

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ
ΓΥΝΑΙΚΑ**

Σπουδαστής:Στυλιανού Παναγιώτης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:Δρ.Μπατσολάκη Μαρία

ΠΑΤΡΑ 2015

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Πτυχιακή Εργασία που υποβάλλετε στο καθηγητικό σώμα για μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του Βασικού Πτυχίου του Προγράμματος Νοσηλευτικής του τμήματος Νοσηλευτικής, της σχολής Επαγγελματών υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών.

ΠΑΤΡΑ 2015

Εγκεκριμένο από Πνευματικά δικαιώματα

© 2015,.

ALL RIGHTS RESERVED

Παραχώρηση πνευματικών δικαιωμάτων

Παραχωρείται άδεια στο Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών για χρήση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας για τους σκοπούς της Σχολής, καθώς επίσης για εκτύπωση και διάθεση αντιτύπων στο κοινό σε μη κερδοσκοπική βάση στην περίπτωση όπου τα αντίτυπα δεν είναι διαθέσιμα με άλλο τρόπο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Καρκίνος του μαστού – οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στη γυναίκα

Ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες τα τελευταία χρόνια αυξάνεται συνεχώς σε συχνότητα, με επακόλουθο αρκετές επιπτώσεις όπως είναι η μαστεκτομή. Ο σκοπός της παρούσας εργασίας υπήρξε, η διερεύνηση βιβλιογραφικά των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της μαστεκτομής στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού γενικά, περιλαμβάνει πολλαπλές θεραπευτικές διαδικασίες. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας καθορίζεται βασικά από την έκταση της νόσου, την ανάλογη στιγμή της διάγνωσης, καθώς και τη σχετική της επιθετικότητα. Στην μελέτη αυτή, εφαρμόστηκε συστηματική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας και έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων CINAHL, EMBASE, COCHRANE, SCOPUS, MEDLINE και PUBMED με λέξεις κλειδιά: psychology, social, effects, breast, cancer, mastectomy. Μία γυναίκα η οποία έχει χάσει το μαστό της λόγω καρκίνου, έχει υποστεί ένα μεγάλο ψυχικό τραυματισμό, έχει το αίσθημα απώλειας της θηλυκότητά της, ότι δεν είναι επιθυμητή και γενικά αισθάνεται λιγότερο γυναίκα. Η απώλεια της ιδιότητας της θηλυκότητας, της μητρότητας και της σεξουαλικότητας, όπως και η απώλεια του μαστού είναι απολύτως αντιληπτές από τις ασθενείς. Οι απώλειες αυτές αποτελούν μια τραυματική εμπειρία στην οποία, το άγχος και η κατάθλιψη αυξάνονται με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί στην εκ νέου αξιολόγηση της ζωής καθώς και τη μέχρι σήμερα λειτουργία της, όπως και στην απομάκρυνση από το σύζυγό τους. Η αλλαγή της εικόνας του σώματος μετά από μαστεκτομή επηρεάζει αρνητικά τη σεξουαλική λειτουργία της γυναίκας. Επιπρόσθετα ένα ιδιαίτερο και σημαντικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν τα μέλη της οικογένειάς της, καθώς και ο σύζυγος.

SUMMARY

Breast cancer – the psychosocial effects on woman

Breast cancer among women in recent years is increasing in frequency, with resultant several effects such as mastectomy. The purpose of this work was to investigate the effects of psychosocial bibliographic mastectomy in women with breast cancer. The treatment of breast cancer in General, includes multiple therapeutic procedures. The choice of appropriate treatment is determined basically by the extent of the disease, the time of the diagnosis, as well as the relative aggressiveness. In this study, applied systematic review of the research literature and was searching the databases CINAHL, EMBASE, SCOPUS, MEDLINE, COCHRANE and PUBMED with keywords: psychology, social, effects, breast, cancer, mastectomy. A woman who has lost her breast due to cancer, has undergone a great psychic injury, has the feeling of losing her femininity, that is not desirable and generally feels less woman. The property loss of femininity, motherhood and sexuality, as well as the loss of the breast is fully perceived by the patients. These losses constitute a traumatic experience which, anxiety and depression are increased with the result that leads to reassessment of life and until today function as in the removal of their husband. The change of body image after mastectomy negatively affects a woman's sexual function. In addition a special and important role can the family members, including her husband.

Ευχαριστίες

Τελειώνοντας αυτή την προσπάθεια, νιώθω έντονα την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους αυτούς τους ανθρώπους που με τον δικό τους τρόπο συνέβαλαν στη διεκπεραίωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Ειδικότερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ.Μπατσολάκη Μαρία.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελ.

Τίτλος	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Πνευματικά δικαιώματα	ii
Παραχώρηση πνευματικών δικαιωμάτων	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
SUMMARY.....	vi
Ευχαριστίες.....	viii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ	1
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	1
Καρκίνος του μαστού – Ιστορική αναδρομή.....	4
Τύποι καρκίνου του μαστού.....	6
Αιτιολογία - παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού	8
Θεραπευτική Αντιμετώπιση	14
Μαστεκτομή	14
ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ	19
Αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή	19
Ποιότητα ζωής	243
Αυτοεκτίμηση καρκινοπαθούς.....	24
Άγχος - κατάθλιψη	27

Διαζύγιο - οικογενειακή κατάσταση	322
Κοινωνικές σχέσεις.....	35
Αρνητικό αντίκτυπο της γυναίκας στην σεξουαλική της ζωή.....	36
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	41
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	43
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ.....	44
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	543

ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα από τα σύγχρονα προβλήματα υγείας των ανθρώπων και ειδικότερα αυτών που ζούνε στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Αποτελεί το 30% περίπου των νέων κρουσμάτων καρκίνου στις Η.Π.Α. και το 17% των θανάτων που σχετίζονται με καρκίνο (Parker et al., 1997) ενώ αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου στις ηλικίες των 35-45 ετών. Στη βόρεια Ευρώπη και στη βόρεια Αμερική η επίπτωση του καρκίνου του μαστού κυμαίνεται περί τις 100 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος και η διαβίου πιθανότητα νόσησης είναι 1:9 γυναίκες. Στις Η.Π.Α. Φαίνεται ότι υπάρχει διαχρονική αύξηση της επίπτωσης ενώ η θνησιμότητα παραμένει σταθερή. Στις περισσότερες όμως αναπτυσσόμενες χώρες τόσο η θνησιμότητα όσο και η επίπτωση αυξάνουν. Στην Ασία ωστόσο, άγνωστο γιατί, ο επιπολασμός της νόσου είναι αρκετά μικρότερος (Ferlay, 2007).

Το 2006 διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού συνολικά 429.900 ευρωπαϊκές γυναίκες και αυτή η μορφή καρκίνου είναι η πιο κοινή στην Ευρώπη (13,5% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου) (Ferlay, 2007). Το πενήντα της εκατόν των συνολικών περιπτώσεων καρκίνου στο μαστό μπορούν να αποδοθούν σε γνωστούς παράγοντες κινδύνου, κυρίως η παρατεταμένη έκθεση σε ενδογενείς και εξωγενείς γυναικείες ορμόνες (Sasco et al., 2003, Yager, 2006, Lancet, 1996, Lancet, 1997), αλλά και στο αλκοόλ (Hamajima, 2002), την παχυσαρκία και την αύξηση του σωματικού βάρους (Krebs, 2006).

Σύμφωνα με το CDC (Centers for Disease Control and Prevention), επίσης στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το 2009 διαγνώστηκαν 211.731 γυναίκες με καρκίνο του μαστού από τις οποίες οι 40.676 απεβίωσαν. Θεωρείτε ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος στις γυναίκες στις ΗΠΑ με 123.1 ανά 100 χιλιάδες άτομα (CDC, 2009).

Βιβλιογραφία και αρθρογραφία

Εφαρμόστηκε συστηματική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας και έγινε αναζήτηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων CINAHL, EMBASE, COCHRANE, SCOPUS, MEDLINE και PUBMED. Ως τίτλοι αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι όροι και λέξεις κλειδιά: investigation, psychology, social, impact, effects, breast, cancer, patient, mastectomy, nurse, role. Επίσης αναζήτηση έγινε στην ελληνική βάση δεδομένων ΙΑΤΡΟΤΕΚ, στα ελληνικά επιστημονικά περιοδικά «Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά», «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής» και «Νοσηλευτική» με τις λέξεις κλειδιά: διερεύνηση, ψυχολογία, κοινωνικές, επιπτώσεις, μαστός, καρκίνος, ασθενής, νοσηλεύτης, ρόλος, σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς. Προκειμένου να συμπεριληφθεί ένα άρθρο στην παρούσα εργασία έπρεπε να πληρεί συγκεκριμένα κριτήρια εισδοχής και αποκλεισμού όπως:

Κριτήρια εισδοχής:

- § Ο πληθυσμός της μελέτης να είναι ενήλικες ασθενείς με καρκίνο του μαστού και/ή να έκανα μαστεκτομή
- § Τα άρθρα να έχουν διερευνήσει τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού μετά από μαστεκτομή
- § Τα άρθρα να είναι ερευνητικά και έχουν συμπεριληφθεί όλα τα είδη ερευνητικών μεθοδολογιών
- § Τα άρθρα να είναι στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα
- § Επιπρόσθετα, οι ερευνητικές μελέτες, θα έπρεπε να είναι πρωτογενείς πηγές και να είναι έρευνες οι οποίες κατέγραφαν την μέθοδο και χώρα διεξαγωγής, το δείγμα, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματά τους.

Κριτήρια αποκλεισμού:

§ Τα άρθρα που δεν αναφέρονταν ως πλήρη κείμενα

§ Τα άρθρα που δεν αποτελούσαν προϊόν πρωτογενούς έρευνας

Στην πρώτη φάση η αναζήτηση απέδωσε συνολικά 506 τίτλους άρθρων, από τους οποίους απερρίφθησαν 367. Στη δεύτερη φάση μελετήθηκαν προσεκτικά οι περιλήψεις των υπόλοιπων 139 άρθρων.

Από αυτά απερρίφθησαν τα 65 άρθρα σύμφωνα με τα πιο πάνω κριτήρια εισδοχής και αποκλεισμού. Το πλήρες κείμενο για 3 άρθρα, δεν ήταν διαθέσιμο και δεν έγινε εφικτή η πρόσβαση. Στην τρίτη φάση μελετήθηκαν ως πλήρη κείμενα 71 άρθρα. Από αυτά απερρίφθησαν 6 άρθρα από τη μελέτη τους ως πλήρη κείμενα γιατί δεν αφορούσα τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των γυναικών με καρκίνο του μαστού μετά από μαστεκτομή, κατόπι απερρίφθησαν 5 άρθρα ως διπλά άρθρα. Προστέθηκαν 2 άρθρα από μελέτη των καταλόγων βιβλιογραφίας. Στην τέταρτη φάση μπήκαν στην διαδικασία της αξιολόγησης 62 άρθρα, κατόπι απερρίφθησαν 1 διότι μελετούσαν παρεμβάσεις και όχι τις επιπτώσεις. Ο τελικός αριθμός των άρθρων της ανασκόπησης είναι 61.

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση βιβλιογραφικά των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της μαστεκτομής στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Ειδικότερα τις επιπτώσεις της μαστεκτομής στην αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα, το άγχος και τη κατάθλιψη, σε σχέση με το διαζύγιο και την οικογενειακή κατάσταση και τις κοινωνικές σχέσεις των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Στόχοι

Η παρούσα ανασκόπηση αποσκοπεί στη διερεύνηση των πιο κάτω:

Οι παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού

Οι επιπτώσεις της μαστεκτομής στην αυτοεκτίμηση των γυναικών

Το άγχος και η κατάθλιψη μετά από μαστεκτομή

Το διαζύγιο και η οικογενειακή κατάσταση μετά από μαστεκτομή

Οι κοινωνικές επιπτώσεις μετά από μαστεκτομή και

Η οικογενειακή υποστήριξη μετά από μαστεκτομή

Καρκίνος του μαστού – Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία του καρκίνου του μαστού ξεκινά από την εποχή των αρχαίων αιγυπτίων οι οποίοι περιγράφουν αρκετά περιστατικά καρκίνων του μαστού που αντιμετωπίζονταν μάλιστα με καυτηριασμό. Ο πατέρας της ιστορίας Ηρόδοτος (5^{ος} αιώνας π.Χ.), ήταν από τους πρώτους που είχαν καταγράψει περιστατικά καρκίνου του μαστού, αναφέροντας ότι η Άτοσα, η οποία ήταν η μητέρα του Πέρση βασιλιά Δαρείου, είχε εμφανή όγκο στο μαστό της. Επιπρόσθετα ο Ιπποκράτης, (460-377 π.Χ.) ο οποίος θεωρείται ο μεγαλύτερος ιατρός της αρχαιότητας θέλοντας να περιγράψει όγκους όχι αποκλειστικά στους μαστούς, αλλά σε διάφορα σημεία του σώματος χρησιμοποίησε πρώτος τους όρους “καρκίνος” και “καρκίνωμα” ενώ ταυτόχρονα υποστήριζε ότι οι όγκοι με εξωτερικό έλκος μπορούσαν θεραπευτικά να αντιμετωπιστούν με χειρουργική επέμβαση. Γενικότερα όμως, πίστευε ότι οι ασθενείς με καρκίνο ήταν πολύ δύσκολο έως αδύνατο να θεραπευτούν και ότι οι ασθενείς ζούσαν περισσότερα χρόνια όταν δεν εφαρμοζόταν καμιά θεραπεία για τον καρκίνο. Επίσης άξια αναφοράς είναι οι απεικονίσεις μαστών που βρέθηκαν σε διάφορα Ασκληπιεία, σύμφωνα με αφιερώματα του 4^{ου} αιώνα π.Χ.. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ‘ότι οι παθήσεις του στήθους είχαν μεγάλη έξαρση εκείνη την εποχή (Malliou et al., 2006, Ρουσάκη, 2006).

Ακόμη ο Κέλσος τον 1^ο αιώνα μ.Χ. κατά τη διάρκεια της καταγραφής των συμπτωμάτων και γενικά της κλινικής εικόνας του καρκίνου του μαστού παρατηρεί την διόγκωση των λεμφαδένων, αποδίδοντας έτσι την μοναδική μέχρι τότε στείρωση της νόσου. Επιπρόσθετα ο Λεωνίδης ο Αλεξανδρινός το 180

μ.Χ. θεωρείται ο πρώτος ο οποίος περιέγραψε λεπτομερώς χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής η οποία ακολουθείτο από καυτηριασμό για τη πρόληψη της αιμορραγίας. Οι χειρουργικές επεμβάσεις της μαστεκτομής όμως, φαίνεται να είχαν ξεκινήσει από την εποχή του Ιπποκράτη αλλά δεν υπάρχει οποιαδήποτε άλλη αναλυτική περιγραφή της διαδικασίας. Εκείνη την εποχή ο Γαληνός αναφέρει ότι στα πρώιμα στάδια του καρκίνου του μαστού είναι προτιμότερη μια συντηρητική θεραπεία ενώ η μαστεκτομή θεωρείται απαραίτητη μόνο όταν ο όγκος μεταβληθεί σε μάζα. Ακόμη αρκετές αναφορές τον 3^{ov} αιώνα μ.Χ. λένε ότι οι άγιοι Ανάργυροι, ο Κοσμάς και ο Δαμιανός μπορούσαν να θεραπεύσουν αρκετές ασθένειες συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του μαστού (Ρουσάκη, 2006, Cortesi et al., 2006).

Ο Παύλος ο Αιγινήτης γύρω στο 670 μ.Χ. ήταν ο πρώτος ο οποίος περιέγραψε ογκεκτομή, δηλαδή εγχείρηση χωρίς την ολική αφαίρεση του μαστού. Εν κατακλείδι, ο καρκίνος του μαστού είχε μελετηθεί εκτενώς από τους γιατρού του Βυζαντίου και της Αρχαίας Ελλάδας. Αρκετοί μάλιστα ιστορικοί υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού, τόσο λόγω της συχνότητάς του όσο και της επιφανειακής θέσης του απετέλεσε το πρότυπο της μελέτης των κακοήθων παθήσεων (Ρουσάκη, 2006).

Ιστορικά ο Χάλστεντ θεωρείται ο σημαντικότερος χειρουργός στη μακρά ιστορία του καρκίνου του μαστού αφού ήταν αυτός που το 1881 πραγματοποίησε την πρώτη ολική μαστεκτομή, που πήρε το όνομά του, (μαστεκτομή κατά Χάλστεντ) και περιελάμβανε ευρεία εκτομή του όγκου, αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, αφαίρεση του μείζονος θωρακικού μυός, αφαίρεση όλων των ιστών που βρίσκονται γύρω από τις περιοχές ανάπτυξης του όγκου, καθώς και θεραπεία της περιοχής με δερματικά μοσχεύματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μαστεκτομή κατά Χάλστεντ αποτέλεσε την πρωταρχική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, για ένα περίπου αιώνα. Αργότερα η επέμβαση κατά Χάλστεντ σταδιακά αποσύρθηκε, λόγω ορισμένων προβλημάτων που παρουσίασε και αντικαταστάθηκε από άλλες πιο σύγχρονες μεθόδους (Κούκουρας, 2012).

Τύποι καρκίνου του μαστού

Ο όρος «**καρκίνος του μαστού**» αναφέρεται στη νοσηρή ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην ευρύτερη περιοχή του μαστού. Αποτελεί μία από τις συχνές εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο, πρώτη σε αριθμό κρουσμάτων μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού ηλικίας 40 ετών και άνω, ιδιαίτερα στο δυτικό κόσμο. Ο καρκίνος του μαστού, και οι διάφορες μορφές του, προκαλούνται κυρίως από τον συνεχή, άναρχο και αφύσικο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων στους ιστούς του σώματος, που προκαλούν την δημιουργία κακοήθους όγκου στην ευρύτερη περιοχή του μαστού. Όπως και κάθε κακοήθης νεοπλασία έτσι και ο καρκίνος του μαστού, αποτελεί ουσιαστικά μια κυτταρική νόσο. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα διήθησης - διείσδυσης δηλαδή σε γειτονικούς ιστούς - και συνεπώς είναι σε θέση να επεκταθούν και να προκαλέσουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα με σοβαρές βλαπτικές συνέπειες στη λειτουργία του οργανισμού (<http://www.imaginis.com>, 2002).

Επιπρόσθετα ο καρκίνος του μαστού αποτελεί, τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου μεταξύ των Ευρωπαϊκών γυναικών αλλά και την πρώτη μεταξύ καρκινοπαθών (Rogers & Kristjanson, 2002). Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ευρώπη εμφανίζονται 180.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού κάθε χρόνο (Dobbs, 2000).

