



ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

Ποιότητα ζωής γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παπαχρήστου Μιχαέλα

Επιβλέπων: Δρ. Ταουσάνη Ελευθερία, Λέκτορας ΔΠΠΑΕ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2021

copyright ©2021, Παπαχρήστου Μιχαέλα

ALL RIGHTS RESERVED

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια, Δρ. Ελευθερία Ταουσάνη, λέκτορα ΔΠΠΑΕ, της οποίας η συμβολή υπήρξε καθοριστική στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Ευχαριστώ επίσης όλους τους καθηγητές του Τμήματος Μαιευτικής Θεσσαλονίκης, οι οποίοι φρόντισαν πάντα να αναπτύσσουν τις γνώσεις μου και να ενισχύουν την αγάπη και το ενδιαφέρον μου σε ό,τι αφορά τον κλάδο της Μαιευτικής. Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένεια και τους φίλους μου για την συνεχή στήριξή τους σε όλη την διάρκεια των προπτυχιακών μου σπουδών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	1
Abstract.....	2
Πρόλογος.....	3
Εισαγωγή.....	4
Γενικό μέρος	
<u>Ενότητα Α'</u>	
Κεφάλαιο 1 ^ο	
1.1 Ανατομία μαστού.....	5
1.2 Αγγείωση και νεύρα μαστού.....	6
1.3 Μύες μαστού.....	7
1.4 Κατασκευή μαστού.....	7
Κεφάλαιο 2 ^ο	
2.1 Φυσιολογία του μαστού.....	9
2.2 Ορμόνες που επιδρούν στον μαστό.....	10
Κεφάλαιο 3 ^ο	
3.1 Ο καρκίνος του μαστού.....	11
3.2 Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού.....	12
3.3 Αίτια καρκίνου του μαστού.....	13
3.4 Τύποι καρκίνου του μαστού.....	16
3.5 Μαστογραφία.....	19
3.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	20

Ενότητα Β'

Κεφάλαιο 1°

1.1 Προσδιορισμός ποιότητας ζωής.....	24
1.2 Ποιότητα ζωής και καρκίνος του μαστού.....	25

Κεφάλαιο 2°

2.1 Ψυχοκοινωνικές συνέπειες μαστεκτομής.....	26
2.2 Η αποδοχή της εικόνας του σώματος και η σεξουαλικότητα.....	27
2.3 Το στίγμα της μαστεκτομής.....	30
2.4 Ο ρόλος της μαίας.....	32

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 1° Σκοπός.....	35
Κεφάλαιο 2° Υλικό & Μέθοδος.....	35
Κεφάλαιο 2° Αποτελέσματα.....	36
Κεφάλαιο 2° Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την εικόνα σώματος	55
Κεφάλαιο 2° Συμπεράσματα/Συζήτηση.....	57
Βιβλιογραφία.....	60

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας κακοήθης όγκος ο οποίος εμφανίζεται εξαιτίας του ανεξέλεγκτου, ταχύτατου πολλαπλασιασμού των κυττάρων. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, μια στις οκτώ γυναίκες, περίπου 12,5%, θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Σπανιότερα συναντιέται και σε άνδρες. Η πλειοψηφία των γυναικών η οποία προσβάλλεται από καρκίνο του μαστού υποβάλλονται σε κάποια μορφή εγχείρησης, με κριτήριο το μέγεθος και την εξάπλωση της νόσου, αφαιρώντας είτε τμήμα είτε ολόκληρο τον μαστό. Η εξέλιξη αυτή μπορεί να τις επηρεάσει τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά καθώς η προσωπική και η κοινωνική τους ζωή δέχεται μεταβολές. Συχνά, οι γυναίκες παρουσιάζουν δυσφορία γύρω από την θεραπεία, από τον φόβο επανεμφάνισης της νόσου και την επίδραση αυτών στην σεξουαλική τους ζωή. Ιδιαίτερη σημασία έχει η μέτρηση της ποιότητας ζωής και της αυτοεκτίμησης των γυναικών με μαστεκτομή αφού αποτυπώνει την κατάσταση της υγείας τους.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή καθώς και της προσαρμογής τους στα “νέα δεδομένα” της εξωτερικής τους εμφάνισης.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 81 γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Τα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν είναι: α) το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg και β) το ερωτηματολόγιο «Questionnaire for women who have had mastectomy surgery» (Eighteen month patient questionnaire) σχεδιασμένο από το Royal College of Surgeons of England και το οποίο υιοθετήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης ώστε να διερευνήσει την άποψή τους για την εξωτερική τους εμφάνιση, κατόπιν μαστεκτομής.

Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες μετά την μαστεκτομή έχουν αποδεχτεί αρκετά τη νέα εικόνα του σώματός τους και ότι αισθάνονται υγιείς ψυχολογικά υγιείς. Επιπλέον, παρατηρήθηκε πως οι δύο μεταβλητές, αυτή της αυτοεκτίμησης και της αποδοχής της εικόνας σώματος, συσχετίζονται η μία με την άλλη, καθώς όσο αυξάνεται η αυτοεκτίμηση αυξάνεται και η αποδοχή της εξωτερικής εμφάνισης. Γενικότερα, η αυτοεκτίμηση των γυναικών με μαστεκτομή παραμένει σε υγιή επίπεδα. Επιπλέον, τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης δείχνουν ότι οι γυναίκες βιώνουν μειωμένη ελκυστικότητα καθώς και έλλειψη θηλυκότητας μετά την μαστεκτομή.

Η μαία έχει σημαντική θέση τόσο στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού όσο και στην φροντίδα αλλά και στην ενημέρωση και εκπαίδευση των γυναικών με μαστεκτομή και μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ψυχολογική υποστήριξη τους.

Λέξεις κλειδιά: μαστεκτομή, καρκίνος του μαστού, αυτοεκτίμηση, ποιότητα ζωής

ABSTRACT

Breast cancer is a malignant tumor that occurs due to the uncontrolled, rapid proliferation of cells. According to epidemiological data, one in eight women, about 12.5%, will develop breast cancer. It is rarely found in men. The majority of women affected by breast cancer undergo some form of surgery, based on the size and spread of the disease, removing either part or the entire breast. This development can affect them both physically and psychologically as their personal and social life is changing. Often, women experience discomfort around treatment, for fear of recurrence of the disease and their effect on their sex life. Of particular importance is the measurement of the quality of life and self-esteem of women with mastectomy since it reflects the state of their health.

The purpose of this research is to investigate the level of self-esteem of women who underwent mastectomy as well as their adaptation to the "new data" of their external appearance.

A total of 81 women with breast cancer who had undergone mastectomy participated in the survey. The questionnaires used are: a) Rosenberg's self-esteem questionnaire and b) the questionnaire "Questionnaire for women who have had mastectomy surgery" (Eighteen month patient questionnaire) designed by the Royal College of Surgeons of England and which was adopted for the purposes of this study to investigate their view of their external appearance, after mastectomy;

It was found that women after mastectomy have quite accepted their new body image and that they feel quite healthy psychologically. In addition, it was observed that the two variables, that of self-esteem and acceptance of body image, are related to each other, as self-esteem increases, the acceptance of external appearance increases. In general, the self-esteem of women with mastectomy remains at healthy levels. In addition, the findings of this study show that women experience reduced attractiveness as well as lack of femininity after mastectomy.

The midwife has an important place both in the prevention of breast cancer and in the care and in the information and education of women with mastectomy and can contribute significantly to their psychological support.

Key words: mastectomy, breast cancer, self-esteem, quality of life

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στη Σχολή Επιστημών της Υγείας, τμήμα Μαιευτικής Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος Θεσσαλονίκης, με στόχο την διερεύνηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης των γυναικών και της ψυχολογικής τους κατάστασης κατόπιν μαστεκτομής. Η επιλογή του θέματος προέκυψε με αφορμή την μελέτη της βιβλιογραφίας σε πολλά μαθήματα όπου έγινε αναφορά στην συγκεκριμένη παθολογία καθώς και εξαιτίας της παρακολούθησης περιστατικού κατά τη κλινική μου άσκηση, γυναίκας η οποία είχε υποβληθεί σε μαστεκτομή. Οι συζητήσεις που ακολούθησαν καθώς και η ανταλλαγή απόψεων και προσωπικών εμπειριών με την γυναίκα μου έδωσαν την ευκαιρία να διερευνήσω το θέμα και να διαπιστώσω τις προεκτάσεις του.

Γενικότερα, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα αρκετά ευαίσθητο θέμα καθώς προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως, καθιστώντας τον, τον συχνότερα εμφανιζόμενο καρκίνο του φύλου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2.300.000 εκατομμύρια γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού και 685.000 γυναίκες απεβίωσαν, λόγω αυτού, μέσα στο 2020 παγκοσμίως. Οι επιπτώσεις έχουν αντίκτυπο τόσο στη σωματική και ψυχολογική τους ακεραιότητα όσο και στην κοινωνική τους ζωή. Στην πλειονότητα των ασθενών, παρατηρείται δυσφορία που σχετίζεται με: τη θεραπεία, το φόβο επανεμφάνισής της νόσου και τη σεξουαλικότητά τους. Ωστόσο, η απόδοση της βελτίωσης βρίσκεται στην πρώιμη διάγνωση μέσω προγραμμάτων screening, σε νεότερες αποτελεσματικές θεραπείες και στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού. Ως επαγγελματίας υγείας, η μαία, κατέχει σημαντικό ρόλο ως αρωγός στην παθούσα, τόσο στην πρόληψη, όσο και στο στάδιο της διάγνωσης και της θεραπείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο κοινή μορφή καρκινογένεσης που εμφανίζουν οι γυναίκες, καθώς επίσης συνιστά και την τρίτη αιτία θνησιμότητας του γυναικείου πληθυσμού σε όλον τον κόσμο, με περισσότερους από 41.000 θανάτους. Κάθε χρόνο, η καρκινογένεση του μαστικού αδένου, διαγιγνώσκεται σε περισσότερες από 1,1.000.000 γυναίκες.

Είναι γεγονός, πως η ικανότητα των καρκινοπαθών του μαστού, να καταπολεμήσουν την κακοήθεια με αποτελεσματικό τρόπο αυξάνεται, μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης της νόσου με την διαδικασία της αυτοεξέτασης και των προληπτικών ελέγχων.

Παρόλα αυτά, η αμφίβολη πορεία της ασθένειας, καθώς και η θεραπευτική μέθοδος αυτής, είναι πιθανόν να επιφέρουν πληθώρα προβλημάτων στις πάσχουσες. Τα προβλήματα αυτά δύνανται να είναι τόσο βιολογικού, όσο και ψυχικού επιπέδου. Για τον λόγο αυτόν, έχει δοθεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των γυναικών με κακοήθεια του μαστού, στην οποία επιδρούν οι βιολογικοί, ψυχικοί και κοινωνικοί παράγοντες, επηρεάζοντας το βαθμό ευεξίας της γυναίκας. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι καρκινοπαθείς του μαστού κάνουν λόγο για χαμηλότερο επίπεδο Ποιότητας Ζωής σε όλους τους τομείς, συγκριτικά με γυναίκες του γενικού πληθυσμού, με κοινά δημογραφικά χαρακτηριστικά, ακόμα και κατόπιν της θεραπείας τους. Επιπροσθέτως, η διερεύνηση της Ποιότητας της Ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι αναγκαία, καθώς ενισχύει την εξοικείωση του προσωπικού υγείας, με τις δυσμενείς επιδράσεις που ασκεί η διάγνωση και οι θεραπείες της ασθένειας στις πάσχουσες.

Η πτυχιακή εργασία αποτελείται από ένα γενικό και ένα ειδικό μέρος. Στην Α' ενότητα του γενικού μέρους, γίνεται λόγος για την ανατομία του μαστού, την φυσιολογία του καθώς και για τον καρκίνο του μαστού. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται η πρόγνωση, τα αίτια, οι τύποι και οι θεραπείες του μαστικού καρκίνου. Η Β' ενότητα πραγματεύεται την ποιότητα ζωής, πως ορίζεται και πως καθορίζεται με τον καρκίνο του μαστού. Στην συνέχεια γίνεται λόγος για τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες που επιφέρει η μαστεκτομή, το στίγμα που αφήνει στις γυναίκες και το πώς η μαία ως επαγγελματίας υγείας συνεισφέρει από την πρόληψη μέχρι και στην θεραπεία. Στο ειδικό μέρος της εργασίας, γίνεται παρουσίαση και ανάλυση των ευρημάτων της έρευνας που στόχο είχε την διερεύνηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης των γυναικών κατόπιν μαστεκτομής και την αντίληψη τους για την νέα εικόνα του σώματός τους, δηλαδή για την εξωτερική τους εμφάνιση μετά την επέμβαση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ανατομία Μαστού

Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και εκτείνεται από την δεύτερη μέχρι την έβδομη πλευρά και από το έξω χείλος του στέρνου μέχρι τη πρόσθια μασχालιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν τον μείζονα θωρακικό μυ, το 1/3 καλύπτει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ, ενώ το κάτω άκρο του εκτείνεται μέχρι το άνω όριο του ορθού κοιλιακού (Keith L. Moore et al, 2016).

Η πρόσθια επιπολής περιτονία του θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δύο στιβάδες, μια εν τω βάθει μεμβρανώδη στιβάδα και μια επιπολής λιπώδη στιβάδα, όπου βρίσκεται και αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας περιβαλλόμενος από ένα στρώμα λίπους. Ο μαζικός αδένας αποτελείται από 15-20 λοβούς και γαλακτοφόρους πόρους. Κάθε λοβός εκβάλλει με δικό του γαλακτοφόρο πόρο στη θηλή και υποδιαιρείται σε 20-40 λοβία. Οι λοβοί χωρίζονται μεταξύ τους από συνδετικό ιστό ο οποίος σχηματίζει τους κρεμαστήρες συνδέσμους Cooper, που σε συνδυασμό με το πέταλο της επιπολής θωρακικής περιτονίας συμβάλλουν στη στήριξη των μαστών.

Η θηλαία άλως (το σκούρο τμήμα γύρω από την θηλή) περιέχει σμηγματογόνους αδένες (αδένες του Montgomery), οι οποίοι εκκρίνουν μια ουσία που σκοπό έχει να λιπαίνει το μαστό κατά τη διάρκεια του θηλασμού, αποτελώντας έτσι προστατευτικό κάλυμμα για τη θηλαία άλω και τη θηλή. Οι θηλές έχουν κωνικό ή κυλινδρικό σχήμα και βρίσκονται στο κέντρο των θηλαίων άλω. Οι κορυφές τους είναι σχισμοειδείς από τα στόμια των γαλακτοφόρων πόρων και αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες.

1.2 Αγγείωση και νεύρα μαστού

A) ΑΡΤΗΡΙΕΣ

Η αιμάτωση του μαστού επιτυγχάνεται μέσω τριών ομάδων αρτηριών. Οι κλάδοι της μασχαλιαίας αρτηρίας (α) ο έσω κλάδος της ακρομοθωρακικής αρτηρίας, β) η ανώτατη θωρακική αρτηρία και γ) η πλάγια θωρακική αρτηρία) αποτελούν την πρώτη ομάδα. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας. Οι μεσοπλεύριες αρτηρίες αποτελούν την τρίτη ομάδα, οι οποίες αιματώνουν το έξω ημιμόριο των μαστών.

B) ΦΛΕΒΕΣ

Ο μαστός έχει πλούσιο φλεβικό δίκτυο που διακρίνεται σε επιπολής και εν τω βάθει. Οι επιπολής φλέβες οδηγούν το αίμα στη μέση γραμμή και καταλήγουν στις έσω μαστικές φλέβες. Οι εν τω βάθει φλέβες ακολουθούν παράλληλη πορεία προς τις αρτηρίες και έχουν τρεις βασικές οδούς : 1) την έσω μαστική φλέβα, 2) την μασχαλιαία φλέβα και 3) τις μεσοπλεύριες φλέβες.

Γ) ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ

Τα λεμφαγγεία του μαστού απάγουν τη λέμφου προς τα μασχαλιαία, τα υποκλείδια, τα υπερκλείδια και τα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής αρτηρίας. Οι λεμφαδένες χωρίζονται σε 4 κατηγορίες :

- 1) Μασχαλιαίοι λεμφαδένες (το 75% της λέμφου καταλήγει σε αυτούς)
- 2) Έσω μαστικοί λεμφαδένες (εκτελούν το 20% της παροχέτευσης)
- 3) Κοιλιακοί και παρασπονδυλικοί λεμφαδένες (παροχετεύουν το 5% της λέμφου)
- 4) Λεμφαδένες του Rotter.

Δ) ΝΕΥΡΑ

Η νεύρωση του δέρματος του άνω ημιμορίου του μαστού επιτυγχάνεται μέσω νευρικών ινών εκ της 3^{ης} και 4^{ης} ρίζας του αυχενικού πλέγματος, ενώ του κάτω ημιμορίου από τα πλάγια μεσοπλεύρια νεύρα. Τα νεύρα του μαστού είναι :

- 1) Έσω και έξω πρόσθιο θωρακικό νεύρο
- 2) Μασχαλιαίο νεύρο

- 3) Μακρύ θωρακικό νεύρο ή νεύρο του Bell : Νευρώνει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ. Εκφύεται από τους κλάδους A5-A7. Κάκωση του, προκαλεί την «πτερυγοειδή» ωμοπλάτη.
- 4) Θωρακοραχιαίο : Νευρώνει τον πλατύ ραχιαίο μυ. Εκφύεται από τα A6-A8. Κάκωση του, οδηγεί σε αδυναμία στροφής και απαγωγής του βραχίονα.

1.3 Μύες Μαστού

Οι μύες που βρίσκονται στην περιοχή του μαστού είναι :

- 1) Ο μείζων θωρακικός μυς
- 2) Ο ελάσσων θωρακικός μυς
- 3) Ο πρόσθιος οδοντωτός μυς
- 4) Ο δελτοειδής μυς
- 5) Ο πλατύς ραχιαίος μυς
- 6) Ο υποπλάτιος μυς
- 7) Ο υποκλείδιος μυς

1.4 Κατασκευή Μαστού

Από άποψη κατασκευής, ο μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και από τον μαστικό/μαζικό αδένα.

A) Το δέρμα: Το δέρμα στην περιοχή του μαστού είναι λεπτό, φέρει σμηγματογόνους, ιδρωτοποιούς αδένες και συνδέεται με το περιμαστικό λίπος. Η σκοτεινότερη χροιά της θηλής και της θηλαίας άλω οφείλεται στα χρωστικοφόρα κύτταρα που βρίσκονται σε αυτές τις περιοχές. Λείες μυϊκές ίνες βρίσκονται επίσης στις περιοχές αυτές όπως και στο χορίο του δέρματος γύρω από αυτές, οι οποίες ευθύνονται για την σκλήρυνση (στύση) της θηλής κατά τον θηλασμό ή την προστριβή.

B) Το περιμαστικό λίπος: Στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και στον μαστικό αδένα, βρίσκεται το περιμαστικό λίπος το οποίο αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους. Χωρίζεται σε πρόσθια στιβάδα, από όπου περνάνε οι σύνδεσμοι Cooper, καθώς και σε οπίσθια στιβάδα.

Η διήθηση των συνδέσμων του Cooper από κακοήθεις όγκους έχει ως αποτέλεσμα την συρρίκνωση των ινών, η οποία με τη σειρά της προκαλεί καθήλωση και εισολκή του δέρματος, κατάσταση που υποδηλώνει ύπαρξη καρκίνου.

Γ) Μαστικός αδένας: Αποτελεί έναν δισκοειδή αδένα και χωρίζεται σε πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια. Η πρόσθια επιφάνεια είναι υπόκυρτη και παρουσιάζει εντυπώματα που χωρίζονται με ακρολοφίες. Οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του μαστού που διαιρούν τον αδένα σε 15 με 20 λοβούς βρίσκονται ανάμεσα στις ακρολοφίες και στο χορίο του δέρματος.

Την οπίσθια επιφάνεια χωρίζει η περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός με μικρή ποσότητα ινολιπώδους ιστού. Η περιφέρεια του αδένα παρουσιάζει τη στερνική απόφυση προς τα έσω ενώ έξω την άνω και κάτω μασχαλιαία απόφυση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Φυσιολογία του μαστού

Πριν την εφηβεία, ο μαστός στα μικρά κορίτσια και τα μικρά αγόρια είναι ίδιοι. Με την έναρξη της εφηβείας παρατηρούνται αλλαγές τόσο στη μορφολογία όσο και στη λειτουργία του γυναικείου μαστού λόγω της επίδρασης των θηλυκών ορμονών που παράγουν οι ωοθήκες. Η αύξηση του μεγέθους των μαστών επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από τα οιστρογόνα. Υπό την επίδραση τους, το σύστημα των αγωγών πολλαπλασιάζεται και διακλαδώνεται, ενώ παρατηρείται ωρίμανση και προβολή των θηλών. Η αύξηση του μεγέθους των μαστών τερματίζει με το πέρας της εφηβείας

Ο πρωταρχικός ρόλος του μαστού είναι η γαλουχία, που σημαίνει την σύνθεση, την έκκριση και την εκβολή του γάλακτος. Επίσης, εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία ως μέσο πρόκλησης του άνδρα για σεξουαλική δραστηριότητα.

Τα κύτταρα του αδενικού επιθηλίου και του λιπώδους ιστού του μαστού, φέρουν στην μεμβράνη τους ειδικούς υποδοχείς μέσω των οποίων επιτυγχάνονται ενδοκρινείς επιδράσεις. Η ωκυτοκίνη, η προγεστερόνη, η προλακτίνη, τα οιστρογόνα, η ινσουλίνη, η αυξητική ορμόνη, οι θυρεοειδικές ορμόνες και τα γλυκοκορτικοειδή διαθέτουν ξεχωριστούς και μοναδικούς υποδοχείς, έκαστοι. Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού, εξαρτάται από την επίδραση ορμονικών παραγόντων, επομένως ο μαστός είναι ορμονοεξαρτώμενος. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού είναι οι εξής: η υπόφυση, ο υποθάλαμος, ο θυρεοειδής αδένας, οι ωοθήκες, ο πλακούντας, τα επινεφρίδια και το νευρικό σύστημα.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, εμφανίζονται εκκριτικές κυψελίδες. Λόγω των αυξημένων επιπέδων των οιστρογόνων, τα αγγεία του μαστού πολλαπλασιάζονται, παρατηρείται αυξημένη ροή του αίματος, σχηματισμός και διακλάδωση νέων αγωγών. Αργότερα στην εγκυμοσύνη, κυριαρχεί η προγεστερόνη με αποτέλεσμα την υπερπλασία των λοβών.

Την περίοδο της γαλουχίας, εκτός του πλακουντιακού γαλακτογόνου (ορμόνη που παράγεται από τον πλακούντα), η προλακτίνη έχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο καθώς είναι υπεύθυνη για την παραγωγή γάλακτος. Το πλακουντιακό γαλακτογόνο, προετοιμάζει τον μαστό για την παραγωγή γάλακτος φτάνοντας στο αποκορύφωμα της έκκρισης του, τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης. Τις τελευταίες ημέρες της κύησης, ο μαστός εκκρίνει ένα κίτρινο, κολλώδες και ορώδες υγρό, το πρωτόγαλα. Αν ο θηλασμός ξεκινήσει μέσα σε 24 ώρες από τη γέννηση του νεογνού, σταματά η έκκριση πρωτογάλατος και γίνεται έκκριση του κανονικού μητρικού γάλακτος.

Μετά τον τοκετό, τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και η προλακτίνη “αναλαμβάνουν” την παραγωγή του γάλακτος. Μία ακόμη ορμόνη, σημαντική στη γαλουχία είναι η ωκυτοκίνη.

Το αντανακλαστικό της αναρρόφησης διεγείρει την απελευθέρωση της ωκυτοκίνης η οποία με τη σειρά της σηματοδοτεί την έναρξη της έκκρισης της προλακτίνης. Μια υγιής θηλάζουσα γυναίκα, παράγει συνήθως 1 λίτρο γάλα την ημέρα. Όταν η γαλουχία σταματά, ο αδενικός ιστός επιστρέφει σε κατάσταση ηρεμίας.

