



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις στη διαχείριση του
καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη**

ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΣΤΕΦΑΝΟΥ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΜΙΧΑΛΗΣ ΤΑΛΙΑΣ**

Ιούνιος, 2015

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις στη διαχείριση του καρκίνου του μαστού
στην Ευρώπη

ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΣΤΕΦΑΝΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΜΙΧΑΛΗΣ ΤΑΛΙΑΣ

Ιούνιος, 2015

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	7
Abstract.....	8
1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
1.1 Γενικά στοιχεία.....	9
1.2 Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα έρευνας.....	10
1.3 Σκοποί και στόχοι.....	11
2 Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	12
2.1 Ιστορική Αναδρομή.....	12
2.2 Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	14
2.3 Διάγνωση.....	16
2.3.1 Κλινική εξέταση.....	16
2.3.2 Παρακλινικός Έλεγχος:.....	16
2.4 Τύποι Καρκίνου Μαστού – Ιστολογική ταξινόμηση.....	18
2.4.1 Μη διηθητικός (In situ).....	18
2.4.2 Διηθητικός καρκίνος μαστού.....	18
2.4.3 Νόσος Paget θηλής του μαστού.....	18
2.4.4 Μη επιθηλιακός καρκίνος.....	19
2.5 Σταδιοποίηση καρκίνου μαστού.....	19
2.6 Θεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	20
2.6.1 Χειρουργική θεραπεία.....	20
2.6.2 Επικουρική ακτινοθεραπεία.....	22
2.6.3 Επικουρική Χημειοθεραπεία.....	22
2.6.4 Επικουρική Ορμονοθεραπεία.....	23
2.6.5 Επικουρική μοριακά στοχευμένη θεραπεία.....	24
3 ΤΟ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....	25
4 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΩΝ.....	27
5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	31
5.1 Σκοπός.....	31
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	31
5.3 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού μελετών.....	31
5.4 Αναζήτηση βιβλιογραφίας.....	31
5.5 Αξιολόγηση και επιλογή μελετών.....	32
6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	33
6.1 Καταγραφή αποτελεσμάτων.....	33
6.2 Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	52
6.2.1 Γενικά χαρακτηριστικά μελετών.....	52
6.2.2 Φόβοι και ανάγκες.....	57
6.2.3 Ψυχολογικά προβλήματα.....	58
6.2.4 Ποιότητα ζωής.....	61
6.2.5 Ανησυχία για τα παιδιά.....	63
6.2.6 Επιστροφή στην εργασία.....	64
6.2.7 Σεξουαλική λειτουργία.....	65
6.2.8 Εικόνα σώματος.....	67
6.2.9 Ανάγκες συγγενών.....	69

6.2.10	Ανάγκη για ψυχοκοινωνική υποστήριξη	70
6.2.11	Ρόλος ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην επιβίωση	71
7	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	72
8	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	81
9	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84

Πίνακες

Πίνακας 1. Τα στάδια του καρκίνου του μαστού με βάση το σύστημα TNM	19
Πίνακας 2. Αξιολόγηση και επιλογή μελετών	32
Πίνακας 3. Καταγραφή αποτελεσμάτων.....	33
Πίνακας 4. Πλήθος μελετών ανά εργαλείο μεθοδολογίας.....	53
Πίνακας 5. Στοιχεία μελετών και δείγματος ανά χώρα ενδιαφέροντος.....	55

Διαγράμματα

Διάγραμμα 1. Πλήθος μελετών ανά έτος.....	52
Διάγραμμα 2. Μέγιστη και ελάχιστη τιμή ηλικίας δείγματος	53
Διάγραμμα 3. Πλήθος μελετών ανάλογα με το ηλικιακό εύρος του δείγματος	54
Διάγραμμα 4. Πλήθος μελετών ανά θεματικό επίπεδο.....	54
Διάγραμμα 5. Πλήθος μελετών ανά έτος και χώρα μελέτης	56

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την οικογένεια μου και τον επιβλέποντα καθηγητή μου Μιχάλη Τάλια για την υποστήριξη τους κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διατριβής αυτής.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος μαστού είναι μια συχνή χρόνια νόσος. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ανέδειξε μια νέα πτυχή, τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις, όπως η διάγνωση, η θεραπεία και η υποτροπή της νόσου. Η χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου, με ακρωτηριασμό, προκαλεί αλλαγή στην εικόνα του σώματος, διαταραχή του ρόλου στην οικογένεια καθώς και μείωση της κοινωνικής συμμετοχής.

Σκοπός: Η διερεύνηση της εμφάνισης και της έκτασης ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη.

Μεθοδολογία: Είναι μία συστηματική ανασκόπηση. Η αναζήτηση βιβλιογραφίας έγινε από τον Νοέμβριο του 2014 μέχρι τις αρχές του 2015. Έγινε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: Medline, Science Direct και Scopus.

Αποτελέσματα: Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις που προέκυψαν είναι οι εξής: α) οι φόβοι και οι ανάγκες των ασθενών, β) τα ψυχολογικά προβλήματα, γ) η ποιότητα της ζωής, δ) η ανησυχία για τα παιδιά, ε) η επιστροφή στην εργασία, στ) η σεξουαλική λειτουργία, ζ) η εικόνα σώματος, η) οι ανάγκες των συγγενών, θ) η ανάγκη για ψυχοκοινωνική υποστήριξη, και ι) ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην επιβίωση. Η συχνότητα εμφάνισης και η έκταση των διαστάσεων αυτών ποικίλει και εξαρτάται από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, κοινωνικοπεριβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και από τα ατομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Συμπεράσματα: Οι έρευνες για τον καρκίνο του μαστού και η κλινική υποστήριξη πρέπει να έχουν ως επίκεντρο την οικογένεια. Οι παρεμβάσεις πρέπει να έχουν ως στόχο την κάλυψη των πληροφοριακών αναγκών, τη διαχείριση της αβεβαιότητας, τον έλεγχο των συμπτωμάτων, την αντιμετώπιση των πολιτισμικών διαφορών και την ενίσχυση της κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος μαστού, ψυχοκοινωνικά, θέματα, διαστάσεις

Abstract

Background: Breast cancer is a common chronic disease. The increase in life expectancy revealed a new prospect, the psychosocial dimensions. Patients experience very stressful situations, such as diagnosis, treatment and disease relapse. The surgical treatment of the disease by amputation causes a change in body image, impaired role in the family as well as reduced social participation.

Aim: Investigation of occurrence and magnitude of psychosocial effects on patients with breast cancer in Europe.

Methods: It is a systematic review. The literature search was carried out from November 2014 until the beginning of 2015. The literature research was carried out using electronic databases: Medline, Science Direct and SCOPUS.

Results: Psychosocial aspects that emerged were: a) the fears and the needs of patients, b) the psychological problems, c) the quality of life, d) the concern for their children, e) the return to work, f) the sexual function, g) the body image, h) the needs of the relatives, i) the need for psychosocial support, and j) the role of psychosocial factors on survival. The frequency and the extent of these dimensions vary depending on socio-demographic factors, socio-environmental factors as well as individual personality traits.

Conclusions: Research on breast cancer and clinical support must be family orientated. Interventions should be designed to fulfill arising queries, to ease uncertainty, to control symptoms, to address cultural differences and to promote social and emotional support.

Keywords: breast cancer, psychosocial, issues, dimensions, aspects

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Γενικά στοιχεία

Ο καρκίνος μαστού είναι μια συχνή νόσος, καθώς 1 στις 10 γυναίκες έχουν πιθανότητα να εκδηλώσουν τη συγκεκριμένη νόσο (Λάγιου, 2008).

Τις τελευταίες δεκαετίες η εκτεταμένη έρευνα στον καρκίνο μαστού, η έγκαιρη διάγνωση και η χρήση συστηματικής θεραπείας έχουν αυξήσει την πιθανότητα επιβίωσης από τη νόσο (Αγγελοπούλου, Καραγκούνη & Κωτσάκου, 2013· Σκαπινάκης, 2007). Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ανέδειξε μια νέα πτυχή, τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις (Σκαπινάκης, 2007). Από το 1977, με την ανάπτυξη του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου από τον G. Engel, αυξήθηκε το ενδιαφέρον για την ολιστική προσέγγιση των ασθενών. Ο άνθρωπος θεωρείται μέρος ενός ευρύτερου συστήματος και επομένως, η αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να απευθύνεται ταυτόχρονα και στις τρεις διαστάσεις, στη βιολογική, στην ψυχολογική και στην κοινωνική (Σκαπινάκης, 2007).

Η ταύτιση του μαστού με την εικόνα του ωραίου γυναικείου σώματος, με τη μητρότητα και γενικά με την υγεία της γυναίκας, έχει ως αποτέλεσμα, σε περιπτώσεις εκδήλωσης καρκίνου του μαστού, την εμφάνιση περίπλοκων ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στην ασθενή, στο οικογενειακό της περιβάλλον και στην κοινωνία γενικότερα (Δαρδαβέσης, 2009).

Ο καρκίνος μαστού είναι μια χρόνια ασθένεια. Οι χρόνιες ασθένειες συνδέονται με την ανάπτυξη νέων φόβων για την εξέλιξη της ασθένειας, για την ίδια τη ζωή και το μέλλον. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις, όπως η διάγνωση, η θεραπεία και η υποτροπή της νόσου. Επίσης, συχνά πρέπει να αντιμετωπίσουν προβλήματα όπως οι ιατρικές κρίσεις, ο πόνος, ο έλεγχος δυσάρεστων συμπτωμάτων, η αδυναμία, οι αλλαγές και οι περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες, οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, οι αλλαγές στην εμφάνιση εξαιτίας είτε της ασθένειας είτε της θεραπείας, η τήρηση

συγκεκριμένης πειθαρχίας, η πιθανότητα κοινωνικής απομόνωσης, η προσαρμογή στις αλλαγές της πορείας της νόσου, η χρηματοδότηση των θεραπειών και της αυτοσυντήρησης καθώς και η αναστάτωση της επαγγελματικής δραστηριότητας εξαιτίας των μειωμένων δυνατοτήτων (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008· Nettleton, 2002). Ένα άλλο πρόβλημα είναι η πιθανότητα στιγματισμού που ποικίλλει ανάλογα με την ορατότητα της νόσου, την έκταση στην οποία οι άλλοι είναι ενήμεροι για την ασθένεια, και την αντίληψη που έχουν οι άλλοι σχετικά με την ικανότητα ενός ατόμου να συμμετέχει πλήρως και κανονικά (Nettleton, 2002).

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά και τους επηρεάζει σχεδόν όλους. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια, αφορά βιολογικά θέματα, συναισθηματικά θέματα και θέματα συμπεριφοράς (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008). Ιδιαίτερα σημαντικό σε όλες τις φάσεις μιας χρόνιας ασθένειας είναι το ζήτημα της ποιότητας ζωής. Στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι πλέον όχι μόνο η εξασφάλιση περισσότερου χρόνου επιβίωσης, αλλά και η βελτιωμένη ποιότητα ζωής. (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008).

1.2 Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα έρευνας

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει πάνω από 1500 γυναίκες ετησίως (Ζωγράφος, Φλέσσας & Μιχαλόπουλος, 2012). Η επίπτωση της νόσου ανά 100.000 γυναίκες για το έτος 2008 υπολογίστηκε στο 82,5 και η θνησιμότητα στο 18,6. Επομένως, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη νεοπλασία του γυναικείου πληθυσμού στη χώρα (Δαρδαβέσης, 2009). Ο καρκίνος μαστού είναι μια χρόνια ασθένεια. Οι χρόνιες ασθένειες προκαλούν φυσικές αναπηρίες και έχουν επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των ασθενών, στις κοινωνικές τους σχέσεις, στην ταυτότητά τους και στην αίσθηση του εαυτού τους (Nettleton, 2002). Η χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου, ο ακρωτηριασμός, προκαλεί αλλαγή στην εικόνα του σώματος, διαταραχή του ρόλου στην οικογένεια καθώς και μείωση της κοινωνικής συμμετοχής. Η χημειοθεραπεία επηρεάζει σοβαρά την καθημερινή ζωή των ασθενών λόγω των συχνών νοσηλειών και των παρενεργειών που προκαλεί (Ρηγάτος, 2007). Επομένως, κρίνεται σημαντική η αποσαφήνιση θεμάτων που αφορούν τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου του μαστού.

1.3 Σκοποί και στόχοι

Στη συγκεκριμένη εργασία, αφού αναλυθούν βασικές έννοιες που αφορούν τον καρκίνο του μαστού, θα γίνει συστηματική ανασκόπηση των μελετών που αναφέρονται στις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου στην Ευρώπη, ώστε να διαπιστωθεί ο βαθμός της εμφάνισης και της έκτασης των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στις ασθενείς, τόσο λόγω της χρονιότητας της νόσου όσο και λόγω της συμμετοχής των ασθενών σε δύσκολες θεραπευτικές μεθόδους.

2 Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος «όγκος μαστού» αναφέρεται ήδη από το 1600 π.Χ. σε παπύρους στην Αίγυπτο. Επίσης, αναφορές για καρκίνο μαστού υπάρχουν στην αρχαία Ελλάδα, από τον Ηρόδοτο και τον Ιπποκράτη, ο οποίος ήταν και ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «καρκίνος» στα κείμενα του. Κλινική περιγραφή της νόσου γίνεται για πρώτη φορά τον 1^ο αιώνα μ.Χ.. Τότε περιγράφεται για πρώτη φορά και η εγχείριση αφαίρεσης όγκου μαστού. Αναφορές για διενέργεια μαστεκτομής εμφανίζονται τον 3^ο αιώνα μ.Χ.. Κατά τη βυζαντινή περίοδο αναφέρεται για πρώτη φορά η προσπάθεια θεραπείας του όγκου με καυτηριασμό. Τον 13^ο αιώνα οι Henri de Mondeville και Lan- franc αναφέρονται ως οι ιατροί που προσπάθησαν να συνδυάσουν τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού με τον καυτηριασμό (Μάλλιου, Αγκνάντη, Παυλίδης, Καππός, Κριαράς, Γερουλάνος, 2006)

Τον 16^ο αιώνα ο ανατόμος Vesalius προτείνει να γίνεται ευρεία εκτομή για την αφαίρεση των όγκων του μαστού. Πίστευε ότι οι επιφανειακοί όγκοι θα έπρεπε να αφαιρούνται, χωρίς όμως να γίνεται ακρωτηριασμός του μαστού και γι αυτό προσπάθησε να τους θεραπεύσει εφαρμόζοντας πλάκες μολύβδου, χωρίς όμως ικανοποιητικά αποτελέσματα. Την ίδια περίοδο περιγράφεται, από τον ίδιο, η διήθηση του δέρματος και των επιχώριων λεμφαδένων σε προχωρημένες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Επίσης, εκείνη την εποχή, ο Ισπανός Michael Servetus ξεκίνησε την ιδέα που οδήγησε στην ανάπτυξη της σύγχρονης μαστεκτομής, ότι δηλαδή και ο υποκείμενος μυς και οι λεμφαδένες πρέπει να αφαιρούνται. Επιπλέον, ο Γερμανός Wilhelm Fabry von Hilden επινόησε ένα εργαλείο που συνέθλιβε τη βάση του μαστού, και το χρησιμοποιούσε για τη θεραπεία της νόσου (Μάλλιου και συν., 2006).

Τον 17^ο αιώνα, αναφέρεται για πρώτη φορά από τον Ολλανδό Nicolas Tulp η αντίληψη ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια μεταδοτική νόσος. Την ίδια εποχή άρχισαν να γίνονται αναφορές για μεταστάσεις της νόσου. Επίσης, εκείνη την περίοδο αρχίζουν να πιστεύουν ότι ο καρκίνος έχει λεμφική προέλευση και ότι δεν προέρχεται από τη μαύρη χολή. Τον 18^ο αιώνα προτείνεται η αφαίρεση του μαστού, του υποκείμενου θωρακικού μυός και των λεμφαδένων της μασχάλης. Αυτή επέμβαση μπορεί να θεωρηθεί ως η πρώτη ριζική μαστεκτομή. Την ίδια εποχή ο Alexis Boyer περιγράφει το κλινικό σημείο «φλοιός πορτοκαλιού» (Μάλλιου και συν., 2006).

Το ότι ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μεταδοτική νόσος αποδεικνύεται τον 19^ο αιώνα. Την ίδια εποχή κατασκευάζεται συσκευή για άσκηση πίεσης στον καρκινωματώδη μαστό για τη θεραπεία του και περιγράφονται οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου. Ο Charles Hewitt Moore έθεσε τις γενικές αρχές της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού διατυπώνοντας ότι: α) ο όγκος θα πρέπει να μη διατέμνεται και να μην αποκαλύπτεται κατά τη διάρκεια της επέμβασης και β) οι υποτροπές του καρκίνου προέρχονται από τον πρωτοπαθή όγκο και όχι από μια ανεξάρτητη οργανική αρχή. Ο Halsted, το 1889, εισήγαγε τη ριζική μαστεκτομή, που εφαρμόζεται για περισσότερο από 100 χρόνια και περιελάμβανε την ευρεία εκτομή του δέρματος μαζί με τον όγκο, την επικάλυψη του ελλείμματος με μοσχεύματα, την αφαίρεση του μείζονος θωρακικού μυός, το σύστοιχο μασχαλιαίο καθαρισμό και την αφαίρεση en block όλων των ιστών, τέμνοντας ευρέως προς όλες τις περιοχές αύξησης του όγκου. Εκείνη την εποχή επιχειρείται και η εφαρμογή ακτινοβολίας στον καρκίνο του μαστού για τη θεραπεία της νόσου (Μάλλιου και συν., 2006).

Τον 20^ο αιώνα, ο François Baclesse αποδεικνύει ότι η ογκεκτομή με συμπληρωματική ακτινοβολία στα στάδια I και II μπορεί να έχει τα ίδια αποτελέσματα με την κλασική χειρουργική επέμβαση. Ο Robert McWhirter πραγματοποιώντας απλή μαστεκτομή ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία και συγκρίνοντας τη με τη ριζική μαστεκτομή και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, βρίσκει ότι η επιβίωση είναι μεγαλύτερη στη συντηρητικά θεραπευμένη ομάδα. Από το 1945, αρχίζουν να γίνονται αναφορές στο ρόλο των οιστρογόνων και των ανδρογόνων στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Το 1948, ο David Patey εισάγει την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή με διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός.

Επίσης, την εποχή εκείνη αναπτύσσονται και τα κυτταροτοξικά αντικαρκινικά φάρμακα (Μάλλιου και συν., 2006). Από τη δεκαετία του 1970 ξεκίνησε η εποχή της ορμονοθεραπείας του καρκίνου του μαστού, με την εφαρμογή της ταμοξιφαίνης (Ζαφράκας, Τσαλίκης, Παπαδόπουλος, Σόρτσης & Ταρλατζής, 2009). Το 1990 επισημοποιούνται οι συντηρητικές χειρουργικές τεχνικές από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ, σύμφωνα με το οποίο η χειρουργική θεραπεία με διατήρηση του μαστού θεωρείται η ενδεδειγμένη μέθοδος για την πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο του μαστού σταδίου I και II και είναι προτιμότερη, εφόσον προσφέρει επιβίωση παρόμοια με την ολική μαστεκτομή, επιτρέποντας συγχρόνως τη διατήρηση του μαστού. Βέβαια, υπάρχει ακόμη διχογνωμία για το αν ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης αποτελεί θεραπευτικό χειρισμό ή επέμβαση σταδιοποίησης, για την αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου εμφάνισης μεταστάσεων που θα πρέπει να ακολουθήσουν επικουρική χημειοθεραπεία (Μάλλιου και συν., 2006). Από το 2005 έγινε αποδεκτή και η χορήγηση της επικουρικής μοριακά στοχευμένης θεραπείας με το μονοκλωνικό αντίσωμα trastuzumab (Herceptin) σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του μαστού, όπου ο πρωτοπαθής όγκος εμφάνιζε ενίσχυση του γονιδίου HER-2 (Ζαφράκας και συν., 2009).

2.2 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Παγκοσμίως, το 2000, εμφανίστηκαν περίπου 1.500.000 νέα περιστατικά καρκίνου μαστού. Αναφέρεται ότι ο καρκίνος του μαστού ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων του καρκίνου στις γυναίκες και επίσης, ότι 1 στις 10 γυναίκες έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο (Λάγιου, 2008). Μάλιστα, στο 25-30% των γυναικών ο καρκίνος εμφανίζεται όταν έχουν παιδιά σχολικής και προσχολικής ηλικίας (Faulkner & Davey, 2002· Forrest, Plumb, Ziebland & Stein, 2006· Thastum, Watson, Kienbacher et al., 2009). Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σπάνια στους άντρες. Αναφέρεται ότι η νόσος αντιστοιχεί σε ποσοστό μικρότερο του 1% επί των κακοηθών νεοπλασιών των ανδρών (Ζωγράφος και συν., 2012).

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει πάνω από 1500 γυναίκες ετησίως (Ζωγράφος και συν., 2012). Η επίπτωση της νόσου ανά 100.000 γυναίκες για το έτος 2008 υπολογίστηκε σε 82,5 και η θνησιμότητα σε 18,6. Επομένως, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη νεοπλασία του γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα.

Βέβαια, η Ελλάδα, διεθνώς, κατέχει ενδιάμεση θέση ως προς τη συχνότητα, την επίπτωση και τη θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού (Δαρδαβέσης, 2009).

Στην Ελλάδα, όπως και σε πολλές άλλες χώρες, ο καρκίνος αποτελεί τη 2^η αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την 5^η αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως και τη 2^η θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες (ΥΥΚΑ, 2011-2015).

Όσον αφορά στην πρόγνωση της νόσου, στις υγειονομικά αναπτυγμένες χώρες, το 70% των ασθενών έχει πενταετή επιβίωση. Η θνησιμότητα μπορεί να μειωθεί κατά 25% εφόσον η νόσος διαγνωστεί έγκαιρα γίνει κατάλληλη θεραπεία. Την τελευταία δεκαετία η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού σε ορισμένες χώρες στην Αμερική και στην Ευρώπη όχι μόνο να μένει σταθερή αλλά να εμφανίζει και μικρή πτωτική τάση (Λάγιου, 2008).

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον συχνότερο τύπο νεοπλασίας μεταξύ των γυναικών των ανεπτυγμένων χωρών. Στη Βόρεια Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική η επίπτωση κυμαίνεται στις 100 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος. Αξιοπεριέργο είναι το γεγονός ότι παρατηρείται διαφορετική γεωγραφική μεταβλητότητα της επίπτωσης της νόσου μέσα στην ίδια χώρα ή σε γειτονικές χώρες, γεγονός που ισχύει και για την Ελλάδα. Διαφοροποιήσεις στη συχνότητα παρατηρούνται, επίσης, μεταξύ διαφόρων φυλετικών ομάδων της ίδιας χώρας (Δαρδαβέσης, 2009).

Η νόσος εμφανίζεται συνήθως μετά το 20^ο – 25^ο έτος και η επίπτωση αυξάνει με ταχύ ρυθμό μετά το 30^ο έτος της ζωής. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η συχνότητα της νόσου σε συνάρτηση με την ηλικία είναι αυξημένη στις χώρες με υψηλή επίπτωση, με τις υψηλότερες τιμές να παρατηρούνται στις ηλικίες των 70-75 ετών. Αντίθετα, στις χώρες που έχουν χαμηλή επίπτωση της νόσου, δεν παρατηρείται αυξητική πορεία μετά την ηλικία των 50 ετών (Δαρδαβέσης, 2009). Επίσης, παρατηρείται διαφορά της συχνότητας της νόσου σε σχέση με την ηλικία μεταξύ γυναικών της λευκής και της μαύρης φυλής. Μέχρι το 45^ο έτος της ζωής η συχνότητα είναι παρόμοια και στις δυο φυλές, αλλά στις μεγαλύτερες ηλικίες παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα εκδήλωσης της νόσου στις γυναίκες της λευκής φυλής, ιδίως λίγο πριν και κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης (Δαρδαβέσης, 2009).

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι υψηλότερη στις άγαμες γυναίκες σε σχέση με τις έγγαμες, Μεταξύ των παντρεμένων γυναικών η συχνότητα είναι υψηλότερη στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει (Δαρδαβέσης, 2009). Σε κάποιες έρευνες έχει αναδειχθεί θετική συσχέτιση της συχνότητας της νόσου με γυναίκες υψηλού κοινωνικού, οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου (Δαρδαβέσης, 2009· Λάγιου, 2008).

Επίσης, στους παράγοντες κινδύνου αναφέρονται το ατομικό αναμνηστικό καρκίνου μαστού καθώς και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών (το 8-10% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού είναι κληρονομικός, ενώ σε ηλικίες κάτω των 35 ετών η νόσος είναι κληρονομική στο 30-40% των περιπτώσεων). Ο καρκίνος του μαστού συνήθως οφείλεται, σε μεταλλάξεις των ογκοκατασταλτικών γονιδίων BRCA1, BRCA2. Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού σε ασθενείς με μεταλλαγή στα γονίδια αυτά φθάνει το 84% κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Επίσης, παράγοντα κινδύνου αποτελούν οι προηγηθείσες βιοψίες μαστού για καλοήθη νοσήματα και η αυξημένη πυκνότητα μαζικού ιστού στη μαστογραφία (γυναίκες 45 ετών ή μεγαλύτερες με >75% πυκνό μαστό). Επιπλέον παράγοντες κινδύνου αποτελούν : η παχυσαρκία, η ηλικία εμμηναρχής (πρώιμη εμμηναρχή –πριν την ηλικία των 12 ετών), η ηλικία κατά τον πρώτο τοκετό, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση (μετά τα 50), η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, η λήψη θεραπείας αποκατάστασης με οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση, η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, και η προηγούμενη ακτινοβολήση του μαστού (Ζωγράφος και συν., 2012).

2.3 Διάγνωση

Για τη διάγνωση της νόσου απαιτείται τόσο η κλινική εξέταση, όσο και ο παρακλινικός έλεγχος.

2.3.1 Κλινική εξέταση

Κατά την κλινική εξέταση επιδιώκεται η διαπίστωση ύπαρξης: α) ψηλαφητής μάζας στο μαστό ή στη μασχάλη, β) έκκρισης από τη θηλή (μη γαλακτώδης), γ) οιδήματος του μαστού, δ) ερεθισμού ή εισολκής του δέρματος και ε) αλλοιώσεων στη θηλή (πόνος, εισολκή, ερυθρότητα, κνησμός) (Ζωγράφος και συν., 2012).

2.3.2 Παρακλινικός Έλεγχος:

Ο παρακλινικός έλεγχος περιλαμβάνει τη διενέργεια εξετάσεων όπως:

α) Μαστογραφία

Αποτελεί την πλέον καθιερωμένη μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού λόγω του χαμηλού κόστους που έχει σε σχέση με άλλες νεότερες απεικονιστικές μεθόδους. Παρέχει τη δυνατότητα της πρώιμης διάγνωσης της νόσου με αποτέλεσμα την πιθανότητα μείωσης της θνητότητας από καρκίνο του μαστού μέχρι και 40%. Η μαστογραφία δεν είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη σε γυναίκες μικρότερες των 30 ετών λόγω της αυξημένης πυκνότητας των μαστών τους (Ζωγράφος και συν., 2012).

β) Υπερηχογράφημα

Έχει συμπληρωματικό ρόλο στη μαστογραφία (Ζωγράφος και συν., 2012).

γ) Μαγνητική μαστογραφία

Γίνεται μετά από χορήγηση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού. Δεν επιβαρύνει με ακτινοβολία και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε τόσο σε νέες όσο και σε έγκυες γυναίκες. Μειονέκτημα αποτελεί το υψηλό κόστος της (Ζωγράφος και συν., 2012).

δ) Ενδοφλέβια χορήγηση fluoro-2-deoxy-D-glucose - Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (FDG - PET)

Χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της κατάστασης των μασχαλιαίων λεμφαδένων και θεωρείται μέθοδος εκλογής για την αρχική σταδιοποίηση ορισμένων τύπων καρκίνου μαστού, τον έλεγχο για υποτροπή της νόσου καθώς και τον έλεγχο για ανταπόκριση στη θεραπεία (Ζωγράφος και συν., 2012).

ε) Ενδοφλέβια χορήγηση fluoro-2-deoxy-D-glucose - Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων / Αξονική Τομογραφία (FDG-PET/CT)

Είναι μια νέα απεικονιστική μέθοδος που επιτρέπει την απεικόνιση των δεδομένων από τις δύο μεθόδους σε μία εικόνα παρέχοντας υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια (Ζωγράφος και συν., 2012).

