



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Διερεύνηση επιπέδου ποιότητας ζωής γυναικών με καρκίνο μαστού

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Φοιτήτριες :

Χριστίνα Μηλάκη
Ευαγγελία Ρουσσάκη

Επιβλέπων καθηγητής :

Λέκτορας, Δρ. Νίκος Ρίκος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ – ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2020



Διερεύνηση επιπέδου ποιότητας ζωής γυναικών με καρκίνο μαστού

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Φοιτήτριες:

Χριστίνα Μηλάκη
Ευαγγελία Ρουσσάκη

Επιβλέπων καθηγητής:

Λέκτορας, Δρ. Νίκος Ρίκος

Ηράκλειο Νοέμβριος 2020
Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή επιστημών υγείας
Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο



«LIFE QUALITY INVESTIGATION OF WOMEN WITH BREAST CANCER»

BACHELOR THESIS

Students:

Christina Milaki
Evaggeli Roussaki

Suervisor:

Senior Lecturer, Dr. Nikos Rikos

Heraklion, November 2020
Department of Nursing
Faculty of Health Sciences
Hellenic Mediterranean University

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μας εργασία, θα θέλαμε να πούμε ένα τεράστιο ευχαριστώ στον επιβλέποντα καθηγητή μας, κύριο Νίκο Ρίκο, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε και τη βοήθεια που μας παρείχε όντας στο πλευρό μας όλο αυτό το διάστημα.

Τέλος, ευχαριστούμε τις οικογένειες μας και τους φίλους μας για την αμέριστη συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού ως μία από τις πιο συχνές ασθένειες στην σύγχρονη εποχή, διαταράσσει την ψυχολογική και σωματική υγεία της γυναίκας, γεγονός που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των γυναικών αυτών.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Μέθοδος Ανασκόπησης: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Google Scholar, χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά: «καρκίνος», «ψυχολογία», «μαστός», «ποιότητα ζωής», «γυναίκες», «όγκος», «θεραπεία».

Αποτελέσματα: Ως σημαντικότερος τρόπος για να υπάρξει αυξημένο επίπεδο στην ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού καθορίζεται η έγκαιρη διάγνωση, η αποτελεσματική θεραπεία και αποκατάσταση αφού μειώνει το άγχος και την ανασφάλεια στην ασθενή. Η νοσηλευτική φροντίδα, η ορθή εκπαίδευση και ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή, συμβάλλουν επίσης καθοριστικά στην βελτίωση της ψυχολογίας του ασθενή.

Συμπεράσματα: Η γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία του καρκίνου σε συνδυασμό την ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενή και του περιβάλλοντός του προσφέρουν αίσθημα ασφάλειας, και αυξημένο επίπεδο ζωής.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer as one of the most common diseases in modern times, disrupts the psychological and physical health of women, which affects the quality of life of these women.

Aim: The purpose of this study is to investigate the quality of life of women with breast cancer.

Method: A bibliographic review of articles in Greek and English was conducted in the Pubmed, Google Scholar electronic databases, using keywords: «cancer», «psychology», «breast», «quality of life», «women», «volume » and «treatment».

Results: The Early diagnosis, effective treatment and rehabilitation are defined as the most important way to increase the quality of life of women with breast cancer as it reduces stress and insecurity in the patient. Nursing care, proper education and information about the patient's family environment also contribute significantly to improving the patient's psychology.

Conclusions: The fast and effective treatment of cancer in combination with the information and education of the patient and his environment offer a feeling of security, and an increased standard of living.

Περιεχόμενα

| | |
|---|----|
| ❖ Γενικό μέρος..... | 8 |
| ❖ Κεφάλαιο 1 | 8 |
| ❖ Όροι & ορισμοί..... | 8 |
| ❖ Κεφάλαιο 2 Μαστός | 10 |
| ❖ Καρκίνος του μαστού..... | 12 |
| ❖ Τύποι και ταξινόμηση σταδιοποίησης καρκίνου του μαστού..... | 13 |
| ❖ Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά..... | 16 |
| ❖ Πρόληψη..... | 19 |
| ❖ Οδηγίες προς τις γυναίκες για αυτοφροντίδα..... | 21 |
| ❖ Αυτοεξέταση μαστού..... | 21 |
| ❖ Διάγνωση & Θεραπεία..... | 23 |
| ❖ Παράγοντες κινδύνου..... | 25 |
| ❖ Κεφάλαιο 3 Ποιότητα ζωής και καρκίνος του μαστού | 28 |
| ❖ Ορισμός & κριτήρια..... | 28 |
| ❖ Εργαλεία μέτρησης..... | 30 |
| ❖ Μελέτες που αφορούν στην ποιότητα ζωής..... | 30 |
| ❖ Ποιότητα ζωής και θεραπεία..... | 32 |
| ❖ Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού..... | 33 |
| ❖ Νοσηλευτική φροντίδα και διαχείριση ψυχολογικών επιπτώσεων..... | 36 |
| ❖ Κοινωνικό στίγμα & αντιλήψεις για την ασθένεια..... | 37 |
| ❖ Σεξουαλικότητα & αποδοχή εικόνας..... | 39 |
| ❖ Ο ρόλος της οικογένειας & του συζύγου..... | 41 |
| ❖ Ειδικό μέρος | 42 |
| ❖ Μεθοδολογία..... | 42 |
| ❖ Αποτελέσματα..... | 43 |
| ❖ Συζήτηση..... | 71 |
| ❖ Συμπεράσματα - Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα..... | 74 |
| ❖ Βιβλιογραφία..... | 76 |

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1

Όροι & ορισμοί :

Υγεία : Ο ορισμός της υγείας αποτελεί περίπλοκο ζήτημα στη μελέτη της, καθώς εξελίσσεται διαρκώς. Ο πλέον πιο διαδεδομένος ορισμός είναι αυτός που διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο «υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (Τούντας,2015). Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει τις διανοητικές και κοινωνικές και εστιάζει πέρα από τις φυσικές ατομικές ικανότητες ή δυσλειτουργίες υγεία είναι επομένως η γενική ευημερία του ατόμου (Dugdale & Healy, 2014).

Ασθένεια: Ως ασθένεια θεωρείται οποιαδήποτε αλλαγή της φυσιολογικής κατάστασης ή δραστηριότητας του σώματος. Ένα άτομο λοιπόν θεωρείται άρρωστο όταν διαταραχθεί η συντονισμένη συνεργασία μεταξύ των φυσικών ή ψυχολογικών ή ψυχοφυσικών λειτουργικών συνιστωσών του οργανισμού, είτε υποκειμενικά είτε με κλινική διαπίστωση, στο βαθμό που το άτομο απαιτεί ιατρική ή γενική υποστήριξη. Ως χρόνια ασθένεια ορίζεται η κατάσταση υγείας με συμπτώματα που επιμένουν για περισσότερους από τρεις μήνες με περιόδους λανθάνουσας κατάστασης αλλά παρατεταμένης κλινικής πορείας, η οποία εμφανίζει σταδιακές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου, είναι συνήθως πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και καθώς δεν έχει οριστική θεραπεία, απαιτεί τη συνεχή διαχείριση για χρονικό διάστημα ετών ή δεκαετιών (World Health Organization, 2008)

Καρκίνος: Το ανθρώπινο σώμα πλάθει ασταμάτητα καινούργια κύτταρα ώστε να βοηθήσει στην ανάπτυξη του, στην αντικατάσταση των βλαμμένων κυττάρων, των οποίων τη θέση παίρνουν νέα κύτταρα. Έτσι, αυτά τα νέα κύτταρα του οργανισμού μας που και αυτά θα ωριμάσουν και στο τέλος θα πεθάνουν έχουν διαφορετικό χρόνο ζωής. Ορισμένα ζουν για μήνες, άλλα για χρόνια. Υπάρχει ένας κύκλος ζωής για τα κύτταρα. Υπό φυσιολογικές συνθήκες ο αριθμός των κυττάρων που πεθαίνουν είναι αναλογικός με τον αριθμό των νέων κυττάρων. Στην περίπτωση όπου υπάρξει μη αναλογικός πολλαπλασιασμός κυττάρων και η αύξηση του πολλαπλασιασμού τους γίνει ανεξέλεγκτη δημιουργείται παθολογική μάζα που ονομάζεται όγκος. Οι δύο κατηγορίες όγκων είναι οι καλοήθεις και οι κακοήθεις. Διαχωρίζονται σε κατηγορίες ανάλογα τη βιολογική τους συμπεριφορά και τον ιστολογικό τύπο. Τα κακοήθη νεοπλασματικά κύτταρα έχουν διαφέρουν από τα φυσιολογικά, στην μορφή και τη λειτουργία (Χαράτση & Γιωτάκη, 2010).

Κάποια σημαντικά χαρακτηριστικά κακοήθη νεοπλασματικών κυττάρων είναι:

- Έχουν μεγαλύτερο χρόνο ζωής συγκριτικά με τα φυσιολογικά κύτταρα.
- Διαιρούνται και πολλαπλασιάζονται συνέχεια. Αυτή η κατάσταση δεν αναστέλλεται ακόμη κι αν δεν υπάρχει πλέον χώρος.
- Η μορφολογία τους είναι διαφορετική από το μητρικό κύτταρο, γίνεται μεταλλαγή των γονιδίων (DNA) του φυσιολογικού κυττάρου. Έστω και ένα κύτταρο εάν μεταλλαχτεί αρκεί για να ξεκινήσει το καρκίνος.
- Έχουν μεγαλύτερο πυρήνα συγκριτικά το κυτταρόπλασμα τους.
- Δεν εκτελούν καμία χρήσιμη λειτουργία.
- Η σύνδεση μεταξύ τους είναι χαλαρή, έτσι ώστε να κάνουν πολύ εύκολα μετάσταση, να διηθούν και να καταστρέφουν τους γύρω ιστούς.
- Αυτή η κατάσταση είναι και η κύρια αιτία θανάτου σε καρκινοπαθή άτομα.

- Έχουν λιγότερο ή περισσότερο αριθμό χρωμοσωμάτων είναι δηλαδή ανευπλοειδικά (Χαλκίδου, 2016).

Ποιότητα ζωής : Ο Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας (WHO) ορίζει σαν ποιότητα ζωής «την υποκειμενική αίσθηση του καθένα για τη θέση του στη ζωή σε συνάφεια με τον πολιτισμό και το σύστημα αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντα του. Αποτελεί μια κατάσταση με ευρεία διακύμανση που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις με προέχουσες μορφές του περιβάλλοντος του». Ο ορισμός αυτός εκφράζει την άποψη ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε μια υποκειμενική εκτίμηση, η οποία υπάρχει σε ένα πολιτισμικό, κοινωνικό και περιβαλλοντολογικό σύνολο. Με αυτή τη θεωρία η ποιότητα ζωής δεν μπορεί απλά να πραγματευτεί με όρους όπως «κατάσταση της υγείας», «τρόπος ζωής», «ικανοποίηση από την ζωή», «ψυχολογική κατάσταση» ή «καλή κατάσταση». Περισσότερο αποτελεί μια πολυπαραγοντική ιδέα, που συνοψίζει την άποψη του καθένα για αυτές, ή και άλλες πλευρές της ζωής. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια αυτά χρησιμοποιούνται στην ιατρική πράξη, στην έρευνα και στο σχεδιασμό της υγειονομικής πολιτικής. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής είναι σημαντική για την αξιολόγηση της θεραπείας. Για παράδειγμα, η χημειοθεραπεία, σε ορισμένες περιπτώσεις καρκίνου, μπορεί να επιμηκύνει την ζωή, αλλά μπορεί να έχει σημαντικά αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής. Οι αλλαγές που μπορεί να παρατηρηθούν στην ποιότητα ζωής στην πορεία της θεραπείας, αλλά και μετά από αυτήν, δίνουν την πλήρη εικόνα της αποτελεσματικότητας της. (Ναλμπαντιάν & Ζαρούχη ,2008).

Θεραπεία: Ορίζεται ως το σύνολο των μέσων που χρησιμοποιεί η ιατρική επιστήμη για να καταπολεμήσει μια ασθένεια ή για να διορθώσει μια ανωμαλία στο σώμα ενός ανθρώπου.

Οι βασικές θεραπείες για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η αφαίρεση των όγκων με χειρουργική επέμβαση και ακολούθως ακτινοθεραπεία ή/και διάφορα σχήματα χημειοθεραπείας, πάντα ανάλογα με το στάδιο της νόσου και το είδος του όγκου. Ωστόσο οι έντονες παρενέργειες που προκαλεί η μη στοχευμένη δράση καθώς και η αντίσταση που εμφανίζουν πολύ συχνά τα καρκινικά κύτταρα στις θεραπείες αυτές (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία), δημιουργούν μεγάλη ανάγκη εφαρμογής διαφορετικής, αποτελεσματικής θεραπείας που θα δρα στοχευμένα και επιλεκτικά μόνο στα κύτταρα του όγκου (Molnar et. Al. 2009; Παντοπικού, 2014).

Ανάγκη : Ορίζεται αυτό που επιβάλλεται από τη φύση των πραγμάτων, οτιδήποτε δεν μπορεί κανείς να αποφύγει. Το Medical Research Council ορίζει ως «ανάγκη» την κατάσταση εκείνη όπου «η λειτουργικότητα ενός ασθενή σημειώνει πτώση ή απειλείται να πέσει κάτω από κάποιο κατώτατο διευκρινισμένο επίπεδο και υπάρχει θεραπεύσιμη αιτία». Αυτός ο ορισμός λαμβάνει υπόψη την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας

φροντίδας και υπονοεί ότι μια ανάγκη ικανοποιείται μετά από αποτελεσματική παρέμβαση (Κοτσαγιώργη & Λυμπέρη, 2015).

Η εκτίμηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο αποτελεί σύνθετη αναζήτηση, η οποία διερευνά την ποιότητα ζωής τους παράλληλα με την παρεχόμενη φροντίδα. Εκτίμηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο είναι σημαντική, επειδή:

- Πρώτον, επιτρέπει την άμεση αξιολόγηση των αναγκών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς,
- δεύτερον, επιτρέπει την αναγνώριση του μεγέθους των αναγκών με συνέπεια την ιεράρχηση αυτών και

- τρίτον, ξεχωρίζει τις ομάδες υψηλού κινδύνου βοηθώντας στην πρόληψη διαμέσου της κατάλληλης και έγκαιρης παρέμβασης. Η εκτίμηση των αναγκών έχει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία και την πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο.

Απώτερος στόχος είναι η απόκτηση πληροφόρησης, με σκοπό την αρωγή στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, την παροχή στήριξης των ασθενών και τη μείωση της νοσηρότητας (Πολυκανδριώτη και συν.,2010).

Κεφάλαιο 2

Μαστός

2.1.Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, εκτείνεται από τη 2^η μέχρι την 6^η πλευρά και από το έξω στερνικό χείλος μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Ωστόσο, ο μαστικός αδενικός ιστός μπορεί να έχει μεγαλύτερη έκταση με αποτέλεσμα, σαν χειρουργικά ανατομικά όρια (επίμαστεκτομής), να ορίζονται η μέση γραμμή, η κλείδα, η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και ο πλατύς ραχιαίος μυς. Στο έξω πλάγιο της μέσης μαζικής γραμμής και στο ύψος του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος υπάρχει η θηλή, η οποία περιβάλλεται από μια κυκλωτή ελαφρά υπερχρωσμένη περιοχή, τη θηλαία άλω. Το δέρμα της θηλής δεν περιέχει λίπος, τρίχες και σμηγματογόνους αδένες. Σμηγματογόνους αδένες έχει η περιφέρεια της άλω (αδένες Montgomery). Στη θηλή και στον χώρο κάτω από την άλω υπάρχουν πολλές λείες μυϊκές ίνες που κατανέμονται συγκεντρωτικά και ακτινωτά και καταλήγουν στη βάση του δέρματος της θηλής. Λειτουργούν ανορθωτικά, με απτικά ερεθίσματα, της θηλής ώστε να κενώνονται ευκολότερα οι εκφορητικοί πόροι. Ο πιο σκουρόχρωμος χρωματισμός της θηλής και της άλω οφείλεται και στο μεγαλύτερο ποσοστό χρωστικής και στην δημιουργία δερματικών θηλών, μέσω των οποίων εισέρχεται αίμα στην επιφάνεια.

Οι μαστικοί αδένες χαρακτηρίζονται από μια σειρά πόρων και αντίστοιχων εκκριτικών λοβίων. Αυτά προσθέτονται και σχηματίζουν 15 έως 20 γαλακτοφόρους πόρους, οι πόροι αυτοί εκβάλλουν ξεχωριστά ο καθένας στη θηλή. Οι πόροι και τα λόβια του μαστικού αδένος κατακλύζονται από ένα καλά ανεπτυγμένο στρώμα συνδετικού ιστού. Σε ορισμένα σημεία, το στρώμα αυτό γίνεται περισσότερο πυκνό και δημιουργεί ανεξάρτητους συνδέσμους, τους κρεμαστήρες συνδέσμους του μαστού, οι οποίοι συμφύονται με το χόριο του δέρματος και υποστηρίζουν το μαστό. Το καρκίνωμα του μαστού κάνει διάταση των συνδέσμων αυτών με συνέπεια τη ρυτίδωση του δέρματος (Στεργίου, 2020).

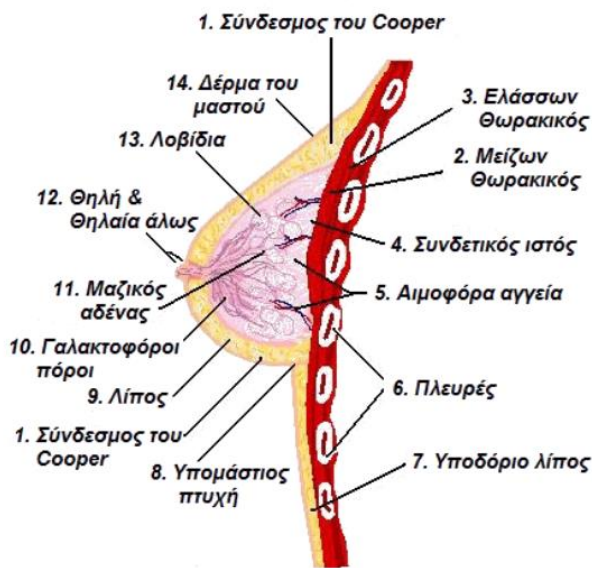
Σε υγιείς γυναίκες οι μαστοί είναι σχεδόν στο ίδιο μέγεθος και σχήμα. Το μέγεθος και το σχήμα διαφοροποιείται αναλόγως την ηλικία, την κληρονομικότητα και τη διατροφή της γυναίκας. Παρ' όλα αυτά το σχήμα δεν θα πρέπει να έχει συρρικνώσεις, εισολκές ή μάζες. Τα οιστρογόνα βοηθούν την αύξηση των μαστών προκαλώντας συγκεντρώσεις λιπώδους ιστού στους μαστούς, την ανάπτυξη του στηρικτικού ιστού (αύξηση του μεγέθους και της ελαστικότητας του) αλλά και την ανάπτυξη συστήματος πόρων. Τα οιστρογόνα αυξάνουν επίσης και την αγγείωση του μαζικού ιστού. Η αυξημένη έκκριση προγεστερόνης κατά την εφηβεία προκαλεί ωρίμανση του ιστού του μαζικού αδένος, κυρίως στα λοβίδια και τα λόβια. Στην ηλικία της εφηβείας η κατανομή του λίπους και η ανάπτυξη του ινώδους ιστού βοηθούν στην αύξηση του μεγέθους του αδένος.

Μελέτες έδειξαν πως σε όσες χρησιμοποιήθηκε υπερηχογραφική απεικόνιση για τη διερεύνηση της ανατομίας του μαζικού αδένος δείχνουν την ύπαρξη διαφοροποιήσεων σε σύγκριση με προηγούμενες περιγραφές. Στον μαζικό αδένος υπάρχουν από 15 έως 20, λοβούς που χωρίζονται σε λόβια. Τα δημιουργούνται από πολλά λοβίδια. Το λοβίδιο είναι ένας ακοειδής στο τέλος του συμπαγούς αδένος, το οποίο παροχετεύει διαμέσου ενός στενού αυλού ή ενός πόρου. Περιβάλλονται με επιθηλιακά κύτταρα, τα οποία εκκρίνουν το πύαρ και το γάλα. Στο κάτω μέρος από το επιθήλιο είναι το μύοεπιθήλιο (ή μυς) το οποίο συστέλλεται ώστε να αποβάλλει το γάλα από τα λοβίδια.

Οι πόροι από τη συνάθροιση των λοβιδίων που κάνουν τα λόβια συγχωνεύουν και σχηματίζουν μεγαλύτερους πόρους στους οποίους παροχετεύουν οι λοβοί. Οι μεγαλύτεροι πόροι φτάνουν ως τη θηλή του μαστού, η οποία συγκλείεται από τη θηλαία άλω. Η ανατομία των πόρων είναι πανομοιότυπη για κάθε μαστό όμως έχει διαφορές σε κάθε γυναίκα. Ένας λιπώδης ιστός προστατεύει και περιβάλλει τις αδενικές δομές και τους πόρους. Οι σύνδεσμοι του Cooper ή οι ινώδεις κρεμαστήρες σύνδεσμοι, χωρίζουν και στηρίζουν τις αδενικές δομές και πόρους. Οι σύνδεσμοι του Cooper παρέχουν υποστήριξη στους μαζικούς αδένες ενώ παράλληλα επιτρέπουν την κινητικότητα τους στο θωρακικό τοίχωμα. Η στρόγγυλη θηλή είναι συνήθως ελαφρώς ανυψωμένη πάνω στο μαστό. Φυσιολογικά σε κάθε γυναίκα, στον μαστό η θηλή τείνει ελαφρώς προς τα επάνω και πλάγια. Αποτελείται από τέσσερα έως είκοσι στόμια γαλακτοφόρων πόρων. Η θηλή περικυκλώνεται από ινομιώδη ιστό και την καλύπτει ένα στρώμα από δέρμα με πτυχώσεις (τη θηλαία άλω). Εκτός από το διάστημα κύησης και θηλασμού συνήθως δεν υπάρχει έκκριση.

Η θηλή και η περιβάλλουσα θηλαία άλως είναι συνήθως πιο σκουρόχρωμες σε σύγκριση με το δέρμα του μαστού. Λόγω κάποιων σμηγματογόνων αδενών, οι οποίοι ονομάζονται φυμάτια του Montgomery και βρίσκονται κάτω από το δέρμα, η άλως οφείλει τη τραχεία εμφάνιση της. Οι αδένες του Montgomery εκκρίνουν μία λιπαρή ουσία, από την οποία λιπαίνεται η θηλή. Ο μαζικός αδένος έχει πλούσια αγγείωση. Ο μαστός καλύπτεται από δέρμα στο οποίο περιέχεται ένα επιφανειακό δίκτυο από λεμφαδένες, οι οποίοι καλύπτουν όλο το θωρακικό τοίχωμα και εκτίνονται στο επιφανειακό λεμφαδενικό δίκτυο του λαιμού και της κοιλιάς. Στα πιο βαθιά στρώματα των μαστών, σχηματίζεται εξίσου ένα πλούσιο λεμφαδενικό σύστημα. Το πρωταρχικό εν τω βάθου λεμφαδενικό δίκτυο παροχετεύεται πλάγια προς τη μασχάλη. Κατά την αναπαραγωγική ηλικία μεταβάλλεται το μέγεθος και ο αριθμός των οζιδίων που περιέχουν οι μαστοί γεγονός που είναι αποτέλεσμα των αλλαγών του ωοθηκικού κύκλου. Τα αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης που υπάρχουν συνήθως τρεις έως τέσσερις ημέρες πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσης προκαλούν αύξηση των αγγείων των μαστών με αποτέλεσμα την μεγέθυνση των πόρων, των λοβιδίων και την κατακράτηση ούρων.

Συνεπώς σχηματίζεται οίδημα στους μαστούς, ευαισθησία και δυσφορία, τα οποία είναι συμπτώματα συνηθισμένα λίγο πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσης. Όταν ολοκληρωθεί η έμμηνη ρήση, η κυτταρική υπερπλασία υποστρέφει, το μέγεθος των λοβιδίων επανέρχεται και τα υγρά που είχαν κατακρατηθεί αποβάλλονται. Περνώντας ο καιρός μετά από επανάληψη ορμονικής διέγερσης ίσως αναπτυχθούν σημεία με μικρά οζίδια κατά την έμμηνη ρύση, που οι μαστοί είναι πιο ενεργοί. Τα φυσιολογικά επίπεδα στο μέγεθος και τη δραστηριότητα του μαστού επανέρχονται περίπου πέντε με επτά ημέρες μετά την έναρξη της έμμηνου ρύσης. Γι' αυτό τον λόγο η αυτοεξέταση του μαστού (BSE) είναι καλύτερο να γίνεται κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης. (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).



Καρκίνος του μαστού

2.2. Καρκίνος του μαστού ορίζεται η δημιουργία κακοήθης όγκου στην περιοχή του μαστού.

Αποτελεί την πιο συχνή παρουσιαζόμενη μορφή καρκίνου παγκοσμίως, κυρίως στον γυναικείο πληθυσμό και ιδιαιτέρως στον δυτικό κόσμο. Είναι η συχνότερη αιτία θανάτου για γυναίκες από την Ευρώπη καθώς και για καρκινοπαθείς. Τον προκαλεί ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός παθολογικών κυττάρων που με τη σειρά τους προκαλούν τη δημιουργία κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού, επομένως στην ουσία είναι μία κυτταρική νόσος. Η βάση του σώματος αποτελείται από κύτταρα, όργανα και ιστοί είναι σχηματισμένοι από διάφορους τύπους κυττάρων. Για την διατήρηση της υγείας του σώματος απαιτείται η δημιουργία και ανανέωση των κυττάρων και περίπου όλα τα κύτταρα αντικαθιστούνται σε φυσιολογικά διαστήματα. Τα υγιείς κύτταρα διαιρούνται και πεθαίνουν υπό τον έλεγχο των γονιδίων. Όταν αλλάξει (μετάλλαξη) κάποιο από τα γονίδια τα οποία ελέγχουν την ανάπτυξη, το κύτταρο αρρωσταίνει και γίνεται νεόπλασμα. Στο μικροσκόπιο φαίνονται αυτές οι αλλαγές ως ανωμαλία του κυττάρου. Τα κύτταρα συμπεριφέρονται διαφορετικά αλλάζοντας σχήμα. Η αναπαραγωγή είναι συνεχόμενη και διαιρούνται προκειμένου να γεννηθούν περισσότερα καρκινικά κύτταρα. Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι έχουν αργή αναπαραγωγή, δεν μετακινούνται σε άλλα μέρη του σώματος και έτσι δεν είναι απειλητικοί για την ζωή.

Οι κακοήθεις όγκοι είναι απειλητικοί. Η γρήγορη ανάπτυξη και εξάπλωση των κυττάρων σε άλλα σημεία του σώματος μπορούν να προκαλέσουν δευτερογενούς όγκους (μεταστατικοί όγκοι). Ο καρκίνος έχει κάποια χαρακτηριστικά που ορίζονται από την γενική συμπτωματολογία και κάθε μορφή του ορίζεται από την ειδική συμπτωματολογία. Τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις μορφές καρκίνου του μαστού, η φυσιολογία και έκταση των οποίων διαφέρει, είναι τα εξής :

- Εξόγκωμα, ογκίδιο ή σκλήρυνση στην ευρύτερη περιοχή του μαστού και/ή της μασχάλης.
- Υγρό και αίμα εκκρίνεται από τη θηλή. Αυξάνεται ο όγκος των λεμφαδένων της μασχάλης.

- Το δέρμα ή η θηλή έλκονται προς το εσωτερικό του μαστού (εισολκή δέρματος)
- Αλλοιώνεται το δέρμα (εικόνα φλοιού πορτοκαλιού).
- Αίσθημα καύσους ,ευαισθησία και ερυθρότητα ή πόνοι στο στήθος.

Τα αρχικά στάδια του καρκίνου του μαστού είναι συμπτωματικά. Αργότερα ίσως γίνει αντιληπτό κάποιο ψηλαφητό μόνρφωμα κάποια διαφορά στο χρώμα του δέρματος εισολκή ή κάποιο έκκριμα. Σε περίπτωση που δεν δοθεί η κατάλληλη σημασία στα συμπτώματα αυτά η γυναίκα κινδυνεύει να εμφανίσει άλλα συμπτώματα προχωρημένης νόσου, όπως είναι ο θερμός και ερυθρός μαστός (φλεγμονώδης καρκίνος), πόνος στα κόκαλα και μεγάλη διόγκωση. (Αγγελάκη & Ζαφειροπούλου, 2016).

Σε ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν συμπτώματα ο πιο σύνηθες τρόπος να το ανακαλύψουν είναι η μαστογραφία. Η εξέλιξη της νόσου είναι ταχεία και έχει μεγάλη ποικιλία μορφών. Ακόμα και μετά το πέρασμα των δέκα χρόνων από την αφαίρεση του όγκου υπάρχει πιθανότητα μετάστασης. Τα καρκινικά κύτταρα κινούνται προς τη λεμφική και την αιματική οδό έως την εστία της μετάστασης. Πρώτος στόχος είναι οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Για την πρόγνωση της νόσου έχει μεγάλη σημασία ο αριθμός των προσβεβλημένων λεμφαδένων. Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση.

