε καρκίνο του μαστού στο παρελθόν δεν υπάρχουν στοιχεία που να την αποτρέπουν από το να κάνει παιδιά, οι γιατροί συμβουλεύουν όμως να περιμένει να περάσει μια διαητία, καθώς με την εγκυμοσύνη οι ορμόνες στο σώμα αυξάνονται, κάτι που εμπεριέχει κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Πολιτικές για τον καρκίνο του μαστού

3.1. ΠΟΥ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος ιδρύθηκε το 1948 στη Γενεύη και σκοπό έχει την απόκτηση ενός ανωτέρου επιπέδου υγείας για όλους τους λαούς της γης, ενισχύοντας την έρευνα, οργανώνοντας εργαστήρια και σεμινάρια, Υγεία, είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας(WHO, 1946). Κάθε χώρα έχει τα δικά της σχέδια και κάνει τις δικές της δράσεις για την πρόληψη, την ενημέρωση και την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο καρκίνος του μαστού είναι μια από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου ανάμεσα στις γυναίκες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το κείμενο του για τα προγράμματα διαχείρισης του καρκίνου το 2002 υπάρχουν περίπου 20 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες κοινωνίες που ζουν με καρκίνο και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2020 θα είναι περισσότεροι από 30 εκατομμύρια. Με την υπάρχουσα γνώση και τεχνογνωσία θα μπορούσε να προληφθεί το ένα τρίτο από τις 10 εκατομμύρια περιπτώσεις. Η πρόληψη του καρκίνου είναι από τις πιο επιτακτικές ανάγκες αυτής της εποχής. Ο στόχος του ΠΟΥ είναι να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα εξαιτίας του καρκίνου και να καλυτερέψει η ποιότητα ζωής των ασθενών από καρκίνο και των οικογενειών τους σε όλο τον κόσμο. Ο

πρόωρος εντοπισμός της ασθένειας είναι επιτυχημένος όταν συνδυάζεται με την αποτελεσματική θεραπεία. Η διάγνωση του καρκίνου είναι το πρώτο βήμα για τον χειρισμό του και οι κύριοι στόχοι του χειρισμού αυτού είναι ή ίαση, η παράταση της ζωής, η βελτίωση της ποιότητας και τέλος η ανακουφιστική φροντίδα. Ο αρχικός στόχος ειδικά στις ανεπτυγμένες χώρες είναι η τεχνογνωσία, η ανάπτυξη εθνικών διαγνωστικών και θεραπευτικών κατευθυντήριων και άμεση χρήση των ήδη υπάρχουσών υπηρεσιών με σκοπό της βελτίωσή τους. Για να λειτουργήσουν αυτά χρειάζεται ένα εθνικό πρόγραμμα για την διαχείριση και την αντιμετώπιση του καρκίνου που θα προϋποθέτει ανταγωνιστική διοίκηση, σχεδιασμό για την καλύτερη αξιοποίηση των πόρων, συχνή αξιολόγηση του προγράμματος και διασφάλιση ότι ικανοποιούνται οι προγραμματισμένοι στόχοι. Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας από τους καρκίνους που μπορεί να προληφθεί και να διαγνωστεί έγκαιρα, με κατάλληλη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, με ενημέρωση του των γυναικών και με ελέγχους στον ασυμπτωματικό πληθυσμό. Για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού ο ΠΟΥ προτείνει μαστογραφία σαν τον πρώτο τρόπο εντοπισμού, υπερηχογράφημα μαστών, συμπληρωματικά και βιοψία του υπόπτου ιστού και εξακρίβωση. Μετά την διάγνωση στη θεραπεία θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν το είδος του καρκίνου του μαστού, η έκταση του, το στάδιο στο οποίο ανακαλύφθηκε, αν χρειάζεται επικουρικές θεραπείες, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία και φυσικά ή ψυχολογία της ασθενούς.

Πολύ σημαντικό κομμάτι για τον καρκίνο και τον καρκίνο του μαστού στην συγκεκριμένη περίπτωση ειδικότερα είναι η έρευνα. Έρευνα για τα επιδημιολογικά στοιχεία, τα εργαστηριακά, τα κλινικά, τις συμπεριφορές των ασθενών και την ψυχολογία τους και φυσικά έρευνα για τα συστήματα υγείας και τις πολιτικές. Μέσα από την έρευνα και την επεξήγηση της θα μπορέσουν να αξιολογηθούν τα προγράμματα και οι στόχοι που έχουν τεθεί. Η ανάγκη για ένα τόσο μεγάλο πρόγραμμα με κοινούς στόχους, προσεγμένο σχεδιασμό και απήχηση στο σύνολο του πληθυσμού είναι αναγκαίο, αρχικά για την συνολική αντιμετώπιση της νόσου και δίκαιη αντιμετώπιση και κάλυψη του πληθυσμού. Σύμφωνα με τα στοιχεία που συνέλλεξε ο ΠΟΥ το 2002 ήταν λίγες οι χώρες που είχαν ολοκληρωμένα προγράμματα για την αντιμετώπιση της νόσου που να περιέχουν, πρόωρη διάγνωση, πρόληψη, θεραπεία και ανακουφιστική φροντίδα. Ένα ποσοστό 48% των χωρών του κόσμου είχε ένα εθνικό σχέδιο για τον καρκίνο. Για τον σχεδιασμό ενός τέτοιου

προγράμματος απαιτείται συλλογή δεδομένων, δημογραφικών, ηλικίες, φύλο, και χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Διαθέσιμα στοιχεία γύρω από τον καρκίνο γενικά στην κάθε χώρα και τα επίπεδα κινδύνου, στοιχεία γύρω από άλλες ασθένειες και σε τι είναι ευάλωτος ο πληθυσμός. Σημαντικό στοιχείο επίσης είναι κατά πόσο είναι εφαρμόσιμο ένα τέτοιο εγχείρημα, πόσο έτοιμη είναι η κάθε κοινωνία και οι πολιτικές της κάθε χώρας, γιατί ίσως χρειαστούν τροποποιήσεις. Για την καλύτερη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού εκτός από τα παραπάνω ο ΠΟΥ αναφέρει ότι απαιτείται και μια ομάδα άρτια καταρτισμένη για να αντιμετωπίσει το κάθε περιστατικό. Είναι απαραίτητη μια ομάδα που να απαρτίζεται από τις ειδικότητες εκείνες που χρειάζεται μια ασθενής να «συναντήσει» στην περίεργη αυτή διαδρομή της. Μια ομάδα με κοινούς στόχους, με έναν αρχηγό ο οποίος να δεσμεύεται να βοηθήσει και να έχει καλές διαπροσωπικές δεξιότητες, να υπάρχει αλληλεξάρτηση μέσα στην ομάδα, καλή επικοινωνία, αμοιβαία εμπιστοσύνη, να υπάρχουν ξεκάθαροι ρόλοι και η διάθεση για νέες ιδέες(ΠΟΥ, 2002)

3.2. NICE

Πρόκειται για τον οργανισμό που παρέχει εθνικές κατευθυντήριες και οδηγίες για την υγεία και την καλύτερη ποιότητα ζωής στην Αγγλία. Έχει ασχοληθεί με τον καρκίνο του μαστού και στην πρόληψή του και στην διαδικασία από το σύμπτωμα έως την διάγνωση, την θεραπεία και μετά την αποθεραπεία. Στο κείμενο που δημοσίευσε το 2011 κάνει αναφορά και για τον καρκίνο του μαστού που εντοπίστηκε στον προληπτικό ασυμπτωματικό έλεγχο του γυναικείου πληθυσμού και στο στους καρκίνους που εντοπίζονται μετά από την εμφάνιση κάποιου συμπτώματος. Στο κείμενο αυτό δεν γίνεται αναφορά για τις σπάνιες μορφές καρκίνου του μαστού, ούτε για τις γυναίκες με επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό. Καθώς ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος ανάμεσα στις γυναίκες της Αγγλίας και της Ουαλίας κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για την δημιουργία εθνικών στόχων για την καλύτερη πρόληψη και αντιμετώπιση του. Το 2008, διαγνώστηκαν 39.972 άνθρωποι με καρκίνο του μαστού στην Αγγλία, 36,681 γυναίκες και 291 άνδρες.

Υπάρχει μια αυξητική τάση στην εμφάνιση της ασθένειας εξαιτίας και του τρόπου ζωής, υπάρχει όμως και μείωση της θνησιμότητας εξαιτίας της έγκαιρη διάγνωσης και αντιμετώπισης. Το 2011 που δημοσιεύτηκε το κείμενο αυτό, υπήρχαν πάνω από 500.000 άνθρωποι που είχαν εκείνη την στιγμή ή στο παρελθόν καρκίνο του μαστού και εκτιμούταν ότι από αυτούς το ποσοστό 40% με 50% θα ανέπτυσαν κάποια

στιγμή στη ζωή τους κάποιου είδους μετάσταση στο μέλλον και θα χρειαστούν θεραπεία. Το κείμενο αυτό έχει σκοπό την αποτελεσματικότητα στην πρόληψη, την έγκαιρη πρόγνωση, την προστασία και την όσο το δυνατόν καλύτερη προστασία των ανθρώπων με καρκίνο του μαστού με τους εξής τρόπους:

- Μείωση της θνησιμότητας
- Ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που ζουν με μακροχρόνιες παθήσεις
- Παροχή βοήθειας σε ανθρώπους που αναρρώνουν από κάποια ασθένεια
- Διασφάλιση καλών εμπειριών για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας
- Παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασφαλές περιβάλλον και προστασία τους από βλαβερούς εξωτερικούς παράγοντες

Το κείμενο αυτό για τον καρκίνο του μαστού, απευθύνεται στο δημόσιο σύστημα υγείας της Αγγλίας(NHS) και προϋποθέτει τη συνεργασία του με τις εκάστοτε κοινωνικές υπηρεσίες και παροχές όπως και την συνεργασία με τους GP(General Practitioner). Δίνει κατευθυντήριες για τα παρακάτω:

- Άνθρωποι με κάποιο σύμπτωμα που παραπέμπει σε καρκίνο του μαστού, όπως επίσης οι γυναίκες που καλούνται στην τριετία για την προληπτική μαστογραφία(screening) και βρεθεί κάτι ύποπτο, παραπέμπονται σε ειδικό κέντρο μαστού, όπου τους παρέχεται ο πλήρης έλεγχος, κλινική εξέταση, απεικονιστικές εξετάσεις και βιοψία(triple assessment).
- Μετά την διάγνωση η ασθενής πρέπει να γνωρίζει την εξειδικευμένη νοσοκόμα(breast care nurse specialist,cns) η οποία και θα στηρίξει ψυχολογικά την γυναίκα σε όλη αυτή την επίπονη διαδικασία, όπως επίσης πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στην γυναίκα να μιλήσει με ειδικό ψυχολόγο.
- Εάν κρίνεται σκόπιμο και ταιριάζει στην κάθε διάγνωση πρέπει να προσφέρεται επέμβαση με ή χωρίς άμεση αποκατάσταση στον μαστό και την μασχάλη.
- Μετά το χειρουργείο και το διεπιστημονικό συμβούλιο του κέντρου να αποφασίζονται οι επικουρικές θεραπείες που μπορεί να χρειάζεται η ασθενής, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία.

- Ο συστηματικός έλεγχος για την καλύτερευση των επιπτώσεων από κάτι τόσο επεμβατικό, όπως το λεμφοίδημα, τα συμπτώματα πρόωρης εμμηνόπαυσης και η πιθανή αδυναμία στα κόκκαλα. Και τέλος
- Η συνέχεια στην παρακολούθηση, τόσο απεικονιστικά, όσο και κλινικά για την επόμενη πενταετία.

3.3. Ελλάδα

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, η θνησιμότητα από τον καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ό τι στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες(OECD, 2007). Ανάμεσα στις γυναίκες η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι του πνεύμονα και αμέσως μετά του μαστού. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο 2011-2015 είναι ένα εθνικό κείμενο το οποίο έχει ως κύριο σκοπό την αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου. Λαμβάνει υπ' όψη του τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, τις οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της ασθένειας, τους παράγοντες κινδύνου και τις ελλείψεις του συστήματος υγείας. Ο καρκίνος αποτελεί μεγάλο πρόβλημα για την Δημόσια Υγεία στη χώρα μας και μία από τις κύριες αιτίες θανάτου, όπως και παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τελευταίες εκτιμήσεις του IARC (International Agency for Research on Cancer) υπάρχουν σχεδόν 37.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου ετησίως, ενώ οι θάνατοι από καρκίνο υπολογίζονται σε 24.000 ετησίως. Επιπλέον, στην Ελλάδα οι θάνατοι από καρκίνο παρουσιάζουν σταθερή αυξητική τάση, παρά την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αντίθετα με τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες όπου οι τάσεις είναι πτωτικές από τα μέσα της δεκαετίας του 1980. Εξαιτίας του ότι κάθε χρόνο οι νέες περιπτώσεις του καρκίνου αυξάνονται, η καταπολέμηση του αποτελεί πλέον βασική προτεραιότητα.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προτείνει λοιπόν να αποτελούν αναπόσπαστα κομμάτια της Υγειονομικής Πολιτικής της κάθε κράτους μέλους η πλήρης λειτουργία των Αρχείων Νεοπλασιών, η ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού, και η διενέργεια προσυμπτωματικών πληθυσμιακών ελέγχων στο σύνολο του πληθυσμού για τους τύπους καρκίνου που ενδείκνυται και φυσικά ο καρκίνος του μαστού είναι μέσα σε αυτούς. Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία δεν διαθέτει αξιόπιστο Αρχείο Καταγραφής Καρκίνου. Το Αρχείο πέρασε στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με Νόμο του 2005, ωστόσο άρχισε να λειτουργεί ουσιαστικά από τον

Ιούνιο του 2008. Αποτέλεσε συνέχεια των δύο μηχανισμών καταγραφής των νέων περιπτώσεων κακοήθων νεοπλασιών ετησίως που λειτούργησαν αρχικά στην Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος με τίτλο «Ετήσια Στατιστική Έρευνα του Καρκίνου» από το 1967-1982, και στη συνέχεια στη Διεύθυνση Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας με τίτλο «Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών» από το 1990-2005. Ο δεύτερος μηχανισμός εξέδωσε στοιχεία μόνο για την περίοδο 1990-91. Τα δεδομένα αξιολογήθηκαν ως ελλιπή ενώ δεν υπήρξε ηλεκτρονικό αρχείο καταγραφής από το 1994 έως το 2008 που μεταφέρθηκε στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Τα δεδομένα που συλλέγονται παραμένουν ελλιπή και εκτιμάται ότι αντιστοιχούν στο 30% των νέων περιπτώσεων καρκίνου της χώρας μας ετησίως. Αυτό ίσως και να συμβαίνει γιατί η συμμετοχή στο πρόγραμμα είναι εθελοντική. Μέσα από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, η συλλογή των στοιχείων θα γίνει από όλα τα νοσοκομεία του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα της χώρας, με στόχο να καταγραφούν με ολοκληρωμένο τρόπο οι νεοπλασίες και να εξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα για τον πληθυσμό. Η καταγραφή θα γίνεται από υγειονομικούς υπαλλήλους, κυρίως επισκέπτες/ριες υγείας, οι οποίοι υπηρετούν ήδη στα νοσοκομεία ως μόνιμο προσωπικό. Οι άνθρωποι αυτοί έχουν την ευθύνη συγκέντρωσης των στοιχείων. Σκοπός είναι, η ανάπτυξη, λειτουργία και συνεχής βελτίωση ενός εθνικού πληθυσμιακού μηχανισμού για την καταγραφή των νέων περιπτώσεων και μεταστάσεων καρκίνου πανελλαδικά, από πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα και η ανάπτυξη, λειτουργία και συνεχής βελτίωση ενός μηχανισμού για την επεξεργασία και διάθεση των συλλεχθέντων δεδομένων και των σχετικών αποτελεσμάτων(Τζάλα, 2011).