Καθώς η γυναίκα εισέρχεται στην εμμηνόπαυση, παρατηρείται μια απότομη αλλά φυσική μείωση στην παραγωγή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Αυτό οδηγεί σε προοδευτική μείωση του αδενικού ιστού και στην ατροφία των λοβίων του μαστού με αντικατάστασή τους από λίπος. Κατά συνέπεια, η πυκνότητα του μαστού ελαττώνεται και καθιστά τον μαστό πιο επιδεκτικό σε μαστογραφική εξέταση. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο οι νεοπλασίες είναι πιο εύκολα ανιχνεύσιμες σε μία εμμηνοπαυσιακή γυναίκα.

2.2 Ορμόνες που επιδρούν στον μαστό

Όπως αναφέρθηκε, ο μαστός είναι ορμονοεξαρτώμενο όργανο. Οι ορμόνες που έχουν επίδραση σε αυτόν είναι οι εξής:

- **Ωκυτοκίνη:** Παράγεται στον υποθάλαμο και ελευθερώνεται μέσω απολήξεων στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης, απ’ όπου διοχετεύεται στην κυκλοφορία του αίματος. Η ωκυτοκίνη, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την εξέλιξη του τοκετού δρώντας στο μυϊκό τοίχωμα της μήτρας και προκαλώντας τη σύσπαση της. Αποτελεί σημαντικό τμήμα του μηχανισμού του θηλασμού καθώς προκαλεί εκροή γάλακτος μέσω των γαλακτοφόρων πόρων της θηλής.
- **Προλακτίνη:** Εκκρίνεται από την υπόφυση. Οι επιδράσεις της προλακτίνης στον μαστικό αδένα περιλαμβάνουν την μαστογένεση και τη σύνθεση και έκκριση του γάλακτος.
- **Προγεστερόνη:** Ανήκει στις στεροειδείς ορμόνες. Προετοιμάζει το ενδομήτριο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ζυγώτη και καταστέλλει την συσταλτικότητα του μυομητρίου. Στους μαστούς προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψέλων.
- **Οιστρογόνα:** Η βιολογική δράση τους αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και του ιστούς που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σε αυτούς είναι και οι μαστοί στους οποίους προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους, και κυρίως των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας, η επίδραση τους μειώνεται εφόσον ελαττώνονται οι υποδοχείς τους στον μαστικό αδένα.

Τα οιστρογόνα συνδέονται με την έκκριση της προλακτίνης. Σε χαμηλά επίπεδα προάγουν την έκκριση της προλακτίνης, ενώ σε υψηλά, αναστέλλουν τη γαλουχία.

- Κορτικοειδή: Έχουν δευτερευούσης σημασίας επίδραση στον μαστό. Βοηθούν στη διατήρηση της γαλουχίας.
- Ινσουλίνη: Υπεύθυνη για τη σύνθεση των λιπιδίων των μαστικών κυττάρων.
- Προσταγλανδίνες: Δρα σαν ανασταλτικός παράγοντας της γαλουχίας προ του τοκετού (Πινακίδης Μ., Μπόντης Λ., 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Ο καρκίνος του μαστού

Ο όρος καρκίνος αποτελεί μια ομπρέλα για μια ομάδα ασθενειών που σχετίζονται με την αφύσικη κυτταρική ανάπτυξη. Όπως είναι γνωστό, το σώμα μας είναι φτιαγμένο από πολλά κύτταρα. Πολλά κύτταρα μαζί δημιουργούν τους ιστούς και πολλοί ιστοί μαζί δημιουργούν τα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Σε περίπτωση που η φυσιολογική διαδικασία ανάπτυξης και πολλαπλασιασμού των κυττάρων αποδιοργανωθεί, ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων γίνεται άναρχα και με ανεξέλεγκτο τρόπο. Τα κύτταρα προσκολλούνται μεταξύ τους και δημιουργούν μια μάζα, ή αλλιώς έναν όγκο. Οι όγκοι χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τους καλοήθεις οι οποίοι δεν κάνουν μεταστάσεις και δεν αποτελούν απειλή για την υγεία του ατόμου και στους κακοήθεις οι οποίοι αναπτύσσονται γρήγορα και παρουσιάζουν μεταστάσεις. Με τον όρο μετάσταση, εννοούμε την αποκοπή κάποιων κυττάρων από έναν όγκο και την μετακίνηση και πολλαπλασιασμό τους σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος.

Οι άνθρωποι οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο, εμφανίζουν συνήθως κάποια σημάδια. Τα πιθανά αυτά συμπτώματα είναι μεταξύ άλλων ένα νέο εξόγκωμα, μη φυσιολογική αιμορραγία, συνεχής βήχας, αίσθημα φουσκώματος, απότομη αύξηση βάρους, αλλαγή στις κενώσεις του εντέρου, πόνος στο στήθος και άπνοια.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την συχνότερη μη δερματολογική κακοήθη νόσο που αφορά τις γυναίκες του ανεπτυγμένου κόσμου. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, μια στις οκτώ γυναίκες, περίπου 12,5% , θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού (Λουτράδης Δ., Δεληγεώρογλου Ε., Παπαντωνίου Ν., Παππά Κ., 2018). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2.300.000 εκατομμύρια γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού και 685.000 γυναίκες απεβίωσαν, λόγω αυτού, μέσα στο 2020 παγκοσμίως. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο διαδεδομένο καρκίνο στον κόσμο, με 7.800.000 διαγνώσεις τα τελευταία 5 χρόνια.

Γυναίκες σε κάθε χώρα παγκοσμίως μπορούν να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού, σε οποιαδήποτε ηλικία μετά την περίοδο της εφηβείας, με αυξανόμενα ποσοστά στη μετέπειτα ζωή.

Τα ποσοστά επιβίωσης από τη νόσο άρχισαν να παρουσιάζουν βελτίωση τη δεκαετία του 1980. Η απόδοση της βελτίωσης βρίσκεται στην πρόωμη διάγνωση μέσω προγραμμάτων screening, σε νεότερες αποτελεσματικές θεραπείες και στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος του γυναικείου πληθυσμού και παράλληλα η πιο συχνή αιτία θανάτου. Επιπλέον, η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού κατά μέσο όρο είναι 1.151 θάνατοι ανά έτος. Την τελευταία εικοσαετία στην Ελλάδα παρουσιάζεται αύξηση της θνησιμότητας από τη νόσο με ποσοστό 4% ανά έτος. Τέλος, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι 60% μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές από ότι στις αγροτικές περιοχές (Piperaki, Marneras, Boulala, Gesouli – Voltiraki, 2010).

Τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού είναι αρκετά, ωστόσο το πιο αισθητό είναι η δημιουργία πυκνού μαστικού ιστού. Οποιαδήποτε αλλαγή στο σχήμα ή στο μέγεθος του μαστού μπορεί να αποτελεί ένδειξη καρκίνου. Εκκρίσεις από την θηλή ή τις θηλές με συνοδεία αίματος θα πρέπει να εξετάζεται περαιτέρω. Κάποια ακόμα συμπτώματα είναι το πρήξιμο κοντά στη μασχάλη, ριπές στο δέρμα γύρω από τον μαστό, εξάνθημα στην περιοχή της θηλής και κάποια αλλαγή στην εμφάνιση της θηλής.

3.2 Πρόγνωση καρκίνου του μαστού

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, παρ' όλο που οι θάνατοι από τον καρκίνο του μαστού μειώνονται και παρά τις εξελίξεις στη διάγνωση και θεραπεία του, υπάρχει πιθανότητα ο καρκίνος να υποτροπιάσει μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Η νόσος χαρακτηρίζεται ως ετερογενής, δηλαδή μπορεί να περιλαμβάνει κακοήθειες διαφορετικής αρχής που επηρεάζονται από τους ενδογενείς παράγοντες, από παράγοντες σχετικούς με το περιβάλλον αλλά και από τις θεραπείες. Ο καρκίνος ταξινομείται βάσει μορφολογικών χαρακτηριστικών, όμως όλο και περισσότερο εκδηλώνονται κακοήθειες διαφορετικών κλινικών χαρακτηριστικών και βιολογικής συμπεριφοράς.

Για την εκτίμηση της πρόγνωσης χρησιμοποιούνται στοιχεία όπως το μέγεθος του όγκου, η έκταση της λεμφαδενικής διασποράς, ο τύπος του ιστού, η κατάσταση των ορμονικών υποδοχέων, το γονίδιο HER2, ο ρυθμός του πολλαπλασιασμού των κυττάρων, η ηλικία της γυναίκας, η κατάσταση της εμμηνόπαυσης και η γενική υγεία της ασθενούς.

Σήμερα, το γενετικό υπόβαθρο του όγκου διερευνείται με ειδικές γονιδιακές εξετάσεις με αποτέλεσμα να προβλέπεται η επιθετικότητα του, πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση. Αυτό βοηθά στο να προσαρμόζεται η εκάστοτε θεραπεία στις ανάγκες της ασθενούς.

Σε συνδυασμό με τους προγνωστικούς παράγοντες, διαμορφώνεται το πλάνο των θεραπειών έναντι της νόσου, με σκοπό την καλύτερη ποιότητα ζωής και τον περιορισμό των επιπλοκών, έχοντας ως απώτερο στόχο και όφελος, την επιβίωση από τη νόσο.

3.3 Αίτια καρκίνου του μαστού

Οι παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με την αιτιολογία και την ανάπτυξη του καρκίνου είναι ποικίλοι. Ως παράγοντες κινδύνου θεωρούμε οποιαδήποτε κατάσταση επηρεάζει τις πιθανότητες μιας γυναίκας να νοσήσει από καρκίνο του μαστού. Η παρουσία ενός παράγοντα δεν προϋποθέτει ότι η συγκεκριμένη γυναίκα θα εμφανίσει καρκίνο καθώς κάποιοι παράγοντες λειτουργούν συνεργικά. Κρίνεται σημαντική η γνώση και η αναγνώριση αυτών των παραγόντων, καθώς η αποφυγή τους, όπου είναι δυνατή, συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του κινδύνου να προσβληθεί κάποιος από καρκίνο.

Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου όπως η ηλικία, που θα αναφερθεί στην συνέχεια, δεν μπορούν να μεταβληθούν, ενώ άλλοι που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής του ατόμου μπορούν να δεχτούν τροποποιήσεις με προστατευτικά αποτελέσματα. Έχει αποδειχθεί ότι μια σειρά από εξωγενείς ή ενδογενείς παράγοντες συνδέονται με την εμφάνιση της νόσου :

1. **Φύλο:** Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί κατ' εξοχήν γυναικεία νόσος, με εμφάνιση 100 φορές πιο συχνή σε σχέση με το ανδρικό φύλο. Τα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης στις γυναίκες μπορούν να συμβάλλουν στην δημιουργία και ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων.
2. **Ηλικία:** Η ηλικία, μετά το φύλο, αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, με αύξηση της τάξης του 2,8% κάθε χρόνο. Μιλώντας με αριθμούς, το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε μια γυναίκα ηλικίας 15-39 αγγίζει το 0,5%. Στις γυναίκες ηλικίας από 40-59 ετών το ποσοστό ανέρχεται στο 4%, ενώ στις γυναίκες των 60 χρόνων και άνω, το ποσοστό αγγίζει το 7%. Περισσότερο από 85% των περιπτώσεων διαγιγνώσκεται σε γυναίκες άνω των 45 ετών, ενώ το ποσοστό αυξάνει αρκετά σε γυναίκες άνω των 60 ετών (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).
3. **Γεωγραφικοί – Κοινωνικοί παράγοντες:** Οι γυναίκες που ζουν σε χώρες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού συγκριτικά με τις γυναίκες που ζουν σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες.

4. **Διαταραχές ή ιδιαιτερότητες της έμμηνου ρύσης και της κύησης:** Η ηλικία της εμμηναρχής φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου, καθώς όσο πιο πρόωμη (< 12), τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης. Αντίστοιχα, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση (>55), αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Κάθε καθυστέρηση ενός έτους στην εμμηνόπαυση, αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού κατά 3%. Η καθυστέρηση της 1^{ης} ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης συνήθως μετά τα 30, έχει αδρά τον ίδιο κίνδυνο που παρουσιάζει μια άτοκος γυναίκα. Σε μια μελέτη κοορτής που πραγματοποιήθηκε στη Νορβηγία, ο HR (hazard ratio, λόγος κινδύνου) μεταξύ της καθυστερημένης (>35) και πρόωμης (<20) ηλικίας πρώτης κύησης είναι 1,54.
5. **Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού:** Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερος για τις γυναίκες που έχουν συγγενείς με καρκίνο μαστού. Μια μελέτη κοορτής σε περισσότερες από 113.000 γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξε ότι οι γυναίκες με συγγενή πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού έχουν 1,75 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης αυτής της νόσου από τις γυναίκες που δεν έχουν συγγενείς που νοσούν ή έχουν νοσήσει. Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος είναι 2,5 φορές υψηλότερος σε γυναίκες με δύο ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού.
6. **Ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού:** Μια γυναίκα που έχει εμφανίσει καρκίνο μαστού, έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον ίδιο ή τον άλλο μαστό της, περίπου 0,1% κάθε χρόνο (Λουτράδης Δ., Δεληγεωρογλου Ε., Παπαντωνίου Ν., Παππά Κ., 2018).
7. **Αυξημένη μαστογραφική πυκνότητα:** Η αναλογία του αδενικού ιστού, του συνδετικού ιστού και του λίπους του μαστού, καθορίζουν την πυκνότητα της μαστογραφίας. Οι γυναίκες με αυξημένη πυκνότητα έχουν συνήθως αυξημένο ινώδες και αδενικό στοιχείο. Στις γυναίκες αυτές ο κίνδυνος είναι 1,2 έως 2 φορές μεγαλύτερος να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Ακόμα, λόγω της αυξημένης πυκνότητας, η διαγνωστική ακρίβεια της μαστογραφίας είναι μειωμένη.
8. **Χρήση αντισυλληπτικών:** Η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών προκαλεί ελαφρά αύξηση του κινδύνου μετά από μακροχρόνια χρήση. Η επιβάρυνση μπορεί να μειωθεί με τη διακοπή των αντισυλληπτικών.
9. **Ορμονική θεραπεία υποκατάστασης:** Η χορήγηση συνδυασμού οιστρογόνων προγεστερόνης σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Αντίθετα, η χορήγηση μόνο οιστρογόνων δεν συνεπάγει αυξημένο κίνδυνο.

10. **Έκθεση σε ακτινοβολία:** Έχει αποδειχθεί ότι η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία μετά τη δεύτερη δεκαετία της ζωής, αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).
11. **Παχυσαρκία:** Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται σε παχύσαρκες εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αυτό αποδίδεται πιθανώς στην παραγωγή αυξημένων οιστρογόνων από τον λιπώδη ιστό. Βέβαια φαίνεται πως ο BMI έχει διαφορετική επίδραση στις προεμμηνοπαυσιακές και στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Στις πρώτες, ο κίνδυνος μειώνεται με την αύξηση του BMI. Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, όσο αυξάνεται ο BMI, αυξάνεται και ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου. Συνεπώς, ο Δείκτης Μάζας Σώματος μετά την ηλικία των 50, δε θα πρέπει να έχει μεγάλες διακυμάνσεις, διότι είναι επιβαρυντικό για τον οργανισμό (Σαχίνη – Καρδάση & Πάνου, 2006).
12. **Ατεκνία:** Γυναίκες που δεν έχουν κυοφορήσει κινδυνεύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό.
13. **Διατροφή:** Η σύγχρονη δυτική διατροφή, περιέχει μεγάλες ποσότητες λίπους. Η υπερβολική πρόσληψη λίπους, ειδικά το κορεσμένο λίπος, σχετίζεται με θνησιμότητα και κακή πρόγνωση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Σύγχρονες διατροφικές μελέτες έχουν δείξει πως η κατανάλωση μικρότερων ποσοτήτων κόκκινου κρέατος και η υιοθέτηση της «Μεσογειακής» διατροφής πλούσια στη χρήση ελαιόλαδου, φυτικών ινών και καρπών εμφανίζει λιγότερα ποσοστά κακοηθειών, ανάμεσα τους και ο καρκίνος του μαστού.
14. **Κάπνισμα:** Αν και η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού παραμένει αμφιλεγόμενη έχουν εντοπιστεί μεταλλαξιογόνα από τον καπνό του τσιγάρου στον μαστό μη θηλαζουσών γυναικών. Μέχρι τώρα, τα στοιχεία δείχνουν ότι το κάπνισμα, ειδικά σε νεαρή ηλικία, ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Kispert S., McHowat J., 2017).
15. **Αλκοόλ:** Η επιρροή του αλκοόλ στην αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού δεν μπορεί ακόμα να διευκρινιστεί από τους ερευνητές. Πιθανώς σχετίζεται με τη λειτουργία των οιστρογόνων αλλά δεν έχει διασαφηνιστεί πλήρως. Οι παράγοντες που παίζουν μεγαλύτερο ρόλο σε σχέση με το αλκοόλ είναι η συχνότητα καθώς και η ηλικία έναρξης.

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

16. **Καθιστικός τρόπος ζωής:** Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που ασκούνται τακτικά, εμφανίζουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο. Ήπια φυσική άσκηση (1,2 – 2,5 ωρών/εβδομάδα) φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού.

17. **Θηλασμός:** Έρευνες έχουν συνδέσει τον θηλασμό με τη μείωση του κινδύνου καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που θήλασαν για λιγότερο από 3 μήνες έχουν 11% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού (Newcomb, 1994).

Περίπου το 5 – 10% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού σχετίζονται με την *κληρονομικότητα*. Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού εκδηλώνεται ως αποτέλεσμα μετάλλαξης σε συγκεκριμένα γονίδια, η οποία κληρονομείται από κάποιον συγγενή πρώτου βαθμού. Υπεύθυνα θεωρούνται δύο γονίδια, το BRCA 1 και το BRCA 2. Τα γονίδια αυτά, όταν δεν υπάρχει μετάλλαξη, λειτουργούν φυσιολογικά συμβάλλοντας στην παραγωγή ογκοκατασταλτικών πρωτεϊνών και την προστασία από την εμφάνιση καρκίνου. Οι γυναίκες που κληρονομούν τις μεταλλάξεις σε αυτά τα γονίδια έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Η μετάλλαξη στο BRCA 1 μπορεί να σημαίνει πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου που αγγίζει το 80%, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις ο κίνδυνος κυμαίνεται στο 55% - 66%, ενώ για τις μεταλλάξεις BRCA 2, ο κίνδυνος είναι χαμηλότερος, της τάξης του 45%, ωστόσο παραμένει υψηλό ποσοστό.

3.4 Τύποι καρκίνου του μαστού

Στον καρκίνο του μαστού, οι όγκοι οι οποίοι δημιουργούνται διακρίνονται ανάλογα με τον ιστό από τον οποίο προέρχονται, ανάλογα με το βάθος της διήθησής τους και τέλος, ανάλογα με το πού εντοπίζονται.

Ανάλογα με τον ιστό απ' όπου προέρχονται διακρίνονται σε:

- ***Επιθηλιακοί όγκοι (αδενοκαρκινώματα):*** Οι συγκεκριμένοι όγκοι προέρχονται από το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων ή των λοβιδίων του μαστού.
- ***Μη επιθηλιακοί όγκοι (σαρκώματα):*** Αυτού του τύπου οι όγκοι είναι προερχόμενοι από τον ενδιάμεσο ιστό.

Ανάλογα με το βάθος της διήθησης του όγκου διακρίνονται σε:

- **Διηθητικούς** (οι οποίοι διηθούν την βασική μεμβράνη)
- **Μη διηθητικούς** (οι οποίοι δεν διηθούν την βασική μεμβράνη)

Οι διηθητικοί καρκίνοι διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

- Πορογενείς (IDC – Invasive Ductal Carcinoma): Αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκίνου του μαστού με ποσοστό που ανέρχεται στο 70% - 80%. Προέρχεται από κύτταρα των πόρων του μαστού όπου και αναπτύσσεται. Στη συνέχεια, διασπά το τοίχωμα του πόρου και διεισδύει στο λιπώδη ιστό του μαστού. Η επικινδυνότητα του οφείλεται στο γεγονός πως από εκεί, μπορεί να εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ή της λεμφικής παροχέτευσης.
- Νόσος του Paget: Συνήθως συνοδεύει το πορογενές καρκίνωμα. Πρόκειται για καρκίνο που εμφανίζεται στους γαλακτοφόρους πόρους κάτω από την θηλή. Αφορά το 1-3% των κακοηθών νόσων του μαστού και κλινικά εμφανίζεται σαν έκζεμα στη θηλή, καθώς και στη θηλαία άλω, προκαλώντας κάψιμο, ερυθρότητα, εφελκίδες, κνησμό και τσούξιμο στη θηλή. Η δημιουργία του εκζέματος οφείλεται στην παρουσία καρκινικών κυττάρων τα οποία διηθούν τη θηλή, καθώς και τη γύρω περιοχή. Η νόσος μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ψηλαφητό όγκο.
- Λοβιακό καρκίνωμα: Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου προέρχεται από κύτταρα στα λοβία του μαστού όπου παράγεται το γάλα και είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος του μαστού σε ποσοστό 10% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων. Τις περισσότερες φορές είναι αμφοτερόπλευρο ή/και πολυεστιακό. Περιφερικά του όγκου είναι δυνατόν να εντοπιστούν εστίες in situ καρκινώματος. Τα καρκινικά κύτταρα διασπών το τοίχωμα των λοβιδίων και μπορούν να μεταναστεύσουν σε άλλα μέρη του σώματος μέσω της λεμφικής παροχέτευσης ή της κυκλοφορίας του αίματος.
- Φλεγμονώδες καρκίνωμα: Πρόκειται για έναν σπάνιο και επιθετικό τύπο καρκίνου. Αφορά το 2,3% των κακοηθών παθήσεων του μαστού. Εμφανίζεται με διόγκωση του μαστού, θερμό και εξέρυθρο δέρμα καθώς και όψη φλοιού πορτοκαλιού. Αυτή η μορφή στο δέρμα δημιουργείται εξαιτίας της διήθησης των καρκινικών κυττάρων στα λεμφαγγεία. Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου, λόγω της εξάπλωσης στο δέρμα και της γενικότερης επιθετικότητας, παρουσιάζει κακή πρόγνωση.
- Σωληνώδες καρκίνωμα: Τα κύτταρα του μοιάζουν με μικρούς σωλήνες και αντιστοιχούν στο 1,5% των καρκίνων του μαστού.

Η πρόγνωση του είναι καλή και σπάνι κάνει μεταστάσεις.

- Θηλώδες καρκίνωμα: Αποτελεί σπάνιο καρκίνο της τάξης του 0,3% και τα κύτταρα του εξέχουν σαν μικρές θηλές.
- Μυελοειδές καρκίνωμα: Το 6% των καρκίνων του μαστού ανήκουν σε αυτόν τον τύπο. Παρουσιάζει σαφή όρια μεταξύ του όγκου και του φυσιολογικού ιστού. Συνήθως είναι καλής πρόγνωσης.
- Βλεννώδες καρκίνωμα: Σχηματίζεται από βλενοπαράγωγα καρκινικά κύτταρα και είναι μια σπάνια μορφή καρκινώματος. Κύριο χαρακτηριστικό του όγκου είναι η παραγωγή μεγάλης ποσότητας βλέννης από τα καρκινωματώδη κύτταρα. Η πρόγνωση είναι σχετικά καλή.

Οι μη διηθητικοί καρκίνοι διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

- Πορογενείς in situ (DCIS – Ductal Carcinoma in situ): Αποτελεί ένα είδος περιορισμένου καρκίνου που δεν επεκτείνεται σε γειτονικές ή απομακρυσμένες περιοχές πέρα από την περιοχή που εντοπίζεται. Είναι ο συχνότερος ιστολογικός τύπος καρκίνου του μαστού. Προέρχεται από τα κύτταρα των πόρων του μαστού όπου και περιορίζεται εκεί και δεν διηθεί τους γειτονικούς ιστούς. Το μέγεθος μπορεί να κυμανθεί από 2mm έως πολλά cm. Χαρακτηρίζονται σαν προκαρκινωματώδες αλλοιώσεις.
- Λοβιακοί in situ: Αυτός ο τύπος καρκίνου προκύπτει από πολλαπλασιασμό των κυττάρων του λοβιδίου του μαστού και δεν διηθεί την βασική μεμβράνη. Δεν έχει διευκρινισθεί αν πρόκειται για προκαρκινική αλλοίωση ή παράγοντα κινδύνου για διηθητικό καρκίνο.

