



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

**Μελέτη για τη διερεύνηση της επίδρασης μερικής ή ολικής
μεστεκτομής στη σχέση του ζευγαριού και
στη λειτουργικότητα του άνω άκρου**

Σπουδάστρια:

Αληζότη Χριστίνα, Φυσικοθεραπεύτρια (Α.Μ. 121)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Βαδαλούκα Αθηνά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ – ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	5
α. Αιμάτωση του μαστού	6
β. Λεμφική Παροχέτευση του μαστού	6
γ. Νεύρωση του μαστού	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ- ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	13
α. Μασταλγία	13
β. Έκκριμα από τη θηλή	13
γ. Κύστεις	14
δ. Καλοήθεις όγκοι	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	15
α. Επιδημιολογία- Επιβαρυντικοί Παράγοντες	15
β. Παθολογοανατομική ταξινόμηση καρκίνου του μαστού	21
I. Νόσος του Paget	22
II. Πορογενής καρκίνος	23
III. Λοβιακός καρκίνος	25
IV. Σπάνιες κλινικές και ιστολογικές μορφές	25
V. Μεσεγχυματικοί διηθητικοί όγκοι μαστού	26
γ. Εξέλιξη	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	29
α. Χειρουργική	29
β. Ακτινοθεραπεία	30
γ. Συστηματική Θεραπεία	33
I. Χημειοθεραπεία	33

II. Ορμονοθεραπεία	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΟΝΟΣ	37
α. Πόνος στο στήθος μετά από μαστεκτομή ή ογκεκτομή	38
β. Πόνος στο άνω άκρο μετά από μαστεκτομή ή ογκεκτομή	43
γ. Ψυχολογικός πόνος γυναικών μετά από μαστεκτομή ή ογκεκτομή	48
δ. Καρκίνος του μαστού και η σχέση με το σύντροφο	51
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ – ΕΡΕΥΝΑ	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΥΛΙΚΟ	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΜΕΘΟΔΟΣ	65
α. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης προβλημάτων στη σχέση	65
β. QuickDASH ερωτηματολόγιο	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	75
α. Αποτελέσματα που αφορούν στην λειτουργικότητα του άνω άκρου	75
β. Αποτελέσματα που αφορούν στη συντροφική σχέση	95
γ. Γενικές συσχετίσεις	118
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΕΠΙΛΟΓΟΣ	121
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	125

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ – ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός αναπτύσσεται στην εμβρυϊκή ζωή, προερχόμενος από το εξώδερμα. Κατά τη γέννηση αποτελείται από ένα σύστημα πόρων που καταλήγει στην ήδη σχηματισμένη θηλή, ενώ η περιοχή του μαζικού αδένου δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη. Εκτός από εξαιρέσεις, ο μαζικός αδένας παραμένει σε κατάσταση αδράνειας σε όλη την παιδική ηλικία. Σε αυτή τη φάση αποτελείται από ένα επιθηλιακό τμήμα μικρών πόρων που καταλήγουν μέσα σε ένα ινώδες στρώμα. Κατά την εφηβεία αναπτύσσεται και αρχίζει να χρωματίζεται το σύμπλεγμα θηλής-άλου. Συγχρόνως δημιουργείται κάτω από την άλω μια δισκοειδής μάζα από μαζικό ιστό, η οποία αναπτύσσεται με τα χρόνια για να σχηματίσει τον προβάλλοντα μαστό της ενήλικης γυναίκας. *(Μαρκόπουλος Χ. 2007)*

Ο μαστός της ενήλικης γυναίκας εκτείνεται από την 2^η ως την 6^η πλευρά και από το στήρνο μέχρι την πρόσθια ή τη μέση μασχαλιαία γραμμή σχηματίζοντας προς τη μασχάλη μια πυραμοειδή προεκβολή, την ουρά του Spence. *(Μαρκόπουλος Χ. 2007)* Αποτελείται από αδενικό, ινώδη και λιπώδη ιστό και περιβάλλεται από δέρμα, στην κορυφή του οποίου βρίσκεται η θηλή και η θηλαία άλος. Η θηλή, έπαρμα κυλινδρικού σχήματος, με ινοελαστική σύσταση, περιλαμβάνει τα εκφορητικά στόμια 15-20 γαλακτοφόρων πόρων. Η θηλαία άλος αποτελείται από ιδιαίτερα λεπτό ρυτιδωμένο δέρμα κάτω από το οποίο βρίσκονται κυκλοτερώς διατεταγμένες λείες μυϊκές ίνες. Στην ελεύθερη επιφάνεια της άλου εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι μεγάλων σμηγματογόνων και ιδρωτοποιών αδένων. Το δέρμα του υπόλοιπου μαστού είναι λεπτό, ευκίνητο επάνω στον υποκείμενο αδένου, αναδιπλούμενο στο κατώτερο τμήμα του στην υπομαστική πτυχή. *(Ιωαννίδου-Μουζάκα Α., Pusterla E. 1996)*

Κάθε ιστός είναι στην ουσία μια μάζα λίπους, μέσα στην οποία βρίσκονται χιλιάδες λόβια, που το κάθε ένα παράγει μια περιοχή που παράγει το γάλα (αδένιο) και μια περιοχή που μεταφέρει το γάλα (πόρος). Όλοι οι πόροι από το κάθε λόβιο ενώνονται σε μεγαλύτερους, τους γαλακτοφόρους πόρους και

εκβάλλουν στη θηλή του μαστού, τη ρώγα. Σε κάθε θηλή εκβάλλουν περίπου είκοσι πόροι. Λίγο πριν από την εκβολή τους διευρύνονται δημιουργώντας τους γαλακτοφόρους κόλπους.

Ο μαστός βρίσκεται ανάμεσα σε δύο λεπτές μεμβράνες, μία κάτω από το δέρμα και μία πάνω από τους θωρακικούς μύες, οι οποίες ενώνονται μεταξύ τους με τους συνδέσμους του Cooper. Οι σύνδεσμοι αυτοί είναι προσεκβολές του συνδετικού ιστού, που στηρίζει το μαζικό αδένα και επεκτείνονται τόσο στην εν τω βάθει περιτονία όσο και προς το δέρμα. Στους συνδέσμους αυτούς οφείλεται το στιτό στήθος στις νέες γυναίκες και στη χαλάρωσή τους με το χρόνο, η πτώση του στήθους στις μεγαλύτερες. (Φύσσας Γ. 2006, Μαρκόπουλος Χ. 2007)

α. Αιμάτωση του μαστού

Ο μαστός διαθέτει πλούσιο αρτηριακό δίκτυο, με κύριες αρτηρίες την έσω μαστική ή έσω θωρακική και την πλάγια θωρακική, ενώ σε μικρότερο βαθμό συμμετέχουν στην αιμάτωση του και οι οπίσθιες μεσοπλεύριες αρτηρίες. (Συβρίδης Ε., Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ. 1996) Η εξωτερική πλευρά του μαστού αιματώνεται από κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας, του μεγάλου αγγείου που αιματώνει και το άνω άκρο. Η εσωτερική πλευρά του αιματώνεται από κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας, που βρίσκεται κάτω από τις πλευρές και οδεύει παράλληλα με το στήθος. Το αίμα αφού θρέψει κάθε κύτταρο του μαστού με οξυγόνο, θρεπτικά συστατικά, ορμόνες και άλλες ουσίες, αποχετεύεται από τις φλέβες, που οδεύουν παράλληλα αλλά σε αντίθετη κατεύθυνση από τις αρτηρίες, δηλαδή από τις φλέβες του μαστού προς τη μασχαλιαία φλέβα και από εκεί στην καρδιά (έξω τμήμα μαστού) ή προς την έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην καρδιά (έσω τμήμα) (Φύσσας Γ. 2006).

β. Λεμφική παροχέτευση του μαστού

Η λέμφος είναι το υγρό μέσα στο οποίο «κολυμπούν» κύτταρα και κυκλοφορεί μέσα στα πολύ λεπτά λεμφαγγεία, στην πορεία των οποίων

παρεμβάλλονται οι λεμφαδένες. Αυτοί έχουν μέγεθος φακής, δεν είναι ψηλαφητοί φυσιολογικά και σκοπός τους είναι να φιλτράρουν τη λέμφο σκοτώνοντας μικρόβια, ιούς και παθολογικά κύτταρα. Η λέμφος του έξω τμήματος του μαστού ρέει με φορά από το μαστό προς τους λεμφαδένες της μασχάλης, όπου και συναντά τη λέμφο που έρχεται από το άνω άκρο. Η λέμφος από το έσω τμήμα του μαστού παροχετεύεται προς τους λεμφαδένες που συνοδεύουν την έσω μαστική αρτηρία. Τελικά η λέμφος εκβάλλει και αυτή στο φλεβικό αίμα. (Φύσσας Γ. 2006)

Πιο συγκεκριμένα, τα λεμφαγγεία του μαστού αναπτύσσονται στο διάμεσο συνδετικό ιστό που παρεμβάλλεται μεταξύ των λοβίων και των πόρων του αδένα, διαμορφώνοντας έτσι το δίκτυο της λοβιακής μονάδας και του συστήματος των μεγάλων εκφορητικών πόρων. Αυτό υποδέχεται λέμφο απευθείας από τους μεσοκυττάριους χώρους του αδένα, μέσω ειδικών λεμφοφόρων τριχοειδών που διαθέτουν ενδοθηλιακά κύτταρα, αλλά όχι βασικές μεμβράνες. Το δίκτυο είναι βαλβιδιφόρο και επικοινωνεί α) με τα επιπολής λεμφαγγεία του δέρματος, ιδιαίτερα αναπτυγμένα γύρω από τη θηλή του μαστού και β) με τα εν τω βάθει λεμφαγγεία της εν τω βάθει περιτονίας.

Τα επιπολής λεμφαγγεία του δέρματος είναι πολυπληθέστερα και διαμορφώνουν διάφορα επί μέρους λεπτά δίκτυα: α) το υποεπιθηλιακό, β) το υποδερματικό και γ) το βαθύτερα κείμενο υποθηλαίο δίκτυο λεμφαγγείων. Όλα τα επιμέρους λεμφικά αυτά δίκτυα του δέρματος, εκτός του υποεπιθηλιακού, είναι βαλβιδοφόρα και επικοινωνούν μεταξύ τους με μια σειρά από κάθετα λεμφαγγεία που περιβάλλουν τους γαλακτοφόρους πόρους. Επιπλέον, το υποεπιθηλιακό δίκτυο συνέχεια με όμοια λεπτά λεμφαγγεία, χωρίς βαλβίδες, των παρακείμενων περιοχών του δέρματος.

Τα εν τω βάθει λεμφαγγεία της περιτονίας είναι λεπτότατα και έρχονται σε σχέση με την οπίσθια επιφάνεια του μαστού. Το δίκτυο αυτό φαίνεται να προσφέρεται ως εναλλακτική οδός λεμφικής αποχέτευσης σε περίπτωση απόφραξης άλλων κύριων οδών.

Η παραπάνω διαμόρφωση των δικτύων της λεμφικής αποχέτευσης του μαστού, εξασφαλίζει την κατευθυνόμενη ροή της λέμφου από τα επιπολής

δίκτυα λεμφαγγείων προς τα εν τω βάθει. Τελικά η λέμφος αθροιζόμενη με τα διάφορα αυτά λεμφικά δίκτυα αποχετεύεται στους επιχώριους λεμφαδένες. Συγκεκριμένα, 75% της λέμφου ή περισσότερο αποχετεύεται στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, 20-23% στους έσω μαστικούς και 2% στους οπίσθιους μεσοπλεύριους αδένες. Λόγω των εκτεταμένων λεμφικών αναστομώσεων, τα διάφορα τμήματα του μαστού απάγουν λέμφο σε όλες τις ομάδες των επιχώριων λεμφαδένων, αν και η προτίμηση τους να αποχετεύουν σε ορισμένες ομάδες είναι προφανής (Συβρίδης E., Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ. 1996).

Η λεμφική παροχέτευση του μαστού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο λόγω της σχέσης της με τη διασπορά του καρκίνου. Οι μασχαλιαίοι αδένες που αφαιρούνται σε επεμβάσεις ριζικής και εκτεταμένης απλής μαστεκτομής ταξινομούνται σε τρία επίπεδα, με βάση τη θέση τους ως προς τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Οι λεμφαδένες του 1^{ου} επιπέδου θεωρούνται αυτοί που διατάσσονται κατά μήκος του κάτω χείλους του ελάσσονος θωρακικού μυός. Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει την ομάδα των θωρακικών λεμφαδένων και τους λεμφαδένες της υποπλάτιας και της έξω ομάδας. Ως λεμφαδένες 2^{ου} επιπέδου θεωρούνται αυτοί που εντοπίζονται πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ και αποτελούν τη κεντρική ομάδα των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Ως λεμφαδένες 3^{ου} επιπέδου αναφέρονται οι κορυφαίοι, αυτοί δηλαδή που καταλαμβάνουν το μέσο του άνω χείλους του ελάσσονος θωρακικού μυός. Οι λεμφαδένες αυτοί αποτελούν μέρος της ομάδας των υποκλείδιων λεμφαδένων. Μια μικρή οδός λεμφικής παροχέτευσης υπάρχει προς τον αντίθετο μαστό και προς τη θήκη του ορθού κοιλιακού. Επίσης μέρος του έσω τμήματος του αδένος παροχετεύεται μέσω διατιπραινόντων λεμφικών αγγείων προς τους έσω θωρακικούς και μεσοθωράκιους λεμφαδένες. (Συβρίδης E., Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ. 1996, Μαρκόπουλος X. 2007)

γ. Νεύρωση του μαστού

Η νεύρωση του μαστού είναι ιδιαίτερα πλούσια στο σύμπλεγμα θηλής- άλω από σωματικές αισθητικές απολήξεις ενώ το παρέγχυμα καλύπτεται κυρίως από το αυτόνομο συμπαθητικό σύστημα. *(Μαρκόπουλος Χ. 2007)*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στις γυναίκες αλλάζει με την ηλικία, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εφηβείας, της εμμηνόπαυσης, με τα στάδια της εμμήνου ρήσεως, την εγκυμοσύνη και τη σεξουαλική διέγερση. Το στήθος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη συναισθηματική σχέση με το σεξουαλικό σύντροφο, καθώς και στη σχέση με τα παιδιά. Οι μαστοί μπορεί να αποτελούν πηγή μεγάλης ευχαρίστησης, κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά αυτό μπορεί να συμβαίνει και κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Οι αλλαγές στο μέγεθος, το βάρος, την ευαισθησία και την υγεία του μαστού αντανακλούν γενικά αλλαγές στο είδος και τη συγκέντρωση διαφόρων χημικών ουσιών, των ορμονών. Οι ορμόνες εκκρίνονται σε μηδαμινές ποσότητες από ειδικά τμήματα, π.χ. του εγκεφάλου ή των ωοθηκών, σαν ανταπόκριση σε βιολογικούς ή φυσιολογικούς παράγοντες ή ακόμη και σε εξωτερικά ερεθίσματα (*Plant J. 2003*).

Οι δύο τύποι ορμονών που εκκρίνουν οι ωοθήκες είναι τα οιστρογόνα και οι προγεστίνες. Το σπουδαιότερο από τα οιστρογόνα είναι η οιστραδιόλη και η σπουδαιότερη από τις προγεστίνες η προγεστερόνη. Τα οιστρογόνα διεγείρουν κυρίως τον πολλαπλασιασμό και την αύξηση των σχετικών με το φύλο κυττάρων του οργανισμού και είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη των περισσότερων από τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου. Η προγεστερόνη σχετίζεται σχεδόν αποκλειστικά με την τελική προετοιμασία της μήτρας για την κύηση και των μαστών για τη γαλουχία. (*Guyton 1998*)

Σε μεγαλύτερες ποσότητες τα οιστρογόνα εκκρίνονται από τις ωοθήκες, αν και μικρές ποσότητες εκκρίνονται από το φλοιό των επινεφριδίων. Στη διάρκεια της κύησης, τεράστιες ποσότητες οιστρογόνων εκκρίνονται από τον πλακούντα. (*Guyton 1998, Φύσσας Γ. 2006*) Στο πλάσμα της γυναίκας, μόνο τρία οιστρογόνα υπάρχουν σε σημαντικές ποσότητες: η β-οιστραδιόλη, η οιστρόνη και η οιστριόλη. Το κύριο οιστρογόνο που εκκρίνουν οι ωοθήκες είναι η β-οιστραδιόλη. Από τις προγεστίνες είναι η προγεστερόνη, μαζί με την οποία όμως, εκκρίνεται, σε μικρές ποσότητες και μια άλλη προγεστίνη, η 17-α-υδροξυπρογεστερόνη, που έχει ουσιαστικά τις ίδιες επιδράσεις. Όλη

σχεδόν η προγεστερόνη της υγιούς, μη έγκυου γυναίκας εκκρίνεται από το ωχρό σωματίο στη διάρκεια του δεύτερου μισού του ωθητικού κύκλου. (Guyton 1998)

Κύρια λειτουργία των οιστρογόνων είναι η πρόκληση κυτταρικής υπερπλασίας και αύξησης των ιστών των γεννητικών οργάνων και άλλων ιστών που σχετίζονται με την αναπαραγωγή. Τα οιστρογόνα προκαλούν μεγέθυνση του στήθους, μέσω της ανάπτυξης των πόρων, του στηρικτικού ιστού και της συσσώρευσης λίπους. Επίσης, συμβάλλουν στο σχηματισμό του περιγράμματος του γυναικείου σώματος και της ωρίμανσης του σκελετού και ευθύνονται για την ανάπτυξη του μασχαλιαίου και του ηβικού τριχώματος καθώς και της χρωμάτωσης των θηλών. (Guyton 1998, Plant 2003) Η προγεστερόνη πέρα από την επίδραση της στη μήτρα και στους ωαγωγούς επιδρά στο μαστούς, υποβοηθώντας την ανάπτυξη των λοβίων και των αδενοκυψελών, προκαλώντας υπερπλασία των αδενικών κυττάρων, αύξηση του μεγέθους τους και μετατροπή τους σε εκκριτικά. Ωστόσο η προγεστερόνη δεν προκαλεί έκκριση γάλακτος. Προκαλεί διόγκωση των μαστών που μερικώς οφείλεται στην ανάπτυξη των λοβίων και των αδενοκυψελών και κατά ένα άλλο μέρος οφείλεται στη αύξηση των υγρών του ίδιου του υποδόριου ιστού. (Guyton 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα συνηθέστερα συμπτώματα ή ευρήματα καλοήθους αιτιολογίας που μπορούν να ανησυχήσουν μια γυναίκα είναι η μασταλγία, το έκκριμα από τη θηλή, οι κύστεις, οι καλοήθεις όγκοι και οι φλεγμονές.

α. Μασταλγία

Η μασταλγία είναι το συχνότερο αμιγές σύμπτωμα του μαστού, αλλά σπάνια αποτελεί πρωταρχική εκδήλωση κακοήθειας. Διακρίνεται σε φυσιολογική (προεμμηνορυσιακή, κύηση), σε δευτεροπαθή που οφείλεται σε αίτιο του μαστού (φλεγμονή, απόστημα, υποθηλαία πορεκτασία) ή σε εξωμαστική αιτία (οστεοχονδρίτιδα στη περιοχή συνένωσης πλευρών- στέρνου ή νόσος του Tietze, αντανάκλαση πόνου), και σε μασταλγία χωρίς εμφανές φυσιολογικό ή παθολογικό αίτιο, που διακρίνεται σε κυκλική και μη κυκλική. (Μαρκόπουλος Χ. 2007)

β. Έκκριμα από τη θηλή

Το έκκριμα από τη θηλή μπορεί να είναι φυσιολογικό κατά το θηλασμό ή τη λοχεία. Μπορεί να είναι ψευδές όπως το αίμα μετά από τραυματισμό, ή όπως σε περίπτωση εισολκής της θηλής (συλλογή εκκρίσεων ή σμήγματος) καθώς και σε περίπτωση έκκρισης σμηγματογόνου αδένα (Montgomery), ή σε περίπτωση συριγγίου. Σε περιπτώσεις που το έκκριμα είναι παθολογικό αυτό μπορεί να οφείλεται σε ενδοπορικό θήλωμα ή σε ινοκυστικές αλλοιώσεις ή σε πορεκτασία ή σε καρκίνο.

Η γαλακτόρροια είναι η εκροή γαλακτώδους εκκρίματος από τη θηλή εκτός φυσιολογικής περιόδου εγκυμοσύνης, γαλουχίας ή λοχείας. Η γαλακτόρροια σε αυτή την περίπτωση οφείλεται σε υπερ-προλακτιναιμία που μπορεί να έχει ως αίτιο τη λήψη φαρμάκων ή να οφείλεται σε άλλες παθολογικές καταστάσεις. (Μαρκόπουλος Χ. 2007)

γ. Κύστεις

Είναι συχνή πάθηση μεγάλου ποσοστού γυναικών. Εμφανίζονται συνήθως μετά την ηλικία των είκοσι πέντε με τριάντα ετών, αλλά όχι μετά την εμμηνόπαυση. Δεν υπάρχει σαφής αιτιολογική εξήγηση της ύπαρξής τους, αλλά επειδή είναι λοβιακής προέλευσης, μάλλον πρόκειται για αρχή εκφύλισης των αδενικών λοβίων, ορμονικής αιτιολογίας για αυτό εμφανίζονται συνήθως σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ή κατά την κλιμακτήριο. Μπορεί να είναι μία ή περισσότερες, στον έναν ή και στους δύο μαστούς. Το μέγεθος τους μπορεί να ποικίλλει από λίγα χιλιοστά μέχρι αρκετά εκατοστά του μέτρου. Μπορεί να μεγαλώνουν γρήγορα και συνήθως δεν πονούν, εκτός και αν φλεγμαίνουν. (Φύσσας Γ. 2006)

δ. Καλοήθεις όγκοι

Καλοήθεις όγκοι είναι αυτοί που μεγαλώνουν μόνο τοπικά, τα κύτταρα τους δε διαφέρουν πολύ από τα φυσιολογικά, δε δίνουν μεταστάσεις και δε διεισδύουν σε άλλα όργανα. (Φύσσας Γ. 2006)

Σύμφωνα με τον πίνακα που παρατίθεται στο βιβλίο του *Μαρκόπουλου Χ.*, οι καλοήθεις όγκοι του μαστού ταξινομούνται ως εξής:

- Επιθηλιακοί: ενδοπορικό θήλωμα, αδένωμα
- Ινοεπιθηλιακοί: ινοαδένωμα, καλοήθης φυλλοειδής όγκος, αμάρτωμα
- Μυοεπιθηλιακοί: αδеноμυοεπιθηλίωμα
- Μεσεγχυματικοί: λίπωμα, λειομύωμα, αιμαγγείωμα κ.α.
- Όγκοι θηλής: αδένωμα θηλής

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

α. Επιδημιολογία- Επιβαρυντικοί παράγοντες

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει περίπου μία στις δέκα γυναίκες στις υγειονομικά ανεπτυγμένες χώρες και έχει τεκμαρτή πενταετή επιβίωση που πλησιάζει το 70%. Υπάρχουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται το γυναικείο φύλο, η καυκάσια εθνικότητα, η μεγαλύτερη ηλικία, το μεγαλύτερο ύψος, η μετεμμηνοπαυσιακή παχυσαρκία, η υψηλής πυκνότητας μαστογραφία, η πρώιμη ηλικία εμμηναρχής, η καθυστερημένη ηλικία εμμηνόπαυσης, η ατεκνία, η μεγάλη ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης, ο μικρός αριθμός παιδιών, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού και τέλος η ύπαρξη ορισμένων γονιδίων. (Λάγιου Α. 2007, Trichopoulos D. και συν. 2005)

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2004, υπολογίστηκαν 2886800 περιπτώσεις διαγνωσμένου καρκίνου και 1711000 θάνατοι λόγω καρκίνου. Η συνηθέστερη μορφή καρκίνου είναι ο καρκίνος του πνεύμονα (13.3% όλων των περιπτώσεων), ακολουθεί ο καρκίνος των εντέρων (13.2%) και ο καρκίνος του μαστού (13%). Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελούσε και την πρώτιστη αιτία θανάτου λόγω καρκίνου (341800 θάνατοι), ακολουθούν θάνατοι λόγω καρκίνου των εντέρων (203700 θάνατοι), λόγω καρκίνου του στομάχου (137900 θάνατοι) και λόγω καρκίνου του μαστού (129900 θάνατοι) (Boyle και Ferlay, 2004)

Site	Cases	%
All sites except non-melanoma skin	2886.8	100.0
Lung	381.5	13.2
Colon and rectum	376.4	13.0
Breast	370.1	12.8
Prostate	237.8	8.2
Stomach	171.0	5.9
Uterus	133.8	4.6
Lymphomas	121.2	4.2
Oral cavity and pharynx	97.8	3.4
Leukaemia	75.6	2.6
Larynx	46.1	1.6
Oesophagus	43.7	1.5

Πίνακας 1. Εκτίμηση του αριθμού επίπτωσης περιπτώσεων καρκίνου στην Ευρώπη, και στα δύο φύλα (2004) (*Boyle P. και Ferlay J., 2004*)

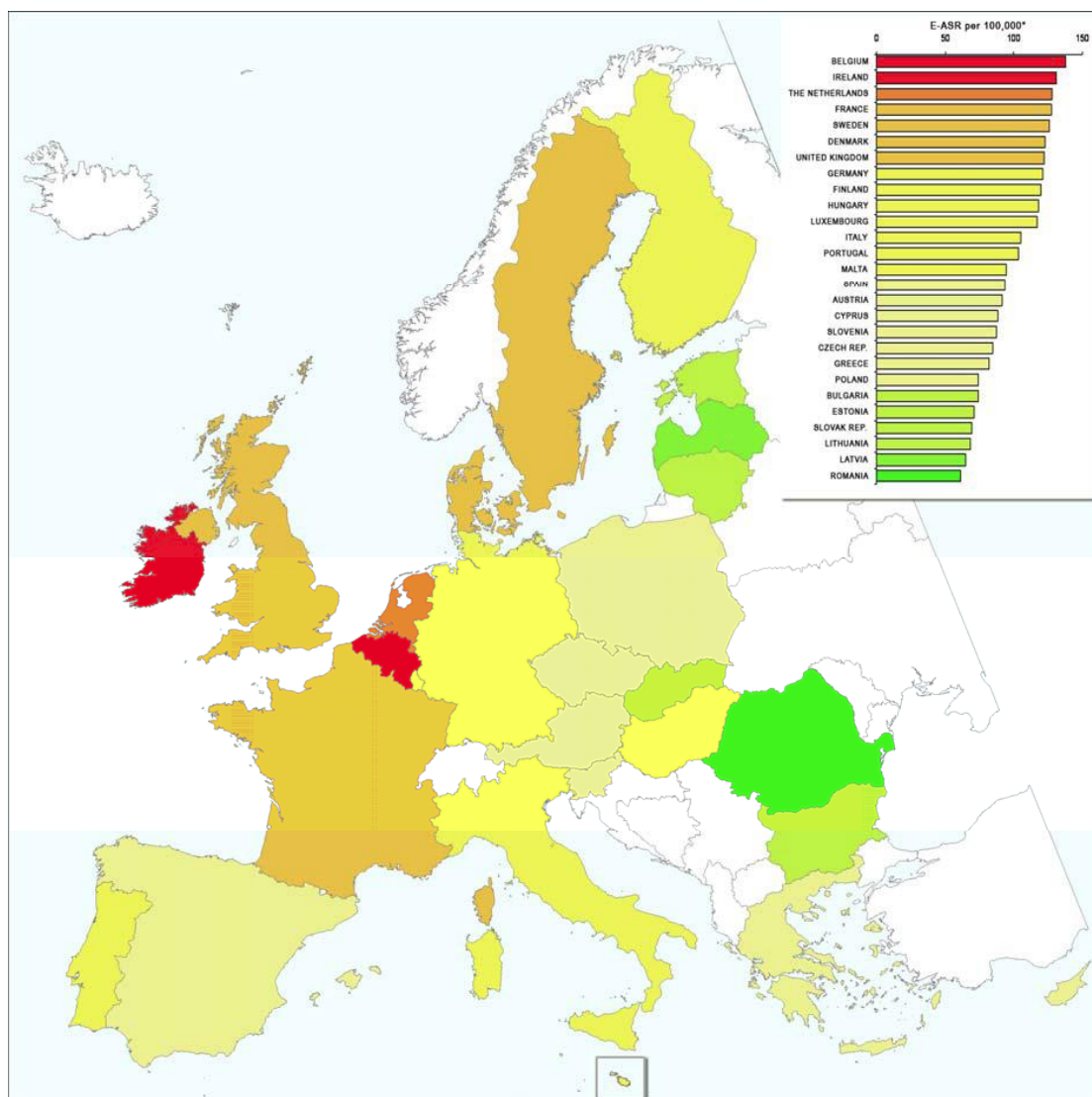
Site	Deaths	%
All sites except non-melanoma skin	1711.0	100.0
Lung	341.8	20.0
Colon and rectum	203.7	11.9
Stomach	137.9	8.1
Breast	129.9	7.6
Prostate	85.2	5.0
Lymphomas	65.2	3.8
Leukaemia	52.6	3.1
Uterus	49.3	2.9
Oral cavity and pharynx	40.1	2.3
Oesophagus	39.5	2.3
Larynx	24.5	1.4

Πίνακας 2. Εκτίμηση του αριθμού θανάτων από καρκίνο στην Ευρώπη, και στα δύο φύλα (2004) (*Boyle P. και Ferlay J., 2004*)

Δυστυχώς στη χώρα μας δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση του καρκίνου και για αυτό η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, στις γυναίκες τα κακοήγη νεοπλάσματα που προκαλούν συχνότερα το θάνατο είναι τα νεοπλάσματα του μαστού και ακολουθούν τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος, του παχέος εντέρου, του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού. Για τις κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού, αξίζει να σημειωθεί η αύξηση της θνησιμότητας στις γυναίκες άνω των 75 ετών, η οποία και αναχαιτίζει την πτωτική τάση που παρατηρείται στις νεότερες ηλικίες.

Παρακάτω παρατίθενται πίνακες για την επίπτωση και τη θνησιμότητα καρκίνου του μαστού σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σύμφωνα με τον International Agency for Research on Cancer

Επίπτωση καρκίνου του μαστού σε χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2006



Σχεδιάγραμμα 1. Σταθερές με βάση την ηλικία κλίμακες επίπτωσης του καρκίνου του μαστού (περιπτώσεις για 100,000 γυναίκες-χρόνια) στα 27 μέλη κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ταξινομημένες κατά αύξουσα επίπτωση, εκτιμώνται για το 2006 (άμεση προτυποποίηση χρησιμοποιώντας τον αναφερόμενο Ευρωπαϊκό πληθυσμό)

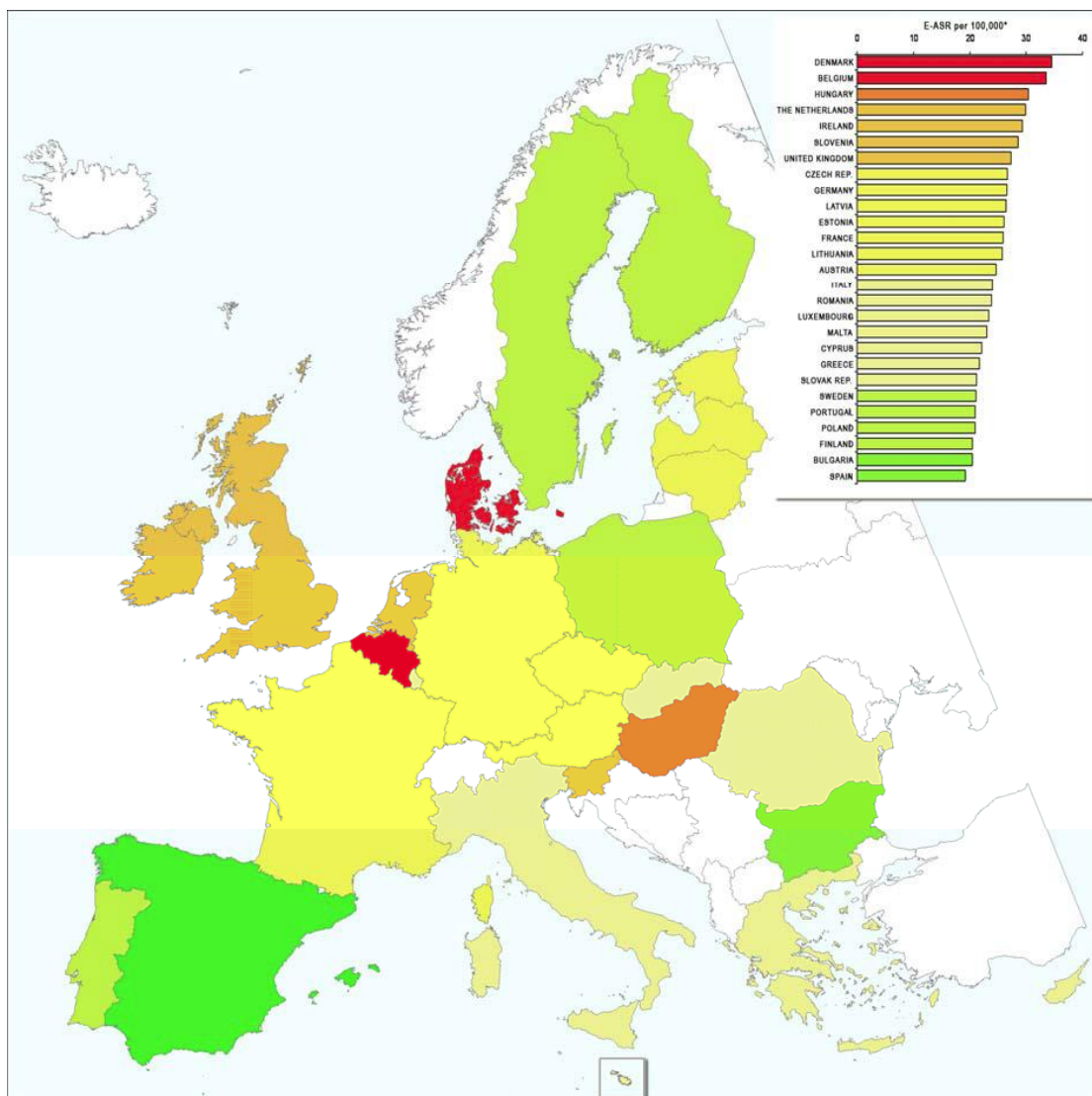
Οι χρωματικές κλίμακες από πράσινο (χαμηλή επίπτωση) σε κίτρινο, καφέ και κόκκινο (υψηλή επίπτωση) βασίζονται στη διασπορά της επίπτωσης μεταξύ των 27 κρατών μελών της Ε.Ε. (5^η, 10^η, 25^η, 59^η, 75^η, 90^η, και 95^η τμήματα της εκατοστιαίας κλίμακας): 64.8, 68.7, 74.1, 94.5, 122.2, 128.0, 131.4 περιπτώσεις ανά 100,000

Χαμηλότερη επίπτωση παρατηρείται στη Ρουμανία (61.2/100,000) και στη Λιθουανία (64.8 /100,000)

Υψηλότερη επίπτωση παρατηρείται στο Βέλγιο (137.8/ 100,000) και στην Ιρλανδία (131.4/ 100,000)

Πηγή: IARC (ECN and EUNICE projects, 2007); Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P (2007) *Ann Oncol* 18: 581-592

Θνησιμότητα καρκίνου του μαστού σε χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2006



Σχεδιάγραμμα 2. Σταθερές με βάση την ηλικία κλίμακες θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού (θάνατοι για 100,000 γυναίκες- χρόνια) στα 27 μέλη κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατατασσόμενα με αυξανόμενη θνησιμότητα, εκτιμώνται για το 2006 (άμεση προτυποποίηση χρησιμοποιώντας ως αναφορά τον Ευρωπαϊκό πληθυσμό)

Οι χρωματικές κλίμακες από πράσινη (χαμηλότερη θνησιμότητα) σε κίτρινο, καφέ και κόκκινο (υψηλότερη θνησιμότητα) βασίζονται στη διασπορά της θνησιμότητας μεταξύ των 27 κρατών μελών της Ε.Ε. (5^η, 10^η, 25^η, 50, 75^η, 90^η, 95^η τμήματα της εκατοστιαίας κλίμακας): 20.4, 20.5, 21.2, 24.6, 27.3, 30.3, 33.54 θάνατοι ανά 100,000

Χαμηλότερη θνησιμότητα στη Ισπανία (19.2/100,000) και στη Βουλγαρία (20.4/ 100,000)

Υψηλότερη θνησιμότητα στη Δανία (34.5/ 100,000) και στο Βέλγιο (33.5/100,000)

Πηγή: IARC (ECN and EUNICE projects, 2007); Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P (2007) *Ann Oncol* 18: 581-592

Κύριος επιβαρυντικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι το *φύλο*. Αν και καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί και στους άντρες, είναι συχνότερος στις γυναίκες. Ο μαστός των γυναικών υφίσταται την επίδραση των ορμονών κατά την εφηβεία και κατά τη διάρκεια των ετών της εμμηνου ρύσεως. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, όπου αναφέρεται ότι στις γυναίκες η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του μαστού και παρουσιάζει αυξητική τάση από το 2003, μετά από μια μικρή μείωση που σημείωσε από το 1996 και μετά.

Άλλοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι οι εξής : (Μαρκόπουλος Χ. 2007, Φύσσας Γ. 2006)

Ηλικία: σχετίζεται αναλογικά. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας >50 ετών, ενώ είναι σπάνιος σε γυναίκες <35 ετών, με εξαίρεση αυτές που έχουν κληρονομική προδιάθεση.

Θετικό οικογενειακό ιστορικό και κληρονομικός καρκίνος: όταν υπάρχει συγγενής πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού, σχεδόν διπλασιάζεται ο σχετικός κίνδυνος της γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος πενταπλασιάζεται όταν υπάρχουν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού με ιστορικό καρκίνο στο μαστό. Το θετικό οικογενειακό ιστορικό είναι διαφορετικό από τη περίπτωση του κληρονομούμενου καρκίνου που οφείλεται σε γενετική μετάλλαξη (μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2) ή είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης άλλων γονιδίων.

Πρώιμη εμμηναρχή- καθυστερημένη εμμηνόπαυση: οτιδήποτε επηρεάζει τη μακροχρόνια έκθεση στα οιστρογόνα, επηρεάζει και τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Τα οιστρογόνα, οι θηλυκές ορμόνες της γονιμότητας, φαίνεται πως ευνοούν τον καρκίνο του μαστού. Ίσως έτσι εξηγείται και γιατί οι άντρες προσβάλλονται σπανιότερα. Εάν η εμμηναρχή είναι πρώιμη και η εμμηνόπαυση καθυστερημένη, εάν μια γυναίκα δεν έχει παιδιά ή γέννησε το πρώτο της παιδί σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών, τότε αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Κάτι ανάλογο συμβαίνει με τη παρατεταμένη χρήση ορμονικής υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση.

Παχυσαρκία και καθιστική ζωή: Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μετά την εμμηνόπαυση, αυξάνοντας τα επίπεδα των οιστρογόνων,

διότι η μετατροπή των επινεφριδικών ανδρογόνων σε οιστρογόνα γίνεται κυρίως μέσα στο λιπώδη ιστό, όπου βρίσκεται το ένζυμο αρωματάση, η οποία συντελεί καταλυτικά σε αυτή τη μετατροπή. Η τακτική άσκηση κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μιας γυναίκας, κυρίως διότι μπορεί να καθυστερήσει την έναρξη της εμμήνου ρύσεως, να μικρύνει το χρόνο μεταξύ των περιόδων ή να ελατρώσει τον αριθμό των εμμηνορρυσιακών κύκλων, μειώνοντας έτσι την έκθεση της γυναίκας στα οιστρογόνα.

Αλκοόλ και έκθεση σε τοξικούς παράγοντες: τα οινοπνευματώδη αυξάνουν τη συγκέντρωση οιστρογόνων στο αίμα. Αυτό συμβαίνει γιατί το αλκοόλ προκαλεί βλάβει στα ηπατικά κύτταρα και αυτά δυσκολεύονται να αποσυνθέσουν και να αποβάλλουν τα οιστρογόνα. Ωστόσο παρατηρείται μέτρια συσχέτιση με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Όσο για την έκθεση σε τοξικούς παράγοντες (κάπνισμα, ηλεκτρομαγνητικά πεδία, προθέματα σιλικόνης) δεν έχει τεκμηριωθεί η συσχέτιση με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

β. Παθολογοανατομική Ταξινόμηση Καρκίνου του Μαστού

Σύμφωνα με τον *Μαρκόπουλο Χ. 2007*, ιστολογικά διακρίνονται οι εξής τύποι καρκίνου:

I.Νόσος Paget της Θηλής

II.Πορογενής Καρκίνος

1.Μη διηθητικός- in situ (DCIS)

2.Διηθητικός

α.χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Not Otherwise Specified-NOS)

β.με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: Θηλώδης, Σωληνώδης, Φαγεσωρικός (Comedo), Βλεννώδης, Μυελώδης

III.Λοβιακός Καρκίνος

1. Μη Διηθητικός- in situ (LCIS)

2. Διηθητικός

IV.Σπάνιες κλινικές και ιστολογικές μορφές (Φλεγμονώδης, Αδενοκυστικός, Μεταπλαστικός)

και επίσης πολύ σπάνια, άλλοι πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι, όπως:

V. Σάρκωμα (αιμαγγειοσάρκωμα, λιποσάρκωμα, λεμφαγγειοσάρκωμα, λειομυοσάρκωμα), Λέμφωμα, Μελάνωμα κ.α.

I.Νόσος Paget της Θηλής.

Πρόκειται για σπάνια μορφή πορογενούς διηθητικού καρκινώματος των τελικών γαλακτοφόρων πόρων της θηλής. Διηθείται η θηλή του μαστού, γιατί ο όγκος βρίσκεται ακριβώς από κάτω της. Προκαλείται έτσι μια κοκκινίλα της θηλής και της θηλαίας άλω, που μοιάζει με έκζεμα. (*Φύσσας Γ. 2006*)

Τα μη διηθητικά (in situ) καρκινώματα είναι νεοπλάσματα που προκύπτουν από πολλαπλασιασμό κακοήθων κυττάρων και αντικατάσταση από αυτά του φυσιολογικού επιθηλίου των πόρων ή των λοβιακών μονάδων, χωρίς να διηθείται η βασική μεμβράνη των επιθηλιακών κυττάρων. Στη φάση αυτή ο καρκίνος θεωρείται εντοπισμένη νόσος, δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα και είναι ιάσιμος με απλή χειρουργική αφαίρεση. Ο καρκίνος in situ είναι αρχόμενη νόσος.

Μεγαλώνοντας ο καρκίνος διασπά τη βασική μεμβράνη και διηθεί στα γειτονικά κύτταρα, τα αιμοφόρα και τα λεμφοφόρα αγγεία. Ο διηθητικός αυτός καρκίνος είναι προχωρημένη νόσος και μπορεί να κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Ο διηθητικός καρκίνος μπορεί να είναι πορογενής ή λοβιακός. Ο πορογενής προέρχεται από τα κύτταρα των πόρων του μαστού, από αυτά δηλαδή που μεταφέρουν το γάλα και ο λοβιακός προέρχεται από τα κύτταρα των αδενικών λοβίων από αυτά δηλαδή που παράγουν το γάλα. (*Μαρκόπουλος Χ. 2007, Φύσσας Γ. 2006*)

II. Πορογενής Καρκίνος

1. Μη διηθητικός - in situ (DCIS: Ductal Carcinoma In Situ)

Αποτελεί την πιο συχνή μορφή μη διηθητικού καρκινώματος του μαστού. Χαρακτηρίζεται από τη σημαντική πιθανότητα τοπικής υποτροπής, συνήθως σε διηθητικό καρκίνωμα, που οφείλεται κυρίως σε υπολλειματικές μικροσκοπικές εστίες της νόσου στο τμήμα του μαστού που παραμένει μετά από συντηρητική επέμβαση ευρείας εκτομής και διατήρησης του μαστού, χωρίς την προσθήκη ακτινοβολίας. Η χρήση μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας περιορίζει σημαντικά τον κίνδυνο της τοπικής υποτροπής. *(Μαρκόπουλος Χ. 2007)*

2. α. Διηθητικός χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (NOS)

Είναι ο καρκίνος που αρχίζει από τα κύτταρα των γαλακτοφόρων πόρων, αυτών δηλαδή που μεταφέρουν το γάλα από τα λόβια προς τη θηλή. Πρόκειται για τη συχνότερη μορφή και είναι συνήθως μονήρης. Μπορεί να εκδηλωθεί με όλα τα πιθανά συμπτώματα, ανάλογα με την περίπτωση: ψηλαφητό όγκο, έκκριση από τη θηλή, εισολκή του δέρματος, ψηλαφητούς λεμφαδένες μασχάλης, πόνο. Μπορεί να δώσει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Η επιθετικότητα και ο βαθμός κακοήθειας του εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία, ανάλογα με την περίπτωση. *(Φύσσας Γ. 2006)*

β. Διηθητικός με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά:

ι. Θηλώδης

Σπάνια μορφή καρκινώματος. Αναπτύσσεται μέσα στον πόρο και ως πρώτη εκδήλωση μπορεί να έχει την ετερόπλευρη και από ένα πόρο έκκριση της θηλής. *(Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., Κουφόπουλος Κ., Βίγλας Ι., 1996)*

Εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένες γυναίκες, έχουν καλή πρόγνωση και σπάνια μεθίσταται στους επιχώριους λεμφαδένες. *(Μαρκόπουλος Χ. 2007)*

ii. Σωληνώδης

Σπάνιο νεόπλασμα, που εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μέσης ηλικίας. Αναπτύσσεται μέσα στον πόρο και ως πρώτη εκδήλωση μπορεί να έχει την ετερόπλευρη και από ένα πόρο έκκριση της θηλής. Έχει πολύ καλή πρόγνωση και μικρή πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων. (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., Κουφόπουλος Κ., Βίγλας Ι. 1996, Μαρκόπουλος Χ. 2007)

iii. Φαγεσωρικός

Χαρακτηρίζεται από ποικιλόμορφες όσον αφορά το σχήμα, το μέγεθος και την πυκνότητα, πολυάριθμες μικροαποστιτανώσεις με ή χωρίς συνοδό μάζα. Είναι συχνά πολυκεντρικός και έχει υψηλή πιθανότητα ανεύρεσης λεμφαδενικών διηθήσεων, ενώ δεν υπάρχει σαφές διηθητικό καρκίνωμα. Η πιθανότητα υποτροπής μετά από τοπική εκτομή είναι επίσης υψηλότερη. (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., Κουφόπουλος Κ., Βίγλας Ι. 1996, Μαρκόπουλος Χ. 2007)

iv. Βλεννώδης

Έχει καλή πρόγνωση και χαμηλή συχνότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων. Το μέγεθος του ποικίλλει. Μαστογραφικά παρουσιάζει οζώση σκίαση με χαρακτήρες καλοήθειας. Ακόμη και στο υπερηχογράφημα υποδύεται κυστική αλλοίωση. Η κυτταρολογική εξέταση θέτει την υπόνοια κακοήθειας και η ιστολογική θέτει την τελική διάγνωση. (Μαρκόπουλος Χ. 2007)

v. Μυελώδης

Εμφανίζεται συχνότερα σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η τυπική του μορφή έχει βραδεία ανάπτυξη και παρουσιάζει σχετικά καλή πρόγνωση, χωρίς συχνές λεμφαδενικές μεταστάσεις. Είναι γενικά μεγάλοι όγκοι, μαλακής σύστασης, καλώς περιγεγραμμένοι και μιμούνται καλοήθεις βλάβες. (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., Κουφόπουλος Κ., Βίγλας Ι. 1996, Μαρκόπουλος Χ. 2007)

III. Λοβιακός Καρκίνος

1. Μη διηθητικός

Το λοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα συνήθως αποτελεί τυχαία ανακάλυψη στην ιστολογική εξέταση που πραγματοποιείται για άλλη αιτία, συνήθως καλοήγη. Δε θεωρείται ως προκαρκινική κατάσταση, αλλά ως δείκτης πιθανής ανάπτυξης διηθητικού καρκινώματος, είτε πορογενούς είτε λοβιακού τύπου και για το λόγο αυτό δε θα πρέπει να περιλαμβάνεται μεταξύ των αληθών καρκινικών τύπων. Ενίοτε συνοδεύεται από παρουσία αποιτανώσεων, οι οποίες όμως ευρίσκονται έξω από την περιοχή του καρκίνου σε αντίθεση με τον πορογενή μη διηθητικό. Έχει αποδεχθεί υψηλή συχνότητα πολυκεντρικότητας και αμφοτερόπλευρης βλάβης από τυφλή βιοψία καθρέπτου στο αντίστοιχο τεταρτημόριο του άλλου μαστού. Συχνά συνυπάρχει σκληρυντική αδέनωση. (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., Κουφόπουλος Κ., Βίγλας Ι. 1996)

2. Διηθητικός

Το λοβιακό καρκίνωμα παρατηρείται πιο συχνά σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και σε ένα μεγάλο ποσοστό συνυπάρχει *in situ* καρκίνωμα. Είναι πολύ συχνά πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο και έχει τη μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε ορμονικούς υποδοχείς από όλους τους ιστολογικούς τύπους που έχουν μελετηθεί μέχρι σήμερα. Η εκλεκτική παραγωγή βλέννας και πρωτεϊνών αποτελεί έκφραση της διαφοροποίησης των κυττάρων του λοβιακού καρκινώματος σε κύτταρα εκκριτικού τύπου. (Αγνάντη Ν., Ιωαννίδου-Μουζάκα 1996)

IV. Σπάνιες κλινικές και ιστολογικές μορφές

Μια ειδική κατηγορία καρκίνου είναι ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού. Συνοδεύεται από μικροβιακή ή άσηπτη φλεγμονή των λεμφαγγείων μιας περιοχής του μαστού. Συνήθως η ερυθρότητα στο φλεγμονώδη καρκίνο είναι

διάχυτη και καταλαμβάνει μεγάλο μέρος της επιφάνειας του δέρματος. *(Φύσσας Γ. 2006)*

Μια άλλη σπάνια μορφή καρκινώματος είναι ο αδеноειδής κυστικός καρκίνος, όπου κατόπιν συγκεκριμένης χρώσης (Giemsa) παρουσιάζονται σταγόνες ροζ βλεννοειδούς. *(Βενέτη Σ., Ιωαννίδου-Μουζάκα 1996)*

Η μετάπλαση των κυττάρων στον καρκίνο του μαστού μπορεί να είναι πλακώδους, ινοπλαστικού, χονδριγενούς ή οστεογενούς τύπου. Το μεταπλαστικό καρκίνωμα απαντάται πιο συχνά με χαρακτήρες πλακώδους μεταπλάσεως και συνδυάζεται με όλους τους τύπους του πορογενούς ή και λοβιακού καρκινώματος. Χαρακτήρες ινοπλαστικής μεταπλάσεως πολύ σπάνια συναντώνται και συνδυάζονται ιδιαίτερα με το μυελοειδές καρκίνωμα. Χονδριγενής και οστογενής μετάπλαση απαντάται ακόμη πιο σπάνια. *(Αγνάντη Ν, Ιωαννίδου-Μουζάκα 1996)*

V. Μεσεγχυματικοί Διηθητικοί Όγκοι Μαστού

Τα σαρκώματα του μαστού είναι ίδια με αυτά που απαντούν σε άλλες ανατομικές θέσεις και προέρχονται από συνθετικά τμήματα του στρώματος και το λίπος του μαστού, ενώ στερούνται επιθηλικού, νεοπλασματικού στοιχείου. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται όγκοι που προέρχονται από το ενδοθήλιο των αγγείων και των λεμφαγγείων του μαστού (αγγειοσάρκωμα, λεμφαγγειοσάρκωμα, λειομυοσάρκωμα, λιποσάρκωμα κ.α.) και χαρακτηριστικό τους είναι ότι μεθίσταται αιματογενώς, κυρίως στα οστά και τους πνεύμονες, ενώ σπανιότατα διηθούν τους επιχώριους λεμφαδένες. Γενικά, δεν έχουν καλή πρόγνωση, εκτός από την περίπτωση του πρωτοπαθούς λεμφώματος του μαστού. *(Μαρκόπουλος Χ. 2007)*

γ. Εξέλιξη

Ο καρκίνος του μαστού αποτελείται από 5 στάδια:

ΣΤΑΔΙΟ 0: ονομάζεται και καρκίνωμα in situ. Μπορεί να είναι 2 ειδών :

Καρκίνωμα λοβιδίων in situ : δεν είναι επιθετικός καρκίνος αλλά μπορεί να αποτελέσει έναν παράγοντα κινδύνου για το μετέπειτα σχηματισμό μιας κακοήθους βλάβης.

Καρκίνωμα πόρων in situ : χτυπά τα κύτταρα των πόρων και αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στον ίδιο μαστό.

ΣΤΑΔΙΟ 1: είναι καρκίνος σε πρώιμη φάση, με λιγότερο από 2 cm διάμετρο και χωρίς διήθηση στους λεμφαδένες.

ΣΤΑΔΙΟ 2: είναι καρκίνος ο οποίος προσβάλλει και τους λεμφαδένες.

ΣΤΑΔΙΟ 3: είναι καρκίνος τοπικά προχωρημένος, μεταβλητών διαστάσεων, ο οποίος διηθεί στους μασχαλιαίους αδένες και στους γύρω ιστούς.

ΣΤΑΔΙΟ 4: είναι μεταστατικός όγκος, που ενέπλεξε άλλα όργανα εκτός του στήθους. Εάν ο όγκος εντοπιστεί στο στάδιο 0, η επιβίωση στα 5 χρόνια στις γυναίκες υπό θεραπεία είναι στο 98%, αν και οι επιπλοκές κυμαίνονται μεταξύ 9 και 30% των περιπτώσεων, ανάλογα με τη θεραπεία που έχει χορηγηθεί. Εάν οι λεμφαδένες είναι θετικοί, δηλαδή περιέχουν καρκινικά κύτταρα, η επιβίωση εντός 5 ετών πέφτει στο 75%. Στο μεταστατικό καρκίνο, σε αυτόν δηλαδή που έχει ήδη προσβάλλει άλλα όργανα εκτός του στήθους (πνεύμονες, συκώτι, οστά) η μέση επιβίωση των ασθενών είναι τα 2 έτη. Αυτό, όμως δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν περιπτώσεις, όπου η επιβίωση είναι πολύ μεγαλύτερη, φτάνοντας τα 10 χρόνια.
(Μυλωνάκη, <http://www.dmilonaki.gr/chest/female/ogkologia-mastou.html>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι βασικοί άξονες αντιμετώπισης καρκίνου του μαστού είναι τρεις. Η χειρουργική θεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η συστηματική θεραπεία, υπό την έννοια είτε της χημειοθεραπείας, είτε της ορμονοθεραπείας ή άλλων επιμέρους θεραπειών. (Μαρκόπουλος 2008, <http://users.uoa.gr/~gpapaio/files/dial7.pdf>)

α. Χειρουργική

Διακρίνονται δύο τύποι χειρουργικών επεμβάσεων:

ι. Χειρουργικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού (BCS- Breast Conserving surgery)

Ως επεμβάσεις διατήρησης του μαστού ορίζονται οι εξής τρεις κατηγορίες:

- α. *Ογκεκτομή*: αφαιρείται ο όγκος και ένα τμήμα υγιούς ιστού. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ογκεκτομή έχουν πρώιμο καρκίνο μαστού, μη διηθητικό. Συνήθως υποβάλλονται και σε ακτινοθεραπεία, όχι όμως, χημειοθεραπεία.
- β. *Ογκεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό*: αφαιρείται ο όγκος, τμήμα του υγιούς ιστού και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Συνήθως ακτινοβολείται το τμήμα του στήθους που παραμένει. Όταν η νόσος έχει προσβάλλει και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, ενδείκνυται η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία.
- γ. *Ογκεκτομή με βιοψία λεμφαδένα φρουρού*: αφαιρείται ο όγκος, τμήμα του υγιούς ιστού και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες μόνο σε περίπτωση που ο λεμφαδένας φρουρός είναι θετικός. Σε αυτούς τους ασθενείς ενδείκνυται ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία μόνο αν η νόσος έχει προσβάλλει τους μασχαλιαίους λεμφαδένες. (Jung F. και συν. 2003)

ii. Μαστεκτομή

- α. *Εκτεταμένη ολική μαστεκτομή*: ολική εκτομή του μαστού και πλήρης μασχαλιαίος λεμφαδενικός καθαρισμός, χωρίς αφαίρεση ή διατομή του μείζονος ή του ελάσσονος θωρακικού μυός (Είναι ο συχνότερα χρησιμοποιούμενος τα τελευταία χρόνια τύπος μαστεκτομής). Δεν ακολουθείται πάντα ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.
- β. *Ριζική μαστεκτομή*: Διακρίνεται σε κλασική ριζική μαστεκτομή κατά Halstead, στην οποία εκτέμνεται ο μαστός, το περιεχόμενο της μασχάλης, ο μείζων και ελάσσων θωρακικός μυς και σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή κατά Patey, στην οποία σε αντίθεση με την κλασική ριζική διατηρείται ο μείζων, αλλά διατέμνεται ο ελάσσων θωρακικός μυς. Και σε αυτή την περίπτωση δεν ακολουθείται υποχρεωτικά ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. (Λάππας, <http://ilias-lappas.gr/article001/index.html>, Jung F. και συν. 2003)

β. Ακτινοθεραπεία

Οι συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις με διατήρηση του μαστού δε θα είχαν καθιερωθεί χωρίς τη βοήθεια της ακτινοθεραπείας για τον έλεγχο της τοπικής υποτροπής. (Μαρκόπουλος X. 2008, <http://users.uoa.gr/~gpapaio/files/dial7.pdf>). Η ακτινοθεραπεία μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση συντελεί στην αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσης των ασθενών, γιατί επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος της ασθένειας τοπικά. Η ακτινοθεραπεία που ακολουθεί την αφαίρεση του όγκου και το λεμφαδενικό καθαρισμό ή τη βιοψία του λεμφαδένα φρουρού μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης του όγκου στην περιοχή που αρχικά εμφανίστηκε, μειώνοντας έτσι και τον κίνδυνο για μεταστάσεις σε άλλα όργανα και ιστούς του οργανισμού. (Jung F. και συν. 2003)

Η χρησιμότητα της ακτινοθεραπείας στα αρχικά στάδια του καρκίνου του μαστού επιβεβαιώθηκε από διάφορες έρευνες. Για παράδειγμα οι Vallis K, Tannock I. 2004 και Vinh-Hung V., Verschraegen C. 2004, διαπίστωσαν ότι

γυναίκες σε αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού, οι οποίες δεν υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση, είχαν 8,6% μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων σε σύγκριση με αυτές οι οποίες υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία. Οι γυναίκες που δε δέχτηκαν ακτινοθεραπεία είχαν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν τοπική υποτροπή της ασθένειας.

Η ακτινοθεραπεία βασίζεται στην χορήγηση υψηλών δόσεων ενέργειας σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος με στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Σαφώς επηρεάζονται και τα υγιή κύτταρα της ακτινοβολημένης περιοχής, τα οποία όμως έχουν τις περισσότερες φορές την ικανότητα επιδιόρθωσης της βλάβης τους.

Παρά τα οφέλη της ακτινοθεραπείας, είναι σημαντικό να τονιστούν και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να είναι άμεσες ή απότερες. Οι άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή εντός έξι μηνών. Οφείλονται στην καταστροφή των κυττάρων, η μιτωτική δραστηριότητα των οποίων μεταβάλλεται. Αν οι αλλοιώσεις αυτές δεν αναστραφούν, επέρχεται μόνιμη βλάβη του ιστού. Οι χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες δημιουργούνται από την προσπάθεια του οργανισμού να επουλώσει ή να επισκευάσει τη βλάβη που προξένησε στα κύτταρα η ακτινοβολία. Μπορεί να εμφανιστούν μετά από μια λανθάνουσα περίοδο που προσδιορίζεται από έξι μήνες ως τέσσερα χρόνια και συνήθως είναι μη αναστρέψιμες. *(Λαβδανίτη 2007)*

Στις άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας περιλαμβάνονται ο χρόνιος πόνος, αποτέλεσμα της νευρίτιδας (λόγω ακτινοβολίας) *(Wallace M. και συν 1996)*, οι δερματικές αντιδράσεις (όπως είναι το ερύθημα, η ξηρή και υγρή απολέπιση, η υπέρχρωση του δέρματος), το οίδημα του μαστού, το λεμφοίδημα του άνω άκρου, η κόπωση, η ναυτία και η ήπια καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. *(Twardella D. κ συν. 2002, Graydon J. 1994, Shapiro CL. κ συν. 2001)* Οι συνηθέστερες χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η τηλεαγγειεκτασία και οι ινώσεις *(Ishiyama H. και συν. 2006)*, ενώ σπανιότερα διαπιστώνονται κατάγματα πλευρών, εκδηλώσεις συνδρόμου βραχιονίου πλέγματος, πνευμονίτιδα, περικαρδίτιδα ή άλλες

επιπλοκές από την καρδιά, πνευμονική συλλογή και καρκινογένεση. (Twardella D. κ συν. 2002, Dobbs HJ. 2000)

Οι αντιδράσεις από το δέρμα εκδηλώνονται σε όλες τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας. Το οίδημα στο μαστό είναι συχνότερο στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε συντηρητική επέμβαση μαστού και στη συνέχεια σε ακτινοθεραπεία, σε εκείνες που έχουν υποστεί εκτομή μασχαλιαίων αδένων και σε εκείνες που έλαβαν επικουρική χημειοθεραπεία. Το οίδημα άνω άκρου εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε εκτομή μασχαλιαίων αδένων και ακτινοθεραπεία στην περιοχή της μασχάλης. (Dobbs HJ. 2000)

Η κόπωση είναι ένα ακόμη σύμπτωμα των γυναικών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Τα επίπεδα της κόπωσης αυξάνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μπορεί να παραμείνουν για διάστημα 4-12 εβδομάδων μετά το τέλος των ακτινοθεραπειών. (Dobbs HJ. 2000 και King K.B. και συν. 1985)

Η ακτινοβόληση της μασχαλιαίας κοιλότητας γίνεται για την πρόληψη της τοπικής υποτροπής. Γι' αυτό θα πρέπει να χορηγείται, αφού πρώτα εκτιμηθεί σωστά η πιθανότητα υποτροπής πάντα ανάλογα με το είδος της εγχείρησης της μασχάλης και των ευρημάτων που αφορούν τη διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Γενικά δε χορηγείται ακτινοβολία στη μασχάλη αν μετά την αφαίρεση του 1^{ου} και 2^{ου} επιπέδου δεν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες, διότι ο κίνδυνος τοπικής υποτροπής είναι πολύ μικρός και η ακτινοβολία δε θεωρείται απαραίτητη. Επίσης, δε θα πρέπει να χορηγείται ακτινοβολία μετά από ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης (και στα τρία επίπεδα), ανεξάρτητα από την κατάσταση των λεμφαδένων, επειδή η πιθανότητα της τοπικής υποτροπής είναι μικρή και η νοσηρότητα από τη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε αυτή την περίπτωση αρκετά υψηλή. (Μαρκόπουλος Χ. 2007)

γ. Συστηματική Θεραπεία

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε ορισμένες ασθενείς που χειρουργήθηκαν για καρκίνο του μαστού (μετά την μαστεκτομή), ανάλογα με τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης. Έχει σαν σκοπό να "αποστειρώσει" τον οργανισμό και να σκοτώσει κάποια καρκινικά κύτταρα που πιθανόν έχουν ξεφύγει από τον μαστό και κυκλοφορούν στο υπόλοιπο σώμα, χωρίς να είναι εμφανή. Τα σύγχρονα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι πολύ ασφαλή και αποτελεσματικά, ενώ υπάρχουν πολλοί τρόποι για να αποφευχθούν κάποιες ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Η ορμονοθεραπεία αποτελεί μια άλλη μορφή θεραπείας που εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους. Μετά την εκτομή του ο όγκος ελέγχεται στο εργαστήριο για την παρουσία επάνω στα καρκινικά κύτταρα ορμονικών υποδοχέων. Εάν υπάρχουν τέτοιοι υποδοχείς τότε χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα φάρμακα που τους μπλοκάρουν και σταματούν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων. (Γλεντής, <http://www.surgeon.gr/110/3342.aspx>)

I. Χημειοθεραπεία

Τυπικά η χημειοθεραπεία ξεκινά μετά τη χειρουργική επέμβαση και πριν την ακτινοθεραπεία, όταν η νόσος έχει προσβάλλει τους μασχαλιαίους αδένες. Χρησιμοποιείται σε επιλεγμένες ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με τοπικά προχωρημένη νόσο, καθώς και σε ασθενείς με φλεγμονώδη καρκίνο του στήθους, ως αρχική θεραπεία για τη μείωση του όγκου του στήθους πριν τη χειρουργική επέμβαση. (Jung F. και συν. 2003)

Όπως συμβαίνει με την ακτινοθεραπεία, έτσι και με την χημειοθεραπεία υπάρχουν πολλές σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, χαρακτηριστικότερες ο πόνος και η κόπωση. (Jung F. και συν. 2003) Οι βραχυπρόθεσμες παρενέργειες περιλαμβάνουν τις τοξικές επιδράσεις που απαντώνται κατά τη χημειοθεραπεία. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες περιλαμβάνουν τις

απώτερες επιπλοκές της θεραπευτικής αγωγής, που εμφανίζονται μετά το πέρας της ανοσοενισχυτικής χημειοθεραπείας. (*Partridge A. και Winer E. 2004*)

Παρόλο που οι παρενέργειες είναι τόσο σοβαρές ώστε να υποβαθμίζεται η ποιότητα ζωής των ασθενών, πολλές φορές δεν γίνονται αντιληπτές στην πραγματική τους ένταση, ακόμη και από τους επαγγελματίες φροντιστές υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές). Η υποβάθμιση της ποιότητας ζωής προσδιορίζεται τόσο στη σωματική όσο και τη ψυχική υγεία. (*Groenvold M. και συν. 2006*)

Η συνηθέστερη παρενέργεια της χημειοθεραπείας είναι η κόπωση. (*Partridge A. και συν. 2001*). Άλλα συμπτώματα είναι η ναυτία, ο έμετος, η αλωπεκία, η εφίδρωση, οι εξάψεις, η στοματίτιδα, οι μυαλγίες, η θρομβοεμβολή και η καταστολή του μυελού (κυρίως ουδετεροπενία). (*Partridge A. και συν. 2001, Groenvold M. και συν. 2006*) Συμπτώματα όπως ο έμετος, η ναυτία και η μυελοκαταστολή εκδηλώνονται σε οποιοδήποτε σχήμα χημειοθεραπείας και αν χορηγείται, ενώ η αλωπεκία μπορεί να αποφευχθεί. Ο κίνδυνος θρόμβωσης αναφέρεται ότι είναι ιδιαίτερα αυξημένος κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ εξαλείφεται με το τέλος αυτής. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς έχουν μικρότερη ανοχή στη χημειοθεραπεία απ' ό,τι οι νεότεροι, και αυτό ελέγχεται από τα αυξημένα επίπεδα τοξικότητας στο αίμα. (*Partridge A. και συν. 2001*)

Οι όψιμες παρενέργειες της χημειοθεραπείας σχετίζονται άμεσα με τις εκδηλώσεις της εμμηνόπαυσης. Η χημειοθεραπεία προκαλεί εμμηνορρυσιακές ανωμαλίες, όπως μόνιμη αμηνόρροια και πρόωμη εμμηνόπαυση στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Τα συμπτώματα είναι η κολπική ξηρότητα, η λέπτυνση ή ατροφία του κόλπου, η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, η αύξηση του σωματικού βάρους. (*Partridge A. και Winer E. 2004, Groenvold M. και συν. 2006*). Στα πρώιμα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα συμπεριλαμβάνεται και η μείωση της οστικής πυκνότητας με κίνδυνο την οστεοπόρωση και πιθανά κατάγματα. (*Liprinzi L. και συν. 2008*) Η έντονη κόπωση παραμένει και μετά το πέρας των όψιμων παρενεργειών, (είναι εκδήλωση και της ίδιας της ασθένειας του καρκίνου) και πιθανόν

συνδέεται με τις διαταραχές του ύπνου, με τη φτωχή διατροφή, τις μεταβολικές διαταραχές και τη φλεγμονώδη διεργασία (αυξημένα επίπεδα κυτοκινών). (Kayl A. και Meyers C. 2006) Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η χημειοθεραπεία επιδρά αρνητικά στις γνωστικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται προβλήματα συγκέντρωσης, μάθησης, προσοχής, διαταραχής της μνήμης και της λεκτικής ευφράδειας. (Kayl A. και Meyers C. 2006, Partridge A. και Winer E. 2004).

Η συναισθηματική κατάσταση που συνήθως χαρακτηρίζεται από το άγχος και την κατάθλιψη μπορεί να επιβραδύνουν ακόμη περισσότερο τις γνωστικές λειτουργίες (Kayl A. και Meyers C. 2006), όμως σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να συγχέονται οι αντικειμενικές παρενέργειες με την ψυχολογική διάθεση.

Επίσης, δεν είναι σπάνια η περιφερική πολυνευροπάθεια αποτέλεσμα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Συμπτώματα όπως το μούδιασμα, η δυσαισθησία και ο πόνος είναι εντονότερα στα δάκτυλα χεριών και ποδιών. (Liprinzi L. και συν 2008)

II. Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία όπως και η χημειοθεραπεία υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής των ασθενών, αφού οι παρενέργειες της επηρεάζουν σημαντικά τη σωματική και ψυχική υγεία αυτών.

