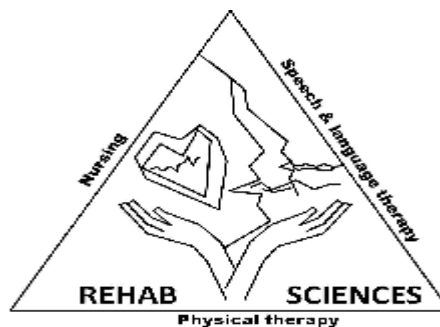




ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
(Σ.Ε.Υ.Π.)



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
«Επιστήμες Αποκατάστασης – Rehabilitation Sciences»

2018

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Αλεξοπούλου Θεοδώρα

Επιβλέπων Καθηγητής:
Ηγουμενίδης Μιχάλης

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην “ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ” που απονέμει η Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Εγκρίθηκε τηναπό την εξεταστική επιτροπή:

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

.....

ΒΑΘΜΟΣ:

ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:..... ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

Βεβαιώνω ότι η παρούσα Διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και γραμμένη με δικά μου λόγια. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου χρειάζεται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Βεβαιώνω ότι ο αριθμός λέξεων της Διπλωματικής μου εργασίας δεν ξεπερνά τις 50.000 λέξεις .

ΥΠΟΓΡΑΦΗ-----

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	6
Abstract	7
Πρόλογος	8
Εισαγωγή.....	9
1 Ανατομία – φυσιολογία μαστού.....	11
1.1 Ανατομία	11
1.2 Περιγραφή μαστού.....	11
1.3 Αγγεία και νεύρα μαστού	13
2 Φυσιολογία μαστού.....	15 Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3 Ιστολογική ταξινόμηση	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
4 Επιδημιολογία.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5. Οικονομικό κόστος.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6 Παράγοντες κινδύνου.....	20
7 Πρόληψη Καρκίνου του μαστού.....	22
7.1 Πρωτογενής πρόληψη	22
7.2 Δευτερογενής πρόληψη	25
7.3 Σκοπός εκτέλεσης μαστογραφίας	27
8 Αντιμετώπιση Ca μαστού- χειρουργικές παρεμβάσεις.....	28
8.1 Ογκεκτομή	28
8.2 Μερική μαστεκτομή.....	29
8.3 Ολική μαστεκτομή.....	29 Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
8.4 Λεμφαδενικός καθαρισμός.....	30
8.5 Εξέταση λεμφαδένα φρουρού	31
9 Αποκατάσταση.....	32
9.1 Ανάπλαση μαστού	32
9.1.1 Εμφυτεύματα για την αναδόμηση μαστού.....	33
9.1.2 Αναδόμηση μαστού με αυτόλογο ιστό.....	34
9.1.3 Παράγοντες για την επιλογή μεθόδου αποκατάστασης	36
9.1.4 Παρακολούθηση μετά την αναδόμηση.....	36
9.2 Επιζώντες.....	37
10. Ποιότητα ζωής.....	38

10.1	Πως ορίζεται η ποιότητα ζωής.....	38
10.2	HRQoL.....	42
10.2.1	Ερωτηματολόγια HRQoL	43
10.2.2	Συμβολή των HRQoL στην ποιότητα ζωής	44
11	Επιλογή κατάλληλων ερωτηματολογίων	47
12	Ποιότητα ζωής και εργαλεία μέτρησης.....	51
12.1	Χρησιμότητα εκτίμησης ποιότητας ζωής σε καρκινοπαθείς	53
13	Ποιότητα ζωής κατά την αποκατάσταση Ca μαστού.....	54
	Ειδικό μέρος	56
	Διάγραμμα ροής άρθρων ανασκοπικής μελέτης.....	60
	Αποτελέσματα.....	61
	Πίνακας αποτελεσμάτων ανασκόπησης.....	65
	Συζήτηση.....	71
	Συμπεράσματα	70
	Βιβλιογραφία.....	72

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί σήμερα την πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες παγκοσμίως. Πρόσφατα στοιχεία από μελέτες που διεξήχθησαν σε χώρες της Ευρώπης αναφέρουν ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου και την κύρια αιτία θανάτου των γυναικών σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Η μαστεκτομή παραμένει η μέθοδος επιλογής, αλλά για την πλειονότητα των γυναικών που την επιλέγουν είναι μια δοκιμασία που επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

Σκοπός: Αξιολόγηση της επίδρασης που έχει η αποκατάσταση του μαστού στην ποιότητα ζωής των γυναικών, οι οποίες υποβλήθηκαν σε εγχείρηση μαστεκτομής λόγω καρκίνου του μαστού.

Υλικό και Μέθοδος: Η ανεύρεση του υλικού για τις ανάγκες της ανασκόπησης πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, CancerLit, Embase), στην Αγγλική γλώσσα, και με ενδεικτικές λέξεις-κλειδιά “breast cancer” (καρκίνος μαστού), “quality of life” (ποιότητα ζωής) και “rehabilitation” (αποκατάσταση). Τελικά, στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 29 άρθρα, η γλώσσα δημοσίευσης των οποίων ήταν η αγγλική και με χρονολογία δημοσίευσης από το 2010 έως το 2018.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ότι η αποκατάσταση σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή είχε θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής τους, αλλά κυρίως στην εικόνα του σώματος, τη σεξουαλικότητα και την αυτοεκτίμηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν είτε μόνο σε μαστεκτομή η σε συντηρητική χειρουργική επέμβαση του μαστού. Οι περισσότερες παρεμβάσεις αποκατάστασης με ισχυρές ενδείξεις αποτελεσματικότητας αναφέρονται σε ενίσχυση της φυσικής κατάστασης των γυναικών, μέσα από διάφορα εξειδικευμένα προγράμματα ασκήσεων. Ψυχολογικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις απαιτούν περισσότερη διερεύνηση ως προς την αποτελεσματικότητά τους.

Συμπεράσματα: Απαιτείται συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά στις σύγχρονες μεθόδους αποκατάστασης, τη σημαντικότητα τέτοιων μεθόδων, καθώς και το πόσο καθοριστική επίδραση έχουν στην ποιότητα ζωής και την εικόνα του σώματος των γυναικών.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος μαστού, ποιότητα ζωής, αποκατάσταση

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is still the most serious disease of women worldwide. Studies conducted in European countries have provided evidence that breast cancer is the most common cancer and the leading cause of death among women in all countries of Europe. Mastectomy continues to be the treatment of choice, but for the majority of women this constitutes an experience that affects their quality of life

Aim: To evaluate the effect of breast reconstruction on the quality of life of women who underwent mastectomy surgery for breast cancer.

Method: Search of the electronic databases (Pub med, Cancer Lit, Embase), using the keywords: mastectomy, breast cancer, quality of life, and rehabilitation. Twenty nine studies were included, the language of the reports was English and the publication date was from 2011 to 2018.

Results: Rehabilitation after mastectomy had positive effects on the quality of life of women, primarily on their body image, sexuality and self-esteem, compared with women who underwent either mastectomy alone or conservative breast surgery. The majority of effective rehabilitation techniques were about physical exercise; rehabilitation techniques related to educational or psychological support need to be further assessed with regards to their effectiveness.

Conclusions: Sustained up dating and training of health professionals regarding modern methods of plastic breast reconstruction is required, including the significance of such methods and their decisive influence on the quality of life and body image of women.

Key-words: breast cancer, breast reconstruction, mastectomy, quality of life, reconstructive surgery.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη νόσο των γυναικών παγκοσμίως. Πρόκειται για έναν όγκο, που αποτελείται από μία ομάδα αναπτυσσόμενων καρκινικών κυττάρων στην περιοχή του μαστού

Ο όγκος αυτός μπορεί να είναι καλοήθης ή κακοήθης. Η πρόγνωση του εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο εντοπίζεται η νόσος, το μέγεθος του όγκου και το αν συμμετέχουν οι λεμφαδένες. Η πρόληψή του μπορεί να γίνει με αλλαγή του τρόπου ζωής και με την έγκαιρη ανίχνευσή του η οποία βασίζεται στον έλεγχο πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων.

Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο μέσο για την έγκαιρη ανίχνευση τόσο σε χωρίς συμπτώματα όσο και σε συμπτωματικούς πληθυσμούς είναι η μαστογραφία.

Συνιστάται, επίσης η ψηλάφηση και επισκόπηση των μαστών από τον θεράποντα ιατρό και η αυτοεξέταση των μαστών από τις ίδιες τις γυναίκες. Σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία γενετικής προδιάθεσης μπορεί να γίνει και γενετικός έλεγχος για τον εντοπισμό των γονιδίων που είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο του μαστού κληρονομικής μορφής.

Το πρώτο βήμα για τη θεραπεία του συνήθως είναι η εγχείρηση. Το είδος της ποικίλει ανάλογα με το μέγεθος και τον εντοπισμό του όγκου, το στάδιο ανίχνευσης της νόσου και τη συμμετοχή των λεμφαδένων. Αργότερα ίσως χρειαστεί οι ασθενείς να υποβληθούν σε Ακτινοθεραπεία, Χημειοθεραπεία, ή και Ορμονοθεραπεία.

Σημαντική παρέμβαση είναι η μετεγχειρητική αποκατάσταση με απώτερο σκοπό την βελτίωση των εκβάσεων της ασθενούς σε φυσικό και ψυχολογικό επίπεδο, την ενίσχυση της ποιότητας ζωής της, και τη γενικότερη στήριξή της.

Η εργασία αυτή λοιπόν αποτελεί μία συστηματική ανασκόπηση, που με βάση την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζει τι είναι ο καρκίνος του μαστού, ποια τα χαρακτηριστικά του, επιδημιολογικά δεδομένα, τους παράγοντες κινδύνου, τη θεραπεία του, και τέλος πρόσφατα άρθρα σχετικά με τη νόσο και την ποιότητα ζωής των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε αποκατάσταση μετά από μαστεκτομή.

Στα πλαίσια αυτής της εργασίας διερευνούνται λεπτομερέστερα οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής που είναι σημαντικότερες για τη συγκεκριμένη νόσο και η σχέση τους με συγκεκριμένες μεθόδους αποκατάστασης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο δεύτερος πιο συχνός καρκίνος που εμφανίζεται στις γυναίκες και αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα.

Σύμφωνα με τη Διεθνή Έκθεση για τις καρκινικές νόσους, εμφανίζονται 1.000.000 νέα κρούσματα παγκοσμίως. Στην Ελλάδα μία στις δώδεκα γυναίκες έχει πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Ο καρκίνος του μαστού στις διάφορες μορφές του αποτελεί το συνηθέστερο νεόπλασμα για το γυναικείο φύλο, με ορισμένα επιδημιολογικά δεδομένα να υποδηλώνουν ότι προσβάλλει το 12% των γυναικών παγκοσμίως (Φύσσας, 2006:134).

Από την άλλη πλευρά, τα ποσοστά επιβίωσης για τον καρκίνο του μαστού έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ανάλογα βέβαια και με το στάδιο ή τη μορφή του, με εκτιμήσεις να κάνουν λόγο για μέσο όρο 5ετούς επιβίωσης 90% και μέσο όρο 10ετούς επιβίωσης 83%.

Σημαντική είναι για την αποτελεσματική θεραπεία η έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Στην Ευρώπη η έγκαιρη διάγνωση αγγίζει το 60% των περιπτώσεων ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό του 5%, κάτι το οποίο οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), περίπου 1 στις 8 γυναίκες θα αναπτύξουν διηθητικό καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. (Χατζημπούγιας, 2007)

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, περίπου 232.340 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού διαγνώστηκαν σε γυναίκες στις ΗΠΑ για το 2013 και περίπου 39.620 γυναίκες θα πεθάνουν λόγω του καρκίνου (Χατζημπούγιας, 2007:45). Πρόσφατα στοιχεία από έρευνες που διεξήχθησαν σε 40 χώρες της Ευρώπης αναφέρουν ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου και την κύρια αιτία θανάτου των γυναικών σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. (Παρασκευάς, 2008).

Αυτή η θετική εξέλιξη προέρχεται από την πρόοδο στις θεραπευτικές επιλογές που προσφέρονται, τόσο σε χειρουργικό όσο και σε φαρμακολογικό επίπεδο, όπως και από τα συνεχώς αναπτυσσόμενα προγράμματα αποκατάστασης που εφαρμόζονται μετεγχειρητικά και αφορούν κυρίως σε εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη (Richard et al, 2007).

Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι υπάρχει ένας αυξανόμενος πληθυσμός ατόμων που επιβιώνουν από καρκίνο του μαστού και που χρήζουν προσεκτικής μελέτης ώστε να μπορούν να υποστηριχθούν όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Όλα αυτά τα δεδομένα έδωσαν το έναυσμα για ενασχόληση με τις ενέργειες που λαμβάνουν χώρα μετά τη μαστεκτομή, και πιο συγκεκριμένα κατά την αποκατάσταση μετά τη θεραπεία.

Με τον τρόπο αυτό, ενισχύεται η επιστημονική γνώση που σχετίζεται με το προαναφερθέν θέμα, καθώς γίνεται αντιληπτό ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος που ανά πάσα στιγμή μπορεί να εμφανιστεί.

Η εργασία αποτελείται από το Γενικό Μέρος όπου γίνεται αναφορά στην παθοφυσιολογία του μαστού, την ταξινόμηση Ca μαστού, τα επιδημιολογικά δεδομένα, το οικονομικό κόστος, τους παράγοντες κινδύνου, την πρόληψη καθώς και την αντιμετώπιση, και τέλος την αποκατάσταση μετά από τη θεραπεία. Επίσης, γίνεται αναφορά στην ποιότητα ζωής, στα εργαλεία μέτρησής της και στη χρησιμότητα της εκτίμησης της ποιότητας ζωής σε επιζώντες καρκίνου και σε επιζώντες καρκίνου του μαστού ειδικότερα. Το Ειδικό Μέρος περιλαμβάνει τη συστηματική ανασκόπηση, όπου περιγράφονται η ερευνητική μεθοδολογία, τα αποτελέσματα της ανασκόπησης και τα συμπεράσματα που προκύπτουν.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Α

1.Ανατομία – φυσιολογία μαστού

1.1 ANATOMIA

Ο μαστός είναι ανατομικό όργανο που βρίσκεται στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα και αποτελεί βασικό στοιχείο διαχωρισμού του φύλου. Ο μαστός αποτελεί περίπου ημισφαιρική, λιπώδη πτυχή του δέρματος . Περιέχει το μαστικό αδένια και είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος στα έφηβα θήλεα άτομα. (Χατζημπούγιας, 2007).

Στην ενήλικη γυναίκα ο μαστός εκτείνεται από τη 2^η έως την 6^η πλευρά. Η κυριότερη προεκβολή του είναι η ουρά του μαστού , ονομάζεται και ουρά του Spence, η οποία μπορεί συχνά να εκληφθεί σαν όγκος καθόσον εισέρχεται μέσα στη μασχαλιαία κοιλότητα. Ο μαστικός αδένια αποτελείται από 15-20 λοβούς. Ο κάθε λοβός καταλήγει σε κύριο γαλακτοφόρο πόρο που εκβάλλει στην κορυφή της θηλής. Η τελική πορο-λοβιακή μονάδα αποτελεί το δομικό στοιχείο του μαζικού αδένια και το σημείο που ξεκινούν οι περισσότεροι καρκίνοι. (Παρασκευάς, 2008).

1.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΑΣΤΟΥ

Διακρίνουμε δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, και μία περιφέρεια.

A) Η **πρόσθια επιφάνεια** του μαστού καλύπτεται από λεπτό και λείο δέρμα. Στο μέσο περίπου της πρόσθιας επιφάνειας βρίσκεται η θηλή και η θηλέα άλω. Η θηλή του μαστού βρίσκεται λίγο πιο κάτω και έξω από το μέσο του μαστού και αποτελεί κυλινδροειδές ή κωνοειδές έπαρμα του δέρματος. Στην κορυφή της παρουσιάζει ρωγμές, όπου υπάρχουν 15 έως 20 στόμια για την εκβολή των γαλακτοφόρων πόρων. Το ύψος της θηλής είναι κατά μέσο όρο 1 έως 1,5 εκ. και αυξάνει στο θηλασμό, χαρακτηρίζεται δε από την άφθονη παρουσία μελανίνης, που της δίνει καστανέρυθρο χρώμα. Η θέση της θηλής σε σχέση με το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα δεν είναι σταθερή και εξαρτάται από το μέγεθος και το βαθμό χαλάρωσης του μαστού. Πάντως μία μέση θέση είναι αυτή στην οποία η θηλή βρίσκεται στο ύψος του 4ου μεσοπλευρίου διαστήματος και σε απόσταση 10 έως 12 εκ. από τη μέση γραμμή. Η θηλέα άλω είναι υποστρόγγυλη και ελαφρά επηρμένη περιοχή γύρω από τη θηλή και έχει καστανέρυθρο χρώμα. Η εξωτερική επιφάνεια της θηλέας άλω, παρουσιάζει 10 έως 15 μικρά επάρματα, που ονομάζονται αλωαία οζίδια και είναι διατεταγμένα σε κύκλο γύρω από τη θηλή. Τα οζίδια αυτά έχουν ως υπόθεμα τους αλωαίους αδένια του Montgomery που είναι κυρίως οσμηγόνοι αλλά και σμηγματογόνοι και υποτυπώδεις γαλακτικοί αδένια.

B) Η **οπίσθια επιφάνεια** του μαστού επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και είναι ελαφρά υπόκοιλη. Η οπίσθια επιφάνεια μπορεί να

φθάνει μέχρι το πρόσθιο οδοντωτό ή τον έξω λοξό κοιλιακό μυ στους μεγάλους μαστούς.

Γ) Η **περιφέρεια του μαστού** μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα. Αποτελείται από δέρμα, το περιμαστικό λίπος και από το μαστικό αδένα.

✓ **Δέρμα:** Είναι λεπτό διαφανές και έχει σμηγματογόνους και πολλούς ιδρωτοποιούς αδένες. Συνδέεται στενά με το περιμαστικό λίπος. Η σκοτεινότερη χροιά γύρω από τη θηλή και τη θηλέα άλω οφείλεται στα χρωστικοφόρα κύτταρα.

✓ **Περιμαστικό λίπος:** Είναι συνέχεια του υποδορίου λίπους και είναι αφθονότερο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, βρίσκεται ανάμεσα στο δέρμα και το μαστικό αδένα, όπου μέσα σ' αυτό κατασκηλώνει ο μαστικός αδένας. Μέσα στο περιμαστικό λίπος υπάρχει ο μαστικός αδένας. Το περιμαστικό λίπος είναι υποκίτρινο και μαλακό.

✓ **Μαστικός αδένας:** Υπάρχει η πρόσθια στιβάδα του και η οπίσθια στιβάδα. Από την πρόσθια στιβάδα περνούν ίνες που λέγονται σύνδεσμοι του Cooper .

Οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper σε περίπτωση που διηθηθούν από καρκίνο, χάνουν την ελαστικότητά τους και αυτό έχει σαν συνέπεια τη βράχυνσή τους. Συνέπεια αυτών έχουμε εισολκή του δέρματος που είναι σοβαρό κλινικό σημείο, για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Σε διατομή ο μαστικός αδένας είναι λευκωτός , υπόσκληρος και ελαστικός . Η πρόσθια επιφάνεια του μαστικού αδένα είναι υπόκυρτη και ανώμαλη. Παρουσιάζει εντυπώματα που χωρίζονται με ακρολοφίες. Ανάμεσα στις ακρολοφίες και το χόριο του δέρματος υπάρχουν ινώδεις δεσμίδες , οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του μαστού που διαιρούν τον αδένα σε 15 έως 20 λοβούς. Τα παραπάνω εντυπώματα της πρόσθιας επιφάνειας γεμίζουν από περιμαστικό λίπος, εκτός από την περιοχή της θηλέας άλω και της θηλής.

Η οπίσθια επιφάνεια χωρίζεται από τη περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός με λίγο ινολιπώδη ιστό. Η περιφέρεια του μαζικού αδένα παρουσιάζει προς τα έσω τη στερνική απόφυση και προς τα έξω την άνω και την κάτω μασχλιαία απόφυση. Οι λοβοί του μαζικού αδένα έχουν σχήμα πυραμοειδές με την κορυφή προς τη θηλή, από όπου βγαίνει ένας γαλακτοφόρος πόρος. Ο μαστικός αδένας είναι σωληνοκυψελοειδής και ως προς τον τρόπο παραγωγής του εκκρίματος είναι αποκρίνης αδένας.

✓ **Μύες:** Βρίσκονται στην περιοχή του μαστού και είναι: 1) ο μείζων θωρακικός , 2) ο ελάσων θωρακικός , 3) ο πρόσθιος οδοντωτός, 4)ο πλατύς ραχιαίος, 5)ο κορακοβραχιόνιος, 6) ο υποπλάτιος και 7) ο έξω λοξός κοιλιακός μυς.

1.3 ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

A) ΑΡΤΗΡΙΕΣ: Οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρομιοθωρακικής, τους κλάδους των μεσοπλευρίων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους και τις αδενοκυψέλες.

B) ΦΛΕΒΕΣ: Ο μαστός έχει πλούσιο φλεβικό δίκτυο που διακρίνεται σε επιπολής και εν τω βάθει. Οι επιπολής εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα. Οι εν τω βάθει ακολουθούν τρεις βασικές οδούς: 1) προς την έσω μαστική φλέβα, 2) προς τη μασχαιαία φλέβα και 3) προς τις μεσοπλευρίες φλέβες. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαστικού αδένος ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη. Μια οδός αποχέτευσης είναι η ίδια των προσθίων διαπιτρώντων μεσοπλευρίων φλεβών προς την έσω φλέβα, μια άλλη είναι η με πολλαπλούς μικρούς κλάδους προς την μασχαιαία φλέβα. Η Τρίτη οδός είναι η ίδια των οπισθίων αναστομωτικών κλάδων προς τις μεσοπλευρίες φλέβες, οι οποίες αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Πράγμα που δικαιολογεί την εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού στη σπονδυλική στήλη ή ακόμα και στο ιερό οστού (Richard et al., 2007).

Γ) ΛΕΥΜΦΑΓΓΕΙΑ -ΛΕΜΦΕΣ: Το πλούσιο λεμφαγγειακό αποχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δύο κυρίως κατευθύνσεις: τα μασχαιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια. Η μελέτη των λεμφικών οδών κατέληξε σήμερα στην αποδοχή του γεγονότος ότι τα έσω μαστικά και τα μασχαιαία γάγγλια δέχονται λέμφο από όλα τα τεταρτημόρια του μαστού. Η εξωτερική οδός προς τη μασχάλη απάγει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το έξω τμήμα του μαστού, η δε εσωτερική οδός προς τα έσω μαστικά γάγγλια αποχετεύει κυρίως τη λέμφο από το εν τω βάθει και έσω τμήμα του μαστού. Μεταξύ των δύο αυτών κυρίων οδών υπάρχει πολλές αναστομώσεις, καθώς και με τις υπόλοιπες, μικρότερης σημασίας λεμφικές οδούς (π.χ. η οδός προς τα διαθωρακικά γάγγλια του Rotter) (Φύσσας, 2006).

Λεμφογάγγλια του μαστού:

α. Μασχαιαία. Προς αυτά κατευθύνεται η κύρια έξω λεμφική οδός, η οποία καταλήγει στα κεντρικά γάγγλια και από εκεί στις διάφορες άλλες ομάδες οι οποίες αναστομώνονται μεταξύ τους. 1) Έξω μαστικά (έσω ομάδα ή θωρακικά) κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας. 2) Ωμοπλατιαία (οπίσθια ή υποπλάτια) κατά την πορεία της υποπλάτιο φλέβας, πολύ κοντά στο θωρακοραχιαίο νεύρο. 3) Κεντρικά, είναι μια μεγάλη ομάδα που κείται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης. 4) Διαθωρακικά ή Rotter, μεταξύ των δυο θωρακικών μυών. 5) Γάγγλια της μασχαιαίας φλέβας (έξω ομάδα ή βραχιόνια) κάτω από τον τένοντα του μείζονα θωρακικού μυός. 6) Υποκλείδια (κορυφαία της μασχάλης), κάτω από

τον τένοντα του υποκλειδίου μυός. Σ' αυτά καταλήγουν συλλεκτικές λεμφικές οδοί από όλες τις άλλες ομάδες των μασχαλιαίων γαγγλίων.

β. Υπερκλείδια. Διηθούνται όταν πλέον έχουν προσβληθεί τα υποκλείδια γάγγλια της υποκλειδοσφαγιτιδικής γωνίας, και ψηλαφώνται επιφανειακά και πλάγια στην υπερκλείδια χώρα.

γ. Γάγγλια της έσω μαστικής. Συνήθως εντοπίζονται στο ύψος των τριών πρώτων μεσοπλεύριων διαστημάτων. Προς αυτά απάγεται η λέμφος της οπίσθιας και έσω επιφάνειας του μαστού, καθώς επίσης και λέμφος από το ήπαρ, το διάφραγμα και την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυός (Χατζημπούγιας, 2007).

2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν σημαντικό τμήμα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία και την ανάπτυξη του μαστού. Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωθήκες, ο θυροειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας, και το νευρικό σύστημα. Ο μαστός είναι ο όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δε περιορίζεται στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δεν περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους (Mc Geown , 2008).

Υποθάλαμος: Είναι γνωστό πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου κατά τον (McGeown,2008) που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της υπόφυσης ο PIF (PROLACTININHIBITINGFACTOR). Δύο άλλες ορμόνες , που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο, και έχουν σχέση με τον μαστό, είναι η αυξητική ορμόνη και η θυροειδοτρόπος ορμόνη.

Υπόφυση: Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Απόδειξη αυτού, είναι το γεγονός ότι μετά από υποφυσεκτομία προκαλείται υποπλασία των ωθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

Ωοθήκες: Οι ορμόνες των ωθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη (McGeown,2008).

Προλακτίνη: έχει ουσιαστικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης, ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος (McGeown,2008).

Ωκυτοκίνη: παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνη είναι η πρόκληση σύσπασης των επιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι, συμβάλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.

Προγεστερόνη

Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες δόσεις προκαλεί έκκριση που μοιάζει με πύαρ(McGeown,2008).

Ωοθήκες:Οι ορμόνες των ωοθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη.

Οιστρογόνες ορμόνες: Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σ'αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με την έκκριση της προλακτίνης.

Προγεστερόνη: Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις , προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες, έκκριση που μοιάζει με πύαρ.

Θυροειδής αδένας: Η θυροξίνη, που παράγεται στον αδένα αυτό, μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

Επινεφρίδια: Όπως ο θυροειδής αδένας έτσι και αυτά έχουν δευτερευούσης σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

Πλακούντας: Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακούντιο λακτογόνο ορμόνη. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το ότι, αν εκτελέσουμε ωοθηκεκτομή μετά τον 3 ή 4 μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος.

Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης.

Από τις ορμόνες του πλακούντα, αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακούντιο γαλακτογόνος ορμόνη. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει όμως και με τη δράση της προλακτίνης , γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.

3. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Όγκοι του μαστού

Ανάλογα με τον ιστό που προέρχονται διακρίνονται σε:

Επιθηλιακοί όγκοι (καρκίνος): Προερχόμενοι από το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων ή των λοβιδίων του μαστού

Μη επιθηλιακοί όγκοι (σαρκώματα): Προερχόμενοι από τον ενδιάμεσο ιστό.

Ανάλογα με το βάρος της διήθησης διακρίνονται σε:

Μη Διηθητικοί (δεν διηθείται η βασική μεμβράνη)

A. Πορογενείς in situ

- Χαρακτηρίζονται σαν προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις
- Είναι πιο συχνοί από τους λοβιακούς in situ, εμφανίζονται στην 5η δεκαετία της ζωής.
- Το 80% δεν είναι ψηλαφητοί και ανακαλύπτονται μετά από τυχαίο μαστογραφικό έλεγχο
- Το μέγεθός τους μπορεί να κυμανθεί από 2mm έως πολλά cm χωρίς διήθηση της βασικής μεμβράνης.
- Πολυκεντρικοί στο 35% των ασθενών
- Συνυπάρχουν με διηθητικό καρκίνωμα στο 11-21% των ασθενών
- Ο κίνδυνος για μετατροπή σε διηθητικό πορογενές καρκίνωμα είναι 25-30% σε 10 χρόνια
- Χαρακτηρίζονται σε υψηλού, μέσου και χαμηλού βαθμού διαφοροποίησης

B. Λοβιακοί in situ

- Εμφανίζονται στη 4η δεκαετία της ζωής – τα 2/3 είναι στη προεμμηνοπαυσιακή περίοδο
- Αποτελεί μάλλον καρκινικό δείκτη για την πιθανότητα ανάπτυξης καρκινώματος του μαστού με μεγαλύτερη από το γενικό πληθυσμό πιθανότητα κατά 7-9 φορές
- Έχει μικρότερη πιθανότητα (20%) να εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνωμα (πορογενές ή λοβιακό) από το πορογενούς τύπου (Μπονάτσος & συν, 2006).

