



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΣΑΦΗ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2023

UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING

POSTGRADUATE MSc PROGRAM
MANAGEMENT OF CRONIC DESEASES
“ONGOLOGY AND PALLIATIVE CARE”

DIPLOMA THESIS
SELF-IMAGE AND SEXUALITY OF PATIENS WITH GYNECOLOGICAL CANCER

SAFI EFFROSINI (RN)

ATHENS 2023

Τριμελής εξεταστική επιτροπή

Γκοβίνα Ουρανία, Τμήμα Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α, Επιβλέπουσα.

**Καλεμικεράκης Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ. Α,
μέλος τριμελούς επιτροπής**

**Αδαμακίδου Θεοδούλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α,
μέλος τριμελούς επιτροπής**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Σάφη Ευφροσύνη του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 20033 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών: Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων «Ογκολογική Νοσηλευτική και Ανακουφιστική Φροντίδα» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας στα πλαίσια του μεταπτυχιακού και κάθε βοήθεια που χρησιμοποίησα για την προετοιμασία της είναι αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης οι πηγές των οποίων χρησιμοποίησα τα δεδομένα, τις λέξεις ή τις ιδέες, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στον εκδοτικό οίκο, το περιοδικό και το συγγραφέα, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης βεβαιώνω ότι η παρούσα εργασία έχει γραφτεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας δικής μου και του ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

 Ανακτήσιμη υπογραφή

X



Σάφη Ευφροσύνη

Υπογραφή από: Effrosyni safi

Copyright © Σάφη Ευφροσύνη, 2023 Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων: Ογκολογική Νοσηλευτική και Ανακουφιστική Φροντίδα» της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων της συγγραφέως εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής. Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα βιβλιογραφίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο γυναικολογικός καρκίνος είναι παγκοσμίως ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας για τις γυναίκες που το βιώνουν, με ποικίλες επιπτώσεις σε διάφορα στάδια της ζωής τους. Η φύση του γυναικολογικού καρκίνου είναι τέτοια ώστε να ασκεί σοβαρή επίπτωση πρωτίστως στην ψυχολογία των γυναικών, καθώς επηρεάζει στο σύνολό της την ίδια τη φύση και την ταυτότητα των ασθενών. Η θηλυκότητα, η μητρότητα, ο χαρακτήρας της γυναικείας φύσης διαταράσσονται. Η έννοια της γυναίκας έχει συνδεθεί με τη μήτρα, η οποία είναι η απαρχή της ζωής. Η έννοια της ζωής όπως είναι ευρέως γνωστή ξεκινάει μέσα σε μια μήτρα, αναπτύσσεται μέσα σε αυτή και ολοκληρώνεται αποκτώντας μορφή και περνώντας μέσα από τους ανατομικούς διαδρόμους του γυναικείου σώματος.

Το γυναικείο σώμα είναι λοιπόν συνυφασμένο με την ίδια τη ζωή και όταν αυτό διαταράσσεται, όταν δηλαδή η μήτρα και τα εξαρτήματά της ασθενούν είναι σαν να διαταράσσεται η ίδια η ζωή. Οι ασθενείς, όσες καταφέρνουν να επιβιώσουν από αυτή την δύσκολη εμπειρία, οφείλουν να συνεχίσουν τη ζωή τους με ένα τρόπο ισορροπημένο. Η έννοια της ισορροπίας περιλαμβάνει όλες εκείνες της πτυχές της φυσιολογικής υγιούς ζωής. Αυτό σημαίνει ότι η λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς οφείλει να διατηρεί ένα συγκεκριμένο επίπεδο. Προκειμένου λοιπόν να ξεκινήσει συζήτηση για τη σεξουαλικότητα, πρέπει να έχει εξασφαλιστεί πρωτίστως η επιβίωση. Η σεξουαλικότητα έχει πολλές μορφές, ωστόσο στην παρούσα εργασία λαμβάνει την πιο αυστηρή περιοριστική έννοια της σεξουαλικής λειτουργικότητας. Η σεξουαλική λειτουργικότητα όμως είναι ένα μέρος της σεξουαλικότητας μόνο, το οποίο αποτελεί ακόμη θέμα ταμπού σε μια χώρα που βρίσκεται στα όρια ανατολής και δύσης.

Η εικόνα που έχουν για το σώμα τους η γυναίκες και η σεξουαλικότητά όπως την αναπτύσσει η κάθε μια, έχει σοβαρή επίπτωση στη ζωή τους. Η αυτοεικόνα των γυναικών και η σεξουαλικότητά τους, καθώς και η σύνδεση αυτών των δύο παραμέτρων, σε σχέση με το βίωμα των ασθενών σε διαφορετικές φάσεις της ζωής τους αποτελούν αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτριά μου επιβλέπουσα τη μεταπτυχιακή εργασία κυρία Ουρανία Γκοβίνα, η έμπρακτη στήριξη της οποίας υπήρξε σημαντική στην συγγραφή και την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Ευχαριστώ επίσης τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής την κυρία Θεοδούλα Αδαμακίδου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και τον κύριο Καλεμικεράκη Ιωάννη Αναπληρωτή Καθηγητή του ΠΑ.Δ.Α και όλους τους υπευθύνους των νοσοκομείων Αλεξάνδρα και Έλενα Βενιζέλου για την σύμπραξή τους στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τη φίλη Κατερίνα Τασιούδη που η πορεία μας στη διεκδίκηση μιας δεύτερης ευκαιρίας στη ζωή ήταν παράλληλη και η ψυχολογική στήριξή της ανεκτίμητη. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την στήριξη, την υπομονή και τη συμπαράστασή της στη διεξαγωγή της προσπάθειάς μου και για όλες εκείνες τις μέρες και τις ώρες που απείχα σωματικά ή πνευματικά για την πραγματοποίησή της, έχοντας εκείνους στο μυαλό μου και περισσότερο τα παιδιά μου Παύλο και Λευτέρη.

Στην αείμνηστη θεία μου Ασπασία,

που υπέφερε από τη νόσο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πίνακας περιεχομένων	8
Κατάλογος Πινάκων	11
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	13
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	21
1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία γυναικολογικού καρκίνου	21
1.1.1 Καρκίνος της μήτρας	23
1.1.2 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	26
1.1.3 Καρκίνος των ωοθηκών	28
1.1.4 Καρκίνος του κόλπου και του αιδοίου.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ.....	31
2.1 Επιπτώσεις σεξουαλικότητας.....	31
2.2 Είδη σεξουαλικών προβλημάτων	33
2.3 Κοινωνικές προεκτάσεις σεξουαλικών προβλημάτων	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ	40
3.1 Έννοια της αυτοεικόνας.....	40
3.2 Αυτοεικόνα και κοινωνικό στίγμα	40
3.3 Αντίκτυπος του γυναικολογικού καρκίνου στην αυτοεικόνα των ασθενών.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΧΕΣΗ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ	49
4.1 Σχέση αυτοεικόνας και σεξουαλικότητας.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ	53
5.1 Αξιολόγηση αυτοεικόνας.....	53
5.2 Αξιολόγηση σεξουαλικότητας	54
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	56
6.1 Σκοπός	56
6.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	56
6.3 Ερευνητικό πεδίο-χρόνος διεξαγωγής της μελέτης.....	56
6.4 Κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού ασθενών από την μελέτη.....	57
Κλίμακα μέτρησης της σεξουαλικής λειτουργικότητας.....	59
6.6 Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	61
7.1 Περιγραφή δείγματος	61
7.2 Περιγραφική ανάλυση μεταβλητών	64
7.3 Πρώτο ερευνητικό ερώτημα – Σχέση αυτοεικόνας με τη σεξουαλικότητα.....	65
7.4 Δεύτερο ερευνητικό ερώτημα – Σχέση αυτοεικόνας και σεξουαλικότητας με κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά	67
7.4.1 Σχέση αυτοεικόνας – σεξουαλικότητας με δημογραφικά στοιχεία.....	67
7.4.2 Σχέση αυτοεικόνας και σεξουαλικότητας με κλινικά στοιχεία.....	74
7.4.3 Σχέση σεξουαλικής δυσλειτουργίας με κλινικά και δημογραφικά στοιχεία	78
7.5 Τρίτο ερευνητικό ερώτημα – Επίδραση νόσου και θεραπείας στην αυτοεικόνα και τη σεξουαλικότητα	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	108
1.1 Πίνακες Δημογραφικών.....	108
1.2 Διαγράμματα Δημογραφικών	113
1.3 Διαγράμματα στατιστικά μετρήσεων	117
1.4 Πίνακες στατιστικών μετρήσεων	122

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	124
1.Άδεια χρήσης φορέων όπου διενεργήθηκε η μελέτη	124
2. Άδειες χρήσεις ερωτηματολογίων.....	125

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Συντελεστές αξιοπιστίας της κλίμακας της αυτοεικόνας και των διαστάσεων της σεξουαλικότητας	60
Πίνακας 2: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες (N, %), μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις(MO, ΤΑ), για τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	62
Πίνακας 3: Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσες τιμές και δείκτες μορφής κατανομών	64
Πίνακας 4: Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ της αυτοεικόνας και των διαστάσεων της σεξουαλικότητας	66
Πίνακας 5: Αποτελέσματα ελέγχου t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διαφορά στην αυτοεικόνα μεταξύ γυναικών που παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία και αυτών που δεν παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία	66
Πίνακας 6: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.....	68
Πίνακας 7: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση	70
<i>Πίνακας 8: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με το επάγγελμα</i>	<i>71</i>
Πίνακας 9: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με το Εκπαιδευτικό Επίπεδο	73
Πίνακας 10: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με τη διάγνωση	75
Πίνακας 11: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για τις διαφορές ανάλογα με τη Χειρουργική Επέμβαση.....	76
Πίνακας 12: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για τις διαφορές ανάλογα με το είδος της Επέμβασης.....	76

Πίνακας 13: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με τις Συμπληρωματικές Θεραπείες.....	77
Πίνακας 14: Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ της αυτοεικόνας και της σεξουαλικότητας με την ηλικία, τον ΔΜΣ, τον αριθμό παιδιών και τα έτη από τη διάγνωση.....	79
Πίνακας 15: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με την Κατοικία.....	80
Πίνακας 16: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με την Οικογενειακή κατάσταση.....	80
Πίνακας 17: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με επάγγελμα.....	81
Πίνακας 18: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με Εκπαιδευτικό Επίπεδο.....	81
Πίνακας 19: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με Διάγνωση.....	82
Πίνακας 20: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με Χειρουργική Επέμβαση.....	82
Πίνακας 21: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με Είδος Επέμβασης.....	83
Πίνακας 22: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με Συμπληρωματικές Θεραπείες.....	83
Πίνακας 23: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για τις διαφορές ανάλογα στην ηλικία, τον ΔΜΣ, τον αριθμό παιδιών και τα έτη από τη διάγνωση ανάλογα με την σεξουαλική δυσλειτουργία.....	84
Πίνακας 24: Συντελεστές προσδιορισμού και στατιστική σημαντικότητα ιεραρχικών μοντέλων για την αυτοεικόνα.....	86
Πίνακας 25: Συντελεστές παλινδρόμησης ιεραρχικών μοντέλων για την αυτοεικόνα του σώματος.....	87
Πίνακας 26: Συντελεστές προσδιορισμού και στατιστική σημαντικότητα ιεραρχικών μοντέλων για την σεξουαλικότητα.....	89
Πίνακας 27: Συντελεστές παλινδρόμησης ιεραρχικών μοντέλων για την σεξουαλικότητα.....	89

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Κατανομή συχνοτήτων ανάλογα με τις Συμπληρωματικές θεραπείες	63
Διάγραμμα 2: Κατανομή συχνοτήτων ανάλογα με τη σεξουαλική δυσλειτουργία	65
Διάγραμμα 3: Διαφορά στην κατανομή της αυτοεικόνας μεταξύ γυναικών που παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία και αυτών που δεν παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία	67
Διάγραμμα 4: Διαφορές στην κατανομή του οργασμού ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.....	69
Διάγραμμα 5: Διαφορές στην κατανομή της ικανοποίησης ανάλογα με τον τόπο κατοικίας	69
Διάγραμμα 6: Διαφορές στην κατανομή της σεξουαλικότητας ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση	70
Διάγραμμα 7: Διαφορές στην κατανομή της σεξουαλικότητας ανάλογα με το επάγγελμα	72
Διάγραμμα 8 Διαφορές στην κατανομή της αυτοεικόνας ανάλογα με το επάγγελμα	73
Διάγραμμα 9: Διαφορές στην κατανομή της σεξουαλικότητας ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	74
Διάγραμμα 10: Διαφορές στην κατανομή της σεξουαλικότητας ανάλογα με τη διάγνωση	75

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο έχουν ποικίλες ανάγκες, συχνά ανικανοποίητες. Η εικόνα του σώματός τους και η σεξουαλικότητά τους καθορίζουν την προσωπικότητα, την ποιότητα της ζωής και την υγείας τους, καθιστώντας αναγκαία την περαιτέρω μελέτη αυτών των θεμάτων από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης της αυτοεικόνας και της σεξουαλικότητας σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή, ωθηκεκτομή και συμπληρωματικές θεραπείες.

Μέθοδος: Η παρούσα ερευνητική εργασία αποτελεί μια συγχρονική μελέτη με τη συμμετοχή 100 ασθενών από τα νοσοκομεία «Αλεξάνδρα» και «Έλενα Βενιζέλου» διαγνωσμένων με γυναικολογικό καρκίνο. Η συλλογή των δεδομένων για την βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε στις βάσεις δεδομένων PUBMED, SCIENCE DIRECT και SCHOLAR. Για την μέτρηση της αυτοεικόνας και της σεξουαλικότητας χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Body Appreciation Scale (BAS) και Female Sexual Function Index (FSFI) αντίστοιχα. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο συλλογής δημογραφικών και κλινικών στοιχεία. Η επεξεργασία των στατιστικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS v.28.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των γυναικών που δέχθηκαν να συμμετάσχουν ήταν τα 62 έτη, με μέσο ΔΜΣ 30 και μέσο διάστημα από τη διάγνωση του καρκίνου τα 3 έτη. Βρέθηκε ότι η αυτοεικόνα παρουσιάζει θετική χαμηλή συσχέτιση με την συνολική βαθμολογία της σεξουαλικότητας ($r=0,299$, $p<0,01$), καθώς και ότι συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη σεξουαλική επιθυμία ($r=0,276$, $p<0,01$), τη λίπανση ($r=0,215$, $p<0,05$), τον οργασμό ($r=0,200$, $p<0,05$) και την ικανοποίηση ($r=0,256$, $p<0,05$). Οι συσχετίσεις της αυτοεικόνας με τη σεξουαλική διέγερση και τον πόνο δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p>0,05$). Σχετικά με τα κλινικά στοιχεία, οι γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικής επιθυμίας ($p=0,035$) συγκριτικά με τις γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο ενδομητρίου ή σώματος μήτρας ή καρκίνο ωθηκών. Επίσης, παρατηρήθηκε υψηλότερη σεξουαλικότητα για τις γυναίκες που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, ολική υστερεκτομή και συμπληρωματικές θεραπείες.

Συμπεράσματα: Η αυτοεικόνα και η σεξουαλικότητα βρίσκονται σε μια δυαδική σχέση αλληλεπίδρασης που φαίνεται να σχετίζεται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Οι νοσηλευτές οφείλουν να εντάξουν την αξιολόγηση της σεξουαλικότητας στην καθημερινή τους πρακτική, με στόχο την πλήρη αποκατάσταση των ασθενών σε όλους τους τομείς.

Λέξεις κλειδιά: Γυναικολογικός καρκίνος, αυτοεικόνα, σεξουαλικότητα, ασθενείς.

Self-image and sexuality of patients with gynecological cancer

Safi Effrosyni

Abstract

Background: Gynecological cancer patients have a variety of often unmet needs. Their body image and sexuality determine their personality, quality of life and health, necessitating further study of these issues by health professionals.

Aim: To explore the relationship of self-image and sexuality in women with gynecological cancer who underwent hysterectomy, oophorectomy, and adjuvant therapies.

Material and Method: This research work is a cross-sectional study with the participation of 100 patients from the "Alexandra" and "Elena Venizelou" hospitals diagnosed with gynecological cancer. Data collection for the literature review was done in the PUBMED, SCIENCE DIRECT and SCHOLAR databases. The Body Appreciation Scale (BAS) and Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaires were used to measure self-image and sexuality, respectively. In addition, a questionnaire was used to collect demographic and clinical data. The processing of the statistical data was carried out with the statistical package SPSS v.28.

Results: The mean age of the women who accepted to participate was 62 years, with a mean BMI of 30, and a mean time since cancer diagnosis of 3 years. It was found that self-image shows a positive low correlation with the total score of sexuality ($r=0.299$, $p<0.01$), self-image is statistically significantly correlated with sexual desire ($r=0.276$, $p<0.01$), lubrication ($r=0.215$, $p<0.05$), orgasm ($r=0.200$, $p<0.05$) and satisfaction ($r=0.256$, $p<0.05$). Correlations of self-image with sexual arousal and pain are not statistically significant ($p>0.05$). Regarding the clinical data, women diagnosed with cervical cancer show higher levels of sexual desire ($p=0.035$) compared to women diagnosed with endometrial or uterine body cancer or ovarian cancer. A higher sexuality is also observed for women who did not undergo surgery, total hysterectomy and complementary treatments.

Conclusion: Self-image and sexuality are in a dyadic relationship of interaction that appears to be related to sexual dysfunction. Nurses must include the assessment of sexuality in their daily practice, with the aim of the full rehabilitation of patients in all areas.

Key words: Gynecological cancer, self-image, sexuality, patients.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας με περίπου 19.3 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις, ενώ 9,9 εκατομμύρια θανάτων εκτιμάται ότι καταγράφηκαν παγκοσμίως μόνο για το 2020 (Brederecke et al, 2021). Ο γυναικολογικός καρκίνος ειδικότερα πλήττει το γυναικείο πληθυσμό με εκατομμύρια νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο. Εκτός από τον καρκίνο του μαστού που δεν αποτελεί αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας μόνο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μετράει πάνω από 600.000 νέες περιπτώσεις παγκοσμίως με τις χώρες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου να έχουν μεγαλύτερη επιβάρυνση (Globocan, 2020).

Τα μέτρα πρόληψης κατά του γυναικολογικού καρκίνου, όπως το τεστ Παπανικολάου που ανακαλύφθηκε από το 1954 και το τεστ για τον ιό HPV που ανακαλύφθηκε από τη δεκαετία του 1970, ορισμένοι υποτύποι του οποίου έχουν συνδεθεί με στην καρκινογένεση έχουν συμβάλει στην πρόληψη ορισμένων μορφών γυναικολογικού καρκίνου (Skroumpelos et al, 2019). Ταυτόχρονα η βελτίωση στις σύγχρονες θεραπείες κατά του καρκίνου έχουν συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών. Ενώ όμως ο στόχος της επιβίωση επιτεύχθηκε υπάρχουν συνέπειες στη ζωή των ασθενών τόσο βραχυπρόθεσμες όσο και μακροπρόθεσμες. Οι συνέπειες αυτές επηρεάζουν αρνητικά τόσο τη φυσική κατάσταση του σώματος, όσο και την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για το σώμα τους και την ψυχολογία τους με ποικίλους τρόπους, άλλοτε αρνητικούς (π.χ. η κατάθλιψη) και άλλοτε θετικούς, δημιουργώντας ένα είδος ψυχολογικού μηχανισμού άμυνας όπως η μετατραυματική ανάπτυξη. Η δομή της εικόνας του σώματος λοιπόν στην ψυχο-ογκολογία επηρεάζεται από σκέψεις συναισθήματα, την αντίληψη του ίδιου του ασθενή, τη σεξουαλικότητά του και έχει αντίκτυπο τελικά στην ποιότητα της ζωή του (Brederecke et al, 2021).

Τα σεξουαλικά και ανατομικά προβλήματα που προκύπτουν διαταράσσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις των γυναικών. Το κυρίαρχο στοιχείο που φαίνεται να απασχολεί τις γυναίκες είναι προβλήματα σεξουαλικής φύσης που μπορεί να περιπλέκονται με προβλήματα από το ουροποιητικό και να επιδεινώσουν τη σεξουαλικότητα (Cyr et al, 2022). Ως συνέπεια λοιπόν του γυναικολογικού καρκίνου τα σεξουαλικά προβλήματα είναι σοβαρό πρόβλημα για τις γυναίκες με την επίπτωσή τους

να φτάνει από το 30-100% των περιπτώσεων. Παρά τη σοβαρότητα του προβλήματος, φαίνεται πως το κενό επικοινωνίας και ενημέρωσης για το θέμα αυτό είναι μεγάλο με τις μισές περίπου γυναίκες να αναφέρουν πως οι σεξουαλικού ενδιαφέροντος ανησυχίες τους δεν έχουν λάβει την πρέπουσα αντιμετώπιση, ακόμη και όταν ζητούν βοήθεια (Frimer et al, 2019).

Από τα παραπάνω φαίνεται λοιπόν πως η αυτοεικόνα και η σεξουαλικότητα ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο ως θέμα είναι δύσκολο και περίπλοκο και απαιτεί μελέτη πολλών και διαφορετικών παραμέτρων. Το πρόβλημα της σεξουαλικότητας αποτελεί σε πολλές κοινωνίες θέμα ταμπού και ιδιαιτέρως στις πιο συντηρητικές, με αποτέλεσμα να μην λαμβάνει την δέουσα προσοχή και αντιμετώπιση. Η Ελλάδα βρισκόμενη στα όρια Ανατολής και Δύσης αντιμετωπίζει ακόμη το θέμα της σεξουαλικότητας με αρκετό σκεπτικισμό, όπως αποδείχθηκε και κατά τη διάρκεια της διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Ως κριτήριο επιλογής του συγκεκριμένου λοιπόν θέματος ήταν αρχικά η προσωπική μου εμπειρία με γυναίκες ασθενείς που έπασχαν από γυναικολογικό καρκίνο μια εκ των οποίων κλήθηκα να φροντίσω αρκετά για μήνες και να δω μέσα από τα δικά της μάτια την απογοήτευση, την αισιοδοξία, τη θέληση για μια ζωή όσο πιο ισορροπημένη γίνεται και τον αγώνα που μέχρι το τέλος δεν εγκατέλειψε καμία πτυχή της ζωής. Έτσι επέλεξα αυτό το θέμα με πλήρη επίγνωση της δυσκολίας και των προκλήσεων που αυτό φέρει. Το μεγαλύτερο μέρος της συλλογής του δείγματος έγινε στην ογκολογική γυναικολογική κλινική του νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» και το υπόλοιπο στο νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου» όπου εκεί πραγματοποιούνταν συνήθως οι προγραμματισμένες χημειοθεραπείες.

Το γενικό μέρος της παρούσας εργασίας αποτελείται από 4 κεφάλαια όπου στο πρώτο γίνεται η περιγραφή της νόσου και των προβλημάτων που προκαλεί, ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται προσεκτικά τα προβλήματα που προκαλούνται στη σεξουαλικότητα. Εν συνεχεία, στο τρίτο κεφάλαιο μελετώνται οι επιπτώσεις της νόσου στην αυτοεικόνα των γυναικών και οι επιδράσεις στην ψυχολογία τους και στο τέταρτο γίνεται μια προσπάθεια να αξιολογηθούν και να συσχετιστούν οι δύο αυτές έννοιες.

Το ειδικό μέρος της εργασίας αποτελείται από τρία επιμέρους κεφάλαια. Στο πέμπτο κεφάλαιο της μελέτης το οποίο είναι το πρώτο του ειδικού μέρους αναλύεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση του υπό μελέτη θέματος. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα και στο έβδομο ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία γυναικολογικού καρκίνου

Παγκοσμίως ο γυναικολογικός καρκίνος είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα νοσηρότητας και θνησιμότητας των γυναικών, με τον καρκίνο του μαστού να κατέχει την πρώτη θέση, σύμφωνα με τα στοιχεία της Global Cancer Observatory (GLOBOCAN 2020). Η GLOBOCAN είναι μια βάση δεδομένων, η οποία συγκροτείται από Διεθνείς Οργανισμούς Έρευνας για τον καρκίνο και ανανεώνεται τακτικά καταγράφοντας στατιστικά στοιχεία για νοσηρότητα και θνησιμότητα από 36 τύπους καρκίνου, βάσει εθνικών μητρώων της κάθε χώρας και τοπικών πηγών από όσες χώρες διαθέτουν ένα όσο το δυνατόν πιο αξιόπιστο αρχείο (Arbyn et al, 2020). Τα στοιχεία της GLOBOCAN (2020) αφορούν σε 185 περιοχές ή χώρες (Singh et al, 2023).

Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία της GLOBOCAN (2020), εκτός από τον καρκίνο του μαστού ο οποίος δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής εργασίας, η μεγαλύτερη επιβάρυνση ως προς τη νοσηρότητα προέρχεται από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, με τις νέες περιπτώσεις το 2020 να ξεπερνάνε το μισό εκατομμύριο (604.127), ενώ πεθαίνουν λίγο πάνω από τις 340.000 (341.831) γυναίκες. Ακολουθεί ο καρκίνος του σώματος της μήτρας, ο καρκίνος των ωοθηκών, του αιδοίου και του κόλπου. Συμπερασματικά, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ο καρκίνος της μήτρας, ο καρκίνος του κόλπου και του αιδοίου είναι οι πέντε κύριοι τύποι γυναικολογικού καρκίνου, οι οποίοι ονομάστηκαν ανάλογα με την ανατομική θέση στην οποία εμφανίζονται (Sheedy, 2023). Παρατηρώντας μάλιστα τα στατιστικά που δίνει η GLOBOCAN για το 2018 γίνεται αντιληπτό ότι το 2018 ο καρκίνος της μήτρας ήταν εκείνος που είχε μεγαλύτερη επίπτωση παγκοσμίως με 131.216 νέες περιπτώσεις, ακολουθούσε ο καρκίνος των ωοθηκών και τρίτος έρχονταν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (GLOBOCAN 2018).

Οι νέες περιπτώσεις νοσηρότητας και θνησιμότητας διαφέρουν από χώρα σε χώρα, φαίνεται όμως ότι η μεγαλύτερη επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της

μήτρας εντοπίζεται σε χώρες χαμηλού και μέτριου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, κυρίως σε ηπείρους όπως η Αφρική, η Ασία και η Λατινική Αμερική. Αυτό γίνεται ξεκάθαρο και από τα ακριβή στατιστικά στοιχεία που υπάρχουν ανά χώρα όπου μπορεί κανείς να δει ότι σε χώρες χαμηλότερου βιοτικού επιπέδου η θνησιμότητα είναι πιο αυξημένη σε σχέση με τις Δυτικές χώρες. Συγκεκριμένα, στην Ασία η νοσηρότητα εκτιμάται στο 58,2% των νέων περιπτώσεων, 19,4% εμφάνιση έχει στην Αφρική, 9,8% στη Λατινική Αμερική και Καραϊβική, 9,6% στην Ευρώπη και 2,5% στη βόρεια Αμερική. Ακολούθως τα ποσοστά θνησιμότητας είναι και πάλι πάνω από το 58,4% στην Ασία, 22,5% στην Αφρική, 9,2% στην Λατινική Αμερική, 7,6% στην Ευρώπη και 1,6% στη βόρεια Αμερική. Ενώ ως προς την πενταετή επιβίωση η Ευρώπη προηγείται της Λατινικής Αμερικής και Καραϊβικής κατά 1,2% και από τις χώρες τις Ασίας την περισσότερη επιβάρυνση έχει η Κίνα. Αναφορικά με τον απόλυτο αριθμό των νέων περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην κεντρική Ευρώπη ανέρχεται στις 155.183 περιπτώσεις συνολικά εκ των οποίων οι 32.348 είναι νέες, ακολουθεί η εμφάνιση των νέων περιπτώσεων στην Δυτική Ευρώπη, τρίτη έρχεται η Νότια Ευρώπη με 78.450 περιπτώσεις συνολικά εκ των οποίων 9.053 νέες και τέλος η Βόρεια Ευρώπη. Ασφαλώς, τα στοιχεία αυτά αφορούν περιοχές στις οποίες κρατούνται οργανωμένα στατιστικά, κάτι το οποίο δεν είναι καθόλου δεδομένο ειδικά για χώρες τις Αφρικής που η μόνη η οποία διατηρεί αξιόπιστα και οργανωμένα στοιχεία είναι η Ουγκάντα (Singh et al, 2023).

Αντιθέτως, ο καρκίνος του σώματος της μήτρας, παρόλο που έχει μεγαλύτερη επίπτωση στην Ασία, εμφανίζεται με ποσοστό γύρω στο 40% με δεύτερη σε σειρά νοσηρότητας την Ευρώπη με 31% και ακολουθούν η βόρεια Αμερική και η Λατινική Αμερική και η Καραϊβική με ποσοστό 25% περίπου συνολικά και τελευταία η Αφρική με χαμηλότερα ποσοστά (3,4%). Την ίδια πορεία εμφανίζει και η θνησιμότητα, όπου η Ασία έχει ποσοστό 42% και η Ευρώπη 31%, το σύνολο την Αμερικανικής ηπείρου 21% με τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική σταθερά σε χαμηλότερα ποσοστά και την Αφρική πάλι κοντά στο 4%. Τέλος, το προσδόκιμο πενταετούς επιβίωσης στις στην Ασία και την Ευρώπη έχουν σχεδόν ίδιο στο 36% και 34% αντίστοιχα, με τις υπόλοιπες ηπείρους να ακολουθούν στο 19%, 7,5% και 2,5% αντιστοίχως με τη σειρά που εμφανίζονται στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (GLOBOCAN,2020). Είναι ξεκάθαρο ότι ο καρκίνος του

σώματος της μήτρας και του ενδομητρίου είναι από τους συχνότερους γυναικολογικούς καρκίνους εξαιρουμένου του καρκίνου του στήθους. (Koual et al 2018 & Crosbie et al, 2022).

Τα στοιχεία της GLOBOCAN (2020) για την Ελλάδα δείχνουν συνολικά την επίπτωση του γυναικολογικού καρκίνου εξαιρουμένου του καρκίνου του στήθους να είναι 4.154 νέες περιπτώσεις, εκ των οποίων οι 1.533 καταλήγουν σε θάνατο. Η πιο συχνή μορφή είναι εκείνη του καρκίνου της μήτρας με 2117 νέες περιπτώσεις και αριθμό θανάτων 483 γυναίκες, ενώ η μορφή με τη μεγαλύτερη θνησιμότητα είναι ο καρκίνος των ωοθηκών με αριθμό νέων περιπτώσεων 1.020 και 677 θανάτων. Αντίστοιχα κυμαίνεται και η πενταετής επιβίωση.

Τέλος, ένα στοιχείο που χρήζει μελέτης είναι ότι τα στοιχεία για τη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν μπορούν να θεωρηθούν εξ ολοκλήρου αξιόπιστα σε όλες τις χώρες. Σε αρκετές χώρες τα πιστοποιητικά θανάτου αναφέρουν απλώς καρκίνο της μήτρας, χωρίς να καταγράφουν λεπτομερώς τις συνθήκες κάτω από τις οποίες απεβίωσαν οι γυναίκες και αυτό κάνει δυσχερή το διαχωρισμό της αιτίας από την οποία πέθαναν και την καλύτερη καταγραφή των στοιχείων. Έτσι είναι δύσκολη και η κατανόηση του προβλήματος ώστε να είναι σε θέση οι αρμόδιοι να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπισή του (Arbyn et al, 2020 & Wojtyla, 2020).

1.1.1 Καρκίνος της μήτρας

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, ο καρκίνος της μήτρας είναι ένας από τους συχνότερους γυναικολογικούς καρκίνους ιδιαίτερα στις μεταμεμνηνοπαυσιακές γυναίκες (Kuoal et al, 2018). Ενώ παγκοσμίως η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι μεγαλύτερη, στην Ελλάδα μεγαλύτερη επιβάρυνση υπάρχει από τον καρκίνο της μήτρας (Singh et al, 2023), καθώς μάλιστα αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής αναμένεται να αυξηθεί και η επίπτωσή του στο γυναικείο πληθυσμό (Woorpen et al, 2022). Αντιθέτως στις ηλικίες από 40 ετών και κάτω είναι σπανιότερος και τόσο η διάγνωση του όσο και η αντιμετώπιση του αποτελούν μία πρόκληση φανερώνοντας την ετερογένεια που έχει αυτός ο τύπος καρκίνου, καθώς η σταδιοποίηση και η

συμππωματολογία του αλλάζει με την ηλικία (Son et al 2019 & Koual et al, 2018). Ένα ακόμη χαρακτηριστικό της ετερογένειας του καρκίνου του ενδομητρίου είναι η μεγαλύτερη επίπτωση που έχει στις έγχρωμες γυναίκες σε σχέση με τις λευκές υποδηλώνοντας διαφορές στη βιολογία σύμφωνα με τους Crosbie et al (2022).

Ακολούθως, τα νεοπλάσματα που εντοπίζονται ανατομικά στην περιοχή της μήτρας χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τα ενδομήτρια με επίπτωση 80%-90% και τα μη ενδομήτρια ή αλλιώς νεοπλάσματα του σώματος της μήτρας με ποσοστό 10%-20%. Ο ενδομήτριος καρκίνος είναι τύπου I, ορμονοεξαρτώμενος και χαμηλής διαφοροποίησης με γενικά καλή πρόγνωση, ενώ ο τύπου II δεν είναι ορμονοεξαρτώμενος και εμφανίζεται περισσότερο σε γυναίκες της έγχρωμης φυλής, ηλικιωμένες και η πρόγνωσή του είναι δυσμενέστερη. Συγκεκριμένα, ο μη ενδομήτριος καρκίνος της μήτρας σχετίζεται με το 50% των υποτροπών και το 40% των θανάτων από αυτή την αιτία και περιλαμβάνει το καρκινοσάρκωμα, το αδιαφοροποίητο καρκίνωμα της μήτρας, το ακανθοκυτταρικό και το καρκίνωμα διαυγών κυττάρων που σχετίζονται με ποσοστά εμφάνισης 5% και λιγότερο

Παράγοντες κινδύνου καρκίνου της μήτρας

Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου της μήτρας σύμφωνα με τους Rizzo et al (2018) είναι παχυσαρκία, πρώιμη εμμηναρχή και καθυστερημένη εμμηνόπαυση και ορμονικές διαταραχές. Σε άρθρο τους οι Shikeli et al (2020) εκτός από τους προαναφερόμενους παράγοντες κινδύνου, αναφέρεται και η ασυμπτωματική υπερπλασία του ενδομητρίου, που σε ποσοστό 29% εάν παραμείνει χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο. Επίσης ο διαβήτης, η στειρότητα και τα οιστρογόνα μη ανταποκρινόμενα σε θεραπεία τα οποία σχετίζονται με την επίδραση της προγεστερόνης, αποτελούν επιπλέον παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρκίνου της μήτρας. Μάλιστα, οι Crosbie et al (2022) αναφέρουν ότι ένα ενδομήτριο με πάχος πάνω από 5mm ενέχει υποψία καρκίνου. Τέλος, σε άρθρο των Dossus et al (2021) γίνεται λόγος για μεταβολικούς παράγοντες που παίζουν ρόλο στον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του ενδομητρίου κυρίως με τη δράση της γλυκερίνης και σερίνης. Τα δύο αυτά στοιχεία ανήκουν στα μη απαραίτητα αμινοξέα του οργανισμού και παίζουν ρόλο στη σύνθεση των πρωτεϊνών, στη μεταβολική ρύθμιση γενικά και ειδικότερα του άνθρακα

και έχει παρατηρηθεί ότι βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα σε άτομα με παχυσαρκία, διαβήτη τύπου 2 και άτομα με αντίσταση στην ινσουλίνη.

Εν συνεχεία, σε μια αναλυτικότερη μελέτη από τους Wang et al (2023) περιοχές στο ανθρώπινο γονιδίωμα όπως οι 11p14.1, 7q22.1, 16q12.2, καθώς και η 15q15.1 έχουν άμεση σχέση με παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου. Πιο συγκεκριμένα, οι περιοχές 7q22.1 και 15q15.1 συνδέονται με τα επίπεδα τεστοστερόνης, ενώ οι περιοχές 11p14.1 και 16q12.2 συνδέονται με την περιφέρεια της μέσης και την ηλικία εμμηναρχής. Η σφαιρίνη που δεσμεύει τις ορμόνες του φύλου (SHBG) συνδέεται μόνο με την περιοχή 16q12.2. Τέλος, ενώ οι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τον καρκίνο που δεν περιορίζεται στην περιοχή του ενδομητρίου είναι ο δείκτης μάζας σώματος και τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης στο αίμα. Ενώ σε άλλο σημείο της ίδιας μελέτης γίνεται συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος, της περιφέρειας της μέσης και των επιπέδων βιοδιαθέσιμης τεστοστερόνης με την SHBG.

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, η ετερογένεια του καρκίνου του ενδομητρίου είναι μεγάλη και αυτό αποδεικνύεται από πολλούς συγγραφείς. Ειδικότερα, ενώ σε άρθρο των Koual et al (2018) αναφέρεται ότι σε γυναίκες μεγαλύτερες των 75 ετών ο καρκίνος του ενδομητρίου διαγιγνώσκεται σε πιο προχωρημένο στάδιο και είναι πιο επιθετικός, σε άλλο άρθρο των Son et al (2020) πιο επιθετικό φαινότυπο καρκίνου του ενδομητρίου έχουν νεότερες σε ηλικία γυναίκες και σχετίζεται με το σύνδρομο Lynch. Τη συσχέτιση του συνδρόμου Lynch με τον καρκίνο του ενδομητρίου την κάνουν και οι Crosbie et al (2022) οι οποίοι επιπροσθέτως αναφέρουν και συσχέτιση και με το σύνδρομο Cowden. Πιο συγκεκριμένα το σύνδρομο Lynch είναι μια αυτοσωμική επικρατούσα διαταραχή η οποία είναι κοινή αιτία του κληρονομικού καρκίνου του παχέως εντέρου και του ενδομητρίου. Το σύνδρομο Lynch προκαλείται από μεταλλάξεις της βλαστικής σειράς των πρωτεϊνών που επιδιορθώνουν το DNA (mismatch repair – MMR). Οι μεταλλάξεις αφορούν τα ομόλογο mutS 2 (MSH2), ομόλογο 2 MSH6, PMS1 (PMS2) και mutL ομόλογο 1 (MLH1), καθώς και στο μόριο προσκόλλησης επιθηλιακών κυττάρων (EPCAM) (Kahn et al, 2019). Τα ελαττώματα στα γονίδια MMR ουσιαστικά οδηγούν σε αποτυχία επιδιόρθωσης των σφαλμάτων κατά την αντιγραφή του DNA και

έτσι υπάρχει συσσώρευση σημειακών μεταλλάξεων που έχουν ως αποτέλεσμα αστάθεια σε μικροδορυφορικές περιοχές (O'Malley et al, 2022).

