

ISBN 978-619-7829-01-3

Илиана Соколова

**РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА –
ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ПРИОРИТЕТИ**



Централна медицинска библиотека



Медицински университет – София

Илиана Соколова

**РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА –
ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ПРИОРИТЕТИ**

Централна медицинска библиотека  Медицински университет – София

2025

**РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА –
ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ПРИОРИТЕТИ**

© Илиана Соколова, автор, първо издание, 2025

Рецензент: проф. Д. Хаджиделева, дм

ISBN: 978-619-7829-00-6

ISBN (e-book): 978-619-7829-01-3

© Издател: Централна медицинска библиотека
Медицински университет – София
1431 София, ул. „Св. Г. Софийски“ № 1
тел.: 02 952 31 71
e-mail: library@cml.mu-sofia.bg
<http://cml.mu-sofia.bg>

Езикова редакция и корекция: *Д. Танчева*

Страниране: *Д. Александрова*

Дизайн на корица: *К. Зографова*

РЕЦЕНЗИЯ

Диагнозата рак на млечната жлеза представлява житейско предизвикателство както за представата за собствената личност на пациента, така и за разбиранията му за живота и света като цяло, а успешното адаптиране към нея е свързано с връщането и повторното му интегриране в социалната среда.

Актуалността на представената от гл. ас. И. Соколова книга „Рак на млечната жлеза – предизвикателства и приоритети“ предизвиква интерес поради факта, че представлява една цялостна гледна точка върху многостранните проблеми на пациентите с рак на млечната жлеза и социалната значимост на заболяването.

Значимостта на темата се обуславя от сериозните физически и психологични проблеми, свързани със заболяването и настъпващите промени в живота на жените, които се отразяват преди всичко негативно на качеството им на живот. Болестта обхваща все по-голяма част от жените в активна и трудоспособна възраст, което от своя страна води до възникване на редица социално-икономически и етични проблеми. Наблюдава се нарушаване не само на психологичното равновесие, но и на социалната адаптация на пациентите. Подобряването на качеството на живот на пациентките с рак на млечната жлеза ще осигури тяхната пълноценна реализация както в семеен и личен аспект, така и в професионално отношение.

В теоретичния анализ авторката е направила изчерпателен обзор по темата, който обхваща значими аспекти на заболяването. На базата на редица чуждестранни проучвания се разкрива връзката между демографските, социално-икономическите и рисковите фактори и качеството на живот на жените с рак на млечната жлеза. Констатирана е необходимостта от предприемане на адекватни действия както по отношение на профилактиката и превенцията, така и в посока на възстановяване във физическо, психично и социално отношение на заболелите жени.

В проведеното собствено проучване на И. Соколова задълбочено са анализирани водещите рискови фактори, свързани с

появата на рак на млечната жлеза. Особено тревожни са данните по отношение на храненето, двигателната активност и тютюнопушенето при изследваните респонденти. От обстойното аналитично-емпирично изследване в областта на профилактиката на заболяването са установени решаващите фактори и взаимовръзки между обективните и субективните причини, които допринасят за ниско ниво на информираност и липса на здравни навици.

Анализирайки възникналите проблеми от изследването, авторката е представила оригинален модел за интегрирани грижи, основаващ се на информационен, поведенчески, интегративен и холистичен подход. Практическото приложение на модела ще даде възможност да се разработят мултидисциплинарни структури за предоставяне на грижи за подобряване на когнитивните, поведенчески, телесни и социални възприятия с цел повишаване информираността, благосъстоянието и качеството на живот на жените с рак на млечната жлеза.

Разработеният труд от И. Соколова определям като научен и практически принос в областта на здравните грижи при жени с рак на млечната жлеза, целта на които е да активират всички потенциални възможности на пациентките, за да преодоляват възможно най-успешно този период.

Проф. Д. Хаджилева, дм

СЪДЪРЖАНИЕ

Използвани съкращения	6
Въведение	7
Част I. Теоретични основи	9
РМЖ в исторически план	9
Развитие на онкологичната помощ в България	14
Епидемиологична характеристика на РМЖ	15
Рискови фактори, свързани с появата на РМЖ	20
Развитие на концепцията за промоцията на здравето	35
Профилактични мерки и дейности	38
Национални кампании за превенция на РМЖ	39
Качество на живот при пациентки с РМЖ	42
Социална подкрепа при жени с РМЖ	51
Част II. Резултати от собствено проучване	56
Анализ на резултатите относно демографска и медико-социална характеристика на респондентите	58
Анализ на резултатите относно информираност и провеждана профилактика	60
Анализ на резултатите относно поведенчески фактори и информираност на жените за тях	73
Анализ на резултатите, свързани с качеството на живот при жени с РМЖ	88
Изследвани връзки между отделните групи респонденти и някои изследвани показатели	102
Изводи	112
Модел на интегрирани грижи за подобряване на благосъстоянието при жени с РМЖ	114
Заклучение	118
Библиография	120

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ACS	–	Американска онкологична асоциация
РМЖ	–	Рак на млечната жлеза
СЗО	–	Световна здравна организация
ОПЛ	–	Общопрактикуващ лекар
НЗОК	–	Национална здравноосигурителна каса
ВМІ	–	Body mass index

ВЪВЕДЕНИЕ

Ракът е нежелано пътуване, без багаж, в неизвестна посока. Колкото и смел и рационален да е човек, тъмната сянка на болестта убиец безпощадно се стоварва върху плещите му, срива до основи неговия свят и го държи в ступор. Скован от страхове, човек не смее да повярва в добрия изход от лечението, докато някой не му подаде ръка и с търпение, разбиране и грижа не го поведе по непознатия за него път....

Виолета Ванева

По данни на СЗО карциномът на гърдата е най-честият злокачествен тумор в развитите страни и е на второ място по смъртност от онкологични заболявания. Всичко това поставя съществени социалнозначими проблеми пред медицината, като се има предвид безспорната роля на жената като майка, съпруга и социално-трудова лице.

Шансовете за успешно лечение на рака на млечната жлеза са значителни, ако той се открие в началния етап на развитие. В много от случаите заболяването се диагностицира, когато е в напреднал стадий. Добрата информираност на жените относно понятието „профилактика“ и познаването на рисковите фактори са задължително условие за успеха на профилактичните мерки и мероприятия. Тяхната честота, достъпност и обхват трябва да осигурят подобряване на здравната култура, като основен мотивационен фактор за профилактика и здравословен начин на живот. По този начин ще се постигнат ограничаване на разпространението на РМЖ и намаляване на смъртността при това заболяване.

Многостранните проблеми на пациентите с РМЖ и социалната значимост на заболяването подчертават необходи-

мостта от качествени и ефективни здравни грижи, които да спомогнат както за превенцията и профилактиката, така и за качеството на живот на жените, преминали през това изпитание.

Интересът към темата и търсенето на решения на предизвикателствата, с които се сблъскват пациентите с диагноза рак на млечната жлеза, са в основата на настоящата книга.

В теоретичен план са представени исторически данни за РМЖ, както и такива за развитието на онкологичната помощ в България. Отделено е специално място на рисковите фактори, свързани с появата на РМЖ. Проучени са съществуващите профилактични мерки и дейности, както и национални кампании за превенция на РМЖ. Анализирани са публикации, свързани с качеството на живот при пациентки с РМЖ, възможности и полезни практики за оказване на социална подкрепа.

В собствено проучване са анализирани резултатите от изследвани здрави жени, провели профилактични прегледи, и пациентки с РМЖ.

Разработен е модел за интегрирани грижи, основаващи се на терапевтичен, поведенчески и холистичен подход, насочен към физическото, психичното и социалното благополучие на пациентките.

Благодарност: Реализирането и издаването на настоящата книга, базирана на дисертационен труд, са осъществени с финансовата подкрепа по Национална програма „Млади учени и постдокторанти – 2“ (за периода от 01.10.2024 г. до 31.12.2025 г.).

ЧАСТ I. ТЕОРЕТИЧНИ ОСНОВИ

РМЖ в исторически план

Сведения за рака на гърдата се срещат в исторически източници още от времето на Древния Египет и Вавилон, като първите описания датират от около 1600 г. пр.н.е. В един папирус, открит от Edwin Smith, се описват 8 случая на тумори или язви на гърдата, които са лекувани чрез обгаряне, а неизвестният автор счита болестта за „неизлечима“ [155].

Съществуват оскъдни данни от вавилонските времена, предимно от „Законника на Хамурапи“, където могат да се намерят различни закони, свързани с работата на лекарите, състояща се предимно в изпълнението на различни песнопения срещу демони. Хирургичната интервенция, известна от това време, е отварянето на абсцесни кухини на гърдата с бронзов ланцет.

Значителен напредък е постигнат през класическия период в Древна Гърция (V-IV в. пр.н.е.), което се свързва предимно с дейността на Хипократ (460-372 г. пр.н.е.). Той подробно описва заболяването, като в неговите записки са представени клинични случаи на жени с рак на гърдата. При наличие на хеморагичен секрет от зърното Хипократ препоръчва консервативно (нехирургично) поведение [168, 170].

Като цяло, медиците в Древна Гърция смятат, че ракът на гърдата се дължи на дисбаланс на основните телесни течности, които контролират тялото, особено на излишък на черна жлъчка.

Медицинските познания продължават своето развитие в Древния Рим. Римският лекар Целз дефинира 4 от 5-те знака на възпалението – calor, tumor, rubor, dolor. По-късно, в един

от своите трудове – „De Medicina“ (30 г. сл.н.е.), той представя данни за жени с РМЖ и описание на дилатирани вени, улцерации, подувания, екскрети и кръв от млечната жлеза [170].

Друг известен представител от периода на Римската империя е Гален, който следва схемата, построена от Хипократ, и вярва, че диспропорцията на черната жлъчка е била причината за поява на тумори [170].

Първият лекар, осъществявал хирургично лечение на рака на гърдата чрез инцизия на тумора заедно с горене за спиране на кръвотечението (“escharotomy”), е гръцкият лекар Leonides (I в. сл.н.е.). Процедурата продължавала до отстраняването на тумора и била с ограничен успех и висока смъртност.

Заболяванията на млечната жлеза все повече са привличали вниманието на обществото през периода I-IV век. Именно по това време (250 г.) в Сицилия е канонизирана света Агата. Към нея и до ден днешен жените отправят молитви с надежда да им помогне при проблеми с гърдата [25, 155, 168, 170].

Арабските учени през Средните векове оценявали високо и съхранявали ученията и трудовете на гръцките си предшественици. Те лекували оперативно туморите на гърдата, като изрязвали тумора и обгаряли кръвоносните съдове, подобно на гръцките и римските лекари. Инцизията на тумора била извършвана само ако може да се премахне целият тумор и да се обгори цялата повърхност [170].

Началото на Ренесанса предоставя възможност за възобновяване на развитието на медицината в различни европейски университети.

Andreas Vesalius създава детайлно описание на анатомията на човек, работейки върху труповете. Той препоръчва мас-

тектомията за лечение на рак на гърдата, с използването на шевове, а не на изгаряне за контрол над кръвенето.

Henri le Dran (р. 1685) стига до заключението, че ракът може да се разпространява по лимфната система, което било в противовес с теориите на Гален, и трябвали доста години, докато се признае неговото откритие. Малко били тези, които последвали Dran и отстранявали пекторалния мускул и аксиларните лимфни възли. Немският хирург Lorenz Heister (р. 1683) предпочитал използването на гилотина, за да извършва мастектомия, тъй като това било скоростен и по-малко травмиращ начин за провеждане на операцията, а и по този начин премахвал цялата кожа на гърдата.

В началото на XVIII век са направени множество мастектомии, но техният брой намалял, тъй като се установило, че това не води до лечение и не помага на болелите от рак на гърдата. Jean Louis Petit от този период предлага да се запази кожата, която не е засегната от туморите, но това не е било прието от лекарите по света.

През XIX век настъпва повратен момент в развитието на медицината с откриването на анестетиците и антисептиката. Хирургът Samuel Young използвал метода на Pare – компресия, за да се спре кръвоснабдяването на тумора. Други заливали тумора с карболова киселина, което представлявало осъвременен вариант на изгарянето, използвано в по-древни времена.

Joseph Pancost е известен хирург от XIX век, който в своя труд “*Treatise on Operative Surgery*”, издаден през 1844 г. (преди анестетиците и антисептиците), демонстрира *en bloc* мастектомия, извършена с единичен разрез, достигащ до лимфните възли в аксилата.

Samuel D. Gross имал доста по-консервативен подход, премахвайки тумора чрез елипсовиден разрез, старайки

се да запази повече кожа за по-лесно захващане на ръбовете на раната.

С усъвършенстването на медицинската апаратура и технологии хирурзите започнали да обръщат внимание на аксиларните „жлези“, но забелязали, че резултатите от операцията често пъти били крайно незадоволителни, ако те са засегнати. Болестта на Paget, описана през 1874 г. от сър James Paget, представлява ерозии на зърното на млечната жлеза, проявяващи се като рак, който има афинитет към епитела на зърното и инфилтрира навътре в паренхима на жлезата.

Charles Moore посочва мастектомията, а не премахването на самия тумор, като единствен вариант за лечение на млечната жлеза.

В резултат на изследванията на различни учени в болницата Johns Hopkins в Балтимор са били направени някои много важни и основополагащи открития. William Halsted е един от големите хирурзи през тази епоха, който въвежда радикалната мастектомия като метод за хирургично лечение на рака на гърдата. За първи път той прави тази операция през 1882 г. и препоръчва засегнатите тъкани на гърдата да бъдат премахвани като едно цяло, тъй като механичното им разделяне би могло да доведе до разпространение на клетки.

През 1895 г. патологът William Welch в болницата Johns Hopkins е първият, който използва замразени части от ексцизияния тумор за диагностика на рак на гърдата.

Резултатите от проучване на S. Gross, публикувани във Филаделфия през 1880 г., дават известна представа за състоянието на заболяването в епохата непосредствено преди периода, когато напредъкът в анестезията и антисептиката позволява на хирурзите да прилагат радикално оперативно лечение. Авторът описва серия от 616 случая, като в 25% от

тях е имало и инфилтрация на кожата от заболяването, а при над 60% са били ангажирани и аксиларните лимфни възли.

Други важни открития от тази епоха са въвеждането на термина „метастази“, илюстрациите на микроскопския поглед върху ракови клетки, хистологичната класификация, посочваща произхода на някои карциноми, а в края на XIX век е описана и липсата на диференциация сред раковите клетки – „анаплазия“ [108, 155, 168, 170].

През XX век се стига до заключението, че оперативното лечение не е достатъчно, за да се постигнат по-добри лечебни резултати. През този период се въвежда и класификацията на туморите, разработена от Denoix между 1943 и 1952 г. По това време се изгражда и унифицираната TNM система. Тя е съставена съответно от Т – първичен тумор, N – регионални лимфни възли, и M – далечни метастази, като символите се допълват с цифри за показване на степента на развитие на съответния показател. За първи път през 1985 г. в САЩ месец октомври е обявен за Международен месец за борба с рака на млечната жлеза.

Радикалната мастектомия, описана от Halsted и Mayer, макар и доста всеобхватна, не покрива супраклавикуларните лимфни възли и вътрешните мамарни възли.

До 1927 г. интрамамарните възли са пропускани, независимо от дейността на учени като Lord Moyhinan и техните открития в тази област.

Изучаването на лимфните възли датира още от края на XVIII век, когато Gruikshank и Mascagni, както и Sarrey инжектират живак във лимфните съдове и определят дренажа на жлезата, както и нейните основни групи лимфни възли и съдове.

Консервативната хирургия и модифицираната радикална мастектомия започват своето широко приложение едва през

60-те и 70-те години на XX век, когато биологичните познания за туморите се разширяват и може да се направи ясна преценка на ситуацията.

В края на века тенденциите се насочват към максимално запазване на млечната жлеза. Тогава ученият Donald Morton и негови колеги предлагат метод за биопсия на сентинелен лимфен възел, с което поставят началото на нова епоха в лечението на рака на млечната жлеза.

Биологичната революция в края на XX век е провокирана от неуспехите на радикалните операции. Проф. Bernard Fisher от Питсбърг предлага революционна хипотеза, като отхвърля механичния модел от миналото и въвежда биологичен модел. Според него ракът се разпространява главно по кръвен път, заобикаляйки лимфоцитите, и това може да стане дори още преди откриването (диагностицирането) на тумора в гърдата.

Ново, съвременно разбиране на естествената история на болестта представя през 1998 г. проф. Mark Chaplain, който е математик от Дъблин. Той разработва нелинеен (теория на хаоса) модел на рецидиви при рак на гърдата. Този двуфазен модел показва, че отстраняването на първичния тумор при животни намалява инхибирането на ангиогенезата и след операцията е налице нарастване на продукцията на цитокини, които стимулират този процес [3, 90, 160, 170].

РАЗВИТИЕ НА ОНКОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

Първите данни за онкозаболявания в България са от 1937 г., когато към Рентгеновия институт в Александровска болница в София се създава Противораков център. Независимо от това хирургичното лечение на онкоболните се прилага много по-късно.

През 1956 г. се основава НИОН – Научноизследователски онкологичен център – последовател на Противораковия център. В този център е създадено и първото отделение по лъчетерапия, начело с Н. Боздуганов, И. Стратев и В. Орешков. В новосъздадения институт е сформирана хирургична клиника, в чийто състав функционира и отделение по мамология с началник доц. В. Найденов.

Основополагащ принос за хирургично лечение на рака на млечната жлеза има проф. Станко Киров, известен с трудовете си и работата си в онкологията. Той е човекът, който въвежда органосъхраняващите операции в България, което е сериозен принос в развитието на медицинската наука и практика.

Първото отделение по химиотерапия е разкрито през 1957 г. със завеждащ лекар д-р Димитър Тодоров. В НИОН през 1958 г., начело с проф. Райчо Райчев се сформира и секция по патоморфология на туморите към Научния институт по онкология [1, 2, 3, 166, 168].

ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА РМЖ

Ракът на гърдата представлява злокачествен тумор, който води началото си от клетките на самата гърда. При деленето на една клетка възниква нова, която поема функцията на старата. Това клетъчно делене е генетично заложено [2, 5].

Туморните клетки при рака на гърдата произлизат от нездрави клетки, при които е възникнало смущение при клетъчното делене. Те растат неконтролируемо, различават се по големина, делят се и се размножават с различна скорост от нормалните клетки [1, 3, 6, 19].

Карциномът на гърдата се характеризира с дълъг период на развитие и значително разнообразие в своите биологични

и клинични прояви при отделните пациентки. Същевременно при някои болни заболяването протича агресивно за кратък период от време [2, 3, 7, 19, 22].

Изучаването на генетичните, молекулярните и биохимичните фактори, водещи до инициация и трансформация на мамарните епителни клетки, е важно не само за разбирането на патогенезата и определянето на прогнозата на заболяването, но също така представлява основа за разработване на нови методи за лечение и профилактика [23, 34, 35, 36].

Заболяването включва два основни компонента:

1. Локорегионално заболяване на гърдата и регионалните лимфни възли.

2. Системно – микрометастази и/или клинично доказани разсейки в далечни фокуси.

Локалното развитие отразява първичната локализация на карцинома, която най-често е в горния външен квадрант на млечната жлеза, последван по честота от горен медиален и долен латерален квадрант. Освен директна инфилтрация в жлезния паренхим, пекторалната фасция и кожата, туморът може да прогресира и интраканаликуларно (дуктогенно), разрушавайки епителния слой. Важно значение, особено при извършване на органосъхраняващи операции, имат допълнителните неопластични фокуси в млечната жлеза [20, 21, 37].

В широкообхватно проучване на Холанд и кол. върху 264 мастектомии при пациентки с клинично еднофокален карцином с размери до 4 cm, авторите регистрират морфологично единствено първичния тумор само в 39% от случаите [33, 36].

Лимфата и неопластичните клетки в нея навлизат в регионалните възли – аксиларни и парастернални – дрениращи карцинома на гърдата. Освен аксилата, която е основното и най-често място за регионално лимфно метастазиране, в

10,0-22,4% от случаите се засягат и вътрешните мамарни (парастернални) лимфни възли [24, 31, 32].

Комбинацията от наличие и степен на засягане на регионалните лимфни възли е един от най-важните критерии, определящ стадия, необходимостта от адювантна терапия, риска от рецидив и преживяемостта от заболяването. Ангажирането на III ниво от неопластичния процес носи по-лоша прогноза, отколкото само на I ниво [34, 37, 47].

Понастоящем се използва приетата през 1987 година от СЗО TNM система, разработена от Международната асоциация против рака. Тази класификация изисква задължително да има хистологично потвърждаване на диагнозата [5, 26, 27, 35, 43, 45, 49, 50].

Ракът на млечната жлеза се разглежда като бедствие при млади жени и като водеща причина за смърт във всички етнически групи в Съединените щати и в различни части на света. В различни изследвания се проучва епидемиологията за РМЖ при млади жени, под 40 години, т.е. преди препоръчителната възраст за скрининг. Ракът е с по-голяма честота и с по-лоши прогностични характеристики, което води до по-висок риск от повторение и смърт от РМЖ в сравнение с по-възрастните жени [66, 141, 158, 160, 161].

Много от обичайните рискови фактори за рак на млечната жлеза при по-възрастните жени повишават риска и при по-младите, особено с напредване на възрастта: раса, фамилна анамнеза, по-късна възраст при първо раждане и менструация, излагане на радиация и липса на физическа активност. Рисковите фактори, които имат специфично значение за младите жени, включват репродуктивни фактори, анамнеза за индуциран аборт или спонтанен аборт, употреба на орален контрацептив, пушене и радиационна експозиция, най-вече

за лечение на болестта на Ходжкин [147, 148, 152, 153, 163, 167, 169].

Q. Xiong и колегите му правят изследване при пациенти от САЩ, при което от 185 пациенти, 11% са представени в I стадий на заболяването, 45% във II стадий, 38% в III стадий, а 6% в IV стадий. 29% от пациентите със стадий I приемат адювантна терапия, 84% от пациентите със стадий II и 96% от пациентите със стадий III приемат също адювантна терапия или неoadювантна химиотерапия. При част от пациентите със стадий I, 8 пациенти са подложени на мастектомия и 13 са претърпели гръдна хирургия. При други пациенти със стадий II, 66 са подложени на мастектомия и 17 са претърпели гръдна хирургия. При пациенти със стадий III, 65 са подложени на мастектомия и 5 са претърпели гръдна хирургия. В сравнение с контролните пациенти има тенденция към по-лоши нива на обща преживяемост за жени на възраст около 30 години [149, 154, 156, 157, 159, 166].

В някои изследвания е установено, че РМЖ се наблюдава по-често при по-млади корейски жени в сравнение с бели жени. От пациенти с РМЖ, лекувани в медицински център „Асан“ в Сеул, Корея, от 1989 до 2002 г., 381 (9,6%) са под 35-годишна възраст (група – „много млади“) и 2320 са на възраст между 35 и 50 години (група – „по-малко млади“). При младите жени с метастази в лимфните възли има по-лоша 5-годишна преживяемост (69.9% срещу 82.7%, $P = 0.063$) в сравнение с групата жени без метастази (58.1% спрямо 74.1%, $P < 0.001$). По-младата група има по-напреднал стадий на заболяване ($P = 0.001$), по-висок T-етап ($P = 0.001$) и повече метастази в лимфните възли ($P = 0.024$), отколкото по-възрастните жени, както и по-високи проценти на негативно естрогенно рецепторно заболяване (48.2% спрямо

42.1%, $P = 0.047$) и хистология на туморите III стадий (52.1% спрямо 43.5%, $P = 0.01$) [108, 118, 119, 138, 142, 146].

Chakalova et al. (2013) [80] оценяват заболявания в България, като се анализират тенденциите на заболяемост, смъртност и оцеляване през последните две десетилетия. За периода 1993-2009 г. са анализирани данните от Националния раков регистър на България за жените, диагностицирани с РМЖ (C50, ICD10). Средните годишни процентни изменения (AAPC) за периода 1993-2009 г. са оценени чрез Joinpoint регресия. Степента на смъртност намалява значително при рак на млечната жлеза (с 0.8% годишно). Преживяемостта се е увеличила от 3 до 8% през периода на проучването. Резултатите показват някои различия в тенденциите при честотата и смъртността в България в сравнение с други европейски страни, подчертавайки необходимостта от по-стриктно спазване на интегрираните стандарти за лечение и необходимостта от въвеждане на програми за скрининг на населението [42, 46, 54, 166].

Между 1981 и 1991 г. 980 пациенти с РМЖ от I и II тип са претърпели ексцизионна биопсия, аксиларна дисекция и лъчетерапия. Средното проследяване е било 4,6 години, с интервал от 1 месец до 11 години. Пациентите са разделени на три групи въз основа на възрастта по време на диагностицирането:

- а) възраст ≤ 35 години – 64 пациенти;
- б) възраст 36-50 години – 363 пациенти;
- в) възраст ≥ 50 години – 553 пациенти.

Сравняването на групите се оценява по отношение на клиничните фактори (размер на тумора и раса), хистопатологични фактори (хистологичен подтип, крайна граница на резекция, статус на естроген и прогестерон рецептор, пато-

логичен възел) и фактори, свързани с лечението (реакция, до първичната(ите) област(и), обработени с лъчение и използването на адювантна системна химиотерапия и/или тамоксифен). По-младите жени имат статистически значимо намалена 8-годишна преживяемост без рецидив (53% срещу 67% срещу 74%, $p = 0.009$), специфична за причината преживяемост (73% срещу 84% срещу 90%, $P = 0.02$), липса на отдалечени метастази (76% срещу 75% спрямо 83%, $p = 0,02$) и значително повишен риск от рецидив на гърдата (24% срещу 14% срещу 12%, $p = 0,001$) и рецидив на регионален възел (7% срещу 1% срещу 1%, $p = 0.0002$) [5, 19, 20, 42, 43, 49].

Констатациите са идентични, когато анализът е ограничен до пациенти с възли, положителни за рак, които са лекувани с химиотерапия. Въпреки това, при жени с отрицателни аксиларни възли, младата възраст е свързана със статистически значимо намалена обща преживяемост (71% срещу 83% срещу 92%), преживяемост без рецидив (51% срещу 65% спрямо 76%), причинно специфична преживяемост (71% срещу 86% спрямо 93%), липса на дистална метастаза (77% срещу 76% спрямо 88%) и статистически значимо повишен риск от рецидив на гърдата (40% срещу 16% срещу 13%) и рецидив на регионален възел (3% срещу 1% срещу 0%). Рискът от рецидив на рак на млечната жлеза при млади жени, с отрицателни показатели в аксиларните възли, е намален чрез добавяне на адювантна системна химиотерапия, но не чрез използване на реакция [7, 22, 27, 45, 50, 70, 166].