3.4. ΜΚΟ

Μεγάλη βοήθεια στην Ελλάδα δίνεται στις γυναίκες και από τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που ασχολούνται με τον καρκίνο του μαστού. Κάποιες από αυτές οργανώνουν ημερίδες ενημέρωσης, μιλούν σε γυναίκες για την πρόληψη και παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη σε γυναίκες που το έχουν ανάγκη και απευθύνονται σε αυτούς. Οργανώνουν κάποιες δωρεάν μαστογραφίες το μέσα στο χρόνο και συμβάλλουν στην έρευνα αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού. Ονομαστικά και σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας κάποιες από αυτές είναι:

- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
- Ίδρυμα Δράσης Κατά του Καρκίνου του Μαστού

- Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού, "Άλμα Ζωής"
- Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής" Νομού Θεσσαλονίκης
- ΑγκαλιάΖΩ - Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου
- Σύλλογος Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων & Ιατρών Αθηνών-Κ.Ε.Φ.Ι.
- Κοινωφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου - Μείνε Δυνατός
- Σύλλογος Φίλων Ογκολογικού Νοσοκομείου «Οι Άγιοι Ανάργυροι»
- Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Μαστού (EXEM)
- «Ευ Ζω με τον καρκίνο»
- Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας (EEM)

3.5. Κρατικές παροχές/Κόστος της ασθένειας

Ο καρκίνος είναι μια πολύ ακριβή ασθένεια για όλη την οικογένεια και επίσης μια ακριβή ασθένεια για την πολιτεία και το κράτος. Συγκεκριμένα, το κόστος της ασθένειας μπορεί να είναι άμεσο, έμμεσο και άυλο. Το άμεσο κόστος αφορά τις δαπάνες του συστήματος υγείας για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπευτική φροντίδα, και την αποκατάσταση των ασθενών, το οποίο καλύπτεται από τα δημόσια ή ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία ή τον ίδιο (άμεσο ιατρικό κόστος ασθενούς). Το έμμεσο κόστος αφορά την απώλεια παραγωγικότητας των εργαζομένων εξαιτίας της μείωσης της απόδοσης στην εργασία, της μείωσης της απασχόλησης, της πρόωρης συνταξιοδότησης και του πρόωρου θανάτου που είναι αποτέλεσμα της ασθένειας. Σε πολλές περιπτώσεις το έμμεσο είναι πολύ μεγαλύτερο από το άμεσο κόστος. Το άυλο κόστος περιλαμβάνει το συναισθηματικό και σωματικό πόνο και την ταλαιπωρία που προκαλεί μια ασθένεια, τόσο στον ασθενή, όσο και στην οικογένειά του. Το άυλο κόστος είναι δύσκολο να αποτιμηθεί επαρκώς. Ο καρκίνος απορροφά το 6,5% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, που στην περίπτωση της χώρας μας έχει εκτιμηθεί στα €1,2 δισεκατομμύρια το 2004. Αφορά το κόστος των φαρμάκων, το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων, το κόστος νοσηλείας των ασθενών στο σύστημα υγείας. Η αλματώδης αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, συντέλεσε σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, τεχνολογίας και γνώσης. Ωστόσο παρά τις εξελίξεις αυτές και τη σημαντική πρόοδο στην αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο, είναι δυστυχώς γεγονός ότι ο καρκίνος εξακολουθεί να παραμένει η σημαντικότερη αιτία θανάτου στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Οι δαπάνες για υγεία αυξάνονται συνεχώς τα τελευταία χρόνια και κατά μέσον όρο έχουν πλέον ξεπεράσει το 10% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος στις περισσότερες χώρες. Η τεχνολογία έχει γνωρίσει μεγάλη εξέλιξη τα

τελευταία χρόνια και έχει συμβάλει στην πρόοδο για την αντιμετώπιση του καρκίνου αλλά, στις περισσότερες περιπτώσεις αυξάνει σημαντικά το κόστος των υπηρεσιών, διότι έχει πολύ υψηλό κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας(Μανιαδάκης, 2011).

Στην Ελλάδα τόσο οι ασφαλισμένες, όσο και οι ανασφάλιστες γυναίκες με καρκίνο του μαστού και φυσικά και όλοι όσοι έρχονται αντιμέτωποι με τον καρκίνο έχουν κάποιες κρατικές παροχές. Αρχικά όσον αφορά τα φάρμακα τους. Φάρμακα τα οποία χορηγούνται για την αντιμετώπιση της νόσου είναι δωρεάν, σε περίπτωση χημειοθεραπείας δίνεται κάποιο ποσό για τα αναλώσιμα που μπορεί να χρειάζονται. Σε περίπτωση μαστεκτομής δίνονται στην γυναίκα ένας τεχνητός μαστός και ένας στηθόδεσμος μια φορά το χρόνο, γιατί φυσικά δεν παρέχεται από το κράτος αποκατάσταση, εάν η ασθενής θέλει να κάνει μια τέτοια επέμβαση πρέπει να την πληρώσει. Σε αντίθεση με την Αγγλία όπου στο δημόσιο νοσοκομείο κάθε πολίτης του Ηνωμένου Βασιλείου έχει δικαίωμα της δωρεάν πλαστική αποκατάστασης μετά από μια μαστεκτομή. Όσο για την μετακίνηση των ασφαλισμένων ασθενών, μακριά από τον τόπο διαμονής τους δικαιούνται την αξία των εισιτηρίων από τον ασφαλιστικό τους φορέα. Όταν υπάρχουν εξαιρετικοί λόγοι πλήρως δικαιολογημένοι, εγκρίνεται από το αρμόδιο υγειονομικό όργανο του Οργανισμού η μετακίνηση με ειδικά μεταφορικά μέσα (ταξί, αεροπλάνο). Στις περιπτώσεις αυτές αποδίδεται το αντίτιμο του εισιτηρίου επί μετακίνησης με αεροπλάνο και η δαπάνη του ταξί βάσει χιλιομετρικής απόστασης. (άρθρο 10 παράγρ.Ι ΦΕΚ 1233 /11-4-12). Όσο για τις ανασφάλιστες γυναίκες που αντιμετωπίζουν καρκίνο του μαστού, δικαιούνται, δωρεάν ιατροφαρμακευτική κάλυψη και περίθαλψη που παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και οποιοδήποτε αναλώσιμο μετά την θεραπεία. Σε περιπτώσεις μονογονεϊκής οικογένειας, ή περιπτώσεις απομάκρυνσης από την εργασία δίνονται κάποια οικονομικά βοηθήματα για την κάλυψη κάποιων από των αναγκών, πληρώνοντας πάντα όλες τις προϋποθέσεις.

3.6. Αγγλία

Τον Ιούλιο του 2000 δημοσιεύτηκε στην Αγγλία το Εθνικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του καρκίνου(NHS cancer plan). Έβαζε τους ασθενείς σε κεντρικό ρόλο και είχε ως στόχο την άμεση και αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών, σύμφωνα με τις ανάγκες του. Εξαιτίας των προληπτικών ελέγχων για τον καρκίνο του μαστού κυρίως με μαστογραφίες(που ξεκίνησαν το 1988 και ο αριθμός των γυναικών

που εξετάζοταν κάθε χρόνο αύξανε συνεχώς ώσπου το 2005 για παράδειγμα προσέφερε 1.3 εκατομμύρια μαστογραφίες) ο αριθμός των γυναικών με καρκίνο του μαστού μειώθηκε, αλλά και πάλι υπήρχε η ανάγκη για ένα εθνικό πλάνο. Το πλάνο αυτό αποσκοπούσε στην αποτελεσματική αξιοποίηση των χρημάτων της κυβέρνησης και την ενασχόληση περισσότερων ειδικοτήτων. Πάλι ο στόχος ήταν και σε αυτήν την περίπτωση όπως άλλωστε επέβαλλαν και οι διεθνείς οδηγίες, ο πρόωρος εντοπισμός, η πρόληψη και φυσικά η άμεση και αποτελεσματική θεραπεία. Ο προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος μέχρι τότε ξεκινούσε στα 50 έως τα 70 χρόνια, ενώ από εκείνη τη στιγμή ξεκινούσε στα 47 και έφτανε έως τα 73. Τέθηκαν χρονικά όρια μέσα στα οποία έπρεπε ο γιατρός να δει την ασθενή και στη συνέχεια αν χρειαζόταν θεραπεία τότε να της δοθεί. Ο ρόλος της εξειδικευμένης νοσοκόμας(cns) επεκτείνεται και αποκτά ακόμη περισσότερους ρόλους, γίνεται ο πρώτος άνθρωπος που η ασθενής μπορεί να απευθυνθεί για κάθε πιθανό ζήτημα που μπορεί να την απασχολεί. Δίνονται χρήματα για την δημιουργία περισσότερων διαθέσιμων πληροφοριών, χρήματα για συνεχή εξειδίκευση του προσωπικού, υποστήριξη των ασθενών και των οικείων τους και θέτονται ολοένα και περισσότεροι στόχοι για το μέλλον. Κάθε ασθενής με οποιοδήποτε σύμπτωμα πρέπει να παραπέμπεται σε εξειδικευμένη ομάδα, ακόμη και αν δεν υπάρχει ένδειξη για καρκίνο του μαστού. δημιουργούνται στρατηγικές για προαγωγή ενός πιο υγιούς τρόπου ζωής και καλύτερη φυσική κατάσταση. Υπήρξε επίσης στόχος να εκπαιδευτούν όλο και περισσότεροι χειρουργοί μαστού σε ογκοπλαστικές τεχνικές έτσι ώστε να είναι σε θέση να δώσουν στις ασθενείς τους καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα κάτι που φυσικά είναι πάρα πολύ σημαντικό, ειδικά σε νεαρές ηλικίες. Το πρόγραμμα αυτό τέθηκε σε ισχύ και αναθεωρείται και αξιολογείται τακτικά. Το προληπτικό πρόγραμμα με τις μαστογραφίες υπολογίζεται ότι σώζει 1.400 ζωές ετησίως. Έχει υπάρξει αύξηση στους καρκίνους του μαστού που ανακαλύπτονται μέσω του προγράμματος κάθε χρόνο σε 62%. 13.5 χιλιάδες καρκίνοι μικρότεροι των 2 εκατοστών εντοπίστηκαν την περίοδο 2005/06.

3.7. Μετά την θεραπεία του καρκίνου του μαστού

Όταν τελειώσει η θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού μετά και για κάποια χρόνια η γυναίκα πρέπει να παρακολουθείται τακτικά με σκοπό να προληφθεί μια

τυχόν τοπική υποτροπή ή μια καθυστερημένη μετάσταση. Το διεπιστημονικό συμβούλιο στην κάθε περίπτωση αποφασίζει τον τρόπο και την συχνότητα των ελέγχων. Είναι απαραίτητο να γίνονται απεικονιστικές εξετάσεις ολόκληρου του σώματος και εξετάσεις αίματος που δείχνουν τους καρκινικούς δείκτες μέσα στο αίμα.

Σημαντικός είναι και ο έλεγχος αν μια γυναίκα αποκτήσει λεμφοίδημα μετά από μια επέμβαση στη μασχάλη και αφαίρεση των λεμφαδένων. Όταν οι λεμφαδένες στην περιοχή της μασχάλης νοσούν τότε πρέπει και να αφαιρεθούν, στο σημείο αυτό είναι πολύ πιθανό να δημιουργηθεί πρήξιμο το οποίο θα επηρεάσει όλο το χέρι, καθώς θα έχει διαταραχθεί η φυσική ροή της λέμφου μέσα στο χέρι(υγρό το οποίο βοηθά στην αποτοξίνωση του οργανισμού). Το λεμφοίδημα μπορεί να εμφανιστεί οποτεδήποτε, είτε αμέσως μετά την επέμβαση, μερικούς μήνες μετά ή και χρόνια αργότερα. Το λεμφοίδημα διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα, μπορεί να είναι μόλις αισθητό, δυσάρεστα διογκωμένο χέρι και υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις που οδηγούν σε αναπηρία του άκρου. Σε περίπτωση που κάποια γυναίκα το εμφανίσει ο γιατρός είναι σε θέση να δώσει και τις απαραίτητες συμβουλές για την καλύτερη διαχείρισή του, όπως είναι το εξειδικευμένο μασάζ, ή το ελαστικό γάντι που βοηθά τα υγρά του χεριού να ανέβουν προς τα πάνω.

3.8. Κέντρα μαστού

Το 1998 στην Φλωρεντία της Ιταλίας έγινε το πρώτο Ευρωπαϊκό συνέδριο με θέμα τον καρκίνο του μαστού. Αποφασίστηκε ότι όλες οι γυναίκες πρέπει να μπορούν να έχουν πρόσβαση σε κέντρα μαστού καταλλήλως στελεχωμένα. Υπογράφηκαν τότε μια σειρά κατευθυντήριων γραμμών για την λειτουργία αυτών των κέντρων. Ένα κέντρο μαστού πρέπει να βλέπει ετησίως τουλάχιστον 150 νέες περιπτώσεις καρκίνου. Όλες οι πιθανές επεμβάσεις να παρέχονται μέσα στο κέντρο και οι επικουρικές θεραπείες, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία να συζητούνται και να συναποφασίζονται από τους εμπλεκόμενους γιατρούς και μπορεί να δίνονται και εκτός του κέντρου. Ο λόγος που προτάθηκε ένας ελάχιστος αριθμός ασθενών ετησίως είναι για να μπορούν τα μέλη της ομάδας να εκπαιδεύονται διαρκώς και να είναι πλήρως ενημερωμένοι για κάθε εξέλιξη. Το κέντρο μαστού πρέπει να έχει έναν κλινικό διευθυντή από οποιαδήποτε από τις απαραίτητες ειδικότητες(χειρουργός, ακτινολόγος, παθολογοανατόμος, ογκολόγος) ο οποίος θα διασφαλίζει την καλή και σωστή λειτουργία του κέντρου. Είναι σημαντικό το κέντρο να έχει γραπτά

συμφωνημένα από όλους πρωτόκολλα για τον τρόπο λειτουργίας του και τον τρόπο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού σε κάθε στάδιο. Το κέντρο πρέπει να έχει βάση δεδομένων, όπου θα φυλάσσονται τα αρχεία των ασθενών.