1.1.2 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Όπως έχει αναφερθεί και νωρίτερα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μετά τον καρκίνο του μαστού ο πιο συχνός γυναικολογικός καρκίνος και ειδικά σε χώρες με χαμηλό και μέτριο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και ηλικία εμφάνισης τα 45-60 χρόνια (Mchome et al, 2020). Ανατομικά εντοπίζεται στα κύτταρα που βρίσκονται στον τράχηλο και ειδικά στη ζώνη μετάβασης όπου τα αδενικά κύτταρα του ενδοτραχήλου συναντούν τα πλακώδη κύτταρα του εξωτραχήλου. Υπάρχουν δύο τύποι καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ο ακανθοκυτταρικός με ποσοστό 70% και το αδenoκαρκίνωμα με ποσοστό 25%. Υπάρχουν ασφαλώς και άλλοι τύποι οι οποίοι όμως είναι πάρα πολύ σπάνιοι (Stumbar et al, 2018).

Ο κυρίαρχος παράγοντας κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η έκθεση στον ιό HPV σε ένα ποσοστό 99,7%. Περίπου 14 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις HPV διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο στις ΗΠΑ. Υπάρχουν διάφοροι υποτύποι του HPV που προκαλούν καρκίνο, εκείνοι όμως που ευθύνονται για τα δύο τρίτα των περιπτώσεων είναι ο HPV 16 και ο HPV 18. Άλλοι υποτύποι του HPV που προκαλούν και άλλα είδη καρκίνου όπως του κόλπου, του αιδοίου, του πρωκτού, του πέους και του στοματοφάρυγγα είναι οι 31, 33, 35, 45, 52, 58 και 59. Ο HPV είναι ένας ιός που μεταδίδεται σεξουαλικά είτε με την κολπική διείσδυση είτε απλή επαφή (Wilailak et al, 2021 & Stumbar et al, 2018).

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι παράγοντες που ή απλώς συμβάλλουν στην έκθεση στο ιό ή στην καθυστερημένη ανίχνευση του ή λειτουργούν αυτόνομα οδηγώντας στην εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Όπως γυναίκες οι οποίες είναι ανοσοκατεσταλμένες ή βρισκόμενες σε ανοσοκαταστολή με στεροειδή ή πάσχοντας από HIV είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρα. Οι καπνίστριες έχουν διπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο ενώ νικοτίνη και άλλα υποπροϊόντα του καπνού μπορεί να διαταράξουν την ανοσολογική απόκριση και τελικά

να βλάψουν τα επιθηλιακά κύτταρα του τραχήλου. Επίσης γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια, γυναίκες οι οποίες είχαν πολλές κυήσεις (πάνω από 5), αν και δεν είναι ξεκάθαρη η αιτιολογία φαίνεται να είναι ευαίσθητες στις ορμονικές αλλαγές της εγκυμοσύνης. Γυναίκες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου όπως φαίνεται και στα στατιστικά παραπάνω, γυναίκες με πρώιμη αρχή σεξουαλικής ζωής και γυναίκες με πολλούς συντρόφους έχουν μεγαλύτερη επίπτωση (Stumbar et al, 2018).

Το χαμηλό κοινωνικόοικονομικό επίπεδο των γυναικών σε άλλο άρθρο των Kuroki et al (2021) συνδέεται με την στάση των γυναικών απέναντι στην υγεία τους. Η ύπαρξη ανεκπλήρωτων βασικών αναγκών φαίνεται να συνδέεται με χειρότερη υγεία και μεγαλύτερη θνησιμότητα. Γυναίκες άπορες, ανασφάλιστες, με μειωμένη δυνατότητα σε υπηρεσίες πρόνοιας όπως ένα οργανωμένο σύστημα υγείας, ακόμη και με παιδιά που δεν έχουν που να τα αφήσουν ή μεγαλύτερες σε ηλικία πολύ πιο δύσκολα θα τηρήσουν ένα σταθερό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Τα διαθέσιμα τεστ προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα είναι το τεστ Παπανικολάου, το οποίο όμως αν και ευρέως διαδεδομένο είναι χαμηλής ευαισθησίας και το HPV τεστ το οποίο είναι χαμηλής ειδικότητας και οδηγεί πολλές γυναίκες να κάνουν κολποσκόπηση για περαιτέρω έλεγχο. Ένα ακόμη τεστ το οποίο όμως εφαρμόστηκε πειραματικά στο νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» είναι μια διπλή ανοσοϊστοχημική χρώση σε κυτταρολογικά επιχρίσματα, ώστε να ανιχνευτεί η έκφραση των p16^{INK4a} και ki67 πρωτεϊνών. Η ύπαρξη και των δύο αυτών πρωτεϊνών θεωρείται σημαντικός δείκτης απορρύθμισης του κυτταρικού κύκλου πράγμα που σημαίνει ότι μπορεί να υπάρχει υψηλότερος βαθμός δυσπλασίας στον τράχηλο. Η εξέταση αυτή ακολουθείται από πολλά οργανωμένα κράτη και είναι προορισμένη ώστε να χαμηλώνει το ετήσιο κόστος για δαπάνες υγείας, καθώς οι ασθενείς δεν υποβάλλονται σε περιττές κολποσκοπήσεις και δίνει καλά κλινικά αποτελέσματα με τις υπόλοιπες κυτταρολογικές εξετάσεις, χωρίς να στερείται ειδικότητας και ευαισθησίας (Magkana et al, 2020). Η θεραπευτική παρέμβαση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας οφείλει να είναι διεπιστημονική. Ανάμεσα στις θεραπευτικές επεμβάσεις ανήκουν η χειρουργική επέμβαση, η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία, η ακτινοβολία και η ανοσοθεραπεία σε

συνδυασμούς και δοσολογίες που επιβάλλει η κατάσταση του κάθε ασθενούς (Kumar et al, 2018).

1.1.3 Καρκίνος των ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών κατατάσσεται στην όγδοη θέση ανάμεσα σε άλλους τύπους γυναικολογικού καρκίνου και περιλαμβάνει ένα ετερογενές δείγμα γυναικών έχοντας διαφορές τόσο στην μοριακή βιολογία, όσο και στην επιδημιολογία και παθολογία. Η συντριπτική πλειοψηφία ιστολογικά ανήκει στους επιθηλιακούς καρκίνους και επειδή δεν έχει κάποια συγκεκριμένη μέθοδο διάγνωσης τα συμπτώματα των αρχικών σταδίων είναι άτυπα και περνάνε αδιάγνωστα. Η μη αναγνώριση των συμπτωμάτων οδηγεί στην αδυναμία διάγνωσης στα αρχικά στάδια με αποτέλεσμα η πλειοψηφία των διαγνωσμένων με καρκίνο των ωοθηκών γυναικών να είναι στο τρίτο και το τέταρτο στάδιο και ο καρκίνος να έχει κάνει ήδη απομακρυσμένες μεταστάσεις (Techata et al, 2021).

Συμπτωματολογία

Σε ένα σημαντικό ποσοστό ο καρκίνος των ωοθηκών διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο καθώς τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζει δεν είναι ενδεικτικά και πολλές φορές περνούν αδιάγνωστα μέχρι να είναι πια σε προχωρημένο στάδιο. Οι Suh-Burgmann & Alavi (2019) σε μια μεγάλη έρευνα κοορτής, δίνουν μια αδρή εικόνα των συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανιστούν και να οδηγήσουν σε υποψία καρκίνου των ωοθηκών. Ανάμεσα στις γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο –εξαιρουμένων όσων είχαν γνωστή γονιδιακή μετάλλαξη -τέσσερα είναι τα πιο κοινά συμπτώματα που παρουσίασαν με το πόνο χαμηλά στην περιοχή της πυέλου να εμφανίζεται σε ποσοστό 48%, φούσκωμα 21%, ψηλάφηση μάζας 17% και μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία 11%. Αυτά αποτέλεσαν το 84% της διάγνωσης περιπτώσεων πρώιμου σταδίου.

Η εμφάνιση συμπτωμάτων δεν οδήγησε απαραίτητα και στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Οι παθολόγοι ήταν εκείνοι που διέγνωσαν το 49% των καρκίνων των ωοθηκών και το 45% του πρώιμου σταδίου. Οι εξετάσεις που βοήθησαν περισσότερο στη διάγνωση ήταν η αξονική τομογραφία και το υπερηχογράφημα κοιλιάς, ενώ η

ακτινογραφία θώρακος χρησιμοποιήθηκε για πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Περίπου τις ίδιες εξετάσεις αναφέρεται και σε άρθρο με κατευθυντήριες οδηγίες των Maluf et al (2022) με την κολποσκόπηση να προτείνεται μόνο σε περίπτωση υψηλού βαθμού πλακώδη ενδοθηλιακή βλάβη ή ισχυρότερα κυτταρολογικά ευρήματα. Επίσης η βιοψία έπειτα από χειρουργική επέμβαση είτε για την αποκατάσταση της παρούσας νόσου ή ως τυχαίο εύρημα κρίνεται απαραίτητη όπου πρέπει να περιλαμβάνονται πληροφορίες για τα όρια, το μέγεθος, το βαθμό του όγκου και το βάθος προσβολής των λεμφαδένων.

1.1.4 Καρκίνος του κόλπου και του αιδοίου

Ο καρκίνος του κόλπου και του αιδοίου είναι μία σπάνια μορφή γυναικολογικού καρκίνου που απασχολεί περίπου το 1% των περιπτώσεων καρκίνου ή και λιγότερο. Από αυτές τις περιπτώσεις το μεγαλύτερο μέρος των περιπτώσεων οφείλεται στον ιό HPV (Bray et al, 2020). Σύμφωνα δε με ακριβείς εκτιμήσεις η επίπτωση της νοσηρότητας, σχετιζόμενη με την ηλικία και το φύλλο αναφορικά με τον καρκίνο του αιδοίου είναι 45.240 περιπτώσεις παγκοσμίως και για τον καρκίνο του κόλπου είναι 17.908 περιπτώσεις παγκοσμίως για το 2020 ανάμεσα σε 36 είδη καρκίνου που μελετήθηκαν. Ενώ, η επίπτωση της θνησιμότητας είναι 17.427 για τον καρκίνο του αιδοίου και 7.995 για τον καρκίνο του κόλπου (Sung et al, 2021).

Ο καρκίνος του αιδοίου από ιστολογικής άποψης στο 80% των περιπτώσεων είναι ακανθοκυτταρικού τύπου, ενώ άλλοι τύποι είναι το μελάνωμα, η νόσος Pagget, το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, το μυρμηκιδώδες καρκίνωμα, το αδενοκαρκίνωμα που δεν προσδιορίζεται διαφορετικά και το καρκίνωμα του αδένου Bartholin. Βέβαια αυτοί οι τύποι είναι εξαιρετικά σπάνιοι και όπως έχει προαναφερθεί σχετίζονται με την παρουσία του ιού HPV (Hacker et al, 2015). Στα αρχικά συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνεται κνησμός που δεν ανακουφίζεται από στεροειδείς κρέμες και αντιμυκητησιακά, κάψιμο, πόνο πάχυνση του δέρματος με λευκή ή κοκκινωπή επίστρωση και σε μεγαλύτερα στάδια δημιουργία όγκου και αιμορραγία (Francis et al, 2019).

Όσον αφορά τους τύπους του καρκίνου του κόλπου πάλι κατά 80% εμφάνιση έχει το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, δεύτερο σε συχνότητα έρχεται το αδenoκαρκίνωμα με 15%, ενώ το λέμφωμα, το μελάνωμα και το σάρκωμα είναι πολύ πιο σπάνια εμφανιζόμενα γύρω στο 5% (Jhingran, 2022). Ο καρκίνος του κόλπου είναι ίσως ο μόνος για τον οποίο δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες και η αντιμετώπισή του σύμφωνα με τη συνήθη πρακτική περιλαμβάνει χειρουργείο, χημειοθεραπεία, εξωτερική ακτινοθεραπεία ή βραχυθεραπεία ανάλογα (Yank et al, 2020). Αυτός ο τύπος του καρκίνου είναι συνήθως ασυμπτωματικός και διαγιγνώσκεται ως τυχαίο εύρημα σε προσυμπτωματικό έλεγχο. Όταν βγάζει συμπτώματα αυτά είναι κυρίως ανώδυνη αιμορραγία από τον κόλπο και επειδή αφορά κυρίως μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι πολύ χαρακτηριστικό σύμπτωμα. Επίσης μη φυσιολογικές εκκρίσεις, συμπτώματα από το ουροποιητικό πόνος και εμφάνιση μάζας στην περιοχή (Albuquerque et al, 2022)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

2.1 Επιπτώσεις σεξουαλικότητας

Η βίωση της εμπειρίας του καρκίνου και ιδιαιτέρως του γυναικολογικού που αφορά τα γεννητικά όργανα των γυναικών μπορεί να είναι για τις ασθενείς που την περνούν μια πραγματική πρόκληση, ιδίως για το ευαίσθητο θέμα της σεξουαλικότητας. Τόσο η ίδια η ασθένεια όσο και οι θεραπείες της, μπορεί να είναι εξαιρετικά επιβαρυντικές σε όλη τη ζωή των ασθενών με πολύ μεγάλη επίπτωση στο σώμα τους.

Από τις θεραπείες κατά του καρκίνου η χειρουργική επέμβαση που είναι η βασικότερη όχι μόνο ως θεραπευτική παρέμβαση, αλλά και ως διαγνωστική μέθοδος και μέθοδος που βοηθά στη σταδιοποίηση του καρκίνου, καθώς και οι ακτινοβολίες πλήττουν σοβαρά το λεμφικό σύστημα των ασθενών. Η λέμφος ρέει μέσω των λεμφαδένων της βουβωνικής περιοχής στα κάτω άκρα, στη λεκάνη και το αιδοίο και διαταραχές σε αυτή τη ροή για λόγους όπως είναι ο καρκίνος και οι θεραπείες του μπορεί να προκαλέσουν λεμφοίδημα. Το λεμφοίδημα είναι μία σοβαρή συνέπεια του γυναικολογικού καρκίνου. Ουσιαστικά πρόκειται για την ανώμαλη συσσώρευση διάμεσου υγρού, και την εναπόθεση ινώδους λιπώδους ιστούς με αποτέλεσμα την απόφραξη της λεμφικής ροής και μπορεί επιβαρύνει σημαντικά την εικόνα σώματος, την ψυχική υγεία και τη σεξουαλική ζωή των ασθενών (Freyne et al, 2022). Εκτός από το λεμφοίδημα των κάτω άκρων υπάρχει και το λεμφοίδημα των άνω άκρων που συμβαίνει μετά από καρκίνου του μαστού, ο οποίος όμως δεν αποτελεί αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας. Επίσης η σαρκοπενία μπορεί να είναι επακόλουθο των θεραπειών και ειδικότερα της νεοεπιχειρητικής χημειοθεραπείας ή να προϋπάρχει και να οδηγήσει σε χειρουργικές επεμβάσεις με περισσότερες επιπλοκές, μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο και σε μονάδες εντατικής θεραπείας και τελικά χειρότερη επιβίωση (Wood et al, 2023).

Άλλα συμπτώματα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως αποτέλεσμα των θεραπειών και της ασθένειας είναι κόπωση, αδυναμία, ναυτία, έμετος, δύσπνοια και κυρίως πόνος. Οι σοβαρότερες όμως συνέπειες συμβαίνουν από την ακτινοθεραπεία της πυέλου που μπορεί να προκαλέσει κολπική στένωση, κολπική ίνωση, ξηρότητα και

συμφύσεις. Τα συνακόλουθα προβλήματα είναι χρόνια δυσπαρευνία, απώλεια σεξουαλικής δραστηριότητας και επιθυμίας και ανοργασμία. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι ένα σύστημα πρόβλεψης επιπλοκών βασισμένων σε συμπτώματα όπως τα αναφέρουν οι ασθενείς φαίνεται να είναι λειτουργικό. Αυτό κάνει τη γνώση της συμπτωματολογίας από μέρος των ασθενών εξαιρετικά σημαντική για την πρόληψη περεταίρω προβλημάτων. Επίσης η ενημέρωση των ασθενών ώστε να ξέρουν τι πρόκειται να ακολουθήσει μετά την υστερεκτομή ή τις λοιπές θεραπείες έχει θετική επίδραση στη μετέπειτα ζωή τους, καθώς οι επιπτώσεις για κάθε ασθενή φαίνεται να είναι διαφορετικές (Feinberg et al, 2023). Για τις συνέπειες των θεραπειών κατά του γυναικολογικού καρκίνου γίνεται λόγος από διάφορους συγγραφείς. Έτσι σε άρθρο των Firmeza et al (2022) γίνεται λόγος για σεξουαλικές διαταραχές και κυρίως δυσπαρευνία, αλλά και διαταραχές του ουροποιητικού ως αποτέλεσμα της ολικής υστερεκτομής.

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες που προκύπτουν από πληθώρα αιτιών σύμφωνα με τη μελέτη των συμπτωμάτων όπως αναφέρονται ως τώρα, μπορούν να επηρεάσουν ως και το 85% των ασθενών. Ασφαλώς όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα κακή εικόνα σώματος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος, κατάθλιψη αλλά και διαταραχή στις διαπροσωπικές σχέσεις. Παρά το μέγεθος και τη σημασία της επίδρασης στη ζωή των ασθενών τουλάχιστον το ένα τρίτο δεν συζητάει θέματα σεξουαλικότητας με τους επαγγελματίες υγείας θεωρώντας τα προβλήματα αυτού του είδους πολύ προσωπικά, ταμπού και γενικά ανάρμοστα να αναφερθούν. (Lubotzky et al, 2019). Γίνεται αντιληπτό λοιπόν πως το ένα πρόβλημα μπορεί να οδηγήσει στο άλλο καθώς η ελλειμματική ενασχόληση με ένα πρόβλημα και ιδιαιτέρως με ένα σοβαρό πρόβλημα με τόσες προεκτάσεις προκαλεί εμπόδια στην επίλυση του και επιδεινώνει τις συνέπειές του.

Όπως έχει αναφερθεί ξανά συμπτώματα που επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργικότητα των γυναικών όπως εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις, κολπική ξηρότητα και δυσπαρευνία μπορούν να προέλθουν τόσο από τις συμπληρωματικές θεραπείες όπως ακτινοθεραπείες, ορμονοθεραπείες και χημειοθεραπείες, όσο και από την χειρουργική επέμβαση. Η ολική υστερεκτομή προκαλεί χειρουργική εμμηνόπαυση, η οποία επέρχεται έπειτα από αφαίρεση των εσωτερικών γεννητικών οργάνων των γυναικών. Τα συμπτώματα της χειρουργικής εμμηνόπαυσης ασκούν τελικά στις

ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο μεγαλύτερη επίδραση από αυτή που ασκούν στο γενικότερο πληθυσμό. Ενώ μακροπρόθεσμες συνέπειες είναι η οστεοπόρωση και η επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας. Στον αντίποδα αυτών των συμπτωμάτων η ορμονική θεραπεία αποκατάστασης των ορμονών μετά την εμμηνόπαυση είναι ένα θέμα που χρήζει συστηματικής και εξατομικευμένης μελέτης ως προς το όφελος που μπορεί να προσφέρει και δεν είναι κάτι που θα πρέπει ευρέως να χρησιμοποιείται (Brennan et al, 2020).

Η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας της χειρουργικής εμμηνόπαυσης και η βαρύτερη επίδρασή της σε σχέση με τη φυσική εμμηνόπαυση, μελετάται και από άλλους συγγραφείς όπως οι Rees et al (2020). Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς η ορμονική θεραπεία αποκατάστασης πρέπει να συνεχίζεται περίπου ως τη φυσική ηλικία της εμμηνόπαυσης, ενώ αρχικά οι δόσεις οιστρογόνων που χρειάζονται οι γυναίκες είναι μεγαλύτερες σε σχέση με τη συνέχεια της θεραπείας και εν τέλη η κολπική ατροφία είναι αυτή που διαρκεί για το υπόλοιπο της ζωής των γυναικών κάνοντας την καθημερινότητά τους όσο αφορά τη σεξουαλική ζωή αρκετά δυσλειτουργική.

2.2 Είδη σεξουαλικών προβλημάτων

Μετά την αναφορά του πλήθους των πτυχών της ανθρώπινης σεξουαλικότητας είναι σημαντικό να τονιστεί ξανά ότι έπειτα από την εμπειρία του γυναικολογικού καρκίνου η σεξουαλικότητα των ασθενών πλήττεται σημαντικά. Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες που προκαλούνται απασχολούν ιδιαίτερος τις γυναίκες με αποτέλεσμα όλα τα συμπτώματα που δρουν συλλογικά να επηρεάζουν τελικά πολύ αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο πυελογεννητικός πόνος και η δυσπαρευνία που προκύπτουν από τις θεραπείες κατά του καρκίνου και οι οποίες προκαλούν επίσης κολπική ξηρότητα, βράχυνση, στένωση και ατροφία του κόλπου αναφέρονται και από τον Harris (2019). Περίπου στα ίδια συμπεράσματα καταλήγουν σε μελέτη τους και οι Donkers et al (2018) προσθέτοντας και το στοιχείο της κολπικής ίνωσης. Εξετάζεται μάλιστα η χρήση τοπικών ενυδατικών για την αντιμετώπιση της κολπικής ξηρότητας, καθώς και άλλων σκευασμάτων όπως η κολπική εστραδιόλη με στόχο τη μείωση των

προαναφερθέντων συμπτωμάτων και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των γυναικών (Gibson et al, 2020).

Μάλιστα σύμφωνα με τους Donkers et al (2018) η παχυσαρκία η οποία σχετίζεται με ορισμένους τύπους γυναικολογικού καρκίνου φαίνεται να έχει θετική και όχι αρνητική επίδραση στη σεξουαλικότητα των ασθενών και αυτό επηρεάζεται από διαφορές στα επίπεδα ορμονών στις παχύσαρκες γυναίκες, οι οποίες τελικά καταλήγουν με περισσότερη ύγρανση στην περιοχή του κόλπου. Ο ισχυρισμός αυτός αν και παραμένει ασαφής αποτελεί ένα απλό ενδεικτικό στοιχείο ότι αν και η σεξουαλικότητα των ασθενών είναι ανάλογη με την γενικότερη εικόνα σώματος και την ψυχολογία στην οποία βρίσκονται, φαίνεται να παραμένει ανεπηρέαστη από μεμονωμένα στοιχεία της ανθρώπινης φυσιολογίας που προκύπτουν από την εμπειρία του καρκίνου όπως θα φανεί παρακάτω. Έτσι η σεξουαλικότητα όπως περιγράφεται και στον ορισμό στην αρχή του κεφαλαίου είναι περισσότερο ένα ενιαίο και αδιαίρετο σύνολο στοιχείων περισσότερο από ξεχωριστά τμήματα της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Οι σεξουαλικές διαταραχές των γυναικών όπως φαίνεται και σε μελέτη των Cambell et al (2019) φτάνουν έως και το 100%, καθώς οι σωματικές επιπτώσεις από τον καρκίνο και τη θεραπεία του εμποδίζουν τις γυναίκες να έρθουν σε επαφή με τους συντρόφους τους και να απολαύσουν τη σεξουαλική δραστηριότητα. Η χειρουργική εμμηνόπαυση και όλα τα συμπτώματα που την ακολουθούν σε συνδυασμό με τις θεραπείες προκαλούν όπως προαναφέρθηκε διαταράσσουν σοβαρά της φυσιολογία της περιοχής και μπορεί να προκαλέσουν ακόμη και κολπική αιμορραγία. Επίσης μπορεί να προκληθεί βράχυνση του κόλπου, βλάβη στο νευρικό σύστημα της πυέλου, αφαίρεση της κλειτορίδας, διόγκωση των λεμφαδένων και λεμφοίδημα. Πολλές γυναίκες καταλήγουν να νιώθουν ενοχές για την κατάσταση την οποία βιώνουν και τη διαταραχή στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συντρόφους τους, ενώ αισθάνονται ότι φέρουν βάρος ευθύνης για την ψυχοσεξουαλική ευμάρεια των συντρόφων τους. Η μεγαλύτερη επίδραση βαρύνει κυρίως τις γυναίκες με πολλαπλούς ρόλους όπως είναι οι νεότερες γυναίκες που είναι και σύντροφοι και μητέρες ή γυναίκες στις ζωές των οποίων τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των συντρόφων τους προϋπήρχαν. Φαίνεται από τα

ως τώρα αναφερθέντα στοιχεία πως η ψυχοσεξουαλική ισορροπία των γυναικών είναι ένα θέμα ενιαίο με σημαντικές αλληλεπιδράσεις.

Σε συνέχεια της αναφοράς για τις ανατομικές ελλείψεις που οδηγούν σε διαταραχές στη γεννητική περιοχή των ασθενών λόγο έχουν κάνει και οι De Arruda et al (2020) όπου σύγκριναν είδη θεραπειών και τις συνέπειες που είχαν αυτές στη ζωή των γυναικών. Εν τέλη η νευροπάθεια και οι συνέπειες της εμμηνόπαυσης ήταν αυτές που παρέμειναν για μακρύ χρονικό διάστημα με αντίκτυπο στη σεξουαλικότητα των ασθενών. Ειδικότερα οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία είχαν 12 μήνες μετά τη θεραπεία χειρότερη ποιότητα ζωής όσο αναφορά στη σεξουαλικότητα οι οποία προέρχονταν από τις δύο προαναφερθείσες συνέπειες. Σχετικά με τη νευροπάθεια φαίνεται πως αυτή προκαλείται περισσότερο από ακτινοθεραπεία στις υπό μελέτη γυναίκες. Ο συνδυασμός βέβαια των θεραπειών είναι σαφώς πιο επιβαρυντικός, αλλά οι αναφορές των περισσότερων συγγραφέων όπως και των De Arruda et al (2020) συγκλίνουν ότι ένα από τα χειρότερα προβλήματα που ακολουθούν τη θεραπεία κατά του γυναικολογικού καρκίνου είναι η χειρουργική εμμηνόπαυση.

Οι σωματικές δυσμορφίες, τα κοιλικά προβλήματα και το λεμφοίδημα ως παράγοντας επιδείνωσης της ποιότητας της σεξουαλικότητας των γυναικών εξαιτίας του καρκίνου και των συμπληρωματικών θεραπειών αναφέρεται και από τους Carter et al (2021), όπου περαιτέρω προβλήματα προκύπτουν στην καθημερινή ζωή όπως αυτά που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο της αυτοεικόνας. Είναι ασφαλώς δύσκολο να διαχωριστεί η σεξουαλικότητα από την αυτοεικόνα ως ένα βαθμό καθώς οι δύο αυτές πτυχές της ζωή των ανθρώπων αποτελούν ένα σύνολο αλληλοσυμπληρούμενων και αλληλεπικαλυπτόμενων στοιχείων, ιδιαίτερα στις νεαρότερες ηλικίες όπου η σεξουαλικότητα έχει πιο άμεση έκφραση.

2.3 Κοινωνικές προεκτάσεις σεξουαλικών προβλημάτων

Η ηλικία ως παράγοντας έντασης των εκάστοτε προβλημάτων ασκεί μεγάλη επίδραση στη ζωή των ασθενών. Ακόμη και από καθαρά σεξουαλικής άποψης γυναίκες

άνω των 50 έχουν πολύ μεγαλύτερη δυσκολία να φτάσουν σε κορύφωση έπειτα από την σεξουαλική πράξη και το βρίσκουν εξίσου δύσκολο να μιλήσουν για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω συστολής και στίγματος για ένα τόσο ιδιαίτερο θέμα. Από την άλλη οι νεότερες γυναίκες ανησυχούν πιο πολύ για θέματα διαπροσωπικών σχέσεων, αισθανόμενες περισσότερη μοναξιά και φοβούμενες για τη μακροχρόνια και μελλοντική επίδραση των σεξουαλικών προβλημάτων στη ζωή τους (Roussin et al, 2021).

Στο παραπάνω συμπέρασμα καταλήγουν και οι Harris et al (2019) καθώς διαπιστώνουν πως παράλληλα με τη σεξουαλικότητα πλήττονται και οι διαπροσωπικές σχέσεις, και η ψυχολογία των γυναικών. Οι γυναίκες που έρχονται αντιμέτωπες με τις προκλήσεις της διάγνωσης του καρκίνου και της θεραπείας του εκτός από την επιβάρυνση που δέχονται από την έκπτωση ή την απώλεια της σεξουαλικότητας και τη διατάραξη των διαπροσωπικών σχέσεων ως συνέπεια όλων αυτών, βαρύνονται επιπλέον και από το γεγονός ότι δυσκολεύονται να συζητήσουν αυτά τα θέματα με άλλους. Ο λόγος που δεν συζητούνται τα σεξουαλικά προβλήματα που προκύπτουν έχει να κάνει με πολλούς παράγοντες θρησκευτικούς, πολιτικούς ή ιδεολογικούς.

Η αντιμετώπιση του θέματος της σεξουαλικότητας ως ταμπού το οποίο οι ασθενείς δυσκολεύονται να συζητήσουν λαμβάνει ακόμη μεγαλύτερες διαστάσεις σε πιο συντηρητικές κοινωνίες όπως οι μουσουλμανικές. Σε άρθρο των Ak et al (2018) αναφέρεται ότι οι γυναίκες δεν ήταν σε θέση να συζητήσουν με κανένα επαγγελματία υγείας τα προβλήματα της σεξουαλικότητας ιδιαίτερα αν ο επαγγελματίας υγείας ήταν άντρας ή αν οι ίδιες ήταν ανύπαντρες. Ακόμη όμως και χωρίς την ύπαρξη αυτών των εμποδίων κανείς δεν τις ενημέρωνε για επιπτώσεις που θα είχε στη σεξουαλική τους ζωή η νόσηση από γυναικολογικό καρκίνο. Η έλλειψη σεξουαλικής διάθεσης, η αδυναμία ευχαρίστησης ή κορύφωσης, η μειωμένη συχνότητα συνευρέσεων και η κακή ποιότητα ήταν και στην συγκεκριμένη περίπτωση εμφανείς και αν και αρκετά νέες σε ηλικία δεν είχαν το περιθώριο να συζητήσουν για αυτά τα προβλήματα και πολύ δε περισσότερο να μπορέσουν να τα αντιμετωπίσουν. Ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις οι γυναίκες δεν ξέρανε καν αν μπορούσε να υπάρξει σεξουαλική συνεύρεση και φοβόνταν τη δημιουργία περαιτέρω προβλημάτων όπως μόλυνση στην περιοχή του κόλπου.

Στις συντηρητικές αυτές κοινωνίες της μουσουλμανικής κοινότητας η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης στις γυναίκες από την πλευρά των συντρόφων τους, αλλά και από την πλευρά της κοινωνίας γενικότερα είναι αρκετά σημαντική και γίνεται ξεκάθαρη η σαφή κοινωνική χροιά την οποία έχει το θέμα της σεξουαλικότητας. Αν δεν απείχαν τελείως από τη σεξουαλική πράξη οι προαναφερθείσες γυναίκες ήταν σεξουαλικά ενεργές μόνο από υποχρέωση ως προς το σύζυγό τους, αναφέροντας χαρακτηριστικά άλλες φορές ότι το κάνουν μόνο για τη δική του απόλαυση ή για να μην τον στενοχωρήσουν ή ακόμη θεωρώντας πως είναι αμαρτία να αρνηθούν. Όσων αφορά τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες θεωρούν πως η σεξουαλική τους ζωή τερματίζει με την φυσική εμμηνόπαυση πριν την εμφάνιση του καρκίνου.

Στα προβλήματα που αφορούν άμεσα τη σεξουαλική αποτελεσματικότητα των γυναικών αναφέρονται και οι Sunvaal et al (2023), όπου κάνουν λόγο για διαταραχές στη σεξουαλική επιθυμία, διέγερση, σεξουαλική απόλαυση και ικανοποίηση, καθώς και έλλειψη οργασμού. Στα αποτελέσματα όμως της μελέτης αυτής φαίνεται πως παρά τα σαφή κολπικά προβλήματα που παρουσιάστηκαν όπως σε κάθε άλλη περίπτωση υπήρχαν διακυμάνσεις στη σεξουαλική διέγερση και την ικανοποίηση. Αυτό καταδεικνύει ότι τα κολπικά και σωματικά προβλήματα από την εμφάνιση και τη θεραπείας της νόσου δεν ήταν τα μόνα που επηρέαζαν τη σεξουαλική ζωή των γυναικών, αλλά ένα σύνολο διαφόρων παραμέτρων συμμετείχε στην διατάραξη της σεξουαλικότητάς τους όπως εκείνες την αντιλαμβάνονταν. Οι παράγοντες εκείνοι που αλλοιώνουν την σεξουαλική ζωή των γυναικών είναι φυσικοί, ψυχολογικοί αλλά και κοινωνικοί με τις διαπροσωπικές σχέσεις να παίζουν πρωτεύοντα ρόλο.

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι μια σημαντική παράμετρος στην σεξουαλικότητα των γυναικών είναι η ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Αυτό γίνεται ξεκάθαρο και από τη μελέτη των Abbott-Anderson et al (2019) που αναφέρει ότι οι στάσεις, οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τη σεξουαλική τους ζωή επηρεάζουν έντονα την συμπεριφορά τους μετά την εμπειρία του καρκίνου. Ουσιαστικά οι ασθενείς μετά από την εμπειρία του καρκίνου και της θεραπείας που ακολουθεί έρχονται αντιμέτωπες με αλλαγές και εκπτώσεις στη σεξουαλική τους λειτουργικότητα άλλοτε άλλου βαθμού, τις οποίες πρέπει να αποδεχτούν και εν συνεχεία να

επαναξιολογήσουν τη σχέση τους με τους συντρόφους τους. Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συντρόφους τους όπως ένας μη υποστηρικτικός σύντροφος με ελλιπή ουσιαστική επικοινωνία, η συχνότητα και η ποιότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας πριν τη διάγνωση του καρκίνου ασκούν σοβαρή επίδραση στη σεξουαλική λειτουργικότητα μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς ακόμη ένα εμπόδιο στη σεξουαλική ευμάρεια των ασθενών μετά τη διάγνωση των καρκίνου είναι η υιοθέτηση του ρόλου του φροντιστή από το σύντροφο ζωής του ασθενή. Η σχέση των δύο συντρόφων από διαπροσωπική ερωτική σχέση γίνεται σχέση φροντιστή – ασθενούς, όπου ο ασθενής αποκτά το ρόλο του αρρώστου και ουσιαστικά του προστατευόμενου μέλους από την πλευρά του φροντιστή με αποτέλεσμα να χάνει τη σεξουαλική του ιδιότητα και να μειώνεται η μεταξύ τους ερωτική έλξη. Αυτή η αλλοίωση στις μεταξύ τους σχέσεις σε συνδυασμό με την εξάντληση από μέρους του φροντιστή και τη θλίψη που ακολουθεί μια τέτοια εμπειρία, τον κάνει να χάσει και ο ίδιος τη σεξουαλική του επιθυμία με συνακόλουθα αποτελέσματα και στη συμπεριφορά του ασθενή. Η σημαντικότητα της σχέσεις του ζεύγους πριν την εμφάνιση του καρκίνου τονίζεται και από τους Roussin et al (2021) όπου αναφέρεται ότι ζευγάρια που μετρούν τρεις δεκαετίες συντροφικής ζωής και ο γάμος τους είναι προσυμφωνημένος, όπως γινόταν παραδοσιακά οι γάμοι σε περασμένες δεκαετίες, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη αντοχή στις δυσκολίες ακόμη και αν αυτές αφορούν διαταραχές στη σεξουαλική ζωή εξαιτίας της ασθένειας.

Είναι εμφανές ότι οι επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο εκτός από τις εμφανείς σωματικές που προκύπτουν από την ασθένεια και τη θεραπεία του αφορούν επίσης και ολόκληρη την αντίληψη ενός ασθενή και τη σχέση του με τον ψυχισμό και το περιβάλλον του. Οι Abbott-Anderson et al (2019) καταλήγουν τελικά σε δύο είδη παραγόντων που επιβαρύνουν την ψυχοσεξουαλικότητα των ασθενών. Αυτοί οι δύο παράγοντες είναι οι τροποποιήσιμοι και οι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες. Η στάση των ασθενών περιστρέφεται γύρω από την αποδοχή του προβλήματος και των ελλειμμάτων που προκαλεί και στην τροποποίηση και τη βελτίωση όσων συνθηκών μπορούν να αλλάξουν και να

προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες. Είναι γνωστό ότι πολλές φορές κάθε πρόβλημα είναι και μια ευκαιρία για ανάπτυξη μιας άλλης ιδεολογίας και προοπτικής.

Όπως αναφέρεται και στην αυτοεικόνα ο όρος της μετατραυματικής ανάπτυξης που περιγράφεται από τους Messelt et al (2021) ως μια σειρά θετικών αλλαγών σε στρεσογόνα γεγονότα έτσι και στην περίπτωση των Abbott-Anderson et al (2019) ο γυναικολογικός καρκίνος είναι για τις γυναίκες που τον βιώνουν μια πρώτης τάξεως ευκαιρία να μιλήσουν ανοιχτά για τη σεξουαλικότητά τους και τις ανάγκες που προκύπτουν μέσα από τη μελέτη αυτού του θέματος. Μέσα από τη μελέτη του θέματος της σεξουαλικότητας μπορούν να αντιμετωπιστούν και μερικοί από τους τροποποιήσιμους παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Η ανησυχία, οι διαφορετικές πεποιθήσεις και συναισθηματικές αντιδράσεις για θέματα που αφορούν τον καρκίνο και τις επιπτώσεις του πάνω στην εικόνα σώματος και τη λειτουργικότητά του, καθώς και προβλήματα και ανησυχίες σχετικά με τη σεξουαλικότητα μπορούν να βελτιώσουν την επικοινωνία των γυναικών τόσο με τους συντρόφους τους όσο και με τους επιστήμονες υγείας.

Πιο συγκεκριμένα στις νέες γυναίκες η στειρότητα που προκαλείται ύστερα από ολική υστερεκτομή ή η υπογονιμότητα ύστερα από χειρουργική επέμβαση μικρότερης έκτασης, απασχολεί έντονα τις ασθενείς και επιβαρύνει την ψυχολογία τους. Σε περιπτώσεις μάλιστα διατήρησης της γονιμότητας διαπιστώνεται καλύτερη εικόνα σώματος, πιο αυξημένη αυτοπεποίθηση και βελτιωμένη σεξουαλική συμπεριφορά (Wettergren, et al, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑ

3.1. Έννοια της αυτοεικόνας

Σύμφωνα με τους Jaärvholm et al. (2020) η αυτοεικόνα είναι η νοητική εικόνα που έχει ένας άνθρωπος για τον εαυτό του και είναι πολύπλευρη καθώς δεν αφορά μόνο την οπτική του ίδιου του ατόμου, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται από τους άλλους. Μια παραπλήσια απεικόνιση της έννοιας αναφέρει ότι η αυτοεικόνα αφορά όλα τα συναισθήματα, θετικά ή αρνητικά σε σχέση με το ύψος, το βάρος και το σχήμα του σώματος του κάθε ανθρώπου και το πως αυτά τα συναισθήματα επηρεάζουν την αντίληψη του καθενός για το σώμα του. Μεταξύ άλλων η αυτοεικόνα περιλαμβάνει και την αντίληψη που έχει ένας άνθρωπος για τα γεννητικά του όργανα (Winter et al, 2023). Επίσης σε μελέτη τους οι Aquil et al (2021) αναφερόμενοι στην έννοια της αυτοεικόνας σε ένα ύφος κάπως διαφορετικό αναφέρουν ότι: «η εικόνα σώματος είναι η απόδοση του εαυτού που γεννήθηκε στο σταυροδρόμι του σώματος και της ψυχής, καλύπτει την ύπαρξη του εαυτού στο χώρο, στο χρόνο και στη σχέση του με τον κόσμο».

