



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ
ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**



Μητσογιάννη Παρασκευή
Σπέη Γαρυφαλλιά
Σφακιανάκη Στυλιανή

Επιβλέπουσα: Ψαρρού Μαρία

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Abstract	5
Εισαγωγή	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
1.1 Φυσιολογία μαστών και ιστορική αναδρομή του καρκίνου του μαστού.....	11
1.2 Ορισμός του καρκίνου του μαστού.....	13
1.3 Επιδημιολογία.....	16
1.4 Αιτιολογία.....	18
1.5 Κλινική Συμπτωματολογία	20
1.6 Διάγνωση, ταξινόμηση και πρόγνωση	23
1.7 Θεραπεία και Πρόληψη	31
1.8 Επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού	38
Κεφάλαιο Δεύτερο: Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού	43
2.1. Η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή.....	43
2.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού	45
2.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού	48
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	51
Κεφάλαιο τρίτο: Μεθοδολογία.....	51
3.1 Σκοπός	51
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	51
3.3 Σχεδιασμός της μελέτης και περιγραφή ερευνητικού υλικού.....	52
3.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	53
3.5 Δείγμα.....	54
3.6 Στατιστική ανάλυση.....	56
3.7 Θέματα βιοηθικής	56
Κεφάλαιο τέταρτο: Αποτελέσματα	57

4.1 Κλινική Εικόνα Ασθενούς	57
4.1.1 Παράγοντες Εμφάνισης Καρκίνου του Μαστού	60
4.2 Έγκαιρη Διάγνωση & Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού.....	66
4.3 Ο ρόλος του Νοσηλευτή.....	76
Συζήτηση	91
Συμπεράσματα	94
Βιβλιογραφία	98
Ξενόγλωσση:	98
Ελληνόγλωσση:	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	109

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι νοσηλευτές φροντίδας ατόμων καρκίνου του μαστού (BCN) έχουν σηματοδοτήσει μία ουσιαστική αλλαγή κερδίζοντας ραγδαία την αξιοπιστία της προσφοράς τους στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, λιγότες είναι οι έρευνες για τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τους νοσηλευτές στους ασθενείς του καρκίνου και το ρόλο τους στη διάγνωση και στην πρόληψη της ασθένειας.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη του ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του ασθενή στην Ελλάδα που πάσχει από την νόσο αυτή και πιο συγκεκριμένα από τον καρκίνου του μαστού.

Μέθοδοι: Η αναζήτηση σε έγκριτες επιστημονικές βάσεις, όπως το PubMed, το ScienceDirect και το Scopus, βάσει των σχετικών λέξεων-κλειδιών όπως νοσηλευτής, διάγνωση, πρόληψη, ρόλος, καρκίνος μαστού, για την βιβλιογραφική κάλυψη του θέματος και η ποσοτική ανάλυση με βάση το ερωτηματολόγιο.

Συμπεράσματα: Το επίπεδο γνώσεων των γυναικών του δείγματος σχετικά με τις μεθόδους της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού είναι περιορισμένο. Το οικογενειακό ιστορικό δεν φάνηκε να ασκεί επίδραση στο επίπεδο γνώσεων των ασθενών για την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Παρά τον ισχυρισμό της ικανοποιητικής συχνότητας διεξαγωγής προληπτικών εξετάσεων, οι συμμετέχουσες νόσησαν.

Λέξεις – Κλειδιά: νοσηλευτής, διάγνωση, πρόληψη, ρόλος, καρκίνος μαστού

Abstract

Introduction: Breast Cancer Care Nurses (BCN) has signaled a substantial change by rapidly gaining the credibility of their healthcare supply. However, there is little research into the services offered by nurses to cancer patients and their role in the diagnosis and prevention of illness.

Aim: The aim of this study was the investigation of the role of the nurse on the prevention and timely diagnosis of the patient in Greece suffering from breast cancer.

Methodology: Search in leading scientific databases, such as PubMed, the Science Direct and Scopus, under relevant keywords as nurse, diagnosis, prevention, role, breast cancer, for bibliographic coverage of the topic and the quantitative analysis based on the questionnaire.

Conclusion: In general the level of knowledge of women in the sample on methods of breast cancer diagnosis is limited and is characterized by failures. The family history did not appear to affect the level of patient knowledge for the early diagnosis and prevention of breast cancer. Despite the allegation of a satisfactory frequency of pre-screening, participants were ill.

Key – words: nurse, diagnosis, prevention, contribution, role, breast cancer

Εισαγωγή

Ραγδαία αποτελεί η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στις μέρες μας, καθώς αποτελεί την μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου παγκοσμίως και είναι η πρώτη σε αριθμό κρουσμάτων στο γυναικείο πληθυσμό. Η συγκεκριμένη εικόνα παρατηρείται και στους νοσούντες καρκινοπαθείς στην Ελλάδα, σύμφωνα με το International Agency for Research of Cancer (2016).

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας κακοήθης όγκος που ξεκινά την ανάπτυξη και την εξάπλωσή του από τα κύτταρα του μαστού. Η νόσος εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά στις γυναίκες και αποτελεί ένα από τα κυριότερα προβλήματα των γυναικών για τη παγκόσμια δημόσια υγεία. Ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να αποτελεί μία ιδιαίτερα διαδεδομένη και εξαιρετικά αγχωτική εμπειρία για εκατοντάδες χιλιάδες γυναίκες παγκοσμίως σε ετήσια βάση. Η συναισθηματική και ψυχολογική φόρτιση των ασθενών και των φροντιστών τους είναι μεγάλη.

Ωστόσο, οι γυναίκες σήμερα είναι καλά ενημερωμένες αναφορικά με τις λεπτομέρειες της διάγνωσης του καρκίνου και την πρόγνωση και εμπλέκονται όλο και περισσότερο στην κοινή λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία (Ganz et al., 1998).

Ο καρκίνος του μαστού που αποτελεί την επικρατέστερη μορφή καρκίνου για τις γυναίκες ανά τον πλανήτη, επιφέρει σοβαρό προσωπικό, κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Οι γυναίκες βιώνουν σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητά τους, στο σώμα τους, στη σεξουαλικότητα τους και στην περίπτωση της ακτινολογικής ή χημειοθεραπευτικής θεραπείας βιώνουν τα επώδυνα συμπτώματα της διαδικασίας. Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές οι γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή αντιμετωπίζουν σημαντικά σωματικά, διαπροσωπικά, σεξουαλικά και ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία λειτουργούν ως τροχοπέδη στην ικανότητα τους να εκτελούν τις συνήθεις καθημερινές κοινωνικές δραστηριότητες (Irvine et al., 1992; Plumb & Holland, 1997).

Πολυποίκιλοι παράγοντες οδηγούν στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, όπως τα δημογραφικά στοιχεία, ο τρόπος ζωής, το περιβάλλον, η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση. Η προστασία από παράγοντες κινδύνου, η χρήση της μαστογραφίας, το στάδιο διάγνωσης της νόσου, αλλά και η φροντίδα του ασθενούς αποτελούν ορισμένους από τους παράγοντες που οδηγούν είτε στην αποθεραπεία του καρκίνου είτε στην προτροπή του ασθενούς στο επόμενο στάδιο.

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε ηλικίες μεγαλύτερες των 35 με ή χωρίς κληρονομική προδιάθεση. Παράγοντες κινδύνου σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, αποτελούν οι διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, η μακροχρόνια χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης, η ατεκνία και η πρώτη κύηση άνω των 35 ετών (Μαρκόπουλος, 2008).

Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η κατανάλωση οινοπνευματωδών καθώς αυξάνουν την συγκέντρωση των οιστρογόνων στο αίμα, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η έκθεση σε ακτινοβολία, η θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης και πιθανόν η λήψη αντισυλληπτικών (Μαρκόπουλος, 2008).

Το πιο γνωστό σύμπτωμα για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι η αλλαγή χρώματος σε κάποιο σημείο ή ένα ψηλαφητό μόρφωμα που τυχαία θα το ανακαλύψει ο ασθενής στο μαστό. Άλλα συμπτώματα θα λέγαμε ότι είναι η ευαισθησία ή ο πόνος στο στήθος, η έκκριση υγρών από τη θηλή, η διόγκωση λεμφαδένων, και η έλξη του δέρματος προς τα μέσα (Παπανικολάου, 1995).

Όμως, η έγκαιρη διάγνωση γίνεται με την μαστογραφία, την κλινική εξέταση από τον ιατρό και την αυτοεξέταση (ψηλάφηση μαστού). Αν ανιχνευθεί οτιδήποτε, παραπέμπεται ο ασθενής σε βιοψία. Η κυτταρολογική βιοψία είναι η απλούστερη διαδικασία και πραγματοποιείται με την αναρρόφηση των κυττάρων από την ύποπτη περιοχή του δέρματος μέσω μίας σύριγγας. Η ιστολογική βιοψία λαμβάνει κομμάτι ιστού από την ύποπτη περιοχή ενώ η χειρουργική βιοψία πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της αφαίρεσης του όγκου για την ταυτοποίηση του (Μάλλιου και συν., 2006).

Η καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου για τον καρκίνο του μαστού είναι η χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου. Η μετεγχειρητική θεραπεία περιλαμβάνει τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία ανάλογα πάντα με τον όγκο, την παρουσία ή όχι μεταστάσεων του, το μέγεθος του και την προσβολή ή όχι των λεμφαδένων. Με την χημειοθεραπεία καταφέρεται να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα που έχουν μεταναστεύσει από τον καρκινικό όγκο. Η ακτινοθεραπεία ως συμπλήρωμα της χειρουργικής επέμβασης, και η ορμονοθεραπεία σε συνδυασμό με τις δύο πρώτες (Μάλλιου και συν., 2006).

Από την δεκαετία του 1970, έχει αναδειχθεί ότι οι υπηρεσίες για τον καρκίνο του μαστού διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο τομέα της υγείας και πιο συγκεκριμένα σχετικά με την περίθαλψη του ασθενή. Οι νοσηλευτές φροντίδας ατόμων καρκίνου του μαστού (BCN) σηματοδότησαν μία ουσιαστική αλλαγή κερδίζοντας ραγδαία την αξιοπιστία της προσφοράς τους στην υγεία αρχικά στα νοσοκομεία της Βρετανίας και εν συνεχεία στον ευρύτερο νοσοκομειακό τομέα. Με άλλα λόγια, αποτέλεσαν παράδειγμα προς μίμηση στον ευρύτερο τομέα της νοσηλευτικής (Amir, Scully & Borril, 2004).

Ωστόσο λιγοστές είναι οι έρευνες για τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τους νοσηλευτές στους ασθενείς του καρκίνου, και πόσο μάλλον συγκεκριμένα του μαστού σε παγκόσμιο επίπεδο, επομένως και στην Ελλάδα. Είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί η παρούσα έρευνα προκειμένου όχι μόνο να επιβεβαιώσει τις υπάρχουσες έρευνες, αλλά να μελετήσει εκτενέστερα τις υπηρεσίες υγείας των Ελλήνων νοσηλευτών όχι τόσο στην αποθεραπεία του ασθενούς, αλλά στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

Βεβαίως, στην υλοποίηση όλων των θεραπευτικών μέσων παίζει σπουδαίο ρόλο η συνεργασία του ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο νοσηλευτής οφείλει να ενθαρρύνει τον ασθενή του οποίου η καλή ψυχολογία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Ο νοσηλευτής οφείλει να δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική εξέλιξη του ασθενούς (Tshudin, 1996; Burnard, 1998).

Ο νοσηλευτής κάνει την εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου του ασθενούς που του παρέχουν στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων. Εφόσον αποφασιστεί από τους ιατρούς το σχήμα της θεραπείας που θα ακολουθηθεί, ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για το τι θα συμβεί παρακάτω, για τη διενέργεια μίας εξέτασης, για την πραγματοποίησή της και οποιαδήποτε άλλη διαδικασία χρειάζεται να ακολουθηθεί, καθώς και τον συμβουλεύει για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορούν να προκύψουν από τη θεραπεία (Tshudin, 1996; Burnard, 1998).

Ακόμα, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την ιδιότητα του συμβούλου. Μέσα από τις υπηρεσίες φροντίδα υγείας (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας) είναι αυτός που βοηθά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Είναι μέρος της υλοποίησης ενός εθνικού προγράμματος με στρατηγικό σκοπό να καταπολεμούνται διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες μέσω της έγκαιρης ενημέρωσης, παραδείγματος χάριν κακή διατροφή, έκθεση σε ακτινοβολία, ρύπανση (Tshudin, 1996; Burnard, 1998).

Με βάση τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι ο καρκίνος του μαστού είναι θεραπεύσιμος, ιάσιμος, και η έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη στη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι καίρια. Το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρείται καθοριστικός παράγοντας στη πρώιμη διάγνωση του καρκίνου, αλλά και μετά στην διδασκαλία της αυτοεξέτασης που πρέπει να κάνει ο ασθενής γνωστοποιώντας ότι όλες οι γυναίκες έχουν σχεδόν ίδιες πιθανότητες εμφάνισης του. Εξειδικευμένοι ογκολογικοί νοσηλευτές συμμετέχουν στην ενημέρωση πρόληψης όλων των ειδών καρκίνου. Ειδικά αντικαρκινικά κέντρα στα νοσοκομεία και όχι μόνο δύνανται να παρέχουν τη διεξαγωγή σεμιναρίων για την ενημέρωση των ανθρώπων για τον καρκίνο.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη του ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του ασθενή στην Ελλάδα που πάσχει από την νόσο αυτή και πιο συγκεκριμένα από τον καρκίνο του μαστού. Ποικίλα είναι τα άρθρα που εμφανίστηκαν με έρευνες σε θεωρητικό αλλά και πρακτικό επίπεδο, ωστόσο είκοσι τέσσερα αρχεία έχουν αποθηκευτεί και δύνανται να χρησιμοποιηθούν για την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και την διεξαγωγή της εμπειρικής

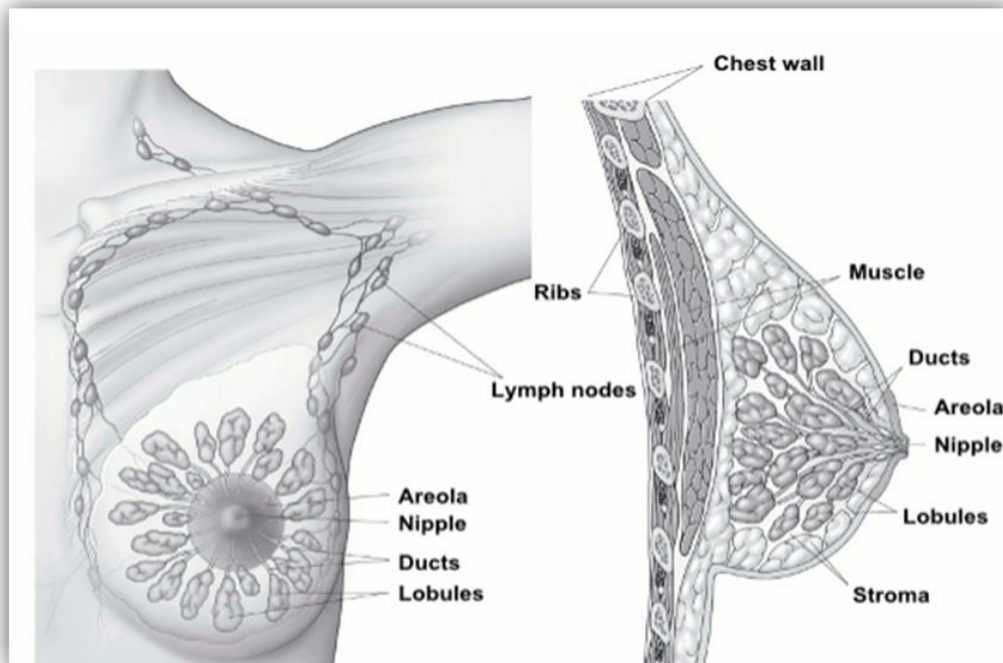
έρευνας. Η έρευνα στη βιβλιογραφία επρόκειτο να εμπλουτιστεί κατά το πέρασ διεξαγωγής της έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο Πρώτο: Ο καρκίνος του μαστού

1.1 Φυσιολογία μαστών και ιστορική αναδρομή του καρκίνου του μαστού

Από την αρχαιότητα, το γυναικείο στήθος έχει αποτελέσει ένα ισχυρό σύμβολο που αφορούσε τη γονιμότητα, τη μητρότητα, την ομορφιά, τη θηλυκότητα και τον έρωτα. Όμως στην ασθένειά του, από τον καρκίνου του μαστού έχει αποτελέσει μία τεράστια πρόκληση ήδη από την αρχαιότητα, όπου η πρώτη αναφορά για τη γνώση του όγκου του μαστού σημειώθηκε το 500 πΧ.



Εικόνα 1.1.: Απεικόνιση των φυσιολογικών ιστών του στήθους.

Το γυναικείο στήθος αποτελείται από λόβια (τους αδένες που παράγουν το μητρικό γάλα), τους αγωγούς (δηλαδή τους σωλήνες

μεταφοράς του γάλακτος από τα λόβια στη θηλή), το στρώμα (το λιπώδη ιστό και το συνδετικό ιστό που περιβάλλουν τα λόβια και τους αγωγούς), τις λέμφους και τα αιμοφόρα αγγεία. Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ξεκινούν από τα κύτταρα που ευθυγραμμίζουν τους αγωγούς ή από τα κύτταρα που ευθυγραμμίζουν τα λόβια. Στον καρκίνο του μαστού τα κύτταρα μπορούν να εισέλθουν στα λεμφαγγεία και να αυξηθούν στους λεμφαδένες, όπου τα περισσότερα λεμφαγγεία του στήθους συνδέονται με τους λεμφαδένες στη μασχάλη (Abeloff et al., 2008).

Αναφορικά με την ιστορική αναδρομή της ασθένειας, τα γραπτά αρχεία και οι εικονογραφήσεις του καρκίνου του μαστού χρονολογούνται από την αρχαιότητα, πιθανώς εξαιτίας της θέσης του όγκου που επέτρεπε την ευκολότερη διάγνωση του. Ο αιγυπτιακός Χειρουργικός Πάπυρος του Edwin Smith (3.000-2.500 π.Χ.) παρέχει αυθεντικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού: τότε αξιολογείτο μία περίπτωση καρκίνου του μαστού ως ανίατη και μη θεραπεύσιμη εφόσον είχε διόγκωση και εξάπλωση σε όλο το στήθος, ενώ η αφή άφηνε μία δροσερή αίσθηση (Lyons & Petrucelli, 1978).

Στην αρχαία Ελλάδα, αναθηματικές προσφορές σε σχήμα στήθους που εξευρέθηκαν σε ναούς που φιλοξενούσαν τον Ασκληπιό οδήγησαν στην υπόθεση πως οι αρχαίες Ελληνίδες ζητούσαν ανακούφιση από μαστικές παθήσεις. Ο Ιπποκράτης ανέφερε πως η ανισορροπία των χυμών (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή) αποτελεί την αιτία του καρκίνου του μαστού και έδωσε περιγραφές των προοδευτικών σταδίων του καρκίνου (Lyons & Petrucelli, 1978).

Ο Λεωνίδας της Αλεξάνδρειας τον 1ο αιώνα μ.Χ. διατήρησε τις αρχαίες ελληνικές παραδόσεις και κατέγραψε ενδελεχώς την προσέγγισή του για τον καυτηριασμό και την τομή του μαστού. Η χειρουργική του παρέμβαση απομακρύνει μόνο τους όγκους σε περιορισμένο βαθμό και συνέβαλε στην προαγωγή των ογκολογικών αρχών της σύγχρονης χειρουργικής (Ariel, 1987).

Το 200 μ.Χ. ο καρκίνος του μαστού χαρακτηρίστηκε για πρώτη φορά ως συστηματική ασθένεια από τον Γαληνό, ο οποίος απέδωσε την αιτιολογία του στη συσσώρευση της μαύρης χολής στο αίμα. Επιπλέον,

συνέδεσε τη διακοπή της εμμήνου ρύσεως με τον καρκίνο, όπως και με το γήρας. Ο Γαληνός επέτρεψε στην προσέγγιση του την ελεύθερη αιμορραγία των χειρουργικών πληγών του μαστού προκειμένου να απαλλαγεί από τη μαύρη χολή. Η λέξη καρκίνος (καβούρι) αποδόθηκε ώστε να απεικονίσει τις διατεινόμενες φλέβες που διαφαίνονται από τον όγκο (De Moulin, 1983).

Από τον 10^ο αιώνα Άραβες φημισμένοι γιατροί εξέλιξαν τη χειρουργική επέμβαση του καρκίνου του μαστού χρησιμοποιώντας καυστικές πάστες για την εξολόθρευση των όγκων, μία τεχνική που έχει την ίδια λογική με τη σημερινή χημειοθεραπεία. Ο 16^{ος} και 18^{ος} αιώνας αποδείχθηκε ως η χρυσή εποχή για την εμφάνιση της χειρουργικής επέμβασης καθώς η ανατομία είχε εξελιχθεί σε σημαντικό βαθμό. Τον 18^ο αιώνα ο Hunter αντικατέστησε τον όρο *μαύρη χολή* με τον όρο *λέμφος* ως την αιτία του καρκίνου του μαστού. Ένα πλήθος θεωριών για την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού τροφοδοτήθηκαν στο καζάνι της καρκινογένεσης.

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα προωθήθηκαν οι ριζοσπαστικές χειρουργικές επεμβάσεις. Η ριζική μαστεκτομή του που πρωτοεμφανίστηκε το 1894 έδωσε έμφαση στην απομάκρυνση των ιστών ως κομμάτι της πρόληψης της εξάπλωσης του καρκίνου του μαστού και η απομάκρυνση του κύριου θώρακα για να αποφευχθεί η υποτροπή έγιναν η αδιαμφισβήτητη πορεία που γενιές των χειρουργών προχώρησαν με επιμέλεια (Ekmektzoglou et al., 2009).

1.2 Ορισμός του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος γενικά αποτελεί έναν δημοφιλή γενικό όρο για τα κακοήθη νεοπλασμάτα, μια μεγάλη ομάδα ασθενειών που συμβαίνουν σε όλους τους πληθυσμούς των ανθρώπων και ζώων και προκύπτουν σε όλους τους ιστούς που αποτελούνται από δυνητικά διαιρούμενα κύτταρα. Το βασικό χαρακτηριστικό του καρκίνου είναι η μεταδιδόμενη ανωμαλία των κυττάρων που εκδηλώνεται με μειωμένο έλεγχο πάνω στην

ανάπτυξη και τη λειτουργία που οδηγεί σε σοβαρές παρενέργειες μέσω της μεταστατικής ανάπτυξης (Anderson et al., 2000).

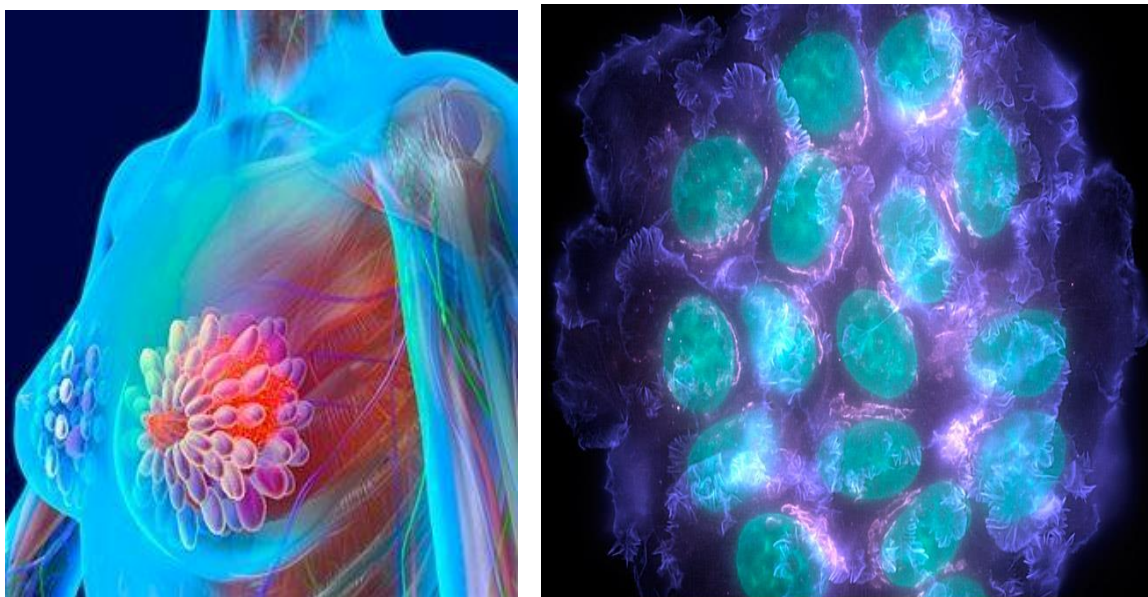
Ο καρκίνος συνιστά μία πολυμεταβλητή και πολυπαραγοντική ασθένεια που προκύπτει από μία σύνθετη και παρατεταμένη διαδικασία που περιλαμβάνει γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν σε μια πολυσταδιακή ακολουθία (Anderson et al., 2000).

Ο καρκίνος αναφέρεται στα νεοπλάσματα, τα καρκινώματα, τα διάμεσα και τα σαρκώματα και αποτελεί μία παθολογική κατάσταση όπου τα κύτταρα του οργανισμού έχουν την τάση να πολλαπλασιάζονται με αυτοματισμό, αναρχία και με απουσία σκοπιμότητας. Η κατάσταση επιφέρει τη δημιουργία κακοήθους μάζας, η οποία ονομάζεται νεοπλασία, ενώ οι όγκοι ή τα μορφώματα που παράγονται κατά τη νεοπλασία ονομάζονται νεοπλάσματα. Ο βαθμός κακοήθειας ορίζει και τον τύπο του νεοπλάσματος, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε καλοήγη, διάμεσα και κακοήγη.

Ο καρκίνος του μαστού ορίζεται ως ένα πρωτεύον κακόηθες νεόπλασμα του μαστού με εξαίρεση εκείνα που προκύπτουν από συνδετικό ιστό. Αυτό το είδος αποτελεί την πιο κοινή αιτία καρκίνου στις γυναίκες ανεξαρτήτου φυλής ή εθνικότητας, με μία στις δώδεκα να τον αναπτύσσει σε κάποια στιγμή της ζωής της. Στατιστικά, αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου μεταξύ των λευκών, μαύρων, ασιατών και ινδιάνων γυναικών παγκοσμίως. Η ασθένεια βάλλει και τους άνδρες, σε μικρότερο ποσοστό. Για παράδειγμα, το U.S. Cancer Statistics Working Group (2015) αναφέρει πως στις Ηνωμένες Πολιτείες νόσησαν 224.147 γυναίκες και 2.125 άνδρες και έχασαν τη ζωή τους 41.150 γυναίκες και 405 άνδρες για το έτος 2012.

Ο πιο κοινός τύπος καρκίνου του μαστού είναι το πορογενές καρκίνωμα που ξεκινά στα επιθηλιακά κύτταρα με επικράτηση 7 στις 10 γυναίκες, ενώ ο δεύτερος κοινότερος είναι το λοβιώδες καρκίνωμα και επικρατεί σε 1 από 10 γυναίκες. Στην πραγματικότητα οι καρκίνοι του μαστού είναι συχνά ένα αδενοκαρκίνωμα, το οποίο είναι το καρκίνωμα που ξεκινάει από τον αδενικό ιστό. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να

διαχωριστεί σε διάφορα είδη βάσει των καρκινικών κυττάρων (U.S. Cancer Statistics Working Group, 2015).



Εικόνα 1.2.: Απεικόνιση των καρκινικών κυττάρων του γυναικείου μαστού.

Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού είναι καρκινώματα τα οποία ξεκινούν στα επιθηλιακά κύτταρα και στους ιστούς, όπως το στήθος. Άλλοι τύποι καρκίνου που ενδεχομένως να εμφανιστούν στο στήθος είναι τα σαρκώματα, τα οποία ξεκινούν στα μυϊκά κύτταρα, στα λιπικά κύτταρα και στο συνδετικό ιστό. Σε κάποιες περιπτώσεις ένας μεμονωμένος όγκος του μαστού μπορεί να είναι ένας συνδυασμός διαφορετικών τύπων (U.S. Cancer Statistics Working Group, 2015).

Κάποιοι ειδικοί τύποι του καρκίνου του μαστού είναι υπότυποι του διηθητικού καρκινώματος και περιλαμβάνουν το αδενοκυστικό καρκίνωμα, το κολλοειδές καρκίνωμα, το θηλώδες καρκίνωμα, το μελώδες καρκίνωμα και το καρκίνωμα Tubular (U.S. Cancer Statistics Working Group, 2015).

1.3 Επιδημιολογία

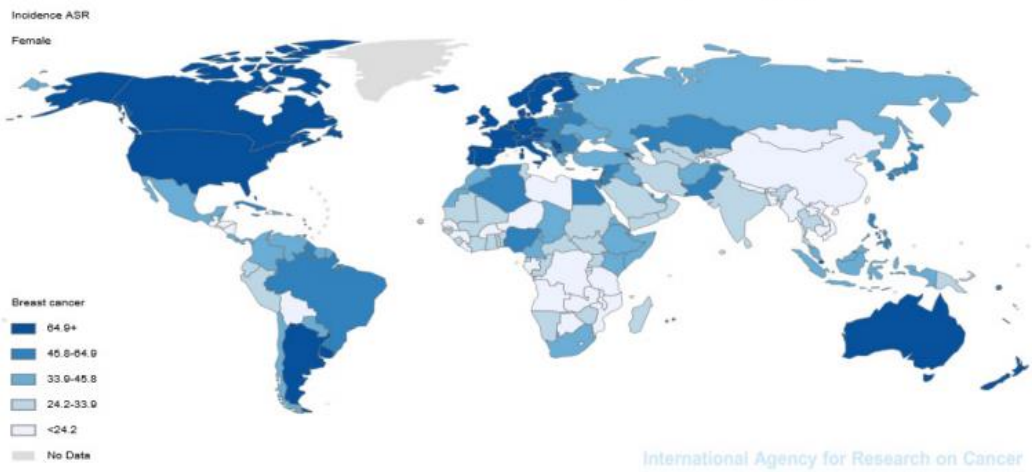
Ο καρκίνος αποτελεί μία από τις σημαντικότερες ασθένειες παγκοσμίως και χαρακτηρίζεται από την έντονη πολυπλοκότητα της εξαιτίας της πολυπαραγοντικής επιδημιολογίας. Το 2012 καταγράφηκαν 14,9 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις παγκοσμίως και έχει εκτιμηθεί πως έως το 2032 θα αυξηθούν σε 22 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις (Ferlay et al., 2015).

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει υψηλή επικράτηση διεθνώς και συνοδεύεται από σημαντικές επιπτώσεις και κοινωνικό, οικονομικό και ψυχικό κόστος (Clegg et al., 2009). Στις περισσότερες χώρες, ο καρκίνος του μαστού συνιστά μια από τις κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ των γυναικών (Fitzmaurice et al., 2015). Κάθε χρόνο παρουσιάζονται 1,7 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού παγκοσμίως, ενώ αυτός ο τύπος συνιστά το δεύτερο πιο κοινό καρκίνο (Ferlay et al., 2015).

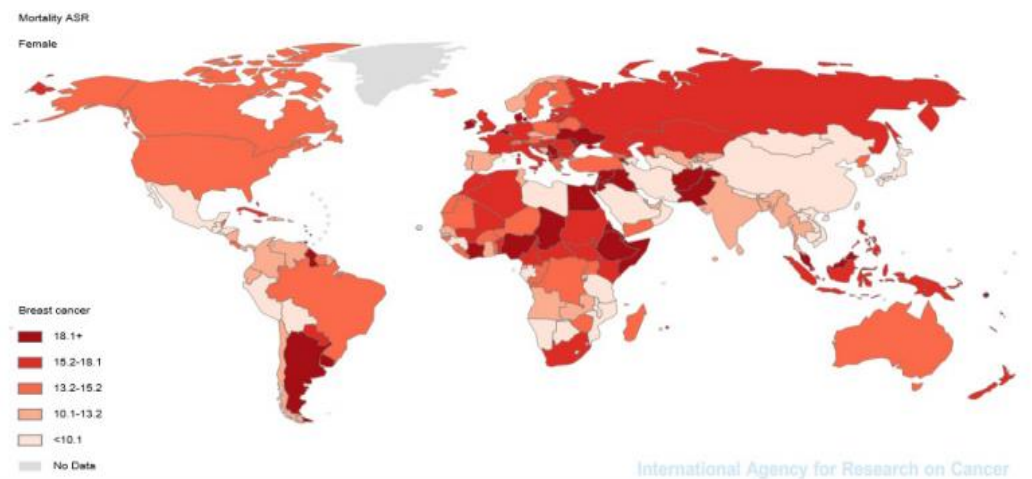
Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του World Health Organization η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού κυμαίνεται από 89,7 ανά 100.000 άτομα στη Δυτική Ευρώπη και 19,4 ανά 100.000 άτομα στην Αφρική (WHO, 2015).