РИСКОВИ ФАКТОРИ, СВЪРЗАНИ С ПОЯВАТА НА РМЖ

Различни фактори, разпознати през годините, водят до риск от РМЖ. Сред тях са тютюнопушенето, употребата на кафе, емоционалният стрес, използването на електри-

чески уреди, липсата на физическа активност и др. [1, 3, 45, 122, 136].

Честотата на рак на млечната жлеза нараства с възрастта, въпреки че процентът на увеличаване е по-голям до 50-, отколкото след 50-годишна възраст. РМЖ е срещан по-често при жени от висши социални кръгове, отколкото при жени с нисък социален клас, сред жените, които никога не са били омъжени, отколкото при омъжени жени, сред живеещите в градски райони с по-висока степен на урбанизация, отколкото при тези от селски области [22, 23, 59, 62].

Счита се, че жените в Северна Америка и в Северна Европа са изложени на най-голям риск от РМЖ, рискът при тези от Южна Европа и латиноамериканските държави е на средно ниво, а жените в африканските и азиатските страни са с най-нисък риск [111, 113].

Ракът на млечната жлеза е най-често срещаният злокачествен тумор при жените, като 6.6% от случаите са диагностицирани при млади жени на възраст под 40 години в Европа. Въпреки варирането на рисковите фактори е наблюдавано малко различие в развитието на болестта при жени на една и съща възраст, но от различни държави. Прегледът на модифицираните ракови фактори показва, че дългосрочната употреба на орални контрацептиви, ниският индекс на телесна маса и високата консумация на животински мазнини са свързани с повишен риск от пременопаузален РМЖ [102, 104, 105, 109, 110, 115].

Намалената физическа активност и затлъстяването увеличават риска от рак на млечната жлеза при жени в менопауза, но данните за жени в пременопауза по-скоро показват, че тези с висок телесен индекс имат намален риск от РМЖ. Немодифицируеми рискови фактори, като семейството, гене-

тичните мутации и др., отчитат повишени рискове от рак на млечната жлеза при жени в пременопауза. Рак на млечната жлеза при млади жени се свързва с неблагоприятни патологични фактори, включващи тумори от висок клас, хормон-рецепторна негативност и свръхекспресия. Това има значително отрицателно въздействие върху скоростта на локален рецидив и общата преживяемост [2, 3, 54, 55, 123, 126, 128].

Установено е, че физическата активност при жените намалява риска от рак на млечната жлеза [1, 2, 26]. При 23 от 35 проучвания е наблюдавано намаляване на риска от РМЖ при тези жени, които са по-активни в техните професионални или развлекателни дейности, в сравнение с жени, които са физически неактивни.

Анализът на епидемиологични данни подкрепя тезата за намален риск от РМЖ при физически активните жени [33, 34, 54]. Някои проучвания са свързани с жизнената физическа активност от всички източници и в частност, умерената активност. Проведено е проучване сред латиноамериканци, афроамериканци и бели на случаи на рак на млечната жлеза във възрастта между 35 и 79 години, за да се оцени връзката с начина на живот с умерена и висока физическа активност, включително развлекателна дейност, ходене, колоездене, домакинство, работа на открито и други занимания.

Пациенти с диагноза инвазивен рак на млечната жлеза между 1995 и 1998 г. са идентифицирани чрез раков регистър в областта на Сан Франциско, като жените без РМЖ са идентифицирани на случаен принцип. Въведен е структуриран въпросник за 403 пременопаузални случая от 483 контролни и 847 следменопаузални случая от 1065 контролни. При обобщаване на активностите от всички източници в зависимост от индивидуалния начин на живот, е наблюдавано

намаляване на риска от рак на млечната жлеза и в двете изследвани категории жени в пременопауза и след менопауза с най-висок или най-нисък риск по отношение на средната продължителност на живот (пременопауза: коефициент с коригирано отношение на шансовете – 0.74, 95% доверителен интервал – 0.52-1.05; постменопауза: коефициент с коригирано отношение на шансовете – 0.81, 95% доверителен интервал – 0.64-1.02), със сходни резултати в трите етнически групи. При жени в пременопауза намаляването на риска е сходно за различни видове дейности, докато за жени в постменопауза то е ограничено до професионалната дейност на изследваните. Като се има предвид интензивността на активностите, намаляването на риска е сходно за умерените и енергичните дейности [42, 43, 45].

Данните от редица изследвания на постменопаузални жени с РМЖ показват връзка между затлъстяването и неблагоприятните резултати, макар и без ясна асоциация [3, 34, 45]. Диагностицирани са 1360 австралийски жени с рак на млечната жлеза преди 60-годишна възраст, 47% са диагностицирани преди 40 години, а 74% пременопаузални жени са изследвани перспективно за период от 5 години (диапазон 0.2-10.8 години). Затлъстяването се определя като индекс на телесна маса от $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Коефициентът на риск (HR) за нежелан клиничен изход, свързан със затлъстяването, се изчислява, като се използва моделът на Соx. Затлъстяването се е увеличило с възрастта ($P < 0.001$) и се свързва с повишен рецидив на рак на млечната жлеза ($P = 0.02$) и смърт ($P = 0.06$), по-големи тумори ($P = 0.002$) и повече въввлечени аксиларни възли ($P = 0.003$), но не и с хормон-рецепторен статус ($P \geq 0.6$) или с първи цикъл адювантна химиотерапия с намаляване на дозите ($P = 0.1$). При коригиране за броя аксиларни възли,

годините на диагностициране, размера на тумора, стадия на тумора и хормоналния статус при затлъстели жени от всички възрасти е по-вероятно да има рецидив на заболяването, отколкото при жени без затлъстяване [HR, 1.57; 95% доверителен интервал (95% CI), 1.11-2.22; P = 0.02] и да настъпи смърт по всякаква причина по време на проследяването (HR, 1.56; 95% CI, 1.01-2.40; P = 0.05). При жени в пременопауза коригирането на HR е 1.50 (95% CI, 1.00-2.26; P = 0.06) и 1.71 (95% CI, 1.05-2.77; P = 0.04), съответно. Всичко това води до извода, че затлъстяването е независимо свързано с по-лоши резултати при жени в пременопауза, както е при жени след менопауза, и това не е напълно обяснено с различия в размера на тумора или нодалния статус [23, 27, 31, 34, 49, 55, 57].

При изследване на антропометрични фактори са използвани самонасочени въпросници. Относителните рискове (RR) са оценени по модела Cox за регресия на опасностите. При идентифицирани 452 случая на рак на млечната жлеза се наблюдава статистически значима обратна връзка между BMI (индекс на телесна маса) в период от 20 години и честотата на РМЖ [коригирани с много вариации RR за всеки 5 единици увеличение 0,75 (95% CI = 0,61-0,92)], което не е модифицирано от статус на BMI. В противоположност, BMI не се свързва с увеличаване на риска от рак на млечната жлеза при пременопаузални жени, но се свързва с увеличаване на риска сред следменопаузални жени [164, 165, 166].

При субанализ с рецепторен статус (~ 50% от случаите) наблюдаваната обратна връзка на BMI_{20y} с риск се свързва с резултатите за ER-PR- [0.49 (95% CI = 0.27-0.88)], докато наблюдаваните положителни асоциации на BMI с постменопаузален риск от рак на млечната жлеза се ограничават до ER+PR+ тумори [връзка между RR за следващите BMI уве-

личения 52.24 (95% CI = 1.50-3.34)]. Ниският BMI на 20-годишна възраст е свързан съществено с повишен риск от рак на млечната жлеза. Обратно, високият индекс на телесната маса и последващото увеличаване на телесната маса от 20-годишна възраст са свързани с повишен риск от постменопаузални ER+PR+ тумори.

При провеждане на изследвания за инвазивен карцином на гърдата на жени между 35 и 40 години и по-млади, по време на диагностицирането са регистрирани няколко фактора, които влошават прогнозата след гръдна консервационна терапия (ГКТ) в сравнение с по-възрастни жени. Въпреки това не е установено доколко специфични клинични или патологични фактори на лечението влияят върху тези резултати и дали мастектомията дава по-добър резултат. Установено е, че при по-млади жени възрастта остава рисков фактор за по-лоши резултати след ГКТ или мастектомия. Също така може да се приеме, че адювантната химиотерапия значително подобрява процентите на локален контрол на млади пациенти след ГКТ [164, 165, 166].

Независимо че биологичните механизми, които стоят в основата на връзката между физическата активност и РМЖ, не са напълно изяснени, общоприето е мнението, че физическата активност намалява риска от РМЖ [1, 31, 35, 36, 43, 47].

За да се получи по-добра представа за причинно-следствената връзка между физическата активност и риска от РМЖ, е разработено проучване за сексуалните хормони и физическите упражнения (SHAPE). Целта на проучването SHAPE е да се изследват ефектите от 1-годишна програма за упражняване с умерена до енергична интензивност върху ендогенните нива на хормони, свързани с рак на млечната жлеза, сред засегнатите жени в постменопауза и дали об-

щото количеството телесни мазнини или коремна мазнина медираат ефектите. Други параметри на проучването включват: обемна и абдоминална мастна тъкан, телесно тегло и фактори на начина на живот. Това проучване допринася за набор от данни, свързани с физическата активност и риска от рак на млечната жлеза, и дава възможност да се запознаем с възможните механизми, чрез които физическата активност може да бъде свързана с намален риск от РМЖ при жени в менопауза [34, 45, 47, 64].

Авторите Warner et al. [153] изследват връзката между репродуктивните фактори и риска от пременопаузален рак на млечната жлеза при жени на възраст под 40 години. Изследвани са 374 случая на РМЖ, диагностицирани преди 40-годишна възраст и 2533 случая, диагностицирани на възраст 40 години. Рискът от пременопаузален рак намалява с увеличаване на годините и при двете възрастови групи. За жени, които са кърмили, рискът е намалял независимо от годините и диагностицирането (години < 40 RR: 0.84, 95% CI 0.57, 1.22; години \geq 40: RR: 0.85, 95% CI 0.72, 0.99). При това изследване, свързано с репродуктивните рискови фактори за рак на млечната жлеза, е установено, че рискът е по-голям при по-млади жени преди 40-годишна възраст [153, 166].

Във връзка с употребата на перорални контрацептиви е направено проучване на базата на проект за откриване на РМЖ, като са изследвани 963 случая на рак на млечната жлеза и 858 контроли. В резултатите не е установена зависимост между употребата на контрацептиви и риска от заболяване (RR = 1,1). Пременопаузалните жени, които са използвали хапчета след 40-годишна възраст, са показали приблизително 50% повишен риск, вероятно в резултат на изкуствено удължаване на пременопаузалната честота на заболяването.

Нежелани рискове, свързани с употребата на хапчета, също се наблюдават при жени в пременопауза, които съобщават за фамилна анамнеза за рак на млечната жлеза, например при сестра (RR = 3.6), или предишни биопсии за доброкачествено заболяване на гърдата (RR = 3.2). Последното проучване при излишък от употреба на контрацептиви се ограничава до жени, при които използването на хапчета предшества първата биопсия. Това предполага, че видовете лезии, изискващи биопсия сред настоящите дългосрочни потребители на хапчета, може да са тези, които предразполагат към рак на млечната жлеза [65, 74, 81].

Въпреки че повечето изследвания не са открили връзка между употребата на перорален контрацептив и рака на млечната жлеза, някои проучвания при по-млади жени съобщават за връзка с дългосрочна употреба на орални контрацептиви. Няма повишена честота на рак на млечната жлеза, свързана с употребата на перорални контрацептиви. Само 8% от хората никога не са използвали перорални контрацептиви. Краткосрочните потребители (< 1 година) са били комбинирани с никога неизползвалите като референтна група за по-нататъшни анализи. Малко повишеният риск от РМЖ е свързан с продължителна употреба на перорални контрацептиви (коефициент на вероятност за > или = 10 години = 1,3; 95% доверителен интервал CI = 0,9-1,9, P за тенденция = 0.03), особено сред жените на възраст 35 години или по-млади (коефициент на вероятност за > или = 10 години = 1,7; 95% CI = 0,9-3,1). РМЖ е слабо свързан с употребата на перорални контрацептиви в началото на репродуктивния живот (коефициент на вероятност за употреба в рамките на 5 години от менструация = 1,3; 95% CI = 1,0-1,8; P за тенденция = 0,04) и използването на орални контрацептиви с висока

прогестин-ефективност за поне 1 година (коефициент на вероятност = 1,5; 95% CI = 1,1-2,1). Тези асоциации са коригирани според възрастта при менструация, текущата бременност, предизвикания аборт и фамилната анамнеза за рак на млечната жлеза. Те не са повлияни от различията в контрола на случаите между образованието, религията, кърменето на потомството или безплодието, при орални контрацептивни противопоказания, признаци или усложнения; или в мерките за откриване на РМЖ, като например мамография или биопсия на гърдата [74, 147, 153, 166, 167, 169].

Съществуват данни от проучвания сред 91 жени с рак на млечната жлеза, диагностицирани преди 42-годишна възраст [34, 42, 43]. Тези жени са изследвани като част от генетични проучвания за ранен рак на млечната жлеза, проведени в Sloan-Kettering раков център между януари 1992 и декември 1995 г. Единственият критерий за влизане в тези проучвания е диагностика на рак на млечната жлеза при жените преди навършване на 42-годишна възраст. Не са включени ограничения за времето от диагнозата до изследването. При никой пациент не е установена връзка с фамилно заболяване от рак на млечната жлеза или рак на яйчниците. Размерът на тумора се определя от патологичния запис. Последният етап от диагнозата се поставя въз основа на патологичен доклад и клиничен запис. Проследяването на средната продължителност на живота от времето на диагнозата на РМЖ е било 63 месеца за оцелели пациенти.

Изяснени са клинични характеристики и резултати при рак на млечната жлеза, които възникват при мутация BRCA, и се сравнява BRCA асоцииран рак на млечната жлеза (BABC) с този, който възниква при жени без мутация [42, 43, 59]. Направени са и клинични прегледи за констатиране

времето на прегледите на генетиката на ранен РМЖ. Всички жени, които са част от изследването – 91 на брой, са претърпели тестове за BRCA 1 мутация. След това 79 от тях са тествани за BRCA 2 мутация. Мутации са били установени при 30 жени (33%). Установява се, макар и без статистически значими различия, че ВАВС е по-малко вероятно да се появи при I стадий от болестта, отколкото при жени без мутации (27% срещу 46%), също така при него е вероятно да има аксиларно възлово участие (54% срещу 46%), както и широко аксиларно участие (25% срещу 17%). ВАВС е значително по-вероятно да е в хистологичен стадий III (100% срещу 59%, $P = 0.04$) и да е естроген-рецептор-отрицателен (70% срещу 34%, $P = 0.04$).

Въпреки това сред случаите, диагностицирани в рамките на 2 години от влизането в проучването, има тенденция към по-кратко преживяване без събития при BRCA хетерозиготи, но не и преживяемост без рецидив. Жените със зародиш на мутация BRCA е по-вероятно да развият контралатерален рак на млечната жлеза в рамките на 5 години (31% срещу 4%, $P = 0.0007$). ВАВС се свързват с неблагоприятни клинични и хистопатологични особености в сравнение със случаите, които не са свързани с BRCA мутации [34, 37, 168].

РМЖ е водещата причина за свързаните с рак смъртни случаи при жени на възраст 40 години и по-млади и макар че като цяло прогнозата се подобрява, честотата на преживяемост при младите жени с РМЖ остава по-ниска, отколкото при по-възрастните жени. Младите жени са по-склонни да развият по-агресивни подвидове на РМЖ (повече тройни отрицателни и повече HER2 (човешки епидермален фактор на растежа 2) положителни и се представят с по-напреднал стадий на болестта [47, 49, 146].

Предишни изследвания показват, че младата възраст е независим рисков фактор за рецидиви на заболяване и за смърт, въпреки че според последните данни това не може да се случи при някои туморни молекулни подтипове на рак на млечната жлеза. Последните предварителни резултати сочат потенциални уникални биологични характеристики на рака на млечната жлеза, които се появяват при млади жени, въпреки че това все още не е проверено при различия в лечението [2, 3, 34, 87, 88, 89].

Ясно се наблюдават различия, които засягат появата на рака на млечната жлеза при млади пациенти, включително в пременопауза при диагностициране, а по-специално плодовитост, генетика и социални/емоционални проблеми, които трябва да бъдат разгледани в началото. Независимо от повишения риск от локален рецидив, младата възраст не е противопоказание за лечение на рак на млечната жлеза, като се има предвид еквивалентната преживяемост, наблюдавана при мастектомия на гърдата. Въпреки това много млади жени през последните години избират двустранна мастектомия, дори без известно наследствено предразположение към болестта [92, 146, 149, 150, 151, 152].

Направени са проучвания за изследване карцином на гърдата при млади жени на възраст < 35 години, като при диагностициране са регистрирани само отделни случаи при жени на възраст < 25 години. Представянето на туморната биология и изхода от карцином на гърдата при много млади жени не е известно и редките изяви на злокачественото заболяване в тази възрастова група могат да доведат до диагностични закъснения [42, 43, 47].

Съществуват резултати от сравнителен анализ на данните при жени на възраст < 25 години и такива на възраст 26-

35 години. Изследванията за двете възрастови групи жени са направени за един и същ период от време. Изследвани са петнадесет случая, със средно проследяване от 108 месеца и средна възраст 24 години. Средната продължителност на симптомите е 4 седмици, а средният размер на тумора е 20 mm. Двама пациенти са имали дуктален карцином *in situ* (DCIS), докато останалите 13 пациенти са имали инвазивни карциноми, нито един от които не е бил клас I. При 8 от 15 пациенти (53%) е била проведена мастектомия. Намерени са аксиларни нодални метастази при 4 от 12 пациенти (33%). От 13 случая на инвазивно заболяване, 9 от 13 пациенти (69%) са имали рецидив и са починали от карцином на гърдата. Средната преживяемост при пациенти с инвазивно заболяване е била 86 месеца. Няма разлика в общата преживяемост между пациентите на възраст < 25 години и 26-35 години, но взети заедно, двете възрастови групи са с по-лоша прогноза, отколкото жените между 36 и 65 години поради по-висока степен и тумори, отрицателни за естроген [43, 47, 59, 125, 129, 132].

Предмет на редица изследвания са ефектът от статини върху клетки на рак на млечната жлеза и в двата случая, *in vitro* и *in vivo*, и определянето на механизма им на действие. Статините са лекарства, понижаващи холестерола, с плейотропна активност, включително инхибиране на реакции на изопренилация и намаляване на сигналите, водещи до клетъчна пролиферация. Ключови междинни продукти регулират отделянето на клетките с NF-κB активация, както и клетъчната пролиферация с митоген-активирана протеинкиназа и са сред най-ранните фосфопротеини, повлияни от лечението със статин. Ранният ефект е последван от спада в активатор протеин-1 и NF-κB активирани и съгласуван с промени в други медиатори на пролиферация и апоптоза. *In vivo*

резултатите показват, че оралната доза на статин значително потиска нарастването на карцином на млечната жлеза при мишки [2, 19, 76, 130, 131, 154].

Липофилният статин може да упражнява пряко противоракова активност, използван *in vitro*, чрез намаляване на разпространението и сигнали за оцеляване при чувствителни фенотипове на рак на млечната жлеза. Тези изследвания осигуряват подкрепа и обосновка при бъдещи изпитвания на статин при пациенти с рак на млечната жлеза [31, 32, 59, 131, 147, 153].

Възрастта е важен фактор, свързан с повишен риск от развитие на заболяването. Най-рискова е възрастта от 50 до 70 години. Заболяването се наблюдава твърде рядко при млади жени.

Генетичните фактори се установяват в 5% от всички случаи и при 25-30% от пациентките на възраст под 30 години. През 1990 г. след анализ на фамилии с повече болни от рак на гърдата или яйчниците е установено, че в дългото рамо на 17-а хромозома е локализиран ген, който по-късно е изолиран и проучен по отношение на неговата мутация.

Расова и етническа принадлежност. Като цяло, белите жени са с по-голяма тенденция да развият рак на гърдата, отколкото афроамериканските жени, но последните са по-склонни към летален изход от този вид рак. Въпреки това при жени под 45-годишна възраст ракът на гърдата е по-често срещан при афроамериканските жени.

Други онкологични заболявания. Доказано е, че жени с предходен овариален или ендометриален карцином по-често заболяват от рак на гърдата.

Жени с диагностициран в миналото аденокарцином на белия дроб са с 25% повишен риск от последващ рак на гър-

дата, а преживелите плоскоклетъчен карцином на шийката на матката имат 24% намаляване на риска от рак на гърдата според международни проучвания.

Особености в менструалния цикъл. Жени, при които менструацията е започнала преди 12-годишна възраст или които са навлезли в менопауза след 55-годишна възраст, имат малко по-висок риск от развитие на болестта.

Плътна тъкан на гърдите. Наличието на повече жлезиста и фиброзна тъкан и по-малко мастна тъкан предразполагат към по-висок риск от рак на гърдата.

Медицински състояния и лечения. Употребата на лекарства, използвани за лечение на сърдечна недостатъчност, се класифицира като възможен причинител на рак на гърдата. Рискът от карцином на млечната жлеза е с 10-23% по-висок при жени с диабет, а при жени с най-висока костна минерална плътност е 62-82% по-висок [19, 36, 45].

Бременност и раждане. Жени, които са с преждевременно прекъсване на бременността или са родили първото си дете след 30-годишна възраст, както и тези, които не са раждали, имат по-висок риск от рак на гърдата в сравнение с жени, които са родили преди 30-годишна възраст.

Кърменето може да намали риска от рак на гърдата, особено ако жената кърми по-дълго от 1 година.

Хормонозаместителна терапия. Преди да се установи връзката между употребата на хормонозаместителната терапия и риска от рак на гърдата, много жени в постменопауза са приемали хормонална заместителна терапия в продължение на много години, за да облекчат симптомите на менопауза (топли вълни, умора) и да се намали загубата на костна маса. Проучванията чрез Американската сърдечна асоциация и Инициативата за здраве на жените са показали, че хормо-

нално заместителна терапия (HRT) действително може да увеличи шансовете за високо кръвно налягане, инсулт, висок холестерол и сърдечни заболявания. В допълнение, HRT значително увеличава риска от рак на гърдата [33, 131].

Хранителният режим се смята за частично отговорен за около 30 до 40% от всички ракови заболявания. Ракът на гърдата се среща по-рядко в страни, където типичният хранителен режим е на растителна основа и с ниско ниво на общото съдържание на мазнини (полиненаситени мазнини и наситени мазнини) [1, 2, 3, 54, 55, 155].

Телесното тегло се изучава като фактор за заболяването. Увеличаването с 10 kg на нормалното телесно тегло при 60-годишни жени води до нарастване с 80% на вероятността от развитие на рак на гърдата.

Тютюнопушенето е класифицирано като вероятен причинител на рак на гърдата въз основа на ограничени данни. Свързва се с по-високи нива на полови хормони, което може отчасти да обясни връзката между тютюнопушенето и риска от рак на гърдата.

Прием на алкохол. Изследвания сочат, че приемът на алкохолни напитки – бира, вино и спиртни напитки, увеличава риска от хормон-рецептор-позитивен рак на гърдата при жената.

Физическа активност. Изследванията показват връзка между физическа активност и упражнения редовно на умерено или интензивно ниво в продължение на 4 до 7 часа на седмица и по-малък риск от рак на гърдата.

Стрес. Жените, подложени на хроничен стрес на работното си място, с 30% по-често заболяват от рак на гърдата в сравнение с онези, чиято работа не е съпроводена от стрес. След проведено изследване върху 36 000 работещи жени на възраст между 30 и 50 години – 767 жени са развили рак на

гърдата. Стресовите събития могат да намалят телесната съпротива и да увеличат възможността за поява на злокачествени образувания. Загубата на близък или любим е мощен фактор за възникване на рака. Самотата е друг много рисков фактор за рака. Разпадането на социални връзки се преживява като екстремен стрес [25, 26, 133, 149, 152, 159, 160].

Редуване на труд и почивка. Все по-голяма част от работещите жени са заети в необичайни часове, увеличава се делът на нестандартното работно време, което включва сменна и нощна работа, удължени работни смени.

Резултатите от няколко проучвания показват, че жени, които работят през нощта, имат по-висок риск от рак на гърдата в сравнение с жените, които работят през деня.

Когато жените работят през нощта и са изложени на външна светлина, техните нива на мелатонин остават ниски. В същото време, мелатонинът намалява циркулиращия естроген, с което може отчасти да се обясни връзката между работата на смени и риска от рак на гърдата [1, 7, 23, 27, 131, 160, 166].

РАЗВИТИЕ НА КОНЦЕПЦИЯТА ЗА ПРОМОЦИЯТА НА ЗДРАВЕТО

„Промоция на здравето“ като понятие е въведено за първи път през 1923 г. от американския професор по обществено здравеопазване Winslow, който дава следното определение: „организирано усилие на обществото за обучение на индивида по проблемите на личното здраве и развитието на обществената система, осигуряваща на всеки стандарт на живот, адекватен за поддържане и подобряване на здравето“ [8, 12, 14, 41, 46].

През 1974 г. канадският министър на здравеопазването Lalond в своя доклад „Нова перспектива за здравето на канад-

ците“ (първи официален документ, в който се третира проблемът) предлага промоцията на здравето като ключова стратегия за подобряване на здравето. Той въвежда идеята, че има четири основни групи фактори, допринасящи за причините за заболявания и смърт на хората: нездравословен стил и начин на живот, екологични вредности, биологични фактори и пропуски в дейността на здравеопазващата система [168, 170].

През 70-те години на XX век на международно ниво стартира нова стратегия на Световната здравна организация за укрепване и повишаване на здравето на хората. Мерките за промоция на здравето са от съществено значение за реализиране на нейните цели [12, 13, 14, 15].

Концепцията за промоция на здравето се утвърждава в началото на 80-те години на XX век като философска основа на движението за ново обществено здравеопазване [12]. То приема здравето като основен ресурс на индивида, общността и обществото и подчертава влиянието на социалните и икономическите аспекти на здравето върху благополучието на индивида и просперитета на обществото [28, 29]. По този начин, от 1981 г. СЗО разработва стратегия за промоция на здравето, включваща теоретичната концепция и превръщането ѝ в действена и резултатна обществена практика [12].

Научната основа на теорията за промоция на здравето е холистичното разбиране за здравето – то се възприема в неговата цялостност по отношение на измеренията му и на влиянието на заобикалящата човека среда. Ето защо усилията при практическата реализация на здравнопромотивните дейности са насочени както към отделния индивид, така и към човешките общности [10, 12, 13, 14].

Първата международна конференция по промоция на здравето се състои в град Отава, Канада, през 1986 г. Дефи-

ницията на понятието от Отава се изразява в следното: „Промоцията на здраве е процес, при който хората получават възможност да увеличат контрола върху своето здраве и да го подобрят“. Към тази дефиниция участниците в Конференцията в Джакарта десетилетие по-късно добавят, че получаването на възможност за повишаване на контрола се отнася до детерминантите на здравето [12, 14, 15].