4.Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του μαστού είναι η δεύτερη πιο κοινή μορφή καρκίνου στον κόσμο και, με μεγάλη διαφορά, η συχνότερη μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών με κατ' εκτίμηση 1.670.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου το 2012 (25% όλων των καρκίνων). Είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου στις γυναίκες τόσο στις περισσότερες όσο και στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές με ελαφρώς περισσότερες περιπτώσεις στις λιγότερο ανεπτυγμένες (883.000 περιπτώσεις) από ό, τι στις πιο ανεπτυγμένες (794.000) περιοχές. Τα ποσοστά επίπτωσης ποικίλουν σχεδόν τέσσερις φορές σε όλες τις περιοχές του κόσμου, με ποσοστά που κυμαίνονται από 27 ανά 100.000 στη Μέση Αφρική και την Ανατολική Ασία έως 92 στη Βόρεια Αμερική (Podkova et al,2014). Ο καρκίνος του μαστού κατατάσσεται ως η πέμπτη αιτία θανάτου από καρκίνο συνολικά (522.000 θάνατοι) και ενώ είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες (324.000 θάνατοι, 14,3% του συνόλου), είναι πλέον η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις πιο ανεπτυγμένες περιφέρειες (198.000 θάνατοι, 15,4%) μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Το εύρος των ποσοστών θνησιμότητας μεταξύ των περιφερειών του κόσμου είναι μικρότερο από εκείνο της επίπτωσης λόγω της ευνοϊκότερης επιβίωσης από καρκίνου του μαστού στις (υψηλής συχνότητας) ανεπτυγμένες περιφέρειες, με ποσοστά που κυμαίνονται από 6 ανά 100.000 στην Ανατολική Ασία έως 20 ανά 100.000 στη Δυτική Αφρική (Podkova et al,2014).

Το 2012 διαγνώστηκαν 1.7 εκατομμύρια γυναίκες με καρκίνο μαστού και υπήρχαν και άλλα 6.3 εκατομμύρια ζωντανές που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού τα προηγούμενα πέντε χρόνια. Υπολογίζεται ότι μετά το 2008 η επίπτωση του καρκίνου του μαστού έχει αυξηθεί περισσότερο από 20% ενώ η θνησιμότητα έχει αυξηθεί κατά 14%. Ο καρκίνος του μαστού είναι επίσης ο καρκίνος που διαγιγνώσκεται συχνότερα στις γυναίκες σε 140 από 180 χώρες παγκοσμίως σύμφωνα με τους Zorfet et al (2014). Η επίπτωση έχει αυξηθεί στις περισσότερες περιοχές του κόσμου αλλά υπάρχουν μεγάλες ανισότητες μεταξύ των πλούσιων και των φτωχών χωρών. Τα ποσοστά επίπτωσης παραμένουν υψηλά στις περισσότερες ανεπτυγμένες περιοχές αλλά η θνησιμότητα είναι σχετικά πολύ υψηλότερη στις λιγότερο ανεπτυγμένες λόγω έλλειψης έγκαιρης ανίχνευσης και πρόσβασης σε υπηρεσίες θεραπείας. Για παράδειγμα στη Δυτική Ευρώπη, η ετήσια επίπτωση είναι περισσότερες από 90 περιπτώσεις ανά 100.000, ενώ στην Ανατολική Αφρική είναι 30/1000.000. Αντιθέτως τα ποσοστά θνησιμότητας ανάμεσα στις δύο αυτές περιοχές είναι σχεδόν όμοια και ανέρχονται σε 15/100.000, κάτι που υποδηλώνει ξεκάθαρα μία όχι έγκαιρη διάγνωση και πολύ περισσότερο φτωχή επιβίωση στην Ανατολική Αφρική (Angin et al,2014).

Η προτυπωμένη κατά ηλικία επίπτωση του καρκίνου του μαστού στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2012 ήταν 82,1 ανά 100.000 πληθυσμού, με σημαντικές διαφοροποιήσεις να παρατηρούνται μεταξύ των κρατών μελών. Την υψηλότερη προτυπωμένη κατά ηλικία επίπτωση παρουσιάζει το Βέλγιο (111,9 ανά 100.000) και τη χαμηλότερη η Ελλάδα (43,9 ανά 100.000), (IARC, 2016).

Η προτυπωμένη κατά ηλικία θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ε.Ε των 28 εκτιμάται σε 15,5 ανά 100.000 πληθυσμού, ενώ και σε αυτό το δείκτη παρατηρούνται ανισότητες μεταξύ των χωρών. Την υψηλότερη προτυπωμένη κατά ηλικία θνησιμότητα εκτιμάται ότι εμφανίζει και πάλι το Βέλγιο (20,3 ανά 100.000) και τη χαμηλότερη η Ισπανία(11,8 ανά 100.000).

5.Οικονομικό κόστος

Ο καρκίνος του μαστού είναι η δεύτερη δαπανηρή μορφή καρκίνου μετά τα νεοπλασμάτα του πνεύμονα. Η πολυπλοκότητα του νοσήματος αλλά και η αυξημένη ανάγκη για εξειδικευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις των πασχόντων καθιστούν τον καρκίνο του μαστού νόσημα με οικονομικές προεκτάσεις για το σύστημα υγείας. Από δεδομένα που έχουμε από τις ΗΠΑ, το συνολικό κόστος της νόσου για την επιβίωση ενός ασθενούς ανέρχεται από 20.000 έως 100.000 δολάρια (Campbell et al,2009). Ενώ στην Ευρώπη οι εκτιμήσεις είναι σχετικά χαμηλότερες. Το ετήσιο κόστος ανά ασθενή εξαρτάται από το στάδιο της νόσου (Hall et al,2015). Τα προχωρημένα στάδια έχουν υψηλότερη δαπάνη. Το κόστος ανά περίπτωση είναι αναλογικά μικρότερο στις μεγαλύτερες ηλικίες (Will et al., 2000).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου έχει υψηλό άμεσο και έμμεσο οικονομικό κόστος. Το υψηλό άμεσο οικονομικό κόστος, που επιβαρύνει τα Συστήματα Υγείας, προκύπτει από την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις υψηλής ακρίβειας και κόστους διαγνωστικές εξετάσεις αλλά κυρίως από τους θεραπευτικούς χειρισμούς που περιλαμβάνουν την ιδιαίτερα ακριβή φαρμακευτική αγωγή. Στοιχεία για το άμεσο κόστος στην Ελλάδα δεν υπάρχουν, ωστόσο εκτιμάται ότι το κόστος για τη θεραπεία του καρκίνου κυμαίνεται περίπου στο 6,5% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Προκύπτει επίσης ένα υψηλό έμμεσο οικονομικό κόστος λόγω της μειωμένης παραγωγικότητας, τόσο του πάσχοντα, όσο και της οικογένειάς του, που επιβαρύνεται με την κατ' οίκον νοσηλεία αυτού αλλά και από την απώλεια ημερών εργασίας από τον ίδιο τον ασθενή και τους φροντιστές του. Το έμμεσο κόστος υπολογίζεται ότι είναι τουλάχιστον διπλάσιο του άμεσου.

6.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με την αιτιολογία και την ανάπτυξη του καρκίνου είναι πολλοί. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποιοι είναι οι παράγοντες αυτοί διότι η αποφυγή τους, οποτεδήποτε είναι δυνατό, συμβάλλει σε μια σημαντική μείωση του κινδύνου για τον καθένα να προσβληθεί από καρκίνο. Ο καρκίνος είναι ουσιαστικά μια κυτταρική νόσος που συνίσταται στον άναρχο πολλαπλασιασμό παθογόνων κυττάρων που έχουν υποστεί βλάβη στο γονιδιακό τους υλικό. Η γονιδιακή αυτή βλάβη μπορεί είτε να κληροδοτηθεί από γενιά σε γενιά, είτε να προκύψει επίκτητα εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, όπως η διατροφή, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία ή η έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία, καθώς και σε διάφορες χημικές ουσίες με τις οποίες μπορεί κάποιος να έρθει σε επαφή στον εργασιακό ή και στον οικιακό του χώρο. Οι κυριότεροι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη γένεση του καρκίνου, περιγράφονται παρακάτω: (Μόρτογλου , 2012).

Οι επιστήμονες έχουν καταλήξει πως, μολονότι οι γονιδιακές βλάβες που προκαλούν καρκινογένεση είναι δυνατόν να κληροδοτηθούν από γενιά σε γενιά, μεγάλο ποσοστό ογκογονιδίων προκύπτει από περιβαλλοντικούς παράγοντες, από δυσμενείς συνθήκες εργασίας, καθώς και από διατροφικές ή άλλου είδους συνήθειες (Βαλαβανίδης,2011). Οι συνήθειες αυτές ονομάζονται καρκινογόνες, καθώς έχουν τεκμηριωμένα συσχετιστεί με την εμφάνιση κακοήθους νεοπλασίας. Δεν είναι τυχαία η επισήμανση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) το 2003, πως η κατανάλωση καπνού και η ανθυγιεινή διατροφή έχουν συμβάλλει τα μέγιστα στην εκρηκτική αύξηση των κρουσμάτων της νόσου, τόσο στον αναπτυγμένο, όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Συνεπώς, αν μη τι άλλο, ο κάθε άνθρωπος είναι σε θέση να λάβει μέτρα πρόληψης κατά του καρκίνου εξετάζοντας τον τρόπο ζωής του και αποβάλλοντας συστηματικά από την καθημερινότητά του συνήθειες που έχουν στιγματιστεί ως παράγοντες καρκινογένεσης περιγράφονται παρακάτω: (Ανδρικόπουλος ,2015).

- ∅ Ηλικία: όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού.
- ∅ Ηλικία 1ης εγκυμοσύνης: αν η πρώτη ολοκληρωμένη εγκυμοσύνη είναι μετά τα 30, τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού.
- ∅ Ηλικία εμμηνόπαυσης: αν η διακοπή της έμμηνου ρύσης ξεπεράσει τα 55 χρόνια τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.
- ∅ Ηλικία εμμηναρχής: όσο πιο νωρίς ξεκινήσει η έμμηνος ρύση (12 ετών περίπου), τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου.

- Ø Καθιστικός τρόπος ζωής: επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που ασκούνται τακτικά εμφανίζουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο.
- º Ιστορικό: γυναίκες με δύο άτομα ιστορικό καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών, έχουν πιθανότητα μετάλλαξης στο γονίδιο BRCA1 και BRCA2.
- Ø Ατεκνία: κινδυνεύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό.
- Ø Προηγθείσα βιοψία Μαστού: αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.
- º Ψυχική ένταση: η μακροχρόνια ψυχική ένταση και οι στρεσογόνες καταστάσεις, αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.
- Ø Η ποιότητα, η ποσότητα και η επεξεργασία του φαγητού: το κρέας πρέπει να είναι στην κατσαρόλα ή στον φούρνο, τα επεξεργασμένα τρόφιμα περιέχουν χημικές ουσίες, έτσι αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου (Wolff AC et al, 2007).
- Ø Γεωγραφικοί- κοινωνικοί παράγοντες: σε χώρες με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.
- Ø Διατροφή: οι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Κατσιλάμπρος,2004).
- Ø Κάπνισμα- Αλκοόλ: ειδικότερα μετά την εμμηνόπαυση και σε συνδυασμό με το αλκοόλ αυξάνουν τον κίνδυνο παρουσίασης καρκίνου. (Lonning PE, 2007).
- Ø Υπεριώδη ακτινοβολία: η έκθεση των μαστών στην ακτινοβολία έχει αρνητικές επιπτώσεις.
- Ø Χημικές ουσίες: ειδικότερα τα εντομοκτόνα που χρησιμοποιούνται στις καλλιέργειες έχουν σοβαρές επιπτώσεις.
- Ø Γονιδιακές βλάβες: μεταλλάξεις ορισμένων γονιδίων που κληρονομούνται από την μητέρα ή από τον πατέρα . (Kovacevic et al, 2015).
- Ø Χρήση φαρμάκων: ειδικότερα τα φάρμακα που περιέχουν προγεστερόνη και οιστρογόνα, καθώς και η χρήση των αντισυλληπτικών αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

7.ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Παρόλο που ο ρόλος ενός μεγάλου αριθμού παραγόντων θεωρείται τεκμηριωμένος, η γνώση σπανίως μεταφράζεται σε πράξη και σε αποτελεσματική λήψη μέτρων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Ορισμένοι από τους τεκμηριωμένους αναπαραγωγικούς παράγοντες κινδύνου, όπως η ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης, δεν είναι τροποποιήσιμοι και δεν δύναται κανείς να επέμβει, σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Αντιθέτως, ορισμένοι άλλοι που αφορούν κυρίως την αναπαραγωγική συμπεριφορά, όπως η ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης ή ο αριθμός παιδιών που θα αποκτήσει η γυναίκα, προσδιορίζονται πρωτίστως από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Κατά συνέπεια, στις αναπτυσσόμενες χώρες, για λόγους που σχετίζονται με την παρατεταμένη διάρκεια της εκπαίδευσης και την αναζήτηση της επαγγελματικής καταξίωσης, εκατομμύρια γυναικών αναβάλλουν την τεκνοποίηση και εξαιτίας αυτού του γεγονότος, σε συνδυασμό με την έμφυτη επιλογή τους, καταλήγουν στην απόκτηση μικρότερου αριθμού τέκνων. Αυτές οι επιλογές εκτιμώνται ότι οδηγούν σε αύξηση των δεικτών επίπτωσης του καρκίνου του μαστού (Morrow et al, 2010).

Οι τεκμηριωμένοι παράγοντες κινδύνου, με δυνατότητα τροποποίησης, περιλαμβάνουν τον περιορισμό χρήσης μετεμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων, την ελεγχόμενη κατανάλωση οινοπνεύματος και την αποφυγή της αύξησης βάρους, κατά την ενήλικη ζωή. Σε γενικές γραμμές προτείνεται ένας υγιεινός τρόπος διαβίωσης και διατροφής. Ωστόσο, η διαδικασία λήψης των αποφάσεων για την τροποποίηση της συμπεριφοράς, σε ατομικό επίπεδο, είναι σύνθετη και πολυπαραγοντική, καθώς ορισμένοι από αυτούς, όπως η χρήση ορμονών, παρουσιάζουν ορισμένα πλεονεκτήματα στη μείωση του κινδύνου άλλων χρόνιων νοσημάτων, όπως η οστεοπόρωση. Η αποφυγή αύξησης βάρους, παρόλα αυτά, κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής θα μπορούσε να αποτελέσει μια πολύτιμη προληπτική στρατηγική για τον καρκίνο του μαστού, καθώς και για τρίτες νοσολογικές καταστάσεις. Λοιποί παράγοντες που πιθανόν να μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι ο θηλασμός, η φυσική δραστηριότητα και η πρόσληψη ελαιόλαδου, φρούτων και λαχανικών, παρά το γεγονός ότι τα ανωτέρω ευρήματα δεν είναι τόσο ισχυρά, όπως συμβαίνει με τους παράγοντες κινδύνου. (Morrow et al, 2010).

7.1 Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη

Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην καταγραφή των παραγόντων που προκαλούν καρκίνο, ενώ παράλληλα προστατεύει τον πληθυσμό από την έκθεσή του σε αυτούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ολοκληρωτική αποφυγή των ανωτέρω παραγόντων είναι εφικτή, όπως το κάπνισμα, ενώ σε άλλες, όπως είναι η υπερϊώδης ηλιακή ακτινοβολία, μπορεί να επιτευχθεί περιορισμός της έκθεσης

στον βλαπτικό παράγοντα. Παρακάτω περιγράφονται οι σημαντικότεροι παράγοντες που αφορούν την πρόληψη. (Morrow et al, 2010).

Κάπνισμα: Η χρήση του καπνού συνιστά το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας του ανθρώπου. Οι καρκινικές βλάβες και η αυξημένη θνησιμότητα, επέρχονται συνήθως μετά την πάροδο 10-30 ετών, με αποτέλεσμα να μην γίνεται αντιληπτό ως ένας άμεσος κίνδυνος για τη ζωή, από το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Οι πολιτικές των εθνικών οργανισμών κατά του καρκίνου, εστιάζονται στη προσπάθεια μείωσης την κατανάλωσης προϊόντων καπνού, γεγονός, όμως, που σχετίζεται με την τεράστια οικονομική και πολιτική επιρροή της παγκόσμιας βιομηχανίας καπνού. Ενδεικτικά, ανησυχητικά σημάδια της πρόληψης στον τομέα του καπνού, είναι το γεγονός ότι, παρά τις σημαντικές προσπάθειες που λαμβάνουν χώρα, παρατηρείται μεγάλη αύξηση του καπνίσματος σε δύο μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες: οι γυναίκες σε όλο τον κόσμο και από την άλλη οι κάτοικοι των χωρών του Τρίτου Κόσμου (Morrow et al, 2010).

Διατροφή και δίαιτα: Τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως είναι όγκοι στο μαστό, το παχύ έντερο, τον προστάτη, τις ωοθήκες και τη μήτρα. Οι προσπάθειες για την πρόληψη του καρκίνου, όσον αφορά τη διατροφή, επικεντρώνονται στην υιοθέτηση συγκεκριμένων διαιτητικών συνηθειών, όπως: (Κατσιλάμπρος, 2004).

- Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες
- Η αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης ζωικού λίπους
- Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε βιταμίνες Α και C
- Η αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος
- Η αποφυγή της παχυσαρκίας
- Η μείωση της κατανάλωσης καπνιστών και παστών προϊόντων

Γενετικοί παράγοντες: Σε περίπτωση που παρατηρούνται ενδείξεις για γενετική προδιάθεση ενός ατόμου, όσον αφορά τον καρκίνο, σύμφωνα με τους (Dizon, et al., 2009) θα μπορούσαν να ληφθούν μέτρα, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος προσβολής από τη νόσο όπως είναι:

- Ελάττωση ή αποφυγή της επαφής με τους βλαπτικούς παράγοντες
- Άμεση ιατρική διερεύνηση οποιουδήποτε πρώιμου σημάδιου που μπορεί να σχετίζεται με τη νόσο
- Πραγματοποίηση τακτικών ιατρικές εξετάσεις
- Λήψη κατάλληλων οδηγιών από ιατρεία συμβουλευτικής γενετικής.

Επαγγελματική έκθεση:

Οι όγκοι που αναπτύσσονται λόγω έκθεσης σε ουσίες ή παράγοντες που απαντώνται σε επαγγελματικούς χώρους, συνιστούν περίπου το 5% των περιπτώσεων καρκινογένεσης. Κατά μια πιθανή ύπαρξη τέτοιων παραγόντων, όπως είναι το αρσενικό ή το κάδμιο, θα πρέπει να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης, όπως είναι στολές, γάντια ή μάσκες προφύλαξης. Οι σημαντικότεροι βλαπτικοί παράγοντες είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία, ο αμιάντος, το βενζόλιο, το χλωριούχο βινύλιο, οι ενώσεις του αρσενικού, του ουρανίου, του νικελίου, του χρωμίου, οι αναθυμιάσεις από λάστιχο και χλωρίνη, αλλά και η σκόνη από βαμβάκι και κάρβουνο.

Προληπτικές εξετάσεις: Στις προληπτικές εξετάσεις ανήκουν η αυτοεξέταση του μαστού και η κλινική εξέταση του. Η εκτέλεση αυτών των εξετάσεων έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου και έτσι να αύξηση τις πιθανότητες επιτυχούς έκβασης της θεραπείας .

Αυτοεξέταση μαστού

Το γεγονός ότι στις περισσότερες μορφές καρκίνου, σε ποσοστό δηλαδή 90% τους ανακαλύπτουν οι ίδιες οι γυναίκες, καθιστά επιτακτική την ανάγκη να γίνει κοινή συνείδηση σε όλες τις γυναίκες ότι πρέπει να ψηλαφούν το μαστό τους, τουλάχιστον 1 φορά το μήνα. Η αυτοεξέταση του μαστού συνίσταται σε όλες τις γυναίκες, άνω των 20 ετών. Η εξέταση πρέπει να γίνεται 8-12 ημέρες μετά το τέλος της εμμήνου ρύσεως (περιόδου), ακριβώς γιατί τότε το στήθος είναι ανενεργό από ορμόνες ή την πρώτη μέρα κάθε μήνα εάν βρίσκεσθε στην εμμηνόπαυση ή σε κατάσταση εγκυμοσύνης(Κελλαρτζής και συν.,2009). Παρατηρούμε τυχόν:

- Αλλαγές στο μέγεθος και των δύο μαστών .
- Αλλαγές στις θηλές.
- Αιμορραγία ή ροή υγρού από τις θηλές .
- Ασυνήθιστο βαθούλωμα ή ρυτίδωση στο μαστό ή τη θηλή.
- Φλέβες που πετάνε περισσότερο απ' ότι συνήθως.
- γενικότερα αλλαγές στο δέρμα των μαστών και των θηλών.

Η προσεκτική κλινική εξέταση και η λεπτομερής λήψη του ιστορικού είναι το βασικότερο στοιχείο της διάγνωσης. Συνήθως η εξέταση του μαστού πραγματοποιείται κατά την εξέταση του θώρακα. Σε ασυμπτωματικές γυναίκες πρέπει να αποφασίζεται αν θα πρέπει να συμπεριληφθεί η πλήρης εξέτασης του μαστού στη συνήθη εξέταση. Σκοπός της εξέτασης είναι να ο έλεγχος ογκίδια στο μαστό και είναι σκόπιμο να συνιστάται η πλήρης τυπική εξέταση του μαστού σε ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας, άνω των 40 ετών. Πριν εξεταστεί η ασθενής, πρέπει να ενημερωθεί από το γιατρό, πως η γενική εξέταση θώρακα προσφέρει μια καλή ευκαιρία για τον έλεγχο των μαστών για πιθανά ογκίδια. Επίσης ο γιατρός δε πρέπει να λησμονεί να ενημερώσει την ασθενή για τα ευρήματά του. Έχουν περιγραφεί πολλές τεχνικές , αλλά οι βασικές αρχές παραμένουν ίδιες.

Ψηλάφηση του μαστού

Κατά την διάρκεια της εξέτασης του θώρακα η ασθενής πρέπει να είναι κατακεκλιμένη στην εξεταστική κλίνη με τα χέρια της απλωμένα άνετα στα πλάγια ή τοποθετημένα πάνω από το κεφάλι της. Ο μαστικός ιστός ψηλαφίζεται με την παλαμιαία επιφάνεια των τριών μεσαίων δακτύλων, εφαρμόζοντας ομαλή κυκλική κίνηση πιέζοντας ήπια το μαστικό ιστό πάνω από το θωρακικό τοίχωμα. Η επίμονη και μεθοδική διερεύνηση όλου του μαστικού ιστού διασφαλίζει την ανίχνευση μικρών ογκιδίων, που εύκολα μπορούν να ξεφύγουν από την προσοχή του ασθενή και ιατρού. Εφόσον οι μαστοί είναι υπέρμετρα μεγάλοι ή κρεμάμενοι, χρησιμοποιείται το ένα χέρι για τη σταθεροποίηση του μαστού στο κατώτερο όριο. Η υφή του φυσιολογικού μαστικού ιστού ποικίλει από λεία έως κοκκώδη ή ακόμη και μικροοζώδης. Η υφή μπορεί επίσης να εμφανίσει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, ή οζώδης σύσταση και η ευαισθησία συχνά αυξάνονται προς το τέλος του κύκλου και κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης. Η υφή του μαστού φυσιολογικά είναι συμμετρική και μια σύγκριση των μαστών μπορεί να βοηθήσει να συμπεράνετε αν η περιοχή είναι παθολογική ή όχι. Για την εξέταση της μασχαλιαίας ουράς του Spence, η ασθενής υψώνει τα χέρια πάνω από το κεφάλι (National Cancer Institute 2006).

Ψηλάφηση των λεμφαδένων

Οι μασχάλες μπορούν να ψηλαφηθούν με την ασθενή ξαπλωμένη ή καθήμενη. Όταν εξετάσετε την αριστερή μασχάλη στην καθιστική θέση, η ασθενής μπορεί να ακουμπά το αριστερό της χέρι στο δεξιό ώμο, ενώ ερευνάτε την μασχάλη με το δεξί σας χέρι. Εναλλακτικά, υπάρχουν και τεχνικές για την αποκάλυψη της μασχάλης. Εκτελείται απαγωγή του χεριού, υποστηρίζοντας απαλά τον καρπό της ασθενούς με το δεξί χέρι και εξετάζοντας με το δεύτερο χέρι. Ο ασθενής κυρτώνει ελαφρά το χέρι και ο γιατρός ψηλαφίζει το μασχαλιαίο θόλο αναζητώντας την κορυφαία ομάδα των λεμφαδένων. Οι μικροί λεμφαδένες μπορεί να γίνουν αντιληπτοί μόνο αν κινούνται κυκλικά οι ράγες των εξεταζόμενων δακτύλων, επάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Στη συνέχεια, ψηλαφίζεται η πρόσθια ομάδα των λεμφαδένων κατά μήκος του οπίσθιου ορίου της πρόσθιας μασχαλιαίας πτυχής, η κεντρική ομάδα των λεμφαδένων πάνω στο πλάγιο θωρακικό τοίχωμα και η οπίσθια ομάδα κατά μήκος της οπίσθιας μασχαλιαίας πτυχής (National Cancer Institute 2010).

7.2 Δευτερογενής πρόληψη: Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει τον μαζικό έλεγχο μεγάλων ομάδων φυσιολογικού πληθυσμού, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου με βάση πρώιμα σημεία ή συμπτώματα.

Δύο από τις πλέον συνήθεις εξετάσεις που εφαρμόζονται κατά τη δευτερογενή πρόληψη είναι η μαστογραφία για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και το test Παπανικολάου για τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου. Έχει αποδειχθεί σε εκτεταμένες μελέτες, ότι ο μαζικός έλεγχος, σε συνδυασμό με την κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού, μπορεί να μειώσει σημαντικά τα

ποσοστά προσβολής από διάφορες μορφές καρκίνου (National Cancer Institute 2010).

Η μαστογραφία είναι η ακτινολογική μέθοδος μελέτης του μαστού. Είναι η περισσότερο καθιερωμένη μέθοδος εξέτασης του μαστού και οι διάφορες τεχνολογικές εφαρμογές όπως η θερμογραφία, η υπερηχογραφία, η ηλεκτρονική αξονική τομογραφία και ο μαγνητικός συντονισμός δεν μπόρεσαν να την αντικαταστήσουν, είτε γιατί δεν έχουν την ανάλογη διαγνωστική εμβέλεια και ακρίβεια, είτε γιατί έχουν υψηλό κόστος και δεν είναι εύκολες στη χρήση τους.

Η ειδική τεχνική της μαστογραφίας είναι η ακτινογράφιση των μαλακών ιστών του μαστού. Είναι μία ακτινολογική εξέταση που μπορεί να εντοπίσει ακόμη και την ύπαρξη πολύ μικρού μεγέθους καρκίνου στο μαστό, όταν αυτός δεν έχει δώσει ακόμη, κανένα κλινικό εύρημα. Σήμερα η συμβατική μαστογραφία βαθμιαία αντικαθίσταται, από την ψηφιακή μαστογραφία η οποία παρουσιάζει καλύτερη ευκρίνεια, άρα και καλύτερα διαγνωστικά αποτελέσματα και η γυναίκα δέχεται μικρότερη ποσότητα ακτινοβολίας(Μανάβης ,1991).

Από πολλές τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές με μεγάλο αριθμό γυναικών έχει δειχθεί ότι τα προγράμματα τακτικού , προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου και κλινικής εξέτασης μειώνουν τους θανάτους από καρκίνο του μαστού κατά 20-30% στις γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών. Μάλιστα εάν μελετηθούν ξεχωριστά εκείνες οι γυναίκες που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα κατά 100% διαπιστώνεται μείωση θανάτων κατά 50%, συγκριτικά με τον γυναικείο πληθυσμό (Daniel, 2000).

Από προηγούμενες μελέτες που δεν ήταν τυχαίοποιημένες είχε δειχθεί ότι με τον προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο ο καρκίνος του μαστού διαγιγνώσκεται σε πρωιμότερο στάδιο απ' ότι με κλινική εξέταση(Daniel, 2000).

7.3 ΣΚΟΠΟΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η μαστογραφία γίνεται συνήθως με σκοπό:

1. Την διευκρίνιση του καρκίνου του μαστού και την αποκάλυψή του σε προκλινικό στάδιο.
2. Την μελέτη των καλοηθών παθήσεων του μαστού.
3. Την κατάταξη των μαστών σε κατηγορίες χαμηλού ή αυξημένου κινδύνου ανάλογα με την αρχιτεκτονική του υποστρώματος και των γαλακτοφόρων πόρων (Μανάβης ,1991).

Άλλες μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην διάγνωση νοσημάτων του μαστού είναι το υπερηχογράφημα (U/S) και η μαγνητική τομογραφία (MRI) των μαστών (Κατσώχης και συν,2000).

8.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Ca ΜΑΣΤΟΥ –ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η θεραπεία έχει ως αρχικό στόχο της την αφαίρεση της ορατής νόσου. Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της νόσου είναι συνήθως η εγχείρηση. Το είδος της εγχείρησης μπορεί να είναι: ευρεία τοπική εκτομή- Ογκεκτομή- Τμηματεκτομή, υποδόρια μαστεκτομή, απλή μαστεκτομή, τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, ριζική μαστεκτομή (Halsted), καθώς και βιοψία του συνοδού (φρουρού) λεμφαδένα (sentinel node). Μετά την εγχείρηση ή και πριν και με βάση ορισμένα στοιχεία που θα προκύψουν κυρίως από την ιστολογική εξέταση μπορεί να απαιτηθεί: ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, και ορμονοθεραπεία (Vieira et al,2014).

8.1Ογκεκτομή

Η ογκεκτομή είναι μια μέθοδος αφαίρεσης του καρκίνου ή άλλων μη φυσιολογικών ιστών από την περιοχή του μαστού. Η ογκεκτομή ονομάζεται, επίσης, προφυλακτική επέμβαση ή συντηρητική επέμβαση, καθώς μόνο ένα τμήμα του μαστού αποκόπτεται. Κατά την ογκεκτομή αφαιρείται ταυτόχρονα μια μικρή ποσότητα φυσιολογικού ιστού γύρω από τον όγκο, ώστε να διασφαλιστεί ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα έχουν αφαιρεθεί.