Μια φορά την εβδομάδα είναι σημαντικό να γίνεται ένα διεπιστημονικό συμβούλιο όπου θα παρουσιάζονται όλες οι νέες περιπτώσεις, έτσι ώστε να αποφασισθεί από τα μέλη ο τρόπος διαχείρισης της κάθε περίπτωσης. Όλα τα κύρια μέλη πρέπει να είναι παρόντα σε αυτό το συμβούλιο. Στις ασθενείς πρέπει να δίνονται όλες οι πληροφορίες που τις αφορούν, η ακριβής διάγνωση και πρόγνωση και το σχέδιο που έχει αποφασιστεί, λαμβάνοντας πάντα υπ' όψιν τις ανάγκες της κάθε ασθενούς. Το κέντρο πρέπει να έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα για κλινικό προσωπικό ή φοιτητές. Η ομάδα απαρτίζεται από τις εξής ειδικότητες. Τουλάχιστον 2 χειρουργοί μαστού, οι οποίοι να χειρουργούν το λιγότερο 50 νέους καρκίνο το χρόνο και η βασική τους ενασχόληση να είναι ο μαστός. Οι ακτινολόγοι πρέπει επίσης να είναι τουλάχιστον 2 και να διαβάζουν το λιγότερο 1000 μαστογραφίες το χρόνο, 1 παθολογοανατόμος με 25% της εργασίας του στο μαστό, ένας ογκολόγος με 40% στο μαστό και τέλος το λιγότερο 2 εξειδικευμένες νοσοκόμες στο μαστό. Όλα τα μέλη της ομάδας αυτής πρέπει να παρακολουθούν τα εβδομαδιαία διεπιστημονικά συμβούλια. Το κέντρο μαστού πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρει στις ασθενείς, κλινική εξέταση, διαγνωστική μαστογραφία και υπέρηχο, παρακέντηση και βιοψία με κόπτουσα βελόνη και μαγνητική τομογραφία(αν όχι μέσα στο νοσοκομείο, τότε σε ένα τοπικό διαγνωστικό κέντρο που να πληροί κατάλληλες προϋποθέσεις, έτσι ώστε να μπορεί να δει ασθενείς με καρκίνο του μαστού). Το λιγότερο μια φορά την εβδομάδα πρέπει να επισκέπτονται το κέντρο ασθενείς με κάποιο σύμπτωμα και να ολοκληρώνεται η διάγνωση τους με αυτή την πρώτη επίσκεψη. Να βλέπουν τον χειρουργό- μαστολόγο για την κλινική εξέταση, να τους παρέχεται απεικονιστική εξέταση και αν χρειάζεται βιοψία. Επίσης κάποια άλλη στιγμή θα πρέπει να έρχονται οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και έρχονται για να συζητήσουν την θεραπεία τους και να περάσουν κάποιο χρόνο με την νοσοκόμα, η οποία θα μπορέσει να τις στηρίξει ψυχολογικά τόσο τις ίδιες όσο και τους δικούς τους ανθρώπους και να απαντήσει σε κάθε πιθανή τους απορία. Τέτοιου είδους κέντρα μαστού λειτουργούν στην Αγγλία εδώ και πολλά χρόνια και παρέχουν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου δωρεάν. Στην Ελλάδα κάτι τέτοιο δεν έχει αρχίσει ακόμη να ισχύει οργανωμένα από κάποιον κρατικό φορέα, υπάρχουν βέβαια κάποιες μεμονωμένες

δράσεις. Για παράδειγμα το Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο, Άγιοι Ανάργυροι στα πλαίσια του προγράμματος για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού προσφέρει δωρεάν μαστογραφία σε γυναίκες χωρίς κάποιο σύμπτωμα από 40 έως 69 ετών.

Απευθύνεται στο σύνολο του γυναικείου πληθυσμού ανεξάρτητα με το αν είναι ασφαλισμένες ή όχι. Έχουν υπάρξει και λειτουργούν κάποιες κλινικές μαστού αλλά σε ιδιωτικό επίπεδο. Για την αναγκαιότητα ύπαρξης τέτοιου είδους κέντρων ως αναφερθούμε σε μια έρευνα που έγινε στην Αγγλία την περίοδο 2003-2005. Η έρευνα αυτή των Mehrotra P., Townend A. και Lunt L. είχε σκοπό την ανάδειξη της αναγκαιότητας της εξέτασης όλων των γυναικών με κάποιου είδους σύμπτωμα για να γίνεται σωστή αξιολόγηση και να μην παραμερίζονται δήθεν αθώα συμπτώματα ή ενδείξεις. Στα πλαίσια αυτής της έρευνας, 281 γυναίκες, άνω των 35 ετών, διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού μέσα στις 4.400 γυναίκες που επισκέφτηκαν συνολικά το κέντρο μαστού. όλες οι γυναίκες έκαναν μαστογραφία και υπέρηχο. Στις 281 γυναίκες, οι 245, το 5.6% δηλαδή, διαγνώστηκαν τυχαία με καρκίνο του μαστού, ο οποίος επιβεβαιώθηκε με τις απεικονιστικές εξετάσεις και 36 από αυτές το 0.8% διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού χωρίς συμπτώματα, ο οποίος φάνηκε μόνον στις απεικονιστικές εξετάσεις. Στις 36 ασθενείς χωρίς συμπτώματα οι 23 είχαν τον καρκίνο στην πλευρά όπου πίστευαν οι ίδιες, ενώ οι 13 στην αντίθετη πλευρά. Η έρευνα αυτή δείχνει πόσο σημαντικό είναι να είναι ολοκληρωμένη η εξέταση που απευθύνεται στις γυναίκες, όταν επισκεφτούν το κέντρο μαστού. Είναι απαραίτητη η κλινική εξέταση από τον γιατρό και οι απεικονιστικές εξετάσεις στη συνέχεια.

3.9. Ανακεφαλαίωση

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια από τις σημαντικότερες ασθένειες τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος ο άνθρωπος, είτε σε προσωπικό επίπεδο, είτε επειδή γνωρίζει κάποιον που έχει νοσήσει ή νοσεί από αυτόν. Πρόκειται για την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο μεταξύ των γυναικών σε παγκόσμιο επίπεδο. Δεν κάνει διακρίσεις σε ηλικία, φύλο και κοινωνική τάξη. Μπορεί να εμφανιστεί στον καθένα μας. Είναι απαραίτητη η σωστή ενημέρωση του πληθυσμού, για την πρόληψη του. Η έγκαιρη διάγνωση είναι το αμέσως επόμενο πολύ σημαντικό βήμα και για την αντιμετώπιση του. Οι γυναίκες τη σημερινή εποχή είναι περισσότερο ενημερωμένες από ότι ήταν στο παρελθόν, έχουν πρόσβαση σε κάθε είδους πληροφορία. Είναι καλύτερα

ενημερωμένες και είναι σε θέση να καταλάβουν καλύτερα τι είναι αυτό που τους συμβαίνει. Θέλουν να έχουν ενεργώ συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων. Δεν αρκούνται στην γνώση και τη γνώμη του γιατρού, αλλά θέλουν και οι ίδιες να λαμβάνονται υπ' όψιν στο σχεδιασμό του τελικού σχεδίου για την πορεία και τη θεραπεία τους. Τα τελευταία 50 χρόνια έχει αλλάξει κατά πολύ ο τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Για περισσότερο από έναν αιώνα ο καρκίνος του μαστού αντιμετωπιζόταν με ολική μαστεκτομή, κάτι που άφηνε τις γυναίκες ακρωτηριασμένες, σωματικά και ψυχολογικά. Τις τελευταίες 2 δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα άρχισε να αλλάζει η προσέγγιση για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού. άρχισαν να γίνονται επεμβάσεις που παρείχαν κάποιου είδους αποκατάστασης. Άρχισαν να κάνουν την εμφάνιση τους τα εμφυτεύματα μαστού και σιγά, σιγά ήρθαν στο προσκήνιο οι ογκοπλαστικές τεχνικές.

Με την διάγνωση του καρκίνου του μαστού στις περισσότερες των περιπτώσεων κάνουν την εμφάνιση τους και ψυχολογικές διαταραχές. Επηρεάζονται η γονιμότητα, η εμφάνιση, ο τρόπος που η γυναίκα αντιλαμβάνεται τον εαυτό της και τους άλλους και η σεξουαλικότητα της. Μπορεί να επηρεαστεί η διάθεση για φαγητό, η απόδοση στις καθημερινές υποχρεώσεις, να αποκτήσει η γυναίκα αϋπνίες και φόβους που πριν δεν είχε. Χρειάζεται εκτός από αντιμετώπιση της ασθένειας της και ψυχολογική υποστήριξη, τόσο από το ιατρικό προσωπικό με το οποίο συνεργάζεται, αλλά και από το οικείο περιβάλλον της. Το κοινό που έχουν όλες οι γυναίκες μετά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων τους είναι ο φόβος για τη ζωή τους. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν ψυχολογικά τη γυναίκα είναι η πλήρης κατανόηση των αποτελεσμάτων της ασθένειας της, η πολυπλοκότητα της θεραπείας, η υπερπροσφορά των πληροφοριών, η πρόγνωση, η επιλογή των ανθρώπων που θα την φροντίσουν και ο φόβος για το άγνωστο. Ακόμη και οι πιο δυνατοί χαρακτήρες, τείνουν να αναστατώνονται από τις συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο, από τις πολύ συχνές εξετάσεις και τις τόσο επεμβατικές διαδικασίες που ακολουθούν. Το κατά πόσο μια γυναίκα θα επηρεαστεί ψυχολογικά μετά την ανακοίνωση ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού εξαρτάται και από την ηλικία, όσο νεότερη είναι μια γυναίκα τόσες περισσότερες πιθανότητες να το αντιμετωπίσει επιθετικά και να μην το αφήσει να την καταβάλλει έχει. Το αν έχει παιδιά επίσης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Μια γυναίκα η οποία είναι μητέρα, νιώθει πιο δυνατή και θέλει να τα καταφέρει πάση θυσία και για την ίδια και φυσικά για τα παιδιά της.

Αν προϋπάρχει ψυχολογική, ή ψυχική διαταραχή επηρεάζει επίσης τον τρόπο αντιμετώπισης της. Γυναίκες με κατάθλιψη για παράδειγμα, βρίσκουν δυσκολότερο να αντισταθούν και να πολεμήσουν. Τέλος γυναίκες με ευρύ κοινωνικό κύκλο, σύντροφο, φίλους, οικογένεια έχουν καλύτερα προγνωστικά από μοναχικές γυναίκες για παράδειγμα. Ο ρόλος του συντρόφου παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση, την θεραπεία και την αποθεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ερευνητικό Μέρος

4.1. Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι η μελέτη ενός κέντρου μαστού στην Αγγλία και συγκεκριμένα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Λονδίνου, University College London Hospital, το οποίο είναι δομημένο σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για την σύσταση τέτοιου είδους κέντρων. Πρόκειται για ένα πρότυπο κέντρο το οποίο βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με την Μη Κυβερνητική Οργάνωση MacMillan Cancer Support η οποία παρέχει πλήρη βοήθεια και ενημέρωση σε καρκινοπαθείς ασθενείς και τις οικογένειές τους. Με την μελέτη αυτή προσπαθούμε να δούμε τον τρόπο που οργανώνεται, δομείται και λειτουργεί ένα κέντρο μαστού σε δημόσιο επίπεδο.

4.2. Μεθοδολογία

Για την έρευνα αυτή η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η ελεύθερη μη δομημένη συνέντευξη σε έναν χειρουργό μαστού, σε μια εξειδικευμένη νοσοκόμα και στην διοικήτρια του κέντρου. Ο λόγος που επιλέχθηκε η συνέντευξη και μάλιστα η ελεύθερη συνέντευξη είναι για να δοθεί στους συνεντευξιζόμενους η ευκαιρία να αναδείξουν ζητήματα που οι ίδιοι θεωρούν σημαντικά.

4.3. Δείγμα

Αρχικά μιλήσαμε με την κυρία Jennifer Gattuso, υπεύθυνη κλινικής φροντίδας (clinical lead), η οποία κάνει ογκοπλαστική χειρουργική μαστού. Στη συνέχεια είχαμε μια μεγάλη και πολύ ενδιαφέρουσα συζήτηση με την κυρία Carole Murphy, εξειδικευμένη νοσοκόμα για τον καρκίνο του μαστού (breast care nurse) και τέλος με την κυρία Shirley Day, διοικήτρια των υπηρεσιών του κέντρου (service

manager). Μας έδωσαν διάφορες οπτικές και μας ανέλυσαν σε βάθος τη δική τους προσφορά, στους ασθενείς, στην κοινότητα και ποιες είναι οι βλέςεις και ποιοι οι στόχοι τους για το μέλλον. Επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες καθώς αποσκοπούσαμε σε μια ολοκληρωμένη και σφαιρική αντιμετώπιση του ζητήματος και θέλαμε να δούμε πως αντιμετωπίζουν οι ίδιοι τις υπηρεσίες που προσφέρουν και αν αναγνωρίζουν δυσκολίες και προβλήματα.

4.4. Το κέντρο μαστού του University College London Hospital

Είναι ευρέως γνωστό ότι το Ηνωμένο Βασίλειο έχει μια υψηλή συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού και είναι μία από τις πρώτες χώρες που άρχισαν πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Η έγκαιρη διάγνωση είναι ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση της θνησιμότητας εξαιτίας του καρκίνου του μαστού. Ένα ποσοστό 48% των διαγνώσεων γίνεται στις ηλικίες 50-69. Το σύστημα υγείας ονομάζεται Εθνικό Σύστημα Υγείας, National Health System (NHS), το οποίο ιδρύθηκε το 1948. Η χρηματοδότηση του συστήματος αυτού είναι δημόσια και πρόκειται για ένα από τα παλαιότερα και αυτοτροφοδοτούμενα συστήματα στον κόσμο. Τα χρήματα αυτά έρχονται άμεσα από την φορολογία. Η πλειονότητα των υπηρεσιών είναι δωρεάν, με εξαίρεση τη συμμετοχή των ασθενών που μπορούν πάντα να καλύψουν τη συνταγή, δηλαδή £ 7.40.

