



Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη
του καρκίνου του μαστού»

Ονοματεπώνυμο Φοιτήτριας: Σουτοπούλου Πολυξένη

Αριθμός Φοιτητικού Μητρώου: 93

Ονοματεπώνυμο Επιβλέποντα Καθηγητή: Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Επικ. Καθηγητής

Ονοματεπώνυμο Καθηγητών Τριμελούς Επιτροπής: Δρ Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια

Δρ Δραγκιώτη Ελένη, Αναπλ. Καθηγήτρια

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΙΟΥΛΙΟΣ 2023

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παρούσα ερευνητική εργασία αφορά τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, όπως οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με τον φόβο της διάγνωσης, σύμφωνα με τις προσωπικές απόψεις και αντιλήψεις των γυναικών που συμμετείχαν στο δείγμα της έρευνας. Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερα εμφανιζόμενη κακοήθεια στις γυναίκες, ως ετερογενής νόσος μοριακού επιπέδου. Η εξέλιξη νεότερων θεραπειών επιτρέπει τη συνεκτίμηση του ετερογενούς χαρακτήρα της κακοήθειας, εστιάζοντας κυρίως σε θεραπείες βιολογικά κατευθυνόμενες και σε αποκλιμακούμενες μεθόδους, για τη μείωση των παρενεργειών. Η ασθένεια σε πρώιμα στάδια θεωρείται ιάσιμη, με τις πολυτροπικές θεραπείες να αυξάνουν τις πιθανότητες ίασης κατά 70-80%. Σήμερα, κύριο θέμα στον τομέα της ενημέρωσης για την Υγεία, θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, είναι η πρόληψη.

Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης του φόβου της διάγνωσης και της έγκαιρης πρόληψης του καρκίνου του μαστού.

Υλικό - Μέθοδος: Η ερευνητική εργασία βασίστηκε στην διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας, βάσει της μεταθετικιστικής επιστημολογίας. Για τη συλλογή των πρωτογενών δεδομένων που θα οδηγούσαν σε συμπεράσματα σχετικά με τον διατυπωμένο σκοπό της έρευνας διαμοιράστηκε δομημένο ερωτηματολόγιο σε ηλεκτρονική μορφή, το οποίο περιελάμβανε ερωτήματα κοινωνικοδημογραφικού χαρακτήρα, καθώς και το ερωτηματολόγιο FPQ-III (φόβος του πόνου) και ερωτηματολόγιο δυσανεξίας στην αβεβαιότητα. Ακολουθήθηκε η μέθοδος δειγματοληψίας ευκολίας, συνδυαστικά με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας. Το συνολικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 233 γυναίκες, ηλικίας άνω των 18 ετών, οι οποίες συμμετείχαν στην έρευνα εθελοντικά.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου FPQ-III έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν παρουσίαζε σημαντικό φόβο απέναντι στον πόνο. Οι περισσότερες συμμετέχουσες σημείωσαν βαθμολογία μεταξύ 66 και 78, γεγονός που υποδηλώνει έλλειψη ουσιαστικού φόβου. Μόνο μία συμμετέχουσα σημείωσε βαθμολογία μεγαλύτερη από 130, υποδηλώνοντας σχετικά υψηλότερα επίπεδα φόβου. Όσον αφορά την δυσανεξία στην αβεβαιότητα, οι συμμετέχουσες δεν φαίνεται να παρουσιάζουν κάποιο σημαντικό πρόβλημα, καθώς οι απαντήσεις στα σχετικά ερωτήματα ήταν, στην πλειονότητά τους, αρνητικές.



Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Συμπεράσματα: Από την έρευνα διαπιστώθηκαν σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η κατοικία, οι σχέσεις με αδέρφια, η μητρότητα, η εκπαίδευση και το επάγγελμα. Τα ευρήματα αυτά παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για στοχευμένες στρατηγικές πρόληψης. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθούν αιτιώδεις σχέσεις και να διερευνηθούν πρόσθετοι παράγοντες. Η έρευνα ανέδειξε επίσης πληροφορίες σχετικά με πτυχές όπως η σεξουαλική δραστηριότητα, η κατάσταση του συντρόφου, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, η συμπεριφορά ελέγχου και οι αντιλήψεις του πόνου και της αβεβαιότητας. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων μπορεί να ενημερώσει για εξατομικευμένες στρατηγικές και παρεμβάσεις πρόληψης.

Λέξεις – Κλειδιά: Πρόληψη του καρκίνου του μαστού, Γυναικολογικός έλεγχος, Φόβος του πόνου, Διαχείριση αβεβαιότητας



ABSTRACT

Introduction: This research paper is to investigate the factors associated with breast cancer prevention, as these factors relate to fear of diagnosis, according to the personal views and perceptions of the women in the survey sample. Breast cancer is the most commonly occurring malignancy in women as a molecular-level heterogeneous disease. The development of newer treatments allows taking into account the heterogeneous nature of the malignancy, focusing mainly on biologically directed therapies and decadent methods to reduce side effects. Early-stage disease is considered curable, with multimodal therapies increasing the chances of cure by 70-80%. Today, the main issue in the field of health information, a fundamental human right, is prevention.

Aim: To investigate the association between fear of diagnosis and early prevention of breast cancer.

Material - Method: The research work was based on conducting a quantitative survey based on post-positivist epistemology. To collect primary data that would lead to conclusions about the stated purpose of the research, a structured questionnaire was distributed in electronic format, which included questions of socio-demographic nature, as well as the FPQ-III (fear of pain) and uncertainty intolerance questionnaire. The convenience sampling method was followed, combined with the snowball method. The total sample of the study consisted of 233 women, aged over 18 years, who participated in the study voluntarily.

Results: The results of the FPQ-III questionnaire showed that the majority of the participants did not show significant fear of pain. Most participants scored between 36 and 48, indicating a lack of substantial fear. Only one participant scored higher than 100, indicating relatively higher levels of fear. In terms of intolerance to uncertainty, participants did not seem to have a significant problem, as the majority of participants' responses to the relevant questions were negative.



Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Conclusions: The study identified important factors associated with breast cancer prevention, including age, marital status, residence, sibling relationships, motherhood, education, and occupation. These findings provide valuable information for targeted prevention strategies. Further research is needed to establish causal relationships and explore additional factors. The study also revealed insights into aspects such as sexual activity, partner status, family history of cancer, screening behavior, and perceptions of pain and uncertainty. Understanding these factors can inform tailored prevention strategies and interventions.

Keywords: Breast cancer prevention, Gynecological screening, Fear of pain, Uncertainty management



Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Ευχαριστίες

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Μιχαήλ Κουράκο για την πολύτιμη καθοδήγησή του, χωρίς την οποία δεν θα ήταν δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής. Επίσης, απευθύνω ευχαριστίες και σε όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού μας κύκλου σπουδών για όλες τις γνώσεις που μας προσέφεραν.

Ευχαριστώ την οικογένειά μου για την προτροπή, την υποστήριξη και την αγάπη τους καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	i
ABSTRACT.....	iii
Ευχαριστίες	v
Πίνακες	2
Πίνακες Εικόνων.....	3
Πίνακες Γραφημάτων.....	3
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή	5
Κεφάλαιο 2. Στόχος και σκοποί της εργασίας.....	9
2.1 Ερευνητική ερώτηση	9
2.2 Αιτιολόγηση/σκεπτικό εργασίας	10
2.3 Αναστοχασμός.....	11
Κεφάλαιο 3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση	13
3.1 Υπόβαθρο του θέματος.....	13
3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση	17
3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας.....	21
3.3.1 Καρκίνος του Μαστού (ΚΜ).....	21
3.3.1.1 Ανατομία Μαστού.....	21
3.3.1.2 Φυσιολογία των σταδίων ανάπτυξης του μαστού.....	23
3.3.1.3 Παράγοντες Κινδύνου	24
3.3.1.4 Ταξινόμηση του Καρκίνου Μαστού	29
3.3.1.5 Στάδια του Καρκίνου του Μαστού	30
3.3.2 Πρόληψη	32
3.3.2.1 Μοντέλα εκτίμησης κινδύνου του καρκίνου του μαστού	33
3.3.2.2 Πρωτογενής πρόληψη	35
3.3.2.3 Δευτερογενής πρόληψη.....	38
3.3.2.3.1 Screening	38
3.3.2.3.2 Χημειοπρόληψη	42
3.3.3 Διάγνωση.....	44
3.3.4 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ασθενούς.....	46
3.3.5 Πρόσφατες μελέτες σχετικά με το φόβο της διάγνωσης.....	50
3.4 Το ερευνητικό κενό	53
Κεφάλαιο 4. Σχεδιασμός της έρευνας	54
4.1 Επιστημολογία.....	54
4.2 Μεθοδολογία	55
4.3 Δειγματοληπτική τεχνική.....	56
4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος	57
4.5 Περιγραφή του δείγματος	57
4.6 Περιγραφή του χώρου.....	57
4.7 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων.....	58
4.8 Ηθική της έρευνας	59
4.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	60
Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα	61
5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	61

4.2 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου.....	78
4.3 Δυσανεξία στην Αβεβαιότητα.....	88
4.4 Περίληψη των αποτελεσμάτων	90
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση.....	93
6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων	93
6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας.....	96
6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	97
Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα.....	99
Λίστα παραπομπών (Βιβλιογραφική λίστα)	100
Παράρτημα Ι.....	116
Παράρτημα ΙΙ.....	123

Πίνακες

Πίνακας 1 Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού	24
Πίνακας 2 Στατιστικά μέτρα της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ημερομηνία Γέννησης"	61
Πίνακας 3 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Οικογενειακή Κατάσταση" και της μεταβλητής "Τόπος Διαμονής"	62
Πίνακας 4 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Αδελφές", της ανεξάρτητης μεταβλητής "Αδελφοί" και της ανεξάρτητης μεταβλητής "Σειρά Γέννησης"	65
Πίνακας 5 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Παιδιά".....	66
Πίνακας 6 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής Εκπαιδευτικό Επίπεδο" και της ανεξάρτητης μεταβλητής "Επαγγελματική Κατάσταση"	68
Πίνακας 7 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής" και της ανεξάρτητης μεταβλητής "Συντροφική κατάσταση"	70
Πίνακας 8 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια" και της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια"	71
Πίνακας 9 Στατιστικά μέτρα της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ηλικία πρώτου τεστ Παπανικολάου"	73
Πίνακας 10 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ηλικία πρώτου τεστ Παπανικολάου"	73
Πίνακας 11 Στατιστικά μέτρα της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ηλικία πρώτης μαστογραφίας"	75
Πίνακας 12 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ηλικία πρώτης μαστογραφίας"	75
Πίνακας 13 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Συχνότητα τεστ Παπανικολάου", της ανεξάρτητης μεταβλητής "Συχνότητα μαστογραφίας" και της ανεξάρτητης μεταβλητής "Συχνότητα εξετάσεων αίματος"	77
Πίνακας 14 Στατιστικά μέτρα των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου	82
Πίνακας 15 Υπολογισμός επιμέρους υποκλιμάκων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου.....	84
Πίνακας 16 Στατιστικά μέτρα των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο δυσανεξίας στην αβεβαιότητα	88

Πίνακες Εικόνων

Εικόνα 1 Ανατομία του Μαστού (McGuire, 2016).....	22
Εικόνα 2. Τα 5 Στάδια του Καρκίνου του Μαστού.	31

Πίνακες Γραφημάτων

Γράφημα 1 Ηλικιακή κατανομή δείγματος βάσει της ημερομηνίας γέννησης που δηλώθηκε	62
Γράφημα 2 Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος	63
Γράφημα 3 Τόπος Διαμονής του δείγματος	63
Γράφημα 4 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα "Έχετε αδελφές;"	65
Γράφημα 5 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα "Έχετε αδελφούς;"	65
Γράφημα 6 Απαντήσεις του δείγματος σχετικά με τη σειρά γέννησής τους.....	66
Γράφημα 7 Απαντήσεις του δείγματος σχετικά με τις σχέσεις τους με τα αδέρφια τους .66	
Γράφημα 8 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα για το εάν έχουν παιδιά	67
Γράφημα 9 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα για το φύλο των παιδιών τους.....	67
Γράφημα 10 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα για το εκπαιδευτικό τους επίπεδο68	
Γράφημα 11 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα για την επαγγελματική τους κατάσταση	69
Γράφημα 12 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα σχετικά με την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής του ζωής	70
Γράφημα 13 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα σχετικά με τη συντροφική του κατάσταση	71
Γράφημα 14 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα σχετικά με την ύπαρξη ιστορικού γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια και στο ερώτημα σχετικά με την ύπαρξη ιστορικού καρκίνου στην οικογένεια	72
Γράφημα 15 Απαντήσεις του δείγματος σχετικά με την ηλικία κατά την οποία έκαναν το πρώτο τεστ Παπανικολάου	74
Γράφημα 16 Απαντήσεις του δείγματος σχετικά με την ηλικία κατά την οποία έκαναν την πρώτη μαστογραφία	76
Γράφημα 17 Απαντήσεις του δείγματος σχετικά με την ηλικία με τη συχνότητα διενέργειας τεστ Παπανικολάου, σχετικά με την ηλικία με τη συχνότητα διενέργειας μαστογραφίας και σχετικά με τη συχνότητα εξετάσεων αίματος.....	77
Γράφημα 18 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 1 – 5).....	78
Γράφημα 19 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 6 – 10)	79
Γράφημα 20 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 11 – 15)	79
Γράφημα 21 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 16 – 20)	80
Γράφημα 22 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 21 – 25)	80

Γράφημα 23 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 26 – 30	81
Γράφημα 24 Κατανομή της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου.....	85
Γράφημα 25 Κατανομή της βαθμολογίας στην υποκλίμακα Minor Pain	86
Γράφημα 26 Κατανομή της βαθμολογίας στην υποκλίμακα Severe Pain	86
Γράφημα 27 Κατανομή της βαθμολογίας στην υποκλίμακα Medical Pain	87
Γράφημα 28 Κατανομή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο δυσανεξίας στην αβεβαιότητα	89
Γράφημα 29 Κατανομή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο δυσανεξίας στην αβεβαιότητα	89

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερα εμφανιζόμενη κακοήθεια στον γυναικείο πληθυσμό. Αποτελεί μια ετερογενή νόσο, η οποία εκδηλώνεται σε μοριακό επίπεδο. Οι νεότερες θεραπείες έχουν πλέον εξελιχθεί αρκετά ώστε να λαμβάνεται υπόψη ο ετερογενής χαρακτήρας της κακοήθειας, με την έμφαση να δίνεται σε περισσότερο βιολογικά κατευθυνόμενες θεραπείες, καθώς και σε αποκλιμακούμενες θεραπευτικές μεθόδους, με σκοπό την εξομάλυνση και μείωση των ανεπιθύμητων παρενεργειών. Ο καρκίνος του μαστού σε πρώιμα στάδια θεωρείται ιάσιμος, με τις βελτιώσεις στον τομέα της πολυτροπικής θεραπείας έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των πιθανοτήτων ίασης σε ποσοστό περίπου 70-80% των ασθενών. Ωστόσο, η προχωρημένη (μεταστατική) νόσος, δεν θεωρείται ιάσιμη βάσει των διαθέσιμων σήμερα θεραπευτικών μεθόδων, με τις παρεμβάσεις να στοχεύουν περισσότερο στην παράταση του χρόνου ζωής του ασθενούς και στον έλεγχο των συμπτωμάτων, με την παροχή χαμηλής τοξικότητας φαρμακευτική αγωγή, με σκοπό τη διατήρηση ή και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς (Harbeck et al., 2019). Στους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνονται η ηλικία, κάποια αναπαραγωγικά χαρακτηριστικά (η πρώιμη έμμηνος ρύση, η υστερημένη εμμηνόπαυση, η μεγάλη ηλικία πρώτης εμμήνου ρύσης), τα επίπεδα οιστρογόνων και ο σύγχρονος τρόπος ζωής (π.χ. κάπνισμα, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, υπερβολική κατανάλωση λίπους, κ.ά.) (Sun et al., 2017).

Η διάγνωση του καρκίνου συνδέεται με ψυχολογικές επιπτώσεις, καθώς, τουλάχιστον το ένα τρίτο των ασθενών με καρκίνο υποφέρει από ψυχολογικά προβλήματα, ενώ οι γυναίκες και οι νέοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Οι πιο συνηθισμένες ανησυχίες των ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι οι ανησυχίες που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας τους, τη γυναικεία φύση, την κατάσταση της εργασίας τους, τον γενικότερο ρόλο τους στην οικογένεια, τη διαβίωση με την αβεβαιότητα και την πιθανότητα θανάτου. Γενικά, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα στη ζωή των γυναικών και πολλές από αυτές τις ασθενείς υποφέρουν από κάποια ψυχολογικά προβλήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, φόβο υποτροπής του καρκίνου, και ανησυχίες για την οικογένεια και το μέλλον τους, οπότε χρειάζονται κατάλληλη παρέμβαση (Hajian et al., 2017).

Η πρόληψη αποτελεί σήμερα ένα από τα κύρια ζητούμενα στον τομέα της υγείας, αποτελώντας το κύριο αντικείμενο όλων των δράσεων ενημέρωσης και προώθησης του γραμματισμού υγείας, με στόχο την προαγωγή, όχι απλώς της υγείας ως όρου αντίθετου της ασθένειας, αλλά της υγείας σε μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει επίσης την ευεξία και την ποιότητα ζωής. Η ισχύουσα, σήμερα, Διακήρυξη της Astana, θέτει τις βάσεις για την παροχή καθολικών υπηρεσιών υγείας, ως ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, μέσα από μια ολιστική προσέγγιση που στοχεύει, πρώτα απ' όλα, στην προαγωγή, την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανακούφιση στα πλαίσια της προσπάθειας επίτευξης παγκόσμιας υγείας και ευεξίας (WHO & UNICEF, 2018).

Στη σύγχρονη εποχή, έχουν σημειωθεί μεγάλες πρόοδοι στις κλινικές και θεωρητικές μελέτες του καρκίνου του μαστού. Οι σημερινές μέθοδοι πρόληψης περιλαμβάνουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο, τη χημειοπροφύλαξη και τη βιολογική πρόληψη και αποτελούν μεθόδους αμεσότερες και αποτελεσματικότερες από ότι στο παρελθόν. Η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού έχει μειωθεί σημαντικά, ωστόσο, συνεχίζει ο καρκίνος του μαστού να αποτελεί την πρώτη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο μεταξύ των γυναικών ηλικίας 20-59 ετών, ενώ το 90% των θανάτων από καρκίνο δεν οφείλονται σε πρωτογενείς όγκους αλλά σε μεταστάσεις τους. Είναι γεγονός πάντως ότι, εάν ο καρκίνος του μαστού διαγνωστεί ως πρωτογενής όγκος ή ανακαλυφθεί σε κάποιο πρώιμο στάδιο μετάστασης, είναι δυνατόν να αφαιρεθεί ο όγκος του μαστού μέσω της χειρουργικής επέμβασης και μάλιστα η μέθοδος της χημειοθεραπείας μπορεί να λειτουργήσει με εξαιρετικά αποτελεσματικό τρόπο, αφού η όσο το δυνατόν εγκαίρως ανίχνευση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της πρόληψης του καρκίνου του μαστού (Sun et al., 2017).