Ο καρκίνος του μαστού αυξάνεται έντονα στη νότια Αμερική, στην Αφρική και στην Ασία. Ωστόσο, ελπιδοφόρο είναι το γεγονός πως τα κλινικά ευρήματα μελετών αναδεικνύουν πως η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη μείωση του ποσοστού θνησιμότητας των ασθενών και βελτιώνει την πρόγνωση της νόσου (Rahimzadeh et al., 2014).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης των Ghoncheh, Pournamdar & Salehiniya (2016) οι χώρες με την υψηλότερη επικράτηση των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού είναι το Βέλγιο, η Δανία, οι Κάτω Χώρες και οι Μπαχάμες.



Εικόνα 1.3.: Απεικόνιση της διανομής του τυποποιημένου ποσοστού εμφάνισης του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως το 2012 σύμφωνα με τα στοιχεία του Globocan (2012).



Εικόνα 1.4.: Απεικόνιση της διανομής των τυποποιημένων ποσοστών θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως το 2012 σύμφωνα με τα στοιχεία του Globocan (2012).

Στην Αυστραλία έχει σημειωθεί μείωση των θανάτων από καρκίνο του μαστού σε ποσοστό 2% ετησίως. Αντίθετα, το ποσοστό θνησιμότητας έχει αυξηθεί σε πολλές χώρες. Σε πολλές ασιατικές χώρες παρατηρείται σημαντική αύξηση του καρκίνου του μαστού. Η Ιαπωνία έχει παρουσιάσει αύξηση των περιπτώσεων διάγνωσης του καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 6% ετησίως από το 1999 έως το 2008. Η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε στην Ταϊλάνδη και τη Μαλαισία (Ghoncheh, Pournamdar & Salehiniya, 2016).

Διαφοροποίηση παρατηρείται και στο στάδιο που βρίσκεται η εξέλιξη κάθε περίπτωσης του καρκίνου του μαστού. Για παράδειγμα, στο

Μεξικό και στη Νότια Αμερική οι γυναίκες διαγιγνώσκονται στο στάδιο 2 ή 3 ενώ σε ποσοστό 60% των περιπτώσεων στην Ανατολική Ευρώπη, διαγιγνώσκονται στο στάδιο 1 ή 2 (Bhikoo et al., 2011).

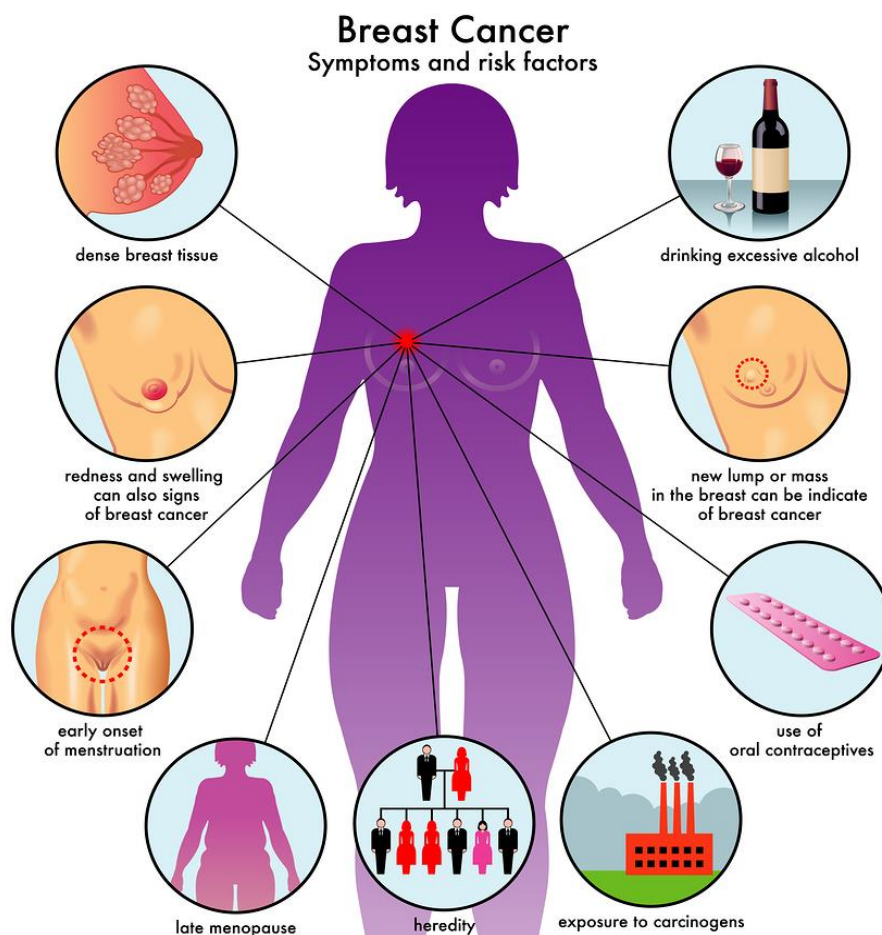
Οι ερευνητές αναφέρουν πως η αύξηση του προσδόκιμου της ζωής και η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού έχει αυξήσει τα ποσοστά των διαγνωσμένων περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού (Ghoncheh, Mohammadian-Hafshejani & Salehiniya, 2015).

1.4 Αιτιολογία

Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες μορφές του καρκίνου, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν είναι πλήρως κατανοητή. Ο καρκίνος ως ασθένεια σε όλες τις μορφές του εμφανίζει μία ιδιοτυπία: εν αντιθέσει με άλλες ασθένειες δεν αποτελούν απόρροια μίας και μοναδικής αιτίας. Ο καρκίνος εκδηλώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση των παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι κυμαίνονται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικής ζωής του ασθενούς έως τα γενετικά χαρακτηριστικά του. Δεδομένης της μη ύπαρξης μίας αιτιολογίας οι επιστήμονες χρησιμοποιούν τον όρο παράγοντες κινδύνου ώστε να προσδιορίσουν τους μηχανισμούς που εμπλέκονται και αποδίδουν την πάθηση. Σε κάθε μορφή του ο καρκίνος έχει κάποιους συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες κινδύνου, όπως το φύλο, η ηλικία, η καταγωγή και η φυλή (Morgan et al., 1998).

Συνολικά, στον καρκίνο του μαστού έχουν χαρτογραφηθεί 120 υποψήφια γονίδια που εμπλέκονται στην καρκινογένεση. Τα γονίδια αυτά είτε ελέγχουν τον κυτταρικό κύκλο, είτε είναι υπεύθυνα για το μεταβολισμό των στεροειδών ορμονών είτε αποτελούν γονίδια της παθογενετικής οδού κυτταρικής σηματοδότησης. Το 20% των καρκίνων του μαστού και των ωθηκών ανήκουν στον οικογενή τύπο, δηλαδή εμπλέκονται ιδιαίτερα γονίδια στη διαδικασία της διακριτής παθογένεσης των καρκινικών κυττάρων. Το 50% των οικογενών τύπων, τόσο για τον καρκίνο των μαστών όσο και των ωθηκών, οφείλεται στις μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1/2 (Palacios et al., 2003).

Τα τελευταία χρόνια όμως έχουν ανακαλυφθεί κάποιοι γενετικοί παράγοντες που συνδέονται με γονίδια «ελαττωματικά» τα οποία κληρονομούνται από τους γονείς. Τα γονίδια αυτά αποτελούν μεταλλάξεις (ονομάζονται μεταλλαγμένα αντίγραφα των γονιδίων) και οδηγούν στην εκδήλωση διαταραχών που αυξάνουν δραματικά την εκδήλωση καρκίνου. Η μετάλλαξη των γονιδίων BRCA1 και BRCA2 αποτελεί την πιο κοινή αίτια του κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού, τα οποία σε φυσιολογικές συνθήκες, δηλαδή στα υγιή κύτταρα, παράγουν πρωτεΐνες που λειτουργούν προληπτικά για την εμφάνιση καρκίνου (King et al., 2001).



Εικόνα 1.5.: Η εικόνα παρουσιάζει τα αίτια για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, όπως η κατάχρηση αλκοόλ, η χρήση αντισυλληπτικών, η έκθεση σε καρκινογόνους ρύπους, η κληρονομικότητα, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η πρόωπη έμμηνος ρύση.

Τα κύρια γονίδια που «κατηγορούνται» για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού είναι τα BRCA. Πλην των δύο γονιδίων υπάρχουν και άλλες γονιδιακές μεταλλάξεις που δύνανται να οδηγήσουν στην εκδήλωση εγγενούς καρκίνου του μαστού, οι οποίες είναι σπανιότερες και δεν αυξάνουν το κίνδυνο της νόσησης στο βαθμό που το κάνουν τα BRCA γονίδια (Claus et al., 1996).

Πιο συγκεκριμένα, το γονίδιο ATM σε φυσιολογικές συνθήκες βοηθά στην επισκευή του κατεστραμμένου DNA, ενώ η κληρονομικότητα ενός ανώμαλου αντιγράφου συσχετίζεται με ένα υψηλό ποσοστό εμφάνισης του καρκίνου του μαστού σε μερικές οικογένειες και η κληρονομικότητα δύο ανώμαλων αντιγράφων του οδηγεί στην αταξία-τελαγγειεκτασία (Claus et al., 1996).

Το γονίδιο TP53 σε φυσιολογικές συνθήκες παράγει την πρωτεΐνη P53 που συνδράμει στη διακοπή της ανάπτυξης των ανώμαλων κυττάρων. Όταν το άτομο κληρονομεί μία μετάλλαξη του γονιδίου υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης του συνδρόμου Li-Fraumeni που οδηγεί στην αύξηση των πιθανοτήτων εκδήλωσης καρκίνου του μαστού αλλά και άλλων καρκίνων, όπως σαρκώματα, εγκεφαλικοί όγκοι και λευχαιμία (Claus et al., 1996).

1.5 Κλινική Συμπτωματολογία

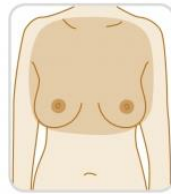
Ο πρώιμος καρκίνος του μαστού συνήθως είναι ασυμπτωματικός, όσο όμως οι όγκοι αναπτύσσονται αλλάζουν τον τρόπο της εμφάνισης ή της αίσθησης του μαστού. Κάποιες από τις συνηθέστερες αλλαγές περιλαμβάνουν ένα εξόγκωμα στην περιοχή της μασχάλης και κοντά στο στήθος, τη διαφοροποίηση του σχήματος ή του μεγέθους του στήθους, τη δημιουργία πτυχών στο δέρμα του στήθους, την υπαναχώρηση της θηλής, την αποβολή υγρού από τη θηλή (ενδεχομένως αίμα), το κόκκινο ή πρησμένο δέρμα στο στήθος ή στη θηλαία άλω, όψη δέρματος σαν το φλοιό του πορτοκαλιού (Rees & Garnett, 2015).

Το πιο κοινό σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού είναι η εμφάνιση μιας μάζας ή ενός εξογκώματος. Η μάζα αυτή είναι σκληρή και με ακανόνιστα άκρα, κατά κύριο λόγο ανώδυνη.

Άλλα πιθανά συμπτώματα του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνουν:

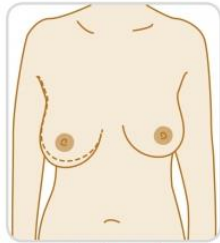
- τον ερεθισμό του δέρματος,
- τον πόνο ολόκληρου του μαστού ή της θηλής,
- την εισολκή της θηλής,
- τη διόγκωση του συνόλου ή μέρους του μαστού,
- πρήξιμο των λεμφαδένων
- την πάχυνση της θηλής ή του δέρματος του μαστού και
- τις εκκρίσεις από τη ρώγα (Rees & Garnett, 2015).

How do I check my breasts ?

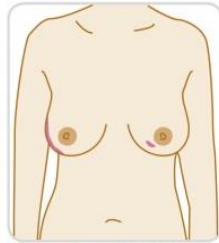


Check all parts of your breasts, your armpits and up to your collarbone for changes.

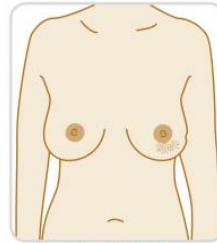
breast cancer care



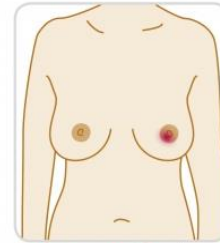
A change in **size** or **shape**



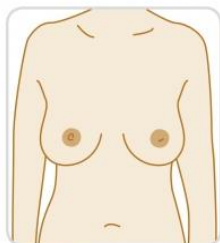
A **lump** or **area** that feels thicker than the rest of the breast



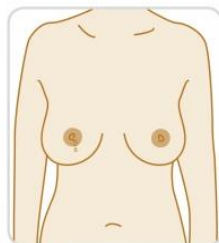
A change in **skin texture** such as puckering or dimpling (like the skin of an orange)



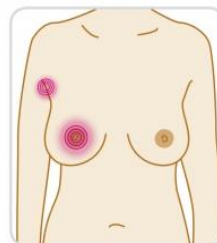
Redness or a **rash** on the skin and/or around the nipple



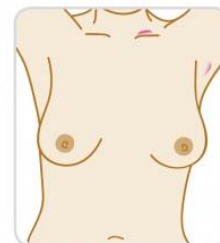
Your **nipple** has become pulled in or looks different, for example a change in its position or shape



Liquid that comes from the nipple without squeezing



Pain in your breast or your armpit that's there all or almost all of the time



A **swelling** in your armpit or around your collarbone

Εικόνα 1.6.: Διάφοροι οργανισμοί, φορείς και μέσα ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού στο διαδίκτυο παρέχουν πληροφορίες για την κλινική εικόνα και τα συμπτώματα της πάθησης. Η εικόνα περιγράφει τα σημάδια του καρκίνου του μαστού ενθαρρύνοντας με τον τρόπο αυτό την αυτό-εξέταση και την πρόλ

Ως προς τα χαρακτηριστικά και τη μορφολογία των όγκων του καρκίνου του μαστού, αυτοί παρουσιάζουν μικρότερη εξάπλωση στους περιφερειακούς λεμφαδένες και χαμηλότερο δείκτη πολλαπλασιασμού, με αποτέλεσμα να είναι μικρότεροι σε μέγεθος (Porter et al., 1999). Θα πρέπει να τονισθεί πως η μαστογραφία δεν ανιχνεύει κάθε καρκίνο του μαστού και για το λόγο αυτό είναι σημαντικό ο ασθενής να ενημερώνει τον ιατρό για κάθε αλλαγή που βιώνει.

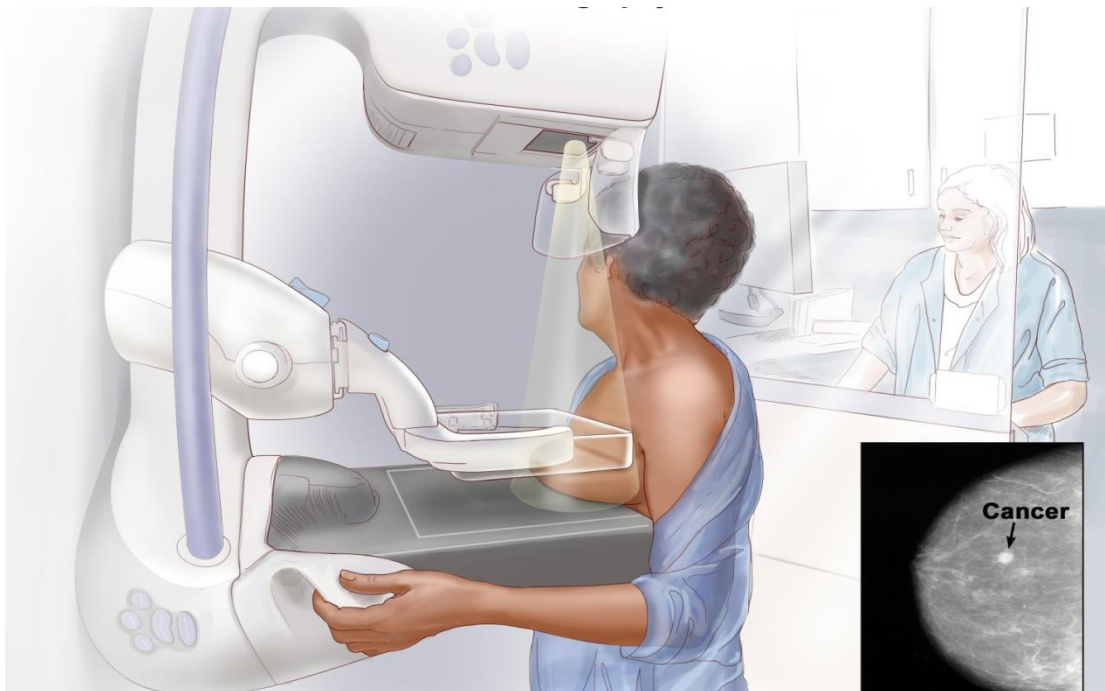
1.6 Διάγνωση, ταξινόμηση και πρόγνωση

Ο καρκίνος του μαστού είναι ανιχνεύσιμος με την εξέταση της μαστογραφίας και έχει περισσότερα προγνωστικά χαρακτηριστικά συγκριτικά με άλλες μορφές καρκίνου (Dawson et al., 2009; Shen et al., 2005).

Η μαστογραφία αποτελεί τη βασικότερη εξέταση για την έγκαιρη διάγνωση και την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Στόχος της είναι η ενδεδειγμένη απεικόνιση των μαστών ώστε να διερευνηθεί η ύπαρξη καρκίνου του μαστού και η αξιολόγηση των πιθανών συμπτωμάτων. Η εξέταση κάνει χρήση ενός συστήματος ακτινών Χ ειδικού για τη μαστογραφία, με ακτίνες Χ χαμηλής συχνότητας, υψηλής αντίθεσης και με υψηλής ανάλυσης φιλμ και συνιστάται σε γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω (Esserman, Wolverton & Hylton, 2002).

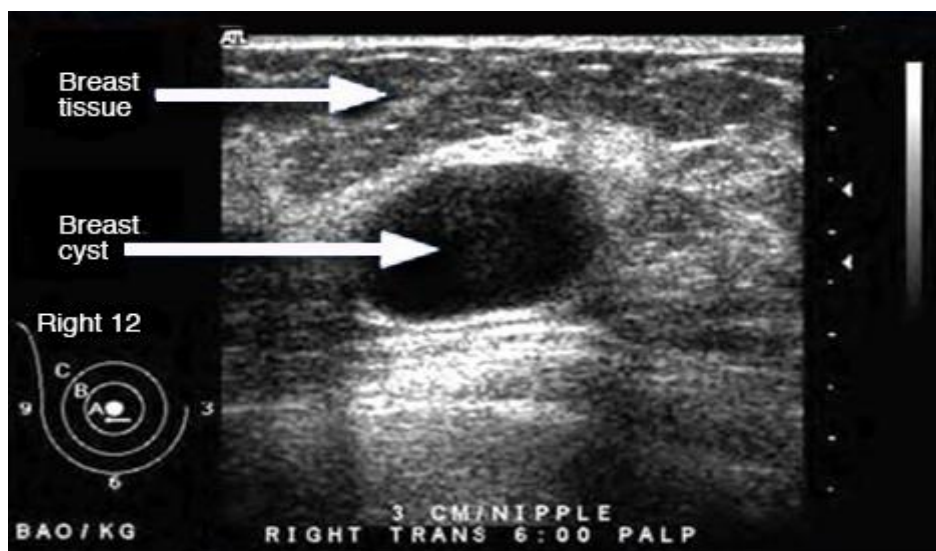
Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί πως παρά την ευρεία χρήση της μαστογραφίας ως μέσο διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου του μαστού υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που περιορίζουν την ακρίβεια της. Τέτοιοι παράγοντες είναι η πυκνότητα του μαστού, η κακή τεχνική, η κακή θέση και η εσφαλμένη ερμηνεία. Το αποτέλεσμα είναι η αναγκαιότητα για επιπρόσθετες εξετάσεις, κυρίως στις γυναίκες που έχουν μεγαλύτερη πυκνότητα του μαστού (Abdelaziz et al., 2015).

Πλην της μαστογραφίας, απαιτείται η χειρουργική αξιολόγηση των συμπτωματικών ασθενών με τριπλή αξιολόγηση, δηλαδή με την κλινική εξέταση του μαστού, τη μαστογραφία και την ιστολογική βιοψία του μαστού για την οριστική διάγνωση.



Εικόνα 1.7.: Η μαστογραφία αποτελεί το βασικότερο στοιχείο των τριών κυρίαρχων μεθόδων της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.

Δεδομένου του γεγονότος πως τα πρώιμα στάδια του καρκίνου του μαστού δεν παρουσιάζουν συμπτώματα η εξέταση των μαστών είναι πολύ σημαντική. Το υπερηχογράφημα του μαστού χρησιμοποιεί ηχητικά κύματα προκειμένου να βρεθούν τυχόν αλλαγές στους μαστούς που δεν έχουν εντοπιστεί μέσω της μαστογραφίας. Η μαγνητική τομογραφία του μαστού αποτελεί ένα εξίσου σημαντικό μέσο διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Το μηχάνημα χρησιμοποιεί ραδιοκύματα και ισχυρούς μαγνήτες αντί για ακτίνες (Esserman, Wolverton & Hylton, 2002).



Εικόνα 1.8.: Υπερηχογράφημα μαστών που απεικονίζει τον ιστό του μαστού και μία κύστη. Η εξέταση αυτή είναι μη επεμβατική και συχνά χρησιμοποιείται ως εξέταση παρακολούθησης μετά από ένα μη φυσιολογικό εύρημα σε εξέταση μαστογραφίας, μαγνητική τομογραφίας μαστού ή κλινικής εξέτασης μαστού.

Το γαλακτόγραμμα αποτελεί επίσης μία εξέταση που συνδράμει στη διερεύνηση της αιτιολόγησης για μία ανησυχητική εκροή των θηλών. Η εξέταση περιλαμβάνει τη χρήση ενός λεπτού μεταλλικού σωλήνα που τοποθετείται μέσα στο άνοιγμα ενός αγωγού της θηλής. Έπειτα, με τη χρήση ακτινών Χ απεικονίζεται το σχήμα του αγωγού και προσδιορίζεται η ενδεχόμενη ύπαρξη μίας μάζας στο εσωτερικό του αγωγού. Στην περίπτωση που το υγρό έρχεται από θηλή ένα μέρος του συλλέγεται και ελέγχεται για σημεία μόλυνσης ή για καρκινικά κύτταρα (Esserman, Wolverton & Hylton, 2002).

Στο πλαίσιο της διάγνωσης τοποθετείται και η κατηγοριοποίηση των ιστολογικών τύπων του καρκίνου του μαστού που περιλαμβάνει τους επιθηλιακούς και τους μη επιθηλιακούς βασικούς τύπους. Με τον τρόπο αυτό, η ακριβής γνώση της τυπολογίας του καρκίνου κατά τη διαδικασία της διάγνωσης προσφέρεται και η αντίστοιχη κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση του.

Οι καρκίνοι του μαστού ταξινομούνται σύμφωνα με τα ιστολογικά χαρακτηριστικά ή τα μοριακά χαρακτηριστικά του όγκου. Τα περισσότερα καρκινώματα του μαστού προέρχονται από την επιθηλιακή επένδυση των αγωγών ή των λοβών. Κατά συνέπεια, ταξινομούνται ως λοβιακά καρκινώματα (Makki, 2015; American Cancer Society, 2014).

Σε ιστολογικό επίπεδο, οι όγκοι του μαστού διαχωρίζονται στους επιθηλιακούς και μη επιθηλιακούς τύπους. Οι επιθηλιακοί τύποι του καρκίνου του μαστού διαχωρίζονται στους εξής υπο-τύπους (American Cancer Society, 2014):

Διηθητικό πορογενές: Αποτελεί το συχνότερο διηθητικό καρκίνωμα του μαστού και αντιστοιχεί στο 80% των περιπτώσεων.

Πορογενές in situ: συνιστά μία κακοήγη νεοπλασία που περιορίζεται στους γαλακτοφόρους όρους χωρίς να υπάρξει διήθηση του συνδετικού ιστού και της βασικής μεμβράνης. Ωστόσο, μπορεί να εξελιχθεί σε διεισδυτικό καρκίνο. Ο τύπος αυτός αποτελεί το 30% περίπου των ιστολογικών τύπων και σχεδόν η πλειοψηφία του (95%) διαγιγνώσκεται μέσω του ελέγχου της μαστογραφίας.

Λοβιδιακό in situ: χρησιμοποιείται ο όρος Intraepithelial Neoplasia (L.I.N.) από τον World Health Organization προκειμένου να μην συγχέεται με τα καρκινώματα. Αυτό ο τύπος συνιστά το 1% των καρκίνων του μαστού και παρουσιάζεται αμφοτερόπλευρα και πολυκεντρικά, ενώ προβλέπεται πως μέσα σε μία πενταετία δύναται να εξελιχθεί σε διεισδυτικό καρκίνο. Το λοβιδιακό in situ ταξινομείται σε τρεις κατηγορίες με βάση τα μορφολογικά κριτήρια και την κλινική έκβαση, τις LIN1, LIN2, LIN3 (Tavassoli & Norwalk, 1999). Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή κίνδυνος επακόλουθου διηθητικού καρκίνου σχετίζεται με την αύξηση του βαθμού του LIN (Jeffrey & Pollack, 2003).

Διηθητικό λοβιδιακό: συνιστά το 10% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και μπορεί να οδηγήσει σε μεταστάσεις, όπως στις ωοθήκες, στο περιτόναιο και σε πιο σπάνιες όπως στους οφθαλμούς.

Διηθητικό θηλώδες: αντιστοιχεί στο 5% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.

Διηθητικό μυελοειδές: αντιστοιχεί στο 4% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.

Διηθητικό βλεννώδες: αντιστοιχεί στο 2% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.

Διηθητικό σωληνώδες: αντιστοιχεί στο 1-3% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.

Διηθητικό σωληνώδες: αντιστοιχεί στο 2% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.

Νόσος του Paget: Τις περισσότερες φορές συνυπάρχει με το πορογενές καρκίνωμα. Είναι αποτέλεσμα διήθησης της επιδερμίδας της θηλής του μαστού από καρκινωματώδη κύτταρα.

Οι μη επιθηλιακοί τύποι του καρκίνου του μαστού διαχωρίζονται στα (American Cancer Society, 2014):

Λεμφώματα: παρά το γεγονός πως παρουσιάζουν κλινική εικόνα ενός όγκου του μαστού δύναται να συνιστούν μεταστάσεις στο μαστό.

Σαρκώματα: αυτός ο τύπος έχει κακή πρόγνωση και προέρχεται από προϋπάρχοντα φυλλοειδές όγκο ή από το συνδετικό ιστό του μαστού.

Σε μοριακό επίπεδο υπάρχει ακόμη μία ταξινόμηση των υπό-τυπων του καρκίνου του μαστού που βασίζεται σε εγγενείς μοριακούς υποτύπους οι οποίοι αναγνωρίστηκαν με ανάλυση μικροσυστοιχιών των όγκων των ασθενών. Αυτή η μέθοδος δεν χρησιμοποιείται από τους κλινικούς γιατρούς αλλά μπορεί να αποδειχθεί πιο πρακτική όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου και την εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπειών (Swain et al., 2015). Οι υπότυποι είναι οι εξής 6:

Claudin-low: παρουσιάζουν υψηλή αστάθεια γονιδιώματος, είναι τα περισσότερα αδιαφοροποίητα κύτταρα όγκου, έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με τα βλαστοκύτταρα, είναι αρνητικά στον υποδοχέα οιστρογόνων και έχουν χαμηλή έκφραση E-καντερίνης.

Basal: παρουσιάζουν υψηλή αστάθεια γονιδιώματος, είναι EGFR θετικά και τυπικά είναι τριπλά αρνητικά (ER- / PR- / ErbB2-), προβλέπεται συντομότερη επιβίωση για τους ασθενείς.

Her2: Υψηλή έκφραση Her2 και χαμηλή έκφραση υποδοχέα οιστρογόνου και υποδοχέα προγεστερόνης.

Κανονικό Στήθος: λιγότερο χαρακτηρισμένο και θετικό p53.

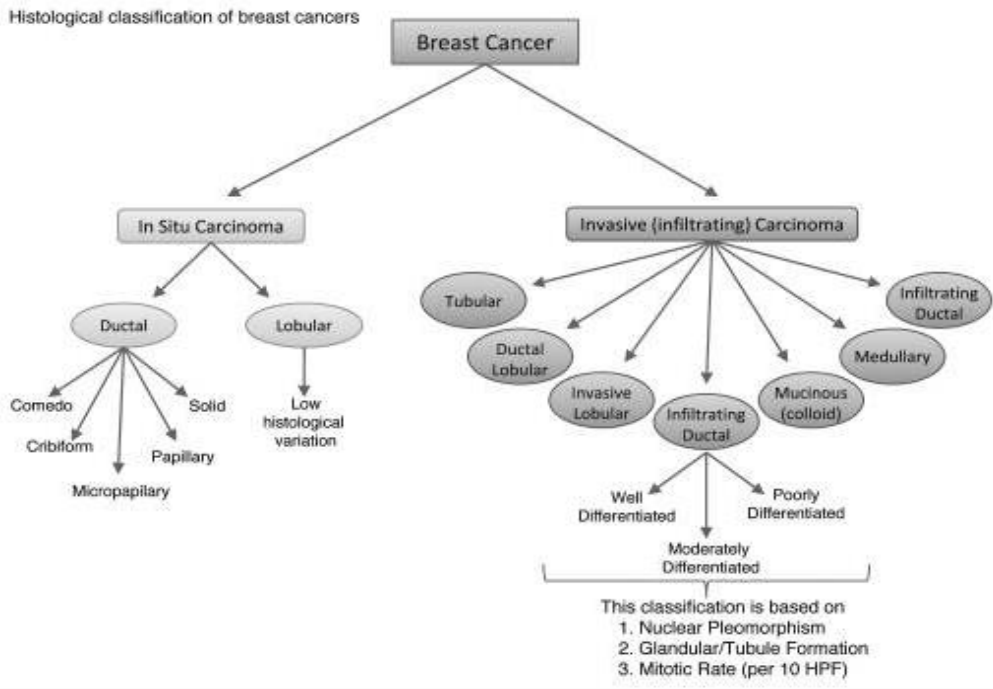
Luminal A: Θετικός υποδοχέας προγεστερόνης και οιστρογόνου αλλά Her2 αρνητικός (ER + / PR + / Her2-).

Luminal B: θετικός υποδοχέας οιστρογόνου, θετικός υποδοχέας προγεστερόνης και Her2 θετικός (ER + / PR + / Her2 +) (24), ωστόσο παρουσιάζουν χαμηλή έκφραση τόσο του ER όσο και του Her2 και έχουν υψηλό ρυθμό πολλαπλασιασμού.

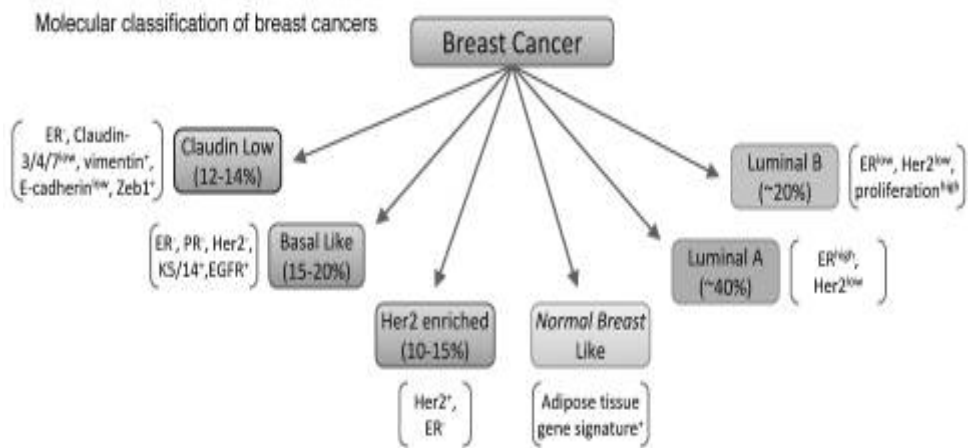
Επιπλέον, στο πλαίσιο της διάγνωσης τοποθετείται και η ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού. Αναλυτικότερα, τα καρκινικά κύτταρα του μαστού αξιολογούνται από την ιστολογία τους για να προσδιορίσουν το δυναμικό τους για εισβολή και μετάσταση. Το σύστημα Nottingham Histological Scoring System είναι το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο και αποδίδεται βαθμός μεταξύ 3 και 9 στους όγκους του μαστού με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Argani & Cimino-Mathews, 2013):

- Διαφοροποίηση (σχηματισμός αδένων).
- Πυρηνικά χαρακτηριστικά και πλειομορφισμός.
- Μιτωτική δραστηριότητα.