Το κέντρο μαστού του πανεπιστημιακού νοσοκομείου(UCLH) ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Απρίλιο του 2012(στο καινούριο χώρο και με όλες τις απαραίτητες προϋποθέσεις, πριν από αυτό στεγαζόταν μέσα στο κτίριο του νοσοκομείου από το 2008), για την ακρίβεια ο πρώτος ασθενής ο οποίος έλαβε τις υπηρεσίες του πέρασε την πόρτα αυτού του υπερσύγχρονου κέντρου στις 2 Απριλίου 2012. Μια ημερομηνία σταθμό, για την εξυπηρέτηση των ανθρώπων που νοσούν από καρκίνο στην Αγγλία και συγκεκριμένα των κατοίκων του Λονδίνου. Πάνω από 27.000 άνθρωποι στο Λονδίνο ζουν με καρκίνο και ο αριθμός αυτός αυξάνεται συνεχώς. Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο διαδεδομένη μορφή καρκίνου ανάμεσα στις γυναίκες καθώς επίσης υπάρχουν και άντρες οι οποίοι μπορούν να προσβληθούν από την συγκεκριμένη μορφή καρκίνου. Ο καρκίνος του μαστού είναι η δεύτερη μεγαλύτερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Το 2008, 39.972 άνθρωποι στην Αγγλία διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού, 39.681 γυναίκες και

291 άντρες. Το συγκεκριμένο κέντρο βλέπει και εξυπηρετεί περίπου έναν με δύο άντρες τον χρόνο με καρκίνο του μαστού και περίπου 170 γυναίκες. Τα νοσοκομεία τα οποία βρίσκονται κάτω από την εποπτεία του UCLH αναπτύχθηκαν και εγκαθιδρύθηκαν αρχικά με φιλανθρωπίες και δωρεές από ανθρώπους που ήθελαν να τα εξελίσουν και φυσικά ήθελαν μερίδιο στις ευθύνες και στις λήψεις των αποφάσεων. Το παλαιότερο από αυτά τα νοσοκομεία είναι το “North Middlesex Hospital”, το οποίο ιδρύθηκε το 1745. Όταν το 1948 αναπτύχθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας(NHS) τα περισσότερα από τα νοσοκομεία στην Αγγλία βρέθηκαν υπό την αιγίδα της κυβέρνησης και τα λειτουργικά τους έξοδα καλύπτονταν από τους φόρους του οποίους πλήρωναν οι πολίτες. Τα νοσοκομεία τότε ομαδοποιήθηκαν διοικητικά και απέκτησαν και εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Κάποιες αρκετά σημαντικές ημερομηνίες στην ιστορία του νοσοκομείου είναι οι εξής, το 1792 χρηματοδοτήθηκε ανώνυμα η δημιουργία πτέρυγας για την νοσηλεία καρκινοπαθών ασθενών το νοσοκομείο του Middlesex. Ο δωρητής ήταν ο Samuel Whitbread, κάτι που έγινε γνωστό μετά το θάνατό του. Το 1826 στο UCLH δόθηκαν χρήματα με σκοπό την δημιουργία πανεπιστημίου για την εκπαίδευση όσων δεν γίνονταν δεκτοί στο πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, εξαιτίας το θρησκευτικό ή το κοινωνικό τους υπόβαθρο. Μετά την ίδρυση του πανεπιστημίου το 1826 σύντομα αποφασίστηκε ότι χρειάζεται ένα νοσοκομείο κοντά στο πανεπιστημιακό ίδρυμα με σκοπό την πρακτική εξάσκηση των φοιτητών. Έτσι το 1828 ιδρύθηκε το πανεπιστημιακό ιατρείο, το οποίο βέβαια δεν είχε τον απαραίτητο χώρο για να φιλοξενήσει ασθενείς. Αργότερα, το 1834 το πανεπιστήμιο ιδρύει το North London Hospital, που είχε χώρο για 130 ασθενείς. Το 1877 έγινε ευρέως γνωστό και αντιληπτό πως το UCL ήταν αρκετά μικρό, χρειάστηκαν όμως 29 χρόνια για το νέο κτίριο. Τελικά το 1906 το νέο νοσοκομείο άνοιξε τις πόρτες του για το κοινό. Από τότε και ακόμη μέχρι σήμερα το νοσοκομείο συνεχώς εξελίσσεται.

Το κέντρο μαστού του UCH παρέχει ένα ολοκληρωμένο σύστημα με υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπείας και μετέπειτα φροντίδας για γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Οι υπηρεσίες αυτές επιτυγχάνονται με μια διεπιστημονική προσέγγιση μεταξύ παθολογίας, ακτινολογίας, χειρουργικής, ιατρικής ογκολογίας και ακτινοθεραπείας, συμπεριλαμβανομένης και της φροντίδας από εξειδικευμένους νοσηλευτές για τον καρκίνο του μαστού. Προσφέρονται όλες οι πτυχές της χειρουργικής φροντίδας, ογκο-πλαστική χειρουργική, για τη διατήρηση του μαστού

και η άμεση η καθυστερημένη αποκατάσταση του μαστού. χρησιμοποιείται η βιοψία του λεμφαδένα προ- εγχειρητικά έτσι ώστε πριν την επέμβαση η ασθενής να γνωρίζει αν χρειάζεται να αφαιρέσει τους λεμφαδένες της μασχάλης. Περισσότερες από 100 γυναίκες από την περιοχή με καρκίνο του μαστού επισκέπτονται κάθε χρόνο το κέντρο, καθώς και ασθενείς που διαγνώστηκαν αλλού, αλλά θέλουν να μεταφέρουν τη θεραπεία τους στο UCH. Εξυπηρετεί επίσης ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις του μαστού, όπως ινοαδενώματα, κύστεις και λοιμώξεις του μαστού. οι υπηρεσίες παρέχονται στους ασθενείς εντός δέκα ημερών από την παραλαβή της παραπομπής τους, το οποίο υπερβαίνει το στόχο των δύο εβδομάδων της κυβέρνησης. Μια εξειδικευμένη νοσοκόμα θα είναι πάντα παρούσα όταν μια ασθενής μαθαίνει την διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Αυτή η νοσοκόμα είναι ο ακρογωνιαίος λίθος σε όλο το πρόγραμμα θεραπείας τους. Είναι σε θέση να παρέχει ταχεία πρόσβαση σε υπηρεσίες και την παροχή πρακτικής και ψυχολογικής υποστήριξης για τις ασθενείς και τους συγγενείς τους. Όλοι οι ασθενείς έχουν άμεση πρόσβαση στη νοσοκόμα τους από την στιγμή που ξεκινά η φροντίδα τους στο συγκεκριμένο κέντρο. Μετά την επέμβαση η ασθενής καλείται να έρθει μια εβδομάδα μετά, να δει τον γιατρό και τη νοσοκόμα της, με σκοπό να συζητήσει τα παθολογικά αποτελέσματα και το σχέδιο της συνέχισης της θεραπείας της, αποφάσεις οι οποίες πάρθηκαν στο εβδομαδιαίο διεπιστημονικό συμβούλιο. Υπάρχει πρόσβαση και σε όλες τις εναλλακτικές θεραπείες τις οποίες μπορεί να θέλει η ασθενής να λάβει.

4.5. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν από αυτήν τη συζήτηση για το κέντρο μαστού ήταν αρκετά και επηρεάστηκαν εξαιτίας των ανθρώπων με τους οποίους μιλήσαμε. Μπορούμε να τα κατατάξουμε στους εξής θεματικούς άξονες:

4.5.1. Πρώτος Θεματικός Άξονας:

Ορισμός και ταυτοποίηση του ρόλου ενός κέντρου μαστού.

- Τι είναι ένα κέντρο μαστού, σε ποιους απευθύνεται και τι προσφέρει
- Ποια είναι η παραπεμπτική διαδικασία και σε ποιο στάδιο της ασθένειας/διάγνωσης/θεραπείας γίνεται
- Ποιοι είναι οι επαγγελματίες που το στελεχώνουν
- Πως διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

4.5.2. Δεύτερος Θεματικός Άξονας:

Χρήστες του κέντρου μαστού.

- Ποια είναι η ταυτότητα των χρηστών του κέντρου μαστού
- Ποιες είναι οι προσδοκίες των χρηστών από το κέντρο μαστού και σε τι βαθμό εκπληρώνονται

4.5.3. Τρίτος Θεματικός Άξονας:

Επαγγελματίες υγείας.

- Ποιο είναι το καθεστώς εργασίας για τους επαγγελματίες που απασχολούνται σε ένα κέντρο μαστού
- Τι είδους εκπαίδευση και εξειδίκευση διαθέτουν
- Ποιες είναι οι ευκαιρίες, υποχρεώσεις τους για περαιτέρω εκπαίδευση, εξειδίκευση
- Ποια είναι η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στους χρήστες και τους επαγγελματίες υγείας; Είναι προσωπική ή απρόσωπη και τι προκλήσεις γεννά σε κάθε περίπτωση;
- Τι κίνητρα προσφέρονται στους επαγγελματίες
- Ποιες είναι οι συναισθηματικές επιπτώσεις του αντικειμένου στους επαγγελματίες υγείας και ποιος ο ρόλος του κέντρου στην πρόληψη και την αντιμετώπιση τους

4.5.4. Τέταρτος Θεματικός Άξονας:

Διασύνδεση υπηρεσιών.

- Ποια είναι η διασύνδεση του κέντρου μαστού με τους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Ποιες είναι οι πιθανές προκλήσεις στη διασύνδεση των υπηρεσιών και πως αντιμετωπίζονται
- Υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα και πως επιτυγχάνεται

4.5.5. Πέμπτος Θεματικός Άξονας:

Χρηματοδότηση και καθεστώς λειτουργίας του κέντρου μαστού.

- Ποιο είναι το καθεστώς λειτουργίας του κέντρου μαστού, πως οργανώνεται διοικητικά και από πού χρηματοδοτείται
- Ποιες είναι οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ανάλυση αποτελεσμάτων

5.1. Πρώτος Θεματικός Άξονας

Ξεκινώντας η συνέντευξη ρωτήσαμε και τις τρεις κυρίες πόσα χρόνια εργάζονται στο συγκεκριμένο κέντρο. Η κυρία Gattuso, χειρουργός- μαστολόγος, ξεκίνησε τη συνεργασία της με το συγκεκριμένο κέντρο το 2009. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την πρόσληψη της ήταν η κατοχή της ειδικότητας χειρουργού μαστού, η εμπειρία της πάνω στο αντικείμενο, ο χαρακτήρας της. Όταν προήχθη σε υπεύθυνη του τμήματος από κλινικής πλευράς, το σημαντικότερο ρόλο τον έπαιξαν οι δημοσιεύσεις της, ο αριθμός των χειρουργείων που είχε κάνει έως τότε και ο τίτλος που είχε αποκτήσει σαν ογκοπλαστικός χειρουργός. Η κυρία Murphy, εξειδικευμένη νοσοκόμα για τον καρκίνο του μαστού, ξεκίνησε πολύ πρόσφατα στο συγκεκριμένο κέντρο, συγκεκριμένα τον Σεπτέμβριο του 2014, αλλά διαθέτει 30 χρόνια εμπειρία στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Στην ερώτηση μας για τις προϋποθέσεις της πρόληψης της μας είπε, πως ήταν απαραίτητη η κατοχή του νοσηλευτικού διπλώματος, η περεταίρω και συνεχής εξειδίκευση, ο χαρακτήρας της και φυσικά η εμπειρία της. Τέλος η κυρία Day, συνεργάζεται με το κέντρο μαστού από το 2008. Η κυρία Day, μας ανέλυσε τι είναι ένα κέντρο μαστού. Ένα κέντρο μαστού είναι ο χώρος στον οποίο παρέχονται όσο το δυνατόν περισσότερες υπηρεσίες και φροντίδα για την γυναίκα που νοσεί από καρκίνο του μαστού. Η πρώτη επαφή των ασθενών στην Αγγλία με το σύστημα υγείας, είναι ο GP (General Practitioner), ο οποίος είναι ο γενικός γιατρός που θα δει τον κάθε ασθενή και θα τον παραπέμψει εάν φυσικά χρειάζεται στον εξειδικευμένο γιατρό, ο οποίος βρίσκεται στο εκάστοτε νοσοκομείο. Έτσι όταν μια γυναίκα, ή ο GP της θεωρεί ότι έχει κάποιο από τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού την παραπέμπει στο κέντρο μαστού για περαιτέρω εξετάσεις. Το κέντρο μαστού είναι ένας χώρος, συνήθως μέσα στο νοσοκομείο ή σε πολύ κοντινή απόσταση από αυτό που παρέχονται υπηρεσίας κυρίως εξωτερικών ιατρείων, δεν υπάρχει δηλαδή νοσηλεία. Απευθύνεται σε όλους ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου με κάποιο πιθανό σύμπτωμα καρκίνου του μαστού. Όταν ο GP κάνει το παραπεμπτικό, το κέντρο υποχρεούται εξαιτίας των εθνικών στόχων να δώσει ραντεβού στην ασθενή μέσα σε δυο εβδομάδες και όπως μας είπε χαρακτηριστικά η κυρία Day, το UCH πολλές φορές δίνει ραντεβού πριν τις δυο εβδομάδες κάτι που

κάνει την αντίληψη για το νοσοκομείο ακόμη καλύτερη. Όταν η ασθενής με το οποιοδήποτε σύμπτωμα έρθει στο κέντρο τότε θα την εξετάσει κλινικά και θα πάρει το ιστορικό της ο εξειδικευμένος γιατρός μαστολόγος και αν το κρίνει απαραίτητο θα την παραπέμψει σε απεικονιστικές εξετάσεις και ίσως κάποια βιοψία. Τα αποτελέσματα θα της δοθούν την ίδια μέρα. Το ενημερωτικό γράμμα με τις λεπτομέρειες του ραντεβού που λαμβάνει η ασθενής εξηγεί ότι θα πρέπει να μείνει στο κέντρο για κάποιες ώρες γύρω στις τρεις μέσο όρο, με σκοπό να διενεργηθούν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις και φεύγοντας να έχει όλες τις απαντήσεις καλές ή κακές. Το κέντρο μαστού του UCH σύμφωνα με την κυρία Day και την κυρία Gattuso, κλινικά, απαρτίζεται από τρεις χειρουργούς μαστού, εξειδικευμένους στην ογκοπλαστική χειρουργική, τρεις ακτινολόγους με κύριο επιστημονικό και επαγγελματικό ενδιαφέρον στο μαστό, τέσσερις κλινικούς ογκολόγους, δυο με κύριο ενδιαφέρον την χημειοθεραπεία και δυο την ακτινοθεραπεία, τέσσερις εξειδικευμένες νοσοκόμες στον καρκίνο του μαστού, δυο εκ των οποίων έχουν και ογκολογική εξειδίκευση, δυο τεχνικούς ακτινολόγους, που χειρίζονται το μηχάνημα των υπερήχων και τον μαστογράφο, τρεις παθολογοανατόμους με κύριο ενδιαφέρον στο μαστό και φυσικά το και φυσικά το διοικητικό προσωπικό. Η κυρία Gattuso μας ανέφερε ότι η λειτουργία του κέντρου βασίζεται στις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες και ακολουθούνται τόσο οι Ευρωπαϊκοί, όσο και οι εθνικοί στόχοι για την αντιμετώπιση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

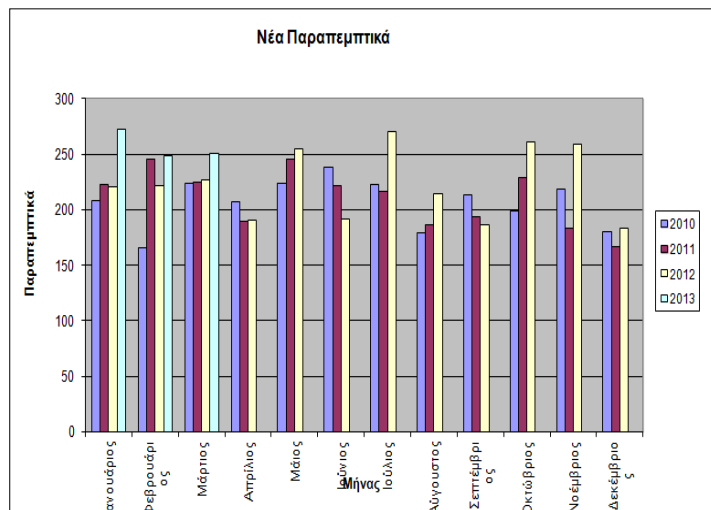
5.2. Δεύτερος Θεματικός Άξονας

Για την ταυτότητα των χρηστών μιλήσαμε περισσότερο με την κυρία Gattuso και την κυρία Murphy. Το κέντρο είναι ανοιχτό για όλους. Το επισκέπτονται γυναίκες όλων των ηλικιών και με όλες τις παθήσεις του μαστού, τόσο καλοήθειες, όσο και κακοήθειες. Άντρες με κάποιο σύμπτωμα, που εδώ η κυρία Murphy μας μίλησε λίγο παραπάνω για αυτό. Χαρακτηριστικά μας είπε πως κάθε άντρας έχει ιστό πίσω από τη θηλή του, μαζί με λίπος, αλλιώς η θηλή του θα ήταν προς τα μέσα και όχι προς τα έξω και φυσικά έχει και λεμφαδένες. Το συγκεκριμένο κέντρο βλέπει 1 με 2 άντρες με καρκίνο του μαστού το χρόνο. Έρχονται μετά από πιθανή εξέταση στον προστάτη και κάποιο πρόβλημα εκεί. Έκκριμα από τη θηλή ή κάποιον διογκωμένο λεμφαδένα. Η αντιμετώπιση για τους άνδρες είναι ίδια με αυτήν για τις γυναίκες. Πρώτα εξετάζονται από τον γιατρό, μετά γίνονται οι απεικονιστικές εξετάσεις και βιοψία και μετά στο εβδομαδιαίο διεπιστημονικό συμβούλιο παίρνεται

η απόφαση για την συνέχεια της θεραπείας. Η κυρία Gattuso ανέφερε πως ένας από τους ασθενείς της το 2013 ήταν άντρας ο οποίος υπεβλήθει σε διπλή μαστεκτομή μετά από βιοψία που υπέδειξε καρκίνο του μαστού και στις δυο πλευρές. Μετά την επέμβαση έκανε ακτινοθεραπεία, όπως κρίθηκε απαραίτητο. Πολλές φορές έρχονται και νεαρά άτομα κυρίως στην εφηβεία με κάποιο σύμπτωμα. Κορίτσια που στην ανάπτυξη των μαστών τους παρατηρούν κάποιο περίεργο πρήξιμο, όπου μετά από την βιοψία γίνεται διάγνωση για ινοαδένωμα, ή κάποια κύστη, κύριο χαρακτηριστικό αυτής της ηλικίας. Αγόρια που τις περισσότερες φορές λόγω αυξημένου σωματικού βάρους κάνουν εμφάνιση γυναικομαστίας, κάτι το οποίο δεν οδηγεί σε καρκίνο του μαστού, αλλά είναι καλό να ελέγχεται.