Οι συχνότερες περιοχές που κάνει μετάσταση ο καρκίνος του μαστού είναι τα ο πνεύμονες τα οστά το ήπαρ και ο εγκέφαλος. Φυσιολογικά στα επιθηλιακά κύτταρα του μαζικού αδένα υπάρχουν υποδοχείς για τα οιστρογόνα και τη προγεστερόνη. Αυτοί οι υποδοχείς υπάρχουν και στα κύτταρα του καρκίνου του μαστού και στα νεοπλασματικά αλλά και στα κύτταρα των μεταστάσεων. Οι όγκοι οι οποίοι έχουν αυτούς τους υποδοχείς έχουν καλύτερη πρόγνωση γιατί η εξέλιξη είναι πιο αργή και ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία. Επομένως ο ορισμός των ορμονικών υποδοχέων αποτελεί απαραίτητη ενέργεια για κάθε ασθενή με καρκίνο του μαστού (Μπλόκου, 2016).



Τύποι και ταξινόμηση σταδιοποίησης καρκίνου του μαστού

2.3. Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι καρκίνου του μαστού ,από τους οποίους ορίζεται η επιθετικότητα και η πιθανότητα εξάπλωσης τους σε άλλα μέρη του σώματος (μετάσταση). Κακοήθεις όγκοι είναι κατά κύριο λόγο επιθηλιακοί, δηλαδή αδenoκαρκινώματα, και πιο σπάνια μη επιθηλιακοί, δηλαδή σαρκώματα, μελανώματα κλπ. (Γώγου& Συρίγου, 2014).

Οι συχνότεροι τύποι καρκίνου του μαστού είναι:

- Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα(DCIS) : Αυτός ο τύπος καρκίνου λέγεται διηθητικός, είναι περιορισμένος και δεν μπορεί να κάνει μετάσταση σε άλλα σημεία του σώματος. Περιορίζεται στους γαλακτοπαραγωγικούς αδένες του μαστού.
- Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα(IDC): Σε αυτό τον τύπο ο καρκίνος βρίσκεται σε έναν πόρο του οποίου διασπά τα τοιχώματα και εισέρχεται στον λιπώδη ιστό του μαστού. Από αυτό το σημείο του είναι εύκολο να απλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος διαμέσου της λεμφικής παροχέτευσης ή τα αιμοφόρα αγγεία. Είναι ο πιο συχνός καρκίνος του μαστού με ποσοστά που κυμαίνονται στο 70%-80%.
- Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα: Αφού τα κύτταρα έχουν διασπάσει το τοίχωμα των λοβιδίων μπορεί να γίνει μετάσταση σε άλλα σημεία του σώματος μέσω της λεμφικής παροχέτευσης και της κυκλοφορίας του αίματος. Αυτός ο τύπος διηθητικών καρκίνων είναι σπανιότερο με ποσοστό εμφάνισης που κυμαίνεται στο 10%-15%.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι μια τυποποιημένη διαδικασία από την οποία κρίνεται η θεραπευτική αντιμετώπιση και η πρόγνωση της νόσου. Ορίζεται ο βαθμός διασποράς και περιγράφεται ο καρκίνος με γενικότερους όρους.

Στάδιο 1: Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό χωρίς προσβολή των επιχώριων ιστών και λεμφαδένων. 60%-90% πενταετής επιβίωση.

Στάδιο2: Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό με προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων που έχουν μείζονα διάμετρο μικρότερη από 2,5 εκ.. 30%- 50% πενταετής επιβίωση.

Στάδιο 3: Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό και συμφύεται με τους γύρω ιστούς και που έχει μασχαλιαίους διαμέτρου πάνω από 2,5 εκ..

Στάδιο 4: Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό, εκτεταμένος, με εκτεταμένη μασχαλιαία και με απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η πρόγνωση είναι απογοητευτική.
(Παπαδέα, Σιρανίδου& Στουραϊτή ,2015; Μαρκόπουλος, 2005; Ανθούλη & Κανέλλος, 2001).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Επιτροπή Σταδιοποίησης Καρκίνου (ACS 2005) η πιο αποδεκτή σταδιοποίηση για τον καρκίνο του μαστού είναι η Tumor-Nodes-Metastasis (TNM). Με αυτό το σύστημα κάθε όγκος χαρακτηρίζεται από έναν κωδικό που αποτελείται από ένα γράμμα και έναν αριθμό. Το γράμμα και ο αριθμός περιγράφουν το μέγεθος του όγκου, εάν έχουν προσβληθεί οι λεμφαδένες και την πιθανότητα μεταστάσεων σε άλλη περιοχή του σώματος.

T: προέρχεται από τη λέξη Tumor που σημαίνει όγκος. Συνοδεύεται από τους αριθμούς 0-4, περιγράφοντας το μέγεθος και τη διασπορά του όγκου στα όρια του μαστού ή τα παρακείμενα όργανα.

N: προέρχεται από τη λέξη Nodes που σημαίνει λεμφαδένες. Συνοδεύεται από τους αριθμούς 0-3, περιγράφοντας τον αριθμό και είδος των λεμφαδένων που περιπλέκονται.

M: προέρχεται από τη λέξη Metastasis που σημαίνει μετάσταση. Συνοδεύεται από τους αριθμούς 0-1, περιγράφοντας τη διασπορά του καρκίνου με απομακρυσμένα όργανα π.χ. οστά, πνεύμονες.
(Φύσσας, 2006 ;Πρεσβέλου & Σταμούλη, 2014)

| Μέγεθος του όγκου (T) | |
|--|---|
| Tx | Η πρωτοπαθής εστία δεν μπορεί να εκτιμηθεί |
| T0 | Χωρίς ενδείξεις πρωτοπαθούς εστίας |
| Tis | Καρκίνωμα <i>in situ</i> ή νόσος του Paget χωρίς μάζα στο μαστό |
| T1 | Όγκος διαμέτρου μικρότερης των 2 cm |
| T2 | Όγκος διαμέτρου μεταξύ 2 και 5 cm |
| T3 | Όγκος διαμέτρου μεγαλύτερης των 5 cm |
| T4 | Όγκος κάθε διαμέτρου που διηθεί το θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα ή και παρουσία φλεγμονώδους καρκινώματος |
| Σημ: Η εισολκή του δέρματος ή της θηλής χωρίς απευθείας διήθηση τους από τον όγκο μπορούν να συνοδεύουν τους όγκους T1, T2 και T3 χωρίς να αλλάζουν το στάδιο. | |
| Περιοχικοί λεμφαδένες (N) | |
| Nx | Οι περιοχικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν |
| N0 | Χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις |
| N1 | Μετάσταση σε λεμφαδένες κινητούς και διακριτούς μεταξύ τους |
| N2 | Μετάσταση σε λεμφαδένες που συμφύονται μεταξύ τους |
| N3 | Μετάσταση στα έσω μαστικά λεμφογάγγλια |
| Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M) | |
| Mx | Οι μεταστάσεις δεν μπορούν να εκτιμηθούν |
| M0 | Χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις |
| M1 | Με απομακρυσμένες μεταστάσεις |

Σημ: Στις απομακρυσμένες μεταστάσεις περιλαμβάνονται μεταστάσεις στους ομόπλευρους υπερκλειδίους λεμφαδένες ή στους ετερόπλευρους μασχαλιαίους.

Η επιμέρους αυτή ταξινόμηση οδηγεί στη σταδιοποίηση ως ακολούθως:

| | | | |
|-------------------|----------|--------------------|-------------------|
| Στάδιο 0 | TisN0 M0 | Στάδιο IIIα | T0 N2 M0 |
| Στάδιο I | T1 N0 M0 | | T1 N2 M0 |
| Στάδιο IIα | T0 N1 M0 | | T2 N2 M0 |
| | T1 N1 M0 | | T3 N1 M0 |
| | T2 N0 M0 | | T3 N2 M0 |
| Στάδιο IIβ | T2 N1 M0 | Στάδιο IIIβ | T4 κάθε N M0 |
| | T3 N0 M0 | | κάθε T N3 M0 |
| | | Στάδιο IV | κάθε Tα κάθε N M1 |

(Αλμυρούδη, 2020)

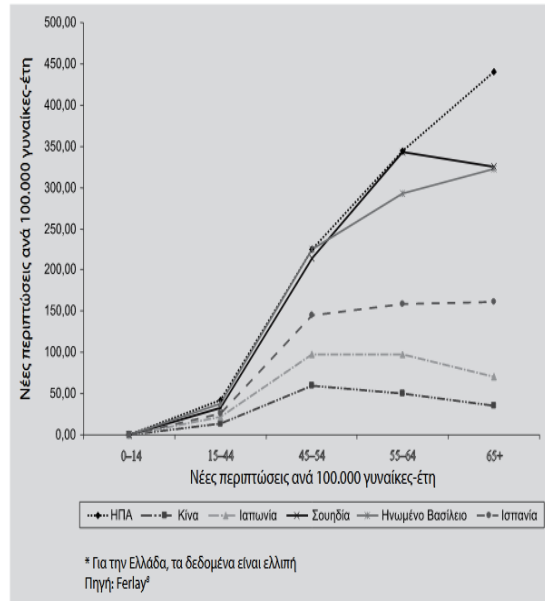
Το στάδιο που βρίσκεται ο καρκίνος είναι από τα βασικότερα κριτήρια πρόγνωσης της νόσου. Γενικότερα όσο πιο πρώιμο είναι το στάδιο που βρίσκεται ο καρκίνος τόσο πιο θετική είναι η πρόγνωση για την υγεία της ασθενούς. Εξίσου σημαντικό όμως ρόλο έχει και το μέγεθος του όγκου. Αν είναι μεγαλύτερο από 2 εκ. τότε η πρόγνωση είναι κακή. Εάν έχει γίνει διήθηση των λεμφαδένων μπορεί να μειωθεί η πενταετής επιβίωση από 80% σε 60%. Ένα άλλο κριτήριο πρόγνωσης του καρκίνου του μαστού είναι η αιματολογική διασπορά, εάν έχει κάνει μετάσταση δηλαδή σε άλλα όργανα, γεγονός που καθιστά την πρόγνωση εξαιρετικά κακή και η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται στο 10% των περιπτώσεων. Τέλος ο βαθμός κακοήθειας του καρκίνου, ο οποίος ορίζεται σε ιστολογικό επίπεδο παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο για την πρόγνωση και την εξέλιξη του καρκίνου.

(Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία 2006; Πρεσβέλου & Σταμούλη, 2014).

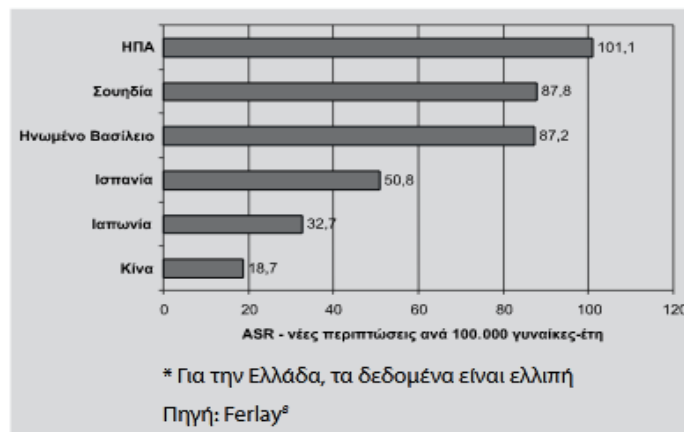
Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

2.4.Ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων. Το 2000, εμφανίστηκαν περίπου 1.500.000 νέοι διαγνωσθείσες περιπτώσεις παγκοσμίως. γενικά, ο καρκίνος του μαστού ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες. Το σχήμα της καμπύλης της κατά ηλικία επίπτωσης είναι γενικά παρόμοιο μεταξύ των χωρών, αλλά με μεγάλες διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο επίπτωσης (εικόνα 1). Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία (σπάνια εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας <40 ετών), αλλά ο ρυθμός αύξησης μειώνεται μετά από την εμμηνόπαυση, γεγονός που ενισχύει το ρόλο των αναπαραγωγικών ορμονών στην αιτιολογία της νόσου.

Η νόσος είναι πολύ συχνότερη στο δυτικό κόσμο σε σχέση με την Κίνα ή την Ιαπωνία (εικόνα2). Έρευνες μεταναστών, στις οποίες οι μεταβολές στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού εκτιμώνται σε γυναίκες που μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού σε χώρες υψηλού κινδύνου, καταδεικνύουν ότι η επίπτωση εξομοιώνεται με την αντίστοιχη της χώρας υποδοχής, συνήθως δύο γενιές αργότερα, αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι διεθνείς διαφοροποιήσεις στους δείκτες του καρκίνου του μαστού οφείλονται, σε μεγάλο μέρος, σε διαφοροποιήσεις του μακρο και μικροπεριβάλλοντος και όχι σε γενετικούς παράγοντες (Λάγιου, 2015).



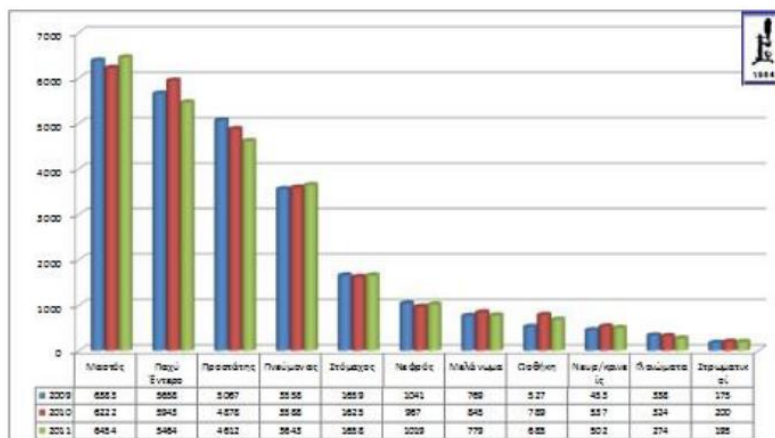
Εικόνα 1. Κατά ηλικία δείκτες επίπτωσης καρκίνου μαστού.



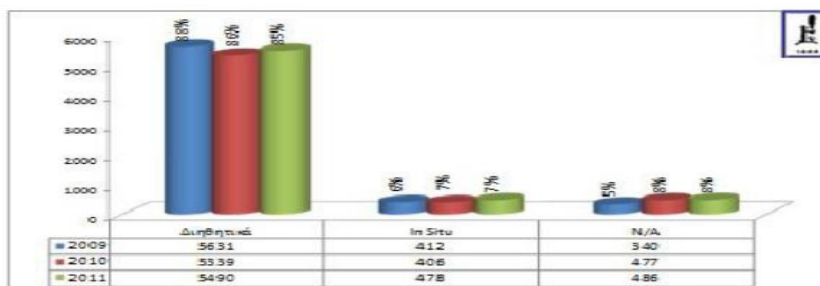
Εικόνα 2. Προτυπωμένοι κατά ηλικία (ASR-στον παγκόσμιο πληθυσμό) δείκτες επίπτωσης καρκίνου του μαστού.

Σύμφωνα, με τον World Health Organization (WHO), ο καρκίνος του μαστού κατατάσσεται ως η πέμπτη αιτία θανάτου από καρκίνο συνολικά (458.000 θάνατοι), αλλά εξακολουθεί να είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στον γυναικείο πληθυσμό, τόσο στις αναπτυσσόμενες (269.000 θάνατοι, 12,7 % του συνόλου) όσο και στις αναπτυγμένες χώρες, όπου οι εκτιμώμενοι 189.000 θάνατοι είναι σχεδόν ίσοι με τον εκτιμώμενο αριθμό των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα (188.000 θάνατοι). Παγκοσμίως, το 2008 είχαμε 1,38 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού με 458.000 θανάτους.

Παρατηρείται σπάνια στους άνδρες με περίπου 100 φορές μικρότερη συχνότητα σε σχέση με τις γυναίκες αλλά με ίδια ποσοστά επιβίωσης. Στην Ελλάδα έχουμε ακριβή στοιχεία, για τα περισσότερα είδη καρκίνου συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του μαστού, από το 2009 έως και το 2011 καθώς αναπτύχθηκε το αρχείο νεοπλασιών της Ελληνικής Εταιρείας Παθολογικής Ανατομικής.



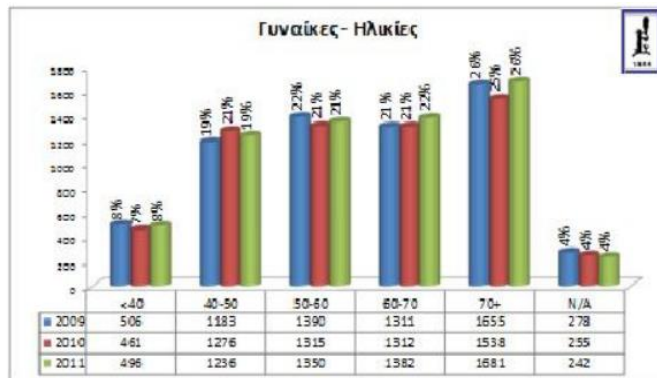
Σχήμα 1.2: Τα πιο συχνά νεοπλάσματα στην Ελλάδα το διάστημα 2009-2011.



Σχήμα 1.4: Είδη καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα 2009-2011.

Το 2011 υπήρξαν 64 περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού σε σχέση με το 2009 που άρχισε η καταγραφή των νεοπλασιών από την εταιρεία. Στο σχήμα 1.4 φαίνονται τα είδη των καρκίνων μαστού που διαγνώστηκαν στην Ελλάδα το διάστημα 2009-2011 και στο σχήμα 1.5 οι ηλικίες εμφάνισης του το ίδιο διάστημα.

Στην Ελλάδα, από πλευράς συχνότητας ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση ακολουθούμενος από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Κάθε χρόνο περίπου 2.000 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και έχει υπολογιστεί πως, 1 στις 10 Ελληνίδες εμφανίζει τη νόσο κατά την διάρκεια της ζωής της. Υπολογίζεται ακόμα ότι 1.000 γυναίκες πεθαίνουν το χρόνο από την πάθηση και 1.500 νέες περιπτώσεις παρουσιάζονται κάθε έτος. Ο καρκίνος του μαστού παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες (99%) και σπανιότατα σε άνδρες (1%) όταν πάσχουν από γυναικομαστία. Τέλος αναμένεται ότι η συχνότητα θα αυξηθεί κατά τα επόμενα 15 χρόνια, εάν δεν υπάρξουν οι κατάλληλες στρατηγικές για την καταπολέμηση, που να περιλαμβάνουν αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης και θεραπείας (Σικαλιάς, 2015).



Σχήμα 1.5: Ηλικίες εμφάνισης γυναικείου καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα 2009-2011.

Πρόληψη

2.5. Στην ουσία οι καρκίνοι του μαστού είναι όλοι αδενοκαρκινώματα. Τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου αποτελούνται από την εμφάνιση ενός ογκιδίου (συνήθως μη επώδυνου). Κάθε αλλαγή, όμως στο σχήμα την υφή του μαστού ή της θηλής θα πρέπει να διερευνάτε. Πλέον στις ημέρες μας, βέβαια, οι γυναίκες διαγιγνώσκονται προτού εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα μέσω της μαστογραφία, έτσι μειώνεται το ποσοστό των περιπτώσεων όπου ο καρκίνος θα εξαπλωθεί σε επιχώριους λεμφαδένες, περιορίζεται ακόμα και η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων, τα οποία θα ήταν ο λόγος που θα οδηγούσαν τη γυναίκα στο γιατρό και στη διάγνωση. Πρέπει να σημειωθεί πως μεγάλο ρόλο στην πρώιμη ανίχνευση οφείλεται στη πρακτική αυτοελέγχου του μαστού από τις ίδιες τις γυναίκες. Σε γυναίκες άνω των πενήντα ετών οι ειδικοί συνιστούν ετήσιους κλινικούς ελέγχους και μαστογραφία, σε ειδικές περιπτώσεις συνιστάται και σε νεότερες ηλικίες.

Η παθολογοανατομική επιβεβαίωση, όταν υπάρχει υποψία για καρκίνο του μαστού στη βάση κλινικής εξέτασης ή μαστογραφίας, είναι απαραίτητη πριν ξεκινήσει οποιαδήποτε θεραπεία. Η πρόγνωση της νόσου έχει πενταετή τεκμαρτή που ακουμπάει το 70% παρ' όλο που στις υγειονομικά ανεπτυγμένες χώρες μία στις δέκα γυναίκες προσβάλλεται από καρκίνο του μαστού. Με πρώιμη μαστογραφική διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία μπορεί να υπάρξει μείωση θνησιμότητας έως και 25%, σύμφωνα με τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες παρέμβασης. Παρά τις αυξημένες επιπτώσεις της νόσου υπάρχει βελτίωση στη πρόγνωση, οι θάνατοι που οφείλονται στον καρκίνο του μαστού έχουν παραμείνει σχεδόν σταθεροί σε πολλούς πληθυσμούς. Στις ΗΠΑ και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες ο καρκίνος του μαστού εδώ και μία δεκαετία φαίνεται να έχει ελαφρά πτωτική τάση (Λάγιου, 2015).

Πρωτογενής πρόληψη θεωρείται η εφαρμογή μέτρων που μετριάζουν την εμφάνιση ή αναστέλλουν τις συνέπειες από την έκθεση του ατόμου σε παράγοντες αυξημένους στο κίνδυνο εμφάνισης νόσου. Σε περίπτωση ύπαρξης καρκίνου, οι επιβλαβείς αυτοί παράγοντες είτε δίνουν το ερέθισμα για έναρξη είτε συμβάλλουν αργότερα στη διαδικασία της καρκινογένεσης. Επιδημιολογικές μελέτες κάνουν τον συσχετισμό τους με τον καρκίνο του μαστού χωρίς να υπάρχει αποδεδειγμένη σχέση αιτιού-

αποτελέσματος. Τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης πέρα από τον πρωταρχικό τους στόχο, θα πρέπει να συμβάλλουν και στην γενική βελτίωση της υγείας και ποιότητας ζωής του ατόμου.

Δευτερογενείς πρόληψη ονομάζεται η εκτέλεση μέτρων από υγειονομικούς φορείς οι οποίοι είτε κάνουν πρώιμη διάγνωση προκαρκινικών καταστάσεων είτε του καρκίνου σε αρχικό στάδιο. Έχει ονομαστεί και ως «μαζικός συμπτωματικός πληθυσμιακός έλεγχος» και ως «προληπτικός έλεγχος» ή και ως « screening ».

Η έγκαιρη πρόληψη του καρκίνου του μαστού ωφελεί και στη μείωση της θνησιμότητας αλλά και επιτρέπει την εφαρμογή πιο ανώδυνων θεραπειών, με αποτέλεσμα τη μείωση της νοσηρότητας και καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Τριτογενής πρόληψη είναι η πρόληψη, πρόγνωση και έγκαιρη αναγνώριση υποτροπών της νόσου αφού έχει γίνει η διάγνωση και η θεραπεία, στα πλαίσια της παρακολούθησης (follow- up).

Οι τρόποι πρωτογενούς πρόληψης είναι οι παρακάτω:

- Αλλαγή συνηθειών στη καθημερινότητα οι οποίοι δυνητικά μπορεί να είναι επιβαρυντικοί. (άσκηση, αποφυγή παχυσαρκίας, αποφυγή ακτινοβολίας, αποφυγή μακροχρόνιας χρήσης οιστρογόνων). Μελέτες έχουν δείξει ότι η αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, ψαριών, καθώς επίσης και η πρόσληψη μόνο ακόρεστων (ελαιόλαδο) και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, βιταμίνης D, ασβεστίου και φυτοοιστρογόνων, συσχετίζεται με μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Επιπρόσθετα, η αυξημένη κατανάλωση κρέατος, πουλερικών και η πρόσληψη κορεσμένου ζωικού λίπους έχουν πιθανή αιτιολογική σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Επιπλέον γίνεται συσχέτιση με παθήσεις που οφείλονται σε ανθυγιεινή διατροφή όπως διαβήτης, παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

Η σωματική άσκηση ακόμα και αν δεν είναι έντονη ή μέτριας μορφής συμβάλλει επίσης στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Δραστηριότητες μέτριας έντασης είναι το ποδήλατο, το κολύμπι, το περπάτημα, γυναίκες που περπατάνε 1.30 έως 2.30 ώρες κάθε βδομάδα δείχνει να ωφελούνται με ένα ποσοστό γύρω στο 20% για μείωση εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Το περπάτημα ωφελεί ακόμα τις γυναίκες που ακολουθούν ορμονική θεραπεία αντικατάστασης. Οι γυναίκες αυτές έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του (Παντωτή, 2015).

- Φαρμακευτική προφύλαξη (χορήγηση ταμοξιφαίνης).

Η ταμοξιφαίνη, είναι ένα φάρμακο το οποίο χρησιμοποιείται κυρίως ως επικουρική θεραπεία για καρκίνο του μαστού μετά από χειρουργική εκτομή. Χρησιμοποιείται για προληπτικούς λόγους σ γυναίκες υψηλού κινδύνου μ κληρονομικό καρκίνο και έχει γίνει μείωση της εμφάνισης του καρκίνου κατά 50%. Δεν χορηγείται προληπτικά στον πληθυσμό διότι προκαλεί εμμηνόπαυση, μπορεί να έχει παρενέργειες και να προκαλέσει κακό αντί για καλό.

- Χειρουργική προφύλαξη (μαστεκτομή).

Ο όρος χειρουργική προφύλαξη αναφέρεται στην προφυλακτική μαστεκτομή με ή χωρίς πλαστική αποκατάσταση των μαστών. Επιλέγεται συνήθως σε ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου όπως για παράδειγμα γυναίκες με ανίχνευση γονιδιακής μετάλλαξης BRCA1 και πολύ ισχυρό οικογενειακό ιστορικό. Εφόσον η μαστεκτομή εφαρμοστεί από ειδικά εκπαιδευμένους χειρουργούς, μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνου του μαστού κατά 90% στις γυναίκες υψηλού κινδύνου. Είναι αρκετά επιθετική επιλογή με αρκετές ψυχολογικές επιπτώσεις για τη γυναίκα και γι' αυτό θα πρέπει να αποτελεί

απόφαση της ίδιας, μετά από αρκετή προετοιμασία που περιλαμβάνει συστηματική ενημέρωση και ειδική ψυχολογική προετοιμασία.
(Βενέτη & Σπυροπούλου, 2017).

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι η προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης ενός καρκίνου σε αρχικό στάδιο, ώστε να επιτύχουμε ουσιαστική ή πρακτική ίαση από τη νόσο.

Τρόποι Δευτερογενούς πρόληψης είναι οι παρακάτω:

- **Αυτοεξέταση μαστών.**

Παρ' όλο που η αυτοεξέταση του μαστού δεν είναι η πιο ακριβής μέθοδος και η ευαισθησία είναι μικρή, βοηθά στην εξοικείωση των γυναικών με τον μαστό τους και τις ευαισθητοποιεί σημαντικά με τα νοσήματα του μαστού. Σύμφωνα με την Austoker, παρόλο που οι γυναίκες δε χρειάζεται πλέον να ανησυχούν για μια διαδικασία αυτοεξέτασης μαστού (ΑΕΜ), η σημασία του να συνεχίσουν να είναι ενήμερες για το μαστό τους και να αναφέρουν οποιαδήποτε ασυνήθιστη αλλαγή στον ιατρό τους έχει ιδιαίτερα μεγάλη σημασία.

Η ευαισθητοποίηση για το μαστό μπορεί να έχει επίδραση στη νοσηρότητα, όπως για παράδειγμα το μέγεθος του καρκίνου στην πρώτη εμφάνιση και η παρουσία μεταστάσεων θα καθορίσει πολλές επιλογές για τη θεραπεία της γυναίκας

(Πιτεράκη, Μαρνέρα, Μπουκάλα, & Γκεσούλη-Βολτυράκη, 2015).

Οδηγίες προς τις γυναίκες για αυτοφροντίδα

Αυτοεξέταση μαστού

Εάν επιλέξετε να κάνετε αυτοεξέταση μαστού η καλύτερη χρονική στιγμή είναι όταν οι μαστοί δεν είναι ευαίσθητοι ή διογκωμένοι.

Η αυτοεξέταση του μαστού θα πρέπει να γίνεται ως εξής :

1. Ξαπλώστε και τοποθετήστε ένα μαξιλάρι κάτω από τον δεξιό σας ώμο. Τοποθετήστε το δεξί σας χέρι πίσω από το κεφάλι. (εικόνα1)



(εικόνα 1)

2.Χρησιμοποιήστε τις άκρες των τριών μεσαίων δακτύλων του αριστερού σας χεριού για να ψηλαφίσετε κάποια διόγκωση ή πάχυνση. Κατά τη ψηλάφηση εκτελέστε κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων.

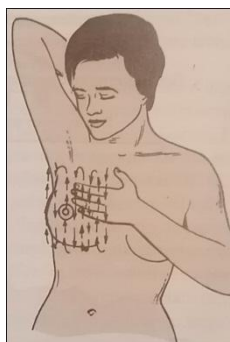
3.Πιέστε αρκετά δυνατά προκειμένου να αποκτήσετε την αίσθηση του μαστού σας. Ασκήστε ελαφρά πίεση για να ψηλαφίσετε τον ιστό ακριβώς κάτω από το δέρμα, μέτρια πίεση για λίγο βαθύτερα και έντονη πίεση για ψηλαφίσετε τον μαζικό ιστό πλησίον του θωρακικού τοιχώματος και των πλευρών. Η ύπαρξη μιας σταθερής προεξοχής στην κατώτερη καμπύλη του μαστού είναι φυσιολογικό.

4.Εφαρμόστε κυκλικές κινήσεις στην επιφάνεια του μαστού ακολουθώντας μίας σειράς. Ψηλαφίστε προς τη κλείδα και στη συνέχεια τις πλευρές και από το αντιβράχιο προς το μεσοθωράκιο. Χρησιμοποιήστε πάντοτε την ίδια τεχνική, θα σας βοηθήσει να επιβεβαιώσετε ότι έχετε καλύψει όλη την έκταση του μαστού και να θυμάστε τη ψηλαφητή αίσθηση του μαστού σας.

5.Τώρα εξετάστε τον αριστερό σας μαστό χρησιμοποιώντας το δεξιό σας χέρι.