Από τις παραπάνω αποδόσεις της έννοιας της αυτοεικόνας γίνεται ξεκάθαρη η εντύπωση που σχηματίζει ένας άνθρωπος για το σώμα του συνολικά και για κάθε ένα από τα σημεία που το αποτελούν και τον αντίκτυπο που έχει αυτή η εντύπωση στην ψυχολογία του, στο συναίσθημά του και τον κοινωνικό του περίγυρο σε βάθος χρόνου. Μια εντύπωση που είναι βαθύτατα προσωπική και επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες καθώς ο άνθρωπος τοποθετεί τον εαυτό του στον κόσμο.

3.2 Αυτοεικόνα και κοινωνικό στίγμα

Στην μελέτη τους οι Winter et al (2023) δίνουν τόσο θεμελιώδη αξία στην εικόνα του σώματός τους που έχουν οι γυναίκες γενικά αλλά και στην εικόνα που έχουν για τα γεννητικά τους όργανα, ούτως ώστε καταλήγουν κατ' ουσίαν να παραμελούν την υγεία τους όταν αυτή η εικόνα είναι αρνητική. Η εικόνα του σώματος που πολύ συχνά σχετίζεται και με την παχυσαρκία έχει πολύ μεγάλη επίδραση στις γυναίκες οι οποίες φτάνουν σε σημείο να νιώθουν στιγματισμένες όχι μόνο από τον κοινωνικό περίγυρο

αλλά ακόμη και από τους ίδιους του θεράποντες γιατρούς. Το στίγμα που ακολουθεί την παχυσαρκία τις κάνουν να αισθάνονται ντροπή και απογοήτευση και να αποφεύγουν τους προσυμπτωματικούς ελέγχους. Η παραμέληση του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι σημαντική συνέπεια της διαταραχής της εικόνας του σώματος, καθώς διαταράσσει την ψυχολογία βαθύτατα ώστε τελικά εξάγεται το συμπέρασμα ότι η κακή εικόνα σώματος οδηγεί σε παραμέληση του ίδιου του εαυτού άρα και σε μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Σε συνέχεια της μελέτης του άρθρου των Winter et al (2023) αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι οι γιατροί έχουν την τάση να μην ασχολούνται ενδελεχώς με τις παχύσαρκες γυναίκες θεωρώντας τις ουσιαστικά υπεύθυνες για την κατάσταση την οποία βρίσκονται με αποτέλεσμα να επηρεάζεται και η επιστημονική κρίση τους ως θεράποντες. Μια τέτοια πεποίθηση βεβαίως θεωρείται ακραία και πρέπει να εφιστά την προσοχή σε όλους ασθενείς και γιατρούς ως προς τη διαχείριση περιστατικών που εμπριέχουν συνθήκες κοινωνικού στιγματισμού.

Από την άλλη πλευρά η εικόνα σώματος φαίνεται να σχετίζεται με την εικόνα σώματος που έχουν οι γυναίκες για τη γεννητική τους περιοχή όπως προαναφέρθηκε και όλο αυτό να επηρεάζει και τη στάση τους απέναντι στη σεξουαλικότητα. Σε περίπτωση μάλιστα θετικών παρεμβάσεων στην εικόνα σώματος της γεννητικής περιοχής επηρεάζεται θετικά και η γενικότερη εικόνα σώματος. Η άσχημη επιρροή της στιγματοποίησης τόσο στην υγεία, ψυχολογική, σωματική και σεξουαλική και στην παραμέληση του προσυμπτωματικού ελέγχου γίνεται ξεκάθαρη και δείχνει τη σημασία της ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών.

3.3 Αντίκτυπος του γυναικολογικού καρκίνου στην αυτοεικόνα των ασθενών

Οι επιπτώσεις του γυναικολογικού καρκίνου στην ζωή των γυναικών εκτός από τον προφανή κίνδυνο απειλής της ίδιας τους της ζωής είναι πολλές, αναλόγως βέβαια και με το στάδιο του καρκίνου. Οι τρεις βασικοί τομείς που πλήττονται είναι ο κοινωνικός και ο τομέας της σωματικής και ψυχολογικής υγείας. Πολύ συχνά γυναίκες οι οποίες βιώνουν ή έχουν βιώσει γυναικολογικό καρκίνο εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Χαρακτηριστικά είναι τα αποτελέσματα της μελέτης των Peerenboom et al

(2022) όπου σαφώς πρώτη ανησυχία ανάμεσα στις γυναίκες που έχουν επιβιώσει από γυναικολογικό καρκίνο είναι ο φόβος για επανεμφάνιση της νόσου σε ένα ποσοστό που πλησιάζει το 50%. Δεύτερη σε ποσοστό εμφάνισης (40%) είναι η επιθυμία τους να χάσουν βάρος, που είναι σαφής ένδειξη της σημασίας που αποκτά η εικόνα του σώματος για τη ζωή των ασθενών και στην συνέχεια έρχονται με χαμηλότερα ποσοστά από 20-30% το άγχος και η κατάθλιψη, καθώς και οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του καρκίνου τόσο στη ζωή των ίδιων των γυναικών, όσο και στην ευημερία της οικογένειάς τους. Στο ίδιο περίπου ποσοστό του 20% έρχονται οι ανησυχίες για σωματικά ενοχλήματα και την εικόνα σώματος γενικότερα. Αν και μετρήθηκε διαφορετικά η επιθυμία να χάσουν βάρος από τη γενικότερη αντίληψη της εικόνας σώματος είναι ξεκάθαρο ότι περιστρέφεται γύρω από ένα κοινό θέμα, του πως δηλ αντιλαμβάνονται το σώμα τους οι ασθενείς και τι επιδράσεις έχει αυτή η αντίληψη τόσο σε προσωπικό όσο και κοινωνικό επίπεδο.

Ακόμη ένα στοιχείο που σχετίζεται με την αυτοαντίληψη και αλλά και τη σεξουαλικότητα είναι και η μητρότητα. Η μητρότητα αποτελεί θεμέλιο λίθο στη γυναικεία ψυχολογία χαρακτηρίζοντας στο ολόκληρο την ίδια τη γυναικεία φύση τόσο κατά την προφανή βιολογική σημασία αυτού του συμπεράσματος όσο και από τις αναφορές των ίδιων των γυναικών. Έτσι η απουσία μήτρας αν και δεν είναι ορατή, προκαλεί χαμηλή αυτοπεποίθηση που μπορεί να προέρχεται από την αδυναμία τεκνοποίησης. Η έλλειψη της μήτρας προκαλεί σε ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών μια αίσθηση κενού, ένα αίσθημα δυσφορίας για το σώμα τους και μια όξυνση των αισθήσεων για σωματικά συμπτώματα. Ιδιαίτερως οι νέες γυναίκες θεωρούν την απώλεια της παραγωγικότητάς τους ως τραύμα, το βρίσκουν πολύ πιο δύσκολο να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες και το να μείνουν άτεκνες θεωρείτε τόσο μεγάλο ψυχολογικό βάρος για εκείνες όσο ψυχολογικό βάρος αποτέλεσε και η ίδια η διάγνωση του καρκίνου και η απειλή της ίδιας τους της ζωής. Η έλλειψη μήτρας για αυτές τις γυναίκες επηρεάζει την ψυχολογία τους με τέτοιο τρόπο ώστε η αίσθηση της αξίας τους ως άτομα, η γυναικεία τους φύση και η συντροφικότητά τους πλήττεται σημαντικά (Galica et al, 2022).

Η αίσθηση απώλεια της γυναικείας φύσης έπειτα από την απώλεια των αναπαραγωγικών οργάνων των γυναικών αναφέρεται και από τους Roussin et al

(2021), ενώ σε ποιοτική μελέτη των Ak et al (2018) αναφέρεται από γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ότι η επίδραση του καρκίνου στη δική τους τη ζωή δεν ήταν τόσο τραυματική γιατί άλλωστε εκείνες είναι ηλικιωμένες και δεν είχαν σεξουαλική ζωή που θα μπορούσε να πληγεί, ούτε περίμεναν να αποκτήσουν απογόνους. Από τα παραπάνω γίνεται εμφανές από πολλούς συγγραφείς ότι η σεξουαλικότητα και η μητρότητα είναι υποσύνολα της προσωπικότητας των γυναικών που συμπληρώνουν τελικά ολόκληρη την εικόνα που έχουν οι γυναίκες για το σώμα τους.

Επίσης σε άλλη μελέτη αναφέρεται πως γυναίκες που έχουν επιβιώσει τουλάχιστον 4 χρόνια μετά τη διάγνωση γυναικολογικού καρκίνου έχουν στατιστικά σημαντική επιδείνωση της εικόνα του σώματός τους και πολύ μεγαλύτερη ανησυχία για τη σεξουαλική τους λειτουργικότητας και ιδιαίτερος οι νεότερες από αυτές. Αυτό ασφαλώς σχετίζεται και με το στάδιο της νόσου και με το είδος των θεραπειών και τον αρνητικό αντίκτυπο των θεραπειών αυτών πάνω στο σώμα των γυναικών. Μια συνέπεια συχνή των θεραπειών του γυναικολογικού καρκίνου είναι και το λεμφοίδημα, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω (Stuorpelyte et al, 2023).

Το λεμφοίδημα κάτω άκρων το οποίο αποτελεί συχνή παρενέργεια των θεραπειών κατά του γυναικολογικού καρκίνου, προκαλεί σημαντική δυσλειτουργία στα κάτω άκρα, επιδεινώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και προκαλεί άγχος και αρνητική αντίληψη για την εικόνα του σώματός τους (Koehler et al, 2023). Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τη μελέτη που διεξήγαγαν οι Koehler et al (2023) κάτω από το ένα τέταρτο των ασθενών που διαγνώστηκαν με λεμφοίδημα των κάτω άκρων έλαβε συστηματική θεραπεία. Οι λόγοι για αυτό μπορεί να είναι είτε οικονομικοί είτε ότι σε ένα ποσοστό γυναικών το λεμφοίδημα πέρασε αδιάγνωστο. Ο πλημμελής έλεγχος για συμπτώματα λεμφοιδήματος υπήρχε κυρίως σε περιπτώσεις γυναικών με ήπια συμπτώματα. Ο κίνδυνος όμως από τον πλημμελή έλεγχο είναι ότι χάνουν οι ασθενείς την ευκαιρία να προλάβουν την νόσο σε αρχικό στάδιο. Από την άλλη πλευρά οι ασθενείς που για οικονομικούς λόγους δεν προχωρούν σε συστηματική θεραπεία κατά του λεμφοιδήματος βιώνουν πιο σοβαρά συμπτώματα. Γίνεται φανερό λοιπόν ότι κοινωνικοί, δημογραφικοί και οικονομικοί παράγοντες, όπως και η αδυναμία

πρόσβασης σε κατάλληλες δομές είναι αρκετά επιβαρυντικοί στη νόσηση από καρκίνο, είτε αυτή αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση ή τη θεραπεία.

Μια σοβαρή επίπτωση του λεμφοιδήματος στη ζωή των γυναικών εκτός από την δυσάρεστη εικόνα σώματος που προκαλεί και είναι εμφανής όχι μόνο αισθητικά αλλά και λειτουργικά είναι ότι έχει μακροχρόνιες συνέπειες στη ζωή των γυναικών. Αυτές οι μακροχρόνιες συνέπειες είναι ότι το λεμφοίδημα των κάτω άκρων είναι για τις ασθενείς που επιβίωσαν μια συνεχής ανάμνηση και υπενθύμιση της ασθένειάς τους. Η συνεχής αυτή υπενθύμιση προκαλεί στις ασθενείς ένα χρόνιο άγχος και μια ενόχληση, καθώς δυσκολεύονται να αποδεχτούν τη νέα συνθήκη της υγείας τους και να ξεπεράσουν το ψυχολογικό βάρος που αυτή φέρει. Κατά συνέπεια η εικόνα του σώματός τους επιδεινώνεται σε βάθος χρόνου χωρίς τη δυνατότητα βελτίωσης με όλες τις αρνητικές συνέπειες που αυτή η κατάσταση ενέχει. Τα λειτουργικά προβλήματα του λεμφοιδήματος των κάτω άκρων από την άλλη πλευρά προκαλεί προβλήματα στην καθημερινότητα που καταλήγουν σε ένα βαθμό αναπηρίας όπως προβλήματα βάδισης, προβλήματα στην οδήγηση είναι στην υπόδηση. Όλες οι συνέπειες της νόσου και της θεραπείας της, η συνεχής υπενθύμιση της ασθένειας και η αναπηρία που προκαλεί αφανής από την άποψη αφαίρεσης των αναπαραγωγικών οργάνων και εμφανής από τα κινητικά προβλήματα επιδεινώνουν την εικόνα σώματος και αυτή είναι μια παρατήρηση που εκφράζεται από πολλούς συγγραφείς (Carter et al, 2021).

Άλλος ένας αντίκτυπος της νόσου που απασχολεί τις νέες κυρίως γυναίκες που έχουν επιβιώσει από γυναικολογικό καρκίνο είναι τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης που όπως και με το λεμφοίδημα θα ζήσουν για την υπόλοιπη ζωή τους με τις αρνητικές συνέπειες αυτής της κατάστασης (De Arruda et al, 2020). Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις είναι ουσιαστικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, η οποία επέρχεται μετά την ολική υστερεκτομή σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Τα συμπτώματα αυτά θεωρούνται υπεύθυνα για τις διαταραχές ύπνου από τις οποίες πάσχουν οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία κατά του καρκίνου. Οι διαταραχές του ύπνου συνήθως συμβαίνουν στο 30-50% των γυναικών που περνούν στην περίοδο της εμμηνόπαυσης με φυσικό τρόπο και στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για ένα χρόνιο πρόβλημα. Οι διαταραχές

αυτές του ύπνου συνήθως χαρακτηρίζονται από την αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και συνδέονται άμεσα με την χαμηλή αυτοεκτίμηση και την κακή εικόνα σώματος, ενώ σχετίζονται περισσότερο και με την κατάθλιψη. Άλλοι παράγοντες εκτός από την εμμηνόπαυση που συνδέονται με τις διαταραχές ύπνου μπορεί να είναι το κάπνισμα, το άγχος και η παχυσαρκία (Hickey et al, 2022).

Άλλα χαρακτηριστικά των διαταραχών του ύπνου είναι η καθυστερημένη έναρξη ύπνου, η πρώιμη αφύπνιση και η κακή ποιότητα που οδηγεί σε μειωμένη αποτελεσματικότητα. Επίσης ο παράγοντας που συνδέεται με την αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας εκτός από τις νυχτερινές εφιδρώσεις όπως αναφέρθηκε πιο πάνω είναι και η ύπαρξη μικρών παιδιών στην οικογένεια αλλά η συχνή επίσκεψη στην τουαλέτα (Aquil et al, 2021). Αυτό το τελευταίο ίσως σχετίζεται και με τα συμπτώματα των διαταραχών του ουροποιητικού, όπως αναφέρονται πιο πάνω.

Σύμφωνα με τους Messelt et al (2021) στη βάση των συμπτωμάτων της νόσου φαίνεται να αναπτύσσεται και μετατραυματική διαταραχή άγχους. Στον αντίποδα της μετατραυματικής διαταραχής άγχους είναι η μετατραυματική ανάπτυξη όπως ορίζεται μια σειρά από θετικές αλλαγές και αντιδράσεις που ακολουθούν μια ιδιαίτερα στρεσογόνο και δύσκολη εμπειρία. Η μετατραυματική διαταραχή άγχους και η μετατραυματική ανάπτυξη όπως είναι ευκόλως εννοούμενο είναι η αντίδραση των ασθενών στο τραύμα, το οποίο συνοδεύεται από άγχος, κατάθλιψη και συναισθηματικές διαταραχές έπειτα από τη διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. Και σε αυτή τη μελέτη διαπιστώνεται ότι η επιδείνωση της ποιότητας ζωής και η διαταραχή της συναισθηματικής ευημερίας -που περιέχει και την εικόνα σώματος- συνδέεται με ανυπακοή στην τήρηση του θεραπευτικού σχήματος, υπερβάλλουσα χρήση των υπηρεσιών επείγουσας ανάγκης, σοβαρές συνέπειες μετά τη θεραπεία και αυξημένη θνησιμότητα. Όσο αναφορά στα είδη του γυναικολογικού καρκίνου που παρουσιάζουν τις μεγαλύτερες συναισθηματικές διαταραχές τα ευρήματα των Messelt et al δείχνουν ότι ο καρκίνος του ενδομητρίου έχει τη μικρότερη επιβάρυνση σε σχέση με τα άλλα είδη γυναικολογικού καρκίνου, ενώ τη μεγαλύτερη την έχουν ο καρκίνος του αιδοίου και του κόλπου που είναι σπανιότεροι. Η διάκριση αυτή φαίνεται να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ανατομικές αλλοιώσεις σε αυτά τα σπάνια είδη γυναικολογικού καρκίνου είναι

περισσότερο ορατές, ενώ στον καρκίνο των ωοθηκών, η διάγνωση γίνεται σε πιο προχωρημένο στάδιο με χειρότερη πρόγνωση και η επιβάρυνση στη συναισθηματική τους υγεία είναι εντονότερη.

Επιστρέφοντας στη μελέτη της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης οι Messelt et al (2021) την αποδίδουν ουσιαστικά ως μία φιλοσοφία ζωής, που δίνει στους ασθενείς μια ιδιαίτερη αίσθηση εσωτερικής δύναμης και εφησυχασμού του ίδιου τους του εαυτού για την ευνοϊκή κατάληξη των πραγμάτων. Σύμφωνα δε με την ίδια μελέτη φαίνεται να ακολουθεί ορισμένους ασθενείς σε όλα τα στάδια της νόσου και να βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα στο αρχικό στάδιο όπου η καταπόνηση των ασθενών είναι μικρότερη και η πρόγνωση της νόσου καλύτερη.

Στην παραπάνω θεωρία φαίνεται να συγκλίνουν και οι Lopez et al (2018) όπου σε μια μελέτη για τις ανάγκες των γυναικών που έχουν επιβιώσει από γυναικολογικό καρκίνο, ορισμένες ασθενείς ψάχνουν να βρουν ένα θετικό νόημα στην εμπειρία της ασθένειας και της ίασης δράττοντας της ευκαιρία να επαναπροσδιορίσουν τις αξίες και τις προτεραιότητες τους και να ενδυναμωθούν ψυχολογικά. Πέρα όμως από αυτές τις θετικές εξαιρέσεις οι περισσότερες ασθενείς βίωσαν ένα πολυεπίπεδο αίσθημα απώλειας. Η απώλεια αυτή περιλαμβάνει την αίσθηση απώλειας της ταυτότητάς τους ως γυναίκες, των συνθηκών των όποιων απολάμβαναν πριν την διάγνωση όπως διαπροσωπικές σχέσεις και γονιμότητα, τη διαταραχή της επαγγελματικής τους κατάστασης και της σωματικής τους ακεραιότητας. Χαρακτηριστική είναι η δήλωση ορισμένων γυναικών πως αισθάνονται αποξενωμένες από αυτό το οποίο αναγνώριζαν ως εαυτό πριν τη διάγνωση, νιώθοντας ανασφάλεια σε σχέση με το πως θα αισθάνονται μετά το χρόνο αποθεραπείας. Έχοντας χάσει το κομμάτι του σώματός τους που τις χαρακτήριζε ως γυναίκες, το αίσθημα αποξένωσης από τον εαυτό τους είναι τέτοιο ώστε ουσιαστικά να αισθάνονται το σώμα του ξένο ομοιάζοντάς το με αντρικό και γενικά με ένα σώμα που απέκτησε μεγαλύτερη αρρενωπότητα. Νιώθοντας πιο αρρενωπές, έχοντας χάσει την εικόνα που είχαν για το σώμα τους, αισθανόμενες αποξενωμένες από την ίδια την ταυτότητά τους και τη φύση τους οι ασθενείς από γυναικολογικό καρκίνο δέχονται σοβαρό τραύμα όχι απλώς στην αυτοεικόνα αλλά και στην ψυχολογία τους γενικά. Από την άλλη πλευρά ορισμένες γυναίκες παρά τις δυσκολίες προσπαθούν να

βρουν ένα θετικό νόημα στη ζωή τους, αισθανόμενες ευγνωμοσύνη για τη ζωή τους, αυτό όμως όπως έχει αναφερθεί και πάλι έχει σχέση με πολλούς παράγοντες καθώς η επίπτωση της καταθλιπτικής διαταραχής και του άγχους παραμένει σε ψηλά επίπεδα.

Η γενικευμένη αυτή ψυχολογική διαταραχή τονίζεται από πολλούς συγγραφείς με κοινά συμπτώματα φόβου, απώλειας, απελπισίας και θλίψης. Είναι σύνηθες οι ασθενείς να απομονώνονται κοινωνικά μην μπορώντας να διαπραγματευτούν τις σωματικές αλλαγές που προκύπτουν από την ασθένεια και τη θεραπεία της, έχοντας χάσει τα όργανα τα οποία είναι δηλωτικά της γυναικείας τους φύσης. Η δήλωση των συναισθημάτων ντροπής που νιώθουν έπειτα από τις αλλαγές στο σώμα τους είναι χαρακτηριστική. Η αυτοεικόνα τους είναι τόσο αρνητική ώστε ντρέπονται για το σώμα τους και αποφεύγουν να το δείξουν ακόμη και στους συντρόφους τους, ενώ όσες δεν έχουν σύντροφο φοβούνται ότι υπάρχει πιθανότητα να απορριφθούν από κάποιο μελλοντικό σύντροφο. Η ψυχοσωματική επιβάρυνση στη ζωή των γυναικών όπως ερμηνεύεται τόσο η φυσική όσο και η συναισθηματική αντίληψη για το σώμα τους είναι από πολλές απόψεις σοβαρή. Μια τέτοια εξέλιξη οδηγεί στην πλήρη διαταραχή της ζωής των ασθενών. Η επιβάρυνση αυτή επηρεάζεται και επηρεάζει τη σεξουαλικότητα και όπως η κάθε γυναίκα την ερμηνεύει απομακρυσμένη ορισμένες φορές από την συνηθισμένη σεξουαλική πράξη καθώς είναι ένα αδιαίρετο σύνολο της ανθρώπινης ύπαρξης. Η συνθήκη αυτή καταλήγει σε αδιέξοδα τα οποία οι γυναίκες συχνά αποφεύγουν να συζητήσουν εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του θέματος κάνοντας τα πράγματα χειρότερα (De Souza et al, 2021).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι οι σωματικές αλλαγές που προκύπτουν από την ανάπτυξη και τη θεραπεία του καρκίνου, οδηγούν σε γενικότερη διαταραχή της ισορροπίας στη ζωή των ασθενών τόσο κοινωνική όσο και ψυχολογική. Η πρόκληση ψυχολογικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη, όπως επανειλημμένως αναφέρθηκε είναι συχνότατη και το χρόνιο άγχος είναι σχεδόν δεδομένο. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι είναι εδώ και καιρό αποδεδειγμένο σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες πως το χρόνιο άγχος είναι παράγοντας κινδύνου για αρκετούς τύπους καρκίνου ανάμεσα στους οποίους και ο καρκίνος των ωοθηκών. Η αιτία είναι κατ' ουσίαν οι ορμονικές διαταραχές που προκύπτουν και κυρίως από τις λεγόμενες ορμόνες του στρες, οι οποίες είναι οι

κατεχολαμίνες και οι κορτικοστερόνες και οι οποίες αυτό που κάνουν είναι να δημιουργούν ένα ανοσοκατασταλτικό μικροπεριβάλλον υποστηρίζοντας την επιβίωση καρκινικών κυττάρων, τη μετάσταση και την αντίστασή τους στα φάρμακα (Qin et al, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΧΕΣΗ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ

4.1 Σχέση αυτοεικόνας και σεξουαλικότητας

Όπως έχει προαναφερθεί είναι δύσκολος ο διαχωρισμός αυτοεικόνας και σεξουαλικότητας καθώς πρόκειται για δύο στοιχεία της ανθρώπινης προσωπικότητας που αλληλοσυμπληρώνονται και αλληλοεπηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό. Υπάρχει όμως σαφή διάκριση ανάμεσα στις ηλικίες των υπό μελέτη ασθενών, καθώς στις νεότερες γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό και υπάρχει η προοπτική της μητρότητας οι συνέπειες στη ζωή τους είναι μεγαλύτερες. Από την άλλη πλευρά ο τρόπος που αντιλαμβάνονται οι ηλικιωμένες γυναίκες τη σεξουαλικότητα είναι διαφορετικός και η σύνδεσή της με την αυτοεικόνα έχει άλλο αντίκτυπο.

Στη μελέτη τους οι Abott-Aderson et al (2019) αναφέρουν ότι υπάρχουν πρωτόκολλα τα οποία παρέχουν οδηγίες στους ασθενείς για προβλήματα σεξουαλικότητας όμως θα πρέπει να αναπτυχθούν οδηγίες που να παρέχουν συμβουλευτική και στους δύο συντρόφους σχετικά με το θέμα. Όπως αναφέρεται και στο ειδικό κεφάλαιο της σεξουαλικότητας της παρούσα εργασίας η συντροφική σχέση των ζευγαριών είναι δυαδική με πολλές αλληλεπιδράσεις σε πολλά και διαφορετικά επίπεδα και σαφώς δεν είναι τα σωματικά ελλείμματα και τα συναισθήματα μόνο του ασθενή που την επηρεάζουν.

Στα ηλικιωμένα ζευγάρια η αποχή από την ενεργή σεξουαλική δραστηριότητα έρχεται και ως φυσικό επακόλουθο της διαδικασίας της γήρανσης. Δεν είναι μόνο οι γυναίκες που έπειτα από τη φυσική εμμηνόπαυση ή την ασθένεια παρουσιάζουν προβλήματα στην σεξουαλική τους ζωή, αλλά και οι σύντροφοι τους καθώς μεγαλώνουν. Η αποχή από την ενεργό σεξουαλική ζωή σε διαφορετικές κοινωνίες από τη δυτική εμπίπτει, σε πιο συντηρητικές ιδεολογίες και πρότυπα. Αυτό γίνεται φανερό και στη μελέτη των Ak et al (2018) που αναφέρεται ότι εκτός των άλλων, η σεξουαλικότητα των γυναικών συνδέεται άρρηκτα με την αναπαραγωγή, με αποτέλεσμα να τερματίζει μετά το πέρας της αναπαραγωγικής ηλικίας.

Η σεξουαλικότητα λοιπόν λαμβάνει ποικίλες μορφές και οι Abott-Aderson et al (2019) δίνουν δύο διαφορετικές εναλλακτικές προκειμένου οι γυναίκες να ανταπεξέλθουν στη νέα πραγματικότητα. Στην πρώτη περίπτωση για να μπορέσουν οι γυναίκες να ξεπεράσουν τα φυσικά εμπόδια που προκαλεί ο γυναικολογικός καρκίνος και οι θεραπείες του, υιοθετούν διαφορετικές σεξουαλικές συνήθειες από αυτές της κοιλτικής διείσδυσης. Στην δεύτερη περίπτωση απέχουν από την σεξουαλική πράξη συνεχίζοντας όμως την διαπροσωπική τους σχέση σε ένα επίπεδο πλατωνικό όπως αναφέρουν, με συνέχεια της τρυφερότητας μέσω της αγκαλιάς και άλλων τρόπων έκφρασης των συναισθημάτων αγάπης μεταξύ τους. Σε αυτή την πρακτική όπως έχει αναφερθεί ξανά μεγάλο ρόλο παίζει και η χρονιότητα και η ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στους δύο συντρόφους.

Η δυαδικότητα της συντροφικής σχέσεις των ζευγαριών προκύπτει και από τους Cambell et al (2019) όπου σε ένα σημείο της μελέτης τους αναφέρουν πως οι οδηγίες της New American Society of Clinical Oncology είναι πως οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρέχουν συμβουλευτική σε όλους τους ασθενείς σε θέματα σεξουαλικότητας και όχι μόνο. Επίσης θα πρέπει όλοι οι ασθενείς να λαμβάνουν οδηγίες και κατευθύνσεις για τη σεξουαλική ανταπόκριση, την οικειότητα που έχουν με το σύντροφό τους καθώς και για προβληματισμούς σε θέματα σχέσεων, την αυτοεικόνα τους και την γενικότερη σεξουαλική λειτουργικότητά τους και την σεξουαλική απόλαυση.

Οι Campbell et al (2019) υποστηρίζουν η συσχέτιση της αυτοεικόνας με τη σεξουαλικότητα και τη συντροφικότητα. Αν και δεν είναι αντικείμενα μελέτης της παρούσας εργασίας έννοιες όπως οικειότητα και συντροφικότητα είναι φανερό ότι επηρεάζουν τη ζωή των ασθενών και την εικόνα που σχηματίζουν για τον ίδιο τους τον εαυτό. Δεν είναι βέβαια όλοι σε θέση να διαχειριστούν τα προβλήματα και τις προκλήσεις που προκύπτουν μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου. Έτσι η κατάθλιψη και το άγχος που εμφανίζονται στις επιζήσασες από γυναικολογικό καρκίνο μπορεί να φτάσει και να ξεπεράσει το 50%, ενώ αναφέρουν ακόμη προβλήματα ύπνου και κόπωση. Τα προβλήματα ύπνου, η κόπωση και το άγχος σε συνδυασμό με τις θεραπείες οδηγούν σε ένα είδος γνωστικής δυσλειτουργίας που μπορεί να κυμανθεί από 25% έως 75% όσων έχουν επιβιώσει. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να εμφανίζεται

με ελλειμματική συγκέντρωση, ψυχοκοινωνική επιβράδυνση και γενικότερη διαταραχή στην κρίση. Επίσης εξαιτίας των θεραπειών είναι πιθανόν να εμφανιστούν προβλήματα και στο ουροποιητικό όπως συχνουρία, δυσουρία, αιματουρία. Όλα αυτά επιδρούν πάρα πολύ αρνητικά και στην εικόνα σώματος και στην ψυχοσεξουαλική υγεία των νέων κυρίως γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο. Αν και η μελέτη συμπτωμάτων έχει αναφερθεί πιο πάνω η ένταση τους είναι τέτοια ώστε η μελέτη τους συνεισφέρει στην κατανόηση της πολυπλοκότητας τους προβλήματος.

Η πολυπλοκότητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι διαφορετικές τους προοπτικές που ουσιαστικά φαίνεται να σχετίζεται και με την προσωπικότητά τους είναι εμφανής και από τη συστηματική μελέτη των Armbruster et al. (2018). Στη μελέτη αυτή αναφέρεται πως η σεξουαλική λειτουργία, ποιότητα και συχνότητα και η εικόνα σώματος των ασθενών επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου και είναι διαρκής, όμως αυτή η επίδραση έχει διαφορετική επίπτωση από ασθενή σε ασθενή. Αν και η ποιότητα ζωής τους επιδεινώνεται σταθερά, πολλοί ασθενείς φαίνεται να ανταποκρίνονται καλύτερα στην επιδείνωση αυτή και τελικά καταφέρνουν να προσαρμοστούν. Η προσαρμογή αυτή σχετίζεται κυρίως με το θέμα της σεξουαλικότητας μιας και οι ασθενείς στην προσπάθειά τους να ξεπεράσουν τους περιορισμούς που προκαλούν οι θεραπείες κατά του γυναικολογικού καρκίνου, προσαρμόζονται τελικά στη νέα πραγματικότητα.

Σαφώς οι γυναίκες σεξουαλικά ανενεργές μετά την εμπειρία του καρκίνου αποτελούν τη συντριπτική πλειοψηφία όλων σχεδόν των μελετών που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα. Επιπλέον ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών εκφράζει έλλειψη ενδιαφέροντος για το συγκεκριμένο θέμα θεωρώντας την επιβίωση τους μεγαλύτερο πρόβλημα.

Συνολικά, η παραπάνω μελέτη έδειξε πως παρά τις παράλληλες επιπτώσεις που είχαν οι ασθενείς τόσο στην αυτοεικόνα τους όσο και στη σεξουαλικότητά τους, ήταν τελικά ικανοποιημένες με την απόφασή τους να προχωρήσουν σε ολική ή υφολική υστερεκτομή αναλόγως του σταδίου του καρκίνου, καθώς κάτι τέτοιο θα βελτίωνε την υγεία τους και τις πιθανότητες επιβίωσής τους. Δήλωναν μάλιστα χαρακτηριστικά πως δεν είχαν άλλη επιλογή. Φαίνεται λοιπόν πως οι περιορισμένες επιλογές πάνω σε ένα

θέμα κάνει κάποιους ασθενείς να υιοθετούν πρακτικές ώστε να συμβιβάζονται με τη νέα πραγματικότητα. Παρά όμως την προσαρμογή που μπορεί μια μερίδα ασθενών να επιδείξει σε δύσκολες για τη ζωή καταστάσεις όπως η εμπειρία του γυναικολογικού καρκίνου είναι ξεκάθαρο ότι οι επιπτώσεις στη ζωή τους είναι σημαντικές με σοβαρές μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα και στο κεφάλαιο της αυτοεικόνας στο οποίο γυναίκες που πήραν μέρος σε ποιοτικές έρευνες δήλωναν ότι μετά την αφαίρεση των εσωτερικών γεννητικών τους οργάνων αισθάνονταν πιο αρρενωπές, χάνοντας το όργανο εκείνο το οποίο πιστοποιούσε την ταυτότητά τους οπότε και λιγότερο ελκυστικές (Lopez et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ

5.1 Αξιολόγηση αυτοεικόνας

Η αυτοεικόνα είναι μια έννοια η ανάλυση και η αξιολόγηση της οποίας είναι απαιτητική, κυρίως γιατί βασίζεται στην υποκειμενική κατά κόρον εικόνα που έχει ένας άνθρωπος για το σώμα του. Έτσι σύμφωνα με τους Kling et al (2019) για να αναλύσει την ένας ερευνητής όσο πιο ολοκληρωμένα γίνεται οφείλει να ορίσει με κάποιο τρόπο τι ακριβώς εννοεί με τον όρο αυτοεικόνα. Αυτοεικόνα μπορεί να είναι η εικόνα που έχει ένας άνθρωπος για το σώμα του και τη φυσιολογία του, μπορεί όμως να είναι και η εικόνα που έχει για τον εαυτό του ως προσωπικότητα, ενώ ορισμένες φορές αυτές οι δύο εικόνες αλληλεπιδρούν πάνω στην ψυχολογία του ανθρώπου. Στο αντίστοιχο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας έγινε προσπάθεια να προσεγγισθεί ολιστικά η έννοια της αυτοεικόνας. Είναι λοιπόν δύσκολη η γενίκευση των γνώσεων που είναι δυνατόν να αποκτηθούν από ένα και μόνο ερωτηματολόγιο για μία έννοια τόσο υποκειμενική. Παρ' όλα αυτά δίνεται μια οπτική αυτού του θέματος.

Η αξιολόγηση της αυτοεικόνας γίνεται συνήθως με ερωτηματολόγια μεταφρασμένα και εγκυροποιημένα στην ελληνική γλώσσα. Η κλίμακα Body Appreciation Scale (Avalos et al, 2005), η οποία χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη λόγω των καλών ψυχομετρικών χαρακτηριστικών, είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο σύγχρονο εργαλείο θετικής εικόνας σώματος που αξιολογεί την αγάπη, την αποδοχή, την εκτίμηση και τον σεβασμό για το σώμα. Η εξέλιξη αυτής της κλίμακας είναι η Short form of the Body Appreciation Scale-2 (BAS-2SF) (Tylca et al, 2022), η οποία αποτελείται από 10 ερωτήματα. Κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετές κλίμακες από διάφορους συγγραφείς για την μέτρηση της αυτοεικόνας, όπως η κλίμακα Body Image Scale (BIS) η οποία δημιουργήθηκε από τους Horwood et al. (2001). Η BIS είναι μια κλίμακα μέτρησης της αυτοεικόνας ευρέως χρησιμοποιούμενη και για ασθενείς με καρκίνο, αξιόπιστη και έγκυρη, αποτελείται από 10 ερωτήματα με τετράβαθμη διαβάθμιση (Melissant et al, 2018). Επίσης η Body Esteem Scale, οποία κατασκευάστηκε από τους Franzoi and Shields(1984) έχει μεταφραστεί και εγκυροποιηθεί στην ελληνική γλώσσα από τους Alexias & Tsogas (2020) και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες. Η Body Esteem Scale αποτελείται από 35 στοιχεία,

τα οποία έχουν ομαδοποιηθεί σε τρεις υποκλίμακες αναλόγως με το φύλλο. Ακόμη μία κλίμακα που εστιάζει στην εκτίμηση του σώματος των συμμετεχόντων κυρίως αναφορικά με τη λειτουργικότητα και αποτελείται από επτά στοιχεία είναι η Functionality Appreciation Scale (FAS). Η κλίμακα αυτή είναι πιο σύγχρονη σε σχέση με τις προαναφερθείσες ενώ δεν αναφέρεται σε κοινωνικά πρότυπα που προβάλλονται από τα μέσα ενημέρωσης που μπορεί να επηρεάσουν την άποψη των ανθρώπων για το σώμα τους. Η FAS κατασκευάστηκε από τους Alleva, Tylka & Van Diest το 2017 (Alleva et al, 2017).

Στο σύνολό τους όλες οι προαναφερθείσες κλίμακες αποτελούν μέρος μόνο των διαγνωστικών εργαλείων τα οποία έχουν φτιαχτεί και έχουν ως στόχο να αξιολογήσουν την εικόνα που έχουν για το σώμα τους οι άνθρωποι στις διαφορετικές φάσεις της ζωής τους περικλείοντας όσο γίνεται μια πιο ολοκληρωμένη άποψη για το θέμα.

5.2 Αξιολόγηση σεξουαλικότητας

Η αξιολόγηση της σεξουαλικότητας είναι ίσως το δυσκολότερο κομμάτι της παρούσας ερευνητικής εργασίας που αποτέλεσε μια πραγματική πρόκληση για τη συγγραφέα, καθώς περιέχει πλήθος μεταβλητών και ερωτήσεων ιδιαίτερα ευαίσθητων και άβολων για τις περισσότερες συμμετέχουσες. Τα ερωτήματα δυσκολεύουν τις ασθενείς, εξαιτίας του περιεχομένου τους που αγγίζει θέματα ταμπού.

Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφερθεί πως όσες κλίμακες θα αναφερθούν στη συνέχεια αποτελούν κλίμακες μέτρησης με κλειστού τύπου ερωτήσεις που ασφαλώς εξυπηρετούν την ποσοτική έρευνα. Η αξιολόγηση της σεξουαλικότητας, εκτός από ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, μπορεί να γίνει και με ανοιχτού τύπου ερωτήσεις που δίνουν την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει την προσωπική του άποψη πιο ελεύθερα εκφράζοντας ουσιαστικά καλύτερα την προσωπικότητά του.

Μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα για την αξιολόγηση της σεξουαλικότητας είναι η Female Sexual Function Index (FSFI). Η χρήση της κλίμακας αυτή αναφέρεται σε γυναίκες, μετράει τη διάθεση για σεξουαλική συνεύρεση, τον βαθμό σεξουαλικής ικανοποίησης, τη δυνατότητα επίτευξης οργασμού, καθώς και την ποιότητα όλων των παραπάνω. Επίσης αξιολογεί τον βαθμό λίπανσης του κόλπου, την ύπαρξη

δυσ*9παρευνίας και τη συναισθηματική εγγύτητα των δύο συντρόφων κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Όλα τα παραπάνω καθιστούν τη συγκεκριμένη κλίμακα κατάλληλη ευρέως χρησιμοποιούμενη, προκειμένου να αξιολογηθούν οι συνέπειες της εμμηνόπαυσης στην οποία εισέρχονται οι ασθενείς μετά την υστερεκτομή. Εκτός από τη συγκεκριμένη κλίμακα υπάρχουν και άλλες κλίμακες μέτρησης της σεξουαλικής ικανοποίησης, όπως οι Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI), η Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W), η New Sexual Satisfaction Scale (NSSS), το Index of Sexual Satisfaction (ISS) η κάθε μια από τις οποίες δίνει μία άλλη οπτική των χαρακτηριστικών της σεξουαλικότητας (Ogallar-Blanco et al, 2022).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο ειδικό μέρος της μελέτης αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας και τα στατιστικά στοιχεία που αποτελούν το κυρίως σώμα της μελέτης. Η ανάλυση του σκοπού των ερευνητικών ερωτημάτων και των λοιπών στοιχείων κρίνονται απαραίτητα για την κατανόηση της μελέτης στο σύνολό της.

6.1 Σκοπός

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση της αυτοεικόνας σώματος και της σεξουαλικότητας των γυναικών που έχουν διαγνωσθεί με γυναικολογικό καρκίνο και βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια της ασθένειας και της θεραπείας, καθώς και η διερεύνηση της συσχέτισης των δύο αυτών μεταβλητών.

6.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- Σχετίζεται η αυτοεικόνα σώματος των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο με τη σεξουαλικότητά τους;
- Επηρεάζεται η αυτοεικόνα σώματος και η σεξουαλικότητα των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο από τη νόσο και τη θεραπεία;
- Σχετίζεται η αυτοεικόνα σώματος και η σεξουαλικότητα των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο με τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους;

6.3 Ερευνητικό πεδίο-χρόνος διεξαγωγής της μελέτης

Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική, ποσοτική και μελέτη συσχετίσεων. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο ως τον Ιούνιο του 2023. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 γυναίκες διαγνωσμένες με γυναικολογικό καρκίνο

(ενδομητρίου ή σώματος της μήτρας, τραχήλου της μήτρας, ωοθηκών, κόλπου και αιδoίου), από τις οποίες στην τελική ανάλυση συμπεριλήφθησαν οι 98 καθώς δύο έπασχαν από σπάνια μορφή γυναικολογικού καρκίνου και αποκλείστηκαν από τη στατιστική ανάλυση. Από τις συμμετέχουσες ζητήθηκε να συμπληρώσουν τρία ερωτηματολόγια σε δυο μεγάλα κεντρικά νοσοκομεία της Αθήνας «Αλεξάνδρα» και «Έλενα Βενιζέλου», είτε κατά τη νοσηλεία τους σε διάφορα στάδια της νόσου, είτε κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας, είτε κατά τη προγραμματισμένη επίσκεψή τους στα εξωτερικά ιατρεία. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας.

6.4 Κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού ασθενών από την μελέτη

Ως κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ορίστηκαν τα κάτωθι:

- Γυναίκες ηλικίας άνω των 18 ετών
- Γυναίκες που νοσηλεύονταν στην ογκολογική κλινική του νοσοκομείου «Αλεξάνδρας» και είχαν θετική διάγνωση γυναικολογικού καρκίνου, ανεξάρτητα από το στάδιο και το είδος της θεραπείας της νόσου.
- Γυναίκες που προσέρχονταν έπειτα από προγραμματισμένο ραντεβού στο νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου» προκειμένου να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία ή για ετήσιο follow up, έπειτα από τη διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου.
- Ασθενείς που μιλούσαν και αντιλαμβάνονταν επαρκώς την ελληνική γλώσσα.
- Ασθενείς που έδιναν ενυπόγραφη συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα.

Ως κριτήρια αποκλεισμού στη μελέτη ορίστηκαν τα κάτωθι:

- Ασθενείς με διαφορετική διάγνωση από αυτή του γυναικολογικού καρκίνου
- Ασθενείς με προβλήματα στην επικοινωνία σύμφωνα με τον ιατρικό φάκελο των ασθενών.
- Ασθενείς των οποίων η ενυπόγραφη πληροφορημένη συναίνεση ήταν αδύνατον να εξασφαλισθεί.

6.5 Περιγραφή ερευνητικών εργαλείων

Η συλλογή δεδομένων στην παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο συλλογής κλινικών και δημογραφικών στοιχείων όπως ηλικία, ύψος και βάρος σώματος, εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα και τόπος διαμονής, καθώς και τα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της αυτοεικόνας σώματος και της σεξουαλικότητας. Η κλίμακα μέτρησης της εικόνας σώματος ήταν η Body Appreciation Scale (BAS) και η κλίμακα αξιολόγησης της σεξουαλικότητας είναι η Female Sexual Function Index (FSFI), οι οποίες αναλύονται στη συνέχεια.

Κλίμακα μέτρησης της εικόνας σώματος

Η κλίμακα Body Appreciation Scale (BAS) είναι μια κλίμακα μέτρησης της αυτοεικόνας που δημιουργήθηκε από τους Avalos, Tylka, and Wood-Barcalow (2005), ενώ μεταφράστηκε και εγκυροποιήθηκε στην ελληνική γλώσσα από τους Alexias et al (2016). Η BAS περιέχει 13 ερωτήσεις βαθμολογημένες από 1-5 οι οποίες αντιστοιχούν σε 1=ποτέ, δείχνοντας την χειρότερη εικόνα, 2=σπάνια, 3=μερικές φορές, 4=συχνά και 5=πάντα, δείχνοντας την καλύτερη εικόνα σώματος των ερωτηθέντων. Η BAS σχεδιάστηκε περιέχοντας τέσσερις θετικές προοπτικές της εικόνας του σώματος, που αφορούν την αποδοχή των ανθρώπων ως προς τα φυσικά χαρακτηριστικά τους, τις θετικές επιλογές που κάνουν για το σώμα τους, τον σεβασμό που δείχνουν προς το σώμα τους ακούγοντας τις ανάγκες του και υιοθετώντας υγιεινό τρόπο διαβίωσης και την προστασία του από μη ρεαλιστικά πρότυπα.

Η επιλογή της συγκεκριμένης κλίμακας έγινε με κριτήριο την υψηλή εγκυρότητα και την ευρεία χρήση της, καθώς διαπιστώθηκε ότι είναι εύκολη στην κατανόηση από μια μεγάλη ομάδα ανθρώπων διαφορετικού εκπαιδευτικού επιπέδου, γρήγορη στην συμπλήρωση και χρηστική. Επίσης περιέχει μια ποικιλία απόψεων σχετικά με την έννοια της αυτοεικόνας, πλήρως συνυφασμένη στα δυτικά πρότυπα.

Κλίμακα μέτρησης της σεξουαλικής λειτουργικότητας

Η κλίμακα Female Sexual Function Index (FSFI) χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της σεξουαλικής λειτουργικότητας, είναι αυτοσυμπληρούμενη, αξιολογεί τις ποικίλες διαστάσεις της γυναικείας λειτουργικότητας και δημιουργήθηκε από τους Rosen et al (2000). Στην ελληνική γλώσσα μεταφράστηκε και εγκυροποιήθηκε από τους Zachariou et al (2017). Η κλίμακα περιλαμβάνει 19 στοιχεία που αξιολογούνται στις 4 τελευταίες εβδομάδες και αναλύει έξι θεματικές ενότητες: τη σεξουαλική επιθυμία, τη διέγερση, την ύγρανση, τον οργασμό, την ικανοποίηση και τον πόνο. Η κλίμακα δίνεται σε γυναίκες άνω των 19 ετών οι οποίες είχαν αποκλειστικά ετεροφυλικές σχέσεις για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών.

Η κλίμακα δεν πρέπει να δίνεται σε γυναίκες άλλου σεξουαλικού προσανατολισμού ή γυναίκες διαφορετικών σεξουαλικών συνηθειών από αυτή της κολπικής διεύδυσης. Όπως αποδείχτηκε μετά την μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό είναι έγκυρη και αξιόπιστη.

6.6 Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης

Η επεξεργασία των στατιστικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS v.28. Η αξιοπιστία της κλίμακας της αυτοεικόνας και των διαστάσεων της σεξουαλικότητας διερευνήθηκε με τον δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α και εν συνεχεία υπολογίστηκαν οι συνολικές μεταβλητές ανά κλίμακα και υποκλίμακα. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών παρουσιάστηκαν σε απόλυτους αριθμούς και ποσοστά (N,%). Οι μεταβλητές της ανάλυσης (αυτοεικόνα, σεξουαλικότητα και επιμέρους διαστάσεις) παρουσιάστηκαν με περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (μέσος όρος, τυπική απόκλιση, διάμεσος). Η κανονικότητα των κατανομών εκτιμήθηκε με τους δείκτες ασυμμετρίας και κύρτωσης (Field, 2016· George & Mallery, 2019) καθώς και με τη μελέτη των ιστογραμμάτων. Ενώ η αυτοεικόνα παρουσίασε κατανομή χωρίς μεγάλες αποκλίσεις από την κανονική, η σεξουαλικότητα και οι διαστάσεις της δεν πληρούσαν τα κριτήρια αυτά, και δεδομένου του περιορισμένου δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά στατιστικά κριτήρια. Συγκεκριμένα, η σχέση των δημογραφικών και των

κλινικών χαρακτηριστικών με την αυτοεικόνα σώματος και τη σεξουαλικότητα διερευνήθηκε με τους στατιστικούς ελέγχους Kruskal-Wallis και Mann-Whitney. Οι συσχετίσεις μεταξύ αυτοεικόνας και σεξουαλικότητας υπολογίστηκαν με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Spearman. Τέλος οι επιδράσεις των κλινικών χαρακτηριστικών στην αυτοεικόνα και τη σεξουαλικότητα διερευνήθηκαν με ιεραρχικές αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Field, 2017).

Οι συντελεστές αξιοπιστίας της κλίμακας της αυτοεικόνας και των διαστάσεων της σεξουαλικότητας παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Η κλίμακα της αυτοεικόνας σώματος παρουσίασε πολύ καλή αξιοπιστία ($\alpha=0.848>0.7$). Επίσης, η κλίμακα της σεξουαλικότητας στο σύνολό της παρουσίασε πολύ καλή αξιοπιστία ($\alpha=0.986>0.7$), ενώ από τις επιμέρους διαστάσεις της μόνο η επιθυμίας παρουσίασε χαμηλότερη αλλά και πάλι αποδεκτή αξιοπιστία ($\alpha=0.695$).

Πίνακας 1: Συντελεστές αξιοπιστίας της κλίμακας της αυτοεικόνας και των διαστάσεων της σεξουαλικότητας

Κλίμακα/Διαστάσεις	Cronbach's alpha
Αυτοεικόνα (BAS)	0,848
Σεξουαλικότητα (FSFI)	0,986
Επιθυμία	0,695
Διέγερση	0,979
Λίπανση	0,982
Οργασμός	0,989
Ικανοποίηση	0,914
Πόνος	0,961

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Περιγραφή δείγματος

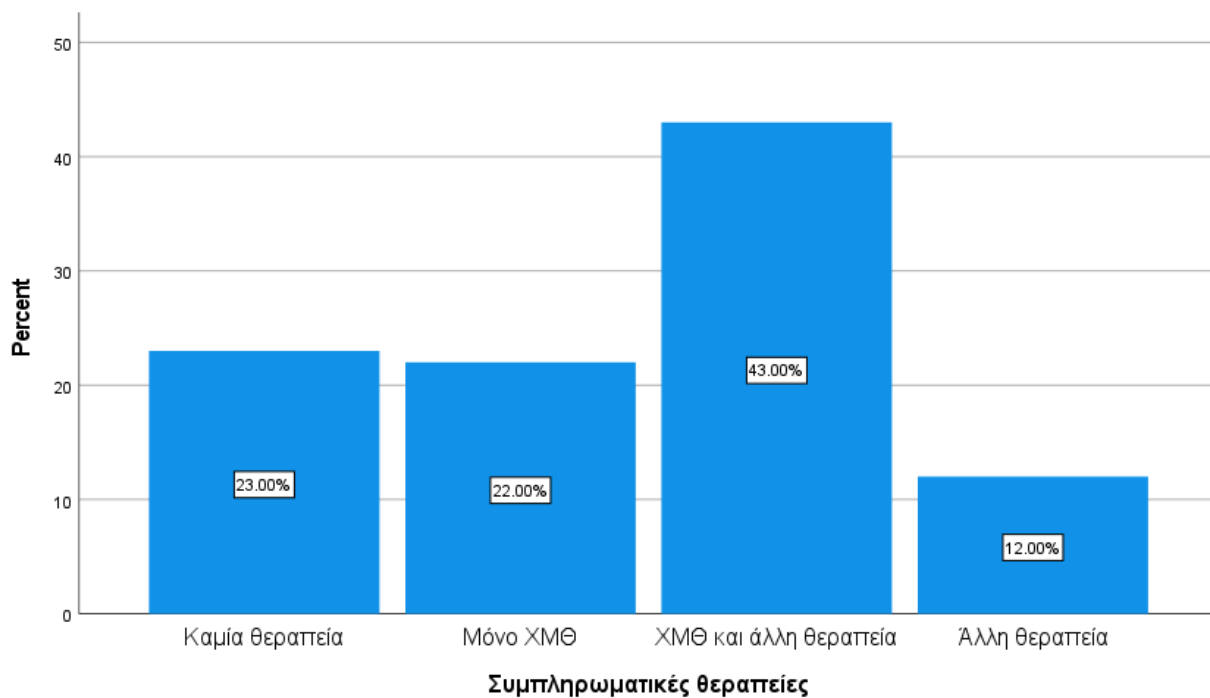
Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 100 γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο, με μέση ηλικία τα 62 έτη, μέσο ΔΜΣ 30, και μέσο διάστημα από τη διάγνωση του καρκίνου τα 3 έτη. Το 50% των γυναικών διέμεναν στην Αττική, το 34% στην επαρχία και συγκεκριμένα στην ηπειρωτική Ελλάδα ενώ το 16% στη νησιωτική Ελλάδα. Το 64% των συμμετεχουσών ήταν παντρεμένες και το 83% είχε τουλάχιστον ένα παιδί. Όσον αφορά το επάγγελμα, το 36% δήλωσε οικιακά και το 35% δημόσιος ή ιδιωτικός υπάλληλος. Το 67% των συμμετεχουσών ήταν απόφοιτες δημοτικής εκπαίδευσης ή Γυμνασίου. Όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά, η διάγνωση ήταν καρκίνος ενδομητρίου ή σώματος μήτρας για το 50%, καρκίνος τραχήλου της μήτρας για το 18% και καρκίνος ωοθηκών για το 27%. Η θεραπεία περιλάμβανε χειρουργική επέμβαση για το 86% και υστερεκτομή με εξαρτήματα για το 83,7% εξ αυτών (Πίνακας 2).

Το 23% των συμμετεχουσών δεν υπεβλήθη σε συμπληρωματικές θεραπείες. Το 22% έκανε μόνο χημειοθεραπεία, το 43% συνδυασμό χημειοθεραπείας με κάποια άλλη θεραπεία και το 12% κάποια άλλη θεραπεία όπως ορμονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία. Η εν λόγω ομαδοποίηση για τις συμπληρωματικές θεραπείες παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 1.

Πίνακας 2: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες (N, %), μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις(MO, TA), για τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων

		N	%
Κατοικία	Αττική	50	50,00
	Επαρχία-Ηπειρωτική Ελλάδα	34	34,00
	Νησιωτική Ελλάδα	16	16,00
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	11	11,00
	Χήρα ή Διαζευγμένη	25	25,00
	Παντρεμένη	64	64,00
Αριθμός παιδιών	0	17	17,00
	1	26	26,00
	2	34	34,00
	3 ή περισσότερα	23	23,00
Επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	18	18,00
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	17	17,00
	Ελεύθερη Επαγγελματίας	17	17,00
	Οικιακά	36	36,00
	Αγρότισσα/Εργάτρια	12	12,00
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Ως και Δημοτικό	43	43,00
	Απόφοιτος Γυμνασίου	24	24,00
	Απόφοιτος Λυκείου	17	17,00
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	16	16,00
Διάγνωση	Καρκίνος ενδομητρίου ή σώματος μήτρας	50	50,00
	Καρκίνος τραχήλου της μήτρας	18	18,00
	Καρκίνος ωοθηκών	27	27,00
	Καρκίνος αιδοίου	4	4,00
	Καρκίνος του κόλπου	1	1,00
Χειρουργική Επέμβαση	Ναι	86	86,00
	Όχι	14	14,00
Είδος Επέμβασης	Υστερεκτομή με εξαρτήματα	72	83,70

	Υστερεκτομή χωρίς εξαρτήματα	14	16,30
Συμπληρωματικές θεραπείες	Άνευ συμπληρωματικών θεραπειών	23	23,00
	Χημειοθεραπεία (ΧΜΘ)	22	22,00
	Ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ)	9	9,00
	Όρμονοθεραπεία	0	0,00
	Ανοσοθεραπεία	1	1,00
	ΧΜΘ και Ανοσοθεραπεία	7	7,00
	ΧΜΘ και ΑΚΘ	27	27,00
	ΧΜΘ, ΑΚΘ, Ανοσοθεραπεία	7	7,00
	ΑΚΘ και Ανοσοθεραπεία	2	2,00
	ΧΜΘ και Όρμονοθεραπεία	2	2,00
Ηλικία (ΜΟ, ΤΑ)		62,32(11,39)	
ΔΜΣ (ΜΟ, ΤΑ)		30,66(7,58)	
Έτη από τη διάγνωση (ΜΟ, ΤΑ)		3,08(4,58)	



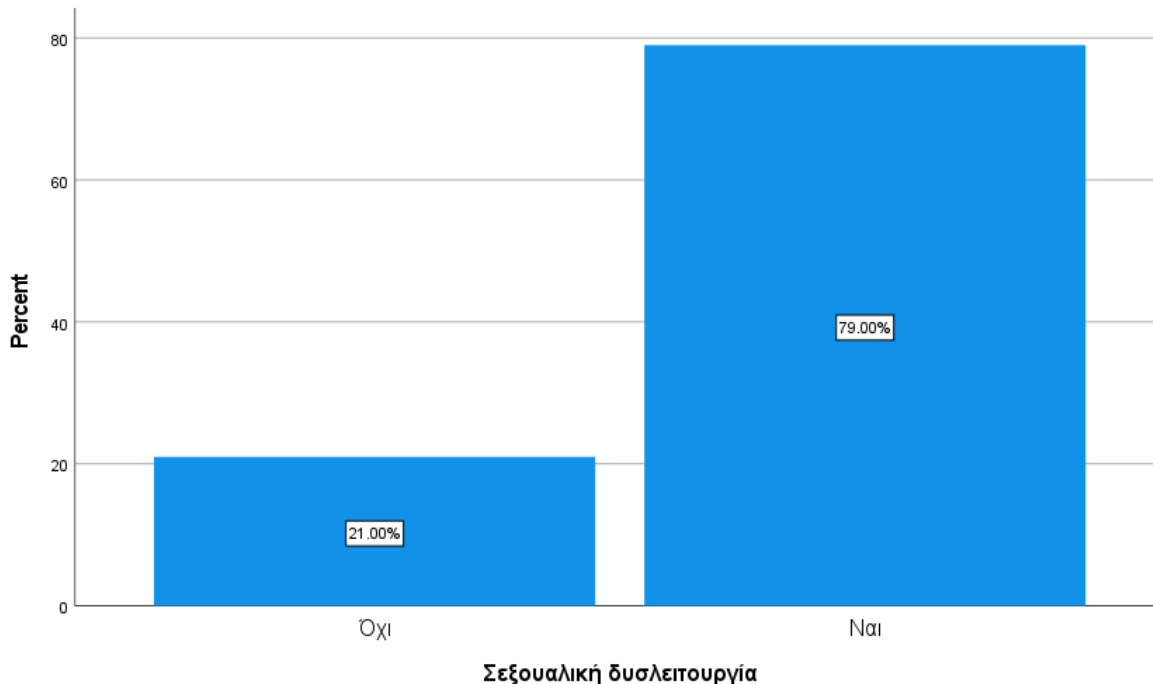
Διάγραμμα 1: Κατανομή συχνοτήτων ανάλογα με τις Συμπληρωματικές θεραπείες

7.2 Περιγραφική ανάλυση μεταβλητών

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία και οι δείκτες μορφής κατανομής των μεταβλητών της αυτοεικόνας και της σεξουαλικότητας στο σύνολο και για τις επιμέρους διαστάσεις της. Η ασυμμετρία και η κύρτωση λαμβάνουν χαμηλές τιμές για την αυτοεικόνα, ενώ οι τιμές όσον αφορά τη μεταβλητή της σεξουαλικότητας και των διαστάσεων αυτής είναι αρκετά αυξημένες. Συνδυαστικά με τη μελέτη των ιστογραμμάτων (βλέπε Παράρτημα), διαπιστώνεται ότι οι μεταβλητές της σεξουαλικότητας δεν μπορούν να θεωρηθούν κανονικά κατανεμημένες, υπαγορεύοντας την χρήση μη παραμετρικών στατιστικών ελέγχων στην περαιτέρω ανάλυση. Επιπλέον, δημιουργήθηκε η μεταβλητή της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σύμφωνα με την στάθμιση των Zachariou et al. (2017) που προτείνουν το 26 ως βέλτιστη βαθμολογία αποκοπής στην κλίμακα της Σεξουαλικότητας (τιμές κάτω του 26 υποδεικνύουν σεξουαλική δυσλειτουργία). Σύμφωνα με αυτή την κωδικοποίηση, το 79% των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία στο παρόν δείγμα.

Πίνακας 3: Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, διάμεσες τιμές και δείκτες μορφής κατανομών

	ΜΟ	ΤΑ	Διάμεσος	Ασυμμετρία	Κύρτωση
Αυτοεικόνα	3,19	0,66	3,12	0,27	-0,72
Σεξουαλικότητα	15,29	19,39	5,50	1,64	1,21
Επιθυμία	3,52	1,90	2,00	0,83	-0,70
Διέγερση	2,87	5,20	0,00	1,51	0,60
Λίπανση	2,10	4,02	0,00	1,80	1,89
Οργασμός	1,85	3,61	0,00	1,80	1,84
Ικανοποίηση	3,64	3,28	2,00	2,04	3,12
Πόνος	1,31	2,51	0,00	1,70	1,63



Διάγραμμα 2: Κατανομή συχνοτήτων ανάλογα με τη σεξουαλική δυσλειτουργία

7.3 Πρώτο ερευνητικό ερώτημα – Σχέση αυτοεικόνας με τη σεξουαλικότητα

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ της αυτοεικόνας και των διαστάσεων της σεξουαλικότητας. Προκύπτει ότι η αυτοεικόνα παρουσιάζει θετική και χαμηλή συσχέτιση με την συνολική βαθμολογία της σεξουαλικότητας ($r=0,299$, $p<0,01$). Σχετικά με τις επιμέρους διαστάσεις της σεξουαλικότητας, η αυτοεικόνα συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την σεξουαλική επιθυμία ($r=0,276$, $p<0,01$), τη λίπανση ($r=0,215$, $p<0,05$), τον οργασμό ($r=0,200$, $p<0,05$) και την ικανοποίηση ($r=0,256$, $p<0,05$). Οι συσχετίσεις της αυτοεικόνας με τη σεξουαλική διέγερση και τον πόνο δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($p>0,05$).

Πίνακας 4: Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ της αυτοεικόνας και των διαστάσεων της σεξουαλικότητας

	Αυτοεικόνα	Σεξουαλικότητα	Επιθυμία	Διέγερση	Λίπανση	Οργασμός	Ικανοποίηση	Πόνος
Αυτοεικόνα	--							
Σεξουαλικότητα	0,299**	--						
Επιθυμία	0,276**	0,887**	--					
Διέγερση	0,19	0,820**	0,625**	--				
Λίπανση	0,215*	0,819**	0,592**	0,930**	--			
Οργασμός	0,200*	0,808**	0,623**	0,927**	0,969**	--		
Ικανοποίηση	0,256*	0,824**	0,599**	0,869**	0,938**	0,944**	--	
Πόνος	0,187	0,784**	0,636**	0,915**	0,924**	0,950**	0,914**	--

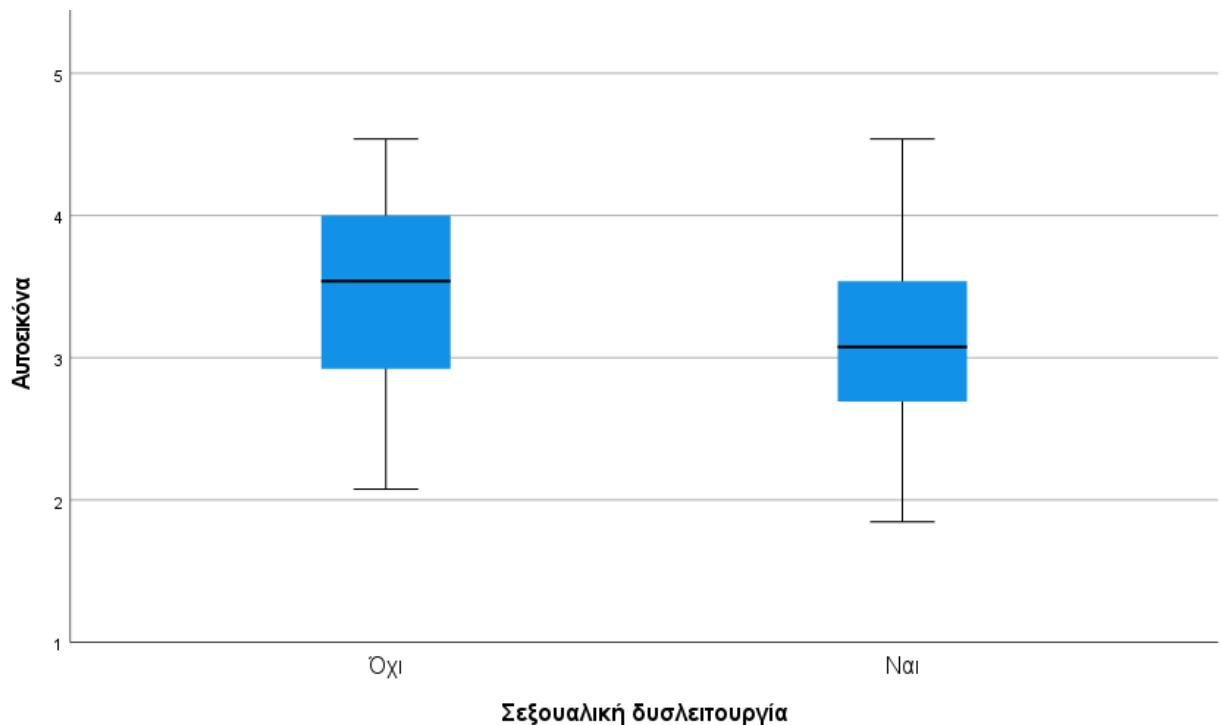
** $p < 0,05$, * $p < 0,01$

Στη συνέχεια, ελέγχθηκε η διαφορά στην αυτοεικόνα μεταξύ γυναικών που παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία και αυτών που δεν παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία. Βρέθηκε (Πίνακας 5) ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική και μέτριας ισχύος διαφορά στην αυτοεικόνα ($t(98)=2,45$, $p < 0,05$, $d=0,601$) και συγκεκριμένα οι γυναίκες που παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία έχουν αρνητικότερη αυτοεικόνα ($MO=3,11$, $TA= 0,60$) συγκριτικά με αυτές που δεν παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία ($MO=3,50$, $TA= 0,77$), όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 2.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα ελέγχου t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διαφορά στην αυτοεικόνα μεταξύ γυναικών που παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία και αυτών που δεν παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία

		Αυτοεικόνα			
		N	MO	TA	t(p)
Σεξουαλική	Όχι	21	3,50	0,767	2,45(0,016)
δυσλειτουργία	Ναι	79	3,11	0,604	

Σημείωση. Levene's Test $F=2,594$, $p=0,110$.



Διάγραμμα 3: Διαφορά στην κατανομή της αυτοεικόνας μεταξύ γυναικών που παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία και αυτών που δεν παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, προκύπτει ότι η αυτοεικόνα σώματος των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο σχετίζεται με τη σεξουαλικότητά τους, και συγκεκριμένα οι γυναίκες με θετικότερη αυτοεικόνα σώματος έχουν είναι και πιο λειτουργικές σεξουαλικά, ιδιαίτερα όσον αφορά την επιθυμία, τη λίπανση, τον οργασμό και την ικανοποίηση από τη σεξουαλική πράξη.

7.4 Δεύτερο ερευνητικό ερώτημα – Σχέση αυτοεικόνας και σεξουαλικότητας με κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά

7.4.1 Σχέση αυτοεικόνας – σεξουαλικότητας με δημογραφικά στοιχεία

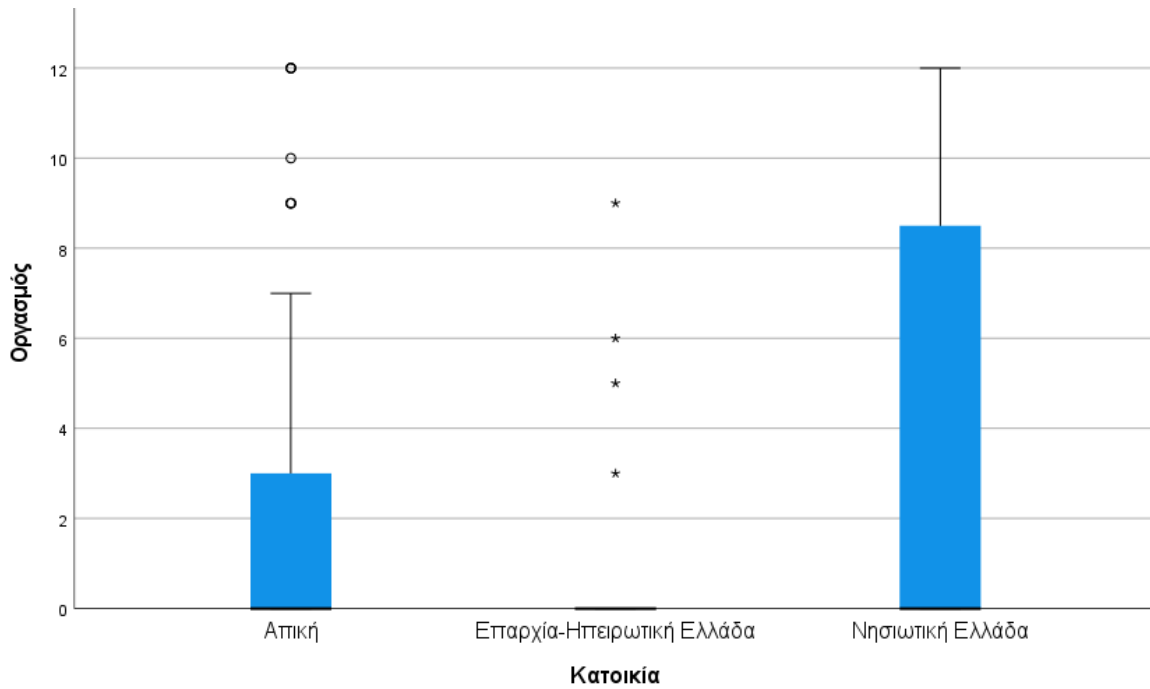
Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξάρτητων δειγμάτων Kruskal-Wallis για τη σχέση αυτοεικόνας και σεξουαλικότητας με τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών. Όσον αφορά την κατοικία (Πίνακας 6,

Διαγράμματα 4 και 5), προκύπτει ότι οι γυναίκες που διαμένουν στην νησιωτική Ελλάδα παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό οργασμού και ικανοποίησης ($p < 0,05$) συγκριτικά με τις γυναίκες που διαμένουν στην Αττική και στην Ηπειρωτική Ελλάδα.

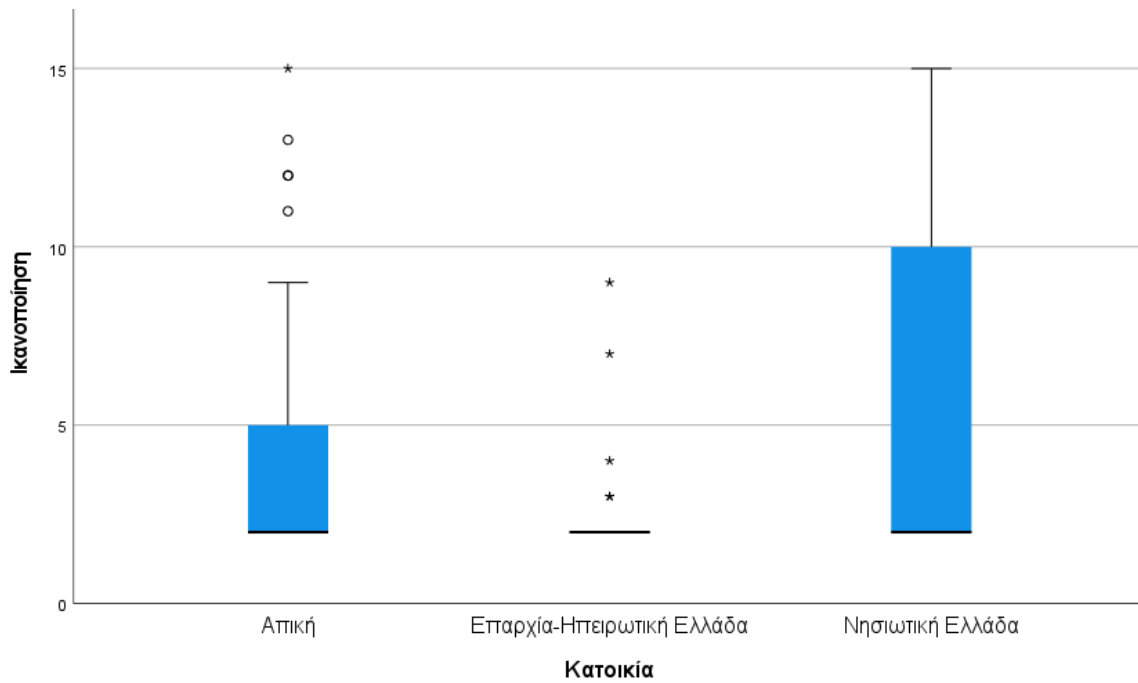
Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση (Πίνακας 7, Διάγραμμα 6), προκύπτει ότι οι άγαμες γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικότητας συνολικά και σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις ($p < 0,001$) συγκριτικά με τις γυναίκες που είναι παντρεμένες ή διαζευγμένες/χήρες.