Ανάλογα με την εντόπιση του όγκου διακρίνονται σε:

- **Πολυεστιακοί:** Όταν υπάρχουν εστίες της νόσου και σε άλλα σημεία του ίδιου τεταρτημόριου του μαστού.
- **Πολυκεντρικοί:** Όταν υπάρχουν εστίες της νόσου και σε άλλα τεταρτημόρια του ίδιου μαστού.
- **Αμφοτερόπλευροι:** Όταν υπάρχει η νόσος και στους δύο μαστούς.

Ο καρκίνος εντοπίζεται συχνότερα στον αριστερό μαστό και ανάλογα με τα τεταρτημόρια:

- 25% στην θηλή
- 45% στο άνω έξω τεταρτημόριο
- 15% στο άνω έσω τεταρτημόριο
- 5% στο κάτω έσω τεταρτημόριο
- 10% στο κάτω έξω τεταρτημόριο (Hayes F. Daniel, 2000).

3.5 Μαστογραφία

Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια για «πρώιμη» ανίχνευση του καρκίνου του μαστού σε αρχικό στάδιο, όταν κλινικά δεν είναι ακόμη αντιληπτός. Αυτό συμβαίνει διότι έχει αποδειχθεί πως η αναχαίτιση της πορείας της καρκινικής νόσου είναι αποτελεσματική και η πρόγνωση είναι ευνοϊκή.

Ως screening ορίζεται η εφαρμογή διαγνωστικών μεθόδων σε ασυμπτωματικό πληθυσμό με σκοπό να τον χωρίσει σε δυο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από τα άτομα τα οποία πάσχουν από τη νόσο και θα ωφεληθούν από πρώιμη αντιμετώπιση. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από άτομα τα οποία δεν νοσούν. Είναι γεγονός πως οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού που διαγιγνώσκονται σε αρχικό στάδιο έχουν μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης, έως και 50% (Γεώργιος Κ. Κρεατσάς, 2009).

Οι μέθοδοι εξέτασης του μαστού είναι η αυτοεξέταση, η κλινική εξέταση, οι διάφορες απεικονιστικές μέθοδοι, η βιοψία δια βελόνης και η ανοικτή βιοψία. Στην φαρέτρα της πρώιμης διάγνωσης ανήκει η μαστογραφία, η κλινική εξέταση συνεπικουρούμενη από την αυτοεξέταση του μαστού, το υπερηχογράφημα (US) και η μαγνητική τομογραφία μαστών (MRI).

Η μαστογραφία είναι η ακτινολογική μέθοδος μελέτης του μαστού και η κύρια παρακλινική εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Κατέχει την μεγαλύτερη αξιοπιστία όσον αφορά το screening. Η τεχνική της μαστογραφίας είναι η ακτινογράφιση των μαλακών ιστών του μαστού. Η εξέταση μπορεί να εντοπίσει ακόμη και την ύπαρξη πολύ μικρού μεγέθους καρκίνου στον μαστό χωρίς ακόμα αυτός να έχει δώσει κάποιο κλινικό εύρημα. Υπάρχει η συμβατική και η ψηφιακή μαστογραφία. Σήμερα η πρώτη αντικαθίσταται από την δεύτερη η οποία παρουσιάζει καλύτερη ευκρίνεια και συνεπώς καλύτερα διαγνωστικά αποτελέσματα. Τέλος, οι νέες γυναίκες ωφελούνται από την ψηφιακή μαστογραφία καθώς είναι χρήσιμη σε πυκνούς ιστούς.

Η εξέταση της μαστογραφίας συνήθως γίνεται με σκοπό την διευκρίνιση του καρκίνου του μαστού και την αποκάλυψη του σε προκλινικό στάδιο, την μελέτη των καλοηθών παθήσεων

του μαστού και την κατάταξη των μαστών σε κατηγορίες χαμηλού ή αυξημένου κινδύνου ανάλογα με την αρχιτεκτονική του υποστρώματος και των γαλακτοφόρων πόρων.

Η διαδικασία δεν είναι επώδυνη. Η γυναίκα βάζει σε ειδική θέση τον κάθε μαστό στον μαστογράφο και με μία ελαφριά πίεση γίνονται οι λήψεις και βγαίνει η ακτινογραφία. Τα συνηθέστερα ευρήματα της μαστογραφίας είναι οι μικροαποτιτανώσεις, οι σκιάσεις μάζας, οι αστεροειδές σκιάσεις, η αυξημένη αγγείωση και οι διαταραχές της αρχιτεκτονικής του μαστού.

Εξέταση αναφοράς θα πρέπει να πραγματοποιούν οι γυναίκες από τα 20 έτη όταν συντρέχουν λόγοι, με επανάληψη κάθε 3 χρόνια. Μετά τα 40 έτη πρέπει να γίνεται μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια σε όλο το γυναικείο πληθυσμό. Οτιδήποτε διαγνωστεί με τον μαστογραφικό έλεγχο θα πρέπει να εξεταστεί λεπτομερώς με περαιτέρω μαστολογική διερεύνηση (Αγοραστός, Βασιλή & Μπόντης 1999, Τσούνης 2014). Πρόσφατες μελέτες, σχετίζουν τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού με τη μαστογραφία σε συνδυασμό με τις ολιστικές θεραπείες (Walker et al., 2014, Witteveen et al., 2015).

3.6 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει ως αρχικό και βασικό στόχο την αφαίρεση της ορατής νόσου. Έχει πλέον αποδειχτεί πως γυναίκες οι οποίες διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού ζουν πολλά χρόνια. Στόχος των επαγγελματιών υγείας μέσω της θεραπείας είναι να διακόψουν την εξέλιξη της νόσου, διατηρώντας παράλληλα την ποιότητα ζωής των γυναικών σε υψηλό επίπεδο. Η θεραπεία της νόσου διακρίνεται σε χειρουργική και συντηρητική. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει τις διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στον μαστό, ενώ η συντηρητική θεραπεία αποτελείται από την ακτινοθεραπεία, την χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία.

Η επιλογή του τύπου της μαστεκτομής εξατομικεύεται ως προς την εντόπιση και το μέγεθος του όγκου, την επιθυμία της γυναίκας και άλλες καταστάσεις όπως προηγούμενα χειρουργεία μαστού. Επιπλέον κριτήρια επιλογής είναι η ηλικία της γυναίκας και η έκταση εξάπλωσης του καρκίνου (Λουτράδης Δημήτριος & συν., 2018). Τα είδη της μαστεκτομής είναι τα εξής:

- Ριζική μαστεκτομή: Σε αυτό το είδος μαστεκτομής αφαιρούνται ο μαστικός αδένας μαζί με τον μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ όπως και το περιεχόμενο της μασχαλιαίας κοιλότητας μέχρι την κλείδα, με το υπερκείμενο δέρμα και την θηλή. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου. Έχουν παρατηρηθεί αρκετά μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου με κυριότερο το κακό αισθητικό αποτέλεσμα που έχει ως συνέπεια την ψυχική επιβάρυνση της γυναίκας.

Στις μετεγχειρητικές επιπλοκές συμπεριλαμβάνονται η δυσκινησία, η παραμόρφωση του άνω άκρου και η δημιουργία λεμφοιδήματος (Ignatavicius & Workman, 2008). Σήμερα χρησιμοποιείται ακόμα μόνο όταν υπάρχουν πολύ μεγάλοι όγκοι ή όγκοι που αναπτύσσονται στο θωρακικό τοίχωμα (American Cancer Society, 2014b).

- Απλή μαστεκτομή: Συνιστάται σε ασθενείς με πορογενές ή λοβιακό καρκίνωμα in situ. Πραγματοποιείται εξαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένα χωρίς να παραμένουν υπολείμματα του ιστού. Συνήθως συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (Μπονάτσος, Γολεμάτης & Κακλαμάνος, 2006).
- Υποδόρια μαστεκτομή: Σε αυτό το είδος μαστεκτομής, διατηρείται το δέρμα και το σύμπλεγμα θηλής-θηλαίας άλω.
- Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι η πιο διαδεδομένη. Διατηρείται ο μείζων και ο ελάσσων θωρακικός μυς και γίνεται αφαίρεση των μασχαλαίων λεμφαδένων (Γεώργιος Κ. Κρεατσάς, 2009)
- Ευρεία τοπική εκτομή – Ογκεκτομή – Τμηματεκτομή: Σήμερα συνηθίζεται να αναφέρεται ως χειρουργείο διατήρησης μαστού επειδή έχει ως πλεονέκτημα το καλό κοσμητικό αποτέλεσμα, όπου είναι σημαντικό για την ψυχολογία της γυναίκας. Πραγματοποιείται πλήρης εκτομή του όγκου σε συνδυασμό με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης καθώς και ακτινοθεραπεία. Για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί ογκεκτομή θα πρέπει να ακολουθούνται κάποια συγκεκριμένα κριτήρια:
 1. Ο όγκος να μην προσφύεται στους μύες ή στο θωρακικό τοίχωμα.
 2. Το μέγεθος του όγκου να μην ξεπερνά τα 5 εκ.
 3. Να υπάρχει αναλογία μεταξύ της διαμέτρου του όγκου με το μέγεθος του μαστού.
 4. Απουσία λεμφαδενικών μαζών.
 5. Να μην γίνεται διήθηση του υπερκείμενου δέρματος.
 6. Να μην παρουσιάζει πολυκεντρική εμφάνιση (Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου, 1997).

Η συντηρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού αποτελείται από:

- Ακτινοθεραπεία: Η ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας για τη μείωση του μεγέθους του όγκου και την εξουδετέρωση των καρκινικών κυττάρων που πιθανόν έχουν απομείνει στην περιοχή.

Συνήθως εφαρμόζεται συνδυαστικά με τη χειρουργική θεραπεία. Η ακτινοθεραπεία διαρκεί 4 με 8 εβδομάδες και γίνεται μια φορά την μέρα. Κάποια από τα πλεονεκτήματα της είναι οι λιγότερες σωματικές παραμορφώσεις συγκριτικά με τη ριζική μαστεκτομή, οι θετικές επιδράσεις στην επιβίωση των γυναικών, ειδικά όταν βρίσκονται σε αρχικά στάδια, η μείωση κινδύνου επανεμφάνισης του όγκου, η μείωση κινδύνου μεταστάσεων και η καλύτερη ποιότητα ζωής. Στην αντίπερα όχθη, κάποια μειονεκτήματα της θεραπείας είναι η τριχόπτωση, η καταβολή, διάρροια, ναυτία, εμετός, ξηροστομία, δυσκολία στην κατάποση και ερεθισμός του δέρματος (Charles, Griggs & Loscalzo, 2003).

- Χημειοθεραπεία: Η χημειοθεραπεία είναι η θεραπεία του καρκίνου με τη συστηματική χρήση αντικαρκινικών φαρμάκων τα οποία καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα. Πολλοί ασθενείς υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είτε σε αρχικό είτε σε προχωρημένο στάδιο. Η θεραπεία στην περίπτωση που έπεται την κυρία χειρουργική, ονομάζεται επικουρική ενώ νέο-επικουρική ονομάζεται η χημειοθεραπεία η οποία χορηγείται πριν την χειρουργική επέμβαση με σκοπό να μειωθεί ο όγκος για να γίνει η επέμβαση πιο εύκολη. Τα είδη των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων ανέρχονται στα 80. Η επιτυχία τους οφείλεται στη μίξη τους καθώς τις περισσότερες φορές χορηγούνται σε συνδυασμό. Σήμερα χρησιμοποιούνται συχνά οι ανθρακυκλίνες και οι ταξάνες. Τα φάρμακα αυτά, όπως γνωρίζουμε, είναι κυτταροτοξικά, ασκούν δηλαδή δηλητηριώδη δράση όχι μόνο στα καρκινικά κύτταρα αλλά και στα φυσιολογικά. Κατά συνέπεια μπορούν να προκύψουν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις όπως διαταραχές του πεπτικού και αιμοποιητικού, νευροπάθεια, αλωπεκία, διαταραχές στην όρεξη, ναυτία, έμετοι και αίσθημα κόπωσης (Λουτράδης Δημήτριος, 2018).
- Ορμονοθεραπεία: Αποτελεί αντικαρκινική θεραπεία που αναστέλλει την έκκριση ορμονών ή/και εμποδίζει την δράση τους, αναστέλλοντας την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Η ορμονοθεραπεία χρησιμοποιείται για ορμονοεξαρτώμενους όγκους όπως ο καρκίνος του μαστού. Χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού γιατί στην επιφάνεια κάποιων καρκινικών κυττάρων υπάρχουν υποδοχείς συγκεκριμένων ορμονών, απαραίτητες για την ανάπτυξη τους. Η αντικαρκινική ορμονοθεραπεία δρα δεσμεύοντας τους ορμονικούς αυτούς υποδοχείς στην επιφάνεια των κυττάρων, εμποδίζοντας την παραγωγή ορισμένων ορμονών στον οργανισμό και υποκαθιστά τις φυσικές ορμόνες με χημικές, τις οποίες δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά κύτταρα.

Η ορμονική θεραπεία συνίσταται να χορηγείται για τουλάχιστον 5 χρόνια εφόσον δεν υπάρχουν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι παρενέργειες της θεραπείας είναι πολύ λιγότερες από εκείνες της χημειοθεραπείας, όμως έχουν αναφερθεί παρενέργειες θρομβώσεων, εμμηνόπαυσης και εγκεφαλικά επεισόδια (Charles, Griggs & Loscalzo, 2003).

ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Προσδιορισμός της ποιότητας ζωής

Ο όρος «ποιότητα ζωής» είναι μια έννοια η οποία χρησιμοποιείται εκτενώς από πολλούς κλάδους της επιστήμης. Η εννοιολογική διάσταση του όρου έχει απασχολήσει πολλές επιστήμες όπως κοινωνικές, πολιτικές και διοικητικές ως προς την διερεύνηση ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής αλλά και την ανάπτυξη μεθοδολογιών που στοχεύουν στη μέτρηση της (Υφαντόπουλος, 2014). Οι οργανικές πτυχές της ποιότητας ζωής μελετούνται από κλινικούς ιατρούς, ενώ οι ψυχολόγοι εστιάζουν στις συναισθηματικές και ψυχολογικές πτυχές της. Ποιότητα Ζωής (Quality of life), Καλή Ζωή (Good life) και Ευημερία (Well being), αποτελούν έννοιες με μεγάλο ενδιαφέρον από την παγκόσμια κοινότητα. Κατά καιρούς έχουν γίνει υποδείξεις για ποικιλία ορισμών συμφώνα με την οπτική γωνία από την οποία προσεγγίζει την έννοια ο εκάστοτε στοχαστής (Μπαλτόπουλος, 2013). Σύμφωνα με τον Freud, η ευτυχία προέρχεται μέσα από τις προσωπικές σχέσεις του ατόμου. Για άλλους μελετητές, η ποιότητα ζωής θεωρείται ως μια έμφυτη ιδιότητα μιας κοινότητας η οποία σχετίζεται με απαιτήσεις που πρέπει να καλύπτονται από το άτομο, ώστε να νιώθει ευτυχής (Cohen et al., 2010).

Είναι δύσκολο να διατυπώσουμε έναν και μόνο κοινώς αποδεκτό ορισμό, ο οποίος θα έχει καθολική αναγνώριση (Aulisa et al., 2010). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Ποιότητα Ζωής καλείται η αντίληψη που έχει το ίδιο το άτομο για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού, στο σύστημα αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τις προσδοκίες του, τους στόχους του, τις ανησυχίες του και τα πρότυπα του (WHOQOL GROUP, 1995). Συνεπώς διαπιστώνουμε ότι η συγκεκριμένη έννοια εμπεριέχει ένα μεγάλο φάσμα που αφορά την κατάσταση της υγείας του ατόμου αλλά και την ικανότητα του να λειτουργήσει ψυχολογικά, κοινωνικά και σωματικά.

Η Ποιότητα Ζωής σχετίζεται με εμπειρίες, προσωπικές προτιμήσεις, στάσεις και αντιλήψεις όσο αφορά τις ψυχολογικές, πνευματικές, πολιτιστικές, φιλοσοφικές, πολιτικές, οικονομικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Υφαντόπουλος, 2014). Ο Cutter, διατυπώνει την ποιότητα ζωής ως την ικανοποίηση που έχει το άτομο για τη ζωή ή το περιβάλλον του, υπάγοντας τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του. Ο Lewis, αναφέρει πως οι στόχοι στη ζωή, η αυτοεκτίμηση και το μειωμένο άγχος καθορίζουν την ποιότητα ζωής (Cutter – Schnessler & Fisher, 1985).

Συνεπώς, σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία, η ποιότητα ζωής συγκροτεί την σωματική και ψυχολογική ευεξία του ατόμου ή ενός συνόλου ατόμων με την παρέλευση του χρόνου. Στο πεδίο της υγείας, η ποιότητα ζωής ενσωματώνει το σύνολο των τομέων της ζωής και των βιωμάτων καθώς και την επίπτωση της νόσου και της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Τις περισσότερες φορές εμπεριέχονται υποκειμενικές εκτιμήσεις θετικών και αρνητικών πλευρών της καθημερινότητας. Κάθε άτομο έχει την δυνατότητα να διατυπώνει με διαφορετικό τρόπο το νόημα της ποιότητας ζωής. Ένας από τους σημαντικότερους τομείς της ολιστικής ποιότητας ζωής αποτελεί η υγεία, γι' αυτό και οι ερευνητές έχουν δημιουργήσει τεχνικές οι οποίες έχουν συνεισφέρει στη μέτρηση της (Kurpas et al., 2013).

1.2 Ποιότητα ζωής και καρκίνος του μαστού

Τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο σε πληθώρα ερευνών. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτελεί τον συχνότερο καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως, γεγονός που καθιστά την ανάγκη για διεξαγωγή ερευνών εντονότερη. Οι χρόνιες ασθένειες έχουν σημαντική επιρροή στην συναισθηματική, οικογενειακή και γενικότερα την καθημερινή ζωή των πασχόντων (Carlson et al., 2013).

Με στόχο να εξετασθεί η επίδραση της θεραπευτικής αντιμετώπισης (ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία κ.α.), η ανταλλαγή απόψεων, συναισθημάτων, ιδεών και σκέψεων μεταξύ του πάσχοντα και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η υποστηρικτική περίθαλψη, η ψυχολογική βοήθεια, η παροχή ενίσχυσης από την κοινωνία και οι ενέργειες δευτερογενούς πρόληψης, πραγματοποιήθηκαν μελέτες υπολογισμού της ποιότητας ζωής του γυναικείου φύλου που πάσχει από καρκίνο του μαστού (Pockaj et al., 2009). Λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης, η ποιότητα ζωής των νοσούντων επιδέχεται αρνητικές επιπτώσεις εφόσον ο βαθμός λειτουργικότητας τους ελαττώνεται κατά πολύ. Σε γενικές γραμμές, εξαιτίας της πολυπλοκότητας της νόσου, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί το είδος των επιπτώσεων και ο τρόπος αντιμετώπισης τους. Οι παρενέργειες από τις διάφορες μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης αποτελούν τον μοναδικό μεταξύ των παραγόντων, ο οποίος φέρει επιδράσεις στην ποιότητα ζωής. Ο βαθμός της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών υφίσταται ύφεση μέσα από τον τύπο των θεραπειών και των ανεπιθύμητων συνεπειών που προκύπτουν ως αποτέλεσμα αυτών. Αρκετά συχνά, αναγκάζονται να αποστασιοποιηθούν από την καθημερινότητα τους επειδή τα συμπτώματα καθίστανται ορατά και με μεγάλη οξύτητα (Lu, Cui & Chen, 2009).

Παρήγορο, τα τελευταία χρόνια, για αυτές τις περιπτώσεις ασθενών αποτελούν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις από ειδικούς, οι οποίοι μέσω ειδικής καθοδήγησης βοηθούν τους πάσχοντες να αποδεχθούν ευκολότερα την εικόνα του σώματος τους, ύστερα από μια επεμβατική μέθοδο, όπως η μαστεκτομή. Προσφέρουν αρωγή για να βελτιώσουν την εκτίμηση

που έχουν για τον εαυτό τους, να εκδηλώνουν χωρίς δισταγμό τις ανησυχίες τους, να αποδέχονται το πένθος και να μειώνουν την απομόνωση τους. Συχνά παρατηρείται μεγαλύτερος χρόνος επιβίωσης και υψηλό επίπεδο ζωής σε γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε αποτελεσματική χειρουργική επέμβαση καθώς και φαρμακευτική αγωγή (Lu et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ψυχοκοινωνικές συνέπειες της μαστεκτομής

Σήμερα, οι θεραπείες του καρκίνου του μαστού προκαλούν λιγότερη σωματική παραμόρφωση από την χειρουργική επέμβαση σε σχέση με το παρελθόν. Οι γυναίκες είναι καλά ενημερωμένες σχετικά με τις λεπτομέρειες της διάγνωσης και της πρόγνωσης του καρκίνου και η συμμετοχή τους είναι όλο και μεγαλύτερη στη λήψη κοινών αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία. Στην πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο του μαστού, παρατηρείται δυσφορία που σχετίζεται με την θεραπεία, με φόβο επανεμφάνισης, με αλλαγές στην εικόνα του σώματος και τη σεξουαλικότητα.

Ο Meyerowitz σε έρευνα του το 1980 επικεντρώθηκε στις ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού. Η ψυχολογική δυσφορία των νοσούντων παρατηρήθηκε γύρω από την μαστεκτομή και τον επακόλουθο φόβο των γυναικών για μείωση της θηλυκότητας τους. Μεταξύ άλλων, τα κυριότερα συναισθήματα των πασχόντων ήταν θυμός και άγχος. Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με μαστεκτομή αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία από τις γυναίκες με καλοήθεις όγκους, με την δυσφορία που νιώθουν να διαρκεί έως και ένα χρόνο μετά την επέμβαση.

Η χειρουργική επέμβαση στον μαστό, επιφέρει ποικίλα αρνητικά συναισθήματα σε μια γυναίκα. Αυτό συμβαίνει καθώς αυτή η σωματική επέμβαση μπορεί να μεταβάλλει σε μεγάλο βαθμό την εικόνα του σώματος της και κατά συνέπεια την αυτοαντίληψη της, την αυτοεκτίμηση της καθώς και την ψυχολογική της διάθεση. Η μαστεκτομή μπορεί να θεωρηθεί ως μια μορφή ακρωτηριασμού για το γυναικείο φύλο εφόσον επηρεάζει την θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα του. Δεν αποκλείεται η απώλεια αυτή να προβάλλεται προς τον σύντροφο της και η ίδια να μεταφράζει την κατάσταση ως απόρριψη από εκείνον. Επιπρόσθετα, στις ψυχολογικές συνέπειες της χειρουργικής θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού συγκαταλέγονται και η αμηχανία που νιώθει η γυναίκα να εκθέσει το σώμα της καθώς και η δυσφορία για τα σημάδια της μαστεκτομής και της γενικής αλλαγής του σώματός της. Κάποιες γυναίκες αναφέρουν ως απόρροια την έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος και την ανησυχία τους για το αν θα μπορέσουν να διεγερθούν σεξουαλικά.

Συναισθήματα αναξιότητας, ντροπής και απόσυρσης καθώς και συναισθηματικές διαταραχές, είναι αρκετά συχνά σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή. Πέραν τούτων, η γυναίκα καλείται να διαχειριστεί και τις επιπλοκές που εμπεριέχει η συμπληρωματική θεραπεία, η οποία επιφέρει σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών, δυσχεραίνοντας την κατάσταση. Η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται αρνητικά. Μερικά από τα συναισθήματα που βιώνει η γυναίκα είναι το αίσθημα ματαιώσης, απώλεια της ζωτικότητας και σεξουαλικότητας της, μείωση της κοινωνικότητας της με παράλληλη εμφάνιση πόνου, κόπωσης και εξάντλησης. Ο φόβος, επίσης, της επανεμφάνισης της νόσου αποτελεί μια συνεχής πηγή άγχους και στρες στην γυναίκα, που μόνο αποτέλεσμα του είναι η επιδείνωση της πορείας της (Βιβιλάκη Β., 2016).

