



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Σ.Ε.Υ.Π. ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

«ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΤΙΤΛΟΣ

**Επίδραση της αποκατάστασης γυναικών με καρκίνο μαστού στη σεξουαλική τους
ζωή: Συγκριτική μελέτη**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΠΛΑΝ-ΑΣΛΑΝΙΔΗ

ΠΕ Νοσηλεύτρια

ΑΘΗΝΑ, 2024

Copyright © **Καπλάν-Ασλανίδη Αναστασία**, 2024.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα 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 της βιβλιογραφίας.

Πρόλογος

Σε οικουμενικό επίπεδο, ο καρκίνος του μαστού είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας. Παραμένει να είναι διεθνές πρόβλημα δημόσιας υγείας και την παρούσα στιγμή είναι ο πιο κοινός καρκίνος ανά τον κόσμο. Μεταξύ των γυναικών της Δύσης, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός όγκος και η πρώτη αιτία θανάτου από κακοήγη νόσο. Μετά από τις τρέχουσες προσεγγίσεις προκύπτει ότι ο καρκίνος του μαστού θα διαγνωστεί στο 12% των γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνά εμφανιζόμενος καρκίνος και επηρεάζει περίπου 2,1 εκατομμύρια γυναίκες κάθε χρόνο. Επιπλέον, παρουσιάζει υψηλή συχνότητα εμφάνισης με περίπου 5000 νέες περιπτώσεις να αναφέρονται κάθε χρόνο στην Ελλάδα.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία κατάσταση που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών και τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Η απώλεια του μαστού μεταβάλλει σε πολύ μεγάλο βαθμό την εικόνα του σώματος αλλά και την υποκειμενική αντίληψη που έχει η ίδια η ασθενής για τον εαυτό της, η οποία επιδρά και στη σεξουαλική της ζωή. Γυναίκες που έχουν υποστεί ριζική μαστεκτομή αναφέρουν στατιστικά σημαντικά χειρότερη εικόνα σώματος και σεξουαλική δυσλειτουργία σε σχέση με γυναίκες που υποβλήθηκαν σε συντηρητικότερη θεραπεία του μαστού. Η αποκατάσταση του μαστού φαίνεται να αλληλοεπιδρά θετικά με την εικόνα του σώματος, τον αυτοσεβασμό και τη σεξουαλικότητα. Οι γυναίκες που έχουν αποκαταστήσει τον μαστό εμφανίζουν υψηλότερο σκορ «σεξουαλικής λειτουργικότητας» συγκριτικά με τις γυναίκες χωρίς αποκατάσταση. Σε διαχρονικές μελέτες δεν έχει καταγραφεί καμία βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας, της εικόνας τους σώματος και του τρόπου ζωής σε σχέση με τον χρόνο.

Η παρούσα μελέτη προσβλέπει στη βιβλιογραφική και ερευνητική διαπραγμάτευση του θέματος και έχει ως σκοπό να εμπλουτίσει την ελληνική βιβλιογραφία με νέα δεδομένα σχετικά με την κατάσταση της σεξουαλικής ζωής των γυναικών με καρκίνο μαστού που προέβησαν ή όχι σε αποκατάσταση του μαστού.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας κα. Ουρανία Γκοβίνα για την ευκαιρία που μου έδωσε να ανοίξω του γνωστικούς μου ορίζοντες μέσα από αυτό το μεταπτυχιακό πρόγραμμα και για τη συνεχή καθοδήγησή της.

Επίσης, ευχαριστώ τη Διοίκηση του νοσοκομείου Μεταξά όπως και το επιστημονικό συμβούλιο που μου έδωσαν την άδεια να διεκπεραιώσω την ερευνητική μου εργασία.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω απέραντα την διευθύντρια του τμήματος Μονάδας Μαστού, κα. Ελευθερία Ιγνατιάδου, για την απεριόριστη βοήθεια που μου παρείχε, την στήριξη και την υπομονή της.

Τέλος, να ευχαριστήσω τους καθηγητές της εξεταστικής επιτροπής για τις εύστοχες παρατηρήσεις και τις προσπάθειες που κατέβαλαν για να με βοηθήσουν να υλοποιηθεί η διπλωματική μελέτη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	- 4 -
Ευχαριστίες.....	- 5 -
Περίληψη	- 8 -
Abstract.....	- 10 -
Εισαγωγή.....	- 12 -
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	- 14 -
1. Ο Καρκίνος του μαστού - Γενικά στοιχεία	- 15 -
1.2 Επιδημιολογία.....	- 15 -
1.3 Η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού	- 15 -
1.4 Κληρονομικός καρκίνος μαστού.....	- 17 -
1.5 Επιπολασμός του καρκίνου του μαστού.....	- 19 -
1.6 Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και αγωγή υγείας.....	- 19 -
1.7 Κατευθυντήριες οδηγίες και follow up	- 20 -
2. Επιδράσεις του καρκίνου του μαστού στην ψυχική σφαίρα.....	- 21 -
2.1 Άγχος και καρκίνος του μαστού	- 21 -
2.2 Κατάθλιψη και καρκίνος του μαστού	- 22 -
3. Αποκατάσταση του μαστού	- 24 -
3.1 Επιλογές αποκατάστασης του μαστού και ικανοποίηση από αυτές.....	- 24 -
3.2 Στατιστικά στοιχεία αποκατάστασης του μαστού και έρευνες ως προς την αποκατάσταση μαστού.....	- 32 -
3.3 Πεποιθήσεις για την αποκατάσταση μαστού.....	- 34 -
4. Εικόνα σώματος σε γυναίκες με μαστεκτομή.....	- 34 -
5. Σεξουαλικότητα	- 37 -
5.1 Μέτρηση σεξουαλικότητας.....	- 38 -
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	- 40 -
6. Μεθοδολογία της έρευνας	- 41 -
6.1 Ηθική και δεοντολογία.....	- 41 -
6.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι.....	- 42 -
6.3 Δείγμα μελέτης	- 42 -
6.4 Δειγματοληψία και εργαλεία της μελέτης	- 43 -
6.5 Στατιστική ανάλυση δεδομένων και αποτελέσματα	- 44 -
7. Αποτελέσματα	- 44 -

7.1 Η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών με καρκίνο μαστού στη σεξουαλική τους ζωή.....	- 45 -
7.2 Σύγκριση σεξουαλικότητας γυναικών με αποκατάσταση μαστού και χωρίς	- 53 -
8. Συζήτηση.....	- 55 -
9. Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	- 58 -
10. Βιβλιογραφία.....	- 59 -
11.Παράρτημα.....	- 74 -

Περίληψη

Εισαγωγή:

Ο καρκίνος του μαστού, όταν διαγνωστεί σε προχωρημένο στάδιο, μπορεί να οδηγήσει στη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων, όπως αυτή της ριζικής μαστεκτομής, να επηρεάσει τα αποτελέσματα της θεραπείας και να μειώσει τις πιθανότητες επιβίωσης. Υπό το πρίσμα της ανάγκης για ολική αφαίρεση του μαστού, η γυναίκα πρέπει να συνυπάρξει με τον ακρωτηριασμό ενός οργάνου που συμβολίζει τη γυναικεία της φύση και τη μητρότητα στην κοινωνία, γεγονός που συνεπάγεται σειρά από ψυχολογικές, σωματικές και κοινωνικές συνέπειες που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος. Σε αυτή την περίπτωση, οι γυναίκες υφίστανται πλήρη αποκοπή ενός μέλους του σώματός τους, με αποτέλεσμα μόνιμη αλλαγή στην εμφάνισή τους. Από αυτή την άποψη, πέρα από τις επιπλοκές που προκύπτουν από την ασθένεια, ο καρκίνος του μαστού και η θεραπεία του έχουν επιπτώσεις που προκαλούνται από τον ολικό ή μερικό ακρωτηριασμό του μαστού, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ζητήματα που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος, την αυτοαποδοχή, τη σεξουαλικότητα και την ποιότητα ζωής.

Σκοπός:

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της αποκατάστασης του μαστού στη σεξουαλική ζωή των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Υλικό και μέθοδος:

Από τον Φεβρουάριο του 2023 έως και τον Μάιο του 2023 υλοποιήθηκε συγχρονική και συγκριτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 25 γυναίκες που είχαν προχωρήσει σε αποκατάσταση μαστού μετά από μαστεκτομή λόγω καρκίνου του μαστού και 25 γυναίκες οι οποίες δεν είχαν υποβληθεί σε επέμβαση αποκατάστασης μαστού έπειτα από έξι μήνες μαστεκτομής. Οι συμμετέχουσες εξετάζονταν στα Τακτικά Ιατρεία του Νοσοκομείου από την Διευθύντρια της Μονάδας Μαστού. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω διανομής ερωτηματολογίων όπου το ένα αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών και το άλλο εξέταζε τις αλλαγές στη σεξουαλική τους λειτουργία (CSFQ-F-C). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS (SPSS 25.0 for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Αποτελέσματα:

Παρατηρήθηκε ότι ανάμεσα στις δύο ομάδες, οι γυναίκες με αποκατάσταση παρουσίασαν στατιστικά μεγαλύτερη ηδονή ($p<0,05$), επιθυμία ($p<0,05$), διέγερση ($p<0,05$), οργασμό ($p<0,05$), και γενικά σεξουαλικότητα ($p<0,05$), σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν πραγματοποιήσει την αποκατάσταση του μαστού. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι όσο

αυξάνεται η ηλικία των γυναικών, τόσο λιγότερες επιλέγουν να πραγματοποιήσουν αποκατάσταση μαστού ($p < 0,05$). Παράλληλα, φάνηκε ότι οι γυναίκες που επέλεξαν να υποβληθούν σε αποκατάσταση έχουν καλύτερο μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα. Επίσης, όσον αφορά το είδος απασχόλησης δεν παρατηρούνται διαφορές στις δύο ομάδες όπως συμβαίνει και ως προς την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών αυτών. Ακόμη, ως προς τον τόπο κατοικίας και στα δύο γκρουπ το μεγαλύτερο ποσοστό διαμένει στην πόλη άρα δεν μπορεί να προκύψει κάποιο συμπέρασμα. Συνοψίζοντας, φάνηκε πως η σεξουαλικότητα σχετίζεται και με άλλα στοιχεία πέρα από την επέμβαση αποκατάστασης, όπως η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Συμπέρασμα:

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες με αποκατάσταση έχουν καλύτερη σεξουαλική ζωή συγκρινόμενες με εκείνες που δεν προέβησαν σε αποκατάσταση μετά από μαστεκτομή.

Λέξεις-κλειδιά:

Καρκίνος μαστού, ποιότητα ζωής, σεξουαλικότητα και σεξουαλική ζωή, άγχος και κατάθλιψη, εικόνα σώματος, μαστεκτομή.

Abstract

Introduction:

Breast cancer, when diagnosed at an advanced stage, may lead to radical interventions such as radical mastectomy, as well as impact treatment, outcomes and reduce survival chances. The need for total breast removal forces women to cope with the loss of an organ symbolizing femininity and motherhood in society, resulting in psychological, physical, and social consequences related to body image. In this context, women undergo complete detachment of a part of their body, resulting in a permanent change in their appearance. In this regard, in addition to the complications arising from the disease, breast cancer and its treatment have implications caused by total or partial breast amputation, resulting in issues related to body image, self-acceptance, sexuality, and quality of life.

Objective:

The purpose of this study was to investigate the impact of breast reconstruction on the sexual life of women with breast cancer.

Materials and Methods:

From February 2023 to May 2023, a synchronic and comparative study was carried out involving 25 women who had undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer and 25 women who had not undergone breast reconstruction six months after mastectomy. The study participants were examined at the Outpatient Clinics of Hospital by the Director of the Breast Unit. The data were collected through the distribution of questionnaires - one focusing on the women's demographics and the other examining changes in their sexual functioning (CSFQ-F-C). Data analysis was performed using SPSS (SPSS 25.0 for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Results:

It was observed that between the two groups, women with reconstruction statistically exhibited greater pleasure ($p<0.05$), desire ($p<0.05$), arousal ($p<0.05$), orgasm ($p<0.05$), and overall sexuality ($p<0.05$) compared to women who had not undergo breast reconstruction. Additionally, it was observed that as women's age increases, fewer choose to undergo breast reconstruction ($p<0.05$). Moreover, women who undergo rehabilitation reconstruction were found to have higher educational levels and income. Also, regarding the type of employment, no differences are observed in the two groups, as is the case with the family status of these women. Additionally, concerning the place of residence, in both groups, the majority resides in the city, so no conclusion can be drawn. In summary, it appeared that sexuality is

correlated with factors beyond the reconstructive procedure, such as age and educational level.

Conclusion:

The results of this study showed that women with reconstruction have a better sexual life compared to those who did not undergo reconstruction after mastectomy.

Keywords:

Breast cancer; quality of life; sexuality and sexual life; anxiety and depression; body image; mastectomy.

Εισαγωγή

Αναμφισβήτητα η επιστήμη έχει προοδεύσει, αν και συνεχίζει, παρόλα αυτά, ο καρκίνος του μαστού να παραμένει η δεύτερη θανατηφόρα νόσος του γυναικείου πληθυσμού (Ye et al., 2023). Κατά τη διάρκεια ζωής των γυναικών περισσότερες από 250 χιλιάδες νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού εμφανίστηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το έτος 2017 (Waks & Winer, 2019). Το GLOBOCAN συνιστά μέρος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι έργο του Διεθνούς Οργανισμού Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC), και μέσα από εμπειριστατωμένες έρευνες δείχνει ότι ο καρκίνος του μαστού το 2020 ήταν ο συνηθέστερος καρκίνος σε γυναίκες σε 157 χώρες (“Cancer Today” πρόσβαση Μάιος 28, 2021). Ο καρκίνος του μαστού είναι η κύρια αιτία καρκίνου που προκαλεί θάνατο μετά τον καρκίνο του πνεύμονα στο γυναικείο φύλο (Sinha et al., 2022). Από έρευνα, φανερώνεται πως ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει σοβαρά τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού (Rottmann et al., 2022). Η σεξουαλικότητα είναι μια αθέατη πτυχή της ανθρώπινης φύσης σε όλη τη ζωή και περιλαμβάνει το φύλο, τους ρόλους του φύλου, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τον ερωτισμό, την ευχαρίστηση, την οικειότητα και την αναπαραγωγή. Βιώνεται και εκφράζεται σε σκέψεις, φαντασιώσεις, επιθυμίες, πεποιθήσεις, στάσεις, αξίες, συμπεριφορές, πρακτικές, ρόλους και σχέσεις. Η επιθυμία, η διέγερση και ο οργασμός είναι τα τρία βασικά στάδια της σεξουαλικής ζωής (Rao & Nagaraj, 2015). Υπάρχουν ενδείξεις πως η σεξουαλική και ψυχολογική κατάσταση και οι στενές σχέσεις των γυναικών διαταράσσονται (Anllo et al., 2000). Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί πως η αφαίρεση ενός ή και των δύο μαστών εξαιτίας του καρκίνου συχνά μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα που συσχετίζονται με το άγχος, τον φόβο υποτροπής και την αυτοκτονία. Συνεπώς, τα αρνητικά αποτελέσματα του καρκίνου του μαστού φαίνονται στις στενές σχέσεις, στα οικογενειακά ζητήματα και στην ποιότητα ζωής αρκετά μετά το πέρας της θεραπείας (Gorman et al., 2022). Σημαντικό είναι μετά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού να μπορεί να υπάρξει ποιότητα ζωής για τη γυναίκα, η οποία φυσικά είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την εικόνα του σώματος (Lundberg & Phoosuwan, 2022). Σύμφωνα με μαρτυρίες γυναικών που έχουν πραγματοποιήσει μαστεκτομή το νέο τους σώμα δεν αναγνωρίζεται ως ίδιο και αυτό επηρεάζει τη σεξουαλική τους ζωή και λειτουργία. Επιπρόσθετα, έχουν αναφέρει αγωνία λόγω των ουλών, μειωμένη αίσθηση ελκυστικότητας καθώς επίσης και φόβο απόρριψης από τους συντρόφους (Fang et al., 2013). Οι γυναίκες έχουν επίγνωση της κατάστασης και αντιλαμβάνονται πως η σεξουαλική τους έλξη έχει μειωθεί ή και εξαφανιστεί (Ussher et al., 2012). Η απόκτηση εκ νέου της εικόνας του σώματός τους μετά από μαστεκτομή έχει σπουδαίο ρόλο για τη συνέχιση της ποιότητας

ζωής καθώς και της συναισθηματικής ολότητας του πληθυσμού αυτού (Lundberg & Phoosuwan, 2022). Όλες οι γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή πρέπει να ενημερώνονται για τις επιλογές που έχουν για αποκατάσταση του μαστού (Elder et al., 2005). Όταν η φυσική ομορφιά του σώματος μιας γυναίκας κινδυνεύει από την ασθένεια αυτή, επικρίνεται τόσο από την ίδια όσο και από τον περίγυρό της (Sheppard & Ely, 2008). Οι γυναίκες των οποίων η σεξουαλική τους ζωή κινδυνεύει από την νόσο μπορεί να φοβούνται ότι θα μειωθεί η σεξουαλική επιθυμία από τους συντρόφους τους και κατ' επέκταση αισθάνονται ότι η επιθυμία τους πλέον είναι να τις εγκαταλείψουν για κάποια άλλη γυναίκα (Henson, 2002).

Εν κατακλείδι, θα πρέπει να υπάρξουν παρεμβάσεις προσανατολισμένες στο ζευγάρι που θα συμβάλουν στη μείωση της δυσφορίας και της απόγνωσης μετά τον καρκίνο (Gorman et al., 2022).

Στην παρούσα μελέτη το γενικό μέρος, αφορά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με το θέμα της σεξουαλικότητας σε γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει μαστεκτομή. Συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στα γενικά στοιχεία του καρκίνου του μαστού, στον κληρονομικό καρκίνο, την πρόληψη και την αγωγή υγείας. Τέλος, παρατίθενται οι κατευθυντήριες οδηγίες ως προς την παρακολούθηση της ασθενούς. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνονται αναφορές στις επιδράσεις του καρκίνου του μαστού στην ψυχική κατάσταση και στο τρίτο γίνεται λόγος για την αποκατάσταση του μαστού. Το επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται στην εικόνα του σώματος έπειτα από την μαστεκτομή και στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη σεξουαλική λειτουργία και ζωή των γυναικών που έχουν αφαιρέσει τον μαστό τους.

Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση και τα συμπεράσματα. Συγκεκριμένα, στη μεθοδολογία παρατίθενται ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι, η δειγματοληψία και το δείγμα της μελέτης, η δεοντολογία και τέλος η ανάλυση των δεδομένων. Στα αποτελέσματα, αναφέρονται τα ευρήματα της έρευνας και στη συζήτηση συγκρίνονται τα ευρήματα με άλλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν. Εν κατακλείδι, στο τελευταίο κεφάλαιο του δεύτερου μέρους επισημαίνονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προκύπτουν από την έρευνα.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.0 Καρκίνος του μαστού - Γενικά στοιχεία

1.2 Επιδημιολογία

Ο όρος «αθεράπευτη νόσος» στο παρελθόν αναφερόταν συνεχώς προκειμένου να χαρακτηρίσει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού. Έπειτα από επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα και διεξοδικές έρευνες δεν χρησιμοποιείται ως όρος στη σύγχρονη βιβλιογραφία (ΕΛ.Ι.Ε.Κ, 2021). Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ο καρκίνος του μαστού συνιστά το συχνότερο τύπο καρκίνου που διαγιγνώσκεται ανάμεσα σε όλες τις εθνικότητες. Αποτελεί την πιο κοινή αιτία θανάτου μαζί με τον καρκίνο του πνεύμονα (Coughlin, 2019). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Ερευνών για Καρκίνο το έτος 2020, επιβεβαιώνεται πως η συχνότερη μορφή καρκίνου που εμφανίζεται στις γυναίκες παγκοσμίως είναι ο καρκίνος του μαστού (Σπανού & Χούντη, 2021). Αναντίρρητα, ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή κακοήθης νόσος πλήττοντας κυρίως τον γυναικείο πληθυσμό (Γιαννοπούλου και συν., 2021). Ο καρκίνος του μαστού δεν κάνει διαχωρισμό στα φύλα, προσβάλλει εξίσου και τα δύο, άντρες και γυναίκες. Ωστόσο, εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες με αναλογία: 1 άντρας προς 100 γυναίκες (Ατσά και συν., 2021). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο, με τα νέα περιστατικά, να ανέρχονται στα 1,38 εκατομμύρια κάθε χρόνο (Amadou et al., 2013). Τέλος, η προοδευτική εξέλιξη της τεχνολογίας και η πρόοδος της επιστήμης έχει συμβάλει ώστε η διάγνωση να γίνεται νωρίτερα, με αποτέλεσμα η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού να μειώνεται όλο και περισσότερο στις Ευρωπαϊκές χώρες. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη πορεία όσον αφορά τη θεραπεία, καθώς επίσης και μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης (Άλμα Ζωής, 2021).

1.3 Η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού

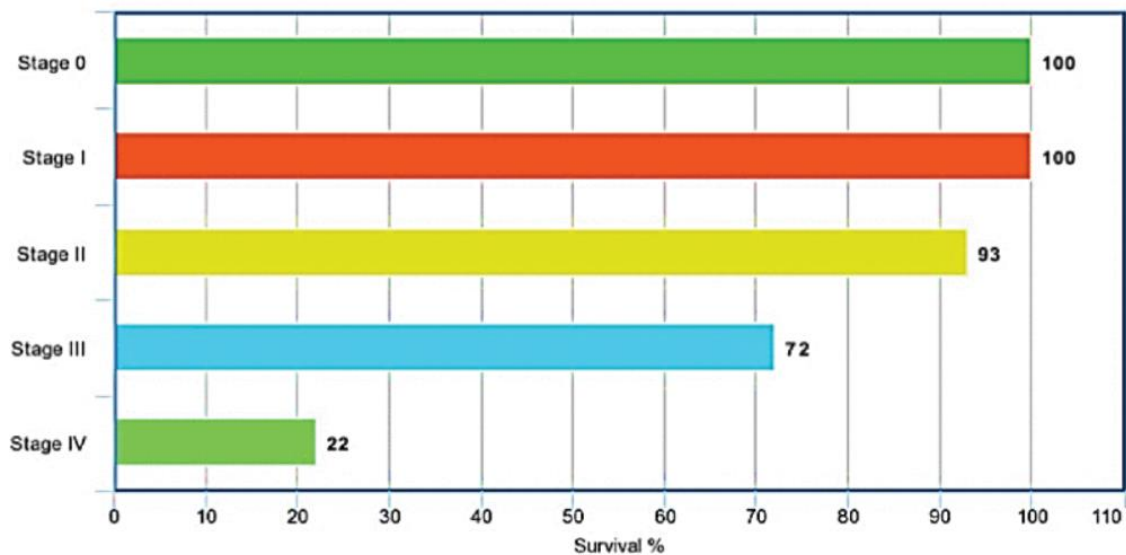
Η ανάπτυξη του όγκου διενεργείται στα κύτταρα των αδενοκυψελών, στους πόρους και στα λόβια του μαστού (Αρέστη, 2020). Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται στους γαλακτοφόρους αδένες του μαστού ή τους γαλακτοφόρους πόρους που μεταφέρουν το γάλα κατά την περίοδο του θηλασμού (Runge & Greganti, 2015). Ο όγκος εξαπλώνεται σύμφωνα με την περιοχή που έχει εντοπιστεί αρχικά. Η εξάπλωση του όγκου πραγματοποιείται διαμέσου των φλεβών και των λεμφαγγείων όπως επίσης μέσω άμεσης διήθησης (Drake et al., 2009). Παρατηρείται πως μια στις εννιά γυναίκες περίπου θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού στην πορεία της ζωής της. Αυτό οφείλεται στον υπέρμετρο πολλαπλασιασμό των παθολογικών κυττάρων που οδηγεί στην ανάπτυξη κακοήθους μάζας (Runge & Greganti., 2015). Ο καρκίνος του μαστού σχηματίζεται από τρία είδη γονιδίων, τα πρωτο-ογκογονίδια,

τα όγκο-κατασταλτικά και εκείνα τα γονίδια που ευθύνονται για την κωδικοποίηση ενζύμων του DNA. Η καρκινογένεση αρχίζει όταν τα πρωτο-ογκογονίδια επιδέχονται κάποια μετάλλαξη και μετατρέπονται σε ογκογονίδια με αποτέλεσμα τον ακαταλόγιστο πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Όταν πρέπει να διακοπεί η κυτταρική διαίρεση, το ρόλο αυτό έχουν τα ογκοκατασταλτικά γονίδια. Υπάρχει όμως το ενδεχόμενο και αυτά να έχουν υποστεί μετάλλαξη και τότε τα κύτταρα να είναι αδύνατο να σταματήσουν τον πολλαπλασιασμό τους. Τα γονίδια που σχετίζονται με τα ένζυμα του DNA συμμετέχουν στην αντιγραφή και την επιδιόρθωσή του. Όταν προκύψει μετάλλαξη σε αυτά τα γονίδια, οι μεταλλάξεις στα υπόλοιπα γίνονται πιο συχνές (Σκονδρά, 2014).