Σκοπός της μεθόδου είναι η αφαίρεση του καρκινώματος αλλά παράλληλα η διατήρηση του μαστού της γυναίκας. Οι μελέτες υποδεικνύουν ότι η ογκεκτομή, αν και είναι η λιγότερο επεμβατική μέθοδος, είναι εξίσου αποτελεσματική με τη μαστεκτομή, με την προϋπόθεση ότι ο καρκίνος βρίσκεται σε αρχικό στάδιο. Η ογκεκτομή συνιστάται όταν η βιοψία δείξει ότι η ασθενής πάσχει από καρκίνο του μαστού και ο όγκος είναι είτε μικρός σε μέγεθος είτε σε πρώιμο στάδιο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η μέθοδος αυτή είναι η πρώτη επιλογή και ακολουθεί ακτινοθεραπεία προκειμένου να μειωθούν οι πιθανότητες επανεμφάνισης του καρκίνου.

Η ογκεκτομή ως μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού αντενδείκνυται όταν η ασθενής:

- Έχει ιστορικό σκληροδερμίας, μια ομάδα παθήσεων όπου το δέρμα και άλλοι ιστοί σκληραίνουν
- Έχει ιστορικό συστηματικού ερυθματώδη λύκου, χρόνια φλεγμονώδη πάθηση
- Έχει δυο ή περισσότερες εστίες σε διαφορετικά τεταρτημόρια του μαστού
- Έχει δεχθεί στο παρελθόν ακτινοθεραπεία στην περιοχή
- Έχει όγκο, ο οποίος βρίσκεται κοντά στη θηλή

Έχει όγκο με εισολκή της θηλής Η ογκεκτομή, όπως κάθε χειρουργική επέμβαση, ενδέχεται να έχει κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως, η αιμορραγία, η μόλυνση, ο πόνος, το προσωρινό οίδημα, το μούδιασμα και η αλλαγή στο σχήμα του μαστού (Vieira et al,2014).

- Η ογκεκτομή, όπως κάθε χειρουργική επέμβαση, ενδέχεται να επιφέρει κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως, η αιμορραγία, η μόλυνση, ο πόνος, το προσωρινό οίδημα, το μούδιασμα και η αλλαγή στο σχήμα του μαστού.

8.2 Μερική μαστεκτομή

Η μερική μαστεκτομή, ως θεραπευτική μέθοδος του καρκίνου του μαστού, μοιάζει με την ογκεκτομή. Η διαφορά τους έγκειται στο γεγονός ότι στη μέθοδο αυτή αφαιρείται μεγαλύτερο τμήμα του μαστού από ότι στην ογκεκτομή.

Στη μερική μαστεκτομή αφαιρούνται τα καρκινικά κύτταρα, τμήμα του φυσιολογικού ιστού γύρω από την περιοχή όπου εμφανίστηκε ο καρκίνος και, συχνά, τμήμα των λεμφαδένων. Ωστόσο, μερικές φορές ενδέχεται να αποκοπεί ένα αρκετά μεγάλο τμήμα του μαστού, γεγονός που οδηγεί σε σημαντική μείωση του μαστού.

Μετά την επέμβαση μερικής μαστεκτομής η ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία για 6-8 εβδομάδες ως συμπληρωματική θεραπεία. Στόχος είναι να εξαλειφθούν όσα καρκινικά κύτταρα έχουν ενδεχομένως παραμείνει στην περιοχή του μαστού.

Η επιλογή αυτής της μεθόδου προτιμάται σε περιπτώσεις όπου η ασθενής:

- Έχει εμφανίσει μόνο μία καρκινική εστία
- Έχει εμφανίσει όγκο με διάμετρο μικρότερη των 5 εκατοστών
- Δεν έχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού(Vieira et al,2014).

8.3 Ολική μαστεκτομή

Η ολική ριζική μαστεκτομή περιλαμβάνει τη χειρουργική αφαίρεση όλου του μαστού, την αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης και των μυών του θώρακα που γειτνιάζουν (όπως ο μείζων θωρακικός μυς).

Στην απλή ή ολική μαστεκτομή αφαιρείται όλος ο μαστός μαζί με τη θηλή αλλά δεν αφαιρούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες ή ο μυϊκός ιστός κάτω από το στήθος. Κάποιες φορές οι λεμφαδένες απομακρύνονται με μια διαφορετική διαδικασία κατά την ίδια επέμβαση. Στις περιπτώσεις που μια γυναίκα επιθυμεί άμεση αποκατάσταση του μαστού μπορεί να γίνει απλή μαστεκτομή που αφαιρεί την ίδια ποσότητα ιστού αλλά διατηρεί το μεγαλύτερο τμήμα του δέρματος ανέπαφο. Δεν ενδείκνυται όμως στις περιπτώσεις που ο όγκος είναι πολύ μεγάλος ή επιφανειακός (American Cancer Society, 2014b).

Κάποιες φορές μπορεί να γίνει και διατήρηση της θηλής και της θηλαίας άλω μαζί με το δέρμα. Βέβαια αυτό γίνεται σε περιπτώσεις μικρών όγκων που η γυναίκα επιθυμεί άμεση αποκατάσταση του μαστού και λειτουργεί καλύτερα όταν το μέγεθος του μαστού είναι μικρό ή μεσαίο γιατί διαφορετικά μπορεί οι θηλές να μην βρίσκονται στο ίδιο ύψος και στους δύο μαστούς. Άλλες μορφές μαστεκτομής είναι

η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (εικόνα 6.2) στην οποία αφαιρούνται και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (American Cancer Society, 2014b).

Τέλος, υπάρχει η ριζική μαστεκτομή η οποία κάποτε χρησιμοποιούνταν ευρέως αλλά σήμερα έχει περιοριστεί η εφαρμογή της καθώς η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή έχει τα ίδια αποτελέσματα. Κατά τη διάρκειά της αφαιρούνται ο μαστός, οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες και οι θωρακικοί μύες κάτω από το στήθος. Σήμερα χρησιμοποιείται ακόμα μόνο όταν υπάρχουν πολύ μεγάλοι όγκοι ή όγκοι που αναπτύσσονται στο θωρακικό τοίχωμα (American Cancer Society, 2014b)

8.4 Λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης

Ο αριθμός των λεμφαδένων της μασχάλης είναι κατά μέσον όρο 20, εκ των οποίων:

- 13 στο επίπεδο I
- 5 στο επίπεδο II
- 2 στο επίπεδο III

Η λεμφική αποχέτευση από το επίπεδο I μεταβαίνει στο επίπεδο II και κατόπιν στο III. Εντούτοις, η λέμφος μπορεί να φτάσει στο επίπεδο III δίχως να διέλθει από το επίπεδο I, μέσω των διαθωρακικών λεμφαδένων του Rotter, που βρίσκονται μεταξύ του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός. Αρκετά χαρακτηριστικά της πρωτοπαθούς νόσου, σχετίζονται με την επίπτωση της διήθησης της μασχάλης, τη στιγμή της διάγνωσης, όπως το μέγεθος του όγκου, το κλινικό στάδιο, ο βαθμός διαφοροποίησης (grade Η λεμφική) όγκου, η λεμφαγγειακή διήθηση και η ηλικία του ασθενή. Η επίπτωση συνδέεται άμεσα με το μέγεθος του όγκου, όμως ακόμα και όγκοι $\leq 1\text{cm}$, μπορούν να προκαλέσουν μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Το κλινικό στάδιο αποτελεί επίσης δείκτη της πιθανότητας μασχαλιαίας διήθησης, αν και σε κλινικό στάδιο I (κλινικώς αρνητικοί λεμφαδένες) το ποσοστό της διήθησης της μασχάλης κυμαίνεται μεταξύ 20-40%. Κατά το κλινικό στάδιο II, εκτιμάται ότι το 40% έχει αρνητικούς λεμφαδένες. Κατά συνέπεια, στο 1/3 περίπου των περιπτώσεων, η κλινική εκτίμηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι ανακριβής ενώ οι διαθέσιμες απεικονιστικές μέθοδοι δεν επαρκούν για την σταδιοποίηση. Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων συνιστά σημαντικό προγνωστικό παράγοντα σε ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού ενώ παραμένει ισχυρός προγνωστικός δείκτης της υποτροπής και της επιβίωσης του ασθενή (Reed,2005).

Ο ακριβής προσδιορισμός της κατάστασης των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι σημαντικός για: (Anderson et al,2012).

- τη σταδιοποίηση
- την πρόγνωση
- την καθοδήγηση

- την επιλογή της θεραπείας
- τον τοπικό έλεγχο της νόσου

8.5 Εξέταση Λεμφαδένα-φρουρού

Όπως προαναφέρθηκε, ο προσδιορισμός της κατάστασης των μασχαλιαίων λεμφαδένων συνιστά ισχυρό προγνωστικό παράγοντα σε ασθενείς με, πρώιμο ή μη, καρκίνο του μαστού. Ασθενείς με διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες εμφανίζουν υψηλότερες πιθανότητες εκδήλωσης συστηματικών μεταστάσεων και θνησιμότητα από τη νόσο, σε σχέση με ασθενείς που παρουσιάζουν αρνητικούς λεμφαδένες. Στις περισσότερες περιπτώσεις η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων δεν καθορίζει την ανάγκη μετεγχειρητικής θεραπείας, αλλά μπορεί να μεταβάλλει το θεραπευτικό πρωτόκολλο. Η σύσταση για συμπληρωματική χημειοθεραπεία εξαρτάται από την ύπαρξη θετικών λεμφαδένων, ενώ υπάρχει ισχυρή ένδειξη ότι η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αυξάνει την επιβίωση σε ασθενείς, με θετικούς λεμφαδένες. Οι ανατομικές κακώσεις που προκαλεί ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης μπορεί να δημιουργήσουν επιπλοκές που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής της ασθενή(Mansel et al, 2006).

Ακολουθως, η χρησιμότητα της βιοψία του φρουρού λεμφαδένα περιγράφεται όπως παρακάτω: (Reed,2005).

- Μειώνει τον κίνδυνο λεμφοιδήματος
- Σχετίζεται με λιγότερες επιπλοκές, όπως λοίμωξη του θωρακικού τοιχώματος και του άνω άκρου, ή αισθητικές δυσλειτουργίες.

Η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού, ως εναλλακτική μέθοδος του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης άρχισε να εφαρμόζεται από τα μέσα της δεκαετίας του '90 και έχει υιοθετηθεί τα τελευταία χρόνια, παρά τις λιγοστές ελεγχόμενες έρευνες και την έλλειψη διαθέσιμων δεδομένων μακροπρόθεσμης επιβίωσης. Ο λεμφαδένας φρουρός είναι ο πρώτος λεμφαδένας ή καλύτερα ομάδα λεμφαδένων που δέχεται τη λεμφική αποχέτευση και προσβάλλεται από τη μετάσταση των καρκινικών κυττάρων. Συνήθως πρόκειται για μασχαλιαίο λεμφαδένα και συνηθέστερα επιπέδου I. Σπανίως, εντοπίζεται στα επίπεδα II ή III, ή να είναι ενδομαζικός, διαθωρακικός (Rotter), λεμφαδένας της έσω μαστικής ή ακόμα και υπερκλείδιος λεμφαδένας (πολύ σπάνια), ή σπανιότατα λεμφαδένας της αντίπλευρης μασχάλης (Avis et al, 2005).

9. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Αποκατάσταση είναι η διαδικασία που ακολουθείται ώστε το άτομο να βοηθηθεί να αναπτύξει το μέγιστο φυσικό, ψυχικό, κοινωνικό, επαγγελματικό, εκπαιδευτικό και πολιτισμικό δυναμικό του.

Στην αποκατάσταση του ατόμου λαμβάνονται υπόψη:

- Οι περιορισμοί που τίθενται από το είδος της φυσιολογίας και της ανατομίας της βλάβης,
- Οι περιορισμοί του περιβάλλοντος,
- Οι περιορισμοί των οικογενειακών συνθηκών,
- Οι περιορισμοί των οικονομικών συνθηκών,
- Το πλάνο και οι επιθυμίες που έχει θέσει το ίδιο το άτομο για τη ζωή του.

Ορισμός της αποκατάστασης κατά την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ)

Σύμφωνα με τον (ΠΟΥ) η αποκατάσταση είναι μία πορεία, στη διάρκεια της οποίας χρησιμοποιούνται όλα τα μέσα επαγγελματικής, παιδαγωγικής, ιατρικής ή άλλης μορφής παρέμβασης, καθώς επίσης δημόσιοι και ιδιωτικοί πόροι, για να επανακτήσουν την ανεξαρτησία τους εκείνα τα πρόσωπα που την έχασαν, μετά από αρρώστια, στέρηση ή τραυματισμό. Είναι μια διαδικασία που σκοπό έχει να επισημάνει, προβλέψει ή ελαχιστοποιήσει τις διάφορες αιτίες ανικανότητας, βοηθώντας το άτομο να χρησιμοποιήσει τις ικανότητές του και να αποκτήσει εμπιστοσύνη και σωστή εκτίμηση του εαυτού του, μέσα από επιτυχημένες εμπειρίες σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους.

9.1. ΑΝΑΠΛΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού παραμένει μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας του γυναικείου πληθυσμού. Σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών η μαστεκτομή συνιστά μέρος της θεραπείας του καρκίνου του μαστού με σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της. Κατά συνέπεια, η ανάπλαση του αφαιρεθέντος μαστού αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού, διότι συμβάλλει τόσο στη σωματική, όσο και στη ψυχική αποκατάσταση της ασθενούς και κατά συνέπεια στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής της. Η μαστεκτομή, δηλαδή η απώλεια του μαστού, είναι λογικό να δημιουργήσει στην γυναίκα άγχος, απώλεια θηλυκότητας, αίσθημα σεξουαλικής απόρριψης, έλλειψη αυτοπεποίθησης με τελικό αποδέκτη την κατάθλιψη. Διεθνώς παρατηρείται η τάση, ότι οι γυναίκες μετά από μαστεκτομή επιλέγουν την

αποκατάσταση του μαστού. Η πλαστική επανορθωτική χειρουργική αποκατάσταση του μαστού, μετά από μαστεκτομή, εξαιτίας του καρκίνου του μαστού βρίσκεται εντός πλαισίων θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου (Young,2013). Πολλές γυναίκες που έχουν χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής για να αφαιρέσουν ολόκληρο το μαστό για να θεραπεύσουν ή να προλάβουν τον καρκίνο του μαστού έχουν την επιλογή να ξανακτίσουν το σχήμα του αφαιρεθέντος μαστού.

Οι γυναίκες που επιλέγουν αναδόμηση μαστού έχουν αρκετές επιλογές για το πώς μπορούν να γίνουν. Οι μαστοί μπορούν να ανοικοδομηθούν χρησιμοποιώντας εμφυτεύματα (φυσιολογικό ορό ή σιλικόνη). Μπορούν επίσης να αναδομηθούν με χρήση αυτόλογου ιστού (δηλαδή ιστού από άλλα μέρη του σώματος). Μερικές φορές και τα εμφυτεύματα και ο αυτόλογος ιστός χρησιμοποιούνται για την ανοικοδόμηση του μαστού.

Η χειρουργική επέμβαση για την ανακατασκευή των μαστών μπορεί να γίνει (ή να ξεκινήσει) τη στιγμή της μαστεκτομής (η οποία ονομάζεται άμεση ανασύνθεση) ή μπορεί να γίνει αφού οι τομές μαστεκτομής έχουν επουλωθεί και έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία του καρκίνου του μαστού (η οποία καλείται καθυστερημένη ανοικοδόμηση) . Η καθυστερημένη ανασυγκρότηση μπορεί να συμβεί μήνες ή και χρόνια μετά τη μαστεκτομή.

Σε τελικό στάδιο ανασυγκρότησης του μαστού, μπορεί να δημιουργηθεί ξανά μια θηλή και αρέολα στο ανακατασκευασμένο στήθος, αν αυτά δεν διατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της μαστεκτομής.

Μερικές φορές η χειρουργική επέμβαση ανακατασκευής του μαστού περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση από την άλλη, ή από την άλλη πλευρά, έτσι ώστε τα δύο στήθη να ταιριάζουν σε μέγεθος και σχήμα.

9.1.1 Εμφυτεύματα για την ανάπτυξη του μαστού

Τα εμφυτεύματα εισάγονται κάτω από το δέρμα ή το θωρακικό μυ, μετά από τη μαστεκτομή. (Οι περισσότερες μαστεκτομές εκτελούνται με μια τεχνική που ονομάζεται μάσκα που προστατεύει το δέρμα, όπου μεγάλο μέρος του δέρματος του μαστού σώζεται για χρήση στην αναδόμηση του μαστού).

Τα εμφυτεύματα τοποθετούνται συνήθως ως μέρος μιας διαδικασίας δύο σταδίων.

- Στο πρώτο στάδιο, ο χειρουργός τοποθετεί κάτω από το δέρμα μια συσκευή, που ονομάζεται διαστολέας ιστών, που απομένει μετά την μαστεκτομή ή κάτω από τον θωρακικό μυ (Mehgara,2014). Ο διαστολέας

γερμίζεται αργά με αλατούχο διάλυμα κατά τη διάρκεια περιοδικών επισκέψεων στο γιατρό μετά από χειρουργική επέμβαση.

- Στο δεύτερο στάδιο, αφού ο θωρακικός ιστός χαλαρώσει και θεραπευθεί αρκετά, ο διαστολέας απομακρύνεται και αντικαθίσταται με ένα εμφύτευμα. Ο θωρακικός ιστός είναι συνήθως έτοιμος για το εμφύτευμα 2 έως 6 μήνες μετά τη μαστεκτομή (Cordeiro,2008).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, το εμφύτευμα μπορεί να τοποθετηθεί στο στήθος κατά τη διάρκεια της ίδιας χειρουργικής επέμβασης όπως η μαστεκτομή - δηλαδή, δεν χρησιμοποιείται ένας διαστολέας ιστών για την προετοιμασία του εμφυτεύματος (Roostaeian et al,2011). Οι χειρουργοί χρησιμοποιούν όλο και περισσότερο υλικό που ονομάζεται μη κυτταρικό δερματικό πλέγμα ως ένα είδος ικριώματος ή "σφεντόνα" για να υποστηρίξει τους διαστολείς ιστών και τα εμφυτεύματα. Η μη-κυτταρική δερματική μήτρα είναι ένα είδος πλέγματος που κατασκευάζεται από δωρούμενο ανθρώπινο ή χοίρειο δέρμα το οποίο έχει αποστειρωθεί και υποβληθεί σε επεξεργασία για την απομάκρυνση όλων των κυττάρων για την εξάλειψη των κινδύνων απόρριψης και μόλυνσης.

9.1.2 Ανάπλαση μαστού με αυτόλογο ιστό

Στην αναδημιουργία αυτόλογου ιστού, ένα κομμάτι ιστού που περιέχει δέρμα, λίπος, αιμοφόρα αγγεία και μερικές φορές μυς λαμβάνεται από άλλα μέρη του σώματος μιας γυναίκας και χρησιμοποιείται για την ανοικοδόμηση του μαστού. Αυτό το κομμάτι ιστού ονομάζεται πτερύγιο.

Διαφορετικές θέσεις στο σώμα μπορούν να παρέχουν φτερά για την ανακατασκευή του μαστού. Τα πτερύγια που χρησιμοποιούνται για την ανακατασκευή του μαστού προέρχονται συνήθως από την κοιλιά ή την πλάτη. Ωστόσο, μπορούν επίσης να ληφθούν από τον μηρό ή τους γλουτούς.

Ανάλογα με την πηγή τους, τα πτερύγια μπορούν να πεταχτούν ή να παραμείνουν ελεύθερα.

- Με ένα πτερύγιο , ο ιστός και τα προσαρτημένα αιμοφόρα αγγεία κινούνται μαζί μέσα από το σώμα στην περιοχή του μαστού. Επειδή η παροχή αίματος στον ιστό που χρησιμοποιείται για ανασυγκρότηση παραμένει άθικτη, τα αιμοφόρα αγγεία δεν χρειάζεται να επανασυνδεθούν μόλις μετακινηθεί ο ιστός.
- Με τα ελεύθερα πτερύγια , ο ιστός αποκόπτεται από την παροχή αίματος. Πρέπει να συνδέεται με νέα αιμοφόρα αγγεία στην περιοχή του στήθους, χρησιμοποιώντας μια τεχνική που ονομάζεται μικροχειρουργική. Αυτό δίνει στο ανακατασκευασμένο στήθος μια παροχή αίματος.

Τα κοιλιακά και οπίσθια πτερύγια περιλαμβάνουν:

- Κέλυφος DIEP: Ο ιστός προέρχεται από την κοιλιά και περιέχει μόνο το δέρμα, τα αιμοφόρα αγγεία και το λίπος, χωρίς τους υποκείμενους μύες. Αυτός ο τύπος πτερυγίου είναι ένα ελεύθερο πτερύγιο.
- Κάλυμμα Latissimus dorsi (LD) : Ο ιστός προέρχεται από τη μέση και την πλευρά της πλάτης. Αυτός ο τύπος πτερυγίου μεταδίδεται όταν χρησιμοποιείται για ανακατασκευή μαστού. (Τα πτερύγια LD μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για άλλους τύπους ανακατασκευής).
- Το πτερύγιο SIEA (που ονομάζεται επίσης πτερύγιο SIEP): Ο ιστός προέρχεται από την κοιλιακή χώρα, όπως σε ένα πτερύγιο DIEP αλλά περιλαμβάνει ένα διαφορετικό σύνολο αιμοφόρων αγγείων. Επίσης, δεν περιλαμβάνει κοπή του κοιλιακού μυός και είναι ένα ελεύθερο πτερύγιο. Αυτός ο τύπος πτερυγίου δεν αποτελεί επιλογή για πολλές γυναίκες επειδή τα απαραίτητα αιμοφόρα αγγεία δεν είναι επαρκή ή δεν υπάρχουν.
- Πτερύγιο TRAM : Ο ιστός προέρχεται από την κάτω κοιλιακή χώρα, όπως σε ένα πτερύγιο DIEP αλλά περιλαμβάνει μυς. Μπορεί να είναι pedicled ή δωρεάν.
- Πτερύγια που λαμβάνονται από τον μηρό ή τους γλουτούς χρησιμοποιούνται για γυναίκες που έχουν προηγουμένως μείζονα χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά ή που δεν έχουν αρκετό κοιλιακό ιστό για την αναδόμηση μαστού. Αυτοί οι τύποι πτερυγίων είναι ελεύθερα πτερύγια. Με αυτά τα πτερύγια χρησιμοποιείται συχνά ένα εμφύτευμα για την παροχή επαρκούς όγκου του μαστού.
- IGAP flap: Ο ιστός προέρχεται από τους γλουτούς και περιέχει μόνο το δέρμα, τα αιμοφόρα αγγεία και το λίπος.
- PAP flap: Ιστός, χωρίς μυς, που προέρχεται από τον ανώτερο εσωτερικό μηρό.
- SGAP flap: Ο ιστός προέρχεται από τους γλουτούς όπως σε ένα πτερύγιο IGAP, αλλά περιλαμβάνει ένα διαφορετικό σύνολο αιμοφόρων αγγείων και περιέχει μόνο το δέρμα, τα αιμοφόρα αγγεία και το λίπος.
- TUG flap: Ιστός, συμπεριλαμβανομένου του μυός, που προέρχεται από τον ανώτερο εσωτερικό μηρό.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ένα εμφύτευμα και ένας αυτόλογος ιστός χρησιμοποιούνται μαζί. Για παράδειγμα, ο αυτόλογος ιστός μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καλύψει ένα εμφύτευμα όταν δεν έχει αρκετό δέρμα και μυς μετά από μαστεκτομή για να επιτρέψει την επέκταση και τη χρήση ενός εμφυτεύματος(Mehrara,2014: Cordeiro,2008).

9.1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν στην επιλογή της μεθόδου αποκατάστασης

Αρκετοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τον τύπο της χειρουργικής αποκατάστασης που επιλέγει μια γυναίκα. Αυτά περιλαμβάνουν το μέγεθος και το σχήμα του στήθους που ανοικοδομείται, την ηλικία και την υγεία της γυναίκας, το ιστορικό παρελθόντων χειρουργικών επεμβάσεων, παράγοντες χειρουργικού κινδύνου (για παράδειγμα, το ιστορικό καπνίσματος και την παχυσαρκία), τη διαθεσιμότητα αυτολόγου ιστού και τη θέση του όγκου στο στήθος (Schmauss et al,2016). Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε παρεντερική χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά μπορεί να μην είναι υποψήφιοι για την ανακατασκευή πτερυγίων στην κοιλιακή βάση.

Κάθε τύπος ανασυγκρότησης έχει και πιο ειδικούς παράγοντες που πρέπει να σκεφτεί κανείς πριν αποφασίσει για την ενδεδειγμένη μέθοδο. Η εξαντλητική απарίθμηση τους υπερβαίνει τους σκοπούς αυτής της εργασίας. Οποιοσδήποτε τύπος ανακατασκευής του μαστού μπορεί να αποτύχει εάν η θεραπεία δεν συμβαίνει σωστά. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το εμφύτευμα ή το πτερύγιο θα πρέπει να αφαιρεθεί. Εάν αποκατασταθεί η εμφύτευση ενός εμφυτεύματος, μια γυναίκα μπορεί συνήθως να έχει μια δεύτερη ανοικοδόμηση χρησιμοποιώντας μια εναλλακτική προσέγγιση.

9.1.4 Παρακολούθηση μετά την αναδόμηση του μαστού.

Οποιοσδήποτε τύπος ανακατασκευής αυξάνει τον αριθμό των ανεπιθύμητων ενεργειών που μπορεί να εμφανίσει μια γυναίκα σε σύγκριση με εκείνες μετά από μαστεκτομή μόνη της. Η ιατρική ομάδα θα την παρακολουθήσει εκ του σύνεγγυς για επιπλοκές, μερικές από τις οποίες μπορεί να συμβούν μήνες ή και χρόνια μετά τη χειρουργική επέμβαση (D'Souza et al,2011). Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αναδόμηση είτε με αυτόλογο ιστό είτε με εμφύτευση μπορούν να ωφεληθούν από τη φυσική θεραπεία για να βελτιώσουν ή να διατηρήσουν την εμβέλεια της κίνησης ή να τους βοηθήσουν να ανακάμψουν από την αδυναμία που βίωσαν στο σημείο από το οποίο ελήφθη ο ιστός, όπως η κοιλιακή αδυναμία. Ένας φυσιοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει μια γυναίκα να ασκήσει ασκήσεις για να ανακτήσει τη δύναμή της, να προσαρμοστεί σε νέους φυσικούς περιορισμούς και να καταλάβει τους ασφαλέστερους τρόπους για την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων.

9.2 ΕΠΙΖΩΝΤΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το 41% περίπου των επιβιούντων γυναικών με καρκίνο. Με την πρόοδο, που έχει σημειωθεί την τελευταία δεκαετία στην διάγνωση και την θεραπεία, αυξάνονται συνεχώς οι γυναίκες, στις οποίες ο καρκίνος διαγιγνώσκεται σε πρώιμα στάδια, με αποτέλεσμα μακρά επιβίωση ή ίαση. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν φτωχότερη κοινωνικο-οικονομική, ψυχολογική και πνευματική ποιότητα ζωής, βιώνουν πόνο, σοβαρή δυσλειτουργία του βραχίονα και προβλήματα που αφορούν τις καθημερινές συνήθειες.

Η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως την ηλικία, το είδος της χειρουργικής επέμβασης, το είδος της θεραπείας, την ανατομική θέση των μεταστάσεων, κυρίως στη μασχάλη, την εφαρμογή επικουρικών θεραπειών και τη χορήγηση χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας. Οι νεότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν σημαντικά μεγαλύτερες μεταβολές στην ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Όσον αφορά την αποκατάσταση των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή οι έρευνες καταδεικνύουν ότι η φυσική άσκηση βελτιώνει την σωματική και ψυχολογική αποκατάσταση ενώ και η ψυχολογική υποστήριξη τόσο από επαγγελματίες υγείας όσο και από την οικογένεια της ασθενούς συνδράμει στο αποκαταστασιακό κομμάτι. Παράλληλα με την σωματική άσκηση σημαντικά είναι και τα οφέλη της σωστής διατροφής σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες. Η κοινωνική στήριξη στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της νόσου και τη διαχείριση των συναισθηματικών διαταραχών. Σημαντικό ρόλο σε αυτό έχουν τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι και οι επαγγελματίες υγείας.

Η σφαιρική αντιμετώπιση των αναγκών της ασθενούς είναι το σημείο-κλειδί για μια ταχύτερη και πιο αποτελεσματική αποθεραπεία. Για το λόγο αυτό η ομάδα αποκατάστασης πρέπει να είναι εξειδικευμένη και να την διακρίνει διεπιστημονικότητα. Μέλη της ομάδας πρέπει να είναι ο θεράπων ιατρός ως γενικός συντονιστής, ο φυσικοθεραπευτής, ο υδροθεραπευτής, ο ψυχολόγος, ο νοσηλεύτης, ο διαιτολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός. Αποστολή της ομάδας είναι η ολιστική προσέγγιση των αναγκών του ασθενούς, στοχεύοντας στο νου, στο σώμα και στην ψυχή.