Πίνακας 6: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με τον τόπο κατοικίας

	Κατοικία						P
	Αττική		Επαρχία-Ηπειρωτική Ελλάδα		Νησιωτική Ελλάδα		
	Median	Range	Median	Range	Median	Range	
Αυτοεικόνα	3	2	3	3	3	2	0,421
Σεξουαλικότητα	6	67	4	53	7	62	0,314
Επιθυμία	2	6	2	5	4	6	0,509
Διέγερση	0	16	0	16	0	15	0,126
Λίπανση	0	14	0	14	0	12	0,094
Οργασμός	0	12	0	9	0	12	0,045
Ικανοποίηση	2	13	2	7	2	13	0,042
Πόνος	0	9	0	6	0	9	0,064



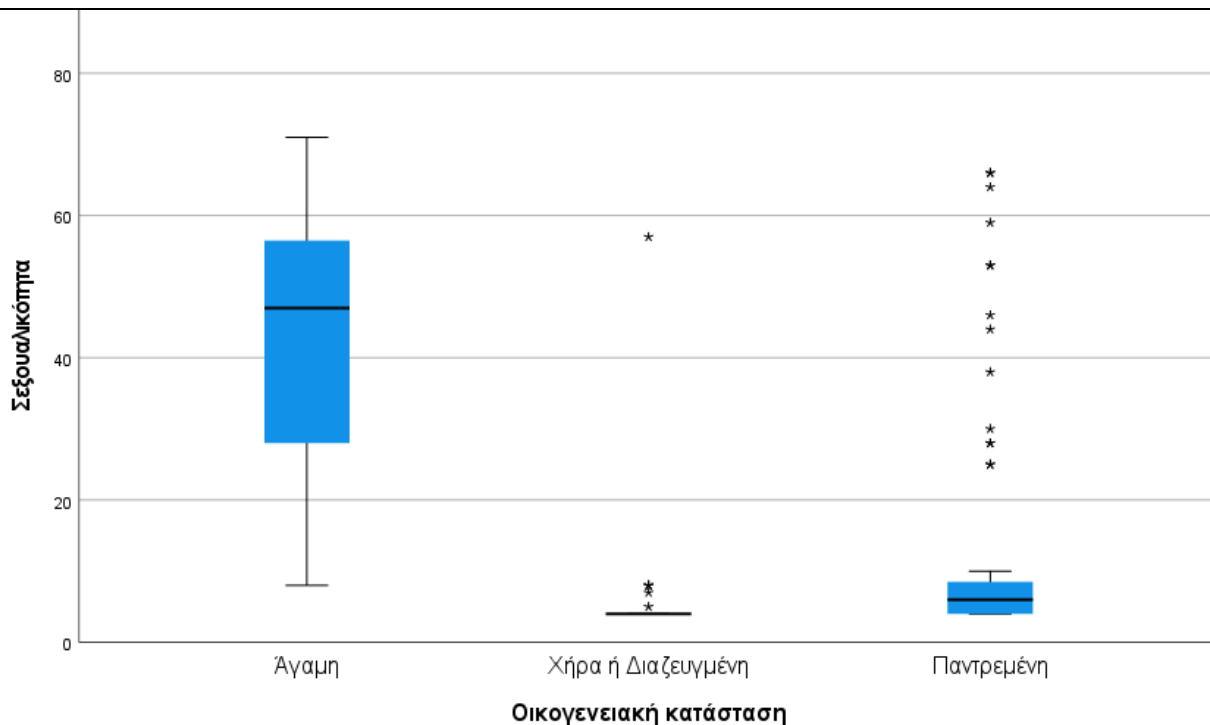
Διάγραμμα 4: Διαφορές στην κατανομή του οργασμού ανάλογα με τον τόπο κατοικίας



Διάγραμμα 5: Διαφορές στην κατανομή της ικανοποίησης ανάλογα με τον τόπο κατοικίας

Πίνακας 7: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

	Οικογενειακή κατάσταση						P
	Άγαμη		Χήρα ή Διαζευγμένη		Παντρεμένη		
	Median	Range	Median	Range	Median	Range	
Αυτοεικόνα	3	2	3	2	3	3	0,739
Σεξουαλικότητα	47	63	4	53	6	62	<0,001
α							
Επιθυμία	6	6	2	4	2	6	<0,001
Διέγερση	12	16	0	15	0	14	<0,001
Λίπανση	10	14	0	11	0	14	<0,001
Οργασμός	7	12	0	8	0	12	<0,001
Ικανοποίηση	7	11	2	8	2	13	<0,001
Πόνος	4	9	0	7	0	7	<0,001



Διάγραμμα 6: Διαφορές στην κατανομή της σεξουαλικότητας ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

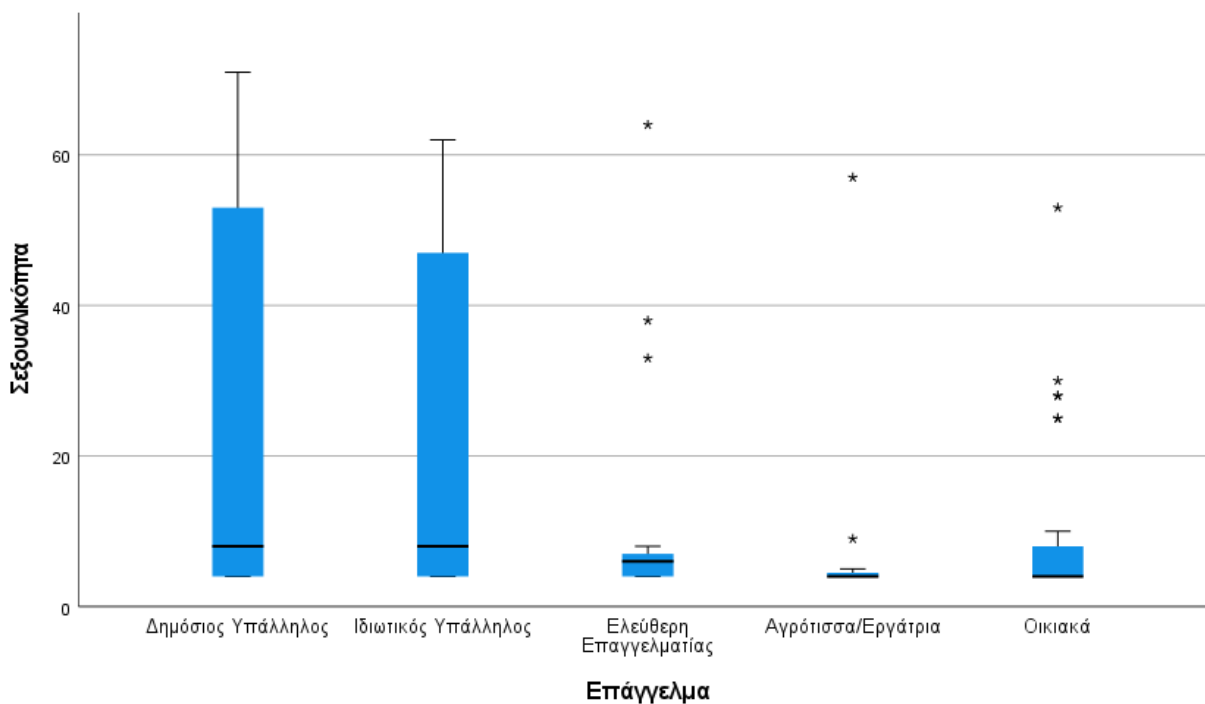
Σχετικά με το επάγγελμα (Πίνακας 8, Διαγράμματα 7 και 8), προκύπτει ότι οι γυναίκες που έχουν εξαρτημένη σχέση εργασίας (δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι) παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικότητας συνολικά ($p < 0,05$) και σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις εκτός της λίπανσης, συγκριτικά με τις αυτοαπασχολούμενες γυναίκες ή αυτές που ασχολούνται με τα οικιακά. Οριακά σημαντική ($p = 0,06$) είναι και η διαφοροποίηση της αυτοεικόνας ανάλογα με το επάγγελμα, με τις γυναίκες σε εξαρτημένη σχέση εργασίας (δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι) ή ελεύθερο επάγγελμα να έχουν σχετικά θετικότερη αυτοεικόνα συγκριτικά με τις αγρότισσες, τις εργάτριες και αυτές που ασχολούνται με τα οικιακά.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης (Πίνακας 9, Διάγραμμα 9), προκύπτει ότι οι γυναίκες απόφοιτοι λυκείου ή και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικότητας συνολικά και σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις ($p < 0,001$), συγκριτικά με τις γυναίκες που έχουν αποφοιτήσει από το Δημοτικό Σχολείο ή το Γυμνάσιο.

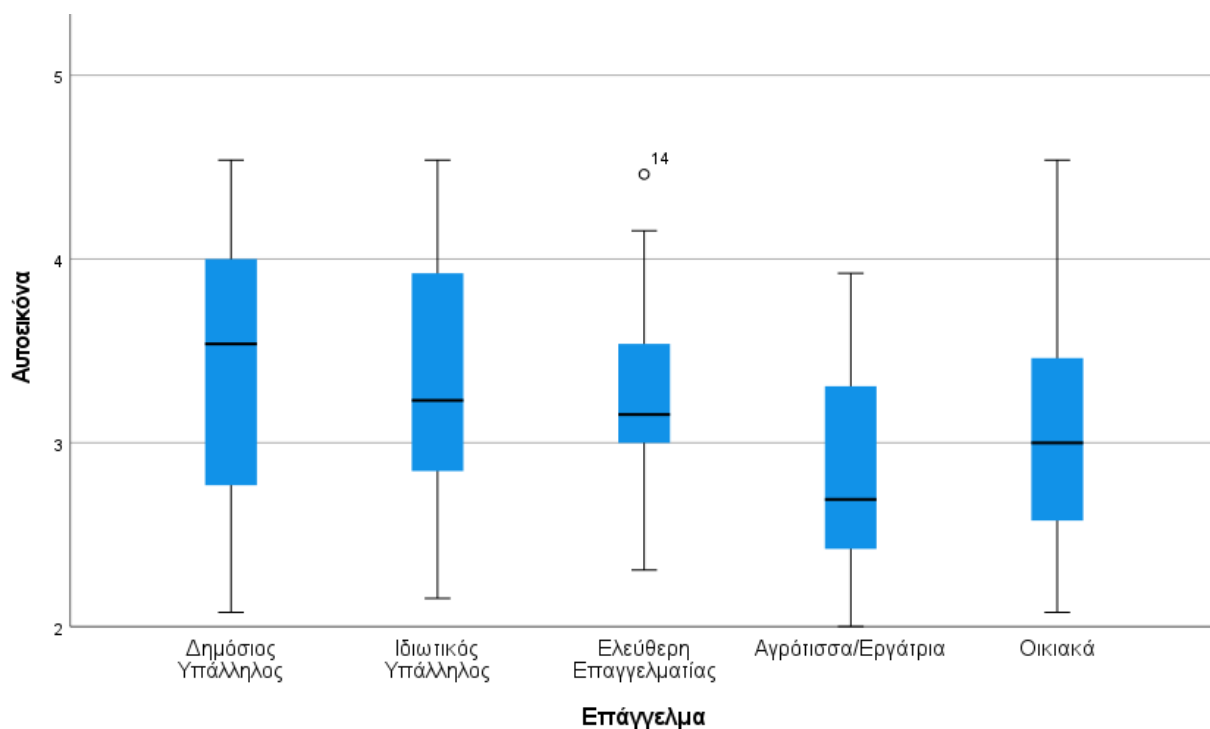
Πίνακας 8: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου *Independent-Samples Kruskal-Wallis Test* για τις διαφορές ανάλογα με το επάγγελμα

	Επάγγελμα										P
					Ελεύθερη						
	Δημόσιος		Ιδιωτικός		Επαγγελματία		Αγρότισσα/		Οικιακά		
	Υπάλληλος	Υπάλληλος	ς	Εργάτρια	Οικιακά	Media	Rang	Media	Rang	Media	
	Media	Rang	Media	Rang	Media	Range	Media	Rang	Media	Rang	
	n	e	n	e	n	Range	n	e	n	e	
Αυτοεικόνα	4	2	3	2	3	2	3	2	3	2	0,060
Σεξουαλικότητα	8	67	8	58	6	60	4	53	4	49	0,011
Επιθυμία	4	6	5	6	3	6	2	4	2	4	0,009
Διέγερση	0	16	0	15	0	13	0	16	0	12	0,036
Λίπανση	0	14	0	11	0	12	0	14	0	10	0,108
Οργασμός	0	12	0	9	0	12	0	9	0	12	0,031

Ικανοποίηση	4	13	2	11	2	10	2	5	2	7	0,020
Πόνος	0	9	0	9	0	7	0	5	0	6	0,017



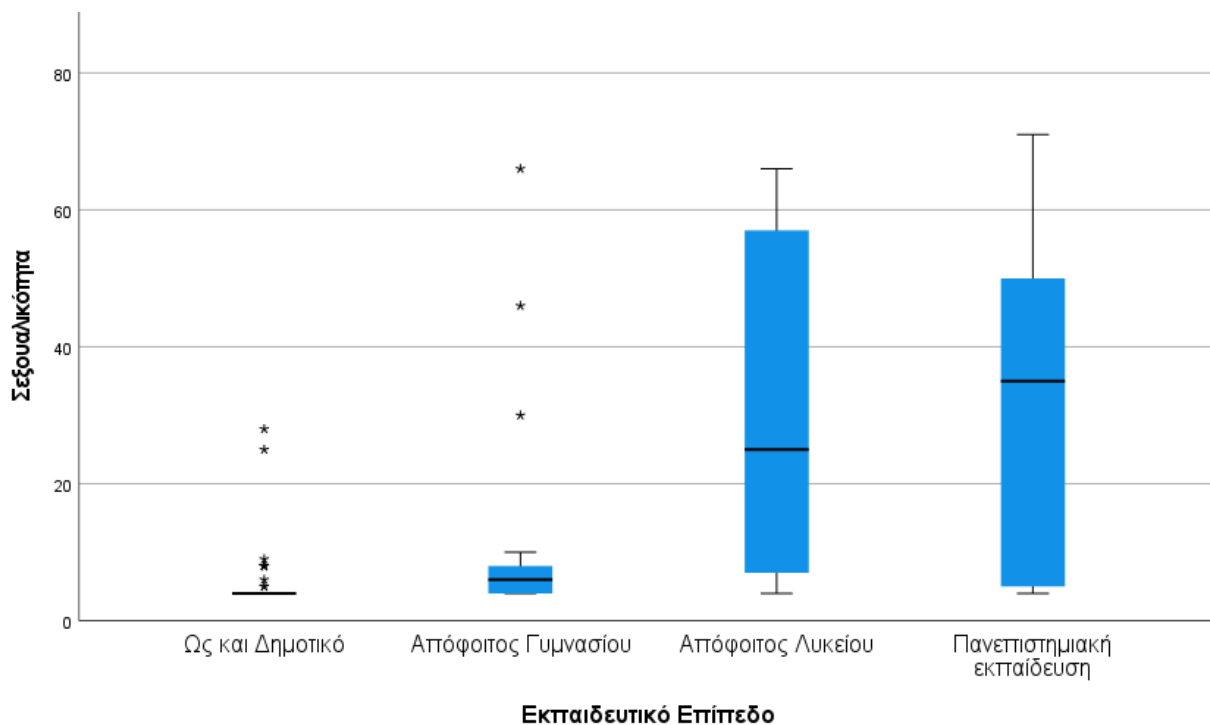
Διάγραμμα 7: Διαφορές στην κατανομή της σεξουαλικότητας *ανάλογα με το επάγγελμα*



Διάγραμμα 8 Διαφορές στην κατανομή της αυτοεικόνας ανάλογα με το επάγγελμα

Πίνακας 9: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με το Εκπαιδευτικό Επίπεδο

	Εκπαιδευτικό Επίπεδο								P
	Ως και Δημοτικό		Απόφοιτος Γυμνασίου		Απόφοιτος Λυκείου		Πανεπιστημιακή εκπαίδευση		
	Median	Range	Median	Range	Median	Range	Median	Range	
Αυτοεικόνα	3	2	3	3	3	2	3	2	0,412
Σεξουαλικότητα	4	24	6	62	25	62	35	67	<0,001
Επιθυμία	2	4	4	4	5	6	5	6	<0,001
Διέγερση	0	6	0	14	6	16	11	16	<0,001
Λίπανση	0	4	0	14	4	14	5	14	<0,001
Οργασμός	0	3	0	12	3	12	6	12	<0,001
Ικανοποίηση	2	5	2	13	5	13	4	10	<0,001
Πόνος	0	6	0	6	3	9	4	9	<0,001

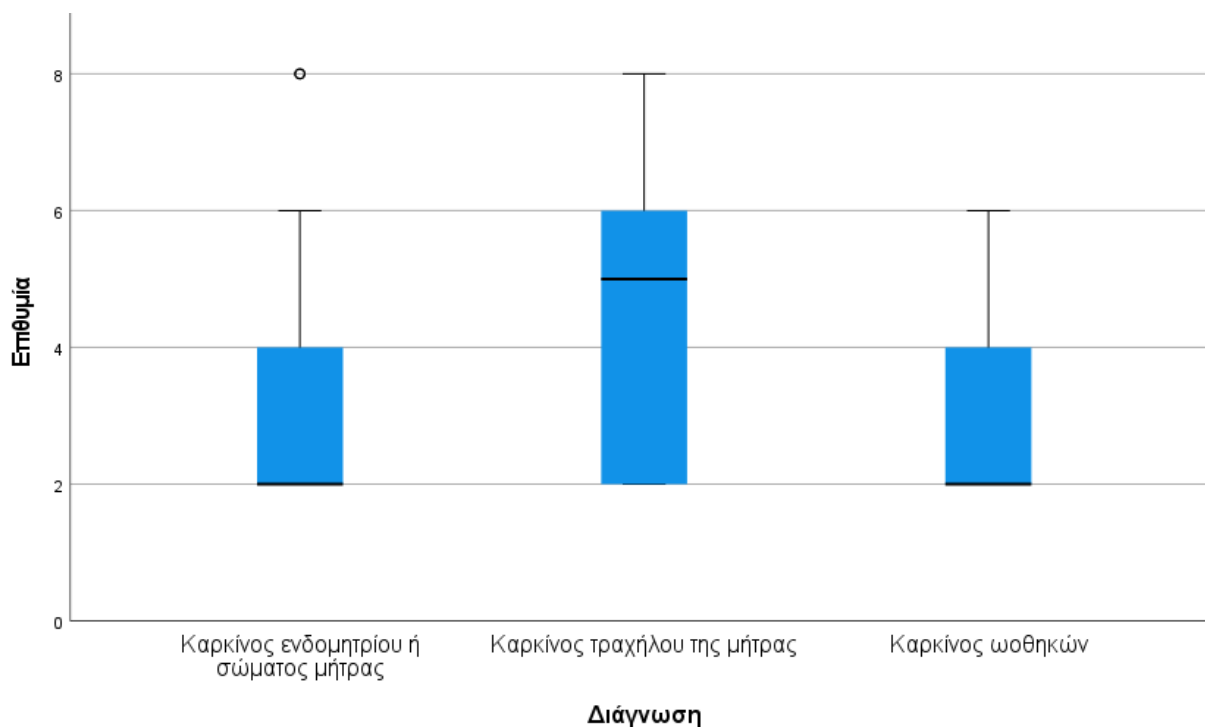


Διάγραμμα 9: Διαφορές στην κατανομή της σεξουαλικότητας ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο

7.4.2 Σχέση αυτοεικόνας και σεξουαλικότητας με κλινικά στοιχεία

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξάρτητων δειγμάτων Kruskal-Wallis και Mann-Whitney για τη σχέση αυτοεικόνας και σεξουαλικότητας με τα κλινικά στοιχεία των γυναικών. Η αυτοεικόνα δεν βρέθηκε να διαφοροποιείται από τα κλινικά χαρακτηριστικά. Το μόνο κλινικό χαρακτηριστικό που βρέθηκε να διαφοροποιεί σημαντικά τη σεξουαλικότητα ήταν η διάγνωση (Πίνακας 10, Διάγραμμα 10), και συγκεκριμένα οι γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικής επιθυμίας ($p=.035$) συγκριτικά με τις γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο ενδομητρίου ή σώματος μήτρας ή καρκίνο ωοθηκών. Παρ' όλα αυτά, παρατηρείται μια τάση υψηλότερων επιπέδων σεξουαλικότητας (δηλαδή υψηλότερες διάμεσες τιμές) για τις γυναίκες που δεν έκαναν χειρουργική επέμβαση συγκριτικά με αυτές που έκαναν (Πίνακας 11), για τις γυναίκες που έκαναν υστερεκτομή χωρίς εξαρτήματα συγκριτικά με αυτές που υπεβλήθησαν σε υστερεκτομή με εξαρτήματα (Πίνακας 12) και για τις γυναίκες που δεν έκαναν συμπληρωματικές θεραπείες ή έκαναν άλλες θεραπείες

(Ακτινοθεραπεία, Ανοσοθεραπεία ή Ορμονοθεραπεία), συγκριτικά με όσες έκαναν χημειοθεραπείες (Πίνακας 13).



Διάγραμμα 10: Διαφορές στην κατανομή της σεξουαλικότητας ανάλογα με τη διάγνωση

Πίνακας 10: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με τη διάγνωση

	Διάγνωση						P
	Καρκίνος ενδομητρίου ή σώματος μήτρας		Καρκίνος τραχήλου της μήτρας		Καρκίνος ωοθηκών		
	Median	Range	Median	Range	Median	Range	
Αυτοεικόνα	3	3	3	2	3	2	0,621
Σεξουαλικότητα	6	62	7	67	4	58	0,103
Επιθυμία	2	6	5	6	2	4	0,035
Διέγερση	0	15	1	16	0	14	0077
Λίπανση	0	14	0	14	0	11	0299
Οργασμός	0	12	0	12	0	12	0,321

Ικανοποίηση	2	13	2	10	2	11	0,480
Πόνος	0	7	0	9	0	9	0,182

Σημείωση. Οι συγκρίσεις δεν έγιναν για τις γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο αιδοίου ή κόλπου λόγω περιορισμένου δείγματος

Πίνακας 11: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για τις διαφορές ανάλογα με τη Χειρουργική Επέμβαση

	Χειρουργική Επέμβαση				P
	Ναι		Όχι		
	Median	Range	Median	Range	
Αυτοεικόνα	3	3	3	2	0,602
Σεξουαλικότητα	5	67	6	55	0,557
Επιθυμία	2	6	3	6	0,790
Διέγερση	0	16	0	16	0,763
Λίπανση	0	14	0	14	0,817
Οργασμός	0	12	0	9	0,965
Ικανοποίηση	2	13	2	9	0,638
Πόνος	0	9	0	7	0,635

Πίνακας 12: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για τις διαφορές ανάλογα με το είδος της Επέμβασης

	Είδος Επέμβασης				P
	Υστερεκτομή με εξαρτήματα		Υστερεκτομή χωρίς εξαρτήματα		
	Median	Range	Median	Range	
Αυτοεικόνα	3	3	4	2	0,158
Σεξουαλικότητα	5	62	7	67	0,404
Επιθυμία	2	6	3	6	0,397
Διέγερση	0	15	0	16	0,325
Λίπανση	0	14	0	14	0,282

Οργασμός	0	12	0	12	0,197
Ικανοποίηση	2	13	2	10	0,150
Πόνος	0	9	0	9	0,331

Πίνακας 13: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Independent-Samples Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές ανάλογα με τις Συμπληρωματικές Θεραπείες

	Συμπληρωματικές θεραπείες								P
	Καμία θεραπεία				ΧΜΘ και άλλη θεραπεία				
	Μόνο ΧΜΘ				Άλλη θεραπεία				
	Media				Media				
	n	Range	Median	Range	Median	Range	n	Range	
Αυτοεικόνα	3	2	3	3	3	2	3	2	0,717
Σεξουαλικότητα	6	62	5	58	4	62	7	67	0,638
Επιθυμία	3	6	3	6	2	6	3	6	0,339
Διέγερση	0	15	0	14	0	16	0	16	0,602
Λίπανση	0	12	0	11	0	14	1	14	0,191
Οργασμός	0	12	0	12	0	12	0	12	0,785
Ικανοποίηση	2	13	2	11	2	13	3	10	0,419
Πόνος	0	7	0	9	0	9	0	9	0,503

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ της αυτοεικόνας και της σεξουαλικότητας με την ηλικία, τον ΔΜΣ, τον αριθμό παιδιών και τα έτη από τη διάγνωση. Προκύπτει ότι η αυτοεικόνα παρουσιάζει αρνητική και χαμηλή συσχέτιση με τον δείκτη μάζας σώματος ($r=-0,235$, $p<0,05$), ενώ δεν διακρίνεται συσχέτιση με την ηλικία, τον αριθμό παιδιών και τα έτη από τη διάγνωση. Αντίθετα, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικότητας οι γυναίκες μεγαλύτερες ηλικίας ($r=-0,762$, $p<0,01$) και οι γυναίκες με περισσότερα παιδιά ($r=-0,202$, $p<0,05$).

7.4.3 Σχέση σεξουαλικής δυσλειτουργίας με κλινικά και δημογραφικά στοιχεία

Στους πίνακες 15-22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας χ^2 για τη σχέση της Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Οι παντρεμένες και οι χήρες ή διαζευγμένες γυναίκες είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία (76 από τις 89 γυναίκες) έναντι των άγαμων γυναικών (3 από τις 8 γυναίκες), $\chi^2(2)=22,29$, $p<0,001$ (Πίνακας 16). Οι γυναίκες που εργάζονται σε ελεύθερο επάγγελμα, χειρωνακτική εργασία ή οικιακά είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία (57 από τις 65 γυναίκες) έναντι των μισθωτών γυναικών (22 από τις 35 γυναίκες), $\chi^2(4)=9,14$, $p=0,048$ (Πίνακας 17). Οι γυναίκες απόφοιτοι δημοτικού ή Γυμνασίου είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία (63 από τις 67 γυναίκες) έναντι των γυναικών (16 από τις 35 γυναίκες), $\chi^2(3)=28,44$, $p<0,001$ (Πίνακας 18).

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και κλινικών χαρακτηριστικών (Πίνακες 19-22), αν και παρατηρήθηκαν υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής δυσλειτουργίας στη διάγνωση της καρκίνου του ενδομητρίου ή σώματος μήτρας (56,8% έναντι 38,1%), στην υστερεκτομή με εξαρτήματα (86,8% έναντι 72,2%), και στις συμπληρωματικές χημειοθεραπείες (22-44% έναντι 19-38%).

Πίνακας 14: Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ της αυτοεικόνας και της σεξουαλικότητας με την ηλικία, τον ΔΜΣ, τον αριθμό παιδιών και τα έτη από τη διάγνωση

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Ηλικία Ασθενή	--											
2. ΔΜΣ	0,161	--										
3. Αριθμός παιδιών	,271**	0,08	--									
4. Έτη από τη διάγνωση	0,141	-0,016	0,082	--								
5. Αυτοεικόνα	-0,124	-,235*	-0,036	-0,106	--							
6. Σεξουαλικότητα	-,762**	-0,186	-,202*	0,042	,299**	--						
7. Επιθυμία	-,689**	-0,145	-0,077	-0,052	,276**	,887**	--					
8. Διέγερση	-,636**	-,248*	-,277**	0,126	0,19	,820**	,625**	--				
9. Λίπανση	-,612**	-,228*	-,302**	0,169	,215*	,819**	,592**	,930**	--			
10. Οργασμός	-,620**	-,238*	-,281**	0,142	,200*	,808**	,623**	,927**	,969**	--		
11. Ικανοποίηση	-,595**	-0,182	-,255*	0,109	,256*	,824**	,599**	,869**	,938**	,944**	--	
12. Πόνος	-,593**	-,221*	-,233*	0,101	0,187	,784**	,636**	,915**	,924**	,950**	,914**	--

** $p < 0,05$, * $p < 0,01$

Πίνακας 15: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με την Κατοικία

		Σεξουαλική δυσλειτουργία				Total	
		Όχι		Ναι			
		N	%	N	%	N	%
Κατοικία	Αττική	12	57,1	38	48,1	50	50,0
	Επαρχία- Ηπειρωτική Ελλάδα	4	19,0	30	38,0	34	34,0
	Νησιωτική Ελλάδα	5	23,8	11	13,9	16	16,0
Total		21	100,0	79	100,0	100	100,0

Σημείωση. Pearson $\chi^2(2)=3,03$, $p=0,220$

Πίνακας 16: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με την Οικογενειακή κατάσταση

		Σεξουαλική δυσλειτουργία				Total	
		Όχι		Ναι			
		N	%	N	%	N	%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	8	38,1	3	3,8	11	11,0
	Χήρα ή Διαζευγμένη	1	4,8	24	30,4	25	25,0
	Παντρεμένη	12	57,1	52	65,8	64	64,0
Total		21	100,0	79	100,0	100	100,0

Σημείωση. Pearson $\chi^2(2)=22,29$, $p<0,001$

Πίνακας 17: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με επάγγελμα

		Σεξουαλική δυσλειτουργία				Total	
		Όχι		Ναι			
		N	%	N	%	N	%
Επάγγελμα	Δημόσιος	8	38,1	10	12,7	18	18,0
	Υπάλληλος						
	Ιδιωτικός	5	23,8	12	15,2	17	17,0
	Υπάλληλος						
	Ελεύθερη	3	14,3	14	17,7	17	17,0
Επαγγελματίας	Αγρότισσα/Εργ	1	4,8	11	13,9	12	12,0
	άτρια						
	Οικιακά	4	19,0	32	40,5	36	36,0
Total		21	100,0	79	100,0	100	100,0

Σημείωση. Fisher-Freeman-Halton Exact Test $\chi^2(4)=9,14$, $p=0,048$

Πίνακας 18: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με Εκπαιδευτικό Επίπεδο

		Σεξουαλική δυσλειτουργία				Total	
		Όχι		Ναι			
		N	%	N	%	N	%
Εκπαιδευτικό	Ως και Δημοτικό	1	4,8	42	53,2	43	43,0
Επίπεδο	Απόφοιτος	3	14,3	21	26,6	24	24,0
	Γυμνασίου						
	Απόφοιτος	8	38,1	9	11,4	17	17,0
	Λυκείου						
	Πανεπιστημιακή	9	42,9	7	8,9	16	16,0
	εκπαίδευση						
Total		21	100,0	79	100,0	100	100,0

Σημείωση. Fisher-Freeman-Halton Exact Test $\chi^2(3)=28,44$, $p<0,001$

Πίνακας 19: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με Διάγνωση

		Σεξουαλική δυσλειτουργία				Total	
		Όχι		Ναι			
		N	%	N	%	N	%
Διάγνωση	Καρκίνος ενδομητρίου ή σώματος μήτρας	8	38,1	42	56,8	50	52,6
	Καρκίνος τραχήλου της μήτρας	7	33,3	11	14,9	18	18,9
	Καρκίνος ωοθηκών	6	28,6	21	28,4	27	28,4
Total		21	100,0	74	100,0	95	100,0

Σημείωση. Pearson $\chi^2(2)=4,03$, $p=0,134$

Πίνακας 20: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με Χειρουργική Επέμβαση

		Σεξουαλική δυσλειτουργία				Total	
		Όχι		Ναι			
		N	%	N	%	N	%
Χειρουργική	Ναι	18	85,7	68	86,1	86	86,0
Επέμβαση	Όχι	3	14,3	11	13,9	14	14,0
Total		21	100,0	79	100,0	100	100,0

Σημείωση. Pearson $\chi^2(1)=0,002$, $p=0,966$

Πίνακας 21: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με Είδος Επέμβασης

		Σεξουαλική δυσλειτουργία				Total	
		Όχι		Ναι			
		N	%	N	%	N	%
Είδος Επέμβασης	Υστερεκτομή με εξαρτήματα	13	72,2	59	86,8	72	83,7
	Υστερεκτομή χωρίς εξαρτήματα	5	27,8	9	13,2	14	16,3
Total		18	100,0	68	100,0	86	100,0

Σημείωση. Fisher Exact Test $\chi^2(1)=2,21$, $p=0,158$

Πίνακας 22: Σχέση Σεξουαλικής δυσλειτουργίας με Συμπληρωματικές θεραπείες

		Σεξουαλική δυσλειτουργία				Total	
		Όχι		Ναι			
		N	%	N	%	N	%
Συμπληρωματικές θεραπείες	Καμία θεραπεία	5	23,8	18	22,8	23	23,0
	Μόνο ΧΜΘ	4	19,0	18	22,8	22	22,0
	ΧΜΘ και άλλη θεραπεία	8	38,1	35	44,3	43	43,0
	Άλλη θεραπεία	4	19,0	8	10,1	12	12,0
Total		21	100,0	79	100,0	100	100,0

Σημείωση. Fisher-Freeman-Halton Exact Test $\chi^2(3)=1,51$, $p=0,711$

Πίνακας 23: Διάμεσες τιμές, εύρη και αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για τις διαφορές ανάλογα στην ηλικία, τον ΔΜΣ, τον αριθμό παιδιών και τα έτη από τη διάγνωση ανάλογα με την σεξουαλική δυσλειτουργία

	Σεξουαλική δυσλειτουργία				P
	Όχι		Ναι		
	Median	Range	Median	Range	
Ηλικία Ασθενή	50	33	67	48	<0,001
ΔΜΣ	26.50	24,33	29,14	41,07	0,094
Αριθμός παιδιών	1	3	2	6	0,017
Έτη από τη διάγνωση	3,00	13,00	1,00	25,00	0,147

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 23, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ηλικία και τον αριθμό παιδιών των γυναικών με σεξουαλική δυσλειτουργία ($p < 0,001$ και $p = 0,017$ αντίστοιχα). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία είναι μεγαλύτερης ηλικίας (διάμεση τιμή 67 έτη έναντι των 50 ετών των γυναικών που δεν παρουσιάζουν δυσλειτουργία) και έχουν περισσότερα παιδιά (διάμεση τιμή 2 παιδιά έναντι του 1 παιδιού των γυναικών που δεν παρουσιάζουν δυσλειτουργία). Παρά το γεγονός ότι τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά, παρατηρείται η τάση να παρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία οι γυναίκες που διαγνώστηκαν πιο πρόσφατα (μέσα στο προηγούμενο έτος) και οι γυναίκες με υψηλότερο ΔΜΣ (διάμεση τιμή 29 έναντι του 26,5 των γυναικών που δεν παρουσιάζουν δυσλειτουργία).

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, προκύπτει ότι η σεξουαλικότητα των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο σχετίζεται με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα οι γυναίκες που διαμένουν στην νησιωτική Ελλάδα, οι άγαμες γυναίκες, οι γυναίκες που έχουν εξαρτημένη σχέση εργασίας (δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι) και οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικότητας. Σεξουαλική δυσλειτουργία είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν οι παντρεμένες και οι χήρες ή διαζευγμένες γυναίκες, οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και με περισσότερα παιδιά, οι γυναίκες που

εργάζονται σε ελεύθερο επάγγελμα, χειρωνακτική εργασία ή οικιακά και οι γυναίκες απόφοιτοι δημοτικού ή Γυμνασίου.

Σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά, ο τύπος της διάγνωσης βρέθηκε ότι επηρεάζει τη σεξουαλικότητα και συγκεκριμένα οι γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικής επιθυμίας συγκριτικά με αυτές που διαγνώστηκαν με καρκίνο ενδομητρίου ή σώματος μήτρας ή καρκίνο ωοθηκών. Επίσης, καταγράφηκε τάση υψηλότερης σεξουαλικότητας (χωρίς να είναι στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα) στις γυναίκες με λιγότερο παρεμβατικές θεραπείες, δηλαδή σε αυτές που δεν υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση ή, αν υπεβλήθησαν, ήταν υστερεκτομή χωρίς εξαρτήματα, και για τις γυναίκες που δεν υπεβλήθησαν σε χημειοθεραπείες ως συμπληρωματική θεραπεία. Τα κλινικά χαρακτηριστικά φαίνεται ότι αυξάνουν και τις πιθανότητες εμφάνισης σεξουαλικής δυσλειτουργίας καθώς οι γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του ενδομητρίου ή σώματος μήτρας, υστερεκτομή με εξαρτήματα, συμπληρωματικές χημειοθεραπείες και πιο πρόσφατη διάγνωση της νόσου, παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής δυσλειτουργίας, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα.

Σχετικά με την αυτοεικόνα, δεν βρέθηκε κάποια σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δημογραφικών ή κλινικών χαρακτηριστικών των γυναικών, με μόνη εξαίρεση τον εντοπισμό τάσης αρνητικότερης αυτοεικόνας σώματος στις γυναίκες με χειρωνακτικά επαγγέλματα (αγρότισσα, εργάτρια) ή οικιακά, συγκριτικά με τις γυναίκες που εργάζονται ως δημόσιοι και ιδιωτικοί υπαλλήλους και τις ελεύθερες επαγγελματίες.

7.5 Τρίτο ερευνητικό ερώτημα – Επίδραση νόσου και θεραπείας στην αυτοεικόνα και τη σεξουαλικότητα

Με σκοπό να εξετασθεί η συνδυαστική επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στην αυτοεικόνα και τη σεξουαλικότητα, διενεργήθηκαν αναλύσεις ιεραρχικής πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Αρχικά αναπτύχθηκε μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την Αυτοεικόνα. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ο τόπος κατοικίας, το επάγγελμα, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ηλικία, ο ΔΜΣ, ο αριθμός παιδιών) και στο δεύτερο βήμα προστέθηκαν και τα κλινικά χαρακτηριστικά (διάγνωση, έτη από τη διάγνωση, συμπληρωματικές θεραπείες, χειρουργική επέμβαση). Το μοντέλο με ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ερμηνεύει το 15% της μεταβλητότητας της αυτοεικόνας και δεν είναι στατιστικά σημαντικό ($R^2=0,15$, $p=0,239$). Η μεταβλητή του ΔΜΣ ($\beta=-0,244$, $p<0,05$) και η μεταβλητή Αγρότισσες/Εργάτριες έναντι Δημοσίων υπαλλήλων ($\beta=-0,320$, $p<0,05$) αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της αυτοεικόνας και συγκεκριμένα οι γυναίκες με υψηλότερο ΔΜΣ και οι γυναίκες Αγρότισσες/Εργάτριες έχουν αρνητικότερη αυτοεικόνα σώματος. Η προσθήκη των κλινικών χαρακτηριστικών στο δεύτερο βήμα δεν προσφέρει στατιστικά σημαντική μεταβολή στον δείκτη προσδιορισμού ($R^2=0,18$, $p=0,871$).

Πίνακας 24: Συντελεστές προσδιορισμού και στατιστική σημαντικότητα ιεραρχικών μοντέλων για την αυτοεικόνα

Model	R	Adjusted R Square	Change Statistics					
			R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,389 ^a	,151	,034	,151	1,290	12	87	,239
2	,428 ^b	,183	-,011	,032	,444	7	80	,871

Πίνακας 25: Συντελεστές παλινδρόμησης ιεραρχικών μοντέλων για την αυτοεικόνα του σώματος

Μοντέλο	B	SE	B	T	P
1 (Constant)	4,452	,804		5,540	<,001
Ηλικία Ασθενή	-,004	,009	-,065	-,422	,674
ΔΜΣ	-,021	,009	-,244	-2,349	,021
Αριθμός παιδιών	,021	,066	,038	,318	,751
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	-,045	,090	-,076	-,502	,617
Επαρχία-Ηπειρωτική Ελλάδα έναντι Αττικής	-,048	,158	-,035	-,303	,763
Νησιωτική Ελλάδα έναντι Αττικής	-,093	,192	-,052	-,486	,628
Χήρες ή Διαζευγμένες έναντι Άγαμων	,046	,353	,030	,130	,897
Παντρεμένες έναντι Άγαμων	-,031	,296	-,023	-,105	,917
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-,078	,230	-,045	-,339	,736
Ελεύθερες Επαγγελματίες έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-,114	,228	-,066	-,502	,617
Αγρότισσες/Εργάτριες έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-,644	,277	-,320	-2,329	,022
Οικιακά έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-,351	,222	-,258	-1,582	,117
2 (Constant)	4,755	,861		5,524	<,001
Ηλικία Ασθενή	-,004	,010	-,068	-,398	,691
ΔΜΣ	-,021	,009	-,240	-2,217	,029
Αριθμός παιδιών	-,018	,074	-,033	-,242	,809
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	-,034	,093	-,058	-,368	,714
Επαρχία-Ηπειρωτική Ελλάδα έναντι Αττικής	-,022	,170	-,016	-,130	,896
Νησιωτική Ελλάδα έναντι Αττικής	-,004	,206	-,002	-,017	,986
Χήρες ή Διαζευγμένες έναντι Άγαμων	,140	,392	,093	,358	,721
Παντρεμένες έναντι Άγαμων	,048	,317	,036	,153	,879
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-,128	,244	-,074	-,526	,601

Ελεύθερες Επαγγελματίες	έναντι	-,135	,241	-,078	-,559	,578
Δημοσίων υπαλλήλων						
Αγρότισσες/Εργάτριες	έναντι Δημοσίων	-,668	,285	-,332	-2,341	,022
υπαλλήλων						
Οικιακά	έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-,342	,234	-,251	-1,461	,148
Έτη από τη διάγνωση		,000	,017	,002	,013	,990
Καρκίνος τραχήλου της μήτρας	έναντι	-,233	,213	-,137	-1,092	,278
ενδομητρίου /μήτρας						
Καρκίνος ωοθηκών	έναντι ενδομητρίου	,037	,165	,025	,226	,822
/μήτρας						
Χειρουργική Επέμβαση		-,197	,218	-,104	-,900	,371
Μόνο ΧΜΘ	έναντι Καμίας θεραπείας	-,172	,226	-,109	-,762	,448
ΧΜΘ και άλλη θεραπεία	έναντι Καμίας	-,195	,204	-,147	-,953	,344
θεραπείας						
Άλλη θεραπεία	έναντι Καμίας θεραπείας	-,267	,268	-,133	-,998	,321

Στη συνέχεια διενεργήθηκε ανάλυση ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης ώστε να διερευνηθούν οι προγνωστικοί παράγοντες της σεξουαλικότητας (Πίνακες 26 και 27). Στο πρώτο βήμα της ανάλυσης (Μοντέλο 1) εισήχθησαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που ερμηνεύουν το 55,2% της μεταβλητότητας της σεξουαλικότητας ($R^2=0,552$, $p<0,001$). Στο δεύτερο βήμα (Μοντέλο 2) εισήχθησαν επιπλέον τα κλινικά χαρακτηριστικά, που στο σύνολο τους προσθέτουν 4,4% στην ερμηνεία της μεταβλητότητας της σεξουαλικότητας χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($R^2=0,596$, $p=0,284$). Στο τρίτο βήμα (Μοντέλο 3) εισήχθη επιπλέον η αυτοεικόνα ως ανεξάρτητη μεταβλητή, και το τελικό μοντέλο ερμηνεύει το 64,4% της μεταβλητότητας της σεξουαλικότητας. Η αυτοεικόνα προσθέτει ένα 4,8% στην ερμηνεία με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($R^2=0,644$, $p=,002$). Η μεταβλητή της ηλικίας ($\beta=-0,539$, $p<0,05$) οι ελεύθερες επαγγελματίες έναντι των δημοσίων υπαλλήλων ($\beta=-0,185$, $p<0,05$), η διάγνωση καρκίνου τραχήλου της μήτρας έναντι ενδομητρίου /μήτρας ($\beta=0,168$, $p<0,05$) και η αυτοεικόνα ($\beta=0,243$, $p<0,05$) είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της σεξουαλικότητας.