Η εμφάνιση της νόσου σε άντρες, μπορεί να είναι σπάνια αλλά όχι άγνωστη. Όσον αφορά τις γυναίκες, ουσιαστικά όλες διατρέχουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, όχι όμως στον ίδιο βαθμό. Κάποια στατιστικά στοιχεία που αφορούν την εμφάνιση των κρουσμάτων είναι αρκετά διαφωτιστικά. Ο καρκίνος του μαστού σύμφωνα, με τη Διεθνή Έκθεση για τις καρκινικές νόσους που παρουσιάστηκε στη Γενεύη της Ελβετίας τον Απρίλιο του 2003 από τον *IARC (International Agency for Research on Cancer)*, αποτελεί την πιο κοινή μορφή καρκίνου στο γυναικείο πληθυσμό, με περίπου 1.000.000 νέα κρούσματα παγκοσμίως. Πιο συγκεκριμένα, στις Η.Π.Α. τα κρούσματα της νόσου ξεπερνούν τα 200.000 ετησίως, ενώ στην Ελλάδα διαγιγνώσκονται περίπου 4.500 γυναίκες με καρκίνου του μαστού ετησίως. Υπολογίζεται (βάσει στοιχείων του έτους 2002)

ότι 1 στις 8 γυναίκες στην Αμερική και 1 στις 9 στην Ευρώπη θα νοσήσει από κακοήγη μαστική νεοπλασία κάποια στιγμή στη ζωής της.

Ο καρκίνος στο μαζικό αδένα : δυνατόν να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε από τα στοιχεία που τον απαρτίζουν, αφού η κακοήθεια μπορεί να αναπτυχθεί είτε στον συνδετικό ιστό, είτε στον ιστό των γαλακτοφόρων πόρων, είτε στα αδενικά κύτταρα των λοβών. Ο συχνότερος καρκίνος του μαστού σε ποσοστό περίπου 70-80% είναι το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα ενώ υπάρχουν και άλλοι τύποι καρκίνου του μαστού οι οποίοι θεωρούνται λιγότερο συχνά εμφανιζόμενοι (American Cancer Society, 2008).

Το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων (IDC): αρχίζει μέσα από τους γαλακτοφόρους πόρους του μαστού και διεισδύει στο τοίχωμα του πόρου, διηθώντας με αυτό τον τρόπο το λιπώδη ιστό του μαστού και πιθανόν άλλες περιοχές του σώματος. Το εν λόγω καρκίνωμα αντιστοιχεί στο 80% των διαγνώσεων καρκίνου του μαστού (American Cancer Society, 2008).

Το Λοβιώδες καρκίνωμα (LCIS): Προσβάλλει τους γαλακτοφόρους αδένες (λόβια) του μαστού κυρίως λόγω της μεγάλης αύξησης του αριθμού των κυττάρων. Οι ασθενείς με LCIS επιβάλλεται να παρακολουθούνται στενά κάθε τέσσερις μήνες με πραγματοποίηση κλινικής εξέτασης του μαστού από το γιατρό, επιπρόσθετα της ετήσιας μαστογραφίας (American Cancer Society, 2008).

Καρκίνωμα των πόρων (DCIS): Σε αυτό τον τύπο καρκίνου, τα κύτταρα περιορίζονται στους πόρους του μαστού. Το DCIS συχνά ανακαλύπτεται αρχικά στη μαστογραφία με τη μορφή μικροεπασβεστώσεων (μικρών εναποθέσεων ασβεστίου). Έχει πολύ καλή πρόγνωση σε πρώιμη ανίχνευση αφού η επιβίωση είναι περίπου 100% (American Cancer Society, 2008).

Διηθητικό λοβιώδες καρκίνωμα (ILC): Σε αυτό τον τύπο καρκίνου η ανάπτυξη των κυττάρων αρχίζει μέσα στους γαλακτοφόρους αδένες (λόβια) του μαστού, αλλά συχνά μπορεί να εξαπλώνεται και σε άλλες περιοχές του σώματος. Το ILC αντιστοιχεί στο 10-15% των διαγνώσεων καρκίνου του μαστού (American Cancer Society, 2008).

Μυελοειδές καρκίνωμα: η μορφή αυτή του καρκίνου του μαστού θεωρείται λιγότερο συχνή και αποτελεί διηθητικό καρκίνο του μαστού που σχηματίζει σαφές όριο μεταξύ του ιστού του όγκου και του φυσιολογικού ιστού. Αποτελεί περίπου το 6% όλων των καρκίνων του μαστού, με καλύτερη πρόγνωση από εκείνη των διηθητικών καρκίνων (American Cancer Society, 2008).

Βλεννώδες καρκίνωμα: Αυτός ο τύπος καρκίνου σχηματίζεται από τα βλεννοπαραγωγά καρκινικά κύτταρα. και αποτελεί περίπου το 5% των καρκινωμάτων του μαστού και εμφανίζεται χαρακτηριστικά σε ηλικιωμένες γυναίκες. Συνδέεται με καλύτερη πρόγνωση από τα πορογενή καρκινώματα (American Cancer Society, 2008).

Θηλώδες καρκίνωμα: θεωρείται εξαιρετικά σπάνιος καρκίνος και μπορεί να είναι διηθητικός ή και όχι (American Cancer Society, 2008).

Φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού: Πρόκειται για ένα πολύ σπάνιο και πολύ επιθετικό καρκίνο του μαστού, για τον λόγο ότι, όταν διαγνωστεί είναι ήδη σε ιδιαίτερα προχωρημένη μορφή με συνεπακόλουθο την πολύ κακή πρόγνωση. Η κλινική εικόνα που παρουσιάζει είναι, διόγκωση του μαστού, εξέρυθρο και θερμό δέρμα. Το δέρμα διηθείται από τα καρκινικά κύτταρα μέσω των λεμφικών αγγείων και δίδεται η κλινική εικόνα φλεγμονής. Στην πραγματικότητα όμως δεν υπάρχει φλεγμονή αλλά ούτε και εμφανής περιγεγραμμένος όγκος (Harvard Medical School, 2005). Έτσι εάν μετά από θεραπεία η φλεγμονή δεν υποχωρεί, η διάγνωση πραγματοποιείται με βιοψία. (Wiechmann & Kuerer, 2008).

Αιτιολογία - παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού

Τα αίτια που προκαλούν καρκίνο του μαστού δεν είναι γνωστά. Είναι όμως γνωστοί πολλοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την εμφάνιση της νόσου. Σύμφωνα με την American Cancer Society (2008) οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι οι ακόλουθοι: η ηλικία, το φύλο, οι γεωγραφικές διαφορές, το ιστορικό με καρκίνο του μαστού, το ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου ή των ωοθηκών, η γενετική προδιάθεση, η κληρονομικότητα, το κάπνισμα, οι διατροφικοί παράγοντες, η έκθεση σε οιστρογόνα, η τεκνοποίηση, η ακτινοβολία και η κυστική μαστοπάθεια. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο

συχνό καρκίνο και τη δεύτερη αιτία θανάτου στο γυναικείο πληθυσμό μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα (Greenlee et al., 2000).

Ηλικία: Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την ηλικία. Οι περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζονται μετά από την ηλικία των 45 ετών. Ποιο συγκεκριμένα, ο καρκίνος του μαστού στις ηλικίες κάτω των 30 ετών είναι εξαιρετικά σπάνιος ενώ η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 58 έτη. Ενδεικτικά ο ετήσιος κίνδυνος εμφάνισης στην ηλικία των 30 ετών είναι 1:6000 ενώ στην ηλικία των 80 ετών είναι μόνο 1:250 (American Cancer Society, 2008).

Φύλο: Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται εκατό φορές πιο συχνά στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (1:100) (Κωνσταντινίδης, 2006)

Γεωγραφικές διαφορές: Οι γυναίκες που ζουν στη Βόρεια Αμερική και τη Βόρεια Ευρώπη παρουσιάζουν ψηλό κίνδυνο για εμφάνιση της νόσου, οι γυναίκες που ζουν στη Νότια Αμερική και τη Νότια Ευρώπη παρουσιάζουν ενδιάμεσο κίνδυνο, ενώ χαμηλού κινδύνου είναι οι γυναίκες που ζουν στην Ασία και την Αφρική. Οι μαύρες γυναίκες έχουν σημαντικά μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού, πιθανό λόγω πολλαπλών κυήσεων και τοκετών σε νεαρή ηλικία. Οι ίδιες όμως γυναίκες, έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας ενδεχομένως λόγω, καθυστερημένης διάγνωσης και ανεπαρκούς θεραπείας. Αυτό οφείλεται κυρίως, στην χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και στο χαμηλό βιοτικό επίπεδο (American Cancer Society, 2008).

Ιστορικό καρκίνου του μαστού: Γυναίκες οι οποίες έχουν ιστορικό καρκίνου, στον ένα μαστό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο και στον άλλο μαστό. Ποιο συγκεκριμένα ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου στον υγιές μαστό μετά από κάποιο χρονικό διάστημα είναι, 4-5 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο που διατρέχει ο γενικός πληθυσμός (Κωνσταντινίδης, 2006). Επίσης, οι πιθανότητες εμφάνισης μετά-χρονου καρκίνου στον άλλο μαστό αυξάνονται περισσότερο σε κληρονομικές περιπτώσεις με μεταλλάξεις των γονιδίων BCRA1 (Breast Cancer gene one) και BCRA2 (Breast Cancer gene two) καθώς και σε λοβιακά καρκινώματα (Robson et al., 1998).

Ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου ή των ωοθηκών: Μια γυναίκα με ιστορικό αδενοκαρκινώματος του ενδομητρίου έχει περισσότερες πιθανότητες να

αναπτύξει καρκίνου του μαστού. Επίσης, αυξημένες πιθανότητες έχουν και οι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών ή του ενδομητρίου που μπορεί να έχουν λάβει ορμόνες ή να έχουν μετάλλαξη στο BRCA1 ή BRCA2 γονίδιο (Κωνσταντινίδης, 2006).

Γενετική προδιάθεση: Σήμερα, υπάρχει η δυνατότητα να ανιχνευθεί στο εργαστήριο η ύπαρξη των BCRA1 και BCRA2 μεταλλάξεων. Οι γονιδιακές αυτές μεταλλάξεις, συνοδεύονται από κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού με ποσοστό 50-85%. Η παρουσία τους μπορεί να αποτελεί εξήγηση για τις κληρονομικές μορφές καρκίνου καθώς και για το 1% των συνολικών περιπτώσεων εμφάνισης της νόσου (Ford et al., 1994).

Η κληρονομικότητα: Οι γυναίκες που έχουν κάποιο συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή, κόρη) με καρκίνο του μαστού τότε διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο 1.5 έως 3 φορές μεγαλύτερο. Σε περίπτωση που έχουν περισσότερες από μία συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού τότε ο κίνδυνος αυξάνεται ακόμα περισσότερο. Επίσης, ο κίνδυνος μεγαλώνει σε περίπτωση που οι συγγενείς του πρώτου βαθμού έχουν προσβληθεί με την νόσο σε νεαρή ηλικία ή σε περίπτωση ανάπτυξης της προεμμηνόπαυσιακά ή και σε περιπτώσεις που ο καρκίνος ήταν και στους δύο μαστούς (αμφοτερόπλευρα). Στις περιπτώσεις εμφάνισης του καρκίνου αμφοτερόπλευρα, ο κίνδυνος είναι 5 φορές μεγαλύτερος ενώ στις περιπτώσεις που ο καρκίνος του μαστού έχει εμφανιστεί αμφοτερόπλευρα πριν από την εμμηνόπαυση ο κίνδυνος είναι 9 φορές μεγαλύτερος (Onland-Moret et al., 2003) (Ottman et al., 1983).

Κάπνισμα: Σε μια έρευνα βασισμένη σε 78.206 γυναίκες οι οποίες παρακολουθούνταν από το 1982 μέχρι το 1996, αποδεικνύεται ότι υπάρχει μια μικρή αύξηση του κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που είχαν αρχίσει το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία (πριν τα 17 έτη) (Egan et al., 2002).

Διατροφικοί παράγοντες: Η δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε ζωικά λίπη ή ζωικές πρωτεΐνες, η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος και η παχυσαρκία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες αυξημένου κινδύνου εκδήλωσης της νόσου. Ως προστασία συνιστάται τροφή πλούσια σε φυτικές ίνες, φρούτα και λαχανικά, καθώς και η απώλεια βάρους (Park et al., 2009). Η αύξηση του σωματικού βάρους (παχυσαρκία) μετά την ηλικία των 18 ετών καθώς και αυξημένη

πρόσληψη διατροφικού λίπους έχει αποδέκτη πως αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μετεμμηνοπαυσιακά, γεγονός το οποίο πιθανότατα έχει να κάνει με την αυξημένη σύνθεση οιστρογόνων στο λιπώδη ιστό (Hunter et al., 1996). Τα υπάρχοντα δεδομένα είναι μάλλον αλληλοσυγκρουόμενα. Αυτό βασίζεται σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Ελληνίδες, η οποία έδειξε πως σε αυξημένη διαιτητική πρόσληψη λίπους, δεν προκύπτει αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Επίσης η κατανάλωση μεγάλων ή ακόμη και μέτριων ποσοτήτων αλκοόλ έχει θετική συσχέτιση με την εμφάνιση καρκίνου (Katsouyanni et al., 2005).

Ακτινοβολία: Αρκετές έρευνες αναφέρουν ότι η έκθεση σε υψηλές δόσεις ακτινοβολίας στην περιοχή των μαστών/θώρακα κατά την παιδική ηλικία είτε για θεραπευτικούς είτε για διαγνωστικούς λόγους αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, όπως και το ιστορικό έκθεσης σε ιοντίζουσα ακτινοβολία (Katsouyanni et al 2005). Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η ακτινοβολία που δέχεται η γυναίκα μετά από μαστογραφία είναι άνευ σημασίας λόγω της πολύ χαμηλής ισχύς (Ρουσάκη 2006, Λάγιου 2008)

Έκθεση σε οιστρογόνα: Τα οιστρογόνα είναι ειδικές ορμόνες οι οποίες ελέγχουν τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου, όπως είναι και η ανάπτυξη των μαστών. Η παραγωγή των οιστρογόνων στον οργανισμό μιας γυναίκας ελαττώνεται με την εμμηνόπαυση. Επομένως οι γυναίκες που είχαν την πρώτη τους περίοδο σε πολύ νεαρή ηλικία (κάτω των 12 ετών) ή είχαν εμμηνόπαυση σε μεγάλη ηλικία (πάνω των 50 ετών) έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν την νόσο γιατί τα κύτταρα των μαστών τους έχουν εκτεθεί σε οιστρογόνα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Επομένως είναι αυτονόητο ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που χρησιμοποιούν για οποιονδήποτε λόγο οιστρογόνα πρέπει να υπόκεινται σε τακτική παρακολούθηση των μαστών (Onland - Moret et al., 2003). Επίσης, γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει ή που η πρώτη τους εγκυμοσύνη έλαβε χώρα μετά το 30^{ov} έτος της ηλικίας τους, έχουν 3 με 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο. (Rosner et al., 2002). Το αντίθετο ισχύει για το μητρικό θηλασμό ο οποίος μειώνει τον κίνδυνο, και είναι λογικό αφού όπως αναφέραμε, αποτελεί μια περίοδο οιστρογονοανεπάρκειας (Furberg et al., 1999). Όσον αφορά στα εξωγενώς χορηγούμενα οιστρογόνα, αυτά σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου και μάλιστα ανάλογη του χρονικού

διαστήματος λήψης των ορμονών. Ο μηχανισμός με τον οποίο τα οιστρογόνα επάγουν την καρκινογένεση, είναι μέσω διέγερσης αυξητικών παραγόντων όπως ο TGF-α. Δεν έχει διαπιστωθεί ανάλογη σχέση με τη λήψη αντισυλληπτικών σκευασμάτων ενώ πιστεύεται ότι η καταστολή της λειτουργίας των ωοθηκών έχει, αντιθέτως, προστατευτικό ρόλο (Colditz et al., 1995, Schairer et al., 2000). Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, πιστεύεται ότι η επιβάρυνση του χρόνου ζωής των οιστρογόνων είναι η κύρια αιτία του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, δεν υπάρχει επιστημονική συναίνεση σχετικά με το τι επηρεάζει τα επίπεδα των οιστρογόνων, είτε αυτά οφείλονται σε προσωπικούς είτε σε δημογραφικούς παράγοντες και κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να εξηγηθεί το μεγαλύτερο μέρος της μεταβολής των κινδύνων αυτών στο εσωτερικό του οργανισμού αλλά και μεταξύ των κοινωνιών (Lancet 2002) (Feigelson et al., 1996).

Η τεκνοποίηση: Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των κυήσεων μίας γυναίκας τόσο μειώνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου. Επίσης, η πρώτη κύηση σε μικρή ηλικία (γύρω στα 20 έτη) θεωρείται προστατευτικός παράγοντας ενάντια στην νόσο. Αντίθετα, οι γυναίκες που ποτέ δεν γέννησαν ή που έχουν τακτοποίηση σε αρκετά μεγάλη ηλικία (μετά τα 30 έτη) έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες που δεν είχαν ποτέ τελειόμηνη εγκυμοσύνη διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού (American Cancer Society, 2008).

Η κυστική μαστοπάθεια: Θεωρείται ένας από τους πιο ισχυρούς προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Μετά από σειρά ετών παρακολούθησης γυναικών με διάφορες αλλοιώσεις μαστοπάθειας έχει ανευρεθεί συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε ποσοστό από 3 έως 5 φορές μεγαλύτερη από το γενικό πληθυσμό. Οι υπερπλαστικές και οι ιδιαίτερα μεγάλοι μεγέθους κύστεις αποτελούν τις αλλοιώσεις εκείνες που ενοχοποιούνται ως προκαρκινωματώδες στάδιο. Η παρουσία στο μαζικό αδένιο αλλοιώσεων, του τύπου της άτυπης επιθηλιακής υπερπλασίας, ή η παρουσία θηλωμάτων (πολλαπλών, προερχόμενων από την τελική πορολοβιακή μονάδα), ιδίως σε γυναίκες με θετικό οικογενειακό ιστορικό, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Κάτι τέτοιο δεν έχει τεκμηριωθεί για τις ινοκυστικές αλλοιώσεις του μαστού που σε καμιά περίπτωση δε θεωρούνται προκαρκινωματώδης κατάσταση (Santen et al., 2005).

Συγκεντρωτικά, οι παράγοντες κινδύνου παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα, όπου και διακρίνονται σε αυτούς με πολύ αυξημένο, μέτρια και ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο (Atlas of breast cancer, Daniel F Hayes).