στ) Ραδιοϊσοτοπική μαστογραφία

Χρησιμοποιείται κυρίως για τη χαρτογράφηση της λεμφικής οδού και την αναγνώριση του λεμφαδένα φρουρού (Ζωγράφος και συν., 2012).

ζ) Βιοψία

Η διενέργεια ιστολογικής εξέτασης ενδείκνυται όταν η μαστογραφία ή το υπερηχογράφημα δίνουν ευρήματα πιθανής κακοήθειας. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι λήψης βιοψίας, όπως η βιοψία δια λεπτής βελόνης, η βιοψία δια ευρύτερης κόπτουσας βελόνης και η βιοψία εκτομής (Ζωγράφος και συν., 2012).

2.4 Τύποι Καρκίνου Μαστού – Ιστολογική ταξινόμηση

2.4.1 Μη διηθητικός (In situ)

i) Μη διηθητικός λοβιακός (LCIS)

Είναι κυρίως παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης διηθητικού λοβιακού ή πορογενούς καρκίνου παρά μορφή καρκίνου. Για αυτόν το λόγο μαζί με την άτυπη λοβιακή υπερπλασία εντάσσονται στον κοινό όρο λοβιακή νεοπλασία του μαστού (Ζωγράφος και συν., 2012).

ii) Μη διηθητικός πορογενής (DCIS)

Πρόκειται για μια νεοπλασματική ενδοπορική αλλοίωση που συχνά μπορεί να εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνο μαστού. Εμφανίζεται κυρίως στις γυναίκες ηλικίας 40-60 ετών (Ζωγράφος και συν., 2012).

2.4.2 Διηθητικός καρκίνος μαστού

i) Πορογενής Διηθητικός

Είναι ο πιο συχνός τύπος καρκίνου μαστού (60-80%). Ειδικοί τύποι πορογενούς διηθητικού καρκίνου είναι: ο μυελοειδής (3-4%), ο βλενωδής (2-3%), ο θηλώδης (2%), ο σωληνώδης (1-2%), ο αδενοκυστικός και ο φλεγμονώδης (Ζωγράφος και συν., 2012).

ii) Λοβιακός Διηθητικός καρκίνος μαστού

Εμφανίζεται σε ποσοστό 5-15% (Ζωγράφος και συν., 2012).

2.4.3 Νόσος Paget θηλής του μαστού

Είναι μια σπάνια μορφή καρκίνου του μαστού (1-3%). Τα καρκινικά κύτταρα εντοπίζονται στην επιδερμίδα του συμπλέγματος θηλής/θηλαίας άλω. Κλινικά

παρατηρείται εκζεματοειδής εμφάνιση της θηλής/θηλαίας άλω που συνοδεύεται από κνησμό, ερυθρότητα και έκκριση. Το 80-90% των περιπτώσεων σχετίζεται με μη διηθητικό ή διηθητικό πορογενές καρκίνο είτε κοντά είτε μακριά από το σύμπλεγμα θηλής/θηλαίας άλω (Ζωγράφος και συν., 2012).

2.4.4 Μη επιθηλιακός καρκίνος

Περιλαμβάνονται: ο φυλλοειδής όγκος- φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα, το λέμφωμα, άλλα σαρκώματα και άλλοι σπάνιοι μη επιθηλιακοί όγκοι (Ζωγράφος και συν., 2012).

2.5 Σταδιοποίηση καρκίνου μαστού

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού γίνεται με βάση το σύστημα TNM (Όγκος (Tumor) - Λεμφαδένες (Nodes) -Απομακρυσμένες μεταστάσεις). Τα στάδια του καρκίνου του μαστού με βάση το σύστημα TNM φαίνονται στον Πίνακα 1 που ακολουθεί (Ζωγράφος και συν., 2012).

Πίνακας 1. Τα στάδια του καρκίνου του μαστού με βάση το σύστημα TNM

Στάδιο	T	N	M
0	Tis: Καρκίνος μη διηθητικός (ενδοπορικός, λοβιακός, νόσος Paget της θηλής)	N0 (Απουσία μετάστασης στους επιχώριους λεμφαδένες)	M0 (Απουσία μεταστάσεων)
I	T1: Πρωτοπαθής όγκος μέγιστης διαμέτρου ≤ 2 cm	N0	M0
IIA	T0: Απουσία ενδείξεων πρωτοπαθούς όγκου	N1 (Μετάσταση σε κινητούς, ομόπλευρους μασχαλιαίους λεμφαδένες)	M0
	T1	N1	M0
IIB	T2: Πρωτοπαθής όγκος μέγιστης διαμέτρου >2 και ≤ 5 cm	N0	M0
	T3: Πρωτοπαθής όγκος μέγιστης διαμέτρου >5 cm	N1	M0
IIIA	T0	N2 (Μετάσταση σε ομόπλευρους μασχαλιαίους λεμφαδένες, είτε συμφομένους μεταξύ τους είτε με γειτονικά στοιχεία)	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0

	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
ΠΙΒ	T4 (Πρωτοπαθής όγκος με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή και στο δέρμα)	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
ΠΙC	Κάθε T	N3 (Μετάσταση σε ομόπλευρους υποκλείδιους ή υπερκλείδιους ή σε ομόπλευρους έσω μαστικούς λεμφαδένες και συγχρόνως κλινική εικόνα μετάστασης στους μασχαλιαίους λεμφαδένες)	M0
IV	Κάθε T	Κάθε N	M1 (Υπαρξη μεταστάσεων)

2.6 Θεραπεία του καρκίνου του μαστού

2.6.1 Χειρουργική θεραπεία

Η επιλογή της χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως το μέγεθος του όγκου, το συνολικό μέγεθος του μαστού, η ηλικία της ασθενούς κ.α. (Ζωγράφος και συν., 2012).

i) Ριζικές επεμβάσεις

Περιλαμβάνονται η απλή μαστεκτομή και η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Στην απλή μαστεκτομή αφαιρείται ο μαστός και το σύμπλεγμα θηλής-θηλαίας άλω (Ζωγράφος και συν., 2012). Στην τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή κατά Patey, αφαιρείται ο μαζικός αδένας και η πρόσθια περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός. Η επέμβαση αυτή διενεργείται όταν υπάρχουν σχετικές και απόλυτες αντενδείξεις για τη διατήρηση του μαστού. Η επέμβαση κατά Rotter- Halsted όπου γίνεται αφαίρεση των μείζονος και ελάσσονος θωρακικών μυών, ενδείκνυται όταν υπάρχει πλήρη διήθηση των θωρακικών μυών (Αργυρίου, Παπαδόπουλος, Σόρτης & Ταρλατζής, 2009).

ii) Συντηρητικές επεμβάσεις

Όταν οι επεμβάσεις διατήρησης του μαστού συνοδεύονται από μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία έχουν το ίδιο αποτέλεσμα, όσον αφορά στην επιβίωση και στην τοπική υποτροπή της νόσου, με τη διενέργεια μαστεκτομής (Ζωγράφος και συν., 2012). Σήμερα η χειρουργική θεραπεία του διηθητικού καρκίνου του μαστού

διενεργείται κατά τα 2/3 με επέμβαση διατήρησης του μαστού. Η απόφαση εξαρτάται από τη σχέση του όγκου με το μέγεθος του μαστού καθώς και από τη δυνατότητα της μετεγχειρητικής ακτινοβολίας του υπόλοιπου μαστού. Απαραίτητη προϋπόθεση της χειρουργικής θεραπείας με διατήρηση του μαστού είναι η δυνατότητα της πλήρους αφαίρεσης του όγκου σε υγιή όρια (Αργυρίου και συν., 2009).

Στις απόλυτες αντενδείξεις εφαρμογής συντηρητικών χειρουργικών επεμβάσεων περιλαμβάνονται: α) το ιστορικό προηγούμενης ακτινοβολίας του μαστού ή του θωρακικού τοιχώματος, β) η εγκυμοσύνη γ) οι διάχυτες ύποπτες για κακοήθεια μικροαποτιτανώσεις, δ) η εκτεταμένη νόσος που δεν μπορεί να αφαιρεθεί με ασφαλή όρια έχοντας συγχρόνως καλό αισθητικό αποτέλεσμα και ε) τα θετικά χειρουργικά όρια. Στις σχετικές αντενδείξεις περιλαμβάνονται: α) η παρουσία ενεργού αυτοάνοσου νοσήματος με συμμετοχή του δέρματος, β) το μέγεθος όγκων άνω των 5 cm, γ) τα εστιακά θετικά χειρουργικά όρια και δ) οι γυναίκες άνω των 35 ετών ή οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που έχουν γνωστή μεταλλαγή στα γονίδια BRCA1/BRCA2 (Ζωγράφος και συν., 2012).

Στις επεμβάσεις διατήρησης μαστού περιλαμβάνονται: α) η αφαίρεση του όγκου (αφαιρείται ο όγκος του μαστού έως 5cm συμπεριλαμβανομένου ενός τμήματος υγιούς ιστού), β) η εκτομή τεταρτοκυκλίου (αφαιρείται ο ιστός στα πλαίσια τεταρτοκυκλίου με ακτινοειδή τομή, έχοντας τον όγκο στο κέντρο του ιστού που αφαιρέθηκε) και γ) η διατήρηση του μαστού χωρίς αφαίρεση του όγκου (γίνεται μόνο ακτινοθεραπεία και εφαρμόζεται μόνο σε περιστατικά που είναι αδύνατο να γίνει χειρουργική θεραπεία) (Αργυρίου και συν., 2009).

iii) Λεμφαδενεκτομή

Ο καρκίνος του μαστού δίνει μεταστάσεις κυρίως λεμφογενώς και συνήθως στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Ο προσδιορισμός της κατάστασης των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι σημαντικός για τη σταδιοποίηση, την πρόγνωση, την καθοδήγηση για την επιλογή της θεραπείας καθώς και για τον τοπικό έλεγχο της νόσου (Ζωγράφος και συν., 2012).

Όταν διενεργείται ο συμβατικός λεμφαδενικός καθαρισμός της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών καθώς και η νοσηρότητα. Συχνά εμφανίζονται πόνοι κατά την κίνηση του βραχίονα με αποτέλεσμα τον περιορισμό της λειτουργικότητάς του, αίσθημα υπαισθησίας στην

περιοχή της τομής και λεμφοίδημα του συγκεκριμένου άκρου. Ο λεμφαδένας φρουρός αποτελεί μια εναλλακτική μικροεπεμβατική μέθοδο για το λεμφαδενικό καθαρισμό της σύστοιχης μασχालιάς κοιλότητας, με χαμηλότερη νοσηρότητα (Αργυρίου και συν., 2009).

2.6.2 Επικουρική ακτινοθεραπεία

Η χορήγηση επικουρικής ακτινοθεραπείας μετά από επέμβαση αφαίρεσης διηθητικού καρκίνου με διατήρηση του μαστού βασίζεται στις μελέτες των Fischer και Veronesi που είχαν ως συμπέρασμα ότι ο συνδυασμός ογκεκτομής-ακτινοθεραπείας ήταν το ίδιο αποτελεσματικός με τη μαστεκτομή. Η ακτινοβολία, μετά από επέμβαση διατήρησης του μαστού, εφαρμόζεται ομοιογενώς σε ολόκληρο τον υπολειπόμενο μαστό, στην περιοχή όπου υπήρχε ο όγκος που αφαιρέθηκε καθώς και στους μασχालιαίους, στους έσω μαστικούς και στους υπερκλείδιους λεμφαδένες. Το κυριότερο μειονέκτημα της ακτινοθεραπείας, ιδιαίτερα σε όγκους του αριστερού μαστού, είναι η καρδιοτοξικότητα, η οποία βέβαια έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια με την πρόοδο της τεχνολογίας (Ζαφράκας και συν., 2009).

2.6.3 Επικουρική Χημειοθεραπεία

Η σημασία της χορήγησης χημειοθεραπείας για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Τα σχήματα χημειοθεραπείας που εφαρμόζονται πιο συχνά είναι: α) ο συνδυασμός κυκλοφωσφαμίδης με μία ανθρακυκλίνη και 5-φλουο-ουρακίλη και β) ο συνδυασμός δοξορουμπικίνης, κυκλοφωσφαμίδης με μία ταξάνη. Τα περισσότερα από αυτά τα σχήματα χορηγούνται σε έξι κύκλους, κάθε τρεις εβδομάδες (Ζαφράκας και συν., 2009). Συνδυάζονται με την ορμονοθεραπεία και τη στοχευμένη θεραπεία και χορηγούνται σε συνδυασμούς των 2 ή 3 φαρμάκων με στόχο την εξαφάνιση των μεταστάσεων και τον έλεγχο του καρκίνου του μαστού (Ζωγράφος και συν., 2012).

Πιθανές επιπλοκές της χημειοθεραπείας είναι η καταβολή, η ναυτία, οι έμετοι, η αλωπεκία, η καταστολή του μυελού των οστών, η λευκοπενία, η αναιμία, οι φλεγμονές, η μυαλγία, η νευροπάθεια, οι βλάβες των βλεννογόνων, οι διάρροιες, η καρδιοτοξικότητα και οι γνωσιακές διαταραχές (Ζαφράκας και συν., 2009· Ρηγάτος, 2007).

Η χημειοθεραπεία προηγείται χρονικά της ακτινοθεραπείας καθώς πρέπει να ξεκινήσει η χορήγηση της μέσα σε 60 μέρες από την χειρουργική επέμβαση. Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται μελέτες που αξιολογούν τη δυνατότητα προεγχειρητικής χορήγησης της χημειοθεραπείας. Βέβαια πριν από τη χορήγηση της πρέπει να γίνει ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης της νόσου. Το υπερηχογράφημα αποτελεί την καλύτερη μέθοδο παρακολούθησης της ανταπόκρισης του όγκου στη χημειοθεραπεία (Ζαφράκας και συν., 2009).

2.6.4 Επικουρική Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία έχει ως στόχο την μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων που ευθύνονται για την ανάπτυξη του όγκου στους ορμονοεξαρτώμενους καρκίνους. Θετικοί ορμονικοί υποδοχείς εμφανίζονται στο 70% των περιπτώσεων καρκίνου μαστού. Το 60% των ασθενών που έχουν θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς (ER+) ανταποκρίνονται στην ορμονοθεραπεία. Όταν είναι θετικοί και οι προγεστερονικοί υποδοχείς (PR+) το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 80% (Ζωγράφος και συν., 2012). Οι κυριότερες κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι τα αντιοιστρογόνα, οι αγωνιστές των LR-RH και οι αναστολείς της αρωματάσης (Ζωγράφος και συν., 2012).

Όσον αφορά τα αντιοιστρογόνα χορηγείται ταμοξιφένη, που είναι αποτελεσματική τόσο σε προεμμηνοπαυσιακές όσο και σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η ταμοξιφένη ελαττώνει τον ετήσιο κίνδυνο θανάτου από τον καρκίνο του μαστού κατά 39% ανεξάρτητα από την ηλικία, την εμμηνοπαυσιακή κατάσταση, τη διήθηση των λεμφαδένων και τη χορήγηση χημειοθεραπείας (Ζωγράφος και συν., 2012). Η ιδανική διάρκεια της θεραπείας με ταμοξιφαίνη θεωρούνται τα πέντε χρόνια, όμως, το 10% των ασθενών σταματούν τη θεραπεία λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών όπως, οι εξάψεις, τα μυοσκελετικά άλγη, οι δυσάρεστες κοιλιακές εκκρίσεις, η οστεοπόρωση, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια και ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο ενδομήτριο (Ζαφράκας και συν., 2009).

Οι αγωνιστές των LR-RH χρησιμοποιούνται συνήθως για τη θεραπεία των προεμμηνοπαυσιακών γυναικών με καρκίνο μαστού (Ζωγράφος και συν., 2012). Οι αναστολείς της αρωματάσης (αναστραζόλη, λετροζόλη, εξεμεστάνη) χρησιμοποιούνται κυρίως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, είτε ως αρχική θεραπεία

μετά από τη λήψη ταμοξιφένης για 2-3 χρόνια είτε ως συνέχεια της αγωγής μετά από 4,5-6 χρόνια αγωγής με ταμοξιφένη. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται τα μυοσκελετικά προβλήματα, η οστεοπόρωση και τα κατάγματα (Ζωγράφος και συν., 2012).

2.6.5 Επικουρική μοριακά στοχευμένη θεραπεία

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται βιολογικές θεραπείες όπως είναι τα μονοκλωνικά αντισώματα εναντίον του HER-2 υποδοχέα και εναντίον του αυξητικού παράγοντα του ενδοθηλίου των αγγείων VEGF. Οι θεραπείες αυτές βοηθούν στην επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μαστού, με αποδεκτή τοξικότητα. Περιλαμβάνονται ουσίες όπως trastuzumab, bevacizumab και λαπατινίμπη (Ζωγράφος και συν., 2012).

3 ΤΟ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Ο G. Engel, το 1977, ανέπτυξε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και από τότε αυξήθηκε το ενδιαφέρον για την ολιστική προσέγγιση των ασθενών. Κάθε άνθρωπος είναι μέρος του ευρύτερου συστήματος. Μία θεραπεία για να είναι αποτελεσματική πρέπει να απευθύνεται συγχρόνως στη βιολογική, στην ψυχολογική και στην κοινωνική διάσταση (Σκαπινάκης, 2007). Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο οι διεργασίες που έχουν σχέση με τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά καθώς και οι κοινωνικές διεργασίες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη, στην πορεία και στην έκβαση της σωματικής νόσου, και επομένως πρέπει να υπολογίζονται στη θεραπεία της ασθένειας προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Λύκουρας, 2011).

Η ποιότητα της ζωής του ατόμου αναφέρεται στο βαθμό της ικανοποίησης του από τη σωματική του υγεία, την κοινωνική του ζωή, τις υλικές συνθήκες της ζωής του, τις επαγγελματικές του δραστηριότητες, τη συναισθηματική και ψυχολογική του κατάσταση καθώς και τις προσδοκίες του για το μέλλον. Η βαρύτητα της νόσου, ο τρόπος με τον οποίο κάθε άτομο αντιμετωπίζει τη νέα κατάσταση και οι υποστηρικτικές δυνατότητες που υπάρχουν στην ζωή του επηρεάζουν τις επιπτώσεις που μία χρόνια νόσος μπορεί να έχει στους παραπάνω τομείς (Δαμίγος, Καλτσούδα, Οικονόμου & Σιαμόπουλος, 2010). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσπαθεί να καταλάβει το πώς η ασθένεια και η δυσλειτουργία επηρεάζονται από όλους αυτούς τους παράγοντες και αποτελεί οδηγό για την κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενή συμβάλλοντας στη διάγνωση, στη διαχείριση της θεραπείας αλλά και γενικότερα στην ολιστική προσέγγιση του ασθενή (Γούναρη, Παπαχαρίτου & Χατζηχρήστου, 2011· Λύκουρας, 2011).

Ο ασθενής αποτελεί ενεργητικό παράγοντα τόσο κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής στρατηγικής, όσο και κατά την εφαρμογή της. Η ασθένεια δεν αντιμετωπίζεται ως κάτι ανεξάρτητο και αυτόνομο από τους υπόλοιπους τομείς της ζωής του ατόμου και της οικογένειάς του. Η ψυχή και το σώμα δεν διαχωρίζονται (Δαμίγος και συν., 2010). Στόχος είναι η επίτευξη ισορροπίας μεταξύ του εσωτερικού

και του εξωτερικού περιβάλλοντος, που θα παρέχει τη δυνατότητα στο κάθε άτομο να ζει δημιουργικά (Τούντας, 2007). Τα προβλήματα που η νόσος προκαλεί στους διάφορους τομείς της ζωής είναι μια «φυσιολογική» κρίση, που πρέπει τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας να συνειδητοποιήσουν και να αναζητήσουν τρόπους αντιμετώπισής της (Δαμίγος και συν., 2010).

4 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΩΝ

Η διάγνωση μιας χρόνιας και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας μπορεί να χαρακτηριστεί ως κρίση. Η προσαρμογή του ατόμου σε μια χρόνια ασθένεια, όπως είναι ο καρκίνος του μαστού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και μεταβάλλονται συνεχώς. Οι παράγοντες αυτοί είναι: α) τα χαρακτηριστικά της ασθένειας (είδος, πιθανή θνησιμότητα), β) οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο), γ) τα ατομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενή (τρόπος σκέψης, στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων) και δ) οι κοινωνικοπεριβαλλοντικοί παράγοντες (κοινωνικό δίκτυο, κοινωνικό στίγμα, κοινωνική υποστήριξη). Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν τόσο την αξιολόγηση της νέας πραγματικότητας όσο και την επιλογή στρατηγικών διαχείρισης (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008).

Οι τρόποι που συνήθως ένα άτομο αντιδράει όταν μαθαίνει ότι έχει μια σοβαρή ασθένεια αναλύθηκαν από τον Shontz το 1975 και είναι οι εξής:

α) Το αρχικό σοκ: Ο ασθενής νιώθει ότι είναι ένας απλός παρατηρητής και πως ότι συμβαίνει δεν ανήκει στην πραγματικότητα. Οι τρόποι που συνήθως συμπεριφέρεται είναι αυτοματοποιημένοι. Η διάρκεια αυτού του σταδίου είναι από μερικές ημέρες μέχρι και εβδομάδες. Στην περίπτωση που η ασθένεια αναπτύσσεται απροειδοποίητα το σοκ είναι πιο έντονο.

β) Η αντιπαράθεση: Ακολουθεί μετά το αρχικό σοκ. Ο ασθενής διακατέχεται από την αίσθηση της απώλειας, το πένθος και την απελπισία. Επίσης, υπάρχει μεγάλος βαθμός αποδιοργάνωσης της σκέψης.

γ) Η υποχώρηση: Ακολουθεί μετά την αντιπαράθεση. Η νέα κατάσταση «εγκαθίσταται» σταδιακά στη ζωή του ασθενή και αρχίζει να τη μεταβάλλει. Ο ασθενής προσπαθεί να τη διαχειριστεί και να προσαρμοστεί χρησιμοποιώντας την αποφυγή και την άρνηση (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008).

Ο Doca το 1993 διέκρινε την εξέλιξη μιας χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας σε μια σειρά φάσεων, οι οποίες βέβαια δεν είναι υποχρεωτικές για κάθε άτομο και για κάθε νόσο και είναι οι εξής:

α) Η προδιαγνωστική φάση, όπου το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει ενδείξεις της ασθένειας, και μπορεί είτε να ενεργοποιηθεί και να προσπαθήσει να διευκρινίσει την κατάσταση είτε απλά να αγνοήσει τα συμπτώματα (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008· Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

β) Η οξεία φάση. Στη φάση αυτή περιλαμβάνεται και η διάγνωση. Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από έντονα και αρνητικά συναισθήματα λόγω της μεγάλης έκπληξης, της ανάγκης για κατανόηση και αντιμετώπιση της ασθένειας και των συνεπειών της, της πιθανή ανάγκης για ιατρικές εξετάσεις, επεμβάσεις και νοσηλείες, της αναγνώρισης της νέας κατάστασης και των επιπτώσεών της, της ανάγκης για αλλαγή του τρόπου ζωής και των συμπεριφορών που έχουν σχέση με την υγεία, της ανάγκης για έκφραση των συναισθημάτων, καθώς και λόγω του φόβου για το μέλλον. Κάποια άτομα προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τη νέα κατάσταση αναζητώντας πληροφορίες και αναθεωρώντας στόχους αξίες, άλλα άτομα συνεχίζουν τη ζωή τους αρνούμενα την πραγματικότητα και άλλα άτομα παλινδρομούν (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008· Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

γ) Η χρόνια φάση, στην οποία ο ασθενής πρέπει να εξασφαλίσει ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής, να εφαρμόσει τις ιατρικές οδηγίες, να ενεργοποιήσει το υποστηρικτικό του δίκτυο, να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας και της θεραπείας, να εκφράσει τα συναισθήματα του και να αναγνωρίσει τις επιπτώσεις της κατάστασης στη ζωή του και στις σχέσεις του με τους άλλους. Κάποιες φορές, υπάρχουν ακόμα και στην περίπτωση της αποθεραπείας αρνητικά συναισθήματα θυμού και φόβου (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008· Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

δ) Η τελική φάση, η οποία περιλαμβάνει είτε την ίαση είτε τον θάνατο (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008· Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Συνήθως, οι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή στην εμφάνιση μιας χρόνιας νόσου είναι: α) η άρνηση, όπου ο ασθενής δεν δέχεται τις υπάρχουσες ενδείξεις ότι νοσεί, β) η μαχητικότητα, όπου ο ασθενής ελπίζει, διατηρεί μια θετική

στάση και αναζητάει πληροφορίες σχετικές με τη νόσο, γ) η στωική αποδοχή, όπου ο ασθενής αποδέχεται τη διάγνωση και συνεχίζει τη ζωή του όπως πρώτα χωρίς να ασχολείται με την ασθένεια, δ) η αποδοχή που συνοδεύεται από άγχος / θλίψη, όπου ο ασθενής επιδιώκει ενεργητικά να συγκεντρώσει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί, τις οποίες όμως ερμηνεύει με αρνητικό και απαισιόδοξο τρόπο, και ε) η απελπισία, όπου το άτομο θεωρεί ότι είναι συνεχώς άρρωστο ανεξάρτητα με την παρουσία συμπτωμάτων, και κάποιες φορές ενεργεί σαν να πρόκειται να πεθάνει άμεσα, με αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση της ζωής του (Αγγελοπούλου και συν., 2013· Σκαπινάκης, 2007).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, στην Ελλάδα υπάρχουν οι εξής μη κυβερνητικές – μη κερδοσκοπικές οργανώσεις στήριξης ασθενών με καρκίνο μαστού και των οικογενειών τους:

1. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
2. Ίδρυμα Δράσης Κατά του Καρκίνου του Μαστού
3. Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού, "Άλμα Ζωής"
4. Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής" Νομού Θεσσαλονίκης
5. ΑγκαλιάΖΩ - Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου
6. Σύλλογος Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων & Ιατρών Αθηνών-Κ.Ε.Φ.Ι.
7. Κοινοφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου - Μείνε Δυνατός
8. Σύλλογος Φίλων Ογκολογικού Νοσοκομείου «Οι Άγιοι Ανάργυροι»
9. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Μαστού (EXEM)
10. «Ευ Ζω με τον καρκίνο»
11. Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (Ε.Ο.Π.Ε.)
12. Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας (ΕΕΜ). Έχει ιδρύσει το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «ΕΛΛΗ

ΛΑΜΠΙΕΤΗ», το οποίο αποτελεί ανεξάρτητο εξωνοσοκομειακό κέντρο που επιχορηγείται από δημόσιους και μη χορηγούς.

13. Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας

5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα εργασία είναι μια συστηματική ανασκόπηση (Πατελάρου & Μπροκαλάκη, 2010). Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε από το Νοέμβριο του 2014 μέχρι τις αρχές του 2015.

5.1 Σκοπός

Σκοπός είναι η διερεύνηση της εμφάνισης και της έκτασης ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ο καρκίνος του μαστού, ως χρόνια νόσος, έχει ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στις ασθενείς.
2. Η συμμετοχή σε δύσκολες θεραπευτικές μεθόδους (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία) έχει ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στις ασθενείς.

5.3 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού μελετών

1. Πληθυσμός – Στόχος: Γυναίκες με καρκίνο μαστού.
2. Κριτήρια εισαγωγής: Ερευνητικές μελέτες, στην αγγλική γλώσσα, που αφορούν χώρες της Ευρώπης για το χρονικό διάστημα 2005-2015 για τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις γυναικών με καρκίνο μαστού.
3. Κριτήρια αποκλεισμού: Ανασκοπήσεις, μελέτες που αφορούν χώρες που δεν ανήκουν στην Ευρώπη, μελέτες που αφορούν άλλους καρκίνους, μελέτες που αναφέρονται στο χρονικό διάστημα πριν το 2005, μελέτες που δεν εντοπίστηκαν ολόκληρες.

5.4 Αναζήτηση βιβλιογραφίας

Λέξεις-Κλειδιά: καρκίνος μαστού, ψυχοκοινωνικές διαστάσεις, breast cancer, psychosocial

Σύνολο άρθρων που προέκυψαν από την αναζήτηση στη βάση Medline : 1269

Σύνολο άρθρων που προέκυψαν από την αναζήτηση στη βάση Scopus: 59

Σύνολο άρθρων που προέκυψαν από την αναζήτηση στη βάση sciencedirect : 205

5.5 Αξιολόγηση και επιλογή μελετών

Στον Πίνακα 2, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η μέθοδος αξιολόγησης και επιλογής των μελετών που προέκυψαν από την αναζήτηση.

