



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
**«ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ
ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΠΟΣΟΤΙΚΗ
ΜΕΛΕΤΗ»**



**ΧΡΙΣΤΟΓΕΩΡΓΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΜΠΕΡΛΕΜΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ, 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερος την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κυρία Μιχαλοπούλου Ελένη που χάρη στις γνώσεις της και την συνεχή καθοδήγηση της, μας βοήθησε στο να αντιληφθούμε τον ορθό τρόπο εκτέλεσης μιας πτυχιακής εργασίας. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας και απάντησαν στις ερωτήσεις μας διότι χωρίς τη συνδρομή τους δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί η έρευνα μας όπως και τον πλαστικό χειρουργό κύριο Αντωνόπουλο Δημήτριο για τη συνδρομή του στη συλλογή των δεδομένων.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας που στάθηκαν κοντά μας σε όλη την προσπάθεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη φυσική, ψυχολογική και συναισθηματική ευημερία των ασθενών και των οικογενειών τους. Η συναισθηματική ευεξία είναι εξίσου σημαντική με τη σωματική υγεία. Ο κάθε ασθενής χρειάζεται υποστήριξη κατά τη διάρκεια δύσκολων περιόδων, ειδικά όταν αντιμετωπίζει μια σοβαρή ασθένεια.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της αντίληψης και των ψυχολογικών επιδράσεων του καρκίνου του μαστού στους ασθενείς. Στους επιμέρους στόχους συγκαταλέγονται η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού καθώς και η εκτίμηση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους.

Υλικό-μέθοδος: Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελούσαν γυναίκες ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Χρησιμοποιήθηκε το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (B-IPQ) που δημιουργήθηκε από τους Weinman και συν. το 1996 και έκτοτε χρησιμοποιήθηκε εκτενώς για διαφορετικές ασθένειες και καταστάσεις, κυρίως σε έρευνες που αφορούν την συνολική προσαρμογή του ασθενούς. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε το αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής κατά McGill (MQOL-R), το οποίο δημιουργήθηκε από τον Cohen, το 1997. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 ασθενείς. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 21^η έκδοση. Στην ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ανάλυση συχνοτήτων, συσχετίσεις απαντήσεων και μέτρηση δεικτών αξιοπιστίας cronbach alpha που υπολογίστηκε στο 0,763.

Αποτελέσματα: Από τα δεδομένα της έρευνας παρατηρήθηκε ότι η ασθένεια επηρεάζει αρκετά την προσωπική ζωή των γυναικών ενώ παράλληλα εκφράζουν ότι ελέγχουν σε μεγάλο βαθμό την ασθένειά τους. Στη συνέχεια παρατηρήθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού τις έχει επηρεάσει στη σεξουαλική τους ζωή ενώ παράλληλα απάντησαν πως ο μέσος όρος των γυναικών που έχει προχωρήσει σε αποκατάσταση μαστού νιώθει πολύ θετική ψυχολογική επιρροή. Οι γυναίκες του δείγματος νιώθουν σχετικά μικρά επίπεδα φόβου για το μέλλον και έχουν πραγματοποιήσει μεγάλη πρόοδο στη ζωή τους. Τέλος οι γυναίκες αισθάνθηκαν να έχουν μεγάλη υποστήριξη, δεν ήταν στεναχωρημένες, όμως τόνισαν πως ένιωθαν κόπωση και πόνο στο μαστό.

Συμπεράσματα: Οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα βιωθούν ότι έχουν μεγάλο έλεγχο της ασθένειάς και υπάρχει μια θετική εικόνα σώματος. Το δείγμα κατανοεί πάρα πολύ καλά την ασθένειά του. Υπάρχει μια σημαντική συναισθηματική επιρροή από την ασθένεια και σαν πιο σημαντικός παράγοντες ορίστηκαν το άγχος, και η στεναχώρια. Σε σχέση με τη σωματική κατάσταση των γυναικών παρατηρήθηκε πως κατά μέσο όρο δεν παρουσίασαν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα ενώ το δείγμα δηλώνει ότι έχει πραγματοποιήσει μεγάλη πρόοδο στη ζωή του.

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

ABSTRACT

Introduction: Diagnosis of breast cancer can significantly affect the physical, psychological and emotional well-being of patients and their families. Emotional well-being is just as important as physical health. Each patient needs support during difficult periods, especially when they are experiencing a serious illness.

Purpose: The purpose of this thesis is to investigate patients' perceptions and psychological implications of breast cancer. The individual goals include assessing the quality of life of women with breast cancer as well as their illness perceptions while attempting to assess their thoughts and feelings.

Material-method: The sample that participated in this study were female patients diagnosed with breast cancer.

The structured Brief - Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) was used, developed by Weinman et al. in 1996 and since then has been extensively used for various diseases and situations, mainly in surveys concerning the patient's overall adaptation. Also, the McGill Quality of Life Questionnaire, revised version (MQOL-R) was used, created by Cohen, R. in 1997. The sample of the survey consisted of 100 patients. For the data analysis, the 21st Edition SPSS statistical package was used. For the analysis of the data, frequency and percentage analysis and measurement of cronbach alpha internal coherence were used.

Results: From the data of the survey it was observed that the disease affects quite a lot the personal lives of women while expressing that they control their illness to a great extent. Then observed that the breast cancer has affected their sex life and also answered that the average women has advanced in breast reconstruction feel very positive psychological influence. The women in the sample feel relatively low levels of fear for the future and have made great progress in their lives. Finally, women felt they had a lot of support, they were not sad, but they felt they felt fatigue and pain in the breast. **Conclusions:** The women who took part in this study are experiencing great control of their disease and claim to have is a positive body image. The participants suggest that they understand their illness very well. There is a significant emotional influence of the disease, and the most important emotions identified were anxiety and sadness. In relation to the women's physical condition, it was observed that on average there were no particular problems while the sample felt that they had made great progress in their life.

Key words: breast cancer, psychological effects, quality of life, illness perception, body image, social stigma

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο δεύτερος επικρατέστερος τύπος καρκίνου και είναι εξίσου κοινός τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις ανεπτυγμένες χώρες. Παρά την ευνοϊκή επιβίωση, η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες εξακολουθεί να είναι ο καρκίνος του μαστού, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Παρόλο που υπάρχουν επιτυχείς θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, ο πόνος και η ταλαιπωρία που συνδέονται με τους διαθέσιμους τρόπους θεραπείας είναι σημαντικοί. Η χειρουργική επέμβαση καρκίνου του μαστού ακολουθείται από το σύνδρομο χρόνιου νευροπαθητικού πόνου όπως ο πόνος στο στήθος Phantom (αισθητική εμπειρία που υπάρχει ακόμα και μετά την απομάκρυνση του μαστού και είναι οδυνηρή), τη Διαθρακτική νευραλγία (πόνος στην κατανομή του ενδοκοιλιακού νεύρου) και πόνο Neuroma (πόνος στην περιοχή της ουλής στο στήθος, στο στήθος ή στο βραχίονα). Η ριζική μαστεκτομή είναι ο πιο παραμορφωτικός τύπος χειρουργικής του καρκίνου του μαστού και περιλαμβάνει την αφαίρεση των μαστών, των κύριων και των δευτερευόντων μυών στο στήθος και των λεμφαδένων.

Πολλοί είναι οι ασθενείς που θα αντιμετωπίσουν δυσφορία που σχετίζεται με τη θεραπεία, το φόβο επανεμφάνισης, αλλαγές στην εικόνα του σώματος και τη σεξουαλικότητα, καθώς και σωματικές παρενέργειες που προκύπτουν από την θεραπεία που θα ακολουθηθεί. Η συναισθηματική αναταραχή που προκύπτει επηρεάζει την ψυχολογική τους ευημερία με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται χρόνιο στρες, άγχος και κατάθλιψη.

Η διαθεσιμότητα των θεραπειών και το υψηλό ποσοστό των περιστατικών επέτρεψαν τη δυνατότητα επιβίωσης με αποτέλεσμα να αποτελέσουν αντικείμενο ενδιαφέροντος για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και τους ερευνητές. Τα προγνωστικά μοντέλα που βασίζονται σε δεδομένα για την επιβίωση του καρκίνου μπορούν να βοηθήσουν στην πρόγνωση και τη διαχείριση του καρκίνου. Αυτό αφορά επίσης πρωτοβουλίες όπως τα συστήματα μάθησης για την υγειονομική περίθαλψη όπως προσδιορίζονται από το Ινστιτούτο Ιατρικής (Ηνωμένες Πολιτείες). Η ιατρική περίθαλψη βασισμένη στα αποδεικτικά στοιχεία και η υγειονομική περίθαλψη βασισμένη αποτελούν το επίκεντρο της σύγχρονης κλινικής ιατρικής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	9
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	9
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	9
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	10
1.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	11
1.5 ΑΣΚΗΣΗ- ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΑΛΚΟΟΛ.....	11
1.6 ΘΗΛΑΣΜΟΣ	12
1.7 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ.....	12
1.8 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	12
1.9 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	13
1.10 ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	14
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	14
2.1 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	14
2.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	14
2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	14
2.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	15
2.5 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	16
2.6 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	19
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	19
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	19
3.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	20
3.3 Η ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ.....	22
3.4 ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	26
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	26
4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	26
4.2 ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	28
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	28
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	28
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	60
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	67
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	67

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Περιγραφική στατιστική της ηλικίας, ηλικίας εμφάνισης της νόσου και των μηνών που οι συμμετέχουσες στην έρευνα γνωρίζουν ότι νοσούν.	29
Πίνακας 2: Παρουσίαση των συσχετίσεων της ηλικίας καθώς και της ηλικίας εμφάνισης της νόσου με τους μήνες που γνωρίζουν οι συμμετέχουσες στην έρευνας ότι νοσούν	29
Πίνακας 3: Περιγραφική στατιστική των γενικών ερωτήσεων του δείγματος.....	35
Πίνακας 4: Περιγραφική στατιστική της γενικής ποιότητας ζωής του δείγματος.....	38
Πίνακας 5: Περιγραφική στατιστική της σωματικής κατάστασης του δείγματος.....	39
Πίνακας 6: Περιγραφική στατιστική των σκέψεων και των συναισθημάτων του δείγματος.....	42
Πίνακας 7: Περιγραφική στατιστική κοινωνικότητας του δείγματος	43
Πίνακας 8: Cronbach's Alpha	44
Πίνακας 9: Παρουσίαση των συσχετίσεων της ηλικίας καθώς και της ηλικίας εμφάνισης της νόσου με τις ερωτήσεις που ερευνούσαν τα σωματικά προβλήματα των γυναικών.	58
Πίνακας 10: Παρουσίαση των συσχετίσεων της ηλικίας καθώς και της ηλικίας εμφάνισης της νόσου με τις ερωτήσεις που ερευνούσαν την επικοινωνία των γυναικών.	59

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Παρουσίαση της εθνικότητας των συμμετεχουσών στην έρευνα.	28
Γράφημα 2: Παρουσίαση των σταδίων της νόσου στην έρευνα κατά τη διάγνωση. ..	30
Γράφημα 3: Παρουσίαση τύπου επέμβασης.....	30
Γράφημα 4: Παρουσίαση των θεραπειών που ακολουθούν οι συμμετέχουσες στην έρευνα	31
Γράφημα 5: Παρουσίαση της εκπαίδευσης των συμμετεχουσών στην έρευνα.....	32
Γράφημα 6: Παρουσίαση της εργασίας των συμμετεχουσών στην έρευνα.	32
Γράφημα 7: Παρουσίαση της οικογενειακής κατάστασης	33
Γράφημα 8: Παρουσίαση της καταγωγής των συμμετεχουσών στην έρευνα	33
Γράφημα 9: Παρουσίαση πρώτου σημαντικού παράγοντα θεωρούν ότι προκάλεσαν την ασθένεια τους.	36
Γράφημα 10: Παρουσίαση δεύτερου σημαντικού παράγοντα θεωρούν ότι προκάλεσαν την ασθένεια τους.	36
Γράφημα 11: Παρουσίαση τρίτου σημαντικού παράγοντα θεωρούν ότι προκάλεσαν την ασθένεια τους.	37
Γράφημα 12: Παρουσίαση πρώτου συμπτώματος που οι συμμετέχουσες στην έρευνα ένοιωσαν το τελευταίο 48ωρο	40
Γράφημα 13: Παρουσίαση δεύτερου συμπτώματος που οι συμμετέχουσες στην έρευνα ένοιωσαν το τελευταίο 48ωρο.	40
Γράφημα 14: Επιρροή της ασθένειας	44
Γράφημα 15: Εκτίμηση της διάρκειας της ασθένειας.....	45
Γράφημα 16: Έλεγχος της ασθένειας	45
Γράφημα 17: Η θεραπεία πρόκειται να βοηθήσει στην ασθένεια	46
Γράφημα 18: Συμπτώματα της ασθένειας	46
Γράφημα 19: Ανησυχία για την ασθένεια.....	47
Γράφημα 20: Κατανόηση της ασθένειας	47
Γράφημα 21: Επιρροή της ασθένειας	48
Γράφημα 22: Επιρροή από την εικόνα του σώματος.....	48
Γράφημα 23: Αποκατάσταση μαστού.....	49
Γράφημα 24: Επιρροή στη σεξουαλική ζωή.....	49
Γράφημα 25: Βαθμολογία ποιότητας ζωής.....	50
Γράφημα 26: Βαθμολογία σωματικών συμπτωμάτων.....	50
Γράφημα 27: Αίσθηση των περασμένων δυο μηνών.....	51
Γράφημα 28: Σωματική ικανότητα	51
Γράφημα 29: Στεναχώρια κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών.....	52
Γράφημα 30: Άγχος ή ανησυχία κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών	52
Γράφημα 31: Θλίψη κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών	53
Γράφημα 32: Φόβος κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών	53
Γράφημα 33: Αίσθηση για το σκοπό της ζωής κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών	54
Γράφημα 34: Επίτευξη στόχων.....	54
Γράφημα 35: Βαθμός ελέγχου ζωής κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών	55
Γράφημα 36: Αίσθηση κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών	55
Γράφημα 37: Επικοινωνία κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών.....	56
Γράφημα 38: Σχέσεις κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών	56
Γράφημα 39: Υποστήριξη κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Η χωρική κατανομή των μαστών στο σώμα, καταλαμβάνουν την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα, από τη 2η ως την 6η πλευρά και από την πρόσθια μασχालιαία γραμμή μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. Το μέγεθος και η μορφή των μαστών μεταβάλλεται ανάλογα με την εγκυμοσύνη, την εμμηνόπαυση, τη γαλουχία κ.ά. (Αθανάτου, 2007).

Ο γυναικείος μαστός διαμορφώνεται στην μπροστά επιφάνεια του θώρακα με την εικόνα των ημισφαιρικών μορφωμάτων, που είναι συμμετρικά τοποθετημένα εκατέρωθεν του μεσομάστιου κόλπου. Η θηλή βρίσκεται στο κέντρο του μαστού και το μέγεθος και η μορφή της εξαρτώνται από την ηλικία της γυναίκας, την διατροφή της, τον σωματότυπο της κ.α.. Ο μαστικός αδένας, ο συνδετικός και ο λιπώδης ιστός βρίσκονται στο υπόδερμα του μαστού. Γύρω από τον μαστικό αδένά υπάρχουν οι μασχालιαίες αποφύσεις, οι οποίες αποτελούν την επέκταση του αδένά. Το σχήμα των λοβών του μαστικού αδένά είναι κωνοειδές και η κορυφή τους είναι στραμμένη προς το κέντρο του μαστού. Ο συνδετικός ιστός μεταξύ των μυών και του δέρματος προσδιορίζει τη σταθερότητα του ενώ το περιμαστικό λίπος συμπληρώνει τα υπόλοιπα κενά (Dewit, 2009).

Ο γυναικείος μαστός ξεκινάει να αναπτύσσεται από την αρχή της εμμήνου ρύσης και έρχεται στην ολοκλήρωση στην ηλικία των 20 χρόνων. Στα τριάντα έτη ξεκινάει η συρρίκνωση του γυναικείου μαστού. Όσο διαρκεί η κλιμακτήριος, παρουσιάζεται χαλαρότητα του μαστού και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχουν δυσμορφίες λόγω της μεγάλης υποστροφής του, ενώ δεν υπάρχει καθόλου ο λιπώδης ιστός. Το μέγεθος του μαστού αυξάνεται μέχρι και 50% λόγω του οιδήματος μεταξύ των λοβίων όσο διαρκεί η έμμηνος ρύση (Dewit, 2009).

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Με βάση την Παθολογία του Cecil (2003) «ο καρκίνος είναι η κυτταρική νόσος η οποία προκαλείται από παθολογικά κύτταρα στους ιστούς του ανθρώπινου σώματος.». Η νοσολογία του καρκίνου εμφανίζεται σε πάνω από εκατό εκφάνσεις με κοινό στοιχείο την μη φυσιολογική ανάπτυξη των κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά που δεν αναπτύσσονται φυσιολογικά επικεντρώνονται σε κάποιο όργανο του ανθρώπινου σώματος με αποτέλεσμα να προκαλούν την καταστροφή των υγιή κυττάρων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να επεκτείνεται ο καρκίνος και σε άλλα όργανα του ανθρώπινου σώματος.

Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού βρίσκεται στους γαλακτοπαραγωγούς αδένες του μαστού που μεταφέρουν το γάλα προς τις θηλές. Το πρώτο στάδιο του καρκίνου του μαστού είναι το διάστημα στο οποίο ο καρκίνος βρίσκεται στο λιπώδη ιστό του μαστού. Στη συνέχεια, υπάρχουν πιθανότητες να γίνει εξάπλωση στους υποκείμενους ιστούς του θωρακικού τοιχώματος (Vivar, Mc Queen, 2005).

Σε γενικές γραμμές, ο καρκίνος είναι μια νόσος με εκατό διαφορετικούς τύπους που όσο διαρκεί, τα κύτταρα νοσούν και πολλαπλασιάζονται με πολύ γρήγορους ρυθμούς. Τα κύτταρα αυτά συνωστίζονται σε κάποιο συγκεκριμένο όργανο στο ανθρώπινο σώμα με αποτέλεσμα να καταστρέφονται τα υγιή κύτταρα. Ο πολλαπλασιασμός των ασθενών κυττάρων οδηγεί στην ολική αδρανοποίηση του οργάνου που έχει

προσβληθεί και επίσης στην επέκταση της ασθένειας σε άλλα ζωτικά όργανα του ανθρώπινου σώματος (Vivar, Mc Queen, 2005).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί προηγουμένως, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος που εμφανίζεται στις γυναίκες. Με βάση τη Διεθνή Έκθεση για την ασθένεια του καρκίνου που έγινε στη Γενεύη της Ελβετίας τον Απρίλιο του 2003, καταγράφηκαν περίπου 1.000.000 νέα περιστατικά παγκοσμίως (IARC International Agency for Research on Cancer).

Κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. εμφανίζονται πάνω από 200.000 περιστατικά καρκίνου του μαστού ενώ στην Ελλάδα γίνεται διάγνωση της συγκεκριμένης ασθένειας σε περίπου 4.500 γυναίκες. Με βάση στατιστικές μελέτες έχει υπολογιστεί ότι 1 στις 8 γυναίκες στην Αμερική και 1 στις 9 στην Ευρώπη θα νοσήσουν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Από αυτές τις γυναίκες με ποσοστό 30% υπάρχει ο παράγοντας της κληρονομικότητας στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Στην χώρα μας παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού 1 στις 12 γυναίκες. Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα είναι εμφανές ότι το συγκεκριμένο πρόβλημα παρουσιάζει επιδημικές διαστάσεις.

Στις Η.Π.Α. καθώς και στην Δυτική Ευρώπη, ο καρκίνος του μαστού είναι η βασική αιτία θανάτου από καρκίνο για τις γυναίκες. Μία στις εννέα γυναίκες που γεννιούνται στις Η.Π.Α, θα εμφανίσουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Το 1995 παρουσιάστηκαν 180.000 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού στις Η.Π.Α και 45.000 γυναίκες πέθαναν από την ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 25 και 35 ετών και γενικότερα στις γυναίκες ηλικίας 35-50 ετών (Carey, 2010).

Οι πιθανότητες να παρουσιάσει μια γυναίκα καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής της αγγίζει το 13%. Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ότι τα τελευταία χρόνια αυτό το πρόβλημα έχει παρουσιάσει αύξηση περίπου 1-2% κάθε χρόνο. Επιπλέον, περίπου 1.000.000 γυναίκες παγκοσμίως χάνουν την ζωή τους από καρκίνο του μαστού. Στις ανεπτυγμένες χώρες το 23% των κακοηθών νεοπλασμάτων των γυναικών αφορά τον καρκίνο του μαστού (Carey, 2010).

Στην Αφρική, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου ενώ παράλληλα φαίνεται ότι η συχνότητα του αυξάνεται κάθε χρόνο. Το 2012, το Αφρικανικό Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου και ο Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο εκτιμούν ότι η Ουγκάντα είχε ένα πρότυπο ηλικίας από 27,5 ανά 100.000 γυναίκες, μία από τις υψηλότερες στην περιοχή. Οι γυναίκες στις αφρικανικές χώρες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν από τον καρκίνο από ότι οι γυναίκες σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Αυτό το υψηλό ποσοστό θανατηφόρου περιστατικού οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην καθυστερημένη διάγνωση. Το 75% -90% των γυναικών στην υποσαχάρια Αφρική διαγιγνώσκονται στα στάδια III και IV, γεγονός που μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες επιβίωσης. Επιπλέον, οι ασθενείς από καρκίνο του μαστού στην Ουγκάντα συχνά δεν επιθυμούν να ακολουθήσουν συστάσεις για ιατρική θεραπεία ακόμα και μετά τη διάγνωση ή να αναζητήσουν βοτανοθεραπεία θεραπεία. (Meacham et al., 2016)

Με βάση στατιστικές μελέτες, γίνεται διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε πρώιμο στάδιο στο 60% των περιστατικών. Το συγκεκριμένο ποσοστό στην Ελλάδα δεν είναι πάνω από 5%. Δυστυχώς με αυτό επιβεβαιώνεται η μη οργανωμένη και λειψή ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Τα προαναφερθέντα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι όσο πιο γρήγορα διαγνωστεί ο καρκίνος του μαστού μέσα από τους προληπτικούς ελέγχους και την αυτοεξέταση τόσο μεγαλώνει το ποσοστό των γυναικών που μπορούν να τον αντιμετωπίσουν με μεγάλη επιτυχία (Piperaki, Marneras, Boulala., Gesouli-Voltiraki, 2010).

Οι προληπτικοί έλεγχοι και συγκεκριμένα η μαστογραφία καθώς και η ανάπτυξη και βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων συμβάλλουν στην μείωση των ποσοστών θανάτου. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει συνεχής αύξηση των ατόμων που αντιμετωπίζουν με επιτυχία τη συγκεκριμένη ασθένεια. Ειδικότερα, στις ΗΠΑ από το 2006 περίπου 2,5 εκατομμύρια γυναίκες αντιμετώπισαν με επιτυχία την συγκεκριμένη ασθένεια.

Στην Ελλάδα, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος του γυναικείου πληθυσμού και ταυτόχρονα η πιο βασική αιτία θανάτου. Επιπλέον, η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού κατά μέσο όρο είναι 1.151 θάνατοι ανά έτος και εδώ πρέπει να πούμε ότι το συγκεκριμένο ποσοστό σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης είναι χαμηλό. Συγκρίνοντας το αντίστοιχο ποσοστό θνησιμότητας στην Ιαπωνία και σε άλλες χώρες της Ασίας τα ποσοστά αυτά είναι ιδιαίτερα υψηλά. Τα τελευταία είκοσι χρόνια στην Ελλάδα παρουσιάζεται αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού με ποσοστό 4% το χρόνο. Τέλος, στην Ελλάδα, στις αστικές περιοχές η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι 60% μεγαλύτερη απ' ότι στις αγροτικές περιοχές (Piperaki, Marneras, Boulala., Gesouli-Voltiraki, 2010).

1.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η πρόγνωση της επιβίωσης και της θεραπείας του καρκίνου έχει ενδιαφέρον για το σύνολο των ερευνητών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέφερε ότι ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι θεραπείας για τον καρκίνο, όπως η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία, η ορμονική ανοσοενισχυτική θεραπεία και η ακτινοθεραπεία.

Με βάση τα είδη και το στάδιο του καρκίνου, τα αποτελέσματα των θεραπευτικών μεθόδων μπορεί να διαφέρουν. Για παράδειγμα, διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού, που περιορίζεται στο πρώτο στάδιο εμφάνισης, έχει σαν αποτέλεσμα το 96% των ασθενών θα είναι ζωντανοί πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση. Η διάδοση σε περιφερειακούς κόμβους ή άλλους κόμβους και η μετάσταση θα μειώσει την επιβίωση των σθενών (Shuklaa et al., 2018).

Προηγούμενες μελέτες για τον καρκίνο του μαστού έδειξαν ότι η επιβιωσιμότητα κυμαίνεται ανάλογα με τη διακύμανση των διαφόρων παραγόντων. Για παράδειγμα, η διαφορά επιβίωσης με βάση την ηλικία έχει σημειωθεί λόγω έλλειψης συνιστώμενης κατευθυντήριας θεραπείας. Το εθνικό υπόβαθρο και η φυλετική διαφορά παίζουν ρόλο στην επιβίωση και σημειώνουν ότι το ποσοστό επιβίωσης είναι χαμηλότερο στον πληθυσμό των αφροαμερικανών (Shuklaa et al., 2018).

1.5 ΑΣΚΗΣΗ- ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΑΛΚΟΟΛ

Οι γυναίκες που ασκούνται τέσσερις ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα έχουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η επίδραση της άσκησης στον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες που έχουν διεξάγει εξετάσεις και έχουν φυσιολογικό ή χαμηλό σωματικό βάρος.

Η υγιεινή διατροφή μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν την προστατευτική δράση από την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών

έναντι του κινδύνου για διάφορους τύπους και ιδίως για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού, του οισοφάγου, του στομάχου και του παγκρέατος (Kostev et.al. 2018).

Στη νότια Ευρώπη τα ποσοστά εμφάνισης πολλών τύπων καρκίνου είναι χαμηλότερα σε σχέση με τη βόρεια Ευρώπη ή τις ΗΠΑ, γεγονός που αποδίδεται στις διατροφικές συνήθειες: χαμηλότερη κατανάλωση ζωικών λιπών και κρέατος, υψηλότερη κατανάλωση ψαριών, ελαιόλαδου, λαχανικών, φρούτων και δημητριακών και τη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν μεγάλο αριθμό πιθανών προστατευτικών παραγόντων από τον καρκίνο (Worsham et.al. 2009).

Τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Όταν το αλκοόλ συνδυάζεται με κάπνισμα, ο κίνδυνος για καρκίνο είναι ακόμη μεγαλύτερος. Χρειάζονται 10 χρόνια από τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ ώστε να μειωθεί κίνδυνος για καρκίνο κατά 60% (Kostev et.al. 2018).

1.6 ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο θηλασμός μπορεί να προστατεύσει τις μητέρες από τον καρκίνο του μαστού. Προστατεύει, παράλληλα, και τα μωρά από το να πάρουν παραπάνω βάρος, και κατά συνέπεια να μη γίνουν πιθανόν υπέρβαροι ως ενήλικες. Οι υπέρβαροι ενήλικες έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου (Wolmark, Fisher, 1983).

Ο θηλασμός μειώνει τα επίπεδα κάποιων ορμονών στο σώμα της μητέρας, και έτσι μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

Οι έρευνες δείχνουν, παράλληλα, ότι τα μωρά που θηλάζουν έχουν λιγότερες πιθανότητες να καταναλώνουν πολλές θερμίδες και πρωτεΐνες σε σχέση με μωρά που τρέφονται με παιδικό γάλα (Rogowski et.al. 2018).

1.7 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Κάθε χρόνο στην Ευρώπη σημειώνονται 330.000 νέα περιστατικά και 90.000 θάνατοι από καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει το 26,5% του συνόλου των νέων περιστατικών καρκίνου στις γυναίκες στις χώρες της Ε.Ε. και ευθύνεται για 17,5% των θανάτων από καρκίνο.

Η μαστογραφία μπορεί να ανιχνεύσει τυχόν αλλοιώσεις στον μαστό προτού ακόμη αναπτυχθεί όγκος. Μπορεί να ανιχνευθεί με ψηλάφηση και είναι εξαιρετικά αποτελεσματική στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η εξέταση αυτή πρέπει να γίνεται τακτικά μετά την ηλικία των 50 ετών, ενώ σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό ή άλλους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του μαστού, η τακτική εξέταση με μαστογραφία θα πρέπει να ξεκινά νωρίτερα (Rogowski et.al. 2018).

1.8 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πολλές γυναίκες με καρκίνο πρώιμου σταδίου μπορούν να επιλέξουν μεταξύ χειρουργικής συντήρησης του στήθους (BCS) και μαστεκτομής. Το κύριο πλεονέκτημα του BCS είναι ότι μια γυναίκα κρατά το μεγαλύτερο μέρος του μαστού

της. Αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις θα χρειαστεί επίσης ακτινοβολία. Οι γυναίκες που κάνουν μαστεκτομή για καρκίνο πρώιμου σταδίου είναι λιγότερο πιθανό να χρειαστούν ακτινοβολία (Kostev et.al. 2018).

