



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ψυχολογικές επιπτώσεις γυναικών μετά από
μαστεκτομή»



Φοιτήτριες:

Ζουμαδάκη Νικολέτα Α.Μ.: ΥΝ7401

Σαμαρά Ηλιάννα- Ευτυχία Α.Μ.: ΥΝ7261

Επιβλέπων καθηγητής:

Κωνσταντινίδης Θεοχάρης, Επίκουρος καθηγητής

Ηράκλειο, Σεπτέμβριος 2022

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας, Κωνσταντινίδα Θεοχάρη, για την βοήθειά του και την καθοδήγησή του καθ' όλη την διάρκεια της συγγραφής. Επίσης, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τα νοσοκομεία, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και Βενιζέλειο-Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου για τη συνεργασία τους στην διεξαγωγή της έρευνάς μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού προκαλεί σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση στις γυναίκες, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζεται με μαστεκτομή και ανεπαρκή υποστήριξη για τη διαχείρισή του.

Σκοπός: Σκοπός της πτυχιακής εργασίας ήταν η αναγνώριση των ψυχολογικών επιπτώσεων σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή, καθώς και το πώς επηρεάζουν αυτές οι επιπτώσεις τη ζωή τους σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Υλικό-μέθοδος: Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 54 γυναίκες με καρκίνο μαστού που είχαν κάνει μαστεκτομή, 18+ ετών και είχαν ολοκληρώσει την επέμβαση από 1 μήνα έως 4 χρόνια πριν λάβουν μέρος στην έρευνα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Ιούνιος- Αύγουστος 2022 και χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη Κλίμακα Άγχους & Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) για την αξιολόγηση των αντίστοιχων καταστάσεων. Στην ανάλυση των δεδομένων της έρευνας της παρούσας πτυχιακής εργασίας έγινε χρήση του προγράμματος SPSS 28.

Αποτελέσματα: Οι 54 γυναίκες με καρκίνο μαστού που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή είχαν μέση ηλικία τα 35,8 χρόνια, το 29,7% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και το 48,1% ήταν έγγαμες. Με μέτρια προς χαμηλά επίπεδα βρέθηκε η κλίμακα άγχους ($9,1 \pm 3,8$, με πιθανό εύρος 0-21), της κατάθλιψης ($7,2 \pm 3,8$, με πιθανό εύρος 0-21), αλλά και η συνολική άγχους & κατάθλιψης ($16,3 \pm 7,2$, με πιθανό εύρος 0-42). Η μέση βαθμολογία του άγχους βρέθηκε ωστόσο σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα έναντι εκείνων της κατάθλιψης (9,1 έναντι 7,2, $p=0,012$). Στις διαβαθμίσεις τους, με σοβαρά επίπεδα άγχους βρέθηκε το 9,3% των ασθενών έναντι 1,9% στην κατάθλιψη. Δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφοροποίηση των επιπέδων άγχους & κατάθλιψης ως τα χαρακτηριστικά των ασθενών, το νοσοκομείο & τα τμήματα νοσηλείας, τον τόπο διαμονής ή διαβίωσης ή ως προς τη χειρουργική αποκατάσταση του μαστού ($p>0,05$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με μαστεκτομή που μελετήθηκαν, είχαν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα Άγχους & Κατάθλιψης και τα οποία δεν φάνηκαν να σχετίζονται ή να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τα προσωπικά, κοινωνικά ή κλινικά τους χαρακτηριστικά. Παρά την ομοιογένεια λοιπόν στη ψυχική τους διάθεση, οι γυναίκες,

οι σύντροφοί τους αλλά και η συνολική οικογένειά τους φαίνεται να υπομένουν ψυχολογικό στρες, αγωνία και πίεση μετά τη μαστεκτομή.

Λέξεις-κλειδιά: καρκίνος του μαστού, ψυχολογικές επιπτώσεις, ποιότητα ζωής, αντίληψη ασθένειας, εικόνα σώματος, κοινωνικό στίγμα.

SUMMARY

Introduction: Breast cancer causes a significant major psychological burden on women, especially when it is treated with mastectomy and inadequate support for its management.

Aim: The purpose of the thesis was to identify the psychological effects on women after mastectomy, and how these effects affect their lives on an individual and social level.

Methodology: The sample consisted of 54 women with breast cancer, who have undergone mastectomy, were over 18 years of age and have completed the surgery between 1 month to 4 years before participating in the research. The research was conducted between June and August 2022 and the scale used was the Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, for evaluation of the respecting situations. The SPSS 28 program was used in the analysis of the research data of this thesis.

Results: The 54 women with breast cancer who underwent mastectomy had a mean age of 35.8 years, 29.7% were college educated, and 48.1% were married. Moderate to low levels were found on the anxiety scale (9.1 ± 3.8 , with a possible range of 0-21), depression (7.2 ± 3.8 , with a possible range of 0-21), but also the overall anxiety & depression (16.3 ± 7.2 , with possible range 0-42). However, the mean anxiety score was significantly higher than that of depression (9.1 vs. 7.2, $p=0.012$). In their ratings, 9.3% of patients were found to have severe anxiety levels compared to 1.9% for depression. No significant difference was found in the levels of anxiety & depression according to patient characteristics, hospital & nursing units, place of residence or living, or breast reconstruction surgery ($p>0.05$).

Conclusions: The mastectomy patients studied had moderate to low levels of Anxiety & Depression which did not appear to be related or significantly differentiated by their personal, social or clinical characteristics. Therefore, despite the homogeneity in their mental mood, women, their partners and even their entire family seem to endure psychological stress, anxiety and pressure after mastectomy.

Key-words: breast cancer, psychological consequences, quality of life, disease perception, body image, social stigma

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
SUMMARY	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	10
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	10
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	10
1.1.1 Αρτηριακή και φλεβική αγγείωση	11
1.2 ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	12
1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΩΝ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	14
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	14
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	14
2.3 ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	15
2.4 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	18
2.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	19
2.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ	20
2.6.1 Πρωτογενής πρόληψη.....	20
2.6.2 Δευτερογενής πρόληψη.....	20
2.6.3 Τριτογενής πρόληψη.....	22
2.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	23
2.8 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	25
ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ CA ΜΑΣΤΟΥ	27
3.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	27
3.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	28
3.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	32
3.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	34
3.5 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	36
3.6 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	38
3.7 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	39
3.7.1 Φυσικοπαθητική θεραπεία	39
3.7.2 Γλόγκα και καρκίνος	39
3.7.3 Βελονισμός.....	40
3.7.4 Ομοιοπαθητική	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	41
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ...	41
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	41
4.2 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	43
4.3 ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ	44
4.4 ΣΤΑΔΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ.....	47
4.5 Άγχος και καταθλιψη	49
4.5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν τη μαστεκτομή	52
4.5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την επέμβαση	53

4.6 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	56
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	56
5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	56
5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	56
5.3 ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	56
5.4 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	57
5.5 ΗΘΙΚΗ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ.....	57
5.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	59
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	59
6.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	59
6.2 ΆΓΧΟΣ & ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	63
6.3 ΆΓΧΟΣ & ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ.....	71
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	71
7.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	71
7.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ.....	78
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	78
8.1 ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	78
8.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	78
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	93

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως καρκίνος του μαστού ορίζεται ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός παθολογικών κυττάρων στον μαζικό ιστό. Είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες και η δεύτερη αιτία θανάτου γυναικών στις ΗΠΑ (LeMone et al., 2011). Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι αναπτύσσονται αργά, δεν εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος και δεν απειλούν τη ζωή. Οι κακοήθεις όγκοι είναι επιβλαβείς. Αναπτύσσονται πιο γρήγορα και τα κύτταρα μπορεί να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος, όπου σχηματίζουν δευτερεύοντες όγκους (γνωστοί επίσης σαν μεταστατικοί όγκοι) (Buckman & Whittaker, 2000).

Προσβάλλει το 13% του γυναικείου πληθυσμού στις ΗΠΑ, η μεγαλύτερη θνησιμότητα παρατηρείται στην Αγγλία και την Ουαλία, ενώ η χαμηλότερη στην Ιαπωνία και σε άλλες Ασιατικές χώρες. Στην Ελλάδα αναφέρονται περίπου 6.000 νέες περιπτώσεις το χρόνο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στους γενετικούς, περιβαλλοντικούς, διατροφικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού είναι σποραδικοί, χωρίς οικογενές ή γενετικό υπόβαθρο (μόνο το 10% των περιπτώσεων). Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στη διάρκεια ζωής μιας γυναίκας με μετάλλαξη του γονιδίου BRCA κυμαίνεται από 40 έως 85% με αυτοσωματική επικρατή μεταβίβαση. Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να γίνει με συνδυασμό της κλινικής εικόνας, των εργαστηριακών εξετάσεων και της μαστογραφίας ή βιοψίας. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η αυτοεξέταση του μαστού και η ψηλάφηση κάποιου ύποπτου ευρήματος είναι εκείνη που θα υποψιάσει τη γυναίκα και θα την οδηγήσει στον γιατρό για περαιτέρω εξετάσεις που θα οδηγήσουν στη διάγνωση (Dechernery and Nathan, 2005).

Ο καρκίνος του μαστού διακρίνεται κυρίως με κριτήρια όπως το τμήμα του μαστού που προσβάλλεται (πόροι ή λόβια), το βάθος διήθησης του όγκου (καρκίνωμα *in situ*, διηθητικό καρκίνωμα) και με τον βαθμό κακοήθειας (*grade*) των καρκινικών κυττάρων.

Οι διαφορετικοί τύποι εγχειρήσεων ή άλλων θεραπευτικών επιλογών που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού εξαρτώνται από το μέγεθος του όγκου, την ηλικία της ασθενούς, τον τύπο του όγκου και την επιλογή της ασθενούς μετά από συζήτηση με τον ογκολόγο. Ένα είδος θεραπευτικής παρέμβασης

είναι η μαστεκτομή που διακρίνεται σε ολική, τροποποιημένη ολική και διατήρησης δέρματος (Ashar et al, 2016).

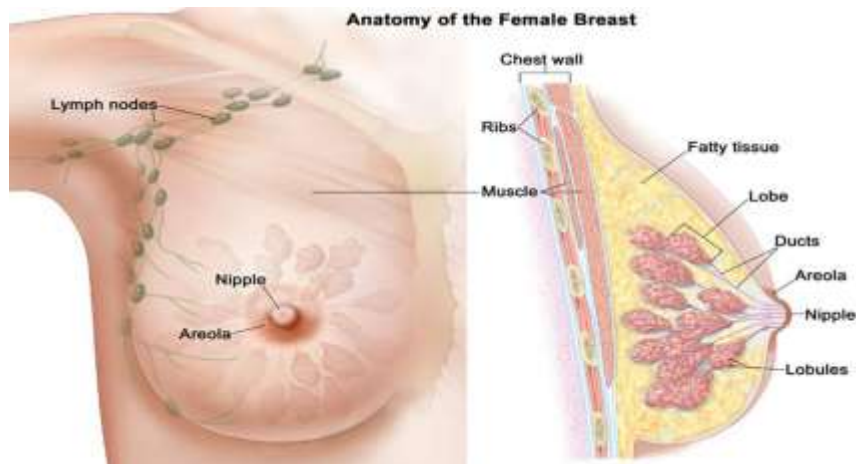
Ένα συχνό φαινόμενο που αντιμετωπίζεται από αυτούς του ασθενείς, είναι η δυσφορία που αφορά θέματα όπως ο τρόπος αντιμετώπισης της ασθένειας, η πιθανότητα υποτροπής, οι τροποποιήσεις στην εικόνα του σώματος και της σεξουαλικότητάς τους αλλά και σωματικές παρενέργειες που θα ακολουθήσουν της θεραπείας. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την διαταραχή της ψυχολογίας τους όπως φαίνεται από το χρόνιο στρες, άγχος και κατάθλιψη που πολλοί αναπτύσσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ανατομία και φυσιολογία μαστού

1.1 Ανατομία μαστού

Οι μαστοί είναι επιπολής δομές στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και των ανδρών και των γυναικών. Η δομή των μαστών (Εικόνα 1.) διακρίνεται σε αδενικό και εριστικό ινώδη ιστό που βρίσκονται μέσα σε λιπώδη ιστό, μαζί με αιμοφόρα αγγεία, λεμφαγγεία και νεύρα (Moore et al, 2013). Ο αδενώδης ιστός υπερισχύει στις γυναίκες. Το σχήμα τους είναι ημισφαιρικό με σχετικά κωνοειδή διαμόρφωση, η οποία όμως διαφέρει ανάλογα με το στάδιο ζωής της γυναίκας. Το μέγεθος και το σχήμα των μαστών μπορούν να διαμορφωθούν και ανάλογα με γενετικούς, εθνικούς και διαιτητικούς παράγοντες. Επίσης, συνήθως υπάρχει διαφορά στο μέγεθος του ενός μαστού από τον άλλον σε κάθε γυναίκα, με το ένα να είναι λίγο μεγαλύτερος από το άλλο. Οι μαστοί των γυναικών είναι αδενώδη όργανα οι οποίοι είναι πολύ ευαίσθητοι σε ορμονικές αλλαγές του σώματος. Υιοθετούν κυκλικές αλλαγές σε συγχρονισμό με τον εμμηνορυσιακό κύκλο (Akram et al, 2017). Η θηλαία άλω είναι ένα κυκλικό μελάγχρουν τμήμα δέρματος που περιβάλλει την κυλινδρική προεξοχή που ονομάζεται θηλή. Το χρώμα της εξαρτάται από το γενικό χρώμα της γυναίκας. Η θέση των θηλών ποικίλει σημαντικά σύμφωνα με το μέγεθος του μαστού (Drake et al, 2007). Οι θηλές δεν έχουν λιπώδη ιστό, τρίχες ή ιδρωτοποιούς αδένες αλλά είναι σχισμοειδείς από τα στόμια των γαλακτοφόρων πόρων που διανοίγονται σε αυτές. Οι γαλακτοφόροι πόροι βρίσκονται στο υποδόριο λίπος στο βάθος της θηλής και της θηλαίας άλω. Οι πόροι αυτοί διαμορφώνονται σε 15-20 λόβια μαζικού αδένα, τα οποία προωθούν το παρέγχυμα, που είναι λειτουργική ουσία αυτού του αδένα. Κάθε λόβιο παροχετεύεται από έναν γαλακτοφόρο πόρο, που όλοι τους συγκλείνουν και εκβάλλουν ανεξάρτητα (Moore et al, 2013).



Εικόνα 1: Ανατομία γυναικείου μαστού.

1.1.1 Αρτηριακή και φλεβική αγγείωση

Η αρτηριακή άρδευση του μαστού προέρχεται από:

- Τους έσω μαζικούς κλάδους των διατρανωόντων κλάδων και από τους πρόσθιους μεσοπλεύριους κλάδους της έσω θωρακικής αρτηρίας, που προέρχεται από την υποκλείδια αρτηρία.
- Από την πλάγια θωρακική και την ακρωμοθωρακική αρτηρία, κλάδων της μασχαλιαίας αρτηρίας.
- Από τις οπίσθιες μεσοπλεύριες αρτηρίες, κλάδων της θωρακικής αορτής στα δεύτερα, τρίτα και τέταρτα μεσοπλεύρια διαστήματα (Moore et al, 2013).

Οι φλέβες του μαστού προέρχονται από την έσω μαστική, την μασχαλιαία και τις μεσοπλεύριες φλέβες και χωρίζονται σε:

- *Έσω μαστικές φλέβες* που πορεύονται από το θωρακικό τοίχωμα και έρχονται σε άμεση επαφή με τους πλευρικούς χόνδρους και μπορεί να προκαλέσουν μετάσταση καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες επειδή συνδέονται με το πνευμονικό δίκτυο τριχοειδών (Αναγνωστοπούλου και Κανέλος, 2001).
- *Μασχαλιαίες φλέβες* που δέχονται κλάδους από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού (Ιωαννίδου-Μουζάκα και συν, 2007).
- *Μεσοπλεύριες φλέβες* με τις οποίες απάγεται το αίμα από τους μαστούς (Buckman & Whittaker, 2000).
- *Σπονδυλικές φλέβες* που απάγουν το αίμα από την σπονδυλική στήλη, τους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό (Μαρκόπουλος, 2007).

1.2 Λεμφικό σύστημα

Το λεμφικό σύστημα αποτελείται από λεμφαγγεία και λεμφογάγγλια. Η πορεία των λεμφαγγείων είναι ανεξάρτητη από τα αιμοφόρα αγγεία και χαρακτηρίζεται για κάθε όργανο (Buckman & Whittaker, 2000). Η λεμφική παροχέτευση του μαστού είναι σημαντική εξαιτίας του ρόλου της στη μετάσταση των καρκινικών κυττάρων. Η λέμφος φέρεται από τη θηλή, τη θηλαία άλω και τα λόβια του αδένου στο υποθηλαίο λεμφικό πλέγμα. Η πορεία της λέμφου χωρίζεται:

- Σε ποσοστό >75%, για τα έξω τεταρτημόρια του μαστού, που παροχετεύεται προς τους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Αρχικά στους πρόσθιους ή θωρακικούς λεμφαδένες κατά το μεγαλύτερο μέρος. Μερική λέμφος μπορεί να παροχετευτεί απευθείας στους άλλους μασχαλιαίους λεμφαδένες ή ακόμα και στους μεσωθωρακικούς, στους θωρακοδελτοειδείς, στους υπερκλειδίους, ή στους εν τω βάθει κάτω τραχηλικούς λεμφαδένες. Η λέμφος από τους μασχαλιαίους λεμφαδένες παροχετεύεται στους κλειδικούς (υποκλειδικούς και υπερκλειδικούς) λεμφαδένες και από αυτούς στο υποκλείδιο λεμφικό στέλεχος το οποίο παροχετεύει επίσης την λέμφο από το άνω άκρο.
- Στο υπόλοιπο ποσοστό, για τα έσω τεταρτημόρια του μαστού, που παροχετεύεται στους παραστερνικούς λεμφαδένες ή στον αντίθετο μαστό, ενώ η λέμφος από τα κατώτερα τεταρτημόρια μπορεί να περάσει στους εν τω βάθει κοιλιακούς λεμφαδένες (Moore et al, 2013).

1.3 Φυσιολογία μαστών

Η βιολογική αποστολή που εξυπηρετεί ο γυναικείος μαστός είναι η γαλουχία, καθώς είναι το μέσο της εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού. Προκειμένου να φτάσει ο μαστός σε αυτή τη μορφή πρέπει ο αδένου να αναπτυχθεί μέσω των σταδίων εξέλιξης. Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού εξαρτάται από την επίδραση πολλαπλών ορμονών (Moore et al, 2013). Στην κύηση υπάρχει ιδιαίτερη ανάπτυξη του μαστού λόγω της έκκρισης διαφόρων ορμονών του πλακούντα όπως είναι τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, το γαλακτογόνο του πλακούντα και μια παραλλαγή της αυξητικής ορμόνης (GH-V) (Koeppen & Stanton, 2013).

- *Προλακτίνη*: Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης. Είναι η κύρια ορμόνη που προάγεται σαν απάντηση στο ερέθισμα του θηλασμού (γαλακτοπαραγωγικό

αντανακλαστικό). Μετά τη σύνδεση με τους υποδοχείς της, μεταφέρεται με άγνωστο μηχανισμό διαμέσου των επιθηλιακών κυττάρων στους πόρους, ώστε να βρίσκεται σε πολύ μεγάλες συγκεντρώσεις στο γάλα ή στο υγρό των πόρων και έτσι να περιλαμβάνεται στους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, με την επίδραση της αυξημένης προλακτίνης και τη παρουσία του πλακουντικού γαλακτογόνου, ο μαστός προετοιμάζεται λειτουργικά κατά την κύηση για τη παραγωγή γάλακτος. Η προλακτίνη ειδικότερα έχει την ευθύνη για την έναρξη, αλλά και για τη διατήρηση της γαλουχίας στη γυναίκα μετά τον τοκετό.

- *Οιστρογόνα:* Το οιστρογόνο επιδρά στο μαστό με άμεσο και έμμεσο τρόπο, μέσω της αύξησης της προλακτίνης της μητέρας. Σε χαμηλές δόσεις και σε μακροχρόνια χορήγηση προκαλούν υπερτροφία των υποφυσικών κυττάρων αυξάνοντας τα επίπεδα της προλακτίνης τόσο στην υπόφυση όσο και στο πλάσμα. Αντίθετα σε υψηλές δόσεις αναστέλλουν τη γαλουχία. Τέλος, μαζί με την προγεστερόνη και την προλακτίνη προάγει την ανάπτυξη του μαστού.
- *Προγεστερόνη:* Συμβάλλει στην παραγωγή γάλακτος, σε συνεργασία με την προλακτίνη και τα οιστρογόνα, εμποδίζοντας την άθροιση των ενζύμων που είναι απαραίτητα για την τελική διαφοροποίηση των κυττάρων του μαστού, ώστε αυτά να είναι ικανά για την παραγωγή γάλακτος, ελέγχοντας τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος, καζεΐνης και α-λακταλβουμίνης (Μαρκόπουλος, 2008).
- *Γαλακτογόνο του πλακούντα:* Αποτελεί τις γαλακτογόνες ορμόνες, αυξάνεται κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Ο κύριος ρόλος του περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού κατά την κύηση, ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδα του έχουν δράση παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης (Φύσσας, 2006).
- *Οξυτοκίνη:* Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης, που συντίθεται στους νευρώνες του υπεροπτικού και παρακοιλιακού πυρήνα του υποθαλάμου. Το ερέθισμα για την έκκρισή της αποτελεί ο μηχανικός ερεθισμός της θηλής κατά το θηλασμό. Οι υποδοχείς της οξυτοκίνης στο μαστό και στη μήτρα αυξάνονται κατά τον τοκετό. Η οξυτοκίνη επάγει τη συστολή των μυοεπιθηλιακών κυττάρων προκαλώντας την αποβολή του γάλακτος από τους πόρους των κυψελίδων και των πόρων. Η απελευθέρωση της οξυτοκίνης μπορεί να γίνει και από ψυχογενή ερεθίσματα όπως είναι το άκουσμα του κλάματος ενός μωρού από την μητέρα ή από την σκέψη του μωρού της (Koeppen & Stanton, 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Καρκίνος του μαστού

2.1 Εισαγωγή

Για την φυσιολογική ανάπτυξη και διατήρηση ενός οργανισμού είναι απαραίτητη η ακρίβεια του συστήματος ελέγχου της κυτταρικής αύξησης και διαφοροποίησης. Για την αποφυγή αλλοίωσης και θανάτου των κυττάρων είναι σημαντική η ύπαρξη κυττάρων που μπορούν να διαιρεθούν, ώστε να ανανεώνονται οι ιστοί. Σε περίπτωση αλλαγής της ισορροπημένης αύξησης και ανικανότητας έγκαιρης διόρθωσης έχουμε ως αποτέλεσμα τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό κυττάρων γνωστό ως καρκίνος ή νεόπλασμα.

Το καρκινικό κύτταρο εξαιτίας της απώλειας των φυσιολογικών μηχανισμών ελέγχου της κυτταρικής διαίρεσης, διαιρείται ασταμάτητα και διηθεί επεκτατικά τους παρακείμενους φυσιολογικούς ιστούς, ενώ παράλληλα δημιουργεί καρκινικά έμβολα σε αγγεία και λεμφαγγεία και έχει τη δυνατότητα μετάστασης από την πρωτοπαθή εστία. Τα μεταστατικά αυτά κύτταρα εγκαθίστανται σε άλλους ιστούς, συνεχίζουν να πολλαπλασιάζονται, διαταράσσουν τη λειτουργία τους και επιφέρουν τον θάνατο στον οργανισμό (Γκοβίνα και Κωνσταντινίδης, 2019).

Ο καρκίνος του μαστού ορίζεται ως ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός κυττάρων που μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε μέρος του μαστού, ενώ πιο συχνό μέρος είναι τα λοβία. Αν και σε πολύ μικρότερη συχνότητα, υπάρχει πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και στους άνδρες. Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου και μπορεί να ανιχνευθεί μέσω της αυτοεξέτασης ρουτίνας, της κλινικής εξέτασης από ιατρό ή άλλο ειδικό, της μαστογραφίας ή όταν έχουν αναπτυχθεί σημεία και συμπτώματα. Σε αρχικό στάδιο δεν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα και απαιτείται συχνά μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι να αναπτυχθεί μια ψηλαφητή ή ορατή μάζα εσωτερικά του μαστού (Winters et al, 2017).

2.2 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος και η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες, ενώ αποτελεί το συχνότερο αίτιο θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 45-55 ετών. Παγκοσμίως, σχεδόν 1,7 εκ. περιστατικά διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο, ή

αλλιώς αναγνωρίζεται ένα καινούργιο περιστατικό κάθε 18 δευτερόλεπτα. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα προσβάλλονται 6 χιλιάδες γυναίκες κάθε χρόνο. Όμως, τα ποσοστά επίπτωσης ποικίλλουν στις περιοχές χαμηλότερου εισοδήματος (27 στα 100.000 στην Μέση Αφρική και Ανατολική Ασία) σε σχέση με αυτές υψηλότερου εισοδήματος (92 στα 100.000 στην Βόρεια Αμερική), με την επίπτωση να είναι ανάλογη του εισοδήματος. Όσον αφορά τη θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού, το 2013 καταγράφηκαν 0,5 εκατομμύριο θάνατοι παγκοσμίως που αντιστοιχεί σε 1 θάνατο το λεπτό και 15% των θανάτων από όλους τους τύπους καρκίνου. Τα ποσοστά θνησιμότητας ποικίλλουν ακόμα περισσότερο από αυτά της επίπτωσης, με την επιβίωση από καρκίνο του μαστού να είναι σημαντικά χαμηλότερη σε χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος σε σχέση με αυτές υψηλού (Winters et al, 2017).

2.3 Τύποι καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι νόσος με πολλές διαφοροποιήσεις. Οι όγκοι του μαστού αποτελούνται από κύτταρα των πόρων (πορογενή αδενοκαρκινώματα) και από λοβιακά κύτταρα (λοβιακά καρκινώματα). Οι τύποι του καρκίνου του μαστού είναι ο μη διηθητικός και ο διηθητικός. Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των διηθητικών καρκινωμάτων αντιστοιχεί σε αυτά των πόρων (από 70-80%). Χαρακτηρίζεται από ακανόνιστο σχήμα άστρου που δημιουργείται λόγω της τυχαίας διήθησης του παρεγχύματος του μαστού από τα καρκινικά κύτταρα. Η αντίδραση του ινώδους ιστού προκαλεί την ψηλαφητή μάζα κατά την κλινική εικόνα. Σε αντίθεση, το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα εμφανίζεται με μικρότερη συχνότητα (από 5-10%). Παρόλο που μακροσκοπικά εμφανίζουν ομοιότητες με τα διηθητικά καρκινώματα του πόρου, οι βλάβες δεν είναι αρκετά ορατές. Μικροσκοπικά, τα κακοήθη κύτταρα διηθούν τον ιστό του μαστού, προκαλώντας ελάχιστη ινώδη αντίδραση (Bleiweiss, 2020), ενώ, οι μη διηθητικές νεοπλασίες του μαστού εντοπίζονται στον πόρο ή στον λοβό. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους ως προς την μορφολογία, τη συμπεριφορά, την κατανομή τους στον μαστό και τα ακτινολογικά ευρήματα. Στο μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα, τα καρκινικά κύτταρα του επιθηλίου αυξάνονται στον μαστικό πόρο δίχως διήθηση του περιβάλλοντος. Το μη διηθητικό καρκίνωμα του μαστού χαρακτηρίζεται από ακινησία, οίδημα και χωρίς αλλαγές στην μορφολογία του φυσιολογικού λοβού. Υπάρχουν ίσες πιθανότητες για δημιουργία τέτοιου καρκινώματος και για τους δύο μαστούς.

Ο μη διηθητικός καρκίνος (*in situ*) δεν επεκτείνεται σε γειτονικές ή απομακρυσμένες περιοχές, πέρα από την περιοχή που εντοπίζεται. Ο καρκίνος *in situ* χαρακτηρίζεται από δύο διαφορετικές κλινικές οντότητες οι οποίες είναι ο πορογενής και ο λοβιακός καρκίνος *in situ*. Αυτά αποτελούν νεοπλάσματα που η ανάπτυξη τους γίνεται εντός πόρων ή λοβίων και δεν διασπών τη βασική μεμβράνη, όταν γίνεται εξέταση με το φωτονικό μικροσκόπιο.

Πορογενής καρκίνος in situ: Αποτελεί μια μαστογραφική αλλοίωση απ' ότι μια ψηλαφητή μάζα ή ένα αιμορραγικό έκκριμα της θηλής. Στη μαστογραφία παρουσιάζεται με τη μορφή αποτιτανώσεων. Η μορφοποίηση του συγκεκριμένου τύπου, ταξινομείται σε διάφορους τύπους που είναι ο φαγεσωρικός, ο θηλώδης και ο ημοειδής. Μερικοί πιστεύουν ότι είναι μια πολυκεντρική ασθένεια, ενώ άλλοι την θεωρούν μονοκεντρική και εκτεταμένη. Η έκταση της ασθένειας παθολογικά και ανατομικά τις περισσότερες φορές είναι μεγαλύτερη από αυτή που αναμένεται από τη μαστογραφία.

Λοβιακός καρκίνος in situ: Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου παρουσιάζει ιδιαίτερα κλινικά μαστογραφικά ή μακροσκοπικά παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά. Η συχνότητά του είναι περίπου 1-3% των βιοψιών. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση και συνήθως είναι πολυκεντρικός και αμφοτερόπλευρος. Ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη του διηθητικού καρκίνου του μαστού είναι ο λοβιακός καρκίνος *in situ*. Τις περισσότερες φορές ο διηθητικός καρκίνος που έπεται είναι πορογενής και όχι λοβιακός. Δυστυχώς, δεν είναι εύκολο να προσδιορίσουμε τα χαρακτηριστικά του λοβιακού καρκίνου *in situ* τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο να αναπτυχθεί διηθητικός καρκίνος του μαστού (Harvard Medical School, 2005).

