



**Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***ΤΙΤΛΟΣ: «Η Αλλαγή της Εικόνας του Σώματος στις Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού και η Επιρροή του στη Ψυχολογία της Γυναίκας και του Οικογενειακού της Περιβάλλοντος»***



**Από τους φοιτητές:** Σάββα Άντρια

Σταύρου Μαρία

**Επιβλέπων Καθηγητής:** Καρτσωνάκη Μαρία, Νοσηλεύτρια Μ.Ε.Θ. ΠΑ.Γ.Ν.Η.,  
Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Κρήτης, Νοσηλευτικής, MSc, PhDc.

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ – Οκτώβριος 2017**

© 2017  
Σάββα Άντρια  
Σταύρου Μαρία

## Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	viii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	ix
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	11
ABSTRACT .....	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	15
ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	19
Η ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	19
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	21
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	27
ΠΡΟΛΗΨΗ.....	32
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ .....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	38
ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ – ΕΞΕΤΑΣΗ.....	38
Αυτοεξέταση.....	38
Εξέταση .....	39
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΨΗΛΑΦΗΣΗ.....	41
Επισκόπηση .....	41
Ψηλάφηση .....	41
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	45
ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	45
Διάγνωση.....	45

Κλινική εικόνα.....	46
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ .....	48
Μαστογραφία .....	48
Ξηρογραφία .....	49
Θερμογραφία .....	49
Υπερηχοτομογραφία.....	50
Πνευμοκυστογραφία.....	50
Γαλακτογραφία.....	50
Κυτταρολογική εξέταση .....	50
Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα .....	50
Βιοψία δια βελόνης.....	51
Ανοικτή βιοψία.....	51
ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ .....	53
Τα Στάδια του Καρκίνου του Μαστού .....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο .....	56
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	56
ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ .....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> .....	62
ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	62
ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	62
Ορμονοθεραπεία σε Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού .....	63
Ανεπιθύμητες Ενέργειες.....	64
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	64
Χρήση της Ακτινοθεραπείας .....	65
Εξωτερική Ακτινοθεραπεία .....	65
Εσωτερική Ακτινοθεραπεία – Βραχυθεραπεία .....	66
Ριζική Ακτινοθεραπεία .....	66

Ανακουφιστική Ακτινοθεραπεία .....	66
Προβλήματα κατά την Ακτινοθεραπεία .....	67
Παρενέργειες Ακτινοθεραπείας και Παράγοντες .....	67
Τοπικές Βλάβες στο Δέρμα .....	67
Ανησυχίες Ασθενών για την Ακτινοθεραπεία .....	68
<b>ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....</b>	<b>69</b>
Σκοποί Χημειοθεραπείας .....	69
Φαρμακολογία .....	70
Επιλογή και Δόση Φαρμάκου .....	71
Διάρκεια και Συχνότητα Χημειοθεραπείας .....	71
Θεραπευτικά Πρωτόκολλα .....	71
Οδοί Χορήγησης .....	72
Παρενέργειες και Τοξικότητα .....	72
Άμεσες Παρενέργειες .....	73
Βραχύχρονες Παρενέργειες .....	73
Μακροχρόνιες Παρενέργειες .....	74
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....</b>	<b>74</b>
Αρχές Χειρουργικής Ογκολογίας .....	74
Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της Θεραπείας .....	75
Προφυλακτική Χειρουργική .....	75
Προφυλακτική Μαστεκτομή .....	76
Ριζική Χειρουργική .....	77
Επιπλοκές και Συμπτώματα .....	78
Χειρουργικές Επεμβάσεις Αποκατάστασης .....	78
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> .....</b>	<b>81</b>
<b>ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .....</b>	<b>81</b>
Άγχος .....	82

Κατάθλιψη.....	83
Προδιαθεσικοί Παράγοντες της Κατάθλιψης.....	83
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	84
ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	85
Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	86
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ.....	87
ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ.....	89
ΑΛΩΠΕΚΙΑ.....	90
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	94
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	94
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ.....	94
ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	94
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	95
ΔΕΙΓΜΑ.....	95
ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	95
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	96
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	97
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	101
ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	102
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	102
Αποτελέσματα Ερωτηματολόγιου EORT QLQ - C30 για ασθενείς.....	112
Αποτελέσματα Ερωτηματολόγιου EORT QLQ – BR23 για ασθενείς.....	123
Κλίμακα Αξιολόγησης άγχους HAMILTON.....	129
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	130
Ερωτηματολόγιο Κλίμακας Επιβάρυνσης– Κ.Ε. ( «The Burden Interview» - ZARIT και ZARIT 1990).....	139

Αποτελέσματα ερωτηματολόγιου της κλίμακας για τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχολώνων καταστάσεων Σ.Α.Α.Κ. – Ways of Coping Questionnaire (Lazarus και Folkman 1984).....	145
ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ .....	150
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	153
ΣΥΜΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	156
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	158
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	159
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 .....	160
ΦΟΡΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ .....	160
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ .....	161
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	167
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 .....	172
ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ.....	172
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	175
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	177

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της εργασίας μας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσά μας κυρία Καρτσωνάκη Μαρία, που μας βοήθησε με τις γνώσεις και την ενέργειά της να υλοποιήσουμε αυτή την έρευνα.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑ.Γ.Ν.Η.) και το Βενιζέλειο – Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου που μας έδωσαν την έγκριση για την παράδοση των ανώνυμων ερωτηματολογίων στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού και τους συνοδούς τους.

Αξίζει ένα μεγάλο μπράβο στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, που παρά τις μεγάλες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, συνεχίζουν να παλεύουν για τη ζωή και να είναι θετικές και αισιόδοξες για το μέλλον. Τις ευχαριστούμε θερμά που μας βοήθησαν στην πραγματοποίηση της έρευνάς μας, όπως και το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειές μας, τους συγγενείς και τους φίλους μας για την υποστήριξη, την κατανόηση και το θάρρος που μας έδωσαν κατά τη διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας.



## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

BRCA 1 και BRCA 2: Breast Cancer Γονίδια.

HER2: Human Epidermal Growth Factor Receptor 2, πρωτεΐνη.

ΓΕΣ: Γαστρεντερικό Σύστημα

Η.Π.Α.: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Μ.Β.: Μοριακό Βάρος

Μ.Ε.Θ.: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΠΑ.Γ.Ν.Η.: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Τ.Ε.Ι.: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΑΥ: Αρτηριακή Υπέρταση

ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

ΚΕ: Κλίμακα Επιβάρυνσης

ΣΑΑΚ: Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων

CEA: Carcinoembryonic Antigen

AFP: Alpha Fetoprotein

hCG: Human Chorionic Gonadotropin

CA: Cancer Antigen

PSA: Prostate Specific Antigen

SCC: Squamous Cell Carcinoma

NSE: Neuron Specific Enolase

B2-M: Beta 2 Microglobulin

BTA: Bladder Tumor Antigen

NMP: Nuclear Matrix Protein

SERMs: Selected Estrogen Modifiers

Μονάδες Μέτρησης:

U/ml: Μονάδες ανά χιλιοστόλιτρο

ng/ml: Νανογραμμάρια ανά χιλιοστόλιτρο

mg/m<sup>2</sup>: Χιλιοστόγραμμα ανά τετραγωνικό μέτρο

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος του μαστού πιθανολογείται ως μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στις γυναίκες παγκοσμίως. Οι επιπτώσεις του αποτελούν αντικείμενο μελέτης τα τελευταία χρόνια στην ιατρική και νοσηλευτική κοινότητα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, οι ασθενείς συχνά βιώνουν προβλήματα άγχους και κατάθλιψης είτε ως παρενέργεια των ακολουθούμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων, είτε ως επίπτωση της ίδιας της νόσου.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της ψυχολογίας της γυναίκας με καρκίνο του μαστού και του οικογενειακού της περιβάλλοντος καθώς και πώς επηρεάζεται αυτή από την αλλαγή της εικόνας του σώματός της μετά τη μαστεκτομή και τη χημειοθεραπεία.

**Μεθοδολογία:** Το είδος της έρευνας είναι ποσοτική περιγραφική μελέτη και ο τύπος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling method). Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 51 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 60 συγγενείς από το οικογενειακό τους περιβάλλον, από το ΠΑ.Γ.Ν.Η., το Βενιζέλειο Νοσοκομείο, καθώς και από ηλεκτρονική φόρμα (Google Drive).

**Αποτελέσματα:** Η μέση τιμή ηλικίας των ασθενών ήταν τα 59 έτη με διακύμανση τιμών μεταξύ 22-85 έτη. Τα μεγαλύτερα ποσοστά των γυναικών με καρκίνο του μαστού δείχνουν ότι υπάρχει ανησυχία και αρνητικά συναισθήματα όσον αφορά την εικόνα του σώματός τους, καθώς και σοβαρής ποιότητας άγχος στο 56,86% των ασθενών (κλίμακα Hamilton). Το μεγαλύτερο ποσοστό του οικογενειακού περιβάλλοντος που συμμετείχε στην έρευνα ανήκε στο γυναικείο φύλο με ποσοστό 63,3%. Η μέση τιμή ηλικίας των συμμετεχόντων συγγενών ήταν τα 44 έτη με διακύμανση των τιμών μεταξύ 18-79 έτη. Η μέση τιμή της Κλίμακας Επιβάρυνσης είναι το σκορ 25 με διακύμανση των τιμών μεταξύ του 0-80. Το 55% των συγγενών είχε καθόλου-ήπια επιβάρυνση.

**Συμπεράσματα:** Στον καρκίνο του μαστού, τόσο η ίδια η νόσος, που προσβάλλει το στήθος, το οποίο σχετίζεται με τη θηλυκότητα, την ελκυστικότητα, αλλά και με τη σεξουαλική λειτουργία, όσο και η θεραπευτική αντιμετώπιση, όπως μαστεκτομή ή χημειοθεραπεία, έχουν ιδιαίτερο και σοβαρό αντίκτυπο στη ψυχική υγεία της γυναίκας.

Με τις θεραπείες για τον καρκίνο, το σώμα της γυναίκας αλλάζει δραματικά, αφού με την χειρουργική επέμβαση αφαιρείται ένα μέρος ή ολόκληρος ο μαστός. Η ολική αφαίρεση του μαστού έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική κατάσταση της ασθενούς.

Με όλες αυτές τις επιπτώσεις και τις παρενέργειες από τη νόσο και τη θεραπεία της, η γυναίκα έχει πολύ αισθητές αλλαγές στην καθημερινότητά της, στο ρόλο της στη ζωή, στην εικόνα του σώματός της και κυρίως στη συναισθηματική της κατάσταση. Αυτή η κατάσταση όμως δεν επηρεάζει μόνο την ίδια την ασθενή, αλλά και το οικογενειακό της περιβάλλον. Οι κοντινοί της άνθρωποι υποφέρουν και αυτοί ψυχολογικά και προσπαθούν να αντιμετωπίσουν όσο καλύτερα μπορούν την κατάσταση είτε βοηθώντας την ασθενή ψυχολογικά, είτε της παρέχουν τη φροντίδα που χρειάζεται.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Καρκίνος Μαστού, Αλλαγή εικόνας του σώματος, Μαστεκτομή, Χημειοθεραπεία, Συναισθηματική Κατάσταση, Αλωπεκία.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer is likely to be one of the leading causes of death among women worldwide. Its effects have been studied in recent years in the medical and nursing community. In the case of breast cancer, patients often experience problems of anxiety and depression either as a side effect of the following therapeutic approaches or as a consequence of the disease itself.

**Aim:** The purpose of this research is to investigate the psychology of the woman with breast cancer, along with her family's, and how she is affected by the change of her body image after mastectomy and chemotherapy.

**Methodology:** The type of the research is quantitative descriptive study and the type of sampling used was the purposive sampling method. The sample of this research consists of 51 women with breast cancer and 60 relatives from their family environment, from the University General Hospital of Heraklion, Venizelio Hospital and an online form (Google Drive).

**Results:** The mean age of the patients was 59 years with a range between 22-85 years. The larger percentages of women with breast cancer indicate that there is anxiety and negative feelings about their body image, as well as serious stress in 56.86% of patients (Hamilton scale). The majority of the family environment that participated in this research was of female sex with a percentage of 63.3%. The mean age of the participating relatives was 44 years with a range between 18-79 years. The mean value of the Burden Scale is the score 25, with a range of values between 0-80. Most of the relatives had a no-mild burden with a percentage of 55%.

**Conclusion:** In breast cancer, both the disease itself, which is related to femininity, to attractiveness, but also to sexual function, as well as treatment, such as mastectomy or chemotherapy, have a particular and serious impact on the mental health of the woman. With cancer therapies, the body of the woman changes dramatically, since with the surgery, a part or the whole breast is removed. Total breast removal has a negative impact on both physical and mental state of the patient.

With all these consequences and side effects from her illness and its treatment, the woman has very noticeable changes in her everyday life, her role in life, her body image and her emotional state. This situation, however, affects not only the patient herself but also her family environment. The nearby people also suffer psychologically and try to cope with the situation by either helping the patient psychologically or providing the care she needs.

**Key Words:** Breast cancer, Change of body image, Mastectomy, Chemotherapy, Emotional State, Alopecia.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### *ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ*

Η λέξη Καρκίνος έχει προέλευση από την Ελλάδα και συγκεκριμένα αποδίδεται στον Ιπποκράτη, τον Έλληνα ιατρό που έμεινε στην ιστορία σαν ο «Πατέρας της Ιατρικής», ο οποίος ήταν και ο πρώτος που χρησιμοποίησε τους όρους «Καρκίνος» και «Καρκίνωμα». Με αυτόν τον τρόπο περιέγραφε διαφόρους όγκους που εμφανίζονταν στο εσωτερικό και εξωτερικό μέρος του σώματος σαν έλκη και διογκώσεις. Ακόμα, ο μεγαλύτερος ιστορικός στη Ελλάδα ο Ηρόδοτος, έχει αναφέρει ότι η μητέρα του Πέρση βασιλιά Δαρείου, Άτοσα, είχε καρκίνο του μαστού.

Επιπλέον, σε αφιερώματα που βρέθηκαν σε διάφορα Ασκληπιεία, απεικονίζονταν μαστοί και αυτό αποδεικνύει την μεγάλη έκταση που είχαν οι παθήσεις του στήθους σε εκείνη την εποχή. Επίσης και στην Αρχαία Αίγυπτο έχουν βρεθεί νωρίτερα αναφορές σε πάπυρους για τη συγκεκριμένη νόσο οι οποίοι αναφέρουν 8 περιπτώσεις όγκων και έλκων στο στήθος τα οποία αντιμετώπιζονταν με καυτηριασμό. Αν και στον πάπυρο αναφέρεται ότι δεν υπάρχει θεραπεία, αυτή η μέθοδος ονομαζόταν «Τρυπάνι της Φωτιάς».

Η πρώτη γραπτή σταδιοποίηση της νόσου που βρέθηκε, έγινε από τον Κέλσο και κατέγραψε την κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού και τη διόγκωση των λεμφαδένων. Ο πρώτος που είχε περιγράψει με λεπτομέρειες εγχείρηση μαστεκτομής ήταν ο Λεωνίδης από την Αλεξάνδρεια, ο οποίος αναφέρει ότι ακολουθούσε ο καυτηριασμός για να αποτραπεί η αιμορραγία. Όπως φαίνεται, οι μαστεκτομές είχαν από πολύ παλιά ξεκινήσει και μάλιστα από την εποχή του Ιπποκράτη, δεν υπάρχουν όμως αναλυτικές περιγραφές για την διαδικασία. Την ίδια εποχή ο Γαληνός έχει γράψει ότι στα πρώτα στάδια του καρκίνου είναι προτιμότερο η θεραπεία, όμως όταν ο όγκος αυξηθεί σε μεγαλύτερη μάζα καλό είναι να προχωρήσει σε μαστεκτομή.

Επιπλέον οι άγιοι Ανάργυροι, ο Κοσμάς και ο Δαμιανός, θέραπευαν πολλές ασθένειες και μεταξύ αυτών των ασθενειών ήταν και ο καρκίνος του μαστού. Η πρώτη ογκοεκτομή περιγράφηκε από τον Παύλο τον Αιγινήτη, αυτή η εγχείρηση γίνεται χωρίς να χρειαστεί να αφαιρεθεί όλος ο μαστός. Με όλα αυτά συμπεραίνουμε ότι ο καρκίνος του μαστού είχε μελετηθεί πολύ από τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου. Εξάλλου οι ιστορικοί πιστεύουν ότι ο καρκίνος του μαστού έπαιξε σημαντικό ρόλο στις μελέτες των

κακοήθων παθήσεων, λόγω της συχνότητάς του αλλά και της επιφανειακής του θέσης. Η χειρουργική θεραπεία ήταν εύκολη για να εφαρμοστεί λόγω του ότι ήταν επιφανειακή η νόσος και δεν αποτελούσε κίνδυνο για την ζωή του ασθενή. Δεν υπήρχε μεγάλος κίνδυνος για αιμορραγία και η επούλωση γινόταν ευκολότερα με πιο λίγες επιπλοκές. Η νόσος του καρκίνου έχει παρομοιαστεί με το ζώο καρκίνος και στην περίπτωση του μαστού έχει την πιο πίστη αναπαράσταση.

Όλες αυτές οι τεχνικές και οι θεωρίες είχαν περάσει μέσω των Αράβων στην Ιατρική των Δυτικών περιοχών. Υπάρχουν 18 βιβλία τα οποία βρίσκονται στο Πανεπιστήμιο της Σορβόνης στο Παρίσι και έτσι έχουν σχεδόν παραμείνει αναλλοίωτες για αιώνες. Επίσης από τα Βυζαντινά χρόνια, έχουν μείνει λίγα αποσπάσματα για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού έχει σημαντική και μεγάλη ιστορία με πολλούς μεγάλους γιατρούς, αλλά ο σημαντικότερος χειρουργός ήταν ο Ουίλιαμ Χάλστεντ. Ο Χάλστεντ έκανε την πρώτη ολική μαστεκτομή και πήρε το όνομά του. Αυτή η μαστεκτομή περιλάμβανε ευρεία εκτομή του όγκου και στο γύρω δέρμα, αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, του μείζον θωρακικού μυ, και όλων των μυών που βρίσκονταν στην περιοχή που είχε αναπτυχθεί ο όγκος, καθώς και επιδιόρθωση της περιοχής με δερματικά μοσχεύματα. Αυτή η μέθοδος μαστεκτομής κατά Χάλστεντ είχε αποτελέσει πρωταρχική μέθοδο για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού για περίπου έναν αιώνα.

Ο τομέας της ιατρικής έχει εξελιχθεί ραγδαία στη τεχνολογία που χρησιμοποιείται και έτσι με αυτή την βοήθεια στο Πανεπιστήμιο του Μιλάνου, ο Βερονέζι και οι συνεργάτες του ανακοίνωσαν πολύ υψηλά ποσοστά επιβίωσης στον καρκίνο του μαστού με την βοήθεια της μερικής εκτομής του όγκου και τον συνδυασμό της ακτινοβολίας και της χημειοθεραπείας.

Μετά από όλα αυτά, το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ και πολλών άλλων εθνικών επιτροπών, έχουν καθορίσει τις χειρουργικές επιλογές σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Αυτές οι χειρουργικές επιλογές επιλέχθηκαν μέσω των συναντήσεων που είχαν καταξιωμένοι Ογκολόγοι και Χειρουργοί από όλο τον κόσμο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η επέμβαση κατά Χάλστεντ να αποσυρθεί γιατί παρουσίαζε κάποια προβλήματα και έτσι επικράτησε η μαστεκτομή κατά Πάτεϊ και η ογκεκτομή με ταυτόχρονο λεμφανδενικό καθαρισμό της μασχάλης, τον οποίο είχε προτείνει ο Βερονέζι. (Μάρκο Ε., 2011).



## **ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο όρος «Καρκίνος» περιγράφει μια ομάδα νοσημάτων η οποία βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Όλα τα φυσιολογικά κύτταρα έχουν ως μηχανισμό την διαίρεση και την ανάπτυξη έτσι ώστε να υπάρχουν θυγατρικά κύτταρα και με αυτόν τον τρόπο συμβάλλουν στη διατήρηση της υγείας του οργανισμού. Όταν αυτή η διαδικασία ξεφεύγει από το φυσιολογικό, δημιουργούνται νέα κύτταρα τα οποία δεν χρειάζεται ο οργανισμός, και τα παλιά κύτταρα δεν πεθαίνουν. Έτσι προκύπτει ο καρκίνος, ο οποίος είναι μια ομάδα που αποτελείται από μη φυσιολογικά κύτταρα τα οποία αναπτύσσονται με γοργό και ανεξέλεγκτο τρόπο, με αποτέλεσμα να καταστρέφουν και να προσβάλλουν τους φυσιολογικούς υγιείς ιστούς.

Τα καρκινικά κύτταρα σχηματίζουν ένα εξόγκωμα ή μια μάζα, που ονομάζεται όγκος. Ανάλογα με τον ρυθμό ανάπτυξης των όγκων, χωρίζονται σε καλοήθεις και κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι επειδή αναπτύσσονται αργά, δεν είναι επιβλαβείς για την υγεία και την ζωή του ατόμου, έτσι δεν ονομάζονται καρκινικοί γιατί δεν κάνουν μετάσταση. Σε αντίθεση με τους κακοήθεις όγκους, αυτοί αναπτύσσονται γρήγορα και μπορούν να έχουν μετάσταση και σε άλλα μέρη του σώματος, έτσι δημιουργούν δευτερεύοντες όγκους, όμοιους με αυτούς του πρώτου καρκίνου, δηλαδή του αρχικού καρκινώματος.

Τα καρκινικά κακοήθη κύτταρα εντοπίζουν τους υγιείς ιστούς του μαστού, με αυτόν τον τρόπο χάνουν τον έλεγχο και πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Αυτά τα κύτταρα διασπύονται και διηθούν σε κάποιους φυσιολογικούς ανατομικούς φραγμούς στον μαστό, τα οποία διασπείρονται και στο υπόλοιπο σώμα.

Ο καρκίνος είναι συμπαγείς όγκοι, εξαιρούνται μερικοί τύποι όπως η λευχαιμία, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τα κύτταρα να κυκλοφορούν στο αίμα και σε διάφορα όργανα και ιστούς. Υπάρχουν 200 διαφορετικά είδη καρκίνου, όπου ο καθένας αντιμετωπίζεται και θεραπεύεται διαφορετικά. Οι τύποι του καρκίνου του μαστού είναι διάφοροι και με διαφορετικά στάδια, όπως η επιθετικότητα και η διαφορετική σύσταση. Ο καρκίνος των πόρων και των λοβίων των μαστικών αδένων είναι ο πιο κοινός καρκίνος του μαστού.

Ωστόσο ο καρκίνος δεν επηρεάζει μόνο ένα συγκεκριμένο όργανο και δεν έχει μόνο μια συγκεκριμένη μορφή. Περιλαμβάνει όλους τους ιστούς του σώματος και έχει εντελώς διαφορετική μορφή σε κάθε διαφορετικό σημείο του σώματος. Η ονομασία των καρκίνων προέρχεται κυρίως από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου του οποίου αρχικά έχει προσβληθεί και από εκεί που έχουν ξεκινήσει. Σε περίπτωση μετάστασης του νέου όγκου,

φέρει το ίδιο όνομα με το αρχικό. Επίσης πολλοί όγκοι φέρουν την ονομασία τους από τους επιστήμονες που τους ανακάλυψαν όπως ο Hodgkin ή ο Brenner.

Εντούτοις υπάρχουν και άλλοι ιατρικοί όροι οι οποίοι χρησιμοποιούνται για να δείξουν ότι υπάρχει καρκινική νόσος, όπως είναι ο κακοήθης όγκος, το καρκίνωμα και το νεόπλασμα. Ο καρκίνος πλέον είναι μια χρόνια, αλλά πολύ συχνά ιάσιμη νόσος αν φυσικά έχει διαγνωστεί έγκαιρα. Τα ποσοστά που εκτιμούνται ότι είναι ιάσιμα για τον καρκίνο είναι πάνω από 40% και επίσης μπορεί να προληφθούν εάν διαγνωστούν έγκαιρα και θεραπεύονται (Παντώτη Σ., 2011; Παπανικολάου Ε., 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ***Η ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ***

Στη συμπτωματολογία της νόσου η εμφάνιση ενός χειροπιαστού, συνήθως μη επώδυνου ογκιδίου, είναι πλέον το πιο συχνό πρώιμο σύμπτωμα στη νόσο. Επίσης, περαιτέρω διερεύνηση πρέπει να αποτελεί σε περιπτώσεις οι οποίες υπάρχει αλλαγή στο σχήμα, το χρώμα και την υφή του μαστού αλλά και της θηλής. Η μαστογραφία στις μέρες μας βοηθά στην πρόληψη πριν από τα εμφανές συμπτώματα. Με αυτό τον τρόπο περιορίζει το ποσοστό των περιπτώσεων της εξάπλωσης του καρκίνου σε επιχώριους λεμφαδένες ή την οποιαδήποτε μετάσταση. Συχνότερα στον πνεύμονα και τα οστά, ο οποίος είναι από τους κυριότερους λόγους που προκάλεσε την επίσκεψη στο γιατρό και την διάγνωση στη νόσο.

Υπάρχουν πέντε παράγοντες οι οποίοι είναι οι πιο επιβαρυντικοί και πιστεύεται ότι είναι και οι σημαντικότεροι στη νόσο αυτή, όπως είναι:

- Η ηλικία.
- Η ηλικία εμμηναρχής.
- Ο αριθμός βιοψιών του μαστού.
- Η ηλικία της γυναίκας κατά τον πρώτο τοκετό.
- Ο αριθμός των συγγενών πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού (Βασίλαρος Σ.).

Η πρώιμη ανίχνευση της νόσου έχει βελτιωθεί σε αρκετές περιπτώσεις από την πρακτική αυτοέλεγχου από τις γυναίκες. Η ετήσια μαστογραφία και οι κλινικοί έλεγχοι του μαστού συνίσταται από τους ιατρούς σε γυναίκες πάνω από 50 ετών και σε σπάνιες περιπτώσεις σε νεαρότερες ηλικίες. Όταν υπάρχουν υποψίες για καρκίνο του μαστού στη μαστογραφία και την κλινική εξέταση, πρέπει να επιβεβαιωθεί πρώτα η διάγνωση πριν την οποιαδήποτε θεραπεία.

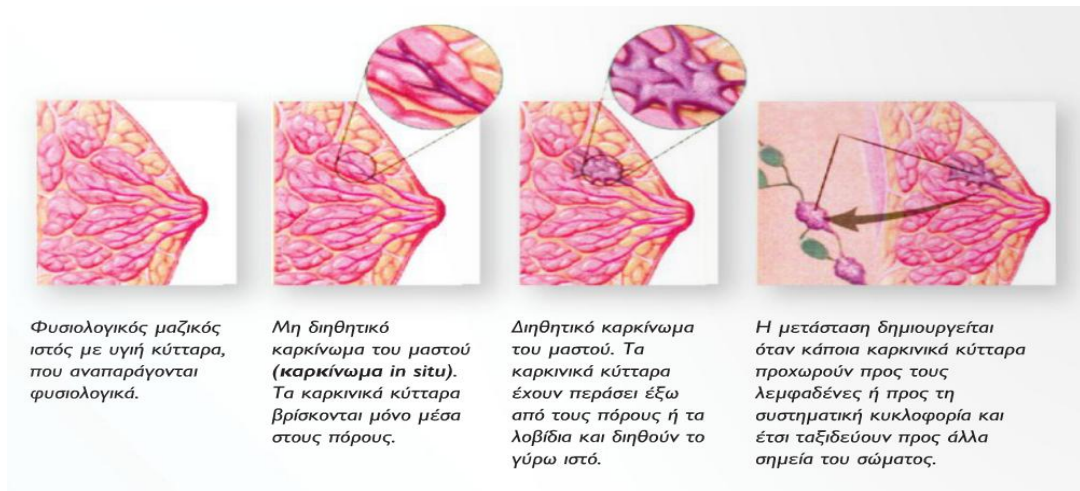
Με την πρόγνωση της νόσου, μία στις 10 γυναίκες στις υγειονομικά εξελιγμένες χώρες έχει μια πενταετή επιβίωση που πλησιάζει το 70% σύμφωνα με μελέτες που έχουν προκύψει. Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές, ο μεγάλος αριθμός θανάτων από καρκίνο του μαστού μπορούν να μειωθούν με 25% με την σωστή διάγνωση μαστογραφίας και της κατάλληλης θεραπείας. Χάρης στις βελτιωμένες και εξειδικευμένες πλέον μεθόδους που υπάρχουν, οι θάνατοι από καρκίνο του μαστού έχουν σχεδόν παραμείνει σταθεροί σε πολλούς πληθυσμούς, παρά τη συνεχή αύξηση της νόσου. Περίπου μια δεκαετία τώρα, η

θνησιμότητα από τον καρκίνο άρχισε να έχει ελαφρά πτώση τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες (Λάγιου Α., 2008).

Ωστόσο ο καρκίνος του μαστού διασπείρεται αιματογενώς, λεμφογενώς και κατά συνέχεια του ιστού. Επίσης υπάρχει μία αυξανόμενη τάση θεώρησης του καρκίνου του μαστού ως πολυεστιακή συστηματική νόσος. Η επιβίωση από τον καρκίνο εξαρτάται λιγότερο από τον κυτταρικό τύπο, σε σχέση με το μέγεθος του όγκου και το στάδιο του καρκίνου.

Υπάρχει μια 5ετούς επιβίωση ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου:

- Στάδιο 0 = 100%
- Στάδιο I = 98%
- Στάδιο IIA = 88%
- Στάδιο IIB = 76%
- Στάδιο IIIA = 56%
- Στάδιο IIIB = 49%
- Στάδιο IV = 16%

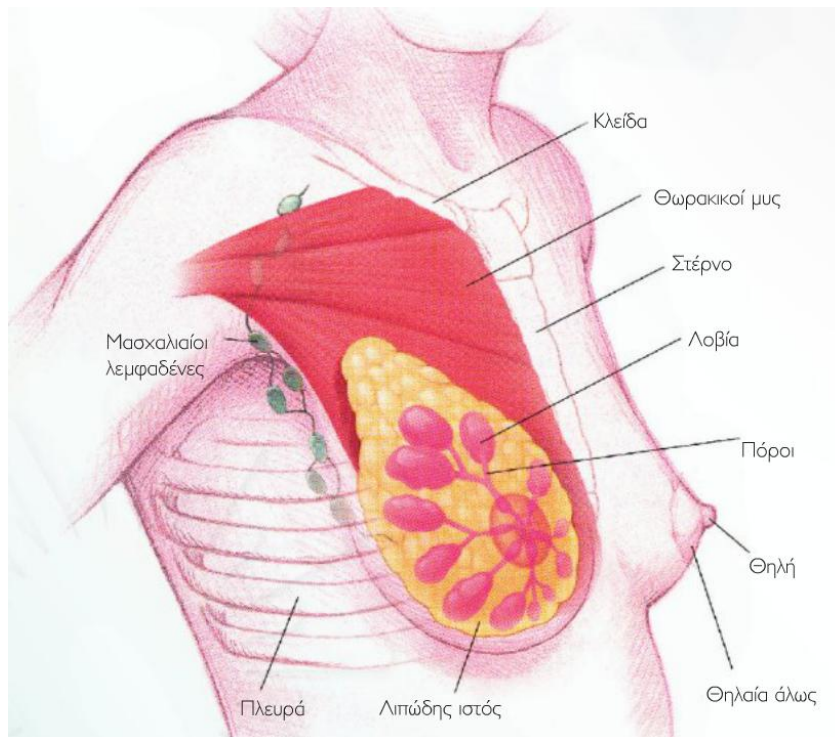


Η διαφορά μεταξύ των προγνωστικών παραγόντων και των προβλεπτικών παραγόντων είναι ότι οι προγνωστικοί παράγοντες αφορούν μόνο τη νόσο και την ασθενή κατά τη διάγνωση της και προσδιορίζουν την πορεία των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Οι προβλεπτικοί παράγοντες είναι οι ενδεικτικοί του βαθμού ανταπόκρισης της ασθενούς σε συγκεκριμένους θεραπευτικούς χειρισμούς όπως είναι πχ: ορμονικοί υποδοχείς, έκφραση c-erb, ή της πιθανότητας υποτροπής, όπως πχ: η παρουσία εκτεταμένου, μη διηθητικού στοιχείου στον όγκο ή η ανεύρεση μικροδιηθήσεων σε ασθενείς με μη διηθητικό καρκίνο.

Και οι δύο λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής σε κάθε ασθενή και στον καθορισμό του είδους της συστηματικής, επικουρικής θεραπείας. Η μέθοδος στηρίζεται στους βασικούς παράγοντες για τον υπολογισμό της πρόγνωσης των ασθενών με διηθητικό καρκίνο, οι οποίοι είναι το μέγεθος όγκου, ο βαθμός κακοήθειας του όγκου και η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων (Χατζοπούλου Ι., 2013).

## ***ANATOMIA ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ***

Ο μαστός είναι ένας αδένας που έχει ως σκοπό να παράγει η γυναίκα γάλα για να μπορεί να ταΐσει τα νεογνά της όπως κάθε θηλαστικό στη φύση. Αποτελεί περίπου την ημισφαιρική, λιπώδη πτυχή του δέρματος, το οποίο περιέχει το μαζικό αδένα και είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος σε έφηβες κοπέλες.



Οι μαστοί βρίσκονται στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα και είναι μεταξύ της 2<sup>ης</sup>, 3<sup>ης</sup>, 6<sup>ης</sup> και 7<sup>ης</sup> πλευράς. Ο κάθε μαστός προς τα έξω φθάνει μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, ενώ προς τα μέσα φθάνει μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. Ανάμεσα τους σχηματίζει ο μεσομάστιος κόλπος. Μιας άτοκης κοπέλας ο μαστός της έχει σχήμα κωνικό, δηλαδή από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω η θηλή. Ωστόσο το σχήμα του μπορεί να επηρεαστεί από πολλά αίτια, όπως η εγκυμοσύνη και η γαλουχία, έτσι με αυτόν τον τρόπο το επάνω μέρος του μαστού επιπεδώνεται και το κάτω μέρος από το

βάρος τους κυρτώνεται. Έτσι ώστε με αυτόν τον τρόπο να σχηματίζεται ανάμεσα τους στο θωρακικό τοίχωμα μια υπομάστια πτυχή.

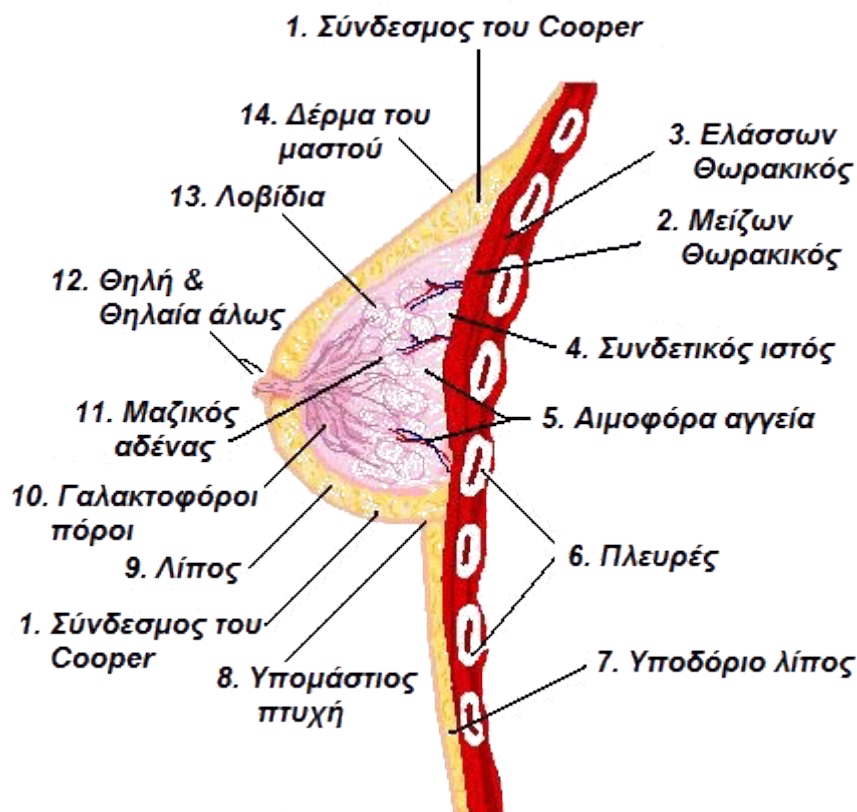
Για να περιγραφεί ο μαστός, διακρίνεται σε δύο επιφάνειες οι οποίες είναι η πρόσθια και η οπίσθια, καθώς συμπεριλαμβάνεται και η περιφέρεια. Στην πρόσθια επιφάνεια του μαστού συναντάμε ένα λεπτό και λείο δέρμα, το οποίο καλύπτει τους μαστούς, και στο μέσο του παρατηρείται η θηλή και η θηλαία άλω.

Η θέση της θηλής βρίσκεται κάτω και έξω από το μέσο του μαστού και είναι ένα κωνοειδές έπαρμα του δέρματος, το οποίο στην κορυφή παρουσιάζονται οι ρωγμές, όπου υπάρχουν 15 μέχρι 20 στόμια για την εκβολή των γαλακτοφόρων πόρων. Το ύψος της είναι 1 μέχρι 1,5 εκατοστά και αυξάνεται κατά τον θηλασμό. Χαρακτηρίζεται στην αφθονία της από μελανίνη η οποία είναι υπεύθυνη για το καστανέρυθρο χρώμα της θηλής. Επιπλέον η θέση της σε σχέση με το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα δεν είναι ποτέ σταθερή γιατί εξαρτάται από το μέγεθος του στήθους και το βαθμό χαλάρωσής του. Πάντως μία θέση του είναι σε αυτή, η οποία η θηλή βρίσκεται στο 4<sup>ο</sup> μεσοπλευρικό διάστημα και σε απόσταση από 10 μέχρι 12 εκατοστά από τη μέση γραμμή.

Γύρω από την θηλή βρίσκεται η θηλαία άλω η οποία είναι υποστρόγγυλη και ελαφρώς επηρμένη γύρω της, χαρακτηριστικό της είναι το καστανέρυθρο χρώμα της. Η διάμετρος της θηλαίας άλω είναι από 1,5 μέχρι και 6 εκατοστά. Στην εξωτερική της επιφάνεια υπάρχουν 10 με 15 μικρά επάρματα τα οποία ονομάζονται αλώαια οζίδια και είναι στοιχισμένα σε κύκλο γύρω από τη θηλή. Αυτά τα οζίδια έχουν ως υπόθεμα τους αδένες του Montgomery που είναι οσμηγόνοι, αλλά επίσης και τους σμηγματογόνους και υποτυπώδεις γαλακτικούς αδένες. Στην περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω, πολλά χρωστικοφόρα κύτταρα δίνουν την σκοτεινότερη χροιά των περιοχών αυτών σε σχέση με το υπόλοιπο γύρω δέρμα. Σε αυτό το χόριο υπάρχουν πολλές λείες μυϊκές ίνες οι οποίες προκαλούν σκλήρυνση αυτών των μορφωμάτων κατά την τριβή ή το θηλασμό.

Όταν οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper προσβληθούν από καρκίνο, χάνουν την ελαστικότητα τους η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη βράχυνσή τους. Έτσι προκαλείται στο δέρμα η εισολκή, η οποία είναι σοβαρό κλινικό ερέθισμα στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Ο μαζικός αδένας στην πρόσθια επιφάνειά του είναι υποκυρτός και ανώμαλος, και με αυτόν τον τρόπο παρουσιάζονται τα εντυπώματα που χωρίζονται με ακρολοφίες. Ανάμεσα σε αυτές τις ακρολοφίες και στο χόριο, υπάρχουν οι ινώδεις δεσμίδες και οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του μαστού τα οποία διαιρούν τον μαζικό αδένα σε 15 με 20 λοβούς. Αυτά τα παραπάνω εντυπώματα της πρόσθιας αυτής επιφάνειας, γερμίζονται από το περιμαστικό λίπος εκτός από τις περιοχές της θηλαίας άλω και της θηλής, και αυτό γιατί εκεί ο αδένας συνδέεται εμμέσως με το χόριο του δέρματος. Παράλληλα, η οπίσθια επιφάνεια του μαζικού αδένα χωρίζεται από την περιτομία του μείζονα θωρακικού μυός με λίγο ινολιπώδη ιστό. Τέλος, στην περιφέρεια του αδένα παρουσιάζεται προς τα μέσα η στερνική απόφυση και προς τα έξω, την άνω και κάτω μασχαλιαία απόφυση. Από αυτές τις τρεις η τελευταία είναι η πιο μεγάλη.



Ο μαζικός αδένας περιέχει λοβούς που έχουν σχήμα πυραμοειδές με την κορυφή προς τη θηλή και από εκεί βγαίνει ένας γαλακτοφόρος πόρος. Αυτοί οι πόροι συγκεντρώνονται προς τη θηλή, οι οποίοι είτε εκβάλλουν μόνοι, είτε μαζί με άλλους σε τρήματα της κορυφής της θηλής. Πριν όμως από την εκβολή τους προς τη θηλή, ο κάθε γαλακτοφόρος πόρος παρουσιάζει ένα ανεύρυσμα, το οποίο ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος και από εκεί συλλέγεται το γάλα. Όλο αυτό το εκκριτικό τμήμα του αδένα αποτελείται επίσης από

τις αδενοκυψέλες. Ένα λόβιο αποτελείται από αυτές τις αδενοκυψέλες οι οποίες εκβάλλουν σε ένα μεγαλύτερο κλάδο του γαλακτοφόρου πόρου. Όλα αυτά τα αδενικά στοιχεία βρίσκονται σε ένα υπόστρωμα το οποίο αποτελείται από ινώδη συνδετικό ιστό που είναι χαλαρότερος γύρω από τις αδενοκυψέλες.

Σαν συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι ο μαστικός αδένας είναι σωληνοκυψελοειδής και μοιάζει πολύ με τους ιδρωτοποιούς αδένες του δέρματος, στον τρόπο παραγωγής του εκκρίματος ωστόσο είναι αποκρινής αδένας. Ο αδένας αλλάζει σαν λεπτότερη κατασκευή ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τη λειτουργική του δραστηριότητα.

Ο μαστός επίσης αποτελείται από αγγεία, νεύρα και λεμφαγγεία. Οι αρτηρίες του μαστού προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και την ανώτερη θωρακική, τον θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, οι οποίες συναντώνται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες. Οι φλέβες διακρίνονται σε επιπολείς οι οποίες εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα και στις εν τω βάθει οι οποίες αποχετεύουν ακολουθώντας τις τρεις εξής οδούς που είναι προς την έσω μαστική φλέβα, προς τη μασχλιαία φλέβα και προς τις μεσοπλεύριες φλέβες που αναστομώνονται με τις 9 σπονδυλικές και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Η τελευταία οδός στο μαστό εξηγεί την οποιαδήποτε παρουσία μεταστάσεων από καρκίνο του μαστού στη σπονδυλική στήλη.

Επίσης τα λεμφαγγεία στο μαστό που είναι στο δέρμα και το μαστικό αδένα, αποχετεύουν τη λέμφο προς δύο κατευθύνσεις. Η πρώτη είναι προς τα έξω, στους μασχλιαίους λεμφαδένες και η δεύτερη είναι προς τα έσω, στους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Μεταξύ αυτών των δύο οδών υπάρχουν πάρα πολλές αναστομώσεις, καθώς και μεταξύ των λεμφαγγείων της έσω μαστικής αρτηρίας του άλλου μαστού.

Αυτό το οποίο είναι πολύ σημαντικό είναι ότι ο μαστός είναι ορμονοεξαρτώμενο όργανο. Όλες αυτές οι γεννητικές ορμόνες που υπάρχουν στον οργανισμό και οι ορμόνες της αδενούπόφυσης παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού κατά την εφηβεία καθώς και η μορφολογία τους κατά τις διάφορες φάσεις του καταμήνιου κύκλου, στη κύηση και τη γαλουχία.

Η αρτηριακή παροχή του μαστού παρέχει την αιμάτωσή του και προέρχεται από τρεις κύριους κλάδους. Οι πρώτοι είναι οι πρόσθιοι διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής αρτηρίας. Αυτοί οι κλάδοι περνούν μέσα από 2<sup>ο</sup>-4<sup>ο</sup> μεσοπλεύριων διαστημάτων,



διατρυπούν τη κατάφυση του μείζονα θωρακικού μυός και εισέρχονται στο έσω χείλος του μαστού, αρματώνοντας το 50% του οργάνου. Ο δεύτερος κλάδος είναι η πλάγια ή έξω θωρακική αρτηρία, είναι κλάδος της μασχαλιαίας που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυός και δίνει πολλαπλούς πλάγιους μαστικούς κλάδους. Η πλάγια θωρακική αρτηρία παροχετεύει σχεδόν το 30% του στήθους, κυρίως το άνω-έξω τεταρτημόριο. Ο τρίτος είναι ο θωρακικός κλάδος της ακρωμοθωρακικής αρτηρίας, επίσης κλάδου της μασχαλιαίας. Πορεύεται μεταξύ των δύο θωρακικών μυών και αιματώνει την οπίσθια επιφάνεια του αδένα.

Όσο για τον καρκίνο του μαστού, οι φλεβικές παροχετεύσεις είναι πιθανές οδοί για αιματογενείς μεταστάσεις. Όλοι οι οδοί της λεμφικής παροχέτευσης είναι πιθανό να είναι παράλληλοι προς τις οδούς της φλεβικής παροχέτευσης. Τα εν τω βάθει φλεβικά συστήματα μπορεί να είναι οι άμεσοι οδοί για τη μεταστατική νόσο των πνευμόνων. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαστικού αδένα ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη και διακρίνονται σε τρεις βασικές οδούς, με πρώτους τους οπίσθιους μεσοπλευρίους φλεβικούς κλάδους, δεύτερους τους μασχαλιαίους φλεβικούς κλάδους και τρίτους τους κλάδους της έσω μαστικής φλέβας.

Η λεμφική παροχέτευση είναι ένα πολύ πλούσιο λεμφικό πλέγμα το οποίο αποχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δύο κυρίως κατευθύνσεις, οι οποίες είναι η μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια, τα οποία δέχονται λέμφο από όλα τα τεταρτημόρια του μαστού. Η εξωτερική οδός προς τη μασχάλη απάγει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το έξω τμήμα του μαστού, ενώ η εσωτερική οδός προς τα έσω μαστικά γάγγλια, αποχετεύει κυρίως τη λέμφο από το εν τω βάθει και έσω τμήμα του μαστού.

Οι λεμφαδένες είναι σημαντικά κύτταρα κατά την καταπολέμηση των λοιμώξεων και έχουν σχήμα φασολιού. Επίσης είναι συλλογές των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος και είναι συνδεδεμένοι με τα λεμφαγγεία. Τα λεμφαγγεία είναι σαν μικρές φλέβες και μεταφέρουν ένα διαυγές υγρό το οποίο ονομάζεται λέμφος και ο ρόλος του είναι η απομάκρυνση από το μαστό. Η λέμφος περιέχει υγρά και απόβλητα από τους ιστούς καθώς και κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα καρκινικά κύτταρα του μαστού μπορούν να εισέλθουν στα λεμφαγγεία και να αρχίσουν να αναπτύσσονται στους λεμφαδένες.

Από τον μαστό η κυριότερη αποχέτευση της λέμφου είναι η πορεία προς τους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Οι οποίοι είναι περίπου 20-50 και παροχετεύουν το 75% της λέμφου του μαστού. Διακρίνονται σε πέντε ομάδες:

- 1) Έξω: Βρίσκεται έξω και πίσω της μασχαλιαίας φλέβας και αποτελείται από 4-6 λεμφαδένες.
- 2) Θωρακική ή Πρόσθια: Προβάλλει στο κάτω μέρος του ελάσσονος θωρακικού μυός και δέχεται το μέγιστο της λεμφικής παροχέτευσης του. Παροχετεύεται αρχικά στην ομάδα των κεντρικών λεμφαδένων, αλλά μπορεί να παροχετεύσει κατευθείαν στην υποκλείδια ομάδα και αποτελείται από 4-5 λεμφαδένες.
- 3) Οπίσθια ή Υποπλάτια: Προβάλλει κοντά στο κάτω μέρος της μασχαλιαίας κοιλότητας και στο έσω μέρος της ωμοπλάτης, δέχεται επιπλέον ροή λέμφου από το πίσω τμήμα του λαιμού, του κορμού και του ώμου, παροχετεύει μέσα στην κεντρική και υποκλείδια ομάδα και αποτελείται από 5-7 λεμφαδένες. Οι τρεις αυτές ομάδες λεμφαδένων αποτελούν το πρώτο επίπεδο και έχουν ως ανατομικό χαρακτηριστικό ότι βρίσκονται από κάτω του κάτω χείλους της καταφύσεως του ελάσσονος θωρακικού μυός.
- 4) Κεντρική: Αποτελείται από 3-4 λεμφαδένες, είναι το δεύτερο επίπεδο των λεμφαδένων της μασχάλης και βρίσκεται πίσω από την κατάφυση του ελάσσονα θωρακικού μυός. Η ομάδα αυτή δέχεται λέμφο, η οποία έχει πρώτα διέλθει από τις λεμφαδενικές ομάδες του πρώτου επιπέδου μασχάλης.
- 5) Υποκλείδια ή Κορυφαία: Βρίσκεται εσωτερικά και πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ, στην κορυφή της μασχαλιαίας κοιλότητας και είναι το τρίτο επίπεδο των λεμφαδένων της μασχαλιαίας κοιλότητας. Υποδέχεται λέμφο των κορυφαίων λεμφαδένων του δεύτερου επιπέδου. Αποτελείται από 6 μέχρι 12 λεμφαδένες και συχνά συναντώνται στην μασχαλιαία κοιλότητα, στην απομακρυσμένη έξω πλευρά και στην οπίσθια εσωτερική πλευρά του στήθους.

Οι έσω μαστικοί λεμφαδένες είναι 2-6 στον αριθμό και βρίσκονται μεταξύ των μεσοπλεύριων διαστημάτων, κατά μήκος των έσω μαστικών αγγείων. Οι αδένες αυτοί δέχονται λέμφο κυρίως από το έσω τμήμα του μαστού και αποχετεύουν προς τα λεμφογάγγλια της βάσης του τραχήλου. Βοηθούν στο 20% της παροχέτευσης και περιλαμβάνουν τους τέσσερις λεμφαδένες σε κάθε πλευρά που παροχετεύουν τα δύο έσω τεταρτημόρια.

Οι λεμφαδένες του Rotter είναι 1-4 στον αριθμό και βρίσκονται μεταξύ μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός, κατά μήκος των ακρομιοθωρακικών αγγείων. Οι λεμφαδένες αυτοί δέχονται λέμφο κυρίως από το άνω τμήμα του μαστού και αποχετεύουν προς τα κεντρικά και υποκλείδια λεμφογάγγλια (Χατζοπούλου Ι.,2013).

Σαν φυσιολογία ο μαστός είναι ένα ορμονοεξαρτώμενο όργανο, αφού η ανάπτυξη του και η παραγωγή γάλακτος εξαρτώνται από την ύπαρξη γεννητικών και άλλων ορμονών όπως είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

Η ορμόνη προλακτίνη παράγεται στην αδenoυπόφυση και η δράση της στο μαστικό αδένα είναι διττή. Με την βοήθεια της προγεστερόνης και των οιστρογόνων βοηθούν στην ανάπτυξη του αδένα, ενώ ταυτόχρονα βοηθά και στην παραγωγή γάλακτος από τις αδenoκυψέλες. Όσο επικρατεί η κύηση, η έκκριση γάλακτος μέσω της προλακτίνης αναστέλλεται από τις γεννητικές ορμόνες, τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη τα οποία κυκλοφορούν στο αίμα. Στο τέλος του τοκετού και μετά την καταστροφή του πλακούντα υπάρχει μια έντονη πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων στο αίμα, με αποτέλεσμα την ελεύθερη δράση της προλακτίνης στον αδένα και την έκκριση γάλακτος από τις αδenoκυψέλες του.

Η ωκυτοκίνη είναι η ορμόνη που παράγεται στον παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου και εκκρίνεται από τη νευροϋπόφυση. Δρα στη μήτρα και τον μαστικό αδένα. Βοηθά την μήτρα με το να οδηγεί στη σύσπασή της με αποτέλεσμα την εξώθηση του εμβρύου την ώρα του τοκετού. Στον μαστικό αδένα αποτελεί τη βασική ορμόνη του αντανεκλαστικού θηλασμού επειδή στη θέα του μωρού η μητέρα παράγει ωκυτοκίνη ή στην επαφή των χειλιών του μωρού με την θηλή της μητέρας του. Το αποτέλεσμα από την παραγωγή ωκυτοκίνης είναι η σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των αδenoκυψέλων και η εξώθηση του γάλακτος προς τους γαλακτοφόρους πόρους κατά την έναρξη του θηλασμού. Στις 2-3 πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, ο μαστός παράγει το πρωτόγαλα ή αλλιώς το πύαρ. Το ίδιο διάστημα 2-3 ημερών αρχίζει και η παραγωγή του γάλακτος η οποία ρυθμίζεται από την προλακτίνη (Γώγου Μ., Συρίγου Α., 2006).

### ***ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ***

Πλέον υπάρχει μια πληθώρα μελετών με την βοήθεια των επιστημών για να μπορεί να προσδιοριστούν ορισμένοι παράγοντες κινδύνου που παίζουν σημαντικό ρόλο και συμβάλλουν στην ανάπτυξη των κακοήθων νεοπλασμάτων στο μαστό.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι:

### **A) Η Κληρονομικότητα**

Υπολογίζεται πως μόλις το 5-10% των κρουσμάτων του καρκίνου του μαστού έχει σχέση με την κληρονομικότητα. Η πλειονότητα των κρουσμάτων αυτών έχουν προκύψει από βλάβες στο γενετικό υλικό των μαστικών κυττάρων τα οποία προκαλούνται από διάφορους παράγοντες που προκύπτουν κατά την διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Τα δύο γονίδια, γνωστά ως BRCA 1 και BRCA 2 προσδιορίζονται ως παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού τα οποία έχουν υποστεί γενετική αλλοίωση.

Εντούτοις, η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στο ποσοστό μικρότερο του 10% των κρουσμάτων αυτών και είναι αποδειγμένο ότι είναι βασικός παράγοντας κινδύνου. Οι γυναίκες με εξ αίματος συγγενείς που έχουν νοσήσει έχουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Το ποσοστό κινδύνου εμφανίζεται αντιστρόφως ανάλογο με την ηλικία εμφάνισης της νόσου: όσο νεότερο ήταν το μέλος της οικογένειας όταν νόσησε, τόσο μεγαλύτερο το ποσοστό κινδύνου για τις υπόλοιπες γυναίκες της οικογένειας. Επίσης σημαντικός είναι ο αριθμός των κρουσμάτων στην οικογένεια, δηλαδή όσο περισσότερα τα κρούσματα, τόσο μεγαλύτερος και ο κίνδυνος για τα υπόλοιπα μέλη.

### **B) Η Ηλικία**

Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν πως ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προκύψει σε οποιοδήποτε ηλικία μετά την εφηβεία. Αλλά τα ποσοστά εμφάνισής του αυξάνονται όσο αυξάνεται και η ηλικία. Υπολογίζεται πως μία γυναίκα 70 χρονών αντιμετωπίζει ως και διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού από μία γυναίκα που έχει μόλις περάσει την εμμηνόπαυση. Τα ποσοστά σε γυναίκες ηλικίας 15-39 ετών είναι 0,5% , για γυναίκες από 40-59 ετών είναι 4% ενώ σε ηλικίες πάνω από 60 ετών τα ποσοστά είναι στο 7%. Ας σημειωθεί ακόμη ότι η πλειονότητα των κρουσμάτων προκύπτει σε γυναίκες άνω των 50, και περισσότερα από τα μισά αφορούν γυναίκες άνω των 60.

### **Γ) Ηλικία Εμμηναρχής και Εμμηνόπαυσης**

Οι διαταραχές ή ιδιαιτερότητες της εμμήνου ρύσης και της κύησης υποδηλώνουν πως γυναίκες με πρόωμη έναρξη της εμμήνου ρύσης πριν από το 12<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους ή με καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά τα 55, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης

καρκίνου στο μαστό. Η λήψη των οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση παίζει σημαντικό ρόλο με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της νόσου, με τον κίνδυνο στο πόσο χρονικό διάστημα η γυναίκα παίρνει τα οιστρογόνα. Ανάλογος συσχετισμός έχει προκύψει και για τις γυναίκες που παρέμειναν άτεκνες, που δεν είχαν πλήρεις κυήσεις ή που γέννησαν μετά τα τριανταπέντε τους χρόνια.

#### **Δ) Σωματικό Βάρος και Διατροφή**

Ακόμα κάτι που παίζει σημαντικό ρόλο για τον παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο είναι και η παχυσαρκία και αύξηση του σωματικού βάρους. Όταν η συσσώρευση του σωματικού λίπους φτάνει σε ποσοστά περισσότερα από το κανονικό υπάρχει πιθανότητα για καρκίνο με ποσοστό 17%. Επίσης η αύξηση βάρους στην ηλικία των 20 και πάνω αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο. Ο κίνδυνος αυξάνεται και στα 16 κιλά περισσότερα από το κανονικό δείκτη της μάζας του σώματος ενός ατόμου με σχεδόν 68%.

#### **Ε) Το Κάπνισμα**

Είναι ευρέως διαδεδομένο σε όλο τον κόσμο και σύμφωνα με στοιχεία η κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων ημερησίως από γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση και για εννέα περίπου χρόνια, αυξάνει δραστικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σχεδόν με ποσοστά που αγγίζουν το 60%. Για τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση το ποσοστό μειώνεται στο 50%, αλλά ούτως ή άλλως είναι αφυπνιστικά υψηλό. Η διακοπή του καπνίσματος έχει αποδειχτεί πως είναι σε θέση να μειώσει το σχετικό κίνδυνο για καρκίνο.

#### **ΣΤ) Ακτινοβολία**

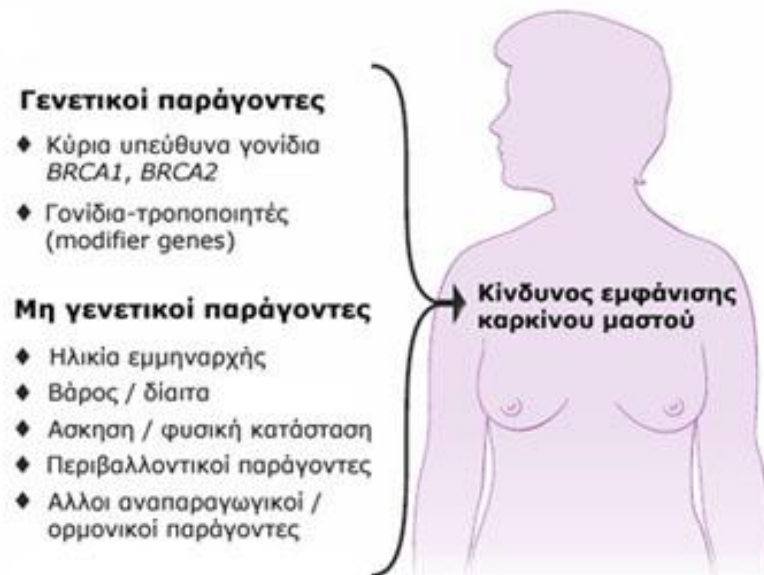
Η έκθεση του στήθους σε ακτινοβολία ιδιαίτερα στη δεύτερη δεκαετία της ζωής έχει αποδειγμένα δείξει ότι αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού μετά από περίπου 20 χρόνια.

#### **Ζ) Ατομικό Ιστορικό**

Ακόμα και προηγούμενος καρκίνος της μήτρας ή των ωοθηκών μπορεί να υποδηλώσει πως γονιδιακές μεταλλάξεις που προκαλούν αυτούς τους καρκίνους είναι σε θέση να προκαλέσουν κακοήγη νεοπλασία και στο μαστό.

## Η) Άτυπη Υπερπλασία

Μολονότι δεν είναι όλες οι αλλοιώσεις ή όγκοι στο στήθος κακοήθεις και καρκινικοί, ορισμένες προετοιμάζουν το έδαφος για την εμφάνιση παθογόνων καρκινικών κυττάρων και καρκίνου στην ευρύτερη περιοχή του μαστού όπως είναι η άτυπη υπερπλασία ή άλλη προκακοήθης κατάσταση (Ματσούλη Λ., 2013).



Οι προκαρκινωματώδεις καταστάσεις είναι και αυτές παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και είναι η ινοκυστική μαστοπάθεια, το ινοαδένωμα και το θήλωμα των γαλακτοφόρων πόρων.