Οι συχνότεροι τύποι καρκίνου του μαστού είναι το:

1. Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα in situ (DCIS),
2. διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα μαστού (ILC) και
3. διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (IDC).

Οι ασθενείς με διαγνωσμένο διηθητικό πορογενές καρκίνωμα αντιστοιχούν σε ποσοστό 20-25% όλων των τύπων του καρκίνου του μαστού (Van Seijen et al., 2019). Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα μαστού έχει χειρότερη πρόγνωση συγκριτικά με τα διηθητικά πορογενή καρκινώματα (Iorfida et al., 2012). Οι όγκοι του μαστού μπορούν να ανιχνευθούν στις μαστογραφίες, αλλά ένα από τα πιο κοινά χαρακτηριστικά είναι η παρουσία μικρών εναποθέσεων ασβεστίου που ονομάζονται μικροαποτιτανώσεις, οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι το μόνο που μαρτυρά κακοήθεια (O'Grady & Morgan, 2018). Τέλος, τα ποσοστά επιβίωσης είναι στενά συνδεδεμένα με το στάδιο του καρκίνου του μαστού (Εικόνα 2) (Μακρής, 2023).



Εικόνα 2: Ποσοστό % επιβίωσης ανά στάδιο καρκίνου μαστού

<https://ieeexplore.ieee.org/document/9089849>

1.4 Κληρονομικός καρκίνος μαστού

Ο καρκίνος του μαστού χωρίζεται σε: κληρονομικό, οικογενή και σποραδικό. Συγκεκριμένα, κληρονομικός είναι ο καρκίνος όπου μέσα στην οικογένεια έχουν υπάρξει πολλά περιστατικά. Όταν δεν είναι γνωστό το γονίδιο που προκαλεί τον καρκίνο τότε προκύπτει ο λεγόμενος οικογενής καρκίνος του μαστού. Από την άλλη πλευρά, όταν δεν υφίσταται κληρονομικότητα, ο καρκίνος που προκύπτει είναι σποραδικός. Ένα μεγάλο ποσοστό (30%) γυναικών με καρκίνο του μαστού οφείλεται σε γονίδια που δεν είναι γνωστά, ενώ ένα μικρό ποσοστό (10%) προέρχεται από κληρονομικότητα (Τσιτλαΐδου, 2014).

Η μαστεκτομή για τη μείωση του κινδύνου παρέχει υψηλό βαθμό προστασίας απέναντι στον καρκίνο του μαστού σε γυναίκες με μεταλλάξεις BRCA1,2 (Berger & Golshan, 2021). Η παρουσία μιας μετάλλαξης BRCA1,2 υποδηλώνει υψηλό κίνδυνο ετερόπλευρου καρκίνου του μαστού και το 42-88% των γυναικών που ανήκουν στην κατηγορία αυτή επιλέγουν να υποβληθούν σε ετερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή (Zhang et al., 2023). Μετά την επιβεβαίωση του συνδρόμου κληρονομικού καρκίνου του μαστού το 1971, ορισμένοι χειρουργοί άρχισαν να πραγματοποιούν προφυλακτικές αφαιρέσεις μαστού σε γυναίκες από οικογένειες που υπήρχε υπόνοια ότι είχαν αυτό το σύνδρομο. Αυτό γινόταν συχνά ως υποδόρια μαστεκτομή, η οποία με τα σημερινά δεδομένα δε θα μπορούσε να θεωρηθεί

σωστή τεχνική αφαίρεσης όλου του παρεγχύματος του μαστού. Το 1977, οι πρώτες κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία ασθενών με κληρονομικό καρκίνο του μαστού, δήλωσαν ότι «υπήρχαν ανεπαρκή στοιχεία για την προτροπή υπέρ ή κατά της προφυλακτικής μαστεκτομής». Από το 1990 έως και το 2004, δημοσιεύτηκαν 4 μελέτες που συνέκριναν τα αποτελέσματα του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε προφυλακτική μαστεκτομή σε σχέση με τα αποτελέσματα γυναικών με παρόμοιο κίνδυνο που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση (Hartmann et al., 1999, Hartmann et al., 2001, Meijers-Heijboer et al., 2001, Rebbeck et al., 2004). Οι έρευνες αυτές, έδειξαν μείωση κατά 90% στον κίνδυνο επακόλουθου καρκίνου του μαστού μεταξύ των γυναικών που υποβλήθηκαν σε προφυλακτική χειρουργική επέμβαση χωρίς όμως να υπάρχουν διαφορές στην επιβίωση. Υπήρξαν πρόσθετες έρευνες που επιβεβαίωσαν τις προαναφερθείσες μελέτες και οδήγησαν σε νέες αναφορές τονίζοντας ότι «η μαστεκτομή μείωσης του κινδύνου παρέχει υψηλό βαθμό προστασίας όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού σε γυναίκες με μεταλλάξεις BRCA1/2» (NCCN, 2021, Berger & Golshan, 2021). Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ετερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή ήταν σημαντικά νεότεροι από εκείνους που δεν υποβλήθηκαν (Krasniak & Lee, 2022). Εντούτοις, η προφυλακτική μαστεκτομή δεν πρέπει να πραγματοποιείται εάν η γυναίκα δεν έχει ξεπεράσει τα 25 έτη (Berger & Golshan, 2021). Τα ποσοστά χειρουργικής επέμβασης ετερόπλευρης προφυλακτικής μαστεκτομής έχουν αυξηθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής λιγότερο από 2% το 1998 και 30% το 2012 μεταξύ των γυναικών που διαγνώστηκαν με μονόπλευρο καρκίνο μαστού. Αυτή η αύξηση υπήρξε παρά τα μηδαμινά στοιχεία ότι η ετερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή προσφέρει πλεονεκτήματα επιβίωσης (Fasano et al., 2023).

Κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, περίπου 180 χιλιάδες γυναίκες εμφανίζουν μονόπλευρο καρκίνο του μαστού. Αν και η αμφοτερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή σε γυναίκες υψηλού κινδύνου μειώνει την επακόλουθη εμφάνιση καρκίνου του μαστού κατά τουλάχιστον 95% , ο ρόλος της ετερόπλευρης προφυλακτικής μαστεκτομής σε γυναίκες με προηγούμενο καρκίνο του μαστού είναι ασαφής. Για τον ίδιο λόγο αναμένεται ότι η μείωση της θνητότητας που σχετίζεται με την ετερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή είναι μικρότερη από τη μείωση της θνητότητας για αμφοτερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή (Herrinton et al., 2005).

Γυναίκες με μητέρα ή αδερφή με καρκίνο του μαστού ενδέχεται να διατρέχουν κληρονομικό κίνδυνο. Τις περισσότερες φορές, οι γυναίκες αυτές ενοχλούνται από τη συνεχή παρακολούθηση και αντ' αυτού επιλέγουν να προλάβουν τον επικείμενο κίνδυνο εμφάνισης

καρκίνου μέσω προφυλακτικής προσέγγισης. Άλλη μελέτη έχει δείξει ότι ασθενείς με τουλάχιστον ένα συγγενή πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού είναι πιθανό να επιλέξουν προφυλακτική ετερόπλευρη μαστεκτομή όταν υποβάλλονται σε θεραπεία με μαστεκτομή για τον μονόπλευρο καρκίνο του μαστού τους. Μεγαλύτερα είναι τα ποσοστά γυναικών με υψηλότερη εκπαιδευτική κατάρτιση (κάποιο πτυχίο κολεγίου, μεταπτυχιακό) όπου επέλεξαν ετερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή έναντι της μονόπλευρης (Jones et al., 2009). Τα αποτελέσματα από μια πρόσφατη μελέτη υποδεικνύουν ότι η προφυλακτική μαστεκτομή από μόνη της μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση σε γυναίκες με μεταλλάξεις BRCA1,2 (Rosenberg et al., 2013).

1.5 Επιπολασμός του καρκίνου του μαστού

Πάνω από 1,1 εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού και 410.000 γυναίκες επιβιώνουν από τη νόσο (Kaur, 2017). Κάθε χρόνο στην Ελλάδα ο ρυθμός θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού είναι κατά προσέγγιση 1.151 θάνατοι. Επιπροσθέτως, την τελευταία εικοσαετία η θνησιμότητα από τη νόσο αυξάνεται, με ποσοστό 4% ετησίως. Γεγονός είναι, πως η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στις αστικές περιοχές είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τις επαρχιακές περιοχές στην Ελλάδα (Piperaki et al., 2010). Τα ποσοστά συχνότητας και θνησιμότητας αναμένεται να αυξηθούν σημαντικά τα επόμενα 5-10 χρόνια, καθώς υποστηρίζεται πως οι πιο επιθετικοί τύποι καρκίνου του μαστού είναι συχνότεροι σε νεαρές γυναίκες. Στη χώρα μας, κάθε χρόνο περισσότερες από 4000 γυναίκες νοσούν από καρκίνο του μαστού και περίπου 1800 αποβιώνουν κάθε χρόνο (Anastasiadi et al., 2017).

1.6 Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και αγωγή υγείας

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού δεν μπορεί να γίνει πριν εμφανιστεί ο καρκίνος. Γίνεται δευτερογενώς, με έγκαιρη διάγνωση, πριν εκδηλωθούν σημεία και συμπτώματα. Όταν ο καρκίνος του μαστού θα εντοπιστεί έγκαιρα η πιθανότητα για καλύτερη πρόγνωση και ίαση είναι μεγαλύτερη (Hartmann et al., 2005). Σύμφωνα με έρευνα των Drake και συν., το 2015, ο προσυμπτωματικός έλεγχος μαζί με την παρακολούθηση και τη σωστή θεραπεία στο να μειωθεί η θνησιμότητα και η θνητότητα. Η αφύπνιση της Πολιτείας και τα προγράμματα αγωγής υγείας στον πληθυσμό από τους επαγγελματίες υγείας θεωρούνται απαραίτητα (Drake et al., 2015). Γεγονός είναι, πως υπάρχει ανάγκη για εκπαίδευση, ενημέρωση και στήριξη των γυναικών με καρκίνο του μαστού (Wöckel et al., 2017). Φαίνεται να συνεισφέρουν σημαντικά στην προσαρμογή στάσεων και συμπεριφορών που αλληλοεπιδρούν στην υγεία των ανθρώπων θετικά.

Σημαντική είναι η παρέμβαση της πολιτείας:

1. Στη δημιουργία οργανωμένων προγραμμάτων έγκαιρης και γρήγορης διάγνωσης, που στόχο θα έχει το συνεισμό του πληθυσμού στον προ-συμπτωματικό έλεγχο και
2. Στην ενσωμάτωση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην εκπαίδευση με σκοπό οι μαθητές-φοιτητές να ενστερνίζονται σωστές συμπεριφορές και να λαμβάνουν σοβαρά υπόψιν τους την υγείας τους (Γκουβελά, 2016).

Τέλος, πρέπει να εκπαιδευτικά προγράμματα μετάδοσης γνώσης και εμπειρίας στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε θέματα γρήγορης ανεύρεσης δυσάρεστων συναισθημάτων των νοσούντων και στην άμεση αντιμετώπισή τους (Κοντή, 2020).

1.7 Κατευθυντήριες οδηγίες και follow up

Κατά τα πρώτα 2-3 χρόνια η παρακολούθηση είναι πιο συχνή (2-4 φορές το έτος) μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας και γίνεται λιγότερο τακτική στην πορεία. Όλες οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συμφωνούν στην αναγκαιότητα λήψης λεπτομερούς ιστορικού και κλινικής εξέτασης σε κάθε προγραμματισμένη επίσκεψη. Συνιστάται, ομόφωνα μαστογραφία, υπερηχογράφημα μαστού και μαγνητική τομογραφία. Σε ασθενείς που δεν έχουν εμφανίσει σημεία και συμπτώματα συνιστώνται μόνο εργαστηριακές εξετάσεις, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ιατρικής Ογκολογίας (ESMO). Η παρακολούθηση θα πρέπει να εμπεριέχει το ιστορικό, τη φυσική εξέταση, την αναφορά συμπτωμάτων και την ετήσια μαστογραφία, χωρίς να επηρεάζεται από την ηλικία και το στάδιο της νόσου (De Rose et al, 2022). Τα προγράμματα παρακολούθησης ασθενών με καρκίνο του μαστού οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει την πρωτογενή θεραπεία, διαφέρουν από νοσοκομείο σε νοσοκομείο βάσει των πρωτοκόλλων που ακολουθεί ο εκάστοτε γιατρός (Tomiaik & Piccart, 1993).

Στόχοι του προγράμματος παρακολούθησης: Οι συνήθεις στόχοι των προγραμμάτων παρακολούθησης έχουν συμπεριληφθεί και είναι:

1. Η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση τοπικών υποτροπών.
2. Η έγκαιρη ανίχνευση νέων πρωταρχικών όγκων.
3. Η αξιολόγηση πρωτογενών και επικουρικών θεραπειών.
4. Παρακολούθηση για μακροχρόνιες επιπλοκές της θεραπείας.
5. Αποκατάσταση και ψυχολογική υποστήριξη ασθενών.
6. Συμβουλευτική για τον κίνδυνο της οικογένειας και των ασθενών.

Η American Cancer Society προτείνει η μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών να αρχίζει στην ηλικία των είκοσι ετών, οδηγώντας έτσι στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στα πρώτα στάδια (Smith et al., 2006). Το ενδεχόμενο τα προγράμματα παρακολούθησης ρουτίνας να μην ωφελούν τον ασθενή έχει εκφραστεί από αρκετούς μολονότι μπορεί να οδηγήσουν σε έγκαιρη διάγνωση απομακρυσμένων μεταστάσεων. Πάνω από το 90% των ερωτηθέντων ασθενών επιβεβαίωσαν ότι η έγκαιρη ανίχνευση προσφέρει μια ευκαιρία για θεραπεία και ανταπόκριση σε αυτήν (Tomíak & Piccart, 1993).

2. Επιδράσεις του καρκίνου του μαστού στην ψυχική σφαίρα

Ο καρκίνος του μαστού αναμφισβήτητα είναι μια επίπονη κατάσταση για τη γυναίκα κατά την οποία διαταράσσεται και αποπροσανατολίζεται όλη της η ζωή παρότι σε πολλές περιπτώσεις είναι θεραπεύσιμη νόσος. Η αφαίρεση του μαστού επιδρά αρνητικά στην ψυχολογική της κατάσταση. Η νόσος αυτή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως οικογενειακό πρόβλημα και είναι ένα ζήτημα που αφορά όλα τα μέλη της εφόσον οι επιπτώσεις των ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αλλαγών τους επηρεάζουν όλους αναμφίβολα (Ψυχή & Λόγος, 2012).

Οι συνέπειες της κακής εικόνας του σώματος στη σωματική και ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής και τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ αυτής της ομάδας μπορεί να είναι σοβαρές και μακροχρόνιες. Η κακή εικόνα σώματος μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και σεξουαλικών ανησυχιών, καθώς και σε αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Lewis-Smith et al., 2018).

2.1 Άγχος και καρκίνος του μαστού

Το συναίσθημα της μερικής αδιαθεσίας της ψυχικής κατάστασης, δηλαδή η δυσφορία αναφέρεται ως ψυχική οδύνη, θλίψη, λύπη και στεναχώρια και συνήθως ακολουθείται από συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους (Phoosuwan & Lundberg et al., 2022). Στο άκουσμα του καρκίνου του μαστού, η γυναίκα αρχίζει να βρίσκεται σε ένα αγχωτικό περιβάλλον που την οδηγεί σε άγνωστα μονοπάτια. Το άγχος είναι συνοδοιπόρος του ανθρώπου σε όλες του τις στιγμές και φανερώνεται χωρίς να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο η θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με έρευνα, το άγχος βρέθηκε να είναι υψηλότερο σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή σε σχέση με εκείνες που διατήρησαν τον μαστό (Lim et al., 2011). Τα επίπεδα άγχους εναλλάσσονται και πρέπει να αντιμετωπίζονται ξεχωριστά και να προσαρμόζονται στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Είναι γεγονός πως η μαστεκτομή αφήνει δύσμορφες πληγές οι οποίες και είναι εμφανείς, παραμορφώνει το σώμα της γυναίκα και προκαλεί κακή ψυχική υγεία (Grujic et al., 2021). Οι γυναίκες που ήταν

νεότερες ηλικιακά και είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού συνδέθηκαν με αυξημένα επίπεδα άγχους, ενώ όσες είχαν πραγματοποιήσει αποκατάσταση μαστού συσχετίστηκαν με μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης (Phoosuwan & Lundberg et al., 2022). Η προσωπική ζωή των γυναικών επηρεάζεται καθώς επίσης και η καθημερινότητά της, η οικογενειακή της κατάσταση και η επαγγελματική της ζωή. Φυσικό επομένως είναι, η διάγνωση και ο καρκίνος του μαστού να συνδέονται άρρηκτα με υψηλά επίπεδα στρες τα οποία παρουσιάζονται με τη μορφή άγχους και κατάθλιψης (Γαβριηλίδου, 2014). Έτσι, η θεραπεία αυτής της πολυπαραγοντικής ασθένειας είναι σημαντικό να φροντίζει τη σωματική, την ψυχολογική και την κοινωνική ζωή της ασθενούς (Αλεξανδρίδη, 2019). Σύμφωνα με μία μελέτη, οι ασθενείς φαίνεται να έχουν συχνά αυξημένα επίπεδα άγχους μετά το πέρας της θεραπείας, διότι η άμεση επαφή με την ιατρονοσηλευτική ομάδα ελαττώνεται (Cardoso et al., 2019), αισθάνονται ανασφάλεια, αβεβαιότητα και αμφιβολία.

Ο καρκίνος του μαστού έχει διερευνηθεί διεξοδικά από αρκετές μελέτες. Υπήρξε έρευνα που συνέκρινε δύο ομάδες γυναικών. Στη μια ομάδα ανήκαν γυναίκες που πραγματοποίησαν ταυτόχρονα μαστεκτομή και αποκατάσταση και στη δεύτερη ομάδα ανήκαν οι γυναίκες που πραγματοποίησαν αργότερα την αποκατάσταση του μαστού. Τα επίπεδα άγχους ήταν αυξημένα και βρέθηκαν να συνυπάρχουν σε πάνω από το 70% όλων των γυναικών που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη με σχετικά υψηλότερη συχνότητα στην πρώτη ομάδα χωρίς να υπάρχουν σημαντικά στατιστικές διαφορές. Το άγχος χαρακτηρίζεται ως «βάσανο» της ψυχής, συμπεριλαμβάνεται στην ψυχική ασθένεια και αναφέρθηκε από πληθώρα ασθενών στη μελέτη. Οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας έχουν υποβληθεί σε προηγούμενη χειρουργική επέμβαση και αυτό δικαιολογεί ότι τα επίπεδα άγχους ήταν χαμηλότερα τη στιγμή της αξιολόγησης (Grujic et al., 2021). Τέλος, παρόλο που έχει βρεθεί ότι η αρνητική εικόνα του σώματος και η σωματική αυτοαντίληψη σχετίζονται με υψηλότερη κατάθλιψη, άγχος και χαμηλότερη ποιότητα ζωής, είναι αξιοσημείωτο ότι οι γυναίκες σε μελέτη των Brunet και συν., το έτος 2013 παρουσίασαν άλλες αντιδράσεις που σχετίζονται με το σώμα, όπως απογοήτευση, θυμό, θλίψη και φθόνο.

2.2 Κατάθλιψη και καρκίνος του μαστού

Τον καρκίνο του μαστού τον χαρακτηρίζει η χρονιότητα. Οι σωματικές, οι κοινωνικές, οι οικονομικές και οι οικογενειακές αλλαγές μπορούν να μεγεθύνουν τα επίπεδα κατάθλιψης και να επηρεάσουν τη ζωή του ασθενή ποιοτικά ελαττώνοντας και τη μακροζωία του. Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Pilevarzadeh et al., 2019). Είναι σύνηθες, οι ασθενείς που πραγματοποιούν

μαστεκτομή εξαιτίας του καρκίνου του μαστού να εμφανίζουν κατάθλιψη πιο συχνά από τους ανθρώπους που δεν πάσχουν από κάποια νόσο (Kim et al., 2017). Επιπρόσθετα, τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης συσχετίστηκαν με χαμηλή οικονομική κατάσταση και υψηλά έξοδα θεραπειών (Hassan et al., 2015). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου η κατάθλιψη δεν εντοπίζεται και είναι άνευ σημασίας από τους επαγγελματίες υγείας ακόμα και από τον περίγυρο των ασθενών (Zhang et al., 2018). Αν και τα επίπεδα κατάθλιψης μειώθηκαν με την πάροδο του χρόνου, ένας αρκετά σημαντικός αριθμός γυναικών είχε αυξημένο άγχος και κατάθλιψη στους 18 μήνες παρακολούθησης (Vahdaninia et al., 2010). Οι ανύπαντρες γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τις παντρεμένες (Hassan et al 2015). Σε μελέτη των Konstantopoulou και συν. 2000, διαπιστώθηκε πως μια στις δύο γυναίκες με καρκίνο του μαστού απέκτησε κάποια αγχώδη ή ψυχιατρική διαταραχή. Σύμφωνα με τη μελέτη των Söllner και συν., (2004) σε αριθμό 100 ασθενών με καρκίνο του μαστού το 32% του δείγματος παρουσίασε μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη. Η συγκεκριμένη έρευνα πιστοποιεί την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού (Söllner et al., 2004). Το 2019 ο συνολικός επιπολασμός της κατάθλιψης αξιολογήθηκε σε 63 άρθρα από τους Pilevarzadeh και συν., με 7.095 ασθενείς από τους 44.075 να αναφέρουν πως έχουν κατάθλιψη. Η αντίληψη του καρκίνου του μαστού και οι σχετικές θεραπείες έχουν αξιοσημείωτες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των γυναικών. Έχει βρεθεί επίσης ότι το 40% των ασθενών με υποτροπιάζουσα νόσο πάσχουν από άγχος και κατάθλιψη (Vahdaninia et al., 2010). Παρότι ο καρκίνος του μαστού έχει καλή πρόγνωση, η διάγνωση και οι θεραπείες έχουν αρνητικές και μακροπρόθεσμες ψυχολογικές επιπτώσεις που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (Sebri et al., 2021). Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι γενικά απρόθυμες και δε διατίθενται να μοιραστούν πληροφορίες σχετικά με τις αλλαγές στα συναισθήματα και επιπλέον οι ογκολόγοι δεν είναι εξοικειωμένοι με τον έλεγχο συμπτωμάτων κατάθλιψης. Ως αποτέλεσμα αυτού, τα συμπτώματα της κατάθλιψης τείνουν να μη θεραπεύονται (Kim et al., 2017). Επιπροσθέτως, έχει αποδειχθεί η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και του σωματικού πόνου. Η κατάθλιψη ενισχύεται και ο πόνος βρίσκεται να είναι δευτερεύουσας σημασίας (Fann et al., 2008). Σε έρευνα των Gaston-Johansson και συν., εξέτασαν την επίδραση της κόπωσης, του πόνου και της κατάθλιψης στην κατάσταση της υγείας 127 ασθενών με καρκίνο μαστού. Το 91% ανέφερε κόπωση το 47% ανέφερε πόνο και το 54% ανέφερε κατάθλιψη. Σε άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μείωσε τόσο την κόπωση όσο και την κατάθλιψη καθώς επίσης βοήθησε τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού στα θέματα ξεκούρασης. Η κατάθλιψη οδηγεί σε μη αποδοχή και συμμόρφωση με τη θεραπεία του

καρκίνο του μαστού. Επιπλέον, έχει τεκμηριωθεί ότι διαταράσσει τις ισορροπίες, τη ρουτίνα στο σπίτι και το ρόλο της μητέρας (Fann et al., 2008). Εν κατακλείδι, η διεθνής βιβλιογραφία επαλήθευσε ότι η ποιότητα ζωής συνδέεται με το άγχος και την κατάθλιψη (Söllner et al., 2004). Η κατάθλιψη θα πρέπει να θεωρείται παράγοντας κινδύνου που διαταράσσει την καθημερινότητα των ασθενών (Pilevarzadeh et al., 2019).