6.Μπορείτε να ελέγξετε τους μαστούς σας ενώ στέκεστε μπροστά από έναν καθρέπτη. Δείτε αν υπάρχουν κάποιες μεταβολές στην εμφάνιση των μαστών σας: εισολκή του δέρματος αλλαγές στη θηλή ή ερυθρότητα και οίδημα

7.Μπορείτε επίσης να κάνετε μία επιπλέον εξέταση του μαστού, καθώς βρίσκεστε στο λουτρό (εικόνα 3). Τα σαπουνισμένα χέρια σας θα γλιστρήσουν πάνω στην υγρή επιδερμίδα καθιστώντας εύκολο τον έλεγχο της σύστασης των μαστών σας.



(εικόνα 2)



(εικόνα 3)

8. Είναι σημαντικό να ελέγξετε τη περιοχή μεταξύ της μασχαλιαίας κοιλότητας και του μαστού καθώς και την ίδιο τη μασχαλιαία κοιλότητα. Εξετάστε τη περιοχή πάνω από τον μαστό πάνω από τη κλείδα και προς τον ώμο ενώ είστε όρθια και με το χέρι ελαφρώς ανυψωμένο.

9. Αν παρατηρήσετε κάποιες αλλαγές επισκεφτείτε αμέσως τον ιατρό ή την μαία σας.

(American cancer societ, 2008; Lowdermilk,Perry,Cashion ,2013)

● Μαστογραφία

Η μαστογραφία ονομάζεται η εξέταση του μαστού με ακτίνες Χ και χρησιμοποιείται για την ανίχνευση και διάγνωση των ασθενειών του μαστού τόσο στις γυναίκες που έχουν συμπτώματα (όγκος, πόνος κ.τ.λ.) όσο και στις γυναίκες που δεν εμφανίζουν συμπτώματα (όχι για ασθένειες του μαστού).

Παρότι οι ακτίνες Χ στο μαστό έχουν εφαρμοστεί για πάνω από 70 χρόνια, η σύγχρονη μαστογραφία υφίσταται από το 1969. Από τότε πραγματοποιήθηκε μεγάλη τεχνολογική πρόοδος, ώστε η εξέταση στην

σημερινή εποχή να διαφέρει σημαντικά, ακόμα και από τον τρόπο εξέτασης στα μέσα του 1980. Η σύγχρονη τεχνική που γίνεται με φιλμ χρησιμοποιεί ειδική υλική υποδομή με σκοπό να παραχθούν μελέτες με υψηλή ποιότητα αλλά με χαμηλή δόση ακτινοβολίας, συνήθως μεταξύ 0.1 έως 0.2 rad δόσης ανά εικόνα. Υπάρχουν πάντα ανησυχίες για την εφαρμογή ακτινοβολίας και τις επιπτώσεις της. Στην ακτινογράφιση μαστού χρησιμοποιείται διαφορετικός τύπος ακτίνων X από αυτές όπου χρησιμοποιούνται σε άλλα μέρη του σώματος. Αυτή η ακτινοβολία δεν διαπερνά με τόση ευκολία τους ιστούς, όπως συμβαίνει στη περίπτωση του θώρακα ή των άκρων (πόδια, χέρια) (Φιλίππου,2015).

Ο προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος προλαμβάνει την εξέλιξη του καρκίνου του μαστού αφού η διάγνωση γίνεται σε πρωιμότερα στάδια, σύμφωνα προηγούμενες μελέτες που δεν ήταν τυχαιοποιημένες (Παντωτή, 2015).

Διάγνωση & Θεραπεία

2.6. Υπολογίζεται ότι το 90% όλων των όγκων των μαστών εντοπίζεται από τις ίδιες τις γυναίκες. Από αυτό το 90% μόνο το 20% ως το 25% είναι κακοήθης. Οι περισσότεροι από τους μισούς όγκους εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού. Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι ο όγκος ή η πάχυνση του μαστού. Ο όγκος μπορεί να έχει σκληρή υφή και να είναι σκληρός ή μαλακός και σπογγώδης. Μπορεί να έχει σαφή ή ασαφή όρια και είναι δυνατόν να είναι προσκολλημένος στο δέρμα, προκαλώντας, κατ' αυτόν τον τρόπο ρυτίδωση. Μπορεί, επίσης, να υφίσταται έκκριση από τη θηλή, διαυγής ή αιματηρή.

Η έγκαιρη εντόπιση και η διάγνωση μειώνουν τον κίνδυνο θνησιμότητας, επειδή ο καρκίνος εντοπίζεται όταν είναι μικρότερος σε μέγεθος, οι αλλοιώσεις είναι στο μεγαλύτερο μέρος τους τοπικές και τείνει να υπάρχει ένα χαμηλότερο ποσοστό θετικών όζων. Ωστόσο, η απόφαση στη γυναίκα να υποβληθεί σε προσυμπτωματικό έλεγχο επηρεάζεται από διαφόρους πολιτισμικούς παράγοντες. Η γνώση των παραγόντων αυτών και η χρήση πολιτισμικά ευαίσθητων μηνυμάτων και υλικών που επικαλούνται τις μοναδικές αντιλήψεις πεποιθήσεις και τις ικανότητες ανάγνωσης των ομάδων-στόχων, ενισχύει τη προσπάθεια της μαίας να βοηθήσει τις γυναίκες ώστε να ξεπεράσουν τα εμπόδια στην αναζήτηση φροντίδας. Για παράδειγμα η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία (ACS) ανακοίνωσε ότι οι Αφροαμερικανές, οι γυναίκες Ισπανικής καταγωγής και γηγενείς υποβάλλονται λιγότερο συχνά σε μαστογραφία συγκριτικά με τις λευκές γυναίκες και τις Αμερικανίδες ασιατικής καταγωγής.

Στην έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού πιθανόν να βοηθήσουν η κλινική εξέταση από έναν ειδικό ιατρό και η μαστογραφία (ακτινογραφία του μαστού).

Όταν εντοπιστεί ένα ύποπτο εύρημα στη μαστογραφία ή ένας όγκος η διάγνωση επιβεβαιώνεται από τη βιοψία με αναρρόφηση ή τοπική βιοψία με βελόνα. Για την εξέταση μιας συγκεκριμένης παθολογικής περιοχής που έχει αναδείξει η μαστογραφία μπορεί να χρησιμεύσει και η εκτέλεση υπερηχογραφικού ελέγχου. Οι ασθενείς θα πρέπει να πληροφορούνται περαιτέρω σχετικά με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τω παραπάνω εξετάσεων και να αποφασίζουν σχετικά με το ποια εξέταση είναι καταλληλότερη για τη δική τους περίπτωση.

Η εργαστηριακή διάγνωση του καρκίνου του μαστού προσδιορίζει τη παρουσία του καρκίνου και την έκταση του ,εφόσον αυτός υπάρχει. Στον εργαστηριακό έλεγχο για τον προσδιορισμό της έκτασης της νόσου περιλαμβάνεται η απλή ακτινογραφία θώρακος , το σπινθηρογράφημα οστών, η αξονική τομογραφία (CT) , η μαγνητική τομογραφία (MRI) και η τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων (PET scan).

Ένα σημαντικό βήμα στην εκτίμηση του καρκίνου του μαστού είναι ο έλεγχος της παρουσίας θετικών υποδοχέων οιστρογόνων και προγεστερόνης στον ιστό της βιοψίας. Τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να περιέχουν τον έναν από τους δύο υποδοχείς ή και τους δύο ή κανέναν υποδοχέα. Ο καρκίνος του μαστού με θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων καλείται ER- θετικός ενώ αυτός που έχει θετικούς υποδοχείς προγεστερόνης καλείται PR- θετικός. Οι γυναίκες με όγκους που είναι θετικοί στους ορμονικούς υποδοχείς τείνουν να ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία και να έχουν υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης σχετικά με τον γενικό πληθυσμό.

Στο χειρουργικό παρασκεύασμα που αποστέλλεται για βιοψία διενεργείται και η εξέταση HER2/neu. Το HER2/neu είναι μία αυξητική ορμόνη που ανευρίσκεται αυξημένη στο 50% περίπου του καρκίνου του μαστού, καθιστώντας επιθετικότερο και πιο διηθητικό τον καρκίνο συγκριτικά με τους υπόλοιπους καρκίνους, η εκτέλεση της εξέτασης HER2/neu εξασφαλίζει αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Η διήθηση λεμφαδένων το μέγεθος του όγκου η κατάσταση των ορμονικών υποδοχέων και η επιθετικότητα του νεοπλασματος αποτελούν σημαντικές μεταβλητές κατά την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με δύσκολες αποφάσεις σε ότι αφορά το εύρος των προτεινόμενων θεραπευτικών επιλογών. Οι περισσότεροι γιατροί προτείνουν την αφαίρεση κακοήθους όγκου, καθώς και των μασχαλιαίων λεμφαδένων, με σκοπό τη στερεοποίηση (Disaia & Kreasman, 2007) .

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή περισσότερο ριζική. Η συχνότερα συνιστώμενες χειρουργικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι η ογκεκτομή και η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Οι συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις όπως η ογκεκτομή ή η τεταρτεκτομή περιλαμβάνουν την αφαίρεση του όγκου και ενός τμήματος του παρακείμενου ιστού. Η δειγματοληψία των μασχαλιαίων λεμφαδένων εκτελείται συνήθως μέσω ξεχωριστής χειρουργικής τομής κατά τη διάρκεια του ίδιου χειρουργείου και η επέμβαση συχνά ακολουθείται από ακτινοθεραπεία στον υπολειπόμενο μαστικό αδένα. Οι διαδικασίες αυτές αποτελούν τη θεραπεία εκλογής για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων (στάδια 1 και 2). Η λεμφαδενεκτομή προσφέρει επιβίωση ισοδύναμη με αυτή της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής.

Η απλή μαστεκτομή είναι η αφαίρεση του μαστού που περιέχει τον όγκο,η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι η αφαίρεση του μαστικού ιστού, του δέρματος, της μυϊκής περιτονίας και η εκτομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η ριζική μαστεκτομή είναι η αφαίρεση του μαστού ,των υποκείμενων θωρακικών μυών και η πλήρης εκτομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Μετά τη χειρουργική επέμβαση ακολουθεί η ακτινοθεραπεία η χημειοθεραπεία ή η ορμονική θεραπεία (American cancer society,2009) . Η απόφαση για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει βασίζεται στο στάδιο τη νόσου, την ηλικία και το εάν η γυναίκα βρίσκεται σε εμμηνόπαυση ή όχι, τη προτίμηση της γυναίκας και τη κατάσταση των ορμονικών της υποδοχέων. Η θεραπευτική παρακολούθηση συνήθως γίνεται για τη μείωση του κινδύνου υποτροπών σε γυναίκες που δεν παρουσιάζουν στοιχεία μετάστασης.

Η ακτινοθεραπεία συνήθως συστήνεται ως θεραπεία συνέχειας για τις γυναίκες με καρκίνο σταδίου 1 ή 2. Στις γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών με όγκους θετικούς στους υποδοχείς οιστρογόνων, δίνεται ορμονική θεραπεία με ταμοξιφαίνη, έναν αγωνιστή οιστρογόνων για τουλάχιστον 5 έτη.

Χημειοθεραπεία χορηγείται συχνά στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες η θεραπεία των πιο σοβαρών όγκων συνήθως περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση ακολουθούμενη από χημειοθεραπεία, ακτινοβολία ή και τα δύο (Valea & Katz,2007;Lowdermilk,Perry, Cashion, 2013).

Σκοπός τις συμπληρωματικής θεραπείας είναι να μηδενίσει τις πιθανές μη εμφανείς μεταστατικές εστίες που είναι υπεύθυνες για μετέπειτα υποτροπές της νόσου, ενώ είναι ακόμη μικροσκοπικές και ευάλωτες στους αντικαρκινικούς παράγοντες (Κοσμάς, 2018).

Παράγοντες κινδύνου

2.7.Υπάρχουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τους γενετικούς παράγοντες και τους παράγοντες που αφορούν στον τρόπο ζωής και επηρεάζουν τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενή πρώτου βαθμού αποτελεί έναν τεκμηριωμένο παράγοντα κινδύνου. Υπάρχει ένας κίνδυνος περίπου 20%-30% στις γυναίκες με μητέρα ή αδερφή που έχει νοσήσει από καρκίνο του μαστού . Σε περίπτωση όπου η μητέρα ή αδελφή νόσησαν σε νεαρή ηλικία ο κίνδυνος είναι υψηλότερος. Η πρώιμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου.

Μια κύηση αυξάνει βραχυπρόθεσμα τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, αλλά τον μειώνει σημαντικά μακροχρόνια, πιθανόν εξαιτίας του γεγονότος ότι τα κύτταρα του μαστού γίνονται λιγότερο ευάλωτα στη διαδικασία καρκινογένεσης μετά από την «τελική ιστολογική διαφοροποίηση» που προκαλείται μετά από μία ή περισσότερες τελειόμηνες κυήσεις. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης, τόσο πιο παρατεταμένη και έντονη είναι η παρεχόμενη μακροχρόνια προστασία.

Οι γυναίκες οι οποίες έχουν μία πρώτη εγκυμοσύνη μετά τα 35 έτη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού επειδή στις ηλικίες αυτές υπάρχει βραχυπρόθεσμη αύξηση του κινδύνου μεγαλύτερη από τη μετέπειτα μείωση του. Οι τυχόν επόμενες τελειόμηνες κυήσεις έχουν ανάλογες, αλλά ποσοτικά μικρότερες συνέπειες, ενώ οι αποβολές ή οι εκτρώσεις δεν φαίνεται να έχουν οποιαδήποτε επίδραση. Ο θηλασμός παρέχει κάποιο περιορισμένο βαθμό προστασίας, κυρίως πριν από την εμμηνόπαυση (Λάγιου, 2015).

Η εμφάνιση της νόσου γίνεται πιο συχνή όσο αυξάνεται η ηλικία. Σε γυναίκες άνω των 50 ετών υπάρχει ένα ποσοστό 80% που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού, ενώ σε γυναίκες κάτω των 35 ετών είναι σπάνια η εμφάνιση του. Εξαιρούνται οι περιπτώσεις κληρονομικότητας. Με βάση τα προγράμματα SEER, Surveillance, Epidemiology and Results, για τους άνδρες η σχέση του καρκίνου του μαστού και της ηλικίας παρουσιάζει πολύ διαφορετική μορφή λόγω της σπανιότητας της νόσου. Μεταξύ 1995 και 1997 η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού ήταν 0,44% για γυναίκες μικρότερες των 39 ετών, 4,15% για γυναίκες ηλικίας 40-59 ετών και 7,02% για γυναίκες ηλικίας 60-79 ετών. Η υπολογιζόμενη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας είναι 12,83% (1 στις 8) (Ιωαννίδου& Μουζάκα, 1996).

Όσον αφορά στις ενδογενείς ορμόνες, όλες όσες έχουν μελετηθεί σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με εξαίρεση την αντιπυνεκτίνη, έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

Στις ορμόνες αυτές περιλαμβάνονται η ολική και η ελεύθερη οιστραδιόλη, η οιστρόνη, η ανδροστενεδιόνη, η δεϋδροεπιανδροστερόνη, η τεστοστερόνη και η προλακτίνη. Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, τα σχετικά περιορισμένα δεδομένα λόγω της δυσκολίας εναρμονισμού των δειγματοληψιών με τον καταμήνιο κύκλο υποδεικνύουν αύξηση του κινδύνου με αυξημένες τιμές οιστρογόνων και ινσουλινοειδούς αυξητικού παράγοντα 1 (IGF-1). Το μεγαλύτερο ανάστημα έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο της νόσου ενώ η παχυσαρκία μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αλλά τον αυξάνει σημαντικά στις μετεμμηνοπαυσιακές. Γυναίκες με μαστογραφία στην οποία τουλάχιστον 75% της επιφάνειας του μαστού έχει πυκνή απεικόνιση εμφανίζουν τετραπλάσιο κίνδυνο καρκίνου του μαστού, συγκρινόμενες με γυναίκες στις οποίες <25% της επιφάνειας του μαστού έχει πυκνή απεικόνιση.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, αλλά η αύξηση είναι μικρή. Η καρκινογένεση που δημιουργεί η ιονίζουσα ακτινοβολία είναι μεγαλύτερη κατά την εφηβική ηλικία, γεγονός που επιβεβαιώνει τη θεωρία μίας περιόδου μεγαλύτερης ευπάθειας σε νεαρές ηλικίες (Τζομπανάκη & Ηλιάδου, 2008).

Πίνακας 1. Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού: Περίληψη παραγόντων κινδύνου.

| Παράγοντας κινδύνου (μείζων προς ελάσσονα κίνδυνο) | Κατηγορία/αλλαγή | Ισχύς σχέσης |
|--|--------------------------------------|--------------|
| Φύλο | Γυναίκες προς άνδρες | ++++ |
| Ηλικία | Μεγαλύτερη | ++++ |
| Ύψος | Μεγαλύτερο | ++ |
| Μετεμμηνοπαυσιακή παχυσαρκία | Μεγαλύτερη | ++ |
| Βάρος γέννησης | Μεγαλύτερο | + |
| Ατυπη υπερπλασία μαζικού αδένου | Ναι προς όχι | +++ |
| Μαστογραφία υψηλού κινδύνου (μεγάλη μάζα μαζικού αδένου) | Υψηλής προς χαμηλής πυκνότητας κ.λπ. | +++ |
| Ηλικία εμμηναρχής | Μικρότερη | ++ |
| Ηλικία εμμηνόπαυσης | Μεγαλύτερη | ++ |
| Είδος εμμηνόπαυσης | Φυσιολογική προς προκλητή | ++ |
| Ηλικία 1ης εγκυμοσύνης | Μεγαλύτερη | +++ |
| Ηλικία άλλων κυήσεων | Μεγαλύτερη | + |
| Αριθμός παιδιών | Μικρότερος | ++ |
| Εγκυμοσύνη | Πολύ πρόσφατη προς παλαιότερη | + |
| Θηλασμός | Όχι προς ναι | + |
| Εθνικότητα | Καυκάσιες προς Ασιάτισες | +++ |
| Χρήση αντισυλληπτικών δισκίων | Μεγαλύτερη | + |
| Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης | Μεγαλύτερη | ++ |
| Κατανάλωση οινοπνεύματος | Μεγαλύτερη | + |
| Φυτικά τρόφιμα και ελαιόλαδο | Μειωμένη πρόσληψη | + |
| Ιονίζουσα ακτινοβολία | Μεγαλύτερη έκθεση | + |
| Φυσική δραστηριότητα | Μικρότερη | + |
| Οικογενειακό ιστορικό | Ναι προς όχι | +++ |
| Γονίδια | Ναι προς όχι | ++++ |
| Νεόπλασμα στον άλλο μαστό | Ναι προς όχι | +++ |

++++: Σχετικός κίνδυνος περί το 10 (και άνω)

+++ : Σχετικός κίνδυνος περί το 3

++ : Σχετικός κίνδυνος περί το 1,5

+ : Μικρή αύξηση του σχετικού κινδύνου

Πηγή: Με βάση στοιχεία που δίνονται σε δημοσιεύσεις²⁴

(Λάγιου,2015)

Σε μακροχρόνιες μελέτες σε ασθενείς με εμφυτεύματα στο μαστό που διεξήγαγε το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (National Cancer Institute), βρέθηκε, ότι τα εμφυτεύματα σιλικόνης δεν αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Παρότι ότι τα περισσότερα είδη καρκίνων του μαστού δεν σχετίζονται με γενετικούς παράγοντες, ωστόσο η ταυτοποίηση των γονιδίων BRCA-1 και BRCA-2 έχει αποδείξει τον ρόλο της κληρονομικότητας και των γενετικών μεταλλάξεων σε αυτή τη νόσο. Μόνο το 5 έως το 10% από όλες τις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού αποδίδεται στη κληρονομικότητα. Οι γυναίκες με ανωμαλίες στα γονίδια BRCA-1 και BRCA-2 διατρέχουν έως και 80% κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Άλλες γενετικές μεταλλάξεις που μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του μαστού, είναι οι μεταλλάξεις του γονιδίου ATM, του ογκοκατασταλτικού p53, του γονιδίου PTEN και του γονιδίου CHEK-2.

Παρά το γεγονός ότι η δυνατότητα κλινικής εφαρμογής αυτών των παραγόντων κινδύνου είναι περιορισμένη, οι γυναίκες υψηλού κινδύνου θα πρέπει να υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο ανά τακτά χρονικά διαστήματα και να ενθαρρύνονται στη προσπάθεια τους να μεταβάλλουν τους παράγοντες κινδύνου όπως για παράδειγμα μέσω της απώλειας βάρους αν είναι παχύσαρκες και του περιορισμού της κατανάλωσης αλκοόλ. (Lowdermilk,Perry,Cashion, 2013).

Πίνακας 1. Εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού

| ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ | ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ |
|---|---|
| Εδραιωμένοι παράγοντες Έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία | Εδραιωμένοι παράγοντες Πρώιμη αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή |
| Πιθανοί παράγοντες Κάπνισμα Κατανάλωση οινοπνεύματος Αντισυλληπτικά διασία για πολλά χρόνια από μικρή ηλικία Ορμονική θεραπεία στην εμμηνόπαυση (κυρίως συνδυασμός οιστρογόνου και προγεσταγόνου) | Πιθανοί παράγοντες Βιταμίνη Α και ρετινοειδή Ελαιόλαδο Σόγια Σωματική άσκηση |

(Λάγιου,2015)

Κεφάλαιο 3

Ποιότητα ζωής και καρκίνος του μαστού

Ορισμός & κριτήρια.

3.1. Η ποιότητα ζωής (HRQoL) αποτελεί αδιαμφισβήτητα μια πολύπλευρη, ευπροσάρμοστη και υποκειμενική έννοια. Κατά καιρούς έχουν καθιερωθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική υπό την οποία την προσεγγίζει ο κάθε συγγραφέας. Ωστόσο ο πιο αποδεχτός ορισμός την καθιστά ως τον βαθμό ευεξίας και ικανοποίησης που νιώθει ένας ασθενής σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή σε διαστάσεις τις ζωής τις οποίες επηρεάζονται από την ασθένεια ή την θεραπεία του και θεωρεί ο ίδιος σημαντικές. Είναι μία έννοια πολυπαραγοντική, οι πέντε γενικευμένοι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι:

- Η φυσική λειτουργική ικανότητα, με κριτήρια την παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων, κινητικότητα ανταπόκριση σε καθημερινές δραστηριότητες, αυτοφροντίδα και εργασιακή ικανότητα.
- Η ψυχολογική λειτουργικότητα που, η οποία κρίνεται από τη παρουσία ή απουσία άγχους, κατάθλιψης, θυμού, αυτοεκτίμηση, ικανοποίησης από την ζωή.
- Τη γνωσιακή λειτουργικότητα, η οποία αποδεικνύεται από την παρουσία ή απουσία της ικανότητας αντίληψης, απόσπαση προσοχής και έκπτωση μνήμης.
- Την κοινωνική λειτουργικότητα, η οποία εξαρτάται από την παρουσία ή απουσία οικογενειακής αποδοχής και στήριξης, οικονομική επίπτωση από τη νόσο και τη θεραπεία και σεξουαλική δραστηριότητα.
- Την πνευματικότητα, κριτήριο για το οποίο είναι η αίσθηση ψυχικής ηρεμίας.

Ο πιο αρμόδιος βέβαια να κρίνει το επίπεδο ποιότητας ζωής είναι ο ίδιος ο ασθενής, σύμφωνα με τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα, ο οποίος είναι ο απόλυτος αποδέχτης των επιπτώσεων της νόσου και της θεραπείας σε εμφανής ή αφανείς πτυχές της ζωής του. Ο ασθενής είναι ο πιο ικανός να περιγράψει την υποκείμενη εμπειρία του ειδικά οτιδήποτε αφορά εκτίμηση για αίσθημα πόνου, άγχους κατάθλιψης, κόπωσης. Η επικρατέστερη μέθοδος εκτίμηση της ποιότητας ζωής είναι η χρήση ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια αυτά τα συμπληρώνει ο ασθενής συνοδευόμενα από συνέντευξη, οι ερωτήσεις έχουν βασικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Δίνεται κυρίως προσοχή στην υποκείμενη εμπειρία του ασθενούς. Εξίσου σημαντικές είναι όμως και πληροφορίες όπως η λειτουργική κατάσταση του ασθενή που τις αποσπά το ιατρικό προσωπικό. (Κηροπούλου, 2019).

Η ποιότητα ζωής στον τομέα της υγείας συμπεριλαμβάνει όλες τις βαθμίδες της ζωής και τις εμπειρίες και παίρνει υπόψη τις επιπτώσεις της ασθένειας και των θεραπειών. Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής είναι δύσκολη λόγω του ότι για κάθε άτομο και τις ομάδες ατόμων ορίζεται διαφορετικά, επειδή όμως η υγεία είναι ένας από τους σημαντικότερους τομείς που επηρεάζει τη συνολική ποιότητα ζωής, οι ερευνητές έχουν δημιουργήσει ποικίλες τεχνικές που συμβάλλουν στη μέτρηση της. (Κιργας και συν., 2013; Κατσαρή & Λάνου 2019).

Κάποιοι γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη ποιότητα ζωής είναι η γενική κατάσταση της υγείας των ασθενών, το περιβάλλον, η απασχόληση και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Το περιβάλλον σχετίζεται με τα φυσικά, κοινωνικά πολιτιστικά και οικονομικά στοιχεία τα οποία είναι ικανά είτε να μειώσουν είτε να ενισχύσουν την ποιότητα ζωής. Η υγεία αφορά τη σωματική, πνευματική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Η απασχόληση αφορά το εισόδημα του ατόμου.

Οι βασικές έννοιες που αφορούν τη ποιότητα της ζωής είναι οι εξής : (Huang και συν., 2017)

1. Φυσικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, που περιλαμβάνουν την ποιότητα της στέγασης, την πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες όπως καταστήματα, μεταφορές και άλλες δημόσιες υπηρεσίες, όπως βιβλιοθήκες και άλλα καταστήματα αναψυχής.
2. Κοινωνικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι περιλαμβάνουν τα μέλη της οικογένειας, τα κοινωνικά δίκτυα, το επίπεδο υποστήριξης που μπορεί να αντληθεί από τα οικογενειακά και κοινωνικά δίκτυα και τα επίπεδα δραστηριοτήτων αναψυχής στο οποίο συμμετέχει το άτομο.
3. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν το γενικό βιοτικό επίπεδο, το εισόδημα που διατίθεται στο άτομο και άλλα μέσα πλούτου.
4. Πολιτιστικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν την ηλικία, την τάξη, το φύλο και τη θρησκευτική κλίση του ατόμου.
5. Παράγοντες υγείας που περιλαμβάνουν τη γενική υγεία, την ψυχική ευεξία του ατόμου και τη φυσική κινητικότητα.
6. Οι παράγοντες προσωπικότητας που περιλαμβάνουν το αν τα άτομα είναι αισιόδοξα ή απαισιόδοξα θα επηρεάσουν όλα την υποκειμενικότητα από το άτομο στο μέτρο της ικανοποίησης από τη ζωή τους.
7. Παράγοντες αυτονομίας που περιλαμβάνουν το βαθμό στον οποίο ένα άτομο έχει την ικανότητα να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις.
8. Ικανοποίηση υποκειμενική για το άτομο, το επίπεδο ικανοποίησης σε όλους τους τομείς της ζωής τους που θεωρούν σημαντικό (Huang και συν., 2017).

Η χρόνια ασθένεια διαταράσσει τη ζωή ενός ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι διαταράσσεται η άνεση και η ποιότητα ζωής του. Οι χρόνιες ασθένειες, όπως είναι ο καρκίνος του μαστού, είναι ασθένειες συνήθως μεγάλης διάρκειας και αργής εξέλιξης. Προκαλούν σημαντική εξασθένηση του ατόμου επομένως και της ποιότητας της ζωής τους. Σημαντικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας στους χρόνιους ασθενείς είναι η διατήρηση ανεξάρτητης λειτουργίας στην καθημερινή ζωή. Στις χρόνιες ασθένειες, η ποιότητα ζωής εξαρτάται από τον τύπο της νόσου, τον χρόνο έναρξης, την ένταση των συμπτωμάτων, τις επιλογές θεραπείας, τις παρενέργειες της θεραπείας, την ηλικία του ασθενούς κλπ. (Kurpas et al., 2013; Κατσαρή & Λάνου, 2019).

Η εμπειρία του καρκίνου προκαλεί έντονη ψυχοκοινωνική αγωνία και δημιουργεί σημαντικά προβλήματα κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της θεραπείας.. Μελέτες μέτρησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνου του μαστού, οι οποίες εξέτασαν την επίδραση των θεραπειών, την υποστηρικτική φροντίδα, τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψη, τη ψυχοκοινωνική στήριξη και την

επικοινωνία του ιατρού- ασθενή ,αποδείχθηκε διεθνώς πως η ποιότητα ζωής επιδέχεται μεγάλη επιρροή από την ασθένεια. Ποσοτικά είναι δύσκολο να προσδιοριστούν αυτές οι επιπτώσεις ώστε να αντιμετωπιστούν ,σίγουρα όμως αυτό που επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι οι παρενέργειες της θεραπείας. (Lu,2009; Carlsonetal, 2003 ; Pockaj et al., 2009 ; Γαβριηλίδου, 2014).

Ωστόσο βελτίωση στην ποιότητα ζωής φαίνεται να προσφέρει η ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων ώστε οι ασθενείς να αποδεχτούν ευκολότερα τις αλλαγές στο σώμα τους και να διαχειριστούν την διαστρεβλωμένη εικόνα τους, το πένθος. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να ανακτήσουν τις ελπίδες τους, να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις φοβίες τους, να ξεφύγουν από την απομόνωση, βελτιώνοντας επίσης την αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση τους (Mannheim,2006; Γαβριηλίδου, 2014).