Ως λιγότερο σημαντικές παρενέργειες αναφέρονται εξανθήματα, πονοκεφάλοι, αδυνάτισμα τριχών και νυχιών, διαταραχές του ύπνου, αδυναμία, αλλαγές στη φωνή και κατακράτηση υγρών. (McGurk R. και συν.2006)

Τα λιγότερο συχνά και σοβαρά συμπτώματα που εκδηλώνουν ασθενείς που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία είναι η κόπωση, οι εξάψεις, οι διαταραχές της διάθεσης, η αύξηση του σωματικού βάρους, τα γαστρεντερικά προβλήματα, ναυτία, εμετός, διάρροια. (McGurk R. και συν.2006, ATAC writing committee 2006)

Οι σοβαρότερες, όμως παρενέργειες είναι ο αυξημένος κίνδυνος φλεβικής θρομβοεμβολής και αγγειοεγκεφαλικών επεισοδίων. Υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης ενδομητρίου καρκίνου. Πιθανές αρθραλγίες, μυϊκές κράμπες και μείωση της οστικής πυκνότητας μπορεί να βρίσκουν αιτία στην ορμονοθεραπεία. Επίσης, συχνά είναι τα προβλήματα κολπικής αιμοραγίας, κολπικής ξηρότητας, δυσπαρευνίας, μείωσης της λίμπιντο. Επιπλέον, αυξάνονται οι πιθανότητες ανάπτυξης καταρράκτη (*McGurk R. και συν.2006, ATAC writing committee 2006*)

ΚΑΦΑΛΑΙΟ 6.ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος διακρίνεται σε αλγαισθητικό, νευροπαθητικό, ψυχογενή και συνδυασμό αυτών. Ο αλγαισθητικός είναι αποτέλεσμα ιστικής βλάβης και μπορεί να είναι σωματικός ή σπλαγχνικός. *(Foley K. 1987)*

Ο νευροπαθητικός είναι αποτέλεσμα άμεσου τραυματισμού του νευρικού ιστού και οδηγεί σε παρεκκλίνουσα σωματοαισθητική λειτουργία του περιφερικού και κεντρικού νευρικού συστήματος. Ο νευροπαθητικός πόνος χαρακτηρίζεται από ανώμαλη αισθητικότητα, αισθήματα καύσου και τσιμπημάτων, δυσαισθησίας, αλλοδυνίας και υπεραλγησίας. *(Ashok S. και Sanjeev K. 2007)*

Ψυχογενής είναι ο πόνος του οποίου τα συμπτώματα εξαρτώνται και καθορίζονται από ψυχολογικούς παράγοντες, χωρίς ωστόσο να υπάρχει παθολογικό αίτιο. Επειδή η ψυχολογική διάθεση επηρεάζει την ένταση και την έκφραση του πόνου στους καρκινοπαθείς, πολύ εύκολα συγχέεται ο ψυχογενής με τον πόνο που προέρχεται από καρκίνο. Εάν δεν είναι εμφανής μια παθοφυσιολογική διάγνωση και δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για ψυχολογική αιτιολόγηση, τότε είναι προτιμότερο ο πόνος να χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής. *(Ashok S. και Sanjeev K. 2007)*

Ο έλεγχος και περιορισμός του πόνου των ασθενών από καρκίνο του μαστού, σε οποιοδήποτε στάδιο, θα έπρεπε να είναι προτεραιότητα. Δυστυχώς όμως πολύ συχνά, ο πόνος αυτός δεν αντιμετωπίζεται ή αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς. Κάποιοι από τους παράγοντες, που συντελούν σε αυτό είναι ο δισταγμός των ασθενών να αναφέρουν τον αθεράπευτο πόνο τους, η φτωχή αξιολόγηση του πόνου, η ελλιπής γνώση των τεχνικών διαχείρισης του πόνου, η αρνητική στάση θεραπειών και ασθενών στη χορήγηση οπιοειδών και στην εφαρμογή νευρολυτικών μπλοκ του πόνου, η ανεπάρκεια των μονάδων φροντίδας και οι περιορισμοί στο σύστημα υγείας. *(Ashok S. και Sanjeev K. 2007)*

α. Πόνος στο στήθος μετά από μαστεκτομή ή ογκεκτομή

Οι *Ashok S. και Sanjeev K. 2007*, διακρίνουν σύνδρομο οξύ και χρόνιου πόνου σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Το σύνδρομο οξύ πόνου, σχετίζεται με τις διαγνωστικές διαδικασίες, τις τεχνικές αναλγησίας, τον μετεγχειρητικό πόνο, τις θεραπευτικές διαδικασίες, τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία, τις θεραπείες ενίσχυσης του ανοσοποιητικού, τον καθεαυτό πόνο του όγκου και τον πόνο από πιθανές μολύνσεις.

Το σύνδρομο χρόνιου πόνου ασθενών με καρκίνο του μαστού, σύμφωνα με τους παραπάνω συγγραφείς είναι:

➤ *Σύνδρομο αλγαισθητικού πόνου που σχετίζεται με τον όγκο*

Η πιθανή προσβολή των οστών, των αρθρώσεων, των μυών ή του συνδετικού ιστού μπορεί να προκαλέσει επίμονο σωματικό πόνο. Το σύνδρομο πόνου των οστών είναι το πιο διαδεδομένο. Σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται το παρανεοπλαστικό σύνδρομο πόνου και η νεοπλαστική σπλαγχνική προσβολή.

➤ *Σύνδρομο νευροπαθητικού πόνου που σχετίζεται με τον όγκο*

Σύμφωνα με τους *Βαδαλούκα Α. και συν. 2006*, οι κλινικοί για να ορίσουν τον νευροπαθητικό πόνο χρειάζονται ως ένδειξη τη βλάβη του νεύρου ή τη δυσλειτουργία που προκαλεί στον ασθενή. Ο σαφής ορισμός για τον νευροπαθητικό πόνο, που δίνεται από τον IASP (σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς) έχει υψηλή ευαισθησία, χαμηλή όμως ακρίβεια και υπόκειται σε αμφισβήτηση. Είναι, ωστόσο, κατανοητό ότι η λύση αφορά τις σωματοαισθητικές οδούς, όπου έχουν υποστεί βλάβη οι μικρές ίνες των περιφερικών νεύρων ή οι ίνες του νωτιαιο-θαλαμο-φλοιώδους συστήματος του ΚΝΣ.

Πάντως ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος είναι κοινός στην κλινική πράξη, κάνοντας τον ασθενή να υποφέρει και υποβαθμίζοντας τη σχετιζόμενη με την υγεία του ποιότητα ζωής. Ο νευροπαθητικός πόνος ως νευρολογική νόσος,

είναι μια κοινή ανικανότητα και μπορεί να αποτελεί έκφραση σοβαρής ιατρικής παθολογίας. Εκτός από τον τραυματισμό του νεύρου πολλοί νόσοι μπορεί να συνοδεύονται από νευροπαθητικό πόνο, όπως π.χ. συμβαίνει σε ασθενείς που πάσχουν από διαβητική πολυνευροπάθεια, έρπη ζωστήρα, μυελοπάθεια ή σκλήρυνση κατά πλάκας. Ο νευροπαθητικός πόνος σχετίζεται και με τον καρκινικό όγκο, αφού ο όγκος μπορεί να προκαλέσει πίεση νευρικού ιστού ή μπορεί να προκληθεί βλάβη νεύρου κατά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Βλάβη νεύρου μπορεί να προκαλέσει και η ακτινοθεραπεία ή να είναι αποτέλεσμα χημειοθεραπείας. *Βαδαλούκα Α. και συν. 2006*

➤ *Σύνδρομο πόνου που σχετίζεται με τη θεραπεία*

Αυτό αφορά τόσο στο αλγαισθητικό όσο και στο νευροπαθητικό σύνδρομο πόνου. Στο αλγαισθητικό συγκαταλέγεται η επώδυνη οστεονέκρωση, το επώδυνο λεμφοίδημα, η επώδυνη γυναιομαστία, ο χρόνιος κοιλιακός πόνος και ο χρόνιος πυελικός πόνος λόγω ακτινοβολίας. Στο νευροπαθητικό συγκαταλέγεται το νευροπαθητικό μετεγχειρητικό σύνδρομο, το σύνδρομο πόνου μετά την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία και οι πολυνευροπάθειες.

Η *Kwekkboom K. 1995*, διακρίνει τον πόνο μετά από μαστεκτομή (ριζική ή ογκεκτομή) σε πόνο «φάντασμα» του στήθους και σε πόνο λόγω διατομής μασχαλιαίων λεμφαδένων, που επηρεάζει όλο το άνω άκρο και το τοίχωμα του στήθους της χειρουργημένης πλευράς, ενώ οι *Jung και συν. 2003*, διακρίνουν το χρόνιο νευροπαθητικό πόνο μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου στο μαστό στις εξής τέσσερις κατηγορίες:

ι. Πόνος «Φάντασμα» του Στήθους

Οι ασθενείς έχουν την αίσθηση του στήθους ακόμη και αν αυτό έχει αφαιρεθεί μερικώς ή ολικώς. Για να μελετηθεί ο χρόνιος πόνος μετά από χειρουργείο μαστεκτομής είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ μη επώδυνου μέλους φαντάσματος από το επώδυνο. Η μη επώδυνη αίσθηση

μέλους φαντάσματος είναι η γυναίκα να νιώθει κανονικά την παρουσία του στήθους της ακόμη και αν αυτό λείπει, ενώ το επώδυνο «στήθος- φάντασμα» είναι να πονά το στήθος παρότι δεν υπάρχει (*Kwekkboom K. 1995 και Jung F. και συν. 2003*)

ii. Νευραλγία Μεσοπλεύριου Βραχιονίου Νεύρου

Βλάβη του μεσοπλεύριου νεύρου συμβαίνει συνήθως σε διατομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων λόγω διάτασης κατά τη διάρκεια της επανάταξης, καθώς και από την άμεση διατομή του. (*Jung F. και συν. 2003, και Foley K. 1987*) Κάποιοι ασθενείς νιώθουν μούδιασμα στη άνω έσω επιφάνεια του άνω άκρου, κάτι που σηματοδοτεί τραυματισμό του μεσοπλεύριου νεύρου, αλλά η μειοψηφία αυτών έχει πόνο.

Επτά στις οκτώ γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό υπέφεραν από χρόνιο πόνο λόγω προσβολής του μεσοπλεύριου βραχιονίου νεύρου. (*Vecht CJ 1990*) Διαταραγμένη αισθητικότητα απαντάται συνηθέστερα σε ασθενείς με διατομή του μεσοπλεύριου βραχιονίου νεύρου από τη ρίζα του ως το τοίχωμα του στήθους, παρά από το αν έχει γίνει διατομή κάποιων κλάδων του νεύρου ενώ κάποιοι άλλοι κλάδοι έχουν διατηρηθεί. (*Jung F. και συν. 2003*)

iii. Πόνος Νευρώματος

Το νευρώμα σχηματίζεται κάθε φορά που τα περιφερικά νεύρα κόβονται ή τραυματίζονται. Τα μακρονευρώματα αποτελούνται από ψηλαφητές μάζες μπερδεμένων αξόνων ανίκανων να αναγεννηθούν για τον αρχικό τους σκοπό, ινοβλάστες και άλλα κύτταρα, ενώ τα μικρονευρινώματα αποτελούνται από μικρό αριθμό αψηλάφητων αξόνων. Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι ο σχηματισμός νευρώματος στον ουλώδη ιστό μπορεί να προκαλέσει χρόνιο νευροπαθητικό πόνο. Ο πόνος νευρώματος είναι συνηθέστερος μετά από ογκεκτομή απ' ότι μαστεκτομή. (*Jung F. και συν. 2003*)

iv. Πόνος από τραυματισμό άλλων νεύρων

Οι επεμβάσεις λόγω καρκινού του μαστού οποιουδήποτε τύπου, μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμό και άλλων νεύρων εκτός του μεσοπλεύριου

βραχιονίου, όπως του μέσου και πλάγιου θωρακικού, του μακρύ θωρακικού ή των θωρακωνωτιαίων νεύρων που μπορεί να οδηγήσουν σε χρόνιο νευροπαθητικό πόνο. Άλλα νεύρα που ενέχουν κίνδυνο κατά τη διάρκεια μασχαλιαίας εκτομής, είναι το μέσο δερματικό νεύρο, που περιλαμβάνει τις Α8 και Θ1 νευρικές ρίζες του βραχιονίου πλέγματος. Βλάβη αυτού επιφέρει αισθητική απώλεια στην κάτω μέση επιφάνεια του δέρματος του άνω άκρου. Ο πόνος που συνοδεύει αισθητική απώλεια αποτελεί κριτήριο για τη διάγνωση τραυματισμού συγκεκριμένων νεύρων. Αισθητικές ρίζες έχουν και τα κινητικά νεύρα, καταστροφή των οποίων σπάνια προκαλεί χρόνιο πόνο. (*Kwekkboom K. 1995 και Jung F. και συν. 2003*)

Οι χειρουργικές επεμβάσεις λόγω καρκίνου μαστού πολλές φορές συνοδεύονται άμεσα ή αργότερα από επεμβάσεις αποκατάστασης. Στην έρευνα των *Wallace M. και συν. 1996*, για τον πόνο μετά από επεμβάσεις στο στήθος, προσδιορίζεται εκτός των άλλων και η επίπτωση του πόνου μεταξύ των επεμβάσεων ολικής μαστεκτομής και μαστεκτομής με αποκατάσταση. Οι επεμβάσεις αποκατάστασης προτείνονται στην προσπάθεια αποφυγής της αρνητικής επίδρασης της ολικής μαστεκτομής στην εικόνα του σώματος της γυναίκας, κάτι που οδηγεί και στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. (*Caffo O. και συν. 2003*) Η επίπτωση, όμως του πόνου στις μαστεκτομηθείσες με αποκατάσταση είναι σημαντικά υψηλότερη από την ομάδα μαστεκτομηθέντων γυναικών που δεν έχουν υποστεί επέμβαση αποκατάστασης του στήθους. (*Wallace M. και συν. 1996*) Επίσης, όμοια ήταν η επίπτωση του πόνου μεταξύ μαστεκτομηθέντων γυναικών χωρίς αποκατάσταση, σε σχέση με αυτές που υποβλήθηκαν σε επανορθωτική επέμβαση χωρίς, όμως την προσθήκη ενθεμάτων. (*Wallace M. και συν. 1996*) Είναι επίσης αξιοσημείωτο, ότι η επίπτωση πόνου στην άμεση αποκατάσταση είναι σαφώς μικρότερη σε σύγκριση με την αργή αποκατάσταση. (*Caffo O. και συν. 2003, Wallace M. και συν. 1996*)

Οι γυναίκες υποβληθείσες σε ογκεκτομή συνοδευόμενη συνήθως από ακτινοθεραπεία έχουν μεγαλύτερη επίπτωση πόνου από τις ριζικά μαστεκτομηθείσες. (*Caffo O. και συν. 2003, Tasmuth T. 1996*) Στις γυναίκες

που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία ο πόνος εμφανίζεται τρεις μήνες μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας και οι νεότερες γυναίκες (ύστερα από επέμβαση διατήρησης του μαστού) αναφέρουν συχνότερα πόνο σε σχέση με αυτές μεγαλύτερης ηλικίας. (Caffo O. και συν.2003)

Εκτός από τον πόνο υπάρχουν και άλλα συμπτώματα όπως το μούδιασμα, το οίδημα, η διαταραχή της αισθητικότητας τόσο στη χειρουργημένη περιοχή όσο και στο ομόπλευρο άνω άκρο, που επιδεινώνονται με το χρόνο και επιβαρύνουν τη βιολογική κατάσταση των γυναικών (Tasmuth T. και συν. 1996), με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. (Caffo O. και συν.2003)

Είναι ενδιαφέρον να τονιστεί ότι κάποια συμπτώματα είναι πιο έντονα στις προεμμηνόπαυσιες γυναίκες ασθενείς. Η δερματίτιδα από ακτινοβολία στις μερικώς μαστεκτομηθείσες γυναίκες, είναι σημαντικά καταστροφική και αν έχει προηγηθεί χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με τη νεαρή ηλικία, οι αντιδράσεις από το δέρμα είναι πραγματικά σοβαρές. Η πρόωρη εμμηνόπαυση που προκύπτει από τη χημειοθεραπεία ή τη θεραπεία διακοπής των οιστρογόνων προκαλούν εξάψεις πιο έντονες και βασανιστικές απ' ότι συμβαίνει στις γυναίκες που διανύουν φυσιολογικά την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Επίσης, προκύπτουν προβλήματα στη σεξουαλική ζωή τόσο λόγω αλλαγής της σωματικής εικόνας (απώλεια του στήθους, αλωπεκία, αλλαγή σωματικού βάρους) όσο και λόγω των βιολογικών αλλαγών που συμβαίνουν, όπως η κολπική ξηρότητα και η δυσπαρευνία. Η σεξουαλική επιθυμία ούτως ή άλλως, μειώνεται ως αποτέλεσμα της εμπειρίας του καρκίνου και καταστροφής του στήθους, μιας κύριας ερωτογενούς γυναικείας περιοχής. Οι μειωμένες συγκεντρώσεις ορμονών οδηγούν σε καταθλιπτική διάθεση, κακής ποιότητας ύπνο, κολπική ατροφία και προκύπτουν θέματα γονιμότητας, κυρίως στις άτεκνες ακόμη γυναίκες. (Loprinzi C. και συν. 2008)

Ένας παράγοντας που εντείνει τον πόνο μαστεκτομηθέντων γυναικών είναι η κόπωση. Η κόπωση είναι από τις κυριότερες παρενέργειες τόσο του ίδιου του καρκίνου, όσο και της ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Με την κόπωση συνδέονται αισθήματα κούρασης, αδυναμίας και έλλειψης

ενέργειας. Η κόπωση συσχετίστηκε με την κατάθλιψη, αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία, ενώ ο έντονος πόνος και η έντονη μαχητική (θετική αντιμετώπιση) στάση ζωής συσχετίστηκε αναλογικά με την κόπωση. *(Reuter K. και συν. 2006)* Η κόπωση ενισχύεται και από τον κακής ποιότητας ύπνο. *(Fortner B. και συν.2002)*

Ο κακής ποιότητας ύπνος σε γυναίκες προσβεβλημένες από καρκίνο μαστού οφείλεται στον πόνο τους, στην ανάγκη τακτικής χρήσης της τουαλέτας καθώς επίσης και στις εξάψεις τους, στα ξυπνήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας, στον πιθανό βήχα και στο ροχαλητό. *(Fortner B. και συν.2002)* Επομένως, ο «κακός ύπνος» οδηγεί σε κατεσταλμένη λειτουργικότητα, στον εντονότερο πόνο, στη μειωμένη ζωτικότητα, στη μείωση της πνευματικής διαύγειας.

Τελικά, ανεξάρτητα από τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης, μία στις τρεις γυναίκες που διαγνώσκονται με καρκίνο στο στήθος βιώνει και χρόνιο πόνο. Ιδιαίτερα οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις διατήρησης του στήθους, βιώνουν συχνότερα πόνο σε σχέση με τις ριζικά μαστεκτομηθείσες (με ή χωρίς επέμβαση αποκατάστασης). *(Caffo O. και συν.2003)*

Πολλές φορές οι μαστεκτομηθείσες αναφέρουν λιγότερο πόνο στην περιοχή της ουλής σε σχέση με τον πόνο που εντοπίζεται στην περιοχή της μασχάλης και στο άνω άκρο, σχετιζόμενος άμεσα και με την κινητικότητα του άκρου. *(Wallace M. και συν 1996, Caffo O. και συν.2003, Tasmuth T. και συν 1996)*

β. Πόνος στο άνω άκρο μετά από μαστεκτομή ή ογκεκτομή

Οι θεραπείες αντιμετώπισης καρκίνου του μαστού (χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, συστηματική θεραπεία) εξασφαλίζουν σε μεγάλο ποσοστό τη βιωσιμότητα των ασθενών, ωστόσο έχουν και κάποιες σοβαρές παρενέργειες, με κυριότερη το λεμφοίδημα του άνω άκρου. Συνηθισμένες είναι και οι εκδηλώσεις πόνου από το μυοσκελετικό, πιθανές μολύνσεις, αρθροπάθειες και συνοδευτικά αυτών συχνά απαντάται έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.

Όλα αυτά επηρεάζουν τόσο τις λειτουργικές σωματικές ικανότητες, όσο και τις ψυχολογικές διακυμάνσεις του ατόμου.

Το λεμφοίδημα ορίζεται από τη Διεθνή Κοινότητα Λεμφολογίας ως μια αφύσικη συλλογή υπερβολικού ιστού πρωτεϊνών, οίδημα, χρόνια φλεγμονή και ινώσεις. (*Passik S. και συν.1993*) Από τη στιγμή που εμφανίζεται το λεμφοίδημα ένας φαύλος κύκλος δημιουργείται. Η μόλυνση προκαλεί φλεγμονώδη απάντηση, αυτή με τη σειρά της προκαλεί περισσότερο οίδημα, κυτταρική διήθηση και εναπόθεση εσωκυτταρικής ιστικής ύλης. (*Passik S. και συν.1993*)

Το λεμφαγγειακό σύστημα αποτελείται από τα επιφανειακά και εν τω βάθει λεμφαγγεία, τα οποία συλλέγουν τη λέμφο από τον υποδόριο ιστό, τους μύες, τα οστά και τις άλλες δομές. Το λεμφικό υγρό συντίθεται από νερό, πρωτεΐνες, νεκρά κύτταρα, τοξίνες και άλλα μακρομόρια. Το λεμφικό σύστημα είναι σχεδιασμένο να παροχετεύει αυτό το υγρό προς την ενδοφλέβια κυκλοφορία. Λεμφοίδημα εκδηλώνεται όταν το λεμφικό φορτίο ξεπερνά τη λεμφική μεταφορική ικανότητα και αυτό συμβαίνει είτε λόγω αυξημένης διήθησης, ή λόγω μειωμένης λεμφικής παροχέτευσης. (*Herpertz U. 2003*) Το υγρό που συγκεντρώνεται στο άνω άκρο προκαλεί αύξηση του όγκου του μέλους, συνοδευόμενο από αίσθημα βάρους.

Κάποιες από τις αιτίες του λεμφοιδήματος είναι η συμπίεση που προκαλεί ο όγκος στα λεμφαγγεία και τους λεμφαδένες ή ο τύπος της χειρουργικής επέμβασης (εκτομή μασχαλιαίων λεμφαδένων) και η ακτινοθεραπεία.

Η χειρουργική επέμβαση στη μασχάλη συμβάλλει σημαντικά στην επίπτωση του λεμφοιδήματος του άνω άκρου, όπου η έκταση του οιδήματος σχετίζεται αναλογικά με τον αριθμό των μασχαλιαίων λεμφαδένων που αφαιρούνται. (*Morrell R. και συν.2005, Schrenk P. και συν.2000, Francis WP. και συν. 2006*) Ο κίνδυνος λεμφοιδήματος μειώνεται σημαντικά με τη νεότερη μέθοδο χειρουργικής επέμβασης, τη βιοψία του λεμφαδένα φρουρού. (*Schrenk P. και συν.2000, Francis WP. και συν. 2006*)

Με τη μέθοδο βιοψίας λεμφαδένα φρουρού ελέγχεται αν έχει προσβληθεί ο πρώτος λεμφαδένας φρουρός και αν υπάρχει διήθηση στους υπόλοιπους. Σε περίπτωση προσβολής ακολουθείται λεμφαδενικός καθαρισμός, σε αντίθετη

περίπτωση οι μασχαλιαίοι αδένες παραμένουν, εκμηδενίζοντας έτσι και τις πιθανότητες εκδήλωσης λεμφοιδήματος. (Morrell R. και συν.2005, Dawes D. και συν.2008)

Το λεμφοίδημα μπορεί να εκδηλωθεί μέρες, μήνες ή και χρόνια μετά τις επεμβατικές θεραπείες αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. (Radina E. και συν. 2007) Συμπτώματα όπως το πρησμένο άκρο και η δυσφορία, εκδηλώνονται στα αρχικά στάδια. (Morrell R. και συν.2005) Τότε οι ασθενείς αντιλαμβάνονται το λεμφοίδημα από το σφίξιμο που νιώθουν από τα κοσμήματα, κυρίως δαχτυλίδια, από την περιορισμένη άνεση του μανικιού, από αίσθημα δυσφορίας και από την εξαφάνιση των εμφανών φλεβών τους. (Radina E. και συν 2007) Η προσβολή της κινητικότητας των αρθρώσεων (κυρίως του ώμου), ο πόνος και οι δερματικές αλλαγές εκδηλώνονται στα όψιμα στάδια του λεμφοιδήματος. Η διατήρηση του οιδήματος για μεγάλο χρονικό διάστημα ενέχει τον κίνδυνο φλεγμονών και ινώσεων επιβαρύνοντας την κατάσταση. Επίσης, πιθανές μολύνσεις από δερματικές επεμβάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις, τραύματα ή τσιμπήματα εντόμων επιδεινώνουν τη λεμφοιδηματική κατάσταση. (Chickly B. 1999, Morrell R. και συν.2005)

Η ανικανότητα του άνω άκρου συνδέεται κυρίως με την επίμονη παρουσία του οιδήματος και όχι τόσο με τον όγκο του οιδήματος. Ο πόνος και η νοσηρότητα του άνω άκρου είναι οι παράγοντες που συντελούν καταλυτικά στη λειτουργική ανικανότητα του μέλους, παρά το πρήξιμο από μόνο του. Επίσης, η σχέση μεταξύ πόνου και περιορισμού των δραστηριοτήτων και μεταξύ πόνου και υποβάθμισης της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι αναλογική. (Dawes D. και συν. 2008)

Ο μυοσκελετικός πόνος εμφανίζεται ύπουλα, αρχικά στην εγγύτερη περιοχή του μέλους, δηλαδή στον ώμο και την ωμοπλάτη. Η μετεγχειρητική ή μετακτινοβολημένη περιοχή της μασχάλης δίνει αίσθηση σφιξίματος και περιορισμένης κινητικότητας του ώμου. Σε πιο εξελιγμένες περιπτώσεις παρατηρείται συγκολλητική θυλακίτιδα (παγωμένος ώμος) και υπάρχει έντονος πόνος λόγω περιορισμένου εύρους κίνησης της άρθρωσης του ώμου. Επίσης, οι μύες και οι ελαστικοί ιστοί συμπτωματικά εμφανίζουν σημεία πυροδότησης (trigger points) (Newman M. και συν.1996)

Επιπλέον, πιθανή μόλυνση εκδηλώνεται με βαθμιαία κλιμάκωση του πόνου. Συνήθως υπάρχει η αίσθηση καψίματος και μπορεί είτε να περιορίζεται σε κάποια περιοχή του μέλους ή να αναφέρεται σε όλο το άκρο. Ο πόνος συχνά συνδυάζεται με ερυθρή. Οι μολύνσεις επιβαρύνουν το οίδημα. (Newman M. και συν.1996, Morrell R. και συν.2005)

Οι φλεγμονώδεις αρθροπάθειες περιπλέκουν το λεμφοίδημα άνω άκρου. Πιθανή αρθροπάθεια επιβαρύνεται και από την αύξηση του όγκου του μέλους, με αποτέλεσμα εντονότερος πόνος. (Newman M. και συν.1996)

Τέλος, ο νευροπαθητικός πόνος ασθενών με λεμφοίδημα άνω άκρου μπορεί να είναι ιατρογενής, και σχετίζεται με την επανεμφάνιση ή εξέλιξη της νόσου. Τα συνηθέστερα σύνδρομα νευροπαθητικού πόνου είναι το σύνδρομο πόνου μετά από μαστεκτομή και οι νώσεις βραχιονίου πλέγματος λόγω ακτινοβολίας. Εκδηλώνεται με δυσαισθησία στο τοίχωμα του στήθους, στη μασχάλη και κυρίως στην άνω μεσότητα του άνω άκρου. Η ακτινοβολία προσβάλλει το βραχιόνιο πλέγμα και προκαλεί απώλεια αισθητικότητας, αδυναμία και πόνο. Νευροπάθειες μπορεί να προκαλέσει και το μέγεθος του οιδήματος. Η πιο γνωστή μονονευροπάθεια στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα. (Newman M. και συν.1996, Vecht CJ. 1990, Jung B. και συν. 2003)

Οι ασθενείς που υποφέρουν από επώδυνο λεμφοίδημα αναφέρουν έντονη ενόχληση και λόγω αλλαγής της εικόνας του σώματος μειωμένη σεξουαλική επιθυμία. Ο πόνος υποβαθμίζει τις προσπάθειες αποκατάστασης και την ποιότητα ζωής. Οι γυναίκες που έχουν πόνο, ανεξάρτητα από την ένταση του, εκδηλώνουν έντονες λειτουργικές ενοχλήσεις, σημαντικό αριθμό ψυχιατρικών συμπτωμάτων και αυξημένα επίπεδα θλίψης. (Newman M. και συν. 1996)

Οι Passik S. και McDonald M. 1998, διαπιστώνουν ότι οι γυναίκες που έχουν πόνο, λεμφοίδημα στο επικρατές χέρι, μια παθητική ή διαφυγής στάση ζωής σε συνδιασμό με την ελλιπή κοινωνική υποστήριξη, αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ανικανότητας. Το λεμφοίδημα λόγω του όγκου και του βάρους περιορίζει τη λειτουργικότητα του άκρου, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι δραστηριότητες της γυναίκας στο χώρο της εργασίας ή στις οικιακές εργασίες,

πιθανώς οι αθλητικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες ή ακόμη και καθημερινές κινήσεις που απαιτούν όπως πλύσιμο, ντύσιμο.

Ο πόνος και η δυσμορφία του άνω άκρου, λόγω λεμφοιδήματος, δημιουργεί αρνητική εικόνα σώματος και διεγείρει συναισθήματα θλίψης, απογοήτευσης και υπενθύμισης της αρχικής νόσου κάνοντας πολλές γυναίκες να πιστεύουν ότι δε θα καταφέρουν ποτέ να προσαρμόσουν τη ζωή τους στον παλιό τους ρυθμό συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής ζωής. (*Passik S. και McDonald M. 1998*)

Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης βρέθηκε να συνδέεται με τη φυσική δυσλειτουργικότητα, την ψυχολογική κατάπτωση και τις σεξουαλικές δυσκολίες. Το αίσθημα απομόνωσης ενισχύει την κοινωνική αποστροφή, η οποία είναι εντονότερη και σε περίπτωση λεμφοιδήματος. Όταν αυτά συνοδεύονται και από μια παθητική στάση ζωής, τότε η αντίληψη της ανικανότητας κορυφώνεται. (*Passik S. και συν.1995*)

Είναι γεγονός ότι η παθητική στάση ζωής είναι αυτή που οδηγεί στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής και όχι τόσο οι συνοδευτικές επιπλοκές των θεραπειών αντιμετώπισης που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού ή με τον περιορισμό της λειτουργικότητας του άνω άκρου λόγω λεμφοιδήματος. Οι *Ahmed R. και συν. 2008*, καταλήγουν ότι υποβαθμίζεται η ποιότητα ζωής των γυναικών που έχουν διεγνωσμένο λεμφοίδημα ή που αναφέρουν συμπτώματα πόνου στο άνω άκρο, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν αναπτύξει λεμφοίδημα, ούτε άλλες επιπλοκές που να δυσχεραίνουν τη λειτουργικότητα του άκρου.

Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσες οι μαρτυρίες γυναικών για το πως βιώνουν το λεμφοίδημα μετά από επεμβατικές θεραπείες αντιμετώπισης καρκίνου του μαστού. Οι *Passik S. και συν.1993*, καταγράφουν μαρτυρίες γυναικών που λένε ότι η ανάπτυξη λεμφοιδήματος αποτελεί ένα ακόμη «χτύπημα» που ακολουθεί τον καρκίνο, μη επιτρέποντας τις να συμφιλιωθούν με τη νέα εικόνα του σώματος τους και να συνεχίσουν τη ζωή τους ξεπερνώντας την αρχική νόσο. Η συμφιλίωση με την αλλαγή της εικόνας του σώματος λόγω ακρωτηριασμού του στήθους φαίνεται να είναι πιο εύκολη διαδικασία, γιατί μπορεί να το «κρύψουν» και γιατί τους δίνεται η δυνατότητα επεμβάσεων

αποκατάστασης. Η δυσμορφία, όμως λόγω λεμφοιδήματος εκτός από την αισθητική και λειτουργική προσβολή, τους δημιουργεί ένα επιπλέον κοινωνικό άγχος γιατί δε μπορούν να το κρύψουν. Ο χειμώνας σαν εποχή εξυπηρετεί, γιατί λόγω των μακριών και χοντρών ρούχων μπορούν να κρύψουν το δυσμορφικό άνω άκρο τους. Αυτές οι γυναίκες πολλές φορές αναπτύσσουν ενοχικά συναισθήματα και συναισθήματα θυμού, γιατί φοβούνται την κοινωνική ταπείνωση. Συχνά αναφέρουν διαταραχή του ύπνου, που μπορεί να οφείλεται είτε στον πόνο τους, είτε στις σκέψεις τους. Ιδιαίτερα τον πρώτο καιρό εκφράζουν σεξουαλική αποστροφή και μειωμένη λίμπιντο τόσο λόγω της εικόνας τους, όσο και λόγω των καταθλιπτικών και ενοχικών συναισθημάτων. Το καταθλιπτικό σύνδρομο και το άγχος της ημέρας τους οδηγεί ξανά στην αϋπνία και δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος. Και σε αυτή την έρευνα είναι σημαντικό να τονιστεί η παρατήρηση ότι ο πόνος είναι αυτός που συνδέεται με την κατάθλιψη, τη μειωμένη λειτουργικότητα και τη μειωμένη σεξουαλική επιθυμία απ' ότι το λεμφοίδημα από μόνο του.