Ο διηθητικός καρκίνος εμφανίζεται όταν παθολογικά κύτταρα από τους λοβούς ή τους γαλακτοφόρους πόρους του μαστού πολλαπλασιάζονται στις γύρω περιοχές του μαστικού ιστού. Καρκινικά κύτταρα μπορούν να διοχετευθούν από τον μαστό σε διάφορα μέρη του σώματος μέσω του ανοσοποιητικού συστήματος ή της συστηματικής κυκλοφορίας. Ο διηθητικός καρκίνος του μαστού είναι το πιο συχνό γενικό καρκίνωμα στις γυναίκες. Η επίπτωση αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία. Ο διηθητικός καρκίνος του μαστού που επεκτείνεται σε διαφορετικά όργανα του σώματος αναγνωρίζεται και ως μεταστατικός καρκίνος του μαστού. Τα πιο συχνά όργανα τα οποία προσβάλλονται είναι ο εγκέφαλος, τα οστά, οι πνεύμονες και το ήπαρ (Akram, 2017). Στους

διηθητικούς καρκίνους ανήκουν το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα και το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα.

Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα: Είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου του μαστού. Το 70 με 80% των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού είναι IDC (μη ειδικού τύπου). Ο καρκίνος αυτός αναπτύσσεται σε ένα πόρο, διασπά το τοίχωμα του πόρου και διεισδύει στο λιπώδη ιστό του μαστού. Από εκεί μπορεί να εξαπλωθεί σε άλλες περιοχές του σώματος μέσω της λεμφικής παροχέτευσης ή της κυκλοφορίας του αίματος (Κατσικάρη και Μπρέκη, 2006). Σε αυτό το είδος διηθητικού καρκίνου ανήκουν οι παρακάτω υποκατηγορίες:

- *Μυελώδες καρκίνωμα:* Το 6% περίπου όλων των καρκίνων του μαστού ανήκουν σε αυτόν τον τύπο, του οποίου η πρόγνωση είναι καλύτερη από εκείνη του διηθητικού λοβιακού ή διηθητικού πορογενούς καρκινώματος. Περιγράφεται ως μια μαλακή μάζα σε σχήμα σφαίρας με καλά περιγεγραμμένα όρια που μπορεί να είναι σαν ένα ιναδένωμα.
- *Βλεννώδης νεοπλασία:* Είναι ένα σπάνιο είδος διηθητικού πορογενούς καρκινώματος που σχηματίζεται από βλεννοπαράγωγα καρκινικά κύτταρα. Τα κύτταρά του εξέχουν σαν μικρές θηλές. Χαρακτηρίζεται σαν ένας μαλακός όγκος, καλά περιγεγραμμένος, χωρίς κάψα και με ζελατινώδη εμφάνιση και έχει ευνοϊκή πρόγνωση (Μπανκουσλί, 2008).
- *Σωληνώδες καρκίνωμα:* Σε αυτήν την κατηγορία ανήκει το 9% των καρκίνων του μαστού. Μορφολογείται ως μη περιγεγραμμένη μάζα με ιδιαίτερα σκληρή σύσταση. Έχει μικρές διαφοροποιήσεις από τον πορογενή διηθητικό καρκίνο και υπάρχει πιθανότητα συνύπαρξης με *in situ* καρκίνωμα. Η πρόγνωσή του είναι εξαιρετική.
- *Θηλώδης καρκίνος του μαστού:* Έχει δύσκολη διάκριση από τις καλοήθεις θηλώδεις βλάβες. Παρουσιάζεται κυρίως σε έγχρωμες γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και βασικό χαρακτηριστικό του είναι η έκκριση από τη θηλή. Περιγράφεται από βραδεία ανάπτυξη και αποτελεί έναν καλά περιγεγραμμένο όγκο, εύθραυστο που αιμορραγεί. Η πρόγνωση του είναι καλή (Τσαπάκη, 2006).
- *Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού:* Είναι ένας σπάνιος και επιθετικός τύπος καρκίνου όπου το δέρμα είναι ερυθρό και ζεστό, επειδή τα καρκινικά κύτταρα

διηθούν και αποφράσσουν τα λεμφαγγεία, εμποδίζοντας την παροχέτευση του λεμφικού υγρού από τα λεμφαγγεία του δέρματος.

- *Νόσος του Paget*: Είναι ένας ασυνήθιστος τύπος καρκίνου του μαστού με εμφανείς αλλαγές στην θηλή. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κόκκινα, κνιδωτικά εξανθήματα στην θηλή και κάποιες φορές εξαπλώνεται και στο φυσιολογικό δέρμα. Συχνότερα αφορά τον ένα μόνο μαστό. Αφορά το 1-3% όλων των καρκίνων του μαστού και επηρεάζει τόσο τις γυναίκες όσο και τους άντρες. Η πρόγνωση είναι καλή όταν παραμένει στα όρια της θηλής ή των πόρων του μαστού (Πλήση, 2007).

2.4 Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού προσδιορίζεται από το μέγεθος του όγκου, την εμπλοκή λεμφαδένων, την παρουσία μετάστασης και συγκεκριμένων βιοχημικών δεικτών όπως οιστρογονικών υποδοχέων, προγεστερονικών υποδοχέων και τον υποδοχέα ERBB2, γνωστό και ως HER2 (Trayes & Cokenakes, 2021). Αυτό είναι γνωστό ως σύστημα T.N.M (Tumor, Nodule, Metastasis). Το γράμμα «T» αντιστοιχεί στη λέξη όγκος και περιγράφει το μέγεθος του αρχικού όγκου, το «N» στους περιφερικούς λεμφαδένες και το «M» στις απομακρυσμένες μεταστάσεις, δηλαδή την εξάπλωση του όγκου (Giuliano et al., 2017).

Διακρίνονται 4 στάδια καρκίνου του μαστού. Το «Στάδιο 0» περιγράφει τον καρκίνο *in situ* που βρίσκεται στο αρχικό σημείο του και δε έχει διήθηση στους γύρω ιστούς ή μετάσταση. Στο «Στάδιο I» αντιστοιχεί ο όγκος που είναι <2εκ. και δεν εντοπίζεται σε λεμφαδένες ή απομακρυσμένα σημεία (T1N0M0). Στο «Στάδιο II» υπάρχουν δύο κατηγορίες, η IIA και η IIB. Στην IIA κατατάσσονται οι κατηγορίες T0N1M0, στην οποία δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου αλλά υπάρχουν διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, η T1N1M0 όπου ο όγκος είναι <2εκ. και θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες, η T2N0M0 που ο όγκος είναι >2εκ. αλλά μικρότερος από 5εκ. και χωρίς διασπορά στους λεμφαδένες και το Στάδιο II-B που οι κατηγορίες είναι η T2N1M0 όγκος μεταξύ 2-5εκ. και θετικοί λεμφαδένες, η T3N0M0 όγκος μεγαλύτερος από 5εκ. χωρίς όμως λεμφαδενικές μεταστάσεις. Στο «Στάδιο III-A» υπάρχουν οι κατηγορίες T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0 και T3N2M0 που καθορίζονται κυρίως από όγκο >5εκ. ή εκτεταμένη προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που

συμφύονται μεταξύ τους. Στο «Στάδιο III-B» είναι οι ασθενείς που παρουσιάζουν επέκταση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή διήθηση-εξέλκωση του δέρματος. Τελευταίο είναι το «Στάδιο IV» οι ασθενείς με όγκο οποιουδήποτε μεγέθους που παρουσιάζουν όμως απομακρυσμένες μεταστάσεις (National Cancer Institute, 2002).

2.5 Πρόγνωση του καρκίνου μαστού

Η πρόγνωση της νόσου μπορεί να εκτιμηθεί με βάση το στάδιο της νόσου κατά TNM. Για το στάδιο I η 5ετής επιβίωση είναι 85-95%, για το στάδιο II 60-70%, για το στάδιο III 50% και για το στάδιο IV 5-10%. Ειδικά, για τον πρώιμο καρκίνο του μαστού (στάδια I με III) είναι μια ιάσιμη νόσος με τις περισσότερες ασθενείς να ζουν πολλά χρόνια από την διάγνωση και τελικά να αποβιώνουν από άλλες αιτίες.

Βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση είναι η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, η ιστολογική του εικόνα, η κατάσταση των ορμονικών υποδοχέων, η υπερέκφραση του HER2/neu και EGFR. Από αυτούς τους παράγοντες, ο πιο σημαντικός είναι η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Καλύτερη πρόγνωση έχουν οι γυναίκες χωρίς διήθηση λεμφαδένα. Επιπρόσθετα, μεγάλης αξίας για την πρόγνωση έχει και ο βαθμός κακοήθειας του όγκου για το οποίο συνυπολογίζονται τρία μορφολογικά χαρακτηριστικά (διαμόρφωση σωληναριακών σχηματισμών, πολυμορφισμός πυρήνων και αριθμός μιτώσεων). Τέλος, χειρότερη πρόγνωση έχουν τα άτομα με όγκους που δεν εκφράζουν υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης (Γκοβίνα και Κωνσταντινίδης, 2019). Σε προηγούμενες μελέτες για τον καρκίνο του μαστού παρατηρήθηκε ότι η επιβίωση είναι ανάλογη της διακύμανσης των διαφόρων παραγόντων. Για παράδειγμα, η διαφορά επιβίωσης με βάση την ηλικία έχει σημειωθεί λόγω έλλειψης της συνιστώμενης κατευθυντήριας θεραπείας. Το εθνικό υπόβαθρο και η φυλετική διαφορά παίζουν ρόλο στην επιβίωση και σημειώνουν ότι το ποσοστό επιβίωσης είναι χαμηλότερο στον πληθυσμό των Αφροαμερικανών (Shuklaa et al.,2018).

2.6 Πρόληψη για τον καρκίνο μαστού

2.6.1 Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην τροποποίηση των παραγόντων που προκαλούν την εκδήλωση του καρκίνου του μαστού και στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος. Βασίζεται σε αλλαγές στον τρόπο ζωής της γυναίκας στην καθημερινότητα. Ειδικότερα:

- *Αύξηση φυσικής άσκησης:* Η φυσική άσκηση έχει δείξει μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που καταφέρνουν άσκηση μεγαλύτερη των 42 ωρών την εβδομάδα και ανάλογα με τον μεταβολισμό τους έχουν ως αποτέλεσμα μείωση κινδύνου τουλάχιστον 25%. Επίσης, γυναίκες που περπατούν το λιγότερο 7 ώρες την εβδομάδα έχουν ποσοστό 14% μείωση κινδύνου στον καρκίνο του μαστού μετά την εμμηνόπαυση σε σχέση με τις γυναίκες που περπατούν λιγότερο από 3 ώρες την εβδομάδα (Winters et al, 2017).
- *Σωστή διατροφή και διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους:* έρευνες έχουν δείξει ότι οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού μετά από την εμμηνόπαυση. Ο περιορισμός των θερμίδων έχει προστατευτικό χαρακτήρα στην ενήλικη γυναίκα, τόσο στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, όσο και στην υποτροπή της νόσου (Λίνος, 2007). Ειδικότερα προτείνεται η αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ, καπνίσματος, κατανάλωσης ζάχαρης, ζωικών τροφών, ζωικού λίπους, γαλακτοκομικών προϊόντων και αύξηση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.
- *Θηλασμός:* έχει προστατευτικό ρόλο απέναντι στον καρκίνο του μαστού. Ο ρόλος αυτός γίνεται πιο ουσιώδης όταν ξεπερνά τους 12 μήνες.

2.6.2 Δευτερογενής πρόληψη

Σε αυτό το επίπεδο της πρόληψης διεξάγονται ενέργειες μετά την εμφάνιση παθογένειας της νόσου και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση (screening) του νοσήματος και προηγείται της μαστογραφίας.

- *Αυτοεξέταση:* Είναι η οικονομικότερη μέθοδος, εύκολα διαθέσιμη και μπορεί να εφαρμοστεί στο σπίτι (Kolak et al, 2017). Αποτελείται από οπτική επισκόπηση με ή δίχως καθρέφτη για να παρατηρηθούν πιθανές αλλαγές στο σχήμα ή στην υφή και ψηλάφηση για την ανίχνευση παχύνσεων του δέρματος ή ογκιδίων (Grobstein,

2005). Σκοπός της είναι, μέσω της πολλαπλής επανάληψής της, να γνωρίσει η γυναίκα την φυσιολογική μορφολογία των μαστών της, και να μπορέσει να αναγνωρίσει έγκαιρα οποιαδήποτε αλλαγή σε αυτή. Συνιστάται να γίνεται την 8^η μέρα από την αρχή της περιόδου, κατά προτίμηση κάθε μήνα την ίδια μέρα. Η ψηλάφηση γίνεται χρησιμοποιώντας την επίπεδη επιφάνεια των δακτύλων, με τα δάκτυλα του χεριού κολλητά. Οι κινήσεις είναι συνεχείς, κυκλικές και μικρές γύρω από τον μαστό, ενώ η πίεση σταθερή ξεκινώντας από την περιφέρεια (από την κοιλότητα της μασχάλης) προς το κέντρο (θηλή) (Παπαχαραλάμπους, 2011).

- *Κλινική εξέταση:* προτείνεται οι γυναίκες άνω των 20 ετών να κάνουν κλινική εξέταση του στήθους τους από γυναικολόγο τουλάχιστον κάθε τρία έτη. Έπειτα, άνω των 40 ετών να κάνουν την κλινική εξέταση σε συνδυασμό με μαστογραφία κάθε χρόνο. Άτομα με οικογενειακό ιστορικό ή με ψηλαφητό όγκο μπορούν να κάνουν μαστογραφία σε μικρότερη ηλικία.
- *Μαστογραφία:* Είναι μια αποτελεσματική μέθοδος screening η οποία χρησιμοποιεί χαμηλής ενέργειας ακτίνες X για να εξασφαλίσει υψηλής ανάλυσης εικόνες του μαστού. Διαρκεί μόνο 20 λεπτά και δεν χρειάζεται κάποιο σκιαγραφικό σκεύασμα. Εντοπίζει τον καρκίνο μόνο αφού αυτός έχει αναπτυχθεί σε ικανό μέγεθος. Συνήθως προτείνεται για γυναίκες ηλικίας μεταξύ 50-74 χρονών ανά δύο χρόνια εκτός από τις γυναίκες νεότερης ηλικίας (<49) που μπορεί να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού λόγω μετάλλαξης γονιδίων ή άλλων παραγόντων κινδύνου (Sun et al, 2017).
- *Υπερηχογράφημα μαστού:* Εντοπίζει περισσότερες νεοπλασίες από την μαστογραφία μόνο, ειδικά σε γυναίκες με πυκνό ιστό στον μαστό. Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο του για την απεικόνιση του καρκίνου. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε γυναίκες με μη ολοκληρωμένα ευρήματα μαστογραφίας για να οδηγήσουν σε περαιτέρω βιοψίες και για να ξεχωρίσουν έναν συμπαγή από έναν μη συμπαγή όγκο. Επίσης, προτείνεται για γυναίκες με υψηλό κίνδυνο που χρειάζονται επιπρόσθετη απεικόνιση και δεν ανέχονται την μαγνητική τομογραφία. Τα μορφώματα τα οποία θεωρούνται ύποπτα βάσει μαστογραφίας ή υπερηχογραφήματος πρέπει να υποβάλλονται σε βιοψία.
- *Βιοψία:* Σε αυτήν την διαδικασία, αφαιρείται ιστός ή υγρό από την ύποπτη περιοχή. Τα κύτταρα που αφαιρούνται εξετάζονται υπό μικροσκόπιο και εξετάζονται περαιτέρω για να ελεγχθεί η παρουσία καρκίνου του μαστού. Μια

βιοψία είναι η μόνη διαγνωστική διαδικασία που μπορεί σίγουρα να καθορίσει αν η ύποπτη περιοχή είναι καρκινική (Ζαφράκας και Μπόντης, 2005).

- *Προληπτική χημειοθεραπεία:* Η προληπτική χημειοθεραπεία έχει δείξει πολλά πλεονεκτήματα στην μείωση του κινδύνου καρκίνου του μαστού. Η χρήση της βασίζεται σε διάφορους παράγοντες όπως είναι η ηλικία, η φυλή, ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού, η παρουσία μήτρας και ο τύπος της φαρμακευτικής θεραπείας που συστήνεται. Οι οιστρογονικοί υποδοχείς είναι μέγιστος στόχος της χημειοθεραπείας, διότι 70% των καρκίνων του μαστού είναι θετικοί των υποδοχέων αυτών. Επιλεκτικοί αγωνιστές των οιστρογονικών υποδοχέων (ΕΑΟΥ) και αναστολείς της αρωματάσης είναι οι δύο μέγιστες κατηγορίες των αντιοιστρογονικών φαρμάκων. Οι αναστολείς της αρωματάσης, όπως είναι η εξεμεστάνη, μειώνουν το ποσοστό των κυκλοφορούντων οιστρογόνων που οδηγούν στη μείωση της οστικής δύναμης. Ένας ΕΑΟΥ είναι η ταμοξιφαίνη που χρησιμοποιείται και για την θεραπεία πολλών καρκίνων του μαστού πέρα από την μείωση του κινδύνου για διηθητικό και μη διηθητικό καρκίνο. Η ταμοξιφαίνη συστήνεται ιδιαίτερα σε άτομα με οιστρογονικά θετικό καρκίνο του μαστού, πριν την εμμηνόπαυση, μετά την εμμηνόπαυση άνω των 35 ετών με αυξημένο κίνδυνο ή με λοβιακό καρκίνωμα *in situ*. Ένας άλλος τέτοιος αγωνιστής είναι η ραλοξιφαίνη που όμως δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.
- *Προληπτική μαστεκτομή:* Μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 και BRCA2 αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Η επιλογή της προληπτικής μαστεκτομής πρέπει να προτείνεται στα άτομα με αυτές τις μεταλλάξεις. Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας της νόσου και οι πιθανές παρενέργειες της προληπτικής θεραπείας δίνουν την δυνατότητα στον ασθενή να λάβει μια ενημερωμένη απόφαση με βάση τι είναι πιο συμβατό (Winters et al, 2017).

2.6.3 Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη συμπίπτει με τη θεραπεία, αφορά στο άτομο το οποίο ήδη πάσχει συμβάλλοντας στην αποθεραπεία ή στην πιστή εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής. Αποσκοπεί στην μείωση των επιπλοκών της νόσου, θανάτου, της εμφάνισης μεταστάσεων και στην επανεμφάνισή της. Παραδείγματα τριτογενούς πρόληψης αποτελούν η μέτρηση των καρκινικών δεικτών του όγκου κατά την διάρκεια της

θεραπείας ή μετά την ολοκλήρωσή της, η πρόληψη καρδιαγγειακών επιπλοκών λόγω ΧΜΘ, η άσκηση σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή για την μείωση της πιθανότητας εμφάνισης λεμφοιδήματος κ.α. Όσο αφορά τον καρκίνο του μαστού, στην τριτοβάθμια πρόληψη ανήκουν η χειρουργική θεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Τα προαναφερθέντα θα αναπτυχθούν λεπτομερώς σε επόμενο κεφάλαιο (μέθοδοι αντιμετώπισης).

2.7 Παράγοντες κινδύνου

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνά συνδεδεμένος με περιβαλλοντικούς, αναπαραγωγικούς και παράγοντες του τρόπου ζωής, κάποιοι από τους οποίους είναι πιθανά τροποποιητικοί.

Από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου είναι, πέρα από το φύλο, η ηλικία, καθώς η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι στενά συνδεδεμένη με την αυξανόμενη ηλικία. Γι' αυτό είναι σημαντική η μαστογραφία σε γυναίκες ηλικίας 40 και άνω (Sun et al, 2017).

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου καρκίνου του μαστού, σχετικοί με την ηλικία της γυναίκας, είναι αυτοί της εμμηναρχής, της πρώτης εγκυμοσύνης και της εμμηνόπαυσης. Πρώιμη εμμηναρχή, καθυστερημένη εμμηνόπαυση, καθυστερημένη πρώτη εγκυμοσύνη αλλά και μικρός αριθμός εγκυμοσύνων είναι αναπαραγωγικοί παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες καρκίνου του μαστού (Γκοβίνα και Κωνσταντινίδης, 2019). Κάθε 1 έτος καθυστέρησης εμμηνόπαυσης αυξάνει τον κίνδυνο κατά 3%. Κάθε 1 έτος καθυστέρησης εμμηναρχής ή κάθε επιπρόσθετη γέννα μειώνει τον κίνδυνο κατά 5 με 10% (Sun et al, 2017). Επίσης, η πολλαπλές ολοκληρωμένες εγκυμοσύνες σε σχέση με την ατεκνία συνδέονται με σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο για σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού (σχεδόν οι μισές πιθανότητες). Παράλληλα, η συσχέτιση μεταξύ του μεγαλύτερου αριθμού τεκνοποιήσεων και του μειωμένου κινδύνου για σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού, ήταν ισχυρότερη σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας πρώτης εγκυμοσύνης. Τέλος, η μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού συχνά συνδέεται με την μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού (Barnard et al, 2015).

Ισχυρός παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του μαστού είναι το θετικό οικογενειακό ιστορικό. Γυναίκες που έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού έχουν από διπλάσιες έως τετραπλάσιες πιθανότητες ανάπτυξης αυτού του καρκίνου, ειδικά οι γυναίκες που κουβαλάνε το BRCA1 ή BRCA2 γονίδιο (Akram et al, 2017). Ο κίνδυνος ανάπτυξης αυτού του καρκίνου αυξάνεται ακόμα περισσότερο, ανάλογα με το πόσο νέα ήταν η συγγενής (μητέρα, αδελφή, θεία, γιαγιά) αλλά και με τον αριθμό των συγγενών (πρώτου βαθμού) που νόσησαν (Γκοβίνα και Κωνσταντινίδης, 2019).

Ο μαστός είναι ένα οιστρογονικά ευαίσθητο όργανο. Πολλές γυναίκες που χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά ή οιστρογονικούς αντικαταστάτες παρατήρησαν ότι αυτά τα φάρμακα είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση μεγέθους και της ευαισθησίας των μαστών (Akram et al, 2017) από τις ωοθήκες στις προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και η ωοθηκεκτομή μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Από την άλλη, η βασική πηγή εξωγενών οιστρογόνων είναι η στοματική λήψη αντισυλληπτικών και η θεραπεία ορμονικής αντικατάστασης (hormone replacement therapy- HRT). Όσο αφορά τα αντισυλληπτικά, δεν αυξάνεται ο κίνδυνος όταν σταματάει η λήψη τους μετά από 10 χρόνια χρήσης τους. Η θεραπεία αντικατάστασης ορμονών αναφέρεται στην χορήγηση εξωγενών οιστρογόνων ή άλλων ορμονών στις εμμηνοπαυσιακές ή μετά-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η χρήση αυτής της θεραπείας αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Όμως, και για τις δύο εξωγενείς πηγές οιστρογόνων, ο κίνδυνος εξαλείφεται δύο χρόνια μετά την διακοπή λήψης τους (Sun et al, 2017).

Σημαντική επίδραση για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού στις γυναίκες έχουν και οι συνήθειες της καθημερινής ζωής. Αυτές οι συνήθειες περιέχουν την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και διαιτητικού λίπους και το κάπνισμα. Η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τα επίπεδα ορμονών σχετικών με οιστρογόνα στο αίμα και ενεργοποιούν τις οδούς των οιστρογονικών υποδοχέων. Έρευνες έδειξαν ότι η κατανάλωση 35-44 γραμμαρίων αλκοόλ την ημέρα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού κατά 32% (Sun et al, 2017). Επιπρόσθετα, ο καρκίνος του μαστού έχει συνδεθεί με τα υψηλά επίπεδα διαιτητικού λίπους και χαμηλά επίπεδα συγκεκριμένων ιχνοστοιχείων για πολλά χρόνια. Το ζωικό λίπος ενεργοποιεί βακτήρια του εντέρου να παράγουν οιστρογόνα από χοληστερόλη της διαίτας, άρα υπάρχει αύξηση οιστρογόνων στο σώμα. Το σωματικό λίπος επίσης συνδέεται με την σύνθεση οιστρονής, ένας τύπος οιστρογόνων (Akram et al, 2017). Παρόλο που η σχέση μεταξύ καπνίσματος και

καρκίνου του μαστού παραμένει αμφιλεγόμενη, μεταλλαξιγόνα από τον καπνό του τσιγάρου έχουν ανιχνευθεί στο υγρό εκροής από μαστούς γυναικών που δεν θηλάζουν. Μέχρι σήμερα, έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα, ειδικά από νεαρή ηλικία, έχει μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Sun et al, 2017). Τέλος, έχει παρατηρηθεί μια σχέση μεταξύ της αυξημένης πυκνότητας των μαστών και του κινδύνου εμφάνισης νεοπλασίας στον μαστό (Γκοβίνα και Κωνσταντινίδης, 2019).

2.8 Κλινική εικόνα καρκίνου του μαστού

Η πλειοψηφία των καρκίνων του μαστού είναι ασυμπτωματικοί στα πρώτα στάδια της νόσου και αναπτύσσονται χωρίς την παρουσία προειδοποιητικών σημείων. Ωστόσο η διάγνωση μπορεί να γίνει με τη βοήθεια του περιοδικού προληπτικού (πληθυσμιακού) μαστογραφικού ελέγχου (Decherney & Nathan, 2005). Το πρώτο εύρημα που παρατηρείται σε ποσοστό 90% των περιπτώσεων των μαστών με καρκίνο είναι η ψηλάφηση κάποιου ογκιδίου (μόρφωμα) στον μαστό το οποίο συνήθως είναι συμπαγές, σκληρό στην υφή, ακίνητο και ανώδυνο με ανώμαλα όρια. Λιγότερο συχνά μπορεί να υπάρχουν διάσπαρτα οζίδια στο μαστό. Το δεύτερο πιο συχνό εύρημα είναι η αυτόματη εκροή υγρού από τη θηλή. Όταν το υγρό είναι ορώδες, αιματηρό ή καφέ χρώματος, τότε είναι ύποπτο για κακοήθεια. Αντίθετα, αν το υγρό είναι γαλακτώδους ή πράσινου χρώματος υποδηλώνει ενδοκρινολογική ή φλεγμονώδη αιτία (Καπαγερίδης, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανισθεί με τις ακόλουθες μορφές :

- ❖ Ήπιο πόνο
- ❖ Μη ψηλαφητή μαστογραφική αλλοίωση: απαιτεί βιοψία κατόπιν εντοπισμού με βελόνα ή στερεοτακτική βιοψία για τη διάγνωση.
- ❖ Ψηλαφητός όγκος: Συνήθως ανώδυνος, σκληρός, ανώμαλος, σχετικά ακίνητος, που μπορεί να είναι πολυεστιακός ή αμφοτερόπλευρος.
- ❖ Αλλοιώσεις του δέρματος: Εισολκή του δέρματος ή της θηλής, ερύθημα, θερμότης, οίδημα (δέρμα “δίκην φλοιού πορτοκαλιού”- διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος), εξέλκωση, έκζεμα/διάβρωση της θηλής (νόσος του Paget).

- ❖ Διογκωμένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, έντονη διαγραφή του υποκείμενου αγγειακού δικτύου, το τοπικό άλγος.
- ❖ Μετάσταση, κυρίως στα οστά, εγκέφαλο, πνεύμονες και ήπαρ (Κόνιαρη, 1998).
- ❖ Έκκριση υγρών ή αίματος από τη θηλή του μαστού. Είναι ανησυχητική όταν είναι αυτόματη, αμφοπλευρη, όταν γίνεται μετά την εμμηνόπαυση, όταν προέρχεται από ένα γαλακτοφόρο πόρο και όταν είναι υδαρής(διαυγής), ορώδης, αιματηρή ή οροαιματώδη.
- ❖ Ερυθρότητα, φλόγωση, ευαισθησία ή πόνοι στο στήθος.

Σπανιότερα, τα πρώτα σημάδια του καρκίνου του μαστού είναι οι εκδηλώσεις των μεταστάσεων του, δηλαδή η διόγκωση μασχαλιαίου λεμφαδένα και ο πόνος λόγω μεταστάσεων στα οστά. Επομένως ανάλογα με την θέση της μετάστασης, στα επιμέρους όργανα προκύπτουν και τα αντίστοιχα συμπτώματα. Μπορεί να εμφανισθούν: ίκτερος, εξαιτίας μεταστάσεων στο ήπαρ, οστικοί πόνοι και αυτόματα κατάγματα, εξαιτίας οστικών μεταστάσεων και βήχας, δύσπνοια εξαιτίας των πνευμονικών μεταστάσεων και της πιθανής πλευριτικής συλλογής (Harvard Medical School, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Μέθοδοι αντιμετώπισης Ca μαστού

3.1 Σχεδιασμός φροντίδας

Ο σχεδιασμός της θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο του, το στάδιο και τον βαθμό του καρκίνου, καθώς και το αν τα καρκινικά κύτταρα παρουσιάζουν ευαισθησία στις ορμόνες. Λαμβάνεται υπόψη τόσο η συνολική υγεία της ασθενούς όσο και η προσωπική της επιλογή. Η θεραπεία του Ca μαστού, γενικά αποτελείται από συνδυασμούς Χειρουργικής, Ακτινοθεραπείας, Χημειοθεραπείας, Ορμονοθεραπείας και Ανοσοθεραπείας. Πολλές γυναίκες προχωρούν σε χειρουργική επέμβαση και λαμβάνουν επιπλέον θεραπεία πριν ή μετά την επέμβαση (όπως ΧΜΘ, ΑΚΘ ή ορμονοθεραπεία). Επιπλέον, για την επιλογή της θεραπείας γίνεται σε συνάρτηση με τους παρακάτω παράγοντες, όπως είναι το μέγεθος του όγκου σε σχέση με το μέγεθος του μαστού, η ηλικία/εμμηνόπαυση, η συνολική κατάσταση της υγείας της γυναίκας, τα αποτελέσματα των εργαστηριακών και κυτταρολογικών εξετάσεων, καθώς και το οικογενειακό ιστορικό ή η προδιάθεση για καρκίνο μαστού ή ωοθηκών. Στις μέρες μας, ένας επίσης σημαντικός παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την ψυχολογία της γυναίκας είναι η αποφυγή αφαίρεσης ολόκληρου του μαστού χειρουργικά, όταν είναι εφικτό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται και άλλες τεχνικές ως συμπληρωματικές για καλύτερο αποτέλεσμα στο αισθητικό κομμάτι. Μπορεί να γίνει συνεργασία με πλαστικούς χειρουργούς και να γίνει χρήση της ιατρικής δερματοστιξίας (medical tattooing), για τεχνητή αναδημιουργία του χρώματος της θηλαίας άλω και της θηλής (Κούβαρης, 2010).