Πίνακας 2. Αξιολόγηση και επιλογή μελετών

	βάση Medline	βάση Scopus	βάση sciencedirect
Σύνολο άρθρων από αρχική αναζήτηση	1269	59	205
Μελέτες που απερρίφθησαν μετά από ανάγνωση τίτλου	982	31	163
Μελέτες που απερρίφθησαν μετά από ανάγνωση περίληψης	962	15	23
Σύνολο μελετών για αξιολόγηση	120	16	19
Μελέτες που προέκυψαν συνολικά	155		
Μελέτες που προστέθηκαν έπειτα από αναζήτηση των βιβλιογραφικών παραπομπών των ανασκοπήσεων	8		
Τελικό σύνολο μελετών ανασκόπησης	63		

6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Καταγραφή αποτελεσμάτων

Πίνακας 3. Καταγραφή αποτελεσμάτων

Συγγραφείς - Έτος	Χώρα	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Μεθοδολογία - Εργαλεία	Αποτελέσματα
Bantema-Joppe, de Bock, Woltman-van Iersel, et al., 2015	Ολλανδία	1420 γυναίκες με καρκίνο μαστού (στάδιο 0-III) που επιβίωσαν μετά από επέμβαση διατήρησης του μαστού και ακτινοθεραπεία.	28-85	Ερωτηματολογία	Σε σύγκριση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, οι νεότερες γυναίκες ανέφεραν χειρότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής κατά το πρώτο έτος μετά την ακτινοθεραπεία. Τρία χρόνια μετά την ακτινοθεραπεία, οι τιμές για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, στις νεότερες ηλικίες, ήταν ίδιες με αυτές του πληθυσμού αναφοράς.
Stinesen Kollberg, Wilderäng, Möller & Steineck, 2014	Σουηδία	280 γυναίκες με καρκίνο μαστού που είχαν παιδιά	26-90	Ερωτηματολόγιο	Από τις γυναίκες που δεν έκαναν χημειοθεραπεία το 63% ανέφερε την επιθυμία να έχει υποστήριξη για τη διαχείριση θεμάτων σχετικών με τα παιδιά του. Το 41% των γυναικών που έκαναν χημειοθεραπεία ανέφερε την ανάγκη για υποστήριξη αμέσως μετά τη διάγνωση και πριν από την επέμβαση. Οι μεταβλητές που σχετίστηκαν περισσότερο με την ανησυχία για τα παιδιά ήταν το να υπάρχουν παιδιά στο σπίτι ($p < 0,0001$), η ανησυχία για τη σεξουαλική ζωή ($p = 0.0009$), ο φόβος του θανάτου από καρκίνο του μαστού ($p = 0.0055$), και η ανησυχία για την προσωπική οικονομική κατάσταση ($p = 0,0413$). Το 56% των γυναικών που ανησυχούσαν για τα παιδιά τους επιθυμούσαν να λάβουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη αμέσως μετά τη διάγνωση και πριν το χειρουργείο. Τα ποσοστά των γυναικών που θέλανε ψυχοκοινωνική υποστήριξη ήταν μεγαλύτερα όταν τα παιδιά που ήταν στο σπίτι ήταν μικρότερα σε ηλικία.

Pérez, Galdón, Andreu, et al., 2014	Ισπανία	102 ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο που έκαναν χημειοθεραπεία	27-68	Ερωτηματολόγια	Τα συμπτώματα μετα-τραυματικού στρες παρέμειναν σταθερά στο χρονικό διάστημα μετά την διάγνωση και πριν το χειρουργείο μέχρι και 12 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των συμπτωμάτων μετα-τραυματικού στρες και των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών και της ηλικίας, αλλά όχι με άλλους κοινωνικοδημογραφικούς ή ιατρικούς παράγοντες. Η απελπισία / ανικανότητα και η τύπου Γ προσωπικότητα ήταν οι καλύτεροι προγνωστικοί δείκτες της συμπτωματολογίας του μετατραυματικού στρες, ακολουθούμενα από το χαρακτηριστικό διαχωρισμού, καθώς και την ενασχόληση ως στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους, τη γνωστική αποφυγή και τα συμπτώματα της οξείας διαταραχής άγχους
Kovac, Petrović, Nedeljković, Kojić & Tomić, 2014	Σερβία	46 ασθενείς που είχαν κάνει χειρουργική θεραπεία	25-81	Ερωτηματολόγιο	Οι ασθενείς εξέφρασαν φόβους και ανησυχίες που σχετίζονταν με κάθε μέρος της θεραπείας του καρκίνου. Ιδιαίτερα έντονος ήταν ο φόβος για χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία (67%), ο τρόμος για την απώλεια των μαλλιών (59%) και ο φόβος για την υποτροπή της νόσου (57%). Το 57% του δείγματος ανέφερε άγχος για τα αποτελέσματα και τις αποφάσεις των γιατρών. Το 39% των ασθενών ανέφερε λόγω ενοχλητικών και δυσλειτουργικών σκέψεων.
Aerts, Christiaens, Enzlin, Neven & Amant, 2014	Βέλγιο	149 γυναίκες με καρκίνο μαστού και 149 υγιείς γυναίκες	26-80	Ερωτηματολόγια	Σε σύγκριση με την κατάσταση πριν από την επέμβαση, σημαντικά περισσότερες γυναίκες με χειρουργική θεραπεία διατήρησης μαστού ανέφεραν προβλήματα σεξουαλικής διέγερσης έξι μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση και σημαντικά περισσότερες γυναίκες με μαστεκτομή ανέφεραν προβλήματα σεξουαλικής επιθυμίας, διέγερσης και ικανότητας επίτευξης οργασμού έξι μήνες και ένα έτος μετά την επέμβαση. Ενώ σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στη σεξουαλική λειτουργία με τις ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού, σημαντικά περισσότερες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή ανέφεραν προβλήματα σεξουαλικής επιθυμίας, διέγερσης και ικανότητας επίτευξης οργασμού.
De Vries, Den Oudsten, Jacobs & Roukema, 2014	Ολλανδία	27 γυναίκες με καρκίνο μαστού	54 ± 10	Συνέντευξη	Το 74% των γυναικών ήταν λίγο ανήσυχες και το 11% ήταν κάπως ανήσυχες για το ενδεχόμενο υποτροπής του καρκίνου. Το 74% των γυναικών ανέφερε ότι σκεφτόταν μερικές φορές το μήνα την πιθανότητα υποτροπής του καρκίνου. Το 80% ανέφερε εστιασμένη στο συναίσθημα στρατηγική αντιμετώπισης του προβλήματος. Το 49% ανέφερε παθητικούς τρόπους αντιμετώπισης ή τρόπους αποφυγής.

Saboonchi, Petersson, Wennman-Larsen, Alexanderson, Brannstrom & Vaez, 2014	Σουηδία	715 γυναίκες με καρκίνο μαστού	51.3 ± 8.1	Ερωτηματολόγια	Υπήρξε μια σημαντική μείωση στο επίπεδο του άγχους, από την αρχή (δύο μήνες μετά το χειρουργείο) που ήταν στο 37,7% σε σχέση με τον τέταρτο μήνα που ήταν στο 26,7%. Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή από τον τέταρτο μέχρι τον δωδέκατο μήνα. Τα επίπεδα της κατάθλιψης αυξήθηκαν σημαντικά από την αρχή (18,5%) στους 4 μήνες (21,5%), αλλά μειώθηκαν στο 15,3% στους 12 μήνες. Μόνο σημαντικά δυσάρεστα γεγονότα της ζωής συνέβαλαν στην εμφάνιση μετά από ένα χρόνο επιπέδων άγχους και κατάθλιψης μεγαλύτερων από τα αρχικά.
Quintard, Constant, Lakdja & Labeyrie-Lagardère, 2014	Γαλλία	87 γυναίκες που διαγνώστηκαν πρώτη φορά με καρκίνο μαστού και από τις οποίες οι 44 έλαβαν θεραπείες ομορφιάς κατά τη νοσηλεία τους.	5 ήταν <40, 53 ήταν από 40 έως 60 και 29 ήταν >60	Ερωτηματολόγια που δόθηκαν α) πριν τη νοσηλεία, β) έξι μέρες και γ) τρεις μήνες μετά το χειρουργείο.	Τρεις μήνες μετά την επέμβαση οι μισές από τις ασθενείς ανέφεραν ότι δεν είχαν σεξουαλική δραστηριότητα και το 42% ότι δεν είχε ενδιαφέρον για το σεξ. Η αντίληψη της ύπαρξης διαθέσιμων πόρων για να αντιμετωπιστεί η ασθένεια είχε θετική επίδραση στη σεξουαλική λειτουργία. Επίσης, η εφαρμογή θεραπειών ομορφιάς βρέθηκε να έχει κάποια σχέση αλλά ο πιο σημαντικός στατιστικά προγνωστικός δείκτης της σεξουαλικής λειτουργίας ήταν η νεότερη ηλικία.
Fallbjörk, Rasmussen, Karlsson & Salander, 2013	Σουηδία	76 γυναίκες που έχουν κάνει μαστεκτομή	59 ± 9.9	Ερωτηματολόγια	Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την εικόνα του σώματος 10 μήνες και 2 χρόνια μετά τη μαστεκτομή. Σημαντική μείωση παρατηρήθηκε στην αίσθηση που είχαν οι γυναίκες ότι είναι σεξουαλικά ελκυστικές καθώς και στην άνεση και στην οικειότητα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Εκτός από το ότι ήταν νεότερες, δεν παρατηρήθηκαν άλλες σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε αποκατάσταση στο μαστό και σε εκείνες που δεν είχαν.
Kedde, van de Wiel, Weijmar Schultz & Wijzen, 2013-α	Ολλανδία	332 γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού τα τελευταία 6 χρόνια και την περίοδο της μελέτης ήταν κάτω των 45 ετών	22-49	Ερωτηματολόγια	Σε σύγκριση με τον γυναικείο πληθυσμό της Ολλανδίας, οι νεαρές γυναίκες που υποβάλλονταν εκείνη την περίοδο σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού ήταν λιγότερο σεξουαλικά ενεργές και είχαν πιο αρνητική εικόνα για την σεξουαλικότητά τους. Οι γυναίκες που είχαν ήδη ολοκληρώσει τη θεραπεία τους είχαν την ίδια περίπου σεξουαλική δραστηριότητα με το γυναικείο πληθυσμό της Ολλανδίας, υπήρχαν όμως πολύ μεγάλες διαφορές σχετικά με την αντίληψη της σεξουαλικότητάς τους. Ιδιαίτερα ισχυρές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της σεξουαλικής ευεξίας αυτών των γυναικών και την ικανοποίησή τους από τη σχέση τους καθώς και την ικανότητα σεξουαλικής αλληλεπίδρασης

Kedde, van de Wiel, Weijmar Schultz & Wijsen, 2013-β	Ολλανδία	332 γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού τα τελευταία 6 χρόνια και την περίοδο της μελέτης ήταν κάτω των 45 ετών	22-49	Ερωτηματολόγια	Σεξουαλική δυσλειτουργία είχε το 64% των γυναικών που υποβάλλονταν ακόμη σε θεραπεία και 45% εκείνων που είχαν τελειώσει. Σε σχέση με τον γυναικείο ολλανδικό πληθυσμό, στις γυναίκες με καρκίνο μαστού, η πρόωρη εμμηνόπαυση και η ορμονοθεραπεία προκαλούσαν μακροχρόνια διαταραχή σεξουαλικής διέγερσης. Η ριζική μαστεκτομή προκαλούσε μακροχρόνια οργασμική διαταραχή και πρόωμη εμμηνοπαυσιακή δυσπαρευνία.
Koch, Jansen, Herrmann, et al. 2013	Γερμανία	160 γυναίκες με καρκίνο μαστού που εκτιμήθηκαν 1, 3, 5 και 10 χρόνια μετά τη διάγνωση	55.4 ± 10.6	Ερωτηματολόγια	Παρόλο που οι επιζώντες του καρκίνου μαστού και το δείγμα ελέγχου από το γενικό πληθυσμό της Γερμανίας ανέφεραν συγκρίσιμη γενική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής, οι επιζώντες ανέφεραν σημαντικά περισσότερους περιορισμούς στις περισσότερες λειτουργίες και συμπτώματα των κλιμάκων σε κάθε παρακολούθηση. Οι επιπτώσεις σε διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ζωής (πόνος, φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα, οικονομικές δυσκολίες) αυξάνονταν από το 5ο έως το 10ο έτος. Οι περιορισμοί ήταν περισσότεροι για τις νεότερες γυναίκες.
Noeres, Park-Simon, Grabow, et al., 2013	Γερμανία	227 γυναίκες με καρκίνο μαστού και 647 γυναίκες που δεν είχαν ποτέ διαγνωστεί με καρκίνο	51.5 ± 8.9 και 51.1 ± 9.4 αντίστοιχα	Συνέντευξη, Ερωτηματολόγια	Ένα χρόνο μετά την αρχική επέμβαση, οι γυναίκες που είχαν επιβιώσει από καρκίνο μαστού είχαν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν αφήσει τη δουλειά τους σε σύγκριση με τις γυναίκες στην ομάδα αναφοράς. Για τις γυναίκες που επιβίωσαν από καρκίνο του μαστού, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, η μερική απασχόληση, η σοβαρότητα των δυσκολιών της δουλειάς τους και η συμμετοχή τους σε προγράμματα ενδονοσοκομειακής αποκατάστασης βρέθηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με την αποτυχία να επιστρέψουν στην εργασία τους. Για τις γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού ακόμη και έξι χρόνια μετά την επέμβαση, η πιθανότητα επιστροφής στην εργασία ήταν μόνο η μισή σε σχέση με τις υγιείς γυναίκες. Βασικοί προγνωστικοί παράγοντες για να μην επιστρέψουν οι γυναίκες στην εργασία τους βρέθηκαν να είναι η ηλικία, το στάδιο του όγκου και η σοβαρότητα των παρενεργειών της θεραπείας.
Schmid-Büchi, Halfens, Müller, Dassen & van den Borne, 2013	Ελβετία	175 γυναίκες που είχαν διαγνωστεί πρόσφατα με καρκίνο μαστού	57.5 ± 11.4	Ερωτηματολόγια	Οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο μαστού χρειάζονταν βοήθεια για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών θεμάτων. Πολλές είχαν συμπτώματα που σχετίζονταν με τη θεραπεία όπως κόπωση (87,7%), εξάψεις (71,5%) και αλλαγή στην εμφάνιση του σώματος (55,8%). Το 56,2% υπέφερε από δυστυχία-θλίψη, το 24,1% από άγχος και το 12,1% από κατάθλιψη. Η σωματική και κοινωνική δυσλειτουργία, η διαταραχή της εικόνας του σώματος, η θλίψη, το άγχος, η κατάθλιψη, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και οι συγκρούσεις στις προσωπικές σχέσεις βρέθηκαν να σχετίζονται με την υποστηρικτική φροντίδα που χρειάζονταν οι γυναίκες.

Bencova, Krajcovicova, Bella & Krcmery, 2013	Σλοβακία	127 γυναίκες με καρκίνο μαστού	34-78	Ερωτηματολόγια	Βρέθηκε αξιολογούμενη συνδεδεμένη με το χρόνο αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων συναισθηματικής δυσφορίας στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έκαναν χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού. Ένα σημαντικό μέρος των επιζώντων του καρκίνου του μαστού αισθανόταν ότι έλαβε ανεπαρκή ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας (πληροφορίες, συναισθηματική υποστήριξη, κ.α).
Ruini, Vescovelli, Albieri, 2013	Ιταλία	60 γυναίκες με καρκίνο μαστού και 60 υγιείς γυναίκες που ανέφεραν άλλα γεγονότα εξίσου στρεσογόνα	56.3 ± 11.8 και 56.5 ± 11.7	Ερωτηματολόγια	Οι γυναίκες που επιβίωσαν από καρκίνο μαστού ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αγωνίας σε σύγκριση με τις υγιείς γυναίκες.
Pacian, Kulik, Pacian, Chruściel, Żołnierczuk-Kieliszek & Jarosz, 2013	Πολωνία	107 γυναίκες με καρκίνο μαστού	45-65	Ερωτηματολόγιο	Ο κοινωνικός τομέας ήταν καλύτερος σε σχέση με τον ψυχικό τομέα της ποιότητας ζωής. Βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του τύπου κατοικίας και του κοινωνικού τομέα της ποιότητας ζωής ($p = 0,036$), με τις υψηλότερες βαθμολογίες να δίνονται από τις γυναίκες που διέμεναν σε αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με τις γυναίκες που έμεναν σε πόλεις. Η αντίληψη της συνολικής ποιότητας ζωής ήταν γενικά καλή, ιδίως μεταξύ των γυναικών που είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, που δεν ήταν σε σχέση, και που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές. Όσο αυξανόταν η ηλικία μειωνόταν η εκτίμηση της ποιότητας της ζωής
Andreu, Galdón, Durá, Martínez, Pérez & Murgui, 2012	Ισπανία	102 γυναίκες με μη μεταστατικό καρκίνο μαστού	50.5 ± 8.8	Ερωτηματολόγια	Τα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας ήταν υψηλότερα κατά την αρχική διάγνωση (25%) σε σχέση με το επόμενο χρονικό διάστημα (17%). Δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ της αγωνίας και των δημογραφικών και των ιατρικών παραγόντων. Ωστόσο, σημαντικοί παράγοντες κινδύνου ήταν οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι. Μοτίβα συναισθηματικής καταστολής και ειδικές τακτικές αντιμετώπισης καταστάσεων, όπως η ανικανότητα / απελπισία, η αγχώδης ενασχόληση, η γνωστική αποφυγή και η μοιρολατρία σχετίστηκαν θετικά με την αγωνία-θλίψη-δυσφορία, ενώ η αγωνιστικότητα και η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη φάνηκε ότι έχουν προστατευτικό ρόλο.

Pauwels, De Bourdeaudhuij, Charlier, Lechner & Van Hoof, 2012	Βέλγιο	84 σύντροφοι γυναικών, οι οποίες είχαν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού	55.3 ± 9	Ερωτηματολόγια	Οι σύντροφοι των γυναικών, που ανέφεραν ότι είχαν ανάγκη για ενημέρωση και υποστήριξη, είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Επίσης, χρησιμοποιούσαν τρόπους αντιμετώπισης προβλημάτων που ήταν προσανατολισμένοι στο συναίσθημα σε σχέση με τους συντρόφους των γυναικών που ανέφεραν ότι δεν χρειάζονταν υποστήριξη. Οι σύντροφοι που χρειάζονταν πληροφορίες και υποστήριξη είχαν μια πιο αρνητική άποψη σχετικά με το χρονοδιάγραμμα και τις συνέπειες για την κατάσταση των συζύγων τους μετά τη θεραπεία.
Charlier, Pauwels, Lechner, et al., 2012	Βέλγιο	440 γυναίκες που επιβίωσαν από καρκίνο μαστού	52 ± 8	Ερωτηματολόγια	Οι ανάγκες φροντίδας για τη σωματική δραστηριότητα δεν έχουν σχέση με την αγωνία και το πραγματικό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας.
Moreira & Canavarro, 2012	Πορτογαλία	134 γυναίκες με καρκίνο μαστού (68 καινούργια περιστατικά και 66 παλιά)	52 ± 7.8 (33–69) και 51.4 ± 8.2 (33–68)	Ερωτηματολόγια	Η αυτοσυνειδησία σχετικά με την εμφάνιση συνέβαλε στην κακή προσαρμογή τόσο στις πρόσφατα όσο και στις παλιά διαγνωσμένες με καρκίνο μαστού γυναίκες. Η επένδυση στην εμφάνιση φάνηκε ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή των ασθενών.
Mertz, Bistrup, Johansen, et al., 2012	Δανία	343 γυναίκες πρόσφατα διαγνωσμένες με καρκίνο μαστού	60 (28-92)	Ερωτηματολόγιο	Τα πιο συχνά προβλήματα που αναφέρθηκαν ήταν η ανησυχία (77%) και η νευρικότητα (71%). Οι νεότερες γυναίκες (<50 έτη) ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αγωνίας από τις μεγαλύτερες (>50 έτη). Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αγωνίας και της ύπαρξης συντρόφου ή κάποιου άλλου ατόμου (όχι μέλος της οικογένειας) για υποστήριξη.
Silva, Moreira & Canavarro, 2012	Πορτογαλία	78 γυναίκες που έκαναν θεραπεία για καρκίνο μαστού	52.1 ± 8.9 (30-68)	Ερωτηματολόγιο	Η αρνητική αντίληψη των επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με υψηλότερη συναισθηματική αγωνία και μειωμένη σωματική και ψυχολογική ποιότητα ζωής. Η ικανότητα των ασθενών να βρίσκουν θετικές αλλαγές στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού βρέθηκε ότι λειτουργεί σαν ρυθμιστικός μηχανισμός του στρες. Μεταξύ των γυναικών που έβλεπαν τον καρκίνο του μαστού να έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή τους, τα υψηλότερα επίπεδα της ικανότητας να βρίσκουν θετικές αλλαγές μετρίαζε αυτό το αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογική και κοινωνική ποιότητα ζωής και στην εμφάνιση κατάθλιψης. Η εύρεση θετικών αλλαγών στην εμπειρία του καρκίνου του μαστού φαίνεται να προστατεύει τις γυναίκες από τις επιδράσεις της αρνητικής αντίληψης των επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της προσαρμογής.

Mazzotti, Serranò, Sebastiani & Marchetti, 2012	Ιταλία	8 γυναίκες με καρκίνο μαστού που είχαν παιδιά	46 (26-58)	Συνέντευξη	Μερικές μητέρες διαχειρίζονταν την ασθένειά τους, σαν να ήταν ένα προσωρινό γεγονός. Στην προσπάθειά τους να προστατέψουν τα παιδιά τους αυτή η στρατηγική συχνά είχε ως αποτέλεσμα την αποσύνδεση-αποστασιοποίηση από αυτά. Άλλες στρατηγικές, αντίθετα, βασίζονταν στην επίγνωση ότι, από εκείνη τη στιγμή και έπειτα, στη ζωή τους, καθώς και στις οικογένειές τους, θα συμβούν σημαντικές αλλαγές τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Οι συμπεριφορές που εξετάστηκαν, υιοθετήθηκαν για τη διασφάλιση της ευημερίας των παιδιών, αλλά μπορούσαν να δημιουργήσουν ή να ενισχύσουν δυσλειτουργικές και παράδοξες στρατηγικές επικοινωνίας.
Drageset, Lindstrøm, Giske & Underlid, 2011	Νορβηγία	21 πρόσφατα διαγνωσμένες γυναίκες με καρκίνο μαστού που επρόκειτο να χειρουργηθούν	41-73	Συνέντευξη	5 θέματα απασχολούσαν κυρίως τις ασθενείς: το να νιώθουν υγιείς αλλά να χρειάζεται να προσαρμοστούν στην ασθένεια, η αναμονή, η αβεβαιότητα, το να πρέπει να ανακοινώσουν στους άλλους την ασθένεια που έχουν και η υπαρξιακή συνειδητοποίηση (φόβος θανάτου, επαναπροσδιορισμός προτεραιοτήτων)
Luutonen, Vahlberg, Eloranta, Hyväri & Salminen, 2011	Φιλανδία	276 γυναίκες με καρκίνο μαστού που έκαναν μετεγχειρητικά ακτινοβολίες	57.8 ± 9.9	Ερωτηματολόγια	Σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών (32,1%) εμφάνιζε καταθλιπτικά συμπτώματα, και περισσότερο από το ένα τέταρτο των ασθενών (28,4%) παρουσίαζε αγωνία. Η μικρότερη ηλικία και η ανεύρεση αρνητικών ορμονικών υποδοχέων βρέθηκε ότι σχετίζονται με την αγωνία. Το 25% των ασθενών εξέφρασε ακάλυπτες ανάγκες για ψυχοκοινωνική υποστήριξη, η οποίες βρέθηκαν να σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τη ψυχολογική δυσφορία και τη μικρότερη ηλικία.
Schmid-Büchi, Halfens, Dassen & van den Borne, 2011-α	Ελβετία	72 γυναίκες με καρκίνο μαστού και 72 συγγενείς τους	57.5 ± 11.8 (28-77) και 57.6 ± 12.3(30-85) αντίστοιχα	Ερωτηματολόγια	Οι ασθενείς ανέφεραν ότι χρειάζονταν βοήθεια σχετικά με ψυχολογικά και σεξουαλικά ζητήματα. Επίσης, ανέφεραν ότι υπέφεραν από συμπτώματα που σχετίζονταν με τη θεραπεία. Η ένταση της κατάθλιψης και η συχνότητα της εμφάνισης συμπτωμάτων λόγω της θεραπείας βρέθηκε ότι σχετίζονται με τις ανάγκες των ασθενών για υποστηρικτική φροντίδα. Οι ανάγκες των συγγενών των ασθενών αφορούσαν κυρίως την πρόσβαση σε πληροφορίες και την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Οι συγγενείς σε σχέση με τις ασθενείς είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους (25,0% έναντι 22,2%), κατάθλιψης (12,5% έναντι 8,3%) και αγωνίας-δυσφορίας (40% έναντι 34%). Η ανάγκη των συγγενών για βοήθεια βρέθηκε να σχετίζεται με τα υψηλότερα επίπεδα της κατάθλιψης, τη νεότερη ηλικία και το να πάσχουν οι ίδιοι από μια νόσο.

Schmid-Büchi, van den Borne, Dassen & Halfens, 2011-β	Ελβετία	107 συγγενείς γυναικών που είχαν πρόσφατα διαγνωστεί με καρκίνο μαστού	54.1 ± 15.2	Ερωτηματολόγια	Οι συγγενείς των γυναικών με καρκίνο μαστού χρειάζονταν βοήθεια σχετικά με την πρόσβαση στην πληροφόρηση και στους επαγγελματίες υγείας. Χρειάζονταν πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία των ασθενών (50.9%), ειλικρινείς πληροφορίες (41.6%) και δεν εμπιστεύονταν τους επαγγελματίες υγείας (39.2%). Το 61% του δείγματος υπέφερε από άγχος, το 26.1% από αγωνία και το 10.9 % από κατάθλιψη. Οι ανεκπλήρωτες ψυχοκοινωνικές ανάγκες των συγγενών βρέθηκαν να συνδέονται με την αγωνία, το άγχος και τις συγκρούσεις στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.
Tighe, Molassiotis, Morris & Richardson, 2011	Αγγλία	10 γυναίκες πρόσφατα διαγνωσμένες με καρκίνο μαστού	51	Συνέντευξη	Οι πολυδιάστατες πτυχές των σχέσεων των γυναικών με την οικογένεια, τους φίλους, τους συναδέλφους και τους επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν σημαντικά τις στρατηγικές αντιμετώπισης και το νόημα που δίνουν στην εμπειρία του καρκίνου του μαστού. Ο αντίκτυπος του καρκίνου του μαστού ήταν προσωπικός για κάθε γυναίκα αλλά συχνά αναφέρθηκαν προβλήματα όπως η διαχείριση της κόπωσης, η προσαρμογή στην απώλεια των μαλλιών και στη σωματική παραμόρφωση, η ανάγκη για σεξουαλική υγεία και η ανάγκη για την παροχή συμβουλών σχετικά με τις σχέσεις τους.
Moreira & Canavarro, 2010	Πορτογαλία	56 γυναίκες με καρκίνο μαστού: α) την περίοδο του χειρουργείου και β) 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας	37-68	Ερωτηματολόγια	Μόνο η αίσθηση της ντροπής για την εικόνα του σώματος αυξήθηκε με πάροδο του χρόνου. Η διεξαγωγή μαστεκτομής σχετίστηκε με υψηλότερη αίσθηση ντροπής και χαμηλότερη ικανοποίηση όσον αφορά την εμφάνιση στο τέλος της θεραπείας. Η αρχική εικόνα του σώματος δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την μετέπειτα προσαρμογή, με εξαίρεση την εμφάνιση κατάθλιψης, όπου η επένδυση στην εμφάνιση έπαιξε σημαντικό ρόλο.
Boot, Holcombe & Salmon, 2010	Αγγλία	156 γυναίκες με καρκίνο μαστού	30-88	Ερωτηματολόγια	Οι γυναίκες που ερωτήθηκαν 2-5 χρόνια μετά τη διάγνωση ανέφεραν λιγότερη αγωνία, μεγαλύτερη εκπλήρωση, εκ νέου αξιολόγηση της ζωής καθώς και υιοθέτηση νέων τρόπων ζωής σε σχέση με τις γυναίκες που ερωτήθηκαν λίγο μετά τη διάγνωση.
Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2010	Γερμανία	42 γυναίκες με αρχικό στάδιο καρκίνου μαστού	33-79	Συνέντευξη	Οι γυναίκες υπέφεραν περισσότερο από ψυχολογική παρά σωματική καταπόνηση, και εξέφραζαν την επιθυμία για συναισθηματική υποστήριξη. Αναδείχθηκαν 4 πηγές έντασης: α) ο φόβος για τη χειρουργική επέμβαση, β) ο φόβος της αβεβαιότητας, γ) η αλλαγή αντίληψης του εαυτού τους και δ) το κοινωνικό περιβάλλον. Οι ανάγκες για φροντίδα περιελάμβαναν: α) τη σχέση με τους νοσηλευτές, β) την επαγγελματική επάρκεια και γ) τις συνθήκες νοσηλείας.