γ. Ψυχολογικός πόνος γυναικών μετά από μαστεκτομή ή ογκεκτομή

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις και οι ψυχιατρικές διαταραχές δε σχετίζονται τόσο με τον εντόπισμό της νόσου όσο με άλλους παράγοντες, όπως η προσωπικότητα, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και το αίσθημα της ασθενούς ότι δεν υπάρχει τίποτα να της προσφερθεί από την ιατρική επιστήμη. Η κατάθλιψη, που μπορεί να προκύψει λόγω προσβολής οργάνων που έχουν συμβολική σημασία για την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις και καθορίζουν τη σεξουαλικότητα, όπως είναι ο μαστός, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τα ειδικά προβλήματα των ασθενών και συνεπώς τις ψυχολογικές θεραπευτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της διασυνδεδεμένης ψυχιατρικής. Έτσι, ο καρκίνος του μαστού συνδέεται συχνά με φόβους μείωσης της ελκυστικότητας, της θηλυκότητας και της αλλαγής του σωματικού εγώ. Απαιτείται λοιπόν από τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

να εστιάζονται με προσοχή στη σεξουαλική λειτουργικότητα. (Ιακωβίδης Β., Ιακωβίδης Α. 2001)

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πλέον μελετημένος σε σχέση με τις ψυχολογικές του επιπτώσεις, όχι μόνο γιατί είναι ο συχνότερα εμφανιζόμενος καρκίνος στις γυναίκες, αλλά και γιατί προσβάλλεται ένα όργανο που είναι συνυφασμένο με τη γυναικεία θηλυκότητα και σεξουαλικότητα. Επιπρόσθετα, αν και ο μαστός αποτελεί δευτερεύον χαρακτηριστικό του φύλου, είναι ορατός και διαχωρίζει καθαρά τους άντρες από τις γυναίκες με αποτέλεσμα να έχει συχνά πιο μεγάλη σημασία και από τα πρωτεύοντα γεννητικά όργανα. Ταυτόχρονα νοσήματα ή στρεσογόνες καταστάσεις, μάταιη προσδοκία υποστήριξης από τους άλλους και μια τάση από τις ασθενείς να εκλαμβάνουν τα γεγονότα της ζωής ως μη ελεγχόμενα αποτελούν δείκτη πτωχής προσαρμογής. (Ιακωβίδης Β., Ιακωβίδης Α., 2001)

Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει τρεις κύριους τομείς της γυναικείας σεξουαλικότητας: τη σεξουαλική ταυτότητα, τη σεξουαλική λειτουργία και τη σεξουαλική σχέση. (Graziottin A. και Rovei V. 2007)

Η γυναικεία σεξουαλική ταυτότητα προσδιορίζεται από τη θηλυκότητα, τη μητρότητα, τον ερωτισμό και τον κοινωνικό ρόλο. Η θηλυκότητα σχετίζεται με την εικόνα του σώματος, η οποία αλλάζει πολύ μετά από θεραπευτικές επεμβάσεις αντιμετώπισης καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα όταν συμβεί ολική μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση. Σε περίπτωση διάγνωσης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες παραγωγικής ηλικίας, θίγεται και το συναίσθημα της μητρότητας, ιδιαίτερα σε άτεκνες γυναίκες. Ακόμη και αν αντιμετωπιστεί ο καρκίνος του μαστού, η πιθανότητα υποτροπής υπάρχει εντονότερα τα 2-3 πρώτα χρόνια (σε περίπτωση μικρού όγκου) από τη στιγμή της διάγνωσης, συνεπώς για κάποια χρόνια αναβάλλεται πιθανή εγκυμοσύνη. Αν έχουν προσβληθεί και λεμφαδένες, η αναβολή επιβάλλεται για περισσότερα χρόνια. Ο ερωτισμός και ο σεξισμός προσβάλλονται κυρίως λόγω της μειωμένης ή διαταραγμένης αισθητικότητας όταν το στήθος αγγίζεται ή φιλιέται. Η εμμηνόπαυση επίσης, που επέρχεται λόγω χημειοθεραπευτικών σχημάτων καταστρέφει τον γυναικείο ερωτισμό, λόγω μειωμένης σεξουαλικής

επιθυμίας, κολπικής ξηρότητας, δυσπαρευνίας. (Graziottin A. και Rovei V. 2007)

Η γυναικεία σεξουαλική λειτουργία προσδιορίζεται από τη σεξουαλική επιθυμία, η οποία ορίζεται από τη βιολογική, τη γνωστική και την κινητήρια διάσταση. Η βιολογική διάσταση αφορά τη σεξουαλική έξαρση, τον οργασμό, στον οποίο πολύ δυσκολότερα φθάνουν οι γυναίκες με καρκίνο στο μαστό και την ικανοποίηση, η οποία και αυτή μειώνεται αισθητά σε αυτές τις περιπτώσεις. (Graziottin A. και Rovei V. 2007) Η κοινωνική θέση και ο ρόλος της γυναίκας μετά από καρκίνο του μαστού, ιδιαίτερα όταν υποβάλλεται σε χημειοθεραπευτική αγωγή προσβάλλει τη σεξουαλική λειτουργία από γνωστικής διάστασης. Η νευροψυχολογική βλάβη δε συνδέεται άμεσα με την αυτοαντίληψη των γνωστικών δυσλειτουργιών ή της κόπωσης. Παρόλ' αυτά μεγάλο ποσοστό γυναικών αναφέρει υποτίμηση των γνωστικών λειτουργιών τους και ακόμη περισσότερη κόπωση λόγω του καρκίνου και των συνοδευόμενων σχημάτων θεραπευτική αγωγής. (Mehnert A. και συν 2007) Γίνεται εύκολα κατανοητό ότι υποτιμάται και η κινητήρια διάσταση, η οποία απαιτεί μια ιδιαίτερα μαχητική και αισιόδοξη στάση ζωής.

Η σεξουαλική σχέση παίρνει έναν ιδιαίτερα ευαίσθητο χαρακτήρα. Οι γυναίκες νιώθουν τα στήθη τους να έχουν «ιατρικοποιηθεί». Αυτό σημαίνει στην αντίληψη τους, ότι με τη συνεχή έκθεση του στήθους στους γιατρούς, ο μαστός αποσυνδέεται από σεξουαλικό όργανο και πολύ δύσκολα επανασυνδέεται με το σεξουαλικό καθώς και με το μητρικό ρόλο, του θηλασμού. (Katz A. 2009)

Μετά από μαστεκτομή εκτός από την εικόνα του σώματος, διαταράσσεται και η αισθητικότητα. Το εξωτερικό, ερωτικό ερέθισμα (άγγιγμα ή φίλι στο στήθος) αλλοιώνεται και συνήθως καλλιεργείται ο φόβος της απόρριψης. Ο σύντροφος φοβάται να μην προκαλέσει πόνο, κυρίως λόγω των ουλών. Από την άλλη, η σύντροφος κυριευόμενη από το φόβο της απόρριψης υπάρχει κίνδυνος να παρερμηνεύσει την επιφυλακτική στάση του συντρόφου. Ακόμη και σε περίπτωση αποκατάστασης αποκαθίσταται το θέμα της εικόνας, όμως παραμένει μειωμένη η ερωτική ικανοποίηση, λόγω της αλλοιωμένης αισθητικότητας του μέλους. Επίσης, σε περίπτωση λεμφοιδήματος η

περιορισμένη κινητικότητα και ευελιξία του άνω άκρου επηρεάζει ως ένα βαθμό τη σεξουαλική δραστηριότητα. (Katz A. 2009)

Ένα απόσπασμα από το βιβλίο της Γραικού Ι. 2006, αποτυπώνει ξεκάθαρα πως μπορεί να νιώθει και να σκέφτεται μεγάλο ποσοστό μαστεκτομηθέντων γυναικών: *«Κάνω προσπάθεια να μη δείχνω ότι έχω πρόβλημα με το σώμα μου. Ο σύντροφός μου με πλησιάζει στο κρεβάτι. Με προσοχή. Το δέρμα στο στήνο είναι καμμένο και πονάει. Το μπράτσο το αριστερό με εμποδίζει ακόμα και είναι κινήσεις που δε τις κάνει πια. Το εγχειρισμένο στήθος μου είναι σα ξένο. Η αίσθηση του άλλαξε. Δεν ξέρω αν θα επανέλθει. Δέχομαι τον άντρα με ευγνωμοσύνη και απορία. Το σεξ υπάρχει ξανά, είναι σύντομο, οι αισθήσεις μου νεκρές. Θα ξυπνήσουν πάλι κάποτε; Θα ήθελα να το συζητήσουμε. Εκείνος μου λέει τρυφερά: Για μένα τίποτα δεν άλλαξε. Γυρίζει πλευρό και αποκοιμείται σε χρόνο μηδέν. Εγώ θέλω να ουρλιάξω. Τίποτα; Πώς τίποτα; Για μένα ήρθαν τα πάνω κάτω και το σώμα όπου κατοικώ έχει αλλάξει ριζικά. Πώς να το χειριστώ αυτό το σώμα; Η σεξουαλική πράξη (τουλάχιστον με κάποιον άλλο) προϋποθέτει το να αισθάνομαι καλά με το σώμα μου. Το σώμα, σαν σεξουαλικό αντικείμενο έλξης. Και τώρα πια... Αν δε θεωρώ τον εαυτό μου ελκυστικό, πως θα πιστέψω ότι σ'αλήθεια ελκύω τον άλλο; Πώς το σεξ δεν είναι για εκείνον μια στιγμιαία ανακούφιση σωματική σε ένα υπάκουο δοχείο; Δεν ξέρω, δεν απαντώ και το κουκουλώνω.»*

δ. Καρκίνος του μαστού και η σχέση με το σύντροφο

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να μειώσει τον αρνητικό αντίκτυπο της νόσου. Ο πλησιέστερος συγγενής ή το πιο κοντινό πρόσωπο είναι συνήθως η κεντρική φιγούρα υποστήριξης και φροντίδας για την προσαρμογή στα νέα δεδομένα. Η σοβαρή κατάσταση του καρκίνου κάνει την ασθενή να χρειάζεται αυξημένη προσέγγιση με τα άλλα πρόσωπα, ώστε να εξουδετερώσει τη συναισθηματική ανασφάλεια. Η ανάγκη για υποστήριξη, αγάπη και στενότερες σχέσεις αυξάνει με τον καιρό, επειδή αυξάνονται οι φόβοι της ασθενούς ότι δε θα είναι μεγάλο το χρονικό διάστημα που θα αγαπιέται και

θα της παρέχεται φροντίδα. Η κοινωνική ολοκλήρωση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην κατάσταση της υγείας. (Ιακωβίδης Β., Ιακωβίδης Α., 2001)

Η ψυχολογική προσαρμογή εξαρτάται από την αντίδραση των σημαντικών για τη γυναίκα προσώπων, ανάμεσα στα οποία είναι και ο σύντροφος. Σε συγκριτική μελέτη διαπιστώθηκε μικρότερη καταθλιπτική επιβάρυνση σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, συγκριτικά με ομάδα μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, εύρημα που σχετίστηκε με τον μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τη συζυγική υποστήριξη, που αναφέρθηκε από τις προεμμηνοπαυσιακές. (Gioutzioulis M. και συν.1992, όπως αναφέρεται στο Ιακωβίτης Β. και Ιακωβίτης Α. 2001)

Η κοινωνική υποστήριξη και ιδιαίτερα η συντροφική, συντελεί σημαντικά στην αντιμετώπιση του φόβου της εγκατάλειψης και της μοναξιάς. (Passik S. 1995) Επιπλέον η συντροφική υποστήριξη φέρει καλύτερους τρόπους διαχείρισης των ανησυχιών που προκύπτουν και που αφορούν γενικά τη λειτουργικότητα και τους ρυθμούς της οικογένειας και φυσικά το φόβο και τον τρόπο αντιμετώπισης πιθανής υποτροπής (Ganz P. και συν. 1987)

Η πεποίθηση ότι οι σύζυγοι εγκαταλείπουν τις γυναίκες τους, οι οποίες νοσούν από καρκίνο του μαστού είναι συχνή και αυτό αποτελεί επιπλέον πηγή άγχους για τις πάσχουσες γυναίκες. Ωστόσο, οι λίγες έρευνες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία, διαπιστώνουν συζυγική σταθερότητα μετά από καρκίνο του μαστού. Οι χωρισμοί των ζευγαριών, όπου η γυναίκα νοσεί από καρκίνο του μαστού, δεν υπερτερούν σε σχέση με τα υπόλοιπα ζευγάρια (Dorval M. και συν.1999) Από μόνη της η νόσος δεν επηρεάζει αρνητικά τη συντροφική σχέση και δεν υποβαθμίζει την ικανοποίηση των συντρόφων. Η συζυγική προσαρμογή ενώ συμβαίνει, φαίνεται να μένει ανεπηρέαστη από την ασθένεια του στήθους. Αυτά συμβαίνουν σε μια υγιή σχέση. Μια προβληματική, όμως, σχέση δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο με μια διάγνωση καρκίνου του μαστού. (Taylor-Brown J. και συν. 2000, Dorval M. και συν.1999)

Πιο πρόσφατη έρευνα (Dorvan M. και συν. 2005) ενισχύει τα παραπάνω συμπεράσματα, όπου η σημαντική πλειοψηφία των ζευγαριών δηλώνει ότι η ασθένεια τους έφερε πιο κοντά, ισχυροποιώντας ακόμη περισσότερο τη σχέση

τους. Οι αντιδράσεις της ασθενούς επηρεάζει το σύντροφο της και το αντίστροφο. Η συμμετοχή και συμπαράσταση του συζύγου στην ασθενή από τη στιγμή της διάγνωσης και σε όλη τη διάρκεια των συνεπακόλουθων θεραπειών, ενδυναμώνει τη σχέση του ζευγαριού. Πολλοί λίγες περιπτώσεις είναι αυτές που ο ένας ή ο άλλος σύντροφος δηλώνει συναισθήματα απομάκρυνσης και αποστροφής και ακόμη λιγότερες είναι αυτές που από κοινού οι σύντροφοι δηλώνουν τέτοιου είδους συναισθήματα.

Τελικά συμπεραίνεται ότι μπορεί οι παρενέργειες των θεραπειών να προσβάλλουν τη σωματική υγεία, να προκαλούν συναισθηματική κατάπτωση και άγχος, να δυσκολεύουν τη καθημερινότητα της ασθενούς και να υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής της, όμως ενδυναμώνουν τη σχέση της με το σύντροφό της. Ο καταλυτικός ρόλος του συντρόφου μπορεί να είναι καθοδηγούμενος από ειδικευμένη ψυχολογική υποστήριξη, ώστε το ζευγάρι να μπορέσει να αναπροσαρμόσει την καθημερινότητα του στα νέα δεδομένα μη χάνοντας την ποιότητα στη ζωή του. Είτε μαζί, είτε χώρια οι σύντροφοι είναι καλό να είναι υπό την εποπτεία κάποιας ψυχοθεραπείας, με απώτερο σκοπό την από κοινού αντιμετώπιση και αποδοχή της νέας εικόνας του γυναικείου σώματος, την εξαλείψη της πιθανής ντροπής του γυμνού (λόγω του ακρωτηριασμένου μέλους) και την υιοθέτηση νέων σεξουαλικών τεχνικών για την εξέλιξη και τη σεξουαλική τους ζωή. Είναι, επίσης, πολύ σημαντικό να καταρριφθούν πιθανά στερεότυπα, όπως ότι οι γυναίκες μεγαλύτερες των 65 ετών δεν είναι σεξουαλικές. (*Schover LR., 1991*) Γενικές συμβουλές από ειδικούς και άλλοι τρόποι ψυχικών θεραπειών, όχι μόνο υποστηρίζουν τη σχέση του ζευγαριού, αλλά επιπλέον εξασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής, παρά τη νόσο.

Ακόμη και σε περίπτωση υποτροπής της ασθένειας, δεν τίθεται θέμα εγκατάλειψης, αλλά αντίθετα συζυγικής προσαρμογής και θετικής αλληλεπίδρασης. Η συμπαράσταση, τα συναισθήματα κατάπτωσης, η απουσία ελπίδας και η αβεβαιότητα είναι συναισθήματα που κυριεύουν τόσο τις ασθενείς όσο και τους συντρόφους. Ο σύντροφος όταν αναφέρει συμπτώματα κατάπτωσης στη γυναίκα του, υπονοεί περισσότερο συναισθηματική θλίψη και περισσότερα προβλήματα διαχείρισης του δικού

του ψυχοκοινωνικού ρόλου. Οι σύντροφοι έχουν μια αμοιβαία επιρροή προσαρμογής στα νέα δεδομένα. Ίσως, η γυναίκα είναι πιο ευάλωτη σε συναισθηματικό επίπεδο και επηρεάζεται περισσότερο από τη συναισθηματική δυσφορία που βιώνει ο σύντροφος της. Από την άλλη, ο άντρας είναι πιο ευάλωτος στη φυσική, σωματική κατάπτωση και επηρεάζεται περισσότερο από τη σωματική κατάπτωση (κόπωση, ναυτία, αλωπεκία κτλ) της γυναικών του. *(Northouse L. και συν. 1995)*

Παρά τα παραπάνω, άντρες που έδωσαν ανεπαρκή υποστήριξη στις γυναίκες με μαστεκτομή ήταν αυτοί που είχαν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα και ειδικότερα έκαναν κατάχρηση ουσιών, είχαν ιστορικό εξωσυζυγικών σχέσεων, χρόνια διαταραχή επικοινωνίας και αδυναμία να ανεχθούν τις αυξημένες εξαρτητικές ανάγκες της συζύγου. *(Wellisch D.kK. και συν. 1978, Taylor-Brown J. και συν. 2000)*

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ – ΕΡΕΥΝΑ

ΚΑΦΑΛΑΙΟ 1. ΥΛΙΚΟ

Στην προσπάθεια διερεύνησης της σχέσης μαστεκτομηθέντων γυναικών με το σύντροφο τους, μελετήσαμε κάποιες γυναίκες που ανήκουν στην ευαίσθητη αυτή ομάδα πληθυσμού, για να διαπιστώσουμε:

1. πώς επηρεάζεται η σχέση στο ζευγάρι και
2. πώς επηρεάζεται η λειτουργικότητα του άνω άκρου

Πρόκειται για μια μελέτη παρατήρησης και αιτιολόγησης.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 104 γυναίκες, ηλικίας από 30 ως 80 ετών (*Πίνακας 1*). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 42 γυναίκες στην κλινική μαστού του ιδιωτικού νοσοκομείου ΙΑΣΩ General, από 49 γυναίκες στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Αρεταίειο και πιο συγκεκριμένα στο ογκολογικό τμήμα, στο ιατρείο θεραπείας πόνου και παρηγορητικής φροντίδας και στην κλινική μαστού και από 13 γυναίκες εκτός νοσοκομειακού πλαισίου (*Πίνακας 2, Διάγραμμα πίτας 1*).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Descriptive Statistics

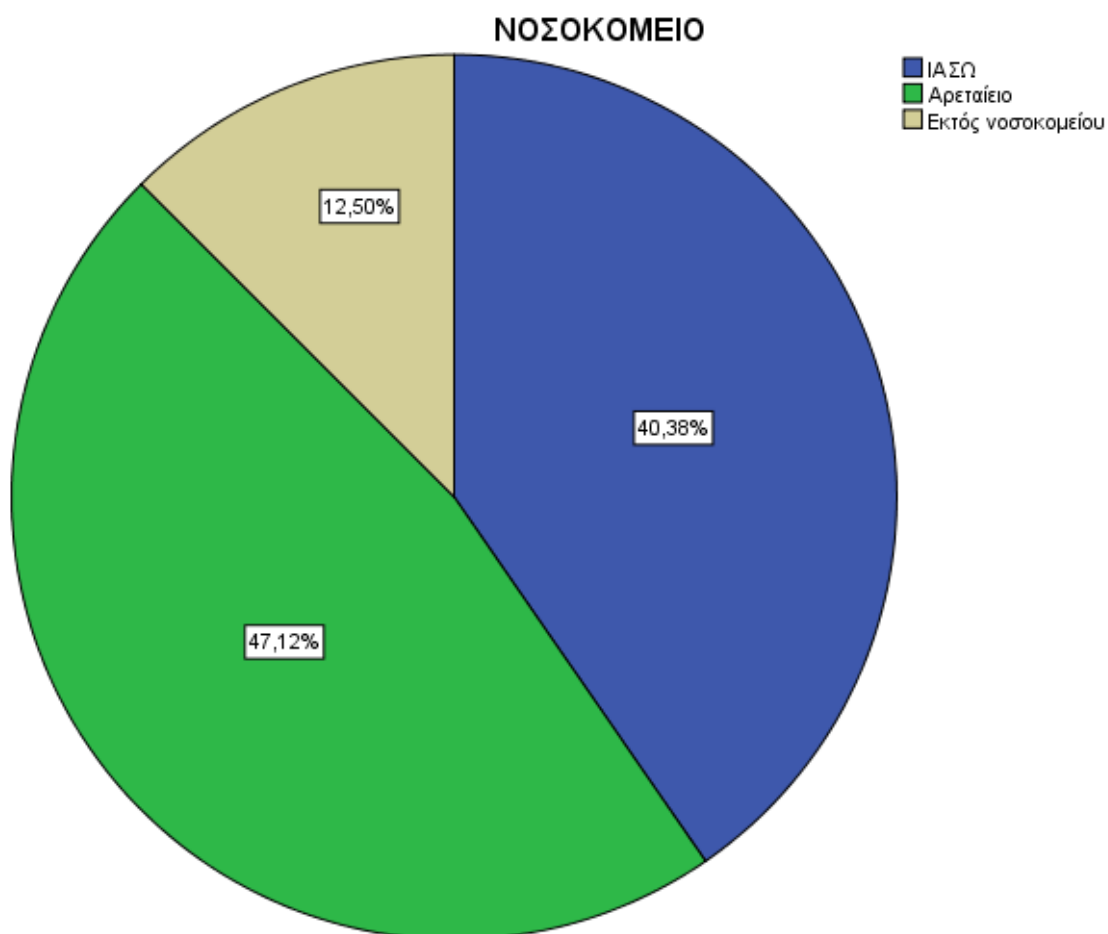
	N	Minimum	Maximum	Mean
Ηλικία	103	30	80	57,64
Valid N (listwise)	103			

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΙΑΣΩ	42	40,4	40,4	40,4
	Αρεταίειο	49	47,1	47,1	87,5
	Εκτός νοσοκομείου	13	12,5	12,5	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 1



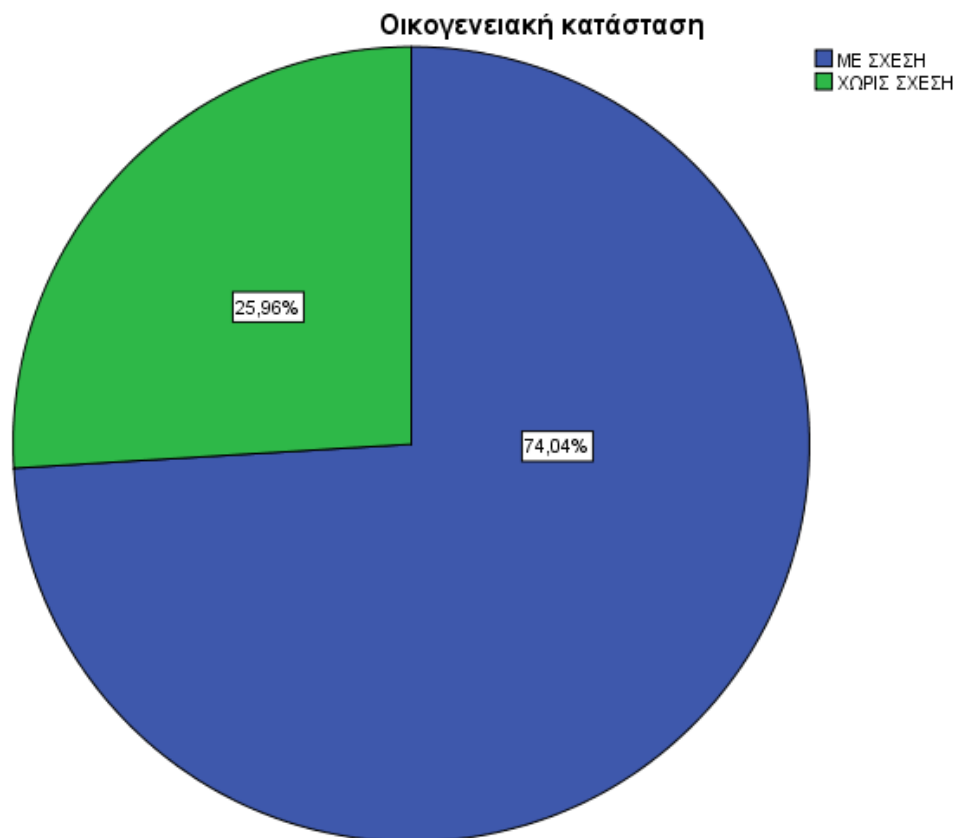
Κύριος στόχος μας ήταν να έρθουμε σε επαφή με γυναίκες που έχουν συντροφική ή συζυγική σχέση για τη διερεύνηση και των δύο ζητημάτων. Ωστόσο δεν αποκλείσαμε και τις γυναίκες εκτός σχέσης (μόνες, χήρες, διεξυγμένες) για τη διερεύνηση μόνο του δεύτερου ζητήματος που αφορά στη λειτουργικότητα του άνω άκρου (Πίνακας 3, Διάγραμμα πίτας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Οικογενειακή κατάσταση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΜΕ ΣΧΕΣΗ	77	74,0	74,0	74,0
ΧΩΡΙΣ ΣΧΕΣΗ	27	26,0	26,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 2



Όλες οι γυναίκες είχαν αρχική διάγνωση καρκίνου στο μαστό. Οι 56 από αυτές είχαν υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή, ενώ οι 47 σε μερική (Πίνακας 4, Διάγραμμα πίτας 3). Εκτός από την αφαίρεση τμήματος ή ολόκληρου του στήθους, όλες υποβλήθηκαν και σε αφαίρεση λεμφαδένων. Μόνο 3 υποβλήθηκαν σε βιοψία λεμφαδένα φρουρού. Στην πλειονότητα αφαιρέθηκαν περισσότεροι από ένας λεμφαδένες, ενώ ένα αξιόλογο ποσοστό (25%) δήλωναν άγνοια για τον αριθμό των λεμφαδένων που αφαιρέθηκαν (Πίνακας 5, Διάγραμμα πίτας 4). Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι όλες ακολούθησαν μετά την επέμβαση κάποια θεραπευτική αγωγή. Συγκεκριμένα οι 27 ακολούθησαν μόνο συστηματική θεραπεία (ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία), 16 υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία, ενώ οι 58 ακολούθησαν και συστηματική θεραπεία και ακτινοθεραπεία (Πίνακας 6, Διάγραμμα πίτας 5).

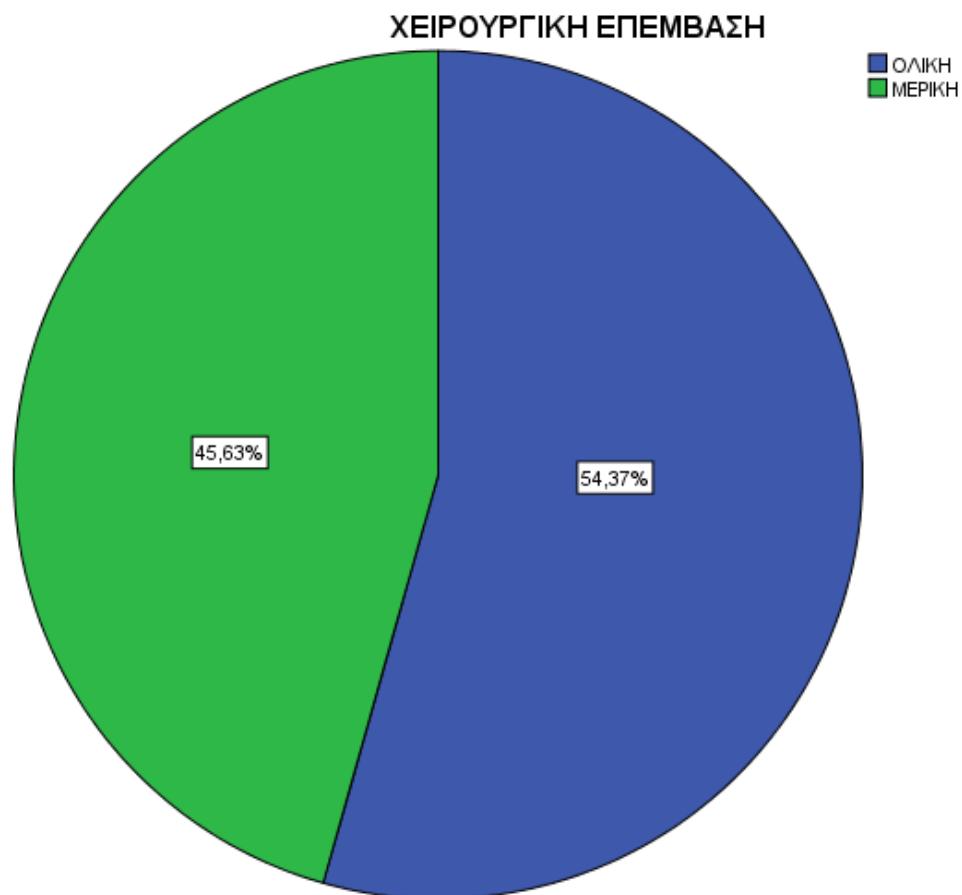
Δεν προέκυψε καμία αξιόλογη παρατήρηση στο ερώτημα αν η διάγνωση ήταν στο αριστερό ή δεξιό στήθος (Πίνακας 7, Διάγραμμα πίτας 6), αλλά επιβεβαιώθηκε ότι όλες οι γυναίκες υποβάλλονται σε τακτικό έλεγχο, που υποδεικνύει ο θεράπων ιατρός τους (Πίνακας 8, Διάγραμμα πίτα 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΟΛΙΚΗ	56	53,8	54,4	54,4
	ΜΕΡΙΚΗ	47	45,2	45,6	100,0
	Total	103	99,0	100,0	
Missing	System	1	1,0		
Total		104	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 3

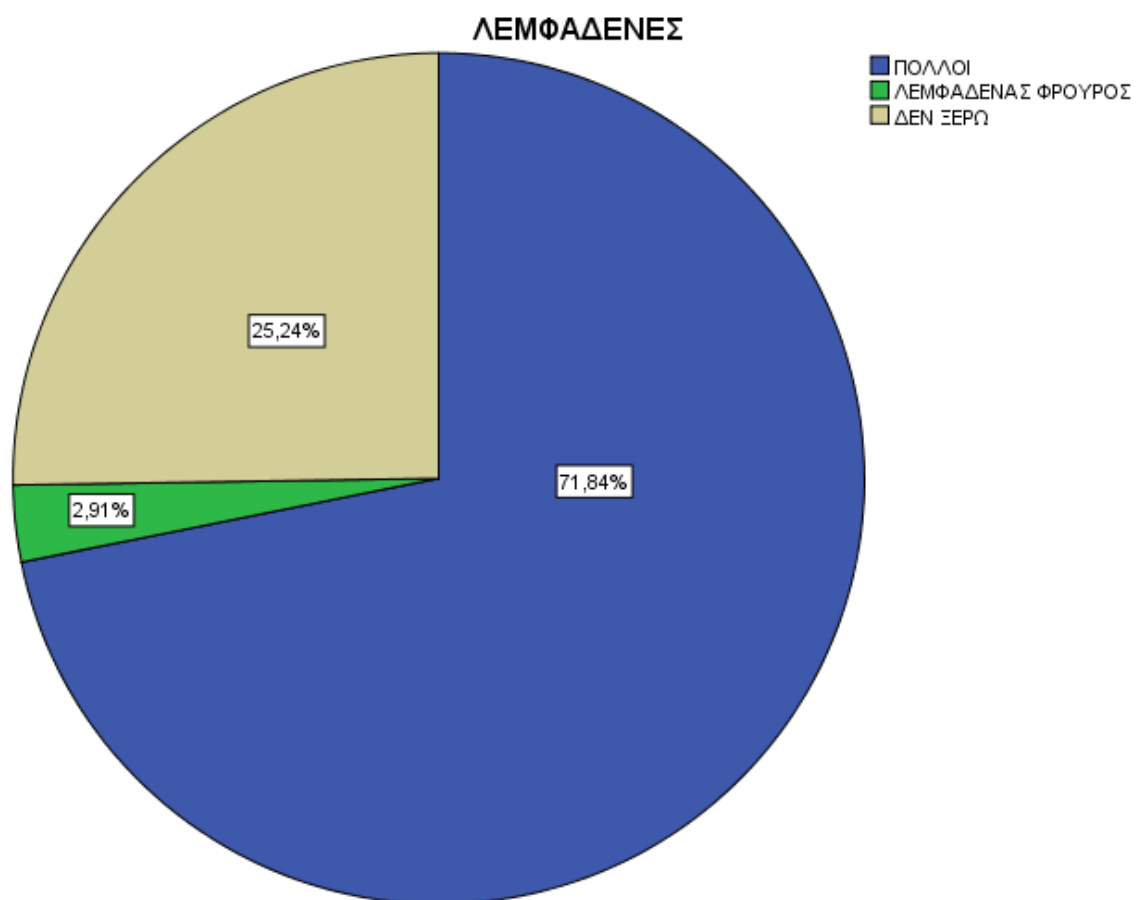


ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΛΛΟΙ	74	71,2	71,8	71,8
	ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ ΦΡΟΥΡΟΣ	3	2,9	2,9	74,8
	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	26	25,0	25,2	100,0
	Total	103	99,0	100,0	
Missing	System	1	1,0		
Total		104	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 4

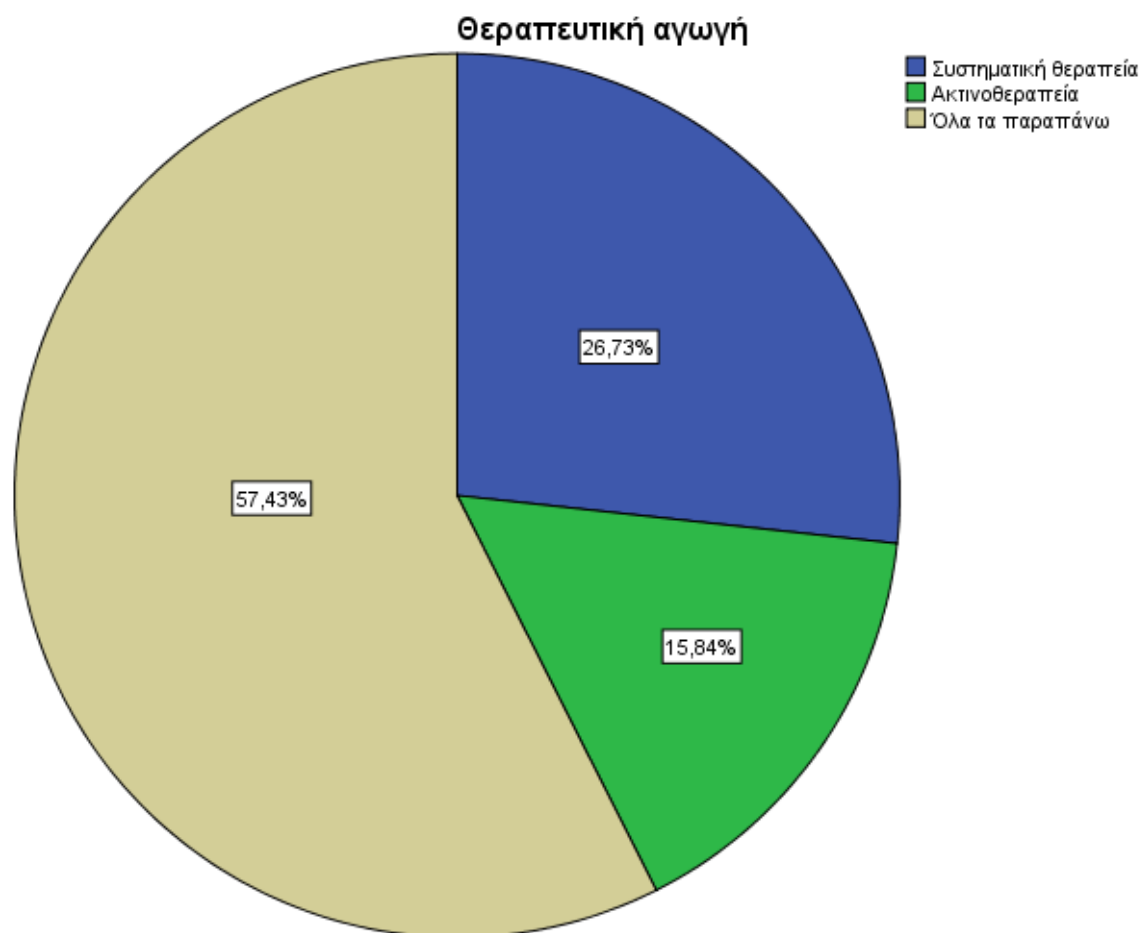


ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Θεραπευτική αγωγή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συστηματική θεραπεία	27	26,0	26,7	26,7
	Ακτινοθεραπεία	16	15,4	15,8	42,6
	Όλα τα παραπάνω	58	55,8	57,4	100,0
	Total	101	97,1	100,0	
Missing	System	3	2,9		
Total		104	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 5