Τα σχέδια φροντίδας συχνά περιλαμβάνουν μια πρωταρχική θεραπεία, χειρουργείο ή ακτινοθεραπεία, επιπρόσθετα με προεγχειρητική και/ή μετεγχειρητική θεραπεία. Με λίγα λόγια, οι μέθοδοι αντιμετώπισης όπως είναι η χημειοθεραπεία ή η ορμονοθεραπεία, συνιστώνται πριν ή μετά τη βασική θεραπεία για να αυξήσουν τις πιθανότητες επιτυχίας της και να μειώσουν το ρίσκο της επανεμφάνισης.

Προεγχειρητική και μετεγχειρητική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνουν χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ανοσοθεραπεία. Τα δύο αυτά είδη διαφέρουν στο πότε δίνονται και γιατί. Οι προεγχειρητικές θεραπείες εκτελούνται

πριν την βασική θεραπεία για να βοηθήσουν στη μείωση του μεγέθους του όγκου ή για να σκοτώσουν καρκινικά κύτταρα που έχουν εξαπλωθεί. Μετεγχειρητικές θεραπείες γίνονται μετά τη βασική θεραπεία για να σκοτώσουν τα εναπομείναντα καρκινικά κύτταρα.

Πιο συχνά, προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές θεραπείες συνιστώνται όταν ένας ασθενής με πρώιμου σταδίου καρκίνο υφίσταται χειρουργείο ή ακτινοθεραπεία και ο ογκολόγος πιστεύει ότι η ασθενής μπορεί να ωφεληθεί από επιπρόσθετη συστηματική φροντίδα. Όμως δεν ωφελεί όλους τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Ο τύπος και το στάδιο του καρκίνου, συχνά υποδεικνύει αν είναι κατάλληλη η επιπρόσθετη φροντίδα. Για παράδειγμα, αν το χειρουργείο δείξει ότι ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε μεγάλο αριθμό λεμφαδένων, το ρίσκο να μείνουν εκεί καρκινικά κύτταρα αυξάνεται και γι' αυτό μπορεί να βοηθήσει η μετεγχειρητική θεραπεία. Μπορεί επίσης να βοηθήσει και σε περιπτώσεις που υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος επανεμφάνισης λόγω μεταλλάξεων των συγκεκριμένων καρκινικών κυττάρων (CTCA, 2019)

Θεραπευτικοί συνδυασμοί στη μετεγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού μπορεί να έχει την μορφή συνδυασμών χημειοθεραπευτικών παραγόντων (τουλάχιστον δύο διαφορετικούς) ή συνδυασμό χημειοθεραπείας με ορμονοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία (Fisusi & Akala, 2019).

Πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ότι η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού με τις ανάλογες θεραπείες έρχεται και με την αναμέτρηση των παρενεργειών τους. Απαραίτητη προϋπόθεση για την λύση αυτού του προβλήματος είναι η συνεργατική σχέση ασθενή με θεράποντα γιατρό. Ο ασθενής θα πρέπει να είναι σε θέση να επικοινωνεί με τον γιατρό σε περίπτωση εμφάνισης επιπλοκών ώστε να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα όπως η αλλαγή του σχήματος της θεραπείας. Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας είναι η κατάλληλη νοοτροπία του ασθενή ώστε να αποδεχθεί το γεγονός ότι χρειάζεται χρόνος για επιθυμητά αποτελέσματα αλλά ταυτόχρονα ότι θα πρέπει να υποστεί κάποιες ενοχλητικές παρενέργειες.

3.2 Χειρουργική αντιμετώπιση

Το χειρουργείο είναι η παλαιότερη ογκολογική θεραπεία, εδώ και δεκάδες χρόνια. Πριν την προσθήκη της αναισθησίας και της αντισηψίας 150 χρόνια πριν, μόνο οι γενναίοι,

απελπισμένοι και οι παραπληροφορημένοι ασθενείς υποβάλλονταν σε χειρουργείο διότι τα ποσοστά ίασης ήταν χαμηλά και τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας υψηλά. Ιστορικά, ο τρόπος σκέψης των χειρουργών του καρκίνου ήταν ότι το αυξανόμενο ριζικό χειρουργείο θα αύξανε τα ποσοστά θεραπείας. Τα τελευταία 50 χρόνια μετά από πολύχρονες έρευνες οι επιστήμονες κατέληξαν ότι η πολυτροπική θεραπεία, οι τεχνολογικές ανακαλύψεις και οι μικροεπεμβάσεις μπορούν να μειώσουν την ανάγκη και τα καταστροφικά αποτελέσματα των ριζικών χειρουργείων. Η διατήρηση της φόρμας, λειτουργικότητας και της ποιότητας της ζωής χωρίς να επηρεάζεται η επιβίωση είναι ο καινούργιος τρόπος σκέψης (Wyld et al, 2015). Η μαστεκτομή (είτε ριζική ή τροποποιημένη ριζική) ήταν το βασικό ιστορικό στήριγμα για θεραπεία του καρκίνου του μαστού για δεκαετίες. Παρόλο που η μαστεκτομή συνεχίζει να συνιστάται σε κάποιες περιπτώσεις, η μαστεκτομή διατήρησης δέρματος έχει γίνει η επιθυμητή μέθοδος θεραπείας για πολλούς ασθενείς. Συναντώντας το διπλό στόχο της βέλτιστης αισθητικής και των ελάχιστων ποσοστών επανεμφάνισης μετά από μαστεκτομή διατήρησης δέρματος απαιτείται η επιλογή και η ενσωμάτωση των απαραίτητων διαγνωστικών μεθόδων (περιλαμβάνοντας τεχνικές απεικόνισης μαστού και βιοψίας) αλλά και θεραπευτικών μεθόδων (τεχνικές ακτινοθεραπείας, συστηματικών κυτταροτοξικών και ορμονοθεραπείας).. Η μαστεκτομή που ακολουθείται από αναδόμηση του μαστού είναι μία πολύτιμη εναλλακτική για ασθενείς που χρήζουν ή επιλέγουν μαστεκτομή. Μετά από την μείωση του όγκου με χημειοθεραπεία ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των ασθενών με μεγάλο ή τοπικά αναπτυγμένο όγκο θα είναι ικανοί να υποβληθούν σε θεραπεία διατήρησης δέρματος (Sakorafas, 2001).

✓ Μαστεκτομή

Από την εποχή που ο Halsted (1891) περιέγραψε τη γνωστή μέθοδο της ριζικής μαστεκτομής, επί 7 δεκαετίες περίπου η εγχείρηση αυτή ήταν η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού. Εν συνεχεία όμως άλλες εγχειρήσεις, λιγότερο ριζικές, εφαρμόστηκαν για καλύτερο κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, χωρίς να υστερούν της ριζικής μαστεκτομής ως προς την επιβίωση. Τα είδη της μαστεκτομής είναι η ριζική, εκτεταμένη, τροποποιημένη ριζική, μερική ή απλή μαστεκτομή και ογκεκτομή. Αυτό που θα χρησιμοποιηθεί την κάθε φορά εξαρτάται από το μέγεθος και την θέση του όγκου, καθώς και από την κατάσταση της υγείας που βρίσκεται ο ασθενής (Αθανάτου, 2007). Αξίζει να σημειωθεί ότι έπειτα από την

διαδικασία της επέμβασης η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ορισμένα από τα ακόλουθα προβλήματα όπως:

- Οίδημα άκρου
- Συλλογή υγρού ή αίματος στο τραύμα (seroma/hematoma)
- Νέκρωση των χειλιών του τραύματος
- Φλεγμονή τραύματος
- Αδυναμία – περιορισμός κινητικότητας του άκρου και κόπωση

Επιπλέον, υπάρχει πιθανότητα κατά την διάρκεια της επέμβασης από τον τραυματισμό και την πίεση της περιοχής να προκληθούν αιμωδίες και παραισθήσεις. Μια ακόμη γνωστή επιπλοκή που εμφανίζεται με ποσοστό 62% των περιπτώσεων είναι η παρουσίαση λεμφοιδήματος. Το λεμφοίδημα εμποδίζει να διεξαχθεί ομαλά η λειτουργία απαγωγής της λέμφου και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να συσσωρεύεται το λεμφικό υγρό και το οίδημα που έχει παρουσιαστεί στο σύστοιχο άκρο (Dewit, 2009).

Οπότε είναι σημαντικό να προληφθεί η εμφάνιση του λεμφοιδήματος ή η έγκαιρη αντιμετώπιση του. Το νοσηλευτικό προσωπικό για να αντιμετωπίσει και να φροντίσει το λεμφοίδημα πρέπει καθημερινά να κάνει μέτρηση της περιφέρειας σε διάφορα σημεία κατά μήκος του άκρου. Σημαντικό ρόλο έχει και η ασθενής, καθώς είναι αναγκαίο να πραγματοποιήσει ασκήσεις που αφορούν την κίνηση σε συνεργασία με φυσικοθεραπευτή όπου θα την καθοδηγεί, οι ασκήσεις θα πρέπει να εφαρμοστούν μετά από τη διαδικασία της επέμβασης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί ότι μετά την επέμβαση και για 6 εβδομάδες δεν θα πρέπει να φορέσει προθέματα στήθους, ωστόσο μια εναλλακτική λύση είναι να χρησιμοποιήσει βαμβάκι στον στήθος της διότι έτσι δεν προκαλείται ερεθισμός της τομής και επιπλέον είναι ένας καλός τρόπος για να διαλέξει το κατάλληλο πρόθεμα που εν τέλει θα χρησιμοποιηθεί (Αθανάτου, 2007).

✓ Ριζική μαστεκτομή

Η ριζική μαστεκτομή (Halsted) αποτελούσε την κύρια μέθοδο χειρουργικής θεραπείας του μαστού μέχρι και το 1970 έως του και σήμερα προτιμάται σε ειδικές περιπτώσεις, είτε επί μεγάλου όγκου είτε επί όγκου που διηθεί το μείζονα θωρακικό μυ (Κονιάρη, 2007). Ουσιαστικά, η τεχνική αυτή πλέον εφαρμόζεται σε τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού ή για ανακουφιστικούς λόγους, καθώς δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα στα αρχικά στάδια της νόσου. Είναι μια διαδικασία στην οποία γίνεται αφαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένου μαζί με τους θωρακικούς μύες (μείζονα και

ελάσσονα), μαζί με τους λεμφαδένες της μασχάλης, το υπερκείμενο δέρμα και την θηλή. Αξίζει να σημειωθεί, ότι τα μειονεκτήματά της είναι ότι εμφανίζει οίδημα, παραμόρφωση και δυσκινησία του σύστοιχου άνω άκρου και πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, κακό αισθητικό αποτέλεσμα και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας (Μπονάτσος και συν, 2006).

✓ Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή

Επιπλέον της ριζικής αφαιρούνται οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Προτιμάται σπάνια και σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλιαίους λεμφαδένες (χωρίς όμως άλλη εξάπλωση της νόσου), δεδομένου ότι είναι γνωστή η αυξημένη συχνότητα διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων σε αυτές τις περιπτώσεις (Φύσσας, 2006).

✓ Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Είναι η πιο γνωστή χειρουργική μέθοδος που υπάρχει αυτή την στιγμή για επεμβάσεις καρκίνου του μαστού. Συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός. Οι Patey και Hadley απέδειξαν αργότερα ότι τα αποτελέσματα της εγχείρησης αυτής ήταν εξίσου θετικά με της ριζικής και επιπλέον το αισθητικό κομμάτι λόγω της διατήρησης του μυός ήταν καλύτερο καθώς και η ψυχολογία των γυναικών. Για ακόμη καλύτερο αποτέλεσμα μπορεί να διατηρηθεί και ο ελάσσων θωρακικός μυς. Η εγχείρηση αυτή αποτελεί την εναλλακτική λύση, εφόσον δεν είναι εφικτό να διατηρηθεί ο μαστός (Lostumbo et al., 2011).

✓ Μερική μαστεκτομή

Σκοπός της μαστεκτομής είναι να διασωθεί ο μαστός που πάσχει. Προτιμάται στην αφαίρεση του τμήματος του μαστού που περιέχει τον όγκο μαζί με το υπερκείμενο δέρμα και λεμφογαγγλιακό καθαρισμό της μασχάλης και σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους δύο εκατοστά ή και μικρότερων. Ένα από τα μειονεκτήματά της είναι ο μετεγχειρητικός φόβος για την ύπαρξη υπολειπόμενου καρκίνου στο μαστό, γεγονός που κάνει επιτακτική την ανάγκη συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας (Πινακίδης και Μπούτης, 1993).

✓ Απλή μαστεκτομή

Η απλή μαστεκτομή περιλαμβάνει την εξαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένου χωρίς να παραμένουν υπολείμματα του ιστού. Ενδείκνυται σε ασθενείς με λοβιακό ή πορογενές καρκίνωμα *in situ*. Γίνεται πάντα σε συνδυασμό με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, διότι από μόνη της αυτή η μέθοδος είναι ανεπαρκής (Πινακίδης και Μπούτης, 1993).

✓ Ογκεκτομή

Στην ογκεκτομή αφαιρείται μόνο το νεόπλασμα και μικρό κομμάτι του γύρω υγιούς ιστού, έκτασης 2 εκατοστά περίπου. Συστήνεται σε ασθενείς με καρκίνο σταδίου 1 μαζί με ακτινοθεραπεία (Σαχίνη και Πάνου, 2008).

3.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό πρόγραμμα και πρέπει να περιέχει ανθρακυκλίνη και ταξάνη (Wöckel et al., 2018).

Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό σε πρώιμου σταδίου και τοπικά ανεπτυγμένο καρκίνο του μαστού, καθώς προσφέρει καλύτερες πιθανότητες για χειρουργείο διατήρησης δέρματος, υποβαθμίζοντας την νόσο και καθορίζοντας την αντίδραση του όγκου στην θεραπεία (Fisusi & Akala, 2019).

Η χημειοθεραπεία είναι η βασική αγωγή γυναικών με λεμφαδενικά θετικό καρκίνο του μαστού ή με όγκο μεγαλύτερο από 1 εκατοστό. Παράγοντες όπως η ηλικία και συννοσηρότητες μπορούν επίσης να επηρεάσουν την απόφαση για χορήγηση χημειοθεραπείας (Maughan et al, 2010). Έρευνες έχουν δείξει ότι η χημειοθεραπεία αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης σε γυναίκες <70 ετών, άσχετα με την σταδιοποίηση των λεμφαδένων και την έκφραση των υποδοχέων οιστρογόνων/προγεστερόνης.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία μόνη της ή σε συνδυασμό με ορμονοθεραπεία. Όμως, όταν χρησιμοποιούνται στην φαρμακευτική αγωγή και τα δύο είδη, χρήζει η διαδοχική τους χορήγηση και όχι η ταυτόχρονη, καθώς έχουν ως αποτέλεσμα ανταγωνιστικές δράσεις (Ashar et al, 2016).

Οι κατηγορίες κυτταροτοξικών χημειοθεραπευτικών παραγόντων είναι οι ανθρακυκλίνες που περιέχουν ουσίες όπως η δοξορουβικίνη και η επιρουβικίνη, οι αναστολείς των μικροσωληνίσκων, δηλαδή οι ταξάνες, με ουσίες όπως η πακλιταξέλη

και η ντοσεταξέλη, οι αλκυλιωτικοί παράγοντες με την κυκλοφωσφαμίδη και την καρβοπλατίνα, οι αντιμεταβολιτές με την 5-φθοριουρακίλη και την καπεσιταβίνη και τους αναστολείς της μίτωσης με την εριβουλίνη και την βινορελμπίνη (Ashar et al, 2016). Οι ανθρακυκλίνες αναστέλλουν την αντιγραφή του DNA και δημιουργούν ελεύθερα στοιχεία που καταστρέφουν περαιτέρω τα καρκινικά κύτταρα. Οι ταξάνες αναστέλλουν μικροσωληνίσκους κατά την διάρκεια της μίτωσης, ώστε να προληφθεί ο διαχωρισμός κυττάρων. Τέλος, οι αλκυλιωτικοί παράγοντες δημιουργούν ομοιοπολικούς δεσμούς με το DNA, εμποδίζοντας τις φυσιολογικές του λειτουργίες (Trayes & Cokenakes, 2021).

Η χορήγηση των χημειοθεραπειών γίνεται βασικά κυρίως ενδοφλεβίως. Η δοξορουβικίνη, που ανήκει στις ανθρακυκλίνες, χορηγείται κάθε 14 με 21 μέρες για 4 με 6 κύκλους. Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ταξάνη ή κυκλοφωσφαμίδη. Η επιρουβικίνη, επίσης στις ανθρακυκλίνες, χορηγείται την πρώτη ή την πρώτη και την όγδοη μέρα, κάθε 21 με 28 μέρες για 3 με 8 κύκλους, σε συνδυασμό με κυκλοφωσφαμίδη. Από τις ταξάνες, η ντοσεταξέλη χορηγείται κάθε 21 μέρες για 3 με 4 κύκλους και σε συνδυασμό με δοξορουβικίνη, επιρουβικίνη, κυκλοφωσφαμίδη. Η άλλη ουσία των ταξανών, η πακλιταξέλη, χορηγείται κάθε 7 με 21 μέρες για 4 με 12 κύκλους και σε συνδυασμό με δοξορουβικίνη και κυκλοφωσφαμίδη (Maughan et al, 2010).

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ένα μικρό πλεονέκτημα για τη θεραπεία με ανθρακυκλίνες ή ταξάνες, σε σχέση με άλλες χημειοθεραπείες, ειδικά σε γυναίκες με όγκους υπερέκφρασης γονιδίου ERBB2. Σε προεμμηνοπαυσιακές αλλά και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο πρώιμου σταδίου, πολλές έρευνες έδειξαν ίαση και γενικά πλεονεκτήματα στην επιβίωση, όταν χρησιμοποιήθηκε σχήμα με ταξάνη. Ακόμα, έχει αποδειχθεί ότι η προσθήκη ταξάνης σε σχήμα με βάση ανθρακυκλίνη, βελτίωσε την επιβίωση χωρίς ασθένεια και την συνολική επιβίωση (Maughan et al, 2010). Υπάρχουν όμως και τα αρνητικά αποτελέσματα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων ποικίλλει ανάλογα το φάσμα τους, την συνχορήγηση τους, την επιρροή τους στα υγιή κύτταρα και την γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Οι παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων μπορούν να αντιμετωπισθούν και να ελεγχθούν σε μεγάλο ποσοστό με άλλα φάρμακα. Καθοριστικό ρόλο έχουν τα φάρμακα της εκάστοτε χημειοθεραπείας και ο συνδυασμός

που θα δοθούν στην κάθε περίπτωση. Τα κυριότερα ανεπιθύμητα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι:

- Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης
- Μώλωπες και αιμορραγία
- Αναιμία
- Ναυτία
- Κόπωση
- Τριχόπτωση
- Ανορεξία
- Αλλαγές της γεύσης
- Στοματίτιδα
- Διάρροια, δυσκοιλιότητα
- Μούδιασμα στα άνω και κάτω άκρα
- Κίνδυνος θρόμβωσης του αίματος (Καραγιάννης, 2013)

Συγκεκριμένα σε κάθε ουσία χημειοθεραπείας υπάρχουν και οι αντίστοιχες παρενέργειες. Για παράδειγμα στους αλκυλιωτικούς παράγοντες είναι η καταστολή του μυελού των οστών, ανωμαλίες ηλεκτρολυτών και η ναυτία και ο έμετος. Παράλληλα, στις ανθρακυκλίνες ανήκουν η οξεία και καθυστερημένη καρδιοτοξικότητα, η αλωπεκία, η καταστολή του μυελού των οστών και η ναυτία- έμετος. Τέλος, επιπλοκές των ταξανών είναι η αλωπεκία, η ερυθρότητα προσώπου, η καταστολή του μυελού των οστών, ναυτία, έμετος και περιφερική νευροπάθεια (Trayes & Cokenakes, 2021).

3.4 Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία είναι είδος επικουρικής θεραπείας που προτιμάται όταν το νεόπλασμα εκφράζει υποδοχείς οιστρογόνων (ER), υποδοχείς προγεστερόνης (PR) ή και τους δύο. Γενικά, υπάρχει μεγαλύτερη επιτυχία της ορμονοθεραπείας όταν είναι θετικοί και οι δύο υποδοχείς (Ashar et al, 2016). Ασθενείς με διηθητικούς όγκους θα πρέπει να λαμβάνουν ορμονοθεραπεία ανεξάρτητα από οποιαδήποτε χημειοθεραπεία. Πρέπει να ξεκινάει η χορήγηση μόνο όταν έχει ολοκληρωθεί η χημειοθεραπεία αλλά μπορεί να χορηγείται παράλληλα με ακτινοθεραπεία (Wöckel et al., 2018).

Οι ενδοκρινείς θεραπείες, όπως οι εκλεκτικοί ρυθμιστές υποδοχέα οιστρογόνου, οι αναστολείς της αρωματάσης και οι αγωνιστές εκλυτικής ορμόνης γοναδοτροπινών,

προλαμβάνουν την παραγωγή οιστρογόνων ή μπλοκάρουν οιστρογόνα, για να αποφευχθεί η ενεργοποίηση ενός οιστρογονικά ευαίσθητου όγκου (Maughan et al, 2010). Στους αναστολείς της αρωματάσης ανήκει η αναστροζόλη, η λετροζόλη και η εξεμεστάνη που αναστέλλουν το ένζυμο της αρωματάσης, που αποτρέπει την μετατροπή της ανδροστενεδιόνης (ανδρογόνο) σε οιστρόνη (οιστρογόνο) και της τεστοστερόνης (ανδρογόνο) σε εστραδιόλη (οιστρογόνο). Στους εκλεκτικούς ρυθμιστές υποδοχέων οιστρογόνων κατηγοριοποιούνται η ταμοξιφαίνη και η ραλοξιφαίνη που 'δένονται' ανταγωνιστικά σε υποδοχείς οιστρογόνων σε καρκινικά κύτταρα (Trayes & Cokenakes, 2021).

Για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες προτείνεται η ταμοξιφαίνη, η καταστολή της λειτουργίας των ωοθηκών με αγωνιστές εκλυτικής ορμόνης γοναδοτροπινών και η ωοθηκεκτομή. Η ταμοξιφαίνη έχει και αγωνιστική και ανταγωνιστική δράση. Ωστόσο, στην καταστολή της λειτουργίας των ωοθηκών γίνεται αναστολή του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-γονάδων (Ashar et al, 2016). Η καταστολή των ωοθηκών επιπρόσθετα με την ταμοξιφαίνη ή αναστολέα της αρωματάσης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνο σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου επανεμφάνισης και προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ακολουθώντας μετεγχειρητική χημειοθεραπεία (Wöckel et al., 2018).

Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες συστήνονται οι αναστολείς της αρωματάσης και η ταμοξιφαίνη σε ασθενείς που δεν ανέχονται τους αναστολείς της αρωματάσης (Ashar et al, 2016).

Μακροχρόνια δεδομένα δείχνουν ότι η μετεγχειρητική ορμονοθεραπεία μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες επανεμφάνισης. Έτσι, η χρήση ταμοξιφαίνης πάνω από 5 χρόνια σε ασθενείς με ER- θετικό καρκίνο του μαστού μειώνει αυτό τον κίνδυνο από 4,8% σε 2,9% (Wöckel et al., 2018). Επιπρόσθετα, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό αλλά και την υποτροπή στον αρχικό μαστό μετά από ογκεκτομή και ακτινοθεραπεία (Ashar et al, 2016).

Όσον αφορά την χορήγηση της ορμονοθεραπείας, κάθε φάρμακο έχει το δικό του σχεδιασμό. Η αναστροζόλη (αναστολέας αρωματάσης) είναι χάπι που δίνεται καθημερινά για πέντε χρόνια, μόνο του ή σε συνδυασμό με την ταμοξιφαίνη. Η εξεμεστάνη (αναστολέας αρωματάσης) είναι χάπι που δίνεται καθημερινά για τουλάχιστον δύο με πέντε χρόνια, μόνο του ή σε συνδυασμό με ταμοξιφαίνη. Η

λετροζόλη (αναστολέας αρωματάσης) είναι και αυτή χάπι που δίνεται καθημερινά για δύο με πέντε χρόνια, μόνη ή με ταμοξιφαίνη. Αντίστοιχα, η ταμοξιφαίνη (εκλεκτικός ρυθμιστής υποδοχέα οιστρογόνου) είναι χάπι καθημερινής χρήσης για δύο με πέντε χρόνια, μόνη της ή με κάποιον αναστολέα της αρωματάσης (Maughan et al, 2010).

Οι παρενέργειες της ορμονοθεραπείας εξαρτώνται από το φάρμακο που θα χορηγηθεί. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ταμοξιφαίνης έχουν παρομοιαστεί με τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, πιο συγκεκριμένα τα πιο συχνά είναι: Εξάψεις, κοιλιακό έκκριμα ή αίσθημα ξηρότητας και φαγούρας του κόλπου, διαταραχές της έμμηνου ρύση, πονοκέφαλος. Λιγότερο συχνά, είναι: αίσθημα κόπωσης, ναυτία, εμετοί και το δερματικό εξάνθημα. Οι σοβαρότερες και πιο ανησυχητικές παρενέργειες αλλά που είναι ακόμα πιο σπάνιες είναι: ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης θρόμβων στις φλέβες και η ανάπτυξη καρκίνου στο ενδομήτριο. Για αυτό συστήνεται στις γυναίκες που λαμβάνουν ταμοξιφαίνη ο περιοδικός γυναικολογικός έλεγχος ή εκτάκτως αν παρουσιαστεί αιμορραγία από τον κόλπο σε τέτοια ασθενή. Επιπλέον, είναι τα προβλήματα στην όραση με κυριότερη την αύξηση της συχνότητας του καταρράκτη, όπου συστήνεται και εκεί περιοδικός οφθαλμολογικός έλεγχος.

Οι παρενέργειες των αναστολέων της αρωματάσης οφείλεται στην στέρηση των οιστρογόνων από το γυναικείο οργανισμό. Συχνές παρενέργειες είναι αύξηση της χοληστερίνης, αίσθημα κόπωσης, μυαλγίες και αρθραλγίες, όπως και η ανάπτυξη οστεοπόρωσης που οδηγεί σε αύξηση της πιθανότητας καταγμάτων. Αντίθετα με τη ταμοξιφαίνη, δεν αυξάνουν το κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ η πιθανότητα αιμορραγίας από το κόλπο και η ανάπτυξη θρόμβων στις φλέβες είναι μικρότερη.

Η αντιμετώπιση των παραπάνω παρενεργειών είναι η αλλαγή της ταμοξιφαίνης με ένα αναστολέα αρωματάσης και αντίστροφα, ενώ ένα ποσοστό γυναικών θα οδηγηθεί σε οριστική διακοπή της ορμονοθεραπείας λόγω έντονων παρενεργειών (Μαρκόπουλος, 2016).