Отавската харта определя промоцията на здравето като стратегия, която свързва здравето с жизнената среда и поведението. Непосредствената цел е формирането на здравословен начин на живот, а крайната цел е подобряване здравето на населението и постигане от всеки индивид на максималните му здравни потенциали [12, 17, 18].

Промоцията на здравето има за цел да превърне здравето в най-важна ценност за индивида и обществото; да подкрепи утвърждаването на интегрален подход към здравето, при който проблемите на здравето се решават с участие на всички заинтересовани обществени сектори, институции, специалисти [12, 39].

Здравно възпитание – целенасочен метод за създаване на положително лично поведение и подпомагане на индивида, групата и обществото като цяло чрез придобиване на необходимата информация за развитие на позитивни здравни характеристики, здравна мотивация и утвърждаване на положителни здравни навици и жизнени умения.

Здравна защита – съвкупност от мерки, целящи повишаване на позитивното здраве и създаване на благоприятна за здравето жизнена среда.

Здравна профилактика – всички мерки, предприемани от здравните специалисти и обществото като социална организация, по защита и предотвратяване разпространението на

рискови фактори за заболявания и техните усложнения сред населението [12, 13, 15, 39].

ПРОФИЛАКТИЧНИ МЕРКИ И ДЕЙНОСТИ

Здравните специалисти трябва да информират, контролират и обучават пациентите и техните близки за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици с цел превенция на заболяването [9, 11].

Съществуват следните четири нива на профилактичните мерки:

- Начално взаимодействие между рисковата експозиция и възприемчивия индивид;
- Безсимптомен клиничен стадий – промени в организма, които нямат ярко изразена клинична проява и клинични белези;
- Клинично изявено заболяване (ранен стадий) – открива се с обичайни методи за диагностика;
- Следлечебен (късен) стадий на заболяването – може да протече в различни направления – клинично оздравяване, хронифициране на заболяването, трайно увреждане на организма или смърт.

В съответствие с така формулираните нива на профилактичните мерки се разграничават и отделните профилактични дейности:

- Преморбидна профилактика – насочена към началния стадий на контакт между рисковия фактор и възприемчивия индивид и приложима върху цялото здраво население или рискови групи.
- Първична профилактика – насочена към специфични причинни фактори, влияещи в предклиничния безсимптомен стадий, и приложима върху цялото население, върху избрани групи лица и/или здрави.

➤ Вторична профилактика – насочена към ранния стадий на клинично изявеното заболяване и приложима само при пациенти.

➤ Третична профилактика – насочена към късния стадий на заболяването и приложима към пациенти.

Здравната профилактика трябва да осигурява еднакви възможности на всички хора за здраве чрез предоставяне на поддържаща жизнена среда, достъп до информация, контрол над детерминантите. Здравният механизъм за създаване на ефективна система за профилактика се основава на следните фундаментални принципи:

➤ Подкрепа – комбинация между индивидуални и социални действия с цел ангажираност, социално приемане и системно подпомагане.

➤ Посредничество – координиране на действия на всички заинтересовани за здравето и балансиране на различните интереси в обществото.

➤ Включване – уважение към всички идеи, ценности и стандарти от организационната и културна структура на обществото с цел постигане по-високо ниво на здраве.

➤ Уважение – уважение към човешкото достойнство, равенство, солидарност при отчитане на разликите в потребностите, ценностите и културата на отделния индивид или група.

➤ Фокусиране – определяне на приоритета здраве [12, 13, 41, 162, 166].

НАЦИОНАЛНИ КАМПАНИИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА РМЖ

У нас се развиват редица кампании, свързани с превенцията на рака на млечната жлеза. От друга страна, имайки предвид държавното участие, както и ангажираността на публичните власти в превенция на раковите заболявания, то

политиката, насочена към намалението им чрез осведомяване или чрез други средства, се определя като изключително слаба и недостатъчна.

Всичко това е причина за инициране на национални кампании за борба с рака на гърдата в България. Дейността се развива в две основни направления – образователна и превантивна дейност [55, 166].

Постепенно, в резултат на обединените усилия на множество организации, кампанията излиза извън рамките на столицата и обхваща и други градове в страната.

През 2004 г., по инициатива на Международния женски клуб са направени първите стъпки за обединяване усилията на различните организации, асоциации и сдружения в България, които работят в тази област. През следващите години в кампаниите се включват и редица транснационални и други компании, като например AVON, Арома и други, които спонсорират различни мероприятия и инициативи чрез своите продукти в борбата с рака. По този начин те заявяват активната си гражданска позиция, което ги прави още по-разпознаваеми и популярни на пазара.

Други социалнозначими участници в борбата срещу раковите заболявания са много фармацевтични компании, които развиват активна научноизследователска фармацевтична дейност.

През изминалите 10 години фармацевтичните компании работят в посока превенция и навременно диагностициране на рака на млечната жлеза в партньорство със здравните институции, българските онколози, Парламента на Република България, дипломатическите мисии, Фондация „Борба с рака“ и Националния раков регистър, пациентските асоциации, както и други неправителствени организации, обедине-

ни под мотото „Заедно за здравето на жената с любов!“ [42, 162, 166, 169].

Раковите образувания са изключително висок фактор за смъртността при жените. Нещо повече, изследвания сочат, че всяка година в Европа се откриват 321 000 нови случая на рак на гърдата, а 124 000 жени умират от тази болест [42, 43, 166].

Над 36 000 българки страдат от рак на гърдата, като през последните 5 години новорегистрираните случаи са около 3500 годишно. България е на едно от първите места в света по късно открити случаи на рак на гърдата. Едва 15,4% от заболяванията се откриват в първата фаза на болестта и са лечими напълно. Наблюдава се тенденция за понижаване на възрастовата граница и увеличаване на смъртността поради късно диагностициране [42, 43, 165, 166, 168].

Мотивацията за превенция и профилактика на здравето е определящо условие за здравния статус на населението, като формирането и нивото ѝ са свързани с комплекс от различни мотивационни фактори. Те са взаимнозависими, различават се според социалните характеристики на отделните обществени групи и въздействат комплексно върху здравната мотивация [11, 12, 39].

В стратегиите за развитие на здравеопазването здравето се разглежда като основен показател за смислеността на глобалната политика на дадена страна [28, 29, 30, 52, 53, 55].

В същото време, промяната на личността в ценностно-то ѝ отношение към здравето зависи от повишаването както на здравната култура, така и на вътрешната мотивация за по-добро здраве. Необходимо е хората да разполагат с възможности не само в ролята на пасивни консуматори на здравните услуги, но и за осъществяване на самоконтрол върху собстве-

ното си здравно поведение като условие за по-добро здравно състояние [11, 51].

Когато се говори за профилактика и превенция на здравето, най-често използваният термин е „здраве“, което е дефинирано от СЗО като:

„Пълно физическо, психично и социално благополучие, а не само отсъствие на болест“, или свършеното здраве преследва нещо повече от отсъствие на болест и включва нови, по-високи нива на изява, като одухотвореност, достойнство, непрекъснато развитие, свобода за личен избор. Резултатите от всяка дейност в здравеопазването са в пряка зависимост от подходите за решаване на здравните проблеми на населението в неговата цялост [39, 44, 52, 53].

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТКИ С РМЖ

Качеството на живот е широко понятие, върху което оказват влияние физическото здраве на хората, психологичното им състояние, степента на самостоятелност, социалните им взаимоотношения и връзката им със значимите характеристики на средата [38, 39, 40, 52, 53].

Качеството на живот, като функция на здравното състояние, е многоизмерно понятие, което включва субективната оценка на физическото, емоционалното и социалното функционално благополучие на човешката личност. То е насочено към „цялостната личност, към социалните и психологичните ѝ аспекти, към индивидуалното изпълнение на социалните роли, умствената ѝ дейност, емоционалното ѝ състояние, усещането ѝ за благополучие и взаимоотношенията ѝ с другите хора“ [26, 35, 38, 93, 121].

Качеството на живот се определя като несъответствието между надеждите и очакванията на личността и житейския

и опит за определен период от време [82]. То се изразява в придавания индивидуален смисъл на житейската ситуация от даден човек. Възможно е две жени да имат сходно обективно здравно състояние, но да възприемат като различно качеството си на живот. Именно поради тази причина се приема, че най-добре е то да се определя от гледната точка на самия пациент [10, 52, 53].

Качеството на живот се променя през различните периоди от живота, като зависи от възрастта и натрупания житейски опит. Хората на години се приспособяват по-лесно към настъпилите промени в здравното им състояние, а по-младите имат по-високи очаквания към физическия и функционалния си статус, поради което при хора в по-напреднала възраст може да се установи по-високо качество на живот в сравнение с по-младите [102, 106].

Качеството на живот не е едноизмерно понятие. То включва различни житейски области, всяка от които може да се възприема по различен начин и да ѝ се придава различна значимост. В литературата се описват между 12 и 14 различни области [118], придаващи комплексен характер на това понятие. Настъпилите промени в една област оказват влияние на възприемането на другите области. Именно поради тази причина трудностите във физическото здраве оказват влияние на социалното или психичното благополучие [40, 48, 116, 127, 134, 135].

Физическото благополучие се изразява в контрола или облекчението на симптомите и увеличаване на самостоятелното функциониране. Проблемите на жените с рак на млечната жлеза, свързани с физическото им благополучие, се изразяват в преждевременно предизвикана менопауза поради продължителна хормонална терапия и лечение, репродуктив-

ни затруднения, проблеми със заспиването и съня, лимфедем, изпитване на болка, затруднения при изпълнение на физически упражнения и ежедневни спортни дейности, натрупване на излишни килограми [97, 117, 119, 124, 145].

Установени са и проблеми с ръката откъм оперираната гърда 2-3 години след проведеното лечение, като напрежение, изтръпване, усещане за дърпане, тежест и дори непрекъснатата слаба болка. 70% от изследваните лица споделят за намалена енергия, а 60% изпитват затруднения при физически упражнения и натоварване [103].

По отношение на физическото си здраве изследваните лица споделят за затруднения от хормоналната терапия, с хранителния режим, който спазват, и натрупаните килограми и за проблеми, свързани с реконструкцията на гърдата [102].

В проведено изследване с 98 жени 8 години, след като им е поставена диагнозата, и 262 здрави изследвани лица пациентите споделят, че продължават да имат проблеми с ръката от страната на оперираната гърда, като оток (лимфедем) и загуба на чувствителност, за разлика от здравите жени. Пациентите с рак на гърдата трябва да се справят и с много други предизвикателства, свързани не само с лечението на основното им заболяване, но и с допълнителни оплаквания като остеопороза, а също и с това как да намалят симптомите на предизвиканата ранна менопауза [56, 102, 103, 146].

Психичното благополучие се изразява в стремежа да се поддържа усещане за контрол пред лицето на животозастрашаващата диагноза, която се характеризира с емоционален дистрес, промяна в житейските приоритети, страх от неизвестното бъдеще. Множеството проведени психосоциални изследвания при жени с рак на млечната жлеза обхващат периода непосредствено след поставената диагноза или след

приключване на провежданото лечение. Според редица автори огромният дистрес от поставената диагноза намалява с времето при рано поставена диагноза (I и II стадий) и пациентките се стабилизират емоционално. В края на първата година психологичният профил на жените с рак на млечната жлеза не се различава значително от този на жените, оперирани от доброкачествено образуване в гърдата [58, 60, 61, 143, 144].

В изследване с малка извадка от 32 жени с рак на млечната жлеза между 5 и 26 години след направена мастектомия, 38% от тях прибягват до употреба на алкохол или предписани медикаменти, за да преодолеят стреса. Основен проблем са страховете за бъдещето, но и притеснения за развитието на онкологичната диагноза и лечението ѝ, нервност при провеждане на медицински изследвания и въпроси, свързани с възприемането на собственото тяло, също са често посочвани от пациентите. Обикновено симптомите на заболяването и психосоциалните фактори са свързани повече с качеството на живот, отколкото с медицински фактори [102].

Според Ganz et al. (1996) [102] основните психосоциални страхове, които споделят жените с рак на гърдата, са следните:

- страх от рецидив;
- физически симптоми като умора, проблеми със съня или изпитване на болка;
- затруднения във възприемането на собственото тяло;
- сексуални дисфункции;
- тревожност, свързана с лечението;
- натрапливи мисли за заболяването или постоянна тревожност, проблеми в комуникацията с партньора;
- усещане за уязвимост;
- екзистенциални въпроси, свързани със собствената смърт.

Социалното благополучие се основава на полаганите усилия, за да се преодолеят последствията от рака, оказани върху личността, върху изпълняваните от нея социални роли и взаимоотношенията с другите хора. Социалните въпроси са свързани със заеманата работна позиция от пациентите и проявите на скрита дискриминация или подценяване при възможности за кариерно развитие, защото ръководният персонал често не вярва, че те могат да се справят с поставената задача [67, 72, 75, 123, 160].

Жените с рак на гърдата споделят и за затруднения при получаване на средствата от здравната застраховка, при съхраняване на конфиденциалността на медицинската информация, и за липса на ресурси и подкрепа при връщане към работата след ползване на болничен [75, 77, 83].

С увеличаване на изминалото време след проведеното лечение, в някои случаи са налице и постоянно растящи проблеми в сексуалното функциониране при жените с рак на млечната жлеза. Те не зависят от това дали е направена съхраняваща гърдата операция, или мастектомия, а по-скоро са резултат на психична затормозеност и предразсъдъци [69, 71, 78, 79, 83].

Физиологичните проблеми отчасти имат и психологични аспекти. Независимо от широко разпространените и често срещани през последните години корекции на бюста и други части от тялото, някои пациенти се чувстват отблъснати, тъй като смятат, че техните партньори няма да имат желание и смелост да докоснат засегнатите от диагнозата гърди. Именно поради тази причина са налице и проблеми с възприемането на собственото тяло и личност [5, 6, 24, 57].

За много жени с рак на млечната жлеза проблем за преодоляване са стресът и товарът, който носи ракът в техните се-

мейства, разговорите за диагнозата, които провеждат с децата си, и опасенията дали ще могат да продължат да изпълняват родителските си задължения успешно, както досега. Всичко това показва необходимостта от разработване на ефективни програми за разрешаване на проблемите на пациентите, засегнати от това заболяване [63, 68, 69].

Духовното благополучие е способността да се поддържа надежда и да се извлича смисъл от онкологичния опит, който се характеризира с висока степен на неяснота. Напълно възможно е онкологичният опит да оказва и позитивно психологично и социално влияние върху пациента, което задължително трябва да намери място в моделите за предоставяне на качествени и ефективни грижи за пациентите с РМЖ [69, 75, 91].

В изследване на социалните аспекти на заболяването 2 години след поставяне на диагнозата пациентите са помолени да опишат как заболяването се е отразило на гледната им точка за живота. По-голямата част от тях посочват позитивни аспекти като това, че са започнали да ценят повече живота, по-малко да обръщат внимание на тривиални житейски ситуации от ежедневието, развили са способност да живеят в настоящето, тук и сега, обръщат по-малко внимание на материални въпроси, станали са по-самоуверени и поемат по-голяма отговорност за изпълнение на собствените си жизнени цели [46].

По-младите жени изпитват по-силна психологична болка и имат по-ниско качество на живот след поставена диагноза за рак на млечната жлеза в сравнение с жените в напреднала възраст. Конкретните проблеми, пред които са изправени по-младите жени с малки деца, включват:

➤ съмнение дали ще преодолеят и преживеят това голямо житейско изпитание;

➤ дали ще могат да имат деца след поставената им животозастрашаваща диагноза и последващото ѝ лечение поради преждевременната менопауза вследствие на продължаващата хормонална терапия – в продължение на 5 години, която води до загуба на репродуктивни способности;

➤ изпитване на широк спектър от вазомоторни симптоми и поради последствията в дългосрочен план от ранната менопауза, като горещи вълни, ранно събуждане, забравяне, чувствителни гърди и др.;

➤ опасения, че последваща бременност е възможно да увеличи риска от рецидив на заболяването, поради изпитваните трудности във възприемането на собственото тяло и в сексуалния живот и в работата;

➤ усещане за неспособност да се смени работата или страх от загуба на заеманата работна позиция поради несигурност и неяснота във възможностите за завръщане на заболяването.

Особено проблематични за пациентите с рак на млечната жлеза са преждевременната менопауза, сексуалното функциониране и възприемането на собственото тяло. При тях същевременно се съхраняват късните ефекти от химиотерапията върху различни аспекти от качеството им на живот, постоянни симптоми, като умора, когнитивни оплаквания, сексуални дисфункции, трудности в заспиването и невропатии, месеци и години, след като е приключило лечението [68, 69].

По-младите жени с рак на млечната жлеза изпитват по-голям психосоциален дистрес, срещат повече затруднения в приспособяването към диагнозата и последващото лечение, а затрудненията в сексуалността намаляват качеството им на живот повече в сравнение с по-възрастните [139, 140].

Негативни промени след поставена диагноза рак на млечната жлеза настъпват в сексуалността, в нивото на енергия и умора, възникват дистрес, неяснота за бъдещето, промени в когнитивното функциониране, лимфедем, а позитивните промени се изразяват в жизнените приоритети и духовността [67, 68, 94, 95, 98].

При повече от 40% от жените се срещат наднормено тегло и симптоми като вагинална сухота и нощни изпотявания. Жени, преживели рак на млечната жлеза, са 5 пъти по-предразположени в сравнение със здравите изследвани лица на същата възраст към симптоми, свързани с ранната менопауза.

Проведените изследвания установяват, че жени с рак на млечната жлеза години след приключване на лечението продължават да изпитват симптоми като умора, депресия, мускулна и ставна болка [68, 69, 86].

Качеството на живот, свързано със здравето, представлява влиянието, което поставената диагноза и нейното лечение оказват върху пациентите. Въпреки че има противоречиви определения и инструменти за измерването му, повечето въпросници са разработени според работната дефиниция на Световната здравна организация, като се оценяват три аспекта за благополучие – физически, емоционален и социален [69, 70, 71].

Инструментите за измерване на качеството на живот, свързано със здравето, са обикновено въпросници, които се попълват от пациентите. Те са общи, разработени с цел сравняване на здравния статус на група пациенти с клинично здрави хора, или специализирани за пациенти с конкретна диагноза, като например диабет или рак, които отразяват основните физически симптоми на заболяването.

В средата на 70-те години на XX век са положени първите усилия за разработване на инструмент за измерване

на качеството на живот по време на лечение на жени с напреднал рак на млечната жлеза. Пример за широко използван общ въпросник е RAND 36-Item Health Survey (SF-36) и по-конкретно за измерване на резултати от програми за рехабилитация за онкологични пациенти Functional Living Index – Cancer (FLIC) [70, 71].

Тъй като качеството на живот, свързано със здравето, както бе посочено, е многоаспектно понятие, при анализирания му се използват скали от показатели на по-ниско ниво, които представляват различни аспекти от него.

Обща скала за измерване на качеството на живот, свързано със здравето, включва следните показатели за наличие на:

- горещи и студени вълни;
- гадене;
- неволно изпускане на урина;
- вагинални проблеми;
- ставно-мускулни болки;
- когнитивни затруднения;
- наднормено тегло;
- болки в ръката от страната на оперираната гърда.

Благодарение на ранното диагностициране на рака на млечната жлеза и непрекъснатото развитие в лечението, което се предлага, критичния период от 5 години след диагностицирането му, преживян от пациентите, неговото откриване, се увеличава процентът на пациентите, които успяват да преодолеят това голямо житейско изпитание в зависимост от възрастта, етническия им произход и стадия на заболяването [40, 43, 45, 64, 86, 137].

Заедно с продължителността на живота след преживяна диагноза рак на млечната жлеза се увеличават и страничните ефекти, получени в резултат на лечението, много от които се

отразяват пагубно върху здравето на пациентите и качеството им на живот. Именно поради тази причина използването на инструменти за измерване на качеството на живот след преживяна онкологична диагноза се увеличава често след участие в програми за рехабилитация [40, 46, 48].

Всичко това предоставя фундаменталния материал за анализ при разработване на програми за профилактика и превенция на заболяването, както и за предоставяне на здравни грижи за пациентите в контекста на преодоляване на всички проблеми, които представляват негативни фактори за качеството на живот [46, 48, 67, 68, 69, 70].

СОЦИАЛНА ПОДКРЕПА ПРИ ЖЕНИ С РМЖ

Специалистите в здравната сфера са изправени пред ново предизвикателство да помагат на все повече хора, които са преживели или преживяват раково заболяване. Важен детерминант на способността на пациентите да продължат да живеят със своята болест, е социалната среда. Установено е, че различните ѝ аспекти съществено влияят на психичното благополучие на пациентите и ги предпазват от негативното влияние на стресиращи житейски събития [4, 19, 75, 84, 121].

Както структурата и размерът на социалната мрежа, така и функциите на емоционалната социална подкрепа, която осигурява обществото, са свързани с разпространението (заболеемостта) и смъртността от онкологични заболявания [2, 10, 33, 77, 158, 160].

Ракът е силно стресиращо събитие, което оказва влияние на междуличностните взаимоотношения. Той засяга взаимоотношенията и индиректно пациентът намалява своите социални дейности, което ограничава достъпа му до подкрепа от тях. Именно поради тази причина онкологичните пациенти е

възможно да срещат затруднения при получаване на социална подкрепа, когато всъщност най-силно се нуждаят от нея [3, 75].

Социалните фактори също оказват влияние върху оцеляването от рак. При изследване на връзката между социалната среда и жени, които са онкологично диагностицирани с рак на млечната жлеза, и шансовете им за преживяване 4 години по-късно, се установява, че броят на хората, които ги подкрепят, броят на приятелите, които са до тях, трудовата заетост на пациентите, тяхното семейно положение и естеството на отношенията им с приятелите са статистически значими за оцеляването от рак [123, 132, 133, 134].

Възприемането на диагнозата от пациента зависи от различни социалнодемографски променливи като възраст, пол, доход, засегнати органи, стадий на диагностициране на заболяването и провеждане на вид лечение (оперативно, химиотерапия, лъчетерапия, хормонална терапия). Въпреки разнообразния опит, който имат пациентите, те са изправени пред сходни психосоциални въпроси за разрешаване и в резултат на това имат сходни потребности, които могат да се задоволят от хората в социалното им обкръжение [3, 158, 159, 160].

Поставената онкологична диагноза представлява житейско предизвикателство както за представата за собствената личност на пациента, така и за разбиранията му за живота и света като цяло, а успешното адаптиране към нея е свързано с връщането и включването му отново в социалната среда [19, 25, 75].

По-конкретно поставената онкологична диагноза може да провокира чувство на неадекватност в личността на пациента, намалено усещане за контрол над живота, увеличено усещане за крехкост и уязвимост и засилено усещане за дезориентация. Чрез своето поведение хората от социалното

обкръжение на пациентите оказват влияние върху тези техни усещания [75, 84].

В литературата са дефинирани следните основни видове подкрепа, получавани от социалните взаимоотношения:

- Емоционална;
- Информационна;
- Инструментална.

Теоретично се приема, че всеки отделен вид подкрепа би могъл да оказва влияние над описаните реакции към болестта.

Най-често посочваното нараняващо поведение от страна на пациентите е липсата на емоционална подкрепа. Избягващо поведение, омаловажаване на здравния проблем и насилствено ободряване пречат на пациента свободно да обсъжда състоянието си.

Основен аспект при оказването на емоционална подкрепа е наличието на човек, с когото пациентът свободно да обсъжда своите опасения и негативни чувства относно диагнозата. Членовете на социалното обкръжение на пациентите погрешно смятат, че подобни разговори за хода на болестта разстройват и натоварват болните [33, 77, 78, 159, 160].

Въпреки че липсата на емоционална подкрепа от член на семейството или приятел е нараняваща, има граници, в които пациентът очаква от тях да я проявят. Например уверението „всичко ще е наред” или емпатийният отговор „знам как се чувстваш” е възможно да не помагат, а да се възприемат по-скоро като омаловажаване на проблема, когато са изречени от членове на семейството или приятели. Същите изказвания обаче, вербализирани от пациент със същата диагноза, се възприемат като уместни, помагачи и полезни. В този случай пациентите се чувстват подкрепени от приятел, изправен пред същия стресор [19, 75, 84, 160].

В различни изследвания е установено, че пациенти с една и съща диагноза са в благоприятна позиция да осигурят помощ, защото те не са обременени от неправилните нагласи, които имат другите хора за справянето с рака, и не смятат, че обсъждане на заболяването ще предизвика в пациента тревожност и страх, както смятат другите членове на неговото социално обкръжение. При анализ на различни източници за подкрепа става ясно, че емоционалната и инструменталната подкрепа се възприемат положително от пациента независимо от източника, от който идват, а информационната се възприема добре единствено в случаите, когато е предоставена от професионалист в здравната сфера [123, 134, 159, 160].

Липсата на информация от лекар се възприема като проблем, така както и предоставянето на прекалено много информация от член на семейството или от приятел. Например проведено е интервю с 41 жени с мастектомия след средно 22 месеца от операцията. Тези от тях, които получават по-голяма подкрепа от страна на партньора, лекуващия лекар, хирурга, медицинските сестри или от своите деца твърдят, че се приспособяват към диагнозата по-лесно [73].

Резултатите показват, че получаването на емоционална подкрепа от член на семейството, която се изразява в по-голяма сплотеност и по-ниски нива на конфликтност, е свързано с по-благоприятна перспектива. Това осигурява по-благоприятна среда и качество на живот на пациентите, което спомага и за тяхното душевно равновесие и оптимизъм [73, 75, 77].

На базата на резултатите от редица изследвания се приема, че при жените с рак на млечната жлеза (I и II стадий) с благоприятна прогноза за възстановяване в бъдеще емоционалната подкрепа, която получават, е свързана с по-добро социално и емоционално приспособяване. Това се изразява

в по-добро ролево функциониране, подобрена самооценка и удовлетвореност от живота, намалена враждебност и всички други фактори и условия за благоприятна психологична среда и ограничени до минимум конфликтни ситуации, което да предостави на пациента психично равновесие и позитивна нагласа в ежедневието [3, 19, 75, 77, 160, 161, 168, 169].

По отношение на рисковите фактори, някои от тях, като възраст, пол и фамилна обремененост, не могат да бъдат избегнати. В същото време, един от основните социални фактори за здравето, като начина на живот, е в основата на превенцията за онези рискови фактори, които могат да бъдат променени.

Поставената онкологична диагноза представлява сериозно житейско предизвикателство за пациента. Анализът на резултатите от съществуващите изследвания показва, че емоционалната и инструменталната подкрепа се приемат добре от всеки източник, от който идват, а информационната само ако е оказана от професионалист от здравната сфера.

ЧАСТ II. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

Ракът на млечната жлеза е социалнозначимо заболяване и е най-честото онкологично заболяване при жените. Това поставя съществени проблеми пред здравните грижи, като се има предвид безспорната роля на жената като майка, съпруга и социално-трудова лице. Широкото разпространение на това заболяване, както и реалните възможности за ефективната му профилактика и за съществено подобряване на прогнозата обуславят научния интерес към него в световен мащаб.