Οι διαφορές στην επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του μαστού αγγίζουν το 16% μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανάλογα με την πρόσβαση των γυναικών σε οργανωμένες μονάδες μαστού (μελέτη Eurocare), ενώ άλλες μελέτες δείχνουν μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού έως και 18%, όταν ο ασθενής αντιμετωπίζεται σε κέντρα με διεπιστημονική φροντίδα

10. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ο όρος «ποιότητα ζωής» χρησιμοποιείται σε ποικίλες περιστάσεις, με επίσημο ή ανεπίσημο τρόπο, και λαμβάνει διάφορες σημασίες ανάλογα με το πλαίσιο αναφοράς του. Προκειμένου να αποφευχθεί ενδεχόμενη σύγχυση, και με σκοπό να προσδιοριστούν εξ αρχής με σαφήνεια τα χαρακτηριστικά του όρου «ποιότητα ζωής» έτσι όπως αυτά ισχύουν για την παρούσα μελέτη, η ακόλουθη ενότητα περιλαμβάνει μία σύντομη ανασκόπηση των ζητημάτων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Είναι ίσως περιττό να σημειωθεί ότι η ανασκόπηση δεν μπορεί να είναι εξαντλητική ως προς το θέμα της ποιότητας ζωής, καθώς η σχετική βιβλιογραφία είναι ιδιαίτερα πλούσια. Δεν πρόκειται να γίνει αναφορά σε όλους τους συγγραφείς που έχουν ασχοληθεί με το θέμα, ούτε καν σε όλους τους σημαντικούς και επιδραστικούς συγγραφείς. Αυτό που θα επιχειρηθεί είναι η ανάδειξη ορισμένων διαφορετικών πτυχών της έννοιας της ποιότητας, με ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, καθώς και τους τρόπους εκτίμησής της.

10.1. Πώς ορίζεται η «ποιότητα ζωής»

Υπό κανονικές συνθήκες, μία ανασκόπηση θα έπρεπε να αρχίζει με την παράθεση ενός οικουμενικά αποδεκτού ή, έστω, του περισσότερο αποδεκτού ορισμού για το ζήτημα που πραγματεύεται. Όμως, για το ζήτημα της ποιότητας ζωής παρατηρούνται ανυπερέβλητες δυσκολίες στην προσπάθεια ανεύρεσης και χρήσης του κατάλληλου ορισμού. Ενδεικτικά αναφέρεται η πρώιμη διαπίστωση των Baker & Intagliata (1982) ότι υπάρχουν τόσοι ορισμοί για την ποιότητα ζωής όσοι είναι και οι άνθρωποι που τη μελετούν' και πολύ λίγες προσπάθειες έχουν γίνει για να επιτευχθεί συνέπεια ως προς αυτό το ζήτημα ανάμεσα στους διάφορους μελετητές. Οι ίδιοι συγγραφείς εντόπιζαν επίσης προβλήματα και με το θεωρητικό υπόβαθρο της έννοιας της ποιότητας ζωής· για παράδειγμα, αναφέρουν ότι η ψυχολογική προσέγγιση της ποιότητας ήταν – τουλάχιστον έως τότε – υπεραπλουστευτική, καθώς εξίσωνε την ανθρώπινη ευτυχία με την επικράτηση των θετικών συναισθημάτων έναντι των αρνητικών (Baker & Intagliata, 1982). Σε κάθε περίπτωση, τέτοιου είδους προβλήματα είναι αναμενόμενα όταν το αντικείμενο της μελέτης προσλαμβάνει υποκειμενικές διαστάσεις – και η ποιότητα της ζωής ενός ατόμου είναι βεβαίως έντονα υποκειμενική.

Σε μία συζήτηση περί ψυχικών παθήσεων, η Borthwick-Duffy παρουσίασε τρεις διαφορετικούς τρόπους αντίληψης της ποιότητας ζωής: (α) ως ποιότητα των συνθηκών διαβίωσης ενός ατόμου, (β) ως ικανοποίηση ενός ατόμου από τις συνθήκες διαβίωσής του, και (γ) ως συνδυασμός της ικανοποίησης και των συνθηκών διαβίωσης (Borthwick-Duffy, 1992). Στη συνέχεια, οι Felce & Perry (1995) προτείνουν έναν εναλλακτικό τρόπο αντίληψης (δ) που ενσωματώνει και τους τρεις προηγούμενους, ενώ δίνει έμφαση στην υποκειμενική διάσταση της

ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, το μοντέλο των Felce & Perry αντιλαμβάνεται την ποιότητα ζωής ως συνδυασμό συνθηκών διαβίωσης και ικανοποίησης, αλλά μέσα από εξατομικευμένα φίλτρα προσωπικών αξιών, επιδιώξεων και προσδοκιών.

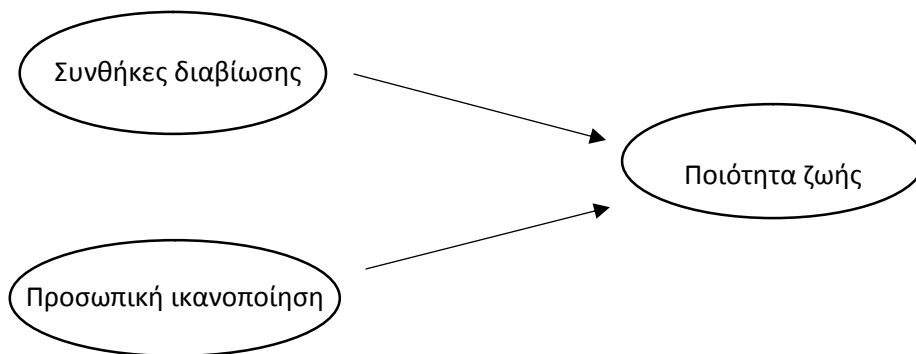
Αυτοί οι τέσσερις διαφορετικοί τρόποι αντίληψης της ποιότητας ζωής απεικονίζονται σχηματικά στην Εικόνα 1.



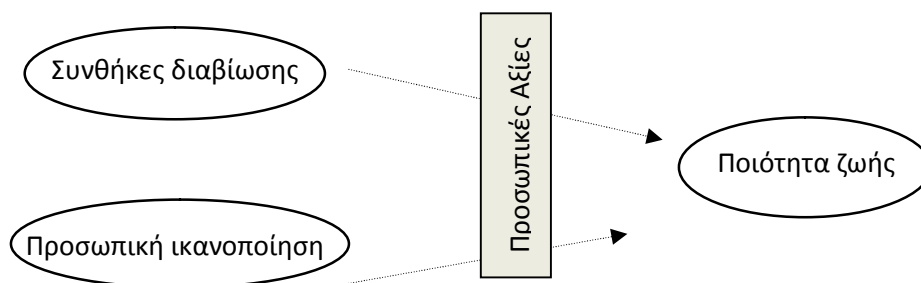
(α) Ποιότητα ζωής με όρους συνθηκών διαβίωσης



(β) Ποιότητα ζωής με όρους ικανοποίησης από τη ζωή



(γ) Ποιότητα ζωής ως συνδυασμός συνθηκών διαβίωσης και ικανοποίησης



(δ) Ποιότητα ζωής ως συνδυασμός συνθηκών διαβίωσης και ικανοποίησης, σταθμισμένη ως προς τις προτιμήσεις και τις προτεραιότητες του ατόμου

Εικόνα 1: Απεικόνιση αντιλήψεων για την ποιότητα ζωής (Πηγή: Felce & Perry, 1995)

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ποιότητα ζωής προσλαμβάνει αντικειμενικές και υποκειμενικές διαστάσεις. Οι συνθήκες διαβίωσης αφορούν σε μία πιο αντικειμενική συνιστώσα της ποιότητας, αφού υπάρχει η δυνατότητα να εκτιμηθούν και να μετρηθούν, έστω με ατελείς και όχι οικουμενικά αποδεκτούς τρόπους. Αντίθετα, η προσωπική ικανοποίηση είναι ένας παράγοντας που δύσκολα μπορεί να διαφύγει της υποκειμενικής υπόστασής του (Haas, 1999). Για παράδειγμα, η λειτουργικότητα ενός ατόμου είναι ένας παράγοντας που μπορεί να εκτιμηθεί από έναν εξωτερικό παρατηρητή, και εμπεριέχεται στην αντικειμενική αντίληψη των συνθηκών διαβίωσης αυτού του ατόμου· η προσωπική ικανοποίηση όμως του ατόμου ως προς τη λειτουργικότητά του δεν μπορεί να μεταφερθεί εύκολα σε έναν εξωτερικό παρατηρητή παρά μόνο με τη χρήση κάποιων εξειδικευμένων ψυχομετρικών εργαλείων, τα οποία παρ' όλα αυτά δεν είναι σε θέση να αναιρέσουν εντελώς την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη λειτουργικότητά του και να μετατρέψουν έτσι την προσωπική ικανοποίηση σε αντικειμενικά μετρήσιμο μέγεθος. Όσον αφορά στις προσωπικές αξίες του ατόμου, αποτελούν φυσικά ένα επίσης υποκειμενικό στοιχείο, το οποίο όμως μπορεί να επηρεάσει τις αντικειμενικές εκτιμήσεις της ποιότητας, επειδή έχει αντίκτυπο και στις γενικότερες συνθήκες διαβίωσης του ατόμου. Για παράδειγμα, αν οι προσωπικές αξίες ενός ατόμου περιλαμβάνουν την υπέρμετρη φιλανθρωπία και οδηγήσουν το άτομο αυτό στη δωρεά ολόκληρης της περιουσίας του στους φτωχούς, η ποιότητα ζωής του αναγκαστικά θα υποστεί πλήγμα (όσο μεγάλη προσωπική ικανοποίηση και αν προσφέρει μία τέτοια δωρεά), διότι οι αντικειμενικές συνθήκες διαβίωσής του θα επιδεινωθούν. Σε κάθε περίπτωση, ο ορισμός της πραγματικότητας δεν μπορεί να αφήνει εκτός πλαισίου την υποκειμενικότητα. Όπως σημειώνει ο Searle (1999, σελ 21), αν «επιστήμη» είναι το όνομα που δίνουμε στη συλλογή των αντικειμενικών και συστηματικών αληθειών που μπορούμε να εκφέρουμε για τον κόσμο, τότε η ύπαρξη της υποκειμενικότητας είναι ένα αντικειμενικό επιστημονικό γεγονός σαν οποιοδήποτε άλλο. Κατά συνέπεια, η προσέγγιση που ακολουθούμε πρέπει να επιχειρεί να περιλαμβάνει και τις υποκειμενικές διαστάσεις της ικανοποίησης, έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τις προσωπικές αντιλήψεις και αξίες του εκάστοτε ατόμου.

Με βάση λοιπόν τα προαναφερθέντα, μπορούμε να υιοθετήσουμε την αντίληψη (δ) των Felce & Perry για την ποιότητα ζωής, αναγνωρίζοντας πάντως ότι δεν παύει να είναι μία από τις πάρα πολλές προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί διαχρονικά για την εξέταση αυτού του θέματος, και ότι η αναφορά της συγκεκριμένης αντίληψης στην παρούσα εργασία εξυπηρετεί έναν καθαρά περιγραφικό σκοπό, χωρίς απόπειρες εκτίμησης της χρησιμότητάς της ή ανάδειξης των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων της.

10.2. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (HRQoL)

Σήμερα, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου (Θεοφίλου, 2010). Όμως, με βάση τα προαναφερθέντα, καθίσταται σαφές ότι η «ποιότητα ζωής» έχει νόημα ως όρος μόνο σε γενικού περιεχομένου συζητήσεις, καθώς προσλαμβάνει πολλές διαφορετικές διαστάσεις. Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί σε περαιτέρω αναλυτικές διαδικασίες, είναι απαραίτητο να εξειδικευτεί ανάλογα με το πλαίσιο της συζήτησης. Έτσι, διάφοροι ερευνητές έχουν επιχειρήσει να οριοθετήσουν συγκεκριμένες διαστάσεις της ποιότητας ζωής που τους ενδιαφέρουν, ώστε να είναι σε θέση να τις εκτιμήσουν και να τις χρησιμοποιήσουν ξεχωριστά την κάθε μία, αλλά και ως αλληλεπιδρούσες δυνάμεις που εντάσσονται σε ένα συνολικότερο σύστημα. Στον τομέα της υγείας καθιερώθηκε ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» (Health-Related Quality of Life – HRQoL), ικανοποιώντας έτσι την ανάγκη για μία πιο προσεκτική προσέγγιση των παραγόντων υγείας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (Σαρρής, 2001). Ο απώτερος στόχος αυτής της προσέγγισης είναι η δυνατότητα να περιλαμβάνονται όλοι οι παράγοντες υγείας – σωματικής και ψυχικής – σε ένα μοντέλο που θα μπορεί να εκτιμά την ποιότητα ζωής ατόμων και κοινοτήτων. Σε επίπεδο ατόμων, αυτό περιλαμβάνει παράγοντες όπως η κατάσταση της υγείας, οι κίνδυνοι για την υγεία, η λειτουργικότητα, η κοινωνική υποστήριξη και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση· σε επίπεδο κοινοτήτων, μπορεί να περιλαμβάνει πόρους, πολιτικές και πρακτικές που επιδρούν στις αντιλήψεις ενός πληθυσμού περί υγείας και στη λειτουργικότητα αυτού του πληθυσμού (CDC, 2000). Αναπόφευκτα, η HRQoL αποτελεί λειτουργικό εργαλείο εθνικών και διεθνών πολιτικών υγείας, καθώς επιτρέπει στους αρμόδιους φορείς να μελετούν διάφορες πτυχές της υγείας γύρω από έναν σταθερό και κοινό πυρήνα, και να χαράζουν στρατηγικές σε συνεργασία με τους ασθενείς και το υγειονομικό προσωπικό.

Είναι πάντα δύσκολη η ανάπτυξη δεικτών που επιχειρούν να ποσοτικοποιήσουν υποκειμενικά δεδομένα. Στην περίπτωση της HRQoL, αυτοί οι δείκτες συνίστανται σε ειδικά διαμορφωμένες ερωτήσεις που συγκεντρώνονται σε εργαλεία-ερωτηματολόγια, και χρησιμοποιούνται ως συλλογισμοί στη συνολικότερη επιτήρηση της υγείας, τόσο στην έρευνα, όσο και στην πράξη. Ο κίνδυνος της αυθαιρεσίας είναι πάντα υπαρκτός (Reid et al, 2012), αλλά η σπουδαιότητα της χρήσης τέτοιων ερωτήσεων έχει αναγνωριστεί επαρκώς, ακόμα και σε σχέση με περισσότερο αντικειμενικούς δείκτες μέτρησης παραμέτρων υγείας (Dominick et al, 2002; DeSalvo et al, 2006), έτσι ώστε τα τελευταία χρόνια να έχουν εμφανιστεί

πολλά διαφορετικά και εξειδικευμένα ερωτηματολόγια. Η αξία τους αποδεικνύεται στην πράξη, ανάλογα με το ποσοστό των ερευνητών που τα χρησιμοποιούν διεθνώς, και βρίσκονται έτσι υπό τον συνεχή έλεγχο της επιστημονικής κοινότητας. Έτσι, οι ερευνητές μπορούν να κατευθυνθούν προς την αναθεώρησή τους, αν διαπιστωθεί ότι ενέχουν αδυναμίες που μπορούν να ξεπεραστούν, ή την εγκατάλειψη και αντικατάστασή τους, αν διαπιστωθεί ότι ένα διαφορετικό ερωτηματολόγιο είναι πολύ αποτελεσματικότερο από αυτό που χρησιμοποιείται.

10.2.1.Ερωτηματολόγια HRQoL

Γενικότερα για την ποιότητα ζωής έχουν εμφανιστεί στη διεθνή βιβλιογραφία πάνω από 800 ερωτηματολόγια, και μία συνοπτική λίστα τους παρέχεται από το Αυστραλιανό Κέντρο για την Ποιότητα της Ζωής (Australian Center on Quality of Life, 2016). Πριν από τη χρήση οποιουδήποτε από αυτά τα ερωτηματολόγια πρέπει να εξασφαλιστεί η σχετική άδεια από τον φορέα ή τους ερευνητές που τα έχουν εκδώσει, ενώ η εφαρμογή τους σε διαφορετικά πλαίσια από αυτό στο οποίο χρησιμοποιήθηκαν αρχικά – για παράδειγμα, σε διαφορετική χώρα και σε διαφορετική γλώσσα – προϋποθέτει τη σωστή προσαρμογή τους με μετάφραση και ειδική στάθμιση (Danielsen et al, 2015; Acquadro et al, 2008).

Τα ερωτηματολόγια που εκτιμούν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τα γενικά και τα ειδικά (Guyatt et al, 1993). Τα γενικά ερωτηματολόγια βασίζονται σε μία ευρεία και γενικευμένη αντίληψη της ποιότητας ζωής, και χρησιμοποιούνται σε όλες τις καταστάσεις, ανεξαρτήτως νόσου. Έχουν εφαρμογή σε κάθε πληθυσμό και άρα είναι ιδιαίτερα χρήσιμα όταν επιχειρούνται συγκρίσεις μεταξύ ομάδων του γενικού πληθυσμού ή μεταξύ πληθυσμών από διαφορετικές χώρες. Το βασικό μειονέκτημά τους είναι ότι δεν μπορούν να καταγράψουν ιδιαίτερους προβληματισμούς που χαρακτηρίζουν συγκεκριμένες νόσους, γι' αυτό και υπάρχουν τα ειδικά ερωτηματολόγια. Αυτά εστιάζουν στις επιπτώσεις συγκεκριμένων παραμέτρων στην ποιότητα ζωής, και μπορούν να χωριστούν στις εξής υποκατηγορίες: (α) ειδικά ερωτηματολόγια για μία συγκεκριμένη νόσο, (β) ειδικά ερωτηματολόγια για μία ορισμένη παράμετρο υγείας, και (γ) ειδικά ερωτηματολόγια για ένα ορισμένο σημείο του σώματος (Garratt et al, 2002). Το προφανές πλεονέκτημα των ειδικών ερωτηματολογίων είναι ότι μπορούν να εμβαθύνουν σε διαστάσεις υγείας, σε αντίθεση με τα γενικά ερωτηματολόγια· τα μειονεκτήματα είναι ότι χάνουν άλλες παραμέτρους υγείας και ότι δεν είναι δυνατή η χρήση τους για σύγκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών.

Η αναλυτική απαρίθμηση των γενικών και ειδικών ερωτηματολογίων που εκτιμούν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής δεν έχει παρά περιορισμένη χρησιμότητα. Ενδεικτικά ωστόσο μπορούν να αναφερθούν ορισμένα σημαντικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται διεθνώς και έχουν παρουσιάσει αντοχή στο πέρασμα του χρόνου. Ένα παράδειγμα ειδικού ερωτηματολογίου για συγκεκριμένη

νόσο είναι το Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ) για την Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), το οποίο εμφανίστηκε στην επιστημονική βιβλιογραφία για πρώτη φορά το 2002, όντας σχεδιασμένο για τη μέτρηση της σωματικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας, της ικανότητας ανταπόκρισης και της ικανοποίησης για τη θεραπεία των ασθενών με ΧΑΠ (Fan et al, 2002). Ένα παράδειγμα ερωτηματολογίου για συγκεκριμένη παράμετρο υγείας είναι το McGill Pain Questionnaire που δημιουργήθηκε στο Πανεπιστήμιο McGill το 1975, και περιλαμβάνει ερωτήσεις οι οποίες αξιολογούν τον πόνο, το σημείο του πόνου στο σώμα, την ένταση, τη χρονική διάρκεια και αλληλουχία του πόνου (Melzack, 1975). Από τα ειδικά ερωτηματολόγια για ορισμένα σημεία του σώματος μπορεί να αναφερθεί το Oxford Hip Score, που είναι ειδικά σχεδιασμένο για ασθενείς που έχουν δεχθεί ολική χειρουργική αντικατάσταση του ισχίου και αποτελείται από 12 ερωτήσεις που προσδιορίζουν τον πόνο και τη λειτουργία του ισχίου σε σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως το ντύσιμο, το πλύσιμο, το βάδισμα, το ανέβασμα σκαλιών, τα ψώνια και τις δουλειές του σπιτιού (McMurray et al. 1999). Όσον αφορά στα γενικά ερωτηματολόγια, τα οποία χρησιμοποιούνται πολύ ευρύτερα σε σχέση με τα ειδικά, είναι απαραίτητο να αναφερθούν τα Euro-QoL (EQ-5D) και Euro-QoL (EQ-15D), τα οποία μελετούν τη συνολικότερη υγεία μέσα από μία αυτο-αξιολόγηση σε 5 ή 15 τομείς της ποιότητας ζωής αντίστοιχα (EuroQol Group, 1990), καθώς και το Medical Outcomes Study – Short Form 36 (SF-36), το οποίο εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας και οι 36 ερωτήσεις που περιλαμβάνει συνθέτουν οκτώ κλίμακες (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία), οι οποίες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο συνοπτικές κλίμακες, της σωματικής και της ψυχικής υγείας (Keller, 1998). Και τα τρία αυτά ερωτηματολόγια έχουν μεταφραστεί στα ελληνικά, έχουν εγκυροποιηθεί και χρησιμοποιούνται ευρέως και στη χώρα μας (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

10.2.2. Η συμβολή των ερωτηματολογίων HRQoL στη φροντίδα υγείας

Σε οποιαδήποτε παρέμβαση υγείας, οι πρωταρχικοί στόχοι είναι η πρόληψη και η αντιμετώπιση νοσημάτων. Τα τελευταία χρόνια, με την πρόοδο της τεχνολογίας, την ενίσχυση της αυτονομίας των ασθενών, αλλά και τις προσπάθειες για ορθότερη διαχείριση των πόρων υγείας, αυξήθηκαν σημαντικά οι απαιτήσεις για ποιοτική φροντίδα υγείας και για μία ολιστική προσέγγιση του ατόμου-ασθενή. Η νόσος παραμένει στο επίκεντρο των παρεμβάσεων υγείας, αλλά το ενδιαφέρον των παρόχων υγείας στρέφεται όλο και περισσότερο στο άτομο που φέρει αυτή τη νόσο, δηλαδή την ποιότητα ζωής του και το πώς αυτή επηρεάζεται από τη νόσο. Οι ασθενείς είναι οι κύριοι καθοριστές του τι σημαίνει ποιότητα, δεδομένου ότι συμβάλλουν με πολλούς τρόπους στον ορισμό της ποιότητας. Οι απόψεις τους για την υγειονομική περίθαλψη και την υγεία, οι προσδοκίες τους, οι απαιτήσεις τους και οι εξατομικευμένες ανάγκες τους σχετικά με τα αναμενόμενα οφέλη και τους

κινδύνους από τη νοσηλεία τους, οι αξίες και οι απόψεις τους είναι παράγοντες που συμβάλλουν στον καθορισμό της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Από την άλλη, οι επαγγελματίες υγείας καθιστούν περισσότερο ρεαλιστική αυτήν την επιθυμητή ποιότητα, λαμβάνοντας υπόψη τις δικές τους αξίες, την επαγγελματική κουλτούρα τους, την ικανότητά τους να παρέχουν φροντίδα, τους διαθέσιμους πόρους, τη γνώση και την εμπειρία τους, την επιστήμη και τους περιορισμούς της, το περιβάλλον εργασίας τους, καθώς και τις απόψεις τους σχετικά με το τεχνικό και το διαπροσωπικό μέρος της φροντίδας (Σταυροπούλου, 2013: 7). Αυτό μπορούν να το κάνουν είτε σε αδόμητα πλαίσια, χρησιμοποιώντας δηλαδή την κλινική τους πείρα και διαίσθηση, είτε σε δομημένα, χρησιμοποιώντας τα ερωτηματολόγια HRQoL. Στο παρελθόν η χρήση αυτών των ερωτηματολογίων ήταν πολύ περιορισμένη, καθώς επικρατούσε η πεποίθηση ότι απαιτούν πολύ χρόνο και ότι είναι δύσκολο να ερμηνευτούν τα αποτελέσματά τους (Fallowfield, 2009), πλέον όμως η πρακτική χρησιμότητά τους αποδεικνύεται από τη διαρκή παρουσία τους στην επιστημονική βιβλιογραφία και από τους ελέγχους που διενεργούνται στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας με βάση τα αποτελέσματα αυτών των ερωτηματολογίων (Sale, 2000: 30) προκειμένου να διαμορφωθούν πολιτικές υγείας, σε κατώτερο ή ανώτερο επίπεδο.

Τρόποι με τους οποίους η HRQoL βελτιώνει τη φροντίδα των ασθενών
(α) Διεύρυνση των παραμέτρων οφέλους
(β) Υπόδειξη ανάγκης για συμπληρωματικές παρεμβάσεις
(γ) Προγνωστικός δείκτης
(δ) Συμβολή στη λήψη αποφάσεων
(ε) Κατανομή πόρων και διαμόρφωση πολιτικών υγείας

Πίνακας 1: Τρόποι βελτίωσης της φροντίδας των ασθενών με την HRQoL (Πηγή: Fallowfield, 2009)

Τι σημαίνει λοιπόν πρακτικά ότι υπάρχει η δυνατότητα να εκτιμηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών; Ο πίνακας 1 συνοψίζει τα οφέλη αυτής της δυνατότητας, τα οποία βέβαια βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση. Αναλυτικότερα:

(α) Διεύρυνση των παραμέτρων οφέλους.

Σε πολλές περιστάσεις, όπως για παράδειγμα στην ανακουφιστική φροντίδα καρκινοπαθών τελικού σταδίου, η ποιότητα της ζωής είναι το μόνο κριτήριο που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε για να κρίνουμε την αποτελεσματικότητα μίας παρέμβασης, καθώς οι συμβατικές παράμετροι (ανταπόκριση στη θεραπεία, διαστήματα χωρίς ενεργή νόσο ή επιβίωση) δεν είναι και τόσο σχετικοί (Fallowfield, 2009). Η χημειοθεραπεία μπορεί να έχει παρενέργειες οι οποίες

επηρεάζουν δραστικά την ποιότητα ζωής και μπορούν να εκτιμηθούν μόνο από τον ασθενή, άρα η χρήση μίας κλίμακας εκτίμησης αυτής της ποιότητας αποκτά μεγάλη σημασία (Sakthong et al, 2015).

(β) Υπόδειξη ανάγκης για συμπληρωματικές παρεμβάσεις.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών μπορεί να ενισχυθεί σημαντικά αν υπάρξουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις, οι οποίες συχνά διαφεύγουν της προσοχής των επαγγελματιών υγείας λόγω της μη-αναγκαίας για την επιβίωση φύσης τους. Παρ' όλα αυτά, η ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα υγείας προϋποθέτει ότι οι ανάγκες του ασθενή πρέπει να καλύπτονται σε όσο το δυνατόν περισσότερα επίπεδα. Για παράδειγμα, μία έρευνα για την ποιότητα ζωής παιδιών με άσθμα διαπιστώνει ότι η προσωπικότητα του παιδιού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του άσθματος, καθώς πολλά παιδιά προσπαθούν να αποκρύψουν το πρόβλημά τους παρουσία συνομηλίκων λόγω αμηχανίας (Van de Ven & Engels, 2011). Αυτή η διαπίστωση, που προέρχεται από τη χρήση ερωτηματολογίων HRQoL, συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του άσθματος καθώς υποδεικνύει την ανάγκη συμβουλευτικής των γονέων και πιθανής ψυχολογικής παρέμβασης στο παιδί με άσθμα.

(γ) Προγνωστικός δείκτης.

Είναι σχεδόν αυτονόητο ότι οι ασθενείς με καλύτερη ποιότητα ζωής στην έναρξη μίας νόσου ή μίας θεραπείας θα έχουν καλύτερες εκβάσεις συγκριτικά με όσους έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής, αλλά πλέον υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις από την επιστημονική βιβλιογραφία ότι η ποιότητα ζωής ως αντικειμενική μέτρηση μπορεί να έχει το ρόλο ενός αποτελεσματικού προγνωστικού δείκτη, ειδικά για τις περιπτώσεις καρκινοπαθών (Fallowfield, 2002). Για παράδειγμα, σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και ηπατικές μεταστάσεις έχει διαπιστωθεί ότι η ποιότητα της ζωής τους όπως καταγράφεται από τα ερωτηματολόγια HRQoL έχει μεγαλύτερη προγνωστική αξία για την επιβίωσή τους σε σχέση με το μέγεθος των όγκων (Earlam et al, 1996).

(δ) Συμβολή στη λήψη αποφάσεων.

Όταν πρέπει να ληφθεί μία απόφαση σχετικά με τη θεραπεία και στον ασθενή παρουσιάζονται περισσότερες από μία επιλογές, είναι απαραίτητο να συγκρίνει τις επιλογές μεταξύ τους όσον αφορά στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μίας. Οι έρευνες για την ποιότητα ζωής ασθενών που έχουν ακολουθήσει στο παρελθόν διαφορετικές επιλογές θεραπείας είναι εξαιρετικά χρήσιμες για την ορθότερη ενημέρωση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, καθώς συχνά παρουσιάζουν απροσδόκητα ευρήματα. Για παράδειγμα, μία μελέτη εκτιμούσε τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ολικής μαστεκτομής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού έναντι μερικής μαστεκτομής και ακτινοθεραπείας· το απροσδόκητο εύρημα ήταν ότι η ψυχοσεξουαλικότητα των γυναικών που είχαν επιλέξει τη μερική μαστεκτομή δεν ήταν καλύτερη από εκείνη των γυναικών που είχαν επιλέξει την

ολική μαστεκτομή, πιθανόν επειδή και στις δύο περιπτώσεις παρέμενε γεγονός ότι είχαν αντιμετωπίσει μία απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση (Fallowfield et al, 1986).

(ε) Κατανομή πόρων και διαμόρφωση πολιτικών υγείας.