Η χειρουργική επέμβαση για την απομάκρυνση κοντινών λεμφαδένων αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της εξεύρεσης της έκτασης του καρκίνου. Οι λεμφαδένες μπορούν να αφαιρεθούν είτε ως μέρος της χειρουργικής επέμβασης για την αφαίρεση του καρκίνου του μαστού είτε ως ξεχωριστή επέμβαση (Kostev et.al. 2018).

Οι δύο κύριοι τύποι χειρουργικής επέμβασης για την αφαίρεση των λεμφαδένων είναι:

Βιοψία λεμφαδένων Sentinel (SLNB) - Μια διαδικασία κατά την οποία ο χειρουργός αφαιρεί μόνο τους λεμφαδένες κάτω από τον βραχίονα στον οποίο ο καρκίνος πιθανότατα θα εξαπλωθεί πρώτα. Η αφαίρεση μόνο ενός ή μερικών λεμφαδένων μειώνει τον κίνδυνο παρενεργειών από τη χειρουργική επέμβαση.

Διαταραχή των μασχालιαίων λεμφαδένων (ALND) - Μια διαδικασία κατά την οποία ο χειρουργός αφαιρεί πολλούς (συνήθως λιγότερο από 20) λεμφαδένες από κάτω από τον βραχίονα. Το ALND δεν γίνεται τόσο συχνά όσο ήταν στο παρελθόν, αλλά ίσως εξακολουθεί να είναι ο καλύτερος τρόπος να εξετάσουμε τους λεμφαδένες σε ορισμένες περιπτώσεις (Fazzino et.al. 2018).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι χειρουργικής επέμβασης, αν και οι επιλογές περισσότερο εξαρτώνται από την ιατρική κατάσταση του ασθενούς. Τέλος, Μπορεί να υπάρχει η επιλογή μεταξύ της ανακατασκευής του μαστού ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση καρκίνου του μαστού (άμεση ανασυγκρότηση) ή σε μεταγενέστερο χρόνο (καθυστερημένη ανασυγκρότηση) (Cronin et.al. 2018, Rogowski et.al. 2018).

1.9 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία είναι μια θεραπεία με φάρμακα που «σκοτώνουν» τα καρκινικά κύτταρα και μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλέβια ή από το στόμα. Τα φάρμακα οδηγούνται μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ώστε να φτάσουν τα καρκινικά κύτταρα στα περισσότερα μέρη του σώματος (Cronin et.al. 2018).

1.10 ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Ορισμένες γυναίκες με καρκίνο του μαστού χρειάζονται ακτινοβολία. Η ανάγκη για ακτινοβολία εξαρτάται από το είδος της χειρουργικής επέμβασης, από το εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες ή κάπου αλλού στο σώμα και σε ορισμένες περιπτώσεις από την ηλικία. Δύο κύριοι τύποι ακτινοθεραπείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (Rogowski et.al. 2018):

- Εξωτερική ακτινοβολία δέσμης: Αυτός ο τύπος ακτινοβολίας προέρχεται από μηχανή έξω από το σώμα.
- Εσωτερική ακτινοβολία (βραχυθεραπεία): Για αυτή τη θεραπεία, μια ραδιενεργή πηγή τίθεται μέσα στο σώμα για μικρό χρονικό διάστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής εκφράζει την υποκειμενική αίσθηση πληρότητας και ασφάλειας καθώς και την ικανοποίηση και απόλαυση που δημιουργεί στον άνθρωπο η συμμετοχή του σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινότητας. Οι Rustoen et.al. (1999) μέσα από μία πλειάδα ορισμών καταλήγουν ότι η ψυχική υγεία «είναι μία θετική κατάσταση πνευματικής ευεξίας στην οποία τα άτομα αισθάνονται βασικά ικανοποιημένα από τον εαυτό τους, τους ρόλους τους στη ζωή και τις σχέσεις τους με τους άλλους και σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής».

2.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διάγνωση της νόσου επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της ζωής των γυναικών. Αποτελεί μια υποκειμενική και πολυδιάστατη έννοια, με φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις και αφορά την υποκειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης του νοσήματος και της θεραπείας του σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες πολλές φορές είναι ακρωτηριαστικές (ανάγκη για μερική ή ολική αφαίρεση του μαστού) και επικουρικές όπως είναι η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, επηρεάζουν τους ασθενείς σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο με αποτέλεσμα την εμφάνιση του άγχους, της κατάθλιψης και τη μείωση της ποιότητας ζωής τους (Rustoen et.al. 2000).

Τα κύρια προβλήματα τα οποία απασχολούν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι οι παρενέργειες που προέρχονται από τις χημειοθεραπείες, η αλλαγή της σωματικής εικόνας και η περιορισμένη ικανότητα να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια υποκειμενική και πολυδιάστατη με φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις. Έχει έντονο το υποκειμενικό στοιχείο γι αυτό και η μέτρηση είναι πολύ δύσκολη. Μέχρι σήμερα, έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί για τη συγκεκριμένη έννοια χωρίς όμως να υπάρχει κάποιος που να είναι διεθνώς αποδεκτός, ώστε να επιτρέπει την αντικειμενική μέτρησή της. Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής πρέπει να δομείται από την ύπαρξη τουλάχιστον τεσσάρων διαστάσεων και μιας ολικής μέτρησης της κατάστασης της υγείας όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής. Ουσιαστικά αποτελεί την περιγραφή του ασθενούς σχετικά με το τι έχει βιώσει κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης και μετέπειτα (Sammarco, 2009).

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την ηλικία (Rustoen et al 1999, Engel et al 2003), το μορφωτικό επίπεδο (King et al 2000), το είδος απασχόλησης (Engel et al 2003) και το είδος της χειρουργικής επέμβασης (Engel et al 2003). Νεότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν σημαντικά μεγαλύτερες διαταραχές στην ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (King et al 2000). Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν συχνότερα είναι η ανησυχία

για πρόωρη εμμηνόπαυση που οδηγεί σε απώλεια της γονιμότητας, η αρνητική εικόνα του σώματος (King et al 2000), η σεξουαλικότητα, η καριέρα, η εργασία και η οικονομική ανασφάλεια (Avis et al 2005). Μελέτες έδειξαν ότι οι νεότερες γυναίκες είχαν χειρότερη κοινωνικο-οικονομική, ψυχολογική και πνευματική ποιότητα ζωής από ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (Engel et al 2003). Ωστόσο όμως είχαν καλύτερη σωματική λειτουργία (Engel et al 2003, Wyatt et al 2008). Περεταίρω μελέτες έδειξαν ότι είχαν περισσότερο πόνο (King et al 2000) και περισσότερα προβλήματα στις καθημερινές τους δραστηριότητες (Engel et al 2003).

Στη συνέχεια, μελέτη των Uzun et al. (2004) αναφέρει ότι οι εργαζόμενες γυναίκες και οι γυναίκες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίαζαν καλύτερη ποιότητα ζωής από ότι οι άνεργες ή συνταξιούχες γυναίκες. Μελέτες, έχουν επίσης αναφέρει συσχετίσεις μεταξύ του τύπου της χειρουργικής επέμβασης και της ποιότητα ζωής. Οι γυναίκες που έλαβαν συντηρητική θεραπεία ανέφεραν λιγότερα προβλήματα στην ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή. Επιπλέον, οι ασθενείς με μαστεκτομή ανέφεραν μειωμένη σεξουαλική λειτουργία και περισσότερες δυσκολίες αποδοχής της εικόνας του σώματος τους σε σχέση με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού (Engel et al 2003).

Μελέτη των Rönkä et al. (2005) διαπίστωσε ότι η νοσηρότητα του μαστού μετά από την αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είχε σημαντικά μεγαλύτερη επίπτωση στη λειτουργικότητα, στις δραστηριότητες αναψυχής και στην καθημερινή ζωή σε σχέση με τη βιοψία του φρουρού λεμφαδένα.

Το είδος της θεραπείας επίσης φαίνεται ότι συνδέεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι Schultz et al. (2005) ανέφεραν ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας ανέφεραν ότι παρουσιάζουν πιο συχνά λεμφοίδημα σε σχέση με τις γυναίκες που έκαναν μόνο χειρουργική επέμβαση ή χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και όχι συνδυασμό των παραπάνω μεθόδων. Επίσης, ασθενείς που λάμβαναν ακτινοθεραπεία ανέφεραν περισσότερες σωματικές παρενέργειες όπως κόπωση η οποία επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους (Smets et al 1998).

Στη συνέχεια, μελέτη του Haas (2010) ανέφερε ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είχαν υψηλότερα επίπεδα κόπωσης από τις γυναίκες που λαμβάνουν ορμονική θεραπεία. Τέλος, μελέτη των Engel et al (2003) κατέδειξε ότι το πιο οδυνηρό πρόβλημα που συνδέεται με την χημειοθεραπεία ήταν η αλωπεκία, η οποία παρέμεινε έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας και επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

2.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η κοινωνική στήριξη έχει συμβάλει στην προστασία των ατόμων από παθολογικά και επιβλαβή αποτελέσματα από πολλά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και δύναται να χρησιμεύσει ως μέσο προστασίας των αρνητικών συνεπειών της ασθένειας. Είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση του θυμού και της κατάθλιψης και έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται θετικά με την υποκειμενική εμπειρία της καλής υγείας (Norbeck 1988). Οι Alqaisi & Dickerson (2010) ανέφεραν ότι η κοινωνική στήριξη έχει θετικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών με καρκίνο του μαστού και στην ποιότητα ζωής τους. Στη μελέτη των Arora et al (2007), η κοινωνική υποστήριξη πέντε μήνες μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είχε θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών στην αυτοεκτίμησή τους.

2.5 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα (Kroenke et al 2006, Kahn & Antonucci 1980), οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αναφέρουν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής μετά την έναρξη της θεραπείας, με σταδιακή βελτίωση στο χρονικό διάστημα που ακολουθεί.

Παρ' όλο που έχει υποστηριχθεί ότι οι συγκεκριμένες μεταβολές στην ποιότητα ζωής των ασθενών φαίνεται να είναι ανεξάρτητες από τον τύπο θεραπείας που υιοθετείται (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοβολία κ.λπ.), αρκετοί ερευνητές έχουν εντοπίσει σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με τον τύπο θεραπείας. Ενδεικτικά, αμερικανική μελέτη σε 534 ασθενείς με καρκίνο μαστού κατά το πρώτο έτος μετά την ολοκλήρωση της αρχικής θεραπείας (χειρουργική, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία) έδειξε ότι οι ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία παρουσίαζαν σοβαρές παρενέργειες που δεν φάνηκε να βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου, σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες (χειρουργική θεραπεία και ακτινοθεραπεία). Επίσης, οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μερική μαστεκτομή αναφέρουν καλύτερη γενική κατάσταση υγείας, λιγότερα συμπτώματα, καλύτερη εικόνα του σώματος και σωματική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα, σε σχέση με εκείνες οι οποίες είχαν υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή (Kahn & Antonucci 1980).

2.6 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Οι McClelland et al (2015) εκπόνησαν μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής 113 γυναικών με καρκίνο του μαστού και το ρόλο της εικόνας του σώματος τους. Η εικόνα του σώματος φαίνεται να παραμένει εξαιρετικά σημαντική ακόμη και για όσους ζουν με βραχύτερο προσδόκιμο ζωής. Η μελέτη αυτή επισημαίνει πώς επηρεάζεται η εικόνα του σώματος, η συναισθηματική και σωματική λειτουργία των γυναικών και η γενική τους ευημερία.

Η ομάδα γυναικών 50-65 ετών ανέφεραν σημαντική αύξηση της ποιότητας ζωής τους και της φυσικής λειτουργίας ως συνάρτηση της βελτιωμένης εικόνας του σώματος. Αυτή η σχέση, σηματοδοτεί ένα σημαντικό παράγοντα μεταξύ του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς βλέπουν το σώμα τους και πώς αξιολογούν τη δύναμή τους και την αντοχή τους. Με δεδομένο το σημαντικό ρόλο που παίζει η εικόνα του σώματος στις ζωές των γυναικών διαφαίνονται ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του θέματος της άσχημης εικόνας του εαυτού. Η άσχημη εικόνα οδηγεί σε μειωμένη συναισθηματική λειτουργία και αποτελεί δυσμενή ψυχολογικό παράγοντα στη διατήρηση της ποιότητας ζωής (McClelland et al, 2015).

Οι Trusson et al. (2017) μελέτησαν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η περίοδος μετά τη θεραπεία μπορεί να είναι δύσκολη και συχνά χαρακτηρίζεται από το φόβο υποτροπής, σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η έρευνα εστιάζει σε δείγμα 24 γυναικών οι οποίες βίωσαν τη συγκεκριμένη ασθένεια. Η ανάλυση των συνεντεύξεων αποκάλυψε πολυάριθμες και διαφορετικές αντιλήψεις για την κοινωνική στήριξη στα διάφορα στάδια του καρκίνου του μαστού. Οι συμμετέχοντες μίλησαν θερμά και είπαν ότι έλαβαν πολλές τηλεφωνικές κλήσεις, επισκέψεις, κάρτες και λουλούδια από την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους τους κατά τη διάρκεια της

θεραπείας. Κάποιες από τις γυναίκες του δείγματος δήλωσαν πόσο σημαντική είναι για αυτές η ομάδα υποστήριξης. Εξέφρασαν την ικανοποίησή τους για τη διαβεβαίωση ότι θα συναντήσουν μια γυναίκα που είχε υποβληθεί σε θεραπεία και επέζησε. Τέλος, ορισμένοι ερωτηθέντες ανέφεραν μια επιθυμία να απευθυνθούν σε άλλες γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού, έχοντας μάθει από τις δικές τους εμπειρίες (Trusson et.al., 2017).

Οι Φασόη-Μπαρκά και συν. το 2010 δημοσίευσαν μελέτη η οποία είχε ως στόχο την εκτίμηση της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση και την αρχική θεραπεία. Συνολικά η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών, εκτιμήθηκε χειρότερη μετά τον πρώτο χρόνο από τη διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση. Επίσης, επιδείνωση παρουσίασαν η εικόνα του σώματος των ασθενών και οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω των επικουρικών θεραπειών. Η αλλαγμένη εικόνα του σώματος, προκαλεί άγχος και απαιτεί στήριξη. Η σεξουαλική λειτουργικότητα επηρεάζεται αρνητικά λόγω της αλλαγμένης σωματικής εικόνας (Φασόη-Μπαρκά και συν., 2010).

Η Δημοσθένους (2011) αξιολόγησε την ποιότητα ζωής, σχετιζόμενη με την χημειοθεραπεία, σε γυναίκες με καρκίνο μαστού στην Κύπρο. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού εκτιμήθηκε χειρότερη κατά την περίοδο μετά την χημειοθεραπεία σε σχέση με αυτήν πριν την θεραπεία. Παράλληλα επιδείνωση παρουσίασαν όλοι οι λειτουργικοί τομείς, καθώς επίσης και η πλειοψηφία των σχετικών με τους τομείς συμπτωμάτων. Τα ευρήματα της μελέτης που διενεργούνται στην Κύπρο, σχετικά με το θέμα αυτό, δε διαφοροποιούνται από αυτά άλλων μελετών. Ωστόσο, αξίζει να επισημανθεί ότι δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές σε ότι αφορά την διαταραχή του κοινωνικού ρόλου και την οικονομική κατάσταση, γεγονός που αποδίδεται στην δομή της Κυπριακής Κοινωνίας και στο υψηλό επίπεδο κάλυψης των αναγκών υγείας από το υπάρχον σύστημα υγείας.

Οι εμπειρίες και οι υποκειμενικές εκτιμήσεις των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους αλλά και με τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τη θεραπευτική ομάδα, ώστε να μπορούν να εκτιμήσουν τις επιπτώσεις αυτών των παραγόντων στην ποιότητα ζωής τους και τελικά να συνεκτιμηθούν μέσα στα πλαίσια ολόκληρου του θεραπευτικού πλάνου (Δημοσθένους, 2011).

Οι Πολυκανδριώτη και συν. (2005) μελέτησαν επίσης την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Σε γενικές γραμμές όσο πιο μικρός είναι ο χρόνος από την εκδήλωση της νόσου, τόσο υψηλότερα βαθμολογούν οι ασθενείς την ποιότητα ζωής τους. Αυτό οφείλεται στη φυσική πορεία της νόσου στην οποία αρχικά τα συμπτώματα δεν είναι τόσο έντονα, ίσως και στο γεγονός ότι οι άρρωστοι βρίσκονται στο στάδιο της άρνησης. Από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε επίσης ότι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς αναφέρουν ότι έχουν καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής. Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στην ασφάλεια που αισθάνονται οι νοσηλευόμενοι ασθενείς μέσα στο νοσοκομείο και στην παρεχόμενη φροντίδα.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο επηρεάζεται κυρίως:

- Από την οικογενειακή κατάσταση
- Από τη μορφή του καρκίνου
- Από το στάδιο της νόσου
- Από τη διάρκεια της νόσου, μετά τη διάγνωση
- Από τον τρόπο νοσηλείας
- Το είδος της θεραπείας
- Από τον τόπο διαμονής

Στην έρευνα των Θρούβαλα και συν. (2018) επιχειρήθηκε να κατανοηθεί το άγχος και η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών EORTC QLQ- C30 και η συμπληρωματική κλίμακα αξιολόγησης EORTC QLQ-BR. Κατά την διάρκεια της έρευνας παρατηρήθηκε ενδεικτικά ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών (75%) ανέφερε ανησυχία για την μελλοντική τους υγεία, καθώς και ένας σχετικά μεγάλος αριθμός (45,9%) γυναικών ανέφερε ότι οι οικογενειακές τους σχέσεις επηρεάζονται από την εμφάνιση της ασθένειας και προκαλούν ενδοοικογενειακές διαταραχές και μείωση της συναισθηματικής ευημερίας. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι το 61,73% των ασθενών αντιμετώπισε δυσκολίες στην κοινωνική τους ζωή και την εργασιακή τους δραστηριότητα, ενώ ένα 72,96% βρίσκεται σε κατάσταση μελαγχολίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο διαγνωσμένη μορφή καρκίνου. Ο μαστός συνδέεται με τη θηλυκότητα και τη γονιμότητα και με κρίσιμες αξίες στην κοινωνικοποίηση των φύλων. Οι γυναίκες φοβούνται τις αντιδράσεις του ανδρικού πληθυσμού στο χαμένο στήθος τους και στην απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας. Οι θεραπείες του καρκίνου του μαστού σήμερα είναι πιθανό να προκαλέσουν λιγότερη σωματική παραμόρφωση από τη χειρουργική επέμβαση σε σχέση με το παρελθόν, αλλά είναι πιο σύνθετες και επεκτείνονται σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι γυναίκες σήμερα είναι καλά ενημερωμένες σχετικά με τις λεπτομέρειες της διάγνωσης και της πρόγνωσης του καρκίνου και συμμετέχουν όλο και περισσότερο στη λήψη κοινών αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία. Παρόλο που δεν παρατηρείται σοβαρή κατάθλιψη στην πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο του μαστού, πολλές γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσφορία που σχετίζεται με τη θεραπεία, φόβο επανεμφάνισης, αλλαγές στην εικόνα του σώματος και τη σεξουαλικότητα, καθώς και σωματικές τοξικότητες που προκύπτουν από την επικουρική θεραπεία (Wolmark, Fisher, 1983).

Η Meyerowitz, 1980 ερεύνησε σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού επικεντρώθηκε στην επίθεσή της στη θηλυκότητα, με ακρωτηριασμό του μαστού και επακόλουθη απειλή για τη σεξουαλική ελκυστικότητα. Εκτός από αυτές τις ανησυχίες, η απειλητική για τη ζωή φύση του ίδιου του καρκίνου συνέβαλε στην ψυχολογική δυσφορία. Η συμμετοχή εργαζομένων ψυχικής υγείας άρχισε να επιταχύνεται κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 και της δεκαετίας του '70, όπως και η εθνική εστίαση στην αντιμετώπιση του καρκίνου (Meyerowitz, 1980).

Ο καρκίνος του μαστού περιγράφηκε ως κατάθλιψη, άγχος και θυμός. Σε ορισμένες από τις πρώτες συστηματικές και συγκριτικές μελέτες, οι ασθενείς με μαστεκτομή διαπιστώθηκε ότι έχουν μεγαλύτερη δυσκολία από τις γυναίκες με καλοήγη όγκους και συχνά αυτή η δυσφορία συνέχισε για περισσότερο από ένα χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση, αλλά με την πάροδο του χρόνου φάνηκε να επιλύεται. Αυτά τα ευρήματα στα τέλη της δεκαετίας του 1970 διαδόθηκαν σταδιακά σε γιατρούς και ασθενείς και οδήγησαν στις αρχές των ομάδων ψυχοκοινωνικής στήριξης στις αρχές της δεκαετίας του '80 (Wolmark, Fisher, 1983).

Ο Meyerowitz σημείωσε επίσης την ταυτοποίηση των αλλαγών στα πρότυπα ζωής που προέκυψαν από τη διάγνωση και τη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού, συμπεριλαμβανομένης της αϋπνίας, των επαναλαμβανόμενων εφιαλτών, της απώλειας όρεξης, της δυσκολίας επιστροφής στις συνήθειες οικιακές δραστηριότητες και την εργασία και την αδυναμία συγκέντρωσης. Παρόλο που αυτές μπορεί να ήταν εκδηλώσεις κατάθλιψης, θεωρήθηκαν μόνο μη φυσιολογικές αν συνέχιζαν πέρα από την περίοδο της φυσικής ανάκαμψης από τη χειρουργική επέμβαση (δηλαδή αρκετούς μήνες). Η φυσική διατάραξη της ριζικής μαστεκτομής ήταν σημαντική, καθιστώντας δύσκολο τον ύπνο, τη σεξουαλική οικειότητα και την προσαρμογή σε προβλήματα ένδυσης και εικόνας. Η επιστροφή στις συνήθειες σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες επίσης μειώθηκε σε πολλές γυναίκες (Wolmark, Fisher, 1983).

Τέλος, ο Meyerowitz περιέγραψε τους κοινούς φόβους και τις ανησυχίες που ανέφεραν οι γυναίκες. Σε αυτούς του φόβους συγκαταλέγονται οι φόβοι ότι οι όγκοι

ήταν πολύ μεγαλύτεροι και ότι το 50% των γυναικών θα μπορούσε να αναμένει επανεμφάνιση, παρά τη ριζική χειρουργική επέμβαση, καθώς και ο ακρωτηριασμός και η απώλεια θηλυκότητας. Για πολλές γυναίκες, κάθε πόνος προκαλεί φόβο και ανησυχία για πιθανή υποτροπή. Δεδομένης της περιορισμένης ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των ιατρών και των ασθενών σχετικά με το φυσικό ιστορικό του καρκίνου του μαστού και της πρόγνωσης του, καθώς και την έλλειψη βοηθητικών θεραπειών για την πρόληψη μιας υποτροπής, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι αυτοί οι φόβοι ήταν συνηθισμένοι (Meyerowitz, 1980).

Μια άλλη σημαντική πτυχή αυτού του ιστορικού στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού ήταν το στίγμα που συνδέεται με τη διάγνωση του καρκίνου και η έλλειψη υποστήριξης για τους ασθενείς πέρα από τις οικογένειές τους, καθώς περνούσαν από τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου. Στο σημερινό περιβάλλον, μια γυναίκα που έχει καρκίνο μαστού προσεγγίζεται αμέσως από άλλες γυναίκες - από την εργασία, την εκκλησία ή άλλο κοινωνικό δίκτυο - οι οποίοι είναι ασθενείς με καρκίνο του μαστού / επιζώντες και είναι άμεσα έτοιμοι για να την βοηθήσουν να περάσει από την έγκαιρη διάγνωση και στην αποκατάσταση του καρκίνου (Meyerowitz, 1980).

3.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το 2017 οι Nyblade et. al. μελέτησαν τις εκδηλώσεις του στίγματος στα άτομα με καρκίνο του μαστού. Η μελέτη σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού, τους κύριους φροντιστές τους σχετικά με την κατανόηση τους για τη συγκεκριμένη ασθένεια. Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται πως το στίγμα αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως κρίσιμο ψυχοκοινωνικό εμπόδιο και βασικός παράγοντας αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχική υγεία του ατόμου. Το στίγμα του καρκίνου εμφανίστηκε ως γενικό θέμα στην ανάλυση των δεδομένων. Ο φόβος της κοινότητας στο ότι ο καρκίνος μπορεί να μεταδοθεί με απλή επαφή ήταν ένα θέμα που αναδύθηκε μέσα από τη συλλογή δεδομένων. Οι αρνητικές επιπτώσεις αυτού του φόβου οδήγησαν στην κοινωνική απομόνωση των γυναικών αυτών και στο φόβο να το μοιραστούν με τους οικείους τους (Nyblade et. al., 2017).

Οι γυναίκες του δείγματος αναγνώρισαν επίσης τις αρνητικές επιπτώσεις του στιγματισμού και την αποφυγή του κόσμου να συναναστρέφονται με τα άτομα αυτά. Αξίζει να σημειωθεί ότι ασθενείς αναφέρουν ότι υπάρχει η αντίληψη πως δεν πρέπει να μοιράζονται τρόφιμα, ρούχα, σαπούνι και επίσης δεν πρέπει να κοιμούνται με άλλους λόγω υποτιθέμενης μεταδοτικότητας της νόσου (Nyblade et. al., 2017).

Οι πιο συχνά περιγραφείσες μορφές στίγματος ήταν φυσική και κοινωνική απομόνωση. Οι άνθρωποι προσπαθούν να κρατήσουν απόσταση από τις γυναίκες με καρκίνο. Ο φόβος της απομόνωσης είναι φανερός τόσο εντός όσο και εκτός της οικογένειας. Οι γυναίκες αναφέρουν ότι δεν είναι σίγουρες ποια είναι η αντίδραση της οικογένειας τους στην πορεία της νόσου και φοβούνται ότι μπορεί να τις απομονωνόσουν (Nyblade et. al., 2017).

Οι Suwankhong et.al. (2016) ερευνούν τις εμπειρίες και τα βιώματα του κοινωνικού στίγματος 20 γυναικών με καρκίνο του μαστού στη νότια Ταϊλάνδη. Η ανάλυση των δεδομένων αποκάλυψε ότι οι γυναίκες αντιμετώπισαν μια σειρά από πολύπλοκα ζητήματα ως συνέπεια της θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Πιο συγκεκριμένα ένιωθαν άβολα στην εικόνα που είχαν κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης, βίωσαν συναισθηματικό χάος και κοινωνική δυσλειτουργία. Οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή παρουσίασαν τα περισσότερα ψυχολογικά ζητήματα που αφορούσαν την εικόνα τους (Suwankhong et.al., 2016).

Στη συνέχεια, στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι οι ασθενείς περιέγραψαν πως βίωναν ισχυρές συναισθηματικές αντιδράσεις από την αλλαγή της εικόνας τους συμπεριλαμβανομένης της αίσθησης κατάθλιψης και λύπης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή δήλωσαν ότι προσπαθούσαν να κρύψουν το σώμα τους φορώντας μεγάλα ρούχα ή αγοράζοντας ειδικά εσώρουχα ενισχυμένα με σιλικόνη. Παράλληλα, οι ασθενείς που αντιμετώπισαν τις δυσμενείς επιδράσεις της θεραπείας, δεν είχαν κανέναν με τον οποίο να μπορούσαν να συζητήσουν ή από τον οποίο θα μπορούσαν να λάβουν σαφείς εξηγήσεις για το πώς να διαχειριστούν σωστά τις αλλαγές τους. Για το λόγο αυτό έζησαν αρκετές αρνητικές συναισθηματικές αλλαγές ως αποτέλεσμα των διαταραχών σχετικά με την εικόνα του σώματός τους (Suwankhong et.al., 2016).

Τέλος, η απώλεια μαστού δημιούργησε στίγμα και οι συμμετέχουσες θεώρησαν ότι οι περισσότεροι γύρω τους θεωρούσαν τη συγκεκριμένη ασθένεια τρομακτική και αηδιαστική. Δήλωσαν ότι κανένας δεν ήθελε πραγματικά να παραμείνει κοντά τους εκτός από τη δική τους οικογένεια με αποτέλεσμα να οδηγηθούν σε μακροχρόνιες συναισθηματικές επιβαρύνσεις (Suwankhong et.al., 2016).

Στην Ουγκάντα, μια ποιοτική μελέτη με επιζώντες του καρκίνου του μαστού χαρακτήρισε το "φόβο" ως το κύριο εμπόδιο στην αναζήτηση έγκαιρης ανίχνευσης. Συμπεριλαμβανόταν ο φόβος του θανάτου μετά τη διάγνωση, ο φόβος της χειρουργικής επέμβασης και ο φόβος της απώλειας οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης (Meacham et al., 2016).

Το 2011, οι De Ver Dye et al διεξήγαγαν μια μελέτη μεικτών μεθόδων για να αξιολογήσουν τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές γύρω από τον καρκίνο του μαστού στην Αιθιοπία και βρήκαν μια κουλτούρα του δημοσίου στιγματισμού που οφείλεται στην κακή πρόγνωση της ασθένειας: Οι γυναίκες καθυστέρησαν την εμπλοκή των υγειονομικών υπηρεσιών ή έκρυψαν τη διάγνωσή τους για να αποφύγουν τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Οι Stergiou et.al. (2016) διεξάγουν μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση του στίγματος από τον καρκίνο και τις διακρίσεις στο χώρο εργασίας. Το στίγμα και οι διακρίσεις στο χώρο εργασίας έχουν εντοπιστεί ως εξέχουσες προκλήσεις για την απασχόληση μετά τον καρκίνο. Οι συμπεριφορές όπως οι μισθολογικές διακρίσεις, η παρενόχληση, η άρνηση εργασίας και οι περιορισμένες ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν πυλώνες μελέτης σχετικά με τις δυσκολίες που παρουσιάζονται στο χώρο εργασίας των ατόμων με καρκίνο (Stergiou et.al., 2016).

Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης Stergiou et.al. (2016) φαίνεται πως το στίγμα και οι διακρίσεις στο χώρο εργασίας είναι σημαντικές ανησυχίες για τα άτομα που βιώνουν καρκίνο. Η διαδικασία στιγματισμού περιλαμβάνει τα αρνητικά χαρακτηριστικά που προσδίδει το περιβάλλον, τις φαινομενικές διαφορές που συνδέονται με αρνητικά κοινωνικά στερεότυπα και τον διαχωρισμό, την απώλεια κατάστασης και τις διακρίσεις. Ο στιγματισμός δημιουργεί έναν αρνητικό κύκλο ψυχολογικής δυσφορίας, αυτοδιάθεσης και κατάθλιψη. Ταυτόχρονα οι αντιλήψεις στιγματισμού καθίστανται ιδιαίτερα προβληματικές εντός των εργασιακών πλαισίων και οδηγούν στη θέσπιση διακρίσεων συμπεριφοράς. Αντιλήψεις σχετικά με τον καρκίνο και το στίγμα περιελάμβαναν ενδιαφέρουσες και αντίθετες προοπτικές μεταξύ των ομάδων της έρευνας όσον αφορά την ύπαρξη και τον επιπολασμό του στιγματισμού στον χώρο εργασίας. Η γενική αντίληψη μεταξύ των φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης και επαγγελματικών υγείας, ήταν ότι υπάρχει λιγότερη πιθανότητα να στιγματιστούν τα άτομα επιστρέφοντας στα άτομα με καρκίνο εξαιτίας του επιπολασμού του καρκίνου και της πεποίθησης ότι ο καθένας

έχει βιώσει έστω και στο ευρύτερο περιβάλλον του τον καρκίνο με κάποιο τρόπο (Stergiou et.al., 2016).

Ενώ οι φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης ανέφεραν ότι δεν αντιλαμβάνονται το στίγμα σαν ένα σημαντικό ζήτημα για τα άτομα με καρκίνο, τα άτομα αυτά δήλωσαν μια αντίθετη προοπτική. Πολλοί από τους συμμετέχοντες περιγράφουν πως ο καρκίνος είναι μια ιδιαίτερα στιγματισμένη κατάσταση υγείας. Ταυτόχρονα τα άτομα αυτά που ζήτησαν νέα απασχόληση μετά τον καρκίνο εξέφρασαν ανησυχίες για την αποκάλυψη του ιστορικού του καρκίνου στην εργασία ή κατά τη διάρκεια συνεντεύξεων εργασίας (Stergiou et.al., 2016).

3.3 Η ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Οι Buki et.al.(2016) εκπόνησαν μελέτη με θέμα την συλλογή των εμπειριών 27 γυναικών που έχουν βιώσει τον καρκίνο του μαστού σχετικά με τις σωματικές τους ανησυχίες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην πόλη Λατίνα της Ιταλίας. Η αποδοχή της τροποποιημένης εμφάνισής τους ήταν μια συνεχής και σύνθετη διαδικασία για τις γυναίκες που βίωσαν καρκίνο. Η σημασία και η αποδοχή της εικόνας του σώματος ποικίλλει ως συνάρτηση του σταδίου επιβίωσης και του είδους της χειρουργικής επέμβασης. Οι γυναίκες αναφέρουν την ανάγκη για προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης και ειδικές παρεμβάσεις για την ενίσχυση της αποδοχής της εικόνας σώματος. Οι γυναίκες που βρίσκονταν στην οξεία φάση ανέφεραν ότι αγωνίζονται να αποδεχτούν πως θα είναι το σώμα τους μετά το πέρας της θεραπείας. Αντίθετα, οι γυναίκες στη φάση επανόδου ανέφεραν ότι εξακολουθούν να προσαρμόζονται στις αλλαγές.

Ως αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης και της θεραπείας οι γυναίκες που βίωσαν την απώλεια ενός στήθους ή και των δύο, αισθάνθηκαν μεγαλύτερη απώλεια και αναφέρουν ότι ήταν δύσκολο να προσαρμοστούν στην εικόνα που έβλεπαν (Buki et.al., 2016).

Τα αποτελέσματα της νέας εικόνας του σώματός τους στις στενές σχέσεις συμπεριελάμβαναν αίσθημα ντροπής και αμηχανίας όταν γδύνονταν μπροστά στο σύντροφό τους. Οι γυναίκες ανέφεραν επίσης φόβο απόρριψης, ανησυχίας για την ανοχή του συντρόφου τους στις σωματικές και συναισθηματικές τους αλλαγές, και ανησυχία για το πώς η σεξουαλική αποχή κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα άλλαζε τη σχέση τους (Buki et.al., 2016).

Η διαδικασία αποδοχής της νέας εικόνας του σώματος τους ήταν πολύπλευρη και ήθελε αρκετό χρόνο. Η συναισθηματική υποστήριξη, συμπεριλαμβανομένης της θρησκευτικής υποστήριξης, βοήθησαν τις γυναίκες να αποδεχθούν την τροποποίηση της εικόνας τους. Οι συμμετέχουσες θεώρησαν ότι ήταν σημαντικό να συζητήσουν τις εμπειρίες και να ανταλλάξουν ιδέες με άλλες γυναίκες που είχαν παρόμοια βιώματα ενώ αναφέρουν ότι άρχισαν να κοιτούν το σώμα τους από μια λειτουργική και όχι αισθητική προοπτική. Τα ευρήματά αντικατοπτρίζουν επίσης ότι η αποδοχή ήταν μια σταδιακή διαδικασία που επηρεάζεται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την κοινωνική στήριξη. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου οι γυναίκες άρχισαν να αισθάνονται πάλι καλά και να εκτιμούν την υγεία τους έναντι της εμφάνισής τους. Στον αντίποδα, οι γυναίκες που δεν δέχονταν την αλλοιωμένη της εικόνα τους ανέφεραν αίσθημα ντροπής, κατάθλιψης, και ότι ήταν σεξουαλικά ανεπιθύμητες (Buki et.al., 2016).

Οι Fang et.al. το 2014 μελέτησαν τον αντίκτυπο της συζυγικής αντιμετώπισης μεταξύ της εικόνας του σώματος και της σεξουαλικότητας στις γυναίκες που βιώνουν καρκίνο του μαστού. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 135 γυναίκες που είχαν

ολοκληρώσει τη θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την κλίμακα εικόνας σώματος (BIS) 10 σημείων με σκοπό να καταγράψουν τις πεποιθήσεις της γυναίκας για την ελκυστικότητά της μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου, της ικανοποίησης των γυναικών από την εμφάνισή τους και τις αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με την ικανοποίηση του συντρόφου τους από την εμφάνισή τους. Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης φάνηκε πως οι γυναίκες που είχαν άσχημη εικόνα για το σώμα τους ένιωθαν λιγότερο ελκυστικές από τους συντρόφους τους. Ταυτόχρονα φάνηκε πως η άσχημη εικόνα που έχει μια γυναίκα για το σώμα της μπορεί να μειώσει την ποιότητα της σεξουαλικής της σχέσης. (Fang et.al., 2014)

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν ότι η εικόνα του σώματος των γυναικών θα πρέπει να εξετάζεται από ψυχολογική άποψη, εφαρμόζοντας παρεμβάσεις με βάση το ζευγάρι για τις σεξουαλικές τους σχέσεις επειδή ο παράγοντας εικόνας σώματος μπορεί να περιπλέξει τις προσπάθειες διατήρησης της σεξουαλικότητας των γυναικών (Fang et.al., 2014).

Οι θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού, όπως η ριζική μαστεκτομή και η χειρουργική επέμβαση, μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς την εικόνα του σώματος μιας γυναίκας. Η συσχέτιση μεταξύ της εικόνας του σώματος και της κατάθλιψης αποκαλύφθηκε σε αρκετές μελέτες που διαπίστωσαν ότι τα άτομα που υποφέρουν από καρκίνο του μαστού με κακή εικόνα του σώματος ήταν πιθανό να αναφέρουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Buki et.al., 2016, Stergiou et.al., 2016).

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι σύζυγοι παρέχουν ουσιαστική υποστήριξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Οι Talley και συνεργάτες (2010) εξέτασαν τους διαμεσολαβητές της σχέσης μεταξύ της υποστήριξης των συντρόφων και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και διαπίστωσαν ότι η εκπλήρωση των αναγκών των γυναικών με τη βοήθεια των συνεργατών μπορεί να μειώσει τα καταγεγραμμένα συμπτώματα κατάθλιψης.

Οι Manne et al. (2004) παρακολούθησαν και διερεύνησαν την επικοινωνία των ζευγαριών σε σχέση με την ψυχολογική δυσφορία των γυναικών. Συμπεράναν ότι η στήριξη που συνδέεται με τις προσδοκίες των γυναικών από τον σύντροφό τους έχει επηρεάσει πολύ θετικά την ψυχολογική ευημερία των γυναικών. Το φαινόμενο αυτό υπήρχε κατά τη διάρκεια της φάσης της θεραπείας και διήρκεσε στη φάση επιβίωσης καθώς επίσης και σε διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο και σε διαφορετικές ηλικίες (Ozalp et al., 2015).

3.4 ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Παρά τον υψηλό αριθμό επιζώντων καρκίνου του μαστού, το μεγαλύτερο μέρος της ποιοτικής έρευνας για την επιβίωση έχει επικεντρωθεί στην ψυχολογική και θεραπευτική πλευρά της νόσου. Οι Doumit et al. (2010) χρησιμοποίησαν μια φαινομενολογική προσέγγιση για να μελετήσουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης των ασθενών που επιβίωσαν από τον καρκίνο του μαστού στο Λίβανο. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν το «ταξίδι» τους κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης ως μια διαρκή πάλη. Περιέγραψαν τον καρκίνο ως «περικοπή στη ζωή τους» και ήταν κάτι που έπρεπε να αντιμετωπίσουν. Παρά τις διαφορές στο στάδιο της διάγνωσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες μίλησαν για παρόμοιους παράγοντες διευκόλυνσης και παρεμπόδισης της αντιμετώπισης.

Η φυσική διαδικασία ασθενειών όπως ο καρκίνος του μαστού παρεμβαίνει σε μεγάλο βαθμό και άμεσα στις φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές συνθήκες

των γυναικών, γεγονός που τους αναγκάζει να φοβούνται τη νόσο και όλους τους παράγοντες που εμπλέκονται στη διαδικασία διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Με βάση τις εμπειρίες των γυναικών με καρκίνο του μαστού, παρουσιάζονται δυσκολίες στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις. (Joulaee et al., 2012)

Η συχνότερη θεραπεία που χρησιμοποιείται για τον καρκίνο του μαστού είναι η μαστεκτομή, η οποία προκαλεί μια σειρά αλλαγών που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αυτήν, καθώς πρόκειται για μια επιθετική χειρουργική επέμβαση ακολουθούμενη από τραυματικές συνέπειες για την υγεία και τη ζωή των γυναικών. Σύμφωνα με τις αντιλήψεις ασθενών για τη συγκεκριμένη ασθένεια θεωρείται ότι είναι μια "καταραμένη ασθένεια", πιθανώς προκαλώντας παραμόρφωση των τμημάτων του σώματος και ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον, θεωρείται πιθανός παράγοντας άγχους, καθώς προκαλεί ορισμένες αλλαγές στη ζωή τόσο των γυναικών με καρκίνο όσο και της οικογένειάς τους. (Jassim et al., 2014)

Η στατιστική ανάλυση σχετικά με τη δραστηριότητα έδειξε ότι οι εξωτερικοί ασθενείς, σε σχέση με τους νοσηλεύόμενους και με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε συστηματική αναλγητική αγωγή στο ιατρείο, αναλαμβάνουν περισσότερες δραστηριότητες. Όσον αφορά στους νοσηλεύόμενους ασθενείς, η διαφορά αυτή μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών βρίσκονταν στο τελικό στάδιο. Ένας άλλος λόγος που οι εσωτερικοί ασθενείς αναφέρουν ότι έχουν μειωμένη δραστηριότητα μπορεί να οφείλεται και στην πολιτική λειτουργίας των νοσηλευτικών τμημάτων, στα οποία οι ανάγκες των ασθενών εκπληρώνονται είτε από τους νοσηλευτές, είτε από τα άτομα στα οποία έχει ανατεθεί η αποκλειστική φροντίδα τους. Όσον αφορά στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αναλγητική αγωγή, από σχετικές μελέτες έχει βρεθεί, ότι ο πόνος επηρεάζει αρνητικά τη φυσική και συναισθηματική τους κατάσταση. Επιφέρει αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη και τη δραστηριότητα.

Άλλες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η δραστηριότητα των ασθενών τελικού σταδίου επηρεάζεται αρνητικά από την ιδέα ενός επερχόμενου θανάτου. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν και με άλλη εργασία στην οποία βρέθηκε ότι οι ασθενείς τελικού σταδίου δυσκολεύονται ακόμα και στις απλές δραστηριότητες ακόμη και να πάρουν τα γεύματά τους. Γενικά δε φτάνουν δραστήριοι ως το θάνατο, γιατί αναγκάζονται λόγω της ασθένειάς τους να εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από άλλους ανθρώπους (Πολυκανδριώτη και συν. 2005).

Η αυτοεξυπηρέτηση επηρεάζεται αρνητικά από την ηλικία, το στάδιο της αρρώστιας, το επάγγελμα, και τον τρόπο συμβίωσης. Ασθενείς που η ηλικία τους είναι πάνω από 60 χρόνων αυτοεξυπηρετούνται λιγότερο απ' αυτούς που είναι κάτω από 50 με στατιστικά σημαντική διαφορά. Το εύρημα αυτό συμφωνεί και με άλλες μελέτες. Οι ηλικιωμένοι άσχετα με τη νόσο είναι αδύναμοι, έχουν μειωμένη κινητικότητα, υποφέρουν από οστικούς πόνους κ.λπ. σε σχέση με τους νεότερους. (Πολυκανδριώτη και συν. 2005).

Επίσης μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση αναφέρουν συχνότερα και οι ασθενείς με μεταστάσεις. Οι ασθενείς με μεταστάσεις έχουν πολύ περισσότερα σωματικά συμπτώματα αλλά και συναισθηματικά. Σύμφωνα και με άλλες μελέτες η παρουσία μιας σοβαρής και χρόνιας αρρώστιας επηρεάζει αρνητικά όλες τις διαστάσεις της ζωής ακόμα και την αυτοφροντίδα, με αποτέλεσμα οι άρρωστοι αυτοί να εξαρτώνται μερικές φορές εξολοκλήρου από άλλα άτομα και να χρειάζονται συνεχή φροντίδα (Πολυκανδριώτη και συν. 2005).

Ασθενείς κάτω των 49 ετών αναφέρουν ότι έχουν καλύτερη υποστήριξη σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Οι ασθενείς της ηλικίας αυτής πλαισιώνονται περισσότερο με

συγγενικά πρόσωπα, παιδιά, σύζυγο, γονείς, φίλους σε σχέση με τα μεγαλύτερα άτομα, στα οποία δεν υπάρχουν γονείς, πιθανόν και ο σύντροφος, ενώ τα παιδιά έχουν δημιουργήσει τις δικές τους οικογένειες. Η ερμηνεία αυτή υποστηρίζεται και από το εύρημα ότι οι ασθενείς που έχουν σύζυγο και παιδιά αναφέρουν ότι βρίσκονται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση απ' αυτούς που ζουν μόνοι τους. Επιπλέον, από έρευνες έχει βρεθεί, ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό περισσότερο στηρίζει συναισθηματικά τους πιο νέους ασθενείς, διότι τους επιφέρουν μεγαλύτερη συναισθηματική φόρτιση. Επίσης αναφέρεται, ότι δέχονται καλύτερη υποστήριξη τα άτομα που κάνουν εγχείρηση απ' αυτούς που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι είναι μεγαλύτερες οι ανάγκες υποστήριξης των ασθενών, που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, εξαιτίας της πληθώρας των παρενεργειών που υφίστανται. Λιγότερη υποστήριξη αναφέρουν όσοι λόγω της νόσου διέκοψαν την εργασία τους. Φαίνεται λοιπόν ότι με όσο λιγότερα άτομα επικοινωνεί ο ασθενής τόσο λιγότερη υποστήριξη λαμβάνει. Η επικοινωνία βοηθά στην έκφραση και εκτόνωση των συναισθημάτων (Πολυκανδριώτη και συν. 2005).

Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι επιλέγουν ή έχουν τη δυνατότητα επιλογής του θεραπευτικού σχήματος περισσότερο οι ασθενείς που έχουν παιδιά και αυτοί που είναι λιγότερο ενημερωμένοι για τη νόσο. Στη πρώτη περίπτωση οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να συζητήσουν και να πάρουν τη γνώμη των μελών της οικογένειάς τους, ενώ οι μη επαρκώς ενημερωμένοι, πιθανόν μη γνωρίζοντας τη σοβαρότητα της νόσου, εκφέρουν ευκολότερα γνώμη σε σχέση μ' αυτούς που γνωρίζουν αρκετά και αφήνουν τους ειδικούς να αποφασίσουν γι' αυτούς. Επίσης, έχει βρεθεί ότι αυτοί που μένουν με το/τη σύζυγο και τα παιδιά αποφασίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό για τη θεραπευτική τους αγωγή απ' αυτούς που ζουν μόνο με τη σύζυγο, μόνο με τα παιδιά ή συγκατοικούν με κάποιον άλλον.

Ο καρκίνος του μαστού συνδέεται με τεράστια ψυχολογικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσει ο ασθενής μέσω στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της θεραπείας και τα ποσοστά επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού και η αντιμετώπιση είναι αποδεκτή ως μία από τις βασικές έννοιες στο πλαίσιο της ποιότητας ζωής (Tuncay, 2014).

Αξιίζει να σημειωθεί ότι η χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης μεταξύ γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι διαφορετική και εξαρτάται από διάφορα θέματα, όπως το στάδιο του καρκίνου, ο τύπος της θεραπείας, η κουλτούρα του ατόμου και οι αντιλήψεις για την ασθένεια. Αυτά θεωρούνται θέματα που μπορεί να επηρεάσουν τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για να προσαρμόσουν ψυχολογικά στην κατάστασή τους (Horman and Rijken, 2015). Τέλος, οι γυναίκες έχουν σημαντικές ανάγκες για υποστηρικτική φροντίδα, οι οποίες συχνά δεν καλύπτονται, περιλαμβανομένων κυρίως των αναγκών πληροφόρησης και των ανεκπλήρωτων αναγκών στους τομείς της σωματικής ευεξίας και της καθημερινής τους ζωής (Abdollahzadeh et al., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Πιο αναλυτικά διερευνήθηκαν γενικά οι απόψεις των γυναικών γύρω από την ασθένεια τους, η ποιότητα της ζωής τους, η σωματική τους κατάσταση στην παρούσα φάση της νόσου τους, οι σκέψεις και τα συναισθήματα που τους έχουν δημιουργηθεί καθώς και τα επίπεδα κοινωνικότητας τους με βάση τα δεδομένα που παρουσιάζονται ως πυλώνες του ερωτηματολογίου.

Στα ερευνητικά ερωτήματα συγκαταλέγονται:

- Ποια είναι η αντίληψη των γυναικών με καρκίνο του μαστού σχετικά με τη νόσο;
- Πόσο επηρεάζει η νόσος την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού;

4.2 ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

✓ Υπό μελέτη δείγμα.

Το υπό μελέτη δείγμα της παρούσας έρευνας ήταν 100 γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Απαραίτητη προϋπόθεση για την συμμετοχή στην έρευνα ήταν οι γυναίκες να μπορούν να διαβάσουν και να γράφουν στην Ελληνική γλώσσα.

✓ Τύπος της έρευνας και σχεδιασμός της έρευνας

Η παρούσα έρευνας είναι περιγραφική έρευνα, δηλαδή μια έρευνα η οποία προσπαθεί να περιγράψει ορισμένα χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού. Ταυτόχρονα η έρευνα θα μπορούσε να οριστεί και ως συσχετιστική έρευνα αφού πραγματοποιείτε έλεγχος των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών.

✓ Χρονική περίοδος συλλογής των δεδομένων

Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας συλλέχθηκαν στο ογκολογικό τμήμα που νοσοκομείο ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ καθώς και σε ιδιωτικό ιατρείο πλαστικής χειρουργικής το οποίο ειδικεύεται στην αποκατάσταση του μαστού. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από αρχές Μαΐου μέχρι μέσα Αύγουστου του 2018. Κατά την πρώτη επαφή με τα άτομα του δείγματος υπήρξε λεπτομερής ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης και την τήρηση της ανωνυμίας των στοιχείων που θα έδιναν οι συμμετέχοντες.

✓ Όργανο μέτρησης

Το όργανο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας αποτελείται από τρία τμήματα. Το πρώτο αφορά την συλλογή δημογραφικών στοιχείων όπως ηλικία, η εθνικότητα, η ηλικία εμφάνισης νόσου, ο τύπος επέμβασης και ο τύπος θεραπείας. Το δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου αφορούσε τη συλλογή πληροφοριών σε σχέση με την αντίληψη της ασθένειας όπως παρουσιάζεται στο Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (B-IPQ) (Weinman και συν.,1996). Το τρίτο τμήμα αποτελείται από ερωτήσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με την χρήση του αναθεωρημένου Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής κατά McGill (MQOL-R) Cohen, 1997)..

Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (B-IPQ) (Weinman και συν.,1996) έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν για τη διερεύνηση των αντιλήψεων διαφόρων παθήσεων ως προς τη δυνατότητα προσαρμογής του ασθενούς στη νόσο.

Οι γνωστικές πτυχές περιλαμβάνουν την κατανόηση της ασθένειας όπως η αιτία, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και της πιθανής πορείας της. Στα συναισθηματικά χαρακτηριστικά συμπεριλαμβάνεται ο βαθμός του θυμού, του φόβου ή της αλλαγής της διάθεσης. Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (B-IPQ) αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει αυτές τις διαστάσεις της ασθένειας (Moss-Morris et.al. 2002).

Το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής McGill (MQOL-R) (Cohen, 1997), αναπτύχθηκε για να προσδιορίσει την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια (Cohen, 1997).

Το ερωτηματολόγιο είχε φυσική μορφή, και μοιραζόταν στις γυναίκες που διέθεταν τα κριτήρια να λάβουν μέρος στην έρευνα. Το ερωτηματολόγιο, αποτελούνταν από 39 ερωτήσεις. Οι 26 ήταν 10βάθιας κλίμακας, 7 ερωτήσεις ήταν ανοικτού τύπου, ενώ οι υπόλοιπες 6 ερωτήσεις διέθεταν απαντήσεις ώστε να διαλέξουν οι συμμετέχοντες. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας.

▼ Στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

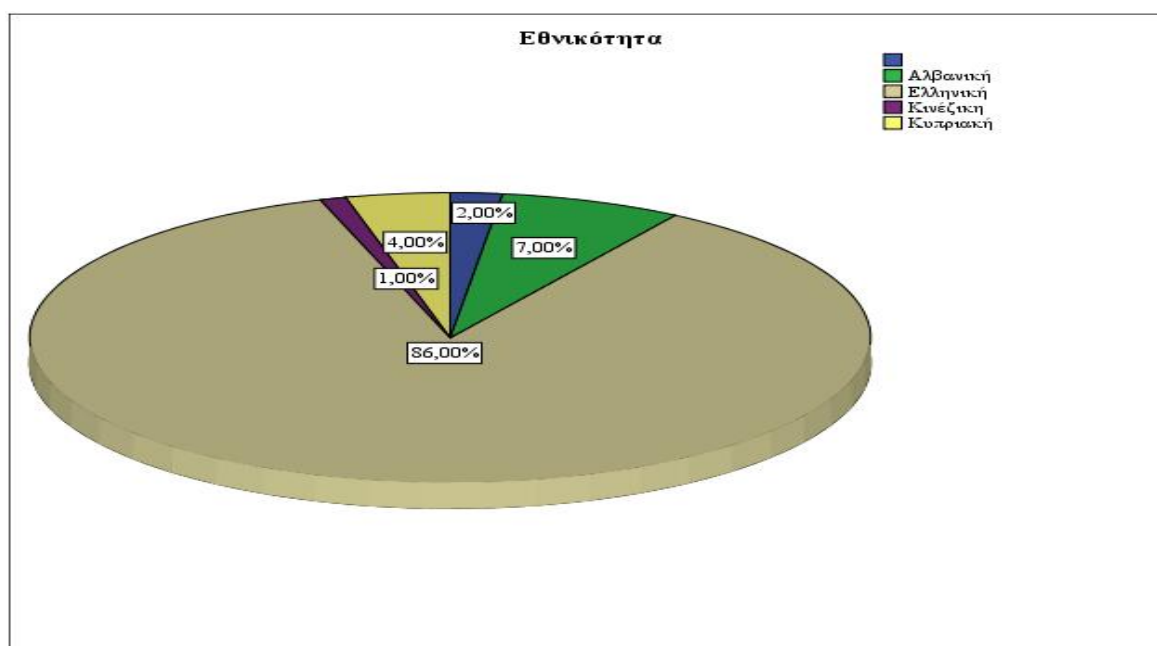
Στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS της IBM. Τα δεδομένα τροποποιήθηκαν κατάλληλα για την ευκολία της επεξεργασίας τους. Πιο αναλυτικά η ερώτηση που διερευνούσε την ημερομηνία εμφάνισης της νόσου μετατράπηκε σε μήνες. Επίσης δημιουργήθηκαν 3 μεταβλητές για τους πιο σημαντικούς παράγοντες που κατά τις γυναίκες επέφεραν τη νόσο τους, και δύο για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Επίσης αναλύθηκαν οι συχνότητες ορισμένων μεταβλητών καθώς και πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συσχετίσεων ανάμεσα στις μεταβλητές. Στην ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ανάλυση συχνοτήτων, συσχετίσεις απαντήσεων και μέτρηση δεικτών αξιοπιστίας Cronbach Alpha που υπολογίστηκε στο 0,763.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το δείγμα της παρούσας εργασίας απαρτιζόταν κατά 86% από Ελληνίδες, κατά 7% από Αλβανίδες, κατά 4% από Κύπριες, κατά 2% από γυναίκες που δεν απάντησαν σχετικά με την εθνικότητα τους και κατά 1% από μια γυναίκα με Κινεζική εθνικότητα.

Γράφημα 1: Παρουσίαση της εθνικότητας των συμμετεχουσών στην έρευνα.



Όσον αφορά την ηλικία των γυναικών παρατηρήθηκε πως η μικρότερη συμμετέχουσα στην έρευνα ήταν 33 ετών, ενώ η μεγαλύτερη 70, ενώ η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 49,6 έτη ($SD= 8,6$ έτη). Όσον αφορά τις ηλικίες εμφάνισης της νόσου στο δείγμα, η μικρότερη ηλικία όπου γνωστοποιήθηκε σε ασθενή η νόσος ήταν τα 32 έτη ενώ η μεγαλύτερη τα 67, η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου στο δείγμα υπολογίστηκε 46,7 έτη ($SD = 9$ έτη). Τέλος αναφορικά με τους μήνες (πραγματοποιήθηκε μετατροπή της μεταβλητής του ερωτηματολογίου) που οι συμμετέχουσες στην έρευνα γνωρίζουν ότι νοσούν παρατηρήθηκε πως η μικρότερη χρονικά γνωστοποίηση έγινε προ 6 μηνών ενώ η μεγαλύτερη προ 20 ετών. Η μέση γνωστοποίηση στις γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα είναι ίση με περίπου 3 έτη (35,6 μήνες) ($SD = 43,1$ μήνες).

	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
<i>Ηλικία</i>	100	33,00	70,00	49,6800	8,63383
<i>Ηλικία εμφάνισης νόσου</i>	100	32,00	67,00	46,7000	9,07711
<i>Πόσους μήνες γνωρίζετε πως νοσείτε</i>	100	6,00	240,00	35,6800	43,16491

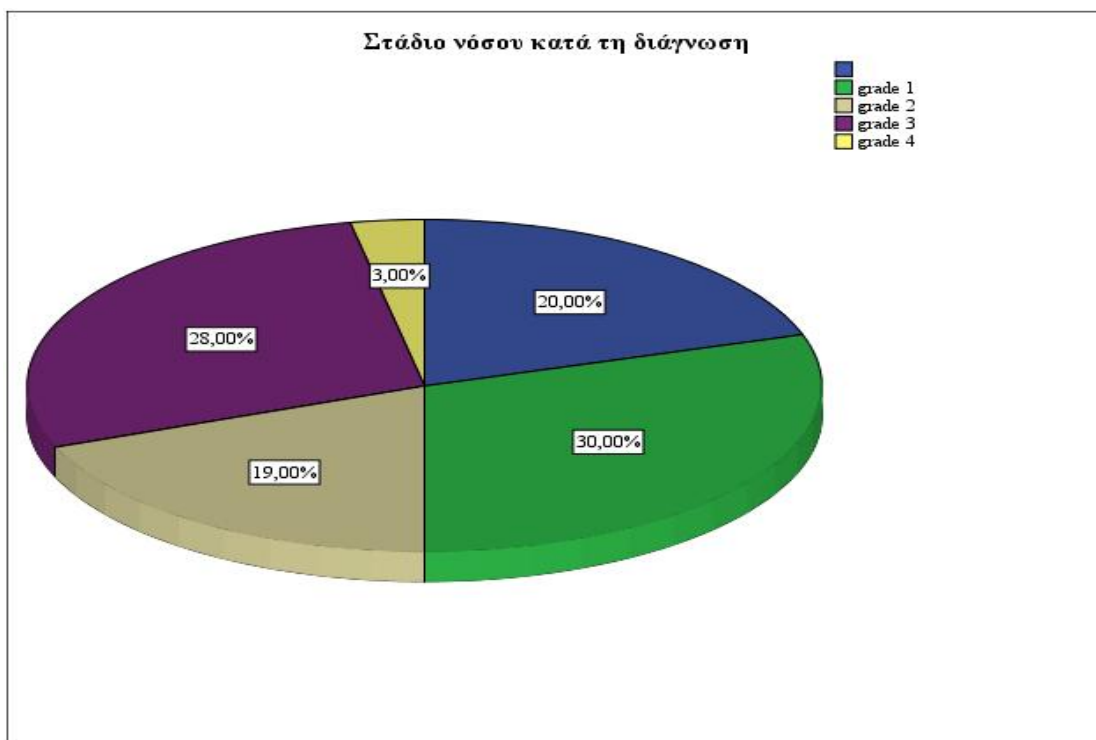
Πίνακας 1: Περιγραφική στατιστική της ηλικίας, ηλικίας εμφάνισης της νόσου και των μηνών που οι συμμετέχουσες στην έρευνα γνωρίζουν ότι νοσούν.

Σημαντικό γεγονός είναι πως παρατηρήθηκε πολύ ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της ηλικίας εμφάνισης της νόσου στις γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα ($p < 0,01$, $r = 0,891$), συνεπώς όσο αυξάνεται η ηλικία των γυναικών αυξάνεται και η ηλικία εμφάνισης της νόσου. Ταυτόχρονα αρνητική και ασθενής συσχέτιση παρατηρήθηκε στην ηλικία εμφάνισης της νόσου και στους μήνες που οι γυναίκες γνωρίζουν πως νοσούν ($p < 0,01$, $r = -0,350$) δηλαδή όσο μεγαλώνει η ηλικία εμφάνισης της νόσου τόσο μειώνονται οι μήνες που οι γυναίκες γνωρίζουν ότι νοσούν.

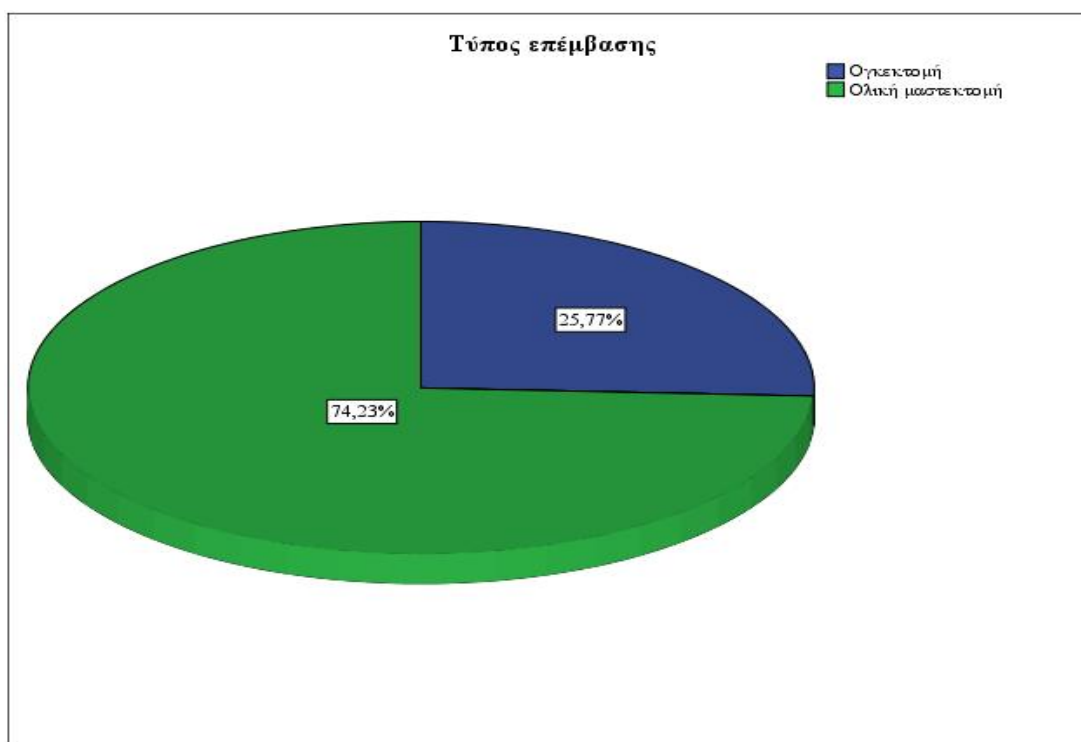
		Ηλικία εμφάνισης νόσου	Πόσους μήνες γνωρίζετε πως νοσείτε	Ηλικία
Ηλικία εμφάνισης νόσου	Pearson	1	-,350**	,891**
	Correlation			
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	100	100	100
Πόσους μήνες γνωρίζετε πως νοσείτε	Pearson		1	,108
	Correlation			
	Sig. (2-tailed)			,284
	N		100	100

Πίνακας 2: Παρουσίαση των συσχετίσεων της ηλικίας καθώς και της ηλικίας εμφάνισης της νόσου με τους μήνες που γνωρίζουν οι συμμετέχουσες στην έρευνας ότι νοσούν

Αναφορικά με το στάδιο της νόσου των γυναικών κατά τη διάγνωση το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος φάνηκε να διαγνώστηκε με καρκίνο πρώτου σταδίου (30%), ενώ λιγότερες ήταν οι γυναίκες με καρκίνο τρίτου σταδίου (28%), ένα ποσοστό της τάξης του 30% δεν απάντησε σχετικά με το στάδιο που διαγνώστηκε. Ενώ λιγότερες ήταν οι γυναίκες με διάγνωση δευτέρου σταδίου (19%) και με διάγνωση τετάρτου σταδίου (3%). Εδώ πρέπει να σημειωθεί πως όσον αφορά τις γυναίκες που απάντησαν σχετικά με την επέμβαση που πραγματοποίησαν για την αντιμετώπιση της νόσου το 74,23% του δείγματος απάντησε πως πραγματοποίησε ολική μαστεκτομή ενώ το υπόλοιπο 25,77% πραγματοποίησε ογκεκτομή.

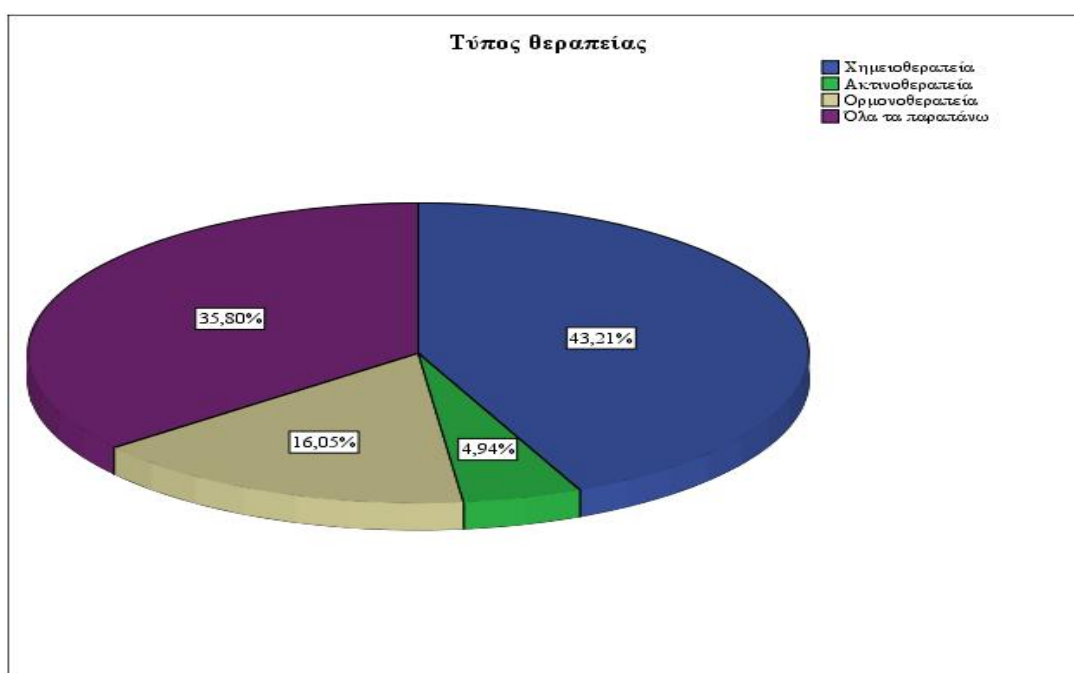


Γράφημα 2: Παρουσίαση των σταδίων της νόσου στην έρευνα κατά τη διάγνωση.



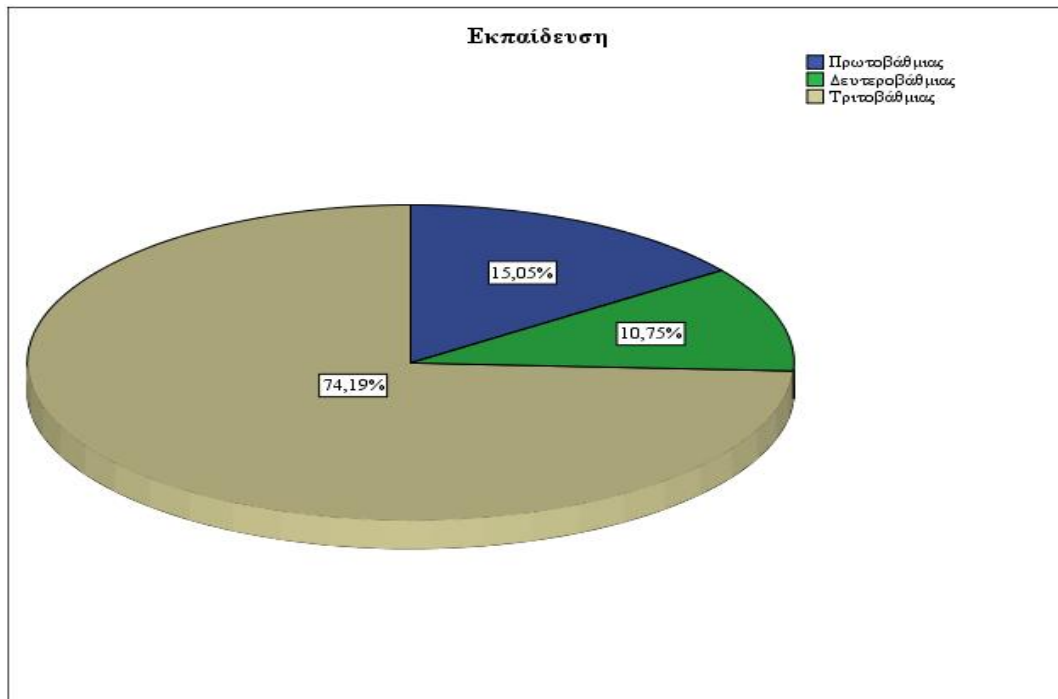
Γράφημα 3: Παρουσίαση τύπου επέμβασης

Σε σχέση με τις θεραπείες που ακολουθούν οι συμμετέχουσες στην έρευνα η πιο διαδεδομένη παρατηρήθηκε πως ήταν η χημειοθεραπεία, με την ορμονοθεραπεία να ακολουθεί και έπειτα ακολούθησε η ορμονοθεραπεία, ως μεμονωμένες θεραπείες. Παρόλα αυτά το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απάντησε πως πραγματοποιεί χημειοθεραπείες (43,21%) και μεγάλο ποσοστό πραγματοποιεί συνδυασμό θεραπειών όλων των προαναφερθέντων (35,8%).

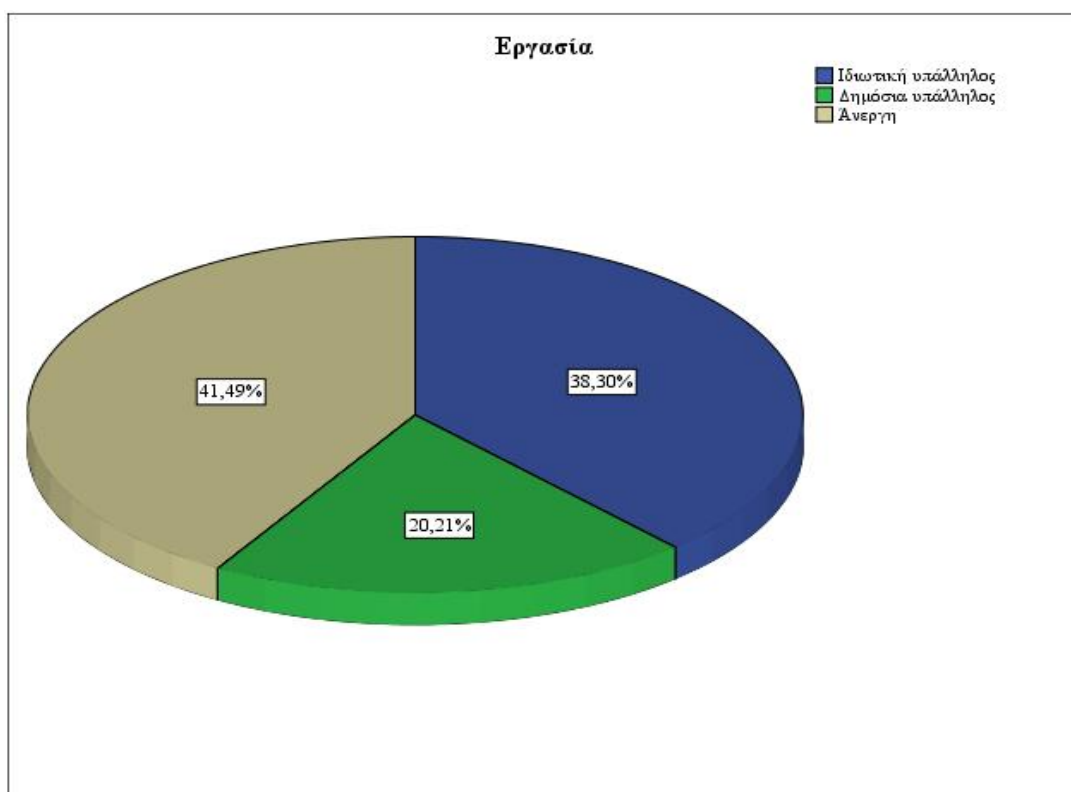


Γράφημα 4: Παρουσίαση των θεραπειών που ακολουθούν οι συμμετέχουσες στην έρευνα

Σε σχέση με την εκπαίδευση των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα παρατηρήθηκε πως η πλειοψηφία τους ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (74,18%). Ενώ λιγότερες γυναίκες ήταν απόφοιτες πρωτοβάθμιας (15%), και δευτεροβάθμιας (10,75%). Σε σχέση με την εργασία το δείγμα παρατηρήθηκε πως απαρτίζεται κατά 41,5% άνεργες γυναίκες, κατά 38,3% από ιδιωτικές υπάλληλους και κατά 20,2% από δημόσιες υπάλληλους.



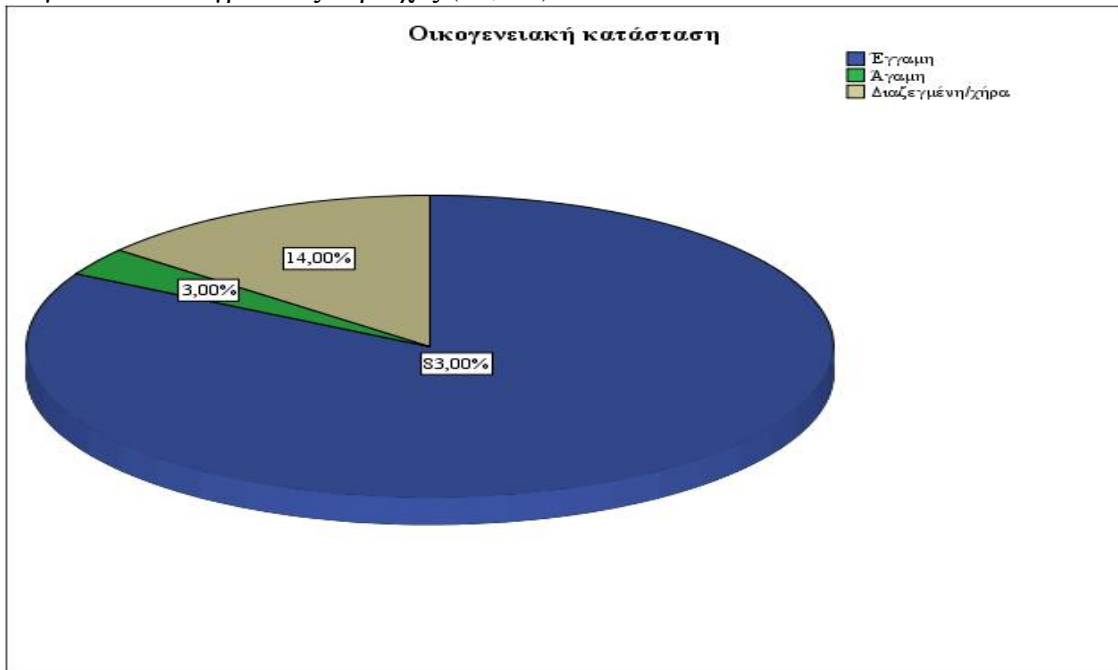
Γράφημα 5: Παρουσίαση της εκπαίδευσης των συμμετεχουσών στην έρευνα.



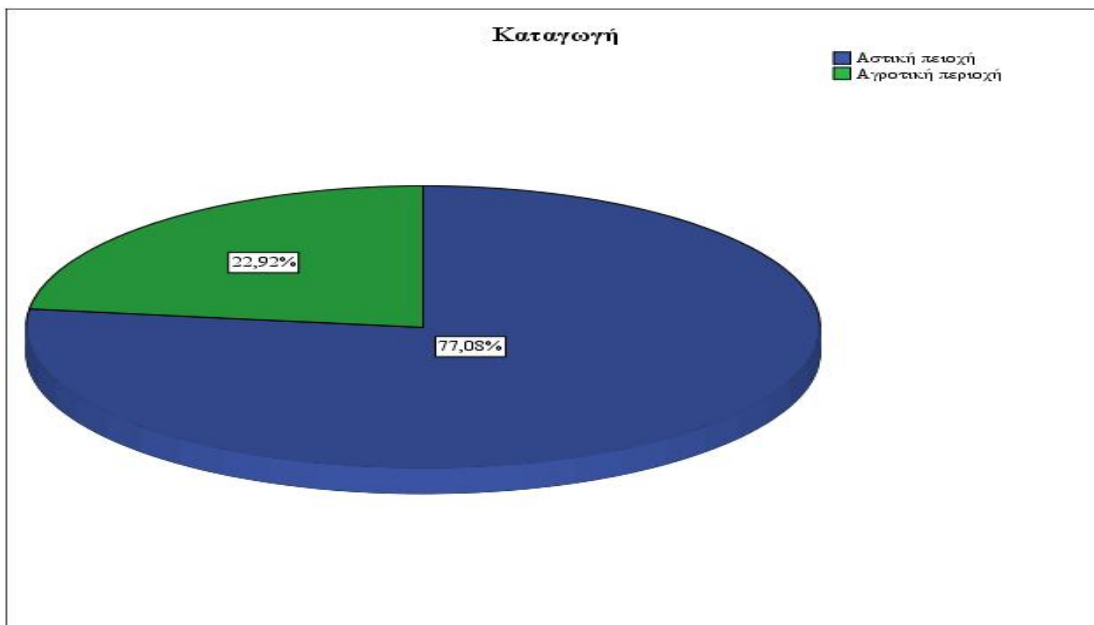
Γράφημα 6: Παρουσίαση της εργασίας των συμμετεχουσών στην έρευνα.

Ταυτόχρονα το δείγμα παρατηρήθηκε πως αποτελείται σε σχέση με την οικογενειακή του κατάσταση κατά 83% από έγγαμες γυναίκες, κατά 3% από άγαμες και κατά 14% από διαζευγμένες ή χήρες. Ταυτόχρονα σε σχέση με την καταγωγή τους οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα κατάγονταν από

αστικές περιοχές (77,1%) ενώ οι υπόλοιπες γυναίκες που απάντησαν από πού κατάγονταν από αγροτικές περιοχές (22,9%).



Γράφημα 7: Παρουσίαση της οικογενειακής κατάστασης



Γράφημα 8: Παρουσίαση της καταγωγής των συμμετεχουσών στην έρευνα

Μέρος 1^ο

Σε σχέση με την επιρροή της ασθένειας στην προσωπική ζωή των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα, παρατηρήθηκε πως κατά μέσο όρο το δείγμα τείνει στο να δέχεται αρκετή επιρροή από την ασθένεια (MEAN=5,6 SD=2,84). Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα θεωρούν κατά μέσο όρο πως η διάρκεια της ασθένειας τους τείνει προς το να είναι σύντομη (MEAN=4,75, SD=3,3).

Όσον αφορά το πόσο θεωρούν οι γυναίκες ότι ελέγχουν την ασθένεια τους παρατηρείται πως το δείγμα κατά μέσο όρο τείνει να έχει πολύ μεγάλο έλεγχο της ασθένειας (MEAN=8,31 SD=2,33). Επίσης παρατηρήθηκε πως σε σχέση με το πόσο πιστεύει το δείγμα ότι η θεραπεία που ακολουθεί μπορεί να βοηθήσει στην ασθένειά του κατά μέσο όρο υπάρχει μια εξαιρετικά θετική εικόνα από τις γυναίκες (MEAN=9,3 SD=1,10).

Ταυτόχρονα όσον αφορά το πόσο πολύ αισθάνονται τα συμπτώματα της ασθένειάς υπάρχει κατά μέσο όρο μια θετική στάση (MEAN=3,3, SD=3,07). Εν αντιθέσει παρατηρήθηκε πως ο μέσος όρος των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα ανησυχεί πολύ (MEAN=7,81, SD=2,631).

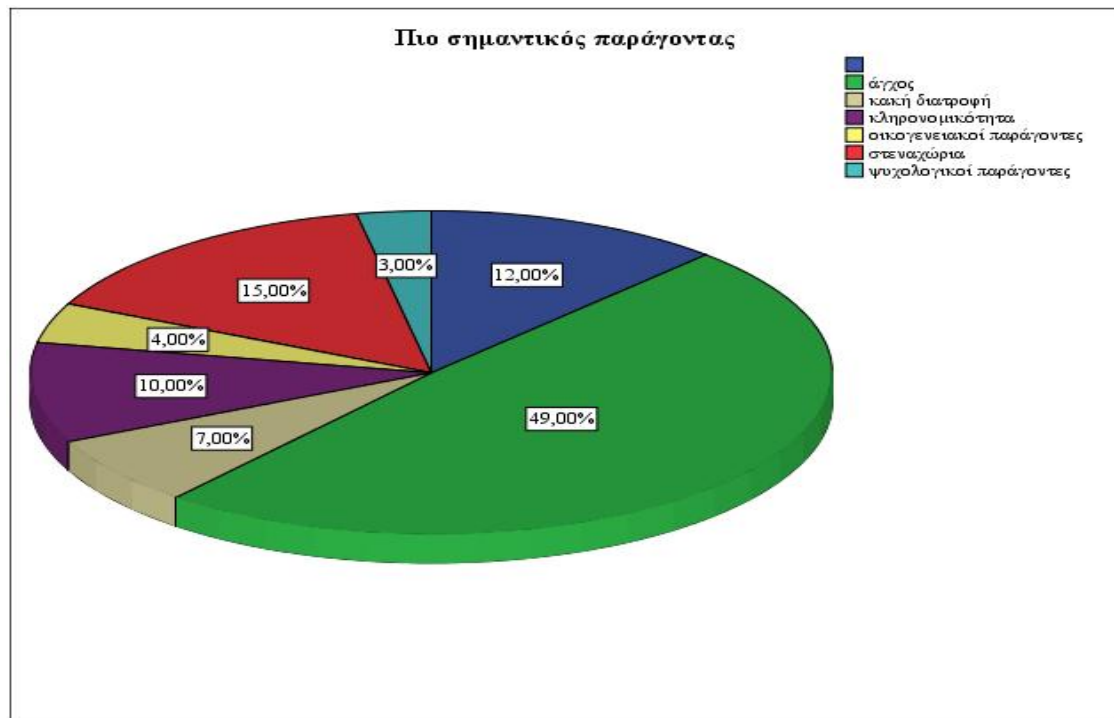
Άξιο αναφοράς είναι πως το δείγμα φαίνεται να κατανοεί πάρα πολύ καλά την ασθένεια του (MEAN=9,01 SD=1,21), όμως παρατηρήθηκε πως υπάρχει σημαντική επιρροή από την ασθένεια στο συναισθηματικό επίπεδο των γυναικών (MEAN=6,39 SD=2,77). Εδώ πρέπει να αναφερθεί πως ο μέσος όρος των γυναικών που έχει προχωρήσει σε αποκατάσταση μαστού νιώθει πολύ θετική ψυχολογική επιρροή (MEAN=8,09, SD=3,02). Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε οι γυναίκες απάντησαν πως ο καρκίνος του μαστού τις έχει επηρεάσει στη σεξουαλική τους ζωή αλλά σε μικρό σχετικά βαθμό (MEAN =4,02, SD=3,59).

	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
<i>Επιρροή της ασθένειας στην προσωπική ζωή</i>	5,6146	2,84094
<i>Εκτίμηση διάρκειας της ασθένειας;</i>	4,7500	3,36310
<i>Πόσο ελέγχετε την ασθένεια σας;</i>	8,3100	2,33850
<i>Πόσο πιστεύετε ότι η θεραπεία που ακολουθείτε μπορεί να βοηθήσει στην ασθένειά σας;</i>	9,3600	1,10572
<i>Πόσο πολύ αισθάνεστε συμπτώματα της ασθένειάς σας;</i>	3,2917	3,07423
<i>Πόσο ανησυχείτε σχετικά με την ασθένειά σας;</i>	7,8100	2,63118

<i>Πόσο καλά αισθάνεστε ότι κατανοείτε την ασθένειά σας;</i>	9,0100	1,21018
<i>Πόσο πολύ σας επηρεάζει η ασθένειά σας συναισθηματικά;</i>	6,3958	2,77386
<i>Πόσο πολύ σας επηρεάζει η νέα εικόνα του σώματός σας;</i>	4,2600	3,14505
<i>Εάν έχετε προχωρήσει σε αποκατάσταση μαστού πόσο θετικά έχει επηρεάσει την ψυχολογία σας</i>	8,0900	3,02000
<i>Θεωρείτε πως ο καρκίνος του μαστού σας έχει επηρεάσει στη σεξουαλική σας ζωή;</i>	4,0217	3,59786

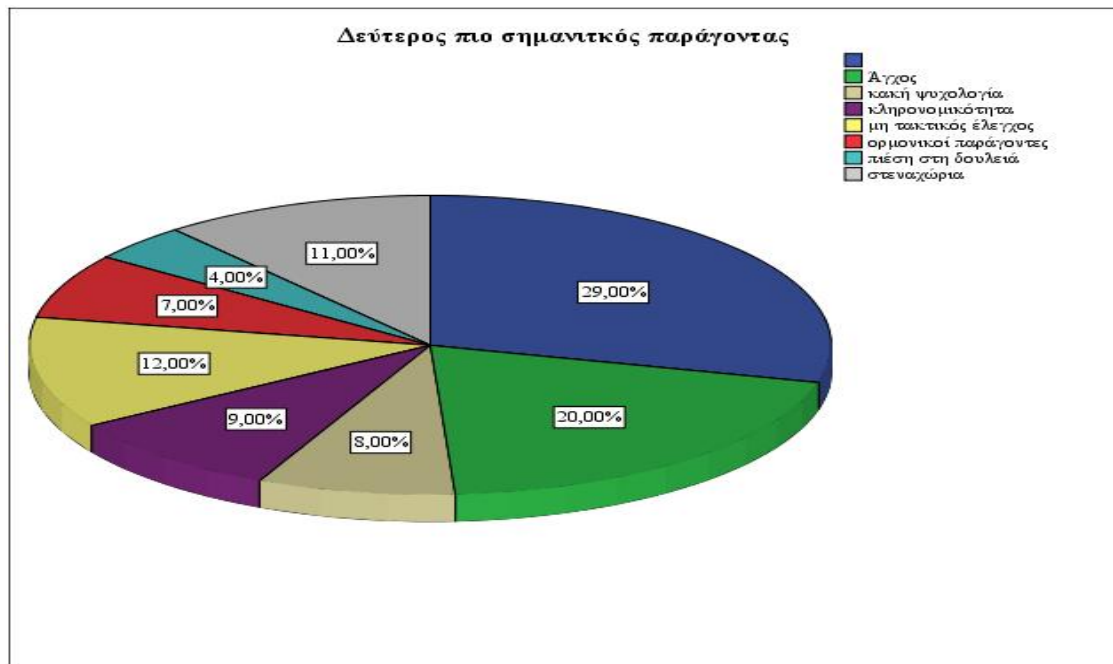
Πίνακας 3: Περιγραφική στατιστική των γενικών ερωτήσεων του δείγματος

Ιεραρχώντας τους παράγοντες που κατά τις ερωτηθείσες προκάλεσαν την ασθένεια τους, παρατηρήθηκε πως ως πιο σημαντικοί παράγοντες ορίστηκαν το άγχος, με την στεναχώρια και κληρονομικότητα να ακολουθούν. Ενώ ως τριτεύοντες παράγοντες

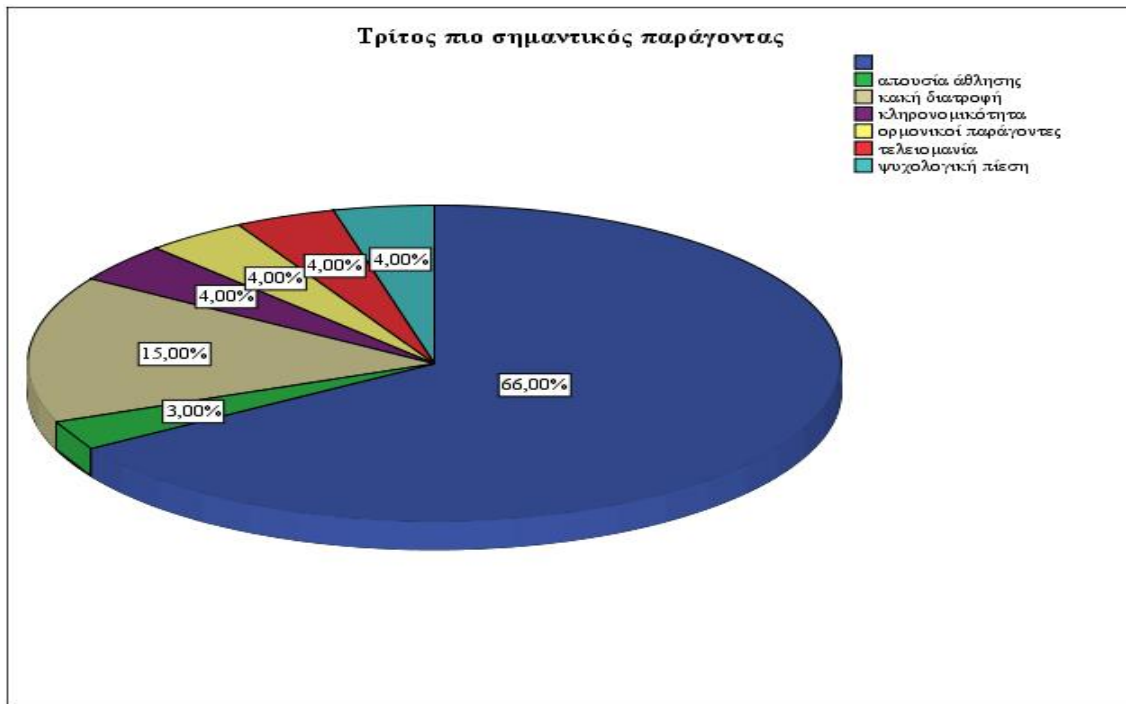


ορίστηκαν η κακή διατροφή, η ψυχολογική πίεση και οι ορμονικοί παράγοντες.

Γράφημα 9: Παρουσίαση πρώτου σημαντικού παράγοντα θεωρούν ότι προκάλεσαν την ασθένεια τους.



Γράφημα 10: Παρουσίαση δεύτερου σημαντικού παράγοντα θεωρούν ότι προκάλεσαν την ασθένεια τους.



Γράφημα 11: Παρουσίαση τρίτου σημαντικού παράγοντα θεωρούν ότι προκάλεσαν την ασθένειά τους.

· Μέρος 2^ο

▼ Μέρος Α. Γενική Ποιότητα ζωής

Ως προς τη γενική ποιότητα της ζωής των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο στο χρονικό διάστημα των τελευταίων 48 ωρών θεωρούν πάρα πολύ καλή την ποιότητα της ζωής τους ($M.O=7,56$, $SD=2,32$).

	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
<i>Θεωρώντας όλες της πτυχές της ζωής σας τις τελευταίες δύο μέρες η ποιότητα της ζωής σας ήταν</i>	<i>7,1563</i>	<i>2,32301</i>

Πίνακας 4: Περιγραφική στατιστική της γενικής ποιότητας ζωής του δείγματος

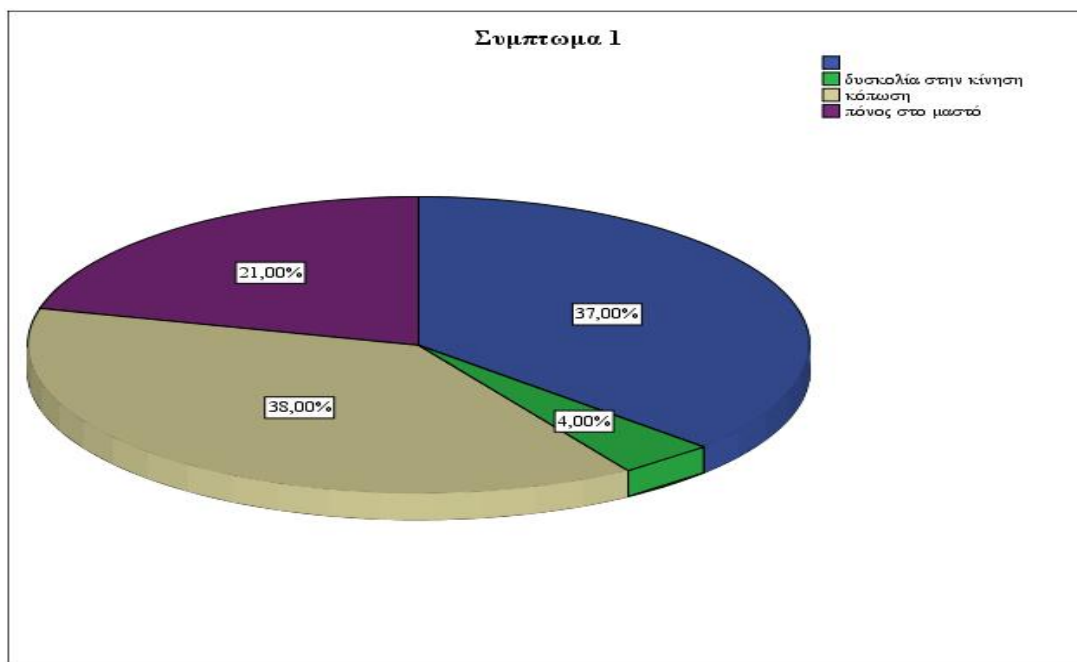
▼ Μέρος Β. Σωματικά

Αναφορική με τη σωματική κατάσταση των γυναικών και πιο συγκεκριμένα αναφορικά με το πόσο σημαντικό πρόβλημα ήταν τα σωματικά τους συμπτώματα, παρατηρήθηκε πως κατά μέσο όρο δεν παρουσίασαν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα (MEAN=2,72, SD=2,72). Δεδομένου αυτού παρατηρήθηκε επίσης πως τις τελευταίες δύο ημέρες οι γυναίκες έτειναν να αισθάνονται αρκετά καλά σωματικώς κατά μέσο όρο (MEAN=7,87, SD=1,98), ενώ η σωματική τους ανικανότητα να πραγματοποιήσουν πράγματα δεν ήταν ιδιαιτέρως μεγάλο πρόβλημα (MEAN=3,02, SD=3,23).

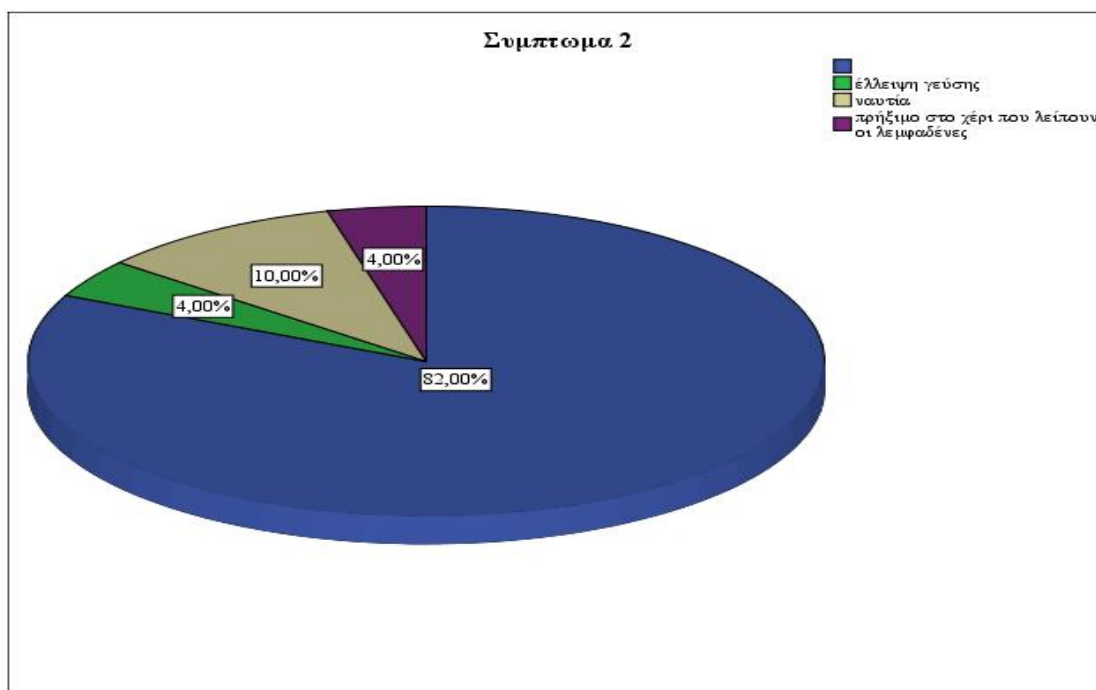
	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
<i>Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών τα σωματικά σας συμπτώματα πόσο πρόβλημα ήταν;</i>	2,7200	2,72319
<i>Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών πόσο καλά αισθανθήκατε;</i>	7,8776	1,98585
<i>Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών η σωματική σας ανικανότητα να πραγματοποιήσω πράγματα πόσο μεγάλο πρόβλημα ήταν.</i>	3,0213	3,23947

Πίνακας 5: Περιγραφική στατιστική της σωματικής κατάστασης του δείγματος

Οι συμμετέχουσες στην έρευνα το τελευταίο 48ωρο μέσω των απαντήσεων τους τόνισαν πως ένιωθαν κόπωση, πόνο στο μαστό καθώς και δυσκολία στην κίνηση ως βασικά συμπτώματα, ενώ επιπρόσθετα συμπτώματα που ένιωθαν ήταν ναυτία, πρήξιμο κατά κύριο λόγο στο χέρι που βρίσκονταν οι λεμφαδένες που αφαιρέθηκαν και έλλειψη γεύσης.



Γράφημα 12: Παρουσίαση πρώτου συμπτώματος που οι συμμετέχουσες στην έρευνα ένοιωσαν το τελευταίο 48ωρο



Γράφημα 13: Παρουσίαση δεύτερου συμπτώματος που οι συμμετέχουσες στην έρευνα ένοιωσαν το τελευταίο 48ωρο.

✓ Μέρος Γ. Σκέψεις και συναισθήματα

Σε σχέση με τις σκέψεις και τα συναισθήματα που δημιουργούνται στις συμμετέχουσες στην έρευνα γύρω από τη νόσο τους παρατηρείται πως το τελευταίο 48ωρο δεν έτειναν να είναι στεναχωρημένες κατά μέσο όρο (MEAN=3,12, SD=3,22). Σχετικά με το άγχος ή την ανησυχία που ένιωθε το δείγμα, βρισκόταν σε χαμηλά επίπεδα αλλά πιο μεγάλο από τη στεναχώρια του (MEAN=4,127, SD=3,292). Επίσης παρατηρήθηκε πως και η θλίψη των γυναικών το τελευταίο 48ωρο βρισκόταν κατά μέσο όρο σε χαμηλά επίπεδα (MEAN=3,233, SD=3,18).

Αναφορικά με τις σκέψεις και σχέδια για το μέλλον των γυναικών το δείγμα διέθετε σχετικά μικρά επίπεδα φόβο για το μέλλον (MEAN=3,78, SD=2,729) ενώ την ίδια στιγμή οι γυναίκες του δείγματος ένιωθαν πως η ζωή τους έχει αρκετό σκοπό και νόημα (MEAN=8,178, SD=1,887). Σημαντικό γεγονός είναι πως το δείγμα τείνει να νιώθει πως έχει πραγματοποιήσει μεγάλη πρόοδο στη ζωή του και στην επίτευξη των στόχων του (MEAN=8,144, SD=1,311).

Άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός πως οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα φάνηκαν να μην έχουν αισθανθεί πως αποτέλεσε για αυτές μεγάλο πρόβλημα ο έλεγχος της στη ζωή τους (MEAN=2,744, SD=2,770). Ενώ σημαντικό είναι και το γεγονός πως το δείγμα φάνηκε να συμφωνεί σε μεγάλο βαθμό με το ότι αισθάνθηκε καλά το τελευταίο 48ωρο (MEAN=8,202, SD=2,050).

	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
<i>Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημ 3,1222</i> <i>πόσο στεναχωρημένες ήσασταν;</i>		<i>3,22848</i>
<i>Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο 4,1277</i> <i>ημερών πόσο άγχος ή ανησυχία νιώσατε;</i>		<i>3,29298</i>
<i>Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο 3,2333</i> <i>ημερών πόσο θλίψη νιώσατε;</i>		<i>3,18017</i>
<i>Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο 3,7889</i> <i>ημερών όταν σκεπτόσασταν το μέλλον πόσο</i> <i>φοβισμένες νιώσατε:</i>		<i>2,72934</i>

Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών πόσο σκοπό νιώθατε πως είχε η ζωή σας; 8,1778 1,88774

Όταν σκέφτεστε όλη σας τη ζωή, πόσο πρόοδο αισθάνεστε πως έχετε πραγματοποιήσει στην επίτευξη των στόχων σας; 8,1444 1,31167

Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών πόσο πρόβλημα αισθανθήκατε πως ήταν ο βαθμός ελέγχου της στη ζωή σας; 2,7444 2,77047

Τις τελευταίες δύο μέρες κατά πόσο αισθανθήκατε καλά για τον εαυτό σας ως άτομο; 8,2021 2,05086

Πίνακας 6: Περιγραφική στατιστική των σκέψεων και των συναισθημάτων του δείγματος

▼ Μέρος Δ. Κοινωνικά

Όσον αφορά τα κοινωνικότητα των γυναικών παρατηρήθηκε πως το δείγμα κατά τις τελευταίες δύο μέρες ένοιωθε πως η δυσκολία στην επικοινωνία με τους ανθρώπους που νοιάζονται ήταν σχετικά εύκολη (MEAN=7,81, SD=2,57). Ταυτόχρονα το δείγμα κατά μέσο όρο αισθανόταν πως ότι οι σχέσεις του με τα άτομα τα που νοιάζεται έτειναν να είναι πολύ κοντινές (MEAN=8,383, SD=2,170). Τέλος παρατηρήθηκε πως κατά μέσο όρο οι γυναίκες αισθάνθηκαν να έχουν μεγάλη υποστήριξη κατά το τελευταίο 48ωρο (MEAN= 8,57, SD=2,1848).

<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
-------------	-----------------------

<i>Τις τελευταίες δύο μέρες πόσο δύσκολη ήταν η επικοινωνία με τους ανθρώπους που νοιάζεστε;</i>	7,8140	2,57368
<i>Τις τελευταίες δύο μέρες κατά πόσο αισθανθήκατε ότι ήταν απόμακρες οι σχέσεις σας με τα άτομα τα οποία νοιάζεστε;</i>	8,3830	2,17071
<i>Τις τελευταίες δύο μέρες κατά πόσο αισθανθήκατε ότι έχετε υποστήριξη;</i>	8,5729	2,18485

Πίνακας 7: Περιγραφική στατιστική κοινωνικότητας του δείγματος

Cronbach's Alpha

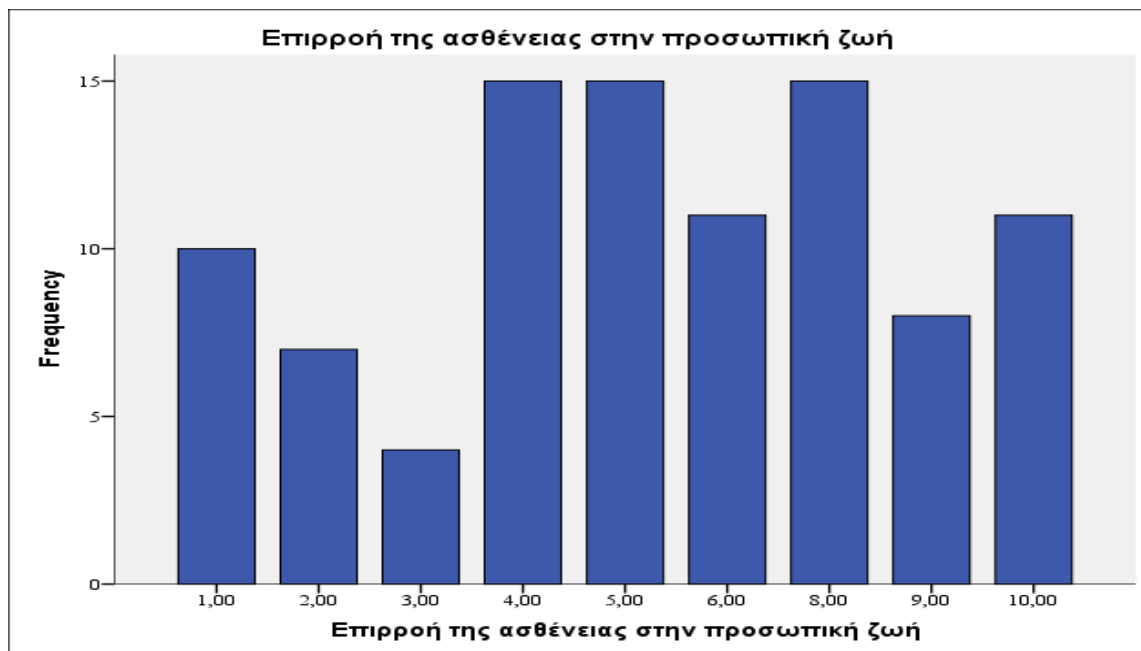
Πραγματοποιώντας έναν έλεγχο της εσωτερικής συνέπειας του πρώτου ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε κατέστη εμφανές ότι ο δείκτης Cronbach's Alpha ισούται με 0,763. Αφού το $\alpha > 0,7$ το ερωτηματολόγιο κρίνεται πως είναι κατάλληλο για την έρευνα.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,763	9

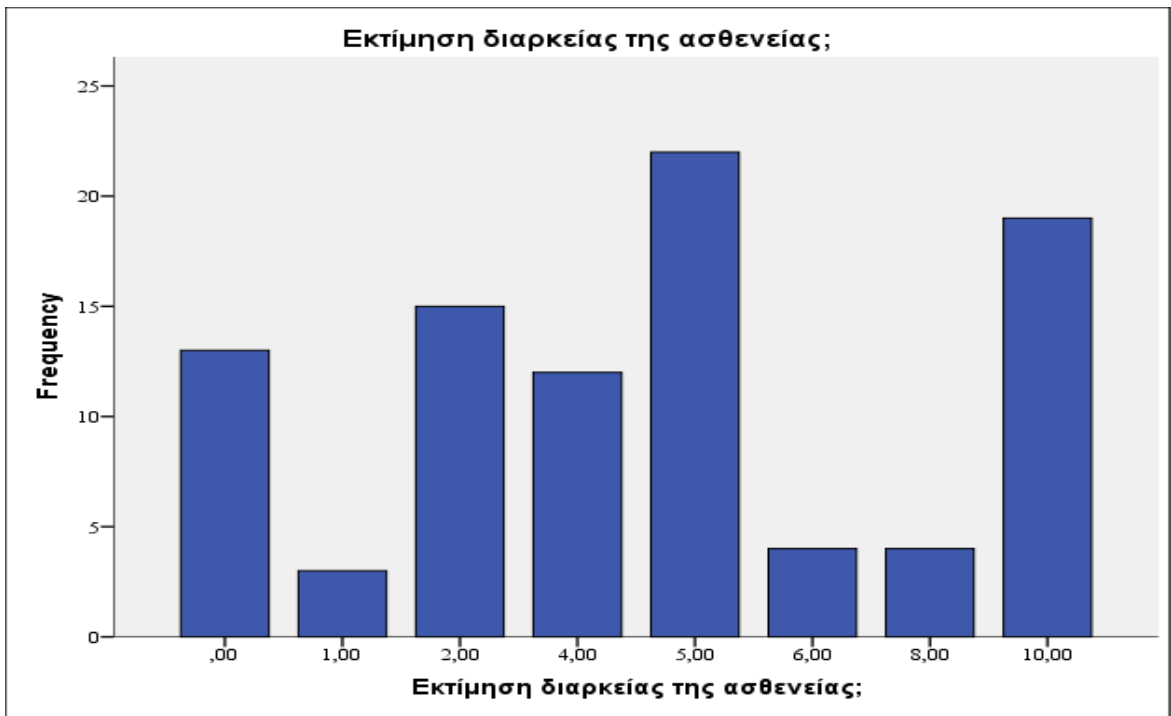
Πίνακας 8: Cronbach's Alpha

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ



Γράφημα 14:Επιρροή της ασθένειας

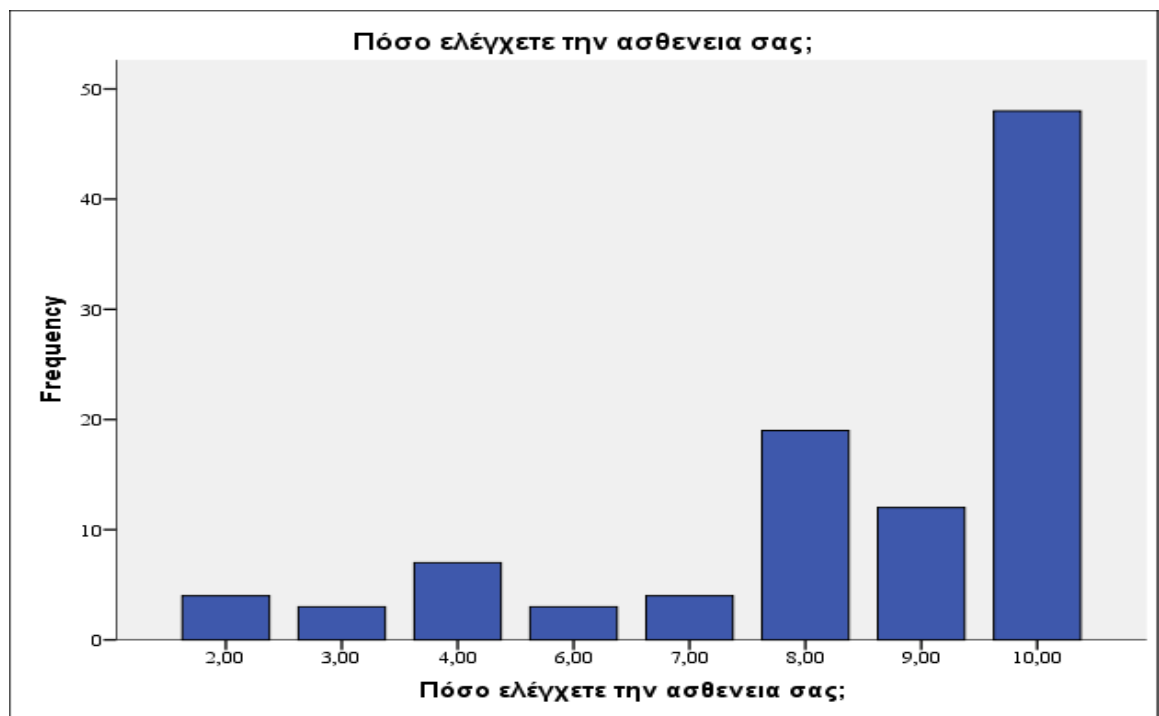
Όσον αφορά την επιρροή της ασθένειας των γυναικών στην προσωπική τους ζωή κατά κύριο λόγο κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα (απαντήθηκε κατά κύριο λόγο 4-5-6).



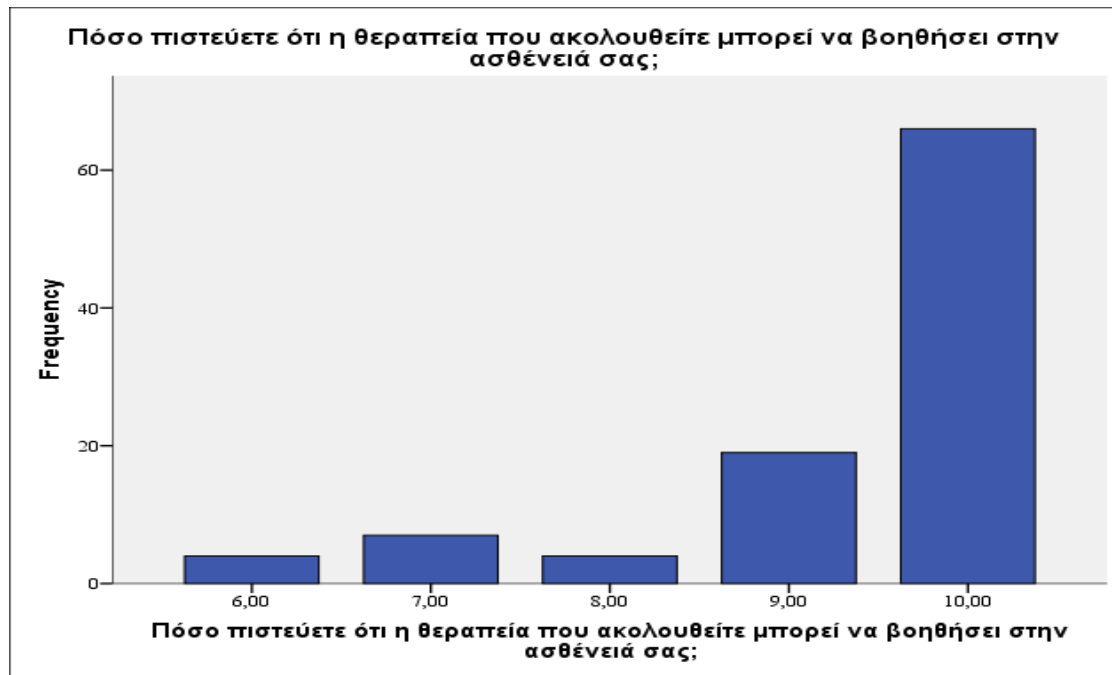
Γράφημα 15:Εκτίμηση της διάρκειας της ασθένειας

Σε σχέση με την εκτίμηση της διάρκειας της ασθένειας τους οι γυναίκες θεωρούν ότι θα διαρκέσει σε μέτριο βαθμό στην πλειοψηφία τους, ενώ αρκετές γυναίκες θεωρούν ότι θα διαρκέσει λίγο.

Γράφημα 16:Έλεγχος της ασθένειας



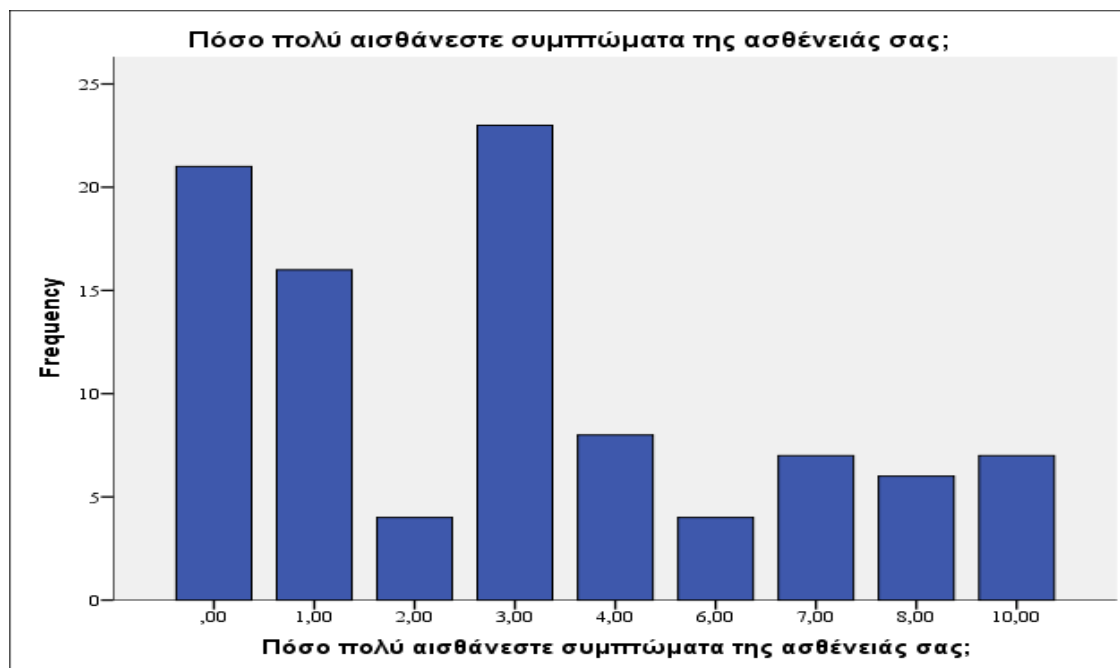
Σε σχέση με το πόσο ελέγχουν την ασθένειά τους οι γυναίκες στην πλειοψηφία τους θεωρούν ότι την ελέγχουν σε πολύ μεγάλο βαθμό.



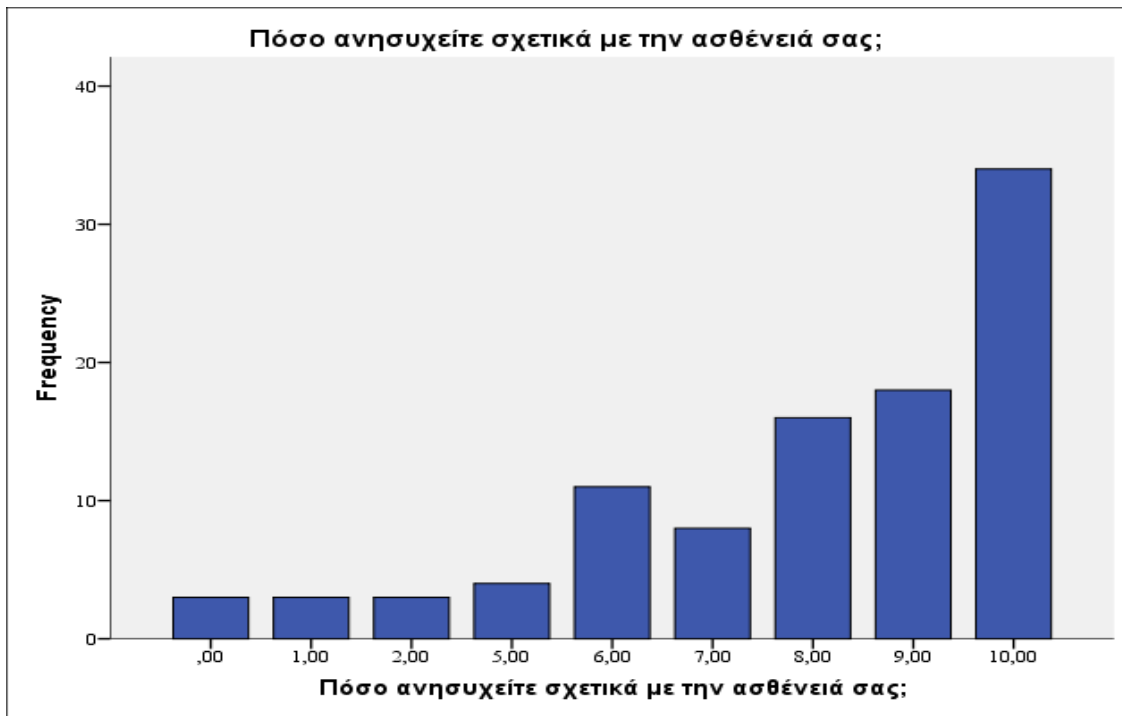
Γράφημα 17: Η θεραπεία πρόκειται να βοηθήσει στην ασθένεια

Αναφορικά με το πόσο πιστεύουν ότι η θεραπεία που ακολουθούν πρόκειται να βοηθήσει στην ασθένεια τους οι γυναίκες θεωρούν ότι κάτι τέτοιο γίνεται σε μεγάλο βαθμό.

Γράφημα 18: Συμπτώματα της ασθένειας



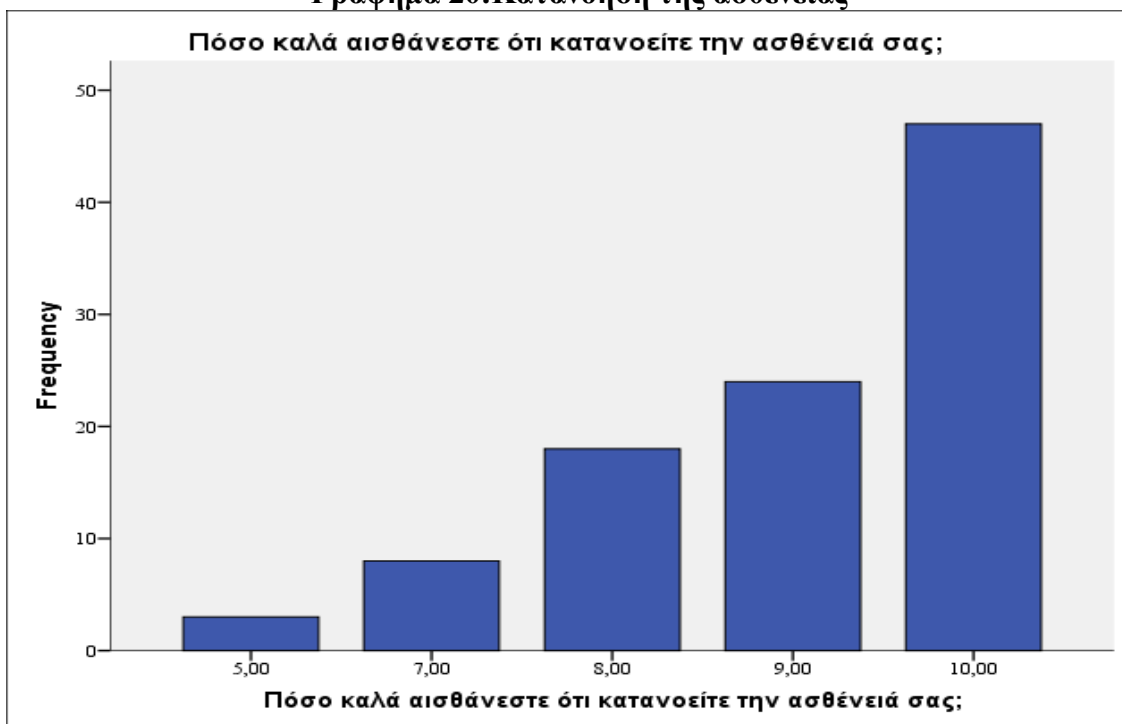
Σε σχέση με το πόσο αισθάνονται τα συμπτώματα της ασθένειας τους η πλειοψηφία του δείγματος τα νιώθει σε μικρό βαθμό.



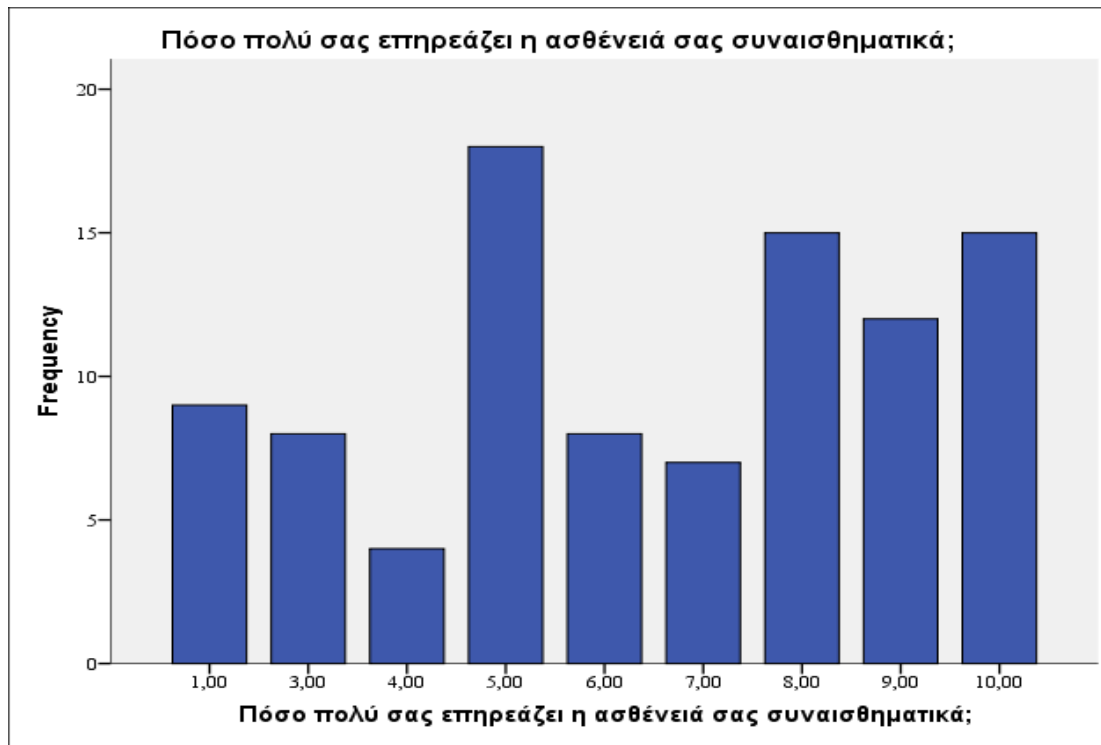
Γράφημα 19:Ανησυχία για την ασθένεια

Όσον αφορά την ανησυχία των γυναικών για την ασθένεια τους παρατηρήθηκε πως υπάρχει σε μεγάλο βαθμό.

Γράφημα 20:Κατανόηση της ασθένειας

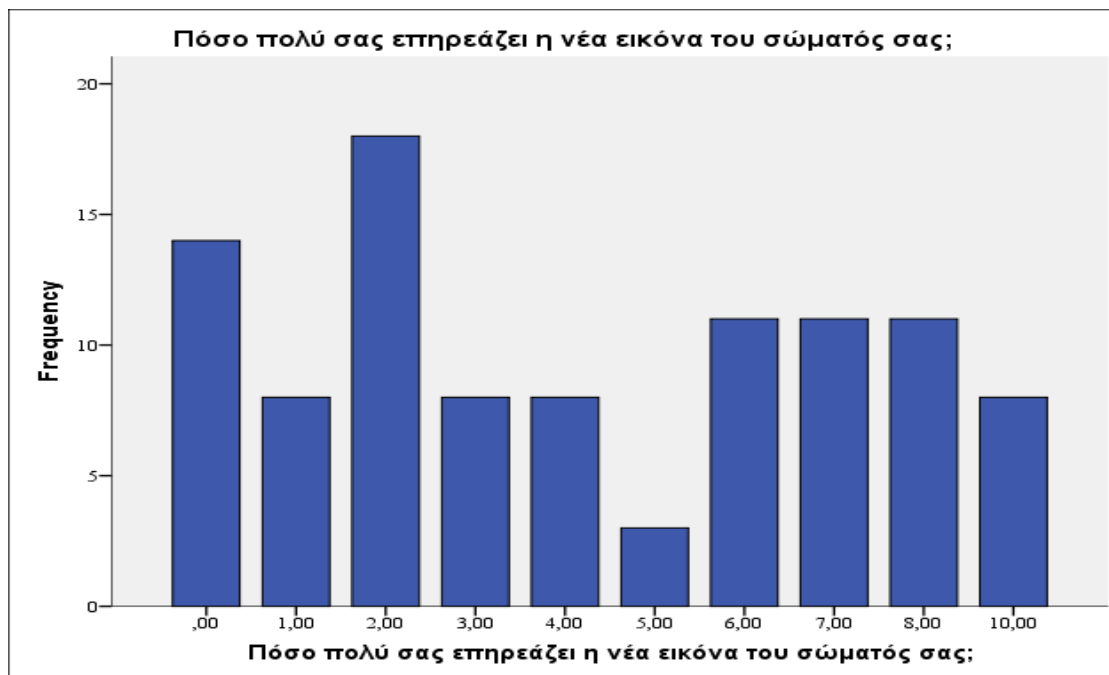


Οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα κατανοούν την ασθένεια τους σε μεγάλο βαθμό.



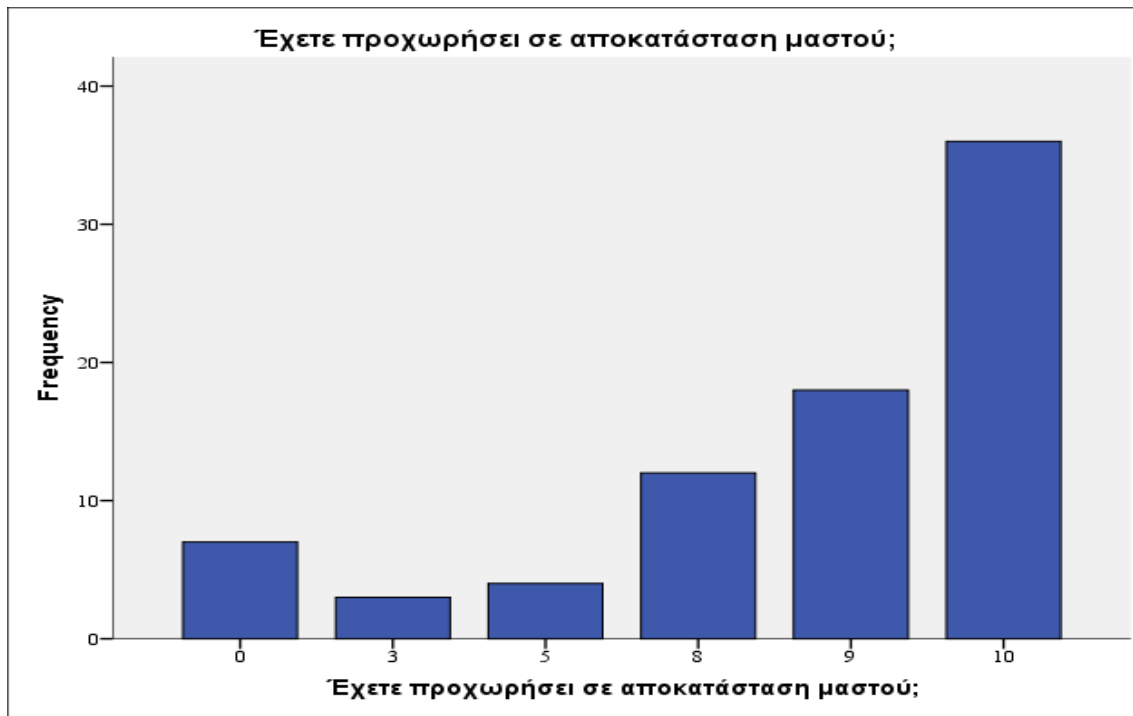
Γράφημα 21:Επιρροή της ασθένειας

Όσον αφορά το πόσο επηρεάζει η ασθένεια τις γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα παρατηρήθηκε πως κατά κύριο λόγο επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό.



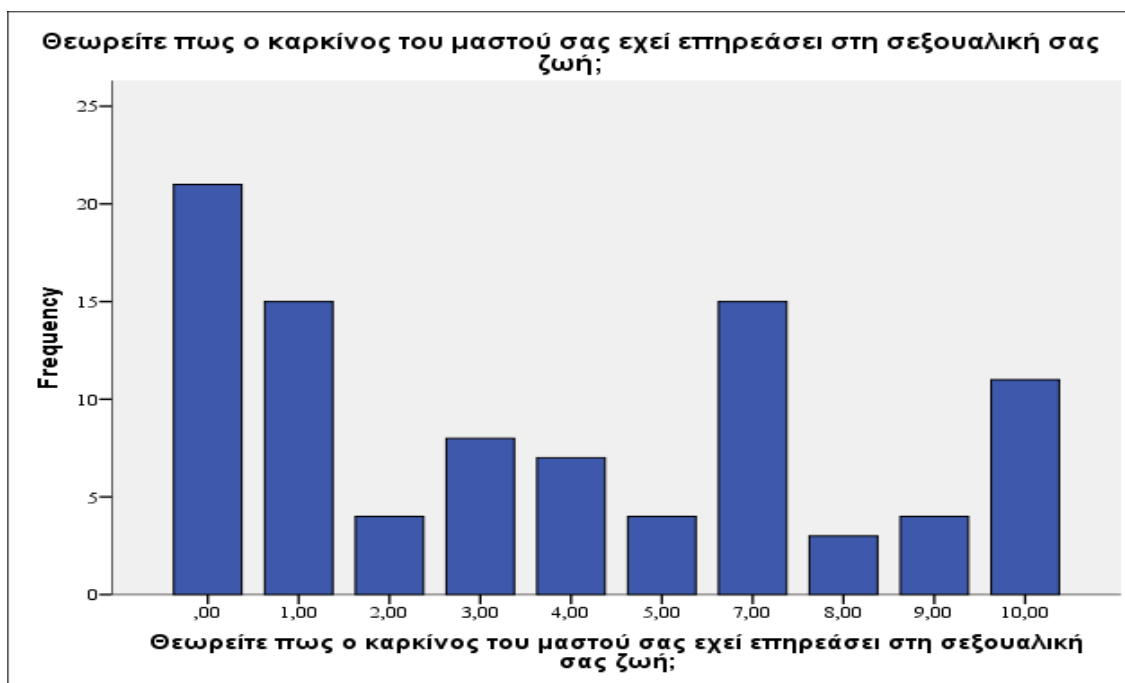
Γράφημα 22:Επιρροή από την εικόνα του σώματος

Ταυτόχρονα κατέστη εμφανές πως οι γυναίκες δεν επηρεάζονταν πάρα πολύ από την εικόνα του σώματος τους.



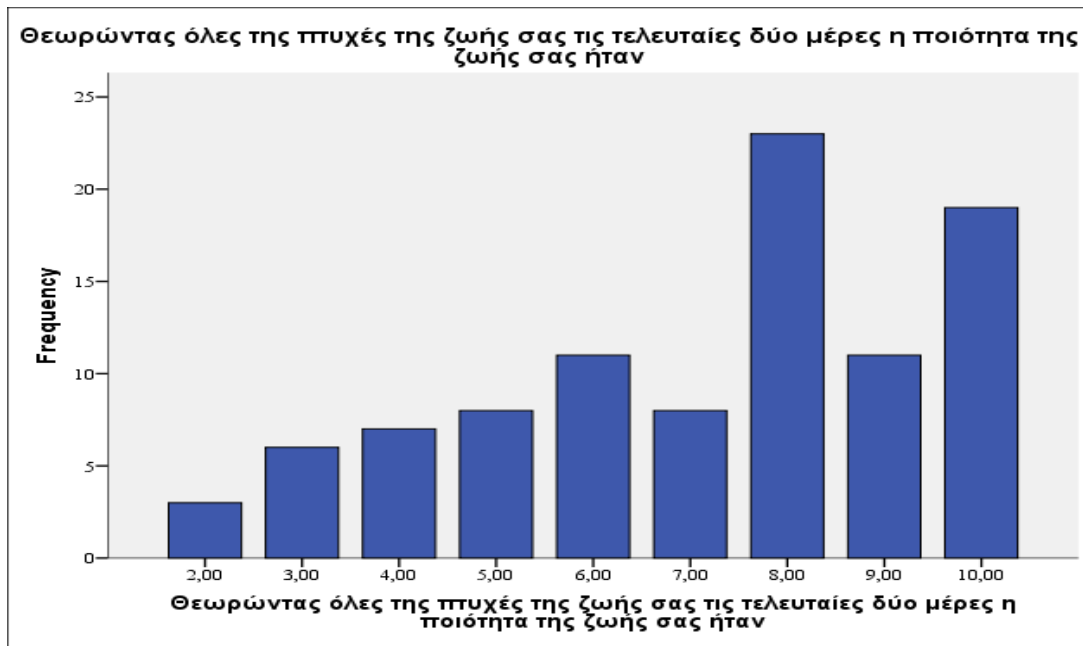
Γράφημα 23:Αποκατάσταση μαστού

Ταυτόχρονα οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα έχουν προχωρήσει σε μεγάλο βαθμό σε αποκατάσταση μαστού.



Γράφημα 24:Επιρροή στη σεξουαλική ζωή

Επίσης οι γυναίκες δεν θεωρούν σε μεγάλο βαθμό ότι ο καρκίνος του μαστού έχει επηρεάσει τη σεξουαλική τους ζωή.



Γράφημα 25:Βαθμολογία ποιότητας ζωής

Κατά τις τελευταίες δύο μέρες οι έρευνες οι γυναίκες είχαν βαθμολογήσει την ποιότητα ζωής τους ως καλή.



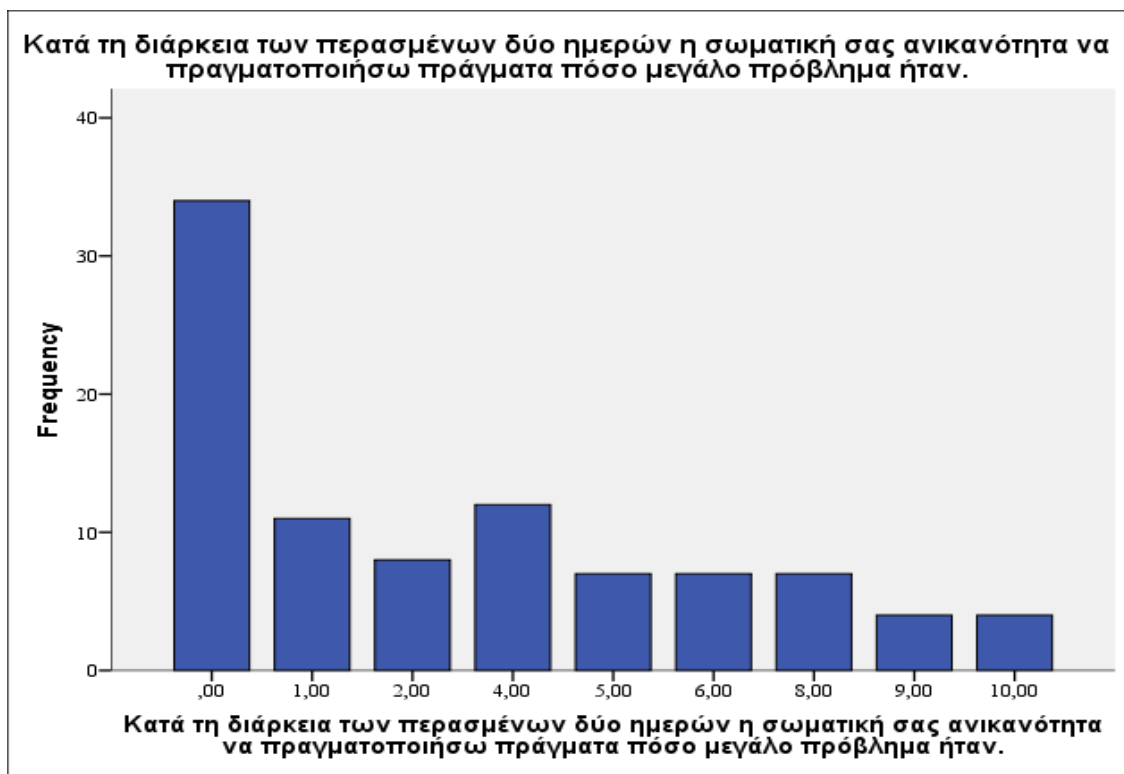
Γράφημα 26:Βαθμολογία σωματικών συμπτωμάτων

Κατά τις τελευταίες δύο μέρες οι έρευνες οι γυναίκες είχαν βαθμολογήσει ότι τα σωματικά τους συμπτώματα ήταν μικρό πρόβλημα για αυτές.



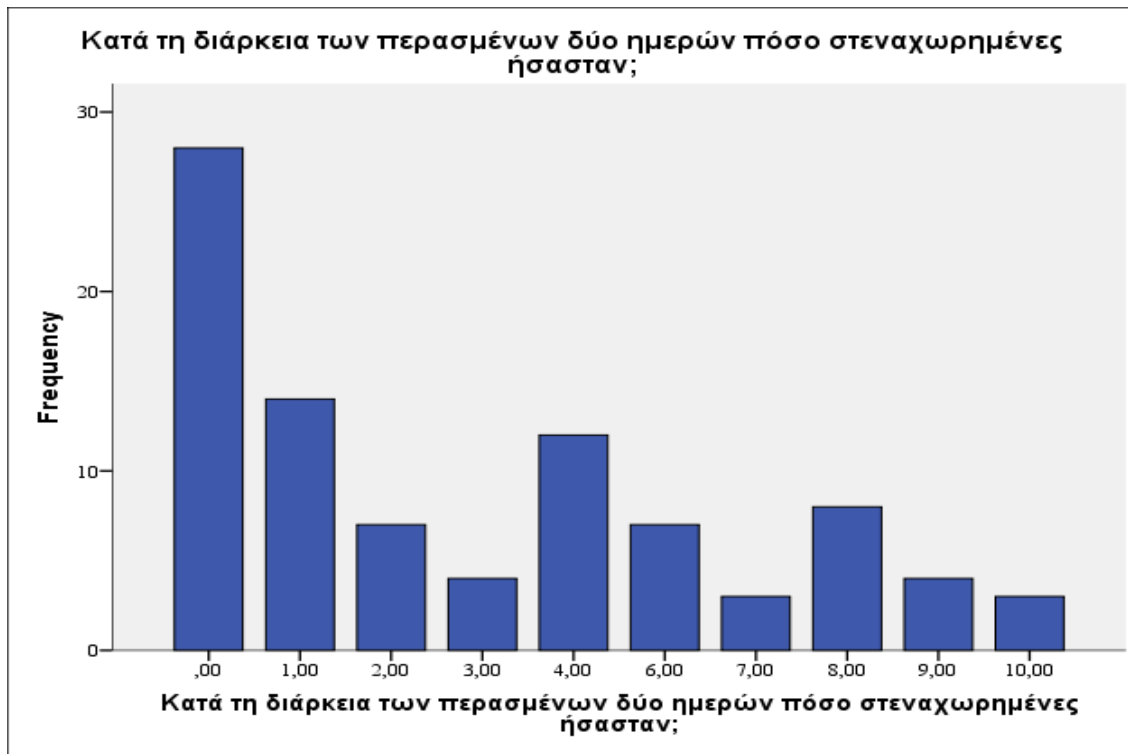
Γράφημα 27: Αίσθηση των περασμένων δυο μηνών

Ταυτόχρονα κατά τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες φάνηκε να αισθάνονται πολύ καλά.



Γράφημα 28: Σωματική ικανότητα

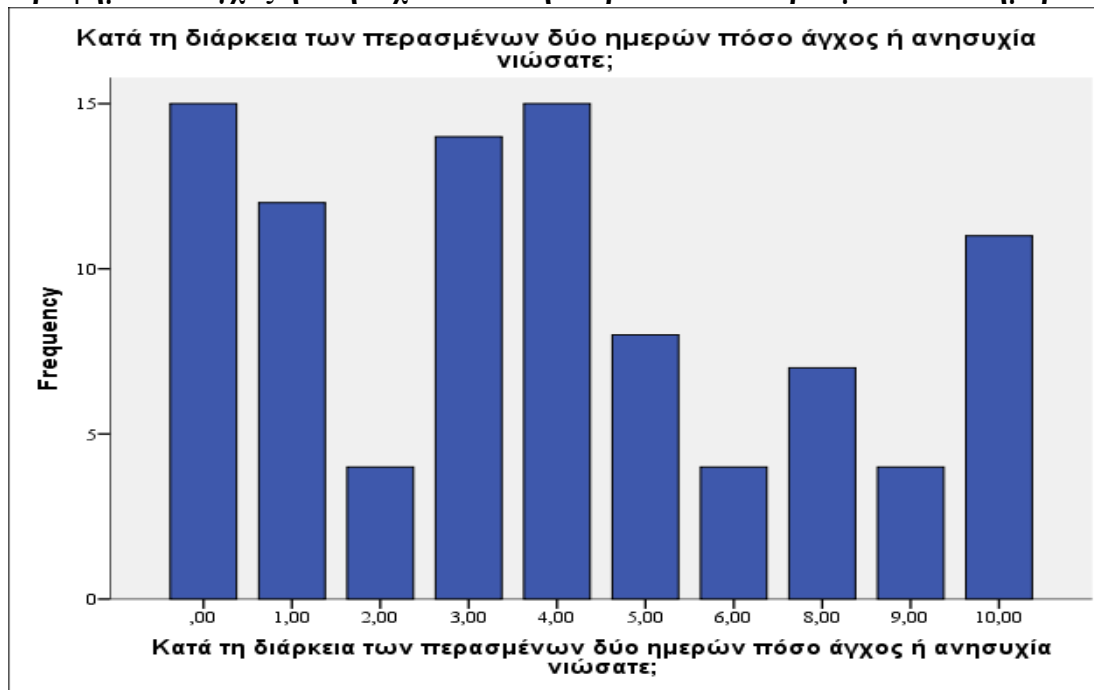
Επίσης κατά τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες δεν ένιωθαν πως είχαν ανικανότητα στο να πραγματοποιήσουν πράγματα.



Γράφημα 29:Στεναχώρια κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών

Επίσης τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες φάνηκε να μην νιώθουν στεναχωρημένες.

Γράφημα 30:Άγχος ή ανησυχία κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών

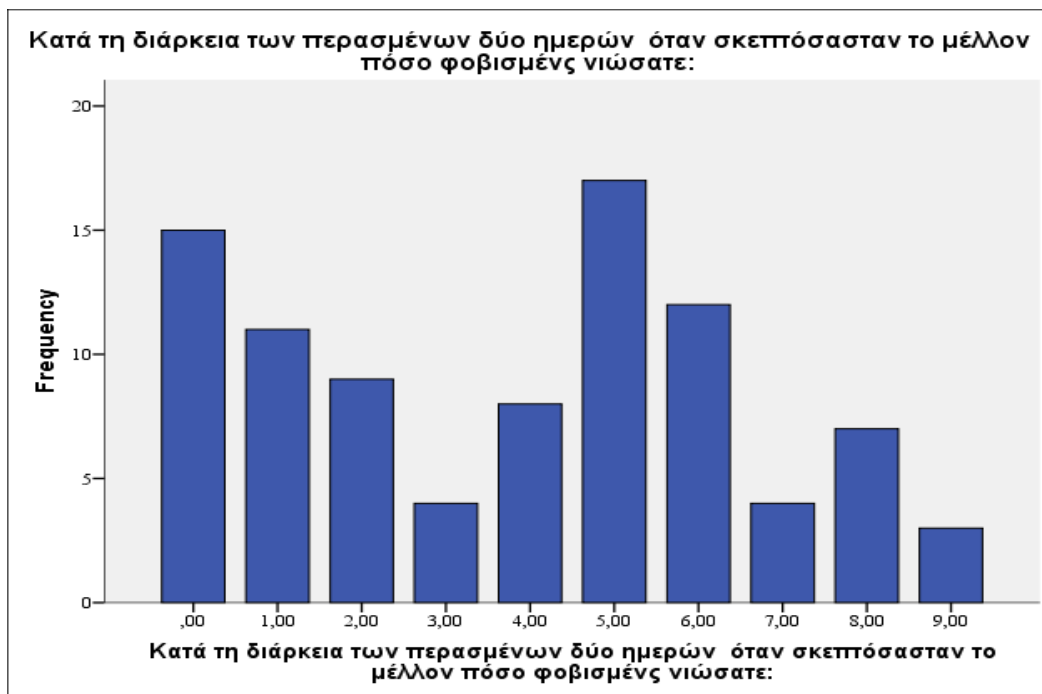


Ταυτόχρονα τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες φάνηκε να νιώθουν άγχος ή ανησυχία σε μέτριο βαθμό.



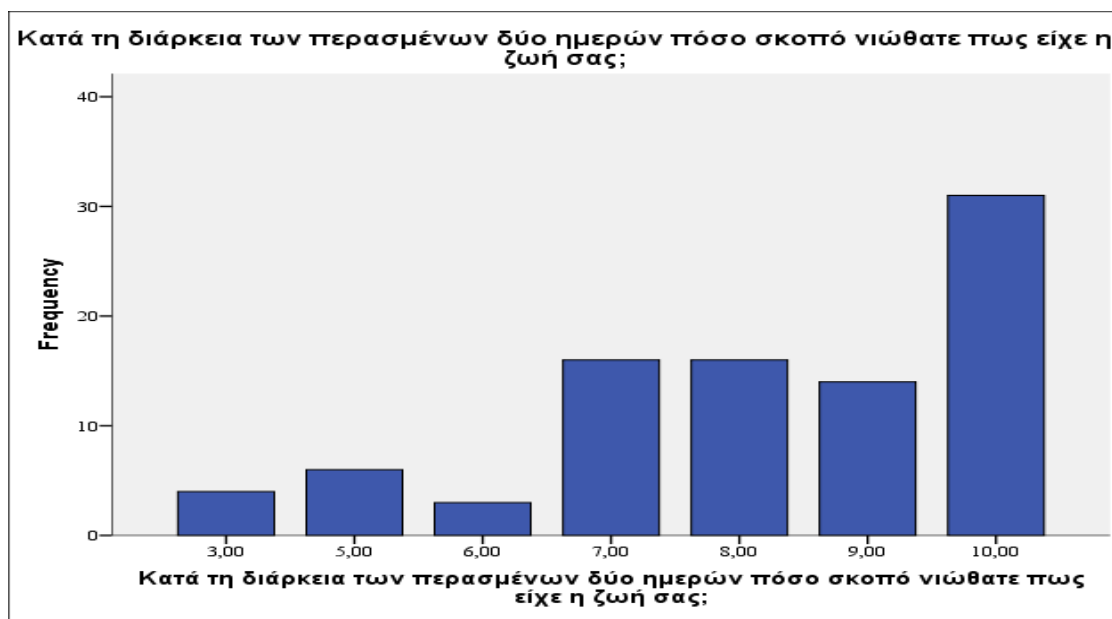
Γράφημα 31:Θλίψη κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών

Επιπροσθέτως πρέπει να σημειωθεί πως τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες φάνηκε να νιώθουν θλίψη σε μικρό βαθμό.



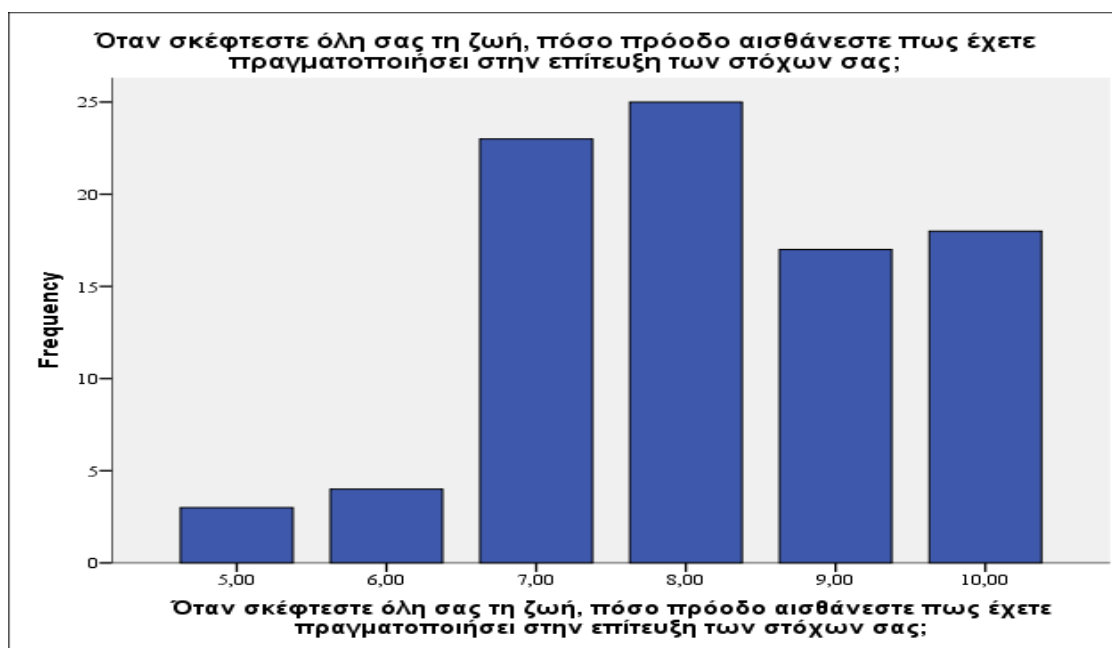
Γράφημα 32:Φόβος κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών

Αναφορικά με το εάν τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες είχαν σκέψεις για το μέλλον και αυτό τους επέφερε φόβο παρατηρήθηκε πως κατά κύριο λόγο το δείγμα είχε μέτριου βαθμό φοβία.



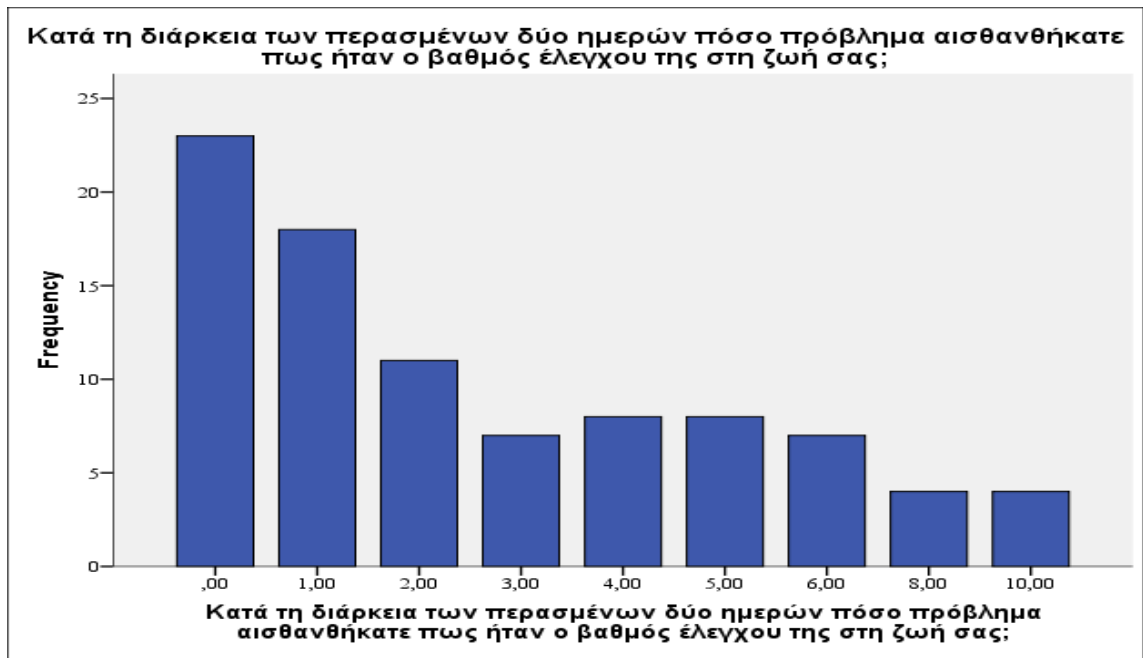
Γράφημα 33: Αίσθηση για το σκοπό της ζωής κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών

Επιπροσθέτως πρέπει να σημειωθεί πως τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες φάνηκε να νιώθουν πως είχαν πολύ σκοπό στη ζωή τους.



Γράφημα 34: Επίτευξη στόχων

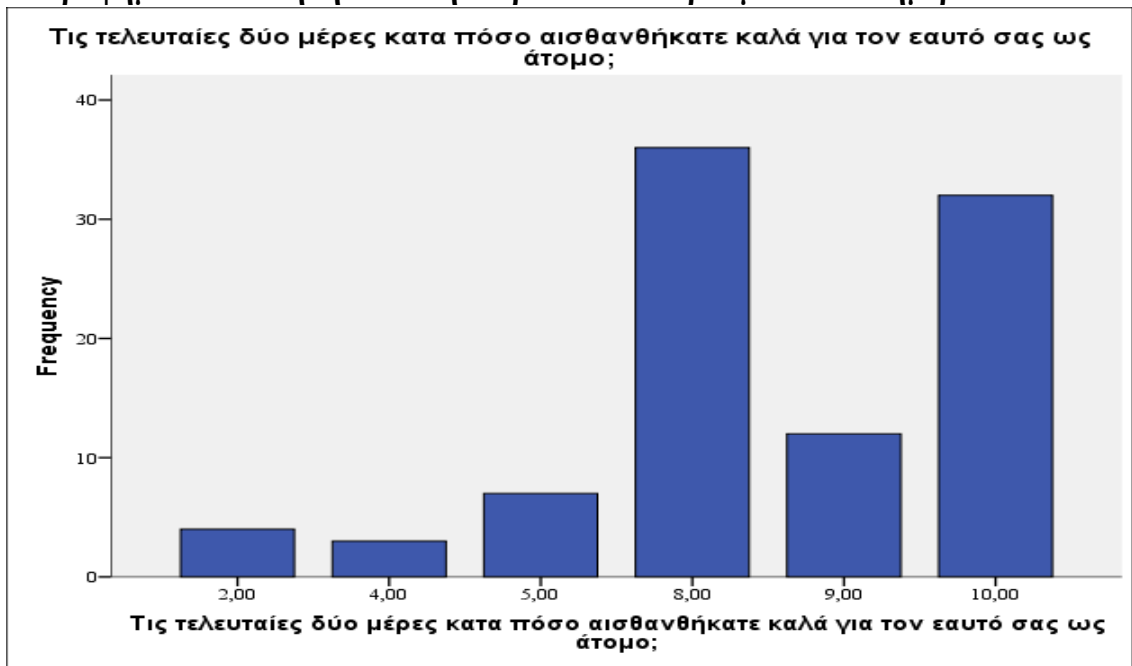
Ταυτόχρονα κατά τις τελευταίες δύο μέρες κατά κύριο λόγο οι γυναίκες φάνηκε να αισθάνονται πως έχουν πραγματοποιήσει την επίτευξη των στόχων τους κατά μεγάλο βαθμό.



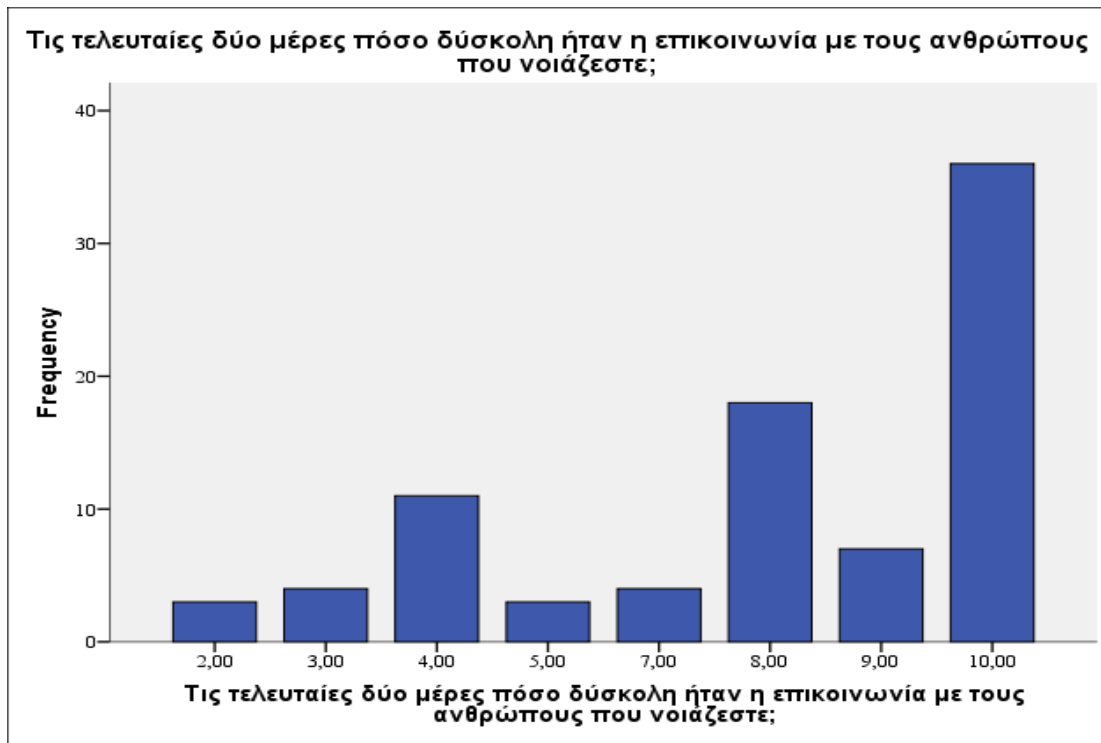
Γράφημα 35: Βαθμός έλεγχου ζωής κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών

Επίσης κατά τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες φάνηκε πως δεν αισθάνθηκαν σε μεγάλο βαθμό πως είχαν πρόβλημα από τα βαθμό έλεγχου της ζωής τους.

Γράφημα 36: Αίσθηση κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών

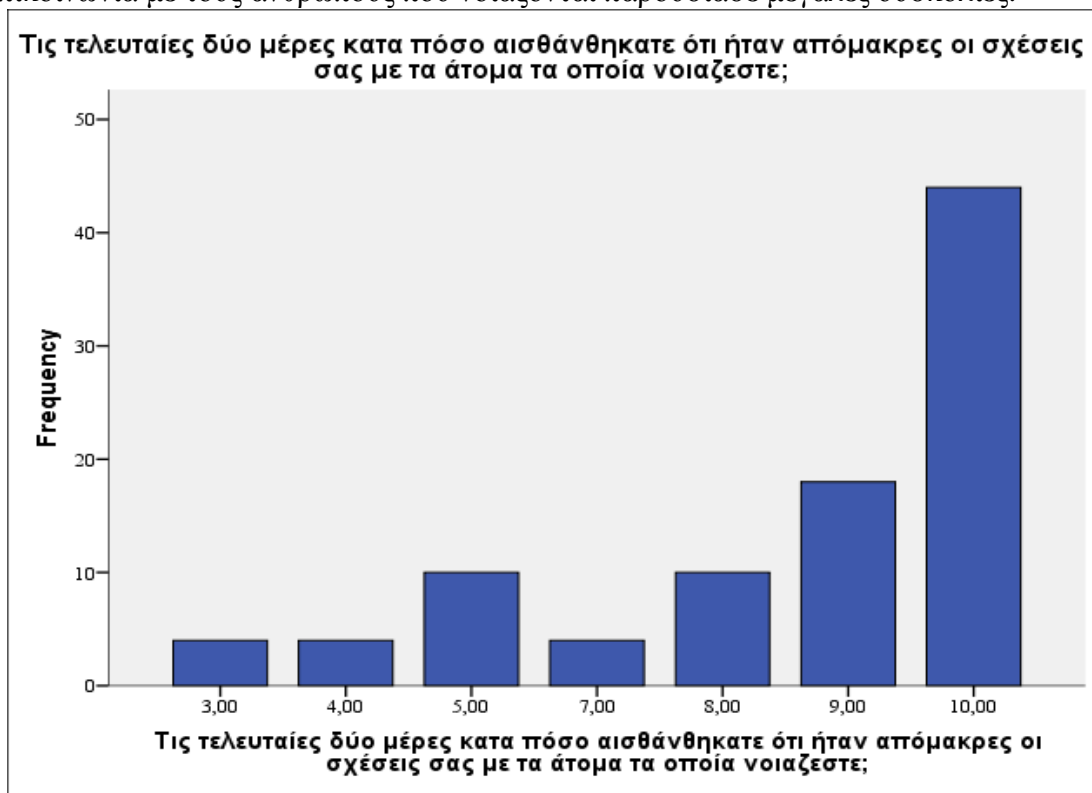


Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι κατά τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες αισθάνθηκαν σε μεγάλο βαθμό καλά με τον εαυτό τους ως άτομα.



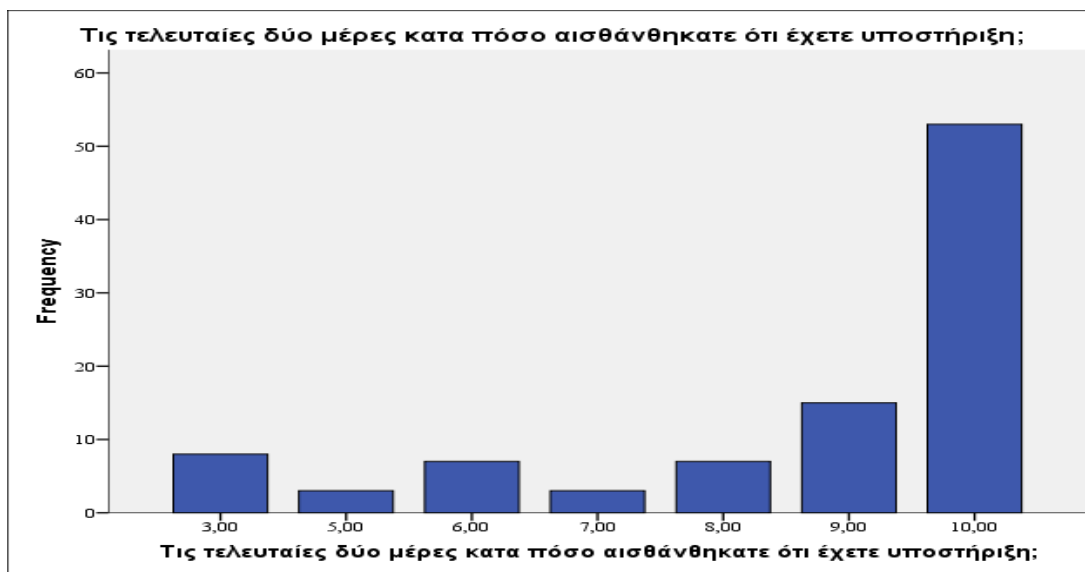
Γράφημα 37:Επικοινωνία κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών

Ταυτόχρονα κατά τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες απάντησαν πως η επικοινωνία με τους ανθρώπους που νοιάζονται παρουσίασε μεγάλες δυσκολίες.



Γράφημα 38:Σχέσεις κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών

Επίσης κατά τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες αισθάνθηκαν σε μεγάλο βαθμό να ήταν απόμακρες σε σχέση με τα άτομα τα οποία νοιάζονταν.



Γράφημα 39:Υποστήριξη κατά τη διάρκεια των περασμένων δυο ημερών

Τέλος κατά τις τελευταίες δύο μέρες οι γυναίκες αισθάνθηκαν να έχουν σε μεγάλο βαθμό υποστήριξη.

Σε σχέση με την ηλικία των γυναικών παρατηρήθηκε πως υπάρχει συσχέτιση με το πως αισθάνονται και πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε πως όσο αυξάνεται η ηλικία τους αυξάνεται και το πόσο καλά νιώθουν. Ταυτόχρονα υπήρξε ασθενής συσχέτιση της ηλικίας των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα και του ότι η σωματική τους ανικανότητα να πραγματοποιήσουν πράγματα που ήθελαν αυξανόταν. Σε αυτές τις σχέσεις παρατηρήθηκε ασθενής θετική συσχέτιση ($p= 0,001$, $r= 0, 326$ / $p= 0,000$, $r= 0, 341$). Ταυτόχρονα όμοια ήταν η συσχέτιση της ηλικίας παρουσίασης της νόσου και του πόσο καλά νιώθουν οι γυναίκες ($p= 0,001$, $r= 0, 322$). Την ίδια στιγμή αρνητική ήταν η σχέση του πόσο καλά αισθάνονταν οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα και του πόσο μεγάλο πρόβλημα ήταν για αυτές τα συμπτώματα τους. Εδώ υπήρξε αρνητική και μέτρια συσχέτιση των μεταβλητών ($p= 0,001$, $r= -0, 580$). Επιπροσθέτως αρνητική ασθενής σχέση παρουσιάστηκε στο πόσο καλά αισθάνονταν οι γυναίκες και τα προβλήματα που αντιμετώπισαν ($p= 0,001$, $r= 0, 322$). Την ίδια στιγμή αρνητική ήταν η σχέση του πόσο καλά αισθάνονταν οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα και του πόσο μεγάλο πρόβλημα ήταν για αυτές τα συμπτώματα τους. Εδώ υπήρξε αρνητική και ασθενής συσχέτιση των μεταβλητών ($p= 0,001$, $r= -0, 342$). Τέλος το πόσο μεγάλο πρόβλημα ήταν η σωματική ανικανότητα των γυναικών παρουσίαζε συσχέτιση με το ποσό πρόβλημα αποτελούσαν τα συμπτώματά τους. Εδώ υπήρξε μέτρια και θετική συσχέτιση όπου παρατηρείται αύξηση της μιας να επιφέρει και αύξηση της άλλης μεταβλητής ($p= 0,000$, $r= 0, 609$).

		Ηλικία	Ηλικία εμφάνισης νόσου	Πόσο πρόβλημα ήταν τα σωματικά σας συμπτώματα ;	Πόσο καλά αισθανθήκατε ;	Πόσο μεγάλο πρόβλημα ήταν η σωματικότητάς σας ανικανότητα να πραγματοποιήσετε πράγματα ;
Ηλικία	Pearson Correlation		,891 **	-,037	,326 **	,341 **
	Sig. (2-tailed)		,000	,712	,001	,001
	N		100	100	98	94
Ηλικία εμφάνισης νόσου	Pearson Correlation			,008	,322 **	,266 **
	Sig. (2-tailed)			,934	,001	,009
	N			100	98	94
Πόσο πρόβλημα ήταν τα σωματικά σας συμπτώματα ;	Pearson Correlation				-,580 **	,609 **
	Sig. (2-tailed)				,000	,000
	N				98	94
Πόσο καλά αισθανθήκατε ;	Pearson Correlation					-,342 **
	Sig. (2-tailed)					,001
	N					94

Πίνακας 9: Παρουσίαση των συσχετίσεων της ηλικίας καθώς και της ηλικίας εμφάνισης της νόσου με τις ερωτήσεις που ερευνούσαν τα σωματικά προβλήματα των γυναικών.

Όσον αφορά την επικοινωνία των γυναικών σε σχέση με την ηλικία τους και την ηλικία εμφάνισης της νόσου, παρατηρήθηκε πως όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των γυναικών τόσο αυξάνεται η ευκολία στην επικοινωνία με τους ανθρώπους που νοιάζονται, η αίσθηση ότι είναι καλύτερες οι σχέσεις τους με τα άτομα τα οποία που νοιάζονται και η υποστήριξη που αισθάνονται. Σε αυτές τις σχέσεις παρατηρήθηκε ασθενής θετική συσχέτιση ($p=0,001$, $r=0,357$ / $p=0,00$, $r=0,412$ / $p=0,00$, $r=0,304$). Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε πως όσο αυξάνεται η ηλικία εμφάνισης της νόσου υπάρχει και αύξηση της η αίσθησης ότι είναι καλύτερες οι σχέσεις τους με τα άτομα τα οποία που νοιάζονται. Εδώ παρατηρήθηκε ασθενής θετική συσχέτιση ($p=0,002$, $r=0,320$).

		Πόσο αισθάνθηκα ε ότι ήταν απόμακρες οι σχέσεις σας με τα άτομα τα οποία νοιάζεστε;	Πόσο αισθάνθηκα ε ότι έχετε υποστήριξη;	Ηλικία	Ηλικία εμφάνισης νόσου
Τις τελευταίες δύο μέρες πόσο δύσκολη ήταν η επικοινωνία με τους ανθρώπους που νοιάζεστε;	Pearson Correlation	,943 **	,793 **	,357 **	,249 *
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,021
	N	86	86	86	86
Τις τελευταίες δύο μέρες κατά πόσο αισθάνθηκατε ότι ήταν απόμακρες οι σχέσεις σας με τα άτομα τα οποία νοιάζεστε;	Pearson Correlation		,860 **	,412 **	,320 **
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,002
	N		94	94	94
Πόσο αισθάνθηκα ε ότι έχετε υποστήριξη;	Pearson Correlation			,304 **	,190
	Sig. (2-tailed)			,003	,063
	N			96	96

Πίνακας 10: Παρουσίαση των συσχετίσεων της ηλικίας καθώς και της ηλικίας εμφάνισης της νόσου με τις ερωτήσεις που ερευνούσαν την επικοινωνία των γυναικών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρατηρώντας τα ευρήματα της παρούσας έρευνας πρέπει να αναφερθεί πως παρατηρήθηκε πολύ ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των γυναικών και της ηλικίας εμφάνισης της νόσου στις γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία των γυναικών αυξάνεται και η ηλικία εμφάνισης της νόσου. Αρνητική και ασθενής συσχέτιση παρατηρήθηκε στην ηλικία εμφάνισης της νόσου και στους μήνες που οι γυναίκες γνωρίζουν πως νοσούν δηλαδή όσο μεγαλώνει η ηλικία εμφάνισης της νόσου τόσο μειώνονται οι μήνες που οι γυναίκες γνωρίζουν ότι νοσούν. Αυτά τα δύο χαρακτηριστικά δείχνουν ότι πρέπει να πραγματοποιούνται έλεγχοι σε μικρότερη ηλικία για την πιο εύκολη αντιμετώπιση της νόσου (Abdollahzadeh et.al. 2014).

Σε σχέση με την επιρροή της ασθένειας στην προσωπική ζωή των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα, παρατηρήθηκε πως κατά το δείγμα τείνει στο να δέχεται αρκετή επιρροή από την ασθένεια ενώ παρατηρήθηκε και ότι οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα θεωρούν πως η διάρκεια της ασθένειας τους τείνει προς το να είναι σύντομη (Horman and Rijken, 2015). Εν συνεχεία παρατηρήθηκε πως το δείγμα τείνει να έχει πολύ μεγάλο έλεγχο της ασθένειας του ενώ σε σχέση με το πόσο πιστεύει το δείγμα ότι η θεραπεία που ακολουθεί μπορεί να βοηθήσει στην ασθένειά του κατά μέσο όρο υπάρχει μια εξαιρετικά θετική εικόνα από τις γυναίκες. Όσον αφορά το πόσο πολύ αισθάνονται τα συμπτώματα της ασθένειάς τους οι συμμετέχουσες, υπάρχει μια θετική στάση ενώ εν αντιθέσει παρατηρήθηκε πως ο μέσος όρος των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα ανησυχεί πολύ. Στα αποτελέσματα αυτά συγκλίνουν και οι διεθνείς έρευνες. Πιο συγκεκριμένα η ερευνά των Buki et.al.(2016) αποδίδει δυσκολίες στην αποδοχή της εικόνας ενώ στην έρευνα των Fang et.al. (2014) και των Moreira et.al (2010) φαίνεται επίσης η επιρροή της ασθένειας στην σεξουαλικότητα των γυναικών.

Επίσης κατά μέσο όρο το δείγμα φαίνεται να κατανοεί πάρα πολύ καλά την ασθένεια του, όμως παρατηρήθηκε πως υπάρχει σημαντική επιρροή από την ασθένεια στο συναισθηματικό επίπεδο των γυναικών. Παρόλο που παρατηρήθηκε να υπάρχει μια σημαντική συναισθηματική επιρροή από την ασθένεια στις γυναίκες παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει επιρροή σε ίδιο βαθμό από την νέα εικόνα τους σώματος τους. Άξιο αναφοράς είναι πως ο μέσος όρος των γυναικών που έχει προχωρήσει σε αποκατάσταση μαστού νιώθει πολύ θετική ψυχολογική επιρροή ενώ παρατηρήθηκε πως κατά μέσο όρο οι γυναίκες απάντησαν πως ο καρκίνος του μαστού τις έχει επηρεάσει στη σεξουαλική ζωή αλλά σε μικρό σχετικά βαθμό. Στα συγκεκριμένα αποτελέσματα συγκλίνει και η έρευνα των Wolmark, et.al (1983) στην οποία φαίνεται διάχυτα η επιρροή της εικόνας του σώματος στην ψυχολογία των γυναικών.

Ιεραρχώντας τους παράγοντες που κατά τις ερωτηθείσες προκάλεσαν την ασθένεια τους, παρατηρήθηκε πως ως πιο σημαντικός παράγοντες ορίστηκαν το άγχος, με την στεναχώρια και κληρονομικότητα να ακολουθούν (Abdollahzadeh et al., 2014). Ως δευτερεύοντες παράγοντες τονίστηκαν το άγχος, οι μη τακτικοί έλεγχοι και η στεναχώρια. Ενώ ως τριτεύοντες παράγοντες ορίστηκαν η κακή διατροφή, η ψυχολογική πίεση και οι ορμονικοί παράγοντες. Στα συγκεκριμένα αποτελέσματα συγκλίνει και η έρευνα του Meyerowitz (1980) όπου το άγχος τήκεται στο υψηλότερο σημείων των αισθημάτων των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Είναι προφανές ότι μέσα από την ιεράρχηση των παραγόντων ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και εστιάζεται στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, στην

εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας, στην υποστήριξη και συμβουλευτική, στη φροντίδα του ασθενούς αλλά και στην έρευνα.

Ως προς τη γενική ποιότητα της ζωής των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο στο χρονικό διάστημα των τελευταίων 48 ωρών θεωρούν πάρα πολύ καλή την ποιότητα της ζωής τους. Ενώ σε σχέση με τη σωματική κατάσταση των γυναικών και πιο συγκεκριμένα αναφορικά με το πόσο σημαντικό πρόβλημα ήταν τα σωματικά τους συμπτώματα, παρατηρήθηκε πως κατά μέσο όρο δεν παρουσίασαν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα (Tuncay, 2014). Δεδομένου αυτού παρατηρήθηκε επίσης πως τις τελευταίες δύο ημέρες οι γυναίκες έτειναν να αισθάνονται αρκετά καλά σωματικώς κατά μέσο όρο, ενώ η σωματική τους ανικανότητα να πραγματοποιήσουν πράγματα δεν ήταν ιδιαίτερος μεγάλο πρόβλημα. Η έρευνα των McClelland et al (2015) θέτει ως εξαιρετικά σημαντική εικόνα του σώματος γεγονός που επιβεβαιώνεται και στην παρούσα μελέτη. Με βάση τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ο νοσηλευτής θα πρέπει να πραγματοποιεί τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις προκειμένου να ανακουφίσει από την κόπωση, τις αντιδράσεις του δέρματος, αλλά και τη βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία), οι οποίες θα πρέπει να είναι βασισμένες στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι περισσότερες από αυτές τις παρενέργειες μπορεί να καταβάλλουν υπερβολικά τους ασθενείς και να έχουν επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους

Επίσης πρέπει να σημειωθεί πως οι συμμετέχουσες στην έρευνα το τελευταίο 48ωρο μέσω των απαντήσεων τους τόνισαν πως ένιωθαν κόπωση, πόνο στο μαστό καθώς και δυσκολία στην κίνηση ως βασικά συμπτώματα, ενώ επιπρόσθετα συμπτώματα που ένιωθαν ήταν ναυτία, πρήξιμο κατά κύριο λόγο στο χέρι που βρίσκονταν οι λεμφαδένες που αφαιρέθηκαν και έλλειψη γεύσης. Ταυτόχρονα όσον αφορά τις σκέψεις και τα συναισθήματα που δημιουργούνται στις συμμετέχουσες στην έρευνα γύρω από τη νόσο τους παρατηρείται πως το τελευταίο 48ωρο δεν έτειναν να είναι στεναχωρημένες κατά μέσο όρο. Ενώ παρατηρήθηκε πως όσον αφορά το άγχος ή την ανησυχία που ένιωθε το δείγμα, κατά μέσο όρο βρισκόταν και αυτή σε χαμηλά επίπεδα αλλά έτεινε να είναι πιο μεγάλη από τη στεναχώρια του, ταυτόχρονα παρατηρήθηκε πως και η θλίψη των γυναικών το τελευταίο 48ωρο βρισκόταν κατά μέσο όρο σε χαμηλά επίπεδα.

Αναφορικά με τις σκέψεις και σχέδια για το μέλλον των γυναικών κατά μέσο όρο το δείγμα διέθετε σχετικά μικρά επίπεδα φόβου για το μέλλον ενώ την ίδια στιγμή κατά μέσο όρο οι γυναίκες του δείγματος ένιωθαν πως η ζωή τους έχει αρκετό σκοπό και νόημα. Επίσης σημαντικό γεγονός είναι ως κατά μέσο όρο το δείγμα τείνει να νιώθει πως έχει πραγματοποιήσει μεγάλη πρόοδο στη ζωή του και στην επίτευξη των στόχων του. Άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός πως οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα κατά μέσο όρο φάνηκαν να μην έχουν αισθανθεί πως αποτέλεσε για αυτές μεγάλο πρόβλημα ο έλεγχος της στη ζωή τους. Ενώ σημαντικό είναι και το γεγονός πως το δείγμα κατά μέσο όρο φάνηκε να συμφωνεί σε μεγάλο βαθμό με το ότι αισθάνθηκε καλά για τους εαυτούς τους ως άτομα το τελευταίο 48ωρο.

Όσον αφορά την κοινωνικότητα των γυναικών κατά μέσο όρο παρατηρήθηκε πως το δείγμα κατά τις τελευταίες δύο μέρες ένιωθε πως η δυσκολία στην επικοινωνία με τους ανθρώπους που νοιάζονται ήταν σχετικά εύκολη ενώ ταυτόχρονα το δείγμα κατά μέσο όρο αισθανόταν πως ότι οι σχέσεις του με τα άτομα που νοιάζεται έτειναν να είναι πολύ κοντινές. Τέλος παρατηρήθηκε πως κατά μέσο όρο οι γυναίκες αισθάνθηκαν να έχουν μεγάλη υποστήριξη κατά το τελευταίο 48ωρο. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα των Trusson et al. (2017) όπου οι γυναίκες αναφέρουν υποστήριξη από το περιβάλλον τους.

Διερευνώντας σε μεγαλύτερο βάθος τις μεταβλητές της έρευνας παρατηρήθηκε πως σε σχέση με την ηλικία των γυναικών υπάρχει συσχέτιση με το ως αισθάνονται και πιο συγκεκριμένα όσο αυξάνεται η ηλικία τους αυξάνεται και το πόσο καλά νιώθουν. Ταυτόχρονα υπήρξε ασθενής συσχέτιση της ηλικίας των γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα και του ότι η σωματική τους ανικανότητα να πραγματοποιήσουν πράγματα που ήθελαν αυξανόταν. Σε αυτές τις σχέσεις παρατηρήθηκε ασθενής θετική συσχέτιση, ταυτόχρονα όμοια ήταν η συσχέτιση της ηλικίας παρουσίασης της νόσου και του πόσο καλά νιώθουν οι γυναίκες. Την ίδια στιγμή αρνητική ήταν η σχέση του πόσο καλά αισθάνονταν οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα και του πόσο μεγάλο πρόβλημα ήταν για αυτές τα συμπτώματά τους. Εδώ υπήρξε αρνητική και μέτρια συσχέτιση των μεταβλητών. Επιπροσθέτως αρνητική ασθενής σχέση παρουσιάστηκε στο πόσο καλά αισθάνονταν οι γυναίκες και τα προβλήματα που αντιμετώπισαν. Την ίδια στιγμή αρνητική ήταν η σχέση του πόσο καλά αισθάνονταν οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα και του πόσο μεγάλο πρόβλημα ήταν για αυτές τα συμπτώματά τους. Εδώ υπήρξε αρνητική και ασθενής συσχέτιση των μεταβλητών. Τέλος το πόσο μεγάλο πρόβλημα ήταν η σωματική ανικανότητα των γυναικών παρουσίαζε συσχέτιση με το ποσό πρόβλημα αποτελούσαν τα συμπτώματά τους. Εδώ υπήρξε μέτρια και θετική συσχέτιση όπου παρατηρείται αύξηση της μιας να επιφέρει και αύξηση της άλλης μεταβλητής. Για τους παραπάνω λόγους ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμά και να πραγματοποιεί κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής ή η οικογένειά του και τα οποία έχουν σχέση με την ασθένεια, τη θεραπεία ή την περίοδο παρακολούθησης. Ο ρόλος του περιλαμβάνει τη διδασκαλία, τη συμβουλευτική και την υποστήριξη που χρειάζονται οι ασθενείς και οι οικογένειές τους προκειμένου να προσαρμοστούν στη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου.

Όσον αφορά την επικοινωνία των γυναικών σε σχέση με την ηλικία τους και την ηλικία εμφάνισης της νόσου, παρατηρήθηκε πως όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των γυναικών τόσο αυξάνεται και η ευκολία στην επικοινωνία με τους ανθρώπους που νοιάζονται, τόσο αυξάνεται η αίσθηση ότι είναι καλύτερες οι σχέσεις τους με τα άτομα τα οποία που νοιάζονται και τόσο αυξάνεται και η υποστήριξη που αισθάνονται. Σε αυτές τις σχέσεις παρατηρήθηκε ασθενής θετική συσχέτιση. Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε πως όσο αυξάνεται η ηλικία εμφάνισης της νόσου υπάρχει και αύξηση της η αίσθησης ότι είναι καλύτερες οι σχέσεις τους με τα άτομα τα οποία που νοιάζονται. Εδώ παρατηρήθηκε ασθενής θετική συσχέτιση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρουσιάζει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες προκειμένου να παρέχει υψηλές υπηρεσίες ποιότητας φροντίδας ώστε να ενισχυθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Είναι σημαντικό οι ανάγκες αυτών των ασθενών να αναλύονται σε βάθος, ώστε να γίνουν καλύτερα κατανοητές οι συνέπειες του καρκίνου του μαστού και της θεραπείας. Η μείωση του άγχους και γενικότερα η καλύτερη ποιότητα ζωής θα είναι εφικτή με την ύπαρξη ενός διαλόγου και μιας σωστής επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αντίληψη και η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού δημιουργούν την επιτακτική ανάγκη συνεχούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σχετικά με τους τρόπους διαχείρισης και το ρόλο του νοσηλευτή θα πρέπει:

- Να διεξάγονται πολυπαραγοντικά προγράμματα δια βίου μάθησης αυτοτελή, με σκοπό τη διαχείριση και την ψυχολογική υποστήριξη των γυναικών με βάση τα τρέχοντα διεθνή δεδομένα.
- Να δημιουργηθούν εξειδικευμένα προγράμματα ενίσχυσης των γυναικών με βάση τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική τους φροντίδα, προσδιορισμένα στις ανάγκες τους με τον νοσηλευτή να αποτελεί κομβικό άξονα ενημέρωσης στο πλαίσιο της διεπιστημονικής φροντίδας.
- Να δημιουργηθούν τα κατάλληλα πλαίσια στην ενημέρωση της κοινότητας σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdollahzadeh F, Moradi N, Pakpour V, et al. (2014). Un-met supportive care needs of Iranian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* ;15:3933–8.
- Buki L.P., Reich M., Lehardy E. (2016). “Our organs have a purpose”: body image acceptance in Latina breast cancer survivors. University of Miami, Coral Gables, FL, USA
- Carey LA. (2010). Through a glass darkly: advances in understanding breast cancer biology, 2000-2010. *Clin Breast Cancer.*;10(3):188–195.
- Cecil, E. (2003). Βασική παθολογία / Andreoli επιμέλεια Χ. Μουτσόπουλος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Cohen SR (1997) The McGill Quality of Life questionnaire: a measure of quality of life suitable for people with advanced disease., *Palliat Med.* 1995 Ιουλ · 9 (3): 207-19.
- Cronin KA, Berry DA. (2018) Concern Regarding Age Distribution of Breast Cancer. *11(6)*, pp. 75-81
- Der Ver DT, Bogale S, Hobden C, et al. (2011). A mixed-method assessment of beliefs and practice around breast cancer in Ethiopia: implications for public health programming and cancer control. *Glob Public Health*;6 (7):719–731.
- Dewit, S. (2009). «Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική». Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Doumit MAA, Huijer HAS, Kelley JH, Saghir NE, Nassar N. (2010). Coping with breast cancer: a phenomenological study. *Cancer Nursing.*; 33
- Fang Y, Lin Y., Chen T., Lin C. (2015) Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors *Support Care Cancer* 23:2551–2559
- Fazzino, T.L., Klemp, J., Befort, C. (2018) Late breast cancer treatment-related symptoms and functioning: Associations with physical activity adoption and maintenance during a lifestyle intervention for rural survivors, *Breast Cancer Research and Treatment*, 168(3), pp. 755-761
- Fu MR, Rosedale M. (2010). Breast cancer survivors’ experiences of lymphedema-related symptoms. *Journal of Pain and Symptom Management*,38: 849–859
- Goldacre MJ, Abisgold JD, Yeates DG, (2010) Benign breast disease and subsequent breast cancer: English record linkage studies. *J Public Health (Oxf)* 32 (4): 565-71
- Haddad, T.C., D’Assoro, A., Suman, V., Goetz, M.P., Ingle, J.N. (2018) *Breast Cancer Research and Treatment*, Phase i trial to evaluate the addition of alisertib to fulvestrant in women with endocrine-resistant, ER+ metastatic breast cancer 168(3), pp. 639-647
- Hopman P, Rijken M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psychooncology.* 24:8–11.
- Jassim GA, Whitford DL. (2014). Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science & Medicine*; 107: 189-95.
- Joulaee A, Joolae S, Kadivar M, Hajibabae F. (2012). Living with breast cancer: Iranian women's lived experiences. *International Nursing Review* 59 (3): 362-8.
- Kabat GC, Jones JG, Olson N, (2010) A multi-center prospective cohort study of benign breast disease and risk of subsequent breast cancer. *Cancer Causes Control* 21 (6): 821-8,
- Kostev, K., Kalder, M. (2018) Long-term use of basal insulin and the risk of breast cancer, *Breast Cancer Research and Treatment*, 168(3), pp. 763-764

Kotsopoulos J, Chen WY, Gates MA (2016). Risk factors for ductal and lobular breast cancer: results from the nurses' health study. *Breast Cancer Res* 12 (6): R106, Madubata C.C., Liu Y., Goodman M.S., Yun S., Yu J., Lian M., Colditz G.A. (2016). Comparing treatment and outcomes of ductal carcinoma in situ among women in Missouri by race. Volume 160, Issue 3, pp 563–572

Manne S, Sherman M, Ross S, Ostroff J, Heyman RE, Fox K. (2004). Couples' support-related communication, psychological distress, and relationship satisfaction among women with early stage breast cancer. *J Consult Clin Psychol*;72:660–670.

McClelland S.I., Holland K.J., Griggs J.J. (2015). Quality of life and metastatic breast cancer: the role of body image, disease site, and time since diagnosis. Springer International Publishing Vol. 78, No. 7,

Meyerowitz BE: (1980) Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychol Bull* 87:131, 198

Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. (2002) The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health*, 17: 1-16.

Neal L, Sandhu NP, Hieken TJ, et al. (2014). Diagnosis and management of benign, atypical, and indeterminate breast lesions detected on core needle biopsy. *Mayo Clin Proc.*;89(4):536–547.

Nyblade L, Stockton M., Travasso S. and Krishnan S. (2017). A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *BMC Women's Health*, 17:58

Phipps AI, Li CI. (2010). Breast cancer biology and clinical characteristics. In: Li CI, ed. *Breast Cancer Epidemiology*. New York, NY: Springer;:21–46.

Piperaki E., Marneras C., Boulala F., Gesouli-Voltiraki E. (2010). "Greek Women's Knowledge and Attitudes concerning Breast Self-examination". *Nosileftiki* (9): 240-258,

Ponde, N., Bradbury, I., Lambertini, M., Suter, T., De Azambuja, E. (2018) Cardiac biomarkers for early detection and prediction of trastuzumab and/or lapatinib-induced cardiotoxicity in patients with HER2-positive early-stage breast cancer: A NeoALTTO sub-study (BIG 1-06), *Breast Cancer Research and Treatment*, 168(3), pp. 631-638

Rahmani A, Ferguson C, Jabarzadeh F, et al. (2014). Supportive care needs of Iranian cancer patients. *Indian J Palliat Care*.20:224.

Rogowski P, Schönecker S, Pazos M, Reitz D, Braun M, Pölcher M, Hanusch C, Wuerstlein R, Harbeck N, Mahner S, Belka C, Corradini S. (2018) Pattern of care of adjuvant radiotherapy in male breast cancer patients in clinical practice: an observational study. *Strahlenther Onkol* 25. doi: -018-1337-8

Shuklaa N., Hagenbuchner M., Winb K. T., Yang J. (2018). Breast cancer data analysis for survivability studies and prediction. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 199-208

Stergiou-Kita M., Pritlove C., Kirsh B. (2016) The «Big C» stigma, cancer, and workplace discrimination. *J Cancer Surviv* 10:1035–1050

Suwankhong D., Liamputtong P. (2016). Breast Cancer Treatment Experiences of Changes and Social Stigma Among Thai Women in Southern Thailand. *Cancer NursingTM*, Vol. 39, No. 3,

Talley A, Molix L, Schlegel RJ, Bettencourt A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: a longitudinal analysis. *Psychol Health*;25:433–449

Trusson D. and Pilnick A. (2017). Between stigma and pink positivity: women's perceptions of social interactions during and after breast cancer treatment. *Sociology of Health & Illness* Vol. 39 No. 3

Tuncay T. (2014). Coping and quality of life in Turkish women living with ovarian cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 15:4005–12.

Vivar CG., Mc Queen A. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *J, AdvNurs* 51:520-528

Wolmark N, Fisher B(1983): Adjuvant chemotherapy in stage-II breast cancer: An overview of the NSABP clinical trials. *Breast Cancer Res Treat* 3(suppl):S19-S26

Worsham MJ, Raju U, Lu M, (2009) Risk factors for breast cancer from benign breast disease in a diverse population. *Breast Cancer Res Treat* 118 (1): 1-7.

Αθανάτου Ε. (2007). «Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική». Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση

Δημοσθένους Κ., (2011) Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, σχετιζόμενη με την χημειοθεραπεία, σε γυναίκες με καρκίνο μαστού στην Κύπρο, ΔΜΥ-2010-00059

Θρούβαλα, Χ. Περακάκης, Ε. Πόγκα, Α. (2018) Η διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Τ.Ε.Ι. of Crete, School of Health and Welfare Services (SEYP), Nursing Department

Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., Μανδρέκας Α., Μπαρμπούνης Β. (2007). «Σύγχρονη Μαστολογία». Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Κάρλου Χ. (2013) Η Νοσηλευτική Φροντίδα Στον Νέο Ενήλικα Με Καρκίνο, 9, 2:28 Εταιρεία Ογκολόγων – Παθολόγων Ελλάδα

Λαβδανίτη. Μ. ,Ζυγά Σ. (2012) Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, Τόμος 4, Τεύχος 1, 13-17 ISSN 1791 - 9649

Πολυκανδριώτη Μ. Δημητρακοπούλου Π., Κουκουλάρης Δ., (2005) Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρκίνο ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 4ος, Τεύχος 2ο

Πολυκανδριώτη Μ. Δημητρακοπούλου Π., Κουκουλάρης Δ., (2005) Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρκίνο ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 4ος, Τεύχος 2^ο

Φασόη-Μπαρκά Γ., Κελέση-Σταυροπούλου Μ., Κουτσοπούλου-Κατοστάρα Μ. (2010) Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών, με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση, ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 9(1)

Φύσσας Γ Π. (2006). Ο μαστός και οι παθήσεις του. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Η παρακάτω έρευνα πραγματοποιείται στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας φοιτητών προπτυχιακού επιπέδου του τμήματος νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας αποτελεί μέρος της πτυχιακής μας εργασίας. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της αντίληψης και οι ψυχολογικές επιδράσεις της ασθένειας στους πάσχοντες. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει την συλλογή: δημογραφικών στοιχείων, ερωτήσεις σχετικά με την αντίληψη της ασθένειας και ερωτήσεις σχετικά με τις ψυχολογικές τις επιδράσεις.

Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

Η συμμετοχή σας είναι **εθελοντική**. Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιοδήποτε σημείο της έρευνας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ						
Ηλικία:						
Εθνικότητα:						
Ηλικία εμφάνισης νόσου:						
Ημερομηνία εμφάνισης νόσου:						
Στάδιο νόσου κατά τη διάγνωση:						
Παρακαλώ βάλτε X στο αντίστοιχο κουτί που σας εκπροσωπεί.						
Τύπος επέμβασης:	Ογκεκτομή	<input type="checkbox"/>	Τεταρτεκτομή	<input type="checkbox"/>	Ολική Μαστεκτομή	<input type="checkbox"/>
Τύπος θεραπείας:	Χημειοθεραπεία	<input type="checkbox"/>	Ακτινοθεραπεία	<input type="checkbox"/>	Ορμονοθεραπεία	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτη:	Πρωτοβάθμιας	<input type="checkbox"/>	Δευτεροβάθμιας	<input type="checkbox"/>	Τριτοβάθμιας	<input type="checkbox"/>
Εργασία:	Ιδιωτική Υπάλληλος	<input type="checkbox"/>	Δημόσια Υπάλληλος	<input type="checkbox"/>	Άνεργη/Άλλο	<input type="checkbox"/>
Οικογ.Κατάσταση:	Έγγαμη	<input type="checkbox"/>	Άγαμη	<input type="checkbox"/>	Διαζευγμένη-Χήρα	<input type="checkbox"/>

Κατάγεστε από:	Αστική Περιοχή	<input type="checkbox"/>	Αγροτική Περιοχή	<input type="checkbox"/>
-----------------------	----------------	--------------------------	------------------	--------------------------

Οδηγίες: Στις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στην άποψή σας.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

1. Πόσο επηρεάζει η ασθένειά σας τη ζωή σας;

Καμία απολύτως επίδραση	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Επηρεάζει σοβαρά τη ζωή μου
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

2. Πόσο πιστεύετε ότι θα διαρκέσει η ασθένειά σας;

Για πολύ σύντομο διάστημα	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Για πάντα
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

3. Πόσο έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στην ασθένειά σας;

Κανένα απολύτως έλεγχο	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Εξαιρετικά μεγάλο έλεγχο
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

4. Πόσο πιστεύετε ότι η θεραπεία που ακολουθείτε μπορεί να βοηθήσει στην ασθένειά σας;

Καθόλου	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Εξαιρετικά βοηθητική
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

5. Πόσο αισθάνεστε συμπτώματα της ασθένειάς σας;

Κανένα απολύτως σύμπτωμα	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Πολλά σοβαρά συμπτώματα
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

6. Πόσο ανησυχείτε σχετικά με την ασθένειά σας;

Καμία ανησυχία	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Εξαιρετικά μεγάλη ανησυχία
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------

7. Πόσο αισθάνεστε ότι κατανοείτε την ασθένειά σας;

Δεν την κατανοώ καθόλου	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Την κατανοώ ξεκάθαρα
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

8. Πόσο σας επηρεάζει η ασθένειά σας συναισθηματικά; (π.χ., σας θυμώνει, φοβίζει, ή στεναχωρεί;)

Δεν με	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Με επηρεάζει
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

επηρεάζει καθόλου												0	εξαιρετικά
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	------------

9. Πόσο πολύ σας επηρεάζει η νέα εικόνα του σώματός σας;(π.χ σας αγχώνει, προκαλεί ντροπή, στεναχωρεί;)

Δεν με επηρεάζει καθόλου	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Με επηρεάζει εξαιρετικά
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------

10. Έχετε προχωρήσει σε αποκατάσταση μαστού; Εάν **ΝΑΙ** πόσο θετικά πιστεύετε ότι έχει επηρεάσει την ψυχολογία σας;

Δεν με επηρεάζει καθόλου	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Με επηρεάζει θετικά
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

11. Θεωρείτε πως ο καρκίνος του μαστού σας έχει επηρεάσει στη σεξουαλική σας ζωή;

Καθόλου	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Εξαιρετικά
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

12. Παρακαλώ, ιεραρχήστε τους τρεις (3) πιο σημαντικούς παράγοντες που πιστεύετε ότι προκάλεσαν την ασθένειά σας.

1. _____
2. _____
3. _____

ΜΕΡΟΣ 2^ο

Παρακαλώ απαντήστε κυκλώνοντας τον αριθμό που αντιπροσωπεύει πώς αισθάνεστε **ΜΟΝΟ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΥΟ (2) ΗΜΕΡΕΣ.**

Μέρος Α. Γενική Ποιότητα ζωής

Α. Θεωρώντας όλες της πτυχές της ζωής μου (για παράδειγμα, σωματική, συναισθηματική, κοινωνική, πνευματική και οικονομική) τις τελευταίες δύο μέρες (48 ώρες) η ποιότητα της ζωής μου ήταν:

Πολύ άσχημη	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Καταπληκτική
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

Μέρος Β. Σωματικά

1. Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών (48 ωρών) τα σωματικά μου συμπτώματα (όπως πόνος, ναυτία, κόπωση και άλλα) αποτέλεσαν*:

Κανένα πρόβλημα	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Τεράστιο πρόβλημα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

**Αν κατά τις περασμένες 2 μέρες, δεν είχατε κανένα σωματικό σύμπτωμα ή πρόβλημα, παρακαλώ κυκλώστε «0- κανένα πρόβλημα» και συνεχίστε στην επόμενη ερώτηση.*

Παρακαλώ, γράψτε τα συμπτώματα που αποτέλεσαν πρόβλημα (παρακαλώ γράψτε καθαρά).

2. Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών (48 ωρών) αισθάνθηκα:

Σωματικά άχάλια	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Σωματικά καλά
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

3. Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών (48 ωρών) η σωματική μου ανικανότητα να πραγματοποιήσω πράγματα που ήθελα αποτέλεσε:

Κανένα πρόβλημα	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Τεράστιο πρόβλημα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Μέρος Γ. Σκέψεις και συναισθήματα

4. Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών (48 ωρών) ήμουν στεναχωρημένος/η (είχα συμπτώματα κατάθλιψης):

Καθόλου	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Υπερβολικά
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

												0	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

5. Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών (48 ωρών) ένιωσα άγχος ή ανησυχία:

Καθόλου	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Υπερβολικά
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

6. Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών (48 ωρών) ένιωσα θλίψη.

Ποτέ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Πάντα
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

7. Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών (48 ωρών) όταν σκεπτόμουν το μέλλον ένιωσα:

Κανένα φόβο	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Τρομοκρατημένος/η
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

8. Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών (48 ωρών) ένιωσα ότι η ζωή μου ήταν:

Εντελώς ανούσια και χωρίς σκοπό	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Με σκοπό και νόημα
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------

9. Όταν σκέφτομαι όλη μου τη ζωή, αισθάνομαι ότι στην επίτευξη των στόχων ζωής έχω πραγματοποιήσει:

Καμία απολύτως πρόοδο	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Εξέλιξη στην πλήρη εκπλήρωση
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

10. Κατά τη διάρκεια των περασμένων δύο ημερών (48 ωρών) αισθάνθηκα ότι ο βαθμός έλεγχου που είχα στη ζωή μου αποτέλεσε:

Κανένα πρόβλημα	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Τεράστιο πρόβλημα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

11. Τις τελευταίες δύο μέρες (48 ώρες) αισθάνθηκα καλά για τον εαυτό μου ως άτομο:

Διαφωνώ απόλυτα	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

Μέρος Δ. Κοινωνικά

12. Τις τελευταίες δύο μέρες (48 ώρες) η επικοινωνία με τους ανθρώπους που νοιάζομαι ήταν:

Δύσκολη	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Πολύ εύκολη
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

13. Τις τελευταίες δύο μέρες (48 ώρες) αισθάνθηκα ότι οι σχέσεις μου με τα άτομα τα οποία νοιάζομαι ήταν:

Πολύ απόμακρες από ότι θα ήθελα	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Πολύ κοντινές
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

14. Τις τελευταίες δύο μέρες (48 ώρες) αισθάνθηκα υποστήριξη:

Καμία	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Εντελώς
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