Πίνακας 1 : Συγκεντρωτικά, οι παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού

Πολύ αυξημένος κίνδυνος (σχετικός κίνδυνος πάνω από 4φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού)	Μέτρια αυξημένος κίνδυνος (2-4 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού)	Ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος (1-2 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού)
Φύλο	Συγγενής πρώτου βαθμού με ιστορικό καρκίνου του μαστού	Μέτρια κατανάλωση αλκοόλ
Ηλικία > 50	Υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο	Πρώιμη εμμηναρχή (<12 ετών)
Γέννηση σε χώρα Βόρειας Αμερικής ή Βόρειας Ευρώπης	Παρατεταμένη, χωρίς διακοπή, περίοδος εμμηνορυσίας (άτοκες, γυναίκες με καθυστερημένη πρώτη εγκυμοσύνη)	Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης μετεμμηνοπαυσιακά
Ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού	Μετεμμηνοπαυσιακή παχυσαρκία.	Παρουσία επιθηλιακής υπερπλασίας του μαζικού αδένου, χωρίς ατυπία

Οικογενειακό ιστορικό αμφοτερόπλευρου, προεμμηνοπαυσιακού ή ιογενούς καρκίνου	Ατομικό ιστορικό καρκινώματος ενδομητρίου ή ωοθηκών	Λήψη από του στόματος αντισυλληπτικών
Κληρονομική γενετική ευπάθεια (BCRA1,2)	Αλλοιώσεις του τύπου της επιθηλιακής υπερπλασίας με ατυπία	Δίαιτα

Πηγή (Greenlee et al., 2000)

Σύμφωνα με μελέτες ο καρκίνος του μαστού είναι η κύρια αιτία της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου και θανάτου από καρκίνο μεταξύ των γυναικών ανά το παγκόσμιο (Bray et al., 2004, Althuis et al., 2005). Υπάρχει επίσης μια μεγάλη διεθνής διακύμανση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, με τον υψηλότερο κίνδυνο στις πιο βιομηχανοποιημένες χώρες και χαμηλότερη στις λιγότερο βιομηχανοποιημένες χώρες (Parkin & Fernandez 2006).

Ορισμένες από τις διεθνείς διακυμάνσεις οφείλονται στις διαφορές των γνωστών παραγόντων κινδύνου, αλλά οι αναλύσεις που έχουν γίνει για να υπολογίσουν το ποσοστό των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού, έχουν αιτιολογηθεί από τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου και εκτιμάται ότι αυτό το ποσοστό είναι μικρότερο του 50% (Madigan 1998). Οι Nagata et al., (1999) ερεύνησαν την χρονολογική εξέλιξη στους τέσσερεις αναπαραγωγικούς παράγοντες στην Ιαπωνία (μεταξύ 1959 – 1987) και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού ήταν μικρότερη από 40%, η οποία συχνότητα θα μπορούσε να εξηγηθεί από τους παράγοντες κινδύνου.

Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού γενικά, περιλαμβάνει πολλαπλές θεραπευτικές διαδικασίες. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας καθορίζεται

βασικά από την έκταση της νόσου την ανάλογη στιγμή της διάγνωσης καθώς και τη σχετική της επιθετικότητα. Ο συνήθης στόχος της θεραπείας είναι η καταπολέμηση ή αφαίρεση του όγκου και η χρήση επικουρικών θεραπειών ούτως ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος επανεμφάνισης της νόσου (Φωτόπουλος 2006). Γενικά, οι θεραπείες κατά του καρκίνου του μαστού εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου και συνήθως εμπίπτουν στις παρακάτω κατηγορίες:

Εγχείριση: Οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού υποβάλλονται σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση (μαστεκτομή ή ογκεκτομή) ούτως ώστε να αφαιρεθεί ο καρκινικός ιστός. Το είδος της χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από το μέγεθος και την εξάπλωση του όγκου, αφού μπορεί να χρειαστεί να αφαιρεθεί τμήμα ή ακόμα και ολόκληρος ο μαστός. Συχνά είναι πολύ σημαντικό, η χειρουργική αφαίρεση του παθόντος μαστού ή του όγκου να συνοδεύεται και από αφαίρεση ορισμένων λεμφαδένων της μασχαλιαίας περιοχής ούτως ώστε να εξακριβωθεί αν έχουν προσβληθεί από τη νόσο (Φωτόπουλος, 2006).

Χημειοθεραπεία: Περιλαμβάνει, μια ειδική φαρμακευτική αγωγή, η οποία χορηγείτε είτε από το στόμα είτε ενδοφλέβια, για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα ή να εμποδίσει την ανάπτυξή τους. Το φάρμακο όταν εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος, βοηθάει ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου που έχει ήδη εξαπλωθεί (μεταστατικός καρκίνος του μαστού). Οι περισσότεροι τύποι καρκίνου, αντιμετωπίζονται με ένα συνδυασμό κυτταροτοξικών φαρμάκων, τα οποία έχουν το καθένα ελαφρώς διαφορετικό μηχανισμό δράσης. Λόγο του ότι, τα καρκινικά κύτταρα πιθανό να είναι ανθεκτικά σε ένα συγκεκριμένο κυτταροτοξικό φάρμακο για την εξάλειψή τους, τότε μερικές φορές είναι απαραίτητη ανάγκη η χρήση ενός δεύτερου φάρμακου με διαφορετικό μηχανισμό δράσης, ή ακόμα και η συνδυασμένη δράση δύο ή περισσότερων κυτταροτοξικών παραγόντων (Φωτόπουλος, 2006).

Επικουρική Θεραπεία: Ακόμη και σε αρχικά στάδια καρκίνου, αρκετοί γιατροί πιστεύουν πως υπάρχει η πιθανότητα μετάστασης, δηλαδή, κάποια καρκινικά κύτταρα να αποσπαστούν από τον κύριο όγκο και να εξαπλωθούν σε άλλα όργανα ή στα κόκκαλα. Τα κύτταρα αυτά δεν προκαλούν κάποιο συγκεκριμένο σύμπτωμα και δεν μπορούν να εντοπιστούν με παραδοσιακές τεχνικές

απεικόνισης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι γιατροί να προτείνουν την προληπτική χημειοθεραπευτική αγωγή για την εξάλειψή τους. Αυτού του είδους η θεραπεία δεν έχει ως κύριο σκοπό την μείωση του όγκου αλλά την μείωση των υποτροπών (Φωτόπουλος, 2006).

Ακτινοθεραπεία: Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτίνες υψηλής ενέργειας για να καταστρέψει ή να συρρικνώσει τα καρκινικά κύτταρα. Η θεραπεία αυτή έχει ως σκοπό, να σκοτώσει μικροσκοπικές εστίες που παραμένουν στο μαστό ο οποίος δεν αφαιρέθηκε και έτσι να αποτρέψει σημαντικά την πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου. Ποιο συγκεκριμένα, ο κίνδυνος επανεμφάνισης μειώνεται κατά ένα τρίτο σε σχέση με το αν δεν είχε γίνει η ακτινοθεραπεία (Harvard Medical School, 2005).

Η ακτινοθεραπεία σαν ενέργεια επιδρά στο DNA, χτυπώντας τόσο τα καρκινικά κύτταρα όσο και με τα υγιή και επιφέροντας κάποιες βιολογικές αλλαγές σε αυτά. Έτσι τα κύτταρα εκτρέπονται από τη φυσιολογική τους μορφή και πεθαίνουν. Αυτό όμως είναι περισσότερο ωφέλιμο παρά ζημιογόνο αφού η ζημιά που προκαλείται στα καρκινικά κύτταρα είναι πιο μεγάλη από τη ζημιά που προκαλείται στα υγιή κύτταρα, η οποία είναι επανορθώσιμη και σε ελάχιστες των περιπτώσεων αφήνει μόνιμη βλάβη στο σώμα της γυναίκας. Εν ολίγοις είναι μια θεραπεία καλά ανεκτή, με ήπιες αντιδράσεις στη διάρκεια της χορήγησής της (Φωτόπουλος, 2006).

Ορμονοθεραπεία: Αυτό το είδος θεραπείας δίνεται για την θεραπεία καρκίνου του μαστού που είναι θετικός σε ορμονικούς υποδοχείς. Όπως έχει αναφερθεί τα οιστρογόνα είναι ορμόνες που σε κάποιες γυναίκες δύνανται να προωθήσουν την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Επομένως η ορμονοθεραπεία εμποδίζει τα ορμονοευαίσθητα καρκινικά κύτταρα να προμηθευτούν τις ορμόνες που χρειάζονται (οιστρογόνα) για να αναπτυχθούν, ορισμένα φάρμακα εμποδίζουν άμεσα την δράση των οιστρογόνων στα καρκινικά κύτταρα, ενώ κάποια άλλα, όπως οι αναστολείς της αρωματάσης, αναστέλλουν την παραγωγή τους (Φωτόπουλος, 2006).

Στοχευόμενη Θεραπεία: Τα νεότερα φάρμακα, επιτίθενται με μεγαλύτερη ακρίβεια σε συγκεκριμένους μοριακούς στόχους των καρκινικών κυττάρων. Εστί τα φάρμακα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά χωρίς να επηρεάζουν πολύ τους

φυσιολογικούς ιστούς, άρα συνήθως έχουν λιγότερες παρενέργειες (American Cancer Society, 2008).

Λόγω του ότι, τα τελευταία χρόνια η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού συνεχώς αυξάνετε, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις των ασθενών συνεχώς ανανεώνονται με νέα δεδομένα και μεθόδους. Όπως έχει προαναφερθεί, μια από τη θεραπευτική επιλογή αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού είναι η χειρουργική επέμβαση (μαστεκτομή ή ογκεκτομή).

Μαστεκτομή

Ως μαστεκτομή ορίζετε, ο ιατρικός όρος για τη χειρουργική αφαίρεση του ενός ή και των δύο μαστών, εν μέρει ή και πλήρως συνήθως για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η μαστεκτομή , αποτέλεσε την αρχαιότερη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Ο Halsted χαρακτηρίζετε, ως η αφετηρία για πολλές χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόζονται μέχρι σήμερα στον καρκίνο του μαστού, αφού ήταν ο πρώτος που εφάρμοσε την τεχνική της ολικής μαστεκτομής. Ο τύπος της επέμβασης που θα επιλεγεί εξαρτάται από την ηλικία, την θέση του όγκου, από το μέγεθος του όγκου, από την έκταση της εξάπλωσης του καρκίνου και την κατάσταση της υγείας της γυναίκας. Όπως περιγράφετε και πιο κάτω, η μαστεκτομή σήμερα μπορεί να είναι απλή, μερική, ριζική ή τροποποιημένη ριζική (Morrow, 2001) (Haagensen, 1984).

Απλή μαστεκτομή: είναι η αφαίρεση μόνο του στήθους. Η συγκεκριμένη τεχνική, αποτελεί μια χειρουργική μέθοδο που χρησιμοποιείτε στον καρκίνο του μαστού κατά την οποία αφαιρείται ο μαστικός αδένας και η θηλή ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες. Χρησιμοποιείται κυρίως σε διάχυτα μη διηθητικά καρκινώματα ή σε περιπτώσεις που η επέμβαση δεν γίνεται με σκοπό την ίαση αλλά για την καθαριότητα της περιοχής, στις περιπτώσεις που έχει αναπτυχθεί τοπικά εκτεταμένος καρκίνος και στις περιπτώσεις που μία ριζικότερη επέμβαση δεν έχει νόημα. Η μέθοδος αυτή από μόνη της κρίνεται ως ανεπαρκής για παροχή ιδανικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού , και για αυτό τον λόγο, συνήθως συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (Πινακίδης & Μπούτης, 1993).

Μερική μαστεκτομή: Στόχος της μερικής μαστεκτομής είναι η διάσωση του προσβεβλημένου μαστού. Η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται για την αφαίρεση μόνο του καρκινικού τμήματος του μαστού μαζί με το δέρμα, για λεμφογαγγλιακό καθαρισμό της μασχάλης, καθώς και σε περιπτώσεις όπου ο όγκος του μαστού έχει μέγεθος 2 εκατοστά ή και πιο λίγο. Παρόλο που θεωρείται μια επιτυχημένη μέθοδος, ένα μειονέκτημα είναι ο μετεγχειρητικός φόβος για την ύπαρξη υπολειπόμενων καρκινικών ιστών στο μαστό, γεγονός που κάνει επιτακτική την ανάγκη συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας (Morrow, 2001).

Ριζική μαστεκτομή: Σε αυτό το τύπο επέμβασης, επιδιώκεται η αφαίρεση του μαζικού αδένου, μαζί με τους θωρακικούς μύες, το περιεχόμενο της μασχαλιαίας κοιλότητας, το δέρμα και την θηλή. Η ριζική μαστεκτομή εφαρμόζεται συνήθως, σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή για μόνο ανακουφιστικούς λόγους. Μπορεί να εμφανίσει όμως προβλήματα όπως την εμφάνιση οίδηματος, παραμόρφωσης και δυσκινησίας του σύστοιχου άνω άκρου, πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, κακό αισθητικό αποτέλεσμα και σοβαρή ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας (Haagensen, 1984).

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Η μέθοδος που χρησιμοποιείτε αποτελεί την πιο συχνά εφαρμοσμένη μέθοδος. Σε αυτό των τύπο της επέμβασης αφαιρούνται, ο μαζικός αδένου, η θηλή, οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες. Η επιλογή αυτής της επέμβασης γίνεται, για τις ασθενείς που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της νόσου και αποδίδει καλύτερα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα, εξασφαλίζοντας πιο ευνοϊκή αποκατάσταση (Madden, 1965).

ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ

Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και οι οποίες έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή εστιάζονται κυρίως στην μείωση του άγχους και την ενίσχυση της ποιότητας της ζωής. Ωστόσο, υπήρξε εκτεταμένη εστίαση και σε παρεμβάσεις για πρόληψη της κατάθλιψης και μείωση της αυτοεκτίμησης αλλά και άλλων επιπτώσεων στη γυναίκα μετά από μαστεκτομή. Η διαδικασία προσαρμογής για τις επιζώντες του καρκίνου του μαστού μετά από μαστεκτομή μπορεί να είναι δύσκολη και χρονοβόρα και αλλοιώνουν την ποιότητα της ζωής (Anderson & Kaczmarek 1996, Burgess et al., 2005, Piot-Ziegler et al. 2010).

Αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή

Η αποκατάσταση του μαστού επιτυγχάνεται με διάφορες τεχνικές πλαστικής χειρουργικής που έχουν ως στόχο, να επαναφέρουν στο στήθος σχεδόν στο φυσιολογικό του μέγεθος, σχήμα και στη φυσιολογική του εμφάνιση μετά από τη μαστεκτομή. Μια γυναίκα η οποία έχει χάσει τον μαστό της λόγω καρκίνου, έχει υποστεί ένα μεγάλο ψυχικό τραυματισμό. Επομένως η αποκατάσταση του μαστού, έχει μεγάλη σημασία για την αναβάθμιση της ψυχολογίας της γυναίκας που υπέστη μαστεκτομή (Anderson & Kaczmarek, 1996).

Οι χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης του μαστού έχει ως κύριο στόχο την ανακατασκευή του όγκου - σχήματος του μαστού και του συμπλέγματος της θηλαίας-άλω. Στις συγκεκριμένες επεμβάσεις αποκατάστασης, συνίσταται και η πλαστική χειρουργική στον υγρή ετερόπλευρο μαστό, για σκοπούς αισθητικής συμμετρίας (Berger K & Bostwick, 1994).

Οι πάσχουσες γυναίκες χρειάζονται εξατομικευμένη προσέγγιση από την «ομάδα μαστού» συμπεριλαμβανόμενου του πλαστικού χειρουργού. Η ενημέρωση της ασθενούς είναι δυνατόν να γίνει πριν ή μετά την εγχείρηση της μαστεκτομής. Ο πλαστικός χειρουργός, είναι αυτός που θα ενημέρωση την ενδιαφερομένη γυναίκα σχετικά για όλες τις προοπτικές που υπάρχουν για την

ανακατασκευή του μαστού της. Επομένως, οποιασδήποτε μορφή ψυχολογικής πίεσης από το κοινωνικό περιβάλλον της γυναίκας, για να ενδώσει στην ιδέα της επέμβασης αποκατάστασης του μαστού είναι κατακριτέα και αντιδεοντολογική. Η ασθενής από μόνη της, πρέπει να αποφασίσει και να κατανοήσει ότι το σώμα μα της μπορεί να ανακτήσει την λειτουργικότητα που είχε προηγουμένως. (Berger K & Bostwick, 1994).

Ένα από τα προβλήματα που πιθανών να προκύψει κατά την διάρκεια της αποκατάστασης του μαστού είναι η ασυμμετρία των μαστών. Επομένως, είναι πιθανό να απαιτηθεί και η χειρουργική πλαστική επέμβαση του υγιούς μαστού. Αυτό ενδείκνυται κυρίως σε περιπτώσεις μεγαλομαστίας, πτώσης του μαστού, ενώ σε ασθενείς με πολύ μικρούς μαστούς μπορεί να απαιτηθεί και η τοποθέτηση ενθέματος (σιλικόνης). Σε περιπτώσεις κίνδυνου ανάπτυξης καρκίνου στον ετερόπλευρο μαστό όπως σε πολυεστιακό λοβιακό καρκίνωμα μαστού, πιθανό να απαιτηθεί προληπτικά απλή ή υποδόρια μαστεκτομή του ετερόπλευρου μαστού και ανακατασκευή του (Eberlin, 1993).

Η αποκατάσταση του μαστού είναι δυνατόν να γίνει είτε ταυτόχρονα με την επέμβαση της μαστεκτομής (άμεση αποκατάσταση) είτε σε δεύτερο χρόνο, μετά από μερικούς μήνες (όψιμη αποκατάσταση). Η άμεση αποκατάσταση του μαστού πλεονεκτεί έναντι της όψιμης για τον λόγο ότι, η γυναίκα δεν βλέπει καθόλου την αλλαγή που συμβαίνει στο σώμα της μετά από την επέμβαση της μαστεκτομής. Αυτό ενδεχομένως να οδηγεί και στην ταχύτερη και ευκολότερη ανάρρωση της ασθενούς αφού αποτελεί στοιχείο που επιδρά θετικά στην ψυχολογία της ασθενούς και συμβάλλει σε μια περισσότερο αισιόδοξη αντιμετώπιση της νόσου (O' Brien et al., 1993).

Παλαιότερα επικρατούσε το σκεπτικό ότι οι υποτροπές της νόσου γίνονταν μέσα σε δυο χρόνια περίπου. Βάση αυτού του σκεπτικού, απαιτείτο αναμονή για τουλάχιστον δύο χρόνια μετά την μαστεκτομή προτού γίνει η ανακατασκευή του μαστού. Από ογκολογικής πλευράς, το σκεπτικό αυτό δεν είναι αποδεκτό, αφού κανένα χρονικό διάστημα αναμονής δεν μπορεί να θεωρηθεί ασφαλές και σε αρκετές περιπτώσεις αναφέρθηκαν υποτροπές σε απώτερο χρόνο. Η εμφάνιση ή όχι υποτροπής εξαρτάται από την βιολογική συμπεριφορά του καρκινικού όγκου και το στάδιο της νόσου (Chawla et al., 2002).

