



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

ΤΙΤΛΟΣ:

«Συχνότητα εμφάνισης (επιπολασμός) καρκίνου του μαστού και ποιότητα ζωής.»

Σχολή υγείας

Τμήμα νοσηλευτικής

ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΜΑΡΚΑ ΕΛΕΝΗ Α.Μ 6990

ΑΤΣΑ ΣΕΒΑΣΤΗ Α.Μ 6933

ΦΑΝΟΥΡΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ-ΚΥΡΙΑΚΗ Α.Μ 6853

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Χριστοδουλάκης Αντώνιος, Νοσηλεύτης, ΜΡΗ, PhD(c), Ακαδημαϊκός  
Υπότροφος, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2021

© Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

## Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ3

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

3000 π.Χ - 1037 μ.χ6

1037 μ.Χ. - 1727 μ.Χ.7

1750 μ.Χ. - 2000 μ.Χ8

1.2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ12

1.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ14

1.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ16

1.5 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ18

ΣΚΟΠΟΣ20

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ20

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ20

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ20

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ22

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ / ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ22

2727

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ27

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ29

ΡΟΟΓΡΑΜΜΑ36

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση με τίτλο “Συχνότητα εμφάνισης (επιπολασμός) του καρκίνου του μαστού και ποιότητα ζωής ασθενών” πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της φοίτησης μας στο Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο Κρήτης, στον τομέα της νοσηλευτικής.

Αυτήν την σελίδα την αφιερώνουμε σε όλους αυτούς τους ανθρώπους που συνέβαλλαν με τον δικό τους τρόπο ξεχωριστά ο καθένας σε αυτά τα 4 χρόνια της φοίτησης μας αλλά και στην συγκεκριμένη πτυχιακή.

Θα θέλαμε λοιπόν να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές του τμήματός μας, για τις γνώσεις και τις δεξιότητες που μας μεταλαμπάδευσαν μετά από κόπο και μεράκι. Μέσα από τον αγώνα κυρίως των καθηγητών και της δικής μας αποδοχής, καταφέραμε να γίνουμε καλύτεροι άνθρωποι με γνώσεις, κυρίως πάνω στον τομέα της υγείας ώστε στο μέλλον η νοσηλευτική να γίνει το επάγγελμα μας αναζητώντας νέες εμπειρίες και γνώσεις.

Στην συνέχεια να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα μας καθηγητή Αντώνιο Χριστοδουλάκη για την συνεχή καθοδήγηση, την υποστήριξη, τις συμβουλές καθώς και για την συμπαράσταση και ενθάρρυνση που μας παρείχε κατά την διάρκεια αυτής της πτυχιακής.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλουμε στα αγαπημένα μας πρόσωπα, τις οικογένειες μας, που μέσα από την δική τους υπομονή και επιμονή καθ’ όλη την διάρκεια της ζωής μας, βοήθησαν σε κάθε στάδιο απ’ όπου περνούσαμε στηρίζοντας την κάθε μας επιλογή. Γιατί χωρίς την δική τους αγάπη και στήριξη τίποτα απ’ όσα έχουμε καταφέρει ως τώρα δεν θα ήταν πραγματικότητα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια που ταλαιπωρεί εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως. Η μεγάλη αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη αποδίδεται σε διάφορες αιτίες. Οι τελευταίες έρευνες έχουν αποδείξει ότι συχνότερες αιτίες για την αύξηση του επιπολασμού του καρκίνου του μαστού είναι ο τρόπος ζωής των γυναικών, η εμμηνόπαυση, η ηλικία τους, το οικογενειακό τους ιστορικό και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμα και η ομάδα αίματος. Οι επιστήμονες έχουν εμβαθύνει όμως και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών αλλά και στο πως επηρεάζεται από τις θεραπείες, καθώς συνήθως έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην ψυχολογία και την σωματική λειτουργία των ασθενών.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανάλυση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Εκτός από αυτό αναφέρεται και η ποιότητα ζωής των γυναικών κατά την διάρκεια της θεραπείας ή κατά την μετά την θεραπεία αποκατάστασης τους. Στην παρούσα έρευνα ήταν εξίσου σημαντικό να αναλυθούν οι μέθοδοι προ-συμπτωματικού ελέγχου για την πρώιμη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και τον ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στην ανακουφιστική φροντίδα των ασθενών αυτών.

**Μεθοδολογία:** Διενεργήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση κοορτών, μελετών ασθενών μαρτύρων και ποσοτικών μελετών από τις διεθνείς βάσεις δεδομένων όπως "Pubmed", "GoogleScholar", "Iatrotek", "Openarchives". χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος PICO για να αποσπαστούν οι σωστές πληροφορίες και παρά το ότι είναι συστηματική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκε το διάγραμμα ροής PRISMA.

**Αποτελέσματα:** Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση επιλέχτηκαν 20 ερευνητικά άρθρα σε ανθρώπους που ικανοποιούσαν τα κριτήρια που τέθηκαν. Τα αποτελέσματα της πλειάδας των μελετών που πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη έδειξαν ότι υπάρχουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά επιπολασμού σε γυναίκες άνω των 70 ετών, σε γυναίκες που έκαναν κατάχρηση αλκοόλ και κάπνιζαν, σε γυναίκες που είχαν οικογενειακό ιστορικό και σε γυναίκες που ζούσαν σε πιο αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης. Επιπλέον τονίστηκε και η σημασία της ομάδας αίματος καθώς αποδείχθηκε πως τα ποσοστά επιπολασμού του καρκίνου του μαστού ήταν πιο υψηλά στην ομάδα αίματος Α. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών η πλειοψηφία των ερευνών έδειξε ότι οι ασθενείς που υπόκεινται σε οποιαδήποτε θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού εμφανίζουν σε υψηλά ποσοστά κατάθλιψη, σεξουαλικής δυσλειτουργίας και σωματικό πόνο που τους ωθεί να απέχουν από τη δουλειά τους και να οδηγούνται στην ανεργία.

**Συμπεράσματα:** Ο επιπολασμός του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο ζωής των γυναικών, όμως σημαντικό ρόλο φάνηκε να διαδραματίζουν και η ηλικία, η εμμηνόπαυση και ο τόπος διαμονής. Όσο αφορά την ποιότητα ζωής από τις μελέτες αποδείχθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού επηρεάζεται σημαντικά από τις θεραπείες και τους προκαλεί σημαντικά ποσοστά κατάθλιψης σεξουαλικής δυσλειτουργίας και ανεργίας.

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος μαστού, ποιότητα ζωής, επιπολασμός

## ABSTRACT

**Introduction:** breast cancer is a disease that afflicts millions of women worldwide. The large increase in its incidence in recent years in Europe is attributed to various causes. The latest research has proven that the most common causes for the increase in the prevalence of breast cancer are women's lifestyle, menopause, their age, their family history and in some cases even their blood group. However, scientists have also delved into improving the quality of life of these patients and how it is affected by treatments, as they usually have a strong impact on the psychology and physical functioning of patients.

**Aim:** The aim of this study was to analyze the incidence of breast cancer both at European and global level. In addition to this, the quality of life of women during treatment or during their post-treatment rehabilitation is also reported. In this study, it was equally important to analyze the pre-symptomatic screening methods for early treatment of breast cancer and the role of the nurse in the palliative care of these patients.

**Methodology:** A literature review of cohorts, patient witness studies and quantitative studies from international databases like "Pub med", "Google Scholar", "Iatrotek", "Open archives" was conducted; PICO method was used to extract the correct information and despite being a systematic review PRISMA flow chart was used.

**Results:** From the literature review 20 research articles on human subjects that met the criteria set were selected. The results of the majority of the studies conducted in Europe showed that there were particularly high prevalence rates in women over 70 years of age, in women who abused alcohol and smoked, in women with a family history of smoking and in women living in more undeveloped European countries. In addition, the importance of blood group was emphasized as it was shown that the prevalence rates of breast cancer were higher in blood group A. With regard to the quality of life of these patients, the majority of studies have shown that patients undergoing any treatment for breast cancer have high rates of depression, sexual dysfunction and physical pain which causes them to abstain from work and lead to unemployment.

**Conclusions:** the prevalence of breast cancer in Europe is largely influenced by women's lifestyle, but age, menopause and place of residence also appeared to play an important role. In terms of quality of life, the studies showed that the quality of life of breast cancer patients is significantly affected by treatments and causes significant rates of depression, sexual dysfunction and unemployment.

Key words: breast cancer, quality of life, prevalence

## 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

### 3000 π.Χ. - 1037 μ.Χ.

Ο καρκίνος υπάρχει στην Γη πολύ πριν από τον άνθρωπο (Hajdu, 2011a). Ο λαός των Αιγυπτίων ήταν από τους πρώτους που ήρθαν σε επαφή με την ασθένεια, καθώς μέσα από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν βρέθηκαν οστεοσαρκώματα σε μούμιες (Πατελάρου, Σηφάκη-Πιστολά, Ξυλούρη, 2013). Οι Αιγύπτιοι ήταν και οι πρώτοι που επιχείρησαν να δημιουργήσουν μια θεραπεία, με αλοιφή από αρσενικό, για τους καρκινικούς όγκους (Hajdu, 2011a). Για τους πιο επικίνδυνους και τους πιο μεγάλους σε διάσταση χρησιμοποιούσαν την μέθοδο της χειρουργικής αφαίρεσης (Hajdu, 2011a). Αργότερα ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο “καρκίνος” και υποστήριξε την θεωρία ότι ο καρκίνος προέρχεται από φυσικά αίτια (Hajdu, 2011a; Πατελάρου και σύν., 2013). Ακόμη, ο Ιπποκράτης διαχώρισε τις υποκατηγορίες του καρκίνου (π.χ. καρκίνος του ήπατος) και την αντιμετώπιση τους φαρμακευτικά ή χειρουργικά (Hajdu, 2011a).

Το 456 π.Χ. πολλοί Έλληνες γιατροί εγκαταστάθηκαν στην Ρώμη (Hajdu, 2011a). Ανάμεσα τους υπήρχαν και αξιόλογοι τοπικοί γιατροί όπως ο Aulus Celsus, που ήταν γιατρός με μεγάλη επιρροή στην Ρώμη και έκανε την Λατινική την επίσημη γλώσσα της Ιατρικής (Hajdu, 2011a). Συνεχίζοντας την έρευνα του Ιπποκράτη, ο Aulus περιέγραψε τον καρκίνο σαν ένα καβούρι, εξαιτίας του τρόπου που περιβάλλει τα υγιή κύτταρα. Επιπλέον, στα γραπτά του έκανε αναφορά και για την ύπαρξη του καρκίνου του ήπατος, της σπλήνας και του κόλον (Hajdu, 2011a). Ο ίδιος είχε καθιερώσει και μια συντηρητική θεραπεία για τα καρκινώματα που αποτελούνταν από τοπική εφαρμογή βρασμένου λάχανου μαζί με ένα είδος αλατισμένου μείγματος με μέλι και ασπράδι αυγού (Hajdu, 2011a).

Το 130 -200 μ.Χ. ο Κλαύδιος έκανε λόγο για καρκινικούς όγκους και η έρευνα του έγινε αποδεκτή σε όλο τον τότε γνωστό κόσμο και επηρέασε την ιατρική, μέχρι και την εποχή του Βυζαντίου.(Hajdu, 2011a). Αυτό που απασχολούσε όμως τον τότε γνωστό κόσμο ήταν η θεραπεία του. Το 325-400 μ.Χ ο Oribasius από την Βαγδάτη διατύπωσε την θεωρία του «ότι στη πλειοψηφία τους οι καρκίνοι δεν εκδηλώνονται με πόνο, ενώ δεν μοιάζουν με φλεγμονή» (Hajdu, 2011a) .

Χειρουργικές θεραπείες άρχισαν να γίνονται για τον καρκίνο του μαστού το 527-565 μ.Χ. από τον Aetius που καθιέρωσε την πλήρη αφαίρεση του μαστού ως θεραπεία για αυτό το είδος καρκίνου. (Hajdu, 2011a). Η χειρουργική αφαίρεση όμως του καρκίνου συνέχισε να διαδίδεται και στον αραβικό κόσμο όταν ο Rhazes από την Βαγδάτη έφερε στο προσκήνιο τις γνώσεις του Ιπποκράτη και του Γαληνού όσο αφορά την χειρουργική (860 -932 μ.Χ. ) (Hajdu, 2011a). Η πορεία όμως της χειρουργικής αφαίρεσης των καρκινικών όγκων συνέχισε με την εύρεση νέων τρόπων χειρουργικής αφαίρεσης όπως αυτή του Αβικέννα της Περσίας, όπου έδεναν ένα σύρμα γύρω από τον όγκο και το έσφιγγαν κάθε μέρα μέχρι να πέσει ο όγκος (980 -1037) (Hajdu, 2011a).

## 1037 μ.Χ. - 1727 μ.Χ.

Το διάστημα αυτό χαρακτηρίστηκε ως μετάβαση από την εποχή των Σκοτεινών χρόνων στην εποχή της Αναγέννησης. Η έρευνα του Γαλιανού και των τριών Γάλλων γιατρών και χειρουργών LaFrancHenri , de Mondeville και Guy de Chauliac συνέβαλε σημαντικά στην πρόοδο της θεραπείας του καρκίνου (Hajdu, 2011b). Το πρώτο βιβλίο Ιατρικής τυπώθηκε το 1478, στο οποίο συμπεριλαμβάνονταν δεδομένα από την εποχή των Αιγυπτίων και των αρχαίων Ελλήνων (Hajdu, 2011b). Με την πρόοδο των επιστημών την περίοδο της Αναγέννησης δόθηκε η ευκαιρία για να τυπωθεί η πρώτη ιατρική αναφορά για περιστατικό καρκίνου το 1507 (Hajdu, 2011b). Η πρόοδος που έφερε η αναγέννηση στην Ιατρική έδωσε την ευκαιρία στους επιστήμονες να ασχοληθούν με την θεραπεία του καρκίνου. Οι επιστήμονες της εποχής λοιπόν, είχαν την ευκαιρία να ασχοληθούν με την εύρεση θεραπείας για τον καρκίνο μέσω χημικών ουσιών. Παρόλο που η χρήση χημικών ουσιών στην θεραπεία του καρκίνου είχε παρουσιαστεί από τους Αιγυπτίους και τους αρχαίους Έλληνες με τη χρήση αρσενικού , η εποχή της Αναγέννησης έφερε στο φως νέες μεθόδους θεραπείας με άλλες χημικές ουσίες.

Πρωτοπόρος αυτής της περιόδου στην χρήση χημικών ουσιών για την θεραπεία του καρκίνου ήταν ο Παράκελσος, ένας γιατρός και χημικός από την Σουηδία (Hajdu, 2011b). Ο Παράκελσος παρουσίασε την συστηματική χρήση χημικών ουσιών στην θεραπεία του καρκίνου τον 16ο αιώνα , η έρευνα του αποτέλεσε θεμέλιο λίθο τόσο για την χημεία όσο και για την χημειοθεραπεία (Hajdu, 2011b). Το έργο του, για την χημειοθεραπεία του καρκίνου και άλλων επικίνδυνων ασθενειών, εξαιτίας του αιφνίδιου θανάτου του δημοσιεύθηκε από τους υποστηρικτές του το 1567. Ενδιαφέρον αργότερα αποτέλεσε η θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού που παρουσιάστηκε από τον Γάλλο στρατιωτικό χειρουργό Ambroise Pare, του οποίου η έρευνα εκδόθηκε στο Παρίσι το 1575 ο Pare τοποθετούσε ένα κομμάτι ύφασμα από μόλυβδο καλυμμένο με υδράργυρο πάνω στον όγκο και ασκούσε πίεση αντίθετα στο στήθος. Αυτή ήταν η πιο συχνή θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού από τους γιατρούς εκείνης της εποχής (Hajdu, 2011b). Όσον αφορά άλλα είδη καρκίνων όπως ο καρκίνος της μήτρας ή άλλων εσωτερικών οργάνων, θεωρούνταν ανίατοι και για αυτό χορηγούνταν ανακουφιστική φροντίδα , καθαρτικών και διατροφών πλούσιες σε φρούτα και ζωμούς (Hajdu, 2011b).