Στην παρούσα εργασία πραγματοποιείται, μέσω ποσοτικής έρευνας βασιζόμενης στην μεταθετικιστική επιστημολογία, μια προσπάθεια διερεύνησης της συσχέτισης του φόβου της διάγνωσης και της έγκαιρης πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται είναι:

1. Σε ποιο βαθμό οι νέες γυναίκες αποφεύγουν την προληπτική εξέταση για καρκίνο του μαστού ως αποτέλεσμα του φόβου της διάγνωσης;
2. Ποιοι εξωγενείς παράγοντες επηρεάζουν τη σχέση αυτή;

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας και την άντληση αποτελεσμάτων που θα δώσουν απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα, διαμοιράστηκε ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το δεύτερο μέρος αποτελούνταν από το ερωτηματολόγιο Δυσανεξίας στην Αβεβαιότητα, που δημιουργήθηκε από τους Buhr & Dugas το 2002 και το τρίτο μέρος από την Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ-III), που δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998.

Στην πρώτη ενότητα της παρούσας ερευνητικής εργασίας πραγματοποιείται μια θεωρητική προσέγγιση του θέματος, μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία ώστε να δημιουργηθεί το υπόβαθρο και η συλλογιστική του θέματος. Στην δεύτερη ενότητα παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα και η στατιστική τους ανάλυση. Αναλυτικότερα, στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται ο στόχος και τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας, καθώς και το σκεπτικό σχετικά με τη σημασία της, ενώ παρατίθεται και μια αναστοχαστική προσέγγιση σχετικά με τη συγγένεια του θέματός της με τη νοσηλευτική πράξη της συντάκτριας. Στο τρίτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος, μέσα από την παρουσίαση του υποβάθρου του, της διενέργειας συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της κριτικής ανάλυσης της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, ενώ αναφέρεται και το ερευνητικό κενό που εντοπίστηκε κατά την βιβλιογραφική έρευνα. Το εμπειρικό κομμάτι της εργασίας ξεκινά από το τέταρτο κεφάλαιο, στο οποίο παρουσιάζεται ο σχεδιασμός της έρευνας, μέσα από την σαφή αναφοράς της επιστημολογίας της, της μεθοδολογίας της, της δειγματοληπτικής τεχνικής που ακολουθήθηκε, των κριτηρίων αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος, του τελικού δείγματος που συμμετείχε, του χώρου και τρόπου με τον οποίο πραγματοποιήθηκε αυτή, της μεθόδου συλλογής των δεδομένων, καθώς και των ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας που λήφθηκαν υπόψη καθ' όλη τη διάρκεια σχεδιασμού και διεξαγωγής της, ενώ, τέλος, παρουσιάζεται και η

μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων που ακολουθήθηκε. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας μέσα από την παρουσίαση των στατιστικών και την ανάλυση των δεδομένων, ενώ δίνεται και μια περίληψη των αποτελεσμάτων. Στο έκτο κεφάλαιο πραγματοποιείται συζήτηση των αποτελεσμάτων, αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας και παρατίθενται προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας. Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της ερευνητικής εργασίας.

Κεφάλαιο 2. Στόχος και σκοποί της εργασίας

2.1 Ερευνητική ερώτηση

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της συσχέτισης του φόβου της διάγνωσης και της έγκαιρης πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Δευτερεύοντες σκοποί είναι η διερεύνηση της επιρροής εξωγενών παραγόντων (κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών) στη σχέση αυτή, η διερεύνηση της ύπαρξης δυσανεξίας στην αβεβαιότητα και η διερεύνηση της σχέσης της (εάν υπάρχει) με την έγκαιρη πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Η κύρια ερευνητική ερώτηση που πηγάζει από τον διατυπωμένο στόχο είναι:

1. Σε ποιο βαθμό οι νέες γυναίκες αποφεύγουν την προληπτική εξέταση για καρκίνο του μαστού ως αποτέλεσμα του φόβου της διάγνωσης;

Δευτερεύουσες ερευνητικές ερωτήσεις, που προκύπτουν από τους σκοπούς της έρευνας είναι:

2. Ποιοι εξωγενείς παράγοντες επηρεάζουν τη σχέση αυτή;
3. Σε ποιο βαθμό οι νέες γυναίκες έχουν αναπτύξει δυσανεξία στην αβεβαιότητα;
4. Σε ποιο βαθμό οι νέες γυναίκες αποφεύγουν την προληπτική εξέταση για καρκίνο του μαστού ως αποτέλεσμα της δυσανεξίας στην αβεβαιότητα;

2.2 Αιτιολόγηση/σκεπτικό εργασίας

Μια νέα έρευνα για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι εξαιρετικά σημαντική, κατά κύριο λόγο επειδή μπορεί να προσφέρει πληροφορίες για τον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Ειδικότερα, μέσω της μελέτης ενός μεγάλου πληθυσμού για, συνήθως, μεγάλο χρονικό διάστημα, οι ερευνητές μπορούν να παρατηρούν τα μοτίβα και τις συσχετίσεις μεταξύ ορισμένων παραγόντων εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αλλά και της συχνότητας αυτής. Παρέχονται έτσι απαραίτητες πληροφορίες για την κατανόηση των αιτιών του καρκίνου του μαστού, που θα οδηγήσουν στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης.

Η έρευνα αυτή παρέχει πληροφορίες σχετικά με τους συγκεκριμένους παράγοντες που μπορούν να τροποποιηθούν ή να ελεγχθούν για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού και αναγνωρίζεται με ερευνητικά στοιχεία η αναγκαιότητα των σωστών επιλογών τρόπου ζωής, όπως η διατροφή και η άσκηση. Επίσης με την κατανόηση της επίδρασης των περιβαλλοντικών παραγόντων, των ορμονικών επιδράσεων και των γενετικών προδιαθέσεων που αποτελούν γενεσιουργές αιτίες της εμφάνισης καρκίνου του μαστού, μπορούν οι ερευνητές να αναπτύξουν τεκμηριωμένες στρατηγικές πρόληψης, συμπεριλαμβανομένων και των συστάσεων για αλλαγές συμπεριφοράς και στοχευμένες παρεμβάσεις.

Αναμφίβολα, η έρευνα βοηθά και στον εντοπισμό και την αξιολόγηση μεθόδων για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, μέσω της μελέτης συγκεκριμένα των βιοδεικτών οι ερευνητές μπορούν να προσδιορίσουν τους δείκτες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού στα πρώτα στάδια, όταν τα αποτελέσματα της θεραπείας μπορούν να είναι ευνοϊκότερα και να επιλεγούν οι στρατηγικές έγκαιρης ανίχνευσης που θα οδηγήσουν σε έγκαιρες παρεμβάσεις και βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης των νοσούντων. Η έρευνα άλλωστε επιτρέπει την ανάπτυξη εξατομικευμένων παρεμβάσεων και σχεδίων θεραπείας για κάθε περίπτωση ξεχωριστά και με την κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, οι ερευνητές μπορούν να εντοπίσουν υποομάδες ατόμων που ενδέχεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο και να χρειάζονται συγκεκριμένες

παρεμβάσεις. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με γενετικές εξετάσεις για τον εντοπισμό μεταλλάξεων υψηλού κινδύνου, συμβουλές για τροποποιήσεις του τρόπου ζωής και στοχευμένες θεραπείες με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας που επηρεάζει εκατομμύρια γυναίκες αλλά και άντρες παγκοσμίως και η διεξαγωγή περισσότερων ερευνών μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη πολιτικών και προγραμμάτων δημόσιας υγείας που θα βασίζονται σε επικαιροποιημένα στοιχεία και σε πρωτοβουλίες που θα επικεντρώνονται στην εκπαίδευση, στην ευαισθητοποίηση και την ενσυναίσθηση προς τους νοσούντες.

2.3 Αναστοχασμός

Ως νοσηλεύτρια, έχω δει «ιδίους όμμασι» τις καταστροφικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει ο καρκίνος του μαστού στους ασθενείς και τις οικογένειές τους και μέσα από αυτές τις εμπειρίες κατάφερα να εκτιμήσω τον κρίσιμο ρόλο που διαδραματίζει η έρευνα στη βελτίωση της πρόληψης και της θεραπείας του καρκίνου του μαστού.

Σίγουρα, μια επικαιροποιημένη έρευνα για τον καρκίνο του μαστού μπορεί να ενημερώσει άμεσα τη νοσηλευτική μου πρακτική. Καταρχάς, κάθε είδος επιστημονικής έρευνας με βοηθά (τόσο εμένα όσο και κάθε επαγγελματία υγείας) να ενημερώνομαι για τις τελευταίες πρακτικές που βασίζονται σε στοιχεία για την πρόληψη και την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού και παραμένοντας ενήμερη για τα τελευταία ερευνητικά ευρήματα, μπορώ να παρέχω ακριβείς και σχετικές πληροφορίες στους ασθενείς μου σχετικά με τις τροποποιήσεις του τρόπου ζωής, τις στρατηγικές μείωσης του κινδύνου και τη σημασία των τακτικών εξετάσεων, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να λαμβάνουν έτσι έγκυρες και έγκαιρες αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους και να λαμβάνουν προληπτικά μέτρα για να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Επιπλέον, η έρευνα συμβάλλει στην ανάπτυξη νέων και πιο αποτελεσματικών μεθόδων θεραπείας, αφού μέσω των κλινικών δοκιμών και μελετών, οι ερευνητές διερευνούν συνεχώς καινοτόμες προσεγγίσεις, όπως οι στοχευμένες θεραπείες και οι ανοσοθεραπείες. Ως νοσηλεύτρια, μάλιστα είναι δική μου ευθύνη, αφού ενημερωθώ και

κατανοήσω αυτές τις εξελίξεις να διασφαλίζω ότι οι ασθενείς μου θα λαμβάνουν τις πλέον κατάλληλες και τεκμηριωμένες διαθέσιμες θεραπείες. Η έρευνα για τον καρκίνο του μαστού συμβάλλει επίσης στη διαμόρφωση νοσηλευτικών παρεμβάσεων και πρακτικών υποστηρικτικής φροντίδας, αφού και το κομμάτι της υποστήριξης των ασθενών είναι πολύ σημαντικό. Οι γνώσεις σχετικά με τις σωματικές, συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές πτυχές του καρκίνου του μαστού, μου επιτρέπουν να παρέχω ολιστική φροντίδα στους ασθενείς μου και έτσι, ενσωματώνοντας αυτές τις γνώσεις στην πρακτική μου, μπορώ να προσφέρω ολοκληρωμένη φροντίδα που θα ανταποκρίνεται στις μοναδικές ανάγκες κάθε ασθενούς.

Επιπλέον, η έρευνα ενισχύει την κατανόηση της τρέχουσας κατάστασης της έρευνας για τον καρκίνο του μαστού και έτσι μπορώ να συμμετέχω ενεργά σε συζητήσεις σχετικά με την κατανομή των πόρων, την πρόσβαση στη φροντίδα και την εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών για το σοβαρό αυτό θέμα, που θα βασίζονται σε αποδείξεις και νέα δεδομένα, γεγονός που μου επιτρέπει να συνηγορώ υπέρ της βελτίωσης των προγραμμάτων του σημαντικότερου προσυμπτωματικού ελέγχου, της αύξησης της χρηματοδότησης της έρευνας και της βελτίωσης των συστημάτων υποστήριξης των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Επομένως, η έρευνα για τον καρκίνο του μαστού είναι στενά συνυφασμένη με τη γυναικεία μου φύση και τις ανησυχίες μου για την υγεία μου αλλά και την αναγκαιότητα πρόληψης όπως επίσης και με τη νοσηλευτική μου ιδιότητα, αφού εξελίσσει τις γνώσεις μου, με κρατά ενημερωμένη για τις νέες τεχνικές και παρεμβάσεις και με βοηθά να παρέχω σύγχρονη φροντίδα στους ασθενείς μου, συμβάλλοντας έτσι στην πρόοδο της φροντίδας για τον καρκίνο του μαστού και να κάνω ουσιαστική διαφορά στη ζωή όσων πλήττονται από αυτή τη νόσο.

Κεφάλαιο 3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1 Υπόβαθρο του θέματος

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερα εμφανιζόμενη κακοήθεια στον γυναικείο πληθυσμό (Alwan, 2017; Harbech et al., 2019). Υπάρχει μεγαλύτερη εμφάνιση στις γυναίκες με αναλογία περίπου 100:1 (Λαγού, 2008).

Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου εμφανίζεται πολύ συχνότερα στις Δυτικές χώρες από ότι στην Κίνα ή στην Ιαπωνία (Λαγού, 2008). Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι στις Ασιάτισσες εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία, συνήθως 40-50, από στις αντίστοιχες γυναίκες του δυτικού κόσμου όπου συνήθως η ηλικία εμφάνισης κυμαίνεται μεταξύ 60-70 έτη (Harbech et al., 2019). Ακόμη, σχετικά με την ηλικία εμφάνισης, ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται κατά προσέγγιση 10 χρόνια νωρίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες από ότι στις ανεπτυγμένες. Για τα νεαρά σε ηλικία περιστατικά, μικρότερα των τριάντα πέντε ετών παρουσιάζονται σε ποσοστό 10% στις ανεπτυγμένες χώρες έναντι 25% στους αναπτυσσόμενες ασιατικές χώρες (Agarwal et al., 2007; Harbech et al., 2019).

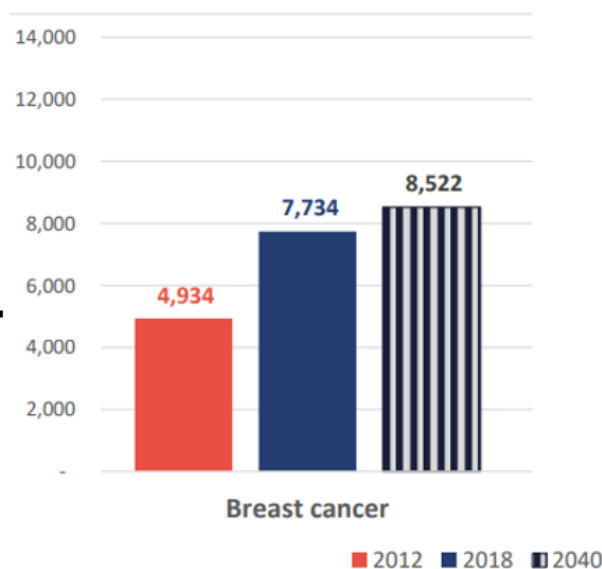
Συχνότερα προσβάλλει γυναίκες με υψηλό εισόδημα (Λαγού, 2008; Harbeck et al., 2019). Ωστόσο στις συγκεκριμένες περιπτώσεις παρατηρείται διάγνωση κατά το πρώιμο στάδιο και καλύτερη πρόγνωση από ότι σε γυναίκες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα, όπου η διάγνωση γίνεται σε μεταγενέστερο στάδιο και κατά συνέπεια συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης (Allemani et al., 2015). Συνήθως οι χώρες στις οποίες παρατηρείται καλύτερη πρόγνωση είναι η Βόρεια Αμερική, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία και η βόρεια και δυτική Ευρώπη, ενώ αυτές με τα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας ανήκουν οι χώρες της υποσαχάριας Αφρικής και οι ασιατικές αναπτυσσόμενες χώρες. Οι τελευταίες επηρεάζουν σημαντικά το ποσοστά θνησιμότητας παγκοσμίως (Harbeck et al., 2019).

Η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού σε γυναίκες γνώρισε μια κατακόρυφη άνοδο το 1989 και από τότε και στο εξής παρουσιάστηκε μια μείωση κατά 42% και χάρη στις μεθόδους πρόωρης διάγνωσης, αλλά και λόγω του γεγονότος της ύπαρξης αυξημένης ευαισθητοποίησης, επιπρόσθετα και ο μαστογραφικός έλεγχος και οι βελτιώσεις στις θεραπευτικές μεθόδους επιδρούν θετικά (Negoita et al., 2018). Η θνησιμότητα αυξάνεται

αναλογικά με τη νοσηρότητα που παρουσιάζουν τα περιστατικά. Τα τελευταία χρόνια, η μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού έχει επιβραδυνθεί από 2% σε 3% ετησίως κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 και του 2000 σε 1% ετησίως από τα έτη 2013 έως το 2019, αντανakλώντας ίσως την ελαφρά αλλά σταθερή αύξηση της επίπτωσης (Siegel et al., 2022). Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά επίπτωσης του γυναικείου καρκίνου του μαστού αυξάνονται αργά κατά περίπου 0,5% ετησίως από τα μέσα της δεκαετίας του 2000, που αποδίδεται τουλάχιστον εν μέρει στη συνεχιζόμενη μείωση του ποσοστού γονιμότητας και στις αυξήσεις του υπερβολικού σωματικού βάρους (Pfeiffer et al., 2018).

Η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά τόσο στην εμφάνιση όσο και στην θνησιμότητα για το συγκεκριμένο τύπο καρκίνου σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Ωστόσο, παρόλο που στην Βόρεια Ευρώπη τα ποσοστά μειώνονται, στην Ελλάδα συνεχίζουν μικρή ανοδική πορεία. Για το 2020, τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν στο 6.6% και αποτελούσαν το τρίτο σε αριθμό ποσοστό θνησιμότητας μετά από τον καρκίνο των πνευμόνων (25,1%) και του ορθοκολικού (10,3%) (WHO, 2020).

Τα περιστατικά ήταν 7.772 και για τα δύο φύλα (Globocan, 2021) και αποτελούσαν το 11,5% όλων των περιστατικών και αποτελούν το δεύτερο σε συχνότητα ποσοστό μετά τον καρκίνο των πνευμόνων (WHO, 2020). Συγκεκριμένα στις γυναίκες, ο καρκίνος του στήθους αποτελεί τον πιο εμφανιζόμενο καρκίνο με ποσοστό 27,5% σε σχέση με τα συνολικά περιστατικά καρκίνου σε γυναίκες (Globocan, 2021). Στο παρακάτω διάγραμμα, φαίνονται οι περιπτώσεις καρκίνου του στήθους σε συγκεκριμένα έτη. Έτσι, το 2013 ήταν 4,934, το 2018 αυξήθηκαν κατά περίπου 3.000 και αναμένεται μέχρι το 2040 να έχουν αυξηθεί κατά περίπου 1.000 ανά έτος (WHO, 2020).



Διάγραμμα 1 Δεδομένα περιστατικών και εκτιμώμενες περιπτώσεις ανά έτος (WHO, 2020).

Σύμφωνα με την έρευνα των Siegel et al. (2022), τα απερχόμενα περιστατικά για το 2022 εκτιμήθηκαν στα 290,560, με μόλις 2,710 άνδρες και 287,850 γυναίκες. Οι επερχόμενοι θάνατοι από καρκίνο του μαστού για το έτος 2022 ήταν 43,780 με μόλις 530 άνδρες και 43,250 γυναίκες. Τα περιστατικά αποτελούν το 31% όλων των περιστατικών από καρκίνο και είναι το μεγαλύτερο ποσοστό, ενώ για τους θανάτους βρίσκεται στην δεύτερη σε συχνότητα θέση με 15%. Το 2023 αυξήθηκαν οι αριθμοί των περιστατικών κατά 10.000 συνολικά και παρέμειναν σταθεροί οι θάνατοι (Siegel, 2023).