Επομένως, προκύπτει ότι η αυτοεικόνα σώματος των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο δεν επηρεάζεται από τη νόσο και τη θεραπεία αλλά μόνο από δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και ο δείκτης μάζας σώματος. Αντίθετα, υπάρχει σημαντική επίδραση της νόσου (αλλά όχι της θεραπείας) στην σεξουαλικότητα των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο και συγκεκριμένα, η διάγνωση καρκίνου ενδομητρίου ή σώματος μήτρας οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικότητας συγκριτικά με τη διάγνωση καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας.

Πίνακας 26: Συντελεστές προσδιορισμού και στατιστική σημαντικότητα ιεραρχικών μοντέλων για την σεξουαλικότητα

Model	R	R ²	Adjusted R ²	Change Statistics				
				R ² Change	F Change	df1	df2	p Change
1	,743 ^a	,552	,490	,552	8,923	12	87	<,001
2	,772 ^b	,596	,500	,044	1,254	7	80	,284
3	,803 ^c	,644	,554	,048	10,703	1	79	,002

Πίνακας 27: Συντελεστές παλινδρόμησης ιεραρχικών μοντέλων για την σεξουαλικότητα

Μοντέλο	B	SE	β	T	P
1 (Constant)	87,886	17,245		5.096	<,001
Ηλικία Ασθενή	-,879	,190	-,516	-4,633	<,001
ΔΜΣ	-,319	,193	-,125	-1,649	,103
Αριθμός παιδιών	-,364	1,426	-,022	-,256	,799
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	1,572	1,920	,091	,818	,415
Επαρχία-Ηπειρωτική Ελλάδα έναντι Αττικής	,107	3,387	,003	,032	,975
Νησιωτική Ελλάδα έναντι Αττικής	8,939	4,122	,170	2,169	,033
Χήρες ή Διαζευγμένες έναντι Άγαμων	-8,387	7,566	-,188	-1,108	,271

Παντρεμένες έναντι Άγαμων	-10,164	6,355	-,253	-1,599	,113
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-7,672	4,937	-,149	-1,554	,124
Ελεύθερες Επαγγελματίες έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-9,350	4,887	-,182	-1,913	,059
Αγρότισσες/Εργάτριες έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-10,929	5,936	-,184	-1,841	,069
Οικιακά έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-2,445	4,761	-,061	-,514	,609
2 (Constant)	82,712	17,872		4,628	<,001
Ηλικία Ασθενή	-,946	,203	-,556	-4,649	<,001
ΔΜΣ	-,303	,195	-,118	-1,551	,125
Αριθμός παιδιών	-,300	1,546	-,018	-,194	,847
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	1,598	1,928	,092	,829	,410
Επαρχία-Ηπειρωτική Ελλάδα έναντι Αττικής	-1,013	3,527	-,025	-,287	,775
Νησιωτική Ελλάδα έναντι Αττικής	7,306	4,277	,139	1,708	,091
Χήρες ή Διαζευγμένες έναντι Άγαμων	-8,616	8,132	-,193	-1,060	,293
Παντρεμένες έναντι Άγαμων	-9,892	6,583	-,246	-1,503	,137
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-7,654	5,060	-,149	-1,513	,134
Ελεύθερες Επαγγελματίες έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-10,497	5,013	-,204	-2,094	,039
Αγρότισσες/Εργάτριες έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-10,913	5,921	-,184	-1,843	,069
Οικιακά έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-1,956	4,863	-,049	-,402	,689
Έτη από τη διάγνωση	,354	,357	,083	,990	,325
Καρκίνος τραχήλου της μήτρας έναντι ενδομητρίου /μήτρας	6,793	4,426	,135	1,535	,129
Καρκίνος ωοθηκών έναντι ενδομητρίου /μήτρας	5,227	3,436	,120	1,521	,132
Χειρουργική Επέμβαση	6,241	4,532	,112	1,377	,172
Μόνο ΧΜΘ έναντι Καμίας θεραπείας	,950	4,695	,020	,202	,840

ΧΜΘ και άλλη θεραπεία έναντι Καμίας θεραπείας	,013	4,241	,000	,003	,997
Άλλη θεραπεία έναντι Καμίας θεραπείας	-,984	5,555	-,017	-,177	,860
3 (Constant)	48,610	19,837		2,450	,016
Ηλικία Ασθενή	-,918	,192	-,539	-4,772	<,001
ΔΜΣ	-,153	,190	-,060	-,807	,422
Αριθμός παιδιών	-,171	1,461	-,010	-,117	,907
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	1,843	1,823	,106	1,011	,315
Επαρχία-Ηπειρωτική Ελλάδα έναντι Αττικής	-,854	3,331	-,021	-,256	,798
Νησιωτική Ελλάδα έναντι Αττικής	7,332	4,039	,139	1,815	,073
Χήρες ή Διαζευγμένες έναντι Άγαμων	-9,622	7,686	-,216	-1,252	,214
Παντρεμένες έναντι Άγαμων	-10,239	6,218	-,255	-1,647	,104
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-6,735	4,787	-,131	-1,407	,163
Ελεύθερες Επαγγελματίες έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-9,529	4,743	-,185	-2,009	,048
Αγρότισσες/Εργάτριες έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	-6,126	5,780	-,103	-1,060	,292
Οικιακά έναντι Δημοσίων υπαλλήλων	,498	4,653	,012	,107	,915
Έτη από τη διάγνωση	,352	,337	,083	1,044	,300
Καρκίνος τραχήλου της μήτρας έναντι ενδομητρίου /μήτρας	8,463	4,211	,168	2,010	,048
Καρκίνος ωοθηκών έναντι ενδομητρίου /μήτρας	4,958	3,246	,114	1,528	,131
Χειρουργική Επέμβαση	7,651	4,301	,138	1,779	,079
Μόνο ΧΜΘ έναντι Καμίας θεραπείας	2,186	4,450	,047	,491	,625
ΧΜΘ και άλλη θεραπεία έναντι Καμίας θεραπείας	1,409	4,028	,036	,350	,727
Άλλη θεραπεία έναντι Καμίας θεραπείας	,931	5,278	,016	,176	,861
Αυτοεικόνα	7,172	2,192	,243	3,272	,002

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα ερευνητική εργασία μελετήθηκε η επίπτωση του γυναικολογικού καρκίνου στην αυτοεικόνα και στη σεξουαλικότητα των γυναικών, καθώς και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε δύο ερωτηματολόγια (BAS, FSFI) και σε ένα επιπλέον δημογραφικών στοιχείων όπως η ηλικία, το ύψος, το βάρος, η επαγγελματική κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και κλινικών χαρακτηριστικών όπως η διάγνωση και το είδος των θεραπειών. Συμμετείχαν 100 γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο, δύο εκ των οποίων αποκλείστηκαν από την ανάλυση καθώς αποτελούσαν σπάνιες μορφές καρκίνου, με μέση ηλικία τα 62 έτη, μέσο ΔΜΣ 30 και μέσο χρόνο από τη διάγνωση του καρκίνου 3 έτη.

Το 79% των ασθενών βρέθηκε ότι παρουσιάζει σεξουαλική δυσλειτουργία, δηλαδή συνολική βαθμολογία κάτω από 26 στο ερωτηματολόγιο FSFI. Το ποσοστό αυτό της σεξουαλικής δυσλειτουργίας των ασθενών έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με πλήθος μελετών. Οι Lubotzky et al (2019) βρήκαν στη μελέτη τους ποσοστό αποχής από τη σεξουαλική πράξη 80%, ενώ οι Campbell et al (2019) αναφέρουν ποσοστό σεξουαλικών δυσλειτουργιών από 30-100%. Επίσης σε μελέτη τους οι Harris et al (2019) αναφέρουν ότι τουλάχιστον το 50% των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο εμφανίζει σεξουαλική δυσλειτουργία. Αυτή η διαφορά στο εύρος εμφάνισης των σεξουαλικών προβλημάτων πιθανόν έχει σχέση με πολλούς παράγοντες που πιθανά σχετίζονται με τον τρόπο διεξαγωγής της κάθε μελέτης και το είδος του δείγματος, αλλά και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν επιπλέον ότι η αυτοεικόνα παρουσιάζει χαμηλή θετική συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία της σεξουαλικότητας των ασθενών, εύρημα που συμφωνεί με τη μελέτη των Kvaalem et al (2020) οι οποίοι αναφέρουν ότι η δυσαρέσκεια από την εικόνα σώματος παραμένει αρνητικός προσδιοριστικός παράγοντας της σεξουαλικής λειτουργικότητας σε δείγμα Σκανδιναβών και Βέλγων. Η χαμηλή μάλιστα συσχέτιση της αυτοεικόνας με τη σεξουαλικότητα ίσως εξηγείται σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς από το γεγονός ότι η εικόνα που σχηματίζουν οι άνθρωποι για το σώμα τους δημιουργείται στην εφηβεία και διατηρείται με κάποια σταθερότητα

ως την τρίτη ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι συμβάντα που καθορίζουν ολοκληρωτικά τη ζωή ενός ανθρώπου όπως ο καρκίνος θα επηρεάσουν την εικόνα που έχουν για το σώμα τους ως ένα βαθμό. Επιπλέον, ρόλο παίζει και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Σε άλλο σημείο της έρευνας διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες με θετικότερη αυτοεικόνα είναι πιο σεξουαλικώς λειτουργικά ως προς την επιθυμία, τον οργασμό και την ικανοποίηση από τη σεξουαλική πράξη. Σε αυτό το εύρημα συμφωνεί και η μελέτη των Wu and Zheng (2020) όπου φαίνεται πως η θετικότερη εικόνα σώματος οδηγεί σε μεγαλύτερη σεξουαλική αυτοπεποίθηση και καλύτερη σεξουαλική λειτουργικότητα.

Υπάρχει ωστόσο διάκριση μεταξύ αυτοεκτίμησης και αυτοεικόνας σύμφωνα με τους Wu and Zheng (2020), οι οποίοι αναφέρουν ότι η αυτοεκτίμηση μιας γυναίκας μπορεί να είναι σε υψηλότερα επίπεδα από την εικόνα που έχει για το σώμα της. Σε αυτό το σημείο πιθανόν να εξηγούνται και τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τα οποία δεν έδειξαν σημαντική διαφορά ως προς την αυτοεικόνα των ασθενών σε σχέση με τη νόσο και τη θεραπεία, καθώς η αυτοεκτίμηση και η αυτοεικόνα ουσιαστικά διαφέρουν, αν και αλληλεπιδρούν ως ένα βαθμό. Ο διαχωρισμός αυτός μεταξύ αυτοεικόνας και αυτοεκτίμησης γίνεται πιο ξεκάθαρος στην μελέτη των Grower & Ward (2018) οι οποίοι μελέτησαν τη σχέση της σεξουαλικής λειτουργικότητας με την αυτοεικόνα και με την αυτοεκτίμηση χωριστά. Βρέθηκε ότι όσες γυναίκες εστίαζαν περισσότερο στην εικόνα που είχε το σώμα τους συνολικά και την εικόνα που είχαν για ορισμένα μόνο μέρη του σώματός τους είχαν μικρότερη σεξουαλική λειτουργικότητα σε σχέση με τις γυναίκες που δεν εστίαζαν τόσο πολύ στην εικόνα του σώματος, αλλά εκτιμούσαν τον εαυτό τους ολιστικά. Επίσης, σε μελέτη των Winter et al (2023) βρέθηκε ότι θετική εικόνα σώματος, ιδιαίτερα για την περιοχή των γεννητικών οργάνων, σχετίζεται με θετικότερη αντίληψη της εμφάνισης γενικότερα καθώς και των θεμάτων που αφορούν τη σεξουαλικότητα.

Η χαμηλή θετική συσχέτιση της αυτοεικόνας με τη σεξουαλικότητα εξηγείται εν μέρει σύμφωνα με τις μελέτες των Wu & Zheng (2020) και Grower & Ward (2018) στις οποίες φάνηκε ότι, παρά τα χαμηλά επίπεδα αυτοεικόνας, οι γυναίκες είναι δυνατόν να διατηρούν υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, με τις δύο αυτές παραπλήσιες έννοιες να επηρεάζουν τελικά συνολικά τη σεξουαλική τους έκφραση. Η αυτοεικόνα των ασθενών στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε να έχει

κάποια σημαντική διαφοροποίηση σε σχέση με τη νόσο ή τη θεραπεία, όπως ήδη αναφέρθηκε. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη των Wilson et al (2021) όπου αναφέρεται ότι υπάρχει επιδείνωση στην εικόνα σώματος των ασθενών μετά τη διάγνωση γυναικολογικού καρκίνου και η εικόνα αυτή επηρεάζεται και από πολιτισμικά στοιχεία, αλλά και από το στάδιο και τον τύπο του καρκίνου. Επιπλέον, οι Peerenboom et al (2022) αναφέρουν ότι το 20-30% των ασθενών που έχουν νοσήσει από γυναικολογικό καρκίνο βιώνουν άγχος και κατάθλιψη, το 50% εκφράζει ανησυχία για επανεμφάνιση της νόσου ενώ το 40% επιθυμεί να χάσει βάρος. Σε αντίθεση εν μέρει με τους Peerenboom και Wilson έρχεται η μελέτη των Nowosielski & Pałka (2023), η οποία αναφέρει ότι η αλλαγμένη εικόνα σώματος επηρεάζει τις ασθενείς, κυρίως κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης που νιώθουν εκτεθειμένες μπροστά στον σύντροφό τους, ενώ διαφέρει από την συνολική εικόνα σώματος που φαίνεται να μην επηρεάζεται από τη διάγνωση του καρκίνου και τη θεραπεία του. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Nowosielski & Pałka (2023) όπου βρέθηκε ότι η εικόνα σώματος των ασθενών, αν και δεν επηρεάζεται από τη νόσο και τη θεραπεία, πιθανά σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα τους. Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, η αυτοεικόνα δεν επηρεάζεται αρνητικά από τη νόσο και τη θεραπεία, παρά μόνο από τον δείκτη μάζας σώματος, εύρημα που συμφωνεί με τη μελέτη των Peerenboom et al (2022). Σε άλλη μελέτη των Ginsberg et al (2015), ο δείκτης μάζας σώματος φάνηκε να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εικόνα του σώματος των γυναικών γενικά και των μετεμμηνοπαυσιακών ειδικότερα, με τη διαφορά ότι στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ήταν ευκολότερο να βελτιωθεί η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους μέσα από τη διαδικασία της αυτοαποδοχής παρά από τη βελτίωση της πραγματικής εικόνας.

Επιπλέον, το επάγγελμα βρέθηκε ότι επηρεάζει την αυτοεικόνα των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο. Οι γυναίκες με χειρονακτικά επαγγέλματα ή οι άνεργες είχαν χειρότερη αυτοεικόνα σε σχέση με τις γυναίκες με εξαρτημένη σχέση εργασίας. Ειδικότερα, εμφάνισαν λιγότερη σεξουαλική δυσλειτουργία (45,6%) σε σχέση με τις αγρότισσες, τις εργάτριες και τις άνεργες (54,4%), εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με την μελέτη των Christensen et al (2011), η οποία δεν βρήκε καμία σχέση μεταξύ επαγγέλματος και σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Ενώ αναφορικά με τη σχέση εκπαιδευτικού επιπέδου και σεξουαλική λειτουργικότητας

οι Christensen et al (2011) αναφέρουν καλύτερη σεξουαλική λειτουργικότητα σε γυναίκες απόφοιτες πρωτοβάθμιας εκπαιδευτικής βαθμίδας σε σχέση με γυναίκες απόφοιτες κολλεγίου εύρημα που επίσης έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Από την άλλη πλευρά οι Christensen et al (2011) αναφέρουν ότι το χαμηλό ετήσιο εισόδημα ασκεί αρνητική επίδραση στη σεξουαλική λειτουργικότητα των γυναικών, παράμετρος που στη μελέτη μας δεν μετρήθηκε, ίσως όμως να σχετίζεται δευτερογενώς με το επάγγελμα. Επιπλέον, σε μερική συμφωνία με τα αποτελέσματα της μελέτης μας είναι η μελέτη των Brederecke et al (2021) που αναφέρουν πως γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και μεγαλύτερο εισόδημα παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά άγχους που οδηγούν και σε καλύτερη αυτοεικόνα, με τη μορφή της μεγαλύτερης αυτοαποδοχής. Δεδομένου ότι το επάγγελμα είναι η κυριότερη πηγή του εισοδήματος, ίσως αυτό να εξηγεί εν μέρει γιατί οι χαμηλόμισθες ή/και άμισθες γυναίκες παρουσίαζαν χειρότερη αυτοεικόνα σε σχέση με τις γυναίκες με εξαρτημένη σχέση εργασίας

Ο τόπος κατοικίας είναι ίσως ένας δημογραφικός παράγοντας που επηρεάζει τη σεξουαλικότητα των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο, σύμφωνα με τη μελέτη μας. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι ασθενείς προερχόμενες από νησιωτικές περιοχές παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής δυσλειτουργίας (13,9%) σε σχέση με ασθενείς που είχαν ως τόπο διαμονής την Αθήνα, όπου η σεξουαλική δυσλειτουργία βρέθηκε να είναι υψηλότερη με ποσοστό 48,1%. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στους γρήγορους ρυθμούς μιας μεγαλούπολης όπως η Αθήνα όπου το φορτωμένο καθημερινό πρόγραμμα των γυναικών είναι δυνατόν να επιρεάσει και τη σεξουαλικότητά τους. Σύμφωνα με αυτό το εύρημα είναι η μελέτη των Christensen et al (2011), που αναφέρεται ότι οι γυναίκες που διαμένουν σε αστικά κέντρα άνω των 100.000 κατοίκων παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε σχέση με γυναίκες που διαμένουν σε επαρχιακές περιοχές κάτω των 10.000 κατοίκων και πιο συγκεκριμένα οι κάτοικοι της Κοπεγχάγης που είναι αστικό κέντρο εμφάνισαν περισσότερα σεξουαλικά προβλήματα σε σχέση με κατοίκους επαρχιακών πόλεων ή προαστίων.

Ως προς την επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στη σεξουαλικότητα των ασθενών, οι Ferguson et al (2018) υποστήριξαν ότι οι χήρες, οι διαζευγμένες και οι ηλικιωμένες γυναίκες απόφευγαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια της σεξουαλικότητας. Όπως ήταν αναμενόμενο, η μελέτη μας έδειξε ότι μεγαλύτερη

σεξουαλική δυσλειτουργία είχαν οι γυναίκες μεγάλης ηλικίας με μέση τιμή τα 67 έτη σε σχέση με τις νεώτερες που είχαν περισσότερα παιδιά. Με αυτό το εύρημα συμφωνεί και η μελέτη των Ak et al (2018) που αναφέρει ότι κάποιες ασθενείς είναι φυσικό να μην έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή καθώς είναι σε προχωρημένη ηλικία. Με τα ευρήματα αυτά συμφωνεί και η μελέτη των Peerenboom et al (2022) που αναφέρουν ότι οι γυναίκες άνω των 64 ετών ήταν λιγότερο πιθανό να εκφράσουν σεξουαλικές ανησυχίες σε σχέση με τις γυναίκες κάτω των 64 ετών. Αντιθέτως οι Træen et al (2017) αναφέρουν ότι, παρόλο που η σεξουαλική δυσλειτουργία αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, καθώς τα προβλήματα υγείας και η απώλεια ενδιαφέροντος είναι οι σημαντικότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες, έχει διαπιστωθεί μια τάση τις τελευταίες δεκαετίες οι ηλικιωμένοι να έχουν πιο ενεργητική σεξουαλική ζωή ακόμη και πάνω από τα 80 έτη.

Σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά, ο τύπος της διάγνωσης βρέθηκε ότι επηρεάζει τη σεξουαλικότητα. Συγκεκριμένα οι γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παρουσίαζαν μεγαλύτερη σεξουαλική επιθυμία σε σχέση με γυναίκες με άλλο τύπου καρκίνου, χωρίς όμως να υπάρχει διαφορά στη συνολική σεξουαλικότητά τους. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με την μελέτη των Lin et al (2022) που αναφέρουν ότι ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι εκείνος που έχει ως συνέπεια τις λιγότερες σεξουαλικές δυσλειτουργίες, χωρίς όμως ο τύπος της διάγνωσης να σχετίζεται αποκλειστικά με τη σεξουαλική δυσλειτουργία, αλλά περισσότερο οι υπόλοιποι προσδιοριστικοί παράγοντες της νόσου, όπως το στάδιο, το χρόνο παρέλευσης από τη θεραπεία και το είδος της θεραπείας. Στον αντίποδα της μελέτης των Lin et al (2022) έρχεται η μελέτη των De Arruda et al (2020) που αναφέρουν ότι μετά τη θεραπεία για τοπικά προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώνεται, αν και υπάρχει αρνητική επίδραση στη σεξουαλική απόλαυση και τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, παρά στην ίδια τη σεξουαλική επιθυμία.

Σχετικά με το στάδιο της νόσου, οι Stuoelyte et al (2023) στη μελέτη τους αναφέρουν ότι οι ασθενείς στα πρώιμα στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παρουσίαζαν λιγότερη σεξουαλική δυσλειτουργία σε σχέση με τις γυναίκες με πιο επεκταμένο τοπικά καρκίνο. Αναφορικά με το χρόνο από την παρέλευση της νόσου, στη μελέτη των Suvaal et al (2023) αναφέρεται ότι οι ασθενείς οι οποίες

ήταν σεξουαλικά ανενεργές αμέσως μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου έφταναν σε ποσοστό 79%, το οποίο μειώνονταν σε 47% μετά τους 24 μήνες που είχαν ολοκληρωθεί όλες οι θεραπείες. Αυτή η μελέτη έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης όπου βάσει των κλινικών στοιχείων το 51% των ασθενών διαγνώστηκαν με γυναικολογικό καρκίνο τα τελευταία δύο χρόνια, ενώ το 78% των γυναικών διαγνώστηκαν μέσα στην τελευταία πενταετία. Επιπρόσθετα, σε ότι αφορά το είδος της θεραπείας, στην παρούσα μελέτη φάνηκε πως λιγότερο επεμβατικές θεραπείες είχαν ως αποτέλεσμα λιγότερα ποσοστά σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Με αυτό το συμπέρασμα συμφωνούν και οι Ferguson et al (2018) οι οποίοι αναφέρουν ότι η λαπαροσκοπική και η ρομποτική χειρουργική έχουν λιγότερες συνέπειες βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα με αποτέλεσμα καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς που αξίζει να αναφερθούν. Ένας βασικός περιορισμός είναι ο μικρός αριθμός δείγματος και ο τρόπος δειγματοληψίας, καθώς το δείγμα δεν ήταν τυχαιοποιημένο, αλλά δείγμα ευκολίας. Επιπλέον, περιορισμό αποτελεί η μονοκεντρική φύση της μελέτης, δεδομένου ότι οι περισσότερες ασθενείς ήταν ουσιαστικά από το νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» και μόνο ένας μικρός αριθμός ασθενών προήλθε από το νοσοκομείο «Έλενα Βενιζέλου». Επίσης η ιδιαιτερότητα του συγκεκριμένου θέματος, το οποίο αντιμετωπίζεται ως ταμπού από μεγάλο αριθμό ασθενών, ακόμα και από τους επιστήμονες υγείας, καθώς και η έλλειψη κατάλληλων υποδομών για την εξασφάλιση περισσότερης ιδιωτικότητας, έκανε δύσκολη τη διεξαγωγή της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η αυτοεικόνα των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και η σεξουαλικότητά τους σχετίζονται μεταξύ τους και επηρεάζονται από κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η καλύτερη αυτοεικόνα οδηγεί σε μεγαλύτερη σεξουαλική λειτουργικότητα, ενώ παράγοντες όπως η ηλικία των ασθενών, το βάρος σώματος, ο τύπος του καρκίνου, ο χρόνος παρέλευσης από τη νόσο, ο τόπος διαμονής των ασθενών, το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση επιδρούν στην ψυχολογία και τη λειτουργικότητα της σεξουαλικής έκφρασης των ασθενών.

Το θέμα όμως της σεξουαλικότητας και της αυτοεικόνας των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο είναι μεγάλο, με ποικίλες προεκτάσεις, η αντιμετώπιση του οποίου οφείλει να γίνει με ευαισθησία και διακριτικότητα, αλλά και συστηματικά και προγραμματισμένα, προς όφελος της ποιότητας ζωής των γυναικών. Ο χαρακτηρισμός ενός θέματος ως ταμπού επιδεινώνει το επίπεδο της επικοινωνίας, απαραίτητη προϋπόθεση για την επίλυση των προβλημάτων. Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, το θέμα της σεξουαλικότητας θεωρείται ταμπού από την κοινωνία και από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δεν επιτυγχάνουν πάντα να του προσδώσουν σε αυτό τη σημασία που του αρμόζει. Η ολοένα αυξανόμενη επιβίωση των ασθενών από γυναικολογικό καρκίνο κάνει τη διερεύνηση της σεξουαλικότητας επιτακτική.

Καθώς το θέμα αποτελεί πρόκληση, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εξειδικευτούν ώστε να το αντιμετωπίσουν με ευαισθησία. Ειδικά οι νοσηλευτές, λόγω της εγγύτητάς τους με τους ασθενείς, θα πρέπει να διερευνούν τις ανάγκες σε βάθος, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Τέλος, η διεξαγωγή στοχευμένων μελλοντικών ερευνών, ποιοτικών και ποσοτικών, για τη διερεύνηση του θέματος, με βάση την ηλικιακή ομάδα, τον τύπο καρκίνου, το στάδιο και άλλα χαρακτηριστικά κρίνεται αναγκαία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Globocan 2020. Available at: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=20&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=0&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D

Globocan 2020. Available at: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0.
(Assessed 3 July 2023).

Abbott-Anderson, K., Young, P. K., & Eggenberger, S. K. (2020). Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships. *Journal of women & aging*, 32(3), 329-348.

Ak, P. S., Günüsen, N. P., Türkcü, S. G., & Özkan, S. (2020). Sexuality in Muslim women with gynecological cancer. *Cancer Nursing*, 43(1), E47-E53.

Albuquerque, K. S., Zoghbi, K. K., Gomes, N. B. N., Libânio, B. B., Souza, T. X., de Araújo, E. M., ... & Bernardo, G. C. O. (2022). Vaginal cancer: Why should we care? Anatomy, staging and in-depth imaging-based review of vaginal malignancies focusing on MRI and PET/CT. *Clinical Imaging*, 84, 65-78.

Alexias, G., & Togas, C. (2020). Psychometric evaluation of the greek version of the body esteem scale. *Hellenic Journal of Psychology*, 17(3), 308-333.

Aquil, A., El Kherchi, O., El Azmaoui, N., Mouallif, M., Guerroumi, M., Chokri, A., ... & Elgot, A. (2021). Body image dissatisfaction and lower self-esteem as major predictors of poor sleep quality in gynecological cancer patients after surgery: cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 21(1), 229.

- Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., de Sanjosé, S., Saraiya, M., Ferlay, J., & Bray, F. (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e191-e203.
- Armbruster, S. D., Sun, C. C., Westin, S. N., Bodurka, D. C., Ramondetta, L., Meyer, L. A., & Soliman, P. T. (2018). Prospective assessment of patient-reported outcomes in gynecologic cancer patients before and after pelvic exenteration. *Gynecologic oncology*, 149(3), 484-490.
- Bray, F., Laversanne, M., Weiderpass, E., & Arbyn, M. (2020). Geographic and temporal variations in the incidence of vulvar and vaginal cancers. *International journal of cancer*, 147(10), 2764-2771.
- Brederecke, J., Heise, A., & Zimmermann, T. (2021). Body image in patients with different types of cancer. *Plos one*, 16(11), e0260602.
- Brennan, A., Brennan, D., Rees, M., & Hickey, M. (2021). Management of menopausal symptoms and ovarian function preservation in women with gynecological cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 31(3).
- Campbell, G., Thomas, T. H., Hand, L., Lee, Y. J., Taylor, S. E., & Donovan, H. S. (2019, April). Caring for survivors of gynecologic cancer: assessment and management of long-term and late effects. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 35, No. 2, pp. 192-201). WB Saunders.
- Carter, J., Huang, H. Q., Armer, J., Carlson, J. W., Lockwood, S., Nolte, S., ... & Wenzel, L. B. (2021). GOG 244-The Lymphedema and Gynecologic cancer (LeG) study: The impact of lower-extremity lymphedema on quality of life, psychological adjustment, physical disability, and function. *Gynecologic oncology*, 160(1), 244-251.
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of sexual behavior*, 40, 121-132.
- Crosbie, E. J., Kitson, S. J., McAlpine, J. N., Mukhopadhyay, A., Powell, M. E., & Singh, N. (2022). Endometrial cancer. *The Lancet*, 399(10333), 1412-1428.

- De Arruda, F. N., Da Costa, S., Bonadio, R., Dornellas, A., Pereira, D., De Bock, G. H., & Diz, M. D. P. E. (2020). Quality of life of locally advanced cervical cancer patients after neoadjuvant chemotherapy followed by chemoradiation versus chemoradiation alone (CIRCE trial): a randomized phase II trial. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 30(6).
- de Souza, C., Santos, A. V. D. S. L., Rodrigues, E. C. G., & Dos Santos, M. A. (2021). Experience of sexuality in women with gynecological cancer: meta-synthesis of qualitative studies. *Cancer Investigation*, 39(8), 607-620.
- Donkers, H., Smits, A., Eleuteri, A., Bekkers, R., Massuger, L., & Galaal, K. (2019). Body mass index and sexual function in women with gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, 28(1), 48-53.
- Dossus, L., Kouloura, E., Biessy, C., Viallon, V., Siskos, A. P., Dimou, N., ... & Keun, H. C. (2021). Prospective analysis of circulating metabolites and endometrial cancer risk. *Gynecologic oncology*, 162(2), 475-481.
- Feinberg, J., Zivanovic, O., Hannon, M., McCreedy, T., Desai, P., Kim, S. H., ... & Broach, V. (2023). Patient-reported symptoms after minimally invasive hysterectomy and association with postoperative complications. *Gynecologic Oncology*, 175, 163-168.
- Ferguson, S. E., Panzarella, T., Lau, S., Gien, L. T., Samouëlian, V., Giede, C., ... & Bernardini, M. Q. (2018). Prospective cohort study comparing quality of life and sexual health outcomes between women undergoing robotic, laparoscopic and open surgery for endometrial cancer. *Gynecologic oncology*, 149(3), 476-483.
- Field, A. (2016). Η διερεύνηση της στατιστικής με τη χρήση του SPSS της IBM. Αθήνα: Εκδόσεις Προπομπός.
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics Ed. 5*. SAGE Publications.
- Firmeza, M. A., Vasconcelos, C. T. M., Vasconcelos Neto, J. A., Brito, L. G. D. O., Alves, F. M., & Oliveira, N. M. D. V. (2022). The Effects of Hysterectomy on Urinary and Sexual Functions of Women with Cervical Cancer: A Systematic Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 44, 790-796.

- Francis, J. A., Eiriksson, L., Dean, E., Sebastianelli, A., Bahoric, B., & Salvador, S. (2019). No. 370-management of squamous cell cancer of the vulva. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(1), 89-101.
- Freyne, A., Donoghue, N. O., Shahabuddin, Y., Baker, R., Murtagh, C., & Gleeson, N. (2022). Severe lymphoedema in gynaecological cancers: Impact of pneumatic compression on quality of life. *Gynecologic Oncology Reports*, 39, 100902.
- Frimer, M., Turker, L. B., Shankar, V., Cardaci, R., Van Arsdale, A. R., Rosenthal, E., ... & Nevadunsky, N. (2019). The association of sexual dysfunction with race in women with gynecologic malignancies. *Gynecologic Oncology Reports*, 30, 100495.
- Galica, J., Saunders, S., Romkey-Sinasac, C., Silva, A., Ethier, J. L., Giroux, J., ... & Robb, K. (2022). The needs of gynecological cancer survivors at the end of primary treatment: A scoping review and proposed model to guide clinical discussions. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 1761-1782.
- George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 25 Step by Step: A Simple Guide and Reference* (15th ed.). New York: Routledge.
- Gibson, C. J., Huang, A. J., Larson, J. C., Mitchell, C., Diem, S., LaCroix, A., ... & Guthrie, K. A. (2020). Patient-centered change in the day-to-day impact of postmenopausal vaginal symptoms: results from a multicenter randomized trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(1), 99-e1.
- Ginsberg, R. L., Tinker, L., Liu, J., Gray, J., Sangi-Haghpeykar, H., Manson, J. E., & Margolis, K. L. (2016). Prevalence and correlates of body image dissatisfaction in postmenopausal women. *Women & Health*, 56(1), 23-47.
- Grower, P., & Ward, L. M. (2018). Examining the unique contribution of body appreciation to heterosexual women's sexual agency. *Body Image*, 27, 138-147.
- Hacker, N. F., Eifel, P. J., & Van Der Velden, J. (2015). Cancer of the vulva. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131, S76-S83.

- Harris, M. G. (2019, April). Sexuality and menopause: Unique issues in gynecologic cancer. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 35, No. 2, pp. 211-216). WB Saunders.
- Hickey, M., Moss, K. M., Krejany, E. O., Wrede, C. D., Domchek, S. M., Kirk, J., ... & Baker, F. C. (2021). What happens after menopause?(WHAM): A prospective controlled study of sleep quality up to 12 months after premenopausal risk-reducing salpingo-oophorectomy. *Gynecologic Oncology*, 162(2), 447-453.
- Järholm, S., Enskog, A., Hammarling, C., Dahm-Kähler, P., & Brännström, M. (2020). Uterus transplantation: joys and frustrations of becoming a 'complete' woman—a qualitative study regarding self-image in the 5-year period after transplantation. *Human Reproduction*, 35(8), 1855-1863.
- Jhingran, A. (2022). Updates in the treatment of vaginal cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 32(3).
- Kahn, R. M., Gordhandas, S., Maddy, B. P., Baltich Nelson, B., Askin, G., Christos, P. J., ... & Frey, M. K. (2019). Universal endometrial cancer tumor typing: How much has immunohistochemistry, microsatellite instability, and MLH1 methylation improved the diagnosis of Lynch syndrome across the population?. *Cancer*, 125(18), 3172-3183.
- Kling, J., Kwakkenbos, L., Diedrichs, P. C., Rumsey, N., Frisen, A., Brandao, M. P., ... & Fitzgerald, A. (2019). Systematic review of body image measures. *Body Image*, 30, 170-211.
- Koehler, L., Penz, L. E., John, F., Stenzel, A., Jewett, P., Teoh, D., ... & Vogel, R. (2023). Functional and psychosocial quality of life in gynecologic Cancer survivors with and without lymphedema symptoms. *Gynecologic oncology*, 170, 254-258.
- Koual, M., Ngo, C., Girault, A., Lécuru, F., & Bats, A. S. (2018). Endometrial cancer in the elderly: does age influence surgical treatments, outcomes, and prognosis?. *Menopause*, 25(9), 968-976.
- Kumar, L., Harish, P., Malik, P. S., & Khurana, S. (2018). Chemotherapy and targeted therapy in the management of cervical cancer. *Current problems in cancer*, 42(2), 120-128.

- Kuroki, L. M., Massad, L. S., Woolfolk, C., Thompson, T., McQueen, A., & Kreuter, M. W. (2021). Cervical cancer risk and screening among women seeking assistance with basic needs. *American journal of obstetrics and gynecology*, 224(4), 368-e1.
- Kvalem, I. L., Graham, C. A., Hald, G. M., Carvalheira, A. A., Janssen, E., & Štulhofer, A. (2020). The role of body image in sexual satisfaction among partnered older adults: A population-based study in four European countries. *European Journal of Ageing*, 17, 163-173.
- Lee, J. T., Kuo, H. Y., Huang, K. G., Lin, J. R., & Chen, M. L. (2020). Diversity of sexual activity and correlates among women with gynecological cancer. *Gynecologic Oncology*, 159(2), 503-508.
- Lheureux, S., Gourley, C., Vergote, I., & Oza, A. M. (2019). Epithelial ovarian cancer. *The Lancet*, 393(10177), 1240-1253.
- Lin, H., Fu, H. C., Wu, C. H., Tsai, Y. J., Chou, Y. J., Shih, C. M., & Ou, Y. C. (2022). Evaluation of sexual dysfunction in gynecologic cancer survivors using DSM-5 diagnostic criteria. *BMC Women's Health*, 22(1), 1-7.
- Lopez, A. L. J., Butow, P. N., Philp, S., Hobbs, K., Phillips, E., Robertson, R., & Juraskova, I. (2019). Age-related supportive care needs of women with gynaecological cancer: A qualitative exploration. *European journal of cancer care*, 28(4), e13070.
- Lubotzky, F. P., Butow, P., Hunt, C., Costa, D. S. J., Laidsaar-Powell, R., Carroll, S., ... & Juraskova, I. (2019). A psychosexual rehabilitation booklet increases vaginal dilator adherence and knowledge in women undergoing pelvic radiation therapy for gynaecological or anorectal cancer: a randomised controlled trial. *Clinical Oncology*, 31(2), 124-131.
- Magkana, M., Mentzelopoulou, P., Magkana, E., Pampanos, A., Daskalakis, G., Domali, E., ... & Pappa, K. (2021). The p16/ki-67 assay is a safe, effective and rapid approach to triage women with mild cervical lesions. *Plos one*, 16(6), e0253045.
- Maluf, F. C., Dal Molin, G. Z., de Melo, A. C., Paulino, E., Racy, D., Ferrigno, R., ... & Abu-Rustum, N. R. (2022). Recommendations for the prevention, screening,

diagnosis, staging, and management of cervical cancer in areas with limited resources: Report from the International Gynecological Cancer Society consensus meeting. *Frontiers in Oncology*, 12, 928560.

Melissant, H. C., Neijenhuijs, K. I., Jansen, F., Aaronson, N. K., Groenvold, M., Holzner, B., ... & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2018). A systematic review of the measurement properties of the Body Image Scale (BIS) in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26, 1715-1726.

Messelt, A., Thomaier, L., Jewett, P. I., Lee, H., Teoh, D., Everson-Rose, S. A., ... & Vogel, R. I. (2021). Comparisons of emotional health by diagnosis among women with early stage gynecological cancers. *Gynecologic oncology*, 160(3), 805-810.

Monk, B. J., Smith, G., Lima, J., Long, G. H., Alam, N., Nakamura, H., ... & Banerjee, S. (2022). Real-world outcomes in patients with advanced endometrial cancer: A retrospective cohort study of US electronic health records. *Gynecologic oncology*, 164(2), 325-332.

Nowosielski, K., & Pałka, A. (2023). Couples' sexual health after gynaecological cancer diagnosis—an unexplored area for further research. *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia*, 27(1), 47-56.

Ogallar-Blanco, A. I., Lara-Moreno, R., & Godoy-Izquierdo, D. (2022). Going beyond “With a Partner” and “Intercourse”: Does Anything Else Influence Sexual Satisfaction among Women? The Sexual Satisfaction Comprehensive Index. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10232.

O'Malley, D. M., Bariani, G. M., Cassier, P. A., Marabelle, A., Hansen, A. R., De Jesus Acosta, A., ... & Maio, M. (2022). Pembrolizumab in patients with microsatellite instability–high advanced endometrial cancer: results from the KEYNOTE-158 study. *Journal of Clinical Oncology*, 40(7), 752-761.