Οι σύγχρονες τάσεις υποστηρίζουν την άμεση αποκατάσταση του μαστού για τον λόγο ότι, θεωρείτε μια μέθοδος ογκολογικά ασφαλής για την ασθενή και η οποία εξασφαλίζει ικανοποιητικά αισθητικά αποτελέσματα. Αφού η ασθενής ενημερωθεί πλήρως για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της χειρουργικής αυτής επέμβασης τότε η απόφαση για την ημερομηνία της χειρουργικής αποκατάστασης παίρνεται από κοινού με τον πλαστικό χειρουργό, τον ογκολόγο, τον χειρουργό και ασφαλώς την ίδια την ασθενή (http://theo_kononas.tripod.com/br.reconstr.htm).

Η ανασυγκρότηση του μαστού μετά από μαστεκτομή είναι ένα σημαντικό συστατικό της θεραπείας του καρκίνου του μαστού, αλλά μόνο ένα μικρό ποσοστό γυναικών το πραγματοποιούν κατά το χρόνο της μαστεκτομής (Kronowitz et al., 2004). Παρόλα αυτά έρευνες κατέδειξαν ότι οι χρήσιμες της αποκατάστασης του μαστού κατά τον χρόνο της μαστεκτομής είναι χαμηλή εκτιμώντας την στο 16% (Alderman et al., 2003). Έτσι οι (Alderman et al., 2011) διερεύνησαν τους παράγοντες που δυνατό να ωθούν στην καθυστέρηση της αποκατάστασης του μαστού και γιατί η θεραπεία μπορεί να καθυστερήσει. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Αμερική την περίοδο μεταξύ Ιουλίου 2007 και Νοεμβρίου 2008. Το αρχικό δείγμα αποτέλεσαν 645 ασθενείς από τις οποίες ανταποκρίθηκαν μόνο οι 384. Τα κριτήρια επιλογής ήταν να είναι όλες από 79 ετών και κάτω και να είχαν όλες υποβληθεί σε μαστεκτομή μετά από καρκίνο του μαστού. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την χρήση ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου από τους ερευνητές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους φάνηκε ότι από τις 384 ασθενείς, οι 138 έλαβαν άμεση αποκατάσταση του μαστού, οι 44 έλαβαν καθυστερημένη αποκατάσταση του μαστού και οι 202 δεν έλαβαν καθόλου αποκατάσταση. Οι ασθενείς με καθυστερημένη αποκατάσταση ανέφεραν ως κύριους λόγους, τις πιθανές μεταστάσεις, και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές που μπορεί να προέκυπταν. Οι ασθενείς που δεν προχώρησαν σε αποκατάσταση ανέφερα απλώς ότι δεν τις ενδιέφερε η διαδικασία της αποκατάστασης.

Σύμφωνα με τους (Belouli et al., 2005) η αποκατάσταση του μαστού τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί. Παρόλα τα πλεονεκτήματα της άμεσης αποκατάστασης πολλές γυναίκες όμως συνεχίζουν να λαμβάνουν καθυστερημένη αποκατάσταση του μαστού. Στην έρευνα που πραγματοποίησαν

διερεύνησαν τις προτιμήσεις των γυναικών με καρκίνο του μαστού σε άμεση ή καθυστερημένη αποκατάσταση και στις περιπτώσεις άρνησης της αποκατάστασης και τους λόγους που οδηγούν σε αυτό. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Ζυρίχη την περίοδο 2003-2004. Το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν 200 γυναίκες μεταξύ 20 - 70 ετών οι οποίες επιλέγηκαν τυχαία και δεν είχαν κάνει μαστεκτομή. Οι γυναίκες χωρίστηκαν σε 2 ομάδες των 100 ατόμων η κάθε μια. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με προσωπική συνέντευξη και με την χρήση ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους φάνηκε ότι η ηλικία ήταν ένας σημαντικός παράγοντας για την απόφαση τους να προχωρήσουν σε αποκατάσταση. Επιπλέον οι γυναίκες με ψηλή αυτοεκτίμηση και ψηλό μορφωτικό επίπεδο επίσης υποστήριξαν την αποκατάσταση του μαστού. Από όλες τις γυναίκες το 66% υποστήριξε ότι θα έκανε αποκατάσταση του μαστού ενώ το 61% από την πρώτη ομάδα και το 71% από την δεύτερη ομάδα ανέφεραν ότι θα έκαναν αποκατάσταση μετά την μαστεκτομή και όχι άμεσα.

Στην Αγγλία ο καρκίνος του μαστού είναι μια κακοήθεια, η οποία έχει διαγνωστεί σε 26,000 περιπτώσεις τον τελευταίο χρόνο και το 40% των περιπτώσεων αυτών υποβλήθηκε σε μαστεκτομή. Οι ασθενείς με μαστεκτομή καθυστέρησαν να υποβληθούν σε αναδόμηση του μαστού για τον λόγο ότι φοβήθηκαν πιθανές επιπλοκές και ότι αυτό θα χειροτέρευε την πορεία της ασθένειάς τους (Parkin et al., 1992). Ο (Hershman 2011) στην έρευνα που έκανε διερεύνησε τους παράγοντες που ωθούν τις ασθενείς στην αποκατάσταση του μαστού. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Αμερική την περίοδο μεταξύ 2000-2010. Το δείγμα αποτέλεσαν 106,998 γυναίκες οι οποίες είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Τα στοιχεία λήφθηκαν από μια ειδική βάση δεδομένων που είχε πρόσβαση σε 50 νοσοκομεία στην Αμερική. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παρόλα τα οφέλη της αποκατάστασης λιγότερο από ένα τρίτο όλων των γυναικών και οι μισές γυναίκες κάτω των 50 ετών έλαβε αποκατάσταση μαστού μέχρι το 2010. Η ασφαλιστική κάλυψη ήταν ένας από τους σημαντικούς παράγοντες για αυτό.

Ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής ως όρος με τη πάροδο των ετών, έχει διάφορες προσεγγίσεις σχετικά με τη σημασιολογία της και αποτελεί αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Η ποιότητα ζωής είναι η καλή ψυχική υγεία, η κοινωνική και σωματική κατάσταση του ατόμου εστιάζοντας στην υποκειμενική του εκτίμηση (Κάβουρα, και συν., 2003). Μελέτες σχετικά με την ποιότητα της ζωής σε ασθενείς με καρκίνου του μαστού, που πραγματοποιήθηκαν κατά τις τελευταίες δεκαετίες, παρουσιάζουν αρκετά στοιχεία σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της μαστεκτομής αλλά και γενικότερα στη ποιότητα ζωής αυτών των γυναικών. Το πρώτο έτος είναι το πιο αγχωτικό λόγω του ότι, η γυναίκα θα πρέπει να προσαρμοστεί στα νέα γεγονότα της διάγνωσης. Είναι επίσης αγχωτικό λόγω, της επίδρασης της θεραπείας, του άγχους που προκαλείτε από την εγχείριση της μαστεκτομής και των μετέπειτα επισκέψεων παρακολούθησης και εξετάσεων. (Ganz et al., 2004). Σε μια 5-ετή προοπτική μελέτη οι (Engel et al., 2004) βρήκαν ότι κάποιοι τομείς της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού μετά από μαστεκτομή διέφερε από αυτές των γυναικών οι οποίες δεν έκαναν μαστεκτομή αλλά λάμβαναν μόνο θεραπεία λόγω ηλικίας και κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων. Γενικά η ποιότητα ζωής των γυναικών δέχεται μια σοβαρή μεταβολή και επηρεάζεται αρνητικά με πτώση της ποιότητας ζωής στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού μετά από μαστεκτομή.

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού και ιδιαίτερα μετά από μαστεκτομή απαιτεί μια πολυτροπική προσέγγιση. Όλες οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού οι οποίες έχουν υποβληθεί σε οποιοδήποτε θεραπεία έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής (Penttinen et al., 2011) Οι (Han et al., 2010) έχοντας αυτό υπόψη διερεύνησαν την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού μετά από μαστεκτομή, με αποκατάσταση μαστού και σε ασθενείς με θεραπεία διατήρησης του μαστού. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Γερμανία την περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου 2005 και Οκτωβρίου 2006. Το δείγμα αποτέλεσαν 180 ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την βοήθεια 2 ειδικά διαμορφωμένων ερωτηματολογίων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους φάνηκε ότι οι ασθενείς με θεραπεία

διατήρησης του μαστού είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής, ψηλότερη ικανοποίηση από την μετεγχειρητική εμφάνιση του στήθους τους από τις ασθενείς με ολική μαστεκτομή και με μαστεκτομή με αποκατάσταση.

Οι (Bulotiene et al., 2005) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα της ζωής επηρεάζεται άμεσα μετά από μια χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Σκοπός τους μέσα από την έρευνα τους ήταν να εντοπίσουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην μείωση της ποιότητας της ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού μετά από χειρουργική επέμβαση. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Λιθουανία την περίοδο μεταξύ Φεβρουαρίου και Αυγούστου 2004. Το δείγμα αποτέλεσαν 62 γυναίκες οι οποίες ήταν διαγνωσμένες με καρκίνο του μαστού και είχαν χειρουργηθεί στο χειρουργικό ινστιτούτο ογκολογίας του μαστού. Μετά από 5-6 ημέρες με την χρήση ειδικά διαμορφωμένων ερωτηματολογίων έγινε η λήψη των δεδομένων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι οι νεαρότερες γυναίκες με χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού, είχαν καλύτερα αποτελέσματα από τις γυναίκες με μαστεκτομή. Επίσης η ποιότητα ζωής των αφυπηρετησαντων γυναικών με χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού ήταν καλύτερη από αυτές με μαστεκτομή. Ένα γενικό συμπέρασμα είναι ότι η ποιότητα της ζωής τόσο των γυναικών με χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού, όσο και αυτών με μαστεκτομή επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες όπως η ηλικία, ο γάμος και η εργασία.

Αυτοεκτίμηση καρκινοπαθούς

Με την μαστεκτομή, οι ρίζες της ταυτότητας της γυναίκας αμφισβητούνται, οδηγώντας την σε μια επαναξιολόγηση των υπαρξιακών αξιών της. Οι συνέπειες της μαστεκτομής μετατρέπουν την σωματική εικόνα της γυναίκας, και αμφισβητούν την ταυτότητά της. Η Ψυχολογική υποστήριξη θεωρείται ένα αναπόσπαστο κομμάτι αυτής της παραμέτρου (Petit et al., 2008). Οι (Piot-Ziegler et al., 2010) σε μια ποιοτική μελέτη στόχευσαν στην κατανόηση των συνεπειών της αναδόμησης του σώματος μετά από μαστεκτομή όσο αφορά την αυτοεικόνα των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Για την επιλογή του δείγματος,

εντοπίστηκαν 19 γυναίκες μέσα από ένα μεγάλο νοσοκομείο στην Ελβετία. Όλες οι γυναίκες είχαν προγραμματιστεί σε χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής λόγω καρκίνου του μαστού. Σε κάποιες από τις γυναίκες αυτές είχαν προσφέρει την ευκαιρία για άμεση αποκατάσταση του μαστού, ενώ άλλες λόγω του τύπου και το είδος της θεραπείας δεν είχαν αυτή την ευκαιρία. Για την συλλογή των πληροφοριών οι γυναίκες κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε τρεις ημι-δομημένες συνεντεύξεις, μια λίγο πριν ή μετά από μαστεκτομή, και οι 2 άλλες συνεντεύξεις αργότερα κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, μετά την επέμβαση. Όλες οι συνεντεύξεις μεταφράστηκαν κατά λέξη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους διαφάνηκε ότι η μαστεκτομή προκαλεί μια οδυνηρή εμπειρία της αναδόμησης του σώματος. Ακόμα και όταν η άμεση αποκατάσταση προτάθηκε, τα συναισθήματα που εξέφρασαν ήταν αρνητικά συγκρίνοντας το πρώην υγιές σώμα με την παρούσα οντότητα του σώματος το οποίο θεώρησαν ως παραφωνία. Επίσης, ανέφεραν ότι οι μεταμορφώσεις του σώματος ελαττώνουν την αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα της γυναίκας αφού συνοδεύονται με την εμπειρία του ακρωτηριασμού, της παραδοξότητας και ελάττωσης της προσωπικής ταυτότητας της γυναίκας. Συνάμα, οι γυναίκες που τους προσφέρθηκε η άμεση αναδόμηση του μαστού ανέφεραν ότι, αν και η ευκαιρία της αναδόμησης του μαστού θεωρείται ως μια πιθανή ανάκτηση της χαμένης σωματικής συμμετρίας και της ακεραιότητας του σώματος που είχαν, εντούτοις ο καινούριος σωματότροπος δεν παύει να οδηγεί σε μια οδυνηρή κρίση προσωπικής ταυτότητας.

Η μαστεκτομή είναι μια ουσιαστική αλλά παραμορφωτική επέμβαση για τον καρκίνο του μαστού. Η αρνητική πλευρά της αυτοεικόνας του σώματος και η μείωση της αυτοεκτίμησης μπορεί να αποφευχθούν με την άμεση αναδόμηση του μαστού. Αν και η επέμβαση αναδόμησης του μαστού έχει φανεί να είναι ισότιμη με την μαστεκτομή, στις περισσότερες χώρες της Ασίας κυρίως λόγω έλλειψης προγραμμάτων ελέγχου, η πλειοψηφία των γυναικών προτιμούν την μαστεκτομή (Agarwal et al., 2007). Ως εκ τούτου οι (Shameem et al., 2008) είχαν ως σκοπό να προσδιορίσουν τους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς επιλέγουν να έχουν ή να μην έχουν άμεση αποκατάσταση του μαστού. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Ιατρικό κέντρο της Μαλάγας μεταξύ 2000 μέχρι 2005. Το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 113 γυναίκες οι οποίες έκαναν

μαστεκτομή και δεν έτυχαν αναδόμηση του μαστού καθώς και 23 ασθενείς οι οποίες είχαν κάνει αναδόμηση του μαστού. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με προσωπική συνέντευξη και αναζητήθηκε η ηλικία κατά την ημερομηνία της μαστεκτομής, η φυλή, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το στάδιο του καρκίνου και επικουρική θεραπεία. Οι ασθενείς ρωτήθηκαν επίσης αν είχαν επίγνωση της θεραπείας αναδόμησης του μαστού πριν την χειρουργική επέμβαση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι στην ομάδα των ασθενών που δεν είχαν υποβληθεί σε αναδόμηση μαστού ανέφεραν ότι η κύρια αιτία για αυτό ήταν ο φόβος για ακόμα μια επέμβαση. Από την ομάδα που υποβλήθηκαν σε αναδόμηση μαστού απάντησαν ότι η κύρια αιτία ήταν για να νιώσουν ξανά αυτοεκτίμηση, να επανακτήσουν τη θηλυκότητα τους, να νιώσουν μια ισορροπία και να μπορούν να φοράνε ότι ρούχα θέλουν χωρίς να νιώθουν άσχημα.

Επιπρόσθετα στην κλινική πρακτική, γενικώς πιστεύεται ότι οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ψυχιατρικές συνοδές παθήσεις, την αυτοεκτίμηση και την εικόνα του σώματος σε ασθενείς με σωματοποίηση. Η δυσμορφία του σώματος από την απώλεια του μαστού, οι ψυχικές διαταραχές καθώς και η χαμηλή αυτοεκτίμηση προκαλείται από καταθλιπτικά συμπτώματα. (Philips et al. 2004). Οι (Sertoz et al. 2009) σε μια έρευνα που έκαναν θέλησαν να καθορίσουν την δυσφορία για την εμφάνιση και λειτουργία του σώματος, και να αξιολογήσουν την αυτοεκτίμηση σε ασθενείς με σωματοποίηση. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 128 γυναίκες ηλικίας 18 μέχρι 55 ετών από τις οποίες οι 34 είχαν διαγνωστεί με σωματοποίηση (ψυχοσωματικά προβλήματα), οι 50 ήταν διαγνωσμένες με καρκίνο του μαστού και είχαν υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή και οι 44 ήταν υγιείς. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την βοήθεια των κλιμάκων BCS (Body Cathexis Scale) και RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα την χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τις 3 ομάδες παρουσίασε η ομάδα των ασθενών με σωματοποίηση. Επιπρόσθετα η ομάδα των ασθενών με ολική μαστεκτομή είχε κατά ένα σημαντικό βαθμό χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από την ομάδα των γυναικών που ήταν υγιείς.

Οι πρόοδοι στην θεραπεία του μαστού συμπεριλαμβάνει και την μαστεκτομή. Όταν αυτό συμβεί τότε πιθανό να έχουμε γυναίκες που πιθανό να πάσχουν με ψυχολογικά προβλήματα. Έχοντας υπόψη τα ανωτέρω οι (Arroyo & Lopez 2011)

έκαναν μια έρευνα με σκοπό να αναλύσουν τις ψυχολογικές παραμέτρους οι οποίοι επηρεάζουν τις γυναίκες με μαστεκτομή ειδικότερα αυτές που έχουν χάσει τον μαστό και δεν έχουν κάνει αποκατάσταση. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία το 2005 και το δείγμα αποτέλεσαν 46 γυναίκες οι οποίες είχαν καρκίνο του μαστού και είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με μια σειρά προγραμματισμένων συνεντεύξεων οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε διάφορα στάδια. Σύμφωνα με τα κύρια αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι οι ασθενείς ανέφεραν ψυχολογικά προβλήματα τα οποία προέκυψαν από την απώλεια του μαστού και αλλαγή του σωματικού τους ειδώλου, πράγμα που τους οδήγησε εκτός από συμπεριφορικές διαταραχές και σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και θηλυκότητα.

Άγχος - κατάθλιψη

Μεταξύ 13% και 36% όλων των ασθενών με καρκίνο βιώνουν σημεία και συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης κατά την διάρκεια της θεραπείας τους. Επιπλέον, ο συνοδός ανεξέλεγκτος πόνος, η μειωμένη λειτουργική ικανότητα, προηγούμενο ιστορικό, κατάθλιψη και μεταβολικές διαταραχές, μπορούν να αυξήσουν την συχνότητα εμφάνισης και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Simon και Von Korff 1995). Σύμφωνα με αυτό, οι (Torger et al., 2010) είχαν ως κύριο σκοπό να αναλύσουν την επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης στις μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από μαστεκτομή καθώς και την διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο 2005 μέχρι τον Νοέμβριο 2006 στο τμήμα Γενικής Χειρουργικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Baskent. Το δείγμα αποτέλεσαν 49 ασθενείς με καρκίνο του μαστού οι οποίοι είχαν προγραμματιστεί για τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Ασθενείς με ιστορικό ψυχιατρικής ή ψυχολογικής νόσου πριν από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού αποκλείστηκαν από την έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ερωτηματολογίων τα οποία συμπληρώθηκαν στο νοσοκομείο από τις ασθενείς, 1 ημέρα πριν την επέμβαση. Επίσης, το Beck's Depression Inventory (BDI) συμπληρώθηκε από τις ασθενείς πριν την επέμβαση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι, μετά την μαστεκτομή αυξήθηκαν και τα επίπεδα

άγχους στις περισσότερες ασθενείς. Επίσης βρέθηκε ότι οι ασθενείς που φανέρωσαν ψηλά επίπεδα άγχους είχαν περισσότερο πόνο και το χρονικό διάστημα ανάρρωσης ήταν μεγαλύτερο από τις υπόλοιπες.