3. Αποκατάσταση του μαστού

Κάθε γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του μαστού πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή προσωπικότητα και να προσεγγίζεται εξατομικευμένα. Αυτό είναι σημαντικό να συμβαίνει διότι ο καρκίνος του μαστού διακρίνεται σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά του, τους στόχους της θεραπείας, τις προσωπικές επιθυμίες και τα αναμενόμενα αποτελέσματα που από γυναίκα σε γυναίκα διαφέρουν. Η παρατηρούμενη βελτίωση και πρόοδος συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η αποκατάσταση του μαστού είναι απαραίτητη παρέμβαση ώστε να νοείται ποιότητα ζωής αλλά και επιβίωση. Κάθε ασθενής πρέπει να συμβουλευτεί τον πλαστικό χειρουργό πριν την μαστεκτομή ακόμα και αν η προσωπική του άποψη ή η γνώμη των υπόλοιπων γιατρών συμπίπτουν (Lamp & Lester, 2015). Για αρκετά χρόνια, η αποκατάσταση του μαστού δεν προτεινόταν, καθώς επικρατούσε η αντίληψη πως δε συνιστούσε σωστή επιλογή. Για παράδειγμα, ο χειρουργός Halsted επισημαίνει πως «η αποκατάσταση του μαστού δύναται να αυξήσει την πιθανότητα επανεμφάνισης του καρκινικού όγκου» (Cevik & Hunter-Smith, 2022). Αντιθέτως, σε άλλη μελέτη αναφέρεται πως «η επανεμφάνιση του καρκίνου του μαστού δεν οφείλεται στην αποκατάσταση» (Κοτταράς & Δασκαλάκη, 2014). Η απόφαση των ασθενών να προχωρήσουν σε αποκατάσταση του μαστού μετά από ολική μαστεκτομή, τους εμπυχώνει και τους δίνει μεγαλύτερη δύναμη, με αποτέλεσμα η προσωπική τους ζωή να είναι καλύτερη συγκριτικά με τις ασθενείς που δεν έχουν πραγματοποιήσει αποκατάσταση (Momoh, 2012).

3.1 Επιλογές αποκατάστασης του μαστού και ικανοποίηση από αυτές

Η χειρουργική αποκατάσταση του καρκίνου του μαστού έχει εξελιχθεί την τελευταία δεκαετία με βελτιωμένα ογκολογικά αποτελέσματα (Char et al., 2021). Πάνω από το 60% των γυναικών που προχωρούν σε μαστεκτομή ως θεραπεία εκλογής του καρκίνου του μαστού επιλέγουν να υποβληθούν σε αποκατάσταση μαστού, αυξάνοντας έτσι το ποσοστό της χειρουργικής αποκατάστασης του μαστού σε σχεδόν 20% από το 1998 (Santosa et al., 2018). Η αποκατάσταση του μαστού εφόσον έχει προηγηθεί η μαστεκτομή είναι μια επιλογή με σημαντικές συνέπειες για τις γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Ως

αποτέλεσμα της αποκατάστασης μπορεί να βελτιωθεί το ψυχοκοινωνικό στρες και να ενισχυθεί η αυτοπεποίθηση των γυναικών αυτών. Στην αποκατάσταση του μαστού, οι ασθενείς επιλέγουν ποιος θα είναι ο τρόπος ογκοπλαστικής χειρουργικής (Char et al., 2021).

Οι επιλογές που υπάρχουν ως προς την αποκατάσταση του μαστού είναι αρκετές όπως έχουν περιγράψει πλαστικοί χειρουργοί σε όλο τον κόσμο. Μετά την αφαίρεση του ιστού του μαστού, οι ασθενείς συχνά αναφέρουν την απουσία ή μια γενικά διαφορετική αίσθηση στην περιοχή του θώρακα. Η πιο συχνή επιλογή αποκατάστασης είναι τα εμφυτεύματα. Η αποκατάσταση με βάση τα εμφυτεύματα ενέχει κίνδυνο μόλυνσης, συστολή της κάψας και απόρριψη του εμφυτεύματος ακόμη και μετά από χρόνια, δεδομένου ότι τοποθετείται ένα ξένο σώμα (Char et al., 2021).

Συγκεκριμένα, οι επιλογές για την αποκατάσταση του μαστού διακρίνονται σε: αλλοπλαστική (με βάση τα εμφυτεύματα) ή αυτόλογη (με βάση τον ιστό). Και οι δύο κατηγορίες αποκατάστασης μπορούν να πραγματοποιηθούν άμεσα ή ετεροχρονισμένα (Somogyi et al., 2018).

- ✓ Μη αυτόλογη διαδικασία-Αλλοπλαστική: Η μη αυτόλογη διαδικασία αποκατάστασης του μαστού συνήθως αποτελείται από δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την τοποθέτηση ενός διαστολέα ιστού και αργότερα τοποθετείται ένα μόνιμο εμφύτευμα. Όταν πραγματοποιείται η μαστεκτομή ένας τύπος εμφυτεύματος διαστολής ιστού τοποθετείται κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ, τον κύριο μυ κάτω από τον μαστό. Εν συνεχεία, ο διαστολέας ιστού διογκώνεται κάθε βδομάδα σταδιακά με διαδερμική ένεση αλατούχου διαλύματος, κάτι που βοηθά στην επέκταση των ιστών πάνω από τον διαστολέα, συμπεριλαμβανομένων των μυών και του δέρματος του μαστού. Αυτές οι ενέσεις χορηγούνται σε εξωτερικά ιατρεία ξεκινώντας περίπου δύο με τρεις εβδομάδες έπειτα της τοποθέτησης του διαστολέα. Τη στιγμή όπου ο διαστολέας φτάσει τον επιθυμητό όγκο και ο ιστός έχει επεκταθεί επαρκώς, κάτι που συνήθως διαρκεί τρεις έως έξι μήνες, εκτελείται μια δεύτερη διαδικασία για την αφαίρεση του διαστολέα και τοποθέτηση του μόνιμου εμφυτεύματος. Η διαδικασία αυτή γίνεται μέσω των ουλών που υπάρχουν και συνήθως διαρκεί λιγότερο από την πρώτη επέμβαση (Risal et al., 2008). Συγκεκριμένα, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να διαρκέσει μία έως δύο ώρες ανά πλευρά μαστού και η επιστροφή στην κανονικότητα προβλέπεται να υπάρξει μέσα

σε δύο έως τρεις εβδομάδες. Ωστόσο, η έντονη γυμναστική και η άρση βαρών πρέπει να σταματούν για έξι εβδομάδων (Somogyi et al., 2018).

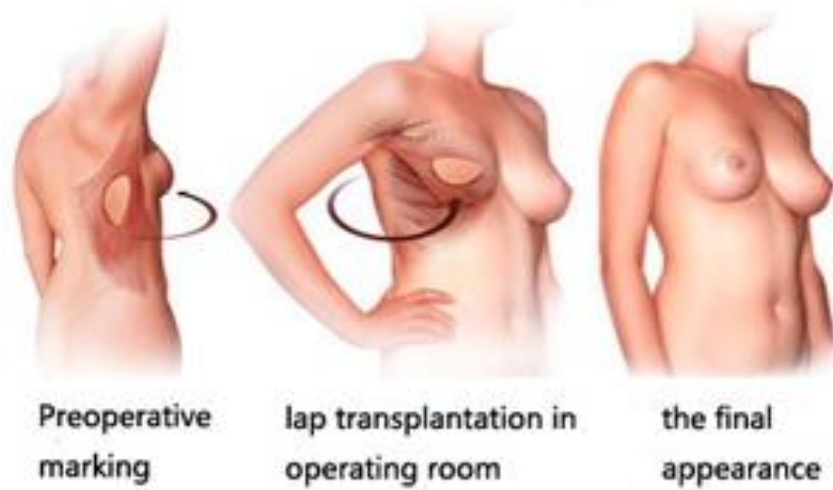
- ✓ Τα μόνιμα εμφυτεύματα ποικίλλουν ανάλογα με το σχήμα, την υφή του εξωτερικού του εμφυτεύματος και το υλικό. Συνήθως γεμίζουν είτε με γέλη σιλικόνης (Εικόνα 5) είτε με φυσιολογικό ορό (Εικόνα 6). Σύμφωνα με μελέτη, δεν υπάρχουν ενδείξεις ούτε αποδείξεις ότι τα εμφυτεύματα σιλικόνης θέτουν σε κίνδυνο τις γυναίκες που πραγματοποιούν αποκατάσταση μαστού (Risal et al., 2008).
- ✓ Το εμφύτευμα σιλικόνης προσφέρει πιο απαλή, πιο φυσική αίσθηση στον αποκατεστημένο μαστό από το εμφύτευμα με φυσιολογικό ορό. Ως αποτέλεσμα, μεγαλύτερος αριθμός γυναικών επιλέγει τα εμφυτεύματα σιλικόνης. Παρόλα αυτά, τα εμφυτεύματα με φυσιολογικό ορό παραμένουν μια καλή αποδεδειγμένη εναλλακτική λύση για τις γυναίκες που δεν αισθάνονται άνετα με την επιλογή του εμφυτεύματος σιλικόνης (Risal et al., 2008).
- ✓ Μια από τις πιο πιθανές επιπλοκές της αποκατάστασης με βάση τα εμφυτεύματα όπως αναφέρθηκε και παραπάνω είναι η εξώθηση του διαστολέα ιστού ή του εμφυτεύματος μέσω του δέρματος. Εάν το εμφύτευμα είναι ορατό, πιθανότατα θα χρειαστεί να αφαιρεθεί. Επειδή το δέρμα του μαστού είναι συχνά πολύ λεπτό μετά τη μαστεκτομή, η τοποθέτηση του εμφυτεύματος απευθείας κάτω από το δέρμα από δεν παρέχει επαρκή προστατευτική κάλυψη και επομένως δεν είναι πλέον αποδεκτή τεχνική αποκατάστασης. Η συστολή της κάψας είναι άλλη μια πιθανή και πιο συχνή επιπλοκή της αποκατάστασης με βάση τα εμφυτεύματα. Σε όλες τις περιπτώσεις το σώμα σχηματίζει ένα προστατευτικό κάλυμμα, την ινώδη κάψουλα γύρω από το εμφύτευμα. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται ενθυλάκωση. Τις περισσότερες φορές, η κάψουλα είναι σχετικά λεπτή. Ωστόσο, η κάψουλα μπορεί να παχύνει, να σκληρύνει και να συστέλλεται, γεγονός που συνιστά καψική συστολή. Αν και σπάνιες, οι έντονες συσπάσεις προκαλούν παραμόρφωση του αποκατεστημένου μαστού καθώς και πόνο. Οι σοβαρές συσπάσεις απαιτούν επέμβαση για την αντικατάσταση ή την αφαίρεση του εμφυτεύματος και τη θεραπεία της υπερβολικά παχύρευστης κάψουλας. Εάν η σύσπαση επαναληφθεί τότε μπορεί να χρειαστεί αποκατάσταση με χρήση αυτόλογου ιστού (Risal et al., 2008).
- ✓ Αυτόλογη αποκατάσταση: Με αυτή την επιλογή αποκατάστασης χρησιμοποιείται το δέρμα, το λίπος και ο μυς του ίδιου του ασθενούς για την αποκατάσταση του τοιχώματος του μαστού. Η μεταμόσχευση αυτόλογου λίπους είναι μια διαδικασία όπου συλλέγεται το λίπος από μια άλλη περιοχή του σώματος με τη μέθοδο της

λιποαναρρόφησης και έπεται τοποθετείται με ενέσεις από μικρούς σωληνίσκους στην περιοχή του μαστού (Εικόνα 3,4) (Somogyi et al., 2018).



Εικόνα 3: Αποκατάσταση μαστού με αυτόλογο ιστό.

<https://www.vvenizelos.gr>



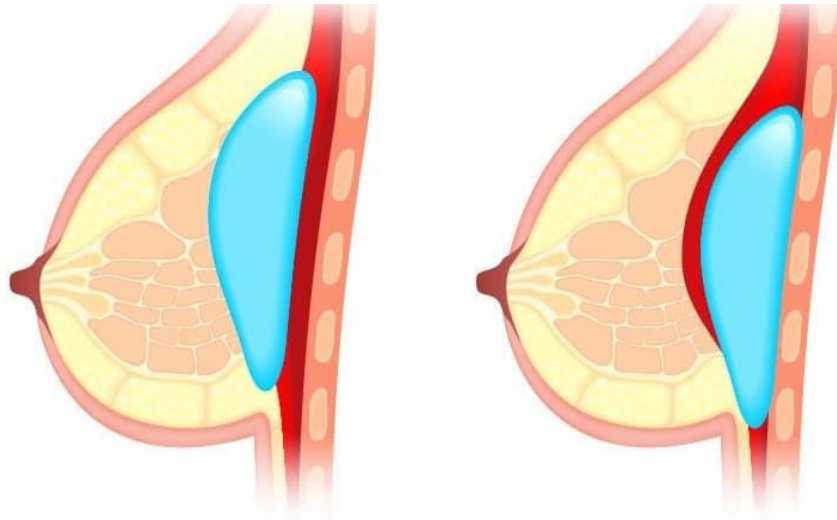
Εικόνα 4: Αυτόλογη αποκατάσταση μαστού.

<https://www.vvenizelos.gr>



Εικόνα 5: Εμφυτεύματα σιλικόνης

<https://plastikos-gravvanis.gr>



Over the Muscle

Under the Muscle

Εικόνα 6: Εμφυτεύματα
φυσιολογικού ορού.

<https://plastikos-gravvanis.gr>

Πραγματοποιήθηκε έρευνα μετά από δύο χρόνια σε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε αυτόλογη αποκατάσταση. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης με τον μαστό και την ποιότητα ζωής τους συγκριτικά με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση με εμφυτεύματα (Santosa et al., 2018). Κατά μέσο όρο η αυτόλογη αποκατάσταση μαστού χρησιμοποιήθηκε περισσότερο σε σύγκριση με την αλλοπλαστική αποκατάσταση. Βέβαια δεν έχει ερευνηθεί εάν οι γυναίκες που επιλέγουν αυτόλογη αποκατάσταση μαστού είναι ικανοποιημένες ούτως ή αλλιώς πριν την αποκατάσταση σε σχέση με τις γυναίκες που επιλέγουν αλλοπλαστική αποκατάσταση. Είναι πιθανό προεγχειρητικά να υπάρχει διαφορά στην ικανοποίηση των μαστών μεταξύ των δύο ομάδων αποκατάστασης (Eltahir et al., 2020).

Όσον αφορά την επιλογή του χρόνου που θα πραγματοποιηθεί η αποκατάσταση του μαστού έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της (Lamp & Lester, 2015). Για να παρθεί η τελική απόφαση για το χρόνο αποκατάστασης θα πρέπει να συνεργαστεί η διεπιστημονική ομάδα, που αποτελείται από τους θεράποντες ιατρούς της ασθενούς, δηλαδή, τον χειρουργό, τον ογκολόγο και τον πλαστικό χειρουργό. Ο χρόνος αποκατάστασης του μαστού μπορεί να ποικίλλει. Η επιλογή του σωστού χρόνου και μεθόδου αποκατάστασης απαιτεί σωστή επικοινωνία και συντονισμό μεταξύ της ασθενούς, του ογκολόγου και της διεπιστημονικής χειρουργικής, της ομάδας που αποτελείται από ειδικούς τόσο του μαστού όσο και της πλαστικής χειρουργικής (Risal et al., 2008). Το σημαντικότερο όλων είναι η ασθενής που βρίσκεται στη θέση αυτή να έχει ενημερωθεί για όλες τις διαθέσιμες επιλογές, με τα θετικά και τα αρνητικά αυτών (Holm et al., 2006).

Η πρώτη επιλογή είναι η χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση του μαστού να πραγματοποιηθεί ή να αρχίσει τη στιγμή της μαστεκτομής και ονομάζεται άμεση αποκατάσταση (Κοτταράς & Δασκαλάκη, 2014). Σε περιπτώσεις όπου η ασθενής είναι βέβαιη πως θέλει να προχωρήσει σε αποκατάσταση μαστού, έχει γνώση των συνεπειών και υπάρχει διαθέσιμη ομάδα επανορθωτικής χειρουργικής, η αποκατάσταση μπορεί να αρχίσει αμέσως μετά τη μαστεκτομή. Η άμεση αποκατάσταση έχει το πλεονέκτημα της βελτιωμένης αισθητικής και καλύτερης εικόνας σώματος ενώ μειώνει το αίσθημα απώλειας που μπορεί να συνοδεύει τη μαστεκτομή (Risal et al., 2008). Επιπρόσθετα, η ασθενής έχει μια καλύτερη και θετικότερη εικόνα για την αντιμετώπιση της ασθένειας (Savioli et al., 2020). Επίσης, πραγματοποιείται την ίδια στιγμή και τα εμφανή πλεονεκτήματα αυτής της επιλογής είναι ο μειωμένος αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων, η παροχή βελτιωμένης ψυχολογικής διάθεσης και η διατήρηση μεγάλου μέρους του δέρματος του μαστού και της θηλής

(Somogyi et al., 2018). Επιπλέον, βοηθά τις γυναίκες να αποφύγουν την οπτική επαφή με το ακρωτηριασμένο μέλος με αποτέλεσμα η ασθενής να προσαρμόζεται ευκολότερα στη νέα πραγματικότητα και η ανάρρωση της, ψυχολογική και σωματική να επιτυγχάνεται συντομότερα. Οι τελευταίες πληροφορίες δείχνουν να ενθαρρύνουν την απόφαση για άμεση αποκατάσταση εφόσον θεωρείται η πλέον ασφαλέστερη μέθοδος για τη γυναίκα η οποία παρέχει μόνο θετικά αισθητικά αποτελέσματα.

Η άλλη επιλογή είναι η χειρουργική αποκατάσταση να προγραμματιστεί όταν οι τομές της μαστεκτομής έχουν επουλωθεί και έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία του καρκίνου του μαστού και ονομάζεται ετεροχρονισμένη αποκατάσταση. Η καθυστερημένη αποκατάσταση, μπορεί να πραγματοποιηθεί μήνες ή και χρόνια μετά τη μαστεκτομή (Κοτταράς & Δασκαλάκη, 2014). Η επιλογή αυτή, θα δώσει στην ασθενή περισσότερο χρόνο να σκεφτεί και να αποφασίσει τι προτιμά (Risal et al., 2008). Υπάρχουν βέβαια και ορισμένες περιπτώσεις με ασθενείς όπου η νόσος είναι προχωρημένη και δεν μπορεί να ελεγχθεί, τότε η επιλογή αυτή συνιστάται από τους περισσότερους ογκολόγους (Somogyi et al., 2018). Επίσης, εάν απαιτείται ακτινοβολία, η ασθενής υποβάλλεται σε ετεροχρονισμένη αποκατάσταση μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας, με το περίβλημα του δέρματος του μαστού να διατηρείται για καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα (Risal et al., 2008). Σε έρευνα αναφέρεται πως παρότι η άμεση αποκατάσταση είναι η πλέον διαδεδομένη, αρκετές γυναίκες δεν αποφασίζουν να πραγματοποιήσουν ταυτόχρονα με την μαστεκτομή την αποκατάσταση (Στυλιανού, 2015).

Γενικότερα, έχει φανεί ότι τα ποσοστά άμεσης αποκατάστασης μετά τη μαστεκτομή κυμαίνονται από 7% έως 18% όπως δείχνουν τα δεδομένα σε επίπεδα πληθυσμού. Οι διαφορές στα ποσοστά συσχετίζονται με δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η φυλή, η ηλικία, το στάδιο του όγκου και η γεωγραφική θέση (Agarwal et al., 2010). Τα τελευταία δεδομένα ενισχύουν την απόφαση για άμεση αποκατάσταση εφόσον θεωρείται η πλέον ασφαλέστερη μέθοδος για τη γυναίκα η οποία παρέχει θετικά αισθητικά αποτελέσματα (Savioli et al., 2020). Είναι βέβαιο και αποδεδειγμένο ότι η άμεση αποκατάσταση του μαστού μπορεί να βελτιώσει την εικόνα του σώματος, να ενισχύσει τη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα και να έχει θετικά αποτελέσματα στην ψυχολογική υγεία και ποιότητα ζωής της ασθενούς, ειδικότερα όταν πρόκειται για νεαρές γυναίκες.

Επίσης, υπάρχει μια ακόμη επιλογή που ονομάζεται «καθυστερημένη-άμεση» αποκατάσταση. Η επιλογή αυτή περιλαμβάνει την τοποθέτηση ενός διαστολέα τη στιγμή

που πραγματοποιείται η μαστεκτομή ώστε να διατηρηθεί το περίβλημα του δέρματος του μαστού μέχρι να βγουν τα παθολογοανατομικά αποτελέσματα και να αποφασιστεί εάν χρειάζεται ή όχι ακτινοθεραπεία (Risal et al., 2008).

Συμπερασματικά, θα πρέπει να τονιστεί πως η επιλογή της αποκατάστασης είναι εξατομικευμένη διαδικασία που λαμβάνει υπόψη τη συνολική υγεία, το σχέδιο θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού και τις προσωπικές προτιμήσεις του ασθενούς. Κατά συνέπεια, μια στρατηγική που λειτουργεί σε έναν ασθενή δεν είναι απαραίτητο να ικανοποιήσει και να βοηθήσει κάποιον άλλο ασθενή (Risal et al., 2008). Αξίζει επίσης να επισημανθεί ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της αποκατάστασης και τον χρόνο, οι περισσότερες γυναίκες εντοπίζουν βελτίωση στην ποιότητα ζωής, την ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία εφόσον η εικόνα του σώματος είναι αναβαθμισμένη (Somogyi et al., 2018). Οι επιλογές της θεραπείας θα πρέπει να γίνονται σε συνεργασία με τον ασθενή. Οι πληροφορίες σχετικά με τη νόσο θα πρέπει να παρέχονται συχνά, προφορικά και γραπτά, με απλή και κατανοητή γλώσσα ώστε η γυναίκα που βρίσκεται στην στρεσογόνα αυτή κατάσταση να αντιλαμβάνεται σωστά τις επιλογές που έχει. Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τους Zhang και συν., (2017), απαιτείται περισσότερη έρευνα και μελέτη προκειμένου να αποσαφηνιστεί ο ενδεδειγμένος χρόνος αποκατάστασης.

3.2 Στατιστικά στοιχεία αποκατάστασης του μαστού και έρευνες ως προς την αποκατάσταση μαστού

Έπειτα από αναλύσεις δεδομένων για 1517 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή για καρκίνο του μαστού στο νοσοκομείο Johns Hopkins μεταξύ 2003 και 2015 φάνηκε ότι 504 (33,2%) γυναίκες υποβλήθηκαν μόνο σε μαστεκτομή και 1013 (66,8%) υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και άμεση αποκατάσταση του μαστού (Siotos et al., 2019).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο στην Κορέα, από τις 31.155 γυναίκες που πραγματοποίησαν μαστεκτομή, συνολικά υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση μαστού 7.088 γυναίκες. Οι 2.386 γυναίκες επέλεξαν αυτόλογη αποκατάσταση μαστού (33,66%) και οι 4.702 αποφάσισαν να αποκαταστήσουν τον μαστό τους με βάση τα εμφυτεύματα (66,34%). Οι 1.896 περιπτώσεις (40,32%) ήταν άμεση εφαρμογή εμφυτεύματος και 2.806 (59,68%) αφορούσαν χρήση διαστολέα. Από την 1^η Απριλίου του 2015 έως τις 31 Δεκεμβρίου του 2016, ο συνολικός αριθμός των γυναικών που πραγματοποίησαν αποκατάσταση μαστού ήταν 7.088, που αντιστοιχεί στο 22,75% των 31.155 περιπτώσεων μαστεκτομής (Kim et al., 2018).