Възрастовата граница на заболелите от РМЖ у нас непрекъснато спада, което води до загуба на повече години живот от което и да било друго злокачествено заболяване при жените.

Многостранныте проблеми на пациентите с РМЖ и социалната значимост на заболяването подчертават необходимостта от научнообосновани модели за качествени и ефективни здравни грижи, които да спомогнат както за превенцията и профилактиката, така и за качеството на живот на жените, преминали през това изпитание.

Основната цел на проведеното проучване е да анализира основните проблеми, свързани с превенцията на РМЖ, и приоритетите в качеството на живот при жени с доказан РМЖ, за да се установят съвременните аспекти на здравните грижи за тези жени. Резултатите насочват към необходимост от разработване на модел на интегрирани грижи за подобряване на благосъстоянието при жени с РМЖ в съответствие със специфичните им потребности.

Проучването включва 700 лица на възраст 18-65 години, от които 400 жени, посетили профилактични мамоло-

гични кабинети, и 300 пациентки с РМЖ, провели съответното лечение.

Изследването е ретроспективно за периода февруари 2020 г. – декември 2022 г., като всички участници в проучването са изявили доброволно желание за участие, след получено информирано съгласие.

При научното изследване са използвани следните методи:

Документален метод – приложен е за събиране на информация от специализирана литература, материали и публикации в печатни и електронни издания по проблемите, отнасящи се към темата.

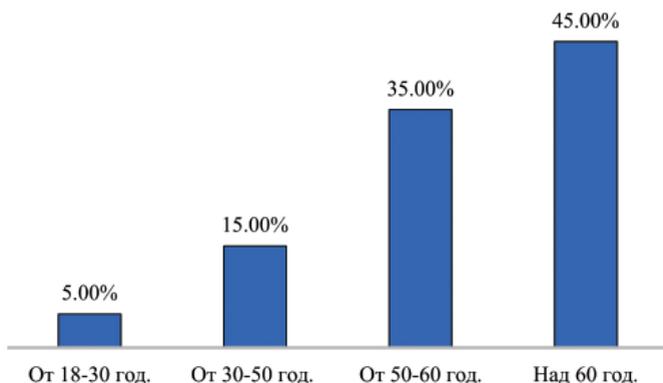
Исторически метод – използван е за събиране на информация, свързана със сведения за РМЖ в различните епохи.

Социологически метод – основава се на използването на пряка индивидуална анкета. Изследвано е мнението на респондентите за провежданата профилактика, участието на специалистите по здравни грижи в нея и необходимостта от оптимизиране на съществуващия модел. Използван е структуриран собствен въпросник за жени на възраст 18-65 години, ползватели на здравни грижи в областта на профилактиката и лечението на РМЖ. Въпросите се отнасят към възприемането на тялото, промените в психиката, социалната и професионалната адаптация по време на и след проведеното лечение и влиянието на лечението и заболяването върху качеството на живот.

Статистически методи – данните от проучването са обработени със статистическа компютърна програма SPSS с качествени и количествени параметри за идентифициране на проблемите. Приложен е LSD post hoc анализ (IBM SPSS 26.0 for Mac) за доказване на статистически значими зависимости, като е избрано ниво на значимост $p < 0.05$ [96, 107].

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТНОСНО ДЕМОГРАФСКА И МЕДИКО-СОЦИАЛНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА РЕСПОНДЕНТИТЕ

Анкетирани са 400 жени, преминавали през профилактични мамологични кабинети. Те са изразили мнение по всички зададени въпроси от анкетата. Възрастовото разпределение на анкетираните е представено на фиг. 1.

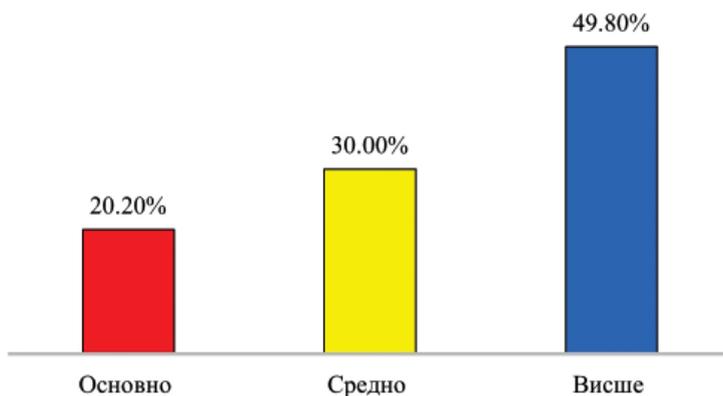


Фиг. 1. Разпределение на анкетираните жени по възраст

От данните е видно, че с най-нисък относителен дял са анкетираните жени на възраст от 18 до 30 години – 5,00%, а с най-висок – тези над 60 години – 45,00%. Относителният дял на анкетираните между 50 и 60 години е 35,00%, а на тези между 30 и 50 години – едва 15,00% (фиг. 1). Тази възрастова структура може да се обясни с особеностите на контингента, който е потърсил медицинска помощ. Обяснимо е защо най-висок е относителният дял на жените над 60 години, тъй като това е контингент с повече здравни проблеми и по-голяма посещаемост в здравни заведения.

Прави впечатление ниският относителен дял на жените от 30 до 50 години (15,00%), което подчертава необходимост-

та от целенасочени мероприятия за по-сериозен обхват на лицата в тази възрастова група по отношение на профилактичните прегледи, тъй като през последните години се наблюдава спад във възрастовата граница при РМЖ.



Фиг. 2. Степен на образование

Резултатите от анализа на образователната степен на респондентите (фиг. 2) показват, че с висше образование са значителен брой – 49,80%, със средно образование са 30,00% и с основно – 20,20% от анкетираните жени. Може да се приеме, че по-високата степен на образование е предпоставка за по-големи знания за профилактиката на заболяването и за добър начин на живот с по-малко рискови фактори за развитие на карцином на гърдата.

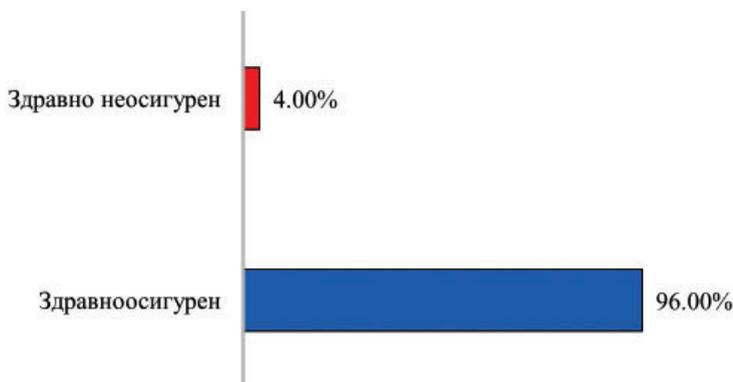
Трябва да се има предвид, че по-високата образователна степен предполага и по-големи изисквания към качеството на провеждането на профилактичните прегледи, както и по-пълно разбиране на необходимостта от такива.

Образователното ниво на една жена определя в голяма степен начина ѝ на живот и хранене, нейния социално-икономически статус. Тези фактори заедно с качеството на здравните и со-

циалните грижи, които получава, оказват съществено влияние върху шансовете ѝ за добър живот. От друга страна, е необходимо е да се установи причината за сравнително големия относителен дял на пациентите с по-ниска образователна степен.

Данните от фиг. 3 показват, че почти всички респонденти (96,00%) са здравноосигурени. Необходимо е да се обърне внимание на макар и малкия, но съществен относителен дял от 4,00% на тези, които са посочили, че не са здравноосигурени. Въпросът как се регламентира и урежда тяхното здравно обслужване, е ориентиран към всички институции.

Именно групата на здравно неосигурените жени изисква особено внимание от медицинските специалисти по отношение на усилията им за повишаване на здравната култура на обществото и мотивацията му за профилактика и превенция на различните заболявания.



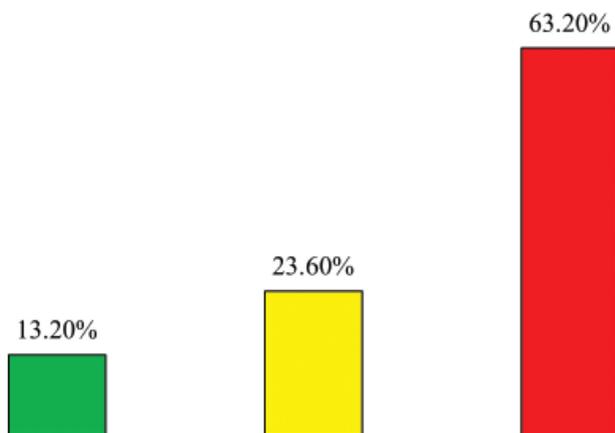
Фиг. 3. Осигурителен статус

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТНОСНО ИНФОРМИРАНост И ПРОВЕЖДANA ПРОФИЛАКТИКА

Профилактиката е от най-голямо значение за ранната диагностика на заболяването РМЖ и за добрия изход от него.

Активната дейност на доболничната помощ за здравно обслужване е в основата на превенцията на социалнозначимите заболявания. Добрата информираност на жените относно понятието „профилактика“, механизмите, с които работи, както и правилната преценка на рисковите фактори са задължително условие за успеха на профилактичните мерки и мероприятия.

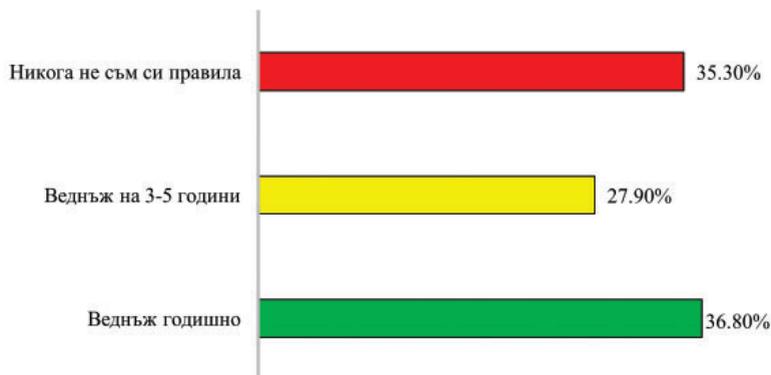
На фиг. 4 е представено разпределението на анкетираните жени в зависимост от това дали и колко често им е предлаган профилактичен преглед за РМЖ от общопрактикуващ лекар (ОПЛ). Близко две трети от респондентите – 23,60%, отговарят, че никога не им е предлаган такъв преглед. При 63,20% от жените това се е случвало само при оплаквания и едва за 13,20% от анкетираните профилактиката е ежегодна (фиг. 4).



Фиг. 4. Участие на ОПЛ в профилактиката на РМЖ

Това разпределение неизбежно поставя на преден план въпроса защо има толкова висок процент жени, на които никога не е предлаган профилактичен преглед. В същото време, резултатите недвусмислено показват недостатъчната актив-

ност, или ефективност, на доболничната помощ за здравно обслужване на жените, които към момента са здрави. Именно това е основният контингент за осъществяване на промотивни дейности.

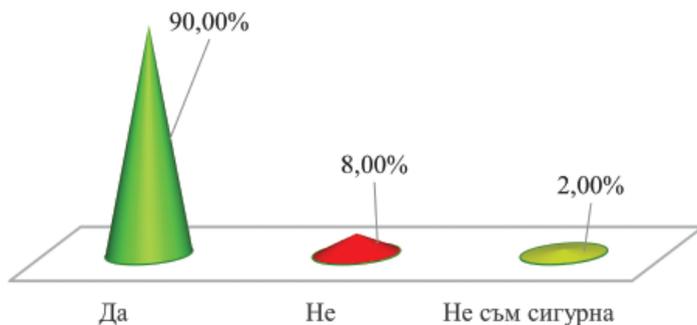


Фиг. 5. Честота на посещенията за профилактичен преглед при специалист АГ

От данните на фиг. 5 е видно, че едва 36,80% от респондентите провеждат редовно профилактичен преглед при специалист акушер-гинеколог, 27,90% са правили такава изследването отдавна, а 35,30% никога не са правили такъв преглед. Общо делът на жените, които не провеждат профилактика, и на тези, при които тя е в голям интервал от време, е изключително висок. Профилактичните прегледи за рак на маточната шийка и РМЖ са по презумпция и по смисъл свързани, което показва, че дефицитите в единия аспект ще водят неминуемо и до дефицит в другия.

По отношение на това дали анкетираните жени разбират какво означава понятието „здравословен начин на живот“ (фиг. 6), почти всички отговарят положително. Делът на отговорилите отрицателно е само 8,00%, но и тези 2,00% от

участниците, които не са сигурни какво означава „здравословен начин на живот“, пораждат необходимост да се открият причините, които водят до недостатъчната информираност.

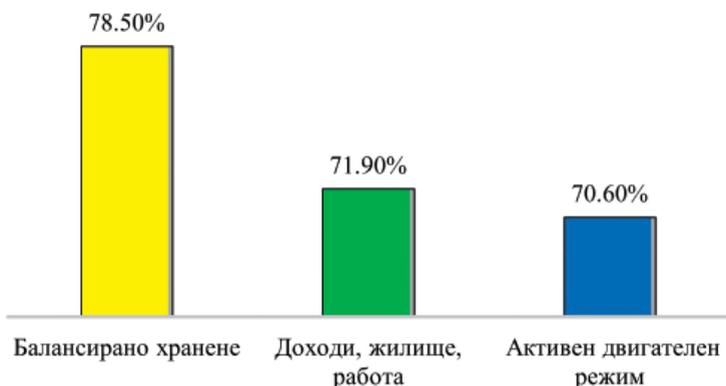


Фиг. 6. Информаност относно понятието „здравословен начин на живот“

Една от основните задачи на медицинските специалисти е провеждане на образователни и информационни кампании по промоция на здравето и създаване на положително лично поведение и утвърждаване на положителни здравни навици и жизнени умения.

В отговор на въпроса, касаещ факторите, влияещи на доброто здраве на човека (фиг. 7), анкетираните жени са дали повече от един отговор. Според значителен брой от тях – 78,50%, най-съществено значение за доброто здраве се отдава на балансираното хранене, на второ място е посочена съвкупността от доходите, жилището и работата – 71,90%, а активният двигателен режим е отбелязан като водещ фактор от 70,60% от анкетираните.

Това разпределение на факторите, влияещи върху здравното състояние на човека, показва, че респондентите са наясно с условията и възможностите, които биха им осигурили по-здравословен начин на живот.



Фиг. 7. Фактори, допринасящи за здравето на човека



Фиг. 8. Значение на понятието „профилактика“

На фиг. 8 е представено разпределението на анкетираните жени в зависимост от мнението им за значението на понятието „профилактика“ на заболяването. Резултатите от проучването показват, че макар и с най-голям относителен дял – 48,00%, по-малко от половината от жените осъзнават, че профилактиката спомага за откриване на ранните форми на заболяването. Около 1/3 от запитаните (32,00%) свързват понятието „профилактика“ с определяне и оценка на рисков фактор. 12,00% от респондентите смятат, че това е предотв-

вратяване на хронификацията на заболяването. Най-малък е делът на жените – 8,00%, според които профилактиката намалява трайните увреждания.

Анализирайки получените резултати, можем да направим извод, че преобладаващата част от изследваните лица не познават същността на профилактиката на заболяването и поради тази причина не оценяват необходимостта от профилактични прегледи. Това обуславя необходимостта от разработване и въвеждане на информационни програми за профилактика на злокачествените новообразувания във възможно най-ранен етап, като се обхванат и лицата в училищна възраст поради тяхната склонност към пренебрегване на рисковите фактори за общото им здравно състояние.

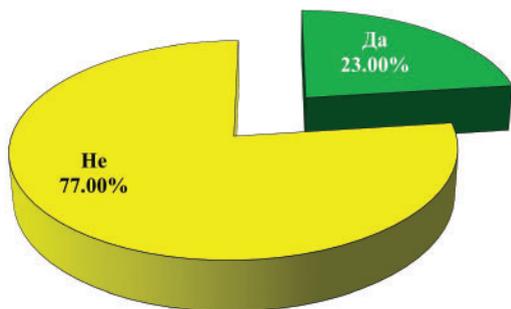
Мнението на пациентите и тяхната удовлетвореност от медицинското обслужване придобиват все по-голямо значение в условията на конкуренция между лечебните заведения и при възможностите за свободен избор на пациентите. Това до голяма степен определя икономическата стабилност и устойчивото развитие на здравните структури, което обуславя интереса към изследване на мнението на пациентите по отношение на качеството и ефективността на здравните грижи и основните аспекти за неговото повишаване.

Провеждането на периодични профилактични прегледи е в основата на здравната профилактика. Повечето жени, притежаващи необходимата здравна култура, отделят време и внимание за този преглед. В рамките на редица локални програми за скрининг на рака на млечната жлеза периодично на територията на лечебните заведения се разкриват кабинети, в които всяка жена на възраст над 30 години може да проведе безплатен преглед на гърдите си и да получи съответна консултация от специалист. Кампаниите за профилактика на

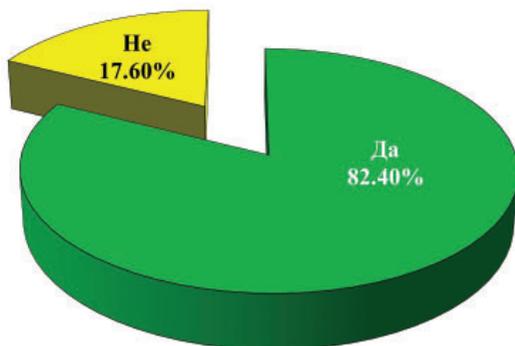
РМЖ не бива да се ограничават само в рамките на месец октомври – Световния месец за борба с РМЖ, а да се работи ежедневно и упорито в тази насока както по отношение на разширяване на достъпността, така и за популяризиране на кампанията и подобряване на здравната култура, като основен мотивационен фактор за профилактика и здравословен начин на живот. Минималната цел на всичко това е подчинена на логиката, че ако не може да се ограничи разпространението на РМЖ, то поне чрез ранната диагностика да се достигне световната тенденция за намаляване на смъртността при това заболяване.

В това отношение, особено важна роля имат специалистите по здравни грижи, които се грижат за потребностите на пациента и извършват редица манипулации както в болнична, така и в извънболнична среда. Те осъществяват продължително наблюдение и непрекъснато общуване с пациентите и техните близки. Ето защо от тяхната професионална квалификация и комуникативни умения зависят информираността на пациентите, ранната диагностика и ефективността на профилактиката на заболяването, като съставни елементи в цялостния процес на здравните грижи.

Проучването установи, че в организиран скрининг за РМЖ са участвали едва 23,00% от участниците в анкетата, а мнозинството от тях – 77,00%, не са провели такъв (фиг. 9). Съпоставката с въпроса: „*Биха ли участвали в организиран скрининг за РМЖ?*“, показва напълно противоположни резултати. 82,40% от анкетираните заявяват желанието си за участие, а едва 17,60% отговарят отрицателно (фиг. 10). Тези данни са положителен индикатор за мотивацията на жените да участват в мероприятия, свързани с профилактиката на заболяването, както и за наличието на базова информация по



Фиг. 9. Участие в организиран скрининг за РМЖ



Фиг. 10. Желание за участие в организиран скрининг за РМЖ

отношение на значението на ранната диагностика за превенцията и ефективността на лечението.

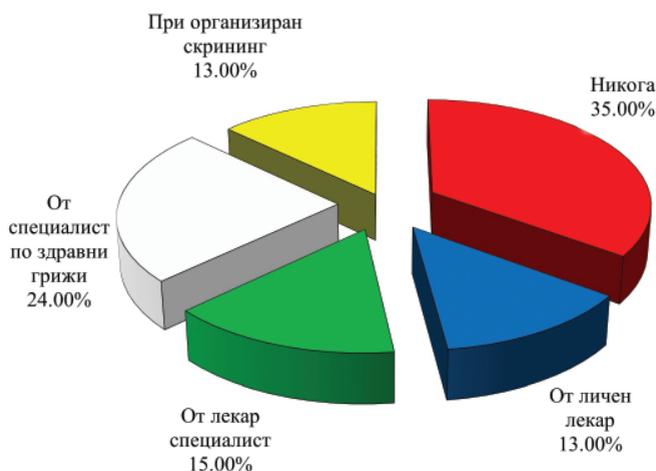
В същото време, особено смущаващ е фактът, че българските жени не посещават организиран скрининг, при наличието на ясно заявено желание да го правят, което показва липсата на достатъчно добре организирана скринингова програма. Причините за това могат да се търсят в ограничената информация за провеждани скринингови

прегледи, недостатъчното време за по-голям обхват на желаещи и липсата на ефективна разяснителна програма за необходимостта и значението на профилактичните прегледи за РМЖ.

Преодоляването на несъответствието между мотивацията на жените за участие в скринингови програми и възможностите за това изисква повишаване на тяхната информираност и активност по отношение на здравното им състояние, което ще спомогне за навременно откриване на заболяването. Всичко това трябва да бъде съобразено с цялостната поли-

тика за развитие на здравната култура на обществото, като показател за степента на неговото социално-икономическо развитие и за стандарта на живот [11, 52].

Необходимостта от програма за цялостно развитие и прилагане на профилактика и превенция на РМЖ, както и за разширяване на обхвата на всички мероприятия, свързани с тях, се потвърждава от резултатите от проучването, представени на фиг. 11. Данните показват, че с най-висок относителен дял – 35,00%, са анкетираните, които никога не са насочвани за профилактичен преглед за РМЖ. За профилактиката при 24,00% от респондентите е спомогнал специалист по здравни грижи, а при 15,00% – лекар специалист, по 13,00% е относителният дял на жените, които са насочени от личен лекар или са преминали профилактичен преглед при организиран скрининг (фиг. 11).



Фиг. 11. Насочване за профилактичен преглед за РМЖ

Несъмнено разпределението на анкетираните, представено на фиг. 11, е притеснително предвид факта, че на пове-

че от 1/3 от жените никога не е препоръчван профилактичен преглед за РМЖ.

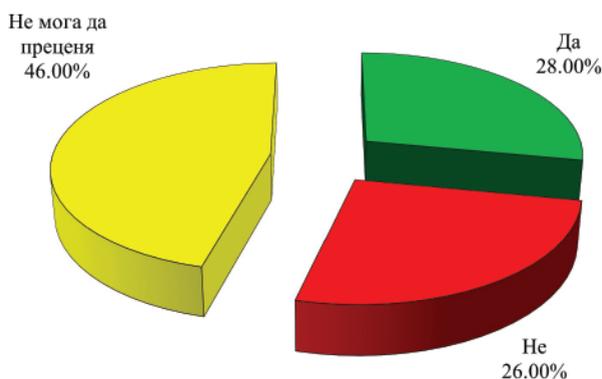
Приблизително равен е броят на респондентите, които са провели профилактика под влиянието на лекар специалист, ОПЛ и при организиран скрининг, като относителният им дял е значително по-малък от този на жените, насочени към профилактичен преглед от специалисти по здравни грижи. Това също потвърждава ролята им в цялостната система на медицинско обслужване. Техните професионални умения са определящ фактор за качеството и ефективността на здравните грижи, което изисква непрекъснато повишаване на квалификацията и развитие на компетенциите в насока за предоставяне на специализирани грижи в съответствие с медико-социалните потребности на пациентите [11].

Ето защо задължително условие за устойчивото развитие на човешките ресурси в лечебните заведения е наличието на условия и възможности за развитие и усъвършенстване на специалистите по здравни грижи. Всичко това спомага за повишаване на качеството на медицинската помощ, като влияе благоприятно на мотивацията за работа на здравните специалисти и на удовлетвореността на пациентите от медицинското обслужване, което придобива все по-голямо значение за икономическата стабилност на здравните заведения в условията на конкуренция и възможности за свободен избор на пациентите.

Дейността на здравните специалисти по отношение на ранната диагностика и профилактиката, които са от особено голямо значение при РМЖ, трябва да бъде съобразена със съвременните разбирания на обществото за професионално поведение и насочена към представяне на рисковите фактори – влияещи се и такива, които не могат да бъдат повлияни,

към повишаване на здравната култура и информираност за психосоциалните проблеми на онкоболните в семейната среда, професионалното обкръжение и работодателя, чрез предоставяне на образователни брошури или беседи.

В този контекст, интерес представлява мнението на анкетираните относно това дали профилактичните прегледи са достатъчно задълбочени, което може да се разглежда и като индикатор за качество на медицинската помощ (фиг. 12).



Фиг. 12. Задълбоченост на прегледите при специалист маммолог

Относителният дял на респондентите, които отговарят положително и отрицателно, е почти равен – съответно 28,00% и 26,00%. Мнозинството от анкетираните – 46,00% (фиг. 12), не могат да се ангажират с конкретен отговор, което показва липса на достатъчно добра информираност. Това подчертава необходимостта от провеждане на информационни мероприятия в тази насока, което ще допринесе за мотивацията на жените да участват в профилактични прегледи, за разширяване на обхвата на профилактиката, ограничаване на заболяемостта и повишаване на ефективността на ранната диагностика и лечението на заболяването.

Емоционалното състояние на пациентите при въвеждането им в болнична обстановка зависи от уменията на здравните специалисти, които осъществяват пряк контакт с тях и спомагат за бързата им адаптация в съответствие със спецификата на заболяването. Това има важно значение за удовлетвореността на пациентите и техните близки от качеството на здравните грижи, което показва насоките за подобряване на организацията на работата и подготовката на професионалистите по здравни грижи [11, 51, 53].

Комуникацията със здравните специалисти и демонстрирането на добро отношение и добронамереност осигуряват необходимата информираност на пациента и неговите близки относно особеностите на заболяването и лечението. Това е важно за мотивацията им да изпълняват стриктно лекарските предписания и изисква съответната професионална подготовка, умения и компетенции от страна на здравните специалисти [11, 52].

Повишаването на качеството на медицинските услуги е пряко свързано с удовлетвореността на пациентите от извършваните манипулации и процедури, което изисква непрекъснато търсене на начини и средства за тяхното подобряване [11, 52].

На фиг. 13 е представено разпределението на анкетиранияте според мнението им за качеството на профилактичните прегледи при специалист мамолог. При 35,00% от респондентите профилактиката е включвала само палпаторен преглед на млечните жлези. С почти същия дял (34,00%) са анкетиранияте, които са посочили, че при тях са осъществени всички възможни опции на изследването – прегледът е протекъл с потърсена от тях информация, прегледани са от специалист, направени са всички необходими изследвания (ехографско изследване на гърдите или мамография).