Den Oudsten, Van Heck, Van der Steeg, Roukema & De Vries, 2010	Ολλανδία	217 γυναίκες με αρχικό στάδιο καρκίνου μαστού (141 υποβλήθηκαν σε 1 χειρουργείο και 78 σε 2 χειρουργεία)	59.3 ± 9.1 και 57.8 ± 9.5 αντίστοιχα	Ερωτηματολόγια	Το 35,9% του δείγματος χρειάστηκε πρόσθετη χειρουργική θεραπεία. Η μεταβολή στα αποτελέσματα με την πάροδο του χρόνου ήταν ίδια και για τις δύο ομάδες. Η ψυχολογική κατάσταση του δείγματος δεν άλλαξε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, με εξαίρεση την ένταση του άγχους.
Härtl, Engel, Herschbach, Reinecker, Sommer & Friese, 2010-α	Γερμανία	203 γυναίκες με αρχικό στάδιο καρκίνου μαστού	58.4 ± 10.5 (33-84)	Ερωτηματολόγια	Η συνολική ποιότητα της ζωής και οι περισσότερες λειτουργίες και τα συμπτώματα βελτιώθηκαν κατά την περίοδο των 2 ετών μετά τη διάγνωση. Ωστόσο, η γνωστική λειτουργία, η εικόνα του σώματος και τα συμπτώματα της αϋπνίας, της δυσκοιλιότητας και της διάρροιας δεν άλλαξαν. Μόνο η μεταβλητή «ηλικία» μπορούσε να προβλέψει τη φυσική λειτουργία, ενώ το μέγεθος του όγκου, η χειρουργική επέμβαση της μασχάλης, και η επικουρική χημειοθεραπεία δεν βοηθούσαν στην πρόβλεψη των μακροπρόθεσμων λειτουργιών της ποιότητας ζωής. Η αρχική αγωνία ήταν ο πιο ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για την μακροχρόνια ποιότητα ζωής. Οι υψηλότερες βαθμολογίες «νευρωτισμού / νεύρωσης» συσχετίστηκαν με χειρότερη ποιότητα ζωής. Η αισιοδοξία δεν ήταν ικανή να προβλέψει την ποιότητα ζωής δύο χρόνια αργότερα.
Härtl, Schennach, Müller, et al., 2010-β	Γερμανία	236 γυναίκες με διάγνωση καρκίνου μαστού	58.7±10.7 (33–89)	Ερωτηματολόγια	Οι βαθμολογίες που αφορούσαν την ποιότητα ζωής βελτιώθηκαν με την πάροδο του χρόνου, αλλά τα προβλήματα που αφορούσαν το άγχος, την εικόνα του σώματος, και τη σεξουαλική λειτουργία συνέχιζαν να υπάρχουν. Οι νεότερες γυναίκες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να ενοχληθούν από τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Siedentopf, Marten-Mittag, Utz-Billing, Schoenegg, Kentenich & Dinkel, 2010	Γερμανία	333 ασθενείς με καρκίνο μαστού	59.9±12.6 (24-92)	Συνέντευξη	<p>Στη διάσταση της σωματικής δυσφορίας το στοιχείο με την υψηλότερη βαθμολογία ήταν η «εξάντληση / κούραση». Στη διάσταση της ψυχολογικής δυσφορίας, τα στοιχεία «άγχος / ανησυχία / ένταση και θλίψη / μελαγχολία / κατάθλιψη» συγκεντρώσαν τις υψηλότερες τιμές. Η νεαρότερη ηλικία και ιστορικό ψυχιατρικών / ψυχοθεραπευτικών αγωγών στο παρελθόν συνδέθηκαν με την παρουσία μεγαλύτερης αγωνίας. Οι γυναίκες που επρόκειτο να υποβληθούν σε μαστεκτομή είχαν μεγαλύτερη σωματική δυσφορία από τις γυναίκες που θα υποβάλλονταν σε θεραπεία διατήρησης του μαστού, αλλά και οι δύο ομάδες δεν διέφεραν όσον αφορά την ψυχολογική δυσφορία. Μεταβλητές που σχετίζονται με τον καρκίνο (μέγεθος όγκου και βαθμός) δεν βρέθηκαν να συνδέονται με την αγωνία. Ανάγκη για παροχή επαγγελματικής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης παρατηρήθηκε στο 23% των ασθενών. Το ιστορικό προηγούμενης ψυχιατρικής / ψυχοθεραπευτικής αγωγής ήταν η μόνη μεταβλητή που βρέθηκε να συνδέεται με την παρούσα ανάγκη για ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Το 46% των ασθενών που δήλωσαν ότι είχαν ανάγκη για ψυχοκοινωνική υποστήριξη αποδέχθηκαν την παροχή συμβουλών που τους προσφέρθηκε.</p>
Zimmermann, Scott & Heinrichs, 2010	Γερμανία	98 γυναίκες με αρχικό στάδιο καρκίνου μαστού και οι σύντροφοι τους	51.9±11.1 (30-78) και 53.1±11.4 (25-80) αντίστοιχα	Ερωτηματολόγια	<p>Τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι πτυχές της σχέσης του ζευγαριού σχετίζονται διαφορετικά με την εικόνα του σώματος. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα των γυναικών και η οικογενειακή ικανοποίηση των ανδρών βρέθηκαν να σχετίζονται με την αυτό-αποδοχή των γυναικών, αλλά όχι και την αντίληψη των γυναικών για την αποδοχή της εμφάνισής τους από τους συντρόφους τους. Η ικανοποίηση των γυναικών από τη σχέση τους και η προοπτική για αντιμετώπιση των προβλημάτων μαζί με το σύντροφο τους βρέθηκαν να σχετίζονται με την αντίληψη των γυναικών σχετικά με την αποδοχή της εμφάνισής τους από το σύντροφο τους.</p>

Voskuil, van Nes, Junggebur, van de Velde, van Leeuwen & de Haes, 2010	Ολλανδία	435 μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού που έλαβαν επικουρική ενδοκρινική θεραπεία	63.9±8.9	Ερωτηματολόγια	Τα άτομα με επίπεδο σωματικής δραστηριότητας πάνω από τη μέση, που διατήρησαν αυτό το επίπεδο από το χρονικό διάστημα πριν τη διάγνωση μέχρι και ένα χρόνο μετά την έναρξη της ορμονοθεραπείας, ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής, καλύτερη σωματική λειτουργία και λιγότερη κόπωση δύο χρόνια μετά την έναρξη της ορμονοθεραπείας, σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, το οποίο ελαττώθηκε κι άλλο μετά τη διάγνωση. Οι υπέρβαρες ή παχύσαρκες γυναίκες που αύξησαν το σωματικό τους βάρος μετά τη διάγνωση ανέφεραν χειρότερη ποιότητα ζωής και περισσότερη κόπωση, συγκριτικά με τις γυναίκες που διατήρησαν σταθερό βάρος σώματος.
Rottmann, Dalton, Christensen, Frederiksen & Johansen, 2010	Δανία	684 γυναίκες με καρκίνο μαστού	54±9.6 (29-81)	Ερωτηματολόγια	Μεγαλύτερη ικανότητα αυτο-αποτελεσματικότητας 2 εβδομάδες πριν την έναρξη της θεραπείας συσχετίστηκε με την παρουσία συναισθηματικής ευεξίας μετά από 12 μήνες. Το μαχητικό πνεύμα, το άγχος και η απόγνωση-απελπισία λίγο επηρέασαν την επίδραση της αυτο-αποτελεσματικότητας. Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της αυτο-αποτελεσματικότητας και της φυσικής και κοινωνικής ευημερίας. Σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της αυτο-αποτελεσματικότητας και του επιπέδου εκπαίδευσης και του χρόνου που είχε περάσει από τη διάγνωση. Επίσης, συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της ευημερίας και της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης, της υποτροπής της νόσου και του χρόνου που είχε περάσει από τη διάγνωση.
Moreira, Silva & Canavarro, 2010	Πορτογαλία	117 γυναίκες με καρκίνο μαστού	52.5 ± 8.8	Ερωτηματολόγια	Η επένδυση στην εμφάνιση συμβάλλει στην εξήγηση της κοινωνικής και της ψυχολογικής ποιότητας της ζωής και στην εμφάνιση κατάθλιψης. Η επένδυση στην εμφάνιση ανήκει στους παράγοντες που μπορούν να διαφοροποιήσουν το εάν οι γυναίκες θα προσαρμοστούν καλά ή όχι στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

Markopoulos, Tsaroucha, Kouskos, Mantas, Antonopoulou & Karvelis, 2009	Ελλάδα	207 γυναίκες με καρκίνο μαστού σταδίου I ή II, που έκαναν χειρουργική θεραπεία: α) με επέμβαση διατήρησης του μαστού, β) με μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση ή γ) με μαστεκτομή και αποκατάσταση	29-84	Ερωτηματολόγιο	Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση διατήρησης του μαστού ήταν περισσότερο ικανοποιημένες με την χειρουργική επέμβαση και την εικόνα του σώματος. Ακολουθούσαν εκείνες που έκαναν μαστεκτομή και αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο. Παρά το γεγονός ότι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είχε αρνητικό αντίκτυπο στη ψυχολογία όλων των ασθενών, εκείνες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού ή μαστεκτομή και αποκατάσταση ήταν περισσότερο ικανοποιημένες και ανέφεραν χαμηλότερο αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση και τη σεξουαλική τους ζωή έναντι εκείνων οι οποίες είχαν κάνει μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση.
Gorisek, Krajnc & Krajnc, 2009	Σλοβενία	382 γυναίκες που είχαν διαγνωστεί πρόσφατα με μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού και είχαν υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία	36-78	Ερωτηματολόγιο	Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή ανέφεραν περισσότερα οικονομικά προβλήματα, υποβάθμιση της κοινωνικής τους θέσης και περισσότερα σωματικά συμπτώματα σε σύγκριση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν ογκεκτομή ήταν περισσότερο ικανοποιημένες με την εικόνα του σώματος τους και τη σεξουαλική τους ζωή. Παρά το συναισθηματικό στρες που προκαλείται από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και τη σχετική θεραπεία, οι ασθενείς αξιολόγησαν την ποιότητα της ζωής τους στο μέσο όρο και μάλιστα το 77% του δείγματος ανέφερε ότι ήταν σε θέση να απολαμβάνει τη ζωή.
Boehm, Lebrecht, Eckhardt, et al., 2009	Γερμανία	136 γυναίκες με καρκίνο μαστού που υποβάλλονταν σε θεραπεία με ταμοξιφένη	59.5 ± 10	Ερωτηματολόγιο	Οι παρενέργειες της θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού, η σωματική και η ψυχική υγεία και η αυτο-εκτίμηση των ασθενών μπορούν να προκαλέσουν αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής τους.

Browall, Persson, Ahlberg, Karlsson & Danielson, 2009	Σουηδία	75 μετα-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά τη διάρκεια επικουρικής χημειοθεραπεία	65	Ερωτηματολόγια	Εντοπίστηκαν έξι κατηγορίες στρεσογόνων γεγονότων: «ναυτία και εμετός», «κόπωση», «άλλα συμπτώματα», «απομόνωση και αποξένωση», «φόβος για το άγνωστο» και «το να ελέγχονται από τη θεραπεία». Οι τρεις πρώτες κατηγορίες εντάχθηκαν στα σωματικά προβλήματα και οι υπόλοιπες στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Το 30% των καταχωρήσεων του ημερολογίου δεν περιελάμβανε αγχωτικά γεγονότα. Τα σωματικά προβλήματα ήταν τρεις φορές συχνότερα από τα ψυχοκοινωνικά. Το πιο συχνά παρατηρούμενο αγχωτικό γεγονός (21,6%) ήταν το «ναυτία / έμετος», ενώ το «απομόνωση / αποξένωση» και το «φόβος για το άγνωστο» ήταν λιγότερο συχνά, αλλά όταν συνέβαιναν είχαν βαθμολογηθεί ως τα πιο οδυνηρά. Αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης χρησιμοποιήθηκαν για να διαχειριστεί το κάθε αγχωτικό γεγονός. Οι πιο κοινές στρατηγικές ήταν η αποδοχή, η χαλάρωση και η απόσπαση της προσοχής. Η θρησκεία σπάνια χρησιμοποιήθηκε ως στρατηγική αντιμετώπισης.
Lindwall & Bergbom, 2009	Σουηδία	10 γυναίκες που είχαν χειρουργηθεί για καρκίνο μαστού	Από 43 έως 62 ετών	Συνέντευξη	Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι γυναίκες έβλεπαν το σώμα τους σαν ξένο. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες αισθάνονταν ότι το σώμα τους αλλάζει όταν μάθαιναν ότι είχαν καρκίνο του μαστού και συνειδητοποίησαν ότι κάτι επικίνδυνο μέσα στο σώμα τους απειλούσε την ζωή τους. Ωστόσο, υπήρχαν εμπειρίες αλλαγής του σώματος και μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Η έννοια «το σώμα μου σαν ξένος» περιελάμβανε τα εξής στοιχεία: α) το σώμα μου με απογοήτευσε, β) το σώμα μου - μια φυλακή, γ) το σώμα μου είναι ένα σπίτι όπου ένας αγώνας λαμβάνει χώρα και δ) η δημιουργία φίλων με το αλλαγμένο σώμα.
Harcourt & Frith, 2008	Αγγλία	19 γυναίκες με καρκίνο μαστού που έκαναν χημειοθεραπεία	35-68	Συνέντευξη	Οι γυναίκες είχαν άγχος ότι η χημειοθεραπεία θα τις καταστήσει αναγνωρίσιμες ως «άτομα με καρκίνο» και είχαν προβληματικές αλληλεπιδράσεις με τους άλλους.
Skrzypulec, Tobor, Drosdzol & Nowosielski, 2008	Πολωνία	494 γυναίκες (403 ολική μαστεκτομή, 91 μερική μαστεκτομή)	28-84	Ερωτηματολόγια	Μετά από τη διενέργεια μαστεκτομής η ικανοποίηση από τη ζωή εξαρτάται από την ένταση του μετα-τραυματικού στρες και δεν επηρεάζεται από την ηλικία ή το χρόνο που πέρασε από το χειρουργείο. Το επίπεδο της κατάθλιψης και του άγχους στις γυναίκες μετά από μαστεκτομή εξαρτάται από την ένταση του μετα-τραυματικού στρες. Το επίπεδο της κανοποίησης από τη ζωή, το επίπεδο της κατάθλιψης και του άγχους προκαλούν γενικά χειρότερη βιοψυχοκοινωνική λειτουργία.

Zwingmann, Müller, Körber & Murken, 2008	Γερμανία	167 γυναίκες με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου μαστού (για πρώτη φορά) κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους σε πρόγραμμα αποκατάστασης	57±11 (31-83)	Ερωτηματολόγια	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θετική και η αρνητική αντιμετώπιση με βάση τη θρησκεία σχετιζόταν εντονότερα με το άγχος από ό, τι η προδιάθεση για θρησκευτική προσήλωση. Επιπλέον, βρέθηκε αλληλεπίδραση μεταξύ της θρησκευτικής δέσμευσης και της αρνητικής θρησκευτικής αντιμετώπισης. Σύμφωνα με αυτή την αλληλεπίδραση, φάνηκε να υπάρχει κάποια συνεργική επίδραση των υψηλών επιπέδων της θρησκευτικής δέσμευσης και των υψηλών επιπέδων αρνητικής θρησκευτικής αντιμετώπισης. Αντίθετα, η θετική θρησκευτική αντιμετώπιση δεν λειτουργεί ως συντονιστής/μεσολαβητής και φαίνεται να είναι στενά συνδεδεμένη με τη θρησκευτική προσήλωση.
Arndt, Stegmaier, Ziegler & Brenner, 2008	Γερμανία	315 γυναίκες με αρχικό στάδιο καρκίνου μαστού που έκαναν: α) θεραπεία διατήρησης μαστού και β) μαστεκτομή	M.O.: 56 έτη και 62 έτη αντίστοιχα	Ερωτηματολόγια	Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε θεραπεία διατήρησης μαστού (το 72% του δείγματος), σε σχέση με τις γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή, ανέφεραν καλύτερη σωματική λειτουργία και καλύτερη λειτουργία των ρόλων, ήταν σεξουαλικά περισσότερο ενεργές και ήταν περισσότερο ικανοποιημένες με την εικόνα του σώματός τους ήδη στο 1 έτος μετά τη διάγνωση. Διαφορές στη συνολική ποιότητα ζωής και την κοινωνική λειτουργία αυξήθηκαν σταδιακά με την πάροδο του χρόνου και έγιναν στατιστικά σημαντικές μόνο στα 5 έτη μετά τη διάγνωση.
Landmark, Bøhler, Loberg & Wahl, 2008	Νορβηγία	7 γυναίκες πρόσφατα διαγνωσμένες με καρκίνο μαστού	39-63	Συνέντευξη	Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού περιέγραψαν εμπειρίες που σχετιζόνταν με δύο κατηγορίες αναγκών που επηρέασαν την ικανότητά τους στο να αντιμετωπίσουν τις μεταβαλλόμενες καταστάσεις της ζωής: την ανάγκη για γνώση και την ανάγκη για ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Οι κατηγορίες αυτές μπορούν να χωριστούν σε τρεις ενότητες: γνώση και ψυχοκοινωνική υποστήριξης που σχετίζονται με τις σωματικές, τις συναισθηματικές και τις κοινωνικές προοπτικές της καθημερινής ζωής.
Fritha, Harcourt & Fussell, 2007	Αγγλία	19 γυναίκες πριν την έναρξη ή κατά την έναρξη της χημειοθεραπείας για καρκίνο μαστού	35-68	Συνέντευξη	Η χημειοθεραπεία για τις περισσότερες γυναίκες είναι συνώνυμη με την απώλεια μαλλιών. Ακόμη και οι γυναίκες που δεν βρήκαν τόσο στρεσογόνο και οδυνηρή την σκέψη της αλωπεκίας σκεφτόντουσαν πολύ πως θα διαχειριστούν αυτό το γεγονός. Προέκυψαν τρία βασικά θέματα: Ο συμβιβασμός με την απώλεια μαλλιών, το να είναι έτοιμες και το να έχουν τον έλεγχο της κατάστασης.

Shilling & Jenkins, 2007	Αγγλία	142 ασθενείς με καρκίνο του μαστού που λάμβαναν επικουρική θεραπεία	51.7 ± 9.4 για τις γυναίκες που έκαναν χημειοθεραπεία και 59.4 ± 7 για τις γυναίκες που δεν έκαναν χημειοθεραπεία	Συνέντευξη και ερωτηματολόγια	Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφεραν προβλήματα με τη μνήμη τους (το 71% στους 6 μήνες, το 60% στους 18 μήνες) και στη συγκέντρωση (64% και 42%, αντίστοιχα), τα οποία ήταν άσχετα με την αντικειμενική εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών και σχετίζονταν με την ψυχολογική δυσφορία και την ποιότητα της ζωής. Για τη συντριπτική πλειοψηφία, τα προβλήματα που αναφέρθηκαν ήταν καθημερινά γλιστρήματα και διαλείψεις.
Kenne Sarenmalm, Ohlén, Jonsson & Gaston-Johansson, 2007	Σουηδία	56 μετεμμηνοπαυσιακές πρόσφατα γυναίκες διαγνωσμένες με επανεμφάνιση του καρκίνου του μαστού	65 (55 - 79)	Ερωτηματολόγια	Οι γυναίκες με υποτροπιάζοντα καρκίνο μαστού ανέφεραν πολλαπλά, παράλληλα, και αλληλένδετα συμπτώματα της ασθένειας, του άγχους, της κατάθλιψης και της κόπωσης. Ιδιαίτερα συχνά εμφανίζονταν τα εξής συμπτώματα: η έλλειψη ενέργειας, η δυσκολία στον ύπνο, ο πόνος, η ανησυχία, τα σεξουαλικά προβλήματα, το αίσθημα θλίψης και η ξηροστομία. Το πιο συχνά εμφανιζόμενο σύμπτωμα ήταν το σεξουαλικό πρόβλημα και το πιο σοβαρό σύμπτωμα ήταν η ανησυχία. Το πιο οδυνηρό σύμπτωμα ήταν ο πόνος. Η πλειοψηφία των γυναικών ανέφεραν 10-23 συμπτώματα. Οι γυναίκες που εμφάνιζαν πολλαπλά συμπτώματα ανέφεραν και υψηλότερα επίπεδα των συμπτωμάτων δυσφορίας. Η εμφάνιση συμπτωμάτων δυσφορίας / άγχους μπορούσε να προβλεφθεί από την ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων. Οι βιωμένες προσπάθειες αντιμετώπισης προβλημάτων προέβλεπαν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς που είχαν μικρότερη ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων ανέφεραν υψηλότερη επικράτηση συμπτωμάτων, βίωναν υψηλότερα επίπεδα του άγχους και είχαν χειρότερη αντίληψη για την υγεία τους, το οποίο με τη σειρά του μπορούσε να μειώσει την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Rubino, Figus, Loretta & Sechi, 2007	Ιταλία	33 γυναίκες που είχαν κάνει αποκατάσταση μετά τη μαστεκτομή, 33 γυναίκες που είχαν κάνει μαστεκτομή και 33 υγιείς γυναίκες	48.2 ± 6.8 (64 - 32), 48.8 ± 7.4 (62 - 34) και 48 ± 7.7 (64 - 32) αντίστοιχα	Συνέντευξη	Μετά από ένα χρόνο, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις κοινωνικές και σεξουαλικές σχέσεις και στην ποιότητα ζωής μεταξύ των γυναικών με μαστεκτομή που είχαν κάνει αποκατάσταση και των υγιών γυναικών. Όσον αφορά το άγχος, καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ των γυναικών με μαστεκτομή που δεν είχαν κάνει αποκατάσταση και εκείνων που είχαν κάνει. Παρατηρήθηκαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στις υγιείς γυναίκες και υψηλότερα στις γυναίκες με μαστεκτομή. Η κατάθλιψη στις γυναίκες που είχαν κάνει αποκατάσταση ήταν μειωμένη σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν κάνει. Οι γυναίκες με άμεση αποκατάσταση που είχαν προϋπάρχουσα μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ήταν δυσαρεστημένες.
Browall, Gaston-Johansson & Danielson, 2006	Σουηδία	20 γυναίκες με καρκίνο μαστού που είχαν κάνει χημειοθεραπεία τον προηγούμενο χρόνο	55-70	Συνέντευξη	4 βασικά θέματα αναδείχθηκαν: α) ο φόβος για το άγνωστο (οι αντιδράσεις των άλλων, οι προκαταλήψεις γύρω από τη θεραπεία, η σταθερή ανησυχία), β) η επίδραση της ασθένειας στο σώμα και το μυαλό, γ) το πώς θα ανταπεξέλθουν (το να το μοιραστούν το πρόβλημα με άλλα άτομα, το να έχουν υποστήριξη από τα άτομα που ήταν σημαντικά για εκείνες και από τους επαγγελματίες υγείας) και δ) η αλλαγή στη ζωή τους (οι απαιτήσεις που είχαν από τον εαυτό τους και τους άλλους, οι αλλαγές στις αξίες της ζωής). Η θεραπεία θεωρήθηκε σαν επίθεση στο σώμα τους. Κάποιες γυναίκες ένιωθαν ότι χάθηκαν οι ισορροπίες στις σχέσεις τους λόγω της έλλειψης υποστήριξης από τους οικείους τους ενώ άλλες ανέφεραν ότι είχαν περισσότερη υποστήριξη από ότι περίμεναν. Η ικανοποίηση από την υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας ήταν είτε θετική είτε αρνητική. Οι γυναίκες που δεν επέλεξαν να εργαστούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας αισθάνθηκαν πίεση από την κοινωνία, τους εργοδότες και τους επαγγελματίες υγείας ώστε να επιστρέψουν στην εργασία τους το συντομότερο δυνατό. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι δεν φοβόντουσαν το θάνατο αλλά ήθελαν περισσότερο χρόνο για να προετοιμαστούν.

<p>Jenkins, Shilling, Deutsch, et al., 2006</p>	<p>Αγγλία</p>	<p>85 γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο, που είχαν προγραμματιστεί για χημειοθεραπεία, 43 γυναίκες που είχαν προγραμματιστεί για ορμονοθεραπεία ή / και ακτινοθεραπεία και 49 υγιείς γυναίκες αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη (T1), μετά από τη χημειοθεραπεία (ή σε 6 μήνες) (T2), και στους 18 μήνες (T3).</p>	<p>51.5±9.6, 58.9 ±7.3 και 51.9±6.9 αντίστοιχα</p>	<p>Ερωτηματολογία</p>	<p>Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις όσον αφορά τη νευροφυσιολογική λειτουργία μετά από έλεγχο για την ηλικία και το επίπεδο νοημοσύνης. Εξετάζοντας την απόδοση σε ατομικό επίπεδο, αξιόπιστη μείωση σε πολλαπλές εργασίες παρατηρήθηκε στο 20% των ασθενών με χημειοθεραπεία, στο 26% των ασθενών που δεν έκαναν χημειοθεραπεία και στο 18% των υγιών γυναικών στη χρονική περίοδο T2 (18%, 14% και 11%, αντίστοιχα, στη χρονική περίοδο T3). Η ψυχολογική δυσφορία, η ποιότητα ζωής και οι αναφερόμενες αδυναμίες γνωστικής λειτουργίας δεν είχαν αντίκτυπο στα αντικειμενικά τεστ γνωστικής λειτουργίας, αλλά συσχετίστηκαν σημαντικά μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μερικές γυναίκες παρουσιάζουν αντικειμενική μετρήσιμη αλλαγή στη συγκέντρωση και τη μνήμη τους κατά τη διάρκεια συγκεκριμένης επικουρικής θεραπείας, αλλά η πλειοψηφία είτε δεν επηρεάζεται ή ακόμα και βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου.</p>
<p>Lehto, Ojanen, Dyba, Aromaa & Kellokumpu-Lehtinen, 2006</p>	<p>Φιλανδία</p>	<p>102 γυναίκες με πρόσφατα διαγνωσμένο καρκίνο μαστού</p>	<p>54.2 ± 8.5 (30-70)</p>	<p>Συνέντευξη με ερωτηματολογία</p>	<p>Μετά από τον έλεγχο για τους βιολογικούς προγνωστικούς παράγοντες, την ηλικία και το χρόνο έναρξης της θεραπείας, η μεγαλύτερη επιβίωση βρέθηκε να προβλέπεται από το μεγαλύτερο διάστημα εκπαίδευσης και την ελαχιστοποίηση ως τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων, ενώ η μικρότερη επιβίωση βρέθηκε να προβλέπεται από τη συναισθηματική αμυντικότητα, τη διαφυγή ως τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων και συμπεριφοράς, και το υψηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενης υποστήριξης. Μικρότερο χρονικό διάστημα χωρίς συμβάντα προβλεπόταν από την ανεργία και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η ελαχιστοποίηση προέβλεπε μια ευνοϊκή πρόγνωση ενώ ο θυμός που δεν εκφραζόταν και η συμπεριφορά διαφυγής προέβλεπε δυσμενή πρόγνωση. Η ανώτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση βρέθηκε ότι σχετίζεται με μεγαλύτερο χρονικό διάστημα επιβίωσης.</p>

Fehlauer, Tribius, Mehnert & Rades, 2005	Γερμανία	370 γυναίκες που επιβίωσαν από καρκίνο μαστού αρχικού σταδίου, που είχαν κάνει χειρουργική θεραπεία διατήρησης μαστού και δεν είχαν μεταστάσεις	28-83	Ερωτηματολόγια	Η συνολική ποιότητα ζωής ήταν καλύτερη στις ασθενείς για τις οποίες είχε περάσει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τη θεραπεία. Η φυσική και η σεξουαλική λειτουργία ήταν μειωμένη στις ασθενείς που ήταν μεγαλύτερες ηλικιακά κατά το διάστημα της θεραπείας. Αυξημένη συχνότητα συμπτωμάτων στο χέρι μετά την επέμβαση παρατηρήθηκε σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Οι γυναίκες που ήταν νεότερες κατά την περίοδο της θεραπείας παραπονέθηκαν για οικονομικές δυσκολίες κατά το διάστημα παρακολούθησης. Η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία δεν έδειξαν να επηρεάζουν τη σωματική και διανοητική λειτουργία.
Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards & Ramirez, 2005	Αγγλία	202 γυναίκες με αρχικό στάδιο καρκίνου μαστού	48.4±7.8	Συνέντευξη	Σχεδόν το 50% των γυναικών με πρώιμο καρκίνο του μαστού είχαν κατάθλιψη, άγχος, ή και τα δύο κατά το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση, το 25% κατά το δεύτερο, κατά το τρίτο και κατά το τέταρτο έτος και το 15% κατά το πέμπτο έτος. Ο επιπολασμός ήταν 33% κατά τη διάγνωση, πέφτοντας στο 15% μετά από ένα χρόνο. Το 45% των ασθενών με υποτροπή ανέφερε κατάθλιψη, άγχος, ή και τα δύο εντός τριών μηνών από τη διάγνωση. Ιστορικό προηγούμενης ψυχολογικής θεραπεία προέβλεπε την κατάθλιψη, το άγχος, ή και τα δύο κατά την περίοδο γύρω από τη διάγνωση (ένα μήνα πριν από τη διάγνωση με τέσσερις μήνες μετά τη διάγνωση). Η χρόνια κατάθλιψη και το άγχος βρέθηκαν να σχετίζονται με το ιστορικό προηγούμενης ψυχολογικής θεραπείας, την έλλειψη σχέσης με άτομο που να εμπιστεύονται, τη νεαρότερη ηλικία, καθώς και την εμπειρία σοβαρού στρεσογόνου γεγονότος μη σχετιζόμενου με τον καρκίνο. Οι κλινικοί παράγοντες δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με την κατάθλιψη και το άγχος σε καμία χρονική περίοδο. Η έλλειψη υποστήριξης από οικείο και έμπιστο άτομο βρέθηκε να σχετίζεται με παρατεταμένα επεισόδια κατάθλιψης και άγχους.
Monteiro-Grillo, Marques-Vidal & Jorge, 2005	Πορτογαλία	125 γυναίκες, 61 με χειρουργική θεραπεία διατήρησης μαστού και 64 με μαστεκτομή, που έκαναν ακτινοθεραπεία	53 ± 8 και 50 ± 9 αντίστοιχα	Ερωτηματολόγια	Οι γυναίκες που είχαν κάνει μαστεκτομή ανέφεραν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα αλλαγών στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και άλλες συναφείς κοινωνικές συμπεριφορές, όπως το να αποφεύγουν να πάνε στην παραλία, να αποφεύγουν να φοράνε συγκεκριμένα ρούχα και να είναι επιφυλακτικές με τους φίλους τους. Αντίθετα, δεν βρέθηκαν διαφορές όσον αφορά τη σεξουαλικότητα, την άρνηση της νόσου από τον σύζυγο / σύντροφο ή την απόκρυψη της ασθένειας από τα μέλη της οικογένειας. Επίσης, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών πάνω και κάτω από την ηλικία των 50 ετών, για όλες τις μεταβλητές που μελετήθηκαν.