Σύμφωνα με την στατιστική έκθεση ASPS, ο αριθμός των αποκαταστάσεων μαστού στις ΗΠΑ το 2000, το 2015 και το 2016 ήταν 78832, 106,338 και 109,256 αντίστοιχα. Αυτοί οι αριθμοί αυξήθηκαν κατά 39% από το 2000 έως το 2006 και κατά 3% από το 2015 έως το 2016 (Kim et al., 2018).

Επιπρόσθετα, σε άλλη έρευνα, εντοπίστηκαν 12.296 γυναίκες με άμεση αποκατάσταση μαστού. Συγκεκριμένα, 4.257 γυναίκες με αυτόλογη αποκατάσταση μαστού (35%) και 8.039 με εμφυτεύματα (65%) αποκατάσταση μαστού. Το ποσοστό της αυτόλογης αποκατάστασης μαστού μειώθηκε από 47,2% το 2004 σε 32,7% το 2014 (Lemaine et al., 2020).

Σε άλλη μελέτη εξετάστηκαν οι απαντήσεις από 134 πλαστικούς χειρουργούς με ποσοστό ανταπόκρισης 74,4%. Οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς τους που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση την πραγματοποίησαν ταυτόχρονα με την μαστεκτομή με μέσο όρο 79,7%. Οι αποκαταστάσεις με εμφυτεύματα ήταν η κυρίαρχη μορφή ανακατασκευής με τους ερωτηθέντες να αναφέρουν κατά μέσο όρο το 72,6% των ασθενών τους που είχαν αποκατάσταση με διαστολέα-εμφυτεύματος (Momoh et al., 2020).

Επιπλέον, 81 γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή, εκ των οποίων οι 53 (65,4%) υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση του μαστού. Η ποιότητα ζωής δεν ήταν σημαντικά καλύτερη στην ομάδα αποκατάστασης από την ομάδα χωρίς αποκατάστασης (Siqueira et al., 2020).

Μεταξύ της καθυστερημένης αυτόλογης, της αποκατάστασης μαστού με βάση τα εμφυτεύματα, την εικόνα του σώματος και την ικανοποίηση της σεξουαλικής σχέσης σε άλλη μελέτη δεν βρέθηκαν σοβαρές διαφορές ενώ παράλληλα σε άλλη έρευνα βρέθηκαν καλύτερα σεξουαλικά και αισθητικά αποτελέσματα μετά την αυτόλογη αποκατάσταση μαστού (Van de Grift et al., 2020). Βρέθηκε επίσης, ότι η συμμετοχή του συντρόφου στην προεγχειρητική λήψη αποφάσεων σε γυναίκες που επέλεξαν την αποκατάσταση του μαστού ήταν σημαντική (Kwait et al., 2016).

Τέλος, σε άλλη έρευνα 121 ασθενείς (21%) με μέση ηλικία τα 47,5 έτη πραγματοποίησαν αποκατάσταση μαστού. Το 31% δηλαδή 38 ασθενείς είχαν άμεση αποκατάσταση ενώ 83 (69%) καθυστέρησαν. Το 36% δηλαδή 44 γυναίκες είχαν μετεγχειρητική ακτινοβολία και 36 από αυτές έκαναν χημειοθεραπεία. Όταν οι ασθενείς ρωτήθηκαν: πόσο ικανοποιημένοι είστε με το αισθητικό αποτέλεσμα της επέμβασης σας; Το 91% της ευρείας τοπικής εκτομής ήταν πολύ ή μετρίως ικανοποιημένοι με το αισθητικό αποτέλεσμα σε σύγκριση με το 80% της ομάδας αποκατάστασης μαστού και το 73% της ομάδας της απλής μαστεκτομής. Σε

αυτή τη μελέτη, η ικανοποίηση του ασθενούς με την αισθητική έκβασης μετά από ευρεία τοπική εκτομή βρέθηκε να είναι πολύ ανώτερη από εκείνη με την αποκατάσταση του μαστού (Al-Ghazal et al., 2000).

3.3 Πεποιθήσεις για την αποκατάσταση μαστού

Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ασθενών που διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού καθώς και πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν ψευδείς και λανθασμένες πεποιθήσεις ως προς την αποκατάσταση του μαστού. Οι ασθενείς πολύ συχνά εμφανίζουν τη δυσαρέσκεια τους στην αποκατάσταση του μαστού εξαιτίας της ηλικίας τους, αισθάνονται ματαιοδοξία και ανησυχούν ότι η αποκατάσταση θα λειτουργήσει αρνητικά στην θεραπεία τους και τελικώς στην ίαση του καρκίνου. Θεωρούν πως η αποκατάσταση του μαστού ενέχει κινδύνους, είναι επικίνδυνη και γεμάτη επιπλοκές. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν αντενδείξεις για την αποκατάσταση του μαστού. Βέβαια, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η γενική υγεία των ασθενών και ο τύπος και ο βαθμός κακοήθειας. Η αποκατάσταση του μαστού δεν οδηγεί σε υποτροπή ούτε δυσκολεύει την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου. Επιπροσθέτως, η άμεση αποκατάσταση δεν αυξάνει τη συχνότητα τοπικής υποτροπής (Savioli et al., 2020). Τέλος, όλες οι γυναίκες μπορούν να επιλέξουν να προχωρήσουν σε αποκατάσταση του μαστού ή όχι. Ωστόσο, θα πρέπει να λάβουν την κατάλληλη εκπαίδευση και υποστήριξη ώστε να επιτρέπεται η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων (Somogyi et al., 2018).

4. Εικόνα σώματος σε γυναίκες με μαστεκτομή

Η υποκειμενική αξιολόγηση του σώματος διατυπώνεται ως η εκτίμηση και ο σεβασμός του σώματος χωρίς να υπάρχουν ψεγάδια ή ατέλειες (Laza-Vásquez et al., 2021). Η Alexander Lowen αναφέρεται στο ζωτικό ρόλο της εικόνας του σώματος στη ζωή μας. Κατασκεύασε την έννοια της «προδοσίας» του σώματος και αναφέρεται στο αίσθημα της απώλειας του παλιού εαυτού (Kołodziejczyk & Pawlowski., 2019). Κάθε γυναίκα αποδίδει μια αξία στον μαστό της και ένα νόημα που δεν εκφράζει την πραγματική υλική αξία αλλά το νόημα που αντιπροσωπεύει και μπορεί να φανερώσει πως αντιλαμβάνονται την εικόνα του σώματός τους έπειτα από μαστεκτομή (Tyner & Freysteinson, 2023). Είναι γεγονός πως οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού, χωρίς να διαδραματίζει ρόλο η ηλικία, βιώνουν σοβαρές αλλαγές στην εικόνα του σώματός τους, οι οποίες επηρεάζουν στο μέγιστο την εικόνα του εαυτού τους και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους. Η εικόνα του σώματος επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής των ανθρώπων γενικότερα, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής και σωματικής υγείας, του τρόπου με τον οποίο φροντίζουν τον εαυτό τους και του τρόπου με τον οποίο αλληλοεπιδρούν ο ένας με τον

άλλον. Είναι ένα ψυχολογικό κατασκευάσμα ως προς τις αντιλήψεις, τα συναισθήματα και τις στάσεις που έχουν τα άτομα σχετικά με το σώμα τους (Muzzatti & Annunziata, 2017). Εφόσον η μαστεκτομή στιγματίζει κάθε άνθρωπο με διαφορετικό τρόπο, δεν είναι παράδοξο το γεγονός ότι οι μελέτες βρίσκουν αλληλοσυγκρουόμενα αποτελέσματα σχετικά με το πως επηρεάζεται η εικόνα του σώματος (Tyner & Freysteinson, 2023). Οι αλλαγές στο σώμα μπορούν να συμβάλλουν σε μείωση της αυτοεκτίμησης και παράλογα πιστεύω για τον ίδιο τον άνθρωπο (Kołodziejczyk & Pawlowski, 2019). Η απουσία του μαστού αλλάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την εικόνα του σώματος αλλά και την υποκειμενική αντίληψη που έχει η ίδια η ασθενής για τον εαυτό της η οποία επηρεάζει και τη σεξουαλική της δραστηριότητα (Υφαντής, 2021). Ο κλωνισμός της εικόνας του σώματος σε άτομα με καρκίνο μπορεί να είναι σημαντικά μεγάλος, καθώς το σώμα τους είναι διαφορετικό μετά την επέμβαση, πόσο μάλλον σε γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή (Tyner & Freysteinson, 2023). Η εικόνα του σώματος είναι μια περίπλοκη έννοια, η οποία παρουσιάζει τα υποκειμενικά, συναισθηματικά, γνωστικά και συμπεριφορικά στοιχεία (Rodrigues et al., 2023). Οι νεότερες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή βρέθηκαν να έχουν περισσότερα συναισθήματα φόβου και άγχους για την εικόνα του σώματος (Phoosuwan & Lundberg, 2023). Δυσμενείς είναι οι συνέπειες που έχουν σχέση με την εμφάνιση όπως απουσία ή παραμορφώσεις στο σημείο του μαστού που μεταβάλλουν την αντίληψη της εικόνας του σώματος και εκδηλώνουν έντονα μη επιθυμητά - αρνητικά συναισθήματα (Sebri et al., 2021). Ο σεβασμός του σώματος και η ποιότητα ζωής διαφέρουν ανάλογα την συννοσηρότητα του κάθε ασθενή (Laza-Vásquez et al., 2021). Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αισθάνονται αποκρουστικές και καθόλου γοητευτικές. Επίσης, θεωρούσαν ότι «κάτι θα άλλαζε για πάντα», περιμένοντας πως η εικόνα σώματός τους δε θα ήταν ποτέ ξανά όπως πριν (Rodrigues et al., 2023). Για αυτό το λόγο, πασχίζουν να είναι ολόκληρες και επιλέγουν την αποκατάσταση του μαστού (Fang et al., 2013). Με αυτή τους την απόφαση μπορεί να έχουν καλύτερη σωματική υγεία και εικόνα σώματος συγκριτικά πάντα με τις γυναίκες που επιλέγουν να μην πραγματοποιήσουν αποκατάσταση μαστού. Ωστόσο, ακόμη και γυναίκες με αποκατεστημένο μαστό μπορεί να είναι ικανοποιημένες με τη συνολική εικόνα του σώματός τους, αλλά εξακολουθούν να μην αισθάνονται άνετα με την νέα τους εικόνα (Phoosuwan & Lundberg, 2023). Ο μαστός θεωρείται μέρος του σώματος και συμβολίζει τη μητρότητα και τη θηλυκότητα της γυναίκας (Pacarić et al., 2021). Για να υπάρξει μια σωστή αξιολόγηση ως προς την εμπειρία της μαστεκτομής και τον αντίκτυπο της στην εικόνα του σώματος, πρέπει να επισημανθεί η σημαντικότητα της χρήσης καθρέφτη και να ερωτηθούν οι γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή πως σκέφτονται και πως αισθάνονται όταν

κοιτάζονται στον καθρέφτη. Διάφορα έγκυρα μέσα έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της σωματικής εικόνας και της ικανοποίησης από την εμφάνιση σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή αλλά ελάχιστα αναφέρονται στη χρήση καθρέφτη (Tyner & Freysteinson, 2023). Οι γυναίκες αντιλαμβάνονται ότι η μαστεκτομή ήταν η μόνη λύση ώστε να μην έρθουν αντιμέτωπες με τον θάνατο. Κατανοούν ότι οι αλλαγές στο σώμα τους είναι αναγκαίες ώστε να μπορέσουν να ζήσουν. Παρόλα αυτά, η θλίψη για την απώλεια του μαστού και για την αλλαγμένη εικόνα του σώματός τους επικρατεί (Rodrigues et al., 2023). Οι γυναίκες δεν προθυμοποιούνται να κοιτάξουν τον εαυτό τους μετά από την μαστεκτομή λόγω των χειρουργικών ουλών. Αισθάνονται αποκρουστικές και λιγότερο θελκτικές (Sebri et al., 2023). Το να βλέπει κανείς τον εαυτό του στον καθρέφτη μετά την μαστεκτομή μπορεί να είναι αποθαρρυντικό ειδικά εάν η εικόνα δεν είναι αυτή που περίμενε να αντικρύσει (Tyner & Freysteinson, 2023). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η μαστεκτομή επηρεάζει αρνητικά την εικόνα του σώματος. Ωστόσο, σε μια μελέτη των Menon και O' Mahony το 2019 αν και οι γυναίκες είχαν τους προβληματισμούς τους για την καθημερινή τους εμφάνιση, οι παρατηρήσεις τους για την εικόνα του σώματος ήταν κυρίως θετικές (Tyner & Freysteinson, 2023). Μια συστηματική ανασκόπηση των Zehra και συν., το 2020, συγκρίνοντας την εικόνα του σώματος σε γυναίκες με αποκατάσταση και χωρίς αποκατάσταση μαστού, βρήκε επίσης διαφορετικά αποτελέσματα. Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες φαίνεται πως τείνουν προς την αποκατάσταση του μαστού (Tyner & Freysteinson, 2023). Επιπλέον, η εικόνα του σώματος μπορεί να επηρεάσει την αντοχή τους για ζωή. Συγκεκριμένα, η υπομονή τους είναι στενά συνδεδεμένη με την ευαρέσκειά τους από την εικόνα του σώματος. Αυτό σημαίνει πως όταν μια γυναίκα δεν είναι ικανοποιημένη από την εικόνα της αυξάνεται η ψυχολογική δυσφορία και έτσι οι αντοχές στον καρκίνο του μαστού και την πορεία της νόσου μειώνονται. Όσες γυναίκες είναι ευχαριστημένες με την εικόνα του σώματός τους έχουν μεγαλύτερη υπομονή. Φαίνεται πως η προσωπικότητα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αντίληψη της ασθένειας και της εικόνας σώματος ενός ατόμου (Chiu et al., 2023). Η μη ικανοποιητική εικόνα σώματος επιδρά αρνητικά στις κοινωνικές αλλά και στις σεξουαλικές σχέσεις εξαιτίας του φόβου τους πως δεν θα είναι σαηγευτικές για τον σύντροφό τους (Sebri et al., 2023). Επιπλέον, η εικόνα του σώματος συνδέθηκε με την ποιότητα ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και το είδος της επέμβασης επιδρά στην ικανοποίηση από την εμφάνιση. Η αιτία μπορεί να είναι ότι μετά τη μαστεκτομή οι γυναίκες ένιωσαν δυσαρέσκεια με την εμφάνιση τους και με τις χειρουργικές ουλές (Phoosuwan & Lundberg, 2023). Θεωρείται ότι η αποκατάσταση του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής και ικανοποίηση των γυναικών (Fang et

al.,2013). Άλλες πάλι γυναίκες ανέφεραν πως ο μαστός τους δεν τις καθόριζε, με πολλές να αισθάνονται όμορφα και υπερήφανες για τις ουλές τους (Tyner & Freysteinson, 2023). Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι το σώμα είναι μια βασική πτυχή της ικανοποίησης της ζωής των γυναικών μετά την μαστεκτομή (Phoosuwan & Lundberg, 2023). Όπως ήδη έχει αναφερθεί πρέπει να υπάρξει υποστήριξη απέναντι στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού διότι μπορεί να εμφανίσουν ψυχολογική δυσφορία και διαταραχές της εικόνας του σώματος (Tyner & Freysteinson, 2023).

5. Σεξουαλικότητα

Η σεξουαλικότητα είναι ένας πολύπλευρος τομέας όπου περιλαμβάνει πτυχές βιολογικές, κοινωνικοπολιτιστικές και ψυχοκοινωνικές (Nardin et al., 2020). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2006) είναι «μία κεντρική πτυχή του να είσαι άνθρωπος σε όλη σου τη ζωή» καθώς επίσης η σεξουαλική δραστηριότητα έχει βρεθεί ότι συνδέεται με αυξημένη απόλαυση για ζωή (Smith et al., 2019). Η σεξουαλική ικανοποίηση της ασθενούς και του συντρόφου της είναι σημαντικό ζήτημα. Η ψυχολογική δυσφορία και οι μεταβαλλόμενοι κοινωνικοί ρόλοι που μπορεί να επιφέρει η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού επηρεάζει τη σεξουαλική σχέση του ζευγαριού (Fletcher et al., 2010, Ussher et al., 2012, Keesing et al., 2016). Η σεξουαλικότητα αποτελεί μέρος της ποιότητας ζωής της ασθενούς και αυτός είναι ο λόγος που θα πρέπει να αξιολογείται είτε ταυτόχρονα με τον σύντροφο είτε κατά μόνας (Nardin et al., 2020). Μερικά ζευγάρια μπορεί να βιώσουν μια ενδυναμωμένη σεξουαλική σχέση ενώ άλλα ζευγάρια μπορεί να έρχονται λιγότερο συχνά σε σεξουαλική πράξη ή ακόμη και να πάψουν να είναι σεξουαλικά ενεργά (Ussher et al., 2012, Male et al., 2016). Η σεξουαλικότητα είναι ένα ζήτημα που αφορά και τους δύο συντρόφους εξίσου. Ενώ οι σεξουαλικές αλλαγές είναι κοινές και οδυνηρές για ασθενείς όλων των ηλικιών, οι νεότεροι επιζώντες και τα ζευγάρια διατρέχουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχολογικής δυσφορίας λόγω τέτοιων αλλαγών συγκριτικά με τους μεγαλύτερους ασθενείς (Gorman et al., 2022). Η έρευνα έχει επισημάνει τις δυσκολίες στην επανέναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τα ζευγάρια (Loaring et al., 2015, Keesing et al., 2016). Η σεξουαλική ποιότητα ζωής είναι συνδεδεμένη με τις σεξουαλικές σχέσεις. Η κακή σεξουαλική ποιότητα ζωής εμφανίζεται με μειωμένη σεξουαλική λειτουργία και μειωμένη ευχαρίστηση (Xu et al., 2023). Επιπλέον, πολλές γυναίκες με καρκίνο του μαστού δικαιολογούν τη μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα λόγω του γενικότερου πόνου που αισθάνονται και της μειωμένης λίμπιντο (Ussher et al., 2015).

Είναι γενικά πιστευτό από την κοινωνία ότι οι μαστοί της γυναίκας είναι το «μέσο» της σεξουαλικής διέγερσης των συντρόφων. Έτσι, έπειτα από τη μαστεκτομή οι σύντροφοι δυσκολεύονται να αισθανθούν έλξη για τις γυναίκες τους (Olasehinde et al., 2019). Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι σοβαρή επιπλοκή της ογκολογικής θεραπείας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των γυναικών. Σε έρευνα όπου συμπεριλήφθηκαν γυναίκες ασθενείς ηλικίας κάτω των 35 ετών, οι μισές περίπου από αυτές δήλωσαν δυσαρέσκεια απέναντι στη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Από την αρχή της θεραπείας του καρκίνου του μαστού θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για τη βελτίωση της σεξουαλικής ζωής των ασθενών. Είναι σύνηθες οι γυναίκες να επιλέγουν να ενημερώνονται για τα ζητήματα περί σεξουαλικής υγείας από επαγγελματίες υγείας (Nardin et al., 2020). Σημαντική είναι η καλή επικοινωνία, δηλαδή ο τρόπος ανταλλαγής σκέψεων, ιδεών, συναισθημάτων με την ασθενή και τον σύντροφό της. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να επιλέγει οι συζητήσεις να είναι ‘φανερές’ σχετικά με τη σεξουαλικότητα των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού, χωρίς φόβο και ντροπή (Kufel-Grabowska et al., 2022). Συμπερασματικά, οι βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με την σεξουαλικότητα και τον καρκίνο του μαστού φαίνεται πως είναι ελλιπείς (Ussher et al., 2012, Male et al., 2016).

5.1 Μέτρηση σεξουαλικότητας

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού μπορεί να βιώσουν αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία και στην εικόνα του σώματος με αποτέλεσμα να επηρεάσουν σοβαρά την ποιότητα ζωής τους (Pacarić et al., 2021). Διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αξιολογούν την σεξουαλικότητα σε γυναίκες με καρκίνο μαστού που έχουν πραγματοποιήσει μαστεκτομή με ή χωρίς αποκατάσταση. Συγκεκριμένα, σε έρευνα του Jankowska το 2013 έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ώστε να παρουσιάσει νέα ερευνητικά αποτελέσματα σχετικά με τη σεξουαλική ζωή των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση επιστημονικών άρθρων με την βοήθεια των μέσων περιήγησης PubMed και Medline και του διαδικτύου χρησιμοποιώντας τις φράσεις: σεξουαλικότητα, σεξουαλική κατάσταση και καρκίνος του μαστού. Σε μία συγχρονική μελέτη εξετάστηκαν 123 ασθενείς με καρκίνο μαστού. Η σεξουαλική τους υγεία μετρήθηκε χρησιμοποιώντας τον Δείκτη Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας (FSFI) (Yuan et al., 2020). Σε άλλη έρευνα που διεξήγαγαν οι Maleki και συν. το 2021, τα ευρήματα της έρευνας οδήγησαν στην ανάπτυξη του επικρατών θέματος της ‘ανεκπλήρωτης σεξουαλικής ζωής’. Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα με σκόπιμη δειγματοληψία. Για τη συλλογή των δεδομένων επιτελέστηκαν σε βάθος ημιδομημένες συνεντεύξεις. Σε ερευνητική εργασία των Pacarić και συν. το 2021,

οι συμμετέχοντες με μαστεκτομή βαθμολόγησαν τη σεξουαλική τους λειτουργία με τη χρήση της κλίμακας EORTC QLQ-BR 23. Το 2022 οι Che Ya και συν., χρησιμοποίησαν έναν ποιοτικό σχεδιασμό με μια φαινομενολογική προσέγγιση, δηλαδή διερεύνηση των φαινομένων για να καταλήξει σε ερμηνευτική κατανόηση της γυναικείας σεξουαλικής ανικανότητας σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Επιπλέον, σε άλλη μελέτη χρειάστηκε 60 γυναίκες να συμπληρώσουν τον Δείκτη Γυναικείας Λειτουργίας, την Κλίμακα Εικόνας Σώματος και το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Ευρωπαϊκού Οργανισμού (Campos et al., 2022). Στη Δανία διεκπεραιώθηκε μια έρευνα όπου συμμετείχαν γυναίκες με καρκίνο του μαστού και οι σύντροφοί τους σε διαχρονική μελέτη. Οι διαχρονικές αναλύσεις στρωματοποιήθηκαν ώστε να εξεταστεί η σεξουαλική δραστηριότητα των ζευγαριών μετά τη μαστεκτομή (Rottmann et al., 2022). Τέλος, η έρευνα σε άλλη μελέτη ήταν ανοιχτή πιλοτική. Από τις γυναίκες που παραπέμφθηκαν στο Ινστιτούτο Καρκίνου του Μαστού της Τεχεράνης, επιλέχθηκαν 32 με δειγματοληψία ευκολίας. Το εργαλείο συλλογής δεδομένων ήταν τα ερωτηματολόγια FSFI (Δείκτης Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας) και σεξουαλικής ικανοποίησης, τα οποία συμπληρώθηκαν πριν, μετά και ένα μήνα αργότερα από την παρέμβαση. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με χρήση στατιστικού λογισμικού SPSS (Bokaie et al., 2022).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. Μεθοδολογία της έρευνας

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα διπλωματική εργασία ήταν η συγχρονική και συγκριτική μελέτη. Στη συγχρονική μελέτη η πληροφορία αναφορικά με τον προσδιοριστή και την έκβαση αφορά μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, που είναι η στιγμή της μέτρησης, η στιγμή της απάντησης των ερωτηματολογίων για κάθε συμμετέχοντα, ενώ η συγκριτική εντοπίζει ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών (Γαλάνης, 2017). Ειδικότερα, διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια για την σύγκριση της σεξουαλικότητας σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αποκατάσταση μαστού μετά από μαστεκτομή λόγω καρκίνου του μαστού και σε γυναίκες οι οποίες δεν υποβλήθηκαν σε επέμβαση αποκατάστασης μαστού. Ο χρόνος αξιολόγησης της σεξουαλικότητας των γυναικών ορίστηκε σε τουλάχιστον έξι μήνες μετά το χειρουργείο. Το μέγεθος του δείγματος αποτέλεσαν 25 γυναίκες που προχώρησαν σε αποκατάσταση και 25 που δεν πραγματοποίησαν την επέμβαση, συνολικά 50 γυναίκες. Οι ασθενείς εφόσον εξετάζονταν από τη γιατρό τους, έδειχναν τις διαγνωστικές εξετάσεις και συζητούσαν για την πορεία της νόσου, τους ενημέρωνε ότι είμαι νοσηλεύτρια και διεξάγουμε μια έρευνα που αφορά τη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών που έχουν αφαιρέσει τον μαστό τους. Σπουδαίο είναι το γεγονός ότι καμία γυναίκα δεν αρνήθηκε να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια. Η συμπλήρωση γίνονταν εκτός του εξεταστηρίου, σε σημείο που δεν υπήρχε αυξημένη κινητικότητα ώστε να μην αισθανθούν άβολα.