Η έρευνα των παραγόντων που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού είναι σημαντική και επίκαιρη λόγω της υψηλής παρουσίας και επιβάρυνσης της νόσου, αφού ο καρκίνος του μαστού είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, που επηρεάζει εκατομμύρια γυναίκες και άντρες και τις οικογένειές τους. Ειδικότερα, είναι ο συχνότερος καρκίνος μεταξύ των γυναικών παγκοσμίως και η συχνότητά του συνεχίζει να αυξάνεται. Με τη διεξαγωγή έρευνας σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού, μπορούμε να αποκτήσουμε καλύτερη κατανόηση των αιτιών, των παραγόντων κινδύνου και των στρατηγικών πρόληψης, οδηγώντας τελικά σε μείωση του φορτίου της νόσου.

Επίσης η έρευνα είναι σημαντική γιατί επιτρέπει την εστίαση στην πρόληψη και όχι αποκλειστικά στη θεραπεία, με την πρόληψη να αποτελεί το κλειδί για τη μείωση της

συχνότητας εμφάνισης και των επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού. Έτσι, με τον κατάλληλο προσυμπτωματικό έλεγχο και την κατανόηση των γενετικών και περιβαλλοντικών μηχανισμών που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού, οι ερευνητές μπορούν να αναπτύξουν εξατομικευμένες προσεγγίσεις για την πρόληψη, τον έλεγχο και τη θεραπεία, παρέχοντας στοχευμένες παρεμβάσεις και πολιτικές που θα εξασφαλίζουν ότι όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό τους υπόβαθρο θα έχουν ίσες ευκαιρίες για πρόληψη και βέλτιστη φροντίδα.

Αδιαμφισβήτητα λοιπόν, είναι δυνατόν να ειπωθεί ότι, η έρευνα των παραγόντων που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού είναι κρίσιμη και επίκαιρη λόγω της μεγάλης επιβάρυνσης από τη νόσο, της εστίασης στην πρόληψη, των δυνατοτήτων εξατομικευμένης ιατρικής, της ανάγκης για ισότητα στην υγεία, των εξελίξεων στην τεχνολογία και των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων στη δημόσια υγεία. Εξάλλου, επενδύοντας στην έρευνα, μπορούμε να κάνουμε σημαντικά βήματα στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης και των επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς.

3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Για την υποστήριξη του υποβάθρου του θέματος, καθώς και για την εύρεση καταλλήλων άρθρων ώστε να επιτευχθεί η κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση για μελέτες που εξετάζουν τα θέματα σχετικά με την φυσιολογία του μαστού, τον καρκίνο του μαστού και τα επιμέρους χαρακτηριστικά του (παράγοντες κινδύνου, επιπολασμός, ταξινόμηση, στάδια ανάπτυξής του), τις δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, τη διάγνωσή του, αλλά και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του για την ασθενή.

Η αναζήτηση διεξήχθη με τη χρήση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των Google Scholar, Academia, PubMed και ResearchGate. Για τα στατιστικά στοιχεία πραγματοποιήθηκε αναζήτηση και στις επίσημες ιστοσελίδες ελληνικών και διεθνών οργανισμών ιατρικού ενδιαφέροντος. Κατά την περίοδο της αναζήτησης στις εν λόγω βάσεις δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι αλγόριθμοι αναζήτησης: «woman breast physiology», «breast cancer», «breast cancer AND risk factors», «breast cancer AND prevalence», «breast cancer AND mortality», «breast cancer AND classification», «breast cancer AND stages», «breast cancer AND prevention», «breast cancer AND diagnosis», «breast cancer AND psychological state», «breast cancer AND social status», καθώς και άλλες συναφείς. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση τόσο των αγγλικών, όσο και των ελληνικών αντίστοιχων όρων.

Στα κριτήρια αναζήτησης τέθηκε η ημερομηνία έκδοσης να είναι μετά το 2013 έως και το 2023. Χρησιμοποιήθηκε, επίσης, και η δυνατότητα αναζήτησης σε συγκεκριμένο είδος εκδότη με τη χρήση λέξεων – κλειδιών για άρθρα δημοσιευμένα σε επιστημονικά περιοδικά ιατρικού και νοσηλευτικού ενδιαφέροντος (π.χ. medic*, nurs*).

Μετά τον πρώτο έλεγχο σχετικότητας των άρθρων που εντοπίστηκαν, αναζητήθηκαν και οι σχετικές βιβλιογραφικές αναφορές που είχαν χρησιμοποιηθεί ως δικές τους πηγές.

Συνολικά ανακτήθηκαν 4.782 άρθρα. Μετά τον ενδελεχή έλεγχο βάσει των κριτηρίων αποδοχής/αποκλεισμού, επιλέχθηκαν 114 άρθρα, τα οποία και τελικά χρησιμοποιήθηκαν. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά στοιχεία που διατίθεντο σε 6 αξιόπιστες ιστοσελίδες επίσημων οργανισμών.

Κριτήρια αποδοχής:

1. Έρευνες και άρθρα που εξετάζουν θέματα σχετικά με τη φυσιολογία του μαστού, τον καρκίνο του μαστού και τα επιμέρους χαρακτηριστικά του (παράγοντες κινδύνου, επιπολασμός, ταξινόμηση, στάδια ανάπτυξης).
2. Έρευνες και άρθρα που διερευνούν τις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου του μαστού.
3. Έρευνες και άρθρα που διερευνούν τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της στην ασθενή.
4. Έρευνες και άρθρα που έχουν δημοσιευθεί μεταξύ 2013 και 2023 (στη συνέχεια αποφασίστηκε και η συμπερίληψη και κάποιων προγενέστερων άρθρων, λόγω της ανάγκης για ορισμούς και αποσαφήνιση εννοιών).
5. Έρευνες και άρθρα δημοσιευμένα στα αγγλικά ή στα ελληνικά.
6. Έρευνες και άρθρα δημοσιευμένα σε επιστημονικά περιοδικά ιατρικού και νοσηλευτικού ενδιαφέροντος.
7. Στατιστικά στοιχεία και δεδομένα από αξιόπιστες ιστοσελίδες επίσημων ελληνικών και διεθνών οργανισμών που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού και έχουν ιατρικό ενδιαφέρον.

Κριτήρια αποκλεισμού:

1. Έρευνες και άρθρα που δεν σχετίζονται με τη φυσιολογία του μαστού, τον καρκίνο του μαστού και τα επιμέρους χαρακτηριστικά του.
2. Έρευνες και άρθρα που δεν εστιάζουν στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.
3. Έρευνες και άρθρα που δεν διερευνούν τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ή τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του στην ασθενή.
4. Έρευνες και άρθρα που δημοσιεύτηκαν πριν από το 2013 ή μετά το 2023.
5. Έρευνες και άρθρα που δεν έχουν δημοσιευτεί στα αγγλικά ή στα ελληνικά.
6. Έρευνες και άρθρα που δεν δημοσιεύονται σε επιστημονικά περιοδικά ιατρικού και νοσηλευτικού ενδιαφέροντος.

7. Άσχετα στατιστικά στοιχεία και δεδομένα από αναξιόπιστους ιστότοπους.

Σε συνέχεια της διαδικασίας αρχικής αναζήτησης, εξαλείφθηκαν τα διπλά άρθρα και τα υπόλοιπα υποβλήθηκαν σε έλεγχο με βάση τους τίτλους και τις περιλήψεις τους. Τα άρθρα που φαίνονταν να είναι εν δυνάμει συναφή αναζητήθηκαν στο σύνολό τους και τα άρθρα αυτά ελέγχθηκαν περαιτέρω με βάση τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Επιπλέον, οι κατάλογοι αναφοράς των επιλεγμένων μελετών εξετάστηκαν χειροκίνητα για τον εντοπισμό τυχόν πρόσθετων μελετών που ήταν σχετικές.

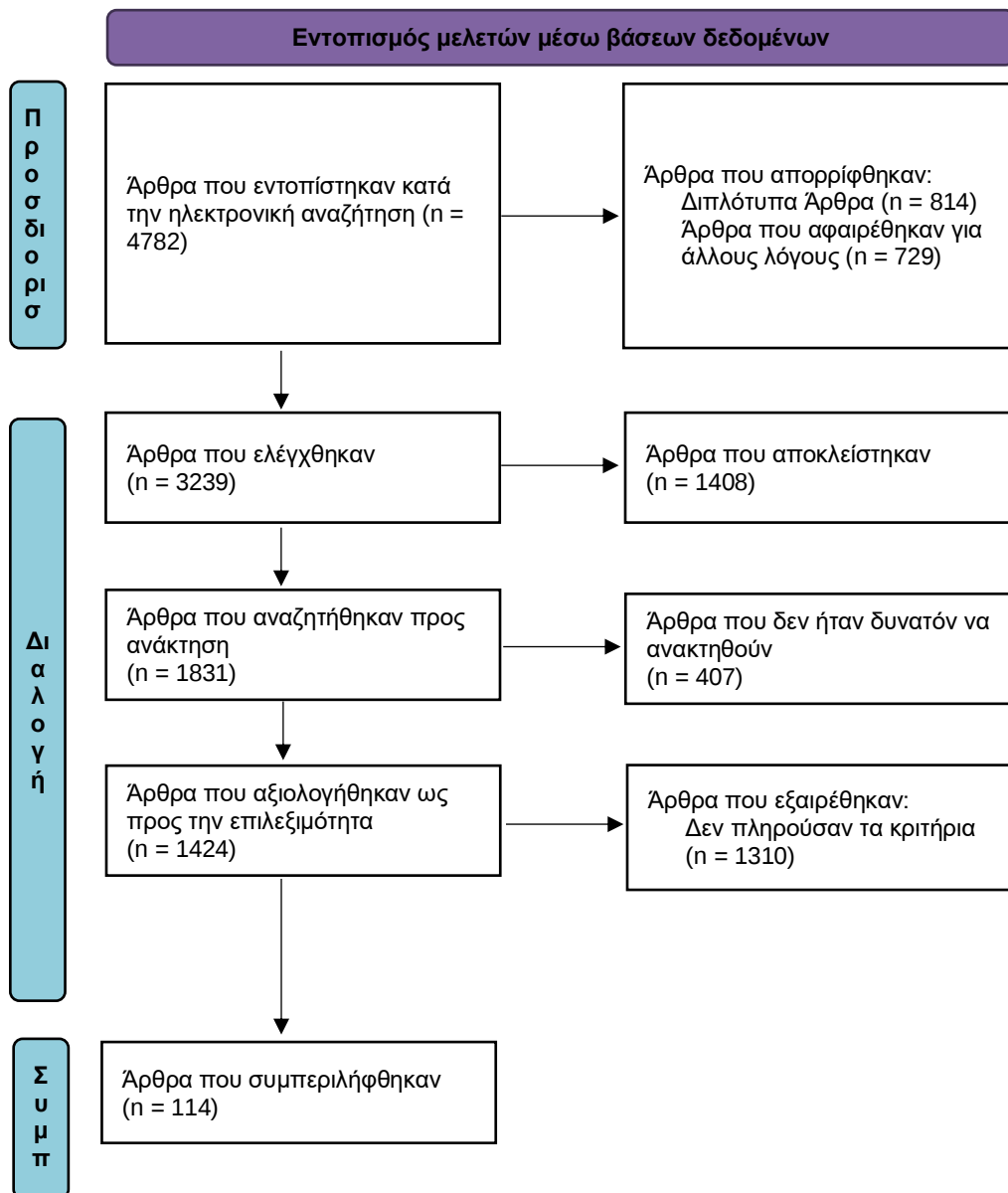
Αναλυτικότερα, η συστηματική ανασκόπηση ξεκίνησε με μια αναζήτηση που απέδωσε συνολικά 4.782 άρθρα. Για να εξασφαλιστεί μια ολοκληρωμένη και εστιασμένη ανάλυση, αφαιρέθηκαν αρχικά τα διπλά άρθρα. Τα υπόλοιπα άρθρα υποβλήθηκαν σε διαδικασία ελέγχου με βάση τους τίτλους και τις περιλήψεις τους, με στόχο να αξιολογηθεί γρήγορα η συνάφεια τους με το θέμα της έρευνας. Τα άρθρα που δεν πληρούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια συμπερίληψης αποκλείστηκαν κατά το στάδιο αυτό. Για τα εν δυνάμει συναφή άρθρα, συλλέχθηκαν τα πλήρη κείμενα για τη διεξαγωγή μιας πιο ενδελεχούς αξιολόγησης του περιεχομένου και της καταλληλότητάς τους. Στη συνέχεια, κάθε πλήρες άρθρο ελέγχθηκε προσεκτικά σύμφωνα με τα προκαθορισμένα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού που καθορίστηκαν για τη συστηματική ανασκόπηση. Το στάδιο αυτό περιελάμβανε μια σχολαστική αξιολόγηση για να διαπιστωθεί εάν τα άρθρα παρείχαν σχετικές πληροφορίες που αφορούσαν τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας ένταξης, ο αριθμός των άρθρων μειώθηκε σταδιακά καθώς αποκλείονταν εκείνα που δεν πληρούσαν τα κριτήρια. Τα εναπομείναντα άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης αποτέλεσαν ένα υποσύνολο κατάλληλο για περαιτέρω ανάλυση και κριτική αξιολόγηση. Προκειμένου να διασφαλιστεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, οι κατάλογοι αναφοράς αυτών των επιλεγμένων μελετών αναζητήθηκαν χειροκίνητα για τον εντοπισμό τυχόν πρόσθετων σχετικών μελετών που μπορεί να είχαν παραλειφθεί κατά την αρχική αναζήτηση.

Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας συμπερίληψης, η τελική επιλογή 114 άρθρων κρίθηκε κατάλληλη. Αυτά τα 114 άρθρα αποτέλεσαν τη βάση για την κριτική ανάλυση

της βιβλιογραφίας, παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Ακολουθεί το Διάγραμμα PRISMA που περιγράφει τη διαδικασία αποδοχής και αποκλεισμού των άρθρων που εντοπίστηκαν κατά τη διάρκεια της αναζήτησης.



Διάγραμμα 2 Διάγραμμα PRISMA αναζήτησης και αποδοχής άρθρων
(Πηγή διαγράμματος: Page et al., 2021, Ιδία επεξεργασία)

3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

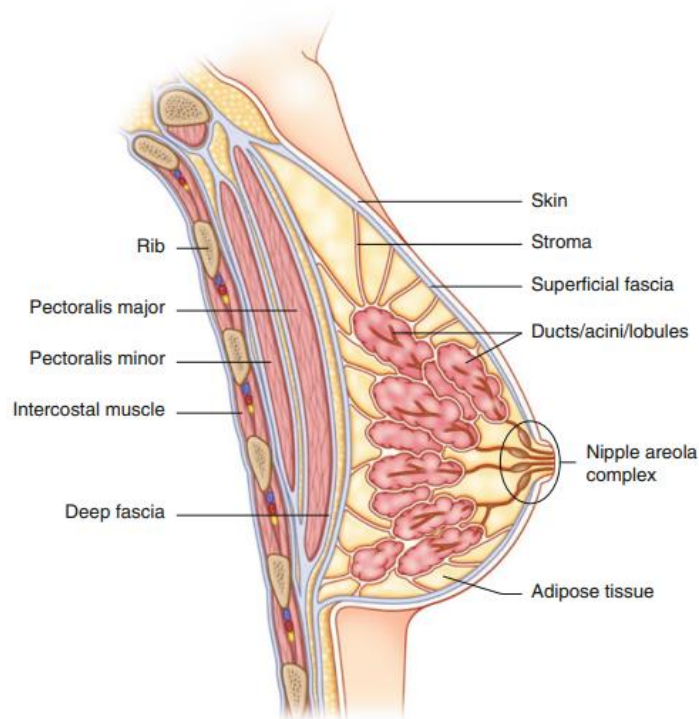
3.3.1 Καρκίνος του Μαστού (ΚΜ)

3.3.1.1 Ανατομία Μαστού

Ο μαστός ονομάζεται αλλιώς και μαστικός ή μαζικός αδένας και είναι ένα όργανο εξωδερμικής προέλευσης του οποίου η δομή αντανακλά την ιδιαίτερη λειτουργία του όπου είναι η παραγωγή γάλακτος για τη γαλουχία (Bistoni & Farhadi, 2015). Ο μαστός βρίσκεται ανάμεσα στο δεύτερο και έκτο/έβδομο πλευρό, ειδικότερα, η βάση του μαστού εκτείνεται από το μεσαίο στερνικό όριο έως τη μεσαία μασχαλιαία γραμμή πλευρικά και περικλείεται από την επιφανειακή και βαθιά περιτονία του θωρακικού τοιχώματος (McGuire, 2016). Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες έχουν μαστούς με το γυναικείο στήθος να περιέχει συνήθως περισσότερο αδενικό ιστό από το ανδρικό (Akram et al., 2017).

Το μέγεθος και το σχήμα ποικίλουν σημαντικά. Το μέγεθος του στήθους εξαρτάται από γενετικούς, φυλετικούς και διατροφικούς παράγοντες και αλλάζει ανάλογα με την ηλικία. Το σχήμα τους ποικίλει επίσης και είναι ημισφαιρικό, κωνικό, μεταβλητά κρεμαστό, απειροειδές ή λεπτό και πεπλατυσμένο. Ωστόσο, κάθε μαστός έχει συνήθως κωνική μορφή με τη βάση της να είναι 10-12cm και το πάχος 5-7 cm. Ακόμη, σπάνια οι δύο μαστοί μιας γυναίκας έχουν το ίδιο μέγεθος, συνήθως το ένα είναι ελαφρώς μεγαλύτερο ή μικρότερο, υψηλότερο ή χαμηλότερο του άλλου (Bistoni & Farhadi, 2015).

Ο μαστός αποτελείται από το δέρμα που είναι το επιφανειακό στρώμα, την επιφανειακή περιτονία ακριβώς από κάτω και το παρέγχυμα του μαστού (εικόνα 1). Το παρέγχυμα του μαστού αποτελείται από τρεις κύριους τύπους ιστών, το αδενικό επιθήλιο, το στρώμα ινώδους ιστού και υποστηρικτικές δομές και λίπος. Η αναλογία του λίπους με τον αδενικό ιστό αυξάνεται με την ηλικία και το μέγιστο είναι μετά την εμμηνόπαυση. Στο αδενικό τμήμα βρίσκονται 15-20 λοβία όπου αναφέρονται ως τερματικοί πόροι ή acini και είναι οι αδένες που παράγουν το γάλα μετά τον τοκετό (McGuire, 2016).



Εικόνα 1 Ανατομία του Μαστού (McGuire, 2016)

Το σύμπλεγμα θηλής και θηλαία άλως βρίσκεται σχεδόν στην μέση του μαστού και έχει διάμετρο 3-4 cm (Bistoni & Farhadi, 2015). Η θηλή και η θηλαία άλως δεν έχουν τρίχες (Johnson, 2016). Αποτελούνται από κερατινοποιητικό στρωματοποιημένο πλακώδες επιθήλιο με πυκνή εναπόθεση μελανίνης (Bistoni & Farhadi, 2015, McGuire, 2016). Η επιδερμίδα της θηλής είναι πολύ λεπτή και ευαίσθητη στα οιστρογόνα. Η στύση της θηλής μπορεί να συμβεί ως απόκριση σε κρύο, άγγιγμα ή ψυχικά ερεθίσματα (Johnson, 2016). Η θηλή άλως είναι ένας δίσκος δέρματος που περιβάλλει τη βάση της θηλής και ποικίλει σε χρώμα από ροζ έως σκούρο καφέ ανάλογα την φυλή. Περιέχει σμηγματογόνους, ιδρωτοποιούς αδένες και βοηθητικούς αδένες που ονομάζονται αδένες του Μοντγκόμερι. Το σύμπλεγμα έχει πλούσια αισθητηριακή νεύρωση (Bistoni & Farhadi, 2015).