Elder, Brandberg, Björklund, et al., 2005	Σουηδία	76 γυναίκες με καρκίνο μαστού που έκαναν μαστεκτομή και άμεση αποκατάσταση και 920 γυναίκες με παρόμοιες ηλικίες από το γενικό πληθυσμό	46 (25-71)	Ερωτηματολόγιο	Τα προεγχειρητικά αποτελέσματα για τη συναισθηματική ευεξία και τη σωματική λειτουργία ήταν χαμηλότερα για τις γυναίκες με καρκίνο μαστού από ό,τι στον πληθυσμό αναφοράς, ενώ μετά από 12 μήνες τα αποτελέσματα σε όλους τους τομείς είχαν βελτιωθεί και ήταν συγκρίσιμα με αυτά του πληθυσμού αναφοράς. Ο πιο συνηθισμένος λόγος για την άμεση αποκατάσταση ήταν η επιθυμία των γυναικών να αποφύγουν μια εξωτερική πρόσθεση. Οι περισσότερες γυναίκες ήταν ικανοποιημένες με την άμεση αποκατάσταση. Ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της αισθητικής ικανοποίησης ήταν η ολοκλήρωση της διαδικασίας.
Aukst-Margetić, Jakovljević, Margetić, Bisćan & Samija, 2005	Κροατία	115 γυναίκες με καρκίνο μαστού που έκαναν ακτινοθεραπεία	61.8±11.21 (36-83)	Ερωτηματολόγιο	Η υψηλή προσήλωση στη θρησκεία βρέθηκε να σχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερο επιπολασμό της κατάθλιψης. Η προσήλωση στη θρησκεία δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την ένταση της αντίληψης του πόνου. Η υψηλότερη αφοσίωση στη θρησκεία βρέθηκε να σχετίζεται με τη μεγαλύτερη ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, την ανεργία και την ύπαρξη περισσότερων παιδιών. Η κατάθλιψη βρέθηκε να συνδέεται με το υψηλότερο επίπεδο πόνου. Το είδος της επέμβασης και το στάδιο του όγκου δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με τις κατηγορίες της κατάθλιψης ή της αφοσίωσης στη θρησκεία. Οι ασθενείς που είχαν κάνει μαστεκτομή και είχαν υψηλό επίπεδο αφοσίωσης στη θρησκεία ήταν σημαντικά λιγότερο καταθλιπτικές.
Millar, Purushotham, McLatchie, George & Murray, 2005	Αγγλία	371 γυναίκες που χειρουργήθηκαν για καρκίνο μαστού αρχικού σταδίου	59.4±10.9(29-98)	Ερωτηματολόγιο	Ενώ οι περιγραφικές στατιστικές έδειξαν μια γενική μείωση στη μέση ψυχική δυσφορία μετά τους 12 μήνες παρακολούθησης, η ανάλυση έδειξε ότι το ένα τέταρτο των ασθενών διατηρούσαν κλινικά σημαντικά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας από το χρονικό διάστημα πριν την επέμβαση μέχρι και ένα χρόνο μετά. Οι ασθενείς με χρόνια αυξημένο άγχος χαρακτηρίζονταν από υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού, μεγαλύτερη ένταση των συμπτωμάτων, περισσότερο πόνο και χαμηλότερο επίπεδο γενικής υγείας. Στην ανάλυση παλινδρόμησης, η ψυχολογική νοσηρότητα σε χρονικό διάστημα παρακολούθησης 1 έτους προβλεπόταν κυρίως από την άμεση μετεγχειρητική κατάσταση αγωνίας (ψυχολογική δυσφορίας, άγχους), την αντιληπτή χρονική πορεία της ασθένειας, τη γενική υγεία και, σε πιο μικρό βαθμό, τον νευρωτισμό.

6.2 Παρουσίαση αποτελεσμάτων

6.2.1 Γενικά χαρακτηριστικά μελετών

- i. Έτη δημοσίευσης μελετών: 2005-αρχές 2015
- ii. Πλήθος χωρών μελέτης: 19
- iii. Πλήθος μελετών: 63. Στο Διάγραμμα 1 που ακολουθεί παρουσιάζεται το πλήθος των μελετών ανά έτος.



Διάγραμμα 1. Πλήθος μελετών ανά έτος

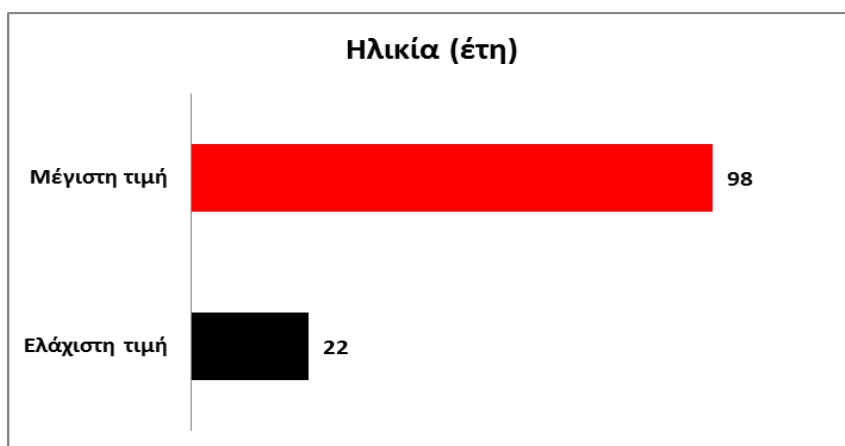
- iv. Φύλο δείγματος: Γυναίκες
- v. Μέγεθος δείγματος:
 - Συνολικό: 15110 άτομα
 - Ελάχιστο: 7 άτομα
 - Μέγιστο: 1420 άτομα
- vi. Μεθοδολογία μελετών: Παρουσιάζεται στον Πίνακα 4 που ακολουθεί.

Πίνακας 4. Πλήθος μελετών ανά εργαλείο μεθοδολογίας

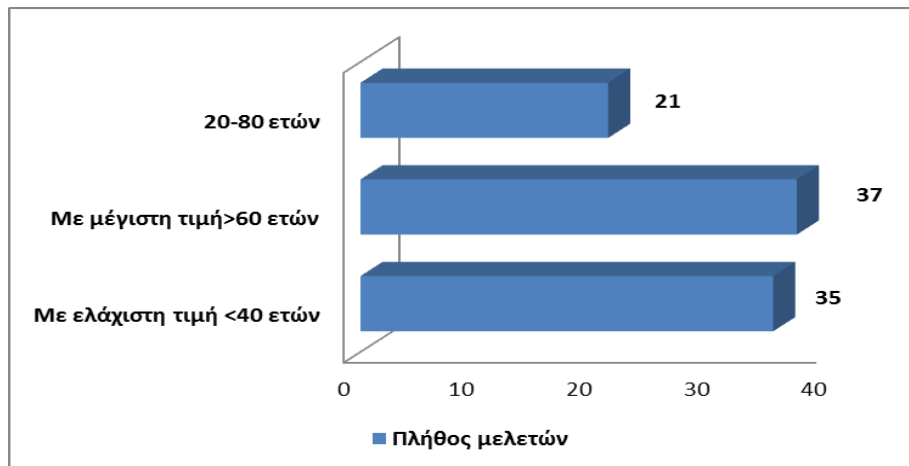
Μεθοδολογία - Εργαλεία	Πλήθος
Ερωτηματολόγια	47
Συνέντευξη	13
Συνέντευξη και ερωτηματολόγια	3

vii. **Ηλικία Δείγματος:** Παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2 και στο Διάγραμμα 3 που ακολουθούν.

A. Στοιχεία από 40 μελέτες που ανέφεραν μόνο ηλικιακό εύρος



Διάγραμμα 2. Μέγιστη και ελάχιστη τιμή ηλικίας δείγματος

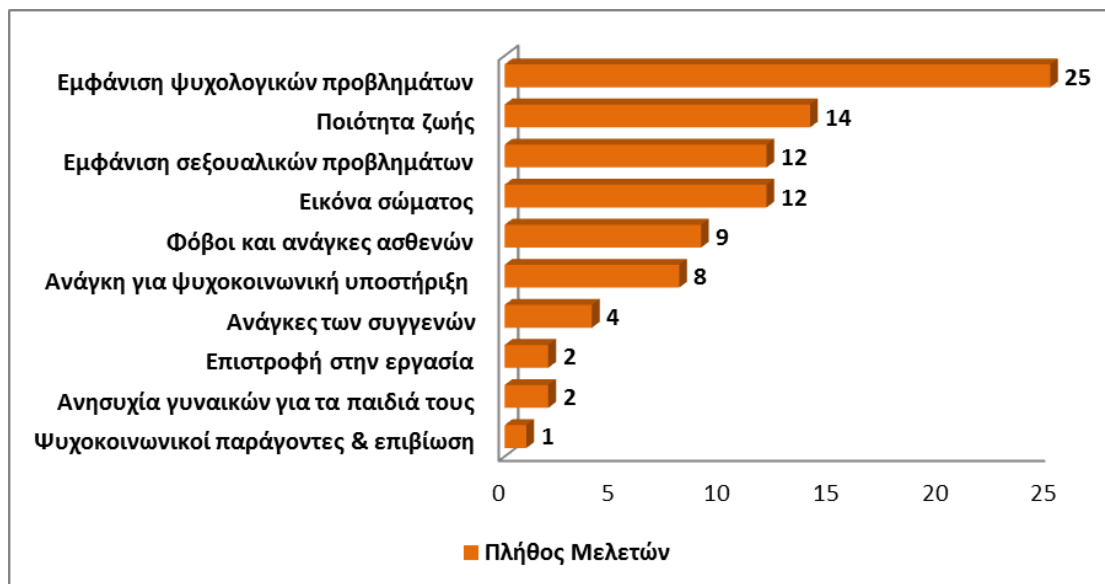


Διάγραμμα 3. Πλήθος μελετών ανάλογα με το ηλικιακό εύρος του δείγματος

Β. Στοιχεία από 40 μελέτες που ανέφεραν μόνο μέσο όρο ηλικίας

Μέσος όρος ηλικίας δείγματος: 55 έτη (στρογγυλοποίηση σε ακέραιο ψηφίο)

viii. Θεματικά πεδία: Παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 4 που ακολουθεί.



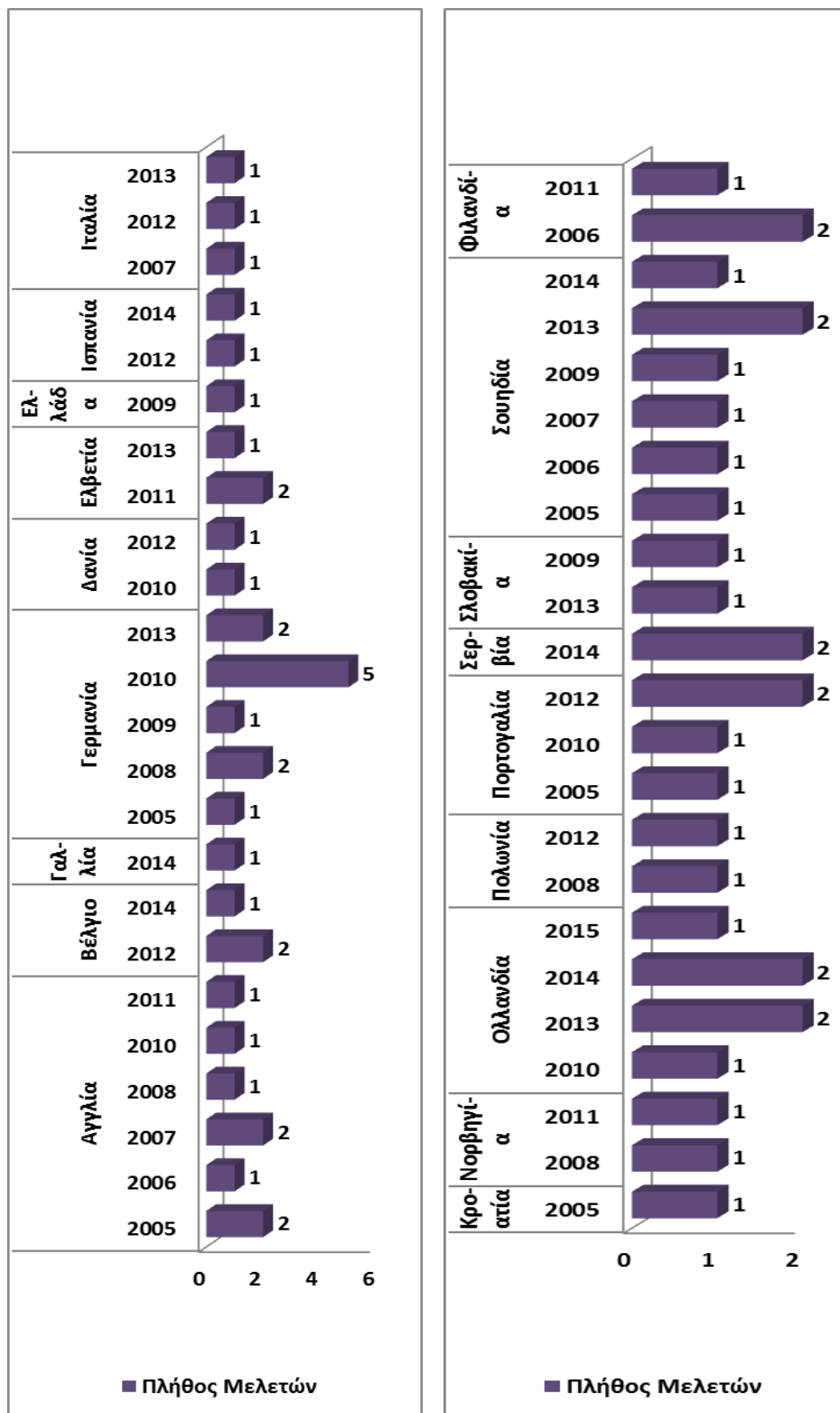
Διάγραμμα 4. Πλήθος μελετών ανά θεματικό επίπεδο

ix. Στοιχεία μελετών και δείγματος ανά χώρα ενδιαφέροντος: Παρουσιάζονται στον Πίνακα 5 που ακολουθεί.

Πίνακας 5. Στοιχεία μελετών και δείγματος ανά χώρα ενδιαφέροντος

α/α	Χώρα	Συνολικό Μέγεθος Δείγματος	Πλήθος Μελετών	Μέσο Δείγμα ανά Μελέτη
1	Αγγλία	1096	8	137
2	Βέλγιο	822	3	274
3	Γαλλία	87	1	87
4	Γερμανία	2934	11	267
5	Δανία	1027	2	514
6	Ελβετία	426	3	142
7	Ελλάδα	207	1	207
8	Ισπανία	204	2	102
9	Ιταλία	1127	3	376
10	Κροατία	115	1	115
11	Νορβηγία	28	2	14
12	Ολλανδία	2765	6	461
13	Πολωνία	601	2	301
14	Πορτογαλία	510	5	102
15	Σερβία	46	1	46
16	Σλοβακία	127	1	127
17	Σλοβενία	382	1	382
18	Σουηδία	2228	8	279
19	Φιλανδία	378	2	189

- χ. Στοιχεία σχετικά με το πλήθος των μελετών ανά έτος και χώρα μελέτης παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 5 που ακολουθεί.



Διάγραμμα 5. Πλήθος μελετών ανά έτος και χώρα μελέτης

6.2.2 Φόβοι και ανάγκες

Από τις 9 μελέτες που αφορούσαν τους φόβους και τις ανάγκες των ασθενών, δύο (2) αφορούσαν την Αγγλία (Fritha, et al., 2007· Tighe, et al., 2011), δύο (2) τη Νορβηγία (Drageset, et al., 2011· Landmark et al., 2008), δύο (2) τη Σουηδία (Browall, et al. 2009· Browall, et al., 2006), μία (1) τη Σερβία (Kovac et.al. 2014), μία (1) τη Γερμανία (Remmers, et al., 2010) και μία (1) την Ολλανδία (De Vries et al., 2014).

Οι Browall et al. (2009) στη Σουηδία εντοπίζουν έξι κατηγορίες στρεσογόνων γεγονότων: «ναυτία και εμετός», «κόπωση», «άλλα συμπτώματα», «απομόνωση και την αποξένωση», «φόβος για το άγνωστο» και «το να ελέγχονται από τη θεραπεία». Οι τρεις πρώτες κατηγορίες εντάσσονται στα σωματικά προβλήματα και οι υπόλοιπες στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα σωματικά προβλήματα ήταν τρεις φορές συχνότερα από τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Το πιο συχνά παρατηρούμενο αγχωτικό γεγονός (21,6%) είναι το «ναυτία / έμετος», ενώ το «απομόνωση και αποξένωση» και το «φόβος για το άγνωστο» είναι τα λιγότερο συχνά, αλλά όταν συμβαίνουν είναι τα πιο οδυνηρά.

Σύμφωνα με άλλες μελέτες τα βασικά θέματα που απασχολούσαν τις γυναίκες με καρκίνο μαστού ήταν η επίδραση της ασθένειας στο σώμα και το μυαλό, ο φόβος για τη χειρουργική επέμβαση καθώς και για τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία, ο φόβος για υποτροπή της νόσου, ο συμβιβασμός με την απώλεια μαλλιών, η σωματική παραμόρφωση, το να είναι έτοιμες να διαχειριστούν την κατάσταση, το να έχουν τον έλεγχο, η διαχείριση της κόπωσης, η ανάγκη για τη σεξουαλική υγεία, η παροχή συμβουλών σχετικά με τις σχέσεις τους, το να νιώθουν υγιείς αλλά να χρειάζεται να προσαρμοστούν στην ασθένεια, η αναμονή, η αβεβαιότητα, ο φόβος για το άγνωστο, η ανακοίνωση της ασθένειας στους άλλους, ο φόβος του θανάτου, ο επαναπροσδιορισμός προτεραιοτήτων, η ανάγκη για γνώση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη για τις σωματικές, τις συναισθηματικές και τις κοινωνικές προοπτικές της καθημερινής ζωής. Επίσης, η αλλαγή αντίληψης του εαυτού τους, το άγχος για τα αποτελέσματα και τις αποφάσεις των γιατρών, η αϋπνία λόγω ενοχλητικών και δυσλειτουργικών σκέψεων, οι αντιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος, οι προκαταλήψεις γύρω από τη θεραπεία, το να το μοιραστούν το πρόβλημα με άλλους, το να έχουν υποστήριξη από τα άτομα που ήταν σημαντικά για εκείνες και από τους

επαγγελματίες υγείας, η αλλαγή στη ζωή τους, οι απαιτήσεις από τον εαυτό τους και τους άλλους (Browall, et al., 2006· De Vries, et al., 2014· Drageset, et al., 2011· Fritha, et al., 2007· Kovac et.al., 2014· Landmark et al., 2008· Remmers, et al., 2010· Tighe, et al., 2011).

6.2.3 Ψυχολογικά προβλήματα

Από τις 25 μελέτες που αφορούσαν στην εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων, μία (1) αφορούσε την Πολωνία (Skrzypulec et al., 2008), δύο (2) την Ισπανία (Andreu et al. 2012· Pérez et al. 2014.), πέντε (5) την Αγγλία (Boot et al., 2010· Burgess et al., 2005·Harcourt & Frith, 2008· Jenkins et al., 2006· Millar et al., 2005), τρεις (3) την Σουηδία (Elder et al., 2005· Kenne Sarenmalm et al., 2007·Saboonchi et al., 2014), μία (1) την Ελβετία (Schmid-Büchi et al., 2013), μία (1) τη Σλοβακία (Bencova et al., 2013), δύο (2) την Ιταλία, (Ruini et al., 2013· Rubino et al., 2007), μία (1) την Πορτογαλία (Silva et al., 2012), δύο (2) τη Δανία (Mertz et al. 2012· Rottmann et al., 2010), μία (1) τη Φινλανδία (Luutonen et al., 2011), τρεις (3) τη Γερμανία (Härtl et al., 2010·β· Siedentopf et al., 2010· Zwingmann et al. 2008), μία (1) την Κροατία (Aukst-Margetić et al., 2005), μία (1) την Ελλάδα (Markopoulos et al., 2009) και μία (1) την Ολλανδία (Den Oudsten et al., 2010).

Σε μελέτες που έγιναν στην Αγγλία αναφέρεται ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού παρουσιάζουν κατάθλιψη, άγχος, ή και τα δύο κατά την περίοδο της διάγνωσης της νόσου, τα επίπεδα των οποίων μειώνονται μετά τον πρώτο χρόνο (Boot et al., 2010· Burgess et al. 2005). Οι Luutonen et al. (2011), στη Φινλανδία, αναφέρουν ότι σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών (32,1%) εμφάνισε καταθλιπτικά συμπτώματα, και περισσότερο από το ένα τέταρτο (28,4%) παρουσίασε άγχος. Μία άλλη μελέτη στη Δανία αναφέρει ότι τα πιο συχνά προβλήματα που παρουσιάστηκαν ήταν η ανησυχία (77%) και η νευρικότητα (71%) (Mertz et al., 2012). Σε μελέτη στην Ιταλία αναφέρεται ότι οι επιζώντες από καρκίνο μαστού ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αγωνίας σε σύγκριση με υγιείς γυναίκες (Ruini et al., 2013). Σε άλλη μελέτη στην Ελβετία αναφέρεται ότι το 56,2% των γυναικών με καρκίνο μαστού υπέφερε από δυστυχία-θλίψη, το 24,1% από άγχος και το 12,1% από κατάθλιψη (Schmid-Büchi et al., 2013). Σύμφωνα με τους Boot et al. (2010) με το πέρασμα του χρόνου οι γυναίκες ανέφεραν εκ νέου αξιολόγηση της ζωής και υιοθέτηση νέων τρόπων ζωής από εκείνες που ερωτήθηκαν λίγο μετά τη διάγνωση.

Σε μελέτη στη Σουηδία αναφέρεται μια σημαντική μείωση στο επίπεδο του άγχους από την αρχή (δύο μήνες μετά το χειρουργείο) (37,7%) στον τέταρτο μήνα (26,7%), αλλά δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή από τον τέταρτο μέχρι τον δωδέκατο μήνα. Τα επίπεδα της κατάθλιψης αυξήθηκαν σημαντικά από την αρχή (18,5%) στους 4 μήνες (21,5%), αλλά μειώθηκαν στο 15,3% στους 12 μήνες. Μόνο σημαντικά δυσάρεστα γεγονότα της ζωής συνέβαλαν στην εμφάνιση μετά από ένα χρόνο επιπέδων άγχους και κατάθλιψης μεγαλύτερων από τα αρχικά (Saboonchi et al. 2014). Σύμφωνα με τους Elder et al. (2005) τα προεγχειρητικά αποτελέσματα για τη συναισθηματική ευεξία και σωματική λειτουργία ήταν χαμηλότερα για τις γυναίκες με καρκίνο μαστού από ό, τι στον πληθυσμό αναφοράς, ενώ μετά από 12 μήνες τα αποτελέσματα σε όλους τους τομείς είχαν βελτιωθεί και ήταν συγκρίσιμα με αυτά του πληθυσμού αναφοράς. Σε μία μελέτη αναφέρεται ότι η επικράτηση της δυσφορίας ήταν υψηλότερη κατά την αρχική διάγνωση (25%) παρά το ακόλουθο χρονικό διάστημα (περίπου 17%) (Andreu et al. 2012). Σε άλλη μελέτη αναφέρεται ότι τα προβλήματα που αφορούσαν στο άγχος συνέχιζαν να υπάρχουν με την πάροδο του χρόνου (Härtl et al., 2010-β). Σύμφωνα με μελέτη στην Ολλανδία, η ψυχολογική κατάσταση του δείγματος δεν άλλαξε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, με την εξαίρεση την ένταση του άγχους (Den Oudsten, et al. 2010). Οι Bencova et al. (2013), στη Σλοβακία, αναφέρουν ότι βρέθηκε, αξιοσημείωτη και συνδεδεμένη με το χρόνο, αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων συναισθηματικής δυσφορίας στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού, που έκαναν χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού.

Παράγοντες για την εμφάνιση χρόνιας κατάθλιψης, άγχους και θλίψης αποτελούν το ιστορικό ψυχιατρικής/ ψυχολογικής θεραπείας, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, η έλλειψη σχέσης με άτομο που να εμπιστεύονται, η νεαρότερη ηλικία, η εμπειρία σοβαρού στρεσογόνου γεγονότος μη σχετιζόμενου με τον καρκίνο, η άμεση μετεγχειρητική ψυχολογική κατάσταση, η αντιληπτή χρονική πορεία της ασθένειας, η γενική υγεία, ο νευρωτισμός, η εμφάνιση συμπτωμάτων λόγω της ασθένειας και των θεραπειών (όπως η έλλειψη ενέργειας, η κόπωση, η δυσκολία στον ύπνο, ο πόνος, η ανησυχία, τα σεξουαλικά προβλήματα και η ξηροστομία) καθώς και η μικρή ικανότητα αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων (Andreu et al., 2012· Burgess et al., 2005· Kenne Sarenmalm et al., 2007· Luutonen et al., 2011· Mertz et al., 2012· Millar et al., 2005· Pérez et al., 2014· Siedentopf et al., 2010).