Προκειμένου να υπολογιστεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων υγείας είναι απαραίτητο να υπάρχει τρόπος για να αποτιμάται το τελικό τους προϊόν, δηλαδή η επιμήκυνση της ζωής με συνακόλουθη βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η ανάγκη ταυτόχρονου υπολογισμού του χρόνου επιβίωσης και της ποιότητας ζωής είχε ως συνέπεια την κατασκευή σύνθετων δεικτών οι οποίοι θα παρουσίαζαν σε μια μονάδα τις δυο προαναφερθείσες παραμέτρους. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν κατά καιρούς προταθεί αρκετά μέτρα συνεκτίμησης της διάρκειας ζωής ή επιβίωσης και της ποιότητας ζωής κατά το μελετώμενο χρονικό διάστημα, αλλά τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον μονοπωλούν τα QALYs (Quality- Adjusted Life Years), που αποτελούν τα συχνότερα μέτρα στις περιπτώσεις στάθμισης της επιβίωσης με βάση ποιοτικά κριτήρια (Αθανασάκης και συν, 2011). Συνοπτικά, η έννοια του QALY χρησιμοποιείται για να αναπροσαρμόσει τη μέτρηση του χρόνου επιβίωσης ενός ατόμου με βάση την ποιότητα της ζωής του, εκτιμώντας αυτήν την ποιότητα με έναν όσο το δυνατόν αντικειμενικότερο τρόπο, δηλαδή με τη χρήση ερωτηματολογίων HRQoL.

11. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Στο πλαίσιο εκπόνησης της παρούσας έρευνας, έχουν επιλεγεί ορισμένα εργαλεία εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, τα οποία αφορούν σε ογκολογικούς ασθενείς και εξειδικεύονται στις ιδιαιτερότητες αυτών των ασθενών. Οι γενικοί λόγοι για την επιλογή τους σχετίζονται με τη συχνότητα που εμφανίζονται στην επιστημονική βιβλιογραφία, δηλαδή το πόσοι ερευνητές τα έχουν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν στην Ελλάδα και σε χώρες του εξωτερικού. Αυτή η προσέγγιση προφανώς ενισχύει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των επιλεχθέντων εργαλείων, ειδικά αν έχει προηγηθεί η μετάφρασή τους στα ελληνικά και η ισοστάθμισή τους. Αναλυτικότερα:

(α) EORTC QLQ-C30.

Το QLQ-C30 είναι ερωτηματολόγιο τα δικαιώματα του οποίου ανήκουν στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου (European Organization for Research and Treatment of Cancer). Θεωρείται ερωτηματολόγιο ειδικό για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε καρκινοπαθείς. Έχει πολυδιάστατη δομή, συμπληρώνεται εύκολα από τον ασθενή και εμπεριέχει διαπολιτισμικά στοιχεία. Οι δημιουργοί του θεωρούν πως πρόκειται για μία αξιόπιστη κλίμακα με ισχύ στη μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο, ικανή να γενικεύσει τα

αποτελέσματά της ώστε να χρησιμοποιηθεί σε συγκρίσεις της ποιότητας ζωής μεταξύ διαφόρων ερευνών, και, τέλος, ικανή να αποδώσει τα ειδικά ερωτήματα που προκύπτουν σε μία κλινική έρευνα καλύπτοντας μεγάλο εύρος των περιπτώσεων που τυχόν θα εμφανιστούν (Aaronson et al, 1993). Στην ελληνική πραγματικότητα έχει χρησιμοποιηθεί, μεταξύ άλλων, από τους Mystakidou et al (2001) και από τους Kontodimopoulos et al (2011).

(β) QLQ-C15-PAL.

Το ερωτηματολόγιο QLQ-C15-PAL περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις και χρησιμοποιείται σε ασθενείς με προχωρημένη, ανίατη μορφή καρκίνου, με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης, και στους οποίους παρέχεται ανακουφιστική φροντίδα. Τα δικαιώματα ανήκουν επίσης στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου. Στην ουσία, το εν λόγω εργαλείο είναι μία συντομότερη εκδοχή του προαναφερθέντος ερωτηματολογίου QLQ-C30, προκειμένου να χρησιμοποιείται στην ανακουφιστική φροντίδα (Groenvold et al, 2006). Από όσο μπορούμε να γνωρίζουμε, το εν λόγω εργαλείο δεν έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από προηγούμενους ερευνητές και δεν έχει ισοσταθμιστεί. Πολύ πρόσφατα όμως πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά έρευνα με χρήση αυτού του εργαλείου, μεταξύ άλλων ευρωπαϊκών κρατών, και στην Ιταλία (Constantini et al, 2016), χώρα με παραδοσιακούς ιδιαίτερα στενούς δεσμούς με την Ελλάδα και με κοινά βιώματα· κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα της γείτονος χώρας μπορούν να χρησιμεύσουν και ως ένας αδρός οδηγός για τη χρήση του εργαλείου σε ελληνικό περιβάλλον.

(γ) EORTC IN-PATSAT32.

Μετρά την ικανοποίηση των καρκινοπαθών από τη φροντίδα υγείας και περιέχει 32 ερωτήσεις, ενώ οι απαντήσεις δίνονται σε 5βαθμη κλίμακα Likert. Όπως και με τα προηγούμενα, τα δικαιώματα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου ανήκουν στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου. Οι δημιουργοί του σημειώνουν ότι επιτυγχάνει να διαχωρίσει ξεκάθαρα τους ασθενείς που είχαν διαφορετικές προσδοκίες από τη φροντίδα τους και διαφορετικές προθέσεις ως προς το αν θα πρότειναν το νοσοκομείο τους και σε άλλους ασθενείς (Bredart et al, 2005). Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες στην Ευρώπη και την Ασία (Bredart et al, 2007) και μάλιστα σε ορισμένες πολύ πρόσφατες στην Ολλανδία (Brinkman-Stoppelenburg et al, 2015) και την Κίνα (Zhang et al, 2015), όχι όμως και στην Ελλάδα. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τη σημασία που έχει η αποτίμηση της ικανοποίησης από τη φροντίδα που λαμβάνουν οι ογκολογικοί ασθενείς στα σύγχρονα συστήματα υγείας, καθώς επίσης και τη γενικότερη έμφαση που αποδίδεται τελευταία στη φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας, υπάρχει η προσδοκία ότι η χρήση αυτού του εργαλείου θα ανοίξει νέους ορίζοντες στο ερευνητικό τοπίο της χώρας μας.

(δ) Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form (CARES-SF).

Πρόκειται για κλίμακα 59 ερωτήσεων και χρησιμοποιείται ευρέως για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής και της αποκατάστασης των ασθενών με καρκίνο (Schag et al, 1991). Κάθε ασθενής, ανάλογα με το είδος της θεραπείας που ακολουθεί, τη νοσηλεία του και τα δημογραφικά του στοιχεία, συμπληρώνει μια κλίμακα που κυμαίνεται από τις 38 (στη σύντομη μορφή της) έως τις 57 ερωτήσεις. Η κλίμακα δίνει μια συνολική τιμή που αναφέρεται στην ολική ποιότητα ζωής, καθώς και 5 επιμέρους τιμές που αναφέρονται σε ψυχικές, ψυχολογικές, ιατρικές, συζυγικές και σεξουαλικές επιδράσεις. Από το 2012 το εργαλείο διατίθεται ελεύθερα στους ερευνητές προκειμένου να το χρησιμοποιήσουν στις μελέτες τους (Ganz, 2012). Το ιδιαίτερο ενδιαφέρον αυτού του ερωτηματολογίου είναι η ψυχοκοινωνική εκτίμηση της επίδρασης που έχει ο καρκίνος στους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς (Turner et al, 2005).

(ε) Functional Living Index Cancer-EMESIS (FLI-E).

Βασίζεται στο Functional Living Index Cancer (FLIC) και μετρά την ποιότητα ζωής και το πώς αυτή επηρεάζεται από τη ναυτία που προκαλείται εξαιτίας της χημειοθεραπείας. Περιέχει 9 ερωτήσεις και συμπληρώνεται από τους ασθενείς μετά την έλευση 24-96 ωρών από τη χημειοθεραπεία. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1992 από τους Lindley et al (1992), οι οποίοι μπόρεσαν να εκτιμήσουν αρκετά καλά τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών λόγω των παρενεργειών που οφείλονται στις θεραπείες που ακολουθούν. Αν και είναι αρκετά εξειδικευμένο, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να αποδειχθεί αρκετά χρήσιμο ως συμπληρωματικό εργαλείο που αποσκοπεί στην εκτίμηση πολύ συγκεκριμένων παραμέτρων, από αυτές που αφορούν σε λεπτομέρειες της φροντίδας – και οι οποίες όμως μπορούν να κάνουν τη διαφορά (Lüthi et al, 2012).

(στ) 24-item Caring Behaviors Inventory (CBI-24).

Η Κλίμακα Συμπεριφορών Φροντίδας 24 ερωτημάτων (ΚΣΦ-24) χρησιμοποιείται εδώ και πολλά χρόνια. Στην ουσία, αναφέρεται σε αντιλαμβανόμενες συμπεριφορές φροντίδας, τόσο από νοσηλευτές, όσο και από ασθενείς. Για τη μέτρηση και αξιολόγηση της αντιλαμβανόμενης συμπεριφοράς φροντίδας θα χρησιμοποιηθεί η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου (Karlou et al, 2015). Η ίδια έκδοση μπορεί να δοθεί ταυτόχρονα σε ασθενείς και σε νοσηλευτές. Η ΚΣΦ περιλαμβάνει 24 ερωτήματα με καλή εσωτερική συνοχή ($\alpha=0,96$) και ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα ($r=0,62$) σε σχέση με την αρχική έκδοση των 42 ερωτημάτων (Wu et al, 2006). Οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου είναι τέσσερις: γνώσεις και δεξιότητες, σεβασμός στους άλλους, ανθρωπίνη αξιοπρέπεια, θετική συνοχή.

(ζ) Medical Outcomes Study – Short Form 36 και 12

Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς Medical Outcomes Study – Short Form 36 και 12 (SF-36 και SF-12), χρησιμοποιούνται ευρύτατα στον χώρο της υγείας. Το ερωτηματολόγιο SF-12 αποτελεί τη συντομευμένη έκδοση του ερωτηματολογίου SF-36, το οποίο εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας. Οι 36 ερωτήσεις που περιλαμβάνει συνθέτουν οκτώ διαστάσεις (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία), οι οποίες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο συνοπτικές συνιστώσες, της σωματικής και της ψυχικής υγείας (Keller, 1998). Το SF-36 έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει εγκυροποιηθεί (Anagnostopoulos et al, 2005; Pappa et al. 2005). Το ερωτηματολόγιο SF-12 υπολογίζει τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36 με δύο ερωτήσεις (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) και τις υπόλοιπες τέσσερις με μία ερώτηση (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Οι δώδεκα αυτές ερωτήσεις χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό της σωματικής και ψυχολογικής συνιστώσας της υγείας. Το ερωτηματολόγιο διατίθεται δωρεάν για ερευνητικούς σκοπούς από τον φορέα QualityMetric. Η μετάφρασή του στα ελληνικά και η στάθμισή του σε ελληνικό πληθυσμό έχει πραγματοποιηθεί από τους Kontodimosopoulos et al (2007).

(η) QLQ-BR23

Είναι ένα συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο με το QLQ-C30, το οποίο εξειδικεύει τις ερωτήσεις από τον καρκίνο γενικά στον καρκίνο του μαστού. Πρόκειται για ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 23 ερωτήματα που αφορούν ειδικά τον καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, την εικόνα του σώματος, την σεξουαλικότητα, και τις προοπτικές για το μέλλον (Jayasekara et al, 2008, Montazeri et al, 2008). Το ερωτηματολόγιο γενικά χρησιμοποιεί απαντήσεις τεσσάρων σημείων (κλίμακα Likert) που κυμαίνεται από το 1 (καθόλου) έως το 4 (πολύ).

Υπάρχουν α) 4 κλίμακες για τη λειτουργία του ατόμου (Functional Scales), για την εικόνα σώματος (39, 40, 41, 42 ερώτηση), τη σεξουαλική λειτουργία (44, 45 ερώτηση), τη σεξουαλική απόλαυση (46 ερώτηση) (για σεξουαλικά ενεργά άτομα), την προοπτική για το μέλλον (43 ερώτηση). β) 4 κλίμακες συμπτωμάτων, που εξετάζουν τις παρενέργειες από τη θεραπεία (31, 32, 33, 36, 37, 38 ερώτηση), συμπτώματα στο στήθος (50, 51, 52, 53 ερώτηση), στο χέρι (47, 48, 49 ερώτηση) και την αναστάτωση από την τριχόπτωση (34, 35 ερώτηση).

12. Ποιότητα ζωής & Εργαλεία μέτρησης

Ο όρος ποιότητα ζωής είναι μια αφηρημένη έννοια. Καθένας μπορεί να περιγράψει τι σημαίνει για αυτόν «ποιότητα ζωής». Ωστόσο, είναι δύσκολο να δοθεί ένας σαφής ορισμός. Ο Lord Kelvin αναφέρει: «Όταν κάποιος μπορεί να μετρήσει και να εκφράσει με αριθμούς ό,τι λέει, τότε γνωρίζει κάτι γι' αυτό. Όταν, όμως δεν είναι σε θέση να το πει με αριθμούς, η γνώση του είναι ελάχιστη». Οι πολιτικοί, οι φιλόσοφοι, οι ιερείς, οι ψυχολόγοι, οι ποιητές, οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς μπορεί να δίνουν διαφορετική ερμηνεία και να προτείνουν διαφορετικές μεθόδους μέτρησης της ποιότητας ζωής. Ίσως για ορισμένους η μέτρηση της ποιότητας ζωής δε χρειάζεται. Από τη στιγμή όμως που η ποιότητα άρχισε να απασχολεί το χώρο της υγείας, απαιτείται μεγαλύτερη όμως που η ποιότητα άρχισε να απασχολεί το χώρο της υγείας, απαιτείται μεγαλύτερη ακρίβεια στη χρήση του όρου και ανάπτυξη κατάλληλης μεθόδου μέτρησης. (Tanseth et al, 2008).

Ο τελικός ορισμός της ποιότητας ζωής στην υγεία, προήλθε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1948 και έδωσε έμφαση σε τρεις διαστάσεις στο πλαίσιο της ασθένειας, την ποιότητα ζωής, ειδικά αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των μεταξύ των το περιεχόμενο του όρου. Βέβαιο είναι ότι δεν υπάρχει μέχρι σήμερα ένας κοινός αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, ειδικά αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας. Σε θεωρητική βάση, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή των χαρακτηριστικών, συνθηκών ή τομέων της ζωής που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων. Πρόκειται για την ελευθερία δράσης, τη νοηματοδότηση πράξεων, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή τους ζωή και στη διατήρηση της υγείας.

Ο όρος «ποιότητα ζωής» σχετίζεται με παραμέτρους όπως το βιοτικό επίπεδο του ανθρώπου, η παιδεία, η υγεία, η ευεξία καθώς και οι ευκαιρίες που έχει για αναψυχή και ξεκούραση. Τελευταία η ερευνητική κοινότητα κατέληξε στο συμπέρασμα πως είναι αναγκαίο να υπάρξει και ποσοτική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία σε διαφορετικούς τομείς της υγείας, και κυρίως στη αξιολόγηση των θεραπειών. Θεωρητικά η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί με την περιγραφή χαρακτηριστικών της ζωής των ανθρώπων, που είναι απαραίτητα για να λειτουργεί ανεξάρτητα και αυτόνομα ο άνθρωπος. Η ποιότητα ζωής αφορά την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την εκπλήρωση ψυχοκοινωνικών αναγκών και επιθυμιών στην καθημερινή ζωή καθώς και τη διατήρηση της υγείας. Ο Hornquist θεωρεί ότι συνολικά η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών

αναφορικά με του σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής(Παπαδάτου και συν,1995).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η ποιότητα ζωής ορίζεται σε σχέση με την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή σύμφωνα με το πολιτιστικό πλαίσιο και το σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του. Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις, σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του. Εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου αφορά την ψυχική ευεξία ενώ η κοινωνική ευεξία αντανακλά το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του. Η ποιότητα ζωής γενικά επιτυγχάνεται με την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Η υγεία, η οικονομική κατάσταση, το περιβάλλον αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το άτομο και την κοινωνία. Είναι δύσκολο να επιτευχθεί ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός. Για τους περισσότερους πάντως η ποιότητα ζωής έχει ένα υποκειμενικό στοιχείο, καθώς συνδέεται ξεχωριστά για το συγκεκριμένο άτομο. Κάθε άτομο έχει διαφορετικά κριτήρια και αντιλήψεις που πολλές φορές αλλάζουν στον χρόνο και εξαρτώνται από τη φάση ζωής που βρίσκεται. Η ποιότητα ζωής μπορεί να έχει διαφορετική σημασία για το ίδιο άτομο στην ηλικία των 20 και στην ηλικία των 60. Η ποιότητα ζωής δεν αφορά μόνο την παρουσία ή την απουσία σωματικής ασθένειας αλλά σχετίζεται και με άλλες διαστάσεις της ζωής όπως εργασία, ελεύθερος χρόνος, διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ οικογένειας και φίλων, και οι ψυχολογικές και συναισθηματικές πλευρές της ζωής (Υφαντόπουλος και συν, 2001).

Η ποιότητα ζωής καθορίζεται με την βοήθεια τόσο των αντικειμενικών και κοινωνικών δεικτών της ανθρώπινης ύπαρξης, όσο και των υποκειμενικών και ατομικών δεικτών της σωματικής και ψυχοκοινωνικής και των υποκειμενικών και ατομικών δεικτών της σωματικής και ψυχοκοινωνικής με τη χρήση των αντίστοιχων δεικτών, μιας και η υγεία αποτελεί τη βασική συνισταμένη της ποιότητας ζωής, αφού σύμφωνα με τα σύγχρονη αντίληψη βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία ενός ατόμου, αποτελώντας ταυτόχρονα τον κύριο στόχο σκοπό και όχι το μέσο για μιας οικονομική πρόοδο ή άνθηση (Υφαντόπουλος και συν, 2001).

Η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις: την σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία, την κοινωνική ευεξία.

- Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας.
- Στη ψυχική ευεξία μελετάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος, την κατάθλιψη, την ικανότητα προσαρμογής.

- Η κοινωνική ευεξία αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (φίλους - οικογένεια).

Υπάρχουν περισσότερα από 800 εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ (Patel et al,2010). Η σύνταξη των ερωτηματολογίων αυτών εστιάζει κατά περίπτωση στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου (γενικά ερωτηματολόγια) ή σε επιπτώσεις συγκεκριμένων παραμέτρων στην ΠΖ (ειδικά ερωτηματολόγια). Τα ερωτηματολόγια αυτά βασίζονται σε ψυχομετρικές μεθόδους, σε κλινικές πρακτικές, σε μεθόδους εκτίμησης της χρησιμότητας που προέρχεται από την οικονομική επιστήμη και τη θεωρία των αποφάσεων, ή και σε συνδυασμό αυτών των τεχνικών (Οικονομάκης,2006: Ελεζόγλου et al,2007). Το κάθε ένα από τα ερωτηματολόγια αυτά μετράει, περισσότερο ή λιγότερο, το σύνολο ή επιμέρους διαστάσεις της ΣΥΠΖ. Αρκετά από τα ερωτηματολόγια αυτά είναι μεταφρασμένα και εγκυροποιημένα και στην ελληνική γλώσσα. Μερικά από τα κυριότερα ερωτηματολόγια μέτρησης της ΣΥΠΖ είναι τα παρακάτω

12.1.Χρησιμότητα εκτίμησης ποιότητας ζωής σε καρκινοπαθείς

Η καταγραφή της έννοιας της Ποιότητας Ζωής σε σχέση με θέματα υγείας, αποτελεί πολύπλοκο έργο μέτρησης εξαιτίας των πολλαπλών και αλληλοεπιδρώντων διαστάσεων της.

Τις τελευταίες δεκαετίες για τον «περιορισμό» της έννοιας της και για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, οι ερευνητές επικεντρώνονται στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health-Related Quality of Life). Πιο συγκεκριμένα, στις σύγχρονες κλινικές μελέτες οι ερευνητές χρησιμοποιούν μια πιο περιορισμένη έννοια της Ποιότητας Ζωής, η οποία δεν αναφέρεται γενικά στις πτυχές της όπως η ευτυχία, η ικανοποίηση, τα πρότυπα ζωής, το κλίμα και το περιβάλλον, αλλά περιορίζεται σε πτυχές που σχετίζονται με την υγεία (Υφαντόπουλος,2007).

Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην αξιολόγηση της επίτευξης των στόχων που τέθηκαν τόσο από την πλευρά του ασθενούς καθώς επίσης και από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας με απώτερο σκοπό την βελτίωση των υπηρεσιών που συνιστώνται από τους διεθνείς οργανισμούς ως δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας (Black, 2013). Είναι γνωστό ότι οι χρόνιες νόσοι, εκτός από την νοσηρότητα, δημιουργούν προβλήματα στην καθημερινή ζωή των ασθενών και επηρεάζουν την οικογενειακή κατάσταση, τη συναισθηματική ζωή και άλλες παραμέτρους της καθημερινότητας.

Η ψυχοκοινωνική αγωνία που απορρέει από την εμπειρία του καρκίνου είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για ένα μεγάλο αριθμό ασθενών με καρκίνο το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της θεραπείας.

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή αυτή έχει κερδίσει τα τελευταία χρόνια εκτεταμένη αναγνώριση. Πολλές μελέτες μέτρησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με

καρκίνο του μαστού έχουν εξετάσει την επίδραση των θεραπειών, την υποστηρικτική φροντίδα, τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψης, την ψυχολογική και Κοινωνική στήριξη και την επικοινωνία ιατρού- ασθενή.

Έχει φανεί διεθνώς ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών δέχεται μεγάλη επίδραση από την ασθένεια, εξαιτίας του γεγονότος ότι ήδη υπάρχει ένας επιβαρυντικός παράγοντας που από μόνος του είναι ικανός να μειώσει το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών αυτών. Ωστόσο, είναι σχετικά δύσκολο να προσδιοριστεί ποσοτικά αυτό το είδος των επιπτώσεων και να επιχειρηθεί να αντιμετωπιστούν (Παπαδάτου και συν.1995). Αυτό που σίγουρα έχει φανεί ότι επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους είναι οι παρενέργειες από την θεραπεία.

Από την άλλη αυτό που έχει βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών είναι η ενσωμάτωση ολοένα και περισσότερο ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για να βοηθήσουν να έρθουν σε συμφωνία με τις αλλαγές και τη διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος τους, σε συμφωνία με το πένθος τους, να ανακτήσουν την ελπίδα, να αυξήσουν τη συναισθηματική έκφραση αυτών που νιώθουν και φοβούνται, να μειώσουν την απομόνωση και να βελτιώσουν την αυτοεκτίμησή τους.

Η κοινωνική υποστήριξη έχει σημαντική και άμεση επίδραση στην ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Η κοινωνική υποστήριξη τονίζει βοηθά τις γυναίκες να προσαρμοστούν με τον καρκίνο του μαστού. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς στην κατανόηση της ασθένειας καθώς και να διδάξουν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας και των παρενεργειών της θεραπείας καθώς και την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοφροντίδας.

13.Ποιότητα ζωής κατά την αποκατάσταση Ca μαστού

Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας η ευρύτερη έννοια της υγείας δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, εργασίας και κοινωνικής δράσης δημιουργεί νέα δεδομένα για τον σημερινό άνθρωπο. Έτσι, ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση, είναι έννοιες που σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις. Κατά τον Hornquist καταστάσεις όπως το στρες λόγω εργασίας, η κοινωνική επανένταξη αποκλεισμένων ομάδων στην κοινωνία και την αγορά εργασίας, η προσαρμογή των μεταναστών σε νέες συνθήκες, η χρήση ουσιών από νέους, οι σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων, το άγχος του θανάτου, η αποκατάσταση από σωματικές αναπηρίες και η προαγωγή της δημιουργικότητας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Για να διαχωριστεί αυτή η γενική τοποθέτηση από τον καθορισμό του όρου σε σχέση με θέματα που αφορούν την υγεία, εισήχθη η έννοια της health-related quality of life (HRQL), δηλαδή η με την υγεία συνυφασμένη ποιότητα ζωής. Τα τελευταία είκοσι χρόνια, επιστήμονες από διαφορετικά επιστημονικά πεδία προσεγγίζουν την έκβαση της υγείας με κοινό παρανομαστή τον όρο: «ποιότητα ζωής».

Είναι απαίτηση των καιρών η επιβεβαίωση των νέων θεραπειών, να γίνεται όχι μόνο με τη μέτρηση του κόστους προς το όφελος, αλλά κυρίως με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς για την γενική του κατάσταση. Ο καθορισμός της ποιότητας ζωής των ασθενών, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην επιλογή θεραπευτικών

σχημάτων και τη δημιουργία νέων φαρμακευτικών και τεχνολογικών βοηθημάτων. Από την άλλη πλευρά, η εκτίμηση των νέων συστημάτων υγείας δημιουργεί την ανάγκη για μελέτη της έκβασης που θα στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα.

Για τη σωστή εκτίμηση της υγείας ενός ασθενούς, θα πρέπει να επιδιώκουμε και τη γνώμη του ασθενούς και όχι μόνο τους κλασικούς δείκτες, θνησιμότητα και νοσηρότητα. Οι δείκτες θνησιμότητα και νοσηρότητα είναι ανεπαρκείς, αφού δίνουν πολύ μικρή εικόνα της υγείας, ιδιαίτερα όταν μελετούμε την κατάσταση του ασθενούς σε χρόνιες νόσους. Η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις: την σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία, την κοινωνική ευεξία.

- Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας.
- Στη ψυχική ευεξία μελετάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος, την κατάθλιψη, την ικανότητα προσαρμογής.
- Η κοινωνική ευεξία αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (φίλους - οικογένεια).

Είναι αποδεδειγμένο ότι σε ποσοστό γυναικών με μαστεκτομή επηρεάζεται η ποιότητα ζωής με αποτέλεσμα την εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης, που με την σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε ανοσοκαταστολή και υποτροπή της νόσου. Στον ασθενή με καρκίνο και πόνο την ποιότητα ζωής καθορίζουν πολλοί παράγοντες όπως, προβλήματα ύπνου, αδυναμία εργασίας, λύπη και κατάθλιψη, ελάττωση της όρεξης, έλλειψη από απλές χαρές της ζωής, αδυναμία να κάνει ταξίδια, αίσθημα απομόνωσης, εξάντληση της οικογένειας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Με βάση τα προαναφερθέντα, καθίσταται σαφές ότι τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μία αλματώδης πρόοδος στην θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, η οποία εύλογα δημιουργεί αυξημένες ανάγκες στον τομέα της αποκατάστασης μετά τη θεραπεία. Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αποκατάστασης μπορεί να εκτιμηθεί με διάφορους τρόπους· ένας από τους πλέον αξιόπιστους είναι η χρήση εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας ζωής, είτε με γενικά ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής είτε με ειδικότερα ερωτηματολόγια που εστιάζουν στους επιζώντες από καρκίνο ή, ειδικότερα ακόμη, από καρκίνο του μαστού. Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της διερεύνησης αυτών των παρεμβάσεων και της επίδρασης που έχουν στην πορεία της αποκατάστασης.

Σκοποί και Στόχοι

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη, έπειτα από ενδελεχή βιβλιογραφική αναζήτηση, των κυριότερων παρεμβάσεων που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο της αποκατάστασης μετά από θεραπεία για καρκίνο μαστού, και η συγκριτική εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς τους σε όρους ποιότητας ζωής. Οι παρεμβάσεις που περιγράφονται στη βιβλιογραφία μπορεί να αφορούν σε γενικές επιταγές, όπως για παράδειγμα η κατάλληλη φυσική άσκηση, ή σε ειδικότερες εφαρμογές, όπως για παράδειγμα η άσκηση μέσα στο νερό ή η άσκηση με τη χρήση κάποιου ειδικού βοηθήματος. Απώτερος στόχος είναι να εντοπιστούν οι παρεμβάσεις που χρήζουν περαιτέρω μελέτης από την επιστημονική κοινότητα, καθώς επίσης και να αναδειχθεί εκείνος ο τομέας των παρεμβάσεων αποκατάστασης που φαίνεται να αποδίδει τα καλύτερα αποτελέσματα, προκειμένου να του αποδοθεί η απαιτούμενη προσοχή για την εξελικτική του συνέχεια.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη συνίσταται σε συστηματική ανασκόπηση βάσεων δεδομένων προκειμένου να εντοπιστούν και να ταξινομηθούν οι μελέτες που αναφέρονται στο αντικείμενο του ενδιαφέροντος. Το πρώτο βήμα μιας συστηματικής ανασκόπησης αποτελεί η διατύπωση μιας σαφούς επιστημονικής υπόθεσης που αφορά στη σχέση μεταξύ του μελετώμενου προσδιοριστή και της συχνότητας εμφάνισης μιας έκβασης, λαμβάνοντας υπόψη και την ύπαρξη τυχόν συγχυτών ή ακόμη και τροποποιητών. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η υπόθεση είναι ότι συγκεκριμένες παρεμβάσεις αποκατάστασης μετά τη θεραπεία για καρκίνο του μαστού σχετίζονται με αυξημένη ποιότητα ζωής για αυτές τις ασθενείς. Στο πλαίσιο αυτής της υπόθεσης διερευνούνται λεπτομερέστερα οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής που είναι σημαντικότερες για τη συγκεκριμένη νόσο και η σχέση τους με συγκεκριμένες μεθόδους αποκατάστασης.