Σε κάθε μία από τις 3 λειτουργίες αποδίδεται βαθμολογία μεταξύ 1 και 3 με το 3 να δείχνει έναν πιο επιθετικό τύπο όγκου. Οι βαθμολογίες αθροίζονται στη συνέχεια για να δώσουν μια τελική βαθμολογία.



Εικόνα 1.9.: Η ιστολογική ταξινόμηση των υποτύπων καρκίνου του μαστού που χρησιμοποιείται συνήθως από τους κλινικούς ιατρούς (Malhotra et al., 2010).



Εικόνα 1.10.: Η μοριακή ταξινόμηση των υποτύπων του καρκίνου του μαστού (Malhotra et al., 2010).

Αναφορικά με την πρόγνωση που ακολουθεί τη διάγνωση, τα προγνωστικά εργαλεία προβλέπουν το φυσικό αποτέλεσμα της νόσου και με κάποιον τρόπο το διαθέσιμο 'χρόνο' που απομένει στους ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο (δηλαδή με κακή πρόγνωση). Ο κίνδυνος της επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού αξιολογείται χρησιμοποιώντας πληροφορίες για τον ασθενή και τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά του πρωτοπαθούς όγκου (συμπεριλαμβανομένου του μεγέθους, της ποιότητας, της συμμετοχής των κόμβων και της έκφρασης ER, PgR, HER2 και Ki-67 στα κύτταρα του όγκου). Γενικά, τα κατώτερα προγνωστικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν τη νεαρή ηλικία (<35 ετών), τον υψηλό βαθμό όγκου, το μεγάλο μέγεθος (> 2 cm), την εμπλοκή κόμβων, την έλλειψη έκφρασης ορμονικού υποδοχέα και την υπερέκφραση του HER2 (Oakman, Santaripa & Di Leo, 2010).

Η πρόγνωση είναι καλή στην περίπτωση που ο καρκίνος του μαστού διαγνωστεί έγκαιρα και τα ποσοστά επιβίωσης 5 ετών αφορούν στην πλειοψηφία τους τον καρκίνο του μαστού που διαγνώστηκε και υποβλήθηκε σε θεραπεία πριν από τη μετάσταση (Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics, 2013).

Table 15.1.3 5-Year Survival Rate by Stage for Women Diagnosed with Breast Cancer (14,15)

Stage	5-Year Survival Rate
0	100%
I	100%
II (includes IB from 7 th ed AJCC staging)	88%
III	72%
IV	22%

Πίνακας 1.1: Πενταετή ποσοστά επιβίωσης σύμφωνα με το βαθμό του όγκου για τις γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Παρατηρείται πως όσο αυξάνεται το στάδιο του όγκου τόσο χειρότερα είναι τα ποσοστά της 5-τούς πρόγνωσης (Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics, 2013)

Οι υψηλότεροι βαθμοί και η υψηλότερη σταδιοποίηση των καρκίνων του μαστού σχετίζονται με κακές προγνώσεις που εκφράζονται με τα μειωμένα ποσοστά επιβίωσης και την αυξημένη υποτροπή. Η διάγνωση πριν από την ηλικία των 35 ετών συσχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση, πιο επιθετικούς όγκους και αυξημένη υποτροπή (Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics, 2013).

Ένας ασθενής με καλή πρόγνωση μπορεί ακόμα να εξετάσει την πιθανότητα της πρόσθετης επέμβασης εάν η μείωση του κινδύνου είναι σημαντική σε σχέση με τον κίνδυνο των ανεπιθύμητων επιδράσεων της θεραπείας. Αντίθετα, ένας ασθενής με υψηλό κίνδυνο υποτροπής μπορεί να έχει επιφυλάξεις σχετικά με την επιθετική θεραπεία με βοηθητικό φάρμακο εάν το σχετικό όφελος είναι ελάχιστο. Παρόλα αυτά, η ανάπτυξη πιο συγκεκριμένων προγνωστικών εργαλείων θα βελτιώσει την εξατομικευμένη επικουρική θεραπεία στο μέλλον (Oakman, Santaripia & Di Leo, 2010).

1.7 Θεραπεία και Πρόληψη

Η πρώτη καταγραφή του καρκίνου του μαστού χρονολογείται γύρω στα 500 π.Χ. όταν η περσική βασίλισσα Atossa αναφέρει πως ο δούλος της αφαιρεί τον όγκο της παρέχοντας έτσι προσωρινή ανακούφιση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση και οι προτιμώμενες μέθοδοι θεραπείας άλλαξαν με την πάροδο του χρόνου. Κατά το Μεσαίωνα, οι χειρουργοί του 17^{ου} αιώνα πραγματοποιούσαν μαστεκτομές με τη χρήση φλόγας και οξέων. Ο Hunter εισήγαγε ταξινομήσεις για διάφορα επίπεδα καρκίνου του μαστού το 1778 και πρότεινε τη χειρουργική απομάκρυνση των εντοπισμένων όγκων στα πρώιμα στάδια, ενώ η θεραπεία των μεταστατικών όγκων θεωρείτο μάταιη.

Το 1800 εισήχθησαν η αντισηψία και η αναισθησία στις χειρουργικές επεμβάσεις και πραγματοποιήθηκε η πρώτη εισαγωγή της ριζικής μαστεκτομής από τον Halsted ως πρωταρχική θεραπεία για τον

καρκίνο του μαστού. Η ριζική μαστεκτομή περιελάμβανε την απομάκρυνση όχι μόνο του πρωτεύοντος όγκου στον ιστό του μαστού αλλά και όλων των περιβαλλόντων ιστών, συμπεριλαμβανομένων των θωρακικών μυών και των λεμφαδένων στις μασχάλες. Κάποια χρόνια αργότερα, το 1896, ο Grubbe εισήγαγε τη χρήση της ακτινοβολίας με ακτίνες X για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, αλλά η ριζική μαστεκτομή συνέχισε ως πρωτογενή στρατηγική θεραπείας και στον 20^ο αιώνα (Mukherjee, 2010).

Σήμερα, η θεραπεία του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τη χημειοθεραπεία και τη χειρουργική επέμβαση στους μαστούς. Η μαστεκτομή ή η ογκεκτομή μπορεί να φανεί αποτελεσματική στο πρώιμο στάδιο της ασθένειας, ενώ τα φάρμακα της χημειοθεραπείας εξελίσσονται συνεχώς προκειμένου να γίνουν πιο στοχευμένα. Σήμερα, έχει αναπτυχθεί μία κατηγορία φαρμάκων που στοχεύει στις μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA και ονομάζονται αναστολείς PARP όπου τα αποτελέσματα τους φαίνονται αισιόδοξα τόσο για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού όσο και του καρκίνου των ωοθηκών (Jatoi et al., 2011).

Υποτροπή μπορεί να παρουσιαστεί 2-3 χρόνια μετά το πέρας της θεραπείας αλλά ακόμη και 15-25 χρόνια μετά. Υπάρχουν κάποιοι προγνωστικοί παράγοντες που δύνανται να προσδιορίσουν τις πιθανότητες της επανεμφάνισης του καρκίνου, όπως το μέγεθος του όγκου, η κατάσταση των λεμφαδένων και ο βαθμός του όγκου (Jatoi et al., 2011).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι θεραπείας του καρκίνου του μαστού ανάλογα με τον τύπο και το στάδιο του. Οι τοπικές θεραπείες εφαρμόζονται σε τοπικό επίπεδο χωρίς να επηρεάζεται το υπόλοιπο σώμα. Στις θεραπείες αυτές περιλαμβάνονται η χειρουργική επέμβαση και η ακτινοθεραπεία που κρίνονται χρησιμότερες στα πρώιμα στάδια του καρκίνου. Οι συστηματικές θεραπείες εφαρμόζουν τη χρήση φαρμάκων (σε μορφή χαπιού ή ενδοφλέβια) και επιδρούν στα καρκινικά κύτταρα οπουδήποτε στο σώμα. Συστηματική θεωρείται η χημειοθεραπεία, η ορμονική θεραπεία και η στοχευμένη θεραπεία.

Ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου του μαστού και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ενδεχομένως να χρειαστεί ο συνδυασμός θεραπειών είτε πριν είτε μετά από τη χειρουργική επέμβαση.

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού αφορά τους παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην εκδήλωση της νόσου και τη διαχείριση όσων εξ αυτών είναι τροποποιήσιμοι. Στον παρακάτω πίνακα περιγράφονται οι μη-τροποποιήσιμοι και οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου της εμφάνισης της ασθένειας.

Nonmodifiable	Modifiable
<ul style="list-style-type: none">• Female gender• Age (>45 y)• Genetic changes (mutations, <i>BRCA</i>)• Family history of breast cancer• Personal history of breast cancer• Race and ethnicity (White > African > Asian)• Dense breast tissue• Certain benign breast conditions^a• Lobular carcinoma in situ (LCIS)• Menstrual periods (early menarche, late menopause)• Previous chest radiation• Diethylstilbestrol exposure	<ul style="list-style-type: none">• Not having children (slight risk increase)• Oral contraceptives (slight risk increase)• Depo-Provera (slight risk increase)• Hormone therapy after menopause (risk increase after 2 y of use)• Breastfeeding (slight risk reduction)• Alcohol consumption (risk increase)• Obesity (risk increase)• Physical exercise (risk reduction)

Πίνακας 1.2.: Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Περιλαμβάνονται οι μη τροποποιήσιμοι και οι τροποποιήσιμοι παράγοντες

(Nguyen et al., 2014). Οι δεύτεροι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη

διαδικασία της πρόληψης της ασθένειας.

Όπως περιγράφεται στον πίνακα των Nguyen et al (2014) οι τροποποιήσιμοι παράγοντες, που αφορούν την πρόληψη της ασθένειας, περιλαμβάνουν την ατεκνία της γυναίκας, τη δια του στόματος λήψη αντισυλληπτικών, την αντισύλληψη με λήψη Depo-Provera (όμοιο με την προγεστερόνη), τη λήψη ορμονοθεραπείας μετά την εμμηνόπαυση (η επικινδυνότητα αυξάνεται μετά τη διαιτητική χρήση), θηλασμός (μειώνει τις

πιθανότητες νόσησης), η παχυσαρκία (μειώνει τις πιθανότητες νόσησης) και η φυσική άσκηση (μειώνει τις πιθανότητες νόσησης).

Η αποφυγή της κατάχρησης του αλκοόλ αποτελεί έναν βασικό τροποποιησιμο παράγοντα δεδομένου του γεγονότος πως η επιβλαβής χρήση του σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Έχει διαπιστωθεί πως το 14% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού θα μπορούσε να αποφευχθεί μέσω της ουσιαστικής μείωσης της κατανάλωσης αλκοόλης ή με την οριστική διακοπή του (Kushi et al., 2012).

Έτσι, η υγιεινή διατροφή, η σωματική άσκηση και ο έλεγχος της κατανάλωσης αλκοόλ, του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας θα μπορούσε να έχει αντίκτυπο στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού σε μακροπρόθεσμο επίπεδο (Anderson et al., 2008).

Τέλος, υπάρχει η λεγόμενη πρόληψη μέσω της χρήσης φαρμάκων (chemoprevention) που μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Τα φάρμακα ταμοξιφαίνη και ραλοξιφαίνη φαίνεται να είναι αποτελεσματικά για κάποιες γυναίκες καθώς αναστέλλουν τη δράση των οιστρογόνων στον ιστό του μαστού. Η ραλοξιφαίνη χρησιμοποιείται μόνο σε γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση και η ταμοξιφένη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε γυναίκες ακόμη και αν δεν έχουν περάσει την εμμηνόπαυση (Smith et al., 2003).

Έπειτα, για κάποιες γυναίκες είναι αποτελεσματική η προληπτική πρακτική της προφυλακτικής μαστεκτομής που αφορά την αφαίρεση των μαστών προτού διαγνωσθεί ο καρκίνος, με αποτέλεσμα να μειωθεί σημαντικά ο κίνδυνος της εκδήλωσης της ασθένειας έως και 97%. Μερικές γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο και θεραπεύονται επιλέγουν να αφαιρέσουν τον/τους υγιή/υγιείς μαστό/μαστούς για να ενισχύσουν την πρόληψη ενός δεύτερου καρκίνου του μαστού. Η επιτυχία αυτής της μεθόδου βέβαια είναι αμφίβολη καθώς ενδέχεται να παραμείνουν κάποια καρκινικά κύτταρα στην περιοχή παρά τη χειρουργική επέμβαση (Smith et al., 2003).

Από την άλλη, υπάρχουν και προστατευτικοί παράγοντες που λειτουργούν προληπτικά στην εμφάνιση της ασθένειας. Ο κυριότερος παράγοντας προστασίας είναι το μητρικό γάλα, το οποίο παρέχει μία σειρά οφελών για τη μητέρα, όπως η ενεργοποίηση της απώλειας βάρους μετά τον τοκετό (Haiek et al., 2001), η μείωση της αρτηριακής πίεσης (Ebina & Kashiwakura, 2012) και η μείωση της πιθανότητας νόσησης από καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών (Chowdhury et al., 2015; González-Jiménez et al., 2014; Ip et al., 2009; Yngve & Sjöström, 2001).

Έχει τεκμηριωθεί βιβλιογραφικά πως ο κίνδυνος για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση μειώνεται σημαντικά με τη γαλουχία, η οποία παρέχει προστατευτική δράση που ενδεχομένως να αυξάνεται με τη χρονική διάρκεια του θηλασμού (Freund et al., 2005; Helewa et al., 2002). Όπως διαπίστωσαν οι González-Jiménez et al (2014) ο μητρικός θηλασμός για διάστημα άνω των έξι μηνών παρέχει όχι μόνο πολλά οφέλη για την υγεία των βρεφών αλλά προστατεύει τις μητέρες από καρκίνο του μαστού, ιδιαίτερα όταν αυτές είναι καπνίστριες (και συνεπώς παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης).

Τα αποτελέσματα διάφορων παραμέτρων της γαλουχίας, όπως ο ρόλος του χρόνου θηλασμού, του αριθμού των παιδιών που θηλάζει μία μητέρα, η διάρκεια του θηλασμού, η ηλικία της μητέρας κατά την πρώτη γαλουχία, η ηλικία κατά την πιο πρόσφατη (τελευταία) γαλουχία και η διάρκεια της αμηνόρροιας κατά τη γαλουχία έχουν μελετηθεί σε σχέση με τον κίνδυνο της ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού από διάφορες ερευνητικές ομάδες.

Οι μελέτες αυτές έχουν διαπιστώσει πως ο μητρικός θηλασμός ασκεί σημαντική προστατευτική επίδραση έναντι του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ενώ έχει φανεί πως οι γυναίκες που θηλάζουν νέες παρουσιάζουν πιο μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002; Romieu et al., 1996; United Kingdom National case-control Study Group, 1993; Yang et al., 1993; Yoo et al., 1992).

Επιπλέον, η σωματική δραστηριότητα και συγκεκριμένα η τακτική άσκηση αλλά και η υιοθέτηση ενός υγιούς και ισορροπημένου διαιτολογίου και η διακοπή του καπνίσματος φαίνεται να παρέχουν προστατευτική επίδραση για τον καρκίνο του μαστού (Kushi et al., 2012).

Η σημαντικότερη πρόληψη του καρκίνου του μαστού φαίνεται να είναι η έγκαιρη ανίχνευση του, παρά τη σημαντική μείωση του κινδύνου που μπορεί να επιτευχθεί με την αλλαγή των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου. Η έγκαιρη ανίχνευση βοηθά ενεργά στην έκβαση του καρκίνου και καθορίζει τις πιθανότητες επιβίωσης και ως εκ τούτου παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος του ελέγχου του καρκίνου του μαστού (Anderson et al., 2008).

Η έγκαιρη διάγνωση που προωθεί την πρόληψη, όπως αναφέρθηκε ήδη, έχει τη βάση της στη διεξαγωγή σχετικών εξετάσεων. Στον παρακάτω πίνακα περιγράφονται οι εξετάσεις που διεξάγονται σε προληπτικό επίπεδο για την ανίχνευση πιθανού καρκίνου στους μαστούς και είναι στοχευμένες σε κάθε ηλικιακή ομάδα.

Age (y)	Methods	Comments
Starting 20s	Breast self-exam: technique should be reviewed by a health professional during physical exam	Women may find a breast lump by chance or be aware of what is abnormal (lump, swelling, skin irritation, dimpling, nipple pain, or retraction). Women may feel stressed by trying to perform the self-exam technique correctly
20s to 30s	Clinical breast exam by a health professional at least every 3 y	Provides an opportunity for women and health professionals to discuss any changes in their breasts, early detection testing, and risk factors
40s and older	Per ACS, mammogram every year and continue as long as in good health. The USPSTF recommends biennial screening mammography for women aged 50-74 y	Very effective and valuable method to detect breast cancer; however, mammogram will miss some cancers and sometimes give false-positives
High-risk women	MRI and mammogram every year for women having a lifetime risk of breast cancer $\geq 20\%$; <i>BRCA1</i> or <i>BRCA2</i> gene mutation (or first-degree relative); radiation therapy to the chest between ages 10 and 30 y; or certain genetic syndromes ^a	MRI is not recommended for women with a lifetime risk of breast cancer $< 15\%$. MRI can detect cancer better than mammogram, but it can miss some cancers that mammogram can detect

Πίνακας 1.3.: Οι εξετάσεις που διεξάγονται σε προληπτικό επίπεδο για την ανίχνευση πιθανού καρκίνου στους μαστούς με αντιστοιχία της ηλικίας και της μεθόδου της εξέτασης (Nguyen et al., 2014).

Αναλυτικότερα, στις αρχές των 20 ετών οι γυναίκες θα πρέπει να εκπαιδευτούν στη διεξαγωγή της αυτο-εξέτασης του μαστού. Στο σημείο αυτό τονίζεται η σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την εκμάθηση της ορθής αυτο-εξέτασης στις ενδιαφερόμενες. Στην αυτο-εξέταση μπορεί να εντοπίσει κάποιο πρήξιμο ή εξόγκωμα 'κατά τύχη', γεγονός που θα οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση και στην άμεση θεραπεία.

Για τα τέλη της δεκαετίας των 20 ετών και για τη δεκαετία των 30 ετών συνίσταται η κλινική εξέταση των μαστών από έναν επαγγελματία υγείας κάθε τρία έτη. Και εδώ ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός, καθώς είναι αυτός που θα συζητήσει με κάθε γυναίκα τις τυχόν αλλαγές του στήθους και θα την ενημερώσει για τη σημαντικότητα της πρώιμης διάγνωσης, αλλά και θα την πληροφορήσει πλήρως για τους παράγοντες κινδύνου.

Για την ηλικία από τα 40 έτη και άνω συνίσταται η διεξαγωγή μαστογραφίας κάθε χρόνο, μία μέθοδο ιδιαίτερα αποτελεσματική. Ωστόσο, θα πρέπει να τονισθεί πως σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να μην εντοπιστεί ένας καρκίνος από τη διαδικασία της μαστογραφίας αλλά και να δοθεί ένα εσφαλμένο θετικό αποτέλεσμα (Nguyen et al., 2014).

Για τις γυναίκες που βρίσκονται στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού προτείνεται η διεξαγωγή μαγνητικής τομογραφίας και μαστογραφίας ετησίως. Αυτή η σύσταση αφορά κυρίως τις γυναίκες που έχουν τις γονιδιακές μεταλλάξεις BRCA1 και (ή) BRCA2 ή έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με τα γονίδια αυτά (Nguyen et al., 2014).

Έτσι, συμπεραίνεται πως η θεραπευτική φροντίδα του καρκίνου του μαστού απαιτεί μία διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας και

περιλαμβάνει τη χειρουργική επέμβαση μαστού, την ακτινοβολία και τη χημειοθεραπεία όπου κρίνεται απαραίτητη. Η διαδικασία αυτή χρήζει πόρων και σχετίζεται με την εμπειρογνωμοσύνη για την ταυτοποίηση των γονιδίων του καρκίνου του μαστού, διαδικασίες που απαιτούν ακριβείς διαδικασίες και έχουν υψηλό κόστος. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να υπάρχει έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού και πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα για όλους τους ασθενείς (Yip et al., 2015).

1.8 Επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού

Το κοινωνικό κόστος που απορρέει από τον καρκίνο του μαστού είναι υψηλό, όπως και το οικονομικό. Σε προσωπικό επίπεδο, η διάγνωση του καρκίνου του μαστού συνδέεται με τα υψηλά επίπεδα των αρνητικών συναισθημάτων, του στρες και της ψυχικής αγωνίας με κύρια ψυχικά συμπτώματα το άγχος και την κατάθλιψη (Erping-Jordan et al., 1999).

Η μορφή και ο βαθμός των επιπτώσεων της ασθένειας στις γυναίκες που νοσούν είναι εξαρτώμενοι από το στάδιο της νόσου (πρώιμο ή τελικό). Η συναισθηματική, σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση είναι υψηλότερη για τις γυναίκες που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο και έρχονται αντιμέτωπες με το θάνατο. Η διάγνωση και η πορεία της νόσου αποτελεί τις περισσότερες φορές ένα τραυματικό γεγονός που οδηγεί στην ανάπτυξη άγχους και φοβιών για τον πόνο, την έκβαση της ασθένειας, την απομόνωση και την ανικανότητα που προκαλεί (Ganz et al., 1998).

Οι ψυχολογικές και συναισθηματικές επιδράσεις, σύμφωνα με τις ίδιες τις αφηγήσεις των ασθενών με καρκίνο του μαστού, περιλαμβάνουν συχνά την κατάθλιψη, την αγωνία, το φόβο της επανα-νόσησης και το φόβο για τις αλλαγές στην εικόνα του σώματος και για τις παρενέργειες της θεραπείας (Ganz et al., 1998).

Κυρίως στις δυτικές χώρες υφίσταται υψηλός επιπολασμός της ψυχοκοινωνικής νοσηρότητας στον καρκίνο του μαστού (Fukui et al., 2000). Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της διάγνωσης και της διαδικασίας της θεραπείας του καρκίνου του μαστού διαδραματίζει το κοινωνικο-πολιτιστικό υπόβαθρο και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών (Everson et al., 2006).

Η μετα-ανάλυση των Fukui et al (2000) συμπέρανε πως η ψυχοκοινωνική παρέμβαση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των γυναικών, ένα αποτέλεσμα που έχει υποστηριχθεί και από άλλες έρευνες (Hsu et al., 2010; Andersen, 2002). Ο σκοπός των περισσότερων μορφών της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης είναι η μείωση του άγχους και του στρες που βιώνουν οι ασθενείς (Sheard & Maguire, 1999).

Το οικονομικό κόστος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο πλαίσιο των επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού. Οι άμεσες ιατρικές δαπάνες συνδέονται με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν οι ασθενείς (νοσηλεία, χειρουργικές επεμβάσεις, επισκέψεις σε γιατρούς, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) και συνήθως μετρώνται ασφαλιστικές πληρωμές και παροχές ασθενείας. Σε κάθε φάση της φροντίδας του καρκίνου του μαστού το άμεσο ιατρικό κόστος διαφέρει σημαντικά. Εν παραδείγματι, η μελέτη των Mariotto et al (2011) διαπίστωσε πως για το έτος 2010 στις Ηνωμένες Πολιτείες το μέσο μηνιαίο καθαρό κόστος για τις ηλικιωμένες ασθενείς με καρκίνο του μαστού ανερχόταν σε 1.923 δολάρια ενώ για τις γυναίκες με την ίδια ασθένεια αλλά στην πρώιμη φάση της περίθαλψης ανερχόταν σε 5.074 δολάρια.

Καθώς συνεχιζόταν η φάση της περίθαλψης το μέσο μηνιαίο καθαρό κόστος 184 δολάρια και 678 αντίστοιχα για τις δύο προαναφερθείσες φάσεις. Κατά το τελευταίο έτος της ζωής μεταξύ των

ασθενών που πέθαναν από καρκίνο το μέσο μηνιαίο καθαρό κόστος ήταν 5.238 δολάρια και 7.710 αντίστοιχα. Έτσι, με βάση το παράδειγμα αυτό συμπεραίνεται πως το καθαρό κόστος της περίθαλψης ήταν υψηλότερο στην αρχική και στην τελευταία φάση της υγειονομικής φροντίδας σε σχέση με τη συνεχιζόμενη φάση της περίθαλψης (Mariotto et al., 2011).

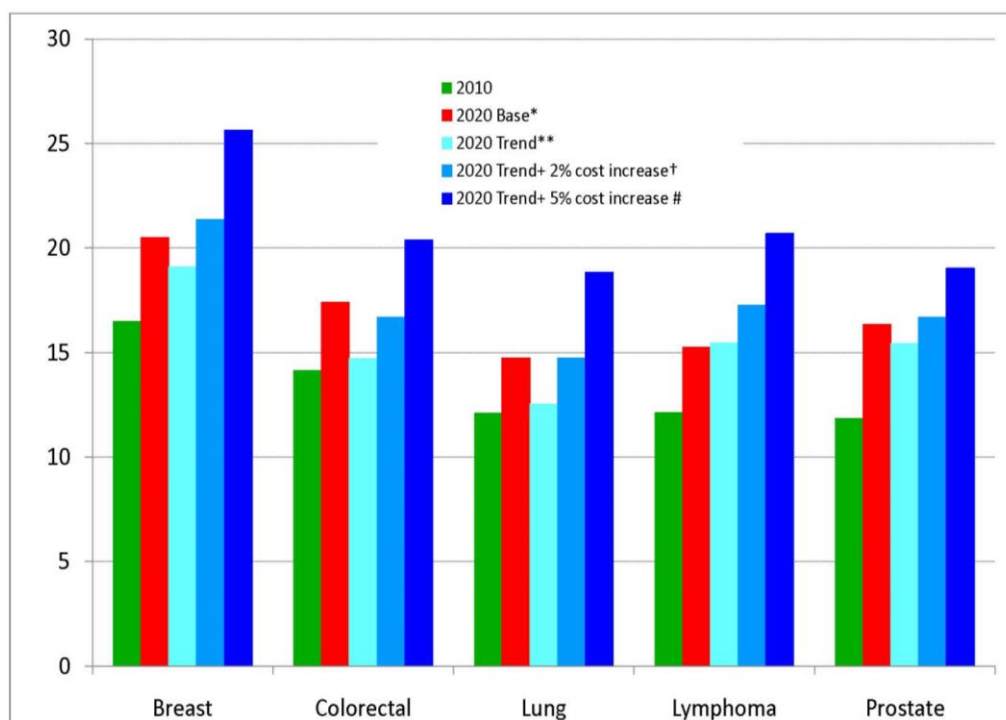
Το έμμεσο κόστος του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τις χρηματικές απώλειες που σχετίζονται με το χρόνο που αφιερώνεται στην ιατρική περίθαλψη, τον χρόνο που χάθηκε από την εργασία ή άλλες συνήθεις δραστηριότητες (ονομάζεται κόστος νοσηρότητας) και η απώλεια παραγωγικότητας λόγω πρόωρου θανάτου (κόστος θνησιμότητας). Αυτά τα έξοδα βαρύνουν τους ασθενείς καθώς και τους φροντιστές και τις οικογένειές τους (Yabroff et al., 2007).

Έχει εκτιμηθεί πως για το 2008 το παγκόσμιο οικονομικό κόστος από τον καρκίνο του μαστού, όπως απορρέει από τους πρόωρους θανάτους και την αναπηρία, ανήλθε στα 895 δισεκατομμύρια δολάρια. Η αντιστοιχία του ποσού αυτού με το παγκόσμιο ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) ήταν της τάξεως του 1,5%. Αυτό το οικονομικό κόστος είναι σχεδόν 19% υψηλότερο από την καρδιακή νόσο, δηλαδή τη δεύτερη αιτία για το υπέρογκο οικονομικό κόστος παγκοσμίως (το 2008 αντιστοιχούσε στα 753 δισεκατομμύρια δολάρια) (American Cancer Society, 2010).

Θα πρέπει να σημειωθεί πως τα προαναφερόμενα κόστη δεν συμπεριελάμβαναν το κόστος άμεσων ιατρικών δαπανών που αναπόφευκτα αυξάνουν περαιτέρω σε σημαντικό βαθμό το συνολικό οικονομικό κόστος του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως. Στον υπολογισμό της οικονομικής ζημίας θα πρέπει να περιλαμβάνεται και η μείωση της εργασιακής παραγωγικότητας και τα χαμένα χρόνια της ζωής (American Cancer Society, 2010).

Οικονομική επιβάρυνση έχουν και οι ίδιοι οι ασθενείς πέρα από τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, όπως και τα άτομα των οικογενειών τους και οι φροντιστές τους. Ειδικά σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος όπου η απώλεια του εισοδήματος εξαιτίας της ασθένειας ή του θανάτου από τον καρκίνο του μαστού υπονομεύει τα οικονομικά της οικογένειας σε δραματικό βαθμό (American Cancer Society, 2010).

Οι Ηνωμένες Πολιτείες παρουσιάζουν τις υψηλότερες οικονομικές απώλειες από τον καρκίνο του μαστού αγγίζοντας το 1,73% του ΑΕΠ της χώρας. Στην Ευρώπη, η Ουγγαρία έχει οικονομική ζημία 3,05% του ΑΕΠ της. Στο διάγραμμα 1.1. της American Cancer Society (2010) αναδεικνύεται η υπεροχή του καρκίνου του μαστού συγκριτικά με άλλες μορφές καρκίνου ως προς το οικονομικό κόστος.



Διάγραμμα 1.1.: Το οικονομικό κόστος του καρκίνου του μαστού για το έτος 2010 συγκριτικά με άλλες μορφές καρκίνου με υψηλό επιπολασμό και η πρόβλεψη για την τάση του κόστους για το έτος 2020.

Η προοπτική μελέτη των Campbell & Ramsey (2009) συμπεριέλαβε 29 αμερικανικές μελέτες που αφορούσαν το κόστος της θεραπείας του καρκίνου του μαστού στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η μελέτη εξηύρε πως η εκτίμηση του κόστους ζωής ανά ασθενή για τον καρκίνο του μαστού

κυμαινόταν από 20.000 έως 100.000 δολάρια. Το κόστος της αρχικής και της τελικής θεραπείας ήταν μεγαλύτερο από τη συνεχιζόμενη περίθαλψη σε χρόνο ανά μονάδα, αλλά η συνεχιζόμενη περίθαλψη αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο μερίδιο του κόστους ζωής λόγω της σχετικά μεγάλης επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Επιπλέον, υπολογίστηκαν οι δαπάνες για διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις συσχετιζόμενες με τον καρκίνο του μαστού (χειρουργείο για τη συντήρηση του μαστού έναντι μαστεκτομής) και διαπιστώθηκε πως η μαστεκτομή έχει το μεγαλύτερο κόστος (31.000 δολάρια). Όσο αυξανόταν η ηλικία της διάγνωσης τόσο μειωνόταν το κόστος ενώ όσο αυξανόταν το στάδιο του καρκίνου του μαστού τόσο αυξανόταν και το κόστος (Campbell & Ramsey, 2009).

Τα σημερινά ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν τη μελλοντική τάση που θα προκύψει στη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης που θα επιφέρει αναπόφευκτα την αύξηση του κόστους της περίθαλψης του καρκίνου, γεγονός που θα ενισχύσει το ήδη μεγάλο οικονομικό βάρος της ασθένειας (Dinan et al., 2010; Elkin & Bach, 2010; Bach, 2009).

Ως εκ τούτου, οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη, το κόστος της απώλειας της εργασιακής παραγωγικότητας και της νοσηρότητας των ασθενών και των οικογενειών τους σε συνδυασμό με το κοινωνικό και ψυχολογικό κόστος της ασθένειας αποτελούν όλο και πιο σημαντικά ζητήματα για τους φορείς χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, για τα συστήματα υγείας και για τους επαγγελματίες υγείας (Yabroff et al., 2011).