Τέλος, η ερευνήτρια όρισε το εύρος αναζήτησης και τις λέξεις κλειδιά με τις οποίες θα προβεί σε αναζήτηση των σχετικών με την έρευνα άρθρων στις βάσεις δεδομένων. Αναφορικά με το εύρος αναζήτησης, η έρευνα έγινε σε έγκυρες επιστημονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Scopus, Google Scholar).

6.1 Ηθική και δεοντολογία

Για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης είχε εξασφαλιστεί έγκριση της από το Νοσοκομείο. Όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη κλήθηκαν να συναινέσουν για τη συμμετοχή τους εγγράφως, σε ειδικά διαμορφωμένο έντυπο, μετά από ενημέρωση για τους σκοπούς της μελέτης. Με τον τρόπο αυτό, διασφαλίστηκαν οι βασικές ηθικές αρχές που διέπουν την έρευνα για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει ο καθένας.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ΑΝΩΝΥΜΑ, που σημαίνει ότι δεν μπορούν να ταυτοποιηθούν τα στοιχεία των συμμετεχόντων μέσα από τις απαντήσεις τους. Οι συμμετέχοντες γνώριζαν τα στοιχεία του ερευνητή μέσα από το έντυπο συγκατάθεσης

και οποιαδήποτε στιγμή μπορούσαν να εκφράσουν τις απόψεις τους, τα παράπονά τους ή και να αποχωρήσουν από την έρευνα.

Όλες οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια αποτελούν προσωπικά δεδομένα και προστατεύονται σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679, ΓΚΠΔ ή GDPR). Μόνο ο ερευνητής, η διευθύντρια της Μονάδας Μαστού και η τριμελής συμβουλευτική επιτροπή θα έχουν άμεση πρόσβαση στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Τα δεδομένα θα διατηρηθούν για 36 μήνες από την συλλογή τους και κατόπιν θα καταστραφούν.

6.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της αποκατάστασης γυναικών με καρκίνο μαστού στη σεξουαλική τους ζωή.

Επιμέρους στόχοι της παρούσας μελέτης ήταν οι εξής:

- Η σύγκριση της σεξουαλικότητας των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε αποκατάσταση μαστού μετά από μαστεκτομή λόγω καρκίνου του μαστού και εκείνων που δεν έχουν υποβληθεί.
- Η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών με καρκίνο μαστού στη σεξουαλική τους ζωή.

6.3 Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης περιλαμβάνει 25 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή και αποκατάσταση μαστού και 25 γυναίκες οι οποίες δεν επέλεξαν να προβούν σε αποκατάσταση. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στο δείγμα είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους και μπορεί να λάμβαναν ή όχι ορμονοθεραπεία.

Η έρευνα αποσκοπούσε να διερευνηθεί εάν η επιλογή των γυναικών για αποκατάσταση μαστού συνέβαλε στη βελτίωση της σεξουαλικής τους ζωής. Έτσι, υλοποιήθηκε συγκριτική μελέτη ανάμεσα σε δύο ομάδες ασθενών.

Κριτήρια επιλεξιμότητας

- Γυναίκες με καρκίνο μαστού που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.
- Ηλικία άνω των 25 ετών.
- Καλή γραφή, ανάγνωση και κατανόηση της ελληνικής γλώσσας.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Ασθενείς με καρκίνο του μαστού που δεν υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή αλλά σε άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Γυναίκες οι οποίες λαμβάνουν ακόμα κάποιας μορφής θεραπεία.
- Ηλικία κάτω των 25 ετών.
- Έλλειψη ικανότητας ανάγνωσης, γραφής και κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
- Ασθενείς με διαγνωσμένα ψυχιατρικά προβλήματα.

6.4 Δειγματοληψία και εργαλεία της μελέτης

Τρόπος συλλογής δεδομένων: Η ερευνήτρια βρίσκονταν μαζί με την Διευθύντρια της Μονάδας Μαστού στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Εφόσον είχε προηγηθεί η εξέτασή τους, με την βοήθεια της γιατρού, προσεγγίζονταν οι ασθενείς και συγκεκριμένα τους ενημέρωνε για την έρευνα. Γινόταν γνωστό πως η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν προαιρετική, θα διαρκούσε μερικά λεπτά και το απόρρητο των πληροφοριών που θα συγκεντρώνονταν θα ήταν διασφαλισμένο. Στη συνέχεια, στα άτομα που συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη δόθηκαν τα ερωτηματολόγια. Η επιλογή σε ποιες γυναίκες θα δίνονταν τα ερωτηματολόγια γινόταν αποκλειστικά και μόνο από την Διευθύντρια της κλινικής - την ίδια στιγμή στα εξωτερικά ιατρεία, η οποία γνώριζε το ιστορικό των ασθενών. Το ποσοστό απαντητικότητας ήταν 100% εφόσον καμία ασθενής δεν αρνήθηκε να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια. Τα κριτήρια αποκλεισμού είχαν συζητηθεί με την διευθύντρια της Μονάδας οπότε ο αποκλεισμός των ασθενών γίνονταν αυτόματα από την ίδια.

Για την επίτευξη της συγκεκριμένης έρευνας τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής:

- *Ερωτηματολόγιο συλλογής δημογραφικών και κλινικών στοιχείων*
- *CHANGES IN SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE-FEMALE (CSFQ-F)*

Ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση αλλαγών στη σεξουαλική λειτουργία και δραστηριότητα που σχετίζεται με ασθένειες και με τη φαρμακευτική αγωγή. Με τον όρο σεξουαλική δραστηριότητα εννοείται η σεξουαλική επαφή, ο αυνανισμός, οι σεξουαλικές φαντασιώσεις και άλλες σεξουαλικές δραστηριότητες. Είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο της σεξουαλικής λειτουργίας, χρήσιμο τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό περιβάλλον. Είναι ένα ερωτηματολόγιο δεκατεσσάρων ερωτημάτων με πέντε υποκλίμακες οι οποίες είναι οι εξής: 1. Ηδονή 2. Επιθυμία/Συχρότητα 3.

Επιθυμία/Ενδιαφέρον 4. Διέγερση 5. Οργασμός/Ολοκλήρωση. Κάθε ερώτημα βαθμολογείται σε κλίμακες τύπου Likert πέντε σημείων. (Keller et al., 2006).

6.5 Στατιστική ανάλυση δεδομένων και αποτελέσματα

Για τη διαχείριση και στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πακέτο στατιστικής ανάλυσης κοινωνικών επιστημών SPSS (SPSS 25.0 for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Ορισμός μεταβλητών: Οι μεταβλητές της ηλικίας, του φύλου, του μορφωτικού επιπέδου, της οικονομικής κατάστασης, του επαγγέλματος, του τόπου διαμονής, της συννοσηρότητας και της οικογενειακής κατάστασης θεωρήθηκαν ανεξάρτητες, ενώ το ρόλο της εξαρτημένης μεταβλητής είχε η σεξουαλική υγεία.

Ανάλυση δεδομένων μετά τη συλλογή: Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, εισάχθηκαν μετά από κωδικοποίηση προς στατιστική ανάλυση στο στατιστικό πακέτο SPSS για Windows. Για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου υπόθεσης ορίστηκε ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($\alpha \leq 0,05$) για αμφίπλευρο έλεγχο.

7. Αποτελέσματα

Στη μελέτη συμμετείχαν 50 γυναίκες με καρκίνο μαστού που έχουν πραγματοποιήσει μαστεκτομή έξι μήνες μετά το χειρουργείο. Στο ένα γκρουπ ανήκουν 25 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή και αποκατάσταση μαστού και 25 γυναίκες οι οποίες δεν επέλεξαν να προβούν σε αποκατάσταση.

Πρέπει να επισημανθεί πως υπήρξαν γυναίκες όπου εκδήλωσαν το δίλλημά τους να συζητήσουν για αυτό το θέμα. Επιπρόσθετα, μια εκ των γυναικών αυτών, η οποία είχε υποβληθεί σε αποκατάσταση μαστού ανέφερε ότι η σεξουαλικότητα είναι ένα θέμα που δεν το συζητά εύκολα. Επιπλέον, υπήρξαν μερικές γυναίκες χωρίς να έχουν πραγματοποιήσει αποκατάσταση μαστού, οι οποίες ανέφεραν ότι δεν είχαν κανένα πρόβλημα με το σύζυγό τους, δεν ένιωσαν ποτέ μειονεκτικά και ήταν ευγνώμων που ξεπέρασαν την αρρώστια τους. Από την άλλη πλευρά, υπήρξαν και γυναίκες που είχαν προχωρήσει σε αποκατάσταση μαστού και δήλωσαν ότι οι σύντροφοί τους ευθύνονταν για τη μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα. Εν κατακλείδι, το παράδοξο ήταν πως ενώ όλες εξέφρασαν την αμηχανία τους και φάνηκε η αναστάτωσή τους όταν ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας, όλες είχαν την ανάγκη να μιλήσουν για αυτό το ζήτημα πέρα της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

7.1 Η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών με καρκίνο μαστού στη σεξουαλική τους ζωή

Στον παρακάτω πίνακα και Διάγραμμα (Πίνακας 1, Διάγραμμα 1) παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που πραγματοποίησαν την αποκατάσταση μαστού ήταν μικρότερες των 64 ετών (96%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που δεν προχώρησαν σε αποκατάσταση ήταν μεγαλύτερες των 65 ετών (40%).

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο παρατηρούμε ότι το 40% των γυναικών που δεν έκαναν αποκατάσταση έχουν ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες με αποκατάσταση είναι 72% (Πίνακας 1, Διάγραμμα 2).

Σχετικά με το είδος απασχόλησης, δεν παρατηρούνται διαφορές στις 2 ομάδες (Πίνακας 1, Διάγραμμα 3).

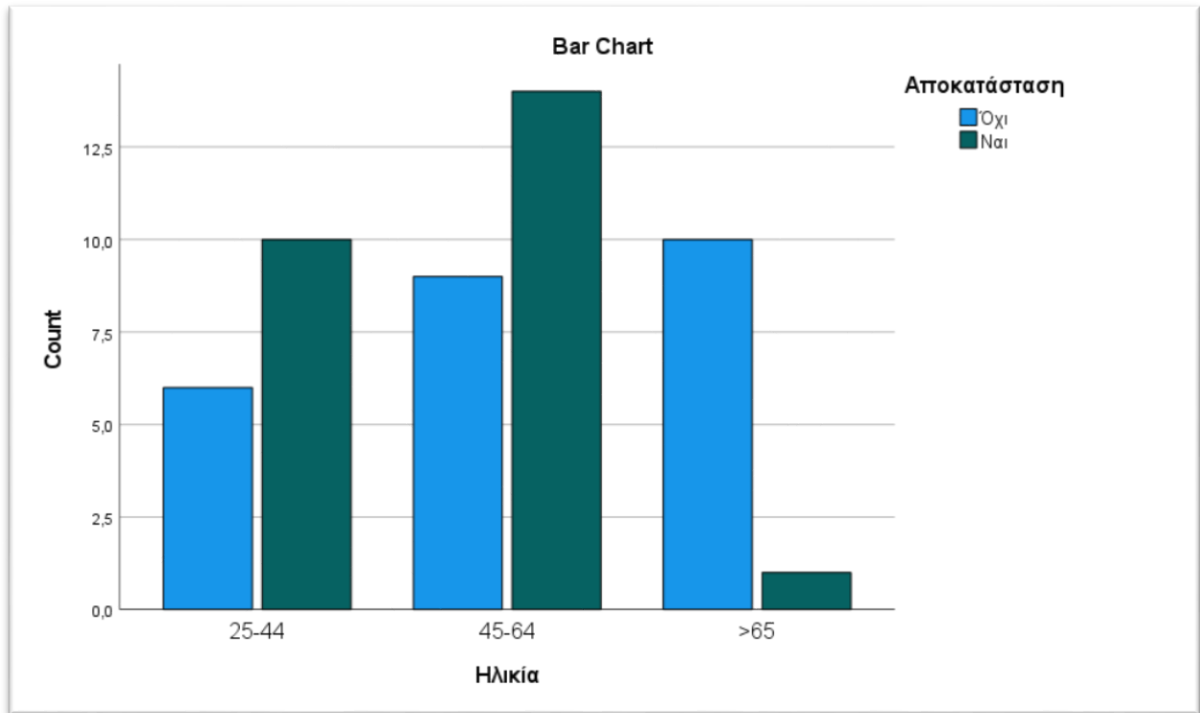
Όσο αναφορά το εισόδημα τους, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών χωρίς αποκατάσταση έχει εισόδημα 10.000-20.000, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες με αποκατάσταση έχει εισόδημα 20.000-30.000 (Πίνακας 1, Διάγραμμα 4).

Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση και την ύπαρξη παιδιών, οι γυναίκες και στις δύο κατηγορίες δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαφορές (Πίνακας 1, Διάγραμμα 5 και 6).

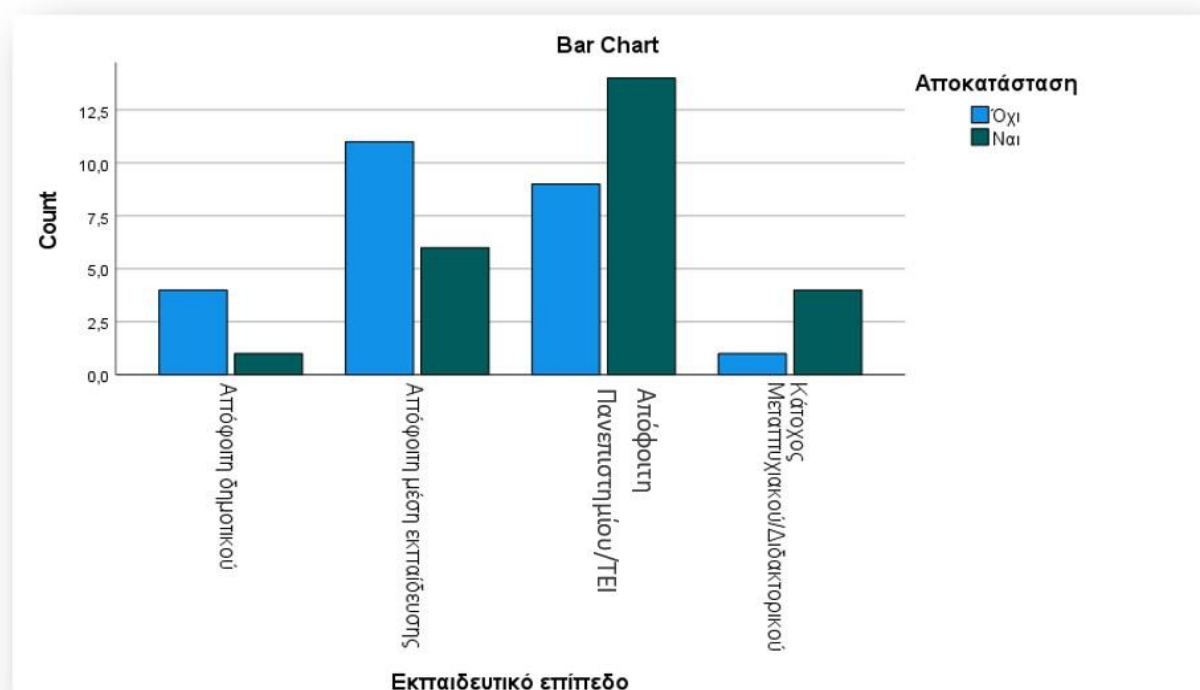
Τέλος, συγκριτικά με τον τόπο κατοικίας τους, και στα δύο γκρουπ, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών διαμένει σε πόλη (Πίνακας 1, Διάγραμμα 7).

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία ερωτηθέντων.

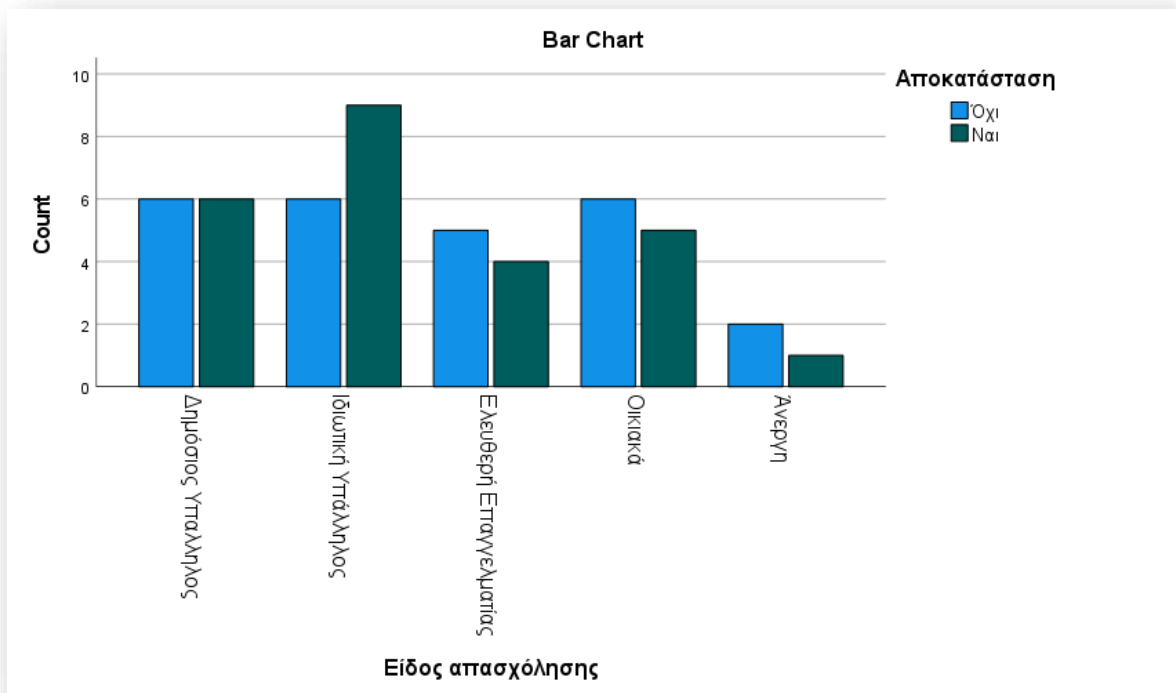
Μεταβλητές		Χωρίς αποκατάσταση		Με αποκατάσταση	
		N	%	N	%
Ηλικία	25-44	6	24,0%	10	40,0%
	45-64	9	36,0%	14	56,0%
	>65	10	40,0%	1	4,0%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό	4	16,0%	1	4,0%
	Μέση εκπαίδευση	11	44,0%	6	24,0%
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	9	36,0%	14	56,0%
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	1	4,0%	4	16,0%
Είδος απασχόλησης	Δημόσια υπάλληλος	6	24,0%	6	24,0%
	Ιδιωτική υπάλληλος	6	24,0%	9	36,0%
	Ελεύθερος επαγγελματίας	5	20,0%	4	16,0%
	Οικιακά	6	24,0%	5	20,0%
	Άνεργη	2	8,0%	1	4,0%
Εισόδημα	<10000	2	8,0%	3	12,0%
	10000-20000	12	48,0%	7	28,0%
	20000-30000	10	40,0%	12	48,0%
	>30000	1	4,0%	3	12,0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	5	20,0%	6	25,0%
	Έγγαμη	19	76,0%	18	75,0%
	Χήρα	1	4,0%	0	0,0%
Παιδιά	Όχι	9	36,0%	9	36,0%
	Ναι	16	64,0%	16	64,0%
Περιοχή	Πόλη	21	84,0%	13	52,0%
	Προάστιο πόλης	1	4,0%	3	12,0%
	Αγροτική - έξω από την πόλη	3	12,0%	9	36,0%



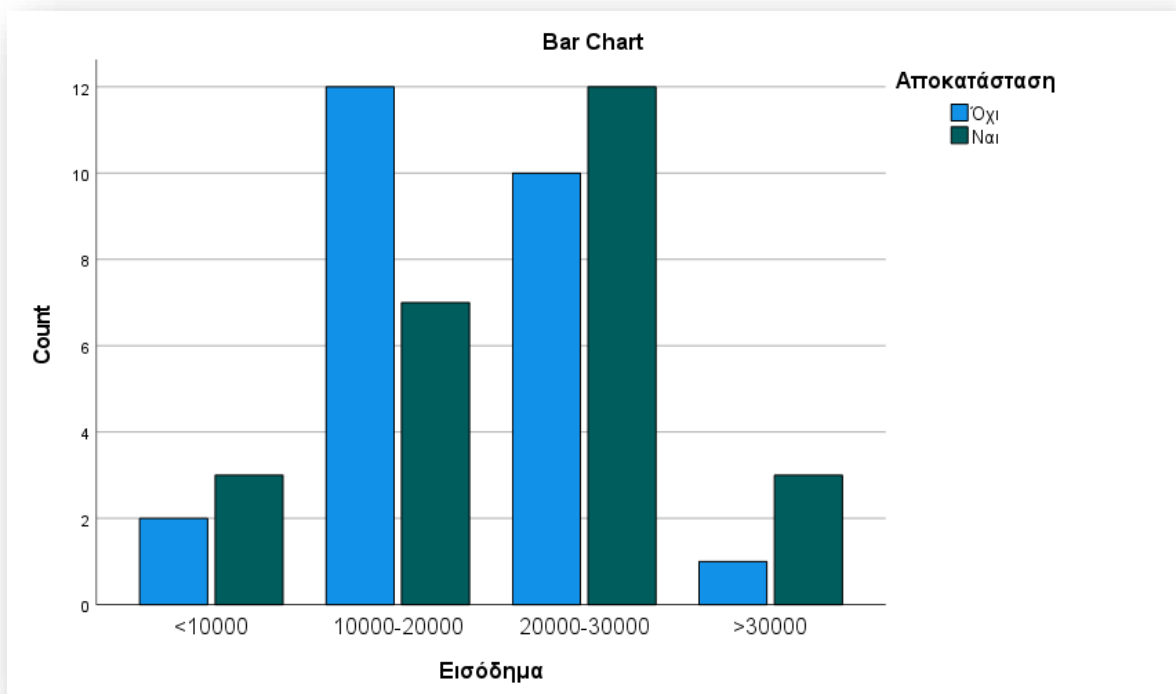
Διάγραμμα 1. Ηλικιακές ομάδες ασθενών με αποκατάσταση και μη.