Εργαλεία μέτρησης

3.2. Τα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται προκειμένου να γίνει εκτίμηση της ποιότητας ζωής κατηγοριοποιούνται σε : 1. γενικά, 2.εξειδικευμένα στη νόσο (όπως καρκίνος) και 3.εξειδικευμένα σε ένα είδος καρκίνου (όπως του μαστού). Τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί διάφορα ικανοποιητικά και αποτελεσματικά εργαλεία για την μέτρηση της ποιότητα ζωής ,όπως για παράδειγμα το ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF), το οποίο εκτιμά την ποιότητα ζωής σε τέσσερις τομείς : 1.σωματική υγεία, 2.ψυχική υγεία, 3.κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον και 4.το πιο εξειδικευμένο SF-36. Κάποια άλλα εργαλεία που εστιάζουν στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού αποτελούν, το ερωτηματολόγιο για τη Ποιότητα Ζωής του Ευρωπαϊκού Οργανισμού του Καρκίνου (EORTCQLQ-C30) και το ειδικευμένο στον καρκίνο του μαστού EORTQLQ-BR23, η κλίμακα λειτουργικής αξιολόγησης του Γενικού Ερωτηματολογίου για τη Θεραπεία των Χρόνιων Ασθενειών και το Συμπλήρωμά της για τον Καρκίνο του Μαστού (ερωτηματολόγια FACIT-G και FACIT-B, πρώην ερωτηματολόγια FACT), και το ερωτηματολόγιο για τη Χημειοθεραπεία του Καρκίνου του Μαστού (BCQ). Σχεδόν όλα αυτά τα εργαλεία αποδείχτηκαν αξιόπιστα (Αλμυρούδη, 2020).

Μελέτες που αφορούν στην ποιότητα ζωής.

3.3.Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο αίτιο θνησιμότητας σε γυναίκες ηλικίας 45-55 ετών παγκοσμίως, τις τελευταίες δεκαετίες τα ποσοστά επιβίωσης, λόγω της πρώιμης διάγνωσης και των αποτελεσματικών θεραπειών, έχουν βελτιωθεί σημαντικά (από 74,6% το 1977 σε 90,3% το 2009). Παρ' όλα αυτά ο καρκίνος του μαστού έχει αβέβαιη εξέλιξη, και η ίδια η θεραπευτική διαδικασία που ακολουθείται συνοδεύεται από διάφορες δυσκολίες που αφορούν τον ασθενή σε βιολογικό επίπεδο, (πόνος, κόπωση, ανορεξία, μειωμένη σωματική λειτουργικότητα κ.α.) σε κοινωνικό επίπεδο (πόνος, κόπωση, ανορεξία, μειωμένη σωματική λειτουργικότητα κ.ά.) αλλά και ενδοψυχικά, (συναισθηματικές

μεταπτώσεις, δυσθυμία, ανησυχία για το μέλλον κ.ά). Με βάση αυτά εστιάζουν οι έρευνες το ενδιαφέρον του στη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού, μία ευμετάβλητη έννοια που ενσωματώνει αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στις περισσότερες εκφάνσεις της, συγκριτικά με άτομα από γενικό πληθυσμό με παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά. Κάποια ερευνητικά ερωτήματα συγχέουν τη σχέση της ηλικίας και του χρόνου που έχει παρέλθει από την αρχική διάγνωση, στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ορισμένες έρευνες δείχνουν πως η ποιότητα ζωής χειροτερεύει στις νεότερες ηλικίες 22-23 (<50) ενώ κάποιες άλλες μελέτες δεν βρίσκουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής ανάλογα την ηλικία. Συνήθως η επιδείνωση της ποιότητας ζωής παρατηρείται κυρίως όταν ξεκινάει η θεραπεία και υπάρχει κλιμακούμενη βελτίωση στο χρονικό διάστημα που ακολουθεί. Ένα έτος αφού έχει ολοκληρωθεί η ποιότητα ζωής εμφανίζεται να ανακάμπτει. Από διάφορες μελέτες δείχνει να συγκρούεται το ερώτημα της αλληλουχία της ποιότητας ζωής και την θεραπεία που ακολουθείται. Αρκετοί ερευνητές έχουν εντοπίσει σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής ανάλογα τη θεραπεία. Ενδεικτικά, η αμερικανική μελέτη σε 534 ασθενείς με καρκίνο του μαστού στο πρώτο έτος της ολοκλήρωσης της αρχικής θεραπείας (χειρουργική, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία) απέδειξε ότι οι ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία παρουσίαζαν σημαντικά σοβαρότερα σωματικά συμπτώματα, που δεν φάνηκε να βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου, σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες (χειρουργική θεραπεία και ακτινοθεραπεία). Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται και ως προς τη είδος της χειρουργικής θεραπείας, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μερική μαστεκτομή αναφέρουν καλύτερη γενική εικόνα με λιγότερα συμπτώματα και σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, σε σχέση τις γυναίκες που έκαναν ολική μαστεκτομή.

Τα ερευνητικά ευρήματα σε σχέση με την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό ετερογένειας, που οφείλονται σε δημογραφικούς, πολιτισμικούς, κοινωνικούς και κλινικούς παράγοντες. Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα, οι ασθενείς με καρκίνο μαστού αναμένονταν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες οι οποίες περιορίζουν την ποιότητα ζωής τους, με κυρίαρχες τις συναισθηματικές δυσκολίες, αλλά και με διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο ποιότητας ζωής, ανάλογα με το στάδιο της νόσου, τον χρόνο που είχε παρέλθει από την εποχή της αρχικής διάγνωσης και τον τύπο της θεραπείας τον οποίο δέχονταν. Χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής θεωρήθηκε πιο πιθανό να εμφανίζουν οι ασθενείς οι οποίες υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία, λόγω των πολλών και έντονων ανεπιθύμητων ενεργειών που επιφέρει η συγκεκριμένη θεραπεία, ενώ η διενέργεια ολικής μαστεκτομής αναμενόταν να σχετίζεται με χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σύγκριση με την τμηματεκτομή, συνοδευόμενη από δυσκολίες στην εικόνα του σώματος και στη σεξουαλική λειτουργικότητα και ικανοποίηση (Παλαιογιαννίδου, Τριανταφυλλίδου, Αναγνωστόπουλος, & Παλιούρας, 2018).

Ποιότητα ζωής και θεραπεία.

3.4. Σύμφωνα με ένα ευρύ φάσμα των αποτελεσμάτων των ερευνών που δημοσιεύτηκαν τα τελευταία χρόνια και μελετούσαν την επίδραση που έχει η αποκατάσταση του μαστού στην ποιότητα ζωής των γυναικών, οι οποίες υποβλήθηκαν σε εγχείρηση μαστεκτομής λόγω καρκίνου του μαστού. Τα αποτελέσματα των μελετών ήταν ιδιαίτερα αντικρουόμενα. Κάποιες μελέτες έδειξαν θετικές συσχετίσεις για τις γυναίκες που επέλεξαν την αποκατάσταση του μαστού αφού είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και σημαντικά βελτιωμένη σωματική και σεξουαλική κατάσταση, εικόνα σώματος.

Αντίθετα, σε άλλες έρευνες δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ των γυναικών που επέλεξαν μαστεκτομή με άμεση ή μεταγενέστερη αποκατάσταση του μαστού είτε μαστεκτομή μόνο, ωστόσο, όσον αφορά στο αισθητικό αποτέλεσμα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση ήταν περισσότερο ικανοποιημένες, σε αντίθεση με τις γυναίκες που επέλεξαν τη συντηρητική χειρουργική επέμβαση ή τη μαστεκτομή μόνο. Στη μελέτη των Elder et al., καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σχετικά με το μέγεθος, το σχήμα και την αφή του νέου μαστού, γεγονός που βελτίωσε τη σχέση με το σύντροφό τους. Ανάλογα αποτελέσματα όσον αφορά στο αισθητικό αποτέλεσμα έδειξε και η έρευνα των Gournay et al., αφού το ποσοστό για την απαλότητα, την αφή και την εμφάνιση του μαστού ήταν αρκετά υψηλό. Στη μελέτη των Tønseth et al., εντοπίστηκε σημαντική βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων και καταγράφηκε χαμηλότερο ποσοστό θλίψης και υψηλότερες βαθμολογίες στο αισθητικό αποτέλεσμα στις γυναίκες που επέλεξαν την αποκατάσταση με τη μέθοδο DIEP σε σχέση με αυτές που επέλεξαν την αποκατάσταση με εμφύτευμα. Έχει φανεί ακόμη ότι οι γυναίκες που επέλεξαν την άμεση αποκατάσταση, ένιωθαν περισσότερο έλεγχο της θεραπείας τους και ήταν περισσότερο θετικές στο να την προτείνουν, και το όφελος της αποκατάστασης εκτιμάται ιδιαίτερα από γυναίκες ηλικίας <60 ετών λόγω της μεγαλύτερης επίπτωσης της μαστεκτομής στην εικόνα του σώματος και της ποιότητας ζωής σε νεαρές γυναίκες.

Ακόμη, παράγοντες όπως το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, το νεαρό της ηλικίας και η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρέασε τις γυναίκες να επιλέξουν την αποκατάσταση του στήθους.

Από τα αποτελέσματα των μελετών διαπιστώθηκε ότι η αποκατάσταση του μαστού σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή είχε θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής, αλλά κυρίως επιδρούσε θετικά στην εικόνα του σώματος, τη σεξουαλικότητα και την αυτοεκτίμηση (Γιαννακού & Κνέκνας, 2015).

Σύμφωνα με την έρευνα της σπουδάστριας Κατσογιάννη Ειρήνη, η οποία έγινε με βάση τη μελέτη: Ready, L(1994) *“Body image, self-concept, and self-esteem in women who had a mastectomy and either wore an external breast prosthesis or had breast reconstruction and women who had not experienced mastectomy”*, καταγράφηκαν κάποια αποτελέσματα:

Την έρευνα αποτέλεσαν 95 γυναίκες και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη συμμετείχαν 64 γυναίκες που είχαν κάνει μαστεκτομή (χρησιμοποιούσαν εξωτερικό ένθεμα) και στην δεύτερη

συμμετείχαν 31 γυναίκες που είχαν προχωρήσει και σε αποκατάσταση μαστού μετά την εγχείρηση. Οι γυναίκες που δεν είχαν υποστεί μαστεκτομή αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Ήταν εργαζόμενες στο Δημόσιο τομέα ή στο τοπικό Πανεπιστήμιο ως ακαδημαϊκό ή διοικητικό προσωπικό. Από τα 140 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν συμπληρώθηκαν τα 78 (ποσοστό 55,7% συμμετοχής).

Ο μέσο όρος των τιμών έδειξε πως η ομάδα γυναικών με αποκατάσταση συγκέντρωσε 46.1 βαθμούς, η ομάδα γυναικών με μαστεκτομή 50.5 βαθμούς και η ομάδα ελέγχου 60.2. Η ομάδα γυναικών δηλαδή, με μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση είχε πιο αρνητική εικόνα εαυτού από ότι οι γυναίκες με αποκατάσταση, ενώ συγκριτικά και με τις άλλες ομάδες η ομάδα ελέγχου είχε την πιο αρνητική εικόνα για τα διάφορα μέλη του σώματος τους.

Μετά την ανάλυση δεδομένων τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με εκείνα πριν τον διαχωρισμό σε ηλικιακές ομάδες. Η πιο αρνητική εικόνα σώματος παρατηρήθηκε στην ομάδα ελέγχου. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα

Τέλος με τη σύγκριση των μέσων όρων από τις τρεις ομάδες (Μ.Ο. με αποκατάσταση = 50.2, Μ.Ο. με μαστεκτομή = 48.2 και Μ.Ο. ομάδας ελέγχου = 44.7) έδειξε πως η ομάδα γυναικών με αποκατάσταση είχε τις υψηλότερες τιμές, το οποίο ερμηνεύεται ως μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση σε σχέση με τις γυναίκες των άλλων δύο ομάδων.

| Ομάδα | Εικόνα Σώματος | | Αντίληψη Εαυτού | | Συνολική Εικόνα Εαυτού | |
|----------------------|----------------|------|-----------------|-----|------------------------|------|
| | M | SD | M | SD | M | SD |
| Συνολικό Δείγμα | | | | | | |
| Αποκατάσταση (n=31) | 46,1 | 15,2 | 24,0 | 7,8 | 70,1 | 19,0 |
| Ογκεκτομή (n=64) | 50,5 | 19,2 | 26,6 | 6,6 | 76,7 | 22,5 |
| Ομάδα Ελέγχου (n=78) | 60,2 | 17,4 | 26,9 | 6,5 | 87,2 | 18,3 |
| 55 χρονών ή νεότερες | | | | | | |
| Αποκατάσταση (n=24) | 48,4 | 12,9 | 25,2 | 7,2 | 73,6 | 14,5 |
| Ογκεκτομή (n=20) | 48,4 | 16,8 | 25,9 | 6,1 | 74,4 | 21,5 |
| Ομάδα Ελέγχου (n=47) | 61,4 | 16,4 | 26,5 | 5,8 | 87,8 | 18,4 |

Σημείωση: Υψηλότερες τιμές αντιπροσωπεύουν πιο αρνητικές αντιλήψεις

(Κατσογιάννη, 2007).

Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού.

3.5. Ακόμα κι αν η ασθένεια του καρκίνου του μαστού έχει αυξημένα ποσοστά επιτυχούς θεραπείας, συνεχίζει να αποτελεί μία κατάσταση επώδυνη και ψυχοφθόρα για τη γυναίκα. Μέσα από την εμπειρία της διάγνωσης της θεραπείας και της ανάρρωσης, η γυναίκα αλλάζει τρόπο σκέψης και αναθεωρεί για όλη τη ψυχοσύνθεση της. Η εικόνα για τον εαυτό της, τον κόσμο και τους ανθρώπους αλλάζουν. Η

αλλαγή αυτή προκαλεί στη γυναίκα ανασφάλεια τόσο για την ίδια όσο και για τους ανθρώπους του περιβάλλοντος της. Στη διάρκεια της αποθεραπείας η γυναίκα αυτή ξεκινάει τη ζωή της από την αρχή, αναθεωρεί και αναδομεί τις κοινωνικές σχέσεις της, κάτι που αρκετές φορές δημιουργεί είτε θετικές είτε αποθαρρυντικές αντιδράσεις από τους ανθρώπους (Ganz, 2008; Βάτσιου, 2014).

Το μεγάλο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί ανάμεσα από την εμφάνιση του καρκίνου και τη διάγνωση μέχρι και την αποθεραπεία του, προκαλεί στη γυναίκα πολλά και έντονα συναισθήματα, τα περισσότερα από τα οποία είναι αρνητικά. Τα συναισθήματα αυτά αναπτύσσονται από τις διάφορες εκφάνσεις της νόσου, προκαλώντας φόβο, αβεβαιότητα, θρήνο και πόνο, μη αφήνοντας ανεπηρέαστη την ασθενή. Ο φόβος να εμφανιστεί ξανά κάποιος όγκος προξενεί την αλλαγή σε νέες στάσεις, απόψεις και την δημιουργία αξιών που κάνουν την γυναίκα να δει τη ζωή της από άλλη οπτική. Κάτι ανάλογο, σε πιο ήπιο βαθμό, συμβαίνει και στους κοντινούς ανθρώπους της ασθενούς, οι οποίοι βιώνουν όλη την διαδρομή της νόσου από πολύ κοντά (Blows et al., 2007; Βάτσιου, 2014).

Σύμφωνα με την Meyerowitz, οι γυναίκες, κυρίως εκείνες που έκαναν μαστεκτομή, ανησυχούν για τη διαταραχή της θηλυκότητας τους και συνακόλουθα της σεξουαλικότητας τους. Πέρα όμως από αυτές τις ανησυχίες, ο απειλητικός χαρακτήρα της νόσου συμβάλει στην ψυχική δυσφορία της γυναίκας. Η συμμετοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας άρχισε να επιταχύνεται κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 και της δεκαετίας του '70, όπως και η εθνική εστίαση στην αντιμετώπιση του καρκίνου (Meyerowitz, 1980).

Ο καρκίνος του μαστού περιγράφηκε με κατάθλιψη, άγχος και θυμό. Σε διάφορες συστηματικές και συγκριτικές μελέτες έγινε η διαπίστωση πως οι γυναίκες οι οποίες είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή δυσκολεύονται περισσότερο από τις γυναίκες με καλοήθεις όγκους και συχνά αυτή η δυσφορία διαρκεί παραπάνω από ένα χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση, αλλά με τη πάροδο του χρόνου φαίνεται να απαλύνεται αυτό (Wolmark & Fisher, 1983).

Η φυσική διατάραξη λόγω της ριζικής μαστεκτομής είναι λογική, κάνοντας τον ύπνο δύσκολο καθώς και την προσαρμογή στη σεξουαλικότητα, τον τρόπο ένδυσης και εικόνας.

Γενικότερα η επιστροφή στις σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες είναι ένα περίπλοκο γεγονός (Wolmark & Fisher, 1983).

Η περιορισμένη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των ιατρών και των ασθενών σχετικά με το φυσικό ιστορικό του καρκίνου του μαστού και της πρόγνωσης του καθώς και η έλλειψη βοηθητικών θεραπειών για την πρόληψη μίας τυχόν υποτροπής προκαλεί σε πολλές γυναίκες φόβος και ανησυχία.

Στο σημερινό περιβάλλον, μια γυναίκα που έχει καρκίνο μαστού προσεγγίζεται αμέσως από άλλες γυναίκες από την εργασία, την εκκλησία ή άλλο κοινωνικό δίκτυο οι οποίοι είναι ασθενείς με καρκίνο του μαστού και είναι άμεσα έτοιμοι για να την βοηθήσουν να περάσει από την έγκαιρη διάγνωση και στην αποκατάσταση του καρκίνου (Meyerowitz, 1980 ; Χριστογεωργίου & Μπερλέμη, 2018).

Η ψυχολογική κατάσταση που βιώνει μία γυναίκα χωρίζεται σε 3 φάσεις.

Στη πρώτη φάση, η γυναίκα αντιλαμβάνεται κάποια πρώτα συμπτώματα της νόσου, σε αυτή τη φάση οι αντιδράσεις της γυναίκας διαφέρουν είτε θα τις αφυπνίσουν προκειμένου να επισκεφτούν τον ιατρό τους είτε θα έχουν πλήρη άρνηση και απώθηση. Αυτή η φάση επηρεάζει πολύ την εκδήλωση και τη μετέπειτα οργανική κατάσταση της γυναίκας.

Στη δεύτερη φάση, η φάση της διάγνωσης, είναι από τις δυσκολότερες και σημαντικότερες στιγμές στην εξέλιξη της ασθένειας. Όποιες κι αν είναι οι υποψίες της γυναίκας η στιγμή της διάγνωσης αποτελεί μία τραυματική εμπειρία για την ίδια, από εκείνη τη στιγμή η ζωή της αλλάζει και αναθεωρεί και επαναπροσδιορίζεται. Έρχεται αντιμέτωπη με πολλές σκέψεις, φόβους καθώς και με αποφάσεις που πρέπει να λάβει για να διαχειριστεί το πρόβλημα της. Γι' αυτό το λόγο είναι δικαιολογημένες οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις.

Η χρόνια φάση, η οποία καλύπτει το μεγαλύτερο χρονικό κομμάτι, απαιτεί από τη γυναίκα και το περιβάλλον της να γίνει ασθένεια κομμάτι της ζωής τους, γεγονός καθόλου εύκολο. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ασθένεια με αισιοδοξία, πίστη στις δυνάμεις της, φαίνεται να έχουν καλύτερη πρόγνωση στην υγεία τους και αποφεύγουν ορισμένες φορές τη χειρουργική αντιμετώπιση, από τις γυναίκες που εγκαταλείπουν και απελπίζονται. Οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν τη κατάσταση της υγείας τους με θάρρος έχουν λιγότερα ποσοστά κατάθλιψης, μελαγχολίας και στρες (Washington, 2004; Βάτσιου, 2014).

Ο μαστός για μία γυναίκα είναι κάτι παραπάνω από ένα τμήμα του γυναικείου σώματος, συμβολίζει τη μητρότητα και την ερωτική υπόσταση, δύο από τους σημαντικότερους τομείς για τη ζωή κάθε γυναίκας. Στο άκουσμα της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, η γυναίκα δεν έχει να αντιμετωπίσει μόνο τη βασική νόσο και τις βιολογικές συνέπειες αλλά και τις σκέψεις, τα συναισθήματα γύρω από τον θάνατο και την εικόνα του εαυτού της. Ωστόσο σύμφωνα με τα στατιστικά, η εμφάνιση του καρκίνου γίνεται συνήθως σε μία ηλικία, η οποία συνοδεύεται και από άλλες βιολογικές αλλαγές όπως είναι η εμμηνόπαυση, η φυσιολογική γήρανση, ο περιορισμός των ρόλων της, σε περίπτωση που μεγαλώσει τα παιδιά ή έχει αλλάξει επαγγελματική ενασχόληση. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν αρνητικά στην εικόνα του εαυτού της, στην αίσθηση θηλυκότητας και την αποδοχή από το περιβάλλον.

Ο κάθε άνθρωπος αντιμετωπίζει διαφορετικά ένα πιθανόν θανατηφόρο νόσημα. Αναλόγως τον χαρακτήρα, ο καθένας προσαρμόζεται και προσπαθεί να ανακαλέσει όσες δυνάμεις διαθέτει για να διαχειριστεί τα νέα δεδομένα. Τα αποτελέσματα αυτής της προσπάθειας διαφέρουν και γίνονται φανερά είτε άμεσα είτε έμμεσα, να γίνουν εμφανή με κάποια καθυστέρηση ακόμα κάποιες φορές δεν γίνονται ποτέ εμφανή (Φιλιππίδου, 2015).

Νοσηλευτική φροντίδα και διαχείριση ψυχολογικών επιπτώσεων.

3.6. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ σημαντικός προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος του μαστού ως προς τον ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή, για τη προκείμενη νόσο, κρίνεται απαραίτητος και ξεκινά από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι και τη στιγμή της χειρουργικής επέμβασης. Το νοσηλευτικό προσωπικό προσεγγίζει την ασθενή ώστε να συζητούν, με στόχο τη παροχή ενσυναίσθησης και ψυχολογικής βοήθειας. Μέσω αυτή της επικοινωνίας γίνεται ευκολότερο στο νοσηλευτή να καταλάβει τις ανάγκες του ασθενή και να τις καλύψει αποτελεσματικότερα. Με αυτόν τον τρόπο η ασθενής βοηθείται να ενταχτεί πιο ομαλά στον νέο τρόπο ζωής. Οι νοσηλευτές, ως επί το πλείστον, χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις προκειμένου να αξιολογήσουν πλήρως τη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και να αντιληφθούν την αντίδραση τους όταν ενημερωθούν για την ασθένεια τους.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις προσανατολίζονται στο να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον τέτοιο ώστε η ασθενής να νιώθει καλύτερα με τον εαυτό της και την εικόνα της, η οποία έχει αλλάξει λόγω των θεραπειών, και να μιλά για τα συναισθήματα ελεύθερα χωρίς φόβο. Ο νοσηλευτικός ρόλος δεν περιορίζεται μόνο στην ασθενή αλλά και στο περιβάλλον της. Θα πρέπει να ενθαρρύνει τον σύζυγο να μιλά με την ασθενή με ειλικρίνεια, χωρίς άγχος και με αισιοδοξία για όλα τα εμπόδια που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει ρόλο και στη μετεγχειρητική διαδικασία. Μετά τη χειρουργική επέμβαση κρίνεται αναγκαίο η γυναίκα να επανέλθει στους φυσιολογικούς ρυθμούς της ζωής της, γι' αυτό το λόγο οι νοσηλευτές θα πρέπει να τη ενθαρρύνουν να επιστρέψει στην εργασία της ώστε να νιώσει χρήσιμη για το κοινωνικό περιβάλλον. Πρωταρχικό ρόλο για την ένταξη της γυναίκας στη κοινωνία, η οποία θα γίνει μέσα από κοινωνικές δραστηριότητες, έχει η αποδοχή της νόσου (Γεωργοπούλου, 2015).

Ο ρόλος του νοσηλευτή έχει ζωτική σημασία για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με καρκίνο του μαστού. Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης και η ανάπτυξη υγιούς επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτή και τον ασθενή μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη παροχή φροντίδας και να βοηθήσει στη μείωση του άγχους της γυναίκας και της οικογένειάς της.

Η διαδικασία της διάγνωσης του καρκίνου είναι αναμφισβήτητα μία αγχωτική διαδικασία. Η επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς από τη στιγμή τη διάγνωσης είναι πολύ σημαντική.

Ωστόσο η ικανότητα καλής επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού, δεν είναι δεδομένη. Αρκετές είναι οι φορές που οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν λανθασμένες στρατηγικές επικοινωνίας (όπως ερωτήσεις κλειστού τύπου) προκειμένου να απευθύνουν στους ασθενείς αυτούς, εμποδίζοντας την αποτελεσματική επικοινωνία. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Εκπαίδευσης (National Institute for Clinical Excellence), από το 2002 στην Αγγλία γίνεται εκπαίδευση των νοσηλευτών για τις σωστές στρατηγικές επικοινωνίας, για να υπάρχει παροχή ορθής επικοινωνίας και

υποστήριξης. Ένα μεγάλο κομμάτι της επικοινωνίας, που συχνά εφαρμόζεται μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, είναι η μη λεκτική. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η γνώση της γλώσσας του σώματος από έναν νοσηλευτή για μπορέσει να στείλει σωστά μηνύματα ακόμα και σιωπηρά στους ασθενείς και να προωθείται με θεραπευτικό τρόπο η σχέση νοσηλευτή – ασθενή.

Στη διάρκεια της νοσηλευτικής αξιολόγησης των ασθενών, οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναπτύξουν μία συζήτηση με κυρίως θέμα τα συναισθήματα του ασθενή. Προκειμένου να διατηρηθεί αυτή η συζήτηση θα πρέπει να υπάρχουν δεξιότητες οι οποίες θα προτρέπουν τον ασθενή να μοιραστεί τις σκέψεις του, αυτό γίνεται κυρίως με τη χρήση ερωτήσεων ανοιχτού τύπου. Τέτοιες αξιολογήσεις απαιτούν χρόνο και ιδιωτικότητα, για αυτό το λόγο πολλές φορές είναι πιθανό να μη είναι εφικτές. Επίσης είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να αντιλαμβάνονται πώς κατά τη στιγμή της διάγνωσης ο ασθενής βρίσκεται σε σοκ και είναι δύσκολο να απορροφήσει όλες τις πληροφορίες, ένας ασθενής ίσως να χρειαστεί και αρκετές μέρες να τις αντιληφθεί, επομένως χρειάζεται επανάληψη και υπομονή. Οι κατευθυντήριες οδηγίες από το National Institute for Clinical Excellence το 2002, δηλώνουν πως σε κάθε στάδιο, οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν σαφή, αντικειμενική, πλήρη και έγκαιρη πληροφόρηση, τόσο σε προφορική όσο και σε γραπτή μορφή. Οι πληροφορίες θα πρέπει να προσδιορίζονται ως προς την ασθένεια, τις διαγνωστικές διαδικασίες, τις θεραπευτικές επιλογές και την αποτελεσματικότητά τους.

Η βιβλιογραφία ποικίλει με τις υποθέσεις γύρω από τις πιθανές αντιδράσεις των γυναικών στο άκουσμα της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Κάποιες ίσως ανησυχήσουν για την απώλεια του μαστού και άλλες να ανακουφιστούν σκεπτόμενες πιθανές εκβάσεις του καρκίνου. Η κάθε μία γυναίκα αντιδρά διαφορετικά, γι' αυτό ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να θεωρεί δεδομένες κάποιες αντιλήψεις και ψυχολογικές αντιδράσεις. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί πως είναι πιθανόν πολλές γυναίκες να μη νιώθουν έτοιμες να μοιραστούν τις σκέψεις τους ή να χρειάζονται διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει σε τοπικό και εθνικό επίπεδο της δυνατότητας που διατίθενται. Υπάρχουν αρκετοί ασθενείς οι οποίοι βοηθούνται από την υποστήριξη ομοιοπαθών ασθενών γι' αυτό το λόγο υπάρχουν και πολλές ομάδες υποστήριξης. Φυσικά, ορισμένοι ασθενείς προτιμούν να μην συμμετέχουν σε τέτοιες ομάδες. Ωστόσο, όλοι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για το τι είναι διαθέσιμο και πώς μπορούν να συμμετάσχουν εάν το επιθυμούν (Πρινωτάκη, 2020).

Κοινωνικό στίγμα & αντιλήψεις για την ασθένεια.

3.7. Ο καρκίνος του μαστού αν και είναι από τις πιο συχνές ασθένειες των τελευταίων χρόνων, στην ελληνική κοινωνία του 21^{ου} αιώνα, συνεχίζει να δημιουργεί φόβο και προκαταλήψεις.

Από τα βασικότερα προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ο ασθενής είναι οι κοινωνικές προκαταλήψεις και το κοινωνικό στίγμα γεγονός που έχει αντίκτυπο και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Ο καρκίνος ως ασθένεια χαρακτηρίζει το «κακό» για τη συλλογική κοινωνική συνείδηση. Ακόμα και μόνο από τη λέξη προκαλείται αυτομάτως με το άκουσμά της, αισθήματα φόβου, για αυτό το λόγο

αναφέρεται πολλές φορές ως «η επάρατη νόσο», η καταραμένη δηλαδή νόσος, ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο το φόβο και τις δεισιδαιμονίες γύρω από τη ασθένεια και τον ασθενή.