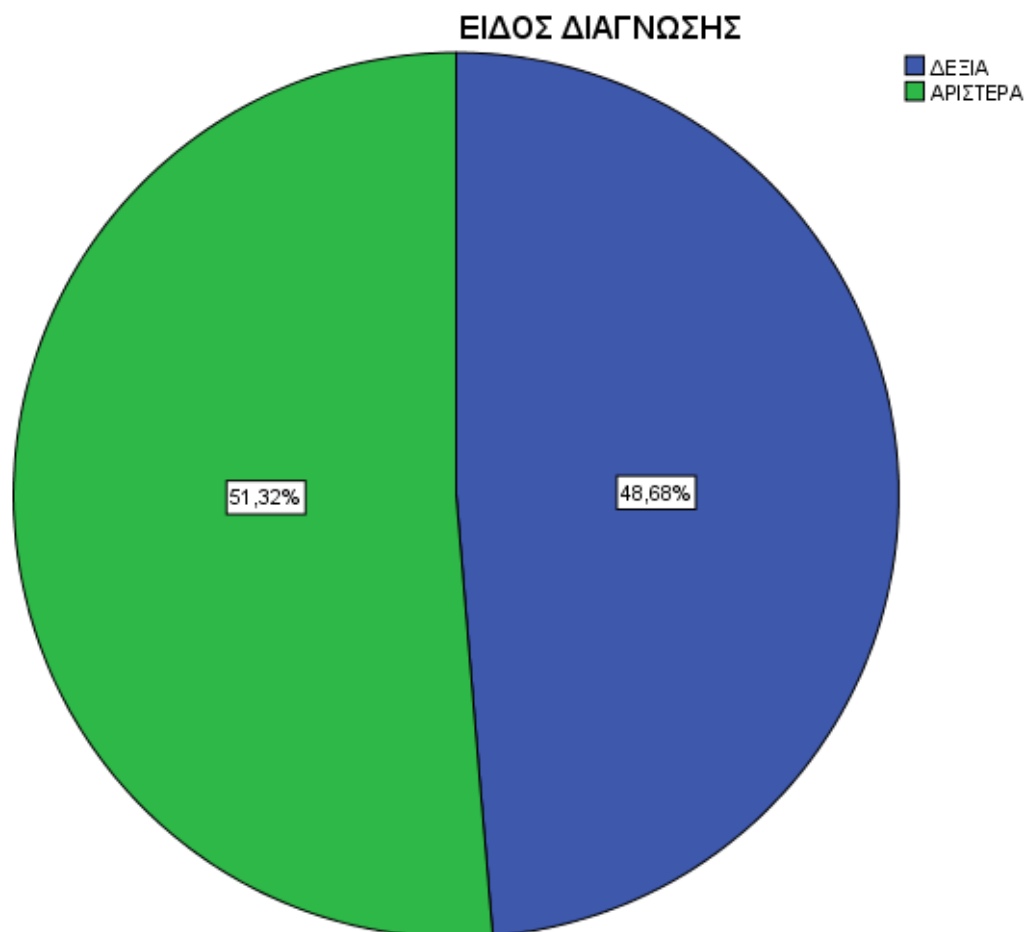


ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕΞΙΑ	37	35,6	48,7	48,7
	ΑΡΙΣΤΕΡΑ	39	37,5	51,3	100,0
	Total	76	73,1	100,0	
Missing	System	28	26,9		
Total		104	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 6

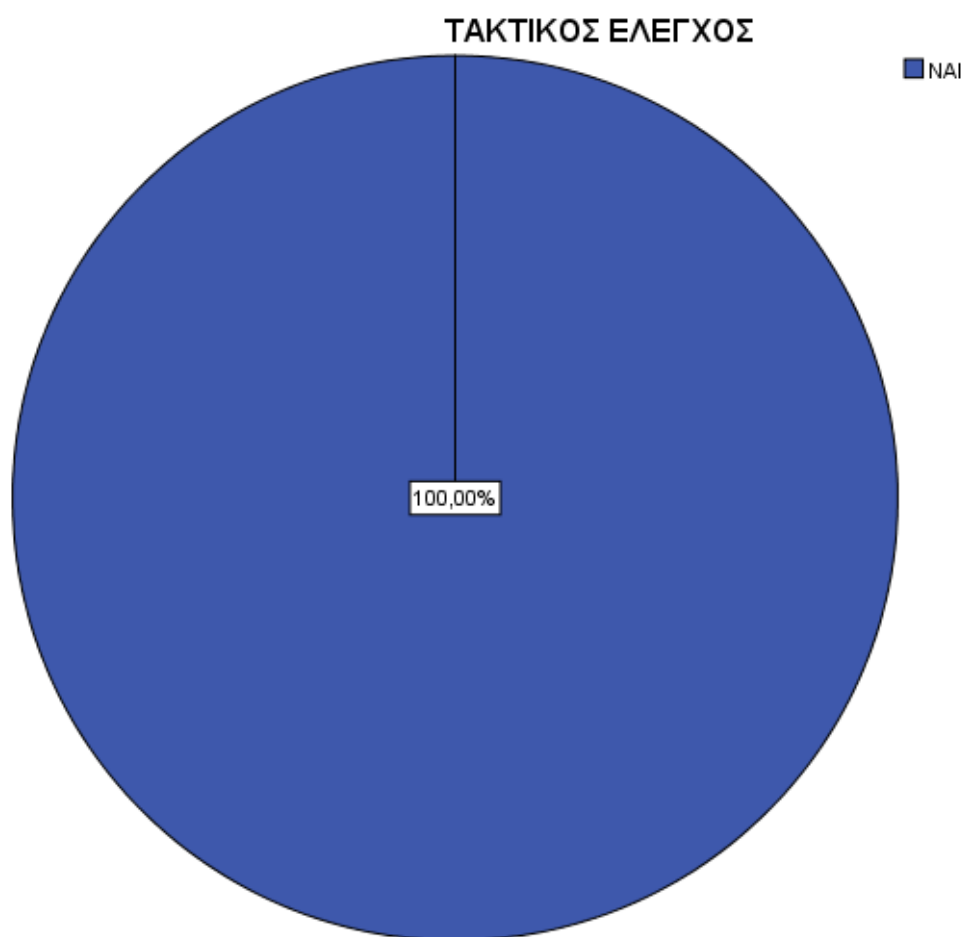


ΠΙΝΑΚΑΣ 8

ΤΑΚΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	104	100,0	100,0	100,0

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 7



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, για τη διερεύνηση των αντίστοιχων ζητημάτων. Αυτά είναι τα εξής:

α. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης προβλημάτων στη σχέση: Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από μια αναφορά προβλημάτων που αντιμετωπίζει η σύζυγος στο γάμο της. Η σύζυγος καλείται να εκτιμήσει τη σοβαρότητα του προβλήματος που περιγράφεται σε μία κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων, στην οποία αξιολογείται το άγχος που της προκαλεί το κάθε πρόβλημα. (Χάιντς Έλενα, 1995, «Μια νέα θεραπευτική πρόταση για την επικοινωνία των συζύγων με προβλήματα γάμου» Διδακτορική διατριβή, τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ

ΓΕΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

Σας παρακαλούμε να περιγράψτε σύντομα και κατά προτεραιότητα τα προβλήματα που έχετε στο γάμο σας. Σημειώστε στις παρακάτω κλίμακες πόσο σοβαρά νομίζετε ότι είναι τα προβλήματα αυτά και πόσο άγχος σας δημιουργούν. Αναφέρετε εκείνα τα προβλήματα που θεωρείτε εσείς οι ίδιοι ότι είναι πιο σημαντικά για σας.

1 . Το πρόβλημά μου είναι :

Νομίζω ότι είναι : πολύ σοβαρό αρκετά μέτρια ελάχιστα σοβαρό

Μου προκαλεί άγχος : πολύ αρκετό μέτριο ελάχιστο καθόλου

2. Το πρόβλημά μου είναι :

Νομίζω ότι είναι : πολύ σοβαρό αρκετά μέτρια ελάχιστα σοβαρό

Μου προκαλεί άγχος : πολύ αρκετό μέτριο ελάχιστο καθόλου

3 . Το πρόβλημά μου είναι :

Νομίζω ότι είναι : πολύ σοβαρό αρκετά μέτρια ελάχιστα σοβαρό

Μου προκαλεί άγχος : πολύ αρκετό μέτριο ελάχιστο καθόλου

4 . Το πρόβλημά μου είναι :

Νομίζω ότι είναι : πολύ σοβαρό αρκετά μέτρια ελάχιστα σοβαρό

Μου προκαλεί άγχος : πολύ αρκετό μέτριο ελάχιστο καθόλου

5. Το πρόβλημά μου είναι :

Νομίζω ότι είναι : πολύ σοβαρό αρκετά μέτριο ελάχιστα σοβαρό

Μου προκαλεί άγχος : πολύ αρκετό μέτριο ελάχιστο καθόλου

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο βαθμολογείται ως εξής : μετατρέπεται η κλίμακα σε πεντάβαθμη όπου οι βαθμοί 1-2 αντιστοιχούν σε 1 (καθόλου ευχαριστημένος), οι 3-4 σε 2 (λίγο), οι 5-6 σε 3 (μέτρια), οι 7-8 σε 4 (αρκετά), οι 9-10 σε 5 (πολύ ευχαριστημένος). Το πηλίκο του αθροίσματος των κλιμάκων δια του αριθμού των κλιμάκων συνιστά την τελική βαθμολογία, η οποία αντιστοιχεί σε ένα από τα σημεία της πεντάβαθμης κλίμακας «καθόλου έως πολύ ευχαριστημένος».

Οι συσχετίσεις του ερωτηματολογίου με άλλες μεταβλητές έδειξαν ότι η εγκυρότητα είναι καλή.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΜΟ¹

Στόχος αυτής της κλίμακας είναι η μέτρηση της ικανοποίησης που νιώθετε σε εννέα τομείς αλληλεπίδρασης μέσα στο γάμο σας. Παρακαλείσθε να βάλετε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς (1 - 10) πλάι σε κάθε περιοχή αλληλεπίδρασης.. Οι αριθμοί προς τα αριστερά της δεκάβαθμης κλίμακας δείχνουν το βαθμό δυσαρέσκειας, ενώ προς τα δεξιά δείχνουν το βαθμό ικανοποίησής σας από το συγκεκριμένο τομέα. Την ώρα που σημειώνετε για κάθε περιοχή αλληλεπίδρασης κάντε στον εαυτό σας αυτή την ερώτηση: "αν ο/η σύζυγος μου συνεχίσει στο μέλλον να συμπεριφέρεται όπως σήμερα σε αυτόν τον τομέα, πόσο ικανοποιημένος/η θα είμαι μαζί του; "Με άλλα λόγια, εκτιμήστε στην κλίμακα πώς αισθάνεστε σήμερα. και προσπαθήστε να μην επηρεασθείτε στην εκτίμηση σας από την αξιολόγηση της μιας περιοχής αλληλεπίδρασης με την άλλη.

	Πολύ δυσ ρεστ ημέν ος/η										Πολύ ικανο ποιη μένο ς/η
Τομείς αλληλεπίδρασης											
Οικιακές ευθύνες	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ανατροφή παιδιών	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
κοινωνικές δραστηριότητες	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

¹ Η κατασκευή της κλίμακας βασίστηκε σε αντίστοιχη του Azzrin et al, 1973.

οικονομική κατάσταση	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
επικοινωνία	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
σεξουαλικές σχέσεις	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
επαγγελματική πρόοδος	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
προσωπική ανεξαρτησία	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
γενική ικανοποίηση από γάμο	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ονοματεπώνυμο: ----- Ηλικία: -----

Ημερομηνία:

β. *Quick DASH*: Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί τα συμπτώματα καθώς και την ικανότητα του ατόμου να εκτελεί συγκεκριμένες ασχολίες – εργασίες. Το QuickDASH είναι η συνοπτική έκδοση του DASH ερωτηματολογίου και περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις για να μετρήσει τη φυσική λειτουργία και τα συμπτώματα σε ανθρώπους με μία ή πολλαπλές μυοσκελετικές δυσλειτουργίες του άνω άκρου. (μετάφραση Θεμιστοκλέους Γ.
<http://www.dash.iwh.on.ca/translate.htm>)

THE

QuickDASH

OUTCOME MEASURE

GREEK VERSION

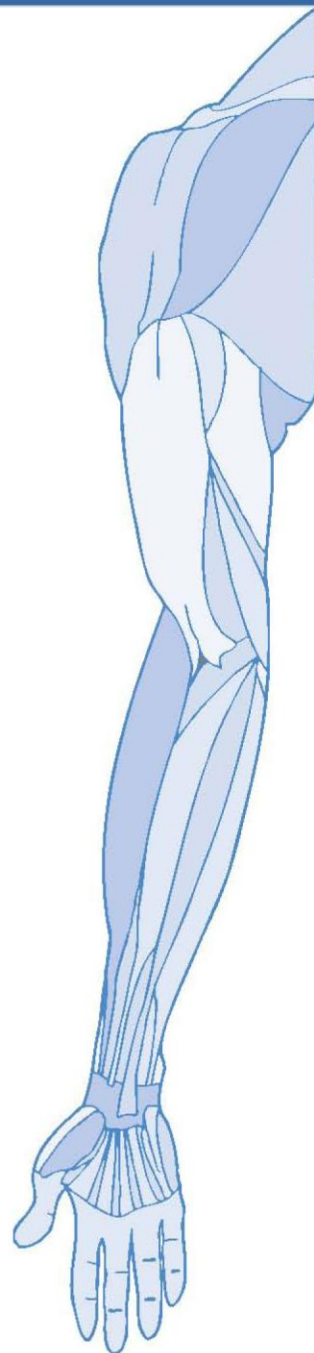
ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί τα συμπτώματα καθώς και την ικανότητα σας να εκτελείται συγκεκριμένες ασχολίες – εργασίες.

Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις βαθμολογώντας την ικανότητα σας να πραγματοποιείται συγκεκριμένες ασχολίες – εργασίες την προηγούμενη εβδομάδα βάζοντας σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό.

Εάν δεν είχατε την ευκαιρία την προηγούμενη εβδομάδα να εκτελέσετε την συγκεκριμένη ασχολία – εργασία, παρακαλώ βαθμολογήστε κατά εκτίμηση ποιά απάντηση θα ήταν πιο κοντά στην πραγματικότητα.

Δεν έχει σημασία ποίο χέρι χρησιμοποιήσατε για την εκτέλεση της εργασίας – ασχολίας, παρακαλώ απαντήστε με βάση την ικανότητα με την οποία εκτελέσατε την συγκεκριμένη εργασία - ασχολία, ανεξάρτητα από τον τρόπο με τον οποίο την πραγματοποιήσατε.



QuickDASH

Παρακαλώ βαθμολογήστε την ικανότητα σας κατά την εκτέλεση των ακόλουθων ασχολιών – εργασιών την προηγούμενη εβδομάδα βάζοντας σε κύκλο τον πιο αντιπροσωπευτικό βαθμό δυσκολίας.

	ΚΑΜΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΗΠΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΜΕΤΡΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ
1. Άνοιγμα σφραγισμένου, νέου βάζου.	1	2	3	4	5
2. Εκτέλεση βαριών οικιακών εργασιών (π.χ. πλύσιμο τοίχων, πατωμάτων).	1	2	3	4	5
3. Μεταφορά χαρτοφύλακα ή τσάντας με ψώνια.	1	2	3	4	5
4. Πλύσιμο της πλάτης σας.	1	2	3	4	5
5. Χρήση μαχαιριού για κόψιμο φαγητού.	1	2	3	4	5
6. Ψυχαγωγικές δραστηριότητες στις οποίες απαιτείται χειρονακτική δύναμη (π.χ. μπάσκετ, τένις κ.λ.π.).	1	2	3	4	5

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΕΛΑΦΡΩΣ	ΜΕΡΙΚΩΣ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
7. Κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας σε τι βαθμό το πρόβλημα που αντιμετωπίζεται με τον ώμο, ή τον αγκώνα ή το χέρι σας, επηρέασε τις κοινωνικές σας συναναστροφές με την οικογένεια, τους φίλους, ή τους γείτονες σας; (βάλτε σε κύκλο τον πιο αντιπροσωπευτικό αριθμό).	1	2	3	4	5

	ΚΑΝΕΝΑΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ	ΕΛΑΦΡΩΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ	ΜΕΤΡΙΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ	ΜΕΓΑΛΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ	ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ
8. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, αναγκαστήκατε να περιορίσετε τις δραστηριότητές σας στην εργασία σας ή στην καθημερινή σας ζωή, ως αποτέλεσμα του προβλήματος που αντιμετωπίζεται με τον ώμο, τον αγκώνα ή το χέρι σας; (βάλτε σε κύκλο τον πιο αντιπροσωπευτικό αριθμό).	1	2	3	4	5

Παρακαλώ βαθμολογήστε την ένταση των συμπτωμάτων την περασμένη εβδομάδα. (βάλτε σε κύκλο τον πιο αντιπροσωπευτικό αριθμό).

	ΚΑΜΙΑ ΕΝΟΧΛΗΣΗ	ΕΛΑΦΡΑ ΕΝΟΧΛΗΣΗ	ΜΕΤΡΙΑ ΕΝΟΧΛΗΣΗ	ΜΕΓΑΛΗ ΕΝΟΧΛΗΣΗ	ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΗ ΕΝΟΧΛΗΣΗ
9. Πόνος στον ώμο, ή στον αγκώνα ή στο χέρι.	1	2	3	4	5
10. Μυρμήγκιασμα, μούδιασμα, τσιμπήματα στον ώμο ή στον αγκώνα ή στο χέρι.	1	2	3	4	5

	ΚΑΜΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΗΠΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΜΕΤΡΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΤΟΣΟ ΠΟΛΥ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΟΙΜΗΘΗΚΑ
11. Σε τι βαθμό επηρεάστηκε ο νυκτερινός σας ύπνος κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας λόγω του πόνου στον ώμο ή στον αγκώνα ή στο χέρι; (βάλτε σε κύκλο τον πιο αντιπροσωπευτικό αριθμό).	1	2	3	4	5

Δείκτης ανικανότητας / συμπτωμάτων QuickDASH = $\left[\frac{\left\{ \text{άθροισμα } n \text{ απαντήσεων} \right\}}{n} - 1 \right] \times 25n$, όπου n , ο αριθμός των απαντημένων ερωτήσεων.

Η βαθμολογία του QuickDASH δεν μπορεί να υπολογιστεί εάν λείπουν πάνω από μία απάντηση.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ)

Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν τις επιπτώσεις του προβλήματος σας στην ικανότητα εργασίας σας (συμπεριλαμβανομένων των οικιακών, εάν αυτή είναι η κύρια ενασχόλησή σας).

Παρακαλώ αναφέρετε το επάγγελμά σας: -----

☐ Δεν δουλεύω (μπορείτε να παρακάμψετε το κομμάτι αυτό).

Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιπροσωπεύει την απόδοση σας στην εργασία σας την προηγούμενη εβδομάδα.

Αντιμετωπίσατε κάποια δυσκολία;

	ΚΑΜΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΗΠΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΜΕΤΡΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ
1. Πραγματοποιώντας την δουλειά σας με τον συνήθη τρόπο;	1	2	3	4	5
2. Κάνοντας την συνηθισμένη εργασία σας, λόγω του πόνου στον ώμο ή στον αγκώνα ή στο χέρι;	1	2	3	4	5
3. Στο να πραγματοποιήσετε την εργασία σας τόσο καλά όσο θα θέλατε;	1	2	3	4	5
4. Στο να εκτελέσετε την εργασία σας στο συνηθισμένο χρόνο;	1	2	3	4	5

ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ - ΜΟΥΣΙΚΕΣ/ ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ)

Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν την επίπτωση του προβλήματος του ώμου, ή του αγκώνα ή του χεριού σας στην εκτέλεση αθλητικών – μουσικών/ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, ή και των δύο. Εάν ασκείστε σε περισσότερες από μια αθλητικές δραστηριότητες ή σε μουσικά όργανα (ή και στα δύο), απαντήστε με βάση αυτό που εσείς θεωρείτε πιο σημαντικό για εσάς.

Παρακαλώ αναφέρετε τον τύπο της αθλητικής δραστηριότητας ή μουσικού οργάνου, που θεωρείται πιο σημαντικό για εσάς: -----

☐ Δεν ασχολούμαι με καμία αθλητική δραστηριότητα, ή δεν παίζω κανένα μουσικό όργανο (Μπορείτε να παρακάμψετε τις παρακάτω ερωτήσεις).

Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει την απόδοση σας την προηγούμενη εβδομάδα. Αντιμετωπίσατε κάποια δυσκολία;

	ΚΑΜΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΗΠΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΜΕΤΡΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ
1. Ασκώντας την αγαπημένη σας αθλητική δραστηριότητα – μουσικό όργανο με τον συνήθη τρόπο;	1	2	3	4	5
2. Ασκώντας την αγαπημένη σας αθλητική δραστηριότητα – μουσικό όργανο λόγω του πόνου στον ώμο ή στον αγκώνα ή στο χέρι σας;	1	2	3	4	5
3. Στο να ασκηθείτε όσο καλά όσο θα θέλατε στην αγαπημένη σας αθλητική δραστηριότητα – μουσικό όργανο;	1	2	3	4	5
4. Στο να ασκείται την αγαπημένη σας αθλητική δραστηριότητα – μουσικό όργανο στο συνηθισμένο χρόνο;	1	2	3	4	5

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ: Προσθέστε την βαθμολογία κάθε απάντησης, διαιρέστε το σύνολο δια 4, αφαιρέστε 1 και πολλαπλασιάστε επί 25.

Η βαθμολογία του προαιρετικού τμήματος δεν μπορεί να υπολογιστεί εάν λείπουν οποιεσδήποτε επί μέρους απαντήσεις.

Οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων είναι οι εξής:

1. Περιγραφική στατιστική. (συχνότητες, σχετικές συχνότητες, αθροιστικές συχνότητες, μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις)
2. ANOVA (Analysis of variance). (Ανάλυση διακύμανσης)
3. Pearson Correlation. (Συντελεστής συσχέτισης του Pearson)
4. Multinomial logistic regression. (Πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση)
5. Regression analysis. (Ανάλυση παλινδρόμησης)
6. χ^2 τεστ ανεξαρτησίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

α. Αποτελέσματα που αφορούν στη λειτουργικότητα του άνω άκρου

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συμπλήρωση του Quick Dash ερωτηματολογίου βρέθηκε η τιμή του δείκτη ανικανότητας 24,4 (Πίνακας 9). Σημειώνουμε ότι τα αποτελέσματα του Quick Dash διαπιστώνονται σε μια κλίμακα διαβάθμισης από το 0- 100, που είναι αναλογική του αποτελέσματος. Δηλαδή, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός του δείκτη ανικανότητας που προκύπτει, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ανικανότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Descriptive Statistics

	N	Mean
Δείκτης_ανικανότητας	95	24,4498
Valid N (listwise)	95	

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα η μέση τιμή του δείκτη ανικανότητας είναι 24,4,

Βρέθηκε ότι ο δείκτης ανικανότητας δε συσχετίζεται στατιστικά με τη θεραπεία (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία) που έχει εφαρμοστεί ($p\text{-value} = 0,539 > \alpha = 0,05$), ούτε με τον αριθμό των λεμφαδένων που έχουν αφαιρεθεί ($p\text{-value} = 0,440 > \alpha = 0,05$), ούτε με την ηλικία ($p\text{-value} = 0,749 > \alpha = 0,05$) σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. (Πίνακας 10)

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Δείκτης_ανικανότητας

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	3414,743 ^a	6	569,124	1,544	,174	,100
Intercept	805,743	1	805,743	2,186	,143	,026
V5	595,436	2	297,718	,808	,449	,019
V4	2381,963	1	2381,963	6,462	,013	,072
V7_new	459,156	2	229,578	,623	,539	,015
V47	38,023	1	38,023	,103	,749	,001
Error	30595,875	83	368,625			
Total	85480,372	90				
Corrected Total	34010,618	89				

a. R Squared = ,100 (Adjusted R Squared = ,035)

[Μέθοδος Ανάλυσης: ANOVA (Analysis of variance)]

Ο δείκτης ανικανότητας είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που έχουν υποστεί ολική μαστεκτομή (μέσος όρος 26,617), σε σχέση με εκείνες που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση μερικής μαστεκτομής (μέσος όρος 15,084) (*Πίνακας 11, Διάγραμμα 1*)

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

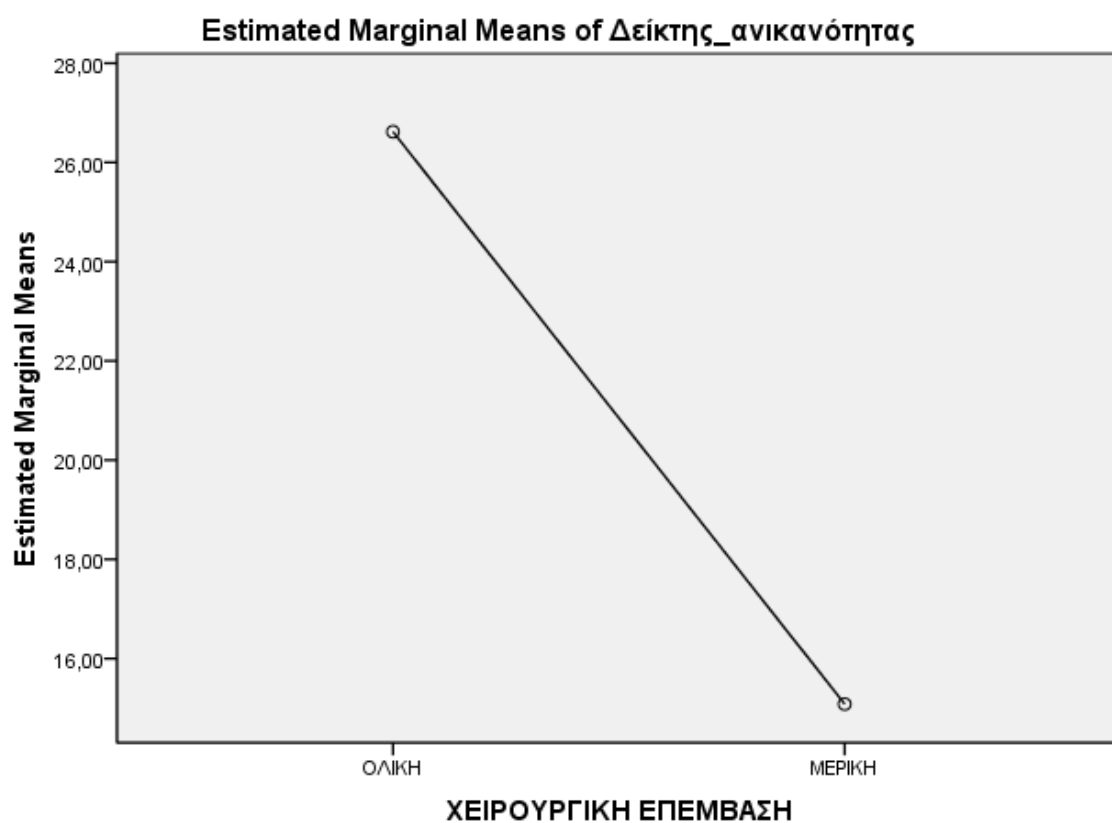
Estimates

Dependent Variable: Δείκτης_ανικανότητας

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ΟΛΙΚΗ	26,617 ^a	6,014	14,656	38,579
ΜΕΡΙΚΗ	15,084 ^a	5,342	4,458	25,709

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values:
Ηλικία = 57,63.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 57,63

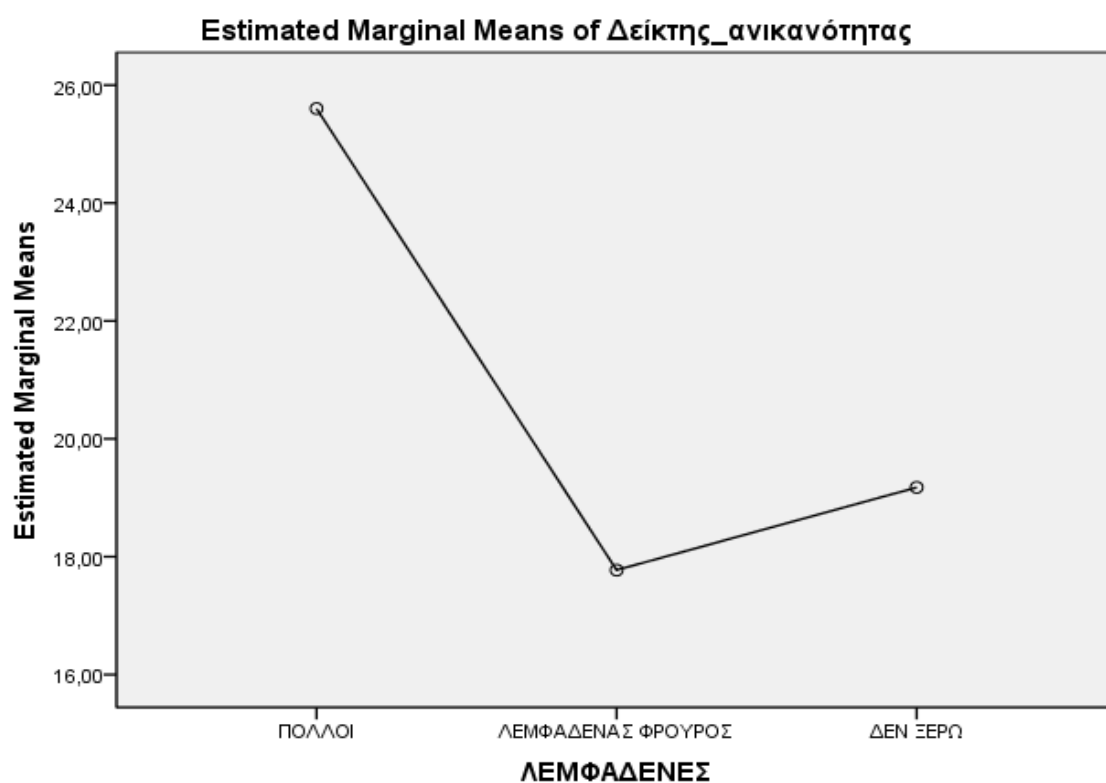
Επίσης, ο δείκτης ανικανότητας είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που τους έχουν αφαιρεθεί πολλοί λεμφαδένες (μέσος όρος 25,603), σε σχέση με αυτές που τους έχει αφαιρεθεί μόνο ο λεμφαδένας φρουρός (μέσος όρος 17,773) (Πίνακας 12, Διάγραμμα 2)

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Dependent Variable: Δείκτης_ανικανότητας

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ΠΟΛΛΟΙ	25,603 ^a	2,565	20,502	30,705
ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ ΦΡΟΥΡΟΣ	17,773 ^a	14,141	-10,352	45,898
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	19,176 ^a	4,908	9,414	28,937

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 57,63

Όσον αναφορά τη συσχέτιση του δείκτη ανικανότητας με τις συνεπακόλουθες θεραπείες φάνηκε ότι είναι μεγαλύτερος όταν οι γυναίκες υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία (μέσος όρος= 25,033), σε σχέση με αυτές που υποβάλλονται σε συστηματική θεραπεία (μέσος όρος= 16,777) (Πίνακας 13, Διάγραμμα 3)

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

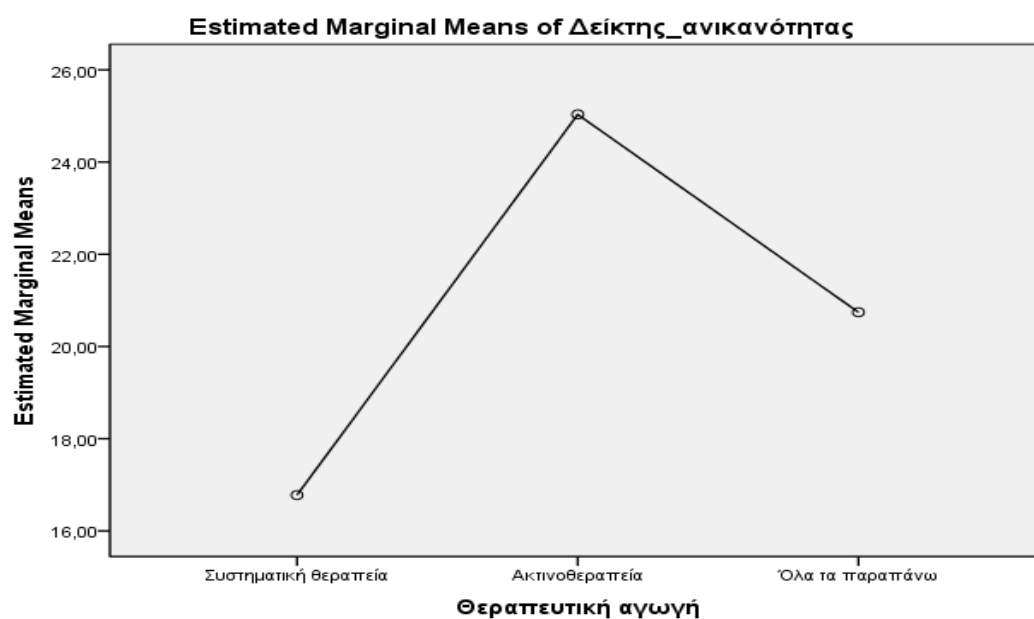
Estimates

Dependent Variable: Δείκτης_ανικανότητας

Θεραπευτική αγωγή	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Συστηματική θεραπεία (χημειο-, ορμονοθεραπεία)	16,777 ^a	6,035	4,772	28,781
Ακτινοθεραπεία	25,033 ^a	7,668	9,782	40,284
Όλα τα παραπάνω	20,742 ^a	5,146	10,507	30,977

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 57,63.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 57,63

Σε σχέση με την ηλικία, ο δείκτης ανικανότητας δεν επηρεάζεται στατιστικά από αυτή σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, σύμφωνα με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson ($p\text{-value} = 0,690 > \alpha = 0,05$). Όμως, επειδή ο συντελεστής συσχέτισης προκύπτει θετικός (0,042), αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία θα αυξάνεται και ο δείκτης ανικανότητας (*Πίνακας 14*)

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

Correlations

		Δείκτης_ανικανότητας	Ηλικία
Δείκτης_ανικανότητας	Pearson Correlation	1	,042
	Sig. (2-tailed)		,690
	N	95	94
Ηλικία	Pearson Correlation	,042	1
	Sig. (2-tailed)	,690	
	N	94	103

Ο σωματικός πόνος δε συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης, ολική ή μερική μαστεκτομή ($p\text{-value} = 0,173 > \alpha = 0,05$), ούτε συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τον αριθμό των λεμφαδένων που έχουν αφαιρεθεί ($p\text{-value} = 0,284 > \alpha = 0,05$), ούτε με την ηλικία ($p\text{-value} = 0,174 > \alpha = 0,05$) σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όμως, επηρεάζεται στατιστικά από τη θεραπεία που έχει εφαρμοστεί σε επίπεδο σημαντικότητας 10% ($p\text{-value} = 0,099 < \alpha = 0,05$) (*Πίνακας 15*).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Πόνος

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	7,000 ^a	6	1,167	1,624	,150	,099
Intercept	18,764	1	18,764	26,120	,000	,227
V5	1,837	2	,918	1,278	,284	,028
V4	1,356	1	1,356	1,888	,173	,021
V7_new	3,410	2	1,705	2,374	,099	,051
V47	1,351	1	1,351	1,880	,174	,021
Error	63,935	89	,718			
Total	433,250	96				
Corrected Total	70,935	95				

a. R Squared = ,099 (Adjusted R Squared = ,038)

[Μέθοδος ανάλυσης : ANOVA (Analysis of variance)]

Ο πόνος είναι μεγαλύτερος:

α) στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή (μέσος όρος 2,029) σε σχέση με αυτές που έχουν υποβληθεί σε μερική μαστεκτομή (μέσος όρος 1,762) (Πίνακας 16, Διάγραμμα 4).