3.3.1.2 Φυσιολογία των σταδίων ανάπτυξης του μαστού

Από την γέννηση μέχρι την εφηβεία το στήθος αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, χωρίς κυψελίδες (Ellis & Mahadevan, 2013; Bistoni & Farhadi, 2015). Ωστόσο, ο μαστικός αδένας έχει βρεθεί ότι κατά τους δύο πρώτους μήνες της ζωής ενός ανθρώπου είναι ενεργός και μπορεί να παράγει καζεΐνη. Μεταξύ δύο ετών και εφηβείας, η ανάπτυξη του μαστού συμβαδίζει με την ανάπτυξη του σώματος και ο επιθηλιακός πολλαπλασιασμός είναι σταθερά χαμηλός (Johnson, 2016).

Στην εφηβεία, εξαιτίας των οιστρογόνων (Bistoni & Farhadi, 2015), οι πόροι αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται και οι τερματισμοί τους σχηματίζουν συμπαγείς μάζες κυττάρων, τους μελλοντικούς λοβούς του μαστού (Ellis & Mahadevan, 2013). Γύρω από τους πόρους, η αγγείωση προκαλεί αύξηση όγκου και ελαστικότητας και αντικαθιστά τον λιπώδη ιστό με στόχο την παροχή υποστήριξης για την ανάπτυξη των πόρων. Τα μπουμπούκια του στήθους (breast budding) αποτελούν ένα από τα πρώτα σημάδια της εφηβείας στα κορίτσια και ξεκινάει μεταξύ 8 και 13 ετών (Bistoni & Farhadi, 2015).

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, το στήθος αποκτά το μέγιστο μέγεθός του. Την περίοδο εκείνη εμφανίζονται εκκρινουσες κυψελίδες. Τις πρώτες εβδομάδες, υπό την επήρεια των οιστρογόνων, υπάρχει βλάστηση πόρων και λοβιακός πολλαπλασιασμός. Τον δεύτερο μήνα το στήθος έχει μεγαλώσει δραματικά, με αυξημένη μελάγχρωση της θηλής. Οι κυψελίδες εμφανίζουν έναν αυλό που περιβάλλεται από τα εκκριτικά κύτταρα (Ellis & Mahadevan, 2013; Bistoni & Farhadi, 2015). Κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου της εγκυμοσύνης η προγεστερόνη προκαλεί το λοβιακό σχηματισμό να υπερβεί την βλάστηση του πόρου με αξιοσημείωτη αύξηση των επιπέδων προλακτίνης. Στο σημείο αυτό οι κυψελίδες περιέχουν πρωτόγαλα και το στήθος συνεχίζει να μεγαλώνει.

Στο τελευταίο τρίμηνο το στρώμα που περιβάλλει τους λοβούς μειώνεται για να κάνει χώρο για την υπερτροφία λοβών και ο μαστός αρχίζει να εκκρίνει πρωτόγαλα, που στη συνέχεια αντικαθίσταται από αληθινή έκκριση γάλακτος (Bistoni & Farhadi, 2015). Το πρωτόγαλα είναι ένα κίτρινο, κολλώδες, ορώδες υγρό (Ellis & Mahadevan, 2013). Όταν η γαλουχία σταματήσει, ο αδενικός ιστός επιστρέφει στην κατάσταση ηρεμίας (Ellis & Mahadevan, 2013; Bistoni & Farhadi, 2015).

Η εμμηνόπαυση εμφανίζεται συνήθως όταν μια γυναίκα είναι στα τέλη της δεκαετίας των 40 και στις αρχές της δεκαετίας του '50 και σχετίζεται με ποικίλα συμπτώματα που σχετίζονται με την απώλεια οιστρογόνων και προγεστερόνης (Bistoni & Farhadi, 2015). Ο αδενικός ιστός του μαστού ατροφεί, ο συνδετικός ιστός γίνεται λιγότερο κυτταρικός και η ποσότητα του κολλαγόνου μειώνεται (Ellis & Mahadevan, 2013; Bistoni & Farhadi, 2015). Το παρέγχυμα του μαστού υποχωρεί και αντικαθίσταται από λιπώδη ιστό (McGuire, 2016). Η απώλεια δύναμης του συνδετικού ιστού συνήθως οδηγεί σε αύξηση του όγκου και κρεμάει στο στήθος. Ωστόσο αυτές οι αλλαγές της ατροφίας είναι μεταβλητές και ατελές από γυναίκα σε γυναίκα (Bistoni & Farhadi, 2015).

3.3.1.3 Παράγοντες Κινδύνου

Η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες είναι πεδίο μελέτης για τους ερευνητές εδώ και αρκετά χρόνια (Madigan et al., 1995). Οι παράγοντες κινδύνου χωρίζονται σε δύο κατηγορίες του τροποποιήσιμους, δηλαδή αυτούς που το άτομο μπορεί να αλλάξει και τους μη τροποποιήσιμους (Lukasiewicz et al, 2021). Στους τελευταίους ανήκουν οι πιο βασικοί παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο όπως το φύλο, η ηλικία, τα οιστρογόνα (Ataollahi et al., 2015), το οικογενειακό ιστορικό, οι γονιδιακές μεταλλάξεις (Naeem et al., 2019) και η φυλή (Lukasiewicz et al, 2021). Στους τροποποιήσιμους ανήκει ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής (Naeem et al., 2019), όπως η κατάχρηση αλκοόλ και ο δείκτης μάζας σώματος, καθώς και η πρόσληψη συγκεκριμένων φαρμάκων (Lukasiewicz et al, 2021). Στον πίνακα 1 κατηγοριοποιούνται όλοι παράγοντες κινδύνου.

Πίνακας 1 Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού

Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες

- Φύλο και ηλικία
- Οικογενειακό ιστορικό
- Γονιδιακές μεταλλάξεις
- Οιστρογόνα

Τροποποιήσιμοι παράγοντες – Αυξάνουν τον κίνδυνο

- Θεραπεία Ορμονικής Αποκατάστασης
- Αντισυλληπτικά

-
- Παχυσαρκία
 - Αλκοόλ
-

Τροποποιήσιμοι παράγοντες – Μειώνουν τον κίνδυνο

- Άσκηση
 - Διατροφή
-

Όσον αφορά το φύλο, είναι αναμφισβήτητα αποδεδειγμένο ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερο βαθμό κινδύνου με βάση την επιδημιολογία (Λαγού, 2008). Ειδικότερα, πολύ μικρότερο ποσοστό του 1% όλων των καρκίνων του μαστού εμφανίζεται σε άνδρες, είναι επομένως μια σπάνια ασθένεια που ανακαλύπτεται μονάχα κατά τη στιγμή της διάγνωσης και γι' αυτό συνήθως παρουσιάζεται σε πιο προχωρημένο στάδιο από ότι στις γυναίκες, με το μέσο όρο ηλικίας των ανδρών κατά τη στιγμή που διαγιγνώσκεται ο καρκίνος του μαστού να είναι περίπου τα 67 έτη. Στην περίπτωση των ανδρών, οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού αποτελούν η ύπαρξη της μεγαλύτερης ηλικίας, η παρουσία των μεταλλάξεων BRCA2/BRCA1, η αύξηση των επιπέδων οιστρογόνων, το Σύνδρομο Klinefelter, το επιβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού και τέλος ο βαθμός έκθεσης στην ακτινοβολία (Giordano, 2018).

Ένας λόγος που το γυναικείο φύλο αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι λόγω της ενισχυμένης ορμονικής διέγερσης (Lukasiewicz et al, 2021). Εν αντιθέσει με τους άντρες και την παρουσία ασήμαντων επιπέδων οιστρογόνων, στις γυναίκες υπάρχουν κύτταρα μαστού τα οποία παρουσιάζονται πιο ευάλωτα στις ορμόνες και ειδικότερα σε αυτές των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, όπως επίσης και στην παρουσία διαταραχών σε αυτές (Key et al., 2013).

Αναφορικά με την παρουσία των κυκλοφορούντων οιστρογόνων και ανδρογόνων παρατηρείται μεγάλη σύνδεση με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Key et al., 2013). Και οι δύο τύποι οιστρογόνων, κυρίως ενδογενών και εξωγενών οιστρογόνων συνδέονται με τον πιθανό κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την παρουσία του ενδογενούς οιστρογόνου, η παραγωγή του γίνεται τυπικά

από την ωοθήκη σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και η ωοθηκεκτομή μπορεί να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου.

Η πιο σημαντική πηγή εξωγενών οιστρογόνων είναι τα αντισυλληπτικά και η ορμονολογική θεραπεία αποκατάστασης. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες κινδύνου ανήκουν στους τροποποιήσιμους. Η χρήση των αντισυλληπτικών γενικά από τη δεκαετία του 1960 και η αναβάθμισης των σκευασμάτων έχουν μειώσει δραστικά τις παρενέργειες (Naeem et al., 2019). Επιπλέον, πολυάριθμες έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες που πραγματοποιούν θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης, ιδιαίτερα για περισσότερο από 5 ή 7 χρόνια διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού (Łukasiewicz, 2021).

Η ηλικία είναι ακόμη ένας βασικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου (Naeem et al., 2019). Τα επίπεδα ρίσκου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού αυξάνεται κατά 1,5% στην ηλικία των 40 ετών, κατά 3% στην ηλικία των 50 ετών και περισσότερο από 4% στην ηλικία των 50 ετών (StatBite, 2004). Παρουσιάζεται το φαινόμενο, ο καρκίνος του μαστού να εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία και να μην υπάρχει περιορισμός μόνο στον καρκίνο του μαστού αλλά συχνά συσσωρεύεται ένας τεράστιος αριθμός κυτταρικών εναλλαγών και το άτομο εκτίθεται σε πιθανούς καρκινογόνους παράγοντες και όλα τα ανωτέρω οδηγούν στην αύξηση της καρκινογένεσης καθώς περνά ο χρόνος (Łukasiewicz et al, 2021).

Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου είναι το οικογενειακό ιστορικό (Sun et al., 2017). Σε ένα ποσοστό της τάξης του 13-19% των ασθενών με διάγνωση καρκίνου του μαστού έχουν αναφέρει την παρουσία ενός συγγενή πρώτου βαθμού που επηρεάστηκε από την ίδια πάθηση (Łukasiewicz et al, 2021). Επιπλέον, ο κίνδυνος γίνεται 2,5 φορές μεγαλύτερος σε γυναίκες με δύο ή περισσότερους πρώτου βαθμού συγγενείς με καρκίνο του μαστού (Sun et al., 2017). Εκτός, του γεγονότος της σημαντικής αύξησης του καρκίνου του μαστού λόγω της παρουσίας περισσότερων πρωτοβάθμιων συγγενών που νοσούν, ο κίνδυνος παρουσιάζεται ακόμη πιο υψηλός σε περιπτώσεις που οι συγγενείς που προσβάλλονται είναι κάτω των 50 ετών (Shiyanbola et al., 2017). Το ποσοστό μάλιστα επίπτωσης του καρκίνου του μαστού

παρουσιάζεται σημαντικά πιο υψηλό σε όλους τους ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό ανεξαρτήτως ηλικίας (Lukasiewicz et al, 2021).

Αναφορά έχει γίνει και σε πολλές γενετικές μεταλλάξεις και στο συσχετισμό τους σε μεγάλο βαθμό με την παρουσία αυξημένου κίνδυνου του καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με το μέγεθος της επίδρασής τους στον καρκίνο του μαστού και την υποτροπή μετάλλαξης, αυτά τα γονίδια χωρίζονται σε τρία είδη γονιδίων: «υψηλής διείσδυσης», «μέτριας διείσδυσης» και «χαμηλής διείσδυσης» (Naeem et al., 2019). Δύο κύρια γονίδια που χαρακτηρίζονται από υψηλή διεισδυτικότητα είναι το BRCA1 (εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 17) και BRCA2 (βρίσκεται στο χρωμόσωμα 13). Συνδέονται πρωτίστως με τον αυξημένο κίνδυνο καρκινογένεσης του μαστού (Sun et al., 2017). Άλλα γονίδια καρκίνου του μαστού υψηλής διείσδυσης περιλαμβάνουν το TP53, το CDH1, το PTEN, το STK11 (Lukasiewicz et al, 2021), το CHEK2 και το ATM (Naeem et al., 2019).

Ένας όχι και τόσο σημαντικός παράγοντας στους μη τροποποιήσιμους ανήκει η φυλή. Χωρίς να υπάρχει πλήρης κατανόηση για τους μηχανισμούς που σχετίζονται με αυτά τα δεδομένα, έχει παρατηρηθεί ότι οι λευκές μη ισπανόφωνες γυναίκες έχουν υψηλότερο βαθμό κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου (Hill et al., 2019). Ωστόσο, τα ποσοστά θνησιμότητας είναι σημαντικά υψηλότερα στις έγχρωμες γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Harbeck et al., 2019).

Σύγχρονοι τρόποι ζωής όπως η υπερβολική χρήση αλκοόλ και η υπερβολική κατανάλωση λίπους μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού (Sun et al., 2017). Ειδικότερα, η κατανάλωση αλκοόλ είναι δυνατόν να οδηγήσει σε αύξηση των επιπέδων των ορμονών που έχουν σχέση με τα οιστρογόνα αίματος διεγείροντας τις οδούς των υποδοχέων οιστρογόνων (Sun et al., 2017; Naeem et al., 2019). Η πραγματοποίηση μιας μετα-ανάλυσης που βασίστηκε σε 53 επιδημιολογικές μελέτες δείχνει ότι όταν προσλαμβάνονται 35-44 γραμμάρια αλκοόλ κάθε ημέρα μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού κατά 32%, αυξάνοντας το ρίσκο κατά 7,1% για κάθε επιπλέον 10 γραμμάρια αλκοόλ την ημέρα (Majima et al., 2002).

Υπάρχουν προτάσεις για την ύπαρξη τριών μηχανισμών που εξηγούν στο πως επιδρά το αλκοόλ στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστικού αδένα: επιδρώντας στο επίπεδο των οιστρογόνων, με τους υποδοχείς οιστρογόνων και την ανάπτυξη του μεταβολισμού των

υποπροϊόντων αλκοόλ (Liu et al., 2015). Το αλκοόλ έχει επίσης επίδραση στα οιστρογόνα μέσω της ενεργοποίησης του ενζύμου αρωματάσης. Επιπλέον, αυτό μπορεί να επηρεάσει και τον εμμηνορροϊκό κύκλο και να μειώσει την μεταβλητότητα και τη συχνότητα διάρκειας κύκλου. Μεγάλη κατανάλωση αλκοολούχων προϊόντων έχει σύνδεση με τα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων και συνακόλουθα με υψηλότερο κινδύνους εμφάνισης καρκίνου (Kolak et al., 2017).

Έχει παρατηρηθεί ότι η δυτική διατροφή της σύγχρονης εποχής περιέχει πάρα πολύ λίπος και συνακόλουθα το γεγονός της υπερβολικής πρόσληψης λίπους, ιδιαίτερα του κορεσμένου λίπους, έχει άμεση σχέση με τη θνησιμότητα και τη φτωχή πρόγνωση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Sun et al., 2017). Ακόμη, οι Wang et al., (2019) απέδειξαν ότι γυναίκες άνω των 50 ετών με μεγαλύτερο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου σε σύγκριση με εκείνες με χαμηλό ΔΜΣ. Επιπλέον, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι ο μεγαλύτερος ΔΜΣ σχετίζεται με πιο επιθετικά βιολογικά χαρακτηριστικά του όγκου συμπεριλαμβανομένου ενός υψηλότερου ποσοστού μετάστασης στους λεμφαδένες. Το αυξημένο σωματικό λίπος μπορεί να ενισχύσει τη φλεγμονώδη κατάσταση και επηρεάζει τα επίπεδα των κυκλοφορούντων ορμονών διευκολύνοντας τα προ καρκινογόνα συμβάντα (James et al., 2015). Επομένως, η παχυσαρκία μπορεί να είναι ένας λόγος για μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας και μεγαλύτερη πιθανότητα υποτροπής του καρκίνου. Ο κίνδυνος όσον αφορά τον ΔΜΣ συσχετίζεται επίσης με το συνοδό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού (Hopper et al., 2018).

Επιπλέον, υπάρχουν δεδομένα από έρευνες που δείχνουν ότι η πρόσληψη συγκεκριμένων φαρμάκων σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα, η διαθυλοστιλβεστρολή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού στο παιδί, ωστόσο δεν υπάρχει μεγάλη συνέπεια των μελετών και απαιτεί περαιτέρω αξιολόγηση (Hilakivi-Clarke, 2014). Ακόμη, η λήψη επιλογής κάποιων αντικαταθλιπτικών, κυρίως αυτών που περιέχουν παροξετίνη, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αλλά και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης μπορεί να σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Lukasiewicz et al, 2021). Ακόμη, οι Lawlor et al. (2003) έδειξαν ότι και η παρατεταμένη

λήψη αντιβιοτικών αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Ακόμη, οι αναπαραγωγικοί παράγοντες επιβάρυνσης περιλαμβάνουν πρώιμη εμμηναρχή, την καθυστερημένη εμμηνόπαυση, και την καθυστερημένη ηλικία στην πρώτη εγκυμοσύνη (Naeem et al., 2019).

3.3.1.4 Ταξινόμηση του Καρκίνου Μαστού

Ο καρκίνος του Μαστού χωρίζεται σε δύο τύπους, τους διηθητικούς και τους μη διηθητικούς. Ο τελευταίος αφορά τον καρκίνο που δεν έχει επεκταθεί μακριά από το λοβό ή τον πόρο όπου βρισκόταν και βρίσκεται το στάδιο 0. Όταν διηθήσει το στρώμα που περιβάλλει τον σχηματισμό του καρκίνου, τότε γίνεται ο διηθητικός καρκίνος (Akram et al., 2017).

Κλινικά, η ταξινόμηση (classification) του καρκίνου του μαστού γίνεται με βάση των μορφολογικών χαρακτηριστικών του όγκου σε διαφορετικούς τύπους (Tao et al., 2015). Ακόμη, στην υποταξινόμηση των όγκων του μαστού βοηθούν ο ιστολογικός βαθμός, ο βαθμός κυτταρικής διαφοροποίησης, ο πυρηνικός πλειομορφισμός και ο αριθμός μιτωτικών (Tao et. al., 2015).

Η ιστολογική ταξινόμηση των καρκίνων του μαστού βασίζεται στο παθολογικό μοτίβο ανάπτυξης (Tsang & Tse, 2019). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διακρίνει τουλάχιστον 18 διαφορετικούς ιστολογικούς τύπους καρκίνου του μαστού (Tavassoli, 2003). Ο διηθητικός καρκίνος του μαστού χωρίς ειδικό τύπο, που ονομαζόταν παλιότερα διηθητικό καρκίνωμα πόρων είναι η πιο συχνή υποομάδα με 40-80% εμφάνιση (Lukasiewicz et al, 2021). Ακόμη υπάρχουν και ειδικοί τύποι λιγότερο συχνά εμφανιζόμενοι (Tsang & Tse, 2019), όπως ο βλεννώδης, ο μυολοιπώδης, ο θηλώδης, ο αδενοκυστικός και ο σωληνώδης καρκίνος (Tao et al., 2015). Ο τρόπος ταξινόμησης σε ιστολογικούς τύπους έχει τη βάση του σε ένα ευρύ φάσμα κριτηρίων, που συμπεριλαμβάνουν τον τύπο του όγκου κυττάρων (π.χ. καρκίνωμα με αποκρινικά χαρακτηριστικά), την παρουσία εξωκυτταρικής έκκρισης (π.χ. βλεννώδες καρκίνωμα), τα αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά (π.χ. θηλώδες καρκίνωμα) και το ανοσοϊστοχημικό προφίλ (π.χ. καρκίνωμα με νευροενδοκρινική διαφοροποίηση) (Tsang & Tse, 2019).