Смушаващ е фактът, че близо 1/3 от анкетираните жени (28,00%) не са посетили нито веднъж мамолог за профилактичен преглед (фиг. 13). Важно е да се потърси и изясни причината за това и да се намери подходящо решение, което ще повиши процента на жените, провеждащи профилактични прегледи. От друга страна, е необходимо и самият преглед да бъде значително по-обстояен и задълбочен – да се сменя подробна информацията относно оплакванията им, както и да бъдат провеждани необходимите образни изследвания.



Фиг. 13. Провеждане на профилактичен преглед при специалист мамолог

Достъпността и качеството на провежданите изследвания, манипулации и процедури определят както ефективността на лечението, така и удовлетвореността на пациентите от медицинското обслужване [52, 54, 55]. Това подчертава значението на информационните кампании за популяризиране на профилактиката и превенцията на заболяването. Също така ефективността на тези мероприятия и цялостният процес на лечение зависят от квалификацията и уменията на професионалистите по здравни грижи, които се определят не само от

обучението им в учебните заведения, но и от професионалното им развитие на работното място. Основна роля за това има организацията на работата в болниците, съобразена с принципа за “непрекъснатост на обучението през целия живот”, продължаващо обучение и продължителна квалификация с цел устойчиво развитие на човешките ресурси [11, 51, 52, 53].

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТНОСНО ПОВЕДЕНЧЕСКИ ФАКТОРИ И ИНФОРМИРАНост НА ЖЕНИТЕ ЗА ТЯХ

Липсата на здравословен начин на живот оказва негативно влияние върху здравето на човека и обуславя рискови фактори за развитие на различни заболявания. Тяхното значение непрекъснато нараства в съвременното общество, в което стресът в работната и социалната среда в много случаи създава предпоставки за възникване на здравни проблеми.

Резултатите от различни проучвания показват, че има редица фактори, които спомагат за възникването на рака на гърдата [54, 55, 60]. Като се вземе предвид фактът, че непрекъснато и в различна степен сме изложени на вредното въздействие на тези фактори, професионалистите по здравни грижи трябва да насочат усилията си и ресурсите на организацията за популяризиране на информацията и възприемане на здравословни навици в обществото.

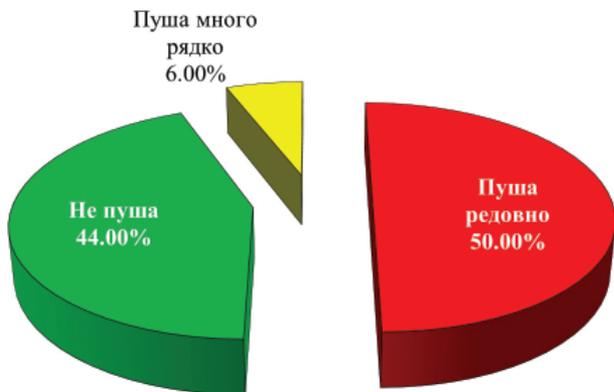
Един от основните рискови фактори, оказващ негативно влияние за възникване на много заболявания, е тютюнопушенето. В Европа то формира 12,20% от глобалното бреме на болестите и е причина за 21,00% от всички смъртни случаи. В България кореспондиращите данни са съответно 13,50% от всички болести и 12,40% от смъртните случаи [160, 162, 163, 166].

Тютюнопушенето се разглежда като доказана, водеща предотвратима причина за болестност и смъртност. По данни на СЗО всяка година над 5,6 млн. души в целия свят умират

преждевременно от заболявания, свързани с тютюнопушенето [146, 167].

Рискът от рак на гърдата е с 12% по-висок при настоящи пушачи, а с 9% по-висок при бивши пушачи, в сравнение с непушачите. Рискът се увеличава с количеството, продължителността, както с началните години на пушенето. Изследванията показват също така, че може да има връзка между много значителна експозиция на тютюнев дим (пасивно тютюнопушене) и риска от рак на гърдата при жени в постменопауза [42, 146].

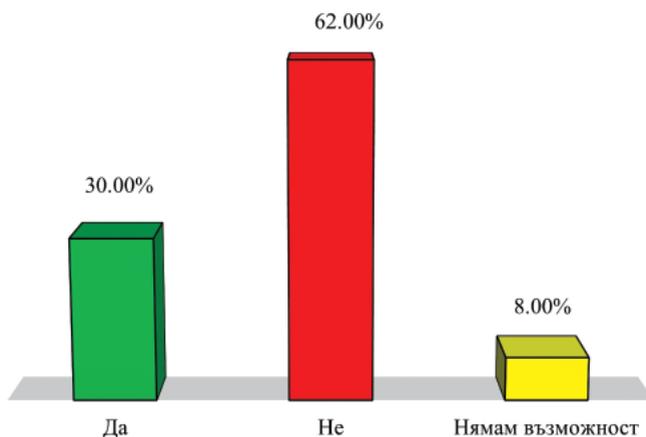
Резултатите от проучването на тютюнопушенето като поведенчески фактор, който има значение за здравето на анкетираните, са представени на фиг. 14. Данните показват, че половината (50,00%) от респондентите пушат редовно, почти толкова е относителният дял на анкетираните непушачи – 44,00%, а 6,00% определят себе си като нередовни пушачи.



Фиг. 14. Тютюнопушене

Данните от проучването на друг важен фактор за здравето – храненето, са представени на фиг. 15. За съжаление, се вижда, че едва по-малко от 1/3 от респондентите (30,00%) се

хранят здравословно, а мнозинството от общо 70,00% не го правят (62,00%) или нямат възможност за това (8,00%).



Фиг. 15. Здравословно хранене

Може да се приеме, че върху това разпределение комплексно влияние оказват здравната култура на населението, информираността за рисковите фактори на заболяването и разбира се, социално-икономическите условия. Решаването на проблемите в тези три направления отразява стандарта на живот във всяка една страна или регион.

Вероятността от развитие на карцином е относително по-малка при диета, богата на растителни фибри и витамини (А, С, Е). Съществуват данни, че омега-3 полиненаситените мастни киселини, съдържащи се в рибеното масло, могат да инхибират туморогенезата и клетъчната пролиферация, докато омега-6 полиненаситените мастни киселини, съдържащи се в богата на мазнини храна, могат да ги стимулират [2, 33, 65].

При епидемиологични проучвания е установено, че високият прием на захароза (рафинирана захар) се свързва с повишена смъртност от рак на гърдата. Общоприето е мнe-

нието, че високият прием на мазнини, особено в случаите, когато те доставят 40-45% от енергийната стойност на храната, в определена степен увеличава риска от рак на гърдата [1, 2, 3, 33, 65].

Възникват въпросите доколко жените са запознати с рисковете, до които може да доведе нездравословното хранене, или ако са наясно, какви са причините, поради които не се хранят здравословно. Отговорите на тези въпроси посочват пътищата за повишаване на обхвата и ефективността на профилактиката и превенцията на заболяването, както и за подобряване на качеството на здравните грижи в съответствие с медико-социалните потребности на пациентите.

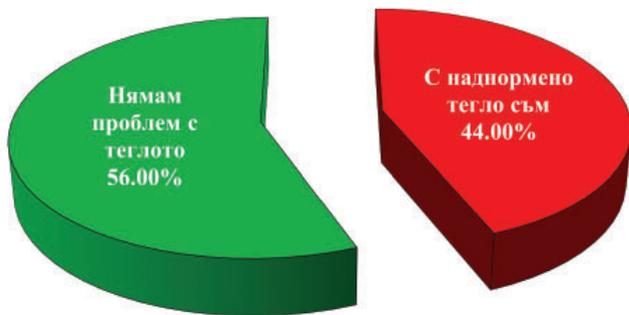
Причините за нездравословното хранене могат да се търсят в недостатъчната информираност за влиянието на определени храни за развитие на онкологични заболявания или в липсата на необходимото здравно поведение, когато хората са наясно със здравословното хранене, но не го спазват. При провежданите профилактични прегледи задължително трябва да се обръща особено внимание на здравословното хранене, което в значителна степен ще подобри здравето на индивида, още повече че този проблем е пряко свързан с друг рисков фактор – наднорменото тегло.

Затлъстяването, или наднорменото тегло, както обикновено се нарича, е един от основните рискови фактори за развитие не само на РМЖ, но и на много други заболявания. Проблемите, които са следствие от него, могат да възникнат още от детска възраст и се обуславят от ниското качество на много от храните и липсата на здравословен двигателен и хранителен режим.

Жени с наднормено тегло и затлъстяване (с индекс на телесна маса над 25) имат по-висок риск да бъдат диагностицирани с рак на гърдата в сравнение с жените, които поддържат

здравословно тегло, особено след менопаузата. Наднорменото тегло също така може да увеличи риска от рецидив на рак на гърдата при жени, които са имали заболяването. По-високият риск се дължи на това, че мастните клетки произвеждат естроген. Повишено количество мастни клетки означава повече естроген в организма, а естрогенът може да предизвика растеж и развитие на хормон-рецептор-положителен рак на гърдата. И все пак връзката между наднорменото тегло и рака на гърдата е сложна и повлияна и от други фактори. Например от значение е местоположението на допълнителното тегло. Повече мастна тъкан около корема може да увеличи риска повече, отколкото същото количество допълнителни мазнини около бедрата или ханша. Връзката между т.нар. body mass index и риска от развитие на РМЖ е в пряка зависимост от възрастта [33, 124, 145].

От получените резултати, представени на фиг. 16, е видно, че близо половината от анкетираните жени са с наднормено тегло – 44,00%, което е в съответствие с данните за здравословното хранене (фиг. 15).

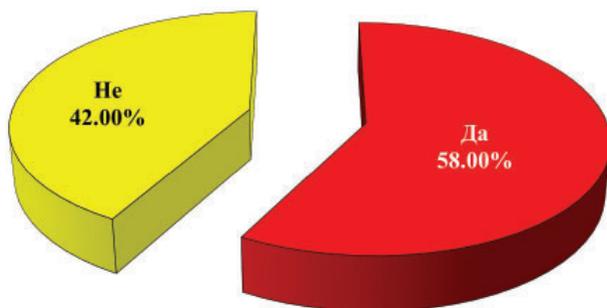


Фиг. 16. Тегло на анкетираните

Необходима е повече информация за последиците от наднорменото тегло, които водят до появата на много други заболявания, включително и до карцинома на млечната жлеза.

Върху този фактор може да се въздейства, като препоръките трябва да са насочени към намаляване на телесното тегло чрез прием на храни с ниско калорийно съдържание, употреба на повече плодове и зеленчуци, както и активно спортуване. Положителният факт, че по-големият относителен дял (56,00%) принадлежи на анкетираните жени с нормално тегло (фиг. 16), по никакъв начин не намалява необходимостта от провеждане на активни информационни мероприятия за значението на този фактор и за начините за неговото регулиране.

По отношение на фамилната обремененост при РМЖ, повече от половината жени отговарят, че имат, а при 42% от тях – няма данни за генетично унаследяване (фиг. 17). Тези отговори ни насочват към тезата за генетичната наследственост при онкологичните заболявания, в това число и карцинома на млечната жлеза, и факта, че голяма част от населението носи своята обремененост [115]. Счита се, че информацията от специалистите мамолози по този въпрос е недостатъчна.



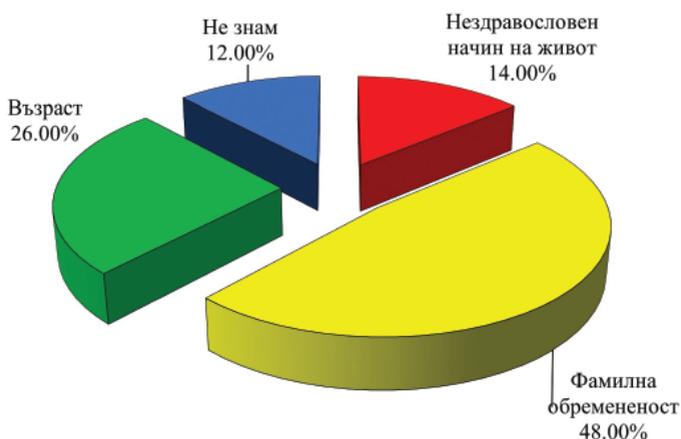
Фиг. 17. Роднини, починали от онкологични заболявания

При съществуващи анамнестични данни за близък родственик с подобно онкологично заболяване е редно пациентите да се насочват към по-чести профилактични прегледи и

изследвания, за да се предотврати или открие заболяването в ранен стадий.

Съществуват все по-нови и съвременни изследвания, които могат да бъдат използвани. За съжаление, не всички се покриват от НЗОК, което пък намалява обхвата на пациентите, които биха се възползвали от тях.

Проучването на информираността на анкетираните жени за рисковите фактори сочи, че според близо половината от респондентите (48,00%) единствен рисков фактор е наличието на роднина с онкологично заболяване. За 26,00% от анкетираните основен рисков фактор е възрастта, за 14,00% това е нездравословният начин на живот (фиг. 18).



Фиг. 18. Рискови фактори, свързани с карцином на млечната жлеза

Притеснително е, че немалък дял – 12% от изследваните, не знаят кои са рисковите фактори, свързани със заболяването. Този резултат показва необходимостта от повишаване на здравната култура, което изисква целенасочени усилия на всички медицински специалисти и може да се постигне чрез адекватна здравна просвета – по време на профилактичните

прегледи, от кампании, провеждани от медиите, от срещи и беседи, провеждани от специалистите по здравни грижи, осигуряване на по-голяма гласност относно рисковите фактори и още по-задълбочено разясняване на значението им за заболяването и как да може да бъдат повлияни, за да може жените да се предпазят от това социалнозначимо заболяване.

На фиг. 19 е представено разпределението на анкетираните жени в зависимост от техните източници на информация относно рискови фактори за поява на РМЖ.



Фиг. 19. Източници на информация относно рискови фактори за поява на РМЖ

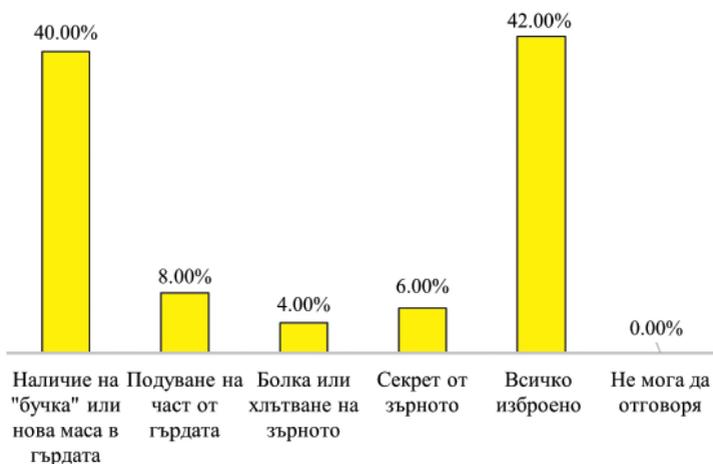
Най-голям е относителният дял на жените, които посочват като основен източник на информация по темата различните социални мрежи и интернет сайтове – 39,00%. Това може да се обясни с напредването на информационните електронни технологии, като най-големи ползватели на този вид информираност се оказват анкетираните жени във възрастовите групи от 30-50 години. От специалист по здравни грижи се информират

18,00%, от лекар специалист – 16,00%, от общопрактикуващ лекар – 17,00%, от приятелка – 10,00% (фиг. 19).

Със сигурност върху това разпределение на анкетираните влияние оказват и липсата на адекватна информация и ниската активност на медицинските специалисти в дейностите, свързани с организиране на образователни програми за всички възрастови групи. За преодоляването на този проблем е необходимо стратегиите за здравно обучение да бъдат насочени към повишаване на индивидуалната и колективната отговорност за поведението и стила на живот, при който максимално да се ограничи влиянието на всички фактори, застрашаващи здравето и благополучието на жените.

Изучаването на мнението на пациентите по отношение на информираността им относно карцинома на млечната жлеза е от съществено значение за разкриването на водещи проблеми, които може и трябва да бъдат решавани своевременно. Ефективността на провежданите изследвания, манипулации и процедури зависи до голяма степен от удовлетвореността на пациентите, което налага тяхното професионално информиране и предразполагане при осъществяването им.

На фиг. 20 е представено разпределението на анкетираните жени според познанията им за симптомите при рак на гърдата. Данните показват приблизително равен относителен дял на респондентите, които отговарят, че симптом може да бъде наличие на „бучка“ или нова маса в гърдите – 40,00%, и на тези, които са посочили всички изброени симптоми – 42,00%. За 8,00% основен симптом е подуване на част от гърдата, 6,00% посочват отделяне на секрет от зърното, а 4,00% от анкетираните свързват симптоматиката на заболяването с болка или хлътване на зърното (фиг. 20).

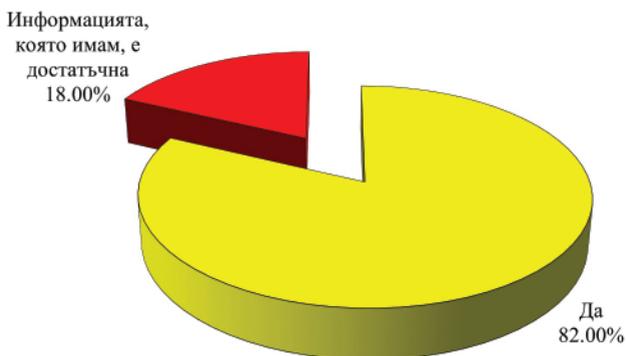


Фиг. 20. Симптоми при рак на гърдата

Независимо че сред анкетираните жени липсва отрицателен отговор, т.е., че не се познава нито един от симптомите, безспорна е необходимостта от по-подробна информация относно първичните симптоми, което ще подпомогне ранната диагностика и профилактиката на заболяването.

Формирането на здравословни навици и познания относно рисковите фактори и симптоматиката на заболяването спомага за цялостно опазване и укрепване на здравето на нацията, което е приоритет на всяко общество. В този контекст, важно е жените да придобият правилно здравно поведение, за да могат да бъдат постигнати положителни резултати в превенцията на РМЖ.

От данните на фиг. 21 се вижда, че преобладаващата част от анкетираните – 82,00%, биха искали да разширят познанията си за рака на гърдата, като получават допълнителна информация, и едва 18,00% от респондентите считат себе си за достатъчно информирани.



Фиг. 21. Необходимост от допълнителна информация за рака на гърдата

Тези резултати са положителен индикатор за мотивацията на анкетираните жени да подобряват здравната си култура и подчертават необходимостта от провеждането на систематични и адекватни кампании за повишаване на информираността на жените. Това е важен фактор за ограничаване на възможните усложнения и за изграждане на навици за профилактика на личното здраве, което увеличава възможностите за ранна диагностика и превенция на заболяването, като условие за ефективно лечение.

Заявеното желание на преобладаващата част от респондентите улеснява и предполага един по-мощен в обхвата си процес на предоставяне на информация. Качеството на предоставената информация определя и успеха на лечението. Информираниостта на съвременния пациент изисква не само добро качество и ефективност на медицинската услуга, но и професионално отношение и взаимодействие, които са гаранция за повишаване на удовлетвореността му.

На фиг. 22 е представено разпределението на анкетираните жени според предпочитания от тях източник на информа-

ция за заболяването РМЖ. От научна литература или по други начини предпочитат да се информират съответно 10,00% и 6,00% от респондентите. Най-голям е относителният дял на тези, които предпочитат да получават информация от медицинските специалисти – 56,00%. Това е показателно за ролята на личните лекари, гинеколозите, акушерките и всички здравни специалисти, които по-често контактуват с пациентите. Техните компетенции и комуникативни умения са важни за ранната диагностика и профилактиката на заболяването, за информираността на пациентите и мотивацията им да поддържат здравословни навици и отговорно здравно поведение.



Фиг. 22. Източници на информация за заболяването РМЖ

Сравнително висок (28,00%) е относителният дял на респондентите, които предпочитат като основен източник на информация интернет и телевизията (фиг. 22). Това може да се обясни с развитието на процесите на глобализация и на информационните технологии, които предоставят бърз и свободен достъп до информация чрез различните видове медии – телевизия, вестници, списания, радио и интернет.

Техническата насоченост на грижите в съвременната медицинска практика поставя на преден план нови предизвикателства пред комуникацията и отношението на здравните специалисти към пациентите, които не намаляват необходимостта от проява на съчувствие и съпричастност към техните проблеми както в медицински, така и в социален аспект.

Познаването на спецификата и особеностите на заболяването от пациентите и техните близки е условие за ефективност на профилактиката и лечението, което допринася за решаване на проблемите им в медицински и социален аспект. Комуникацията със здравните специалисти и демонстрирането на добро отношение и добронамереност осигуряват необходимата информираност на пациента и неговите близки относно особеностите на заболяването и лечението. Това е важно за мотивацията им да изпълняват стриктно лекарските предписания и изисква съответната професионална подготовка, умения и компетенции от страна на здравните специалисти [11, 51, 52].

Всичко това е показателно за необходимостта от програма за повишаване на информираността на пациентите и техните близки. Постигането на тази цел изисква и обучение на здравните специалисти за предоставяне на грижи за пациенти в съответствие със спецификата на заболяването и на разнообразните проблеми, които то предизвиква.

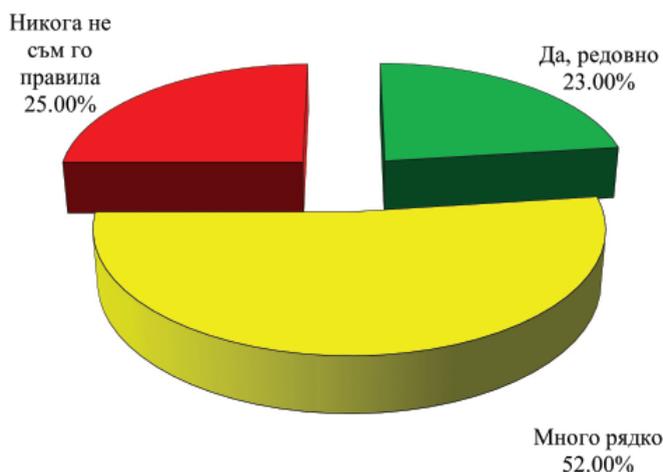
Придобиването на нужните знания и умения за пълноценно участие в цялостния процес на лечение ще повиши възможностите на медицинските сестри да обучават пациентите и техните близки, което ще спомогне за ранната диагностика, профилактиката и превенцията на РМЖ.

Познаването на основните рискови фактори, своевременното диагностициране и профилактиката на заболяването намаляват смъртността, свързана с него [62, 91].

Общоприето е мнението, че „обучаването на жените как да изследват гърдите си, е много по-важно, отколкото обучаването на лекарите в техниката за изследване на същите”. По този начин около 90% от жените откриват най-често “бучки”, които могат да бъдат опипани. Всяка жена трябва да бъде информирана и подготвена за самонаблюдение и добре мотивирана за търсене и предприемане на съответните мерки при констатиране на отклонения [59, 62, 91, 146].

Американската онкологична асоциация (ACS) препоръчва ежемесечно самоизследване на гърдите след 20-годишна възраст [59].

В Наредба № 1/08.02.2011 г. за професионалните дейности, на акушерките се предоставят права за участие в промоцията, профилактиката и консултирането на лицата със социалнозначими заболявания. Чл. 5, ал. 1, т. 2, гласи, че акушерките могат да извършват обучение на жените за самоизследване на млечните жлези [41].



Фиг. 23. Провеждане на самоизследване на млечни жлези

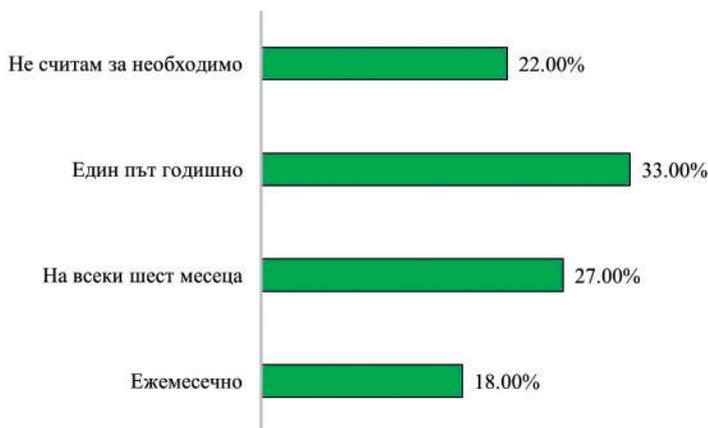
Резултатите от проучването сочат, че повече от половината от анкетираните жени (52,00%) самоизследват гърдите си много рядко, а 25,00% от респондентите никога не са го правили. Едва 23,00% от жените редовно самонаблюдават млечните си жлези (фиг. 23).

Това показва, че мнозинството от анкетираните проявяват лична безотговорност като поведение по отношение на ранната диагностика на заболяванията на гърдата и собственото си здраве, което би довело до търсене на медицинска помощ, когато заболяването вече е в късна фаза на развитие. Не бива да се пренебрегва и фактът, че повечето жени изпитват страх от това, което ще установят, и трудно преодоляват психологичната бариера от установяването на евентуално заболяване. Именно в този контекст е необходимо всички информационни материали и кампании за профилактика и превенция на заболяването да бъдат адекватно обосновани в съответствие с психологичните аспекти на медико-социалните проблеми на пациентите.

Обучението на жените за самоизследване на млечните жлези е част от задълженията на акушерките и другите професионалисти по здравни грижи, което изисква развитие на компетенциите им и в тази насока. Техните усилия трябва да бъдат насочени още от 20-годишната възраст на жената, като условие за ефективна ранна диагностика, профилактика и превенция на РМЖ.

На фиг. 24 е представено разпределението на анкетираните жени в зависимост от мнението им за необходимата честота на самоизследване на млечните жлези. Най-малък е относителният дял на респондентите, които считат, че това е необходимо да става ежемесечно – 18,00%, „на всеки шест месеца“ посочват 27,00% от жените, а „един път годишно“ – 33,00%. Тревожно

голям е относителният дял на анкетираните, които не считат за необходимо да правят това – 22,00% (фиг. 24).



Фиг. 24. Честота на самоизследване на млечните жлези

Това разпределение е показателно за тревожния факт, че мнозинството от жените, в по-малка или в по-голяма степен, са недостатъчно заинтересовани по отношение на ранната профилактика за рак на гърдата, независимо че с напредване на възрастта настъпват промени в гърдите, във връзка с менструалния цикъл, бременност, менопауза.

Самоизследването е израз на отговорно здравно поведение. То спомага за ранната диагностика и повишава ефективността на профилактиката и превенцията на заболяването, като позволява на жените да се запознаят с гърдите си и при своевременно откриване на настъпила промяна в тях да се обърнат към специалист.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ, СВЪРЗАНИ С КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ЖЕНИ С РМЖ

Диагнозата рак генерира различни проблеми. Това е времето, когато болните се чувстват най-раними и лабилни и

имат най-голяма нужда от психологична подкрепа. Проблемът навлиза и в медицинската етика във връзка с правото на пациента на избор на лечение, както и във връзка с удължаване на продължителността на живота [25, 69].

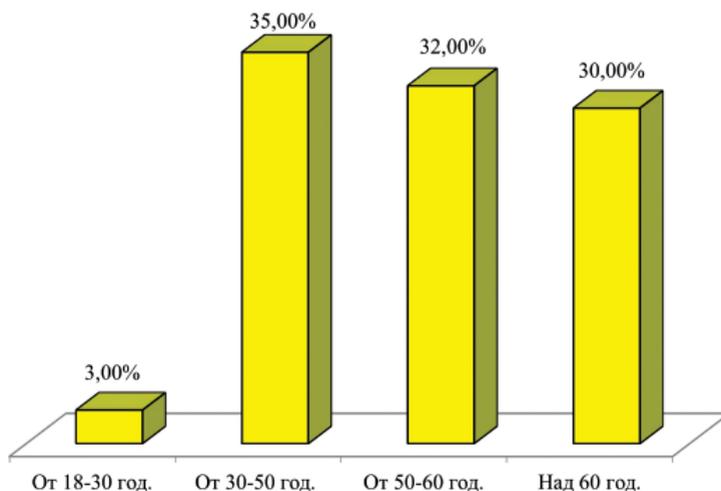
Качеството на живот е широко понятие, върху което оказват влияние физическото здраве на хората, психологичното им състояние, степента на самостоятелност, социалните им взаимоотношения и връзката им със значимите характеристики на средата. От гледна точка на здравето, това е комплексно понятие, което включва субективната оценка на физическото, емоционалното и социалното функционално благополучие на изследваните лица [69, 77, 97, 102].

Общоприето е мнението, че качеството на живот е съставено от няколко различни компонента. То представлява нещо повече от отражение на здравното състояние (физическо, психологично и социално благополучие), защото включва в себе си други страни на живота, като икономически, трудови и битови аспекти. Въпреки увеличаващия се брой онкологични пациенти, които се връщат към обичайния си ритъм на живот след проведеното лечение, поставената диагноза рак на млечната жлеза е стресираща за всяка жена. Адаптацията към нея е повлияна от психосоциалния ресурс на личността като оптимистични нагласи, предпочитани стратегии за преодоляване на стреса и получаване на социална подкрепа. Проведените изследвания установяват, че жени с рак на млечната жлеза продължават да изпитват значимо ниво на психологичен дистрес, тревожност и враждебност в продължителен период от време, което пречи на ежедневното им функциониране и съответно намалява качеството им на живот [69, 75, 102, 127].

Качеството на живот се променя през различните периоди от живота, като зависи от възрастта и натрупания житейс-

ки опит. Хората в по-напреднала възраст се приспособяват по-лесно към настъпилите промени в здравното им състояние, а по-младите имат по-високи очаквания към физическия и функционалния си статус. Условно се приема, че качеството на живот е по-високо при хора в по-напреднала възраст в сравнение с по-младите. Според различни литературни източници адаптацията и качеството на живот след преживяната диагноза и лечението ѝ са съпроводени с повече трудности за младите жени. По-възрастните жени с рак на млечната жлеза от своя страна изпитват повече постоянни затруднения с физическото функциониране след поставяне на диагнозата. При тях е възможно надценяване на физическото и подценяване на когнитивното влияние, което тя оказва [69, 77, 97, 102, 111, 127].

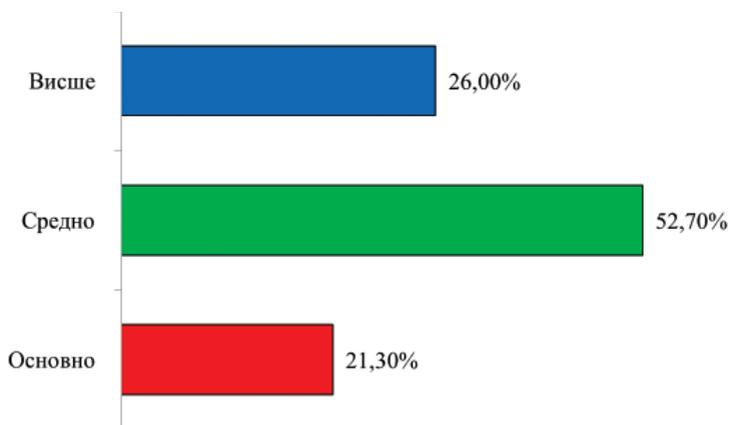
За целите на изследването са анкетирани 300 пациентки с РМЖ, оперирани и провели адекватно за състоянието си лечение.



Фиг. 25. Възрастова характеристика

От резултатите, показани във фиг. 25, се отчита приблизително равен дял на пациентките, заболели между 30- и 50-годишна възраст, и на тези, развили заболяването между 50 и 60 години. Средната възраст на респондентите е 43,5 години (минимум 18 и максимум 69 години).

На фиг. 26 е представено разпределението на анкетираните пациентки според образователната степен, която притежават. С най-висок дял са жените със средно образование – 52,70%, висше образование притежават 26,00% от анкетираните, а основно – 21,30%.

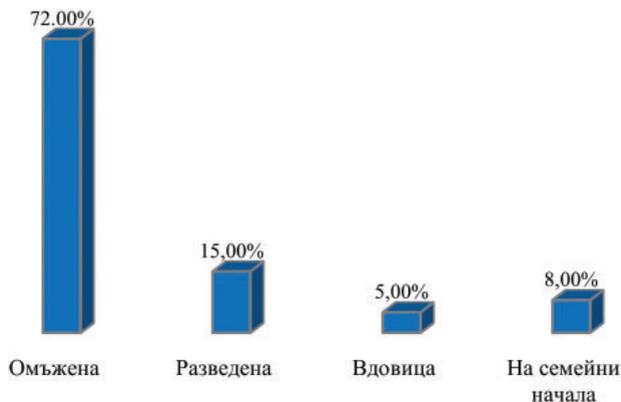


Фиг. 26. Образователна степен

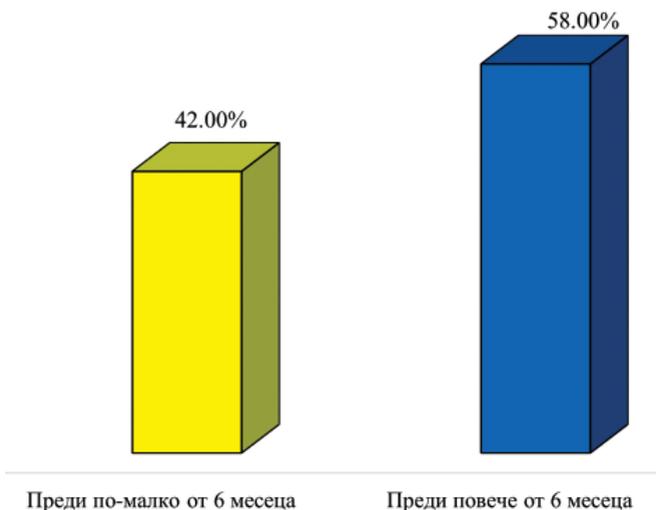
По отношение на семейното им положение, мнозинството от анкетираните са омъжени – 72,00%, 15,00% са разведени, 5,00% са вдовици, а 8,00% е относителният дял на респондентите, които заявяват, че съжителстват на семейни начала (фиг. 27).

Данните от фиг. 28 показват времето, което е изминало от поставянето на диагнозата и последвалото лечение – оперативно или консервативно. При 58,00% от анкетираните този

период е повече от 6 месеца, а при 42,00% от пациентките той е по-малко.

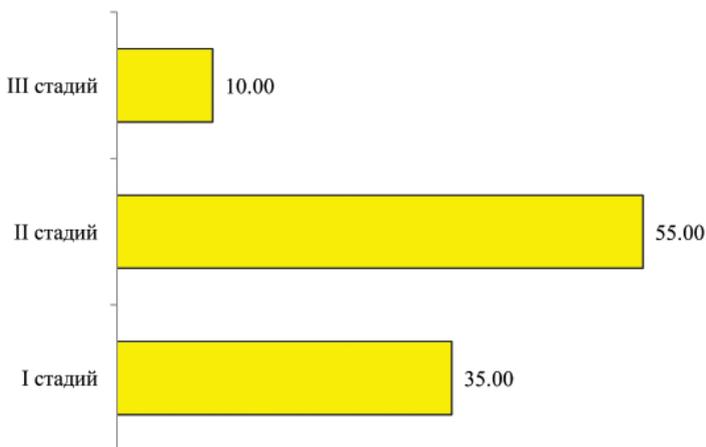


Фиг. 27. Семейно положение



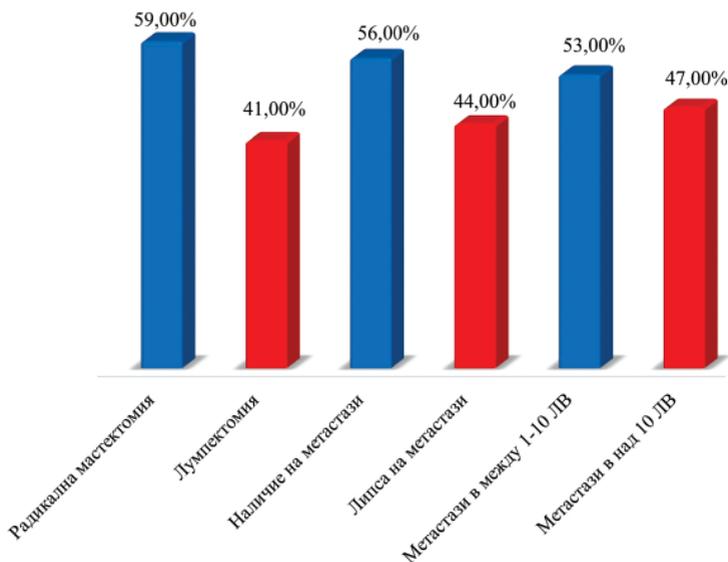
Фиг. 28. Изминал период от операцията

Най-висок е относителният дял на пациентките във II стадий на заболяването – 55,00%. В I стадий са 35,00% от анкетираните, а в III стадий на заболяването – 10,00% (фиг. 29).



Фиг. 29. Информация относно стадия на заболяването

На фиг. 30 е представено разпределението на анкетираните жени в зависимост от особеностите на заболяването и оперативното лечение, което са преминавали. На 59,00% от



Фиг. 30. Особенности на оперативното лечение

респондентите е направена радикална мастектомия (цялостно премахване на гърдата), а на 41,00% – лумпектомия (секторална резекция или премахване на част от гърдата). При 56,00% от жените са намерени метастази, а при 44,00% – такива липсват. В 53,00% от случаите са налице метастази в диапазон между 1 и 10 лимфни възела, а при 47,00% от случаите от заболяването са обхванати над 10 лимфни възела (фиг. 30).

Резултатите от проучването, представени на фиг. 31 и фиг. 32, показват, че жените, на които е направена мастектомия, имат по-позитивна представа за телата си (45,15%, фиг. 31) в сравнение с тези, на които частично е съхранена гърдата и е извършена квадрантектomia (31,33%, фиг. 32). Вероятно обяснение на тази тенденция би могло да бъде открито в референтните групи, с които се сравняват изследваните лица. Жените с частично премахване на гърдата се позиционират по-близо до здравите, в сравнение с които имат по-негативна представа за собственото тяло. Въпреки извършената операция пациентките с цялостно премахване на гърдата възприемат в по-позитивна светлина собственото си тяло, защото чрез ежедневно наблюдение на белезите по него насочват вниманието си повече към диагнозата и изпитваната благодарност и радост от живота.

Потвърждение в същия смисъл са и данните по отношение на позитивния опит от поставената диагноза и липсата на позитивни възприятия. Относителният дял на анкетираните жени с мастектомия, които не могат да посочат позитивни възприятия, е 24,22%, а за наличие на позитивен опит заявяват 32,67% (фиг. 31). При жените със секторална резекция, позитивни възприятия отсъстват при по-голям брой от анкетираните – 30,32%, а позитивен опит смятат, че са придобили, по-малко – 26,88% (фиг. 32).



Фиг. 31. Позитивно възприятие на някои показатели след мастектомия

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.



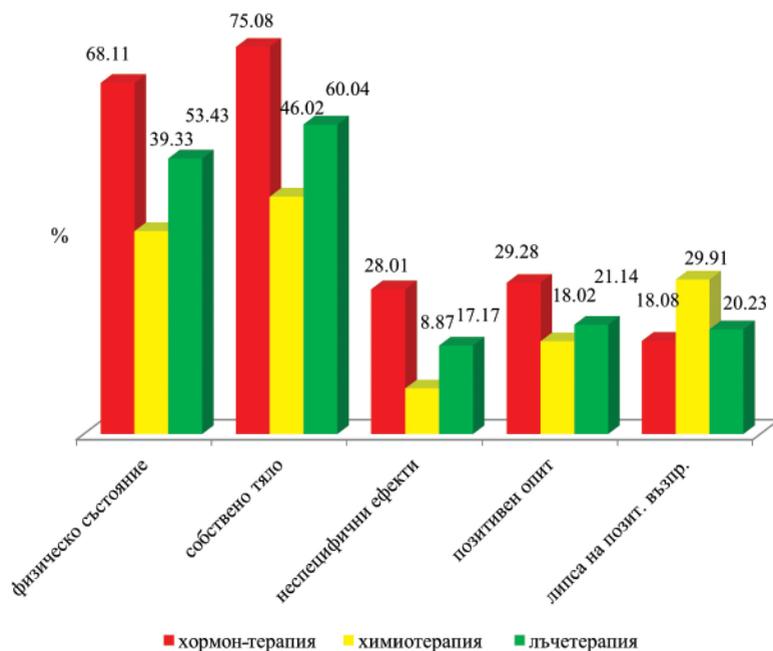
Фиг. 32. Позитивно възприятие на някои показатели след секторална резекция

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

На фиг. 33 са представени резултати от проучването на позитивното възприятие на някои показатели в зависимост от особеностите на предписаната терапия. Данните показват, че жените, при които се провежда химиотерапия, оценяват най-негативно своето физическо състояние и собственото си тяло (съответно 39,33% и 46,02%), най-трудно приемат нес-

пецифичните ефекти от провежданото лечение (едва 8,87% от тях ги възприемат позитивно), в най-ниска степен възприемат опита си като позитивен (18,02%) и най-голям брой от тях (29,91%) не възприемат позитивно нито един от показателите.

Пациентките, които провеждат лъчетерапия, възприемат по-позитивно физическото си състояние (53,43%) и своето тяло (60,04%), по-лесно възприемат неспецифичните ефекти на лечението (17,17%) и отчитат по-позитивен опит (21,14%). Значително по-малък е относителният дял на респондентите от тази група (20,23%), които не могат да посочат позитивно възприятие на някой от показателите (фиг. 33).



Фиг. 33. Позитивно възприятие на някои показатели в зависимост от особеностите на терапията

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

Анкетираните жени, които са на хормонална терапия, възприемат най-позитивно тялото и физическото си състояние (съответно 75,08% и 68,11%), в най-висока степен отчитат позитивен опит (29,28%), най-лесно приемат неспецифичните ефекти на лечението (28,01%) и най-малка част от тях (18,08%) не могат да посочат показател, който възприемат позитивно (фиг. 33).



Фиг. 34. Психосоциални проблеми

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

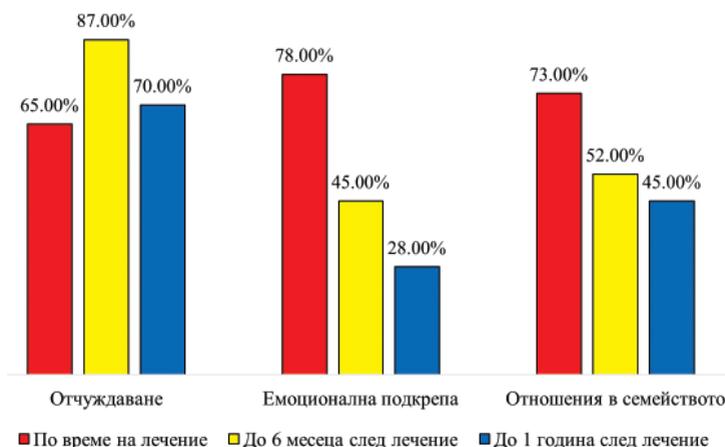
Резултатите от проучването на психосоциалните проблеми на жените, преживели рак на млечната жлеза, са представени на фиг. 34. На респондентите е предоставен широк кръг от възможни отговори на въпроса: „*Кои са най-големите Ви психосоциални страхове?*“. Данните показват, че в най-висока степен проблемите са породени от страх за възможен рецидив – 48,25%, както и от физически симптоми като умора,

проблеми със съня или болка – 43,32%. Относителният дял на пациентките, при които възприемането на собственото тяло и сексуалното функциониране е основен психосоциален проблем, е съответно 33,50% и 32,25%. При 22,25% от жените най-тревожни са проблемите в комуникацията с партньора. Натрапливи мисли за заболяването или постоянна тревожност, както и усещане за уязвимост са основен проблем съответно в 17,47% и 17,23% от случаите, а при 11,24% от анкетираните това са възникналите екзистенциални въпроси, свързани със собствената смърт (фиг. 34).

От данните на фиг. 35 е видно, че респондентите се чувстват в голяма степен отчуждени през целия период на лечението и след него, особено през първите 6 месеца (87,00%). Тази констатация кореспондира с проблеми, свързани с възприемането на собственото тяло и личност, неразбирането при обсъждане на тяхното здраве с други хора, преодоляването на социалната стигма, свързана с рака, и/или когато молят и получават помощ и подкрепа.

Най-често посочваното нараняващо поведение от страна на пациентите е липсата на емоционална подкрепа. Избягващо поведение, омаловажаване на здравния проблем и насилствено ободряване пречат на пациента свободно да обсъжда състоянието си. При анализирането на данните от анкетното проучване се установява, че най-голяма емоционална подкрепа пациентките получават при провеждане на лечението – 78,00%, но тази подкрепа прогресивно намалява с течение на времето – 45,00% след шест месеца и 28,00% до една година след лечението (фиг. 35).

В същото време обаче, ракът не е от тези понятия, които се вписват в твърдението: „Времето лекува всичко“! За много жени с рак на млечната жлеза основен проблем за



Фиг. 35. Социални и емоционални аспекти в качеството на живот

Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

преодоляване са стресът и товарът, който носи ракът в техните семейства, разговорите за диагнозата, които провеждат с децата си, и опасенията дали ще могат да продължат да изпълняват родителските си задължения успешно, както досега. Именно това обуславя високия процент (73,00%) на отговорилите, че имат проблеми във взаимоотношенията в семейството в началото на боледуването. Този относителен дял е значително по-нисък (45,00%) една година след това (фиг. 35).

По отношение на съществуващите социални затруднения при връщането си след операция и лечение в работния процес, анкетираните посочват в най-голяма степен социалните въпроси, свързани с липса на финансов ресурс – 54,44%, с подценяване на възможностите им за кариерно развитие – 42,41%, със съхраняване на конфиденциалност на медицинската информация – 41,15%, с усещането за проява на лична

дискриминация – 33,15%, и със затруднения с получаването на средства от застраховки – 15,25% (фиг. 36).



Фиг. 36. Социални проблеми, свързани със заболяването

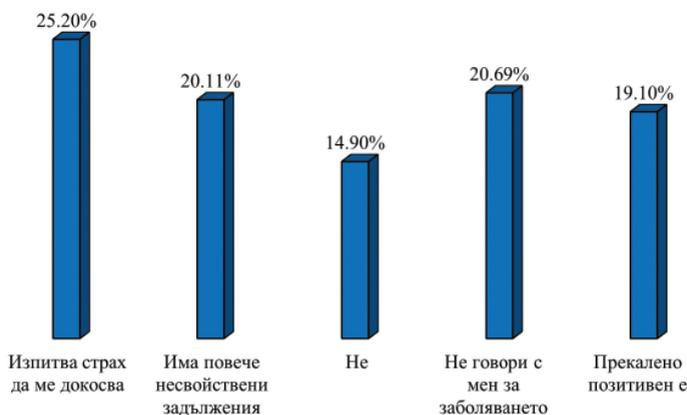
Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.

Нерядко РМЖ се характеризира със социална стигма, което провокира пациентките към самоизолация или към неуместни реакции. Това засяга взаимоотношенията и води до намаляване на социалните дейности на пациентката, което ограничава нейните възможности за подкрепа от обществото. Именно поради тази причина пациентките с РМЖ е възможно да срещат затруднения при получаване на социална подкрепа, когато всъщност най-силно се нуждаят от нея.

Физиологичните проблеми при пациентките с РМЖ неминуемо, в една или друга степен, поражда и проблеми в семейните взаимоотношения (фиг. 37). Едва 14,90% от анкетираните заявяват, че липсват такива проблеми. Най-голям е относителният дял на жените, които посочват, че партньорът им се страхува да ги докосва – 25,20%. Жените се чувстват отблъснати, тъй като смятат, че техните партньори няма да имат желание и смелост да докоснат засегнатите от диагноза-

та гърди. Именно поради тази причина са налице и проблеми с възприемането на собственото тяло и личност.

За много жени с рак на млечната жлеза проблем за преодоляване са несвойствените функции, породени от стреса и товара, който носи ракът в техните семейства – 20,11% (фиг. 37). Тук се отнасят и разговорите за диагнозата, които провеждат с децата си, както и опасенията дали ще могат да продължат да изпълняват родителските си задължения успешно, както досега.



Фиг. 37. Семейни взаимоотношения

Важен фактор за емоционалната подкрепа е наличието на човек, с когото пациентът свободно да обсъжда своите опасения и негативни чувства относно диагнозата. Именно това се посочва като проблем от 20,69% от анкетираните (фиг. 37).

Членовете на социалното обкръжение на пациентите погрешно смятат, че подобни разговори за хода на болестта разстройват и натоварват пациентите. Въпреки че липсата на емоционална подкрепа от член на семейството или приятел е нараняваща, има граници, в които пациентът очаква от тях

да я проявят, и прекалената позитивност също е посочена като проблем, макар и в по-малка степен – 19,10% (фиг. 37). Например уверението „всичко ще е наред” или емпатийният отговор „знам как се чувстваш” е възможно да не помагат, а да се възприемат по-скоро като омаловажаване на проблема, когато са изречени от членове на семейството или приятели. Същите изказвания обаче, вербализирани от пациент със същата диагноза, се възприемат като уместни, помагачи и полезни. В този случай пациентите се чувстват подкрепени от приятел, изправен пред същия стрес.

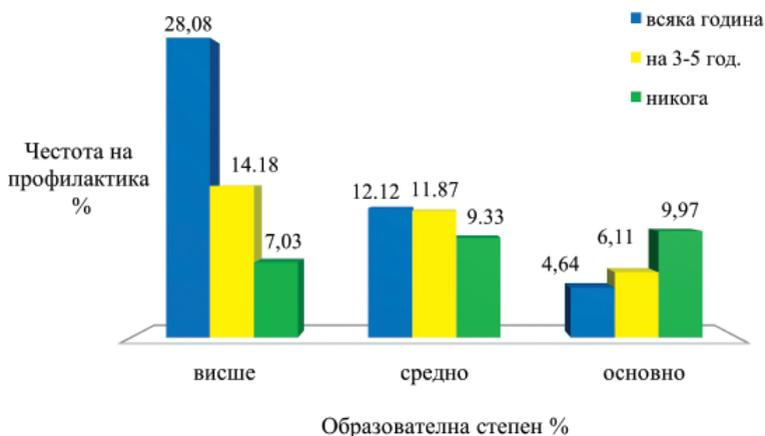
Обикновено качеството на живот се обуславя от несъответствието между надеждите и очакванията на личността и житейския ѝ опит за определен период от време. Това включва не само обективното състояние на личността, но и до каква степен са отразени очакванията и мечтите ѝ в ежедневието. Изразява се в индивидуалния смисъл, който личността придава на житейската ситуация. В този контекст, възможно е две жени да имат сходно обективно здравно състояние, но да възприемат по различен начин качеството си на живот. Именно поради тази причина се приема, че най-добре е то да се определя във всеки конкретен случай от гледната точка на самия пациент и неговите специфични проблеми.

ИЗСЛЕДВАНИ ВРЪЗКИ МЕЖДУ ОТДЕЛНИТЕ ГРУПИ РЕСПОНДЕНТИ И НЯКОИ ИЗСЛЕДВАНИ ПОКАЗАТЕЛИ

Статистическият анализ на резултатите от проучването показва редица статистически значими зависимости. Те подчертават основните фактори, определящи отношението на жените към профилактиката и промените в състоянието и качеството на живота им след операция и различните видове терапия, на които са подложени. Към тях се отнасят образователната

степен на анкетираните, времето, което е изминало след оперативната интервенция, видът и особеностите на терапията.

На фиг. 38 е представена статистически значима зависимост ($p = 0,015 < 0,05$) между образователната степен на жените, посетили мамологични кабинети, и честотата на профилактиката.

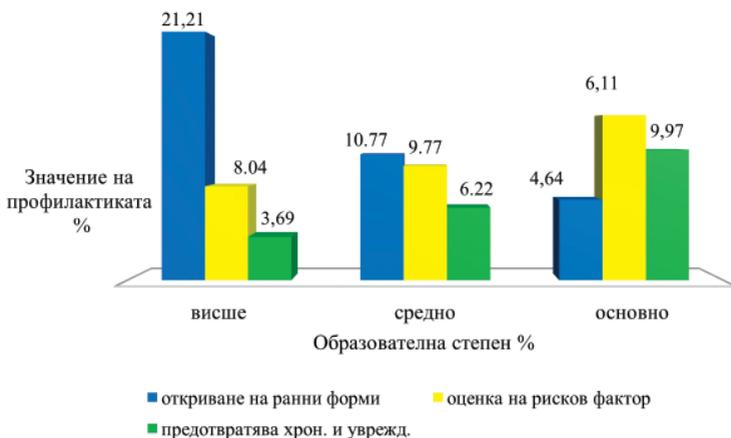


Фиг. 38. Зависимост между образователната степен на жените, посетили мамологични кабинети, и честотата на профилактиката ($p = 0,015 < 0,05$)

От данните се вижда, че жените с висше образование възприемат в най-голяма степен необходимостта от провеждане на профилактични прегледи всяка година. В същото време, при анкетираните с основно образование, най-голям е относителният дял на тези, при които липсва профилактика (фиг. 38).

Сходна статистически значима зависимост ($p = 0,015 < 0,05$) се наблюдава и по отношение на разбирането на жените за значението на профилактиката (фиг. 39). Респондентите с по-висока образователна степен разбират ролята и значе-

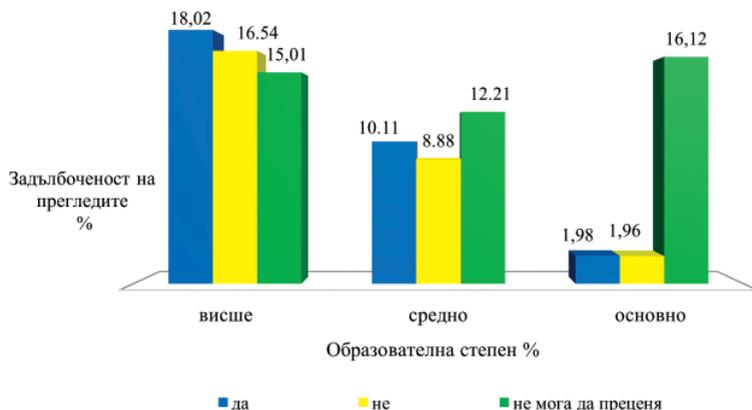
нието на профилактиката, както и ползите от нея, значително по-ясно.



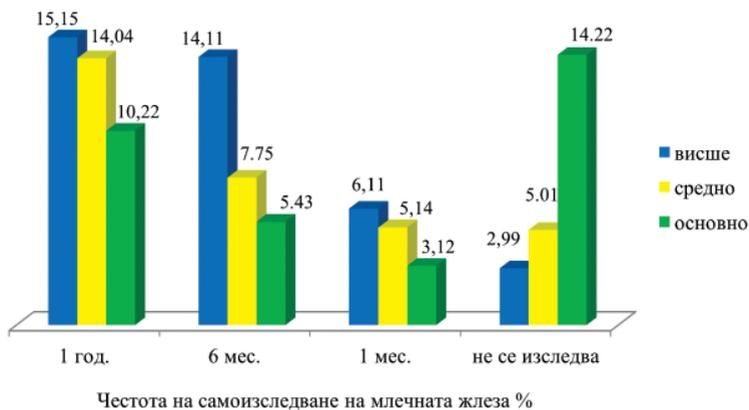
Фиг. 39. Зависимост между образователната степен на жените, посетили мамологични кабинети, и разбирането им за значението на профилактиката ($p = 0,012 < 0,05$)

На фиг. 40 е представена статистически значима зависимост ($p = 0,017 < 0,05$) между образователната степен на жените, посетили мамологичен кабинет, и преценката им за задълбочеността на прегледите. Резултатите показват, че респондентите с по-висока образователна степен имат и по-големи изисквания към това как се провежда изследването.

Самоизследването на млечната жлеза спомага за ранната диагностика и повишава ефективността на профилактиката и превенцията на заболяването. Както е видно от резултатите на фиг. 41, образователната степен на анкетираните жени е мотивационен фактор за профилактика с по-голяма честота. Сред респондентите с основно образование, най-голям относителен дял имат тези, които по една или друга причина не възприемат самоизследването на млечната жлеза (фиг. 41).



Фиг. 40. Зависимост между образователната степен на жените, посетили мамологични кабинети, и преценката им за задълбоченост на прегледите ($p = 0,017 < 0,05$)

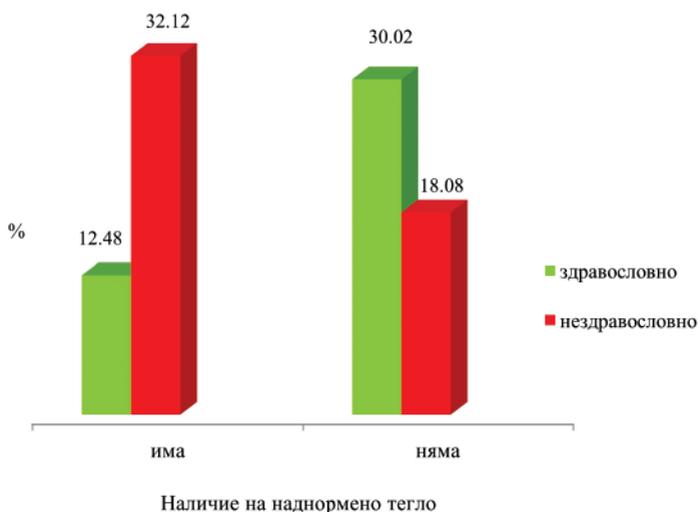


Фиг. 41. Зависимост между образователната степен на жените, посетили мамологични кабинети, и честотата на самоизследване на млечната жлеза ($p = 0,015 < 0,05$)

Наднорменото тегло е рисков фактор за много заболявания, включително и за РМЖ. Проблемите, които са следствие от затлъстяването, могат да възникнат още от детска възраст и се обуславят от влиянието на един или съвкупност от фактори, като

генетична обремененост, понижена физическа активност, различни нездравословни навици и неправилен хранителен режим.

На фиг. 42 е показана статистически значима зависимост между наличието на наднормено тегло и здравословното хранене при анкетираните жени. Резултатите показват, че относителният дял на жените с наднормено тегло е значително по-голям при тези, които се хранят нездравословно. Това подчертава значението на хранителния режим като фактор за затлъстяването.



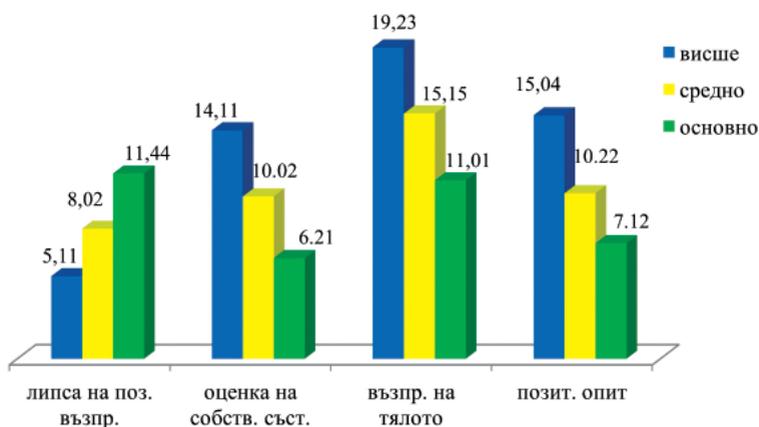
Фиг. 42. Зависимост между наднорменото тегло и здравословното хранене при анкетираните жени, посетили мамологични кабинети ($p = 0,018 < 0,05$)

Може да се приеме, че образователната степен има отражение не само в цялостната обща култура на индивида, но и в здравната му култура в частност. Това се потвърждава и от статистическия анализ на резултатите от анкетното проучване сред жените с диагноза РМЖ. Данните показват, че по-ниско образованите жени изпитват по-тежки симптоми и по-трудно възприемат промените в своето тяло и неспецифичните ефек-

ти от лечението, докато тези, които притежават висше образование, възприемат измененията по-позитивно и разбират по-добре стратегиите за справяне с негативните ефекти.

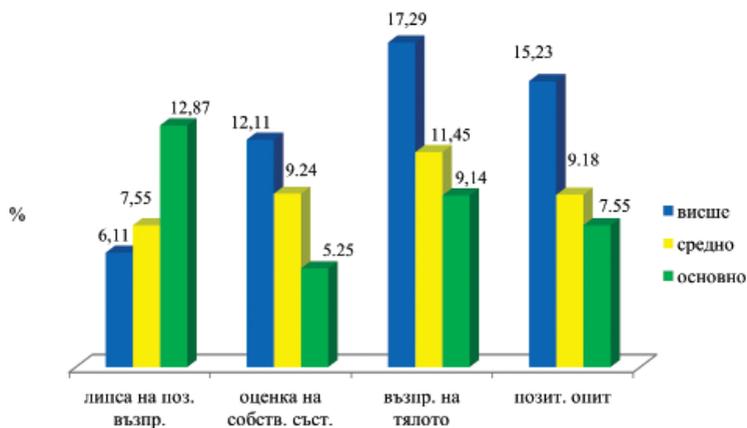
Статистически значимите зависимости, представени на фиг. 43 и на фиг. 44, показват съответно, че жените с по-висока образователна степен възприемат по-позитивно собственото си физическо състояние, тялото си и опита, който придобиват, както след мастектомия ($p = 0,018 < 0,05$), така и след секторална резекция ($p = 0,016 < 0,05$). Обратно, от същите фигури е видно, че относителният дял на респондентите, които не възприемат позитивно нито един от показателите, е най-голям при жените с основно образование.

Аналогични статистически значими зависимости са установени и между образователната степен при жените с диагноза РМЖ и позитивното им възприемане на физическото състояние, собственото тяло, неспецифичните ефекти от лечението и позитивния опит след химиотерапия, хормон-терапия и лъчелечение.



Позитивно възприемане на някои показатели %

Фиг. 43. Зависимост между образователната степен на пациентките и позитивното възприемане на някои показатели след мастектомия ($p = 0,018 < 0,05$)



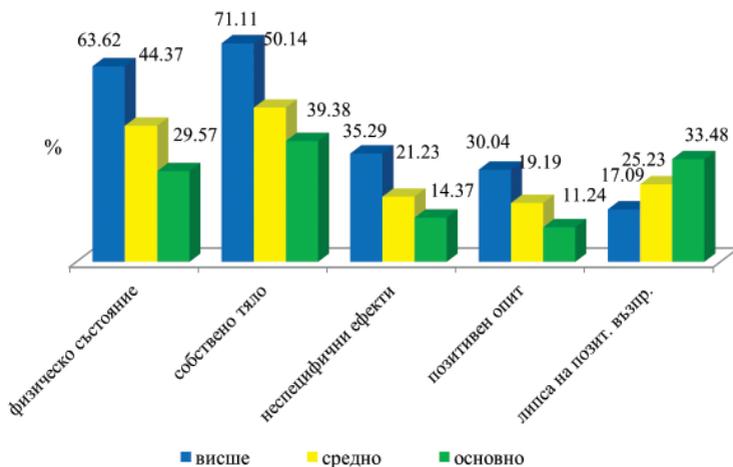
Позитивно възприемане на някои показатели

Фиг. 44. Зависимост между образователната степен на пациентките и позитивното възприемане на някои показатели след секторална резекция ($p = 0,016 < 0,05$)

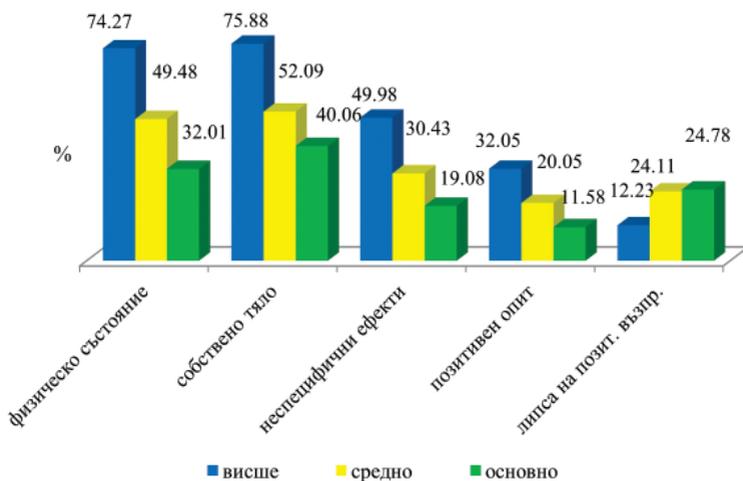
Тези зависимости са представени съответно на фиг. 45 ($p = 0,020 < 0,05$), фиг. 46 ($p = 0,023 < 0,05$) и фиг. 47 ($p = 0,024 < 0,05$). Данните потвърждават по-голямата здравна култура на жените с по-висока образователна степен. Това им позволява да възприемат ситуацията по-положително в сравнение с респондентите с основно образование, при които преобладава относителният дял на тези без позитивно възприемане на нито един от показателите.

Статистическият анализ на резултатите показва, че с увеличаване на времето от първоначално поставената диагноза и извършената операция (до 6 месеца и след 6 месеца) се повишават положителните възприятия на пациентките. Тази статистически значима зависимост ($p = 0,018 < 0,05$) е представена на фиг. 48. Относителният дял на жените, възприемащи позитивно собственото си състояние, тялото си и придобития опит, нараства с течение на времето след операцията,

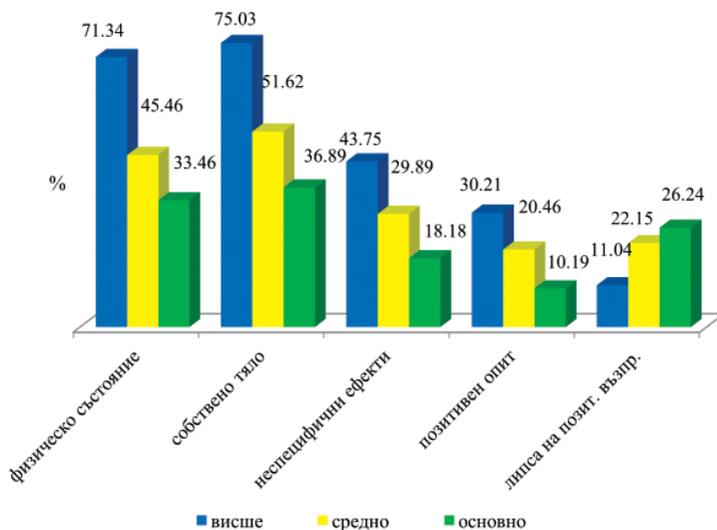
докато делът на анкетираните, при които липсват позитивни възприятия на тези показатели, намалява.



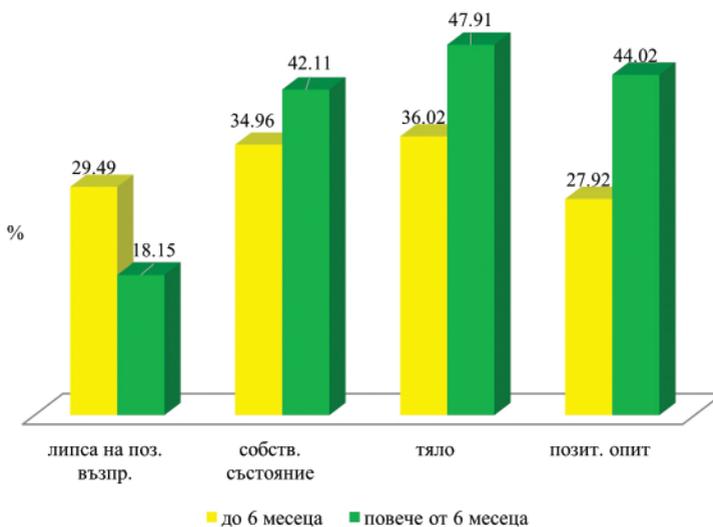
Фиг. 45. Зависимост между образователната степен на пациентките и позитивното възприемане на някои показатели след химиотерапия ($p = 0,020 < 0,05$)



Фиг. 46. Зависимост между образователната степен на пациентките и позитивното възприемане на някои показатели след хормонотерапия ($p = 0,023 < 0,05$)



Фиг. 47. Зависимост между образователната степен на пациентките и позитивното възприемане на някои показатели след лъчетерапия ($p = 0,024 < 0,05$)



Фиг. 48. Зависимост между възприемането на промените в тялото и времето след операцията ($p = 0,018 < 0,05$)

Установено е, че жените с рак на млечната жлеза се възстановяват в най-висока степен от физическите и психологичните травми от поставената им онкологична диагноза и последващото лечение една година след това. Това е периодът, след който се подобряват различни аспекти от качеството им на живот и се разрешават част от физическите им проблеми чрез рехабилитация, защото първоначалното оперативно, химиотерапевтично и/или лъчетерапевтично лечение е приключило. Поради премахнатите лимфни възли голяма част от тях страдат от изпитван непрекъснат дискомфорт в ръката от страната на оперираната гърда, което се отразява на извършваните движения с нея.

Качеството на живот, което се обуславя от редица социални фактори, оказва съществено влияние върху оцеляването от рак. Броят на хората, оказващи подкрепа, приятелите, които са до пациентите, професионалната и семейната среда и социалните контакти са от особено значение за жените с диагноза рак на млечната жлеза, като определят до голяма степен условията за тяхното възстановяване от заболяването.

ИЗВОДИ

Въз основа направения анализ на данните от проведеното проучване могат да се формулират следните основни изводи:

1. От данните за смъртността и заболяемостта на жените от РМЖ може да се заключи, че заболяемостта в България от това онкологично заболяване нараства.

2. Профилактични прегледи за РМЖ не провеждат около една трета от респондентите, включени в проучването. Причините главно се дължат на слабата им информираност и организацията на профилактичните прегледи, тъй като почти всички запитани имат желание за такъв преглед.

3. Професионалистите по здравни грижи имат най-висок относителен дял при насочването на жените за профилактичен преглед – около $\frac{1}{4}$ от пациентите са насочени от тях, което за пореден път доказва значението на техните професионални компетенции и участието им в процеса на профилактика и превенция.

4. Почти всички участници в изследването имат знания относно здравословния начин на живот, но нямат необходимото здравно поведение, за да го прилагат, което доказва необходимостта от комплексен подход за изграждане на умения и стимулиране на активността по отношение на протективните фактори за здравето.

5. Почти всички жени, включени в изследването, са наясно със симптомите на РМЖ, но имат желание да получават допълнителна информация, свързана със заболяването, като половината от тях са на мнение, че трябва да я получават от медицински специалисти.

6. Притеснителен е фактът, че $\frac{2}{3}$ от жените никога не провеждат или провеждат много рядко самоизследване на

млечните си жлези, което показва необходимостта от активното участие на специалистите по здравни грижи в обучението и контрола на самоизследването при жените.

7. Съществуват статистически значими зависимости, които показват значението на образователната степен за отношението на жените към профилактиката на заболяването и информираността за рисковите фактори.

8. Жените с по-висока образователна степен притежават по-добра здравна култура, възприемат по-позитивно собственото си състояние и участват по-активно в лечебния процес.

9. С увеличаване на времето от първоначално поставената диагноза и извършената операция се повишават положителните възприятия на пациентките по отношение на собственото състояние и неспецифичните ефекти от лечението.

МОДЕЛ НА ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА БЛАГОСЪСТОЯНИЕТО ПРИ ЖЕНИ С РМЖ

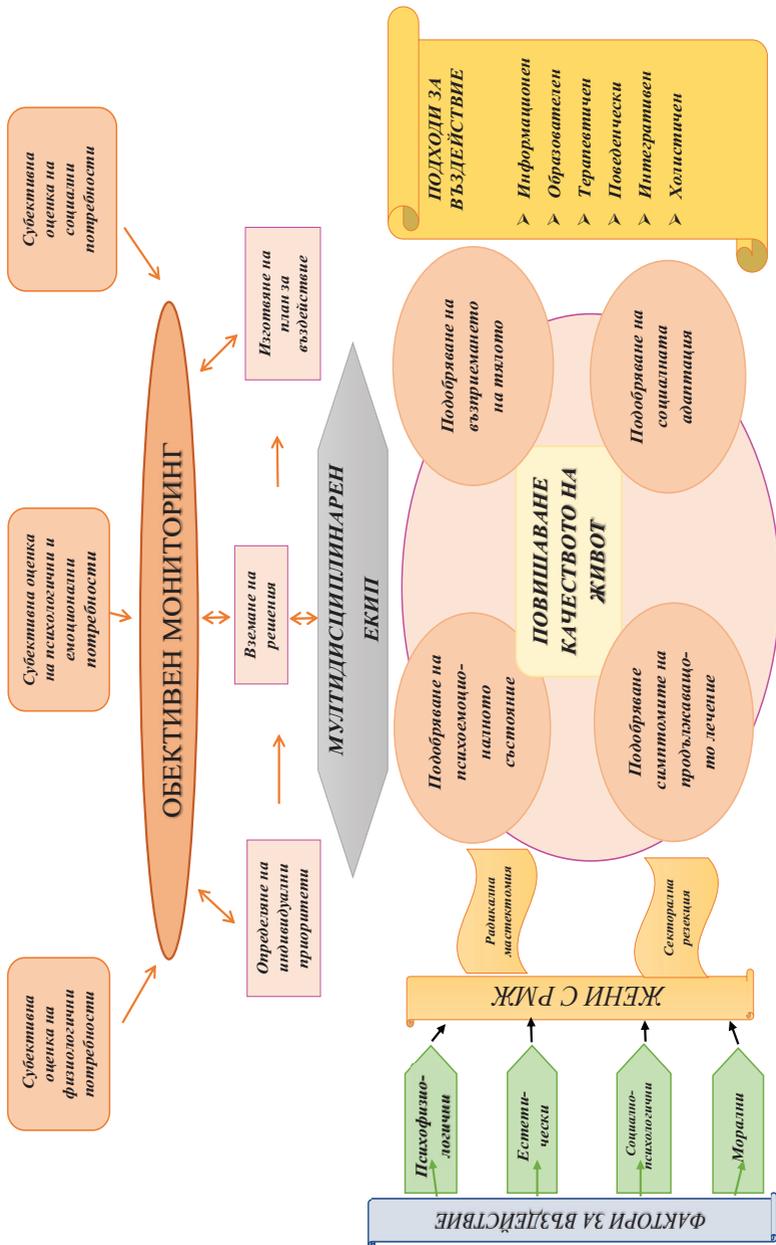
Ракът на млечната жлеза променя начина на живот на пациентките и повлиява тяхното функциониране в различни аспекти: физиологични, духовни, психоемоционални и социални. Очертава се необходимост от информираност, повишаване на емоционалната и социалната подкрепа и осигуряване на подходи за оптимално качество на живот.

Въз основа на анализа на български и международни литературни източници за прилагане на грижи в постоперативния период и по време на последващото лечение, както и на емпиричните данни от настоящото проучване, разработихме модел на интегрирани грижи за подобряване на благосъстоянието при жени с РМЖ.

Моделът има за цел да предостави интегрирани грижи, основаващи се на терапевтичен, поведенчески и холистичен подход, и е насочен към физическото, психичното и социалното благополучие на жените. Това ще доведе до оптимизиране на качеството им на живот: получаване на емоционална и социална подкрепа, изграждане на здравни навици, промяна в духовната и философската им гледна точка за живота, опасенията при възприемане на промените в собственото тяло и сексуалност, неопределеността в бъдеще, наличието на физически симптоми.

Интегрираните грижи ще се фокусират върху информационни, образователни, поведенчески и терапевтични подходи, съчетани с ценностите – уважение, комуникация, съобразяване с културните, социалните и психологичните потребности на жената, т.е. персонализирана грижа съобразно индивидуалните ѝ нужди.

МОДЕЛ НА ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА БЛАГОСЪСТОЯНИЕТО ПРИ ЖЕНИ С РМЖ



Ефективното управление на модела изисква експертен опит на мултидисциплинарен здравен екип, включващ хирурзи, онколози, патоанатоми, радиолози, физиотерапевти, фармацевти, акушер-гинеколози, професионалисти по здравни грижи, психолози, социални работници.

Мениджмънтът на модела включва: разпределение на отговорностите и дейностите по осъществяване на терапевтичните подходи; непрекъснатост, последователност и ефективност на прилаганите методи и средства и осъществяване на комуникационно партньорство между членовете на мултидисциплинарния екип:

- Централното място в структурата на модела заема жената с индивидуалните ѝ характеристики и потребности.

- Субективна оценка на физиологичните, психоемоционалните и социалните потребности – на симптомите, свързани с последващи ефекти след оперативната намеса и продължаващото лечение; на социалнопсихологичното, естетическото и моралното възприемане.

- Провеждане на обективен мониторинг за определяне на индивидуалните приоритети.

- Комплексно вземане на решения и изготвяне на план за въздействие върху негативните ефекти.

- Формиране на положително отношение към собственото здраве.

ЦЕЛЕВИ ГРУПИ

- Жени, оперирани от РМЖ с радикална мастектомия, провеждащи съответното за състоянието си лечение.

- Жени, оперирани от РМЖ със секторална резекция, провеждащи съответното за състоянието си лечение.

ЕФЕКТИВНОСТ И ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Повишаване на информираността, благосъстоянието и качеството на живот на жените с РМЖ.

- Жената е поставена в центъра на грижите (персонализиране), с възможност активно да участва в тях.

- Цялостно предоставяне на услугите за подобряване на когнитивните, поведенческите, телесните и социалните възприятия.

- Гарантирано сътрудничество и добра координация в мултидисциплинарния екип в предоставянето на качествени грижи.

- Последователен и непрекъснат мониторинг с цел подобряване качеството на предлаганите грижи.

- Осигуряване на подкрепа на жените за партньорство с екипа при вземане на решения и поемане на отговорност за тяхното здраве.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Непрекъснато увеличаващите се злокачествени заболявания на млечната жлеза са основен проблем на съвременното общество. Тези заболявания се характеризират с висока честота и голяма хетерогенност и могат да оказват съществено влияние върху качеството на живот и социалната адаптация на жените. Болестта обхваща все по-голяма част от хората в активна и трудоспособна възраст, което от своя страна води до възникване на редица социално-икономически, психологични и етични проблеми.

Успешното лечение на рака на млечната жлеза зависи пряко от ранната диагностика на заболяването, което изисква провеждане на редовни профилактични прегледи на млечната жлеза за навременното диагностициране на злокачественото заболяване.

Активната дейност на доболничната помощ е задължително условие за превенцията на всички социалнозначими заболявания, включително и РМЖ. Добрата информираност на жените относно понятието профилактика и познаването на рисковите фактори са задължително условие за успеха на профилактичните мерки и мероприятия. Тяхната честота, достъпност и обхват трябва да осигурят подобряване на здравната култура, като основен мотивационен фактор за профилактика и здравословен начин на живот. По този начин ще се постигнат ограничаване на разпространението на РМЖ и намаляване на смъртността при това заболяване.

Преодоляването на несъответствието между мотивацията на жените за участие в скринингови програми и възможностите за това изисква повишаване на тяхната информираност и активност по отношение на здравното им състояние,

което ще спомогне за навременно откриване на заболяването. Това определя и насоките на стратегията за развитие на здравната култура на обществото, като показател за степента на неговото социално-икономическо развитие и за стандарта на живот.

В това отношение, особено важна роля имат специалистите по здравни грижи, които се грижат за потребностите на пациента и извършват редица манипулации както в болнична, така и в извънболнична среда. Те осъществяват продължително наблюдение и непрекъснато общуване с пациентите и техните близки. От тяхната професионална квалификация и комуникативни умения зависят информираността на пациентите, ранната диагностика и ефективността на профилактиката, като съставни елементи в цялостния процес на здравните грижи.