Το στίγμα, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που περικλείουν τον καρκίνο είναι από τα σημαντικότερα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν όχι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι οικογένειές τους. Το γεγονός αυτό οδηγεί πολλές φορές στην απόκρυψη της ασθένειας, κάτι που με τη σειρά του προκαλεί την απομόνωση και περιθωριοποίηση του ασθενή. Το αίσθημα ντροπής και υποτίμησης που νιώθει ο ασθενής επηρεάζει τη ψυχολογία του και επιβαρύνει τη κατάσταση του και επομένως την προσπάθεια για αντιμετώπιση.

Ο θετικός αναπροσδιορισμός του όρου της ασθένειας του καρκίνου θα βοηθούσε στη συνειδητοποίηση της κοινής γνώμης πως δεν χρειάζεται η στοχοποίηση των ασθενών ούτε να αποφεύγεται η ασθένεια, αλλά να γίνει αποδοχή των αισθημάτων που προκύπτουν ώστε να αντιμετωπιστούν (Μαρινάκη& Τάσιου,2019).

Σύμφωνα με μελέτες των Nyblade et. Al. που έκαναν το 2017 για τις εκδηλώσεις και τις επιπτώσεις του στίγματος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού αλλά και τους φροντιστές τους, αναφέρθηκε ως τον κρισιμότερο ψυχοκοινωνικό παράγοντα αρνητικών επιπτώσεων στη ψυχική υγεία του ατόμου. Υπάρχει φόβος από τη κοινότητα πως ο καρκίνος μπορεί να μεταδοθεί με απλή επαφή, από τις γυναίκες του δείγματος ειπώθηκε επίσης ότι διστάζουν να μοιραστούν ρούχα, τρόφιμα ακόμα και να κοιμηθούν μαζί με άλλους λόγω της υποτιθέμενης μεταδοτικότητας της ασθένειας. Οι γυναίκες αυτές δεν είναι σίγουρες ούτε για την αντιμετώπιση που θα έχουν ακόμα και από τις ίδιες τις οικογένειες τους, γεγονός που τις ωθεί στην απομόνωση και στο να σηκώνουν το φορτίο της ασθένειας μόνες τους.

Οι Stergiou et.al. ερεύνησαν τις επιπτώσεις του στίγματος στον επαγγελματικό τομέα της ζωής των ασθενών. Οι μισθολογικές διακρίσεις, παρενόχληση, μειωμένες επαγγελματικές ευκαιρίες εξέλιξης αποτελούν τα κύρια σημεία μελέτης σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με καρκίνο του μαστού.

Σύμφωνα με έρευνες των Suwankhong et.al. για την εμπειρία 20 γυναικών με καρκίνο του μαστού στη Ταϊλάνδη, αποκαλύφτηκε πως οι γυναίκες αυτές αντιμετώπιζαν πολλά προβλήματα λόγω των συνεπειών των θεραπειών του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα ένιωθαν άβολα με την εικόνα τους έπειτα τις θεραπείες, βίωσαν συναισθηματικό χάος και κοινωνική δυσλειτουργία. Οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή παρουσίασαν περισσότερες ψυχολογικές επιπτώσεις που σχετιζόνταν με την εικόνα τους. Δηλώνουν πως δεν ήθελαν κανέναν άλλον κοντά τους πέρα από την οικογένεια τους (Χριστογεωργίου & Μπερλέμη, 2018).

Αν και έχουν γίνει πολλές έρευνες αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού και τις συνέπειες που έχει στη ζωή των γυναικών, η βιβλιογραφία που μελετά το βίωμα της μαστεκτομής και το νόημα που αποδίδουν σε αυτήν οι ίδιες οι γυναίκες είναι σχετικά περιορισμένη.

Σύμφωνα με ευρήματα μιας φαινομενολογικής έρευνας, στην οποία αναλύθηκαν συνεντεύξεις με οκτώ γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ,οι γυναίκες φάνηκε να αντιλαμβάνονται το σώμα τους

ως στιγματισμένο, κυρίως όσον αφορά τη θηλυκότητα, και να εφαρμόζουν διάφορες στρατηγικές διαχείρισης αυτού του στίγματος για κοινωνικές επαφές και στις στενές σχέσεις τους. Οι στρατηγικές αυτές, η χρήση εμφυτεύματος και η πλαστική αποκατάσταση του στήθους, δείχνει να μειώνει κατά ένα μικρό ποσοστό το κοινωνικό στίγμα αλλά δεν αποκαθιστούν τη πλήρη αίσθηση των γυναικών ότι είναι «φυσιολογικές». Η ταυτότητα των γυναικών με καρκίνο του μαστού αποκαθιστάται μόνο μερικώς, γεγονός που έχει βρεθεί κι από άλλες έρευνες. Η συγκεκριμένη έρευνα που μελετήθηκε αναφέρει πως η απειλή του θανάτου για τις καρκινοπαθούς ήταν σημαντικά λιγότερες από τις αναφορές για τις επιδράσεις της μαστεκτομής στο σώμα και στη θηλυκότητα. Τα αποτελέσματα αυτά επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι ο εστιασμός της έρευνας ή και ο χρόνος που είχε περάσει από τη μαστεκτομή για τις περισσότερες γυναίκες, πιθανώς να αντανακλά και στη δυσκολία που υπάρχει στο να συζητηθούν θέματα που γύρω από τον θάνατο (Ζηλιασκοπούλου & Ρούσση, 2012).

Σεξουαλικότητα & αποδοχή εικόνας.

3.8. Η εικόνα του σώματος και η σεξουαλικότητα είναι σημαντικές πτυχές της ζωής, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ζωντάνια, φυσική και κοινωνική λειτουργία. Οι Fobair et. Al. Το 2006 πραγματοποίησαν μία έρευνα, με δείγμα 549 γυναίκες ηλικίας 22 έως 50, από διάφορες εθνικότητες οι οποίες είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού τη περίοδο 1994 -1997, για την εικόνα του σώματος τους και τη σεξουαλική δραστηριότητα και τα προβλήματα.

Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αποδείχθηκε πως αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση και την επικουρική θεραπεία υπήρχαν προβλήματα ως προς τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική λειτουργία. Τα προβλήματα προσανατολίζονταν κυρίως στη ξηρότητα του κόλπου λόγω του άγχους και στη μη κατανόηση της κατάστασης από τον σύντροφο. Οι σεξουαλικά ενεργές γυναίκες οποίες υπέστησαν μαστεκτομή και αποκατάσταση μαστού αντιμετώπισαν μεγαλύτερα προβλήματα όπως είναι η απώλεια βάρους, χαμηλή αυτοεκτίμηση και σεξουαλική δυσλειτουργία.

Οι Harmann at.al. το 1999 στη Σουηδία, έκαναν μία έρευνα με γυναίκες με κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου οι οποίες κάνουν συχνά εξετάσεις και ενημερώνονται για πιθανή προληπτική μαστεκτομή με άμεση αναδόμηση του μαστού. Αυτό, υποστήριξαν, πως θα έχει θετικό αντίκτυπο στη σεξουαλική των γυναικών.

Το διάστημα 2003-2004 έγινε μία έρευνα στο Τζάνειο νοσοκομείο από τους Kalaitzi et.al. για το κατά πόσο η μαστεκτομή επηρεάζει την αντίληψη για την εικόνα του σώματος και τη σεξουαλικότητα και κατά πόσο παρεμβαίνει στην ψυχολογική ευεξία της γυναίκας και του συντρόφου της. Το δείγμα το αποτέλεσαν γυναίκες ενεργές σεξουαλικά, χωρίς ψυχιατρικό νόσημα και χωρίς να ακολουθούν αγωγή με ταμοξιφέν, χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία. Τόσο οι γυναίκες αυτές όσο και οι σύντροφοι τους ακολούθησαν ένα πρόγραμμα θεραπειάς σεξουαλικών δυσλειτουργιών και προβλημάτων με την

εικόνας του σώματος σε γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού (CBI). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρόλο που οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν ψηλά επίπεδα χαμηλής σεξουαλικότητας, κακή εικόνας σώματος, ανησυχίας και κατάθλιψης, παρακολουθώντας το πρόγραμμα υπάρχει βελτίωση στη σεξουαλικότητα οδηγώντας τις γυναίκες και τους συντρόφους τους σε σεξουαλική ευεξία βελτιώνοντας έτσι και τη συζυγική τους ζωή (Στυλιανού, 2015).

Η μαστεκτομή ως θεραπεία συνοδεύεται πολλές φορές με το αίσθημα ακρωτηριασμού, μειωμένης αυτοπεποίθησης και της απώλειας της θηλυκότητας και της ελκυστικότητας. Δεδομένα από μελέτες σε επιζώντες από καρκίνο του μαστού δείχνουν πως τα σεξουαλικά προβλήματα υπάρχουν πολύ συχνά ακόμα και σε γυναίκες που δεν έχουν υποστεί μαστεκτομή ή υπέστησαν μεταγενέστερη αναδόμηση του μαστού και δεν επιλύονται με την πάροδο του χρόνου.

Ο καρκίνος του μαστού δεν αφήνει πίσω του μόνο ουλές της μαστεκτομής. Η ακτινοβολία προκαλεί επίσης ερυθρότητα και πόνο, η χημειοθεραπεία προκαλεί και αυτή με τη σειρά της τριχόπτωση και απώλεια βάρους. Αναγνωρίζεται ότι τα σεξουαλικά προβλήματα και η διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος δημιουργείται από νωρίς στη πορεία της νόσου, παρ' όλα αυτά δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά από τους παροχούς υγείας.

Η ύπαρξη υγιούς σεξουαλικής λειτουργίας συμπεριλαμβάνει τόσο ψυχολογικούς όσο και σωματικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη ροή της σεξουαλικής αντίδρασης (π.χ. επιθυμία, διέγερση, οργασμός). Ο καρκίνος του μαστού και οι θεραπείες του επηρεάζουν κάποιες πτυχές τις σεξουαλικότητας. Οι γυναίκες με αυτή την εμπειρία δηλώνουν φόβο της απώλειας γονιμότητας, αρνητική εικόνα του σώματος, απώλεια θηλυκότητας, καθώς και απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Η επίδραση τέτοιων αλλαγών μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια και να συνδεθεί με συναισθηματικές παρενέργειες. Αρκετές έρευνες κάνουν σύνδεση με υψηλό επιπολασμό ψυχιατρικών προβλημάτων. Η δυσφορία, ο πόνος, το άγχος και η κατάθλιψη δείχνει να συνδέονται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Η σεξουαλική δυσλειτουργία επιπλέον υποτιμάται ως ανεπιθύμητη παρενέργεια των φαρμάκων για την αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού.

Οι διαταραχές αυτές οφείλονται κυρίως στην αδυναμία των ασθενών να αντιμετωπίσουν ψυχολογικές πιέσεις σχετικές με την ασθένεια και τη θεραπεία, την απώλεια της υγείας και του ρόλου τους. Όλο και πιο συχνά γίνεται λόγος για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες καθώς και τις παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών θεραπειών και αποτελούν τον κύριο λόγο διακοπής της θεραπείας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται σε ποσοστό 20%-40% των περιπτώσεων. Πολλές παρενέργειες που προέρχονται από αντικαταθλιπτική αγωγή περιλαμβάνουν την αδυναμία στύσεις, σεξουαλική δυσλειτουργία και απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος.

Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται σε όσους ασθενείς ζητούν και όσους δεν ζητούν συμβουλές για τυχόν σεξουαλικά προβλήματα. Παρά την τεκμηριωμένη υπάρξει αυτών των προβλημάτων έχουν αναπτυχθεί λίγες παρεμβάσεις για την ειδική αντιμετώπιση τους. Η σεξουαλική αξιολόγηση και η παροχή συμβουλών δεν παρέχονται συνήθως στο πλαίσιο της ογκολογίας.

Τέλος, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού χρειάζονται ανοικτή επικοινωνία για το θέμα της σεξουαλικότητας και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να μάθουν να διερευνούν και να ρυθμίζουν τέτοιου είδους δυσλειτουργίες. Επιπλέον, πρέπει να γνωρίζουν τις σεξουαλικές παρενέργειες πολλών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται (Πρινιωτάκη, 2020).

Ο ρόλος της οικογένειας & του συζύγου.

3.9. Όπως σε κάθε ασθένεια έτσι και ο καρκίνος του μαστού προκαλεί αναστάτωση τόσο στο άτομο που πάσχει όσο και στην οικογένεια του, ιδίως όταν το άτομο αυτό είναι η γυναίκα αναπροσαρμόζονται πολλές καταστάσεις.

Οι συνέπειες της νόσου είναι σημαντικές και μέσα στην οικογένεια, κυρίως στην αλλαγή ρόλων και σχέσεων. Υπάρχει επίσης και η πιθανότητα κοινωνικής απομόνωσης, κάτι που δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα και στρες στην οικογένεια. Η γυναίκα αναλαμβάνει πολλούς ρόλους στη ζωή της, τους οποίους θα πρέπει να παραμελήσει προκειμένου να αποφύγει περίσσεια κόπωση, έτσι τα μέλη της οικογένειας έρχονται αντιμέτωπα με την πραγμάτωση των υποχρεώσεων αυτών. Το γεγονός αυτό προκαλεί άγχος, αναστάτωση και ανασφάλεια για τις ικανότητες τους να ανταπεξέρθουν και να αντιμετωπίσουν τη νέα καθημερινότητα. Βιώνουν επίσης, μαζί με την ασθενή, καθημερινές ανησυχίες που αφορούν τη νόσο όπως είναι η τυχόν υποτροπή της νόσου και οι επιπλοκές. Επομένως τα συναισθήματα τους κατακλύζονται από άγχος ακόμα και για την επόμενη μέρα.

Επιπλέον όπως σε κάθε ασθένεια, έτσι και στον καρκίνο του μαστού, το οικογενειακό περιβάλλον αναλαμβάνει κυρίως τη καθημερινή φροντίδα του ασθενή, έτσι πρέπει να εκπαιδευτούν σωστά ώστε να διεκπεραιώσουν αυτές τις δυσκολίες ορθά. Με όλες αυτές τις υποχρεώσεις που προκύπτουν υπάρχει η περίπτωση τα μέλη της οικογένειας πολλές φορές να παραμελήσουν τον εαυτό τους και τη προσωπική τους ζωή (Σεβδάλη & Σοϊλεμεζίδη, 2018).

Η στιγμή της διάγνωσης αναμφισβήτητα είναι μια κατάσταση αρκετά οδυνηρή, τόσο για την ασθενή όσο και για την οικογένεια της. Οι ρυθμοί, οι συνήθειες και η ρουτίνα τους κλονίζεται ειδικά όταν η γυναίκα νοσηλεύεται για καιρό. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι ψυχολογικά αλλά και οικονομικά.

Όσο αφορά το ζευγάρι οι ρόλοι αλλάζουν ιδιαιτέρως όταν υπάρχουν παιδιά. Τις περισσότερες φορές βέβαια όταν γνωστοποιείται η ασθένεια το ζευγάρι προσπαθεί να διατηρήσει τους ίδιους ρυθμούς ή να αναδιαμορφώσουν το πρόγραμμα που ακολουθούν εντός και εκτός σπιτιού. Οι συνέπειες δεν είναι πάντα άμεσα εμφανείς, πολλά ζευγάρια φθείρονται από αυτές τις αναταράξεις στις ισορροπίες και συχνά καταφεύγουν σε ειδικούς για να βοηθηθούν στη διαχείριση και να αναθεωρήσουν τη λειτουργία της οικογένειας από δω και πέρα.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, όταν μία γυναίκα έχει υποστηρικτικό σύζυγο φαίνεται να προσαρμόζεται καλύτερα στις ψυχολογικές απαιτήσεις της ασθένειας. Η προσαρμογή στη καθημερινότητα μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών γίνεται επίσης ευκολότερη όταν υπάρχει ένας υποστηρικτικός σύζυγος.

Ο σύζυγος αναγνωρίζεται ως το πιο έμπιστο άτομο για τη γυναίκα εκείνη τη περίοδο συγκριτικά με όλες τις άλλες πηγές υποστήριξης. Ακόμα κι αν αναζητήσουν εναλλακτικές πηγές όπως φίλοι, συνεργάτες, γείτονες, η συζυγική υποστήριξη είναι αναντικατάστατη σε μία ασθένειας απειλητική για τη ζωή. Ευρέως υπάρχουν τρεις αναγνωρισμένοι τύποι κοινωνικής υποστήριξης.

- Συναισθηματική στήριξη .
- Πληροφοριακή στήριξη.
- Έμπρακτη στήριξη.

Σύμφωνα με τους ασθενείς η συναισθηματική στήριξη είναι η σημαντικότερη. Κύρια μορφή της είναι η επικοινωνία, ορίζεται όμως από τους συντρόφους τους και από την έκφραση των συναισθημάτων, τη στοργή, τη φροντίδα και την προθυμία να ακούσουν τις σκέψεις τους. Η συναισθηματική υποστήριξη από τους συζύγους ενθαρρύνει τις γυναίκες να εκφράζονται, να μειώνεται η ψυχολογική πίεση αλλά και να αποδεχτούν την ασθένεια. Μία γυναίκα με υποστηρικτικό σύντροφο έχει ως αποτέλεσμα τη καλύτερη διάθεση, θετική αυτοεκτίμηση, σωματική και ψυχολογική ευεξία και καλή λειτουργικότητα στους ρόλους που επιτελεί (Λεωπούλου-Λία & Γεωργίου, 2017).

Ειδικό μέρος.

Μεθοδολογία

Σκοπός.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας γυναικών με καρκίνο μαστού ακολουθώντας χημειοθεραπευτική αγωγή και χειρουργική αφαίρεση.

Στόχοι της έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

1. Χαρακτηριστικά της ποιότητας ζωής αυτών γυναικών.
2. Ψυχολογική επιβάρυνση αυτών των γυναικών.
3. Κοινωνικό στίγμα και κοινωνική επανένταξη των γυναικών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ / ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΗΓΩΝ:

Για την παρούσα μελέτη διεξήχθη εκτεταμένη αναζήτηση στην ελληνική και διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία ακολουθώντας βασικές αρχές αναζήτησης (Πατελάρου & Μπροκαλάκη, 2010) και συγκεκριμένα:

❖ σε διεθνή και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά, το χρονικό διάστημα της τελευταίας πενταετίας (2015-2019),

❖ στην ηλεκτρονική βάση PubMed και Google Scholar με Έλληνες συγγραφείς ή ελληνικό δείγμα πληθυσμού, το χρονικό διάστημα της τελευταίας πενταετίας (2015-2019), ομοίως και Διεθνείς συγγραφείς στην Αγγλική γλώσσα το παραπάνω χρονικό διάστημα.

Η ηλεκτρονική αναζήτηση περιλάμβανε κατά βάσει συνδυασμούς των ακόλουθων όρων/λημμάτων:

❖ Στην ελληνική γλώσσα συνδυασμούς των παρακάτω λέξεων: «καρκίνος» «ψυχολογία» «μαστός» «ποιότητα ζωής» «γυναίκες» «όγκος» «θεραπεία».

❖ Στην αγγλική γλώσσα συνδυασμούς των παρακάτω λημμάτων: «cancer» «quality of life» «breast» «cure» «patient psychology».

Οι διεθνείς όροι συμφωνούσαν και με εκείνους που εντοπίστηκαν από τους καταλόγους MeSH (Medical Subject Headings, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). Η συγκεκριμένη αναζήτηση πραγματοποιήθηκε μεταξύ 23/11/2020- 10/12/2020.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ.

Τα στάδια που ακολουθήθηκαν, τελικά, για τη συλλογή της απαραίτητης βιβλιογραφίας ήταν τα εξής:

1. Συλλογή της σχετικής βιβλιογραφίας,
2. Αξιολόγηση της βιβλιογραφίας βάσει των κριτηρίων (εν. Σκοπός, α-γ), των όρων αναζήτησης και αναφοράς (εν. Μεθοδολογία Αναζήτησης α-β),
3. Ανάγνωση τίτλων, τίτλων και περιλήψεων ή/και ολόκληρων των πρωτότυπων ερευνητικών ή ανασκοπικών εργασιών

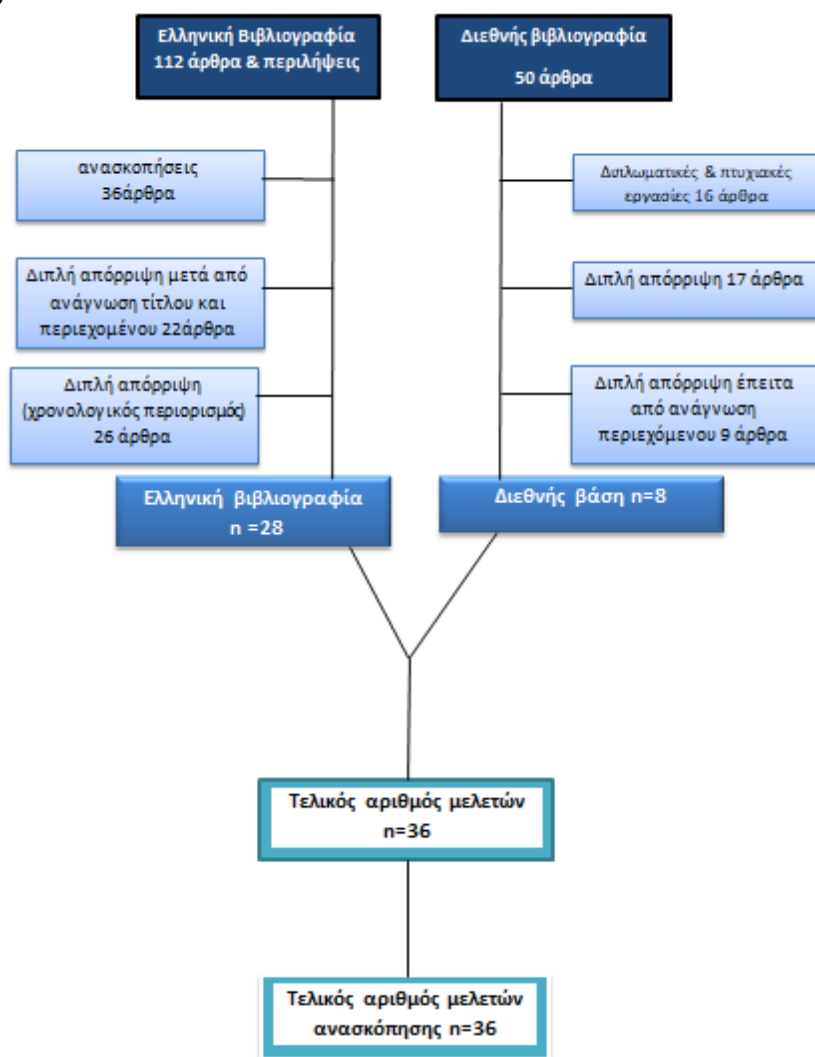
Η ολοκληρωμένη εκτίμηση της βιβλιογραφίας που συλλέχθηκε κατέδειξε το μεγάλο αριθμό των μελετών που σχετίζονταν με το υπό μελέτη θέμα. Αποφασίστηκε, λοιπόν, να ενταχθούν άρθρα με διαφορετικό ερευνητικό εργαλείο για τη συλλογή του δείγματος, όσον αφορά το διεθνή χώρο. Έτσι, οι τίτλοι και οι περιλήψεις όλων των επιλεγμένων μελετών εξετάστηκαν προσεκτικά και, εάν φαίνονταν σχετικά, αποκτήθηκαν και αναθεωρήθηκαν τα πλήρη κείμενα. Οι τίτλοι, οι περιλήψεις και τα πλήρη κείμενα αξιολογήθηκαν ανεξάρτητα από δύο συγγραφείς, συντελεστές της παρούσας μελέτης. Οποιαδήποτε διαφωνία επιλύθηκε με συζήτηση. Δεν έγινε προσπάθεια επικοινωνίας με τους συντάκτες των εργασιών, εάν τα δεδομένα ήταν ασαφή. Στη διαδικασία απόρριψης, επίσης, εντάχθηκαν οι πτυχιακές/ μεταπτυχιακές/ διδακτορικές εργασίες και όλες οι μελέτες που διεξήχθησαν πριν το 2015. Αναλυτικά, στο **Σχήμα 1** παρουσιάζεται η ταξινόμηση αυτή.

Αποτελέσματα

Αποτελέσματα αναζήτησης:

Το διάγραμμα ροής της ανασκόπησης σε ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία για την καταγραφή αποτελεσμάτων για τη διερεύνηση επιπέδου ποιότητας ζωής γυναικών με καρκίνο μαστού σε γυναίκες που ακολούθησαν χειρουργική ή χημειοθεραπευτική θεραπεία. Από την ελληνική βιβλιογραφία εντοπίστηκαν 112 άρθρα περιλήψεις ή βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις εκ των οποίων 28 πληρούσαν τα

ιδιαίτερα κριτήρια επιλογής. Παράλληλα, από τη διεθνή βάση δεδομένων google scholar και τα κοινά λήμματα αναζήτησης, βρέθηκαν 8 μελέτες. Οι εργασίες αυτές εντοπίστηκαν με τη χρήση ζευγών λημμάτων (ανά 2 ή 3).



Σχήμα 1

Ταξινόμηση Μελετών:

Στον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 1**) γίνεται η ταξινόμηση των 28 μελετών που επιλέχθηκαν με βάση τη θεματολογία τους. Το βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η Διερεύνηση επιπέδου ποιότητας ζωής γυναικών με καρκίνο μαστού.

Επιπλέον, στον **Πίνακα 2** ταξινομούνται οι επιλεγμένες μελέτες με κριτήριο το είδος της εργασίας αλλά και τον/τους συγγραφείς.

Τέλος, στον **Πίνακα 3** αναγράφεται ο αριθμός των μελετών που επιλέχθηκαν ανάλογα με τη βάση δεδομένων.

| | |
|-----|--|
| 1. | Γνώσεις και στάσεις των Ελληνίδων γυναικών σχετικά με την αυτοεξέταση του μαστού |
| 2. | Γνώσεις και ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες: Ποσοτική μελέτη |
| 3. | Γυναίκα με καρκίνο του μαστού |
| 4. | Δείκτες ψυχοπαθολογία και χαρακτηρίστηκα προσωπικότητας που σχετίζονται με τις ανάγκες πληροφόρησης, τον επιθυμητό βαθμό συμμετοχής στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού. |
| 5. | Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού |
| 6. | Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε θεραπευτική αντιμετώπιση. |
| 7. | Η διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας ζωής σε άτομα με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. |
| 8. | Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης |
| 9. | Η ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού |
| 10. | Καρκίνος μαστού & νοσηλευτικές παρεμβάσεις |
| 11. | Καρκίνος μαστού & ο νοσηλευτικός ρόλος |
| 12. | Καρκίνος του μαστού και η πρόληψη του |
| 13. | Ο ρόλος της πληροφόρησης στην ποιότητα ζωής ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων |
| 14. | Προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού |
| 15. | Πρόληψη καρκίνου του μαστού, στάσεις και γνώσεις των σπουδαστών των ΤΕΙ |
| 16. | Συσχέτιση ιατρικών και δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού |
| 17. | Καρκίνος του μαστού και νοσηλευτικές παρεμβάσεις. |
| 18. | Αυτόματη ταξινόμηση εικόνων βιοψίας μαστικού ιστού με συνελκτικά νευρωνικά δίκτυα. |
| 19. | Εικόνα σώματος, εικόνα εαυτού και αυτοπεποίθηση σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ογκεκτομή ή μαστεκτομή με ή χωρίς αποκατάσταση. |
| 20. | Διερεύνηση της ενημέρωσης των γυναικών και των συνήθων πρακτικών πρόληψης για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. |
| 21. | Καρκίνος του μαστού και ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοσωματική υποστήριξη του ασθενή. |
| 22. | Κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας του καρκίνου. |
| 23. | Η εμπειρία της μαστεκτομής: Στίγμα και μεταβολές στην ενσώματη ταυτότητα. |
| 24. | Καρκίνος του μαστού και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην γυναίκα. |
| 25. | Γυναίκα με καρκίνο και μητρότητα: Ο ρόλος του νοσηλευτή. |
| 26. | Καρκίνος του μαστού: Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον στην αποκατάσταση της ασθενούς. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού. |

| | |
|-----|--|
| 27. | Η επίδραση της αποκατάστασης του μαστού σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή σε σχέση με την ποιότητα ζωής. |
|-----|--|

Διεθνή Βιβλιογραφία

| | |
|----|---|
| 1. | A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka India. |
| 2. | Body image and sexual problems in young woman with breast cancer. |
| 3. | Breast Cancer Treatment Experiences of Changes and Social Stigma Among Thai Woman in Southern Thailand. |
| 4. | Changes in quality of life among breast cancer patients three years post-diagnosis. |
| 5. | Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in woman with family history of breast cancer. |
| 6. | Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. |
| 7. | Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast. |
| 8. | Reasons why women who have mastectomy decide to have or not to have breast reconstruction. |

Πίνακας 1: Ταξινόμηση μελετών βάσει τη θεματολογία.

| ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ | | ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ | |
|------------|--------------------------------|--------------------|--|
| 1. | Elder et al., 2005 | Άρθρο | |
| 2. | Fobair et. Al., 2006 | Άρθρο | |
| 3. | Hartmann at.al. 1999 | Άρθρο | |
| 4. | Lu et.al 2009 | Άρθρο | |
| 5. | Nyblade et. Al. 2007 | Άρθρο | |
| 6. | Ready L., 1994 | Άρθρο | |
| 7. | Suwankhong et.al., 2006 | Άρθρο | |
| 8. | Tønseth et al., 2008 | Άρθρο | |
| 9. | Αγγελάκη και συν., 2016 | Ανασκοπική εργασία | |
| 10. | Αλμυρούδη Α., 2020 | Ερευνητική εργασία | |
| 11. | Βενέτη Β., 2017 | Ερευνητική εργασία | |
| 12. | Γαβριηλίδου Δ., 2019 | Ερευνητική εργασία | |
| 13. | Γώγου και συν., 2014 | Ερευνητική εργασία | |
| 14. | Κάτσαρη και συν., 2019 | Ερευνητική εργασία | |
| 15. | Κηροπούλου Α., 2019 | Ανασκοπική εργασία | |
| 16. | Λάγιου Α., 2015 | Ανασκοπική εργασία | |
| 17. | Μπλόκου, 2016 | Ανασκοπική εργασία | |
| 18. | Παλαιογιαννίδου και συν., 2018 | Ερευνητική εργασία | |
| 19. | Παντωτή Σ., 2015 | Ανασκοπική εργασία | |
| 20. | Παπαδέα και συν., 2015 | Ερευνητική εργασία | |
| 21. | Πιπεράκη και συν., 2015 | Ερευνητική εργασία | |
| 22. | Πρεσβέλου και συν., 2014 | Ανασκοπική εργασία | |
| 23. | Σικαλιάς Ν., 2015 | Ερευνητική εργασία | |
| 24. | Στεργίου, Ε. 2020 | Ανασκοπική εργασία | |
| 25. | Τζομπανάκη και συν., 2008 | Ανασκοπική εργασία | |

| | | |
|-----|-------------------------------|--------------------|
| 26. | Χριστογεωργίου και συν.,2018 | Ερευνητική εργασία |
| 27. | Κοσμάς, Η. 2018 | Ανασκοπική εργασία |
| 28. | Γιαννακού και συν.,2015 | Ανασκοπική εργασία |
| 29. | Κατσογιάννη, Ε. 2007 | Ανασκοπική εργασία |
| 30. | Βάτσιου, Π. 2014 | Ερευνητική εργασία |
| 31. | Πρινιωτάκη, Α. 2020 | Ανασκοπική εργασία |
| 32. | Μαρινάκη και συν..2019 | Ανασκοπική εργασία |
| 33. | Ζηλιασκοπούλου και συν., 2012 | Ερευνητική εργασία |
| 34. | Στυλιανού, Π. 2015 | Ανασκοπική εργασία |
| 35. | Σεβδάλη και συν., 2018 | Ανασκοπική εργασία |
| 36. | Λεωπούλου-Λια και συν., 2017 | Ερευνητική εργασία |

Πίνακας 2: Ταξινόμηση μελετών βάσει το είδος και το συγγραφέα.