Η ινοκυστική μαστοπάθεια αναπτύσσεται με γρήγορο ρυθμό και προσβάλλει συχνότερα γυναίκες ηλικίας 45-50 ετών. Είναι πολύ σπάνιο να προσβληθούν γυναίκες σε πιο νεαρή ηλικία μαζί με την θηλωματώδη επιθηλιακή υπερπλασία και είναι γνωστή σαν Juvenile θηλωμάτωση. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά είναι ο σχηματισμός κυστικών ογκιδίων με διάχυτη ή οζώδη αύξηση της σύστασης και του μεγέθους του μαζικού αδένα, μαστωδυνία στο 44-56 % των περιπτώσεων και παθολογική έκκριση από τις θηλές στο 3-10% των περιπτώσεων. Η αιτία της μεταπλαστικής διεργασίας οφείλεται σε ορμονικές διαταραχές και συγκεκριμένα την αύξηση των οιστρογόνων και τη σχετική ελάττωση της προγεστερόνης.

Αυτή η ορμονική διαταραχή προκαλεί έκκριση και κατακράτηση του εκκρίματος με αποτέλεσμα την ανάπτυξη εκτασίας των πόρων ή κύστεων, καθώς και έντονη κυτταρική ανάπτυξη του επιθηλίου των πόρων και των λοβίων με την μορφή της επιθηλιακής

υπερπλασίας και αδένωσης. Στην ιστοπαθολογική διάγνωση και ταξινόμηση προϋπάρχουν 3 μορφολογικές οντότητες:

A) Κύστες: Μπορεί να είναι μεγάλες μεγέθους μέχρι 6 εκ. μονήρεις ή πολλαπλές μικροκύστες μεγέθους 1-2 χιλ. Το υδαρές συνήθως περιεχόμενο των κύστεων λόγω αιμορραγίας μπορεί να γίνει πρασινόχρουν.

B) Αδένωση: απλή ή σκληρυντική.

Γ) Επιθηλίωση.

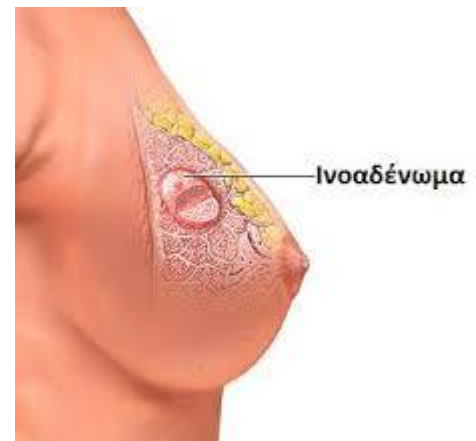
Η ταξινόμηση της ινοκυστικής νόσου είναι η εξής:

A) Με επιθηλιακές αλλοιώσεις και ατυπία, αποτελεί το 5% των περιπτώσεων, χαρακτηριστικό της η άτυπη υπερπλασία του επιθηλίου των πόρων και των λοβίων και με την έννοια αυτή είναι προκαρκινωματώδης κατάσταση.

B) Απλή χωρίς επιθηλιακές αλλοιώσεις, αποτελεί το 70% των περιπτώσεων και δεν εμφανίζει κανέναν κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής.

Γ) Με επιθηλιακές αλλοιώσεις αλλά χωρίς ατυπίες και αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την αδένωση και επιθηλίωση, δηλαδή την ενδοσωληνώδη επιθηλιακή υπερπλασία, και ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής είναι πολύ μικρός. Η κατηγορία αυτή αποτελεί το 25% των περιπτώσεων.

Τα ινοαδενώματα είναι οι πιο συχνοί όγκοι του μαστού προεμμηνοπαυσιακά και μετά την ινοκυστική νόσο και το καρκίνωμα είναι η τρίτη σε συχνότητα πάθηση του μαστού. Συνήθως εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία των 20-24 ετών και υπολογίζεται ότι περίπου 1 στις 4 γυναίκες θα αναπτύξει σε κάποια φάση της ζωής της. Τα Juvenile ινοαδενώματα εμφανίζονται κατά την εφηβεία, αναπτύσσονται πολύ γρήγορα και εξαιτίας του μεγέθους τους ονομάζονται «γιγαντιαία» ινοαδενώματα. Συνήθως είναι μονήρη, αλλά μπορεί να είναι και πολλαπλά 10-17% περίπου ή αμφοτερόπλευρα με ποσοστό 3-5%. Με την πάροδο του χρόνου δημιουργούνται εκφυλίσεις, απασβεστώσεις, και τελικά πλήρης ατροφία του επιθηλίου.



Το 0,5-1,5% των ινοαδενωμάτων έχει παρατηρηθεί κακοήθης επιθηλιακή μεταπλασία προερχόμενη από δύο κατευθύνσεις. Η πρώτη είναι από πρωτοπαθές καρκίνωμα από το επιθήλιό του με ποσοστό 70% το οποίο είναι λοβιακό καρκίνωμα *in situ*. Η δεύτερη προέρχεται από τους περιβάλλοντες ιστούς του ινοαδενώματος, που στη συνέχεια το διηθεί και έχει την μορφή λοβιακού καρκινώματος ή σπανιότερα πορογενούς. Τα ινοαδενώματα συνυπάρχουν με το λοβιακό καρκίνωμα και απαντώνται συνήθως σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών, και επειδή η κακοήθης εξαλλαγή μπορεί να συμβεί μετά από την περίοδο ύπαρξης 10-20 χρόνων, συνίσταται αφαίρεσή τους ειδικά σε ηλικίες αυξημένου κινδύνου.

Τα θηλώματα είναι όγκοι οι οποίοι κυρίως εντοπίζονται σε μεγάλα τμήματα των πόρων και συνδέονται από ένα σκελετό από συνδετικό ιστό, με καλή αιμάτωση η οποία καλύπτεται από μια ή δύο στοιβάδες κυττάρων. Συνήθως υπάρχουν αποκρίσεις και μυοεπιθηλιακές προεκβολές. Το πρώτο σύμπτωμα είναι η αιμορραγία από τη θηλή διότι αυτά τα θηλώματα μπορούν να κάνουν αιμορραγία πολύ εύκολα. Συνήθως τα ενδοσωληνώδη θηλώματα είναι μεγάλα σε μέγεθος και εμφανίζονται σαν μαλακοί όγκοι που προκαλούν απόφραξη των πόρων και το αποτέλεσμα είναι εκτασία των πόρων, γαλακτοφορίτιδα και μαστίτιδα (Γώγου Μ., Συρίγου Α., 2006).

## **ΠΡΟΛΗΨΗ**

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου σε γυναίκες από 40-50 ετών. Η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού αυξάνεται με ένα πάρα πολύ γρήγορο ρυθμό με ποσοστά 4% και είναι συχνότερο σε γυναίκες υψηλού βιοτικού επιπέδου. Παρόλα αυτά υπάρχουν μέτρα πρόληψης για τον καρκίνο που μπορούμε να βάλουμε στην καθημερινότητα μας, όπως:

- Αύξηση φυσικής άσκησης.
- Σωστή διατροφή και διατήρηση σωστού σωματικού βάρους.
- Αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ.
- Αποφυγή καπνίσματος.
- Αποφυγή κατανάλωσης ζάχαρης.
- Αποφυγή κατανάλωσης κρέατος και ζωικού λίπους.
- Αποφυγή γαλακτοκομικών προϊόντων.
- Αύξηση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.





Η πρόωμη διάγνωση είναι πολύ σημαντική για να προλάβουμε τον καρκίνο του μαστού γιατί τα ποσοστά ίασης αυξάνονται. Πριν καν γίνει ο καρκίνος ψηλαφητός μπορούμε με μια σωστή διαγνωστική μέθοδο να βρούμε τη νόσο. Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να γίνει με αυτοεξέταση, δηλαδή να αφιερώσουμε στον εαυτό μας 10 λεπτά κάθε μήνα, κλινική εξέταση, μαστογραφία και υπερηχογράφημα, μαγνητική μαστογραφία, παρακέντηση και κυτταρολογική εξέταση, βιοψία με κόπτουσα βελόνα και ιστολογική εξέταση και ανοικτή χειρουργική βιοψία.

Πιο συγκεκριμένα για την πρόωμη ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση πρέπει όλες οι γυναίκες άνω των 20 ετών να εξετάζονται μια φορά τον μήνα, να κάνουν κλινικές εξετάσεις από τον γυναικολόγο τους έστω και μία φορά κάθε τρία έτη. Όλες οι γυναίκες άνω των 40 ετών εκτός από τις κλινικές εξετάσεις πρέπει να κάνουν μαστογραφία κάθε χρόνο. Επίσης, γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό ή ψηλαφητό όγκο μπορούν να κάνουν μαστογραφία και σε μικρότερη ηλικία (Πλασκασοβίτη Ε., Τσιοπτσία Ε., 2015).

Στη δευτεροβάθμια πρόληψη περιλαμβάνεται μια σειρά από εργαστηριακούς ελέγχους οι οποίοι έχουν σαν αποτέλεσμα την εύρεση του καρκίνου και την πρόληψή του:

## **1. Ακτινογραφικός Έλεγχος**

### **A) Μαστογραφία**

Είναι η πιο σημαντική απεικονιστική μέθοδος για τη διερεύνηση του καρκίνου του μαστού. Σε ποσοστό πάνω από το 90% του συνόλου των περιπτώσεων η μέθοδος αυτή επιτρέπει την αναγνώριση ενός καρκίνου. Πολλές είναι οι φορές οι οποίες πολύ πριν εκδηλωθούν τα κλινικά συμπτώματα αναγνωρίζεται από την μαστογραφία. Αποτελεί ένα είδος ακτινογραφίας του μαστού με την οποία επιδιώκεται όχι η απόδειξη ή η επιβεβαίωση όγκων του μαστού, αλλά η ανίχνευση της κλινικής διάγνωσης και η κατ' εξοχήν ανίχνευση λανθασμένων συμπτωματικών καρκινωμάτων του μαστού. Είναι ασφαλής. Η μαστογραφία έχει το 1/10 της ακτινοβολίας μιας απλής ακτινογραφίας θώρακος. Αποτελεί την πιο συχνή σε χρήση μέθοδο διάγνωσης των παθήσεων του μαστού.

### **B) Ξηρογραφία**

Σκοπός της ξηρογραφίας δεν είναι η ανάδειξη ή η επιβεβαίωση ενός όγκου του μαστού που ψηλαφάται, αλλά η ανίχνευση μικρών καρκινωμάτων του μαστού, όταν βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο. Η μέθοδος αυτή δεν εφαρμόζεται διότι έχει μειωμένο ποσοστό ακρίβειας της διάγνωσης λόγω κακής ποιότητας της εικόνας.

### **Γ) Θερμογραφία**

Μια υπέρυθη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες της επιφάνειας του μαστού και βοηθάει στη βεβαίωση των σημείων της ανώμαλης αιμάτωσης. Σε κακοήθη εξεργασία εμφανίζεται θερμή περιοχή, εξαιτίας της αιμάτωσης. Η θερμογραφία θα μπορούσε να είναι ιδανική μέθοδος προληπτικού ελέγχου του μαστού, γιατί είναι απλή και αβλαβής. Δεν έχει καθιερωθεί γιατί δεν εντοπίζει όγκους μικρότερους από των δυο εκατοστών.

### **Δ) Γαλακτογραφία**

Η απεικόνιση του γαλακτοφόρου δένδρου με υδατοδιαλυτή σκιαγραφική ουσία γίνεται με την έγχυση από τους πόρους της θηλής για τον έλεγχο του εύρους της βατότητας, της τοπογραφίας και του σημείου έμφραξης του πόρου από τον όγκο για την ευκολότερη χειρουργική του αποβολή. Εκτελείται σπάνια γιατί οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις που δείχνονται στο γαλακτοφόρο πόρο δεν είναι εύκολο να ερμηνευθούν με ακρίβεια ακόμη

και από έμπειρο χειρουργό. Ωστόσο πολλοί είναι αυτοί που εκφράζουν την άρνηση τους στην εκτέλεση της γαλακτοφορογραφίας από φόβο πρόκλησης ρήξης του γαλακτοφόρου πόρου, ύστερα από εφαρμογή μεγάλης πίεσης της σκιαγραφικής ουσίας κατά την έγχυσή της.

## **2. Κυτταρολογική Εξέταση του εκκρίματος της θηλής**

Αυτή η εξέταση δεν μπορεί να αντικαταστήσει άλλες διαγνωστικές μεθόδους, όμως μπορεί να προσφέρει εκεί που άλλες μέθοδοι αποτυγχάνουν, δηλαδή στην πιθανή διάγνωση ενός πρώιμου καρκίνου που δεν δίνει άλλες κλινικές ή ακτινολογικές ενδείξεις. Η μέθοδος αυτή εκτελείται σπάνια γιατί εάν υπάρχει, κλινική ή μαστογραφική υποψία του καρκίνου θα πρέπει να εφαρμόζονται άλλες διαγνωστικές μέθοδοι όπως είναι η παρακέντηση με λεπτή βελόνη ή η βιοψία με βελόνα από τον πυρήνα.

## **3. Υπερηχογράφηση**

Οι υπέρηχοι στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού είναι αξιόλογη. Αποτελεί συμπλήρωμα της διαγνωστικής μεθόδου της μαστογραφίας όταν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στο μαστό, γιατί εάν είναι μικρότερη δύσκολα φαίνεται. Συστήνεται στη διαφορική διάγνωση της καλοήθους από τη κακοήθη εξεργασία του μαστού. Διακρίνει τις κυστικές αλλοιώσεις από τους συμπαγείς όγκους. Είναι η καλύτερη μέθοδος για τη διάγνωση και την παρακολούθηση νέων γυναικών ηλικίας μικρότερης των τριάντα ετών. Αποτελεί την πιο συχνή διαγνωστική μέθοδο των παθήσεων του μαστού, έπειτα από τη μαστογραφία.

## **4. Παρακέντηση με Λεπτή Βελόνα**

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνα είναι ένα είδος βιοψίας που έχει σκοπό τη λήψη υλικού για κυτταρολογική εξέταση. Η παρακέντηση του ψηλαφητού όγκου γίνεται με λεπτή βελόνα για να διαπιστώσουμε, εάν αυτός είναι κυστικός ή συμπαγής. Αφού σταθεροποιηθεί ο όγκος με τα δάκτυλα του εξεταστή, εισάγεται η βελόνα. Εάν ο όγκος είναι κυστικός η βελόνα θα εισέλθει εύκολα στην κοιλότητα της κύστης. Εάν ο όγκος είναι συμπαγής, θα βρεθεί αντίσταση στο πέρασμά της.

Στην περίπτωση μη ψηλαφητής βλάβης η παρακέντηση γίνεται με την βοήθεια των υπερήχων από ειδικευμένο στην εξέταση γιατρό. Εάν πρόκειται για κύστη αποτελεί τις περισσότερες φορές και την οριστική θεραπεία της. Εάν αφαιρεθεί όλη η ποσότητα υγρού, η κύστη εξαφανίζεται και αν η μαστογραφία που θα ακολουθήσει δεν αποδείξει την ύπαρξη σκιάς και η επανεξέταση σε δύο έως τρεις μήνες δεν διαπιστώσει την

επανεμφάνιση της κύστης, τότε δεν απαιτείται άλλος έλεγχος. Η κυτταρολογική εξέταση αναρρόφησης με λεπτή βελόνα εκτελείται συχνά, δεν αποτελεί όμως αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο. Απαιτείται συμπληρωματικός έλεγχος.

### **5. Βιοψία με Βελόνα από τον Πυρήνα**

Για την εκτέλεση της μεθόδου αυτής της βιοψίας με βελόνα από τον πυρήνα, χρησιμοποιείται κατευθυνόμενη προς το κέντρο της βλάβης με τον κατάλληλο χειρισμό, γίνεται διείσδυση και αποκοπή βιοψιακού ιστού το οποίο εξέρχεται με την προς τα έξω συρόμενη βελόνα. Το υλικό σε σύγκριση με την αναρρόφηση με λεπτή βελόνα είναι ποσοτικά ικανοποιητικό ώστε να προσφέρονται ιστολογικές λεπτομέρειες κατά την εξέταση. Η μέθοδος αυτή εκτελείται κατόπιν τοπικής αναισθησίας της ασθενούς. Όταν ο όγκος δεν ψηλαφάται, γίνεται με την βοήθεια των υπερήχων. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται συχνά και αποτελεί αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο.

### **6. Σπινθηρογράφημα Οστών**

Γίνεται με την εξέταση των οστών μέσω της έγχυσης ραδιενεργού υλικού σε μια φλέβα του χεριού. Η ασθενής περιμένει δυο μέχρι τρεις ώρες, ώστε να μεταφερθεί το υλικό στο σκελετικό σύστημα και στη συνέχεια ο ραδιολόγος παίρνει εικόνες του σκελετικού συστήματος με μια ειδική κάμερα. Εάν η εικόνα δείχνει άνιση κατανομή του υλικού στο σκελετικό σύστημα, επιβεβαιώνεται ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα στα οστά. Η εξέταση αυτή δεν γίνεται σε γυναίκες με μικρούς όγκους ή με απουσία καρκινικών κυττάρων στους λεμφαδένες επειδή οι πιθανότητες μετάστασης δεν είναι αυξημένες.

### **7. Διαφανοσκόπηση**

Χρησιμοποιείται ένα δυνατό ψυχρό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο και έτσι φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστες διαηγάζουν, καθώς ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλασματος. Η μέθοδος αυτή δεν θεωρείται αξιόπιστη όταν και εφόσον χρησιμοποιείται μόνη της. Είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με μαστογραφία. Ίσως, αργότερα να βελτιωθεί με τη χρησιμοποίηση ακτινών laser και να καθιερωθεί ως μέθοδος προληπτικού ελέγχου του μαστού (Γώγου Μ., Συρίγου Α., 2006).

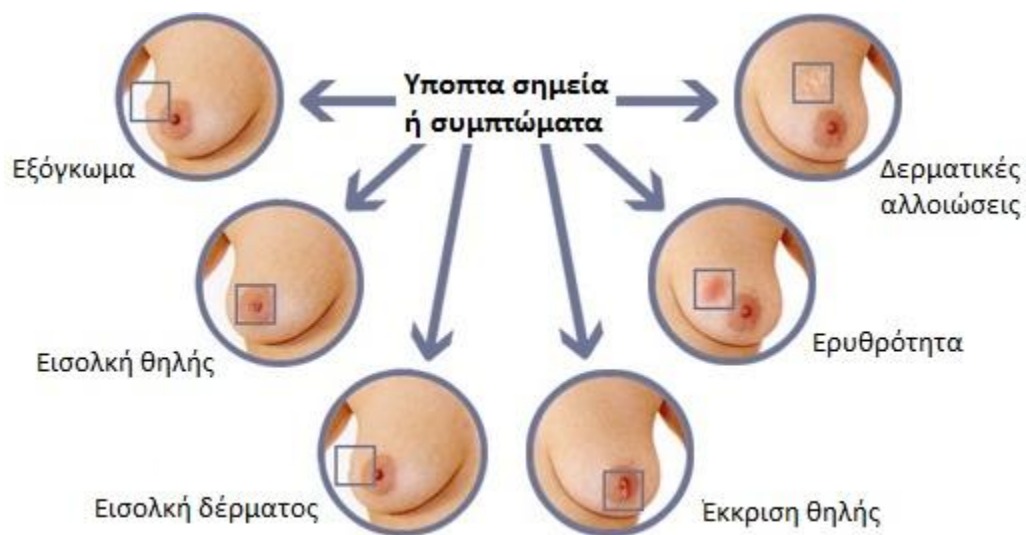
## **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Τα διακριτά συμπτώματα που μπορεί να προκαλέσει ο καρκίνος σε μεγάλο αριθμό είναι η φύση και η ένταση των οποίων εξαρτάται κυρίως από το είδος του καρκίνου, το μέγεθος

του, η θέση του στο σώμα του ατόμου, η κακοήθεια του, αν έχει υποστεί μετάσταση, τη φυσιολογία του και την ηλικία του πάσχοντα.

Επίσης ο καρκίνος του μαστού έχει και κάποια άλλα γενικά χαρακτηριστικά όπως:

- Εξόγκωμα.
- Ογκίδιο ή σκλήρυνση στην ευρύτερη περιοχή του μαστού ή και της μασχάλης.
- Έκκριση υγρών ή αίματος από την περιοχή της θηλής.
- Διόγκωση λεμφαδένων της μασχάλης.
- Έλξη του δέρματος ή της θηλής προς το εσωτερικό του μαστού.
- Αλλοιώσεις του δέρματος.
- Ερυθρότητα.
- Φλόγωση.
- Ευαισθησία ή πόνοι στο στήθος (Πλασκασοβίτη Ε. , Τσιοπτσία Ε., 2015).



Όλα αυτά τα συμπτώματα που προκύπτουν εξαιτίας του καρκίνου είναι ουσιαστικά λόγω της σταδιακής αύξησης του αριθμού των καρκινικών κυττάρων. Παράλληλα, ο κακοήθης όγκος ο οποίος ονομάζεται νεόπλασμα, αυξάνεται σε μέγεθος και ασκεί πίεση σε γειτονικά αγγεία, νεύρα, όργανα και περιβάλλοντες υγιείς ιστούς, γεγονός το οποίο προκαλεί χαρακτηριστικά συμπτώματα όπως είναι ο πόνος. Σημαντικές ποσότητες ενέργειας χάνονται από το σώμα του πάσχοντα καθώς ο αυξανόμενος όγκος αναπτύσσεται και προκαλεί εξάντληση και αδυναμία. Συγχρόνως, οι ουσίες που απελευθερώνονται από τα καρκινικά κύτταρα είναι αρκετά ικανές να επηρεάσουν το μεταβολισμό ή άλλες λειτουργίες με αποτέλεσμα ανάλογα συμπτώματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### **ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ – ΕΞΕΤΑΣΗ**

#### Αυτοεξέταση

Οι γυναίκες οι οποίες εφαρμόζουν την αυτοεξέταση έχουν εξοικειωθεί με την ανατομία του μαστού τους, αυτό της βοηθά στο να αναγνωρίζουν οτιδήποτε που να είναι ψηλαφητό και μη κανονικό. Έτσι μπορούν να εφαρμόσουν τεχνικές που θα τις βοηθήσουν στην υγεία τους. Ειδικά όταν θα μεταβούν στην ομάδα της επικίνδυνης ηλικίας. Επίσης οι κοπέλες σε νεαρή ηλικία δεν μπορούν να εξεταστούν στη μαστογραφία γιατί ο ιστός τους είναι πυκνός και είναι δύσκολο να γίνει σωστά η διάγνωση. Οι κλινικές εξετάσεις είναι χρονοβόρες και κοστίζουν και απαιτούν ιατρικά εκπαιδευμένο προσωπικό.

Η αυτοεξέταση είναι σημαντική για την παρακολούθηση και την ανίχνευση των καλοηθών όγκων του μαστού όπως είναι:

- Μαστίτιδα
- Κύστες
- Ινομύματα
- Εκτεταμένη Κοκκιωμάτωση
- Πόνοι του στήθους
- Αποστήματα

Τα πιο πάνω δεν απειλούν την ζωή του πάσχοντα, αλλά μπορούν να είναι βασανιστικά και επίπονα αν δεν έχουν διαγνωστεί έγκαιρα.

Πάρα πολλοί είναι οι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την αυτοεξέταση του μαστού όπως είναι:

- Ηλικία
- Εθνικότητα
- Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση
- Εκπαίδευση
- Οικογενειακή κατάσταση
- Απασχόληση



Τα άτομα που έχουν προσωπικό ιστορικό από καλοήθεις και κακοήθεις ασθένειες του μαστού καθώς και οικογενειακό ιστορικό, έχουν παρουσιάσει υψηλούς ρυθμούς στην αυτοεξέταση του μαστού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρατηρούνται υψηλότερα επίπεδα γνώσης σε ότι έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Ταυτόχρονα υπάρχει και ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του Καρκίνου. Εφαρμόζει την τακτική της Αυτοεξέτασης του Μαστού για όλες τις γυναίκες και προτείνει να εφαρμόζεται μια φορά τον μήνα 5-6 ημέρες μετά την περίοδο, και σε γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση την ίδια μέρα κάθε μήνα (Χουλιάρη Ζ., και συν).

### **Εξέταση**

Οι εξετάσεις που γίνονται για τον καρκίνο του μαστού είναι:

- I. Μαστογραφία
- II. Υπερηχογράφημα
- III. Παρακέντηση και Κυτταρολογική Εξέταση
- IV. Πριν τη χειρουργική βιοψία εντόπιση της βλάβης με βελόνη, με μαστογραφία
- V. Μαγνητική Τομογραφία
- VI. Σπινθηρογράφημα

### **I. Μαστογραφία**

Η μαστογραφία είναι η πιο πετυχημένη εξέταση για τον καρκίνο του μαστού. Μπορεί να δείξει έναν καρκίνο 2 χρόνια πριν αυτός να είναι ψηλαφητός. Ο ρόλος της μαστογραφίας είναι η έγκαιρη διάγνωση των μη ψηλαφητών βλαβών και η αξιολόγηση των ψηλαφητών βλαβών όπως είναι οι καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι. Όταν η μαστογραφία πρέπει να γίνει εξαρτάται από πολλούς λόγους όπως: όταν υπάρχει υποψία για καρκίνο, σε γυναίκες άνω των 35 ετών, κάθε ένα με δύο χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 40-49 χρονών που δεν έχουν συμπτώματα και σε γυναίκες άνω των 50 χρονών κάθε χρόνο.

Η σωστή μαστογραφία πρέπει να αποτελείται από το ιστορικό του ατόμου, δηλαδή το ατομικό και το οικογενειακό, την επισκόπηση, τη ψηλάφηση και τα άρτια τεχνικά υψηλής διαγνωστικής αξίας μαστογραφία η οποία αποτελείται από α) δύο προβολές για τον κάθε μαστό, μια κεφαλουρία και μια λοξή προβολή η οποία να περιλαμβάνει την μασχαλιαία χώρα, β) σωστή τοποθέτηση του μαστού, γ) επαρκής πίεση αυτού, δ) σωστή επιλογή ακτινολογικών στοιχείων, ε) συγκριτική μελέτη με προηγούμενη εξέταση εάν υπάρχει και στ) εντοπιστική λήψη.

## **II. Υπερηχογράφημα**

Το υπερηχογράφημα δεν είναι τόσο αξιόπιστο όσο η μαστογραφία και υπάρχουν πράγματα τα οποία αδυνατεί να τα αναδείξει, όπως οι μικροαποτιτανώσεις, δεν μπορεί να ανιχνεύσει συμπαγές μάζες μικρότερες από ένα εκατοστό, η διάγνωσή του για καλοήθεις και κακοήθεις όγκους δεν είναι αξιόπιστες και επίσης όταν ένας μαστός είναι λιποβριθής η διάγνωσή του είναι μειωμένη. Παρόλα αυτά σήμερα το υπερηχογράφημα χρησιμεύει κυρίως για την διαφορική διάγνωση κυστικών και συμπαγών μαζών, σε νεανικούς πυκνούς μαστούς όπου η διάγνωση της μαστογραφίας περιορίζεται, επίσης όταν υπάρχει κάποιο ψηλαφητό εύρημα που δεν φαίνεται στη μαστογραφία, ακόμα και σε εγκύους οι οποίες παρουσιάζουν ευρήματα, στην παρακολούθηση της εξέλιξης καλοθών ή κυτταρολογικών αλλοιώσεων και για την κατευθυνόμενη με υπέρηχους παρακέντηση.

## **III. Παρακέντηση και Κυτταρολογική Εξέταση**

Η παρακέντηση και η κυτταρολογική εξέταση είναι πολύ χρήσιμη για να μπορούν να αξιολογηθούν οι ψηλαφητές ή μη ψηλαφητές βλάβες που φαίνονται στη μαστογραφία και μπορεί να είναι καρκίνοι ή ινοαδενώματα. Ωστόσο αν τα αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης δεν είναι σαφή τότε χρειάζεται η χειρουργική βιοψία.

## **IV. Πριν τη χειρουργική βιοψία εντόπιση της βλάβης με βελόνη, με μαστογραφία**

Η βελόνη χρησιμοποιείται για να δείξει οποιοδήποτε μη φανερό βλάβη για κάποιο εύρημα το οποίο φαίνεται στη μαστογραφία και δεν είναι ψηλαφητό. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζει την αφαίρεση του μη ψηλαφητού όγκου και αποτρέπει την παραμόρφωση του μαστού. Μετά από αυτή τη διαδικασία πρέπει να γίνεται στο μαστογράφο μια ακτινογραφία του όγκου του οποίου έχει αφαιρεθεί, έτσι ώστε να φανεί η βλάβη στο κομμάτι. Παρόλο που οι μαστογραφίες είναι υψηλής ποιότητας, υπάρχει ένα ποσοστό το οποίο μπορεί να μη φανεί, αυτό όμως οφείλεται στον πυκνό μαστό και τον τύπο του όγκου. Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης, της μαστογραφίας και της παρακέντησης δίνει μια σωστή διάγνωση σε πολλές περιπτώσεις.

## **V. Μαγνητική Τομογραφία**

Η μαγνητική τομογραφία βοηθά στο να διαχωρίζει τους καλοήθεις από τους κακοήθεις όγκους όταν υπάρχουν ψηλαφητά ή μαστογραφικά ευρήματα. Ωστόσο περιορίζεται γιατί υπάρχει μια αδυναμία στην εκτίμηση των μικροαποτιτανώσεων. Επίσης υπάρχει ένα



δυναμικό πρωτόκολλο το οποίο διαχωρίζει την υποτροπή από τους ουλώδεις μετεγχειρητικούς ιστούς και από καλοήγη ινοαδενώματα.

## **VI. Σπινθηρογράφημα**

Το σπινθηρογράφημα χρησιμοποιείται για το ψηλαφητό εύρημα το οποίο είναι ύποπτο για κακοήθεις όγκους και είναι πιο χρήσιμο από την βελόνη της βιοψίας (Ασημακόπουλος Γ., και συν 2000).

## **ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΨΗΛΑΦΗΣΗ**

### **Επισκόπηση**

Με την επισκόπηση ο εξεταστής εξετάζει την ασθενή όρθια ή καθιστή η οποία βρίσκεται γυμνή και εξετάζει το μέγεθος, την περίμετρο και τη συμμετρία των μαστών. Η μικρή διαφορά στο μέγεθος του στήθους είναι φυσιολογική σε ορισμένες γυναίκες. Ελέγχει το δέρμα του μαστού για τυχόν επίφλεβο, συρρίκνωση ή προπέτεια, για κάποιο οίδημα, ερυθρότητα και πάχυνση, η οποία μπορεί να πάρει τη μορφή όπως του φλοιού του πορτοκαλιού. Με ιδιαίτερη προσοχή εξετάζει την περιοχή της θηλής και της άλω για κάποιο έκζεμα ή διάβρωση, για εισολκή στη θηλή και ρίκνωση ή έκκριση. Για την εισολκή στη θηλή εξετάζεται η μονιμότητα, ο χρόνος και το ετερόπλευρο της εντόπισής της. Όσο για την έκκρισή της, ελέγχεται το είδος του εκκρίματος αν είναι ορώδες, οροαιματηρό, αιματηρό ή γαλακτώδες.

Στο τέλος της επισκόπησης η ασθενής σηκώνει τα χέρια πάνω έτσι ώστε αν ο όγκος υπάρχει στο μείζονα θωρακικό μυ, παρατηρείται ότι ο μαστός είναι πιο ψηλά από το φυσιολογικό. Στη συνέχεια σκύβει, και φαίνεται ότι ο μαστός που πάσχει δεν παρακολουθεί το φυσιολογικό που προσπίπτει. Στο τέλος η γυναίκα φέρνει τα χέρια της στη μέση και πιέζει, με αυτό τον τρόπο αν υπάρχει καθήλωση του όγκου, ο μαστός ο οποίος πάσχει θα ανέρθει ψηλότερα και γρηγορότερα από τον φυσιολογικό μαστό.

### **Ψηλάφηση**

Η ψηλάφηση βοηθά στο να μελετηθούν οι οποιεσδήποτε ανωμαλίες του μαστού, η σύστασή του και με αυτόν τον τρόπο διαπιστώνεται αν υπάρχει κάποιος όζος και καθορίζεται η φύση του. Η ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση στο εξεταστικό κρεβάτι. Επίσης αν τοποθετηθεί κάποιο μαξιλάρι στην ωμοπλάτη θα διευκολυνθεί η εξέταση. Αν η ασθενής γνωρίζει ότι υπάρχει κάποιος όζος πριν από την ψηλάφηση ο εξεταστής ρωτάει για την υπόδειξη της θέσης του. Αυτή η ερώτηση διευκολύνει τον εξεταστή. Πρώτα

γίνεται ψηλάφηση από τον φυσιολογικό μαστό έτσι ώστε ο εξεταστής να έχει κάποια ιδέα για την φυσιολογική σύσταση του μαστού της ασθενούς και έτσι χρησιμοποιείται σαν δείκτης για την σύγκριση με τον πάσχων μαστό.

Ο τρόπος ο οποίος γίνεται η ψηλάφηση είναι με τεντωμένα και επίπεδα τα δάκτυλα και την παλαμιαία επιφάνεια και των δύο χεριών, με κυκλικές κινήσεις και ασκείται ελαφρά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα. Έτσι ο εξεταστής αρχίζει την εξέταση από το άνω και έσω τεταρτημόριο κυκλικά και τελειώνει στο άνω και έξω και στη ουρά του μαστού. Τέλος η ψηλάφηση της θηλής και του κεντρικού τμήματος του μαστού ολοκληρώνει την εξέταση.

Η ψηλάφηση βοηθά στο να ελέγχεται η σύσταση του μαστού, η αύξηση της θερμοκρασίας του, η οποιαδήποτε ευαισθησία και η τυχόν παρουσία όζων που ανάλογα με την σύσταση τους και την κινητικότητα τους ονομάζονται ή καλοήθεις ή κακοήθεις.

Ο όγκος μετριέται σε εκατοστά του μέτρου και η μεγαλύτερη διάμετρός του δείχνει και το μέγεθός του. Η συνοχή του όγκου προς το δέρμα εξετάζεται με την ελαφριά έλξη του με τον αντίχειρα και τον δείκτη.

Το έξω ημιμόριο του μαστού ψηλαφάται καλύτερα με το άνω άκρο της ασθενούς να είναι παράλληλα προς τον κορμό χαλαρό, ενώ στο έσω ημιμόριο το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο της ασθενούς τοποθετείται πάνω από το κεφάλι της.

Για να εξεταστεί ότι στο μείζονα θωρακικό μυ υπάρχει διήθηση από όγκο, η πάσχουσα βάζει το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο σε θέση μεσολαβής και ο εξεταστής μετακινεί τον όγκο στον κάθετο και οριζόντιο άξονα. Η πίεση η οποία θα ασκήσει η πάσχουσα και ο εξεταστής στην προσπάθεια να μετακινηθεί ο όγκος στους δύο ανώτερους άξονες δείχνει διήθηση του μυ από τον όγκο.

Αν υπάρχει κάποια διήθηση από όγκο στον πρόσθιο οδοντωτό μυ, αυτή θα εντοπιστεί στο κάτω και έξω τεταρτημόριο και έτσι η ασθενής φέρνει το σύστοιχο άνω άκρο και ασκεί πίεση στον ώμο του εξεταστή. Με αυτό τον τρόπο ο μυς συσπάτε και περιορίζεται η κινητικότητα του όγκου που υπάρχει. Η ψηλάφηση φτάνει στο τέλος της όταν εξεταστούν η μασχαλιαία κοιλότητα και οι υπερκλείδιοι και υποκλείδιοι λεμφαδένες.

Η εξέταση της δεξιάς μασχάλης γίνεται με τον εξεταστή να λέει στην ασθενή να ακουμπήσει το δεξιό μπράτσο της στο αριστερό χέρι του εξεταστή στην κορυφή της μασχάλης με την παλάμη προς το θωρακικό τοίχωμα και τα δάκτυλα του χεριού να είναι

τεντωμένα και ενωμένα. Η διαδικασία αυτή γίνεται με τον ίδιο τρόπο αλλά αντίστροφα στη εξέταση της αριστερής μασχάλης.

Οι λεμφαδένες με τον 1-2 αριθμό και διάμετρο μικρότερο από 5 χιλ. και μη σταθεροί είναι συχνά ψηλαφητοί και δεν είναι σημαντικοί. Ενώ οι λεμφαδένες που είναι σταθεροί στην ψηλάφηση και η διάμετρος τους είναι μεγαλύτερη των 5 χιλ. δείχνουν διήθηση. Ωστόσο ο εξεταστής γνωρίζει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού οι αδένες έχουν διήθηση ακόμα και αν η ψηλάφηση είναι αρνητική. Ο εξεταστής δικαιώνεται όταν νομίζει ότι υπάρχουν διηθημένοι αδένες σε 85% των περιπτώσεων (Αμδάκη Ι., 2014).

### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Το να προηγείται η λήψη γενικού ιστορικού στην ασθενή βοηθά στο να καταγραφούν λεπτομέρειες για την γυναίκα που πάσχει, έτσι ώστε στη συνέχεια να πραγματοποιηθούν οι κατάλληλες εξετάσεις και να δοθεί η καλύτερη φαρμακευτική αγωγή. Ο μαστός έχει ένα ειδικό ιστορικό το οποίο έχει σημασία στο να υπολογιστεί ο πιθανός κίνδυνος προσβολής από τον καρκίνο.

Αυτό το ιστορικό περιλαμβάνει:

- Οικογενειακό ιστορικό του καρκίνου με συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού. Αυτός είναι ο κυριότερος παράγοντας για καρκίνο του μαστού μαζί με επιπρόσθετους παράγοντες όπως η προεμμηνόπαυση.
- Η ηλικία με περισσότερα ποσοστά σε γυναίκες άνω των 50 ετών.
- Αν υπάρχει κάποιος όγκος.
- Η μεταβολή της θηλής.
- Η έκκριση από την θηλή η οποία μπορεί να είναι αιματηρή, γαλακτώδες, ορώδης, πυώδης ή κίτρινη.
- Ο επίμονος πόνος ή οποιαδήποτε άλλη αίσθηση στην περιοχή του μαστού.
- Το γυναικολογικό ιστορικό, όπως η έναρξη της περιόδου και η τελευταία έμμηνος ρύση.
- Ο αριθμός των τοκετών και τον αποβολών.
- Η ηλικία της 1<sup>ης</sup> τελειόμηνης κύησης.
- Εάν θήλαζε και για πόσο χρονικό διάστημα.
- Αν έχει υποστεί κάποια ακτινοβολία στο θώρακα στο παρελθόν.
- Οι παρελθοντικές παθήσεις του μαστού όπως η ινοκυστική μαστοπάθεια.

- Τα γενικά συμπτώματα όπως είναι η ανορεξία, η απώλεια βάρους, η δύσπνοια, ο βήχας και οι πόνοι στα οστά.
- Αν η γυναίκα είναι παντρεμένη ή όχι.
- Προκλιμακτηριακή μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων ή αν κάνει τώρα οποιοδήποτε χρήση φαρμάκων.
- Πληροφορίες για προηγούμενες επεμβάσεις στους μαστούς.
- Καρκίνος στον άλλο μαστό ή και σε άλλο σημείο του σώματος της.
- Ο χρόνος εμφάνισης του καρκίνου (Γιάννη Α., Γκεσούλη Κ., 2013; Αμδάκη Ι., 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### *ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ*

#### Διάγνωση

Η διάγνωση στον καρκίνο του μαστού αρχίζει όταν θα ανιχνευθεί με ασυμπτωματική βλάβη στο γενικό έλεγχο ή με ασυμπτωματική βλάβη που θα αποκαλύψει η ίδια η γυναίκα. Όλες οι ψηλαφητές βλάβες χρειάζονται εκτίμηση. Σε κάποιες περιπτώσεις είναι δύσκολο να παρατηρηθεί το πρόβλημα και να τεθεί μια ασφαλής διάγνωση. Σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιούνται τα πιο κάτω διαγνωστικά μέσα:

- Το ιστορικό υγείας της ασθενούς.
- Η κλινική εξέταση, επιβάλλεται να γίνεται μια φορά το χρόνο από γυναίκες άνω των 40 ετών και κάθε 3 έτη σε μικρότερες ηλικίες.
- Η αυτοεξέταση των μαστών.
- Οι απεικονιστικές εξετάσεις όπως είναι η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, η κυτταρολογική εξέταση, οι καρκινικοί δείκτες, η μαγνητική μαστογραφία, η ραδιοϊσοτοπική μαστογραφία και η αξονική τομογραφία.
- Η σταδιοποίηση της νόσου.
- Η ιστολογική ταξινόμηση.
- Η θεραπεία.
- Η πρόγνωση.
- Η πρόληψη.
- Οι μεταστάσεις σε άλλα όργανα (Γιάννη Α., Γκεσούλη Κ., 2013).

Η ασθενής προσπαθεί να συνειδητοποιήσει το πρόβλημα της και ζητά βοήθεια με την παρέμβαση και την προσοχή των ειδικών. Η διαδικασία αυτή απαιτεί τον χρόνο και την συμμετοχή της ασθενούς σε μια σειρά εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων όπως είναι το υπερηχογράφημα, παρακέντηση δια βελόνης, βιοψία, φλεβογραφία κ.α. (Κυπριωτάκη Α., και συν 2007).

Η αντίδραση της ασθενούς εξελίσσεται σε τρεις φάσεις μέχρι να το συνειδητοποιήσει ότι πάσχει από τον καρκίνο:

Στην πρώτη φάση η ασθενής έχει μάθει για την αρρώστια της και νιώθει ανησυχία μέχρι και πανικό.

Στη δεύτερη φάση η ασθενής όταν πια συνειδητοποιεί τη νόσο της νιώθει άγχος, φόβο για το θάνατο και συχνά αρνείται τη νόσο.

Στη τρίτη φάση έχει πλέον παγώσει η ψυχολογική άμυνα του οργανισμού της και μερικές φορές έχει αποδοχή και θετική προσαρμογή της νόσου, ενώ σε άλλες υπάρχουν ψυχολογικά προβλήματα από τις επιπλοκές. Οι ψυχικές αντιδράσεις χαρακτηρίζονται από διάφορα στάδια τα οποία είναι η ανησυχία, ο φόβος, το συναίσθημα του αβοήθητου, η απελπισία και η κατάθλιψη. Το συναίσθημα ότι μπορεί να είναι αβοήθητη είναι έντονο στις καρκινοπαθείς και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από τους ειδικούς. Τη βοήθεια που χρειάζεται την παίρνει από τις νοσηλεύτριες γι' αυτό και κάθε πράξη τους θα έχει ή θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα στη ψυχική τους ισορροπία.

Οι λέξεις που είναι απαγορευμένες είναι καρκίνος, κακοήθης όγκος, τοξικό φάρμακο και χημειοθεραπεία. Αυτές οι λέξεις έχουν αρνητικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενή αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος και γι' αυτό το λόγο οι ειδικοί καλό είναι να αποφεύγουν τέτοιου είδους λέξεις (Γιάννη Α., Γκεσούλη Κ., 2013).

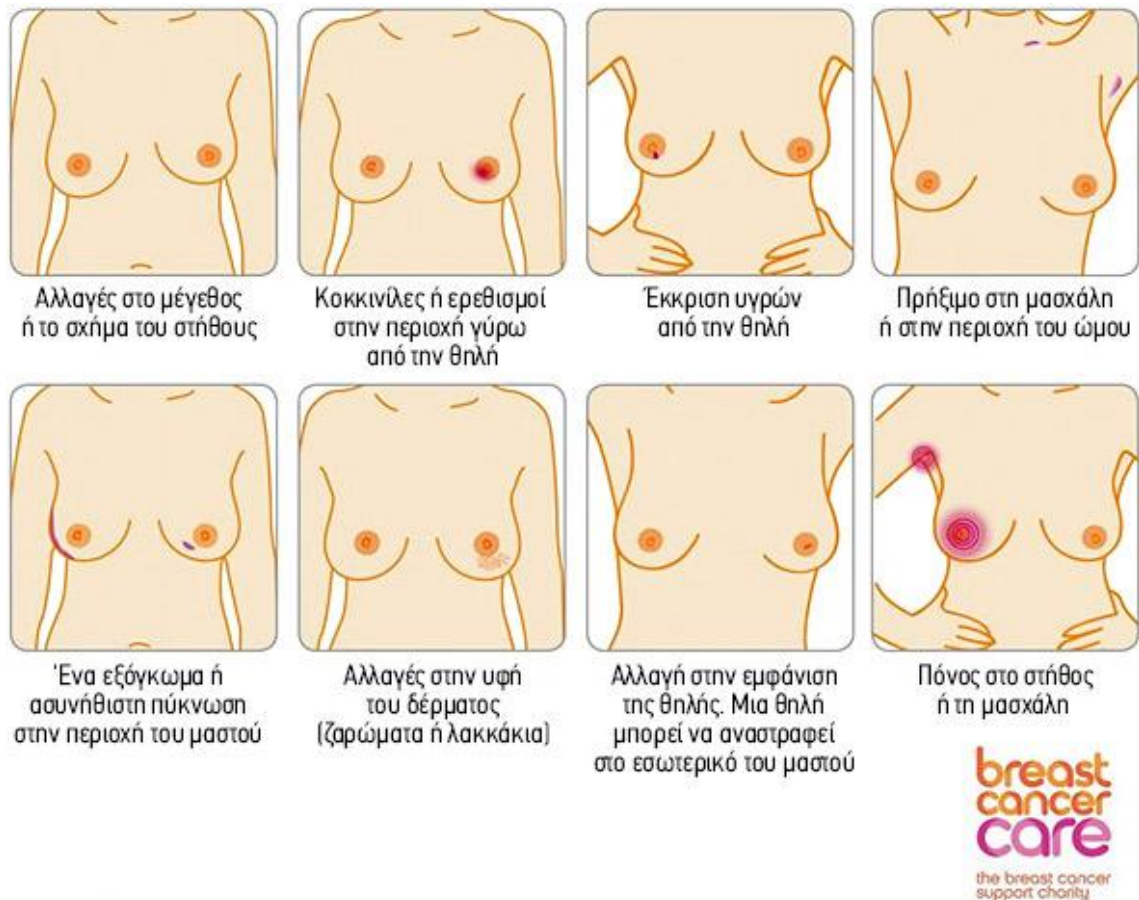
### **Κλινική εικόνα**

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να διαπιστωθεί τυχαία ή κατά τη ψηλάφηση, και η σκληρία μπορεί να είναι κινητή ή ακίνητη, με αναλογία του σημείου πρόσφυσης, καθώς παρατηρείται σε διάφορα μεγέθη. Εάν η γυναίκα δεν ζητήσει βοήθεια μετά την ανακάλυψη, ο όγκος μεγαλώνει και διηθείται στους ιστούς και έτσι γίνεται ακίνητο και ανώμαλο με την ψηλάφηση και το δέρμα παίρνει την όψη του φλοιού πορτοκαλιού. Επίσης παρατηρείται εισολκή στη θηλή εάν ο όγκος είναι στο κέντρο. Υπάρχουν πολλά περιστατικά που έχουν ζητήσει βοήθεια μετά από κάποια μετάσταση.

Η εξέταση του μαστού αποκαλύπτει διάφορα χαρακτηριστικά όπως:

- Ορώδης και αιματηρή έκκριση.
- Ανώδυνο και σκληρό μη κινητικό ογκίδιο.
- Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα.
- Ασυμμετρία και ανύψωση του μαστού που πάσχει.
- Εισολκή του δέρματος πάνω από τη μάζα.
- Εισολκή στη θηλή.
- Ορώδης ή αιματηρή έκκριση της θηλής.
- Ακίνητοποίηση του μαστού και διογκωμένοι μασχαλιαίοι αδένες.

- Εξέλκωση κατά της θηλής.
- Ο πόνος συνήθως απουσιάζει εκτός και αν είναι σε προχωρημένα στάδια (Ξανθού Μ., Οικονόμου ΑΑ., 2004).



Ακόμα ο καρκίνος του μαστού μπορεί να έχει και άλλες κλινικές μορφές όπως είναι:

- Η μη ψηλαφητή μαστογραφική αλλοίωση η οποία απαιτεί βιοψία μετά από τον εντοπισμό, είτε με βελόνα είτε με τη στερεοτακτική βιοψία για τη διάγνωση.
- Ο ψηλαφητός όγκος, που είναι συνήθως ανώδυνος και ανώμαλος σχετικά και μπορεί να είναι πολυεστιακός ή αμφοτερόπλευρος.
- Οι αλλοιώσεις του δέρματος, που μπορεί να υπάρχουν και να είναι ερύθημα, θερμότης και οίδημα, διάβρωση της θηλής.
- Τα εκκρίματα από την θηλή, που συνήθως οφείλονται σε θηλώματα των γαλακτοφόρων πόρων, αλλά πρέπει να αποκληθούν συνήθη διηθητικά θηλώδη καρκινώματα.
- Οι μεταστάσεις, που γίνονται συνήθως σε όργανα όπως ο πνεύμονας, τα οστά, το ήπαρ και οι λεμφαδένες (Γιάννη Α., Γκεσούλη Κ., 2013).

## ***ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ***

Οι εργαστηριακές ενδείξεις και η διερεύνηση δίνουν μια πλήρη εικόνα για το μαστό που πάσχει και ενισχύει την κλινική διάγνωση για την αποφυγή οποιουδήποτε λάθους. Οι εργαστηριακές διερευνήσεις γίνονται με:

### **Μαστογραφία**

Η μαστογραφία είναι ένα είδος ακτινογραφίας για το μαστό και είναι χρήσιμη γιατί βοηθά στην ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης. Τα καρκινώματα απεικονίζονται στη μαστογραφία και φαίνονται σαν:

1. Μικοαποτιτανώσεις, πολλαπλές λεπτοκοκκώδεις συρρέουσες, στρογγυλές και επιμήκεις προς τη φορά των πόρων.
2. Μια μάζα μικρή στο μαστό.
3. Να αλλοιώνεται η δομή και η αγγείωση του μαστικού αδένου σε σχέση με τον άλλο μαστό.

Σήμερα η μαστογραφία χαμηλής δόσεως χρησιμοποιείται περισσότερο, αφού το δέρμα στο μαστό δέχεται χαμηλότερη ακτινοβολία σε σχέση με τη συνηθισμένη μαστογραφία. Σαν ποσότητα δεν θεωρείται βλαβερή και ειδικότερα για τις γυναίκες σε μεγάλη ηλικία. Ωστόσο η μείωση της ακτινοβολίας δεν σημαίνει ότι αλλοιώνεται και η διαγνωστική της αξία (Dr. Robert Buckman, Dr. Tereza Whittaker, 2000).

Τα ευρήματα της μαστογραφίας στα οποία θα στηριχθεί για τη διάγνωση είναι:

1. Η έκταση του όζου είναι ανώμαλη με ασαφή όρια και σε μερικές μορφές καρκίνου, όπως είναι ο μυελοειδής και ο βλενωδής, η έκταση είναι περιγεγραμμένη με ασαφή όρια.
2. Το μέγεθος του όζου στη μαστογραφία είναι μικρότερο από εκείνο στη ψηλάφηση.
3. Η ανώμαλη φορά των εκφορητικών πόρων.
4. Οι αποτιτανώσεις, που οφείλονται στα άλατα ασβεστίου στις νεκρωμένες περιοχές των καρκινικών κυττάρων.
5. Η τοπική συρρίκνωση του δέρματος και η πάχυνσή του.
6. Μεταβολές της θηλής και της άλω.
7. Η αυξημένη αγγείωση.

Η μαστογραφία εφαρμόζεται για:

1. Την επιβεβαίωση καλοήθους μάζας ή του καρκίνου.



2. Την αποκάλυψη μη υποπτευόμενου πολυεστιακού ή αμφοτερόπλευρου καρκίνου.
3. Την ανίχνευση όζων διαμέτρου μικρότερη του 1 εκατοστού που δεν μπορούν να γίνουν κλινικά αντιληπτοί.
4. Τους όζους που είναι μικρότεροι από το μέγεθος του μαστού ιδιαίτερα αν πρόκειται για μαστό με μεγάλη και πυκνή σύσταση.
5. Όταν δεν υπάρχει κάποια κλινική διαφορά μεταξύ του όζου και του αδενικού ιστού.
6. Το τοπικό άλγος που υπάρχει κυρίως σε μεγάλες γυναίκες.
7. Όταν υπάρχουν ύποπτοι κλινικά λεμφαδένες στην περιοχή της μασχάλης και δεν υπάρχει κάποιο εύρημα κατά τη ψηλάφηση στο μαστό, εφόσον δεν υπάρχει κάποια άλλη υπεύθυνη νόσος για τους διογκωμένους λεμφαδένες.
8. Προληπτικούς ελέγχους, ιδιαίτερα σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο.

Η μαστογραφία ενδείκνυται:

1. Στις γυναίκες που έχουν στοιχεία μετά από την κλινική εξέταση.
2. Στις γυναίκες άνω των 50 ετών με οποιοδήποτε επιβαρυντικό παράγοντα.
3. Και τέλος σε προληπτικούς ελέγχους που γίνονται σε γυναίκες κάτω των 40 ετών εφόσον έχουν ιστορικό καρκίνου του μαστού.

### **Ξηρογραφία**

Η ξηρογραφία είναι ακόμα μια ακτινολογική εξέταση του μαστού διαφορετική όμως από τη μαστογραφία στο τρόπο της επεξεργασίας της εικόνας. Χρησιμοποιούνται ειδικές πλάκες αλουμινίου-σεληνίου αντί το μαστογραφικό φιλμ και από εκεί η εικόνα αποτυπώνεται σε κοινές φωτογραφικές πλάκες. Η χρήση της είναι η ίδια με της μαστογραφίας και είναι πιο κοινή σε μεγαλύτερες γυναίκες γιατί παρέχει μεγάλη ακτινοβολία από αυτή με χαμηλότερη δόση. Στη ξηρογραφία φαίνονται καλύτερα οι λεπτοκοκκιώδεις μικροαποτιτανώσεις, τα όρια του καρκίνου και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Η διάγνωση του καρκίνου με τη ξηρογραφία είναι στο 90%.

### **Θερμογραφία**

Η θερμογραφία είναι μια ανώδυνη μέθοδος και ακίνδυνη η οποία μπορεί να επαναληφθεί όσες φορές χρειαστεί. Μετά την κλινική εξέταση χρησιμοποιείται για κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα αλλά και για την προσυμπτωματική παρακολούθηση του πληθυσμού. Οι γυναίκες οι οποίες έχουν ανώμαλο θερμογράφημα, κάνουν αργότερα τη μαστογραφία, έτσι με αυτό τον τρόπο περιορίζεται ο αριθμός τους. Όμως το πρόβλημα της

θερμογραφίας είναι ότι καταγράφει οποιαδήποτε αλλαγή στη θερμοκρασία η οποία μπορεί να είναι απλά μια φλεγμονή. Ο καρκίνος αποτελεί εστία για την υψηλή θερμογένεση σε σχέση με τους γύρω ιστούς και έτσι δημιουργείται πρόβλημα διαγνωστικά. Η θερμογραφία έχει μεγάλο ποσοστό ψευδών ευρημάτων και έτσι πλέον είναι περιορισμένη η διαγνωστική της αξία.

### **Υπερηχοτομογραφία**

Η υπερηχοτομογραφία περιορίζεται για το διαχωρισμό της στη διαφορετική απορρόφηση των υπερήχων, των συμπαγών από τους κυστικούς όγκους. Ωστόσο ο διαχωρισμός των συμπαγών καλοηθών και κακοηθών όγκων είναι πολύ δύσκολος και η μέθοδος είναι σχετικά αδύναμη να αποκαλύψει μικρά καρκινώματα και δεν είναι χρήσιμη στο μαζικό έλεγχο των ασυμπτωματικών γυναικών. Συνήθως γίνεται για την συμπληρωματική εξέταση της μαστογραφίας.

### **Πνευμοκυστογραφία**

Αυτή ελέγχει την κυστική εξεργασία και την ομαλότητα του τοιχώματός της. Με αυτή, αφαιρείται ποσότητα υγρού και εισάγεται ίση ποσότητα αέρα. Επακολουθεί μαστογραφία ή ξηρογραφία.

### **Γαλακτογραφία**

Στον πάσχοντα πόρο γίνεται έγχυση υδατοδιάλυτου σκιαγραφικού και έτσι συμβάλλει στη βοήθεια της εντόπισης των θηλωμάτων. Το οποιοδήποτε σκιαγραφικό έλλειμμα φανερώνει την ύπαρξη θηλωμάτων μέσα στο πόρο με ομαλά ή ανώμαλα όρια αλλά δεν μπορεί να καθοριστεί η ύπαρξη καρκινώματος. Ο στραγγαλισμός και η μετατόπιση των πόρων δείχνουν καρκίνο που είναι διηθημένος μέσα στα τοιχώματα.

### **Κυτταρολογική εξέταση**

Η εξέταση αυτή γίνεται σε οποιοδήποτε έκκριμα της θηλής του μαστού ή στο υγρό της παρακέντησης μιας κυστικής βλάβης και παρέχει πολύτιμη βοήθεια στην ανίχνευση των καρκινικών κυττάρων. Δεν είναι όμως μια αξιόπιστη μέθοδος αφού έχει συχνά αρνητικά ευρήματα.

### **Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα**

Η λεπτή αυτή βελόνα αναρροφά κύτταρα από τυχόν ύποπτη βλάβη και η αναρρόφηση γίνεται μετά την παρακέντηση του όγκου και με διαδοχικές έλξεις του εμβολίου. Με αυτό

τον τρόπο λαμβάνονται μεγάλες ποσότητες κυττάρων. Για πιο αξιόπιστο αποτέλεσμα γίνεται αναρρόφηση και από την άλλη πλευρά του όγκου. Αυτή η μέθοδος μαζί με την κλινική εξέταση και τη ξηρογραφία, βγάζει ποσοστά αξιοπιστίας για οποιαδήποτε υποψία κακοήθειας σε ποσοστό 90%.

### **Βιοψία δια βελόνης**

Με τοπική αναισθησία και με μία ειδική βελόνη παίρνουν μικρά τμήματα του όγκου από δύο διαφορετικά σημεία. Όμως η ακρίβεια της εξέτασης εξαρτάται μόνο από το μέγεθος του όγκου, δηλαδή όσο πιο μεγάλος ο όγκος τόσο πιο αξιόπιστο το αποτέλεσμα της. Η μέθοδος αυτή είναι για καρκίνους μεγαλύτερους από 2 εκατοστά και το αποτέλεσμα είναι θετικό στις περισσότερες περιπτώσεις με ποσοστά μεγαλύτερα του 75%.

### **Ανοικτή βιοψία**

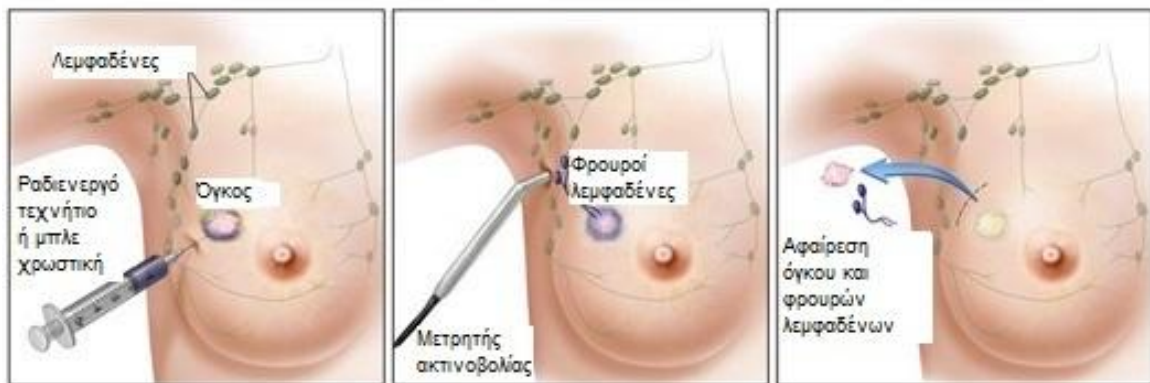
Η ανοικτή βιοψία γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία και πάντα αφαιρείται ολόκληρος ο όγκος ή η οποιαδήποτε εστία που είναι ύποπτη, και έπειτα στέλνεται για ιστολογικό έλεγχο. Είναι η πιο αξιόπιστη και ασφαλής μέθοδος για τη διάγνωση μιας τοπικής αλλοίωσης του μαστού.

Υπάρχουν και άλλες εξετάσεις για να διαπιστωθεί ο προχωρημένος καρκίνος του μαστού και η τυχόν ανίχνευση ύπαρξης μεταστάσεων, οι οποίες είναι:

1. Η λεμφαδενογραφία των γύρω λεμφαδένων που βοηθά στην ανίχνευση τυχών διηθημένων λεμφαδένων οι οποίοι δεν είναι φανεροί στη ψηλάφηση.
2. Το λεμφοσπινθηρογράφημα, που γίνεται στους έσω μαστικούς λεμφαδένες με τη βοήθεια ραδιενεργούς ουσίας και ανιχνεύει την οποιαδήποτε διήθηση στην περιοχή αυτή.
3. Η γενική αίματος σε συνδυασμό με εξέταση ταχύτητας καθίζησης ερυθρών, ασβεστίου αίματος, χοληστερίνης, αλκαλικής φωσφατάσης κ.ά..
4. Η υδροξυπρολίνη των ούρων, που προέρχεται από τη διάσπαση του νεοσυντεθέντος κολλαγόνου και είναι αποτέλεσμα των μεταστάσεων στα οστά.
5. Η καλσιτονίνη του πλάσματος, η οποία παράγεται από τον καρκίνο του μαστού και ο προσδιορισμός της στο πλάσμα του αίματος είναι χρήσιμος για την ταξινόμηση του καρκίνου.
6. Η ακτινογραφία του θώρακα και των οστών, που φανερώνει την οστική μετάσταση σε μια συνηθισμένη ακτινογραφία εάν έχει διηθηθεί το οστό σε ποσοστό 50-70% της μάζας του. Οι οστικές μεταστάσεις χωρίζονται σε δύο τύπους α) τις

οστεολυτικές οι οποίες καταστρέφουν την οστεΐνη ουσία και έτσι προκαλούνται κατάγματα και β) τις οστεοπλαστικές που συνδέονται από αντιδραστική υπερπλασία του οστού.

7. Το σπινθηρογράφημα οστών, ήπατος και εγκεφάλου, το οποίο διαγιγνώσκει οστικές μεταστάσεις των γυναικών που θεωρητικά πάσχουν από καρκίνο του μαστού σε αρχικό στάδιο. Το εύρημα του σπινθηρογραφήματος είναι η αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου κατά τόπους, όταν η εστία αυτή της αυξημένης πρόσληψης συμπίπτει με την εστία του πόνου και τα ακτινογραφικά ευρήματα.



**Εικόνα 8**

Η αυξημένη πρόσληψη του φαρμάκου, που προκαλείται από κατάγματα, εκφυλιστικές νόσους, κυφοσκλίωση και φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του σκελετού, δείχνει ψευδείς θετικά αποτελέσματα για μεταστάσεις.

Η εξέταση για τους υποδοχείς των ορμονών αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό των διαγνωστικών εξετάσεων. Εάν τα καρκινικά κύτταρα έχουν υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερονών, τότε η καρκινική ανάπτυξη είναι μεγάλη και χρειάζεται έναν διαφορετικό χειρισμό. Επίσης εξετάζεται το αν τα καρκινικά κύτταρα παράγουν μια πρωτεΐνη με όνομα HER2. Αν αυτό ισχύει, είναι μάλλον πιθανό η επιφάνεια των κυττάρων να έχει πολλούς ανάλογους υποδοχείς και με αυτό τον τρόπο προκαλείται η γρήγορη ανάπτυξη της νόσου.

Τέλος, τα χειρουργικά περιθώρια ονομάζονται έτσι γιατί όταν ο όγκος αφαιρείται από το σώμα της γυναίκας, ο γιατρός πρέπει και θέλει να είναι βέβαιος ότι δεν έμειναν άλλα καρκινικά κύτταρα στα τοιχώματα των ιστών. Γι' αυτό συχνά ο γιατρός εκτός από τα καρκινικά κύτταρα, αφαιρεί και στρώματα υγιούς ιστού ίδια με αυτού του όγκου. Αυτός ο ιστός εξετάζεται για να εξακριβωθεί κατά πόσον υπάρχει προσβολή από άλλα καρκινικά κύτταρα. Αν όντως υπάρχει τέτοιο ενδεχόμενο, αποφασίζεται νέα χειρουργική επέμβαση

για την αφαίρεση επιπλέον προσβεβλημένου ιστού. Αυτή η εξέταση γίνεται μετά την αφαίρεση του όγκου και όχι πριν από αυτή (Αμδάκη Ι., 2014).

### **ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Ο όρος σταδιοποίηση αναφέρεται στην κατανομή του καρκίνου του μαστού ανάλογα με την ανατομική έκταση της ασθένειας. Στη σταδιοποίηση απαιτείται κλινική εξέταση και παθολογοανατομική διάγνωση. Μία ιδανική σταδιοποίηση περιλαμβάνει όλες τις εκδηλώσεις της νόσου ούτως ώστε να καταλήξει σε έναν περιορισμένο βαθμό διακριτικών προγνωστικών κατηγοριών κατά σειρά σοβαρότητας. Η σταδιοποίηση αφορά μόνο τα κακοήθη νεοπλάσματα και δεν έχει νόημα αν δεν υπάρχει ιστολογική διάγνωση.

Το σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού επινοήθηκε από τους Haagensen και Stout στο Columbia Clinical Classification το 1943. Το σύστημα ταξινόμησης των σταδίων χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό των καρκίνων που είναι είτε εγχειρήσιμοι, είτε μπορούν να αντιμετωπιστούν με τοπική χειρουργική επέμβαση ή ακτινοβολία. Αυτό το σύστημα σταδιοποιεί με την ολοκληρωμένη κλινική εμφάνιση της νόσου.

Οι χειρουργοί πριν από αυτό το σύστημα, χώριζαν τους όγκους σε χειρουργήσιμους και μη, ανάλογα με την κρίση τους αν πίστευαν πως υπάρχει πιθανότητα της χειρουργικής θεραπείας ή όχι. Αυτός ο διαχωρισμός ήταν πολύ απλοποιημένος και υπήρχε μεγάλη διαφορά μεταξύ των αποφάσεων του κάθε χειρουργού ξεχωριστά, ως αποτέλεσμα ο ασθενής να είχε μια διαφορετική πορεία κατά τη διάρκεια της νόσου από τους άλλους.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι Haagensen και Stout να καταγράψουν όλα τα κριτήρια για το πότε ο καρκίνος είναι χειρουργήσιμος, έτσι ώστε να μπορούν και οι άλλοι γιατροί να δουν αυτά τα κριτήρια και να βασιστούν σε αυτά. Τα κριτήρια που ανέπτυξαν οι Haagensen και Stout για τον μη εγχειρήσιμο καρκίνο είναι τα εξής:

- Εκτεταμένο οίδημα του δέρματος του μαστού το οποίο καταλαμβάνει πάνω από το 1/3 της συνολικής έκτασης του μαστού.
- Δορυφόρα οζίδια στο δέρμα.
- Παραστερνικά οζίδια.
- Υπερκλειδίδια μεταστάσεις.
- Απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- Οίδημα στον βραχίονα.
- Συνδυασμός 2 ή περισσότερων σημείων από τα παρακάτω:

- A) Εξέλκωση του δέρματος.
- B) Οίδημα του δέρματος περιορισμένης έκτασης.
- Γ) Καθηλωμένα μασχालιαία λεμφογάγγλια.
- Δ) Μασχालιαία λεμφογάγγλια μεγαλύτερα από 2,5 εκ. (Παντώτη Σ., 2011).

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού χρήζει μεγάλης σημασίας και είναι πολύτιμο εργαλείο που βοηθά στην επιλογή της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, αλλά και στην εκτίμηση της πρόγνωσης και της πορείας της ασθενούς κατά τη διάρκεια της νόσου. Η σταδιοποίηση είναι βασισμένη στις πληροφορίες που διατίθενται πριν από τη θεραπεία, οι οποίες περιλαμβάνουν τα αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης και τις απεικονιστικές μεθόδους που έχουν προηγηθεί.

Κατά τη διάρκεια της σταδιοποίησης γίνεται μια συστηματική διερεύνηση του όγκου με μια κλινική και παθολογοανατομική εξέταση, της προσβολής των λεμφαδένων και την ύπαρξη τυχόν μεταστάσεων, η οποία πραγματοποιείται με το σύστημα TNM για τη σταδιοποίηση:

T = Πρωτοπαθής όγκος (Tumor)

N = Επιχώρια λεμφαδενοπάθεια (Lymph Nodes)

M = Μετάσταση (Metastasis)

Η πιο σημαντική παράμετρος για τη σταδιοποίηση στην πρόγνωση της νόσου της ασθενούς είναι το N, δηλαδή ο αριθμός των παθολογοανατομικά διηθημένων μασχालιαίων λεμφαδένων.

Ο στόχος της σταδιοποίησης περιλαμβάνει τα εξής:

- Βοήθεια στον κλινικό γιατρό ώστε να σχεδιάσει την κατάλληλη θεραπεία.
- Παροχή ένδειξης πρόγνωσης.
- Βοήθεια στον τρόπο σχεδιασμού της θεραπείας.
- Διευκόλυνση στην ανταλλαγή πληροφοριών στα διάφορα κέντρα θεραπείας.
- Προσφορά στην έρευνα του καρκίνου.

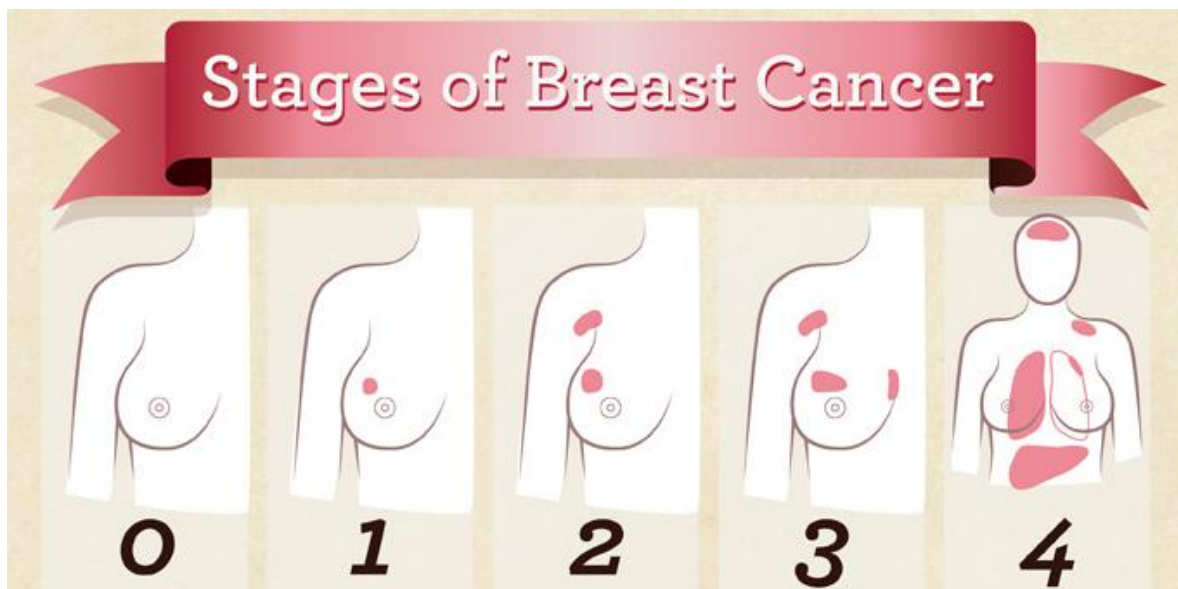
### Τα Στάδια του Καρκίνου του Μαστού

**Στάδιο I:** Όγκος μικρότερος από 2εκ. με διάμετρο χωρίς διηθητικές μεταστάσεις στους μασχάλιους λεμφαδένες και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.

**Στάδιο II:** Όγκος μικρότερος από 5εκ. με λεμφαδένες μη ψηλαφητούς ή ψηλαφητούς, ευκίνητους και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.

**Στάδιο III:** Όγκος μεγαλύτερος από 5εκ. ή οποιουδήποτε μεγέθους με ή χωρίς επινέμηση στο δέρμα, ψηλαφητοί λεμφαδένες καθηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα, υπερκλείδιοι λεμφαδένες, χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.

**Στάδιο IV:** Απομακρυσμένες μεταστάσεις στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στα οστά και έτερος μαστός (Χατζοπούλου I., 2013).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

### ***ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ***

Ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες από 40 ετών μέχρι 79 και σε άνδρες ηλικίας 60 μέχρι 79 ετών. Επίσης έχει μεγαλύτερα ποσοστά σε θανάτους από τα καρδιαγγειακά σε ηλικίες μικρότερες των 85 ετών. Είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες και συνήθως προσβάλλει γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων. Περίπου 1.500.000 νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις παγκοσμίως έχουν εμφανιστεί το 2000. Ο καρκίνος αυτός ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων των καρκίνων στις γυναίκες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) λέει ότι 11 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις μπορούν να διαγνωστούν, και μέχρι το 2020 ο αριθμός θα αυξηθεί σε 16 εκατομμύρια. Στο σύνολο των 58 εκατομμυρίων θανάτων το 2005, τα 7,6 αφορούσαν τον καρκίνο ενώ μέχρι το 2020 υπολογίζεται να ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια. Παράλληλα στην Ευρώπη το 2006 υπήρχαν 3,2 εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου και ήταν 300.000 περισσότερα απ' ό τι το 2004. Τα ποσοστά αυτών των περιστατικών ήταν 53% για τους άνδρες και 47% στις γυναίκες. Ο αριθμός των θανάτων ανερχόταν στο 1,7 εκατομμύρια το 2006.

Οι επιπτώσεις είναι παρόμοιες σε όλες τις χώρες με σχέση την ηλικία αλλά υπάρχουν μεγάλες διαφορές σε σχέση με το επίπεδο επίπτωσης. Οι γυναίκες σε μεγαλύτερη ηλικία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με γυναίκες μικρότερης ηλικίας όπως σπάνια θα εμφανιστεί σε γυναίκες κάτω των 40 ετών. Ο ρυθμός αύξησης μειώνεται όταν μια γυναίκα έχει εμμηνόπαυση και αυτό συμβάλλει στην αναπαραγωγή των ορμονών στην αιτιολογία της νόσου.

Ο δυτικός κόσμος είναι πιο ευπαθείς στη νόσο του καρκίνου του μαστού απ' ό τι η Κίνα και η Ιαπωνία. Οι έρευνες που έγιναν σε μετανάστες στους οποίους οι μεταβολές στις επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού έγιναν σε γυναίκες οι οποίες μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού σε χώρες υψηλού κινδύνου, δείχνουν ότι οι επιπτώσεις εξομοιώνονται με την αντίστοιχη υποδοχή της χώρας και συνήθως γίνεται σε δύο γενιές αργότερα. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν τις διεθνείς διαφοροποιήσεις στους δείκτες του καρκίνου ότι οφείλεται σε ένα ποσοστό στις διαφορές ανάμεσα στους μακρο- και μικροπεριβαλλοντικούς παράγοντες και όχι στους γενετικούς παράγοντες.



Το 2004 η Ελλάδα ήταν στην 19<sup>η</sup> θέση μεταξύ 27 χωρών στη θνησιμότητα στους άνδρες οι οποίοι ήταν προσβεβλημένοι με καρκίνο με δείκτη την ηλικία και στις γυναίκες κατατάχθηκε στην 23<sup>η</sup> θέση.

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται στις γυναίκες σε μεγάλη συχνότητα απ' ότι στους άνδρες που έχει ποσοστό 1%. Αυτό δείχνει ότι η πιθανότητα να προσβληθούν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε κάποια στιγμή στη ζωή τους είναι 1 προς 8, με το υψηλότερο ποσοστό να εμφανίζεται στις γυναίκες από τη Βόρεια Αμερική.

Στην Ευρώπη ο πιο συχνά εμφανιζόμενος καρκίνος είναι του μαστού και τα νέα περιστατικά συνεχίζουν να αυξάνονται και στα δύο φύλα. Στην Ανατολική και Νότια Ευρώπη υπάρχουν χαμηλότερα ποσοστά σε αντίθεση με την Βόρεια και τη Δυτική Ευρώπη. Αυτή η συχνότητα πιθανό να οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και στο τρόπο ζωής τους.

Επισημαίνεται ότι τα ποσοστά του καρκίνου του μαστού αυξήθηκαν με γοργό ρυθμό την δεκαετία του '80, όμως στη συνέχεια επιβραδύνθηκαν κατά τη δεκαετία του '90 και στα έτη 2001 μέχρι το 2003 τα οποία τα ποσοστά προσβολής της νόσου μειώθηκαν σημαντικά. Είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στις γυναίκες ο καρκίνος του μαστού και μόνο ο καρκίνος των πνευμόνων τον έχει ξεπεράσει σε κατάταξη. Όσο για τα ποσοστά θανάτου σε μια γυναίκα, έχει περίπου 3% ποσοστό, ενώ για τους άνδρες έχει ποσοστό 0.22%. Ωστόσο τα ποσοστά θανάτου σε γυναίκες μικρότερες των 50 ετών μειώνονται. Οι μειώσεις αυτές θεωρούνται ότι είναι τα αποτελέσματα της έγκαιρης διάγνωσης με τη χρήση της μαστογραφίας και μιας πλέον βελτιωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η χρήση της μαστογραφίας είχε ως αποτέλεσμα τα μειωμένα ποσοστά της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες το 2001 μέχρι το 2003, αφού προηγουμένως το 1980 υπήρχε αύξηση της νόσου. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 στις ΗΠΑ η μαστογραφία και η χρήση της ήταν περιορισμένη. Η μαστογραφική εξέταση επικράτησε συσχετιζόμενη με το επίπεδο εκπαίδευσης και την ηλικία, αφού ήταν αυξημένη στις γυναίκες με υψηλό επίπεδο μόρφωσης όπως και αυτές που είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών. Στο τέλος του 1990 υπήρχε μία αύξηση των ποσοστών της μαστογραφικής εξέτασης σε όλες τις κατηγορίες και μετά το 2000 υπάρχει μια σημαντική πτώση.

Αναφορικά, η πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι σημαντική γιατί συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση και στην έγκαιρη αντιμετώπισή του. Με αυτό, την τελευταία δεκαετία επειδή υπάρχει έγκαιρη διάγνωση, τα ποσοστά των θανάτων έχουν μειωθεί 30% με 40%.

Η πρόληψη της νόσου πρέπει να γίνεται και συστήνεται σε γυναίκες ηλικίας 40 ετών να υποβληθούν σε μαστογραφία μια φορά το χρόνο. Όπως και η κλινική εξέταση του μαστού που πρέπει να είναι μέρος μιας εξέτασης υγείας κάθε τρία έτη για κοπέλες που είναι 20 με 30 ετών και κάθε έτος για τις κοπέλες που είναι 40 ετών και άνω. Όλες οι γυναίκες πρέπει να ξέρουν και να εκπαιδεύονται για να αναγνωρίζουν οποιαδήποτε αλλαγή υπάρχει στο μαστό τους το οποίο θα αναφερθεί αργότερα από αυτές στους ειδικούς τους. Όσες γυναίκες βρίσκονται σε ομάδα αυξημένου κινδύνου πρέπει να συμβουλευτούν τον γιατρό τους για οποιαδήποτε οφέλη και περιορισμούς που υπάρχουν στην αρχική μαστογραφία ή στη χρήση πρόσθετων δοκιμών και στη χρήση των συχνότερων εξετάσεων (Βλαχάκη Μ., Παπαδοπούλου ΑΜ., 2014; Λάγιου Α., 2008).

### ***ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ***

Ο κάθε άνθρωπος έχει δύο περιόδους στη ζωή του, στις οποίες το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην ανάγκη να αναγνωριστεί αν υπάρχουν κάποια κύτταρα στο σώμα που δεν ακολουθούν το ρυθμιστικό σύστημα της αύξησής τους, δηλαδή διηθούν δίπλα στους ιστούς ή σχηματίζουν μεταστάσεις και έτσι είναι εμφανής η ασθένεια:

1<sup>η</sup> Περίοδος: Το στάδιο της υποψίας ωσότου να γίνει η διάγνωση.

2<sup>η</sup> Περίοδος: Παρατήρηση της εξέλιξης της νόσου, αφού έχει γίνει η διάγνωση ή έχει αρχίσει η θεραπεία.

Η μεταβολή των κυττάρων σε καρκινικά, θεωρείται αποδιοργάνωση των παραγόντων που τα οδηγεί από τη φυσιολογική τους εξέλιξη ή σε αύξηση των υποδοχέων τους, σε ένα άλλο κυτταρικό επίπεδο με αποτέλεσμα την αυτοδιέγερση της ανάπτυξής τους. Η διάγνωση του καρκίνου σε πρώιμο στάδιο είναι κλινικά αδύνατη. Οι συνηθισμένες διαγνωστικές μέθοδοι δεν μπορούν να διαγνώσουν αθροίσεις κυττάρων που έχουν ήδη μερικά εκατομμύρια αλλά έχουν όγκο 1-2εκ.

Όταν ο καρκίνος αναπτύσσεται στο σώμα, τότε τα κύτταρα που τον συνιστούν, αυτά ή οι ιστοί του σώματος, παράγουν ουσίες οι οποίες μπορεί να ανιχνεύονται στο αίμα, στα ούρα και στους ιστούς. Οι ουσίες αυτές που παράγονται, κυρίως γλυκοπρωτεΐνες, είναι διαλυτές στο αίμα και ανιχνεύονται συνήθως με μονοκλωνικά αντισώματα, που ονομάζονται καρκινικοί δείκτες.

Τέτοιες ουσίες είναι παρούσες και όταν υπάρχει φυσιολογική ανάπτυξη ιστών και γι' αυτό το λόγο στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί σαν ογκο- εμβρυοπρωτεΐνες. Ο κάθε «δείκτης» έχει τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά χρησιμότητας, όπως ανίχνευσης, προσδιορισμού της διάγνωσης και της πρόγνωσης, στάθμισης της ανταπόκρισης στη θεραπεία και παρακολούθησης της επανεμφάνισης της νόσου. (Harold Burstein, PhD, MD, 2005)

Οι συνήθεις χρησιμοποιούμενοι δείκτες είναι:

1. CEA (Carcinoembryonic Antigen): Καρκινοεμβρυϊκό Αντιγόνο. Είναι με γλυκοπρωτεΐνη M.B.180.000 και είναι ένα από τα αντιγόνα τα οποία παράγονται κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης. Μετά όμως από τη γέννηση του μωρού μειώνεται συνεχώς, έτσι ώστε σε ένα φυσιολογικό ενήλικο να φτάνει την τιμή του 3-5 ng/ml. Οι μεγαλύτερες τιμές παρατηρούνται σε καπνιστές. Παράγεται από γονίδια της οικογένειας CEA και με αυτή υπολογίζεται η καρκινική εξέλιξη στο έντερο και τους πνεύμονες. Σε μεταστάσεις, η τιμή ξεπερνά τα 100mg. Η πτώση του στο φυσιολογικό επίπεδο γίνεται μετά από κολεκτομή. Ωστόσο αν παρατηρηθεί ξανά αύξηση της τιμής του αντιγόνου από το φυσιολογικό επίπεδο, χρειάζεται γενική έρευνα.
2. AFP (Alpha Fetoprotein): Άλφα φετοπρωτεΐνη ή άλφα εμβρυϊκή σφαιρίνη. Είναι μία γλυκοπρωτεΐνη M.B.70.000 που παράγεται από το ήπαρ του εμβρύου. Σταδιακά τα επίπεδα της πρωτεΐνης αυτής μειώνονται μετά τη γέννηση. Είναι ανιχνεύσιμη στους ενήλικες αλλά σε πολύ χαμηλά επίπεδα, 0-6,4 ng/ml. Η αύξηση της τιμής της μπορεί να οφείλεται σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, σε κάποιους καρκίνους του όρχι και των ωοθηκών, και πιο σπάνια σε καρκίνους στομάχου, παγκρέατος και πνευμόνων.
3. hCG (Human Chorionic Gonadotropin): Χοριακή γοναδοτροπίνη. Βήτα υποομάς, με σιαλογλυκοπρωτεΐνη M.B. 46.000, δομή των υποφυσιακών ορμονών. Συντίθεται όταν αρχίσει η εγκυμοσύνη από τα τροφοβλαστικά κύτταρα και πιο μετά από τα κύτταρα της συγκυτιοτροφοβλάστης του πλακούντα. Κλινικά καθορίζει την εγκυμοσύνη και τους χρήστες μαριχουάνας. Γίνεται διάγνωση σε καρκίνο των τροφοβλαστικών όγκων σε μη έγκυο γυναίκα, σε χοριοκαρκινώματα, σε μήλη κύηση 37 εβδομάδων. Οι φυσιολογικές τιμές είναι μεγαλύτερο από 31 U/ml. Σε μήλη κύηση και 1.000.000. Ένα 50% των χοριοκαρκινωμάτων αναπτύσσεται από μήλη κύηση.

4. CA15-3 (Cancer Antigen 15-3): Καρκινικό Αντιγόνο 15-3. Είναι βλεννώδους τύπου αντιγόνο και μεγάλου μοριακού βάρους από τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού. Αντιδρά με δύο μονοκλωνικά αντισώματα τα 115D8 και DF3. Οι φυσιολογικές του τιμές είναι μικρότερες του 31 U/ml. Αυτό το αντιγόνο προσδιορίζει τον καρκίνο του μαστού και τις μεταστάσεις του. Υπάρχει και σε νόσους του ήπατος. Οι παράλληλοι δείκτες είναι ο MCA και ο CA549.
5. CA19-9 (Cancer Antigen 19-9): Υδατανθρακικό αντιγόνο 19-9. Είναι υδατάνθρακας υψηλού μοριακού βάρους και είναι πλούσιος σε βλεννίνη. Παράγεται από καρκίνωμα του ορθού και του παχέος εντέρου, ανιχνεύεται κυρίως σε καρκίνο του παγκρέατος και δευτερευόντως στο ΓΕΣ. Οι φυσιολογικές τιμές του είναι μικρότερες από 33-60 U/ml. Οι συγκεντρώσεις που ξεπερνούν τις 10.000 επιβεβαιώνουν μεταστάσεις. Πρόδρομος του ο δείκτης CA50 (ανίχνευση καρκίνου στο πάγκρεας).
6. CA125 (Cancer Antigen 125): Καρκινικό αντιγόνο 125. Είναι βλεννώδης γλυκοπρωτεΐνη με M.B.200.000, αναγνωρίζεται με το μονοκλωνικό αντίσωμα OC125. Παρατηρείται σε παράγωγα εμβρυικού επιθηλίου, ωοθηκικού καρκινώματος και σε ιστούς αδενοκαρκινώματος, όπως και σε ενδομητρίωση κίρρωση ή κύηση. Οι φυσιολογικές του τιμές είναι 0-35 U/ml.
7. PSA (Prostate Specific Antigen): Προστατικό Ειδικό Αντιγόνο. Είναι γλυκοπρωτεΐνη με M.B. 34.000. Είναι ειδικό καθαρά για το όργανο προστάτη, αλλά για τον καρκίνο του οργάνου αυτού. Οι φυσιολογικές του τιμές είναι ανάλογες με την ηλικία και είναι περίπου μικρότερες από 4 ng/ml. Το ποσό και οι μεταβολές του οδηγούν στην πρώιμη διάγνωση καρκίνων και των μεταστάσεων τους. Αναστέλλεται από την αντιανδρογόνο θεραπεία. Οι δύο αυτοί δείκτες αυξάνονται ύστερα από δακτυλική εξέταση του προστάτη ή από συνουσία.

#### Άλλοι Καρκινικοί Δείκτες:

1. CA72-4: Καρκινικό αντιγόνο 72-4. Είναι δείκτης για το καρκίνωμα του στομάχου και είναι μη ειδικό.
2. SCC Antigen (Squamous Cell Carcinoma): Αντιγόνο εκ καρκινώματος πλακωδών κυττάρων του τραχήλου, του πνεύμονα και ΩΡΛ.
3. NSE (Neuron Specific Enolase): Ειδική Νευρωνική Ενωλάση για νευροβλάστωμα και μικρο-κυτταρικό βρογχικό καρκίνωμα.

4. B2-M (Beta-2 Microglobulin): Βήτα-2-μικροσφαιρίνη, είναι βοηθητικός δείκτης σε κακοήθεις νόσους του λεμφικού. Το ίδιο και η LDH (Γαλακτική Αφυδρογονάση).
5. Καλσπονίνη: είναι πολυπεπτίδιο από τα παραθυλακιώδη κύτταρα (C) του θυρεοειδούς. Για τη διάγνωση του καρκίνου των C κυττάρων προηγείται διέγερση με πενταγαστρίνη.
6. 5-HIAA: 5-Υδροξυινδολοξικό οξύ. Είναι καρκινοειδές λόγω μεταβολισμού της 5-HT.
7. ADH: Αντιδιουρητική Ορμόνη. Για μικροκυτταρικό καρκίνο των βρόγχων, αδενοκαρκίνωμα.
8. BTA (Bladder Tumor Antigen): Καρκινικό αντιγόνο της κύστης, το NMP (Nuclear Matrix Protein) είναι όμοιο.

Οι χημικές ουσίες οι οποίες χαρακτηρίζονται καρκινικοί δείκτες, ανιχνεύονται φυσιολογικά στον οργανισμό, αλλά είναι σε πυκνότητες μη παθογνωμονικές.

Υπάρχουν καρκινικοί δείκτες που είναι ειδικοί μόνο για ένα τύπο καρκίνου, ενώ κάποιοι άλλοι εμφανίζονται σε περισσότερους τύπους καρκίνων. Υπάρχουν καλά μελετημένοι δείκτες, ωστόσο υπάρχουν και άλλοι που ερευνούνται ακόμη και δεν πρέπει να αξιολογούνται αν δεν υπάρχουν άλλα στοιχεία. Ποτέ δεν πρέπει να βασίζεται η διάγνωση στο αποτέλεσμα ενός μόνο τεστ.

Ο ίδιος καρκινικός δείκτης που ήταν αυξημένος πριν από τη θεραπεία, πρέπει να παρακολουθείται και μετά την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία. Η αύξηση των τιμών ενός δείκτη όμως, δεν σημαίνει ότι είναι πάντα καρκίνος, καθώς μπορεί να δώσει παθολογικές τιμές και σε μία φλεγμονή. Μετά από μια επιτυχημένη ειδική θεραπεία ο δείκτης δείχνει συχνά μια ανοδική αύξηση η οποία οφείλεται σε κυτταρική λύση. Σε αντίθετη περίπτωση που αν η θεραπεία δεν δικαιολογεί τη λύση των κυττάρων, αυτό υποδηλώνει αποτυχία της θεραπευτικής επέμβασης.

Συμπερασματικά, ο ερευνητής πρέπει να ξέρει τον χρόνο ζωής του δείκτη, δηλαδή σε πόσο χρόνο η ποσότητα του δείκτη θα μειωθεί μέσα στο αίμα εφόσον η πηγή παραγωγής του θα λείπει. Όπως επίσης το πώς ο δείκτης μεταβολίζεται ή αποβάλλεται, καθώς και την ευαισθησία και την εξειδίκευση του κάθε δείκτη (Αμδάκη Ι., 2014).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο καρκίνος του μαστού αντιμετωπίζεται με Χειρουργική Επέμβαση, Ακτινοθεραπεία, Χημειοθεραπεία και Ορμονοθεραπεία. Οι πιο πάνω θεραπευτικές δυνατότητες χρησιμοποιούνται ανάλογα με την κάθε περίπτωση, έχοντας υπόψη δηλαδή το στάδιο της νόσου, τις μεταστάσεις που υπάρχουν ή όχι, τις ενδείξεις και τα συμπτώματα στον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ξεχωριστές ή και συνδυασμένες θεραπείες για την αφαίρεση του όγκου ή και ακόμα της πλήρης ίασης από τη νόσο.

### **ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Οι ορμόνες είναι χημικές ενώσεις που παράγονται από τους ενδοκρινείς αδένες και κυκλοφορούν σε όλο το σώμα επιδρώντας σε άλλους ιστούς. Είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο πολλών και διαφορετικών λειτουργιών του οργανισμού. Οι σημαντικότερες ορμόνες στη θεραπεία του καρκίνου είναι εκείνες που παράγονται στον υποθάλαμο, στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, στα επινεφρίδια και στις γονάδες.

Κάθε ορμόνη διαθέτει τον δικό της υποδοχέα, ο οποίος ενεργοποιείται από τη συγκεκριμένη ορμόνη και μόνο οι ιστοί που διαθέτουν τους ειδικούς ορμονικούς υποδοχείς μπορούν να επηρεαστούν από αυτή. Οι αναπτυσσόμενοι όγκοι στα όργανα τα οποία φυσιολογικά βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ανταποκριθούν σε ορμονικούς χειρισμούς. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε μεταγενέστερα βάση για τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη, του μαστού, του ενδομητρίου και του θυρεοειδή.

Ο κύριος λόγος που αναπτύχθηκε η ορμονοθεραπεία είναι για τη θεραπεία των μεταστατικών καταστάσεων και συνεχίζει ακόμα να χρησιμοποιείται σε αυτόν τον τομέα. Επειδή η πλήρης ίαση δεν είναι εφικτή, το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι η καλύτερη ποιότητα ζωής, αφού επιφέρει ύφεση της νόσου και ανακούφιση από τα συμπτώματα. Ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, η πιθανότητα του θετικού αποτελέσματος στην ορμονοθεραπεία διαφέρει. Στον καρκίνο του μαστού το ποσοστό κυμαίνεται στο 30-40% ενώ στον καρκίνο του προστάτη το ποσοστό μπορεί να αγγίξει το 80% (Hardy J., 1995).

Η ορμονοθεραπεία χρησιμοποιείται επίσης σε επικουρική, εισαγωγική και προφυλακτική βάση. Η ταμοξιφαίνη, ένα συνθετικό αντιοιστρογόνο, χορηγείται σαν συμπληρωματική θεραπεία παράλληλα μετά την αρχική χειρουργική επέμβαση στον καρκίνο του μαστού

και αποδείχθηκε ότι καθυστερεί την υποτροπή και αυξάνει το διάστημα επιβίωσης (Medical Research Council Scottish Trials Office 1987). Η χρήση της ταμοξιφαίνης έχει ακόμη προταθεί στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού (Jordan V.C., 1986).

Οι γυναίκες που έλαβαν ταμοξιφαίνη σαν επικουρική θεραπεία κατά την εμφάνιση του πρωτοπαθή καρκίνου έχουν μειωμένες πιθανότητες ανάπτυξης δευτεροπαθούς καρκίνου του μαστού (Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group 1988). Πολλές έρευνες εστιάζονται στην ανακάλυψη του ρόλου της ταμοξιφαίνης σε γυναίκες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Powles T.J., et al. 1994). Πρώιμες αναφορές προτείνουν ότι η ταμοξιφαίνη μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες υψηλού κινδύνου σε ποσοστό 45% (Smigel K. 1998).

### ***Η Ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού***

Κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα υποστηρίζουν τη θεωρία ότι τα οιστρογόνα διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη διατήρηση εξέλιξης τουλάχιστον μερικών τύπων καρκίνου του μαστού (Dowsett M. 1991). Πολλές ορμονικές θεραπείες στον καρκίνο του μαστού έχουν ως στόχο είτε τη μείωση της σύνθεσης των οιστρογόνων είτε την αντίθετη δράση. Η ταμοξιφαίνη αποτελεί το σημαντικότερο αντιοιστρογόνο. Εντούτοις φαίνεται ότι διαθέτει και μικρή οιστρογονική δράση (Jackson I.M., et al 1991), συνεχίζοντας να προκαλεί υπερπλασία του ενδομητρίου, η οποία πιθανόν να επηρεάσει την εμμηνορροια στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Νεότερα αμιγή αντιοιστρογόνα ή ειδικοί τροποποιητές των υποδοχέων των οιστρογόνων (SERMs – Selected Estrogen Modifiers) όπως η ραλοξιφαίνη και η ιδοξιφαίνη, έχουν ταυτοποιηθεί και εξετάζεται ο ρόλος τους στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (Pace P., et al 1997). Άλλες ορμόνες που είναι αποτελεσματικές στον καρκίνο του μαστού, όπως η προγεστερόνη και τα ανδρογόνα, φαίνεται να ανταγωνίζονται τη δράση των οιστρογόνων. Τα ανδρογόνα πλέον χρησιμοποιούνται σπανίως λόγω των σοβαρών παρενεργειών τους, όπως είναι η υπερτρίχωση προσώπου, κατάθλιψη, μπάσα φωνή, αύξηση σμήγματος, εξάνθημα, ναυτία, οίδημα, αύξηση λίμπιντο.

### **Ορμονοθεραπεία σε Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού**

Ωθηκεκτομή: Με τη χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών η παραγωγή των οιστρογόνων μειώνεται κατά 90%.

LHRH ανάλογα – Εκλυτική Ορμόνη της Ωχρινοτρόπου: Εμποδίζουν την έκκριση της ωχρινοτρόπου ορμόνης και έτσι μειώνεται η παραγωγή οιστρογόνων.

Χημειοθεραπεία: Καταστέλλει τη λειτουργία των ωοθηκών.

Ανταγωνιστές Οιστρογόνων: Ανταγωνιστές των υποδοχέων των οιστρογόνων (Ογκολογική Νοσηλευτική).

### **Ορμονοθεραπεία σε Μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού**



Ανταγωνιστές Οιστρογόνων: Ανταγωνιστικοί αναστολείς των οιστρογόνων.

Αναστολείς της Αρωματάσης: Ενζυμικοί αναστολείς, εμποδίζουν τη μετεμμηνοπαυσιακή παραγωγή οιστρογόνων.

Προγεσταγόνα: Η δράση των οιστρογόνων επηρεάζεται από την ενεργοποίηση των υποδοχέων της προγεστερόνης.

Οιστρογόνα: Εμποδίζουν τους οιστρογονικούς υποδοχείς ή ασκούν αρνητική ανατροφοδότηση στην υπόφυση.

Ανδρογόνα: Συνθετικές ορμόνες με ανδρογονική

δράση (Ογκολογική Νοσηλευτική).

### **Ανεπιθύμητες Ενέργειες**

Εμμηνόπαυση, εξάψεις, στειρότητα, ξηρότητα κόλπου, αύξηση βάρους, διαταραχές στην εμμηνορρυσία, θρόμβωση, υπερπλασία ενδομητρίου, καρκίνος ενδομητρίου (Fornander T., et al 1989), αμφιβληστροειδοπάθεια, αναζωπύρωση όγκου, λήθαργος, ναυτία και έμετος, πυρετός, αταξία (Coombes R.C., et al 1987), διάρροια, κοιλιακές διαταραχές, αύξηση όρεξης, κοιλιακή αιμορραγία, τρόμος, εφιδρώσεις, μυϊκές κράμπες, κόπωση, κεφαλαλγία.

### **ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί τη χρήση ιονιζουσών ακτινοβολιών στο σημείο που υπάρχει το πρόβλημα. Η εκπεμπόμενη ακτινοβολία μέσω του ιονισμού των ατόμων και των μορίων επιφέρει διάσπαση στις έλικες του DNA και συνεπώς το θάνατο των κυττάρων, ιδιαίτερα



εκείνων που είναι στη φάση διπλασιασμού τους. Στόχος της θεραπείας είναι η καταστροφή του όγκου και η διατήρηση της λειτουργικότητας των φυσιολογικών ιστών. Η ακτινοβολία όμως, επηρεάζει τόσο τα υγιή όσο και τα κακοήθη κύτταρα.

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί σημαντική θεραπευτική αγωγή στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Ποσοστό μεγαλύτερο από 50% των ασθενών με καρκίνο υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία κάποια χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της αντικαρκινικής θεραπείας, η ακτινοθεραπεία δίνει τη δυνατότητα τοπικού ελέγχου της νόσου.

Η ακτινοβολία χορηγείται με τη μορφή ακτινών X, ακτινών γ ή ηλεκτρονίων (Hall E.J. (1998). Η θεραπεία στοχεύει είτε στην πλήρη ίαση, είτε στην παρηγορητική θεραπεία, ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές αγωγές. Η επιτυχία της εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, από την ευαισθησία της καρκινικής μάζας στην ακτινοβολία, από την αντοχή των ιστών στη γύρω περιοχή, από το είδος της ακτινοβολίας, το σύνολο της δόσης της, καθώς και από τον ρυθμό που χορηγείται και την έκταση του ακτινοβολούμενου πεδίου.

### **Χρήση της Ακτινοθεραπείας**

- Ως μοναδική θεραπεία (σπάνια).
- Σε περιπτώσεις που η χειρουργική επέμβαση θα γίνει αιτία απώλειας κάποιας λειτουργίας οργάνου.
- Σε μη προσεγγίσιμους εγχειρητικά όγκους.
- Σε συνδυασμό με τη χειρουργική αγωγή είτε προεγχειρητικά είτε μετεγχειρητικά.
- Παρηγορητικά ή ανακουφιστικά για να υποχωρήσουν κάποια συμπτώματα.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του δέρματος, του τραχήλου της μήτρας, στόματος, λάρυγγα και μαστού, εφόσον είναι στο αρχικό τους στάδιο, όταν αντιμετωπίζονται με ακτινοβολία φέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

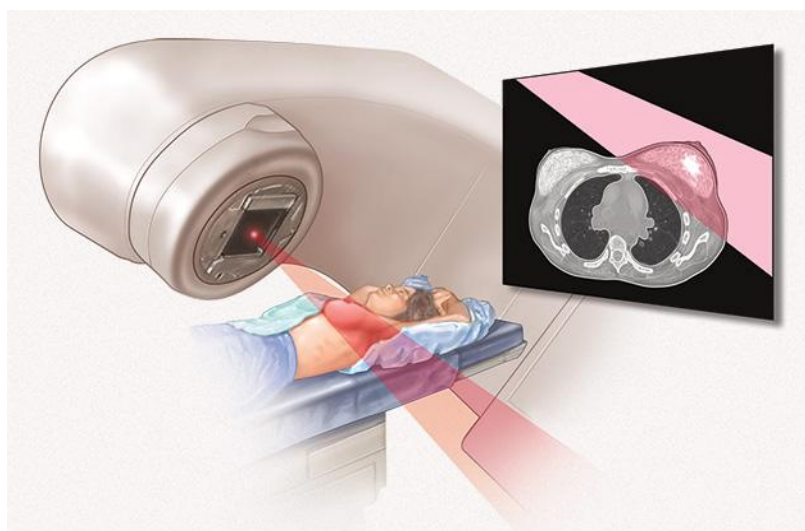
### **Εξωτερική Ακτινοθεραπεία**

Είναι η θεραπευτική ακτινοβολία με εξωτερική δέσμη σε μεγάλη απόσταση πηγής – δέρματος (70 – 110cm) και γίνεται με πηγές κοβαλτίου που εκπέμπουν ακτίνες γ ή με επιταχυντή (γραμμικό ή κυκλικό) που παράγουν ακτίνες X ή ηλεκτρόνια. Ο γραμμικός επιταχυντής έχει υψηλότερη παροχή, άρα ο χρόνος της θεραπείας είναι μικρότερος. Επίσης επιβαρύνει λιγότερο το δέρμα αφού η συγκέντρωση της δόσης γίνεται εσωτερικά στο

σημείο που είναι απαραίτητη, έτσι μειώνεται και ο κίνδυνος ακτινοβολίας των υγιών ιστών ή και των ευαίσθητων οργάνων.

### **Εσωτερική Ακτινοθεραπεία – Βραχυθεραπεία**

Είναι η κατανομή της ακτινοβολικής δόσης στον όγκο και σε πολύ μικρή περιοχή γύρω από αυτόν. Το ραδιοϊσότοπο είτε εφαρμόζεται απευθείας πάνω στην επιφάνεια του δέρματος, είτε εισάγεται μέσα σε κοίλα όργανα ή σε υπάρχουσες κοιλότητες του οργανισμού ή εμφυτεύονται μέσα σε ορισμένους όγκους.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

### **Ριζική Ακτινοθεραπεία**

Σκοπός της θεραπείας είναι η πλήρης καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, άρα η ίαση του ασθενή, η οποία διαρκεί 5-7 εβδομάδες και πιθανό να συνοδεύεται από σοβαρές παρενέργειες. Για να πετύχει το σκοπό της η ριζική ακτινοθεραπεία, θα πρέπει να είναι εντατική και με μεγάλη διάρκεια. Λόγω όμως των σοβαρών αντιδράσεων του οργανισμού, μια τέτοια θεραπεία δεν είναι επιτρεπτή, γι' αυτό και πρέπει να γίνεται αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή, της ηλικίας του, της επέκτασης και της φύσης της νόσου.

### **Ανακουφιστική Ακτινοθεραπεία**

Σκοπός της ακτινοθεραπείας αυτής είναι η ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα που προκαλούνται από την ίδια καρκινική μάζα ή από τις μεταστάσεις. Τέτοια συμπτώματα είναι η διήθηση των νεύρων, η δύσπνοια από απόφραξη της τραχείας ή ενός βρόγχου, ο ειλεός από εντερική απόφραξη, η αιμορραγία από διήθηση και τρώση αιμοφόρων αγγείων και πολλά άλλα που δημιουργούν προβλήματα στη ζωή του ασθενούς.

Η διάρκεια της ανακουφιστικής θεραπείας πρέπει να είναι μικρή, δηλαδή περίπου 1-10 μέρες, και σχεδιάζεται ανάλογα με την αντοχή του ασθενή στις παρενέργειες.

### **Προβλήματα κατά την Ακτινοθεραπεία**

- Κακή διακίνηση οξυγόνου (π.χ. από αναιμία).
- Θρεπτικό ανισοζύγιο λόγω ναυτίας, εμετού, ανορεξίας, εφαρμογής του ραδιοϊσοτόπου στην στοματική κοιλότητα.
- Διαταραχή στο ισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας.
- Δυσκολίες κατά την εφαρμογή της θεραπείας.
- Κίνδυνος μόλυνσης λόγω λευκοπενίας.
- Κίνδυνος αιμορραγίας από θρομβοπενία.
- Ψυχολογικά προβλήματα λόγω απομόνωσης, μικρού χρόνου φροντίδας και θανάτων άλλων ασθενών στο ίδιο τμήμα.

### **Παρενέργειες Ακτινοθεραπείας και Παράγοντες**

Οι παρενέργειες χωρίζονται σε:

A. Πρώιμες ή άμεσες έως και 6 μήνες από ακτινοβολία, οι οποίες είναι η ανορεξία, ξηροστομία, οισοφαγίτιδα, διάρροια, κοιλιακό άλγος, καταβολή δυνάμεων, μυκητίαση, ναυτία και εμετός. Αυτές οι παρενέργειες μπορεί να ελαττωθούν έως και να εξαφανιστούν πλήρως με τη μείωση της ημερήσιας δόσης ή με τη διακοπή της θεραπείας για λίγες μέρες.

B. Όψιμες ή χρόνιες από 6 μήνες έως και 4 χρόνια, όπως είναι η ακτινική πνευμονία, συρίγγια, νέκρωση οστών.

Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας εξαρτώνται από τη δόση της ακτινοβολίας, την εντόπιση του όγκου, το μέγεθος του ακτινοθεραπευτικού πεδίου και την αντοχή του ασθενή που επηρεάζεται από την προχωρημένη ηλικία, την κακή γενική κατάσταση, την κακή θρέψη, την κακή αιμάτωση των ακτινοβολούμενων ιστών, την καθήλωση των ιστών και την ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας.

### **Τοπικές Βλάβες στο Δέρμα**

Η σοβαρότητα των δερματικών βλαβών εξαρτάται από την περιοχή του σώματος και τον συνολικό όγκο που ακτινοβολείται, την ακτινοθεραπευτική τεχνική και τη δράση της ακτινοβολίας, την ολική δόση και τη δόση ανά συνεδρία. Επιπλέον, οι δερματικές αλλοιώσεις είναι εντονότερες όταν η ακτινοβολία γίνεται ταυτόχρονα με την παροχή ορισμένων κυτταροστατικών φαρμάκων όπως αδριαμυσίνη, μπλεομυσίνη, μεθοτρεξάτη, 5-

φθοριουρακίλη. Οι πιο ευαίσθητες περιοχές του σώματος είναι η βουβωνική χώρα, το περίνεο, οι μηροί, οι μαστοί και οι μασχάλες. Αυτή η ευαισθησία οφείλεται στη μεγαλύτερη τοπική θερμότητα, το υγρό περιβάλλον, την περιορισμένη έκθεση στο φως των περιοχών αυτών, την τριβή των πτυχών του δέρματος και τα στενά ρούχα.

Με μία τυπική ακτινοθεραπεία οι δερματικές βλάβες παρατηρούνται προς το τέλος της τέταρτης εβδομάδας, και είναι πιο έντονες κατά την τελευταία εβδομάδα της θεραπείας. Η ερυθριματώδης αντίδραση παρουσιάζεται 1 έως 3 εβδομάδες από την έναρξη της ακτινοθεραπείας και διαρκεί μερικές εβδομάδες. Η φυσαλιώδης αντίδραση προκαλείται από μεγαλύτερες δόσεις και φαίνεται την πρώτη και δεύτερη εβδομάδα. Αν η βασική στιβάδα του δέρματος είναι ανέπαφη τότε γίνεται πλήρης αποκατάσταση και το καινούριο δέρμα είναι ξηρό και λεπτό.

Η εσχαροποιητική αντίδραση παρουσιάζει επώδυνη ερυθρότητα και οίδημα στο δέρμα αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία. Μετά από δύο ή τρεις μέρες εμφανίζονται φυσαλίδες που σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις. Το δέρμα μετά την επούλωση παίρνει ένα σκούρο καστανό χρώμα, το οποίο εξαφανίζεται από μόνο του. Αν το δέρμα έχει δεχθεί πολύ μεγάλη δόση, θα φαίνεται πιο λεπτό και ωχρο μετά την επούλωση, χωρίς τρίχες και με δυσλειτουργία των ιδρωτοποιών και σμηγματογόνων αδένων.

Σε μερικούς ασθενείς μπορεί να εμφανιστούν δερματικές αλλοιώσεις μετά από μήνες ή χρόνια ως αποτέλεσμα αγγειακής βλάβης και αλλοιώσεων του υποδόριου στηρικτικού ιστού. Οι πιο συχνές χρόνιες αντιδράσεις είναι ατροφία του δέρματος, τελαγγειεκτασία (διάταση των μικρών αιμοφόρων αγγείων), αλλοιωμένη χρώση και ίνωση. Αυτές οι όψιμες αντιδράσεις που πρέπει να διαφοροποιούνται από τις πρώιμες δερματικές αντιδράσεις, είναι σχεδόν όλες μόνιμες. Άλλες βλάβες του δέρματος είναι η αλωπεκία, η υπέρχρωση, η ίνωση και η νέκρωση.

#### **Ανησυχίες Ασθενών για την Ακτινοθεραπεία**

Η προοπτική της ακτινοθεραπείας επεκτείνει την ανησυχία και το φόβο που ήδη βιώνει ο ασθενής μετά από τη διάγνωση του καρκίνου. Οι κοινοί φόβοι που βρέθηκαν σε μελέτες πληθυσμών αυτών των ασθενών, είναι ο φόβος και οι εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τη χρήση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής (Peck A. and Boland J. 1977; Forester B.M., et al 1985). Σε άλλη έρευνα γυναικών με καρκίνο μαστού οι οποίες έπρεπε να αποφασίσουν μεταξύ ογκεκτομής και μαστεκτομής, με συνοδό ακτινοθεραπεία,

παρατηρήθηκε ότι οι ανησυχίες των ασθενών που σχετίζονταν με την αποτελεσματικότητα της αγωγής και τις παρενέργειές της, επηρέασαν σημαντικά την τελική τους απόφαση (Ward S., et al 1992). Παράλληλα συνυπάρχει ο ενδοιασμός ότι ο ασθενής «θα καεί», θα «γίνει ραδιενεργός» και θα αντιμετωπίσει φοβερές παρενέργειες (Nocross Weintraub F., 1992).

Ένα ακτινοθεραπευτικό σχήμα πιθανό να διαρκέσει αρκετές εβδομάδες, κατά τη διάρκεια του οποίου οι επισκέψεις στο νοσοκομείο γίνονται καθημερινή ρουτίνα. Η ακτινοθεραπεία είναι μια επιλογή θεραπείας που δε γίνεται εύκολα κατανοητή, και σύμφωνα με τον Strohl «η απομόνωση σε ένα δωμάτιο και η έκθεση σε μια αόρατη δύναμη που μπορεί να καταστρέφει κύτταρα, αποτελεί μια αφηρημένη εμπειρία που απαιτεί χρόνο και επαναλαμβανόμενη ενημέρωση προκειμένου να διασαφηνιστεί».

Η επαναπροσαρμογή στη «φυσιολογική ζωή» είναι αρκετά δύσκολη. Η απώλεια της ελπίδας και της εμπιστοσύνης σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, καθώς και η κατάθλιψη, φαίνεται να κυριαρχούν σε αυτή την χρονική περίοδο.

Η μελέτη της Ward για τις αντιδράσεις γυναικών με καρκίνο του μαστού μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, αναγνωρίζει ότι η λήξη της θεραπείας δεν επιφέρει πάντοτε την ανακούφιση (Ward S., et al 1992). Ποσοστό 30% των 38 γυναικών που συμμετείχε στη έρευνα, θεώρησε εκνευριστική τη λήξη της θεραπείας, και ότι αυτό συχνά σχετίζονταν, όχι μόνο με την απόσυρση από τη θεραπεία αλλά και με την επιδείνωση των παρενεργειών. Οι γυναίκες που βίωναν περισσότερο άγχος ή κατάθλιψη κατά την έναρξη της θεραπείας, ήταν εκείνες που ένιωθαν περισσότερο αναστατωμένες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

## ***ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ***

Η αντικαρκινική χημειοθεραπεία αφορά τη χορήγηση αντινεοπλασματικών φαρμάκων είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους. Αυτά τα φάρμακα εμποδίζουν την κυτταρική διαίρεση αναστέλλοντας τη σύνθεση νέου γενετικού υλικού, ή προκαλώντας ανεπανόρθωτες βλάβες στο DNA. Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.

### **Σκοποί Χημειοθεραπείας**

Θεραπεία: εκρίζωση του καρκίνου και ίδιος χρόνος ζωής με ένα άτομο που δεν έχει καρκίνο.

Έλεγχος: επιμήκυνση της επιβίωσης με την μείωση της ανάπτυξης ενός μεταστατικού όγκου.

Παρηγορητική: φροντίδα για ανακούφιση από τα συμπτώματα όταν πια δεν είναι δυνατό να επιτύχουμε απαλλαγή των συμπτωμάτων.

Συμπληρωματική: χορήγηση της χημειοθεραπείας μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου σε μια προσπάθεια να εκριζωθεί τυχόν υπολειπόμενος όγκος και μικρομεταστάσεις.

Προεγχειρητική: είναι θεραπεία που γίνεται σε εγχειρήσιμους όγκους με σκοπό την μείωση του μεγέθους του όγκου πριν από τη χειρουργική επέμβαση, κάνοντας τον να ανταποκρίνεται καλύτερα στη θεραπεία (Κωνσταντινίδης Θεοχάρης).

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο χρησιμοποιείται είτε με στόχο την ίαση της νόσου, αφού καταστρέφονται όλα τα καρκινικά κύτταρα, είτε για τον έλεγχο της νόσου μέσω της επιβράδυνσης ή της διακοπής της εξέλιξης του κακοήθους όγκου με αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του ασθενή. Μπορεί επίσης να είναι ανακουφιστική θεραπεία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου, όπως ο πόνος και η δύσπνοια. Για την καλύτερη αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής, γίνεται «προεγχειρητική» χημειοθεραπεία, η χρήση δηλαδή της χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας πριν από τη χειρουργική επέμβαση, έτσι μειώνεται το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου και μεγιστοποιείται η αποτελεσματικότητα της δράσης στην επακόλουθη θεραπεία.

Κατά την εκτίμηση της ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία, παραμένει δύσκολος ο καθορισμός εκείνου του σημείου που μπορεί να συζητηθεί με αξιοπιστία για «ίαση» του καρκίνου (Priestman 1987). Γενικά, μετά τη χορήγηση θεραπείας η επιβίωση τείνει να είναι μεγαλύτερη από ότι θα ήταν αν δεν είχε δοθεί καθόλου θεραπεία, αλλά οπωσδήποτε είναι μικρότερη από εκείνη που θα είχε το άτομο εάν δεν είχε εμφανίσει καρκίνο (<sup>Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.</sup> Skeel R.T. 1987).

### **Φαρμακολογία**

Ο τρόπος επιλογής της φαρμακευτικής αγωγής, υπολογισμού της δοσολογίας και χορήγησής της εξαρτάται από πολλούς φαρμακολογικούς παράγοντες. Υπερβολική δόση μπορεί να έχει σαν συνέπεια την εμφάνιση ανεπιθύμητων και επικίνδυνων τοξικών παρενεργειών, ενώ η ανεπαρκής δόση του φαρμάκου δεν θα επιφέρει την επιθυμητή θεραπεία. Επομένως το θεραπευτικό αποτέλεσμα ενός φαρμάκου πραγματοποιείται με την

ισορροπία ανάμεσα στη δράση του φαρμάκου και στη συμπεριφορά του μέσα στον οργανισμό ώστε να εξασφαλίζεται η επιθυμητή δράση του στην κατάλληλη ένταση και διάρκεια.

### **Επιλογή και Δόση Φαρμάκου**

Υπάρχουν πολλά είδη φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική αγωγή για έναν όγκο. Η επιλογή τους εξαρτάται από τον χρόνο που πέρασε μετά τη διάγνωση, από το σκοπό της θεραπείας, από την εμφάνιση τοξικών παρενεργειών από προηγούμενη χορήγηση της θεραπείας και από τα συνυπάρχουσα νοσήματα. Η δόση χορήγησης του φαρμάκου υπολογίζεται σε  $\text{mg}/\text{m}^2$  επιφάνειας σώματος. Για τον υπολογισμό αυτό πρέπει να καταγραφεί το ύψος και το βάρος του ασθενή και να χρησιμοποιηθεί το Νομόγραμμα Υπολογισμού Σωματικής Επιφάνειας (Κωνσταντινίδης Θεοχάρης).

### **Διάρκεια και Συχνότητα Χημειοθεραπείας**

Η διάρκεια και η συχνότητα της θεραπείας εξαρτώνται από τον τύπο της νεοπλασίας, το χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός να αποδεχτεί θετικά τη θεραπεία, τις συνυπάρχουσες ασθένειες και τον χρόνο ανάπλασης των φυσιολογικών κυττάρων. Γενικότερα σε κάθε θεραπεία ακολουθεί μία περίοδος ανάπαυσης, η οποία είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτό το χρονικό διάστημα ξεκούρασης βοηθά τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες παρενέργειες της θεραπείας. Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγείται καθημερινά για λίγες μέρες, εβδομαδιαίως ή μηνιαίως. Ανάλογα με την προσωπική αντίδραση του ασθενή, προσαρμόζεται και το πρόγραμμα θεραπείας καθώς περνάει ο καιρός, ούτως ώστε να υπάρξει θετική ανταπόκριση στη θεραπεία.

### **Θεραπευτικά Πρωτόκολλα**

Η απόφαση για το αν θα πρέπει να χορηγηθεί χημειοθεραπεία σε κάποιον ασθενή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως:

- Την ηλικία και τη γενική κατάσταση υγείας του ασθενή.
- Την προγραμματισμένη φαρμακευτική αγωγή και την προτεινόμενη μέθοδο χορήγησής της.
- Την αναγκαιότητα συμπληρωματικής θεραπείας (πχ ενδοφλέβια ενυδάτωση).
- Την ανάγκη διόρθωσης ελλειμμάτων του οργανισμού πριν από την έναρξη της θεραπείας (πχ μετάγγιση αίματος, ή θρεπτική υποστήριξη).

- Την αναμενόμενη βαρύτητα των παρενεργειών, ή και της τοξικότητας της αγωγής αυτής και την αναγκαιότητα χορήγησης αντικειμενικών ή άλλων φαρμάκων.
- Τις επιθυμίες του ασθενούς, της οικογένειας ή και των φίλων του.

### **Οδοί Χορήγησης**

- Από το στόμα
- Ενδομυϊκή
- Υποδόρια
- Τοπική
- Ενδο-υπεζωκοτική
- Ενδοκυστική
- Ενδοραχιαία/ενδοκοιλιακή
- Ενδοπεριτοναϊκή
- Ενδαρτηριακή
- Ενδοφλέβια: είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη οδός τόσο για τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες και τα συνοδά φάρμακα, όσο και για την υποστηρικτική θεραπεία. Η οδός αυτή χαρακτηρίζεται από την καλύτερη απορρόφηση της θεραπευτικής αγωγής, χωρίς να υπάρχει απώλεια φαρμάκου, ενώ παράλληλα ελαττώνεται η ανάγκη επαναλαμβανόμενων εγχύσεων του φαρμάκου. Η πρόσβαση της ενδοφλέβιας οδού γίνεται περιφερικά με φλεβοκαθετήρα, ή κεντρικά με την εισαγωγή ενός μόνιμου κεντρικού ενδοφλέβιου καθετήρα ή εμφυτεύσιμης αντλίας.



### **Παρενέργειες και Τοξικότητα**

Λόγω του ότι η χημειοθεραπεία είναι συστηματική αγωγή, μπορεί να προκαλέσει διάφορες παρενέργειες στα συστήματα του οργανισμού. Οι παρενέργειες αυτές εξαρτώνται από το είδος του φαρμάκου, ή τον συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, τη δόση, τον κύκλο της θεραπείας και την οδό χορήγησης. Πολύ πιθανόν, όμως, ο σημαντικότερος παράγοντας να είναι η αντίδραση του συγκεκριμένου κάθε φορά ασθενή στη χημειοθεραπεία, η οποία επηρεάζεται από την σωματική, αλλά παράλληλα και από την ψυχολογική του κατάσταση κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο της χορήγησής της.



Γι' αυτό και γίνονται εξετάσεις πριν από την έναρξη της θεραπείας, για τον έλεγχο της οργανικής κατάστασης του ασθενή, τη σταδιοποίηση του καρκίνου και τον υπολογισμό της σωστής δόσης της χημειοθεραπείας που απαιτείται.

#### **Άμεσες Παρενέργειες**

- Πόνος στο σημείο εισόδου του ενδοφλέβιου καθετήρα μέσω του οποίου γίνεται χορήγηση της χημειοθεραπευτικής αγωγής.
- Φλεβικός πόνος.
- Αίσθηση ψυχρότητας στη φλέβα χορήγησης.
- Ερυθρότητα κατά μήκος της φλέβας.
- Ερεθισμός με επαφή τσουκνίδας κατά μήκος και περιφερικά της φλέβας.
- Ερυθρότητα προσώπου.
- Ερυθρότητα σώματος.
- Υπόταση.
- Αντιδράσεις υπερευαισθησίας.
- Αναφυλαξία.
- Ασυνήθιστη γεύση και οσμή.

#### **Βραχύχρονες Παρενέργειες**

- Ανορεξία (απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους)
- Ναυτία
- Εμετός
- Στοματίτιδα
- Επανεμφάνιση ακτινικής δερματίτιδας
- Πόνος στην περιοχή του όγκου ή της σιαγόνας
- Κακουχία
- Χημική κυστίτιδα
- Αιματουρία
- Ερυθρά ή πράσινα ούρα

- Δυσκοιλιότητα
- Διάρροια

### **Μακροχρόνιες Παρενέργειες**

- Καταστολή του μυελού των οστών
- Αλωπεκία
- Δερματικές αντιδράσεις (εξανθήματα, φλεγμονή, υπέρχρωση, φωτοευαισθησία)
- Ραβδώσεις των νυχιών
- Πνευμονική ίνωση
- Θρομβοφλεβίτιδα
- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
- Ηπατική δυσλειτουργία
- Νεφροτοξικότητα
- Σεξουαλική δυσλειτουργία, αμηνόρροια, στειρότητα, δυνητικές χρωμοσωμικές βλάβες.
- Νευρολογικά προβλήματα, περιφερική νευροπάθεια, μυϊκή αδυναμία, απώλεια ακοής στις υψηλές συχνότητες, παραλυτικός ειλεός, ατονία της ουροδόχου κύστεως.
- Τοξικότητα του ΚΝΣ, λήθαργος, κόπωση, κατάθλιψη και κεφαλαλγίες.

### ***ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ***

Η Χειρουργική είναι η παλαιότερη μορφή αντικαρκινικής θεραπείας αλλά και μία από τις σημαντικότερες σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των ατόμων με συμπαγείς όγκους.

### **Αρχές Χειρουργικής Ογκολογίας**

Η κατανόηση της υποκείμενης θεωρητικής προσέγγισης η οποία ερμηνεύει τις τελικές θεραπευτικές αποφάσεις, προϋποθέτει την κατανόηση της βιολογίας και της συμπεριφοράς των όγκων. Για να είναι αποτελεσματική η θεραπευτική αγωγή επιβάλλεται η απομάκρυνση όλων των καρκινικών κυττάρων. Κάθε καρκινικό κύτταρο που παραμένει στον οργανισμό του ασθενή είναι μια δυνητική απειλή, οπότε η χειρουργική επέμβαση

πρέπει να εξασφαλίζει την αφαίρεση του συνόλου του καρκινικού όγκου καθώς και υγιή ιστό γύρω από αυτόν.

### **Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της Θεραπείας**

- Ο ρυθμός ανάπτυξης του όγκου: ο χρόνος που απαιτείται για τον διπλασιασμό του μεγέθους της καρκινικής μάζας και τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων.
- Η πιθανότητα εμφάνισης μεταστάσεων: μη μεταστατικοί όγκοι, μεταστατικοί όγκοι σε τοπικές ή απομακρυσμένες περιοχές από την αρχική εστία.
- Η εντόπιση του όγκου, ο ιστολογικός τύπος και η διηθητικότητα του: η δυνατότητα χειρουργικής αφαίρεσης ενός όγκου μπορεί να εξαρτάται ή όχι από την θέση του, από το αν βρίσκεται κοντά σε ζωτικά όργανα ή όχι, καθώς και από την επιθετικότητά του.
- Η φυσική κατάσταση του ασθενή: προεγχειρητική αξιολόγηση ασθενή, κατάσταση νόσου, συνυπάρχοντα νοσήματα.
- Η ποιότητα ζωής και οι προσωπικές επιλογές του ασθενή: η επιθυμία του ασθενή στο να αποδεχτεί ή όχι τη θεραπεία, κατανόηση και αποδοχή των οφελών και των κινδύνων της θεραπείας από τον ασθενή.

Παρά το ότι η χειρουργική μπορεί να επιφέρει την ίαση σε περιπτώσεις τοπικά περιορισμένης νόσου, το 70% περίπου των ασθενών με καρκίνο θα έχουν ήδη μικρομεταστάσεις τη χρονική στιγμή της διάγνωσης της νόσου (Rosenberg S.A. 1997). Γι' αυτό η χειρουργική ως μορφή θεραπείας δεν εφαρμόζεται μόνη της αλλά σε συνδυασμό με τις άλλες μορφές θεραπείας. Οι όγκοι όμως με χαμηλό ρυθμό ανάπτυξης ανταποκρίνονται καλύτερα στη χειρουργική αντιμετώπιση. Επίσης η αρχική εφαρμογή της χειρουργικής για την αφαίρεση του όγκου είναι συνήθως περισσότερο επιτυχής από τις επεμβάσεις που γίνονται αργότερα για την αντιμετώπιση υποτροπών. Τέλος, με την προϋπόθεση ότι η χειρουργική επέμβαση δεν οδηγεί σε σοβαρής μορφής δυσμορφία, η αφαίρεση της καρκινικής μάζας σε συνδυασμό με τους επιχώριους λεμφαδένες θεωρείται προτιμότερη από την αφαίρεση μόνο της καρκινικής μάζας (Buhle E.L. 1999).

### **Προφυλακτική Χειρουργική**

Η προφυλακτική χειρουργική ενδείκνυται σε άτομα τα οποία έχουν οικογενειακό ιστορικό μιας συγκεκριμένης μορφής καρκίνου και για τα οποία κάποια υποκείμενη κατάσταση ή συγγενής προδιάθεση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου (Rosenberg S.A. 1997). Η

προληπτική χειρουργική αφαίρεση μη ζωτικών, ιστών ή οργάνων μειώνει αυτό τον κίνδυνο και αποτρέπει την ανάπτυξη καρκίνου. Παρόλα αυτά, η γνώση ότι κάποιο άτομο έχει μια γενετική προδιάθεση η οποία είναι δυνατόν να κληρονομηθεί, σε συνδυασμό με την αφαίρεση τμημάτων του σώματος και την συνακόλουθη αλλαγή της σωματικής του εικόνας μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της ζωής του.

### **Προφυλακτική Μαστεκτομή**

Αλληλοσυγκρουόμενες είναι όμως οι απόψεις σε ορισμένες άλλες περιπτώσεις, όπως η χρήση προφυλακτικής μαστεκτομής σε γυναίκες που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (Burke W., et al 1997). Το μεταλλαγμένο γονίδιο που δημιουργεί την προδιάθεση για εμφάνιση καρκίνου του μαστού εντοπίστηκε για πρώτη φορά στην Utah των ΗΠΑ το 1994 (Miki Y., et al. 1994). Παρά το ότι η έκφρασή του επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, καθώς και από το περιβάλλον, οι μεταλλάξεις της σπερματικής σειράς των ανδρικών γαμετών ευθύνονται για το 5-10% όλων των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού (Fentiman I.S. 1998). Μέχρι και 50% των περιπτώσεων οικογενούς καρκίνου του μαστού εμφανίζονται σε άτομα με μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA-1 (Fentiman I.S. 1998).

Επομένως, τα άτομα που έχουν στο γονότυπό τους τα γονίδια BRCA-1 ή BRCA-2 εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με άτομα που δεν έχουν αυτά τα γονίδια. Η ανίχνευση των γονιδίων που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού επέφερε ταχείες και σημαντικές κλινικές επιπτώσεις. Έτσι, το ερώτημα που δημιουργείται είναι εκτός από την στενή παρακολούθηση των γυναικών στις οποίες έχει ανιχνευθεί η ύπαρξη του γονιδίου, τι θα μπορούσε να γίνει ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος της ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Klijn J.G.M., et al 1997).

Η αποτελεσματικότητα της εντατικής παρακολούθησης νέων γυναικών που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου δεν είναι γνωστή και υπάρχει πιθανότητα ορισμένες να καταπονούνται ψυχολογικά, ενώ άλλες να αναπτύσσουν αισθήματα σιγουριάς και ασφάλειας (Fentiman I.S. 1998; Klijn J.G.M., et al 1997). Τα πλεονεκτήματα από την προφυλακτική λήψη ταμοξιφαίνης είναι τέτοιας μορφής ώστε παρά το ότι η επίπτωση του καρκίνου του μαστού πιθανά να ελαττώνεται, ο κίνδυνος εμφάνισής του δεν απομακρύνεται (Powles T.J., et al. 1989).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Burke και συνεργατών, τα στοιχεία γενικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού μετά από προφυλακτική μαστεκτομή είναι ελλιπή, καθώς και το ότι μελέτες κλινικών περιπτώσεων έχουν φέρει στο φως περιστατικά εμφάνισης καρκίνου και μετά από προφυλακτική χειρουργική επέμβαση (Burke W., et al 1997). Ωστόσο, σε μελέτη τους οι Hartmann και συνεργάτες αποκάλυψαν μια στατιστικά σημαντική μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού, καθώς και των θανάτων που σχετίζονται με αυτόν μετά από προφυλακτική μαστεκτομή, σε σχέση με την αναμενόμενη επίπτωση για γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού με βάση το οικογενειακό τους ιστορικό, οι οποίες δεν υποβλήθηκαν στην χειρουργική επέμβαση (Hartmann L.C., et al (1999).



### **Ριζική Χειρουργική**

Ο στόχος των ριζικών χειρουργικών επεμβάσεων είναι η αφαίρεση όσο το δυνατό μεγαλύτερου τμήματος του καρκινικού όγκου καθώς και η εξασφάλιση υγιών χειρουργικών ορίων ιστών. Είναι δυνατόν λοιπόν να αποτελεί μια απλή και ασφαλή μέθοδο θεραπείας ασθενών με συμπαγείς καρκινικές μάζες, όταν όμως αυτές περιορίζονται στην ανατομική θέση προέλευσής τους (Rosenberg S.A. 1997).

Χάρη στις εξελίξεις που έχουν σημειωθεί στη χειρουργική, δίνεται σημασία τόσο στη διατήρηση των ιστών όσο και στη διατήρηση της λειτουργικότητας, όπως για παράδειγμα η ογκεκτομή σε αντιδιαστολή με τη μαστεκτομή. Όγκοι που πρόκειται να αφαιρεθούν χειρουργικά πρέπει να είναι συμπαγείς και προσπελάσιμοι, καλά περιγεγραμμένοι χωρίς υποψία μετάστασης των κακοηθών κυττάρων.

Ο τύπος και η έκταση της χειρουργικής επέμβασης διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του όγκου και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται. Οι τοπικές εκτομές διενεργούνται για μικρούς όγκους, όπου αφαιρείται ολόκληρος ο όγκος σε ασφαλή όρια ώστε ο ιστός που παραμένει να είναι υγιής και χωρίς καρκινικά κύτταρα. Οι περισσότερες ριζικές εκτομές συμπεριλαμβάνουν την καρκινική μάζα, τοπικούς και επιχώριους ιστούς, τους λεμφαδένες καθώς και χειρουργικά όρια υγιών ιστών. Ο σκοπός του λεμφαδενικού καθαρισμού είναι η αποτροπή της διασποράς των καρκινικών κυττάρων, καθώς και η αποφυγή της τοπικής υποτροπής.

### **Επιπλοκές και Συμπτώματα**

Ο ασθενής με καρκίνο που θα χειρουργηθεί, θα βιώσει πολλά συμπτώματα και τις διάφορες επιπλοκές που εμφανίζονται στον γενικό χειρουργικό ασθενή, όπως πόνος, λοίμωξη, αιμορραγία και ελλιπής επούλωση του χειρουργικού τραύματος. Εντούτοις, πολλές από αυτές τις κοινές επιπλοκές του χειρουργείου περιπλέκονται με τα άλλα συμπτώματα του ασθενή από τον ίδιο τον καρκίνο. Ειδικές επιπλοκές που σχετίζονται με συγκεκριμένες χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να εμφανιστούν, οπότε και θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια για την πρόληψή τους.

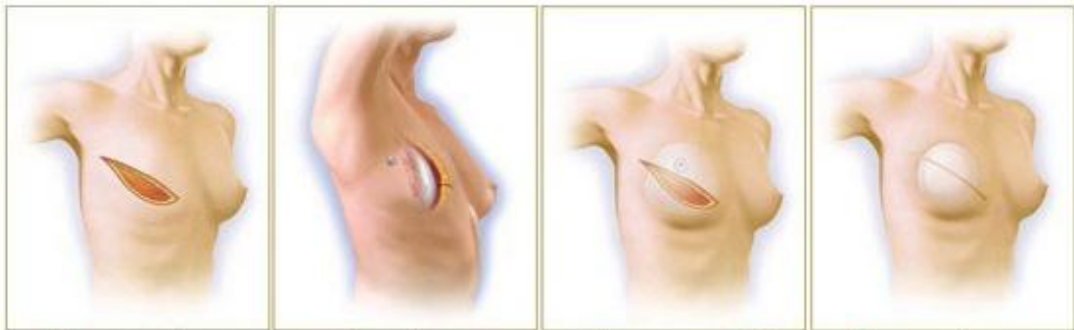
Μία από αυτές είναι ο περιορισμός της κινητικότητας και η εγκατάσταση του «παγωμένου ώμου» από την επέμβαση της μαστεκτομής. Για την πρόληψη της πιο πάνω επιπλοκής γίνονται μετεγχειρητικές ασκήσεις του σύστοιχου άνω άκρου. Είναι σημαντική αυτή η κινητοποίηση γιατί έχουν αναφερθεί προβλήματα εξαιτίας του περιορισμού της κινητικότητας, λόγω της ύπαρξης παροχετεύσεων, της καθυστέρησης αφαίρεσής τους, της μετεγχειρητικής συλλογής ορώδους υγρού μετά την αφαίρεσή τους και του κινδύνου κακής επούλωσης του χειρουργικού τραύματος. Άλλες επιπλοκές κατά τη χειρουργική επέμβαση είναι η καταπληξία, η αιμορραγία, θρομβοφλεβίτιδα, επίσχεση ή ακράτεια ούρων, εντερική απόφραξη, πνευμονικές επιπλοκές όπως ατελεκτασία, πνευμονία, πλευρίτιδα και εμβολή, σήψη, ογκολογικές επείγουσες καταστάσεις, και τέλος επιπλοκές από το ίδιο το χειρουργικό τραύμα.

### **Χειρουργικές Επεμβάσεις Αποκατάστασης**

Η επανορθωτική χειρουργική είναι η χειρουργική που ασχολείται με την επανόρθωση, την αποκατάσταση, τη βελτίωση ή τη διόρθωση της εμφάνισης και του σχήματος του σώματος και των μελών του που είναι παραμορφωμένα ή ελαττωματικά μετά από τραυματισμό, νόσο ή από προβλήματα ανάπτυξης και εξέλιξης. Τα τελευταία χρόνια οι χειρουργοί

διορθώνουν ανατομικά ελλείμματα και έτσι βελτιώνουν τόσο τη λειτουργικότητα όσο και την αισθητική κάποιου μέλους του σώματος, στην προσπάθεια επαναφοράς του ασθενή, μετά από κάποια χειρουργική επέμβαση αντιμετώπισης του καρκίνου στην όσο το δυνατό πιο φυσιολογική ζωή. Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.

Οι ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις στη θεραπεία του καρκίνου συχνά έχουν σαν αποτέλεσμα σημαντικές δυσμορφίες και απώλεια της λειτουργικότητας, οι οποίες συνεπάγονται με μεγάλη ψυχολογική νοσηρότητα και κοινωνική απομόνωση. Από την άλλη πλευρά, οι χειρουργικές επεμβάσεις αποκατάστασης συμβάλλουν στην επαναφορά ή τη διατήρηση της λειτουργικότητας, της εικόνας εαυτού και της ποιότητας ζωής.



**Αποκατάσταση μετά από μαστεκτομή, με τοποθέτηση διατατήρα δέρματος, μέσω της τομής της μαστεκτομής, διάταση του δέρματος και αντικατάσταση του διατατήρα με ένθεμα μαστού.**

Το συμπέρασμα σε μία ερευνητική μελέτη των Neil και συνεργατών (Neil K.M., et al 1998) ήταν ότι η ανάκτηση της ζωής για κάθε ασθενή γινόταν αντιληπτή σαν η ανάκτηση της φυσιολογικής εμφάνισης, η εξάλειψη της ανάγκης να εξηγήσουν την αλλοιωμένη εξωτερική τους εμφάνιση εξαιτίας της μαστεκτομής και η επιστροφή στην εργασία και στις συνηθισμένες δραστηριότητες. Η χειρουργική αποκατάσταση του μαστού φαινόταν να προσφέρει την καλύτερη ευκαιρία πραγματοποίησης αυτών των προσδοκιών και διατήρησης της αυτοπεποίθησης για κάθε ασθενή. Η αποκατάσταση στήθους ελαχιστοποιούσε τις αρνητικές συνέπειες του καρκίνου του μαστού και της χειρουργικής αντιμετώπισής του.

Σε ορισμένες γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή για καρκίνο του μαστού, τους δίνεται η ευκαιρία να επιλέξουν εάν θέλουν να υποβληθούν σε επέμβαση αποκατάστασης του μαστού ή όχι. Η ευκαιρία αυτή θα πρέπει να προσφέρεται κατά το χρόνο της πρώτης εισαγωγής στο χειρουργείο για την αντιμετώπιση της νόσου. Αυτό όμως σημαίνει ότι, όχι μόνο θα προσπαθούν να συνηθίσουν στην ιδέα της διάγνωσης του καρκίνου και του

γεγονός ότι θα πρέπει να υποβληθούν σε μαστεκτομή, αλλά και να δουν αν θα ήθελαν να υποβληθούν σε επέμβαση αποκατάστασης, οπότε οι αποφάσεις τις οποίες θα πρέπει να λάβουν ταυτόχρονα γίνονται περισσότερες από μία (Neil K.M., et al 1998).

Ο στόχος της χειρουργικής επέμβασης αποκατάστασης είναι η δημιουργία μαστού που να είναι όσο το δυνατό πλησιέστερο από άποψη σχήματος και μεγέθους στο μαστό της ασθενούς, πράγμα που δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί με απόλυτη ομοιότητα. Ενώ η αποκατάσταση του μαστού αποτελεί μια επιλογή κατά την περίοδο της πρώτης επέμβασης για την αφαίρεση της καρκινικής μάζας, που φαίνεται ότι είναι προς το συμφέρον της ασθενούς, η αποκατάσταση αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί επίσης αργότερα αν το προτιμά η ασθενής, ή αν ακόμη δεν είναι σε θέση να αποφασίσει αν πράγματι το επιθυμεί.<sup>Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Η λέξη «καρκίνος» είναι μία λέξη που προκαλεί ακόμη φόβο και συνοδεύεται με πόνο και θάνατο. Έτσι όταν γίνεται διάγνωση του καρκίνου στις περισσότερες περιπτώσεις, το άτομο που διαγνώσθηκε νιώθει έντονο σοκ και συνειδητά ή ασυνείδητα θα έρθει αντιμέτωπο με το θάνατο. Αυτή η κατάσταση κατακλύζει τον ασθενή με πολλά συναισθήματα όπως τον φόβο, το άγχος, την οργή, την ενοχή, τη μανία και την κατάθλιψη.

Στην περίοδο αυτή του συναισθηματικού χάους, ο ασθενής βλέπει τον εαυτό του να περικυκλώνεται από το νοσοκομειακό περιβάλλον και να αρχίζει τον ατελείωτο κύκλο των ραντεβού, των εξετάσεων, των ακτινογραφιών, των επισκέψεων και των αιθουσών αναμονής, που όλα αυτά κάνουν μια ήδη δύσκολη περίοδο απλά πιο τρομακτική. Μία σημαντική μειοψηφία ασθενών με καρκίνο που βιώνει αυτή την έντονη καταπόνηση, μπορεί να χρειαστεί εξειδικευμένη ψυχολογική παρέμβαση (Bukberg J., et al 1984; Lampic C., et al 1994).

Κατά την Kubler–Ross κάθε πρόσωπο που πάσχει από βαριά ασθένεια, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου, περνά από 5 στάδια ξεκινώντας από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι και τον θάνατό του.

1. **Στάδιο της Άρνησης και Απομόνωσης:** Πολλοί ασθενείς με το που μαθαίνουν για τη νόσο που πάσχουν, δεν αποδέχονται την αλήθεια και αρνούνται να το πιστέψουν. Όταν όμως το αντιληφθούν, απομονώνονται και συλλογίζονται.
2. **Στάδιο του Θυμού:** Περιγράφεται καλύτερα με τη φράση των ασθενών «γιατί εγώ;». Αρκετές φορές στρέφουν τον θυμό τους στα άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ή προς τους γιατρούς, προς τους υγιείς ανθρώπους γενικά ή και ακόμα προς τον Θεό.
3. **Στάδιο της Διαπραγμάτευσης:** Περιλαμβάνει την ελπίδα ότι αν ο ασθενής αλλάξει τον τρόπο ζωής του, τη συμπεριφορά του ή αν παρακαλέσει τον Θεό, τότε θα μπορέσει να διαπραγματευτεί για την αναβολή της κατάστασης.
4. **Στάδιο της Κατάθλιψης:** Υπάρχουν δυο τύποι κατάθλιψης αυτών των ασθενών.
  - I. Αντιδραστική Κατάθλιψη: Τυπικό παράδειγμα κατάθλιψης είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή, γιατί αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι πλέον πλήρης σαν γυναίκα και χάνει την αυτοπεποίθησή της. Ενώ πέφτει σε κατάθλιψη, η ασθενής έχει συνήθως την ανάγκη να συζητήσει και

να ανταλλάξει απόψεις με τους γιατρούς, τους συγγενείς και τους φίλους της. Η εξωτερίκευση των συναισθημάτων μέσω της συζήτησης, καθώς και η χρήση συνθετικού προσθετικού μαστού έχουν σαν αποτέλεσμα να βγει η ασθενής γρήγορα από αυτό τον τύπο κατάθλιψης.

II. Προπαρασκευαστική Κατάθλιψη: Ο ασθενής ετοιμάζεται για το τελικό στάδιο. Αυτός ο τύπος κατάθλιψης δεν είναι αποτέλεσμα περασμένης απώλειας ή αποτυχίας, αλλά συνέπεια της επακόλουθης απώλειας της ζωής και των πάντων. Καθώς τα συμπτώματα επιδεινώνονται και ο ασθενής χάνει τις δυνάμεις του, δεν μπορεί πλέον να αρνηθεί την ασθένεια και τελικά δεν μπορεί να χαρεί. Του είναι γνωστό ότι θα πεθάνει και θα χάσει τους ανθρώπους που αγαπά.

5. **Στάδιο της Αποδοχής:** Αυτό δεν είναι ένα «χαρούμενο» στάδιο, συνήθως είναι ένα κενό συναισθημάτων. Περιλαμβάνει ουσιαστικά την εγκατάλειψη και τη συνειδητοποίηση ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Παίρνει αρκετό καιρό για να φτάσει στο 5<sup>ο</sup> στάδιο, αλλά ένα άτομο που πολεμάει μέχρι το τέλος δεν θα φτάσει ποτέ σε αυτό.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου είναι διαφορετική για κάθε έναν ασθενή ξεχωριστά και η σειρά των σταδίων μπορεί να αλλάξει.

### Άγχος

Είναι ο όρος που χρησιμοποιούν οι περισσότεροι ασθενείς για να περιγράψουν έντονα συναισθήματα όπως ο φόβος, ο τρόμος, η ανησυχία ή ένα ακαθόριστο συναίσθημα που είναι δύσκολο να οριστεί (Stefanek M., et al 1989). Στον καρκίνο, το άγχος συσχετίζεται συχνότερα με τον φόβο της δυσλειτουργίας του οργανισμού ή και με τον θάνατο. Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι άγχους, ένας από αυτούς είναι το αντιδραστικό άγχος. Είναι ο συχνότερος τύπος που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο και πρόκειται για περιστασιακό άγχος. Σχετίζεται με μία κρίσιμη ή μεταβατική περίοδο στην πορεία της νόσου, όπως είναι η αναμονή των αποτελεσμάτων σε μια εξέταση, η έναρξη μιας θεραπείας ή η ολοκλήρωσή της.

Η δεύτερη συχνότερη αιτία άγχους για τους ασθενείς είναι το άγχος που σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας. Παρατηρείται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία εξαιτίας του πόνου που είναι μη ελεγχόμενος, των παθολογικών μεταβολικών καταστάσεων και των διάφορων φαρμάκων της θεραπείας. Με τη διάγνωση του καρκίνου

σε κάποιους ασθενείς επανενεργοποιούνται προϋπάρχουσες διαταραχές του άγχους. Σε αυτό τον τύπο άγχους οι διαταραχές ταξινομούνται ως φοβίες, όπως για παράδειγμα είναι η αγοραφοβία και η κλειστοφοβία, κρίσεις πανικού, μετατραυματικές διαταραχές και γενικευμένη διαταραχή άγχους.

Το 30-40% των ασθενών με καρκίνο αναφέρει μέσο και υψηλό επίπεδο άγχους (Derogates L.R., et al 1983). Η διάγνωση του καρκίνου προκαλεί στον ασθενή πολλές αιτίες για την αίσθηση άγχους και εκδηλώνονται με διάφορα οργανικά συμπτώματα όπως νευρική κατάσταση, αϋπνία και εφιάλτες, περιορισμός αναπνοής, αγωνία, ευερεθιστότητα, πονοκέφαλοι, ναυτία και ανορεξία, αίσθημα παλμών, διάρροια, διαταραχές του κύκλου στην έμμηνη ρύση, δυσκολία συγκέντρωσης, κακή μνήμη. Οι κύριες αιτίες που το προκαλούν είναι ο φόβος για τον θάνατο, η εγκατάλειψη των αγαπημένων προσώπων, η απώλεια της ανεξαρτησίας, η απομόνωση, το στίγμα της νόσου, ο πόνος, τα φάρμακα και οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους.

Κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου υπάρχουν ιδιαίτερα στρεσογόνες περίοδοι στις οποίες περιλαμβάνονται η επιβεβαίωση της διάγνωσης και η αναμονή των αποτελεσμάτων από τις εξετάσεις (Lampic C., et al 1994), η περίοδος αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Derogates L.R., et al 1983; Mullan F. 1985), οι μακρές περιόδους στο σπίτι μεταξύ των επισκέψεων για επανέλεγχο, και τέλος η υποτροπή της νόσου (Ormiston M.C., et al 1985).

### **Κατάθλιψη**

Σε μελέτες με πληθυσμό ογκολογικών ασθενών έχει βρεθεί ότι η επίδραση της κατάθλιψης κυμαίνεται από 4,5 μέχρι 42% και παρατηρείται ότι αυτό το ποσοστό αυξάνεται με την πρόοδο της νόσου, την αύξηση του πόνου, τον βαθμό εξάρτησης και της ανικανότητας (Golden R., et al 1991; Carroll B.T., et al 1993). Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα διάγνωσης της κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς είναι η διάκριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης από εκείνα του ίδιου του καρκίνου ή και της θεραπείας του.

### **Προδιαθεσικοί Παράγοντες της Κατάθλιψης**

- Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή αυτοκτονίας.
- Οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό αλκοολισμού.
- Προηγούμενη ψυχιατρική νόσος, κατάχρηση ουσιών και προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας.
- Ασθενείς με προχωρημένη νόσο.

- Ασθενείς με μη ελεγχόμενο πόνο και οργανικά συμπτώματα.
- Είδος της φαρμακευτικής αγωγής και χημειοθεραπείας.
- Ακτινοβόληση ολόκληρου του εγκεφάλου.
- Μεταβολικές διαταραχές.
- Διατροφικές ανωμαλίες.
- Ενδοκρινικές και νευρολογικές διαταραχές (Bukberg J., et al 1984; Lynch M., 1995; Breitbart W. 1995).

## ***ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ***

Η διάγνωση της ασθένειας του καρκίνου δεν επηρεάζει μόνο τη ζωή του ασθενή, αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Μέσα από αυτή την κατάσταση προκαλούνται αλλαγές στην ταυτότητα της οικογένειας, στις σχέσεις των μελών της, στους ρόλους τους και στην επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ τους. Η καθημερινότητά τους διαταράσσεται και ότι θεωρούσαν παλαιότερα ρουτίνα, δεν υπάρχει πλέον. Οι ανάγκες της οικογένειας διαφοροποιούνται λόγω του φόβου του καρκίνου και την ύπαρξη της κληρονομικότητας. Υπάρχει άρνηση των συναισθημάτων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας αλλά και του ασθενή, συχνά δεν γνωρίζουν πως να βοηθήσουν και να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή.

Η οικογένεια και οι στενοί φίλοι των ογκολογικών ασθενών, βιώνουν καταπόνηση με μεγάλη ένταση και επικρατεί μια αίσθηση αβεβαιότητας για τη ζωή του κοντινού τους προσώπου. Με την επιβεβαίωση της διάγνωσης του καρκίνου προκαλείται μια έντονη συναισθηματική διαταραχή με τη μορφή της κατάθλιψης, της μελαγχολίας, του άγχους ή του θυμού. Όπως ακριβώς και για τον ασθενή, οι εμπειρίες της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νόσου μεταβάλλονται κατά την εξέλιξή της και το κάθε μέλος της οικογένειας έχει διαφορετικά βιώματα από τις επιπτώσεις της ασθένειας. Το μεγαλύτερο μέρος της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας πηγάζει από το γεγονός ότι η άμεση σκέψη των περισσότερων στο άκουσμα της διάγνωσης του καρκίνου είναι ότι το άτομο που αγαπούν θα πεθάνει (Sabo D., et al 1986).

Η διάγνωση του καρκίνου είναι δυνατόν να μεταβάλει ριζικά τη ζωή στην οικογένεια. Πολλοί εγκαταλείπουν τη δουλειά τους για να αναλάβουν τη φροντίδα του ασθενή, μετακομίζουν για να ζήσουν πιο κοντά σε αυτόν ή αναλαμβάνουν επιπρόσθετα καθήκοντα στην οικογένεια. Αρκετές από τις οικογενειακές συνήθειες χάνονται και εμφανίζονται

οικονομικές δυσκολίες. Επικρατεί ένα κλίμα αβεβαιότητας και σύγχυσης σχετικά με τα μελλοντικά σχέδια και τις ελπίδες.

Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι η καταπόνηση που βιώνει το οικογενειακό περιβάλλον είναι μεγάλη ή και μεγαλύτερη από εκείνη του ίδιου του ασθενή (Cooper E.T. 1984). Τα συναισθήματα που περιγράφει η οικογένεια ποικίλλουν από απελπισία και φόβο, μέχρι και σε θυμό. Σύζυγοι γυναικών με καρκίνο στο στήθος, ανέφεραν συνεχώς αυξανόμενη κακή διάθεση, ανορεξία, κόπωση, απώλεια δυνάμεων και φόβο για την προσωπική τους νόσηση και το θάνατο. Αυτό συμβαίνει γιατί αυτοί οι άνδρες αρνούνται τα συναισθήματά τους και θέτουν μεγαλύτερη προτεραιότητα σε εκείνα των συζύγων τους, εντείνοντας έτσι τις βαθύτερες ανησυχίες τους (Sabo D., et al 1986).

Στις οικογένειες έχουν περιγραφεί αλλαγές των ρόλων στο σπίτι, στην εργασία και κοινωνική ζωή, όπως επαγγελματικές μεταβολές, αλλαγές στο οικογενειακό χρονοδιάγραμμα κι απότομη διακοπή των κοινωνικών δραστηριοτήτων (Cooper E.T. 1984). Υπάρχει πιθανότητα περιορισμού σε σημαντικό βαθμό κοινωνικών δραστηριοτήτων και της οικονομικής κατάστασης εφόσον ο ασθενής αποτελεί την κύρια πηγή εισοδήματος. Οι σεξουαλικές δυσκολίες είναι συχνές σε ζευγάρια, όταν το ένα μέλος νοσεί από καρκίνο. Ο φόβος και το άγχος, όπως και πολλά κυτταροστατικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν την ερωτική διάθεση. Η κόπωση που βιώνεται ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της θεραπείας μειώνει το ερωτικό ενδιαφέρον. Επίσης οι αλλαγές εικόνας σώματος είναι δυνατόν να προκαλέσουν αμηχανία ή οργανικές δυσλειτουργίες.

### ***ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ***

Λόγω της θεραπείας, είτε ορμονικής είτε χημικής, τα επίπεδα των ορμονών αλλάζουν, έτσι πιθανόν να επιφέρουν κάποιες επιπτώσεις στην ψυχική διάθεση της ασθενούς. Αρχικά η αύξηση των επιπέδων προγεστερόνης ή τεστοστερόνης προκαλούν ένα αίσθημα ευεξίας. Αυτό μπορεί να είναι όμως χρήσιμο μόνο στα τελικά στάδια της νόσου, λόγω της βραχύβιας δράσης τους. Άλλες αλλαγές και συγκεκριμένα η ελάττωση της τεστοστερόνης μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Κατά γενική ομολογία η εμμηνόπαυση ή η διακοπή της περιόδου, μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη αν και δεν είναι διευκρινισμένο εάν οφείλεται σε οργανικές αλλαγές ή εάν είναι το αποτέλεσμα και της αλλαγής του τρόπου ζωής της γυναίκας ασθενούς.

Ασθενείς που παρατηρούν αλλαγές στο σώμα τους και αισθάνονται λιγότερο ελκυστικοί εξαιτίας της θεραπείας, μπορεί να υποφέρουν περισσότερο από αισθήματα μειωμένης αυτοεκτίμησης και τελικά να εμφανίσουν κατάθλιψη. Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες πιθανόν τα παραπάνω να αποτελούν λιγότερο σημαντικά σε σύγκριση με το κυριότερο μέλημα του καρκίνου και της θνησιμότητάς του, αλλά και να συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Είναι σημαντικό να γίνεται προσεκτική παρακολούθηση και αξιολόγηση του ασθενή που πάσχει από κατάθλιψη, ιδιαίτερα εάν αυτή συνοδεύεται από ταυτόχρονη έναρξη θεραπείας (Νοσηλευτική Ογκολογική – Το πλαίσιο φροντίδας).

### ***Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ***



Σύμφωνα με τον γερμανό νευρολόγο Paul Schilder «η εικόνα του ανθρώπινου σώματος δηλώνει το είδωλο του σώματός μας που σχηματίζουμε στο μυαλό μας, με άλλα λόγια είναι ο τρόπος με τον οποίο το σώμα μας εμφανίζεται στον εαυτό μας» (Schilder P. 1950). Επισήμανε επίσης ότι τα συναισθήματα παίζουν κύριο ρόλο για τη διάπλαση της εσωτερικής αντιπροσώπευσης του σώματος ενός ατόμου.

Η εικόνα του σώματος είναι υποκειμενική, είναι μια εσωτερική εκπροσώπηση και πιθανόν να μην επιτρέπει σχέσεις για το πώς το σώμα ενός ατόμου

εμφανίζεται στους γύρω του. Η υποκειμενικότητα αυτή επηρεάζεται από τα πολιτισμικά πρότυπα και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Συνεπώς οι άνθρωποι ελέγχουν την εμφάνισή τους, όχι μόνο για την προσωπική τους ευχαρίστηση, αλλά σε σχέση και με τους άλλους, οι οποίοι ενεργούν ως ένας κοινωνικός καθρέφτης (Price B. 1994). Αυτό σημαίνει ότι η επίδραση της αίσθησης ενός σώματος επηρεάζεται από τις αντιδράσεις και τη συμπεριφορά των άλλων, ειδικότερα όταν η ακεραιότητα του σώματος έχει υποστεί αλλαγή ή βλάβη.

Στην εποχή αυτή διαπιστώνεται ότι συγκεκριμένα βιώματα του καρκίνου επηρεάζουν πάρα πολύ την ποιότητα ζωής των ασθενών και ταυτόχρονα τους κάνουν πιο ευάλωτους στις μεταβολές της αυτοαντίληψης (Curbow B., et al 1990). Η αυτοαντίληψη διαιρείται σε

τέσσερα μέρη όπως (Foltz A. 1987), τον εαυτό του σώματος, δηλαδή την εικόνα του σώματος και την οργανική λειτουργία, τον διαπροσωπικό εαυτό, δηλαδή τη ψυχολογική και σεξουαλική λειτουργία, τον εαυτό επιτευγμάτων, δηλαδή η λειτουργία επαγγελματικού ρόλου, και τέλος την ταυτότητα εαυτού, που είναι οι ηθικές και πνευματικές πεποιθήσεις.

Η διάγνωση του καρκίνου είναι μια απειλή για τις κεντρικές πεποιθήσεις, τις ερμηνείες και λειτουργίες ρόλων και επιπλέον οι επιδράσεις και η θεραπεία του παραποιούν με διάφορους τρόπους την αυτοαντίληψη του ασθενή. Η ανάπτυξη της καρκινικής μάζας σε διάφορα όργανα και ιστούς μπορεί να προκαλέσει σωματικές αλλαγές, μεταβολές των αισθήσεων του σώματος και ανεπιθύμητα συμπτώματα, τα οποία πιθανόν να υπενθυμίζουν συνεχώς τη νόσο και να προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία.

Ενδεχομένως η εικόνα σώματος και η αυτοαντίληψη μεταβάλλονται όχι μόνο με την εξασθένηση του οργανισμού και τη συναισθηματική εξουθένωση, αλλά με ποικίλους τρόπους, όπως την φλεβική παρακέντηση για τη χορήγηση θεραπείας, τη διείδυση του νυστεριού στο χειρουργείο, τα περιοριστικά σχήματα της χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας με τις παρενέργειές τους, την απώλεια ευεξίας και της λίμπιντο και την αυξανόμενη εξάρτηση από τους άλλους (Foltz A. 1987).

### **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ**

Η σεξουαλικότητα περιέχει την έννοια της υπόστασης του ανθρώπου σε σχέση με το σώμα του, το πνεύμα και την κοινωνία. Σχετίζεται στενά με την εικόνα του σώματος, την αυτοεκτίμηση, αλλά και το πώς θέλει αυτός να τον βλέπουν οι άλλοι γύρω του. Δεν περικλείει μόνο την έννοια της σεξουαλικής επιθυμίας, της δράσης και του σεξουαλικού προσανατολισμού, αλλά και την οικειότητα, το άγγιγμα και τη σωματική επαφή με τους άλλους ανθρώπους (MacElveen-Hoehn P. and McCorkle R. 1985).

Αντανακλά την προσωπικότητα και τον ρόλο του ατόμου μέσα στην οικογένεια, στις σχέσεις, στη δουλειά και στην κοινωνία. Ιστορικά οι στάσεις και τα πιστεύω για τη σεξουαλικότητα επηρεάζονται από τη θρησκεία, τη νομική και την πολιτική. Εκτός αυτού, οι απόψεις για τη σεξουαλικότητα είναι παράγωγο των πολιτισμικών επιρροών (Weeks J. 1989).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας και σε όλα τα στάδια της νόσου, η σεξουαλικότητα και η σεξουαλική λειτουργικότητα μπορεί να επηρεάζονται τόσο από τις ψυχολογικές όσο και από τις οργανικές επιπτώσεις της. Ακόμη και πριν την επιβεβαίωση της διάγνωσης του

καρκίνου οι ψυχολογικές και οι βιολογικές επιπτώσεις της ασθένειας μπορεί να έχουν τραυματίσει τη σεξουαλικότητα του ατόμου. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων όπως η ασυνήθης αιμορραγία, η ληθαργικότητα, η απώλεια ή αύξηση του βάρους και ο πόνος έχουν αρνητικές επιδράσεις στην αυτοπεποίθηση και στην εικόνα του σώματος του ατόμου. Σε τελική ανάλυση επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό και κατά συνέπεια επιδρούν στη σεξουαλική λειτουργικότητα και τη σεξουαλική έκφραση (Lamb M.A. and Sheldon T.A. 1994).

Κατά την περίοδο της διάγνωσης και της θεραπείας το άγχος και ο φόβος μπορούν να μειώσουν την επιθυμία για σεξ και να επηρεάσουν γενικότερα τη σεξουαλικότητα του ατόμου. Καθώς το άτομο βιώνει την απειλή της διάγνωσης, όλες οι σεξουαλικές λειτουργίες μπορεί να ανασταλούν (Lamb M.A. and Sheldon T.A. 1994). Υπάρχουν πολλές αμφιβολίες για το μέλλον, απειλή για τη στειρότητα και την αλλαγή του σωματικού ειδώλου, πόνος και ακρωτηριασμός. Η ντροπή και η ενοχή για τις πιθανές αιτίες, τα αισθήματα απελπισίας και απομόνωσης επιδεινώνουν τα αισθήματα άγχους και της κατάθλιψης (Smith D.B. 1989).

Η αλλαγή της αυτοαντίληψης, τα συμπτώματα και η σεξουαλικότητα απεικονίζονται στην απώλεια της σεξουαλικής εμπιστοσύνης στον εαυτό της γυναίκας, καθώς και στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου από τη χειρουργική επέμβαση, την αλωπεκία και την κόπωση τα οποία επηρεάζουν και τη σεξουαλική λειτουργικότητα του ζευγαριού. Ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας κατά την εμπειρία της ασθένειας. Το να αισθάνεται ο ασθενής σεξουαλικά μη επιθυμητός εξαιτίας της αλωπεκίας, της ναυτίας, του εμετού και των δυσμορφιών από τις χειρουργικές επεμβάσεις είναι πολύ συχνό φαινόμενο.

Η ψυχολογική και σεξουαλική προσαρμογή μετά την αντικαρκινική θεραπεία εξαρτάται από κάποιους παράγοντες, όπως το νόημα της απώλειας είτε του μαστού είτε ενός μέλους του σώματος, η πριν από την ασθένεια ψυχολογική και σεξουαλική λειτουργικότητα, η θεραπευτική αγωγή, η εντόπιση του καρκίνου και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Ο ρόλος του συντρόφου και της οικογένειας είναι σημαντικοί ώστε να κάνουν εφικτή την ψυχολογική και σεξουαλική προσαρμογή και να μειώσουν τα αισθήματα της απομόνωσης και της απόσυρσης (MacElveen-Hoehn P. and McCorkle R. 1985; Weeks J. 1989). Ακόμη και οι δυνατότερες σχέσεις, χωρίς επικοινωνία και κατανόηση μπορεί να καταστραφούν (Lamont J.A., et al 1978).



Η απώλεια της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης ως συνέπειες της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου, καθώς και με τις αλλαγές του σώματος που εμφανίζονται, μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα. Σύμφωνα με τους Ganz και συνεργάτες Ganz P., et al 1998) η σεξουαλική δραστηριότητα των ασθενών με καρκίνο του μαστού μειώνεται, αφού η θεραπεία προκάλεσε διακοπή της περιόδου. Οι γυναίκες μπορεί να βιώσουν διάφορα συμπτώματα λόγω της πρώιμης εμμηνόπαυσης, όπως για παράδειγμα εξάψεις και ξηρότητα στον κόλπο. Οι επιπτώσεις της ακτινοθεραπείας μπορεί να είναι η στένωση του κόλπου, η ίνωση και οι αλλαγές στην αισθητικότητα του μαστού.

Η μείωση της σεξουαλικής διάθεσης προκαλείται σταδιακά από τη μείωση του επιπέδου των οιστρογόνων, που μπορεί να επιδεινώνεται και από τη χημειοθεραπεία ή τη χειρουργική θεραπεία. Η απώλεια των οιστρογόνων έχει σαν αποτέλεσμα περισσότερη ευθραυστότητα, μειωμένη λίπανση του κολπικού βλεννογόνου, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από ερεθισμό και κνησμό. Σε αρκετές γυναίκες αυτή η αλλαγή του όξινου περιβάλλοντος του κόλπου μπορεί να προκαλέσει μυκητιάσεις. Με το πέρασμα του χρόνου ο κόλπος γίνεται πιο στενός και κοντός.

Παρακάτω φαίνεται η σεξουαλική εμπειρία μιας γυναίκας μετά από ορμονοθεραπεία:

«Γνώριζα όλους τους τρόπους που αισθανόταν υπέροχα, αλλά όταν είχαμε σεξουαλική επαφή δε νομίζω ότι του άρεσα. Έχω παχύνει πολύ. Εξάλλου δεν είναι ο άντρας που πιέζει τον εαυτό του να κάνει κάτι και αυτό... με επηρεάζει, ακόμα και τώρα, δεν έχω καθόλου λίμπιντο. Επιπλέον έχω μυκητίαση και όλα τα συναφή από τα οποία προσπαθώ να απαλλαγθώ και δεν βοηθούν στο υπάρχον πρόβλημα. Εάν ένας εκ των δύο το αντιμετωπίζει σαν πρόβλημα, τότε είναι πρόβλημα, αλλά εάν και οι δύο έχουν προσαρμοστεί τότε δεν υφίσταται πρόβλημα. Παίρνει χρόνο να νιώσεις άνετα.»

## ***ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ***

Τα προγεσταγόνα και τα στεροειδή μπορούν να προκαλέσουν αύξηση βάρους το οποίο είναι δύσκολο να ελεγχθεί, γιατί συνοδεύεται από αύξηση της όρεξης και κατακράτησης νερού. Εκτός από την αύξηση βάρους εμφανίζεται και το σύνδρομο Cushing που ανιχνεύεται από το τυπικό πανσεληνοειδές προσωπίο και μπορεί να αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα όταν συνοδεύεται από σημαντική αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης. Η λήψη ταμοξιφαίνης συνδέεται με αύξηση βάρους χωρίς όμως να είναι ξεκάθαρα τα αίτια που την προκαλούν. Έχει παρατηρηθεί ότι ένα υψηλό ποσοστό γυναικών που λαμβάνει χημειοθεραπεία για τον καρκίνο του μαστού με ή χωρίς λήψη

ταμοξιφαίνης παρουσιάζουν αύξηση βάρους, ενώ εκείνες που λαμβάνουν ταμοξιφαίνη κερδίζουν περισσότερο βάρος (Demark-Wahnefried W., et al 1993; Hoskin P., et al 1992).

Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κερδίζουν περισσότερο βάρος (3-4kg) από τις μετεμμηνοπαυσιακές (1-2kg). Μέρος της ερμηνείας αποτελεί και η αλλαγή του τρόπου ζωής μετά από τη διάγνωση καρκίνου του μαστού, όπου οι γυναίκες κάνουν λιγότερη σωματική άσκηση και δεν προσέχουν τη διατροφή τους. Πολλές γυναίκες προσπαθούν να επανασυγκροτήσουν τη ζωή τους μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και οι διαιτητικές συμβουλές μπορεί να τους είναι χρήσιμες.

Στη συμβουλευτική, είναι σημαντικό να βοηθηθούν οι γυναίκες να προσέξουν όχι μόνο τα είδη και τους συνδυασμούς των τροφίμων, αλλά και να κατανοήσουν τα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή τους, καθώς και το είδος της σωματικής άσκησης που πρέπει να συμμετέχουν. Είναι πολύ πιθανό όμως οι γυναίκες να αισθάνονται ένοχες εάν δεν καταφέρουν να διατηρήσουν το βάρος τους στα αποδεκτά γι' αυτές φυσιολογικά επίπεδα. Εάν η ασθενής δεν αναγνωρίζει ότι η χρήση της ταμοξιφαίνης συμβάλλει σε αυτήν την αύξηση του βάρους, τότε μπορεί να το εκλάβει σαν μια επιπρόσθετη επιβάρυνση που θα πρέπει να αναλάβει.

## **ΑΛΩΠΕΚΙΑ**

Η αλωπεκία ορίζεται ως η απώλεια τριχών, και είναι μία παρενέργεια της χημειοθεραπείας που οφείλεται στην τοξικότητά της στους θύλακες των τριχών. Σε πολλές περιπτώσεις, εκτός από το τριχωτό της κεφαλής, παρατηρείται αλωπεκία και σε άλλες περιοχές του σώματος όπως τα φρύδια, το μουστάκι, τα μούσια, οι μασχάλες και η ηβική περιοχή. Σοβαρή αλωπεκία προκαλούν τα φάρμακα κυκλοφωσφαμίδη (cyclophosphamide), ακτινομυκίνη (dactinomycin), δαουνορουμπικίνη (daunorubicin), δοξορουβικίνη (doxorubicin), επιρουβικίνη (epirubicin), θειοτέπα (thiotepa) και βινκριστίνη (vincristine).

Η κόμη παίζει ένα σημαντικό ρόλο στον τρόπο που βλέπουμε εμείς αλλά και οι υπόλοιποι τον εαυτό μας, και στην άποψη που έχουμε για εμάς τους ίδιους. Η απώλεια των τριχών στο σώμα, και ιδιαίτερα στο τριχωτό της κεφαλής, μπορεί να παραβλάψει σε σημαντικό βαθμό την εικόνα του σώματος και την αντίληψη του εαυτού μας, ιδιαίτερα αν λάβουμε υπόψη τα στερεότυπα ομορφιάς της σύγχρονης εποχής (Baxley K.O., et al 1984).

Η Freedman<sup>Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.</sup> εξηγεί ότι η αντίληψη για όλο μας τον εαυτό είναι ενσωματωμένη στο συμβολισμό των μαλλιών μας ως ολοκληρωμένο

πρόσωπο. Η μορφή που δίνει η κόμη δίνει την δυνατότητα στο άτομο να εκφράζει μέσα από αυτήν, την ιδιαιτερότητα και την ταυτότητά του. Με τη σύνδεση αυτή της κόμης και της προσωπικότητας του ατόμου, είναι κατανοητό ότι η απώλεια αυτή θα επιφέρει καταστροφική αίσθηση της μείωσης ή και ακόμη της απώλειας του εαυτού. Η αλωπεκία είναι μια εξαιρετικά τραυματική εμπειρία, η οποία επηρεάζει τη ψυχολογία του ατόμου και επιφέρει τρόμο και φόβο ότι ο γνωστός εαυτός θα σταματήσει να υπάρχει (Freedman T.G. 1994).

Οι ξαφνικές αλλαγές στην εικόνα του σώματος ή οι διαφοροποιήσεις στη δομή και τη λειτουργία του, γίνονται αντιληπτές ως απειλές προς τους ασθενείς και προκαλούν φόβο και άγχος. Η αλωπεκία λοιπόν εξαιτίας της θεραπευτικής αγωγής προσδιορίζεται ως μια τέτοια απειλή, και αναφέρεται ως η πιο σημαντική και βασανιστική από όλες τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας, αφού μπορεί να αποτελέσει την αιτία άρνησης της θεραπείας (Baxley K.O., et al 1984; Dean J., et al 1979; Love R.R., et al 1989).

Στην έρευνά της, η Tierney, περιέγραψε τρεις ευρείες κατηγορίες συναισθημάτων που παρατήρησε από συνεντεύξεις ασθενών, όταν οι αυτοί ανακαλύπτουν ότι θα χάσουν τα μαλλιά τους (Tierney A.J. 1987).

Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται οι ανήσυχοι και αναστατωμένοι ασθενείς:

«Ναι, με ανησυχεί, γιατί θα αποτελεί ένα εξωτερικό σημάδι της ανικανότητάς μου και αυτό αποδιοργανώνει κάποιον που προσπαθεί να φαίνεται φυσιολογικός, ακόμη και με τον καρκίνο... πράγματι, συνειδητοποιώ ότι η απώλεια των τριχών με ανησυχεί πολύ, έστω κι αν μου είχαν πει ότι ίσως και να μη συμβεί... Νομίζω ότι ήταν δυσκολότερο να αποδεχτώ αυτό το γεγονός παρά τη μαστεκτομή μου. Μπορώ να ζήσω με το γεγονός της απώλειας του μαστού, όχι όμως, δε θα μπορούσα να ζήσω χωρίς μαλλιά.»

Η επόμενη κατηγορία είναι οι ασθενείς που έχουν περάσει από την περίοδο της αναστάτωσης και πλέον είναι παθητικοί στην ιδέα της απώλειας μαλλιών, αποδεχόμενοι απλά το γεγονός σαν ένα τίμημα της θεραπείας:

«Καλά λοιπόν, αν συμβεί, συνέβηκε... απλά θα πρέπει να το δεχτείς. Παρηγορώ τον εαυτό μου με το γεγονός ότι είναι μόνο προσωρινό και μπορεί να καλυφθεί.»

Η τελευταία κατηγορία θέλει τους ασθενείς να είναι τελείως αδιάφοροι με την προοπτική της απώλειας των μαλλιών:

«Όχι, πραγματικά δεν με ενδιαφέρει... Μπορώ να φορέσω μια περούκα και όλα θα είναι εντάξει.»

Παρ' όλα αυτά, μια μικρή ομάδα ασθενών ήταν σε πολύ άσχημη ψυχολογική κατάσταση, οι οποίοι έφτασαν στο σημείο να σκέφτονται αν θα έπρεπε να προχωρήσουν στη χημειοθεραπευτική αγωγή ή όχι:

«Η καρδιά μου πήγαινε να σπάσει... με αναστάτωσε τόσο πολύ που στ' αλήθεια αναρωτιόμουν αν θα μπορούσα να δεχτώ τη χημειοθεραπεία. Δεν μπορούσα να βρω ένα τρόπο να το αντιμετωπίσω. Η πιθανότητα να χάσω τα μαλλιά μου ήταν για μένα πολύ – πολύ χειρότερη από το να χάσω ένα μαστό.»

Σύμφωνα με την Freedman το νόημα της ξυρισμένης κεφαλής, μπορεί να συμβολίζει για πολλούς μία κατάσταση ατίμωσης, η οποία σε στιγματίζει για μία αμαρτία ή ένα σφάλμα. Αυτό το συμβολικό νόημα μπορεί να επηρεάζει την άποψη των γυναικών και να είναι ένας από τους λόγους που όταν χάσουν τα μαλλιά τους, να περιγράφουν τον ίδιο τους τον εαυτό ως ντροπιαστικό (Freedman T.G. 1994).

«Το ότι έχανα τα μαλλιά μου ήταν το πιο τραυματικό μέρος της εμπειρίας του καρκίνου/της χημειοθεραπείας για μένα. Επιδεικνύει έντονα ότι είσαι άρρωστος. Κάτω από την περούκα ήξερα ότι βρίσκεται ένα γυαλιστερό, φαλακρό κεφάλι. Πραγματικά, πρέπει να το συνηθίσει κανείς. Είναι τόσο δύσκολο το να αισθάνεσαι όταν τα μαλλιά σου πέφτουν κατά τούφες. Μερικές λέξεις που θα μπορούσαν να το περιγράψουν είναι πανικός, φόβος, πόνος, ή και ακόμη ντροπή για το πώς δείχνεις, ακόμη κι αν γνωρίζεις ότι δεν είναι δικό σου λάθος.» (Κατσικάρη Κ., Μπρέκη Μ., 2006).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η πιθανότητα της απώλειας των μαλλιών προκαλεί σε ορισμένους άγχος και στεναχώρια, ενώ κάποιοι άλλοι ίσως να βρίσκουν μία θετική πλευρά σε αυτό που ζουν. Κάθε ασθενής όμως, αισθάνεται διαφορετικά για όλη την κατάσταση και έχει τη δική του εμπειρία. Δεν μπορούμε να θεωρήσουμε δεδομένο ότι όλοι οι ασθενείς σκέφτονται και νιώθουν το ίδιο (Munstedt K., et al 1997; Tierney A.J. 1987).

Για την πρόληψη ή την μείωση της απώλειας των μαλλιών, υπάρχει μία μέθοδος εφαρμογής ψύχους στο κεφάλι που μπορεί να προσφερθεί στα κατάλληλα περιστατικά, παρά το ότι δεν φέρει αποτελέσματα σε όλους τους ασθενείς. Είναι όμως μία μεγάλη και δύσκολα υποφερτή διαδικασία (Ron I.G., 1997). Γι' αυτό το λόγο πρέπει να επεξηγείται με προσοχή αυτή η μέθοδος στους ασθενείς εκ των προτέρων, έτσι ώστε να εφαρμόζονται

μέτρα για την καλύτερη άνεση του ασθενή, τη μείωση του άγχους του, και τέλος, να γίνεται παρακολούθηση για τις αντιδράσεις του.

Η εφαρμογή λοιπόν της τοπικής ψύξης στο τριχωτό της κεφαλής γίνεται με κάσκα τοποθετημένη στο κεφάλι πριν την έναρξη της χορήγησης της χημειοθεραπείας. Έτσι, συστέλλονται τα αγγεία και ρέει λιγότερο αίμα σε αυτά. Με αυτό τον τρόπο μειώνεται η ποσότητα των κυτταροστατικών φαρμάκων που φτάνουν στους θύλακες των τριχών στο κεφάλι, με αποτέλεσμα να μειώνεται ή και να εμποδίζεται η τριχόπτωση (Καραγιάννης Α., 2013).

Πολλοί ασθενείς για να αντιμετωπίσουν καλύτερα την απώλεια μαλλιών, κόβουν τα μαλλιά τους πριν ξεκινήσει η θεραπεία για να τους είναι πιο εύκολο όταν θα πέφτουν. Πολλές φορές όμως, η απώλεια δεν είναι ομοιόμορφη. Αντιθέτως μπορεί σε ορισμένα σημεία να είναι εντονότερη και μεγαλύτερη η απώλεια από άλλα. Γι' αυτό και κάποιοι ασθενείς προτιμούν να ξυρίσουν τελείως το κεφάλι τους πριν ξεκινήσουν να χάνουν τα μαλλιά τους. Αυτό ίσως να τους δίνει μία αίσθηση ότι έχουν εκείνοι τον έλεγχο για τα επακόλουθα, προσπαθώντας έτσι να προσαρμοστούν στην καινούρια τους εμφάνιση.

Αρκετές γυναίκες που βιώνουν την απώλεια των μαλλιών, αποφασίζουν να καλύψουν το κεφάλι τους είτε με περούκα (με φυσική τρίχα ή συνθετική), είτε με άλλους τρόπους όπως μαντήλια σε διάφορα χρώματα και καπέλα σε πολλά στυλ.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### ***ΕΙΣΑΓΩΓΗ***

Η παρουσία του καρκίνου στα διάφορα σημεία του σώματος σχετίζεται με ιδιαίτερα ζητήματα θεραπείας και πρόγνωσης, αλλά και με την εμφάνιση ανάλογων ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων.

Στον γυναικολογικό καρκίνο, τόσο η ίδια η νόσος, που προσβάλλει όργανα όπως ο μαστός και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας, τα οποία σχετίζονται με τη θηλυκότητα, την ελκυστικότητα, αλλά και με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική λειτουργία, όσο και οι χειρουργικές επεμβάσεις, όπως μαστεκτομή ή υστερεκτομή, έχουν ιδιαίτερο ψυχικό αντίκτυπο.

Ο καρκίνος του μαστού έχει μελετηθεί πιο εκτεταμένα από οποιονδήποτε άλλο όγκο στο ανθρώπινο σώμα, εξαιτίας του ψυχολογικού και του κοινωνικού του αντίκτυπου (Holland J.C., & Mastrovitto R., 1979). Προσβάλλει περίπου μία στις 10 γυναίκες στις υγειονομικά αναπτυγμένες χώρες και με βάση γενικά στοιχεία έχει αποδειχτεί πενταετή επιβίωση που πλησιάζει το 70% (Σουτζόγλου-Κοτταρίδη Γ., 1985).

### ***ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ***

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της ψυχολογίας της γυναίκας με καρκίνο του μαστού και του οικογενειακού της περιβάλλοντος καθώς και πώς επηρεάζεται αυτή από την αλλαγή της εικόνας του σώματός της μετά τη μαστεκτομή και τη χημειοθεραπεία.

### **ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

#### **A. Ψυχολογικός τομέας γυναίκας**

1. Αλλάζουν οι ρόλοι στην οικογένεια (σύζυγος, παιδιά) σε περίπτωση εμφάνισης καρκίνου στη γυναίκα και σε ποιο βαθμό;
2. Ποια είναι η επίδραση που έχει η αποκατάσταση του μαστού στην ποιότητα ζωής των γυναικών, οι οποίες υποβλήθηκαν σε εγχείρηση μαστεκτομής λόγω καρκίνου του μαστού;
3. Ποιες είναι οι απόψεις των γυναικών αυτών σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους;
4. Έχουν οι γυναίκες αυτές αυτοπεποίθηση;
5. Πως αντιλαμβάνονται την θηλυκότητά τους;

6. Υπήρξε απόρριψη από τους συντρόφους τους;
- B. Ψυχολογικός τομέας συζύγου και παιδιών – οικογενειακό περιβάλλον

## ***ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΕΛΕΤΗΣ***

### **ΔΕΙΓΜΑ**

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που νοσηλεύονταν ή παρακολουθούνταν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Κρήτης, στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (Βενιζέλειο), καθώς και το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον. Επιπλέον το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε και από άτομα που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού σε ηλεκτρονική βάση (Google Drive) και ανευρέθηκαν από διάφορες οργανωμένες ομάδες σε όλη την Ελλάδα που ασχολούνται με την συγκεκριμένη νόσο.

### ***Κριτήρια Εισαγωγής για τη Γυναίκα:***

1. Να είναι γυναίκα άνω των 18 ετών.
2. Να κατανοεί και είναι σε θέση να παρέχει ενυπόγραφη συγκατάθεση μετά από την ενημέρωση της για το σκοπό της έρευνας.
3. Να έχει διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού.
4. Να έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε είδος μαστεκτομής.
5. Να έχει υποβληθεί ή να υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία.
6. Να γνωρίζει καλά την Ελληνική γλώσσα.

### ***Κριτήρια Εισαγωγής για την Οικογένεια:***

1. Να είναι ενήλικας/η
2. Να υπάρχει στενή οικογενειακή σχέση (γονείς, σύζυγος, ενήλικα παιδιά)
3. Να γνωρίζει καλά την Ελληνική γλώσσα.
4. Να κατανοεί και είναι σε θέση να παρέχει ενυπόγραφη συγκατάθεση μετά από την ενημέρωση της για το σκοπό της έρευνας.

## ***ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ***

Για την συγκεκριμένη μελέτη τηρήθηκαν οι αρχές της Ανωνυμίας και της Εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Οι φορείς στους οποίους διεξήχθη η έρευνα

ενημερώθηκαν αντίστοιχα και ζητήθηκε άδεια για την διεξαγωγή της. Όσον αφορά την εμπιστευτικότητα, οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν μέσω των ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

«Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας 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.»

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Για την πρακτική προσέγγιση του θέματος, που πραγματεύτηκε η εργασία, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη και ειδικά σταθμισμένα εργαλεία για την εκτίμηση της ψυχολογίας τους.

Η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε βασίζεται στην ποσοτική περιγραφική μελέτη όπου σκοπός των πληροφοριών είναι η περιγραφή ενός συγκεκριμένου συνόλου ερευνητικών υποκειμένων χωρίς περαιτέρω εμβάθυνση. Το είδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν η σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling method).

Το δείγμα αποτέλεσαν 51 Γυναίκες με καρκίνο μαστού και 60 Συγγενείς.

Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας κατατέθηκε πρωτόκολλο αρχικά στο Τ.Ε.Ι. Νοσηλευτικής Ηρακλείου όπου δόθηκε άδεια με Αρ.Πρωτ. 2694/16/12/2016 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2). Κατόπιν το πρωτόκολλο κατατέθηκε στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του Π.Α.Γ.Ν.Η., και εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου με Αρ. Πρωτ. 4696/21/4/2017, και από το Επιστημονικό συμβούλιο του Βενιζέλειου Νοσοκομείου με Αρ.Πρωτ. 2115/7/2/2017 και από το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης της



7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης με Αρ.Πρωτ. 7540/3/5/2017 για το Π.Α.Γ.Ν.Η. και 6267/7/3/2017 για το Βενιζέλειο (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2).

## **ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ**

### ***Εργαλεία Μέτρησης για την Γυναίκα:***

1. Ερωτηματολόγιο για την καταγραφή διάφορων δημογραφικών στοιχείων.
2. Ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του καρκίνου το οποίο εκτιμά την ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο (EORTC QLQ – C30) (Aaronson et al 1993).
3. Ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του καρκίνου το οποίο εκτιμά την ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο (EORTC) με την ειδική θεματική ενότητα για τον καρκίνο του μαστού (module BR 23).
4. Η κλίμακα αξιολόγησης HAMILTON για την κατάθλιψη και το άγχος.

### ***Εργαλεία Μέτρησης για την Οικογένεια:***

1. Ερωτηματολόγιο για την καταγραφή διάφορων δημογραφικών στοιχείων.
2. Το ερωτηματολόγιο της επιβάρυνσης (Κλίμακα Επιβάρυνσης: ΚΕ) «The Burden Interview» των Zarit και Zarit (1990).
3. Η κλίμακα για τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) – Ways of Coping Questionnaire (Lazarus και Folkman 1984).

### **Εργαλείο αξιολόγησης για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κακοήθεια (EORTC OLO–C30).**

Το ερωτηματολόγιο EORTC C30 επιλέχθηκε για τους παρακάτω λόγους:

1. Είναι πλήρως σταθμισμένο όσον αφορά στα ψυχομετρικά του χαρακτηριστικά.
2. Έχει χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 600 μεγάλες κλινικές μελέτες, όπου ποσοστό μικρότερο του 5% των ασθενών, ενοχλήθηκε ή αναστατώθηκε από κάποια ερώτηση.
3. Δίνει τη δυνατότητα για άμεση σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες.
4. Το ερωτηματολόγιο είναι κατανοητό από τους ασθενείς και σχετικά σύντομο. Ο αναφερόμενος μέσος χρόνος συμπλήρωσης του είναι 11 λεπτά.
5. Έχει μεταφρασθεί σε 59 γλώσσες, μεταξύ των οποίων και η ελληνική.

Σε μια εργασία, που προέρχεται από το Αρεταίειο Νοσοκομείο στην Αθήνα, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε 144 ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου διάφορων εντοπίσεων, υπό παρηγορητική θεραπεία (Mystakidou K, et al 2004). Στη μελέτη αυτή έγινε στάθμιση του ερωτηματολογίου για την αξιοπιστία και την ισχύ του στον ελληνικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα του ελέγχου ήταν ικανοποιητικά και φάνηκε ότι η μορφή και το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου ήταν αποδεκτό από τους Έλληνες ασθενείς. Από τότε το γενικό ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε άλλες 7 μελέτες που προέρχονται από ελληνικά κέντρα (Bogdanos J. et al 2004; Iconomou G. et al 2000; Karamouzis MV. et al 2007; Mystakidou K, et al 2004; Mystakidou K, et al 2004; Mystakidou K, et al 2007; Mystakidou K, et al 2005).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις που διαμορφώνουν τέσσερις κατηγορίες. Οι πρώτες 28 ερωτήσεις είναι σε κλίμακα Likert Scale από 1 (καθόλου) μέχρι 4 (πολύ) και οι ερωτήσεις 29 και 30 είναι σε κλίμακα 1-7.

1. Λειτουργικοί τομείς. Οι λειτουργικοί τομείς είναι πέντε, καλύπτονται συνολικά από 16 ερωτήσεις και η εκτίμηση του καθενός από αυτούς γίνεται με περισσότερες από μια ερωτήσεις:

- Φυσικές λειτουργίες (1, 2, 3, 4, 5 ερώτηση).
- Ρόλος στην ζωή (6, 7 ερώτηση)
- Συναισθηματική κατάσταση (21, 22, 23, 24 ερώτηση)
- Λειτουργίες αντίληψης (20, 25 ερώτηση)
- Κοινωνικότητα (26, 27 ερώτηση)

2. Τομείς συμπτωμάτων. Οι τομείς των συμπτωμάτων είναι 3 και καλύπτονται συνολικά από 7 ερωτήσεις:

- Κόπωση (10, 12, 18 ερώτηση)
- Πόνος (9, 19 ερώτηση)
- Ναυτία και εμετός (14, 15 ερώτηση)

3. Ξεχωριστά θέματα. Υπάρχουν 6 ερωτήσεις που καλύπτουν ξεχωριστά θέματα:

- Δύσπνοια (8 ερώτηση)
- Αϋπνία (11 ερώτηση)

- Απώλεια της όρεξης (13 ερώτηση)
- Δυσκοιλιότητα (16 ερώτηση)
- Διάρροια (17 ερώτηση)
- Οικονομικές δυσκολίες (28 ερώτηση)

4. Τέλος η συνολική ποιότητα ζωής καλύπτεται από δυο ερωτήσεις (29, 30 ερώτηση).

**Εργαλείο αξιολόγησης για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κακοήθεια ειδικά για καρκίνο του μαστού (EORTC QLQ - BR23)**

Το EORTC QLQ-BR23 είναι ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 23 ερωτήματα που αφορούν ειδικά τον καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, την εικόνα του σώματος, την σεξουαλικότητα, και τις προοπτικές για το μέλλον (Jayasekara et al, 2008, Montazeri et al, 2008). Το ερωτηματολόγιο γενικά χρησιμοποιεί απαντήσεις τεσσάρων σημείων (κλίμακα Likert ) που κυμαίνεται από το 1 (καθόλου) έως το 4 (πολύ).

Υπάρχουν

α) 4 κλίμακες για τη λειτουργία του ατόμου (Functional Scales), για την εικόνα σώματος (39, 40, 41, 42 ερώτηση), τη σεξουαλική λειτουργία (44, 45 ερώτηση), τη σεξουαλική απόλαυση (46 ερώτηση) (για σεξουαλικά ενεργά άτομα), την προοπτική για το μέλλον (43 ερώτηση).

β) 4 κλίμακες συμπτωμάτων, που εξετάζουν τις παρενέργειες από τη θεραπεία (31, 32, 33, 36, 37, 38 ερώτηση), συμπτώματα στο στήθος (50, 51, 52, 53 ερώτηση), στο χέρι (47, 48, 49 ερώτηση) και την αναστάτωση από την τριχόπτωση (34, 35 ερώτηση).

**Η κλίμακα αξιολόγησης HAMILTON για την κατάθλιψη και το άγχος**

Η κλίμακα κατάθλιψης και άγχους του Hamilton είναι η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης και του άγχους παγκοσμίως. Μια αναζήτηση στο Pub Med με λέξη-κλειδί «Hamilton Depression Rating Scale» αποδίδει πάνω από 2400 αναφορές (Φερεντίνος Π., και συν 2003). Είναι από τις πρώτες κλίμακες βαθμολόγησης που αναπτύχθηκαν και χρησιμοποιείται ευρέως σε κλινικές και ερευνητικές μελέτες.

Αποτελείται από 14 ερωτήσεις που καθεμιά καθορίζει μια σειρά συμπτωμάτων και μέτρων τόσο για το ψυχικό άγχος (ψυχική διέγερση, ψυχολογική δυσφορία), όσο και για το σωματικό άγχος (σωματικές ενοχλήσεις που σχετίζονται με το άγχος). Κάθε ερώτηση βαθμολογείται από το 0 (δεν υπάρχει) ως το 4 (σοβαρή) με συνολικό εύρος των τιμών 0-56, όπου 0-17 υποδηλώνει ήπιο ως μέτριο άγχος, 18-24 μέσης βαρύτητας άγχος και 25-56 άγχος σοβαρής βαρύτητας (HAM-A).

**Το ερωτηματολόγιο της επιβάρυνσης (Κλίμακα Επιβάρυνσης: ΚΕ) «The Burden Interview» των Zarit και Zarit (1990)**

Η ΚΕ αποτελείται από 22 ερωτήσεις και έχει σχεδιασθεί για να αξιολογήσει την υποκειμενική επιβάρυνση των φροντιστών ασθενών με άνοια αλλά έχει μεταφραστεί σε πάρα πολλές άλλες γλώσσες, έχει σταθμιστεί σε διάφορες κουλτούρες και είναι ευρύτατα διαδεδομένη (Zarit SH., et al 1980; Παπασταύρου Ε., 2005).

Για κάθε ερώτηση, οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν πόσο συχνά έχουν αισθανθεί με αυτό τον τρόπο, σε μία κλίμακα με ανιούσα διάταξη. Η κλίμακα βαθμολογείται από το άθροισμα των αντιδράσεων στα ξεχωριστά σημεία. Ψηλότερες βαθμολογίες είναι ενδεικτικές μεγαλύτερης επιβάρυνσης του φροντιστή με μέγιστη τιμή το 88. Σκορ 0-20 είναι ένδειξη καθόλου επιβάρυνσης, 21-40 ήπια ή μέτριας επιβάρυνσης, 41-60 μέτρια ή σοβαρή επιβάρυνση και 61-88 είναι ένδειξη σοβαρής επιβάρυνσης.

Στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι οι περισσότεροι ερευνητές χρησιμοποιούν την κλίμακα 22 σημείων του Zarit (1990) διότι αποτελεί ένα καλύτερο μέτρο σύγκρισης με άλλες μελέτες, εφόσον οι περισσότερες χρησιμοποιούν την κλίμακα αυτή.

Το ερωτηματολόγιο διαμορφώνεται από 4 κατηγορίες:

1. Προσωπική ένταση με 9 ερωτήσεις (8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 22) και σκορ 0-36.
2. Ένταση ρόλου με 7 ερωτήσεις (1, 4, 5, 6, 7, 13, 19) και σκορ 0-28.
3. Αποστέρηση σχέσεων με 4 ερωτήσεις (2, 3, 11, 12) και σκορ 0-16.
4. Διαχείριση φροντίδας με 2 ερωτήσεις (20, 21) και σκορ 0-8.

**Η κλίμακα για τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) – Ways of Coping Questionnaire (Lazarus και Folkman 1984)**

Στη μελέτη της επιβάρυνσης, ο τρόπος με τον οποίο ο κάθε φροντιστής αντιμετωπίζει το στρες της φροντίδας και οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί, θεωρήθηκαν σαν παράγοντας ο οποίος μπορεί να μεσολαβήσει και να μετριάσει ή να αυξήσει την επιβάρυνση. Για την

αξιολόγηση των μεσολαβητικών παραγόντων θα χρησιμοποιηθεί η προσαρμογή στα ελληνικά του ερωτηματολογίου «Τρόποι Αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων» των Lazarus και Folkman (1984).

Η κλίμακα αποτελεί μια από τις πιο γνωστές διεθνώς και έχει μεταφραστεί και προσαρμοσθεί στον ελληνικό πληθυσμό (Καραδήμας 1998).

Η κλίμακα κατασκευάστηκε ως ένας κατάλογος 68 θεμάτων που περιέγραφαν ένα μεγάλο εύρος διαδικασιών ή μεθόδων, γνωσιακών και σε επίπεδο συμπεριφοράς, τις οποίες ένα άτομο θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει για να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα. Στην ελληνική έκδοση έχουν μείνει μόνο 38 ερωτήσεις.

Οι παράγοντες με τους οποίους ασχολείται η κλίμακα ΣΑΑΚ είναι 5:

1. Η θετική προσέγγιση των πραγμάτων με 11 ερωτήσεις (1, 11, 14, 16, 19, 23, 24, 30, 31, 32, 38) και σκορ 0-33.
2. Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης με 6 ερωτήσεις (5, 6, 18, 20, 25, 27) και σκορ 0-18.
3. Η ευχολογία, ονειροπόληση με 8 ερωτήσεις (7, 13, 22, 33, 34, 35, 36, 37) και σκορ 0-24.
4. Η αποφυγή-διαφυγή με 9 ερωτήσεις (2, 3, 4, 8, 9, 10, 15, 17, 26) και σκορ 0-27.
5. Η διεκδικητική επίλυση του προβλήματος με 4 ερωτήσεις (12, 21, 28, 29) και σκορ 0-12.

## ***ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ***

Για τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων από το δείγμα, αναλύθηκαν τα δεδομένα των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιώντας την επαγωγική ή συμπερασματική στατιστική (inductive or inferential statistics). Για την περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος εφαρμόστηκε η κατανομή των συχνοτήτων, η εκατοστιαία αναλογία, οι μέσες τιμές και η τυπική απόκλιση. Για τη σύγκριση κατανομής των συχνοτήτων δυο μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (chi-square test). Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν με την μορφή πινάκων και γραφημάτων χρησιμοποιώντας ως στατιστικό πακέτο το SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

## ***ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ***

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ**

Το ερωτηματολόγιο για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού συμπληρώθηκε από 51 ασθενείς από το ΠΑ.Γ.Ν.Η. και το Βενιζέλειο Νοσοκομείο, καθώς και από ηλεκτρονική βάση (Google Drive).

**Πίνακας 1: Μέση Τιμή Ηλικίας των Γυναικών με Καρκίνο Μαστού**

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	
Συνολικός Αριθμός (Valid Number)	51
Μέση Τιμή (Mean)	59,84
Τυπική Απόκλιση (Standard Deviation)	15,441
Ελάχιστη Τιμή (Minimum)	22
Μέγιστη Τιμή (Maximum)	85

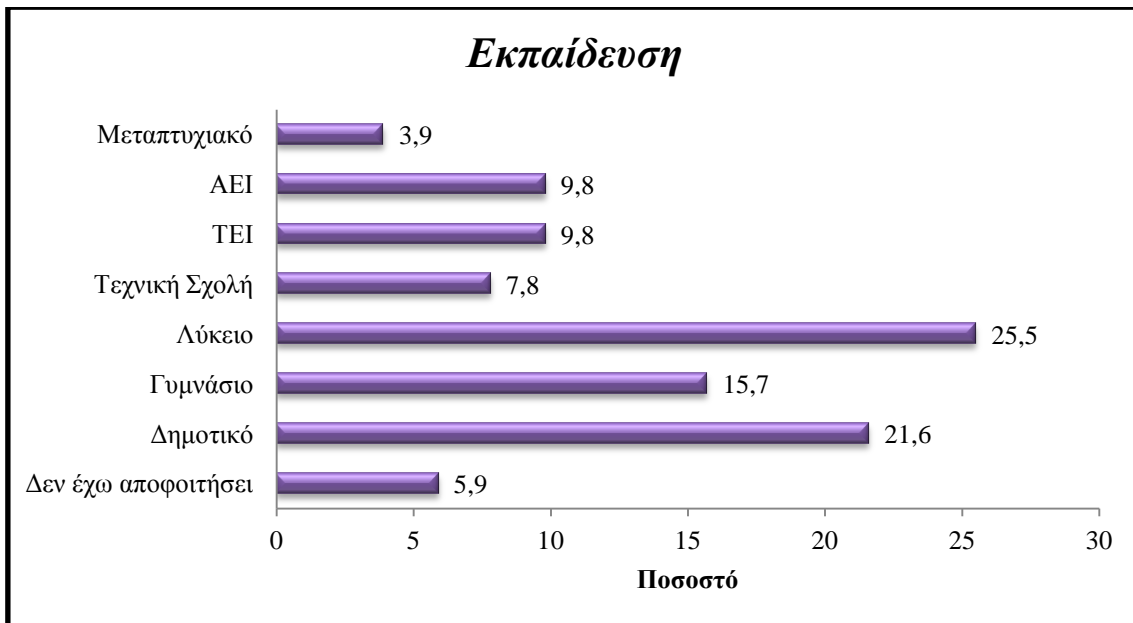
Οι ηλικίες των ασθενών κυμαίνονται από τα 22 μέχρι και τα 85 χρόνια, με μέση ηλικία τα 59,89 χρόνια και τυπική απόκλιση  $\pm 15,44$  (Πίνακας 1).

Σύμφωνα με το Σχήμα 1 και τον Πίνακα 2 που ακολουθεί, παρατηρείται ότι οι ασθενείς δεν είχαν σημαντική μόρφωση. Οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην μελέτη πήγαν μέχρι το Λύκειο (25,5%), ενώ πολλές τελείωσαν μόνο το Δημοτικό (21,6%).

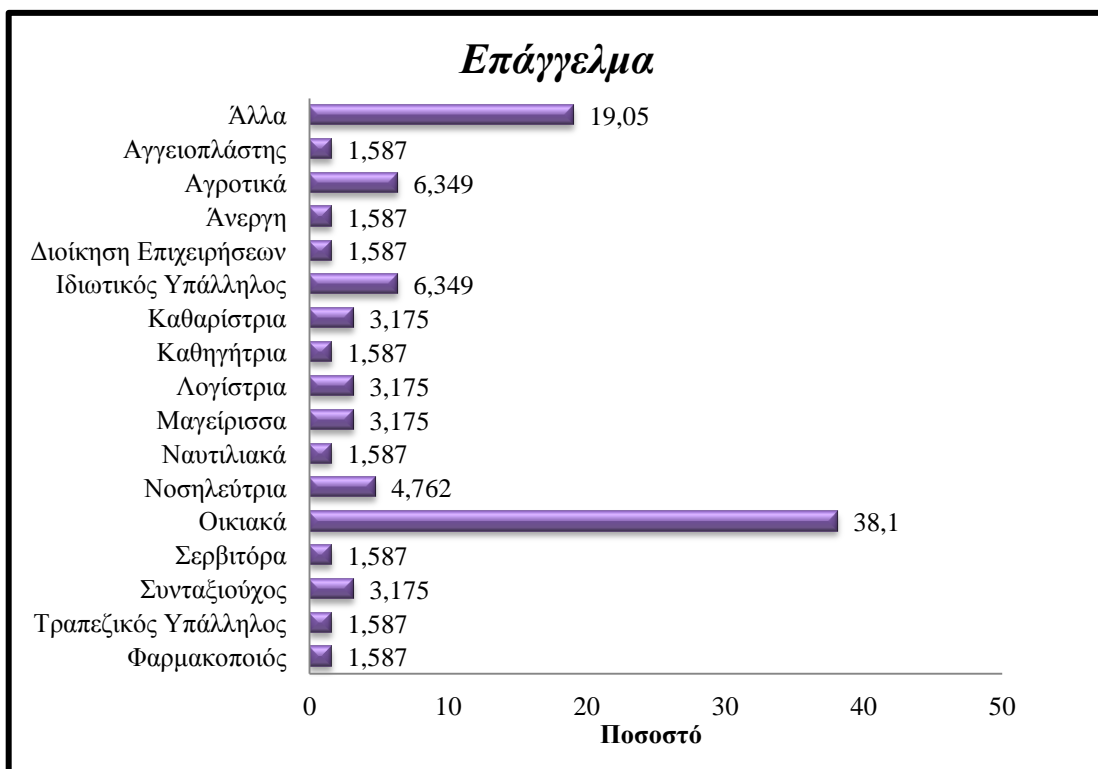
**Πίνακας 2: Επίπεδο Εκπαίδευσης Ασθενών**

<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης Ασθενών</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Έγκυρο Ποσοστό</b>	<b>Σωρευτικό Ποσοστό</b>
Δεν έχω αποφοιτήσει	3	5,9	5,9
Δημοτικό	11	21,6	27,5
Γυμνάσιο	8	15,7	43,1
Λύκειο	13	25,5	68,6
Τεχνική Σχολή	4	7,8	76,5
ΤΕΙ	5	9,8	86,3
ΑΕΙ	5	9,8	96,1
Μεταπτυχιακό	2	3,9	100,0
Σύνολο	51	100,0	

Σχήμα 1: Επίπεδο Εκπαίδευσης Ασθενών



Σχήμα 2: Επάγγελμα

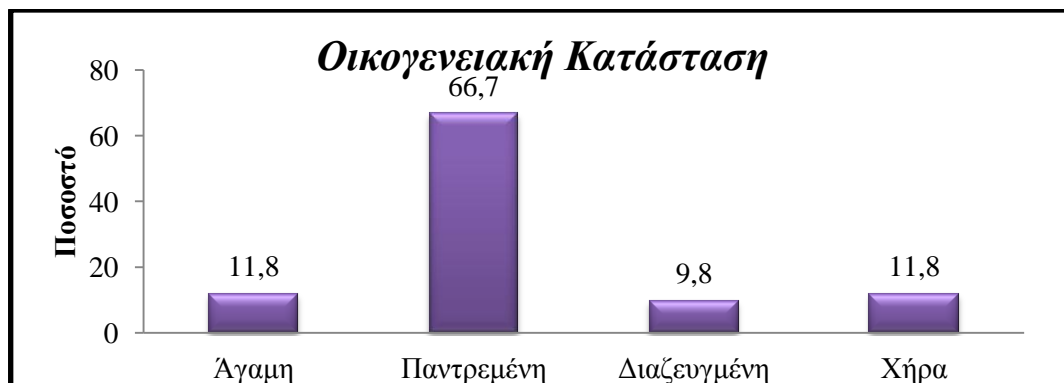


Σχετικά με την επαγγελματική απασχόληση των ασθενών, οι περισσότερες γυναίκες ασχολούνται με τα οικιακά (38,1%), ενώ άλλες με τα αγροτικά (6,349%) ή είναι ιδιωτικές υπάλληλοι (6,349%), νοσηλεύτριες (4,762%) και άλλα (19,05%) (Σχήμα 2).

**Πίνακας 3: Οικογενειακή Κατάσταση**

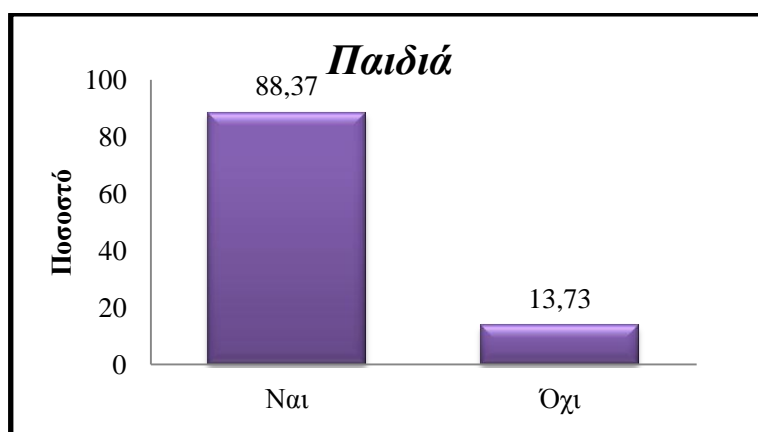
Οικογενειακή Κατάσταση	Συχνότητα	Έγκυρο Ποσοστό	Σωρευμένο Ποσοστό
Άγαμη	6	11,8	11,8
Παντρεμένη	34	66,7	78,4
Διαζευγμένη	5	9,8	88,2
Χήρα	6	11,8	100,0
Σύνολο	51	100,0	

**Σχήμα 3: Οικογενειακή Κατάσταση**



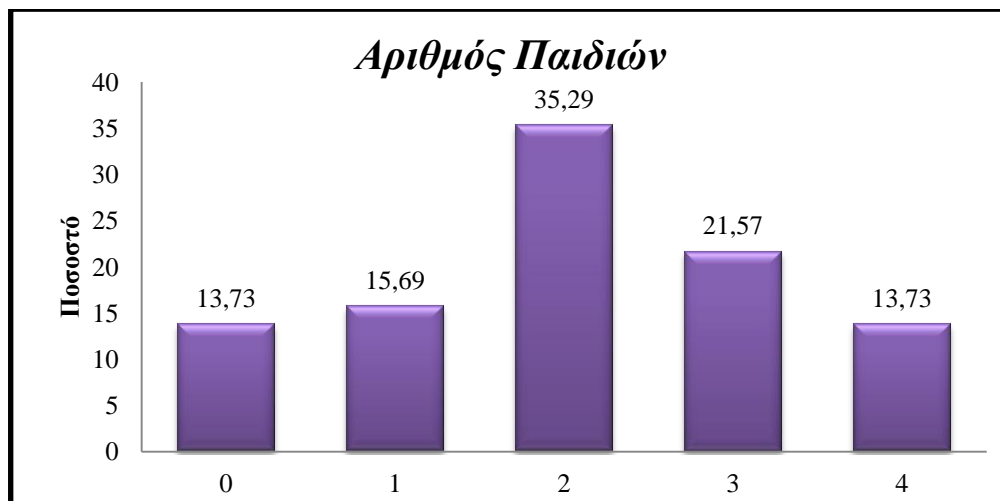
Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, περισσότερες από τις μισές είναι παντρεμένες με ποσοστό 66,7%, ενώ λίγες είναι άγαμες (11,8%) ή χήρες (11,9%) (Πίνακας 3, Σχήμα 3). Το 88,37% των γυναικών έχουν κάνει παιδιά, ενώ το υπόλοιπο 13,73% δεν έχουν παιδιά (σχήμα 4), ενώ όπως φαίνεται στο σχήμα 5, η πλειοψηφία των ασθενών έχουν κάνει 2 παιδιά (35,29%) και έπειτα ακολουθούν οι γυναίκες με 3 παιδιά (21,57%).

**Σχήμα 4: Παιδιά**





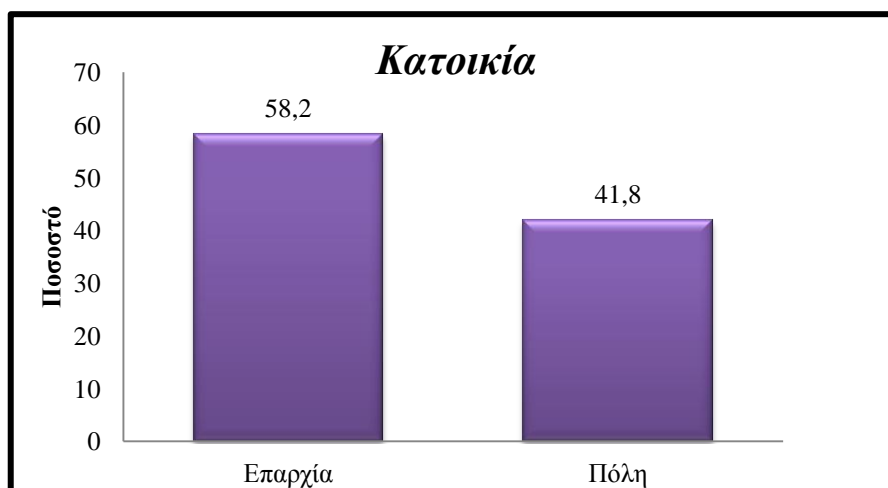
Σχήμα 5: Αριθμός Παιδιών



Πίνακας 4: Κατοικία

Κατοικία	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Επαρχία	30	58,8	58,8
Πόλη	21	41,2	100,0
Σύνολο	51	100,0	

Σχήμα 6: Κατοικία

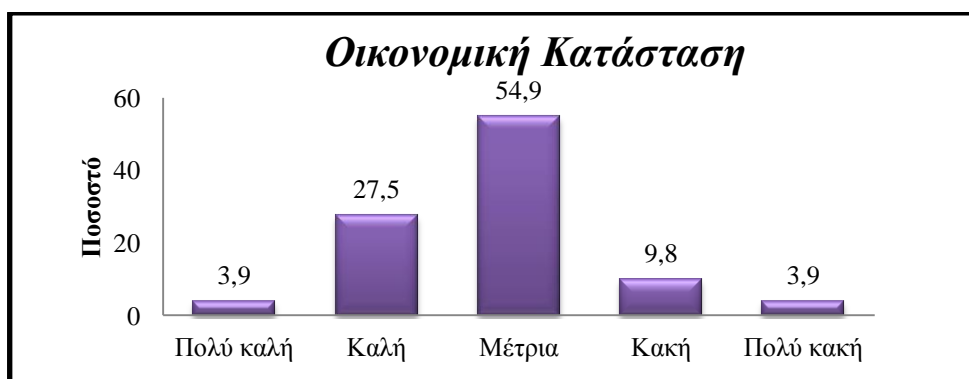


Αναφορικά με την κατοικία των ασθενών, το 58,82% (n=30) ζει στην επαρχία, ενώ το υπόλοιπο 41,18% (n=21) στην πόλη (Πίνακας 4, Σχήμα 6). Στην ερώτηση για την οικονομική τους κατάσταση οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες θεωρούν ότι είναι μέτρια, ποσοστό 54,9%, (n=28), ενώ ποσοστό θεωρεί ότι είναι καλή 27,5% (n=14) (Πίνακας 5, Σχήμα 8).

**Πίνακας 5: Οικονομική Κατάσταση**

Οικονομική Κατάσταση	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Πολύ καλή	2	3,9	3,9
Καλή	14	27,5	31,4
Μέτρια	28	54,9	86,3
Κακή	5	9,8	96,1
Πολύ κακή	2	3,9	100,0
Σύνολο	51	100,0	

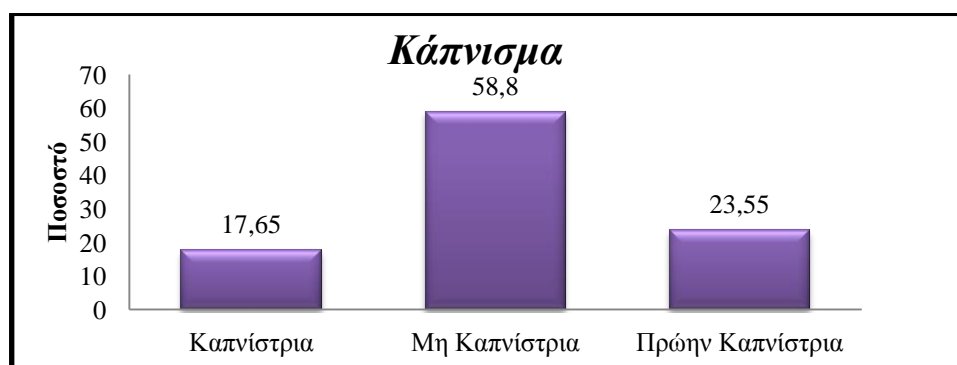
**Σχήμα 7: Οικονομική Κατάσταση**



**Πίνακας 6: Κάπνισμα**

Κάπνισμα	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καπνίστρια	9	17,6	17,6
Μη Καπνίστρια	30	58,8	76,5
Πρώην Καπνίστρια	12	23,5	100,0
Σύνολο	51	100,0	

**Σχήμα 8: Κάπνισμα**



Όσον αφορά τις καπνιστικές συνήθειες των ερωτηθέντων ποσοστό 58,82% (n=30) δεν καπνίζουν, ένα μικρό ποσοστό 17,65% (n=9) των γυναικών είναι καπνίστριες, ενώ το υπόλοιπο 23,53% (n=12) έχουν σταματήσει το κάπνισμα (Πίνακας 6, Σχήμα 8).

Παρατηρώντας τον Πίνακα 7 που ακολουθεί, η μέση τιμή ηλικίας των γυναικών που έγινε η διάγνωση του καρκίνου του μαστού ήταν τα 55 χρόνια. Οι ηλικίες όμως κυμαίνονται από τα 17 μέχρι και τα 82 χρόνια με τυπική απόκλιση  $\pm 14,67$ . Η μέση τιμή για τα χρόνια μετά τη διάγνωση του καρκίνου είναι τα 4,67 χρόνια περίπου, με τις ηλικίες να ξεκινούν από τον μισό χρόνο μέχρι και τα 20 χρόνια μετά τη διάγνωση και τυπική απόκλιση  $\pm 3,76$  (Πίνακας 8).

**Πίνακας 7: Ηλικία Διάγνωσης Καρκίνου**

<b>ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ</b>		
N	Valid	51
Mean		55,16
Std. Deviation		14,672
Minimum		17
Maximum		82

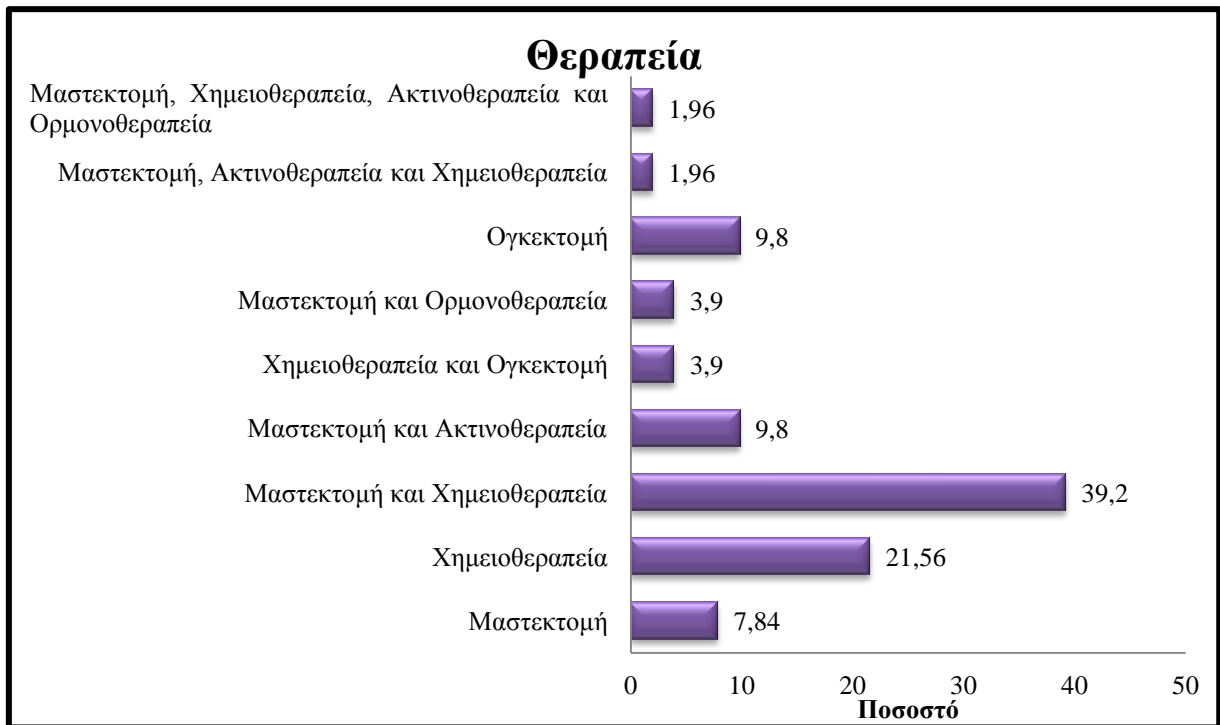
**Πίνακας 8: Χρόνια με Καρκίνο**

<b>ΧΡΟΝΙΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ</b>		
N	Valid	51
Mean		4,676
Std. Deviation		3,7627
Minimum		0,5
Maximum		20,0

**Πίνακας 9: Θεραπεία**

<b>Θεραπεία</b>	<b>Frequency</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
Μαστεκτομή	4	7,84	7,84
Χημειοθεραπεία	11	21,56	29,4
Μαστεκτομή και Χημειοθεραπεία	20	39,2	68,6
Μαστεκτομή και Ακτινοθεραπεία	5	9,8	78,4
Χημειοθεραπεία και Ουκτεκτομή	2	3,9	82,3
Μαστεκτομή και Ορμονοθεραπεία	2	3,9	86,2
Ουκτεκτομή	5	9,8	96
Μαστεκτομή, Ακτινοθεραπεία και Χημειοθεραπεία	1	1,96	97,96
Μαστεκτομή, Χημειοθεραπεία, Ακτινοθεραπεία και Ορμονοθεραπεία	1	1,96	100
Σύνολο	51	100	

**Σχήμα 9: Θεραπεία**



Η θεραπευτική αντιμετώπιση του μεγαλύτερου πληθυσμού των ασθενών είναι η Μαστεκτομή και Χημειοθεραπεία, με ποσοστό 39,2% (n=20), ενώ η δεύτερη θεραπεία είναι η Χημειοθεραπεία με 21,56% (n=11). Οι περισσότερες από τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην μελέτη όπως καταγράφηκε ακολουθούσαν συνδυασμένες θεραπείες (Πίνακας 9, Σχήμα 9).

**Πίνακας 10: Αλλαγές στο Σώμα μετά τη Θεραπεία**

Αλλαγές στο Σώμα μετά τη Θεραπεία	Frequency	Valid Percent
Άλλαξα πάρα πολύ έχασα τα μαλλιά μου και γλόμιασα.	1	1,9
Άλλαξε η σεξουαλική μου διάθεση.	1	1,9
Αλωπεκία, φουσκωμα στην κοιλιά, εμμηνόπαυση, εξάψεις.	1	1,9
Αύξηση βάρους.	4	7,85
Αύξηση βάρους, ξηροδερμία, αϋπνία, ήπια κατάθλιψη.	1	1,9
Αύξηση βάρους. Χάσιμο μαλλιών.	1	1,9
Αφαίρεσα τους μαστούς, ήταν απαίσιο.	1	1,9
Αφαίρεση αριστερού μαστού.	1	1,9
Δεν έχει αλλάξει τίποτα στο σώμα μου.	20	39,2
Έπεσαν τα νύχια μου και τα μαλλιά μου.	1	1,9
Η εικόνα του σώματος.	1	1,9
Η όψη του προσώπου.	1	1,9
Κούραση, στεναχώρια, πόνος στο στήθος.	1	1,9
Μελανιές και παραμορφώσεις στα πόδια.	1	1,9
Μετά την αφαίρεση του μαστού φαινόταν πάρα πολύ.	1	1,9

Μετά την θεραπεία πήρα βάρος.	1	1,9
Ο ακρωτηριασμός στο στήθος ήταν πολύ άσχημος.	1	1,9
Πολλές παρενέργειες.	1	1,9
Τα πάντα.	1	1,9
Το βάρος μου.	1	1,9
Καμία απάντηση.	9	17,65
Σύνολο	51	100,0

Στην ερώτηση που κλήθηκαν να απαντήσουν οι γυναίκες για τις αλλαγές στο σώμα τους μετά τη θεραπεία, παρατηρήθηκαν κάποιες κοινές απαντήσεις, όπως η αύξηση του βάρους και η άσχημη όψη του σώματος μετά την αφαίρεση του μαστού. Σε κάποιες άλλες εμφανίστηκε αλωπεκία μετά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση, δηλαδή έπεσαν τα μαλλιά τους ή έχασαν τρίχες, έπεσαν τα νύχια τους και άλλαξε το πρόσωπό τους. Παρόλα αυτά σε πολλές γυναίκες (20 απαντήσεις) δεν παρατηρήθηκε καμία αλλαγή στο σώμα τους όπως διαπιστώνουν οι ίδιες και σύμφωνα με την άποψη τους (Πίνακας 10).

**Πίνακας 11: Προβλήματα στην Επαγγελματική Ζωή και την Οικογένεια**

<b>Προβλήματα στην Επαγγελματική Ζωή και την Οικογένεια</b>	<b>Frequency</b>	<b>Valid Percent</b>
Αλλαγή καθημερινότητας.	1	1,9
Άλλαξε η ζωή όλων στην οικογένεια. Μεγάλη ταλαιπωρία.	1	1,9
Ατονία, κολπική μαρμαρυγή.	1	1,9
Δεν ήθελα να στεναχωρώ τα παιδιά μου και δεν άφησα το πρόβλημα	1	1,9
Δεν μπορούσα να εργαστώ.	1	1,9
Δεν υπάρχουν καινούρια προβλήματα.	1	1,9
Θλίψη, πόνος και ένα μεγάλο γιατί.	1	1,9
Καθόλου, συνέχισα να εργάζομαι γιατί ήξερα ότι αν έμενα σπίτι θα	1	1,9
Καταθλιπτική διάθεση, αδυναμία διεκπεραίωσης καθηκόντων στην	1	1,9
Λόγω θεραπείας έχασα τη δουλειά μου.	1	1,9
Οικονομικά κυρίως.	1	1,9
Δεν υπάρχουν προβλήματα.	20	39,2
Πόνος στο δεξί χέρι από τη μασχάλη, κόπωση.	1	1,9
Πρόβλημα στη διάθεση από τα φάρμακα.	1	1,9
Στεναχωρήθηκα πάρα πολύ, δεν ήθελα να βλέπω κανένα.	1	1,9
Στην οικογένεια μου και στην επαγγελματική μου ζωή νιώθω ότι με	1	1,9
Υπήρχε αναστάτωση μέσα στην οικογένεια, τα παιδιά μου	1	1,9
Καμία απάντηση.	15	29,4
Σύνολο	51	100,0

Αρκετές γυναίκες είχαν κάποια προβλήματα στην επαγγελματική τους ζωή. Κάποιες έχασαν τη δουλειά τους λόγω της θεραπείας, ενώ άλλες είχαν προβλήματα στη δουλειά ή σταμάτησαν τελείως την εργασία. Οι πιο αισιόδοξες γυναίκες όμως, συνέχισαν να εργάζονται για να μην πέσουν ψυχολογικά, αλλά κυρίως για να μη στεναχωριούνται τα κοντινά τους πρόσωπα. Μέσα από αυτή την κατάσταση που ζει η οικογένεια, υπάρχει αναστάτωση και θλίψη, η καθημερινότητα και ο τρόπος ζωής τους άλλαξε. Πολλές επίσης ήταν οι γυναίκες που δεν είχαν προβλήματα όπως αναφέρουν σε ποσοστό 39,2% (n=20) (Πίνακας 11).

**Πίνακας 12: Ποιους επηρέασε η Θεραπεία και η Νόσος**

<b>Ποιους επηρέασε η θεραπεία και η νόσος;</b>	<b>Frequency</b>	<b>Valid Percent</b>
Ανησυχία για την κατάσταση, στήριξη από τα παιδιά.	1	1,9
Εμένα.	1	1,9
Επηρέασε όλη την οικογένεια μου. Γονείς και φίλους. Όλοι ήθελαν να βοηθήσουν.	1	1,9
Επηρέασε πάρα πολύ το σύζυγο, τα παιδιά και τα εγγόνια μου.	1	1,9
Επηρέασε πολύ το σύζυγο, στεναχωριέται, εγώ όμως είμαι αισιόδοξη.	1	1,9
Επηρέασε όλη την οικογένεια και κυρίως τον αδερφό μου.	1	1,9
Μας επηρέασε όλους.	1	1,9
Μας επηρέασε όλους αλλά προσπαθούμε να είμαστε αισιόδοξοι.	1	1,9
Μας επηρέασε όλους, ειδικά τα παιδιά και οι γονείς μου ανησυχούσαν πολύ.	1	1,9
Μας επηρέασε όλους πάρα πολύ και ειδικά εμένα και τη μητέρα μου.	1	1,9
Μας επηρέασε ψυχολογικά όλους.	1	1,9
Με επηρέασε πάρα πολύ λόγω και της μαμάς μου, κληρονομικότητα.	1	1,9
Ναι με επηρέασε αρκετά εμένα και την οικογένειά μου.	1	1,9
Ναι, όλη την οικογένεια.	1	1,9
Ναι, όλους.	1	1,9
Όλη την οικογένεια και ιδίως τα παιδιά.	1	1,9
Όλοι στην οικογένεια έχουν επηρεαστεί αλλά λογικά.	1	1,9
Όλους.	2	3,9
Όλους στην οικογένεια και τους φίλους μου.	1	1,9
Όχι.	13	25,5
Όχι καθόλου. Υπάρχει στήριξη.	1	1,9
Περισσότερο άγχος για το μέλλον.	1	1,9
Στήριξη από όλους.	1	1,9
Τα παιδιά μου.	4	7,85
Την κόρη μου.	1	1,9
Τον άντρα μου.	2	3,9
Τον άνδρα μου και τα παιδιά μου.	2	3,9

Τους πάντες, τους γονείς, το παιδί και πιο πολύ τον σύζυγο.	1	1,9
Καμία απάντηση.	5	9,8
Σύνολο	51	100,0

Η ύπαρξη ενός προβλήματος υγείας σε ένα άτομο, και ειδικά αυτό του καρκίνου, επηρεάζει πολλά πρόσωπα. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 12 από τις απαντήσεις των ίδιων των γυναικών, ο καρκίνος δεν επηρεάζει μόνο την ασθενή, αλλά και όλα τα μέλη της οικογένειας. Κυρίως όμως επηρεάζει τον σύζυγο, αλλά και τα παιδιά, αφού υπάρχει αβεβαιότητα και άγχος για το μέλλον. Πολλές φορές επηρεάζονται και οι γονείς, αλλά και το κοντινό τους φιλικό περιβάλλον. Αρκετές γυναίκες όμως, παρά την κατάσταση που ζουν, έχουν τη στήριξη από τα αγαπημένα τους πρόσωπα και παραμένουν αισιόδοξες.

***Πίνακας 13: Αποκατάσταση Μαστού***

<b>ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ</b>			
	<b>Frequency</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
Ναι	7	13,7	13,7
Όχι	44	86,3	100,0
Σύνολο	51	100,0	

***Σχήμα 10: Αποκατάσταση Μαστού***

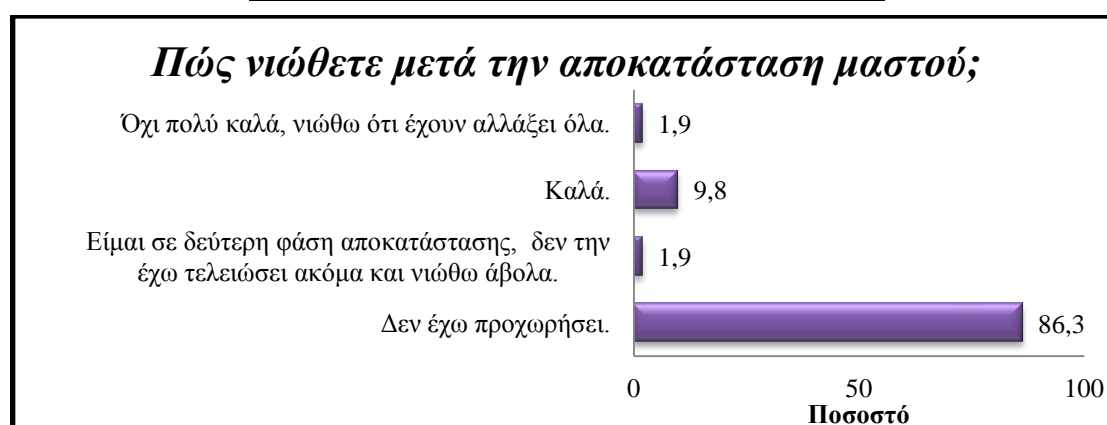


Πολύ λίγες ήταν οι γυναίκες που απάντησαν θετικά στην ερώτηση που είχε τεθεί για το αν είχαν προχωρήσει σε αποκατάσταση του μαστού σε ποσοστό 13,7% (n=7), ενώ το υπόλοιπο 86,3% (n=44) απάντησε αρνητικά (Πίνακας 13, Σχήμα 10). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 14 και στο Σχήμα 11 που ακολουθεί, σχεδόν όλες οι γυναίκες δεν είχαν προχωρήσει ακόμα σε αποκατάσταση του μαστού (86,3%) καθώς βρίσκονταν σε στάδιο θεραπείας. Από τις γυναίκες που είχαν προχωρήσει σε αποκατάσταση (13,7%), το 9,8% νιώθει καλά γι' αυτό, ενώ το υπόλοιπο 3,8% έχει αρνητικά συναισθήματα.

**Πίνακας 14: Αισθήματα Μετά την Αποκατάσταση Μαστού**

<b>Πώς νιώθετε μετά την Αποκατάσταση Μαστού;</b>	<b>Frequency</b>	<b>Valid Percent</b>
Δεν έχω προχωρήσει.	44	86,3
Είμαι σε δεύτερη φάση αποκατάστασης, δεν την έχω τελειώσει ακόμα και νιώθω άβολα.	1	1,9
Καλά.	5	9,8
Όχι πολύ καλά, νιώθω ότι έχουν αλλάξει όλα.	1	1,9
Σύνολο	51	100,0

**Σχήμα 11: Αισθήματα Μετά την Αποκατάσταση Μαστού**



#### **Αποτελέσματα Ερωτηματολόγιου EORT QLO - C30 για ασθενείς**

Οι ερωτήσεις είναι σε κλίμακα Likert με τα σκορ να είναι: Καθόλου=1, Λίγο=2, Αρκετά=3 και Πολύ=4.

Η ανάλυση της κλίμακας έγινε με βάση το εγχειρίδιο EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (Fayers et al.,2001), όπου οι μέσοι όροι των ερωτήσεων κάθε υποκλίμακας (raw scores) μετατρέπονται σε τιμές από 0 μέχρι 100. Ψηλές τιμές στις στη συνολική κλίμακα (Global Quality Life) δείχνει ψηλό - «καλό» επίπεδο λειτουργίας του ασθενούς, ενώ ψηλές τιμές στις υπόλοιπες 5 κλίμακες λειτουργιών και 9 κλίμακες συμπτωμάτων δείχνουν ψηλό - «χειρότερο» επίπεδο συμπτωμάτων.

#### **ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ**

Οι φυσικές λειτουργίες έχουν σκορ που κυμαίνεται από 5-20 με 5 ερωτήσεις (Ερώτηση 1-5). Οι τιμές του σκορ για τις φυσικές λειτουργίες ξεκινούν από το 5 μέχρι και το 20, με μέση τιμή 58,8 (Πίνακας 15) και τυπική απόκλιση  $\pm 23,74$ . Στις ερωτήσεις για τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού, δηλαδή αν υπήρχαν ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια ενός περιπάτου, ή και αν υπήρχε δυσκολία στο ντύσιμο, στο μπάνιο ή την ώρα

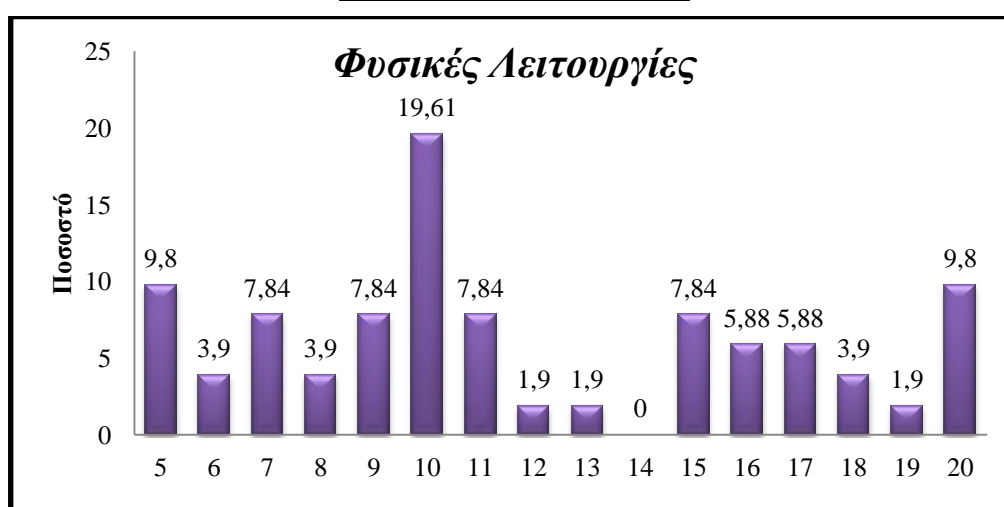


του φαγητού, οι περισσότερες γυναίκες είχαν σκορ 10 με ποσοστό 19,61%. Το μικρότερο σκορ 5 και το μεγαλύτερο 20 έχουν ίδιο ποσοστό γυναικών που κυμαίνεται στο 9,8% (Σχήμα 12).

**Πίνακας 15: Φυσικές Λειτουργίες**

<b>ΦΥΣΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ</b>		
N	Valid	51
Mean		58,8
Std. Deviation		23,74
Minimum		5
Maximum		20

**Σχήμα 12: Φυσικές Λειτουργίες**

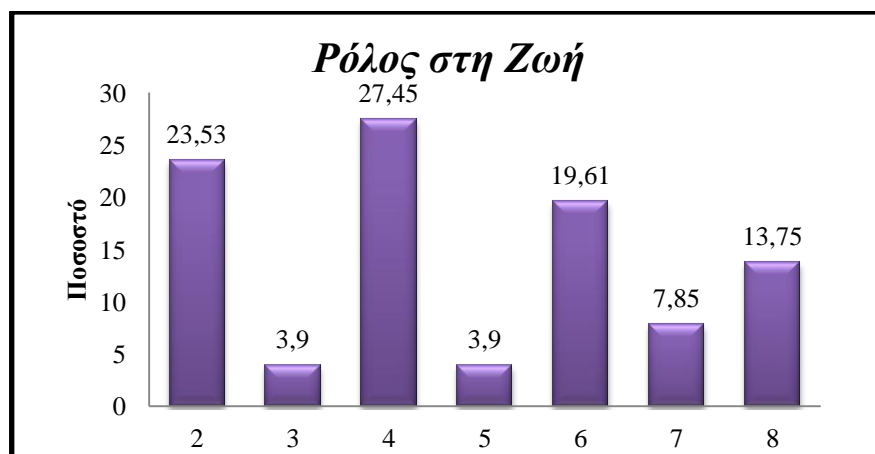


Ο ρόλος στη ζωή έχει σκορ που κυμαίνεται από 2-8 με 2 ερωτήσεις (Ερώτηση 6 και 7). Για τον ρόλο της ζωής της ασθενούς το σκορ των απαντήσεων κυμαίνεται από 2 μέχρι και 8 βαθμούς, με τη μέση τιμή να είναι 58,88 και τυπική απόκλιση  $\pm 25,9$  (Πίνακας 16). Οι περισσότερες γυναίκες στις ερωτήσεις για το ρόλο στη ζωή, είχαν σκορ 2 και 4, με ποσοστό 23,53% και 27,45% αντίστοιχα. Στην τρίτη θέση είναι το σκορ 6 με ποσοστό 19,61% και ακολουθεί το σκορ 8 με ποσοστό 13,75%. Ένα πολύ μικρό ποσοστό 3,9% των γυναικών είχε σκορ 3, αλλά και σκορ 5 (Σχήμα 13). Όπως φαίνεται από τα ποσοστά πιο πάνω, αρκετές είναι οι γυναίκες που περιόρισαν την εργασία τους, ή την σταμάτησαν τελείως λόγω της νόσου και της θεραπείας της. Άλλες μάλιστα, σταμάτησαν κάθε άλλη δραστηριότητα που έκαναν στον ελεύθερό τους χρόνο.

**Πίνακας 16: Ρόλος στη Ζωή**

<b>ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΖΩΗ</b>		
N	Valid	51
Mean		58,88
Std. Deviation		25,9
Minimum		2
Maximum		8

**Σχήμα 13: Ρόλος στη Ζωή**



Η συναισθηματική κατάσταση έχει σκορ που κυμαίνεται από 4-16 με 4 ερωτήσεις (Ερώτηση 21-24). Όσον αφορά τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών, η μέση τιμή ήταν 63 και τυπική απόκλιση  $\pm 23,44$  με τις τιμές να ξεκινούν από το 0 μέχρι το 100 (Πίνακας 17). Πολλές γυναίκες στο δείγμα της έρευνας συμπλήρωσαν αρκετά μεγάλο σκορ στη συναισθηματική τους κατάσταση. Το 21,57% είχε σκορ 12, ενώ το σκορ 10 είχε το 11,76% των γυναικών. Το μεγαλύτερο σκορ με 16 βαθμούς είχε το 9,8% των γυναικών. Από αυτά παρατηρούμε ότι μία ασθενής με καρκίνο του μαστού είναι συναισθηματικά φορτισμένη και έχει αρνητική ψυχολογία. Παρόλα αυτά υπήρχαν αρκετές γυναίκες με τα χαμηλότερα σκορ 4, 5 και 6, με ποσοστό 7,8%, 9,8% και 9,8% αντίστοιχα (Σχήμα 14).

**Πίνακας 17: Συναισθηματική Κατάσταση**

<b>ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>		
N	Valid	51
Mean		63
Std. Deviation		23,44
Minimum		4
Maximum		16

Σχήμα 14: Συναισθηματική Κατάσταση

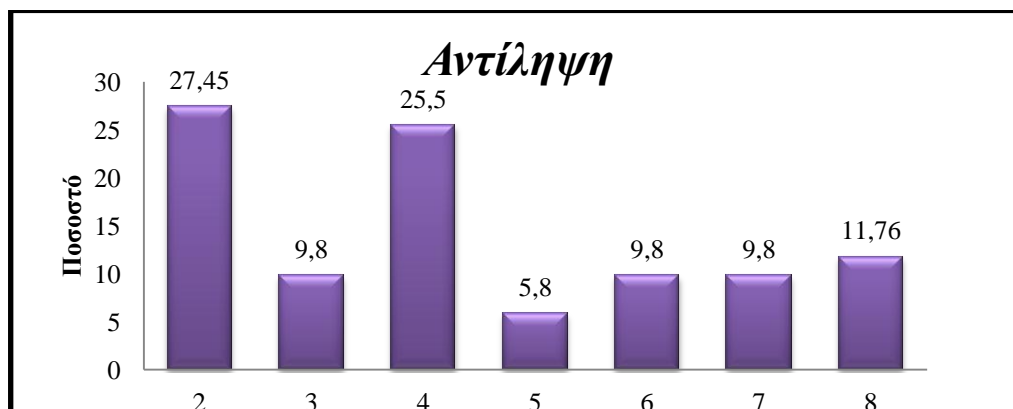


Οι λειτουργίες αντίληψης έχουν σκορ που κυμαίνεται από 2-8 με 2 ερωτήσεις (Ερώτηση 20 και 25). Η μέση τιμή για την αντίληψη είναι το σκορ 54,63 και τυπική απόκλιση  $\pm 26,1$  και οι τιμές κυμαίνονται από το 2 μέχρι το 8 (Πίνακας 18). Στις ερωτήσεις για την αντίληψη, οι περισσότερες γυναίκες είχαν σκορ 2 και 4 με ποσοστό 27,45% και 25,5% αντίστοιχα, πράγμα που δείχνει ότι δεν είχαν δυσκολίες συγκέντρωσης ή μνήμης. Μόνο το 11,76% είχε το υψηλότερο σκορ, δηλαδή το σκορ 8 (Σχήμα 15).

Πίνακας 18: Αντίληψη (Συγκέντρωση και Μνήμη)

ΑΝΤΙΛΗΨΗ		
N	Valid	51
Mean		54,63
Std. Deviation		26,1
Minimum		2
Maximum		8

Σχήμα 15: Αντίληψη



Η κοινωνικότητα έχει σκορ που κυμαίνεται από 2-8 με 2 ερωτήσεις (Ερώτηση 26 και 27). Η μέση τιμή για την κοινωνική και οικογενειακή ζωή των ασθενών είναι το σκορ 44,8 και τυπική απόκλιση  $\pm 22,8$  (Πίνακας 19). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 43,14%, δεν επηρεάστηκε καθόλου κοινωνικά από τη φυσική του κατάσταση ή από τη θεραπεία. Μόνο το 5,8% των γυναικών επηρεάστηκε πάρα πολύ για να απαντήσει στις ερωτήσεις με το υψηλότερο σκορ 8 (Σχήμα 16).

***Πίνακας 19: Κοινωνικότητα***

<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ</b>		
N	Valid	51
Mean		44,8
Std. Deviation		22,8
Minimum		2
Maximum		8

***Σχήμα 16: Κοινωνικότητα***



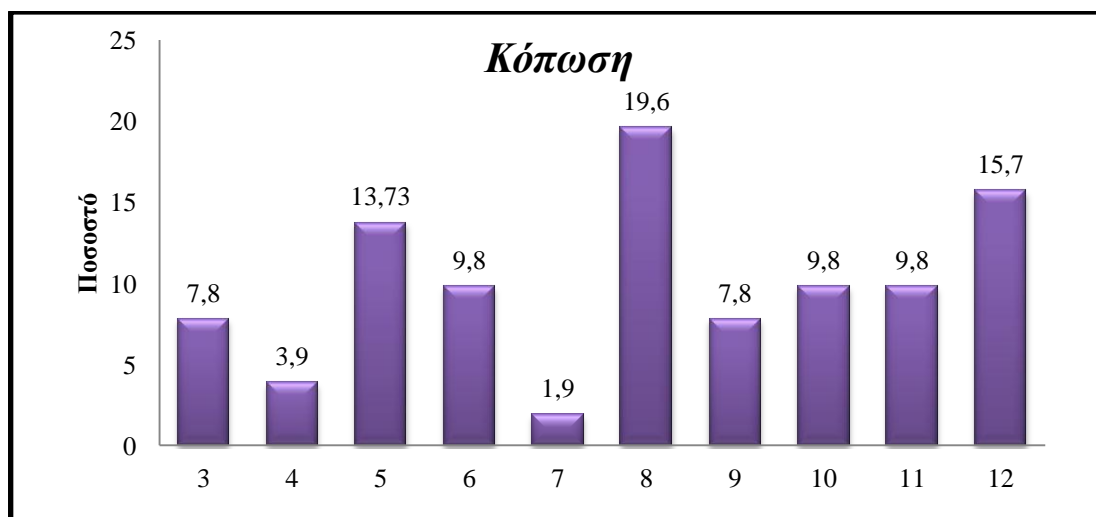
### **ΤΟΜΕΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ**

Αναφορικά με το αίσθημα κόπωσης το σκορ κυμαίνεται μεταξύ 3-12, με 3 ερωτήσεις (Ερώτηση 10, 12 και 18). Η μέση τιμή για τις απαντήσεις με το σύμπτωμα της κόπωση είναι το σκορ 66,83 με τυπική απόκλιση  $\pm 23,95$  (Πίνακας 20). Όσον αφορά την κόπωση, ένα από τα πολλά συμπτώματα της θεραπείας, πολλές γυναίκες είχαν υψηλό σκορ. Το 19,6% είχε σκορ 8 και το 15,7% είχε το υψηλότερο, δηλαδή το σκορ 12 (Σχήμα 17).

**Πίνακας 20: Κόπωση**

ΚΟΠΩΣΗ		
N	Valid	51
Mean		66,83
Std. Deviation		23,95
Minimum		3
Maximum		12

**Σχήμα 17: Κόπωση**

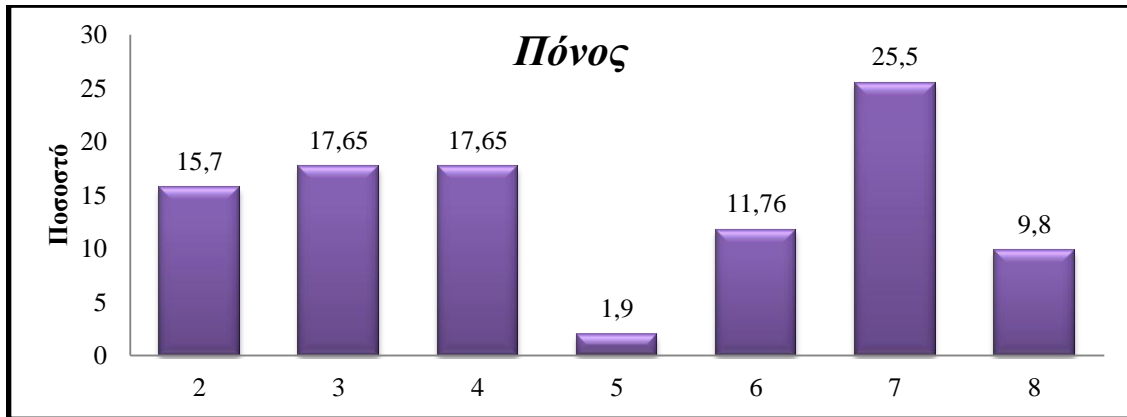


Όσον αφορά τον πόνο το σκορ κυμαίνεται από 2 ως 8, με 2 ερωτήσεις (Ερώτηση 9 και 19). Αυτό το σημαντικό και σοβαρό σύμπτωμα που σχετίζεται με τη θεραπεία και τη νόσο, ο πόνος, διερευνήθηκε και καταγράφηκε μέση τιμή 61,5 και τυπική απόκλιση  $\pm 26,2$  (Πίνακας 21). Οι απαντήσεις με συνολικό σκορ 7 καταγράφηκε από το 25,5% των γυναικών, και ακολουθούν τα σκορ 3 και 4 με το ίδιο ποσοστό 17,65% των γυναικών και στα δύο (Σχήμα 18).

**Πίνακας 21: Πόνος**

ΠΟΝΟΣ		
N	Valid	51
Mean		61,5
Std. Deviation		26,2
Minimum		2
Maximum		8

*Σχήμα 18: Πόνος*

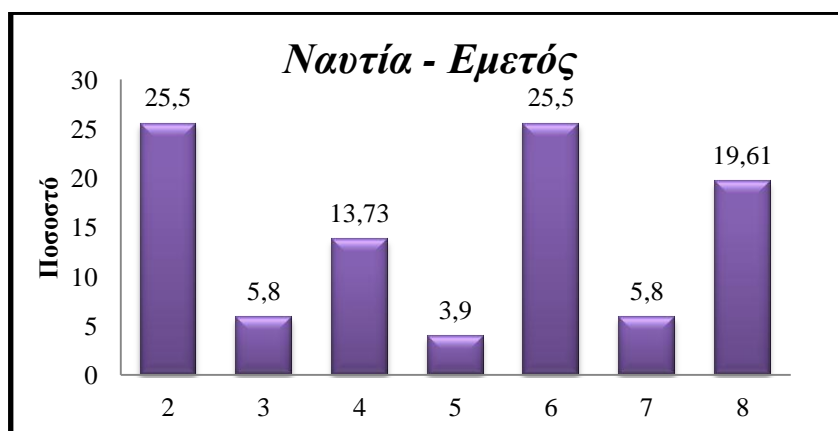


Η ναυτία και ο εμετός είναι από τις πιο συχνές παρενέργειες των ακτινοθεραπειών και της χημειοθεραπείας και το σκορ που μπορούσε να καταγραφεί ήταν 2-8, με 2 ερωτήσεις (Ερώτηση 14 και 15). Η μέση τιμή για το σύμπτωμα ναυτία και εμετός, στην παρούσα μελέτη ήταν 61,75 με τυπική απόκλιση  $\pm 28$  (Πίνακας 22). Στην ερώτηση για το αν είχαν οι ασθενείς ναυτία ή εμετό, το 25,5% συγκέντρωσε σκορ 2, δηλαδή καθόλου, ενώ υπήρξαν και αρκετές ασθενείς που είχαν σκορ 6 και 8, με τα ποσοστά 25,2% και 19,61% αντίστοιχα (Σχήμα 19).

*Πίνακας 22: Ναυτία – Εμετός*

ΝΑΥΤΙΑ – ΕΜΕΤΟΣ		
N	Valid	51
Mean		61,75
Std. Deviation		28
Minimum		2
Maximum		8

*Σχήμα 19: Ναυτία – Εμετός*



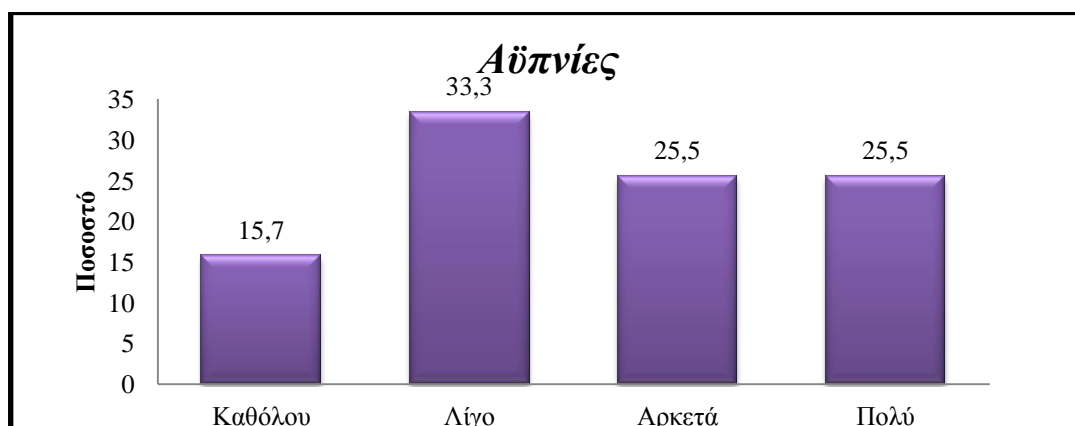
### ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ

Για την διερεύνηση του συμπτώματος της αϋπνίας το σκορ κυμαίνεται από το 1 (καθόλου) μέχρι το 4 (πολύ), με τη μέση τιμή να είναι 65,25 και τυπική απόκλιση  $\pm 26,025$  (Πίνακας 23). Όσον αφορά την ερώτηση για το αν είχαν οι ασθενείς αϋπνίες, το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών απάντησε θετικά, με το ποσοστό των 33,3% η απάντηση να είναι λίγο, το 25,5% να είναι αρκετά και το 25,5% να είναι πολύ. Μόνο το 15,7% των γυναικών δεν είχε καθόλου αϋπνίες (Σχήμα 20).

Πίνακας 23: Αϋπνίες (Ερώτηση 11)

ΑΨΠΝΙΕΣ		
N	Valid	51
Mean		65,25
Std. Deviation		26,025
Minimum		1
Maximum		4

Σχήμα 20: Αϋπνίες (Ερώτηση 11)



Στην ερώτηση για το αν λαχάνιαζαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, το μεγαλύτερο ποσοστό 31,37% των γυναικών απάντησε «καθόλου», ενώ το 27,45% απάντησε «λίγο». «Αρκετά» απάντησε το 17,65% και «πολύ» το 23,53% (Σχήμα 21). Η μέση τιμή του σκορ σε αυτή την ερώτηση ήταν 58,25 και η τυπική απόκλιση  $\pm 29$  (Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Λαχάνιασμα (Ερώτηση 8)

ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ		
N	Valid	51
Mean		58,25
Std. Deviation		29
Minimum		1
Maximum		4

**Σχήμα 21: Λαχάνιασμα (Ερώτηση 8)**

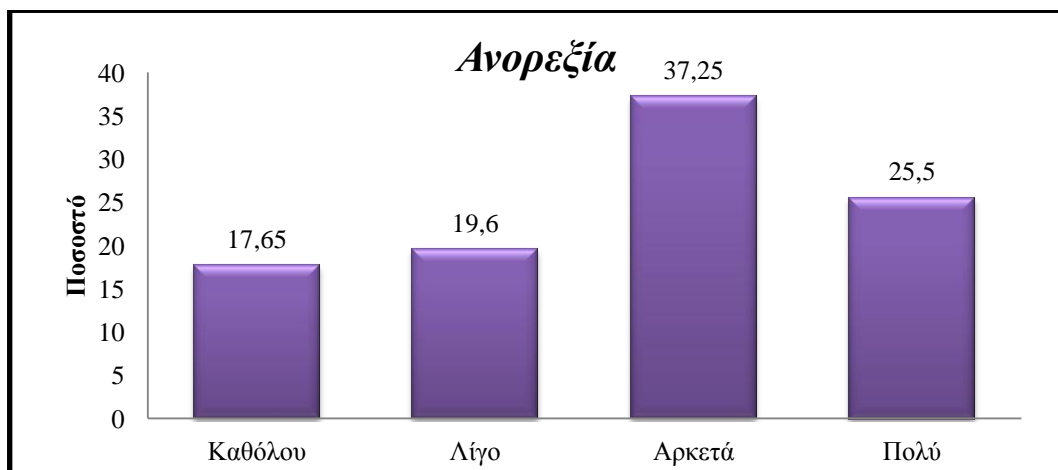


Η μέση τιμή για την ανορεξία είναι 67,75 και η τυπική απόκλιση  $\pm 26,13$  (Πίνακας 25). Οι ασθενείς στην ερώτηση για το αν είχαν ανορεξία, ποσοστό 37,25% από αυτές απάντησε «αρκετά» και το 25,5% απάντησε «πολύ». Αντίθετα το 17,65% των γυναικών δεν είχε καθόλου ανορεξία (Σχήμα 22).

**Πίνακας 25: Ανορεξία (Ερώτηση 13)**

ΑΝΟΡΕΞΙΑ		
N	Valid	51
Mean		67,75
Std. Deviation		26,125
Minimum		1
Maximum		4

**Σχήμα 22: Ανορεξία**



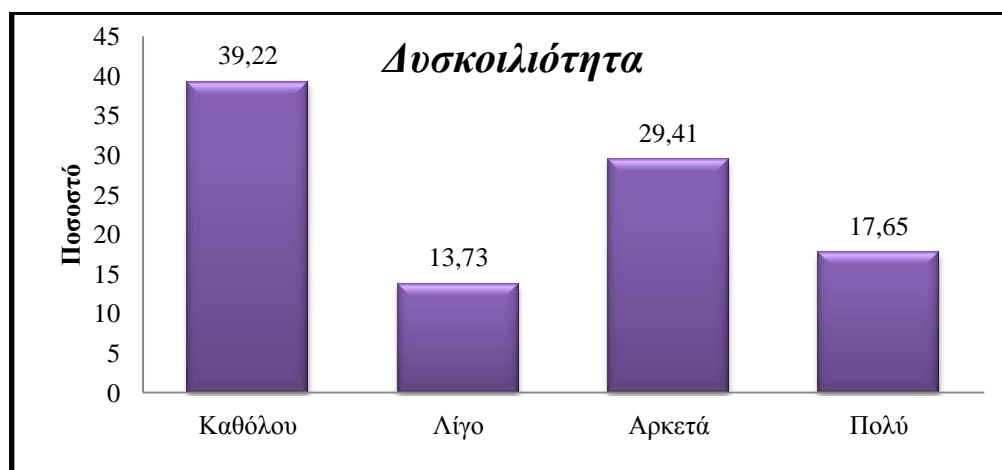


Για τη διερεύνηση του συμπτώματος της δυσκοιλιότητας το σκορ κυμαίνεται από το 1 (καθόλου) μέχρι το 4 (πολύ), με τη μέση τιμή να είναι 56,25 και τυπική απόκλιση  $\pm 29,08$  (Πίνακας 26). Κατά τη θεραπεία τους το 39,22% των ασθενών δεν είχε καθόλου δυσκοιλιότητα, ενώ το 29,41% απάντησε «αρκετά» (Σχήμα 24). Για το σύμπτωμα της διάρροιας η μέση τιμή ήταν 47,5 και η τυπική απόκλιση  $\pm 26,1$  (Πίνακας 27) με το 51% των ασθενών να απαντά αρνητικά, ενώ το 25,5% «αρκετά» (Σχήμα 25).

**Πίνακας 26: Δυσκοιλιότητα (Ερώτηση 16)**

<b>ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ</b>		
N	Valid	51
Mean		56,25
Std. Deviation		29,075
Minimum		1
Maximum		4

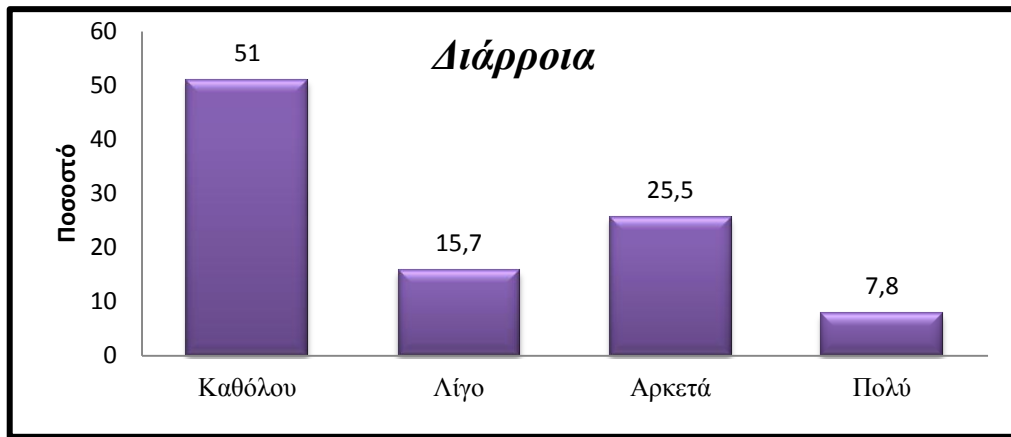
**Σχήμα 24: Δυσκοιλιότητα (Ερώτηση 16)**



**Πίνακας 27: Διάρροια (Ερώτηση 17)**

<b>ΔΙΑΡΡΟΙΑ</b>		
N	Valid	51
Mean		47,5
Std. Deviation		26,1
Minimum		1
Maximum		4

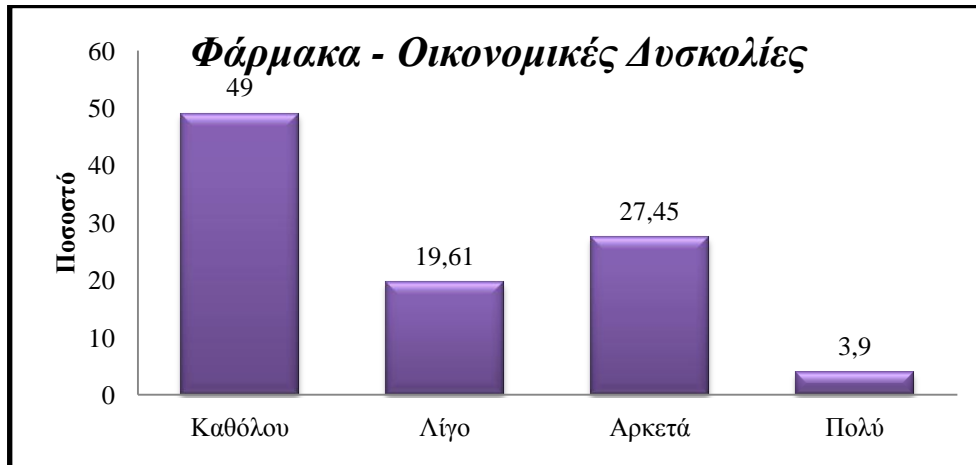
**Σχήμα 25: Διάρροια (Ερώτηση 17)**



**Πίνακας 28: Φάρμακα – Οικονομικές Δυσκολίες (Ερώτηση 28)**

ΦΑΡΜΑΚΑ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ		
N	Valid	51
Mean		46,5
Std. Deviation		24
Minimum		1
Maximum		4

**Σχήμα 26: Φάρμακα – Οικονομικές Δυσκολίες (Ερώτηση 28)**



Οι ασθενείς κλίθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση για το αν τα φάρμακα για τη θεραπεία προξένησαν οικονομικές δυσκολίες. Σχεδόν οι μισές γυναίκες είχαν αρνητική απάντηση (49%), ενώ το 27,45% απάντησε ότι είχαν αρκετές δυσκολίες (Σχήμα 26).

### ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η εκτίμηση της συνολικής ποιότητας της ζωής διερευνήθηκε με 2 ερωτήματα (Ερώτηση 29 και 30) και το σκορ λάμβανε τιμές από 2 ως 14. Η μέση τιμή ήταν 44 και η τυπική απόκλιση  $\pm 21,3$  (Πίνακας 29). Για την εκτίμηση της συνολικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, το 19,61% των γυναικών είχε αρκετά χαμηλό σκορ, το σκορ 4, το 15,7% είχε σκορ 5 και 6, ενώ μόνο το 3,9% είχε άριστη συνολική ποιότητα ζωής με σκορ 14 (Σχήμα 27).

**Πίνακας 29: Συνολική Ποιότητα Ζωής**

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ		
N	Valid	51
Mean		44
Std. Deviation		21,3
Minimum		2
Maximum		14

**Σχήμα 27: Συνολική Ποιότητα Ζωής**



### Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου EORT OLO – BR23 για ασθενείς

Οι ερωτήσεις στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι σε κλίμακα Likert με τα σκορ να είναι: Καθόλου=1, Λίγο=2, Αρκετά=3 και Πολύ=4.

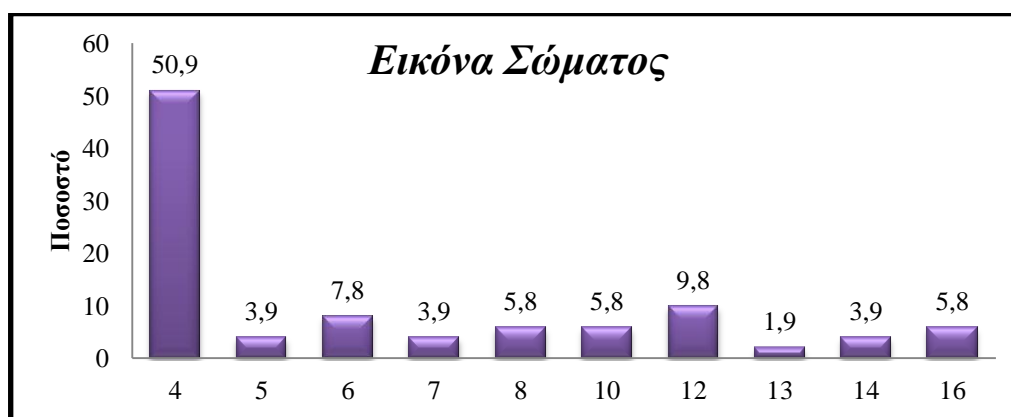
Η εκτίμηση της Εικόνας του Σώματός τους από τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στη μελέτη διερευνήθηκε με 4 ερωτήματα και το σκορ μπορούσε να λάβει τιμές από 4 ως 16 (Ερώτηση 39-42). Η μέση τιμή που καταγράφηκε ήταν 43,5 με τυπική απόκλιση  $\pm 24,65$  (Πίνακας 30). Στις ερωτήσεις για την εικόνα του σώματος οι μισές γυναίκες (50,9%) δεν

είχαν καθόλου πρόβλημα, αφού είχαν σκορ 4. Οι υπόλοιπες γυναίκες όμως, φαίνεται να νιώθουν άβολα με το σώμα τους λόγω της αλλαγής του από τη νόσο ή τη θεραπεία. Το 9,8% των ασθενών είχε σκορ 12, ενώ το 5,8% είχε το υψηλότερο σκορ (Σχήμα 28).

**Πίνακας 30: Εικόνα Σώματος**

<b>ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ</b>		
N	Valid	51
Mean		43,5
Std. Deviation		24,65
Minimum		4
Maximum		16

**Σχήμα 28: Εικόνα Σώματος**



Η εκτίμηση της μελλοντικής προοπτικής εκτιμήθηκε από 1 ερώτηση και το σκορ μπορούσε να διακυμανθεί από το 1 ως το 4 (Ερώτηση 43). Η μέση τιμή που καταγράφηκε ήταν 56,75 με τυπική απόκλιση  $\pm 30$  (Πίνακας 31). Στην ερώτηση για την ανησυχία της υγείας στο μέλλον, το 39,2% των γυναικών απάντησε «καθόλου», ενώ πολλές απάντησαν «αρκετά» και «πολύ» με ποσοστό 23,53% και 21,57% αντίστοιχα (Σχήμα 29).

**Πίνακας 31: Μελλοντική Προοπτική**

<b>ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ</b>		
N	Valid	51
Mean		56,75
Std. Deviation		30
Minimum		1
Maximum		4

Σχήμα 29: Μελλοντική Προοπτική

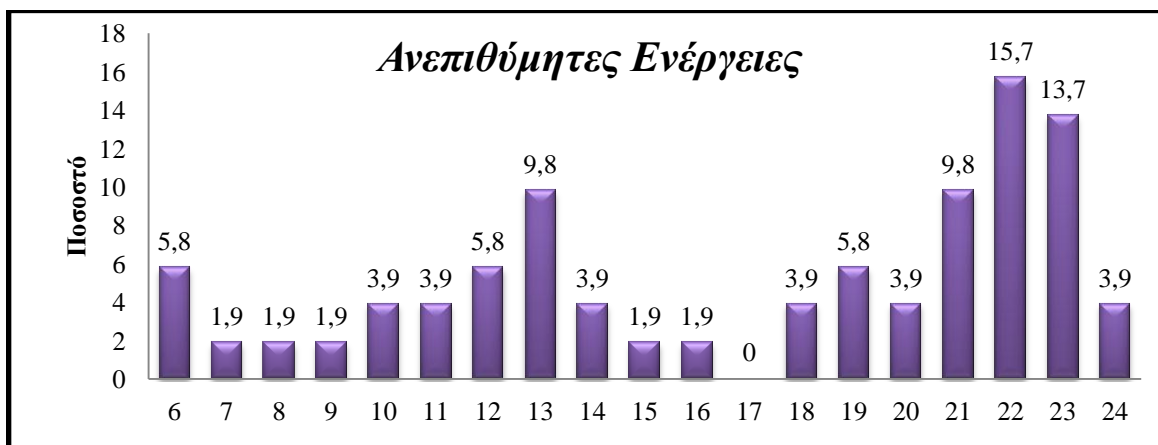


Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την νόσο και τη θεραπεία μπορούσαν να βαθμολογηθούν με σκορ 6-24, το οποίο ήταν άθροισμα 6 ερωτήσεων (Ερώτηση 31,32,33,36,37 και 38). Η μέση τιμή ήταν αρκετά υψηλή 70,83 και η τυπική απόκλιση  $\pm 23,7$  (Πίνακας 32). Στο Σχήμα 30 που ακολουθεί, παρατηρείται ότι το 15,7% και το 13,7% των ασθενών είχε υψηλό σκορ στην κλίμακα για τις παρενέργειες από τη θεραπεία, με σκορ 22 και 23 αντίστοιχα. Πολλές από τις γυναίκες είχαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως φαίνεται από τα υψηλότερα ποσοστά στις τιμές άνω των σκορ 18.

Πίνακας 32: Ανεπιθύμητες Ενέργειες

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ		
N	Valid	51
Mean		70,83
Std. Deviation		23,70
Minimum		6
Maximum		24

Σχήμα 30: Ανεπιθύμητες Ενέργειες



Τα συμπτώματα από το στήθος αξιολογήθηκαν με 4 ερωτήματα και το σκορ μπορούσε να κυμανθεί από 4-16 (Ερώτηση 50-53). Η μέση τιμή ήταν 62,63 και η τυπική απόκλιση  $\pm 23,83$  (Πίνακας 33). Πιο αναλυτικά, όπως καταγράφηκε στα συμπτώματα από τον μαστό, το 11,76% των ασθενών δεν είχε καθόλου, ενώ το 17,65% και 13,73% σημείωσε σκορ 12 και 8 αντίστοιχα (Σχήμα 31). Τα συμπτώματα από το μπράτσο αξιολογήθηκαν με 3 ερωτήματα και το σκορ μπορούσε να κυμανθεί από 3-12 (Ερώτηση 47-49). Η μέση τιμή για αυτά ήταν 58,83 και η τυπική απόκλιση  $\pm 22,76$  (Πίνακας 34). Για τα συμπτώματα στο μπράτσο, το 13,73% των γυναικών είχαν αρνητική απάντηση (σκορ 3), ενώ το 15,7% και 11,76% είχε σκορ 5 και 6 αντίστοιχα. Αντίθετα το 13,73% και το 15,7% των ασθενών είχαν σημειώσαν από τα υψηλότερα σκορ, τα σκορ 9 και 10 αντίστοιχα (Σχήμα 32).

***Πίνακας 33: Συμπτώματα από Μαστό***

<b>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΟ</b>		
N	Valid	51
Mean		62,63
Std. Deviation		23,83
Minimum		4
Maximum		16

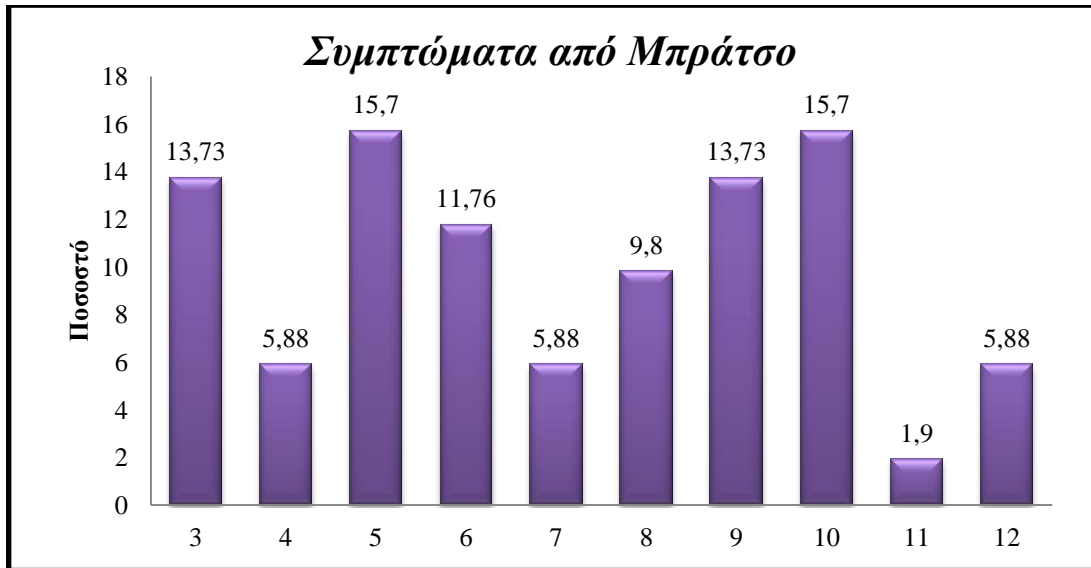
***Σχήμα 31: Συμπτώματα από Μαστό***



***Πίνακας 34: Συμπτώματα από Μπράτσο***

<b>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΠΡΑΤΣΟ</b>		
N	Valid	51
Mean		58,83
Std. Deviation		22,76
Minimum		3
Maximum		12

Σχήμα 32: Συμπτώματα από Μπράτσο

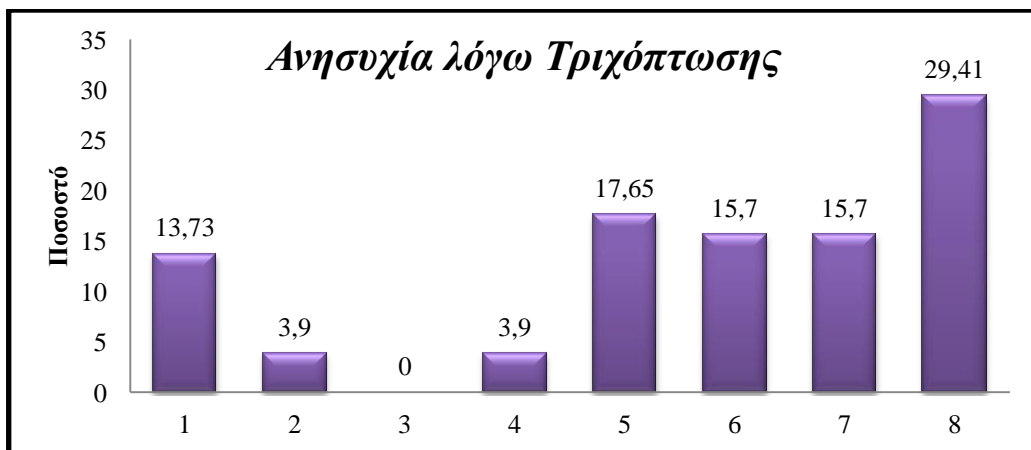


Πολλά από τα φάρμακα της χημειοθεραπείας προκαλούν τριχόπτωση. Όπως φαίνεται και από το Σχήμα 33, στο 29,41% των γυναικών η αλωπεκία προκάλεσε μεγάλη ανησυχία, αφού σημείωσαν το υψηλότερο σκορ (σκορ 8), ενώ στο 17,65% μέτρια ανησυχία. Η εκτίμηση για την ανησυχία σχετικά με την τριχόπτωση αξιολογήθηκε από τις ερωτήσεις 34-35, η μέση τιμή ήταν 70,62 και η τυπική απόκλιση  $\pm 29,88$  (Πίνακας 35)

Πίνακας 35: Ανησυχία λόγω Τριχόπτωσης (Ερώτηση 34 και 35)

ΑΝΗΣΥΧΙΑ ΛΟΓΩ ΤΡΙΧΟΠΤΩΣΗΣ		
N	Valid	51
Mean		70,62
Std. Deviation		29,88
Minimum		1
Maximum		8

Σχήμα 33: Ανησυχία λόγω Τριχόπτωσης (Ερώτηση 34 και 35)

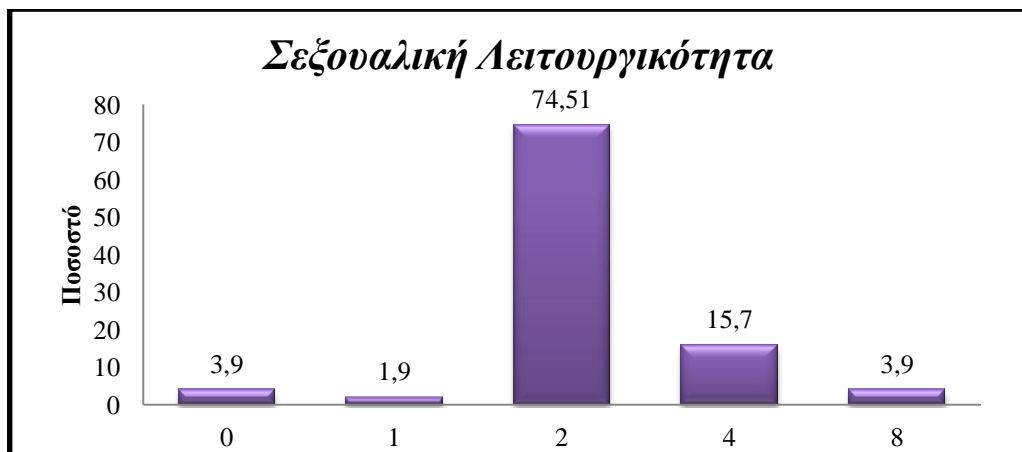


Η σεξουαλική λειτουργικότητα εκτιμήθηκε από τις ερωτήσεις 44-45, οι τιμές κυμαίνονται από το 0 μέχρι το 8, με τη μέση τιμή να είναι 30,63 και η τυπική απόκλιση  $\pm 17,91$  (Πίνακας 36). Το μεγαλύτερο μέρος από το δείγμα των ασθενών δεν είχε καθόλου σεξουαλική διάθεση, με το ποσοστό να ανεβαίνει μέχρι το 74,51%. Μόνο το 3,9% είχε το μέγιστο σκορ για σεξουαλική λειτουργικότητα (Σχήμα 34). Για τη διερεύνηση της σεξουαλικής ευχαρίστησης οι τιμές ξεκινούν από το 0 μέχρι και το 4, όμως καμία γυναίκα δεν είχε απαντήσει με το σκορ 4. Η μέση τιμή είναι το 8,25 και η τυπική απόκλιση  $\pm 19,8$  (Πίνακας 37). Όσον αφορά τη σεξουαλική ευχαρίστηση, το 82,35% των ασθενών δεν απάντησε την ερώτηση, αφού δεν είχαν καθόλου σεξουαλική διάθεση. Μόνο το 3,9% είχε σκορ 3 (Σχήμα 35).

**Πίνακας 36: Σεξουαλική Λειτουργικότητα (Ερώτηση 44 και 45)**

<b>ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>		
N	Valid	51
Mean		30,63
Std. Deviation		17,91
Minimum		0
Maximum		8

**Σχήμα 34: Σεξουαλική Λειτουργικότητα (Ερώτηση 44 και 45)**

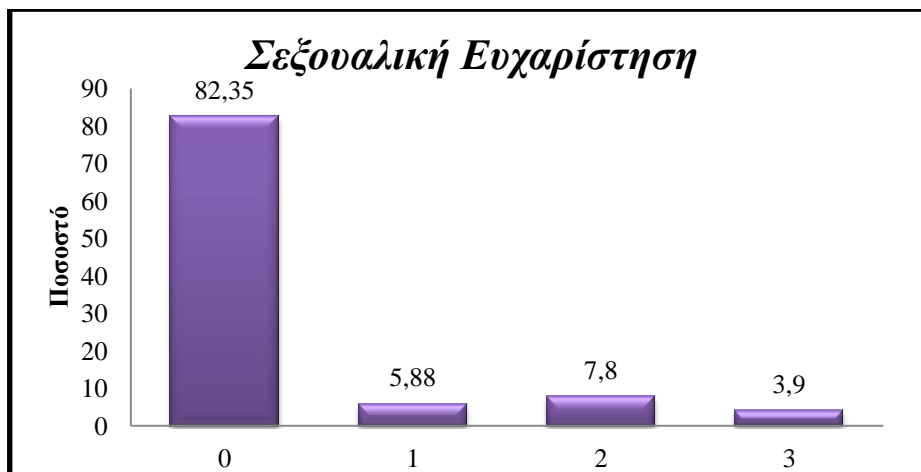


**Πίνακας 37: Σεξουαλική Ευχαρίστηση (Ερώτηση 46)**

<b>ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ</b>		
N	Valid	51
Mean		8,25
Std. Deviation		19,8
Minimum		0
Maximum		3



**Σχήμα 35: Σεξουαλική Ευχαρίστηση (Ερώτηση 46)**



### **Κλίμακα Αξιολόγησης άγχους HAMILTON**

Η κλίμακα κατάθλιψης και άγχους του Hamilton είναι ένα πολύ ευρύ χρησιμοποιημένο εργαλείο για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης και του άγχους παγκοσμίως. Είναι από τις πρώτες κλίμακες βαθμολόγησης που αναπτύχθηκαν και χρησιμοποιείται ευρέως σε κλινικές και ερευνητικές μελέτες.

Αποτελείται από 14 ερωτήσεις που καθεμιά καθορίζει μια σειρά συμπτωμάτων και μέτρων τόσο για το ψυχικό άγχος (ψυχική διέγερση, ψυχολογική δυσφορία), όσο και για το σωματικό άγχος (σωματικές ενοχλήσεις που σχετίζονται με το άγχος).

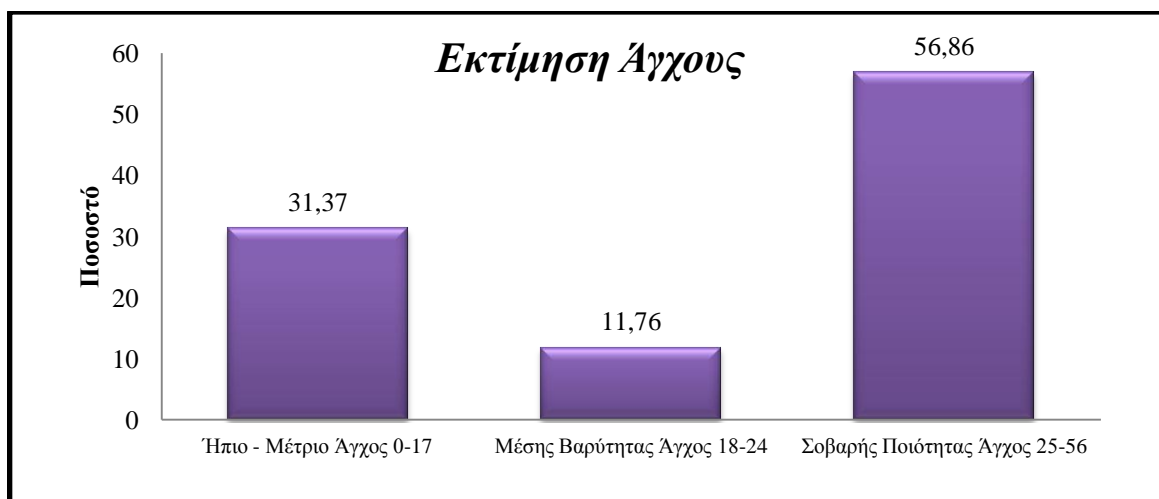
Κάθε ερώτηση βαθμολογείται από το 0 (δεν υπάρχει) ως το 4 (σοβαρή) με συνολικό εύρος των τιμών 0-56, όπου 0-17 υποδηλώνει ήπιο ως μέτριο άγχος, 18-24 μέσης βαρύτητας άγχος και 25-56 άγχος σοβαρής βαρύτητας (HAM-A).

Στην παρούσα μελέτη το άγχος και η κατάθλιψη των γυναικών που έλαβαν μέρος έλαβε τιμές που κυμάνθηκαν από 0 μέχρι και 49, με τις απαντήσεις να αντιστοιχούν στα σκορ 0=Καθόλου, 1=Ηπια, 2=Μέτρια, 3=Σοβαρά και 4=Πολύ Σοβαρά.. Η μέση τιμή ήταν 26,22 και η τυπική απόκλιση  $\pm 14,19$  (Πίνακας 38). Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών στην κλίμακα Hamilton για την εκτίμηση του άγχους, δυστυχώς ένα μεγάλο ποσοστό 56,86%, είχε σοβαρής ποιότητας άγχος (σκορ 25-56) λόγω της κατάστασης που βιώνουν και της αβεβαιότητας που επικρατεί για τη μετέπειτα πορεία τους. Ένα μικρό ποσοστό των 11,76% είχε μέσης βαρύτητας άγχος (σκορ 18-24) και το υπόλοιπο 31,37% των ασθενών είχε ήπιο με μέτριο άγχος (σκορ 0-17) (Σχήμα 36).

**Πίνακας 38: Σκορ Κλίμακας Άγχους Hamilton – Ασθενείς**

ΣΚΟΡ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΑΓΧΟΥΣ HAMILTON – ΑΣΘΕΝΕΙΣ		
N	Valid	51
Mean		26,22
Std. Deviation		14,185
Minimum		0
Maximum		49

**Σχήμα 36: Εκτίμηση Άγχους**



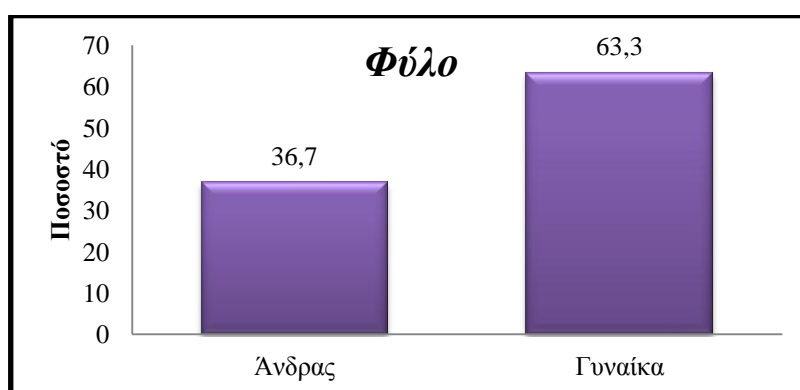
### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Το ερωτηματολόγιο για την οικογένεια των γυναικών με καρκίνο του μαστού συμπληρώθηκε από 60 συγγενείς – συνοδούς των ασθενών από το Π.Α.Γ.Ν.Η. και το Βενιζέλειο Νοσοκομείο, καθώς και από ηλεκτρονική βάση (Google Drive). Από αυτούς τους 60 ποσοστό 36,7% (n=22) ήταν άνδρες και το 63,3% (n=38) γυναίκες (Πίνακας 39, Σχήμα 37). Η μέση τιμή της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 44,53 έτη με διακύμανση των τιμών μεταξύ 18-79 έτη και τυπική απόκλιση  $\pm 16,92$  (Πίνακας 40).

**Πίνακας 39: Φύλο Συγγενών**

Φύλο	Frequency	Valid Percent
Άνδρας	22	36,7
Γυναίκα	38	63,3
Σύνολο	60	100,0

Σχήμα 37: Φύλο Συγγενών



Πίνακας 40: Ηλικία Συγγενών

ΗΛΙΚΙΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ		
N	Valid	60
Mean		44,53
Std. Deviation		16,924
Minimum		18
Maximum		79

Στην ερώτηση για την εκπαίδευση των συγγενών παρατηρείται ότι οι περισσότεροι έχουν τελειώσει το λύκειο με ποσοστό 28,33%, ενώ πολλοί άλλοι έχουν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, τελειώνοντας ΤΕΙ και ΑΕΙ με ποσοστό 20% και 11,7% αντίστοιχα. Μόνο το 3,3% δεν έχει αποφοιτήσει (Πίνακας 41, Σχήμα 38).

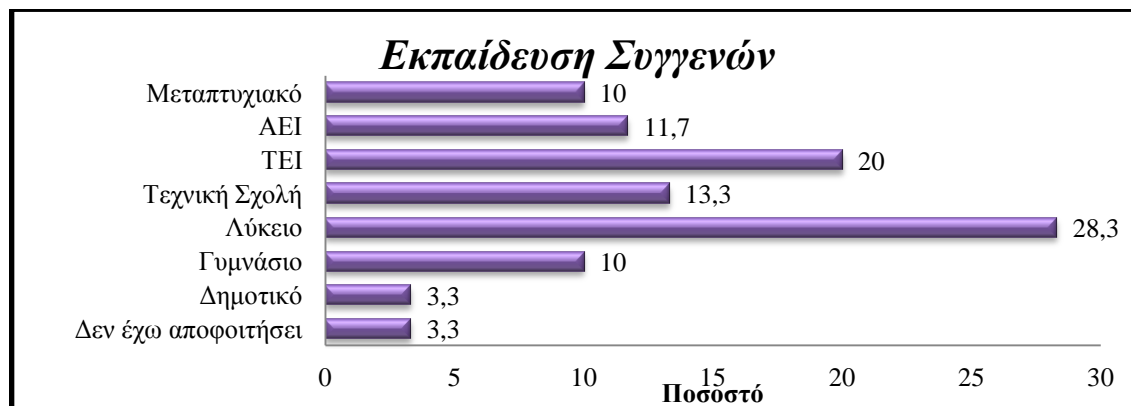
Σχετικά με την επαγγελματική ιδιότητα των συγγενών διαπιστώθηκε ότι το 12,7% ασχολούνταν με τα οικιακά. Το 7,93% ήταν άνεργοι και συνταξιούχοι. Το 6,35% ήταν αγρότης, ζαχαροπλάστης και φοιτητές. Το 4,76% ήταν ηλεκτρολόγοι, λογιστές. Το 3,17% ήταν κομμωτές, νοσηλευτές και πωλητές. Και τέλος το 1,58% ήταν αισθητικοί, βιολόγοι, γραμματείς, δικηγόροι, εκπαιδευτικοί, ελεύθεροι επαγγελματίες, επιπλοποιός, ιδιωτικός υπάλληλος, μαθητές, μαίες, οικονομικά, ιδιοκτήτης παγωταρίας, προγραμματιστές, τεχνολόγοι, τραπεζικοί και υδραυλικός (Σχήμα 39).

Πίνακας 41: Εκπαίδευση Συγγενών

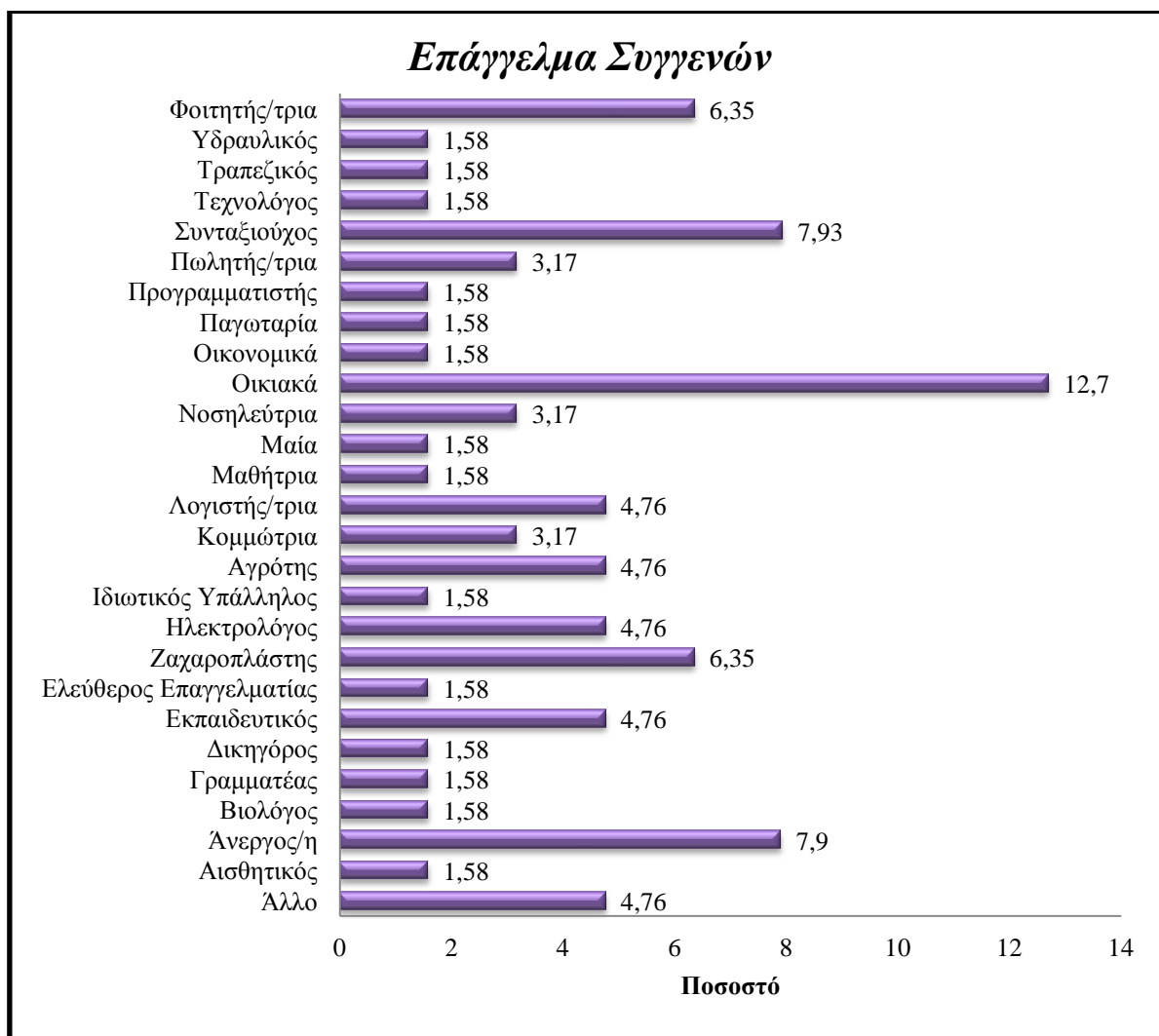
Εκπαίδευση Συγγενών	Frequency	Valid Percent
Δεν έχω αποφοιτήσει	2	3,3
Δημοτικό	2	3,3
Γυμνάσιο	6	10,0
Λύκειο	17	28,3
Τεχνική Σχολή	8	13,3
ΤΕΙ	12	20,0
ΑΕΙ	7	11,7

Μεταπτυχιακό	6	10,0
Σύνολο	60	100,0

**Σχήμα 38: Εκπαίδευση Συγγενών**



**Σχήμα 39: Επάγγελμα Συγγενών**



Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συγγενών, η πλειοψηφία ήταν παντρεμένοι με ποσοστό 50% (n=30), το 38,33% (n=23) δήλωσαν άγαμοι, το 8,3% (n=5) διαζευγμένοι ενώ το 1,7% (n=1) δήλωσαν χήρος/α (Πίνακας 42, Σχήμα 40).

**Πίνακας 42: Οικογενειακή Κατάσταση Συγγενών**

Οικογενειακή Κατάσταση Συγγενών	Frequency	Valid Percent
Άγαμος/η	23	38,3
Παντρεμένος/η	30	50,0
Διαζευγμένος/η	5	8,3
Χήρος/α	1	1,7
Άλλο	1	1,7
Σύνολο	60	100,0

**Σχήμα 40: Οικογενειακή Κατάσταση Συγγενών**

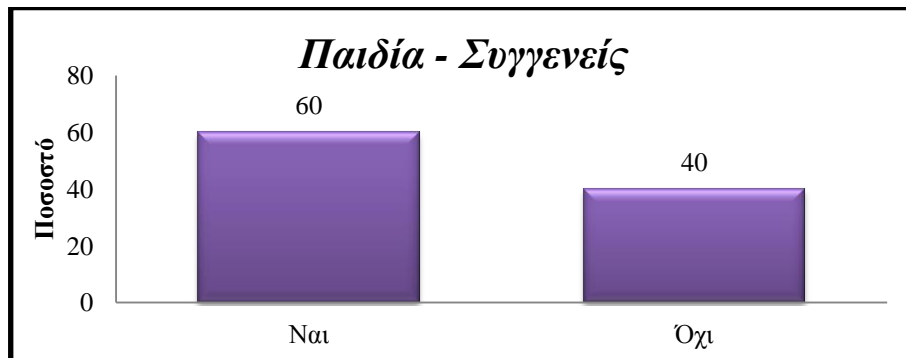


Οι συγγενείς ερωτήθηκαν αν έχουν παιδιά και ένα μεγάλο ποσοστό των 60% (n=36) απάντησε «Ναι», ενώ το υπόλοιπο 40% (n=24) ανέφεραν ότι δεν έχουν κάνει παιδιά (Πίνακας 43, Σχήμα 41). Το 20% των συγγενών έχει δύο παιδιά, το 18,3% έχει ένα, ενώ το 16,67% έχει τρία παιδιά. Ένα πολύ μικρό ποσοστό έχει τέσσερα και πέντε παιδιά (1,67%) ενώ το υπόλοιπο 41,67% δεν έχει καθόλου παιδιά (Σχήμα 42). Η πλειοψηφία των συγγενών μένει στην πόλη με ποσοστό 65% (n=39) και το υπόλοιπο 35% (n=21) μένει σε χωριό (Πίνακας 44, Σχήμα 43).

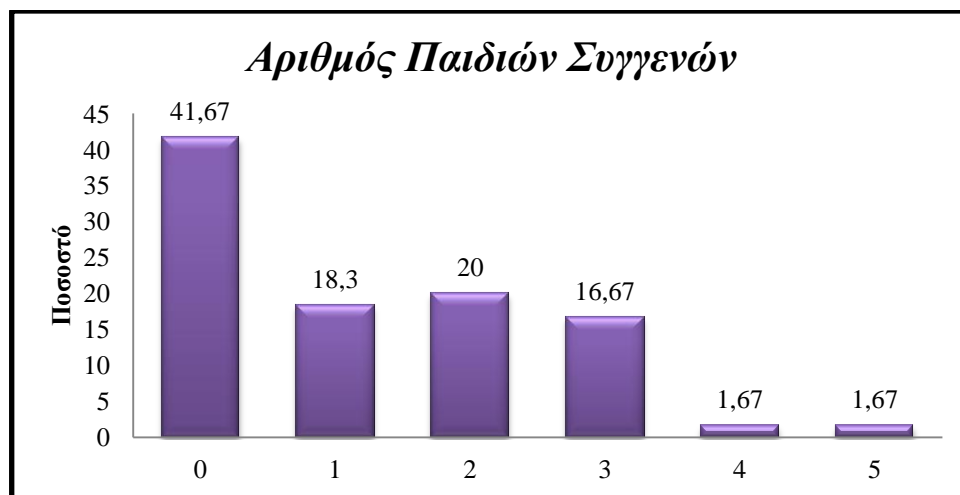
**Πίνακας 43: Παιδιά – Συγγενείς**

<b>Παιδιά – Συγγενείς</b>	<b>Frequency</b>	<b>Valid Percent</b>
Ναι	36	60,0
Όχι	24	40,0
Σύνολο	60	100,0

**Σχήμα 41: Παιδιά – Συγγενείς**



**Σχήμα 42: Αριθμός Παιδιών Συγγενών**



**Πίνακας 44: Κατοικία Συγγενών**

<b>Κατοικία Συγγενών</b>	<b>Frequency</b>	<b>Valid Percent</b>
Επαρχία	21	35
Πόλη	39	65
Σύνολο	60	100,0

**Σχήμα 43: Κατοικία Συγγενών**



Στην ερώτηση για την οικονομική τους κατάσταση, οι περισσότεροι συγγενείς απάντησαν «Καλή» και «Μέτρια» με ποσοστό 36,7% (n=22) αντίστοιχα, δεύτερη απάντηση είναι «Πολύ καλή» με ποσοστό 13,3% (n=8). Το 10% (n=6) έχει κακή οικονομική κατάσταση, ενώ μόνο το 3,3% (n=2) έχει πολύ κακή (Πίνακας 45, Σχήμα 44).

**Πίνακας 45: Οικονομική Κατάσταση Συγγενών**

Οικονομική Κατάσταση Συγγενών	Frequency	Valid Percent
Πολύ καλή	8	13,3
Καλή	22	36,7
Μέτρια	22	36,7
Κακή	6	10,0
Πολύ κακή	2	3,3
Σύνολο	60	100,0

**Σχήμα 44: Οικονομική Κατάσταση Συγγενών**



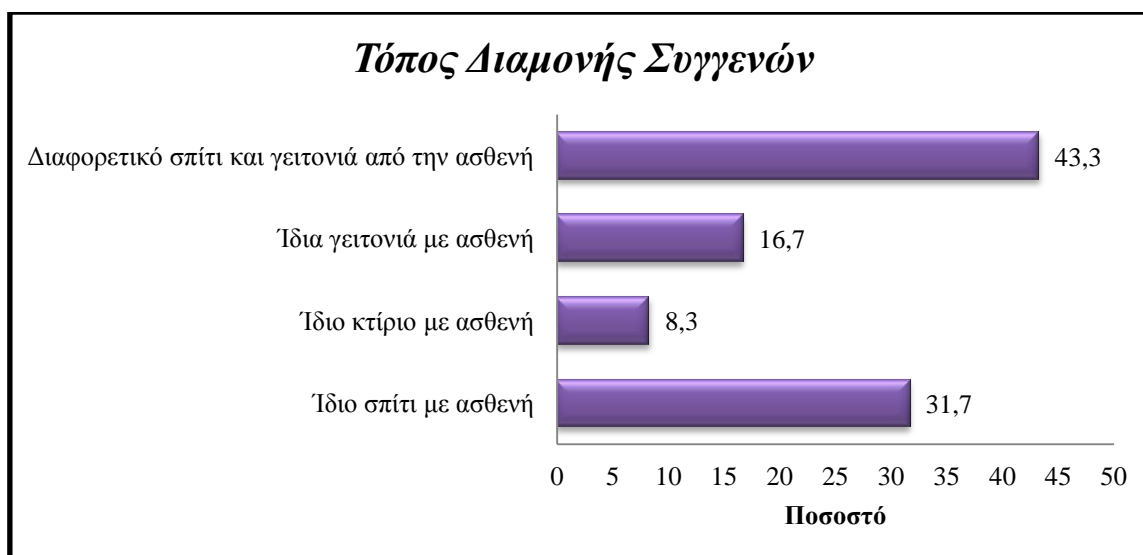
Οι περισσότεροι συγγενείς έμεναν σε διαφορετικό σπίτι και γειτονιά από την ασθενή με ποσοστό 43,3% (n=26), ενώ στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή έμενε το 31,7% (n=19). Στην ίδια γειτονιά με την ασθενή έμενε το 16,7% (n=10) των συγγενών και στο ίδιο κτίριο με την ασθενή έμενε το 8,3% (n=5) (Πίνακας 46, Σχήμα 45).

Στην ερώτηση για τον βαθμό συγγένειας των ασθενών και των συνοδών, το 15% (n=9) ήταν η μητέρα της ασθενούς, ενώ το 13,3% (n=8) ήταν ο γιος. Ο σύζυγος και η κόρη ήταν στο ίδιο ποσοστό με 11,7% (n=7), η αδελφή είχε ποσοστό 6,7% (n=4), ο σύντροφος ήταν το 3,3% (n=2) και ο αδελφός και ο πατέρας είχαν το ίδιο και το πιο μικρό ποσοστό με 1,7% (n=1). Το 35% (n=21) των συνοδών είχε άλλη συγγένεια (Πίνακας 47, Σχήμα 46).

***Πίνακας 46: Τόπος Διαμονής Συγγενών***

Τόπος Διαμονής Συγγενών	Frequency	Valid Percent
Ίδιο σπίτι με ασθενή	19	31,7
Ίδιο κτίριο με ασθενή	5	8,3
Ίδια γειτονιά με ασθενή	10	16,7
Διαφορετικό σπίτι και γειτονιά	26	43,3
Σύνολο	60	100,0

***Σχήμα 45: Τόπος Διαμονής Συγγενών***

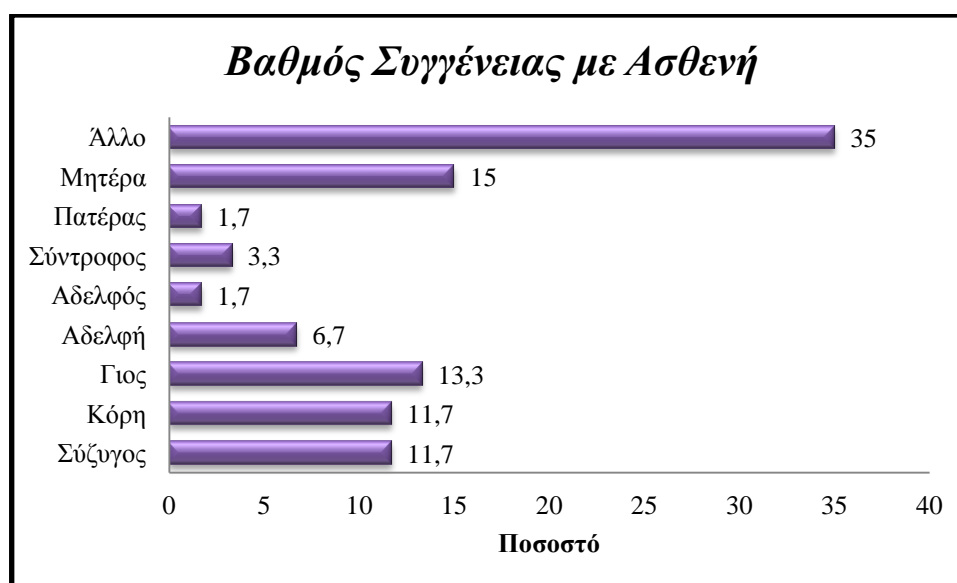




**Πίνακας 47: Βαθμός Συγγένειας με Ασθενή**

<b>Βαθμός Συγγένειας με Ασθενή</b>	<b>Frequency</b>	<b>Valid Percent</b>
Σύζυγος	7	11,7
Κόρη	7	11,7
Γιος	8	13,3
Αδελφή	4	6,7
Αδελφός	1	1,7
Σύντροφος	2	3,3
Πατέρας	1	1,7
Μητέρα	9	15,0
Άλλο	21	35,0
Σύνολο	60	100,0

**Σχήμα 46: Βαθμός Συγγένειας με Ασθενή**



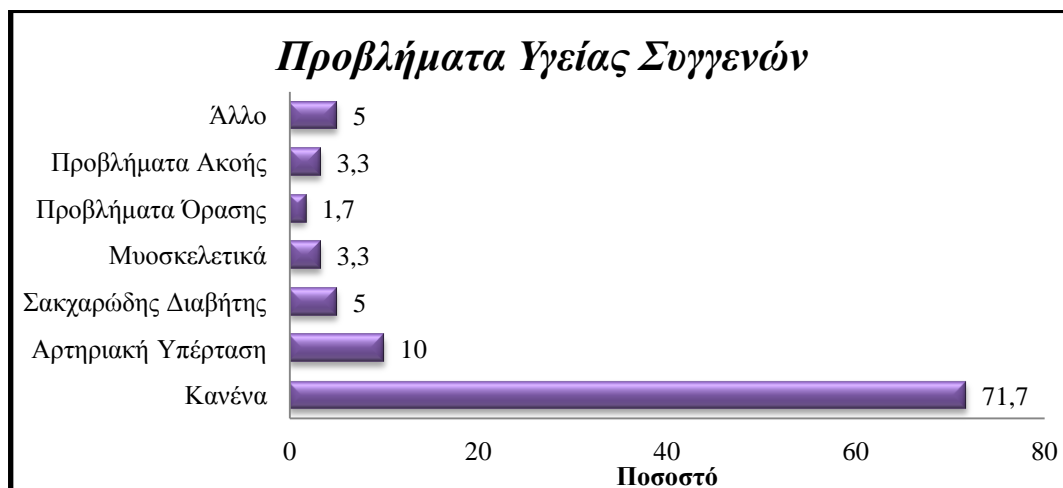
Όσον αφορά τα προβλήματα υγείας των συγγενών, οι περισσότεροι δεν είχαν κανένα πρόβλημα με ποσοστό 71,7% (n=43), ενώ από ΑΥ πάσχει το ποσοστό των 10% (n=6), από ΣΔ το 5% (n=3), τα μυοσκελετικά νοσήματα και προβλήματα ακοής ήταν στα ίδια ποσοστά με 3,3% (n=2) και το τελευταίο ήταν τα προβλήματα όρασης με ποσοστό 1,7% (n=1). Το υπόλοιπο 5% (n=3) των συγγενών έχει κάποια άλλη πάθηση (Πίνακας 48, Σχήμα 47).

**Πίνακας 48: Προβλήματα Υγείας Συγγενών**

<b>Προβλήματα Υγείας</b>	<b>Frequency</b>	<b>Valid Percent</b>
Κανένα	43	71,7
Αρτηριακή Υπέρταση	6	10,0
Σακχαρώδης Διαβήτης	3	5,0

Μυοσκελετικά	2	3,3
Προβλήματα Όρασης	1	1,7
Προβλήματα Ακοής	2	3,3
Άλλο	3	5,0
Σύνολο	60	100,0

**Σχήμα 47: Προβλήματα Υγείας Συγγενών**



Το ιδιωτικό αυτοκίνητο είναι το κυριότερο μεταφορικό μέσο που χρησιμοποιούσαν όπως καταγράφηκε από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων για τη μεταφορά στο νοσοκομείο με ποσοστό 73,3% (n=44), στη συνέχεια είναι τα μέσα μαζικής μεταφοράς με ποσοστό 21,7% (n=13) και τέλος ποσοστό 5% (n=3) χρησιμοποιεί δύο ή περισσότερα μέσα για τη μεταφορά στο νοσοκομείο (Πίνακας 49, Σχήμα 48). Στην συνέχεια στην ερώτηση αν οι συγγενείς έχουν βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας ή από μακρινούς συγγενείς το 68,3% (n=41) έδωσε θετική απάντηση ενώ το υπόλοιπο 31,7% (n=19) δεν είχε καμία βοήθεια (Πίνακας 50, Σχήμα 49).

**Πίνακας 49: Μεταφορά στο Νοσοκομείο**

Μεταφορά στο Νοσοκομείο	Frequency	Valid Percent
Μέσο Μαζικής Μεταφοράς	13	21,7
Με 2 ή περισσότερα μέσα	3	5,0
Με ιδιωτικό αυτοκίνητο	44	73,3
Σύνολο	60	100,0

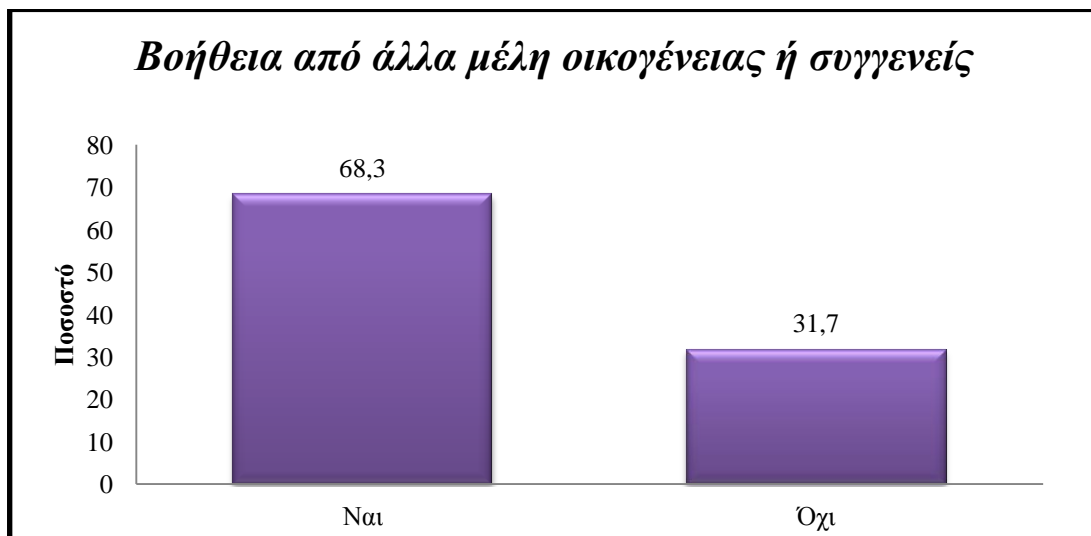
**Σχήμα 48: Μεταφορά στο Νοσοκομείο**



**Πίνακας 50: Βοήθεια από άλλα μέλη οικογένειας ή συγγενείς**

Βοήθεια από άλλα μέλη οικογένειας ή συγγενείς	Frequency	Valid Percent
Ναι	41	68,3
Όχι	19	31,7
Σύνολο	60	100,0

**Σχήμα 49: Βοήθεια από άλλα μέλη οικογένειας ή συγγενείς**



**Ερωτηματολόγιο Κλίμακας Επιβάρυνσης- Κ.Ε. ( «The Burden Interview» - ZARIT και ZARIT 1990)**

Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει σχεδιαστεί ειδικά ώστε να αντικατοπτρίζει διάφορες καταστάσεις άγχους που βιώνουν όσοι παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με άνοια. Ωστόσο στη διεθνή βιβλιογραφία και σε διάφορες εργασίες έχει χρησιμοποιηθεί και για φροντιστές

ατόμων με διάφορα παθολογικά νοσήματα, χειρουργημένων ασθενών καθώς και ηλικιωμένων.

Οι φροντιστές καλούνται να απαντήσουν σε 22 ερωτήματα που σχετίζονται με την επίδραση της ανικανότητας των ασθενών στην δική τους ζωή. Σε κάθε ερώτηση καλούνται να απαντήσουν πόσο συχνά αισθάνθηκαν κατά αυτό τον τρόπο (Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Αρκετά Συχνά=3 και Σχεδόν Πάντα=4). Αθροίζοντας τις τιμές από τις απαντήσεις των επιμέρους ερωτήσεων βγαίνει το συνολικό άθροισμα της ΚΕ που μπορεί να λάβει τιμές από 0-88.

Με βάση το συνολικό άθροισμα δημιουργούνται 4 ομάδες διαφορετικού βαθμού επιβάρυνσης: άθροισμα 0-20/ καθόλου ή ήπια βαθμού επιβάρυνση, 21-40/ ήπια ως μέτρια βαθμού επιβάρυνση, 41-60/ μέτρια ως σοβαρή βαθμού επιβάρυνση και 61-88/ σοβαρή βαθμού επιβάρυνση.

Το ερωτηματολόγιο διαμορφώνεται από 4 κατηγορίες:

1. Προσωπική ένταση με 9 ερωτήσεις (8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 22) και σκορ 0-36.
2. Ένταση ρόλου με 7 ερωτήσεις (1, 4, 5, 6, 7, 13, 19) και σκορ 0-28.
3. Αποστέρηση σχέσεων με 4 ερωτήσεις (2, 3, 11, 12) και σκορ 0-16.
4. Διαχείριση φροντίδας με 2 ερωτήσεις (20, 21) και σκορ 0-8.

Στην παρούσα μελέτη η μέση τιμή της ΚΕ είναι 25,58 με τυπική απόκλιση  $\pm 18,72$ . Παρόλο που το μέγιστο σκορ είναι το 88, στην έρευνά μας η κλίμακα επιβάρυνσης είχε διακύμανση των τιμών μεταξύ του 0-80 (Πίνακας 51).

Σύμφωνα με τις δηλώσεις των συγγενών που φροντίζουν την ασθενή, το 55% (n=33) έχει Καθόλου – Ήπια Επιβάρυνση με σκορ 0-20, το 26,7% (n=16) έχει Ήπια – Μέτρια με σκορ 21-40. Το 11,7% (n=7) των συγγενών έχει Μέτρια – Σοβαρή με σκορ 41-60, ενώ μόνο το 6,7% (n=4) από αυτούς έχει Σοβαρή Επιβάρυνση με σκορ 61-88 (Πίνακας 52, Σχήμα 50).

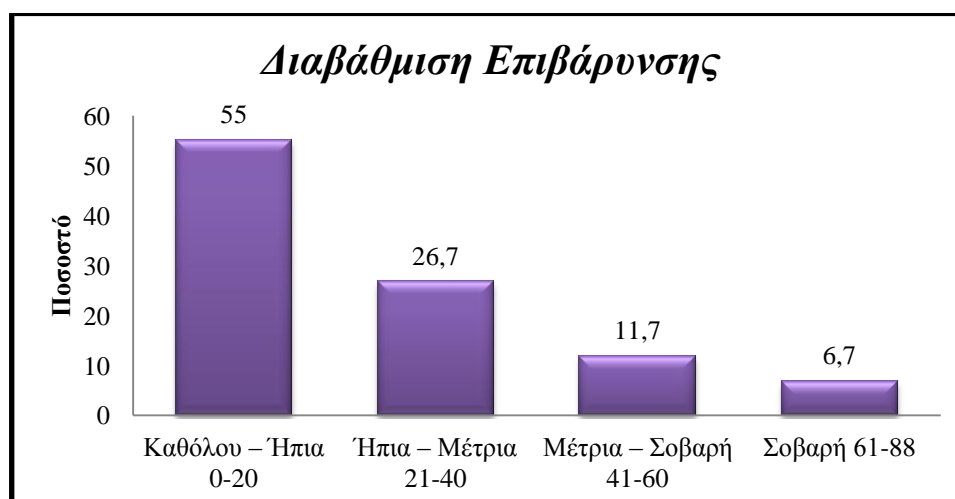
**Πίνακας 51: Σκορ Κλίμακας Επιβάρυνσης – Κ.Ε.**

<b>ΣΚΟΡ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ – Κ.Ε.</b>		
N	Valid	60
Mean		25,58
Std. Deviation		18,721
Minimum		0
Maximum		80

**Πίνακας 52: Διαβάθμιση Επιβάρυνσης**

Διαβάθμιση Επιβάρυνσης	Frequency	Valid Percent
Καθόλου – Ήπια 0-20	33	55,0
Ήπια – Μέτρια 21-40	16	26,7
Μέτρια – Σοβαρή 41-60	7	11,7
Σοβαρή 61-88	4	6,7
Σύνολο	60	100,0

**Σχήμα 50: Διαβάθμιση Επιβάρυνσης**



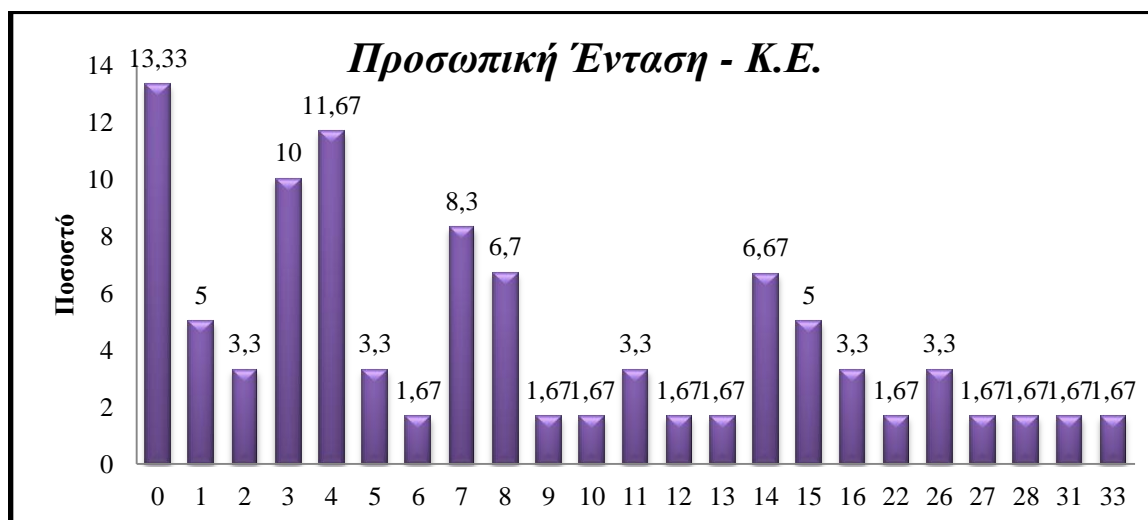
Η Προσωπική Ένταση μπορεί να λάβει σκορ 0 ως 36 (Ερώτηση 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 22). Η μέση τιμή για την προσωπική ένταση του συγγενή στην Κ.Ε. είναι 8,8 με τυπική απόκλιση  $\pm 8,46$  και με τις τιμές να κυμαίνονται από το 0 μέχρι 33 (Πίνακας 53).

Οι συγγενείς κλίθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις σχετικά με την εξάρτηση της ασθενούς απέναντί τους και την ένταση που νιώθουν από την αφιέρωση του χρόνου τους για τη φροντίδα της ασθενή. Τα μεγαλύτερα ποσοστά αντιστοιχούν σε χαμηλά σκορ στην κλίμακα, συμπεραίνοντας ότι οι περισσότεροι δεν είχαν καθόλου επιβάρυνση (σκορ 0) στην προσωπική τους ζωή με ποσοστό 13,33%, ή είχαν ήπια επιβάρυνση με σκορ 3 και 4 με ποσοστά 10% και 11,67% αντίστοιχα. Παρόλα αυτά, αν και τα ποσοστά στα μεγαλύτερα σκορ είναι μικρά (1,67%), παρατηρούμε ότι αρκετοί από τους συγγενείς είχαν υπερένταση κοντά στην ασθενή και έχασαν την προσωπική τους ζωή (Σχήμα 51).

Πίνακας 53: Προσωπική Ένταση – Κ.Ε.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ – Κ.Ε.		
N	Valid	60
Mean		8,80
Std. Deviation		8,461
Minimum		0
Maximum		33

Σχήμα 51: Προσωπική Ένταση – Κ.Ε.

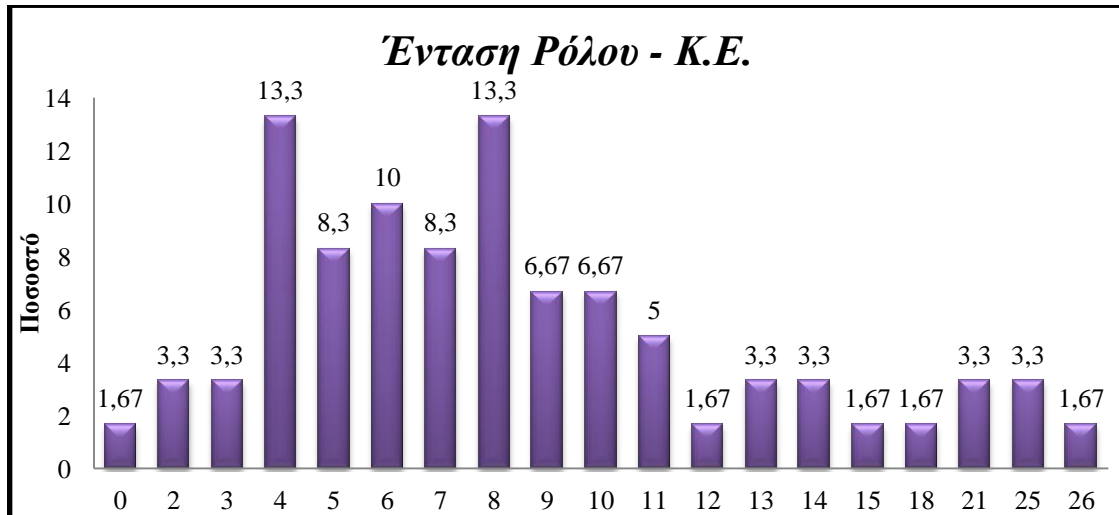


Η Ένταση Ρόλου μπορεί να λάβει σκορ από 0 ως 28 με την απάντηση σε 7 ερωτήσεις (Ερώτηση 1, 4, 5, 6, 7, 13, 19). Η μέση τιμή για την ένταση του ρόλου των συγγενών ήταν 8,8 με τις τιμές να διακυμαίνονται από το 0 μέχρι το 26 και τυπική απόκλιση  $\pm 5,71$  (Πίνακας 54). Πολλοί συγγενείς είχαν σκορ 4 (13,3%), 5 (8,3%), 6 (10%), 7 (8,3%) και σκορ 8 (13,3%). Αυτό δείχνει ότι υπάρχει ήπια επιβάρυνση στους περισσότερους συγγενείς σχετικά με την ένταση του ρόλου τους. Αρκετοί όμως είναι οι συγγενείς που νιώθουν ότι η ασθενής ζητά περισσότερη βοήθεια από ότι χρειάζεται ή υπάρχει αμηχανία από τη συμπεριφορά της ασθενούς, με σκορ 13, 14, 21 και 25 να έχουν ίσα ποσοστά 3,3% των συγγενών. Κάποιοι νιώθουν άβολα κοντά σε φίλους ή έχουν επηρεαστεί αρνητικά οι άλλες σχέσεις τους λόγω της κατάστασης που επικρατεί. Οι συγγενείς είναι αβέβαιοι για το τι πρέπει να κάνουν και για το πώς να βοηθήσουν, αφού παράλληλα επικρατεί φόβος για το μέλλον και την πορεία της νόσου της ασθενούς (Σχήμα 52).

**Πίνακας 54: Ένταση Ρόλου – Κ.Ε.**

<b>ΕΝΤΑΣΗ ΡΟΛΟΥ – Κ.Ε.</b>		
N	Valid	60
Mean		8,80
Std. Deviation		5,71
Minimum		0
Maximum		26

**Σχήμα 52: Ένταση Ρόλου – Κ.Ε.**



Η Αποστέρηση Σχέσεων αξιολογήθηκε με 4 ερωτήσεις που μπορούσαν να λάβουν σκορ 0-16 (Ερώτηση 2, 3, 11, 12), με τη μέση τιμή να ήταν 4,08 και τυπική απόκλιση  $\pm 4,44$  ενώ οι τιμές διακυμάνθηκαν από το 0 μέχρι το 16 (Πίνακας 55). Στις ερωτήσεις για την αποστέρηση σχέσεων, οι πιο πολλοί συγγενείς δεν είχαν καθόλου απομακρυνθεί από το κοντινό τους φιλικό περιβάλλον, αφού το 28,3% είχε συμπληρώσει σκορ 0, ενώ σκορ 3, 4, και 5 είχαν το 13,3%, το 8,3% και το 8,3% των συγγενών αντίστοιχα. Αρκετοί όμως νιώθουν ότι ο χρόνος με την ασθενή και η πίεση που υπάρχει για τη φροντίδα της, δεν αφήνει περιθώρια για την κοινωνική και ατομική τους ζωή. Ο χρόνος για την προσωπική ζωή των συγγενών μειώνεται πάρα πολύ και δεν μπορούν να αναλάβουν τις ευθύνες που έχουν προς την οικογένεια και την εργασία τους (Σχήμα 53).

**Πίνακας 55: Αποστέρηση Σχέσεων – Κ.Ε.**

<b>ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗ ΣΧΕΣΕΩΝ – Κ.Ε.</b>		
N	Valid	60
Mean		4,08
Std. Deviation		4,439
Minimum		0
Maximum		16

Σχήμα 53: Αποστέρηση Σχέσεων – Κ.Ε.



Η Διαχείριση Φροντίδας υπολογίστηκε μέσα από 2 ερωτήσεις και το σκορ μπορούσε να λάβει τιμές από 0 ως 8 (Ερώτηση 20 και 21). Η μέση τιμή για τη διαχείριση της φροντίδας είναι το σκορ 3, με τις τιμές να διακυμαίνονται από το 0 μέχρι το 8 (Πίνακας 56). Σχετικά με τη διαχείριση της φροντίδας της ασθενούς, το 11,67% των συγγενών (σκορ 0) γνώθουν ότι δε χρειάζεται να κάνουν κάτι περισσότερο γι' αυτήν, αφού της παρέχουν την καλύτερη φροντίδα που μπορούν. Το 8,3% είχε τα υψηλότερα σκορ 7 και 8 αντίστοιχα, διαπιστώνοντας ότι οι συγγενείς γνώθουν πως έπρεπε να παρέχουν καλύτερη φροντίδα και να κάνουν περισσότερα για την ασθενή (Σχήμα 54).

Πίνακας 56: Διαχείριση Φροντίδας – Κ.Ε.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ – Κ.Ε.		
N	Valid	60
Mean		3,90
Std. Deviation		2,37
Minimum		0
Maximum		8

Σχήμα 54: Διαχείριση Φροντίδας – Κ.Ε.





**Αποτελέσματα ερωτηματολογίου της κλίμακας για τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων Σ.Α.Α.Κ. – Ways of Coping Questionnaire (Lazarus και Folkman 1984)**

Οι Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) αποτελούν μηχανισμούς που επιστρατεύουν το άτομο ώστε να διαχειριστεί το στρες. Η αντίληψη κινδύνου είναι ένας σημαντικός τρόπος μέτρησης του πως οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις διάφορες τεχνολογίες και τις πιθανώς επικίνδυνες δραστηριότητες.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα από τα πιο γνωστά ψυχομετρικά εργαλεία για τη μέτρηση των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων. Περιλαμβάνει 38 προτάσεις, οι οποίες συγκροτούνται σε πέντε επιμέρους παράγοντες:

1. **«Θετική Προσέγγιση»:** Στον παράγοντα αυτό περιλαμβάνονται θέματα που αναφέρονται στην προσπάθεια του ατόμου να επαναξιολογήσει κατά έναν θετικό τρόπο τις αγχογόνες καταστάσεις και ταυτόχρονα να σχεδιάσει συγκεκριμένες τεχνικές επίλυσης του προβλήματος.
2. **«Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης»:** Στον παράγοντα αυτό περιλαμβάνονται θέματα που αναφέρονται στην προσπάθεια του ατόμου να βρει κατάλληλη υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του.
3. **«Ευχολογία – Ονειροπόληση»:** Εδώ ανήκουν θέματα που αξιολογούν την τάση του ατόμου να ξεπεράσει τα πιθανά προβλήματά του, ευχόμενος να συμβεί ένα θαύμα, ή ονειροπολώντας για το πώς θα ήταν τα πράγματα εάν δεν είχε συμβεί κάτι αρνητικό.
4. **«Αποφυγή – Διαφυγή»:** Ο παράγοντας αυτός αξιολογεί την τάση του ατόμου να επανεκτιμήσει την κατάσταση μειώνοντας ή αγνοώντας την πραγματική σημασία της.
5. **«Διεκδικητική Επίλυση του Προβλήματος»:** Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να επιτύχει κάποια λύση αντιμετωπίζοντας άμεσα και διεκδικητικά την κατάσταση ή το πρόσωπο που πιθανώς τη δημιουργεί.

Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν πόσο συχνά εφαρμόζουν τη στρατηγική που περιγράφει η κάθε πρόταση, χρησιμοποιώντας μία κλίμακα, όπου 0=Ποτέ, 1=Σπάνια, 2=Μερικές Φορές και 3=Συχνά.

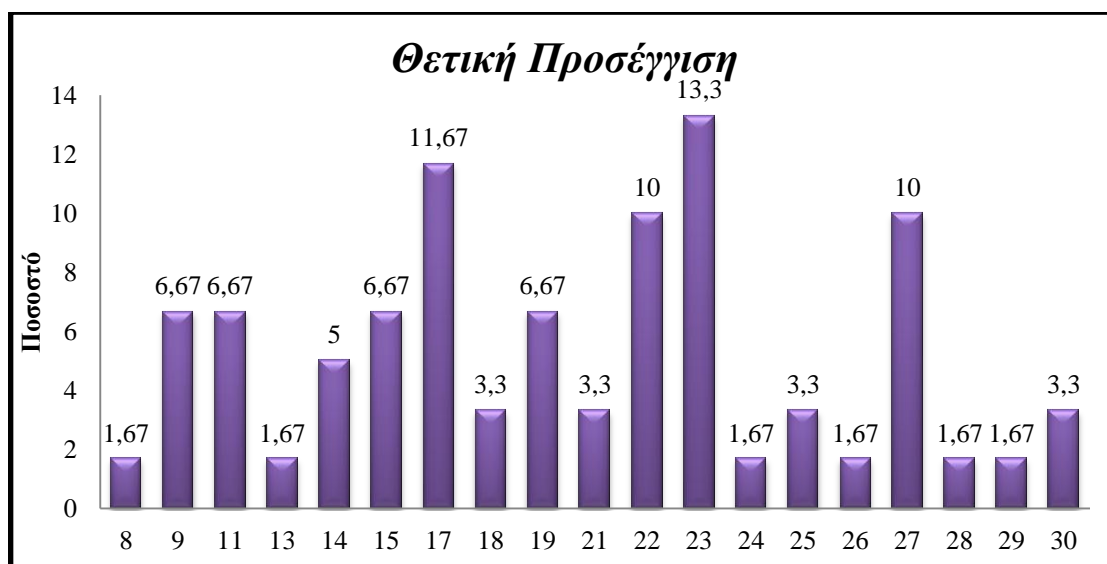
Η Θετική Προσέγγιση αξιολογήθηκε από 11 ερωτήσεις με το σκορ να λαμβάνει τιμές 0-33 (Ερώτηση 1, 11, 14, 16, 19, 23, 24, 30, 31, 32, 38). Η μέση τιμή του πρώτου παράγοντα της κλίμακας ήταν 19,58 με ελάχιστη τιμή το 8 και όχι το 0, ενώ η μέγιστη τιμή είναι το 30 και όχι το σκορ 33 και τυπική απόκλιση  $\pm 5,93$  (Πίνακας 57).

Στις ερωτήσεις σχετικά με τη θετική προσέγγιση, η πλειοψηφία των συγγενών συμπλήρωσε υψηλά σκορ. Το υψηλότερο ποσοστό των συγγενών 13,3% έχει σκορ 23, δείχνοντας έτσι ότι μέσα από αυτή την εμπειρία βλέπουν κάτι θετικό, προσπαθούν να βγουν καλύτεροι και πιο δυνατοί από πριν. Άλλα υψηλά σκορ είναι το 17 με ποσοστό 11,67%, καθώς και τα σκορ 22 και 27 με 10% αντίστοιχα. Υπάρχουν όμως και συγγενείς που δεν βλέπουν και τόσο θετικά τα πράγματα με τα ποσοστά 1,67% και 6,67% να έχουν σκορ 8 και 9 αντίστοιχα (Σχήμα 55).

**Πίνακας 57: Θετική Προσέγγιση**

<b>ΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ</b>		
N	Valid	60
Mean		19,58
Std. Deviation		5,933
Minimum		8
Maximum		30

**Σχήμα 55: Θετική Προσέγγιση**



Η Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης λαμβάνει τιμές που συμπληρώνουν σκορ 0-18 με 6 ερωτήσεις (Ερώτηση 5, 6, 18, 20, 25, 27). Η μέση τιμή για την αναζήτηση κοινωνικής

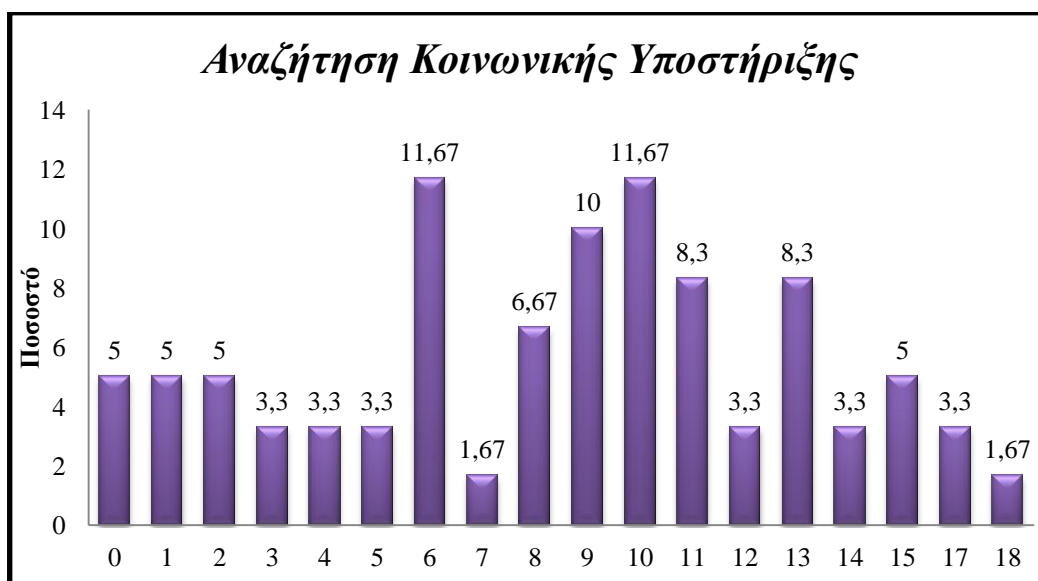
υποστήριξης ήταν 8,45 με τυπική απόκλιση  $\pm 4,66$  και τις τιμές να κυμαίνονται από το 0 μέχρι και το 18 (Πίνακας 58).

Πολλοί συγγενείς ζήτησαν τη βοήθεια ενός συγγενή ή φίλου τους, είτε για να τους μιλήσουν για την κατάσταση, είτε για να πάρουν συμβουλές από αυτούς. Τα σκορ με τα υψηλότερα ποσοστά (11,67%) είναι τα σκορ 6 και 10, και στη συνέχεια ακολουθούν τα σκορ 9 με ποσοστό 10% και 11 και 13 με ίδιο ποσοστό 8,3%. Αρκετά όμως ήταν τα άτομα που δεν ζήτησαν υποστήριξη από τρίτους, με 5% στα σκορ 0, 1 και 2 αντίστοιχα (Σχήμα 56).

**Πίνακας 58: Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης**

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ		
N	Valid	60
Mean		8,45
Std. Deviation		4,659
Minimum		0
Maximum		18

**Σχήμα 56: Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης**



Στον παράγοντα Ευχολογία – Ονειροπόληση το σκορ μπορεί να διακυμανθεί από το άθροισμα 8 ερωτήσεων μεταξύ 0-24 (Ερώτηση 7, 13, 22, 33, 34, 35, 36, 37). Η μέση τιμή για τις ερωτήσεις της ευχολογίας και της ονειροπόλησης ήταν 15,58 με ελάχιστη τιμή το σκορ 3 και μέγιστη τιμή το σκορ 24 και τυπική απόκλιση  $\pm 6,32$  (Πίνακας 59).

Πάρα πολλοί συγγενείς στράφηκαν προς την προσευχή και την πίστη τους στο Θεό και αυτό φαίνεται από τα μεγαλύτερα ποσοστά στα υψηλότερα σκορ της κλίμακας.

Συγκεκριμένα το 13,3% είχε σκορ 20, το 10% είχε 21 και το 8,3% είχε σκορ 23. Βιώνοντας αυτή την εμπειρία, οι συγγενείς ήλπιζαν σε ένα θαύμα, φαντάζονταν ότι μια μέρα όλη αυτή η κατάσταση θα εξαφανιστεί και όλα θα γίνουν όπως πριν (Σχήμα 57).

**Πίνακας 59: Ευχολογία – Ονειροπόληση**

ΕΥΧΟΛΟΓΙΑ – ΟΝΕΙΡΟΠΟΛΗΣΗ		
N	Valid	60
Mean		15,58
Std. Deviation		6,323
Minimum		3
Maximum		24

**Σχήμα 57: Ευχολογία – Ονειροπόληση**



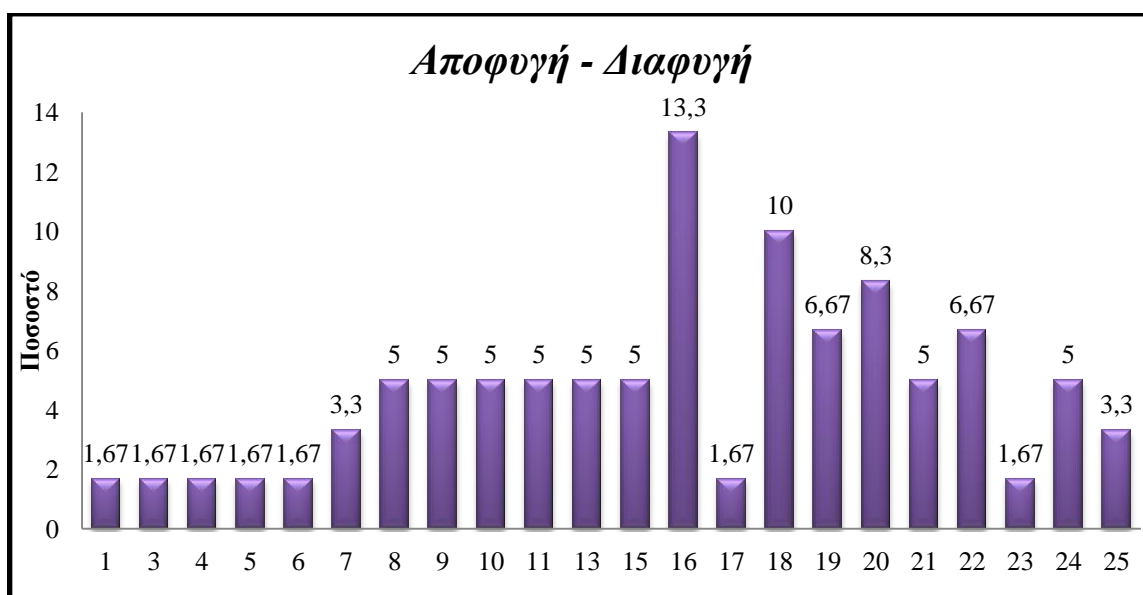
Για τον τέταρτο παράγοντα, Αποφυγή – Διαφυγή με 9 ερωτήσεις το σκορ μπορούσε να λάβει τιμές από 0 ως 27 (Ερώτηση 2, 3, 4, 8, 9, 10, 15, 17, 26). Η μέση τιμή των ερωτήσεων για την αποφυγή – διαφυγή ήταν 15,47 με ελάχιστη τιμή το 1 και μέγιστη τιμή το 25 και τυπική απόκλιση  $\pm 6,12$  (Πίνακας 60).

Όταν οι συγγενείς κλήθηκαν να απαντήσουν αν συμβιβάστηκαν ή αποδέχτηκαν την κατάσταση, πολλοί ήταν αυτοί που απάντησαν θετικά, με το ποσοστό 13,3% να έχει σκορ 16, το 10% με σκορ 18, καθώς και το 8,3% να έχει σκορ 20. Αρκετοί συγγενείς προσπαθούσαν να κρατήσουν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους, αποφεύγοντας έτσι τη σοβαρότητα της κατάστασης (Σχήμα 58).

**Πίνακας 60: Αποφυγή Διαφυγή**

ΑΠΟΦΥΓΗ – ΔΙΑΦΥΓΗ		
N	Valid	60
Mean		15,47
Std. Deviation		6,119
Minimum		1
Maximum		25

**Σχήμα 58: Αποφυγή – Διαφυγή**



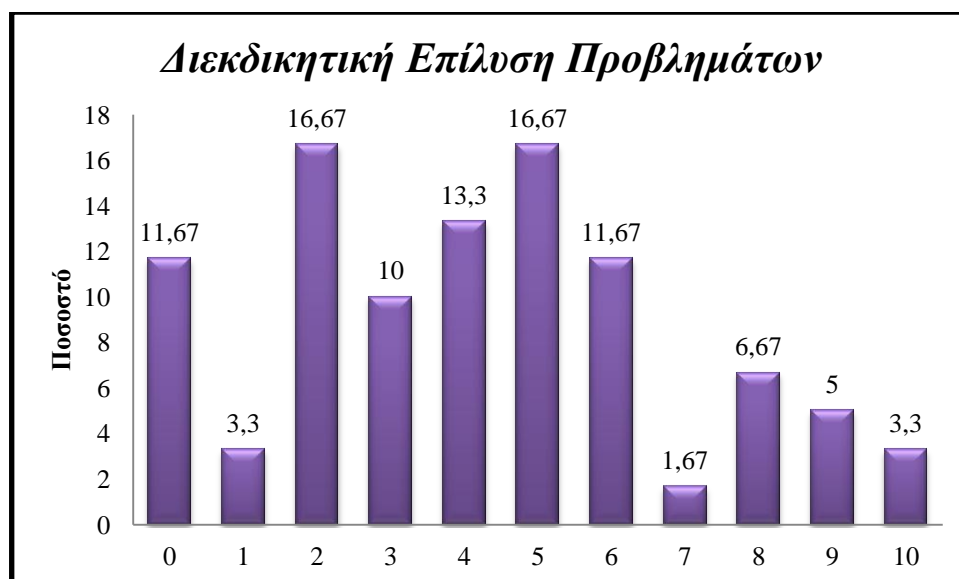
Τέλος στη Διεκδικητική επίλυση προβλημάτων, 4 ερωτήσεις συμπληρώνουν σκορ 0-12 (Ερώτηση 12, 21, 28, 29). Η μέση τιμή για τη διεκδικητική επίλυση προβλημάτων ήταν 4,17 με τις τιμές να κυμαίνονται από το 0 μέχρι το 10 και τυπική απόκλιση  $\pm 6,71$  (Πίνακας 61).

Πολλοί από τους συγγενείς είχαν χαμηλά σκορ σχετικά με τη διεκδικητική επίλυση του προβλήματος. Το 11,67% των συγγενών δεν είχε ποτέ άσχημη συμπεριφορά και θυμό προς την ασθενή ή σε άλλα άτομα (σκορ 0), καθώς και το 16,67% είχε πολύ χαμηλό σκορ (σκορ 2). Το ποσοστό 16,67% και 11,67% των συγγενών όμως είχε σκορ 5 και 6 αντίστοιχα. Οι συγγενείς αρκετές φορές ξεσπούσαν στην ασθενή ή σε άλλα άτομα, ή πείσμωναν για να πετύχουν αυτό που ήθελαν (Σχήμα 64).

**Πίνακας 61: Διεκδικητική Επίλυση Προβλημάτων**

<b>ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ</b>		
N	Valid	60
Mean		4,17
Std. Deviation		2,707
Minimum		0
Maximum		10

**Σχήμα 59: Διεκδικητική Επίλυση Προβλημάτων**



### **ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ**

Για τη μελέτη συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (chi-square test) και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως  $\alpha=0,05$ . Όπως φαίνεται από τον πίνακα που ακολουθεί υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις από την πλευρά των ερωτηθέντων γυναικών που έλαβαν μέρος στη μελέτη όσον αφορά:

- Την ηλικία των γυναικών που έλαβαν μέρος στη μελέτη με την εικόνα του σώματος τους ( $p\text{-value}= 0,008$ ) συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά, καθώς οι νεότερες γυναίκες φαίνεται ότι επηρεάζονται περισσότερο.
- Στατιστικά σημαντικά συσχέτιση υπάρχει επίσης μεταξύ ηλικίας και συναισθηματικής κατάστασης ( $p\text{-value}= 0,031$ ).
- Η βαθμίδα εκπαίδευσης σχετίζεται στατιστικά σημαντικά επίσης με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την πορεία της νόσου και τη θεραπεία ( $p\text{-value}= 0,027$ ).
- Η οικονομική κατάσταση, όπως είναι αναμενόμενο άλλωστε, έχει στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με την εμφάνιση αυξημένων επιπέδων άγχους ( $p\text{-value}=$

0,001), τη φυσική λειτουργικότητα των γυναικών (p-value= 0,001), και την συμπτωματολογία του πόνου (p-value= 0,027).

- Το είδος της θεραπείας και η κατοικία σχετίζονται επίσης με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τα πράγματα (p-value= 0,05) και (p-value= 0,044) αντίστοιχα.
- Η κατοικία σχετίζεται επίσης και με τον πόνο (p-value= 0,038).
- Η οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται με επεισόδια ναυτίας (p-value= 0,025), καθώς και την αντίληψη διαφόρων καταστάσεων (p-value= 0,027).
- Τα χρόνια που έχουν βιώσει οι συμμετέχοντες γυναίκες με τον καρκίνο όπως είναι λογικό αυξάνουν τα σημάδια κόπωσης (p-value= 0,035) και τις κάνουν να έχουν διαφορετική αντίληψη επί του θέματος (p-value= 0,009) (Πίνακας 62).

**Πίνακας 62: Συμπερασματική Στατιστική για ασθενείς**

<i>Ηλικία</i>	<b>ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ EORTC QLQ BR 23</b>	p-value
	Εικόνα σώματος	<b>0,008</b>
	Μελλοντική προοπτική	0,5
	Ανεπιθύμητες ενέργειες	0,074
	Συμπτώματα από το στήθος	0,473
	Συμπτώματα από το μπράτσο	0,620
	Ανησυχία λόγω τριχόπτωσης	0,182
	Σεξουαλική λειτουργικότητα	0,116
	Σεξουαλική ευχαρίστηση	0,092
	<b>ΚΑΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ</b>	0,057
	<b>ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ EORTC QLQ C30</b>	
	Φυσικές λειτουργίες	0,935
	Ρόλος στη ζωή	0,565
	Πόνος	0,419
	Κόπωση	0,832
	Ναυτία	0,876
	Αντίληψη	0,654
	Συναισθηματική κατάσταση	<b>0,031</b>
	Κοινωνικότητα	0,345
	Ποιότητα ζωής	0,581

<i>Εκπαίδευση</i>	<b>ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ EORTC QLQ BR 23</b>	p-value
	Εικόνα σώματος	0,135
	Μελλοντική προοπτική	0,226
	Ανεπιθύμητες ενέργειες	0,537
	Συμπτώματα από το στήθος	0,227
	Συμπτώματα από το μπράτσο	0,112
	Ανησυχία λόγω τριχόπτωσης	0,632
	Σεξουαλική λειτουργικότητα	0,880
	Σεξουαλική ευχαρίστηση	0,899
	<b>ΚΑΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ</b>	0,870

	<b>ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΟRTC QLQ C30</b>	
	Φυσικές λειτουργίες	0,107
	Ρόλος στη ζωή	0,079
	Πόνος	0,083
	Κόπωση	0,061
	Ναυτία	0,142
	Αντίληψη	<b>0,027</b>
	Συναισθηματική κατάσταση	0,550
	Κοινωνικότητα	0,127
	Ποιότητα ζωής	0,787

<b>Οικονομική κατάσταση</b>	<b>ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΟRTC QLQ BR 23</b>	p-value
	Εικόνα σώματος	0,453
	Μελλοντική προοπτική	0,619
	Ανεπιθύμητες ενέργειες	0,625
	Συμπτώματα από το στήθος	0,155
	Συμπτώματα από το μπράτσο	0,611
	Ανησυχία λόγω τριχόπτωσης	0,503
	Σεξουαλική λειτουργικότητα	0,119
	Σεξουαλική ευχαρίστηση	0,069
	<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ</b>	<b>0,001</b>
	<b>ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΟRTC QLQ C30</b>	
	Φυσικές λειτουργίες	<b>0,001</b>
	Ρόλος στη ζωή	0,275
	Πόνος	<b>0,027</b>
<b>Θεραπεία</b>	Αντίληψη	<b>0,050</b>
<b>Κατοικία</b>	Πόνος	<b>0,038</b>
	Αντίληψη	<b>0,044</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Ναυτία	<b>0,025</b>
	Αντίληψη	<b>0,027</b>
	Ποιότητα ζωής	<b>0,028</b>
<b>Χρόνια με καρκίνο</b>	Κόπωση	<b>0,035</b>
	Αντίληψη	<b>0,009</b>

Σχετικά με τους συγγενείς των ατόμων με καρκίνο μαστού στατιστικά σημαντικά συσχετίσεις εμφανίστηκαν όσον αφορά:

- Την βαθμίδα εκπαίδευσης με την κλίμακα επιβάρυνσης (p-value= 0,043), την αποστέρηση σχέσεων (p-value= 0,001) και την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (p-value= 0,003).
- Την οικογενειακή κατάσταση των συγγενών με την προσωπική ένταση (p-value= 0,001) καθώς αν έχουν δικιά τους οικογένεια είναι πιθανόν οι εντάσεις να είναι πιο συχνές λόγω πειστικών καταστάσεων.
- Την οικονομική κατάσταση των συγγενών με τη διαβάθμιση της επιβάρυνσης (p-value= 0,001), καθώς αν υπάρχουν και προβλήματα οικονομικής κατάστασης τα



πράγματα δυσχεραίνουν περισσότερο, με την αποστέρηση σχέσεων (p-value= 0,017) και τη θετική προσέγγιση των πραγμάτων (p-value= 0,016).

- Τον τρόπο μεταφοράς τους στο νοσοκομείο με την ένταση ρόλου (p-value= 0,023) και την διεκδικητική επίλυση των προβλημάτων (p-value= 0,031).
- Τη βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας με τη διαχείριση φροντίδας (p-value= 0,007) (Πίνακας 63).

**Πίνακας 63: Συμπερασματική στατιστική για συγγενείς**

<b>Φύλο</b>	Σκορ κλίμακα επιβάρυνσης	0,167
	Διαβάθμιση επιβάρυνσης	0,883
	Προσωπική ένταση	0,368
	Ένταση ρόλου	0,713
	Αποστέρηση σχέσεων	0,521
	Διαχείριση φροντίδας	0,913
	Θετική προσέγγιση	0,269
	Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	0,358
	Ευχολογία	0,570
	Αποφυγή	0,442
	Διεκδικητική επίλυση προβλημάτων	0,423
<b>Εκπαίδευση συγγενή</b>	Σκορ κλίμακα επιβάρυνσης	<b>0,043</b>
	Αποστέρηση σχέσεων	<b>0,001</b>
	Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	<b>0,003</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση συγγενή</b>	Προσωπική ένταση	<b>0,001</b>
<b>Οικονομική κατάσταση συγγενή</b>	Διαβάθμιση επιβάρυνσης	<b>0,001</b>
	Αποστέρηση σχέσεων	<b>0,017</b>
	Θετική προσέγγιση	<b>0,016</b>
<b>Μεταφορά στο νοσοκομείο</b>	Ένταση ρόλου	<b>0,023</b>
	Διεκδικητική επίλυση προβλημάτων	<b>0,031</b>
<b>Βοήθεια από άλλα μέλη</b>	Διαχείριση φροντίδας	<b>0,007</b>

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Σε μία μελέτη με τα ίδια ερωτήματα προς τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έγινε το 2014 από τη Γαβριηλίδου (Γαβριηλίδου Δ., Λεμεσός 2014), παρατηρούμε ότι τα αποτελέσματα μεταξύ αυτής της έρευνας και της παρούσας δεν είναι τα ίδια.

Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η διαφορά στη Συναισθηματική Κατάσταση των ασθενών, αφού στη δική μας έρευνα η μέση τιμή ήταν 63 ( $\pm 23,44$ ) και όχι 49,3 ( $\pm 29,12$ ) όπως στην άλλη έρευνα. Αυτό δείχνει ότι οι γυναίκες στο δείγμα μας ήταν περισσότερο φορτισμένες συναισθηματικά και είχαν πιο αρνητική ψυχολογία.

Όσον αφορά την Κοινωνικότητα των ασθενών, παρατηρούμε ότι στην έρευνά μας η μέση τιμή είναι χαμηλότερη (44,8) και αυτό υποδεικνύει ότι οι γυναίκες στο δείγμα μας δεν επηρεάστηκαν πολύ στον κοινωνικό τομέα από τη νόσο και τη θεραπεία τους.

Πολλές ήταν οι κλίμακες που έχουν αυξημένες τιμές στη δική μας έρευνα, και πιο συγκεκριμένα στα Συμπτώματα. Οι ασθενείς στο δείγμα μας είχαν μεγαλύτερα σκορ σε όλα τα συμπτώματα, με τις μεγαλύτερες διαφορές να έχουν η Ναυτία – Εμετός με μέσο όρο 61,75 ( $\pm 28$ ) αντί για 28,26 ( $\pm 30,26$ ), η Ανορεξία με 67,75 ( $\pm 26,12$ ). Επίσης τα συμπτώματα Δυσκοιλιότητα και Διάρροια είχαν διαφορά μεταξύ των δύο μέσων όρων μεγαλύτερη από 30, όπως και οι Ανεπιθύμητες Ενέργειες, με τη μέση τιμή να είναι 70,83 ( $\pm 23,70$ ).

Στη μελέτη της Γαβριηλίδου οι γυναίκες στο δείγμα είχαν χαμηλότερη μέση τιμή όσον αφορά την Τριχόπτωση. Αντιθέτως, στο δείγμα μας πολλές ήταν οι γυναίκες που τους προκάλεσε μεγάλη ανησυχία η αλωπεκία, έτσι η μέση τιμή είναι 70,62 ( $\pm 29,88$ ).

Στις ερωτήσεις για την ανησυχία για το μέλλον οι ασθενείς στο δείγμα της Γαβριηλίδου είχαν πιο θετική στάση, και αυτό φαίνεται από τον χαμηλό μέσο όρο 32,49 ( $\pm 33,56$ ), ενώ στο δείγμα μας οι γυναίκες ήταν πιο ανήσυχες και φοβισμένες για την μετέπειτα πορεία τους, αφού η μέση τιμή είναι 56,75 ( $\pm 30$ ).

**Πίνακας 64: Σύγκριση Μέσων Όρων στις Κλίμακες – Αποτελέσματα Ασθενών**

Κλίμακα	Έρευνα Γαβριηλίδου		Η δική μας Έρευνα		Διαφορά Μέσων Όρων
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	
<i>Φυσικές Λειτουργίες</i>	65,54	22,36	58,80	23,74	-6,74
<i>Ρόλος στη Ζωή</i>	56,34	27,50	58,88	25,90	+2,54
<i>Συναισθηματική Κατάσταση</i>	49,30	29,12	63	23,44	<b>+13,70</b>
<i>Αντίληψη</i>	62,06	26,97	54,63	26,10	-7,43
<i>Κοινωνικότητα</i>	69,53	25,80	44,8	22,80	<b>-24,73</b>
<i>Συνολική Ποιότητα Ζωής</i>	55,91	17,94	44	21,30	<b>-11,91</b>
<i>Φάρμακα – Οικονομικές Δυσκολίες</i>	41,78	31,95	46,50	24	+4,72
<b>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</b>					
<i>Κόπωση</i>	49,04	29,12	66,83	23,95	<b>+17,79</b>

<i>Ναυτία – Εμετός</i>	28,26	30,26	61,75	28	<b>+33,49</b>
<i>Πόνος</i>	40,47	28,02	61,50	26,20	<b>+21,03</b>
<i>Λαχάνιασμα</i>	37,84	25,27	58,25	29	<b>+20,41</b>
<i>Αϋπνία</i>	44,32	32,97	65,25	26,02	<b>+20,93</b>
<i>Ανορεξία</i>	38,50	29,88	67,75	26,12	<b>+29,25</b>
<i>Δυσκοιλιότητα</i>	23,76	27,48	56,25	29,07	<b>+32,49</b>
<i>Διάρροια</i>	11,55	25,57	47,50	26,10	<b>+35,95</b>
<i>Ανεπιθύμητες Ενέργειες</i>	33,28	19,85	70,83	23,70	<b>+37,55</b>
<i>Συμπτώματα από Μαστό</i>	25,26	20,77	62,63	23,83	<b>+37,37</b>
<i>Συμπτώματα από Μπράτσο</i>	36,53	23,71	58,83	22,76	<b>+22,30</b>
<i>Τριχόπτωση</i>	48,25	38,32	70,62	29,88	<b>+22,37</b>
<i>Εικόνα Σώματος</i>	48,33	29,31	43,50	24,65	-4,83
<i>Σεξουαλική Λειτουργικότητα</i>	24,93	20,75	30,63	17,91	+5,70
<i>Σεξουαλική Ευχαρίστηση</i>	31,82	23,34	8,25	19,80	<b>-23,57</b>
<i>Μελλοντική Προοπτική</i>	32,49	33,56	56,75	30	<b>+24,26</b>

Σε έρευνα που έγινε για τους φροντιστές ηλικιωμένων στο σπίτι (Κουτσαμπασόπουλος Θ. Κ., 2007) βρέθηκε ότι ο μέσος όρος στην Κλίμακα Επιβάρυνσης ήταν 39,69 ( $\pm 16,29$ ) ενώ στη δική μας μελέτη ήταν 25,58 ( $\pm 18,72$ ). Παρατηρούμε ότι στο δείγμα της έρευνάς μας οι συγγενείς είχαν ήπιας βαρύτητας επιβάρυνση σε αντίθεση με την παλιά έρευνα.

Σε μία έρευνα που έγινε το 2008 (Καλέας Μ. & Πλατσίδου Μ.) σχετικά με τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων και Επαγγελματική Ικανοποίηση των Ελλήνων Ιατρών στα Δημόσια Νοσοκομεία, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ΣΑΑΑΚ όπως και στη δική μας έρευνα.

Πολλοί συγγενείς στρέφουν την πίστη τους προς τον Θεό και ελπίζουν σε ένα θαύμα με μέσο όρο 15,58 ( $\pm 6,32$ ) σε αντίθεση με τους γιατρούς που έχουν μία πιο θετική προσέγγιση στην επίλυση των προβλημάτων.

Πίνακας 65: Σύγκριση Μέσων Όρων στις Κλίμακες – Αποτελέσματα Οικογένειας

Κλίμακα	Άλλες Έρευνες		Η δική μας Έρευνα	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ</b>	39,69	16,29	25,58	18,72
<i>Προσωπική Ένταση</i>			8,80	8,46
<i>Ένταση Ρόλου</i>			8,80	5,71
<i>Αποστέρηση Σχέσεων</i>			4,08	4,43
<i>Διαχείριση Φροντίδας</i>			3,90	2,37
<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΑΑΚ</b>				
<i>Θετική Προσέγγιση</i>	2,66		19,58	5,93
<i>Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης</i>	2,41		8,45	4,65
<i>Ευχολογία - Ονειροπόληση</i>	1,48		15,58	6,32
<i>Αποφυγή - Διαφυγή</i>	1,66		15,47	6,11
<i>Διεκδικητική Επίλυση Προβλημάτων</i>	1,67		4,17	2,70

## **ΣΥΜΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί καθαρά για τη νόσο και όχι για τις συνέπειες στην ψυχοπαθολογία της γυναίκας, καθώς και το πώς επηρεάζει όλη την οικογένεια. Γι' αυτό τον λόγο θελήσαμε να ερευνήσουμε το ψυχολογικό κομμάτι της νόσου και το πώς επηρεάζεται η γυναίκα με την αλλαγή της εικόνας του σώματός της, πώς αλλάζει η ψυχολογική της ισορροπία και πως αντιμετωπίζει όλη η οικογένεια την κατάσταση αυτή.

Στον καρκίνο του μαστού, τόσο η ίδια η νόσος, που προσβάλλει το στήθος, το οποίο σχετίζεται με τη θηλυκότητα, την ελκυστικότητα, αλλά και με τη σεξουαλική λειτουργία, όσο και η θεραπευτική αντιμετώπιση, όπως μαστεκτομή ή χημειοθεραπεία, έχουν ιδιαίτερο και σοβαρό αντίκτυπο στη ψυχική υγεία της γυναίκας. Με τις θεραπείες για τον καρκίνο, το σώμα της γυναίκας αλλάζει δραματικά, αφού με την χειρουργική επέμβαση αφαιρείται ένα μέρος ή ολόκληρος ο μαστός. Η ολική αφαίρεση του μαστού έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική κατάσταση της ασθενούς.

Με το να χάσει η γυναίκα το στήθος της, η σωματική της εικόνα αλλάζει, όχι μόνο στο πως βλέπει η ίδια τον εαυτό της, αλλά και στο πως την βλέπουν οι γύρω της και ιδιαίτερα ο σύντροφος και τα παιδιά της. Αυτό έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ψυχολογία της γυναίκας, αφού χάνει την αυτοπεποίθησή της, τη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητά της. Πολλές φορές έχει αμφιβολίες για τον ρόλο που έχει στην οικογένεια ως σύζυγος και ως μητέρα και νιώθει ότι έχει χάσει την ταυτότητά της εξαιτίας αυτής της μεγάλης αλλαγής στη ζωή της.

Η χημειοθεραπεία, μία από τις πιο κοινές θεραπείες κατά του καρκίνου του μαστού, επιφέρει πολλές αρνητικές παρενέργειες, κυρίως στις φυσικές λειτουργίες του οργανισμού. Οι κυριότερες παρενέργειες που αναφέρθηκαν στο δείγμα μας ήταν κόπωση, πόνος, συμπτώματα στον μαστό και το μπράτσο, ανορεξία, ναυτία και εμετός, δυσκοιλιότητα και αϋπνίες. Τα πιο πάνω έχουν σοβαρές σωματικές αλλά και ψυχολογικές συνέπειες στη γυναίκα, αλλά και στο κοντινό της περιβάλλον.

Η σοβαρότερη όμως παρενέργεια, όπως ανέφεραν οι συμμετέχοντες, ήταν η αλωπεκία. Πολλές ασθενείς είχαν ιδιαίτερη ανησυχία και άγχος λόγω της τριχόπτωσης κυρίως στο τριχωτό της κεφαλής, αλλά και σε διάφορα μέρη του σώματος. Παρόλα αυτά παρατηρήσαμε ότι πολλές από τις ασθενείς με αλωπεκία αντιμετώπιζαν την κατάσταση φορώντας μαντήλια, καπέλα ή και περούκες.

Άλλες κοινές αλλαγές του σώματος που παρατηρήσαμε στην έρευνά μας ήταν η αλλοίωση των νυχιών, η αλλαγή του προσώπου και η αύξηση του βάρους. Αρκετές ήταν οι γυναίκες που παραδέχτηκαν ότι ένιωθαν άβολα με το σώμα τους και ότι είχαν άσχημη όψη μετά από την θεραπευτική αγωγή. Η γνώμη τους αυτή μειώνει ή και κατάπνιγε τελείως τη σεξουαλική τους λειτουργία, αφού πολλές γυναίκες δεν είχαν καθόλου επιθυμία για σεξουαλική επαφή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, διαπιστώσαμε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν μεγάλης βαρύτητας άγχος και φόβο για την πορεία της νόσου, τις τυχών μεταστάσεις και τον πιθανό θάνατο. Επικρατεί γενικά μία ανησυχία και αβεβαιότητα για το μέλλον, αν και αρκετές γυναίκες είχαν μια πιο θετική στάση και αισιοδοξία.

Η νόσος του καρκίνου, αλλά και η θεραπεία του, είχε πολύ αισθητές αλλαγές στην καθημερινότητα των ασθενών, καθώς δημιουργήθηκαν προβλήματα στην επαγγελματική τους ζωή. Κάποιες γυναίκες μείωσαν τις ώρες εργασίας και τις ασχολίες τους, ενώ κάποιες άλλες σταμάτησαν τελείως την δουλειά. Οι πιο αισιόδοξες γυναίκες όμως, συνέχισαν να

εργάζονται για να μην πέσουν ψυχολογικά, αλλά κυρίως για να μη στεναχωριούνται τα κοντινά τους πρόσωπα.

Από την μελέτη μας φαίνεται ότι οι συγγενείς νοιάζονται για το αγαπημένο τους πρόσωπο που πάσχει από καρκίνο του μαστού και δεν νιώθουν να επιβαρύνονται από αυτό. Προσπαθούν να της παρέχουν την καλύτερη φροντίδα που μπορούν αν και αυτό έχει κάποιες επιπτώσεις στον προσωπικό τους χρόνο. Παρόλα αυτά, αρκετοί ζήτησαν βοήθεια ή έστω μία συμβουλή από άλλα άτομα εκτός οικογένειας. Αυτό δείχνει ότι προσπαθούν να διαχειριστούν την κατάσταση όσο καλύτερα μπορούν και εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συγγενών στράφηκε προς την πίστη του στο Θεό, πιστεύοντας σε ένα θαύμα και ελπίζοντας σε κάτι καλύτερο. Αν και πολλοί αποδέχτηκαν και συμβιβάστηκαν με την κατάσταση, οι περισσότεροι είχαν πολύ θετική στάση προς το μέλλον. Ένιωθαν ότι μέσα από αυτή την εμπειρία που ζουν βγαίνουν δυνατότεροι και καλύτεροι από πριν.

### ***ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ***

Με τις επισκέψεις μας στα νοσοκομεία του Ηρακλείου αρκετές φορές δεν υπήρχαν ασθενείς με τα δεδομένα που ζητούσαμε. Επίσης οι περισσότερες ασθενείς στο Τμήμα Ακτινοθεραπείας στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. δεν είχαν συνοδούς. Λόγω του ότι ο αριθμός των συγγενών ήταν μειωμένος, αναρτήσαμε τα ερωτηματολόγια στο διαδίκτυο, σε ανάλογες ομάδες που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού. Γι' αυτό και οι περισσότεροι συγγενείς είναι από την υπόλοιπη Ελλάδα αλλά και Κύπρο και όχι μόνο από το Ηράκλειο Κρήτης. Αυτό ήταν άλλωστε και το ζητούμενο, να βρούμε δηλαδή ένα γενικό δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού και όχι συγκεκριμένα από μία περιοχή.

Οι περισσότερες γυναίκες του δείγματός μας ήταν πάνω από 50 χρονών, και οι πλείστες δεν απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα (σεξουαλική λειτουργία και ευχαρίστηση). Οπότε ένα από τα κύρια ερευνητικά ζητήματά μας δεν απαντήθηκε σωστά.

Ο αριθμός του δείγματος αν και είναι ικανοποιητικός, είναι αρκετά μικρός. Αν μπορούσαμε να είχαμε περισσότερο χρόνο στη διάθεσή μας, το δείγμα θα ήταν μεγαλύτερο και τα ποσοστά διαφορετικά.

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια των ασθενών απαντήθηκαν με προσωπική συνέντευξη. Αν και ήταν χρονοβόρα η διαδικασία, ήταν μια διαφορετική αλλά σημαντική εμπειρία,

αφού μπορέσαμε να καταλάβουμε τα συναισθήματα και τις σκέψεις των ασθενών καλύτερα μιλώντας τους αυτοπροσώπως.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

- Ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή αλλά και στην οικογένεια από τους επαγγελματίες υγείας στο χώρο του νοσοκομείου.
- Κατάλληλη ενημέρωση στους ασθενείς αλλά και στο οικογενειακό τους περιβάλλον για τη νόσο, τα συμπτώματά της, τη θεραπεία και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες.
- Τρόποι αντιμετώπισης των σοβαρών συμπτωμάτων και των διαφόρων αλλαγών του σώματος – εκπαίδευση ασθενών και οικογένειας για τα νέα δεδομένα.
- Ενημέρωση της κοινότητας για τις ομάδες γυναικών υψηλού κινδύνου καθώς και για τους παράγοντες κινδύνου.
- Εκπαίδευση σε σχολεία και σε κοινοτικές ομάδες για την αυτοεξέταση μαστού, την πρόωμη διάγνωση και την πρόληψη.
- Ίδρυση οργανισμών και ομάδων υποστήριξης γυναικών με καρκίνο του μαστού και της οικογένειας.
- Ημερίδες και συνέδρια για τον καρκίνο του μαστού.
- Εκπαίδευση νοσηλευτών και επαγγελματιών υγείας για την καλύτερη φροντίδα της ασθενούς και της κατάλληλης υποστήριξης που χρειάζεται.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## **ΦΟΡΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα: *«Η αλλαγή της εικόνας του σώματος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και η επιρροή του στη ψυχολογία της γυναίκας και του οικογενειακού της περιβάλλοντος»* χρησιμοποιούμε τα παρόντα ερωτηματολόγια.

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και η συμπλήρωσή τους είναι προαιρετική. Η μελέτη είναι κλινική, δηλαδή αφορά τους ασθενείς αλλά και τον περίγυρό τους, ωστόσο δεν απαιτούνται εργαστηριακές εξετάσεις και χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών. Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τους συμμετέχοντες καθώς θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

**Φοιτητές:** *Σάββα Αντρία*

*Στάυρου Μαρία*

**Όνοματεπώνυμο:** \_\_\_\_\_ **Υπογραφή:** \_\_\_\_\_

**Επιβλέπων καθηγητής:**

*Καρτσωνάκη Μαρία Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Τμήμα Νοσηλευτικής, Νοσηλεύτρια Μ.Ε.Θ. ΠΑ.Γ.Ν.Η., MSc.*

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

Email: m.kartsonaki@med.uoc.gr



## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ**

### **Δημογραφικά - Γενικά Στοιχεία:**

**Ηλικία:** \_\_\_\_\_

### **Επίπεδο εκπαίδευσης:**

- |                        |                  |                |
|------------------------|------------------|----------------|
| 1. Δεν έχω αποφοιτήσει | 2. Δημοτικό      | 3. Γυμνάσιο    |
| 4. Λύκειο              | 5. Τεχνική σχολή | 6. ΤΕΙ         |
| 7. Πανεπιστήμιο        | 8. Μεταπτυχιακό  | 9. Διδακτορικό |

**Επάγγελμα:** \_\_\_\_\_

### **Οικογενειακή κατάσταση:**

- |          |               |                |
|----------|---------------|----------------|
| 1. Άγαμη | 2. Παντρεμένη | 3. Διαζευγμένη |
| 4. Χήρα  | 5. Άλλο       |                |

**Έχετε παιδιά;** 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

**Αν ναι, πόσα;** \_\_\_\_\_

**Τόπος κατοικίας:** 1. Επαρχία/χωριό 2. Πόλη

### **Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση:**

- |              |         |           |         |              |
|--------------|---------|-----------|---------|--------------|
| 1. Πολύ καλή | 2. Καλή | 3. Μέτρια | 4. Κακή | 5. Πολύ κακή |
|--------------|---------|-----------|---------|--------------|

### **Καπνιστικές συνήθειες:**

- |               |                  |                     |
|---------------|------------------|---------------------|
| 1. Καπνίστρια | 2. Μη καπνίστρια | 3. Πρώην καπνίστρια |
|---------------|------------------|---------------------|

**Σε τι ηλικία διαγνώστηκε ο καρκίνος:** \_\_\_\_\_

### **Θεραπεία:**

- |               |                   |                        |
|---------------|-------------------|------------------------|
| 1. Μαστεκτομή | 2. Χημειοθεραπεία | 3. Και τα δυο παραπάνω |
|---------------|-------------------|------------------------|

**Μετά την θεραπεία νομίζετε ότι κάτι άλλαξε στο σώμα σας, και τι ήταν αυτό;**

---

---

**Παρακαλώ γράψετε πιθανά προβλήματα που εμφανίστηκαν μετά την διάγνωση στην επαγγελματική και οικογενειακή σας ζωή:**

---

---

**Θεωρείτε ότι η θεραπεία και η νόσος επηρέασε εσάς ή κάποιον στενό συγγενή σας και ποιον;**

---

---

**Έχετε υποβληθεί σε αποκατάσταση του μαστού μετά από την μαστεκτομή;**

1. ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

**Αν έχετε προχωρήσει σε αποκατάσταση πως νιώθετε;**

---

**Πόσος χρόνος έχει περάσει από τότε που διαγνώστηκε ο καρκίνος;**

---

**Ερωτηματολόγιο EORTC QOL- C30)**

	<i>Κατά τη διάρκεια που κάνατε χημειοθεραπεία ή την μαστεκτομή:</i>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	Αισθανόσασταν ενοχλήσεις όταν κάνατε κοπιαστικές εργασίες, όπως κουβαλώντας μια βαριά τσάντα με ψώνια ή μια βαλίτσα;				
<b>2</b>	Αισθανόσασταν ενοχλήσεις όταν κάνατε ένα μεγάλο περίπατο;				
<b>3</b>	Αισθανόσασταν ενοχλήσεις όταν κάνατε ένα μικρό περίπατο έξω από το σπίτι;				
<b>4</b>	Χρειαζόταν να μένετε στο κρεβάτι ή σε μια καρέκλα κατά τη διάρκεια της ημέρας;				
<b>5</b>	Χρειαζόσασταν βοήθεια όταν τρώγατε, ντυνόσασταν, πλενόσασταν ή όταν πηγαίνατε στην τουαλέτα;				
<b>6</b>	Περιορίσατε την εργασία σας ή άλλες καθημερινές ασχολίες σας;				
<b>7</b>	Περιορίσατε τις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή άλλες δραστηριότητες του ελεύθερού σας χρόνου;				
<b>8</b>	Λαχανιάζατε;				
<b>9</b>	Πονούσατε;				
<b>10</b>	Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;				
<b>11</b>	Είχατε αϋπνίες;				
<b>12</b>	Αισθανόσασταν αδυναμία;				
<b>13</b>	Είχατε ανορεξία;				
<b>14</b>	Είχατε τάση για εμετό;				



**EORTC QOL - BR23**

	<i>Κατά τη διάρκεια που κάνατε χημειοθεραπεία ή την μαστεκτομή:</i>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>31</b>	Το στόμα σας ήταν ξηρό;				
<b>32</b>	Τα τρόφιμα και τα ποτά που καταναλώνετε είχαν διαφορετική γεύση απ' ότι συνήθως;				
<b>33</b>	Τα μάτια σας πονούσαν, ήταν ερεθισμένα ή πιο υγρά;				
<b>34</b>	Είχατε τριχόπτωση;				
<b>35</b>	Απαντήστε σε αυτή την ερώτηση μόνον εάν είχατε τριχόπτωση: Η τριχόπτωση σας προκάλεσε ανησυχία;				
<b>36</b>	Αισθανόσασταν άρρωστη ή αδιάθετη;				
<b>37</b>	Είχατε εξάνθειες;				
<b>38</b>	Είχατε πονοκεφάλους;				
<b>39</b>	Είχατε την αίσθηση ότι η εμφάνισή σας ήταν λιγότερο ελκυστική ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της θεραπείας σας;				
<b>40</b>	Είχατε την αίσθηση ότι η θηλυκότητά σας είχε ελαττωθεί ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της θεραπείας σας;				
<b>41</b>	Δυσκολευόσασταν να κοιτάξετε το σώμα σας γυμνό;				
<b>42</b>	Αισθανόσασταν απογοήτευση με το σώμα σας;				
<b>43</b>	Σας ανησυχούσε το θέμα της υγείας σας στο μέλλον;				
<b>44</b>	Πόσο σας ενδιέφερε το σεξ;				
<b>45</b>	Σε ποιο βαθμό είχατε σεξουαλική δραστηριότητα (με ή χωρίς συνουσία);				
<b>46</b>	Απαντήστε σε αυτή την ερώτηση μόνον εάν είχατε σεξουαλική δραστηριότητα: Πόσο απολαμβάνετε το σεξ;				
<b>47</b>	Είχατε πόνο στο μπράτσο ή στον ώμο;				
<b>48</b>	Το μπράτσο ή το χέρι σας ήταν πρησμένο;				
<b>49</b>	Είχατε δυσκολία να σηκώσετε το μπράτσο σας ή να το κινήσετε προς το πλάι;				
<b>50</b>	Είχατε καθόλου πόνο στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού;				
<b>51</b>	Η περιοχή του προσβεβλημένου μαστού ήταν πρησμένη;				
<b>52</b>	Αισθανθήκατε υπερευαίσθησία στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού;				
<b>53</b>	Είχατε δερματικά προβλήματα στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού (π.χ., φαγούρα, ξηροδερμία, ξεφλούδισμα);				

**Κλίμακα αξιολόγησης άγχους HAMILTON**

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΗΠΙΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΣΟΒΑΡΑ	ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΑ
1. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ: Ανησυχία, Εγρήγορση, αναμονή του χειρότερου, ευερεθιστότητα.	0	1	2	3	4
2. ΕΝΤΑΣΗ: Αίσθημα έντασης, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, τρομαγμένες αντιδράσεις, εύκολο κλάμα, τρόμος, αίσθημα ανησυχίας.	0	1	2	3	4
3. ΦΟΒΙΕΣ: για σκοτάδι, ξένους, μεγάλα ζώα, κίνηση στους δρόμους, πλήθος, να μένετε μόνη.	0	1	2	3	4
4. ΑΨΠΝΙΑ: Δυσκολία επέλευσης ύπνου, διακοπτόμενος ύπνος, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, όνειρα εφιάλτες, νυχτερινοί τρόμοι.	0	1	2	3	4
5. ΓΝΩΣΙΑΚΑ: Δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης.	0	1	2	3	4
6. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ: Απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη ικανοποίησης από τα χόμπι, κατάθλιψη, πολύ πρωινή αφύπνιση, διακύμανση διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας.	0	1	2	3	4
7. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ): Μυϊκοί πόνοι, πιασίματα, δυσκαμψία, μυοκλονίες, μύσπασμοι, τρίξιμο δοντιών, αστάθεια φωνής.	0	1	2	3	4
8. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ): Εμβοές, θόλωση της όρασης, ψυχρές-θερμές εξάνχεις, αίσθημα αδυναμίας, μουδιάσματα.	0	1	2	3	4
9. ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Ταχυκαρδία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, θωρακικό άλγος, παλλόμενη σφίξη αγγείων, αίσθημα λιποθυμίας, αρρυθμία.	0	1	2	3	4
10. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Αίσθημα πίεσης ή σύσφιξης στο θώρακα, αίσθημα πνιγμού, αναστεναγμοί, δύσπνοια.	0	1	2	3	4
11. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Δυσκαταποσία, ερυγές, δυσπεψία, πόνος πριν και μετά το γεύμα, αίσθημα καύσου, αίσθημα πληρότητας, ναυτία, έμετος, αίσθημα βύθισης, «κινητικότητα» των σπλάγχων, βορβορυγμοί, χαλάρωση της κύστης, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα.	0	1	2	3	4

12. ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Συχνουρία ή έπειξη προς ούρηση, αμηνόρροια, μηνορραγία, ψυχρότητα	0	1	2	3	4
13. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ Ν.Σ.: Ξηροστομία, εξάψεις, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση, ίλιγγος, κεφαλαλγία τάσης, ανόρθωση τριχών.	0	1	2	3	4
14. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ: Ένταση, αδυναμία χαλάρωσης, ανήσυχη κίνηση των χεριών, σφίξιμο των χεριών, τράβηγμα δακτύλων, τικς, βηματισμοί, τρόμος χεριών, συνοφρύωση, πρόσωπο σε ένταση, αυξημένος μυϊκός τόνος, αναστεναγμός, ωχρότητα προσώπου.	0	1	2	3	4
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ:</b> _____					

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

### Δημογραφικά - Γενικά στοιχεία:

**Φύλο:** 1. Άνδρας 2. Γυναίκα

**Ηλικία:** \_\_\_\_\_

### Επίπεδο εκπαίδευσης:

- |                        |                  |                |
|------------------------|------------------|----------------|
| 1. Δεν έχω αποφοιτήσει | 2. Δημοτικό      | 3. Γυμνάσιο    |
| 4. Λύκειο              | 5. Τεχνική σχολή | 6. ΤΕΙ         |
| 7. Πανεπιστήμιο        | 8. Μεταπτυχιακό  | 9. Διδακτορικό |

**Επάγγελμα:** \_\_\_\_\_

### Οικογενειακή κατάσταση:

1. Άγαμη/ος
2. Παντρεμένη/ος
3. Διαζευγμένη/ος
4. Χήρα/ος
5. Άλλο

**Έχετε παιδιά;** 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

**Αν ναι, πόσα;** \_\_\_\_\_

**Τόπος κατοικίας:** 1. Επαρχία/χωριό 2. Πόλη

### Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση:

1. Πολύ καλή
2. Καλή
3. Μέτρια
4. Κακή
5. Πολύ κακή

### Τόπος διαμονής:

1. Ίδιο σπίτι με τον ασθενή
2. Ίδιο κτίριο με τον ασθενή
3. Ίδια γειτονιά με τον ασθενή
4. Διαφορετικό σπίτι και γειτονιά

### Βαθμός συγγένειας με την ασθενή:

- |            |            |                |
|------------|------------|----------------|
| 1. Σύζυγος | 2. Κόρη    | 3. Γιος        |
| 4. Αδελφή  | 5. Αδελφός | 6. Σύντροφος   |
| 7. Πατέρας | 8. Μητέρα  | 9. Άλλο: _____ |

**Προβλήματα υγείας δικά σας:**

- |                     |                  |                      |
|---------------------|------------------|----------------------|
| 1. Κανένα πρόβλημα  | 2. Υπέρταση      | 3. Διαβήτης          |
| 4. Μυοσκελετικά     | 5. Καρδιαγγειακά | 6. Προβλήματα όρασης |
| 7. Προβλήματα ακοής | 8. Άλλα: _____   |                      |

**Μεταφορά στο νοσοκομείο:**

- |                                  |                              |
|----------------------------------|------------------------------|
| 1. Με ένα μέσο μαζικής μεταφοράς | 2. Με δύο ή περισσότερα μέσα |
| 3. Με ιδιωτικό αυτοκίνητο        | 4. Με ταξί                   |
| 5. Με τα πόδια                   |                              |

**Έχετε βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας ή από πιο μακρινούς συγγενείς;**

- |        |        |
|--------|--------|
| 1. ΝΑΙ | 2. ΟΧΙ |
|--------|--------|

**Το ερωτηματολόγιο της επιβάρυνσης (Κλίμακα Επιβάρυνσης: ΚΕ) «The Burden Interview» των Zarit και Zarit (1990)**

ΟΔΗΓΙΕΣ: Τα παρακάτω αποτελούν ένα κατάλογο δηλώσεων, οι οποίες αντανακλούν το πως αισθάνονται οι άνθρωποι μερικές φορές όταν φροντίζουν έναν άλλο άνθρωπο. Μετά από κάθε ερώτηση, δηλώστε πόσο συχνά εσείς αισθάνεστε με αυτό τον τρόπο: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, αρκετά συχνά ή σχεδόν πάντοτε. Δεν υπάρχουν ορθές ή λανθασμένες απαντήσεις.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	0	1	2	3	4
1. Αισθάνεστε ότι η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ' ό,τι χρειάζεται;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
2. Πιστεύετε επειδή σπαταλάτε αρκετό χρόνο με την συγγενή σας ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
3. Νιώθετε πιεσμένος/ η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για τη συγγενή σας και στην προσπάθεια σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένεια σας ή την εργασία σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
4. Νιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά της συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
5. Νιώθετε θυμωμένος/η όταν περιτριγυρίζετε από τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
6. Νιώθετε ότι η συγγενής σας προς το παρόν επηρεάζει τις σχέσεις σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή με φίλους	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα



με ένα αρνητικό τρόπο;					
7. Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
8. Νιώθετε ότι η συγγενής σας είναι εξαρτώμενη από εσάς;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
9. Νοιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
10. Νιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
11. Νιώθετε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της συγγενής σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
12. Νιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε για τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
13. Νιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας , λόγω της συγγενής σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
14. Νιώθετε ότι η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς να την φροντίζετε σαν να είσατε η/ ο μοναδική /ος στον/ στην οποίο/ α θα μπορούσε να βασιστεί;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
15. Νιώθετε ότι επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδα σας δεν έχετε αρκετά λεφτά για τη φροντίδα της συγγενής σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
16. Νιώθετε ότι είσατε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
17. Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει η συγγενής σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
18. Θα ευχόσαστε έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της συγγενής σας σε κάποιον άλλο;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
19. Αισθάνεστε αβέβαιο/ η για το τι πρέπει να κάνετε για τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
20. Νιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
21. Νιώθετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα της συγγενής σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
22. Γενικά πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρηνμένος /η με τη φροντίδα της συγγενής σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα

**Η κλίμακα για τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγγογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) –Ways of Coping Questionnaire (Lazarus και Folkman 1984)**

Όλοι αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή μας ζωή προβλήματα, τα οποία μας αναστατώνουν, μας ανησυχούν, μας στενοχωρούν. Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να δούμε πώς τα άτομα αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους, τι κάνουν δηλαδή όταν τους συμβαίνει κάτι που τους προκαλεί ανησυχία, στενοχώρια, αναστάτωση.

Στη συνέχεια υπάρχουν μερικές προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές περιγράφουν τρόπους τους οποίους συνήθως χρησιμοποιούμε για να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματά μας. Θα θέλαμε να μας πείτε πόσο συχνά εσείς χρησιμοποιήσατε καθέναν από τους παρακάτω τρόπους για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα που είχατε τον τελευταίο καιρό.

Παρακαλούμε, διαβάστε κάθε πρόταση παρακάτω και απαντήστε, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά κάνατε αυτό που λέει η πρόταση: δηλαδή για το 'ποτέ' θα βάλετε σε κύκλο το **0**, για το 'σπάνια' θα βάλετε σε κύκλο το **1**, για το 'μερικές φορές' θα βάλετε σε κύκλο το **2**, και για το 'συχνά' θα βάλετε σε κύκλο το **3**.



ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
1. Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα.	0	1	2	3
2. Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.	0	1	2	3
3. Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.	0	1	2	3
4. Συμβιβαζόμουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.	0	1	2	3
5. Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση.	0	1	2	3
6. Ακούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου.	0	1	2	3
7. Ήλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα.	0	1	2	3
8. Αποδεχόμουν τη μοίρα μου.	0	1	2	3
9. Συνέχιζα σαν να μην συμβαίνει τίποτα.	0	1	2	3
10. Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.	0	1	2	3
11. Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων.	0	1	2	3
12. Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα.	0	1	2	3
13. Αποδεχόμουν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.	0	1	2	3
14. Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό.	0	1	2	3
15. Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα.	0	1	2	3
16. Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο.	0	1	2	3

17. Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.	0	1	2	3
18. Άφηνα τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο.	0	1	2	3
19. Έβγαينا από αυτήν την εμπειρία καλύτερος /η από πριν.	0	1	2	3
20. Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.	0	1	2	3
21. Τολμούσα κάτι πολύ ρισκοκίνδυνο.	0	1	2	3
22. Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.	0	1	2	3
23. Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.	0	1	2	3
24. Άλλαξα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.	0	1	2	3
25. Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.	0	1	2	3
26. Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά.	0	1	2	3
27. Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω.	0	1	2	3
28. Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ότι ήθελα.	0	1	2	3
29. Ξεσπούσα στους άλλους.	0	1	2	3
30. Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.	0	1	2	3
31. Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου για να πετύχω.	0	1	2	3
32. Έβρισκα μία - δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.	0	1	2	3
33. Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ότι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα.	0	1	2	3
34. Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν.	0	1	2	3
35. Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή.	0	1	2	3
36. Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα.	0	1	2	3
37. Προσευχόμουν.	0	1	2	3
38. Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα.	0	1	2	3

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

**Εγκρίνεται**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7<sup>η</sup> ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ  
Γ.Ν. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ"  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ  
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 2/16-02-2017

ΑΠΟΦΑΣΗ 10  
ΘΕΜΑ 3

Εισήγηση για την έγκριση ή απόρριψη διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Σάββα Αντριάς και Σταύρου Μαρίας φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης, με θέμα: «Η αλλαγή της εικόνας του σώματος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και η επιρροή του στη ψυχολογία της γυναίκας και του οικογενειακού της περιβάλλοντος»

Το ΕΠΣΥ αφού έλαβε υπόψη:

α) την αριθμ. πρωτ. 2115/7-2-2017 αίτηση των Σάββα Αντριάς και Σταύρου Μαρίας φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης, που ζητούν έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των με θέμα: «Η αλλαγή της εικόνας του σώματος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και η επιρροή του στη ψυχολογία της γυναίκας και του οικογενειακού της περιβάλλοντος»

β) τα σχετικά συνημμένα:

1) το αριθμ. πρωτ.:2694/16-12-2016 έγγραφο του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης με το οποίο ανατίθεται στις φοιτήτριες Σάββα Αντρία και Σταύρου Μαρία η εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με θέμα: «Η αλλαγή της εικόνας του σώματος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και η επιρροή του στη ψυχολογία της γυναίκας και του οικογενειακού της περιβάλλοντος», με επιβλέπουσα την πτυχιακή εκπαιδευτικό την κ. Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Τμήμα Νοσηλευτικής, Νοσηλεύτρια Μ.Ε.Θ. Π.Α.Γ.Ν.Η., MSc

2) πρωτόκολλο πτυχιακής εργασίας, ερωτηματολόγιο, χρονοδιάγραμμα και βιβλιογραφία

γ) τη σύμφωνη γνώμη του Συντ. Δ/ντη του Ογκολογικού Τμήματος κ. Νικολάου Ανδρουλάκη και του Προϊσταμένου Νοσηλεύτη κ. Εμμ. Πλαίτη

δ) τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας του Νοσοκομείου μας

ε) τη διαλογική συζήτηση

ομόφωνα αποφασίζει

**Α.** Εισηγείται θετικά για την έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Σάββα Αντριάς και Σταύρου Μαρίας φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης, με θέμα: «Η αλλαγή της εικόνας του σώματος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και η επιρροή του στη ψυχολογία της γυναίκας και του οικογενειακού της περιβάλλοντος», με επιβλέπουσα την πτυχιακή εκπαιδευτικό την κ. Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Τμήμα Νοσηλευτικής, Νοσηλεύτρια Μ.Ε.Θ. Π.Α.Γ.Ν.Η., MSc, χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας.


**Β.** Να τηρηθούν απαραίτητως οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και για τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας να ενημερωθεί και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας.

**Γ.** Η παρούσα απόφαση να κατατεθεί στην 7<sup>η</sup> ΥΠΕ για έγκριση

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

<b>Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ</b> ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	<b>ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ</b> ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΧΑΪΝΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ ΠΑΣΤΟΥΡΜΑΤΖΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ  ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗ ΜΑΡΙΑ ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗ ΝΕΚΤΑΡΙΑ	<b>ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΤΟΤΗΝΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ</b>  10/3/17 ΗΡΑΚΛΕΙΟ Ο/Η ΒΕΒΛΩΝΙΔΟΥΣ
---	---	---

Ακριβές απόσπασμα από το πρακτικό  
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ  
ΜΕΛΙΣΣΟΓΥΡΤΣΗ ΙΩΑΝΝΑ

  
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΟΛΙΤΗ  
ΚΟΚΚΙΝΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ  
Δ.Ε. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ  
Β.Π.Γ.Ν.Η.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7<sup>η</sup> ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
Ταχ. Δ/ση: 3<sup>ο</sup> χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου - Μοιρών,  
Εστανρωμένος, Τ.Κ. 71500,  
Ηράκλειο Κρήτης, ΤΘ 1285  
Πληρ.: Ανδρέας Μανουράς  
Τηλ: 2813404433  
Fax: 2813404426  
Email: [amanouras@hc-crete.gr](mailto:amanouras@hc-crete.gr)  
[dprogram@hc-crete.gr](mailto:dprogram@hc-crete.gr)

Ηράκλειο, 05-4-17  
Αρ. Πρωτ.: 6267  
Φάκελος Έρευνα 07-03-17

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 7<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ ΚΡΗΤΗΣ  
ΠΑΓ.Ν.Η. - Γ.Ν. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ»  
Αρμ. Πρωτ.: 6145  
Εληφύς 13/4/17

ΠΡΟΣ: κες Σάββα Αντριά &  
Σταύρου Μαρία,  
Σπουδάστριες του  
Τμήτος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ  
Κρήτης.  
Κοιν.: 1. Διοίκηση Γ.Ν. «Βενιζέλειο»,  
2. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας  
Γ.Ν. «Βενιζέλειο»,  
3. Πρόεδρο Επιστημονικού  
Συμβουλίου

Θέμα: «Έγκριση Έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας»  
Σχετ.: Η με αρ. 10 Απόφαση της Συνεδρίασης 2/16-02-17 του Επιστημονικού  
Συμβουλίου του Γ.Ν. «Βενιζέλειο».  
Σας ενημερώνουμε ότι λαμβάνοντας υπόψη το ανωτέρω σχετικό έγγραφο, εγκρίνουμε την  
διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. «Βενιζέλειο», και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου  
 στους ασθενείς και τους συνοδούς των στο Τμήμα Ογκολογίας και της Μονάδας  
 Χημειοθεραπείας του Γ.Ν. «Βενιζέλειο», από τις κες Σάββα Αντριά και Σταύρου Μαρία,  
 σπουδάστριες Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής  
 τους εργασίας με θέμα: «Η αλλαγή της εικόνας του σώματος στις γυναίκες με καρκίνο  
 του μαστού και η επιρροή του στη ψυχολογία της γυναίκας και του οικογενειακού της  
 περιβάλλοντος», υπό την επίβλεψη της εστωιδευτικού κες Καρτσωνάκη Μαρίας.  
 Η Έγκριση δίνεται με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της πτυχιακής τους εργασίας  
 θα προσκομίσουν περιλήψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ  
 Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. «Βενιζέλειο», και με την προϋπόθεση  
 της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των  
 προσωπικών δεδομένων, και τη γραπτή ενημέρωση και συγκατάθεση των ασθενών που  
 θα συμμετάσχουν στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ  
ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ ΕΛΕΝΗ

Εσωτερ. Διανομή: Υποδιευκτής 7<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Κρήτης

Τ: 2810366258

281340427

PR-2017 09:03 From: 7H YPE KRITIS



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

Ταχ. Δ/ση: 3<sup>ο</sup> χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,  
Εσταυρωμένος, Τ.Κ. 71500,  
Ηράκλειο Κρήτης, ΤΘ 1285  
Πληρ.: **Ανδρέας Μανουράς**  
Τηλ: 2813404433  
Fax: 2813404426

Email: [amanouras@hc-crete.gr](mailto:amanouras@hc-crete.gr)  
[dprogram@hc-crete.gr](mailto:dprogram@hc-crete.gr)

Ηράκλειο, 3-5-17  
Αρ. Πρωτ.: 7540  
Φάκελος: Έρευνα

**ΠΡΟΣ:** κες **Σάββα Αντρία &  
Σταύρου Μαρία,**  
Σπουδάστριες του  
Τμ/τος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ  
Κρήτης.

**Κοιν.:** 1. Διοικητή ΠΑΓΝΗ,  
2. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας  
ΠΑΓΝΗ,  
3. Πρόεδρο Επιστημονικού  
Συμβουλίου

**Θέμα:** «Έγκριση Έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας»  
**Σχετ.:** Η με αρ. 4696 Απόφαση της Συνεδρίασης 21-4-17 του Επιστημονικού  
Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι λαμβάνοντας υπόψη το ανωτέρω σχετικό έγγραφο, εγκρίνουμε την διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους ασθενείς και τους συνοδούς των στις Κλινικές Ογκολογική, Γενική Χειρουργική, Μονάδα Χημειοθεραπείας και Εργαστήριο Ακτινοθεραπείας του ΠΑΓΝΗ, από τις κες Σάββα Αντρία και Σταύρου Μαρία, σπουδάστριες Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής τους εργασίας με θέμα: «**Η αλλαγή της εικόνας του σώματος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και η επιρροή του στη ψυχολογία της γυναίκας και του οικογενειακού της περιβάλλοντος**», υπό την επίβλεψη της εκπαιδευτικού κας Καρτσωνάκη Μαρίας.

Η Έγκριση δίνεται με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της πτυχιακής τους εργασίας θα προσκομίσουν περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ, και με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, και τη γραπτή ενημέρωση και συγκατάθεση των ασθενών που θα συμμετάσχουν στην έρευνα.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
ΓΕΩΡΓΙΑΚΚΗ ΜΑΡΙΑ

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ**

**ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ ΕΛΕΝΗ**

Εσωτερ. Διανομή: Υποδιοικήτες 7<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Κρήτης

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αμδάκη Ι., 2014, Καρκίνος του μαστού και επιπτώσεις της χημειοθεραπείας, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
2. Ασημακόπουλος Γ., Ταρασίδου Μ., Κουσαρής Μ., 2000, Καρκίνος μαστού: Διαγνωστικές μέθοδοι, Ιατρική Παιδεία 2000, Τόμος 8, τεύχος 1.
3. Βασίλαρος Σ., Πρόληψη, πρόγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού, Βιοτεχνολογία και καρκίνος του μαστού: Από τη θεωρία στην πράξη.
4. Βλαχάκη Μ., Παπαδοπούλου ΑΜ., 2014, Ο ρόλος της Μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης, Παράρτημα Σητείας, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας.
5. Γιάννη Α., Γκεσουύλη Κ., 2013, Καρκίνος μαστού, Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Ηπείρου, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
6. Γώγου Μ., Συρίγου Α., 2006, Πρόληψη καρκίνου του μαστού, στάσεις και γνώσεις των σπουδαστών των ΤΕΙ, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Επισκεπτών-τριων υγείας.
7. Καραγιάννης Α., 2013, Παρενέργειες της χημειοθεραπείας, <http://www.karagiannisathanasios.gr/parenergeies-tes-khemeiotherapeias/alopekia-aporeia-trikhon/> (πρόσβαση 30/7/2017).
8. Καραδήμας Ε.(1998). Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία* 5(3). 260-273
9. Κατσικάρη Κ., Μπρέκη Μ., 2006, Ιστορίες γυναικών με καρκίνο-Αντιμετώπιση της νόσου και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
10. Κυπριωτάκη Α., Σταματάκη Σ., Τοψαχαλίδης Ε., 2007, Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
11. Λάγιου Α., 2008, Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 25(6):742-748.

12. Μάρκου Ε., 2011, Ανάλυση του χρόνου επιβίωσης ασθενών με καρκίνο του μαστού μετά από χειρουργική επέμβαση, Διπλωματική εργασία, Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
13. Ματσούλη Α., 2013, Καρκίνος μαστού, Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Ηπείρου, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
14. Ξανθού Μ., Οικονόμου ΑΑ., 2004, Καρκίνος του μαστού και αντιμετώπιση του φαινομένου από τις υπηρεσίες υγείας, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Καλαμάτας, Σχολή Οικονομίας και Διοίκησης, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.
15. Ογκολογική Νοσηλευτική, Κεφάλαιο 13: Ορμονοθεραπεία, σελ. 283-284
16. Ογκολογική Νοσηλευτική, σελ 275, πίνακας 13.1.
17. Ογκολογική Νοσηλευτική, σελ. 276, πίνακας 13.2.
18. Παντώτη Σ., 2011, Καρκίνος του μαστού και η πρόληψη του, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Καβάλας, Παράρτημα Διδυμότειχου, Τμήμα Νοσηλευτικής.
19. Παπανικολάου Ε., 2012, Παχυσαρκία και καρκίνος, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Καβάλας, Παράρτημα Διδυμότειχου, Τμήμα Νοσηλευτικής.
20. Παπασταύρου Ε., 2005, Διδακτορική Διατριβή «Η επιβάρυνση της οικογένειας που φροντίζει ασθενή με τη νόσο Alzheimer και άλλες σχετικές άνοιες», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Ψυχικής Υγείας και επιστημών Συμπεριφοράς.
21. Πλασκασοβίτη Ε., Τσιοπτσία Ε., 2015, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
22. Σημειώσεις Ογκολογικής Νοσηλευτικής Κωνσταντινίδης Θεοχάρης.
23. Σουτζόγλου-Κοτταρίδη Γ., 1985, Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας: ο καρκίνος του μαστού, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τόμος 56 177-185.
24. Φερεντίνος ΠΠ, Κονταξάκης ΒΠ, Παπλός ΚΓ, Χριστοδούλου ΓΝ, 2003, Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton: Μορφές, Εφαρμογές και Προοπτικές, Ειδικό άρθρο, Ψυχιατρική 14 (2), 2003.
25. Χατζοπούλου Ι., 2013, Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης, ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.



26. Χουλιάρα Ζ., Παπαδιώτη-Αθανασίου Β., Power Κ., Swanson V., Η αυτοεξέταση του μαστού στην Ελλάδα: Εμπιστοσύνη, Συμπεριφορές και Αναζήτηση πληροφοριών.

## **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, J.N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, B.S., de Haes, M.J.C.J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., Takeda, F. (1993) «The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology». *J Nat Cancer Inst* 85:365-376 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8433390> (πρόσβαση 4/11/2016).
2. Baxley K.O., Erdman L.K. Henry E.B. and Roof B.J. (1984). Alopecia: effect on cancer patient's body image. *Cancer Nursing* 7, 499-503 [http://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/1984/12000/Alopecia\\_Effect\\_on\\_cancer\\_patients\\_body\\_image.6.aspx](http://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/1984/12000/Alopecia_Effect_on_cancer_patients_body_image.6.aspx) (πρόσβαση 30/7/2017).
3. Bogdanos J, Karamanolakis D, Milathianakis K, Repousis P, Chloraki-Bobota A, Majed H, Pagalou-Thoua E, Tsintavis A, Koutsilieris M. Epoetin beta (NeoRecormon) corrects anaemia in patients with hormone-refractory prostate cancer and bone metastases. *Anticancer Res.* May-Jun 2004; 24(3b): 1957-61
4. Breitbart W. (1995). Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Cancer Care* 3, 45-60 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7697303> (πρόσβαση 30/7/2017).
5. Buhle E.L. (1999). Introduction to surgical oncology. Oncolink: University of Pennsylvania <http://www.oncolink.upenn.edu/cgi-bin/print.pl> (πρόσβαση 25/7/2017).
6. Bukberg J., Penman D. and Holland J. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine* 46, 199-212 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6739680> (πρόσβαση 27/7/2017).
7. Burke W., Daly M., Garber J., Botkin J., Kahn M.J.E., Lynch P. et al. (1997). Recommendations for follow-up care of individuals with an inherited predisposition to cancer. *Journal of the American Medical Association* 277,

- 997-1003 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9091675> (πρόσβαση 25/7/2017).
8. Carroll B.T., Kathol R.G., Noyes R., Wald T.G. and Calmon G.H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry* 15, 69-74 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8472942> (πρόσβαση 30/7/2017).
  9. Coombes R.C., Powles T.J. and Easton D. (1987). Adjuvant aminoglutethimide therapy for postmenopausal patients with primary breast cancer. *Cancer Research* 47, 2496-2499.
  10. Cooper E.T. (1984). A pilot study on the effects of the diagnosis of lung cancer on family relationships. *Cancer Nursing* August, 301-308 [http://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/1984/08000/A\\_pilot\\_study\\_on\\_the\\_effects\\_of\\_the\\_diagnosis\\_of.4.aspx](http://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/1984/08000/A_pilot_study_on_the_effects_of_the_diagnosis_of.4.aspx) (πρόσβαση 30/7/2017).
  11. Curbow B., Somerifield M., Lergo M. and Sonnega J. (1990). Self-concept and cancer in adults: theoretical and methodological issues. *Social Science and Medicine* 1, 115-128 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369090053U> (πρόσβαση 30/7/2017).
  12. Dean J., Salmon S.E. and Griffiths K.S. (1979). Prevention of doxorubicin-included alopecia with scalp hypothermia. *New England Journal of Medicine* 301, 1427-1429 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197912273012605> (πρόσβαση 30/7/2017).
  13. Demark-Wahnefried W., Winer E. and Rimer B. (1993). Why women gain weight with adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 11, 1418-1429 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8315439> (πρόσβαση 30/7/2017).
  14. Derogates L.R., Morrow G.R., Fetting J., Penman D. and PIsatsky S. (1983). The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients. *Journal of the American Medical Association* 249, 751-757 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6823028> (πρόσβαση 30/7/2017).
  15. Dowsett M. (1991). Reproductive endocrinology and endocrine effects of therapy. In Powles T.J. and Smith I.E. (eds.) *Medical Management of Breast Cancer*. London: Martin Dunitz

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0959804994002819>

(πρόσβαση 20/7/2017).

16. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (1988). Effects of adjuvant tamoxifen and cytotoxic therapy on mortality in early breast cancer. An overview of 61 randomized trials among 28.89 women. *New England Journal of Medicine* 319, 1681-1692 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3205265> (πρόσβαση 20/7/2017).
17. EORTC Quality of Life web site <http://www.eortc.be/home/qol>
18. Fentiman I.S. (1998). Prophylactic mastectomy: deliverance or delusion? *British Medical Journal* 317, 66-71.
19. Foltz A. (1987). The influence of cancer on self-concept and life quality. *Seminars in Oncology Nursing* 3, 303-312 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208187800232> (πρόσβαση 30/7/2017).
20. Forester B.M., Kornfield D.S. and Fleis J. (1985). Psychiatric aspects of radiotherapy. *American Journal of Psychiatry* 142, 22-27 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/665842> (πρόσβαση 20/7/2017).
21. Fornander T., Rutqvist I.E. and Cedermark B. (1989). Adjuvant tamoxifen in early breast cancer: occurrence of new primary cancers. *Lancet* I, 117-120 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2563046> (πρόσβαση 20/7/2017).
22. Freedman T.G. (1994). Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing* 17, 334-341 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7525048> (πρόσβαση 30/7/2017).
23. Ganz P., Rowland J., Desmond K., Meyerowitz B. and Wyatt G. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology* 16, 501-514 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9469334> (πρόσβαση 30/7/2017).
24. Golden R., McCartney C., Haggerty J., Raft D. and Nemeroff C.B. (1991). The detection of depression by patient self-report in women with gynecologic cancer. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 21, 17-27 <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/HW7K-B3P8-3T8H-073M> (πρόσβαση 30/7/2017).

25. Hall E.J. (1998). Time, dose and fractionation in radiotherapy. In Hall E. (ed.) *Radiology for Radiologist*. Philadelphia, PA: Lippincott, pp.239-259  
[https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=6HhJwRyqBzGC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Time,+dose+and+fractionation+in+radiotherapy.+Radiology+for+Radiologist&ots=0vdyAFbI\\_&sig=-\\_xSZ03Yc7AEyXbgzQdUtQGdVOQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Time%2C%20dose%20and%20fractionation%20in%20radiotherapy.%20Radiology%20for%20Radiologist&f=false](https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=6HhJwRyqBzGC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Time,+dose+and+fractionation+in+radiotherapy.+Radiology+for+Radiologist&ots=0vdyAFbI_&sig=-_xSZ03Yc7AEyXbgzQdUtQGdVOQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Time%2C%20dose%20and%20fractionation%20in%20radiotherapy.%20Radiology%20for%20Radiologist&f=false) (πρόσβαση 20/7/2017).
26. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Reference: Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50–55.
27. Hardy J. (1995). Endocrine therapy in advanced malignancy. *European Journal of Palliative Care* 2, 151-154.
28. Hartmann L.C., Schaid D.J., Woods J.E. et al (1999). Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 350, 77-84.
29. Holland J.C., Mastrovito R., Psychologic Adaptation to Breast Cancer. In *Proceedings of the National Conference on Breast Cancer - 1979*. P. 1045. N.Y. American Cancer Society, 1979.
30. Hoskin P., Ashley S. and Yarnold J. (1992). Weight gain after primary surgery for breast cancer – effect of tamoxifen. *Breast Cancer Research and Treatment* 22, 129-132 <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01833342> (πρόσβαση 30/7/2017).
31. Iconomou G, Viha A, Vagenakis AG, Kalofonos HP. Transdermal fentanyl in cancer patients with moderate-to-severe pain: a prospective examination. *Anticancer Res. Nov-Dec2000; 20(6C): 4821-4*  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11205226>
32. Jackson I.M., Litherland S. and Wakeling A.E. (1991). Tamoxifen and other antioestrogens. In Powles T.J. and Smith I.E. (eds.) *Medical Management of Breast Cancer*. London: Dunitz.
33. Jayasekara, H., Rajapaksa, L.C., Brandberg, Y. (2008) «Measuring breast cancer specific health related quality of life in South Asia: psychometric properties of the Sinhala version of the EORTC QLQ-BR23». *Quality of Life*

*Research*, 17:927-932 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18500576>  
(πρόσβαση 4/11/2016).

34. Jordan V.C. (1986). *Estrogen/Antiestrogen Action and Breast Cancer Therapy*. Madison, MA: Wisconsin Press.  
[https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=7WmLZfGXST0C&oi=fnd&pg=PR11&dq=Estrogen/Antiestrogen+Action+and+Breast+Cancer+Therapy&ots=eRQKSNmzD8&sig=IldUTafmv\\_EqQwrTby1NgeD8XA&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Estrogen%20Antiestrogen%20Action%20and%20Breast%20Cancer%20Therapy&f=false](https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=7WmLZfGXST0C&oi=fnd&pg=PR11&dq=Estrogen/Antiestrogen+Action+and+Breast+Cancer+Therapy&ots=eRQKSNmzD8&sig=IldUTafmv_EqQwrTby1NgeD8XA&redir_esc=y#v=onepage&q=Estrogen%20Antiestrogen%20Action%20and%20Breast%20Cancer%20Therapy&f=false) (πρόσβαση 20/7/2017).
35. Karamouzis MV, Ioannidis G, Rigatos G. Quality of life in metastatic breast cancer patients under chemotherapy or supportive care: a single-institution comparative study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. Sep2007; 16(5): 433-8  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17760930>
36. Klijn J.G.M., Janin N., Cortes-Funes H. and Colomer R. (1997). Current controversies in cancer: should prophylactic surgery be used in women with high risk of breast cancer? *European Journal of Cancer* 33, 2149-2159.
37. Kubler-Ross E. (1973), *On Death and Dying*. Routledge  
[https://www.amazon.com/dp/0684839385/ref=asc\\_df\\_06848393855106875?smid=A24MOTDT3FUTY2&tag=shopz0d-20&ascsubtag=shopzilla\\_mp\\_1446-20;15019785275600471210610070301008005&linkCode=df0&creative=395105&creativeASIN=0684839385](https://www.amazon.com/dp/0684839385/ref=asc_df_06848393855106875?smid=A24MOTDT3FUTY2&tag=shopz0d-20&ascsubtag=shopzilla_mp_1446-20;15019785275600471210610070301008005&linkCode=df0&creative=395105&creativeASIN=0684839385) (πρόσβαση 27/7/2017).
38. Lamb M.A. and Sheldon T.A. (1994). The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer. *Cancer Practice* 2, 103-113  
[https://www.researchgate.net/publication/15144260\\_Lamb\\_MA\\_Sheldon\\_TAT\\_he\\_sexual\\_adaptation\\_of\\_women\\_treated\\_for\\_endometrial\\_cancer\\_Cancer\\_Pract\\_2\\_103-113](https://www.researchgate.net/publication/15144260_Lamb_MA_Sheldon_TAT_he_sexual_adaptation_of_women_treated_for_endometrial_cancer_Cancer_Pract_2_103-113) (πρόσβαση 30/7/2017).
39. Lamont J.A., De Petrillo A.D. and Sargeant E.J. (1978). Psycho-sexual rehabilitation and extenterative surgery. *Gynecologic Oncology* 6, 236-242  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0090825878900288>  
(πρόσβαση 30/7/2017).
40. Lampic C., Wennberg A., Schill J., Brodin O., Glimelius B. and Sjoden P. (1994). Anxiety and cancer related worry of cancer patients at routine follow-up visits. *Acta Oncologica* 33, 119-125.

41. Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York, [https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Lazarus+R.S.,+Folkman+S.\(1984\).+Stress,+Appraisal+and+Coping.+Springer,+New+York&ots=DeJVppilLa&sig=Sw6w44t8GvyxmB-XiVDw1mkHWo8&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Lazarus+R.S.,+Folkman+S.(1984).+Stress,+Appraisal+and+Coping.+Springer,+New+York&ots=DeJVppilLa&sig=Sw6w44t8GvyxmB-XiVDw1mkHWo8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (πρόσβαση 18/11/2016).
42. Love R.R., Leventhal H., Easterling D.V. and Nerenz D.R. (1989). Side-effects and emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer* 63, 604-612.
43. Lynch M. (1995). The assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer. *Journal of Palliative Care* 11, 10-18 <http://psycnet.apa.org/record/1995-37626-001> (πρόσβαση 30/7/2017).
44. MacElveen-Hoehn P. and McCorkle R. (1985). Understanding sexuality in progressive cancer. *Seminars in Oncology Nursing* 1, 56-62 <http://mbbsdost.com/Understanding-sexuality-progressive-cancer-Seminars-oncology-nursing-MacElveen-Hoehn-McCorkle--1985-Feb/pubmed/7260456> (πρόσβαση 30/7/2017).
45. Medical Research Council Scottish Trials Office (1987). Adjuvant tamoxifen in the management of operable breast cancer: the Scottish trial. *Lancet* ii, 171-175, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/2885637> (πρόσβαση 20/7/2017).
46. Miki Y., Swensen J., Shattuck-Eiders D. et al. (1994). A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA-1. *Science* 266, 66-71 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7545954> (πρόσβαση 25/7/2017).
47. Mullan F. (1985). Seasons of survival: reflections of physician with cancer. *New England Journal of Medicine* 313, 270-273.
48. Munstedt K., Manthey N., Sacchse S. and Vahrson H. (1997). Changes in self-concept and body image during cancer chemotherapy-induced alopecia. *Supportive Care in Cancer* 5, 139-143.
49. Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Influence of pain and quality of life on desire for hastened death in patients with advanced cancer. *Int J Palliat Nurs.* Oct 2004; 10(10): 476-83 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15577706>

50. Mystakidou K, Tsilika E, Kouloulis V, Parpa E, Katsouda E, Kouvaris J, Vlahos L. The "Palliative Care Quality of Life Instrument (PQLI)" in terminal cancer patients. *Health Qual Life Outcomes*. Feb 2004; 12;2(1)8
51. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Brief cognitive assessment of cancer patients: evaluation of the Mini-Mental State Examination (MMSE) psychometric properties. *Psychooncology*. Apr 2007; 16(4): 352-7  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16991106>
52. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kalaidopoulou O, Smyrniotis V, Vlahos L. The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30, Version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: validity and reliability in a hellenic sample *Int. J. Cancer*, 2001; 94: 135–139
53. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Qual Life Res*. Oct 2005; 14(8): 1825-33
54. Neil K.M., Armstrong N. and Burnett C.B. (1998). Choosing reconstruction after mastectomy: a qualitative analysis. *Oncology Nursing Forum* 25, 743-750  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/9599357> (πρόσβαση 27/7/2017).
55. Nocross Weintraub F. (1992). Coping with cancer treatment: patient and family response to radiation therapy. In Hassey Dow K. and Hilderly L.J. (eds.) *Nursing Care in Radiation Oncology*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders, pp. 45-56.
56. Ormiston M.C., Timoney A. and Qureshi A.C. (1985). Is follow-up of patients after surgery for breast cancer worthwhile? *Journal of the Royal Society of Medicine* 78, 920-921.
57. Pace P., Jarman M., Phillips D., Hewer A., Bliss J. and Coombes R. (1997). Indoxifene is equipotent to tamoxifen in inhibiting mammary carcinogenesis but forms lower levels of hepatic DNA adducts. *British Journal of Cancer* 76, 700-704.
58. Peck A. and Boland J. (1977). Emotional reaction to radiation treatment. *Cancer* 40, 180-184 [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(197707\)40:1%3C180::AID-CNCR2820400129%3E3.0.CO%3B2-5/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(197707)40:1%3C180::AID-CNCR2820400129%3E3.0.CO%3B2-5/abstract) (πρόσβαση 25/7/2017).

59. Powles T.J., Hardy J.R., Ashley S.E. et al. (1989). A pilot study to evaluate the acute toxicity and feasibility of tamoxifen for prevention of breast cancer. *British Journal of Cancer* 60, 126-133 <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00689678> (πρόσβαση 27/7/2017).
60. Powles T.J., Jones A., Ashley S. et al. (1994). The Royal Marsden Hospital pilot tamoxifen chemoprevention trial. *Breast Cancer Research and Treatment* 31, 73-82 <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00689678> (πρόσβαση 20/7/2017).
61. Price B. (1994). The asthma experience: altered body image and non-compliance. *Journal of Clinical Nursing* 3, 139-145.
62. Priestman (1987). *Cancer Chemotherapy: An Introduction*, 3<sup>rd</sup> edition. London: Springer.
63. Ron I.G., Kalmus Y., Kalmus Z., Inbar M. and Chaitchik S. (1997). Scalp cooling in the prevention of alopecia in patients receiving depilating chemotherapy. *Supportive Care in Cancer* 5, 136-138.
64. Rosenberg S.A. (1997). Principles of cancer management: surgical oncology. In DeVita V.T., Hellman S. and Rosenberg S.A. (eds.) *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, Vol. 1, 5<sup>th</sup> edition. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven, pp. 295-306.
65. Sabo D., Brown J. and Smith C. (1986). The male role and mastectomy support groups and men's adjustment. *Journal of Psychological Oncology* 4, 19-31 [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J077v04n01\\_02](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J077v04n01_02) (πρόσβαση 30/7/2017).
66. Schilder P. (1950). *The Image and Appearance of the Human Body*. New York: International Universities Press <https://www.questia.com/library/77317214/the-image-and-appearance-of-the-human-body-studies> (πρόσβαση 30/7/2017).
67. Skeel R.T. (1987). *Handbook of Cancer Chemotherapy*. Boston, MA: Little Brown.
68. Smigel K. (1998). Breast cancer prevention trial shows major benefit, some risk. *Journal of the National Cancer Institute* 90, 647-648.
69. Smith D.B. (1989). Sexual rehabilitation of the cancer patient. *Cancer Nursing* 12, 10-15 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2713827> (πρόσβαση 30/7/2017).



70. Stefanek M., Shaw S., DeGeorge D. and Tsottles N. (1989). Illness-related worry among cancer patients: prevalence, severity and content. *Cancer Investigation* 7, 365-371 <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/07357908909039865> (πρόσβαση 30/7/2017).
71. Tierney A.J. (1987). Preventing chemotherapy-induced alopecia in women treated for breast cancer: is scalp cooling worthwhile? *Journal of Advanced Nursing* 12, 303-310 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3648073> (πρόσβαση 30/7/2017).
72. Ward S., Viergutz G., Tormey D., DeMuth J. and Paulen A. (1992). Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *Nursing Research* 41, 6, 362-366 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1437586> (πρόσβαση 25/7/2017).
73. Weeks J. (1989). Sex, Politics and Society: *The Regulation of Sexuality Since 1800*, 2<sup>nd</sup> edition. London: Longman [https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=0OWhAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Sex,+Politics+and+Society:+The+Regulation+of+Sexuality+Since+1800,+2nd+edition.+London:+Longman.&ots=q4eeTa4pT4&sig=X2\\_RMisp5g5yGOT2R1mjd5yfxGQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=0OWhAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Sex,+Politics+and+Society:+The+Regulation+of+Sexuality+Since+1800,+2nd+edition.+London:+Longman.&ots=q4eeTa4pT4&sig=X2_RMisp5g5yGOT2R1mjd5yfxGQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (πρόσβαση 30/7/2017).
74. Zarit SH., Reeve KE, Bach-Peterson J(1980): Relatives of the impaired elderly: correlates of the feelings of burden. *Gerontologist* 20:649-655 <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/20/6/649.abstract> (πρόσβαση 18/11/2016).