3.5 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία αφορά θεραπευτική μέθοδο που χρησιμοποιεί ακτίνες υψηλής ενέργειας για την καταστροφή νεοπλασματικών κυττάρων. Οι περισσότερες γυναίκες

με καρκίνο μαστού λαμβάνουν ακτινοθεραπεία συμπληρωματικά με την χειρουργική επέμβαση, προεγχειρητικά ή διεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά και την χημειοθεραπεία. Σύμφωνα με τις μελέτες του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας (National Institutes of Health) των Ηνωμένων Πολιτειών, η ακτινοθεραπεία είναι αναγκαία για όλες τις γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται σε συντηρητική επέμβαση (ογκεκτομή) για καρκίνο μαστού. Για τις περισσότερες περιπτώσεις συστήνεται συμπληρωματική χημειοθεραπεία για την εξάλειψη των υπολειπόμενων καρκινικών κυττάρων (Andreoli & Carpenter, 2017). Σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι να δοθεί η μεγαλύτερη δυνατή δόση στο μικρότερο δυνατό πεδίο, με την μεγαλύτερη δυνατή ομοιογένεια. Οι συνηθέστερες περιοχές που ακτινοβολούνται είναι η περιοχή του μαστού και οι επιχώριοι λεμφαδένες, αν χρειάζεται (μασχαλιαίοι, υπερκλείδιοι, έσω μαστικοί). Σε περίπτωση μαστεκτομής, ακτινοβολείται το θωρακικό τοίχωμα, όπου σε αυτήν την περίπτωση μειώνεται ο κίνδυνος επανεμφάνισης του όγκου στην πρωτοεμφανιζόμενη περιοχή. Επιπλέον, μειώνεται ο κίνδυνος για μεταστάσεις σε άλλα όργανα και ιστούς του οργανισμού. Η συνηθέστερη δόση που δίνεται από απόσταση είναι 45-60 Gys σε 25-30 συνεδρίες (Decherney & Nathan, 2005). Ανάλογα με την δόση της ακτινοβολίας αποστειρώνονται και οι αντίστοιχες εστίες. Με δόση 40 Gys υπάρχει πιθανότητα αποστείρωσης μικροσκοπικών εστιών, με δόση 50-55 Gys αποστειρώνονται οι μικροσκοπικές εστίες και με 70-80 Gys αποστειρώνονται οι όγκοι μεγάλης διαμέτρου. Οι κύριοι τύποι ακτινοθεραπείας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την θεραπεία είναι η εξωτερική ακτινοθεραπεία (external beam radiation therapy- EBRT) και η βραχυθεραπεία. Η ακτινοβολία εξ αποστάσεως γίνεται με δύο τρόπους α) Από τα μηχανήματα Καισίου Κοβαλτίου ακτινοβολία X από γραμμικό επιταχυντή ή ηλεκτρόνια και β) Από γραμμικό επιταχυντή (Lambley, 2005). Για την εξωτερική ακτινοθεραπεία, αν έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση, αναμένεται η επούλωση της περιοχής, ενώ σε περίπτωση χορήγησης χημειοθεραπειών, ξεκινάει η θεραπεία αμέσως μετά την ολοκλήρωσή τους. Η άλλη μορφή ακτινοθεραπείας είναι η εσωτερική (βραχυθεραπεία) στην οποία μια συσκευή που περιέχει ραδιενεργούς σπόρους ή σφαιρίδια τοποθετείται στον ιστό του μαστού για μικρό χρονικό διάστημα στην περιοχή που ο καρκίνος έχει αφαιρεθεί. Σε περιπτώσεις ογκεκτομής, η βραχυθεραπεία χρησιμοποιείται και ως μονοθεραπεία (Col et al, 2005).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες στην ακτινοθεραπεία έχουν άμεση σχέση με την ακτινοβολούμενη περιοχή και τη θεραπευτική δόση που λαμβάνει η κάθε ασθενής.

υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου δεν εμφανίζονται παρενέργειες. Σημαντικό είναι όμως ότι παρά την εμφάνιση των παρενεργειών υπάρχουν εύκαιρες λύσεις για την αντιμετώπιή τους, όπως είναι η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ή η ειδική δίαιτα. Υπάρχουν διαφορετικές κατηγορίες ανάλογα με τον χρόνο εμφάνισης τους: Πρώιμες κατά την διάρκεια ή έως 6 μήνες μετά την ακτινοβολία (π.χ. η ξηροστομία, η οισοφαγίτιδα, η διάρροια, αδυναμία, ναυτία και έμετος) οι οποίες μετά τη λήξη της θεραπείας υποχωρούν. Όψιμες δηλαδή από 6 μήνες έως 4 χρόνια (η ακτινική πνευμονία, τα συρίγγια και η νέκρωση ιστών). Επιπλέον κατηγορίες είναι που αφορούν την επίδραση όλου του οργανισμού ή κάποιου συστήματος. Στις γενικές παρενέργειες κατηγοριοποιείται η ανορεξία, κόπωση και η μυελοτοξικότητα ενώ στις παρενέργειες συγκεκριμένων συστημάτων είναι για παράδειγμα η μυκητίαση, η αλλαγή στην γεύση και η ξηροστομία για την στοματική κοιλότητα και οι διάρροιες και ο κοιλιακός πόνος για το κατώτερο πεπτικό σύστημα (Κούβαρης, 2010).

3.6 Ανοσοθεραπεία

Η αναγνώριση της βιολογίας των καρκινικών κυττάρων είχε ως αποτέλεσμα την παρασκευή βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι αντανακλούν τη δράση ουσιών που δρουν στη ρύθμιση της ανάπτυξης του οργανισμού. Αυτό ονομάστηκε βιολογική θεραπεία ή ανοσοθεραπεία και έρευνες έχουν δείξει επιτυχή αντιμετώπιση ορισμένων μορφών καρκίνου (Gosselin, 2010). Αυτή η θεραπεία επιδρά στις ειδικές γονιδιακές αλλαγές που εκφράζονται σε συγκεκριμένους υποτύπους καρκίνου μαστού. Έχουν σκοπό να επάγουν τον θάνατο των καρκινικών κυττάρων ή την ‘ευαισθητοποίησή’ τους στα συμβατικά κυτταροτοξικά φάρμακα. Η πιο συγκεκριμένη δράση της θεραπείας του καρκίνου ανάλογα με τη γονιδιακή του ταυτότητα αποσκοπεί στην επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων θεραπείας με μικρότερη βλάβη των υγιών ιστών και με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα πιο συχνά φάρμακα είναι η κατηγορία που στοχεύει στο Her-2. Το Her-2 είναι μια πρωτεΐνη που συμβάλλει στον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων και είναι αυξημένη στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων στο 20-30% των καρκίνων μαστού. Δύο γνωστά φάρμακα αυτής της κατηγορίας είναι η τρανστουζουμάμπη (Herceptin) και η λαπατινίμπη (Tyverb). Μελέτες που διεξάγονται στη σύγχρονη εποχή δοκιμάζουν νεότερα φάρμακα, καθώς επίσης διερευνάται η χρήση εμβολίου με στόχο την πρωτεΐνη Her-2 (Adami et al, 2008).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ανοσοθεραπείας σχετίζονται με το μονοκλωνικό αντίσωμα που χρησιμοποιείται στην ανοσοθεραπεία είναι αυτό το οποίο καθορίζει την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Γενικά, είναι περιφερική νευροπάθεια, κόπωση, κνησμός, εξάνθημα, ερυθρότητα, τοξικότητα γαστρεντερικού, ουδετεροπενία, αναιμία, λοιμώξεις αναπνευστικού βήχας, πυρετός, αλλεργικές αντιδράσεις χορήγησης, πόνος (κεφαλαλγία), διαταραχές ύπνου, απώλεια βάρους, αφυδάτωση, διαταραχές ηλεκτρολυτών, δύσπνοια, υπόταση, διαταραχές ηπατικών ενζύμων, σύνδρομο ταχείας λύσης του όγκου, ναυτία, διάρροια, δυσκοιλιότητα, οστεονέκρωση γνάθου, αλωπεκία, μυκητίαση, θρομβοπενία, βραδυκαρδία, ταχυκαρδία, αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια (Κιακού et al, 2015)

3.7 Εναλλακτικές Θεραπείες

Εκτός από τις συμβατικές θεραπείες υπάρχουν και οι εναλλακτικές που σε αυτές περιλαμβάνονται βότανα, βιταμίνες, μεταλλικά στοιχεία, ομοιοπαθητική, ειδικές δίαιτες, διαλογισμός, βελονισμός καθώς και χειροπρακτική. Οι παραπάνω θεραπείες, σύμφωνα με τους ερευνητές, μπορούν να χορηγηθούν συμπληρωματικά με τη συμβατική θεραπεία του καρκίνου (Κυβέλλος, 2003).

3.7.1 Φυσικοπαθητική θεραπεία

Η Φυσικοπαθητική είναι μία ολιστική θεραπευτική μέθοδος που έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα και συγκεκριμένα στον πατέρα της Ιατρικής Ιπποκράτη “Νουσων φυσιες ιητροι” όπου το αίτιο της ασθένειας είναι φυσικό και ο ίασης είναι η φύσις. Αργότερα στη Δύση (Ευρώπη-ΗΠΑ) χρησιμοποιήθηκε ο όρος “VIS MEDICATIX NATURAE“, που σημαίνει την αυτοθεραπευτική δύναμη της φύσης. Ο φυσικοπαθητικός μέσα από φυσικές μεθόδους αυτοθεραπείας προσπαθεί να «περικυκλώσει» με ολιστικό τρόπο την αιτία της νόσου, με ενισχύσεις στην ιδιοσυγκρασία του ατόμου, αλλά και να αντιμετωπίσει όσο το δυνατότερο τα συμπτώματα(Μαντούδη, 2019) .

3.7.2 Γιόγκα και καρκίνος

Η γιόγκα αναγνωρίζεται ως μια πολύ καλή μορφή άσκησης που συνδυάζει πολλά θετικά στοιχεία και μπορεί να αποτρέψει ή και να θεραπεύσει πολλές ασθένειες όπως είναι ο καρκίνος. Η γιόγκα έχει το άτομο ως σύνολο και με αυτό τον τρόπο λειτουργεί η πρόληψη και η θεραπεία της. Πιστεύεται ότι υπάρχει αλληλεπίδραση της

ψυχονοητικής και ενεργειακής δομής του ανθρώπου επηρεάζοντας έτσι την κατάσταση της υγείας του. (Πλασκασοβίτη και Τσιοπτσία, 2015).

3.7.3 Βελονισμός

Ο βελονισμός είναι μια μέθοδος που έχει ρίζες από την παραδοσιακή κινέζικη ιατρική, αυτή η τεχνική ενεργεί διορθώνοντας την ισορροπία της ισορροπίας στο σώμα (Λεσι Μεριεμε, 2018). Η ισορροπία αυτή σχετίζεται με δύο κανάλια ενέργειας του ανθρώπινου σώματος, υπάρχουν δύο μορφές το Γιν όπου έχει να κάνει με την διατήρηση και αποθήκευση της εσωτερικής ενέργειας και το Γιανγκ όπου σχετίζεται με την κατανάλωση αυτής της ενέργειας. Σε ισορροπία και των δύο υπάρχει υγεία, ενώ σε ανισορροπία σημαίνει ασθένεια. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο βελονισμός είναι η εισαγωγή μιας συμπαγούς βελόνας διαδερμικά σε συγκεκριμένα βελονίστηκα σημεία της επιφάνειας του σώματος, μέσω της οποίας στοχεύετε η εξισορρόπηση της ενεργειακής ροής στο σώμα επιχειρώντας την διέγερση, προκλητή ή αυτόματη, συγκεκριμένων νευρικών οδών. Οι συχνότερες τεχνικές του βελονισμού που χρησιμοποιούνται είναι το μασάζ με βελονισμό, η απλή βελόνα, η ηλεκτροπάρθεια και ο βελονισμός θερμότητας (Yap, 2016).

3.7.4 Ομοιοπαθητική

Η θεωρία που βασίζεται αυτή η μέθοδος είναι ότι η τα όμοια θεραπεύονται από τα όμοια δηλαδή πως η σωστή θεραπευτική ουσία για μια πάθηση είναι αυτή που όταν χορηγηθεί σε ένα υγιές άτομο, παράγει τα ίδια συμπτώματα που παρουσιάζει και ο ασθενής (Weiner, 2005). Πιο συγκεκριμένα, η ομοιοπαθητική στηρίζεται σε μια θεραπευτική αντίδραση από μικρές δόσεις μιας ουσίας, της οποίας οι υψηλές δόσεις προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με αυτά που παρουσιάζονται στον ασθενή λόγω πάθησης, δηλαδή η ασθένεια αντιμετωπίζεται από ένα φάρμακο που προκαλεί στον υγιή τα ίδια νοσηρά συμπτώματα με αυτά της ασθένειας (Jargin, 2015). Στηρίζεται σε μικροσκοπικές ποσότητες βοτάνων, ορυκτών και ουσίες ζωικής προέλευσης για να διεγείρει τις φυσικές άμυνες του οργανισμού και να τον βοηθήσει να αυτό-θεραπευτεί (Gottlieb, B., 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Ψυχολογικές επιπτώσεις γυναικών με καρκίνο του μαστού που κάνουν μαστεκτομή

4.1 Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού και κατ' επέκταση η θεραπεία του έχουν σημαντικές και ποικίλες επιπτώσεις στο άτομο αλλά και στο κοινωνικό του περιβάλλον. Επηρεάζει τη σωματική, ψυχολογική και την κοινωνική διάσταση της γυναίκας. Γενικά, παρατηρείται συσχέτιση της ψυχολογίας των ασθενών με την πορεία της νόσου, με καλύτερα αποτελέσματα σε ασθενείς με θετικότερη αντίληψη (Knoor, 2000). Όμως, είναι αρκετά δύσκολο μέχρι να αναπτυχθεί μια πιο θετικότερη αντίληψη, καθώς η γυναίκα περνάει πολύ δύσκολες και επίπονες καταστάσεις που της δημιουργούν κακές εμπειρίες, αισθανόμενη την απώλεια ελέγχου του εαυτού της, με αποτέλεσμα την αλλαγή της σκέψης και της ψυχοσύνθεσης προς το χειρότερο.

Ο καρκίνος γενικότερα δημιουργεί συναισθήματα φόβου, θυμού, αγωνίας, αβεβαιότητας, θρήνου, απόγνωσης, απώλειας και πόνου. Γι' αυτό γίνεται διερεύνηση σε θέματα όπως η αντίληψη για τη διάγνωση, ο θάνατος, η αλλαγή εικόνας σώματος και η διατάραξη της ταυτότητας της γυναίκας. Ο μαστός στις γυναίκες είναι στενά συνδεδεμένος με την έννοια της θηλυκότητας και της γονιμότητας. Έτσι, στην περίπτωση του καρκίνου μαστού και ειδικότερα της μαστεκτομής, υπάρχει ως αποτέλεσμα η απώλεια της ακεραιότητας, της ελκυστικότητας και της αντίληψης «ακαταλληλότητας» ως γυναίκα. Αναλυτικότερα, υπάρχουν επιπτώσεις στην σεξουαλικότητα της γυναίκας, κυρίως σε νεότερες ηλικίες, μείωση αυτοπεποίθησης, ερωτικής επιθυμίας αλλά και λειτουργικότητας (Tsaras et al, 2018).

Σημαντική επιρροή στην ψυχολογία της ασθενούς έχει το κοινωνικό της περιβάλλον και συγκεκριμένα ο σύντροφος. Στην περίπτωση που υπάρχει σύντροφος, η στάση του προς τη διάγνωση, την πορεία της νόσου, αλλά και στην αλλαγή της εικόνας του σώματος της γυναίκας μετά την μαστεκτομή επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογία και την αυτοπεποίθησή της, καθώς βασίζεται σε αυτόν για την επιβεβαίωση θηλυκότητας. Στην περίπτωση της απώλειας συντρόφου, πέρα από το ότι βασίζεται στο υπόλοιπο κοινωνικό της δίκτυο για ψυχολογική ενθάρρυνση, βιώνει άγχος για

προοπτικές σεξουαλικής επαφής και φόβο απόρριψης (Γκοβίνα και Κωνσταντινίδης, 2019).

Συμπερασματικά, ο καρκίνος του μαστού έχει ποικίλες ψυχολογικές επιπτώσεις στις γυναίκες σε όλες τις φάσεις του, από την υποψία της διάγνωσης έως και την μετεγχειρητική φάση και την επακόλουθη θεραπευτική αγωγή και σε αυτό συμβάλλουν πολλοί παράγοντες του ίδιου του ατόμου αλλά και του κοινωνικού του περιβάλλοντος (Meyerowitz, 1980).

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία της γυναίκας με καρκίνο του μαστού γενικά αλλά και κάποιοι που ευθύνονται συγκεκριμένα για την εμφάνιση κατάθλιψης ή/και άγχους. Γενικά, οι παράγοντες που καταβάλλουν μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού είναι προηγούμενο ιστορικό αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής, νεαρή ηλικία διάγνωσης, έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον, επιβάρυνση από σωματικά συμπτώματα, παρούσα λήψη θεραπείας, συγκεκριμένες φαρμακευτικές θεραπείες, ανησυχία για θάνατο ή επανεμφάνιση νόσου, αλλαγή εικόνας σώματος και αλλαγή θηλυκότητας, σεξουαλικότητας και ελκυστικότητας (Reich et al, 2008).

Συγκεκριμένα, για την κατάθλιψη και το άγχος υπάρχουν άλλοι παράγοντες κινδύνου. Ένας από αυτούς είναι η ηλικία, δηλαδή σε άτομα >70 ετών παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό των συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Ένας άλλος παράγοντας είναι η οικογενειακή κατάσταση που παρατηρήθηκε ότι οι χήρες γυναίκες ήταν οι περισσότερες που βίωναν κατάθλιψη και άγχος. Μεγαλύτερα ποσοστά για αυτές τις διαταραχές είχαν και γυναίκες με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης. Επίσης, το στάδιο του καρκίνου του μαστού είναι σημαντικός παράγοντας εμφάνισης κατάθλιψης ή/και άγχους και ειδικά στο στάδιο 4. Εκτός από αυτά, μελέτες έδειξαν ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση κατάθλιψης ή/και άγχους σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι το μέρος κατοικίας, η θρησκεία και η παρούσα κατάσταση τους (σωματικά συμπτώματα). Σε αγροτικές περιοχές παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης και άγχους. Παράλληλα, περισσότερες είναι οι μη Χριστιανικές ορθόδοξες γυναίκες που βιώνουν αυτές τις διαταραχές. Τέλος, γυναίκες με περισσότερα συμπτώματα της ασθένειας ήταν περισσότερες από αυτές με κανονικό αριθμό συμπτωμάτων, που βίωναν κατάθλιψη και άγχος (Tsaras et al., 2018).

4.2 Στίγμα καρκίνου

Ενώ στις μέρες μας ο καρκίνος είναι από τις πιο γνωστές ασθένειες τα τελευταία χρόνια, στην ελληνική κοινωνία του 21ου αιώνα έχει παραμείνει ο φόβος και η προκατάληψη. Από παλιά ο όρος καρκίνος συνοδεύεται με το αίσθημα φόβου καθώς και αποτελεί την προσωποποίηση του κακού για την συλλογική κοινωνική συνείδηση. Ο καρκίνος αναφέρεται και ως η «επάρατη νόσος» που μεταφράζεται σε καταραμένη, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο φόβος γύρω από την ασθένεια. Δυστυχώς, με το πρόβλημα του στίγματος και γενικότερα τις προκατάληψης δεν έρχονται αντιμέτωποι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι οικογένειες τους. Όσον αφορά την ασθενή πρέπει να διαχειριστεί τα συναισθήματα του φόβου, ντροπής, υποτίμησης και της δυσφορίας που έχουν δημιουργηθεί. Επιπλέον, αν δε γίνει σωστή διαχείριση τότε δημιουργείται περιθωριοποίηση της ασθενούς, οδηγώντας την στην απομόνωση και εγκαθιστώντας έτσι την νόσο αυτόματα ως απειλή για την επαγγελματική, οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Για τα αναφερόμενα συναισθήματα, έχει παρατηρηθεί αύξηση των ανθρώπων με καρκίνο ότι δε εκφράζουν το πώς νοιώθουν γιατί δε θέλουν τα άλλα άτομα να έχουν αρνητική στάση απέναντι τους ή να έχουν τον οίκτο τόσο του οικογενειακού τους όσο και του κοινωνικού τους περίγυρο. Σε αυτές τις περιπτώσεις αρκετά βοηθητική θα ήταν η ενημέρωση του ασθενούς αλλά και της κοινωνίας για τον θετικό επαναπροσδιορισμό της κοινής γνώμης για την ασθένεια. Αυτό θα βοηθήσει έπειτα στο συμπέρασμα ότι πρέπει να αποδεχτούμε την ασθένεια αυτή και η ασθενής να επεξεργαστεί και να αποδεχτεί/αντιμετωπίσει τα συναισθήματά της (Bradby, 2010).

Σε έρευνα του 2017 οι Nyblade et. al. μελέτησαν τις εκδηλώσεις του στίγματος στα άτομα με καρκίνο του μαστού. Η έρευνα αξιολόγησε τους ασθενείς και τους φροντιστές τους σχετικά με την κατανόηση τους για τη συγκεκριμένη ασθένεια. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι το στίγμα είναι ολοένα και περισσότερο κρίσιμο ψυχοκοινωνικό εμπόδιο και βασικός παράγοντας αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχική υγεία του ατόμου. Ως γενικό θέμα στην ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε το στίγμα του καρκίνου. Επιπλέον ο φόβος της κοινότητας στο ότι ο καρκίνος μπορεί να μεταδοθεί με απλή επαφή ήταν ένα θέμα που εμφανίστηκε μέσα από τη συλλογή των δεδομένων. Οι αρνητικές επιπτώσεις αυτού του φόβου ήταν λόγος της κοινωνικής απομόνωσης των γυναικών αυτών και στον φόβο να το μοιραστούν ακόμα και με τους οικείους τους. Ακόμη αναφέρουν οι ασθενείς ότι δεν είναι σίγουρες ποια είναι η αντίδραση της οικογένειάς τους στην πορεία της νόσου και φοβούνται για το ενδεχόμενο της

απομόνωσης. Οι συχνότερες μορφές στίγματος ήταν η φυσική και η κοινωνική απομόνωση. Είναι λυπητερό ότι οι γυναίκες ανέφεραν ότι υπάρχει ακόμη και η αντίληψη ότι δεν πρέπει να μοιράζονται τρόφιμα, ρούχα, σαπούνι και να κοιμούνται με άλλους λόγω υποτιθέμενης μεταδοτικότητας της νόσου (Nyblade et. al., 2017).

Σε άλλη έρευνα οι Suwankholg et al. (2016) ερεύνησαν τις εμπειρίες και τα βιώματα του κοινωνικού στίγματος 20 γυναικών με καρκίνο του μαστού στη νότια Ταϊλάνδη. Η έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες αυτές είχαν έρθει αντιμέτωπες με μια σειρά από πολύπλοκα ζητήματα όπως ήταν για την εμφάνιση του σώματος τους, την αίσθηση κατάθλιψης και λύπης ως αποτέλεσμα να φορούν φαρδιά ρούχα ή αγοράζοντας ειδικά εσώρουχα ενισχυμένα με σιλικόνη. Δυστυχώς, η απώλεια μαστού δημιούργησε στίγμα και οι συμμετέχουσες δήλωσαν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είχαν την πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μια τρομακτική και αηδιαστική ασθένεια. Επίσης δήλωσαν ότι ένιωθαν ότι κανένας άνθρωπος πέρα από την οικογένειά τους δεν κατάφερνε να μείνει κοντά τους ως αποτέλεσμα να οδηγηθούν σε μακροχρόνιες συναισθηματικές επιβαρύνσεις (Suwankholg et. al., 2016).

Ακόμη μια σημαντική έρευνα διεξήγαγαν οι Stergiou et. al. (2016) με σκοπό τη διερεύνηση του στίγματος από τον καρκίνο και τις διακρίσεις στον χώρο εργασίας. Στο εργασιακό χώρο οι γυναίκες αυτές ήρθαν αντιμέτωπες με συμπεριφορές, όπως είναι οι μισθολογικές διακρίσεις, η παρενόχληση, η άρνηση εργασίας και οι περιορισμένες ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης. Ενδιαφέρον ήταν και οι αντίθετες αντιλήψεις μέσα από την έρευνα αυτή μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την ύπαρξη και τον επιπολασμό του στιγματισμού στον χώρο εργασίας. Αναλυτικότερα, η γενική αντίληψη μεταξύ των φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης και επαγγελματικών υγείας, ήταν ότι υπάρχει μικρότερη περίπτωση να στιγματιστούν τα άτομα με καρκίνο, καθώς και της πεποίθησης ότι ο καθένας έχει βιώσει έστω και στο ευρύτερο περιβάλλον του τον καρκίνο με κάποιο τρόπο. Άτομα τα οποία αναζήτησαν μια νέα απασχόληση μετά τον καρκίνο εξέφρασαν ανησυχίες για την αποκάλυψη του ιστορικού του καρκίνου στην νέα εργασία ή κατά τη διάρκεια συνεντεύξεων εργασίας (Stergiou et al., 2016).

4.3 Αποδοχή της εικόνας και σεξουαλικότητα

Το κάθε άτομο βιώνει διαφορετικά την πραγματικότητα και συνεπώς την ασθένεια και τις επιπτώσεις της στη ζωή και στο σώμα. Ο καρκίνος και οι υπάρχουσες θεραπείες για

την αντιμετώπισή του επιφέρουν ιδιαίτερα σημαντικές μεταβολές τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος. Η αδυναμία, η εξασθενημένη εμφάνιση του καχεκτικού ασθενούς και οι δύσοσμες βλάβες που εκκρίνουν υγρά ως αποτέλεσμα λύσης της συνέχειας του δέρματος από τον καρκίνο αποτελούν σημαντικές αιτίες αλλαγής της εικόνας του σώματος. Επιπλέον οι ασθενείς έχουν να διαχειριστούν την απώλεια ενός μέρους του σώματος, δερματικές αλλοιώσεις και την απώλεια τριχών (Lemone et al, 2014).

Η μαστεκτομή και κυρίως στις γυναίκες οδηγεί σε αίσθηση ακρωτηριασμού, μειωμένη αυτοπεποίθηση, απώλεια της αίσθησης της θηλυκότητας και της σεξουαλικής ελκυστικότητας. Στη μελέτη των Τζανάκη και συν., σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, διαπιστώθηκε ότι συνδέεται άρρηκτα με τη γυναικεία υπόσταση, οδηγεί την γυναίκα σε μια ιδιαίτερη μορφή σωματοποίησης, η οποία συνδέεται με την επαναδιαπραγμάτευση όψεων της κοινωνικής ταυτότητας, τη σεξουαλικότητα και τη μητρότητα (Τζανάκης και συν, 2013)

Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι σε επιζώντες από καρκίνο του μαστού εμφανίζουν με μεγάλη συχνότητα σεξουαλικά προβλήματα και συχνά δεν επιλύονται με την πάροδο του χρόνου, ακόμα και μεταξύ γυναικών που δεν υποβάλλονται σε μαστεκτομή ή που έχουν μεταγενέστερη αναδόμηση του μαστού. Ο στόχος για υγιή σεξουαλική λειτουργία συμπεριλαμβάνει τόσο ψυχολογικούς όσο και σωματικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον κύκλο της σεξουαλικής αντίδρασης όπως είναι η επιθυμία, η διέγερση και ο οργασμός. Αναλυτικότερα, αναπτύσσεται φόβος της απώλειας της γονιμότητας, αρνητική εικόνα σώματος, έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος και απώλεια θηλυκότητας. Αυτές οι αλλαγές είναι πιθανόν να διαρκέσουν από μήνες μέχρι και χρόνια και έχουν ως συνέπειες φυσικές και συναισθηματικές παρενέργειες (Beaumont, 2007).

Γενικά, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι γυναίκες διαφόρων εθνικοτήτων αναφέρουν παρόμοιες ανησυχίες σχετικά με την εικόνα τους που σχετίζεται με την θεραπεία τους για τον καρκίνο του μαστού. Παρόλα αυτά, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν διαφορές σε γυναίκες διαφορετικών εθνικοτήτων, με κάποιες να αναφέρουν περισσότερες δυσκολίες, ένα χρόνο μετά τη θεραπεία τους, σχετικά με σεξουαλική επιθυμία, χαλάρωση και απόλαυση της σεξουαλικής πράξης, του ερεθισμού αλλά και των οργασμών (Hung et al, 2017).

Σύμφωνα με τη μελέτη Serrette και Chiesa, η λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων όπως οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης οδηγούν σε παρενέργειες όπως η σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία αν και δεν σχετίζεται άμεσα με τους κινδύνους θνησιμότητας, αναφέρεται σε ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των περιπτώσεων (20% έως 40%) ότι είναι από τους κύριους λόγους διακοπής της θεραπείας. Επιπλέον, έχουν παρατηρηθεί μεγάλες διαφορές στη σεξουαλική λειτουργία μεταξύ όσων ασθενών ζητούν και όσων δεν ζητούν συμβουλές ή δεν θέλουν να συζητήσουν για τυχόν σεξουαλικά προβλήματα που δημιουργούνται. Ωστόσο, παρά την επικράτηση και την τεκμηριωμένη εμμονή των προβλημάτων της σεξουαλικότητας μεταξύ μεγάλου αριθμού επιζώντων καρκίνου του μαστού, δεν έχουν καταγραφεί αρκετές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να αναζητούν και να θεραπεύουν τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες κατά την αξιολόγηση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, καθώς και να γνωρίζουν τις σεξουαλικές παρενέργειες που δημιουργούνται από πλήθος φαρμάκων και να μεριμνούν για την ενημέρωση των ασθενών (Schofield et al, 2008). Οι γυναίκες αναφέρουν την ανάγκη για προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης και ειδικές παρεμβάσεις (π.χ. προσθετική στήθους) για την ενίσχυση της αποδοχής της εικόνας σώματος. Οι ασθενείς που βρίσκονταν στην οξεία φάση ανέφεραν ότι αγωνίζονται να αποδεχτούν πως θα είναι το σώμα τους μετά το πέρας της θεραπείας. Αντίθετα, οι γυναίκες στη φάση επανόδου ανέφεραν ότι εξακολουθούν να προσπαθούν να προσαρμοστούν στην εικόνα που έβλεπαν. Στο ζήτημα της αποδοχής της νέας εικόνας σώματος έχει βοηθήσει η θρησκευτική υποστήριξη, η συμμετοχή των ασθενών σε συζητήσεις και ανταλλαγή ιδεών με άλλες γυναίκες που είχαν παρόμοια βιώματα ενώ αναφέρουν ότι άρχισαν να κοιτούν το σώμα τους από μια λειτουργική και όχι αισθητική προοπτική. Τα ευρήματα αυτά έδειξαν ότι η αποδοχή ήταν μια σταδιακή διαδικασία που επηρεάζεται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την κοινωνική στήριξη. Από την άλλη πλευρά, γυναίκες όπου δεν μπορούσαν να δεχτούν την αλλοιωμένη εικόνα σώματος τους, ένοιωθαν αίσθημα ντροπής, κατάθλιψης και ότι ήταν σεξουαλικά ανεπιθύμητες από τους συντρόφους τους (Buki et.al., 2016).