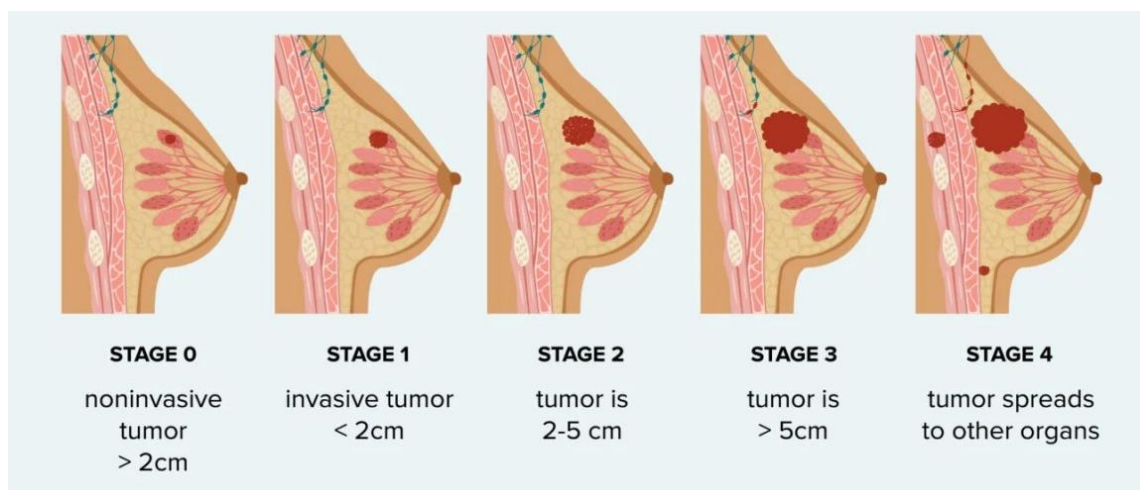
Η μοριακή ταξινόμηση ανεξάρτητα από ιστολογικούς υποτύπους, χωρίζει το διηθητικό καρκίνο σε μοριακούς υποτύπους με βάση τα επίπεδα έκφρασης του γονιδίου mRNA. Οι

Perou et al. (2000), ταυτοποίησαν τους εξής τέσσερις μοριακούς υποτύπους: Luminal, εμπλουτισμένο με HER2, Basal-like και Φυσιολογικοί Basal-like. Περαιτέρω μελέτες επέτρεψαν να χωριστεί η ομάδα Luminal σε δύο υποομάδες (Luminal A και B) (Lukasiewicz et al., 2021). Επιπλέον, ο 5ος υποτύπος καρκίνου του μαστού ανακαλύφθηκε το 2007 σε μια ολοκληρωμένη ανάλυση όγκων μαστού από ανθρώπινους και ποντικούς (Herschkowitz, 2007).

3.3.1.5 Στάδια του Καρκίνου του Μαστού

Τα στάδια του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από το μέγεθος και τον τύπο του όγκου και πόσο έχουν διεισδύσει τα καρκινικά κύτταρα στους ιστούς του μαστού, δηλαδή την εξάπλωση όπως φαίνεται στην εικόνα 2. Το σύστημα σταδιοποίησης που χρησιμοποιείται συχνότερα είναι το σύστημα TNM της Αμερικάνικης Μικτής Επιτροπής για τον Καρκίνο. Στο ακρωνύμιο το T (tumor) αναφέρεται στο μέγεθος του όγκου, το N (nodes= λεμφαδένες) υποδεικνύει εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί ή όχι στους κοντινούς λεμφαδένες και το M υποδηλώνει εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε πιο απομακρυσμένους λεμφαδένες ή άλλα όργανα του σώματος (Benson, 2003). Στο πιο πρόσφατο ενημερωμένο σύστημα προστέθηκαν παράγοντες στη σταδιοποίηση, που ονομάζονται βιοδείκτες (Cserni et al., 2018). Υπάρχουν 5 στάδια του καρκίνου του μαστού όπου με την προσθήκη των βιοδεικτών κατέστη πιο ολοκληρωμένη αλλά πιο δύσκολη σταδιοποίηση του καρκίνου.

Το στάδιο 0 (in situ καρκίνωμα) είναι το στάδιο του όγκου που δεν επιδέχεται επέμβασης και υποδεικνύει ότι τόσο καρκινικά όσο και μη καρκινικά κύτταρα βρίσκονται μέσα στα όρια εκείνου του τμήματος του μαστού στο οποίο η ο όγκος έχει ήδη αρχίσει να αναπτύσσεται αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία ότι έχει εισβάλλει στους περιβάλλοντες ιστούς αυτού του τμήματος (Gajdos et al., 2000). Στην συνέχεια υπάρχει το στάδιο 1 όπου περιγράφεται ως το διηθητικό καρκίνωμα του μαστού και είναι δυνατόν να υπάρξει μικροσκοπική εισβολή σε αυτό το στάδιο. Χωρίζεται σε δύο κατηγορίες που είναι το στάδιο 1A και 1B. Η κατηγορία 1A αφορά τις περιπτώσεις όγκου με μέγεθος έως 2 cm και καμία εμπλοκή των λεμφαδένων. Το 1B περιγράφει αυτή τη μικρή ομάδα καρκινικών κυττάρων μεγαλύτερη από 0,2 mm και ευρήματα σε λεμφαδένες (Akram et al., 2017).



Εικόνα 2. Τα 5 Στάδια του Καρκίνου του Μαστού.

Το Στάδιο 2 διακρίνεται επίσης σε δύο κατηγορίες, τη 2A και τη 2B. Στο Στάδιο 2A ο όγκος βρίσκεται στους λεμφαδένες της μασχάλης αλλά δεν βρέθηκε όγκος στο στήθος. Ο όγκος εκτείνεται από 2 έως 5 cm. Ωστόσο, το στάδιο 2B περιγράφει ότι ο όγκος θα μπορούσε να είναι μεγαλύτερος από 5 cm, αλλά δεν μπορεί να φτάσει τους μασχαλιαίους λεμφαδένες (Gajdos et al., 2000; Akram et al., 2017).

Το Στάδιο 3 χωρίζεται σε τρεις υποκατηγορίες: την 3A, 3B, 3Γ και αφορά το φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού. Το 3A περιλαμβάνει όγκο σε 4-9 μασχαλιαίους αδένες αλλά όχι στο μαστό, το 3B περιλαμβάνει όγκο οποιουδήποτε μεγέθους που έχει προκαλέσει οίδημα ή έλκος στο δέρμα και δίνετε να εξαπλωθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Το 3Γ αφορά την εξάπλωση του όγκου σε 10 και περισσότερους μασχαλιαίους λεμφαδένες (Akram et al., 2017). Τέλος, το Στάδιο 4 είναι το τελευταίο και προχωρημένο στάδιο. Στο συγκεκριμένο στάδιο υπάρχουν μεταστάσεις και ο καρκίνος εξαπλώνεται σε άλλα όργανα όπως οι πνεύμονες, τα οστά το συκώτι κ.λπ. Η πιο συχνή μετάσταση είναι στους πνεύμονες (Chen et al., 2017).

3.3.2 Πρόληψη

Η πρόληψη αποτελεί σήμερα ένα από τα κύρια ζητούμενα στον τομέα της υγείας, αποτελώντας το κύριο αντικείμενο όλων των δράσεων ενημέρωσης και προώθησης του γραμματισμού υγείας, με στόχο την προαγωγή, όχι απλώς της υγείας ως όρου αντίθετου της ασθένειας, αλλά της υγείας σε μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει επίσης την ευεξία και την ποιότητα ζωής (WHO & UNICEF, 2018). Είναι γνωστό ότι ο κόσμος βρίσκει τις συνεχείς πληροφορίες για τους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού στα μέσα ενημέρωσης και άλλες πηγές που τους προκαλούν σύγχυση και είναι συχνά αβέβαιο πώς τους αφορά ως άτομα, με πολλούς να έχουν εκφράσει μια προτίμηση για πιο στοχευμένες πληροφορίες (Keogh et al., 2019). Η ισχύουσα, σήμερα, Διακήρυξη της Astana, θέτει τις βάσεις για την παροχή καθολικών υπηρεσιών υγείας, ως ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, μέσα από μια ολιστική προσέγγιση που στοχεύει, πρώτα απ' όλα, στην προαγωγή, την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανακούφιση στα πλαίσια της προσπάθειας επίτευξης παγκόσμιας υγείας και ευεξίας (WHO & UNICEF, 2018).

Βασικό συστατικό της πρόληψης είναι η ικανότητα ακριβούς εκτίμησης του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε κάθε γυναίκα. Αυτό θα διευκολύνει τη χρήση κατάλληλων παρεμβάσεων πρόληψης για κάθε περίπτωση. Υπάρχουν πλέον μοντέλα εκτίμησης κινδύνου καρκίνου του μαστού που προσπαθούν να ποσοτικοποιήσουν το συνδυασμένο αποτέλεσμα πολλών από τους παράγοντες κινδύνου καρκίνου του μαστού που συζητήθηκαν παραπάνω. Τα μοντέλα αυτά θα αναφερθούν παρακάτω.

Μέχρι στιγμής, έχουν σημειωθεί μεγάλες πρόοδοι στις κλινικές και θεωρητικές μελέτες του καρκίνου του μαστού. Οι σημερινές μέθοδοι πρόληψης περιλαμβάνουν τόσο πρωτογενή όσο και δευτερογενή τρόπους (Ζαφράκας και συν., 2009). Στην πρωτογενή πρόληψη υπάρχουν μέτρα που αναστέλλουν ή εξαλειφθούν τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Η δευτερογενής πρόληψη που είναι η σημαντικότερη, αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο και τη χημειοπροφύλαξη και είναι πιο άμεσες και αποτελεσματικές από εκείνες του παρελθόντος (Sun et al., 2017).

3.3.2.1 Μοντέλα εκτίμησης κινδύνου του καρκίνου του μαστού

Τα ανεξάρτητα επικυρωμένα μοντέλα ποικίλλουν ως προς τους παράγοντες κινδύνου που χρησιμοποιούν. Τα μοντέλα έχουν αναπτυχθεί είτε για να προβλέψουν την πιθανότητα ένα άτομο να φέρει μια μετάλλαξη με τα γονίδια BRCA1,2, το οποία όπως προαναφέραμε σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου ή για την πρόβλεψη του κινδύνου του καρκίνου του μαστού με την πάροδο του χρόνου (Meads et al., 2012). Κάποια από τα μοντέλα είναι τα εξής: Gail Model, Clauss, Tyrer-Cuzick, BRCAPRO, IBIS, και BOADICEA.

Το μοντέλο BRCAPRO έχει καλή απόδοση στην πρόβλεψη των κινδύνων του καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών που σχετίζονται με πιθανότητα φορέα μετάλλαξης BRCA1,2 χωρίς να είναι τόσο καλά αξιολογημένο για τον υπολογισμό άλλων παραγόντων κινδύνου (Howell et al., 2014).

Τα μοντέλα Tyrer-Cuzick και Gail περιλαμβάνουν το οικογενειακό ιστορικό και μη οικογενειακούς παράγοντες κινδύνου. Το BOADICEA, μια τροποποίηση του μοντέλου Clauss συμπεριλαμβάνει μη οικογενειακούς παράγοντες κινδύνου (Howell et al., 2014). Το μοντέλο Gail περιλαμβάνει αυτούς τους παράγοντες κινδύνου: ηλικία κατά την εμμηναρχή, ηλικία κατά την πρώτη ζωντανή γέννηση, αριθμό προηγούμενων βιοψιών μαστών, καλοήθους νόσος του μαστού και αριθμός συγγενών πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού (Howell et al., 2014).

Οι μελέτες δείχνουν ότι το μοντέλο Gail είναι καλά βαθμονομημένο γυναίκες από την Αμερική και είναι ενημερωμένο σχετικά με τις επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού (Schonfeld et al., 2010). Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ προτείνουν ότι το συγκεκριμένο μοντέλο ενδέχεται να υποβαθμίσει τον πραγματικό κίνδυνο σε σχέση με το μοντέλο Tyrer-Cuzick (27-29). Αυτό οφείλεται στο περιορισμό του οικογενειακού ιστορικού χωρίς την επισημάνση της ηλικίας εμφάνισης καρκίνου του μαστού στην οικογένεια ενώ στο Tyrer-Cuzick περιλαμβάνει οικογενειακό ιστορικό δευτέρου βαθμού, ηλικία εμφάνισης καρκίνου και χρήση θεραπείας ορμονικής αποκατάστασης. Το μοντέλο Tyrer-Cuzick κατασκευάστηκε με στόχο τη μελέτη για χημειοπρόληψη με τη χρήση της ταμοξιφαίνης όπου θα αναφερθεί στην δευτερογενή

πρόληψη σε επόμενο υποκεφάλαιο. Ωστόσο, φαίνεται ότι είναι κάπως πολύπλοκο στη χρήση του (Quante et al., 2012; Powell et al., 2014).

Αν και τα παραπάνω μοντέλα μπορούν να δώσουν μια ακριβή εκτίμηση του κινδύνου κατά τη διάρκεια της ζωής, δεν μπορούν να ορίσουν αν αυτή η γυναίκα θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Για παράδειγμα, μπορούν να πουν σε μια γυναίκα, με κάποια ακρίβεια ότι έχει 1 στις 3 πιθανότητες για εμφάνιση της νόσου αλλά δεν μπορούν να ορίσουν με ακρίβεια αν η συγκεκριμένη γυναίκα θα είναι μία από τις τρεις που θα εμφανίσουν καρκίνο του μαστού (Howell et al., 2014). Για να καλυφθεί πλήρως αυτό το κενό, υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον για την προσθήκη άλλων παραγόντων κινδύνου στα μοντέλα, όπως η πυκνότητα του μαστού (mammographic density - MD), μονονουκλεοτιδικοί πολυμορφισμοί (single-nucleotide polymorphisms-SNPs), εκτίμηση επίπεδων ορμονών και παράγοντες τρόπου ζωής προκειμένου να βελτιωθεί η ακρίβεια της πρόβλεψης κινδύνου στο γυναικείο πληθυσμό (Howell et al., 2014).

Το μοντέλο IBIS περιλαμβάνει τη πιο ολοκληρωμένη λίστα παραγόντων κινδύνου και έχει καλή απόδοση στις συγκριτικές μελέτες (Britt et al., 2020). Ο πολυγονιδιακός κίνδυνος λόγω των SNPs έχει αποδειχθεί ότι προβλέπει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού σχεδόν ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων πυκνότητα του μαστού, και το μοντέλο IBIS είναι το μόνο επικυρωμένο, ευρέως διαθέσιμο μοντέλο που επί του παρόντος ενσωματώνει πολυγονικό κίνδυνος (va Veen et al., 2018).

Ωστόσο, τα κοινά μοντέλα πρόβλεψης κινδύνου δεν περιλαμβάνουν επί του παρόντος ορισμένους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, όπως το αλκοόλ, την χρήση ορμονικής αντισύλληψης ή τη σωματική δραστηριότητα και έτσι επηρεάζεται η διακριτή του ακρίβεια (Britt et al., 2020). Άλλοι περιορισμοί είναι ότι τα μοντέλα τείνουν να έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά απόδοσης ανάλογα με το υποσύνολο των γυναικών που εφαρμόζονται, αλλά πολλοί κλινικοί γιατροί δεν είναι ειδικευμένοι στην επιλογή του καταλληλότερου μοντέλου κινδύνου και κανένα από τα δύο δεν ξεκαθαρίζει κάποιες οδηγίες (Phillips et al., 2016). Ένα σχετικό θέμα είναι ότι έχουν τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν και επικυρώθηκαν σε μεγάλο βαθμό με δείγμα Ευρωπαϊκής καταγωγής. Επομένως, η ακρίβεια στην εκτίμηση των κινδύνων για γυναίκες άλλων εθνοτήτων είναι αβέβαιες. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένα από τα μοντέλα δεν έχουν επικυρωμένες

εκτιμήσεις σε ολοκληρωμένη εξατομικευμένη πρόληψη και προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού, ούτε εκτίμηση της απόλυτης μείωσης του κινδύνου που μπορεί να επιτευχθεί. Τέλος, τα περισσότερα μοντέλα έχουν διεπαφές χρήστη που είναι δύσκολες για τις γυναίκες και για τους λιγότερο έμπειρους κλινικούς γιατρούς (Britt et al., 2020)..

Επομένως, η στοχευμένη μείωση του κινδύνου μπορεί να περιλαμβάνει τόσο την πρωτογενή πρόληψη δηλαδή την τροποποίηση των συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου (όπως η πρόσληψη αλκοόλ, ορμονικά αντισυλληπτικά, σωματική αδράνεια και παχυσαρκία) και για ορισμένες γυναίκες με υψηλότερο κίνδυνο, να ληφθούν υπόψιν και δευτερογενής πρόληψη όπως φάρμακα που μειώνουν το κίνδυνο (Keogh et al., 2019). Οι συγκεκριμένες μέθοδοι θα αναλυθούν στα παρακάτω υποκεφάλαια. Ταυτόχρονα, προτείνεται να ληφθεί υπόψη για την αξιολόγηση κινδύνου, προσυμπτωματικός έλεγχος ρουτίνας των γυναικών στην πρώιμη ενήλικη ζωή (και σε τακτά χρονικά διαστήματα στη συνέχεια, δεδομένου ότι οι παράγοντες κινδύνου αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου). Ωστόσο, θα είναι σημαντικό να εντοπιστεί ένα εργαλείο αξιολόγησης του κινδύνου που είναι ακριβές και εύκολο στη χρήση (Britt et al., 2020).

3.3.2.2 Πρωτογενής πρόληψη

Δεδομένου ότι μονάχα σε ποσοστό 5-10% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού προκαλούνται από διαταραχές που σχετίζονται με το γενετικό υλικό και το υπόλοιπο 90-95% των περιπτώσεων συνδέεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής (Castello et al., 2015), η πρωτογενής πρόληψη είναι αρκετά σημαντική. Το Ινστιτούτο Έρευνας για τον Καρκίνο (World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research – WCRF/AICR) έχει υπολογίσει ότι πάνω από 40% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού για γυναίκες στη εμμηνόπαυση θα μπορούσε να προληφθεί με τη πρωτογενή πρόληψη (Howell et al., 2014). Ειδικότερα, στην πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνονται η σωστή διατροφή, η μείωση της παχυσαρκίας, η φυσική άσκηση και η μείωση του αλκοόλ καθώς και η τροποποίηση ορμονικών παραμέτρων που αφορούν την αναπαραγωγή (Ζαφράκας και συν., 2009).