Η πιο αρνητική αντίληψη των επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με υψηλότερη συναισθηματική αγωνία και μειωμένη σωματική και ψυχολογική ποιότητα ζωής. Η ικανότητα οι ασθενείς να βρίσκουν θετικές αλλαγές στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού βρέθηκε ότι λειτουργεί σαν ρυθμιστικός μηχανισμός του στρες και της κατάθλιψης (Silva, Moreira, Canavarro, 2012).

Όσον αφορά στο είδος της επέμβασης, οι Siedentopf et al. (2010), στη Γερμανία, αναφέρουν ότι οι γυναίκες που επρόκειτο να υποβληθούν σε μαστεκτομή είχαν μεγαλύτερη σωματική δυσφορία από τις γυναίκες που θα υποβάλλονταν σε θεραπεία διατήρησης του μαστού, αλλά οι δύο ομάδες δεν διέφεραν όσον αφορά στην ψυχολογική δυσφορία. Ενώ σε άλλη μελέτη που έγινε στην Ελλάδα αναφέρεται ότι παρά το γεγονός ότι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είχε αρνητικό αντίκτυπο στη ψυχολογία όλων των ασθενών, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού ή μαστεκτομή και αποκατάσταση ήταν περισσότερο ικανοποιημένες και ανέφεραν χαμηλότερο αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση τους έναντι εκείνων οι οποίες είχαν κάνει μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση (Markopoulos, et al. 2009). Στην Ιταλία, οι Rubino et al. (2007) δεν βρήκαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών με μαστεκτομή και εκείνων που είχαν κάνει αποκατάσταση όσον αφορά το άγχος. Παρατηρήθηκαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στις υγιείς γυναίκες και υψηλότερα στις γυναίκες με μαστεκτομή. Η κατάθλιψη στις γυναίκες με αποκατάσταση ήταν μειωμένη σε σχέση με τις γυναίκες με μαστεκτομή. Σε άλλη μελέτη στην Ολλανδία, οι γυναίκες που χρειάστηκε να υποβληθούν και σε δεύτερη χειρουργική θεραπεία δεν έδωσαν διαφορετικά αποτελέσματα στις ψυχολογικές μετρήσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μία χειρουργική θεραπεία (Den Oudsten et al., 2010).

Η θετική και η αρνητική αντιμετώπιση με βάση τη θρησκεία βρέθηκε ότι σχετιζόταν εντονότερα με το άγχος από ό, τι η προδιάθεση για θρησκευτική προσήλωση (Zwingmann et al. 2008). Στην Κροατία υψηλή προσήλωση στη θρησκεία συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερο επιπολασμό της κατάθλιψης. Επίσης, η κατάθλιψη βρέθηκε να συνδέεται με υψηλότερο επίπεδο πόνου. Οι ασθενείς που είχαν κάνει μαστεκτομή και είχαν υψηλό επίπεδο αφοσίωσης στη θρησκεία ήταν σημαντικά λιγότερο καταθλιπτικές (Aukst-Margetić et al. 2005).

Η ανεύρεση αρνητικών ορμονικών υποδοχέων βρέθηκε ότι σχετίζεται με την αγωνία (Luutonen et al. 2011). Σε μελέτη στη Δανία αναφέρεται ότι η μεγαλύτερη ικανότητα αυτο-αποτελεσματικότητας 2 εβδομάδες πριν την έναρξη της θεραπείας συσχετίστηκε με τη συναισθηματική ευεξία μετά από 12 μήνες (Rottmann et al. 2010). Μοτίβα της συναισθηματικής καταστολής και ειδικές τακτικές αντιμετώπισης καταστάσεων, όπως ανικανότητα / απελπισία, αγχώδης ενασχόληση, γνωστική αποφυγή και μοιρολατρία σχετίστηκαν θετικά με την αγωνία-θλίψη-δυσφορία, ενώ η αγωνιστικότητα και η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη έδειξαν να έχουν προστατευτικό ρόλο (Andreu et al. 2012). Οι Pérez et al. (2014), στην Ισπανία, αναφέρουν ότι η απελπισία / ανικανότητα και η τύπου Γ προσωπικότητα ήταν οι καλύτεροι προγνωστικοί δείκτες της συμπτωματολογίας του μετατραυματικού στρες, ακολουθούμενοι από το χαρακτηριστικό διαχωρισμού, τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, την ενασχόληση και τη γνωστική αποφυγή και τα συμπτώματα της οξείας διαταραχής άγχους.

Το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή, το επίπεδο της κατάθλιψης και του άγχους μετά από μαστεκτομή εξαρτώνται από την ένταση του μετα-τραυματικού στρες και μπορούν να προκαλέσουν χειρότερη βιοψυχοκοινωνική λειτουργία (Skrzypulec et al., 2008). Σε μελέτη, στην Αγγλία, η ψυχολογική δυσφορία βρέθηκε να σχετίζεται με την ποιότητα ζωής και την παρουσία προβλημάτων στη γνωστική λειτουργία (Jenkins et al., 2006). Επίσης, ένα μέρος του άγχους των γυναικών οφείλεται στο φόβο ότι η χημειοθεραπεία θα τις καταστήσει αναγνωρίσιμες ως «άτομα με καρκίνο» και θα προκαλούσε προβληματικές αλληλεπιδράσεις με τα άλλα άτομα (Harcourt, D., Frith, H. 2008). Ασθενείς με χρόνια αυξημένο άγχος χαρακτηρίζονται από υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού, μεγαλύτερη ένταση των συμπτωμάτων, περισσότερο πόνο και φτωχότερη αυτοβαθμολογούμενη γενική υγεία (Millar et al. 2005).

6.2.4 Ποιότητα ζωής

Από τις 14 μελέτες, που αφορούσαν στην ποιότητα ζωής, έξι (6) αναφέρονταν στον πληθυσμό της Γερμανίας (Arndt et al., 2008· Boehm et al., 2009· Fehlauer et al., 2005· Härtl et al., 2010-α· Härtl et al., 2010-β· Koch et al., 2013), δύο (2) στον πληθυσμό της Αγγλίας (Jenkins et al., 2006· Shilling & Jenkins, 2007), δύο (2) στον πληθυσμό της Ολλανδίας (Bantema-Joppe et al., 2015· Voskuil et al., 2010), μία (1) στον πληθυσμό της Πορτογαλίας (Silva et al., 2012), μία (1) στον πληθυσμό της

Ιταλίας (Rubino et al., 2007), μία (1) στον πληθυσμό της Πολωνίας (Pacian et al., 2012) και μία (1) στον πληθυσμό της Σλοβενίας (Gorisek et al., 2009).

Σε μελέτη που έγινε στη Σλοβενία αναφέρεται ότι παρά το συναισθηματικό στρες που προκαλείται από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και τη σχετική θεραπεία, οι ασθενείς αξιολόγησαν την ποιότητα της ζωής τους στο μέσο όρο και το 77% ανέφερε ότι ήταν σε θέση να απολαμβάνει τη ζωή. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή ανέφεραν περισσότερα οικονομικά προβλήματα, υποβάθμιση κοινωνικής θέσης και περισσότερα σωματικά συμπτώματα σε σύγκριση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή (Gorisek et al., 2009). Σε μια άλλη μελέτη αναφέρεται πως οι γυναίκες που είχαν επιβιώσει από καρκίνο μαστού και οι γυναίκες από το δείγμα ελέγχου από το γενικό πληθυσμό της Γερμανίας είχαν παρόμοια επίπεδα γενικής υγείας και συνολικής ποιότητας ζωής. Βέβαια οι γυναίκες με καρκίνο μαστού ανέφεραν σημαντικά περισσότερους περιορισμούς στις περισσότερες λειτουργίες και περισσότερα συμπτώματα των κλιμάκων σε κάθε παρακολούθηση. Επιπτώσεις σε διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ζωής (π.χ. φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα, πόνο, οικονομικές δυσκολίες) επιδεινώνονταν από το 5ο έως το 10ο έτος και μάλιστα οι περιορισμοί ήταν περισσότεροι για τις νεότερες γυναίκες (Koch et al. 2013). Επίσης, σε άλλη μελέτη, στην Γερμανία, αναφέρεται ότι οι διαφορές στη συνολική ποιότητα ζωής μεταξύ γυναικών με καρκίνο μαστού που έκαναν θεραπεία διατήρησης μαστού σε σχέση με τις γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή, αυξήθηκαν σταδιακά με την πάροδο του χρόνου και έγιναν στατιστικά σημαντικές μόνο στα 5 έτη μετά τη διάγνωση (Arndt et al. 2008).

Αντίθετα σε άλλες μελέτες, που αφορούσαν επίσης τον πληθυσμό της Γερμανίας, αναφέρεται πως η ποιότητα ζωής βελτιώθηκε με την πάροδο του χρόνου και ότι οι νεότερες γυναίκες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να ενοχληθούν από τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (Fehlauer et al., 2005· Härtl et al., 2010-β). Μάλιστα οι γυναίκες που ήταν νεότερες στη περίοδο της θεραπείας παραπονέθηκαν για οικονομικές δυσκολίες κατά το διάστημα παρακολούθησης (Fehlauer, et al. 2005). Οι Rubino et al. (2007), στην Ιταλία, αναφέρουν ότι μετά από ένα χρόνο, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής και στις κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των γυναικών που είχαν κάνει μαστεκτομή και αποκατάσταση και των υγιών γυναικών. Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγει και άλλη μελέτη, στην

Ολλανδία, που αναφέρει ότι οι νεότερες γυναίκες, σε σύγκριση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, παρουσίασαν χειρότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής κατά το πρώτο έτος μετά την ακτινοθεραπεία, ενώ τρία χρόνια μετά την ακτινοθεραπεία, οι τιμές για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στις νεότερες ηλικίες ήταν ίδιες με αυτές του πληθυσμού αναφοράς (Bantema-Jorpe et al., 2015). Όσον αφορά την ηλικία μελέτη που έγινε στην Πολωνία αναφέρει ότι όσο αυξανόταν η ηλικία μειωνόταν η εκτίμηση της ποιότητας της ζωής (Pacian et al. 2012).

Όσον αφορά παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, σε μελέτες που έγιναν στη Γερμανία, βρέθηκε πως οι παρενέργειες τις θεραπειών, η σωματική και η ψυχική υγεία και η εκτίμηση των γυναικών με καρκίνο μαστού μπορούν να προκαλέσουν αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής (Boehm et al., 2009). Η αρχική αγωνία ήταν ο πιο ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για την μακροχρόνια ποιότητα ζωής. Υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού / νεύρωσης συσχετίστηκαν με χειρότερη ποιότητα ζωής (Härtl et al., 2010-α). Σε μελέτες που έγιναν στην Αγγλία αναφέρεται πως, εκτός από τη ψυχολογική δυσφορία, οι αδυναμίες γνωστικής λειτουργίας, τις η παρουσία προβλημάτων μνήμης και συγκέντρωσης βρέθηκαν να σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής (Jenkins et al., 2006· Shilling & Jenkins, 2007). Σύμφωνα με τις Voskuil et al. (2010), στην Ολλανδία, άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο μαστού είναι η παχυσαρκία και το χαμηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας. Σε μελέτη που έγινε στην Πολωνία βρέθηκε ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού που διέμεναν σε αγροτικές περιοχές είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνες που διέμεναν σε πόλεις. Τις, καλύτερη αντίληψη της συνολικής ποιότητας ζωής είχαν οι γυναίκες με την τρίτοβάθμια εκπαίδευση και οι γυναίκες που δεν ήταν σε σχέση (Pacian et al. 2012).

Η αρνητική αντίληψη των επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής, σύμφωνα με μελέτη που έγινε στην Πορτογαλία. Μεταξύ των γυναικών που έβλεπαν τον καρκίνο του μαστού να έχει μεγαλύτερο αρνητικό αντίκτυπο στη ζωή τις, τα υψηλότερα επίπεδα της ικανότητας να βρίσκουν θετικές αλλαγές μετρίαζε αυτό το αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογική και κοινωνική ποιότητα ζωής (Silva et al., 2012).

6.2.5 Ανησυχία για τα παιδιά

Από τις 2 μελέτες που αναφέρονταν στη ανησυχία των γυναικών με καρκίνο μαστού για τα παιδιά τις, η μία αναφερόταν στον πληθυσμό της Σουηδίας (Stinesen Kollberg et al., 2014) και η άλλη στον πληθυσμό της Ιταλίας (Mazzotti et al., 2012).

Μελέτη που έγινε στη Σουηδία αναφέρει ότι γυναίκες με καρκίνο μαστού, είτε έκαναν είτε όχι χημειοθεραπείες, ανησυχούσαν για τα παιδιά τις και επιθυμούσαν υποστήριξη. Η ανησυχία για τα παιδιά βρέθηκε να σχετίζεται με την ύπαρξη παιδιών στο σπίτι, την ανησυχία για τη σεξουαλική ζωή, το φόβο του θανάτου από καρκίνο του μαστού και την ανησυχία σχετικά με την οικονομική κατάσταση. Το 56% των γυναικών που ανησυχούσαν για τα παιδιά τις επιθυμούσαν να λάβουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη αμέσως μετά τη διάγνωση και πριν το χειρουργείο. Τα ποσοστά των γυναικών που θέλανε ψυχοκοινωνική υποστήριξη ήταν μεγαλύτερα όταν τα παιδιά που ήταν στο σπίτι ήταν μικρότερα σε ηλικία (Stinesen Kollberg et al., 2014). Σύμφωνα με τις Mazzotti et al. (2012), στην Ιταλία, τις μητέρες στη προσπάθεια τις να προστατέψουν τα παιδιά τις διαχειρίζονταν την ασθένειά τις, σαν να ήταν ένα προσωρινό γεγονός με αποτέλεσμα να αποσυνδέονται και να αποστασιοποιούνται από αυτά. Τις στρατηγικές, αντίθετα, βασίζονταν στην επίγνωση ότι, από εκείνη τη στιγμή και έπειτα, στη ζωή τις θα συνέβαιναν σημαντικές αλλαγές. Οι συμπεριφορές αυτές, υιοθετήθηκαν για τη διασφάλιση της ευημερίας των παιδιών, αλλά μπορούσαν να δημιουργήσουν ή να ενισχύσουν δυσλειτουργικές και παράδοξες στρατηγικές επικοινωνίας.

6.2.6 Επιστροφή στην εργασία

Από τις δύο μελέτες που εξέταζαν παραμέτρους που αφορούσαν την επιστροφή στην εργασία των γυναικών που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού, η μία αναφερόταν στη Σουηδία (Browall et al., 2006) και η άλλη στη Γερμανία (Noeres et al., 2013).

Σύμφωνα με τις Browall et al. (2006), στη Σουηδία, οι γυναίκες που επέλεξαν να μην εργαστούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας αισθάνθηκαν πίεση από την κοινωνία, τις εργοδότες και τις επαγγελματίες υγείας να επιστρέψουν στην εργασία τις το συντομότερο δυνατό. Η μελέτη των Noeres et al. (2013), στη Γερμανία, αναφέρει ότι ένα χρόνο μετά την αρχική επέμβαση, οι γυναίκες που είχαν επιβιώσει από καρκίνο μαστού είχαν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν αφήσει τη δουλειά τις σε σύγκριση με τις γυναίκες στην ομάδα αναφοράς. Για τις επιζώντες του καρκίνου του

μαστού, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, η μερική απασχόληση, η σοβαρότητα των δυσκολιών τις δουλειάς τις και η συμμετοχή σε προγράμματα ενδονοσοκομειακής αποκατάστασης βρέθηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με την αποτυχία να επιστρέψουν στην εργασία τις. Για τις γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού ακόμη και έξι χρόνια μετά την επέμβαση, η πιθανότητα επιστροφής στην εργασία ήταν μόνο η μισή σε σχέση με την ομάδα αναφοράς. Ο κύριος προγνωστικός παράγοντας για να μην επιστρέψουν στην εργασία βρέθηκε να είναι η ηλικία, το στάδιο του όγκου και η σοβαρότητα των παρενεργειών τις θεραπείας.

6.2.7 Σεξουαλική λειτουργία

Από τις 12 μελέτες, που αφορούσαν την εμφάνιση σεξουαλικών προβλημάτων, δύο (2) αφορούσαν στη Σουηδία (Fallbjörk et al., 2013· Kenne Sarenmalm, et al. 2007), τρεις (3) στην Γερμανία (Arndt et al., 2008· Fehlauer et al., 2005· Härtl et al., 2010-β), δύο (2) στην Ολλανδία (Kedde et al, 2013-α· Kedde et al, 2013-β), μία (1) στη Γαλλία (Quintard et al., 2014), μία (1) στην Ιταλία (Rubino et al., 2007), μία (1) στο Βέλγιο (Aerts et al., 2014), μία (1) την Ελλάδα (Markopoulos et al., 2009) και μία (1) στη Σλοβενία (Gorisek et al., 2009).

Σύμφωνα με μελέτη στη Σουηδία οι γυναίκες με υποτροπιάζοντα καρκίνο μαστού πάσχουν από πολλαπλά, παράλληλα, και αλληλένδετα συμπτώματα λόγω της ασθένειας, του άγχους, της κατάθλιψης και της κόπωσης. Ιδιαίτερα συχνά εμφανίζονται τα εξής συμπτώματα: η έλλειψη ενέργειας, η δυσκολία στον ύπνο, ο πόνος, η ανησυχία, σεξουαλικά προβλήματα, αίσθημα θλίψης, και ξηροστομία. Το πιο συχνά εμφανιζόμενο σύμπτωμα είναι το σεξουαλικό πρόβλημα (Kenne Sarenmalm et al., 2007). Μία άλλη μελέτη στη Σουηδία αναφέρει ότι σε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή, με την πάροδο του χρόνου, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στην αίσθηση τους ότι είναι σεξουαλικά ελκυστικές καθώς και στην άνεση και στην οικειότητα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης (Fallbjörk et al., 2013). Άλλη μελέτη στη Γερμανία αναφέρει ότι με την πάροδο του χρόνου τα προβλήματα που αφορούσαν τη σεξουαλική λειτουργία συνέχιζαν να υπάρχουν (Härtl et al., 2010-β).

Στη Γαλλία τρεις μήνες μετά την επέμβαση οι μισές από τις ασθενείς ανέφεραν ότι δεν είχαν σεξουαλική δραστηριότητα και το 42% ότι δεν είχε καθόλου ενδιαφέρον

για το σεξ (Quintard et al., 2014). Στην Ολλανδία, σεξουαλική δυσλειτουργία είχε το 64% των γυναικών που υποβάλλονταν ακόμη σε θεραπεία για καρκίνο μαστού και το 45% εκείνων που είχαν τελειώσει (Kedde et al., 2013-β). Σύμφωνα με άλλη μελέτη οι νεαρές γυναίκες που υποβάλλονταν εκείνη την περίοδο σε θεραπεία για καρκίνο μαστού ήταν σεξουαλικά λιγότερο ενεργές και είχαν πιο αρνητική εικόνα για την σεξουαλικότητα τους σε σύγκριση με τον γυναικείο πληθυσμό της Ολλανδίας. Οι γυναίκες που είχαν ήδη ολοκληρώσει τη θεραπεία τους είχαν περισσότερο ή λιγότερο την ίδια περίπου σεξουαλική δραστηριότητα με το γενικό ολλανδικό πληθυσμό, υπήρχαν όμως πολύ μεγάλες διαφορές σχετικά με την αντίληψη της σεξουαλικότητας τους (Kedde et al., 2013-α). Μετά από ένα χρόνο, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις κοινωνικές και σεξουαλικές σχέσεις και στην ποιότητα ζωής μεταξύ των γυναικών που είχαν κάνει αποκατάσταση και των υγιών γυναικών (Rubino et al., 2007).

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία ανήκει το είδος της επέμβασης καθώς σύμφωνα με μελέτη, στη Γερμανία, οι γυναίκες με θεραπεία διατήρησης μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή, ήταν σεξουαλικά περισσότερο ενεργές ήδη στο 1 έτος μετά τη διάγνωση (Arndt et al., 2008). Σε μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα και τη Σλοβενία αναφέρεται ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού ή μαστεκτομή και αποκατάσταση ήταν περισσότερο ικανοποιημένες και ανέφεραν χαμηλότερο αντίκτυπο στη σεξουαλική τους ζωή έναντι εκείνων οι οποίες είχαν κάνει μόνο μαστεκτομή (Gorisek et al., 2009· Markopoulos et al., 2009). Επίσης, μελέτη στο Βέλγιο αναφέρει ότι σε σύγκριση με την κατάσταση πριν από την επέμβαση, σημαντικά περισσότερες γυναίκες με χειρουργική θεραπεία διατήρησης μαστού ανέφεραν προβλήματα σεξουαλικής διέγερσης έξι μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση και σημαντικά περισσότερες γυναίκες με μαστεκτομή ανέφεραν προβλήματα σεξουαλικής επιθυμίας, διέγερσης και ικανότητας επίτευξης οργασμού έξι μήνες και ένα έτος μετά την επέμβαση. Ενώ σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στη σεξουαλική λειτουργία με τις ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού, σημαντικά περισσότερες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή ανέφεραν προβλήματα σεξουαλικής επιθυμίας, διέγερσης, ικανότητας επίτευξης οργασμού (Aerts et al., 2014).

Ένας άλλος παράγοντας είναι η ικανοποίηση των γυναικών από τη σχέση τους καθώς και η ικανότητα σεξουαλικής αλληλεπίδρασης (Kedde et al., 2013-α). Επίσης, αναφέρεται ότι η πρόωρη εμμηνόπαυση και η ορμονοθεραπεία προκαλούσε μακροχρόνια διαταραχή σεξουαλικής διέγερσης ενώ η ριζική μαστεκτομή προκαλούσε μακροχρόνια οργασμική διαταραχή και πρόωμη εμμηνοπαυσιακή δυσπαρευνία (Kedde et al., 2013-β). Επιπλέον, σύμφωνα με μελέτη στη Γαλλία, μόνο η αντίληψη ότι υπήρχαν διαθέσιμοι πόροι για να αντιμετωπιστεί η ασθένεια είχε θετική επίδραση στη σεξουαλική λειτουργία. Οι θεραπείες ομορφιάς βρέθηκαν να έχουν σχέση αλλά ο πιο σημαντικός στατιστικά προγνωστικός δείκτης της σεξουαλικής λειτουργίας ήταν η νεότερη ηλικία (Quintard et al., 2014). Άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη σεξουαλική λειτουργία είναι η ηλικία καθώς σύμφωνα με μελέτη στη Γερμανία η σεξουαλική λειτουργία ήταν μειωμένη στις ασθενείς που ήταν μεγαλύτερες το διάστημα της θεραπείας (Fehlauer et al., 2005).

6.2.8 Εικόνα σώματος

Από τις 12 μελέτες που αφορούσαν την εικόνα σώματος, δύο (2) αναφέρονταν στη Σουηδία (Fallbjörk, et al., 2013· Lindwall & Bergbom, 2009), τέσσερις (4) στην Πορτογαλία (Monteiro-Grillo et al., 2005· Moreira & Canavarro, 2012· Moreira & Canavarro, 2010· Moreira et al., 2010), τέσσερις (4) στην Γερμανία (Arndt et al., 2008· Härtl et al., 2010-α· Härtl et al., 2010-β· Zimmermann et al., 2010), μία (1) στην Ελλάδα (Markopoulos et al., 2009) και μία (1) στη Σλοβενία (Gorisek et al., 2009).

Μελέτη που έγινε στη Σουηδία αναφέρει ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού έβλεπαν το σώμα τους σαν ξένο. Μάλιστα αισθάνονταν ότι το σώμα τους αλλάζει όταν μάθαιναν ότι είχαν καρκίνο του μαστού και συνειδητοποιούσαν ότι κάτι επικίνδυνο μέσα στο σώμα τους απειλούσε την ζωή τους. Ωστόσο, υπήρχαν μερικές αναφορές αίσθησης αλλαγής του σώματος και μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Η έννοια της έκφρασης «το σώμα μου σαν ξένος» περιελάμβανε τα εξής στοιχεία: το σώμα μου με απογοήτευσε, το σώμα μου - μια φυλακή, το σώμα μου - ένα σπίτι όπου ένας αγώνας λαμβάνει χώρα και η δημιουργία φίλων με το αλλαγμένο σώμα (Lindwall & Bergbom, 2009).

Σύμφωνα με άλλη μελέτη στη Σουηδία δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την εικόνα σώματος στους 10 μήνες και στα 2 χρόνια μετά τη μαστεκτομή μεταξύ των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε αποκατάσταση στο μαστό και σε εκείνες που δεν είχαν (Fallbjörk, et al. 2013). Μελέτη που έγινε στην Πορτογαλία αναφέρει ότι μόνο η αίσθηση της ντροπής για την εικόνα του σώματος αυξήθηκε με πάροδο του χρόνου (Moreira & Canavarro, 2010). Αντίθετα σε μελέτες που έγιναν στη Γερμανία αναφέρεται ότι τα προβλήματα που αφορούσαν στην εικόνα του σώματος συνέχιζαν να υπάρχουν με την πάροδο του χρόνου μέχρι και 2 έτη μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού (Härtl et al., 2010-α· Härtl et al., 2010-β)

Στους παράγοντες που επηρεάζουν την εικόνα σώματος αναφέρεται το είδος της επέμβασης. Σε μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα, στη Γερμανία, στη Σλοβενία αναφέρεται ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε επέμβαση διατήρησης του μαστού ήταν περισσότερο ικανοποιημένες με την χειρουργική επέμβαση και την εικόνα του σώματος σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή (Arndt et al., 2008· Gorisek et al., 2009· Markopoulos et al., 2009). Ακολουθούσαν οι γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή και αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο (Markopoulos et al., 2009). Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν στην Πορτογαλία οι ασθενείς που είχαν κάνει μαστεκτομή ανέφεραν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα αλλαγών στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και άλλες συναφείς κοινωνικές συμπεριφορές, όπως το να αποφεύγουν να πάνε στην παραλία, να αποφεύγουν να φοράνε συγκεκριμένα ρούχα και να είναι επιφυλακτικές με τους φίλους τους (Monteiro-Grillo et al., 2005). Η διεξαγωγή μαστεκτομής σχετίστηκε με υψηλότερη αίσθηση ντροπής και χαμηλότερη ικανοποίηση για την εμφάνιση στο τέλος της θεραπείας (Moreira & Canavarro, 2010).

Επίσης, η αυτοσυνειδησία σχετικά με την εμφάνιση συνέβαλε στην κακή προσαρμογή (Moreira & Canavarro, 2012). Η επένδυση στην εμφάνιση διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή των ασθενών (Moreira & Canavarro, 2012· Moreira et al., 2010). Η αρχική εικόνα του σώματος δεν μπορούσε να προβλέψει την μετέπειτα προσαρμογή, με εξαίρεση την κατάθλιψη, όπου η επένδυση στην εμφάνιση έπαιξε σημαντικό ρόλο (Moreira & Canavarro, 2010). Τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι πτυχές της σχέσης του ζευγαριού σχετίζονται διαφορετικά με την εικόνα του σώματος. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα των γυναικών και η οικογενειακή

ικανοποίηση των ανδρών προέβλεπε την αυτό-αποδοχή των γυναικών, αλλά όχι και την αντίληψη των γυναικών για την αποδοχή της εμφάνισής τους από τους συντρόφους τους. Η ικανοποίηση των γυναικών από τη σχέση τους και η προοπτική για αντιμετώπιση των προβλημάτων μαζί με το σύντροφο τους πρόβλεπε την αντίληψη των γυναικών σχετικά με την αποδοχή της εμφάνισής τους από το σύντροφο τους (Zimmermann et al., 2010).

6.2.9 Ανάγκες συγγενών

Από τις 4 μελέτες που αφορούσαν στις ανάγκες των συγγενών των γυναικών με καρκίνο μαστού, μία (1) αναφερόταν στη Γερμανία (Zimmermann et al., 2010), μία (1) στο Βέλγιο (Pauwels et al., 2012) και δύο (2) στην Ελβετία (Schmid-Büchi et al., 2011-α· Schmid-Büchi et al., 2011-β).

Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν στην Ελβετία οι ανάγκες των συγγενών των γυναικών με καρκίνο μαστού αφορούσαν κυρίως στην πρόσβαση σε πληροφορίες και στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Χρειάζονταν ειλικρινείς πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία των ασθενών και δεν εμπιστεύονταν τους επαγγελματίες υγείας. Οι συγγενείς είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους (25,0% έναντι 22,2%), κατάθλιψης (12,5% έναντι 8,3%) και αγωνίας-δυσφορίας (40% έναντι 34%) από τους ασθενείς. Τα υψηλότερα επίπεδα της κατάθλιψης, η νεότερη ηλικία και το να πάσχουν από μια νόσο οι ίδιοι βρέθηκαν να σχετίζονται με την ανάγκη των συγγενών για βοήθεια. Η αγωνία, το άγχος και οι συγκρούσεις στις διαπροσωπικές τους σχέσεις βρέθηκαν να συνδέονται με τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των συγγενών (Schmid-Büchi et al., 2011-α· Schmid-Büchi et al., 2011-β). Μελέτη που έγινε στο Βέλγιο αναφέρει ότι οι σύντροφοι των γυναικών με καρκίνο μαστού που είχαν ανάγκη για ενημέρωση και υποστήριξη ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης καθώς την υιοθέτηση τρόπων αντιμετώπισης προβλημάτων προσανατολισμένων στο συναίσθημα σε σχέση με τους συντρόφους χωρίς ανάγκες. Οι σύντροφοι που χρειάζονταν πληροφορίες και υποστήριξη είχαν μια πιο αρνητική άποψη σχετικά με το χρονοδιάγραμμα και τις συνέπειες για την κατάσταση των συζύγων τους μετά τη θεραπεία (Pauwels et al., 2012). Μία άλλη μελέτη στη Γερμανία αναφέρει ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι πτυχές της σχέσης του ζευγαριού σχετίζονται διαφορετικά με την εικόνα του σώματος. Η οικογενειακή ικανοποίηση των ανδρών προέβλεπε την αυτό-αποδοχή των γυναικών, αλλά όχι την

αντίληψη των γυναικών για την αποδοχή της εμφάνισης τους από τους συντρόφους τους (Zimmermann et al., 2010).

6.2.10 Ανάγκη για ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Από το σύνολο των 8 μελετών που αναφέρονταν στην ανάγκη των γυναικών με καρκίνο μαστού για ψυχοκοινωνική υποστήριξη, δύο (2) αφορούσαν τη Γερμανία (Remmers et al., 2010· Siedentopf et al., 2010), δύο (2) τη Σουηδία (Browall et al., 2009· Stinesen Kollberg et al., 2014), μία (1) την Ολλανδία (De Vries et al., 2014), μία (1) την Ελβετία (Schmid-Büchi et al., 2013), μία (1) τη Φινλανδία (Luutonen et al., 2011) και μία (1) τη Σλοβακία (Bencova et al., 2013).

Σε μελέτη που έγινε στη Γερμανία αναφέρεται ότι οι γυναίκες υπέφεραν περισσότερο από ψυχολογική παρά σωματική καταπόνηση, και εξέφραζαν την επιθυμία για συναισθηματική υποστήριξη. Οι ανάγκες για φροντίδα περιελάμβαναν: α) τη σχέση με τους νοσηλευτές, β) την επαγγελματική επάρκεια και γ) τις συνθήκες νοσηλείας (Remmers et al., 2010). Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στη Σουηδία οι πιο κοινές στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων ήταν η αποδοχή, η χαλάρωση και η απόσπαση της προσοχής. Η θρησκεία σπάνια χρησιμοποιήθηκε ως στρατηγική αντιμετώπισης (Browall et al., 2009). Μελέτη που έγινε στην Ολλανδία αναφέρει ότι το 80% των γυναικών με καρκίνο μαστού ανέφερε εστιασμένη στο συναίσθημα στρατηγική αντιμετώπισης του προβλήματος και το 49% ανέφερε παθητικούς τρόπους αντιμετώπισης ή τρόπους αποφυγής (De Vries et al., 2014).

Σύμφωνα με μελέτη στη Γερμανία, ανάγκη για την επαγγελματική ψυχοκοινωνική υποστήριξη παρατηρήθηκε στο 23% των ασθενών. Προηγούμενη ψυχιατρική / ψυχοθεραπευτική αγωγή ήταν η μόνη μεταβλητή που βρέθηκε να συνδέεται με την παρούσα ανάγκη για ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Το 46% των ασθενών που δήλωσε ότι είχε ανάγκη για ψυχοκοινωνική υποστήριξη αποδέχθηκε την παροχή των συμβουλών που του προσφέρθηκε (Siedentopf et al., 2010). Σε άλλη μελέτη στην Ελβετία οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο μαστού δήλωσαν ότι χρειάζονταν βοήθεια για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών θεμάτων. Το 56,2% υπέφερε από δυστυχία-θλίψη, το 24,1% από άγχος και το 12,1% από κατάθλιψη. Η σωματική και η κοινωνική δυσλειτουργία, η διαταραχή της εικόνας του σώματος, η θλίψη, το άγχος, η κατάθλιψη, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και οι συγκρούσεις στις προσωπικές

σχέσεις βρέθηκαν να σχετίζονται με την υποστηρικτική φροντίδα που χρειάζονταν (Schmid-Büchi et al., 2013). Σε μελέτη στη Φινλανδία το 25% των ασθενών εξέφρασε ανικανοποίητες ανάγκες για ψυχοκοινωνική υποστήριξη, οι οποίες βρέθηκαν να σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και / ή δυσφορία καθώς και τη μικρότερη ηλικία (Luutonen et al., 2011). Επίσης, σε άλλη μελέτη στη Σλοβακία, ένα σημαντικό μέρος των ασθενών με καρκίνο μαστού αισθανόταν ότι έλαβε ανεπαρκή ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας (πληροφορίες, συναισθηματική υποστήριξη, κ.α.) (Bencova et al., 2013).

Μελέτη που έγινε στη Σουηδία αναφέρει ότι γυναίκες με καρκίνο μαστού, είτε έκαναν είτε όχι χημειοθεραπείες, ανησυχούσαν για τα παιδιά τους και επιθυμούσαν υποστήριξη. Το 56% των γυναικών που ανησυχούσαν για τα παιδιά τους επιθυμούσαν να λάβουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη αμέσως μετά τη διάγνωση και πριν το χειρουργείο. Τα ποσοστά των γυναικών που θέλανε ψυχοκοινωνική υποστήριξη ήταν μεγαλύτερα όταν τα παιδιά που ήταν στο σπίτι ήταν μικρότερα σε ηλικία (Stinesen Kollberg et al., 2014).

6.2.11 Ρόλος ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην επιβίωση

Από σύνολο των μελετών, μία (1) στη Φινλανδία αναφερόταν στον ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην επιβίωση. Μετά από τον έλεγχο για τους βιολογικούς προγνωστικούς παράγοντες, την ηλικία και το χρόνο έναρξης της θεραπείας, το μεγαλύτερο διάστημα επιβίωσης βρέθηκε να σχετίζεται με το μεγαλύτερο διάστημα εκπαίδευσης, την ανώτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την ελαχιστοποίηση ως τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων, ενώ το μικρότερο διάστημα επιβίωσης βρέθηκε να σχετίζεται με την υιοθέτηση της συναισθηματικής αμυντικότητας και της διαφυγής ως τρόπους αντιμετώπισης προβλημάτων και με το υψηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενης υποστήριξης. Μικρότερο χρονικό διάστημα χωρίς συμβάντα σχετιζόταν με την ανεργία και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η ελαχιστοποίηση ως τρόπος αντιμετώπισης βρέθηκε να σχετίζεται με ευνοϊκή πρόγνωση ενώ ο θυμός που δεν εκφραζόταν και η συμπεριφορά διαφυγής με δυσμενή πρόγνωση (Lehto et al., 2006).

7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού λόγω της χρονιότητας της νόσου καθώς και λόγω της συμμετοχής των ασθενών σε δύσκολες θεραπευτικές μεθόδους έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων, η έκταση των οποίων εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες.

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη ανασκόπηση τα βασικά θέματα που απασχολούσαν τις γυναίκες με καρκίνο μαστού ήταν: η επίδραση της ασθένειας στο σώμα και το μυαλό, ο φόβος για τη χειρουργική επέμβαση καθώς και για τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία, ο φόβος για πιθανή υποτροπή της νόσου, το να είναι έτοιμες να διαχειριστούν την κατάσταση, το να έχουν τον έλεγχο, η διαχείριση της κόπωσης, η παροχή συμβουλών σχετικά με τις σχέσεις τους, το να νιώθουν υγιείς αλλά να χρειάζεται να προσαρμοστούν στην ασθένεια, η αναμονή, η αβεβαιότητα, ο φόβος για το άγνωστο, η ανακοίνωση της ασθένειας στους άλλους, ο φόβος του θανάτου, ο επαναπροσδιορισμός προτεραιοτήτων, η ανάγκη για γνώση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη για τις σωματικές, τις συναισθηματικές και τις κοινωνικές προοπτικές της καθημερινής ζωής. Επίσης, η αλλαγή αντίληψης του εαυτού τους, το άγχος για τα αποτελέσματα και τις αποφάσεις των γιατρών, η αϋπνία λόγω ενοχλητικών και δυσλειτουργικών σκέψεων, οι αντιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος και οι προκαταλήψεις γύρω από τη θεραπεία, η υποστήριξη από τα άτομα που ήταν σημαντικά για εκείνες και τους επαγγελματίες υγείας, γενικά η αλλαγή στη ζωή τους και οι απαιτήσεις που είχαν από τον εαυτό τους και τους άλλους (Browall et al., 2006· De Vries et al., 2014· Drageset et al., 2011· Fritha et al., 2007· Kovac et al. 2014· Landmark et al., 2008· Remmers et al., 2010· Tighe et al. 2011).

Ένα άλλο πολύ σημαντικό θέμα ήταν η εικόνα του σώματος (ο συμβιβασμός με την απώλεια των μαλλιών και η σωματική παραμόρφωση), η οποία επηρεάζεται κυρίως από το είδος της θεραπείας, την αυτοσυνειδησία σχετικά με την εμφάνιση (αρνητική επίδραση), την επένδυση στην εμφάνιση, τα ατομικά χαρακτηριστικά, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τις πτυχές της σχέσης του ζευγαριού, την οικογενειακή ικανοποίηση των ανδρών, την ικανοποίηση των γυναικών από τη σχέση τους και την

προοπτική για αντιμετώπιση των προβλημάτων μαζί με το σύντροφο τους (Arndt et al., 2008· Fallbjörk et al., 2013· Gorisek et al., 2009· Härtl et al., 2010-α· Härtl et al., 2010-β· Lindwall & Bergbom, 2009· Markopoulos et al., 2009· Monteiro-Grillo et al., 2005· Moreira & Canavarro, 2012· Moreira & Canavarro, 2010· Moreira et al., 2010· Zimmermann et al., 2010).

Επιπλέον, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού ένιωθαν ανησυχία για τα παιδιά τους (Mazzotti et al., 2012· Stinesen Kollberg et al., 2014), καθώς και για την επιστροφή στην εργασία τους (Browall et al., 2006· Noeres et al., 2013). Η σεξουαλική λειτουργία ήταν επίσης ένα σημαντικό θέμα. Η εμφάνιση σεξουαλικών προβλημάτων βρέθηκε ότι επηρεαζόταν από παράγοντες όπως η θεραπεία (ορμονοθεραπεία) και το είδος της επέμβασης (μαστεκτομή). Θετική επίδραση στη σεξουαλική λειτουργία είχε η διενέργεια αποκατάστασης, η αντίληψη ότι υπήρχαν διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι, η νεότερη ηλικία, οι θεραπείες ομορφιάς, η ικανοποίηση των γυναικών από τη σχέση τους, καθώς και η ικανότητα σεξουαλικής αλληλεπίδρασης (Arndt et al., 2008· Aerts et al., 2014· Fallbjörk et al., 2013· Fehlaue et al., 2005· Gorisek et al., 2009· Gorisek et al., 2009· Härtl et al., 2010-β· Kenne Sarenmalm, et al. 2007· Kedde et al, 2013-α· Kedde et al, 2013-β· Markopoulos et al., 2009· Quintard et al., 2014· Rubino et al., 2007). Όσον αφορά στο χρόνο που έχει περάσει από τη διάγνωση της νόσου σε άλλες μελέτες βρέθηκε ότι η σεξουαλική λειτουργία βελτιώθηκε με την πάροδο του χρόνου (Kedde et al., 2013-α· Kedde et al., 2013-β· Rubino et al., 2007), σε άλλες ότι τα σεξουαλικά προβλήματα συνέχιζαν να υπάρχουν (Härtl et al., 2010-β), ενώ σε άλλες ότι η σεξουαλική λειτουργία χειροτέρευε (Fallbjörk et al., 2013). Τα διαφορετικά αυτά αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες όπως, το αν κατά τη διάρκεια της μελέτης οι ασθενείς υποβάλλονταν σε κάποια θεραπεία για τη νόσο, στην ηλικία του δείγματος, στο είδος της χειρουργικής θεραπείας, στη διενέργεια ή όχι αποκατάστασης του μαστού καθώς και σε πολιτισμικούς παράγοντες καθώς οι μελέτες αφορούσαν διαφορετικές χώρες.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με εκείνα άλλων ανασκοπήσεων και ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο του μαστού περιλαμβάνονται: 1) οι ανάγκες που έχουν σχέση με τις επιπτώσεις της θεραπείας τόσο σε σωματικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, όπως η κόπωση, η αλλαγή της εικόνας του σώματος και η σεξουαλική

δυσλειτουργία, 2) η συναισθηματική δυσφορία, ο φόβος της υποτροπής της ασθένειας, το άγχος, η κατάθλιψη, οι ενοχλητικές σκέψεις σχετικά με την ασθένεια, η αίσθηση ότι είναι ευάλωτες, τα υπαρξιακά θέματα σχετικά με το θάνατο, η οργάνωση της ζωής τους και 3) η επικοινωνία με την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον (Adams, McCann, Armes, et al., 2011· Ganz, 2008· Schmid-Büchi, Halfens, Dassen & van den Borne, 2008). Στις ανάγκες τους περιλαμβάνονται, επίσης, η υποστήριξη, η πληροφόρηση, η φροντίδα των παιδιών, η παροχή συμβουλών και η πνευματική υποστήριξη (Adams et al., 2011). Επιπλέον, σε μια μελέτη ανασκόπησης επισημαίνεται ο φόβος των γυναικών για μια μελλοντική εγκυμοσύνη λόγω του κινδύνου υποτροπής του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, για πολλές γυναίκες, η εγκυμοσύνη και η μητρότητα αντιπροσωπεύουν την ομαλότητα, την ευτυχία και την εκπλήρωση στη ζωή (Gonçalves, Sehonvic & Quinn, 2014). Η ηλικία, οι πληροφορίες, η κοινωνική υποστήριξη, ο βαθμός των συμπτωμάτων του άγχους και οι ανεκπλήρωτες ψυχολογικές ανάγκες είναι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική λειτουργία και την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο μαστού (Knobf, 2011).

Ο μαστός συμβολίζει τη μητρότητα και την ερωτική υπόσταση, δυο ιδιαίτερα σημαντικές πτυχές της γυναίκας. Ο καρκίνος μαστού παρουσιάζεται συνήθως σε μια χρονική περίοδο όπου και άλλοι παράγοντες, όπως η εμμηνόπαυση αλλά και η φυσιολογική γήρανση επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση της θηλυκότητας και της ελκυστικότητας της γυναίκας (Αγγελοπούλου και συν., 2013· Σκαπινάκης, 2007). Ο ακρωτηριασμός έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή στην εικόνα του σώματος, τη διαταραχή του ρόλου στην οικογένεια καθώς και τη μείωση της κοινωνικής συμμετοχής (Ρηγάτος, 2007).

Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με καρκίνο μαστού εμφανίζει συναισθήματα ενοχής, που μπορεί να οφείλονται στην ευθύνη που νιώθουν για την κατάστασή τους, στο βάρος που προκαλούν στο οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον καθώς και στην κληρονομική προδιάθεση της νόσου που μπορεί να υπάρχει (Αγγελοπούλου και συν., 2013). Όσον αφορά τα παιδιά γυναικών με καρκίνο μαστού, αναφέρεται ότι μπορεί να επηρεαστούν από τη νόσο της μητέρας τους σε διαφορετικό βαθμό ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το στάδιο της

ψυχοκοινωνικής τους ανάπτυξης (Lewis, Ellison & Woods, 1985· Thastum et al., 2009· Watson et al., 2006).

Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη, άγχος, ανησυχία και νευρικότητα (Andreu et al., 2012· Boot et al., 2010· Burgess et al., 2005· Luutonen et al., 2011· Markopoulos et al., 2009· Mertz et al., 2012· Ruini et al., 2013).

Στις περισσότερες μελέτες βρέθηκε ότι τα συμπτώματα αυτά μειώθηκαν με την πάροδο του χρόνου (Andreu et al., 2012· Boot et al., 2010· Burgess et al., 2005· Elder et al., 2005· Saboonchi et al., 2014). Σε μία μελέτη αναφέρεται ότι τα προβλήματα που αφορούσαν το άγχος συνέχιζαν να υπάρχουν με την πάροδο του χρόνου (Härtl et al., 2010-β). Επιπλέον, σε μία άλλη μελέτη στη Σλοβακία βρέθηκε αξιοσημείωτη συνδεόμενη με το χρόνο αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων συναισθηματικής δυσφορίας στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού που έκαναν χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού (Bencova et al., 2013). Τα διαφορετικά αυτά αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες όπως το αν κατά τη διάρκεια της μελέτης οι ασθενείς υποβάλλονταν σε κάποια θεραπεία για τη νόσο, στην ηλικία του δείγματος, στο είδος της χειρουργικής θεραπείας, στη διενέργεια ή όχι αποκατάστασης του μαστού καθώς και σε πολιτισμικούς παράγοντες καθώς οι μελέτες αφορούσαν διαφορετικές χώρες.

Παράγοντες για την εμφάνιση χρόνιας κατάθλιψης άγχους και θλίψης αποτελούσαν το ιστορικό ψυχιατρικής ή ψυχολογικής θεραπείας, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, η έλλειψη σχέσης με άτομο που να εμπιστεύονται, η νεαρότερη ηλικία, η εμπειρία σοβαρού στρεσογόνου γεγονότος μη σχετιζόμενου με τον καρκίνο, η άμεση μετεγχειρητική ψυχολογική κατάσταση, η αντιληπτή χρονική πορεία της ασθένειας, η γενική υγεία, η εμφάνιση συμπτωμάτων λόγω της ασθένειας και των θεραπειών (όπως η έλλειψη ενέργειας, η κόπωση, η δυσκολία στον ύπνο, ο πόνος, η ανησυχία, τα σεξουαλικά προβλήματα και η ξηροστομία), η μικρή ικανότητα αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, η πιο αρνητική αντίληψη των επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού, η ποιότητα ζωής, η παρουσία προβλημάτων στη γνωστική λειτουργία και η ανεύρεση αρνητικών ορμονικών υποδοχέων (Andreu et al., 2012· Burgess et al., 2005· Jenkins et al., 2006· Kenne Sarenmalm et al., 2007· Luutonen et al., 2011·

Mertz et al., 2012· Millar et al., 2005· Pérez et al., 2014· Siedentopf et al., 2010· Silva et al., 2012).

Όσον αφορά στο είδος της θεραπείας σε μία μελέτη βρέθηκε ότι οι γυναίκες που επρόκειτο να υποβληθούν σε μαστεκτομή δεν διέφεραν όσον αφορά στην ψυχολογική δυσφορία από τις γυναίκες που θα υποβάλλονταν σε θεραπεία διατήρησης του μαστού (Siedentopf et al., 2010). Ενώ σε άλλες μελέτες βρέθηκε ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού ή μαστεκτομή και αποκατάσταση ήταν περισσότερο ικανοποιημένες, παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και ανέφεραν χαμηλότερο αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση τους έναντι εκείνων οι οποίες είχαν κάνει μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση (Markopoulos et al., 2009· Rubino et al., 2007). Επίσης, ένα μέρος του άγχους των γυναικών οφειλόταν στο φόβο ότι η χημειοθεραπεία θα τις έκανε αναγνωρίσιμες ως «άτομα με καρκίνο» και θα προκαλούσε προβληματικές αλληλεπιδράσεις με τα άλλα άτομα (Harcourt & Frith, 2008).

Όσον αφορά στους τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, η ανικανότητα - απελπισία, η γνωστική αποφυγή, η αγχώδης ενασχόληση και η μοιρολατρία σχετίστηκαν θετικά με την αγωνία-θλίψη-δυσφορία, ενώ η αγωνιστικότητα και η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη έδειξαν να έχουν προστατευτικό ρόλο (Andreu et al., 2012). Η ικανότητα οι ασθενείς να βρίσκουν θετικές αλλαγές στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού βρέθηκε ότι λειτουργεί σαν ρυθμιστικός μηχανισμός του στρες και της κατάθλιψης (Silva et al., 2012). Επίσης, η υψηλή προσήλωση στη θρησκεία συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης (Aukst-Margetić et al., 2005).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τις άλλες σχετικές ανασκοπήσεις σύμφωνα με τις οποίες οι ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές είναι συνήθως ήπιας μορφής. Ωστόσο, ένα ποσοστό της τάξης του 5% μπορεί να παρουσιάσει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που να χρειάζεται θεραπεία (Αγγελοπούλου και συν., 2013· Σκαπινάκης, 2007).

Σύμφωνα με τον Ganz (2008) αν και σοβαρή κατάθλιψη δεν παρουσιάζεται στην πλειονότητα των γυναικών με καρκίνο του μαστού, πολλές από αυτές τις γυναίκες

βιώνουν τη σχετιζόμενη με τη θεραπεία αγωνία, το φόβο για υποτροπή της νόσου, την αλλαγή στην εικόνα του σώματος και τη σεξουαλικότητα, καθώς και τις σωματικές παρενέργειες από την επικουρική θεραπεία. Επίσης, οι παράγοντες που θέτουν τις γυναίκες σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχολογική δυσφορία είναι η μικρότερη ηλικία, η προϋπάρχουσα ψυχική ασθένεια ή ψυχολογικό πρόβλημα, η περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη και τα συνυπάρχοντα νοσήματα. Σε μία άλλη ανασκόπηση αναφέρεται ότι οι γυναίκες που επιβίωσαν από καρκίνο μαστού και ήταν 50 ετών ή μικρότερες είχαν συχνότερα και σοβαρότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με τις γυναίκες από τον γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας χωρίς καρκίνο καθώς και σε σύγκριση και τις γυναίκες με καρκίνο μαστού που ήταν μεγαλύτερες των 50 ετών. Ανησυχίες σχετικά με την πρόωρη εμμηνόπαυση, τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, καθώς και τη στειρότητα ήταν συχνές στις νεότερες γυναίκες (ηλικίας ≤ 50 ετών) και είχαν σημαντικό ρόλο στο επίπεδο της αγωνίας μετά τη θεραπεία (Howard-Anderson, Ganz, Bower & Stanton, 2012).

Στην παρούσα ανασκόπηση παρόλο που σε κάποιες μελέτες οι γυναίκες με καρκίνο μαστού ανέφεραν επίπεδα ποιότητας ζωής στο μέσο όρο διαπιστώθηκαν περιορισμοί σε πολλές λειτουργίες (Gorisek et al., 2009· Koch et al., 2013). Σε κάποιες μελέτες οι επιπτώσεις σε διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ζωής (π.χ. φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα, πόνο, οικονομικές δυσκολίες) επιδεινώνονταν με την πάροδο του χρόνου (Arndt et al., 2008· Koch et al., 2013). Αντίθετα σε άλλες μελέτες αναφέρεται πως η ποιότητα ζωής βελτιώθηκε με την πάροδο του χρόνου (Bantema-Joppe et al., 2015· Fehlauer et al., 2005· Härtl et al., 2010-β· Rubino et al., 2007). Στις περισσότερες μελέτες αναφέρεται ότι οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής ήταν περισσότερες στις νεότερες γυναίκες (Bantema-Joppe et al., 2015· Fehlauer et al., 2005· Härtl et al., 2010-β· Koch et al., 2013). Σε μία μελέτη στην Πολωνία αναφέρεται ότι όσο αυξανόταν η ηλικία μειωνόταν η εκτίμηση της ποιότητας της ζωής (Pacian et al., 2012). Το γεγονός ότι δεν συμφωνούσαν όλα τα αποτελέσματα των μελετών μεταξύ τους μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες όπως το αν κατά τη διάρκεια της μελέτης οι ασθενείς υποβάλλονταν σε κάποια θεραπεία για τη νόσο, στην ηλικία του δείγματος, στο είδος της χειρουργικής θεραπείας, στη διενέργεια ή όχι αποκατάστασης του μαστού καθώς και σε πολιτισμικούς παράγοντες καθώς οι μελέτες αφορούσαν διαφορετικές χώρες.

Οι παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής στις γυναίκες με καρκίνο μαστού ήταν: οι παρενέργειες της θεραπείας, το είδος της θεραπείας (π.χ. μαστεκτομή), η σωματική και η ψυχική υγεία, η αυτο-εκτίμηση των γυναικών, το επίπεδο αγωνίας, η παχυσαρκία και το χαμηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας (Arndt et al., 2008· Boehm et al., 2009· Gorisek et al., 2009· Härtl et al., 2010-α· Voskuil et al., 2010). Οι παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν θετικά την ποιότητα υγείας ήταν: η διαμονή σε αγροτικές περιοχές, η τριτοβάθμια εκπαίδευση και η μη ύπαρξη σχέσης (Pacian et al., 2012).

Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Delgado-Sanz, García-Mendizábal, Pollán et al. (2011) που αφορούσε στην ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Ισπανία λίγες διαφορές ανιχνεύονται στην ποιότητα ζωής σε σχέση με το είδος της χημειοθεραπείας. Εξαιρέση αποτέλεσαν τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στις νεότερες γυναίκες που αντιμετωπίζονταν με ακτινοθεραπεία. Σε βραχυχρόνιο διάστημα καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής αναφέρθηκε από τις γυναίκες που υποβάλλονταν σε συντηρητική και όχι ριζική χειρουργική επέμβαση. Η παρουσία λεμφοιδήματος σχετίστηκε με χειρότερη ποιότητα ζωής. Οι ψυχοκοινωνικές διαταραχές και το επίπεδο της κατάθλιψης και του άγχους, ανεξάρτητα από τη θεραπεία ή το στάδιο της ασθένειας βρέθηκε να επιδεινώνει την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, υπήρξε μια θετική επίδραση στις ασθενείς που ανέφεραν ότι είχαν μαχητικό πνεύμα και χρησιμοποιούσαν την άρνηση ως μηχανισμό άμυνας. Σε μία άλλη ανασκόπηση αναφέρεται ότι οι γυναίκες που επιβίωσαν από καρκίνο μαστού και ήταν 50 ετών ή μικρότερες είχαν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής και συχνότερα και σοβαρότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με τις γυναίκες από τον γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας χωρίς καρκίνο καθώς και σε σύγκριση και τις γυναίκες με καρκίνο μαστού που ήταν μεγαλύτερες των 50 ετών. Ανησυχίες σχετικά με την πρόωρη εμμηνόπαυση, τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, καθώς και τη στειρότητα ήταν συχνές στις νεότερες γυναίκες (ηλικίας ≤ 50 ετών) και είχαν σημαντικό ρόλο στο επίπεδο της αγωνίας μετά τη θεραπεία. Οι νεαρότερες γυναίκες συχνά παρουσίαζαν αύξηση στο βάρος και έλλειψη σωματικής άσκησης (Howard-Anderson et al., 2012).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας ανασκόπησης οι ανάγκες των συγγενών των γυναικών με καρκίνο μαστού αφορούσαν κυρίως την πρόσβαση σε πληροφορίες

και την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Οι συγγενείς πολλές φορές είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης από τις ίδιες τις γυναίκες με καρκίνο μαστού. Στους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάγκη των συγγενών για βοήθεια αναφέρθηκαν τα υψηλότερα επίπεδα της κατάθλιψης και άγχους, η νεότερη ηλικία, η κατάσταση της υγείας τους, οι συγκρούσεις στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, η χρησιμοποίηση τρόπων αντιμετώπισης προβλημάτων προσανατολισμένων στο συναίσθημα και η πιο αρνητική άποψη σχετικά με το χρονοδιάγραμμα και τις συνέπειες για την κατάσταση των συζύγων τους μετά τη θεραπεία (Pauwels et al., 2012· Schmid-Büchi et al., 2011-α Schmid-Büchi et al., 2011-β).