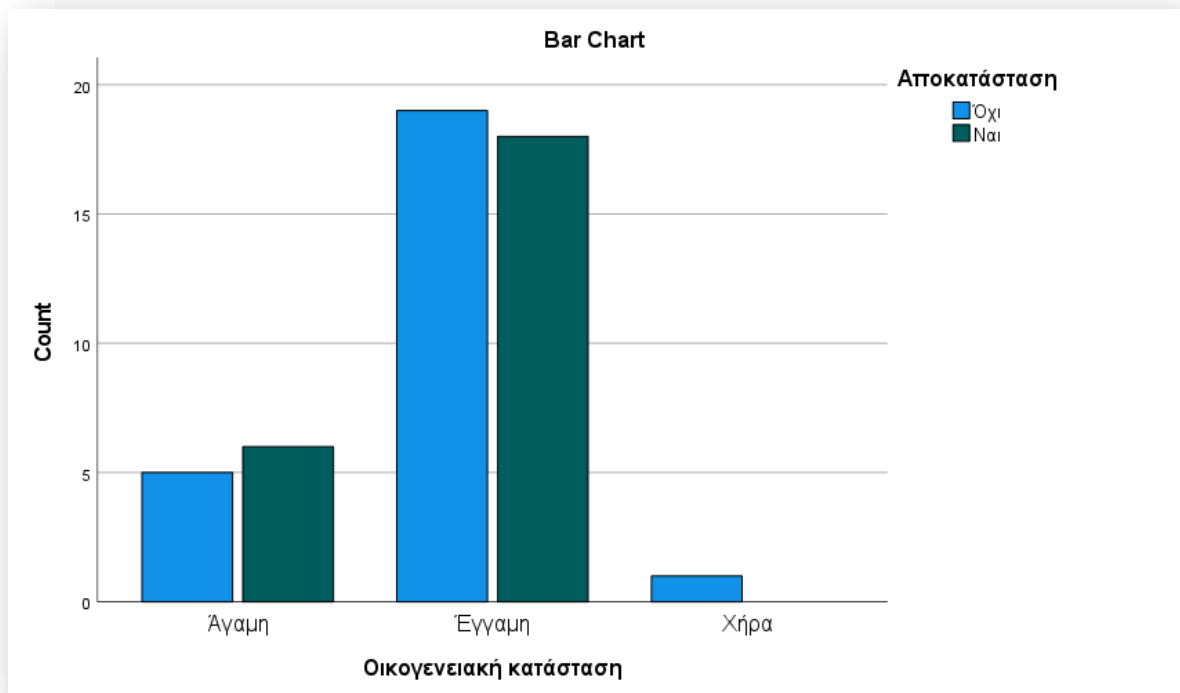
Διάγραμμα 2. Μορφωτικό επίπεδο ασθενών με αποκατάσταση και μη.



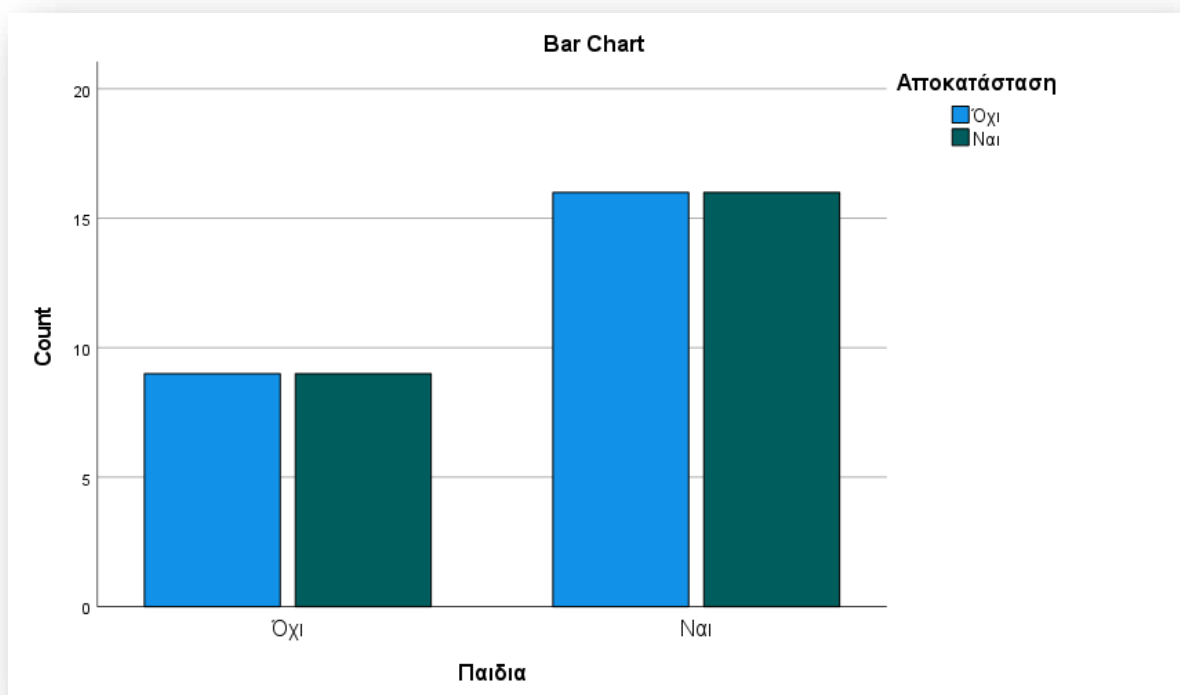
Διάγραμμα 3. Εργασιακή κατάσταση ασθενών με αποκατάσταση και μη.



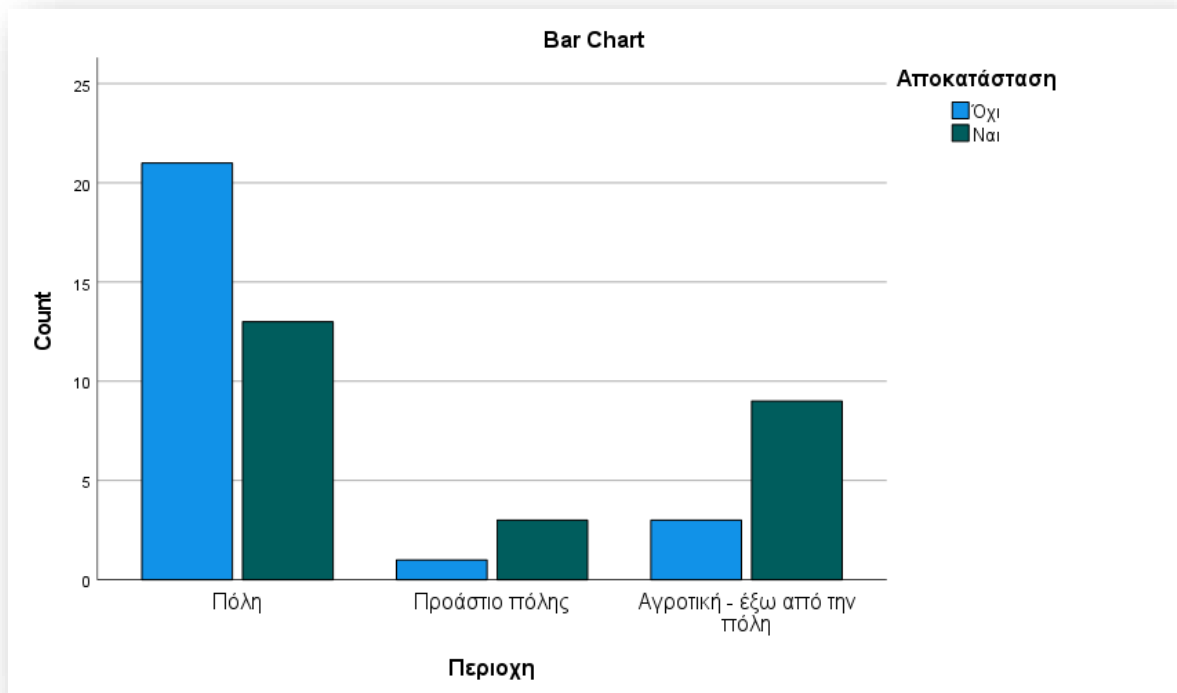
Διάγραμμα 4. Οικονομική κατάσταση ασθενών με αποκατάσταση και μη.



Διάγραμμα 5. Οικογενειακή κατάσταση ασθενών με αποκατάσταση και μη.



Διάγραμμα 6. Ύπαρξη παιδιών από γυναίκες-ασθενείς με αποκατάσταση και μη.



Διάγραμμα 7. Περιοχή κατοικίας ασθενών με αποκατάσταση και μη.

Για να διερευνηθούν οι στατιστικές σχέσεις ανάμεσα στις υπό-ομάδες των δημογραφικών στοιχείων ως προς τη σεξουαλικότητα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ANOVA.

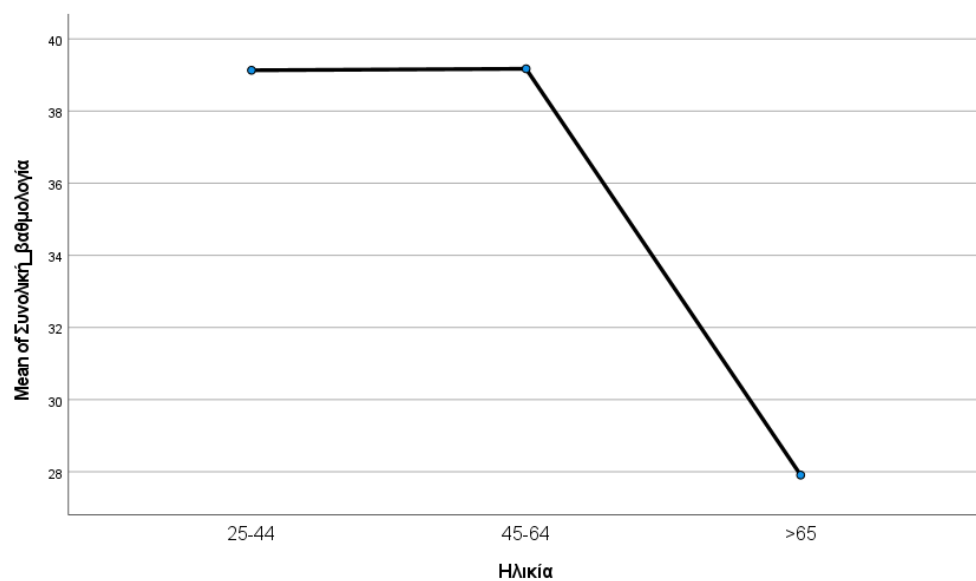
Η μονόδρομη ANOVA έδειξε ότι η επίδραση της ηλικίας στη σεξουαλικότητα είναι στατιστικά σημαντική $F(2, 46) = 7,126, p < 0,05$. Όπως παρατηρούμε και στο διάγραμμα 8, οι γυναίκες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 έχουν μειωμένη σεξουαλικότητα σε σχέση με τις άλλες δύο ηλικιακές ομάδες (25-44 και 45-64 ετών).

Επίσης, φάνηκε ότι η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου στη σεξουαλικότητα είναι στατιστικά σημαντική $F(3, 45) = 3,745, p < 0,05$. Όπως διαπιστώνουμε και από το διάγραμμα 9, όσο αυξάνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών τόσο αυξάνεται και η σεξουαλικότητα τους.

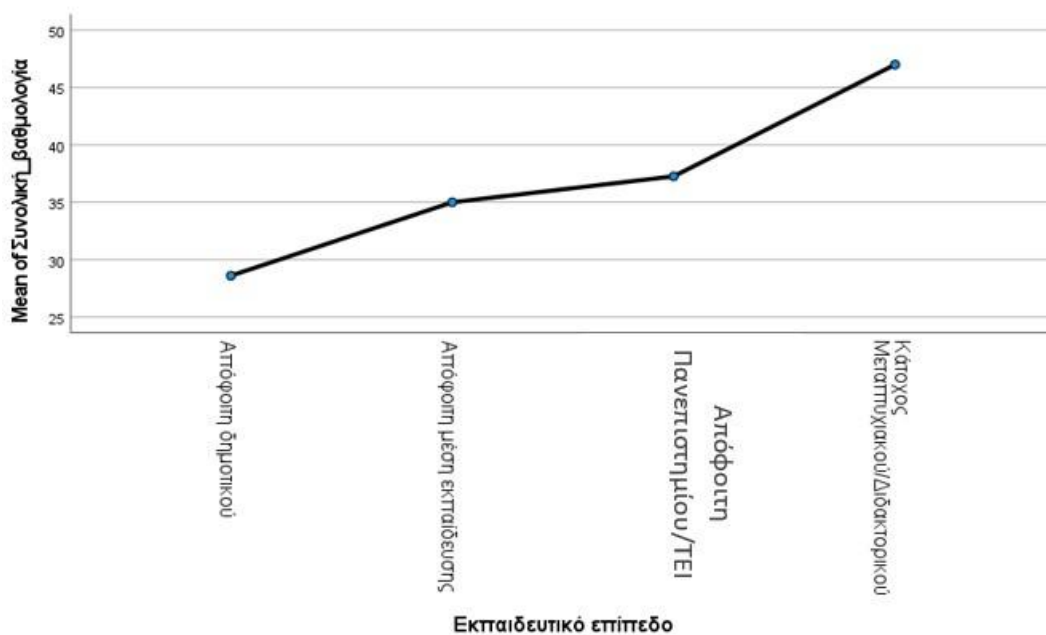
Το είδος απασχόλησης, το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών και η περιοχή διαμονής δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη μεταβλητή της σεξουαλικότητας, καθώς δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 2. Σύγκριση μεταξύ δημογραφικών στοιχείων και σεξουαλικότητας.

		Μέσος όρος	Τυπ. απόκλιση	ANOVA	P-Value
Ηλικία	25-44	39,13	11,012	7.126*	0,002
	45-64	39,17	7,322		
	> 65	27,91	7,790		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό	28,60	7,057	3.745*	0,017
	Μέση εκπαίδευση	35,00	8,794		
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	37,26	9,891		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	47,00	5,916		
Είδος απασχόλησης	Δημόσια υπάλληλος	36,73	11,411	1.288	0,289
	Ιδιωτική υπάλληλος	40,00	8,027		
	Ελεύθερος επαγγελματίας	36,00	8,789		
	Οικιακά	35,09	10,397		
	Άνεργη	27,00	9,539		
Εισόδημα	<10000	36,73	11,411	1.163	0,334
	10000-20000	40,00	8,027		
	20000-30000	36,00	8,789		
	>30000	35,09	10,397		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	38,60	11,098	1.323	0,277
	Έγγαμη	36,51	9,430		
	Χήρα	22,00	.		
Παιδιά	Όχι	38,06	10,533	522	0,461
	Ναι	35,88	9,394		
Περιοχή	Πόλη	35,09	9,448	1.312	0,279
	Προάστιο πόλης	38,75	12,580		
	Αγροτική - έξω από την πόλη	40,17	9,466		
<i>Όπου *σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05.</i>					



Διάγραμμα 8. Σεξουαλικότητα ανάλογα της ηλικιακής ομάδας.



Διάγραμμα 9. Μορφωτικό επίπεδο και σεξουαλικότητα.

7.2 Σύγκριση σεξουαλικότητας γυναικών με αποκατάσταση μαστού και χωρίς

Εν συνέχεια πραγματοποιήθηκε έλεγχος T-test αναφορικά με την ηδονή, την επιθυμία και τη συχνότητα της σεξουαλικής επαφής, την επιθυμία και το ενδιαφέρον, τη διέγερση, τον οργασμό και την ολοκλήρωση και τέλος τη σεξουαλικότητα σε σχέση με τη διενέργεια αποκατάστασης μετά την μαστεκτομή (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. T- test των υποκατηγοριών της σεξουαλικότητας με την ύπαρξη αποκατάστασης ή όχι μετά τη μαστεκτομή.

Μεταβλητή		Μέσος όρος	Τυπ. Απόκλιση	t-test	P-value
Ηδονή	Όχι	2,16	0,987	-3,467 *	<0,001
	Ναι	3,12	0,971		
Επιθυμία/ Συχνότητα	Όχι	4,12	1,787	-4.313*	<0,001
	Ναι	6,32	1,819		
Επιθυμία/ Ενδιαφέρον	Όχι	5,44	2,219	-4.656*	<0,001
	Ναι	8,32	2,155		
Διέγερση	Όχι	5,76	2,385	-4.923*	<0,001
	Ναι	8,96	2,208		
Οργασμός/ Ολοκλήρωση	Όχι	6,76	2,803	-3.978*	<0,001
	Ναι	9,52	2,044		
Σεξουαλικότητα	Όχι	30,33	8,014	-5.704*	<0,001
	Ναι	42,68	7,128		
<i>Όπου *σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05.</i>					

Τα αποτελέσματα της μελέτης για την ηδονή υποδεικνύουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων βαθμολογιών της ομάδας με αποκατάσταση και της ομάδας χωρίς αποκατάσταση, με τις γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει αποκατάσταση να έχουν υψηλότερη μέση βαθμολογία ($t(48) = -3,467, p < 0,05$). Το μέγεθος της ισχύος της σχέσης είναι ισχυρό (Πίνακας 3).

Επιπλέον, ως προς την επιθυμία και τη συχνότητα φαίνεται ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων βαθμολογιών της ομάδας με αποκατάσταση και της ομάδας χωρίς αποκατάσταση, με τις γυναίκες με αποκατάσταση να έχουν υψηλότερη μέση βαθμολογία ($t(48) = -4,313, p < 0,05$). Το μέγεθος της ισχύος της σχέσης είναι ισχυρό (Πίνακας 3).

Αναφορικά με την επιθυμία και το ενδιαφέρον τα ευρήματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων βαθμολογιών της ομάδας με αποκατάσταση και της ομάδας χωρίς αποκατάσταση, με τις γυναίκες με αποκατάσταση να

έχουν υψηλότερη μέση βαθμολογία ($t(48) = -4,656, p < 0,05$). Το μέγεθος της ισχύος της σχέσης είναι ισχυρό (Πίνακας 3).

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της μελέτης για τη διέγερση φανερώνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων βαθμολογιών της ομάδας με αποκατάσταση και της ομάδας χωρίς αποκατάσταση, με τις γυναίκες με αποκατάσταση να έχουν υψηλότερη μέση βαθμολογία ($t(48) = -4,923, p < 0,05$). Το μέγεθος της ισχύος της σχέσης είναι ισχυρό (Πίνακας 3).

Για τον οργανισμό και την ολοκλήρωση η μελέτη έδειξε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων βαθμολογιών της ομάδας με αποκατάσταση και της ομάδας χωρίς αποκατάσταση, με τις γυναίκες με αποκατάσταση να έχουν υψηλότερη μέση βαθμολογία ($t(48) = -3,978, p < 0,05$). Το μέγεθος της ισχύος της σχέσης είναι ισχυρό (Πίνακας 3).

Τέλος, για τη σεξουαλικότητα, σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα, δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων βαθμολογιών της ομάδας με αποκατάσταση και της ομάδας χωρίς αποκατάσταση, με τις γυναίκες με αποκατάσταση να έχουν υψηλότερη μέση βαθμολογία ($t(47) = -5,704, p < 0,05$). Το μέγεθος της ισχύος της σχέσης είναι ισχυρό (Πίνακας 3).

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε από τα παραπάνω, οι γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει αποκατάσταση του μαστού έχουν καλύτερες βαθμολογίες στη σεξουαλική τους ζωή.

8. Συζήτηση

Στη συγκεκριμένη μελέτη το εύρημα ότι οι νεότερες ηλικιακές ομάδες επιλέγουν να πραγματοποιήσουν αποκατάσταση μαστού συμφωνεί με τις περισσότερες μελέτες που έχουν διεξαχθεί. Σε έρευνα που έγινε από τους Paterson και συν. το 2016 φάνηκε ότι οι γυναίκες που επέλεξαν να κάνουν αποκατάσταση μαστού ήταν κάτω των 60 ετών και είχαν καλύτερη εικόνα για το σώμα τους συγκριτικά με τις γυναίκες άνω των 60 ετών που δεν επέλεξαν να πραγματοποιήσουν την αποκατάσταση. Οι νεότερες ηλικίες επιθυμούν την αποκατάσταση για καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα μετά από χειρουργική αφαίρεση του μαστού (Paterson et al., 2016). Γενικότερα, οι νεότερες ασθενείς με καρκίνο μαστού ενδιαφέρονται περισσότερο για τη φυσική τους εμφάνιση και τη θηλυκότητά τους (Oliveira et al., 2010). Αφετέρου, οι ηλικιωμένοι ασθενείς που έχουν αφαιρέσει τον ένα ή και τους δύο μαστούς συχνά βλέπουν την εμφάνισή τους ως λιγότερο σημαντική πτυχή της ποιότητας ζωής τους και επιλέγουν σε μικρότερο βαθμό συμπληρωματικές επεμβάσεις για να αποφύγουν τις επικείμενες επιπλοκές (Dauplat et al., 2017). Οι Enewold και συν. (2014) επισήμαναν ότι η συχνότητα των ασθενών που ζητούν αποκατάσταση του μαστού μειώνεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με στοιχεία ενός αστικού νοσοκομείου στον Καναδά, το συνολικό ποσοστό άμεσης αποκατάστασης ήταν 15% στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 50 ετών (Li et al., 2019).

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών που αποφάσισαν να προχωρήσουν σε ανακατασκευή του μαστού προκύπτει ότι ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, γεγονός που είναι σε συμφωνία με την βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μελέτη των Restrepo και συν. (2019), ασθενείς με απολυτήριο γυμνασίου φάνηκε να έχουν σημαντικά μειωμένες πιθανότητες να υποβληθούν σε επανορθωτική χειρουργική. Σε άλλη μελέτη, παρατηρήθηκε επίσης υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο στις γυναίκες με μαστεκτομή και αποκατάσταση. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι οι γυναίκες με τριτοβάθμια εκπαίδευση μπορεί να είναι πιο ευαίσθητες στις αλλαγές του σώματος που προκύπτουν μετά την μαστεκτομή, κάτι το οποίο ίσως συμβαίνει εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων της κοινωνικής και επαγγελματικής τους δραστηριότητας (Archangelo et al., 2019). Επιπλέον, οι γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποβληθούν σε άμεση αποκατάσταση μαστού (Sergesketter et al., 2019). Τέλος, οι Hvilson και συν. (2011) βρήκαν πως οι Δανέζες με υψηλότερος μορφωτικό επίπεδο βρέθηκαν να έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε ανακατασκευή του μαστού.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν πως οι γυναίκες που πραγματοποίησαν επανορθωτική χειρουργική είχαν καλύτερη οικονομική κατάσταση σε σχέση με τις γυναίκες που δεν προχώρησαν σε αποκατάσταση. Το εύρημα αυτό συνδέεται με το γεγονός ότι στη χώρα μας οι αποκαταστάσεις γίνονται περισσότερο σε ιδιωτικά νοσοκομεία, παρά σε δημόσια. Συγκριτικά με άλλη μελέτη, φάνηκε πως οι γυναίκες σε νεότερη ηλικία με υψηλότερο εισόδημα και με ιδιωτική ασφάλεια υγείας έχουν περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιήσουν άμεση αποκατάσταση μαστού (Sergesketter et al., 2019). Επίσης, οι γυναίκες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, από το αίσθημα φόβου να απολυθούν από τη δουλειά τους ή να μην λάβουν τον κανονικό τους μισθό ως αποτέλεσμα της αδυναμίας να εκτελέσουν τα εργασιακά τους καθήκοντα μπορεί να οδηγηθούν στη μη επιλογή αποκατάστασης (Morrow et al., 2014). Τέλος, οι γυναίκες σε χώρες με καλή οικονομική κατάσταση επιθυμούν να συζητούν την πιθανότητα αποκατάστασης μετά τη μαστεκτομή όταν είναι καλά ενημερωμένες (Alderman et al., 2008).

Η οικογενειακή κατάσταση δεν φάνηκε στην παρούσα μελέτη να επηρεάζει την επιλογή των γυναικών για αποκατάσταση, εύρημα που έρχονται σε αντιπαράθεση με παλαιότερες μελέτες, οι οποίες έχουν βρει πως η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη μαστεκτομή και αποκατάσταση. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι παντρεμένες γυναίκες είναι πιο εύκολο να επιλέξουν την αποκατάσταση μαστού (Sergesketter et al., 2019). Άλλη έρευνα έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης των Juhl και συν. (2017) όπου δε βρέθηκαν διαφορές όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση.