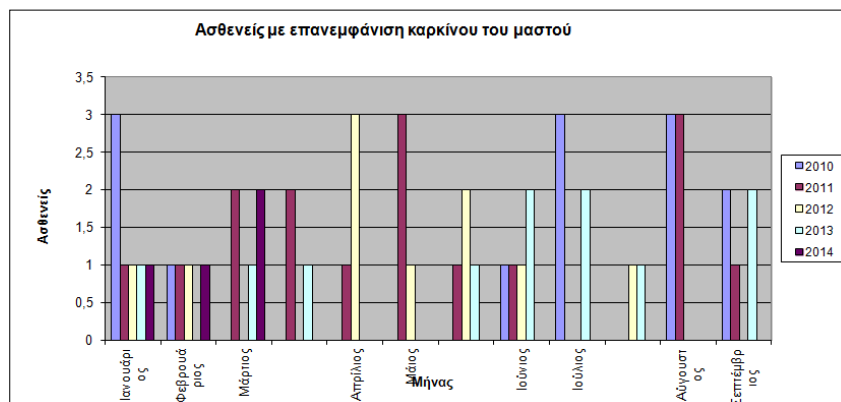
Ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει διάγνωση για καρκίνο αλλά κάποιου είδους καλοήθεια κρίνεται απαραίτητο, αυτό να γίνει σε ένα κέντρο μαστού και από μια εξειδικευμένη ομάδα, δίνεται μεγάλη σημασία στην πρόληψη και κάθε ασθενής φεύγοντας από το κέντρο έχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και οδηγίες που πρέπει να ακολουθεί για να γνωρίζει τι θα πρέπει να την ανησυχεί και τι όχι. Στις περισσότερες γυναίκες κυρίως τις νεότερες δίνεται και ένας οδηγός για να γνωρίσουν το στήθος τους και να αναγνωρίζουν πιθανά προβλήματα. Οι ασθενείς που έρχονται στο κέντρο έχουν μεγάλες προσδοκίες από αυτή τους την επίσκεψη. Σύμφωνα με την κυρία Gattuso όσο πιο νέα και πιο μορφωμένη/ ενημερωμένη είναι μια γυναίκα τόσο μεγαλύτερες είναι και οι προσδοκίες της. Ειδικά σήμερα, στον κόσμο της πληροφορίας και του ίντερνετ που είναι όλα διαθέσιμα και γίνεται βομβαρδισμός πληροφοριών οι γυναίκες είναι υποψιασμένες αλλά πολλές φορές και αδίκως φοβισμένες ή τρομοκρατημένες. Σε κάποιες περιπτώσεις οι ασθενείς μπορεί να γίνουν πολύ πειστικοί, ή και απαιτητικοί, κυρίως μετά από την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων τους. Μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού σύμφωνα με την κυρία Murphy, της οποίας ο κόσμος γκρεμίζεται και αλλάζει ριζικά δεν θέλει να περιμένει για τίποτα. Ειδικά μια γυναίκα, μητέρα θέλει όλες τις εξετάσεις και τα αποτελέσματα σε μηδενικό χρόνο. Κυριαρχεί ο φόβος και γίνεται ο βασικός οδηγός τους. Η κυρία Gattuso μας είπε πως οι ασθενείς πριν την διάγνωση, όταν υπάρχει απλά η υποψία για κάτι, είναι πιο διαλλακτικοί και ήρεμοι. Όταν τους γίνει η αποκάλυψη ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού, αλλάζουν. Είναι η στιγμή που χρειάζονται στήριξη και βοήθεια για να καταλάβουν και να αντιμετωπίσουν με την απαραίτητη βοήθεια

βέβαια την επικείμενη κατάσταση. Στο παρακάτω διάγραμμα δίνεται ο αριθμός των ασθενών που επισκέφτηκαν το κέντρο μαστού του UCH για την περίοδο 2012-2013.



Πηγή:<http://www.uclh.nhs.uk>

Για την ίδια περίοδο υπήρχαν και κάποιες περιπτώσεις επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού, όπως φαίνονται παρακάτω.



Πηγή:<http://www.uclh.nhs.uk>

Επίσης για την ίδια περίοδο η κυρία Day προσπάθησε να χαρτογραφήσει την εθνικότητα, την ηλικία και το φύλο των ασθενών. Όπως μας είπε, ήταν αναμενόμενο δεν ήθελαν όλοι να συμπληρώσουν την ερώτηση σχετικά με την καταγωγή τους και την χώρα προέλευσής τους. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν φαίνονται παρακάτω.

Εθνική Κατηγορία	Πρώτο Ραντεβού	Επαναληπτικό ραντεβού	Σύνολο
Αφρικανική	3	22	25
Άλλο	10	35	45
Άλλη Ασιατική	2	9	11
Άλλη Αφρικανική	2	8	10
Άλλο(Mixed)	3	4	7
Άσπρη	16	51	67
Μπανγκλαντεσιανή	4	16	20
Βρετανική	67	286	353
Καραϊβική	2	18	20
Κινεζική	1	7	8
Ινδική	3	10	13
Ιρλανδική	5	14	19
Δεν απαντώ	14	52	66
Πακιστανική		4	4
Άγνωστη	18	123	141
Άσπρη και Ασιατική	1	2	3
Άσπρη και Αφρικανική		7	7
Σύνολο	151	668	819

Πηγή:<http://www.nhs.nhs.uk>

Όσο για την ηλικία των ασθενών τα στοιχεία που μας παρείχαν ήταν τα εξής:

Ηλικία	Πρώτο Ραντεβού	Επαναληπτικό Ραντεβού	Σύνολο
20-29	3	12	15
30-39	9	45	54
40-49	39	176	215
50-59	31	176	207
60-69	22	160	182
70-79	22	73	95
80-89	22	21	43
90-99	3	4	7
Άγνωστο		1	1
Total	151	668	819

Πηγή:<http://www.uclh.nhs.net>

Το φύλο των ασθενών όπως φαίνεται:

Φύλο	1 ^ο Ραντεβού	Επανεξέταση	Σύνολο
Γυναίκα	151	665	816
Άνδρας		1	1
Άγνωστο		2	2
Σύνολο	151	668	819

Πηγή:<http://www.uclh.nhs.net>

5.3. Τρίτος Θεματικός Άξονας

Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι είναι οι επαγγελματίες υγείας και ότι περιστρέφεται γύρω από αυτούς. Αναρωτηθήκαμε για το καθεστώς εργασίας τους, την εκπαίδευση τους, την πιθανή συνέχιση της εκπαίδευσής τους, επίσης για το ποια είναι η σχέση τους με τους ασθενείς τους και τι επιπτώσεις έχει αυτό στη δική τους ζωή και τέλος αν έχουν κίνητρα για εξέλιξη και προσωπική πρόοδο. Η κυρία Gattuso μας είπε πως της αρέσει η δουλειά της και της δίνει μεγάλη προσωπική ευτυχία και ικανοποίηση πρώτον να δίνει καλά νέα στις ασθενείς της, να τους δίνει ένα όμορφο αισθητικό αποτέλεσμα μετά από κάποιο χειρουργείο και να ασκεί το επάγγελμα αυτό σε συνθήκες σωστές. Θεωρεί πως το κέντρο μαστού του UCH πληροί τις προϋποθέσεις ενός καλού κέντρου μαστού, αρχικά εμφανισιακά δεν θυμίζει νοσοκομείο, έχει έργα τέχνης, φιλόξενους χώρους αναμονής και εξεταστικών δωματίων. Κάποιες φορές μέσα στην εβδομάδα έρχονται εθελοντές μουσικοί και στο επίπεδο της εισόδου, όπου βρίσκεται και η καφετέρια και ο χώρος της MacMillan (της ΜΚΟ που συστεγάζεται με το κέντρο και δίνει όλες τις πληροφορίες και την στήριξη που χρειάζονται οι καρκινοπαθείς) και παίζουν συνήθως κλασική μουσική, κάτι που το βρίσκουν όλοι, τόσο οι ασθενείς και οι συνοδοί τους όσο και οι επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο ευχάριστο και δημιουργικό. Επίσης δίνει την δυνατότητα στις ασθενείς να φύγουν έχοντας όλες τις απαντήσεις. Η εκπαίδευση που διαθέτουν τόσο η κυρία Gattuso, όσο και η κυρία Murphy, είναι υψηλού επιπέδου και ανταποκρίνεται στις υψηλές απαιτήσεις τόσο της ασθένειας, όσο και της εποχής και των προσδοκιών της συνεχούς έρευνας και φυσικά των ασθενών. Δεν τις υποχρεώνει κάποιος να συνεχίζουν να σπουδάζουν ή να δημοσιεύουν, αλλά είναι προσωπική επιθυμία. Πρώτον γιατί έτσι μπορούν να εξελίσσουν τις γνώσεις τους, να μαθαίνουν κάθε τι καινούριο στον τομέα τους και να προσφέρουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες και δεύτερον γιατί αυτός είναι ο τρόπος για να εξελίξουν την καριέρα τους και να ανέβουν ιεραρχικά.

Το κάθε νοσοκομείο και η κάθε τοπική αυτοδιοίκηση έχει ετήσια προγράμματα για γιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικό προσωπικό τα οποία είναι υποχρεωτικά, τα οποία όμως ως επί το πλείστον είναι υπενθύμιση των όσων είδη γνωρίζουν. Ο κάθε επαγγελματίας ύστερα, μετά από αυτό είναι στη δική του κρίση πόσο θέλει να εξελίξει τα όσα ήδη γνωρίζει και να πάει τη γνώση του ένα βήμα πιο κάτω. Το κάθε νοσοκομείο στηρίζει απόλυτα το προσωπικό του σε περίπτωση που

επιθυμεί να κάνει κάποιου είδους εκπαίδευση, πολλές φορές τους στηρίζουν και οικονομικά, καθώς το κάθε τμήμα του νοσοκομείου διαθέτει κάποια χρήματα ετησίως τα οποία πρέπει να πηγαίνουν στην εκπαίδευση του προσωπικού και ανάλογα με τα χρόνια που εργάζεται κάποιος στο τμήμα έχει και τα αντίστοιχα δικαιώματα. Στα εθνικά και διεθνή συνέδρια, από μαστολογικές ή χειρουργικές εταιρείες που διενεργούνται κάθε χρόνο οι επαγγελματίες υγείας του κέντρου έχουν ενεργή συμμετοχή και κάθε χρόνο έχουν και κάτι πολύ καλό και ανταγωνιστικό να δείξουν. Συνεχίζοντας μιλήσαμε τόσο με την κυρία Gattuso, όσο και με την κυρία Murphy για την σχέση που αναπτύσσουν με τις ασθενείς τους και τι επιπτώσεις έχουν αυτές στη δική τους ζωή. Όταν μια γυναίκα μπει στη διαδικασία να επισκεφτεί το κέντρο μαστού, είναι είτε μετά από δική της επιθυμία(ανησυχία για τη ζωή της), ή μετά από προτροπή του GP της. Ακόμη πριν έρθει στο κέντρο, έχει άγχος, έχει ήδη φτιάξει στο μυαλό της όλα εκείνα τα σενάρια που την κάνουν να χάνει την εικόνα της, τα παιδιά της, εάν έχει, την δουλειά της, τον σύντροφό της και τέλος τη ζωή της. Ερχόμενη εδώ, σε περίπτωση που τα αποτελέσματα είναι καλά και την διαβεβαιώσει ο γιατρός ότι όλα είναι φυσιολογικά, τότε αυτές οι σκέψεις εξαφανίζονται και όλα γίνονται και πάλι φυσιολογικά. Όταν τα νέα όμως είναι άσχημα τότε είναι που δημιουργούνται αληθινές σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών και των ασθενών. Πρώτα μας μίλησε για το θέμα αυτό η κυρία Gattuso, η οποία έχει την υποχρέωση να ενημερώσει την εκάστοτε ασθενή για την διάγνωση, την πρόγνωση και το σχέδιο που έχει αποφασιστεί για εκείνη. Παρούσα πάντα είναι και η νοσοκόμα, η οποία μετά από αυτό ακολουθεί την ασθενή σε όλη την πορεία της από πολύ κοντά και γίνεται η πρώτη επαφή της με το σύστημα και τις υπηρεσίες. Ρωτήσαμε την κυρία Gattuso και την κυρία Murphy, ποιος πιστεύουν ότι είναι ο μεγαλύτερος φόβος των ασθενών μετά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων και χωρίς δισταγμό ή δεύτερη σκέψη μας είπαν ο φόβος για τη ζωή τους, ο φόβος ότι θα πεθάνουν. Μετά την ανακοίνωση ο γιατρός περνά κάποιο χρόνο μαζί τους και τους εξηγεί τα βασικά της όλης διαδικασίας και τι προτείνει για την κάθε περίπτωση. Όταν τελειώσει η συζήτηση αυτή, έρχεται και ο ρόλος της νοσοκόμας. Παίρνει την ασθενή και τον όποιο την συνοδεύει και τους πηγαίνει σε ένα ξεχωριστό δωμάτιο, όπου και περνούν κάποια ώρα συζητώντας περαιτέρω και εδώ είναι που η ασθενής ανοίγεται και δεν είναι λίγες οι φορές που εξομολογείται στη νοσοκόμα και άλλα πράγματα και σκέψεις που την απασχολούν και έρχονται τώρα στην επιφάνεια. Μιλάνε στη νοσοκόμα για κάθε είδους πρόβλημα και περιμένουν από εκείνη όλες τις λύσεις. Η νοσοκόμα θα τους εξηγήσει με κάθε

λεπτομέρεια όλες τις επιπλοκές του χειρουργείου, τι θα πρέπει να περιμένουν μετά από αυτό και πως θα πρέπει να φροντίσουν τον εαυτό τους. Περνάει χρόνο μαζί τους και τους δείχνει φωτογραφίες από άλλες γυναίκες με επεμβάσεις στο στήθος και τους αναλύει πως μπορεί να είναι οι ίδιες μετά από ένα τέτοιο χειρουργείο. Είναι πάρα πολύ σημαντικό να τους εξηγήσει πόσο θα αλλάξει η εικόνα τους μετά από μια τόσο σοβαρή επέμβαση. Επίσης μας ανέφερε πόσο σημαντικό είναι να βρίσκονται μαζί με τις γυναίκες και πριν φύγουν από το νοσοκομείο όταν θα ανοίξουν πρώτη φορά τους επιδέσμους και θα λείπει ένας, ή και οι δυο μαστοί τους. Είναι συνετό κάτι τέτοιο να γίνεται με την παρουσία της νοσοκόμας η οποία είναι σε θέση να αντιμετωπίσει και την αντίδραση της γυναίκας μετά από κάτι τέτοιο.