Η ταυτότητα λοιπόν των γυναικών με μαστεκτομή αμφισβητείται και περνάει από πολλά στάδια σε όλη την πορεία της νόσου. Η μαστεκτομή αποτελεί μια παραμορφωτική επέμβαση όπου οδηγεί σε μείωση της αυτοεκτίμησης των γυναικών που υποβάλλονται σε αυτού του είδους την επέμβαση. Ορισμοί για την αυτοεκτίμηση έχουν δοθεί κατά καιρούς από πολλούς θεωρητικούς που ασχολήθηκαν επί τούτου. Το γενικότερο πλαίσιο που συγκλίνουν όλοι οι ερευνητές τις απόψεις τους ώστε να δοθεί ο όσο καλύτερος ορισμός της αυτοεκτίμησης, είναι πως αναφέρεται στο πως αισθάνονται οι ίδιοι οι άνθρωποι για τον εαυτό τους. Επηρεάζεται περισσότερο από τις υποκειμενικές αξιολογήσεις των ανθρώπων όσον αφορά την επίτευξη ή όχι των στόχων του καθώς και από τις προσωπικές φιλοδοξίες και απαιτήσεις.

Αυτή η εξαρτημένη σχέση της αυτοεκτίμησης με το πώς αισθάνονται οι άνθρωποι με τον εαυτό τους είναι και η αιτία που οι γυναίκες με μαστεκτομή καταβάλλονται από αρνητικά συναισθήματα, απαισιοδοξία, ματαιοδοξία και κλονισμένο ψυχισμό. Η αυτοεκτίμηση της καρκινοπαθούς επηρεάζεται από την ίδια την ιδέα του καρκίνου. Η έλλειψη αυτοεκτίμησης διαταράσσει σε μεγάλο βαθμό τον ψυχικό κόσμο της ασθενούς και αποτελεί τον λόγο της παρουσίας τόσο αρνητικών συναισθημάτων.

2.2 Η αποδοχή της εικόνας του σώματος και η σεξουαλικότητα

Η ψυχολογία της γυναίκας επηρεάζεται λοιπόν από το οδυνηρό γεγονός της μαστεκτομής. Οι οικογενειακοί δεσμοί και η προσωπική της ζωή διαταράσσονται. Μέχρι να ενσωματωθεί στα νέα αυτά δεδομένα, η πάσχουσα έρχεται αντιμέτωπη με αισθήματα κατάθλιψης, οργής, απελπισίας, αδυνατώντας να αποδεχθεί την επίπονη αυτή κατάσταση (Beaumont, 2007).

Η κακοήθεια, με τις αλλοιώσεις της εικόνας του σώματος, τον φόβο της απώλειας της ζωής, το ψυχικό και σωματικό άλγος και τον τρόπο αντιμετώπισης από το οικογενειακό περιβάλλον καθίσταται ένα βαθιά χαραγμένο σημάδι για την γυναίκα. Το γεγονός αυτό, την οδηγεί σε ανακαθορισμό των προσωπικών της δεσμών, της σχέσης με τον εαυτό της, του τρόπου με τον οποίο βιώνει και εκφράζει τον εαυτό της ως σεξουαλικό όν και συνολικά του βίου της (Kolodziejczyk et al., 2019).

Οι Buki et al., (2016), εκπόνησαν μελέτη με θέμα την συλλογή των εμπειριών 27 γυναικών που έχουν βιώσει τον καρκίνο του μαστού, σχετικά με τις σωματικές τους ανησυχίες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη πόλη Λατίνα της Ιταλίας. Η αποδοχή της τροποποιημένης εμφάνισης τους ήταν μια συνεχής και σύνθετη διαδικασία. Ως αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης και θεραπείας, οι γυναίκες που βίωσαν την απώλεια του ενός μαστού ή και των δύο, αισθάνθηκαν μεγαλύτερη απώλεια και ανέφεραν ότι ήταν δύσκολο να προσαρμοστούν στην εικόνα που έβλεπαν. Τα αποτελέσματα της νέας εικόνας του σώματος τους στις στενές τους σχέσεις, περιελάμβαναν αισθήματα ντροπής και αμηχανίας όταν γδύνονταν μπροστά στο σύντροφο τους. Επίσης, οι γυναίκες ανέφεραν φόβο απόρριψης και ανησυχία για την ανοχή του συντρόφου τους στις σωματικές και συναισθηματικές τους αλλαγές. Η διαδικασία αποδοχής της νέας εικόνας του σώματος τους ήταν πολύπλευρη απαιτούσε αρκετό χρόνο. Η συναισθηματική υποστήριξη βοήθησε τις γυναίκες να αποδεχτούν την τροποποίηση της εικόνας τους. Οι συμμετέχουσες θεώρησαν ότι ήταν σημαντικό να συζητήσουν τις εμπειρίες και να ανταλλάξουν ιδέες με άλλες γυναίκες που είχαν παρόμοια βιώματα ενώ αναφέρουν ότι άρχισαν να κοιτούν το σώμα τους από μια λειτουργική και όχι αισθητική προοπτική. Επιπρόσθετα, τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν ότι η αποδοχή ήταν μια σταδιακή διαδικασία που επηρεάστηκε από τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την κοινωνική στήριξη. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου οι γυναίκες άρχισαν να αισθάνονται πάλι καλά και να εκτιμούν την υγεία τους έναντι της εμφάνισης τους. Στον αντίποδα, οι γυναίκες που δεν δέχονταν την αλλοιωμένη τους εικόνα, ανέφεραν αισθήματα ντροπής, κατάθλιψης και ότι ήταν σεξουαλικά ανεπιθύμητες.

Για το γυναικείο φύλο ο μαστός συνδέεται άρρηκτα με την εικόνα του σώματος, την θηλυκότητα, την αυτοπεποίθηση, την ικανότητα να γίνουν μητέρες καθώς και με την σεξουαλικότητα. Όταν αναφερόμαστε στην εικόνα σώματος, εννοούμε τα αισθήματα που νιώθει η πάσχουσα για το σώμα της. Η εικόνα σώματος εμπεριέχει το σωματικό είδωλο και τα ψυχολογικά αισθήματα που νιώθει η ασθενής για τον «πλήρη μαστό». Είναι δυνατόν να αποτελέσει μείζον παράγοντα πρόγνωσης του τρόπου με τον οποίο εκφράζονται σεξουαλικά (Beaumont, 2007).

Η σεξουαλικότητα συνδέεται με την εκτίμηση που έχουν οι γυναίκες για τον εαυτό τους και με την εικόνα που θέλουν να προβάλλουν, δεν αποτελεί συνεπώς απλά την επιθυμία για σεξουαλική επαφή. Η σεξουαλικότητα σχετίζεται με το άγγιγμα, την προσωπικότητα και την οικειότητα. Σχετίζεται με το ρόλο της γυναίκας στους δεσμούς της, στην οικογένεια της, στην εργασία της και την κοινωνία (Kowalczyk et al., 2018).

Οι γυναίκες οι οποίες κατάφεραν να επιβιώσουν από τον καρκίνο του μαστικού αδένα παρουσιάζουν πολύ συχνά διαταραχές της σεξουαλικότητας. Η εφαρμογή χειρουργικής επέμβασης, χημειοθεραπείας, ορμονοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, δύναται να προκαλέσουν πληθώρα αλλοιώσεων στην εικόνα σώματος και φέρουν πολλές επιπτώσεις ως προς το πώς συνειδητοποιούν οι γυναίκες το σωματικό τους είδωλο (Kolodziejczyk et al., 2019).

Η πλειοψηφία των γυναικών δέχεται αρνητικές επιδράσεις από τις ουλές που προκύπτουν από την χειρουργική θεραπευτική μέθοδο (Gass et al., 2019). Πέρα από τις ουλές από την αφαίρεση του μαστού, η κακοήθεια μπορεί να επιφέρει κοκκίνισμα και άλγος στην προσβεβλημένη περιοχή, τριχόπτωση καθώς και διαταραχές του σωματικού βάρους, από τις υπόλοιπες μεθόδους θεραπείας (Beaumont, 2007).

Οι πάσχουσες βαθμιαία οδηγούνται σε αποστασιοποίηση από τον σύντροφο τους καθώς ανησυχούν για την εικόνα σώματος τους και αδυνατούν να εμφανίσουν στον δεσμό τους το καινούριο τους σωματικό είδωλο. Επίσης, λόγω του άγχους, που δημιουργείται από όλα τα παραπάνω είναι δυνατόν να δημιουργηθεί στην ασθενή ξηρότητα του κόλπου, με αποτέλεσμα την πρόκληση ενός δυσχερούς και οδυνηρού ερωτικού δεσμού και πράξης. Ακόμα, έναν ακόμα παράγοντα μειωμένης σεξουαλικότητας αποτελεί και η πρόκληση εμμηνόπαυσης νωρίτερα του φυσιολογικού, ως αποτέλεσμα των αντινεοπλασματικών θεραπειών (Beaumont, 2007).

Το είδος της χειρουργικής μεθόδου, το διάστημα ύστερα από το τέλος της θεραπευτικής μεθόδου, τα ποσοστά άγχους, η εφαρμογή ενισχυτικής χημειοθεραπείας, η ενίσχυση από τον σύντροφο και η αρκετά καλή ποιότητα του δεσμού, συνιστούν παράγοντες μεγάλης βαρύτητας για την σεξουαλική λειτουργία. Επίσης, οι παράγοντες αυτοί ασκούν σημαντικές επιδράσεις και στην σεξουαλική ποιότητα ζωής, καθώς και στην εικόνα του σωματικού ειδώλου των γυναικών που κατάφεραν να παραμείνουν στην ζωή ύστερα από καρκίνο του μαστού (Kowalczyk et al., 2018).

Σε μελέτη που διεξήχθη από τους Cobo-Cuenca et al. (2018), διαπιστώθηκε πως η σεξουαλική ικανότητα και δραστηριότητα δέχθηκαν αλλαγές σε καρκινοπαθείς του μαστού. Το άλγος που ένιωθαν οι γυναίκες κατά την εισχώρηση του αντρικού μορίου, οι διαταραχές λίπανσης του κόλπου, η δυσλειτουργική επιθυμία και διέγερση συνιστούν τα βασικότερα προβλήματα των καρκινοπαθών. Το υψηλότερο ποσοστό σεξουαλικών διαταραχών εμφάνισαν οι πάσχουσες που είχαν υποστεί μαστεκτομή και στους δύο μαστικούς αδένες. Παρόλα αυτά τα δύο τρίτα των καρκινοπαθών που έλαβαν μέρος στην μελέτη ανέφεραν πως ήταν ευχαριστημένα από την έκβαση της σεξουαλικής τους δραστηριότητας. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ενήμερο των προβλημάτων αυτών που προκαλούν την σεξουαλική δυσλειτουργία, ώστε να μπορούν να επέμβουν αποτελεσματικά και να βοηθήσουν στην σεξουαλική ρύθμιση.

Οι Archangelo et al. (2019), επιχείρησαν να εκτιμήσουν τις επιπτώσεις που φέρει στην σεξουαλική ικανότητα στην εικόνα σώματος και στην κατάθλιψη, η ανακατασκευή του μαστικού αδένου. Στην μελέτη συμμετείχαν 90 γυναίκες ηλικίας από 18 έως 65 χρονών οι οποίες είχαν υποβληθεί σε αφαίρεση του μαστού ή σε αφαίρεση του μαστού μαζί με ανοικοδόμηση του μαζικού αδένου ή δεν έπασχαν από κακοήθεια του μαστού. Το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, ο δείκτης μάζας σώματος, και οι οικογενειακή ζωή ήταν και στις τρεις κατηγορίες, παρόμοιες.

Ιδιαίτερα χαμηλότερη σεξουαλική ικανότητα και εικόνα σώματος καθώς και περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης εμφάνισαν οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή σε σχέση με εκείνες που υποβλήθηκαν σε ανασυγκρότηση και έλεγχο της αφαίρεσης του μαστού. Τα σεξουαλικά προβλήματα εμφανίζονταν με ιδιαίτερα μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες με μαστεκτομή οι οποίες δεν διαθέτουν σύζυγο και διαθέτουν καλύτερο μορφωτικό επίπεδο σε σύγκριση με τις πάσχουσες των άλλων δύο ομάδων με τα ίδια γνωρίσματα. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες στις οποίες μετά την αφαίρεση του μαστού εφαρμόστηκε ανοικοδόμηση του, διαθέτουν υψηλότερη σεξουαλική λειτουργία και εικόνα σώματος, με μικρότερο ποσοστό κατάθλιψης συγκριτικά με τις πάσχουσες που έχουν υποστεί μόνο μαστεκτομή. Η κατηγορία των γυναικών μόνο με αφαίρεση μαστού εμφάνιζε με μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματα σεξουαλικότητας σχετιζόμενα με έλλειψη συζύγου και υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

2.3 Το στίγμα της μαστεκτομής

Οι αντιλήψεις που σχετίζονται με το σώμα κάποιου μπορεί να επηρεάσουν την αίσθηση ταυτότητας, την αυτοεκτίμηση, την αποδοχή, την σεξουαλικότητα και το αντίληψη της γυναίκας όσον αφορά το κοινωνικό στίγμα που επιδέχεται. Ο Goffman (1963), πάνω από μισό αιώνα πριν, όρισε το στίγμα ως «χαρακτηριστικό που είναι βαθιά δυσφημιστικό». Το στίγμα, «μειώνει» το άτομο από ένα συνηθισμένο και ολοκληρωμένο άνθρωπο, σε έναν άνθρωπο «μολυσμένο» και κατώτερο. Με τον καιρό, οι επιστήμονες συνειδητοποίησαν ότι το στίγμα δεν σχετίζεται μόνο με την κοινωνία αλλά και με την αυτό-έννοια του ατομικού αισθήματος του στιγματισμένου (Tripathi L et al. 2017).

Η διαχείριση του στίγματος της μαστεκτομής εντοπίζεται κυρίως στις σχέσεις με τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο και στα πλαίσια των ερωτικών σχέσεων. Σε έρευνα καθηγητριών του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, φάνηκε πως οι γυναίκες χρησιμοποιούν ποικίλους τρόπους για να διαχειριστούν το στίγμα. Οκτώ γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού και είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή τουλάχιστον ένα έτος πριν τη συμμετοχή τους στην έρευνα συμμετείχαν εθελοντικά στην έρευνα. Οι γυναίκες ήταν ηλικίας 36-63 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 51 έτη, ενώ ο χρόνος που είχε περάσει από τη μαστεκτομή ήταν ένα με δεκαπέντε έτη, με μέσο όρο τα εξίμισι έτη. Το ερευνητικό υλικό συγκεντρώθηκε μέσω ημιδομημένης συνέντευξης η οποία αποτελούνταν από έξι ανοιχτές ερωτήσεις γύρω από τη λήψη απόφασης για τη μαστεκτομή και την αποκατάσταση του στήθους, την επίδραση της μαστεκτομής στην εικόνα σώματος, την επίδραση της μαστεκτομής στη σχέση με το σύντροφο και τα παιδιά, και την επίδραση της μαστεκτομής στις καθημερινές δραστηριότητες. Πέντε συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο σύλλογο «Άλμα Ζωής» και τρεις στον επαγγελματικό χώρο μίας από τις ερευνήτριες.

Οι γυναίκες φάνηκε πως είτε κατέφευγαν στην απόκρυψη της μαστεκτομής είτε στην αποκάλυψη της μόνο σε ένα συγκεκριμένο κύκλο ανθρώπων. Επίσης, φάνηκε πως στις αλληλεπιδράσεις τους, προσπαθούν να προστατεύσουν τους άλλους από την αμηχανία, δείχνοντας ότι είναι σε θέση να διαχειριστούν την κατάσταση με ψυχραιμία, χιούμορ, αυτοσαρκασμό και ελαφρότητα. Σύμφωνα με τον Goffman (1963), τέτοιες αντιδράσεις είναι ή αναμενόμενη και επιθυμητή στάση από το κοινωνικό σύνολο επειδή θεωρείται ότι φανερώνουν την ομαλή προσαρμογή των στιγματισμένων και ότι αποσκοπούν στην διευκόλυνση της αλληλεπίδρασης τους με τους «φυσιολογικούς».

Η μελέτη του Πανεπιστημίου, όπως αναφέρθηκε, έδειξε πως οι γυναίκες χρησιμοποιούν δυο βασικούς τρόπους για να διαχειριστούν το στίγμα που επέρχεται του καρκίνου και της μαστεκτομής, οι οποίοι είναι η χρήση επιθέματος και η αποκατάσταση του στήθους. Η προστασία των άλλων ατόμων από την έκθεση τους στην μαστεκτομή αποτελεί τον βασικό λόγο για την χρήση επιθέματος, ενώ η διατήρηση μιας αναλλοίωτης εικόνας προστατεύει επίσης τη γυναίκα από την αποκάλυψη της προσωπικής της εμπειρίας σε τρίτους, καθώς η εμφάνιση χωρίς επιθέματα πιθανόν να επιφέρει σχόλια και ερωτήσεις που βιώνονται αρκετές φορές από τις γυναίκες ως αδιάκριτη εισβολή (Goffman, 1963). Βέβαια, αν και η χρήση επιθέματος πετυχαίνει την κάλυψη της στιγματισμένης σωματικής παραμόρφωσης από τους υπόλοιπους, γυναίκες ανέφεραν πως συνεχίζουν να αισθάνονται διαφορετικές. Αυτή την αίσθηση προωθεί η αίσθηση του «ξένου» που έχει το επίθεμα και οι πρακτικές δυσκολίες που επιφέρει στην καθημερινότητα όπως για παράδειγμα στην ένδυση που βασικό κριτήριο για την επιλογή των ρούχων αποτελεί η δυνατότητα κάλυψης της απώλειας του στήθους και η εξασφάλιση της σταθερότητας του επιθέματος.

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, οι οποίες προέβησαν σε αποκατάσταση του στήθους δήλωσαν ως βασικούς λόγους της επιλογής τους ότι θεώρησαν ότι θα τους προσέφερε την δυνατότητα να νιώσουν αρτιμελείς, να ανακτήσουν την αίσθηση της θηλυκότητας και να επιστρέψουν σε μια φυσιολογική καθημερινότητα. Η πλαστική αποκατάσταση δηλαδή περιγράφηκε ως μέρος της επιστροφής στη φυσιολογική ζωή. Μετά την ολοκλήρωση της αποκατάστασης οι γυναίκες άρχισαν να νιώθουν ότι αποφεύγουν το στίγμα ενώ η απαλλαγή από κάποιες συνέπειες της μαστεκτομής στην καθημερινή τους ζωή τις βοήθησε να αισθάνονται φυσιολογικές, να υιοθετήσουν ξανά μια θετική εικόνα για το σώμα τους και να εκφράσουν την σεξουαλικότητα τους.

Από την αντίθετη πλευρά, η πλαστική αποκατάσταση του στήθους, η οποία μπορεί να θεωρηθεί προσπάθεια εξάλειψης του στίγματος, μπορεί να μην εξασφαλίσει στις γυναίκες την φυσιολογικότητα που επιδιώκουν. Ακόμα και μετά την επανόρθωση του ορατού ψεγαδιού, οι γυναίκες φάνηκαν να εξακολουθούν να αισθάνονται διαφορετικές εξαιτίας των σημαδιών που αφήνει η αποκατάσταση όπως είναι οι ουλές αλλά και η απουσία της θηλής. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες ανέφεραν πως αισθάνονταν το νέο στήθος ξένο και διαφορετικό ως προς την υφή, ενώ

η αίσθηση συνήθως απουσίαζε. Συνέχισαν επίσης να νιώθουν το σώμα τους λειψό, μη συμμετρικό και παραμορφωμένο.

Τέλος, οι γυναίκες οι οποίες βρίσκονταν σε διαδικασία να πάρουν απόφαση σχετικά με την αποκατάσταση ή όχι του στήθους τους, δήλωσαν την επιθυμία τους για απόκτηση στήθους αλλά και την ανησυχία τους ότι πιθανές αρνητικές αντιδράσεις του κοινωνικού περιγύρου καθώς και ενός μελλοντικού συντρόφου δεν θα εξαλειφθούν από την αποκατάσταση. Για τις γυναίκες που είχαν ήδη προβεί σε πλαστική αποκατάσταση, η ίδια η αποκατάσταση τις υπενθύμιζε, στις ίδιες αλλά και στους άλλους τον καρκίνο και βιώνεται ως μέρος της απώλειας (Αυδή Ε., Ζηλιασκοπούλου Δ., Ρούσση Π., 2012).

2.4 Ο ρόλος της μαίας

Η ομάδα του υγειονομικού προσωπικού, κυρίως οι μαίες και οι νοσηλεύτες, έχει την δυνατότητα να συμβάλλει στην ελάττωση της εμφάνισης της νόσου και επομένως της θνησιμότητας. Λόγω της συνεχούς επικοινωνίας και σχέσης που έχει με τους νοσούντες, η συμβολή στην πρόληψη είναι σημαντική καθώς υπάρχει η ευκαιρία να ενημερωθεί ο πληθυσμός για τους προστατευτικούς αλλά και για τους παράγοντες κινδύνου οι οποίοι αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης μαστικού καρκίνου (Srivastava et al., 2016). Οι μαίες πρέπει να προβαίνουν σε εκτίμηση του ατόμου και της οικογένειας του σε περίπτωση που υπάρχει αυξημένη επικινδυνότητα, ώστε να υπάρξει προτροπή τους για συχνή επανεξέταση και να ενημερωθούν για τις δυνατότητες προγνωστικού ελέγχου. Επίσης, πρέπει να γίνεται αναγνώριση των κλινικών συμπτωμάτων και σημείων του καρκίνου του μαστού για να παραπέμψουν τις γυναίκες στις κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες (Πατέρας και συν., 2004). Επιπλέον, μεγάλης σπουδαιότητας, είναι και η δυνατότητα που έχουν για διδασχή στον γυναικείο πληθυσμό της μεθόδου της αυτοεξέτασης του μαζικού αδένου (Srivastava et al., 2016).

Όσο αφορά την πρόληψη, η μαία, κατά την γνωριμία με την γυναίκα, θα πρέπει να ρωτήσει και να συγκεντρώσει δεδομένα για τους παράγοντες κινδύνου. Τα δεδομένα αυτά σχετίζονται με το ιατρικό ιστορικό της οικογένειας, την διατροφή, τον δείκτη μάζας σώματος, την σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, το επάγγελμα, την φαρμακευτική αγωγή, την πνευματική κατάσταση, τις ορμόνες, τις πεποιθήσεις, όπως επίσης και το ιστορικό απόκτησης τέκνων. Έπειτα από την εκτίμηση των στοιχείων, όπως συνιστάται, θα πρέπει να καθοδηγήσει την γυναίκα σε επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις (Πατέρας και συν., 2014).

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η μαία στην διάγνωση της νόσου. Η κακοήθεια στην ψυχολογία των πασχόντων συνεπάγεται την απώλεια της ζωής. Για τον λόγο αυτό αναγκαιότητα αποτελεί η παροχή ψυχολογικής αρωγής στα άτομα αυτά.

Η μαία δύναται να υποστηρίξει ψυχικά τις ασθενείς καθώς επίσης σπουδαία είναι και η συμμετοχή της στην ενημέρωση τους αναφορικά με τα δυσμενή νέα της διάγνωσης. Επιπλέον, αναλαμβάνει να ενημερώσει τους πάσχοντες και τις οικογένειες με αναγκαίες για αυτούς πληροφορίες και να συζητήσουν για όλα όσα σχετίζονται με την ασθένεια (Abbaszadeh et al., 2014). Η μαία μέσα από την διαρκή και άμεση επικοινωνία της με τις νοσούντες, δημιουργεί τις απαραίτητες βάσεις για την δημιουργία συναισθηματικής επαφής και θεραπευτικού δεσμού, ενώ ταυτόχρονα δύναται να επικεντρωθεί περισσότερο στις ανάγκες και στα θέλω των καρκινοπαθών (Barclay et al., 2007).

Η επίπονη χειρουργική επέμβαση της μαστεκτομής αλλά και οι ποικίλες και πολλαπλές ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπειών έχουν ως άμεσο αντίκτυπο στην ψυχολογική κατάσταση και στην ποιότητα ζωής των γυναικών. Ειδικότερα, μια γυναίκα που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, θα κληθεί να αντιμετωπίσει μεταξύ άλλων, πόνο, κόπωση και ναυτία. Η μαία καλείται να παρέμβει για την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών με στόχο την ανακούφιση της γυναίκας.