Από τα 36 άρθρα το ένα άλλο στο « plastic and reconstructive surgery»ένα άλλο στο «National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project» άλλο στο « cancer nursing» άλλο στο « wiley online library» και άλλα δύο από αυτά στο «science direct». Άλλα 2 δημοσιεύτηκαν στο «Athens Medical Society» ένα ακόμη στο «Institutional Repository - Library & Information Centre» ένα άλλο στο « Ανοιχτό πανεπιστήμιο Κύπρου Ψηφιακό Αποθετήριο Κυψέλη» και 5 στο « Ιδρυματικό Καταθετήριο Αθηνά» 2 και στο «Ιδρυματικό Καταθετήριο Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας». Τρία ακόμη στο «Υπατία» ένα στο «Αποθετήριο ΤΕΙ ΑΜΘ» δύο στο «Hellenic Journal of Nursing» ένα στο «Ηλεκτρονικά Περιοδικά ΤΕΙ Αθήνας» ένα στο «EBSCO » και ένα στο «ΚΤΙΣΙΣ ιδρυματικό καταθετήριο». Άλλα δύο στο «Journal of Neuro-Oncology » ένα στο περιοδικό « ΕΛΕΥΘΕΡΩ» και ένα «Ιδρυματικό Αποθετήριο ΤΕΙ Ηπείρου» ένα στο «Nemertes» ένα στο «ΟΛΥΜΠΙΑΣ» ένα στο «Αμητός».

| ΠΗΓΗ | ΠΛΗΘΟΣ | ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ |
|---------------|--------|---|
| GOOGLE SCOLAR | 1 | Plastic and reconstructive surgery |
| PUBMED | 1 | National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project |
| GOOGLE SCOLAR | 1 | Cancer nursing |
| GOOGLE SCOLAR | 1 | The new England Journal of medicine |
| GOOGLE SCOLAR | 2 | Science direct |
| GOOGLE SCOLAR | 13 | Ελληνικό επιστημονικό περιοδικό |
| GOOGLE SCOLAR | 1 | Institutional Repository - Library & Information Centre |
| GOOGLE SCOLAR | 1 | EBSCO |
| GOOGLE SCOLAR | 1 | Comprehensive Gynecology 7th Edition |
| GOOGLE SCOLAR | 1 | Journal of Neuro-Oncology |
| GOOGLE SCOLAR | 1 | Κυπριακό επιστημονικό περιοδικό |
| GOOGLE SCOLAR | 1 | Nemertes |

Πίνακας 3: Ταξινόμηση μελετών βάσει τη βάση δεδομένων.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ:

Στους παρακάτω πίνακες 4-6 συνοψίζονται και καταγράφονται τα χαρακτηριστικά των μελετών που επιλέχθηκαν για την παρούσα συστηματική ανασκόπηση.

Στον **Πίνακα 4** παρουσιάζονται **15** ανασκοπήσεις ερευνητικών άρθρων με κύριο χαρακτηριστικό τον προσδιορισμό της νόσου του καρκίνου του μαστού.

Ο **Λάγιος** το **(2015)** διεξήγαγε μία ανασκοπική μελέτη για την επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Από την οποία κατέληξε πως ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει περίπου μία στις δέκα γυναίκες στις ανεπτυγμένες χώρες και έχει μέσο ποσοστό επιβίωσης 5 ετών πλησιάζει το 70%.. Ένα προτεινόμενο αιτιολογικό μοντέλο, που αποτελείται από τρεις βασικές αρχές, είναι συμβατό με τα πρότυπα της εμφάνισης της ασθένειας και με τις δυσμενείς επιπτώσεις των πιο καθιερωμένων παραγόντων κινδύνου καρκίνου του μαστού. Όσον αφορά τα προληπτικά μέτρα και στρατηγικές για τη δημόσια υγεία, παρόλο που ορισμένοι παράγοντες έχουν πλέον καθιερωθεί ως καθορισμός κινδύνου. Ωστόσο, αυτή η γνώση δεν μεταφράζεται εύκολα σε αποτελεσματική πρόληψη. Μαστογραφική εξέταση, αποφυγή υπερβολικού βάρους μετά την εμμηνόπαυση, σωματική δραστηριότητα και αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών αποτελούν κατάλληλα προληπτικά μέτρα.

Η **Παντωτή Σ.** το **(2011)**, διεξήγαγε μία ανασκοπική εργασία για τη πρόληψη του καρκίνου καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως, η έγκαιρη διάγνωση θα πρέπει να είναι η πρώτη επιλογή όλων των γυναικών. Η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού έχει μειωθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία και εξακολουθεί να μειώνεται συστηματικά. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι με την προσθήκη της μαστογραφίας στις εξετάσεις ρουτίνας, πολλοί καρκίνοι εντοπίζονται έγκαιρα κι άρα μπορούν να αντιμετωπισθούν με πολύ καλύτερα αποτελέσματα. Η έγκαιρη διάγνωση μέσω της μαστογραφίας δίνει στην ασθενή τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τον καρκίνο με λιγότερο «επεμβατικές» διαδικασίες και με ασύγκριτα καλύτερες πιθανότητες επιβίωσης. Η συστηματική μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού δεν πρέπει να είναι αμελητέα, αλλά υποχρέωση της κάθε γυναίκας. Είναι ανώδυνη και συμβάλλει κατά πολύ στην πρόληψη του καρκίνου. Στη χώρα μας οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Υπολογίζεται ότι η τακτική αυτοεξέταση μπορεί να μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού από 18-25% στα 5 χρόνια

Οι **Τζομπανάκη και συν. το (2008)** πραγματοποίησαν μία βιβλιογραφική ανασκοπική εργασία για τους προδιαθεσικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Τα συμπεράσματα ήταν ότι παρά τις σημαντικές προόδους της επιστήμης στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού, η θνησιμότητα τα τελευταία 40 χρόνια έχει πολύ λίγο επηρεασθεί. Βασικός λόγος αυτής της “αποτυχίας” θεωρείται η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου, σε στάδια που η θεραπεία δεν μπορεί να δώσει πλέον πλήρη ίαση στην ασθενή.

Η **Μπλόκου Μ.(2016)** διεξήγαγε ανασκοπική μελέτη το 2012 για τον καρκίνο μαστού και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Τα αποτελέσματα των μελετών που αναφέρουν πώς η πλήρη ενημέρωση για τη χειρουργική επέμβαση, η παρηγορητικής φροντίδας από το υγειονομικό προσωπικό, η προτροπή για πιστοποιημένων αντικαρκινικών κέντρων στην ογκολογική φροντίδα, οδηγούν στην ικανοποίηση των ασθενών.

Οι **Αγγελάκη και συν. (2016)** έκαναν μία βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών για τον καρκίνο του μαστού και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αποτέλεσμα της ανασκόπησης ήταν πως όσο νωρίτερα γίνει η διάγνωση του καρκίνου τόσο πιο πολλές είναι οι πιθανότητες επιτυχημένης θεραπείας. Οι νοσηλευτικός ρόλος είναι πολυδιάστατος με κύρια εστίαση στην υποστήριξη, επικοινωνία, εκπαίδευση ασθενούς και του περιβάλλοντος του, φροντίδα του ίδιου του ασθενή αλλά και έρευνα.

Κηροπούλου, Α. (2019) ολοκλήρωσε μία ανασκοπική εργασία για τον ρόλο της πληροφόρησης στην ποιότητα ζωής ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων. Η επιρροή της πληροφόρησης στη διαχείριση σοβαρών νοσημάτων δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, κρίνονται επιτακτικές προσπάθειες να διευρυνθούν. Η εκπόνηση τυχαιοποιημένων πολυκεντρικών μελετών, που θα επικεντρωθούν στην εκτίμηση της μακροχρόνιας επίδρασης των παρεμβάσεων ενημέρωσης στη συνολική HRQoL των ασθενών, μπορεί να προσφέρουν χρήσιμα στοιχεία για την ικανοποίηση των αναγκών πληροφόρησης των αιματολογικών ασθενών. Στην Ελλάδα, οι αναφορές για παρεμβατικές δράσεις ενημέρωσης περιορίζονται κυρίως σε ογκολογικούς ασθενείς και υπογραμμίζουν τα οφέλη της δομημένης πληροφόρησης στην ολιστική προαγωγή της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών. Μέχρι σήμερα, όσο είναι γνωστό, δεν υπάρχουν σαφή και αναλυτικά δεδομένα για δημοσιευμένες μελέτες αξιολόγησης παρεμβάσεων πληροφόρησης, ειδικά σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες.

Οι **Πρεσβέλου και συν., (2014)** έκαναν μία ανασκόπηση για τον καρκίνο του μαστού και τον ρόλο του νοσηλευτή. Συμπέρασμα τις εργασίας είναι πως ο καρκίνος του μαστού που μαστίζει τον γυναικείο πληθυσμό και μετατρέπει ένα ευγενές σύμβολο μητρότητας και θηλυκότητας σε ευάλωτο στόχο. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ενωθεί και να στηρίζει αυτές τις γυναίκες.

Η **Στεργίου, Ε. (2020)** ολοκλήρωσε την εκπόνηση μίας ανασκοπικής εργασίας για τον καρκίνο του μαστού και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία θα βοηθήσουν την ασθενή να νιώσει καλύτερα και να δει με αισιοδοξία το μέλλον. Καθοριστική είναι η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα της ασθενούς και στην ψυχολογική υποστήριξή της.

Ο **Κοσμάς, Η. (2018)** διεξήγαγε μία ανασκοπική μελέτη για την αυτόματη ταξινόμηση εικόνων βιοψίας μαστικού ιστού με συνελκτικά νευρωνικά δίκτυα. Στόχος της εργασίας είναι η ανάπτυξη και μελέτη ενός συστήματος αυτόματης ταξινόμησης εικόνας βιοψίας μαστικού ιστού με σκοπό την υποβοηθούμενη διάγνωση για διάφορες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού.

Οι **Γιαννακού και συν.,(2015)** πραγματοποίησαν μία ανασκόπηση για την επίδραση της αποκατάστασης του μαστού σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή σε σχέση με την ποιότητα ζωής. Σκοπός της εργασίας είναι αξιολόγηση της επίδρασης που έχει η αποκατάσταση του μαστού στην ποιότητα ζωής των γυναικών, οι οποίες υποβλήθηκαν σε εγχείρηση μαστεκτομής λόγω καρκίνου του μαστού. Στο συμπέρασμα που κατέληξε είναι ότι απαιτείται συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά στις σύγχρονες μεθόδους πλαστικής αποκατάστασης, τη σημαντικότητα τέτοιων μεθόδων, καθώς και το πόσο καθοριστική επίδραση έχουν στην ποιότητα ζωής και την εικόνα του σώματος των γυναικών.

Κατσογιάννη, Ε. (2007) ολοκλήρωσαν μία συστηματική ανασκόπηση για την εικόνα σώματος, εικόνα εαυτού και αυτοπεποίθηση σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ογκεκτομή ή μαστεκτομή με ή χωρίς αποκατάσταση . Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της εικόνας σώματος των γυναικών με ογκεκτομή και των γυναικών με μαστεκτομή, όπου η εικόνα σώματος της πρώτης ομάδας ήταν εμφανώς πιο θετική από την εικόνα σώματος της δεύτερης. Επίσης, οι γυναίκες με μαστεκτομή και αποκατάσταση είχαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση με το σώμα τους από τις γυναίκες χωρίς αποκατάσταση.

Η **Πρινωτάκη, Α. (2020)** έκανε μία ανασκόπηση για τον καρκίνο του μαστού και τον ρόλο του νοσηλευτή στην ψυχοσωματική υποστήριξη του ασθενή. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι, μέσω της γνώσης των επικρατέστερων θεραπειών για τον καρκίνο του μαστού και των επιπτώσεών τους, να είναι ικανός ο νοσηλευτής να παρέχει μία ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα στον ασθενή.

Οι **Μαρινάκη και συν.,(2019)** σύνταξαν μία ανασκόπηση για τις κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας του καρκίνου. Μια από τις πιο σημαντικές καταστάσεις που έρχεται αντιμέτωπος ένας άνθρωπος που νοσεί από μία πολύ σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού, είναι η διατήρηση της συναισθηματικής υγείας του σε πείσμα των δοκιμασιών στις οποίες υποβάλλεται από την κρίσιμη ιατρική κατάσταση στην οποία βρέθηκε και κατ' επέκταση η διατήρηση της ταυτότητάς του. Στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η έρευνα σχετικά με την επιδημιολογία, την αιτιολογία, την πρόληψη και την θεραπεία είχε σαν αποτέλεσμα την σημαντική βελτίωση της επιβίωσης και της ποιότητας ζωής των ατόμων που έχουν προσβληθεί από καρκίνο.

Οι **Στυλιανού και συν. (2015)** έκαναν μία βιβλιογραφική ανασκόπηση για τον καρκίνο του μαστού και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του στη γυναίκα. Σκοπός της παρούσας εργασίας υπήρξε, η διερεύνηση βιβλιογραφικά των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της μαστεκτομής στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού γενικά, περιλαμβάνει πολλαπλές θεραπευτικές διαδικασίες.

Οι **Σεβδάλη και συν., (2018)** έκαναν μία βιβλιογραφική ανασκόπηση για το κατά πόσο ο καρκίνος μπορεί να επηρεάσει τη γονιμότητα τη κύηση και τον θηλασμό αλλά κατά πόσο μπορεί να αντιμετωπιστεί μία γυναίκα με καρκίνο από το νοσηλευτικό προσωπικό.

| Συγγραφείς | Χαρακτηριστικά μελέτης |
|---------------------------|---|
| Μπλόκου Μ.,2016 | Ενημέρωση για τη χειρουργική επέμβαση, η παρηγορητικής φροντίδας από το υγειονομικό προσωπικό, η προτροπή για πιστοποιημένων αντικαρκινικών κέντρων στην ογκολογική φροντίδα, οδηγούν στην ικανοποίηση των ασθενών. |
| Λάγιος, 2015 | Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του: επιβίωσης, παράγοντες κινδύνου, πρόληψη. |
| Παντωτή , 2011 | Πρόληψη του καρκίνου: διάγνωση, θνησιμότητα, αυτοεξέταση. |
| Αγγελάκη και συν. 2016 | Καρκίνο του μαστού και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. |
| Τζομπανάκη και συν. ,2008 | Προδιαθεσικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού: διάγνωση, θεραπεία, παράγοντες κινδύνου. |
| Κηροπούλου, Α. 2019 | Η επιρροή της πληροφόρησης στη διαχείριση σοβαρών νοσημάτων δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, κρίνονται επιτακτικές προσπάθειες να διευρυνθούν. |
| Κοσμάς, Η. 2018 | ανάπτυξη και μελέτη ενός συστήματος αυτόματης ταξινόμησης εικόνας βιοψίας μαστικού ιστού |
| Πρεσβέλου και συν., 2014 | Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ενωθεί και να στηρίξει αυτές τις γυναίκες. |
| Στεργίου, Ε. 2020 | Ο ρόλος του νοσηλευτή εστιάζεται στην εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, στην εκπαίδευση αυτής αλλά και της οικογενείας της, στη συμβουλευτική, στην υποστήριξη και στη φροντίδα της ασθενούς. |
| Γιαννακού και συν.,(2015 | αποκατάσταση του μαστού είχε θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής τους, αλλά κυρίως στην εικόνα του σώματος, τη σεξουαλικότητα και την αυτοεκτίμηση. |
| Κατσογιάννη, Ε. (2007) | Η εικόνα σώματος στις γυναίκες με ογκεκτομή και στις γυναίκες με μαστεκτομή και αποκατάσταση είναι βελτιωμένη και εμφανώς θετικότερη σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν κάνει μόνο μαστεκτομή. |

| | |
|--------------------------|---|
| Πρινιωτάκη, Α. (2020) | Η έγκαιρη διάγνωση μέσω της μαστογραφίας , μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ενημέρωσης του κοινού και της ευαισθητοποίησης του. |
| Μαρινάκη και συν.,(2019) | Η ψυχιατρική παρέμβαση, η κοινωνική υποστήριξη και οι ευρύτερες διαπροσωπικές σχέσεις και τα μέλη της οικογένειας,έχουν κρίσιμο ρόλο στην προσαρμογή στη νόσο και στην επακόλουθη δυσφορία. |
| Στυϊάνου.,(2015) | Η αλλαγή της εικόνας του σώματος μετά από μαστεκτομή επηρεάζει αρνητικά τη σεξουαλική λειτουργία της γυναίκας. Σημαντικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν τα μέλη της οικογένειας της, καθώς και ο σύζυγος. |
| Σεβδάλη και συν., 2018 | Μπορεί να συνυπάρξει ο καρκίνος με τη κύηση και σε ορισμένες περιπτώσεις και να θηλάσει. |

Πίνακας 4. Σύνοψη επιλεγμένων μελετών (Ανασκόπηση Ερευνητικών Άρθρων)

Στον Πίνακα 5 δίνεται η σύνοψη 8 μελετών που αφορούν δημοσιευμένα άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά του διεθνή χώρου.

Οι **Elder et al.**, τον **Αύγουστο 1998 έως Ιούλιο 2001** στην Στοκχόλμη , έκαναν μία προοπτική μελέτη, για τη ποιότητα ζωής και ικανοποίηση ασθενών με καρκίνο του μαστού μετά από επανόρθωση του στήθους. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 Health Survey, το δείγμα αποτέλεσαν 76 ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο μαστού, είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή και άμεση επανόρθωση του μαστού.

Οι **Fobair et. Al.**, έκαναν μία προοπτική έρευνα, για την εικόνα σώματος και τα σεξουαλικά προβλήματα σε νέες γυναίκες διαγνωσμένες με καρκίνο του μαστού το έτος 1994 έως 1997, με δείγμα 549 γυναίκες από διάφορες εθνικότητες, ηλικίας από 20-50, οι οποίες είτε είναι παντρεμένες είτε είναι δεσμευμένες και έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού. Η έρευνα έγινε σε 2 φάσεις Στην πρώτη φάση, ομάδες εστίασης και μια διατομή έρευνας για νέες γυναίκες με καρκίνος του μαστού, πραγματοποιήθηκε για να βοηθήσει στον προσδιορισμό και προσέγγιση θεμάτων που πρέπει να περιλαμβάνονται στη παρέμβαση. Στη δεύτερη φάση, 391 γυναίκες ολοκλήρωσαν μια συνέντευξη 2-7 μήνες μετά τη διάγνωση και στη συνέχεια ανατέθηκαν, τυχαία, 10 εβδομάδες σε ομάδες υποστήριξης ή μια κατάστασης ελέγχου.

Οι **Hartmann at.al.** ,πραγματοποίησαν μια αναδρομική μελέτη για την αποτελεσματικότητα της διμερούς προφυλακτικής μαστεκτομής σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, με δείγμα 639 γυναικών. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 14 χρόνια. Η μέση ηλικία κατά την προφυλακτική μαστεκτομή ήταν 42 έτη. Υπήρχε οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού που υποβλήθηκαν σε διμερή προφυλακτική μαστεκτομή στην κλινική Mayo μεταξύ 1960 και 1993. Οι γυναίκες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες - υψηλός και μέτριος κίνδυνος - με βάση το οικογενειακό ιστορικό.

Χρησιμοποιήθηκε μια μελέτη ελέγχου των αδελφών των υψηλού κινδύνου ανιχνευτών και του μοντέλου Gail.

Οι **Lu et.al** έκαναν μία μελέτη κοόρτης, για τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού τρία χρόνια μετά τη διάγνωση και τον προσδιορισμό ιατρικών και κοινωνικο-δημογραφικών προγνωστικών της QOL μεταξύ των επιζώντων από καρκίνο του μαστού. Μεταξύ Απριλίου 2002 και Μαρτίου 2004, 2.322 γυναίκες με καρκίνο του μαστού προσλήφθηκαν στη Μελέτη Επιβίωσης Καρκίνου του Μαστού της Σαγκάης. Χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για την αξιολόγηση των αλλαγών στο QOL και των συσχετίσεών τους με κοινωνικο-δημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες.

Οι **Nyblade et. Al.** ,έκαναν μία ποιοτική μελέτη για το στίγμα στις γυναίκες με καρκίνο τραχήλου και μαστού. Έγιναν Δύο ποιοτικές διερευνητικές μελέτες μεταξύ Νοεμβρίου 2013 και Μαΐου 2014 . Η μία επικεντρώθηκε στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το άλλο στον καρκίνο του μαστού, πραγματοποιήθηκε στην Καρνάτακα της Ινδίας χρησιμοποιώντας διεξοδικές συνεντεύξεις και συζητήσεις ομαδικής εστίασης. Στη μελέτη για τον καρκίνο του μαστού, πραγματοποιήθηκαν σε βάθος συνεντεύξεις με ασθενείς, πρωτοβάθμια φροντιστές και παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Στη μελέτη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ερωτήθηκαν 147 ερωτηθέντες, συμπεριλαμβανομένων ηλικιωμένων και νεότερων γυναικών, συζύγων, παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ηγετών της κοινότητας. Η μελέτη για τον καρκίνο του μαστού πραγματοποιήθηκε μεταξύ των ασθενών και των φροντιστών τους σε ένα νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Ο **Ready L.**, έκανε μία Συγχρονική έρευνα στην Αμερική, για τους λόγους για τους οποίους οι γυναίκες που έχουν μαστεκτομή αποφασίζουν να κάνουν ή να μην κάνουν επανόρθωση του μαστού. Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν εξήντα τέσσερις γυναίκες που φορούσαν εξωτερική πρόθεση μαστού μετά τη μαστεκτομή και 31 γυναίκες που είχαν ανακατασκευή μαστού μετά τη μαστεκτομή μεταξύ το 1986-1992.

Οι **Suwankhong et.al.**, έκαναν ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις, για τη θεραπεία καρκίνου του μαστού και τις εμπειρίες αλλαγών και κοινωνικού στίγματος μεταξύ των γυναικών της Ταϊλάνδης στη Νότια Ταϊλάνδη, με 20 γυναίκες της Ταϊλάνδης και ήταν ηλικίας μεταξύ 40 και 79 ετών, που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Το μέγεθος του δείγματος προσδιορίστηκε με μια θεωρητική τεχνική δειγματοληψίας σύμφωνα με την οποία η πρόσληψη σταματά όταν δεν προκύπτουν νέα δεδομένα. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας μεθόδους θεματικής ανάλυσης.

Οι **Tønseth et al.**, έκαναν ταχυδρομική έρευνα διατομής το φθινόπωρο του 2004,για την ποιότητα ζωής, ικανοποίηση του ασθενούς και αισθητική έκβαση μετά την ανακατασκευή του μαστού χρησιμοποιώντας DIEP flap ή επεκτάσιμο εμφύτευμα μαστού. Συμπεριλήφθηκαν 34 διαδοχικοί ασθενείς που είχαν ανακατασκευή μαστού με DIEP flap και 30 ασθενείς με EBI. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής Short Form 36 (SF-36), δύο

ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενούς για συγκεκριμένες μελέτες και μια οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) .

Στον Πίνακα 6 γίνεται, επίσης, η σύνοψη 13 ερευνητικών εργασιών που επιλέχθηκαν για την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Η **Αλμυρούδη** το **2020**, διεξήγαγε συγχρονική και προοπτική μελέτη για τους δείκτες ψυχοπαθολογίας και χαρακτηριστικά προσωπικότητας που σχετίζονται με τις ανάγκες πληροφόρησης , τον επιθυμητό βαθμό συμμετοχής στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη βοήθεια ημί-δομημένης συνέντευξης που πραγματοποιούνταν πάντα από μία από τις δυο ερευνήτριες (ΑΑ ή ΒΠ) χρησιμοποιώντας :Κλίμακα για την κατάθλιψη [Center for Epidemiological Studies -Depression (CES-D), Control Preference Scale, Τροποποίηση του Information Needs Questionnaire, Κλίμακα για την κατάθλιψη [Center for Epidemiological Studies -Depression (CES-D)], Κλίμακα εκτίμησης του άγχους του Spielberger, Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των μηχανισμών άμυνας του Εγώ με κλίμακα Life Style Index (LSI), Κλίμακα εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής [WHOQOL-BREF]. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο του 2008 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2009. Όλες οι γυναίκες με επιβεβαιωμένη διάγνωση καρκίνου του μαστού, οι οποίες παρακολουθούνταν στην ογκολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για θεραπεία ή για επανεξέταση (follow up) ως εξωτερικοί ασθενείς, κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η ογκολογική κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου των Ιωαννίνων παρέχει δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας σε έναν γενικό πληθυσμό που αριθμεί περίπου 400,000 κατοίκους. Οι ασθενείς που αποτέλεσαν το δείγμα της παρούσας μελέτης προέρχονται τόσο από αγροτικούς και ημιαστικούς όσο και αστικούς πληθυσμούς, είναι διαφόρων μορφωτικών επιπέδων και ανήκουν σε κάθε κοινωνική και οικονομική τάξη.

Ο **Σικαλιάς Ν.** το **2015**, διεξήγαγε έρευνα για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε θεραπευτική αντιμετώπιση. Η έρευνα έγινε με χρήση των ερωτηματολογίων ερωτηματολογίων SF36v2 και FACT-B. Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο από 180 ασθενείς με καρκίνο του μαστού, που υποβλήθηκαν σε χειρουργικής και συμπληρωματικής θεραπείας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε κλινικές που διαχειρίζονται ασθενείς με καρκίνο του μαστού, στην Αθήνα, την Θεσσαλονίκη και την Πελοπόννησο. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν αμέσως μετά την διάγνωση και 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού στον γυναικείο πληθυσμό και έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη νεότερων και επιθετικότερων θεραπευτικών προσεγγίσεων, που έχουν αυξήσει σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης. Συχνά, οι ασθενείς αντιμετωπίζονται αρκετά έντονα με χειρουργικές και συμπληρωματικές θεραπευτικές μεθόδους, που προκαλούν διαταραχές της φυσικής και ψυχικής τους κατάστασης, επηρεάζοντας την κοινωνική τους λειτουργικότητα και ευρύτερα την ποιότητα ζωής τους.

Οι **Πιπεράκη και συν.** το **2010** πραγματοποίησαν μία ερευνητική εργασία γνώσεις και Στάσεις των ελληνίδων γυναικών σχετικά με την αυτοεξέταση του μαστού. Η δειγματοληψία αφορούσε εκατό γυναίκες, ηλικίας από 20–49 ετών, προσερχόμενες σε Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών (ΚΕΠ) σε δήμο του νομού Αττικής, το Μάρτιο του 2009 συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις που αφορούσε στην αυτοεξέταση του μαστού. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο χ² και τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS) .Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε ήταν ότι : Οι γνώσεις των γυναικών πάνω στην αυτοεξέταση του μαστού ήταν πλημμελείς. Η άγνοια και ο φόβος αποτρέπουν τις γυναίκες από την αυτοεξέταση του μαστού. Οι νοσηλευτές καλούνται να εξαλείψουν τις προκαταλήψεις και να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των γυναικών στις προληπτικές εξετάσεις.