β) στις γυναίκες που τους έχουν αφαιρεθεί πολλοί λεμφαδένες (μέσος όρος 2,131), σε σχέση με αυτές που τους έχει αφαιρεθεί μόνο ο λεμφαδένας φρουρός (μέσος όρος 1,780) (Πίνακας 17, Διάγραμμα 5).

γ) στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία (μέσος όρος 1,652), σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε συστηματική θεραπεία (χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία) (μέσος όρος 1,834) (Πίνακας 18, Διάγραμμα 6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

Estimates

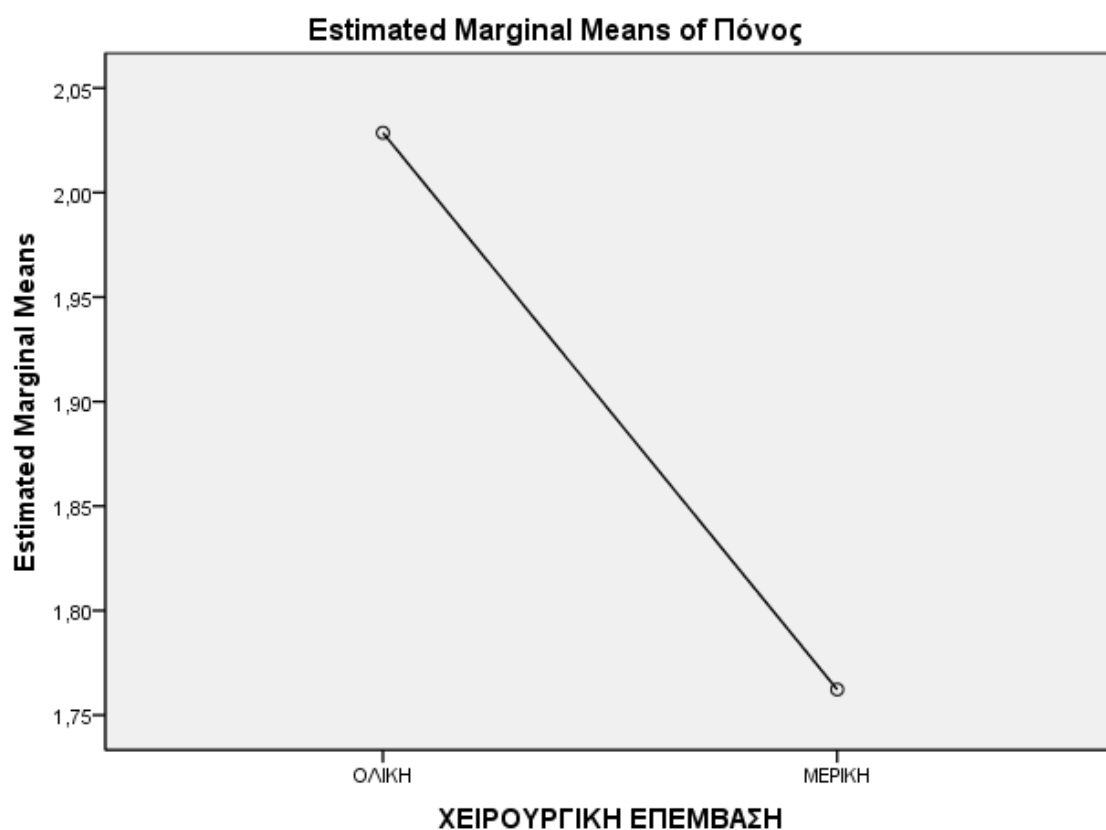
Dependent Variable: Πόνος

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ΟΛΙΚΗ	2,029 ^a	,261	1,510	2,547
ΜΕΡΙΚΗ	1,762 ^a	,232	1,302	2,222

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values:

Ηλικία = 57,69.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 57,69

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

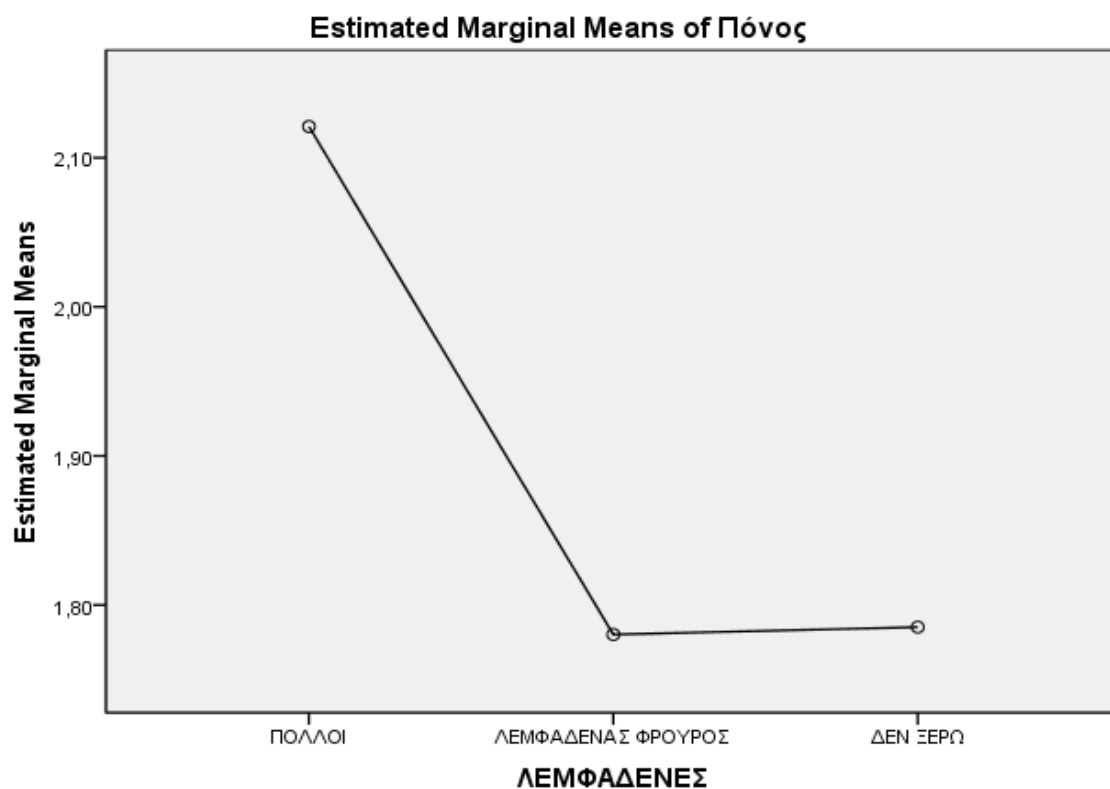
Estimates

Dependent Variable: Πόνος

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ΠΟΛΛΟΙ	2,121 ^a	,110	1,903	2,339
ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ ΦΡΟΥΡΟΣ	1,780 ^a	,624	,541	3,019
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	1,785 ^a	,195	1,397	2,173

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 57,69.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 57,69

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

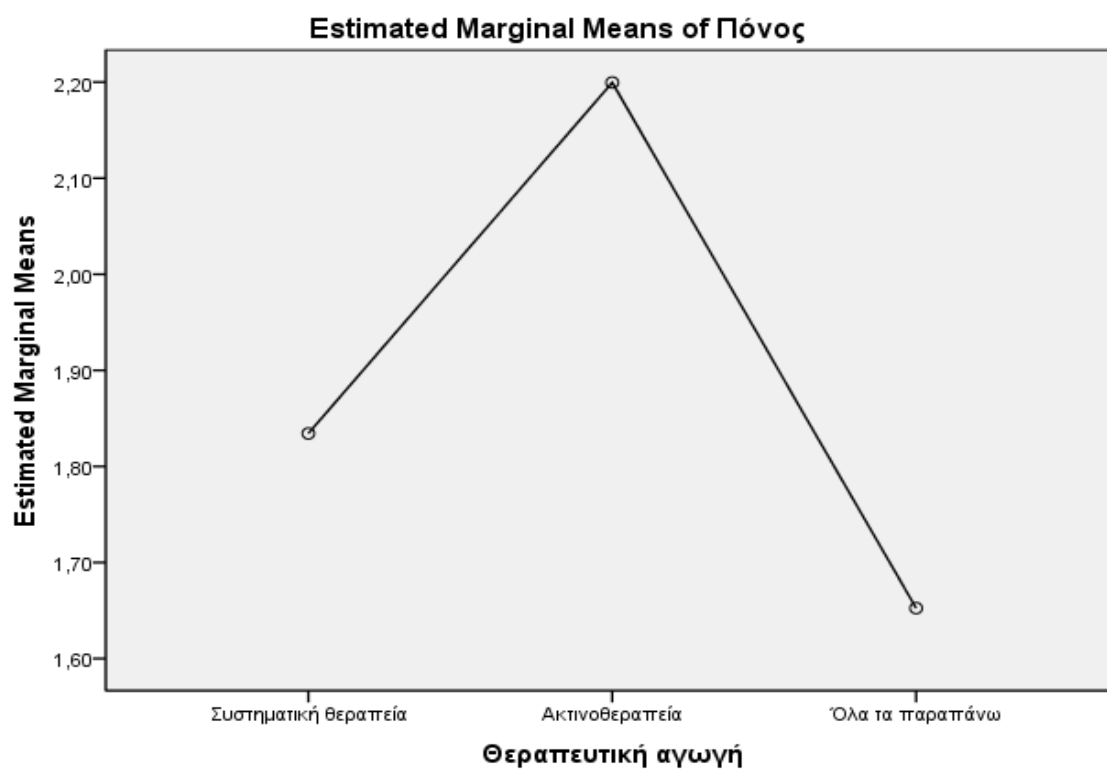
Estimates

Dependent Variable: Πόνος

Θεραπευτική αγωγή	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Συστηματική θεραπεία	1,834 ^a	,264	1,311	2,358
Ακτινοθεραπεία	2,200 ^a	,323	1,558	2,841
Όλα τα παραπάνω	1,652 ^a	,223	1,209	2,095

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 57,69.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 57,69

Αν και ο πόνος δεν επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από την ηλικία σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, σύμφωνα με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson ($p\text{-value} = 0,263 > \alpha = 0,05$), όμως επειδή ο συντελεστής συσχέτισης προκύπτει αρνητικός (-0,113), αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, θα μειώνεται ο πόνος (Πίνακας 19).

ΠΙΝΑΚΑΣ 19

Correlations

		Πόνος	Ηλικία
Πόνος	Pearson Correlation	1	-,113
	Sig. (2-tailed)		,263
	N	101	100
Ηλικία	Pearson Correlation	-,113	1
	Sig. (2-tailed)	,263	
	N	100	103

Ο πόνος επηρεάζει τον νυκτερινό ύπνο σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p\text{-value} = 0,000 < \alpha = 0,05$), δηλαδή η αύξηση του πόνου διαταράσσει τον ύπνο των γυναικών (Πίνακας 20i και 20ii, Διάγραμμα 7). Επίσης, ο περιορισμός των δραστηριοτήτων επηρεάζεται από τον πόνο σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p\text{-value} = 0,000 < \alpha = 0,05$), δηλαδή όσο αυξάνεται ο πόνος τόσο περιορίζονται οι δραστηριότητες (Πίνακας 21, Διάγραμμα 8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 20i

Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	141,054	73,883	4	,000
Πόνος	101,808	34,637	4	,000

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

[Μέθοδος ανάλυσης : Multinomial logistic regression]

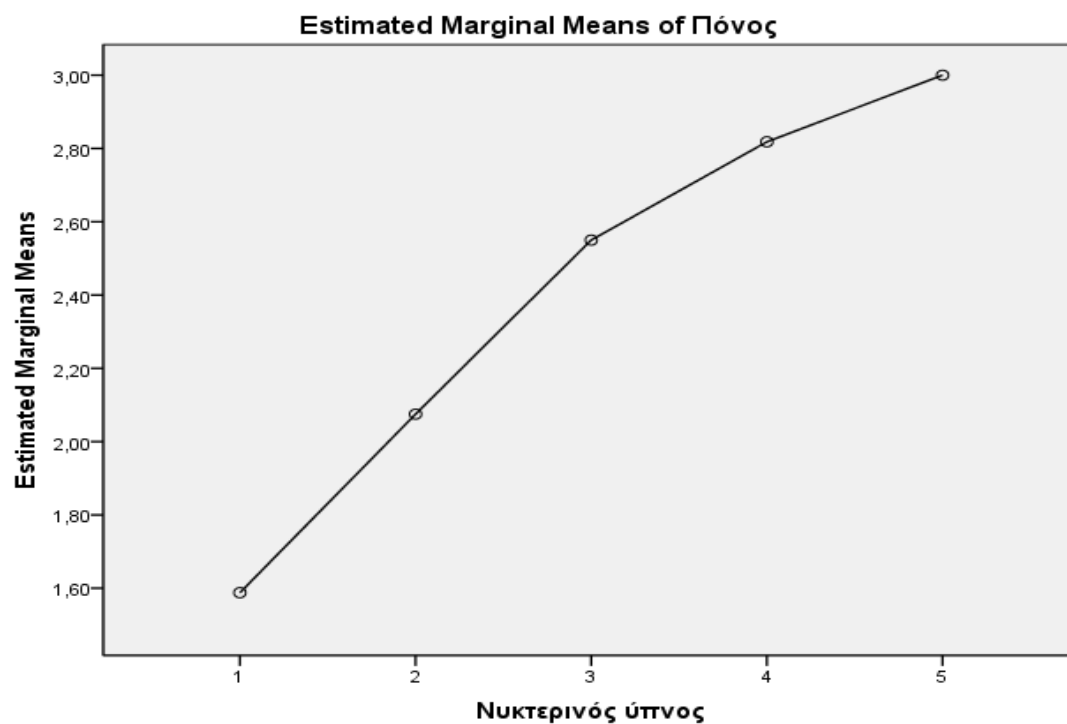
ΠΙΝΑΚΑΣ 20ii

Estimates

Dependent Variable: Πόνος

Νυκτερινός ύπνος	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1	1,588	,095	1,399	1,777
2	2,075	,161	1,756	2,394
3	2,550	,227	2,099	3,001
4	2,818	,217	2,388	3,248
5	3,000	,415	2,177	3,823

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7



ΠΙΝΑΚΑΣ 21

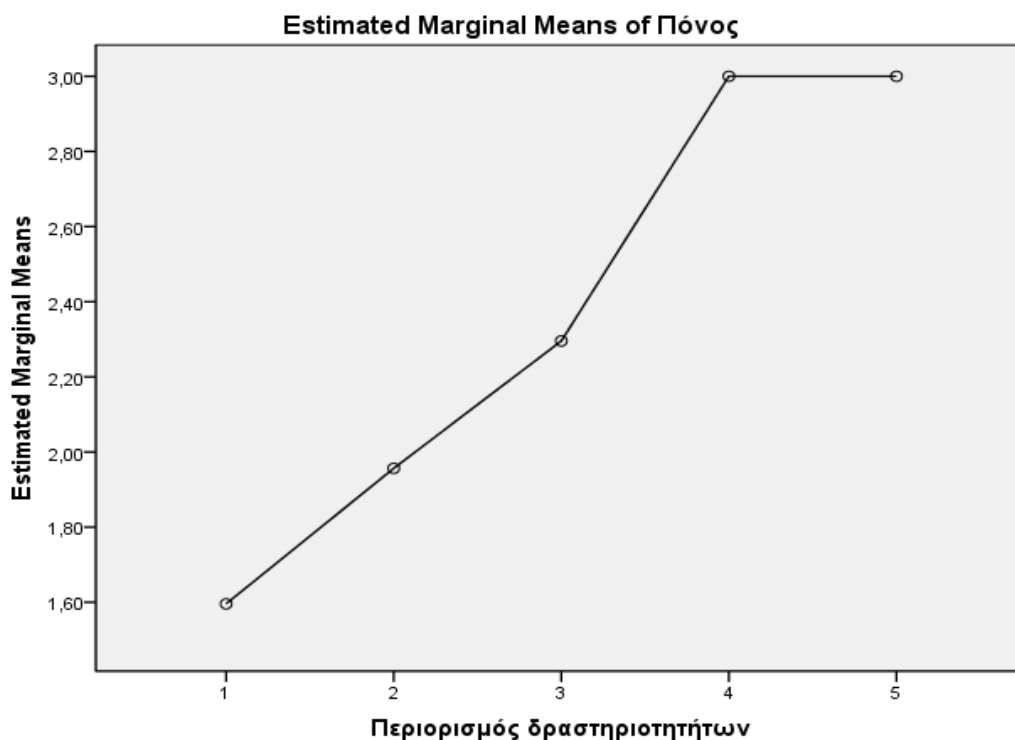
Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	108,659	51,696	4	,000
Πόνος	83,893	26,930	4	,000

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

[Μέθοδος ανάλυσης : Multinomial logistic regression]

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8



Στον Πίνακα 22i και 22ii παρατίθεται ο μέσος όρος του δείκτη ανικανότητας ανά επάγγελμα. Στο *διάγραμμα πίτας 8* παρατίθενται το εκατοστιαίο ποσοστό ανά επάγγελμα, μετά από κατηγοριοποίηση αυτών. Τα επαγγέλματα που συναντήσαμε ήταν ιδιοκτήτρια mini market και ιδιοκτήτρια εστιατορίου και οικογενειακής επιχείρησης, αγρότισσα, αισθητικός, γυμνάστρια, δημόσιος υπάλληλος, δικηγόρος, εκπαιδευτικός, κομμώτρια, έμπορος, χειρίστρια ηλεκτρονικών υπολογιστών, ιατρός, ιδιωτικός υπάλληλος, καθαρίστρια, υπάλληλος ΚΑΠΗ, λογίστρια, μοδίστρια, νοσηλεύτρια, στέλεχος εταιρείας, παιδαγωγός, συναντήσαμε μία φοιτήτρια και μία μοναχή και σε πλειοψηφία συναντήσαμε γυναίκες συνταξιούχους και γυναίκες που κύρια ασχολία τους είναι οι οικιακές εργασίες. Οι κατηγορίες που δημιουργήσαμε είναι οι εξής

επτά: έμπορος, εκπαιδευτικός, κομμώτρια, υπάλληλος γραφείου, ιατρικά επαγγέλματα, χειρωνακτικά επαγγέλματα και συνταξιούχος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22i

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΜΠΟΡΟΣ	5	4,8	5,3	5,3
	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	6	5,8	6,4	11,7
	ΚΟΜΜΩΤΡΙΑ	3	2,9	3,2	14,9
	ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	11	10,6	11,7	26,6
	ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	3	2,9	3,2	29,8
	ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	42	40,4	44,7	74,5
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	24	23,1	25,5	100,0
	Total	94	90,4	100,0	
Missing	System	10	9,6		
Total		104	100,0		

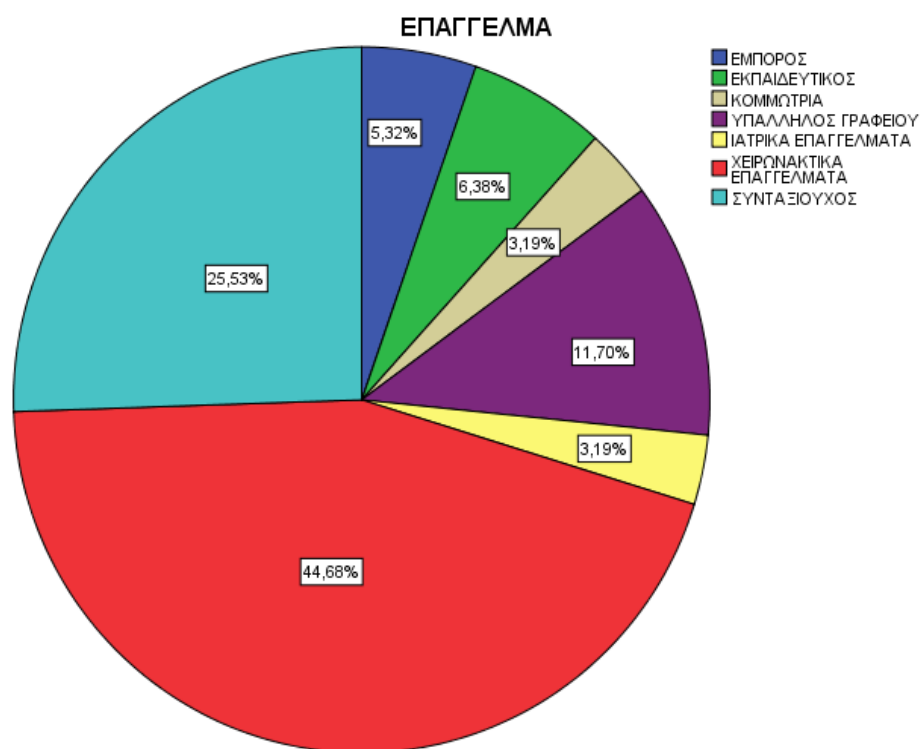
ΠΙΝΑΚΑΣ 22ii

Report

Δείκτης_ανικανότητας

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Mean	N	Std. Deviation
ΕΜΠΟΡΟΣ	33,5227	4	20,61177
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	16,2879	6	20,29822
ΚΟΜΜΩΤΡΙΑ	37,8788	3	41,24442
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	21,9008	11	14,16669
ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	11,3636	3	9,90659
ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	25,5383	38	17,09297
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	22,2332	23	21,64745
Total	23,8895	88	19,19213

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 8



Στον Πίνακα 23, παρατίθενται ο μέσος όρος του δείκτη ανικανότητας ανά αθλητική ή ψυχαγωγική δραστηριότητα. Από τις γυναίκες που δήλωσαν ότι ασχολούνται με κάποια δραστηριότητα ανέφεραν αθλητική δραστηριότητα (γυμναστήριο, αεροβική, διάδρομος, ποδήλατο, κολύμπι, περπάτημα, χορός), κάποιες ασχολούνται με τον εθελοντισμό και τη συμμετοχή τους σε διάφορους συλλόγους. Άλλες ασχολούνται με τη ζωγραφική, τη μουσική, τη φωτογραφία, τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, τις ξένες γλώσσες, την κηπουρική και εργασίες όπως το κέντημα και το πλέξιμο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23

Report

Δείκτης_ανικανότητας

ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	Mean	N	Std. Deviation
	25,6016	68	20,00531
ΑΕΡΟΒΙΚΗ	75,0000	1 .	
ΒΙΒΛΙΑ	15,9091	1 .	
ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ	9,0909	1 .	
ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ- ΜΠΑΣΚΕΤ-ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ- ΡΑΚΕΤΕΣ	11,3636	1 .	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	14,7727	2	4,82118
ΔΙΑΔΡΟΜΟΣ	59,0909	1 .	
ΔΙΑΔΡΟΜΟΣ-ΠΟΔΗΛΑΤΟ	6,8182	1 .	
ΕΘΕΛΟΝΤΗΣ	,0000	1 .	
ΖΩΓΡΑΦΙΚΗ	31,8182	1 .	
Η/Υ	13,6364	1 .	
ΚΕΝΤΗΜΑ	38,6364	1 .	

ΚΕΝΤΗΜΑ-ΠΛΕΞΙΜΟ-ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ	,0000	1	.	
ΚΗΠΟΥΡΙΚΗ	20,4545	1	.	
ΚΟΛΥΜΠΙ	13,6364	4		11,28762
ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΚΙΝΗΜΑΤΟΣ	31,8182	1	.	
ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ	4,5455	1	.	
ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ- ΧΟΡΩΔΙΑ-ΜΟΥΣΙΚΟΣ	11,3636	1	.	
ΠΙΑΝΟ	13,6364	1	.	
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΣΥΛΛΟΓΟ	36,3636	2		9,64237
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ	18,1818	1	.	
ΧΟΡΟΣ	36,3636	1	.	
ΧΟΡΩΔΙΑ	27,2727	1	.	
Total	24,4498	95		19,40606

Κάποια γενικότερα και τελικά συμπεράσματα είναι ότι ο πόνος δεν επηρεάζεται στατιστικά από το μορφωτικό επίπεδο ($p\text{-value}= 0,357 > \alpha=0,05$) και την ηλικία ($p\text{-value}= 0,192 > \alpha=0,05$) σε επίπεδο σημαντικότητας 5% (Πίνακας 24). Ωστόσο παρατηρούμε ότι ο πόνος είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που έχουν σπουδές μέχρι το γυμνάσιο (μέσος όρος 2,270) σε σχέση με αυτές που έχουν σπουδές μέχρι το λύκειο (μέσος όρος 1,837) ή που έχουν πανεπιστημιακές σπουδές (μέσος όρος 1,901) (Πίνακας 25, Διάγραμμα 9). Παρατηρούμε τέλος ότι ο δείκτης ανικανότητας επηρεάζεται από τον πόνο ($p\text{-value}= 0,000 < \alpha=0,05$) σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Επίσης, επειδή ο αντίστοιχος συντελεστής του πόνου προκύπτει θετικός (16,197) συμπεραίνουμε ότι όσο θα αυξάνεται ο πόνος θα αυξάνεται και ο δείκτης ανικανότητας. (Πίνακας 26)

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Πόνος

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	2,941 ^a	3	,980	1,352	,263	,047
Intercept	19,088	1	19,088	26,334	,000	,241
V23	1,511	2	,755	1,042	,357	,024
V47	1,254	1	1,254	1,730	,192	,020
Error	60,163	83	,725			
Total	381,750	87				
Corrected Total	63,103	86				

a. R Squared = ,047 (Adjusted R Squared = ,012)

[Μέθοδος ανάλυσης ANOVA (Analysis of Variance)]

ΠΙΝΑΚΑΣ 25

Estimates

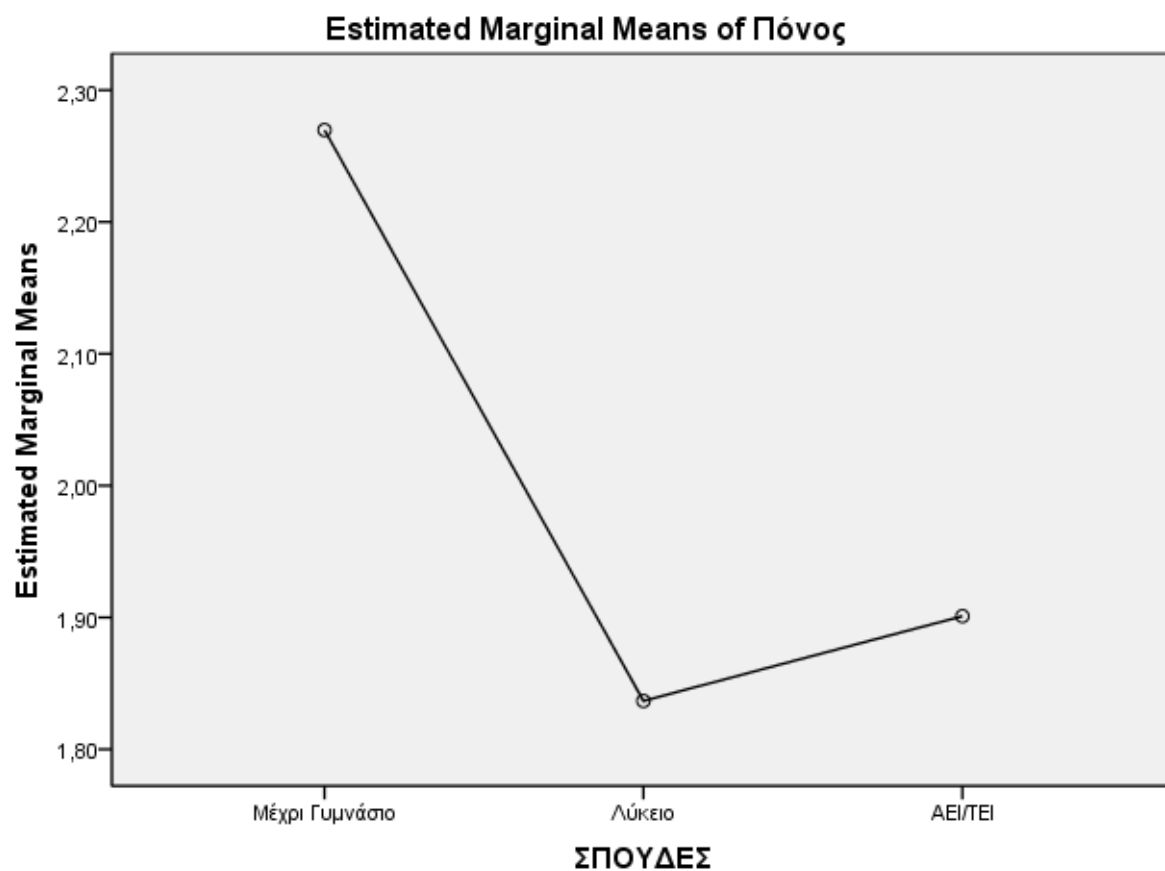
Dependent Variable: Πόνος

ΣΠΟΥΔΕΣ	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Μέχρι Γυμνάσιο	2,270 ^a	,270	1,733	2,806
Λύκειο	1,837 ^a	,137	1,563	2,110
ΑΕΙ/ΤΕΙ	1,901 ^a	,144	1,614	2,188

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values:

Ηλικία = 56,91.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 56,91

ΠΙΝΑΚΑΣ 26

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	-7,091	3,527		-2,011	,047
Πόνος	16,197	1,661	,711	9,754	,000

a. Dependent Variable: Δείκτης_ανικανότητας
[Μέθοδος ανάλυσης : Regression analysis]

β. Αποτελέσματα που αφορούν στη συντροφική σχέση

Αρχικά, όσον αφορά στη συντροφική σχέση των δεσμευμένων γυναικών ζητήσαμε να μας περιγράψουν σύντομα και κατά προτεραιότητα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στο γάμο τους και να σημειώσουν τις κλίμακες που παρατίθενται στο ερωτηματολόγιο «Γενική αξιολόγηση προβλημάτων στη σχέση», πόσο σοβαρά θεωρούν ότι είναι τα προβλήματα αυτά και πόσο άγχος τους δημιουργούν. Είναι εντυπωσιακό πως μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 2,6% ανέφερε ότι αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα με το σύντροφο. Οι περισσότερες ερωτηθείσες εστίαζαν στο γεγονός ότι δεν είχαν να αντιμετωπίσουν επουσιώδη προβλήματα με το σύζυγο. Τόνιζαν ότι τα προβλήματα που προέκυπταν από την ασθένεια και από τους συνεπακόλουθους, συναισθηματικής φύσης προβληματισμούς ήταν τα προβλήματα που προέκυπταν στη σχέση τους. Δηλαδή, οι εντάσεις στη σχέση τους προέρχονταν από τις ίδιες.

Εμείς κατηγοριοποιήσαμε αυτά τα προβλήματα και διεπιστώσαμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών (28,9%) δήλωνε ότι ένιωθε άσχημα με το αισθητικό αποτέλεσμα. Αυτό είχε να κάνει κυρίως με την εικόνα του σώματος μετά από αφαίρεση όλου του στήθους (πολύ λιγότερο σε περίπτωση ογκεκτομής), με τις ουλές, με το αποτέλεσμα των ακτινοθεραπειών και με το πιθανό λεμφοίδημα άνω άκρου που αναπτυσσόταν.

Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό (21,1%) δήλωνε σεξουαλικό πρόβλημα. Αυτό προέκυπτε και ως αποτέλεσμα της εικόνας του σώματος. Πολλές γυναίκες μας εκμυστηρεύτηκαν ότι κατά τη σεξουαλική επαφή δεν έβγαζαν τη μπλούζα τους. Επίσης, σεξουαλικό πρόβλημα προέκυπτε λόγω της φαρμακευτικής αγωγής στην οποία υποβάλλονται, η οποία δημιουργεί συνήθως προβλήματα όπως μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, ξηρότητα του κόλπου, δυσπαρευνία. Σεξουαλικό πρόβλημα, όμως προέκυπτε και από τη δική τους κακή, αλλά δικαιολογημένη ψυχολογική διάθεση.

Η κακή ψυχολογική διάθεση περιγραφόταν από πολλές γυναίκες (17,1%) ως κατάθλιψη, στεναχώρια, ψυχολογική δυσφορία και χαρακτηριστική ήταν η έκφραση *«με πήρε από κάτω και ακόμη δε μπορώ να συνέλθω»*. Κάποιες

έχαναν τον ύπνο τους, ενώ αρκετές μας δήλωναν ότι κατέφευγαν σε επιπρόσθετα φαρμακευτικά σκευάσματα για να αντιμετωπίσουν τη θλίψη τους και τα προβλήματα ύπνου. Απ' την άλλη πλευρά αρκετές γυναίκες (11,8%) δήλωναν ότι «απέκτησαν νεύρα», τα οποία εκτονώνανε στο σύντροφό τους δημιουργώντας καβγάδες. *«Όχι μόνο δε μου έχει δημιουργήσει πρόβλημα, αλλά αντιθέτως εγώ του προκαλώ και άλλα»*, έλεγαν για τους συντρόφους τους οι γυναίκες, εκείνες που δήλωναν ψυχολογική ένταση και έντονο στρες.