Peerenboom, R., Ackroyd, S. A., Chang, C., Moore, E. D., Vogel, T. J., Lippitt, M. H., ... & Kirschner, C. V. (2022). Surviving and thriving: What do survivors of gynecologic cancer want?. *Gynecologic Oncology Reports*, 41, 101011.

- Qin, X., Li, J., Wang, S., Lv, J., Luan, F., Liu, Y., ... & Wang, L. (2021). Serotonin/HTR1E signaling blocks chronic stress-promoted progression of ovarian cancer. *Theranostics*, 11(14), 6950.
- Rees, M., Angioli, R., Coleman, R. L., Glasspool, R., Plotti, F., Simoncini, T., & Terranova, C. (2020). European Menopause and Andropause Society (EMAS) and International Gynecologic Cancer Society (IGCS) position statement on managing the menopause after gynecological cancer: focus on menopausal symptoms and osteoporosis. *Maturitas*, 134, 56-61.
- Rizzo, S., Femia, M., Buscarino, V., Franchi, D., Garbi, A., Zanagnolo, V., ... & Bellomi, M. (2018). Endometrial cancer: an overview of novelties in treatment and related imaging keypoints for local staging. *Cancer Imaging*, 18(1), 1-12.
- Roussin, M., Lowe, J., Hamilton, A., & Martin, L. (2021). Factors of sexual quality of life in gynaecological cancers: A systematic literature review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 304, 791-805.
- Shikeli, S., Gowri, V., & Al Rawahi, T. (2020). Fertility-sparing treatment in young women with atypical endometrial hyperplasia and low-grade endometrial cancer: a Tertiary Center experience. *JBRA Assisted Reproduction*, 24(4), 466.
- Singh, D., Vignat, J., Lorenzoni, V., Eslahi, M., Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., ... & Vaccarella, S. (2023). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *The Lancet Global Health*, 11(2), e197-e206.
- Skroumpelos, A., Agorastos, T., Constantinidis, T., Chatzistamatiou, K., & Kyriopoulos, J. (2019). Economic evaluation of HPV DNA test as primary screening method for cervical cancer: A health policy discussion in Greece. *PloS one*, 14(12), e0226335.
- Son, J., Carr, C., Yao, M., Radeva, M., Priyadarshini, A., Marquard, J., ... & AlHilli, M. (2020). Endometrial cancer in young women: prognostic factors and treatment outcomes in women aged ≤ 40 years. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 30(5).

- Stumbar, S. E., Stevens, M., & Feld, Z. (2019). Cervical cancer and its precursors: a preventative approach to screening, diagnosis, and management. *Primary Care: Clinics in office practice*, 46(1), 117-134.
- Stuopelytė, R., Žukienė, G., Breivienė, R., Rudaitis, V., & Bartkevičienė, D. (2023). Quality of Life in Cervical Cancer Survivors Treated with Concurrent Chemoradiotherapy. *Medicina*, 59(4), 777.
- Suh-Burgmann, E. J., & Alavi, M. (2019). Detection of early stage ovarian cancer in a large community cohort. *Cancer Medicine*, 8(16), 7133-7140.
- Suvaal, I., Kirchheiner, K., Nout, R. A., Sturdza, A. E., Van Limbergen, E., Lindegaard, J. C., ... & Ter Kuile, M. M. (2023). Vaginal changes, sexual functioning and distress of women with locally advanced cervical cancer treated in the EMBRACE vaginal morbidity substudy. *Gynecologic Oncology*, 170, 123-132.
- Swanson, C. L., & Bakkum-Gamez, J. N. (2020). Preventing ovarian cancer in high-risk women: one surgery at a time. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 63(1), 64-73.
- Techata, A., Muangmool, T., Wongpakaran, N., & Charoenkwan, K. (2022). Effect of cancer stage on health-related quality of life of patients with epithelial ovarian cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(1), 139-145.
- Træen, B., Carvalheira, A., Kvaalem, I. L., Štulhofer, A., Janssen, E., Graham, C. A., ... & Enzlin, P. (2017). Sexuality in older adults (65+)—An overview of the recent literature, part 2: Body image and sexual satisfaction. *International Journal of Sexual Health*, 29(1), 11-21.
- Wang, X., Kho, P. F., Ramachandran, D., Bafiligil, C., Amant, F., Goode, E. L., ... & O'Mara, T. A. (2023). Multi-trait genome-wide association study identifies a novel endometrial cancer risk locus that associates with testosterone levels. *Iscience*, 26(5).
- Wettergren, L., Ljungman, L., Micaux Obol, C., Eriksson, L. E., & Lampic, C. (2020). Sexual dysfunction and fertility-related distress in young adults with cancer over 5 years following diagnosis: study protocol of the Fex-Can Cohort study. *BMC cancer*, 20(1), 1-9.

- Wilailak, S., Kengsakul, M., & Kehoe, S. (2021). Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155, 102-106.
- Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick Jr, R. K., & Temkin, S. M. (2021). Body image, sexuality, and sexual functioning in women with gynecologic cancer: an integrative review of the literature and implications for research. *Cancer nursing*, 44(5), E252.
- Winter, V. R., Hood, A., Sorensen, B. L., & Trout, K. E. (2023). Sexual and reproductive health cancer screening avoidance: The role of body image. *Body Image*, 45, 362-368.
- Wojtyla, C., Janik-Koncewicz, K., & La Vecchia, C. (2020). Cervical cancer mortality in young adult European women. *European Journal of Cancer*, 126, 56-64.
- Wood, N., Morton, M., Shah, S. N., Yao, M., Barnard, H., Tewari, S., ... & AlHilli, M. M. (2023). Association between CT-based body composition assessment and patient outcomes during neoadjuvant chemotherapy for epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 169, 55-63.
- Woopen, H., Sehouli, J., Davis, A., Lee, Y. C., Cohen, P. A., Ferrero, A., ... & Joly, F. (2022). GCIG-Consensus guideline for Long-term survivorship in gynecologic Cancer: A position paper from the gynecologic cancer Intergroup (GCIG) symptom benefit committee. *Cancer treatment reviews*, 107, 102396.
- Wu, T., & Zheng, Y. (2021). Effect of sexual esteem and sexual communication on the relationship between body image and sexual function in chinese heterosexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 474-486.
- Yang, J., Delara, R., Magrina, J., Magtibay, P., Langstraat, C., Dinh, T., ... & Butler, K. (2020). Management and outcomes of primary vaginal cancer. *Gynecologic oncology*, 159(2), 456-463.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

1.1 Πίνακες Δημογραφικών

Κατοικία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αττική	50	50,0	50,0	50,0
	Επαρχία-Ηπειρωτική Ελλάδα	34	34,0	34,0	84,0
	Νησιωτική Ελλάδα	16	16,0	16,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Οικογενειακή κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμη	11	11,0	11,0	11,0
	Χήρα	22	22,0	22,0	33,0
	Διαζευγμένη	3	3,0	3,0	36,0
	Παντρεμένη	64	64,0	64,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Αριθμός παιδιών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	17	17,0	17,0	17,0
	1	26	26,0	26,0	43,0
	2	34	34,0	34,0	77,0
	3	17	17,0	17,0	94,0
	4	5	5,0	5,0	99,0
	6	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Επάγγελμα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημόσιος Υπάλληλος	18	18,0	18,0	18,0
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	17	17,0	17,0	35,0
	Ελεύθερη Επαγγελματίας	15	15,0	15,0	50,0
	Αγρότισσα	6	6,0	6,0	56,0
	Οικιακά	36	36,0	36,0	92,0
	Καλλιτέχνης	2	2,0	2,0	94,0
	Εργάτρια	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Εκπαιδευτικό Επίπεδο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν τελείωσε το δημοτικό	4	4,0	4,0	4,0
	Απόφοιτος Δημοτικού	39	39,0	39,0	43,0
	Απόφοιτος Γυμνασίου	24	24,0	24,0	67,0
	Απόφοιτος Λυκείου	17	17,0	17,0	84,0
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	13	13,0	13,0	97,0
	Κάτοχος Διδακτορικού/Μεταπτυχιακού	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγνωση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καρκίνος ενδομητρίου ή σώματος μήτρας	50	50,0	50,0	50,0
	Καρκίνος τραχήλου της μήτρας	18	18,0	18,0	68,0
	Καρκίνος ωοθηκών	27	27,0	27,0	95,0
	Καρκίνος αιδοίου	4	4,0	4,0	99,0
	Καρκίνος του κόλπου	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Χειρουργική Επέμβαση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	86	86,0	86,0	86,0
	Όχι	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

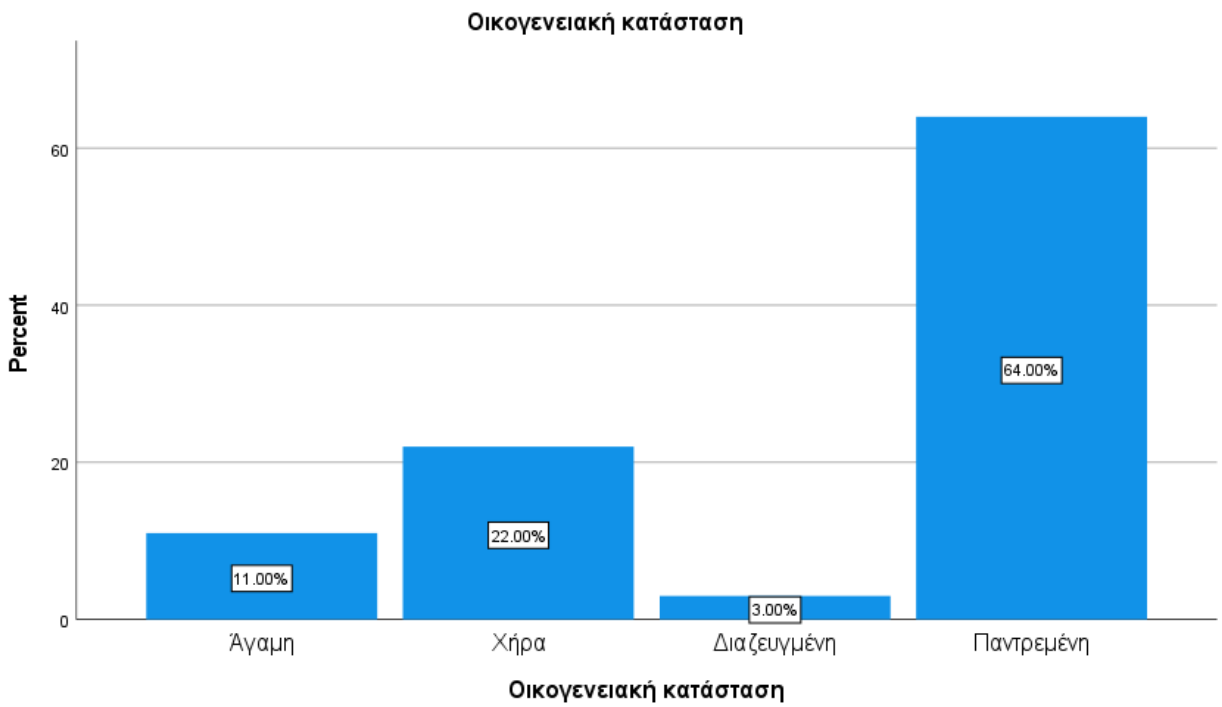
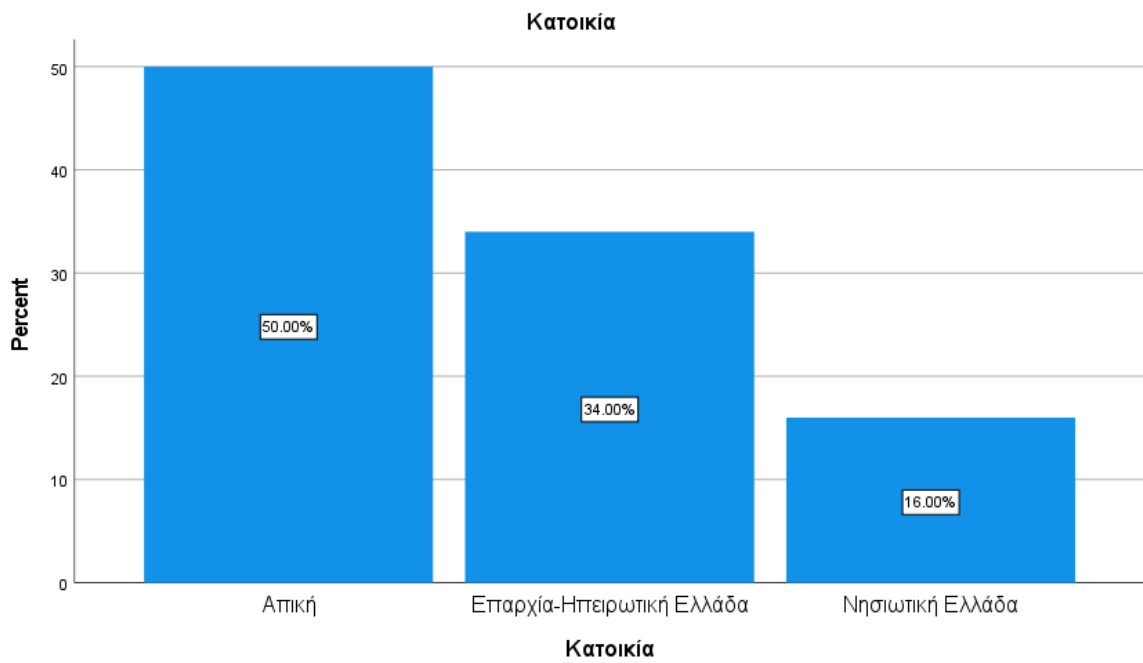
Είδος Επέμβασης

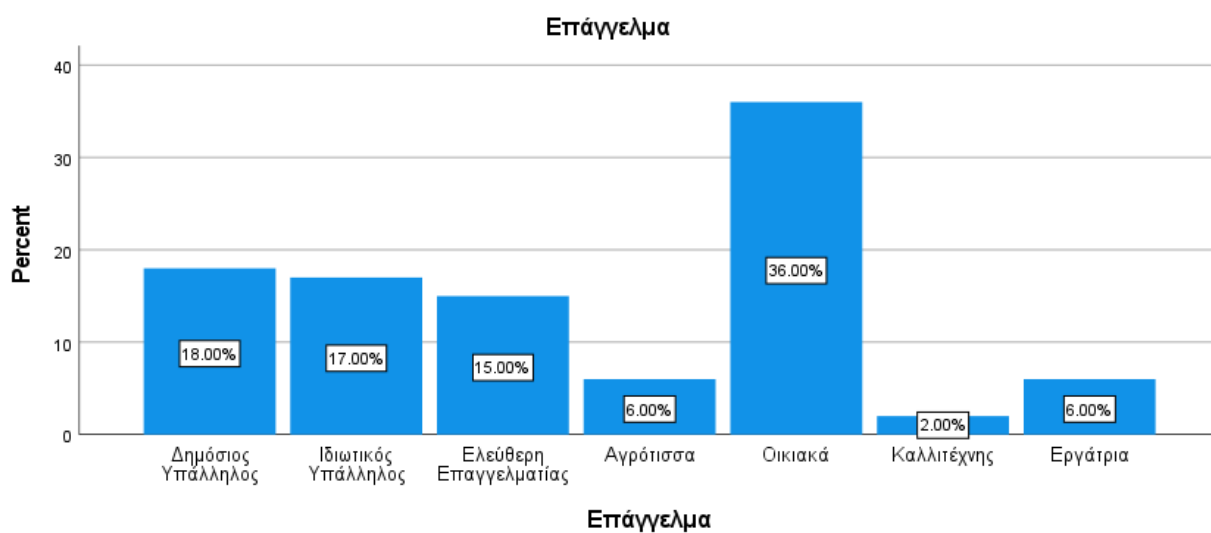
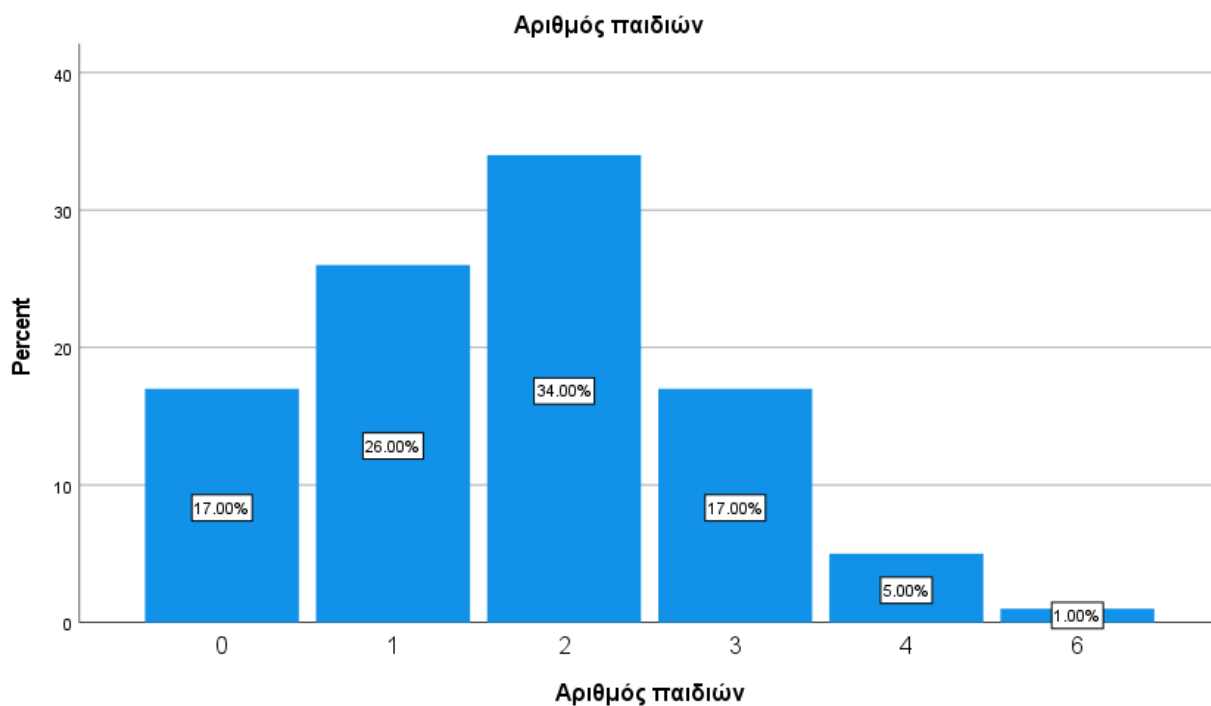
			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Υστερεκτομή με εξαρτήματα	με	72	72,0	83,7	83,7
	Υστερεκτομή χωρίς εξαρτήματα	χωρίς	14	14,0	16,3	100,0
	Total		86	86,0	100,0	
Missing	System		14	14,0		
Total			100	100,0		

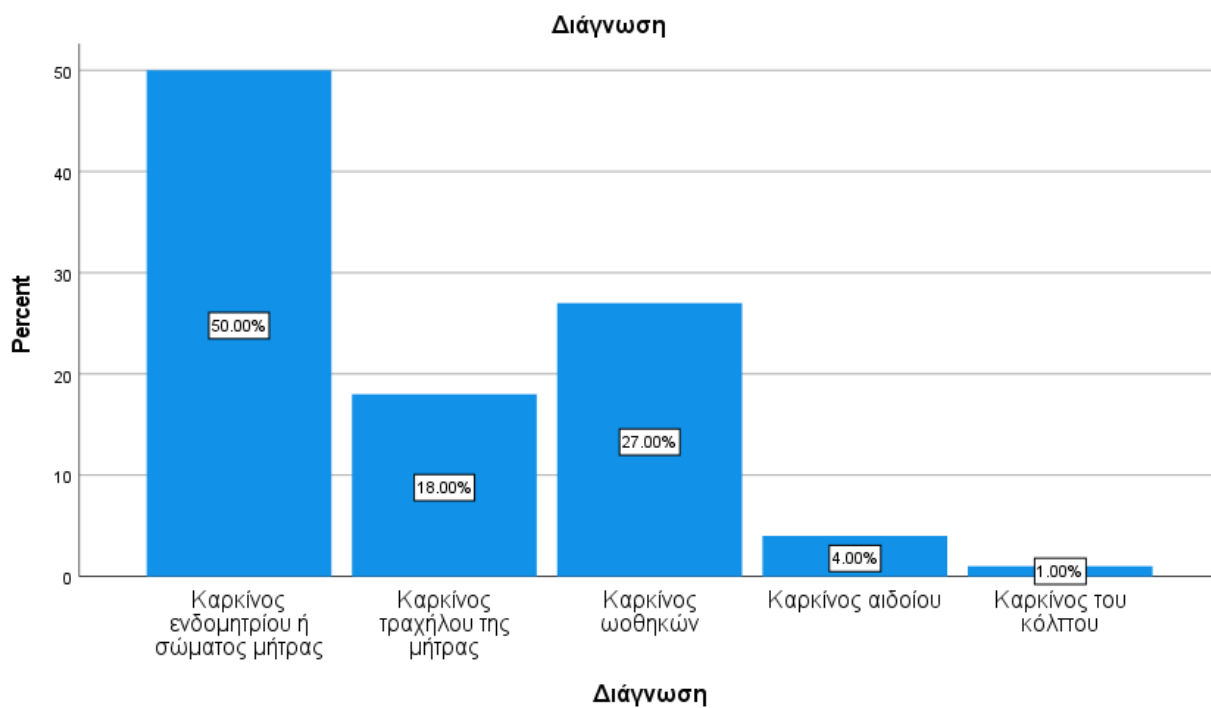
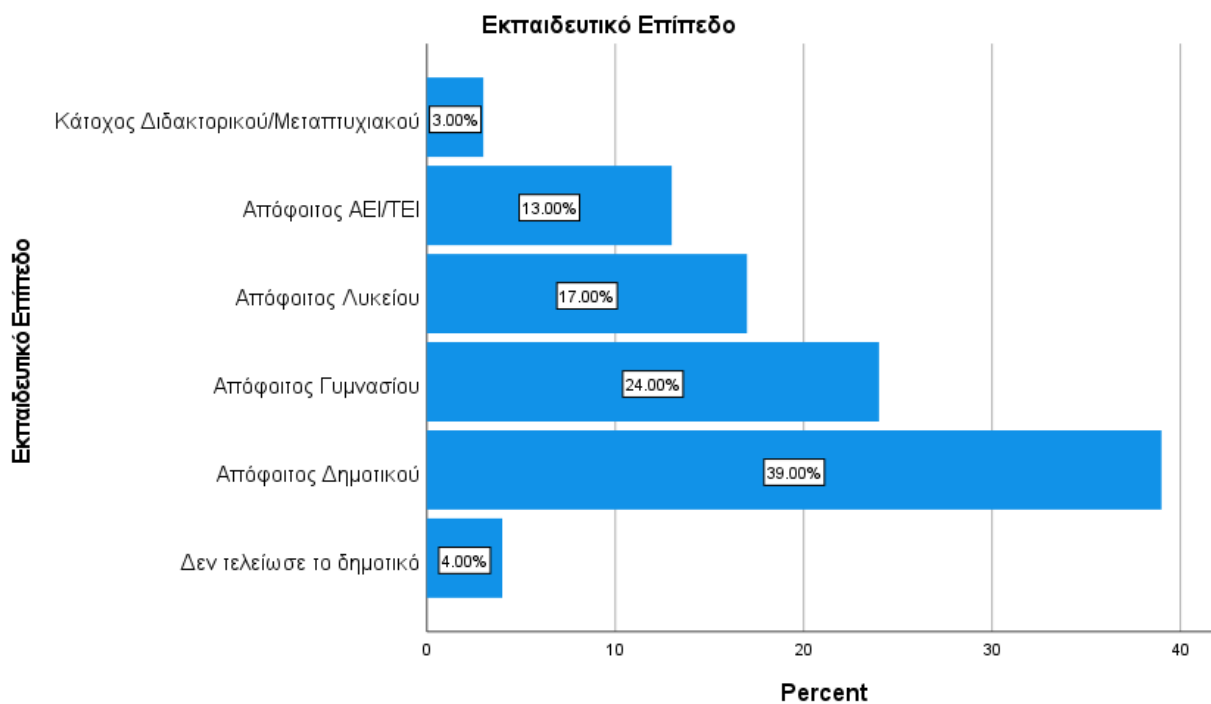
Συμπληρωματικές θεραπείες

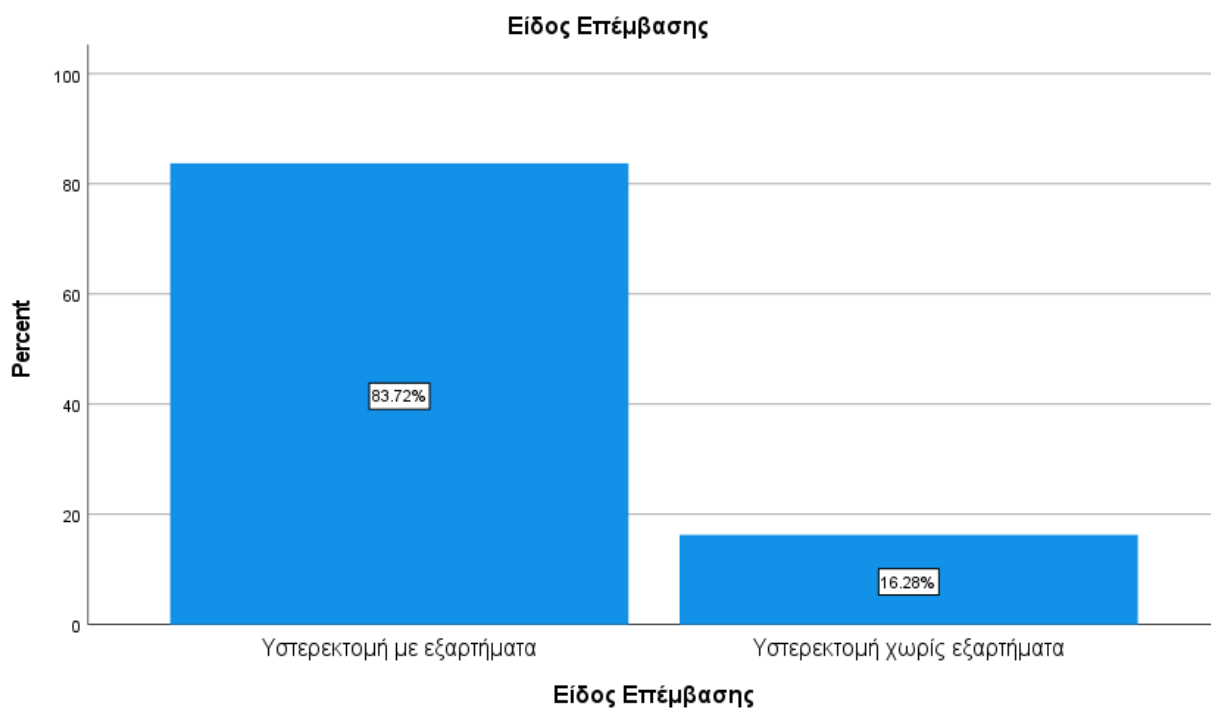
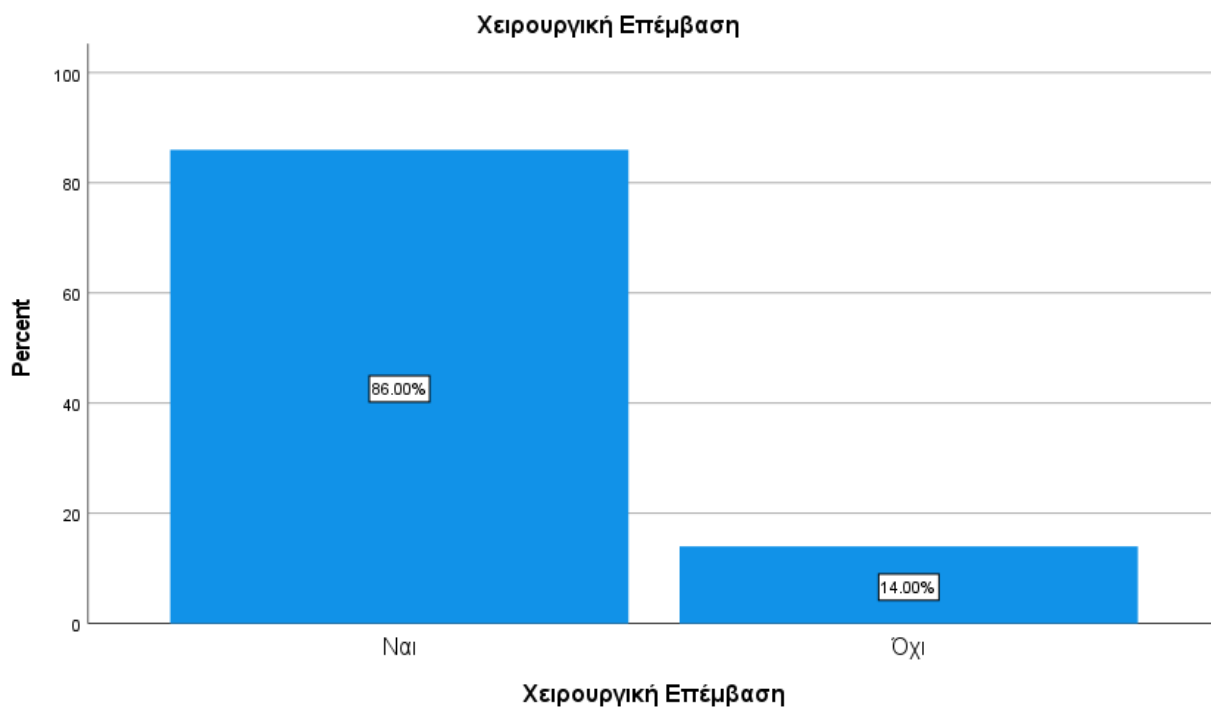
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άνευ συμπληρωματικών θεραπειών	23	23,0	23,0	23,0
	Χημειοθεραπεία (ΧΜΘ)	22	22,0	22,0	45,0
	Ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ)	9	9,0	9,0	54,0
	Ανοσοθεραπεία	1	1,0	1,0	55,0
	ΧΜΘ και Ανοσοθεραπεία	7	7,0	7,0	62,0
	ΧΜΘ και ΑΚΘ	27	27,0	27,0	89,0
	ΧΜΘ, ΑΚΘ, Ανοσοθεραπεία	7	7,0	7,0	96,0
	ΑΚΘ και Ανοσοθεραπεία	2	2,0	2,0	98,0
	ΧΜΘ και Ορμονοθεραπεία	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

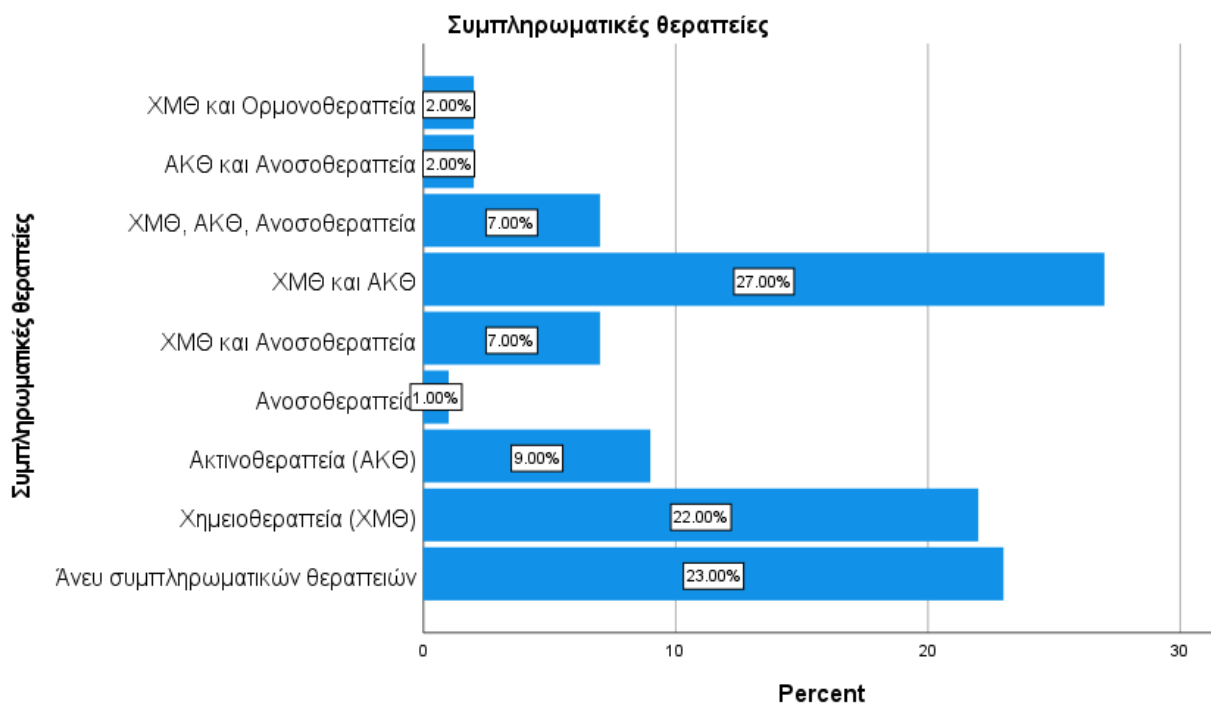
1.2 Διαγράμματα Δημογραφικών



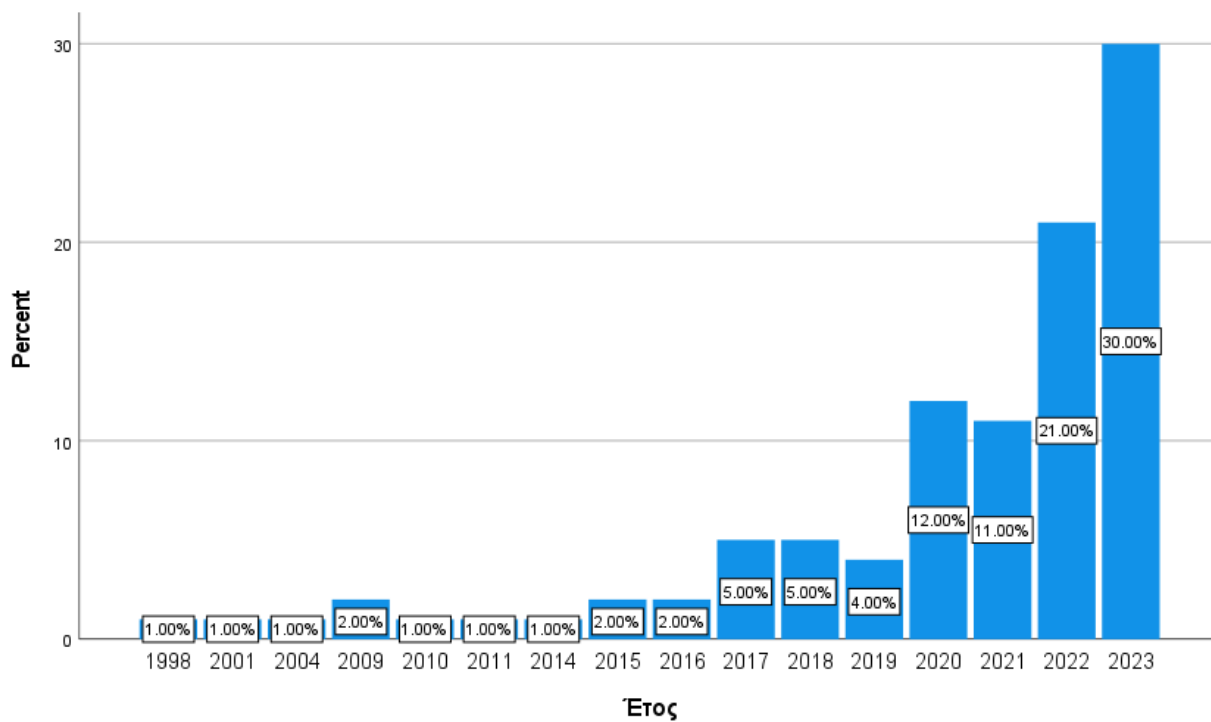


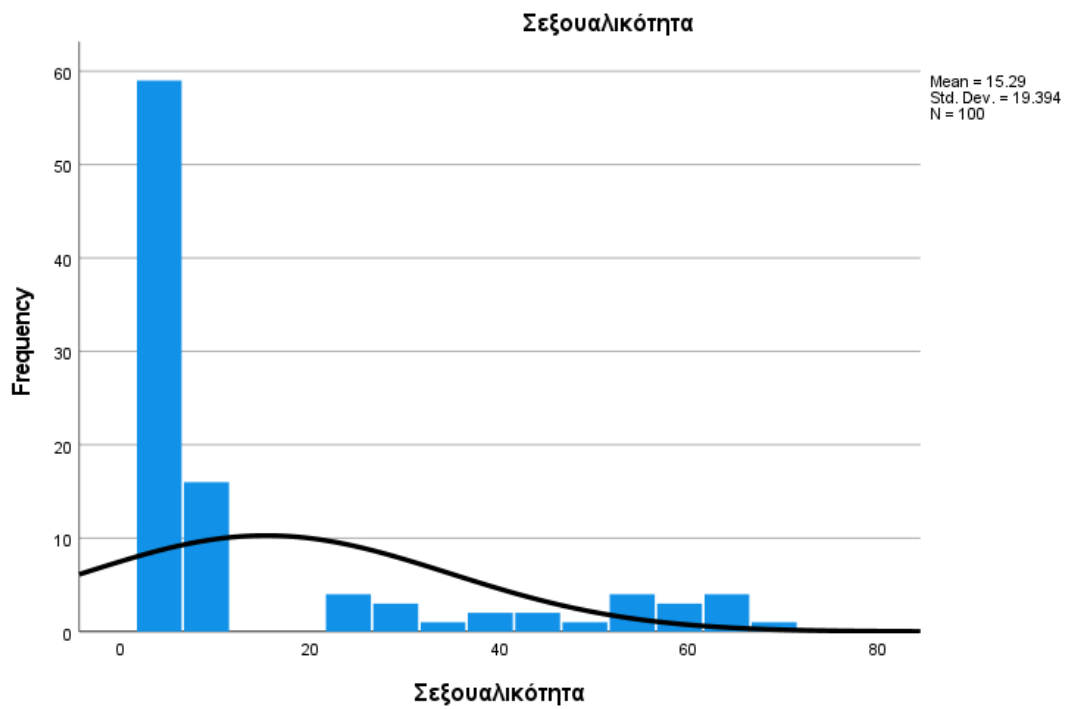
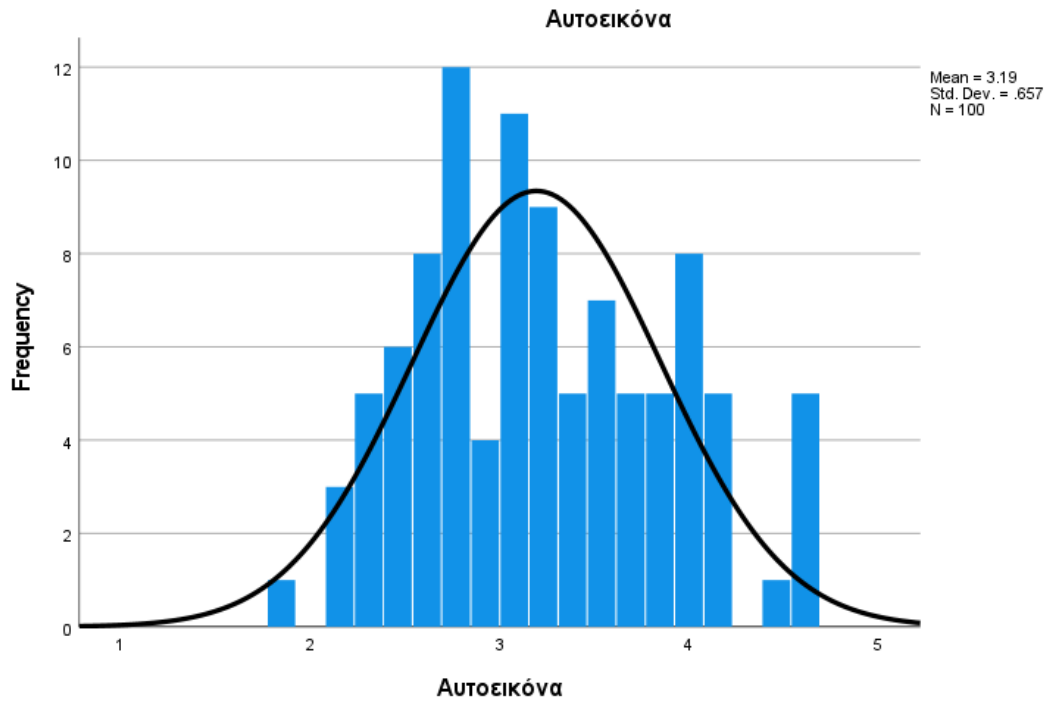