Το **2018** οι **Χριστογεωργίου και συν.** έκαναν μία ποσοτική μελέτη για τις γνώσεις και τη ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Χρησιμοποίησαν το σύντομο ερωτηματολόγιο αντιλήψεων για την υγεία (B-IPQ) όπως επίσης και το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο για τη ποιότητα ζωής κατά McGill (MQOL-R) για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πακέτο SPSS 21^η έκδοση. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σημαντική συναισθηματική επιρροή από την αρρώστια και ως σημαντικότερος παράγοντας ορίστηκε το άγχος και η στεναχώρια.

Οι **Βενέτη και συν.(2017)** πραγματοποίησαν μία ερευνητική εργασία για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 200 γυναίκες που μένουν στη Κόρινθο και επισκέφτηκαν τα Κ.Ε.Π. και στη Πάτρα αντίστοιχα. Χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρώσιμο ερωτηματολόγιο 26 ερωτήσεων εγκεκριμένο από την Ε.Μ.Ε.Ι.Σ. , χρόνος συμπλήρωσης ήταν περίπου 10 λεπτά.

Οι **Γαβριηλίδου και συν.(2014)** ολοκλήρωσε μία έρευνα για τη διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το 2010 μέχρι το 2012 και συγκεκριμένα στα σπίτια των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Οι ασθενείς που συμπεριλήφθησαν στην έρευνα ήταν γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού (ιστοπαθολογική διάγνωση), υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία κυρίως Trastuzumab (Herceptin) ή συνδυασμό. Ο αριθμός του δείγματος ήταν 355 ασθενείς . Όλες οι γυναίκες συμπλήρωσαν 4 ερωτηματολόγια. Ένα ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά, μια κλίμακα αξιολόγησης για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κακοήθεια της European Organization for Research and Treatment of Cancer το EORTC QLQ– C30, μια κλίμακα αξιολόγησης για την ποιότητα ζωής διαμορφωμένο για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού το EORTC QLQ - BR23 και την κλίμακα αυτό αξιολόγησης Άγχους του Zung (Self anxiety scale, SAS).

Οι **Γώγου και συν., (2014)** έκαναν μία ερευνητική εργασία για τη πρόληψη του καρκίνου του μαστού,στάσεις και γνώσεις των σπουδαστών των ΤΕΙ. Σκοπός της έρευνάς μας είναι διαπίστωση των γνώσεων των σπουδαστών των Τμημάτων της Σχολής Σ.Ε.Υ.Π, του Τ.Ε.Ι. Αθήνας, α) Επισκεπτών Υγείας, β)

Νοσηλευτικής Β' και γ) Ραδιολογίας-Ακτινολογίας, σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η έρευνα διεξήχθη σε 151 φοιτητές των Τμημάτων αυτών και αφορούσε το Α'εξάμηνο και το πτυχίο του Τμήματος Επισκεπτών Υγείας, τα Α', Β', Γ' εξάμηνα και το πτυχίο του Τμήματος της Νοσηλευτικής Β και τέλος το Α' εξάμηνο του Τμήματος Ραδιολογίας-Ακτινολογίας, με σκοπό τη σύγκριση του επιπέδου των γνώσεών τους. Για την εφαρμογή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών και μια ερώτηση βαθμολογικής ταξινόμησης (grade) των διαγνωστικών μεθόδων του μαστού με βάση την αποτελεσματικότητά τους (impact). Οι ερωτήσεις αφορούσαν τη διάγνωση-πρόληψη και τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού.

Οι **Κατσαρή και συν.,(2019)** διεξήχθησαν μία περιγραφική ερευνητική εργασία για τη ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν μέλη των συλλόγων ατόμων με εμπειρία καρκίνου Καλαμάτα ξαναρχι-ΖΩ και άλμα ζωής στη Πάτρα. Συμπεριλήφθησαν μόνο γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Συλλέχτηκαν 64 ερωτηματολόγια, το οποίο ερωτηματολόγιο αποτελεί την πρωτότυπο ερωτηματολόγιο MOS-36 Items Short-from healthy survey (SF-36).Τα ερωτηματολόγια συλλέχτηκαν από τον Οκτώβριο 2018 έως Ιανουάριο 2019.

Οι **Παλαιογιαννίδου και συν.,(2018)** εκπόνησαν μία ερευνητική εργασία για τη συσχέτιση ιατρικών και δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού. Η έρευνα διεξήχθη στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου», σε δείγμα 199 γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονταν σε συστηματική θεραπεία ή είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία και παρακολουθούνταν στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική του Νοσοκομείου. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου QLQ-C30 και QLQ-BR23. Τα ερευνητικά δεδομένα συλλέχθηκαν μεταξύ Νοεμβρίου 2015 και Φεβρουαρίου 2016.

Οι **Παπαδέα και συν.,(2015)** πραγματοποίησαν μία ερευνητική μελέτη για τη γυναίκα με καρκίνο του μαστού. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Ο πληθυσμός της έρευνας αφορά τις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και κατοικούν στη Λάρισα και στις γύρω περιοχές και πόλεις. Το δείγμα στην προκειμένη περίπτωση είναι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο της Λάρισας και διαμένουν στην ίδια περιοχή ή σε άλλες γειτονικές. Ο αριθμός των γυναικών που αποτελούν το δείγμα είναι 40. Η μέθοδος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η τυχαία δειγματοληψία. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος διότι είναι η μόνη που όλα τα άτομα του πληθυσμού έχουν ακριβώς την ίδια πιθανότητα να συμπεριληφθούν στο δείγμα της μελέτης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Λάρισας , την περίοδο 17/4/2008 έως 23/4/2008.

Η **Βάτσιου, Π. (2014)** έκανε μία έρευνα για τη διερεύνηση της ενημέρωσης των γυναικών και των συνήθων πρακτικών πρόληψης για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Το δείγμα του ερωτηματολογίου αποτέλεσαν 100 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και 100 εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης των σχολείων του νομού Αιτωλοακαρνανίας, κατόπιν σχετικής έγκρισης εκπόνησης της

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

Οι **Ζηλιασκοπούλου και συν., (2012)** ερεύνησαν για τον καρκίνο του μαστού και τη θεραπεία του έχουν σημαντικές επιπτώσεις σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Οκτώ γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού και είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή τουλάχιστον ένα έτος πριν τη συμμετοχή τους στην έρευνα συμμετείχαν εθελοντικά στην έρευνα. Οι γυναίκες ήταν ηλικίας 36-63 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 51 έτη, ενώ ο χρόνος που είχε περάσει από τη μαστεκτομή ήταν ένα με δεκαπέντε έτη, με μέσο όρο τα εξίμισι έτη. Το ερευνητικό υλικό συγκεντρώθηκε μέσω ημιδομημένης συνέντευξης, η οποία αποτελούνταν από έξι ανοιχτές ερωτήσεις γύρω από τη λήψη απόφασης για τη μαστεκτομή και την αποκατάσταση του στήθους, την επίδραση της μαστεκτομής στην εικόνα σώματος, την επίδραση της μαστεκτομής στη σχέση με το σύντροφο και τα παιδιά, και την επίδραση της μαστεκτομής στις καθημερινές δραστηριότητες. Πέντε συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο σύλλογο «Άλμα Ζωής» και τρεις σε επαγγελματικό χώρο της ερευνήτριας (ΔΖ).

Οι **Λεωπούλου-Λια και συν., (2017)** έκαναν μία ποιοτική ερευνητική εργασία ρόλο της οικογένειας του κοινωνικού περιβάλλοντος και του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση από τον καρκίνο του μαστού. Χρησιμοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις. Το δείγμα αποτέλεσαν 4 ασθενείς και 4 κοινωνικοί λειτουργοί. Ήταν ασθενείς που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού και κοινωνικοί λειτουργοί που έχουν εργαστεί με τη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 40-70 ετών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τέλη Ιουνίου με τέλη Ιουλίου.

| Μελέτη | Θεματική ενότητα | Είδος μελέτης | Πεδίο Έρευνας | Χρόνος διεξαγωγής | Δείγμα μελέτης | Ερευνητικό εργαλείο | Έκβαση | Συμπέρασμα |
|-------------------------|---|------------------|---------------|-------------------------------|--|------------------------------------|--|---|
| 1. Elder et al., 2005 | Προσδιορισμό της Ποιότητα ζωής και ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο στο στήθος μετά από άμεση επανόρθωση μαστού. | Προοπτική μελέτη | Στοκχόλμη | Αύγουστο 1998 έως Ιούλιο 2001 | 76 ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο μαστού, είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή και άμεση επανόρθωση του μαστού | ερωτηματολόγιο SF-36 Health Survey | Ένα χρόνο μετά την επανόρθωση στήθους υπήρχε ψυχολογική ευεξία, φυσική λειτουργικότητα. Άμεση επανόρθωση έγινε κυριότερα για να αποφευχθούν εξωτερικά προθέματα. Υπήρχε αισθητική ικανοποίηση. | Οι γυναίκες που έκαναν επανόρθωση στήθους δηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής πιο «κανονικές» και «ολοκληρωμένες». |
| 2. Fobair et. Al., 2006 | Προσδιορισμό της εικόνας του σώματος και των σεξουαλικών προβλημάτων κατά τους πρώτους μήνες μετά τη θεραπεία σε γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού σε ηλικία 50 ετών και άνω. | προοπτική έρευνα | Αμερική | έτος 1994 έως 1997 | με δείγμα 549 γυναίκες από διάφορες εθνικότητες, ηλικίας από 20-50, οι οποίες είτε είναι παντρεμένες είτε είναι δεσμευμένες και έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού | συνεντεύξεις εντός 2-7 μηνών. | Οι μισές από τις γυναίκες παρουσίασαν πάνω από 2 προβλήματα με την εικόνα του σώματος τους και λειτουργικά σεξουαλικά προβλήματα. | Δυσκολίες που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική λειτουργία είναι συχνές και εμφανίστηκαν αμέσως μετά τη χειρουργική και επικουρική θεραπεία. |

| | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|----------------|----------------------|--|--|--|---|
| <p>3. Hartman n et.al 1999</p> | <p>Εκτίμηση αποτελεσματικότητας της διμερούς προφυλακτικής μαστεκτομής σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού</p> | <p>αναδρομική μελέτη</p> | <p>Αμερική</p> | <p>1960 και 1993</p> | <p>639 γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού που είχαν υποβληθεί σε διμερή προφυλακτική μαστεκτομή</p> | <p>Χρησιμοποιήθηκε μια μελέτη ελέγχου των αδελφών των υψηλού κινδύνου ανιχνευτών και του μοντέλου Gail για την πρόβλεψη του αριθμού των καρκίνων του μαστού που αναμένονταν σε αυτές τις δύο ομάδες απουσία προφυλακτικής μαστεκτομής.</p> | <p>Η προφυλακτική μαστεκτομή συσχετίστηκε με μείωση στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού τουλάχιστον 90%.</p> | <p>Σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο καρκίνου του μαστού με βάση το οικογενειακό ιστορικό, η προφυλακτική μαστεκτομή μπορεί να μειώσει σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.</p> |
|--|---|--------------------------|----------------|----------------------|--|--|--|---|

| | | | | | | | | |
|------------------------------|--|-----------------|---------|------------------------------|--|---|--|--|
| 4. Lu et.al 2009 | Διερεύνηση των αλλαγών στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού τρία χρόνια μετά τη διάγνωση | μελέτη κοόρτης | Σαγκάης | Απρίλιο 2002 και Μάρτιο 2004 | 2.322 γυναίκες με καρκίνο του μαστού προσλήφθηκαν στη μελέτη | Χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για την αξιολόγηση. | Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού παρουσίασαν σημαντική βελτίωση με την πάροδο του χρόνου στους τομείς της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας, καθώς και του συνολικού QOL. | Αυξημένο ψυχολογικό άγχος με την πάροδο του χρόνου, πρέπει να παρέχονται στους ασθενείς πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτής της χειρουργικής διαδικασίας και βοήθεια στους ασθενείς για τη ψυχολογική προσαρμογή τους. |
| 5. Nyblade et. Al.2007 | Εκτίμηση για το στίγμα στις γυναίκες με καρκίνο τραχήλου και μαστού | ποιοτική μελέτη | Ινδία | Νοέμβριος 2013 και Μάιο 2014 | ερωτήθηκαν 147 ερωτηθέντες, συμπεριλαμβανομένων και νεότερων γυναικών, συζύγων, παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ηγετών της κοινότητας. | 59 σε βάθος συνεντεύξεις με ασθενείς, πρωτοβάθμια φροντιστές και παρόχους υγειονομικής περίθαλψης | Οι εκδηλώσεις του στίγματος του καρκίνου περιγράφηκαν ως απομόνωσης ή του λεκτικού στίγματος, | Το στίγμα ήταν ένα αποτέλεσμα μιας διάγνωσης καρκίνου και περιγράφεται ως εμπόδιο στον έλεγχο, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία για γυναίκες με συμπτώματα. |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------|----------|----------------------|--|--------------------------------------|--|---|
| 6. Ready L. 1998 | Αξιολόγηση των λόγων για τους οποίους οι γυναίκες που έχουν μαστεκτομή αποφασίζουν να κάνουν ή να μην κάνουν επανόρθωση του μαστού | Συγχρονική έρευνα | Αμερική | 1986-1992 | Συμμετείχαν εξήντα τέσσερις γυναίκες που φορούσαν εξωτερική πρόθεση μαστού μετά τη μαστεκτομή και 31 γυναίκες που είχαν επανόρθωση μαστού μετά τη μαστεκτομή | ημι-δομημένες συνεντεύξεις | Ήταν ιδιαίτερα δύσκολο για τις γυναίκες και στις δύο ομάδες να αποφασίσουν τη συγκεκριμένη εναλλακτική λύση αποκατάστασης μαστού. | οι γνώσεις και για τις δύο κατηγορίες θεραπειών θα τους βοηθήσουν να μεταφέρουν κατάλληλες πληροφορίες σχετικά με εναλλακτικές λύσεις και θα τις βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες των γυναικών και/ή τις παρανοήσεις |
| 7. Suwankh ong et.al. 2006 | Εκτίμηση για τις εμπειρίες γυναικών από τις αλλαγές και το κοινωνικό στίγμα λόγω των θεραπειών του καρκίνου του μαστού. | ποιοτική έρευνα | Ταϊλάνδη | Μάιος / Ιούνιος 2016 | Είκοσι γυναίκες συμμετείχαν και ήταν ηλικίας μεταξύ 40 και 79 ετών. | ημι-δομημένες συνεντεύξεις 1-2 ωρων. | Ορατά σημάδια και δυσμενείς επιπτώσεις της θεραπείας, συναισθηματικό χάος και κοινωνική δυσλειτουργία, αλλαγές στο σώμα, το συναισθηματικό βάρος, κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με τη θεραπεία και περιθωριοποίηση | Οι γυναίκες εμφάνισαν αλλαγές, συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικού στίγματος μετά από θεραπεία με καρκίνο του μαστού. Έπρεπε να διαχειριστούν το στίγμα και τις δυσκολίες τους χωρίς επαρκή επαγγελματική υποστήριξη. |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------------|---------|---------------------|--|--|--|--|
| 8. Tønseth et al.,2008 | Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, ικανοποίηση του ασθενούς και αισθητική έκβαση μετά την ανακατασκευή του μαστού χρησιμοποιώντας DIEP flap ή επεκτάσιμο εμφύτευμα μαστού | ταχυδρομική ή έρευνα διατομής | Αμερική | φθινόπωρο του 2004. | 34 διαδοχικούς ασθενείς που είχαν ανακατασκευή μαστού με DIEP flap και 30 ασθενείς με EBI. | ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής Short Form 36 (SF-36), δύο ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενούς για συγκεκριμένες μελέτες και μια οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) | Και οι 2 ομάδες αναφέρουν πρόβλημα με την εικόνα του σώματος τους και αντιμετώπιση σεξουαλικών δυσλειτουργιών. | Ικανοποίηση των ασθενών και το αισθητικό αποτέλεσμα ήταν καλύτερα μετά την αποκατάσταση του μαστού με DIEP σε σύγκριση με το EBI, ενώ δεν υπήρχε διαφορά στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. |
|---------------------------------|---|-------------------------------|---------|---------------------|--|--|--|--|

Πίνακας 5: Σύνοψη επιλεγμένων άρθρων από ΔΙΕΘΝΗ περιοδικά

| Μελέτη | Θεματική Ενότητα Έρευνας - Στόχος | Είδος μελέτης | Πεδίο έρευνας | Χρόνος διεξαγωγής | Δείγμα μελέτης | Ερευνητικό εργαλείο | Έκβαση | Συμπέρασμα |
|---------------------|--|---------------------------------|------------------------------------|--|---|--|--|---|
| 1. Αλμυρού δη 2020 | Μελέτη για τους δείκτες ψυχοπαθολογίας και χαρακτηριστικά προσωπικότητας που σχετίζονται με τις ανάγκες πληροφόρησης, τον επιθυμητό βαθμό συμμετοχής στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού | συγχρονική και προοπτική μελέτη | Ιωάννινα | Φεβρουάριο του 2008 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2009. | Όλες οι γυναίκες με επιβεβαιωμένη διάγνωση καρκίνου του μαστού, οι οποίες παρακολουθούνταν στην ογκολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. | ημι-δομημένης συνέντευξης, Χρησιμοποιώντας τις κλίμακες: CES-D, Control Preference Scale, Τροποποίηση του Information Needs Questionnaire, κλίμακα (CES-D), κλίμακα (LSI), Κλίμακα [WHOQOL-BREF] | Ανάγκες πληροφόρησης, επιθυμία συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων | Παθητικούς ρόλους στη λήψη αποφάσεων και, μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και βελτίωση στη σχετική με τη σωματική υγεία ποιότητα ζωής στις γυναίκες με μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού, μετά από ένα χρόνο. |
| 2. Σικαλιάς Ν. 2015 | Αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε θεραπευτική αντιμετώπιση | Ερευνητική μελέτη | Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πελοπόννησο | - | 180 ασθενείς με καρκίνο του μαστού, που υποβλήθηκαν σε χειρουργικής και συμπληρωματικής θεραπείας. | χρήση των ερωτηματολογίων SF36v2 και FACT-B | Επιβάρυνση των περισσότερων διαστάσεων της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής, μετά την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης | Η αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής πρέπει να αποτελεί βασικό εργαλείο για την ανάπτυξη και παρακολούθηση της εφαρμογής των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων για τον καρκίνο του μαστού. |

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------------|--------------------|---------------------------|--|--|---|--|
| 3. Πιπεράκη και συν. 2010 | Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων καθώς και της συχνότητας αυτοεξέτασης του μαστού σε δείγμα Ελληνίδων γυναικών | Ερευνητική εργασία | Αττική | Μάρτιο του 2009 | Εκατό γυναίκες, ηλικίας από 20-49 ετών, | ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις που αφορούσε στην αυτοεξέταση του μαστού | Μηνιαία αυτοεξέταζαν το μαστό τους 21 γυναίκες, ενώ 45 δήλωσαν ότι η μηνιαία εξέταση είναι η ακολουθητέα τακτική. Άγνοια της τεχνικής, το άβολο συναίσθημα και ο φόβος ήταν η λόγοι της αμέλειας αυτοεξέτασης. Οι επαγγελματίες υγείας ήταν η κυριότερη πηγή ενημέρωσης για την αυτοεξέταση του μαστού. | Οι γνώσεις των γυναικών πάνω στην αυτοεξέταση του μαστού ήταν πλημμελείς. Η άγνοια και ο φόβος αποτρέπουν τις γυναίκες από την αυτοεξέταση του μαστού. |
| 4. Χριστογεωργίου και συν., 2010 | Μελέτη για τις γνώσεις και τη ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες | Ποσοτική μελέτη | Πάτρα | Αρχές Μαΐου-Αύγουστο 2018 | Δείγμα αποτέλεσαν 100 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Προϋπόθεση, να διαβάζουν και να γράφουν ελληνικά. | Χρησιμοποίησαν το σύντομο ερωτηματολόγιο αντιλήψεων για την υγεία (B-IPQ) όπως επίσης και το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο για τη ποιότητα ζωής κατά McGill (MQOL-R) | Η ασθένεια επηρεάζει τη προσωπική ζωή των ασθενών, ενώ δηλώνουν ότι ελέγχουν την ασθένεια. Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει τη σεξουαλικότητα και οι γυναίκες που έχουν κάνει αποκατάσταση μαστού έχουν καλύτερη εικόνα σώματος. Έντονος πόνος και κόπωση. | Υπάρχει σημαντική συναισθηματική επιρροή από την αρρώστια και ως σημαντικότερος παράγοντας ορίστηκε το άγχος και η στεναχώρια. |
| 5. Βενέτη και συν. 2017 | πραγματοποίησαν μία έρευνα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου | ερευνητική εργασία | Κόρινθος και Πάτρα | - | Το δείγμα αποτέλεσαν 200 γυναίκες που μένουν στη Κόρινθο και επισκέφτηκαν | Αυτοσυμπληρώσιμο ερωτηματολόγιο 26 ερωτήσεων εγκεκριμένο από την Ε.Μ.Ε.Ι.Σ. , χρόνος συμπλήρωσης ήταν | Η πλειοψηφία των γυναικών ενημερώνονταν από το διαδίκτυο. Οι πιο διαδεδομένες μορφές διάγνωσης ήταν η αυτοεξέταση, μαστογραφία | Ικανοποιητικό ποσοστό ενημέρωσης. |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|---|--------|--------------------|--|--|--|--|
| | του μαστού, η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης. | | | | τα Κ.Ε.Π. και στη Πάτρα αντίστοιχα. | περίπου 10 λεπτά. | ψηλάφηση και υπερηχογράφημα. Οι περισσότερες υποβάλλονταν σε αυτές τις εξετάσεις. Οι περισσότερες θεωρούν ότι είναι απαραίτητο για άνω των 35ετων γυναίκες και δήλωσαν ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου. | |
| 6. Γαβριηλίδου και συν.2014 | Διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. | τυχαίοποιημένη μελέτη με τυπικό περιγραφικό σχεδιασμό | Κύπρος | 2010 μέχρι το 2012 | Ο αριθμός του δείγματος είχε καθοριστεί στους 472 ασθενείς | (EORTC QLQ – C30) (Aaronson et al 1993, Osaba et al 1994). (EORTC) με την ειδική θεματική ενότητα για τον καρκίνο του μαστού (module BR 23) (Self-rating Anxiety Scale, SAS) του Zung.(Zung, 1971) | Διαφορές στα επίπεδα άγχους των ασθενών που είχαν στήριξη μόνο από την οικογένεια τους, όπου αυτή η ομάδα είχε ψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τα άτομα που στηρίζονταν από κάποιο σύνδεσμο καρκινοπαθών ή το συνδυασμό οικογένειας και συνδέσμου. | Οι νοσηλευτές όταν γνωρίζουν την επίδραση της νόσου και της θεραπείας της στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού καθίστανται ικανοί να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υψηλής ποιότητας . |
| 7. Γώγου και συν., 2014 | Διερεύνηση για τη πρόληψη του καρκίνου του μαστού, στάσεις και γνώσεις των σπουδαστών των ΤΕΙ. | Ερευνητική εργασία | Αθήνα | - | Η έρευνα διεξήχθη σε 151 φοιτητές | ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών και μια ερώτηση βαθμολογικής ταξινόμησης (grade) των διαγνωστικών μεθόδων του μαστού με βάση την αποτελεσματικότητά | Η κληρονομικότητα βασικός παράγοντας υψηλού κινδύνου, η ηλικία που πραγματοποιείται το υπερηχογράφημα. Οι άνδρες στην πλειοψηφία τους θεωρούν ότι στις γυναίκες ηλικίας άνω >50 ετών η μαστογραφία θα πρέπει να | Παρατηρείται ότι οι σπουδαστές όλων των συμμετεχόντων στην έρευνα τμημάτων, αν και έχουν γενικές γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού, δεν γνωρίζουν βασικές |

| | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|--|-------------------------------------|--|--|---|---|
| | | | | | | τους (impact | γίνεται κάθε χρόνο. | και ουσιαστικές πληροφορίες. |
| 8. Κατσαρή και συν., 2019 | Αξιολόγηση τη ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού | Περιγραφική εργασία | Καλαμάτα και Πάτρα | Οκτώβριο 2018-Ιανουάριο 2019 | Οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν μέλη των συλλόγων ατόμων με εμπειρία καρκίνου Καλαμάτα ξαναρχι-ZΩ και άλμα ζωής στη Πάτρα | Πρωτότυπο ερωτηματολόγιο MOS-36 Items Short-from healthy survey (SF-36). | Από τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρήθηκε ότι το 94,9% των γυναικών περιορίζεται στις έντονες δραστηριότητες Το 88,1% των γυναικών δεν έχουν αναλογιστεί πόσο χρόνο ξόδεψαν στη δουλειά η σε άλλες δραστηριότητες | Οι περισσότερες γυναίκες δεν είναι νευρικές, έχουν κοινωνική ζωή και τις τελευταίες 4 εβδομάδες νιώθουν την υγεία τους καλή. |
| 9. Παλαιογιαννίδου και συν., 2018 | Ερευνήθηκε η συσχέτιση ιατρικών και δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού | Ερευνητική εργασία | Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου» | Νοεμβρίου 2015 και Φεβρουαρίου 2016 | δείγμα 199 γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονταν σε συστηματική θεραπεία ή είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία και παρακολουθούνταν στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική του Νοσοκομείου | Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου QLQ-C30 και QLQ-BR23. | Υψηλότερες τιμές υπήρχαν στη σωματική λειτουργικότητα και στη σωματική εικόνα και τις χαμηλότερες τιμές στη σεξουαλική λειτουργικότητα και ικανοποίηση, το στάδιο της νόσου και ο χρόνος από την αρχική διάγνωση δεν φάνηκε να ασκούν σημαντική επίδραση. | Στη συνολική ποιότητα ζωής και στις κλίμακες λειτουργικότητας υποδήλωσαν ένα αρκετά καλό επίπεδο, με τις υψηλότερες τιμές στη σωματική λειτουργικότητα και στη σωματική εικόνα και τις χαμηλότερες τιμές στη σεξουαλική |

| | | | | | | | | |
|----------------------------|---|-----------------|--|--------------------------|--|-----------------|---|--|
| | | | | | | | | λειτουργικότητα και ικανοποίηση. |
| 10. Παπαδέα και συν., 2015 | Μελέτη για τη γυναίκα με καρκίνο του μαστού | Ποσοτική έρευνα | Λάρισα και στις γύρω περιοχές και πόλεις | 17/4/2008 έως 23/4/2008. | Ο αριθμός των γυναικών που αποτελούν το δείγμα είναι 40. | Ερωτηματολόγιο. | Άγχος για την εξέλιξη της ασθένειας θλίψη για όλη τη διαδικασία που υπέστησαν Ενοχές που τα δικά τους άτομα ταλαιπωρούνται εξαιτίας της ασθένειά Θυμό που συνέβη κάτι τόσο σοβαρό στις ίδιες Αναθεωρούν τις αξίες που μέχρι πρότινος πίστευαν | Λαμβάνει την στήριξη όσο βρίσκεται στο νοσοκομείο. Στην από αυτό παύει και η βοήθεια από τους ειδικούς. Για το κράτος η νόσος του καρκίνου του μαστού δεν αποτελεί άμεση προτεραιότητα, φαίνεται επικρατεί η αντίληψη ότι δεν υπάρχει ίαση, οπότε δεν υπάρχει και λόγος για τη δημιουργία εξειδικευμένων κέντρων. |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------|-----------------|---|--|---|--|---|
| 11. Βάτσιου, Π. 2014 | Διερεύνηση της ενημέρωσης των γυναικών και των συνήθων πρακτικών πρόληψης για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. | Ερευνητική εργασία | Αιτωλοακαρνανία | - | Αποτέλεσαν 100 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και 100 εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης | Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο, αυτοσυντηρούμενο ερωτηματολόγιο 42ερωτήσεων κλειστού τύπου, προεπιλεγμένων απαντήσεων, και μιας ανοικτού τύπου | Παράγοντες που αυξάνουν τη πιθανότητα πρόκλησής του είναι η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, η κατανάλωση αλκοόλ, η διατροφή και η εγκυμοσύνη σε προχωρημένη ηλικία. | Παρατηρείται σε σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο πληροφόρηση και ενημέρωση στο γυναικείο πληθυσμό ,ενθαρρυντικό στοιχείο για την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματικότερη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. |
| 12. Ζηλιασκοπούλου και συν., 2012 | Διερεύνηση για την εμπειρία της μαστεκτομής το στίγμα και μεταβολές στην ενσώματη ταυτότητα | Ερευνητική εργασία | Θεσσαλονίκη | - | Οκτώ γυναίκες | Το ερευνητικό υλικό συγκεντρώθηκε μέσω ημιδομημένης συνέντευξης | Φαινομενολογικά η ανάλυση συνεντεύξεων γύρω από την εμπειρία και το νόημα της μαστεκτομής και τις συνέπειες που έχει στην ταυτότητα και στις σχέσεις έδειξε ότι βασικό στοιχείο της εμπειρίας είναι η αίσθηση των γυναικών ότι είναι διαφορετικές. | Η καλύτερη κατανόηση της εμπειρίας της μαστεκτομής στο πλαίσιο της ελληνικής κοινωνίας μπορεί να τροφοδοτήσει τις πρακτικές της ιατρικής περίθαλψης, τη δημιουργία υπηρεσιών υποστήριξης αλλά |

| | | | | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|---|--|---|--|---|
| | | | | | | | | και κινημάτων αμοιβαίας βοήθειας. |
| 13. Λεωπούλ ου-Λια και συν., 2017 | Διερεύνησαν τον ρόλο της οικογένειας του κοινωνικού περιβάλλοντ ος και του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάστα ση από τον καρκίνο του μαστού | Ποιοτι ηκή εργασί α | - | Τέλη Ιουνίο υ με τέλη Ιουλίο υ | 4 ασθενείς και 4 κοινωνικοί λειτουργοί | Το ερευνητικό υλικό συγκεντρώθηκε μέσω ημιδομημένης συνέντευξης | Υπάρχουν μέχρι και σήμερα προκαταλήψεις για τον καρκίνο. Υπάρχει δυσκολία αποδοχής της νόσου από τις γυναίκες. | Πέφτουν βάρη στην οικογένεια, η λειτουργία του κοινωνικού λειτουργού εξομαλύνει τη κατάσταση. Η πρόληψη πρέπει να πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις. |

Πίνακας 6: Σύνοψη επιλεγμένων μελετών (Ερευνητικών Εργασιών)

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΕΥΡΕΥΝΗΣΗΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ:

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 7) έγινε προσπάθεια να καταγραφούν οι μελέτες αυτές, στις οποίες γίνεται, μεταξύ άλλων, χρήση ερωτηματολογίου ή άλλου εργαλείου διερεύνησης επιπέδου ποιότητας ζωής γυναικών με καρκίνο μαστού. Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται ότι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο είναι το SF-36 Health Survey. Η έρευνα υγείας SF-36 είναι μια έρευνα πολλαπλών χρήσεων, βραχείας μορφής για την υγεία με μόνο 36 ερωτήσεις. Αποδίδει ένα προφίλ βαθμολογίας 8 κλίμακας, καθώς και συνοπτικά μέτρα. Είναι ένα γενικό μέτρο της κατάστασης της υγείας σε αντίθεση με εκείνο που στοχεύει σε μια συγκεκριμένη ηλικία, ασθένεια ή ομάδα θεραπείας.

| Συγγραφείς | Ερωτηματολόγια |
|-------------------------------|--|
| Elder et al.,2005 | SF-36 Health Survey |
| Fobair et. Al.,2006 | Ημι-συνεντεύξεις εντός 2-7 μηνών. |
| Harmann at.al 1999 | μοντέλου Gail |
| Tønseth et al.,2008 | Short Form 36 (SF-36), αναλογική κλίμακα (VAS) |
| Αλμυρούδη , 2020 | CES-D, Control Preference Scale, Τροποποίηση του Information Needs Questionnaire, κλίμακα(CES-D), κλίμακα (LSI), Κλίμακα [WHOQOL-BREF] |
| Σικαλιάς Ν. 2015 | SF36v2 και FACT-B |
| Χριστογεωργίου και συν., 2010 | (B-IPQ) όπως επίσης και το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο για τη ποιότητα ζωής κατά McGill (MQOL-R) |
| Παλαιογιαννίδου και συν.,2018 | QLQ-C30 και QLQ-BR23. |

Πίνακας 7: Εργαλεία αξιολόγησης ικανοποίησης από τις εργασίες της ανασκόπησης.