Κεφάλαιο Δεύτερο: Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού

2.1. Η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή

Η Κονιάρη (1991) αναφέρει πως η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται κατά κύριο λόγο μέσα από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, είτε πρόκειται για την πρωτοβάθμια είτε για τη δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι καθοριστικός και συμβάλλει ενεργά στην πρόληψη του.

Όπως τονίζει ο England (2008) το νοσηλευτικό προσωπικό κατέχει την ευθύνη της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας δεδομένου πως αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Ο Navuluri (1999) περιγράφει πως η βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών ερευνών έχει αναδείξει πως η θετική έκβαση της θεραπείας των ασθενών εξαρτάται περισσότερο από τις δεξιότητες των νοσηλευτών παρά από τη διαθέσιμη τεχνολογία.

Η διαπροσωπική αλληλεπίδραση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς αποτελεί τον πυρήνα της νοσηλευτικής πρακτικής και ως εκ τούτου η θεραπευτική αυτή σχέση συνιστά τη φροντίδα της ψυχικής υγείας του θεραπευομένου (Cleary, Edwards & Meehan, 1999).

Η εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης μπορεί να καθορίσει την έκβαση και την επιτυχία πολλών παρεμβάσεων, επομένως η σχέση μεταξύ ασθενούς-νοσηλευτή φαίνεται πως διευκολύνει σύμφωνα με τους Hagerty & Patusky (2003):

1. τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή,
2. τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών,

3. τη διευκόλυνση και την παροχή λύσεων σε διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και
4. την επίτευξη καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Η θεραπευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και θεραπευομένου ακολουθεί ένα διαδοχικό μοτίβο σύμφωνα με τον Callaway (2002) το οποίο ενσωματώνει τους στόχους της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης. Η σχέση αυτή θα πρέπει να εστιάζει στις ανάγκες του ασθενούς, στα συναισθήματα του και στα προβλήματα του, να είναι δηλαδή πελατοκεντρική. Οι τέσσερις φάσεις της θεραπευτικής σχέσης του νοσηλευτή και του ασθενούς είναι οι εξής:

1. **Η φάση του προσανατολισμού.** Η φάση αυτή κατευθύνεται από το νοσηλευτή και αφορά το βαθμό της συμμετοχής του ασθενούς στη θεραπεία μέσα από τον προσανατολισμό του επαγγελματία υγείας (με εξηγήσεις, πληροφορίες και επίλυση αποριών).
2. **Η φάση της αναγνώρισης.** Η φάση αυτή ξεκινά όταν ο ασθενής λειτουργεί ανεξάρτητα και αυτόνομα από τους νοσηλευτές και εκφράζει τα συναισθήματα του. Ουσιαστικά ο ασθενής αρχίζει να αισθάνεται πιο δυνατός.
3. **Η φάση της εκμετάλλευσης.** Στη φάση αυτή ο ασθενής κάνει πλήρη χρήση των προσφερόμενων υπηρεσιών.
4. **Η φάση της επίλυσης.** Στη φάση αυτή ο ασθενής δεν χρειάζεται πλέον τις επαγγελματικές υπηρεσίες και παύει να δείχνει εξαρτημένη συμπεριφορά. Το σημείο αυτό σηματοδοτεί τη λήξη της θεραπευτικής σχέσης του νοσηλευτή και του ασθενούς.

Η Perlau (1952) έχει τονίσει πως ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει πλήρη επίγνωση του ρόλου και της δυναμικής του. Οι πρωτογενείς ρόλοι

του νοσηλευτή περιλαμβάνουν τον *ηγέτη*, καθώς προσφέρει στον ασθενή κατεύθυνση, τον *ξένο*, δεδομένου πως προσφέρει στον ασθενή την ίδια αποδοχή και ευγένεια όπως θα προσέφερε σε οποιονδήποτε, τον *αναπληρωτή*, εφόσον λειτουργεί ως υποκατάστατο για τον ασθενή, όπως ο γονέας ή ο αδελφός, το *σύμβουλο*, αφού προωθεί τις κατευθύνσεις που οδηγούν τον ασθενή στην υγεία, όπως η έκφραση των συναισθημάτων του, το *δάσκαλο* καθώς βοηθά τον θεραπευόμενο να μάθει σχετικά με την ασθένεια του και το *άτομο με τους πόρους*, διότι παρέχει συγκεκριμένες απαντήσεις στα ερωτήματα του ασθενούς μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και να διαθέτει ικανότητες προκειμένου να μπορέσει να οικοδομήσει μία ισχυρή θεραπευτική σχέση με τον ασθενή. Διαφορετικά η σχέση που δεν έχει γερά θεμέλια δεν θα επιτύχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, είτε αυτά αφορούν την πρόληψη είτε τη θεραπευτική στρατηγική (Welch, 2005).

Η ενσυναίσθηση, η ικανότητα δηλαδή του ατόμου να 'ακούει' εις βάθος το συνομιλητή 'μπαίνοντας στη θέση του' αποτελεί μία από τις σημαντικότερες δεξιότητες που κάθε επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να διαθέτει. Η ενεργητική ακρόαση και η υψηλού επιπέδου ενσυναίσθηση αποτελεί το πρώτο βήμα προσέγγισης του θεραπευόμενου και είναι απαραίτητες ώστε να οικοδομηθεί και να διατηρηθεί η θεραπευτική σχέση (Welch, 2005).

Οι διαπροσωπικές δεξιότητες του νοσηλευτή συνδράμουν ενεργά στην επιτυχή διαπραγμάτευση της πρώτης κίνησης της διαμόρφωσης της θεραπευτικής συμμαχίας. Άλλες σημαντικές δεξιότητες που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη μίας άνευ όρων θεραπευτικής σχέσης εμπεριέχουν το σεβασμό στο θεραπευόμενο, την πλήρη αποδοχή του και τη μη επίκριση (Forchuk & Reynolds., 2001).

2.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Οι νοσηλευτές αποτελούν τις πρωτογενείς ομάδες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και μπορούν να συμβάλλουν ενεργά στην εκπαίδευση των γυναικών στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυναμική να συμβάλλουν στη διάδοση της γνώσης που μπορεί να οδηγήσει στην ουσιαστική μείωση της νοσηρότητας και κατ' επέκταση της θνησιμότητας (Yousuf, 2010).

Οι νοσηλευτές αποτελούν τη σημαντικότερη ομάδα του προσωπικού υγείας καθώς έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς και τις τοπικές κοινότητες συχνότερα. Σε επίπεδο πρόληψης, η δυνατότητα των νοσηλευτών να εκπαιδεύσουν το γενικό πληθυσμό σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αλλά και η εκμάθηση των γυναικών στην αυτο-εξέταση του μαστού είναι εξαιρετικά σημαντική (Srivastava et al., 2016).

Ιδιαίτερα οι γυναίκες νοσηλεύτριες μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο ως πηγή της διάδοσης των πληροφοριών σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Οι νοσηλεύτριες έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδεύσουν τις γυναίκες στην ανίχνευση των κανονικών και μη κανονικών στηθών, στη ψηλάφηση, στην αναγκαιότητα της διεξαγωγής εξετάσεων όπως η μαστογραφία, διαδικασίες που μπορούν να διασφαλίσουν είτε την πρόληψη είτε την έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας. Επιπλέον, οι νοσηλευτές θεωρούνται ως τα πιο προσιτά μέλη του υγειονομικού προσωπικού και ως εκ τούτου μπορούν να έχουν καθοριστικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας και των οικείων των ασθενών (Yousif, 2012).

Οι νοσηλευτές έχουν δεοντολογική και ηθική ευθύνη να εκπαιδεύουν τους ασθενείς τους αλλά και την ευρύτερη κοινωνία στις αλλαγές και τις τροποποιήσεις της συμπεριφοράς υγείας που προϋποτίθενται για τη βελτίωση της υγείας τους αλλά και της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού, ο νοσηλευτής λαμβάνει το ρόλο του εκπαιδευτή και αυτού του προωθητή αυτών των αλλαγών (Edelman & Mandle, 1994).

Η εκπαίδευση των ασθενών στις τεχνικές βελτίωσης της υγείας τους, στην έγκαιρη ανίχνευση και στην αυτο-εξέταση αποτελούν

επαγγελματική απαίτηση και νομική υποχρέωση του νοσηλευτή (Edelman & Mandle, 1994). Βέβαια, εύλογη είναι η σημείωση πως απαιτούνται οι κατάλληλοι πόροι και χρόνος ώστε να μπορέσουν να φέρουν εις πέρας την υποχρέωση αυτή (Monsivais & Reynolds, 2003).

Η διεξαγωγή των προγραμμάτων Breast Cancer Awareness programs (Προγράμματα Συνειδητοποίησης Καρκίνου του Μαστού - BCAP) στοχεύουν στη μαζική εκπαίδευση δημόσιας υγείας σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν εκπαίδευση σχετικά με τη φύση της ασθένειας, των έγκαιρων μεθόδων της ανίχνευσής του, τους παράγοντες κινδύνου, τις επιλογές θεραπείας, τις διαδικασίες της πρόληψης, την αυτο-εξέταση των μαστών και τις σχετικές ομάδες υποστήριξης. Οι νοσηλευτές (μαζί με τους ιατρούς) αποτελούν το δυναμικό που προάγει τον έλεγχο του καρκίνου (Saher, 2013).

Το πρόγραμμα πρόληψης κατά του καρκίνου περιλαμβάνει πολιτικούς, πολιτιστικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Ένας νοσηλευτής γνωστοποιεί τι μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μπορεί να παρέμβει σε διατροφικές συνήθειες, στην βελτίωση συνθηκών του περιβάλλοντος του. Στόχος είναι να επιδεικνύονται καθημερινά οι υγιεινές συνθήκες σαν προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου, ώστε να γίνεται αυτό στάση ζωής και πεποίθηση ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία (Burnard, 1998; Tshudin, 1996).

Σημειώνεται ότι στην Ελλάδα η ανεπαρκής ενημέρωση είτε στα νοσοκομεία, είτε εκτός κάνει έναν όγκο που μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο μαστού μη ιάσιμο στα αρχικά του στάδια. Οι ψυχολογικοί παράγοντες όπως η αποφυγή ψηλάφησης του μαστού από ορισμένες γυναίκες, ο αρνητισμός ότι δε θα γίνει τίποτα κακό «σε έμενα», η εσωστρέφεια, η κατάθλιψη, ότι «θα πεθάνω από αυτό», είναι αίτια που μεγαλώνουν το ποσοστό εμφάνισης του καρκίνου του μαστού (Burnard, 1998; Tshudin, 1996).

Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τις ανατολικές και αφρικανικές χώρες (π.χ. Αιθιοπία, Τουρκία) αναδεικνύουν πως υπάρχει κακή συνολική γνώση στους επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα στους

νοσηλευτές σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, την πρόληψη και τη θεραπευτική διαχείριση του. Το δεδομένο αυτό επιδεικνύει πως στις αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχει σημαντική τροχοπέδη σχετικά με την προώθηση της πρόληψης του καρκίνου του μαστού (Erbil & Bolukbas, 2014; Lemlem, 2013).

Σύμφωνα με τον Yousuf (2010) λιγότερο από το ένα τρίτο των νοσηλευτών φαίνεται πως διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις από τις προπτυχιακές τους σπουδές σχετικά με τη διαχείριση του καρκίνου του μαστού. Μελέτες στο Πακιστάν και στη Σιγκαπούρη διαπίστωσαν πως παρά τη γνώση των νοσηλευτών, η επίγνωση τους για τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού ήταν ανύπαρκτη (Noreen & Murad, 2015).

Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής μονάδας έχει στόχο την εκπλήρωση του έργου της διαφώτισης του κοινού σχετικά με την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού γιατί η καταπολέμηση των προκαταλήψεων, της ημιμάθειας γίνεται μόνο ανοίγοντας τα μάτια και όχι γυρνώντας την πλάτη σε υπαρκτό πρόβλημα που μπορεί να τύχει σε οποιαδήποτε γυναίκα. Το νοσηλευτικό προσωπικό εφαρμόζει τακτικές και τρόπους ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για να προάγει την υγεία. Άρα, ο νοσηλευτής θα λεγόταν ότι είναι δορυφόρος της υγειονομικής παιδείας (Tshudin, 1996; Burnard, 1998).

2.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη μετέπειτα έκβαση του, καθώς αυξάνει τις πιθανότητες της ίασης του. Οι κατευθυντήριες γραμμές των μεγάλων ιατρικών φορέων, όπως το National Cancer Institute και η American Cancer Society, περιλαμβάνουν τη βασική σύσταση της μαστογραφίας, η οποία παρέχει τη δυνατότητα τόσο της πρόληψης όσο και της έγκαιρης

διάγνωσης. Η μαστογραφία θα πρέπει, σύμφωνα με τις συστάσεις, να διεξάγεται συχνά σε γυναίκες 40 ετών και άνω, ενώ συστήνεται και η μηνιαία αυτο-εξέταση των μαστών μέσω της διαδικασίας της ψηλάφησης (Houfek, Waltman & Kile, 1997).

Η συμβολή των νοσηλευτών στην προώθηση της έγκαιρης διάγνωσης μπορεί να περιλαμβάνει, όπως αναφέρουν οι Houfek, Waltman & Kile (1997), την εκπαίδευση των γυναικών σχετικά με τις κατευθυντήριες γραμμές των εξετάσεων, των οφελών, των περιορισμών του προσυμπτωματικού ελέγχου και των παραγόντων κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού αλλά και την παροχή βοήθειας στις γυναίκες ώστε να μειωθούν τα εμπόδια στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Η ενθάρρυνση και η προώθηση της δημόσιας εκπαίδευσης σχετικά με τον καρκίνο του μαστού αποτελεί καθήκον και ευθύνη των νοσηλευτών, όπως και η εκπαίδευση των γυναικών στην έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων της κακοήθειας. Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομειακών μονάδων θα συνδράμει στην ενίσχυση της έγκαιρης διάγνωσης, αλλά και της έγκαιρης χρήσης των χειρουργικών και ιατρικών μεθόδων που στοχεύουν στην ανίχνευση, διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας (Lewison, 1965).

Η εκπαίδευση στη σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης και διάγνωσης μπορεί να οδηγήσει στην ευαισθητοποίηση των διαφόρων μεθόδων έγκαιρης ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού. Θα πρέπει να διεξαχθεί περισσότερη έρευνα ώστε να προσδιοριστούν οι βασικές μεταβλητές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική των νοσηλευτών στην πρώιμη και έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού. Η ενδυνάμωση των νοσηλευτών μέσω της εκπαίδευσης τους στις μεθόδους ανίχνευσης και των σχετικών πλεονεκτημάτων τους είναι απαραίτητη για την προώθηση των δεξιοτήτων τους στην εκτέλεση της εκπαίδευσης των ασθενών στην αυτο-εξέταση (Alkhasawneh et al., 2009).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο τρίτο: Μεθοδολογία

3.1 Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη του ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του ασθενή στην Ελλάδα που πάσχει από τον καρκίνο του μαστού την χρονική περίοδο Μάρτιο έως Νοέμβριο 2017.

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτελούν όλες οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και επισκέπτονται τα ελληνικά ογκολογικά νοσοκομεία, και πιο συγκεκριμένα το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο- Μαιευτήριο Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου» και το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων « Ο Άγιος Γεώργιος» και οι οποίες έχουν άμεση επαφή με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογική κλινική, τόσο αναφορικά με την πρόληψη, όσο και με τη διάγνωση και την θεραπεία του.

Επαρκή είναι τα επιστημονικά άρθρα που αναφέρουν σχετικές έρευνες πάνω στο εξεταζόμενο θέμα και αναλύουν το ζήτημα θεωρητικά αλλά και εμπειρικά. Τα άρθρα αυτά χρησιμοποιήθηκαν για την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και την διεξαγωγή της εμπειρικής έρευνας της παρούσας εργασίας.

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιο το επίπεδο γνώσεων των ασθενών ως προς τις μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου του μαστού;
- Το οικογενειακό ιστορικό των ασθενών επιδρά στο επίπεδο γνώσεων των ασθενών για την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού;
- Η αυξημένη συχνότητα εφαρμογής μεθόδων διάγνωσης του καρκίνου δρα θετικά στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου;
- Ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού;

3.3 Σχεδιασμός της μελέτης και περιγραφή ερευνητικού υλικού

Η μελέτη που θα διεξάγουμε είναι μια ποσοτική έρευνα, με εργαλείο το ερωτηματολόγιο. Για τη μελέτη των ερευνητικών υποθέσεων, κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο ύστερα από μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και στη χρήση/μελέτη παλαιότερων ερευνών.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα, μελετάται η κλινική εικόνα του ασθενούς. Το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, ο τόπος διαμονής, η κατάσταση της περιόδου, ο αριθμός παιδιών, ο τρόπος σύλληψης τους, το ιατρικό ιστορικό του οικογενειακού περιβάλλοντος για το καρκίνο του μαστού, αλλά και οι παράγοντες επίδρασης εμφάνισης του καρκίνου του μαστού καταγράφηκαν με τη βοήθεια των δέκα ερωτήσεων που κατασκευάστηκαν μέσω των πολλαπλών επιλογών και της κλίμακας Likert από Καθόλου έως Πάρα Πολύ.

Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από εννέα ερωτήσεις που μελετούν την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Οι μέθοδοι διάγνωσης και πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού, οι πηγές πληροφόρησης, η συχνότητα αυτοεξέτασης μαστού και ελέγχου μέσω της μαστογραφίας, αλλά και ο προληπτικός έλεγχος μέσω των αντίστοιχων εξετάσεων πριν και μετά την ανίχνευση όγκου μελετήθηκαν.

Η τρίτη ενότητα εξετάζει το ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Εξετάστηκαν οι απόψεις των καρκινοπαθών για το αν ο νοσηλευτής επιδρά θετικά στην ενημέρωση των ασθενών για τον καρκίνο του μαστού, εξετάζει αν ο ρόλος του νοσηλευτή είναι συμβουλευτικός προς όλους για την ενημέρωση του καρκίνου του μαστού και κατανοητός. Ακόμα, μελετούνται οι παράμετροι που χρειάζονται για να προσφέρει ο νοσηλευτής το μέγιστο στους καρκινοπαθείς ασθενείς, όπως είναι ο επαγγελματισμός, το ενδιαφέρον, η ευθύνη, η προσωπική προσπάθεια, ο προσωπικός χρόνος και η επιμόρφωση. Ακόμα, μελετάται ο βαθμός συμμετοχής των νοσηλευτών στον σωματικό πόνο, τη ψυχολογική κατάσταση, τα σεξουαλικά προβλήματα, και τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών. Έξι ερωτήσεις αποτελούν την τρίτη ενότητα και ακολουθούν την πενταβάθμια κλίμακα Likert.

3.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Το δείγμα των καρκινοπαθών γυναικών συγκεντρώθηκε με τη μέθοδο ευκολίας. Καρκινοπαθείς γυναίκες που επισκέπτονταν τα νοσοκομεία Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο- Μαιευτήριο Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου» καθώς επίσης και από το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος» της έρευνας, των οποίων τα ονόματα δεν αναφέρονται για λόγους προστασίας των δεδομένων, συμμετείχαν στην έρευνα. Οι ερευνητές συγκέντρωσαν τα δεδομένα της έρευνας εφόσον ήρθαν σε άμεση επαφή με τις γυναίκες του δείγματος. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο έως Νοέμβριο 2017.

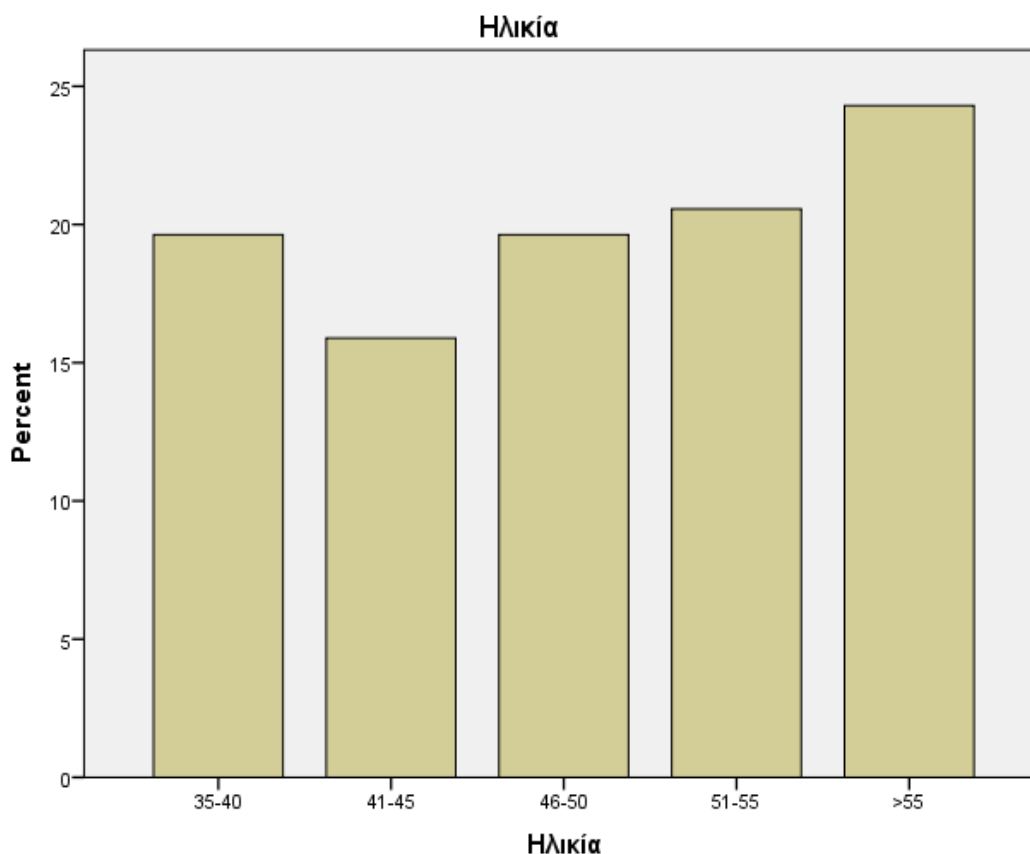
Στην έρευνα επικράτησε εχεμύθεια των δεδομένων που συλλέχτηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου που δόθηκε πρόσωπο με πρόσωπο στους συμμετέχοντες από τους εκπονητές της έρευνας. Πραγματοποιήθηκε δομημένη προσωπική συνέντευξη, με τους συμμετέχοντες στη μελέτη μας κατόπιν ενημέρωσης τους για τους σκοπούς της έρευνας και της συμφωνίας συμμετοχής τους σε αυτήν.

Διατηρήθηκε η ανωνυμία καθώς τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν μόνο για την στατιστική έρευνα και καταστράφηκαν κατόπιν της εκπόνησής της. Επιπλέον, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν με βάση τις γνώμες τους και την κρίση τους.

Η εκτιμώμενη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 15 λεπτά.

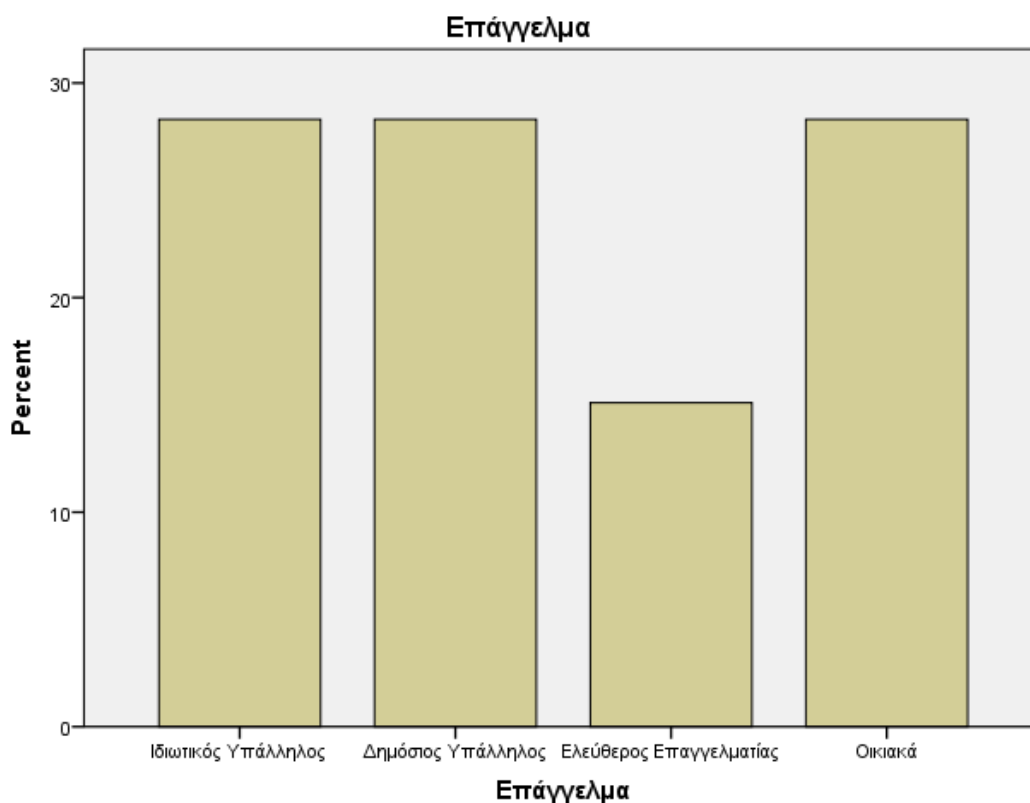
3.5 Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 107 γυναίκες, (M= 48,70, TA= 9,92), κάτοικοι της Ελλάδας, οι οποίες επισκέπτονται το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο – Μαιευτήριο Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου» ,και το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων « Ο Άγιος Γεώργιος» για πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου. Το 19,6% των γυναικών ήταν ηλικίας από 35-40 ετών, το 15,9% των γυναικών ήταν ηλικίας 41-45 ετών, το 19,6% των γυναικών ήταν ηλικίας 46-50 ετών, το 20,6% των γυναικών ήταν ηλικίας 51-55 ετών και το 24,3% των γυναικών ήταν ηλικίας >55 ετών.



Ηλικία συμμετεχόντων

Σχετικά με την επαγγελματική τους κατάσταση, το 28,3% των γυναικών δήλωναν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 28,3% των γυναικών δήλωναν δημόσιοι υπάλληλοι, το 15,1% των γυναικών δήλωναν ελεύθεροι επαγγελματίες και το 28,3% των γυναικών απασχολούνταν με τα οικιακά.



Επάγγελμα συμμετεχόντων

Το δείγμα συγκεντρώθηκε με τη μέθοδο της ευκολίας. Συγκεντρώθηκε ένα αξιόπιστο δείγμα γυναικών (107 γυναίκες) για τη μελέτη των ερευνητικών υποθέσεων της εργασίας, το οποίο συμπληρώθηκε από όσες γυναίκες επισκεπτόντουσαν τα δύο ογκολογικά νοσοκομεία (Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο – Μαιευτήριο Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου», και το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος») Κριτήριο ένταξης των γυναικών στην έρευνα είναι οι γυναίκες να είναι ηλικίας άνω των 35 ετών.

3.6 Στατιστική ανάλυση

Ύστερα από την συλλογή δεδομένων, πραγματοποιήθηκε στατιστική έρευνα και εφαρμόστηκαν οι κατάλληλες στατιστικές τεχνικές. Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με τη χρήση του SPSS. Εφαρμόστηκε περιγραφική ανάλυση για τη σκιαγράφηση του δείγματος και ανάλυση συχνοτήτων για να αποτυπώσει τις απόψεις των συμμετεχόντων για το ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

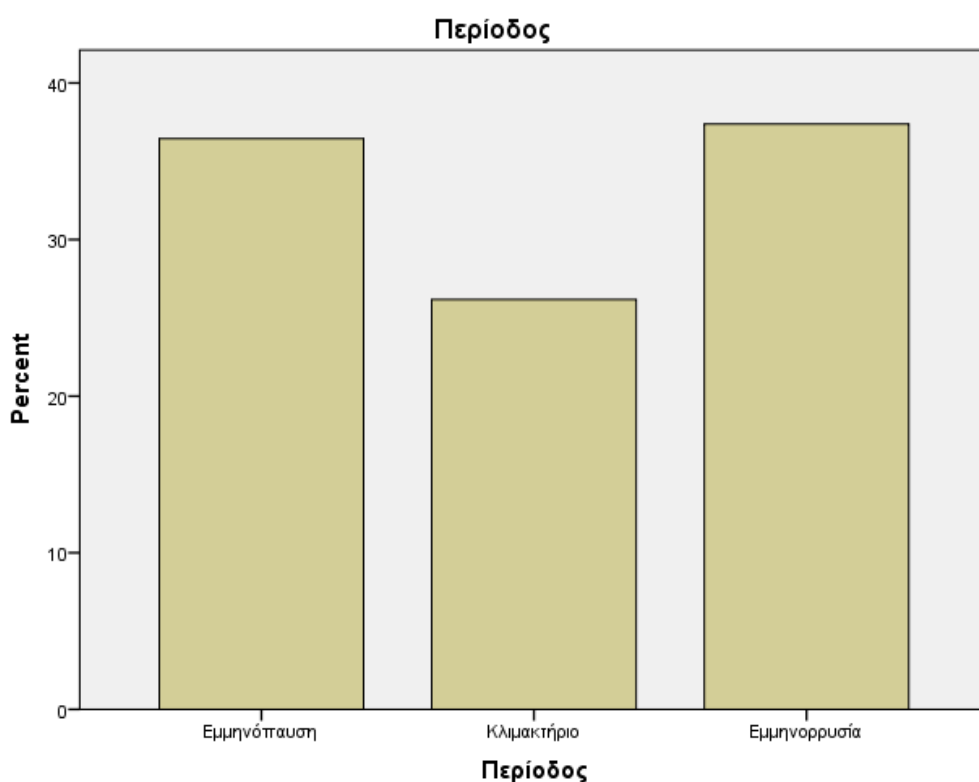
3.7 Θέματα βιοηθικής

Αξίζει να σημειωθεί ότι πραγματοποιήθηκε η ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με το σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας σημειώνοντας τη μη ύπαρξη χρηματικής απολαβής των εμπλεκομένων στην έρευνα. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και τα στοιχεία που συλλέγονται θα χρησιμοποιούνταν για ερευνητικούς σκοπούς και μόνο, καθώς και ότι δεν θα υπάρχουν απαντήσεις σωστές ή λανθασμένες, γιατί ο καθένας συμμετέχων έχει τις δικές του, προσωπικές απόψεις, στάσεις και εμπειρίες. Οι συμμετέχοντες δεν τέθηκαν σε κανένα κίνδυνο ψυχικής ή σωματικής υγείας.

Κεφάλαιο τέταρτο: Αποτελέσματα

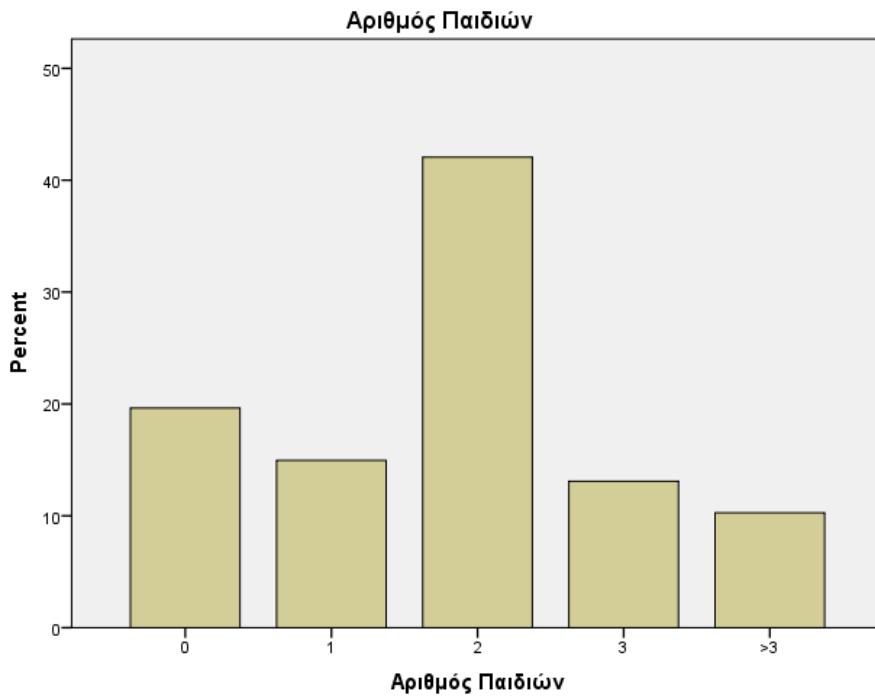
4.1 Κλινική Εικόνα Ασθενούς

Αρχικά, όσον αφορά την κατάσταση της περιόδου τους, το 36,4% των γυναικών ήταν σε περίοδο εμμηνόπαυσης, το 26,2% των γυναικών ήταν σε κλιμακτήριο και το 37,4% των γυναικών ήταν σε εμμηνορρυσία.