Η κυρία Gattuso μας είπε ότι είναι πολύ δύσκολο να δεθεί σε πολύ προσωπικό επίπεδο με τις ασθενείς της, μπορεί να τις καταλάβει και να θέλει να τις βοηθήσει και φυσικά να είναι καλά, αλλά δεν γίνεται να παίρνει την κάθε ιστορία και να την κάνει δική της. Μετά την πολυετή εμπειρία της στον χώρο μπορεί να διαχωρίσει τα συναισθήματα της και να βάλει τον επαγγελματισμό πρώτο, άλλωστε ανέφερε πολύ χαρακτηριστικά ότι αν αφήνει τις προσωπικές ιστορίες των ασθενών της να την επηρεάσουν δεν θα μπορεί να πάρει τις σωστές αποφάσεις για αυτές. Η κυρία Murphy από την άλλη πλευρά ήταν πιο διαλλακτική στο θέμα αυτό και μας είπε ότι υπάρχουν ασθενείς με τους οποίους έχει δεθεί περισσότερο από άλλους. Την ενδιαφέρει από την πρώτη στιγμή που δίνεται σε μια γυναίκα η διάγνωση της να της σταθεί και να την βοηθήσει, να κάνει από την πλευρά της ότι είναι δυνατό για να την υποστηρίξει και να της δώσει τις σωστές κατευθύνσεις για να βγάλει όλο αυτό το ταξίδι όσο πιο εύκολα γίνεται. Άλλωστε επέμεινε αρκετά στο ποιος είναι ο κύριος ρόλος της νοσοκόμας σε όλο αυτό και μας είπε πως, μια εξειδικευμένη νοσοκόμα για τον καρκίνο του μαστού, είναι η νοσοκόμα εκείνη που παρέχει, προφορική, γραπτή και ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή. Γίνεται ο οδηγός και ο σύμμαχος της σε όλο αυτό το ταξίδι, τόσο για την ίδια, όσο και για τους δικούς της ανθρώπους. Μπορεί να συμπάσχει με την ασθενή και θέλει να την βοηθήσει να πάρει την κατάλληλη απόφαση για την ίδια. Μα μίλησε λίγο για τις κατηγορίες των ασθενών και μας είπε πως κανείς δεν ίδιος και πως η μόνη ομοιότητα που φαίνεται να έχουν οι ασθενείς μεταξύ τους είναι ο φόβος τους μήπως και χάσουν τη ζωή τους. Πρόκειται για ένα κέντρο που έχει ασθενείς από όλο τον κόσμο, καθώς πρόκειται για μια κοινωνία που έχει πολλές κουλτούρες, καθώς απαρτίζεται από πολλούς και

διαφορετικούς ανθρώπους. Η κάθε γυναίκα είναι διαφορετική και έχει άλλες ιδιαιτερότητες, προτεραιότητες και θέλει άλλα πράγματα από το γιατρό της, όλες όμως ενδιαφέρονται για τη ζωή τους. Συνήθως οι νεότερες γυναίκες ασχολούνται περισσότερο με την εξωτερική τους εμφάνιση και τις απασχολεί πολύ το αισθητικό αποτέλεσμα το οποίο θα έχουν μετά την επέμβαση. Η κυρία Murphy σχολίασε πως το μέγεθος της προσωπικής εμπλοκής στις ιστορίες των ασθενών εκτός από τον επαγγελματισμό και την εμπειρία που σίγουρα παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο είναι πολύ σημαντικό και το είδος του χαρακτήρα του καθενός. Ο κάθε επαγγελματίας δεν είναι ίδιος με κάποιον άλλο και δεν επηρεάζεται το ίδιο από τις ιστορίες που ακούει, όπως επίσης είναι πολύ πιο εύκολο για τη νοσοκόμα να δεθεί με την ασθενή γιατί είναι και ο άνθρωπος που περνά τον περισσότερο χρόνο μαζί του και είναι εκείνη που καλείται να λύσει όλα της τα προβλήματα είτε αυτά έχουν να κάνουν με την υπηρεσία που προσφέρεται, είτε με δικά της προσωπικά ζητήματα. Τις ρωτήσαμε αν έχουν κάποιου είδους υποστήριξη οι ίδιοι οι επαγγελματίες, καθώς αναγνωρίζουμε πόσο δύσκολο είναι να φροντίζεις και να συμπαραστέκεσαι σε ανθρώπους με καρκίνο του μαστού. Μας είπαν ότι υπάρχει μέσα στα πλαίσια για την υγεία του εργαζομένου κάποιο πρόγραμμα στο οποίο μπορούν να απευθύνονται και να συζητούν και να ανταλλάσσουν απόψεις με άλλους επαγγελματίες υγείας. Η κυρία Murphy μας είπε ότι τον πιο σημαντικό ρόλο τον έχουν οι συνάδελφοί της. Μπορεί και νοιώθει άνετα όταν αναλύει κάποιες από τις ιστορίες που βιώνει καθημερινά με τις συναδέλφους της και μπορεί να ακούσει μια άλλη γνώμη και να δει τα πράγματα από άλλη οπτική γωνία. Θετικό ρόλο σε όλο αυτό παίζει και η προϊστάμενη του τμήματος, με την οποία αισθάνεται πολύ άνετα να της πει πράγματα που την απασχολούν και την προβληματίζουν και ξέρει πως θα ενδιαφερθεί και θα την βοηθήσει να βρει τη λύση στα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει. Σημασία δίνει επίσης στις δραστηριότητες και την ζωή την οποία έχει έξω από το κέντρο και μακριά από τη δουλειά. Μας ανέφερε ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό να αποφορτίζεται ο επαγγελματίας υγείας όταν φεύγει από το χώρο εργασίας του. Είναι απαραίτητο να υπάρχει ελεύθερος προσωπικός χρόνος με δραστηριότητες που σε κάνουν να αισθάνεσαι καλά. Δεν γίνεται να περιστρέφονται όλα γύρω από τη δουλειά και τον καρκίνο, κάτι που ανέφερε προσπαθεί να περάσει και στις ασθενείς της. Την ενδιαφέρει να τις κάνει να καταλάβουν πως δεν γίνεται να ασχολούνται μόνο με την ασθένεια τους και τους λέει συχνά πως πρέπει να κάνουν πράγματα που τις ευχαριστούν και να μην αφήνουν τη δουλειά τους.

5.4. Τέταρτος Θεματικός Άξονας

Το επόμενο ζήτημα που μας απασχόλησε ήταν η διασύνδεση των υπηρεσιών μεταξύ τους σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού και πόσο καλά λειτουργούν. Όπως προαναφέρθηκε το σύστημα με το οποίο γίνεται, η παραπομπή, οι εξετάσεις, η διάγνωση και το πολύ σημαντικό της πρόληψης και της σωστής ενημέρωσης, αλλά εδώ και οι τρεις συνεντευξιαζόμενες ήθελα να τονίσουν τη σημασία της καλής συνεννόησης μεταξύ όλων των παραγόντων. Όπως συζητήσαμε με την κυρία Day, η πρώτη επαφή της ασθενούς με το σύστημα υγείας είναι ο GP. Ανάλογα με το είδος της επίσκεψης την παραπέμπει στον αντίστοιχο στην κάθε περίπτωση εξειδικευμένο γιατρό. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η γυναίκα με κάποιο από τα συμπτώματα, πόνο, πρήξιμο, έκκριμα θηλής, την στέλνει στο κέντρο μαστού. σύμφωνα με τα στοιχεία του κέντρου το 90% των ασθενών τους έρχονται πριν τις δυο εβδομάδες, όπου δυο εβδομάδες είναι ο εθνικός στόχος. Κάθε ασθενής για τον οποίο υπάρχει υποψία ή ένδειξη για καρκίνο του μαστού πρέπει να δει τον γιατρό και να γίνει η διάγνωση μέσα σε δυο εβδομάδες. Τους δίνεται λοιπόν ραντεβού με το κέντρο και στο πρώτο ραντεβού γίνονται όλες οι απαραίτητες εξετάσεις για να βγει η διάγνωση.

Όταν ο γιατρός έχει την διάγνωση τότε πρέπει να ενημερώσει τον GP, τόσο για την αυτή καθαυτή τη διάγνωση, όσο και για το σχέδιο που θα ακολουθηθεί για την κοινή πλέον ασθενή. Ο GP, παίζει επίσης πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς είναι ακόμη ένας από τους ανθρώπους που θα στηρίζουν την ασθενή και την οικογένειά της, επίσης θα είναι αυτός που θα συνταγογραφεί τα φάρμακα τα οποία θα πρέπει να παίρνει η ασθενής για ένα σεβαστό χρονικό διάστημα και θα είναι και αυτός που θα ενημερώσει το γιατρό σε περίπτωση που κάτι αλλάξει. Ο γιατρός και σε κάποιες περιπτώσεις οι νοσοκόμες, όταν για παράδειγμα αλλάζουν φάρμακο, επιβλέπουν τις ουλές από πιθανά χειρουργεία τότε γράφουν γράμμα στο GP και τον ενημερώνουν για όλη την πορεία της ασθενούς. Επίσης όταν γίνονται εξετάσεις στο νοσοκομείο, για αίμα, ή απεικονιστικές εξετάσεις, όπως μια αξονική, ή βιοψίες, ο GP, παίρνει και αυτός τα αποτελέσματά τους για τον φάκελο της ασθενούς. Πρέπει να γνωρίζει τι της συμβαίνει και πως έχει αποφασιστεί να αντιμετωπιστεί η εκάστοτε κατάσταση. Διασύνδεση υπηρεσιών υπάρχει και μέσα στο ίδιο κέντρο και μέσα στην ίδια ομάδα. Όταν γίνεται το εβδομαδιαίο διεπιστημονικό συμβούλιο και είναι παρόντες όλοι οι εκπρόσωποι από όλες τις ομάδες, τότε είναι μια πραγματική πρόκληση, καθώς πρέπει να συμφωνήσουν για το καλό της κάθε ασθενούς. Η κυρία Murphy μας είπε πως αυτή

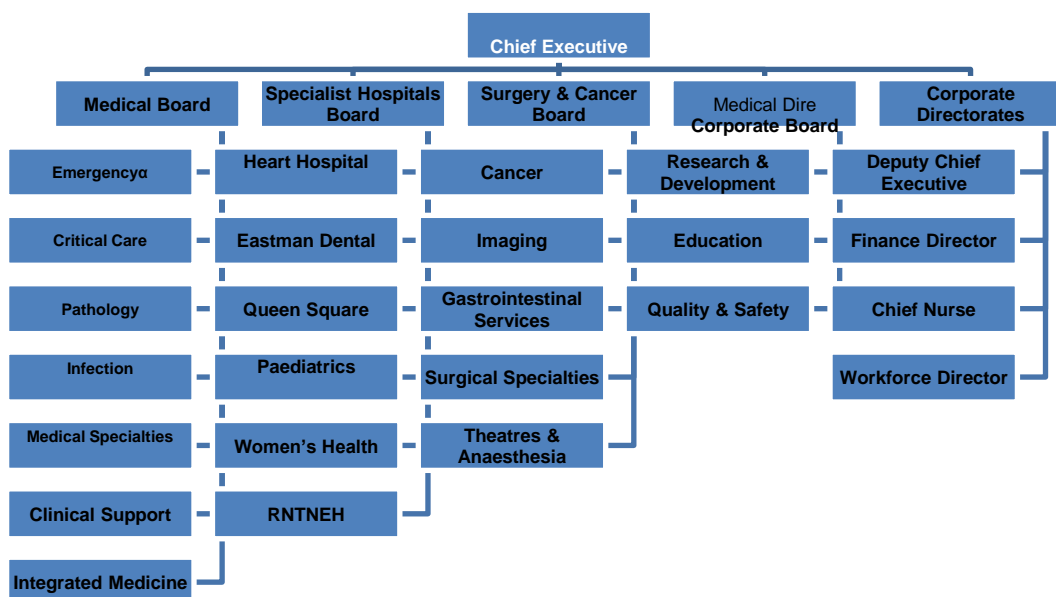
η διαδικασία δεν είναι τόσο δύσκολη στο συγκεκριμένο τμήμα, αφού έχουν όλοι τις ίδιες αντιλήψεις και τους ίδιους στόχους, που δεν είναι άλλοι, όχι μόνο η επιβίωση, αλλά και η εξωτερική της εμφάνιση και φυσικά η όσο το δυνατόν καλύτερη πρόγνωση. Άλλωστε όπως ανέφερε η κυρία Gattuso, οι αποφάσεις παίρνονται πάντα λαμβάνοντας υπ' όψιν τα αποτελέσματα των εξετάσεων και τις γνώμες όλων, τόσο των χειρουργών και των ακτινολόγων όσο και των ογκολόγων και των νοσοκόμων και φυσικά τις επιθυμίες και τις ανάγκες των ασθενών. Καθώς σύμφωνα με κάποια αναφορά που μας έκανε η γιατρός υπάρχουν ασθενείς τις οποίες δεν τις ενδιαφέρει καθόλου το αισθητικό αποτέλεσμα, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Το μόνο που τις ενδιαφέρει είναι να σώσουν τη ζωή τους. Υπήρξε πολύ πρόσφατα ασθενής 29 ετών με καρκίνο στον αριστερό μαστό και κάποιο ιστορικό της ασθένειας από την πλευρά του πατέρα της, η οποία δεν ήθελε να ακούσει καν για τις επιλογές της. Την τρομοκράτησε τόσο πολύ το γεγονός της ασθένειας σε συνδυασμό με την ηλικία της που το μόνο που την ενδιέφερε ήταν να κάνει ότι χρειαζόταν για να σώσει τη ζωή της. Έτσι αποφάσισε ότι ήθελε να κάνει μαστεκτομή χωρίς άμεση τουλάχιστον αποκατάσταση και ενώ στην αρχή ήταν κάθετη στο θέμα των χημειοθεραπειών, μετά από πολύωρες συζητήσεις με την κυρία Murphy αποφάσισε να δεχτεί το σχέδιο που της είχε ετοιμάσει η ομάδα και φυσικά είχε πολύ καλή πρόγνωση για τη ζωή της.