Τέλος, ως προς τον τόπο κατοικίας των γυναικών με καρκίνο του μαστού και αποκατάσταση ή μη δε φάνηκαν διαφορές στη μελέτη μας. Σε μελέτη με μεγαλύτερο δείγμα βρέθηκε πως γυναίκες αγροτικών περιοχών έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην αποκατάσταση μαστού (Nair et al., 2023). Ο απομακρυσμένος τόπος διαμονής σε σχέση με τα νοσοκομεία συσχετίστηκε επίσης με χαμηλά ποσοστά άμεσης αποκατάστασης μαστού (Buckley et al., 2021).

Στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι ένα σημαντικό ποσοστό αποκατεστημένων γυναικών είχε αυξημένη σεξουαλικότητα συγκριτικά με τις υπόλοιπες. Αυτό το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με άλλες μελέτες που έδειξαν ότι λόγω της μειωμένης αποδοχής του σώματος τους πολλές γυναίκες που δεν πραγματοποιούν χειρουργική επέμβαση για τη διατήρηση του μαστού τους, αναφέρουν μειωμένη σεξουαλικότητα (Engel et al., 2003, Χριστογεωργίου & Μπερλέμη, 2018). Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού επηρεάζει την εικόνα του σώματος,

καθώς η απώλεια ενός οργάνου γεμάτου σύμβολα υποκινεί στους επιζώντες δυσαρέσκεια για την εμφάνιση, αντιληπτή απώλεια θηλυκότητας και ακεραιότητας σώματος, καθώς και απροθυμία να κοιτάξουν τον εαυτό τους γυμνό (Kocan & Gürsoy, 2016). Η αποκατάσταση του μαστού συνέβαλε στο να ανακτήσουν κάποιες γυναίκες την αυτοεκτίμησή τους και την αίσθηση ότι δεν έχουν κάποιο «ελάττωμα», γεγονός που τις βοήθησε να αποκτήσουν ξανά την εικόνα του εαυτού τους και να ξεπεράσουν το τραύμα που προκάλεσε ο καρκίνος του μαστού, δίνοντάς τους την ασφάλεια να διατηρήσουν ή να ξεκινήσουν μια συναισθηματική ή σεξουαλική σχέση με έναν σύντροφο. Σύμφωνα με άλλη έρευνα, οι ουλές και οι παραμορφώσεις στον νέο μαστό προκαλούν ανησυχία και δυσαρέσκεια και η απώλεια της ευαισθησίας του κρημνού προκαλεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, συμβιβασμούς στη σεξουαλική σφαίρα και στην αντίληψη του νέου μαστού (Inocenti et al., 2016). Η απώλεια ολόκληρου του μαστού, ενός δευτερεύοντος γεννητικού οργάνου, προκαλεί ποικίλες ψυχολογικές αλλαγές και σεξουαλικά ελλείματα, όπως απώλεια ελκυστικότητας και μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, ενθουσιασμό και έλλειψη οργασμών (Elmas et al., 2020). Η εικόνα του σώματος και η σεξουαλικότητα είναι σημαντικοί παράγοντες στην ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Η σεξουαλικότητα είναι μια ουσιαστική πτυχή της ζωής των ασθενών με καρκίνο. Η εξασθενημένη σεξουαλικότητα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ εκείνων που εμφανίζουν καρκίνο, ειδικά καρκίνο του μαστού, δίνοντας έμφαση στην ταλαιπωρία και την ανησυχία για την ασθένεια και βλάπτοντας επίσης την ποιότητα ζωής (Lindau et al., 2015).

Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης ήταν το μικρό μέγεθος του δείγματος, η λήψη δείγματος από ένα μόνο νοσοκομείο και από μία συγκεκριμένη γιατρό, καθώς και η έλλειψη τυχαιοποίησης. Στο γεγονός αυτό συνετέλεσε η απροθυμία των νοσοκομείων και των υπευθύνων να παράσχουν άδεια για ένα θέμα που θεωρείται ταμπού από την κοινωνία, αλλά και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, δεν έγινε ομαδοποίηση με βάση την ηλικία, με αποτέλεσμα οι γυναίκες που επιλέγουν την αποκατάσταση να είναι οι νεότερες και να έχουν, ούτως ή άλλως, καλύτερο επίπεδο σεξουαλικότητας. Οι παραπάνω περιορισμοί δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, αλλά θέτουν τις βάσεις για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος από μελλοντικούς ερευνητές.

9. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, όσο μεγαλώνει η ηλικία των γυναικών, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες πραγματοποίησης αποκατάστασης μαστού. Επιπλέον, φάνηκε ότι οι γυναίκες που επιλέγουν να πραγματοποιήσουν αποκατάσταση έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα. Ειδικότερα, οι γυναίκες με αποκατάσταση φαίνεται να απολαμβάνουν μεγαλύτερη ηδονή, επιθυμία, διέγερση, οργασμό και γενικά σεξουαλικότητα σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν πραγματοποιήσει αποκατάσταση μαστού. Η αλλαγή της εικόνας του σώματος λόγω της μαστεκτομής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι ένα ζήτημα που πρέπει διαρκώς να διαπραγματεύονται οι ασθενείς, καθώς πρόκειται για θέμα εμφάνισης.

Οι επαγγελματίες υγείας, και δε οι νοσηλευτές, πρέπει να διευρύνουν τις γνώσεις τους σχετικά με το θέμα της σεξουαλικότητας και να επιδιώκουν συνεχή βελτίωση. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αξιολογούν την κάθε γυναίκα που υποβλήθηκε σε μαστεκτομή, να προσπαθούν να μάθουν τις επιθυμίες τους, το νόημα της μαστεκτομής για την καθεμιά και να ενεργούν εξατομικευμένα, καθώς η σεξουαλικότητα αποτελεί ορόσημο της ποιότητας ζωής του κάθε ανθρώπου. Είναι σημαντικό οι ομάδες υγείας να αναπτύξουν στρατηγικές για την ενημέρωση των γυναικών σχετικά με τη δυνατότητα και το δικαίωμα να υποβληθούν σε αποκατάσταση του μαστού, διευκρινίζοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της χειρουργικής επέμβασης, έτσι ώστε να μπορούν να συμμετέχουν πραγματικά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με αυτή που θεωρούν βέλτιστη θεραπεία.

10. Βιβλιογραφία

- Αλεξανδρίδη, Μ. (2019). *Άγχος και κατάθλιψη γυναικών με καρκίνο του μαστού*. Πάτρα: Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Αλέξης, Μ. Ν. (2008). *Καρκίνος του μαστού: Νέες προσεγγίσεις*. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών: Ινστιτούτο Βιολογικών Ερευνών και Βιοτεχνολογίας (IBEB).
- Άλμα Ζωής. (2021). *Υπόμνημα για τη διαχείριση του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα*. Διαθέσιμο: <https://almazois.gr/ypomnima-karrkinos-mastou-ellada>. [Ημερομηνία πρόσβασης 30 Ιουλίου 2023].
- Ατσά, Σ., Μάρκα, Ε. & Φανουράκη, Γ. Κ. (2021). *Συχνότητα εμφάνισης (Επιπολασμός) καρκίνου του μαστού και ποιότητα ζωής*. Ηράκλειο: Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο. Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Αρέστη, Ξ. (2020). *Καρκίνος του μαστού—Νοσηλευτικές προσεγγίσεις*. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών. Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Agarwal, S., Liu, J. H., Crisera, C. A., Buys, S. & Agarwal, J. P. (2010). *Survival in breast cancer patients undergoing immediate breast reconstruction*. *The breast journal*, 16(5), 503-509.
- Alderman, A. K., Hawley, S. T., Waljee, J., Mujahid, M., Morrow, M. & Katz, S. J. (2008). *Understanding the impact of breast reconstruction on the surgical decision-making process for breast cancer*. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 112(3), 489-494.
- Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L. & Blamey, R. W. (2000). *Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction*. *European journal of cancer*, 36(15), 1938-1943.
- Amadou, A., Hainaut, P. & Romieu, I. (2013). *Role of obesity in the risk of breast cancer: lessons from anthropometry*. *Journal of oncology*.
- Anastasiadi, Z., Lianos, G. D., Ignatiadou, E., Harissis, H. V. & Mitsis, M. (2017). *Breast cancer in young women: an overview*. *Updates in surgery*, 69, 313-317.
- Anllo, L. M. (2000). *Sexual life after breast cancer*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 241-248.

- Archangelo, S. D. C. V., Sabino, M., Veiga, D. F., Garcia, E. B. & Ferreira, L. M. (2019). *Sexuality, depression and body image after breast reconstruction*. Clinics, 74.
- Berger, E. R. & Golshan, M. (2021). *Surgical Management of Hereditary Breast Cancer*. Genes, 12(9), 1371.
- Buckley, E., Elder, E., McGill, S., Kargar, Z. S., Li, M., Roder, D. & Currow, D. (2021). *Breast cancer treatment and survival differences in women in remote and socioeconomically disadvantaged areas, as demonstrated by linked data from New South Wales (NSW), Australia*. Breast cancer research and treatment, 188, 547-560.
- Bokaie, M., Firouzabadi, O. & Joulaee, A. (2022). *The effectiveness of group problem-solving therapy on women's sexual function and satisfaction after mastectomy surgery*. BMC Women's Health, 22(1), 1-7.
- Brunet, J., Sabiston, C. M. & Burke, S. (2013). *Surviving breast cancer: women's experiences with their changed bodies*. Body image, 10(3), 344-351.
- Γαβριηλίδου, Δ. (2014). *Η διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας ζωής σε άτομα με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία*. Λεμεσός: Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Γαλάνης, Π. (2017). *Μεθοδολογία σχεδιασμού των μελετών*. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 34(4).
- Γιαννοπούλου, Γ., Ντάπι, Μ. & Παυλοπούλου, Ι. (2021). *ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ*. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών. Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης της Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Γκουβελιά, Μ. (2016). *Ο ρόλος της αγωγής υγείας στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας*. Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής.
- “Cancer Today” <https://gco.iarc.fr/today/home>. Accessed May 28,2021.
- Campos, L. S., De Nardi, S. P., Limberger, L. F. & Caldas, J. M. (2022). *Sexual function, body image and quality of life of women with advanced cancer*. Sexuality and Disability, 40(1), 141-151.
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S. & Senkus, E. (2019). *Early breast cancer: ESMO Clinical Practice*

- Cevik, J., Hunter-Smith, D. J. & Rozen, W. M. (2022). *Current Advances in breast reconstruction*. Journal of Clinical Medicine, 11(12), 3328.
- Char, S., Bloom, J. A., Erlichman, Z., Jonczyk, M. M. & Chatterjee, A. (2021). *A comprehensive literature review of patient-reported outcome measures (PROMs) among common breast reconstruction options: What types of breast reconstruction score well? The Breast Journal*, 27(4), 322-329.
- Che Ya, S. N., Muhamad, R., Zakaria, R., Mohd Zain, N., Ishak, A., Hassan, I. I., Hadi, I. A., Low, W. Y. & Liamputtong, P. (2022). *"I Lost My Gift to Him": The Consequences of Female Sexual Dysfunction on Breast Cancer Survivors in Malaysia*. Archives of sexual behavior, 1-11.
- Chiu, H. C., Lin, C. Y., Kuo, Y. L., Hou, W. L. & Shu, B. C. (2023). *Resilience among women with breast cancer surviving longer than five years: The relationship with illness perception and body image*. European Journal of Oncology Nursing, 62, 102254.
- Coughlin, S. S. (2019). *Epidemiology of breast cancer in women*. Breast Cancer Metastasis and Drug Resistance: Challenges and Progress, 9-29.
- Dauplat, J., Kwiatkowski, F., Rouanet, P., Delay, E., Clough, K., Verhaeghe, J. L., Raoust, I., Houvenaeghel, G., Lemasurier, P., Thivat, E. & Pomel, C. (2017). *Quality of life after mastectomy with or without immediate breast reconstruction*. Journal of British Surgery, 104(9), 1197-1206.
- De Rose, F., Meduri, B., De Santis, M. C., Ferro, A., Marino, L., Colciago, R. R., Gregucci, F., Vanoni, V., Apolone, G., Cosimo, S. D., Delalogue, S., Cortes, J. & Curigliano, G. (2022). *Rethinking breast cancer follow-up based on individual risk and recurrence management*. Cancer Treatment Reviews, 102434.
- Drake, B. F., Tannan, S., Anwuri, V. V., Jackson, S., Sanford, M., Tappenden, J., Goodman, M. S. & Colditz, G. A. (2015). *A community-based partnership to successfully implement and maintain a breast health navigation program*. Journal of community health, 40, 1216-1223.
- Drake, R., Vogl, A. W. & Mitchell, A. W. (2009). *Gray's anatomy for students E-book*. Elsevier Health Sciences.

ΕΛ.Ι.Ε.Κ. (2021). *ΕΛΠΙΔΑ ΣΤΟ ΣΚΟΤΑΔΙ ΤΟΥ ΛΑΒΥΡΙΝΘΟΥ*. Διαθέσιμο: <https://www.eliek.gr/sxetika-me-ton-karkino/232-elpida-sto-skotadi-toy-lavirinthoy> [Ημερομηνία πρόσβασης 31 Ιουλίου 2023].

Elder, E. E., Brandberg, Y., Björklund, T., Rylander, R., Lagergren, J., Jurell, G., Wickman, M. & Sandelin, K. (2005). *Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study*. *The breast*, 14(3), 201-208.

Elmas, Ö., Çakmak, G. K. & Bakkal, B. H. (2020). *A comparison between breast-conserving surgery and modified radical mastectomy concerning the female sexual function in breast cancer patients under 50 years of age*. *Turkish Journal of Oncology*, 35(1).

Eltahir, Y., Krabbe-Timmerman, I. S., Sadok, N., Werker, P. M. & de Bock, G. H. (2020). *Outcome of quality of life for women undergoing autologous versus alloplastic breast reconstruction following mastectomy: a systematic review and meta-analysis*. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(5), 1109-1123.

Enewold, L. R., McGlynn, K. A., Zahm, S. H., Poudrier, J., Anderson, W. F., Shriver, C. D. & Zhu, K. (2014). *Breast reconstruction after mastectomy among Department of Defense beneficiaries by race*. *Cancer*, 120(19), 3033-3039.

Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Sauer, H. & Hölzel, D. (2003). *Predictors of quality of life of breast cancer patients*. *Acta Oncologica*, 42(7), 710-718.

Fang, S. Y., Shu, B. C. & Chang, Y. J. (2013). *The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis*. *Breast cancer research and treatment*, 137, 13-21.

Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A. & Gralow, J. (2008). *Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment*. *General hospital psychiatry*, 30(2), 112-126.

Fasano, G. A., Bayard, S., Chen, Y., Marti, J., Simmons, R., Swistel, A., Bensenhaver, J., Devis, M. & Newman, L. (2023). *Survival outcomes in women with unilateral, triple-negative, breast cancer correlated with contralateral prophylactic mastectomy*. *Annals of surgical oncology*, 1-9.

Fletcher, K. A., Lewis, F. M. & Haberman, M. R. (2010). *Cancer-related concerns of spouses of women with breast cancer*. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1094-1101.

- Gorman, J. R., Lyons, K. S., Reese, J. B., Acquati, C., Smith, E., Drizin, J. H., Salsman, J. M., Flexner, L. M., Hayes-Lattin, B. & Harvey, S. M. (2022). *Adapting a theory-informed intervention to help young adult couples cope with reproductive and sexual concerns after cancer*. *Frontiers in Psychology*, 13, 813548.
- Gaston-Johansson, F., Fall-Dickson, J. M., Bakos, A. B. & Kennedy, M. J. (1999). *Fatigue, pain, and depression in pre-autotransplant breast cancer patients*. *Cancer practice*, 7(5), 240-247.
- Grujic, D., Giurgi-Onucu, C., Oprean, C., Crăiniceanu, Z., Secoșan, I., Riviș, I., Papava, I., Vernic, C. & Bredicean, C. (2021). *Well-being, depression, and anxiety following oncoplastic breast conserving surgery versus modified radical mastectomy followed by late breast reconstruction*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9320.
- Hartmann, L. C., Sellers, T. A., Frost, M. H., Lingle, W. L., Degnim, A. C., Ghosh, K., Vierkant, R.A., Maloney, S.D., Pankratz, V. S., Hillman, D. W., Suman, V. J., Johnson, J., Blake, C., Tlsty, T., Vachon, C. M., Melton, L. J. & Visscher, D. W. (2005). *Benign breast disease and the risk of breast cancer*. *New England Journal of Medicine*, 353(3), 229-237.
- Hartmann, L. C., Sellers, T. A., Schaid, D. J., Frank, T. S., Soderberg, C. L., Sitta, D. L., Frost, M. H., Grant, C. S., Donohue J. H., Woods, J. E., McDonnell, S. K., Vockley, C.W., Deffenbaugh, A., Couch, F. J. & Jenkins, R. B. (2001). *Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in BRCA1 and BRCA2 gene mutation carriers*. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(21), 1633-1637.
- Hartmann, L. C., Schaid, D. J., Woods, J. E., Crotty, T. P., Myers, J. L., Arnold, P. G., Petty, P. M., Sellers, T. A., Johnson, J. L., McDonnell, S. K., Frost, M. H., Grant, C. S., Michels, V. V. & Jenkins, R. B. (1999). *Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer*. *New England Journal of Medicine*, 340(2), 77-84.
- Hassan, M. R., Shah, S. A., Ghazi, H. F., Mujar, N. M. M., Samsuri, M. F. & Baharom, N. (2015). *Anxiety and depression among breast cancer patients in an urban setting in Malaysia*. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*.
- Henson, H. K. (2002). *Breast cancer and sexuality*. *Sexuality and disability*, 20, 261-275.
- Herrinton, L. J., Barlow, W. E., Yu, O., Geiger, A. M., Elmore, J. G., Barton, M. B., Rolnick, S., Pardee, R., Husson, G., Macedo, A. & Fletcher, S. W. (2005). *Efficacy of prophylactic*

mastectomy in women with unilateral breast cancer: a cancer research network project. Journal of Clinical Oncology, 23(19), 4275-4286.

Holm, C., Mayr, M., Höfter, E. & Ninkovic, M. (2006). *Perfusion zones of the DIEP flap revisited: a clinical study.* Plastic and reconstructive surgery, 117(1), 37-43.

Hvilsom, G. B., Hölmich, L. R., Frederiksen, K., Steding-Jessen, M., Friis, S. & Dalton, S. O. (2011). *Socioeconomic position and breast reconstruction in Danish women.* Acta Oncologica, 50(2), 265-273.

Inocenti, A., Santos, M. A. D., Loyola, E. A. C. D., Magalhães, P. A. P. D. & Panobianco, M. S. (2016). *Impact of the effects of the reconstructive surgery in the life of women with breast cancer.* Texto & Contexto-Enfermagem, 25.

Iorfida, M., Maiorano, E., Orvieto, E., Maisonneuve, P., Bottiglieri, L., Rotmensz, N., Montagna, E., Dellapasqua, S., Veronesi, P., Galimberti, V., Luini, A., Goldhirsch, A., Colleoni, M. & Viale, G. (2012). *Invasive lobular breast cancer: subtypes and outcome.* Breast cancer research and treatment, 133, 713-723.

Jankowska, M. (2013). *Sexual functioning in young women in the context of breast cancer treatment.* Reports of practical oncology and radiotherapy, 18(4), 193-200.

Jones, N. B., Wilson, J., Kotur, L., Stephens, J., Farrar, W. B. & Agnese, D. M. (2009). *Contralateral prophylactic mastectomy for unilateral breast cancer: an increasing trend at a single institution.* Annals of surgical oncology, 16, 2691-2696.

Juhl, A. A., Damsgaard, T. E., O'Connor, M., Christensen, S. & Zachariae, R. (2017). *Personality traits as predictors of quality of life and body image after breast reconstruction.* Plastic and Reconstructive Surgery Global Open, 5(5).

Κοντή, Χ. (2020). *Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των γυναικών-ασθενών τριτοβάθμιου νοσοκομείου με Ca μαστού και συσχετισμός της με το άγχος, την κατάθλιψη και κοινωνικό δημογραφικούς παράγοντες.* Ηράκλειο: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών.

Κοτταράς, Ι., & Δασκαλάκη, Ε. (2014). *Αποκατάσταση μετά από μαστεκτομή.* Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας.

- Kaur, V. (2017). *A Study to Assess the Effectiveness of Self Instructional Module for Improvement in Quality of Life of Breast Cancer Patients*. *Int J Health Sci Res*, 7(2), 227-232.
- Keesing, S., Rosenwax, L. & McNamara, B. (2016). *A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship*. *BMC women's health*, 16, 1-14.
- Keller, A., McGarvey, E. L. & Clayton, A. H. (2006). *Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14)*. *Journal of sex & marital therapy*, 32(1), 43-52.
- Kim, M. S., Kim, S. Y., Kim, J. H., Park, B. & Choi, H. G. (2017). *Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: a national cohort study*. *PloS one*, 12(4), e0175395.
- Kim, J. W., Lee, J. H., Kim, T. G., Kim, Y. H. & Chung, K. J. (2018). *Breast reconstruction statistics in Korea from the big data hub of the Health Insurance Review and Assessment service*. *Archives of Plastic Surgery*, 45(05), 441-448.
- Koçan, S. & Gürsoy, A. (2016). *Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research*. *The journal of breast health*, 12(4), 145.
- Kołodziejczyk, A. & Pawłowski, T. (2019). *Negative body image in breast cancer patients*. *Advances in Clinical & Experimental Medicine*, 28(8).
- Konstantopoulou, I., Croupis, C., Ladopoulou, A., Pantazidis, A., Lianidou, E., Venetsanou, K., Efstathiou, E., Petersen, M., Janinis, J., Fountzilias, G., Chiotellis, E. & Yannoukakos, D. (2000). *BRCA1 mutation analysis in breast and ovarian cancer families from Greece*. *Breast Cancer Research*, 2, 1-2.
- Kwait, R. M., Pesek, S., Onstad, M., Edmonson, D., Clark, M. A., Raker, C., Stuckey, A. & Gass, J. (2016). *Influential forces in breast cancer surgical decision making and the impact on body image and sexual function*. *Annals of surgical oncology*, 23, 3403-3411.
- Krasniak, P. J., Nguyen, M., Janse, S., Phommasathit, C., Clevenger, K., Renshaw, S., Agnese, D. M., Padamsee, T. J. & Lee, C. N. (2022). *Emotion and contralateral prophylactic mastectomy: A prospective study into surgical decision-making*. *Psycho-Oncology*, 31(10), 1711-1718.

- Kufel-Grabowska, J., Lachowicz, M., Bartoszkiewicz, M., Ramlau, R., Maliszewski, D. & Łukaszuk, K. (2022). *Sexual health in breast cancer patients in Poland*. Nowotwory. Journal of Oncology, 72 (2), 74-79.
- Lamp, S. & Lester, J. L. (2015). *Reconstruction of the breast following mastectomy*. In Seminars in oncology nursing (Vol. 31, No. 2, pp. 134-145). WB Saunders.
- Laza-Vásquez, C., Rodríguez-Vélez, M. E., Conde, J. L., Perdomo-Romero, A. Y., Pastells-Peiró, R. & Gea-Sánchez, M. (2021). *Experiences of young mastectomised colombian women: an ethnographic study*. Enfermería Clínica (English Edition), 31(2), 107-113.
- Lemaine, V., Schilz, S. R., Van Houten, H. K., Zhu, L., Habermann, E. B. & Boughey, J. C. (2020). *Autologous breast reconstruction versus implant-based reconstruction: how do long-term costs and health care use compare?*. Plastic and reconstructive surgery, 145(2), 303-311.
- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., Rumsey, N. & Harcourt, D. (2018). *Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review*. Psycho-Oncology, 27(12), 2687-2699.
- Li, J., Cornacchi, S. D., Farrokhyar, F., Johnston, N., Forbes, S., Reid, S., Hodgson, N., Lovrics, S., Lucibello, K. & Lovrics, P. (2019). *Relation between socioeconomic variables and surgical, systemic and radiation treatment in a cohort of patients with breast cancer in an urban Canadian centre*. Canadian Journal of Surgery, 62(2), 83.
- Lim, C. C., Devi, K. M. & Ang, E. (2011). *Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review*. JBI Evidence Implementation, 9(3), 215-235.
- Lindau, S. T., Abramsohn, E. M. & Matthews, A. C. (2015). *A manifesto on the preservation of sexual function in women and girls with cancer*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 213(2), 166-174.
- Loaring, J. M., Larkin, M., Shaw, R. & Flowers, P. (2015). *Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: the experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction*. Health Psychology, 34(4), 426.
- Lundberg, P. C. & Phoosuwan, N. (2022). *Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study*. European Journal of Oncology Nursing, 57, 102116.