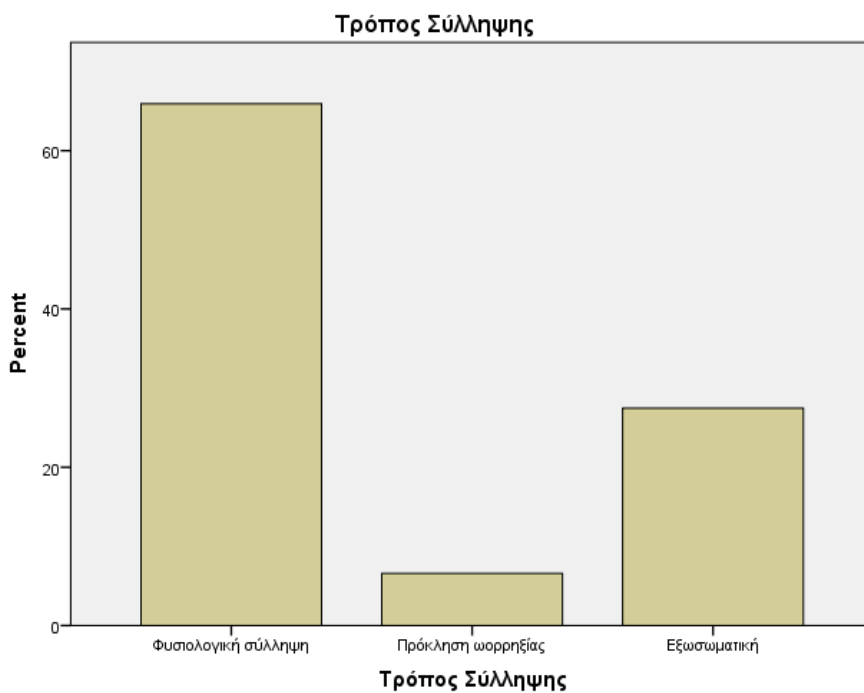
Κατάσταση περιόδου συμμετεχόντων

Κατά μέσο όρο, οι γυναίκες του δείγματος έχουν 2 παιδιά ($M=1,79$, $TA=0,56$). Το 19,6% των γυναικών δεν έχει κανένα παιδί, το 15,0% των γυναικών έχουν ένα παιδί, το 42,1% των γυναικών έχουν δύο παιδιά, το 13,1% των γυναικών έχουν τρία παιδιά και το 10,3% των γυναικών έχουν >3 παιδιά.

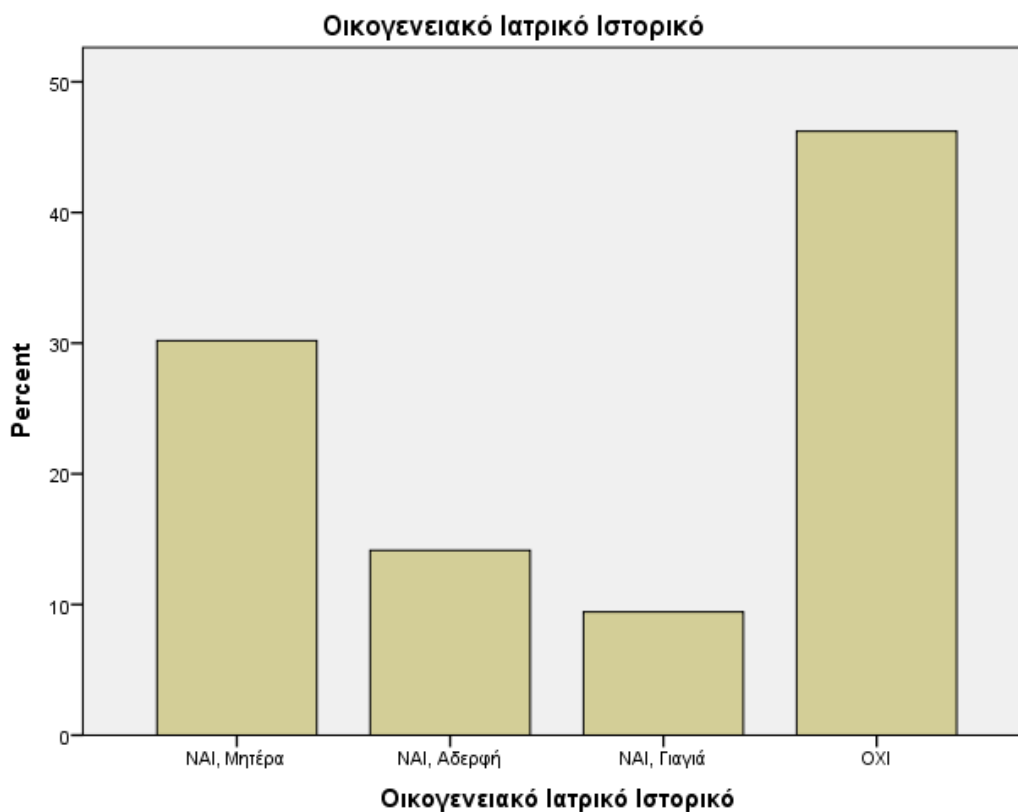


Αριθμός παιδιών συμμετεχόντων

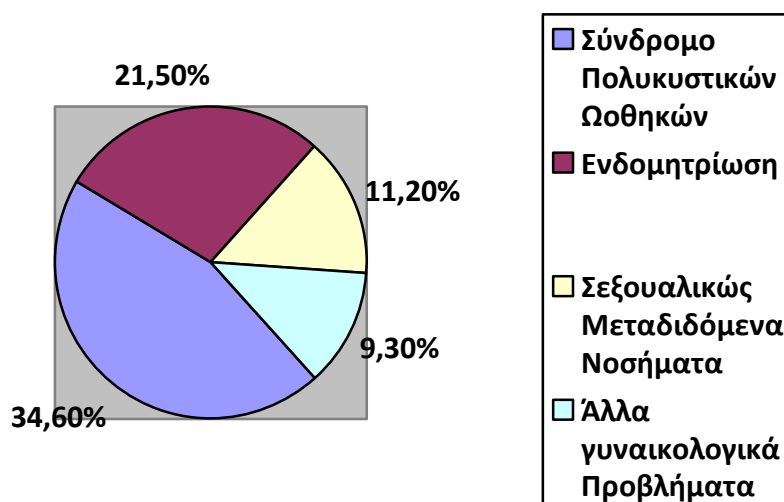
Το 65,9% των γυναικών έγιναν μητέρες με φυσιολογική σύλληψη, το 6,6% των γυναικών γνώρισαν τη μητρότητα μέσω της πρόκλησης ωορρηξίας και το 27,5% των γυναικών συνέλαβαν παιδί μέσω της εξωσωματικής.



Αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού, το 30,2% των γυναικών δήλωσε ότι οι μητέρες τους έχουν προσβληθεί από το καρκίνο του μαστού, το 14,2% των γυναικών δήλωσε ότι οι αδερφές τους πάσχουν από το καρκίνο του μαστού και το 9,4% των γυναικών ότι οι γιαγιάδες τους είχαν προσβληθεί. Ωστόσο για το 46,2% των γυναικών, κάποιο άτομο από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον δεν είχε προσβληθεί με καρκίνο του μαστού.



Όσον αφορά τις ίδιες τις γυναίκες που συμμετείχαν στο δείγμα, το 34,6% των γυναικών είχε παρουσιάσει το γυναικολογικό πρόβλημα του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών, το 21,5% των γυναικών είχε παρουσιάσει το πρόβλημα της ενδομητρίωσης, το 11,2% των γυναικών έπασχε από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το 9,3% των γυναικών έπασχε από άλλα γυναικολογικά προβλήματα.



4.1.1 Παράγοντες Εμφάνισης Καρκίνου του Μαστού

Διαφορετικοί παράγοντες επιδρούν στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με τις απόψεις των γυναικών του δείγματος, άλλοι παράγοντες μπορεί να μην επιδρούν καθόλου και άλλοι πάρα πολύ. Συνεπώς, η ηλικία επιδρά ελάχιστα στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού ($M=2,12$, $TA= 1,08$), όπως και το αλκοόλ ($M=1,93$, $TA= 1,10$) και το σωματικό βάρος ($M=2,28$, $TA= 1,13$).

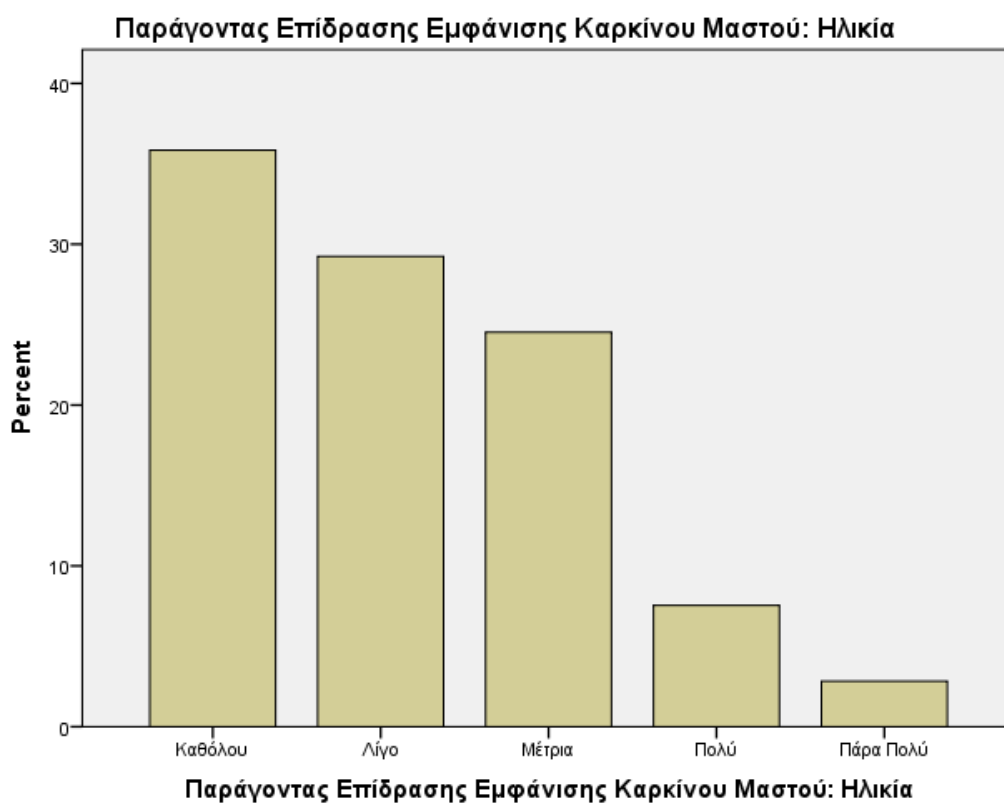
Το κάπνισμα επιδρά μέτρια στην υγεία ($M=2,61$, $TA= 1,26$) και το άγχος επιδρά πολύ στην υγεία των ασθενών σύμφωνα με τις απόψεις τους ($M=3,62$, $TA= 1,36$).

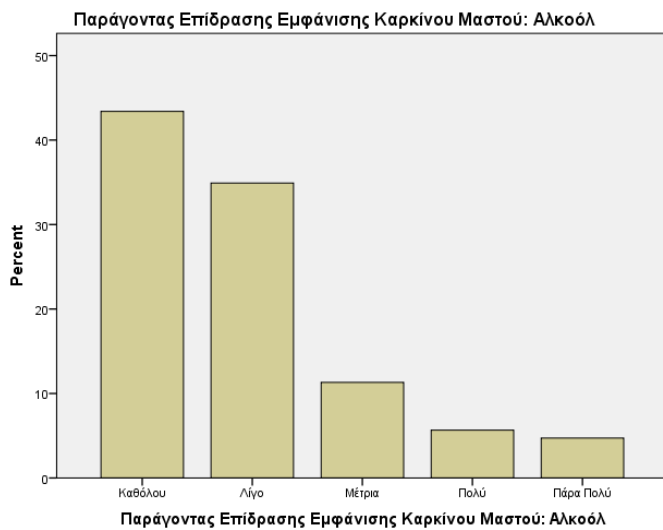
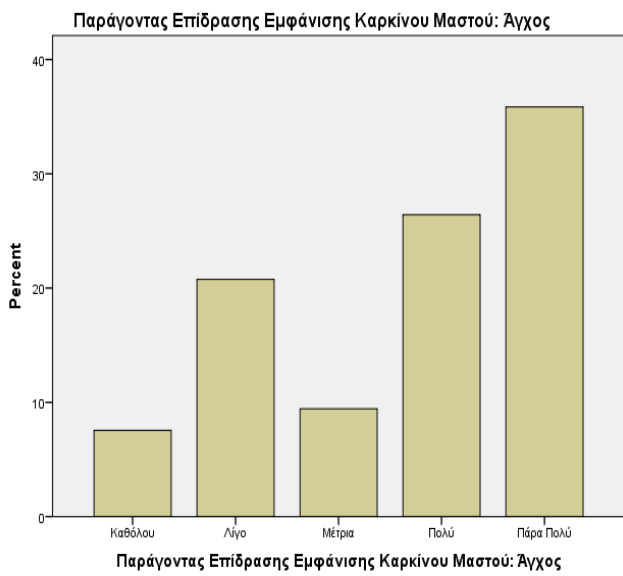
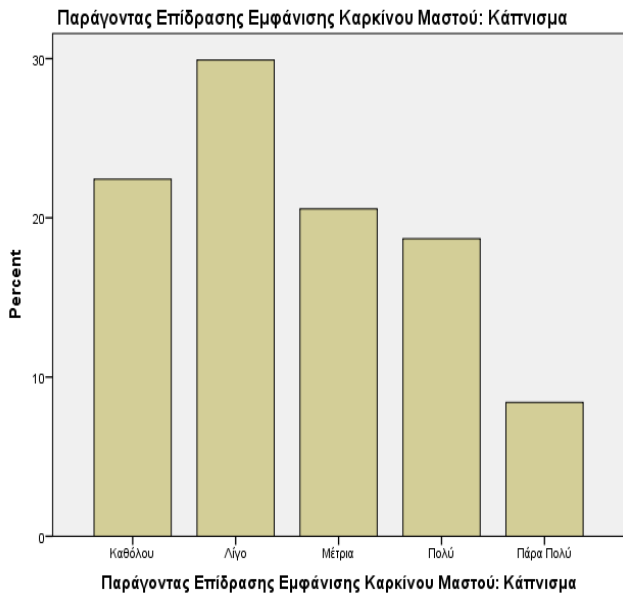
Η διατροφή ($M=2,48$, $TA= 1,00$) και το αυξημένο σωματικό βάρος επιδρούν ελάχιστα στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού ($M= 2,28$, $TA= 1,13$).

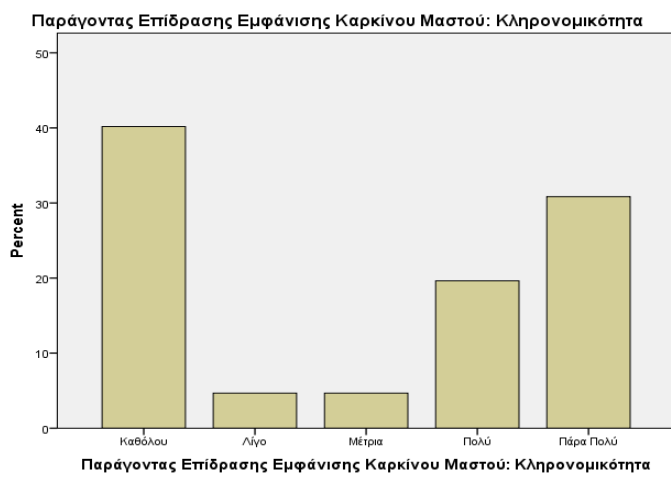
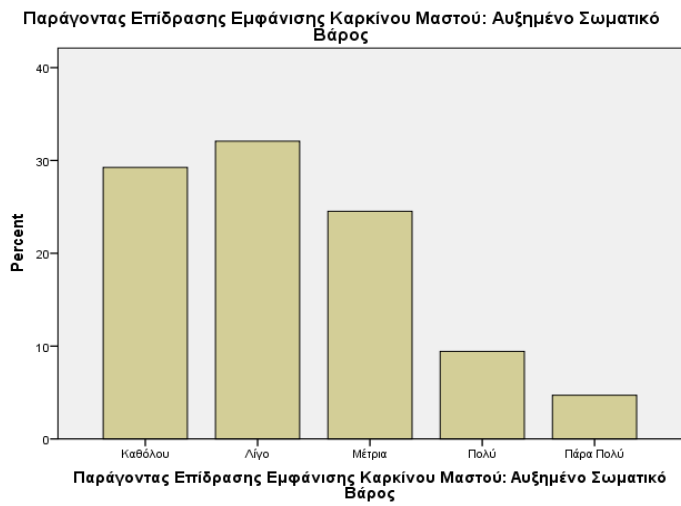
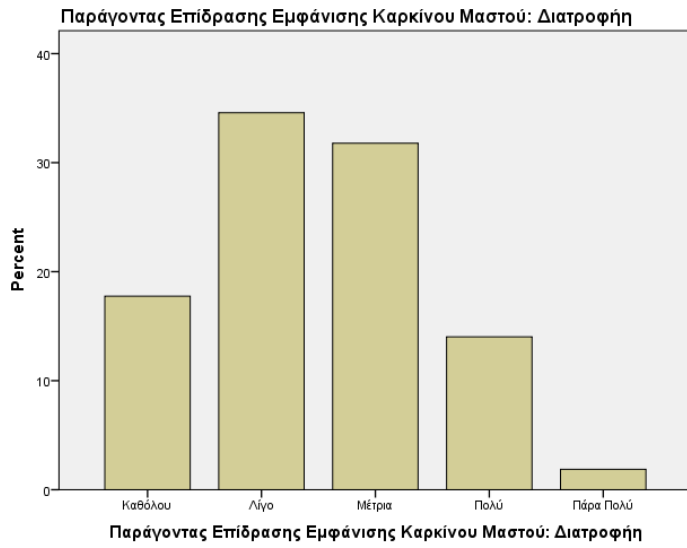
Η κληρονομικότητα και η ακτινοβολία/ραδιενέργεια επιδρούν μέτρια ($M= 2,96$, $TA= 1,76$) και ελάχιστα ($M=1,99$, $TA=1,22$) αντιστοίχως στην κατάσταση υγείας των καρκινοπαθών, όπως και η ατεκνία ($M=1,68$, $TA= 1,43$).

Η καλοήθης πάθηση στο μαστό (M= 2,37, TA= 1,30) και η πρώιμη εμμηνόρρηξη ή/και καθυστερημένη εμμηνόπαυση (M= 1,91, TA= 1,09) επιδρούν ελάχιστα επίσης.

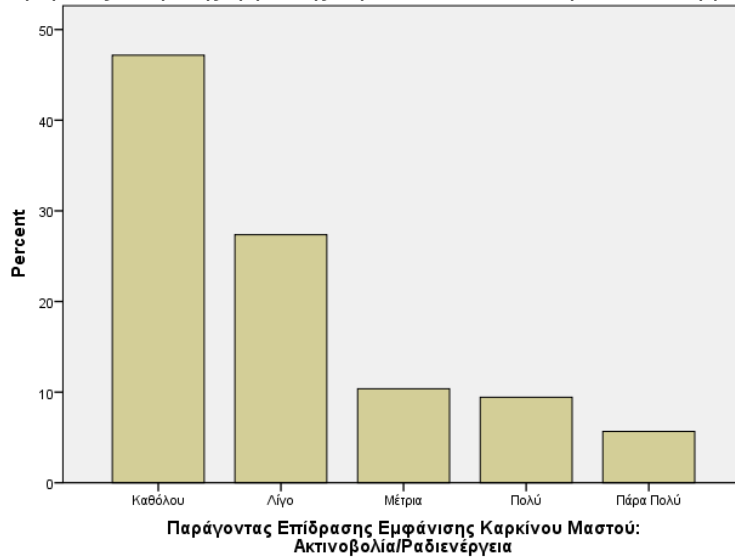
Τα αντισυλληπτικά (M=1,85, TA= 1,16) και η θεραπεία της ορμονικής υποκατάστασης επιδρούν ελάχιστα στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού (M= 2,18, TA= 1,31).



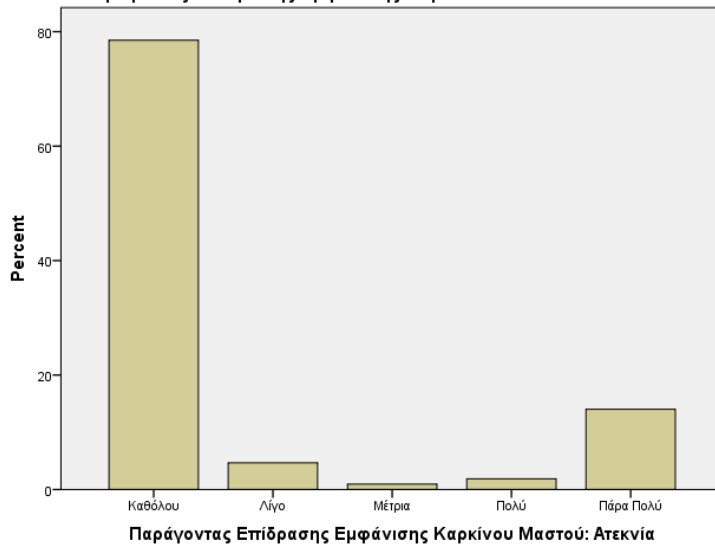




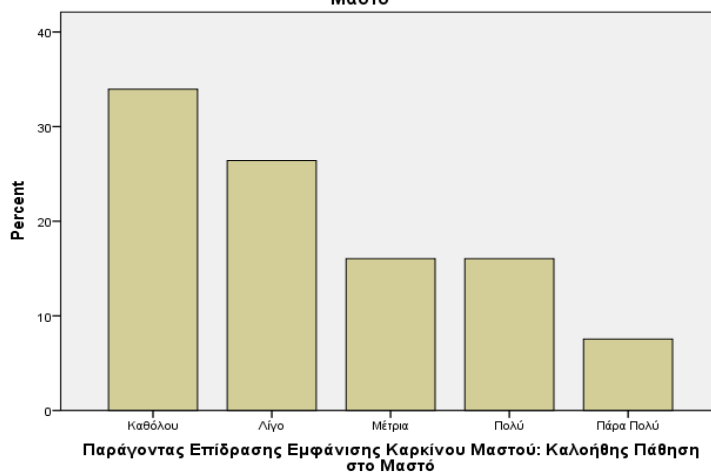
Παράγοντας Επίδρασης Εμφάνισης Καρκίνου Μαστού: Ακτινοβολία/Ραδιενέργεια



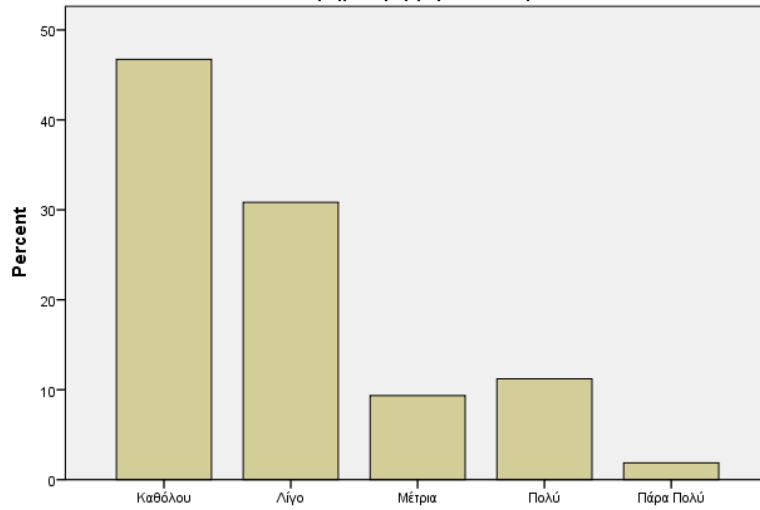
Παράγοντας Επίδρασης Εμφάνισης Καρκίνου Μαστού: Ατεκνία



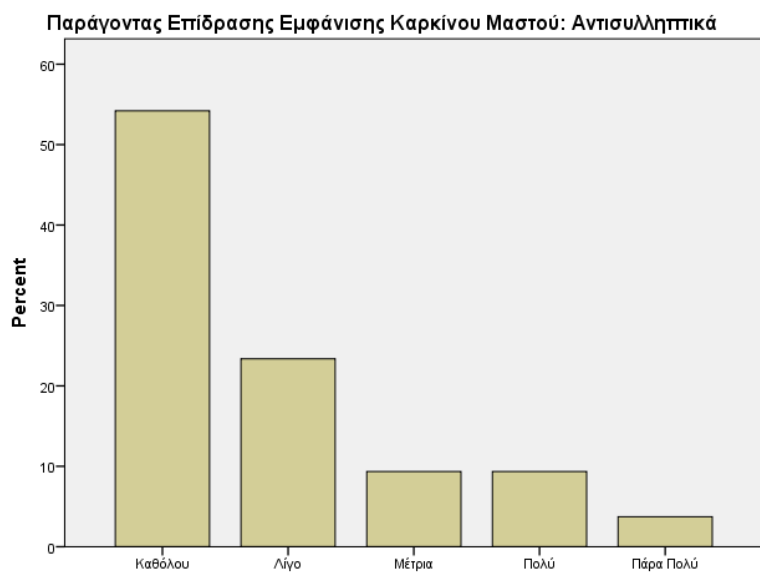
Παράγοντας Επίδρασης Εμφάνισης Καρκίνου Μαστού: Καλοήθης Πάθηση στο Μαστό



Παράγοντας Επίδρασης Εμφάνισης Καρκίνου Μαστού: Πρώιμη εμμηνάρχη ή/και καθυστερημένη εμμηνόπαυση

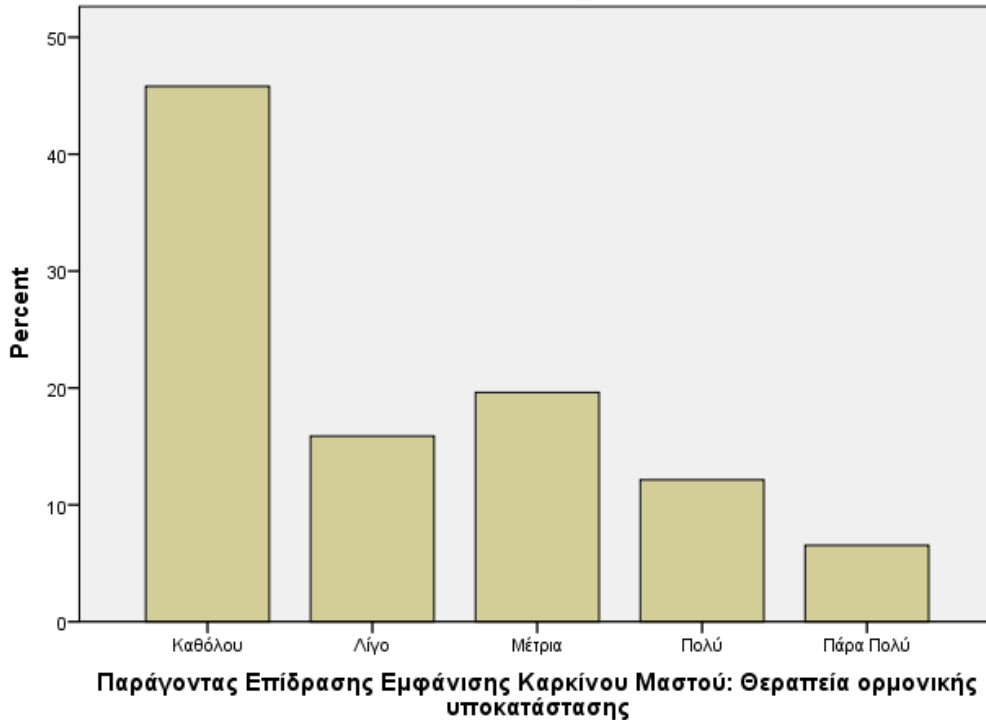


Παράγοντας Επίδρασης Εμφάνισης Καρκίνου Μαστού: Πρώιμη εμμηνάρχη ή/και καθυστερημένη εμμηνόπαυση



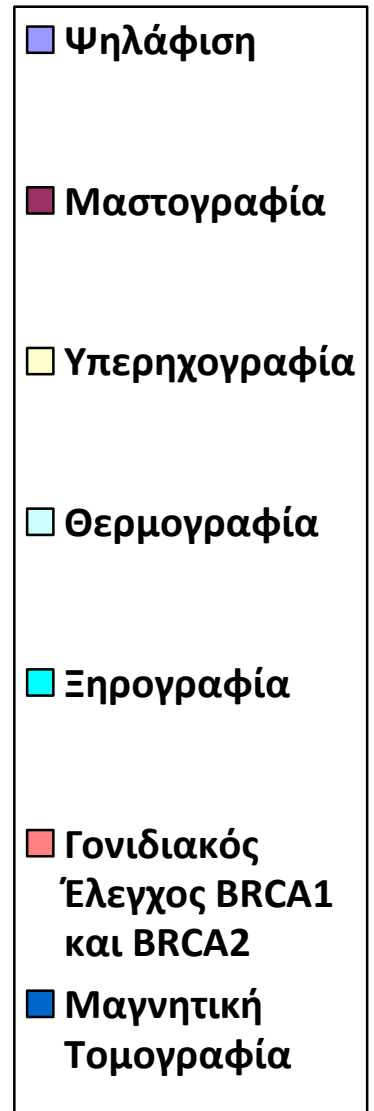
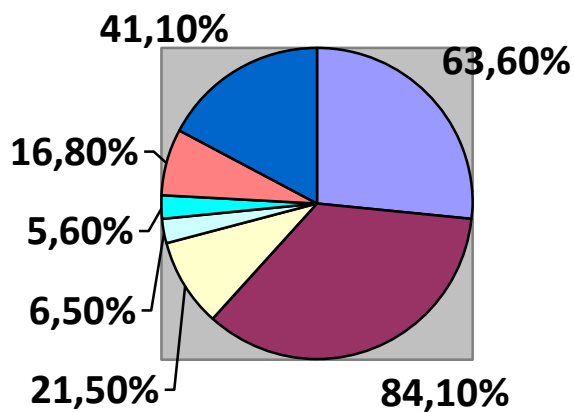
Παράγοντας Επίδρασης Εμφάνισης Καρκίνου Μαστού: Αντισυλληπτικά

Παράγοντας Επίδρασης Εμφάνισης Καρκίνου Μαστού: Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης



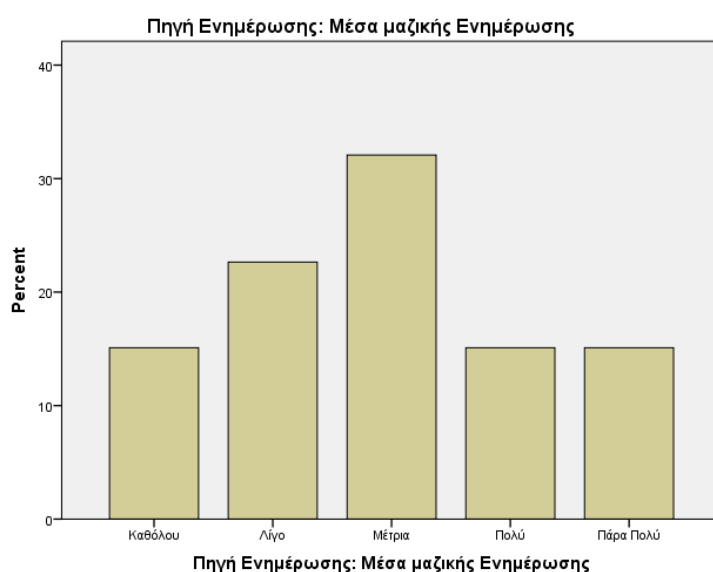
4.2 Έγκαιρη Διάγνωση & Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού

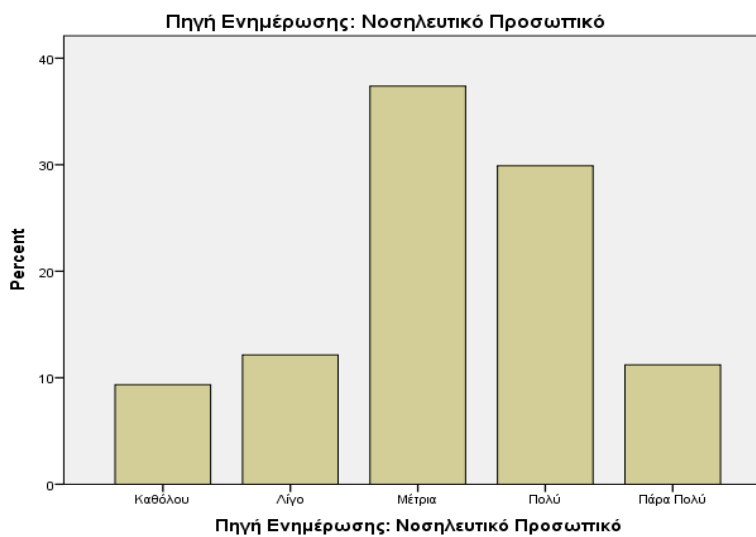
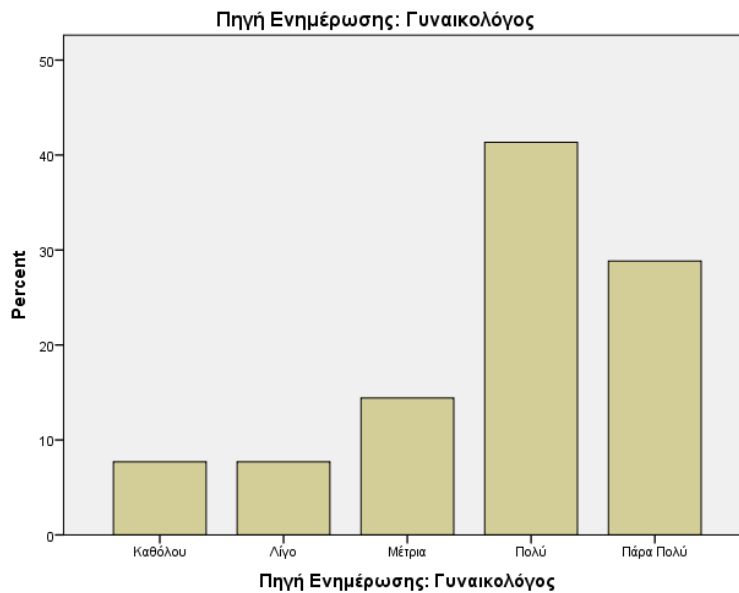
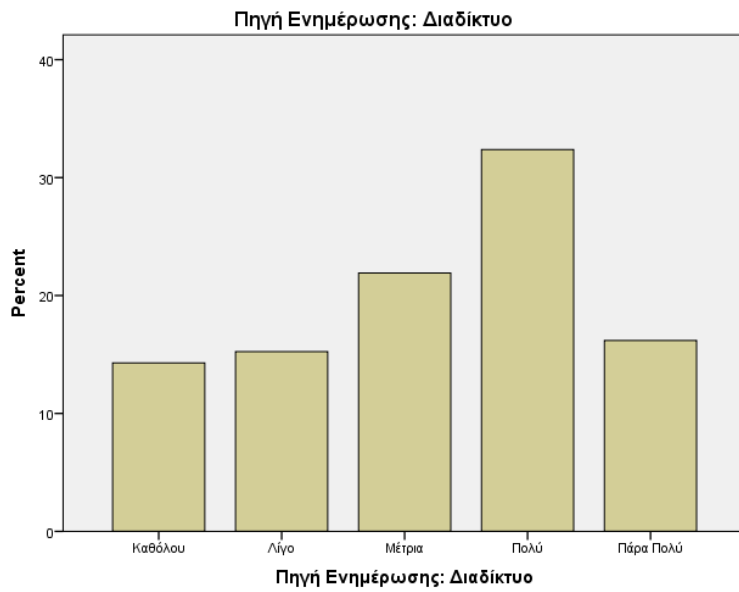
Ποικίλες μέθοδοι έγκαιρη διάγνωσης για το καρκίνο του μαστού εφαρμόζονται για την ανίχνευσή του. Το 63,6% των γυναικών του δείγματος χρησιμοποίησαν τη ψηλάφηση μαστού για την ανίχνευση του καρκίνου. Το 84,1% των γυναικών γνώριζαν και εφάρμοσαν τη μαστογραφία για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού. Το 21,5% των γυναικών έκαναν χρήση της υπερηχογραφίας και το 6,5% των γυναικών έκαναν χρήση της θερμογραφίας. Το 5,6% των γυναικών εφάρμοσαν τη ξηρογραφία για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού και το 16,8% των γυναικών ανίχνευσαν το καρκίνο του μαστού μέσω του γονιδιακού ελέγχου BRCA1 και BRCA2. Το 41,1% των γυναικών ανίχνευσαν το καρκίνο του μαστού με τη μαγνητική τομογραφία.