Ρωτήσαμε επιπλέον τι προβλέπεται μετά την θεραπεία του καρκίνου του μαστού και πως συνεχίζεται η ζωή αυτών των γυναικών και η σχέση τους με το κέντρο. Εδώ η κυρία Day μας εξήγησε πως για μια ασθενή η οποία δεν έχει τίποτε το παθολογικό, δεν υπάρχει συνέχεια και δεν χρειάζεται να επιστρέψει και στο κέντρο, ενημερώνεται και ο GP και τελειώνει. Σε περιπτώσεις που η γυναίκα έχει κάποιου είδους καλοήθεια, ινοαδένωμα, λίπωμα, ή κύστη, της ζητούν να την ξαναδούν μετά από συνήθως έξι μήνες για να επιβεβαιωθεί η αρχική διάγνωση και τότε επίσης δεν χρειάζεται να την δουν ξανά, φυσικά και πάλι ενημερώνεται ο GP. Και στις δυο αυτές περιπτώσεις, ο GP αν εμφανιστεί κάτι πρέπει να τις στείλει πίσω στο κέντρο. Ποτέ δεν πρέπει να υποθέσει, είτε η ίδια η γυναίκα, είτε ο GP πως μπορεί να είναι κάτι σαν αυτό που είχε ξανασυμβεί. Μια υποτιθέμενη παλιά κύστη δεν σημαίνει ότι θα ξαναεμφανιστεί με τον ίδιο τρόπο, μπορεί στο ίδιο σημείο να εμφανιστεί καρκίνος. Πρέπει να εξετάζονται όλα τα συμπτώματα και όπως λένε σε όλους όσους έρχονται στο κέντρο, δεν σπαταλιέται κανενός ο χρόνος εξετάζοντας καλοήθειες γιατί έτσι εντοπίζεται και η κακοήθεια. Όταν πρόκειται για ασθενείς με καρκινική διάγνωση

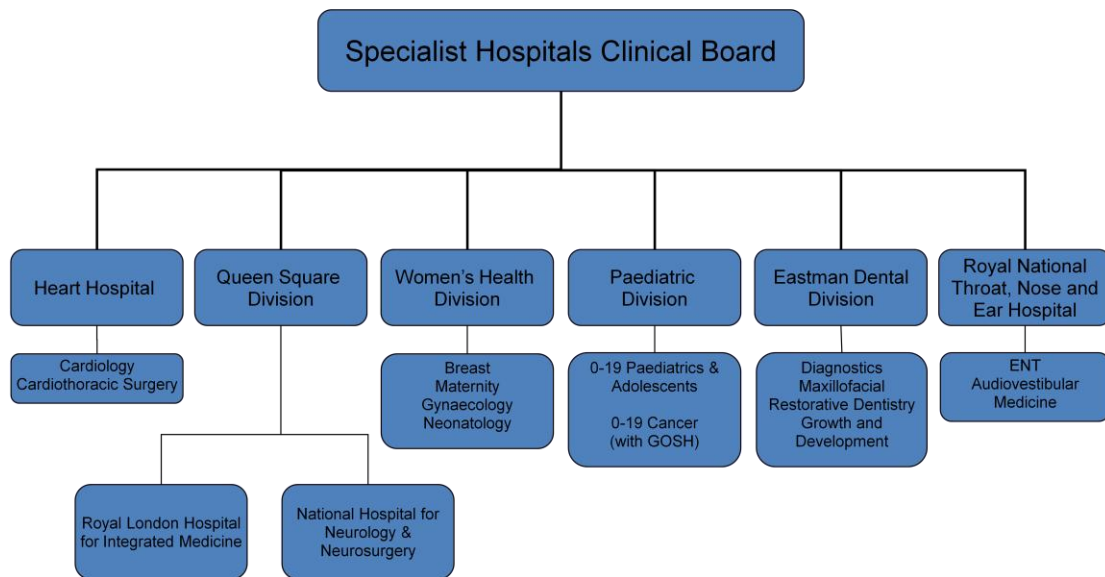
τότε το πρόγραμμα για την συνέχιση της φροντίδας τους αλλάζει. Μετά το πέρας της θεραπείας τους, το μέγεθος και την σοβαρότητα της ασθένειας αποφασίζεται από το διεπιστημονικό συμβούλιο και η συνέχιση της φροντίδας. Τα πέντε πρώτα χρόνια αν έχει παραμείνει μαστός, γίνεται ετήσια μαστογραφία και κλινική εξέταση όπως και επίσης τακτικές συζητήσεις με τον ογκολόγο, καθώς η ασθενής παίρνει φάρμακα. Σε περίπτωση που έχει γίνει μαστεκτομή, επιλέγεται άλλη απεικονιστική εξέταση, κυρίως μαγνητική τομογραφία για να ανακαλυφθούν πιθανές απομακρυσμένες μεταστάσεις. Μετά τα πρώτα πέντε χρόνια και εφόσον δεν έχει υπάρξει κάποιου είδους επανεμφάνιση τότε η γυναίκα και όχι ασθενής πλέον επιστρέφει στην φροντίδα του GP της και στον προληπτικό έλεγχο με μαστογραφίες. Αν δεν υπάρχουν πλέον μαστοί, τότε γίνονται εξετάσεις αίματος, που ελέγχονται και οι καρκινικοί δείκτες και αν προκύψει το οτιδήποτε τότε η γυναίκα επιστρέφει στο κέντρο και την φροντίδα των ειδικών.

5.5. Πέμπτος Θεματικός Άξονας

Τέλος μιλήσαμε την κυρία Day για τον τρόπο που διοικείται το κέντρο, από πού παίρνει τους πόρους του και ποιες είναι οι προκλήσεις και οι στόχοι για το μέλλον. Μας έδωσε σε σχεδιαγράμματα τον τρόπο που διοικείται συνολικά το νοσοκομείο και τα τμήματα τα οποία υπάρχουν και συγκεκριμένα το κέντρο μαστού. Η διοίκηση του νοσοκομείου φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα και δείχνει πως ο καρκίνος του μαστού βρίσκεται κάτω από το τμήμα για την υγεία των γυναικών.



Πηγή: <http://www.UCLH.uk>



Πηγή:<http://www.UCLH.nhs.uk>

Τα δυο αυτά διαγράμματα τα οποία τα πήραμε από την ιστοσελίδα του νοσοκομείου δείχνουν πως διαρθρώνονται τα τμήματα μέσα στο νοσοκομείο. Το κέντρο μαστού, βρίσκεται κάτω από την υγεία για τις γυναίκες και επηρεάζεται και από το τμήμα υπεύθυνο για όλους τους καρκίνους (Cancer Division). Όσο για την διάρθρωση αυτής καθεαυτής της ομάδας υπάρχει η κυρία Gattuso η οποία είναι αυτή που παίρνει τις κλινικές αποφάσεις και από χειρουργικής πλευράς πρέπει να παρευρίσκεται σε όλα τα διεπιστημονικά εβδομαδιαία συμβούλια και να υπάρχει κάποιος αντίστοιχου επιπέδου να την καλύπτει όταν απουσιάζει και φυσικά η διοικήτρια του κέντρου η κυρία Day.

Η κυρία Day είναι υπεύθυνη για τα περισσότερα από όσα χρειάζεται να γίνονται για την ομαλή λειτουργία του κέντρου. Μέσα στα καθήκοντά της είναι να υπάρχει πάντα κατάλληλος χώρος και χρόνος για να λειτουργεί το κέντρο, να είναι σίγουρη πως το προσωπικό είναι ευχαριστημένο, πως δεν υπάρχουν ελλείψεις, πως δίνονται τα κατάλληλα ραντεβού στους κατάλληλους ασθενείς, ελέγχει τα αποτελέσματα των ασθενών και να είναι ενημερωμένες οι σημειώσεις τους, να ελέγχει ότι ακολουθούνται οι κατευθυντήριες για την λειτουργία του κέντρου και οι εθνικοί στόχοι για την αναμονή των ασθενών πριν τους δοθεί το πρώτο ραντεβού. Από τη στιγμή που το παραπεμπτικό φτάνει στο κέντρο μέσα σε 14 ημέρες πρέπει να δοθεί το πρώτο ραντεβού, μέσα σε 31 ημέρες πρέπει να έχει παρθεί η απόφαση για το είδος της θεραπείας και μέσα σε 62 ημέρες να έχει δοθεί. Μας έδωσε κάποια χαρακτηριστικά δείγματα για τον όγκο της δουλειάς τους και την χρησιμότητα που

έχει το συγκεκριμένο κέντρο και λόγω παροχής υπηρεσιών, αλλά και λόγω τοποθεσίας, βρίσκεται σε ένα από τα πιο κεντρικά και ευκολότερα προσβάσιμα σημεία του Λονδίνου. Για την περίοδο Απριλίου 2012 έως και τον Μάρτιο του 2013, επισκέφτηκαν το κέντρο 2.946 ασθενείς εκ των οποίων οι 1887, χρειάστηκε να συζητηθούν στο εβδομαδιαίο διεπιστημονικό συμβούλιο του κέντρου. Κάθε εβδομάδα το κέντρο μαστού δέχεται 50 περίπου νέα επείγοντα παραπεμπτικά με υποψία για καρκίνο, 45 μικρότερης ταξινόμησης και 250 συνολικά παραπεμπτικά το μήνα. Όσο για την ταξινόμηση μας εξήγησε την μορφή του παραπεμπτικού. Όταν η ασθενής πηγαίνει στον GP της, όταν την εξετάσει και συζητήσει μαζί της τις ανησυχίες της τότε συμπληρώνει μια συγκεκριμένη φόρμα, δίνοντας όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τον χειρουργό μαστολόγο που θα την δει στη συνέχεια. Έχει να επιλέξει σε μια κλίμακα από το 1 έως το 5 πόσο επείγον το συγκεκριμένο περιστατικό. Με τον αριθμό 1 να είναι κάτι αθώο που καλό θα ήταν να εξεταστεί και το 5 να είναι καρκίνος(για περιπτώσεις που υπάρχει ήδη διάγνωση από άλλο κέντρο για παράδειγμα ή ο καρκίνος έχει «σπάσει» το δέρμα και είναι εμφανής).

Τελειώνοντας τις συνεντεύξεις μας, ρωτήσαμε και τις τρεις κυρίες αν υπάρχει κάτι που τις φοβίζει, κάτι που δεν τους αρέσει σε σχέση με το κέντρο στο οποίο δουλεύουν και ποιοι είναι οι στόχοι τους για το μέλλον. Η κυρία Gattuso, μας είπε πως δεν υπάρχει κάτι που να την φοβίζει, αγαπά πολύ αυτό που κάνει και θέλει να είναι σίγουρη πως δίνει το 100% σε όλες τις ασθενείς της. Θεωρεί πολύ σημαντικό να τις καθοδηγεί σωστά και να τις βοηθά να παίρνουν τις πιο σωστές αποφάσεις για την καλύτερη δυνατή θεραπεία. Τόνισε επίσης πόσο πολύ σημαντικό και απαραίτητο είναι ο γιατρός να είναι απόλυτα ειλικρινής με την ασθενή, να τις δίνει την πλήρη διάγνωση της και όλες τις πληροφορίες που χρειάζεται έτσι ώστε να μην την αφήνει με αναπάντητα ερωτήματα και αμφιβολίες. Ο γιατρός είναι και αυτός άνθρωπος, δεν υπάρχει λόγος να δίνει την εντύπωση στον ασθενή πως είναι Θεός, ούτε μπορεί πάντα να δώσει το θετικότερο αποτέλεσμα, υποχρεούται να προσπαθήσει, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις που είναι ανίατες. Για το κέντρο είχε να σχολιάσει πως είναι ένας πολύ ευχάριστος χώρος, με πολλές προοπτικές και δυνατότητες, αλλά πιστεύει πως θα έπρεπε τα εξεταστικά δωμάτια να είναι μικρότερα έτσι ώστε να υπήρχε περισσότερος χώρος για εξοπλισμό. Πιστεύει πως αν το κέντρο διέθετε έναν ακόμη μαστογράφο θα είχαν τη δυνατότητα να βλέπουν περισσότερες ασθενείς και επίσης θα μειωνόταν σημαντικά η ώρα αναμονής. Για το μέλλον ελπίζει να συνεχίζει να

προσφέρει καλές υπηρεσίες και να έχουν οι ασθενείς της καλές προγνώσεις και να έχει περισσότερο ελεύθερο χρόνο να ασχολείται με τα αλόγά της που τόσο αγαπά και δεν προλαβαίνει τώρα.

Η κυρία Murphy, μας είπε ότι δεν υπάρχει φόβος στη δουλειά της, αγωνία και άγχος ναι, αλλά όχι φόβος. Δεν γίνεται να φοβάται, φοβούνται οι ασθενείς της, αλλά όχι εκείνη. Την ανησυχεί κάποιες φορές και παίρνει πιο προσωπικά κάποιες καταστάσεις και επηρεάζεται περισσότερο και θέλει να μπορεί να δίνει καλά αποτελέσματα και επαρκή στήριξη στις ασθενείς της. Την ενδιαφέρει να κάνει σωστά τη δουλειά της. Σε σχέση με το κέντρο μας είπε ότι υπάρχουν δυο απόψεις, των ασθενών και των οικείων τους που το επισκέπτονται και των επαγγελματιών υγείας που είναι το δεύτερο σπίτι τους. Για τους ασθενείς, είναι ένας πολύ ευχάριστος, φωτεινός και άνετος χώρος που τους παρέχει όλες τις ανέσεις και πρόσβαση σε όλες τις απαιτούμενες υπηρεσίες που έχουν ανάγκη. Για τους επαγγελματίες όμως δεν είναι ιδανικό, αν και όπως πολύ έντονα είπε, ποτέ δεν είμαστε απόλυτα ευχαριστημένοι. Θα ήθελε περισσότερα εξεταστικά δωμάτια και περισσότερο χρόνο μέσα στη μέρα να μπορεί να διαθέσει στις ασθενείς της.

Τέλος η κυρία Day μας είπε ότι δεν την φοβίζει κάτι στη δουλειά της, αλλά ανησυχεί για πολλά κάθε μέρα. Στο κέντρο στο οποίο διενεργούνται καθημερινά οι κλινικές της δεν είναι αποκλειστικά δικός τους χώρος αλλά συστεγάζονται με άλλες ειδικότητες, κάτι που κάνει πολύ δύσκολη τη δουλειά της, καθώς είναι σε ένα συνεχές κυνήγι με την διοίκηση του κέντρου για πρόσβαση σε εξεταστικά δωμάτια και χρονική επέκταση των κλινικών της. Μας τόνισε την χρησιμότητα της καλής επικοινωνίας με όλους και την σωστή διαχείριση των πόρων και του χρόνου. Πρέπει να ελέγχει διαρκώς το χρόνο αναμονής των ασθενών, από τη στιγμή της παραλαβής του παραπεμπτικού έως την ημερομηνία που θα δοθεί το ραντεβού και να είναι μέσα σε 14 ημέρες, όπως καθορίζουν οι εθνικοί στόχοι. Το δύσκολο για την ίδια είναι να καταφέρουν οι άνθρωποί της, το προσωπικό της δηλαδή να μπει στα δωμάτια, άπαξ και γίνει αυτό, μετά το κέντρο γίνεται ιδανικό, καθώς οι παροχές του προς το κοινό είναι μεγάλες και τονίζει πόσο πολύ σημαντικό είναι το γεγονός πως η ασθενής μπορεί να έρθει στην κλινική και μέσα σε μια μέρα να πάρει όλες τις απαντήσεις, χωρίς να χρειάζεται να έρθει άλλη μέρα για την κλινική εξέταση, άλλη μέρα για τις απεικονιστικές εξετάσεις και άλλη μέρα για τα αποτελέσματα, κάτι που θα έκανε

πολύ έντονο το άγχος της και την πίεση για τους επαγγελματίες υγείας, αφού δεν θα μπορούσαν να την καθησυχάσουν ή να την προετοιμάσουν κατάλληλα.