Σημαντικό ρόλο σε αυτήν την κατάσταση έχει και ο σύντροφος της γυναίκας. Πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει τη γυναίκα, καθώς και να την κάνει να νοιώσει ασφάλεια και ποθητή ξανά. Οι περισσότεροι σύντροφοι των γυναικών αυτών, αναφέρουν ότι ενδιαφέρονται πάνω από όλα για την υγεία των συντρόφων τους και

πως τα ερωτικά τους συναισθήματα δεν μειώνονται για την απώλεια ενός μαστού. Πολλές όμως γυναίκες μένουν σεξουαλικά ανενεργές για πάνω από έξι μήνες που πιθανόν οφείλεται σε αποτυχημένη επικοινωνία των δύο συντρόφων. Εκτός αυτού έρχονται αντιμέτωποι και οι δύο με διάφορα προβλήματα που προκύπτουν στην πορεία, όπως κάποιοι ενοχλητικοί πόνοι από την χειρουργική επέμβαση ή οι αντικαρκινικές θεραπείες μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα την πρόωρη εμφάνιση της εμμηνόπαυσης (Παπαδάτου και Μπελλάλη, 2008).

4.4 Στάδια ψυχολογικής διακύμανσης

Τα στάδια αυτά σχετίζονται με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, αλλά και με τον χρονικό προσδιορισμό της φάσης της ασθένειας. Όσο αφορά τα στάδια της συναισθηματικής διακύμανσης, έχουν ταξινομηθεί από την Elizabeth Kubler Ross. Το χρονικό διάστημα στο οποίο βιώνει ο κάθε ασθενής το κάθε στάδιο, ποικίλει και μπορεί να υπάρξει επιστροφή σε προηγούμενο στάδιο. Τα στάδια αυτά αφορούν τόσο τους ασθενείς αρχικού σταδίου όσο και του τελικού, αλλά και τα συγγενικά τους πρόσωπα που βιώνουν παρόμοια συναισθήματα. Οι φάσεις αυτές είναι πέντε- η άρνηση, η οργή, η διαπραγμάτευση, η κατάθλιψη και η αποδοχή.

ο Άρνηση: ο ασθενής αρνείται να αποδεχθεί την πραγματικότητα και αμφισβητεί την αλήθεια που του ανακοινώνεται πιστεύοντας ότι πρόκειται για ιατρικό λάθος. Προσπαθεί να αποστασιοποιηθεί από την διάγνωση παραλείποντας τα ενοχλήματα και συμπτώματά του π.χ. «δεν μπορεί να είμαι εγώ, πρέπει να μπερδέψατε τα αποτελέσματα».

ο Οργή: ο ασθενής έρχεται σε αντιπαράθεση με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Παρατηρείται σύγκρουση με την οικογένειά του, την κοινωνία ακόμα και με την θρησκεία π.χ. «είναι εντάξει για εσένα (τον νοσηλευτή), μπορείς να πας σπίτι σου στο τέλος της μέρας».

ο Διαπραγμάτευση: ο ασθενής έχοντας αποδεχτεί την πραγματικότητα αναζητά για διαφορετικές μεθόδους αντιμετώπισης, εναλλακτικές θεραπείες και την βοήθεια του Θεού με προσευχές και τάματα «υπάρχει κάποια πειραματική θεραπεία που θα μπορούσα να δοκιμάσω;».

ο Κατάθλιψη: ο πάσχων πιστεύοντας ότι έχει χαθεί κάθε ελπίδα για ίαση, εγκαταλείπει τις προσπάθειες και του δημιουργούνται αυτοκτονικές στάσεις. Ο νοσηλευόμενος δε θέλει καθησυχασμό από τον νοσηλευτή αλλά ούτε να αγνοείται. Συμπίπτει με το στάδιο της άρνησης των συγγενών του, οι οποίοι τον κατηγορούν για την διακοπή της προσπάθειάς του.

ο Αποδοχή: ο νοσηλευόμενος έχει αποδεχθεί την κατάσταση και ότι οι προσπάθειες του αλλά και του υγειονομικού προσωπικού δεν είχαν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ο νοσηλευόμενος είναι έτοιμος να προχωρήσει (Heydarnejad et al., 2011)

Για την ψυχολογική διακύμανση της γυναίκας ανάλογα με την χρονικό προσδιορισμό της ασθένειας, υπάρχουν τρεις φάσεις- η πρώτη φάση, η φάση της διάγνωσης και η χρόνια φάση.

Στην πρώτη φάση, υπάρχει η υποψία για ασθένεια βάση σημείων και συμπτωμάτων που έχει. Από την μια πλευρά, υπάρχει η άμεση δραστηριοποίησή της για ιατρική γνωμάτευση, αλλά από την άλλη μπορεί να αντιμετωπίσει το θέμα με άρνηση, θεωρώντας ότι αποκλείεται να συμβαίνει κάτι τέτοιο σε εκείνη. Ανάλογα με την αντίδρασή της σε αυτήν την φάση, επηρεάζεται και η εξέλιξη της υγείας της, αλλά και η ακολουθούμενη αντίδρασή της στην ανακοίνωση της διάγνωσης.

Στη συνέχεια, η φάση της διάγνωσης είναι η πιο δύσκολη για την ασθενή. Όσο προετοιμασμένη ψυχολογικά και να είναι, εξακολουθεί να είναι μια τραυματική εμπειρία, καθώς πάντα υπάρχει μια ελπίδα να μην είναι αυτή η διάγνωση που θα της ανακοινωθεί. Από εδώ και στο εξής, θα πρέπει να ακολουθήσει έναν πολύ διαφορετικό τρόπο ζωής, καθώς και να προετοιμαστεί να λάβει κάποιες πολύ μεγάλες αποφάσεις για την αντιμετώπιση της ασθένειας.

Τέλος, υπάρχει η μεγαλύτερη, χρονικά, φάση της ψυχολογικής διακύμανσης της γυναίκας με καρκίνο του μαστού, η χρόνια. Η ασθένεια έχοντας ενσωματωθεί στην ζωή της γυναίκας, επηρεάζει και την ζωή του κοινωνικού της περιβάλλοντος. Η γυναίκα βιώνει αισθήματα ανημποριάς, αδυναμίας, απόγνωσης και απελπισίας. Εφόσον βρίσκεται σε αυτήν την συναισθηματική κατάσταση, αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής αλλά υπάρχει και η πιθανότητα αρνητικής πρόγνωσης της νόσου. Γι' αυτό και πρέπει να σημειωθεί η σημασία της σχέσης της ψυχολογίας με την σωματική υγεία του ατόμου (Χαλικιάς, 2012).

4.5 Άγχος και κατάθλιψη

Οι περισσότεροι από τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού βιώνουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, ψυχολογική δυσφορία και φόβο επανεμφάνισης του καρκίνου, κούραση, μήνες ή και χρόνια μετά τη διάγνωσή, με αυτά τα συμπτώματα να είναι συνδεδεμένα με ευρύτερη ανικανότητα και φτωχότερη ποιότητα ζωής (Rogers et al., 2017). Αναλυτικότερα, σε έρευνα του Grabsch et al., σε προχωρημένο καρκίνο, το μεγαλύτερο ποσοστό το οποίο ήταν 42% βρέθηκε με ψυχιατρικές διαταραχές και το 35,7% αυτών είχαν κατάθλιψη ή άγχος ή και τα δύο (Reich et al., 2008). Στις καταθλιπτικές διαταραχές περιλαμβάνεται η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμική διαταραχή, η διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση και συνδυαστικές καταθλιπτικές με αγχώδεις διαταραχές διάθεσης. Στις αγχώδεις διαταραχές ανήκουν η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, το σύνδρομο μετατραυματικού στρες και η διαταραχή προσαρμογής με αγχώδη διάθεση (Tsaras et al, 2018). Από την άλλη οι ψυχιατρικές διαταραχές εμφανίζονται συνήθως στο 11-19% όλων των καρκινοπαθών και συμπεριλαμβάνονται η μείζονα κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή ή διαταραχή προσαρμογής. Αναλυτικότερα, τα παραπάνω προβλήματα που δημιουργούνται στις ασθενείς οφείλονται κατά κύριο λόγο στη διάγνωση του καρκίνου, στις ανησυχίες για το μέλλον που δημιουργούνται, η αναζήτηση για ικανούς γιατρούς και της καταλληλότερης αντιμετώπισης, στον φόβο για τις επιπλοκές της θεραπείας μαζί με την σωματική καταπόνηση δημιουργούν πολύπλοκα ψυχολογικά προβλήματα.

Το εύρος των προβλημάτων που δημιουργούνται στους καρκινοπαθείς δεν είναι γνωστό στο βαθμό που θα έπρεπε. Η στήριξη που τους δίνεται δεν είναι ικανοποιητική. Για να ρίξει περισσότερο φως στο πρόβλημα των ψυχολογικών, συναισθηματικών επιπτώσεων του καρκίνου, η φιλανθρωπική οργάνωση Cancer Macmillan Support του Ηνωμένου Βασιλείου, διεξήγαγε μια εκτεταμένη έρευνα διάρκειας 14 μηνών σε 1.751 ανθρώπους (καρκινοπαθείς, συγγενείς τους και άλλους).

Τα γενικά ευρήματα ήταν:

1. 49% των καρκινοπαθών ασθενών παρουσίαζαν κατάθλιψη
2. 75% των καρκινοπαθών είχαν άγχος
3. 19% ένιωθαν ότι ήταν εγκαταλειμμένοι

4. Για το 45% των ασθενών το δυσκολότερο που είχαν να αντιμετωπίσουν δεν ήταν το σωματικό μέρος της πάθησης τους αλλά οι συναισθηματικές συνέπειες

Γενικά οι καρκινοπαθείς ασθενείς παρουσίαζαν ψηλά επίπεδα κατάθλιψης, άγχους αλλά και προβλήματα στις σχέσεις τους, που περιλάμβαναν διαζύγιο και χωρισμό. Ανάλογα προβλήματα παρουσίαζαν και τα άτομα του περιβάλλοντος τους, συγγενείς ή φίλοι οι οποίοι είχαν αναλάβει να τους φροντίζουν.

Σχετικά με τα προβλήματα, που δημιουργούνται στις σχέσεις τους οι καρκινοπαθείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα έδωσαν τα ακόλουθα στοιχεία:

- 32% δήλωσαν ότι ο καρκίνος προκάλεσε τεράστια πίεση και ένταση στις σχέσεις τους
- 26% δήλωσαν ότι είχαν πολύ σοβαρές δυσκολίες με το σύντροφο ή σύζυγο τους, εξαιτίας του καρκίνου που τους προσέβαλε
- 7% των καρκινοπαθών δήλωσαν ότι η σχέση τους με το σύντροφο ή σύζυγο τους διακόπηκε (διαζύγιο, χωρισμός) λόγω του καρκίνου τους
- 43% των καρκινοπαθών δήλωσαν ότι η σεξουαλική τους ζωή υπέφερε λόγω του καρκίνου (Mitchell et al, 2011)

Κατά κύριο λόγο στις ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού επικρατούν το άγχος και η κατάθλιψη, αυτές είναι οι διαταραχές που θα αναπτυχθούν παρακάτω με περισσότερες λεπτομέρειες.

Το άγχος είναι η υποκειμενική αντίδραση στην ένταση, ως αποτέλεσμα πραγματικής ή φανταστικής απειλής. Έχει διάφορα επίπεδα, ξεκινώντας με ελαφρύ και στη συνέχεια με μέτριο, έντονο έως και επίπεδο πανικού. Η διαταραχή αυτή μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες, μήνες ή χρόνια με διαστήματα ύφεσης και έξαρσης. Τα συμπτώματα του άγχους ποικίλλουν ανάλογα με το σύστημα που επηρεάζουν αλλά και τον τύπο των συμπτωμάτων. Οι κατηγορίες των συμπτωμάτων είναι οργανικές, συμπεριφορικές, και γνωσιακές.

Στα οργανικά συμπτώματα κατατάσσονται αυτά του καρδιοαναπνευστικού συστήματος, του γαστρεντερολογικού, του νευρο-μυοσκελετικού, της επιδερμίδας και γενικά και κατατάσσονται ως εξής:

- Καρδιοαναπνευστικό σύστημα: Ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, ταχύπνοια, διακοπτόμενη αναπνοή, δύσπνοια, πόνος στο στήθος
- Γαστρεντερολογικό σύστημα: Ξηροστομία, ανορεξία, αίσθημα πνιγμού, δυσκαταποσία, ναυτία, κοιλιακά άλγη
- Νευρο-μυοσκελετικό σύστημα: Τρέμουλο, κρύα χέρια, μυϊκή τάση, κινητική ανησυχία
- Επιδερμίδα: Χλωμό ή ερυθρό πρόσωπο, εφίδρωση, κρυάδες ή εξάψεις
- Γενικά: Κεφαλαλγία, ζάλη, ίλιγγος, τάση λιποθυμίας ή λιποθυμία

Στα συμπεριφορικά συμπτώματα ανήκει η ανησυχία, η αποφυγή ή επιθετικότητα και ο διαταραγμένος συντονισμός κινήσεων. Τέλος, γνωσιακά συμπτώματα του άγχους είναι οι αισθητηριακές διαταραχές (ομιχλώδης σκέψη, αίσθημα αποπραγματοποίησης, παραισθήσεις), οι διαταραχές σκέψεις (δυσκολία συγκέντρωσης, σύγχυση) και οι διαταραχές αντίληψης (φόβος απώλειας ελέγχου, φόβος της «τρέλας», φόβος θανάτου) (Κούκια, 2018).

Η ασθένεια με καρκίνο του μαστού ή η διαδικασία θεραπείας είναι για τις γυναίκες μια τραυματική εμπειρία εξαιτίας των επιπτώσεων στην εικόνα τους και στις σεξουαλικές τους σχέσεις, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο του μαστού να αναφέρουν ψυχολογικές αντιδράσεις άρνησης, θυμού ή έντονου φόβου απέναντι στην νόσο και τη διαδικασία της θεραπείας (Tsaras et al, 2018).

Η κατάθλιψη είναι ένα κλινικά σημαντικό και δημόσια αναπτυσσόμενο θέμα υγείας. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι μια ετερογενής κατάσταση με διαφορετικές κλινικές εικόνες και μεγάλο εύρος συμπτωμάτων (Park & Zarate, 2019). Η διαταραχή αυτή μπορεί να παρέμβει στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει το βάρος της ασθένειας, μπορεί να μειώσει την αποδοχή της θεραπείας, να επιμηκύνει τον χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο, να μειώσει την ποιότητα ζωής και να αυξήσει τις πιθανότητες αυτοκτονίας (Krebber et al, 2014). Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η καταθλιπτική διάθεση, η μείωση ενδιαφέροντος για τις καθημερινές δραστηριότητες, η διαταραχή βάρους, η αϋπνία ή η υπέρπνοια, η ψυχοσωματική ανησυχία, η κόπωση ή η έλλειψη ενέργειας, το αίσθημα αναξιότητας ή η υπερβολική ενοχή, η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή η αναποφασιστικότητα και οι επίμονες σκέψεις θανάτου ή ο αυτοκτονικός ιδεασμός (Κούκια, 2018). Άλλες ενδείξεις μπορεί να περιλαμβάνουν τους επαναλαμβανόμενους εφιάλτες, τη δυσκολία επιστροφής στις συνήθειες οικιακές

δραστηριότητες και την εργασία ή την αδυναμία συγκέντρωσης (Wolmark & Fisher, 1983).

Όσο για τους επιζώντες του καρκίνου, οι περισσότεροι καταφέρνουν να προσαρμοστούν ομαλά στην ζωή τους μετά την νόσο, αλλά κάποιοι βιώνουν επίμονη αρνητική διάθεση, όπως φόβο σχετικά με τον καρκίνο, μετά-τραυματικό στρες, άγχος και κατάθλιψη. Συχνά, φοβούνται και είναι υπερβολικά προσεχτικοί σε οτιδήποτε αισθάνονται στο σώμα τους, ειδικά πριν από προγραμματισμένο ραντεβού για επανεξέταση υποτροπής (Yi & Sytjala, 2017).

4.5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν τη μαστεκτομή

Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν την μαστεκτομή περιέχει την ψυχολογική και τη σωματική προετοιμασία της ασθενούς. Σημαντικό στοιχείο της φροντίδας είναι η δημιουργία εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρών/νοσηλευτών με την ασθενή, ώστε να μπορεί να συζητήσει αυτά που την προβληματίζουν, ενώ παράλληλα η ασθενής θα πρέπει να νοιώθει κατανόηση στις οποιεσδήποτε αντιδράσεις και να βοηθήσουν την άρρωστη να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της. Εξίσου σημαντικό είναι να λύνονται οι απορίες της, να χρησιμοποιούνται λέξεις που να είναι σε θέση να καταλάβει το άτομο που έχουμε απέναντι μας, να γνωρίζει λεπτομερώς για την μετεγχειρητική πορεία της νόσου, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Αυτά βοηθούν να διατηρήσει αναπτωμένο ηθικό και την ελπίδα της για την επιτυχία της επέμβασης. Πιο συγκεκριμένα, για την λήψη των καλύτερων νοσηλευτικών μέτρων θα πρέπει να έχουν διεξάγει τα παρακάτω:

- Εκτίμηση ψυχολογικής κατάστασης των προσδιορισμό των επιθυμητών αποτελεσμάτων.
- Αναγνώριση των πιθανών επιπλοκών και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των παθολογικών διεργασιών.
- Εκτίμηση του επιπέδου άγχους όσο αναφορά την διάγνωση, την εγχείρηση, τα αποτελέσματα και την ανταπόκριση του οικογενειακού περιβάλλοντος της.
- Προσδιορισμός του ποσοστού κατανόησης της ασθενούς σε σχέση με τις πληροφορίες που έχει λάβει για την εγχείρηση, τις διαδικασίες που θα γίνουν και τους χώρους όπου θα βρεθεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, αλλά και αμέσως μετά από αυτήν (Dewit, 2009)

Εφόσον έχουν γίνει τα παραπάνω και η γυναίκα αποφασίσει να προχωρήσει τότε την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει μεριμνήσει για τα εξής: λήψη αίματος για ομάδα Rhesus και διασταύρωση, ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου της γύρω περιοχής και του αντίστοιχου μηρού για την πιθανή λήψη δερματικού μοσχεύματος και λουτρού καθαριότητας, καθαρτικός υποκλυσμός ή υπακτικός για την κένωση του εντέρου, ελαφρά τροφή το βράδυ και εξασφάλιση καλού ύπνου. Αν χρειαστεί, χορήγηση υπνωτικού με ιατρική οδηγία. Ημέρα επέμβασης: Λήψη ζωτικών σημείων, εκτίμηση και αναγραφή τους στο θερμομετρικό διάγραμμα, αφαίρεση κοσμημάτων και τεχνητής οδοντοστοιχίας, ενδυμασία χειρουργείου, προνάρκωση σύμφωνα με το πρόγραμμα της κλινικής. -Μεταφορά με φορείο στο χειρουργείο, συνοδευόμενη αν υπάρχει δυνατότητα, από νοσηλεύτρια και τους συγγενείς, επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς, σχετική ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη (Πινακίδης και Μπόντης, 1993).

4.5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την επέμβαση

Έπειτα από τις πρώτες 24 ώρες, γίνεται αφαίρεση των ορών και η χειρουργημένη αρχίζει να τρέφεται κανονικά. Οι νοσηλευτές/τριες θα πρέπει να μεριμνήσουν για τη συχνή αϋπνία εξαιτίας του μετεγχειρητικού πόνου και της ψυχολογικής υπερέντασης, καθώς και να συζητούν με την ασθενή και την οικογένεια για τυχόν προβληματισμούς τους. Αξίζει να σημειωθεί ο καθοριστικός ρόλος που έχει ο τρόπος (απλά και φυσικά) που θα φέρεται η οικογένεια στην άρρωση και να μην παρατηρούν τοπικά την περιοχή της μαστεκτομής, διότι επηρεάζεται η γυναίκα (Παπανικολάου, 1995).

Σημαντικό τμήμα της χημειοθεραπείας και καθήκον του νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση της ασθενούς ώστε να υπάρξει το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα σε συνεργασία της χειρουργημένης, του περιβάλλοντος της και των μελών υγείας. Η εκπαίδευση διαμορφώνεται αναλόγως με την κάθε ασθενή ξεχωριστά, όμως τα βασικά σε όλες τις περιπτώσεις είναι:

- Η Ενημέρωση για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης τους.
- Ψυχολογική υποστήριξη για την εμφάνιση των αλλαγών του σώματος τους.
- Ενημέρωση για τον ρόλο της σωστής διατροφής και σύσταση κατάλληλου διαιτολογίου.

- Παραχώρηση πληροφοριών μέσω έντυπου υλικού και παρότρυνση για ερωτήσεις που θα δημιουργηθούν στο μέλλον (Κονιάρη, 1998).

4.6 Στρατηγικές αντιμετώπισης

Για την αντιμετώπιση ψυχολογικών επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, υπάρχουν διάφορες επιλογές στρατηγικών. Υπάρχουν σε μορφή ατομικών συνεδριών ή ομαδικών συγκεντρώσεων. Σε κάποιες ομάδες μπορεί να ηγηθεί ο ψυχιατρικός νοσηλευτής πέραν του ψυχολόγου.

Στην ατομική ψυχοθεραπεία, στόχος είναι ο ασθενής να ξαναποκτήσει τον έλεγχο της ζωής του, ώστε να αγωνιστεί για την αντιμετώπιση της ασθένειας μέσω της έκφρασης των συναισθημάτων του, των αντιλήψεών του και των αναγκών του. Ο ασθενής ξεκινάει με το να φέρεται όπως αισθάνεται, χωρίς να χρειάζεται την έγκριση από τους άλλους, ακόμα και αν αυτό σημαίνει την απομάκρυνσή του από κάποιους. Στην συνέχεια, αναπτύσσει υγιείς τρόπους έκφρασης. Τέλος, μαθαίνει πως να δημιουργεί πραγματικές και υγιείς ανθρώπινες σχέσεις. Σε όλη αυτήν τη διαδικασία, ο ψυχοθεραπευτής στηρίζει τον ασθενή να κατανοήσει και να αναπτύξει τον εαυτό του και να κατανοήσει ότι ακόμα και σε μια τέτοια δύσκολη κατάσταση, υπάρχει αξία (Fossa et al, 1991).

Από την άλλη πλευρά, η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει στόχο να δημιουργούνται αληθινές και σημαντικές διαπροσωπικές σχέσεις, να μοιράζονται προσωπικές εμπειρίες, να επεξεργάζονται προβλήματα στις οικογενειακές και ιατρονοσηλευτικές σχέσεις τους, να εκφράζουν με υγιεινό τρόπο τα αρνητικά τους συναισθήματα και να βάζουν σε προτεραιότητα τις ανάγκες τους (Αναγνωστόπουλος και Βελισσαρόπουλος, 1984). Τα πλεονεκτήματα που υποστηρίζουν την ομαδική ψυχοθεραπεία είναι πολλά. Αρχικά, η συμμετοχή ασθενών σε ομάδα με άλλους ασθενείς σε παρόμοια κατάσταση τους δίνει το αίσθημα του ανήκειν σε αντίθεση με αυτά της απομόνωσης που νιώθουν την υπόλοιπη ώρα. Συζητούνται αμοιβαίοι φόβοι για την νόσο, τις θεραπευτικές αγωγές, τον πόνο και επικοινωνιακά ζητήματα με τον γιατρό ή την οικογένειά τους. Ο κάθε ασθενής αισθάνεται χρήσιμος καθώς πέρα από το να αισθάνεται ο ίδιος καλύτερα από τις συζητήσεις του με άλλους, κάνει το ίδιο και για αυτούς. Παράλληλα, με το να είναι από τα βασικότερα θέματα συζήτησης ο θάνατος, αρχίζει να απευαισθητοποιείται και να γίνεται αποδεκτός. Τέλος, στην ομάδα αναγνωρίζονται οι αξίες και οι προτεραιότητες του κάθε ασθενή ώστε να ενθαρρύνεται να ζήσει το υπόλοιπο της ζωής

του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Spiegel et al, 1981). Πιο συγκεκριμένα, ένα είδος ψυχοθεραπείας είναι η συμπεριφορική. Η ατομική συμπεριφορική θεραπεία στηρίζεται στην συντελεστική εξαρτημένη μάθηση δηλαδή μορφές τεχνικών ενίσχυσης της επιθυμητής συμπεριφοράς (Κούκια, 2018). Σε πρώτη φάση, ο ψυχολόγος ή ο ψυχιατρικός νοσηλευτής προσπαθεί να αναγνωρίσει την αιτιολογία της συμπεριφοράς του ασθενή, αν είναι πραγματική λόγω της ασθένειας ή πλασμένη από τον ασθενή προς δικό του όφελος. Στην συνέχεια, γίνεται η προσπάθεια αναγνώρισης των κίνητρων συμπεριφοράς από τον ίδιο τον ασθενή ώστε να προσπαθήσει να την αλλάξει (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Ένα άλλο είδος ψυχοθεραπείας είναι η γνωσιακή. Αναγνωρίζονται μη υγιείς συμπεριφορές που χρειάζονται τροποποίηση και γίνεται προσπάθεια εξάλειψής τους, δημιουργία υγιών συμπεριφορών και αποφυγή επανεμφάνισης των προηγούμενων. Αυτό επιτυγχάνεται με θετική ανατροφοδότηση από τον ψυχοθεραπευτή για ενδυνάμωση των υγιών συμπεριφορών (Κούκια, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Μεθοδολογία

5.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτέλεσε η αναγνώριση των ψυχολογικών επιπτώσεων σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή, καθώς και το πώς επηρεάζουν αυτές οι επιπτώσεις τη ζωή τους σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Ως βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας καθορίστηκαν τα ακόλουθα:

- Σε τι βαθμό εκδηλώνονται το άγχος και η κατάθλιψη στους ασθενείς έπειτα από μαστεκτομή;
- Πως συσχετίζονται τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με την εμφάνιση και την έκταση των ψυχολογικών διαταραχών;
- Πόσο επηρεάζονται οι καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών;

5.3 Δείγμα και δειγματοληψία

Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη παρατήρησης (cross-sectional/observational study) με συλλογή στοιχείων 54 γυναικών ασθενών με καρκίνο μαστού την χρονική περίοδο από τον Ιούνιο έως τον Αύγουστο του 2022, που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Οι ασθενείς αναζητήθηκαν σε νοσοκομειακές δομές της Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Βενιζελείου- Πανάνειου (ΓΝΗ-ΒΠ) και στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Πα.Γ.Ν.Η), καθώς και στα αντίστοιχα τμήματα ημερήσιας νοσηλείας τους.

Ως κριτήρια επιλογής και εισαγωγής στην έρευνα καθορίστηκαν:

- Να ήταν ενήλικες γυναίκες.
- Να είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή από 1 μήνα έως 4 χρόνια πριν την επιλογή τους και την εισαγωγή στην έρευνα.
- Να είχαν ικανότητα προφορικής και γραπτής επικοινωνίας στην Ελληνική γλώσσα, καθώς και νοητική ικανότητα να ανταποκριθούν στη συλλογή (αυτοσυμπλήρωση) στοιχείων της έρευνας.

5.4 Συλλογή δεδομένων

Και από τις 54 ασθενείς συμπληρώθηκαν με έγκυρο τρόπο τα ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα 18 προέρχονταν μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας της Google. Το Ερωτηματολόγιο της έρευνας (βλ. **Παράρτημα Ι**) αποτελούνταν από δυο μέρη, εκείνο που αφορούσε τα δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά των ασθενών και εκείνο που περιείχε την Κλίμακα Άγχους (A) & Κατάθλιψης (D) (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) (Μιχόπουλος και συν. 2006; Rikos et al., 2021; Zigmond & Snaith, 1983) μέσω της οποίας αξιολογήθηκαν οι ψυχολογικές τους επιπτώσεις. Η Κλίμακα αποτελείται από 14 ερωτήσεις ή 7 σε κάθε ενότητα αντίστοιχα (Άγχος & Κατάθλιψη) με αναλογικό νοηματικό περιεχόμενο αποκρίσεων (χωρίς αντιστροφή ερωτήσεων) και 4-βαθμη κλίμακα αποκρίσεων Likert με εύρος από 0 έως 3. Οι αποκρίσεις των ερωτήσεων αθροίζονται καθορίζοντας βαθμολογία (score) που υψηλότερη καταδεικνύει υψηλότερο άγχος και κατάθλιψη. Επίσης, ορίζονται όρια βαθμολογίας (cut offs) άγχους και κατάθλιψης σύμφωνα με τον Stern (2014) ως εξής: ≤ 10 απουσία ή και ήπιο/α, 11–14 μέτριο/α, 15–21 σοβαρό ή σοβαρή). Η αξιοπιστία τους εκτιμήθηκε σύμφωνα με το συντελεστή Cronbach α . Μόλις σε ένα ερωτηματολόγιο HADS βρέθηκε μια ερώτηση με ελλείπουσα τιμή (missing value) και αντικαταστάθηκε (intention-to-treat) από την επικρατούσα τιμή (Mode).