Αυτό, όμως που προκαλούσε ιδιαίτερη δυσφορία ήταν εκείνες οι γυναίκες (11.8%) που τόνιζαν ότι τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν στο σπίτι ήταν πολύ σημαντικότερα από αυτό το πρόβλημα που προέκυψε στο στήθος τους. Μάνες που ήταν και φροντιστές παιδιών με ειδικές ανάγκες ή γυναίκες που είχαν να φροντίσουν μάνα ή σύντροφο με ανίατες ασθένειες όπως η νόσος Alzheimer και ο καρκίνος, ανεργία στην οικογένεια, σοβαρά οικονομικά προβλήματα και άλλα τέτοια, έκαναν πολλές μαστεκτομηθείσες γυναίκες να απαξιούν το δικό τους πρόβλημα, σε σχέση με αυτά που ήδη αντιμετώπιζαν. Ο φόβος αυτών των γυναικών για το μέλλον εκφραζόταν ιδιαίτερα έντονα.

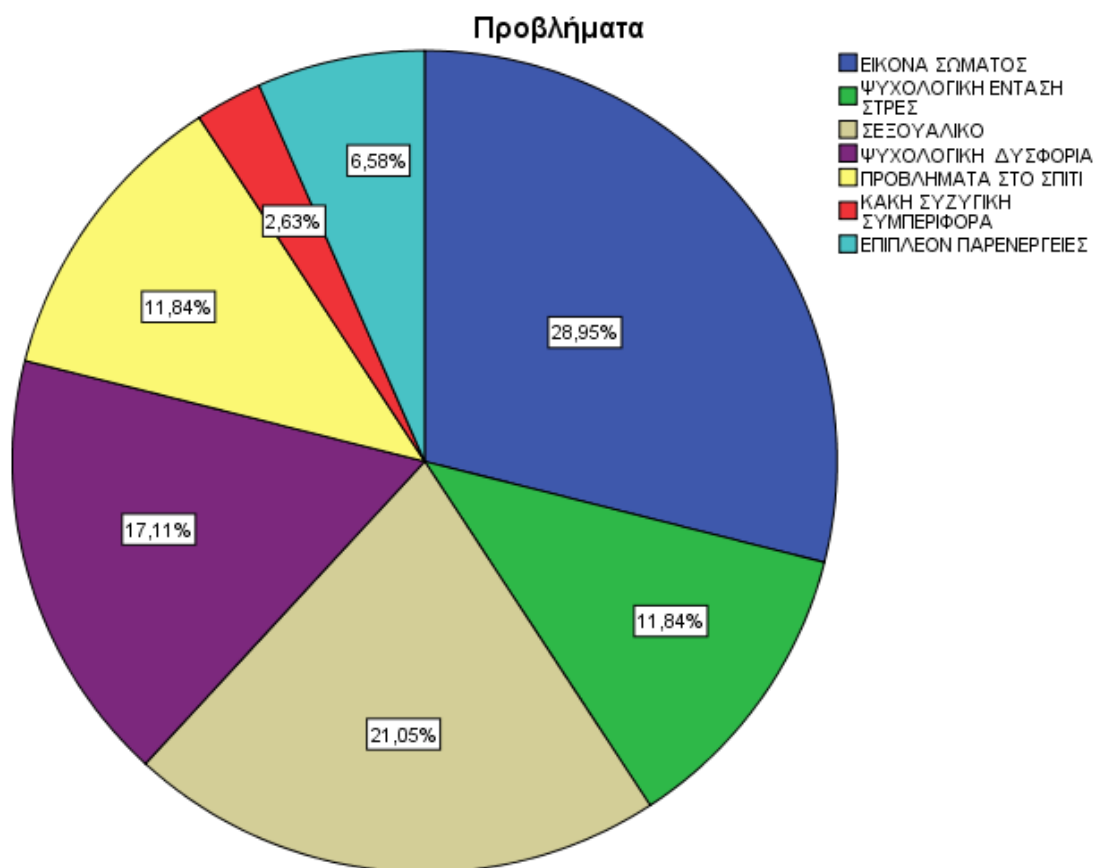
Μόλις δύο ήταν οι γυναίκες που αναφέρθηκαν σε έναν πραγματικά κακό σύζυγο. Συγκεκριμένα η μία αρνήθηκε να μας μιλήσει με λεπτομέρειες, αντιθέτως η άλλη ανοίχτηκε αρκετά και μας ανέφερε δηλώσεις του συζύγου όπως *«Εσύ έχεις καρκίνο τώρα, θα πεθάνεις σε λίγο»*.

Αξιοσημείωτο είναι ότι κάποιες γυναίκες (6,6%) μας παρουσίασαν ως πρόβλημα τις παρενέργειες που δημιουργεί τόσο ο καρκίνος όσο και οι συνεπακόλουθες θεραπείες. Μας μίλησαν για ατονία σωματική και ψυχολογική, για μειωμένη πνευματική διαύγεια, για έντονη κόπωση, για ναυτία και εμμετό και άλλες τέτοιες παρενέργειες που δυσκολεύουν τη ζωή τους (*Πίνακας 27, Διάγραμμα Πίτας 9*).

ΠΙΝΑΚΑΣ 27**Προβλήματα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ	22	28,9	28,9	28,9
	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΣΤΡΕΣ	9	11,8	11,8	40,8
	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟ	16	21,1	21,1	61,8
	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ	13	17,1	17,1	78,9
	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	9	11,8	11,8	90,8
	ΚΑΚΗ ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	2	2,6	2,6	93,4
	ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	5	6,6	6,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 9



Στους *Πίνακες 28 και 29*, παρουσιάζεται η συνάφεια των προβλημάτων που αναφέρουν οι σε σχέση γυναίκες, με το άγχος που τους προκαλεί το κάθε πρόβλημα και πόσο σοβαρό είναι για αυτές.

Ένα μικρό ποσοστό από όλες τις γυναίκες (μόνες και παντρεμένες) δήλωσαν από μόνες τους (αυθόρμητα) ότι φοβούνται την υποτροπή (*Πίνακας 30*). Στην προσπάθεια μας να αξιολογήσουμε αυτό το φόβο, τον συσχετίσαμε με τον πόνο και διαπιστώσαμε ότι ο φόβος υποτροπής δεν επηρεάζεται από τον πόνο σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p\text{-value} = 0,297 > \alpha = 0,05$) (*Πίνακας 31*).

ΠΙΝΑΚΑΣ 28

Crosstab

			Μου προκαλεί άγχος				Total
			πολύ	αρκετό	μέτριο	καθόλου έως ελάχιστο	
Προβλήματα	ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ	Count	8	3	5	3	19
		% within Προβλήματα	42,1%	15,8%	26,3%	15,8%	100,0%
	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΣΤΡΕΣ	Count	4	0	1	1	6
		% within Προβλήματα	66,7%	,0%	16,7%	16,7%	100,0%
	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟ	Count	7	3	2	1	13
		% within Προβλήματα	53,8%	23,1%	15,4%	7,7%	100,0%
	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ	Count	5	1	3	2	11
		% within Προβλήματα	45,5%	9,1%	27,3%	18,2%	100,0%
	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	Count	3	0	4	1	8
		% within Προβλήματα	37,5%	,0%	50,0%	12,5%	100,0%
	ΚΑΚΗ ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	Count	2	0	0	0	2
		% within Προβλήματα	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	Count	0	2	0	2	4
		% within Προβλήματα	,0%	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
Total		Count	29	9	15	10	63
		% within Προβλήματα	46,0%	14,3%	23,8%	15,9%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 29

			Νομίζω ότι είναι			Total
			πολύ σοβαρό	αρκετά	ελάχιστα σοβαρό έως μέτρια	
Προβλήματα	ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ	Count	8	3	8	19
		% within Προβλήματα	42,1%	15,8%	42,1%	100,0%
	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΣΤΡΕΣ	Count	5	0	1	6
		% within Προβλήματα	83,3%	,0%	16,7%	100,0%
	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟ	Count	8	3	2	13
		% within Προβλήματα	61,5%	23,1%	15,4%	100,0%
	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ	Count	5	3	3	11
		% within Προβλήματα	45,5%	27,3%	27,3%	100,0%
	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	Count	2	2	4	8
		% within Προβλήματα	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	ΚΑΚΗ ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	Count	2	0	0	2
		% within Προβλήματα	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	Count	0	3	1	4
		% within Προβλήματα	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	Total	Count	30	14	19	63
		% within Προβλήματα	47,6%	22,2%	30,2%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 30

Φόβος_υποτροπής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	7	6,7	6,7	6,7
	Όχι	97	93,3	93,3	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Παρατηρούμε ότι 6,7% δηλώνει ότι φοβάται για υποτροπή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Πόνος

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F
Corrected Model	,217 ^a	1	,217	,297
Intercept	91,801	1	91,801	125,645
Φόβος_υποτροπής	,217	1	,217	,297
Error	72,333	99	,731	
Total	458,750	101		
Corrected Total	72,550	100		

a. R Squared = ,003 (Adjusted R Squared = -,007)

[Μέθοδος ανάλυσης : ANOVA (Analysis of Variance)]

Συσχέτιση φόβου υποτροπής με το πόνο]

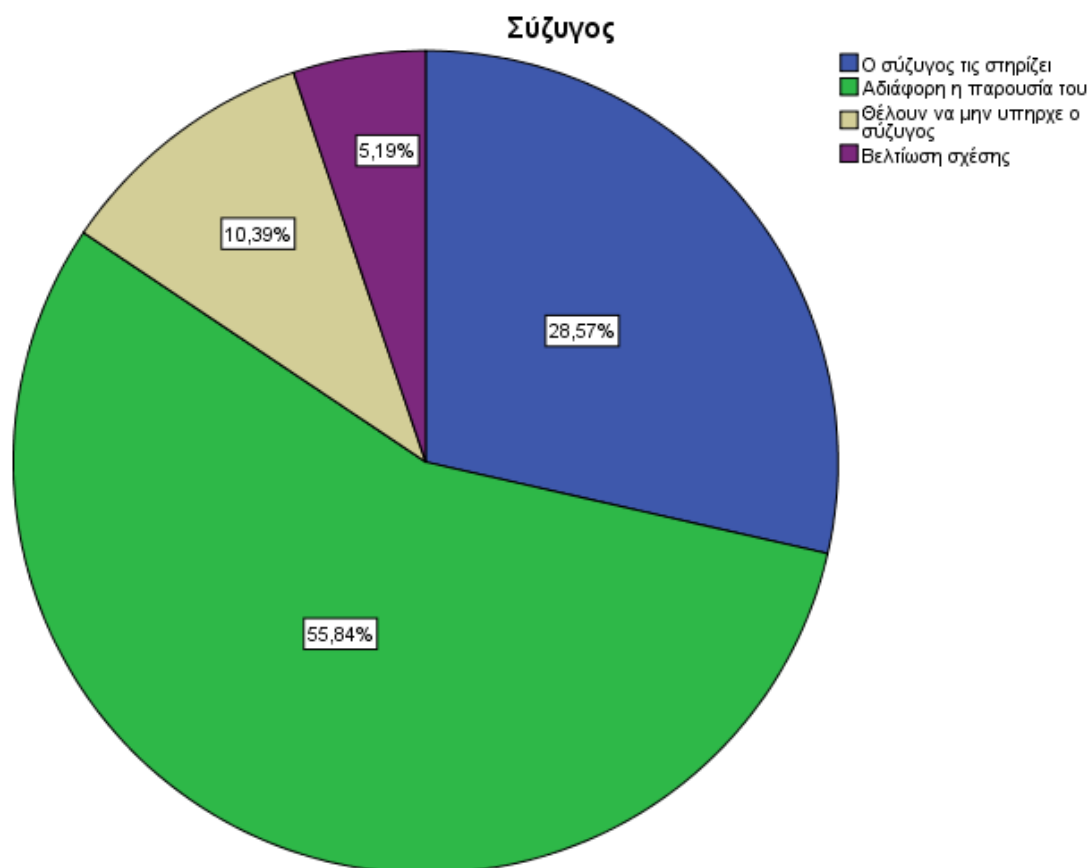
Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων κάποιες γυναίκες (28,6%) τόνιζαν τη σημαντικότητα της υποστήριξης του συντρόφου τους και δήλωναν ότι χωρίς εκείνον δε θα τα καταφέρναν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους. Η πλειοψηφία (55,8%) εστίαζε στα προβλήματα που είχε να αντιμετωπίσει η ίδια, χωρίς να κάνει ιδιαίτερη αναφορά στο σύντροφο-σύζυγο (στον πίνακα αυτή την κατάσταση την χαρακτηρίσαμε ως «αδιάφορη η παρουσία του συντρόφου»), λίγες (5,2%) ανέφεραν ότι βελτιώθηκε η σχέση τους μετά την εκδήλωση της νόσου, ενώ κάποιες (10,4%) θα προτιμούσαν να είναι μόνες στην όλη περιπέτεια του στήθους, χωρίς όμως να κατηγορούν το σύντροφο για αυτή τους την επιθυμία (έκτος από δύο κυρίες μας που ήταν οι εξαιρέσεις) (Πίνακας 32, Διάγραμμα Πίττα 10).

ΠΙΝΑΚΑΣ 32

Σύζυγος

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ο σύζυγος τις στηρίζει	22	28,6	28,6	28,6
Αδιάφορη η παρουσία του	43	55,8	55,8	84,4
Θέλουν να μην υπήρχε ο σύζυγος	8	10,4	10,4	94,8
Βελτίωση σχέσης	4	5,2	5,2	100,0
Total	77	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 10



Είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε ότι τελικά εκτός από τις ελάχιστες εξαιρέσεις, οι περισσότερες σε σχέση γυναίκες τα προβλήματα που αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν στη σχέση- γάμο τους είναι θέματα που προέρχονται από τις ίδιες και όχι από το σύντροφο, όσον αφορά τη φύση της ασθένειας. Σαν μια πρώτη παρατήρηση βλέπουμε ότι οι σύζυγοι- σύντροφοι αποδέχονται αρκετά ρεαλιστικά το πρόβλημα, στηρίζουν τις γυναίκες τους, τις ενθαρρύνουν και όσο σημαντικό ρόλο και να έχει το στήθος για τη γυναικεία εικόνα, είναι αξιοσημείωτο ότι οι άντρες δεν στέκονται πολύ σε αυτό, όσο στη συνολική υγεία της συντρόφου τους.

Επίσης, ζητήθηκε από τις γυναίκες που είναι σε σχέση να «βαθμολογήσουν» το σύντροφο τους σε μια κλίμακα από το 1 (πολύ δυσαρεστημένη) ως το 10 (πολύ ικανοποιημένη) στους εξής τομείς: οικιακές ευθύνες, ανατροφή

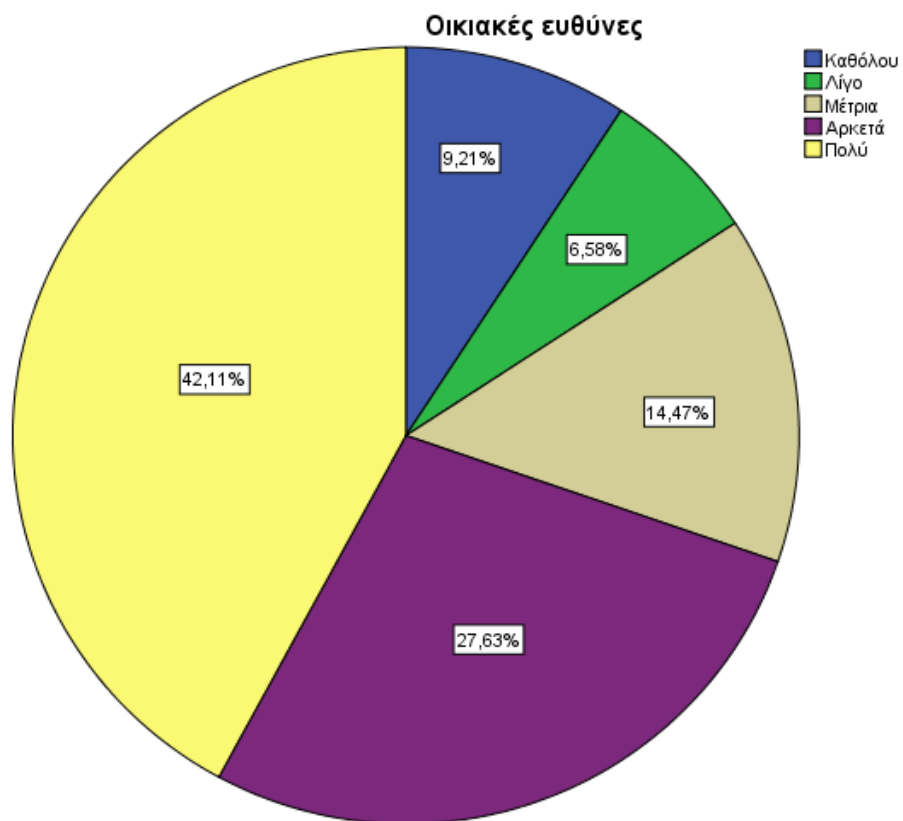
παιδιών, κοινωνικές δραστηριότητες, οικονομική κατάσταση, επικοινωνία, σεξουαλικές σχέσεις, επαγγελματική πρόοδο, προσωπική ανεξαρτησία και γενική ικανοποίηση από το γάμο. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους *Πίνακες 33i, 33ii, 33iii, 33iv, 33v, 33vi, 33vii, 33viii, 33ix και στα Διαγράμματα Πίπτα 11i, 11ii, 11iii, 11iv, 11v, 11vi, 11vii, 11viii, 11ix* αντιστοίχως. Παρατηρούμε ότι οι περισσότερες είναι πολύ ικανοποιημένες από τους συντρόφους στις οικιακές ευθύνες, στην ανατροφή των παιδιών, στις κοινωνικές δραστηριότητες, στην οικονομική κατάσταση, στην επικοινωνία, στις σεξουαλικές σχέσεις, στην επαγγελματική πρόοδο και στην προσωπική τους ανεξαρτησία. Δηλαδή, οι περισσότερες δηλώνουν πολύ ικανοποιημένες από το γάμο τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33i

Οικιακές ευθύνες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	7	9,1	9,2	9,2
	Λίγο	5	6,5	6,6	15,8
	Μέτρια	11	14,3	14,5	30,3
	Αρκετά	21	27,3	27,6	57,9
	Πολύ	32	41,6	42,1	100,0
	Total	76	98,7	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		77	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 11i

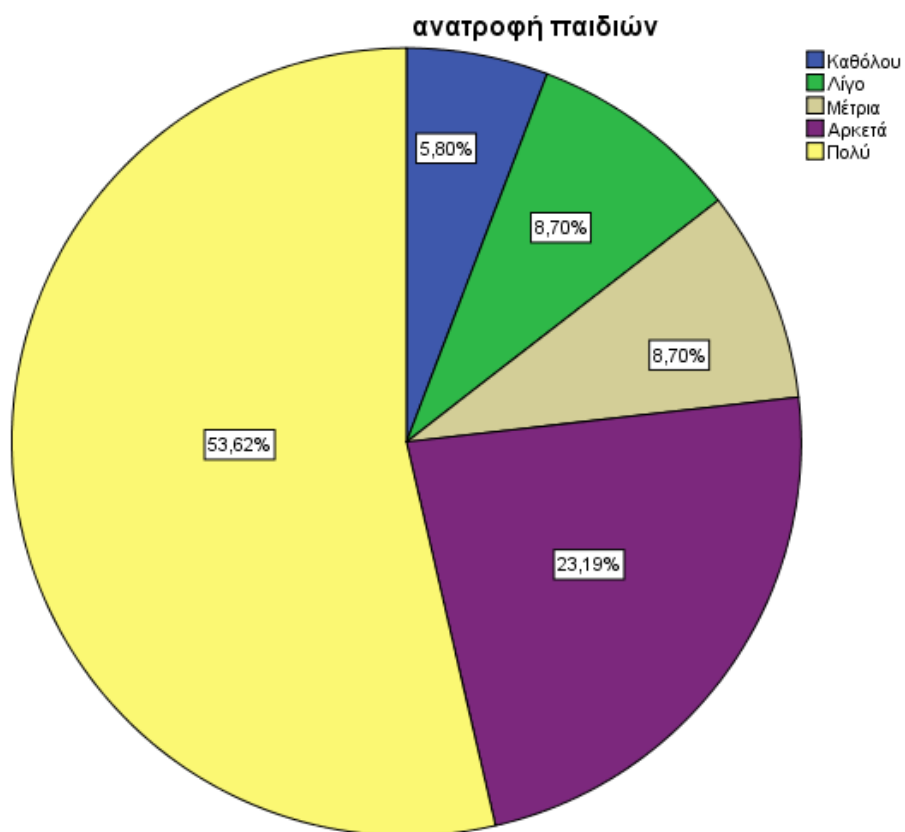


ΠΙΝΑΚΑΣ 33ii

ανατροφή παιδιών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	4	5,2	5,8	5,8
	Λίγο	6	7,8	8,7	14,5
	Μέτρια	6	7,8	8,7	23,2
	Αρκετά	16	20,8	23,2	46,4
	Πολύ	37	48,1	53,6	100,0
	Total	69	89,6	100,0	
Missing	System	8	10,4		
Total		77	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 11ii

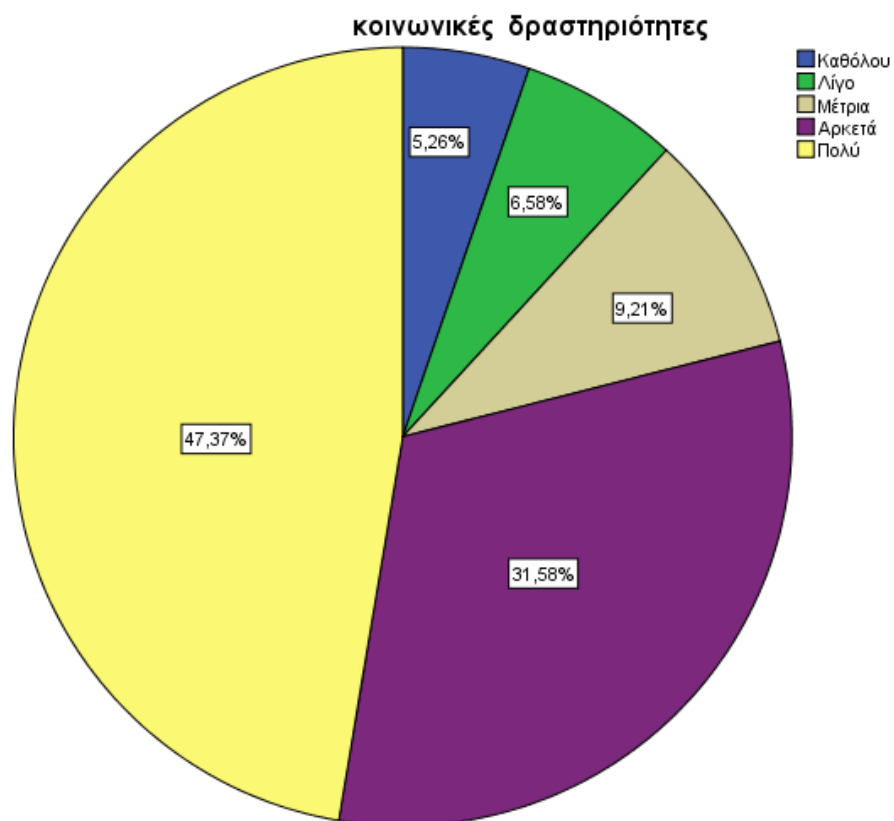


ΠΙΝΑΚΑΣ 33iii

κοινωνικές δραστηριότητες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	4	5,2	5,3	5,3
	Λίγο	5	6,5	6,6	11,8
	Μέτρια	7	9,1	9,2	21,1
	Αρκετά	24	31,2	31,6	52,6
	Πολύ	36	46,8	47,4	100,0
	Total	76	98,7	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		77	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 11iii

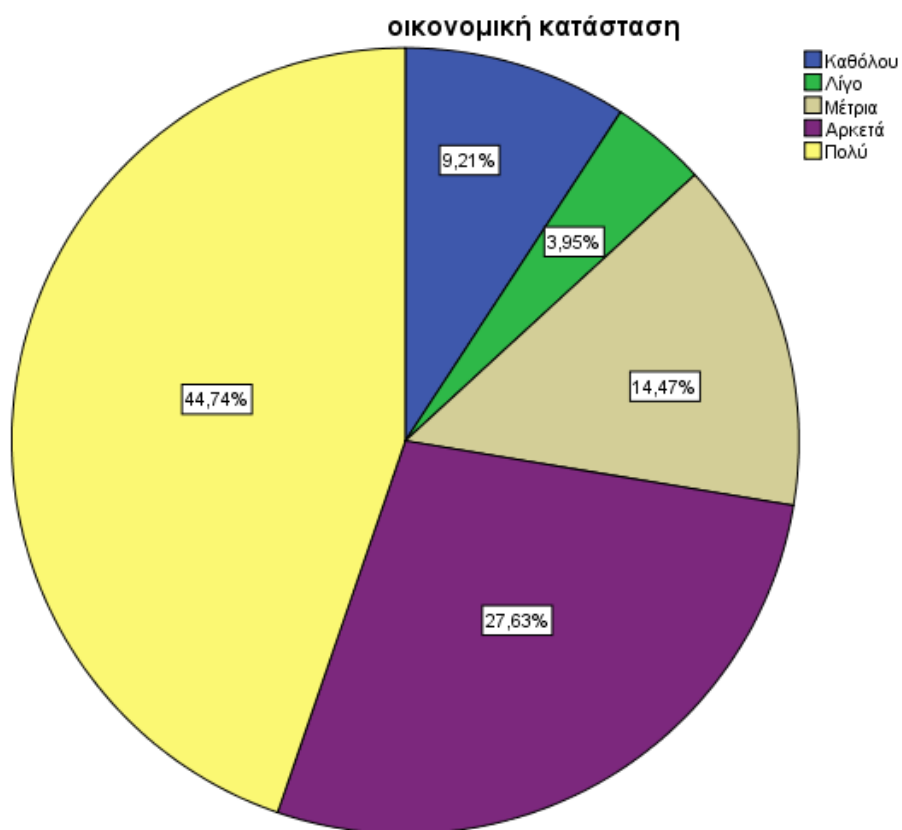


ΠΙΝΑΚΑΣ 33iv

οικονομική κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	7	9,1	9,2	9,2
	Λίγο	3	3,9	3,9	13,2
	Μέτρια	11	14,3	14,5	27,6
	Αρκετά	21	27,3	27,6	55,3
	Πολύ	34	44,2	44,7	100,0
	Total	76	98,7	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		77	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 11iv

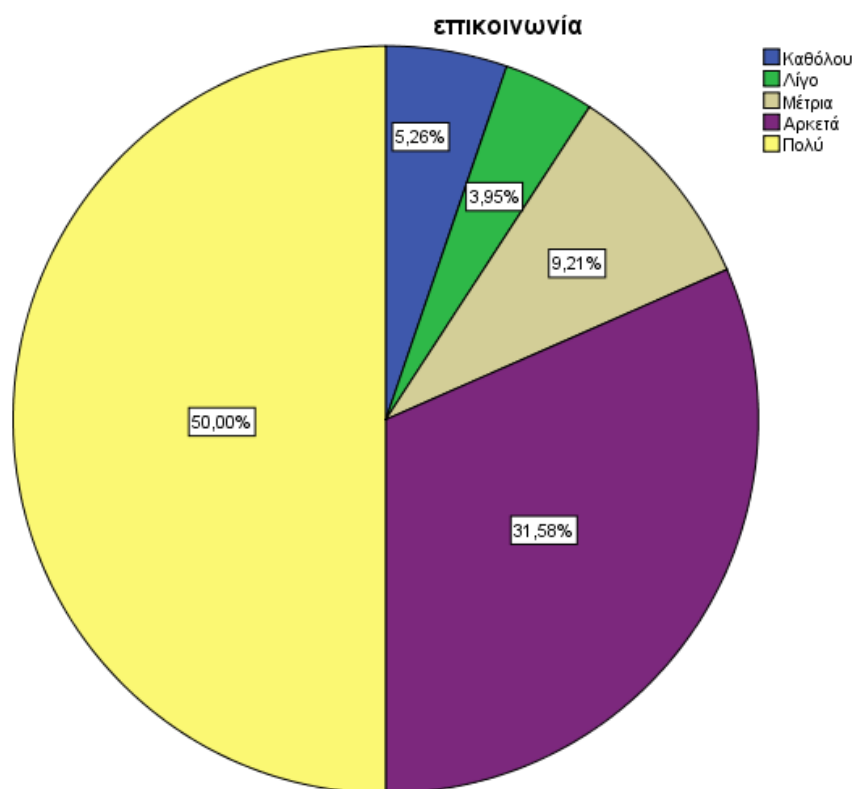


ΠΙΝΑΚΑΣ 33v

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	4	5,2	5,3	5,3
	Λίγο	3	3,9	3,9	9,2
	Μέτρια	7	9,1	9,2	18,4
	Αρκετά	24	31,2	31,6	50,0
	Πολύ	38	49,4	50,0	100,0
	Total	76	98,7	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		77	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 11v

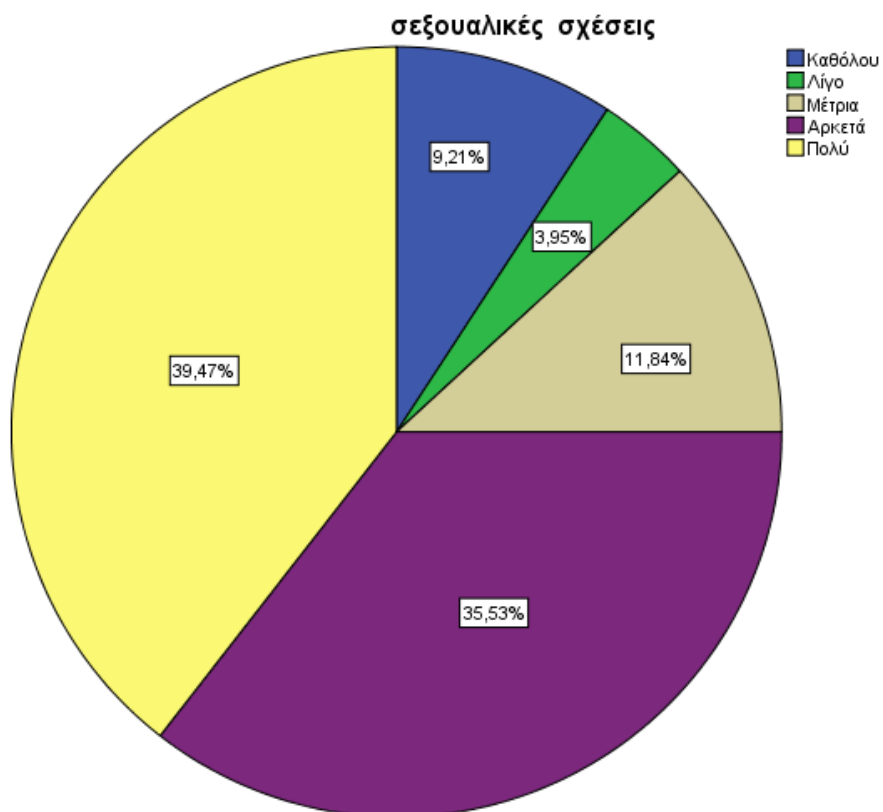


ΠΙΝΑΚΑΣ 33vi

σεξουαλικές σχέσεις

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	7	9,1	9,2	9,2
	Λίγο	3	3,9	3,9	13,2
	Μέτρια	9	11,7	11,8	25,0
	Αρκετά	27	35,1	35,5	60,5
	Πολύ	30	39,0	39,5	100,0
	Total	76	98,7	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		77	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 11vi

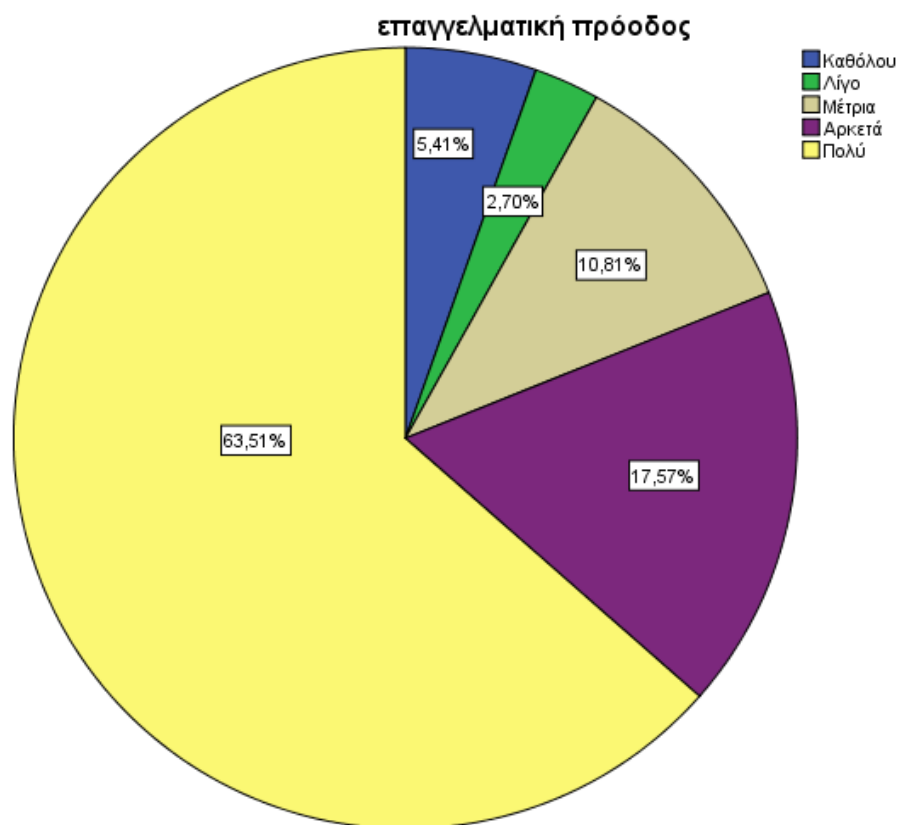


ΠΙΝΑΚΑΣ 33vii

επαγγελματική πρόοδος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	4	5,2	5,4	5,4
	Λίγο	2	2,6	2,7	8,1
	Μέτρια	8	10,4	10,8	18,9
	Αρκετά	13	16,9	17,6	36,5
	Πολύ	47	61,0	63,5	100,0
	Total	74	96,1	100,0	
Missing	System	3	3,9		
Total		77	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 11vii