Επιπλέον, η απώλεια της ιδιότητας της θηλυκότητας, της μητρότητας και της σεξουαλικότητας, όπως και η απώλεια του μαστού, είναι αντιληπτές από τις ασθενείς αποτελούν οπύ και αποτελούν μια τραυματική εμπειρία που αυξάνει το άγχος και την κατάθλιψη με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί στην εκ νέου αξιολόγηση της ζωής καθώς και τη μέχρι σήμερα λειτουργία της (Hamrin & Carlsson, 2001). Οι (Skrzypulec et al., 2009) σε μια έρευνα είχαν σκοπό να προσδιορίσουν τα προβλήματα των γυναικών μετά από ολική μαστεκτομή ή μερική μαστεκτομή σε συσχέτιση με διάφορους παράγοντες που προκαλούν δυσφορία και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Η έρευνα έγινε από τον Ιούλιο 2004 μέχρι τον Απρίλιο του 2005 σε διάφορα νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα στην Πολωνία. Το δείγμα αποτέλεσαν 550 γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή μετά από καρκίνο του μαστού. Από τις 550 γυναίκες οι 443 είχαν υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή και οι 117 σε μερική μαστεκτομή. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου το οποίο, μετρούσε την ποιότητα της ζωής, την ικανοποίηση και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Το ερωτηματολόγιο επεκτάθηκε με ερωτήσεις που αναφέρονταν στην ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το ιατρικό ιστορικό, τα προβλήματα υγείας, την κληρονομική ευαισθησία σε καρκίνο του μαστού και τη στήριξη που λαμβάνεται κατά την διάρκεια της ανάρρωσης. Σύμφωνα με τα κύρια αποτελέσματα φάνηκε ότι, η ένταση του μετα-τραυματικού στρες ήταν ένας σημαντικός παράγοντας ο οποίος επηρεάζει το επίπεδο της κατάθλιψης και του άγχους. Αυτή η συσχέτιση φαίνεται να είναι στατιστικά πολύ σημαντική στην ομάδα των γυναικών μετά από ολική μαστεκτομή. Η ικανοποίηση από τη ζωή, το επίπεδο της κατάθλιψης και του άγχους στις γυναίκες μετά από μια χειρουργική επέμβαση φαίνεται επίσης να εξαρτάται από την ένταση του μετα-τραυματικού στρες.

Η μαστεκτομή επηρεάζει την ποιότητα ζωής των γυναικών και αυτό απαιτεί μακροχρόνια υποστήριξη. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι ασθενείς μπορεί να ανησυχούν αρχικά για την ασθένειά τους, όμως με την πάροδο του χρόνου οι

ανησυχίες αυτές ελαττώνονται. Αυτό αφορά και την κατάθλιψη και την ανησυχία η οποία ελαττώνεται με την πάροδο του χρόνου (Rowland et al., 2000, Haes et al., 2003, Rubino et al., 2007). Οι (Mohamed & Randa 2011) συμφωνώντας με αυτή την άποψη θέλησαν να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής καθώς και τα επιτεύγματα σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και να ρίξουν λίγο φως στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στο Σουδάν. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο ιατρικό κέντρο υπηρεσιών υγείας του Πανεπιστημίου του Χαρτούμ την περίοδο μεταξύ 1995 μέχρι 2008. Το δείγμα αποτέλεσαν 162 ασθενείς οι οποίες είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή μετά από καρκίνο του μαστού και παρακολουθούνταν για 14 χρόνια. Η λήψη των δεδομένων έγινε με την χρήση ερωτηματολογίου το οποίο αναζητούσε προσωπικά δεδομένα των ασθενών, την γενική υγεία, την ποιότητα ζωής, την αυτοεικόνα του σώματος, την σεξουαλικότητα, το άγχος και κατάθλιψη, τη λειτουργική ευημερία και την κοινωνική λειτουργία. Σύμφωνα με τα κύρια αποτελέσματα τους φάνηκε ότι η πλειοψηφία των ασθενών (75%) δεν ήταν ευχαριστημένες με την αυτοεικόνα τους τον πρώτο μήνα αλλά αυτό βελτιώθηκε σταδιακά. Το άγχος και η κατάθλιψη παρουσιάστηκε στο 25% αλλά μειώθηκε μετά από 3 χρόνια στο 15%.

Επιπρόσθετα, οι επιπτώσεις από την μαστεκτομή είναι εμφανείς. Η αφαίρεση του στήθους όχι μόνο αλλάζει την φυσική εμφάνιση αλλά ταυτόχρονα απωθεί μια γυναίκα να συμπεριφερθεί στους άλλους ως σύζυγος ή ως μητέρα (Jamison, Wellisch, & Pasnau, 1978). Η (Farooqi 2005) σε μια άλλη έρευνα έκανε μια προσπάθεια να διερευνήσει την κατάθλιψη και το άγχος όπως το βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μαστεκτομή προ και μετά την χειρουργική επέμβαση. Η έρευνα έγινε στο Πακιστάν και το δείγμα αποτέλεσαν 50 γυναίκες από το χειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου Mayo (82%), του νοσοκομείου Hameed Latif (8%) και του νοσοκομείου Lahore (10%). Η ερευνήτρια επέλεξε μόνο τις γυναίκες οι οποίες ήταν ηλικίας μεταξύ 30 και 60 ετών και ήταν παντρεμένες. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου, με την κλίμακα κατάθλιψης και το ευρετήριο κατάθλιψης Beck. Η ερευνήτρια διαμόρφωσε μια λίστα ελέγχου για το άγχος και μια κλίμακα κατάθλιψης για την συλλογή των δεδομένων πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, οι ασθενείς έδειξαν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης πριν τη χειρουργική επέμβαση σε

σύγκριση με την μετεγχειρητική φάση. Αυτό μπορεί να αποδίδεται λόγω της έμφασης που δόθηκε στην εικόνα του σώματος καθώς και στην μακροπρόθεσμες ψυχοκοινωνικές συγκρούσεις που συσχετίστηκαν με την απώλεια του μαστού.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές έρχονται στην επιφάνεια σε άτομα με προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Σε πρώιμο καρκίνο έχει αναφερθεί ότι, οι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τις ασθενείς πάρα με την ασθένεια αυξάνουν το κίνδυνο της κατάθλιψης (Harrison & Maguire., 1994). Ακόμη, τα αυξημένα επίπεδα της κατάθλιψης και του άγχους γύρω από την υποτροπή του καρκίνου του μαστού, τονίζουν την αρνητική επίδραση αυτής της εκδήλωσης για την ψυχική υγεία των γυναικών, η οποία σηματοδοτεί ανίατη και πιθανή σωματική επιβάρυνση (Chen et al., 2009). Οι (Burgess et al. 2005) σε μια έρευνα επίπτωσης που έκαναν θέλησαν να εξετάσουν, τους παράγοντες κινδύνου καθώς και την παρουσία κατάθλιψη και του άγχους σε γυναίκες με πρώιμο καρκίνο του μαστού μέσα σε 5 χρόνια μετά την διάγνωση. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα μεγάλο νοσοκομείο μαστού στο Λονδίνο την περίοδο μεταξύ Μαΐου 1991 και Ιουλίου 1994. Το τελικό δείγμα αποτελέσαν 202 γυναίκες ηλικίας 60 ετών και κάτω με διάγνωση καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες αυτές έπρεπε να είναι χειρουργημένες με ογκεκτομή, καθαρισμό αδένων η με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Ακολούθως έτυχαν προσωπικής μαγνητοφωνημένης συνέντευξης μετά την διάγνωση και μετά κάθε 18 μήνες για 5 χρόνια. Τα δεδομένα που αναζήτησαν με την μέθοδο αυτή ήταν ψυχιατρικά συμπτώματα με επίκεντρο το άγχος και την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, το 50% των γυναικών με πρώιμο καρκίνο του μαστού παρουσίασε άγχος και κατάθλιψη στο 1 χρόνο μετά την διάγνωση, το 25% στον 2^ο, 3^ο και 4^ο χρόνο και το 15% στον 5^ο χρόνο. Μακροπρόθεσμη κατάθλιψη και άγχος, συσχετίστηκαν με προηγούμενη ψυχολογική θεραπεία, λόγο έλλειψης οικείας εκμυστήρευσης, λόγο μικρότερης ηλικίας και σοβαρών στρεσογόνων μη καρκινικών εμπειριών. Κλινικοί παράγοντες δεν είχαν συσχετιστεί με οποιοδήποτε τρόπο με την κατάθλιψη και το άγχος.

Σήμερα, είναι αποδεκτό ότι ο καρκίνος είναι μια χρόνια ασθένεια η οποία θέτει βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες δυσκολίες προσαρμογής, όπως επίσης

φυσική ανικανότητα, ψυχολογικά, επαγγελματικά και σεξουαλικά προβλήματα. Ως εκ τούτου αρκετές μελέτες υποστήριξαν ότι τα ψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης παρουσιάζονται ανάμεσα στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και του γυναικολογικού καρκίνου (μήτρας) (Meyerowitz et al., 2000, Ell et al., 2005, Chen et al., 2009). Οι (Gulseren & Aysun 2011) σε μια έρευνα τους είχαν σκοπό να συγκρίνουν την υστερεκτομή και μαστεκτομή ασθενών όσον αφορά την κατάθλιψη, την εικόνα του σώματος, τα σεξουαλικά προβλήματα και τις συζυγικές σχέσεις. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία μεταξύ Σεπτεμβρίου και Δεκεμβρίου 2009. Το δείγμα αποτελέσαν 94 ασθενείς μεταξύ 25-70 ετών, οι οποίες νοσηλευτήκαν στην πανεπιστημιακή ακτινολογική κλινική Ege, στο ογκολογικό νοσοκομείο Tülay Aktaş, και στο νοσοκομείο İzmir. Από τις 94 ασθενείς οι 42 έκαναν μαστεκτομή και 52 ασθενείς έκαναν υστερεκτομή. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση 5 ειδικά διαμορφωμένων ερωτηματολογία τα οποία συμπληρώθηκαν σε 16 βδομάδες. Τα πιο κύρια αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η μαστεκτομή συνδέεται περισσότερο με την κατάθλιψη και το άγχος, ενώ η υστερεκτομή συνδέεται περισσότερο με σεξουαλικά προβλήματα και δυσκολίες με τις συζυγικές σχέσεις.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός καρκίνος στις γυναίκες. Η πρώτη θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση με άμεση αποκατάσταση του μαστού. Λόγω των αλλαγών της εικόνας του σώματος, μπορεί να παρουσιαστούν συμπτώματα κατάθλιψης μετά την επέμβαση. Η επιλογή της θεραπείας εναπόκειται στα χαρακτηριστικά του όγκου, στην εμπειρία του χειρουργού και την προτίμηση της ασθενούς (Martin et al., 2006). Οι (Gumus et al., 2009) σε έρευνα τους, αξιολόγησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών για χειρουργική επέμβαση, και να διερευνήσουν τις διαφορές στο επίπεδο της κατάθλιψης μετά από μαστεκτομή ή εγχείρησης διατήρησης του μαστού (breast conserving surgery -BCS). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία σε ένα ογκολογικό νοσοκομείο την περίοδο μεταξύ Δεκεμβρίου 2007 και Μαρτίου 2008. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 ασθενείς οι οποίες έπρεπε να είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή σε επέμβαση διατήρησης του μαστού μετά από διαγνωσμένο καρκίνο του μαστού, να είναι ηλικίας μεταξύ 30 και 80 ετών και να μην έχουν προηγούμενα ιστορικά με καρκίνο. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ενός ερωτηματολογίου το οποίο περιλάμβανε

33 ερωτήσεις σχετιζόμενες με το άγχος, την άρνηση και την κατάθλιψη. Αργότερα, τα αποτελέσματα αυτά χρησιμοποιήθηκαν για την σύγκριση των γυναικών με μαστεκτομή με αυτές που υποβλήθηκαν σε επέμβαση διατήρησης του μαστού. Τα κύρια αποτελέσματα έδειξαν ότι, η ηλικία, η μητρότητα, η γαλουχία, το θετικό οικογενειακό ιστορικό, καθώς και λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με το είδος της χειρουργικής επέμβασης ήταν σημαντικοί παράγοντες για την απόφαση των ασθενών σχετικά με την απόφαση για χειρουργική επέμβαση. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες κάτω από 50 ετών φάνηκε να προτιμούν επέμβαση διατήρησης του μαστού ενώ οι γυναίκες άνω των 50 ετών φάνηκε να προτιμούν την μαστεκτομή. Επίσης, φάνηκε ότι οι ασθενείς με μαστεκτομή δύνανται να βιώσουν κατάθλιψη, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ανάρρωση και την μετέπειτα ποιότητα της ζωής.

Διαζύγιο - οικογενειακή κατάσταση

Σύμφωνα με τον Spiegel (1997) παρόλο που ο καρκίνος του μαστού μπορεί να έχει καλύτερη πρόγνωση από άλλα είδη καρκίνου, εντούτοις η διάγνωση του καρκίνου του μαστού γεμίζει την ασθενή με άγχος φόβο, συναισθηματική και ψυχολογική φόρτιση η οποία διαφοροποιείται ανάλογα με το κάθε άτομο. Η φόρτιση αυτή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η ωριμότητα και, η χρονική στιγμή της διάγνωσης. Επιπρόσθετα, ένα ιδιαίτερο και σημαντικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν και τα μέλη της οικογένειας καθώς και ο σύζυγος. Οι δεσμοί της οικογένειας αλλά και οι ευρύτερες διαπροσωπικές σχέσεις δεν πρέπει να επηρεάζονται από τη νόσο αλλά αντίθετα πρέπει να βελτιώνονται (Rabinowitz, 2002). Γενικότερα μπορεί να ειπωθεί ότι η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα.

Όταν η ίδια η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι της παρέχεται υψηλού βαθμού ψυχολογική υποστήριξη από το οικογενειακό της περιβάλλον τότε αυτό αποτελεί ένα ανεξάρτητο παράγοντα ο οποίος μπορεί να βελτιώσει την προσαρμογή της και να μειώσει σημαντικά την δυσφορία που πιθανό να διακατέχεται. Επομένως η οικογένεια έχει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο τόσο στην συναισθηματική υποστήριξη ,όσο και στη συμμετοχή στη φροντίδα των παρενεργειών της

θεραπείας αλλά και στην διαδικασία λήψης αποφάσεων (Eriksson & Laury, 2000).

Στη Νιγηρία ο καρκίνος του μαστού έχει γίνει η πιο κοινή μορφή καρκίνου ανάμεσα σε όλες τις γυναίκες ανεξαρτήτως εθνικών και κοινωνικό-πολιτισμικών διαφορών (Adebamowo & Ajayi 2000). Στην Νιγηρία οι παντρεμένες γυναίκες είναι απόλυτα εξαρτημένες από τους συζύγους τους. Όλες αυτές οι ψυχοκοινωνικές επιδράσεις και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού οδηγούν σε σεξουαλικές αρνήσεις οι οποίες ενδεχομένως να είναι σοβαρές αιτίες διαμαχών σε ένα γάμο (Isiugo-Abanihe 1994). Σε μια μελέτη που έκαναν Odigie et al., (2010) είχαν σκοπό να περιγράψουν τις συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού σε παντρεμένες γυναίκες της Αφρικής, προκειμένου να βοηθήσουν τους γιατρούς να εκπαιδεύσουν και να συμβουλευθούν στο μέλλον τις γυναίκες και τις οικογένειες τους στη βορειοδυτική Νιγηρία. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ahmadu Bello στην Νιγηρία. Το τελικό δείγμα αποτελέσαν 81 γυναίκες της Αφρικής οι οποίες υποβλήθηκαν σε μονόπλευρη ολική μαστεκτομή δευτερογενούς καρκίνου του μαστού (φάσεις II και III) μεταξύ 1^{ης} Ιανουαρίου και 30 Ιουνίου 2005. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση 2 ημιδομημένων ερωτηματολογίων που αναζητούσαν δημογραφικά στοιχεία, συχνότητα συζυγικών σχέσεων, και κατά πόσο η αίσθηση της θηλυκότητας έχει επηρεαστεί. Η οικογενειακή κατάσταση λήφθηκε επίσης υπόψη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 6 μήνες μετά την επέμβαση φάνηκε ότι το 67.9% των γυναικών ένιωθαν ανίκανες ως γυναίκες εξαιτίας της μαστεκτομής, ενώ το 79% ανέφερε μείωση στην συχνότητα των συζυγικών επαφών. Επίσης 3 χρόνια μετά την αρχική θεραπεία 61.7% ήταν ακόμη παντρεμένες ενώ το 38.3% ανέφερε ότι χώρισε ή ήταν σε διάσταση με τους συζύγους τους.

Σε μια έρευνα οι (Shaheen et al., 2011) διερεύνησαν τις ψυχολογικές και φυσικές επιδράσεις του καρκίνου του μαστού, τόσο στις ασθενείς όσο και στους συζύγους τους. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 καρκινοπαθείς οι οποίες έλαβαν μέρος εθελοντικά. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου 25 ερωτήσεων το οποίο αναζητούσε δημογραφικά στοιχεία, ηλικία, ιστορικό, χρονικό διάστημα από την διάγνωση,

θεραπεία, αποτελέσματα θεραπείας καθώς και για την σωματική και ψυχική υγεία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι ασθενείς είχαν αυξημένα αισθήματα δυσφορίας κατά την στιγμή της διάγνωσης και κατά την διάρκεια της θεραπείας. Επίσης το 80% του δείγματος ανέφερε ότι δεν είχαν την ανάλογη υποστήριξη από τους συζύγους τους. Ποιο συγκεκριμένα από τις 100 ερωτηθέντες, οι 44 απάντησαν ότι οι σύζυγοί τους αναστατώθηκαν και δεν συνεργάστηκαν, ενώ 32 ανέφεραν ότι οι σύζυγοί τους συνεργάστηκαν κάπως. Επίσης, 22 ασθενείς απάντησαν ότι οι σύζυγοί τους είχαν ζητήσει διαζύγιο και χώρισαν και μία ασθενής ανέφερε ότι ο σύζυγός της έδειξε πλήρη κατανόηση και την στήριξε.