5.5 Ηθική & δεοντολογία

Όλες οι έρευνες εγείρουν ηθικά ζητήματα σχετικά με τον τρόπο διεξαγωγής μελετών, τον έλεγχο και την προστασία των ατόμων που συμμετέχουν ή σχετικά με το ποιοι ενδέχεται να θιχθούν από την ίδια την έρευνα ή τα ευρήματά της. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν η έρευνα αφορά ευάλωτα άτομα όπως ασθενείς με καρκίνο. Για την παρούσα έρευνα αρχικά ζητήθηκε άδεια από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Έπειτα, ζητήθηκε έγκριση από την 7^η ΥΠΕ Κρήτης και από τα νοσοκομεία της έρευνας (βλ. **Παράρτημα ΙΙ**, Αριθμός έγκρισης Πα.Γ.Ν.Η. (Ηράκλειο, 7η ΥΠΕ, αρ. εγγράφου 35590/16.08.2022), Αριθμός έγκρισης ΓΝΗ-ΒΠ 14/18.5.2022 – Απόφαση 59/2 & 7^η ΥΠΕ με Α.Π. 27945-28.6.2022). Τέλος, ενημερώθηκαν οι ασθενείς για την εμπιστευτικότητα της έρευνας αυτής, το απόρρητο των πληροφοριών, την εθελοντικότητα της συμμετοχής τους όπως συνοπτικά περιγράφεται παρακάτω στην δήλωση τήρησης εχεμύθειας:

«Στην παρούσα έρευνα ισχύουν και τα ακόλουθα: Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας».

5.6 Στατιστική ανάλυση

Στην ανάλυση των δεδομένων της έρευνας της παρούσας πτυχιακής εργασίας έγινε χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2021, IBM SPSS Statistics for Windows, v.28.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των περιγραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των 54 ογκολογικών ασθενών με καρκίνο μαστού που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Η μορφή των κατανομών των βαθμολογιών των Κλιμάκων HADS ελέγχθηκε μέσω της μεθόδου κατά Blom (QQ plot), όπου εντοπίστηκε έντονη ασυμμετρία, ενώ υπολογίστηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας τους μέσω της μεθόδου Cronbach. Ακολούθησε σύγκριση των βαθμολογιών Άγχους και Κατάθλιψης μέσω της μεθόδου Mann-Whitney, καθώς επίσης και ως προς τα χαρακτηριστικά των ασθενών με τις μεθόδους Mann-Whitney & Kruskal-Wallis. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Αποτελέσματα

6.1 Χαρακτηριστικά των ασθενών

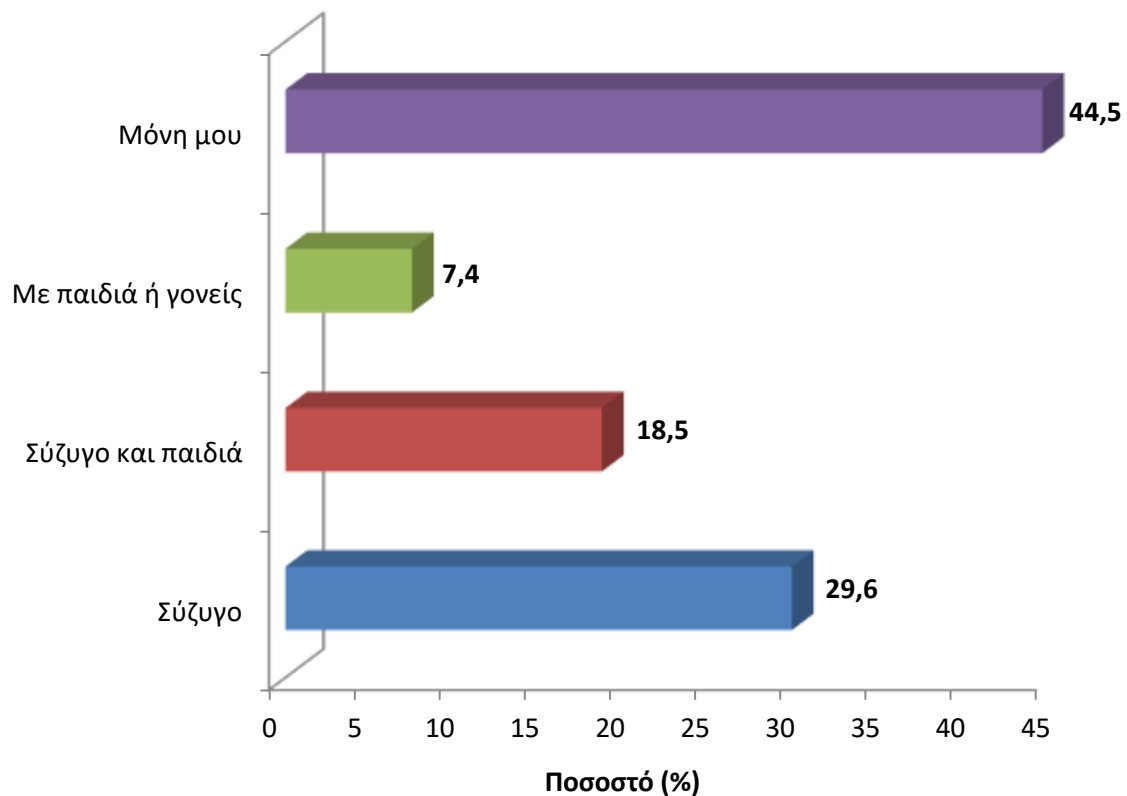
Οι 54 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο μαστού που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και συμμετείχαν στην έρευνα της παρούσας μελέτης, βρέθηκαν με μέση ηλικία τα 35,8 χρόνια ή το 20,3% μεταξύ 20-29 ετών και το 27,8% 50+ ετών (πίνακας 1). Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης δήλωσαν το 29,7%, ενώ στην οικογενειακή τους κατάσταση ως έγγαμες βρέθηκαν το 48,1% και επίσης το 48,1% ανέφεραν ότι είχαν παιδιά. Η πλειοψηφία ή το 83,3% ήταν Ελληνίδες, όπως επίσης και το 63,0% που διέμεναν στην περιοχή του Ηρακλείου.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 54 γυναικών, ασθενών με καρκίνο μαστού, που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και συμμετείχαν στη μελέτη.

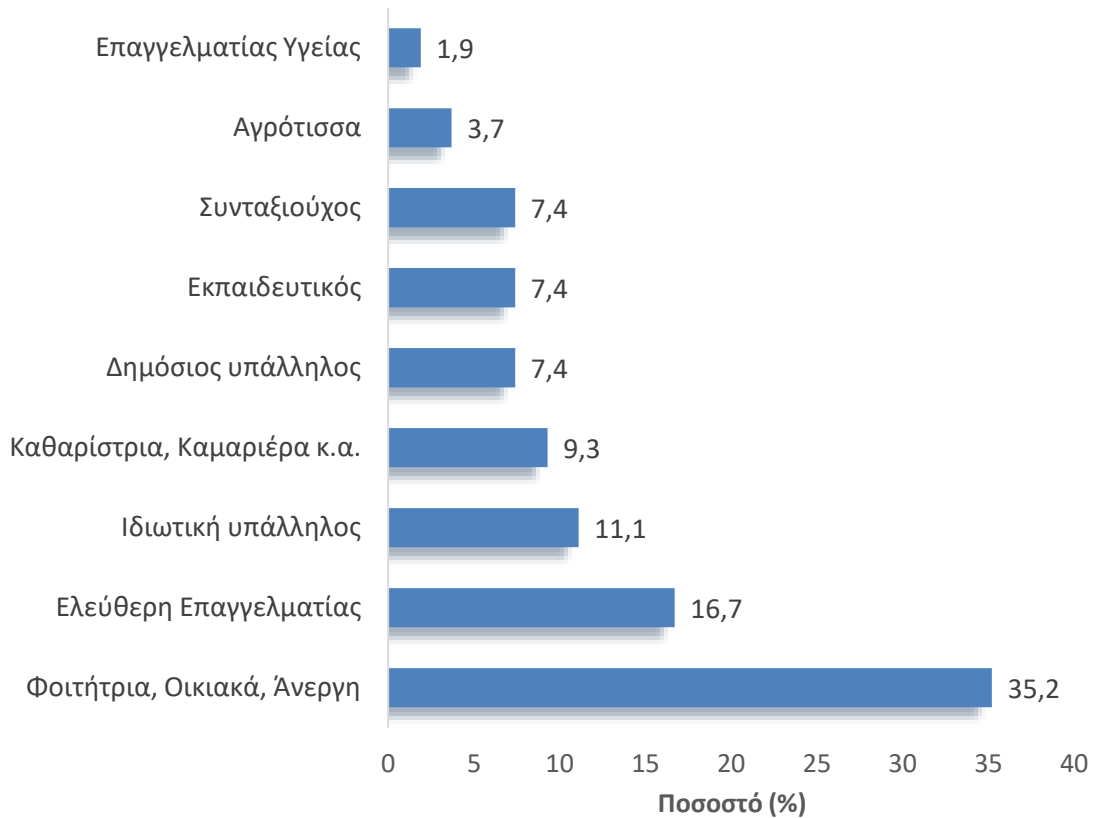
		N	%
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση ηλικία (τυπ. αποκλ.)</i>	35,8 (19,6)	
	<i>20-29</i>	11	20,3
	<i>30-39</i>	15	27,8
	<i>40-49</i>	13	24,1
	<i>50+</i>	15	27,8
Μορφωτικό επίπεδο	<i>έως Δημοτικό</i>	6	11,1
	<i>Γυμνάσιο</i>	10	18,5
	<i>Λύκειο, ΙΕΚ</i>	22	40,7
	<i>Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ</i>	16	29,7
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Έγγαμη</i>	26	48,1
	<i>Άγαμη, Διαζευγμένη, Χήρα</i>	28	51,9
Παιδιά	<i>ναι</i>	26	48,1
	<i>όχι</i>	28	51,9
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	45	83,3
	<i>Άλλη</i>	9	16,7
Περιοχή κατοικίας	<i>Ηράκλειο</i>	34	63,0
	<i>Άλλη</i>	20	37,0

Σχετικά με τον τρόπο διαβίωσής τους (**σχήμα 1**), το 29,6% ανέφερε ότι διαμένει με τον σύζυγο, το 18,5% με τον σύζυγο και τα παιδιά, ενώ η πλειοψηφία τους ή το 44,5% ανέφεραν ότι διαμένουν μόνες τους. Ανάλογα με την απασχόλησή τους (**σχήμα 2**), η πλειοψηφία ή το 35,2% δήλωσαν φοιτήτριες ή οικιακά ή άνεργες και έπεται το 16,7% που δήλωσαν ότι απασχολούνται σε ελεύθερο επάγγελμα.

Σχήμα 1. Συχνότητα κατανομής του τρόπου διαβίωσης των 54 ασθενών της μελέτης.

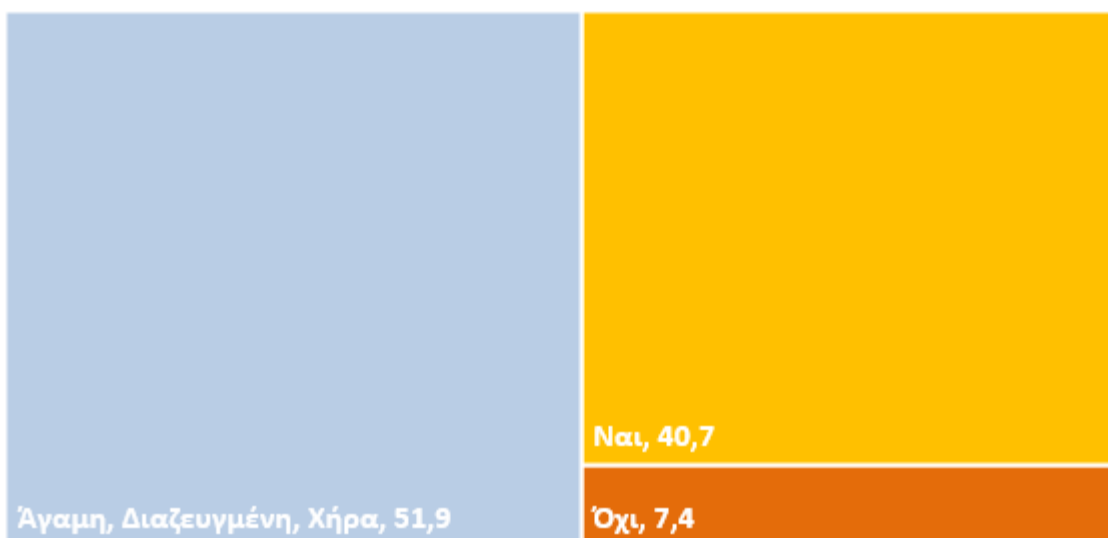


Σχήμα 2. Συχνότητα κατανομής απασχόλησης των 54 ασθενών της μελέτης.



Πλέον της προσωπικής τους απασχόλησης, οι ασθενείς ρωτήθηκαν για την ενδεχόμενη απασχόληση των συζύγων τους (**σχήμα 3**). Καθώς το 51,9% ήταν άγαμες ή διαζευγμένες ή χήρες, το υπόλοιπο 40,7% απάντησαν καταφατικά και μόλις το 7,4% αρνητικά (δεν απασχολούνταν οι σύζυγοι τους).

Σχήμα 3. Συχνότητα απασχόλησης των συζύγων των 54 ασθενών της μελέτης (treemap).



Άλλο χαρακτηριστικό των ασθενών αφορούσε το νοσοκομείο από το οποίο προέρχονταν, καθώς και τα τμήματα νοσηλείας τους (**πίνακας 2**). Σχεδόν οι μισές ασθενείς ή το 51,9% προέρχονταν από το Πα.Γ.Ν.Η. ενώ στα Τμήματα, το 44,4% βρέθηκε και επιλέχθηκε στις Παθολογικές Ογκολογικές Κλινικές των δυο νοσοκομείων και το 35,2% στα Τμήματα Ημερήσιας Νοσηλείας. Σημειώνεται επίσης, ότι, το 20,4% εντοπίστηκε σε άλλα Τμήματα όπως π.χ. στις Χειρουργικές Κλινικές.

Πίνακας 2. Νοσοκομεία και Τμήματα στα οποία νοσηλεύτηκαν και από τα οποία προέρχονται οι 54 ασθενείς της μελέτης.

		v	%
Νοσοκομείο	<i>Πα.Γ.Ν.Η.</i>	28	51,9
	<i>ΓΝΗ-ΒΠ</i>	26	48,1
Τμήμα	<i>Παθολογική Ογκολογική Κλινική</i>	24	44,4
	<i>Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας</i>	19	35,2
	<i>άλλο (Χειρουργική κ.ά.)</i>	11	20,4

Στον **πίνακα 3** παρουσιάζεται η σχετική συνολική συχνότητα της συνδυαστικής κατανομής των ετών διάγνωσης με την ακολουθούμενη χειρουργική επέμβαση. Καθώς η έλλειψη της ακριβούς αναφοράς των ημερομηνιών διάγνωσης και επέμβασης δεν επέτρεψε την εκτίμηση του χρόνου μέχρι την επέμβαση, τα έτη είναι ενδεικτικά ως προς τους μήνες που παρήλθαν. Συγκεκριμένα, το 7,8% των ασθενών διαγνώστηκαν αλλά και χειρουργήθηκαν εντός του 2018, το 13,0% το 2019, το 25,9% το 2020, το 33,3% το 2021 και το 5,6% το 2022. Ωστόσο, το 14,8% χειρουργήθηκε το επόμενο έτος από εκείνο της διάγνωσης, χωρίς ωστόσο να αφορά την παρέλευση μακροχρόνιου διαστήματος (ήταν άγνωστες οι ακριβείς ημερομηνίες).

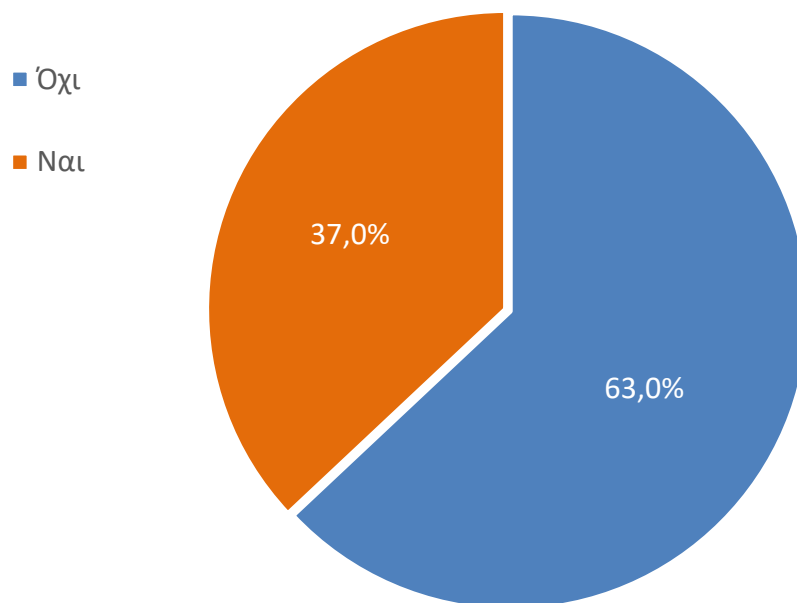
Πίνακας 3. Έτη διάγνωσης και χειρουργικής αντιμετώπισης στις οποίες υποβλήθηκαν οι 54 ασθενείς της μελέτης.

		Έτος Διάγνωσης				
		2018	2019	2020	2021	2022
Έτος Χειρουργείου	2018	7,4%				
	2019	1,8%	13,0%			
	2020		3,7%	25,9%		
	2021			7,4%	33,3%	
	2022				1,9%	5,6%

Σύνολο	9,3%	16,7%	33,3%	35,2%	5,6%
--------	------	-------	-------	-------	------

Ένα από τα βασικά και ενδιαφέροντα στοιχεία της έρευνας παρουσιάζεται στο **σχήμα 4**. Καθώς αποτελεί τουλάχιστον βιβλιογραφικά βασική πηγή άγχους, η αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή δηλώθηκε να έχει γίνει από μόλις το 37,0% των ασθενών (n=20). Χωρίς επίσης να αποτελεί αξιόπιστη αναφορά, n=9 ασθενείς ή το 45,0% έκανε αποκατάσταση τους πρώτους 3 μήνες μετά την μαστεκτομή (αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται σε σχήμα ή πίνακα).

Σχήμα 4. Συχνότητα αποκρίσεων των 54 ασθενών της μελέτης στην ερώτηση «Έχετε κάνει χειρουργική αποκατάσταση του μαστού;».



6.2 Άγχος & Καταθλιπτική συμπτωματολογία ασθενών

Στην αξιολόγηση του άγχους των 54 ασθενών χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Άγχους HADS-A 7 προτάσεων (**πίνακας 4**). Σε 4-βάθμια κλίμακα αποκρίσεων, κάθε πρόταση ενέχει ίδια διαβάθμιση (0-3) αλλά διαφορετικές εννοιολογικές απαντήσεις, όπου όμως χαμηλότερη διαβαθμισμένη βαθμολογία καθορίζει λιγότερο ή καθόλου άγχος. Μεταξύ άλλων, σε μεγαλύτερη συχνότητα ή 25,9% βρέθηκε *πολύ λίγο* ανήσυχες σκέψεις να περνούν από το μυαλό των ασθενών ή το 18,5% μπορούν να κάθονται άνετα και να νιώθουν χαλαρές.

Πίνακας 4. Κατανομή ποσοστιαίων αποκρίσεων σε 7 προτάσεις της Κλίμακας Άγχους HADS-A των 54 ασθενών της μελέτης.

Προτάσεις HADS-A & αποκρίσεις	0	1	2	3
-------------------------------	---	---	---	---

<i>Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος</i>	Καθόλου	Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά	Πολύ καιρό	Τον περισσότερο καιρό
	14,8	53,7	16,7	14,8
<i>Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί</i>	Καθόλου	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό
	11,1	27,8	48,1	13,0
<i>Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου</i>	Πολύ λίγο	Όχι τόσο συχνά	Πολύ καιρό	Πάρα πολύ καιρό
	25,9	38,9	22,2	13,0
<i>Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος</i>	Ακριβώς	Συνήθως	Όχι συχνά	Καθόλου
	18,5	61,1	18,5	1,9
<i>Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου</i>	Καθόλου	Περιστασιακά	Αρκετά συχνά	Πολύ συχνά
	14,8	68,5	14,8	1,9
<i>Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι</i>	Καθόλου	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
	7,5	50,0	29,6	13,0
<i>Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού</i>	Καθόλου	Όχι τόσο συχνά	Αρκετά συχνά	Πράγματι πολύ συχνά
	11,1	50,0	31,5	7,4

Αντίστοιχα, στην αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των 54 ασθενών χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης HADS-D 7 προτάσεων (πίνακας 5). Επίσης σε 4-βάθμια κλίμακα αποκρίσεων, κάθε πρόταση ενέχει ίδια διαβάθμιση (0-3) αλλά διαφορετικές εννοιολογικές απαντήσεις όπου όμως χαμηλότερη διαβαθμισμένη βαθμολογία καθορίζει απουσία κατάθλιψης. Μεταξύ άλλων, σε μεγαλύτερη συχνότητα ή 35,2% βρέθηκε συχνά να μπορούν να απολαύσουν ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή πρόγραμμα σε ραδιόφωνο/τηλεόραση ή το 33,3% τον περισσότερο καιρό νιώθουν κεφάτες.

Πίνακας 5. Κατανομή ποσοστιαίων αποκρίσεων σε 7 προτάσεις της Κλίμακας Κατάθλιψης HADS-D των 54 ασθενών της μελέτης.

Προτάσεις HADS-D & αποκρίσεις	0	1	2	3
<i>Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω</i>	Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό	Όχι στον ίδιο βαθμό	Λίγο μόνο	Καθόλου
	31,5	44,4	20,4	3,7
<i>Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων</i>	Βεβαίως, όπως πάντα μπορούσα	έτσι Μάλλον πάντα τόσο, στο παρελθόν	όχι Σίγουρα όπως τώρα	όχι τόσο Καθόλου
	31,5	44,4	22,2	1,9
<i>Νιώθω κεφάλτος</i>	Τον περισσότερο καιρό	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
	33,3	31,5	29,6	5,6
<i>Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου</i>	Καθόλου	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Σχεδόν όλο τον καιρό
	9,3	57,4	24,1	9,3
<i>Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου</i>	Την φροντίζω όπως πάντοτε	Ίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε	Δεν τη φροντίζω όσο έπρεπε	τη Ακριβώς θα
	31,5	27,8	37,0	3,7
<i>Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα</i>	Τόσο όπως και στο παρελθόν	Μάλλον λιγότερο όσο συνήθιζα	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα	Καθόλου
	29,6	53,7	16,7	-

Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα	Συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Πολύ σπάνια
	35,2	48,1	9,3	7,4

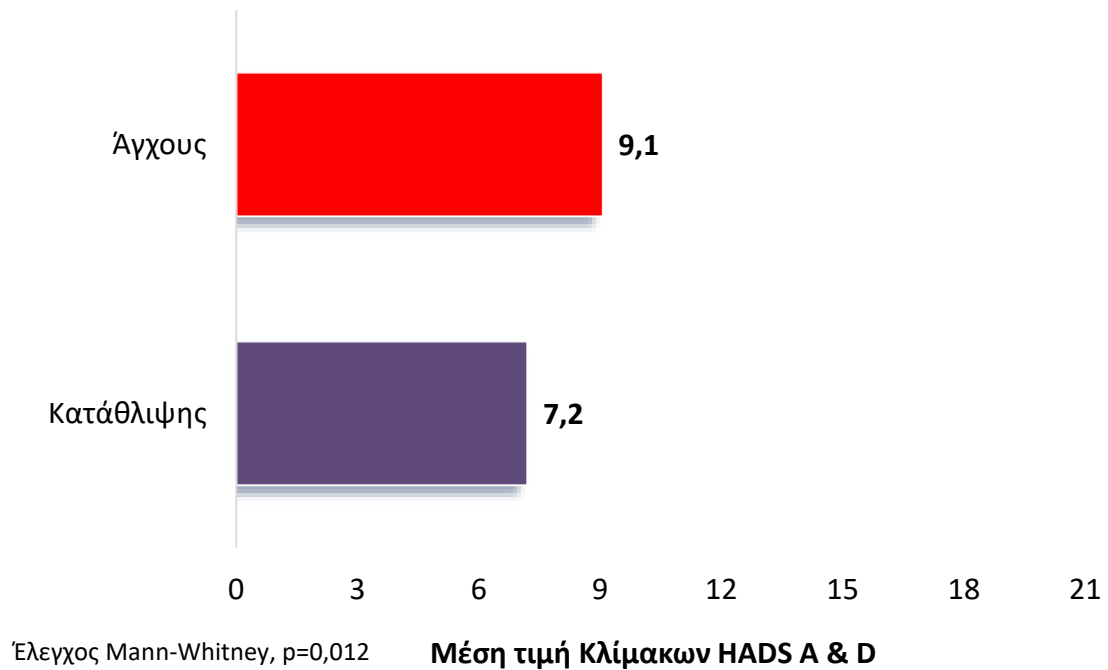
Στον **πίνακα 6** παρουσιάζονται συνολικά τα επίπεδα των βαθμολογιών της Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης HADS-A & D των 54 ασθενών της μελέτης. Με μέτρια προς χαμηλά επίπεδα βρέθηκε η μέση βαθμολογία του Άγχους ($9,1 \pm 3,8$, με πιθανό εύρος 0-21), όπως και εκείνη της Κατάθλιψης ($7,2 \pm 3,8$, με πιθανό εύρος 0-21). Ανάλογα με μέτρια προς χαμηλά επίπεδα βρέθηκε και η συνολική μέση βαθμολογία Άγχους & Κατάθλιψης ($16,3 \pm 7,2$, με πιθανό εύρος 0-42). Σημειώνεται ότι η αξιοπιστία τους εκτιμώμενη μέσω του συντελεστή Cronbach, βρέθηκε μεταξύ 0,781 & 0,881 ή εξαιρετική (excellent).

Συγκρινόμενες ωστόσο οι δυο κλίμακες (**σχήμα 5**), η μέση βαθμολογία του άγχους βρέθηκε με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα έναντι εκείνων της κατάθλιψης ($9,1$ έναντι $7,2$, $p=0,012$). Στα διαβαθμισμένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης επίσης (**σχήμα 6**), με *σοβαρά* επίπεδα Άγχους βρέθηκε το 9,3% των ασθενών και με *σοβαρά* επίπεδα Κατάθλιψης μικρότερη συχνότητα ή μόλις το 1,9%.

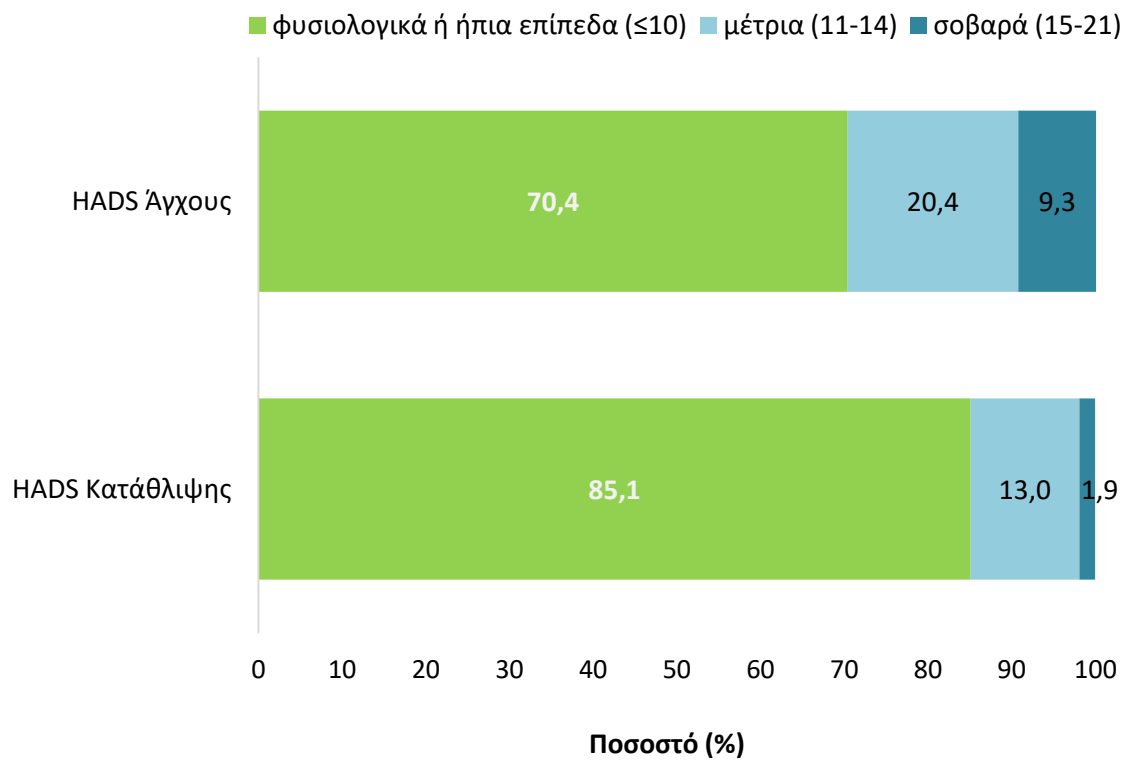
Πίνακας 6. Επίπεδα βαθμολογίας Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης HADS-A & D των 54 ασθενών της μελέτης.

	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Cronbach α
HADS Άγχους (αυξημένη βαθμολογία⇒ αυξημένη συμπτωματολογία)	9,1	3,8	9,0	1	19	0,786
HADS Κατάθλιψης (αυξημένη βαθμολογία⇒ αυξημένη συμπτωματολογία)	7,2	3,8	8,0	0	18	0,781
HADS συνολικά (αυξημένη βαθμολογία⇒ αυξημένη συμπτωματολογία)	16,3	7,2	18,0	1	37	0,881

Σχήμα 5. Σύγκριση βαθμολογιών Κλιμάκων Άγχους & Κατάθλιψης (HADS-A & D) στις 54 ασθενείς της μελέτης.



Σχήμα 6. Συχνότητα παρουσίας αυξημένων επιπέδων Άγχους & Κατάθλιψης στις 54 ασθενείς της μελέτης.