Αργότερα ο Γερμανός χειρουργός Johannes Scultetus από τις πρώτες έρευνες που είχαν ως αντικείμενο την χειρουργική αφαίρεση των καρκίνων πρότεινε την εκτομή και τον ακρωτηριασμό (1655) (Hajdu, 2011b). Ακολουθώντας αυτή την πορεία σκέψης ο Johannes υπέδειξε και την διαδικασία της μαστεκτομής σαν θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού αλλά και των καθετηριασμό μετά την αφαίρεση για την εξάλειψη τυχόν εστιών από υπολείμματα καρκινικών κυττάρων (Hajdu, 2011b). Όσον αφορά την θεραπεία με μαστεκτομή έδωσε ο Γερμανός χειρουργός Gulielmus Hildanus το 1682 στο βιβλίο του όπου παρουσίασε την ριζική αφαίρεση του μαστού αλλά και των λεμφαδένων (Hajdu, 2011b).

Με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της ιατρικής και της χειρουργικής άρχισε να απασχολεί των ιατρικό κόσμο η σημαντικότητα του προ-συμπτωματικού ελέγχου για την πρόληψη των καρκίνων σε πρώιμο στάδιο. Το 1686 ο Άγγλος χειρουργός William Salmon σε ένα άρθρο του αποκάλυψε ότι ο καρκίνος αποτελεί μια ασθένεια χειρουργικού ενδιαφέροντος και ότι μπορούν να διαγνωστούν ακόμα και πρώιμο στάδιο εάν δοθεί η πρόβλεψη

σημασία στην προ-συμπτωματολογία του κάθε καρκίνου ξεχωριστά (Hajdu, 2011b). Σε αυτό του το άρθρο έδωσε και μερικά παραδείγματα όπως ο καρκίνος των πνευμόνων μπορεί να διαγνωστεί σε πρώιμο στάδιο εάν υπάρχει ένδειξη αίματος στα πτύελα και έντονη δύσπνοια (Hajdu, 2011b). Ο William επίσης διατύπωσε τη θέση ότι οι καρκίνοι μπορούν να εμφανιστούν και σε δευτερεύοντα χρόνο σε άλλα σημεία του σώματος (Hajdu, 2011b). Από το 1700 και έπειτα άρχισαν να εμφανίζονται όλο και περισσότερες θεωρίες για την θεραπεία του καρκίνου, οι περισσότερες από τις οποίες είχαν να κάνουν με χειρουργική αφαίρεση τους. Παράλληλα άρχισε να δίνεται και περισσότερο βάση στον προ-συμπτωματικό έλεγχο δηλαδή στην διάγνωση των καρκίνων σε πρώιμο στάδιο. Το 1712 ο Άγγλος γιατρός Michael Etmullerus υποστήριζε ότι ο χρόνιος βήχας είναι ένα βασικό σύμπτωμα του καρκίνου του πνεύμονα ή των βρόγχων και ότι η συχνή εμφάνιση πρηξίματος στις αρθρώσεις μπορεί να υποδεικνύουν καρκινικό σάρκωμα (Hajdu, 2011b). Επιπλέον ο Etmullerus διαπίστωσε ότι ο καρκίνος είναι μια ασθένεια των εσωτερικών οργάνων και χρησιμοποίησε ιδιαίτερα βότανα της εποχής (μάτι από κάβουρα , κόκκινο κοράλλι , ανθρακικό κάλιο , λάδι από γαρύφαλλο και όπιο) για τη θεραπεία του. Εάν αυτή η συντηρητική θεραπεία δεν απέδιδε τότε εφάρμοζε χειρουργική αφαίρεση (Hajdu, 2011b). Σε αντίθεση με αυτή την θεωρία ο Ισπανός χειρουργός Francisco Suarez υποστήριζε την χειρουργική αφαίρεση σε όλους τους καρκίνους των εσωτερικών οργάνων ενώ για καρκίνους όπως εκείνος ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εφάρμοζε σκόνη από μπαλσάμικο και διαλύματα με υδράργυρο για να επιφέρει ουλοποίηση (Hajdu, 2011b).

Ανάμεσα στους υποστηρικτές της ολικής μαστεκτομής για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού ήταν και ο Γερμανός χειρουργός Lorenz Herman ο οποίος πρότεινε για την θεραπεία του καρκίνου την μαστεκτομή δηλαδή την ολική αφαίρεση του στήθους , των λεμφαδένων και του μείζονα θωρακικού μυ (Hajdu, 2011b). Μάλιστα το 1917 ο Herman παρουσίασε και περιέγραψε στο βιβλίο του την διαδικασία της ολικής αφαίρεσης ενός καρκινικού όγκου (Hajdu, 2011b). Αργότερα ο Γάλλος χειρουργός Jean – Lewis Petit παρόλο που ειδικεύονταν στις ασθένειες των οστών ήταν ο πρώτος υποστηρικτής της ολικής μαστεκτομής στην Γαλλία (Hajdu, 2011b). Ο Petit το 1723 παρουσίασε στο βιβλίο και καρκίνους που προσβάλλουν τα οστά , όπως το οστεοσάρκωμα και υποστήριζε ότι η μόνη λύση στους καρκίνους των οστών είναι ο ακρωτηριασμός (Hajdu, 2011b) .

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η ανάπτυξη και η ύπαρξη της παθολογικής ογκολογίας , της χειρουργικής ογκολογίας και της ογκολογικής ιατρικής τοποθετείται περίπου στο 1500- 1750 .

### **1750 μ.Χ. - 2000 μ.Χ.**

Στην αρχή του 1750 οι γιατροί άρχισαν να ασχολούνται και να στρέφουν το ενδιαφέρον τους στην παθολογία του καρκίνου αλλά και την αναζήτηση θεραπείας του, στηριζόμενοι σε νεκροψίες ασθενών που πέθαναν από καρκίνο. Η έρευνα αυτή έδωσε την δυνατότητα στους γιατρούς να εντοπίζουν τυχόν μεταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν στο κάθε είδος καρκίνου για να μπορούν να έχουν πιο στοχευόμενη θεραπεία.

Το 1761 ο Giovanni Batista Morgagni, στο βιβλίο του 700 περιστατικά από αυτοψίες που διενήργησε για να κάνει γνωστή την παρακέντηση με σύριγγα όσον αφορά τον κακοήθη ασκίτη και την μέθοδο της κολποσκόπησης του τραχήλου της μήτρας με την εισαγωγή ενός χωνιού στον κόλπο (Hajdu, 2011b) . Στην ίδια



έρευνα ο Morgagni κατέγραψε 17 περιστατικά διαφορετικών καρκίνων, δεν ήταν όμως πολύ σχολαστικός και εξέταζε μόνο τα όργανα που είχαν προσβληθεί (Hajdu, 2012). Από τα περιστατικά που εξέτασε τα 5 ήταν καρκίνος του στομάχου, παρατήρησε ότι οι ασθενείς εμφάνιζαν λίγο πριν πεθάνουν ρουκετοειδή εμετό και κενώσεις από το ορθό με παρόμοια μαύρη ουσία πιθανότητα ίχνη αίματος (Hajdu, 2012). Όμως σε ένα από τα περιστατικά παρατήρησε μικρά λευκά οζίδια στο συκώτι και διογκωμένους υπερκλείδιους λεμφαδένες τα οποία αποτελούν σημάδια μετάστασης αλλά ο Morgagni δεν γνώριζε τον όρο της μετάστασης και έτι δεν τον ανέφερε (Hajdu, 2012). Επιπρόσθετα ανέφερε και 2 περιστατικά καρκίνου του μαστού (Hajdu, 2012), στα οποία παρατήρησε διογκωση του μασχαλιαίου αδένου και οίδημα (λεμφοίδημα), το οποίο κατά τη άποψη του προκλήθηκε από την πίεση των φλεβών και των νεύρων της μασχάλης από την ανάπτυξη του καρκίνου (Hajdu, 2012).

Ο Morgagni συνέχισε να πραγματοποιεί νεκροψίες πάνω σε ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο. Στην πορεία του λοιπόν αυτή κάνοντας αυτοψία σε έναν ασθενή που έπασχε από καρκίνο των όρχεων ανακάλυψε πολλαπλά οζίδια στην περιοχή του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, τα οποία αποτελούν σημάδια μετάστασης (Hajdu, 2012). Επίσης παρουσίασε και άλλες νεκροψίες που αποτελούνταν από 3 περιστατικά καρκίνου του τραχήλου / λαιμού, 2 περιστατικά καρκίνου στο κόλον και 2 καρκίνους του τραχήλου της μήτρας (Hajdu, 2012). Σε ένα περιστατικό καρκίνου του παγκρέατος ανακάλυψε ότι αυτό το είδος καρκίνου πολύ δύσκολα διαγιγνώσκεται κατά την διάρκεια της ζωής του ασθενή λόγω της τοποθεσίας του οργάνου ανατομικά (Hajdu, 2012). Η θεωρία του αυτή ενισχύθηκε και με ένα περιστατικό που παρουσίασε αργότερα με ένα αγόρι που διαγνώστηκε μετά το θάνατο του με λέμφωμα σε προχωρημένο στάδιο (Hajdu, 2012). Ο Morgagni έγινε από τους πιο γνωστούς κλινικούς παθολόγους λόγω των ευρημάτων των νεκροψιών του και της μοναδικής σχέσης με τις ασθένειες των ασθενών του (Hajdu, 2012). Στα βιβλία του πρώτο παρουσιάστηκε η έννοια της προ μικροσκοπικής παθολογίας και ονομάτισε πολλές σπάνιες ασθένειες (Hajdu, 2012).

Κατά τον 17ο και 18ο αιώνα η ιατρική άρχισε να ασχολείται όλο και περισσότερο με τον τομέα της ογκολογίας. Υπήρχαν πολλές απόψεις σχετικά με τον καρκίνο όπως υπήρχε η θεωρία πως ο καρκίνος είναι μεταδοτικός. Λίγο αργότερα επικρατούσε η αντίληψη πως ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα κάποιου τραύματος (ΑΡΘΡΟ 12 ΣΕΒ). Προς τα τέλη του 18ο αιώνα ανακαλύφθηκε ένα σκληρό καρκίνωμα το οποίο κατατάσσονταν σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία ήταν το κρυφό καρκίνωμα, το οποίο ήταν το πιο συχνά εμφανιζόμενο στο δέρμα και είχε την μεγαλύτερη διάρκεια αλλά ήταν κυρίως άκακο. Σε αυτή την κατηγορία κατατάσσονταν τα κονδυλώματα, οι σκληρύνσεις και οι ουλές (Hajdu, 2012). Στη δεύτερη κατηγορία ήταν το συμπτωματικό καρκίνωμα το οποίο συχνά θεωρούνταν ως σκληρός και ασθενής όγκος κάτω από το δέρμα και τους λιπώδεις ιστούς και συχνά επιδεινώνονταν σε καρκίνο (Hajdu, 2012).

Με την ανάπτυξη της ιατρικής οι επιστήμονες ξεκίνησαν να ερευνούν όλο και περισσότερο την θεραπεία του καρκίνου και την πρόληψη του. Οι διαδικασίες της έρευνας ξεκίνησε το 1927 όταν ο Wolbach ο πρόεδρος της Αμερικανικής Ένωσης για την έρευνα του καρκίνου και ο Howe ανέφεραν ότι ο επιθηλιακός ιστός των αρουραίων, στους οποίους έκαναν πειράματα, αποκτούσε νεοπλαστικές ικανότητες όταν τους γίνονταν στέρηση

της βιταμίνης Α (Lippman&Hawk, 2009). Αυτό επιβεβαίωσε την θεωρία ότι οι αντίθετες αλλαγές συμβαίνουν ,με ταχύτατη βελτίωση όταν η διατροφή τους είναι επαρκής (Lippman&Hawk, 2009). Παρόμοια έρευνα έγινε το 1950 η οποία έδωσε σημαντική ώθηση στην εξέλιξη της έρευνας για την πρόληψη του καρκίνου (Lippman&Hawk, 2009).

Το 1953 ο Slaughter και οι συνάδελφοι του βοήθησαν ώστε να επιβεβαιωθεί η καρκινογένεση στην στοματική κοιλότητα αλλά και σε άλλα επιθηλιακά μέρη αναφέροντας και το θέμα “ πεδίο καρκινογένεση” (Lippman&Hawk, 2009). Αυτό το πεδίο έρευνας, άρχισε να επεκτείνεται και σε άλλα σημεία του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και συνολικά το ανθρώπινο σώμα. Αργότερα, επιβεβαιώθηκε η θεωρία της καρκινογένεσης σε ένα ευρύ πεδίο γενετικά τροποποιημένων κυττάρων (Lippman&Hawk, 2009). Το 1954 ο Auerbach ξεκίνησε μια από τις πρώτες εκτενείς και λεπτομερείς ιστολογικές έρευνες στους πνεύμονες, ακολουθώντας την εξής πορεία από την υπερπλασία, την μεταπλασία , μετά στην δυσπλασία , μετά στο καρκίνωμα insitu και τέλος στον καρκίνο και ανακάλυψε ότι υπάρχει συσχέτιση με την συχνότητα καπνίσματος (Lippman&Hawk, 2009) . Έπειτα το 1976 ο Weinstein και οι συνεργάτες του ανέφεραν την ύπαρξη της καρκινογόνου βενζοπυρίνης η οποία οδήγησε στην έρευνα του DNA των πολυκυκλικών υδρογονανθράκων και άλλων καρκινογόνων όπως οι αφλατοξίνες (Lippman&Hawk, 2009). Η πρώτη αποσαφήνιση αυτών των μοριακών ευρημάτων και της πολλαπλής διαδικασίας της καρκινογένεσης που είχαν γίνει ως τότε πιθανόν έγινε το 1988 όταν ο Vogelstein παρατήρησε αυτά τα ευρήματα και τα στάδια σε πρώιμη εντερική καρκινογένεση . Επίσης ο Sibransky και άλλοι ερευνητές επέκτειναν αυτή την μοριακή έρευνα στην στοματική κοιλότητα και σε άλλες περιοχές επιθηλιακής νεοπλασίας (Lippman&Hawk, 2009).

Το 1966 ο Wattenberg εισήγαγε τον όρο της χημειοπροφύλαξης η οποία αποτέλεσε ορόσημο όσο αφορά τα χημικά πειράματα για την καρκινογένεση στα ζώα (Lippman&Hawk, 2009). Η έρευνα αυτή συνεχίστηκε και από άλλους επιστήμονες και εμπλουτίστηκε . Προστέθηκαν μηχανικές αναφορές του Conney που συμπεριλάμβαναν τους προληπτικούς παράγοντες που αποτελούνταν από δύο φάσεις ενζύμων τα οποία καταστέλλουν τη καρκινογένεση (Lippman&Hawk, 2009). Στην συνέχεια ο Talalay βοήθησε να εμπλουτιστεί αυτή η έρευνα στα τέλη του 1970 αναφέροντας την χημειοπροστασία , συνδέοντας βασικές μοριακές μελέτες που αποδεικνύουν τους προληπτικούς παράγοντες των συντηρητικών των τροφών όπως η βουτυλυδροξυανισόλη και το βουτυλυδροξυτολουόλιο αλλά και διατροφικές προσεγγίσεις που συμπεριλάμβαναν λαχανικά όπως το μπρόκολο (Lippman&Hawk, 2009). Το 1967, ο Bollag στηριζόμενος στα δεδομένα αυτά και με την βοήθεια της έρευνας για την βιταμίνη Α του Wolbach σύνθεσε την πρώτη αναλογία της βιταμίνης Α με τα ρετινοειδή(Lippman&Hawk, 2009). Υπέθεσε ότι αυτές οι αναλογίες μπορεί να έχουν πιθανές θεραπευτικές ιδιότητες και προληπτικούς παράγοντες και να μειώσουν την φυσική σοβαρή τοξικότητα της βιταμίνης Α (Lippman&Hawk, 2009). Το 1976 ο Sporn επιβεβαίωσε την εφαρμοσιμότητα αυτής της θεωρίας και παρουσίασε αυτό που είναι γνωστό σε εμάς σήμερα ως χημειοπροστασία (Lippman&Hawk, 2009).