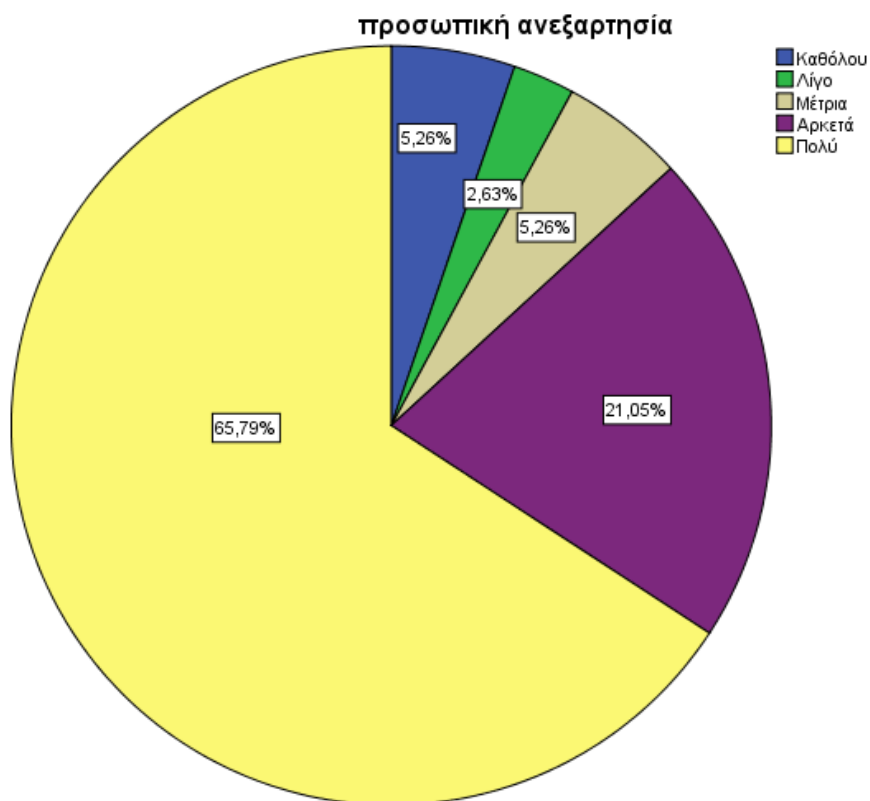


ΠΙΝΑΚΑΣ 33viii

προσωπική ανεξαρτησία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	4	5,2	5,3	5,3
	Λίγο	2	2,6	2,6	7,9
	Μέτρια	4	5,2	5,3	13,2
	Αρκετά	16	20,8	21,1	34,2
	Πολύ	50	64,9	65,8	100,0
	Total	76	98,7	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		77	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 11viii

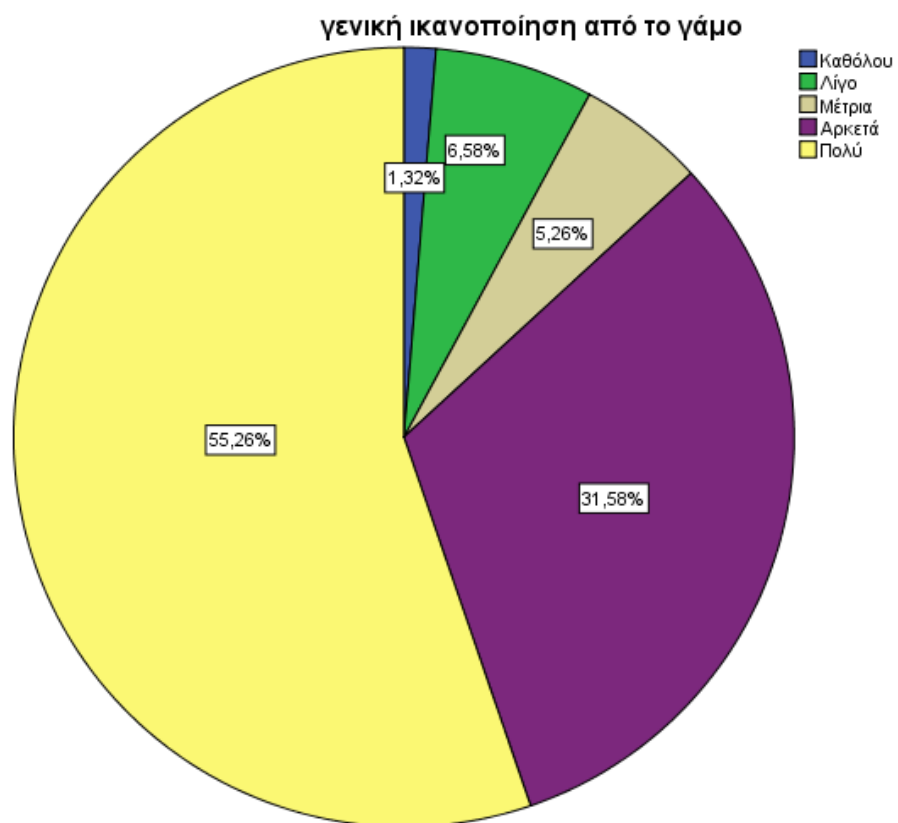


ΠΙΝΑΚΑΣ 33ix

γενική ικανοποίηση από το γάμο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	1	1,3	1,3	1,3
	Λίγο	5	6,5	6,6	7,9
	Μέτρια	4	5,2	5,3	13,2
	Αρκετά	24	31,2	31,6	44,7
	Πολύ	42	54,5	55,3	100,0
	Total	76	98,7	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		77	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 11ix



Όπως αναφέρθηκε παραπάνω και φαίνεται και στον *πίνακα 32*, κάποιες γυναίκες τόνιζαν τη σημαντικότητα της υποστήριξης του συντρόφου τους, κάποιες ανέφεραν ότι βελτιώθηκε η σχέση τους, κάποιες δεν ανέφεραν καθόλου το σύντροφο, απλά εστίασαν στα προβλήματα που προέκυψαν από τη νόσο, ενώ άλλες θα προτιμούσαν μόνες τους να αντιμετωπίσουν την ασθένεια τους. Θεωρήσαμε, λοιπόν ενδιαφέρον να κάνουμε κάποιες συσχετίσεις με τον πόνο και τη στάση του συντρόφου, όπως φυσικά αναφέρουν οι μαστεκτομηθείσες. Παρατηρούμε ότι ο πόνος δεν επηρεάζεται από τη στάση του συντρόφου σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p\text{-value} = 0,420 > \alpha = 0,05$). Μόνο στην περίπτωση που βελτιώθηκε η σχέση στο ζευγάρι παρατηρούμε ότι ο πόνος είναι μικρότερος (*Πίνακας 34i και Πίνακας 34ii, Διάγραμμα 10*).

ΠΙΝΑΚΑΣ 34i

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Πόνος

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	2,167 ^a	3	,722	,953	,420	,039
Intercept	127,441	1	127,441	168,122	,000	,703
Σύζυγος	2,167	3	,722	,953	,420	,039
Error	53,820	71	,758			
Total	360,000	75				
Corrected Total	55,987	74				

a. R Squared = ,039 (Adjusted R Squared = -,002)

[Μέθοδος ανάλυσης ANOVA (Analysis of Variance)]

ΠΙΝΑΚΑΣ 34ii

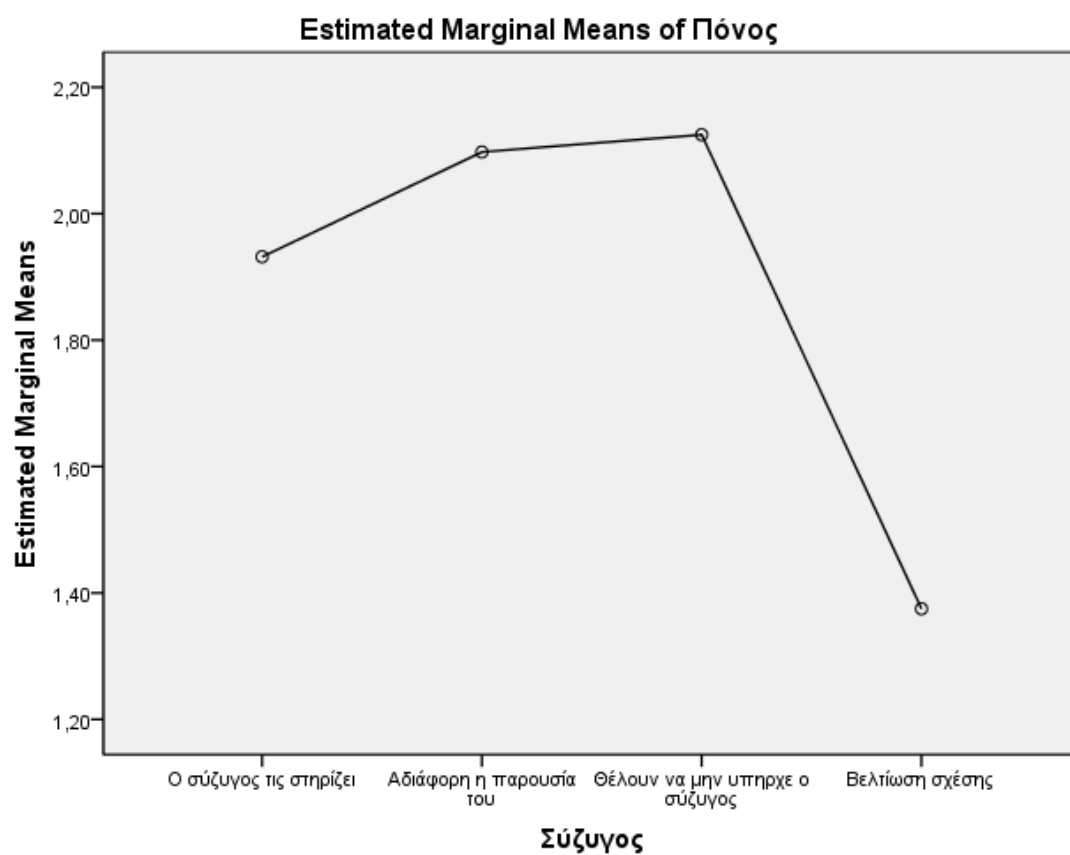
Estimates

Dependent Variable:Πόνος

Σύζυγος	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Ο σύζυγος τις στηρίζει	1,932	,186	1,562	2,302
Αδιάφορη η παρουσία του	2,098	,136	1,826	2,369
Θέλουν να μην υπηρχε ο σύζυγος	2,125	,308	1,511	2,739
Βελτίωση σχέσης	1,375	,435	,507	2,243

[Μέθοδος ανάλυσης ANOVA (Analysis of Variance)]

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10



Επιπλέον, συσχετίσαμε τη στάση του συντρόφου με το είδος της μαστεκτομής, στην οποία έχει υποβληθεί η ασθενής και παρατηρήσαμε ότι δεν υπάρχει στατιστική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p\text{-value} = 0,643 > \alpha = 0,05$) (Πίνακας 35).

ΠΙΝΑΚΑΣ 35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,671 ^a	3	,643
Likelihood Ratio	1,741	3	,628
Linear-by-Linear Association	1,347	1	,246
N of Valid Cases	76		

[Μέθοδος ανάλυσης X^2 τεστ ανεξαρτησίας]

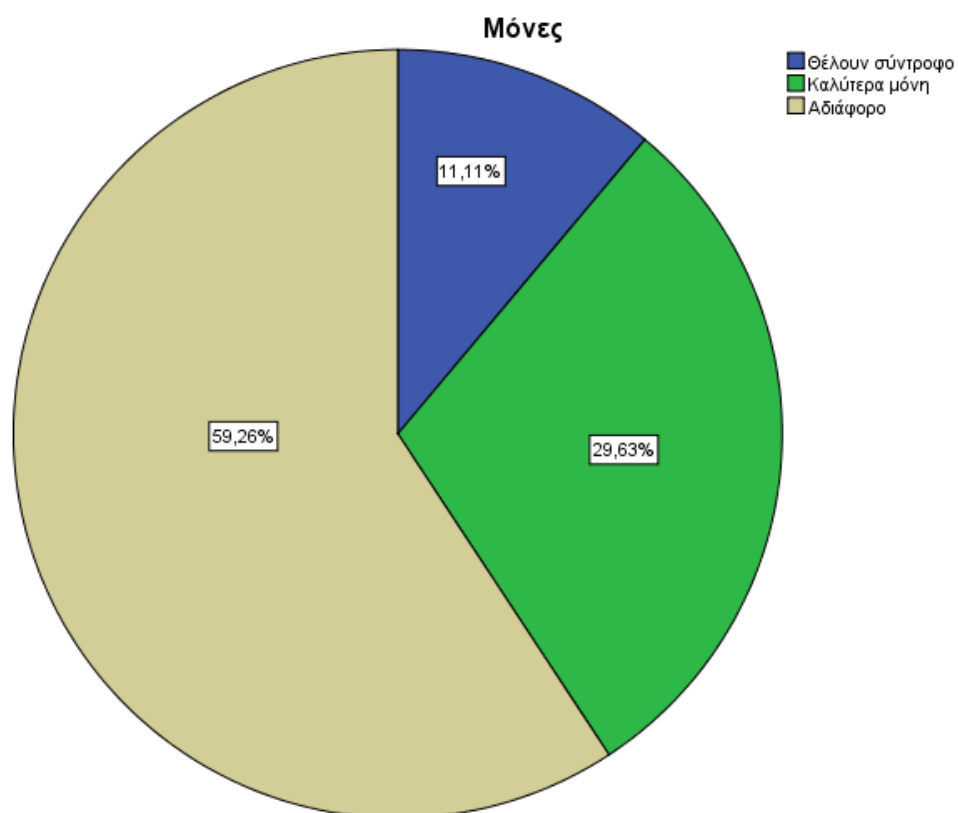
Στις γυναίκες που ήταν εκτός σχέσης και φυσικά δε συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο «Γενική αξιολόγηση προβλημάτων στη σχέση», ρωτήθηκαν αν θα ήθελαν να βρίσκονται σε σχέση κατά τη διάρκεια της όλης περιπέτειας τους με την ασθένεια του στήθους ή αν προτιμούν που είναι μόνες. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 36, Διάγραμμα Πίττα 12 όπου φαίνεται ότι για τις περισσότερες (59,3%) τους είναι αδιάφορο αν θα είχαν σχέση, ενώ αρκετές (29,6%) προτιμούν που είναι μόνες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36

Μόνες

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Θέλουν σύντροφο	3	11,1	11,1	11,1
Καλύτερα μόνη	8	29,6	29,6	40,7
Αδιάφορο	16	59,3	59,3	100,0
Total	27	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΙΤΤΑΣ 12



γ. Γενικές Συσχετίσεις

Μελετώντας τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συμπλήρωση και των δύο ερωτηματολογίων, καταλήξαμε σε κάποιες ενδιαφέρουσες συσχετίσεις.

Αρχικά παρατηρούμε ότι η γενική ικανοποίηση από το γάμο, δεν επηρεάζεται στατιστικά από το δείκτη ανικανότητας σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p\text{-value} = 0,139 > \alpha = 0,05$). Όμως επειδή ο αντίστοιχος συντελεστής προκύπτει αρνητικός (-0,007) συμπεραίνουμε ότι όσο θα αυξάνεται ο δείκτης ανικανότητας, θα μειώνεται η ικανοποίηση από το γάμο. (Πίνακας 37) Επίσης, η γενική ικανοποίηση από το γάμο δεν επηρεάζεται στατιστικά από την ηλικία σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p\text{-value} = 0,872 > \alpha = 0,05$) (Πίνακας 38)

ΠΙΝΑΚΑΣ 37

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	4,332	,160		27,114	,000
Δείκτης_ανικανότητας	-,007	,005	-,177	-1,496	,139

a. Dependent Variable: Δείκτης_ικανοποίησης
[Μέθοδος ανάλυσης : regression analysis]

ΠΙΝΑΚΑΣ 38

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	4,028	,526		7,662	,000
Ηλικία	,001	,009	,019	,161	,872

a. Dependent Variable: Δείκτης_ικανοποίησης
[Μέθοδος ανάλυσης : regression analysis]

Όσον αναφορά τις σεξουαλικές σχέσεις παρατηρούμε ότι επηρεάζονται από το δείκτη ανικανότητας σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10% ($p\text{-value}=0,089 > \alpha=0,10$). (Πίνακας 39)

ΠΙΝΑΚΑΣ 39

Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	156,329	30,718	4	,000
Δείκτης_ανικανότητας	133,669	8,059	4	,089

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

[Μέθοδος ανάλυσης : Multinomial logistic regression]

Τέλος, συσχετίσαμε τον πόνο με τη γενική ικανοποίηση από το γάμο και παρατηρήσαμε ότι η ικανοποίηση από το γάμο επηρεάζεται από τον πόνο σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p\text{-value}=0,024 < \alpha=0,05$). Επειδή ο αντίστοιχος συντελεστής προκύπτει αρνητικός (-0,262) συμπεραίνουμε ότι όσο θα αυξάνεται ο πόνος θα μειώνεται η ικανοποίηση από το γάμο. (Πίνακας 40)

ΠΙΝΑΚΑΣ 40

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	4,629	,250		18,517	,000
Πόνος	-,262	,114	-,261	-2,307	,024

a. Dependent Variable: Δείκτης_ικανοποίησης
[Μέθοδος ανάλυσης : regression analysis]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ύστερα από την εξαγωγή και των στατιστικών αποτελεσμάτων, θα λέγαμε ότι η έρευνα που διεκπεραιώσαμε ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα. Για ακόμη μία φορά διαπιστώσαμε ότι δεν επιτρέπεται να συζητάμε για ασθένειες, αλλά για ασθενείς. Μπορεί να υπάρχουν συγκεκριμένα πορίσματα για τη διάγνωση κάποιας ασθένειας, όμως το βίωμα και η εξέλιξη της είναι άμεσα εξαρτημένη από τον άνθρωπο.

Όσον αφορά τις κυρίες που εμείς συναντήσαμε περιληπτικά μπορούμε να εξάγουμε τα συμπεράσματα που παρατίθενται παρακάτω. Αρχικά διαπιστώσαμε άμεση σχέση μεταξύ του δείκτη ανικανότητας του άνω άκρου (μετά από χειρουργική και θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση καρκίνου στο μαστό) με τον πόνο. Ο δείκτης ανικανότητας επηρεάζεται αναλογικά από τον πόνο. Διαπιστώσαμε, επίσης ότι τόσο ο δείκτης ανικανότητας, όσο και ο πόνος είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ολική αντί μερική μαστεκτομή, σε αυτές που έχουν αφαιρέσει πολλούς λεμφαδένες και σε αυτές που έχουν υποβληθεί και σε ακτινοθεραπεία σε σχέση με αυτές που έχουν υποβληθεί μόνο σε συστηματική θεραπεία. Ο πόνος, επιπλέον επηρεάζει τόσο τον ύπνο όσο και γενικά το σύνολο των δραστηριοτήτων των γυναικών.

Όσον αφορά τη σχέση με το σύζυγο- σύντροφο τους ήταν ιδιαίτερα αξιοσημείωτο να συμπεράνουμε τελικά ότι η πλειοψηφία των γυναικών παραδέχεται ότι τα προβλήματα που μπορεί να προκύπτουν στη σχέση τους μετά τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση για καρκίνο στο μαστό, προέρχονται κυρίως από τις ίδιες και κατ'εξάιρεση από τους συντρόφους. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ίδιες βιώνουν τη νόσο και τις παρενέργειες των συνεπακόλουθων θεραπειών αρκετά επίπονα. Δυσκολεύονται να συνηθίσουν τη νέα εικόνα του σώματος τους, έχουν να αντιμετωπίσουν προβλήματα σεξουαλικής φύσης που προκύπτουν από τις φαρμακευτικές αγωγές, βιώνουν συναισθήματα όπως θλίψη, μελαγχολία, στρες και θυμό. Πολλές έχουν να αντιμετωπίσουν επιπρόσθετα προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον όπως παιδιά με ειδικές ανάγκες, άρρωστοι σύντροφοι, σοβαρά

προβλήματα βιοτικού επιπέδου. Όλα αυτά τις κάνουν να «ξεσπούν» στους συντρόφους τους, γι'αυτό και παραδέχονται ότι τα προβλήματα πηγάζουν από τις ίδιες.

Διεπιστώσαμε επίσης, ότι ένας «κακός» σύντροφος μπορεί να παραμείνει «κακός» ή και «χειρότερος», αν ήταν από πριν τη διάγνωση της ασθένειας «κακός».

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε και το οξύμωρο της έρευνας μας. Ένα ποσοστό 28,6% δήλωσαν αυθόρμητα ότι η υποστήριξη του συντρόφου τους είναι πολλή σημαντική. 55,8% όταν τους ζητούσαμε να αναφέρουν τα προβλήματα στη σχέση τους, συνήθως ανέφεραν τα δικά τους προβλήματα που προέκυψαν από την ασθένεια και δεν έκαναν καμία αναφορά στο σύζυγο. 10,4% δήλωσε ότι θα προτιμούσε την περιπέτεια της υγείας τους να την αντιμετωπίζουν μόνες χωρίς να υπάρχει σύντροφος, ενώ μόνο το 5,2% ανέφερε ότι βελτιώθηκε η σχέση μεταξύ τους. Όταν ήρθε η στιγμή οι ίδιες γυναίκες να βαθμολογήσουν το σύντροφο τους σε διάφορους τομείς, φάνηκε ότι οι περισσότερες δηλώνουν πολύ ικανοποιημένες από εκείνον.

Ο πόνος είδαμε ότι είναι ανεξάρτητος από τη στάση του συντρόφου, ενώ η γενική ικανοποίηση από το γάμο επηρεάζεται από τον πόνο. Επιπροσθέτως, ο δείκτης ανικανότητας δεν επηρεάζει τη γενική ικανοποίηση από το γάμο, ενώ ο πόνος επηρεάζει τη σεξουαλική σχέση του ζευγαριού.

Όπως και να'χει, πάντως, το αισιόδοξο μήνυμα της έρευνας μας προέρχεται από το ότι καμία γυναίκα δεν είπε ότι η σχέση της απέκτησε προβλήματα λόγω του καρκίνου στο στήθος.

Για τις γυναίκες που δεν έχουν σχέση και έχουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του καρκίνου στο στήθος φάνηκε ότι η πλειοψηφία αυτών αδιαφορεί στην ύπαρξη ή όχι συντρόφου, ένα ποσοστό 29,6% θεωρεί ότι καλύτερα που είναι μόνη στην περιπέτεια της και μόνο το 11,1% θα ήθελε να υπήρχε σύντροφος.

Με λύπη διαπιστώσαμε ότι στην ελληνική βιβλιογραφία ένα τέτοιο θέμα δεν έχει θιχτεί, εκτός από την εργασία της *Κουσκούνου Α. 2004*, η οποία μελέτησε τη ποιότητα ζωής γυναικών μετά από μαστεκτομή στην Κύπρο. Το θέμα καρκίνος στο μαστό και οι επιπτώσεις του σε όλους τους τομείς της

γυναικείας φύσης είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο και πλήττει σημαντικό ποσοστό γυναικών, αφού όπως προαναφέρθηκε μία στις εννιά γυναίκες προσβάλλεται από τη νόσο. Θα ήταν ενδιαφέρον να υπάρξουν και νέες έρευνες στον ελλαδικό χώρο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ahmed L. Rehana, Prizment Anna, Lazovich DeAnn, Schmitz H. Kathryn, Folsom R. Aaron *“Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa women’s health study”* J Clin Oncol 2008 26 (35): 5689-5696
Annals of Oncology 2005 16: 481-488
2. Ashok KR. Saxena, Sanjeev Kumar *“Management strategies for pain in breast carcinoma patients: current opinions and future perspectives”* Pain Practice 2007, 7 (2):163-177
3. Boyle P., Ferlay J *“Cancer Incidence and mortality in Europe, 2004”*
4. Buzdar A, Howell A., Cuzick J., Wale C., Distler W., Hocht-Boes G., Houghton J., Locker G. Y, Nabholz J.M *“Comprehensive side-effect profile of anastrozole and tamoxifen as adjuvant treatment for early-stage breast cancer: long term safety analysis of the ATAC trial”* Lancet Oncol 2006; 7: 633-43
5. Caffo Orazio, Amichetti Maurizio, Ferro Antonella, Lucenti Antonio, Valduga Francesco, Galligioni Enzo *“Pain and quality of life after surgery for breast cancer”* Breast Cancer Research and Treatment 2003 80:39-48
6. Chikly B. *“Post-mastectomy care and lymph drainage therapy”* Journal of Bodywork and Movement Therapies 1999 3 (1): 11-16
7. Dawes J. Diana, Meterissian Sarkis, Goldberg Mark, Mayo Nancy *“Impact of lymphoedema on arm function and health-related quality of life in women following breast cancer surgery”* J Rehabil Med 2008 40: 651-658
8. Dobbs HJ. *“Radiation therapy for breast cancer at millennium”*. Radiother Oncol 2000, 54:191-200
9. Dorval Miche, Guay Stephane, Mondor Myrto, Benoit Masse, Falardeau Maurice, Robidoux Andre, Deschenes Luc, Maunsell Elizabeth *“Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a retrospective investigation”* J Clin Oncol 2005 23: 3588-3596

10. Dorval Michel, Maunsell Elizabeth, Taylor-Brown Jill, Kilpatrick Marilyn "*Marital stability after breast cancer*" Journal of the National Cancer Institute 1999 91(1): 54-59
11. Foley M. Kathleen "*Cancer pain syndromes*" Journal of Pain Symptom Management 1987 2(2):s13-s17
12. Fortner V. Barry, Stepanski J Edward, Wang C. Stephanie, Kasprowicz Sarah, Durrence Heith "*Sleep and quality of life in breast cancer patients*" Journal of Pain and Symptom Management 2002, 24(5): 471-480
13. Francis WP., Abghari P., Du W., Rymal C., Suna M., Kosir MA "*Improving surgical outcomes: standardizing the reporting of incidence and severity of acute lymphedema after sentinel lymph node biopsy and axillary lymph node dissection*" Am J Surg 200 6 192: 636-639
14. Ganz Patricia, Coscarelli Schag Cyndie, Polinsky Margaret, Heinrich Richard Flack Virginia "*Rehabilitation needs and breast cancer: the first month after primary therapy*" Breast Cancer Research and Treatment 1987 10: 243-253
15. Goutzioulis M, Iacovides A, Blouchou E, et al "*A comparative study of psychological status of premenopausal and postmenopausal women who underwent mastectomy because of malignant disease*" 7th International Congress on Senology (Breast diseases). Greece
16. Graydon E. Jane "*Women with breast cancer: their quality of life following a course of radiation therapy*" Journal of Advanced Nursing 1994, 19:617-622
17. Graziottin A, Rovei V "*Sexuality after breast cancer*" J Sexol 2007 16:292-298
18. Groenvold Mogens, Fayers M. Peter, Aagard Petersen Morten, Sprangers A.G. Mirjam, Aaronson K. Neil, Mouridsen T. Henning "*Breast cancer patients on adjuvant chemotherapy report a wide range of problem not identified by health-care staff*" Breast Cancer Res Treat 2007, 103:185-195

19. Guyton «Φυσιολογία του Ανθρώπου» Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας 1998. Σελ.: 981-984
20. Herpertz U. *“Oedeme und Lymphdrainage” Diagnose und Therapie von Oedemkrankheiten*” Εκδ. Schattauer. Stuttgart 2003 :3-53
21. Ishyama Hiromichi, Niino Keiji, Hosoya Takaaki, Hayakawa Kazushige *“Results of a questionnaire survey for symptom of late complications caused by radiotherapy in breast conserving therapy”* Breast Cancer 2006 13: 197-201
22. Jung F. Beth, Ahrendt M. Gretchen, Oaklander Anne Louise, Dworkin H.Robert *“Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update”* Pain 2003 104: 1-13
23. Katz Anne *“My body my self: body image and sexuality in women with cancer”* CONJ 19/1/09
24. Kayl Anne, Meyers Christina *“Side –effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients”* Curr Opin Obstet Gynecol 2006 18:24-28
25. King K.B., Nail L.M., Kreamer K., Strohl R.A., Johnson J.E., *“Patient’s descriptions of the experience of receiving radiation therapy”* Oncology Nursing Forum 1985, 12 (4),55-61
26. Kwekkeboom Kristine *“Postmastectomy pain syndromes”* Cancer Nursing 1996 19(1): 37-43
27. Loprinzi L. Charles, Wolf L Sherry, Barton L Debra, Laack N.I. Nadia *“Symptom management in premenopausal patients with breast cancer”* Lancet Oncol 2008 9: 993-1001
28. McGurk Rhona, Fallowfield Lesley, Winters Zoe *“Information provision for patients by breast cancer teams about the side-effects of hormone treatments”* EJC 42 (2006) 1760-1767
29. Mehnert A, Scherwath A, Schirmer L, Schleimer B, Petersen C, Schulz-Kindermann F et al *“The association between neuropsychological impairment, self-perceived cognitive deficits, fatigue and health related quality of life in breast cancer survivors following standard adjuvant versus high-dose chemotherapy”* Patient Educ Couns 2007 66: 108-18

30. Morrell M. Rosalyn, Halyard Y. Michele, Schild E. Steven, Ali S. Muna, Gunderson L. Leonard, Pockaj A. Barbara *"Breast cancer- Related Lymphedema"* Mayo Clin Proc 2005 80 (11): 1480-1484
31. Newman L. Margo, Brennan Michael, Passik Steven *"Lymphedema complicated by pain and psychological distress: a case with complex treatment needs"* J Pain Symptom Manage 1996 12: 376-379
32. Northouse Laurel, Dorris Geraldine, Charron-Moore Carol *"Factors affecting couples' adjustment to recurrent breast cancer"* Soc.Sci.Med 1995 41(1):69-76
33. Partridge H. Ann, Burstein J. Harold, Winer P., Eric *"Side effects of chemotherapy and combined chemohormonal therapy in women with early-stage breast cancer"* J Natl Cancer Inst Monogr 2001 30:135-42
34. Partridge H. Ann., Winer P. Eric *"Long-term complications of adjuvant Chemotherapy for early stage breast cancer"* Breast Disease 2004 21:55-64
35. Passik D. Steven, McDonald V. Margaret *"Psychosocial Aspects of upper extremity lymphedema in women treated for breast carcinoma"* Cancer 1998 83: 2817-2820
36. Passik Steven, Newman L. Margo, Brennan Michael, Tunkel Richard *"Predictors of psychological distress, sexual function and physical functioning among women with upper extremity lymphedema related to breast cancer"* Psycho-Oncology 1995 4:255-263
37. Passik Steven, Newman Margo, Brennan Michael, Holland Jimmie *"Psychiatric consultation for women undergoing rehabilitation for upper-extremity lymphedema following breast cancer treatment"* J Pain and Symptom Manage 1993 8 (4): 226-233
38. Plant Jane *«Αυτή η μάχη κερδίζεται»* Εκδόσεις Διόπτρα 2003. Σελ.: 138, 165
39. Radina Elise, Armer Jane, Daunt Debbie, Dusold Julie, Culbertson Scott *"Self-reported management of breast cancer-related lymphoedema"* Journal of Lymphoedema 2007 2 (2):12-21

40. Reuter Katrin, Classen Catherina, Roscoe Joseph, Morrow Gary, Kirshner Jeffrey, Rosenbluth Richard, Flynn Patrick, Shedlock Kathleen, Spiegel David “ *Association of coping style, pain, age and depression with fatigue in women with primary breast cancer*” *Psychology Oncology* 2006 15: 772-779
41. Schover LR. “*The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships*” *CA Cancer J Clin* 1991 41: 112-120
42. Schrenk P., Rieger R., Shamiyeh A., Wayand W. “*Morbidity following sentinel lymph node biopsy versus axillary lymph node dissection for patients with breast carcinoma*” *Cancer* 2000 88:608-614
43. Shapiro CL, Recht A. “*Side effects of adjuvant treatment of breast cancer*”. *N Engl J Med* 2001, 344:1997–2008
44. Tasmuth T., von Smitten K., Kalso E. “*Pain and other symptoms during the first year after radical and conservative surgery for breast cancer*” *British Journal of Cancer* 1996 74: 2024-2031
45. Taylor-Brown Jill, Kilpatrick Marilyn, Maunsell Elizabeth, Dorval Michel “*Partner Abandonment of women with breast cancer. Myth or reality?*” *Cancer Practice* 2000 8(4): 160-164
46. Trichopoulos Dimitrios, Lagiou Pagona, Adami Hans-Olov “*The crucial role of the number of mammary tissue-specific stem cells*” *Breast Cancer Res* 2005 7:13-17
47. Twardella D, Chang-Claude J. “*Studies on radiosensitivity from an epidemiological point of view-overview of methods and results*”. *Radiother Oncol* 2002, 62:249–260
48. Vadalouca Athina, Sifaki Ioanna, Argyra Eriphylli, Vrachnou Evi, Moka Eleni. “*Therapeutic management of chronic neuropathic pain*” *an examination of pharmacologic treatment. Ann.N.Y.Acad.Sci.* 2006, 1088: 164-186
49. Vallis Katherine, Tannock Ian. “*Postoperative Radiotherapy for Breast Cancer: Growing Evidence for an Impact on Survival*”, *J Ntl Cancer Inst* 2004;96(2):88-89

50. Vecht CJ "Arm pain in the patient with breast cancer" J Pain Symptom Manage 1990 5:109-117
51. Vinh-Hung Vincent, Verschraegen Claire "Breast-Conserving Surgery With or Without Radiotherapy: Pooled-Analysis for Risks of Ipsilateral Breast Tumor Recurrence and Mortality", J Ntl Cancer Inst 2004;96(2):115-121
52. Wallace S. Mark, Wallace M. Anne, Judy Lee, Marek K. Dobke "Pain after breast surgery: a survey of 282 women" Pain 1996 66:195-205
53. Wellisch D.K., Jamison K.R., Pasnau R.O. "Psychological aspects of mastectomy:II The man's perspective" Am J Psychiatry 1978 135: 543-546
54. Γραικού Ιωάννα «Ένας κακός άγγελος με φίλησε στο στήθος» Εκδ. Αλεξάνδρεια 2006 σελ.:95
55. Θεμιστοκλέους Γ., <http://www.dash.iwh.on.ca/translate.htm>. Greek translation courtesy. Athens University Medical School, KAT Hospital, Athens, Greece.
56. Ιακωβίδης Β., Ιακωβίδης Α. «Αρχές ψυχοογκολογίας. Ψυχοσωματική και Σωματοψυχική θεώρηση του καρκίνου» Εκδ. Μαστορίδης Θεσσαλονίκη 2001 σελ.:64-66, 68-71
57. Ιωαννίδου- Μουζάκα Λυδία «Σύγχρονη Μαστολογία» Αθήνα 1996. Σελ.: 88, 90-91, 133-134, 186-189, 294, 326.
58. Κουσκούνου Αντρούλλα «Ποιότητα ζωής γυναικών μετά από μαστεκτομή» Μελέτη που υποβλήθηκε στη νοσηλευτική σχολή του υπουργείου υγείας για το δίπλωμα στη νοσηλευτική διοίκηση. 2004
59. Λάγιου Α. «Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008 25(6): 742-748
58. Μαρκόπουλος Ι.Χρήστος «Παθήσεις του Μαστού» 2η έκδοση, τόμος Ι, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης 2007. Σελ.:1-2, 63-65, 71, 119-120, 128-137, 176-177.
59. Φύσσας Π.Γιάννης «Ο Μαστός και οι Παθήσεις του» Εκδόσεις Λιβάνη 2006. Σελ.: 20-22, 69-70, 96-106.

60. Χάινις Ε., «Μια νέα θεραπευτική πρόταση για την επικοινωνία των συζύγων με προβλήματα γάμου». Διδακτορική διατριβή, τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης». «Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα» Σταλίκας Α., Τριλιβα Σ., Ρούσση Π. Εκδ. :Ελληνικά Γράμματα. Σελ. 362

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

<http://ilias-lappas.gr/article001/index.html>

<http://users.uoa.gr/~gpapaio/files/dial7.pdf>

<http://www.dmilonaki.gr/chest/female/ogkologia-mastou.html>

<http://www.surgeon.gr/110/3342.aspx>