Όσο αναφορά την παρενέργεια της κόπωσης, η μαία είναι υπεύθυνη να αξιολογήσει την κόπωση κατά την πρώτη κλινική εκτίμηση της γυναίκας, ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά την περίοδο της θεραπείας καθώς και μετά το πέρας αυτής. Συμβουλεύει την ασθενή να αφιερώσει πολλές ώρες στον ύπνο και να αφιερώσει διαστήματα μέσα στην μέρα για ξεκούραση. Της διδάσκει μεθόδους που υποβοηθούν την κινητικότητα, την συμβουλεύει να τροποποιήσει τις καθημερινές της δραστηριότητες και ενθαρρύνει τους συγγενείς και φίλους να την υποστηρίξουν στις καθημερινές της ασχολίες. Τέλος, συστήνει στην ασθενή την έναρξη συστηματικής σωματικής άσκησης, καθώς σύμφωνα με μελέτες, ελαττώνει τα επίπεδα κόπωσης, την κατάθλιψη, την αϋπνία και γενικά βελτιώνει την ποιότητα ζωής (Schmitz et al., 2010, Hofman et al., 2007).

Στην ανεπιθύμητη ενέργεια της ναυτίας και του εμετού η μαία θα πρέπει να χορηγήσει αντιεμετικά φάρμακα με καταπραυντική δράση κατόπιν οδηγίας του θεράποντα ιατρού. Συστήνεται η παρότρυνση και η ενίσχυση της προσπάθειας της γυναίκας για αλλαγή των διατροφικών της συνηθειών με στόχο την μείωση της ναυτίας. Προτείνονται συχνά και μικρά γεύματα και κυρίως η λήψη ξηράς τροφής καθώς και η παραπομπή σε διατροφολόγο. Τέλος, ο χώρος της ασθενούς θα πρέπει να καθαρίζεται από τους εμετούς, ώστε να είναι υγιεινός και καθαρός, καθώς επίσης θα πρέπει το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών να είναι σταθερό (Βιβιλάκη Β., 2016).

Στην ανεπιθύμητη ενέργεια του πόνου, η μαία προκειμένου να τον αντιμετωπίσει αποτελεσματικά και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της πάσχουσας, θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει τις απαντήσεις που λαμβάνει από τις ασθενείς. Μπορεί λοιπόν να βοηθήσει την γυναίκα με την παροχή μέτρων άνεσης, ήρεμου περιβάλλοντος, την χορήγηση αναλγητικών

αλλά και την προτροπή για μη φαρμακολογικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου όπως ο διαλογισμός, η ύπνωση και η δερματική ηλεκτρική διέγερση (Βιβιλάκη Β., 2016).

Κατόπιν μαστεκτομής, η μαία οφείλει να σχεδιάσει και να υλοποιήσει παρεμβάσεις προκειμένου να προσφέρει ψυχολογική αρωγή και στήριξη στην πάσχουσα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της. Στις παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνεται η προσπάθεια ύπαρξης ευνοϊκού κλίματος επικοινωνίας και εμπιστοσύνης, η ενθάρρυνση της γυναίκας να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της, καθώς και η διαχείριση αυτών. Η μαία προωθεί την κοινωνικοποίηση της, την παροτρύνει να εξακολουθήσει την πραγματοποίηση των καθημερινών της ενεργειών και συνηθειών. Επιπλέον, δύναται να την διδάξει μεθόδους χαλάρωσης και αντιμετώπισης τους άγχους, των καταθλιπτικών συναισθημάτων και του αισθήματος της έλλειψης σιγουριάς (Βιβιλάκη, 2016). Την παροτρύνει να μιλήσει για τα αισθήματα που νιώθει αναφορικά με την πιθανή ή ήδη υπάρχουσα απώλεια του μαστού και πώς αυτό άλλαξε τις καθημερινές της ασχολίες, καθώς επίσης της υπενθυμίζει πως η αξία της συνδέεται με την προσωπικότητα και την ευφυΐα της και όχι με το στήθος της. Πολύ σημαντική είναι η παροχή βοήθειας στην γυναίκα, να αντιληφθεί και να αποδεχθεί την μεταβολή του σωματικού της είδωλου εξαιτίας των θεραπειών, η παρότρυνση της να κρατήσει μια θετική εικόνα για τον σωματικό της είδωλο, με το να αγγίζει την ουλή της, ώστε να εξοικειωθεί με αυτή (Lemone & Bourke, 2004).

Η συζήτηση με τον σύντροφο της πάσχουσας, εάν υπάρχει, και η ενθάρρυνση του να την υποστηρίξει κρίνεται σημαντική καθώς η αρωγή αυτή από τον σύντροφο διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην αυτοπεποίθηση της γυναίκας και στην ιδέα που έχει για την εικόνα σώματος της (Paterson et al., 2016). Επίσης, η προτροπή και του φιλικού της περιβάλλοντος για παροχή υποστήριξης είναι εξίσου καταλυτική καθώς κάτι τέτοιο ενθαρρύνει την πάσχουσα να εμφανίζεται δημόσια και να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες (Lambley, 2005).

Ένας ακόμη τρόπος βελτίωσης της ψυχολογικής κατάστασης και ποιότητας ζωής των νοσούντων είναι η πρόταση και εφαρμογή ασκήσεων και μεθόδων χαλάρωσης, καθώς και της διαφραγματικής αναπνοής, τα οποία συνεισφέρουν στον έλεγχο και στην ελάττωση τους άγχους. Οι πάσχουσες διδάσκονται πως να λαμβάνουν ορθές αναπνοές, με σκοπό την ελάττωση του άγχους και γενικά της ψυχολογικής και συναισθηματικής φόρτισης. Τέλος, η μαία προσπαθεί να αποσπάσει την προσοχή των γυναικών, κυρίως των πασχόντων εκείνων που θα υποστούν χειρουργείο και εμφανίζουν αγχώδη συναισθήματα. Έτσι, παροτρύνει την οικογένεια και τους φίλους να την επισκεφθούν, της προτείνει να ακούσει μουσική, να διαβάσει ένα βιβλίο ή να παρακολουθήσει τηλεόραση. Με τον περισπασμό αυτόν επιτυγχάνεται ελάττωση των επιπέδων του άγχους (Ignatavicius & Workman, 2008).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο : Σκοπός της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα διερευνώνται οι απόψεις των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, σχετικά με τα νέα δεδομένα μετά την επέμβαση. Αναλυτικότερα, η έρευνα εστιάζει στην επίδραση της εξωτερικής εμφάνισης των γυναικών στην αυτοεκτίμηση τους και σε ποιο επίπεδο έχουν αποδεχθεί την νέα εικόνα του σώματος τους. Τα παραπάνω, συνοψίζονται στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- Σε ποιο επίπεδο οι γυναίκες αποδέχονται την εξωτερική τους εμφάνιση μετά την επέμβαση και ποιο είναι το επίπεδο αυτοεκτίμησης του;
- Το επίπεδο αυτοεκτίμησης των γυναικών επηρεάζει το επίπεδο στο οποίο αποδέχονται την εξωτερική τους εμφάνιση;

Κεφάλαιο 2^ο : Υλικό & Μέθοδος

Δείγμα

Το δείγμα συγκροτούν 81 γυναίκες ελληνικής εθνικότητας, οι περισσότερες εκ των οποίων είναι έγγαμες, έχουν ηλικία 41 ετών και άνω και είναι κάτοχοι απολυτηρίου Λυκείου ή ΤΕΕ. Επιπλέον, στην πλειοψηφία τους διαμένουν σε πόλη, είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, και η οικονομική τους κατάσταση είναι όπως του μέσου πολίτη.

Ερευνητικό εργαλείο

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 3 ενότητες. Η πρώτη, περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις κλειστού τύπου με τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Η δεύτερη αποτελείται από το ερωτηματολόγιο «Questionnaire for women who have had mastectomy surgery» (Eighteen month patient questionnaire) σχεδιασμένο από το Royal College of Surgeons of England και το οποίο υιοθετήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης ώστε να διερευνήσει την άποψη των γυναικών για την εξωτερική τους εμφάνιση κατόπιν της μαστεκτομής και περιέχει 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η τρίτη περιλαμβάνει την κλίμακα Rosenberg με 10 ερωτήσεις Likert σχετικά με την αυτοεκτίμηση των γυναικών έπειτα από μία παραμορφωτική επέμβαση όπως είναι η μαστεκτομή.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Λόγω των περιοριστικών μέτρων εξαιτίας του Covid-19, η έρευνα το ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε για τις ανάγκες της έρευνας κοινοποιήθηκε σε ομάδες του Facebook. Το ερωτηματολόγιο περιείχε και συνοδευτική επιστολή με γενικές πληροφορίες γύρω από την έρευνα, υποδείξεις για τον τρόπο και χρόνο συμπλήρωσής του και τις θερμές ευχαριστίες της ερευνήτριας. Επομένως, όλες οι γυναίκες που θέλησαν να συμμετάσχουν ενημερώθηκαν για τον βασικό σκοπό της έρευνας και πως η συμμετοχή τους θα συμβάλλει σε αυτόν, ενώ ταυτόχρονα δόθηκε μεγάλη έμφαση στην εθελοντική μορφή της, καθιστώντας σαφές πως μπορούσαν να αποσυρθούν όποτε αυτές το επιθυμούσαν. Ακόμη, μεγάλη έμφαση δόθηκε επίσης στην ανωνυμία των απαντήσεων τους καθ' όλη την ανάλυση και παρουσίαση της έρευνας.

Εργαλεία ανάλυσης

Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου αφού πέρασαν από επεξεργασία στο πρόγραμμα Microsoft Excel στη συνέχεια αναλύθηκαν στατιστικά με το πλέον διαδεδομένο στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.25. Η ανάλυση και η παρουσίαση όλων των ερωτήσεων-απόψεων, υλοποιήθηκε με χρήση ποσοστών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων, ενώ η απεικόνιση των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης, διεξήχθη με πίνακες, γραφήματα και ραβδρογράμματα. Για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων, μετρήθηκε η αξιοπιστία των κλιμάκων της έρευνας με τη χρήση του Cronbach's Alpha. Στη συνέχεια, παρουσιάστηκαν οι κλίμακες, και πιο συγκεκριμένα τα Score αυτών με τη χρήση μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων. Τέλος, για την διερεύνηση της μεταξύ τους σχέσης, έγινε χρήση του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson

Περιγραφική στατιστική

Ο στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της αυτοεκτίμησης των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και των παραγόντων που διαδραματίζουν σοβαρό λόγο στη μεταβολή της αυτοεκτίμησης η οποία λειτουργεί θετικά όταν προσαρμόζονται στις καταστάσεις και αρνητικά όταν δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν δύσκολες καταστάσεις και παραιτούνται..

1. Αποτελέσματα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

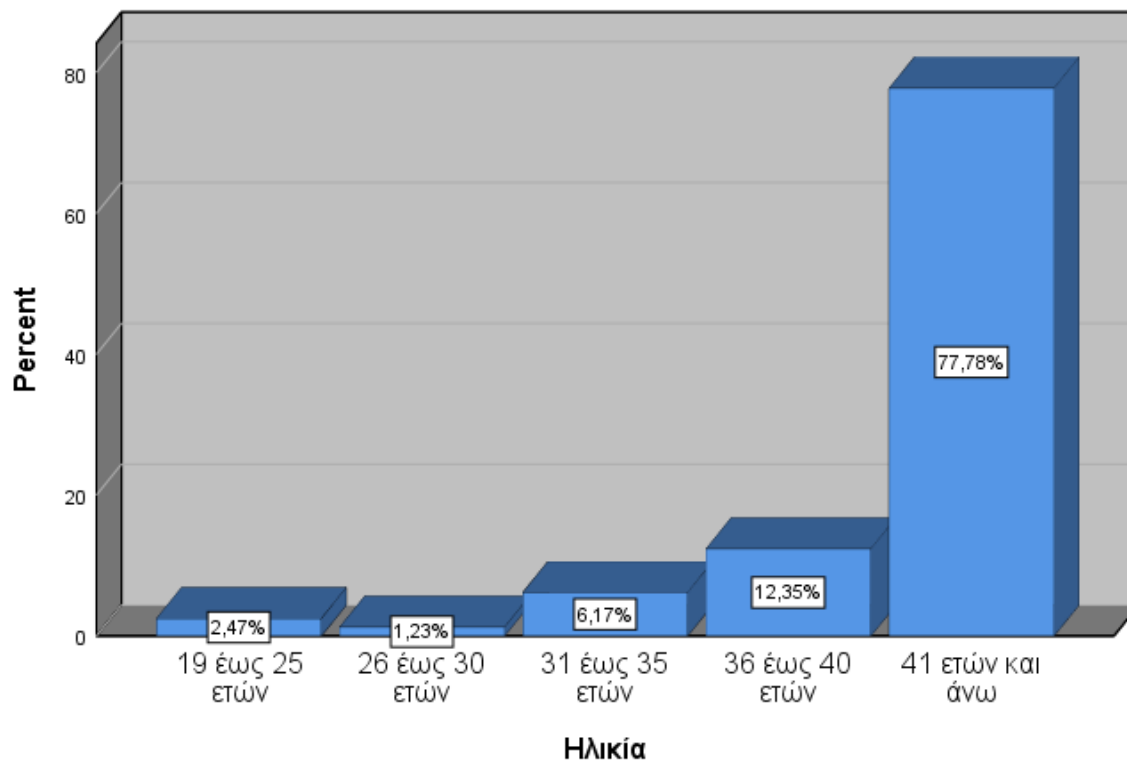
Η 1η ενότητα περιλαμβάνει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.

Ο Πίνακας 1 και το Γράφημα 1 παρουσιάζουν την ηλικία των ερωτηθέντων. Η πλειοψηφία του δείγματος, είναι 41 ετών και άνω, αγγίζοντας το 77.8%, ενώ το 12.3% είναι 36 έως 40 ετών.

Επιπλέον, το 6.2% έχει ηλικία που κυμαίνεται από 31 έως 35 ετών, το 2.5% από 19 έως 25 ετών και το 1.2% από 26 έως 30 ετών.

Πίνακας 1: Ηλικία				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19 έως 25 ετών	2	2,5	2,5
	26 έως 30 ετών	1	1,2	3,7
	31 έως 35 ετών	5	6,2	9,9
	36 έως 40 ετών	10	12,3	22,2
	41 ετών και άνω	63	77,8	100,0
	Total	81	100,0	

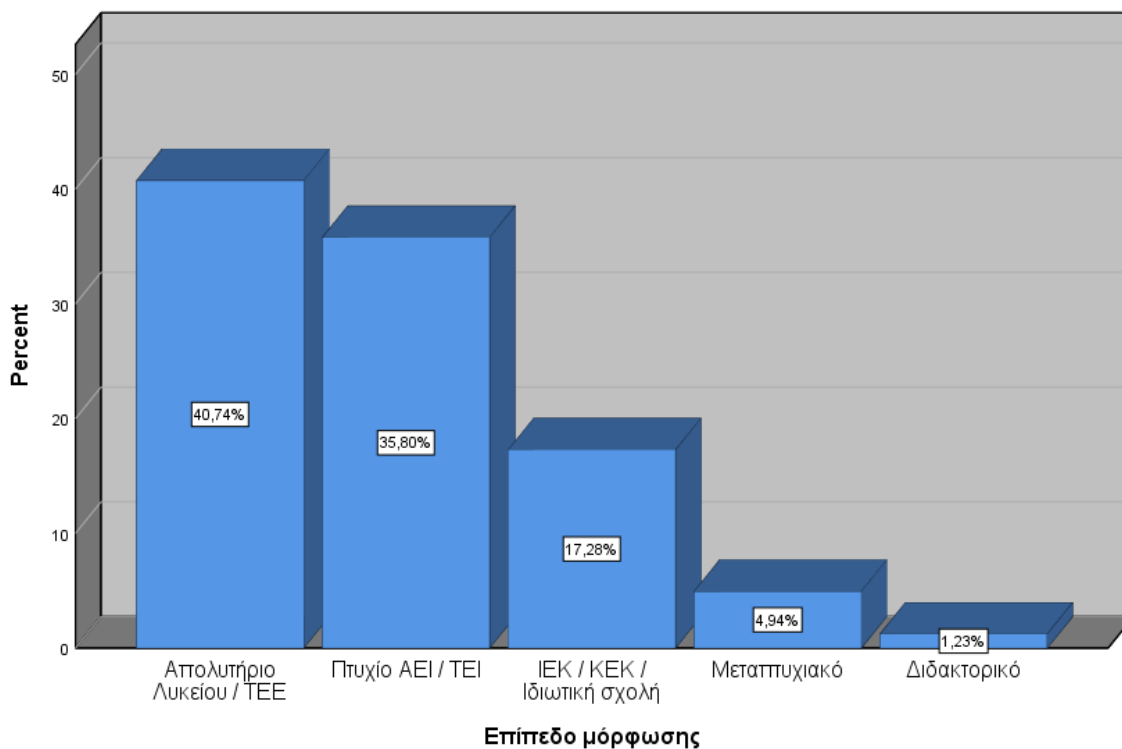
Γράφημα 1: Ηλικία



Αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσης των συμμετεχόντων, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2 και το Γράφημα 2, οι περισσότερες εξ αυτών αγγίζοντας το 40.7%, κατέχουν απολυτήριο λυκείου / ΤΕΕ και το 35.8% πτυχίο ΑΕΙ / ΤΕΙ. Επιπλέον, το 17.3% των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή είναι απόφοιτοι των ΙΕΚ / ΚΕΚ / Ιδιωτικής σχολής, το 4.9% απέκτησαν μεταπτυχιακό και το 1.2% διδακτορικό.

Πίνακας 2: Επίπεδο μόρφωσης				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απολυτήριο Λυκείου / ΤΕΕ	33	40,7	40,7
	Πτυχίο ΑΕΙ / ΤΕΙ	29	35,8	76,5
	ΙΕΚ / ΚΕΚ / Ιδιωτική σχολή	14	17,3	93,8
	Μεταπτυχιακό	4	4,9	98,8
	Διδακτορικό	1	1,2	100,0
	Total	81	100,0	

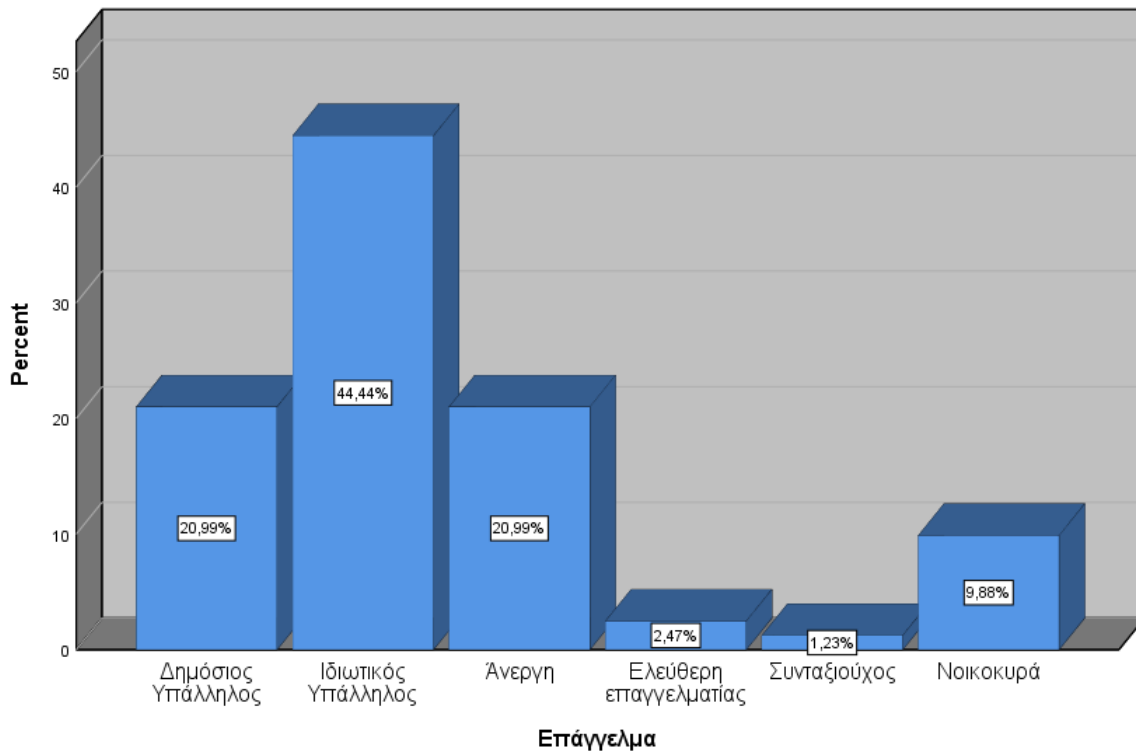
Γράφημα 2: Επίπεδο μόρφωσης



Συνεχίζοντας, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3 και το Γράφημα 3, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων γυναικών είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι με ποσοστό 44.4%, ενώ το 21% δημόσιοι υπάλληλοι και το 21% άνεργες,. Επιπλέον, το 9.9% του δείγματος ασχολούνται με τα οικιακά, το 2.5% είναι ελεύθερες επαγγελματίες και το 1.2% συνταξιούχοι.

Πίνακας 3: Επάγγελμα				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημόσιος Υπάλληλος	17	21,0	21,0
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	36	44,4	65,4
	Άνεργη	17	21,0	86,4
	Ελεύθερη επαγγελματίας	2	2,5	88,9
	Συνταξιούχος	1	1,2	90,1
	Νοικοκυρά	8	9,9	100,0
	Total	81	100,0	

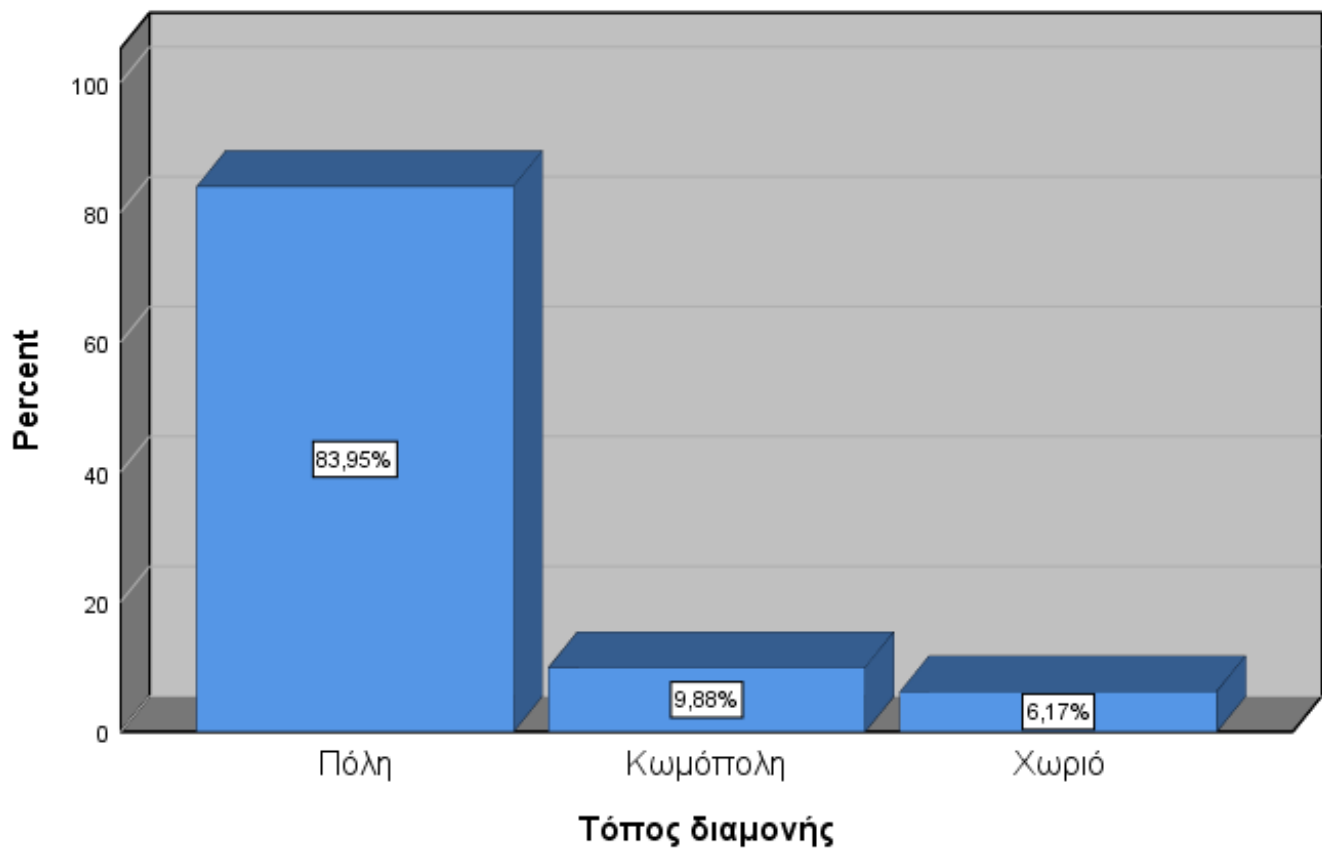
Γράφημα 3: Επάγγελμα



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αγγίζοντας το 84%, σύμφωνα με τον Πίνακα 4 και το Γράφημα 4 που ακολουθούν, διαμένουν σε πόλη, το 9.9% σε κωμόπολη. Επιπλέον, μόλις το 6.2% των γυναικών κατοικούν σε κάποιο χωριό.