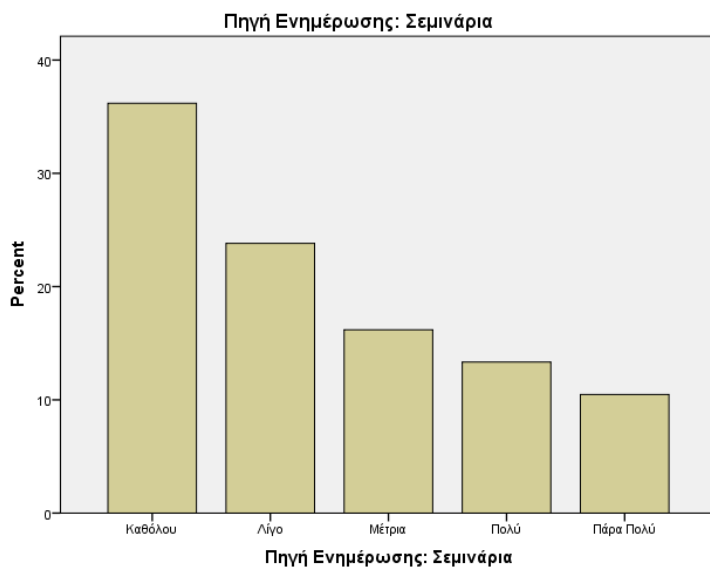


Για τις παραπάνω μεθόδους, το 81,3% των γυναικών ενημερώθηκαν από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, το 84,9% ενημερώθηκαν από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το 85,7% των γυναικών ενημερώθηκε μέσω του διαδικτύου, το 92,3% των γυναικών ενημερώθηκε μέσω του γυναικολόγου και το 90,7% των γυναικών μέσω του νοσηλευτικού προσωπικού και το 63,8% των γυναικών μέσω των σεμιναρίων.

Κατά μέσο όρο, οι γυναίκες ενημερώθηκαν μέτρια μέσω του οικογενειακού περιβάλλοντος (M= 2,98, TA= 1,29) και των μέσων μαζικής ενημέρωσης (M=2,92, TA= 1,26). Το διαδίκτυο (M= 3,21, TA= 1,29) και τα σεμινάρια ενημέρωσαν (M= 2,38, TA= 1,37) τις γυναίκες του δείγματος μέτρια και ελάχιστα αντιστοίχως. Σημαντικό ρόλο στην ενημέρωσή τους για το καρκίνο του μαστού έπαιξε τόσο η πληροφόρηση από τους γυναικολόγους (M= 3,76, TA= 1,18), όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό (M=3,21, TA=1,10).



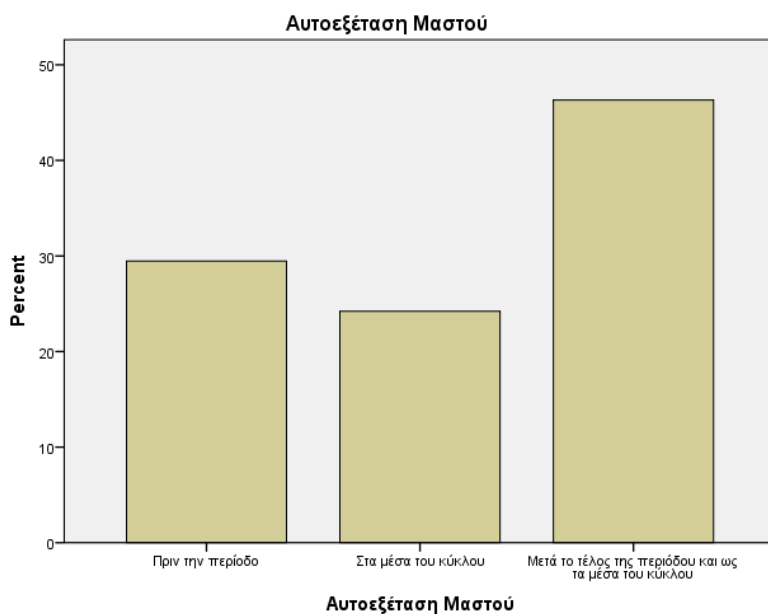




Σχετικά με το πόσο συχνά οι γυναίκες του δείγματος έκαναν αυτοεξέταση πριν υποβληθούν σε μαστεκτομή, το 8,2% των γυναικών έκαναν πολύ συχνά αυτοεξέταση, το 49,2% των γυναικών έκαναν συχνά αυτοεξέταση μαστού και το 36,1% των γυναικών έκαναν σπάνια αυτοεξέταση. Όμως, το 6,5% των γυναικών δεν έκαναν ποτέ αυτοεξέταση μαστού πριν υποβληθούν σε μαστεκτομή. Κατά μέσο όρο, οι γυναίκες έκαναν συχνά αυτοεξέταση μαστού πριν υποβληθούν σε μαστεκτομή ($M= 2,41$, $TA= ,74$).



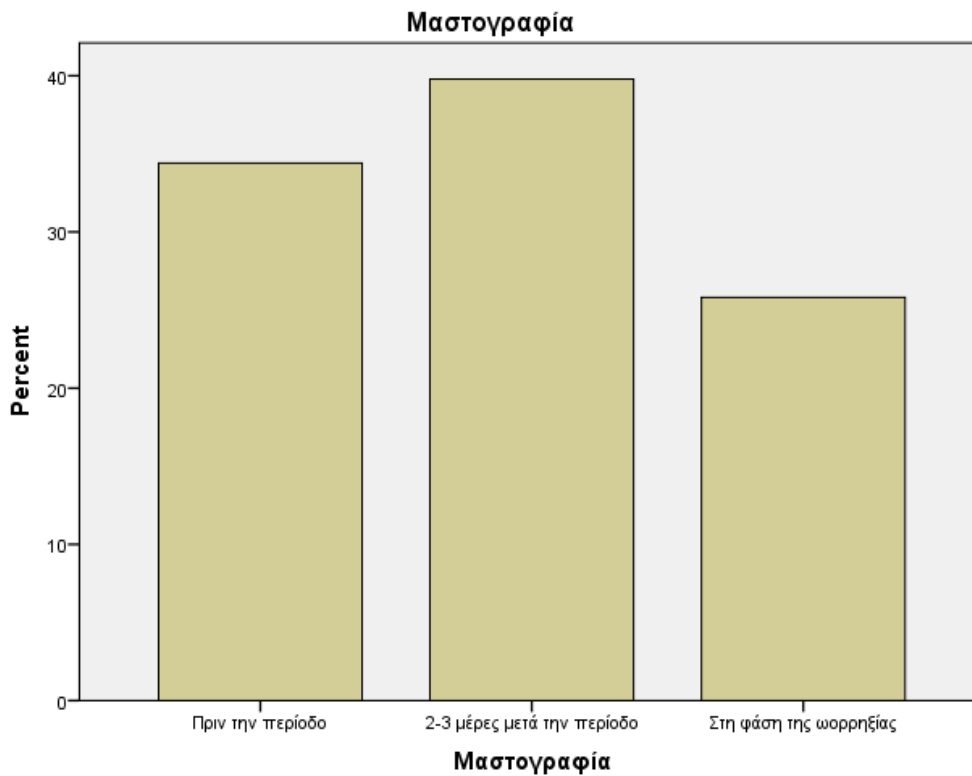
Η αυτοεξέταση μαστού γίνεται από το 29,5% των γυναικών πριν την περίοδο. Το 24,2% των γυναικών κάνουν αυτοεξέταση μαστού στα μέσα του κύκλου και το 46,3% των γυναικών κάνουν αυτοεξέταση μαστού μετά το τέλος της περιόδου και ως τα μέσα του κύκλου.



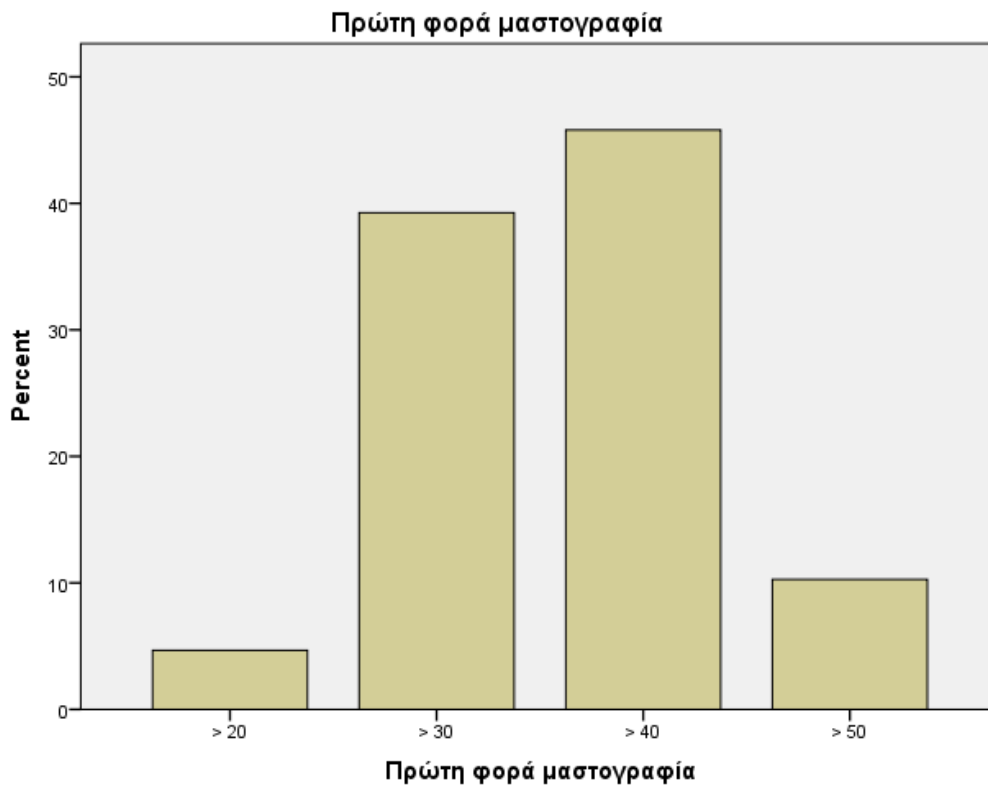
Εκτός της αυτοεξέτασης μαστού, η μαστογραφία βοηθά στην ανίχνευση μαστού. Το 13,3% των γυναικών έκαναν μαστογραφία πριν την ανίχνευση όγκου περισσότερο από δύο χρόνια. Το 27,6% των γυναικών έκαναν μαστογραφία κάθε 1-2 χρόνια, και το 46,7% των γυναικών έκαναν κάθε χρόνο. Αντιθέτως, το 12,4% των γυναικών δεν έκαναν καθόλου μαστογραφία για την ανίχνευση όγκου.



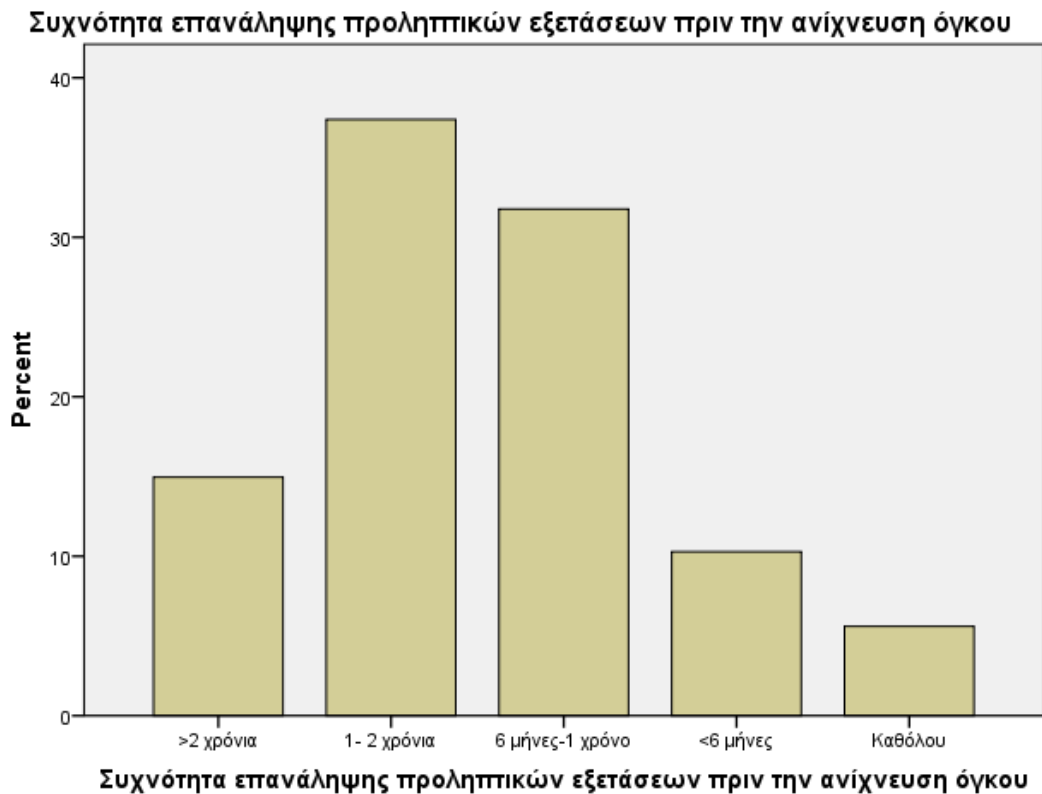
Η μαστογραφία γίνεται από το 34,4% των γυναικών πριν την περίοδο. Το 39,8% των γυναικών έκαναν μαστογραφία 2-3 μέρες μετά την περίοδο και το 25,8% των γυναικών έκαναν μαστογραφία στη φάση της ωορρηξίας.



Το 4,7% των γυναικών έκαναν πρώτη φορά μαστογραφία στην ηλικία >20 ετών, το 39,3% των γυναικών έκαναν πρώτη φορά μαστογραφία στην ηλικία >30 ετών, το 45,8% των γυναικών έκαναν πρώτη φορά μαστογραφία στην ηλικία >40 ετών και το 10,3% των γυναικών έκαναν πρώτη φορά μαστογραφία στην ηλικία >50 ετών.



Το 15,8% των γυναικών του δείγματος επιπλέον δήλωσαν ότι επαναλάμβαναν προληπτικά ιατρικές εξετάσεις πριν την ανίχνευση όγκου σε συχνότητα περισσότερο από δύο χρόνια, το 37,4% των γυναικών επαναλάμβαναν προληπτικά ιατρικές εξετάσεις πριν την ανίχνευση όγκου κάθε ένα με δύο χρόνια, το 31,8% των γυναικών επαναλάμβαναν εξετάσεις κάθε έξι μήνες με ένα χρόνο, το 10,3% των γυναικών επαναλάμβαναν εξετάσεις σε διάστημα λιγότερο έξι μηνών, αλλά το 5,6% των γυναικών δεν είχαν υποβληθεί ποτέ προληπτικά σε ιατρικές εξετάσεις πριν την ανίχνευση όγκου.



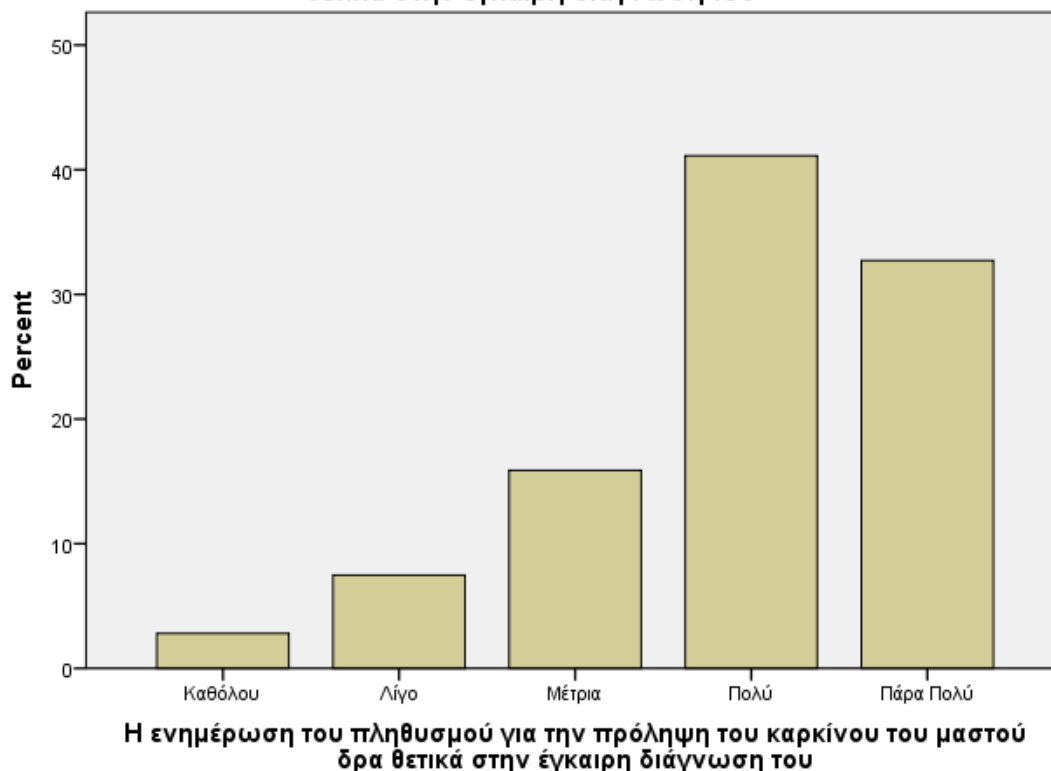
Ακόμα, το 5,6% των γυναικών του δείγματος επιπλέον δήλωσαν ότι επαναλάμβαναν προληπτικά ιατρικές εξετάσεις μετά την ανίχνευση όγκου σε συχνότητα περισσότερο από δύο χρόνια, το 7,5% των γυναικών επαναλάμβαναν προληπτικά ιατρικές εξετάσεις μετά την ανίχνευση όγκου κάθε ένα με δύο χρόνια, το 32,7% των γυναικών επαναλάμβαναν εξετάσεις κάθε έξι μήνες με ένα χρόνο, το 54,2% των γυναικών επαναλάμβαναν εξετάσεις σε διάστημα λιγότερο έξι μηνών, αλλά καμία από τις γυναίκες δεν είχε υποβληθεί ποτέ προληπτικά σε ιατρικές εξετάσεις μετά την ανίχνευση όγκου.



4.3 Ο ρόλος του Νοσηλευτή

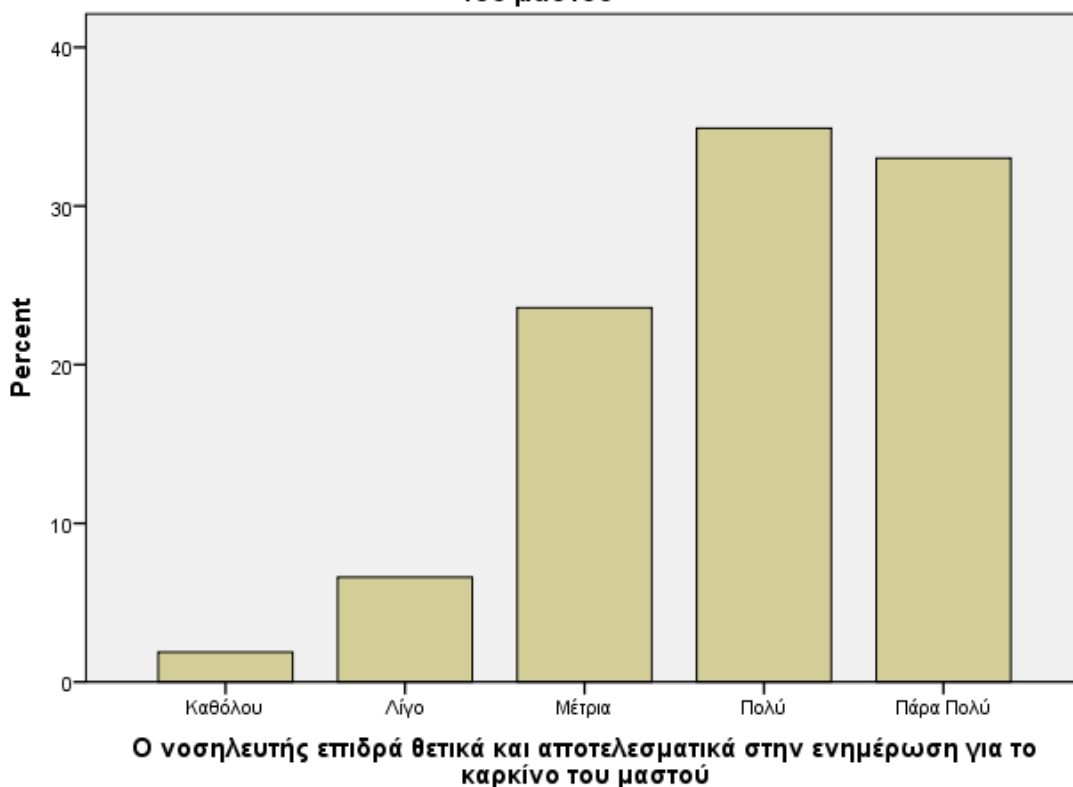
Σχετικά με την ενημέρωση του πληθυσμού για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, το 32,7% των γυναικών πιστεύουν πως η ενημέρωση δρα πάρα πολύ θετικά στην έγκαιρη διάγνωσή του, το 41,1% των γυναικών πιστεύει ότι δρα πολύ θετικά και το 15,9% των γυναικών δρα μέτρια θετικά στην έγκαιρη διάγνωσή του. Το 7,5% των γυναικών πιστεύουν πως η ενημέρωση του πληθυσμού για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού δρα λίγο θετικά στην έγκαιρη διάγνωσή του. Μόνο το 2,8% των γυναικών δε πιστεύει καθόλου στο ρόλο της ενημέρωσης για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Η ενημέρωση του πληθυσμού για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού δρα θετικά στην έγκαιρη διάγνωση του



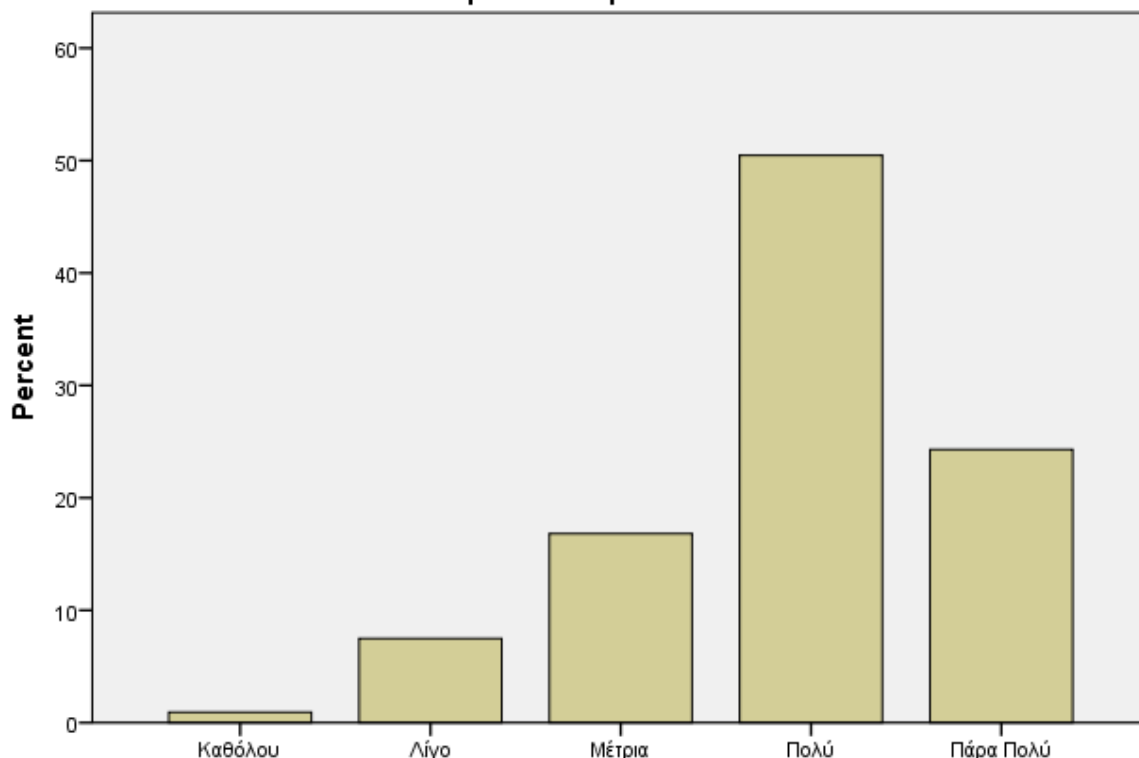
Ο ρόλος του νοσηλευτή επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην θετική και αποτελεσματική ενημέρωση των γυναικών για το καρκίνο του μαστού. Το 33,3% των γυναικών πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής επιδρά πάρα πολύ θετικά και αποτελεσματικά στην ενημέρωσή τους για τον καρκίνο του μαστού, το 34,9% των γυναικών πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής επιδρά πολύ θετικά και αποτελεσματικά, το 23,6% των γυναικών πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής επιδρά μέτρια θετικά και αποτελεσματικά και το 6,6% των γυναικών πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής επιδρά λίγο θετικά και αποτελεσματικά. Όμως το 1,9% των γυναικών πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής δεν επιδρά καθόλου θετικά και αποτελεσματικά στην ενημέρωση των γυναικών για το καρκίνο του μαστού.

Ο νοσηλευτής επιδρά θετικά και αποτελεσματικά στην ενημέρωση για το καρκίνο του μαστού



Ο νοσηλευτής επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στις συμβουλές που δίνει για το καρκίνο του μαστού. Το 24,3% των γυναικών πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής είναι πάρα πολύ συμβουλευτικός στην ενημέρωσή τους για τον καρκίνο του μαστού, το 50,5% των γυναικών πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής είναι πολύ συμβουλευτικός, το 16,8% των γυναικών πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής είναι μέτρια συμβουλευτικός και το 7,5% των γυναικών πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής είναι ελάχιστα συμβουλευτικός. Όμως το 0,9% των γυναικών πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής δεν επιδρά καθόλου συμβουλευτικά στην ενημέρωση των γυναικών για το καρκίνο του μαστού.