Ето защо задължително условие за устойчивото развитие на лечебните заведения е наличието на условия и възможности за развитие и усъвършенстване на специалистите по здравни грижи. Това спомага за повишаване на качеството на медицинската помощ, като влияе благоприятно на мотивацията за работа на здравните специалисти и на удовлетвореността на пациентите от медицинското обслужване. Това е основен фактор за икономическата стабилност на здравните заведения в условията на конкуренция и пазарна икономика.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Алексиев, Б. Клинична патология на млечната жлеза. В: Клинична патология, том 2. Г. Велев. Стара Загора, Знание, 1994, 556.
2. Баев, Ст., Д. Трифонов. Заболявания на млечните жлези. В: Клинична хирургия, том 2. Ст. Баев. Стара Загора, Знание, 1998, 11-36.
3. Байчев, Г. Диагностика и поведение при заболявания на млечната жлеза. София, Изд. Неда, 1999, 143.
4. Балканска, П., Я. Проданова. Обучението на персонала в здравната организация – успешна инвестиция и проява на управленска компетентност. Сес-тринско дело, 2010;42(2-3),28-31.
5. Белинов, Д. Хирургически диагностично-лечебен подход при двустранния рак на млечната жлеза. Дисертационен труд. Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, 2020, 175.
6. Белинов, Д. Динамична интернационализация на проучванията върху реконструкцията на млечната жлеза. Medical Magazine, 2019(9);46-51.
7. Белинов, Д., К. Киров. Институционализация на изследванията по проблема „реконструкция на млечната жлеза“. Pro Medic Онкология, 2019(1),63-68.
8. Бенчев, Б. Стандарт за промоция на здравето в болниците. Социална медицина, 2003, 57-80.
9. Бикова, П., М. Димитрова, Н. Василева, А. Терзиева. Мултидисциплинарния екип в здравните грижи. Тридесет и трета научно-технологична сесия. Сб. статии. ТЕМТО, 2014, 127-130.
10. Благоева, Д., Н. Василева, К. Богданова. Здравни потребности – същност, фактори, задачи и приоритети. Тридесет и четвърта научно-технологична сесия – София, „Интердисциплинарна идея в действие“. 2014, 104-110.
11. Богданова, К. Основни аспекти в управлението на здравните грижи. Централна медицинска библиотека, Медицински университет, София, 2019, 112.
12. Борисов, В. Промоция на здравето (лекционен курс), Велико Търново. II допълнено издание. София, 1999, 168.
13. Борисов, В. Здравен мениджмънт – азбука на здравния мениджмънт. София, 2005, 275.
14. Борисов, В., Зл. Глутинкова, Ц. Воденичаров. Ново обществено здравеопазване. София, Акваграфикс, 1998, 541.
15. Борисов, В., Ц. Воденичаров, К. Юрукова, С. Попова. Социална медицина. София, 2003, 207.
16. Воденичаров, Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра. София, ДАК, 2004, 75.
17. Воденичаров, Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. София, Симелплекс, 2010, 140.
18. Воденичаров, Ц., С. Попова. Медицинска етика. С., ДАК, 2003, 230.
19. Гаврилов, И. Карцином на млечната жлеза. В: Диагностика, лечение и проследяване на болните със злокачествени новообразувания. И. Черномоземски, С. Каранов. З. Валерианова (ред.), 2003, 196-244.
20. Гаврилов, И., Н. Димитрова. Рак на гърдата в България – преживяемост на жените, оперирани в различни лечебни заведения през периода 2005-2009. Онкология, 2013(1);15-19.

21. Гаврилов, И., Н. Димитрова. Оценка влиянието на някои характеристики на лечебните заведения, осъществяващи хирургично лечение, върху преживяемостта на жените с рак на гърдата в България за периода 2005-2009 година. *Онкология*, 2013(3);13-17.
22. Гаврилов, И., В. Тенев, В. Първанова, Е. Кръстева. Злокачествени новообразувания на млечната жлеза. Карцином на млечната жлеза. В: *Диагностика, лечение и проследяване на болните със злокачествени новообразувания*. И. Черноземски, С. Каранов, З. Валерианова (ред.), 2009, 154-189.
23. Гаврилов, И., Н. Димитрова, И. Гаврилова. Предпоставки за подобрена преживяемост на жените с рак на млечната жлеза в България. *Онкология*, 2013;41(4):25-29.
24. Гаврилов, И., Н. Димитрова. Органосъхраняващи операции и преживяемост при лекувани с рак на млечната жлеза в СБАЛ по онкология, София. *Онкология*, 2014;42(1):30-33.
25. Ганева, З. Изследване на възприемането на собственото тяло на жени с рак на млечната жлеза. *Клинична и консултативна психология*, 2011;2(8),36-46.
26. Ганева, З. Изследване на позитивния опит от диагнозата рак на млечната жлеза. *Международна научна конференция Уни-тех 11. Сборник доклади*. Технически университет, Габрово, 2011, 259-263.
27. Гергов, И. Скрининг и диагностика на карцином на гърда. С., 2012, 22.
28. Гладилов, Ст., Ж. Павлова, А. Чешмеджиева, Цв. Петрова. Икономика на здравеопазването. Ръководство за практически занятия по икономика на здравеопазването. С., Princeps, 2004, 298.
29. Гладилов, Ст., А. Янакиева, А. Воденичарова. *Маркетинг в здравеопазването*. С., Принцепс Маринови, 2015, 220.
30. Горненски, П., В. Борисов. Устойчиво развитие – необходимата нова концепция за здравната реформа. *Медицински меридиани*, 2010;1,49-52.
31. Делийски, Т., Г. Байчев, М. Енчев и др. Биопсия на сентинелни лимфни възли – нов подход за стадиране на аксилата при I и II стадий на рак на млечната жлеза. *Год. Сб. ИМАБ, Науч. тр.*, 1998;4(1):31-32.
32. Делийски, Т. Миграция на стадия вследствие на парастернална сентинелна биопсия при рак на млечната жлеза. *Хирургия*, 2005;60(2):26-28.
33. Делийски, Т. Рак на млечната жлеза. *Книга за пациентките и техните близки*. Плевен, 2005, 170.
34. Димитрова, Н., М. Христова, И. Гаврилов, Г. Куртева. Клинико-биологични характеристики на пациентите с рак на гърдата в България, при които е диагностициран следващ втори злокачествен тумор. *Онкология*, 2013;41(2):21-26.
35. Железова, Е., С. Тончева, А. Зюмрютян. Оценка на болката при пациенти с онкологични заболявания. *Здравни грижи*, 2009(1),6-10.
36. *Заболяемост от рак в България*, 2013. София, СБАЛО, 2015.
37. Йовчев, Й., Г. Димитров, С. Николов. Настояще и бъдеще в хирургичното лечение на рака на млечната жлеза – органосъхраняващи операции. *Скрининг, подбор на болни и прогностични маркери*. *Бъл. хир.*, 2001;1(2):3-4.
38. Кехайов, А. Някои аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в България в условията на членство в Европейската общност. *Здравен мениджмънт*, 2007;2,7-11.

39. Комитов, Г., Стр. Генев. Здравната политика и нейните стратегически приоритети в условията на продължаваща реформа. Здравна политика и мениджмънт, 2008,5,98-103.
40. Михайлова, Ж. Н. Буторин, В. Петков и др. Психометрично тестване на два инструмента за оценка на качеството на живот при болни с рак на млечната жлеза, провеждащи адювантна химиотерапия +/- адювантна антиестрогенна терапия. Онкологус, 1999, 41-45.
41. Наредба № 1/08.02.2011 г. за професионалните дейности на акушерките. [https://csmp-vratsa.com/pic/Naredba1\(1\).pdf](https://csmp-vratsa.com/pic/Naredba1(1).pdf).
42. Национален раков регистър, 2020.
43. Национална онкологична болница. Заболяемост от рак в България, 2012. Български национален раков регистър, 2014, том 23.
44. Петков, В., Н. Попов. Икономически реалности в здравеопазването. ИКТ решения – отговор на много въпроси. Здравен мениджмънт, 2004;4(5),30-31.
45. Първанова, В., К. Тимчева. Рак на млечната жлеза – ранно откриване и своевременно лечение. С., Център за изследвания и политики за жените, 2001, 188.
46. Национален експертен борд. Психосоциална подкрепа и рехабилитация в онкологията. Клинично ръководство, основано на доказателства, 2015.
47. Рак на млечната жлеза – съвременно хирургично лечение. Под ред. на Т. С. Делийски, Д. Н. Дамянов, Г. Т. Байчев. Плевен, Меди Атех, 2005, 148.
48. Савова, З., Ц. Воденичаров. Медицинска психология. София, 2008, 320.
49. Седлоев, Т. А. Оценка на прогностичните индекси при комплексното лечение на дукталния ин ситу карцином на млечната жлеза. Дисертация за степен „доктор“. София, 2014, 190.
50. Седлоев, Т., Й. Йовчев, Т. Делийски. Лимфна дисекция при рак на млечната жлеза. В: Рак на гърдата. Научна книга за онколози, хирурзи, патолози, общопрактикуващи лекари, специализанти и студенти. Под ред. на Г. Димитров, Т. Седлоев, И. Гаврилов, Й. Йовчев. София, Парадигма, 2014, 229-241.
51. Чанева, Г., И. Стамболова. Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: Управление на здравните грижи. Под ред. на С. Попова. София, Филвест, 2003, 15-21.
52. Чанева, Г. Наръчник за качество на сестринските грижи в болницата. София, 2005, 52.
53. Чанева, Г. Управленски подходи за ефективни здравни грижи. МУ – София, 2015, 96.
54. Черноземски, И., С. Каранов, З. Валерианова. Диагностика, лечение и проследяване на болните със злокачествени новообразувания. София, Издателска къща „ТерАРТ“, 2003, 360.
55. Шипковенска Е., Ж. Христова, П. Димитров, М. Дякова. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване, базирани на доказателства. Филвест, 2008, 224.
56. Abdalla I, Thisted RA, Heimann R. The impact of contralateral breast cancer on the outcome of breast cancer patients treated by mastectomy. Cancer J. 2000;6(4):266-272.
57. Aguiar IC, Veiga DF, Marques TF et al. Patient-reported outcomes measured by BREAST-Q after implant-based breast reconstruction: A cross-sectional controlled study in Brazilian patients. Breast. 2017;31:22-25.

58. Al-Ameer AY, Al Nefae S, Al Johani B et al. Sentinel lymph node biopsy in clinically detected ductal carcinoma in situ. *World J Clin Oncol.* 2016;7(2):258-264.
59. American Cancer Society. Lifetime Risk of Developing or Dying From Cancer, 2014.
60. Amir M, Ramati A. Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2), 2002, 191-206.
61. Antoni M, Lechner S, Kazi A et al. How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006;74,1143-1152.
62. Assi H, Khoury K, Dbouk H et al. Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women. *Journal of Thoracic Disease*, 2013, 5, 52-58.
63. Baek WY, Byun IH, Kim YS et al. Patient satisfaction with implant based breast reconstruction associated with implant volume and mastectomy specimen weight ratio. *J Breast Cancer*, 2017;20(1):98-103.
64. Banas T, Juszczak G, Pitynski K et al. Incidence and mortality rates in breast, corpus uteri, and ovarian cancers in Poland (1980-2013): an analysis of population-based data in relation to socioeconomic changes. *Onco Targets Ther.* 2016;9:5521-5530.
65. Baretta Z, Olopade OI, Huo D. Heterogeneity in hormone-receptor status and survival outcomes among women with synchronous and metachronous bilateral breast cancers. *Breast.* 2015;24(2):131-136.
66. Beckmann KR, Buckingham J, Craft P et al. Clinical characteristics and outcomes of bilateral breast cancer in an Australian cohort. *Breast.* 2011;20(2):158-164.
67. Bernhard J, Gusset H, Hurny C. Quality of life assessment in cancer clinical trials: an intervention by itself? *Support Cancer Care*, 1995;3: 66-71.
68. Bernhard J, Humy C, Coates A et al. for the International Breast Cancer Study Group. Quality of life assessment in patients receiving adjuvant therapy for breast cancer: The IBCSG approach. *Annals of Oncology*, 1997,8:825-35.
69. Bernhard J, Peterson H, Coates A et al. for the IBCSG. Quality of life Assessment in International Breast Cancer Study Group (IBCSG) Trials: Practical Issues and Factors Associated with Missing Data. *Statist. Med.*, 1998,17, 587-601.
70. Bernhard J, Thurlimann B, Hsu Schmitz S-F et al. for the Swiss Group for Clinical Cancer Research. Defining Clinical Benefit in Postmenopausal Patients With Breast Cancer Under Second-Line Endocrine Treatment: Does Quality of Life Matter? *J Clin Oncol*, 1999. 17/6: 1672-1679.
71. Bernhard J, Castiglione-Gertsch M, Hsu Schmitz S et al. for the Swiss Group for Clinical Cancer Research. Quality of Life in Postmenopausal Patients with Breast Cancer after Failure of Tamoxifen: Formestane Versus Megestrol Acetate as Second-line Hormonal Treatment. *Eur J Cancer*, 1999,35(6):913-920.
72. Bleiker E, Pouwer F, Van Der Ploeg H et al. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 2000, 40(3), 209-217.
73. Bloom ND, Daluvoy RV, Ceccarelli F, Degenshein GA. Bilateral mammary carcinoma; immunologic implications. *N Y State J Med.* 1980;80(6):908-910.

74. Brinton L, Hoover R, Szklo M, Fraumeni J, Jr. Oral contraceptives and breast cancer. *Int J Epidemiol*, 1982,11(4),316-322.
75. Bultz B, Carlson L. Emotional distress: the sixth vital sign future directions in cancer care. *Psycho-Oncology*, 2006, 15, 93-95.
76. Campbell M, Esserman L, Zhou Y et al. Breast Cancer Growth Prevention by Statins. *Cancer Research*, 2006;66(17),8707-8714.
77. Carlsson M, Hamrin E. Measurement of quality in women with breast cancer. *Qual. Life Res.*, 1996, 5(2):265-274.
78. Carlson R, Goldstein L, Gradishar W et al. Update of the NCCN Guidelines for the treatment of breast cancer. *Oncology*, 1997, II (IIA Suppl.):199-222.
79. Carter S, Rozenweig M. Principles of clinical trials. In: *Textbook of Medical Oncology* (eds., Cavalli F, Hansen H, Kaye S). London, Martin Dunitz Ltd., 1997, 40-51.
80. Chakalova G, Dimitrova N, Gavrilo I, Valerianova Z. Cancer burden of breast and gynecological cancers in Bulgaria: Epidemiology and clinical aspects. *J BUON*, 2013, 28-39.
81. Chaudary MA, Millis RR, Hoskins EO et al. Bilateral primary breast cancer: a prospective study of disease incidence. *Br J Surg*. 1984;71(9):711-714.
82. Coleman M, CONCORD Working Group. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *The Lancet Oncology*, July 2008. DOI: 10.1016/S1470-2045(08)70179-7
83. Coscarelli-Schag, CA et al. Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *J. Clin. Oncol.*, 1993, 783-793.
84. Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy: Preoperative predictors and types of illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 1987,31, 385-392.
85. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J et al. International variation in female breast cancer incidence and mortality rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015; 24(10):1495-1506.
86. Deshields T, Tibbs T, Fan M et al. Ending treatment: the course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care Cancer*, 2005;13,2005, 1018-1026.
87. Di Micco R, O'Connell RL, Barry PA et al. Bilateral mammoplasty for cancer: Surgical, oncological and patient-reported outcomes. *Eur J Surg Oncol*. 2017; 43(1):68-75.
88. Dhadlie S, Whitfield J, Hendaheva R. Synchronous bilateral breast cancer: A case report of heterogeneous estrogen receptor status. *Int J Surg Case Rep*. 2018; 53:102-106.
89. Dimitrova N, Gavrilo I, Vukov M. Breast cancer: analysis of the factors, related to the latestage diagnosis in Bulgarian women. *Oncologia* 2011(3): 5-13.
90. Dupont, WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl. J. Med*, 1985,312(3):146-154.
91. ECIS – European Cancer Information System, European Commission, 2018. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/index.php>.
92. Eliyatkin N, Zengel B, Yagci A et al. Properties of synchronous versus metachronous bilateral breast carcinoma with long time follow up. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(12):4921-4926.

93. Elston JB, Prabhakaran S, Lleshi A et al. Complications and recurrence in implant-sparing oncologic breast surgery. *Ann Plast Surg.* 2017;78(6S Suppl 5):S269-S274.
94. Esposito E, Sollazzo V, Di Micco R et al. Can axillary node dissection be safely omitted in the elderly? A retrospective study on axillary management of early breast cancer in older women. *Int J Surg.* 2016; 33 (Suppl 1):S114-S118.
95. Fann JR et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, 2008, 30, 112-126.
96. Field A. *Discovering statistics using SPSS.* 2nd ed. London, UK: Sage, 2006, 908.
97. Flanagan J, Holmes S. Social perceptions of cancer and their impacts: implications for nursing practice arising from the literature. *Journal of Advanced Nursing.* 2000. 32(3), 740-749.
98. Fowble B, Schultz D, Overmoyer B et al. The influence of young age on outcome in early stage breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 1994;30 (1),23-33.
99. Friedenreich C, Bryant HE, Courneya KS. Case-Control Study of Lifetime Physical Activity and Breast Cancer Risk. *Am J Epidemiol*, 2001;154 (4), 336-347.
100. Friedenreich C, Courneya K, Bryant H. Influence of Physical Activity in Different Age and Life Periods on the Risk of Breast Cancer. *Epidemiology*, 2001,12(6),604-612.
101. Friedenreich CM, Ryder-Burbidge C, McNeil J. Physical activity, obesity and sedentary behavior in cancer etiology: epidemiologic evidence and biologic mechanisms. *Mol Oncol.* 2021 Mar;15(3):790-800.
102. Ganz P, Rowland J, Desmond K et al. Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 1998, 16(2), 501-514.
103. Gavrilov I. Standards in the surgery treatment in breast cancer patients treated in the National Oncological Hospital. *Oncologia*, 2010;4:10-18.
104. Goldsmith MC, Bankhead S, Kehoe G, Marsh J. Austoker Information and cervical screening: a qualitative study of women's awareness, understanding and information needs about HPV. *J Med Screen*, 2007;14 (1), 29-33.
105. Ghoncheh M, Pournamdar Z, Salehiniya H. Incidence and mortality and epidemiology of breast cancer in the world. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 Spec No. 43-46.
106. Globocan 2018. WHO, International Agency for Research on Cancer, 2018.
107. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference.* 11.0 update (4th ed.). Boston, MA: Allyn&Bacon, 2003, 63.
108. Hajdu SI. A note from history: landmarks in history of cancer, part 1. *Cancer*, 2011;117(5),1097-1102.
109. Hanly P, Soerjomataram I, Sharp L. Measuring the societal burden of cancer: the cost of lost productivity due to premature cancer-related mortality in Europe. *Int J Cancer.* 2015;136(4):E136-E145.
110. Hartman M, Czene K, Reilly M et al. Incidence and prognosis of synchronous and metachronous bilateral breast cancer. *J Clin Oncol.* 2007;25(27):4210-4216.
111. Holland JC et al. *Psychological reactions to breast cancer and its treatment.* Philadelphia, PA: Lippincott, 1991, 632-647.
112. Holland JF. *Holland-Frei cancer medicine.* New York, McGraw-Hill Medical, 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK12354>.

113. Holm M, Tjønneland A, Balslev E, Kroman N. Prognosis of synchronous bilateral breast cancer: a review and meta-analysis of observational studies. *Breast Cancer Res Treat.* 2014;146(3):461-475.
114. John E, Ross PH, Koo J. Lifetime Physical Activity and Breast Cancer Risk in a Multiethnic Population: The San Francisco Bay Area Breast Cancer Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2003;12,1143-1152.
115. Jobsen JJ, van der Palen J, Brinkhuis M et al. Long-term effects of first degree family history of breast cancer in young women: Recurrences and bilateral breast cancer. *Acta Oncol*, 2016;55(4):449-454.
116. Kelsey J, Berkowitz G. Breast Cancer Epidemiology. *Cancer Research*, 1988;48,5615-5623.
117. Kheirleiseid EA, Jumustafa H, Miller N et al. Bilateral breast cancer: analysis of incidence, outcome, survival and disease characteristics. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;126(1):131-140.
118. Kim J, Kwak B, Lee J et al. Do very young Korean breast cancer patients have worse outcomes? *Ann Surg Oncol*, 2007;14,3385-3391.
119. Kothari A, Beechey-Newman N, D'Arrigo C et al. Breast carcinoma in women age 25 years or less. *Cancer*, 2002;94(3),606-614.
120. Lewith GT, Broomfield J, Prescott P. Complementary cancer care in Southampton: A survey of staff and patients. *Complement Ther Med.* 2002;10:100-6.
121. Lichtman R, Taylor S, Wood J. Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology.* 1987;5(3),47-74.
122. Lizarraga IM, Sugg SL, Weigel RJ, Scott-Conner CE. Review of risk factors for the development of contralateral breast cancer. *Am J Surg.* 2013;206(5):704-708.
123. Loomer L et al. Postoperative follow-up of patients with early breast cancer. *Cancer*, 1991;67,55-60.
124. Loi S, Milne R, Friedlander M et al. Obesity and Outcomes in Premenopausal and Postmenopausal Breast Can. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2005;14(7),1686-1691.
125. Maher EJ, Young T, Feigel I. Complementary therapies used by patients with cancer. *BMJ.* 1994; 309(6955): 671-672.
126. Marmor S, Portschy PR, Burke EE et al. Prognostic factors for metachronous contralateral breast cancer: implications for management of the contralateral breast. *Breast J.* 2017; 23(3):299-306.
127. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Psychological distress after initial treatment of breast cancer: Assessment of potential risk factors. *Cancer*, 1992;70(1),120-125.
128. McTiernan A, Porter P, Potter JD. Breast cancer prevention in countries with diverse resources. *Cancer*, 2008;113(8 Suppl):2325-2330.
129. Mejdahl MK, Wohlfahrt J, Holm M et al. Breast cancer mortality in synchronous bilateral breast cancer patients. *Br J Cancer.* 2019;120(7):761-767.
130. Moller H, Sandin F, Bray F et al. Breast cancer survival in England, Norway and Sweden: a population-based comparison. *Int. J. Cancer* 2010;127,2630-2638.
131. Monninkh E, Peeters P, Schuit A. Design of the sex hormones and physical exercise (SHAPE) study. *BMC Public Health*, 2007;7(232),137-157.
132. Morris T, Greer HS, White P. Psychological and social adjustment to mastectomy: A two-year follow-up study. *Cancer*, 1977;40,2381-2387.

133. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst.* 2002; 94:558-84.
134. Oktay JS. Psychosocial aspects of breast cancer. *Lippincott's Primary Care Practice*, 1998(2),149-159.
135. Penman DT et al. The impact of mastectomy on self-concept and social function: A combined cross-sectional and longitudinal study with comparison groups. *Women and Health*, 1987;11,101-130.
136. Rakhra S, Bethke K, Strauss J et al. Risk factors leading to complications in early-stage breast cancer following breast-conserving surgery and intraoperative radiotherapy. *Ann Surg Oncol.* 2017;24(5):1258-1261.
137. Richardson J, Smith JE, McCall G et al. Hypnosis for procedure-related pain and distress in paediatric cancer patients: A systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. *J Pain Symptom Manage*, 2006; 31:70-84.
138. Roder D, de Silva P, Zorbas H et al. Survival from synchronous bilateral breast cancer: the experience of surgeons participating in the breast audit of the Society of Breast Surgeons of Australia and New Zealand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13(4):1413-1418.
139. Robson M, Gilewski T, Haas B et al. BRCA-Associated Breast Cancer in Young Women. *Journal of Clinical Oncology*, 1998;16(5),1642-1649.
140. Rosenberg S, Partridge A. Management of breast cancer in very young women. *Breast*, 2015;24(2),154-158.
141. Santiago L, Whitman G, Wang C, Dogan BE. Clinical and pathologic features of clinically occult synchronous bilateral breast cancers. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2018; 47(5):305-310.
142. Sant M, Allemani C, Capocaccia R et al the EURO CARE Working Group. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. *Int. J. Cancer*, 2003;106,416-422.
143. Sant M, Allemani C, Santaquilani M et al. the EURO CARE Working Group. EURO CARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. *EJC* 2009;45,931-991.
144. Sato Y, Kinoshita T, Suzuki J et al. Preoperatively diagnosed ductal carcinoma in situ: risk prediction of invasion and effects on axillary management. *Breast Cancer.* 2016; 23(5):761-770.
145. Suzuki R, Iwasaki M, Inoue M et al. Body weight at age 20 years, subsequent weight change and breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status-the Japan public health center-based prospective study. *International Journal of Cancer*, 2011;129,1214-1224.
146. The Global Cancer Observatory, 2019.
147. Todorov SS, Kit OI, Bosenko ES et al. Morphoimmunohistochemical characteristics of synchronous bilateral breast cancer. *Bull Exp Biol Med.* 2014; 157(5):641-644.
148. Tomich P, Helgeson V. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 2004;23,16-23.
149. Torre LA, Bray F, Siegel RL et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(2):87-108.

150. Ursaru M, Jari I, Gheorghe L et al. Bilateral breast cancer: diagnosis and prognosis. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2016; 120(2):316-320.
151. Venturini E, Losio C, Panizza P et al. Tailored breast cancer screening program with microdose mammography, US, and MR Imaging: short-term results of a pilot study in 40-49-year-old women. *Radiology*, 2013; 268(2):347-355.
152. Vuoto HD, García AM, Candás GB et al. Bilateral breast carcinoma: clinical characteristics and its impact on survival. *Breast J*. 2010; 16(6):625-632.
153. Warner E, Colditz G, Palmer J et al. Reproductive Factors and Risk of Premenopausal Breast Cancer by Age at Diagnosis: Are There Differences Before and After Age 40? *Breast Cancer Res Treat*, 2014;142(1),1-20.
154. White E, Malone K, Weiss N. Daling J. Breast cancer among young U.S. women in relation to oral contraceptive use. *J Natl Cancer Inst*, 1994;86(7), 505-514.
155. Wilkins RH. *Neurosurgical Classic-XVII. Edwin Smith Surgical Papyrus*. Article reprinted with author permission from *Journal of Neurosurgery*, March 1964, 240-244.
156. Xiong Q, Valero V, Kau V et al. Female Patients with Breast Carcinoma Age 30 Years and Younger Have a Poor Prognosis. *Cancer*, 2001;92(10),2523-2528.
157. Xing Y, Meng Q, Sun L et al. Survival analysis of patients with unilateral and bilateral primary breast cancer in Northeast China. *Breast Cancer*. 2015; 22(5):536-543.
158. Yankaskas B. Epidemiology of Breast Cancer in Young Women. *Breast Disease*, 2006;23(1),3-8.
159. Zahlis E, Shands M. Breast cancer. Demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1991;9(1),75-93.
160. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 2000;10,19-28.
161. Zhou P, Recht A. Young Age and Outcome for Women with Early-Stage Invasive Breast Carcinoma. *Cancer*, 2004;101,1264-1274.
162. <http://bjsep.org/getfile.php?id=53>
163. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/bg
164. <https://medpedia.framar.bg>
165. http://www.navet.government.bg/assets/cms/File/eurodocs/Adult%20education/Adult_education2-4.pdf
166. Национален план за борба с рака в Република България 2027. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2023/01/10/23rh003pr.pdf
167. <https://www.worldometers.info/bg/>
168. www.doctorbg.com
169. www.healthpsych-bg.org
170. <https://problem.framar.bg/>