6.3 Άγχος & Κατάθλιψη σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των ασθενών

Στον **πίνακα 10** γίνεται προσπάθεια σύγκρισης της βαθμολογίας των επιπέδων του άγχους & της κατάθλιψης σύμφωνα με τη HADS ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά των 54 ασθενών. Γενικά, δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης ως προς την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, την εθνικότητα ή την περιοχή κατοικίας ($p>0,05$). Διαφαίνεται μονάχα αριθμητική μείωσή τους με την αύξηση της ηλικίας ή να είναι σε χαμηλότερα επίπεδα το άγχος στις έγγαμες έναντι των υπολοίπων (7,9 έναντι 10,2, $p>0,05$).

Αντίστοιχα, και από τον **πίνακα 11**, διαπιστώνεται οριακά μη σημαντικά οι γυναίκες που διαμένουν μόνες να έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους έναντι των υπολοίπων ($p=0,066$) ή υψηλότερη βαθμολογία άγχους και κατάθλιψης συνολικά ($p=0,053$). Ελέγχοντας επίσης ως προς νοσοκομεία και τα τμήματα από τα οποία επελέγησαν οι ασθενείς (**πίνακας 12**), δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης τόσο ως προς τα δυο νοσοκομεία όσο και ως προς τα τρία τμήματα ($p>0,05$). Τέλος και σύμφωνα με τον **πίνακα 13**, δεν διαπιστώνεται επίσης σημαντική διαφοροποίηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης ως προς τη χειρουργική αποκατάσταση του μαστού στην οποία προχώρησαν ή όχι οι ασθενείς της μελέτης ($p>0,05$).

Πίνακας 10. Σύγκριση της βαθμολογίας του Άγχους & Κατάθλιψης (HADS) ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά των 54 ασθενών της μελέτης.

		<i>Επίπεδα HADS</i>					
		Άγχους		Κατάθλιψης		HADS συνολικά	
		Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.
Ηλικία, χρόνια	20-29	9,1	3,4	6,7	3,1	15,8	6,0
	30-39	9,4	2,6	8,4	3,0	17,8	5,2
	40-49	9,7	3,0	7,0	2,9	16,7	5,3
	50+	8,2	5,4	6,5	5,4	14,7	10,6
	<i>p</i> -value	0,520		0,435		0,664	
Μορφωτικό επίπεδο	έως Δημοτικό	8,2	7,3	6,7	7,0	14,8	14,1
	Γυμνάσιο	9,3	3,5	7,7	3,9	17,0	7,1
	Λύκειο, ΙΕΚ	9,8	3,1	7,1	3,2	16,9	5,7
	ΑΕΙ, ΤΕΙ	8,3	3,1	7,2	3,4	15,5	6,2
	<i>p</i> -value	0,597		0,848		0,788	

Οικογ/κή καταστ.	<i>Έγγαμη</i>	7,9	3,7	6,3	3,9	14,2	7,3
	<i>Άγαμη, Διαζευγμένη, Χήρα</i>	10,2	3,5	8,0	3,5	18,2	6,7
	<i>p-value</i>	0,071		0,226		0,068	
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	9,1	3,9	7,2	3,9	16,3	7,4
	<i>Άλλη</i>	8,9	3,2	7,1	3,8	16,0	6,7
	<i>p-value</i>	0,761		0,991		0,807	
Περιοχή κατοικίας	<i>Ηράκλειο</i>	9,6	3,6	8,0	3,5	17,7	6,6
	<i>Άλλη</i>	8,2	3,9	5,8	4,1	13,9	7,7
	<i>p-value</i>	0,422		0,081		0,143	

Έλεγχοι Mann-Whitney & Kruskal-Wallis.

Πίνακας 11. Σύγκριση της βαθμολογίας του Άγχους & Κατάθλιψης (HADS) ως προς τον τρόπο διαβίωσης των 54 ασθενών της μελέτης.

		<i>Επίπεδα HADS</i>					
		Άγχους		Κατάθλιψης		HADS συνολικά	
		Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.
Τρόπος διαβίωσης	<i>με σύζυγο</i>	7,1	3,6	5,8	4,0	12,9	7,2
	<i>με σύζυγο & παιδιά</i>	9,1	3,6	7,1	4,0	16,2	7,4
	<i>με παιδιά ή γονείς</i>	7,5	2,9	4,8	2,9	12,3	5,7
	<i>Μόνη</i>	10,6	3,5	8,6	3,3	19,2	6,4
	<i>p-value</i>	0,066		0,100		0,053	

Έλεγχοι Kruskal-Wallis.

Πίνακας 12. Σύγκριση της βαθμολογίας του Άγχους & Κατάθλιψης (HADS) ως προς τα Νοσοκομεία και Τμήματα στα οποία νοσηλεύτηκαν και από τα οποία προέρχονται οι 54 ασθενείς της μελέτης.

		<i>Επίπεδα HADS</i>					
		Άγχους		Κατάθλιψης		HADS συνολικά	
		Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.
Νοσοκομείο	<i>Πα.Γ.Ν.Η.</i>	9,1	3,9	7,5	4,2	16,5	7,9
	<i>ΓΝΗ-ΒΠ</i>	9,1	3,7	6,9	3,3	16,0	6,5
	<i>p-value</i>	0,868		0,560		0,683	
Τμήμα	<i>Παθολογική</i>	9,3	4,4	6,9	4,4	16,2	8,3
	<i>Ογκολογική Κλινική</i>						
	<i>Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας</i>	9,4	3,2	7,7	2,9	17,1	5,8
	<i>άλλο (Χειρουργική κ.α.)</i>	8,2	3,3	6,9	4,2	15,1	7,2
	<i>p-value</i>	0,822		0,807		0,869	

Έλεγχοι Mann-Whitney & Kruskal-Wallis.

Πίνακας 13. Σύγκριση της βαθμολογίας του Άγχους & Κατάθλιψης (HADS) ως προς τη χειρουργική αποκατάσταση του μαστού των 54 ασθενών της μελέτης.

		<i>Επίπεδα HADS</i>					
		Άγχους		Κατάθλιψης		HADS συνολικά	
		Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.
Χειρουργική αποκατάσταση του μαστού	<i>όχι</i>	9,2	4,3	7,2	4,1	16,4	8,1
	<i>ναι</i>	9,0	2,9	7,2	3,3	16,2	5,6
	<i>p-value</i>	0,921		0,950		0,850	

Έλεγχοι Mann-Whitney & Kruskal-Wallis.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Συζήτηση και περιορισμοί

7.1 Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας της πτυχιακής εργασίας μας ήταν η αναγνώριση των ψυχολογικών επιπτώσεων στις 54 γυναίκες που μελετήθηκαν μετά από μαστεκτομή, καθώς και το πώς επηρεάζουν αυτές οι επιπτώσεις τη ζωή τους σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Συνοπτικά ωστόσο και σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα: 1) βρέθηκαν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα βαθμολογίας Άγχους & Κατάθλιψης, 2) σημαντικά υψηλότερα ήταν τα επίπεδα βαθμολογίας του Άγχους έναντι της Κατάθλιψης ($p=0,012$), 3) με *σοβαρά* επίπεδα Άγχους βρέθηκε περίπου 1 στις 10 ασθενείς (9,3%) και με *σοβαρά* επίπεδα Κατάθλιψης περίπου 2 στις 100 (1,9%), 4) δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφοροποίηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης ως προς την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, την εθνικότητα, την περιοχή κατοικίας, το νοσοκομείο & τα τμήματα νοσηλείας, τον τρόπο διαμονής ή διαβίωσης ή ως προς τη χειρουργική αποκατάσταση του μαστού στην οποία προχώρησαν ή όχι οι ασθενείς της μελέτης ($p>0,05$).

Τα αποτελέσματα λοιπόν της παρούσας έρευνας έδειξαν γενικά τη μέτρια ή χαμηλή παρουσία άγχους και κατάθλιψης στις 54 ογκολογικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή. Σε γενικό ωστόσο πλαίσιο και πριν την αναζήτηση της βιβλιογραφίας ως προς τα τρέχοντα αποτελέσματα, ο καρκίνος μαστού είναι αποδεκτό βιβλιογραφικά ότι αποτελεί μια συχνή αλλά προβλέψιμη εξελικτικά νόσο. Δεν είναι επίσης μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας μόνο για τις δυτικές αναπτυγμένες κοινωνίες λόγω του τρόπου ζωής και των συνθηκών για καλή ποιότητα ζωής αλλά εν τέλει για όλο τον κόσμο (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>). Παγκοσμίως, το



2020 αναφέρθηκαν 2,3 εκατομμύρια διαγνωσμένων γυναικών με 685.000 θανάτους, ενώ οι επιβιώσαντες επί 5-ετίας ανήλθαν στα 7,8 εκατομμύρια κάνοντας τον καρκίνο μαστού τον πιο διαδεδομένο (prevalent). Όπως ορίζεται από τον ΠΟΥ, περίπου οι μισές νεοπλασίες μαστού αναπτύσσονται σε γυναίκες που δεν έχουν αναγνωρίσιμους παράγοντες άλλους πλέον του φύλου και της ηλικίας τους (40+ χρόνια). Συγκεκριμένοι ή απλώς αναγνωρίσιμοι ωστόσο παράγοντες φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, όπως είναι η αύξηση της ηλικίας, η παχυσαρκία, η επιβλαβής κατανάλωση οινοπνεύματος, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού, το ιστορικό έκθεσης σε ακτινοβολία, το αναπαραγωγικό ιστορικό (όπως η ηλικία έναρξης της εμμηνου ρύσεως και η ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης), η συνήθεια καπνίσματος και η μεταεμμηνοπαυσιακή ορμονοθεραπεία (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>). Αν ακόμα όλοι οι τροποποιήσιμοι αυτοί παράγοντες ελεγχθούν, ο κίνδυνος θα μπορούσε να μειωθεί μόλις κατά 30%. Μετά τη διάγνωση ωστόσο, ο ΠΟΥ αναφέρει ότι το βάρος της αντιμετώπισης αφορά την ίδια τη θεραπεία του καρκίνου μαστού που μπορεί να είναι σύνθετη αλλά εξαιρετικά αποτελεσματική, ειδικά όταν η νόσος εντοπιστεί έγκαιρα. Η θεραπεία του καρκίνου μαστού συχνά συνίσταται από τον συνδυασμό της χειρουργικής αφαίρεσης, της ακτινοθεραπείας και της φαρμακευτικής αγωγής (ορμονική θεραπεία, χημειοθεραπεία ή/και στοχευμένη βιολογική θεραπεία) για τη θεραπεία του μικροσκοπικού καρκίνου που έχει εξαπλωθεί από τον όγκο του μαστού μέσω του αίματος. Μια τέτοια θεραπεία, η οποία μπορεί να αποτρέψει την ανάπτυξη και εξάπλωση του καρκίνου, σώζει ζωές ωστόσο έχει συνέπειες, κυρίως βραχυχρόνιες, που αφορούν τα πολυποίκιλα συμπτώματά της, σωματικά και ψυχολογικά.

Από τα συμπτώματα λοιπόν που η παρούσα εργασία έκανε προσπάθεια να αξιολογήσει, αφορούσαν την ψυχολογική επιβάρυνση των γυναικών ασθενών μετά την χειρουργική επέμβαση (μαστεκτομή) κυρίως από το άγχος (stress) και τη κατάθλιψη (depression). Σύμφωνα λοιπόν με τα βασικά ευρήματα της έρευνας της παρούσας εργασίας, υπήρξε γενικά το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς παρά τα μέτρια προς χαμηλά επίπεδα Άγχους & Κατάθλιψης, αυτά δεν φαίνεται να σχετίζονται ή να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τα προσωπικά, κοινωνικά ή κλινικά τους χαρακτηριστικά ($p>0,05$).

Στο πλαίσιο των διεθνών μελετών για τη συνολική αποτίμηση της ποιότητας ζωής και των συνιστωσών της, ενδιαφέρον στοιχείο για τους ερευνητές αποτελεί η συχνότητα παρουσίας, η ανάπτυξη και οι προσδιοριστικοί παράγοντες της κατάθλιψης αλλά και

του άγχους που έχουν οι ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο μαστού και ακόμη περισσότερο μετά την αποκατάσταση των συνεπειών θεραπείας και την αποθεραπεία τους. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ήδη ότι πρόκειται για νόσους που είναι αδιευκρίνιστη η έκτασή τους στους ογκολογικούς ασθενείς (Kundu et al., 2018; Tsaras et al., 2018). Ελέγχοντας ωστόσο συγκεκριμένες έρευνες, οι Breidenbach and colleagues (2022) μελέτησαν 164 γυναίκες επιβιώσαντες, από τις πρώτες 40 εβδομάδες της διάγνωσης τους στα 5-6 χρόνια μετά τη διάγνωση (5-ετή επιβίωση), τα επίπεδα της καταθλιπτικής και αγχωτικής τους συμπεριφοράς με τη χρήση του HADS. Διαπίστωσαν λοιπόν στα 5-6 χρόνια σε σχέση με τις 40 πρώτες εβδομάδες μετά τη διάγνωση, ότι είχαν υψηλότερα μέσα επίπεδα κατάθλιψης (7,5 έναντι 3,1, αντίστοιχα) & άγχους (8,4 έναντι 6,0). Από τους προσδιοριστές που πιθανόν σχετίζονταν, το χαμηλό επαγγελματικό/εκπαιδευτικό επίπεδο και η μητρότητα σχετίζονταν σημαντικά με κατάθλιψη, η μαστεκτομή με το αυξημένο άγχος ενώ η ηλικία και η συνοσηρότητα αποτελούσαν προγνωστικούς παράγοντες της κατάθλιψης & του άγχους τους στα 5-6 χρόνια μετά τη διάγνωση. Οι Breidenbach and colleagues (2022) καταλήγουν έτσι ότι τα ευρήματά τους τονίζουν την ανάγκη για υπηρεσίες ψυχολογικής & κοινωνικής υποστήριξης στις ασθενείς τόσο μετά την οξεία θεραπεία όσο και μακροπρόθεσμα, ενώ θα πρέπει στα πέντε αυτά χρόνια μετά τη διάγνωση να ακολουθείται η παρακολούθηση, καταγραφή και παρέμβαση εφόσον χρειάζεται (Lopes et al., 2022). Σε προοπτική επίσης μελέτη σε 82 ασθενείς στην Ελλάδα με μαστεκτομή βρέθηκε ότι οι παράγοντες που επιδρούν στο άγχος τους αφορούν την νεότερη ηλικία τους ή τη μείωση/διακοπή του καπνίσματος, ενώ στην κατάθλιψη ήταν επίσης η νεότερη ηλικία τους, η διαφορετική εθνικότητα από την Ελληνική, η διαφορετική θρησκεία από την Χριστιανική και το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (Stergiannis et al., 2021). Σημειώνεται ότι στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε σχέση με την εθνικότητα ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό των ασθενών, στοιχείο που δείχνει την παρουσία ομοιογένειας οφειλόμενη φυσικά και στα χαμηλότερα επίπεδα τη βαθμολογίας άγχους και κατάθλιψης που εκτιμήθηκαν.

Ανάλογα με τους Breidenbach and colleagues (2022), οι Rosenberg and colleagues (2020) μελέτησαν σε τρεις ομάδες 826 γυναικών έως 40 ετών με καρκίνο μαστού (ΗΠΑ-Καναδάς, 2006-2016), στα 1-5 χρόνια μετά τη διάγνωση, τη σχέση της χειρουργικής αντιμετώπισης με την ποιότητα ζωής και την ψυχολογική ευεξία. Οι τρεις ομάδες ασθενών αφορούσαν: τη χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού (BCS), τη μονόπλευρη μαστεκτομή (UM) και την αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή

(BM). Γενικά διαπίστωσαν βελτίωση της ποιότητας ζωής τους στη διάρκεια του χρόνου που παρήλθε ενώ εκείνες που υπεβλήθησαν σε εκτεταμένη χειρουργική αντιμετώπιση (BM ή και BM/UM) είχαν χειρότερη εικόνα σώματος, σεξουαλική υγεία και άγχος σε σχέση με τις γυναίκες που υπεβλήθησαν σε λιγότερο εκτεταμένη επέμβαση (BCS). Παράλληλα, βρέθηκαν όλες με βελτίωση του άγχους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (σύμφωνα με το HADS). Ωστόσο οι γυναίκες με αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή (BM) είχαν υψηλότερα επίπεδα από τις υπόλοιπες σε όλα τα χρόνια μελέτης (από 1 έως 5) καταδεικνύοντας την άμεση σχέση που έχει η μαστεκτομή με την ψυχολογική επιβάρυνσή τους, ιδιαίτερα σε νεότερες ηλικίες.

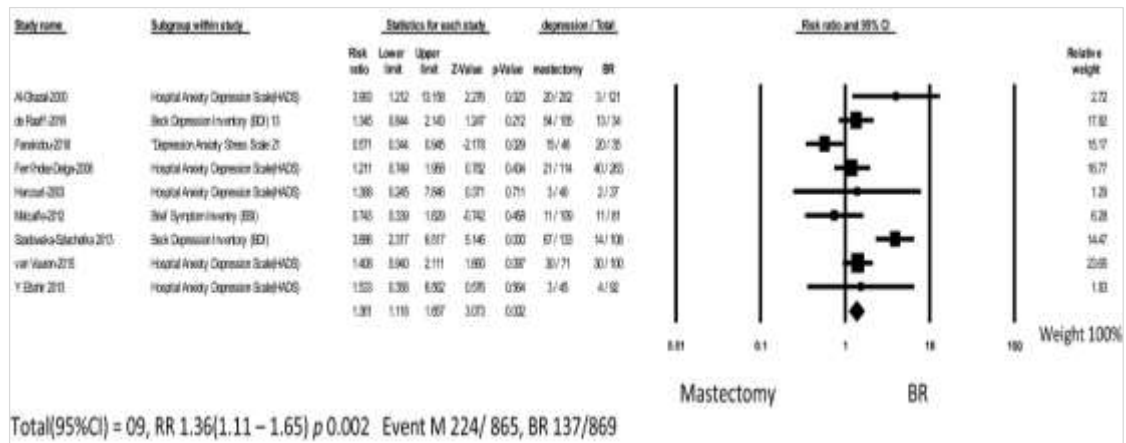
Ιδιαίτερη επίδραση ωστόσο φαίνεται να έχει και η αίσθηση του πόνου που βιώνουν οι γυναίκες στη μετά-χειρουργική μαστεκτομή. Οι Hansdorfer-Korzon and colleagues (2016) μελέτησαν την παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε 53 γυναίκες στην Πολωνία το 2014 όπως και οι Töter and colleagues (2010) σε 49 γυναίκες στην Τουρκία, με τη χρήση επίσης του HADS, όπου βρέθηκε σημαντική σχέση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων με την αίσθηση του πόνου στις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Προφανώς λοιπόν, οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες που βιώνουν οι γυναίκες με μαστεκτομή φαίνεται να έχουν ένα ιδιαίτερο ρόλο στην αντίληψη της σοβαρότητας του πόνου, καθώς σχετίζονται με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Είναι φανερό όμως από την μελέτη των Hansdorfer-Korzon and colleagues (2016) αλλά και από άλλες μελέτες ότι πλέον του πόνου η αλληλεπίδραση της συμπτωματολογίας δεν μπορεί να είναι ξεκάθαρη και προς μια κατεύθυνση καθώς τόσο η νόσος όσο και η αντιμετώπισή της συνυπάρχουν και με άλλα συμπτώματα χωρίς να μπορεί να ειπωθεί με ακρίβεια η οποιαδήποτε προγνωστική σχέση. Για παράδειγμα τα υψηλά επίπεδα άγχους με ή χωρίς καταθλιπτική συμπτωματολογία σχετίζονται επίσης με αυξημένα επίπεδα φόβου επανεμφάνισης της νόσου, με απελπισία, αβεβαιότητα, απώλεια ελέγχου και μείωση της ικανοποίησης από τη ζωή (Gold et al., 2016).

Σε μακροχρόνια επίσης μελέτη των Kim and colleagues (2020), εξετάστηκε η επίδραση που έχει η χειρουργική αντιμετώπιση στο άγχος των ασθενών με καρκίνο μαστού. Μελέτησαν 411 ασθενείς στην Κορέα που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση (συμπεριλαμβανομένου της μαστεκτομής) ως προς τη βαρύτητα του άγχους με τη χρήση του HADS. Η συχνότητα των γυναικών με αυξημένα επίπεδα άγχους (11+) φαίνεται ότι μειώθηκε σημαντικά μετά το χειρουργείο ($p < 0,01$) και η εξέλιξη αυτή να παραμένει μέχρι τους 12 μήνες. Ωστόσο, οι ασθενείς φαίνεται μετά

τους 12 μήνες να βίωσαν εκ νέου αυξημένο άγχος μέχρις ότου ολοκληρώθηκαν και οι επικουρικές θεραπείες, χωρίς όμως να βρεθεί κάποια σχέση με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες εκτός της ίδιας της χειρουργικής επέμβασης που παρέμενε ο κύριος παράγων επίδρασης στο άγχος τους. Ανάλογα ευρήματα αναδεικνύονται συνολικά για τη χειρουργική αντιμετώπιση και την επικουρική χημειοθεραπεία (Kamińska et al., 2015).

Συνεκτιμώντας αρκετές μελέτες οι Padmalatha and colleagues (2021) στην πολύ πρόσφατη ανασκόπησή τους, προσπάθησαν να προσδιορίσουν τον κίνδυνο που ενέχει η ολική μαστεκτομή για κατάθλιψη. Κατάφεραν να εντοπίσουν 9 μελέτες μεταξύ 2000-2018 σύμφωνα με τα κριτήρια που έθεσαν με συνολικά 865 ασθενείς με μαστεκτομή & 869 με αποκατάσταση μαστού (Breast Reconstruction, BR), όπου διαπιστώθηκε σταθμισμένη εκτίμηση παρουσίας κατάθλιψης στο 22,2% (95%ΔΕ 12,4-36,2). Ο δε μεταναλυτικός κίνδυνος (**Σχήμα 7**) εκτιμήθηκε σε RR=1,36 (p=0,002) ή πιο απλά οι έχουσες ολική μαστεκτομή έναντι εκείνων με αποκατάσταση μαστού είχαν κίνδυνο για κατάθλιψη 1,36 φορές περισσότερο ενώ σύμφωνα με την Κλίμακα HADS ο κίνδυνος ήταν 1,42 (p=0,018) φορές υψηλότερος. Συμπεράναν λοιπόν ότι 1 στις 4 γυναίκες με καρκίνο μαστού είχε συμπτώματα κατάθλιψης μετά από μαστεκτομή, ενώ και οι δύο χειρουργικές επεμβάσεις που μελέτησαν συσχετίστηκαν με κατάθλιψη 1 χρόνο μετά την επέμβαση ενώ τονίζουν ότι είναι απαραίτητη η ανάπτυξη προληπτικών σχεδίων θεραπείας πριν και μετά την επέμβαση για τον μετριασμό του κινδύνου και την πρόληψη της κατάθλιψης. Σημειώνεται ότι από την παρούσα έρευνα μόλις το 1,9% βρέθηκε με σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης, στοιχείο ιδιαίτερα διαφορετικό από τη συχνότητα που αναφέρθηκε αλλά πιθανόν να οφείλεται και στον χρόνο εκτίμησης μετά τη διάγνωση, τη μαστεκτομή, αποκατάσταση κ.λπ.

Σχήμα 7. Μελέτες μετανάλυσης («Figure 2») των Padmalatha and colleagues (2021) που αφορά τον εκτιμώμενο κίνδυνο (Relative Risk) για κατάθλιψη μετά από ολική μαστεκτομή.



Τέλος, μια άλλη ενδιαφέρουσα παράμετρος μελέτης αποτελεί το άγχος και η πίεση που νιώθουν οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, για την επόμενη πρόοδο της υγείας τους που είναι η αποκατάσταση του μαστού. Η απόφασή τους, που αποτελεί ζωτικής σημασίας για τις ίδιες, καθώς με την μαστεκτομή μειώνεται η αίσθηση της θηλυκότητάς τους, ενώ νιώθουν λιγότερο ελκυστικές, φαίνεται να επηρεάζεται από διάφορους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, κυρίως από άγχος και θλίψη ή από προσωπικές αντιλήψεις (Fanakidou et al., 2018; Marouf et al., 2020). Παράλληλα, σημειώνεται στη βιβλιογραφία ότι το αυξημένο άγχος και η πίεση που νιώθουν οι γυναίκες αφορά ακόμα την αίσθησή τους ότι είναι ελλιπείς και ταυτόχρονα νιώθουν ανασφαλείς αφού χάνουν ένα μέρος του σώματος τους (Khan et al., 2016).

7.2 Περιορισμοί της έρευνας

Η βασική δυσκολία και ταυτόχρονα πηγή μεροληψίας της παρούσας έρευνας ήταν η αναζήτηση και επιλογή ενός μεγάλου αριθμού ή δείγματος ασθενών που θα εξασφάλιζε πιο διακριτά και αξιόπιστα συμπεράσματα στην αξιολόγηση των ευρημάτων. Ωστόσο, η συλλογή, διαλογή και συμμετοχή στην έρευνα μέσω των τμημάτων νοσηλείας ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, επηρεάστηκε από διάφορους ανεξάρτητους παράγοντες, όπως από το ρυθμό εισόδου των ασθενών στις Κλινικές όσο και από τον μικρό χρόνο διάρκειας της έρευνας. Αδυναμία εξάλλου αποτελεί σε κάθε μικρής κλίμακας μελέτης ότι οι ερευνητές με ιδίους πόρους αλλά και σε δύσκολες συνθήκες (όπως π.χ. περιοριστικά μέτρα στα νοσοκομεία, ελεγχόμενη είσοδος-έξοδος) προσπαθούν να συλλέξουν δεδομένα από ασθενείς, έχοντας να αντιμετωπίσουν τα κριτήρια επιλογής, την επιθυμία συμμετοχής τους ή την σωματική και ψυχολογική τους κατάσταση. Παρόλα αυτά και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ανάλογες μελέτες με περιορισμένο δειγματικό μέγεθος καταφέρνουν να αναδείξουν τη

σπουδαιότητα των ευρημάτων τους (Ιωαννίδου, 2021; Fanakidou et al., 2018; Harcourt et al., 2003; Törrer et al., 2010). Πρακτική αδυναμία τέλος της έρευνας αποτελούσε η συλλογή ακριβών στοιχείων που αφορούσαν τις ημερομηνίες διάγνωσης, χειρουργείου κ.λπ. Τα στοιχεία αυτά οι ασθενείς αδυνατούσαν να τα αποδώσουν λόγω ανάκλησης μνήμης και πρακτικά θα μπορούσαν να αναζητηθούν μονάχα μέσω των φακέλων τους, ωστόσο η πρόσβαση σε ευαίσθητα κλινικά δεδομένα είναι εξορισμού περιορισμένη λόγω ανωνυμίας και απορρήτου. Οι ερευνήτριες λοιπόν αρκέστηκαν μονάχα στην αυτοαναφορά των ίδιων των ασθενών με όσες πληροφορίες μπορούσαν να αποδώσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

Συμπέρασμα και προτάσεις

8.1 Γενικό Συμπέρασμα

Από την έρευνα της παρούσας πτυχιακής εργασίας έγινε φανερό ότι οι γυναίκες ογκολογικοί ασθενείς με μαστεκτομή που μελετήθηκαν, δεν είχαν ιδιαίτερη ψυχολογική επιβάρυνση, καθώς βρέθηκαν με μέτρια προς χαμηλά επίπεδα Άγχους & Κατάθλιψης και τα οποία δεν φάνηκαν να σχετίζονται ή να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τα προσωπικά, κοινωνικά ή κλινικά τους χαρακτηριστικά. Η ομοιογένεια αυτή στην ψυχική τους διάθεση καταδεικνύει ότι οι γυναίκες, οι σύντροφοί τους, αλλά και η οικογένειά τους υπομένουν σημαντικό ψυχολογικό στρες, αγωνία και πίεση μετά τη μαστεκτομή που μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Μόνες τους αλλά και με τους συντρόφους τους ως φροντιστές, φαίνεται σύμφωνα με τη βιβλιογραφία να μπορούν να επωμιστούν σε συνδυασμό με τους επαγγελματίες υγείας και τη χρήση ανάλογης αγωγής, την πίεση που νιώθουν μετά τη μαστεκτομή και να βελτιώσουν ή να διατηρήσουν σε καλό επίπεδο την καθημερινή τους λειτουργικότητα (Chronopoulou et al., 2016; Gosain et al., 2020).

8.2 Προτάσεις

Πλέον όλων των ερευνητικών δυσκολιών, η αναζήτηση πληροφοριών για την πληρέστερη υποστήριξη και παροχής φροντίδας στις ασθενείς με μαστεκτομή, είναι αναγκαία. Αν και η βιβλιογραφία συνεχώς εμπλουτίζεται με νεότερες μελέτες που καθορίζουν στον καλύτερο δυνατό βαθμό τις ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου και των θεραπειών της, οι περιβαλλοντικές συνθήκες και οι μεταβολές που συνεχώς συμβαίνουν (π.χ. νεότεροι κίνδυνοι να αναδύονται ή η πανδημία με αυστηρούς περιορισμούς μετακινήσεων στην αναζήτηση και παροχή φροντίδας) οφείλουν να μελετώνται και να λαμβάνονται υπόψη στην κάθε έρευνα, πάντα με γνώμονα την πληρέστερη κατανόηση των αναγκών των ασθενών. Σε μεγάλο βαθμό εξάλλου, οι ανάγκες των ασθενών με καρκίνο μαστού φαίνεται να καθορίζουν και την εξέλιξη της ψυχικής και σωματικής τους ευεξίας (Κωνσταντινίδης, 2000; Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2014).