Η ψυχολογική υποστήριξη από συγγενικά πρόσωπα και ιδιαίτερα από τους συντρόφους/συζύγους διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην μετεγχειρητική περίοδο. Οι (Ilknur & Kumcag 2011) σε μια άλλη έρευνα διερεύνησαν τον συμβιβασμό των συζύγων/συντρόφων και το επίπεδο μοναξιάς κατά την διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου ασθενών με μαστεκτομή μετά από καρκίνο του μαστού. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια χειρουργική μονάδα του πανεπιστημίου Ondokuz Mays στην Τουρκία την περίοδο μεταξύ Απριλίου και Σεπτεμβρίου 2009. Το δείγμα αποτέλεσαν 48 ασθενείς με καρκίνο του μαστού, οι οποίες υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής και 44 σύζυγοι. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου το οποίο μετρούσε τις συζυγικές παραμέτρους και το επίπεδο μοναξιάς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, το 83.3% των γυναικών περιέγραψε τον γάμο τους ως «καλό», ενώ το 81.8% των συζύγων περιέγραψε επίσης τον γάμο ως «καλό». Αντιθέτως, το 81.3% των γυναικών περιέγραψε τον γάμο ως «κακό» μετά την χειρουργική επέμβαση, ενώ το 77.3% των συζύγων περιέγραψαν επίσης τον γάμο ως «κακό» μετά τη χειρουργική επέμβαση των συζύγων τους. Όσο αφορά τα επίπεδα μοναξιάς η πλειοψηφία τόσο των γυναικών, όσο και των συζύγων ανέφεραν ότι δεν ένιωθαν μοναξιά ούτε πριν αλλά ούτε και μετά την χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής.

Τις τελευταίες δεκαετίες δεν είχαν ανευρεθεί έρευνες στην Λιθουανία σχετιζόμενες με την ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Ο ρόλος της γυναίκας μέσα στην οικογένεια είναι δυνατό να αλλάξει μετά την

ασθένεια και τη θεραπεία γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστες καταστάσεις. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται περισσότερο από την οικογενειακή κατάσταση παρά από άλλες καταστάσεις (Engel et al., 2004). Οι (Bulotiene et al., 2007) είχαν σκοπό να αξιολογήσουν τις μεταβολές στην ποιότητα ζωής των γυναικών οι οποίες ήταν διαγνωσμένες με το πρώιμο στάδιο του καρκίνου του μαστού, εννέα μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση και την εξάρτησή από την χειρουργική στρατηγική, την επικουρική χημειοθεραπεία και την κοινωνική και δημογραφική κατάσταση των ασθενών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Λιθουανία στο τμήμα Χειρουργικής Ογκολογίας του μαστού του Ινστιτούτου Ογκολογίας και στο Πανεπιστήμιο του Βίλνιους την περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου 2004 και Δεκεμβρίου 2005. Το δείγμα αποτέλεσαν 77 ασθενείς με πρώιμο στάδιο καρκίνου του μαστού, οι οποίες χωρίστηκαν σε 2 ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελείτο από τις γυναίκες με μαστεκτομή και η δεύτερη ομάδα αποτελείτο από γυναίκες με διατήρηση μαστού με ή χωρίς χημειοθεραπεία. Οι αλλαγές στην ποιότητα της ζωής σε αυτές τις ομάδες συγκρίθηκαν εννέα μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τα ιατρικά αρχεία των ασθενών καθώς και με την χρήση ειδικά διαμορφωμένων ερωτηματολογίων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, φάνηκε ότι 9 μήνες μετά την επέμβαση, η μελέτη αποκάλυψε μια επιδείνωση της συνολικής ποιότητας της ζωής στις δύο ομάδες των ασθενών δηλαδή σε εκείνες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή και σε αυτές με διατήρηση μαστού (BCT). Η οικογενειακή κατάσταση διαπιστώθηκε ότι, ασκεί την πιο σημαντική επίδραση στην ποιότητα της ζωής των γυναικών σε σύγκριση με άλλους κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες.

Κοινωνικές σχέσεις

Το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να αντιπροσωπεύει μια προστατευτική ασπίδα για τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Έχει βρεθεί ότι οι δομικές μορφές των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου μπορούν να συσχετιστούν με την θετική ή την αρνητική έκβαση της νόσου. Η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην μείωση της πίεσης ενώ ταυτόχρονα προάγει την υγεία (Carlen et al., 1993). Οι (Denewer et al. 2011) διερεύνησαν την ολική εκτίμηση της ελπίδας και

της κοινωνικής υποστήριξης των γυναικών με καρκίνο του μαστού μετά από μαστεκτομή στην Αιγυπτιακή κοινότητα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο ογκολογικό κέντρο του πανεπιστημίου Mansoura στην Αίγυπτο την περίοδο μεταξύ Ιουλίου 2009 και Ιουνίου 2010. Το δείγμα αποτέλεσαν 301 γυναίκες 21 με 88 ετών, οι οποίες είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες έπρεπε να δώσουν γραπτή συγκατάθεση για την έρευνα και να είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Η λήψη των δεδομένων έγινε με την χρήση 2 ειδικά διαμορφωμένων ερωτηματολογίων τα οποία αναζητούσαν τους δημογραφικούς παράγοντες, την κοινωνική υποστήριξη και την ελπίδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με πολλούς ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να αναλυθούν ποσοτικός και μπορούν να οδηγήσουν στην ελπίδα. Ποιο συγκεκριμένα σε 103 ασθενείς παρουσιάστηκε χαμηλό αίσθημα ελπίδας, σε 109 ασθενείς μέτριο επίπεδο και σε 89 ασθενείς υψηλό επίπεδο. Όσο αφορά την κοινωνική υποστήριξη 119 ασθενείς ανέφεραν χαμηλό βαθμό κοινωνικής υποστήριξης, 101 ασθενείς ανέφεραν μέτριο βαθμό και 81 ασθενείς ανέφεραν υψηλό βαθμό κοινωνικής υποστήριξης.

Αρνητικό αντίκτυπο της γυναίκας στην σεξουαλική της ζωή

Η εικόνα του σώματος και η σεξουαλική λειτουργία είναι πτυχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς που εξαρτώνται από μια ζωντανία, φυσική λειτουργία και την κοινωνική λειτουργία (Mock, 1993). Οι (Fobair et al., 2006) είχαν σκοπό να διερευνήσουν την συχνότητα των προβλημάτων της αυτοεικόνας και των σεξουαλικών δυσλειτουργιών που δημιουργούνται τους πρώτους μήνες μετά την θεραπεία ανάμεσα σε γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού στις ηλικίες 50 ετών και κάτω. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Καλιφόρνια και το δείγμα αφορούσε 549 γυναίκες διάφορων εθνικοτήτων ηλικίας 22 - 50 ετών και είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού την περίοδο 1994 και 1997. Οι γυναίκες αυτές ήταν παντρεμένες ή ανύπαντρες με σταθερή όμως σχέση. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση της προσωπικής συνέντευξης. Η συνέντευξη περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με εικόνα του σώματος, τη σεξουαλική δραστηριότητα, και σεξουαλικά προβλήματα. Λόγω της μεταβλητότητας του

χρόνου, όλες οι γυναίκες υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση και παρακολουθούντο μέχρι το τέλος της θεραπείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αμέσως μετά τη χειρουργική και επικουρική θεραπεία που έλαβαν οι ασθενείς παρουσιάστηκαν δυσκολίες που είχαν σχέση με τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική λειτουργία. Τα κυριότερα σεξουαλικά προβλήματα συσχετίστηκαν με την ξηρότητα του κόλπου, λόγω άγχους, και στην δυσκολία των συντρόφων να κατανοήσουν την κατάσταση. Από όλες τις σεξουαλικά ενεργές γυναίκες αυτές που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή και αποκατάσταση του μαστού φάνηκε να αντιμετωπίζουν τα μεγαλύτερα προβλήματα όπως απώλεια βάρους, χαμηλή αυτοεκτίμηση και σεξουαλικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τον (Andersen 1985) η σεξουαλικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων με καρκίνο. Το στήθος επίσης αναφέρεται ως ένα σημαντικό μέρος του σώματος για την διατήρηση της γυναικείας ταυτότητας ως σεξουαλικά όντα στις χώρες της Ασίας (Yeo et al., 2004). Επίσης, οι Ιαπωνικές γυναίκες με καρκίνο του μαστού βιώνουν διάφορες φυσικές και ψυχολογικές αλλαγές στην σεξουαλική τους σχέση με τους συντρόφους τους μετά την διάγνωση και την θεραπεία της νόσου (Takahashi, 2008). Έχοντας αυτά υπόψη οι (Takahashi et al., 2008) διερεύνησαν τις σεξουαλικές αλλαγές που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μετά απ χειρουργική επέμβαση καθώς και τις σεξουαλικές τους ανάγκες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία την περίοδο μεταξύ Απριλίου – Μαΐου 2005. Το δείγμα αποτέλεσαν 85 ασθενείς μεταξύ 40-50 ετών από μια ογκολογική κλινική (National Kyushu Cancer Center). Οι ασθενείς ήταν χωρίς υποτροπή της νόσου και ανέφεραν ότι ήταν σεξουαλικά ενεργές πριν την χειρουργική επέμβαση. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου το οποίο περιείχε ερωτήσεις σχετικά με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, ιατρικό ιστορικό, καθώς και την σημασία της σεξουαλικής σχέσης με τον σύντροφό τους πριν την επέμβαση. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο διάμεσος χρόνος από τη χειρουργική επέμβαση ήταν 43 μήνες, οι 73 (85.9%) είχαν σεξουαλική επαφή 3.5 μήνες μετά την επέμβαση. Από τις 73 που απάντησαν ότι είχαν σεξουαλική επαφή οι 43 ανέφεραν ότι η

συχνότητα σεξουαλικών επαφών ήταν αισθητά μειωμένη. Επιπλέον, 72 ασθενείς ανέφεραν τουλάχιστον μια αλλαγή στην σεξουαλική τους σχέση.

Επίσης, οι (Hartmann et al., 1999) υποστήριξαν ότι οι γυναίκες στην Σουηδία με κληρονομικότητα και αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού υπόκεινται σε συχνές παρακολουθήσεις και ενημερώνονται για το ενδεχόμενο προφυλακτικής μαστεκτομής με άμεση αναδόμηση του μαστού. Αυτό υποστήριξαν ότι θα έχει θετικό αντίκτυπο στην σεξουαλική ζωή της γυναίκας. Πάνω σε αυτό οι (Brandberg et al., 2008) σε μια έρευνα τους θέλησαν να διερευνήσουν την μελλοντική εικόνα του σώματος, την σεξουαλικότητα, τις συναισθηματικές αντιδράσεις (άγχος, κατάθλιψη) καθώς και την ποιότητα ζωής σε γυναίκες αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού 6 μήνες πριν και ένα χρόνο μετά, ύστερα από αμφοτερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Karolinska στην Σουηδία την περίοδο μεταξύ Οκτωβρίου 1997 και Δεκεμβρίου 2005. Το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν 90 γυναίκες οι οποίες είχαν υποβληθεί σε προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή συμπεριλαμβανομένης και της αναδόμησης του μαστού. Οι προσωπικοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, είχαν καθοριστεί με βάση το οικογενειακό ιστορικό και των γενετικών εξετάσεων για BRCA1 και BRCA2. Οι γυναίκες που ήταν διαγνωσμένες με καρκίνο του μαστού αποκλείστηκαν από την έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ερωτηματολογίων τα οποία συμπληρώθηκαν στο σπίτι και στάλθηκαν στους ερευνητές 6 και 12 μετά την ημερομηνία της χειρουργικής επέμβασης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας δεν παρουσιάστηκαν οποιαδήποτε συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης ή μείωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής. Όμως είχαν αξιοσημείωτες αρνητικές επιπτώσεις στην σεξουαλική ζωή αφού όπως ανέφεραν η συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση είχε σοβαρό αντίκτυπο στην σεξουαλική ικανοποίηση ένα χρόνο αργότερα.

Επιπλέον, η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να είναι μια καταστροφική εμπειρία τόσο για την ασθενή όσο και για τον σύντροφο της. Παρ'όλα αυτά, η θεραπεία του καρκίνου μπορεί επίσης να προκαλέσει μεγάλη δυσφορία, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παραμόρφωση, όπως συμβαίνει στην μαστεκτομή, αφού διαταράσσει την εικόνα του σώματος και την σεξουαλικότητα, ιδίως σε νεαρές και

σεξουαλικά ενεργές γυναίκες (Cordova et al., 2001, Bucovic et al., 2005). Οι (Kalaitzi et al., 2007) διερεύνησαν κατά πόσο η μαστεκτομή αποτελεί μια σοβαρή απειλή για την εικόνα του σώματος και τη σεξουαλικότητα παρεμβαίνοντας στην ψυχολογική ευεξία τόσο της ασθενούς όσο και του συντρόφου της. Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Τζάνειο Νοσοκομείο στην Ελλάδα, την περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου 2003 και Δεκεμβρίου 2004. Το αρχικό δείγμα αποτέλεσαν 40 γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Όλες οι ασθενείς έπρεπε να είναι παντρεμένες και σεξουαλικά ενεργές. Επίσης, δεν έπρεπε να παίρνουν ταμοξιφέν, χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και καμία ασθενής δεν έπρεπε να έχει προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό. Τα κριτήρια αυτά τηρούσαν μόνο οι 20 ασθενείς και αυτές αποτέλεσαν το τελικό δείγμα. Τόσο οι γυναίκες όσο και οι σύντροφοι τους υπέγραψαν μια σχετική φόρμα συγκατάθεσης και παρακολουθούνταν από ειδικό αρχίζοντας 2 ημέρες πριν την μαστεκτομή μέχρι και 3 μήνες μετά, από τον οποίο καταγράφονταν τα αισθήματα από το ειδικό πρόγραμμα παρακολούθησης (CBI) που τους είχε υποβάλει. Το CBI είναι ένα ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα θεραπείας το οποίο ασχολείται με σεξουαλικά προβλήματα και προβλήματα εικόνας του σώματος μετά από καρκίνο του μαστού. Συμπτώματα κατάθλιψης της εικόνας του σώματος και της σεξουαλικότητας καταγράφονταν με την χρήση ειδικά διαμορφωμένων ερωτηματολογίων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, παρόλο που οι ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν ψηλά επίπεδα χαμηλής σεξουαλικότητας, κακής εικόνας σώματος, ανησυχίας και κατάθλιψης, εντούτοις το πρόγραμμα CBI όταν εφαρμοστεί σε γυναίκες με μαστεκτομή μπορεί να βελτιώσει τις παραμέτρους που σχετίζονται με την κατάθλιψη και το άγχος, ενώ μπορεί να προσφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στην σεξουαλικότητα οδηγώντας τις ασθενείς αλλά και τους συντρόφους τους σε σεξουαλική ευεξία, βελτιώνοντας ταυτόχρονα και τις συζυγικές σχέσεις.

Η βασική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού είναι η χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή παρουσιάζουν συναισθηματική αστάθεια, απώλεια αισθήματος ελκυστικότητας, μείωση της αυτοεκτίμησης και διαταραχές στις συζυγικές σχέσεις. Η γυναικεία σεξουαλική ταυτότητα, λειτουργικότητα και οι συζυγικές σχέσεις μειώνονται δραματικά (Ganz, 2008). Οι (Andrzejczak et al., 2012) στην έρευνα που έκαναν αξιολόγησαν κατά πόσο οι

ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής χωρίς επανόρθωση του στήθους, επηρεάζετε αρνητικά η ψυχολογική τους κατάσταση. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Πολωνία. Το δείγμα αποτέλεσαν 60 γυναίκες οι οποίες ήταν παντρεμένες ή είχαν μόνιμη σχέση και ήταν ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία του κέντρου ογκολογίας και αποκατάστασης μαστού στο Kielce και είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή χωρίς επανόρθωση του μαστού. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου (Marital Happiness Questionnaire) το οποίο επικεντρωνόταν στους δημογραφικούς παράγοντες, στα αισθήματα των γυναικών στην αντίληψη της εικόνα του σώματος, την αυτοεκτίμηση και την αξιολόγηση της σχέσης με τους συντρόφους καθώς και τις επαφές μαζί τους μετά την επέμβαση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, το 33% ανέφερε ότι η επέμβαση επηρέασε αρνητικά τις σχέσεις με τους συντρόφους τους. Ποιο συγκεκριμένα το 31% ανέφεραν ότι ένιωθαν λιγότερο ελκυστικές, το 31% είχε ένα αίσθημα δυσφορίας για την εικόνα του σώματος ενώ το 30% ανέφεραν ότι οι σύντροφοι τους τις εύρισκαν λιγότερο ελκυστικές. Επιπλέον το 80% ανέφερε ότι καλύπτουν το σώμα τους κατά την σεξουαλική επαφή. Ένα μεγάλο ποσοστό ανέφερε ότι ήταν μειωμένη η σεξουαλική ικανοποίηση και η σεξουαλική συχνότητα σε σχέση με το παρελθόν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας υπήρξε η διερεύνηση βιβλιογραφικά των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της μαστεκτομής στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Ειδικότερα τις επιπτώσεις της μαστεκτομής στην αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα, το άγχος και τη κατάθλιψη, σε σχέση με το διαζύγιο και την οικογενειακή κατάσταση, την οικογενειακή υποστήριξη και τις κοινωνικές σχέσεις των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της μελέτης, είναι πάρα πολλές οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που προκύπτουν από την χειρουργική επέμβαση της μαστεκτομής στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Επομένως, είναι και πολλοί οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι γυναίκες αυτές έχουν περισσότερες από μια επιπτώσεις. Η ποιότητα ζωής των γυναικών μετά από την χειρουργική αυτή επέμβαση, επηρεάζεται δυσμενώς ή σε γενικό βαθμό μειώνεται η μακροπρόθεσμη ποιότητα ζωής τους. Η μαστεκτομή, η οποία μέχρι σήμερα αποτελεί την πιο αποτελεσματική και ταυτόχρονα την πιο διαδεδομένη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού, οδηγεί σε μια σειρά από φυσικούς περιορισμούς και πάνω απ' όλα επηρεάζει ψυχολογικά, κοινωνικά ακόμη και σεξουαλικά τη ζωή της γυναίκας.

Η έγκαιρη ανίχνευση, η αλλαγή στις κατευθυντήριες γραμμές θεραπείας, και η δυνατότητα ανοικοδόμησης μαστού έχουν αλλάξει δραματικά την αντιμετώπιση σχετικά με το θέμα της μαστεκτομής. Αλλά λόγω των ιδιομορφιών της κάθε γυναίκας δεν είναι όλες οι επηρεαζόμενες γυναίκες που μπορούν να επωφεληθούν από τη τεχνητή αποκατάσταση του μαστού διατηρώντας μια κανονική σωματική εμφάνιση. Πολλές από αυτές τις γυναίκες μετά από μαστεκτομή, έχουν ψυχολογικά προβλήματα. Έτσι θα πρέπει να υποστηρίζονται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας εξειδικευμένους με αυτό το θέμα.