Την περίοδο του 18 ου αιώνα οι επιστήμονες εστίασαν ιδιαίτερα στην πρόληψη του καρκίνου. Έτσι λοιπόν το 1896 πραγματοποιήθηκαν έρευνες για τον καρκίνο του μαστού από τον Beaton ο οποίος προμήνησε ότι η

μοριακά στοχευόμενη ορμονική πρόληψη του καρκίνου του μαστού που προκύπτει από την παρατήρηση της ωοθηκεκτομής η οποία είχε ευεργετικό αποτέλεσμα στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού (Lippman&Hawk, 2009). Το 1932-33, ο Lacassagne ανέφερε ότι τα οιστρογόνα μπορεί να προκαλέσουν μαστικούς όγκους στα ποντίκια και υπέθεσε ότι οι ανταγωνιστές των οιστρογόνων μπορεί να αποτρέψουν τον καρκίνο του μαστού (Lippman&Hawk, 2009). Αργότερα το 1966 και το 1974 ανακαλύφθηκε ο υποδοχέας οιστρογόνων και ο Jordan παρουσίασε ότι ο επιλεγμένος ρυθμιστής υποδοχέας οιστρογόνων ταμοξιφαίνη απέτρεψε την εμφάνιση μαστικών όγκων στα ποντίκια (Lippman&Hawk, 2009). Την περίοδο του 1960 -1970 παρουσιάστηκε και εδραιώθηκε σαν θεραπεία η ραδιοθεραπεία των μαστών ενάντια στον καρκίνο του μαστού (Hajdu et al., 2015).

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού αποτελούσε το κύριο θέμα συζήτησης των επιστημόνων σε όλη την διάρκεια του 18 ου αιώνα . Οι επιστήμονες προσπαθούσαν να βρουν εργαλεία τα οποία θα μπορούσαν να τους υποδείξουν τα προ καρκινικά στάδια και να δράσουν πιο γρήγορα . Ένας από αυτούς τους επιστήμονες ήταν και ο Παπανικολάου όταν το 1928 δημοσίευσε τα αποτελέσματα μίας έρευνας του ανάμεσα σε φυσιολογικά και κακοήγη κυτταρολογία σε κολπικά δείγματα από κύτταρα που πήρε από τον τράχηλο, τον κόλπο και το ενδομήτριο σε ανθρώπους (Lippman&Hawk, 2009) . Τελικά το 1943 επιβεβαιώθηκε και καθιερώθηκε ως διαγνωστικό εργαλείο παίρνοντας το όνομα του δημιουργού του τεστ ΠΑΠ (Lippman&Hawk, 2009). Με την βοήθεια του τεστ ΠΑΠ οι γιατροί ήταν σε θέση αργότερα να εντοπίσουν πρόωρα τραχηλικές νεοπλασίες αλλά και νεοπλασίες του κόλπου και του ενδομητρίου (Lippman&Hawk, 2009).

Το 1995 η κολονοσκόπηση και η πολυτεκτομή θεωρήθηκαν πολύ σημαντικά εργαλεία για την πρόωρη διάγνωση του καρκίνου του ορθού που προκαλεί το σύνδρομο του Lynch, αυτό ήταν η κολονοσκόπηση και η πολυτεκτομή (Lippman&Hawk, 2009). Το 1996 άρχισαν να χρησιμοποιούνται οι CT καθοδηγούμενες από βελόνα βιοψίες σε μικρούς σε έκταση καρκίνους τον πνευμόνων (Hajdu et al., 2015), καθώς και οι απεικονίσεις PET για την εκτίμηση μεμονωμένα πνευμονικών όζων αλλά και οι δια-θωρακικές με βελόνα βιοψίες για την διάγνωση ενδοθωρακικών όγκων (Hajdu et al., 2015). Την ίδια χρονιά αναδείχθηκε σε ένα τυχαίο συντηρητικό χειρουργείο για καρκίνωμα του στήθους ότι η ραδιοθεραπεία στο μαστό μπορεί να αποτρέψει τοπική επανεμφάνιση και να βελτίωση την επιβίωση του ασθενή (Hajdu et al., 2015). Αργότερα το 1998 εκδόθηκε μια έρευνα ορόσημο με τίτλο “Breast Cancer Prevention Trial “ η οποία απεικόνιζε ένα σημείο καμπής στην αρνητική πορεία και το τελείωμα των δοκιμών για τον καρκίνο (Lippman&Hawk, 2009). Αποδείχθηκε λοιπόν στην BCT ότι η SERMταμοξιφαίνη μείωσε την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 50 % (Lippman&Hawk, 2009) . Η έγκριση όμως της SERMταμοξιφαίνης έγινε πολύ αργότερα το 2007 (Lippman&Hawk, 2009).

Οι επιστήμονες, από την πρώτη εμφάνιση του καρκίνου στην ανθρωπότητα, προσπαθούσαν να τον καταπολεμήσουν και να βρουν μια μόνιμη θεραπεία. Σε αυτή την πορεία της ογκολογικής ιατρικής προσπαθούσαν να βρουν τρόπους για την αποθεραπεία ή την αποτροπή εμφάνισης της νόσου της . Όσον αφορά το είδος καρκίνου με το οποίο θα ασχοληθούμε σε αυτή την συστηματική ανασκόπηση, που είναι ο καρκίνος του μαστού, οι άνθρωποι από την αρχή της εμφάνισης του πίστευαν ότι η καλύτερη λύση είναι η χειρουργική του αφαίρεση. Με τη πορεία όμως των ετών και με τις νέες πληροφορίες που δέχονταν, βρήκαν

τρόπους να αποτρέψουν την εμφάνιση του, μέσω της βελτίωσης ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Εντόπισαν την πηγή προέλευσης του και ποια κατηγορία ανθρώπων ήταν η πιο ευπαθής στην εμφάνιση του (πχ οι γυναίκες που είχαν προηγούμενα περιστατικά εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε κοντινά μέλη της οικογένειάς τους). Τέλος ανακάλυψαν και διαφορετικούς τρόπους θεραπείας του όπως ήταν οι ραδιοθεραπεία και η SERMταμοξιφαίνη .

## 1.2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που ταλαιπωρεί την ανθρωπότητα από την αρχαιότητα αλλά τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ραγδαία αύξηση της εμφάνισης του παγκοσμίως, αυτό που οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, στην αλλαγή του τρόπου ζωής και στην γενετική προδιάθεση του κάθε ατόμου (Τζομπανάκη και Ηλιάδου, 2008).

Σύμφωνα με μια μελέτη του 2008 που εξέταζε την συχνότητα εμφάνισης καρκίνου σε διάστημα πέντε ετών, λαμβάνοντας υπόψιν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ανά ήπειρο κατέληξε στα παρακάτω αποτελέσματα : Την πρώτη θέση καταλαμβάνει η Ανατολική Ασία με πάνω από 7 εκατομμύρια περιστατικά το 2008 και διαγνωσμένους με καρκίνο τα προηγούμενα 5 χρόνια (Bray et al., 2013). Στην συνέχεια ακολουθούν η Βόρεια Αμερική και η Δυτική Ευρώπη με περίπου 4.7 εκατομμύρια και 3 εκατομμύρια αντίστοιχα (Bray et al., 2013). Μικρότερο αριθμό συχνότητας εμφάνισης καρκίνου παρουσιάζει η βόρειο-κεντρική Ασία, με 2.7 εκατομμύρια περιστατικά, που είναι σημαντικά μικρότερη από την ανατολική Ασία γνωρίζοντας ότι η απόκλιση στον μεταξύ τους πληθυσμό είναι μόλις 7 % (Bray et al., 2013). Τέλος , η Ελλάδα είναι στην τελευταία θέση για την θνησιμότητα του καρκίνου (και στα δύο φύλα) (Πατελάρου, Σηφάκη-Πιστολά, Ξυλούρη, 2013). Ο πιο συχνός τύπος καρκίνου στο γυναικείο φύλλο, παγκοσμίως είναι ο καρκίνος του μαστού, που παρουσιάζεται σε 145 από τις 184 χώρες του πλανήτη. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη υπολογίστηκε ότι περίπου 4,4 εκατομμύρια γυναίκες νοσούν (Galiano- Castillo et al., 2013) , ενώ με το πέρασμα των χρόνων ο δείκτης θνησιμότητας του αυξήθηκε ραγδαία (Πατελάρου, Σηφάκη-Πιστολά, Ξυλούρη, 2013 ; Bray et al., 2013).

Η πρώτη εμφάνιση του καρκίνου του μαστού ανακαλύφθηκε τον 18ο αιώνα σε Γαλλίδες μοναχές (Λάγιου, 2008). Η νόσος έχει αποδειχθεί πως μπορεί να προσβάλλει στις ανεπτυγμένες χώρες 1 στις 10 γυναίκες. Τα τελευταία χρόνια λόγω ανάπτυξης της τεχνολογίας η διάγνωση γίνεται πιο έγκαιρα και με αυτόν τον τρόπο η θνησιμότητα έχει μειωθεί, ειδικότερα στις ευρωπαϊκές χώρες. Ο καρκίνος του μαστού σαφώς και μπορεί να προσβάλλει και τα δύο φύλλα αλλά είναι πιο συχνός στις γυναίκες με αναλογία 1 άντρας στις 100 γυναίκες (Λάγιου, 2008; Τζομπανάκη και Ηλιάδου 2008). Συγκεκριμένα στις γυναίκες παρατηρούνται 1,38 εκατομμύρια νέα περιστατικά κάθε χρόνο (Bray et al., 2013). Μια πενταετής παγκόσμια έρευνα του καρκίνου αναφέρει ότι παγκοσμίως υπήρχαν 28,8 εκατομμύρια το 2008 (Bray et al., 2013).

Μέσα από διάφορες μελέτες τα αποτελέσματα αποδεικνύουν πως η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού παρουσιάζεται σε ηλικίες μεγαλύτερες των 40 ετών χωρίς αυτό να αποκλείει το γεγονός ότι μπορεί να

προσβάλλει και μικρότερες ηλικίες (Πατελάρου, Σηφάκη-Πιστολά, Ξυλούρη, 2013). Όσον αφορά τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού οι γυναίκες κάτω των 40 ετών δεν είναι τόσο ευπαθείς. Σύμφωνα με άλλη έρευνα μόλις το 5-6% το γυναικών που προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού είναι νεότερες από 40 ετών (Makanjuolaetal., 2014) . Επιπρόσθετα έχει παρατηρηθεί ότι οι καυκάσιες γυναίκες είναι πιο ευπαθείς από τις Αφροαμερικανίδες, ωστόσο , στις νεότερες ηλικίες είναι πιο συχνό στις Αφροαμερικανίδες και η διάγνωση του γίνεται και σε πιο προχωρημένο στάδιο (Makanjuolaetal., 2014) . Εκτός από τον παράγοντα ηλικία σημαντικό ρόλο στην συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού έχουν η κληρονομικότητα, ο τρόπος ζωής, η τεκνοποίηση, η εμμηνόπαυση, ο θηλασμός και η οικονομική κατάσταση (Τζομπανάκη και Ηλιάδου, 2008 ; Makanjuolaetal., 2014).

Το ότι ο καρκίνος του μαστού είναι κληρονομική ασθένεια το γνωρίζουμε από τον 17ο αιώνα και διαδραματίζει μεγάλο ρόλο στον επιπολασμό του. Συγκεκριμένα έρευνα έδειξε ότι η δυνατότητα κληρονόμησης του έχει αυξηθεί (Eccles et al., 2013)☐. Σημαντικό ρόλο στην κληρονόμηση της νόσου έχει ο βαθμός συγγένειας, καθώς ασθενείς που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με ιστορικό καρκίνου του μαστού έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισής του (Πατελάρου, Σηφάκη-Πιστολά, Ξυλούρη, 2013; Τζομπανάκη και Ηλιάδου, 2008).

Στην συνέχεια σημαντικός παράγοντας στον επιπολασμό του καρκίνου του μαστού αποτελεί ο τρόπος ζωής των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα μελέτη απέδειξε ότι οι γυναίκες που ζούσαν σε παραμεθόριους περιοχές αποτελούσαν μόλις το 1/3 των περιστατικών του καρκίνου του μαστού ενώ γυναίκες που ζούσαν στις πόλεις και στα προάστια η κάθε μια αντιπροσώπευε το 1/3 των περιστατικών (Liuetal., 2017; Dubeyetal., 2015). Επιπλέον πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η διατροφή των γυναικών, η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και τα υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας (Τζομπανάκη και Ηλιάδου, 2008). Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ενώ τον μειώνει σε μικρότερες ηλικίες (Πατελάρου, Σηφάκη-Πιστολά, Ξυλούρη, 2013). Επιπρόσθετα βασικός προδιαθεσικός παράγοντας είναι η τεκνοποίηση. Μέσα από αποτελέσματα ερευνών παρατηρήθηκε ότι η εγκυμοσύνη σε ηλικία >30 ετών έχει άμεση συσχέτιση με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού συγκριτικά με γυναίκες που τεκνοποιούν σε ηλικίες <25 ετών (Πατελάρου, Σηφάκη-Πιστολά, Ξυλούρη, 2013 ; Rezaianzadeh et al., 2011).

Τέλος, καθόλου ασήμαντη δεν είναι η συμβολή της οικονομικής κατάστασης των ατόμων στον επιπολασμό του καρκίνου του μαστού, καθώς γυναίκες με χαμηλό εισόδημα έχουν χαμηλότερο ποσοστό επιπολασμού (30,83%), ενώ γυναίκες με υψηλότερο εισόδημα είχαν μεγαλύτερο ποσοστό (39,4%)(Liu et al., 2017).

Με το πέρασμα των χρόνων και την εξέλιξη της τεχνολογίας οι γυναίκες έχουν αποκτήσει πολύ πιο έντονο τρόπο ζωής και έβαλαν στην ζωή τους την χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων είτε ως μέτρο προφύλαξης είτε ως θεραπεία σε δευτερεύοντα γυναικολογικά νοσήματα (πολυκυστικές ωοθήκες). Πάνω από 100 εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως χρησιμοποιούν τα αντισυλληπτικά δισκία. Μερικά από αυτά περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη, τα οποία αποδείχθηκε ότι σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την εμφάνιση και τον επιπολασμό του καρκίνου του μαστού (Ι. Κώστογλου-Αθανασίου, 2004). Σε μελέτες που έγιναν παλαιότερα κατέληξαν στο συμπέρασμα πως όσες γυναίκες χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά στο παρελθόν και τα σταμάτησαν δεν εμφανιζόταν αύξηση της συχνότητας εμφάνισης σε σχέση με γυναίκες που έκαναν μακροχρόνια χρήση τους από

μικρή ηλικία (Ι. Κώστογλου-Αθανασίου, 2004). Στον αντίποδα βρίσκονται πιο πρόσφατες μελέτες όπου διαπιστώθηκε πως η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων σε ηλικίες 35-64 ετών δεν συνδέεται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού τόσο στις λευκές όσο και στις γυναίκες της μαύρης φυλής (Ι. Κώστογλου-Αθανασίου, 2004).

### 1.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Από την αρχαιότητα η ανθρωπότητα και η ιατρική προσπαθεί να ανακαλύψει τρόπους για να μπορεί να εντοπίζει τους καρκινικούς όγκους νωρίτερα. Με αφορμή αυτή την ανάγκη της ιατρικής επιστήμης εφευρέθηκαν μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου για τον έγκαιρο εντοπισμό των όγκων σε διάφορα όργανα του σώματος. Σε αποτελεσματικά προγράμματα προ-συμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού τα οφέλη θα πρέπει να υπερτερούν των βλαβών. Τα οφέλη περιλαμβάνουν την μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού, μείωση των θεραπειών για προχωρημένες ασθένειες και μείωση των εντατικών ή ακρωτηριασμένων θεραπειών. Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT) είναι η μόνη μέθοδος για να αξιολογήσει τα αποτελέσματα του ελέγχου με αμερόληπτο τρόπο. Προηγούμενες, μεταναλύσεις RCTs έδειξαν ότι ο έλεγχος των γυναικών ηλικίας 39-49 ετών συνδέεται με σημαντική μείωση της θνησιμότητας του από καρκίνο του μαστού 15%-18%. Όσον αφορά λοιπόν την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στον οποίο και αναφερόμαστε υπάρχουν γενικά τέσσερα είδη προ-συμπτωματικού ελέγχου: η κλασική μαστογραφία, το υπερηχοτομογράφημα, η ψηλάφηση και η μαγνητική μαστογραφία. Η ανάπτυξη αυτών των μεθόδων ελέγχου μαζί με την γρήγορη διάγνωση οδήγησε σε αύξηση των μαστεκτομών κατά 20% (Gøtzsche&Jørgensen, 2013).