- ΜΑΚΡΗΣ, Α. (2023). *Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Αλγορίθμων Μηχανικής Μάθησης στον εντοπισμό και διάγνωση Καρκίνου του Μαστού*. Πάτρα: Σχολή Θετικών Επιστημών. Βιοπληροφορική και Νευροπληροφορική.
- Male, D. A., Fergus, K. D. & Cullen, K. (2016). *Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions*. *Current opinion in supportive and palliative care*, 10(1), 66-74.
- Maleki, M., Mardani, A., Ghafourifard, M. & Vaismoradi, M. (2021). *Qualitative exploration of sexual life among breast cancer survivors at reproductive age*. *BMC women's health*, 21(1), 1-10.
- Meijers-Heijboer, H., van Geel, B., van Putten, W. L., Henzen-Logmans, S. C., Seynaeve, C., Menke-Pluymers, M. B., Bartels, C. C. M., Verhoog, L. C., Ouweland, A. M., Niermeijer, M. F., Brekelmans, C. T. M. & Klijn, J. G. (2001). *Breast cancer after prophylactic bilateral mastectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation*. *New England Journal of Medicine*, 345(3), 159-164.
- Menon, A. S. & O'Mahony, M. (2019). *Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives*. *Applied nursing research: ANR*, 47, 4-9.
- Momoh, A. O., Colakoglu, S., De Blacam, C., Yueh, J. H., Lin, S. J., Tobias, A. M. & Lee, B. T. (2012). *The impact of nipple reconstruction on patient satisfaction in breast reconstruction*. *Annals of plastic surgery*, 69(4), 389-393.
- Momoh, A. O., Griffith, K. A., Hawley, S. T., Morrow, M., Ward, K. C., Hamilton, A. S., Shumway, D., Katz, S. J. & Jagsi, R. (2020). *Post-mastectomy breast reconstruction: exploring plastic surgeon practice patterns and perspectives*. *Plastic and reconstructive surgery*, 145(4), 865.
- Morrow, M., Li, Y., Alderman, A. K., Jagsi, R., Hamilton, A. S., Graff, J. J., Hawley, S. T. & Katz, S. J. (2014). *Access to breast reconstruction after mastectomy and patient perspectives on reconstruction decision making*. *JAMA surgery*, 149(10), 1015-1021.
- Muzzatti, B. & Annunziata, M. A. (2017). *Body image assessment in oncology: an update review*. *Supportive care in cancer*, 25, 1019-1029.
- Nair, A. G., Ko, G. T. Y., Semple, J. L. & Lim, D. W. (2023). *Breast Reconstruction Use and Impact on Surgical and Oncologic Outcomes Amongst Inflammatory Breast Cancer Patients—A Systematic Review*. *Current Oncology*, 30(7), 6666-6681.

Nardin, S., Mora, E., Varughese, F. M., D'Avanzo, F., Vachanaram, A. R., Rossi, V., Saggia, C., Rubinelli, S. & Gennari, A. (2020). *Breast cancer survivorship, quality of life, and late toxicities*. *Frontiers in oncology*, 10, 864.

National Comprehensive Cancer Network: NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. 2019. Available online: <https://www.nccn.org/> (accessed on 22 April 2021).

O'Grady, S. & Morgan, M. P. (2018). *Microcalcifications in breast cancer: From pathophysiology to diagnosis and prognosis*. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Reviews on Cancer*, 1869(2), 310-320.

Olasehinde, O., Arije, O., Wuraola, F. O., Samson, M., Olajide, O., Alabi, T., Arowolo, O., Boutin-Foster, C., Alatise, O. I. & Kingham, T. P. (2019). *Life without a breast: Exploring the experiences of young Nigerian women after mastectomy for breast cancer*. *Journal of global oncology*, 5, 1-6

Oliveira, R. R. D., Morais, S. S. & Sarian, L. O. (2010). *Immediate breast reconstruction effects on quality of life of women with mastectomy*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32, 602-608.

Pacaric, S., Orkić, Ž., Milostić-Srb, A., Turk, T., Farčić, N., Mikšić, Š., Adamčević, S., Erić, I., Gvozdanić, Z. & Srb, N. (2021). *Quality of life and sexual functioning of women after breast cancer surgery*. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences (OAMJMS)*, 9(B), 1066-1074.

Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E. & Toftagen, C. S. (2016). *Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review*. *Cancer nursing*, 39(1), E39-E58.

Phoosuwan, N. & Lundberg, P. C. (2023). *Life satisfaction, body image and associated factors among women with breast cancer after mastectomy*. *Psycho-Oncology*, 32(4), 610-618.

Phoosuwan, N. & Lundberg, P. C. (2022). *Psychological distress and health-related quality of life among women with breast cancer: a descriptive cross-sectional study*. *Supportive Care in Cancer*, 1-10.

Pilevarzadeh, M., Amirshahi, M., Afsargharehbagh, R., Rafiemanesh, H., Hashemi, S. M. & Balouchi, A. (2019). *Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis*. *Breast cancer research and treatment*, 176, 519-533.

Piperaki, E., Marneras, C., Boulala, F., & Gesouli-Voltiraki, E. (2010). *Greek Women's Knowledge and Attitudes concerning Breast Self-examination*. *Nosileftiki*, 49(2).

Rao, T. S., & Nagaraj, A. K. M. (2015). *Female sexuality*. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S296.

Rebbeck, T. R., Friebel, T., Lynch, H. T., Neuhausen, S. L., Van't Veer, L., Garber, J. E., Evans, G. R., Narod, S. A., Isaacs, C., Matloff, E., Daly, M. B., Olopade, O. I. & Weber, B. L. (2004). *Bilateral prophylactic mastectomy reduces breast cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: the PROSE Study Group*. *Journal of clinical oncology*, 22(6), 1055-1062.

Restrepo, D. J., Boczar, D., Huayllani, M. T., Sisti, A., Gabriel, E., McLaughlin, S. A., Bagaria, S., Spaulding, A. C., Rinker, B. D. & Forte, A. J. (2019). *Influence of race, income, insurance, and education on the rate of breast reconstruction*. *Anticancer research*, 39(6), 2969-2973.

RISAL DJOHAN, M. D., Gage, E., & Bernard, S. (2008). *Breast reconstruction options following mastectomy*. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 75, S17.

Runge, M., & Greganti, A. (2015). *Netter's Παθολογία Βασικές Αρχές*. Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Rodrigues, E. C. G., Neris, R. R., Nascimento, L. C., de Oliveira-Cardoso, É. A. & Dos Santos, M. A. (2023). *Body image experience of women with breast cancer: A meta-synthesis*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(1), 20-36.

Rosenberg, S. M., Tracy, M. S., Meyer, M. E., Sepucha, K., Gelber, S., Hirshfield-Bartek, J., Troyan, S., Morrow, M., Schapira, L., Come, S. E., Winer, E. P. & Partridge, A. H. (2013). *Perceptions, knowledge, and satisfaction with contralateral prophylactic mastectomy among young women with breast cancer: a cross-sectional survey*. *Annals of internal medicine*, 159(6), 373-381.

Rottmann, N., Larsen, P. V., Johansen, C., Hagedoorn, M., Dalton, S. O. & Hansen, D. G. (2022). *Sexual activity in couples dealing with breast cancer. A cohort study of associations with patient, partner and relationship-related factors*. *Frontiers in Psychology*, 13, 828422.

Σκονδρά, Μ. (2014). *Μοριακή σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής.

Σπανού, Μ., & Χούντη, Μ. (2021). *ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ*. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών. Σχολή Επαγγελματιών Αποκατάστασης Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Στυλιανού, Π. (2015). *Καρκίνος του μαστού και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην γυναίκα*. Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας.

Santosa, K. B., Qi, J., Kim, H. M., Hamill, J. B., Wilkins, E. G. & Pusic, A. L. (2018). *Long-term patient-reported outcomes in postmastectomy breast reconstruction*. JAMA surgery, 153(10), 891-899.

Savioli, F., Edwards, J., McMillan, D., Stallard, S., Doughty, J., & Romics, L. (2020). *The effect of postoperative complications on survival and recurrence after surgery for breast cancer: a systematic review and meta-analysis*. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 155, 103075.

Sebri, V., Durosini, I., Triberti, S. & Pravettoni, G. (2021). *The efficacy of psychological intervention on body image in breast cancer patients and survivors: a systematic-review and meta-analysis*. *Frontiers in Psychology*, 12, 611954.

Sebri, V. & Pravettoni, G. (2023). *Tailored Psychological Interventions to Manage Body Image: An Opinion Study on Breast Cancer Survivors*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2991.

Sergesketter, A. R., Thomas, S. M., Lane, W. O., Shamma, R. L., Greenup, R. A. & Hollenbeck, S. T. (2019). *The influence of marital status on contemporary patterns of postmastectomy breast reconstruction*. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 72(5), 795-804.

Sheppard, L. A. & Ely, S. (2008). *Breast cancer and sexuality*. *The Breast Journal*, 14(2), 176-181.

Sinha, A., Bavishi, A., Hibler, E. A., Yang, E. H., Parashar, S., Okwuosa, T., DeCara, J. M., Brown, M., Guha, A., Sadler, D., Khan, S. S., Shan, S. J., Yancy, C. W. & Akhter, N. (2022). *Interconnected clinical and social risk factors in breast cancer and heart failure*. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 847975.

Siotos, C., Naska, A., Bello, R. J., Uzosike, A., Orfanos, P., Euhus, D. M., Manahan, M. A., Cooney, C. M., Lagiou, P. & Rosson, G. D. (2019). *Survival and disease recurrence rates*

among breast cancer patients following mastectomy with or without breast reconstruction. Plastic and reconstructive surgery, 144(2), 169e-177e.

Siqueira, H. F. F., Teixeira, J. L. D. A., Lessa Filho, R. D. S., Hora, E. C., Brasileiro, F. F., Borges, K. D. S., Brito, E. C., Lima, M. S., Marques, A. D., Moura, A. R., Figueiro Junior, T. C., Oliveira, T. C., Vanconcelos, A. S. & Lima, C. A. (2020). *Patient satisfaction and quality of life in breast reconstruction: assessment of outcomes of immediate, delayed, and nonreconstruction.* BMC research notes, 13, 1-7.

Smith, R. A., Cokkinides, V. & Eyre, H. J. (2006). *American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer.* CA: a cancer journal for clinicians, 56(1), 11-25.

Smith, L., Yang, L., Veronese, N., Soysal, P., Stubbs, B., & Jackson, S. E. (2019). *Sexual activity is associated with greater enjoyment of life in older adults.* Sexual medicine, 7(1), 11-18.

Söllner, W., Maislinger, S., König, A., DeVries, A. & Lukas, P. (2004). *Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service.* Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 13(12), 893-897.

Somogyi, R. B., Ziolkowski, N., Osman, F., Ginty, A. & Brown, M. (2018). *Breast reconstruction: Updated overview for primary care physicians.* Canadian Family Physician, 64(6), 424-432.

Τσιτλαΐδου, Μ. (2014). *Γενετική ανάλυση στον κληρονομικό καρκίνο του μαστού.* Πανεπιστήμιο Πατρών: Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής.

Tyner, T. E., Freysteinson, W. M., Evans, S. C. & Woo, J. (2023). *“My body, my choice”:* A qualitative study of women’s mastectomy with flat closure experiences. Body Image, 46, 419-433.

Tomiak, E., & Piccart, M. (1993). *Routine follow-up of patients after primary therapy for early breast cancer: changing concepts and challenges for the future.* Annals of oncology, 4(3), 199-204.

Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E. & Australian Cancer and Sexuality Study Team. (2015). *Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men: a mixed method study.* BMC cancer, 15, 1-18.

Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012). *Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer*. *Cancer nursing*, 35(6), 456-465.

Υφαντής, Α. (2021). *Ποιότητα ζωής ελληνίδων με καρκίνο μαστού (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής).*

Yuan, X., Wang, J., Bender, C. M., Zhang, N. & Yuan, C. (2020). *Patterns of sexual health in patients with breast cancer in China: a latent class analysis*. *Supportive Care in Cancer*, 28, 5147-5156.

Ye, F., Dewanjee, S., Li, Y., Jha, N. K., Chen, Z. S., Kumar, A., Behl, V. T., Jha, S. K. & Tang, H. (2023). *Advancements in clinical aspects of targeted therapy and immunotherapy in breast cancer*. *Molecular cancer*, 22(1), 105.

Van de Grift, T. C., Mureau, M. A., Negenborn, V. N., Dikmans, R. E., Bouman, M. B. & Mullender, M. G. (2020). *Predictors of women's sexual outcomes after implant-based breast reconstruction*. *Psycho-Oncology*, 29(8), 1272-1279.

Van Seijen, M., Lips, E. H., Thompson, A. M., Nik-Zainal, S., Futreal, A., Hwang, E. S., Verschur, E., Lane, J., Jonkers, J., W. Rea, D. & PRECISION team. (2019). *Ductal carcinoma in situ: to treat or not to treat, that is the question*. *British journal of cancer*, 121(4), 285-292.

Vahdaninia, M., Omidvari, S. & Montazeri, A. (2010). *What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45, 355-361.

Waks, A. G. & Winer, E. P. (2019). *Breast cancer treatment: a review*. *Jama*, 321(3), 288-300.

Wöckel, A., Schwentner, L., Krockenberger, M., Kreienberg, R., Janni, W., Wischnewsky, M., Thorsten, K., Felix, F., Felberbaum, R., Blettner, M. & Singer, S. (2017). *Predictors of the course of quality of life during therapy in women with primary breast cancer*. *Quality of Life Research*, 26, 2201-2208.

ΧΡΙΣΤΟΓΕΩΡΓΟΥ, Μ. & ΜΠΕΡΛΕΜΗ, Κ. (2018). *Γνώσεις και ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες: Ποσοτική μελέτη*. Πάτρα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτική Αττικής. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Xu, J., Xue, B., Li, L., Qiao, J., Redding, S. R. & Ouyang, Y. Q. (2023). *Psychological interventions for sexual function and satisfaction of women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 2282-2297.

Ψυχή & Λόγος. *Η ψυχολογία ασθενών με καρκίνο μαστού*. Ημερομηνία πρόσβασης (20/05/2016) από <http://eirinichatzianagnostou.blogspot.gr/2012/07>.

Zehra, S., Doyle, F., Barry, M., Walsh, S. & Kell, M. R. (2020). *Health-related quality of life following breast reconstruction compared to total mastectomy and breast-conserving surgery among breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis*. *Breast Cancer*, 27, 534-566.

Zhang, P., Li, C. Z., Wu, C. T., Jiao, G. M., Yan, F., Zhu, H. C. & Zhang, X. P. (2017). *Comparison of immediate breast reconstruction after mastectomy and mastectomy alone for breast cancer: a meta-analysis*. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 43(2), 285-293.

Zhang, C., Hu, G., Biskup, E., Qiu, X., Zhang, H. & Zhang, H. (2018). *Depression induced by total mastectomy, breast conserving surgery and breast reconstruction: a systematic review and meta-analysis*. *World Journal of Surgery*, 42, 2076-2085.

Zhang, J. Q., Dos Anjos, C. H., Sevilimedu, V., Crown, A., Amoroso, K. A., Pilewskie, M. L., Robson, M. E. & Gemignani, M. L. (2023). *Association of moderate-risk breast cancer genes with contralateral prophylactic mastectomy and bilateral disease*. *Annals of Surgical Oncology*, 1-10.

11. Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

- ❖ *Ηλικία:*
 - 25-44 ετών
 - 45-64 ετών
 - >65 ετών

- ❖ *Εκπαιδευτικό επίπεδο:*
 - Απόφοιτη δημοτικού
 - Απόφοιτη μέσης εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο)
 - Απόφοιτη Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ
 - Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού

- ❖ *Είδος Απασχόλησης:*
 - Δημόσιος Υπάλληλος
 - Ιδιωτική Υπάλληλος
 - Ελεύθερη Επαγγελματίας
 - Οικιακά
 - Άνεργη

- ❖ *Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού σας;*
 - <10.000
 - 10.000-20.000
 - 20.000-30.000
 - >30.000

- ❖ *Οικογενειακή κατάσταση:*
 - Άγαμη
 - Έγγαμη
 - Χήρα

- ❖ *Έχετε παιδιά. Αν ναι πόσα και τι ηλικίας;*
 - Όχι
 - Ναι Αριθμός παιδιών.....
 - Ηλικία.....

- ❖ *Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα που ζείτε:*
 - Πόλη
 - Προάστιο πόλης
 - Αγροτική-έξω από μία πόλη

- ❖ *Πριν πόσο καιρό αφαιρέσατε τον μαστό σας;*
 - <1 χρόνο
 - 2-3 χρόνια
 - >3 χρόνια

- ❖ *Έχετε αφαιρέσει μόνο τον ένα μαστό;*
 - Ναι
 - Όχι

- ❖ *Έχετε πραγματοποιήσει αποκατάσταση μαστού;*
 - Ναι
 - Όχι

- ❖ *Πραγματοποιήσατε αποκατάσταση μαστού ταυτόχρονα με την μαστεκτομή;*
 - Ναι
 - Όχι

- ❖ *Λαμβάνεται ορμονοθεραπεία;*
 - Ναι
 - Όχι

- ❖ *Έχετε κάποιον άλλου είδους πρόβλημα υγείας;*
 - Ναι Αν ναι, τι πρόβλημα υγείας;.....
 - Όχι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

(Greek version of the CSFQ-F-C)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το ερωτηματολόγιο αυτό αφορά τη σεξουαλική δραστηριότητα και λειτουργία. Με τον όρο σεξουαλική δραστηριότητα εννοούμε τη σεξουαλική επαφή, τον αυνανισμό, τις σεξουαλικές φαντασιώσεις και άλλες σεξουαλικές δραστηριότητες.

1. Σε σύγκριση με την πιο ευχάριστη περίοδο που υπήρξε μέχρι στιγμής στη σεξουαλική σας ζωή, πόσο ευχάριστη ή ηδονική θα χαρακτηρίζατε τη σεξουαλική σας ζωή αυτό τον καιρό;

- 1-Καμία ευχαρίστηση ή ηδονή
- 2-Μικρή ευχαρίστηση ή ηδονή
- 3-Κάποια ευχαρίστηση ή ηδονή
- 4-Πολλή ευχαρίστηση ή ηδονή
- 5-Εξαιρετική ευχαρίστηση ή ηδονή

2. Πόσο συχνά έχετε σεξουαλική δραστηριότητα (σεξουαλική επαφή, αυνανισμός κλπ) αυτό τον καιρό;

- 1-Ποτέ
- 2-Σπάνια (μία φορά το μήνα ή σπανιότερα)
- 3-Πού και πού (περισσότερες από μία φορά το μήνα έως δύο φορές την εβδομάδα)
- 4-Συχνά (περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα)
- 5-Κάθε μέρα

3. Πόσο συχνά έχετε επιθυμία για σεξουαλική δραστηριότητα;

- 1-Ποτέ
- 2-Σπάνια (μία φορά το μήνα ή σπανιότερα)
- 3-Πού και πού (περισσότερες από μία φορά το μήνα έως δύο φορές την εβδομάδα)
- 4-Συχνά (περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα)
- 5-Κάθε μέρα

4. Πόσο συχνά κάνετε σεξουαλικές σκέψεις (σκέφτεστε το σεξ, έχετε σεξουαλικές φαντασιώσεις) αυτό τον καιρό;

- 1-Ποτέ
- 2-Σπάνια (μία φορά το μήνα ή σπανιότερα)
- 3-Πού και πού (περισσότερες από μία φορά το μήνα έως δύο φορές την εβδομάδα)
- 4-Συχνά (περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα)
- 5-Κάθε μέρα

5. Πόσο συχνά απολαμβάνετε βιβλία, περιοδικά, ταινίες, μουσική ή τέχνη με σεξουαλικό περιεχόμενο;

- 1-Ποτέ
- 2-Σπάνια (μία φορά το μήνα ή σπανιότερα)
- 3-Πού και πού (περισσότερες από μία φορά το μήνα έως δύο φορές την εβδομάδα)
- 4-Συχνά (περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα)
- 5-Κάθε μέρα

6. Πόση ηδονή ή ευχαρίστηση νιώθετε όταν σκέφτεστε το σεξ ή κάνετε σεξουαλικές φαντασιώσεις;

- 1-Καμία ευχαρίστηση ή ηδονή
- 2-Μικρή ευχαρίστηση ή ηδονή
- 3-Κάποια ευχαρίστηση ή ηδονή
- 4-Πολλή ευχαρίστηση ή ηδονή
- 5-Εξαιρετική ευχαρίστηση ή ηδονή

7. Πόσο συχνά αισθάνεστε σεξουαλική διέγερση;

- 1-Ποτέ
- 2-Σπάνια (μία φορά το μήνα ή σπανιότερα)
- 3-Πού και πού (περισσότερες από μία φορά το μήνα έως δύο φορές την εβδομάδα)
- 4-Συχνά (περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα)
- 5-Κάθε μέρα

8. Διεγείρεστε εύκολα;

- 1-Ποτέ
- 2-Σπάνια (πολύ λιγότερες από τις μισές φορές)
- 3-Πού και πού (περίπου τις μισές φορές)
- 4-Συχνά (πολύ περισσότερες από τις μισές φορές)
- 5-Πάντα

9. Έχετε αρκετά κολπικά υγρά κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής σας δραστηριότητας;

- 1-Ποτέ
- 2-Σπάνια (πολύ λιγότερες από τις μισές φορές)
- 3-Πού και πού (περίπου τις μισές φορές)
- 4-Συχνά (πολύ περισσότερες από τις μισές φορές)
- 5-Πάντα

10. Πόσο συχνά νιώθετε σεξουαλική διέγερση και μετά χάνετε κάθε ενδιαφέρον;

- 5-Ποτέ
- 4-Σπάνια (πολύ λιγότερες από τις μισές φορές)
- 3-Πού και πού (περίπου τις μισές φορές)
- 2-Συχνά (πολύ περισσότερες από τις μισές φορές)
- 1-Πάντα

11. Πόσο συχνά έχετε οργασμό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας;

- 1-Ποτέ
- 2-Σπάνια (πολύ λιγότερες από τις μισές φορές)
- 3-Πού και πού (περίπου τις μισές φορές)
- 4-Συχνά (πολύ περισσότερες από τις μισές φορές)
- 5-Πάντα

12. Μπορείτε να έρθετε σε οργασμό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας όταν το θελήσετε;

- 1-Ποτέ
- 2-Σπάνια (πολύ λιγότερες από τις μισές φορές)
- 3-Πού και πού (περίπου τις μισές φορές)
- 4-Συχνά (πολύ περισσότερες από τις μισές φορές)
- 5-Πάντα

13. Πόση ηδονή ή ευχαρίστηση νιώθετε όταν έχετε οργασμό;

- 1-Καμία ευχαρίστηση ή ηδονή
- 2-Μικρή ευχαρίστηση ή ηδονή
- 3-Κάποια ευχαρίστηση ή ηδονή
- 4-Πολλή ευχαρίστηση ή ηδονή
- 5-Εξαιρετική ευχαρίστηση ή ηδονή

14. Πόσο συχνά ο οργασμός σας είναι επώδυνος;

- 5-Ποτέ
- 4-Σπάνια (μία φορά το μήνα ή σπανιότερα)
- 3-Πού και πού (περισσότερες από μία φορά το μήνα έως δύο φορές την εβδομάδα)
- 2-Συχνά (περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα)
- 1-Κάθε μέρα

_____ = Ηδονή (Ερώτημα 1)

_____ = Επιθυμία / Συχνότητα (Ερώτημα 2 + Ερώτημα 3)

_____ = Επιθυμία / Ενδιαφέρον (Ερώτημα 4 + Ερώτημα 5 + Ερώτημα 6)

_____ = Διέγερση (Ερώτημα 7 + Ερώτημα 8 + Ερώτημα 9)

_____ = Οργασμός / Ολοκλήρωση (Ερώτημα 11 + Ερώτημα 12 + Ερώτημα 13)

_____ = **Συνολική βαθμολογία CSFQ** (Ερωτήματα 1 έως 14)