Συνάμα, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού μετά από μαστεκτομή αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα για τους νοσηλευτές οι οποίοι είναι σε συνεχή επαφή με τις ασθενείς. Η πρόκληση που καλείτε να αντιμετωπίσουν, είναι οι αρνητικές σκέψεις της γυναίκας λόγω της μαστεκτομής, η φύση της ασθένειας και το θάνατο. Οι ασθένειες αυτές χρειάζονται μια επαγγελματική και ταυτόχρονα υποστηρικτική στάση από τους επαγγελματίες υγείας για τη βελτιστοποίηση της βιοψυχοκοινωνικής λειτουργίας τους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μια από τις κύριες ενέργειες με στόχο την βελτιστοποίηση της παρεχόμενης φροντίδας είναι, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών με μαστεκτομή. Οι ενέργειες αυτές μπορεί να είναι, η δημιουργία κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για θεραπεία αυτών των ασθενών, που θα περιλαμβάνουν την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και μακροχρόνια μετεγχειρητική φροντίδα. Ένα άλλο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να είναι, η σχετική εκπαίδευση των ιατρών, νοσηλευτών και των μαιών σχετικά με την κατάλληλη επικοινωνία με τον ασθενή και την απόκτηση δεξιοτήτων για τη θεραπεία των ασθενών με ενθάρρυνση για διάλογο και την εμπλοκή τους στη διαδικασία της λήψης αποφάσεων.

Θα μπορούσαν αυτές οι γυναίκες, να ενταχθούν σε προγράμματα αποκατάστασης και συνεχής παρακολούθησης με στόχο την πρόληψη αλλά και έγκαιρη αντιμετώπιση των περιπτώσεων που θα εκδηλώσουν κάποια/ες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Επίσης, θα πρέπει να αναπτυχθούν και να ενταχθούν στην κλινική πρακτική, δραστηριότητες και προγράμματα που έχουν ως βάση τους μια κατάλληλη πολιτική για την υγεία και εξαιρετικά αποτελεσματικά σχεδιασμένα προγράμματα, λαμβάνοντας υπόψη και το πολυπαραγοντικό στοιχείο των επιπτώσεων της μαστεκτομής.

Συνάμα, άλλο ένα βήμα προς τη βελτίωση της ποιότητας ζωής στις γυναίκες μετά από μαστεκτομή είναι, η ενεργή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας και γενικότερα όλης της κοινωνίας. Μπορούν να δημιουργηθούν ομάδες από επαγγελματίες υγείας και πολίτες ώστε να υπάρχει μια οργανωμένη εκπαίδευση πρόληψης των επιπτώσεων αυτών, καθώς και ενεργό διάλογο με τις ασθενείς.

Νοσηλευτικές Διεργασίες

Οι νοσηλευτικές διεργασίες αποτελούν την εμπειρική φάση της εργασίας. Συγκεκριμένα στο κεφάλαιο αυτό γίνεται η συλλογή δεδομένων από πραγματικά περιστατικά ασθενών με καρκίνο του μαστού. Το τρίτο αυτό μέρος, αποτελεί μια παρατήρηση και καταγραφή αληθινών περιστατικών, ασθενών με καρκίνο του μαστού που έχουν εισαχθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, όπου οι ηλικίες αλλά και η κατάσταση υγείας τους ποικίλει.

Το δείγμα των ασθενών που έχουν επιλεγεί ανέρχεται στους δυο ασθενείς εκ των οποίων και οι δυο είναι γυναίκες. Η νεότερη ασθενής είναι 39 χρονών και αποτελεί περιστατικό καρκίνο του μαστού και προδεδισιακοί παράγοντες όπως η κληρονομικότητα θα ξεκινήσει αρχικά χημειοθεραπεία. Το δεύτερο περιστατικό περιλαμβάνει την 46χρονη καρκινοπαθή η οποία είναι χρόνια καπνίστρια και παχύσαρκη με 2 παιδιά.

Πιο κάτω παραθέτουμε σε πίνακες την καταγραφή των περιστατικών, από την εισαγωγή τους μέχρι και το εξιτήριο τους από το νοσοκομείο, καταγράφοντας τόσο το ιστορικό, την κατάσταση της υγείας τους, όσο και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας τους.

<p>Η κα Μ.Ν είναι 46 χρονών μετά αυτοεξέταση και παρατήρηση κάποιου περιέργου όγκου στο δεξιό της μαστό πήγε στο γυναικολόγο που την παρέπεμψε στο γενικό νοσοκομείο Λεμεσού για μαστογραφία και παρατηρήθηκε ένας μικρός όγκος στο δεξιό τις μαστό. Είναι παντρεμένη και έχει 2 παιδιά. Είναι 15 χρόνια καπνίστρια και υπέρβαρα . Μετά από εξετάσεις πού έγιναν και βιοψία από τον όγκο κατάληξαν στο ότι η ασθενής πάσχει από καρκίνο του μαστού(τύπου 5) και θα αντιμετωπιστεί με χειρουργική επέμβαση(Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή).</p>				
Ανάγκες/Ψυχολογικά προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Νοσηλευτικές/Ψυχολογικές Παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Άγνοια για την πάθηση • Άγχος-κατάθλιψη 	<p>Ενημέρωση της κατάστασης του ασθενούς.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση άγχους και φόβου. • Επαναφορά αυτοπεποίθησης <p>Επαναφορά Ζ.Σ. σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς • Επεξήγηση στην ασθενή για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και χειρισμούς τους οποίους πραγματοποιούμε. • Ενθάρρυνση διακοπής καπνίσματος και επεξηγούμε τις αρνητικές συνέπειες που εφάπτονται με την υπάρχουσα κατάσταση του ασθενούς. • Συνεχής έλεγχος και καταγραφή ζωτικών σημείων. • Ρύθμιση Α.Π. στις φυσιολογικές τιμές γιατί η υπέρταση επιδεινώνει την κατάσταση του ασθενούς. • Παρότρυνση του οικογενειακών 	<ul style="list-style-type: none"> • Αρχικά η ασθενής παρουσιάστηκε αρκετά αγχωμένη γιατί δεν γνώριζε την κατάσταση της υγείας της, με την επεξήγηση ιατρού και νοσηλευτή καθησυχάστηκε. Ενημέρωση ασθενή για τις παρεμβάσεις που παρέχουμε. • Ο κορεσμός είναι 97% η Α.Π. 12/75 mmHg η θερμοκρασία 37 και οι σφίξεις 63. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε επεξήγηση για τη θεραπεία που θα υποβληθεί. • Η ασθενής δεν είναι καθόλου συγκαταβατικός για τη παρότρυνση διακοπής καπνίσματος καθώς είναι σε θέση να γνωρίζει τη σπουδαιότητα του. • Πραγματοποιήθηκε συνεχής έλεγχος Ζ.Σ. και η Α.Π. ήταν στις φυσιολογικές τιμές. • Η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι της παρέχεται υψηλού βαθμού ψυχολογική υποστήριξη από το οικογενειακό της περιβάλλον τότε αυτό αποτελεί ένα ανεξάρτητο

<ul style="list-style-type: none"> • Προεγχειρη- τική φροντίδα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ετοιμασία ασθενή για την εφαρμογή της θεραπείας 	<p>μελών και του συζύγου τις για να την κάνουν να νιώσει καλύτερα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μαζί με το διαιτολόγο ενθαρρύνουμε την ασθενή για μια σωστή δίαιτα. <ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενή για το είδος της θεραπείας και διαβεβαίωση του ότι όλη η διαδικασία προκαλεί ελάχιστο πόνο. • Ενημέρωση του ασθενή ότι πρόκειται να γίνει χειρουργική αφαίρεση του παθόντος μαστού. Επίσης σε συνεργασία με τον πλαστικό χειρουργό και την <<ομάδα μαστού>> προσεγγίζουμε την ασθενή για άμεση αποκατάσταση μετά την μαστεκτομή. Αφού η ασθενής ενημερωθεί πλήρως για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της χειρουργικής αυτής επέμβασης τότε η απόφαση για την ημερομηνία της χειρουργικής αποκατάστασης παίρνεται από κοινού με τον πλαστικό χειρουργό. • Λήψη Ζ.Σ 	<ul style="list-style-type: none"> • Επεξηγούμε στην ασθενή για την αντοχή που επιβάλλεται να έχει για την επιτυχία της επέμβασης • Ελέγχου με τα Ζ.Σ., κορεσμός 97, • Άμεση αποκατάσταση του μαστού με πλαστική χειρουργική. • Αφαίρεση τεχνητών δοντιών • Παρότρυνση ασθενή για κένωση ουροδόχου κύστης • Συμπληρώνουμε το 	<p>παράγοντα ο οποίος μπορεί να βελτιώσει την προσαρμογή της και να μειώσει σημαντικά την δυσφορία που πιθανό να διακατέχεται.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε πλήρης ενημέρωση και διδασκαλία στον ασθενή για τη σπουδαιότητα της επέμβασης αλλά και για τις πιθανές επιπλοκές που θα αντιμετωπίσει • Καλύτερη αισθητικά εικόνα για την ασθενή και σαφώς καλύτερη ψυχολογία. • Α.Π 115/75 mmHg • Τοποθέτηση καρτέλας ασθενή • Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Ζ.Σ. πριν το χειρουργείο και οι τιμές ήταν φυσιολογικές
---	---	--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Μετεγχειρητική φροντίδα 	<ul style="list-style-type: none"> • Παραλαβή ασθενή και αποκατάσταση • Ανακούφιση πόνου • Ψυχολογική υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Ταυτότητα ασθενούς • Κατάλληλο ντύσιμο ασθενή για χειρουργείο • Αφαίρεση κοσμημάτων • Κένωση της ουροδόχου κύστης • Συμπλήρωση προεγχειρητικού δελτίου Μεταφορά ασθενή • Τοποθέτηση ασθενή σε κατάλληλη θέση • Ενθάρρυνση να κοιμάται με δυο μαξιλάρια ή να διατηρεί το πάνω μέρος του κρεβατιού σηκωμένο • Έλεγχος και καταγραφή Ζ.Σ 	<p>προεγχειρητικό δελτίο και μεταφέρουμε την ασθενή στο χειρουργείο</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παραλάβαμε τον ασθενή από το χειρουργείο • Τα Ζ.Σ είναι: κορεσμός 92%, Α.Π., 90/55mmHg, θερμοκρασία 37,5 και σφίξεις 70 	<ul style="list-style-type: none"> • Παραλάβαμε τον ασθενή από το χειρουργείο σε καλή κατάσταση. • Ο νοσηλευτής ελέγχει τα Ζ.Σ ανά 1 ώρα για τα πρώτα 24ωρα Το
---	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">•Έλεγχος επίπεδου συνείδησης Διδασκαλία ασθενούς		επίπεδο συνείδησης ήταν αρκετά κάλο και ο ασθενής είναι συνεργάσιμος
--	--	--	--	--

Η κα Ε.Χ είναι 39 χρονών και μετά από την ετήσια εξέταση της με υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε ένας περίεργος αρκετά μεγάλος όγκος στο αριστερό της μαστό. Η μητέρα της κα Ε.Χ είχε νοσηλευτή παλαιότερα στο γενικό νοσοκομείο Λεμεσού με καρκίνο του μαστού. Έχει 3 παιδιά και το μικρότερο της είναι 4 χρονών και ζούσε αρκετά χρόνια στην Βόρεια Αμερική λόγω δουλειάς. Εισήλθε στο γενικό νοσοκομείο Λεμεσού στην ογκολογική κλινική για περεταίρω εξετάσεις. Μετά από την βιοψία του όγκου με κοπτούσα βελόνη διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού (τύπου 3 ,ελάχιστα επιθετικό) και θα ξεκινήσει αρχικά χημειοθεραπεία και θα παρακολουθείτε η κατάσταση της.

Ανάγκες/Ψυχολογικά προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Νοσηλευτικές/Ψυχολογικές Παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος • Αγωνιά • Άγνοια κατάστασης <p style="text-align: center;">Παρενέργειες χημειοθεραπείας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ναυτίες - εμετοί 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση φόβου άγνοιας και διδασκαλία • Ελάττωση δυσφορίας • Διατήρηση στατικών ζωτικών σημείων <ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση εμέτων και ναυτιών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος • Διατήρηση ηρεμίας και ελάττωση δυσφορίας • Έλεγχος Ζ.Σ • Επεξήγηση στον ασθενή για τις νοσηλευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις και χειρισμούς τους οποίους πραγματοποιούμε. • Διατήρηση της κλίνης σε χαμηλή θέση με ανασηκωμένα τα πλαϊνά προστατευτικά κιγκλιδώματα όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος. • Κατανάλωση μικρών και 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθαρρύνουμε την ασθενή να αντιμετωπίσει με ψυχραιμία της κατάσταση • ο κορεσμός είναι 96% η ΑΠ 12,5mmHg θερμοκρασία 36.9 και οι σφίξεις 47 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής έχει εξοικειωθεί με το περιβάλλον • Είναι ήρεμη αλλά νιώθει ελάχιστα αδύναμη • Τα ζωτικά σημεία είναι σε φυσιολογικά επίπεδα εκτός από τις σφίξεις που είναι χαμηλές • Η ναυτία υποχωρεί και η ασθενής νιώθει καλύτερα. Μπορεί να συνεχίσει την ημέρα του κανονικά.

<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα κόπωσης, αδυναμία, απώλεια βάρους 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός κινήσεων. • Ανάπαυση ασθενή. 	<p>συχνών γευμάτων.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή κατανάλωσης υγρών κατά τη διάρκεια των γευμάτων. • Αποφυγή κατανάλωσης ζεστών τροφών ή υγρών. Προτίμηση σε κρύα ή σε θερμοκρασία δωματίου. • Αποφυγή κατανάλωσης τροφής για τουλάχιστον 1-2 ώρες πριν από τη χημειοθεραπεία. • Αποφυγή κατανάλωσης τροφών ή υγρών μέχρι του πλήρους ελέγχου του αισθήματος της έμεσης. • Όταν το αίσθημα ελεγχθεί πλήρως, δοκιμή κατανάλωσης αρχικά πλήρους υδρικής δίαιτας (μόνο υγρά) και εν συνεχεία μαλακή διαίτα. <p>• Επεξήγηση σκοπού θεραπευτικής αγωγής στον ασθενή και τη οικογένεια του τονίζοντας την σπουδαιότητα της διαίτας, της ανάπαυσης και της δραστηριότητας.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση ασθενή για συμμετοχή στο καθημερινό 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής αναφέρει πως αντιλαμβάνεται το σκοπό της απαραίτητης διατροφής του 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι εμετοί σταματούν και η ασθενής σιτίζεται κανονικά και παίρνει θερμίδες.
---	---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> · Διάρροια · Αφυδάτωση-Ξηροστομία 	<ul style="list-style-type: none"> · Αντιμετώπιση διαρροικών κενώσεων • Διόρθωση της αφυδάτωσης και των ηλεκτρολυ- τικών και 	<p>πρόγραμμα φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> · Κατανάλωση αρκετών υγρών. · Κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφών καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. • Έλεγχος ενδοφλέβιων υγρών για κανονική ροή και ποσότητα 	<p>αλλά στενοχωριέται για τα πράγματα που θα του στερούνται</p> <ul style="list-style-type: none"> · Είναι ικανός να εκτελέσει περισσότερες καθημερινές του δραστηριότητες αλλά χρειάζεται βοήθεια όταν κουράζεται · Συνεχής ενυδάτωση με φυσιολογικό ορό 	<ul style="list-style-type: none"> · Ακόλουθη σωστή διατροφή και περιορίζετε όσο περισσότερο στις άσκοπες Κινήσεις · Η ασθενής ενυδατώνεται αρκετά και δεν παρουσιάζει
--	--	--	---	--

	οξεοβασικών διαταραχών	<ul style="list-style-type: none">• Παρακολουθούμε το σημείο φλεβοκέντησης. Ελεγχος για ερυθρότητα, οίδημα, φλεγμονή και καθαρά επιθέματα.	έτσι ώστε να ενυδατώνεται επαρκώς ο ασθενής.	αφυδάτωση ευαίσθητα σημεία.
--	---------------------------	--	--	--------------------------------

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα γενικό συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι, πρέπει και υπάρχει η ανάγκη, βελτίωσης της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την υγεία των γυναικών. Καθώς επίσης, και την ενεργό συμμετοχή των ίδιων των ασθενών στην διαδικασία της επιλογής, θεραπείας και αποκατάσταση του μαστού μετά τη διάγνωση της νόσου. Ο βασικός στόχος των επαγγελματιών υγείας πρέπει να είναι, η θετική και αποτελεσματική, βελτίωση της ποιότητας της ζωής στις γυναίκες μετά από μαστεκτομή, καθώς και την ποιότητα της περίθαλψης και την έγκαιρη ενημέρωση της γυναίκας σχετικά με την αποκατάσταση μαστού.

Οι γυναίκες μετά από μαστεκτομή που τυγχάνουν καλύτερης κοινωνικής στήριξης τείνουν να ανακάμψουν πιο γρήγορα, αντιμετωπίζονται καλύτερα και εμφανίζουν ψηλή αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, οι συγγραφείς επιβεβαιώνουν την ανάγκη να επεκταθεί η υποστήριξη που παρέχεται σε αυτή την ομάδα ασθενών, μετεγχειρητικά, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Κατά συνέπεια, η (Dow και Lafferty 2000) τονίζουν τη σημασία του ρόλου των νοσηλευτών οι οποίοι, μέσα από την ευαισθητοποίηση τους και τη γνώση των ψυχολογικών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα και στην ποιότητα ζωής αυτών των γυναικών μετά από μαστεκτομή, πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για να τις βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν την όλη κατάσταση και να προσαρμοστούν όσο καλύτερα γίνεται στη νέα κατάσταση. Το νοσηλευτικό προσωπικό, σύμφωνα με τον (Maher 1999), θα πρέπει να έχει εκπαιδευτικό ρόλο προς τις γυναίκες μετά από μαστεκτομή και πρέπει να είναι πλήρως εκπαιδευμένο για να το εκτελέσει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Κάβουρα Μ., Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Βανδώρου Χ. (2003) Ποιότητα Ζωής. Αθήνα, Εκδοσεις: JANSSEN-CILAG.
- Κούκουρας Δ. (2012) Σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Πανεπιστημίου Πατρών, Ελλάδα.
- Κωνσταντινίδης Θ., 2006, Συχνότητα του γυναικολογικού καρκίνου τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο. Στο: Αγοραστός., Βαβίλης Δ., Μπόντης Ι. Σύγχρονες εξελίξεις στην πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου, Θεσσαλονικη. University studio press,19-27.
- Λάγιου Α (2008) Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού αρχεία ελληνικής ιατρικής 25(6):742-748.
- Πινακίδης Μ. & Μπούτης Λ., (1993), «Καρκίνος μαστού», Θεσ/νίκη, Εκδόσεις : University Studio press A.E.
- Ρουσάκη 2006 Αυτόματη Ανίχνευση Νεοπλασιών σε Πολλαπλές Ψηφιακές Μαστογραφίες. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: «Συστήματα Επεξεργασίας Σημάτων και Εικόνων: Θεωρία, Υλοποιήσεις, Εφαρμογές» Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Φωτόπουλος 2006. Παρακολούθηση με συνδιασμό κολποικού υπερηχογραφήματος και απόξεσης ενδομητρίου γυναικών με καρκίνο του μαστού.Μαιευτική, διδακτορική διατριβή περιφεριακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.
- Harvard Medical School (2005), Καρκίνος του Μαστού Πρόληψη και Θεραπεία, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ. 37-39.