Με βάση τα αποτελέσματα μιας άλλης ανασκόπησης οι σύντροφοι των γυναικών με καρκίνο μαστού χρειάζονται βοήθεια όχι μόνο για να μπορέσουν να διαχειριστούν οι ίδιοι την νέα κατάσταση αλλά για να μπορέσουν να βοηθήσουν και τις ασθενείς. Χρειάζονται πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών συντρόφων τους. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού χρειάζονται πληροφορίες για να διατηρήσουν τον έλεγχο και να διαχειριστούν την ασθένειά τους. Τόσο οι γυναίκες με καρκίνο μαστού όσο και οι σύντροφοι τους χρειάζονται πληροφορίες σχετικά με την πρόγνωση και τις προοπτικές της ασθένειας. Η αμοιβαία οικογενειακή υποστήριξη, η κατάσταση υγείας των γυναικών και των συντρόφων τους και η συναισθηματική δυσφορία μπορεί να επηρεάσει την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των συντρόφων τους (Schmid-Büchi et al. 2008).

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης οι γυναίκες με καρκίνο μαστού συχνά παρουσιάζουν την ανάγκη για συναισθηματική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη (Browall, et al., 2009· De Vries et al., 2014· Remmers et al., 2010· Schmid-Büchi et al., 2013). Το ιστορικό προηγούμενης ψυχιατρικής ή ψυχοθεραπευτικής αγωγής, η σωματική και κοινωνική δυσλειτουργία, η διαταραχή της εικόνας του σώματος, η θλίψη, το άγχος, η κατάθλιψη, η μικρότερη ηλικία, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και οι συγκρούσεις στις προσωπικές σχέσεις βρέθηκαν να σχετίζονται με την ανάγκη για υποστηρικτική φροντίδα (Luutonen et al., 2011· Schmid-Büchi et al., 2013· Siedentopf et al., 2010). Στις πιο συχνές στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων αναφέρθηκαν η αποδοχή, η χαλάρωση, η απόσπαση της προσοχής και η εστιασμένη στο συναίσθημα στρατηγική αντιμετώπισης του προβλήματος. Λιγότερο συχνά αναφέρθηκαν οι παθητικοί τρόποι αντιμετώπισης ή οι

τρόποι αποφυγής (Browall et al., 2009· De Vries et al., 2014). Για την ενσωμάτωση των αλλαγών που φέρνει ο καρκίνος χρησιμοποιούνται κυρίως τρεις διαδικασίες: η εξισορρόπηση, η ομαλοποίηση και η αλλαγή (Adams et al., 2011).

Η προσαρμογή της γυναίκας που νοσεί από καρκίνο μαστού επηρεάζεται από το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα που διαθέτει και κυρίως από το σύζυγο και τα άλλα μέλη της οικογένειάς της. Πολλές φορές το άγχος και η κατάθλιψη της ασθενούς μπορούν όχι μόνο να μεγεθύνουν τα υπάρχοντα προβλήματα αλλά να προκαλέσουν και καινούργια (Αγγελοπούλου και συν., 2013). Βέβαια, άλλες φορές οι οικογενειακές και γενικά οι διαπροσωπικές σχέσεις βελτιώνονται (Αγγελοπούλου και συν., 2013).

Στην παρούσα ανασκόπηση, το μεγαλύτερο διάστημα επιβίωσης από τον καρκίνο μαστού βρέθηκε ότι είχε σχέση με το μεγαλύτερο διάστημα εκπαίδευσης, την ανώτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την υιοθέτηση της ελαχιστοποίησης ως τρόπου αντιμετώπισης των προβλημάτων, ενώ το μικρότερο διάστημα επιβίωσης βρέθηκε ότι είχε σχέση με την υιοθέτηση της συναισθηματικής αμυντικότητας και της διαφυγής ως τρόπους αντιμετώπισης προβλημάτων καθώς και με το υψηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενης υποστήριξης. Μικρότερο χρονικό διάστημα χωρίς συμβάντα σχετιζόταν με την ανεργία και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η ελαχιστοποίηση ως τρόπος αντιμετώπισης βρέθηκε να σχετιζόταν με ευνοϊκή πρόγνωση για τη νόσο ενώ ο θυμός που δεν εκφραζόταν και η συμπεριφορά διαφυγής με δυσμενή πρόγνωση (Lehto et al., 2006).

Σε μια άλλη συστηματική ανασκόπηση αναφέρεται ότι από τις μελέτες που εξετάστηκαν το 80,6% δείχνει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ μίας τουλάχιστον ψυχοκοινωνικής μεταβλητής και της έκβασης της νόσου του καρκίνου του μαστού. Οι παράμετροι που σχετίζονται με την καλύτερη πρόγνωση του καρκίνου του μαστού είναι η κοινωνική υποστήριξη, ο γάμος και η υιοθέτηση της ελαχιστοποίησης του προβλήματος και της άρνησης ως τρόπων αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων. Η κατάθλιψη και ο περιορισμός των συναισθημάτων σχετίζονται με μειωμένη επιβίωση από τον καρκίνο του μαστού. Βέβαια ο ρόλος αυτών των μεταβλητών δεν επιβεβαιωνόταν σε όλες τις μελέτες (Falagas, Zarkadoulia, Ioannidou, Peppas, Christodoulou & Rafailidis, 2007).

8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι θεραπείες του καρκίνου του μαστού σήμερα είναι πιθανό να προκαλέσουν λιγότερη φυσική δυσμορφία λόγω της χειρουργικής επέμβασης από ό, τι πριν από μισό αιώνα, αλλά είναι πιο πολύπλοκες και εκτείνονται σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι γυναίκες είναι συχνά καλά ενημερωμένες σχετικά με τις λεπτομέρειες της διάγνωσης και της πρόγνωσης του καρκίνου του μαστού, και εμπλέκονται όλο και περισσότερο στην κοινή λήψη αποφάσεων που αφορούν τη θεραπεία τους (Ganz, 2008). Το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή καθώς και το επίπεδο της κατάθλιψης και του άγχους μπορούν να προκαλέσουν χειρότερη βιοψυχοκοινωνική λειτουργία (Skrzypulec et al., 2008). Η πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο του μαστού βιώνει τη σχετιζόμενη με τη θεραπεία αγωνία, το φόβο για υποτροπή της νόσου, την αλλαγή στην εικόνα του σώματος και στη σεξουαλικότητα, καθώς και τις σωματικές παρενέργειες από την επικουρική θεραπεία (Ganz., 2008).

Η ποιότητα ζωής δεν είναι μια στατική έννοια. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού υποβάλλονται σε δυναμικές αλλαγές στην ποιότητα της ζωής που ξεκινούν από τη διάγνωση και συνεχίζονται στην περίοδο της θεραπείας και στην περίοδο μετά τη θεραπεία. Ορισμένοι τομείς που συνθέτουν τη ποιότητα ζωής, όπως η σεξουαλική λειτουργία και η λειτουργία των ρόλων δείχνουν συνεχείς δυσλειτουργίες που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία του (Gao & Dizon, 2013).

Στην παρούσα μελέτη τα αποτελέσματα κάποιων μελετών δεν συμφωνούσαν μεταξύ τους. Τα διαφορετικά αυτά αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες όπως το αν κατά τη διάρκεια της μελέτης οι ασθενείς υποβάλλονταν σε κάποια θεραπεία για τη νόσο, στην ηλικία του δείγματος, στο είδος της χειρουργικής θεραπείας, στη διενέργεια ή όχι αποκατάστασης του μαστού καθώς και σε πολιτισμικούς παράγοντες καθώς οι μελέτες αφορούσαν διαφορετικές χώρες. Επομένως, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να προσδιοριστούν ακριβώς οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την εκπλήρωση των αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους.

Η χρόνια ασθένεια, όπως ο καρκίνος του μαστού, είναι μια βιογραφική αποδιοργάνωση καθώς δεν καταστρέφει μόνο το σώμα, αλλά την τροχιά ολόκληρης της ζωής ενός ατόμου. Περιλαμβάνει μια διαδικασία απώλειας του εαυτού ή αλλαγή της ταυτότητας, η οποία οδηγεί στην επανεξέταση της κατεύθυνσης της ζωής και μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να γίνει καλύτερος άνθρωπος και να της δημιουργήσει νέες ευκαιρίες (Nettleton, 2002).

Οι πολυδιάστατες πτυχές των σχέσεων των γυναικών με την οικογένεια, τους φίλους, τους συναδέλφους και τους επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν σημαντικά τις στρατηγικές αντιμετώπισης και το νόημα που δίνουν οι γυναίκες στην εμπειρία του καρκίνου του μαστού (Tighe et al., 2011). Οι έρευνες για τον καρκίνο του μαστού και η κλινική υποστήριξη πρέπει να έχουν ως επίκεντρο την οικογένεια. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να μπορούν αξιολογούν τις ανάγκες των ασθενών και των συγγενών τους καθώς και το βαθμό που χρειάζονται βοήθεια, ώστε να τους παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα και τις απαραίτητες συμβουλές και εκπαίδευση για να ανταπεξέλθουν στην ασθένεια (Schmid-Büchi et al., 2008).

Η υιοθέτηση των κατάλληλων τεχνικών συμπεριφοράς και η σωματική άσκηση μπορούν να βελτιώσουν την ψυχοκοινωνική λειτουργία και την ποιότητα ζωής στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Duijts, Faber, Oldenburg, van Beurden & Aaronson, 2011). Η αξιολόγηση της ψυχολογικής και κοινωνικής ευημερίας των γυναικών με καρκίνο μαστού είναι απαραίτητη για την μετάβαση στην επιβίωση. Οι παρεμβάσεις πρέπει να έχουν ως στόχο την κάλυψη των πληροφοριακών αναγκών, τη διαχείριση της αβεβαιότητας, τον έλεγχο των συμπτωμάτων, την αντιμετώπιση των πολιτισμικών διαφορών και την ενίσχυση της κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης (Knobf, 2011).

Η προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού είναι μια πολύπλοκη διαδικασία καθώς επηρεάζεται από όλους και αντίστοιχα επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής. Στόχος των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού δεν πρέπει να είναι μόνο η εξασφάλιση περισσότερου χρόνου επιβίωσης, αλλά και η βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Η βελτιωμένη ποιότητα ζωής περιλαμβάνει διαστάσεις, όπως τα σωματικά συμπτώματα, την ατομική και την κοινωνική λειτουργικότητα, την επαγγελματική δραστηριότητα, τη συναισθηματική κατάσταση, τις γνωστικές και

νοητικές ικανότητες και τον βαθμό της γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εξετάζονται σφαιρικά όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπεία και σε συνεργασία με την ασθενή να σχεδιάζεται ένα ολιστικό θεραπευτικό πρόγραμμα, που να είναι προσαρμοσμένο σε εκείνη. Επιπλέον, η ασθενής και η οικογένεια της πρέπει να καθοδηγούνται στη συνειδητοποίηση των επιπτώσεων, που η νόσος μπορεί να έχει στους υπόλοιπους τομείς της ζωής και να προτείνονται τρόποι και στρατηγικές αντιμετώπισής τους. Στόχος είναι η ελαχιστοποίηση του κίνδυνου της θεώρησης των προβλημάτων που προκαλεί η νόσος ως στίγμα (Δαμίγος και συν., 2010).

9 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Adams, E., McCann, L., Armes, J., Richardson, A., Stark, D., Watson, E., Hubbard, G. (2011) The experiences, needs and concerns of younger women with breast cancer: a meta-ethnography. *Psychooncology*, 20(8):851-61

Aerts, L., Christiaens, M.R., Enzlin, P., Neven, P., Amant, F. (2014) Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *The Breast*, 23: 629-636

Andreu, Y., Galdón, M.J., Durá, E., Martínez, P., Pérez, S., Murgui, S. (2012) A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: Prevalence and risk factors. *Psychology and Health*, 27(1):72-87

Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H., Brenner, H. (2008) Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. *J Cancer Res Clin Oncol.*, 134(12):1311-8

Aukst-Margetić, B., Jakovljević, M., Margetić, B., Bisćan, M., Samija, M. (2005) Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27(4):250-5

Bantema-Joppe, E.J., de Bock, G.H., Woltman-van Iersel, M., Busz, D.M., Ranchor, A.V., Langendijk, J.A., Maduro, J.H., van den Heuvel, E.R. (2015) The impact of age on changes in quality of life among breast cancer survivors treated with breast-conserving surgery and radiotherapy. *British Journal of Cancer*, 112(4):636-643

Bencova, V., Krajcovicova, I., Bella, V., Krcmery, V. (2013) Psychosocial support needs of Slovak breast cancer survivors one and three years after breast conserving surgery. *Bratisl Lek Listy*, 114(2):96-99

Boehm, D.U., Lebrecht, A., Eckhardt, T., Albrich, S., Schmidt, M., Siggelkow, W., Kandelhard, E., Koelbl, H. (2009) Quality of life and adjuvant tamoxifen treatment in breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 18(5): 500–506

Boot, J.S., Holcombe, C., Salmon, P. (2010) Positive adjustment to breast cancer: development of a disease-specific measure and comparison of women diagnosed from 2 weeks to 5 years. *Psycho-Oncology*, 19: 1187–1194

Browall, M., Persson, L.O., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielson, E. (2009) Daily assessment of stressful events and coping among post-menopausal women with breast cancer treated with adjuvant chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 18(5):507–516

Browall, M., Gaston-Johansson, F., Danielson, E. (2006) Postmenopausal Women With Breast Cancer. Their Experiences of the Chemotherapy Treatment Period. *Cancer Nursing*, 29(1):34-42

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., Ramirez, A. (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 330(7493):702

Charlier, C., Pauwels, E., Lechner, L., Spittaels, H., Bourgois, J., DE Bourdeaudhuij, I., VAN Hoof, E. (2012) Physical activity levels and supportive care needs for physical activity among breast cancer survivors with different psychosocial profiles: a cluster-analytical approach. *Eur J Cancer Care*, 21(6):790-9

Delgado-Sanz, M.C., García-Mendizábal, M.J., Pollán, M., Forjaz, M.J., López-Abente, G., Aragonés, N., Pérez-Gómez, B. (2011) Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*, 9:3

De Vries, J., Den Oudsten, B.L., Jacobs, P.M.E.P., Roukema, J.A. (2014) How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. *Support Care Cancer*, 22(3):705-12

Den Oudsten, B. L., Van Heck, G. L., Van der Steeg, A. F.W., Roukema, J.A., De Vries, J. (2010) Second operation is not related to psychological outcome in breast cancer patients. *International Journal of Cancer*, 126:1487–1493

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., Underlid, K. (2011) Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9):1941–1951.

Duijts, S.F., Faber, M.M., Oldenburg, H.S., van Beurden, M., Aaronson, N.K. (2011) Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors--a meta-analysis. *Psychooncology*, 20(2):115-26

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. *Breast*, 14(3):201-8.

Falagas, M.E., Zarkadoulia, E.A., Ioannidou, E.N., Peppas, G., Christodoulou, C., Rafailidis, P.I. (2007) The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Research*, 9(4)

Fallbjörk, U., Rasmussen, B.H., Karlsson, S., Salander, P. (2013) Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 340-345

Faulkner, R.A., Davey, M. (2002) Children and Adolescents of Cancer Patients. *The American Journal of Family Therapy*, 30:63-72

Fehlauer, F., Tribius, S., Mehnert, A., Rades, D. (2005) Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 92: 217–222

Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S., Stein, A. (2006) Breast cancer in the family-children's perceptions of their mother's cancer and its initial treatment: qualitative study. *BMJ*, 332(7548): 998–1003

Fritha, H., Harcourt, D., Fussell, A. (2007) Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 385–391

- Ganz, P.A. (2008) Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology*, 22(6):642-6
- Gao, J., Dizon, D.S. (2013) Preparing for survivorship: quality of life in breast cancer survivors. *J Sex Med*, 10(1):16-20
- Gonçalves, V., Sehovic, I., Quinn, G. (2014) Childbearing attitudes and decisions of young breast cancer survivors: a systematic review. *Hum Reprod Update*, 20(2):279-92
- Gorisek, B., Krajnc, P., Krajnc, I. (2009) Quality of life and the effect on social status among Slovenian women after breast cancer treatment. *The Journal of International Medical Research*, 37(2): 557 – 566
- Härtl, K., Engel, J., Herschbach, P., Reinecker, H., Sommer, H., Friese, K. (2010- α) Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology*, 19(2):160-9
- Härtl, K., Schennach, R., Müller, M., Engel, J., Reinecker, H., Sommer, H., Friese, K. (2010- β) Quality of life, anxiety, and oncological factors: a follow-up study of breast cancer patients. *Psychosomatics*, 51(2):112-23
- Harcourt, D., Frith, H. (2008) Women's Experiences of an Altered Appearance during Chemotherapy : An Indication of Cancer Status. *Journal of Health Psychology*. 13(5): 597-606
- Howard-Anderson, J., Ganz, P.A., Bower, J.E., Stanton, A.L. (2012) Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst*, 104(5):386-405
- Jenkins, V., Shilling, V., Deutsch, G., Bloomfield, D., Morris, R., Allan, S., Bishop, H., Hodson, N., Mitra, S., Sadler, G., Shah, E., Stein, R., Whitehead, S., Winstanley, J. (2007) A 3-year prospective study of the effects of adjuvant treatments on cognition in women with early stage breast cancer. *British Journal of Cancer*, 94(6):828-34

Kedde, H., van de Wiel, H. B. M., Weijmar Schultz, W. C. M., Wijsen, C. (2013- α) Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer. *Support Care Cancer*, 21(7):1993-2005

Kedde, H., van de Wiel, H. B. M., Weijmar Schultz, W. C. M., Wijsen, C. (2013- β) Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Support Care Cancer*, 21: 271-280

Kenne Sarenmalm, E., Ohlén, J., Jonsson, T., Gaston-Johansson, F. (2007) Coping with recurrent breast cancer: predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 34(1):24-39

Knobf, M.T. (2011) Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*, 27(3):e1-e14.

Koch, L., Jansen, L., Herrmann, A., Stegmaier, C., Hollecsek, B., Singer, S., Brenner, H., Arndt, V. (2013) Quality of life in long-term breast cancer survivors - a 10-year longitudinal population-based study. *Acta Oncol.*, 52(6):1119-28

Kovac, A., Petrović, S.P., Nedeljković, M., Kojić, M., Tomić, S. (2014) Post-operative condition of breast cancer patients from standpoint of psycho-oncology--preliminary results. *Med Pregl*, 67 (1-2): 43-48

Landmark, B.T., Bøhler, A., Loberg, K., Wahl, A.K. (2008) Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *J Clin Nurs.*, 17(7B):192-200

Lehto, U.S., Ojanen, M., Dyba, T., Aromaa, A., Kellokumpu-Lehtinen, P. (2006) Baseline psychosocial predictors of survival in localized breast cancer. *Br J Cancer*, 94:1245-1252

Lewis, F. M., Ellison, S. E., Woods, F. N. (1985) The Impact of breast cancer on the family. *Seminars in Oncology Nursing*, 1(3):206-213

Lindwall, L., Bergbom, I. (2009) The altered body after breast cancer surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4: 280–287

Luutonen, S., Vahlberg, T., Eloranta, S., Hyväri, H., Salminen, E. (2011) Breast cancer patients receiving postoperative radiotherapy: distress, depressive symptoms and unmet needs of psychosocial support. *Radiotherapy and Oncology*, 100(2):299-303

Markopoulos, C., Tsaroucha, A.K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., Karvelis, S. (2009) Impact of Breast Cancer Surgery on the Self-esteem and Sexual Life of Female Patients. *The Journal of International Medical Research*, 37: 182 – 188

Mazzotti, E., Serranò, F., Sebastiani, C., Marchetti, P. (2012) Mother-Child Relationship as Perceived by Breast Cancer Women. *Psychology*, 2012. Vol.3, No.12, 1027-1034

Mertz, B.G., Bistrup, P.E., Johansen, C., Dalton, S.O., Deltour, I., Kehlet, H., Kroman, N. (2012) Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*.16(4):439-4

Millar, K., Purushotham, A.D., McLatchie, E., George, W.D., Murray, G.D. (2005) A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(4):335-42

Monteiro-Grillo, I., Marques-Vidal, P., Jorge, M. (2005) Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer. *Clin Transl Oncol.*, 7(11):499-503

Moreira, H., Canavarro, M.C. (2012) The association between self-consciousness about appearance and psychological adjustment among newly diagnosed breast cancer patients and survivors: The moderating role of appearance investment. *Body Image*, 9: 209– 215

Moreira, H., Canavarro, M.C. (2010) A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 263-270

- Moreira, H., Silva, S., Canavarro, M.C. (2010) The role of appearance investment in the adjustment of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19: 959–966
- Noeres, D., Park-Simon, T.-W., Grabow, J., Sperlich, S., Koch-Gießelmann, H., Jaunzeme, J., Geyer, S. (2013) Return to work after treatment for primary breast cancer over a 6-year period: results from a prospective study comparing patients with the general population. *Support Care Cancer*, 21:1901–1909
- Pacian, A., Kulik, T.B., Pacian, J., Chruściel, P., Żołnierczuk-Kieliszek, D., Jarosz, M.J. (2012) Psychosocial aspect of quality of life of Polish women with breast cancer. *Ann Agric Environ Med.*, 19(3): 509-512
- Pauwels, E., De Bourdeaudhuij, I., Charlier, C., Lechner, L., Van Hoof, E. (2012) Psychosocial characteristics associated with breast cancer survivors' intimate partners' needs for information and support after primary breast cancer treatment. *J Psychosoc Oncol.* 30(1):1-20.
- Pérez. S., Galdón, M.J., Andreu, Y., Ibáñez, E., Durá, E., Conchado, A., Cardeña, E. (2014) Posttraumatic Stress Symptoms in Breast Cancer Patients: Temporal Evolution, Predictors, and Mediation, *Journal of Traumatic Stress*, 27, 224–231
- Quintard, B., Constant, A., b, Lakdja, F., Labeyrie-Lagardère, H. (2014) Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence. *European Journal of Oncology Nursing*, 18: 41-45
- Remmers, H., Holtgräwe, M., Pinkert, C. (2010) Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1):11-6
- Rottmann, N., Dalton, S.O., Christensen, J., Frederiksen, K., Johansen, C. (2010) Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Qual Life Res.*, 19(6):827-36.
- Rubino, C., Figus, A., Lorettu, L., Sechi, G. (2007) Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 60: 509-518

Ruini, C., Vescovelli, F., Albieri, E. (2013) Post-traumatic Growth in Breast Cancer Survivors: New Insights into its Relationships with Well-Being and Distress. *J Clin Psychol Med Settings*, 20:383–391

Saboonchi, F., Petersson, L.-M., Wennman-Larsen, A., Alexanderson, K., Brannstrom, R., Vaez, M. (2014) Changes in caseness of anxiety and depression in breast cancer patients during the first year following surgery: Patterns of transiency and severity of the distress response *European Journal of Oncology Nursing*, 18:598-604

Schmid-Büchi, S., Halfens, R.J.G, Müller, M., Dassen, T., van den Borne, B. (2013) Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1):22-29

Schmid-Büchi, S., Halfens, R.J.G, Dassen, T., van den Borne, B. (2011- α) Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, 15: 260–266

Schmid-Büchi, S., van den Borne, B., Dassen, T., Halfens, R.J.G (2011- β) Factors associated with psychosocial needs of close relatives of women under treatment for breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8):1115-24

Schmid-Büchi, S., Halfens, R.J., Dassen, T. van den Borne, B. (2008) A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *J Clin Nurs*, 17(21):2895-909

Shilling, V., Jenkins, V. (2007) Self-reported cognitive problems in women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 11, 6–15

Siedentopf, F., Marten-Mittag, B., Utz-Billing, I., Schoenegg, W., Kentenich, H., Dinkel, A. (2010) Experiences with a specific screening instrument to identify psychosocial support needs in breast cancer patients. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 148 (2): 166–171

Silva, S.M., Moreira, H.C., Canavarro, M.C. (2012) Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psychooncology*, 21(4):409-18

Skrzypulec, V., Tobor, E., Drosdzol, A., Nowosielski, K. (2008) Biopsychosocial functioning of women after mastectomy, *Journal of Clinical Nursing*, 18, 613–619

Stinesen Kollberg, K., Wilderäng, U., Möller, A., Steineck, G. (2014) Worrying about one's children after breast cancer diagnosis: desired timing of psychosocial intervention. *Support Care Cancer*, 22, 2987–2995

Thastum, M., Watson, M., Kienbacher, C., Piha, J., Steck, B., Zachariae, R., Baldus, C., Romer, G. (2009) Prevalence and Predictors of Emotional and Behavioural Functioning of Children Where a Parent Has Cancer. *Cancer*, 115:4030-9

Tighe, M., Molassiotis, A., Morris, J., Richardson, J. (2011) Coping, meaning and symptom experience: A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3): 226-232

Voskuil, D.W., van Nes, J.G., Junggebur, J.M., van de Velde, C.J., van Leeuwen, F.E., de Haes, J.C. (2010) Maintenance of physical activity and body weight in relation to subsequent quality of life in postmenopausal breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 21: 2094–2101

Zimmermann, T., Scott, J.L., Heinrichs, N. (2010) Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psychooncology*, 19(10):1061-8.

Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J., Murken, S. (2008) Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17(4):361–370

Ελληνική

Αγγελοπούλου, Ζ., Καραγκούνη, Γ., Κωτσάκου, Ε. (2013) Άγχος / Κατάθλιψη Γυναικών με Καρκίνο Μαστού και Επιπτώσεις στην Οικογένεια. *Νοσηλευτική*, 52 (1):35-42

Αργυρίου, Θ., Παπαδόπουλος, Α., Σόρτης, Α., Ταρλατζής, Β. (2009) Χειρουργική Θεραπεία πρώιμου σταδίου καρκίνου του μαστού. *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ*, 21(2):129-134

Γιαβασόπουλος, Ε., Γουρνή, Π. (2008) Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(1):12-39

Γούναρη, Γ. Παπαχαρίτου, Σ. Χατζηχρήστου, Δ. (2011), Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και βιολογία της αναπαραγωγής: ένας τρόπος για τη βελτίωση της επικοινωνίας του ιατρού με τον υπογόνιμο άνδρα. *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ*, 23 (4) 284-291

Δαμίγος, Δ., Καλτσούδα, Α., Οικονόμου, Μ., Σιαμόπουλος, Κ.Χ. (2010), Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της χρόνιας νεφρικής νόσου. Ο ρόλος της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας. *Ελληνική Νεφρολογία*, 22 (2): 120-129

Δαρδαβέσης, Θ. (2009) Η επιδημιολογία του καρκινώματος του μαστού. *Η Ιατρική Σήμερα*, 56:12-15 Ανάκτηση Ιανουάριο 2015 από <http://www.isth.gr/images/uploads/02-1-DARDAVESHHS.pdf>

Ζαφράκας, Μ., Τσαλίκης, Τ., Παπαδόπουλος, Α., Σόρτσης, Α., Ταρλατζής, Β. (2009) Επικουρική θεραπεία του καρκίνου του μαστού: βασικές αρχές. *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ*, 21(2):164-169

Ζωγράφος, Γ., Φλέσσας, Ι., Μιχαλόπουλος, Ν. (2012) Παθήσεις μαστού. Στο : Παπαλάμπρος, Ε. (Επιμ.), Χειρουργική. Από το Διδακτικό & Ερευνητικό Προσωπικό του Χειρουργικού Τομέα. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Ιατρική Σχολή. Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα, 214-241

Λάγιου, Α. (2008) Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(6):742-748

Λύκουρας, Ε. (2011) Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο και η διασύνδεση της ψυχιατρικής με άλλες ιατρικές ειδικότητες. *Ψυχική Υγεία. Σύγχρονες Προσεγγίσεις – Προβληματισμοί*. Επιστήμης Κοινωνία. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, p.p. 33-38

Μάλλιου, Σ., Αγνάντη, Ν., Παυλίδης, Ν., Καππάς, Α., Κριαράς, Ι., Γερουλάνος, Σ. (2006) Η ιστορία του καρκίνου του μαστού. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(3):260-278

Nettleton, S. (2002) *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Πατελάρου, Ε., Μπροκαλάκη, Η. (2010) Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης και Μετα-Ανάλυσης. *Νοσηλευτική*, 49(2):122-130

Ρηγάτος, Γ. (2007) *Θέματα ψοιχοκοινωνικής ογκολογίας*, Ascent, Αθήνα

Σκαπινάκης, Π. (2007) *Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου του μαστού*. *ΙΑΣΠΙΣ*

Τούντας, Γ.Κ. (2007), Από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας. *ΙΑΣΠΙΣ*. Ανάκτηση Νοέμβριο 2014 από <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=783>

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας (2010) *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015*. Αθήνα. Ανάκτηση Ιανουάριο 2015 από http://www.anticancer.gov.gr/catalogue/SxedioDrasis_24selido.pdf

<http://www.moh.gov.gr/articles/citizen/c69-xrhisimoi-syndesmoi/352-syllogoi-asthenwn> Πρόσβαση Ιούνιο 2015

<http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/KETHEA%20PREVENTION%20odhgos%20yphresiwn.pdf> Πρόσβαση Ιούνιο 2015