Το WCRF/AICR το 2007 επιβεβαίωσε την σύνδεση μεταξύ της διατροφής και της φυσικής άσκησης για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (WCRF, 2007). Σύμφωνα με τις συστάσεις, μία σωστή υγιής διατροφή για την πρόληψη του καρκίνου αφορά την

προσπάθεια των ατόμων να διατηρούν το σωστό σωματικό βάρος με διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, δημητριακά και όσπρια, περιέχει λίγο κόκκινος κρέας και λίγο αλάτι και δεν αποτελείται από επεξεργασμένο κρέας (WCRF, 2007; Norata et al., 2015). Πιο συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συγκέντρωσης του άλφα- βήτα-καροτενίου, της λουτεΐνης με την μείωση της νοσηρότητας του καρκίνου του μαστού. Η επιδημιολογική έρευνα έχει δείξει ότι η κατανάλωση καρότων και μπρόκολων, καθώς και πράσινα φρέσκα λαχανικά συσχετίζεται με την συγκέντρωση της άλφα- και βήτα- καροτίνης, καθώς και λουτεΐνης/ ζεαξανθίνης. Ακόμη, τα εσπεριδοειδή φρούτα σχετίζονται με συγκέντρωση λουτεΐνης στο αίμα (Aune et al., 2012).

Έχει αποδειχτεί η αξία των φυτικών ινών, ως ένα από τα ευνοϊκότερα συστατικά διατροφής, αφού οδηγούν σε διέγερση της βακτηριακής αναερόβιας ζύμωσης στο παχύ έντερο και οδηγεί στην παραγωγή βραχείας αλυσίδας λιπαρών οξέων όπως το οξικό, το προπιονικό και το βουτυρικό. Το τελευταίο μειώνει το κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Επιπλέον, η κατανάλωση φυτικών ινών όπου αποτελούν πηγή φυτοοιστρογόνων, συνδέθηκε με μείωση του επιπέδου κυκλοφορίας των οιστρογόνων και ανδροστενεδιόνη, μέσω της αλλαγής της δραστηριότητας των υποδοχέων οιστρογόνων και την αλληλεπίδραση με αυτούς. Έτσι, συμβάλουν στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης όγκου που εξαρτώνται από το ενδοκρινικό σύστημα, ιδιαίτερα καρκίνος του μαστού (WCRF, 2007; Norata et al., 2015).

Επιπλέον, η διατροφή πρέπει ως βασικά χαρακτηριστικά να έχει την αποφυγή των γλυκών και των αναψυκτικών και να μειωθεί η κατανάλωση τροφών με πολλές θερμίδες και αλκοολούχων ποτών (WCRF, 2007; Norata et al., 2015) για να αποφεύγεται η παχυσαρκία όπου αποτελεί υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Hopper et al., 2018).

Όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα, μια κριτική των Lynch et al., (2011) έδειξε ότι η μέτρια έως έντονη φυσική άσκηση μειώνει το κίνδυνο καρκίνου του μαστού κατά μέσο όρο 25% σε γυναίκες πριν και μετά την εμμηνόπαυση σε σύγκριση με μη ασκούμενες γυναίκες. Το βέλτιστο επίπεδο φυσικής άσκησης για τη μείωση του κινδύνου είναι ασαφές, ωστόσο ίσως να είναι μεγαλύτερο από τις τρέχουσες συστάσεις (Howell et al.,

2014) όπου περίπου υπολογίζεται στα 150 λεπτά μέτριας ή 75 λεπτά έντονης σωματικής δραστηριότητας την εβδομάδα (Hastert et al., 2013).

Τέλος, η σημαντική πρόληψη αφορά και την αποφυγή πρόσληψης αλκοόλ. Μία από τις υποθέσεις υποδηλώνει την επίδραση του αλκοόλ στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστικού αδένου μέσω της σωρευτικού επίπεδου ενδογενών οιστρογόνων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Kaminska et al., 2017). Οι Frydenberg et al. (2015) πραγματοποίησαν έρευνα σε 202 γυναίκες και έδειξαν ότι η καθημερινή κατανάλωση ποτών που περιέχουν >10g αλκοόλ για μια εβδομάδα αυξάνει τη συγκέντρωση της 17β-οιστραδιόλη, κατά μέσο όρο κατά 18% κατά τη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου, σε σύγκριση με τις γυναίκες που ανέφεραν κατανάλωση <10 g αλκοόλ. Αυτό επιβεβαιώνει μια θετική σχέση μεταξύ της ανάπτυξης ορμονών φύλου και καρκίνου του μαστού.

Ακόμη, οι Cao et al., (2015) πραγματοποίησαν μια μελέτη σε εξετάσεις ασθενών μεταξύ του έτους 1980-2010 με δείγμα 88.084 γυναίκες και 47.881 άνδρες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο καρκίνος του μαστού ήταν ο κύριος και πιο συχνά εμφανιζόμενος κακοήθης όγκος που σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ. Συγκεντρωτικά δεδομένα απέδειξαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ 5–14,9g ημερησίως αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.

Όπως προαναφέραμε η σωματική δραστηριότητα έχει θετικό αντίκτυπο για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα σχετίζεται με την ψυχική υγεία των ασθενών όπου πάσχουν από κακοήθης όγκους (Kurk, 2015). Η σύνδεση του καρκίνου του μαστού με τη σωματική δραστηριότητα είναι ισχυρότερη μεταξύ των γυναικών που είναι στην εμμηνοπαυση (Castello et al., 2015). Είναι σημαντικό το ότι η ένταση των ασκήσεων, αρχικά ξεκινώντας από ασκήσεις μέτριες έως ενεργητικές, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά περίπου 10-25%, σε σύγκριση με γυναίκες που παραμένουν αδρανείς. Δεν υπάρχει ακριβής σχεδιασμός και απόδοση του βαθμού της ποσότητας των ασκήσεων που απαιτούνται για την πρόληψη αυτού του καρκίνου. Ωστόσο, προτείνονται τουλάχιστον 30 λεπτά φυσικής δραστηριότητας καθημερινά που ισοδυναμούν με μια γρήγορη βόλτα (WCRF/AICR, 2007; Neilson et al., 2014). Επομένως, παρατηρείται ότι μειώνεται ο κίνδυνος που σχετίζεται με την αύξηση της διάρκειας και της έντασης της προπόνησης (Neilson et al., 2014).

3.3.2.3 Δευτερογενής πρόληψη

Το 90% των θανάτων από καρκίνο δεν οφείλονται σε πρωτογενείς όγκους αλλά σε μεταστάσεις όγκου. Εάν υπάρχει διάγνωση του καρκίνου ως πρωτοπαθής ή σε πρώιμο στάδιο τότε είναι δυνατή η αφαίρεση του όγκου με χειρουργική επέμβαση και η χημειοθεραπεία θα λειτουργούσε αποτελεσματικά. Επομένως, η έγκαιρη ανίχνευση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της πρόληψης του καρκίνου του μαστού (Sun et al., 2017).

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στο τερματισμός της διαδικασίας ανάπτυξης της νόσου πριν την εμφάνιση όλων των συμπτωμάτων. Απώτερος σκοπός της είναι να εμποδίσει ή να αποτρέψει την ανάπτυξη κακοήθους όγκου. Ο πρόσυμπτωματικός έλεγχος (screening) αποτελεί κύριο παράδειγμα πρόληψης και στοχεύει σε καθορισμένες ομάδες υγιούς πληθυσμού που χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερο κίνδυνο. Το κύριο αποτέλεσμα τέτοιων μορφών πρόληψης θα πρέπει να είναι η μείωση της θνησιμότητας λόγω καρκίνου χάρη στην έγκαιρη ανίχνευσή του (Kolak et al., 2017).

3.3.2.3.1 Screening

Για να υπάρξει έγκαιρη ανίχνευση, είναι αναγκαία η ύπαρξη προσυμπτωματικού ελέγχου που θα στοχεύει στην εύρεση της πρώιμης νόσου. Ο πληθυσμιακός προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού μέσω της χρήσης της μαστογραφίας αποτελεί μια στρατηγική που ανήκει στη δευτερογενή πρόληψη, με στόχο να ανιχνεύσει τη νόσο σε πρώιμο στάδιο για να καταστεί δυνατή η αποτελεσματική θεραπεία. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να γίνει με μαστογραφία, με υπερηχογράφημα, μαγνητική τομογραφία και με αυτοεξέταση.

Η μαστογραφία (Mammography- MMG) είναι μια επιτυχημένη τεχνική προληπτικού ελέγχου που χρησιμοποιεί ακτίνες X χαμηλής ενέργειας για να επιτύχει εικόνες υψηλής ανάλυσης του μαστού με ακρίβεια περίπου 90% (Ζαφράκας και συν., 2009). Ολόκληρη η διαδικασία διαρκεί μόνο 20 λεπτά και δεν χρειάζεται καθόλου χημικό παράγοντα ενίσχυσης της αντίθεσης (Mehnati & Tirtash, 2015; Naeem et al., 2019). Η μαστογραφία δεν συνιστάται για γυναίκες με μέτριο κίνδυνο καρκίνου του μαστού, κάτω των 40 ετών αφού η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει την διαδικασία ανάπτυξης όγκου και ο κίνδυνος είναι υψηλότερος για νεότερες γυναίκες, ειδικά αν είχαν εκτεθεί στο παρελθόν πριν την ολοκλήρωση των 30 ετών ζωής (Kolak et al., 2017). Με βάση τις

κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνική Εταιρία Απεικόνισης Μαστού, η προληπτική μαστογραφία συνίσταται σε γυναίκες άνω των 40 ετών με μέσο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Ακόμη, για γυναίκες με προσθετική στήθους απαιτείται εξειδικευμένη γνώση διότι χρειάζονται παραπάνω λήψεις με παρεκτόπιση των ενθεμάτων. Για τις γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο η ηλικία ξεκινάει από τα 30 έτη και σίγουρα πριν από τα 25 έτη (EEAM, 2015). Η λανθάνουσα περίοδος της νόσου διαρκεί 10 χρόνια, ενώ ο αυξημένος κίνδυνος υπάρχει σε όλη τη διάρκεια της ζωής (Kolak et al., 2017).

Η μαγνητική τομογραφία (Magnetic Resonance Imaging- MRI) είναι ένα επιπλέον ευρέως χρησιμοποιούμενα μέσο προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Είναι πιο ευαίσθητο από τη μαστογραφία και προορίζεται για γυναίκες με υψηλό κίνδυνο καρκίνου (Naeem et al., 2019). Πρόκειται για μια ασφαλή μέθοδο χωρίς ακτινοβολία. Συμπληρώνει κυρίως τη μαστογραφία αυξάνοντας την ανίχνευση κακοήθων βλαβών (EEAM, 2015; Mehnati & Tirtash, 2015; Yang et al., 2015). Ωστόσο, η μαγνητική τομογραφία είναι πιο επεμβατική εξέταση σε σύγκριση με τη μαστογραφία αφού διενεργείται με χρήση ενδοφλέβιας σκιαγραφικής ουσίας, αν και αυτός ο παράγοντας είναι λιγότερο ευαισθητοποιητικός από αυτόν που χορηγείται κατά τη διάρκεια αξονική τομογραφία (Computed Tomography - CT) (Mehnati & Tirtash, 2015).

Η ευαισθησία της μαγνητικής τομογραφίας ορίζεται σε 88,1% (Godavarty et al., 2015). Το πλεονέκτημά της είναι η απίστευτη ακριβής απεικόνιση των μαλακών ιστών, που δεν μπορούν να ολοκληρωθούν με άλλες μεθόδους (Mehnati & Tirtash, 2015). Η παρουσία γονιδιακής μετάλλαξης σε νεαρές γυναίκες αποτελεί ένδειξη για τη διενέργεια διάγνωσης μέσω μαγνητικής τομογραφίας (Godavarty et al., 2015). Η εξέταση μαστού χρησιμοποιώντας αυτή τη μέθοδο δεν επιτρέπει πάντα τη διαφοροποίηση μεταξύ κακοήθους και καλοήθους βλάβη και έτσι μπορεί να οδηγήσει σε ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Το MRI είναι ακόμα μία ακριβή οικονομικά εξέταση και δεν είναι διαθέσιμη σε κάθε ιατρικό κέντρο. Επιπλέον, ο συνδυασμός MMG και MRI επί του παρόντος δεν συνιστάται (Mehnati & Tirtash, 2015).

Η εξέταση μαστού μέσω του υπερηχογραφήματος (Ultrasonography- USG) παρόμοια με την μαγνητική τομογραφία, είναι ασφαλές διότι δεν υπάρχει ιονίζουσα ακτινοβολία και

είναι μη επεμβατική. Χρησιμοποιείται κυρίως για να συμπληρώσει άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, καθώς και για τη διεξαγωγή βιοψίας. Το μειονέκτημά του είναι η χαμηλή ειδίκευση (Mehnati & Tirtash, 2015) με ευαισθησία στην ανίχνευση νεοπλασματικών βλαβών να ανέρχεται μόνο σε 36% (Godavarty et al., 2015). Το υπερηχογράφημα επιτρέπει τη διαφοροποίηση μεταξύ κυστικών αλλοιώσεων και συμπαγών βλαβών, και είναι χρήσιμο στην αξιολόγηση των βλαβών στην προεγχειρητική περίοδο και κατά την περίοδο παρακολούθησης, μετά τη λήξη της θεραπευτικής διαδικασίας (Mehnati & Tirtash, 2015; Hwang et al., 2015). Το υπερηχογράφημα είναι μια πολύτιμη εξέταση μεταξύ γυναικών υψηλού κινδύνου, καθώς και στην αξιολόγηση του μαστού υψηλής πυκνότητας, ειδικά μεταξύ των νέων γυναικών (EEAM, 2015), καθώς η μαστογραφία είναι περιορισμένη (Mehnati & Tirtash, 2015).

Η ψηφιακή μαστογραφία υψηλής ευκρίνειας είναι μια από τις σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους των μαστικών αδένων και χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ιωδιούχα σκιαγραφικά (EEAM, 2015). Το πλεονέκτημα είναι η λήψη πολλών φάσεων μετά την αντίθεση προκειμένου να εξεταστεί η πιθανή σύλληψη και πλύση του σκιαγραφικού από ύποπτες αλλαγές. Το μειονέκτημά του είναι η αναγκαιότητα διατήρησης της πίεσης στο στήθος για μεγάλο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της εξέτασης (5–10 λεπτά), με αποτέλεσμα την ενόχληση του ασθενή. Ακόμη υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η κίνηση του ασθενή να προκαλέσει μια ψευδή εγγραφή εικόνας και να υπάρξει ανάγκη για χορήγηση πρόσθετου ενδοφλέβιου σκιαγραφικού (Kolak et al., 2017).

Η Φασματική μαστογραφία με αντίθεση (Contrast-enhanced spectral mammography-CESM) επιτρέπει τη λήψη ενός αριθμού εικόνων και από τους δύο μαστούς μετά από μια χορήγηση του σκιαγραφικού. Σε αυτή την εξέταση, μετά από ενδοφλέβια χορήγηση δεικτών, κάθε εικόνα αποτελείται από ένα ζευγάρι εικόνων που λαμβάνονται γρήγορα χαμηλής και υψηλής ενέργειας. Οι εικόνες χαμηλής ενέργειας δημιουργούνται χρησιμοποιώντας την ίδια δόση όπως στην ψηφιακή μαστογραφία, ενώ οι εικόνες υψηλής ενέργειας έχουν μόνο περίπου το 20% αυτής της δόσης. Η εξέταση επιτρέπει την επίδειξη βλαβών που χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη αγγείωση και εξωκυτταρική διαρροή του σκιαγραφικού μέσου. Χαρακτηρίζεται επίσης από υψηλή αρνητική πρόβλεψη και είναι παρόμοια με την τιμή του δείκτη των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων της μαγνητικής τομογραφίας (Łuczyńska et al., 2015).

Η οπτική μαστογραφία χρησιμοποιεί το εύρος των μηκών κύματος κοντά στο υπέρυθρο (650–1.000 nm), παρέχοντας δομική και λειτουργικές πληροφορίες. Η αντίθεση εικόνας γίνεται από απορρόφηση της αιμοσφαιρίνης και άλλων κυρίαρχων ιστών, όπως νερό και λιπίδια. Λαμβάνονται λειτουργικές πληροφορίες μέσω φασματοσκοπικών μεθόδων που ανιχνεύουν το οξυγόνο κορεσμού στους ιστούς, που βοηθούν στην αξιολόγηση του μεταβολισμού των ιστών του μαστού. Τα κύρια πλεονεκτήματα αυτής της εξέτασης είναι η έλλειψη ιοντίζουσας ακτινοβολίας, η μη επεμβατικότητα, το χαμηλό κόστος, ο σχετικά φθηνός εξοπλισμός (Mehnati & Tirtash, 2015), ο μικρότερος χρόνος απεικόνισης σε σύγκριση με την απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού και η τέλεια ανάλυση χρόνου (Godavarty et al., 2015). Ο στοιχειώδης περιορισμός της απεικόνισης είναι η σχετικά χαμηλή χωρική ανάλυση σε σύγκριση με παραδοσιακές τεχνικές, όπως η μαστογραφία με χρήση ακτινοβολία. Σήμερα, αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται μέσω ψηφιακής τεχνολογίας (Mehnati & Tirtash, 2015).

Η ραδιοθερμομετρική μαστογραφία (Radiothermometry mammography -RTM) βασίζεται σε σύστημα θερμικής απεικόνισης που μετρά και αναλύει την επιφάνεια του μαστού και την εσωτερική θερμοκρασία. Το RTM είναι ευαίσθητη μέθοδος υποστήριξης της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Μετρά τα ηλεκτρομαγνητικά κύματα που στέλνει ο ιστός του μαστού προκειμένου να προσδιορίσει μια συγκεκριμένη περιοχή. Είναι δυνατή η διάγνωση του καρκίνου μέσω αυτής της μεθόδου που χρησιμοποιεί τη θερμική δραστηριότητα των καρκινικών κυττάρων πριν συμβούν δομικές βλάβες στον ιστό του μαστού. Είναι μια ασφαλής εξέταση αφού γίνεται χωρίς ιονίζουσα ακτινοβολία και μπορεί να περικλείει την περιοχή απεικόνισης περιλαμβάνοντας τη μασχαλιαία κοιλότητα (Caferova et al., 2014).

Η σπινθηρομαστογραφία (Scintimammography - SMM) είναι μια απεικονιστική τεχνική, στην οποία χρησιμοποιούνται μη ειδικοί ραδιοδείκτες για την αναγνώριση κακοήθων βλαβών. Το SMM συνήθως βοηθά στην επαλήθευση των βλαβών που παρατηρούνται στη μαστογραφία. Αυτή η εξέταση είναι επίσης χρήσιμη μετά από πρωτογενής θεραπεία και επικουρική θεραπεία προκειμένου να αξιολογηθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία και η έγκαιρη ανίχνευση υποτροπής της νόσου, καθώς και νέκρωση στην εξεταζόμενη περιοχή. Το SMM είναι πιο συγκεκριμένο από τη μαγνητική τομογραφία και, ως

αποτέλεσμα, χρησιμοποιείται για την ανίχνευση βλαβών μεγαλύτερων σε διάμετρος επί εκατοστού (Kolak et al., 2017).

Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (Positron emission tomography - PET) είναι μια εξέταση όπου χρησιμοποιεί το ραδιοδείκτης ^{18}F - φθοροδεοξυγλυκόζη. Στην εξέταση PET, ο μεταβολισμός γλυκόζης χρησιμοποιείται για την ανίχνευση κακοήθων και μεταστατικών βλαβών, ιδιαίτερα από συμπαγείς όγκους (Godavarty et al., 2015).