Έχοντας αυτά υπ' όψιν, στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων Pubmed, CancerLit, και Embase πραγματοποιήθηκε αναζήτηση με τις λέξεις κλειδιά "breast cancer", "rehabilitation" και "quality of life" με χρήση των όρων "AND" μεταξύ τους. Η αρχική αναζήτηση είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση 632 άρθρων. Τα φίλτρα που τέθηκαν ακολούθως σε εφαρμογή εμφάνισαν μόνο τα άρθρα που δημοσιεύθηκαν στην αγγλική ή και στην αγγλική γλώσσα τα τελευταία 10 χρόνια, και που αφορούσαν σε μελέτες με ανθρώπους και όχι με πειραματόζωα. Αφού αποκλείστηκαν και τα άρθρα που εμφανίζονταν για δεύτερη φορά (σε διαφορετικές βάσεις δεδομένων), ο αρχικός συνολικός αριθμός των άρθρων ήταν 341. Από την ανάγνωση των τίτλων και των περιλήψεων αυτών των άρθρων, αποκλείστηκαν 312 άρθρα. Οι λόγοι αποκλεισμού άρθρων από τη συστηματική ανασκόπηση ποικίλουν, και παρουσιάζονται συνοπτικά ακολούθως:

Α) Ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις: πολλές μελέτες ήταν ανασκοπήσεις άλλων μελετών χωρίς να χρησιμοποιούν πρωτογενή δεδομένα, και κατά συνέπεια αποκλείστηκαν

Β) Μελέτες υπό εξέλιξη: ορισμένες δημοσιεύσεις περιγράφουν το πρωτόκολλο των μελετών, χωρίς αυτές να έχουν ολοκληρωθεί, όπως για παράδειγμα η μελέτη των Ritvo et al (2017) που είναι υπό εξέλιξη και εκτιμά μεταξύ άλλων τη μεταβολή της ποιότητας ζωής των επιζώντων καρκίνου του μαστού που επιφέρει η χρήση προηγμένων τεχνολογικών βοηθημάτων και έξυπνων συσκευών στις ασκήσεις αποκατάστασης. Η συγκεκριμένη μελέτη θα μπορούσε να συμπεριληφθεί στη συστηματική ανασκόπηση αν είχαν δημοσιευθεί και ορισμένα προκαταρκτικά αποτελέσματα, κάτι που δεν έχει γίνει έως την περίοδο της συγγραφής της παρούσας εργασίας.

Γ) Μελέτες παρατήρησης: υπάρχουν διάφορες μελέτες που εκτιμούν την ποιότητα ζωής σε διάφορα χρονικά διαστήματα της πορείας αποκατάστασης μετά από θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού, χωρίς όμως να περιλαμβάνουν συγκεκριμένες παρεμβάσεις. Για παράδειγμα, η μελέτη των Rim et al (2017) σε 1156 ασθενείς απλά προσδιορίζει το μοτίβο ορισμένων χαρακτηριστικών ποιότητας ζωής κατά την πορεία της αποκατάστασης με το πέρασμα του χρόνου. Επιπλέον, υπάρχουν πολλές μελέτες που συσχετίζουν την ποιότητα ζωής με διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επιζώντων καρκίνου του μαστού, αναζητώντας δηλαδή προσδιοριστές χωρίς να κάνουν λόγο για παρεμβάσεις, όπως η μελέτη των Blaney et al (2013) που εξετάζει την αυτοαναφερόμενη ποιότητα ζωής με ερωτηματολόγια που εστάλησαν ταχυδρομικά σε 975 ασθενείς. Τέτοιου είδους μελέτες αποκλείστηκαν από τη συστηματική ανασκόπηση.

Δ) Μελέτες σχετικές με ιατρικές παρεμβάσεις: από τη συστηματική ανασκόπηση αποκλείστηκαν επίσης μελέτες που συσχετίζουν την ποιότητα ζωής με ιατρικές παρεμβάσεις, οι οποίες αφορούν περισσότερο στη θεραπεία και λιγότερο στην αποκατάσταση. Για παράδειγμα, η μελέτη των Slowik et al (2017) συγκρίνει την ποιότητα ζωής γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και γυναικών που

υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή τρεις μήνες μετά την επέμβαση, ενώ η μελέτη των Twelves et al (2017) συγκρίνει τις γυναίκες στις οποίες χορηγήθηκε ιρινοτεκάνη για τη θεραπεία μεταστατικού καρκίνου του μαστού έναντι άλλων θεραπευτικών επιλογών. Ένας σχετικός παράγοντας αποκλεισμού ήταν και η κατάσταση της ασθενούς, με απάλειψη όσων μελετών είχαν ως επίκεντρο τη θεραπεία και όχι την αποκατάσταση, που σήμαινε ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν ενεργός. Παρ' όλα αυτά, εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι οι επιζώντες καρκίνου του μαστού συχνά υποβάλλονται σε επικουρική θεραπεία (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ανοσοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία) κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης, με σκοπό την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη πρόληψη υποτροπής ή μετάστασης. Μελέτες στις οποίες οι συμμετέχοντες ήταν άτομα σε φάση αποκατάστασης και επικουρική θεραπεία δεν αποκλείστηκαν από τη συστηματική ανασκόπηση, καθώς θεωρήθηκε ότι δεν πάσχουν από ενεργό καρκίνο του μαστού.

Ε) Μελέτες διαφόρων τύπων καρκίνου: ορισμένες μελέτες συμπεριλαμβάνουν και άλλους καρκινοπαθείς εκτός από τους επιζώντες καρκίνου του μαστού. Αν και κάποιες από αυτές θα μπορούσαν να ενταχθούν στη συστηματική ανασκόπηση, η παρουσία άλλων ειδών καρκίνου είναι εύκολο να προκαλέσει σύγχυση ως προς τη σωστή ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Έτσι μελέτες όπως αυτή των Faller et al (2017), η οποία συγκρίνει την ποιότητα ζωής βάσει διαφορετικής πληροφόρησης ανάμεσα σε επιζώντες από καρκίνο του μαστού και επιζώντες από γυναικολογικό καρκίνο, απαλείφθηκαν από τη συστηματική ανασκόπηση.

ΣΤ) Μελέτες σε ειδικούς πληθυσμούς: εκτός της προηγούμενης κατηγορίας των μελετών που εξετάζουν διαφορετικούς τύπους καρκίνου, από τη συστηματική ανασκόπηση αποκλείστηκαν επίσης μελέτες που εξετάζουν ειδικούς πληθυσμούς καρκινοπαθών. Για παράδειγμα, μελέτες όπως αυτή των Liu et al (2016), όπου εξετάζεται η ποιότητα ζωής και η φυσική κατάσταση των παχύσαρκων και των υπέρβαρων γυναικών επιζώντων καρκίνου του μαστού, δεν συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη καθώς εξειδικεύουν τους υπό εξέταση πληθυσμούς και μεταβάλλουν έτσι τις εκβάσεις συγκριτικά με τη γενικότερη κατηγορία των επιζώντων καρκίνου του μαστού. Το ίδιο ισχύει και για τη μελέτη των Ashing & Miller (2016), οι οποίοι εξετάζουν ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε επιζώντες καρκίνου του μαστού μόνο αφρικανικής προέλευσης.

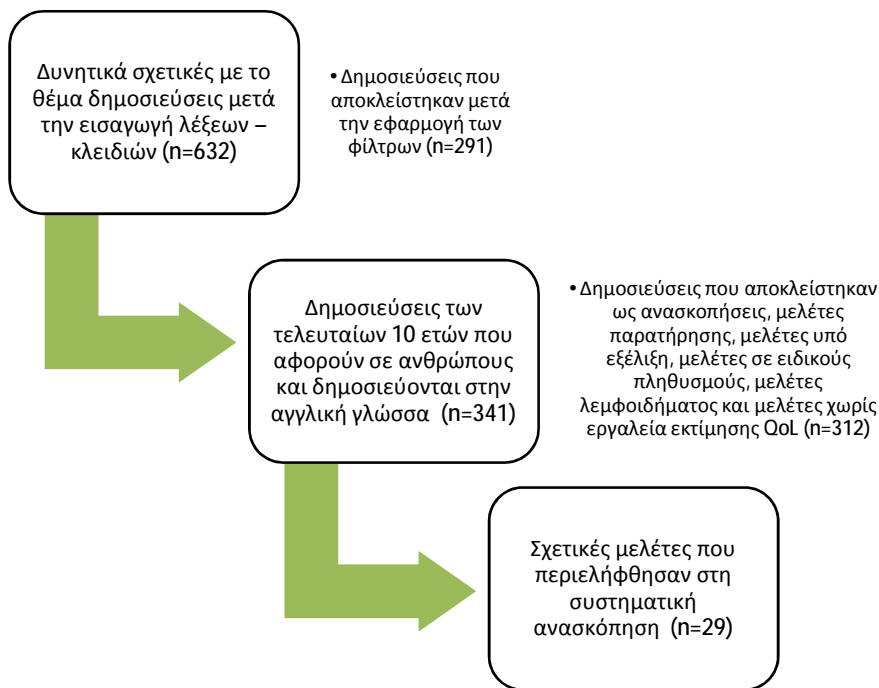
Ζ) Μελέτες που δεν χρησιμοποιούν εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας της ζωής: αν και η ποιότητα ζωής είναι μία πολυδιάστατη έννοια, έχουν κατασκευαστεί συγκεκριμένα ερωτηματολόγια για την εκτίμησή της. Παρ' όλα αυτά, ορισμένες μελέτες αναφέρονται σε αυτήν αντλώντας κατά κάποιον τρόπο έμμεσα στοιχεία από άλλα ερωτηματολόγια που εκτιμούν για παράδειγμα τη λειτουργικότητα. Για παράδειγμα, οι Gregoire et al (2017) αξιολογούν το άγχος, την κόπωση και την ποιότητα ύπνου σε επιζώντες καρκίνου του μαστού πριν και μετά από παρεμβάσεις γιόγκα και ύπνωσης, και από τη βελτίωση της κόπωσης και της ποιότητας ύπνου συμπεραίνουν ότι ενισχύεται και η ποιότητα ζωής γενικά. Αν και

το συγκεκριμένο συμπέρασμα δεν είναι λάθος, τέτοιου είδους μελέτες αποκλείστηκαν από τη συστηματική ανασκόπηση. Παράλληλα, αποκλείστηκαν οι ποιοτικές μελέτες που δεν χρησιμοποιούν εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής αλλά συνεντεύξεις.

Η) Μελέτες λεμφοιδήματος: Τέλος, από τη συστηματική ανασκόπηση αποκλείστηκαν όσες μελέτες επικεντρώνονται στο λεμφοίδημα, το οποίο είναι μία συγκεκριμένη και συνηθισμένη επιπλοκή της μετεγχειρητικής περιόδου της επέμβασης καρκίνου του μαστού που επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Καθώς η παρούσα συστηματική ανασκόπηση επιχειρεί να θέσει το ζήτημα της ποιότητας ζωής κατά την αποκατάσταση επιζώντων από καρκίνο του μαστού σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, κρίθηκε σκόπιμο να απαλειφθούν οι μελέτες που εξετάζουν το ζήτημα μονοδιάστατα. Είναι ενδεικτικό ότι έχει κατασκευαστεί και εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο που εκτιμά την ποιότητα ζωής σε σχέση με το λεμφοίδημα (van de Pas, 2016).

Άρα, οι μελέτες που συμπεριελήφθησαν στη συστηματική ανασκόπηση αφορούσαν σε γυναίκες που είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία για καρκίνο του μαστού και ήταν σε φάση αποκατάστασης, ακόμα και αν λάμβαναν επικουρική θεραπεία για την πρόληψη υποτροπών και μεταστάσεων. Οι μελέτες θα πρέπει να είχαν χρησιμοποιήσει τουλάχιστον ένα από τα ερωτηματολόγια εκτίμησης ποιότητας ζωής, είτε γενικά (SF-36, SF-12, EQ-5D, SQOL-F), είτε ειδικά για τον καρκίνο (QLQ-C30), είτε ειδικότερα ακόμα για τον καρκίνο του μαστού (QLQ-BR23), ανεξάρτητα από όποια άλλα εργαλεία και ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν (για παράδειγμα, ερωτηματολόγια αυτοαναφερόμενης λειτουργικότητας, κόπωσης, άγχους και κατάθλιψης, αλλά και εργαστηριακές μετρήσεις). Για να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση, οι μελέτες θα πρέπει επίσης να εξετάζουν την επίδραση συγκεκριμένων παρεμβάσεων αποκατάστασης στην ποιότητα της ζωής.

Κατά συνέπεια, από τον αρχικό συνολικό αριθμό των 632 άρθρων, αυτά που αποκλείστηκαν βάσει των προαναφερθέντων κριτηρίων ήταν 603, και τελικά 29 άρθρα συμπεριελήφθησαν στη συστηματική ανασκόπηση. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την επιλογή των άρθρων παρουσιάζονται στο ακόλουθο διάγραμμα ροής.



Διάγραμμα Ροής Επιλογής Δείγματος Άρθρων Ανασκοπικής Μελέτης

Αποτελέσματα

Από τις 29 μελέτες που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση, μόνο οι 6 δεν είχαν ομάδα ελέγχου. Συγκεκριμένα, οι Serra et al (2018) εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα ασκήσεων αντίστασης σε 11 επιζώντες καρκίνου και εκτίμησαν την ποιότητα ζωής πριν την έναρξη και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος σε αυτούς τους επιζώντες. Οι Enblom et al (2018) εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα ασκήσεων στο νερό σε 24 επιζώντες και εκτίμησαν τα αποτελέσματα με συνεντεύξεις επί τόπου. Οι Dolan et al (2017) εκτίμησαν την επίδραση μίας εβδομαδιαίας συνεδρίας ασκήσεων καρδιακής αποκατάστασης διάρκειας 22 εβδομάδων σε 152 ασθενείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Ο Henry (2017) είχε 34 επιζώντες που συμμετείχαν σε εκδρομή για ψάρεμα. Τέλος, οι Farin & Nagl (2013) μελέτησαν 312 άτομα στα προγράμματα αποκατάστασης των οποίων υπήρχε αυξημένη συμμετοχή του θεράποντος ιατρού. Στις υπόλοιπες 23 μελέτες υπήρχε ομάδα ελέγχου ώστε να εκτιμάται καλύτερα η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

Είδη παρεμβάσεων

Όσον αφορά στα είδη των παρεμβάσεων που διερευνούσαν οι μελέτες, αυτά κατηγοριοποιούνται είτε στην ομάδα της φυσικής άσκησης (12 μελέτες), είτε στην ομάδα της ψυχολογικής υποστήριξης (2 μελέτες), είτε στην ομάδα της εκπαιδευτικής υποστήριξης (1 μελέτη). Πολλές μελέτες συνδυάζουν στις παρεμβάσεις τους περισσότερες από μία από αυτές τις κατηγορίες ή εξειδικεύουν

λίγο περισσότερο τις παρεμβάσεις: συγκεκριμένα, 3 μελέτες είχαν ως αντικείμενο κάποιο ειδικό βοήθημα για τη φυσική άσκηση, 6 μελέτες συνδύαζαν τη φυσική άσκηση με την ψυχολογική και/ή την εκπαιδευτική υποστήριξη (όπου περιλαμβάνονται και διατροφικές συμβουλές) και 5 μελέτες συνδύαζαν την ψυχολογική με την εκπαιδευτική υποστήριξη.

Αναλυτικότερα, οι 12 είχαν ως αντικείμενο τη φυσική άσκηση γενικά, η οποία μπορεί να προσλάβει διάφορες μορφές. Από αυτές τις 12 μελέτες, οι 4 είχαν ως αντικείμενο ασκήσεις μέσα στο νερό (Enblom et al, 2018; Kwiatkowski et al, 2017; Cuesta-Vargas et al, 2014; Fernández-Lao et al, 2012;), οι 2 είχαν ως αντικείμενο ασκήσεις pilates (Stan et al, 2012; Eyigor et al, 2010), μία μελέτη αφορούσε σε ειδικές ασκήσεις αντίστασης (Serra et al, 2018) και μία μελέτη αφορούσε σε ειδικές ασκήσεις καρδιολογικής αποκατάστασης (Dolan et al, 2017). Από τις υπόλοιπες 4, όπου ο τύπος της φυσικής άσκησης δεν προσδιοριζόταν επακριβώς, 2 μελέτες αφορούσαν σε εξατομικευμένα προγράμματα ασκήσεων (Baumann et al, 2016; Anderson et al, 2012), μία αφορούσε σε πρόγραμμα ασκήσεων υπό επίβλεψη (Saarto et al, 2012), και μία αφορούσε στην πρώιμη έναρξη της φυσικοθεραπείας (Testa et al, 2014).

Περαιτέρω, υπήρχαν 3 μελέτες που είχαν ως αντικείμενο κάποιο ειδικό βοήθημα στο πλαίσιο της φυσικής άσκησης. Αυτά τα βοηθήματα αφορούσαν στα μανίκια συμπίεσης (pressure cuffs) τα οποία συμβάλλουν στη μυϊκή ενδυνάμωση (Ochalek et al, 2017), στη χρήση έξυπνου κινητού για παροχή οδηγιών κατά τη γυμναστική αντί για τη χρήση έντυπων οδηγιών (Uhm et al, 2017), και στη χρήση του διαδικτύου (Galiano-Castillo et al, 2016).

Επιπλέον, σχετικές με τη φυσική άσκηση ήταν και οι παρεμβάσεις άλλων μελετών, οι οποίες όμως μπορεί να συμπεριλαμβάναν και άλλου είδους διαστάσεις. Έτσι, η παρέμβαση σε 3 μελέτες συνδύαζε φυσική άσκηση και εκπαιδευτική υποστήριξη κατά την αποκατάσταση. Συγκεκριμένα, οι Vardar Yaşlı et al (2015) μελέτησαν το συνδυασμό αεροβικής άσκησης με τη διδασκαλία γιόγκα, οι Lee et al (2014) μελέτησαν ένα πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης της φυσικής άσκησης και διατροφικής συμβουλευτικής, ενώ οι Kwiatkowski et al (2013) μελέτησαν το συνδυασμό ασκήσεων στο νερό με διατροφική συμβουλευτική. Υπήρχε επίσης μία μελέτη που συνδύαζε τη φυσική άσκηση με την ψυχολογική υποστήριξη, μέσω ψυχολογικής συμβουλευτικής από επιστημονική ομάδα (Leclerc et al, 2017). Μία μελέτη (Gong et al, 2017) συνδυάζει τη φυσική άσκηση με τη διατροφή ως παρεμβάσεις αποκατάστασης, λαμβάνοντας δηλαδή υπ' όψιν τις διατροφικές συνήθειες των επιζώντων του καρκίνου εκτός από τις δραστηριότητες εκγύμνασης στις οποίες επιδίδονται. Τέλος, μία μελέτη (De Groef et al, 2017) συνδύαζε τη φυσική άσκηση με τη θεραπευτική τεχνική της μυοπεριτοναϊκής απελευθέρωσης, η οποία περιλαμβάνει πιέσεις σε συγκεκριμένα σημεία (trigger points), με σκοπό την απελευθέρωση της κίνησης και την ανακούφιση από τον πόνο.

Από τις παρεμβάσεις χωρίς φυσική άσκηση, σημειώθηκε ήδη ότι οι 2 (Henry, 2017; Freeman et al, 2015) αφορούν καθαρά σε ψυχολογική υποστήριξη. Η μία εξ αυτών περιγράφει την ψυχολογική υποστήριξη που παρέχουν οι εκδρομές για ψάρεμα (Henry, 2017), ενώ η άλλη επικεντρώνεται στη συμπεριφορική ψυχοθεραπεία και την τεχνική της νοερής απεικόνισης (Freeman et al, 2015). Επίσης, μία παρέμβαση αναφέρεται καθαρά σε εκπαιδευτική υποστήριξη, καθώς η παρέμβαση αφορά στην παροχή ενός βοηθητικού εγχειριδίου αυτοβοήθειας (Beatty et al, 2010). Οι υπόλοιπες 5 μελέτες συνδυάζουν την ψυχολογική με την εκπαιδευτική υποστήριξη. Οι 2 από αυτές εξετάζουν προγράμματα αυτοδιαχείρισης με ψυχολογικές και εκπαιδευτικές διαστάσεις (Loh et al, 2013; Loh et al, 2011), μία αναφέρεται σε ψυχοκοινωνική υποστήριξη και εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης και μη-λεκτικής επικοινωνίας (Björneklett et al, 2012), μία αναφέρεται σε σεξουαλική συμβουλευτική (Faghani & Ghaffari, 2016), και μία εξετάζει την αυξημένη συμμετοχή του θεράποντος ιατρού στο πρόγραμμα αποκατάστασης (Farin & Nagl, 2013), κάτι που βοηθά τόσο σε ψυχολογικό, όσο και σε εκπαιδευτικό επίπεδο.

Δείγμα, χρονική διάρκεια μελετών και εργαλεία μέτρησης

Το δείγμα που περιλαμβάνει συνολικά η συστηματική ανασκόπηση είναι 7,190 άτομα, που χαρακτηρίζονται όλοι ως επιζώντες καρκίνου του μαστού. Βέβαια, πρέπει να σημειωθεί ότι σχεδόν τα μισά άτομα του δείγματος (3,344) προέρχονται από μία συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα (Gong et al, 2017) και διαφοροποιείται αρκετά σε σχέση με άλλες μελέτες καθώς δεν περιλαμβάνει κάποια παρέμβαση ή επανεκτίμηση, παρά εφαρμογή μοντέλων παλινδρόμησης ώστε να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής σε σχέση με τη διατροφή και τη φυσική άσκηση που ακολουθούν οι συμμετέχοντες. Η μελέτη με τον αμέσως επόμενο μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων περιελάμβανε 573 άτομα (Saarto et al, 2012) και αφορούσε στην εφαρμογή ενός προγράμματος γυμναστικής με επίβλεψη, χρονικής διάρκειας 12 μηνών – χωρίς αξιοσημείωτα αποτελέσματα ως προς την ενίσχυση της ποιότητας ζωής. Αντίθετα, η μελέτη με τον μικρότερο αριθμό συμμετεχόντων ήταν των Stan et al (2012), με μόλις 10 άτομα που έκαναν ασκήσεις Pilates για 12 εβδομάδες και βελτίωσαν την ποιότητα της ζωής τους (δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου). Αν δεν συνυπολογιστεί η μεγάλη μελέτη των Gong et al με τους 3,344 συμμετέχοντες, ο μέσος όρος του δείγματος στις εναπομείνουσες 28 μελέτες είναι 137 άτομα.

Όσον αφορά στη χρονική διάρκεια των μελετών, οι περισσότερες περιελάμβαναν τακτικές επανεκτιμήσεις της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων. Οι περίοδοι επανεκτίμησης κυμαίνονταν συνηθέστερα από 1 μήνα έως και 12 μήνες. Η μικρότερη χρονική διάρκεια μελέτης ήταν τέσσερις εβδομάδες (Loh et al, 2013). Υπήρχαν 3 μελέτες που έφταναν να κάνουν επανεκτίμηση της ποιότητας ζωής 2 χρόνια μετά την έναρξη της παρέμβασης (Baumann et al, 2016; Kwiatkowski et al,

2013; Loh et al, 2011) και μία μελέτη η οποία έφτασε να κάνει επανεκτίμηση στα 5 χρόνια σε 251 συμμετέχοντες (Kwiatkowski et al, 2017). Η ιδιαιτερότητα της μελέτης των Kwiatkowski et al έγκειται στο ότι η παρέμβαση ήταν διάρκειας μόλις 2 εβδομάδων (συνεδρίες υδροθεραπείας μετά την ακτινοθεραπεία) αλλά η επανεκτίμηση έγινε 1 χρόνο και 5 χρόνια μετά, με αξιοσημείωτη μακροπρόθεσμα ενισχυμένη ποιότητα ζωής στους συμμετέχοντες που είχαν συνδυάσει την ακτινοθεραπεία με υδροθεραπεία. Τέλος, δύο μελέτες ήταν συγχρονικές και δεν περιελάμβαναν επανεκτίμηση. Οι Enblom et al (2018) εκτίμησαν την επίδραση ειδικών ασκήσεων στο νερό με επιτόπιες συνεντεύξεις στους 24 συμμετέχοντες, ενώ οι Gong et al (2017) εφήρμοσαν μοντέλα παλινδρόμησης ώστε να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής σε σχέση με τη διατροφή και τη φυσική άσκηση που ακολουθούσαν οι συμμετέχοντες.

Αναφορικά με τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες τις συστηματικής ανασκόπησης, ήδη σημειώθηκε ότι κριτήριο επιλογής ήταν η εξειδίκευσή τους στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής και όχι της λειτουργικότητας, αν και οι δύο αυτές έννοιες είναι στενά συνδεδεμένες. Μία μελέτη (Faghani & Ghaffari, 2016) χρησιμοποίησε ένα ειδικό ερωτηματολόγιο εκτίμησης ποιότητας ζωής με επίκεντρο την ποιότητα της σεξουαλικής ζωής, δηλαδή το Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) που αποτελεί την έκδοση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου που απευθύνεται σε γυναίκες. Το εργαλείο δημιουργήθηκε από τους Rizvi et al το 2011, και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε άλλες γλώσσες (Maasoumi et al, 2013). Μία άλλη μελέτη (Enblom et al, 2018) χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο EQ-5D, το οποίο χρησιμοποιείται διεθνώς από το 1990 για την αυτοαναφορά στην κατάσταση της υγείας και τη σχετιζόμενη με αυτήν ποιότητα ζωής (EuroQol Group, 1990). Εκτός από αυτές τις δύο εξαιρέσεις, οι υπόλοιπες μελέτες χρησιμοποιούσαν άλλα εργαλεία.

Συγκεκριμένα, 10 μελέτες (Kwiatkowski et al, 2017; De Groef et al, 2017; Testa et al, 2014; Freeman et al, 2015; Loh et al, 2013; Kwiatkowski et al, 2013; Loh et al, 2011; Stan et al, 2012; Serra et al, 2018; Dolan et al, 2017) χρησιμοποιούσαν το ερωτηματολόγιο SF-36, για το οποίο ήδη έχει γίνει λόγος στο γενικό μέρος της εργασίας. Επιπλέον, 3 μελέτες (Cuesta-Vargas et al, 2014; Anderson et al, 2012; Farin & Nagl, 2013) χρησιμοποιούσαν τη σύντομη έκδοση του ερωτηματολογίου, δηλαδή το SF-12. Τα ερωτηματολόγια αυτά είναι πιο γενικά στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής που επιχειρούν. Οι υπόλοιπες μελέτες χρησιμοποιούσαν πιο ειδικά ερωτηματολόγια. Αναλυτικότερα, 6 μελέτες (Leclerc et al, 2017; Vardar Yağlı et al, 2015; Lee et al, 2014; Beatty et al, 2010; Gong et al, 2017; Baumann et al, 2016) χρησιμοποιούσαν το ερωτηματολόγιο QLQ-C30, το οποίο επίσης έχει συζητηθεί στο γενικό μέρος της εργασίας και εξειδικεύεται σε πληθυσμούς καρκινοπαθών. Επιπρόσθετα, σε 2 μελέτες (Henry, 2017; Fernández-Lao et al, 2012) χρησιμοποιήθηκε το ακόμα ειδικότερο συμπλήρωμα του προαναφερθέντος ερωτηματολογίου, το QLQ-BR23, για το οποίο επίσης έχει γίνει λόγος στο γενικό μέρος, και το οποίο εξειδικεύεται σε καρκινοπαθείς μαστού. Καθώς αυτά τα δύο

ερωτηματολόγια είναι συμπληρωματικά, υπήρχαν και 6 μελέτες που τα χρησιμοποιούσαν και τα δύο (Uhm et al, 2017; Galiano-Castillo et al, 2016; Saarto et al, 2012; Björneklett et al, 2012; Eyigor et al, 2010; Ochalek et al, 2017). Σε απόλυτους αριθμούς, η παρούσα συστηματική ανασκόπηση περιλαμβάνει 436 άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο SF-12, 1111 άτομα που συμπλήρωσαν το SF-36, 5387 άτομα που συμπλήρωσαν το QLQ-C30, και 2071 άτομα που συμπλήρωσαν το QLQ-BR23. Προφανώς υπάρχουν επικαλύψεις στα άτομα που συμπλήρωσαν και το QLQ-C30 και το QLQ-BR23, ενώ ο δυσανάλογα μεγάλος αριθμός των ατόμων που συμπλήρωσαν μόνο το QLQ-C30 οφείλεται στο ότι αυτό το εργαλείο χρησιμοποιούσε η μελέτη των Gong et al (2017), που όπως προαναφέρθηκε είχε το μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων (3,344 άτομα).

Στη συνέχεια παρατίθεται ένας συνοπτικός πίνακας με τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης.