Πίνακας 4: Τόπος διαμονής				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πόλη	68	84,0	84,0
	Κωμόπολη	8	9,9	93,8
	Χωριό	5	6,2	100,0
	Total	81	100,0	

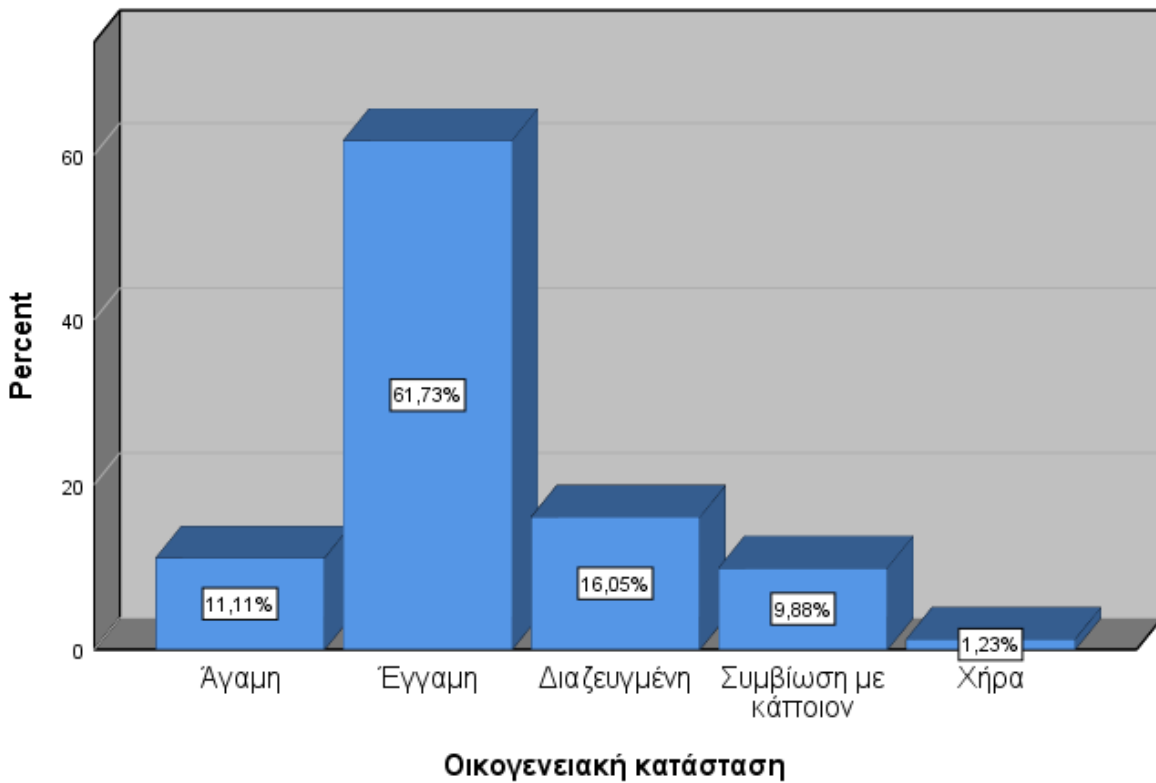
Γράφημα 4: Τόπος διαμονής



Ακολούθως, ο Πίνακας 5 και το Γράφημα 5 περιγράφουν την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή. Οι περισσότερες, αγγίζοντας το 61.7%, είναι έγγαμες, το 16% διαζευγμένες, το 11.1% άγαμες και το 9.9% συμβιώνουν με κάποιον. Επιπροσθέτως, στην παρούσα έρευνα συμμετέχει και μία χήρα με ποσοστό 1.2%.

Πίνακας 5: Οικογενειακή κατάσταση				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμη	9	11,1	11,1
	Έγγαμη	50	61,7	72,8
	Διαζευγμένη	13	16,0	88,9
	Συμβίωση με κάποιον	8	9,9	98,8
	Χήρα	1	1,2	100,0
	Total	81	100,0	

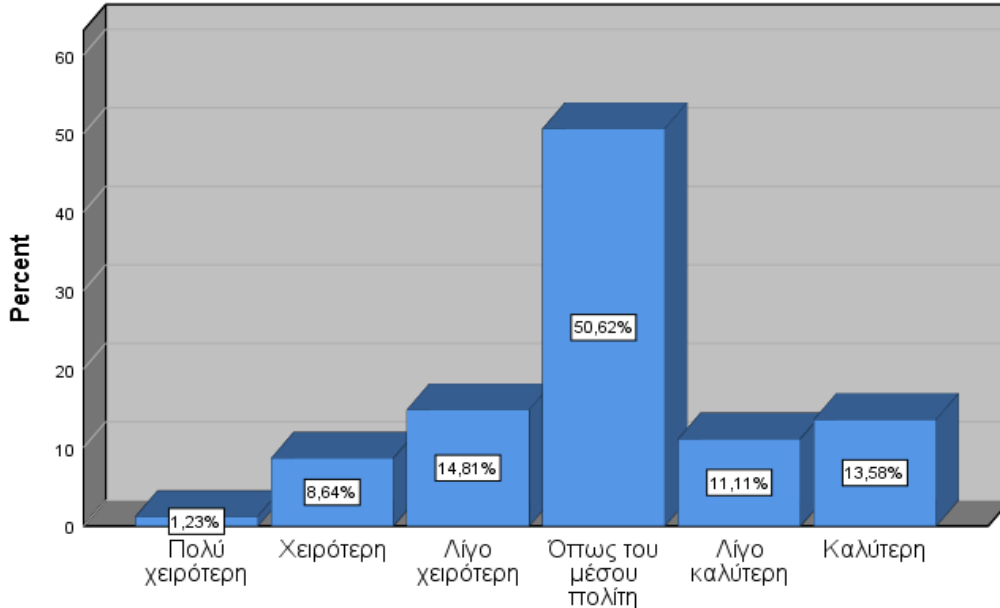
Γράφημα 5: Οικογενειακή κατάσταση



Στη συνέχεια, στον Πίνακα 6 και το Γράφημα 6 αναφέρεται η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων. Το 50.6% δηλώνουν, ότι είναι όπως του μέσου πολίτη, το 14.8% λίγο χειρότερη και το 13.6% καλύτερη. Επιπροσθέτως, το 11.1% δηλώνουν ότι η οικονομική τους κατάσταση είναι λίγο καλύτερη από το μέσο πολίτη, το 8.6% χειρότερη και το 1.2% πολύ χειρότερη.

Πίνακας 6: Σε σύγκριση με το μέσο πολίτη ποια είναι η οικονομική σας κατάσταση				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ χειρότερη	1	1,2	1,2
	Χειρότερη	7	8,6	9,9
	Λίγο χειρότερη	12	14,8	24,7
	Όπως του μέσου πολίτη	41	50,6	75,3
	Λίγο καλύτερη	9	11,1	86,4
	Καλύτερη	11	13,6	100,0
	Total	81	100,0	

Γράφημα 6: Σε σύγκριση με το μέσο πολίτη ποια είναι η οικονομική σας κατάσταση



Σε σύγκριση με το μέσο πολίτη ποια είναι η οικονομική σας κατάσταση

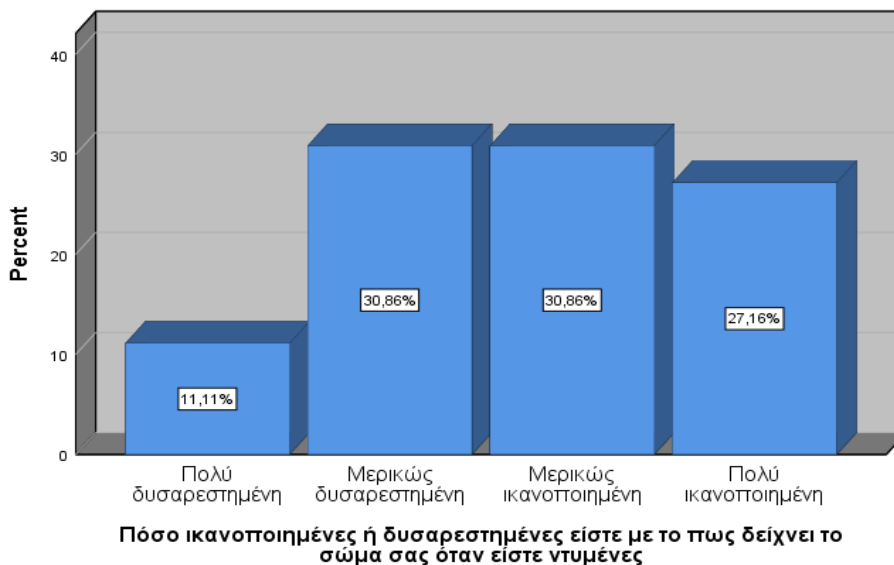
Δηλώσεις των γυναικών για την ποιότητα ζωής τους εξαιτίας της εξωτερικής τους εμφάνισης κατόπιν επέμβασης μαστεκτομής

Η 2^η ενότητα περιλαμβάνει τις απόψεις των γυναικών κατόπιν μαστεκτομής, σχετικά με την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια τους για την εμφάνισή τους ειδικά στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Στον Πίνακα 7 και το Γράφημα 7, οι γυναίκες που δηλώνουν ότι είναι μερικώς δυσαρεστημένες με το πως δείχνει το σώμα τους όταν είναι ντυμένες αποτελούν το 30.9% του δείγματος, ενώ το 30.9% είναι μερικώς ικανοποιημένες. Ακολούθως, το 27.2% των συμμετεχόντων γυναικών δηλώνουν πολύ ικανοποιημένες, ενώ το 11.1% πολύ δυσαρεστημένες.

Πίνακας 7: Πόσο ικανοποιημένες ή δυσαρεστημένες είστε με το πως δείχνει το σώμα σας όταν είστε ντυμένες				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ δυσαρεστημένη	9	11,1	11,1
	Μερικώς δυσαρεστημένη	25	30,9	42,0
	Μερικώς ικανοποιημένη	25	30,9	72,8
	Πολύ ικανοποιημένη	22	27,2	100,0
	Total	81	100,0	

Γράφημα 7: Πόσο ικανοποιημένες ή δυσαρεστημένες είστε με το πως δείχνει το σώμα σας όταν είστε ντυμένες

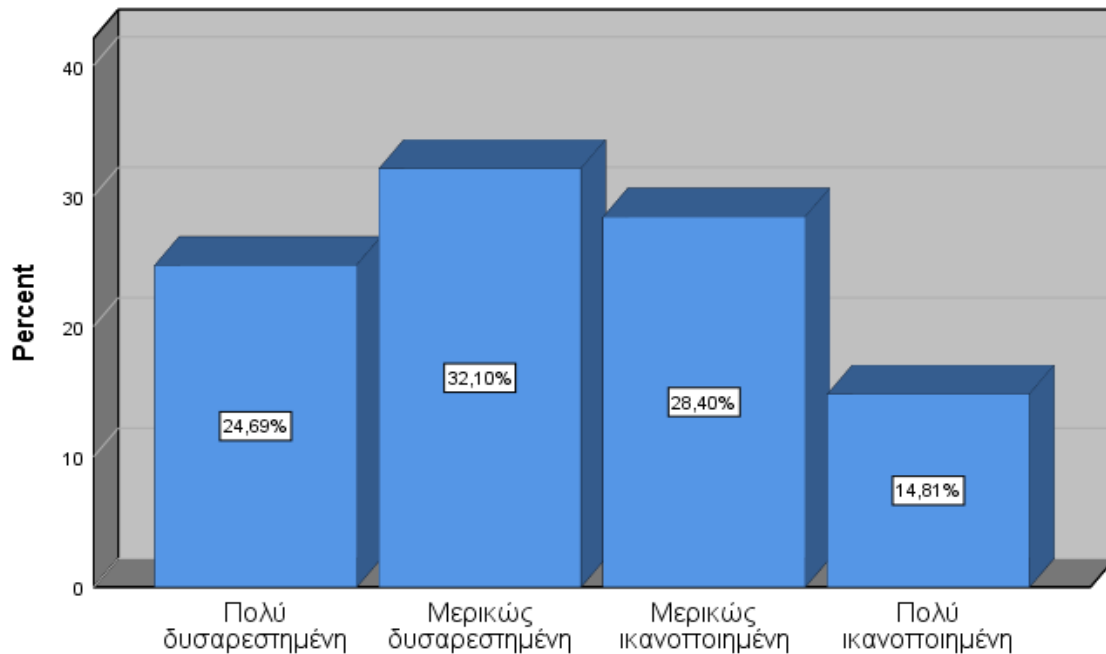


Ακολούθως, στον Πίνακα 8 και το Γράφημα 8, είναι εμφανές πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων των γυναικών κατόπιν μαστεκτομής με ποσοστό 32.1%, δηλώνουν ότι είναι μερικώς δυσαρεστημένες με την εφαρμογή που έχει στο σώμα τους μια πιο στενή ένδυση.

Ακόμη, το 28.4% των γυναικών είναι μερικώς ικανοποιημένες, το 24.7% πολύ δυσαρεστημένες και το 14.8% πολύ ικανοποιημένες.

Πίνακας 8: Πόσο ικανοποιημένες ή δυσαρεστημένες είστε με την εφαρμογή που έχει στο σώμα σας μια πιο στενή ένδυση				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ δυσαρεστημένη	20	24,7	24,7
	Μερικώς δυσαρεστημένη	26	32,1	56,8
	Μερικώς ικανοποιημένη	23	28,4	85,2
	Πολύ ικανοποιημένη	12	14,8	100,0
	Total	81	100,0	

Γράφημα 8: Πόσο ικανοποιημένες ή δυσαρεστημένες είστε με την εφαρμογή που έχει στο σώμα σας μια πιο στενή ένδυση



Πόσο ικανοποιημένες ή δυσαρεστημένες είστε με την εφαρμογή που έχει στο σώμα σας μια πιο στενή ένδυση

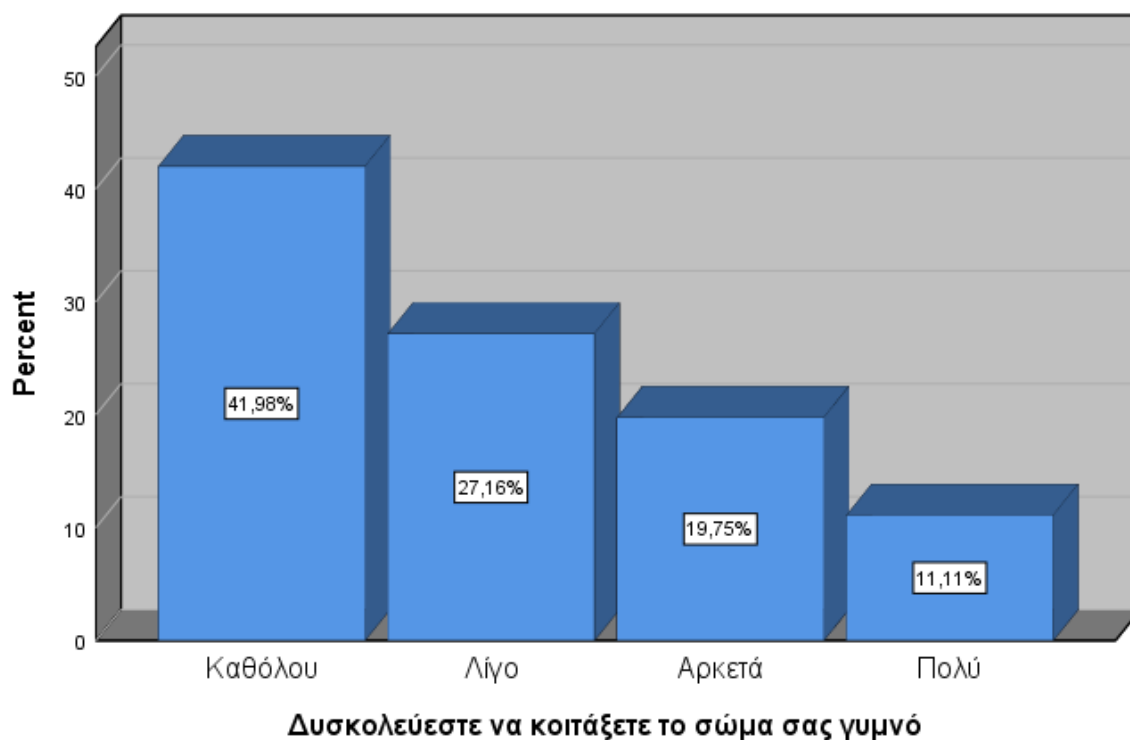
Οι γυναίκες στην παρούσα έρευνα με ποσοστό 42% δηλώνουν, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 9 και το Γράφημα 9, ότι δεν δυσκολεύονται καθόλου να κοιτάξουν το σώμα τους γυμνό, ενώ το 27.2% δυσκολεύονται λίγο.

Ακολούθως, το 19.8% του δείγματος δηλώνουν ότι δυσκολεύονται αρκετά και το 11.1% φαίνεται να παρουσιάζει πολύ μεγάλες δυσκολίες.

Πίνακας 9: Δυσκολεύεστε να κοιτάξετε το σώμα σας γυμνό

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	34	42,0	42,0
	Λίγο	22	27,2	69,1
	Αρκετά	16	19,8	88,9
	Πολύ	9	11,1	100,0
	Total	81	100,0	

Γράφημα 9: Δυσκολεύεστε να κοιτάξετε το σώμα σας γυμνό

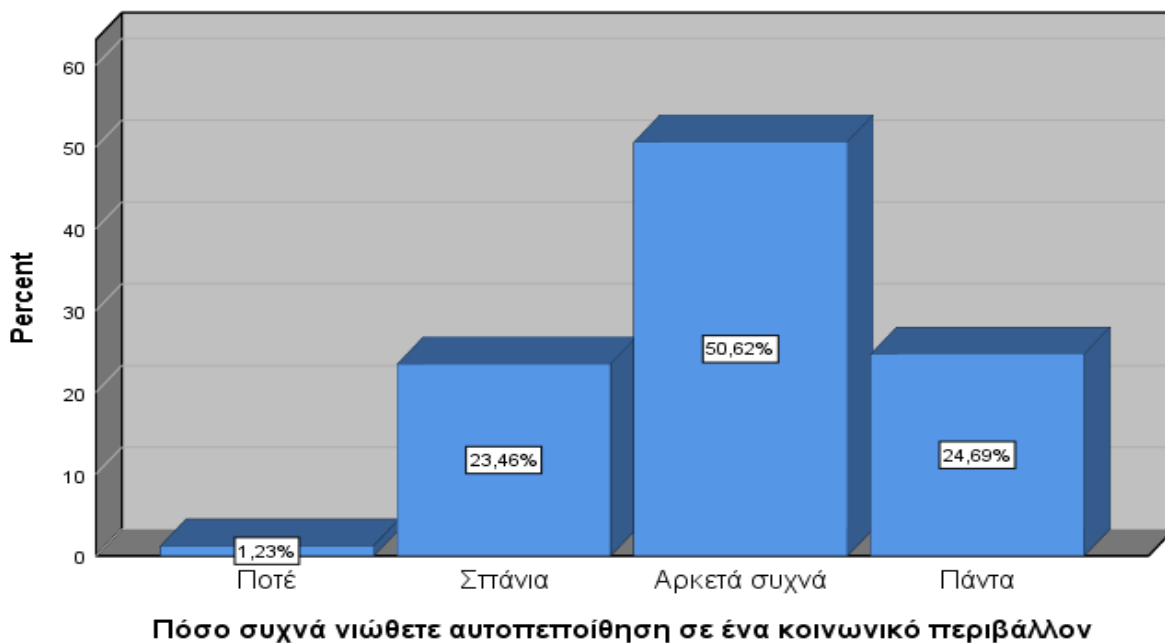


Ακολούθως, στον Πίνακα 10 και το Γράφημα 10 η πλειοψηφία των γυναικών κατόπιν μαστεκτομής, με ποσοστό 50.6%, δηλώνουν ότι αρκετά συχνά νιώθουν αυτοπεποίθηση σε ένα κοινωνικό περιβάλλον. Όσες αισθάνονται πάντα αυτοπεποίθηση αγγίζουν το 24.7%, το 23.5%

αισθάνεται σπάνια αυτοπεποίθηση και μόνο μία γυναίκα αποτελώντας το 1.2% δεν νιώθει αυτοπεποίθηση ποτέ σε ένα κοινωνικό περιβάλλον.

Πίνακας 10: Πόσο συχνά νιώθετε αυτοπεποίθηση σε ένα κοινωνικό περιβάλλον				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ποτέ	1	1,2	1,2
	Σπάνια	19	23,5	24,7
	Αρκετά συχνά	41	50,6	75,3
	Πάντα	20	24,7	100,0
	Total	81	100,0	

Γράφημα 10: Πόσο συχνά νιώθετε αυτοπεποίθηση σε ένα κοινωνικό περιβάλλον

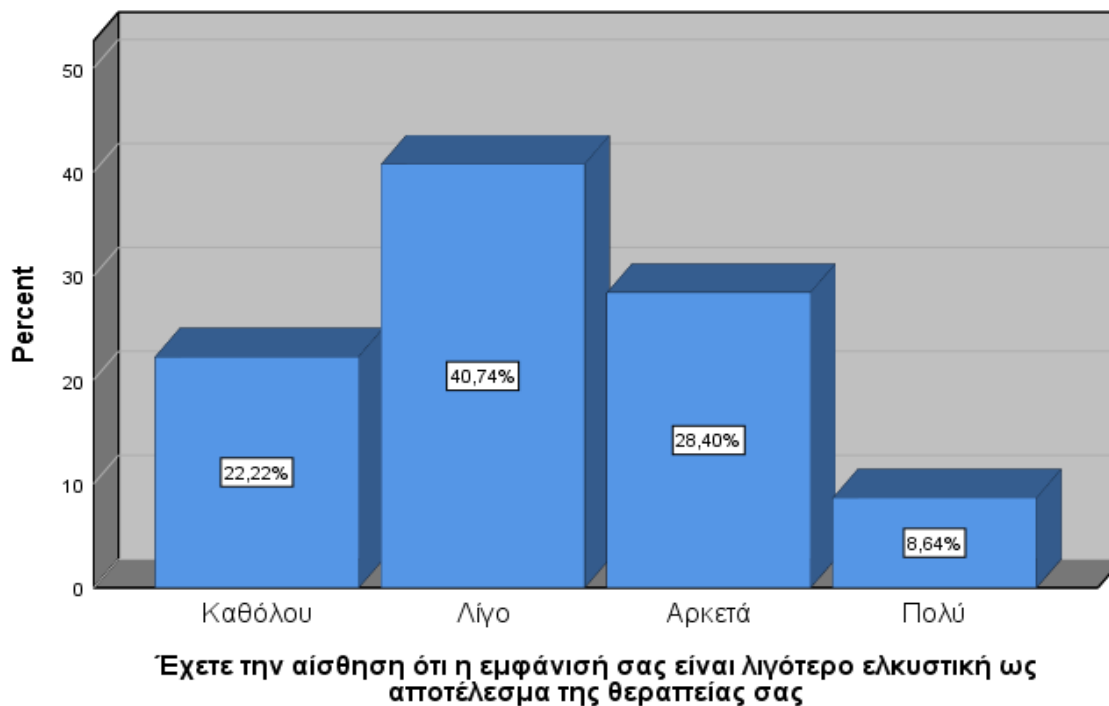


Στον Πίνακα 11 και το Γράφημα 11, περιλαμβάνονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών, που σχετίζονται με την αίσθηση που έχουν ότι η εμφάνισή τους είναι λιγότερο

ελκυστική, ως αποτέλεσμα της θεραπείας τους. Το 40.7% δηλώνουν ότι έχουν λίγο την αίσθηση ότι η εμφάνισή τους είναι λιγότερο ελκυστική, το 28.4% αρκετά, το 22.2% καθόλου και το 8.6% πολύ.