Τέλος, σημαντική μέθοδος για την πρόληψη αποτελεί η αυτοεξέταση του μαστού (Breast Self-Examination - BSE). Η αυτοεξέταση μαστού που εφαρμόζεται ως αυτο-μέθοδος δεν είναι επαρκής, αλλά εξακολουθεί να είναι ένα σημαντικό στοιχείο για την έγκαιρη ανίχνευση του πρώιμου σταδίου του καρκίνου. Είναι μια φθηνή μέθοδος, γενικά διαθέσιμη και δεν απαιτεί οποιαδήποτε περίπλοκη τεχνική κατάρτιση (Akhtari-Zavare et al., 2015) και μπορεί να εκτελεστεί σε οικιακό περιβάλλον (Godavarty et al., 2015). Η τεχνική επιτρέπει στη γυναίκα να μάθει τη σωστή δομή του μαστού που βοηθά στη μετέπειτα ανίχνευση μη τυπικών βλαβών στον ιστό του μαστικού αδένα (Akhtari-Zavare et al., 2015). Συνίσταται αυτοεξέταση μαστού μία φορά το μήνα από κάθε γυναίκα άνω των 20 ετών, κατά προτίμηση την πρώτη ημέρα μετά τη λήξη της εμμηνου ρύσεως. Ακόμη, οι γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση πρέπει επίσης να εξετάζουν το στήθος τους μία φορά το μήνα, κατά προτίμηση την ίδια μέρα κάθε μήνα. Η ευαισθησία στη εξέτασης είναι χαμηλή (12–14%) και το μειονέκτημά της είναι ένας υψηλός δείκτης ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων και υπερ-αναγνώρισης. Συνεπώς η εξέταση θα πρέπει πάντα να συμπληρώνεται με αντικειμενική απεικονιστική μέθοδος (Godavarty et al., 2015).

3.3.2.3.2 Χημειοπρόληψη

Οι εκλεκτικοί τροποποιητικές οιστρογονικών υποδοχέων (Selective Estrogen Receptor Modulations- SERMs) δρουν είτε ως οιστρογόνα είτε ως αντι-οιστρογόνα. Έχουν γίνει αρκετές μελέτες με δοκιμές φαρμάκων που περιέχουν SERM σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Στις δοκιμές SERM, συμπεριλήφθηκαν 83.399 συμμετέχοντες με 306.617 χρόνια παρακολούθησης σε μια μέση περίοδο 65 μηνών. Η συνολική μείωση σε όλους τους καρκίνους του μαστού (συμπεριλαμβανομένου του καρκινώματος του πόρου *in situ*) χρησιμοποιώντας ταμοξιφαίνη 20 mg την ημέρα

ήταν 38% ($P < 0,0001$) με εκτιμώμενη 10ετή μείωση της σωρευτικής επίπτωσης από 6,3% στην ομάδα ελέγχου σε 4,2% στις ομάδες SERM. Αυτή η επισκόπηση περιλάμβανε τους SERMs lasofoxifene και arzoxifene, οι οποίες δεν υπόκεινται σε περαιτέρω ανάπτυξη από τις αντίστοιχες φαρμακευτικές εταιρείες τους (Cuzick et al., 2013). Έτσι, μένει η ταμοξιφαίνη και η ραλοξιφαίνη ως οι δύο SERM στην κλινική πρακτική.

Στην σύγκριση τους φαίνεται ότι η ταμοξιφαίνη είναι σημαντικά ανώτερη της ραλοξιφαίνης σε μακροπρόθεσμη παρακολούθηση για την πρόληψη του διηθητικού καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, η ραλοξιφαίνη συσχετίστηκε με λιγότερες παρενέργειες από την ταμοξιφαίνη, ιδιαίτερα με σεβασμό στη μήτρα και μπορεί να είναι προτιμότερο στις γυναίκες στην μετεμμηνοπαυσιακή φάση (Howell et al., 2014). Ακόμη, οι SERM δεν συνιστώνται για χρήση σε γυναίκες με ιστορικό εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης, πνευμονικής εμβολής, εγκεφαλικού επεισοδίου ή παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου ή κατά τη διάρκεια παρατεταμένης ακινητοποίησης ή σε συνδυασμό με Ορμονική Θεραπεία Αποκατάστασης (Visvanathan et al., 2013).

Όταν χορηγείται μετά από χειρουργική επέμβαση για την πρόληψη της υποτροπής του καρκίνου του μαστού, η αναστροζόλη (Anastrozole- AI) είναι γενικά ανώτερη από την ταμοξιφαίνη. Σε μελέτη των Goss et al., (2011) φάνηκε ότι υπήρξε μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού κατά 65% μετά από πέντε έτη θεραπείας με αναστροζόλη. Ακόμη σε άλλη μελέτη των Cuzick et al., (2014) 3.864 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μεταξύ 40 και 70 ετών με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού κατανεμήθηκαν τυχαία σε αναστροζόλη 1 mg την ημέρα ή εικονικό φάρμακο για 5 χρόνια. Μια πρόσφατη έκθεση δείχνει ότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού μειώθηκε κατά 53% με τη χρήση της αναστροζόλης.

Η Ομάδα Πρόληπτικής Υπηρεσίας των ΗΠΑ δίνει κατευθυντήριες γραμμές για τη συνταγογράφηση φαρμάκων για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου του μαστού. Η σύσταση ισχύει σε ασυμπτωματικές γυναίκες 35 ετών και άνω χωρίς προηγούμενη διάγνωση καρκίνου του μαστού, καρκίνωμα του πόρου *in situ* ή λοβιακό καρκίνωμα *in situ*. Συμβουλεύουν τη χρήση του Gail μοντέλου για την αξιολόγηση των κινδύνων (Moyer, 2013). Η Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας δημοσίευσε κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής μέσω μιας συστηματικής ανασκόπησης

τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών σε βάθος έξι ετών και μετα-αναλύσεις, οι οποίες εντόπισαν 19 δοκιμές και έξι χημειοπροληπτικούς παράγοντες. Έτσι, σε γυναίκες που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού και που είναι άνω των 35 ετών, προτείνουν να είναι η ταμοξιφαίνη (20 mg την ημέρα για 5 χρόνια). Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η ραλοξιφαίνη (60 mg ανά ημέρα για 5 χρόνια) και η εξεμεστάση (exemestane) (25 mg την ημέρα για 5 έτη) θα πρέπει επίσης να συζητηθούν ως επιλογές για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου του μαστού (Visvanathan et al., 2013).

3.3.3 Διάγνωση

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να διαγνωστεί είτε μετά από προληπτικό έλεγχο (screening- προσυμπτωματικός) ή με έλεγχο αν εμφανιστεί ένα σύμπτωμα όπως πόνος ή ψηλάφηση μάζας. Η διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου σε υγιείς γυναίκες έχει σχέση με την ανίχνευση όγκων οι οποίοι είναι πιο μικροί σε μέγεθος, με μικρότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν μεταστάσεις και επιδέχονται χειρουργικής επέμβασης διατήρησης του μαστού αλλά και περιορισμένης μασχαλιαίας επέμβασης και είναι λιγότερο πιθανό να χρειαστούν θεραπείες χημειοθεραπείας (Fuller et al., 2015). Τέτοια παρουσία σημαίνει και μειωμένη νοσηρότητα που οδηγεί σε περισσότερες περιπτώσεις θεραπείας και βελτιωμένης επιβίωσης.

Στην κλινική πράξη, η λήψη ιστού γίνεται συνήθως με βιοψία του πυρήνα ή χειρουργική εκτομή. Μια διαγνωστική πρόκληση για τους παθολόγους είναι η διαφοροδιάγνωση με στενά συγγενείς ασθένειες, όπως η άτυπη υπερπλασία του πόρου και η *in situ* νόσος, ή η *in situ* νόσος και η μικροεισβολή ή ο καρκίνος του πόρου και ο καρκίνος του λοβού. Βοηθητικό ανοσοϊστοχημικό και μοριακές δοκιμές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τον χαρακτηρισμό της διαφορούμενης μορφολογίας σε πολλές, αλλά όχι σε όλες τις περιπτώσεις. Χαρακτηριστικά όπως ο χειρισμός ιστού, ο ισχαιμικός χρόνος, η καυτηρίαση, η χρήση κατεψυγμένων τομών, η στερέωση, η απασβεστίωση και η επεξεργασία είναι όλα κρίσιμα για την ποιότητα των ιστολογικών τομών που χρησιμοποιούνται για μικροσκοπική αξιολόγηση και βοηθητικές εξετάσεις, όπως ανοσοϊστοχημεία (immunohistochemistry - IHC), *in situ* υβριδισμό και μοριακές δοκιμές που βασίζονται στην αλυσιδωτή αντίδραση αντίστροφης μεταγραφής πολυμεράσης (McDonald et al., 2017).

Ο καθορισμός του μεγέθους του όγκου γίνεται κατόπιν προσεκτικής κλινικής και παθολογικής συσχέτισης. Αυτό γίνεται σε περίπτωση που ο καρκίνος του μαστού έχει σχηματίσει μια ξεχωριστή μάζα προς τα έξω από ένα σημείο προέλευσης, με την εκτίμηση του μεγέθους να είναι εύκολα εκτιμήσιμη μέσω της απεικόνισης και της βαριάς παθολογικής εξέτασης. Σε περιπτώσεις εμφάνισης του όγκου σε ένα κακώς καθορισμένο πεδίο γενετικής αστάθειας και υπάρχει φυσιολογικός ιστός εντός του όγκου, το ακριβές μέγεθος μπορεί να είναι δύσκολο (McDonald et al., 2017).

Η μαστογραφία είναι γνωστή ως η σημαντικότερη μέθοδος για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού και συνδέεται με διάφορα οφέλη όπως η υψηλή ευαισθησία και το οικονομικό κόστος. Εκτός από τα διάφορα οφέλη της μαστογραφίας, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί που σχετίζονται με τη χρήση αυτής της τεχνικής, όπως ο πόνος και το άγχος, οι ψευδείς συναγερμοί και οι κίνδυνοι ακτινοβολίας. Ως εκ τούτου, φαίνεται ότι απαιτείται η χρήση νέων τεχνικών με καλύτερες ιδιότητες (Wellings et al., 2016).

Οι υπέρηχοι είναι άλλες κύριες τεχνικές απεικόνισης που προαναφέρθηκαν είναι γνωστές ως άλλη πιο κοινή μέθοδος για τη διάγνωση και την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία στον καρκίνο του μαστού (Ozmen et al., 2015). Η χρήση του υπερήχου συνδέεται με διάφορα πλεονεκτήματα όπως ότι δεν χρησιμοποιεί ιοντίζουσα ακτινοβολία και διαθέτει υψηλή ευαισθησία. Έτσι, προσφέρεται ως ισχυρό διαγνωστικό εργαλείο για την ανίχνευση όγκων του μαστού σε νεαρές γυναίκες και έγκυες και θηλάζουσες γυναίκες (Alcantara et al., 2014).

Συνήθως επαρκεί η φυσική εξέταση, η μαστογραφία ή το υπερηχογράφημα ώστε να διαγνωστεί ένας ασθενής με νεοδιαγνωσθέντα καρκίνο του μαστού για τοπική περιφερειακή σταδιοποίηση. Ωστόσο, όταν ο ασθενής είναι νεότερος, ή αν υπάρχει υποψία για την παρουσία μιας γενετικής μετάλλαξης ή πολυεστιακής νόσου ή αν η μαστογραφία ή το υπερηχογράφημα δίνουν απροσδιόριστα αποτελέσματα τότε συνίσταται η μαγνητική τομογραφία (Berg et al., 2004). Αυτή η τεχνική θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί τόσο για την διάγνωση όσο και για την παρακολούθηση των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας (Jafari et al., 2017). Ωστόσο, μελέτες μαγνητικής

τομογραφίας μαστού έχουν δείξει κίνδυνο για υπερεκτίμηση του μεγέθους του όγκου (Berg et al., 2004).

Η ακτινογραφία θώρακος και οι συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις αίματος είναι επαρκείς για τη σταδιοποίηση σε ασθενή με καρκίνο του μαστού κλινικού σταδίου 1 ή 2 και χωρίς συγκεκριμένα συμπτώματα μεταστατικής νόσου. Όταν υπάρχει υποψία για προχωρημένη νόσο (στάδιο 3B-3Γ ή 4) τότε συνίσταται αξονική τομογραφία θώρακα, κοιλίας και λεκάνης (McDonald et al., 2017). Ακόμη, το PET και το SPECT είναι άλλες τεχνικές απεικόνισης που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση ασθενών με καρκίνο του μαστού (Jafari et al., 2017).

Η χρήση διαφόρων τεχνικών απεικόνισης συνδέεται με αρκετούς περιορισμούς όπως ότι είναι ακριβές, μπορεί να έχουν έλλειψη ευαισθησίας και ειδικότητας (Alcantara et al., 2014). Ως εκ τούτου, φαίνεται ότι απαιτείται η εισαγωγή νέων βιοδεικτών που θα μπορούσαν να ξεπεράσουν τους σχετικούς περιορισμούς των τεχνικών απεικόνισης. Η χρήση διαφόρων βιοδεικτών είναι γνωστή ως μία από τις σημαντικές πτυχές της διάγνωσης και της παρακολούθησης ασθενών με καρκίνο του μαστού. Οι κατάλληλοι βιοδείκτες θα μπορούσαν να συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση των κυτταρικών και μοριακών οδών που εμπλέκονται στην παθογένεση του καρκίνου του μαστού (Duffy et al., 2017).

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι μια ποικιλία βιοχημικών βιοδεικτών συμπεριλαμβανομένων των πρωτεϊνών (δηλαδή, Her2, ER και Ki67), mRNAs (δηλ. ERα, ERβ και ERRγ), ενζύμων (δηλ. CEA και TSGF) και microRNAs (δηλ. miR- 21, miR-10b, miR-155, και miR-145) θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως διαγνωστικοί βιοδείκτες για την ανίχνευση και την παρακολούθηση ασθενών με καρκίνο του μαστού (Duffy et al., 2017; Kurozumi et al., 2017)

3.3.4 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ασθενούς

Σε περιπτώσεις που διαγιγνώσκεται ο καρκίνος του μαστού μπορεί αυτό να αποβεί καταστροφικό, προκαλώντας αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες και συναισθήματα για την πλειοψηφία των γυναικών. Συνδέεται με ψυχολογικές επιπτώσεις, καθώς, τουλάχιστον το ένα τρίτο των ασθενών με καρκίνο υποφέρει από ψυχολογικά προβλήματα, ενώ οι γυναίκες και οι νέοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Οι πιο συνηθισμένες ανησυχίες των

ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι οι ανησυχίες που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας τους, τη γυναικεία φύση, την κατάσταση της εργασίας τους, τον γενικότερο ρόλο τους στην οικογένεια, τη διαβίωση με την αβεβαιότητα και την πιθανότητα θανάτου. Γενικά, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα στη ζωή των γυναικών και πολλές από αυτές τις ασθενείς υποφέρουν από κάποια ψυχολογικά προβλήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, φόβο υποτροπής του καρκίνου, και ανησυχίες για την οικογένεια και το μέλλον τους, οπότε χρειάζονται κατάλληλη παρέμβαση (Hajian et al., 2017).

Σε ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Εμφανίζονται πολλαπλά ψυχολογικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της πορείας φροντίδας του καρκίνου, όπως αγωνία, άγχος, κατάθλιψη, και αρνητική εικόνα σώματος/σεξουαλική δυσλειτουργία (Guimond et al., 2019).

Το άγχος (anxiety) είναι ένα από τα πιο κοινά ψυχολογικά συμπτώματα που εμφανίζει ένας ασθενής με καρκίνο του μαστού και τα ποσοστά του κυμαίνονται από 10 έως 30% (Ng et al., 2017), και μάλιστα σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες είναι πιο διαδεδομένο από την κατάθλιψη (Saboonchi et al., 2019) παρά του ότι πιστεύαν το αντίθετο παλιότερα (Shapiro et al., 2001). Το άγχος εμφανίζεται στον ασθενή λόγω της πρόβλεψης αρνητικών αποτελεσμάτων και της αβεβαιότητας για το μέλλον. Ακόμη, μπορεί να πηγάζει από την ανησυχία του για υποτροπή ή για τις παρενέργειες της θεραπείας (Dinapoli et al., 2021).

Η ψυχική δυσφορία (distress) καλύπτει μια ευρεία συνέχεια συναισθημάτων που σχετίζονται με συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και διαταραχής προσαρμογής (Dinapoli et al., 2021). Τα επίπεδα δυσφορίας των ασθενών μπορεί να αυξηθούν σε διαφορετικά στάδια καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου (Lo-Fo-Wong et al., 2016). Για παράδειγμα, ορισμένοι ασθενείς βιώνουν κλινική δυσφορία κατά τη στιγμή της διάγνωσης, ωστόσο κατά τη διάρκεια των ενεργών φάσεων της θεραπείας, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού αναφέρουν υψηλότερη ενόχληση σε σύγκριση με ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, εκφράζοντας ανησυχίες για την κόπωση, την οικογένεια και τους φίλους, το βάρος, τους φόβους, τις ανησυχίες και τον πόνο (Stapleton et al., 2017). Άλλοι ασθενείς με καρκίνο του μαστού επηρεάζονται ως επί το πλείστον μετά τη θεραπεία λόγω της

διακοπής των τακτικών επαφών με ειδικούς γιατρούς ή/και λόγω παρενεργειών που προκαλούνται από τη θεραπεία (Lo-Fo-Wong et al., 2016).

Μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, η μικρότερη ηλικία, η ζωή με σύντροφο και παιδιά ή μόνο με παιδιά και η αμειβόμενη εργασία, προβλέπουν μεγαλύτερη αντοχή στην δυσφορία (Lo-Fo-Wong et al., 2016).

Όσον αφορά την κατάθλιψη, η διάγνωση της μπορεί να είναι δύσκολη σε ασθενείς με καρκίνο, επειδή τα συμπτώματα της κατάθλιψης επικαλύπτονται με τα σωματικά συμπτώματα ως συνέπεια της ασθένειας ή της θεραπείας (Dinapoli et al., 2021). Αυτό γίνεται εμφανές και τα ποσοστά συχνότητά της που κυμαίνονται από 1% έως 50% με τις διάφορες κλίμακες βαθμολόγησης να συγκαταλέγονται στις πιθανές αιτίες αυτής της μεγάλης διαφοράς (Izci et al., 2016). Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά το θεραπευτικό καθεστώς των γυναικών, την ποιότητα ζωής (Izci et al., 2016), την αυτοφροντίδα και μειώνει την ανοσία και τις πιθανότητες επιβίωσης (Dinapoli et al., 2021).

Οι σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές ύπνου (insomnia). Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού αναφέρουν υψηλότερο επιπολασμό αϋπνίας σε σχέση με άλλους τύπους καρκίνου. Παράλληλα, η αϋπνία είναι ένα βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και του γενικευμένου άγχους (Izci et al., 2016).