Αγγλική

Adebamowo C.A, Ajayi O.O (.2000) Breast cancer in Nigeria.West Afr J Med;19(3):179–191.

Adel Denewer,¹ Omar Farouk,¹ We'am Mostafa,² and Karima Elshamy Social Support and Hope Among Egyptian Women with Breast Cancer after Mastectomy Breast Cancer (Auckl). 2011; 5: 93–103. Published online 2011 May 31. doi: 10.4137/BCBCR.S6655 PMID: PMC3117623

Agarwal G, Pradeep PV, Aggarwal V, Yip CH, Cheung PS (2007). Spectrum of breast cancer in Asian women. World J Surg, 31, 1031-40.

Alderman AK, McMahon L, Wilkins EG. Receipt of Delayed Breast Reconstruction after Mastectomy: Do women revisit the decision? Ann Surg Oncol. 2011 June; 18(6): 1748–1756.

Alderman AK, McMahon L, Wilkins EG. The national utilization of immediate and early delayed breast reconstruction & the impact of sociodemographic factors. Plast Reconstr Surg. 2003;11:695–703.

Althuis MD, Dozier JM, Anderson WF, Devesa SS, Brinton LA. (2005) Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973–1997. Int J Epidemiol.34:405–412.

American Cancer Society (2008) Detailed Guide: Breast Cancer, What Causes Breast Cancer? www.cancer.org.

Andersen BL.1985, Sexual functioning morbidity among cancer survivors: current status and future research directions. Cancer 1985;55:1835–1842.

Anderson R. & Kaczmarek B 1996 psychological well being. of the breast reconstruction patient: a pilot study. Plastic Surgical Nursing, Fall

- Arroyo J., & L'opez M. (2011) Psychological Problems Derived from Mastectomy: A Qualitative Study. Research Article. Hindawi Publishing Corporation International Journal of Surgical Oncology. Volume, Article ID 132461, 8 pages doi:10.1155/2011/132461
- Belouli K. Wyss P. S. Vetter S. Æ V. E. Meyer E. G. M. Beer G.M. (2005) Immediate or delayed breast reconstruction after mastectomy: what do women really want Received: 29 October 2004 / Accepted: 3 May 2005 / Published online: 27 July 2005 _ Springer-Verlag 2005
- Berger K. & Bostwick J. (1994) A Woman's Decision: Breast Care, Treatment and Reconstruction 2nd edn. Quality Medical Publishing Inc, St Louis
- Bray, D. B., E. A. Ellis, N. Armijo-Canto, and C. T. Beck. (2004). The institutional drivers of sustainable landscapes: a case study of the 'Mayan Zone' in Quintana Roo, Mexico. *Land Use Policy* 21(4):333-346.
- Bukovic D, Fajdic J, Hrgovic Z, et al.: 2005, Sexual dysfunction in breast cancer survivors. *Onkologie*;28:29–34.
- Burgess C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M., Ramirez A. (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. Cite this article as: *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3 (published 4 February 2005).
- Caplen S, Roth JC, Reynolds M, Bryan GN. . 1993 The relationship between social support and quality of life among women survivors of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*;65(16):76–86.
- Centers for Disease Control and Prevention, (2009) National Program of Cancer Registries, United States Cancer Statistics στο <http://apps.nccd.cdc.gov/uscs/toptencancers.aspx> (προσπελάστηκε: 13/03/20013).
- Chawla AK, Kachnic LA, Taghian Ag, et al. 2002 Radiotherapy and breast reconstruction. Complications and cosmesis with TRAM versus tissue expander/implant. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*;54:520-526.

- Chen X, Zheng Y, Zheng W, et al (2009). Prevalence of depression and its related factors among Chinese women with breast cancer. *Acta Oncologica*, 48, 1128-36.
- Colditz GA, Hankinson SE, Hunter DJ (1995). The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med*: 332, 1589-93.
- Cordova MJ, Cunningham LLC, Carlson CR, et al (2001). Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol*;69:706–711.
- Cortesi L., Chiuri VE., Ruscelli S., Bellelli V., Negri R., Rashid I., Cirilli C., Fracca A., Gallo E., Federico M.: Prognosis of screen-detected breast cancers: results of a population based study. *BMC Cancer* 2006, 6:17.
- Dobbs HJ. (2000) Radiation therapy for breast cancer at millennium. *Radiother Oncology*. 54:191–200
- Dow KH., & Lafferty P. (2000) Quality of life, survivor ship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*,27(10):1555-1564.
- Eberlin TJ, Crespo LD, Smith BL, et al. 1993. Prospective evaluation of immediate reconstruction after mastectomy. *Ann Surg*;218:29-36.
- Egan KM, Stampfer MJ, Hunter D, Hankinson S, Rosner BA, Holmes M, Willett WC, Colditz GA (2002); Nurses' Health Study. Active and passive smoking in breast cancer: prospective results from the Nurses' Health Study.
- Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, et al (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *J Clin Oncol*, 23, 3052-60.
- Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. 2004. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J.*;10:223–231. doi: 10.1111/j.1075-122X.2004.21323.x.

- Eriksson E, Laury S,(2000) «Participation of relatives in the care of cancer patients'» .*Eur Oncol Nurs* 4:99-107.
- Ewa Andrzejczak, Krystyna Markocka-Mączka and Andrzej Lewandowski*
Silesian Piasts University of Medicine in Wrocław, Department of
Gastrointestinal and General Surgery, Wrocław, Poland Psycho-Oncology
Partner relationships after mastectomy in women not offered breast
reconstruction *Psycho-Oncology* (2012) Published online in Wiley Online
Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/pon.3197
- Farooqi Y.N (2005). Depression and anxiety in mastectomy cases. *Illness,
Crisis, & Loss*; 13 (3): 267-278
- Feigelson HS, Ross RK, Yu MC, Coetzee GA, Reichardt JK, Henderson BE.
(1996) Genetic susceptibility to cancer from exogenous and endogenous
exposures. *Journal of Cellular Biochemistry Supplement*; 25:15-22.
- Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P (2007). Estimates
of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*: 18,
581–92.
- Fobair, PAT, Susan L. Stewart B., Chang S., D onofrio C., Prisila J.M, Babks
and Joan R., Bloom.(2006) Body image and sexual problems in young
women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 15: 579–594 Published online
15 November 2005 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI:
10.1002/pon.991
- Ford D, Easton D, Bishop T (1994). Risks of cancer in BRCA 1 mutation
carriers. *Lancet*: 343, 692-95.
- Furberg H, Newman B, Moorman P (1999). Lactation and breast cancer risk. *Int
J Epidemiol*: 28, 396-402.
- Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, Bower
JE, Belin TR: Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer:
first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer
Inst* 2004, 96(5):376-387.

- Ganz PA. 2008. Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology*;22:642–646.
- George S, Park Y, Leitzmann M, et al. 2009. Fruit and vegetable intake and risk of cancer: a prospective cohort study. *Am J Clin Nutr* ;89:347–53.
- Giedre Bulotiene, Jonas Veseliunas,¹ and Valerijus Ostapenko² Quality of life of Lithuanian women with early stage breast cancer *BMC Public Health*. 2007; 7: 124. Published online 2007 June 26. doi: 10.1186/1471-2458-7-124 PMID: PMC1920505
- Giedrė Bulotienė, Valerijus Ostapenko, Jonas Vesėliunas (2005) Influence of social factors on the quality of life after breast cancer surgical treatment *Acta Medica Lithuanica*, 12(2) 79–83.
- Greenlee RT, Murray T, Boldens S (2000). Cancer statistics, 2000. *CA Cancer J Clin*: 50, 7-33.
- Gumus A., Babacan G., Keskin G. (2009) Turkish Hysterectomy and Mastectomy Patients - Depression, Body Image, Sexual Problems and Spouse Relationships *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 425-432.
- Haes JC, Curran D, Aaronson NK, Fentiman IS 2003. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial. *Eur J Cancer* 2003;39:945-51.
- Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW, et al. (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer—collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer*: 87, 1234–45.
- Hamrin E & Carlsson M (2001) Quality of life – aspects of measurement *Eur J Cancer*; 37(6): 407-413
- Haque Shameem, Cheng Har Yip, E Fong Immediate Breast Reconstruction after Mastectomy - Why do Women Choose this Option? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 9, 2008

- Harrison J, Maguire P, 1994 Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *British Journal of Psychiatry* 1994;165:593-598.
- Hartmann LC, Shaid DJ, Woods JE, et al. (1999) Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer. *N Engl J Med* 340:77-84.
- Hershman, D. (2011) Many Women Do Not Undergo Breast Reconstruction after mastectomy: *Media Contact*:12:30 p.m.CT, Dec. 8
- Hunter D, Spiegelman D, Adami H (1996). Cohort studies of fat intake and the risk of breast cancer – a pooled analysis. *N Engl J Med*: 334:356
- Ilknur Aydin Avci, Hatice Kumcagiz (2011) Marital Adjustment and Loneliness Status of Women With Mastectomy and Husbands Reactions. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 12. *Illness crisis and loss*, Vol. 13(3) 267-278, University of the Punjab, Lahore, Pakistan.
- Isiugo-Abanihe UC. (1994) Reproductive motivation and family-size preferences among Nigerian men. *Stud Fam Plann*;25(3):149–161. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*; 60:509-18.
- International Agency for Research on Cancer. [<http://www.iarc.fr/en/Media-Centre/IARC-Press-Releases/Recent-Releases/New-European-cancer-figures-World-Cancer-Agency-says-major-efforts-needed-toward-prevention-in-Europe>] (προσπελάστηκε 12/3/13).
- Jamison, K.R., Wellisch, D.K., & Pasnau, R.O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy: The woman's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 135(4),432-436.
- Jing Han Ursula Hille Peter Hillemanns (2010) Quality of life and satisfaction after breast cancer operation Dirk Grothuesmann. Mechthild Neises. *Arch Gynecol Obstet* (2010) 282:75–82.
- Kalaitzi VP., Papadopoulos P, Michas K., Vlasis K, Skandalakis P., Filippou D (2007) Combined Brief Psychosexual Intervention After Mastectomy: Effects

on Sexuality, Body Image, and Psychological Well-Being DOI
10.1002/jso.20811 Published online 18 April in Wiley InterScience 4,5

Katsouyanni K, Willett W, Trichopoulos D, Boyle P, Trichopoulou A, Vasilaros S, Papadiamantis G, Macmahon B (2005). Risk of breast cancer among Greek women in relation to nutrient intake. *Cancer*: 61: 181-185

Krebs EE, Taylor BC, Cauley JA, Stone KL, Bowman PJ, Ensrud KE (2006). Measures of adiposity and risk of breast cancer in older postmenopausal women. *J Am Geriatr Soc*: 54:63–9.

Kronowitz SJ, Hunt KK, Kuerer HM, Babiera G, McNeese MD, Buchholz TA, et al. Delayed-immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113:1617–28.

Lancet Oncology, Editorial (2002). Hormonal resynchronization - an occupational hazard. *Lancet Oncology*: 3:323.

Lancet: Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (1996). Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet Oncology*: 347:1713–27.

Lancet: Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (1997). Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet Oncology*: 350:1047–59.

Madden JL. 1965 Modified radical mastectomy. *Surg. Gynecol. Obstet.*;121:1221-1228.

Madigan MP, Ziegler RG, Benichou J, Byrne C, Hoover RN. (1998). Proportion of breast cancer cases in the United States explained by well-established risk factors. *J Natl Cancer Inst*: 87:1681–5

Maher KE (1999) Organ preservation. *Seminars in Oncology Nursing* 15, 270–281.

- Malliou S, Ajnantis N, Pavlidis N, Kappas A, Kriaras J, Geroulanos S. History of mastectomy, *Archives of Hellenic Medicine* 2006, 23:260-278.
- Martin MA, Meyricke R, O'Neill T, Roberts S. (2006) Simple mastectomy or breast conserving surgery? Factors affecting type of surgical treatment for breast cancer – a classification tree approach. *BMC Cancer*; 6:98.
- Meyerowitz BE, Formenti SC, Ell KO, et al (2000). Depression among Latina cervical cancer patients. *J Soc Clin Psychol*, 19, 352-71.
- Mock V. 1993. Body image in women treated for breast cancer. *Nurs Res* 42: 153–157.
- Mohamed Toum Musa M Ibrahim, Randa Zaki A M Khair (2011) Postmastectomy life quality in patients with breast cancer in Khartoum Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Khartoum, Khartoum. *Khartoum Medical Journal* Vol. 04, No. 3, pp. 644 – 647.
- Morrow M. (2001) Surgical treatment of early breast cancer. In *Surgery*. Edited by Corson JD, Williamson RCN. M Mosby; 5:5.1-5.12.
- Nagata K, Ogino M, Shimada M, Miyata M, Gonzalez FJ, and Yamazoe Y (1999) Structure and expression of the rat CYP3A1 gene: isolation of the gene (P450/6B) and characterization of the recombinant protein. *Arch Biochem Biophys* 362:242–253.
- O' Brien W, Hasselgren PO, Hummel RP et al. 1993 Comparison of postoperative wound complications and early cancer recurrence between patients undergoing mastectomy with or without immediate breast reconstruction. *Am J Surg*; 166:1-5.
- Odigie V.I, Tanaka R., Yusufu L. M. D, Gomna A., Odigie E. C., Dawotola D. A and Margaritoni M. (2010) Psychosocial effects of mastectomy on married African women in Northwestern Nigeria *Psycho-Oncology* 19: 893–897 Published online 21 December 2009 in Wiley Inter Science (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/pon.1675

- Onland-Moret N.C, Kaarks R., Van Noord P.A, Rinaldi S, Keyt G., urinary endogenous sex hormone levels and the risk of postmenopausal breast cancer. *Br J Cancer* 2003, 88:1394–1399
- Ottman R, Pike MC , King MC (1983). Practical guide for estimating risk for familial breast cancer. *Lancet*: 2:556-58.
- Ozen O. Sertoz, Ozge Doganavsargil, and Hayriye Elbi, Body image and self-esteem in somatizing patients Turkey Journal compilation © 2009 Japanese Society of Psychiatry and Neurology
- Parker S L , Tong T, Bolden S, Wingo P A (1997). Cancer statistics, *CA Cancer J Clin*: 47:5
- Parkin D, Muir C., Whelan S, Gao Y-T, Ferlay J., (1992), eds cancer incidence in five continents, IARC Su publications 120;809
- Parkin DM., Fernandez LM. (2006) Use of Statistics to Assess the Global Burden of Breast Cancer. *CA Cancer J Clin*, 12 (1): 70-80
- Penttinen T. Saarto, P. Kellokumpu-Lehtinen, C. Blomqvist, R. Huovinen, H. Kautiainen A. Elme, Johanna Ruohola M. Luoma, and L. Hakamies-Blomqvist 2010 Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psycho-Oncology* 20: 1211–1220 (2011) Published online 27 September in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/pon.1837
- Petit JY, Gentilini O, Rotmensz N, et al (2008). Oncological results of immediate breast reconstruction: long term followup of a large series at a single institution. *Breast Cancer Res Treat*, (in press).
- Phillips KA, Pinto A, Jain S. 2004 Self-esteem in body dysmorphic disorder. *Body Image*; 1: 385–390.
- Piot-Ziegler,C, Sassi, M.-L, Raffoul W, Delaloye J.-F. (2010) Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study Article first published online: 24 DEC 2010 The British Psychological Society Issue

British Journal of Health Psychology Volume 15, Issue 3, pages 479–510,
September 2010

Rabinowitz B. Psychosocial issues in breast cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002;29(1):233–247.

Robson M, Gilewski T, Haas B, et al. (1998). BRCA-associated breast cancer in young women. *J Clin Oncol*: 16:1642-49.

Rogers M, Kristjanson LJ. (2002) The impact of sexual functioning of chemotherapy-induced menopause in women with breast cancer. *Cancer Nursing* 25:57–65

Rowland J H, Desmond K A, Meyerowitz B E, Belin T R, Wyatt G E, Ganz P A. 2000. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst*;92:1422-9.

Rubino C, Figus A, Loretto L, Sechi G. (2007) Postmastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes.

Santen RJ, Mansel R. (2005) Benign breast disorders. *N Engl J Med.*; 353:275-285.

Sasco AJ, Kaaks R, Little RE (2003). Breast cancer: occurrence, risk factors and hormone metabolism. *Expert Rev Anticancer Ther*: 3:546–62.

Schairer C, Lubin J, Troisi R (2000). Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk. *JAMA*: 283:485-91.

Simon G. E., Von Korff M 1995. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med.*, 4 : 99-105.

Skrzypulec V., Tobor E., Droszol A. and Nowosielski K. (2009) Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal compilation! Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing*, 18, 613–619.

Spiegel D, 1997 « Psychosocial aspects of breast cancer Treatment »: *Sem Oncol* 24:36-47

- Takahashi M, Kai I. (2008). Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among Japanese survivors. *Soc Sci Med*;61:1278-1290.
- Törer, TZ., Nursal TZ, Çalışkan K, Ezer A, Colakoğlu T, Moray G, Haberal M. The Effect of the Psychological Status of Breast Cancer Patients on the Shortterm Clinical Outcome after Mastectomy. *Acta Chir Belg*, 2010, 110, 467-470.
- Trichopoulos D, MacMahon B, Cole P. (1972). Menopause and breast cancer risk. *J Natl Cancer Inst*: 48:605-13.
- Wiechmann L, Kuerer HM. (2008) "The molecular journey from ductal carcinoma in situ to invasive breast cancer." *Cancer*. May 15;112(10):2130-42.with special emphasis on cancer. In *Jakos'ć' _zycia w naukach medycznych [Quality of Life in Medical Science]* (Wołowicka L ed.). Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań ,pp. 106–116.
- Yager JD, Davidson NE (2006). Estrogen carcinogenesis in breast cancer. *N Engl J Med*: 354:270–82.
- Yeo W, Kwan WH, Teo PML et al. 2004. Psychological impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology*;13:132–139.
- Yvonne Brandberg, Kerstin Sandelin, Staffan Erikson, Göran Jurell, Annelie Liljegren, Annika Lindblom, Ann Linde'n, Anna von Wachenfeldt, Marie Wickman, and Brita Arver (2008) Psychological Reactions, Quality of Life, and Body Image After Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women At High Risk for Breast Cancer: A Prospective 1-Year Follow-Up Study 26 _ 24.
- Haagensen CD & Bodian C. (1984). A personal experience with Halsted's radical mastectomy. *Ann Surg* ; 199:143-50.

Ιστοσελίδες

http://theo_kononas.tripod.com/br.reconstr.htm

<http://www.imaginis.com>