Πίνακας 11: Έχετε την αίσθηση ότι η εμφάνισή σας είναι λιγότερο ελκυστική ως αποτέλεσμα της θεραπείας σας				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	18	22,2	22,2
	Λίγο	33	40,7	63,0
	Αρκετά	23	28,4	91,4
	Πολύ	7	8,6	100,0
	Total	81	100,0	

Γράφημα 11: Έχετε την αίσθηση ότι η εμφάνισή σας είναι λιγότερο ελκυστική ως αποτέλεσμα της θεραπείας σας

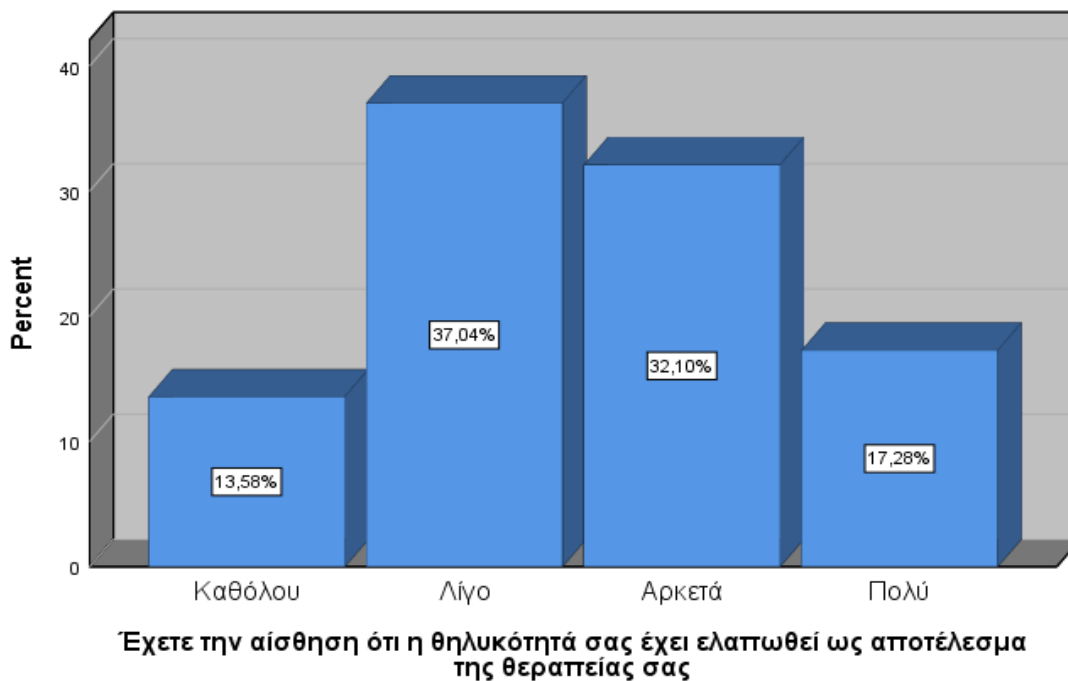


Ακολούθως, στον Πίνακα 12 και το Γράφημα 12, περιλαμβάνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων που σχετίζονται με την αίσθηση που έχουν ότι η θηλυκότητά τους έχει ελαττωθεί ως αποτέλεσμα της θεραπείας τους.

Το 37% δηλώνουν ότι έχει ελαττωθεί λίγο, το 32.1% αρκετά, το 17.3% πολύ και το 13.6% καθόλου.

Πίνακας 12: Έχετε την αίσθηση ότι η θηλυκότητά σας έχει ελαττωθεί ως αποτέλεσμα της θεραπείας σας				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	11	13,6	13,6
	Λίγο	30	37,0	50,6
	Αρκετά	26	32,1	82,7
	Πολύ	14	17,3	100,0
	Total	81	100,0	

Γράφημα 12: Έχετε την αίσθηση ότι η θηλυκότητά σας έχει ελαττωθεί ως αποτέλεσμα της θεραπείας σας

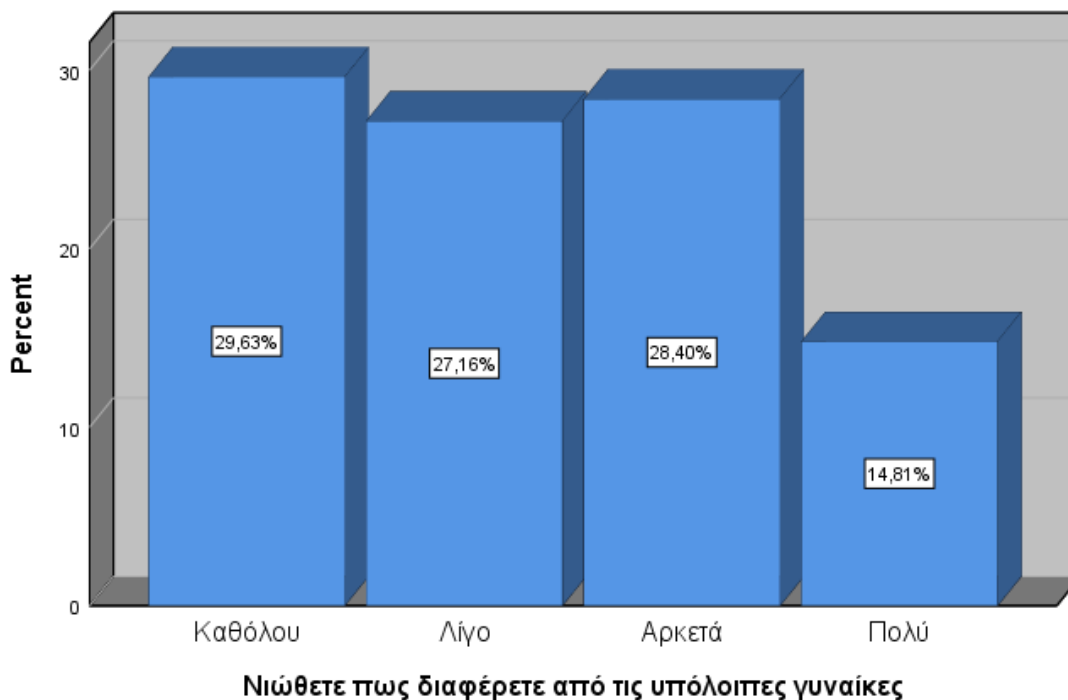


Συνεχίζοντας, στον Πίνακα 13 και το Γράφημα 13, περιλαμβάνονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών κατόπιν μαστεκτομής σχετικά με την αίσθηση που έχουν ότι διαφέρουν από τις υπόλοιπες γυναίκες.

Το 29.6% δηλώνουν πως δεν διαφέρουν καθόλου, το 28.4% αυτών θεωρούν πως διαφέρουν αρκετά, το 27.2% υποστηρίζουν ότι διαφέρουν λίγο και το 14.8% πολύ.

Πίνακας 13: Νιώθετε πως διαφέρετε από τις υπόλοιπες γυναίκες				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	24	29,6	29,6
	Λίγο	22	27,2	56,8
	Αρκετά	23	28,4	85,2
	Πολύ	12	14,8	100,0
	Total	81	100,0	

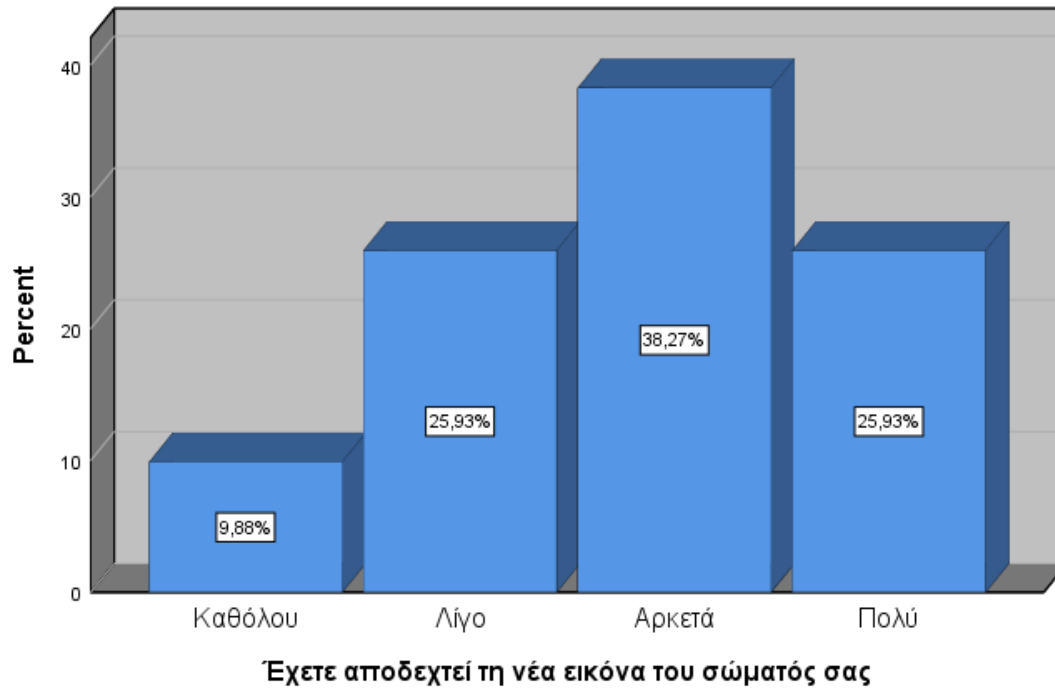
Γράφημα 13: Νιώθετε πως διαφέρετε από τις υπόλοιπες γυναίκες



Επιπροσθέτως, στον Πίνακα 14 και το Γράφημα 14, περιλαμβάνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την αποδοχή της νέας εικόνας του σώματός τους. Το 38.3% δηλώνουν ότι έχουν αποδεχτεί αρκετά τη νέα τους εμφάνιση, το 25.9% σε μικρό βαθμό λίγο, το 25.9% έχει αποδεχτεί την εικόνα του πολύ και το 9.9% καθόλου.

Πίνακας 14: Έχετε αποδεχτεί τη νέα εικόνα του σώματός σας				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	8	9,9	9,9
	Λίγο	21	25,9	35,8
	Αρκετά	31	38,3	74,1
	Πολύ	21	25,9	100,0
	Total	81	100,0	

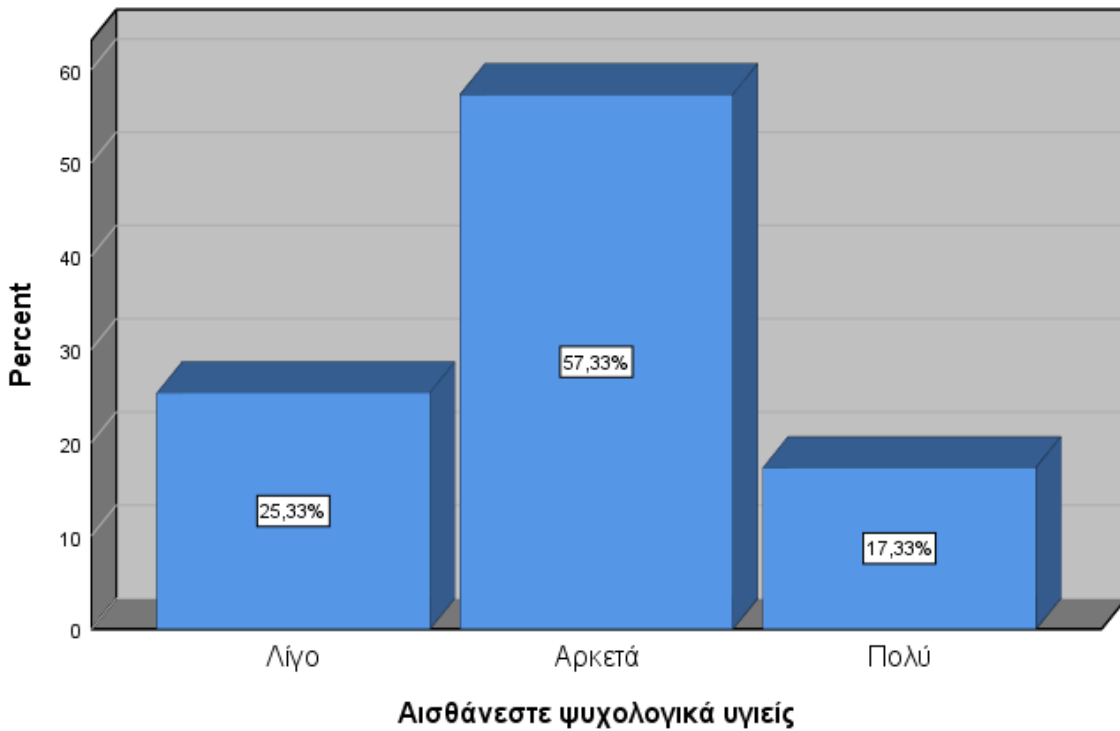
Γράφημα 14: Έχετε αποδεχτεί τη νέα εικόνα του σώματός σας



Ο Πίνακας 15 και το Γράφημα 15, παρουσιάζουν τις απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την ψυχολογία τους. Η πλειοψηφία αυτών με ποσοστό 57.3%, δηλώνουν ότι αισθάνονται αρκετά υγιείς ψυχολογικά, το 25.3% δηλώνουν λίγο και το 17.3% πολύ.

Πίνακας 15: Αισθάνεστε ψυχολογικά υγιείς				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λίγο	19	25,3	25,3
	Αρκετά	43	57,3	82,7
	Πολύ	13	17,3	100,0
	Total	75	100,0	
Missing	System	6		
Total		81		

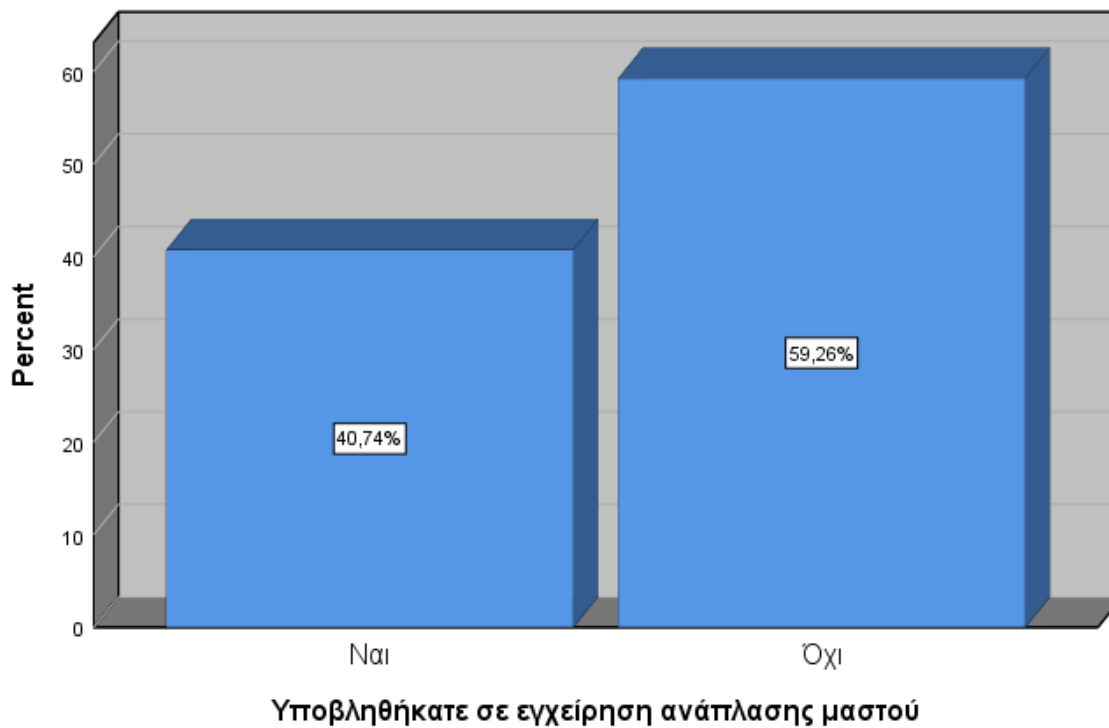
Γράφημα 15: Αισθάνεστε ψυχολογικά υγιείς



Οι περισσότερες γυναίκες κατόπιν μαστεκτομής, αγγίζοντας το 59.3%, δεν υποβλήθηκαν σε εγχείρηση ανάπλασης μαστού, ενώ το 40.7% δηλώνουν πως έκαναν τέτοιου είδους εγχείρηση.

Πίνακας 16: Υποβλήθηκατε σε εγχείρηση ανάπλασης μαστού				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	33	40,7	40,7
	Όχι	48	59,3	100,0
	Total	81	100,0	

Γράφημα 16: Υποβλήθηκατε σε εγχείρηση ανάπλασης μαστού



Κλίμακα αυτοεκτίμησης (Rosenberg)

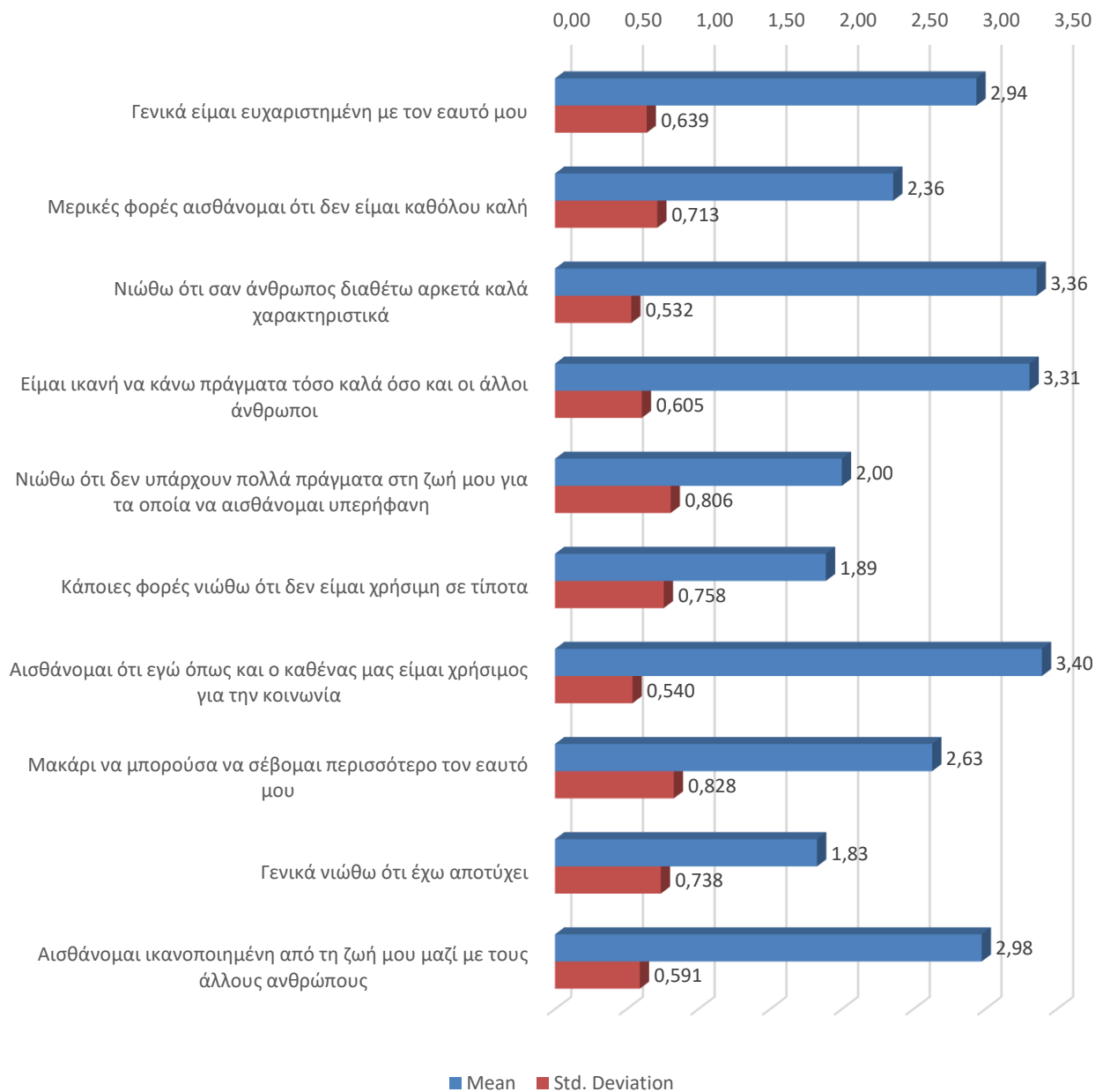
Η 3^η ενότητα αναφέρεται στην αυτοεκτίμηση των γυναικών κατόπιν επέμβασης μαστεκτομής και τη θετική ή αρνητική στάση προς τον εαυτό τους. Οι απαντήσεις δέχονται τιμές από το 1 έως το 4 (1- Διαφωνώ απόλυτα, 2- Διαφωνώ, 3- Συμφωνώ, 4- Συμφωνώ απόλυτα) και όσο αυξάνεται ο μέσος όρος αυξάνεται η θετική εικόνα και στάση προς τον εαυτό τους.

Στον Πίνακα 16 και το Γράφημα 16 που ακολουθεί, οι ερωτηθέντες βρίσκονται ανάμεσα στο «Συμφωνώ» και το «Συμφωνώ απόλυτα» με τάση στο πρώτο, ως προς το ότι αισθάνονται πως είναι χρήσιμες για την κοινωνία (3.40), νιώθουν ότι σαν άνθρωποι διαθέτουν αρκετά καλά χαρακτηριστικά (3.36) και είναι ικανές να κάνουν πράγματα τόσο καλά όσο και οι άλλοι άνθρωποι (3.31). Επιπλέον, δηλώνουν ότι συμφωνούν ως προς το ότι αισθάνονται ικανοποιημένες από τη ζωή τους μαζί με τους άλλους ανθρώπους (2.98) και ευχαριστημένες με τον εαυτό τους (2.94). Ακολουθώντας, δηλώνουν ανάμεσα στο «Διαφωνώ» και το «Συμφωνώ» με τάση στο δεύτερο, αναφορικά με το ότι θα ήθελαν να σέβονται περισσότερο τον εαυτό τους (2.63), ενώ με τάση στο πρώτο, ότι μερικές φορές αισθάνονται ότι δεν είναι καθόλου καλές (2.36). Τελειώνοντας, δηλώνουν ότι διαφωνούν ως προς το ότι νιώθουν ότι δεν υπάρχουν πολλά πράγματα στη ζωή τους για τα οποία να αισθάνονται υπερήφανες (2.00), κάποιες φορές δεν είναι χρήσιμες σε τίποτα (1.89) και γενικά ότι έχουν αποτύχει (1.83).

Πίνακας 16: Δηλώσεις που αφορούν την αυτοεκτίμηση γυναικών κατόπιν επέμβασης μαστεκτομής

	Mean	Std. Deviation
Γενικά είμαι ευχαριστημένη με τον εαυτό μου	2,94	0,639
Μερικές φορές αισθάνομαι ότι δεν είμαι καθόλου καλή	2,36	0,713
Νιώθω ότι σαν άνθρωπος διαθέτω αρκετά καλά χαρακτηριστικά	3,36	0,532
Είμαι ικανή να κάνω πράγματα τόσο καλά όσο και οι άλλοι άνθρωποι	3,31	0,605
Νιώθω ότι δεν υπάρχουν πολλά πράγματα στη ζωή μου για τα οποία να αισθάνομαι υπερήφανη	2,00	0,806
Κάποιες φορές νιώθω ότι δεν είμαι χρήσιμη σε τίποτα	1,89	0,758
Αισθάνομαι ότι εγώ όπως και ο καθένας μας είμαι χρήσιμος για την κοινωνία	3,40	0,540
Μακάρι να μπορούσα να σέβομαι περισσότερο τον εαυτό μου	2,63	0,828
Γενικά νιώθω ότι έχω αποτύχει	1,83	0,738
Αισθάνομαι ικανοποιημένη από τη ζωή μου μαζί με τους άλλους ανθρώπους	2,98	0,591

Γράφημα 17: Δηλώσεις που αφορούν την αυτοεκτίμηση γυναικών κατόπιν επέμβασης μαστεκτομής



2. Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την εικόνα σώματος

Επαγωγική στατιστική

Στην ενότητα που ακολουθεί, έγινε μια προσπάθεια για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων, τα οποία είναι τα εξής:

- Σε ποιο επίπεδο οι γυναίκες αποδέχονται την εξωτερική τους εμφάνιση μετά την επέμβαση και ποιο είναι το επίπεδο αυτοεκτίμησης του;
- Το επίπεδο αυτοεκτίμησης των γυναικών επηρεάζει το επίπεδο στο οποίο αποδέχονται την εξωτερική τους εμφάνιση;

Για την απάντηση των παραπάνω, αρχικά δημιουργήθηκαν 2 καινούργιες μεταβλητές-Score, 1 για κάθε κλίμακα του ερωτηματολογίου. Οι μεταβλητές αποτελούνται από τον μέσο όρο 9 και 10 ερωτήσεων αντίστοιχα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 18. Οι ομάδες των ερωτήσεων, ελέγχθηκαν ως προς τις αξιοπιστίες τους με τη χρήση του δείκτη Cronbach's Alpha, οι οποίες προέκυψαν υψηλές καθώς ισούνται με 0.902 και 0.849. Επομένως, οι καινούργιες μεταβλητές αποθηκεύουν αξιόπιστα τις πληροφορίες των ερωτήσεων. Τέλος, δέχονται τιμές από το 1 έως το 4, με την αύξηση του μέσου όρου να συνεπάγεται με αύξηση της αποδοχής της εξωτερικής εμφάνισης και την αυτοεκτίμησης των γυναικών.

Πίνακας 18: Cronbach's Alpha

	Cronbach's Alpha	N of Items
Επίπεδο αποδοχής εξωτερικής εμφάνισης	0.902	9
Επίπεδο αυτοεκτίμησης	0.849	10

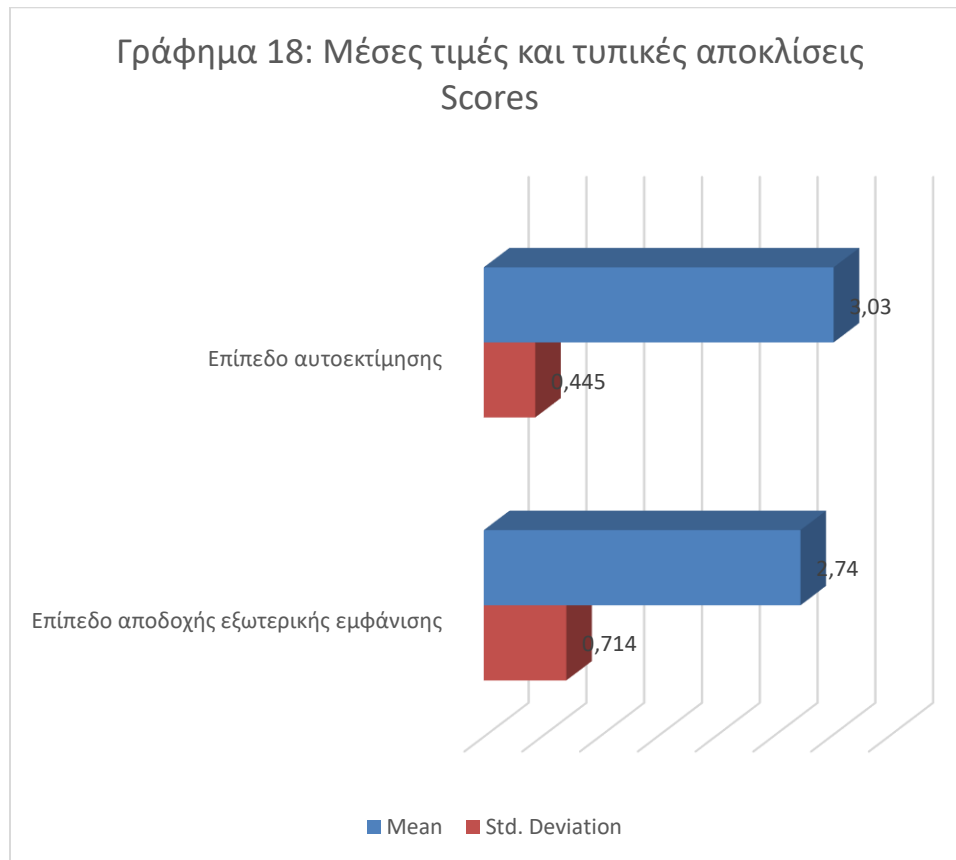
Στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα, οι παραπάνω μεταβλητές παρουσιάστηκαν με τη χρήση μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων. Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, έγινε χρήση του γραμμικού συντελεστή συσχέτισης Pearson. Το συγκεκριμένο εργαλείο δέχεται τιμές από το -1 έως το 1 και όσο η τιμή πλησιάζει την απόλυτη μονάδα, τόσο πιο έντονη είναι η εκάστοτε συσχέτιση.

1^ο ερευνητικό ερώτημα

Στον Πίνακα 19 και το Γράφημα 18, παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των Score που δημιουργήθηκαν. Αρκετά άνω του μετρίου τοποθετείται το επίπεδο αυτοεκτίμησης των γυναικών, καθώς αγγίζει το 3.03. Λίγο χαμηλότερα, ωστόσο πάλι άνω του μετρίου, τοποθετείται το επίπεδο αποδοχής της εξωτερικής τους εμφάνισης, με τον μέσο όρο να ισούται με 2.74.

Πίνακας 19: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις Scores

	Mean	Std. Deviation
Επίπεδο αποδοχής εξωτερικής εμφάνισης	2.74	0.714
Επίπεδο αυτοεκτίμησης	3.03	0.445



2^ο ερευνητικό ερώτημα

Στον Πίνακα 20, παρουσιάζεται η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Pearson, η οποία αναδεικνύει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως όσο περισσότερο οι γυναίκες αποδέχονται και έχουν θετική εικόνα για την εξωτερική τους εμφάνιση μετά την επέμβαση τους, τόσο πιο υψηλή είναι η αυτοεκτίμηση τους. Η συσχέτιση αυτή είναι μέτριας έντασης, καθώς δέχεται τιμή 0.482, και είναι στατιστικά σημαντική σε 99% επίπεδο εμπιστοσύνης.

		Επίπεδο αποδοχής εξωτερικής εμφάνισης
Επίπεδο αυτοεκτίμησης	Pearson Correlation	.482**
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	81
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

3. Συμπεράσματα / Συζήτηση

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα αρκετά ευαίσθητο θέμα καθώς προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως, καθιστώντας τον, τον συχνότερα εμφανιζόμενο καρκίνο του φύλου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2.300.000 εκατομμύρια γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού και 685.000 γυναίκες απεβίωσαν, λόγω αυτού, μέσα στο 2020 παγκοσμίως. Οι επιπτώσεις έχουν αντίκτυπο τόσο στη σωματική και ψυχολογική τους ακεραιότητα όσο και στην κοινωνική τους ζωή.

Η χειρουργική επέμβαση στον μαστό, επιφέρει ποικίλα αρνητικά συναισθήματα σε μια γυναίκα. Αυτό συμβαίνει καθώς αυτή η σωματική επέμβαση μπορεί να μεταβάλλει σε μεγάλο βαθμό την εικόνα του σώματος της και κατά συνέπεια την αυτοαντίληψη της, την αυτοεκτίμηση της καθώς και την ψυχολογική της διάθεση. Η μαστεκτομή μπορεί να θεωρηθεί ως μια μορφή ακρωτηριασμού για το γυναικείο φύλο εφόσον επηρεάζει την θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα του. Συναισθήματα αναξιοτήτας, ντροπής και απόσυρσης καθώς και συναισθηματικές διαταραχές, είναι αρκετά συχνά σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή. Ακόμη, η έλλειψη αυτοεκτίμησης διαταράσσει σε μεγάλο βαθμό τον ψυχικό κόσμο της ασθενούς και αποτελεί τον λόγο της παρουσίας τόσο αρνητικών συναισθημάτων (Βιβιλάκη Β., 2016).

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και η αυτοεκτίμησή τους. Στην έρευνα πήραν μέρος 81 γυναίκες ελληνικής εθνικότητας, έγγαμες, με ηλικία 41 ετών και άνω επί το πλείστο, απόφοιτοι Λυκείου / ΤΕΕ, εργαζόμενες στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες διαμένουν σε πόλη, και η οικονομική τους κατάσταση είναι όπως του μέσου πολίτη.

Ειδικότερα, οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν, ότι είναι μερικώς δυσαρεστημένες με το πως δείχνει το σώμα τους όταν είναι ντυμένες (30,86%) και με την εφαρμογή που έχει στο σώμα τους μια πιο στενή ένδυση (32,10%). Επιπλέον, δεν δυσκολεύονται καθόλου να κοιτάξουν το σώμα τους γυμνό (41,98%), ενώ αρκετά συχνά νιώθουν αυτοπεποίθηση σε ένα κοινωνικό περιβάλλον (50,62%). Ακολούθως, έχουν λίγο την αίσθηση ότι η εμφάνισή τους είναι λιγότερο

ελκυστική ως αποτέλεσμα της θεραπείας τους (40,74%), η θηλυκότητά τους έχει ελαττωθεί λίγο (37,04%) αλλά νιώθουν πως δεν διαφέρουν καθόλου από τις υπόλοιπες γυναίκες (29,63%). Επιπροσθέτως, έχουν αποδεχτεί αρκετά τη νέα εικόνα του σώματός τους (38,27%), αισθάνονται αρκετά υγιείς ψυχολογικά (57,33%), ενώ οι περισσότερες δεν υποβλήθηκαν σε εγχείρηση ανάπλασης μαστού (59,26%). Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση τους, οι γυναίκες αισθάνονται ιδιαίτερα χρήσιμες στην κοινωνία, πως διαθέτουν αρκετά καλά χαρακτηριστικά και είναι ικανές να κάνουν πράγματα τόσο καλά όσο οι υπόλοιποι άνθρωποι.

Σε μελέτη του Hartl K et al. (2003) “Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients”, με δείγμα μελέτης 274 γυναίκες οι οποίες είχαν νοσήσει από καρκίνο μαστού σταδίου I έως III, το 37,6% υποβλήθηκε σε μαστεκτομή και το 62,4% σε ογκεκτομή. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το ερωτηματολόγιο QLQ - C30, σε έκδοση 2.0 από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου, το οποίο αξιολογεί την κατάσταση της υγείας, την ψυχολογική, συναισθηματική και γνωστική κατάσταση των υποκειμένων. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε μία κλίμακα για την εικόνα σώματος αποτελούμενη από ερωτήματα σχετικά με την ικανοποίηση από την αρχική επεμβατική θεραπεία, τον φόβο επανεμφάνισης και την ικανοποίηση από το αισθητικό αποτέλεσμα. Τα δεδομένα έδειξαν μια μικρή μείωση της αυτοπεποίθησής τους σχετικά με την εικόνα σώματός τους (M.O. 24,8). Αντιθέτως, στην έρευνα που διεξήγαγα, το 38,7% των γυναικών έδειξε να έχει αποδεχτεί τη “νέα εικόνα” του σώματός τους με τη δημοφιλέστερη απάντηση να είναι το «Αρκετά».

Σε άλλη μελέτη του Yilmazer (1994) “A comparison of body image, self-esteem and social support in total mastectomy and breast-conserving therapy in Turkish women” στο οποίο συμμετείχαν 80 ασθενείς, οι 40 είχαν υποστεί ολική μαστεκτομή, ενώ οι υπόλοιπες είχαν αφαιρέσει τμήμα μαστού με ογκεκτομή. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την κλίμακα Coppersmith Self-esteem Inventory (CSI) η οποία αξιολογεί την αντίληψη και το συναίσθημα των ατόμων για τον εαυτό τους με έμφαση στην εικόνα σώματος, εικόνα εαυτού και αυτοπεποίθηση. Πιο συγκεκριμένα, στην αίσθηση της «απώλειας της θηλυκότητας» το 75,5% συμφώνησε, δεδομένο που συνάδει με το αντίστοιχο αποτέλεσμα σε όμοια ερώτηση της δικής μας έρευνας με ποσοστό 37,04%. Όταν ερωτήθηκαν εάν προτιμούν μια «φαρδιά ένδυση» το 70% δήλωσε κατάφαση. Παρομοίως, στην έρευνα μου, το 32,10% δήλωσε ότι νιώθει «μερικώς δυσαρεστημένο» με την εφαρμογή μιας πιο στενής ένδυσης.

Μέσω της διερεύνησης των ερευνητικών ερωτημάτων, έγινε σαφές πως το γενικότερο επίπεδο της αποδοχής της εξωτερικής τους εμφάνισης είναι ιδιαίτερα υψηλό και λίγο χαμηλότερα τοποθετείται το επίπεδο αυτοεκτίμησης τους. Επιπλέον, αυτές οι δύο μεταβλητές αναδείχθηκε πως συσχετίζονται η μια με την άλλη, καθώς όσο αυξάνεται η αυτοεκτίμηση αυξάνεται και η αποδοχή της εξωτερικής εμφάνισης.

Αξίζει να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν πρέπει να γενικευθούν, καθώς προαπαιτείται μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων για την διεξαγωγή ενός καθολικού συμπεράσματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγοραστός Θ., Βασιλή Δ., Μπόντης Ι. Ν., Πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, 1999
2. Αυδή Ε., Ζηλιασκοπούλου Δ., Ρούσση Π., Η εμπειρία της μαστεκτομής: Στίγμα και μεταβολές στην ενσώματη ταυτότητα, Ψυχολογία 19 (2), 144-159, 2012
3. Βιβιλάκη Βικτώρια, Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα, Η μαία στην Π.Φ.Υ., Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Broken Hills Publishers, 2016
4. Κοκκινάκη Φλώρα, Κοινωνική Ψυχολογία, εισαγωγή στη μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς, Εκδόσεις Τυπωθύτω, Αθήνα, 2006
5. Κρεάτσας Γεώργιος Κ., Σύγχρονη Μαιευτική και Γυναικολογία, 2^η έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Broken Hill Publishers, Nicosia, 2009
6. Λουτράδης Δ., Δεληγεώρογλου Ε., Παπαντωνίου Ν., Παππά Κ., Μαιευτική και Γυναικολογία, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Broken Hill Publishers, Nicosia, 2018
7. Μαλγαρινού Μ. Α., Κωνσταντινίδου Σ. Φ., Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, τόμος Β, Μέρος 2^ο, Εκδόσεις ΗΤΑΒΙΔΑ, Αθήνα, 1997
8. Μπαλτόπουλος Γ., Βασικές Ανώτερες και Εξειδικευμένες νοσηλευτικές δεξιότητες, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2013
9. Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β., Χειρουργική Παθολογία, 4^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, 2005
10. Πατέρας Χ., Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε., Αναγνωστόπουλος Φ., Κουτσιαύτη Π., Στάνηρα Σ., Κόκκαλης Γ. Α. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, Αθήνα, 2004
11. Πέτρου Χρήστος, Ελευθερίου Φαίδρα, Βιοχημεία, 1^η έκδοση, UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη, 2007
12. Πινακίδης Μ., Μπόντης Λ., Καρκίνος Μαστού, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη, 1993
13. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, Εκδόσεις Βήτα ΜΕΠΕ, Αθήνα, 2006
14. Τσάλης Κ., Καμπαρούδης Α., Παπαδόπουλος Β., Γενική Χειρουργική, UNIVERSITY STUDIO PRESS, 2^η έκδοση, Θεσσαλονίκη, 2017
15. Χαράτση-Γιωτάκη Ε., Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία, 2^η έκδοση, Ιωάννινα, 2014
16. Υφαντόπουλος, Γιάννης Ν., Σαρρής, Μάρκος. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, 2014
17. American Cancer Society, Breast Cancer, USA, 2014b.

18. Abbaszadeh A, Ehsani SR, Begjani J, Kaji MA, Dopolani FN, Nejati A, et al. Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 2014
19. Archangelo S de CV, Sabino M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. *Sexuality, depression and body image after breast reconstruction*, 2019
20. Aulisa AG, Guzzanti V, Perisano C, Marzetti E, Specchia A, Galli M, et al. Determination of quality of life in adolescents with idiopathic scoliosis subjected to conservative treatment, 2010
21. Barclay JS, Blackhall LJ, Tulsy JA. Communication Strategies and Cultural Issues in the Delivery of Bad News. *Journal of Palliative Medicine*, 10(4):958–77, 2007
22. Beaumont J. Breast Cancer: what are the issues for young women?, *Cancer Nursing Practice*, 6(9):36-39, 2007
23. Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Research and Treatment*, 165(1):193–200, 2017
24. Buki LP, Reich M, Lehardy EN. “Our organs have a purpose”: body image acceptance in Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 2016
25. Carlson LE, Waller A, Groff SL, Giese-Davis J, Bultz BD. What goes up does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period. *Psycho-Oncology*, 22(1):168–76, 2011
26. Charles, Griggs, Loscolzo. *Βασική Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας*, 2003
27. Cobo-Cuenca AI, Martín-Espinosa NM, Sampietro-Crespo A, Rodríguez-Borrego MA, Carmona-Torres JM. Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. Palazón-Bru A, editor *PLOS ONE*, 13(8):e0203151, 2018
28. Cohen MZ, Ferrell BR, Vrabel M, Visovsky C, Schaefer B. What Does It Mean to Be an Oncology Nurse? Reexamining the Life Cycle Concepts. *Oncology Nursing Forum*, 37(5):561–70, 2010
29. Cutter-Schnessler K. F., Fischer G. A. Quality of life research and sociology, *Annual Review of Sociology*, 11, 129-149, 1985
30. Ellis H, Mahadevan V. *Anatomy and physiology of the breast. Surgery (Oxford)*, 31(1):11–4, 2013
31. Freeman ME, Kanyicska B, Lerant A, Nagy G. Prolactin: Structure, Function, and Regulation of Secretion. *Physiological Reviews*, 80(4):1523–631, 2000
32. Gass J, Mitchell S, Hanna M. How do breast cancer surgery scars impact survivorship? Findings from a nationwide survey in the United States. *BMC Cancer*, 19(1), 2019
33. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1963
34. Hartl K, Janni W, Kastner R, Sommer H, Strobl B, Rack B, Stauber M. Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Ann Oncol* 2003, 14 (7): 1064-71
35. Hayes F. Daniel. *Άτλας καρκινώματος του μαστού (Μετάφραση Βασιλόπουλος Περικλής), Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, Μαρία Γρ. Παρισιάνου*, 2000
36. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem. *The Oncologist*, 12(S1):4–10, 2007

37. Horn J, Åsvold BO, Opdahl S, Tretli S, Vatten LJ. Reproductive factors and the risk of breast cancer in old age: a Norwegian cohort study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 139(1):237–43, 2013
38. Ignatavicius D. Donna, Workman M. Linola. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, 5^η έκδοση, 4^{ος} τόμος, Ιατρικές εκδόσεις, 2008
39. Kispert S, McHowat J. Recent insights into cigarette smoking as a lifestyle risk factor for breast cancer. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, Volume 9:127–32, 2017
40. Kolodziejczyk A, Pawłowski T. Negative body image in breast cancer patients. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 28(8):1137–42, 2019
41. Kostev K;Kalder M. Long-term use of basal insulin and the risk of breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 168(3), 2018
42. Kowalczyk R, Nowosielski K, Cedrych I, Krzystanek M, Glogowska I, Streb J, et al. Factors Affecting Sexual Function and Body Image of Early-Stage Breast Cancer Survivors in Poland: A Short-Term Observation. *Clinical Breast Cancer*, 19(1):e30–9, 2019
43. Kurpas D, Mroczek B, Knap-Czechowska H, Bielska D, Nitsch-Osuch A, Kassolik K, et al. Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 187(1):114–7, 2013
44. Lamb CA, Fabris VT, Lanari C. Progesterone and breast. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 69:85–94, 2020
45. Lambley P. Η ψυχολογία του καρκίνου. Εκδόσεις Μακρή, Αθήνα, 2005
46. LeMone P., Burke K., Bauldoff G. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Επιμέλεια: Πανουδάκη-Μπροκαλάκη Η., Ιατρικές εκδόσεις Λάγος Δ., Αθήνα, 2014
47. Lu W, Cui Y, Chen X, Zheng Y, Gu K, Cai H, et al. Changes in quality of life among breast cancer patients three years post-diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 114(2):357–69, 2008
48. Makarem N, Chandran U, Bandera EV, Parekh N. Dietary Fat in Breast Cancer Survival. *Annual Review of Nutrition*, 33(1):319–48, 2013
49. Meyerowitz BE. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological bulletin*, 87(1), 2019
50. Moore Keith L., Dalley F. Arthur, Agur Anne M.R. Κλινική Ανατομία, 3^η έκδοση, Broken Hill Publishers, Nicosia, 2016
51. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RW, et al. Lactation and a Reduced Risk of Premenopausal Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, 330(2):81–7, 1994
52. NHS Choices. Overview - Breast cancer in women, 2021
53. NHS Choices. Signs and symptoms – Cancer, 2021
54. Parker S, Saettele M, Morgan M, Stein M, Winkler N. Spectrum of Pregnancy- and Lactation-related Benign Breast Findings. *Current Problems in Diagnostic Radiology*, 46(6):432–40, 2017
55. Paterson CL, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Tofthagen CS. Body Image in Younger Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 39(1):E39–58, 2016
56. Piperaki E., Marneras C., Boulala F., Gesouli-Voltiraki E. Greek women’s knowledge and attitudes concerning breast self-examination, 2010

57. Pockaj BA, Degrn AC, Boughey JC, Gray RJ, McLaughlin SA, Dueck AC, et al. Quality of life after breast cancer surgery: What have we learned and where should we go next? *Journal of Surgical Oncology*, 99(7):447, 2009
58. Psychosocial impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer, Cancer Australia Gov.
59. Robin Di Matteo M., Martin Leslie R. Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας, εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2011
60. Sakorafas GH, Blanchard K, Sarr MG, Farley DR. Paget's disease of the breast. *Cancer Treatment Reviews*, 27(1):9–18, 2001
61. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, GALVÃO DA, Pinto BM, et al. American College of Sports Medicine Roundtable on Exercise Guidelines for Cancer Survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(7):1409–26, 2010
62. Shadia Abdullah Yousuf. Breast Cancer Awareness among Saudi Nursing Students, King Abdulaziz University Scientific Publishing Centre; 2010
63. Slepicka PF, Cyrill SL, dos Santos CO. Pregnancy and Breast Cancer: Pathways to Understand Risk and Prevention. *Trends in Molecular Medicine*, 25(10):866–81, 2009
64. Srivastava K, Jethani S, Kalthe B, Khilnani PS, Bhawalkar JS, Vyas S. Awareness of Breast Cancer Risk Factors and Practice of Breast Self-Examination among Nurses of Tertiary Care Hospital. *Indian Journal of Forensic and Community Medicine*, 2016
65. Sun Y-S, Zhao Z, Yang Z-N, Xu F, Lu H-J, Zhu Z-Y, et al. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *International Journal of Biological Sciences*, 13(11):1387–97, 2017
66. Swartz H. Mark. Κλινική Διάγνωση, Ιστορικό και Φυσική Εξέταση, 6^η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος, Αθήνα, 2013
67. Tadman M., Roberts D. *Oxford Handbook of Cancer Nursing*, Oxford University Press, Oxford, 2006
68. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10):1403–9, 1995
69. Tripathi L, Datta SS, Agrawal SK, Chatterjee S, Ahmed R. Stigma Perceived by Women Following Surgery for Breast Cancer. *Indian journal of medical and pediatric oncology : official journal of Indian Society of Medical & Pediatric Oncology*, 38(2):146–52, 2017
70. Tsounis A, Pavlos Sarafis. Πρόληψη Καρκίνου του Μαστού και Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, 2014
71. Walker MJ, Mirea L, Cooper K, Nabavi M, Glendon G, Andrulis IL, et al. Impact of familial risk and mammography screening on prognostic indicators of breast disease among women from the Ontario site of the Breast Cancer Family Registry. *Familial Cancer*, 13(2):163–72, 2013
72. Witteveen A, Kwast ABG, Sonke GS, IJzerman MJ, Siesling S. Survival after Locoregional Recurrence or Second Primary Breast Cancer: Impact of the Disease-Free Interval. St-Pierre Y, editor. *PLOS ONE*, 10(4):e0120832, 2015
73. World Health Organization: WHO. Breast cancer. Who.int. World Health Organization: WHO; 2021
74. World Health Organization: WHO. Cancer. Who.int. World Health Organization: WHO; 2021
75. Yiimazer N, Aydincr A, Ozkau S, Aslay I, Blige N. A comparison of body image, self-esteem and social support in total mastectomy and breast-conserving therapy in Turkish women. *Supportive Care in Cancer*. 1994 Jul; 2(4):238–41