Μελέτη	Χρήση ερωτηματολογίων QoL	Ομάδα ελέγχου	Δείγμα	Χρονική διάρκεια	Παρέμβαση	Κατηγορία παρέμβασης	Αποτέλεσμα
Enblom et al, 2018	EQ-5D και λήψη συνέντευξης	Όχι	24	Συγχρονική μελέτη	Ασκήσεις στο νερό	Φυσική άσκηση	Η άσκηση στο νερό συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση και την φυσική αποκατάσταση
Serra et al, 2018	SF-36	Όχι	11	4 μήνες	Ασκήσεις αντίστασης	Φυσική άσκηση	Οι ασκήσεις αντίστασης μειώνουν την κόπωση και ενισχύουν την ποιότητα της ζωής
Ochalek et al, 2017	QLQ-C30, BR23	Ναι	45	12 μήνες (εκτίμηση πριν την επέμβαση και 12 μήνες μετά)	Χρήση μανικιών συμπίεσης	Φυσική άσκηση / βοήθημα	Η ποιότητα ζωής δεν επηρεάζεται από τη χρήση μανικιών συμπίεσης (αυτά τα μανίκια υποτίθεται ότι ενισχύουν τη μυϊκή ενδυνάμωση)
Dolan et al, 2017	SF-36	Όχι	152	22 εβδομάδες	Εβδομαδιαίες ασκήσεις καρδιακής αποκατάστασης	Φυσική άσκηση	Οι ασκήσεις ενισχύουν την ποιότητα ζωής και μειώνουν την κατάθλιψη
Kwiatkowski et al, 2017	SF-36	Ναι	251	Follow-up στους 12 μήνες και στα 5 χρόνια	2 εβδομάδες υδροθεραπείας μετά την ακτινοθεραπεία	Φυσική άσκηση	Η υδροθεραπεία μετά την ακτινοθεραπεία ενισχύει μακροπρόθεσμα την ποιότητα ζωής
Leclerc et al, 2017	QLQ-C30	Ναι	209	3 μήνες	Γυμναστικές ασκήσεις και	Φυσική άσκηση / Ψυχολογική /	Οι συνεδρίες ασκήσεων και ψυχολογικής συμβουλευτικής

					ψυχολογική συμβουλευτική	Εκπαιδευτική υποστήριξη	από διεπιστημονική ομάδα συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής
Gong et al, 2017	QLO-C30	Ναι	3344	Συγχρονική μελέτη	Γυμναστική, πρόσληψη λαχανικών και φρούτων	Φυσική άσκηση / διατροφή	Όσοι ασκούνται και προσλαμβάνουν τουλάχιστον ένα φρούτο και 250 gr λαχανικών ημερησίως έχουν ενισχυμένη ποιότητα ζωής
De Groef et al, 2017	SF-36	Ναι	50	3 μήνες και follow-up στους 6 και τους 12 μήνες	Χρήση μυοπεριτοναϊκής απελευθέρωσης	Φυσική άσκηση / θεραπευτική τεχνική	Η μυοπεριτοναϊκή απελευθέρωση είναι μια πολύ αποτελεσματική δια των χειρών θεραπεία, που περιλαμβάνει πιέσεις σε συγκεκριμένα σημεία (trigger points), με σκοπό την απελευθέρωση της κίνησης και την ανακούφιση από τον πόνο. Δεν επιφέρει όμως βελτίωση στην ποιότητα ζωής επιζώντων καρκίνου του μαστού στην αποκατάσταση
Henry, 2017	QLO-BR23	Όχι	34	2 εβδομάδες πριν την παρέμβαση, 3 και 6 μήνες μετά	Εκδρομές για ψάρεμα	Ψυχολογική υποστήριξη	Αν και αναγνωρίζεται ως θετική εμπειρία, δεν επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής
Uhm et al, 2017	QLO-C30, BR23	Ναι	356	12 εβδομάδες	Χρήση έξυπνου κινητού για γυμναστική αντί για έντυπες οδηγίες	Φυσική άσκηση / βοήθημα	Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην ποιότητα ζωής

Faghani & Ghaffari, 2016	SQOL-F	Ναι	100	4 90λεπτες συνεδρίες	Σεξουαλική συμβουλευτική	Ψυχολογική / Εκπαιδευτική υποστήριξη	Η συμβουλευτική βελτιώνει την ποιότητα της σεξουαλικής ζωής
Baumann et al, 2016	QLO-C30	Ναι	194	Εκτίμηση στους 4, 8, 12, 18 και 24 μήνες μετά την παρέμβαση	Εξατομικευμένη φυσική άσκηση για 3 εβδομάδες	Φυσική άσκηση	Το εξατομικευμένο πρόγραμμα ασκήσεων βελτιώνει την ποιότητα ζωής
Galiano-Castillo et al, 2016	QLO-C30, BR23	Ναι	81	Εκτίμηση στις 8 εβδομάδες και στους 6 μήνες	Χρήση διαδικτυακών προγραμμάτων για γυμναστική στο σπίτι	Φυσική άσκηση / βοήθημα	Τα διαδικτυακά προγράμματα ενισχύουν την ποιότητα ζωής
Vardar Yağlı et al, 2015	QLO-C30	Ναι	52	6 εβδομάδες	Αεροβική άσκηση σε συνδυασμό με γιόγκα	Φυσική άσκηση / Εκπαιδευτική υποστήριξη	Ο συνδυασμός γιόγκα – αεροβικής άσκησης δεν βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής σε σχέση με τη χρήση μόνο αεροβικής άσκησης
Freeman et al, 2015	SF-36	Ναι	118	Εκτίμηση στον 1 μήνα και τους 3 μήνες μετά την παρέμβαση	5 εβδομαδιαίες συνεδρίες συμπεριφορικής θεραπείας με νοερή απεικόνιση	Ψυχολογική υποστήριξη	Οι συνεδρίες ενισχύουν την ποιότητα ζωής
Testa et al, 2014	SF-36	Ναι	70	Εκτίμηση 5 μέρες, 1 μήνα, 6 μήνες και 12 μήνες μετά την επέμβαση	Πρώιμη έναρξη φυσικοθεραπείας	Φυσική άσκηση	Η έναρξη φυσικοθεραπείας όσο πιο σύντομα μετά την επέμβαση βελτιώνει συνολικά την ποιότητα ζωής
Lee et al,	QLO-C30	Ναι	59	12 εβδομάδες	Διαδικτυακό	Φυσική άσκηση	Το διαδικτυακό πρόγραμμα

2014					πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης φυσικής άσκησης και διατροφής	/ διατροφή / εκπαιδευτική υποστήριξη	αυτοδιαχείρισης ενισχύει την ποιότητα ζωής και την καλή διατροφή σε σχέση με το έντυπο συμβουλευτικό εγχειρίδιο
Cuesta-Vargas et al, 2014	SF-12	Ναι	42	8 εβδομάδες	Ασκήσεις στο νερό με ειδική καθοδήγηση, 3 φορές την εβδομάδα	Φυσική άσκηση	Η άσκηση στο νερό ενισχύει την ποιότητα ζωής
Loh et al, 2013	SF-36	Ναι	147	4 εβδομάδες	Πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης με ομαδικές και ατομικές συζητήσεις, οδηγίες και εργασίες για το σπίτι	Εκπαιδευτική / Ψυχολογική υποστήριξη	Τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής
Kwiatkowski et al, 2013	SF-36	Ναι	251	Εκτίμηση στους 6, 12 και 24 μήνες μετά την παρέμβαση	2 εβδομάδες σε κέντρο υδροθεραπείας (άσκηση, διατροφικές συμβουλές και φυσικοθεραπεία)	Φυσική άσκηση Ψυχολογική / Εκπαιδευτική υποστήριξη	Η παρέμβαση των 2 εβδομάδων έχει μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα της ζωής
Farin & Nagl, 2013	SF-12	Όχι	312	3 εβδομάδες και επανεκτίμηση στους 6 μήνες	Πρόγραμμα αποκατάστασης με αυξημένη	Ψυχολογική / Εκπαιδευτική υποστήριξη	Η ποιότητα της ζωής ενισχύεται ανάλογα με το πόσο καλή είναι η σχέση με τον ιατρό

					συμμετοχή του υπεύθυνου ιατρού		
Saarto et al, 2012	QLQ-C30, BR-23	Ναι	573	12 μήνες	Πρόγραμμα ασκήσεων γυμναστικής με επίβλεψη	Φυσική άσκηση	Η φυσική άσκηση ενισχύει την ποιότητα ζωής γενικά (φάνηκε και στις δύο ομάδες), αλλά το συγκεκριμένο πρόγραμμα ασκήσεων δεν φαίνεται να έχει ισχυρή στατιστική συσχέτιση
Fernández-Lao et al, 2012	QLQ-BR23	Ναι	98	Επανεκτίμηση στους 6 μήνες	Πρόγραμμα ασκήσεων 8 εβδομάδων στο έδαφος ή στο νερό	Φυσική άσκηση	Σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και την ομάδα εδάφους, η ομάδα του νερού βελτίωσε περισσότερο την ποιότητα ζωής
Björneklett et al, 2012	QLQ-C30, QLQ-BR23	Ναι	382	Επανεκτίμηση στους 2, 6 και 12 μήνες	Ψυχοκοινωνική υποστήριξη (εκπαίδευση, τεχνικές χαλάρωσης, μη λεκτική επικοινωνία) για 1 εβδομάδα αρχικά και για 4 ημέρες μετά από 2 μήνες	Ψυχολογική / Εκπαιδευτική υποστήριξη	Η ποιότητα ζωής ενισχύεται με το πέρασμα του χρόνου, αλλά η συγκεκριμένη παρέμβαση δεν επιφέρει αξιοσημείωτες μεταβολές
Anderson et al, 2012	SF-12	Ναι	82	18 μήνες (εκτίμηση ανά 3 μήνες)	Εξατομικευμένες ασκήσεις 3 μήνες	Φυσική άσκηση / Εκπαιδευτική	Η εξατομικευμένη άσκηση ενισχύει την ποιότητα ζωής

					μετά από χειρουργική επέμβαση, 2 φορές την εβδομάδα	υποστήριξη	
Stan et al, 2012	SF-36	Όχι	10	12 εβδομάδες	Ασκήσεις Pilates	Φυσική άσκηση	Η ποιότητα της ζωής βελτιώθηκε
Loh et al, 2011	SF-36	Ναι	51	Επανεκτίμηση στα 2 χρόνια	Πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης διάρκειας 4 εβδομάδων	Ψυχολογική / Εκπαιδευτική υποστήριξη	Το πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης ενισχύει την ποιότητα ζωής μακροπρόθεσμα
Eyigor et al, 2010	QLO-C30, QLO-BR23	Ναι	52	8 εβδομάδες	Ασκήσεις Pilates 3 φορές την εβδομάδα	Φυσική άσκηση	Οι συγκεκριμένες ασκήσεις βελτιώνουν την ποιότητα ζωής
Beatty et al, 2010	QLO-C30	Ναι	40	Επανεκτίμηση στους 3 και στους 6 μήνες μετά την παρέμβαση	Παροχή βοηθητικού εγχειριδίου αυτοβοήθειας	Εκπαιδευτική υποστήριξη	Η ποιότητα ζωής βελτιώνεται και στις δύο ομάδες με το πέρασμα του χρόνου, αλλά δεν παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές με τη χρήση του εγχειριδίου

Συζήτηση

Στη διεθνή βιβλιογραφία μπορεί κανείς να συναντήσει πλήθος συστηματικών ανασκοπήσεων, με αποτελέσματα που είναι παρόμοια με όσα παρουσιάζονται εδώ. Υπάρχουν συστηματικές ανασκοπήσεις που ειδικεύονται σε γενικότερες διαστάσεις, όπως είναι η φυσική άσκηση και η επίδρασή της στην ποιότητα ζωής (Lipsett et al, 2017). Υπάρχουν επίσης ανασκοπήσεις που ειδικεύονται σε μία παρέμβαση κάποιας διάστασης, όπως είναι για παράδειγμα η χρήση της γιόγκα (που περιλαμβάνεται στη διάσταση της φυσικής άσκησης), και εξετάζεται η επίδρασή της στην ποιότητα ζωής των επιζώντων (Buffart et al, 2012), ή συστηματικές ανασκοπήσεις που διερευνούν περισσότερες παρεμβάσεις με κάποιο όμως κοινό στοιχείο: για παράδειγμα, η ανασκόπηση των D'Egidio et al (2017) εξετάζει συμβουλευτικές συνεδρίες για ένα ευρύ φάσμα θεματικών περιοχών, όπως διατροφή, άσκηση και ψυχολογική υποστήριξη, καταλήγοντας ότι οι διεπιστημονικές προσεγγίσεις έχουν καλύτερα αποτελέσματα στην ποιότητα της ζωής. Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση οδηγεί σε παρόμοιες κατευθύνσεις. Η διεπιστημονικότητα στις παρεμβάσεις φαίνεται να είναι χαρακτηριστικό που ενισχύει την ποιότητα της ζωής των συμμετεχόντων, ενώ πολύ σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η εξατομίκευση των παρεμβάσεων, δηλαδή η προσαρμογή τους σε κάθε άτομο ξεχωριστά, είτε είναι παρεμβάσεις διατροφής, είτε ψυχολογικής και εκπαιδευτικής υποστήριξης, είτε φυσικής άσκησης. Όπως είναι αναμενόμενο, η φυσική άσκηση αποτελεί κεντρικό θέμα στην παρούσα ανασκόπηση, όπως και σε άλλες.

Σύμφωνα με μία ανασκόπηση συστηματικών ανασκοπήσεων, η οποία διερευνά διάφορες μεθόδους για καλύτερη αποκατάσταση μετά από καρκίνο του μαστού, το πεδίο στο οποίο υπάρχουν σαφή αποτελέσματα είναι αυτό της φυσικής άσκησης, και μάλιστα σε σχέση με την ενδυνάμωση της περιοχής του ώμου, ειδικά μετά από χειρουργική επέμβαση (Loh & Musa, 2015). Αντίθετα, οι ενδείξεις για άλλου είδους παρεμβάσεις στον συναισθηματικό και γνωστικό τομέα της ποιότητας ζωής, διατροφικές συνήθειες και συμπληρωματικές ή εναλλακτικές προσεγγίσεις, δεν είναι σε καμία περίπτωση καταληκτικές και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Η σπουδαιότητα και η εις βάθος μελέτη της φυσικής άσκησης για την αποκατάσταση επιζώντων από καρκίνο του μαστού επιβεβαιώνονται και από την παρούσα εργασία. Συγκεκριμένα, η συστηματική ανασκόπηση με τα προαναφερθέντα κριτήρια είχε πάνω από τις μισές μελέτες (15 από τις 29) να επικεντρώνονται αποκλειστικά στη φυσική άσκηση ή κάποιο ειδικό βοήθημα για τη φυσική άσκηση στο πλαίσιο της αποκατάστασης, ενώ άλλες 6 μελέτες μελετούσαν τη φυσική άσκηση ως παρέμβαση σε συνδυασμό με κάποια άλλη παρέμβαση (διατροφική, ψυχολογική ή εκπαιδευτική υποστήριξη). Κατά συνέπεια, 21 από τις 29 μελέτες συσχέτιζαν τη φυσική άσκηση με την ποιότητα της ζωής κατά την αποκατάσταση, και μόνο 8 μελέτες δεν είχαν συμπεριλάβει καθόλου τη φυσική άσκηση στους υπό εξέταση παράγοντες.

Επιπλέον, αυτές οι μελέτες είναι που έχουν και τα πιο αμφίσημα συμπεράσματα. Για παράδειγμα, η μελέτη του Henry (2017) που εξετάζει αποκλειστικά την ψυχολογική υποστήριξη, καταλήγει στο ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση (εκδρομή για ψάρεμα) αναγνωρίζεται μεν ως θετική εμπειρία από τους συμμετέχοντες, αλλά δεν επηρεάζει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, η ψυχοκοινωνική παρέμβαση με μη λεκτική επικοινωνία και τεχνικές χαλάρωσης που μελέτησαν οι Björneklett et al (2012) δεν επέφερε αξιοσημείωτες μεταβολές στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, όπως και το υποστηρικτικό εγχειρίδιο αυτοβοήθειας των Beatty et al (2010). Κατά συνέπεια, η παρούσα συστηματική ανασκόπηση δείχνει να είναι στην ίδια γραμμή με ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας: για τις περισσότερες κατηγορίες παρεμβάσεων απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να διαπιστωθεί η επίδραση που έχουν στην ποιότητα ζωής των επιζώντων από καρκίνο του μαστού. Η παρέμβαση που έχει μελετηθεί περισσότερο και έχει να δείξει θετικά αποτελέσματα είναι η φυσική άσκηση, αλλά και σε αυτόν τον τομέα χρειάζεται περισσότερη έρευνα, ώστε να αξιολογηθούν ξεχωριστά και ειδικότερες παρεμβάσεις φυσικής άσκησης, όπως είναι η γυμναστική μέσα στο νερό ή οι τεχνικές της γιόγκα. Φυσικά πρέπει να σημειωθεί ότι ακόμα και στις μελέτες της φυσικής άσκησης, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η παρέμβαση δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματική, όπως στην περίπτωση των Saarto et al (2012), όπου το συγκεκριμένο πρόγραμμα ασκήσεων που χρησιμοποίησαν δεν φάνηκε να έχει κάποια σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων.

Κάτι ενδιαφέρον που αξίζει να αναφερθεί στη συζήτηση είναι η δυσαναλογία των σχετικών μελετών από έτος σε έτος, με τον αριθμό τους να είναι αντιστρόφως ανάλογος των υπό εξέταση χρονολογιών. Πράγματι, στη συστηματική ανασκόπηση περιλαμβάνονται 2 μελέτες του 2018 (αναμενόμενα μικρός αριθμός καθώς η ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε το πρώτο εξάμηνο του 2018), 8 μελέτες του 2017, 3 μελέτες του 2016, 3 μελέτες του 2015, 3 μελέτες του 2014, 3 μελέτες του 2013, 4 μελέτες του 2012 (ως εξαίρεση), 1 μελέτη του 2011, και 2 μελέτες του 2010. Οι μελέτες γίνονται ακόμα λιγότερες πριν το 2010, καθώς η συστηματική ανασκόπηση περιελάμβανε επίσης τα έτη 2009 και 2008, αλλά καμία από τις μελέτες εκείνων των ετών δεν πληρούσε τα κριτήρια ώστε να συμπεριληφθεί. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι το ενδιαφέρον για μελέτη της ποιότητας ζωής των επιζώντων καρκίνου του μαστού ενισχύεται όσο περνάει ο καιρός, έτσι ώστε να προσελκύει μεγαλύτερο αριθμό ερευνητών. Αυτό βέβαια μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι γενικότερα οι μελέτες σχετικά με όλα τα θέματα αυξάνονται στο πλαίσιο της πρωτοφανούς ερευνητικής ανάπτυξης που γνωρίζουν τα ακαδημαϊκά ιδρύματα παγκοσμίως τα τελευταία χρόνια, και να μην αποτελεί ειδική αναφορά στους επιζώντες καρκίνου του μαστού. Όμως, πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η αύξηση των μελετών είναι αναμενόμενη, καθώς η πρόοδος στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, η οποία έχει ήδη περιγραφεί στο πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας, δημιουργεί νέους πληθυσμούς όλο και περισσότερων επιζώντων οι οποίοι χρήζουν αποκατάστασης. Έτσι, όσο αυξάνεται η ζήτηση για

ειδικές παρεμβάσεις, αυξάνεται και το ερευνητικό ενδιαφέρον για να αναγνωριστούν οι καλύτερες και αποτελεσματικότερες από αυτές.

Κατά συνέπεια, η παρούσα συστηματική ανασκόπηση επιβεβαιώνει ότι η σωστή αποκατάσταση για τους επιζώντες από καρκίνο του μαστού μπορεί να συμβάλλει κατά πολύ στην ενίσχυση της ποιότητας της ζωής τους, αλλά και ότι ο ακριβής τρόπος με τον οποίο επιτυγχάνεται η σωστή αποκατάσταση χρήζει ακόμα μεγάλης διερεύνησης. Η φυσική άσκηση είναι σίγουρα μία διάσταση που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο βάσει ενδείξεων, αλλά οι εξατομικευμένες λεπτομέρειες και τα ειδικά βοηθήματα αποτελούν ακόμα αντικείμενο μελέτης. Με το πέρασμα των χρόνων παρατηρείται μία ανοδική πορεία στις σχετικές ερευνητικές απόπειρες, άρα στο μέλλον το τοπίο θα είναι πιο ξεκάθαρο με βάση τα ισχύοντα επιστημονικά δεδομένα.

Περιορισμοί

Η παρούσα εργασία εμφανίζει ορισμένους περιορισμούς οι οποίοι πρέπει οπωσδήποτε να αναφερθούν.

Πρώτα από όλα, έχει ήδη σημειωθεί ότι υπάρχει μία ανομοιογένεια ως προς τα εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας της ζωής που χρησιμοποιούν οι μελέτες. Από τη συστηματική ανασκόπηση αποκλείστηκαν οι μελέτες που χρησιμοποιούσαν εργαλεία εκτίμησης της λειτουργικότητας αντί για της ποιότητας ζωής, αλλά δεν αποκλείστηκαν οι μελέτες που χρησιμοποιούσαν, εκτός από εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας, και εργαλεία εκτίμησης της λειτουργικότητας. Πράγματι, ορισμένες μελέτες χρησιμοποιούν περισσότερα από ένα ερωτηματολόγια, όπως για παράδειγμα το Piper Fatigue Scale, το οποίο χρησιμοποιούν παράλληλα με το SF-36 οι Serra et al (2018). Οι εκβάσεις συχνά είναι αλληλοεξαρτώμενες. Για παράδειγμα, καλή έκβαση στον τομέα της κόπωσης (όπως αποτυπώνεται με τη χρήση της ειδικής κλίμακας Piper) μπορεί αυτόματα να σημαίνει και καλύτερη ποιότητα ζωής (όπως αποτυπώνεται με τη χρήση ειδικής κλίμακας SF-36). Αυτό σημαίνει ότι και οι παρεμβάσεις μπορεί να μην στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής άμεσα, αλλά μάλλον έμμεσα, δηλαδή λόγω των βελτιώσεων που επιφέρουν ξεχωριστά σε διάφορες διαστάσεις που τελικά συνθέτουν την έννοια της ποιότητας ζωής.

Ανομοιογένεια υπάρχει και μεταξύ των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουν την ποιότητα της ζωής. Τα ερωτηματολόγια QLQ-C30 και QLQ-BR23 είναι συμπληρωματικά μεταξύ τους, ενώ τα SF-36 και SF-12 αποτελούν δύο εκδοχές (αυθεντική και σύντομη) του ίδιου εργαλείου. Παρά τις ομοιότητές τους όμως, δεν παύουν να είναι διαφορετικά εργαλεία μεταξύ τους, όπως σημαντικές διαφορές έχουν βέβαια και τα EQ-5D και SQOL-F που χρησιμοποιήθηκαν μόνο σε μία μελέτη το καθένα. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων, η δυνατότητα γενίκευσής τους, και οι μελλοντικές προοπτικές επηρεάζονται σημαντικά από το κάθε εργαλείο

που χρησιμοποιείται, άρα μία συστηματική ανασκόπηση που περιλαμβάνει διαφορετικών ειδών εργαλεία μπορεί να εμφανίζει ασαφή ή ακόμα και παραπλανητικά αποτελέσματα. Περαιτέρω, είναι αδύνατο να πραγματοποιηθεί μετα-ανάλυση αυτών των δεδομένων. Αν επικρατήσει ένα συγκεκριμένο εργαλείο εκτίμησης της ποιότητας ζωής στο πλαίσιο της αποκατάστασης, και ιδιαίτερα αν είναι ένα απόλυτα εξειδικευμένο εργαλείο όπως το QLQ-BR23 για την αποκατάσταση των επιζώντων από καρκίνο του μαστού, θα μπορέσουν να υπάρξουν συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις με πολύ μεγαλύτερη ακρίβεια και πολύ πιο αξιόπιστα αποτελέσματα από αυτά που προκύπτουν με τα τρέχοντα δεδομένα.

Τέλος, έχει ήδη σημειωθεί στην ενότητα των Αποτελεσμάτων ότι οι μελέτες ομαδοποιήθηκαν με βάση την παρέμβαση σε γενικές κατηγορίες (φυσική άσκηση, ψυχολογική υποστήριξη, εκπαιδευτική υποστήριξη), ενώ σε κάποιες μελέτες οι παρεμβάσεις ήταν ειδικότερες (για παράδειγμα, οι διατροφικές συμβουλές εντάσσονται στην εκπαιδευτική υποστήριξη και η γιόγκα εντάσσεται στη φυσική άσκηση). Ακόμα, κάποιες μελέτες εξέταζαν παρεμβάσεις που αποτελούσαν συνδυασμό των γενικών κατηγοριών· για παράδειγμα, η παρέμβαση των Lee et al (2014) αφορούσε σε ένα διαδικτυακό πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης που συνδύαζε τη φυσική άσκηση με την εκπαιδευτική υποστήριξη και τις διατροφικές συμβουλές ειδικότερα. Ο περιορισμός σε αυτές τις περιπτώσεις έχει να κάνει με τη δυνατότητα ορθής αποτίμησης της κάθε πτυχής της παρέμβασης: καθώς δεν υπάρχει εργαλείο εκτίμησης της ποιότητας ζωής που να διαχωρίζει επακριβώς την προέλευση αυτής της ποιότητας (για παράδειγμα, φυσική άσκηση ή εκπαιδευτική υποστήριξη), υπάρχει το ενδεχόμενο μία πτυχή της παρέμβασης να λειτουργεί ως συγχυτής για μία άλλη: έτσι, η ποιότητα της ζωής των συμμετεχόντων με το διαδικτυακό πρόγραμμα των Lee et al (2014) βελτιωνόταν, αλλά δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί ότι αυτό οφείλεται στην φυσική άσκηση, τη διατροφική συμβουλευτική ή την εκπαιδευτική υποστήριξη περισσότερο ή λιγότερο, καθώς η παρέμβαση συνδυάζει και τις τρεις αυτές πτυχές. Έτσι, δεν είναι σαφές ποια πτυχή της παρέμβασης είναι πιο σημαντική, κάτι που πρέπει να αναζητηθεί στην ανασκόπηση όσο το δυνατόν περισσότερων μελετών ώστε να διαπιστωθεί ποιο είδος παρέμβασης έχει καλύτερα αποτελέσματα σε μεγάλη κλίμακα. Σε κάθε περίπτωση, η παρούσα ανασκόπηση θα ήταν πολύ πιο περιεκτική αν είχε ως αντικείμενο μία συγκεκριμένη παρέμβαση και όχι γενικά παρεμβάσεις αποκατάστασης, αλλά από την άλλη πλευρά θα αποτύγχανε να παρουσιάσει την πλήρη διάσταση του ζητήματος και τη συνολική εικόνα των συχνότερα χρησιμοποιούμενων παρεμβάσεων.

Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση δεν διακρίνονται για την πρωτοτυπία τους, αλλά μάλλον ενισχύουν τις τρέχουσες αντιλήψεις περί αποκατάστασης επιζώντων καρκίνου του μαστού, επιβεβαιώνοντας τις υπάρχουσες ενδείξεις. Έτσι, σε συμφωνία με προηγούμενες συστηματικές ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας επιβεβαιώνεται ότι η κατάλληλη φυσική άσκηση είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες βελτίωσης της ποιότητας της ζωής κατά την αποκατάσταση επιζώντων από καρκίνο του μαστού. Η φυσική άσκηση πρέπει να προσαρμόζεται ως προς το είδος και την ένταση στις ανάγκες του κάθε ατόμου, αλλά φαίνεται ότι πολύ καλά αποτελέσματα συνοδεύουν γενικότερα την υδροθεραπεία και τις ασκήσεις μέσα στο νερό, όπως και τη χρήση συγκεκριμένων τεχνικών εκγύμνασης όπως είναι η γιόγκα. Παρ' όλα αυτά, για ακόμα καλύτερα αποτελέσματα, κάθε άσκηση πρέπει να προσαρμόζεται στο εκάστοτε άτομο, και αυτό φαίνεται να μπορεί να επιτευχθεί περισσότερο με τη βοήθεια ειδικών, και λιγότερο με χρήση εγχειριδίων αυτοδιαχείρισης και διαδικτυακή υποστήριξη. Ο ειδικός που θα κατευθύνει τις ασκήσεις δεν προσδιορίζεται επακριβώς, και αυτόν το ρόλο – ανάλογα βέβαια με τις απαιτήσεις – θα μπορούσε να τον αναλάβει ο θεράπων ιατρός, ο φυσιοθεραπευτής ή άλλο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, αρκεί να είναι σε θέση να αντεπεξέλθει σε αυτό το καθήκον. Σε κάθε περίπτωση, η αξία της διεπιστημονικής ομάδας είναι αδιαμφισβήτητη ως προς την ποιότητα της ζωής κατά την αποκατάσταση, γενικότερα αλλά και ειδικά για τον καρκίνο του μαστού.

Όπως σημειώθηκε, οι υπόλοιπες παρεμβάσεις αποκατάστασης δεν συνοδεύονται από εξίσου ισχυρές ενδείξεις με τη φυσική άσκηση ως προς την αποτελεσματικότητά τους στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Το γεγονός αυτό δεν σημαίνει ότι δεν είναι χρήσιμες, αλλά ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να προσδιοριστεί η καταλληλότητά τους σε κάθε περίπτωση, σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία αύξηση των μελετών που εξετάζουν την αποκατάσταση σε αυτό το πλαίσιο και διερευνούν μία σειρά από νέες ή αναθεωρημένες παρεμβάσεις· κατά συνέπεια, στο άμεσο μέλλον αναμένεται να υπάρχει μία ευκρινέστερη εικόνα σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής. Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση καταδεικνύει τη δυναμική που υπάρχει, αλλά δεν επαρκεί για ασφαλή συμπεράσματα. Περαιτέρω συστηματικές ανασκοπήσεις από ερευνητές στο κοντινό μέλλον θα μπορούν να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες για αυτές και ενδεχομένως και άλλες, πιο εξελιγμένες και ειδικές παρεμβάσεις, με σκοπό την προσφορά μίας όσο το δυνατόν καλύτερης ποιότητας ζωής στον συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό των επιζώντων από καρκίνο του μαστού.