Το πρώτο επίσημο πρωτόκολλο για τις μεθόδους προ-συμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού θεσμοθετήθηκε το 2015 από την American Cancer Society (Smith et al., 2017). Στο πρωτόκολλο αυτό ορίστηκαν και γυναίκες που θα κατατάσσονται στον μέσο όρο κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, οι οποίες δεν έχουν προσωπικό ιστορικό του καρκίνου του μαστού, έχουν ένα επιβεβαιωμένο περιστατικό γενετικής μετάλλαξης ενός υπόπτου γονιδίου με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή ιστορικό με προηγούμενη ραδιοθεραπεία στο στήθος σε μικρή ηλικία (Smith et al., 2017). Στο ίδιο πρωτόκολλο προτάθηκε επίσης μια ισχυρή πρόταση κατά τη οποία οι γυναίκες οφείλουν να υποβάλλονται σε μαστογραφία ξεκινώντας από την ηλικία των 45 ετών χωρίς όμως να αποκλείει τις γυναίκες 40 με 44 ετών. Τέλος εξαιτίας αυτού του πρωτοκόλλου αποδείχτηκε το γεγονός ότι ο ετήσιος έλεγχος με την χρήση μαστογραφίας παρέχει σημαντικό και πρόσθετο πλεονέκτημα αντί του διετούς ελέγχου στις προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Smith et al., 2017).

Σύμφωνα με την American Cancer Society (ACS) οι γυναίκες ανάμεσα στην ηλικία των 45 με 54 ετών αλλά και πριν την ηλικία των 45 που επιλέγουν να εξετάζονται πρέπει να το κάνουν ετησίως. Από την άλλη γυναίκες μεγαλύτερες των 55 ετών θα πρέπει να κάνουν διετή ή ετήσια εξέταση (Smith et al., 2017; Beau et al., 2018). Κατά γενική ομολογία οι γυναίκες πρέπει να συνεχίσουν τον έλεγχο όσο η γενική υγεία τους είναι καλή για να έχουν μεγάλο προσδόκιμο ζωής (Smith et al., 2017).

Το 2016 προτάθηκε ακόμη και γυναίκες 50-74 ετών που ανήκουν στον μέσο όρο κινδύνου να υποβάλλονται σε εξέταση μαστογραφίας (Smith et al., 2017). Επιπλέον έρευνα έδειξε ότι γυναίκες που υποβάλλονται σε διετή

εξέταση είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προχωρημένου σταδίου καρκίνο. Συγκεκριμένα είχαν 28% μεγαλύτερο ρίσκο να διαγνωστούν με όγκο σταδίου III ή υψηλότερου. Ένα 21% είχε υψηλότερο ρίσκο να εμφάνιση όγκο διαμέτρου 15 mm και ένα 11% είχε πιθανότητα να διαγνωστεί με ένα λιγότερο ευνοϊκό προγνωστικό χαρακτηριστικό όγκου συγκριτικά με γυναίκες που υποβάλλονταν σε ετήσιο έλεγχο (Smith et al., 2017).

Ο προληπτικός έλεγχος του καρκίνου του μαστού δεν αναφέρεται μόνο σε γυναίκες με προχωρημένη ηλικία αλλά και σε μικρότερες ηλικίες. Στην περίπτωση των γυναικών κάτω των 40 ετών που έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού προτείνεται να γίνεται έλεγχος συχνότερα με περισσότερες απεικονιστικές μεθόδους και σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως το υπερηχογράφημα και η μαγνητική μαστογραφία (Σπυριδόπουλος και συν., 2009). Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν πως σε μαστογραφία μπορούν να υποβληθούν γυναίκες 40-50 ετών ανά διετία χωρίς να έχει οριστεί κατάλληλη ηλικία για διακοπή (Σπυριδόπουλος και συν., 2009).

Σε διάφορες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες 40 – 74 ετών στην Σουηδία τα στατιστικά στοιχεία ήταν ικανοποιητικά όσον αφορά μειωμένη θνησιμότητας λόγω της συχνής χρήσης της μαστογραφίας (Α. Βούρτση, Λ. Βλάχος, 1999). Συγκεκριμένα, σε μελέτη που οριοθέτησε 25ετές πλαίσιο επιβίωσης οι γυναίκες που ο καρκίνος τους είχε ανιχνευτεί μέσα από την μαστογραφία είχαν ποσοστό επιβίωσης 70,6% ενώ οι γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί μέσω της ψηλάφησης είχαν ποσοστό επιβίωσης 62,8% (Miller et al., 2014). Σε παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε συγκρίθηκαν προσυμπτωματικοί έλεγχοι για την καρκίνο του μαστού με την μαστογραφία με ή χωρίς να υπάρχει προηγούμενη κλινική εξέταση του μαστού. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η μαστογραφία είναι πιο αποτελεσματική σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών (Elmore et al., 2005 ; Siyam et al., 2017). Επιπλέον μεταanalύσεις που συμπεριλάμβαναν όλους τους γνωστούς τρόπους προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού απέδειξαν ότι εξαιτίας της ύπαρξης αυτών των μεθόδων υπάρχει σημαντική μείωση του ποσοστού θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού 20 -35% σε γυναίκες από 50 – 69 ετών (Elmore et al., 2005). Συγκεκριμένα, πριν την εμφάνιση της μαστογραφίας το 1975-1977 στις ΗΠΑ το προσδόκιμο ζωής από διηθητικό καρκίνο του μαστού ήταν 9,4% ενώ το 1987 μετά την ανάπτυξη της μαστογραφίας που ελέγχει τον επιπολασμό του προσδόκιμου ζωής που είναι περίπου στο 12,5%. Ο λόγος που υπάρχει τόσο μεγάλο ρίσκο θνησιμότητας στην σύγχρονη εποχή είναι γιατί οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να πεθάνουν από άλλες αιτίες και επειδή έχουν αλλάξει οι προδιαθεσικοί παράγοντες (Thomas et al., 2017). Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση προσυμπτωματικών ελέγχων όπως η μαστογραφία έχει αποδείξει ότι οι όγκοι που εντοπίζονται μέσα από αυτούς είναι σε πρώιμο στάδιο συγκριτικά με όγκους που διαγιγνώσκονται μέσα από τον απλό ατομικό έλεγχο της ψηλάφησης (Elmore et al., 2005).

Οφείλουμε βέβαια να υπογραμμίσουμε και τη σημαντικότητα του υπέρηχου των μαστών στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Ο υπέρηχος του μαστού ή ο αυτοματοποιημένος υπέρηχος ολόκληρου του μαστού, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει το ποσοστό ανίχνευσης καρκίνου σε γυναίκες με πυκνό ιστό στους μαστούς. Παρόλο που το υπερηχογράφημα από μόνου του είναι μια φθηνή δοκιμή, συνδέεται με σημαντικό άμεσο και

χαμηλό κόστος. Επιπλέον, πρόσθετα ποσοστά ανίχνευσης του καρκίνου είναι μέτρια και κυμαίνονται από 3,5 έως 4,4 ανά 1000 (Kuhl, 2018).

Ο πιο διαδεδομένος όμως τρόπος προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η μαστογραφία γιατί είναι ευρέως διαθέσιμη με καθιερωμένη διασφάλιση ποιότητας και έχει δοκιμαστεί σε μελλοντικές τυχαιοποιημένες δοκιμές (Kuhl, 2018). Τα τελευταία χρόνια έχει έρθει στο φως μια καινούργια μέθοδος που συμπληρώνει την απλή μαστογραφία, η μαγνητική μαστογραφία. Η μαγνητική μαστογραφία αφορά τις ίδιες ηλικιακές ομάδες, γυναίκες με καρκίνο του μαστού, με οικογενειακό ιστορικό και όσες έχουν για πιο συχνό προσυμπτωματικό έλεγχο (Σπυριδόπουλος και συν., 2009). Επίσης αφορά γυναίκες που έχουν υποβληθεί προηγουμένως σε ακτινοβολία του στήθους, ατομικού αναμνηστικού λοβιακού καρκινώματος *insitu* ή άτυπης πορογενούς υπερπλασίας και απεικονιστικά πυκνών μαστών από την κλασική μαστογραφία (Σπυριδόπουλος και συν., 2009). Η μαστογραφία ενδείκνυται κυρίως σε γυναίκες άνω των 30 ετών, ενώ σε μικρότερες ηλικίες ενδείκνυται η χρήση του υπερήχου σε συνδυασμό με την ψηλάφηση (Α. Βούρτση, Λ. Βλάχος, 1999).

#### **1.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Οι ευρωπαϊκές χώρες έρχονται πρώτες στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Αυτό το είδος καρκίνου πλήττει πολλές γυναίκες αφού έρχεται δεύτερο στις αιτίες θανάτου (Γιαννακού & Κνέκνας, 2014). Εξαιτίας λοιπόν της επικινδυνότητας του κρίνεται απαραίτητο οι γυναίκες να υποβάλλονται σε θεραπεία (Γιαννακού & Κνέκνας, 2014). Ανάλογα όμως με τον τύπο της θεραπείας (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοβολία) η ποιότητα ζωής αλλάζει (Παλαιογιαννίδου και συν., 2018). Για παράδειγμα οι χημειοθεραπείες και οι ακτινοθεραπείες μεταβάλλουν την ποιότητα ζωής, η πρώτη έχοντας ως παρενέργεια την ναυτία και τον εμετό και η δεύτερη με την δημιουργία δερματικών διαταραχών (Daldoul et al., 2018; Dano et al., 2019). Επίσης αξιοσημείωτη είναι η διαφορά στους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία μια φορά και σε ασθενείς που λαμβάνουν συστηματική θεραπεία, με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν μια φορά σε θεραπεία να είναι πιο αποδοτικοί στην καθημερινότητα τους σε σχέση με αυτούς που υποβλήθηκαν σε συστηματική θεραπεία (Ζωή et al., 2013).

Υπάρχει μία κατηγορία γυναικών που χρησιμοποιεί την χειρουργική επέμβαση για μερική ή ολική αφαίρεση του μαστού (Γιαννακού & Κνέκνας, 2014). Το αποτέλεσμα αυτής της επέμβασης είναι να υποβάλλεται ο ασθενής σε μια κατάσταση πόνου, συνήθως στον βραχίονα λόγω πιθανής αφαίρεσης λεμφαδένων. Αυτή η κατάσταση οδηγεί το άτομο σε περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων του, το οποίο έχει ως συνέπεια την μειωμένη λειτουργικότητα και μπορεί να οδηγήσει σε σωματική αδράνεια, και να συμβάλει στην επιδείνωση της κατάστασης της υγείας στους επιζώντες του καρκίνου του μαστού (Costa, Eleutério, et al., 2017), (Słowik et al., 2017). Στην περίπτωση αυτή το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει καθοριστικό ρόλο στην ζωή του ατόμου αλλά και στην εξέλιξη της έρευνας για τα πρωτόκολλα που θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (Γιαννακού & Κνέκνας, 2014). Από τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών αποδείχθηκε πως οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή και στην συνέχεια προχώρησαν σε αποκατάσταση μαστού είχαν καλύτερη ποιότητα σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Γιαννακού & Κνέκνας, 2014 ; Dujmović et al., 2017).



Όπως αναφέρθηκε λοιπόν η χειρουργική επέμβαση ως μέθοδος θεραπείας μεταβάλλει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ατόμου. Ο πόνος και η μειωμένη κινητικότητα μετά το χειρουργείο οδηγεί το άτομο σε κατάθλιψη και μείωση της αυτοεκτίμησης του. Σε έρευνα όμως που πραγματοποιήθηκε αποδείχθηκε ότι η συχνή σωματική άσκηση με διάφορους τρόπους και παρεμβατικές ασκήσεις αποκατάστασης, όπως η γιόγκα, μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία του ασθενή (El-Hashimi & Gorey, 2019 ; Penttinen et al., 2019).

Όσον αφορά την επαγγελματική πορεία των ασθενών, συχνά έρχονται αντιμέτωποι με την ανεργία έπειτα από ένα χειρουργείο καρκίνου του μαστού. Η ανεργία στους επιζήσαντες του καρκίνου του μαστού συνδέεται με μειωμένη ποιότητα ζωής και αυξημένη θνησιμότητα, ενώ η επανένταξη στην εργασία συνδέεται με καλύτερη κοινωνική λειτουργία, μεγαλύτερη οικονομική ασφάλεια, βελτίωση της υγείας, και υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Η γνώση των παραγόντων κινδύνου ανεργίας θα μπορούσε να συμβάλλουν στην καλύτερη δυνατή ενημέρωση της βέλτιστης θεραπείας για την διευκόλυνση της επιστροφής στην εργασία (Wang et al., 2018).

Επιπλέον από διάφορες έρευνες αποδείχθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών έρχεται αντιμέτωπο με ψυχιατρικές διαταραχές όπως είναι το αντιδραστικό άγχος και αντιδραστική κατάθλιψη αλλά και με συναισθήματα ενοχής για την κατάσταση που βιώνουν (Ζωή et al., 2013; Rouy et al., 2018). Σε μεγαλύτερο βαθμό βέβαια το βιώνουν οι προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες που αναφέρουν και ενδοκρινικά συμπτώματα (Marschner et al., 2019). Η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται από την προσωπική ζωή (απόψεις του ασθενή απέναντι στην νόσο) αλλά και τους εξωτερικούς παράγοντες που την επηρεάζουν (οικογένεια και λοιπά)(Γ. Υφαντόπουλος, Μ. Σαρρής, 2001). Μελέτες έχουν δείξει ότι η ποιότητα ζωής έχει άμεση σχέση με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική απασχόληση, το είδος της χειρουργικής επέμβασης και της θεραπείας (Γ. Υφαντόπουλος, Μ. Σαρρής, 2001).

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μπορεί να μετρηθεί με διάφορους τρόπους. Ο πιο διαδεδομένος και πιο απλός είναι η χρήση ερωτηματολογίου (Γ. Υφαντόπουλος, Μ. Σαρρής, 2001). Αυτό συνήθως δεν συμπληρώνεται από τους ασθενείς γιατί μπορεί να μην βρίσκονται στην καλή ψυχολογική ή σωματική κατάσταση για να το κάνουν και έτσι το αναλαμβάνουν οι κοντινοί τους άνθρωποι, οι φροντιστές τους ή οι νοσηλευτές τους (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού, 2012).

Η μερίδα των γυναικών μετά την αποθεραπεία τους συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα ακόμα και ενδοοικογενειακά με τον σύντροφο τους, γιατί νιώθει ανασφαλής και παραγκωνισμένη. Εξαιτίας λοιπόν αυτού του αντίκτυπου που έχουν οι θεραπείες στις γυναίκες, πρόσφατη μελέτη, τονίζει την σημαντικότητα του να παρέχουμε υποστήριξη/καθοδήγηση ώστε να οι σύντροφοι να αναλαμβάνουν και εκείνοι μέρος της φροντίδας των γυναικών τους μετά την θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο οι ασθενείς επωφελούνται την αίσθηση του ελέγχου και την ικανότητα να επηρεάζουν την αλλαγή μαζί με μια μεγάλη πιθανότητα να αναζητήσουν συμβουλές υγείας (Eccles et al., 2013). Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν την διαδικασία της θεραπείας του καρκίνου φορτίζονται υπερβολικά συναισθηματικά και επηρεάζονται ψυχολογικά, ιδίως οι γυναίκες που είναι πιο ευαίσθητες συναισθηματικά. Πολλοί ασθενείς που έχουν επιβιώσει από τον καρκίνο του μαστού εμφανίζουν μετατραυματικό στρες, το οποίο είναι πιθανό να σχετίζεται με φόβο για πιο επιθετική εμφάνιση

της νόσου ή κακή πρόγνωση και αύξηση του κινδύνου πρόωρης θνησιμότητας (Syrowatka et al., 2017). Πιο συγκεκριμένα έρευνα έχει δείξει ότι από 55 επιζήσαντες που ερευνήθηκαν το 5-10% από αυτούς έχει τα διαγνωστικά κριτήρια για μετατραυματικό στρες (Andrykowski et al., 1998).

Ένα από τα μεγαλύτερα μετατραυματικά σημάδια στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών είναι η κατάθλιψη. Έχει αποδειχθεί πως ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες κατάθλιψης είναι η διαμονή των καρκινοπαθών στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα έρευνα καταμέτρησε 54,6% νοσηλευόμενους ογκολογικούς ασθενείς με κατάθλιψη (Zhang et al., 2017). Ένας από τους κύριους λόγους που οι ασθενείς καρκίνου του μαστού εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης είναι η επίδραση που έχει στην εξωτερική εμφάνιση και την σεξουαλική ζωή κυρίως των γυναικών (Costa et al., 2017; Salibasic & Delibegovic, 2018; Tsaras et al., 2018; Villar et al., 2017). Συγκεκριμένα σύμφωνα με έρευνα μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης παρουσίασαν ασθενείς που βρίσκονταν στον 1ο χρόνο μετά την διάγνωση τους με καρκίνο του μαστού (Tsaras et al., 2018). Επιπλέον έρευνα που διεξήχθη σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών που επιβίωσαν από καρκίνο του μαστού κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε αυτό το δείγμα ασθενών είναι 32,8% (Tsaras et al., 2018).

### **1.5 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του μαστού σε αυτό το δύσκολο ταξίδι τους έχουν την ανάγκη από υποστήριξη από ανθρώπους που μπορούν να τους κατανοήσουν και να τους ανακουφίσουν από κάθε είδους πόνο είτε ψυχολογικό είτε σωματικό. Στη συγκεκριμένη περίπτωση αναφερόμαστε στους θεράποντες ιατρούς και κυρίως τους νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν χρέος να προσφέρουν στους ασθενείς και στα μέλη της οικογένειας το αίσθημα ασφάλειας (Society et al., 2014). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τις προσωπικές γνώσεις που έχει ο νοσηλευτής καθώς και από την συνεργασία με τον ασθενή (Society et al., 2014). Βέβαια η φροντίδα δεν είναι η ίδια σε όλους τους ασθενείς και αυτό εξαρτάται κυρίως από τις ανάγκες και τα θέλω τους. Βασικό χαρακτηριστικό που πρέπει να διέπει την σχέση του νοσηλευτή με τον νοσούντα είναι ο σεβασμός στις απόψεις και στις πεποιθήσεις του κάθε ατόμου που νοσεί, καθώς και να υπάρχει συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με την πορεία της νόσου (Society et al., 2014). Επιπλέον θα πρέπει να υφίσταται υποστηρικτική ομάδα που θα εκπαιδεύει τόσο τους ασθενείς όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον για να μπορούν να αντιμετωπίσουν κυρίως τον συναισθηματικό φόρτο που επιφέρει η ασθένεια (Society et al., 2014). Παρόλα αυτά υπάρχουν και ασθενείς που λόγω πολλών παραγόντων όπως είναι η έλλειψη εκπαιδευμένου και καταρτισμένου προσωπικού και η έλλειψη χρόνου, μένουν με ανικανοποίητες ανάγκες και μικρό ποσοστό εκπαίδευσης (Society et al., 2014).

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο κατά την διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο. Έργο λοιπόν του νοσηλευτή είναι, όταν έρχεται σε επαφή με ογκολογικούς ασθενείς να παρατηρεί, να εκτιμά και να αξιολογεί τη γενική κατάσταση του ατόμου και στη συνέχεια να κάνει πλάνα παρεμβάσεων στα οποία

θα περιλαμβάνονται και οι επιθυμίες του ασθενή για τη καλύτερη, ευκολότερη και γρηγορότερη ανάρρωση του (Society et al., 2014)

Ένα από τα μεγαλύτερα ζητήματα που καλούνται να επιλύσουν οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ογκολογικούς ασθενείς είναι η διαχείριση του πόνου. Ο πόνος μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως ο ίδιος ο όγκος ή η θεραπεία στην οποία έχει υποβληθεί πιθανότατα ο ασθενής προηγουμένως ή ακόμα και σε κάποιο υποκείμενο νόσημα που μπορεί να τον ταλανίζει. Ο πόνος απασχολεί αυτή την κατηγορία ασθενών σε πολύ μεγάλο βαθμό και συχνά καταφεύγουν στους νοσηλευτές για αναζήτηση ανακούφισης. Τα τελευταία χρόνια με την ανάπτυξη των γνώσεων των νοσηλευτών σε αυτό τον τομέα έχει εξελιχθεί αρκετά ο τρόπος αντιμετώπισης του πόνου. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως το 30 -40 % των ασθενών στα πρώτα στάδια έρχονται αντιμέτωποι με τον πόνο ενώ το 60 – 85 % αφορά τους ασθενείς τελικού σταδίου (Ι. Αρτοπούλου, Β. Αλυκάρη, Σ. Ζυγά, 2015). Ανεξάρτητα λοιπόν από όλα αυτά ο πόνος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα με τις γνώσεις και τις δεξιότητες από τους ειδικούς χωρίς να δημιουργείται διάκριση ανάμεσα στο στάδιο και το είδος του καρκίνου (Ι. Αρτοπούλου, Β. Αλυκάρη, Σ. Ζυγά, 2015). Δυστυχώς όμως έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως το νοσηλευτικό προσωπικό της Ελλάδας είναι ελλιπές σε γνώσεις (Ι. Αρτοπούλου, Β. Αλυκάρη, Σ. Ζυγά, 2015).

Εξίσου σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Ο λόγος είναι ότι ο καρκίνος του μαστού επιδρά ψυχολογικά στις γυναίκες που προσβάλλει και οι νοσηλευτές είναι από τους πρώτους ανθρώπους που πρέπει να τις προσφέρουν υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα, κυρίως σε μορφή ψυχολογικής ενθάρρυνσης. Οι νοσηλευτές στον καρκίνο του μαστού στηρίζουν τις γυναίκες από την στιγμή της διάγνωσης, στην θεραπεία, στην επανένταξη τους στην κοινωνία και τέλος στην ανακουφιστική τους φροντίδα με το να παρέχουν τόσο κλινική φροντίδα όσο και πληροφορίες και εκπαίδευση σωματική και συναισθηματική (Lopes et al., 2018; Ahern et al., 2015).

Πιο συγκεκριμένα, έργο του νοσηλευτή σε αυτή την κατηγορία των ασθενών είναι να τους βοηθούν και να τους κατευθύνουν. Απαιτείται δηλαδή, να τους εκπαιδεύσουν κατάλληλα ώστε να μπορούν να διαχειριστούν τις σημαντικές απώλειες που θα πρέπει να αντιμετωπίσουν όπως είναι η απώλεια της φυσικής τους δύναμης, ο ρόλος τους στην κοινωνία και τον επαγγελματικό τους χώρο, η γονιμότητα τους (Maree & Mulonda, 2017). Επίσης οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την ευθύνη να τις υποστηρίξουν απέναντι στον φόβο τους για στιγματισμό από την κοινωνία. Επιπρόσθετα, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο βλέπουν οι ασθενείς τον εαυτό τους, τις σχέσεις τους και την ανεξαρτησία τους, καθώς τους βοηθούν να αισθάνονται άνετα να στηριχθούν τόσο στους συντρόφους τους όσο και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Maree & Mulonda, 2017).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχει να κάνει κυρίως με την ψυχολογική υποστήριξη, την βοήθεια επανένταξης στην κοινωνία και επιστροφής στους φυσιολογικούς για το άτομο ρυθμούς ζωής. Επομένως οι νοσηλευτές έχουν το χρέος να φροντίζουν για την μεγαλύτερη δυνατή βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών καθ όλη την διάρκεια θεραπείας τους.

## ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανάλυση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Εκτός από αυτό αναφέρεται και η ποιότητα ζωής των γυναικών κατά την διάρκεια της θεραπείας ή κατά την μετά την θεραπεία αποκατάστασης τους. Στην παρούσα έρευνα ήταν εξίσου σημαντικό να αναλυθούν οι μέθοδοι προ-συμπτωματικού ελέγχου για την πρόιμη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και τον ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στην ανακουφιστική φροντίδα των ασθενών αυτών.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν απλή βιβλιογραφική ανασκόπηση. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής : “Pubmed”, “GoogleScholar”, “Iatrotek”, “Openarchives”. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: καρκίνος, καρκίνος μαστού, επιπολασμός, ποιότητα ζωής, νοσηλευτές , μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου, επιπλέον κάναμε χρήση της λογικής Boolean (AND/ OR/ NOT) όπως για παράδειγμα “breastcancerANDqualityoflife” OR “cancerANDprevelance” OR “breastcancerANDnurse”.

Με βάση τον σκοπό της ορίσαμε κάποια κριτήρια αποκλεισμού: περιορίσαμε το όριο ηλικίας στους ανθρώπους κάτω των 70 ετών , όλα τα άρθρα είναι στα ελληνικά και στα αγγλικά όχι σε άλλες γλώσσες και επίσης απορρίψαμε άρθρα που η πρόσβαση τους είναι επί πληρωμής , να μην αναφέρουν κάποιο υποκείμενο νόσημα. Τα κριτήρια εισαγωγής μας ήταν να είναι στα ελληνικά ή αγγλικά , να είναι στην χρονική περίοδο 1990 – 2017 ,να αφορούν γυναίκες της ηλικίας των 30- 65 και να είναι ερευνητικές μελέτες (cohort, cross-sectional&case-control studies).

Παρά το γεγονός ότι συντάξαμε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, δημιουργήθηκε διάγραμμα ροής με βάση το PRISMA (PRISMA Flow Diagram, 2009).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Ανάλυση αναζήτησης πηγών

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση βρέθηκαν 80 ερευνητικά άρθρα σχετικά με τον καρκίνο και ειδικότερα με τον καρκίνο του μαστού. Από αυτά επιλέχτηκαν τα 20 με βάση το θέμα και τα κριτήρια αποκλεισμού. Η πλειοψηφία των ερευνών που βρέθηκαν αφορούσαν κυρίως πόλεις της Ευρώπης .

### ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Ο επιπολασμός του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη έχει αρκετά υψηλά ποσοστά . Για αυτά τα υψηλά ποσοστά διαπιστώσαμε ότι ευθύνονται η ηλικία , η εμμηνόπαυση , το κάπνισμα , ο τρόπος ζωής ,ο τόπος διαμονής και σε ένα μικρό ποσοστό από ότι είδαμε και η ομάδα αίματος.

Όσο αφορά τον παράγοντα της εμμηνόπαυσης σε έρευνες που διεξήχθησαν στην Ευρώπη όπως νότια Ευρώπη όπου αποκαλύφθηκε ότι η συχνότερη ηλικιακή ομάδα για την διάγνωση καρκίνου του μαστού ήταν 51 έως 70 ετών και οι περισσότεροι (80,7%) προέρχονταν από αστικά κέντρα (Orpean et al., 2020). Το αποτέλεσμα αυτό

διασταυρώθηκε και μια άλλη έρευνα που έγινε στην Ολλανδία όπου το 9,2% του επιπολασμού του καρκίνου του μαστού ανήκε στην ηλικία των 70 ετών ενώ αργότερα ο επιπολασμός αυξήθηκε στο 3,7% και παρέμεινε σταθερός σε αυτή την τιμή. Στην ηλικία των 55 ετών ο επιπολασμός ήταν 1,5 φορά υψηλότερος από τα δεδομένα της έρευνας αυξάνοντας σε 2,5 φορές το επιπολασμό στην ηλικία των 70 ετών , μια διαφορά με συνολικό αριθμό περιπτώσεων 86%(Kruijshaar et al., 2003).

Όμως σε έρευνα που έγινε στην βόρεια Ευρώπη , τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι προ εμμηνόπαυσιακές γυναίκες ,που ζούσαν σε λιγότερο αναπτυγμένες χώρες , έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού με μέσο όρο 47,3% σε αντίθεση με τις αναπτυγμένες χώρες που ο μέσος όρος ήταν 18,5% (Ghiasvand et al., 2014). Σε αντίθεση με αυτό το αποτέλεσμα στην ίδια έρευνα το ASRτων μετεμμηνόπαυσιακών καρκίνων του μαστού ήταν πενταπλάσιο στις αναπτυγμένες χώρες 307,6/100,000 σε αντίθεση με τις λιγότερο αναπτυγμένες που ήταν 65,4/100,00. Στην Δανία συγκεκριμένα το APCτου μετεμμηνόπαυσιακού καρκίνου ήταν 1,33% ενώ των προεμμηνόπαυσιακών 0,98%(Ghiasvand et al., 2014). Αυτό το αποτέλεσμα διασταυρώθηκε και από μία άλλη έρευνα που έγινε στην βόρεια και δυτική Ευρώπη , οι οποίες φάνηκαν να έχουν τι υψηλότερες τιμές εμφάνισης παγκοσμίως. Ο επιπολασμός ήταν υψηλότερος στην οικονομικά πιο αναπτυγμένες χώρες τις Ευρώπης , στις οποίες ανήκαν οι χώρες της βόρειας και δυτικής Ευρώπης αλλά και η Ιταλία και η Μάλτα από την νότια Ευρώπη. Πιο συγκεκριμένα στην Κροατία το ποσοστό εμφάνισης ανέρχεται στο 79% και στη Κύπρο στο 93%(Dafni et al., 2019).

Ένας ακόμα παράγοντας που αυξάνει τον επιπολασμό του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη είναι ο τρόπος ζωής και το κάπνισμα. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία σε γυναίκες 40 ετών , το 51 % ήταν υπέρβαρες/παχύσαρκες , το 55% αδρανείς , το 75% έκανε τακτική κατανάλωση αλκοόλ , το 42 % κάπνιζαν και το 79% είχαν χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών(vanGemert et al., 2015). Αυτά τα ποσοστά αντιστοιχούσαν σε 2.665 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στην Ολλανδία από τις οποίες το 8,8% αντιστοιχούσε στις υπέρβαρες/παχύσαρκες, το 6,6% σε εκείνες που κατανάλωναν αλκοόλ , το 5,5 % σε εκείνες που ήταν σωματικά αδρανείς, 4,6% σε εκείνες που κάπνιζαν και 3,2% σε εκείνες που δεν είχαν αρκετή πρόσληψη φυτικών ινών (vanGemert et al., 2015). Όσο αφορά το κάπνισμα εντοπίσαμε δύο μελέτες που αποδεικνύουν το μεγάλο ρόλο που διαδραματίζει το κάπνισμα στον επιπολασμό του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη . Οι μελέτες έγιναν στην Δανία και στην Βρετανία .στην Βρετανία από τις 102,927 γυναίκες που συμμετείχαν οι 1,815 εμφάνισαν καρκίνο του μαστού και στην Δανία από τις 21,831 γυναίκες που συμμετείχαν , εμφάνισαν καρκίνο του μαστού οι 1,162(Andersen et al., 2017; Jones et al., 2017).Στην Βρετανία η μέτρηση του επιπολασμού έγινε με HRκαι για αυτές που δεν κάπνιζαν το HR ήταν 1,14 , για αυτές που κάπνιζαν πριν την ηλικία των 17 ετών ήταν 1,24 και για αυτές που κάπνιζαν 1-4 χρόνια μετά την εφηβεία ήταν 1,23(Jones et al., 2017). Τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης όμως είχαν εκείνες που κάπνιζαν και είχαν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού με HR1,35(Jones et al., 2017). Στην Δανία από τις γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού το 33,7% κάπνιζε και το 30% κάπνιζε παλαιότερα (Andersen et al., 2017). Το σημαντικό όμως σε αυτή την έρευνα ήταν ότι το 18% που δεν κάπνιζε είχε εξίσου υψηλό ποσοστό κινδύνου εμφάνισης με το 27% που κάπνιζε(Andersen et al., 2017).

Τέλος από μια έρευνα που έγινε στην Ελλάδα αποδείχθηκε πως και η ομάδα αίματος μιας γυναίκας αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Σε αυτή την έρευνα στην ομάδα των περιπτώσεων, το 26,7% είχε ομάδα αίματος O, το 5,5% είχε ομάδα αίματος B, το 61,9% είχε ομάδα αίματος A και το 5,9% είχαν ομάδα αίματος AB. Στην ομάδα ελέγχου, το 47,5% είχε ομάδα αίματος O, το 13,7% είχε ομάδα αίματος B, το 31,6% είχε ομάδα αίματος A και 7,2% είχε ομάδα αίματος AB. Οι 202 ήταν ασθενείς με καρκίνο του μαστού (59,2%) και 139 (40,8%) υγιείς μάρτυρες (Bothou et al., 2019). Από αυτά τα αποτελέσματα κατέληξαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού ήταν συχνότερα με ομάδα αίματος A σε αντίθεση με ασθενείς χωρίς καρκίνο του μαστού που ήταν ομάδα O ήταν η επικρατούσα ομάδα(Bothou et al., 2019). Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με ομάδα αίματος A είχαν τη χειρότερη πρόγνωση για εμφάνιση καρκίνου του μαστού, όπως και εκείνες με Rh(+), σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν AB(-), οι οποίες είχαν μικρότερο κίνδυνο(Bothou et al., 2019).

## **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

### **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ / ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Σε μελέτη κοορτής που πραγματοποιήθηκε στην Ασία βρέθηκε πως ασθενείς που υποβλήθηκαν σε οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, όπως μαστεκτομή, ογκεκτομή, χημειοθεραπεία αλλά και ακτινοθεραπεία, το 38,2% από το ποσοστό των ασθενών που πραγματοποίησαν κάποια από τις παραπάνω θεραπείες, εμφάνισαν κατάθλιψη ενώ το 32,2% παρουσίασαν άγχος(Tsaras et al., 2018). Τα παραπάνω αποτελέσματα σχετίζονταν με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το στάδιο του καρκίνου και την θρησκεία(Tsaras et al., 2018).

Το αποτέλεσμα της παραπάνω έρευνας επιβεβαιώθηκε και από μια έρευνα που έγινε στην Γερμανία σε γυναίκες που έχουν επιβιώσει από καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες εκείνες ήταν προ και μετεμμηνοπαυσιακές, όπου ανέφεραν ότι η ποιότητα ζωής τους βελτιώθηκε μετά την θεραπεία με την πάροδο το χρόνου (Marschner et al., 2019). Όμως στα κλινικά αποτελέσματα αποδείχθηκε κάτι αξιοσημείωτο, ότι 3 χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας ανέφεραν σημαντική μείωση της κοινωνικής/οικογενειακής τους ευεξίας(48-51%), των συμπτωμάτων του βραχίονα(44-49%) και της νευροτοξικότητας (55-56%)(Marschner et al., 2019). Επιπλέον οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που συμμετείχαν επίσης ανέφεραν ότι μετά την θεραπεία τα ενδοκρινικά συμπτώματά τους επιδεινώθηκαν κατά 64%, όπως και η συναισθηματική τους ευεξία κατά 36% αλλά και η ένταση της κόπωσης τους κατά 37%(Marschner et al., 2019). Το αποτέλεσμα όμως που συνέδεσε τις δυο αυτές έρευνες, που αλληλοσυμπληρώνονται, ήταν ότι μετά από 3 χρόνια της θεραπείας το 15% των γυναικών που συμμετείχαν ταξινομήθηκαν ως αμφίβολες περιπτώσεις άγχους και το 18% ως σίγουρες περιπτώσεις(Marschner et al., 2019).

Επιπρόσθετα, στην Βοσνία-Ερζεγοβίνη τα αποτελέσματα έρευνας έδειξαν πως το 39,7% των ασθενών υποβλήθηκαν χειρουργική επέμβαση και το 70,62% των ασθενών που έκαναν ολική μαστεκτομή(Salibasic

&Delibegovic, 2018). Ανάμεσα σε αυτά τα δύο αποτελέσματα δεν αναφέρθηκε σημαντική διαφορά όσον αφορά την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης (ολική αφαίρεση ή τοπική). Παρ'όλα αυτά εμφάνιζαν μεγάλη διαφορά στον βαθμό κατάθλιψης όπου οι ασθενείς που έκαναν ολική αφαίρεση είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε αντίθεση με τους ασθενείς που συμμετείχαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού(Salibasic &Delibegovic, 2018).

Όμως σχετικά αποτελέσματα φάνηκαν και από μελέτη στην Κροατία σχετικά με την ποιότητα ζωής μετά από χειρουργική επέμβαση στον μαστό. Μέσα από την μελέτη αυτή το 76% των γυναικών ανέφερε ελάχιστη ασυμμετρία, το 19% μέτρια ασυμμετρία και το 5% σημαντική ασυμμετρία(Dujmonić et al., 2017). Παρ'όλα αυτά η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την χειρουργική επέμβαση θεωρήθηκε πολύ καλύτερη απ'ότι πριν και συγκεκριμένα η ποιότητα ζωής από 4,46 και έπειτα ανέβηκε στο 5,01(Dujmonić et al., 2017). Όμως μετά την χειρουργική επέμβαση το 24% των ασθενών που ανέφερε μέτρια ή σημαντική ασυμμετρία μαστού υπήρξε σημαντική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας τους σε σχέση με τους ασθενείς που δεν ανέφεραν καμία ασυμμετρία(Dujmonić et al., 2017). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως το 29% των γυναικών που υπέστη χειρουργική επέμβαση ως μέσο θεραπείας, είχαν τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης λόγω πόνου(Dujmonić et al., 2017). Τέλος, το 16% που είχαν οικονομικά προβλήματα ήταν περισσότερο καταθλιπτικοί σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν (Dujmonić et al., 2017).

Σε μια γαλλική έρευνα αποδείχθηκε ένα ακόμα εμπόδιο των επιζώντων από καρκίνο του μαστού όσον αφορά την ποιότητα της ζωής τους που είναι η εργασιακή τους αποκατάσταση. Συγκεκριμένα το 21% των ασθενών αδυνατούσαν να επιστρέψουν στην καθημερινότητά τους και συγκεκριμένα στην εργασία τους, λόγω επιβαρυσμένης ψυχολογικής κατάστασης και της δυσλειτουργίας των άκρων τους από τις χημειοθεραπείες που είχαν υποστεί (Dumas et al., 2020).

Τέλος, όσον αφορά την σεξουαλική-αναπαραγωγική δραστηριότητα έπειτα από μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία αποδείχθηκε πως η αρνητική εικόνα του σώματος σχετιζόταν απόλυτα με την σεξουαλική ζωή των γυναικών(Ljungman et al., 2018). Πιο συγκεκριμένα το 68% των γυναικών εμφάνισαν σεξουαλική δυσλειτουργία που σχετίζεται με την με την λίπανση και την κοιλική δυσφορία ενώ το 58% εμφάνισαν σοβαρές αναπαραγωγικές ανησυχίες που προβλέφθηκε από την επιθυμία για επιπλέον παιδιά στο μέλλον και από προηγούμενη θεραπεία (Ljungman et al., 2018).

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Ο βασικότερος παράγοντας κινδύνου του καρκίνου του μαστού είναι η ηλικία. Η παρούσα εργασία κατέληξε ότι η συχνότερη ηλικιακή ομάδα για την διάγνωση καρκίνου του μαστού ήταν 51 έως 70 ετών. Σε έρευνα που έγινε στην Ολλανδία το 9,2% του επιπολασμού του καρκίνου του μαστού ανήκε στην ηλικία των 70 ετών ενώ σύμφωνα με τα δεδομένα του Περιφερειακού κέντρου καρκίνου του Νότου ο επιπολασμός αυξήθηκε στο 3,7% και παρέμεινε σταθερός σε αυτή την τιμή(Kruijshaar et al., 2003). Στην ηλικία των 55 ετών ο επιπολασμός του καρκίνου του μαστού ήταν 1,5 φορά υψηλότερος από τα δεδομένα της έρευνας αυξάνοντας σε 2,5 φορές το

επιπολασμό στην ηλικία των 70 ετών(Kruijshaar et al., 2003)<sup>2</sup> . Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώθηκε και από άλλες δύο έρευνες που η ηλικία θεωρείται βασική σταθερά σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού (Dubey et al., 2015). Επιπλέον σε μια δεύτερη μελέτη το 18% των κακοηθών άνηκε στην ηλικία κάτω των 40 ετών και το 63,2% άνηκε στην ηλικία άνω των 60 ετών(Al-Rikabi & Husain, 2012)<sup>2</sup>

Ένας σοβαρός παράγοντας κινδύνου του καρκίνου του μαστού είναι η εμμηνόπαυση, έρευνες προτείνουν ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του μαστού συγκριτικά με τις προεμμηνοπαυσιακές και εμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Με αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί και μία έρευνα (Begum et al., 2009) όπου τα δύο τρίτα των γυναικών που συμμετείχαν ήταν μετεμμηνοπαυσιακές και είχαν οικογενειακό ιστορικό. Στη συγκεκριμένη έρευνα έγινε αναφορά στη συχνότητα εμφάνισης αλλά και στην επίδραση του τρόπου ζωής αυτών των γυναικών σε αυτήν. Από τις 130 γυναίκες που προσεγγίστηκαν, οι 92 επέστρεψαν το ερωτηματολόγιό τους. Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που ήταν υπέρβαρες ανήκαν στο 40% ενώ η πλειοψηφία των γυναικών είχε μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή. Μόνο το 15% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών ασκούσαν για περισσότερες από 4 ώρες την εβδομάδα. Τα δύο τρίτα των γυναικών κατέθεσαν ότι η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και το 73% αυτών ήταν υπέρβαρες ή παχύσαρκες (Begum et al., 2009). Πάνω από το 87% γνώριζαν τη σημασία του οικογενειακού ιστορικού, το 68% της διατροφής με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και το 57% της ορμονικής θεραπείας και της ορμονικής υποκατάστασης στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Επομένως κατέληξαν ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό και έχουν έναν τρόπο ζωής υψηλού κινδύνου, με υψηλά επίπεδα παχυσαρκίας και χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού(Begum et al., 2009). Επιπλέον η έρευνα των(Yu et al., 2012) έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των παραπάνω μελετών υποστηρίζοντας υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Συγκεκριμένα απέδειξε ότι το 96,1% των γυναικών της έρευνας νόσησε μετά την ηλικία των 35 ετών σε σχέση με το 60% που διαγνώσθηκε με καρκίνο μαστού πριν την εμμηνόπαυση. Αυτό το αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται και από μία άλλη έρευνα όπου απέδειξε ότι πρώιμη και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου μαστού(Hamajima et al., 2012). Οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού από τις μετεμμηνοπαυσιακές της ίδιας ηλικίας, χωρίς όμως να διαφέρουν από την καταγωγή, το ιστορικό τεκνοποίησης, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ ή την χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, γεγονός που κάνει αυτή την έρευνα να συμφωνεί και να διαφωνεί με τα παραπάνω αποτελέσματα (Hamajima et al., 2012).

Στην παρούσα μελέτη αποδείχθηκε ότι ο τρόπος ζωής των γυναικών επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον επιπολασμό, καθώς γυναίκες που κατανάλωναν πολύ αλκοόλ, κάπνιζαν και δεν είχαν ισορροπημένη διατροφή είχαν σημαντικά πιο υψηλά ποσοστά εμφάνισης (Andersen et al., 2017; Jones et al., 2017; vanGemert et al., 2015). Αυτό το αποτέλεσμα επιβεβαιώθηκε και από την έρευνα των (Winter et al., 2014). Σε αυτή την έρευνα εξετάστηκε ένας ακόμη παράγοντας κινδύνου που είναι το επάγγελμα, καθώς η έρευνα αφορούσε τα ποσοστά επιπολασμού των γυναικών αεροσυνοδών συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό της Γερμανίας. Κατά μέσο όρο λοιπόν, το πλήρωμα καμπίνας ήταν κατά 3,0 cm υψηλότερο από την ομάδα σύγκρισης ενώ ο δείκτης μάζας



σώματος ήταν 2,5 kg/m<sup>2</sup> χαμηλότερος (Winter et al., 2014). Διαπιστώθηκε επίσης μειωμένη χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης, αλλά μεγαλύτερη διάρκεια μέσης χρήσης αντισυλληπτικών από το στόμα. Η μηδενική αναπηρία μεταξύ των ερωτηθέντων ηλικίας 45+ ετών ήταν 57% έναντι 16% του γενικού πληθυσμού (Winter et al., 2014). Η μέση ηλικία κατά την πρώτη γέννηση ήταν 32,1 έτη έναντι 25,5 ετών του γενικού πληθυσμού. Το ποσοστό γεννήσεων ήταν 0,62, λιγότερο από το μισό του μέσου όρου του πληθυσμού που είναι 1,34. Η κατανάλωση αλκοόλ ήταν σημαντικά υψηλότερη στο πλήρωμα ενώ έτεινε να καπνίζει λιγότερο και να έχει πιο έντονη σωματική δραστηριότητα. Διαπιστώθηκαν, σημαντικές διαφορές όσον αφορά τους ανθρωπομετρικούς, γυναικολογικούς, αναπαραγωγικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής. Ορισμένες από αυτές τις διαφορές (π.χ. υψηλότερη μητρότητα, κατανάλωση αλκοόλ, μεγαλύτερο ύψος) θα μπορούσαν να συμβάλλουν στον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ενώ άλλες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μείωση του (π.χ. αυξημένη σωματική άσκηση, χαμηλότερος ΔΜΣ, λιγότερο (Winter et al., 2014)). Το παραπάνω αποτέλεσμα, όσον αφορά τον τρόπο ζωής ως παράγοντα κινδύνου επιβεβαιώνει και μία δεύτερη έρευνα, όπου απέδειξε ότι το κάπνισμα έχει σημαντικό αντίκτυπο στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Εκτός από το κάπνισμα αναφέρθηκε ότι υπάρχει χαμηλότερος κίνδυνος καρκίνου του μαστού μεταξύ των σωματικά ενεργών ατόμων, ενώ ο κίνδυνος σε άτομα που είναι ενεργά στην σωματική άσκηση και χρησιμοποίησαν μακροχρόνια ή χρησιμοποιούν θεραπεία αντικατάστασης ορμονών, φαίνεται να είναι υψηλότερος (Pizot et al., 2016) . Στην ίδια μελέτη αποδείχθηκε πως μια σωματικά ανενεργή γυναίκα αν εμπλακεί σε τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα έντονης άσκησης θα μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του μαστού (Pizot et al., 2016).

Επιπρόσθετα αποδείχθηκε πως πολύ σημαντικό ρόλο στον επιπολασμό διαδραματίζει ο τόπος διαμονής των ατόμων που νοσούν ή που θα νοσήσουν. Σε έρευνα που έγινε στην βόρεια Ευρώπη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, που ζούσαν σε λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού με μέσο όρο 47,3% σε αντίθεση με τις αναπτυγμένες χώρες που ο μέσος όρος ήταν 18,5%. Αυτό το αποτέλεσμα επιβεβαιώθηκε και από την μελέτη των (Dubey et al., 2015) . Όπου τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του μαστού και τα ποσοστά θανάτου είναι υψηλότερα στην Ινδία που θεωρείται τριτοκοσμική χώρα, σε σχέση με τις πιο αναπτυγμένες χώρες όπως είναι οι ΗΠΑ και η Αγγλία (Dubey et al., 2015).

Οι θεραπείες του καρκίνου του μαστού έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην ψυχολογία, την σωματική λειτουργία και την καθημερινότητα των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Στην πορεία της έρευνας μας καταλήξαμε σε αποτελέσματα που έχουν να κάνουν με την σεξουαλική ζωή, την ψυχολογία και τον σωματικό πόνο των ασθενών αυτών.

Η σεξουαλική ζωή των ασθενών με καρκίνο του μαστού επηρεάζεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό. Έπειτα από μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία αποδείχθηκε πως η αρνητική εικόνα του σώματος σχετιζόταν απόλυτα με την σεξουαλική ζωή των γυναικών. Πιο συγκεκριμένα το 68% των γυναικών εμφάνισαν σεξουαλική δυσλειτουργία που σχετίζεται με την με την λίπανση και την κοιλική δυσφορία ενώ το 58% εμφάνισαν σοβαρές αναπαραγωγικές ανησυχίες που προβλέφθηκε από την επιθυμία για επιπλέον παιδιά στο μέλλον και από

προηγούμενη θεραπεία (Ljungman et al., 2018). Αυτό επιβεβαιώθηκε και από άλλες έρευνες (So et al., 2014; Park et al., 2012; Akechi et al., 2011) όπου απέδειξαν ότι οι ασθενείς που έχουν υποστεί θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού εμφανίζουν σεξουαλική δυσλειτουργία. Επιπλέον στην ποιότητα ζωής ανάμεσα στα δύο φύλα δεν φάνηκε να υπάρχει κάποια διαφορά, αν και τα πρότυπα θεραπείας είναι όμοια και στα δύο φύλα. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες συχνά βιώνουν ενοχλητικά συμπτώματα από τις θεραπείες και 1 στους 4 διακόπτει την θεραπεία νωρίς λόγω σεξουαλικής δυσλειτουργίας ενώ οι περισσότερες γυναίκες αν και έχουν σεξουαλικές επιπτώσεις είναι περισσότερο ανεκτές σε οποιοδήποτε είδος θεραπείας (Ruddy & Winer, 2013). Επίσης οι άντρες νιώθουν περισσότερο στιγματισμένοι διότι είναι μια νόσος που σχετίζεται κυρίως με το γυναικείο φύλο με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο ευάλωτοι και αρνητικοί τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε σεξουαλικό επίπεδο (Ruddy & Winer, 2013).

Ένας ακόμα τομέας της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών που εξετάστηκε είναι η ψυχολογική κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα αυτοί οι ασθενείς τείνουν να εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Σε μελέτη κοορτής που πραγματοποιήθηκε στην Ασία βρέθηκε πως ασθενείς που υποβλήθηκαν σε οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, όπως μαστεκτομή, ογκεκτομή, χημειοθεραπεία αλλά και ακτινοθεραπεία, το 38,2% από το ποσοστό των ασθενών που πραγματοποίησαν κάποια από τις παραπάνω θεραπείες, εμφάνισαν κατάθλιψη ενώ το 32,2% παρουσίασαν άγχος (Tsaras et al., 2018). Αυτό το αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται και από μια μελέτη στο Ιράν, όπου εξετάστηκαν 2.799 γυναίκες με καρκίνο μαστού, ο αριθμός των γυναικών με κατάθλιψη είναι στις 1.228 και το ποσοστό με συμπτώματα κατάθλιψης φτάνει στο 46,83% (Ahmadi Gharaei et al., 2019). Επιπλέον το άγχος όπως διαπιστώθηκε και από τους Syrowatka et al. αυξάνεται σε νεότερες ηλικίες, σε άτομα που είναι αδρανείς λόγω κάποιας θεραπείας, στους άγαμους και στους καπνιστές. Μία άλλη επίδραση στην ψυχολογική κατάσταση που παρουσιάστηκε στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν η ανεργία, στη συγκεκριμένη έρευνα όπου συμμετείχαν 46,927 ασθενείς με καρκίνο του μαστού που αναφέρθηκαν σε συσχέτιση 127 μεταβλητών με την ανεργία (Wang et al., 2018). Η πρόσβαση στην καθολική υγειονομική περίθαλψη σχετίστηκε με υψηλά ποσοστά ανεργίας 26,6% σε εκείνους που έχουν πρόσβαση σε αυτήν, έναντι 15,4% που δεν είχαν πρόσβαση σε αυτή και καταφεύγουν σε ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη (Wang et al., 2018). Επιπλέον, βρέθηκε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο τροποποιήσιμων παραγόντων και της ανεργίας μετά τη θεραπεία του μαστού με χειρουργική επέμβαση, τις υψηλές ψυχολογικές απαιτήσεις στην εργασία και τις υψηλές σωματικές απαιτήσεις εργασίας (Wang et al., 2018).

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε και η επίδραση που έχει η χειρουργική θεραπεία στην ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα ότι οι ασθενείς που έκαναν ολική αφαίρεση είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε αντίθεση με τους ασθενείς που συμμετείχαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού (Salibasic & Delibegovic, 2018). Αυτό το αποτέλεσμα διασταυρώθηκε και από δύο διαφορετικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα και σε διαφορετικές χώρες, όπου φάνηκε πως το επίπεδο ζωής εξαρτάται κυρίως από το είδος της θεραπείας που έχουν υποβληθεί οι ασθενείς ανεξαρτήτου φύλου (Guarino et al., 2020; Yfantopoulos & Sarris, 2001). Συγκεκριμένα κατέληξαν πως οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε τοπική αφαίρεση όγκου είχαν υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις γυναίκες που έκαναν ολική αφαίρεση μαστού. Όμως,

ασθενείς που υποβλήθηκαν σε τοπική χειρουργική αφαίρεση όγκου είχαν χαμηλότερη σωματική δραστηριότητα λόγω αυξημένου πόνου και δυσχέρεια των άκρων σε σχέση με ασθενείς που αφαίρεσαν ολόκληρο μαστού (Guarino et al., 2020; Yfantopoulos & Sarris, 2001).

### **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει αρκετούς περιορισμούς. Η φθορά των μελετών αποτελεί την κύρια αδυναμία. Αυτή η φθορά επηρέασε την ισχύ των μελετών και το μέγεθος του αποτελέσματος. Η φθορά των Dumas et al., 2020, η οποία αποτελεί τον πιο επιδραστικό περιορισμό της παρούσας εργασίας, καθιστά τη γενίκευση των αποτελεσμάτων δύσκολη. Περίπου 18% των ασθενών έχασαν την παρακολούθηση, καθώς πρόκειται για μια διαχρονική μελέτη. Αυτό θα μπορούσε να έχει επηρεάσει το ποσοστό των μη-RTW (21%), ωστόσο ήταν κοντά στο ποσοστό που βρέθηκε σε μια γαλλική εθνική πληθυσμιακή έρευνα (25%). Το τελικό δείγμα της έρευνας όμως ήταν ακόμα μεγάλο και επέτρεψε να μοντελοποιηθεί η επίδραση των διαφορετικών θεραπευτικών στρατηγικών και των πολλαπλών σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στην ΕΠΑ. Δεύτερον, πρέπει να σημειωθεί ότι η μελέτη των Jones et al., 2017 δεν είχε άμεση πληροφόρηση σχετικά με το παθητικό κάπνισμα (παθητικό κάπνισμα) και επομένως οι εκτιμήσεις τους για τον κίνδυνο μπορεί να είναι υποεκτιμημένες εάν οι μη καπνιστές που δεν κάπνιζαν ποτέ εκτέθηκαν στο παθητικό κάπνισμα και εάν αυτή η έκθεση επηρεάζει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Τέλος στην έρευνα των Ghiasvand et al., 2014 παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στους παράγοντες κινδύνου που αναφέρθηκαν, οι οποίες ήταν μειωμένες και στατιστικά μη σημαντικές. Η παρούσα ανασκόπηση υποδεικνύει ότι ο επιπολασμός του καρκίνου του μαστού οφείλεται σε διάφορους παράγοντες κινδύνου και η ποιότητα ζωής επηρεάζεται σημαντικά από τις θεραπείες και την νόσο. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζεται από τις διαφορετικές συστηματικές ανασκοπήσεις που εμπλέκονται στον καθορισμό των αποτελεσμάτων και τα δεδομένα τους αναλύονται στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο καρκίνος επηρεάζει ένα τεράστιο αριθμό ανθρώπων παγκοσμίως. Ταυτόχρονα επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογία των γυναικών κατά την διάγνωση του, την θεραπεία τους και την αποθεραπεία τους. Η μελέτη, εστίασε επίσης και στην ποιότητα ζωής των ασθενών κατά την θεραπεία και έπειτα, τις διαθέσιμους μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου, την συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες και τον ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής σε αυτό.

Το θετικό λοιπόν που έχει να επιδείξει αυτή η έρευνα είναι οι μέθοδοι προ-συμπτωματικού ελέγχου που εξαιτίας της προόδου της τεχνολογίας έχουν αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό. Η αξία αυτής της μεθόδου είναι γνωστή από τον μεσαίωνα, γιατί μόνο εάν γίνει σωστή έγκαιρη και πρώιμη διάγνωση υπάρχουν πολλές πιθανότητες για τις λιγότερες δυνατές απώλειες για τη γυναίκα. Στην σημερινή εποχή η πρόοδος της επιστήμης έχει συντελέσει στο να βρεθούν τρόποι προ-συμπτωματικού ελέγχου, όπως είναι η μαστογραφία, ο υπέρηχος μαστών και

μαγνητική μαστογραφία. Με την βοήθεια λοιπόν αυτών των μεθόδων πολλές γυναίκες είχαν την ευκαιρία να διαγνωστούν πρόωρα και να θεραπευτούν, με αποτέλεσμα να έχουν στο μέλλον μια πολύ καλή ποιότητα ζωής.

Επιπροσθέτως φαίνεται πως, η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται τόσο κατά την διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά την θεραπεία. Στο διάστημα της θεραπείας οι νοσούντες έχουν ανάγκη από στήριξη στην πορεία των χημειοθεραπειών, στην μεταφορά τους στο νοσοκομείο, στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στα μετά την χημειοθεραπεία συμπτώματα. Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού χρειάζονται υποστήριξη και στην αποθεραπεία τους, δηλαδή στα συναισθήματα που θα αντιμετωπίσουν αντικρίζοντας την διαταραγμένη εικόνα του σώματος τους. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και μετατραυματικό στρες και σε αυτό χρειάζονται συμπαράσταση από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον για να μπορέσουν να ανακτήσουν την αυτοπεποίθησή τους και να επιστρέψουν στους φυσιολογικούς ρυθμούς ζωής τους χωρίς να νιώθουν απομονωμένοι.

Επιπλέον, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται πως τους στηρίζει επαρκώς με το να τους εκπαιδεύει στο πως να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα που μπορεί να συναντήσουν, και συζητούν μαζί τους για την πορεία της θεραπείας λαμβάνοντας υπόψιν τις ανάγκες τους. Βέβαια οι νοσηλεύτες καθώς έχουν μεγαλύτερη τριβή με τον ασθενή τον βοηθούν περισσότερο με την διαχείριση των συναισθημάτων του, του λύνουν τυχόν απορίες που έχει, τον βοηθούν να κατανοήσει ή ακόμα και να αντιμετωπίσει όποιους φόβους του έχουν δημιουργηθεί. Συνεπώς, ο νοσηλευτής έχει κεντρικό ρόλο στην φροντίδα του ασθενή με καρκίνο του μαστού.

### **Προτάσεις για το μέλλον**

Λαμβάνοντας υπόψιν μας τα δεδομένα που συλλέξαμε κατά τη διάρκεια της ανασκόπησης αυτής είμαστε σε θέση να παρουσιάσουμε μερικές προτάσεις που αφορούν την βελτίωση της ποιότητας ζωής και τους τρόπους που μπορούν οι νοσηλεύτες να έρθουν σε καλύτερη επαφή με τους ασθενείς. Αρχικά, μια πολλή ενδιαφέρουσα πρόταση είναι η δημιουργία ομάδων υποστήριξης εντός και εκτός νοσοκομείου που θα είναι σε θέση να βοηθούν τις πάσχουσες γυναίκες να έρθουν σε επαφή με τους προβληματισμούς τους και να τους συζητήσουν και με άλλες γυναίκες που δίνουν την ίδια μάχη με εκείνες. Με αυτό τον τρόπο δεν θα νιώθουν και αποκομμένες από το κοινωνικό σύνολο. Από την άλλη η ποιότητα ζωής των ασθενών θα μπορούσε να βελτιωθεί με την δυνατότητα εργασίας από το σπίτι, ώστε να μην χρειάζεται να απέχουν από το επάγγελμά τους λόγω σωματικής αδυναμίας. Έτσι λοιπόν θα βελτιωθεί η ψυχολογία των ατόμων που πάσχουν, θα τονωθεί η αυτοπεποίθησή τους και δε θα νιώθουν κοινωνικά περιθωριοποιημένοι.

Επιπρόσθετα μια ενδιαφέρουσα πρόταση για την βελτίωση του τρόπου προσέγγισης των ασθενών από τους νοσηλεύτες είναι οι τελευταίοι να είναι διαθέσιμοι καθ' όλη την διάρκεια της μέρας και της πορείας τους προς την αποθεραπεία τους ακόμα και όταν επιστρέψουν στους κανονικούς τους ρυθμούς. Παράλληλα, οι νοσηλεύτες θα μπορούσαν να μιλούν περισσότερο και με τους συντρόφους και την οικογένεια των ασθενών, με σκοπό να τους εκπαιδεύσουν κατάλληλα για να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα και με ψυχραιμία τα συμπτώματα των ασθενών και να συζητούν μαζί τους για τους δικούς τους προβληματισμούς και φόβους.

Κλείνοντας, θεωρούμε ότι αξίζει να αναφερθούν και μερικές προτάσεις μας που αφορούν τον εμπλουτισμό των μεθόδων προσυμπτωματικού ελέγχου. Για παράδειγμα, μια καλή προσθήκη θα μπορούσε να είναι η

δημιουργία περισσότερων κινητών μονάδων με υπέρηχο μαστών και εκπαίδευση όσο αφορά την αυτοεξέταση των μαστών. Με αυτό τον τρόπο θα έχουν πρόσβαση στην πρόληψη και γυναίκες που μένουν σε απομακρυσμένα σημεία και δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να μεταφερθούν στα κεντρικά σημεία για να εξεταστούν. Τέλος μια καλή πρόταση είναι η μεγαλύτερη ενθάρρυνση των γυναικών άνω των 50 ετών στην ετήσια εξέταση μαστογραφίας ως εξέταση ετήσιας ρουτίνας. Εφόσον, οι προτάσεις που αναφέρουμε στην παρούσα μελέτη υλοποιηθούν τότε η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών θα είναι η βέβαιη.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahmadi Gharaei, H., Dianatinasab, M., Kouhestani, S. M., Fararouei, M., Moameri, H., Pakzad, R., & Ghaiasvand, R. (2019). Meta-analysis of the prevalence of depression among breast cancer survivors in Iran: an urgent need for community supportive care programs. *Epidemiology and Health*, *41*, e2019030. <https://doi.org/10.4178/epih.e2019030>
- Al-Rikabi, A., & Husain, S. (2012). Increasing prevalence of breast cancer among saudi patients attending a tertiary referral hospital: A retrospective epidemiologic study. *Croatian Medical Journal*, *53*(3), 239–243. <https://doi.org/10.3325/cmj.2012.53.239>
- Andersen, Z. J., Jørgensen, J. T., Grøn, R., Brauner, E. V., & Lynge, E. (2017). Active smoking and risk of breast cancer in a Danish nurse cohort study. *BMC Cancer*, *17*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3546-4>
- Dubey, A. K., Gupta, U., & Jain, S. (2015). Breast cancer statistics and prediction methodology: A systematic review and analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *16*(10), 4237–4245. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.10.4237>
- Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I., & Casagrande, M. (2020). The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(1), 209. <https://doi.org/10.3390/jcm9010209>
- Jones, M. E., Schoemaker, M. J., Wright, L. B., Ashworth, A., & Swerdlow, A. J. (2017). Smoking and risk of breast cancer in the Generations Study cohort. *Breast Cancer Research*, *19*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13058-017-0908-4>
- Kruijshaar, M. E., Barendregt, J. J., & van de Poll-Franse, L. V. (2003). the prevalence of breast cancer using a disease model: Data problems and trendEstimatingds. *Population Health Metrics*, *1*, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-1-5>
- Pizot, C., Boniol, M., Mullie, P., Koechlin, A., Boniol, M., Boyle, P., & Autier, P. (2016). Physical activity, hormone replacement therapy and breast cancer risk: A meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Cancer*, *52*(0), 138–154. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.10.063>

- Ruddy, K. J., & Winer, E. P. (2013). Male breast cancer: Risk factors, biology, diagnosis, treatment, and survivorship. *Annals of Oncology*, 24(6), 1434–1443. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt025>
- van Gemert, W. A., Lanting, C. I., Goldbohm, R. A., van den Brandt, P. A., Grooters, H. G., Kampman, E., Kiemeneij, L. A. L. M., van Leeuwen, F. E., Monninkhof, E. M., de Vries, E., Peeters, P. H., & Elias, S. G. (2015). The proportion of postmenopausal breast cancer cases in the Netherlands attributable to lifestyle-related risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 152(1), 155–162. <https://doi.org/10.1007/s10549-015-3447-7>
- Winter, M., Blettner, M., & Zeeb, H. (2014). Prevalence of risk factors for breast cancer in German airline cabin crew: A cross-sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-9-27>
- Yfantopoulos, J., & Sarris, M. (2001). Health related quality of life. Measurement methodology. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(3), 218–229.
- Yu, Z. G., Jia, C. X., Liu, L. Y., Geng, C. Z., Tang, J. H., Zhang, J., Zhang, Q., Li, Y. Y., & Ma, Z. B. (2012). The prevalence and correlates of breast cancer among women in Eastern China. *PLoS ONE*, 7(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037784>
- Ahern, T., Gardner, A., & Courtney, M. (2015). A survey of the breast care nurse role in the provision of information and supportive care to Australian women diagnosed with breast cancer. *Nursing Open*, 2(2), 62–71. <https://doi.org/10.1002/nop2.18>
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., Studts, J. L., & Miller, T. W. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist - Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 586–590. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.3.586>
- Akechi T, Okuyama T, Endo C, et al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology* 2011;20:497–505.
- Beau, A. B., Andersen, P. K., Vejborg, I., & Lynge, E. (2018). Limitations in the effect of screening on breast cancer mortality. *Journal of Clinical Oncology*, 36(30), 2988–2994. <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.78.0270>
- Bray, F., Ren, J. S., Masuyer, E., & Ferlay, J. (2013). Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International Journal of Cancer*, 132(5), 1133–1145. <https://doi.org/10.1002/ijc.27711>
- Costa, W. A., Eleutério, J., Giraldo, P. C., & Gonçalves, A. K. (2017). Quality of life in breast cancer survivors. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 63(7), 583–589. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.583>
- Costa, W. A., Monteiro, M. N., Queiroz, J. F., & Gonçalves, A. K. (2017). Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*, 72(12), 758–763. [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(12\)07](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(12)07)
- Daldoul, A., Khechine, W., Bhiri, H., Ammar, N., Bouriga, R., Krir, M. W., Soltani, S., Zoukar, O., Rhim, M. S., Bouslah, S., Dimassi, S., Abbess, I., Saidani, Z., & Zaied, S. (2018). Factors predictive of quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), 1671–1675. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1671>

- Dano, D., Hénon, C., Sarr, O., Ka, K., Ba, M., Badiane, A., Thiam, I., Diene, P., Diop, M., Dem, A., Marino, P., Mancini, J., Annede, P., Gonçalves, A., Diouf, D., & Monneur, A. (2019). Quality of life during chemotherapy for breast cancer in a West African population in Dakar, Senegal: A prospective study. *Journal of Global Oncology*, 2019(5), 1–9. <https://doi.org/10.1200/JGO.19.00106>
- Dubey, A. K., Gupta, U., & Jain, S. (2015). Breast cancer statistics and prediction methodology: A systematic review and analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(10), 4237–4245. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.10.4237>
- Dujmović, A., Marčinko, D., Bulić, K., Kisić, H., Duduković, M., & Mijatović, D. (2017). Quality of life and depression among female patients undergoing surgical treatment for breast cancer: A prospective study. *Psychiatria Danubina*, 29(3), 345–350. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.345>
- Eccles, S. A., Aboagye, E. O., Ali, S., Anderson, A. S., Armes, J., Berditchevski, F., Blaydes, J. P., Brennan, K., Brown, N. J., Bryant, H. E., Bundred, N. J., Burchell, J. M., Campbell, A. M., Carroll, J. S., Clarke, R. B., Coles, C. E., Cook, G. J. R., Cox, A., Curtin, N. J., ... Thompson, A. M. (2013). Critical research gaps and translational priorities for the successful prevention and treatment of breast cancer. *Breast Cancer Research*, 15(5), 1. <https://doi.org/10.1186/bcr3493>
- El-Hashimi, D., & Gorey, K. M. (2019). Yoga-Specific Enhancement of Quality of Life Among Women With Breast Cancer: Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 24, 1–9. <https://doi.org/10.1177/2515690X19828325>
- Elmore, J. G., Armstrong, K., Lehman, C. D., & Fletcher, S. W. (2005). Screening for breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 293(10), 1245–1256. <https://doi.org/10.1001/jama.293.10.1245>
- Galiano-Castillo, N., Ariza-García, A., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Díaz-Rodríguez, L., Legerén-Alvarez, M., Sánchez-Salado, C., Del-Moral-Avila, R., & Arroyo-Morales, M. (2013). Telehealth system (e-CUIDATE) to improve quality of life in breast cancer survivors: Rationale and study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-187>
- Gøtzsche, P. C., & Jørgensen, K. J. (2013). Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub5>
- Hajdu, S. I. (2011a). A note from history: Landmarks in history of cancer, part 1. *Cancer*, 117(5), 1097–1102. <https://doi.org/10.1002/cncr.25553>
- Hajdu, S. I. (2011b). A note from history: Landmarks in history of cancer, part 2. *Cancer*, 117(12), 2811–2820. <https://doi.org/10.1002/cncr.25825>
- Hajdu, S. I. (2012). A note from history: Landmarks in history of cancer, part 3. *Cancer*, 118(4), 1155–1168. <https://doi.org/10.1002/cncr.26320>

- Hajdu, S. I., Vadmal, M., & Tang, P. (2015). A note from history: Landmarks in history of cancer, part 7. *Cancer*, *121*(15), 2480–2513. <https://doi.org/10.1002/cncr.29365>
- Kim, N. H., Song, S., Jung, S. Y., Lee, E., Kim, Z., Moon, H. G., Noh, D. Y., & Lee, J. E. (2018). Dietary pattern and health-related quality of life among breast cancer survivors. *BMC Women's Health*, *18*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0555-7>
- Kuhl, C. K. (2018). Abbreviated breast MRI for screening women with dense breast: The EA1141 trial. *British Journal of Radiology*, *91*(1090). <https://doi.org/10.1259/bjr.20170441>
- Lippman, S. M., & Hawk, E. T. (2009). Cancer prevention: From 1727 to milestones of the past 100 years. *Cancer Research*, *69*(13), 5269–5284. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-09-1750>
- Liu, F. C., Lin, H. T., Kuo, C. F., See, L. C., Chiou, M. J., & Yu, H. P. (2017). Epidemiology and survival outcome of breast cancer in a nationwide study. *Oncotarget*, *8*(10), 16939–16950. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.15207>
- Lopes, J. V., Bergerot, C. D., Barbosa, L. R., Calux, N. M. de C. T., Elias, S., Ashing, K. T., & Domenico, E. B. L. de. (2018). Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(6), 2916–2921. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081>
- Makanjuola, D., Alkushi, A., Alzaid, M., Abukhair, O., Al Tahan, F., & Alhadab, A. (2014). Breast cancer in women younger than 30 years: Prevalence rate and imaging findings in a symptomatic population. *Pan African Medical Journal*, *19*, 1–9. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.35.2849>
- Maree, J., & Mulonda, J. (2017). Caring for patients with advanced breast cancer: The experiences of Zambian nurses. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *4*(1), 23. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.199077>
- Marschner, N., Trarbach, T., Rauh, J., Meyer, D., Müller, S., Johanna, H., Dille, S., Kruggel, L., Jänicke, M., Tumour, T. T., & Breast, R. (2019). Quality of life in pre- and postmenopausal patients with early breast cancer : a comprehensive analysis from the prospective MaLife project. *Breast Cancer Research and Treatment*, *175*(3), 701–712. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05197-w>
- Miller, A. B., Wall, C., Baines, C. J., Sun, P., To, T., & Narod, S. A. (2014). Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: Randomised screening trial. *BMJ (Online)*, *348*(February), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmj.g366>
- Penttinen, H., Utriainen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P. L., Raitanen, J., Sievänen, H., Nikander, R., Blomqvist, C., Huovinen, R., Vehmanen, L., & Saarto, T. (2019). Effectiveness of a 12-month Exercise Intervention on Physical Activity and Quality of Life of Breast Cancer Survivors; Five-year Results of the BREX-study. *In Vivo*, *33*(3), 881–888. <https://doi.org/10.21873/invivo.11554>



- Pouy, S., Peikani, F. A., Nourmohammadi, H., Sanei, P., Tarjoman, A., & Borji, M. (2018). *Investigating the Effect of Mindfulness-Based Training on Psychological Status and Quality of Life in Patients with Breast Cancer*. 19, 1993–1998. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.7.1993>
- Park BW, Hwang SY. Unmet Needs and Their Relationship with Quality of Life among Women with Recurrent Breast Cancer. *J Breast Cancer* 2012;15:454–61.
- Rezaianzadeh, A., Heydari, S. T., Hosseini, H., Haghdoost, A. A., Barooti, E., & Lankarani, K. B. (2011). Prevalence of breast cancer in a defined population in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13(9), 566–569. <https://doi.org/10.5812/kowsar.20741804.2245>
- Salibasic, M., & Delibegovic, S. (2018). The Quality of Life and Degree of Depression of Patients Suffering from Breast Cancer. *Medical Archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 72(3), 202–205. <https://doi.org/10.5455/medarh.2018.72.202-205>
- Siyam, T., Ross, S., Campbell, S., Eurich, D. T., & Yuksel, N. (2017). *The effect of hormone therapy on quality of life and breast cancer risk after risk-reducing salpingo-oophorectomy : a systematic review*. 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0370-6>
- Słowik, A., Jabłoński, M., Michałowska-Kaczmarczyk, A., & Jach, R. (2017). Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatria Polska*, 51(5), 871–888. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/63787>
- Smith, R. A., Andrews, K. S., Brooks, D., Fedewa, S. A., Manassaram-Baptiste, D., Saslow, D., Brawley, O. W., & Wender, R. C. (2017). Cancer screening in the United States, 2017: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(2), 100–121. <https://doi.org/10.3322/caac.21392>
- Society, A. M., Of, A., & Medicine, H. (n.d.). *Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο Η νοσηλευτική προσέγγιση*.
- Syrowatka, A., Motulsky, A., Kurteva, S., & Hanley, J. A. (2017). Predictors of distress in female breast cancer survivors : a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 165(2), 229–245. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4290-9>
- So WK, Chow KM, Chan HY, et al. Quality of life and most prevalent unmet needs of Chinese breast cancer survivors at one year after cancer treatment. *Eur J Oncol Nurs* 2014;18:323–8.
- Thomas, E. T., Del Mar, C., Glasziou, P., Wright, G., Barratt, A., & Bell, K. J. L. (2017). Prevalence of incidental breast cancer and precursor lesions in autopsy studies: A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3808-1>

- Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: Prevalence and associated factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), 1661–1669. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>
- Villar, R. R., Fernández, S. P., Garea, C. C., Pillado, M. T. S., Barreiro, V. B., & Martín, C. G. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2958. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
- Wang, L., Hong, B. Y., Kennedy, S. A., Chang, Y., Hong, C. J., Craigie, S., Kwon, H. Y., Romerosa, B., Couban, R. J., Reid, S., Khan, J. S., McGillion, M., Blinder, V., & Busse, J. W. (2018). Predictors of unemployment after breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Clinical Oncology*, 36(18), 1868–1879. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.3663>
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: Exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical Science Monitor*, 23, 5969–5979. <https://doi.org/10.12659/MSM.907730>

#### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γιαννακού, Κ., & Κνέκνας, Ε. (2014). Η Επίδραση της Αποκατάστασης του Μαστού σε Γυναίκες μετά από Μαστεκτομή σε Σχέση με την Ποιότητα Ζωής. 53(2), 133–140.
- Ζωή, Α., Γεωργία, Κ., & Ελένη, Κ. (2013). Άγχος / Κατάθλιψη Γυναικών Με Καρκίνο Μαστού Και Επιπτώσεις Στην Οικογένεια. *Νοσηλευτική*, 52(1), 35–42. [http://www.hjn.gr/actions/get\\_pdf.php?id=339](http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=339)
- Λάγιου, Α. (2008). Επιδημιολογία Και Πρόληψη Του Καρκίνου Του Μαστού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(6), 742–748. [www.mednet.gr/archives](http://www.mednet.gr/archives)
- Πατελάρου, Σηφάκη-Πιστολα, Ξυλούρη, Π. (2013). Πρόσφατα Επιδημιολογικά Δεδομένα Για Την Εξάπλωση Του Καρκίνου Στην Ελλάδα Και Την Οργάνωση Φορέων Πρόληψης Σε Παγκόσμιο Επίπεδο: Μία Ανασκόπηση Της Βιβλιογραφίας. *Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(2), 70–77.
- Αδαμακίδου Θεοδούλα, Καλοκαιρινού Αθηνά, (2012). Ποιότητα Ζωής ασθενών με καρκίνο (Μέρος ΙΙ): Εργαλεία αξιολόγησης. Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης* 15(1): 47-56.
- Παλαιογιαννίδου Α., Τριανταφυλλίδου Σ., Αναγνωστόπουλος Φ., Παλιούρας Δ., (2018). Συσχέτιση ιατρικών και δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού. Ερευνητική εργασία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2018 35(2), 207-219.
- Σπυριδόπουλος Θ.Ν., Παγώνη Α., Καζιανή Κ., Μπαλανίκα Α.Π., Σούλης Γ., Μήκα Α., Γιαλαμάς Σ., Μπαλτάς Χ.Σ., (2009). Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού. Νεώτερα δεδομένα. *Ιατρικά Χρόνια*. Τόμος ΚΒ', Τεύχος 1, Σελίδες 45-54.

Τζομπανάκη Μαρία, Ηλιάδου Μαρία (2008). Προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού.  
Ανασκόπηση "ΕΛΕΥΘΩ" (13) , Σελίδες 25-30.

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

### ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ

ΑΡΧΕΙΑ ΠΟΥ  
ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ  
ΑΠΟ

ΔΙΠΛΟΤΥΠΑ ΑΡΧΕΙΑ  
ΠΟΥ  
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΑΝ  
(n=0)

ΑΡΧΕΙΑ ΠΟΥ  
ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ  
ΑΠΟ

### ΔΙΑΛΟΓΗ

ΕΛΕΓΜΕΝΑ ΑΡΧΕΙΑ  
(n=62)

ΑΡΧΕΙΑ ΠΟΥ  
ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΗΚΑΝ  
(n=11)

### ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ολόκληρα αρχεία που  
αξιολογήθηκαν  
κατάλληλα

Ολόκληρα άρθρα που  
Αποκλείστηκαν με  
λόγους

Μελέτες που  
συμπεριλήφθηκαν  
με ποιοτική σύνθεση

### ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ

Ολόκληρα άρθρα που  
συμπεριλήφθηκαν με  
ποιοτική

Ολόκληρα άρθρα που  
συμπεριλήφθηκαν με  
ποσοτική σύνθεση