Συζήτηση

Συζήτηση

Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική αναζήτηση που διεξήχθη για την παρούσα μελέτη στον ελληνικό και διεθνή χώρο, με σκοπό τη διερεύνηση επιπέδου ποιότητας ζωής γυναικών με καρκίνο μαστού, καθώς κι όπως υποδεικνύουν τα διαφορετικά και ποικίλα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται σε αυτές, συμπεραίνεται ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μία νόσος πολυπαραγοντική όπως και η ποιότητα ζωής των γυναικών αυτών εξαρτάται από διάφορους παράγοντες.

Γενικευμένοι παράγοντες που επηρεάζουν είναι:

1. Μορφολογία του μαστού.
2. Χαρακτηριστικά καρκίνου.
3. Τύποι και στάδια προσβολής από τον καρκίνο του μαστού.
4. Μέτρα πρόληψης .
5. Παράγοντες κινδύνου.
6. Η διάγνωση, η θεραπεία και ποιότητα ζωής
7. Τι σημαίνει η ποιότητα ζωής
8. Αξιολόγηση ποιότητας ζωής
9. Μελέτες για την ποιότητα ζωής
10. Ψυχολογικές επιπτώσεις
11. Νοσηλευτική φροντίδα
12. Κοινωνικό στίγμα
13. Σεξουαλικότητα και αποδοχή
14. Οικογένεια και σύζυγος.

Η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού εξαρτάται γενικά από τα χαρακτηριστικά του καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα ο καρκίνος του μαστού επηρεάζεται αρχικά από τη μορφολογία-ανατομία του μαστού. Φυσιολογικά υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, ιδιότητες και κύτταρα του μαστού τα οποία αν εκείνα επηρεαστούν ξεκινά μετάλλαξη των κυττάρων , σύμφωνα με της μελέτη του **Στεργίου, Ε. (2020)**.

Η μετάλλαξη αυτή των κυττάρων δημιουργεί όγκους, οι οποίοι μπορεί να είναι είτε καλοήθεις είτε κακοήθεις. Στη περίπτωση των κακοήθων όγκων υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά γνωρίσματα, όπως παρουσιάζουν οι **Αγγελάκη & Ζαφειροπούλου, (2016)** στην εργασία τους. Για τη καλύτερη πρόγνωση της νόσου ο ορισμός των ορμονικών υποδοχέων αποτελεί απαραίτητη ενέργεια καθώς ο αριθμός των

προσβεβλημένων λεμφαδένων έχει σημαντικό ρόλο στη πρόγνωση της νόσου, όπως συμπληρώνει με την μελέτη του οι **Μπλόκου και συν.,(2016)**.

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι καρκίνου του μαστού, από τους οποίους ορίζεται η επιθετικότητα και η πιθανότητα εξάπλωσης τους σε άλλα μέρη του σώματος (μετάσταση). Κακοήθεις όγκοι είναι κατά κύριο λόγο επιθηλιακοί, και μη επιθηλιακοί, όπως παρουσιάζουν στην εργασία τους οι **Γώγου& Συρίγου, (2014)**. Στάδιοποίηση ορίζεται ο βαθμός διασποράς και περιγράφεται ο καρκίνος με γενικότερους όρους και υπάρχουν 4 στάδια, τα οποία αναλύει στην μελέτη τους οι **Παπαδέα, Σιρανίδου& Στουραϊτή, (2015)**. Με το σύστημα σταδιοποίησης (TNM) κάθε όγκος χαρακτηρίζεται από έναν κωδικό που αποτελείται από ένα γράμμα και έναν αριθμό. Το γράμμα και ο αριθμός περιγράφουν το μέγεθος του όγκου, εάν έχουν προσβληθεί οι λεμφαδένες και την πιθανότητα μεταστάσεων σε άλλη περιοχή του σώματος όπως αναφέρει στην εργασία τους οι **Πρεσβέλου & Σταμούλη, (2014)**.

Με πρώιμη μαστογραφική διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία μπορεί να υπάρξει μείωση θνησιμότητας και πιο αισιόδοξη πρόγνωση, σύμφωνα με τη μελέτη των **Λάγιου και συν.(2015)**. Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού χωρίζεται σε πρωτογενή δευτερογενή και τριτογενή. Από τις εργασίες των **Παντωτή, (2015)** και **Βενέτη &Σπυροπούλου,(2017)** αναλύθηκαν οι πρωτογενείς τρόποι πρόληψης. Οι δευτερογενείς παρουσιάζονται και από την εργασία των **Πιπεράκη, και συν.,(2015)**.

Ωστόσο για τον καρκίνο του μαστού υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου. Η πρώιμη εμμηναρχή, η ηλικία, το φύλο, η ιονίζουσα ακτινοβολία, είναι μερικοί παράγοντες όπως αναφέρουν μέσα από τη μελέτη τους οι **Τζομπανάκη και συν.,(2008)**. Παρ'όλα αυτά ο καρκίνος του μαστού σε ποσοστό μόνο 5%-10% είναι κληρονομικός ενώ κατά 80% οφείλετε σε μεταλλάξεις γονιδίων, σύμφωνα με τις έρευνες των **Λάγιου και συν., (2015)** και **Lowdermilk,Perry, Cashion, (2013)**.

Η εργαστηριακή διάγνωση του καρκίνου του μαστού προσδιορίζει τη παρουσία του καρκίνου και την έκταση του ,εφόσον αυτός υπάρχει και σύμφωνα με αυτά ορίζεται και η θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθηθεί όπως διαβάσαμε από την εργασία του **Κοσμάς, (2018)** και όπως διαβάσαμε στο βιβλίο **Lowdermilk,Perry, Cashion, (2013)**.

Η θεραπεία η οποία ακολουθείται σε κάθε κλινική περίπτωση, επηρεάζει άμεσα και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Σημαντική διαφορά στην ποιότητα υπάρχει ανάμεσα στις γυναίκες που έκαναν αποκατάσταση μαστού έπειτα από τη χειρουργική επέμβαση και στις γυναίκες τις οποίες δεν έκαναν όπως αναφέρεται στην εργασία των **Γιαννάκου και συν.,(2015)** και επιβεβαιώνεται από την έρευνα των **Ready L. (1994)**. Επίσης σύμφωνα με την έρευνα των **Elder et.al.(2005)** υπάρχουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης στις γυναίκες που προέβησαν σε αποκατάσταση μαστού και σύμφωνα με τα αποτελέσματα τις έρευνας των **Tønseth et al.,(2008)** υπάρχουν και μειωμένα επίπεδα θλίψης και καλύτερη κοινωνική ζωή και επιβεβαιώνουν και οι **Κατσογιάννη και συν.,(2007)** με την έρευνα τους.

Λόγω της υποκειμενικότητας του όρου, της ποιότητας ζωής, έχουν καθιερωθεί διάφοροι ορισμοί και κάποιοι πιο γενικοί παράγοντες που την επηρεάζουν. Βασικός κριτής βέβαια πάντα είναι ο ίδιος ο ασθενής όπως αναφέρεται και στην εργασία τους οι **Κηροπούλου και συν.,(2007)**. Παράλληλα έχουν καθιερωθεί και κάποιες βασικές έννοιες που αφορούν την ποιότητα ζωής από την εργασία των **Κάτσαρη**

και συν.,(2013). Στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής δέχεται μεγάλη επιρροή από την ασθένεια και τις παρενέργειες των θεραπειών κατέληξαν με την έρευνα του οι **Lu et.al. (2009)**. Βελτίωση στην ποιότητα ζωής φαίνεται να προσφέρει η ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων ώστε οι ασθενείς να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και να ξεφύγουν από την απομόνωση σύμφωνα με την μελέτη των **Γαβριηλίδου και συν.,(2014)**.

Η ποιότητα ζωής σε καρκινοπαθείς είναι ιδιαίτερα σημαντικό κεφάλαιο, εξαιτίας αυτού υπάρχουν διάφοροι τρόποι αξιολόγησης και μέτρησής της τα εργαλεία γι' αυτό χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες, γενικά, εξειδικευμένα στη νόσο (όπως καρκίνος) και εξειδικευμένα σε ένα είδος καρκίνου. Επίσης τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί διάφορα ικανοποιητικά και αποτελεσματικά εργαλεία για την μέτρηση της ποιότητα ζωής ,όπως κάποια αξιόπιστα ερωτηματολόγια όπως αναλύει στην εργασία τους **οι Αλμουρούδη και συν., (2020)**. Λόγω της σημαντικότητας της ορθής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού έχουν γίνει πολλές μελέτες σε διεθνείς επίπεδο αλλά και στην Ελλάδα ώστε να υπάρξει πρόοδος και εξέλιξη, όπως αναφέρουν στην εργασία τους **οι Παλαιογιαννίδου και συν.,(2018)**.

Από τις κυριότερες επιπτώσεις που έχει η ασθένεια του καρκίνου του μαστού και οι παρενέργειες των θεραπειών του είναι στη ψυχολογία των ασθενών. Ο ασθενής αναθεωρεί πολλά πράγματα για τη ζωή του, τους ανθρώπους του, αλλάζουν οι προτεραιότητες του, κυριαρχεί φόβος ανασφάλεια και θλίψη και σύμφωνα με την μελέτη των **Βάτσιου και συν.,(2014)**. Η ψυχολογική κατάσταση που βιώνει μία γυναίκα χωρίζεται σε 3 φάσεις. Η επικοινωνία με ομοιοπαθείς ασθενείς, η εκκλησία και άλλοι τρόποι κοινωνικοποίησης βοηθούν στη ψυχολογική αναπτέρωση σύμφωνα με την εργασία των **Χριστογεωργίου και συν.,(2018)**.

Το κοινωνικό στίγμα είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία των ασθενών. Οδηγεί σε απομόνωση και να κλείνονται οι γυναίκες αυτές στον εαυτό τους, σύμφωνα με την μελέτη των **Μαρινάκη και συν.,(2019)**. Σύμφωνα με την έρευνα των **Nyblade et.al. (2007)** η κοινή γνώμη πιστεύει ότι ο καρκίνος είναι κολλητικός, γεγονός που οδηγεί στην περιθωριοποίηση των ασθενών. Η έρευνα των **Suwankhong et.al. (2006)** δείχνει επίσης, ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν ιδιαίτερα χαμηλή αυτοπεποίθηση για την εικόνα τους. Οι γυναίκες οι οποίες έχουν προβεί σε μαστεκτομή θεωρούν το σώμα τους «στιγματισμένο», η χρήση εμφυτεύματος ή πλαστικής αποκατάστασης βελτιώνει την αυτοπεποίθηση αλλά δεν αποκαθιστά το πλήρη αίσθημα ότι είναι «φυσιολογικές», σύμφωνα με την έρευνα των **Ζηλιασκοπούλου και συν., (2012)**.

Η σεξουαλική λειτουργία είναι ακόμα ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με την έρευνα των **Fobair et.al. (2006)** υπάρχουν σεξουαλική δυσλειτουργία λόγω του άγχους και της χαμηλής αυτοπεποίθησης των γυναικών αυτών. Η έρευνα των **Hatrmann et.al. (1999)** σε γυναίκες με κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού, οι οποίες κάνουν τακτικές εξετάσεις και είναι ενήμερες για την προληπτική μαστεκτομή, θεωρούν ότι θα βοηθούσε στη σεξουαλικότητα των γυναικών. Τέλος στην έρευνα των **Πρινωτάκη και συν.,(2020)** αναφέρεται πως η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας αντιμετώπισης των

ψυχολογικών επιπτώσεων καθώς και των παρενεργειών των φαρμάκων που λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί.

Η οικογένεια και οι φροντιστές της ασθενούς αναλαμβάνουν να διαχειριστούν όλες τις υποχρεώσεις που προκύπτουν, γεγονός που δημιουργεί στρες και άγχος, όπως δείχνει η μελέτη **των Σεβδάλη και συν.,(2018)**. Ένας υποστηρικτικός σύζυγος σε αυτή τη περίπτωση κάνει τη κατάσταση ευκολότερη και φαίνεται η γυναίκα να γίνεται πιο προσαρμοστική στις ψυχολογικές απαιτήσεις της ασθένειας, σύμφωνα με τη μελέτη **των Λεωπούλου και συν.,(2017)**.

Τέλος πολύ σημαντικό ρόλο έχει η νοσηλευτική φροντίδα την οποία δέχεται η ασθενής. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να δείχνει κατανόηση και να δίνει χρόνο στην ασθενή ως προς την αφομοίωση των πληροφοριών τις οποίες λόγω στρες πιθανότατα να χρειαστεί να τις επαναλάβουν αρκετές φορές. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει σωστές τεχνικές επικοινωνίας με τον ασθενή ώστε να του ανοίγεται να αποφορτίζεται συναισθηματικά, σύμφωνα με τη μελέτη των **Πρινιωτάκη και συν.,(2020)**.

Συμπεράσματα - Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι, ο καρκίνος του μαστού μαστίζει τον γυναικείο πληθυσμό. Τα τελευταία χρόνια βέβαια, έπειτα από σειρά ερευνών στον Ελλαδικό αλλά και διεθνή χώρο, για τα μέτρα πρόληψης του καρκίνου του μαστού, για τους παράγοντες κινδύνου αλλά και για τη βελτίωση των θεραπειών, τα ποσοστά θνησιμότητας τείνουν να μειώνονται θεαματικά. Οι έρευνες τις οποίες μελετήσαμε έδειξαν επίσης αρκετά αισιόδοξα ποσοστά ολοκληρωμένης ενημέρωσης στις Ελληνίδες για τον καρκίνο του μαστού και τα μέτρα πρόληψης του.

Σημαντικές έρευνες έχουν γίνει όμως και για το άλλο σκέλος της μελέτης μας, το οποίο αφορά την ποιότητα ζωής στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Όπου οι έρευνες τις οποίες μελετήσαμε, έδειξαν πώς η εκάστοτε θεραπεία που ακολουθεί η γυναίκα, η έγκαιρη και πρώιμη διάγνωση και το υποστηρικτικό περιβάλλον έχουν τον σημαντικότερο ρόλο ώστε τα επίπεδα της ποιότητας ζωής να είναι ικανοποιητικά.

Ο καρκίνος του μαστού είναι από τους συχνότερους καρκίνους που συναντώνται, επομένως το να υπάρχει ικανοποίηση στην ποιότητα ζωής των γυναικών που νοσούν, είναι κάτι πολύ σημαντικό, γι' αυτό και υπάρχουν πλέον αρκετοί τρόποι αξιολόγησής της. Παρ' όλα αυτά, στην Ελλάδα, θα μπορούσε να δίνεται μεγαλύτερη βάση στην ικανοποίηση των ασθενών και στην αξιολόγηση της ψυχολογικής τους κατάστασης, από το υγειονομικό προσωπικό και να γίνουν περισσότερες έρευνες ώστε να υπάρξει πρόοδος και ακόμα υψηλότερα ποσοστά επιπέδου ποιότητας ζωής. Τέλος θα μπορούσε να υπάρξει καλύτερη εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την ορθή και επικοινωνιακή

επικοινωνία με τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού αλλά και με τους φροντιστές τους, γεγονός που θα μπορέσει να μειώσει το άγχος και θλίψη τους.

Βιβλιογραφία

Διεθνή βιβλιογραφία:

- Advances in Dance/Movement Therapy. Theoretical Perspectives and Empirical Findings. Berlin: Logos Verlag, 61–72.
- American cancer society.(2009a).Breast cancer
- American cancer society. (2008). How to perform a breast-self exam.)(Lowdermilk Perry Cashion) 8η έκδοση Δ.Λαγός
- Blows, E. et al., 2007. Better Access Better Services (BABS) Project Interventions to provide emotional and psychological support to women with breast cancer. King’s college London
- De Gournay E, Bonnetain, F, Tixier H, Loustalot C, Dabakuyom S, Cuisenier J. Evaluation of quality of life after breast reconstruction using an autologous latissimus dorsi myocutaneous flap . Eur J Surg Oncol 2010, 36:520–527
- Disaia,P.,& Creasman,W (2007). Clinical gynecologic oncology (7th ed.) Philadelphia: Mosby
- Dugdale, P., & Healy, J. (2014). The Australian health care system, 2014. International profiles of health care systems, 11-20.
- Elder EE, Brandberg Y, Björklund T, Rylander R, Lagergren J,Jurell G et al., 2005 Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: A prospective study. Breast 2005, 14:201–208
- Fobair, PAT, Susan L. Stewart B., Chang S., D onofrio C., Prisila J.M, Babks and Joan R., Bloom. (2006) Body image and sexual problems in young woman with breast cancer Psycho–Oncology 15: 579-594 Published online 15 November 2005 inWiley InterScience (www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/pon.991
- 10.Ganz, P.A. 2008. Breast Cancer. Oncology Journal
- Harman LC, Shaid DJ, Wood JE, et al. (1999) Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in woman with family history of breast cancer. N Engl J Med 340: 77-84
- Huang HY , Tsai WC , Chou WY , et al . (2017). Quality of life of breast and cervical cancer survivors. BMC Womens Health. 17:30.
- Kalaitzi, C., Papadopoulos, V. P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P., & Filippou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: Effects on sexuality, body image, and psychological well-being. Journal of surgical oncology, 96(3), 235-240.
- Kurpas D., Mroczek B., Knap-Czechowska H. et al., (2013). Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases . Respiratory Physiology and Neurobiology, vol. 187, (1), 114–117.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, M. C. (2013). Maternity Nursing- Revised Reprint.
- Lu, W., Cui, Y., Chen, X. (2009)“Changes in quality of life among breast cancer patients three years post-diagnosis”. Breast Cancer Res Treat.114:357-69

- Mannheim, E. & Weis, J.(2006)“Dance/movement therapy with cancer patients. Evaluation of process and outcome parameters” . In: Koch SC, Brauninger I editor(s).
- Meyerowitz BE : (1980) Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychol Bull* 87:131, 198
- Molnar, A., Bassett, A., Thuenemann, E., Schwach, F., Karkare, S., Ossowski, S., ... & Baulcombe, D. (2009). Highly specific gene silencing by artificial microRNAs in the unicellular alga *Chlamydomonas reinhardtii*. *The Plant Journal*, 58(1), 165-174.
- National Breast Cancer Centre’s Specialist Breast Nurse Project Team(2003)Anevidence-basedspecialist breast nurse role in practice: a multi-centre implementation study. *European Journal of Cancer Care* 12: 91–97.
- Nyblade L, Stockton M., Travasso S. and Krishnan S. (2007). A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka India. *BMC Woman’s health* 17:58
- Pockaj, B.A., Degnim, A.C., Boughey, J.C., Gray, R.J., McLaughlin, S.A., Dueck, A.C. (2009) “Quality of life after breast cancer surgery: what have we learned and where should we go next?” *J Surg Oncol* 99:447–55
- Reaby LL. Reasons why women who have mastectomy decide to have or not to have breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1998, 101:1810-1818.
- Stergiou – Kita M., Pritlove C., Krish B. (2016) The «Big C» stigma, cancer, and workplace discrimination. *J Cancer surviv* 10:1035- 1050
- Suwankhong D., Liampputong P. (2006) Breast Cancer Treatment Experiences of Changes and Social Stigma Among Thai Woman in Southern Thailand. *Cancer Nursing TM*, Vol. 39, No. 3,
- Tønseth KA, Hokland BM, Tindholdt TT, Abyholm FE, Stavem K. 2008. Quality of life, patient satisfaction and cosmetic outcome after breast reconstruction using DIEP flap or expandable breast implant. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008, 61:1188–1194.
- Valea, F. A., & Katz, V. L. (2007). Breast diseases: diagnosis and treatment of benign and malignant disease. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier, 15.
- Washington, D.C. 2004. Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer. The national academies press
- Wolmark N, Fisher B(1983): Adjuvant chemotherapy in stage-II breast cancer: An overview of the NSABP clinical trials. *Breast Cancer Res Treat* 3(suppl):S19-S26
- World Health Organization. (2008). European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases.: meeting of the national counterparts, London, United Kingdom, 2-3 May 2007 (No. EUR/07/5087114). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Ελληνική βιβλιογραφία:

- Αγγελάκη, Ε., & Ζαφειροπούλου, Μ. (2016). Καρκίνος του μαστού και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- Αλμυρούδη, Α. (2020). Δείκτες ψυχοπαθολογίας και χαρακτηριστικά προσωπικότητας που σχετίζονται με τις ανάγκες πληροφόρησης, τον επιθυμητό βαθμό συμμετοχής στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού.
- Ανθούλη Φρ., Κανέλλος Ε., 2001, Στοιχεία παθολογική- ανατομικής και ογκολογίας, Αθήνα, Λύχνος
- ΑΥΔΗ, Ε., ΖΗΛΙΑΣΚΟΠΟΥΛΟΥ, Δ., & ΡΟΥΣΣΗ, Π. (2012). Η εμπειρία της μαστεκτομής: Στίγμα και μεταβολές στην ενσώματη ταυτότητα. *PSYCHOLOGY*, 19(2), 144-159.
- Βάτσιου, Π. (2014). Διερεύνηση της ενημέρωσης των γυναικών και των συνήθων πρακτικών πρόληψης για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.
- ΒΕΝΕΤΗ, Β., & ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Π. (2017). Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης.
- Γαβριηλίδου, Δ. (2014). Η διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας ζωής σε άτομα με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία
- Γεωργοπούλου, Α. Α. (2015). Καρκίνος του μαστού και νοσηλευτική παρέμβαση
- Γιαννακού, Κ., & Κνέκνας, Ε. (2015). Η επίδραση της αποκατάστασης του μαστού σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή σε σχέση με την ποιότητα ζωής.
- Γώγου, Μ., & Συρίγου, Α. (2014). Πρόληψη καρκίνου του μαστού, στάσεις και γνώσεις των σπουδαστών των ΤΕΙ.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (2006). Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Αθήνα.
- Καραφώτη, Ά. Α., & Καρελά, Σ. Α. (2016). Καρκίνος του μαστού και κατάθλιψη.
- ΚΑΤΣΑΡΗ, Γ., & ΛΑΝΟΥ, Χ. (2019). Η ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού.
- Κατσογιάννη, Ε. (2007). Εικόνα σώματος, εικόνα εαυτού και αυτοπεποίθηση σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ογκεκτομή ή μαστεκτομή με ή χωρίς αποκατάσταση.
- Κηροπούλου, Α. (2019). Ο ρόλος της πληροφόρησης στην ποιότητα ζωής ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 36(1).
- Κοσμάς, Η. (2018). Αυτόματη ταξινόμηση εικόνων βιοψίας μαστικού ιστού με συνελκτικά νευρωνικά δίκτυα (Doctoral dissertation).
- Κοτσαγιώργη, Ι., & Λυμπέρη, Β. (2015). Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο.
- Λάγιου, Α. (2015). Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού
- ΛΕΟΠΟΥΛΟΥ-ΛΙΑ, Λ. Α. Μ. Π. Ρ. Ι. Ν. Η., & ΓΕΩΡΓΙΟΥ, Μ. (2017). Καρκίνος του μαστού: Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον στην αποκατάσταση της ασθενούς. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.
- Μαρινάκη, Β., & Τάσιου, Α. (2019). Κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας του καρκίνου.
- Μαρκόπουλος Χ., 2005, Τύποι καρκίνου του μαστού, Καρκίνος του μαστού: πρόληψη και θεραπεία, Αθήνα, Π. Χ. Πασχαλίδης

- Μπακώσης, Μ. (2016). Αξιολόγηση της επίδοσης των παραμέτρων της απεικόνισης του τανυστή διάχυσης στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού (Doctoral dissertation).
- Μπλόκου, Μ. (2016). Καρκίνος μαστού & νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- Ναλμπαντιάν-Ζαρούχη, Μ. Θ. (2008). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του φάρυγγα και του λάρυγγα (No. GRI-2008-1833). Aristotle University of Thessaloniki.
- Παλαιογιαννίδου, Α., Τριανταφυλλίδου, Σ., Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παλιούρας, Δ. (2018). Συσχέτιση ιατρικών και δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(2).
- Παντοπικού, Α. (2014). Γονιδιακή θεραπεία στον καρκίνο: υπέρ και κατά, προ-κλινικές και κλινικές δοκιμές (Master's thesis).
- Παντωτή, Σ. (2015). ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ.
- Παπαδέα, Γ., Σιρανίδου, Ε., & Στουραϊτή, Α. (2015). Γυναίκα με καρκίνο του μαστού.
- Πατελάρου, Ε., & Μπροκαλάκη, Η. (2010). Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης και Μετα-ανάλυσης. *Νοσηλευτική*, 49(2):122-130.
- Πιπεράκη, Ε., Μαρνέρας, Χ., Μπουλαλά, Φ., & Γκεσούλη-Βολτυράκη, Ε. (2015). Γνώσεις και στάσεις των Ελληνίδων γυναικών σχετικά με την αυτοεξέταση του μαστού.
- Πολυκανδριώτη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., Ζαχάκης, Ι., Ηλιοπούλου, Π., Κουτελέκος, Ι., & Κυρίτση, Ε. (2010). Ανάγκες ασθενών με καρκίνο. *Νοσηλευτική*, 49(3), 236-245.
- Πρεσβέλου, Ι., & Σταμούλη, Σ. (2014). Καρκίνος μαστού-ο νοσηλευτικός ρόλος.
- Πρινιωτάκη, Α. (2020). Καρκίνος του μαστού και ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοσωματική υποστήριξη του ασθενή.
- ΣΕΒΔΑΛΗ, Δ., & ΣΟΪΛΕΜΕΖΙΔΗ, Ε. (2018). Γυναίκα με καρκίνο και μητρότητα: Ο ρόλος του νοσηλευτή.
- Σικαλιάς, Ν. (2015). Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε θεραπευτική αντιμετώπιση.
- Στεργίου, Ε. (2020). Καρκίνος του μαστού και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- Στυλιανού, Π. (2015). Καρκίνος του μαστού και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην γυναίκα.
- Τζομπανάκη, Μ., & Ηλιάδου, Μ. (2008). Προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού.
- Τίγκα, Μ., Γουρουντή, Κ., Μπιλιάτης, Ι., & Λυκερίδου, Κ. (2014). Knowledge of breast cancer screening of Greek and Italian student midwives.
- Τούντας, Γ. (2015). Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού 1986-2006. Publishers Papazisis.
- Φιλίππου, Ά. (2015). Επεξεργασία βιοϊατρικής εικόνας: αυτόματη ανίχνευση των μαζών σε ψηφιακή μαστογραφία.
- Φύσσας Π. Γιάννης, Dr. (2006). Ο μαστός και οι παθήσεις του. Αθήνα: Λιβάνη.
- Χαλκίδου, Ό. (2016). Καρκίνος του πνεύμονα & ο ρόλος του νοσηλευτή.
- ΧΡΙΣΤΟΓΕΩΡΓΟΥ, Μ., & ΜΠΕΡΛΕΜΗ, Κ. (2018). Γνώσεις και ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες: Ποσοτική μελέτη.

Άδεια εκπόνησης πτυχιακής

Άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας (ΕΛΜΕΠΑ)