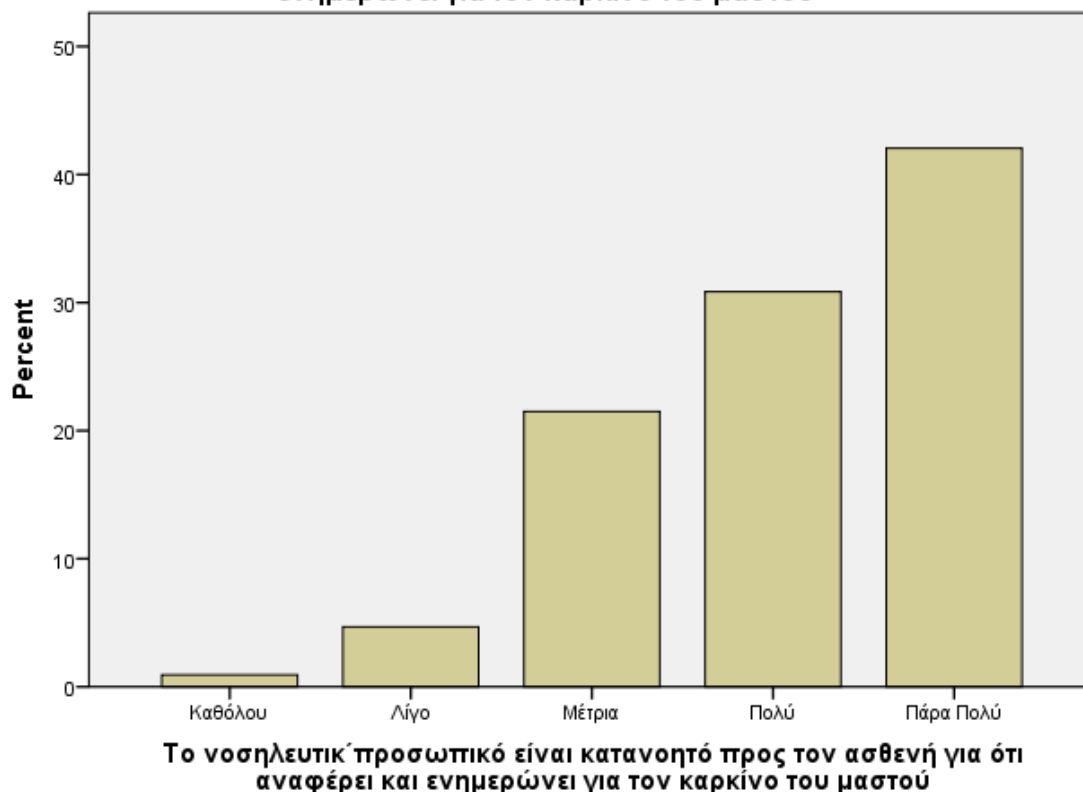
Ο νοσηλευτής είναι συμβουλευτικός προς τον ασθενή στην ενημέρωση για το καρκίνο του μαστού



Ο νοσηλευτής είναι συμβουλευτικός προς τον ασθενή στην ενημέρωση για το καρκίνο του μαστού

Οι συμβουλές που δίδονται από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι κατανοητές σύμφωνα με το 42,1% των γυναικών., είναι πολύ κατανοητές σύμφωνα με το 30,8% των γυναικών, μέτρια κατανοητές σύμφωνα με το 21,5% των γυναικών και ελάχιστα κατανοητές σύμφωνα με το 4,7% των γυναικών. Ενώ το 0,9% των γυναικών πιστεύουν ότι δεν είναι καθόλου κατανοητές

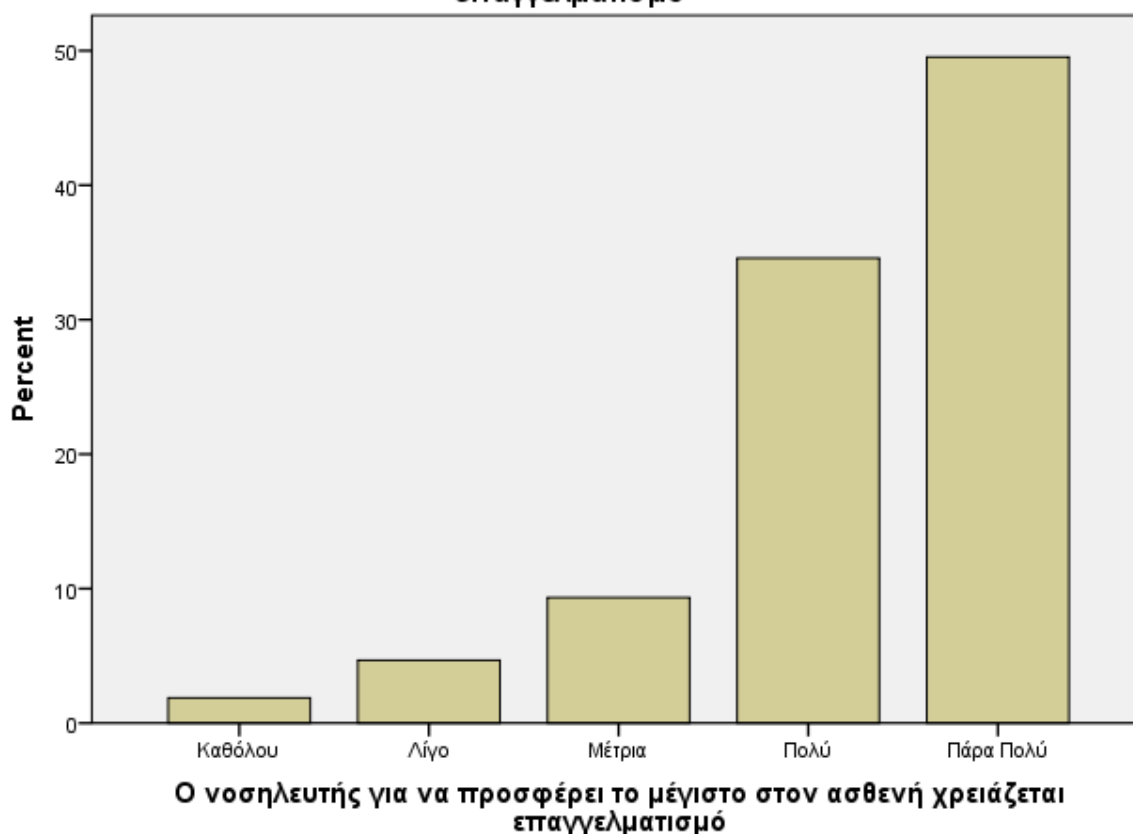
Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι κατανοητό προς τον ασθενή για ότι αναφέρει και ενημερώνει για τον καρκίνο του μαστού



Οι παράμετροι για να είναι όμως ένα νοσηλεύτης συμβουλευτικός και αποτελεσματικός στην ενημέρωση του ασθενή για το καρκίνο του μαστού είναι ο επαγγελματισμός του, το ενδιαφέρον, η ευθύνη, η προσωπική προσπάθεια, ο προσωπικός χρόνος και η επιμόρφωση.

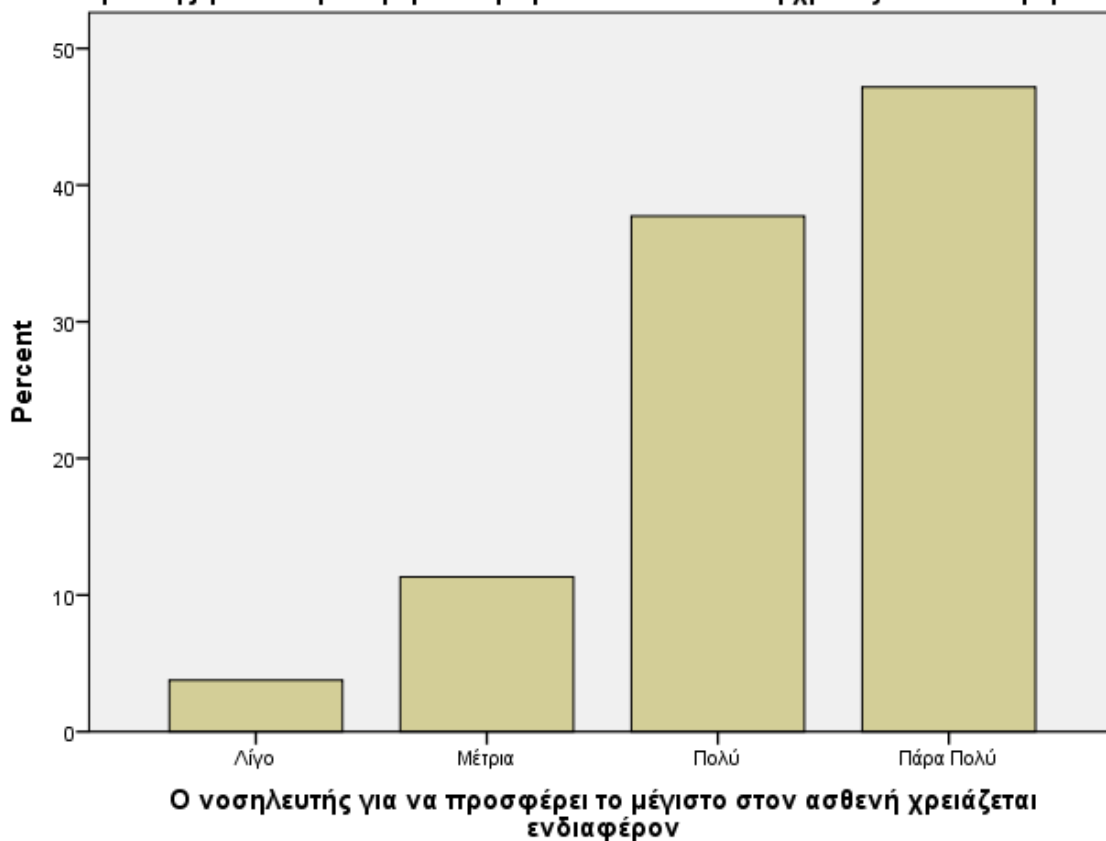
Το 49,5% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλεύτης για να προσφέρει το μέγιστο στους καρκινοπαθείς ασθενείς χρειάζεται πάρα πολύ επαγγελματισμός, το 34,6% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται πολύ επαγγελματισμός, το 9,3% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται μέτρια επαγγελματισμός και το 4,7% των γυναικών πιστεύουν ότι οι νοσηλεύτες χρειάζονται ελάχιστα επαγγελματισμό. Καθόλου επαγγελματισμός δεν απαιτείται από τους νοσηλεύτες σύμφωνα με το 1,9% των γυναικών.

Ο νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στον ασθενή χρειάζεται επαγγελματισμό



Το 47,2% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στους καρκινοπαθείς ασθενείς χρειάζεται πάρα πολύ ενδιαφέρον, το 37,7% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται πολύ ενδιαφέρον, το 11,3% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται μέτρια ενδιαφέρον και το 3,8% των γυναικών πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές χρειάζονται ελάχιστα ενδιαφέρον.

Ο νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στον ασθενή χρειάζεται ενδιαφέρον

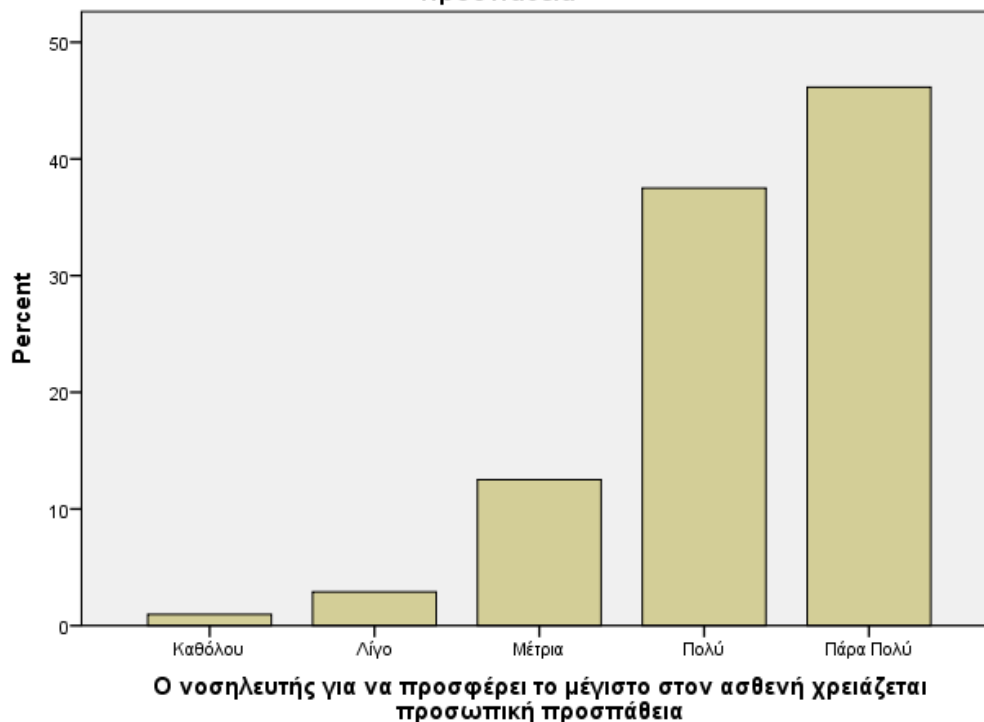


Το 49,5% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στους καρκινοπαθείς ασθενείς χρειάζεται πάρα πολύ ευθύνη, το 30,8% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται πολύ ευθύνη, το 13,1% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται μέτρια ευθύνη και το 4,7% των γυναικών πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές χρειάζονται ελάχιστα ευθύνη. Καθόλου ευθύνη δεν απαιτείται από τους νοσηλευτές σύμφωνα με το 1,9% των γυναικών.



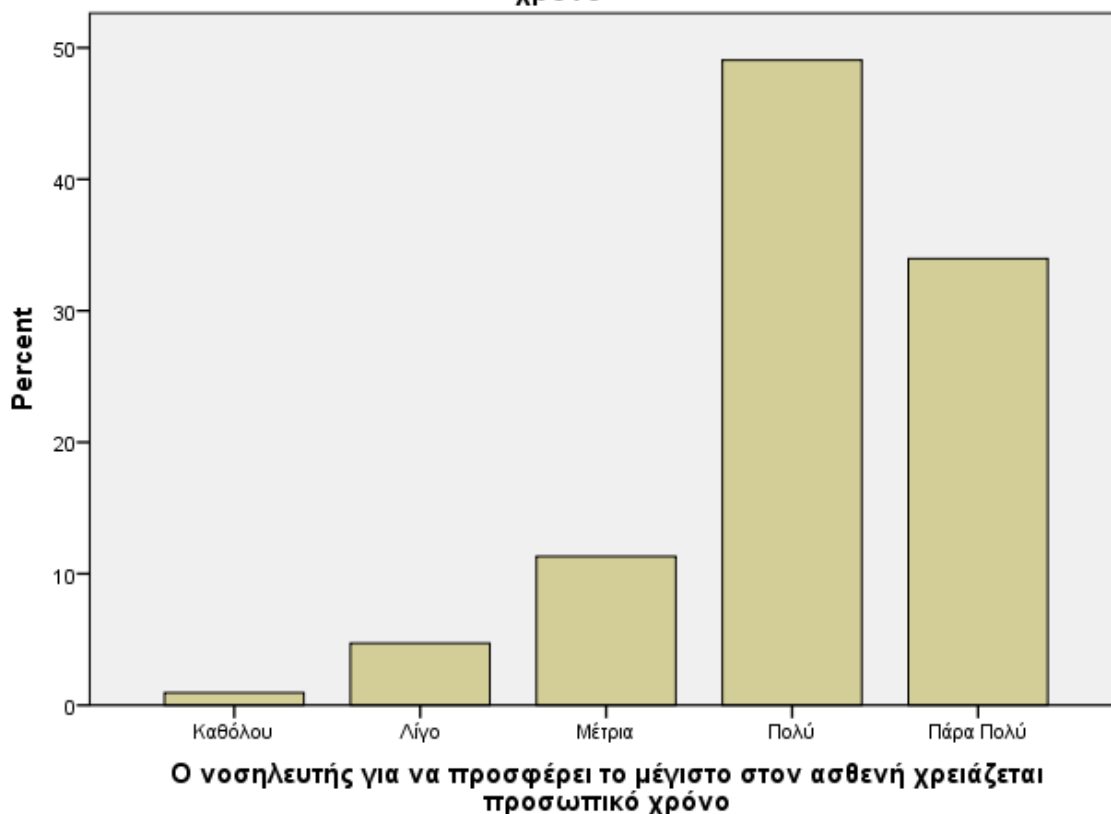
Το 46,2% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στους καρκινοπαθείς ασθενείς χρειάζεται πάρα πολύ προσωπική προσπάθεια, το 37,5% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται πολύ προσωπική προσπάθεια, το 12,5% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται μέτρια προσωπική προσπάθεια και το 2,9% των γυναικών πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές χρειάζονται ελάχιστα προσωπική προσπάθεια. Καθόλου προσωπική προσπάθεια δεν απαιτείται από τους νοσηλευτές σύμφωνα με το 1,0% των γυναικών.

Ο νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στον ασθενή χρειάζεται προσωπική προσπάθεια



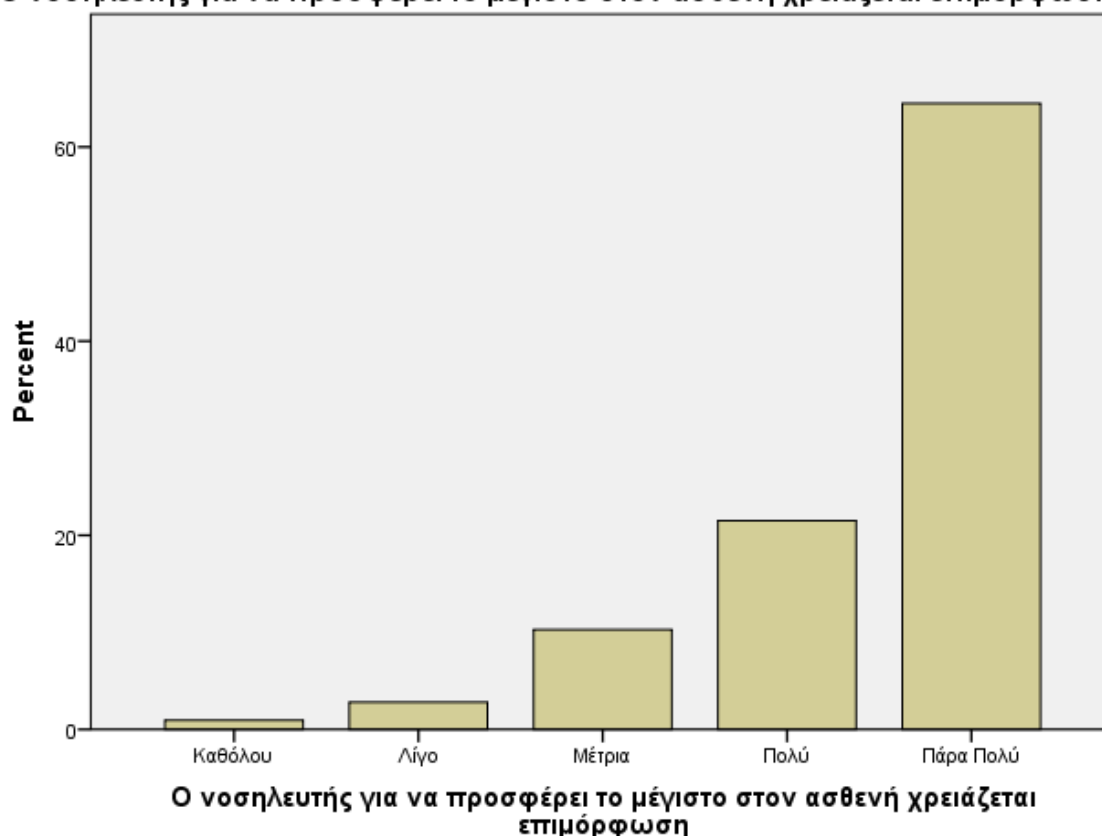
Το 34,0% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στους καρκινοπαθείς ασθενείς χρειάζεται πάρα πολύ προσωπικό χρόνο, το 49,1% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται πολύ προσωπικό χρόνο, το 11,3% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται μέτρια προσωπικό χρόνο και το 4,7% των γυναικών πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές χρειάζονται ελάχιστα προσωπικό χρόνο. Καθόλου προσωπικός χρόνος δεν απαιτείται από τους νοσηλευτές σύμφωνα με το 0,9% των γυναικών.

Ο νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στον ασθενή χρειάζεται προσωπικό χρόνο



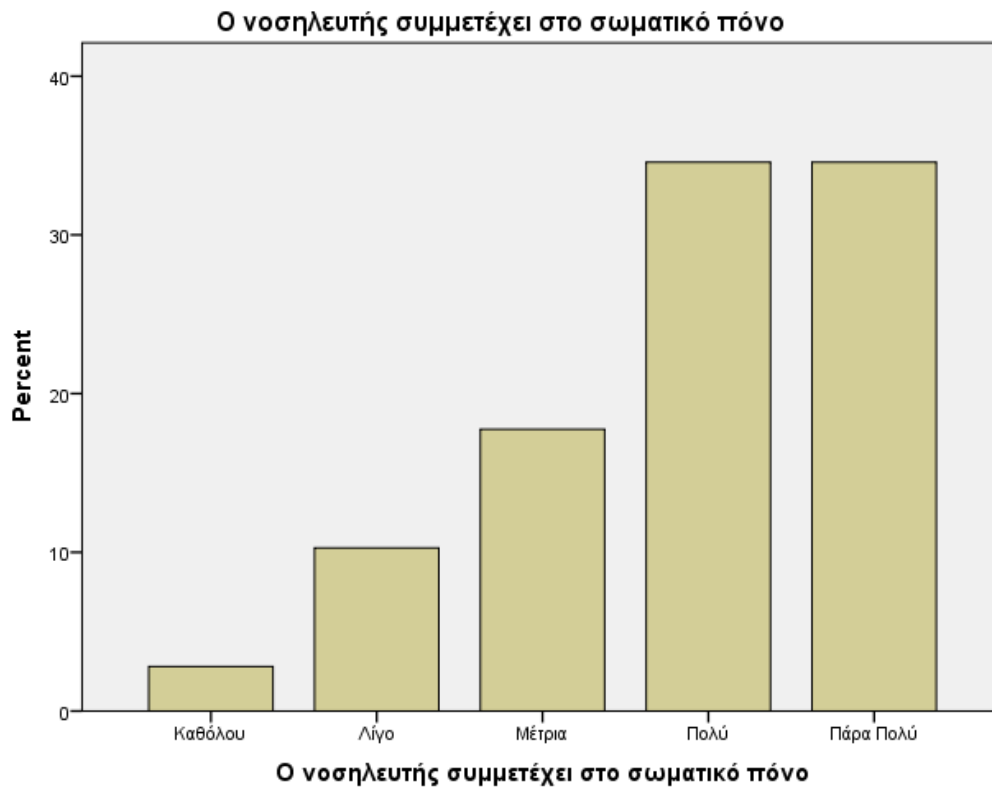
Το 64,5% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στους καρκινοπαθείς ασθενείς χρειάζεται πάρα πολύ επιμόρφωση, το 21,5% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται πολύ επιμόρφωση, το 10,3% των γυναικών πιστεύουν ότι χρειάζεται μέτρια επιμόρφωση και το 2,8% των γυναικών πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές χρειάζονται ελάχιστα επιμόρφωση. Καθόλου επιμόρφωση δεν απαιτείται από τους νοσηλευτές σύμφωνα με το 0,9% των γυναικών.

Ο νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στον ασθενή χρειάζεται επιμόρφωση



Τέλος, ο νοσηλευτής συμμετέχει πολύ και βοηθά ως προς τον σωματικό πόνο που αισθάνονται οι καρκινοπαθείς ($M= 3,88$, $TA= 1,09$), καθώς επίσης συμμετέχει πολύ στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών ($M=3,79$, $TA= 1,06$) και στις διατροφικές συνήθειες τους ($M= 3,61$, $TA= 1,21$). Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εξίσου σημαντικός στα σεξουαλικά προβλήματα που πιθανόν έχουν οι ασθενείς ($M= 2,77$, $TA= 1,29$).

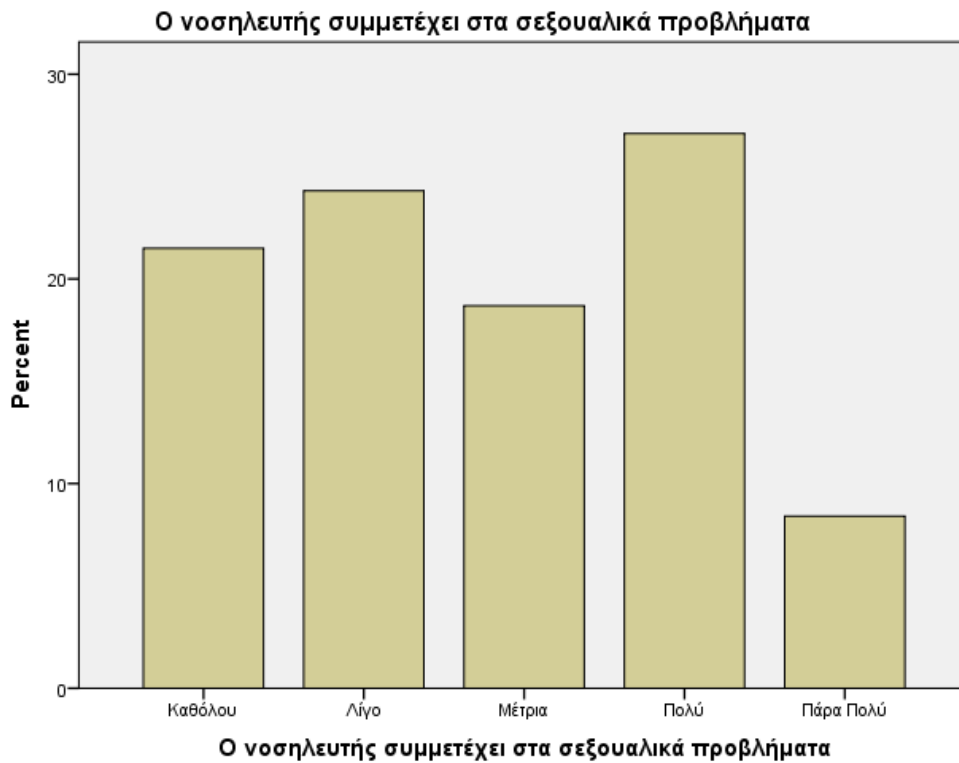
Το 34,6% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει πάρα πολύ στον σωματικό πόνο του ασθενή, το 34,6% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει πολύ στον σωματικό πόνο του ασθενή, το 17,8% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει μέτρια στον σωματικό πόνο του ασθενή και το 10,3% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει ελάχιστα στον σωματικό πόνο του ασθενή. Καθόλου συμμετοχή δεν υπάρχει από τους νοσηλευτές για τον σωματικό πόνο σύμφωνα με το 2,8% των γυναικών.



Το 31,8% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει πάρα πολύ στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, το 29,0% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει πολύ στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, το 27,1% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει μέτρια στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και το 10,3% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει ελάχιστα στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. Καθόλου συμμετοχή δεν υπάρχει από τους νοσηλευτές για την ψυχολογική κατάσταση σύμφωνα με το 1,9% των γυναικών.



Το 8,4% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει πάρα πολύ στα σεξουαλικά προβλήματα του ασθενή, το 27,1% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει πολύ στα σεξουαλικά προβλήματα του ασθενή, το 18,7% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει μέτρια στα σεξουαλικά προβλήματα του ασθενή και το 24,3% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει ελάχιστα στα σεξουαλικά προβλήματα του ασθενή. Καθόλου συμμετοχή δεν υπάρχει από τους νοσηλευτές για τα σεξουαλικά προβλήματα σύμφωνα με το 21,5% των γυναικών.



Το 26,2% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει πάρα πολύ στις διατροφικές συνήθειες του ασθενή, το 34,6% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει πολύ στις διατροφικές συνήθειες του ασθενή, το 21,5% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει μέτρια στις διατροφικές συνήθειες του ασθενή και το 9,3% των γυναικών πιστεύουν ότι ένα νοσηλευτής συμμετέχει ελάχιστα στις διατροφικές συνήθειες του ασθενή. Καθόλου συμμετοχή δεν υπάρχει από τους νοσηλευτές για τις διατροφικές συνήθειες σύμφωνα με το 8,4% των γυναικών.



Συζήτηση

Σημαντικά είναι τα ευρήματα τα οποία προκύπτουν από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σύμφωνα με το ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Πιο συγκεκριμένα, οι μελέτες δείχνουν πως η ατεκνία αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της ασθένειας, όπως και η απουσία γαλουχίας. Οι γυναίκες που δεν απέκτησαν ποτέ παιδί φαίνεται πως παρουσιάζουν υψηλότερο επιπολασμό καρκίνου του μαστού (Nguyen et al., 2014; Μαρκόπουλος, 2008). Όπως μελετήθηκε, η ύπαρξη συγκεκριμένων γονιδίων και χρωμοσωμάτων (όπως το 17q21 και το γονίδιο BRCA1) προδιαθέτει την εξέλιξη και την εμφάνιση της ασθένειας (Carpenter et al., 2003).

Έχει τεκμηριωθεί επαρκώς πως η ηλικία, η κληρονομικότητα, η κατανάλωση οινοπνευματωδών, η ατεκνία, η ύπαρξη όγκου (έστω καλοήθους), η έκθεση σε ακτινοβολία, θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης, η λήψη αντισυλληπτικών και ο αυξημένος ΔΜΣ συνιστούν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο της νόσησης από τον καρκίνου του μαστού (Nguyen et al., 2014; Μαρκόπουλος, 2008; Anderson et al., 2008).

Αντιθέτως, η κληρονομικότητα, το κάπνισμα και το άγχος αποτελούν παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της προδιάθεσης εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Nguyen et al., 2014).

Ως προς τη διερεύνηση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού δύο από τις βασικές μεθόδους που θεωρούνται αποτελεσματικές σύμφωνα με παρόμοιες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, ήταν η μαστογραφία καθώς επίσης και η ψηλάφηση μαστού. (Abdelaziz et al., 2015; Esserman, Wolverson & Hylton, 2002).

Η αυτοεξέταση του μαστού αποτελεί μία απλή μη παρεμβατική διαδικασία, με χαμηλό κόστος και χωρίς απαιτήσεις ιατρικού εξοπλισμού. Χρειάζεται μόνο 5 λεπτά για να εφαρμοστεί και είναι μια ιδιαίτερα

αποτελεσματική διαγνωστική μέθοδος για τον καρκίνο του μαστού (Ayed et al., 2015; Beydag & Yurugen, 2010).

Στην Ελλάδα η προτεινόμενη ηλικία για τη διεξαγωγή της πρώτης μαστογραφίας είναι τα 40 έτη. Η μαστογραφία αποτελεί ένα εξαιρετικά σημαντικό μέσο για τη διαχείριση του καρκίνου του μαστού καθώς δύναται να εντοπίσει την ασθένεια σε πρώιμο θεραπεύσιμο στάδιο (Løberg et al., 2015).

Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι οι γυναίκες που ενημερώνονται για την επίγνωση του καρκίνου του μαστού από έναν επαγγελματία υγείας επιδεικνύουν μεγαλύτερη γνώση και εμπιστοσύνη συγκριτικά με εκείνους που λαμβάνουν πληροφορίες από άλλες πηγές (Morrison, 1996).

Δεδομένου της βιβλιογραφίας αποδεικνύεται πως η καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας είναι η έγκαιρη ανίχνευση μέσω της ενημέρωσης όπως προκύπτει από το πλαίσιο των προληπτικών παρεμβάσεων (Nguyen et al., 2014; Kushi et al., 2012; Anderson et al., 2008; Smith et al., 2003).

Η άποψη της πλειονότητας των γυναικών του δείγματος είναι πως ο ρόλος του νοσηλευτή επιδρά πολύ θετικά και αποτελεσματικά στην ενημέρωση των γυναικών για τον καρκίνο του μαστού, γεγονός που συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία. Οι ασθενείς επιδιώκουν την καλή ενημέρωση, αναζητώντας τη στους επαγγελματίες υγείας, καθώς μέσω της γνωστικής διαμεσολάβησης μπορούν να αντιμετωπίσουν το στρες που απορρέει από την ασθένεια (Suominen, Leino-Kilpi & Laippara, 1994).

Όμοια, η μελέτη των Clark et al (2009) διαπίστωσε πως οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Οι ερευνητές συμπεριέλαβαν δείγμα με 355 γυναίκες από δύο μονάδες μαστού Merseyside που είχαν λάβει διάγνωση πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες αυτές με τον πρωτογενή καρκίνο του μαστού προσεγγίστηκαν σε χρονικό πλαίσιο 2-4 ημερών μετά από την επέμβαση μαστεκτομής ή ευρείας τοπικής εκτομής. Παράλληλα απορρίφθηκαν συμμετέχουσες με μεταστατικό ή

υποτροπιάζοντα καρκίνο και αυτές που έλαβαν χημειοθεραπεία ή πρωτοπαθής ενδοκρινική θεραπεία.

Ως επαγγελματίας υγείας, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση και την υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο του μαστού (Yousif, 2012; Yousuf, 2010). Η μελέτη του Yousif (2012) αποτελεί μία ανασκόπηση που συμπεριέλαβε 40 ερευνητικά άρθρα (ποιοτικές μελέτες, ανασκοπήσεις, εμπειρικές μελέτες, ποσοτικές μελέτες και μελέτες με συνδυασμό μεθοδολογίας). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές δρουν ως γενικοί υποστηρικτές της υγείας και επιδιώκουν την προώθηση της υγείας με επίκεντρο τον ασθενή, όμως συχνά ορισμένα εμπόδια, όπως η κουλτούρα κάθε οργανισμού υγείας, εμποδίζουν την αποτελεσματικότητά τους.