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αθανάτου, Ε. «Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική». Ιδιωτική Έκδοση, 8η έκδοση, Αθήνα 2007.
- Αναγνωστόπουλου Φ., Βελισσορόπουλος Χ., (1984). Ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς. Ελληνική ογκολογία 20(4): 247-260.
- Αναγνωστοπούλου, Φ., Κανέλλος, Ε. «Στοιχεία παθολογικής ανατομικής και ογκολογίας». Εκδόσεις Λύχνος. 2η έκδοση, Τόμος 1, Αθήνα 2001.
- Andreoli, T., Carpenter, C. «Cecil Βασική Παθολογία». Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, 6η έκδοση, Αθήνα 2017.
- Αντωνιάδου, Φ. (2014), Μοριακή Ταξινόμηση Καρκινωμάτων Μαστού., Διπλωματική Εργασία, Αθήνα.
- Βαρθολομαίος Τ. «Εγχειρίδιο συμπληρωματικής και εναλλακτικής θεραπευτικής». Εκδόσεις Πύρινος Κόσμος, Αθήνα 2005.
- Bradby, H. «Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας». Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα 2010.
- Buckman, R., Whittaker, T. «Καρκίνος μαστού». Εκδόσεις Χρυσή Πέννα, Αθήνα 2000.
- Γκόβινα, Ο., Κωνσταντινίδης, Θ. «Βασικές αρχές ογκολογικής νοσηλευτικής και ανακουφιστικής φροντίδας. Από τη θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα» Εκδόσεις Broken Hill Publishers LTD, Λευκωσία 2019.
- Dewit, S. «Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική έννοιες και πρακτική» Εκδόσεις Πασχαλίδη, Τόμος 2, Αθήνα 2009.
- Drake, L.R., Vogl, W., Mitchell, W.M.A. «Gray's Ανατομία». Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, 2η έκδοση, Αθήνα 2007.
- Ignatavicius ,D.D., Workman, M.L. «Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική». Εκδόσεις Βήτα, 5η έκδοση. Αθήνα 2008.
- Ιωαννίδου-Μουζάκα, Λ., Μανδρέκας, Α., Μπαρμπούνης, Β. «Σύγχρονη Μαστολογία». Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Τόμος 1, Αθήνα 2007.
- Ιωαννίδου Π (2021). Εκτίμηση αναγκών υγείας, διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης ογκολογικών ασθενών υπό θεραπεία σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Πάτρα, <https://apothesis.eap.gr/handle/repo/51719>
- Καλαντζή- Αζίζη, Α. «Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας». Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 6η έκδοση, Αθήνα 1999.

- Καραγεωργόπουλος, Κουτρούμπη (2008), Καρκίνος σε ενήλικες: Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση γυναικών με καρκίνο μαστού. Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας.
- Καραγιάννης Α.(2013). Η ΧΜΘ στο καρκίνο του μαστού. <http://www.karagiannisathanasios.gr/tupoι-karkinou/karkinos-mastou/>
- Κατσώλης, Κ. «Χειρουργικές παθήσεις μαστού». Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000.
- Koerppen B.M., Stanton B.S. «Berne & Levy Φυσιολογία». Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., 6η έκδοση, Αθήνα 2013.
- Κονιάρη, Ε. «Ο καρκίνος του μαστού νοσηλευτική παρέμβαση». Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007.
- Κουβάρης, Ι., Ρ. (2010), Συνοπτική Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία, Αθήνα.
- Κωνσταντινίδης Θ & Φιλαλήθης Α (2014). Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. Η νοσηλευτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(4):412-422.
- Κωνσταντινίδης Θ (2000). Η εφαρμογή κλινικών μελετών στην ογκολογία και ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτές. Νοσηλευτική 2000, 39:229-241.
- Lambley, P. «Η ψυχολογία του καρκίνου». Εκδόσεις Μακρή, Αθήνα 2005.
- Lemone, P., Burke, K., Bauldoff, G. «Βιβλίο Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς». Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 5η έκδοση, Τόμος 1, Αθήνα 2014.
- Μαρκόπουλος, Χ.Ι. «Εγχειρίδιο καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού». Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007.
- Μαρκόπουλος Χ.Ι. «Παθήσεις του Μαστού». Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2η έκδοση, Αθήνα 2008.
- Μαρκόπουλος Χ.Ι. (2016). Η ομονοθεραπεία σε γυναίκες με καρκίνο μαστού. Άλμα ζωής. <https://almazois.gr/%CE%B7-%CE%BF%CF%81%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B%CE%AF%CE%B1-%CF%83%CE%B5-%CE%B3%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%AF%CE%BA%CE%B5%CF%82-%CE%BC%CE%B5-%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF/>
- McGeown, J.G. «Συνοπτική φυσιολογία του ανθρώπου». Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2η έκδοση, Αθήνα 2009.

- Mitchell AJ , Chan M , Bhatti H , et al. Επιπολασμός της κατάθλιψης, του άγχους και της διαταραχής προσαρμογής σε ογκολογικά, αιματολογικά και παρηγορητικά περιβάλλοντα: μια μετα-ανάλυση 94 μελετών που βασίζονται σε συνεντεύξεις . Lancet Oncol . 2011 ; 12 : 160 - 174
- Μιχόπουλος Ι, Καλκαβούρα Χ, Μιχαλοπούλου Π, Φινέτη Κ, Καλέμη Γ, Ψαρρά ΜΛ, Γουρνέλλης Ρ, Χριστοδούλου Χ, Δουζένης Α, Πατάπης Π. Πρωτόπαππας Κ, Λύκουρας Ε (2006). Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, 18:217–224.
- Moore K.L., Dalley A.F., Agur A.M.R. «Κλινική Ανατομία». Ελληνική έκδοση, εκδόσεις Πασχαλίδης, Κύπρος 2013.
- Μπόντης, Ι. Ν., & Ζαφράκας, Μ. (2005). Καρκίνος του μαστού: παράγοντες κινδύνου και πρωτογενής πρόληψη.
- Μπονάτσος, Γ., Κακλαμάνος, Ι., Γολεμάτης, Β. «Χειρουργική Παθολογία». Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, 4η έκδοση, Αθήνα 2004.
- Παπαδάτου, Δ., Μπελλάλη, Θ. «Βασικές γνώσεις ψυχολογίας». Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα 2008.
- Πινακίδης, Μ., Μπούτης Λ. «Καρκίνος του μαστού». Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993.
- Πλασκασοβίτη, Ε., & Τσιοπτσία, Ε. (2015). Καρκίνος μαστού, ενημέρωση, πρόληψη, τρόποι παρεμβάσεις.
- Πλήση (2007) Καρκίνος του μαστού και νοσηλευτική παρέμβαση. Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας.
- Σαχίνη- Καρδάση, Α., Πάνου, Μ. «Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες». Εκδόσεις Βήτα, 2η έκδοση, 2ος τόμος, Αθήνα 2008.
- Σπυρίδων, Χ. (2012). Η διερεύνηση των πληροφοριακών αναγκών και της συμπεριφοράς ασθενών με καρκίνο μαστού. Η περίπτωση του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας». Διδακτορική διατριβή.
- Τζανάκης, Μ., Κατσικάρη, Κ., Μπρέκη, Μ. «Καρκίνος του μαστού» Εκδόσεις University studio press, Θεσσαλονίκη 1993.
- Τσαπάκη, Υ. (2007) «Καρκίνος μαστού προληπτική συμπεριφορά και πεποιθήσεις γυναικών για την αντιμετώπισή του», Διδακτορική Διατριβή.
- Φύσσας Γ.Π., Στοχευμένη γονιδιακή θεραπεία. <https://fyssas.gr/therapeia-karkinou-mastou/stoxeumeni-gonidiaki-therapeia/>

Φύσσας Γ.Π. «Ο μαστός και οι παθήσεις του». Εκδοτικός Οίκος Α. Α. Λιβάνη, Αθήνα 2006.

Χαλικιάς Σ., (2012). Η διερεύνηση των πληροφοριακών αναγκών και της συμπεριφοράς ασθενών με καρκίνο του μαστού. Η περίπτωση του νοσοκομείου «Αγίου Σάββα». Διδακτορική Διατριβή.

Weiner, M. A. «Το πλήρες βιβλίο της ομοιοπαθητικής». Εκδόσεις Διόπτρα, 2η έκδοση, Αθήνα 2005.

Ξένη βιβλιογραφία

Adami, H. O., Hunter, D., & Trichopoulos, D. (Eds.). (2008). Textbook of cancer epidemiology. Oxford University Press, New York, 301-339.

Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological research*, 50(1), 1-23.

Ashar, B.H., Miller, R.G., Sisson, S.D. «The Johns Hopkins Παθολογία». Ιατρικές εκδόσεις Δ. Λαγός, 5η έκδοση, Αθήνα 2016.

Barnard, M. E., Boeke, C. E., & Tamimi, R. M. (2015). Established breast cancer risk factors and risk of intrinsic tumor subtypes. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Reviews on Cancer*, 1856(1), 73-85.

Beaumont, J. (2007). Breast cancer: What are the issues for young women?. *cancer nursing practice*, 6(9): 36-39.

Bleiweiss, I. (2020). Pathology of breast cancer. Ανάκτηση από UpToDate: <https://www.uptodate.com/contents/pathology-of-breast-cancer>.

Breidenbach, C., Heidkamp, P., Hiltrop, K. et al (2022). Prevalence and determinants of anxiety and depression in long-term breast cancer survivors. *BMC Psychiatry* 22, 101. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03735-3>

Buki, L. P., Reich, M., & Leahy, E. N. (2016). “Our organs have a purpose”: body image acceptance in Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 25(11), 1337-1342.

Chronopoulou K, Sakkas D, Damigos D (2016). Caregiving burden and psychological distress of breast cancer patients’ husbands after mastectomy. *Int J Caring Sci.*, 9:909–13

- Col, N. F., Kim, J. A., & Chlebowski, R. T. (2005). Menopausal hormone therapy after breast cancer: a meta-analysis and critical appraisal of the evidence. *Breast Cancer Research*, 7(4), 535-540.
- Fanakidou, I., Zyga, S., Alikari, V., Tsironi, M., Stathoulis, J., & Theofilou, P. (2018). Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Quality of Life Research*, 27(2), 539–543. <http://www.jstor.org/stable/44856170>
- Fisusi, F. A., & Akala, E. O. (2019). Drug combinations in breast cancer therapy. *Pharmaceutical nanotechnology*, 7(1), 3-23.
- Fosså, S. D., Dahl, A. A., & Haaland, C. F. (1999). Health-related quality of life in patients treated for testicular cancer. *Current opinion in urology*, 9(5), 425-429.
- Giuliano, A. E., Connolly, J. L., Edge, S. B., Mittendorf, E. A., Rugo, H. S., Solin, L. J., ... & Hortobagyi, G. N. (2017). Breast cancer—major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(4), 290-303.
- Gold, M., Dunn, L. B., Phoenix, B., Paul, S. M., Hamolsky, D., Levine, J. D., & Miaskowski, C. (2016). Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 20, 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.003>
- Gosain, R., Gage-Bouchard, E., Ambrosone, C. et al. (2020). Stress reduction strategies in breast cancer: review of pharmacologic and non-pharmacologic based strategies. *Semin Immunopathol* 42, 719–734. <https://doi.org/10.1007/s00281-020-00815-y>
- Gosselin, T. K., Plambeck, M. A., & Krista Rowe, R. N. (2010, September). A prospective randomized, placebo-controlled skin care study in women diagnosed with breast cancer undergoing radiation therapy. In *Oncology nursing forum* (Vol. 37, No. 5, p. 619-626). Oncology Nursing Society.
- Gottlieb, B. (Ed.). (1995). *New choices in natural healing: Over 1,800 of the best self-help remedies from the world of alternative medicine*. Rodale.
- Hansdorfer-Korzon, R., Chojnacka-Szawłowska, G., Landowski, J., Majkowicz, M., Basiński, K., Zdun-Ryzewska, A., et al. (2016). Relationships of anxiety and depressive symptoms with pain perception in post-mastectomy women. An intragroup analysis. *Archives of Clinical Psychiatry*, 43, 74-78.

- Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR, et al. (2003). The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg*, 111:1060-8.
- Heydarnejad, M. S., Hassanpour, D. A., & Solati, D. K. (2011). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African health sciences*, 11(2).
- Hungr, C., Sanchez-Varela, V., & Bober, S. L. (2017). Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: practical recommendations. *Revista de investigación clínica*, 69(2), 114-122.
- Jargin, S. V. (2015). Hormesis and homeopathy: The artificial twins. *Journal of Intercultural Ethnopharmacology*, 4(1), 74.
- Jean, C. Y., & Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and depression in cancer survivors. *Medical Clinics*, 101(6), 1099-1113.
- Kamińska, M., Kubiowski, T., Ciszewski, T., Czarnocki, K. J., Makara-Studzińska, M., Bojar, I., & Starosławska, E. (2015). Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*, 22(1), 185–189. <https://doi.org/10.5604/12321966.1141392>
- Khan, S. W., Khan, N. A., Rehman, A. u., Khan, I., Samo, K. A., & Memon, A. S. (2016). Levels of Depression and Anxiety Post-Mastectomy in Breast Cancer Patients at a Public Sector Hospital in Karachi. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 17 3, 1337-1340
- Kiakou, M., Tolia, M., & Tsoukalas, N. (2015). Cancer immunotherapy: A different approach to the treatment of neoplastic disease. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 32(4): 461-466.
- Kim, J., Cho, J., Lee, S. K., Choi, E. K., Kim, I. R., Lee, J. E., Kim, S. W., & Nam, S. J. (2020). Surgical impact on anxiety of patients with breast cancer: 12-month follow-up prospective longitudinal study. *Annals of surgical treatment and research*, 98(5), 215–223. <https://doi.org/10.4174/ast.2020.98.5.215>
- Knoop, T. (2000, November). Educational and psychosocial issues related to new treatment advances for metastatic breast cancer. In *Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 16, pp. 18-22). WB Saunders.
- Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., De Bree, R., Leemans, C. R., ... & Verdonck-de Leeuw, I. (2014). Prevalence of depression in cancer

- patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, 23(2), 121-130.
- Kundu S, Gupta R, Kumar A, Kaushal V (2018). Anxiety and Depression in Post Mastectomy Patients Receiving Radiotherapy: A Study from Tertiary Centre in Haryana. *International Journal of Research & Review*, 5(5):76-85
- Lemone P. & Burke K. & Bauldoff G. «Παθολογική-χειρουργική νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς». Εκδόσεις Δ. Λαγός, 5η έκδοση, Τόμος 2, Αθήνα 2014.
- Lopes, C., Lopes-Conceição, L., Fontes, F., Ferreira, A., Pereira, S., Lunet, N., & Araújo, N. (2022). Prevalence and Persistence of Anxiety and Depression over Five Years since Breast Cancer Diagnosis-The NEON-BC Prospective Study. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 29(3), 2141–2153. <https://doi.org/10.3390/curroncol29030173>
- Lostumbo, L., Carbine, N. E., & Wallace, J. (2010). Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).
- Marouf, A., Mortada, H., & Fakiha, M. G. (2020). Psychological, sociodemographic, and clinicopathological predictors of breast cancer patients' decision to undergo breast reconstruction after mastectomy. *Saudi medical journal*, 41(3), 267–274. <https://doi.org/10.15537/smj.2020.3.24946>
- Maughan, K. L., Lutterbie, M. A., & Ham, P. (2010). Treatment of breast cancer. *American family physician*, 81(11), 1339-1346.
- Meyerowitz, B. E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87(1), 131 & 198.
- National Cancer Institute. (2002). Breast Cancer Treatment (Adult)(PDQ®): Health Professional Version. PDQ Cancer Information Summaries.
- Nyblade, L., Stockton, M., Travasso, S., & Krishnan, S. (2017). A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *BMC women's health*, 17(1), 1-15.
- Padmalatha, S., Tsai, Y. T., Ku, H. C., Wu, Y. L., Yu, T., Fang, S. Y., & Ko, N. Y. (2021). Higher Risk of Depression After Total Mastectomy Versus Breast Reconstruction Among Adult Women With Breast Cancer: A Systematic Review and Metaregression. *Clinical breast cancer*, 21(5), e526–e538. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2021.01.003>

- Park, L. T., & Zarate Jr, C. A. (2019). Depression in the primary care setting. *New England Journal of Medicine*, 380(6), 559-568.
- Pinto, A. C., & De Azambuja, E. (2011). Improving quality of life after breast cancer: dealing with symptoms. *Maturitas*, 70(4), 343-348.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast cancer research and treatment*, 110(1), 9-17.
- Rikos N, Giannadaki GK, Spontidaki A, Tzagkaraki M, Linardakis M (2021). Health status, anxiety, depression and quality of life of patients with thalassemia. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 29(6):1313-1320, <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01241-y>
- Rosenberg, S. M., Dominici, L. S., Gelber, S., Poorvu, P. D., Ruddy, K. J., Wong, J. S., Tamimi, R. M., Schapira, L., Come, S., Peppercorn, J. M., Borges, V. F., & Partridge, A. H. (2020). Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. *JAMA surgery*, 155(11), 1035–1042. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.3325>
- Rogers, L. Q., Courneya, K. S., Anton, P. M., Verhulst, S., Vicari, S. K., Robbs, R. S., & McAuley, E. (2017). Effects of a multicomponent physical activity behavior change intervention on fatigue, anxiety, and depressive symptomatology in breast cancer survivors: randomized trial. *Psycho-oncology*, 26(11), 1901-1906.
- Sakorafas, G. H. (2001). Breast cancer surgery-historical evolution, current status and future perspectives. *Acta Oncologica*, 40(1), 5-18.
- Santaballa, A., Pinto, Á., Balanya, R. P., Ramírez Merino, N., Martín, I. R., Grau, S. S., ... & Bayo, J. (2020). SEOM clinical guideline for secondary prevention (2019). *Clinical and Translational Oncology*, 22(2), 187-192.
- Schofield, N. G., Green, C., & Creed, F. (2008). Communication skills of health-care professionals working in oncology—Can they be improved?. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 4-13.
- Shukla, N., Hagenbuchner, M., Win, K. T., & Yang, J. (2018). Breast cancer data analysis for survivability studies and prediction. *Computer methods and programs in biomedicine*, 155, 199-208.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomized prospective outcome study. *Archives of general psychiatry*, 38(5), 527-533.

- Stergiannis, P., Seferi, P., Intas, G., & Platis, C. (2021). Evaluation of Anxiety and Depression in Women Undergoing Mastectomy in Greece. *Advances in experimental medicine and biology*, 1337, 211–216. https://doi.org/10.1007/978-3-030-78771-4_24
- Stergiou-Kita, M., Pritlove, C., & Kirsh, B. (2016). The “Big C”—stigma, cancer, and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(6), 1035-1050.
- Stern AF (2014) The hospital anxiety and depression scale. *Occup Med* 64(5):393–394. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu024>
- Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., ... & Zhu, H. P. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International journal of biological sciences*, 13(11), 1387.
- Suwankhong, D., & Liamputtong, P. (2016). Breast cancer treatment: experiences of changes and social stigma among Thai women in southern Thailand. *Cancer nursing*, 39(3), 213-220.
- Törer, N., Nursal, T. Z., Calışkan, K., Ezer, A., Colakođlu, T., Moray, G., & Haberal, M. (2010). The effect of the psychological status of breast cancer patients on the short-term clinical outcome after mastectomy. *Acta chirurgica Belgica*, 110(4), 467–470. <https://doi.org/10.1080/00015458.2010.11680657>
- Trayes, K. P., & Cokenakes, S. E. (2021). Breast cancer treatment. *American Family Physician*, 104(2), 171-178.
- Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(6), 1661-1669.
- WoECKel, A., Albert, U. S., Janni, W., Scharl, A., Kreienberg, R., & Stueber, T. (2018). The screening, diagnosis, treatment, and follow-up of breast cancer. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(18), 316.
- Wolmark, N., & Fisher, B. (1983). Adjuvant chemotherapy in stage-II breast cancer: an overview of the NSABP clinical trials. *Breast Cancer Research and Treatment*, 3(1), S19-S26.
- Wyld, L., Audisio, R. A., & Poston, G. J. (2015). The evolution of cancer surgery and future perspectives. *Nature reviews Clinical oncology*, 12(2), 115-124.
- Yap, S. H. (2016). Acupuncture in pain management. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(9), 448-450.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο – Τμήμα Νοσηλευτικής

Ημερομηνία..... Ερωτηματολόγιο (αρ.....).

Α' ΜΕΡΟΣ: Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

1. Νοσοκομείο:

α) ΠΑΓΝΗ β) Βενιζέλειο

2. Τμήμα:

α) Παθολογική Ογκολογική κλινική β) Τμήμα ημερήσιας νοσηλείας

3. Ηλικία:

α) 20-29 β) 30-39 γ) 40-49 δ) Άνω των 50

4. Καταγωγή:

α) Ελληνική β) Αλβανική γ) Βουλγαρική δ) Άλλη.....

5. Τόπος κατοικίας:

α) Ηράκλειο β) Ρέθυμνο γ) Χανιά δ) Λασιθί ε) Άλλο.....

6. Επάγγελμα:.....

7. Μορφωτικό επίπεδο:

α) έως Δημοτικό β) Γυμνάσιο γ) Λύκειο δ) Πανεπιστήμιο
ε) Άλλο.....

8. Οικογενειακή κατάσταση:

α) Έγγαμη β) Άγαμη γ) Χήρα δ) Διαζευγμένη

9. Αν είστε έγγαμη ο/η σύζυγος σας εργάζεται;

α) Ναι β) Όχι

10. Παιδιά

α) Ναι β) Όχι

11. Ζω με:

α) Σύζυγο β) Σύζυγο και παιδιά γ) Μόνη μου δ) Άλλο.....

12. Πότε περίπου διαγνωστήκατε με τη νόσο

(αν θυμάστε γράψτε εκτός από το έτος και τον μήνα, π.χ. Ιούνιος 2021).....

13. Πότε περίπου χειρουργηθήκατε στον μαστό;

(αν θυμάστε γράψτε εκτός από το έτος και τον μήνα (π.χ. Αύγουστος 2021).....)

14. Έχετε κάνει χειρουργική αποκατάσταση του μαστού;

α) Ναι β) Όχι

14^α. Αν **Ναι** πότε περίπου (αν θυμάστε γράψτε έτος και μήνα, π.χ. Ιούνιος 2021).....)

Β' ΜΕΡΟΣ: Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)

Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Αγνοείτε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου. Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μία μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση.

A	D	Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος
3		Τον περισσότερο καιρό
2		Πολύ καιρό
1		Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά
0		Καθόλου
		Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω
	0	Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό
	1	Όχι στον ίδιο βαθμό
	2	Λίγο μόνο
	3	Καθόλου
		Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί
3		Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό
2		Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά
1		Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί
0		Καθόλου
		Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρώπη όψη των πραγμάτων
	0	Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα
	1	Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν
	2	Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ
	3	Καθόλου
		Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου
3		Πάρα πολύ καιρό
2		Πολύ καιρό
1		Όχι τόσο συχνά

0		Πολύ λίγο
		Νιώθω κεφάτος
	3	Ποτέ
	2	Όχι συχνά
	1	Μερικές φορές
	0	Τον περισσότερο καιρό
		Μπορώ να κάθω άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος
	0	Ακριβώς
	1	Συνήθως
	2	Όχι συχνά
	3	Καθόλου
		Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου
	3	Σχεδόν όλο τον καιρό
	2	Πολύ συχνά
	1	Μερικές φορές
	0	Καθόλου
		Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου
	0	Καθόλου
	1	Περιστασιακά
	2	Αρκετά συχνά
	3	Πολύ συχνά
		Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου
	3	Ακριβώς
	2	Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
	1	Ίσως δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
	0	Την φροντίζω όπως πάντοτε
		Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι
	3	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
	2	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
	1	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
	0	Καθόλου
		Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα
	0	Τόσο όπως και στο παρελθόν
	1	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
	2	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα
	3	Καθόλου

		Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού
3		Πράγματι πολύ συχνά
2		Αρκετά συχνά
1		Όχι τόσο συχνά
0		Καθόλου
		Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα
	0	Συχνά
	1	Μερικές φορές
	2	Όχι συχνά
	3	Πολύ σπάνια

Τώρα ελέγξτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

ΣΥΝΟΛΟ	A	D
--------	---	---

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr



Ηράκλειο, 28/06/2022

Α. Π.: 27945

Απάντηση στο έγγραφο: 26892

ΠΡΟΣ: κ.κ. Ζουμαδάκη Νικολέτα &
Σαμαρά Ηλιάννα-Ευτυχία, φοιτητές του
Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Διοικητή Γ.Ν.Η. Βενιζέλειο - Πανάνειο,
- 2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,
- 3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο Γ.Ν.Η. Βενιζέλειο - Πανάνειο, στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Το με αρ. πρωτ. 26892/21-6-2022 εισερχόμενο έγγραφο του Διοικητή κ. Τερζάκη Κ., 2. Η με αρ. 59/πρακτ. 14/18-5-2022 Θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΓΝΗ Βενιζέλειο - Πανάνειο.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο ΓΝΗ Βενιζέλειο - Πανάνειο και συγκεκριμένα τη **διανομή ερωτηματολογίου σε γυναίκες ενήλικες που έχουν κάνει μαστεκτομή και νοσηλευθεί στην Παθολογική – Ογκολογική Κλινική του νοσοκομείου**, στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, από τους φοιτητές κ.κ. Ζουμαδάκη Νικολέτα και Σαμαρά Ηλιάννα - Ευτυχία, με θέμα: **«Ψυχολογικές επιπτώσεις γυναικών μετά από μαστεκτομή»**, υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail). Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΓΝΗ Βενιζέλειο - Πανάνειο**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 14/18-05-2022

ΑΠΟΦΑΣΗ 59
ΘΕΜΑ 2

Εισηγήση για την έγκριση μελέτης στο Νοσοκομείο μας με τίτλο «Ψυχολογικές επιπτώσεις γυναικών μετά από μαστεκτομή» στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας από τις κ. Ζουμαδάκη Νικολέτα και Σαμαρά Ηλιάννα-Ευτυχία, φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

- α) τη με αρ. πρωτ. 11758/04-05-2022 αίτηση των κ. Ζουμαδάκη Νικολέτα και Σαμαρά Ηλιάννα-Ευτυχία για έγκριση διεξαγωγής μελέτης στο Νοσοκομείο μας με τίτλο «Ψυχολογικές επιπτώσεις γυναικών μετά από μαστεκτομή» στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας
- β) τη με αρ. πρωτ. 6934/2-3-2022 βεβαίωση ανάθεσης εκπόνησης πτυχιακής εργασίας με τίτλο «Ψυχολογικές επιπτώσεις γυναικών μετά από μαστεκτομή» στις κ. Ζουμαδάκη Νικολέτα-ΥΝ7261 και Σαμαρά Ηλιάννα-Ευτυχία-ΥΝ7401 από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου
- γ) τα συνημμένα: ερευνητικό πρωτόκολλο, συναίνεση συμμετοχής και ερωτηματολόγιο
- δ) την συναίνεση του κ. Ανδρουλάκη Νικόλαου, Συντ. Διευθυντή Ογκολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου μας
- ε) την έγκριση των μελών της Επιτροπής Έρευνας
- στ) τη διαλογική συζήτηση,

ομόφωνα αποφασίζει

Εισηγείται θετικά για την έγκριση διεξαγωγής μελέτης στο Νοσοκομείο μας με τίτλο «Ψυχολογικές επιπτώσεις γυναικών μετά από μαστεκτομή» στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας από τις κ. Ζουμαδάκη Νικολέτα και Σαμαρά Ηλιάννα-Ευτυχία, φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου με Επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη, Επίκουρο Καθηγητή Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας και σύμφωνα με τις αρχές της Ορθής Κλινικής Πρακτικής.
Αντίγραφο της παραπάνω μελέτης να κατατεθεί και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας. Η παρούσα απόφαση να κατατεθεί στην 7η ΥΠΕ για έγκριση.

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΛΑΓΟΥΔΙΑΝΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΑΛΟΕΙΔΗ ΕΛΕΝΗ
ΤΣΑΤΣΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ
ΠΑΝΤΟΥΒΑΚΗ ΑΝΝΑ

Ακριβές απόσπασμα από το πρακτικό
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΚΟΥΡΛΕΤΑΚΗ ΖΩΓΡΑΦΕΝΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

16 08 2022 11:20:29
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΥΠΟΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΨΗΦΙΑΚΟ
ΑΠΟ
ΚΑΛΩΦΟΝ ΜΑΝΟΥΣΑΚΗ

Ηράκλειο, 16/08/2022

Α. Π.: 35590

Απάντηση στο έγγραφο: 34230

ΠΡΟΣ: κ.κ. Ζουμαδάκη Νικολέτα &
Σαμαρά Ηλιάννα-Ευτυχία, φοιτήτριες του
Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Διοικητή ΠΑΓΝΗ,
- 2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,
- 3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Το με αρ. πρωτ. 34230/04-8-2022 εισερχόμενο έγγραφο του Διοικητή κ. Χαλκιαδάκη Γ.,
2. Η με αρ. πρωτ. 15552/29-7-2022 Θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του
ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου σε γυναίκες ενήλικες που έχουν κάνει μαστεκτομή και νοσηλευθεί στην Ογκολογική Κλινική του νοσοκομείου, στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, από τους φοιτητές κ.κ. Ζουμαδάκη Νικολέτα και Σαμαρά Ηλιάννα - Ευτυχία, με θέμα: «Ψυχολογικές επιπτώσεις γυναικών μετά από μαστεκτομή», υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη.

Η έρευνα έχει λάβει την έγκριση του Διευθυντή της Ογκολογικής Κλινικής ΠΑΓΝΗ, καθηγητή κ. Δ. Μαυρουδή.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail). Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητριες ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

**Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
7^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ**

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΓΑΠΙΟΥ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης