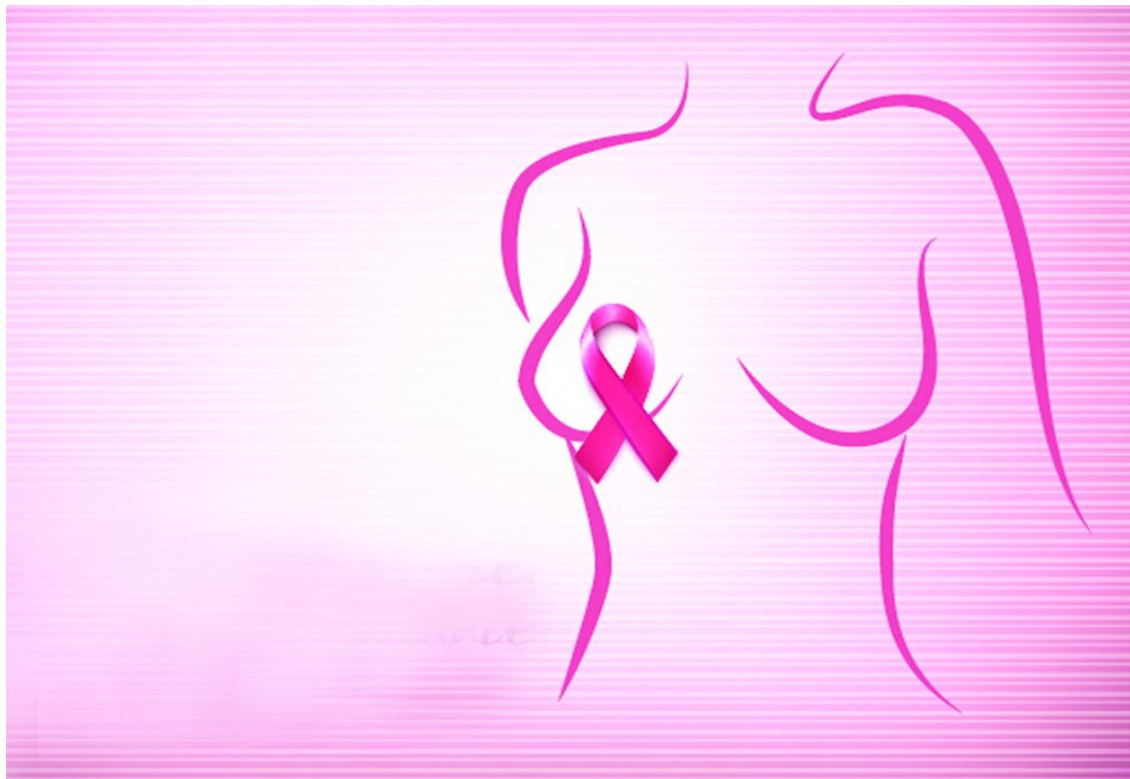




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**



ΦΟΙΤΗΤΗΣ : ΧΟΤΖΑΙ ΓΙΕΤΝΟΡ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΜΙΡΕΝΤΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2022

Πρόλογος - Ευχαριστίες

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με σκοπό την εμβάθυνση των γνώσεων αλλά και την διερεύνηση δεδομένων σε σχέση με την ποιότητα ζωής των γυναικών που προσβάλλονται από τον καρκίνο του μαστού, καθώς η συγκεκριμένη μορφή καρκίνου κατατάσσεται στις πιο διαδεδομένες μορφές με εκατομμύρια γυναίκες να πλήττονται παγκοσμίως. Αυτό με συνέπεια σοβαρότατες σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, οι οποίες μειώνουν δραματικά την ποιότητα ζωής των γυναικών αυτών.

Με την περάτωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα Κα. Μπρέντα Γεωργία για την αμέριστη καθοδήγηση και υποστήριξη καθ' όλη την διάρκεια της συνεργασίας μας. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, οι οποίοι όλα αυτά τα χρόνια βρίσκονταν στο πλευρό μου, στηρίζοντάς με αδιάκοπα σε κάθε μου βήμα.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες παγκοσμίως. Η διάγνωση του αποφέρει ριζικές αλλαγές σε όλους τους τομείς του βίου μίας γυναίκας, καθώς οι γυναίκες πλήττονται σοβαρά σωματικά από την ασθένεια αλλά και από τις θεραπευτικές μεθόδους, ψυχολογικά, αλλά και κοινωνικά. Έτσι κρίνεται τουλάχιστον αναγκαία η πλήρης σωματική και ψυχολογική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας με στόχο την καλύτερη δυνατή προσαρμογή των γυναικών αυτών στα καινούρια αυτά δεδομένα της ζωής τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα εξετάζονται οι επιπτώσεις (σωματικές, ψυχολογικές) που απορρέουν από την ασθένεια και τη θεραπεία της στις ασθενείς, και η συμβολή του νοσηλευτή στην αντιμετώπισή τους.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία η οποία ακολουθήθηκε είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση με συλλογή δεδομένων από επιστημονικά τεκμηριωμένα άρθρα σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Google Scholar).

Συμπεράσματα: Παρόλο που ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο διαδεδομένο καρκίνο στις γυναίκες, οι συνεχόμενες βελτιώσεις στους διαγνωστικούς ελέγχους και στις θεραπείες έχουν εξασφαλίσει μεγαλύτερο βαθμό επιβίωσης των πασχόντων. Η επιβίωση αυτή όμως συνοδεύεται από ριζικές αλλαγές στον καθημερινό βίο της ασθενούς καθώς καλείται να προσαρμοστεί σε μία νέα κατάσταση, από την οποία απορρέουν διάφορες σοβαρές επιπτώσεις. Οι σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που παρουσιάζονται είτε από την εμφάνιση της ασθένειας, είτε από την επιλεγμένη μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης μειώνουν ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής τους. Έτσι οι γυναίκες αυτές χρήζουν ανάγκης υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι με τις παρεμβάσεις τις βοηθούν ώστε να γίνει αντιληπτή απόλυτα η κατάσταση στην οποία βρίσκονται, αλλά και να αντιμετωπίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα τις οποιεσδήποτε συναισθηματικές και σωματικές καταπτώσεις με σκοπό την εξοικείωση με την ασθένεια και την αύξηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος του μαστού, ποιότητα ζωής, ρόλος του νοσηλευτή

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common form of cancer affecting women worldwide. Its diagnosis brings radical changes in all areas of a woman's life, as women are severely affected physically by the disease and by the treatment methods, psychologically and socially. Thus, it is considered necessary at least the full physical and psychological support from health professionals in order to help these women to adapt to the new circumstances of their lives.

Aim: The purpose of this dissertation is to investigate the quality of life of women with breast cancer. Specifically, the effects (physical, psychological) resulting from the disease and its treatment on patients, as well as the role of the nurse dealing with them.

Methodology: The methodology followed is the literature review with data collection from scientifically documented articles in electronic databases (PubMed, Google Scholar)

Conclusions: Although breast cancer is the most common cancer in women, continuous improvements in diagnostic tests and treatments have ensured a higher survival rate for those affected. However, this survival is accompanied by radical changes in the patient's daily life as she has to adapt to a new situation, which has several serious consequences. The physical, psychological and social consequences of either the onset of the disease or the chosen method of treatment are particularly detrimental to their quality of life. Thus, these women need support from health professionals who, through their interventions, help them to fully understand the situation in which they find themselves, but also to cope as best as possible with any emotional and physical decline in order to deal with the disease and increase the level of their quality of life.

Keywords: Breast cancer, quality of life, nurse role

Περιεχόμενα

Πρόλογος - Ευχαριστίες.....	1
Περίληψη	2
Abstract.....	3
Εισαγωγή	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
Κεφάλαιο 1^ο	9
Γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού	9
1.1. Στοιχεία Ανατομίας – Φυσιολογίας Μαστού.....	9
1.2. Ορισμός καρκίνου του μαστού	11
1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία καρκίνου του μαστού	11
1.4. Αιτιολογία καρκίνου του μαστού.....	12
1.5. Παράγοντες κινδύνου.....	12
1.6. Καρκινικοί τύποι – Σταδιοποίηση.....	14
1.7. Πρόγνωση καρκίνου του μαστού.....	15
Κεφάλαιο 2^ο	16
Πρόληψη και Θεραπεία.....	16
2.1 Πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	16
Πρωτογενής Πρόληψη.....	16
Δευτερογενής Πρόληψη.....	17
2.2 Θεραπεία καρκίνου του μαστού.....	17
2.2.1 Χειρουργική θεραπεία	18
Χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού	18
Μαστεκτομή (Mastectomy).....	19
Αφαίρεση των λεμφαδένων (Lymph nodes)	19
2.2.2 Χημειοθεραπεία.....	19
2.2.3 Ακτινοθεραπεία.....	20
2.2.4 Ορμονοθεραπεία.....	21
Κεφάλαιο 3^ο	22
Ποιότητα Ζωής	22
3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής.....	22
3.2. Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής	23

3.2.1. Εργαλεία γενικής χρήσης (Generic instruments).....	24
3.2.2. Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments)	26
Κεφάλαιο 4 °	29
Ποιότητα Ζωής και Καρκίνος του Μαστού	29
4.1 Ποιότητα Ζωής και Καρκίνος του Μαστού	29
4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	30
4.3 Επιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του μαστού.....	31
4.3.1 Σωματικές επιπτώσεις.....	32
4.3.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις.....	33
4.3.3 Κοινωνικές επιπτώσεις.....	35
4.4 Επιπτώσεις επιλεγμένης θεραπείας.....	37
4.4.1 Επιπτώσεις χειρουργικής θεραπείας.....	37
4.4.2 Επιπτώσεις ακτινοθεραπείας.....	39
4.4.3 Επιπτώσεις χημειοθεραπείας.....	40
4.5 Έρευνες σε σχέση με την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού.....	43
Κεφάλαιο 5°	46
Ο ρόλος του νοσηλευτή	46
5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση ασθενών με καρκίνο του μαστού ..	46
5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο του μαστού.....	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	50
Κεφάλαιο 6°	50
6.1 Παρουσίαση 1ου περιστατικού.....	50
6.2 Παρουσίαση 2ου περιστατικού.....	53
Συμπεράσματα	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, με περίπου 1,7 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο, καθώς οι μέθοδοι θεραπείας και οι διαγνωστικές εξετάσεις εξελίσσονται έχει παρατηρηθεί πως ολοένα και σε περισσότερες γυναίκες αυξάνεται η ικανότητα καταπολέμησης της ασθένειας. Όμως η διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν παύει να δημιουργεί ένα κλίμα αβεβαιότητας στην ασθενή για την πορεία της νόσου, η οποία μαζί με την επιλεγμένη θεραπεία δημιουργεί μία πληθώρα παρενεργειών σε όλους τους τομείς του βίου των γυναικών με διάφορες σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές καταπτώσεις. Για αυτούς τους λόγους έχει δοθεί τεράστιο ενδιαφέρον στην διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, οι οποίες αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής έπειτα από την διάγνωση. Ακόμη η διερεύνηση της ποιότητας ζωής είναι σημαντική καθώς βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν καλύτερα την κατάσταση της ασθενούς και να προβαίνουν σε πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελείται από 6 κεφάλαια, στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού. Πιο συγκεκριμένα αρχικά αναφέρονται πληροφορίες για τα στοιχεία της ανατομίας και της φυσιολογίας του μαστού, έπειτα αναφέρονται ο ορισμός του καρκίνου του μαστού, τα επιδημιολογικά δεδομένα, η αιτιολογία, οι παράγοντες κινδύνου, οι καρκινικοί τύποι και τέλος η πρόγνωση της ασθένειας. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την πρόληψη και την θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Το τρίτο κεφάλαιο αφορά την ποιότητα ζωής και πιο συγκεκριμένα αναφέρεται ο ορισμός της ποιότητας ζωής και τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής τα οποία διακρίνονται σε γενικής χρήσης και εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την ποιότητα ζωής και τον καρκίνο του μαστού, πιο ειδικά αναφέρονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, οι επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού οι οποίες διακρίνονται σε σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές αλλά και στις επιπτώσεις της επιλεγμένης θεραπείας. Στο τέλος του κεφαλαίου παρουσιάζονται έρευνες σε σχέση με την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά τον ρόλο του νοσηλευτή σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού και αναλύεται ο ρόλος του όσον αφορά την ενημέρωση και την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. Στο

έκτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση δύο περιστατικά νοσηλευτικών διεργασιών και οι νοσηλευτική διεργασία αυτών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

Γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού

1.1. Στοιχεία Ανατομίας – Φυσιολογίας Μαστού

Ο μαστός αποτελεί ημισφαιρική, λιπώδη πτυχή του δέρματος, που περιέχει το μαστικό (ή μαζικό) αδένα. Με το τέλος της ανάπτυξης, ο κάθε μαστός καταλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα, από τη 2^η ως την 6^η πλευρά. Προς τα έξω εκτείνεται μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, ενώ προς τα έσω μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. Στην άτοκο ο μαστός έχει σχήμα κώνου, που προβάλλει προς τα εμπρός, ενώ το σχήμα του μεταβάλλεται με την ηλικία, την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία, με αποτέλεσμα το άνω μέρος να επιπεδωθεί, ενώ το κάτω μέρος να κυρτωθεί από το βάρος του, σχηματίζοντας την υπομάστια πτυχή¹.

Ο μαστός συγκροτείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαστικό αδένα. Το δέρμα του μαστού είναι σχετικά λεπτό, έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες και συνδέεται στενά με το περιμαστικό λίπος¹. Ακόμα χωρίζεται σε τεταρτημόρια. Το άνω εξωτερικό τεταρτημόριο περιέχει μεγαλύτερη μάζα μαστικού αδένα, καθώς και μία προεκβολή προς τη μασχάλη, που αναφέρεται και ως ουρά του Spence. Επίσης αυτό είναι το τεταρτημόριο το οποίο εμπλέκεται περισσότερο στον καρκίνο του μαστού και στις καλοήθες παθήσεις του².

Η θηλή βρίσκεται μεταξύ του 4^{ου} και 5^{ου} μεσοπλεύριου διαστήματος και περιβάλλεται από την θηλαία άλω. Το σύμπλεγμα θηλής – θηλαίας άλως συνήθως έχει διάμετρο 3-4 εκ. και βρίσκεται ιδανικά στο κέντρο του μαστού. Τα μελανοκύτταρα είναι αρκετά πολυάριθμα στο δέρμα της θηλής και της άλω, δίνοντάς τους ένα πιο σκούρο χρώμα από το υπόλοιπο του μαστού. Η δερματική περιοχή της θηλής είναι άτριχη, χωρίς λίπος και σμηγματογόνους αδένες, όμως σμηγματογόνοι, ιδρωτοποιοί και βοηθητικοί αδένες εντοπίζονται στην περιοχή της θηλαίας άλω³.

Η παροχή αίματος εξασφαλίζεται από αρτηριακούς κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας, η οποία παρέχει το 30% του χορηγούμενου αίματος στον μαστό και από αρτηριακούς κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας η οποία παρέχει το 60% του χορηγούμενου αίματος. Επίσης σε ένα μικρό ποσοστό του 10% στην αγγείωση του μαστού συμβάλλουν και οι πλάγιοι διατιτραίνοντες κλάδοι των μεσοπλεύριων αγγείων, καθώς και οι κλάδοι της υποπλατιαίας αρτηρίας. Το φλεβικό δίκτυο για την επιστροφή

του αίματος από το μαστό είναι πλούσιο και διακρίνεται σε επιπολής και εν τω βάθει. Οι επιπολής φλεβικοί κλάδοι εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα, ενώ οι εν τω βάθει ακολουθούν τρεις βασικές οδούς προς την έσω μαστική, τη μασχαλαία και τις μεσοπλεύριες φλέβες³.

Με την έναρξη της εφηβείας προκύπτουν σημαντικές αλλαγές στη μορφολογία και τη λειτουργία του γυναικείου μαστού. Αυτές οι αλλαγές είναι το αποτέλεσμα της μοναδικής απόκρισης του μαστού σε διάφορες φυσιολογικές ορμονικές επιδράσεις. Η κύρια λειτουργία του γυναικείου μαστού είναι η γαλουχία: ένας όρος που περιλαμβάνει τη σύνθεση, την έκκριση και την εξαγωγή του γάλακτος. Τα οιστρογόνα κατά την φάση της εφηβείας επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη του γυναικείου μαστού, προκαλούν ακόμα ωρίμανση και προβολή των θηλών. Περαιτέρω προκαλούν πολλαπλασιασμό και διακλάδωση του συστήματος αγωγών. Ωστόσο, η ανάπτυξη και ο πολλαπλασιασμός των κυψελίδων είναι το αποτέλεσμα των συνδυασμένων και συνεργιστικών δράσεων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης⁴.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας, η προλακτίνη αυξάνεται σημαντικά στον οργανισμό και προκαλεί, τη διέγερση της επιθηλιακής ανάπτυξης και λακτογένεσης στο στήθος⁵. Η γαλακτογένεση παρουσιάζει τρία στάδια:

- την εκκριτική διαφοροποίηση (γαλακτογένεση I),
- την εκκριτική ενεργοποίηση (γαλακτογένεση II) και
- την γαλακτοποίηση (γαλακτογένεση III)⁶.

Η ενδοκρινική ρύθμιση της σύνθεσης του γάλακτος είναι περίπλοκη. Υπάρχουν δύο γαλακτογόνες ορμόνες η μία παράγεται στην πρόσθια υπόφυση και η άλλη στον πλακούντα. Η έκκριση της τελευταίας φτάνει στο αποκορύφωμά της κατά τις τελευταίες εβδομάδες κύησης και αυτό προετοιμάζει την παραγωγή μητρικού γάλακτος⁴.

Κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης παρατηρείται μια μείωση στην έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και αλλοίωση των πόρων του μαστού. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, το λόβιο παλινδρομεί περαιτέρω, με απώλεια του συνδετικού ιστού από το εσωτερικό και από το χώρο μεταξύ των λοβίων. Με το χρόνο, οι δομές των λοβίων στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες μπορεί να είναι απολύτως απύσες από τον μαστό. Ο ινώδης συνδετικός ιστός αυξάνει σε πυκνότητα και οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται από λιπώδη ιστό⁶.

1.2. Ορισμός καρκίνου του μαστού

Το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από τρισεκατομμύρια κύτταρα, τα οποία κατά την διάρκεια της ζωής μας αναπτύσσονται και χωρίζονται ανάλογα με τις ανάγκες. Όταν τα κύτταρα είναι μη φυσιολογικά ή γερνούν, αυτά συνήθως πεθαίνουν. Ο καρκίνος εμφανίζεται όταν κάτι δεν λειτουργεί σωστά σε αυτήν τη διαδικασία. Έτσι αναπτύσσονται συνεχώς νέα κύτταρα δίχως όμως τα ανώμαλα και τα παλιά να έχουν πεθάνει. Καθώς τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσονται εκτός ελέγχου καθιστούν δύσκολο για το σώμα να λειτουργεί φυσιολογικά⁷. Συνήθως, ο καρκίνος ονομάζεται από το μέρος του σώματος από το οποίο προήλθε. Έτσι, ο καρκίνος του μαστού αναφέρεται στην ακανόνιστη ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό των κυττάρων που προέρχονται από τον ιστό του μαστού⁷.

1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία καρκίνου του μαστού

Παγκοσμίως ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός τύπος καρκίνου που πλήττει τις γυναίκες, μετρά περίπου 1,7 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο και αυτό τον καθιστά την δεύτερη αιτία θανάτου στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Τα ποσοστά συχνότητας και θνησιμότητας αναμένεται να αυξηθούν σημαντικά τα επόμενα 5-10 χρόνια, καθώς πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι πιο επιθετικοί και διηθητικοί τύποι του καρκίνου του μαστού είναι συχνότεροι στις νεαρές γυναίκες με τους ερευνητές να πιστεύουν ότι η αποτελεσματικότητα των θεραπειών π.χ. της ορμονικής θεραπείας είναι σημαντικά χαμηλότερη σε αυτές⁸. Πρέπει να τονιστεί ότι στις ΗΠΑ κάθε χρόνο, περίπου 10.000 γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 χρονών διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού, αυτό αντιπροσωπεύει το 4–5% όλων των γυναικών που έχουν διαγνωστεί παγκοσμίως. Στην Ευρώπη αναφέρεται ότι το 4% των περιπτώσεων των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού είναι κάτω των 35 ετών, όπως και στην Ανατολή όπου η Ασιατική Εταιρεία Καρκίνου του Μαστού αναφέρει ότι το 13% των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού είναι ηλικίας κάτω των 40 ετών. Αυτή η δραματική αύξηση του καρκίνου του μαστού στις νέες γυναίκες είναι ιδιαίτερα ανησυχητική, καθώς η συμπεριφορά αυτών των όγκων είναι στην πλειονότητα των περιπτώσεων πιο επιθετικές σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες γυναίκες⁸. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο περισσότερες από 4.000 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και γύρω στις 1.600-1.800 πεθαίνουν ετησίως απ' αυτόν. Μόνο το 70% των γυναικών που προσβλήθηκαν από καρκίνο του μαστού φθάνει την πενταετία, δηλαδή το 30% πεθαίνει πριν συμπληρωθούν τα πέντε χρόνια. Σημαντικός παράγοντας γι' αυτό είναι η καθυστερημένη διάγνωση⁸.

1.4. Αιτιολογία καρκίνου του μαστού

Όπως συμβαίνει με την πλειονότητα των κακοηθών όγκων, ο καρκίνος του μαστού δεν είναι ασθένεια με σαφή αιτιολογία. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για ορισμένες ηλικίες γυναικών. Τα τελευταία χρόνια πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών που σχετίζονται, είτε σαν αιτιολογικοί παράγοντες είτε σαν δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες με τον καρκίνο του μαστού. Αυτοί είναι δυο ειδών:

- γενετικοί, υπάρχουν δηλαδή στο DNA των ανθρώπων και
- περιβαλλοντικοί, οι οποίοι μας επηρεάζουν μετά την γέννηση μας, για παράδειγμα ο τρόπος ζωής μας.

Η γνώση των παραγόντων αυτών μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση των γυναικών υψηλού κινδύνου, ώστε αυτές να παρακολουθούνται σχολαστικά και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα αν νοσήσουν αλλά και να αλλάξουν ορισμένες συνήθειες της ζωής τους που θεωρούνται επικίνδυνες⁹.

1.5. Παράγοντες κινδύνου

Ως παράγοντας κινδύνου ορίζεται ως οτιδήποτε επηρεάζει την πιθανότητα του ατόμου να προσβληθεί από κάποια ασθένεια, στην συγκεκριμένη περίπτωση από τον καρκίνο του μαστού. Ορισμένοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του μαστού είναι πέρα από τον έλεγχο του ατόμου. Πολλοί παράγοντες φαίνεται να συμβάλλουν με διαφορετική κάθε φορά σημασία και να διαμορφώνουν τελικά κάποιο βαθμό κινδύνου στο να αναπτύξει μια γυναίκα την νόσο. Η αναγνώριση κάποιου παράγοντα κινδύνου σε κάποια γυναίκα δε σημαίνει ότι ο καρκίνος είναι αναπόφευκτος. Μερικές γυναίκες με παράγοντες κινδύνου δεν θα εμφανίσουν ποτέ καρκίνο του μαστού, όπως αντίθετα θα εμφανίσουν τη νόσο γυναίκες χωρίς κανένα παράγοντα κινδύνου. Τελικά μόνο οι μισές περίπου από τις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού μπορούν να αποδοθούν σε γνωστούς παράγοντες κινδύνου και είναι σημαντικό να ξεκαθαρισθεί ότι στους περισσότερους από τους παράγοντες όπως για παράδειγμα η ηλικία δεν υπάρχει δυνατότητα παρέμβασης. Μερικοί παράγοντες κινδύνου είναι οι εξής:

Το θήλυ φύλο και η ηλικία: αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες και διαμορφώνουν και το γενικό προφίλ της νόσου, καθιστώντας τη μια κακοήθεια κατεξοχήν γυναικεία και επί το πλείστον εμφανιζόμενη μετά την εμμηνόπαυση και συνήθως μετά το

50 έτος της ηλικίας η νόσος είναι 100 φορές συχνότερη στις γυναίκες. Φαίνεται ότι και μόνο του το γεγονός ότι μια γυναίκα μεγαλώνει σε ηλικία, αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού¹⁰.

Το ατομικό ιστορικό και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού : Το 10-20% των γυναικών με καρκίνο μαστού έχουν τουλάχιστον μια συγγενή πρώτου ή δευτέρου βαθμού με τη νόσο. Ένας από τους κύριους παράγοντες για αυτό τον αυξημένο κίνδυνο που έχει αναγνωριστεί είναι μια κληρονομούμενη γενετική μετάλλαξη (κληρονομικός καρκίνος μαστού) σε ένα από τα δύο γονίδια BRCA₁ και BRCA₂, τα οποία και είναι υπεύθυνα για το μεγαλύτερο ποσοστό του Συνδρόμου κληρονομικού καρκίνου μαστού¹⁰.

Φυλή και εθνικότητα: Σε γενικές γραμμές, οι Καυκάσιες γυναίκες είναι ελαφρώς πιο πιθανό να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού από τις Αφροαμερικάνες, αν και ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε Αφροαμερικάνες κάτω των 45 ετών. Άλλες φυλές όπως οι Ασιάτισσες, οι Ισπανόφωνες και οι ιθαγενείς Αμερικανίδες έχουν χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης και θανάτου από καρκίνο του μαστού.

Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ: Η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται σαφώς με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού και η αύξηση του κινδύνου που προκαλείται από αυτόν τον παράγοντα συσχετίζεται με την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που πίνουν δύο έως τρία ποτά την ημέρα έχουν περίπου 20% υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν πίνουν αλκοόλ.

Ηλικία Εμμηναρχής-Εμμηνόπαυσης: Η πρόωμη εμμηναρχή σε ηλικία πριν τα 11 και η εμμηνόπαυση μετά τα 55 αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχει η αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας, τόσο μεγαλύτερο διάστημα αυτή η γυναίκα εκτίθεται στα οιστρογόνα τα οποία διεγείρουν τα αδενικά κύτταρα του μαστού προς διαίρεση, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος για καρκίνο μαστού¹⁰.

Έλλειψη φυσικής δραστηριότητας: Τα αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν ότι η τακτική σωματική δραστηριότητα, ειδικά σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Δεν είναι απολύτως σαφές πώς η σωματική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, αλλά μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα επίπεδα δραστηριότητας επηρεάζουν το σωματικό βάρος, τη φλεγμονή, τις ορμόνες και την ενεργειακή ισορροπία.

1.6. Καρκινικοί τύποι – Σταδιοποίηση

Υπάρχουν διάφοροι τύποι όγκων που μπορεί να αναπτυχθούν σε διαφορετικές περιοχές του μαστού. Οι περισσότεροι όγκοι είναι αποτέλεσμα καλοηθών (μη καρκινικών) αλλαγών στο στήθος¹¹. Μερικές φορές όμως οι όγκοι αυτοί είναι αποτέλεσμα κακοηθών αλλαγών, έτσι προκύπτουν διάφοροι καρκινικοί τύποι όπως :

- Ο πορογενής καρκίνος του μαστού, ο οποίος προέρχεται από τα κύτταρα των πόρων του μαστού και αποτελεί τον πιο κοινό τύπο καρκίνου.
- Ο λοβιακός καρκίνος του μαστού, ο οποίος ξεκινά στους λοβούς. Βρίσκεται συχνότερα και στους δύο μαστούς από άλλους τύπους καρκίνου του μαστού.
- Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού, ο οποίος εμφανίζεται πολύ σπάνια και τα καρκινικά κύτταρα μπλοκάρουν τα λεμφικά αγγεία στο δέρμα του μαστού. Το στήθος γίνεται ζεστό, κόκκινο και πρησμένο.
- Η νόσος Paget του μαστού, είναι η διήθηση του δέρματος της θηλής και/ή της θηλαίας άλω από καρκινικά κύτταρα τύπου πορογενούς καρκινώματος¹².

Όταν μία ασθενής διαγιγνώσκεται με καρκίνο, τότε οι γιατροί προσδιορίζουν το συγκεκριμένο στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο όγκος αυτός. Αυτό τους βοηθάει στο να προσδιορίσουν την καταλληλότερη θεραπεία και την πρόγνωση¹³.

Στάδια καρκίνου του μαστού

0 : Ο όγκος περιορίζεται, συνήθως σε αγωγό γάλακτος ή αδένα που παράγει γάλα και δεν έχει εισβάλει στον περιβάλλοντα ιστό του μαστού.
I : Ο όγκος έχει διάμετρο μικρότερη από 2 εκατοστά και δεν έχει εξαπλωθεί στο στήθος.
IIA : Ο όγκος έχει διάμετρο 2 εκατοστά ή λιγότερο αλλά διακρίνεται μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες ή ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 2cm αλλά όχι μεγαλύτερος από 5cm και χωρίς διασπορά στους λεμφαδένες.
IIB : Ο όγκος έχει διάμετρο 2-5 εκατοστά και διακρίνεται μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες ή ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5cm χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις.
IIIA : Ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5cm και διακρίνεται προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς.
IIIB : Όπου υπάρχουν προσβεβλημένοι θωρακικοί λεμφαδένες και ο όγκος επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλλει και εξελκώνει το δέρμα.

III: Ο όγκος έχει πλέον εξαπλωθεί σε ένα από τα ακόλουθα μέρη: 10 ή περισσότεροι λεμφαδένες κάτω από τους μαστούς, λεμφαδένες πάνω ή κάτω από το λαιμό, ένα μείγμα μασχάλης και κοντά στους λεμφαδένες του μαστού ή στο δέρμα.

IV: Ο όγκος έχει κάνει μεταστάσεις μακριά από το στήθος στα οστά, τους πνεύμονες, το ήπαρ και / ή τον εγκέφαλο¹³.

1.7. Πρόγνωση καρκίνου του μαστού

Όλοι οι καρκίνοι του μαστού είναι αδenoκαρκινώματα. Στις ημέρες μας, πολλοί καρκίνοι μαστού διαγιγνώσκονται πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέσω της μαστογραφίας, περιορίζοντας έτσι το ποσοστό των περιπτώσεων όπου η εξάπλωση του καρκίνου σε επιχώριους λεμφαδένες ή την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων, συχνά στον πνεύμονα ή στα οστά, ήταν ο λόγος που προκαλούσε την επίσκεψη στο γιατρό και τη διάγνωση της νόσου. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η πρόωμη ανίχνευση, σε αρκετές περιπτώσεις, έχει βελτιωθεί εξαιτίας της πρακτικής αυτοελέγχου του μαστού από τις ίδιες τις γυναίκες. Οι ειδικοί συνιστούν ετήσια μαστογραφία και κλινικούς ελέγχους του μαστού σε όλες τις γυναίκες ηλικίας >50 ετών, αλλά επίσης και σε ειδικές περιπτώσεις γυναικών σε νεαρότερη ηλικία. Χάρη στη βελτιούμενη πρόγνωση, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού έχει παραμείνει περίπου σταθερή σε πολλούς πληθυσμούς παρά την αυξανόμενη επίπτωση της νόσου. Εδώ και μια δεκαετία, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού άρχισε να δείχνει ελαφρά πτωτική τάση τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες¹⁴.

Κεφάλαιο 2^ο

Πρόληψη και Θεραπεία

2.1 Πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Καθώς η ακριβής αιτία του καρκίνου του μαστού παραμένει άγνωστη, η πρόληψη και ο προληπτικός έλεγχος αποτελούν σήμερα τη μόνη μέθοδο για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου¹⁵. Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού μπορεί να χωριστεί σε δύο κατηγορίες, πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη.

Πρωτογενής Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη εξαλείφει τις αιτίες οι οποίες οδηγούν στην εμφάνιση της νόσου, αυξάνει και ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα στο πληθυσμό. Ενώ η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στον τερματισμό της διαδικασίας ανάπτυξης νόσων πριν από την ολοκλήρωσή της διάγνωσης των συμπτωμάτων. Η δευτερογενής πρόληψη μπορεί να εμποδίσει ή να αποτρέψει την ανάπτυξη κακοήθους όγκου¹⁶.

Οι στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού κινούνται γύρω από δύο κεντρικούς άξονες:

α) την ελαχιστοποίηση της έκθεσης του ατόμου σε εξωγενείς παράγοντες, που αυξάνουν τον κίνδυνο νόσησης και

β) την τροποποίηση διάφορων ενδογενών παραγόντων, κυρίως ορμονικών παραμέτρων και παραγόντων που σχετίζονται με την αναπαραγωγή¹⁷.

Το 2007, το Παγκόσμιο Ταμείο Έρευνας για τον Καρκίνο και το Αμερικανό Ινστιτούτο Έρευνας για τον Καρκίνο (WCRF/AICR) ερεύνησε διεξοδικά τον αντίκτυπο της διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας σχετικά με την ανάπτυξη του καρκίνου, επιβεβαιώνοντας ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ των δύο. Σύμφωνα με έρευνες, μία υγιής διαίτα για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού αποτελείται από την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, επίσης η κατανάλωση αλατιού και κόκκινου κρέατος θα πρέπει να είναι μειωμένη¹⁸.

Η σωματική δραστηριότητα έχει θετικό αντίκτυπο σχετικά με την ψυχική υγεία μεταξύ ασθενών που πάσχουν από κακοήθεια όγκου και ορίζεται ως κάθε κίνηση του σώματος από τους σκελετικούς μύες που οδηγεί σε κατανάλωση ενέργειας. Η σχέση μεταξύ καρκίνου του μαστού και φυσικής δραστηριότητας είναι ισχυρότερη μεταξύ των γυναικών που έχουν υποστεί εμμηνόπαυση και έχουν αρνητικό οικογενειακό

ιστορικό σχετικά με τον καρκίνο και διατηρούν το σωστό σωματικό βάρος, καθώς και μεταξύ των γυναικών που έχουν γεννήσει τουλάχιστον ένα υγιές μωρό. Οι επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι η ένταση των ασκήσεων, ξεκινώντας από μέτρια έως ενεργητική, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά περίπου 10-25%, σε σύγκριση με τις ανενεργές γυναίκες¹⁸.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ, για παράδειγμα όταν μία γυναίκα καταναλώνει 10g αιθανόλης ημερησίως, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται κατά 8% στην μετά-εμμηνοπαυσιακή περίοδο, κατά 9% πριν από την εμμηνόπαυση και κατά 10% γενικά¹⁹.

Δευτερογενής Πρόληψη

Η βασική μέθοδος για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού στο γενικό πληθυσμό είναι η μαστογραφία. Η μαστογραφία είναι η μόνη απεικονιστική μέθοδος που επιτρέπει αξιόπιστα την ανίχνευση παθολογικών μικροαποτιτανώσεων στο μαστό²⁰. Υπολογίζεται, ότι παθολογικές μικροαποτιτανώσεις παρατηρούνται περίπου στο 30-40% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων και ως και 90% των καρκινωμάτων *in situ* του μαστού. Γίνεται έτσι φανερό ότι η μαστογραφία μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Υπολογίζεται ότι με το συστηματικό προληπτικό έλεγχο με μαστογραφία, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μπορεί να μειωθεί ως και 30-50%. Αυτό οφείλεται και στο ότι, εκτός από την υπεροχή της στην ανίχνευση του καρκινώματος *in situ*, επιτρέπει και τη διάγνωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού σε πρωιμότερα στάδια από ό,τι άλλες μέθοδοι²¹.

2.2 Θεραπεία καρκίνου του μαστού

Για τον μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού, οι κύριοι στόχοι της θεραπείας είναι η εξάλειψη του όγκου από τον μαστό και τους λεμφαδένες και η πρόληψη της μεταστατικής υποτροπής. Η τοπική θεραπεία για τον μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού αποτελείται από χειρουργική εκτομή και δειγματοληψία ή την μετακίνηση μασχालιαίων λεμφαδένων, με γνώμονα τη μετεγχειρητική ακτινοβολία. Η συστηματική θεραπεία μπορεί να είναι προεγχειρητική (νεοεπικουρική), μετεγχειρητική (επικουρική), ή και τα δύο. Ο τύπος του καρκίνου του μαστού καθοδηγεί την χορήγηση τυπικής συστηματικής θεραπείας, η οποία αποτελείται από:

- Ενδοκρινική θεραπεία για όλους τους όγκους HR+ (με ορισμένους ασθενείς να απαιτούν επίσης χημειοθεραπεία).

- Χημειοθεραπεία για όλους τους όγκους ERBB2+ (με ενδοκρινική θεραπεία να χορηγείται επιπλέον, εάν υπάρχει ταυτόχρονη θετική ικανότητα HR), και χημειοθεραπεία μόνο για τον τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού²².

Για το μεταστατικό καρκίνο του μαστού, οι θεραπευτικοί στόχοι περιλαμβάνουν την παράταση χρόνου ζωής του ασθενή και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Επί του παρόντος, ο μεταστατικός καρκίνος του μαστού είναι ανίατος σε όλους σχεδόν τους πάσχοντες ασθενείς. Οι μέθοδοι χειρουργικής επέμβασης και ακτινοβολίας χρησιμοποιούνται συνήθως μόνο για την ανακούφιση στην μεταστατική νόσο²².

2.2.1 Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει εξελιχθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, με προόδους που στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση των μακροπρόθεσμων κοινωνικών και λειτουργικών συνεπειών της τοπικής θεραπείας. Σύμφωνα με πολυετή έρευνες, οι τυπικές προσεγγίσεις είναι είτε ολική μαστεκτομή είτε εκτομή συν ακτινοβολία. Αυτές οι δύο προσεγγίσεις έχουν αποδειχθεί οι πιο αποτελεσματικοί μέθοδοι, ώστε οι ασθενείς να έχουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της νόσου. Η χειρουργική διαχείριση των μασχαλιαίων λεμφαδένων πρέπει να εξετάζεται ξεχωριστά από τη χειρουργική θεραπεία του μαστού. Η μετακίνηση των λεμφαδένων εξυπηρετεί τόσο έναν διαγνωστικό σκοπό (προσδιορισμό της ανατομικής έκτασης του καρκίνου του μαστού) όσο και θεραπευτικό σκοπό (αφαίρεση καρκινικών κυττάρων). Η λήψη απόφασης χειρουργικής επέμβασης βασίζεται στο εάν η εμπλοκή των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι εμφανής κατά τη διάγνωση και εάν χορηγείται νεοεπικουρική συστηματική θεραπεία²³.

Στη συνέχεια αναλύονται οι κύριοι τύποι χειρουργικής επέμβασης:

Χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού: είναι η αφαίρεση (αποκοπή) ενός τμήματος του μαστού όπου εντοπίζεται ο καρκίνος. Άλλες λέξεις για τη χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού είναι η ογκοτομή (lumpectomy), η μερική μαστεκτομή (partial mastectomy) ή η ευρεία τοπική εκτομή (wide local excision). Αυτός ο τύπος χειρουργικής επέμβασης συνιστάται συνήθως εάν ο καρκίνος είναι μικρός²⁴.

Μαστεκτομή (Mastectomy): είναι η αφαίρεση όλου του μαστού. Η διμερής μαστεκτομή είναι αυτή όπου αφαιρούνται και οι δύο μαστοί. Η μαστεκτομή συνιστάται συνήθως όταν:

- ο καρκίνος είναι μεγάλος
- υπάρχουν περισσότεροι από έναν καρκίνοι στο μαστό.

Μερικές φορές οι γυναίκες κάνουν τη χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού πρώτα και μετά αποφασίζουν να κάνουν μαστεκτομή στο μέλλον. Αυτό μπορεί να γίνει αν:

- η παθολόγο-ανατομική έκθεση βιοψίας δείχνει ότι η περιοχή γύρω από τον καρκίνο του μαστού δεν είναι καθαρή και υπάρχουν ακόμα καρκινικά κύτταρα στο μαστό.
- επανέρχεται ο καρκίνος του μαστού στον ίδιο μαστό.
- οι γυναίκες είχαν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία στο παρελθόν σ' αυτό το μαστό²⁴.

Αφαίρεση των λεμφαδένων (Lymph nodes): κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης για τον καρκίνο του μαστού, ο χειρουργός πιθανότατα θα αφαιρέσει έναν ή περισσότερους λεμφαδένες από τη μασχάλη (axilla) για να δει αν έχουν κάποια καρκινικά κύτταρα μέσα τους. Ο λεμφαδένας φρουρός (sentinel node biopsy) είναι ο πρώτος λεμφαδένας ή οι κόμβοι, όπου τα καρκινικά κύτταρα είναι πιο πιθανόν να έχουν εξαπλωθεί, και αφαιρούνται από το μαστό. Αν βρεθούν καρκινικά κύτταρα μέσω της βιοψίας στους κόμβους που αφαιρούνται, μπορεί να χρειαστεί και άλλη χειρουργική επέμβαση για να αφαιρεθούν μερικοί ακόμη λεμφαδένες²⁴.

2.2.2 Χημειοθεραπεία

Παρά τους σχετικούς βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους, η χημειοθεραπεία αποτελεί βασική θεραπεία για την πρόληψη της υποτροπής σε πολλούς ασθενείς με στάδιο I-III καρκίνου του μαστού, είναι η μόνη συστηματική θεραπεία με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στον τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού. Μία έρευνα συμμετοχής περίπου 100.000 γυναικών σε τυχαιοποιημένες δοκιμές χημειοθεραπείας για πρώιμο καρκίνο του μαστού ανέδειξε ότι ένα σχήμα χημειοθεραπείας που περιέχει ανθρακυκλίνη σε υψηλές δόσεις (σε σύγκριση με τη μη χημειοθεραπεία) μείωσε σημαντικά τη θνησιμότητα εντός 10 ετών του καρκίνου του μαστού κατά περίπου το ένα τρίτο²⁵.

Πολλά διαφορετικά σχήματα νεοεπικουρικής και επικουρικής χημειοθεραπείας μπορεί να εξεταστούν στον πρώιμο καρκίνο του μαστού. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί φάρμακα για να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα που ίσως έχουν εξαπλωθεί έξω από το μαστό και στην περιοχή της μασχάλης, τα οποία δεν φαίνονται ή δεν βρέθηκαν. Η χημειοθεραπεία θεραπεύει όλο το σώμα, όχι μόνο την περιοχή που βρέθηκε ο καρκίνος. Καταστρέφει γρήγορα τα αναπτυσσόμενα καρκινικά κύτταρα, καθώς επίσης και τα φυσιολογικά κύτταρα σε μέρη όπως το στόμα, το στομάχι, το έντερο, το δέρμα, τα μαλλιά και το μυελό των οστών (bone marrow). Αυτά τα φυσιολογικά κύτταρα επισκευάζονται με την πάροδο του χρόνου. Η βλάβη των φυσιολογικών κυττάρων προκαλεί τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Υπάρχουν διάφοροι τύποι χημειοθεραπείας οι περισσότερες χορηγούνται IV, αλλά υπάρχουν ορισμένες που χορηγούνται ως δισκία, και κάθε τύπος έχει διαφορετικές παρενέργειες²⁴.

2.2.3 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτινοβολίες x (x-rays) για να εξουδετερώσει τα καρκινικά κύτταρα που μπορεί να απομείνουν στο μαστό ή στη μασχάλη μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Συνήθως συνιστάται μετά από χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού. Επίσης πολλές φορές συνιστάται επίσης μετά από μια μαστεκτομή. Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού μπορεί να χορηγηθεί στο σύνολο του μαστού ή σε ένα τμήμα του μαστού, στο θωρακικό τοίχωμα και στους περιφερειακούς λεμφαδένες. Η ακτινοθεραπεία που ακολουθεί την αφαίρεση του όγκου, μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισής του, στην περιοχή που αρχικά εμφανίστηκε και κατ' επέκταση επιτυγχάνεται μείωση του κινδύνου για μεταστάσεις σε άλλα όργανα και ιστούς του οργανισμού²⁶.

Επίσης σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι η καταστροφή μη ανιχνεύσιμων καρκινικών κυττάρων και η μείωση του κινδύνου τοπικής υποτροπής. Οι υποτροπές μπορεί να συμβούν μήνες ή χρόνια αργότερα λόγω καρκινικών κυττάρων που έχουν μείνει πίσω μετά τη χειρουργική επέμβαση. Μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν 10.801 ασθενείς έδειξε ότι η χορήγηση ακτινοβολίας συσχετίστηκε με μειώσεις των υποτροπών του καρκίνου του μαστού κατά το ήμισυ (από 35,0% σε 19,3%) και στους θανάτους από καρκίνο του μαστού κατά το ένα έκτο (από 25,2% σε 21,4%), σε 10 και 15 χρόνια, αντίστοιχα. Η ακτινοθεραπεία γίνεται συνήθως με τρισδιάστατο σχεδιασμό. Στην 3D CRT όπου η κάθε δέσμη προσαρμόζεται στο σχήμα του όγκου στόχου

επιτρέπει χορήγηση μεγαλύτερης δόσης στον όγκο και μικρότερης στους γύρω φυσιολογικούς ιστούς²⁶.

2.2.4 Ορμονοθεραπεία

Η χορήγηση της επικουρικής ορμονικής θεραπείας πρέπει να βασίζεται στην ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων, οι οποίοι μετρούνται με τις ανοσο-ιστοχημικές χρώσεις του καρκινικού μαστού. Σαν στόχο η ορμονική θεραπεία έχει να προλάβει τα καρκινικά κύτταρα να δεχθούν ερεθισμό από τα οιστρογόνα. Ένας τέτοιος ερεθισμός συμβαίνει αρχικά σε όγκους που έχουν περιέχουν την πρωτεΐνη ορμονικό υποδοχέα. Η στέρηση των οιστρογόνων μπορεί να επιτευχθεί :

- Μπλοκάροντας τον υποδοχέα, με τη χρήση φαρμάκων, όπως η ταμοξιφαίνη, (Tamoxifen), ένα αντιοιστρογόνο, το οποίο δεσμεύει τους υποδοχείς οιστρογόνων και έτσι εμποδίζει τα ενδογενή οιστρογόνα να δράσουν στο καρκινικό κύτταρο.
- Με την καταστολή της σύνθεσης των οιστρογόνων, χορηγώντας αναστολείς της αρωματάσης (πχ. αναστραζόλη).
- Με την καταστροφή των ωοθηκών.

Μελέτες έχουν αναδείξει, ότι γυναίκες, οι οποίες υποβάλλονται σε ορμονική θεραπεία με ταμοξιφαίνη έχουν στατιστικώς καλύτερη επιβίωση, ανεξάρτητα από το αν ήταν, προ ή μετεμμηνοπαυσιακές. Η πλέον αξιοπρόσεκτη παρενέργεια της ταμοξιφαίνης, είναι η αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του ενδομητρίου. Ο σχετικός κίνδυνος για καρκίνο του ενδομητρίου, είναι 4,2 % στις γυναίκες που παίρνουν ταμοξιφαίνη για 5 χρόνια²⁴.

Κεφάλαιο 3^ο

Ποιότητα Ζωής

3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας και άλλων ειδικοτήτων στο χώρο της υγείας. Ως όρος έχει δεχτεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις. Τα τελευταία έτη αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής και για την ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύουν στη μέτρησή της. Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό. Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας²⁷.

Επομένως η ποιότητα ζωής αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί αναλόγως τις προσεγγίσεις των μελετητών για παράδειγμα τον Ιούνιο του 1997 προτάθηκε η ιδέα της «κοινωνικής ποιότητας» (Social Quality). Εκπρόσωποι των κοινωνικών επιστημών από τις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης συναντήθηκαν και πρότειναν μια κοινή προσέγγιση μεταξύ της οικονομικής, της κοινωνικής και της υγειονομικής πολιτικής. Υποστήριξαν ότι η κοινωνική ποιότητα αποτελεί το μέγεθος κατά το οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και την οικονομική ζωή των κοινωνιών όπου διαβιούν κάτω από συνθήκες που επιτρέπουν την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και των προσωπικών ικανοτήτων τους. Το επίπεδο της κοινωνικής ποιότητας βασίζεται σε τέσσερις βασικές συνιστώσες:

- Βαθμό οικονομικής ασφάλειας
- Επίπεδο κοινωνικής ένταξης
- Έκταση της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης
- Επίπεδο υγείας των πολιτών της Ευρώπης²⁸.

Η επιστημονική κοινότητα που ασχολείται με τον τομέα της υγείας παρέχει και εκείνη τον δικό της ορισμό όσον αφορά την ποιότητα ζωής. Έτσι σύμφωνα με τον ΠΟΥ ποιότητα ζωής σημαίνει :

«Η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου, που αφορά στην κατάσταση της ζωής του, στο πολιτισμικό πλαίσιο και στο πλαίσιο του συστήματος αξιών εντός του οποίου ζει και σε σχέση με τις επιδιώξεις, προσδοκίες, πρότυπα, ενδιαφέροντα και στόχους που το άτομο αυτό θέτει»²⁹.

Η ποιότητα ζωής εξαρτάται από πλήθος παραγόντων που σχετίζονται με:

- τη νόσο (συμπτώματα της νόσου, επιτυχία αντιμετώπισης τους, κ.α.)
- τη θεραπεία (το είδος, την έκταση, τις παρενέργειες της υποστηρικτικής θεραπείας)
- την προσωπικότητα και ψυχολογία του πάσχοντος
- την οικογενειακή στήριξη την επαγγελματική ζωή
- την κοινωνική αποδοχή τη γνωστική και πνευματική καλλιέργεια και υπόσταση του ασθενούς³⁰.

Τις τελευταίες δεκαετίες, με τη στήριξη των σύγχρονων ιατρικών ανακαλύψεων και της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση στο προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και ο μέσος όρος ζωής στις κοινωνίες δυτικού τύπου. Το ερώτημα, όμως, που απασχολεί τους επιστήμονες είναι κατά πόσον αυτά τα επιπλέον χρόνια ζωής είναι ποιοτικά χρόνια με καλή υγεία, ελεύθερα συμπτωμάτων και ασθενειών, ή μήπως, τελικά, αυτή η αύξηση του μέσου όρου ζωής ακολουθείται από μια χρόνια νοσηρότητα, κυρίως στις μεγάλες ηλικίες²⁸.

3.2. Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία (HR-QOL) έχει επανειλημμένα αποδειχθεί ότι λειτουργεί για τη βελτίωση της διαχείρισης των ασθενών. Λόγω της HR-QOL, οι προοπτικές και οι απόψεις του ασθενούς ακούγονται όλο και περισσότερο και λαμβάνονται υπόψη από τους κλινικούς γιατρούς, οι οποίοι με τη σειρά τους έχουν γίνει πιο ευαίσθητοι στις ανάγκες των ασθενών και έχουν μάθει να επικοινωνούν καλύτερα μαζί τους. Η ποιότητα ζωής προσθέτει μία άλλη διάσταση στην αντιμετώπιση των ασθενειών, την διάσταση πέρα της απλής επιβίωσης του ασθενούς. Αυτό είναι ένα πολύ αναγκαίο βήμα μπροστά στη φιλοσοφία της θεραπείας. Η επιστήμη έχει εξασφαλίσει με την εξέλιξή της όλο και περισσότερο τη μακροζωία

της ζωής, έτσι σαν επόμενο στόχο οι ερευνητές πρέπει να έχουν την εντόπιση τρόπων βελτίωσης της HR-QOL. Η επιβίωση των ασθενών μόνο θεωρείται πλέον ως μία ανεπαρκής μέθοδος διαχείρισης των ασθενειών. Έτσι τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες που στοχεύουν στην σχεδίαση και την στάθμιση πινάκων, καταλογών, ερωτηματολογίων, δεικτών και βαθμολογήσεων με σκοπό την αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων στην ποιότητα ζωής³¹.

Υπάρχουν δύο κύριες προσεγγίσεις στα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, τα εργαλεία γενικής χρήσης (Generic instruments) που σημαίνει ότι αυτά τα εργαλεία είναι πολυδιάστατα, αφορούν στην γενική κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής, δίχως να αναφέρονται σε συγκεκριμένα νοσήματα. Ενώ υπάρχουν και τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease specific instruments) τα οποία στοχεύουν στην εκτίμηση μόνο μίας δραστηριότητας, στην έκβαση ενός συγκεκριμένου νοσήματος ή μίας παρέμβασης³².

3.2.1. Εργαλεία γενικής χρήσης (Generic instruments)

Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας: Δημιουργήθηκε από τον Goldberg το έτος 1972 και υπάρχει σε τρεις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει δείξει καλή αξιοπιστία. Το μειονέκτημά του είναι ότι ασχολείται κυρίως για τη σωματική υγεία και την ψυχολογία δίχως να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής²⁷.

Επισκόπηση υγείας SF-36: η επισκόπηση υγείας SF-36 έχει δημιουργηθεί το 1992 από τον Ware με σκοπό να επιτευχθούν οι ψυχομετρικές προδιαγραφές που χρειάζονται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις οι οποίες προέρχονται από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων που συνέλεξαν επεξεργάστηκαν και τελικώς επέλεξαν οι ερευνητές της μελέτης ιατρικών αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, MOS). Οι ερωτήσεις αυτές δημιουργούν 8 κλίμακες από 2 έως 8 ερωτήσεις η κάθε μία :

- α) σωματική λειτουργικότητα,
- β) ρόλος σωματικός,
- γ) σωματικός πόνος,

- δ) γενική υγεία,
- ε) ζωτικότητα,
- στ) κοινωνική λειτουργικότητα,
- ζ) ρόλος συναισθηματικός,
- η) ψυχική υγεία.

Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι κατάλληλο για αυτο-συμπλήρωση για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης, πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά για άτομα 14 και άνω³³.

Επισκόπηση υγείας EQ-5D (EuroQol): η επισκόπηση υγείας EQ-5D δημιουργήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980 από Ευρωπαίους ερευνητές και σήμερα αποτελεί ένα από τα περισσότερο διαδεδομένα όργανα που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Έχει πέντε βασικές διαστάσεις:

- κινητικότητα
- αυτοεξυπηρέτηση
- συνήθεις δραστηριότητες
- πόνος
- άγχος κατάθλιψη

Κάθε διάσταση διακρίνεται σε τρία επίπεδα³³.

Επισκόπηση της επίδρασης της αρρώστιας (Sickness Impact Profile): Η επισκόπηση της επίδρασης της αρρώστιας έχει δημιουργηθεί το 1976 από τους Bergner et al., και αποτελεί ένα από τα πλέον γνωστά και συνηθέστερα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής. Αποτελείται από 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 υποκατηγορίες οι οποίες συνθέτουν δύο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες της σωματικής λειτουργίας και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Η απάντηση στις ερωτήσεις δίνεται με την μορφή Ναι ή Όχι και η συνολική βαθμολογία συγκεντρώνεται με βάση συγκεκριμένους δείκτες στους οποίους έχει υπολογιστεί η ειδική βαρύτητα της κάθε ερώτησης. Ως όργανο μέτρησης έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορες κατηγορίες αρρώστων με συνεχή βελτίωση. Το μειονέκτημα του συγκεκριμένου εργαλείου αποτελεί το μέγεθος του, καθώς λόγω της έκτασης του χρειάζεται αρκετό χρόνο για την συμπλήρωσή του³⁴.

Επισκόπηση υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile): Η επισκόπηση υγείας του Nottingham δημιουργήθηκε από τους Hunt και McEwen του 1980 για να μελετηθούν τα αποτελέσματα ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Το ερωτηματολόγιο είναι αυτό-συμπληρωμένο και διαθέτει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ως όργανο μέτρησης το μειονέκτημα που παρουσιάζει είναι ότι διερευνά μόνο τα προβλήματα υγείας καθώς δεν περιλαμβάνει θετικές διαστάσεις της υγείας³⁴.

3.2.2. Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments)

Δείκτης λειτουργικότητας του ΠΟΥ (WHO Performance Status): Ο δείκτης λειτουργικότητας είναι ένα εργαλείο που αποτελείται από μια βαθμολογία, η οποία εκτιμά την ικανότητα του ασθενούς να εκτελεί ορισμένες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADLs) χωρίς τη βοήθεια άλλων. Αυτές οι ADLs περιλαμβάνουν βασικές δραστηριότητες όπως το ντύσιμο, το φαγητό και το μπάνιο, καθώς και πιο περίπλοκες δραστηριότητες όπως ο καθαρισμός του σπιτιού και η κανονική εργασία.

Υπάρχουν δύο ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες για το δείκτη λειτουργικότητας. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη κλίμακα αναφέρεται συνήθως ως κλίμακα Zubrod ή ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Αυτή η κλίμακα κυμαίνεται από το 0 έως το 4, με τη βαθμολογία 0 το άτομο είναι πλήρως λειτουργικό και ασυμπτωματικό και με τη βαθμολογία 4 το άτομο βρίσκεται κατάκοιτο. Η άλλη κλίμακα που χρησιμοποιείται μερικές φορές είναι η κλίμακα Karnofsky. Αυτή η κλίμακα κυμαίνεται από το 10 (κατάκοιτος) έως το 100 (ανεξάρτητος).

Αυτές οι κλίμακες συχνά περιλαμβάνονται σε αξιολογήσεις ασθενών από ιατρούς, σε κριτήρια καταλληλότητας για κλινικές δοκιμές, και σε κατευθυντήριες γραμμές για τυπικές συστάσεις θεραπείας³⁵.

Δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (Katz Index of Activities of Daily Living): Ο δείκτης αυτός αποτελεί εργαλείο για την αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης, μετρώντας την ικανότητα των ηλικιωμένων να εκτελέσουν δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής ανεξάρτητα. Κλινικοί γιατροί συνήθως χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο εργαλείο για να ανιχνεύσουν προβλήματα στην εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και να σχεδιάσουν τη φροντίδα ανάλογα. Ο δείκτης κατατάσσει την επάρκεια της απόδοσης σε έξι βασικές λειτουργίες: του μπάνιου, του ντυσίματος, της τουαλέτας, της μεταφοράς, της εγκράτειας και της σίτισης. Οι ηλικιωμένοι βαθμολογούνται με ναι/όχι για την ανεξαρτησία σε καθεμία

από τις έξι λειτουργίες. Η βαθμολογία 6 υποδηλώνει πλήρη λειτουργία, το 4 υποδηλώνει μέτρια βλάβη και το 2 ή λιγότερο υποδεικνύει σοβαρή λειτουργική ανεπάρκεια. Ο δείκτης αυτός έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα για την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, όμως δεν αποτελεί ιδιαίτερα κατάλληλος σε μελέτες για την μέτρηση ποιότητας ζωής³⁶.

Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο (McGill Pain Questionnaire): Οι Melzack και Torgerson κατασκεύασαν το 1971 ένα όργανο μέτρησης πόνου με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, το οποίο αναπτύχθηκε για να συλλάβει τον πόνο ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Ο πόνος επηρεάζει κατά πολύ την ποιότητα ζωής ενός ασθενούς, οπότε η μέτρηση του αποτελεί μείζον ζήτημα για την εκτίμηση της. Από τότε που δημοσιεύτηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει γίνει διεθνώς αναγνωρισμένο ως ένα πολυδιάστατο εργαλείο αξιολόγησης πόνου για τις κλινικές, αλλά και για ερευνητικούς σκοπούς. Περιλαμβάνει περιγραφικές λέξεις των αισθητηριακών, συναισθηματικών και αξιολογικών πτυχών του πόνου και το εργαλείο και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Το ερωτηματολόγιο παρέχει στον κλινικό ιατρό και στον ερευνητή πολύτιμες πληροφορίες για την αντίληψη, την αντίδραση και την γνώση της κατάστασης του πόνου των ασθενών. Οι πληροφορίες αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές κατά την επιλογή επαρκών τρόπων θεραπείας και αξιολόγησης της επίδρασης των παρεμβάσεων που γίνονται στους ασθενείς³⁷.

Κλίμακα Ψυχολογικής προσαρμογής στην αρρώστια (Psychological Adjustment to Illness Scale): Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε το 1978 από τους Morrow και άλλους συνεργάτες του. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους τους επαγγελματίες υγείας και παρουσιάζει καλή εγκυρότητα. Αποτελείται από 45 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν 7 κύριους τομείς της ποιότητας ζωής.

- Φροντίδα υγείας (οι συμπεριφορές και οι προσδοκίες από τον γιατρό και την θεραπεία).
- Επαγγελματικό περιβάλλον (ποσοστό ικανοποίησης από το επάγγελμα και προσαρμογής στην εργασία).
- Οικιακό περιβάλλον (τι επίδραση έχει η αρρώστια στα οικονομικά της οικογένειας και στην επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της).

- Σεξουαλικές σχέσεις (την επίδραση της αρρώστιας στη συχνότητα και την ικανοποίηση της σεξουαλικής δραστηριότητας).
- Ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις
- Κοινωνικό περιβάλλον (η διατήρηση του ενδιαφέροντος στις κοινωνικές δραστηριότητες).
- Ψυχολογική κατάπτωση (άγχος, κατάθλιψη κτλ.)³³.

Κεφάλαιο 4^ο

Ποιότητα Ζωής και Καρκίνος του Μαστού

4.1 Ποιότητα Ζωής και Καρκίνος του Μαστού

Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού, όπως είναι ήδη γνωστό η ασθένεια αυτή αποτελεί μία από τις πιο συχνές εμφανιζόμενες καρκινογενέσεις στις γυναίκες και αυτό δημιουργεί μία επιτακτική ανάγκη ερευνών από τους ειδικούς ώστε να προσδιοριστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων από το προσωπικό υγείας σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επίσης καθώς πλέον η έγκαιρη διάγνωση και οι αποτελεσματικοί μέθοδοι θεραπείας έχουν οδηγήσει σε μεγάλη αύξηση των επιζώντων, είναι φυσικό ως στόχος να τεθεί ο καλύτερος δυνατός τρόπος διαβίωσης σε όλους τους τομείς για τους συγκεκριμένους ασθενείς. Έτσι κατά την διάρκεια των περασμένων δεκαετιών πολλές έρευνες έχουν επικεντρωθεί και ασχοληθεί εκτενώς με την ποιότητα ζωής γυναικών μετά την διάγνωσή τους με καρκίνο του μαστού³⁸.

Η επιβεβαίωση της διάγνωσης διαταράσσει πρωτίστως την ασθενή, την οικογένειά της και το κοινωνικό της περιβάλλον, ανεβάζοντας τα επίπεδα του άγχους, της ανασφάλειας, αλλά και της αβεβαιότητας. Η ασθενής μπαίνει σε μία καθημερινή μάχη προσαρμογής στη νέα κατάσταση με στόχο την αποδοχή της. Μείζονα ρόλο σε αυτό αποτελούν τα προσωπικά βιώματα της ασθενούς αλλά και του οικογενειακού της περιβάλλοντος. Η αρχική αντίδραση της συνοδεύεται από αισθήματα άγχους, λύπης, θυμού, φόβου και πανικού³⁹.

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια δυναμική κατάσταση η οποία αλλάζει συνεχώς ανάλογα με την περίοδο της θεραπείας στην οποία βρίσκεται η ασθενής. Αυτή η θεραπεία συνδέεται από μία μεγάλη ποικιλία από οξείες και επίμονες σωματικές παρενέργειες, οι οποίες σχετίζονται στενά με ψυχολογικές αντιδράσεις και λιγότερη ποιότητα ζωής.

Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής, συμπεριλαμβανομένης της χαμηλότερης ποιότητας στη σωματική λειτουργικότητα και στη συναισθηματική και κοινωνική ευεξία σε σύγκριση με υγιείς πληθυσμούς. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν αρκετούς περιορισμούς σε αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής ακόμη και 10 χρόνια μετά τη

διάγνωση. Τέτοιοι περιορισμοί μπορεί να υφίστανται σε κοινωνικούς ρόλους, καθώς η γνωστική και κοινωνική λειτουργία και η κόπωση αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου⁴⁰.

Ωστόσο καθώς πρόκειται για μία σύνθετη νόσο στην οποία είναι δύσκολος ο προσδιορισμός όλων των επιπτώσεων που απορρέουν πάνω στον οργανισμό του ασθενούς, είναι επίσης δύσκολο το να καθοριστεί και μία συγκεκριμένη διαδικασία αντιμετώπισης των επιπτώσεων αυτών. Επίσης οι νέες μακροχρόνιες θεραπείες έχουν επίμονες άγνωστες παρενέργειες και τοξικότητα, που έχουν επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών. Διαφορετικές θεραπείες συμπεριλαμβανομένης και της χειρουργικής θεραπείας, άλλα και των συστηματικών θεραπειών (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοβολία και άλλες νεότερες στοχευμένες θεραπείες με μονοκλωνικά αντισώματα), και η επικουρική ενδοκρινική θεραπεία παρουσιάζουν σημαντική επίπτωση μέσω των παρενεργειών τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών⁴¹.

4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί σε σχέση με τον ρόλο που διαδραματίζουν ορισμένοι παράγοντες στην ποιότητα ζωής γυναικών οι οποίες έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Ένας από αυτούς τους παράγοντες που έχει αναγνωριστεί είναι η ηλικία, καθώς από έρευνες προκύπτει ότι η νεαρότερη ηλικία είναι φαίνεται ένας από τους σημαντικούς παράγοντες υψηλού κινδύνου για χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Προηγούμενες μελέτες υποδεικνύουν ότι οι νεότερες γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ψυχολογική νοσηρότητα και φτωχότερη ποιότητα ζωής μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού από τις μεγαλύτερες γυναίκες που συνήθως ορίζονται ως ηλικίας 50+ ετών⁴². Οι νεότερες γυναίκες αναφέρουν κυρίως ελλείμματα στο συναισθηματικό τομέα και στην κοινωνική ευημερία καθώς και στους ρόλους που χρειάζεται να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητα, δηλαδή σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την εργασία, την οικογένεια, το σπίτι και γενικότερα κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά την διάγνωση. Επιπλέον ο αντίκτυπος της διάγνωσης στη συναισθηματική ευημερία μιας νεότερης γυναίκας μπορεί να παραμείνει με ελλείμματα, ακόμη και 18 μήνες μετά τη διάγνωση. Οι νεότερες γυναίκες εκφράζουν επίσης μια ανικανοποίητη ανάγκη για υποστήριξη και από κατάλληλες υπηρεσίες ώστε να τις βοηθήσουν μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού⁴³.

Επιπλέον μελέτες σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού έδειξαν ότι ο χρόνος από τη διάγνωση φαίνεται πως επηρεάζει την ποιότητα ζωής, δηλαδή παρατηρείται μία αύξηση σε αυτή με την πάροδο του χρόνου από την στιγμή της ολοκλήρωσης της θεραπείας, αυτό όμως είναι κάτι μεταβλητό. Επίσης ο τύπος της επιλεγμένης θεραπείας προκαλεί διαφορετικές επιπτώσεις στην ζωή της ασθενούς δρώντας διαφορετικά στην ποιότητα ζωής της, για παράδειγμα οι ασθενείς που έχουν επιλέξει την χημειοθεραπεία ως μέθοδο αντιμετώπισης έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Σημαντικό ρόλο έχει και η κοινωνική υποστήριξη με την οικονομική κατάσταση, καθώς παρατηρείται θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής της ασθενούς όταν το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον δείχνει υποστήριξη. Τέλος μελέτες έχουν δείξει πως η παρουσία συννοσηροτήτων σχετίζεται σημαντικά με την επίπτωση της ποιότητας ζωής⁴⁴.

4.3 Επιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του μαστού

Οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού όχι μόνο πρέπει να έρθουν αντιμέτωπες με την ιδιαίτερα σωματική επιβάρυνση της κατάστασής τους, αλλά και με ψυχολογικές επιπτώσεις. Οι ασθενείς έχουν περιγράψει συναισθήματα απόλυτης αδυναμίας και απελπισίας, φόβου θανάτου και ανησυχίες για το πώς η ασθένειά τους θα επηρέαζε τις οικογένειές τους και τα οικονομικά τους. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης του καρκίνου επιφέρει αλλαγή στη ζωή της ασθενούς και μπορεί να την οδηγήσει σε μεγάλη αμφισβήτηση των πεποιθήσεών της για τον εαυτό της και για τον κόσμο γύρω της που οδηγεί σε αναζήτηση αιτιών. Κάνοντας ερωτήσεις όπως «γιατί μου εμφανίστηκε αυτή η ασθένεια;» ή «τι προκάλεσε αυτήν την ασθένεια;» είναι ένας τρόπος ο οποίος μπορεί να ωφελήσει τους καρκινοπαθείς να κατανοήσουν σε μεγάλο βαθμό την κατάστασή τους και οποιαδήποτε συνοδευτική συμπτωματολογία⁴⁵.

Από βιοψυχοκοινωνική άποψη, η διάγνωση του καρκίνου επηρεάζει αρνητικά τη ζωή μιας γυναίκας, με κοινά συναισθήματα φόβου και ταλαιπωρίας σε όλη τη διαδικασία, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών, θεραπευτικών φάσεων και των φάσεων επιβίωσης⁴⁶. Οι περισσότερες γυναίκες βιώνουν τουλάχιστον κάποια ψυχοκοινωνική δυσφορία κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Το επίπεδο δυσφορίας ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα και, μέσα σε ένα άτομο, κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας. Η δυσφορία που σχετίζεται με τον καρκίνο αναμένεται να εξαφανιστεί με την πάροδο του χρόνου για την πλειονότητα των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο. Για άλλους, ωστόσο, τέτοια αγωνία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την άνεση, την ποιότητα ζωής και την

ικανότητα λήψης κατάλληλων θεραπευτικών αποφάσεων και αδυναμία συμμόρφωσης στη θεραπεία. Η ψυχοκοινωνική δυσφορία μπορεί να σχετίζεται με σωματικά προβλήματα όπως ασθένεια ή αναπηρία, ψυχολογικά προβλήματα και οικογενειακά ζητήματα και κοινωνικές ανησυχίες όπως αυτά που σχετίζονται με την απασχόληση, την ασφάλιση και την πρόσβαση στην υποστηρικτική φροντίδα⁴⁷.

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, σχεδόν το 50% των ασθενών με καρκίνο του μαστού υποφέρουν από ψυχιατρικές διαταραχές . Όπως έχει ήδη προαναφερθεί η ασθενής δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει στην τεράστια αλλαγή του βίου της και στις σοβαρές επιπτώσεις που προκύπτουν στο σώμα της με αιτία την θεραπευτική μέθοδο που ακολουθεί. Περισσότερο από το ένα τρίτο των ασθενών με καρκίνο του μαστού μπορεί να εμφανίσουν ψυχοπαθολογικές διαταραχές. Η ψυχολογική νοσηρότητα επηρεάζεται από πολλαπλά υπόβαθρα και συνακόλουθους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική λειτουργία και την ποιότητα ζωής⁴⁸.

4.3.1 Σωματικές επιπτώσεις

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στον γυναικείο πληθυσμό με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού είναι πολλά, και πολύ δύσκολα στην διαχείρισή τους από τους ασθενείς. Η αλλαγή της εικόνας του σώματος μετά την καρκινογένεση και την εφαρμογή διαφόρων θεραπειών (για παράδειγμα της χειρουργικής θεραπείας, της χημειοθεραπείας, της ακτινοθεραπείας, κτλ.) είναι ένα τεράστιο ζήτημα για τις ασθενείς. Για τις γυναίκες, η εικόνα του σώματος περιλαμβάνει την αίσθηση της θηλυκότητας και της ελκυστικότητας, ως εκ τούτου η έννοια της αλλοίωσης λόγω του καρκίνου του μαστού αντιπροσωπεύει έναν από τους παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο την προσαρμογή και αφομοίωση μιας νέας εικόνας σώματος. Ανάμεσα στις πολλές από τις αλλαγές που ταλαιπωρούν τις ασθενείς βρίσκονται: η απώλεια του στήθους εάν η ασθενείς έχει προβεί σε μαστεκτομή, η απώλεια των μαλλιών, η απώλεια σωματικών λειτουργιών, η παρουσία χειρουργικών ουλών, συχνές αλλαγές του σωματικού βάρους και το λεμφοίδημα, το οποίο μπορεί δυνητικά να βλάψει τη συνολική ποιότητα ζωής των γυναικών αυτών⁴⁹.

Τόσο ο καρκίνος του μαστού όσο και η αντιμετώπισή του μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά όχι μόνο τη σωματική υγεία μιας γυναίκας, αλλά και την ποιότητα και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί καθημερινά στη ζωή της. Επίσης ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει ιδιαίτερα και τη σεξουαλικότητα της ασθενούς αλλά και την γενική ποιότητα της εμπειρίας του σώματος. Η αφαίρεση του μαστού, ή

λειτουργικών σχετικά μελών του λεμφικού συστήματος μπορεί να προκαλέσουν πολλές ανατομικές και φυσιολογικές διαταραχές. Αυτά περιλαμβάνουν λεμφική απόφραξη άκρων, ισχυρή αίσθηση αδυναμίας στους μυς, περιορισμένο εύρος κίνησης στο χέρι, και δυσκολία στάσης σώματος. Όλες αυτές οι διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν την αίσθηση του άλγους, ακόμη και δυσκολιών στο σήκωμα αντικειμένων, που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα περιορισμούς στην καθημερινή λειτουργία. Παρά την πρόοδο στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, οι ασθενείς που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη ασθένεια εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα σε διαφορετικούς τομείς της ζωής τους, με αποτέλεσμα την αισθητή μείωση στη ζωή τους της πολυπαραγοντικής έννοιας της ποιότητας ζωής. Επομένως χρειάζεται η συνεχής εξέταση της ποιότητας ζωής στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και η εντατικοποίηση των προσπαθειών βελτιστοποίησης των θεραπευτικών διαδικασιών ώστε οι ασθενείς να δέχονται όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες⁵⁰.

Από πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί είναι προφανές ότι οι γυναίκες οι οποίες διαγνώστηκαν και έλαβαν θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού, αντιμετωπίζουν μια σειρά από σωματικές αλλαγές. Ενώ μερικές από αυτές τις αλλαγές είναι απειλητικές για την ζωή, άλλες θα μπορούσαν να θεωρηθούν πιο αισθητικές. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι πιθανό να τους παρουσιαστεί μεταβολή στο σωματικό τους βάρος, να χάσουν τα μαλλιά τους και να υποστούν σημαντική παραμόρφωση του μαστού. Όλες αυτές οι αλλαγές μπορούν να επηρεάσουν την αίσθηση ευεξίας και λειτουργικότητας μιας γυναίκας και προκαλούν δυσκολίες στην προσαρμογή στην ζωή μετέπειτα από τον καρκίνο⁵¹. Άλλες μελέτες δείχνουν πως οι γυναίκες που λαβαίνουν θεραπευτική αντιμετώπιση, παρουσιάζουν συχνά πρόβλημα καθώς παρουσιάζουν κολπική ξηρότητα, , αλλά και έντονο άλγος κατά τη διάρκεια της περιόδου⁵².

4.3.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις

Ο καρκίνος του μαστού και η αντιμετώπισή του την εμπειρία (αντίληψη) της φυσικής εμφάνισης των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή με αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση της συνολικής ποιότητας ζωής αυτών των γυναικών. Η αλλοίωση της εμφάνισης του σώματος της γυναίκας εξαιτίας της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου είναι πηγή ψυχοκοινωνικών δυσκολιών. Μία από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές όπως έχουμε ήδη αναφερθεί είναι η κατάθλιψη. Η

κατάθλιψη μπορεί να περιγραφεί ως ένα αίσθημα έντονης λύπης, απελπισίας και θλίψης, που μπορεί να εμφανιστεί ως αντίδραση σε ένα θλιβερό γεγονός, ή μπορεί να είναι χωρίς κάποια συγκεκριμένη αιτία, ως άγνωστη και ανεξήγητη, συχνά συνοδευόμενη από άλλες δυσκολίες της ψυχολογικής φύσης⁵³. Οι καταθλιπτικές διαταραχές μπορεί να περιλαμβάνουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική καταθλιπτική διαταραχή, διαταραχή στην προσαρμογή με καταθλιπτική διάθεση και συνδυασμό καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών διάθεσης. Άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που συναντώνται συχνά σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού περιλαμβάνουν αγχώδεις διαταραχές συμπεριλαμβανομένης της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, το σύνδρομο μετατραυματικού στρες και διαταραχή προσαρμογής με ανήσυχη διάθεση⁵⁴.

Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν πολλές ψυχολογικές ανησυχίες. Μερικές από τις πιο κοινές τους ανησυχίες περιλαμβάνουν :

- ανησυχίες υποτροπής της ασθένειας,
- σωματικά συμπτώματα, όπως κόπωση, προβλήματα ύπνου, η ισχυρού άλγους,
- διαταραχή εικόνας σώματος,
- άγχη που σχετίζονται με την θεραπεία,
- έντονες σκέψεις περί της ασθένειας που οδηγούν σε συνεχές άγχος,
- προβλήματα επικοινωνίας με τον σύντροφό τους,
- συναισθηματική αδυναμία,
- υπαρξιακές ανησυχίες σχετικά με την θνησιμότητα⁴⁷.

Σε κάποιο βαθμό, αυτές οι ανησυχίες είναι αναμενόμενες και αντιμετωπίζονται από όλες τις γυναίκες κάποια στιγμή μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, υπάρχει ποικιλία στον βαθμό στον οποίο οι γυναίκες αποδέχονται αυτές τις ανησυχίες, τις αντιμετωπίζουν και προσαρμόζονται στο να ζουν με έναν βαθμό αβεβαιότητας για το μέλλον. Μερικές γυναίκες ζουν σε μια κατάσταση επίμονου μηρυκασμού για την ασθένεια και κατακλύζονται από ανησυχίες για την αδυναμία ελέγχου για το τι θα συμβεί στο μέλλον⁴⁷.

Ένα από τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ιατροί και οι ασθενείς είναι το ψυχοκοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και την αγωνία που αντιμετωπίζουν πολλοί ασθενείς και οι οικογένειές τους αφού έρθουν αντιμέτωποι με αυτή τη σοβαρή ασθένεια. Ένα σοβαρό ζήτημα για πολλούς είναι πώς να ξεχωρίσουν τη λεγόμενη φυσιολογική δυσφορία από ένα πιο σοβαρό σύνολο

συμπτωμάτων που μπορεί να υποδηλώνουν την παρουσία κατάθλιψης και ως εκ τούτου, την ανάγκη για ψυχιατρική παρέμβαση⁵⁵. Μια μελέτη από 147 ασθενείς έδειξε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας των γυναικών να επεξεργαστούν την εμπειρία της νόσου⁵⁶.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι τις περισσότερες φορές συντριπτικά οδυνηρή. Οι γυναίκες βιώνουν συχνά κάποιον συνδυασμό θυμού, άγχους, απόγνωσης, αδυναμίας και φόβου επερχόμενου θανάτου. Κλινικά σχετικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης είναι συχνά κατά τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας όταν οι οξείες παρενέργειες της θεραπείας μπορεί να περιορίσουν τις καθημερινές δραστηριότητες. Υψηλός επιπολασμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους έχουν επίσης παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια της επιβίωσης. Τα συμπτώματα κατάθλιψης επιμένουν για τουλάχιστον δύο χρόνια μετά τη διάγνωση σε μία στις πέντε γυναίκες. Άλλα δυσμενή αποτελέσματα ψυχικής υγείας, όπως η διαταραχή του ύπνου, έχουν επίσης αναφερθεί τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου όσο και μετά το πέρας της⁵⁷.

Κλινικά σχετικά συμπτώματα άγχους είναι συχνά λίγο μετά τη διάγνωση. Αυτό είναι μια αναμενόμενη απάντηση σε έναν στρεσογόνο παράγοντα όπως είναι ο καρκίνος του μαστού, που μπορεί να εκληφθεί ως απειλητικός για τη ζωή. Σε αυτό το σημείο μπορεί να επικρατεί μία έντονη αβεβαιότητα για το μέλλον. Οι φθίνουσες τροχιές άγχους υποδηλώνουν ότι οι περισσότερες γυναίκες προσαρμόζονται στη διάγνωση με την πάροδο του χρόνου, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να επιμείνουν σε υποομάδες γυναικών⁵⁷.

4.3.3 Κοινωνικές επιπτώσεις

Υπάρχει μια γενική συμφωνία μεταξύ των ερευνητών ότι η ασθένεια συνήθως περιορίζει την ασθενή από τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Αυτό με τη σειρά του σημαίνει ότι οι ευκαιρίες ενός καρκινοπαθούς να αλληλοεπιδρά με το κοινωνικό του περίγυρο μειώνονται δραματικά, και ως εκ τούτου η πρόσβαση στην κοινωνική υποστήριξη περιορίζεται. Εναλλακτικά, οι ίδιοι οι ασθενείς μπορεί να αποφασίσουν να αποσυρθούν από το δίκτυο κοινωνικών σχέσεων τους. Αυτό συνδέεται άρρηκτα με την εμπειρία που έχει αποκομίσει ο ασθενής από τον καρκίνο του μαστού, η οποία εξαρτάται από μεταβλητές όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενούς όπως είναι (η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση), αλλά και από την ιατρική κατάσταση όπως (το σημείο της κακοήθειας, το στάδιο της νόσου

και ο τύπος θεραπείας)⁵⁸. Επιπλέον, οι αλλαγές στη φυσική εμφάνιση των γυναικών που σχετίζονται με τη θεραπεία μπορεί να επηρεάσουν την εικόνα του εαυτού τους και μαζί με άλλες επιπτώσεις της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της κόπωσης, της ναυτίας και του πόνου, μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση των ευκαιριών για κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να περιοριστεί η ικανότητα των γυναικών με καρκίνο του μαστού να συνεχίσουν τον κανονικό τρόπο ζωής τους και τις κοινωνικές τους δραστηριότητες⁵⁹.

Μια μεγάλη πλειοψηφία νεαρών γυναικών αναφέρουν μία τεράστια θλίψη που προέρχεται από τις επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στον βίο τους, αλλά και στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Καθώς το μεγαλύτερο μέρος των νεαρών γυναικών συνήθως την δεδομένη στιγμή βρίσκονται στην καλύτερη χρονική στιγμή της καριέρας τους, έτσι με την επιβεβαιωμένη διάγνωση προκύπτουν σοβαρά ζητήματα στην εργασία τους. Ανάμεσα στα θέματα που μπορεί να προκύψουν βρίσκονται πιθανές περιπτώσεις διακρίσεων στην προσφορά εργασίας ή ακόμα και περιπτώσεις απολύσεων με αιτία την άποψη ότι δεν θα μπορούν να είναι αποδοτικές στην εργασία τους⁶⁰. Άλλο ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι το αίσθημα της απομόνωσης. Η βιβλιογραφία περιγράφει πώς στην πλειονότητα των γυναικών αυτών εμφανίστηκε το αίσθημα της μοναξιάς καθώς παρατηρούσαν κρίση στις κοινωνικές σχέσεις με τον περίγυρό τους. Αιτία σε αυτό ήταν η διάψευση των προσδοκιών που έτρεφαν για υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον τους, καθώς δεν λάμβαναν την αναμενόμενη υποστήριξη. Ανέφεραν πως η εμπειρία του καρκίνου του μαστού τους έκανε να σκεφτούν ότι όλοι είναι μόνοι στον κόσμο. Επίσης ανέφεραν ότι είδαν πόσο εύθραυστη ήταν η σύνδεση με τους ανθρώπους πραγματικά⁶¹.

Ακόμη σε νεότερες γυναίκες φαίνεται πως τα συναισθήματα απομόνωσης μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και σε ομάδες που έχουν ως στόχο την υποστήριξη των ασθενών. Αυτό διότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών αυτών ήταν μεγαλύτερης ηλικίας και με πολύ διαφορετικό κοινωνικό και οικογενειακό υπόβαθρο. Με συνέπεια αντί οι νεαρές ασθενείς να ανακτήσουν την αίσθηση της ομαλότητας σε αυτές τις ομάδες, νιώθουν ακόμα πιο περιθωριοποιημένες, ακόμα και με συναισθήματα κατάθλιψης⁶⁰. Γενικά η κοινωνική απομόνωση έχει αποδειχθεί ότι είναι επιζήμια για το σύνολο υγείας και έχει αναγνωριστεί ως επιβαρυντικός παράγοντας σε πολλές ασθένειες, και υπάρχει μία άρρηκτη σχέση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και μειωμένης επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού μετά το πέρας της θεραπείας⁶².

4.4 Επιπτώσεις επιλεγμένης θεραπείας

Η εμπειρία των γυναικών από τον καρκίνο του μαστού είναι πολύπλοκη, επηρεάζοντας όλες τις πτυχές της ζωής τους κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία. Αν και η εμπειρία κάθε γυναίκας με τον καρκίνο του μαστού είναι μοναδική, όλες τους μοιράζονται κοινές απόψεις σχετικά με τις φυσικές και λειτουργικές παρενέργειες της θεραπείας του καρκίνου του μαστού⁶³. Οι παρενέργειες της θεραπείας του καρκίνου του μαστού έχει αποδειχθεί ότι παρουσιάζουν αντίκτυπο στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, υποδηλώνοντας έτσι ότι με την μείωση των παρενεργειών αυτών θα προκύψει θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής. Πιο σοβαρές παρενέργειες κατά τη χρονική περίοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού έχουν επίσης προβλέψει μεγαλύτερη δυσφορία μετά το πέρας της θεραπευτικής περιόδου. Για παράδειγμα, η κόπωση ως επίπτωση θεραπευτικής επίδρασης έχει αναδειχθεί ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής εντός ενός έτους από τη θεραπεία και μπορεί να συνεχιστεί να θέσει σε κίνδυνο την ποιότητα ζωής για όσο διάστημα 5 χρόνια μετά τη διάγνωση⁶⁴.

Γενικότερα αυτή η εστίαση των ερευνητών σε τεράστιο βαθμό στην θεραπεία ή τουλάχιστον την επιβράδυνση της εξέλιξης του καρκίνου έχει ως αποτέλεσμα μια θεμελιώδη έλλειψη εκτίμησης από τους γιατρούς για τη σημαντική τοξικότητα και την επιβάρυνση των συμπτωμάτων που παρατηρήθηκε με όλες οι μορφές θεραπείας του καρκίνου στους ασθενείς. Το κενό στη γνώση του επιπολασμού, της σοβαρότητας και των συνέπειων αυτών των τοξικών επιδράσεων, καθώς και των βιολογικών τους υποστρωμάτων, εμποδίζει την πρόοδο στον εντοπισμό και την υλοποίηση ερευνών που είναι απαραίτητη για την πρόληψη ή μετρίαση των αρνητικών επιπτώσεων της θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Οι δυσμενείς επιπτώσεις των θεραπειών για τον καρκίνο μπορεί να επηρεάσει κάθε μέρος του σώματος, και η τοξικότητα από τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι εξουθενωτική, επηρεάζει την ποιοτική επιβίωση των ασθενών και οι επιπτώσεις που προκύπτουν από αυτή μπορεί να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα⁶⁵.

4.4.1 Επιπτώσεις χειρουργικής θεραπείας

Τα τελευταία χρόνια, η χειρουργική εκτομή του πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού είτε με χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού (ογκεκτομή) ή ριζική χειρουργική επέμβαση (μαστεκτομή) πριν από την έναρξη των τοπικών συμπτωμάτων έχει γίνει μια προσέγγιση ρουτίνας στο στήθος για την θεραπεία του καρκίνου του

μαστού⁶⁶. Μετά τη χειρουργική επέμβαση, οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν κάποιο βαθμό νοσηρότητας, η οποία μπορεί να ποικίλλει από μικρή ενόχληση και έως κάποια σοβαρή διαταραχή ή μόλυνση⁶⁷. Η χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού είναι πλέον η θεραπεία που επιλέγουν οι περισσότεροι ασθενείς, Ωστόσο, υπάρχουν ασθενείς όπου αυτή η απόφαση δεν είναι η καλύτερη επιλογή, για παράδειγμα οι ασθενείς με πολλαπλούς όγκους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η μαστεκτομή είναι η καλύτερη επιλογή. Η μαστεκτομή επιτυγχάνει τον υψηλότερο τοπικό έλεγχο της νόσου αλλά αυτό αλλάζει σημαντικά το γυναικείο σώμα και την εικόνα, με άκρως αρνητικό αντίκτυπο στο ψυχολογική κατάσταση των ασθενών⁶⁸. 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, καθώς και λειτουργικότητα ρόλων, σε σχέση με εκείνες οι οποίες είχαν υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή⁶⁹.

Περίπου το 80% των γυναικών που διαγνώσκονται με καρκίνο του μαστού χρειάζονται χειρουργική επέμβαση. Ανεξάρτητα από το είδος της επέμβασης, όλες οι μορφές χειρουργικής επέμβασης έχουν ως αποτέλεσμα ουλές, που μπορεί να έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Οι ουλές γενικά μπορούν να έχουν βαθύ αντίκτυπο στην φυσική, κοινωνική, συναισθηματική και γνωστική λειτουργία, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι επιπτώσεις των συμπτωμάτων, ιδίως ο πόνος και η προσκόλληση της ουλής, αναφέρθηκαν από περισσότερες από τις μισές γυναίκες, λέγοντας ότι επηρεάζουν την κίνηση του χεριού τους. Για την πλειονότητα των γυναικών αυτό επηρεάζει την καθημερινή τους ζωή σε τομείς όπως ο ύπνος, ο ελεύθερος χρόνος, το νοικοκυριό, η εργασία και ο αθλητισμός. Κάποιες άλλες γυναίκες, οι οποίες βίωσαν συμπτώματα, δεν αισθάνθηκαν επιπτώσεις στη σωματική λειτουργία, συνήθως ένιωθαν δυσάρεστες αισθήσεις ή κνησμό⁷⁰.

Οι επιπτώσεις της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού επηρεάζουν κατά πολύ και τον συναισθηματικό κόσμο της γυναίκας, έτσι προκύπτουν συναισθήματα απώλειας, βαθιάς θλίψης και θυμού σε σχέση με τους περιορισμούς στη σωματική λειτουργικότητα αλλά και την εμφάνιση της ουλής. Ορισμένες γυναίκες ανέφεραν αισθήματα ανικανότητας να κοιτάζουν την ουλή τους και αισθήματα ντροπής. Σημαντικό ρόλο στην αντίληψη των ουλών παίζει η σχέση με την επιβίωση από τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση του αλλαγμένου σώματός τους. Για ορισμένες γυναίκες, οι ουλές ήταν μια φυσική υπενθύμιση της επιβίωσης από τον

καρκίνο του μαστού. Ακόμη ένα σοβαρό ζήτημα αποτελεί ο κοινωνικός αντίκτυπος των ουλών καθώς οι γυναίκες από τους πόνους και τους περιορισμούς στην κίνηση αισθάνονταν ανίκανες να ασχοληθούν με τις κοινωνικές τους δραστηριότητες π.χ. ένα χόμπι ή ένα αγαπημένο άθλημα⁷⁰.

4.4.2 Επιπτώσεις ακτινοθεραπείας

Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται πρώιμα με καρκίνο του μαστού έρχονται αντιμέτωπες με την επιλογή είτε της μαστεκτομής είτε τον συνδυασμό ογκεκτομής και ακτινοθεραπείας. Οι ανησυχίες που έχουν αναφερθεί σχετικά με την ακτινοθεραπεία επηρεάζουν σημαντικά την επιλογή των γυναικών εάν θα προβούν σε μαστεκτομή ή σε ογκεκτομή. Οι ανησυχίες αυτές περιλαμβάνουν τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. Η ακτινοθεραπεία προκαλεί διάφορες παρενέργειες, ο κίνδυνος των οποίων εξαρτάται από τον αριθμό και την τοποθέτηση των πεδίων ακτινοβολίας, τη δόση, το μέγεθος του κλάσματος και την ακτινοευαισθησία. Ερεθισμός του δέρματος, όπως ερύθημα, απολέπιση, πρήξιμο και πόνος στο χέρι ή στο στήθος, εμφανίζονται συνήθως στην περιοχή της θεραπείας, ενώ ορισμένες γυναίκες εμφανίζουν επίσης γενικευμένη κόπωση. Οι έρευνες σχετικά με την ποιότητα ζωής των γυναικών κατά τη διάρκεια και μετά την ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του μαστού είναι εκπληκτικά λίγες⁷¹.

Παρόλο που η ακτινοθεραπεία, η οποία πραγματοποιείται ως επικουρική θεραπεία μετά από μια χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού, μειώνει το ποσοστό υποτροπής και αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης χωρίς νόσο, οι ασθενείς υπόκεινται σε διάφορες παρενέργειες κατά τη διάρκεια της ίδιας της θεραπείας. Ειδικότερα, μαζί με διάφορες σωματικές παρενέργειες, ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας θεραπείας και της αβεβαιότητας, μπορεί να παρουσιαστούν συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα, όπως άγχος και κατάθλιψη. Επιπλέον έχει αποδειχθεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, επιδεινώνονται ανάλογα με την πρόοδο της ακτινοθεραπείας. Ακόμη η κόπωση είναι μια κοινή παρενέργεια που εμφανίζεται στο 30-80% των ασθενών με καρκίνο του μαστού που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία, ανεξάρτητα από την περιοχή ακτινοβολήσεως⁷².

Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, σε περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία, καθώς η θεραπεία τους προχωρούσε, τα επίπεδα κόπωσης συνέχισαν να επιδεινώνονται. Την τελευταία εβδομάδα της

θεραπείας τα επίπεδα κόπωσης έφτασαν στο μέγιστο επίπεδο και 3-6 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τα επίπεδα κόπωσης βρέθηκαν να επανέρχονται στα επίπεδα πριν από τη θεραπεία. Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού χαρακτηρίζεται από ακραία εξάντληση και μειωμένη σωματική και πνευματική ικανότητα στην εργασία, η οποία δεν ανακουφίζεται με την ανάπαυση. Το σύμπτωμα αυτό μπορεί να παρεμποδίσει τη συμμόρφωση στη θεραπεία και, κατά συνέπεια, να επηρεάσει τη συμμόρφωση με το προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα ή ακόμη και να προκαλέσει την πρόωρη διακοπή του.

Η κόπωση θεωρείται μία από τις συχνότερες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Παράγοντες όπως το στρες, το άγχος, η κατάθλιψη, η εξασθενημένη φυσική κατάσταση, η κακή θρέψη και η αναιμία μπορεί να εντείνουν την κόπωση. Όλες αυτές οι παρενέργειες μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αυτοεκτίμησης καθώς και των κοινωνικών δραστηριοτήτων, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών⁷³. Όπως φαίνεται, η κόπωση, το άγχος και η κατάθλιψη είναι τυπικές ψυχολογικές και σωματικές παρενέργειες που βιώνουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού και μπορεί να δηλωθεί ότι τα συμπτώματα αυτά απαιτούν επιθετική παρέμβαση παράλληλα με τη θεραπεία⁷².

4.4.3 Επιπτώσεις χημειοθεραπείας

Καθώς η χημειοθεραπεία ως επικουρική θεραπεία συμβάλει σε σημαντική πρόοδο στη διαχείριση του καρκίνου του μαστού, είναι επιτακτική η ανάγκη να εξεταστούν οι πιθανές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού και να παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας από την οξεία φάση της θεραπείας έως τη συνεχιζόμενη επιβίωση⁷⁴. Στην προσπάθειά τους να θεραπεύσουν τον καρκίνο, οι πάροχοι της υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν συχνά επιθετική και πολυπαραγοντική θεραπεία που συνδέεται με σημαντικές αρνητικές παρενέργειες, όπως ναυτία, έμετος, αλωπεκία, απώλεια όρεξης, κόπωση, περιφερική νευροπάθεια και αναιμία. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού συχνά εμφανίζουν πρόωρη εμμηνόπαυση και μειωμένη σεξουαλική λειτουργία. Η χημειοθεραπεία μπορεί επίσης να διαταράξει τη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η απώλεια μνήμης, η μειωμένη ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, η μειωμένη προσοχή, το άγχος, η κατάθλιψη και η κόπωση είναι συχνές αλλαγές που αναφέρονται κατά τη διάρκεια και μετά τη χημειοθεραπεία. Υπολογίζεται ότι μέχρι και

το ένα τρίτο των ασθενών που υποβάλλονται σε συστηματική χημειοθεραπεία εμφανίζει έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους και μπορεί να επιμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή της θεραπείας⁷⁵.

Συνήθεις ανησυχίες των γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού αποτελούν η αλλαγή της εικόνας του σώματος, η πρόωρη εμμηνόπαυση και οι αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία, με τις νεότερες γυναίκες να βιώνουν μεγαλύτερη ψυχολογική νοσηρότητα από τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες. Σε μία μελέτη που έλαβε χώρα με σκοπό την προσπάθεια βαθύτερης κατανόησης της ποιότητας ζωής των γυναικών, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι περιορισμοί στη σωματική λειτουργικότητα ήταν πολύ οδυνηροί για τις γυναίκες και μεταφράζονταν σε αδυναμία συμμετοχής στις συνήθεις δραστηριότητές τους, σε αλλαγή του κοινωνικού τους ρόλου από φροντιστή σε δέκτη φροντίδας και σε αυξημένη εξάρτηση από άλλους. Οι αλλαγές στην εμφάνιση και η μειωμένη αντοχή συνέβαλε στην κοινωνική απομόνωση, ενώ η συναισθηματική ευημερία σχετιζόταν με την ικανότητα διατήρησης και απόλαυσης μιας δραστήριας ζωής⁷⁵.

Η βλάβη και η απώλεια μαλλιών (αλωπεκία) είναι μια προβλέψιμη ανεπιθύμητη ενέργεια της ογκολογικής θεραπείας η οποία προκαλείται από τη χημειοθεραπεία. Από τη σκοπιά των ασθενών η τριχόπτωση είναι μία από τις πιο επίφοβες παρενέργειες και επηρεάζει αρνητικά την ψυχική τους υγεία. Η τριχόπτωση μπορεί να είναι διάχυτη, πλήρης, μερική ή περιφερειακή. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί πτώση της ποιότητας των μαλλιών, δερματική φλεγμονή και ουλές. Οι βλεφαρίδες, τα φρύδια και οι τρίχες του σώματος μπορούν επίσης να χαθούν. Η αλωπεκία είναι ως επί το πλείστον αναστρέψιμη, αλλά μπορεί να προκληθεί μόνιμη βλάβη ανάλογα με τον τύπο, τη συνολική διάρκεια και τη δόση της ογκολογικής θεραπείας και άλλους παράγοντες⁷⁶.

Άλλες κοινές συχνές παρενέργειες είναι η ναυτία και ο έμετος, οι οποίες αποτελούν από τις πιο οδυνηρές παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Παρά τη σταθερή βελτίωση των αντιεμετικών φαρμακευτικών θεραπειών τις τελευταίες 2 δεκαετίες, περίπου το 55% των καρκινοπαθών υποφέρει από αυτά τα συμπτώματα κατά τις πρώτες 5 έως 7 ημέρες της χρήσης της χημειοθεραπείας. Οι ασθενείς που ανέφεραν ότι βίωσαν ναυτία και έμετο κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ανέφεραν χαμηλότερη λειτουργικότητα στις σωματικές, γνωστικές και κοινωνικές διαστάσεις σε σχέση με τους ασθενείς που δεν ανέφεραν ναυτία και έμετο κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας τους⁷⁷.

Ακόμη σε πολλούς ασθενείς εμφανίζεται ως παρενέργεια της θεραπείας η αναιμία. Η αναιμία, με τη σειρά της, οδηγεί σε ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη φυσική κατάσταση και τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών και, στη συνέχεια, να υποβαθμίσουν την ποιότητα ζωής τους. Αξιοσημείωτα μεταξύ αυτών των συμπτωμάτων είναι η κόπωση, η δύσπνοια, η ταχυπαλμία και άλλες καρδιαγγειακές επιπλοκές, η γνωστική δυσλειτουργία, η κατάθλιψη, η ναυτία, η σεξουαλική/αναπαραγωγική δυσλειτουργία και η εξασθενημένη ανοσολογική λειτουργία⁷⁸.

4.4.4 Επιπτώσεις ορμονοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού

Η ορμονοθεραπεία, μια συνήθης επικουρική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού, είναι μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες θεραπείες για τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού και μειώνει αποτελεσματικά το θάνατο και την υποτροπή. Οι ορμονικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές κατά πολλών τύπων καρκίνου του μαστού, αλλά συνοδεύονται ωστόσο από παρενέργειες, όπως αγγειοκινητικό σύνδρομο, ναυτία, έμετο, κόπωση, πόνο, εξάψεις και ψυχολογικό στρες. Αυτές οι παρενέργειες αποτελούν σημαντικά εμπόδια για την αύξηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του καρκίνου και μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής, τη συμμόρφωση με τη θεραπεία και τη συνολική επιβίωση⁷⁹.

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που λαμβάνουν ορμονοθεραπεία μπορεί να εμφανίσουν παράπλευρες επιπτώσεις. Οι χρήστες ταμοξιφαίνης αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου, κολπικής ξηρότητας, εξάψεων και μη αλκοολικής λιπώδους ηπατικής νόσου. Η χρήση αναστολέων αρωματάσης σχετίζεται με μειωμένη οστική πυκνότητα και αυξημένο κίνδυνο οστικών καταγμάτων. Η οξεία πτώση των κυκλοφορούντων οιστρογόνων που προκαλούν οι αναστολείς αρωματάσης μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αρθραλγία⁸⁰. Η χρήση της ταμοξιφαίνης, των αναστολέων αρωματάσης ή ενός συνδυασμού και των δύο φαρμάκων σχετίζεται με μια αρχική αύξηση των παρενεργειών κατά τους πρώτους 3 μήνες χρήσης, ακολουθούμενη από ένα σταθερό επίπεδο παρενεργειών για 5 χρόνια θεραπείας⁸¹.

Μία άλλη σοβαρή παρενέργεια της ορμονοθεραπείας είναι οι έντονες εξάψεις που εμφανίζονται στις γυναίκες που λαμβάνουν την συγκεκριμένη θεραπεία. Μελέτες δείχνουν ότι ο επιπολασμός και η σοβαρότητα των εξάψεων είναι υψηλότερος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού από ότι σε υγιείς γυναίκες παρόμοιας ηλικίας. Σχεδόν το 65% των γυναικών αναφέρουν εξάψεις κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία του

καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, το 64%-82% αυτών των ασθενών αξιολογούν την εξάψεις ως μέτριες έως σοβαρές. Επίμονες εξάψεις έχουν συνδεθεί με μειωμένη ποιότητα ζωής, καθώς και με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και διαταραχές του ύπνου σε επιζώντες από καρκίνο του μαστού. Οι συστηματικές θεραπείες του καρκίνου του μαστού πιστεύεται ότι συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη εξάψεων λόγω της απότομης ανεπάρκειας οιστρογόνων που προκαλούν⁸².

4.5 Έρευνες σε σχέση με την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού

Είναι γενικά κατανοητό ότι η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη, υποκειμενική και δυναμική δομή. Έτσι πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό ώστε να γίνει καλύτερα κατανοησίμη η επίδραση που έχει ο καρκίνος του μαστού αλλά και η θεραπεία του σε διάφορους τομείς των ασθενών. Οι διαθέσιμες έρευνες τείνουν να επικεντρώνονται στα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα/συμπτώματα που σχετίζονται με την ασθένεια και τις θεραπείες και να συγκρίνουν τις διάφορες θεραπείες όσον αφορά τις διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής σε προκαθορισμένες κλίμακες. Λόγω της υποκειμενικής φύσης της ποιότητας ζωής, ο αντίκτυπος του καρκίνου του μαστού και της θεραπείας του είναι δύσκολο να αποτυπωθεί πλήρως με τη χρήση προκαθορισμένων κλιμάκων ποιότητας ζωής⁸³.

Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Saarland της Γερμανίας το 2006 ένα πληθυσμιακό δείγμα από 314 γυναίκες με καρκίνο του μαστού 1 έτος μετά τη διάγνωση κλήθηκε να απαντήσει σε ερωτήσεις του ερωτηματολογίου QLQ-C30 του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου και της ειδικής για τον καρκίνο του μαστού ενότητα QLQ-BR23 τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Τα συμπτώματα που είναι πιο προγνωστικά για τους περιορισμούς της λειτουργικότητας και της συνολικής ποιότητας ζωής προσδιορίστηκαν με ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν ότι η κόπωση, οι διαταραχές του ύπνου, ο πόνος και τα συμπτώματα των χεριών, συμπεριλαμβανομένου του λεμφοιδήματος, του μουδιάσματος αλλά και του μυρμηγκιάσματος ήταν τα πιο συχνά αναφερόμενα συμπτώματα. Κάθε ένα από αυτά τα 4 συμπτώματα βαθμολογήθηκε με 50 από τουλάχιστον το 30% όλων των γυναικών⁸⁴.

Σε μία άλλη έρευνα που έλαβε χώρα στην Χαϊδελβέργη της Γερμανίας το 2017 με την συμμετοχή 239 γυναικών στις οποίες η χρονική διάρκεια από την στιγμή της

διάγνωσης ήταν τα 5 χρόνια. Με τον μέσο χρόνο από την χειρουργική επέμβαση του μαστού να ανέρχεται περίπου στα 4,9 χρόνια και με επιλεγμένη θεραπεία από τη διάγνωση του καρκίνου μέχρι την παρακολούθηση, το 53% είχε λάβει χημειοθεραπεία ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία, το 41% μόνο ακτινοθεραπεία και 6% μόνο χημειοθεραπεία. Τα στοιχεία που προέκυψαν από την έρευνα αυτή ήταν ότι κατά μέσο όρο, η συνολική ποιότητα ζωής, οι σωματικές, κοινωνικές, συναισθηματικές λειτουργίες και οι λειτουργίες ρόλου ήταν μειωμένες κατά τη διάρκεια της επικουρικής θεραπείας του καρκίνου, με τις επιζώντες να υποφέρουν από διάφορα προβλήματα κατά την 5ετή παρακολούθηση. Πολλοί επιζώντες αντιμετώπισαν κάποια ελαφρά ή σοβαρά σεξουαλικά προβλήματα (45%), προβλήματα ύπνου (39%), εξάψεις (38%), πόνος (εξαιρουμένου του μαστικού πόνου, 34%), κόπωση (24%), προβλήματα μνήμης (22%), και λιγότερο συχνά διάφορα άλλα συμπτώματα (το καθένα <20%). Στις παρενέργειες αυτές παρατηρήθηκε μία βελτίωση μετά το τέλος της επικουρικής θεραπείας. Μόνο το 17% των επιζώντων ανέφεραν ότι δεν είχαν κανένα ή ελάχιστα προβλήματα κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες όσον αφορά όλα τα εκτιμώμενα συμπτώματα κατά την 5ετή παρακολούθηση. Κάποια ή πολλά προβλήματα σχετικά με ένα μόνο σύμπτωμα αναφέρθηκαν από το 18% των γυναικών, το οποίο ήταν κυρίως σεξουαλικά προβλήματα ή εξάψεις. Περίπου οι μισές γυναίκες ανέφεραν τρία ή περισσότερα συμπτώματα, με την κόπωση να εμφανιζόταν πάντα σε συνδυασμό με διάφορα άλλα συμπτώματα⁸⁵.

Ασθενείς με καρκίνο του μαστού από ένα νοσοκομείο το 2020 στην Κορέα κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε μία μελέτη πριν από την έναρξη της επικουρικής χημειοθεραπείας τους. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εντοπίσει αλλαγές και αλληλεπιδράσεις στο σύμπλεγμα συμπτωμάτων κόπωσης-κατάθλιψης-άγχους και ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της φροντίδας του καρκίνου τροχιά σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης αποτελούταν από 50 ασθενείς. Στην έρευνα παρατηρήθηκαν αλλαγές στον αριθμό των συμμετεχόντων που βιώνουν κατάθλιψη και άγχος πριν από τη χημειοθεραπεία έως την παρακολούθηση 6 μήνες μετά τη χημειοθεραπεία. Το 4% των ασθενών πριν από τη χημειοθεραπεία, το 30% μετά τη χημειοθεραπεία και το 12% κατά την εξάμηνη παρακολούθηση παρουσίασαν μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη και άγχος στην καθημερινή τους ζωή. Στην περίπτωση του άγχους, το 6% των ασθενών πριν από τη χημειοθεραπεία, το 36% μετά τη χημειοθεραπεία και το 16% στην εξάμηνη παρακολούθηση παρουσίασε μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα. Ακόμη η κόπωση βρέθηκε να είναι από τις παρενέργειες με

το υψηλότερο σκορ, με τις ασθενείς να αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά κόπωσης μετά την λήψη της χημειοθεραπείας. Οι ψυχολογικές διαταραχές ήταν επίσης ένα συχνό φαινόμενο στις ασθενείς, με τα χαμηλότερα ποσοστά τους να εντοπίζονται πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας, ενώ κατά την διάρκεια της παρατηρήθηκε μία σημαντική αύξηση. Όλες αυτές οι παρενέργειες και τα συμπτώματα μείωσαν αισθητά την ποιότητα ζωής των γυναικών αυτών μέχρι το πέρας της θεραπείας 6 μήνες ύστερα όπου παρατηρήθηκε μία άνοδος⁸⁶.

Κεφάλαιο 5^ο

Ο ρόλος του νοσηλευτή

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση ασθενών με καρκίνο του μαστού

Οι ενημερωτικές ανάγκες των ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι εκτεταμένες, αντανακλούν ένα συνδυασμό προσωπικών και καταστασιακών αναγκών και μπορεί να μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της νόσου τους. Κατά συνέπεια, η ενημερωτική υποστήριξη είναι απαραίτητη από τη στιγμή της διάγνωσης, κατά τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και μετά το πέρας της. Η ανεπαρκής ενημέρωση των ασθενών έχει συσχετιστεί με δυσμενείς εκβάσεις, όπως το επίμονο άγχος και η κατάθλιψη, ενώ η επαρκής ενημερωτική υποστήριξη έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη κατάθλιψη και άγχος, καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη φροντίδα⁸⁷. Η παροχή πληροφοριών σε ασθενείς με καρκίνο αποτελεί ένα ξεχωριστό πεδίο σημαντικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά περιβάλλοντα μπορούν να λειτουργήσουν σε διάφορους ρόλους, παρέχοντας εξειδικευμένη κλινική, εκπαιδευτική, συναισθηματική και υποστηρικτική φροντίδα στους καρκινοπαθείς. Ωστόσο, για να ενισχύσουν αυτή τη σημαντική πτυχή της πρακτικής τους, ώστε να στοχεύουν με αυτοπεποίθηση στα επιθυμητά αποτελέσματα για τους ασθενείς, οι νοσηλευτές χρειάζεται να αναπτύξουν έναν σαφή και ουσιαστικό ορισμό του ρόλου τους στην παροχή πληροφοριών και, στη συνέχεια, στην εκπαίδευση και τη συμβουλευτική των ασθενών⁸⁸.

Τα ευρήματα που προκύπτουν μέσα από την βιβλιογραφία υποδηλώνουν ότι ο ρόλος των νοσηλευτών στην παροχή πληροφοριών είναι κεντρικός και ότι οι νοσηλευτές μπορεί να παρέχουν διαφορετικούς τύπους πληροφοριών και με διαφορετικό τρόπο σε σύγκριση με τους γιατρούς. Συνολικά, η πλειονότητα των καρκινοπαθών ήταν σε θέση να προσανατολιστεί στη νέα κατάσταση μέσω της πληροφόρησης που παρείχαν οι νοσηλευτές. Γενικά, μέσω της ειδικής ενημερωτικής υποστήριξης, οι ασθενείς προσαρμόστηκαν καλύτερα στην ασθένειά τους και ανέπτυξαν ισχυρότερη πίστη στο μέλλον. Συνοπτικά, οι νοσηλευτές θεωρούνται αποτελεσματικοί και σημαντικοί πάροχοι πληροφοριών από τους ασθενείς με καρκίνο, ιδίως σε σχέση με την παροχή εξηγήσεων και διευκρινίσεων σχετικά με πληροφορίες που προηγουμένως παρείχαν οι γιατροί⁸⁸.

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού εκφράζουν την ανάγκη να λαμβάνουν ακριβείς και έγκαιρη ενημέρωση καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειάς τους, ώστε να κατανοήσουν την πορεία και τα πιθανά αποτελέσματα της ασθένειάς πάνω τους. Η ενημέρωση θεωρείται ότι είναι απαραίτητη για την αντίληψη των ασθενών ως προς τη συνολική υποστήριξη της ποιότητας ζωής. Οι νοσηλευτές είναι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που λειτουργούν ως γέφυρα μεταξύ του συστήματος υγείας και των ασθενών τις περισσότερες φορές. Για τους ασθενείς, είναι συνήθως το πλησιέστερο ιατρικό προσωπικό στο οποίο μπορούν να απευθυνθούν για οτιδήποτε χρειαστούν. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τις απαραίτητες συνθήκες προκειμένου να παράσχουν όσο το δυνατόν καλύτερη ενημερωτική υποστήριξη⁸⁹.

5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Μια γυναίκα που μόλις έλαβε τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού χρειάζεται μεγάλη υποστήριξη. Οι νεότερες γυναίκες χρειάζονται ακόμη μεγαλύτερη υποστήριξη για θέματα όπως η θηλυκότητα και τα συναισθήματα που προκύπτουν από αλλαγές του σώματος. Ανάλογα με τη θεραπεία του ασθενούς, προκύπτουν διάφορες ανάγκες. Οι Lindor και Cannon (2007), στη μελέτη τους για τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού και την ανάγκη τους για υποστήριξη, εντόπισαν τρία σημαντικά σημεία:

- (1) το ερώτημα "Γιατί εγώ;"
- (2) την αντιμετώπιση των ανησυχιών του ατόμου και
- (3) τα οικιακά και οικογενειακά προβλήματα.

Για τους ασθενείς, αυτά τα ζητήματα είναι τα πιο σημαντικά. Η ζήτηση για επαγγελματική περίθαλψη καλύπτει όλη την πορεία της ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής θεραπείας. Προκειμένου να αντιμετωπίσουν την αλλαγή στην καθημερινή τους ζωή, οι ασθενείς έχουν μεγάλη ανάγκη για πληροφόρηση και χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη. Μεταξύ 23% και 56% των γυναικών αντιμετωπίζουν συναισθηματικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, άγχος, θυμό, σύγχυση και αδυναμία. Ωστόσο, περίπου το ένα τρίτο των γυναικών συνεχίζει να αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα και μειωμένη ποιότητα ζωής⁹⁰.

Σε αυτό το σημείο οι νοσηλευτές έχουν σημαντική θέση όσον αφορά την ψυχολογική υποστήριξη και αποτελούν σημαντικό σύνδεσμο μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς. Μέσω της προσωπικής επαφής, οι νοσηλευτές έχουν, από την άποψη

των ασθενών, σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο για την κοινοποίηση πληροφοριών σχετικών με τη νόσο. Οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν την ανάγκες των ασθενών και γίνονται προσιτοί στην καθημερινή κλινική ρουτίνα. Οι Pinkert et al. (2008) προσδιόρισαν τρία επίπεδα αναγκών όσον αφορά την εξειδικευμένη περίθαλψη από την άποψη των ασθενών. Η πρώτη είναι μια ανάγκη στην ψυχοκοινωνική κλίμακα, η δεύτερη, αφορά την επαγγελματική ογκολογική φροντίδα, και η τρίτη είναι η ουσιαστική πτυχή της υποστήριξης κατά τη διάρκεια της πορείας της οργάνωσης και του τρόπου αντιμετώπισης της νόσου⁹⁰.

Οι αντιλήψεις και οι συναισθηματικές αντιδράσεις των γυναικών και των συγγενών τους απέναντι στον καρκίνο του μαστού θα πρέπει να ανακαλυφθούν με σκοπό την καλύτερη ενθάρρυνσή και υποστήριξή τους⁹¹. Με το να είναι καλοί ακροατές και να ρωτούν τους ασθενείς για τις ανάγκες τους, οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναγνωρίσουν το φόβο τους και να τους βοηθήσουν να μετακινηθούν από την άρνηση σε μια υγιή έκφραση της θλίψης και του φόβου⁹². Οι γυναίκες και οι συγγενείς τους πρέπει να παρακινούνται να διατηρούν θετικές σκέψεις⁹¹. Ένας από τους κύριους ρόλους των ογκολογικών νοσηλευτών είναι η προώθηση της προσαρμογής των ασθενών στην ασθένειά τους μέσω ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, μία από τις οποίες είναι η προώθηση της ομαδικής υποστήριξης. Για τη διεξαγωγή αυτών των ομάδων υποστήριξης, οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν τα κατάλληλα προσόντα όσον αφορά τις δεξιότητες ηγεσίας ομάδων και να είναι ενημερωμένοι για διάφορα θέματα που σχετίζονται με τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του καρκίνου, τα οποία θα μπορούσαν να ανακύψουν κατά τη διάρκεια των συνεδριών της ομάδας⁹³.

Ακόμη οι νοσηλευτές μέσω των συμβουλευτικών τους ικανοτήτων μπορούν να συνδράμουν στην μείωση των αβεβαιοτήτων που αισθάνονται οι ασθενείς για το μέλλον τους. Θα πρέπει επιπλέον να παρέχεται βοήθεια για καταστάσεις όπως στην αλλαγή της εικόνας του σώματος, στη μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας και απώλειας της σεξουαλικής επιθυμίας, της κοινωνικής απομόνωσης, του άγχους, του φόβου, της κατάθλιψης. Περαιτέρω θα πρέπει να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς έχουν πληροφορίες σχετικά με την αποκατάσταση του μαστού και κάποια αντικείμενα που θα μπορούσαν να μειώσουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις εξαιτίας της εικόνας του σώματος (όπως περούκα αλωπεκίας, καπέλο, κασκόλ). Τυχόν σεξουαλικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν μεταξύ των συζύγων θα πρέπει να εντοπίζονται και να ενθαρρύνεται η μεταξύ τους επικοινωνία για την λύση αυτών⁹¹. Οι παρεμβάσεις που

παρέχονται από επαγγελματίες νοσηλευτές, όπως ο συντονισμός της φροντίδας, η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και η εκπαίδευση, αποδεικνύεται ότι βοηθούν τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού και τους φροντιστές τους να περιηγηθούν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους. Η παρακολούθηση υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών έχει δείξει βελτίωση της συναισθηματικής λειτουργίας και της ποιότητας ζωής, αυξημένη ικανοποίηση από τη φροντίδα και μείωση του αριθμού των σωματικών συμπτωμάτων μεταξύ ασθενών με καρκίνο του μαστού⁹⁴.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6^ο

Νοσηλευτική Διεργασία

6.1 Παρουσίαση 1ου περιστατικού

Γυναίκα ασθενής, 40 ετών υποβλήθηκε σε μαστεκτομή στις 25 /02/2022, ώρα 12:00 μ.μ. στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών. Η ασθενής τις επόμενες μέρες θα ακολουθήσει επικουρική θεραπεία (ακτινοθεραπεία). Μετά από δύο μέρες της νοσηλείας της κατά την διάρκεια της καθιερωμένης μέτρησης ζωτικών σημείων ο νοσηλευτής έπειτα από παρατήρηση της ασθενούς και μίας σύντομης συζήτησης μαζί της, διέκρινε πως η ασθενής βρίσκεται σε μία κατάσταση σύγχυσης, κακής ψυχολογίας, αλλά και πόνου.

Ατομικά στοιχεία ασθενούς :

Όνοματεπώνυμο : Χ . Κ

Φύλο : Θηλυκό

Ηλικία : 40

Ύψος : 1,68 m

Βάρος : 64 kg

Οικογενειακή κατάσταση : Έγγαμη

Ασφαλιστικός Φορέας : ΙΚΑ

Τόπος κατοικίας : Πάτρα

Ζωτικά σημεία ασθενούς :

Α.Π. : 85/110 mm/Hg

Σφίξεις : 68/min

Αναπνοές 18/min

Θερμοκρασία : 36,8 °C

SPO₂: 95 %

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Πόνος που οφείλεται στο χειρουργικό τραύμα.	<ul style="list-style-type: none"> • Να μειωθεί ο πόνος μέσα στις επόμενες 2 ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Αξιολόγηση του πόνου • Χορήγηση αναλγητικών έπειτα από ιατρική οδηγία • Έλεγχος του χειρουργικού τραύματος για σημεία φλεγμονής • Να δοθεί ανακουφιστική θέση στην ασθενή στο κρεβάτι 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε αξιολόγηση του πόνου βάση της αριθμητικής κλίμακας (0 – 10) • Έπειτα από ιατρική οδηγία χορηγήθηκε στην ασθενή αναλγητικό (Aprotel) • Το χειρουργικό τραύμα ελέγχθηκε διεξοδικά από τον νοσηλευτή • Δόθηκε ανακουφιστική θέση στην ασθενή (ημικαθιστή) 	<p>Η αξιολόγηση φανέρωσε ότι η ασθενής βρισκόταν σε κατάσταση υψηλού πόνου (7). Ο πόνος μετά από λίγη ώρα υποχώρησε και η ασθενής δείχνει ανακουφισμένη</p> <p>Από τον έλεγχο προέκυψε πως το χειρουργικό τραύμα της ασθενούς δεν παρουσιάζει σημεία φλεγμονής</p>
Θλίψη που οφείλεται σε απώλεια του ενός μαστού και μεταβολής της εικόνας του σώματος.	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής να εκφράσει συναισθήματα για την απώλεια του μαστού και για την διάγνωση του καρκίνου • Η ασθενής να χρησιμοποιήσει τα διαθέσιμα συστήματα υποστήριξης • Η ασθενής να ξεπεράσει τα έντονα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσπάθεια δημιουργίας ευνοϊκού κλίματος επικοινωνίας • Συζήτηση σχετικά με την διαδικασία αντιμετώπισης και αποδοχής των σταδίων της θλίψης • Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράζει τα συναισθήματά της • Παροχή πληροφοριών σε σχέση με συμβουλευτικές υπηρεσίες και ομάδες υποστήριξης που μπορεί να βοηθήσουν την ασθενή • Παρότρυνση των οικείων της ασθενούς να δείχνουν κατανόηση και υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής δημιούργησε ευνοϊκό κλίμα επικοινωνίας • Ο νοσηλευτής διέθεσε χρόνο ώστε να βοηθήσει την ασθενή να αντιμετωπίσει και να αποδεχτεί τα στάδια της θλίψης • Ο νοσηλευτής αφού εξασφάλισε μέσω συζήτησης με την ασθενή κλίμα εμπιστοσύνης την παρότρυνε να εκφράζει τα συναισθήματά της • Έγινε παροχή των πληροφοριών και η ασθενής συμφώνησε να κληθεί ψυχολόγος • Ο νοσηλευτής παρότρυνε τους οικείους να εκφράζουν κατανόηση και υποστήριξη 	<p>Η ασθενής αντιμετωπίζει τα στάδια της θλίψης σε σχετικά καλό βαθμό</p> <p>Η ασθενής εκφράζεται ανοιχτά σε σχέση με τα συναισθήματα που την καταβάλλουν</p> <p>Έπειτα από μερικές συνεδρίες η ασθενής φαίνεται να καλυτερεύει η ψυχολογική της κατάσταση</p> <p>Η ασθενής συζητά περισσότερο με τους οικείους της τον συναισθηματικό της φόρτο.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Παροχή βοήθειας από τον νοσηλευτή με σκοπό την ανακάλυψη ενδιαφερόντων που της προσδίδουν ευχαρίστηση • Ενθάρρυνση της ασθενούς να βελτιώσει της διαπροσωπικές της σχέσεις και να κοινωνικοποιηθεί 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής παρείχε βοήθεια στην ασθενή ώστε να ανακαλύψει ενδιαφέροντα που της προσδίδουν ευχαρίστηση • Η ασθενής ενθαρρύνθηκε για την βελτίωση των διαπροσωπικών της σχέσεων 	
Σύγκριση που οφείλεται στο έλλειμμα γνώσεων σε σχέση με την επικουρική θεραπεία.	<ul style="list-style-type: none"> • Πλήρης πληροφόρηση της ασθενούς σε σχέση με την θεραπεία της , με σκοπό την άμεση καθυσύχασή της 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση της ασθενούς μέσα σε διάστημα 2 ωρών σε σχέση με την επιλεγμένη επικουρική θεραπεία (ενδείξεις, παρενέργειες) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής αφιέρωσε χρόνο και ενημέρωσε την ασθενή κατάλληλα σε σχέση με την επικουρική της θεραπεία 	Έπειτα από την νοσηλευτική παρέμβαση, η ασθενής δείχνει πιο ήρεμη

6.2 Παρουσίαση 2ου περιστατικού

Γυναίκα ασθενής 45 ετών βρίσκεται στην διαδικασία επικουρικής θεραπείας (χημειοθεραπεία) έπειτα από χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής πριν από τρεις εβδομάδες. Λίγη ώρα μετά το τέλος της υποβολής της σε χημειοθεραπεία στις 28/02/2022 η ασθενής παρουσίασε ναυτία και έμετο. Η ασθενής παρουσιάζει ιδιαίτερα σημάδια αδυναμίας αντιμετώπισης της κατάστασης στην οποία έχει βρεθεί, άγχους και ανησυχίας. Το τελευταίο διάστημα επίσης παρουσιάζει σημάδια αλωπεκίας.

Ατομικά στοιχεία ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο : Μ. Π.

Φύλο : Θηλυκό

Ηλικία : 45

Ύψος : 1,65 m

Βάρος : 60 kg

Οικογενειακή κατάσταση : Έγγαμη

Ασφαλιστικός Φορέας : ΙΚΑ

Τόπος κατοικίας : Αίγιο

Ζωτικά σημεία ασθενούς :

Α.Π. : 75/115 mm/Hg

Σφίξεις : 64/min

Αναπνοές 20/min

Θερμοκρασία : 36,6 °C

SPO₂: 96 %

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Ναυτία και έμετος που οφείλονται στις ανεπιθύμητες παρενέργειες της χημειοθεραπείας	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη των παρενεργειών της ναυτίας και του εμέτου • Αποφυγή κινδύνου ηλεκτρολυτικών διαταραχών • Αποφυγή κινδύνου αφυδάτωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση και φροντίδα της ασθενούς για ηλεκτρολυτικές διαταραχές και αφυδάτωση • Χορήγηση αντιεμετικών έπειτα από ιατρική οδηγία • Κατανάλωση ξηρών τροφών • Διδασκαλία ασθενούς για εκτέλεση βαθιών αναπνοών όταν υπάρχει ναυτία 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής παρακολουθήθηκε για ηλεκτρολυτικές διαταραχές και αφυδάτωση και της χορηγήθηκε όρος N/S 0,9 % και 2-amp KCL • Χορηγήθηκαν αντιεμετικά έπειτα από ιατρική οδηγία • Η ασθενής κατανάλωσε ξηρές τροφές • Ο νοσηλευτής ενημέρωσε την ασθενή για την εκτέλεση βαθιών αναπνοών σε περίπτωση ναυτίας 	<p>Τα επίπεδα των ηλεκτρολυτών επανήλθαν σε φυσιολογικά και η ασθενής δεν παρουσιάζει αφυδάτωση</p> <p>Η κατάσταση της ασθενούς βελτιώθηκε και πλέον δε παρουσιάζει ναυτία και έμετους</p> <p>Η ασθενής πραγματοποιεί βαθιές αναπνοές κατά την διάρκεια της ναυτίας</p>
Αδυναμία αντιμετώπισης της κατάστασης που οφείλεται σε αισθήματα απώλειας του ελέγχου λόγω της διάγνωσης του καρκίνου και της συνοδού θεραπείας (χημειοθεραπεία)	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής να αντιμετωπίζει καλύτερα την κατάσταση στην οποία βρίσκεται • Η ασθενής να εφαρμόζει κατάλληλες τεχνικές για την σωστή αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων • Η ασθενής να συμμετέχει στο πρόγραμμα αγωγής της 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση της ασθενούς για την μέγιστη δυνατή συμμετοχή της στο σχεδιασμό της αγωγής • Προσπάθεια από τον νοσηλευτή να βοηθήσει την ασθενή να αναγνωρίσει τους μηχανισμούς που της προκαλούν δυσάρεστες σκέψεις και αισθήματα καθώς και την παράκαμψη αυτών • Δημιουργία περιβάλλοντος εμπιστοσύνης με σκοπό την παροχή βοήθειας στην 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής μέσω συζητήσεων ενθάρρυνε την ασθενή να έχει ενεργή συμμετοχή στον σχεδιασμό της αγωγής της • Ο νοσηλευτής βοήθησε την ασθενή να αναγνωρίσει τους μηχανισμούς που της προκαλούν δυσάρεστες σκέψεις και αισθήματα καθώς και την παράκαμψη αυτών • Δημιουργήθηκε περιβάλλον εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς με σκοπό την παροχή βοήθειας 	<p>Η ασθενής είναι πρόθυμη να συμμετέχει ενεργά στο πρόγραμμα αγωγής</p> <p>Η ασθενής αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει με θετικότητα τα αρνητικά αισθήματα που την καταβάλλουν</p> <p>Η ασθενής αντιμετωπίζει με αισιοδοξία την κατάσταση στην οποία βρίσκεται</p>

		<p>αναγνώριση και αντιμετώπιση των αισθημάτων άρνησης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προσπάθεια του νοσηλευτή να συμβουλέψει την ασθενή για τεχνικές επίλυσης προβλημάτων 	<p>στα τυχόν αρνητικά αισθήματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής συμβούλεψε την ασθενή για τεχνικές επίλυσης προβλημάτων 	
<p>Άγχος και ανησυχία που οφείλεται σε διαταραχές της αντίληψης του εαυτού (μαστεκτομή, αλωπεκία)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής να εκφράζει συναισθήματα αυτοεκτίμησης • Η ασθενής να συμμετέχει ενεργά στις καθημερινές δραστηριότητες • Η ασθενής να διατηρήσει τις σχέσεις με τους οικείους της 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της • Εφαρμογή μέτρων για την αύξηση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς • Εφαρμογή μέτρων για την υποβοήθηση της ασθενούς στην αντιμετώπιση των συνεπειών της μαστεκτομής • Παροχή βοήθειας με σκοπό την καλύτερη προσαρμογή της ασθενούς και των οικείων της με την διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ τους και την παροχή κατάλληλων πληροφοριών • Ενθάρρυνση των οικείων της ασθενούς να της επιτρέπουν να κάνει ό,τι μπορεί η ίδια ώστε να αυξηθεί το αίσθημα της ανεξαρτησίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής αφιέρωσε χρόνο στην ασθενή και την ώθησε στην έκφραση των συναισθημάτων και των ανησυχιών της • Ο νοσηλευτής μέσω συζήτησης ενίσχυσε την ασθενή με θετικά σχόλια , και αποθάρρυνε την αρνητική αυτοκριτική • Αφιερώθηκε χρόνος στην ασθενή ώστε μέσω ενθαρρυντικής συζήτησης να προσαρμοστεί ψυχολογικά στη μαστεκτομή • Ο νοσηλευτής παρείχε βοήθεια με σκοπό την καλύτερη προσαρμογή της ασθενούς και των οικείων της με την διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ τους και 	<p>Η ασθενής εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά της στον νοσηλευτή αλλά και στην οικογένειά της</p> <p>Παρατηρείται αύξηση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς , η οποία δείχνει πιο ήρεμη</p> <p>Η ασθενής μέσω της συζήτησης μπόρεσε να προσαρμοστεί καλύτερα στις συνέπειες της μαστεκτομής</p> <p>Η ασθενής δείχνει να χαροποιείται από τις συναντήσεις με την εθελόντρια καθώς παίρνει δύναμη από το θετικό παράδειγμά της</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση της ασθενούς να συνεχίσει τις συνήθειες δραστηριότητές της και τα ενδιαφέροντά της , με την συμμετοχή της σε κοινωνικές δραστηριότητες 	<p>την παροχή κατάλληλων πληροφοριών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κανονισμός επίσκεψης μίας κατάλληλης εθελόντριας που μπορεί να βοηθήσει την ασθενή συζητώντας μαζί της • Ενθαρρύνθηκαν οι οικείοι της ασθενούς να της επιτρέπουν να κάνει ό,τι μπορεί η ίδια ώστε να αυξηθεί το αίσθημα της ανεξαρτησίας • Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να συνεχίσει τις συνήθειες δραστηριότητές της και τα ενδιαφέροντά της , με την συμμετοχή της σε κοινωνικές δραστηριότητες 	
--	--	---	--	--

Συμπεράσματα

Παρόλο που ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο διαδεδομένο καρκίνο στις γυναίκες, οι συνεχόμενες βελτιώσεις στους διαγνωστικούς ελέγχους και στις θεραπείες έχουν εξασφαλίσει μεγαλύτερο βαθμό επιβίωσης των πασχόντων. Η επιβίωση αυτή όμως συνοδεύεται από ριζικές αλλαγές στον καθημερινό βίο της ασθενούς καθώς καλείται να προσαρμοστεί σε μία νέα κατάσταση, από την οποία απορρέουν διάφορες σοβαρές επιπτώσεις.

Οι σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που παρουσιάζονται είτε από την εμφάνιση της ασθένειας, είτε από την επιλεγμένη μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης μειώνουν ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής τους. Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού καλείται να αντιμετωπίσει μία σειρά από ανεπιθύμητες παρενέργειες της επιλεγμένης θεραπείας. Μερικές από αυτές τις παρενέργειες αποτελούν το άλγος, η ισχυρή κόπωση, η ναυτία, η ανορεξία, η αλωπεκία, η μειωμένη σεξουαλική λειτουργία, η αλλοίωση της εικόνας του σώματος, και πολλές άλλες. Η αλλοίωση της εικόνας του σώματος αντιπροσωπεύει έναν από τους παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο την προσαρμογή της ασθενούς στα νέα δεδομένα, καθώς η εικόνα του σώματος περιλαμβάνει την αίσθηση της θηλυκότητας και της ελκυστικότητας. Όλες αυτές οι παρενέργειες συμβάλλουν στην αποδιοργάνωση της φυσιολογικής λειτουργίας της ασθενούς, η οποία δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει και στις πιο απλές απαιτήσεις των καθημερινών της δραστηριοτήτων.

Ακόμη με την διάγνωση του καρκίνου του μαστού η ψυχολογία της γυναίκας κλονίζεται και η αβεβαιότητα επικρατεί στις σκέψεις της, διάφορες καταθλιπτικές διαταραχές όπως η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή κάνουν την εμφάνισή τους, με τις σοβαρότερες ψυχολογικές ανησυχίες των ασθενών να αποτελούν οι ανησυχίες υποτροπής της ασθένειας, τα άγχη που σχετίζονται με την θεραπεία και την εξέλιξη της ασθένειας αυξάνονται δραματικά, τα προβλήματα επικοινωνίας με τον σύντροφό τους, ακόμη και υπαρξιακές ανησυχίες. Επίσης η ασθένεια συνήθως περιορίζει τη συμμετοχή της ασθενούς σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες. Αυτό με τη σειρά του σημαίνει ότι οι ευκαιρίες ενός καρκινοπαθούς να αλληλοεπιδρά με το κοινωνικό του περίγυρο μειώνονται δραματικά, και ως εκ τούτου η πρόσβαση στην κοινωνική υποστήριξη περιορίζεται. Όλες αυτές οι αλλαγές μπορούν να επηρεάσουν την αίσθηση ευεξίας και λειτουργικότητας μιας γυναίκας και προκαλούν δυσκολίες στην προσαρμογή στην ζωή μετέπειτα από τον καρκίνο.

Οι γυναίκες αυτές χρήζουν άμεση ανάγκη υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι με τις παρεμβάσεις τους, τις βοηθούν ώστε να γίνει αντιληπτή απόλυτα η κατάσταση στην οποία βρίσκονται, αλλά και να αντιμετωπίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα τις οποιεσδήποτε συναισθηματικές και σωματικές καταπτώσεις με σκοπό την εξοικείωση με την ασθένεια και την αύξηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κελλαρτζής, Δ., Ζαφράκος Μ., Παπανικολάου Α., και συν. Ανατομία, φυσιολογική διάπλαση και διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών. Ελληνική μαιευτική και γυναικολογία, 2009, 21.2: 115-121.
2. Pandya S, Moore RG. Breast development and anatomy. Clin Obstet Gynecol. 2011, 54(1):91-5.
Plastic and Reconstructive Surgery: Approaches and Techniques, First Edition. Edited by Ross D. Farhadieh, Neil W. Bulstrode and Sabrina Cugno.
© 2015 John Wiley & Sons, Ltd. Published 2015 by John Wiley & Sons, Ltd.
Anatomy and physiology of the breast
3. Bistoni G., Farhadi J., Anatomy and physiology of the breast. Farhadieh R., Bulstrode N., Cugno S., Plastic and reconstructive surgery. Approaches and Techniques, John Willey and Sons, 2015.
4. Ellis H., Mahadevan V. Anatomy and physiology of the breast. Surgery (Oxford), 2013, 31.1: 11-14.
5. Mcguire K. P. Breast anatomy and physiology. In: Breast Disease. Springer, Cham, 2016. p. 1-14.
6. Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι., Σοφιανού ΑΙ. Μητρικός Θηλασμός οδηγός για επαγγελματίες υγείας. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού Αθήνα 2015
7. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html> .Τελευταία προσπέλαση 12/11/2021
8. Anastasiadi Z., Lianos G. D., Ignatiadou E., Harissis H.V., Breast cancer in young women: an overview. Updates in surgery, 2017, 69.3: 313-317
9. Ferlay, J., Autier P., Boniol M., et al. 2007. Estimates of the Cancer incidence and mortality in Europe 2006. Annals of Oncology 2007, 18: 581-592
10. Κουμπής Χ. Μελέτη των παραγόντων κινδύνου για καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα: BRCA study (breast cancer in Athens study). 2013
11. U.S. National Library of Medicine, <https://medlineplus.gov/breastcancer.html>. Τελευταία προσπέλαση 14/11/2021
12. Sharma, G. N., Dave, R., Sanadya, J., et al. Various types and management of breast cancer: an overview. Journal of advanced pharmaceutical technology & research, 2010, 1.2: 109.

13. Libson Sh., Lippman M., A review of clinical aspects of breast cancer. *International review of psychiatry*, 2014, 26.1: 4-15.
14. Λάγιου Α., *Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού*. 2015.
15. Τσουσκάς Λ., Βρίτσιος Α., Ο σύνθετος παράγοντας επικινδυνότητας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. 1994 , 60(5), 402-407
16. Kolak A., Kamińska M., Sygit K., et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med*, 2017, 24.4: 549-553.
17. Ζαφράκας Μ., Τσαλίκης Τ., Τζεβελέκης Φ., . Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού. *Ελληνική μαιευτική και γυναικολογία*, 2009, 21.2: 138-147.
18. Kolak A., Kamińska M., Sygit K., et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med*, 2017, 24.4: 549-553.
19. Liu Y, Nguyen N, Colditz GA. Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. *Womens Health*. 2015: 11: 65–77.
20. Smith RA., Duffy SW., Tabar L., Screening and Early Detection. In: *Advanced Therapy of Breast Disease*. Second Edition. London 2004, p.202-212
21. Smith RA., Cokkinides V., Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006: 56:11-25
22. Waks A. G., Winer E. P. Breast cancer treatment: a review. *Jama*, 2019, 321.3: 288-300.
23. Fisher B., Anderson S., Bryant J. et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002, 347.16: 1233-1241.
24. Breast Cancer Network Australia (BCNA). www.bcna.org.au. Τελευταία προσπέλαση 30/11/2021
25. Peto R., Davies C., Godwin J., et al, Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100,000 women in 123 randomized trials. *Lancet*. 2012;379(9814):432-444.
26. Darby S., McGale P., Correa C., et al, Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *Lancet*. 2011;378(9804):1707-1716.

27. Θεοφίλου Παρασκευή Α. Ποιότητα ζωής στο χώρο της Υγείας. 2015.
28. Υφαντόπουλος, Γ. Ν. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχ Ελλ Ιατρ, 2007, 24: 6-18.
29. <http://www.who.int/tools/whoqol>, Τελευταία προσπέλαση 05/12/2021
30. <http://www.w4life.gr/poiotita-zwis>, Τελευταία προσπέλαση 05/12/2021
31. Sajid MS, Tonsi A, Baig MK., Health-related quality of life measurement. International journal of health care quality assurance, 2008.
32. Németh G. Health related quality of life outcome instruments. European Spine Journal, 2006, 15.1: S44-S51
33. Υφαντόπουλος Γ. Ν., Σαρρής Μ., Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. 2015.
34. Γρηγορίου Σ., Καρατζαφέρη Χ., Γιαννάκη Χ., και συν. Αξιολόγηση αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής. 2015.
35. West HJ., Jin JO., Performance status in patients with cancer. JAMA oncology, 2015, 1.7: 998-998.
36. Wallace M., Shelkey M., Katz index of independence in activities of daily living (ADL). International Journal of Older People Nursing, 2012, 2.3: 204-212.
37. Strand L. I., Ljunggren A. E., Bogen B., et al. The Short-Form McGill Pain Questionnaire as an outcome measure: test–retest reliability and responsiveness to change. European Journal of Pain, 2008, 12.7: 917-925.
38. Chu W. O., Diallya, P. O., Roignot, P., et al. Determinants of quality of life among long-term breast cancer survivors. Quality of Life Research, 2016, 25.8: 1981-1990.
39. Fasoi-Barka G. G., Kelesi-Staupoulou M. N., Koutsopoulou-Sofikiti V. E. et al. Study for the change of health related quality of life in women with early stage breast cancer, one year after the diagnosis. Rostrum of Asclepius, 2010, 9: 76-99.
40. Culbertson, M. G., Bennett, K., Kelly, C. M., et al. The psychosocial determinants of quality of life in breast cancer survivors: a scoping review. BMC cancer, 2020, 20.1: 1-36.
41. Chopra I., Kamal K. M. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. Health and quality of life outcomes, 2012, 10.1: 1-15.
42. Park B. W. Lee, S., Lee A. R., et al. Quality of life differences between younger and older breast cancer patients. Journal of breast cancer, 2011, 14.2: 112-118.
43. Rye, S., Hayes, S., & Newman, B. Age-related differences in exercise and quality of life among breast cancer survivors. Medicine and science in sports and exercise, 2010, 42.1: 67-74.

44. Chetrit A., Ben-Avraham S., Mandelzweig L., et al. Breast cancer survivors: physical and mental quality of life 10 years following diagnosis, a case-control study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2021, 1-10.
45. Dumalaon-Canaria J. A., Hutchinson A. D., Prichard I., et al. What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes and Control*, 2014, 25.7: 771-785.
46. Lopes J. V., Bergerot C. D., Barbosa L. R et al. Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. *Revista brasileira de enfermagem*, 2018, 71: 2916-2921.
47. Hewitt, M., Herdman, R., & Holland, J., Psychosocial needs of women with breast cancer. In: *Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer*. National Academies Press (US), 2004.
48. Villar R. R., Fernández S. P., Garea C. C., et al. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista latino-americana de enfermagem*, 2017, 25.
49. Miaja M., Platas A., & Martinez-Cannon B. A. Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, and body image in young breast cancer patients and their partners. *Revista de investigacion clinica*, 2017, 69.4: 204-209.
50. Słowik A. J., Jabłoński M. J., Michałowska-Kaczmarczyk, A. M. et al. Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatr Pol*, 2017, 51.5: 871-88.
51. Helms R.L, O'Hea E., L.,Corso, M., Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health and medicine*, 2008, 13.3: 313-325.
52. Fobair P., Stewart S. L., Chang S., et al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2006, 15.7: 579-594.
53. Salibasic, M., & Delibegovic, S.,The quality of life and degree of depression of patients suffering from breast cancer. *Medical archives*, 2018, 72.3: 202.
54. Tsaras K., Papathanasiou I. V., Mitsi, D., et al. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 2018, 19.6: 1661.

55. Weinberger T., Forrester A., Markov D., et al. Women at a dangerous intersection: diagnosis and treatment of depression and related disorders in patients with breast cancer. *Psychiatric Clinics*, 2010, 33.2: 409-422.
56. Aggeli P., Fasoï G., Zartaloudi A., et al. Posttreatment Anxiety, Depression, Sleep Disorders, and Associated Factors in Women Who Survive Breast Cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2021, 8.2: 147.
57. Carreira H., Williams R., Müller M., et al. Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 2018, 110.12: 1311-1327.
58. Almuhtaseb M. I., Alby F., Zucchermaglio C., et al. Social support for breast cancer patients in the occupied Palestinian territory. *Plos one*, 2021, 16.6: e0252608.
59. Leung J., Pachana N. A., McLaughlin D., Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 2014, 23.9: 1014-1020.
60. Υφαντής, Ά., Ποιότητα ζωής Ελληνίδων με καρκίνο μαστού. 2021. PhD Thesis. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής.
61. Rosedale M., Survivor loneliness of women following breast cancer. In: *Oncology nursing forum*. 2009.
62. Hinzey A., Gaudier-Diaz M. M., Lustberg M. B., et al. Breast cancer and social environment: getting by with a little help from our friends. *Breast Cancer Research*, 2016, 18.1: 1-9.
63. Binkley J. M., Harris S. R., Levangie P. K., et al. Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*, 2012, 118.S8: 2207-2216.
64. Gho S. A., Steele J. R., Jones S. C., et al. Self-reported side effects of breast cancer treatment: a cross-sectional study of incidence, associations, and the influence of exercise. *Cancer Causes and Control*, 2013, 24.3: 517-528.
65. Cleeland C. S., Allen J. D., Roberts S. A., et al. Reducing the toxicity of cancer therapy: recognizing needs, taking action. *Nature reviews Clinical oncology*, 2012, 9.8: 471-478.
66. Zehra S., Doyle F., Barry M., Walsh, S., et al. Health-related quality of life following breast reconstruction compared to total mastectomy and breast-conserving surgery

- among breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer*, 2020, 27.4: 534-566.
67. Browne J. P., Jeevan R., Gulliver-Clarke C. et al. The association between complications and quality of life after mastectomy and breast reconstruction for breast cancer. *Cancer*, 2017, 123.18: 3460-3467.
68. Markopoulos, C., Tsaroucha, A. K., Kouskos, E., et al. Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *Journal of International Medical Research*, 2009, 37.1: 182-188.
69. Παλαιογιαννίδου Α., Τριανταφυλλίδου Σ., Αναγνωστόπουλος Φ., και συν. Συσχέτιση ιατρικών και δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 2018, 35.2.
70. Everaars K. E., Welbie M., Hummelink S., et al. The impact of scars on health-related quality of life after breast surgery: a qualitative exploration. *Journal of Cancer Survivorship*, 2021, 15.2: 224-233.
71. Lee T. S., Kilbreath S. L., Refshauge K. M., et al. Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 2008, 16.4: 399-405.
72. Kim Y. H., Kim H. J., Do Ahn S., et al. Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. *Complementary therapies in medicine*, 2013, 21.4: 379-387.
73. de M Alcântara-Silva T. R., Freitas-Junior R., Freitas N. M., et al. Fatigue related to radiotherapy for breast and/or gynaecological cancer: a systematic review. *Journal of clinical nursing*, 2013, 22.19-20: 2679-2686.
74. Hwang S. Y., Chang S. J., Park B. W., Does chemotherapy really affect the quality of life of women with breast cancer? *Journal of breast cancer*, 2013, 16.2: 229-235.
75. Kay A. E., Meyers C. A. Side-effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients. *Current opinion in obstetrics and gynecology*, 2006, 18.1: 24-28.
76. Jedličková H., Vokurka S., Vojtíšek R., et al. Alopecia and Hair Damage Induced by Oncological Therapy. *Klinicka onkologie: casopis Ceske a Slovenske onkologicke spolcnosti*, 2019, 32.5: 353-359.
77. Lee J., Dibble S. L., Pickett M., et al. Chemotherapy-induced nausea/vomiting and functional status in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 2005, 28.4: 249-255.

78. Barrett-Lee P., Bokemeyer C., Gascón P., et al. Management of cancer-related anemia in patients with breast or gynecologic cancer: new insights based on results from the European Cancer Anemia Survey. *The oncologist*, 2005, 10.9: 743-757
79. Pan Y., Yang K., Shi X., Liang, H., et al. Clinical benefits of acupuncture for the reduction of hormone therapy–related side effects in breast cancer patients: a systematic review. *Integrative cancer therapies*, 2018, 17.3: 602-618.
80. Boing L., Vieira M. D. C. S., Moratelli J., et al. Effects of exercise on physical outcomes of breast cancer survivors receiving hormone therapy–A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 2020, 141: 71-81.
81. Van Liew, J. R., Christensen A. J., de Moor J. S., Psychosocial factors in adjuvant hormone therapy for breast cancer: an emerging context for adherence research. *Journal of Cancer Survivorship*, 2014, 8.3: 521-531.
82. Savard M. H., Savard J., Quesnel C., et al. The influence of breast cancer treatment on the occurrence of hot flashes. *Journal of pain and symptom management*, 2009, 37.4: 687-697.
83. Luoma M. L., Hakamies-Blomqvist L., The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: a qualitative study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2004, 13.10: 729-739.
84. Arndt V., Stegmaier C., Ziegler H., et al. A population-based study of the impact of specific symptoms on quality of life in women with breast cancer 1 year after diagnosis. *Cancer*, 2006, 107.10: 2496-2503.
85. Schmidt M. E., Wiskemann J., Steindorf K., Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Quality of Life Research*, 2018, 27.8: 2077-2086.
86. Oh, P. J., Cho, J. R. Changes in fatigue, psychological distress, and quality of life after chemotherapy in women with breast cancer: a prospective study. *Cancer nursing*, 2020, 43.1: E54-E60.
87. Beaver, C. C., Magnan, M. A., Managing chemotherapy side effects: Achieving reliable and equitable outcomes. *Clinical journal of oncology nursing*, 2016, 20.6.
88. Koutsopoulou S., Papathanassoglou E. D., Katapodi M. C., et al. A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 2010, 19.5-6: 749-765.
89. Usta, Y. Y. Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012.

90. Voigt, B., Grimm, A., Lossack, M., The breast care nurse: the care specialist in breast centres. *International nursing review*, 2011, 58.4: 450-453.
91. Malak, A. T., Gumus, A. B. Nursing interventions and factors affecting physical, psychological and social adaptation of women with breast cancer. *Asian Pac. J. Cancer Prev*, 2009, 10.1: 173-6.
92. Stephens, P. A., Maryjo Osowski, M. S. N., Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2008, 12.2: 253.
93. Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P. D., et al. Nursing and cancer support groups. *Journal of advanced nursing*, 2005, 51.4: 369-381.
94. Harri, A. M. Nursing Interventions in Female Breast Cancer Patients: Narrative Literature Review. 2014.