5.6. Περιορισμός της έρευνας

Σαν περιορισμό στη συγκεκριμένη έρευνα μπορούμε να αναγνωρίσουμε το γεγονός ότι η έρευνα έλαβε χώρα σε ένα μόνο νοσοκομείο και κέντρο μαστού και δεν είχε παραδείγματα από την ελληνική πραγματικότητα. Η αναφορά στην ελληνική περίπτωση βασίστηκε μόνο στην βιβλιογραφία και στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο από το Υπουργείο Υγείας. Αν και στην Ελλάδα δεν υπάρχουν κέντρα μαστού, ακόμη, με αυτή τη μορφή τουλάχιστον, γίνεται μια προσπάθεια να οργανωθούν και να αρχίσουν τη λειτουργία τους, παρέχοντας στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού, όλα εκείνα που κρίνονται απαραίτητα για την σωστή πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποθεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Συμπεράσματα της έρευνας

Με το πέρας των συνεντεύξεων γίνονται αντιληπτά κάποια ζητήματα. Τόσο οι συνεντευξιαζόμενες όσο και η βιβλιογραφία θίγουν κάποια ευαίσθητα ζητήματα γύρω από τον καρκίνο του μαστού. Αρχικά είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίσουμε την σημασία της πρόληψης. Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού, κοστίζει αρχικά λιγότερο από την ίδια τη θεραπεία, είναι περισσότερο βιώσιμο για τα συστήματα υγείας να προσφέρουν προληπτικούς ελέγχους, σε γυναίκες, οι οποίες δεν ανήκουν φυσικά σε ομάδες αυξημένου κινδύνου, παρά να πρέπει να θεραπεύσουν τον επικείμενο καρκίνο, ο οποίος δεν κοστίζει μόνο στο σύστημα υγείας, αλλά και στον ασθενή και στην οικογένειά του. Κόστος ψυχολογικό επίσης, εκτός από οικονομικό. Η πρόληψη βέβαια, προϋποθέτει και σωστή ενημέρωση του πληθυσμού.

Είναι καίριας σημασίας η σωστή πληροφόρηση των γυναικών. Αναφέρθηκε πολλές φορές πόσο σημαντικό είναι να γνωρίζουν οι γυναίκες τα σημάδια που πρέπει να τις οδηγήσουν στον γιατρό. Ο καρκίνος του μαστού, ειδικά σε αρχικό στάδιο είναι ασυμπτωματικός. Ακόμη και η γυναίκα που μπορεί να απευθυνθεί στο γιατρό της με κάποιο σύμπτωμα μπορεί να έχει καρκίνο του μαστού αλλά σε κάποια άλλη περιοχή(Mehrotra, et all, 2011).

Κάτι που μας ανέφερε η γιατρός και η νοσοκόμα, είναι η αναγκαιότητα της εξειδικευμένης νοσοκόμας για τον καρκίνο του μαστού(cns) σε όλη την διαδικασία της διάγνωσης. Η νοσοκόμα αυτή με τις κατάλληλες γνώσεις, την εμπειρία και την διάθεση που έχει, παίζει έναν από τους πιο σημαντικούς ρόλους στην περίοδο που η γυναίκα πρέπει να περάσει μέσα στο νοσοκομείο, ή στις συχνές της επισκέψεις σε αυτό. Ο ρόλος της είναι αρχικά να παρέχει υψηλής ποιότητας φροντίδα στην γυναίκα που νοσεί, ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή και την οικογένειά της, με οδηγό τον επαγγελματισμό της να προσφέρει τις γνώσεις της, να προσφέρει συνέχεια στην φροντίδα της ασθενούς μετά την αποχώρηση της από τα πρώτα ραντεβού και έως η γυναίκα τελειώσει με την αποθεραπεία της. Τέλος να συνεχίζει την εκπαίδευσή της με σκοπό να εξελίξει τις ικανότητες της και να μεταλαμπαδεύει τις γνώσεις τις στις επόμενες νοσοκόμες(Buchanan, 2007). Η νοσοκόμα με την κατάλληλη γνώση και τις εμπειρίες που διαθέτει είναι σε θέση να υποστηρίξει τη γυναίκα σε αυτό το δύσκολο ταξίδι και να της απαντήσει κάθε πιθανή απορία και δίλλημα. Ο ρόλος της είναι υποστηρικτικός και καθοδηγητικός. Ένα επίσης πολύ σημαντικό θέμα είναι η συνύπαρξη όλων των απαραίτητων ειδικοτήτων στην διάγνωση και την απόφαση για κατάλληλη θεραπεία των γυναικών.

Ο χειρουργός- μαστολόγος, χρειάζεται τον παθολογοανατόμο, τον ακτινολόγο, τον ογκολόγο και φυσικά την εξειδικευμένη νοσοκόμα. Μόνο με την συνύπαρξη και την κοινή πορεία και ενδιαφέρον μπορεί να δοθεί η κατάλληλη φροντίδα στην ασθενή. Υπάρχει σε όλους αυτούς τους κλάδους συνεχής εξέλιξη και πρόοδος και με την συνεχή εκπαίδευση και αναζήτηση είναι σε θέση οι άνθρωποι αυτοί να παράσχουν την καλύτερη δυνατή θεραπεία. Από την πλευρά των γυναικών και των ανθρώπων γενικότερα καίρια σημασία έχει το κατά πόσο φροντίζουν τον εαυτό τους και το σώμα τους. Με την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, την μείωση του άγχους, με την σωματική άσκηση, την διακοπή του καπνίσματος και την ελάττωση του αλκοόλ μειώνονται οι κίνδυνοι για εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

Προτάσεις

Όπως προαναφέρθηκε το κόστος για τον καρκίνο του μαστού είναι υψηλό και για το κράτος, αλλά και για τους ανθρώπους που καλούνται να το αντιμετωπίσουν. Οι

παροχές είναι περιορισμένες, στην Ελλάδα τουλάχιστον, αυτός είναι και ο λόγος που χρειάζεται να γίνουν κάποια βήματα εξέλιξη της κατάστασης αυτής. Συγκεκριμένα, στο επίπεδο της πολιτείας θα πρέπει να υπάρχει ξεκάθαρη μακροπρόθεσμη στρατηγική, στόχοι και προγράμματα δράσης για τον καρκίνο, και βεβαίως θα πρέπει να διατίθενται οι απαραίτητοι πόροι για την υλοποίηση των στρατηγικών και την επίτευξη των στόχων. Είναι αυτονόητο και έχει αποδειχθεί με μελέτες ότι αποτελεί πολύ αποτελεσματική χρήση των πόρων η επένδυση σε προγράμματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου. Σε ότι αφορά την παροχή των υπηρεσιών, αυτή θα πρέπει να γίνεται μέσα από οργανωμένα δίκτυα πρωτοβάθμιας, ημερήσιας, νοσοκομειακής και μετά-νοσοκομειακής φροντίδας που στόχο θα έχουν την παροχή ολοκληρωμένων, συντονισμένων, ποιοτικών, εξειδικευμένων και αποτελεσματικών υπηρεσιών για τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Ειδικότερα σε ότι αφορά την τεχνολογία υγείας και τα φάρμακα για τον καρκίνο, αυτά θα πρέπει καταρχάς να αξιολογούνται, όχι μόνο για την κλινική αλλά και για την οικονομική αποτελεσματικότητά τους, ώστε η χρήση τους εν τέλει να εξασφαλίζει τη μέγιστη κλινική αποτελεσματικότητα για το σύστημα υγείας και την κοινωνία γενικότερα. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει τα φάρμακα να αξιολογούνται για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητάς τους, κάτι που έχει να κάνει όχι μόνο με το φάρμακο αλλά και γενικότερα με την οργάνωση του συστήματος. Ειδικότερο βάρος θα πρέπει με την εξέλιξη της επιστήμης να δοθεί στις εξατομικευμένες θεραπείες και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση ομοειδών ομάδων ασθενών. Όλα αυτά είναι απαραίτητα και αναπόφευκτα προκειμένου το ίδιο το σύστημα υγείας να είναι βιώσιμο και σε θέση να χρηματοδοτεί και να παρέχει καινοτόμες και αποτελεσματικές θεραπείες στους καρκινοπαθείς που τις έχουν ανάγκη.

Τα επόμενα χρόνια οι δημογραφικές και τεχνολογικές εξελίξεις θα έχουν ως συνέπεια την ταχύτερη αύξηση του κόστους του καρκίνου, ο οποίος, από οικονομική σκοπιά, θα καταταγεί ως η πρώτη αιτία οικονομικής επιβάρυνσης των συστημάτων υγείας. Συνεπώς, επειδή και στα οικονομικά του καρκίνου «το προλαμβάνει είναι καλύτερο του θεραπεύει», θα πρέπει άμεσα να δοθεί έμφαση και βαρύτητα στην οργάνωση των υπηρεσιών για την πρόληψη, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του καρκίνου(Μανιαδάκης, 2011).

Πρέπει επίσης να δαπανηθούν χρήματα για την έρευνα και φυσικά για την συλλογή στοιχείων. Να καταγράφονται τα περιστατικά καρκίνου του μαστού και να

δηλώνονται, ο τρόπος αντιμετώπισης τους, χειρουργικές επεμβάσεις και φάρμακα. Η Ελλάδα οφείλει να ακολουθήσει τις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες στο θέμα αυτό και εκτός από την σωστή και τακτική συλλογή στοιχείων γύρω από τον καρκίνο του μαστού(και του καρκίνου γενικότερα), να επενδύσει έτσι ώστε να δημιουργηθούν κέντρα μαστού σε δημόσιο επίπεδο, η πρόσβαση των οποίων θα είναι προσιτή προς όλους. Όλες οι γυναίκες θα έχουν πρόσβαση στην δημόσια φροντίδα, χωρίς περιορισμούς.

Βιβλιογραφία

- Βούρτση, Α.(2008), « Απεικονιστικές εξετάσεις», στο: *Πάνω απ' όλα γυναίκα*, Αθήνα: Δίοπτρα, σ. 51-55
- Καραδήμας, Ε.(2005), «Το τρίπτυχο: επικοινωνία μεταξύ προσωπικού υγείας και ασθενούς, ικανοποίηση των ασθενών και τήρηση των ιατρικών οδηγιών» στο: *Ψυχολογία της Υγείας, Θεωρία και Κλινική Πράξη*, Αθήνα: Τυπωθητώ, σ. 204-229
- Καραμπερόπουλος, Δ.(2005), «περί καρκίνου γνώσεις των αρχείων Ελλήνων ιατρών», *Μ' ενδιαφέρει, της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας*, τευχ. 44, σ. 85-87
- Κριαρά, Σ.(2013), « Ο μαστός στην τέχνη», www.emedi.gr
- Λινός, Δ.(2008), « Κλινική εξέταση», στο: *Πάνω απ' όλα γυναίκα*, Αθήνα: Δίοπτρα, σ. 48-50
- Μανιαδάκης, Ν(2011), «*Το κόστος της ογκολογικής φροντίδας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*», 17^ο Συνέδριο Κλινικής Ογκολογίας, Αθήνα
- Μαρκόπουλος, Χ.(2008), «Χειρουργικές επεμβάσεις», στο: *Πάνω απ' όλα γυναίκα*, Αθήνα: Δίοπτρα, σ.79-83
- Μαρκόπουλος, Χ.(2008), *Πάνω απ' όλα γυναίκα*, Αθήνα: Δίοπτρα
- Μπερδεκλή, Ε, Αναγνωστόπουλος, Φ(2010), «Μελέτη της σχέσης της αισιοδοξίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου με τα επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών με καρκίνο του μαστού», στο: *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχολογία της Υγείας: Έρευνα και Πρακτική*, Αθήνα: Παπαζηση, σ 365-381
- Μυστακίδου, Κ.(2005), *Ολιστική αγωγή ασθενών με χρόνιες και καταληκτικές ασθένειες*, Αθήνα: Γκίνη
- Νόμος, αριθμ. Φ.90380-25916-3294-3.11.2011 (Β' 2456) - ΕΟΠΥΥ
- Παναγιωτοπούλου, Σ.(2008), «Ο αρχαίος μαστός: οι πολλαπλές σημασίες του γυναικείου στήθους»,http://www.express.gr/afieroma/healthyoz_way1/932230z_200811493223

- Παπακωνσταντή, Δ.(2013), «Καρκίνος του μαστού: Η ιστορία της ροζ κορδέλας», Τα Νέα της Κρήτης, <http://www.neatv.gr/el/15447/karkinos-toi-mastoi-istoria-tis-roz-kordelas>
- Τζάλα, Ε(2011), « Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο», <http://www.anticancer.gov.gr/pages/7>
- Τζινιέρη-Κοκκάση, Μ.(2010), "Ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού: ανασκόπηση μελετών της τελευταίας δεκαετίας", στο: *Κλινική ψυχολογία και ψυχολογία της υγείας*, Αθήνα: 2010, σ. 461-485
- Anderson, B., et all(2008), Psychological, Behavioral and Immune Changes After a Psychological Intervention: A clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 1, 3570-3580
- Association of Breast Surgeons and British Association of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgeons, Oncoplastic Reconstruction:guidelines for best practice, 2012, *Improving Breast Cancer Practice*
- Badger, T., et all(2004),” Depression burden psychological adjustment and quality of life in women with breast cancer: patterns over time. *Research in Nursing and Health*, 27, 19-28
- Britton, P., et all(2009), “One stop diagnostic breast clinics: how often are breast cancers missed?” *British Journal of Cancer*, 100(12), pp. 1873-1878
- Buchanan, C., (2007), “ Role of the breast care nurse specialist in a diagnostic clinic” *Nursing Times.net*, 103(3)pp 30-32
- Dolan, P., et all(1999), “ Costs of breast cancer treatment in the United Kingdom”, *The Breast*, 8, pp. 205-207
- Galgut, C.(2013), “Emotional Support
- Ganz, P., et all(2008), “ The Importance of Communication in Treating Women With Breast Cancer”, *Oncology*, Cancer Network
- Graham, J., et all(2002), “ Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: observational cohort study”, *BMJ*, 324(7351), pp. 1420

- Mehrotra, P., et al(2011), “ Incidental Breast Cancers Identified in the One-Stop Symptomatic Breast Clinic”, *Journal of Breast Cancer*, 14(1), pp.28-32
- Patkar, V., et al(2010),”Evidence-based guidelines and decision support services: a discussion and evaluation in triple assessment of suspected breast cancer”, *British Journal of Cancer*, 95(11), pp. 1490-1496
- Peled, R., et al(2008), “Breast Cancer psychological distress and life events among young women”, *BMC Cancer*, 8, pp. 245-250
- Rainbird, K., et al(2009), “ The needs of patients with advanced, incurable cancer”, *BJC*, 101, pp. 759-764
- Robb, K., et al(2009), “ Public awareness of cancer in Britain: a population-based survey on adults”, *British Journal of Cancer*, 101, pp. 18-23
- <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>
- <http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/basicdetails/historyofcancer/>
- <http://www.stress.gr/disorder.php?id=18>
- <http://www.Eusoma.org>
- <http://www.sciencedirect.com/Surgicalguidelinesforthe managementof breastcancer/>
- <http://www.nhs.net.uk>
- WHO, 2000, “From health of the nation to our healthier nation”, Brussels
- www.uclh.nhs.uk
- www.breastcancercare.org.uk
- www.macmillan.org.uk
- www.oecd.org