Στην έρευνα του Yousuf (2010) κλήθηκαν οι φοιτητές νοσηλευτές να αναφερθούν στην εκτίμηση της επίδρασης ενός καρκίνου του μαστού στο πλαίσιο του εργαστηριακού μαθήματος. Οι φοιτητές συμπλήρωσαν το σχετικό ερωτηματολόγιο και τα ευρήματα έδειξαν πως οι ίδιοι θεώρησαν πως η γνώση τους σχετικά με το ζήτημα του καρκίνου του μαστού βελτιώθηκε σημαντικά μετά το εργαστηριακό μάθημα, ενώ ισχυρίστηκαν πως στο πλαίσιο του ρόλου τους περιλαμβάνεται η εκπαίδευση των γυναικών σχετικά με την έγκαιρη ανίχνευση της ασθένειας.

Η μελέτη του Larson (1984) διαπίστωσε πως η δραστηριότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που θεώρησαν οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού ως σημαντικότερη ήταν η πληροφόρηση από τους νοσηλευτές και η ανάπτυξη μίας σχέσης εμπιστοσύνης μαζί τους.

Ωστόσο στην έρευνα των Ray, Grover & Wisniewski (1984) που μελέτησε το ρόλο του νοσηλευτή στη ψυχολογική διαχείριση του πρώιμου καρκίνου του μαστού τα αποτελέσματα ήταν διαφορετικά. Οι ερευνητές διερεύνησαν μέσω ερωτηματολογίου τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την ασθένεια και την θεραπεία της και τα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς.

Τα ευρήματα έδειξαν πως οι νοσηλεύτριες θεώρησαν για τον εαυτό τους πως διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην παροχή ανακούφισης στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού, όμως δεν μπορούσαν να δουν τον

εαυτό τους στο ρόλο του συμβούλου. Η πεποίθηση τους προκύπτει από το γεγονός πως δεν θεωρούσαν πως έχουν εκπαιδευτεί επαρκώς ώστε να παρέχουν ψυχολογική φροντίδα σε αυτό το επίπεδο, γεγονός που αναδεικνύει τη σημαντικότητα της επιμόρφωσης που υποστήριξαν οι συμμετέχουσες της παρούσας έρευνας (Ray, Grover & Wisniewski, 1984).

Οι νοσηλεύτριες που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι σε θέση να χρησιμοποιούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες για να εκπαιδεύσουν και να ενδυναμώσουν τις γυναίκες να γνωρίσουν το μαστό με ενημερωτικό τρόπο. Έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν τις ανησυχίες των γυναικών παρέχοντας λεκτικές και γραπτές πληροφορίες για το τι είναι φυσιολογικό και για τις φυσιολογικές αναμενόμενες μεταβολές του μαστού. Επιπλέον, προσφέρουν υποστήριξη και ενθαρρύνουν τις γυναίκες να αναφέρουν τις ανησυχίες τους και τις ενθαρρύνουν να αποδεχθούν τη συστηματική εξέταση του μαστού (Patnick, 1996).

Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί πως υπάρχει απουσία μελετών που εστιάζουν στις απόψεις των ασθενών σχετικά με το επίπεδο γνώσεων ως προς τις μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, τη σημαντικότητα του οικογενειακού ιστορικού στην έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη, ενώ ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση του καρκίνου του μαστού έχει τεκμηριωθεί όμως σε περιορισμένες μελέτες.

Συμπεράσματα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείτο από 107 γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Η πλειοψηφία των γυναικών είχε 2 παιδιά, γεγονός που συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Όπως μελετήθηκε, η απόκτηση παιδιών και η γαλουχία θεωρείται προγνωστικός δείκτης για την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που

είχαν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 30 ετών παρουσιάζουν ελαφρώς υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Θα πρέπει να σημειωθεί βέβαια πως ένα σχετικά μικρό ποσοστό, το 19,6% των γυναικών, ήταν άτεκνο και νόσησε από τον καρκίνο του μαστού.

Συνολικά το 53,8% των γυναικών είχε οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, δηλαδή είχαν νοσήσει οι μητέρες, οι αδελφές ή οι γιαγιάδες τους. Η ύπαρξη του οικογενειακού ιστορικού συνιστά μία εξαιρετικά σημαντική ένδειξη για την πρόβλεψη της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η επικινδυνότητα αυξάνεται στην περίπτωση που η ασθένεια έχει παρουσιαστεί σε συγγενείς πρώτου ή δευτέρου βαθμού, όπως συνέβη με τις περιπτώσεις των συμμετεχουσών στην παρούσα έρευνα.

Ως προς τους υπό διερεύνηση παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με τη γνώμη των συμμετεχουσών, οι παράγοντες που επιδρούν ελάχιστα περιλαμβάνουν την ηλικία, το αλκοόλ, το βάρος (συγκεκριμένα το αυξημένο βάρος), τη διατροφή, την ακτινοβολία/ραδιενέργεια, την ατεκνία, την καλοήθης πάθηση στο μαστό, την πρώιμη εμμηνόρρηξη ή/και καθυστερημένη εμμηνόπαυση, τη χρήση αντισυλληπτικών και τη θεραπεία της ορμονικής υποκατάστασης.

Η πεποίθηση κάποιων παραγόντων ως περιορισμένους παράγοντες κινδύνου με μικρή σημαντικότητα επιτρέπει τη διεξαγωγή του συμπεράσματος πως οι γυναίκες του δείγματος είτε έχουν άγνοια ή λάθος πληροφόρηση σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου.

Μέτρια κατά τη γνώμη των συμμετεχουσών επιδρά η κληρονομικότητα και το κάπνισμα, ενώ το άγχος φαίνεται να θεωρείται πως επιδρά πολύ στην υγεία των ασθενών σύμφωνα με τις απόψεις τους.

Ως προς τη διερεύνηση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος χρησιμοποίησε τη μαστογραφία και αμέσως επόμενα τη ψηλάφηση μαστού. Εξίσου σημαντική με την επιλογή και τη χρήση του διαγνωστικού μέσου είναι η γνώση του τύπου της ενημέρωσης που είχαν οι συμμετέχουσες. Η ενημέρωση στο πλαίσιο της πρόληψης είναι καθοριστική για την έγκαιρη διάγνωση. Η πλειοψηφία

των γυναικών δέχθηκε ενημέρωση από το γυναικολόγο και το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ τα άλλα ισχυρά μέσα, όπως το διαδίκτυο και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν φάνηκε να είχαν ικανοποιητική ενημέρωση.

Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχουσών, όπως και ο μέσος όρος τους, δήλωσε πως έκανε συχνά αυτοεξέταση μαστού πριν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Ως επί το πλείστον οι γυναίκες κάνουν αυτοεξέταση μαστού μετά το τέλος της περιόδου και ως τα μέσα του κύκλου.

Οι περισσότερες εκ των συμμετεχουσών ισχυρίζονται πως έκαναν κάθε χρόνο μαστογραφία πριν από τη διάγνωση του όγκου τους 2-3 μέρες μετά την περίοδο. Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών πραγματοποίησε για πρώτη φορά την εξέταση της μαστογραφίας σε ηλικία άνω των 40 ετών.

Σχετικά με τις απόψεις των γυναικών του δείγματος για το ρόλο του νοσηλευτή στη διαχείριση του καρκίνου του μαστού, αρχικά οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν για το ρόλο της ενημέρωσης του πληθυσμού σχετικά με την πρόληψη. Σημαντικό είναι το γεγονός πως η πλειοψηφία των γυναικών πιστεύει ότι δρα πολύ θετικά στην έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του μαστού.

Η άποψη της πλειονότητας των γυναικών του δείγματος είναι πως ο ρόλος του νοσηλευτή επιδρά πολύ θετικά και αποτελεσματικά στην ενημέρωση των γυναικών για τον καρκίνο του μαστού.

Επιπρόσθετα, οι περισσότερες ισχυρίζονται πως ο νοσηλευτής είναι πολύ συμβουλευτικός ως προς την ενημέρωση των γυναικών για τον καρκίνο του μαστού, αλλά και πως το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πάρα πολύ κατανοητό σε όσα αναφέρει και ενημερώνει για τον καρκίνο του μαστού.

Εν συνεχεία διερευνήθηκαν οι παράμετροι που καθορίζουν το κατά πόσο ένας νοσηλευτής θα είναι αποτελεσματικός και συμβουλευτικός, σύμφωνα πάντα με την άποψη των γυναικών του δείγματος. Η πλειοψηφία τους θεωρεί πως ο νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στους καρκινοπαθείς ασθενείς χρειάζεται σε μεγάλο βαθμό ο

επαγγελματισμός, το ενδιαφέρον, η αίσθηση της ευθύνης, η προσωπική προσπάθεια, ο πολύς προσωπικός χρόνος και η επιμόρφωση σε παρά πολύ μεγάλο βαθμό.

Ως προς το ρόλο του νοσηλευτή, οι ερωτηθείσες θεωρούν πως συμμετέχει σε μεγάλο βαθμό και βοηθά ως προς τον σωματικό πόνο που αισθάνονται οι καρκινοπαθείς, στη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, στις διατροφικές συνήθειες τους όπως και στα σεξουαλικά προβλήματα που πιθανόν έχουν οι ασθενείς. Οι συμμετέχουσες της παρούσας έρευνας θεώρησαν το ρόλο του νοσηλευτή υποστηρικτικό και συμβουλευτικό.

Σε γενικές γραμμές, το επίπεδο γνώσεων των γυναικών του δείγματος σχετικά με τις μεθόδους της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού είναι περιορισμένο και χαρακτηρίζεται από αστοχίες (παράγοντες κινδύνου). Το οικογενειακό ιστορικό δεν φάνηκε να ασκεί επίδραση στο επίπεδο γνώσεων των ασθενών για την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Παρά τον ισχυρισμό της ικανοποιητικής συχνότητας διεξαγωγής προληπτικών εξετάσεων, οι συμμετέχουσες νόσησαν από την ασθένεια.

Όσον αφορά το ρόλο του νοσηλευτή, γενικά φάνηκε πως οι συμμετέχουσες έχουν επίγνωση του σημαντικότητας ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη, στη διάγνωση και στη διαχείριση του καρκίνου του μαστού.

Σε ότι αφορά τους περιορισμούς, το δείγμα της έρευνας ήταν επαρκές για την ανάλυση της έρευνας χωρίς την ύπαρξη ελλειπών τιμών. Ωστόσο το δείγμα αναφέρεται σε γυναίκες που επισκέπτονται ελληνικά ογκολογικά νοσοκομεία σε συγκεκριμένες περιοχές της Ελλάδας (Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο- Μαιευτήριο Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου» καθώς επίσης και από το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων « Ο Άγιος Γεώργιος»). Η γενίκευση των αποτελεσμάτων απαιτεί την επανάληψη της έρευνας και την εφαρμογή της σε διαφορετικό δείγμα.

Τέλος, σχετικά με τις προτάσεις για μελλοντική έρευνα, προτείνεται αρχικά η επανάληψη της έρευνας σε διαφορετικό δείγμα, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων

και την κατανόηση του ρόλου του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο. Δεδομένων των αποτελεσμάτων, σημαντική φαίνεται να είναι η σωστή ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού , ξεκινώντας από νεαρή ηλικία με προγράμματα ενημέρωσης στα σχολεία και έπειτα με τη χρήση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και σεμιναρίων. Το διαδίκτυο και τα ΜΜΕ αποτελούν επίσης σημαντική πηγή ενημέρωσης και μέσω αυτών κρίνεται απαραίτητο να προβάλλονται πληροφορίες τόσο για την ασθένεια όσο και για τους τρόπους ανίχνευσής της. Η ερευνητική διαδικασία θα μπορούσε να προσαρμοστεί και σε ασθενείς που πάσχουν από άλλο είδος καρκίνου και να διασταυρωθούν τα αποτελέσματα. Συνίσταται η διεξαγωγή επίσης της έρευνας σε διαφορετικό δείγμα για την εξέταση της ορθότητας του ερωτηματολογίου και την επιβεβαίωση της σωστής χρήσης του στην συγκεκριμένη έρευνα.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση:

Abdelaziz H.S., Salem D., Zaki H., Atteya S. (2015). Nurse's Role in Early Detection of Breast Cancer through Mammography and Genetic Screening and Its Impact on Patient's Outcome. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 9(2).

Alkhasawneh IM, Akhu-Zaheya LM, Suleiman SM. (2009). Jordanian nurses' knowledge and practice of breast self-examination. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2):412-416.

- American Cancer Society. (2010). *The global economic cost of cancer*. American Cancer Society, Inc.
- American Cancer Society. (2014). *Breast Cancer*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα. Πρόσβαση στις 21/11/2017.
- Amir Z., Scully J., Borril C. (2004). The professional role of breast cancer nurses in multi-disciplinary breast cancer care teams. *European Oncology Nursing Society, Elsevier*, 8:306-314.
- Andersen BL. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3):590-610.
- Anderson LM, Bhalchandra AD, Fear NT, Roman E. (2000). Critical windows of exposure for children's health: cancer in human epidemiological studies and neoplasms in experimental animal models. *Environmental Health Perspectives*, 108(3):573–594.
- Argani P, Cimino-Mathews A. (2013). *Overview of Histologic Grade: Nottingham Histologic Score ("Elston Grade")*. *Sidney Kimmel Cancer Center at Johns Hopkins*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://pathology.jhu.edu/breast/grade.php>. Πρόσβαση στις 19/11/2013.
- Ariel IM. (1987). *Breast cancer, a historic review: is the past prologue?* In: Ariel IM, Cleary JB, editors. *Breast Cancer Diagnosis and Treatment*. New York: McGraw-Hill.
- Ayed A et al. (2015). Breast Self-Examination in Terms of Knowledge, Attitude, and Practice among Nursing Students of Arab American University/Jenin. *Journal of Education and Practice*, 6(4):37-47.
- Bach PB. (2009). Limits on Medicare's ability to control rising spending on cancer drugs. *N Engl J Med*, 360:626-633.
- Bhikoo R, Srinivasa S, Yu TC, et al. (2011). Systematic review of breast cancer biology in developing countries (part 2): asian subcontinent and South East Asia. *Cancers (Basel)*, 3:2382-401.

- Burnard P. (1998). Listening as a personal quality. *Journal of Community Nursing*, 12 (2):32-34.
- Campbell JD, Ramsey SD. (2009). The costs of treating breast cancer in the US: a synthesis of published evidence. *Pharmacoeconomics*, 27(3):199-209.
- Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics. (2013). *Canadian Cancer Statistics*. Toronto, ON: Canadian Cancer Society.
- Carpenter CL, Ross RK, Paganini-Hill A, Bernstein L. (2003). Effect of family history, obesity and exercise on breast cancer risk among postmenopausal women. *International Journal of Cancer*, 106(1):96-102.
- Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467):96-113.
- Clark L., Holcombe C., Hill J., Downey H., Fisher J., Krespi M.R., Salmon P. (2009). The Perception of Support Received from Breast Care Nurses by Depressed Patients Following a Diagnosis of Breast Cancer. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 91(1):43-45.
- Claus EB, Schildkraut JM, Thompson WD, Risch NJ. (1996). The genetic attributable risk of breast and ovarian cancer. *Cancer*. 1996 Jun 1; 77(11):2318-24.
- Clegg LX, Reichman ME, Miller BA, et al (2009). Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. *Cancer Causes Control*, 20:417-35.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302

- women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, 360:187-195.
- Dawson SJ, Duffy SW, Blows FM, Driver KE, Provenzano E, LeQuesne J et al. (2009). Molecular characteristics of screen-detected vs symptomatic breast cancers and their impact on survival. *British Journal of Cancer*, 101:1338-1344.
- De Moulin D. (1983). *A short history of breast cancer*. Boston: Martinus Nijhoff:1-107.
- Dinan MA, Curtis LH, Hammill BG, Patz EF, Jr, Abernethy AP, Shea AM, et al. (2010). Changes in the use and costs of diagnostic imaging among Medicare beneficiaries with cancer, 1999–2006. *JAMA*, 303:1625-1631.
- Edelman CL., Mandle CL (1994). *Health promotion throughout the lifespan*. Missouri: Mosby Year Book, Inc.
- Ekmektzoglou KA, Xanthos T, German V, Zografos GC. (2009). Breast cancer: From the earliest times through to the end of the 20th century. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive*, 145:3-8.
- Elkin EB, Bach PB. (2010). Cancer's next frontier: addressing high and increasing costs. *JAMA*, 303:1086-1087.
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment to breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18:315–326.
- Erbil N, Bolukbas N. (2014). Health beliefs and breast self-examination among female university nursing students in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15:6525-6529.
- Esserman L., Wolverton D., Hylton N. (2002). Magnetic resonance imaging for primary breast cancer management: Current role and new applications. *Endocrine Related Cancer*, (9)141-153.

Everson, S.A, Matters, K.A; Guzek, D.S; Wing, R.R, Kuller, L.H. (2006). Effects of surgical menopause on psychological characteristics and lipid levels. *The healthy women study of health psychology*, 14(5):435-43.

Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, et al (2015). The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncol*, 1:505-27.

Freund C, Mirabel L, Annane K, Mathelin C. (2005). Breastfeeding and breast cancer. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 33(10):739-744.

Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, Imoto S, Kanagawa K, Uchitomi Y. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 89(5):1026-36.

Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal Clinical Oncology*, 16(2):501-14.

Ghoncheh M, Mohammadian-Hafshejani A, Salehiniya H. (2015). Incidence and Mortality of Breast Cancer and their Relationship to Development in Asia. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16:6081-7.

Ghoncheh M, Pournamdar Z, Salehiniya H. (2016). Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(S3):43-6.

Ghoncheh M, Pournamdar Z, Salehiniya H. (2016). Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(S3):43-6.

González-Jiménez E, García PA, Aguilar MJ, Padilla CA, Álvarez J. (2014). Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18):2397-2403.

Helewa M, Lévesque P, Provencher D, Lea RH, Rosolowich V, Shapiro HM et al. (2002). Breast cancer, pregnancy, and breastfeeding. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 24(2):164-180.

Houfek JF, Waltman NL, Kile MA. (1997). The nurse's role in promoting breast cancer screening. *Nebr Nursery*, 30(3):4-9.

Hox J.J., Boeije H.R. (2005). Data collection, Primary vs Secondary. *Encyclopedia of Social Measurement, Elsevier*, 1.

Hsu SC, Wang HH, Chu SY, Yen HF. (2010). Effectiveness of informational and emotional consultation on the psychological impact on women with breast cancer who underwent modified radical mastectomy, *Western Journal of Nursing Research*, 18(3):215-26.

Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. (2009). A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Medicine*, 4(1):S17-30.

Irvine D, B. Brown, D. Crooks, J. Roberts, G. Browne. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67:1097-1117.

Jatoi I, Anderson WF, Jeong JH, Redmond CK. (2011). Breast cancer adjuvant therapy: time to consider its time-dependent effects. *Journal of Clinical Oncology*, 29:2301-2304.

Jeffrey SS, Pollack JR. (2003). The diagnosis and management of pre-invasive breast disease: The promise of new technology in understanding pre-invasive lesions. *Breast Cancer Res*, 5(6):320-8.

Kelly, M. (2005). *Primary and Secondary Data*. McKinnon Secondary College.

King MC, Wieand S, Hale K, Lee M, Walsh T, Owens K, Tait J, Ford L, Dunn BK, Costantino J, et al. (2001). National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project. Tamoxifen and breast cancer incidence among women with inherited mutations in BRCA1 and BRCA2: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP-P1) Breast Cancer Prevention Trial. *JAMA*, 286:2251-2256.

Kushi LH, Doyle C, McCullough M, Rock CL, Demark-Wahnefried W, Bandera EV, Gapstur S, Patel AV, Andrews K, et al. (2012). American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer

- prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 62:30-67.
- Lemlem S. (2013). Assessment of knowledge of breast cancer and screening methods among nurses in university hospitals in Addis Ababa. *ISRN Oncology*, 8.
- Lewis E.F. (1965). The Nurse's Role in Early Detection of Cancer of the Breast. *Nursing Forum*, 4(3):82-86.
- Løberg M., Lousdal M.L., Bretthauer M., Kalager M. (2015). Benefits and harms of mammography screening. *Breast Cancer Res*, 17(1): 63.
- Lyons AS, Petrucelli RJ. *Medicine*. (1978). *An illustrated history*. New York: Harry N. Abrams Publishers:294-317.
- Makki J. (2015). Diversity of Breast Carcinoma: Histological Subtypes and Clinical Relevance. *Clinical Medicine Insights. Pathology*, 8:23-31.
- Malhotra. G. K., Zhao. X., Band. H., Band. V. (2010). Histological, molecular and functional subtypes of breast cancers. *Cancer Biology & Therapy*, 10, 995-960.
- Mariotto AB, Yabroff KR, Shao Y, Feuer EJ, Brown ML. (2011). Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *JNCI*, 103(2):117-28.
- Monsivais D., Reynolds A. (2003). Developing and evaluating patient education materials. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34:4.
- Morgan, J., Gladson, J.E., Rau, K.S. (1998). Position Paper of the American Council on Science and Health on Risk Factors for Breast Cancer: Established, Speculated, and Unsupported. *The Breast Journal*, 4(3):177–197.
- Mukherjee S. (2010). *The emperor of all maladies: a biography of cancer*. New York: Scribner.
- Nguyen et al. (2014). Contribution to Breast Cancer Prevention for Women: A Challenge for Pharmacists. *U.S. Pharmacist*, 39(9):35-39.

Noreen M, Murad S. (2015). Knowledge and Awareness about Breast Cancer and its Early Symptoms among Medical and Non-Medical Students of Southern Punjab. *Pakistan Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16.

Oakman C., Santarpia L., Di Leo A. (2010). Breast cancer assessment tools and optimizing adjuvant therapy. *Nature Reviews. Clinical Oncology*, 7(12):725-732.

Palacios J, Honrado E, Osorio A, Cazorla A, Sarrió D, Barroso A, Rodríguez S, Cigudosa JC, Diez O et al (2003). Immunohistochemical characteristics defined by tissue microarray of hereditary breast cancer not attributable to BRCA1 or BRCA2 mutations: differences from breast carcinomas arising in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Clinical Cancer Research*, 9(10):3606-14.

Patnick J. (ed.) (1996). *NHS Breast Screening Programme Review 1996*. NHS Breast Screening Programme.

Plumb M., J. Holland. (1997). Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. Self reported depressive symptoms. *Psychosom Med* , 39:264-276.

Porter PL, El-Bastawissi AY, Mandelson MT, Lin MG, Khalid N, Watney EA, Cousens L et al. (1999). Breast tumor characteristics as predictors of mammographic detection: comparison of interval- and screen-detected cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 91:2020-2028.

Rahimzadeh M, Baghestani AR, Gohari MR, et al (2014). Estimation of the cure rate in Iranian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15:4839-42.

Ray C, Grover J, Wisniewski T. (1984). Nurses' perceptions of early breast cancer and mastectomy, and their psychological implications, and of the role of health professionals in providing support. *International Journal of Nursing Studies*, 21(2):101-11.

Rees Z , Garnett S.E. (2015). *Signs and Symptoms of Breast Cancer with Management Pathways*. In Hogg et al (eds). *Digital Mammography: A Holistic Approach*. Springer.

Romieu I, Hernandez-Avila M, Lazcano E, Lopez L, Romero-Jaime R. (1996). Breast cancer and lactation history in Mexican women. *American Journal of Epidemiology*, 143:543-552.

Saher M. (2013). Breast cancer awareness among Saudi females in Jeddah. *Asian pacific journal of cancer prevention*, 14.

Sheard T, Maguire P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80(11):1770-80.

Shen Y, Yang Y, Inoue LY, Munsell MF, Miller AB, Berry DA. (2005). Role of detection method in predicting breast cancer survival: analysis of randomized screening trials. *Journal of the National Cancer Institute*, 97:1195-1203.

Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, et al. (2003). American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: Update 2003. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 53:141-169.

Srivastava K et al. (2016). Awareness of Breast Cancer Risk Factors and Practice of Breast Self-Examination among Nurses of Tertiary Care Hospital. *Indian Journal of Forensic and Community Medicine*, 3(2):75-78.

Suominen T, Leino-Kilpi H, Laippala P. (1994). Nurses' role in informing breast cancer patients: a comparison between patients' and nurses' opinions. *Journal of Advanced Nursing*, 19(1):6-11.

Swain S.M., José Baselga, M.D., Sung-Bae Kim, M.D., Jungsil Ro, M.D., Vladimir Semiglazov, M.D. et al. (2015). Pertuzumab, trastuzumab and docetaxel in HER2-positive metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 372(8):724-734.

Tavassoli FA. Norwalk, CT. (1999) .*Pathology of the breast*. Appleton and Lange. 2

- Tschudin, V. (1996). *Counselling Skills for Nurses*. London: Baillière Tindall.
- U.S. Cancer Statistics Working Group. (2015). *United States Cancer Statistics: 1999–2012 Incidence and Mortality Web-based Report*. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute.
- United Kingdom National case–control Study Group. (1993). Breast feeding and risk of breast cancer in young women. *British Medicine of J*, 307:17–20.
- WHO (2015). *Breast cancer: prevention and control*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html#>. Πρόσβαση στις 15/10/2017.
- Yabroff K.R., Lund J., Kepka D., Mariotto A. (2011). Economic Burden of Cancer in the US: Estimates, Projections, and Future Research. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention . A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 20(10):2006-2014.
- Yabroff KR, Davis WW, Lamont EB, Fahey A, Topor M, Brown ML, Warren JL. (2007). Patient time costs associated with cancer care. *JNCI*, 99(1):14-23.
- Yang CP, Weiss NS, Band PR, Gallagher RP, White E, Daling JR. (1993). History of lactation and breast cancer risk. *American Journal of Epidemiology*; 138:1050-1056.
- Yip CH, Buccimazza I, Hartman M, et al (2015). Improving outcomes in breast cancer for low and middle income countries. *World Journal of Surgery*, 39:686-92.
- Yngve A, Sjöström M. (2001). Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: Current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutrition*, 4:631-645.

Yoo KY, Tajima K, Kuroishi T, Hirose K, Yoshida M, Miura S, et al. (1992). Independent protective effect of lactation against breast cancer: a case–control study in Japan. *American Journal of Epidemiology*, 135:726-733.

Yousif S. (2012). Do Saudi Nurses in Primary Health Care Centres have Breast Cancer Knowledge Awareness? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13.

Yousuf S.A. (2010). Breast cancer awareness among Saudi nursing students. *JKAU:med.sci.*, 17(3)67-78.

Ελληνόγλωσση:

Κυριαζόπουλος Π.Γ., Σαμαντά, Ε. (2011). *Μεθοδολογία Έρευνας Εκπόνησης Διπλωματικών Εργασιών*, Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.

Μάλλιου Σ., Αγνάντη Ν., Παυλίδης Ν., Κάππας Α., Κριαράς Ι., Γερούλάνος Σ. (2006). Η ιστορία του καρκίνου του μαστού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(3):260-327.

Μαρκόπουλος Χ. (2008). *Παράγοντες Κινδύνου για Ανάπτυξη Καρκίνου του Μαστού, Πάνω απ' όλα Γυναίκα. Οδηγός για τον Καρκίνο του Μαστού*. Αθήνα: Διόπτρα.

Παπανικολάου Ν.(1995). *Γυναικολογική Μαστολογία*. Αθήνα: Παρισσιανός.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ερωτηματολόγιο

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Σκοπός της έρευνας είναι η κατανόηση του ρόλου του νοσηλευτή στα ελληνικά νοσοκομεία στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Θα επικρατήσει η εχεμύθεια των δεδομένων και η ανωνυμία των συμμετεχόντων, καθώς τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την στατιστική έρευνα και θα καταστραφούν κατόπιν την εκπόνησή της. Παρακαλώ απαντήστε με βάση τις γνώσεις και την κρίση σας, αλλά και με ειλικρίνεια.

Εκτιμώμενη διάρκεια συμπλήρωσης ερωτηματολογίου: 15 λεπτά

Κλινική Εικόνα Ασθενούς

1. Φύλο: Γυναίκα
2. Ηλικία: 35-40 41-45 46-50 51-55 >55
3. Επάγγελμα: Ιδιωτικός Υπάλληλος
Δημόσιος Υπάλληλος
Ελεύθερος Επαγγελματίας
Οικιακά

4. Τόπος Διαμονής:.....

5. Η περίοδος σας: Εμμηνόπαυση
 Κλιμακτήριο
 Εμμηνορρυσία

6. Αριθμός Παιδιών: 0 1 2 3 >3

7. Τρόπος Σύλληψης: Φυσιολογική σύλληψη
 Πρόκληση ωορρηξίας
 Εξωσωματική

8. Έχει προσβληθεί κάποιο άτομο στο άμεσο οικογενειακό σας περιβάλλον με καρκίνο του μαστού;

 ΝΑΙ, Μητέρα ΝΑΙ, Αδερφή ΝΑΙ, Γιαγιά ΟΧΙ

9. Στο ιατρικό σας ιστορικό, έχετε κάποιο από τα ακόλουθα γυναικολογικά προβλήματα;

 Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

 Ενδομητρίωση

 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα

 Άλλο (Παρακαλώ Προσδιορίστε)

10. Πόσο οι εκάστοτε παράγοντες επίδρασαν στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ
Ηλικία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάπνισμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αλκοόλ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διατροφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αυξημένο Σωματικό Βάρος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κληρονομικότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ακτινοβολία/Ραδιενέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ατεκνία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καλοήθης πάθηση στο μαστό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πρώιμη εμμηνόρρηξη ή/και καθυστερημένη εμμηνόπαυση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αντισυλληπτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Έγκαιρη Διάγνωση & Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού

11. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για το καρκίνο του μαστού γνωρίζετε και εφαρμόσατε για την ανίχνευση του;

- Ψηλάφηση Μαστού
- Μαστογραφία
- Υπερηχογραφία
- Θερμογραφία
- Ξηρογραφία
- Έλεγχος γονιδίων BRCA1 και BRCA2
- Μαγνητική τομογραφία

12. Από ποιες πηγές ενημερωθήκατε;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ
Οικογενειακό /φιλικό περιβάλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαδίκτυο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γυναικολόγος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νοσηλευτικό Προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σεμινάρια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Πόσο συχνά κάνατε αυτοεξέταση μαστού πριν υποβληθείτε σε μαστεκτομή;

- Πολύ συχνά Συχνά Σπάνια Καθόλου

14. Πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;

- Πριν την περίοδο
- Στα μέσα του κύκλου
- Μετά το τέλος της περιόδου και ως τα μέσα του κύκλου

15. Πόσο συχνά κάνετε μαστογραφία πριν την ανίχνευση όγκου;

>2 χρόνια 1 - 2 χρόνια Κάθε χρόνο Καθόλου

16. Πότε κάνετε μαστογραφία;

Πριν την περίοδο

2-3 μέρες μετά την περίοδο

Στη φάση της ωορρηξίας

17. Σε ποια ηλικία κάνετε την πρώτη μαστογραφία ;

> 20 > 30 > 40 > 50

18. Πόσο συχνά επαναλαμβάνετε προληπτικά ιατρικές εξετάσεις πριν την ανίχνευση όγκου;

>2 χρόνια 1- 2 χρόνια 6 μήνες-1 χρόνο <6 μήνες Καθόλου

19. Πόσο συχνά επαναλαμβάνετε προληπτικά ιατρικές εξετάσεις μετά την ανίχνευση όγκου;

>2 χρόνια 1- 2 χρόνια 6 μήνες-1 χρόνο <6 μήνες Καθόλου

Ο ρόλος του Νοσηλευτή

20. Πιστεύετε πως η ενημέρωση του πληθυσμού για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού δρα θετικά στην έγκαιρη διάγνωσή του;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ

21. Πιστεύετε ότι ο νοσηλευτής επιδρά θετικά και αποτελεσματικά στην ενημέρωση σας για το καρκίνο του μαστού;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ

22. Πιστεύετε ότι ο νοσηλευτής είναι συμβουλευτικός προς τα εσάς στην ενημέρωση σας για το καρκίνο του μαστού;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ

23. Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι κατανοητό προς τα εσάς για ότι σας αναφέρει και σας ενημερώνει για τον καρκίνο του μαστού;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ

24. Τι χρειάζεται ένας νοσηλευτής για να προσφέρει το μέγιστο στους καρκινοπαθείς ασθενείς;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ
Επαγγελματισμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενδιαφέρον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ευθύνη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προσωπική προσπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προσωπικό Χρόνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιμόρφωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Αξιολογείστε σε τι βαθμό συμμετέχει ο νοσηλευτής σας ως προς:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ
Σωματικό Πόνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ψυχολογική κατάσταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σεξουαλικά Προβλήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διατροφικές Συνήθειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