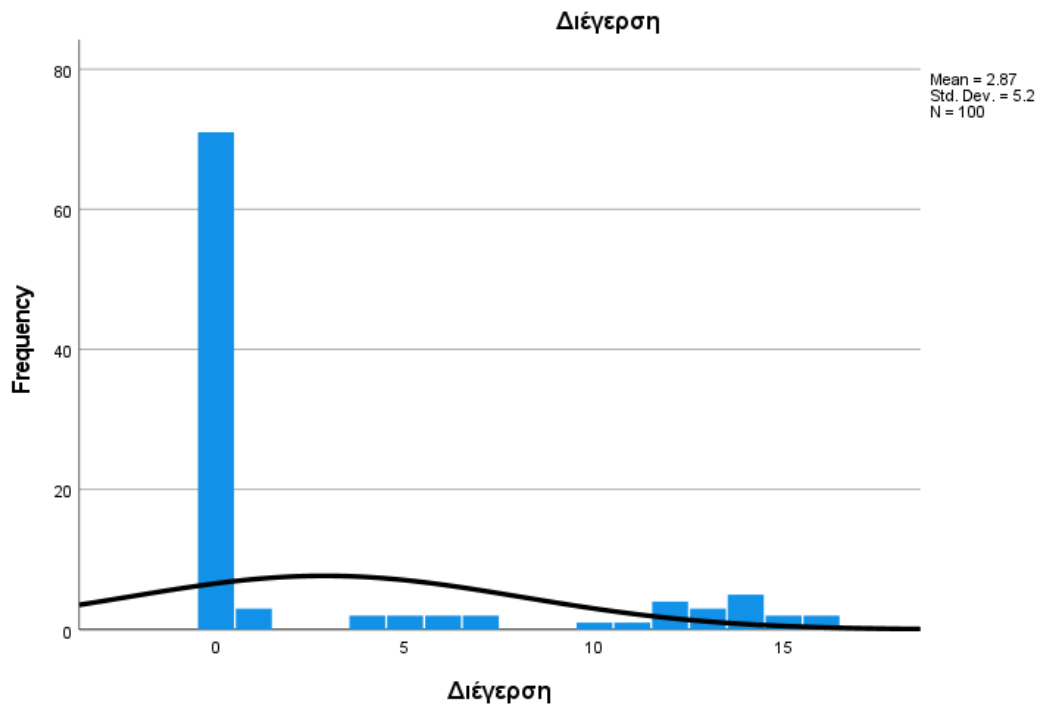
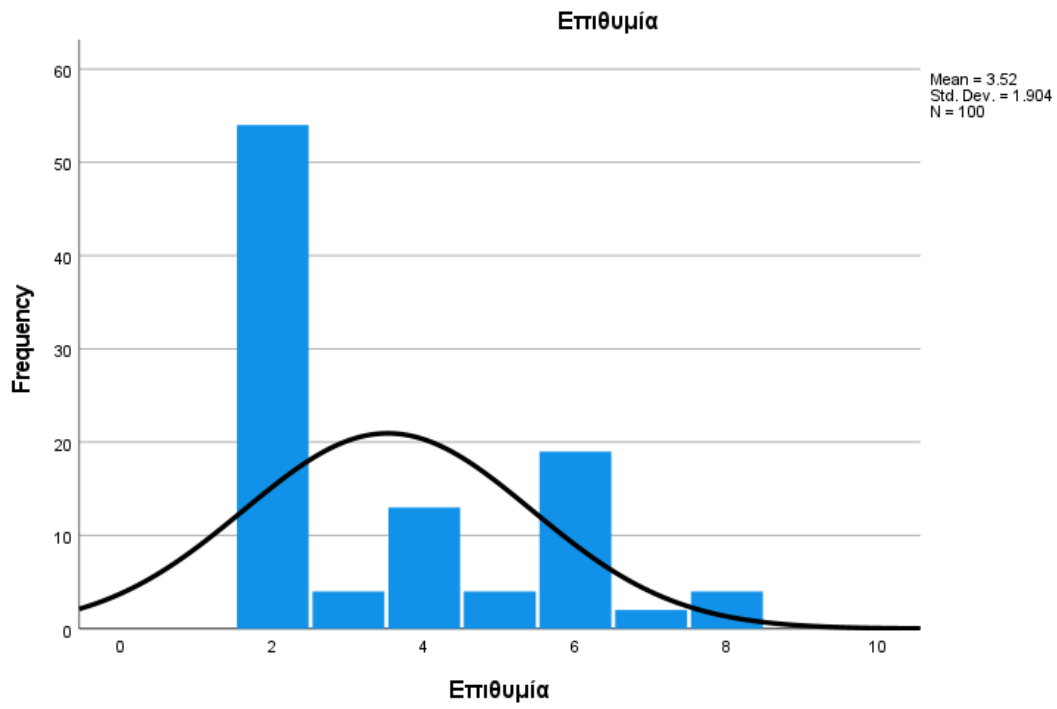


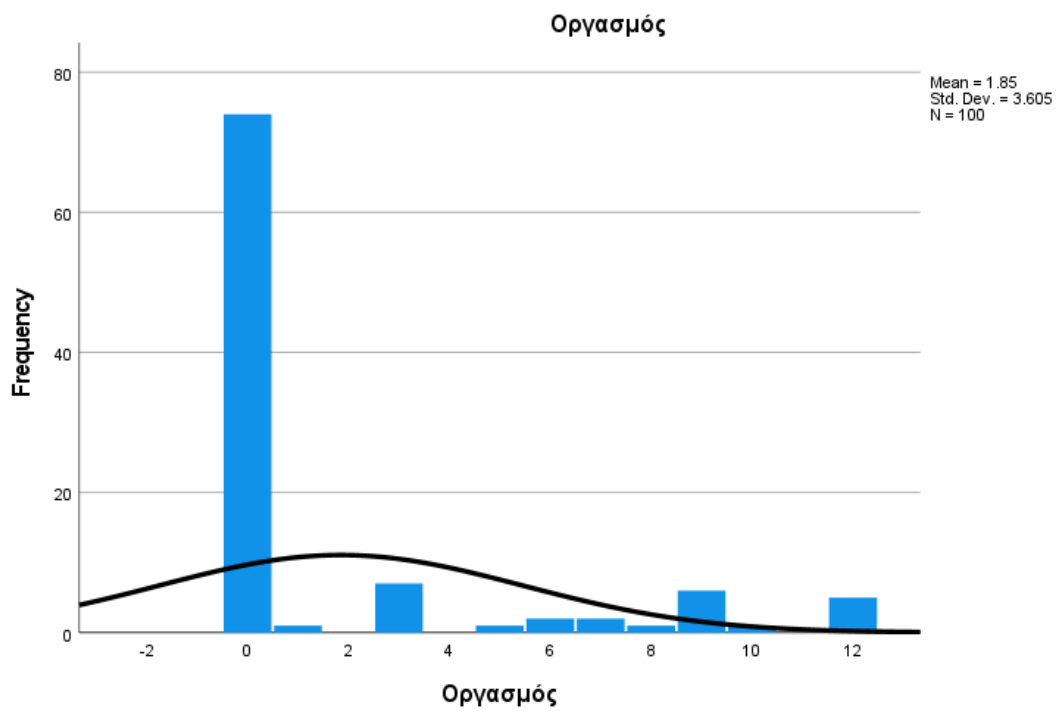
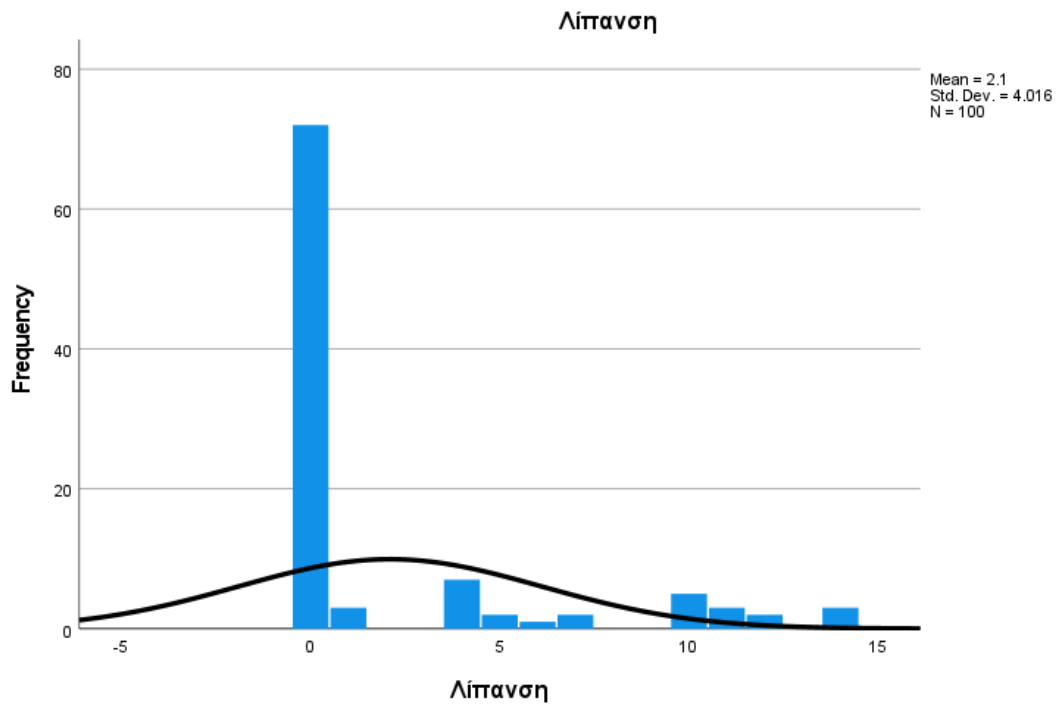


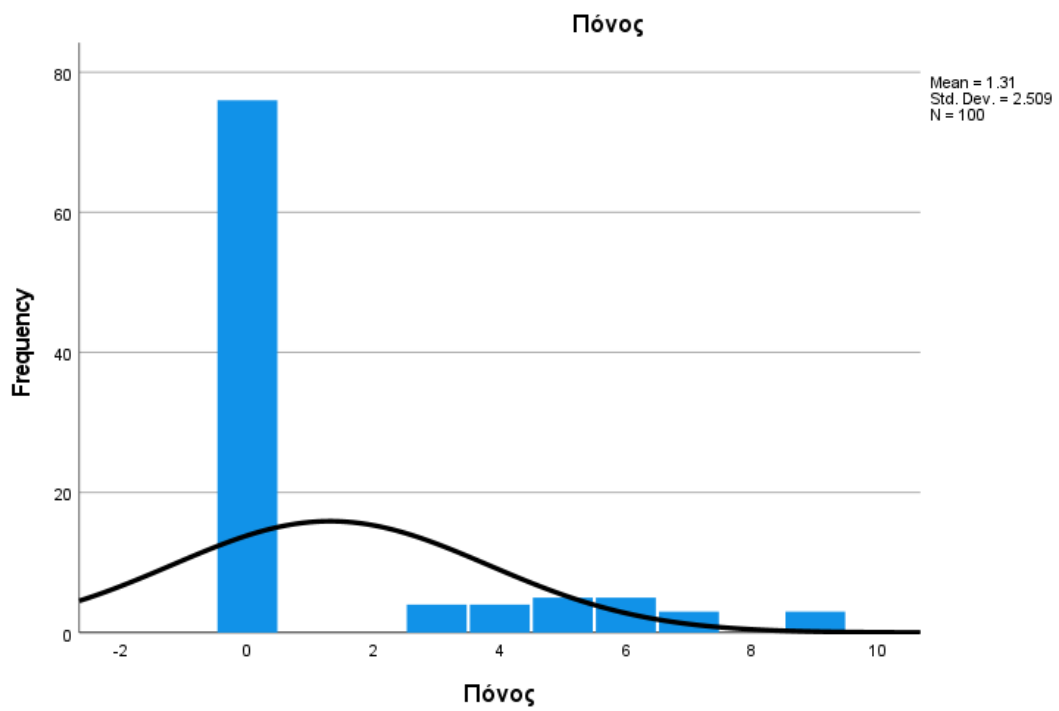
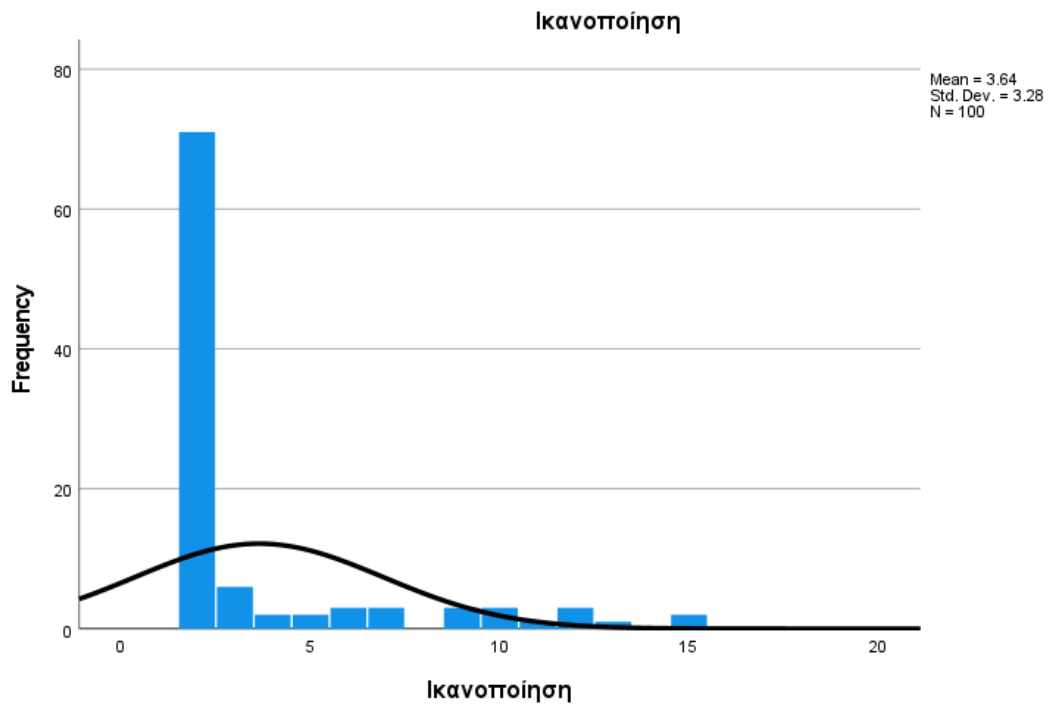
1.3 Διαγράμματα στατιστικά μετρήσεων











1.4 Πίνακες στατιστικών μετρήσεων

Group Statistics

	Σεξουαλική δυσλειτουργία	N	Mean	Std.	Std.	Error
				Deviation	Mean	
Αυτοεικόνα	Όχι	21	3,50	,767	,167	
	Ναι	79	3,11	,604	,068	

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		Significance		Std. Error		95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	One Side d p	Two- Side d p	Mean Differ- ence	Differe nce	Lower	Upper
Αυτοεικόνα	Equal variances assumed	2,594	,110	2,449	98	,008	,016	,385	,157	,073	,697
	Equal variances not assumed			2,133	26,961	,021	,042	,385	,181	,015	,756

Independent Samples Effect Sizes

		Standardizer	Point	95% Confidence	
		^a	Estimate	Interval	
				Lower	Upper
Αυτοεικόνα	Cohen's d	,641	,601	,111	1,088
	Hedges' correction	,646	,597	,110	1,080
	Glass's delta	,604	,637	,144	1,127

a. The denominator used in estimating the effect sizes.

Cohen's d uses the pooled standard deviation.

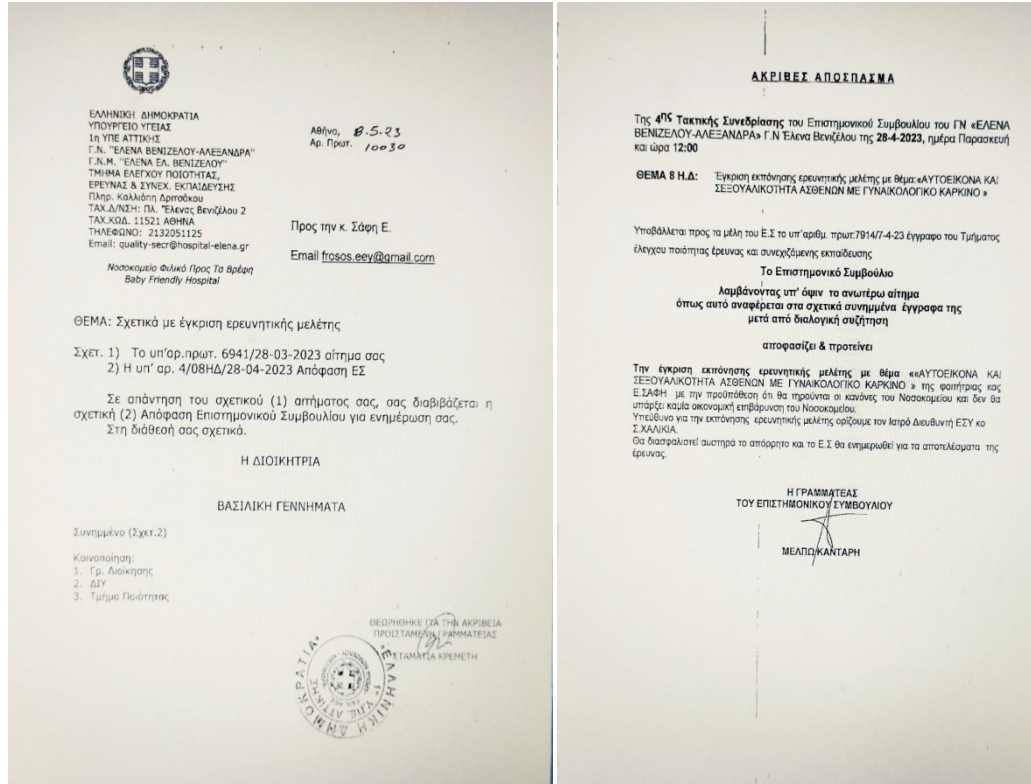
Hedges' correction uses the pooled standard deviation, plus a correction factor.

Glass's delta uses the sample standard deviation of the control group.

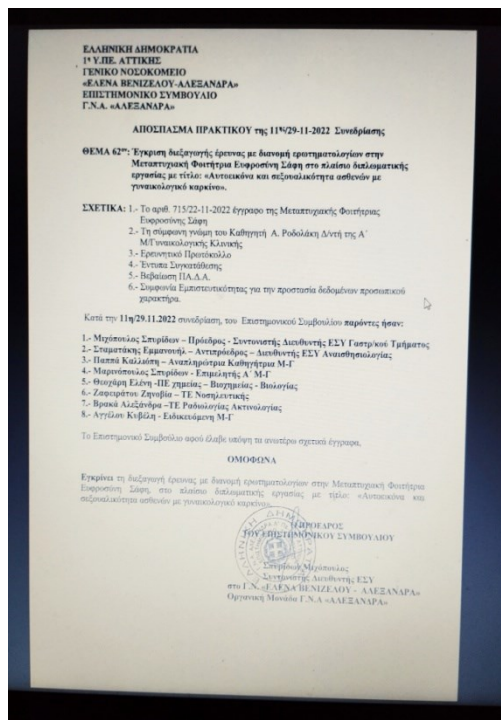
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

1.Άδεια χρήσης φορέων όπου διενεργήθηκε η μελέτη

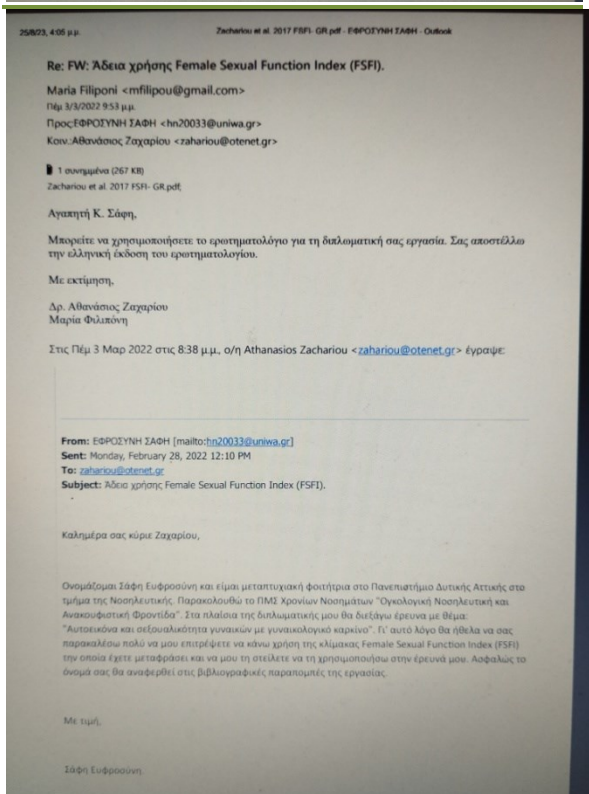
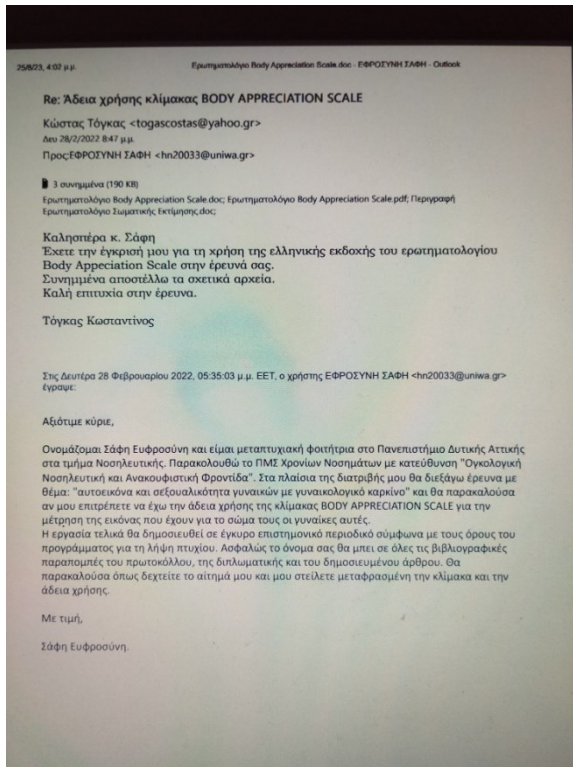
- Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου



- Νοσοκομείο Αλεξάνδρα.



2. Άδειες χρήσεις ερωτηματολογίων



Κλίμακα μέτρησης της αυτοεικόνας – Body Appreciation Scale

The Body Appreciation Scale

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
	1	2	3	4	5
1. Σέβομαι το σώμα μου.					
2. Αισθάνομαι άνετα με το σώμα μου.					
3. Σε γενικές γραμμές είμαι ικανοποιημένος από το σώμα μου.					
4. Παρά τα ελαττώματά του, αποδέχομαι το σώμα μου όπως είναι.					
5. Αισθάνομαι ότι το σώμα μου έχει τουλάχιστον ορισμένα καλά σημεία.					
6. Έχω θετική στάση απέναντι στο σώμα μου.					
7. Παρακολουθώ τις ανάγκες του σώματός μου.					
8. Η προσωπική μου αξία είναι ανεξάρτητη από το σωματότυπό μου ή το βάρος μου.					
9. Δε δαπανώ πολύ ενέργεια με το να ασχολούμαι με το σωματότυπό μου ή το βάρος μου.					
10. Τα συναισθήματά μου είναι θετικά για τα περισσότερα μέρη του σώματός μου.					
11. Συμμετέχω σε δραστηριότητες που προάγουν την υγεία, προκειμένου να φροντίσω το σώμα μου.					
12. <u>ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ</u> : Επιτρέπω τα μη ρεαλιστικά πρότυπα αδύνατων γυναικών που παρουσιάζονται στα ΜΜΕ να επηρεάσουν τη στάση μου απέναντι στο σώμα μου.					
<u>ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ</u> : Επιτρέπω τα μη ρεαλιστικά πρότυπα ανδρών με μυώδες σώμα που παρουσιάζονται στα ΜΜΕ να επηρεάσουν τη στάση μου απέναντι στο σώμα μου.					
13. Εξακολουθώ να αγαπώ το σώμα μου παρά τις ατέλειές του.					

**Δείκτης Γυναίκειας Σεξουαλικής Λειτουργίας (FSFI - Gr)
Female Sexual Function Index (FSFI - Gr)**

Ερώτηση	Επιλογή Απάντησης
Ερ.1: Πόσο συχνά νιώσατε ερωτική επιθυμία ή ενδιαφέρον, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	5=Σχεδόν πάντα ή πάντα 4=Τις περισσότερες φορές (περισσότερο από τις μισές φορές) 3=Μερικές φορές (περίπου τις μισές) 2=Λίγες φορές (λιγότερο από τις μισές) 1=Σχεδόν ποτέ ή ποτέ
Ερ.2: Πώς θα αξιολογούσατε το επίπεδο (βαθμό) της σεξουαλικής σας επιθυμίας ή ενδιαφέροντος, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	5=Πολύ υψηλό 4=Υψηλό 3=Μέτριο 2=Χαμηλό 1=Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο
Ερ.3: Πόσο συχνά νιώσατε σεξουαλική διέγερση («ανάψατε») κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 5=Σχεδόν πάντα ή πάντα 4=Τις περισσότερες φορές (περισσότερο από τις μισές φορές) 3=Μερικές φορές (περίπου τις μισές) 2=Λίγες φορές (λιγότερο από τις μισές) 1=Σχεδόν ποτέ ή ποτέ
Ερ.4: Πώς θα αξιολογούσατε το επίπεδο της σεξουαλικής διέγερσης («ανάμματος») κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής σας δραστηριότητας ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 5=Πολύ υψηλό 4=Υψηλό 3=Μέτριο 2=Χαμηλό 1=Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο
Ερ.5: Πόσο βέβαιη είστε ότι θα διεγερθείτε κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 5=Πολύ υψηλή βεβαιότητα 4=Υψηλή βεβαιότητα 3=Μέτρια βεβαιότητα 2=Χαμηλή βεβαιότητα 1=Πολύ χαμηλή ή ανύπαρκτη βεβαιότητα
Ερ.6: Πόσο συχνά νιώσατε ικανοποίηση από τη διέγερσή σας (ενθουσιασμό) κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 5=Σχεδόν πάντα ή πάντα 4=Τις περισσότερες φορές (περισσότερο από τις μισές φορές) 3=Μερικές φορές (περίπου τις μισές) 2=Λίγες φορές (λιγότερο από τις μισές) 1=Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

Ερ.7: Πόσο συχνά είχατε υγρανθεί κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 5=Σχεδόν πάντα ή πάντα 4=Τις περισσότερες φορές (περισσότερο από τις μισές φορές) 3=Μερικές φορές (περίπου τις μισές) 2=Λίγες φορές (λιγότερο από τις μισές) 1=Σχεδόν ποτέ ή ποτέ
Ερ.8: Πόσο δύσκολο ήταν να υπάρξει ύγρανση κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 1=Υπερβολικά δύσκολο ή αδύνατο 2=Πολύ δύσκολο 3=Δύσκολο 4=Ελάχιστα δύσκολο 5=Καθόλου δύσκολο
Ερ.9: Πόσο συχνά διατηρήσατε την ύγρανή σας μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 5=Σχεδόν πάντα ή πάντα 4=Τις περισσότερες φορές (περισσότερο από τις μισές φορές) 3=Μερικές φορές (περίπου τις μισές) 2=Λίγες φορές (λιγότερο από τις μισές) 1=Σχεδόν ποτέ ή ποτέ
Ερ.10: Πόσο δύσκολο ήταν να διατηρήσετε την ύγρανή σας μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 1=Υπερβολικά δύσκολο ή αδύνατο 2=Πολύ δύσκολο 3=Δύσκολο 4=Ελάχιστα δύσκολο 5=Καθόλου δύσκολο
Ερ.11: Πόσο συχνά φτάσατε σε οργασμό (κορύφωση) κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 5=Σχεδόν πάντα ή πάντα 4=Τις περισσότερες φορές (περισσότερο από τις μισές φορές) 3=Μερικές φορές (περίπου τις μισές) 2=Λίγες φορές (λιγότερο από τις μισές) 1=Σχεδόν ποτέ ή ποτέ
Ερ.12: Πόσο δύσκολο ήταν να φτάσατε σε οργασμό (κορύφωση) κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 1=Υπερβολικά δύσκολο ή αδύνατο 2=Πολύ δύσκολο 3=Δύσκολο 4=Ελάχιστα δύσκολο 5=Καθόλου δύσκολο

Ερ.13: Πόσο ικανοποιημένη είστε με τη δυνατότητά σας να φτάσετε σε οργασμό (κορύφωση) κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 5=Πολύ ικανοποιημένη 4=Μέτρια ικανοποιημένη 3=Εξίσου ικανοποιημένη και ανικανοποίητη 2=Μέτρια ανικανοποίητη 1=Πολύ ανικανοποίητη
Ερ.14: Πόσο ικανοποιημένη είστε με το βαθμό της συναισθηματικής εγγύτητας που έχετε με το σύντροφό σας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Καμία σεξουαλική δραστηριότητα 5=Πολύ ικανοποιημένη 4=Μέτρια ικανοποιημένη 3=Εξίσου ικανοποιημένη και ανικανοποίητη 2=Μέτρια ανικανοποίητη 1=Πολύ ανικανοποίητη
Ερ.15: Πόσο ικανοποιημένη είστε από τη σεξουαλική σχέση με τον σύντροφό σας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	5=Πολύ ικανοποιημένη 4=Μέτρια ικανοποιημένη 3=Εξίσου ικανοποιημένη και ανικανοποίητη 2=Μέτρια ανικανοποίητη 1=Πολύ ανικανοποίητη
Ερ.16: Πόσο ικανοποιημένη είστε συνολικά από τη σεξουαλική ζωή σας, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	5=Πολύ ικανοποιημένη 4=Μέτρια ικανοποιημένη 3=Εξίσου ικανοποιημένη και ανικανοποίητη 2=Μέτρια ανικανοποίητη 1=Πολύ ανικανοποίητη
Ερ.17: Πόσο συχνά βιώσατε δυσφορία ή πόνο κατά τη διάρκεια της κολπικής διεύδυσης, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Δεν έγινε προσπάθεια για συνουσία 1=Σχεδόν πάντα ή πάντα 2=Τις περισσότερες φορές (περισσότερο από τις μισές φορές) 3=Μερικές φορές (περίπου τις μισές) 4=Λίγες φορές (λιγότερο από τις μισές) 5=Σχεδόν ποτέ ή ποτέ
Ερ.18: Πόσο συχνά βιώσατε δυσφορία ή πόνο μετά από την κολπική διεύδυση, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	0=Δεν έγινε προσπάθεια για συνουσία 1=Σχεδόν πάντα ή πάντα 2=Τις περισσότερες φορές (περισσότερο από τις μισές φορές) 3=Μερικές φορές (περίπου τις μισές) 4=Λίγες φορές (λιγότερο από τις μισές) 5=Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

Ερ.19: Πώς θα αξιολογούσατε το επίπεδο (βαθμό) δυσφορίας ή πόνου κατά τη διάρκεια ή μετά από την κολπική διεύθυνση, τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

0=Δεν έγινε προσπάθεια για συνουσία
 1=Πολύ υψηλό
 2=Υψηλό
 3=Μέτριο
 4=Χαμηλό
 5=Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΚΑΣΤΟΤΕ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΤΙΜΗΣ ΤΟΥ FSFI

Τομέας	Ερωτήσεις	Διαβάθμιση σκορ	Παράγοντας	Ελάχιστο σκορ	Μέγιστο σκορ	Τελική βαθμολογία
Επιθυμία	1,2	1-5	0.6	1.2	6.0	
Διέγερση	3,4,5,6	0-5	0.3	0	6.0	
Υγρανση	7,8,9,10	0-5	0.3	0	6.0	
Οργασμός	11,12,13	0-5	0.4	0	6.0	
Ικανοποίηση	14,15,16	0 (ή 1)-5	0.4	0.8	6.0	
Πόνος	17,18,19	0-5	0.4	0	6.0	
Συνολική βαθμολογική κλίμακα				2.0	36.0	

*Όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία σας τόσο πιο ομαλή και υγιής είναι η σεξουαλική σας λειτουργία. Σε γυναίκες με βαθμολογία κάτω από 26,5 υπάρχει η πιθανότητα ύπαρξης κάποιου βαθμού σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

Το παραπάνω ερωτηματολόγιο έχει 19 ερωτήσεις. Για κάθε ερώτηση παρακαλούμε δώστε μόνο μία απάντηση.

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 6 σελίδες)

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα. Πιο κάτω (βλ. **«Πληροφορίες για Ασθενείς ή/και Εθελοντές»**) θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με το τι θα ζητηθεί από εσάς ή/και τι θα σας συμβεί σε εσάς, εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα. Θα σας περιγραφούν οποιοδήποτε κίνδυνοι μπορεί να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστείτε από την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Θα σας επεξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και άλλο υλικό που εθελοντικά θα δώσετε για το πρόγραμμα. Θα σας δοθεί η χρονική περίοδος για την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και υλικό που θα δώσετε. Θα σας επεξηγηθεί τι ελπίζουμε να μάθουμε από το πρόγραμμα σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. Επίσης, θα σας δοθεί μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές ή/και χρηματοδότες αυτού του προγράμματος. **Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιοσδήποτε ενδοιασμούς αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. **Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο ερευνητικό πρόγραμμα.**

Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Σύντομος Τίτλος του Ερευνητικού Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Αυτοεικόνα και σεξουαλικότητα ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο
Υπεύθυνος του Ερευνητικού Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Σάφη Ευφροσύνη – ΠΕ νοσηλεύτρια e-mail: frosos.eey@gmail.com , τηλ.: 6982005514.

Επίθετο:	Όνομα:
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 6 σελίδες)
Σύντομος Τίτλος του ερευνητικού Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Αυτοεικόνα και σεξουαλικότητα ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο

Δίδετε συγκατάθεση για τον εαυτό σας ή για κάποιο άλλο άτομο;	
Εάν πιο πάνω απαντήσατε για κάποιον άλλο, τότε δώσατε λεπτομέρειες και το όνομά του.	

Ερώτηση	ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Συμπληρώσατε τα έντυπα συγκατάθεσης εσείς προσωπικά;	
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα;	
Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές;	
Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το ερευνητικό Πρόγραμμα;	
Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας;	
Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το ερευνητικό πρόγραμμα, όποτε θέλετε;	
Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιοσδήποτε εξηγήσεις για την απόφαση που πήρατε;	
Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο ερευνητικό πρόγραμμα;	
Με ποιόν υπεύθυνο μιλήσατε;	

Επίθετο:	Όνομα:
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 6 σελίδες)
Σύντομος Τίτλος του ερευνητικού Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Αυτοεικόνα και σεξουαλικότητα ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Καλείστε να συμμετάσχετε εφόσον είστε σύμφωνοι, σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας μεταπτυχιακού προγράμματος του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με τίτλο: «Διαχείριση Χρονίων Νοσημάτων: Ογκολογική Νοσηλευτική και Ανακουφιστική Φροντίδα». Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη και έχετε το δικαίωμα να την αποσύρεται σε οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας χωρίς επιβαρύνεστε σε τίποτα. Οι στόχοι της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί η επίδραση του γυναικολογικού καρκίνου στην αυτοεικόνα και σεξουαλικότητα των γυναικών, καθώς και οι δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες που μπορεί να συνδέονται με τις αλλαγές στους τομείς αυτούς.

Το ερευνητικό πρόγραμμα θα πραγματοποιηθεί με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων εκ μέρους ασθενών με διάγνωση γυναικολογικού καρκίνου. Τα ερωτηματολόγια τα οποία θα μοιραστούν θα είναι τρία, εκ των οποίων το ένα θα έχει ερωτήσεις καθαρά δημογραφικού χαρακτήρα. Από τα άλλα δυο ερωτηματολόγια το ένα θα αφορά την αυτοεικόνα των ασθενών και το άλλο τη σεξουαλικότητα. Τα προσωπικά στοιχεία των ασθενών θα χρησιμοποιηθούν καθαρά για πρακτικούς λόγους (διευκρινήσεις αποριών κ.λ.π.) εκ μέρους των υπευθύνων του προγράμματος, δηλαδή της συγγραφέως – μεταπτυχιακής φοιτήτριας και της τριμελούς επιτροπής των καθηγητών. Τα προσωπικά αυτά στοιχεία όπως όνομα, διεύθυνση και τηλέφωνο θα είναι άκρως εμπιστευτικά, δε θα δημοσιοποιηθούν πουθενά και μετά το πέρας εύλογου διαστήματος θα καταστραφούν. Τα υπόλοιπα ευρήματα της έρευνας θα δημοσιοποιηθούν σε μορφή στατιστικών στοιχείων σε έγκυρο επιστημονικό περιοδικό, βάσει των όσων ορίζει το Πανεπιστήμιο για τη λήψη πτυχίου.

Τέλος, η έρευνα θα τηρεί όλους τους όρους ηθικής και δεοντολογίας που ορίζει ο νόμος, το νοσοκομείο στο οποίο θα διεξαχθεί, καθώς και το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Η εργασία αυτή δεν έχει λάβει εξωτερική χρηματοδότηση και δεν προσβλέπει σε κανένα οικονομικό όφελος, πέραν της λήψης του μεταπτυχιακού τίτλου. Επίσης, έχει λάβει όλες τις νόμιμες άδειες και οι ερωτώμενοι δεν διατρέχουν κανέναν είδους κίνδυνο από τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Επίθετο:	Όνομα:
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	