Βιβλιογραφία

- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC, et al.(1993) The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* . 85(5): 365-76
- Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. (2008) European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQQA) Group. Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. *Value in Health*. 11(3): 509-21
- American Cancer Society, 2014b. Breast Cancer. USA: American Cancer Society.
- Anderson GL.et al.(2012) Conjugated equine oestrogen and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women with hysterectomy: extended follow-up of the Women's Health Initiative randomised placebo-controlled trial. 13(5):476–486.
- Anagnostopoulos F, Niakas D, Pappa E.(2005) Construct validation of Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res*. 14:1959-1965.
- Anderson RT, Kimmick GG, McCoy TP, Hopkins J, Levine E, Miller G, Ribisl P, Mihalko SL.(2012). A randomized trial of exercise on well-being and function following breast cancer surgery: the RESTORE trial. *J Cancer Surviv*. 6(2):172-81.
- Angin S. et al.(2014).Unilateral upper extremity lymphedema deteriorates the postural stability in breast cancer survivors., *Contemp Oncol (Pozn)*. 18(4):279-84
- Ashing KT, Miller AM.(2016) Assessing the utility of a telephonically delivered psychoeducational intervention to improve health-related quality of life in African American breast cancer survivors: a pilot trial. *Psychooncology*. 25(2):236-8.
- Australian Centre on Quality of Life (2016). Instruments. Διαθέσιμο στο: <http://www.acqol.com.au/instruments/instrument.php> (προσπελάστηκε 26/3/2018)
- Avis N. et al.(2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol*. 23:3322–3330.
- Baker F, Intagliata J.(1982) Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*. 5(1): 69-79.

Baumann FT, Bieck O, Oberste M, Kuhn R, Schmitt J, Wentrock S, Zopf E, Bloch W, Schüle K, Reuss-Borst M.(2017) Sustainable impact of an individualized exercise program on physical activity level and fatigue syndrome on breast cancer patients in two German rehabilitation centers. *Support Care Cancer*. 25(4):1047-1054.

Beatty L, Oxlad M, Koczwara B, Wade TD.(2010) A randomised pilot of a self-help workbook intervention for breast cancer survivors. *Support Care Cancer*. 18(12):1597-603.

Black N. (2013) "Patient reported outcome measures could help transform healthcare" *BMJ* 346 -167

Blaney JM, Lowe-Strong A, Rankin-Watt J, Campbell A, Gracey JH.(2013) Cancer survivors' exercise barriers, facilitators and preferences in the context of fatigue, quality of life and physical activity participation: a questionnaire-survey. *Psychooncology*. 22(1):186-94.

Borthwick-Duffy SA. (1992) Quality of life and quality of care in mental retardation. Στο: Rowitz L (επιμέλεια), *Mental retardation in the year 2000* (Berlin: Springer-Verlag, σσ. 52-66.

Brédart A1, Coens C, Aaronson N, Chie WC, Efficace F, Conroy T, Blazeby JM, Hammerlid E, Costantini M, Joly F, Schraub S, Sezer O, Arraras JI, Rodary C, Costantini A, Mehlitz M, Razavi D, Bottomley A.(2007) EORTC Quality of Life Group and EORTC Quality of Life Unit. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *European Journal of Cancer*. 43(2): 323-30.

Brédart A, Bottomley A, Blazeby JM, Conroy T, Coens C, D'Haese S, Chie WC, Hammerlid E, Arraras JI, Efficace F, Rodary C, Schraub S, Costantini M, Costantini A, Joly F, Sezer O, Razavi D, Mehlitz M, Bielska-Lasota M, Aaronson NK.(2005) European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group and Quality of Life Unit. An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *European Journal of Cancer*. 41(14): 2120-31.

Brinkman-Stoppelenburg A, Polinder S, Vergouwe Y, van der Heide A. (2015) Palliative care consultation services in hospitals in the Netherlands: the design of the COMPASS study. *BMC Palliative Care*. 14: 68.

Björneklett HG, Lindemalm C, Ojutkangas ML, Berglund A, Letocha H, Strang P, Bergkvist L. (2012) A randomized controlled trial of a support group intervention on the quality of life and fatigue in women after primary treatment for early breast cancer. *Support Care Cancer*. 20(12):3325-34.

- Buffart LM, van Uffelen JG, Riphagen II, Brug J, van Mechelen W, Brown WJ, Chinapaw MJ.(2012) Physical and psychosocial benefits of yoga in cancer patients and survivors, a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cancer*. 12:559.
- Campbell J.D. & Ramsey S.D.,(2009). «The costs of Treating Cancer in the US: A Synthesis of Published Evidence», *Pharmacoeconomics* 27(3): 199-209
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention].(2000) Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention.
- Cordeiro PG.(2008)Breast reconstruction after surgery for breast cancer. *New England Journal of Medicine* 359(15):1590–1601.
- Costantini M, Rabitti E, Beccaro M, Fusco F, Peruselli C, La Ciura P, Valle A, Suriani C, Berardi MA, Valenti D, Mosso F, Morino P, Zaninetta G, Tubere G, Piazza M, Sofia M, Di Leo S, Higginson IJ.(2016) Validity, reliability and responsiveness to change of the Italian palliative care outcome scale: a multicenter study of advanced cancer patients. *BMC Palliative Care* 15: 23
- Cuesta-Vargas AI, Buchan J, Arroyo-Morales M.(2014) A multimodal physiotherapy programme plus deep water running for improving cancer-related fatigue and quality of life in breast cancer survivors. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 23(1):15-21.
- Danielsen AK, Pommergaard H-C, Burcharth J, Angenete E, Rosenberg J.(2015) Translation of Questionnaires Measuring Health Related Quality of Life Is Not Standardized: A Literature Based Research Study. *PLoS ONE* 10(5): e0127050.
- Daniel F. Hayes. (2000) “Άτλας καρκινώματος του μαστού” (μετάφραση : Περικλής Βασιλόπουλος), Αθήνα : Επιστημονικές εκδόσεις ΓΡΗΓ.ΠΑΡΙΣΙΑΪΟΣ
- De Groef A, Van Kampen M, Verlvoesem N, Dieltjens E, Vos L, De Vrieze T, Christiaens MR, Neven P, Geraerts I, Devoogdt N.(2017) Effect of myofascial techniques for treatment of upper limb dysfunctions in breast cancer survivors: randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 25(7):2119-2127.
- De La Cruz L, Blankenship SA, Chatterjee A, et al.(2016) Outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery in breast cancer patients: A systematic literature review. *Annals of Surgical Oncology* 23(10):3247-3258.
- D'Egidio V, Sestili C, Mancino M, Sciarra I, Cocchiara R, Backhaus I, Mannocci A, De Luca A, Frusone , Monti M3, La Torre G.(2017) RETURN TO BREAST Collaborative group. Counseling interventions delivered in women with breast cancer to improve health-related quality of life: a systematic review. *Qual Life Res*. 26(10):2573-2592.

DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. J.(2006) Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Gen Intern Med* 21(3): 267-75.

Dizon DS. et al.(2009) Breast cancer. In RR Barakat et al., eds.,*Principles and Practice of Gynecologic Oncology*, 5th ed., pp. 897-945. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins

Dolan LB, Barry D, Petrella T, Davey L, Minnes A, Yantzi A, Marzolini S, Oh P.(2017) The Cardiac Rehabilitation Model Improves Fitness, Quality of Life, and Depression in Breast Cancer Survivors. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* doi: 10.1097/HCR.0000000000000256.

Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA.(2002) Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res* 14(6): 499–508

D'Souza N, Darmanin G, Fedorowicz Z.(2011) Immediate versus delayed reconstruction following surgery for breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7):CD008674.

Earlam S, Glover C, Fordy C, Burke D, Allen-Mersh TG.(1996) Relation between tumor size, quality of life, and survival in patients with colorectal liver metastases. *J Clin Oncol* 14: 171–175.

Enblom A, Lindquist H, Bergmark K.(2018) Participation in water-exercising long-term after breast cancer surgery: Experiences of significant factors for continuing exercising as a part of cancer rehabilitation. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 27(1). doi: 10.1111/ecc.12736.

EuroQol Group.(1990) EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*. 16(3):199–208.

Eyigor S, Karapolat H, Yesil H, Uslu R, Durmaz B.(2010) Effects of pilates exercises on functional capacity, flexibility, fatigue, depression and quality of life in female breast cancer patients: a randomized controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 46(4):481-7.

Faghani S, Ghaffari F.(2016) Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 1;17(11):4845-4851.

Faller H, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Boehncke A, Reuter K, Richard M, Sehner S, Koch U, Mehnert A.(2017) Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Educ Couns*. 100(10):1934-1942.

Fallowfield L. Quality of life (2002) A new perspective for cancer patients. *Nat Rev Cancer* .2: 873–879.

Fallowfield L. What is quality of life? Hayward Medical Communications. (2009)
Διαθέσιμο στο:
<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/WhatisQOL.pdf>
(προσπελάστηκε 27/3/2018)

Fallowfield LJ, Baum M, Maguire GP.(1986)Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *BMJ*. 293: 1331–1334.

Fan VS, Curtis JR, Tu SP, McDonell MB, Fihn SD.(2002) Ambulatory Care Quality Improvement Project Investigators. Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung diseases. *Chest* . 122(2): 429-36.

Farin E, Nagl M. (2013) The patient-physician relationship in patients with breast cancer: influence on changes in quality of life after rehabilitation. *Qual Life Res*. 22(2):283-94.

Felce D, Perry J.(1995) Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 16(1): 51-74.

Fernández-Lao C, Cantarero-Villanueva I, Ariza-García A, Courtney C, Fernández-de-las-Peñas C, Arroyo-Morales M.(2013) Water versus land-based multimodal exercise program effects on body composition in breast cancer survivors: a controlled clinical trial. *Support Care Cancer*. 21(2):521-30.

Freeman LW, White R, Ratcliff CG, Sutton S, Stewart M, Palmer JL, Link J, Cohen L.(2015) A randomized trial comparing live and telemedicine deliveries of an imagery-based behavioral intervention for breast cancer survivors: reducing symptoms and barriers to care. *Psychooncology*. 24(8):910-8.

Galiano-Castillo N, Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Ariza-García A, Díaz-Rodríguez L, Del-Moral-Ávila R, Arroyo-Morales M.(2016) Telehealth system: A randomized controlled trial evaluating the impact of an internet-based exercise intervention on quality of life, pain, muscle strength, and fatigue in breast cancer survivors. *Cancer*. 15;122(20):3166-3174.

Ganz PA. (2012) Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES) and CARES-SF now publicly available. *Journal of Clinical Oncology*. 30(32): 4046-7

Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R.(2002) Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcomes measures. *British Medical Journal*. 324: 1417-1423

Gidengil CA, Predmore Z, Mattke S, van Busum K, Kim B.(2015) Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: a systematic review. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 135(3):713-720.

Gong XH, Wang JW, Li J, Chen XF, Sun L, Yuan ZP, Yu JM. (2017) Physical exercise, vegetable and fruit intake and health-related quality of life in Chinese breast cancer survivors: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 26(6):1541-1550.

Grégoire C, Bragard I, Jerusalem G, Etienne AM, Coucke P, Dupuis G5, Lanctôt D, Faymonville ME.(2017) Group interventions to reduce emotional distress and fatigue in breast cancer patients: a 9-month follow-up pragmatic trial. *Br J Cancer*. 117(10):1442-1449.

Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A, Fayers PM, de Graeff A, Hammerlid E, Kaasa S, Sprangers MA, Bjorner JB(2006) EORTC Quality of Life Group. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *European Journal of Cancer*. 42(1): 55-64

Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL.(1993) Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*.118(8): 622-9

Haas BK.(1999) Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Image Journal of Nursing Scholarship* . 31(3): 215-20.

Hall P.S.,Hamilton P.,Hulme C.T.,Meads D.M.et al., (2015). «Costs of Cancer Care for Use in Economic Evaluation: A UK Analysis of Patient- Level Routine Health System Data», *British Journal of Cancer* 112(5):948-956`

Henry BJ.(2017) Quality of Life and Resilience: Exploring a Fly Fishing Intervention for Breast Cancer Survivors. *Clin J Oncol Nurs*. 21(1):E9-E14

IARC, 2016. GLOBOCAN 2012: Breast cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide 2012. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (05/01/18)

Jayasekara, H., Rajapaksa, L.C., Brandberg, Y. (2008) «Measuring breast cancer specific health related quality of life in South Asia: psychometric properties of the Sinhala version of the EORTC QLQ-BR23». *Quality of Life Research*, 17:927-932 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18500576> (προσπελάστηκε 4/032018

Jordan SW, Khavanin N, Kim JY.(2016) Seroma in prosthetic breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* 137(4):1104-1116.

Karlou C, Papathanassoglou E, Patiraki E.(2015) Caring behaviours in cancer care in Greece. Comparison of patients', their caregivers' and nurses' perceptions. *European Journal of Oncology Nursing* .19(3): 244-50

Keller SD, Ware JE, Bentler PM, Aaronson NK, Alonso J, Apolone G, Bjorner JB, Brazier J, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Sullivan M, Gandek B.(1998) Use of structural equation modelling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*. 51: 1179-1188.

Kontodimopoulos N, Ntinoulis K, Niakas D.(2011) Validity of the Greek EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 for measuring health-related quality of life in breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care* . 20(3): 354-61

Kovacević A. et al., 2015. End-of-life costs of medical care for advanced stage cancer patients., *Vojnosanit Pregl*. 2(4):334-41.

Kruk, J.,(2014). Lifestyle Components and Primary Breast Cancer Prevention. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15 (24), p. 10543-10555

Kwiatkowski F, Mouret-Reynier MA, Duclos M, Bridon F, Hanh T, Van Praagh-Doreau I, Travade A, Vasson MP, Jouveny S, Roques C, Bignon YJ.(2017) Long-term improvement of breast cancer survivors' quality of life by a 2-week group physical and educational intervention: 5-year update of the 'PACThe' trial. *Br J Cancer*. 23;116(11):1389-1393.

Kwiatkowski F, Mouret-Reynier MA, Duclos M, Leger-Enreille A, Bridon F, Hahn T, Van Praagh-Doreau I, Travade A, Gironde M, Bézy O, Lecadet J, Vasson MP, Jouveny S, Cardinaud S, Roques CF, Bignon YJ.(2013) Long term improved quality of life by a 2-week group physical and educational intervention shortly after breast cancer chemotherapy completion. Results of the 'Programme of Accompanying women after breast Cancer treatment completion in Thermal resorts' (PACThe) randomised clinical trial of 251 patients. 49(7):1530-8.

Leclerc AF, Foidart-Dessalle M, Tomasella M, Coucke P, Devos M, Bruyère O, Bury T, Deflandre D, Jerusalem G, Lifrange E, Kaux JF, Crielaard JM, Maquet D.(2017) Multidisciplinary rehabilitation program after breast cancer: benefits on physical function, anthropometry and quality of life. *Eur J Phys Rehabil Med*. 53(5):633-642.

- Lee MK, Yun YH, Park HA, Lee ES, Jung KH, Noh DY.(2014) A Web-based self-management exercise and diet intervention for breast cancer survivors: pilot randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 51(12):1557-67.
- Lindley CM, Hirsch JD, O'Neill CV, Transau MC, Gilbert CS, Osterhaus JT.(1992) Quality of life consequences of chemotherapy-induced emesis. *Quality of Life Research.*1(5): 331-40.
- Lipsett A, Barrett S, Haruna F, Mustian K, O'Donovan A.(2017) The impact of exercise during adjuvant radiotherapy for breast cancer on fatigue and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Breast.* 32:144-155.
- Liu FX, Flatt SW, Pakiz B, Sedjo RL, Wolin KY, Blair CK, Demark-Wahnefried W, Rock CL.(2016) Physical activity levels of overweight or obese breast cancer survivors: correlates at entry into a weight loss intervention study. *Support Care Cancer.* 24(1):173-80.
- Loh SY, Chew SL, Lee SY, Quek KF.(2011) Quality of life in breast cancer survivors: 2 years post self-management intervention. *Asian Pac J Cancer Prev.* 12(6):1497-501
- Loh SY, Packer T, Chinna K, Quek KF.(2013) Effectiveness of a patient self-management programme for breast cancer as a chronic illness: a non-randomised controlled clinical trial. *J Cancer Surviv.* 7(3):331-42.
- Loh SY, Musa AN.(2015) Methods to improve rehabilitation of patients following breast cancer surgery: a review of systematic reviews. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 7:81-98.
- Lonning PE. (2007) Breast cancer prognostication and prediction: are we making progress? *Annals of Oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology/ESMO.* 18 (8), p. 3-7.
- Lüthi F, Fucina N, Divoine N, Santos-Eggimann B, Currat-Zweifel C, Rollier P, Wasserfallen JB, Ketterer N, Leyvraz S.(2012) Home care--a safe and attractive alternative to inpatient administration of intensive chemotherapies. *Supportive Care in Cancer.* 20(3): 575-81
- Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E.(2013) The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reprod Health.* 10:25.
- Mansel RE. et al.,(2006) Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer: the ALMANAC trial. *J Natl Cancer Inst.*98:599-609.

- McGeown J.G., (2008) Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου. Μτφρ. Μολυβδάς Π., Γουργουλιάκης Κ., Χατζηευθυμίου Α., Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- McMurray R, Heaton J, Sloper P, Nettleton S.(1999) Measurement of patient perceptions of pain and disability in relation to total hip replacement: The place of the Oxford hip score in mixed methods. *Quality in Health Care*. 8: 228-233.
- Melzack R.(1975) The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1(3): 277-99
- Mehrara BJ, Ho AY.(2014) Breast Reconstruction. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, eds. *Diseases of the Breast*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Montazeri A1, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S.(2008) Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. doi: 10.1186/1471-2407-8-330.
- Morrow M, Harris JR (2010). Ductal carcinoma in situ and microinvasive carcinoma. In JR Harris et al., eds., *Diseases of the Breast*, 4th ed., pp. 349-362. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kalaidopoulou O, Smyrniotis V, Vlahos L.(2001)The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30, version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: Validity and reliability in a Hellenic sample. *International Journal of Cancer* .94(1): 135-39
- National Cancer Institute. (2010) SEER Stat Fact Sheets: Breast from SEER Cancer Statistics Review, 1975-2007. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Available online: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>
- National Cancer Institute. (2006) Probability of breast cancer in American women. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Detection/probability-breast-cancer>
- Ochalek K, Gradalski T, Szygula Z, Partsch H.(2017) Physical Activity With and Without Arm Sleeves: Compliance and Quality of Life After Breast Cancer Surgery-A Randomized Controlled Trial. *Lymphat Res Biol*. doi: 10.1089/lrb.2017.0045.
- Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D.(2005) Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res* . 14:1433-1438.
- Patel SA, Topham NS (2010). Breast reconstruction. In JR Harris et al., eds., *Diseases of the Breast*, 4th ed., pp. 529-539. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Podkowa N.et al., (2014)Health behaviours among women diagnosed with breast tumours. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 37 (219), p. 153-8.

Rad AN. et al. (2008) Free DIEP and SIEA breast reconstruction to internal mammary intercostal perforating vessels with arterial microanastomosis using a mechanical coupling device. *Microsurgery* 28:407-411, 2008.

Reed SI. (2005) *Cell cycle in Cancer, Principles and Practice of Oncology*. Edited by DeVita VT, Jr, Hellman S and Rosenberg SA. Lippincott 7th Edition.

Reid K, Farrell D, Dealey C. Health Related Quality of Life Questionnaires: Are They Fit for Purpose? Στο: Agulnik M (επιμέλεια) *Head and Neck Cancer*, InTech, 2012. Διαθέσιμο στο: <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/31113.pdf> (προσπελάστηκε 26/3/2018)

Richard L. Drake & Wayne Vogl & Adam W.M. Mitchell. (2007). *Grays Anatomy*. Τόμος 1,2(επιμέλεια Σκανδαλάκης Π.). , Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης

Rim CH, Ahn SJ, Kim JH, Yoon WS, Chun M, Yang DS, Lee JH, Kim K, Kong M, Kim S, Kim J, Park KR, Shin YJ, Ma SY, Jeong BK, Kim SS, Kim YB, Lee DS, Cha J. (2017) An assessment of quality of life for early phase after adjuvant radiotherapy in breast cancer survivors: a Korean multicenter survey (KROG 14-09). *Health Qual Life Outcomes*. 15(1):96.

Ritvo P, Obadia M, Santa Mina D, Alibhai S, Sabiston C, Oh P, Campbell K, McCready D, Auger L, Jones JM.(2017) Smartphone-Enabled Health Coaching Intervention (iMOVE) to Promote Long-Term Maintenance of Physical Activity in Breast Cancer Survivors: Protocol for a Feasibility Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 6(8):e165.

Rizvi SJ, Yeung NW, Kennedy SH .(2011) Instruments to measure sexual dysfunction in community and psychiatric populations. *J Psychosom Res*.70:99–109.

Roostaeian J, Pavone L, Da Lio A, et al.(2011) Immediate placement of implants in breast reconstruction: patient selection and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 127(4):1407-1416.

Saarto T, Penttinen HM, Sievänen H, Kellokumpu-Lehtinen PL, Hakamies-Blomqvist L, Nikander R, Huovinen R, Luoto R, Kautiainen H, Järvenpää S, Idman I, Utriainen M, Vehmanen L, Jääskeläinen AS, Elme A, Ruohola J, Palva T, Vertio H, Rautalahti M, Fogelholm M, Blomqvist C, Luoma ML.(2012). Effectiveness of a 12-month exercise program on physical performance and quality of life of breast cancer survivors. 32(9):3875-84

Sakthong P, Suksanga P, Sakulbumrungsil R, Winit-Watjana W.(2015) Development of Patient-reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT-QoL): A novel instrument for medication management. *Res Social Adm Pharm* .11(3): 315-38

- Sale DNT. Quality assurance: a pathway to excellence. London: Macmillan, 2000
- Schag CA, Ganz PA, Heinrich RL. (1991) Cancer Rehabilitation Evaluation System--short form (CARES-SF). A cancer specific rehabilitation and quality of life instrument. *Cancer*. 68(6): 1406-13.
- Schmauss D, Machens HG, Harder Y.(2016) Breast reconstruction after mastectomy. *Frontiers in Surgery* 2:71-80.
- Searle J. (1999) Νους, Εγκέφαλος και Επιστήμη [μτφ Χατζηκυριάκου Κ]. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Serra MC, Ryan AS, Ortmeyer HK, Addison O, Goldberg AP.(2018). Resistance training reduces inflammation and fatigue and improves physical function in older breast cancer survivors. *Menopause*. 25(2):211-216.
- Sintonen H. (2001) Comparing properties of the 15D and the EQ-5D in measuring health-related quality of life. *Archive of Hellenic Medicine*.18(2):156-160
- Spera S.et al., (2003) Aesthetic Subunits of the breast.
- Spurna, Z., Drazan, L., Foretoval, L., Dvorska, L., (2012). The effect of prophylactic mastectomy with reconstruction on quality of life in BRCA positive women. *Klinicka Onkologie*, 25, p. 74-77.
- Stan DL, Rausch SM, Sundt K, Cheville AL, Youdas JW, Krause DA, Boughey JC, Walsh MF, Cha SS, Pruthi S. (2012) Pilates for breast cancer survivors. *Clin J Oncol Nurs*. 16(2):131-41.
- Słowik AJ, Jabłoński MJ, Michałowska-Kaczmarczyk AM, Jach R. (2017) Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatr Pol*. 51(5):871-888.
- Tanseth K., Hokland B., Tindholdt T. (2008) Quality of life, patients satisfaction and cosmetic outcome after breast reconstruction using DIEP flap or expandable breast in plan, *Plast. Reconstr. And Aesthetic*
- Testa A, Iannace C, Di Libero L. (2014) Strengths of early physical rehabilitation programs in surgical breast cancer patients: results of a randomized controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 50(3):275-84.

Turner J, Kelly B, Swanson C, Allison R, Wetzig N.(2005) Psychosocial impact of newly diagnosed advanced breast cancer. *Psychooncology*.14(5): 396-407.

Twelves C, Cortés J, O'Shaughnessy J, Awada A, Perez EA, Im SA, Gómez-Pardo P, Schwartzberg L, Diéras V, Yardley DA, Potter DA, Mailliez A, Moreno-Aspitia A, Ahn JS, Zhao C, Hoch U, Tagliaferri M, Hannah AL, Rugo HS.(2017) Health-related quality of life in patients with locally recurrent or metastatic breast cancer treated with etirinotecan pegol versus treatment of physician's choice: Results from the randomised phase III BEACON trial. *Eur J Cancer*. 76:205-215

Uhm KE, Yoo JS, Chung SH, Lee JD, Lee I, Kim JI, Lee SK, Nam SJ, Park YH, Lee JY, Hwang JH.(2017) Effects of exercise intervention in breast cancer patients: is mobile health (mHealth) with pedometer more effective than conventional program using brochure. *Breast Cancer Res Treat*. 161(3):443-452.

Van de Pas CB, Biemans AA, Boonen RS, Viehoff PB, Neumann HA.(2016) Validation of the Lymphoedema Quality-of-Life Questionnaire (LYMQOL) in Dutch Patients Diagnosed with Lymphoedema of the Lower Limbs. *Phlebology*. 31(4):257-63.

Van de Ven MO, Engels RC.(2011) Quality of life of adolescents with asthma: the role of personality, coping strategies, and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research* . 71(3): 166-73.

Vardar Yağlı N, Şener G, Arıkan H, Sağlam M, İnal İnce D, Savcı S, Çalık Kutukcu E, Altundağ K, Kaya EB, Kutluk T, Özişik Y.(2015) Do yoga and aerobic exercise training have impact on functional capacity, fatigue, peripheral muscle strength, and quality of life in breast cancer survivors? *Integr Cancer Ther*. 14(2):125-32.

Vieira, EM. et al.,(2014) Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino – Americana de. Enfermagem*, 22 (3), p. 408-414.

Wang H., (2014)Comparison of clinical characteristics between benign borderline and malignant phyllodes tumors of the breast. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15 (24), p. 10791- 10795.

Will B.P., Berthelot J.M., Le Petit C., Tomiak E.M. et al., (2000). «Estimates of the Lifetime Costs of Breast Cancer Treatment in Canada», *European journal of Cancer* 36(6):724-735.

Wolff AC, et al.,(2007) American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25(1): 118-145.

Wu Y, Larrabee JH, Putman HP. (2006) Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research*.55(1): 18-25.

Young R.E.(2013) The history of breast cancer surgery: Halsted's radical mastectomy and beyond. Australian Medical Student Journal, 4 (1), p. 53-55.

Zhang L, Dai Z, Cheng S, Xie S, Woo SM, Luo Z, Wu J, Gao T, Liu J, Zhang K, Zhang J, Jia X, Miller AR, Wang C.(2015) Validation of EORTC IN-PATSAT32 for Chinese cancer patients. Supportive Care in Cancer. 23(9): 2721-30.

Zopf EM, Baumann FT, Pfeifer K.,(2014) Physical activity and exercise recommendations for cancer patients during rehabilitation., Rehabilitation (Stuttg). 53(1):2-7

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αθανασάκης Κ, Σουλιώτης Κ, Τούντας Γ, Κυριόπουλος Γ, Χατζάκης Α.(2011) Σταθμισμένα έτη ζωής: Ένα εργαλείο λήψης αποφάσεων για τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 4: 54-75.

Ανδρικόπουλος Σ.(2015) Καρκίνος του μαστού, European society for Medical Oncology, www.s-andrikopoulos.com ,καρκίνος-μαστού, (08/01/18)

Βαλαβανίδης Α. (2011) Ελεύθερες ρίζες και μηχανισμοί καρκινογένεσης. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Βήτα

Ελεζόγλου Α.(2007) Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής Ελλήνων Ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, Διπλωματική Εργασία. Πάτρα: ΕΑΠ.

Θεοφίλου Π.(2010) Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: έννοια και αξιολόγηση. e-JST 5(4): 43-53

Κατσιλάμπρος Ν.(2004) Κλινική Διατροφή, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.

Κατσώχης Κ.&συν.,(2000)“Χειρουργικές παθήσεις μαστού” Θεσσαλονίκη : University Studio Press

Κελλαρτζής Δ.& συν.,(2009) Ανατομία, φυσιολογική διάπλαση και διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 21 (2), 115-121

Μανάβης Β.Ι.(1991)“Μαστογραφία και καρκίνος” Αλεξανδρούπολη.

Μόρτογλου Α. (2012) Αιτιολογία και προδιαθεσικοί παράγοντες του καρκίνου του Θυρεοειδούς. Διαθέσιμο: <http://www.obeline.gr>.(10/02/18).

Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνης Ι., Γολεμάτης Β.(2011): Χειρουργική Παθολογία, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 4η έκδοση, 2011, Σελ 338-397

Οικονομάκης Μ.(2006) Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής Διαβητικών Ασθενών με Χρήση του Γενικού Ερωτηματολογίου EutoQol EQ-5D. Διπλωματική Εργασία. Πάτρα: ΕΑΠ.

Παπαδάτου Δ.-Αναγνωστόπουλος Φ.(1995) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας : Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας νόσου, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Παρασκευάς Γ.(2008) Ανατομία του ανθρώπου. University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Σαρρής Μ.(2001) Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

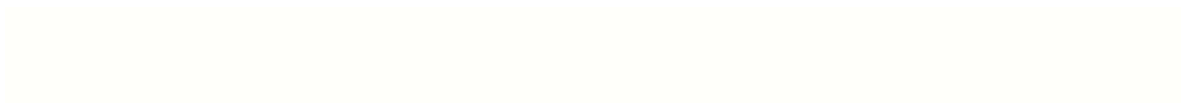
Σταυροπούλου Α.(2013) Εισαγωγή στη διασφάλιση ποιότητας στη Νοσηλευτική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ.(2001) Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(3): 218-229

Υφαντόπουλος Γ.(2007)“Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24: 6-18.

Φύσσας Π.Γ.,(2006) Ο μαστός και οι παθήσεις του. Αθήνα, εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη

ΧατζημπούγιαςΙ. (2007) Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου. Εκδόσεις Γ. Μαντογιάννης



.

.