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι πιθανό να επιδεινώσει περαιτέρω την τάση των γυναικών να εστιάζουν στην αξιολόγηση της εξωτερικής εικόνας του σώματος (Dinapoli et al., 2021). Το στήθος είναι ένα πολύ σημαντικό όργανο γιατί συμβολίζει τη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα (Izci et al., 2016) και συνδέεται εγγενώς με τη ταυτότητα. Η απώλεια ενός μαστού αποτελεί απειλή για τα προαναφερόμενα καθώς και για την εικόνα που έχουν οι γυναίκες για το σώμα τους (Dinapoli et al., 2021). Περίπου το ένα τρίτο των επιζώντων με καρκίνο του μαστού εκφράζουν αγωνία που σχετίζεται άμεσα με διαταραγμένη εικόνα σώματος μετά από επιτυχή θεραπεία καρκίνου, ιδιαίτερα μεταξύ νεότερων γυναικών. Αν και οι διαταραχές της εικόνας του σώματος συνήθως βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου, η υποομάδα των επιζώντων του καρκίνου του μαστού συνεχίζει να αντιμετωπίζει ανησυχίες που σχετίζονται με την εξωτερική εμφάνιση παρά τις τεχνικές συντήρησης ή αποκατάστασης του μαστού (Fang et al., 2015).

Η εικόνα σώματος έχει επικυρωθεί ότι σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα των γυναικών. Μεταξύ των ασθενών με καρκίνου του μαστού, το 73,4% έχει σεξουαλικές δυσλειτουργίες, υποδηλώνοντας ότι οι γυναίκες αυτές αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε εμπειρίες ειδικής θεραπείας για τον καρκίνο, όπως αλλαγές στο σώμα τους μετά από χειρουργική επέμβαση μαστού, ορμονικές θεραπείες, αλλαγές στα επίπεδα ορμονών μετά από ωοθηκεκτομή (Dinapoli et al., 2021).. Ακόμη, οι φυσιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας όπως τριχόπτωση, πόνος, κατάθλιψη μπορεί να ευθύνονται (Izci et al., 2016).

Το αντιληπτό στίγμα που σχετίζεται με την υγεία των ασθενών και την κοινωνική επιβάρυνση της ασθένειας (Perceived health-related stigma - PHS) αναφέρεται στην προσκόλληση αρνητικών σημασιών σε ορισμένους τύπους διαγνώσεων ασθενειών. Το PHS είναι συχνό σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και σχετίζεται με δυσμενή συναισθήματα, στάσεις και συμπεριφορές όπως κατάθλιψη, μείωση της υγειονομικής περίθαλψης. Το PHS μπορεί να μετρηθεί με διάφορες κλίμακες όπως η Social Impact Scale (SIS), η Cancer Stigma Scale (CASS) και το Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ)-body stigma subscale. (Wang et al., 2017). Οι Marlow & Wardle (2014), διαπίστωσαν ότι το PHS των ασθενών με καρκίνο επηρεαζόταν από ορισμένους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες. Το ανδρικό φύλο και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο βρέθηκε να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για πιο έντονο PHS. Επίσης η νεότερη ηλικία προέβλεπε μεγαλύτερο PHS, ένα παρόμοιο εύρημα που επιβεβαιώθηκε από μια πολυκεντρική μελέτη που διεξήχθη σε γυναίκες που έφεραν μετάλλαξη BRCA1 ή BRCA2 (Vodermaier et al., 2010). Ακόμη, συμπτώματα όπως η πτώση μαλλιών μετά τη χημειοθεραπεία (Rosman, 2004), η μαστεκτομή (Vodermaier et al., 2010) εμφανίζουν υψηλότερο στίγμα.

3.3.5 Πρόσφατες μελέτες σχετικά με το φόβο της διάγνωσης

Ο φόβος για τον καρκίνο του μαστού αποτελεί ένα αρκετά μοναδικό φόβο. Σε αρκετές μελέτες με βάθος χρόνου έχει φανεί ότι οι γυναίκες παρόλο που ανησυχούν ελάχιστα μήπως αρρωστήσουν γενικά, ωστόσο, δείχνουν να φοβούνται πολύ τον καρκίνο του μαστού. Αυτό υποδηλώνει ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να είναι αρκετά μοναδικός όσον αφορά τον φόβο που προκαλεί, ακόμη και σε νεαρές γυναίκες χωρίς σημαντικές ανησυχίες για την υγεία και με χαμηλό αντικειμενικό κίνδυνο (Aguirre-Camacho et al., 2021; Vraga et al., 2018; Berry et al., 2016; Gottlieb, 2001).

Ο φόβος για τον καρκίνο του μαστού, καθώς και η ανησυχία και το άγχος που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού, έχει βρεθεί ότι τόσο προάγει όσο και παρεμβαίνει σε συμπεριφορές πρόληψης του καρκίνου (Consedine et al., 2004). Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν δείξει ότι ο φόβος των γυναικών σχετικά με το καρκίνο μειώνουν τη συμμετοχή τους σε προληπτικούς ελέγχους (Ozkan & Taylan, 2020; Vrinten et al., 2019; Gebressillassie et al., 2018; Kwok et al., 2016), ακόμη και ότι φοβούνται ότι αν παρευρεθούν σε κάποιο νοσοκομείο για προληπτική εξέταση θα προσβληθούν από τη νόσο (Vrinten et al., 2019). Ωστόσο, υπάρχουν μελέτες, λιγότερες στον αριθμό όπου θεωρούν ότι ο φόβος για την ασθένεια του καρκίνου του μαστού θεωρείται ως παράγοντας πρόληψης για να κάνει το άτομο προσυμπτωματικούς ελέγχους (Polat & Ersin, 2017) καθώς και ότι δεν σχετίζεται με την προληπτική εξέταση της μαστογραφίας (Erdogan & Tuzcu, 2020; Cinar & Tuzcu, 2020).

Στις περισσότερες μελέτες για την διερεύνηση της σχέσης του φόβου για τον καρκίνο του μαστού των γυναικών και της πιθανή πρόληψη, οι ερευνητικές χρησιμοποιούσαν τη κλίμακα μέτρησης του φόβου για το καρκίνο του μαστού (Champion Breast Cancer Fear Scale - CBCFS) (Cinar & Tuzcu, 2020; Taylan et al., 2020). Η κλίμακα αναπτύχθηκε από τους Champion et al., (2004) και περιγράφει τη σχέση μεταξύ των συναισθηματικών αντιδράσεων των γυναικών απέναντι στον καρκίνο του μαστού και της μαστογραφικής τους συμπεριφοράς. Η ανάπτυξη της κλίμακας αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα για την αξιολόγηση του φόβου για τον καρκίνο του μαστού, ειδικά λαμβάνοντας υπόψη τις εννοιολογικές και μεθοδολογικές ασυνέπειες που βρέθηκαν σε αυτόν τον τομέα έρευνας. Η κλίμακα βασίζεται σε έναν εννοιολογικό ορισμό του φόβου ως ένα αρνητικά

τονισμένο συναίσθημα όπως το *αίσθημα* αναστάτωσης ή το *αίσθημα* άγχους που συνοδεύεται από αυξημένες φυσιολογικές αντιδράσεις όπως αίσθημα νευρικότητας, αίσθημα της καρδιάς του ατόμου να χτυπά πιο γρήγορα. Αυτά τα στοιχεία αντανακλούσαν γνωστικές αντιδράσεις, Δηλώσεις όπως «Δεν μου αρέσει να σκέφτομαι σχετικά με τον καρκίνο του μαστού» και «Όσο περισσότερο σκέφτεστε για τον καρκίνο του μαστού, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχετε να τον πάθετε» αποκλείστηκαν κατά τα αρχικά στάδια ανάπτυξης της κλίμακας και ανήκουν σε συναισθηματικές και φυσιολογικές αντιδράσεις (Champion et al., 2004).

Η κλίμακα επικεντρώνεται ειδικά στην απειλή που θέτει ο καρκίνος του μαστού και επομένως προσφέρει μια σαφέστερη αξιολόγηση του φόβου για τον καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με λιγότερο ειδικά μέτρα. Αποτελείται από 8 ερωτήσεις με κλίμακα Likert 5 βαθμών. Οι επιλογές της κλίμακας αξιολογούνται με 1 βαθμός για «διαφωνώ απόλυτα», 2 βαθμούς για «διαφωνώ», 3 βαθμούς για «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», 4 βαθμούς για «συμφωνώ» και 5 βαθμούς για «συμφωνώ απόλυτα». Το άτομο συγκεντρώνει μια βαθμολογία σύμφωνα με τις απαντήσεις του που αντιστοιχεί στο επίπεδο φόβου του. Η συνολική βαθμολογία που μπορεί να ληφθεί από την κλίμακα κυμαίνεται μεταξύ 8 και 40. Έτσι, η βαθμολογία 8-15 θεωρείται χαμηλό επίπεδο φόβου, η βαθμολογία 15-23 μέτριο επίπεδο φόβου και 24-40 υψηλό επίπεδο φόβου (Champion et al., 2004).

Οι Taylan et al., (2021) στην Τουρκία πραγματοποίησαν μελέτη με στόχο τη διερεύνηση μεταξύ του φόβου του καρκίνου του μαστού με τους παράγοντες κινδύνου και την πρόωπη διάγνωση για γυναίκες με βάση τις ηλικιακές ομάδες. Εργαλείο της μελέτης ήταν η κλίμακα φόβου για τον καρκίνο. Το δείγμα της έρευνας ήταν 1150 γυναίκες με μέση ηλικία περίπου τα 50 έτη. Το δείγμα κατανεμήθηκε σχεδόν ισόποσα για τις ηλικιακές ομάδες από 30 έως 69 έτη, με κάθε ηλικιακή ομάδα να περιλαμβάνει εννέα έτη. Μόνο η ηλικιακή ομάδα 20-29 είχε το μισό δείγμα σε αριθμό από ότι όλες οι υπόλοιπες.

Οι προγνωστικοί παράγοντες που επηρέασαν τις συμπεριφορές διάγνωσης καρκίνου του μαστού των γυναικών καθορίστηκε ότι ποικίλλουν ανά ηλικιακή ομάδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ισχυρή συσχέτιση του φόβου για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού με την συμμετοχή σε προληπτικούς ελέγχους. Βέβαια, συνηγορούσαν και άλλοι ψυχολογικοί και οικονομικοί παράγοντες. Ειδικότερα, για τις

γυναίκες ηλικίας 20-39 ετών βρέθηκε ότι ο φόβος για τον καρκίνο του μαστού, ο αντιληπτός κίνδυνος και το οικογενειακό ιστορικό οδηγούν στην αυτοεξέταση του μαστού, και για τις γυναίκες 40-69 ετών η επαγγελματική ζωή και το οικογενειακό ιστορικό. Αρνητικά επηρεάστηκε η συμμετοχή σε προληπτικούς ελέγχους από το οικογενειακό ιστορικό, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και την εργασιακή κατάσταση. Ενώ, συγκεκριμένα η μαστογραφία βρέθηκε ότι επηρεάζεται αρνητικά από τον φόβο του καρκίνου και την έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι προληπτικές εξετάσεις ήταν χαμηλές στο δείγμα (Taylan et al., 2021).

Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι οι νεαρές γυναίκες βιώνουν το άγχος και το φόβο πιο έντονα. Σε αυτές τις μελέτες, η απώλεια της θηλυκότητας, η αποτυχία να γίνει μητέρα, η εγκατάλειψη από τη σύζυγο και ο στιγματισμός φαίνονται ως πηγή του έντονου φόβου για τον καρκίνο του μαστού (Glassey et al., 2018; Ozkan & Taylan, 2020). Οι Ozkan & Taylan (2020), σε μία πολυεθνική μελέτη σε 22 χώρες, που εξέτασε 47 ποιοτικές μελέτες με συνολικό δείγμα 2.234 γυναίκες ηλικίας 18-75 ετών, έδειξαν ότι οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου αναπτύσσουν υψηλότερο επίπεδο φόβου για την νόσο και αυτό τις εμποδίζει να υποβληθούν σε μαστογραφία.

Σε μελέτη στις γυναίκες της Τανζανίας (Chao et al., 2020), και της Υποσαχάριας Αφρικής (Darre et al., 2023), φάνηκε ότι ο φόβος για τη διάγνωση και τη ίδια τη θεραπεία ήταν καθοριστικό εμπόδιο για την καθυστέρηση της διάγνωσης και την μη πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες φοβούνται για την απώλεια του μαστού, μιας και η αναμενόμενη προληπτική θεραπεία προτείνει αυτή την αντιμετώπισης

Ωστόσο, στην μελέτη των Polat & Ersin (2017), οι βαθμοί φόβου των γυναικών που έκαναν μαστογραφία βρέθηκαν να είναι υψηλότεροι. Έτσι, ο φόβος ορίστηκε ως κίνητρο, καθώς και ως παράγοντας πρόληψης στις συμπεριφορές προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.

3.4 Το ερευνητικό κενό

Θα πρότεινα να ερευνηθεί ο φόβος της διάγνωσης σε γυναίκες της ελληνικής επικράτειας, αφού υπάρχει ερευνητικό κενό που σχετίζεται με το φόβο της διάγνωσης σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και η έρευνα μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των συναισθηματικών και ψυχολογικών εμποδίων που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα άτομα όταν εξετάζουν το ενδεχόμενο λήψης προληπτικών μέτρων. Η ερευνητική προσέγγιση θα εμβαθύνει στις εμπειρίες, τις αντιλήψεις και τους φόβους των ατόμων σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, τις ανησυχίες, τα άγχη και τις πεποιθήσεις τους σχετικά με την πρόληψη και τις μεθόδους έγκαιρης ανίχνευσης.

Παράλληλα, θα αναδειχτεί ο ρόλος της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στην άμβλυνση του φόβου της διάγνωσης και στην προώθηση της πρόληψης του καρκίνου του μαστού, με την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής, των ομάδων υποστήριξης και των παρεμβάσεων που αποσκοπούν στη μείωση του άγχους και την αντιμετώπιση των συναισθηματικών εμποδίων και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης των ατόμων στη συμμετοχή σε προληπτικά μέτρα και στην έγκαιρη αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.

Θα χρησιμοποιηθεί μια ασθενοκεντρική προσέγγιση στην έρευνα, εμπλέκοντας τα άτομα και ερευνώντας το βαθμό του φόβου διάγνωσης των ασθενών και την ενδεχόμενη απροθυμία τους λόγω αυτού του φόβου να κάνουν προληπτικές εξετάσεις. Επικεντρώνοντας την έρευνα σε αυτό το ερευνητικό κενό θα κατανοηθεί καλύτερα ο φόβος της διάγνωσης και ο αντίκτυπός του στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού, με τη γνώση που θα αποκομιστεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων, εκπαιδευτικών προγραμμάτων και υπηρεσιών υποστήριξης με στόχο την αντιμετώπιση και τον μετριασμό των φόβων, προωθώντας τελικά την επιθυμία και συμμετοχή σε προληπτικά μέτρα και προσυμπτωματικό έλεγχο.

Κεφάλαιο 4. Σχεδιασμός της έρευνας

4.1 Επιστημολογία

Η μετα-θετικιστική επιστημολογία είναι μια φιλοσοφική στάση που χρησιμοποιείται συνήθως στην ποσοτική έρευνα. Αναγνωρίζει ότι η γνώση κατασκευάζεται μέσω της ανθρώπινης ερμηνείας και ότι η επιστημονική έρευνα περιλαμβάνει υποκειμενικά στοιχεία. Ο μετα-θετικισμός αναγνωρίζει ότι οι ερευνητές δεν είναι εντελώς αντικειμενικοί παρατηρητές αλλά επηρεάζονται από τις υποθέσεις, τις αξίες και τα κοινωνικά τους πλαίσια. Στην ποσοτική έρευνα, ο μετα-θετικισμός χρησιμοποιείται επειδή τονίζει τη σημασία της αυστηρότητας και της αντικειμενικότητας στη μελέτη των φαινομένων. Η ποσοτική έρευνα στοχεύει στη δημιουργία γενικεύσιμων και μετρήσιμων προτύπων μέσω συστηματικής παρατήρησης και στατιστικής ανάλυσης. Χρησιμοποιώντας τη μετα-θετικιστική επιστημολογία, οι ερευνητές μπορούν να προσπαθήσουν να ελαχιστοποιήσουν τη μεροληψία, να ενισχύσουν την αξιοπιστία των ευρημάτων και να συμβάλουν στη συσσωρευμένη γνώση στον τομέα τους. Αναγνωρίζει ότι ενώ η απόλυτη αντικειμενικότητα μπορεί να μην είναι εφικτή, οι αυστηρές μεθοδολογίες μπορούν να αποδώσουν πολύτιμες γνώσεις και να προωθήσουν την επιστημονική κατανόηση (Creswell & Creswell, 2017; Morgan, 2013).

Ο μετα-θετικισμός είναι κατάλληλος για τη μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, καθώς δίνει έμφαση στην αντικειμενικότητα της έρευνας, και, με την εφαρμογή αυστηρών και αμερόληπτων μεθόδων, είναι δυνατός ο εντοπισμός και η ανάλυση των σχετικών παραγόντων, ελαχιστοποιώντας παράλληλα τις προσωπικές προκαταλήψεις, εξασφαλίζοντας μια αντικειμενική προσέγγιση της μελέτης. Επίσης, είναι κατάλληλος για μια ποσοτική έρευνα, η οποία είναι απαραίτητη για τη μέτρηση και την ανάλυση δεδομένων με τη χρήση στατιστικών μεθόδων, καθώς συνδέεται με τη χρήση ποσοτικών προσεγγίσεων, παρέχοντας στους ερευνητές ένα πλαίσιο για συστηματική παρατήρηση, μέτρηση και στατιστική ανάλυση. Μέσα από την μετα-θετικιστική προσέγγιση είναι δυνατή η μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, καθώς είναι δυνατή και η δημιουργία ενός πλαισίου που δίνει έμφαση στην αντικειμενικότητα, υποστηρίζει τις ποσοτικές προσεγγίσεις και επιτρέπει τον εντοπισμό γενικεύσιμων συμπερασμάτων.

4.2 Μεθοδολογία

Η ερευνητική εργασία βασίστηκε στην διεξαγωγή περιγραφικής ποσοτικής έρευνας, βάσει της μετα-θετικιστικής επιστημολογίας. Μέσα από την παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια συλλογής πρωτογενών δεδομένων όσον αφορά τη συμπεριφορά των γυναικών που διαβιούν στην Περιφέρεια Ηπείρου όσον αφορά τις στάσεις τους απέναντι στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού και την προθυμία τους να προβούν σε τακτές προληπτικές εξετάσεις. Επίσης, πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια ανάδειξης των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών που, φερόμενες από τις φοβίες τους σε σχέση με μια πιθανώς αρνητική διάγνωση, αποφεύγουν τις προληπτικές εξετάσεις που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού.

Επομένως, το ζητούμενο της παρούσας μελέτης απαιτούσε τη διερεύνηση μεγάλου δείγματος, γεγονός που απέκλεισε την πιθανότητα εφαρμογής ποιοτικής έρευνας. Επίσης, η προσέγγιση της μετα-θετικιστικής επιστημολογίας αποτέλεσε εξ αρχής την πρώτη επιλογή, καθώς απαιτούνταν η μελέτη ενός φαινομένου που αποτελεί την αντικειμενική πραγματικότητα του διερευνώμενου πληθυσμού και, μάλιστα, χωρίς την οποιαδήποτε επιρροή από ή προς τον ερευνητή. Εξάλλου, όπως αναφέρεται από τον Slevitch (2011), μέσω μιας ποσοτικής θετικιστικής προσέγγισης, οι ερευνητές μπορούν να επιτύχουν την ανάδειξη της αλήθειας, στο βαθμό που η εργασία τους ανταποκρίνεται στα γεγονότα ή στο πως είναι πραγματικά τα πράγματα.

Η επιλογή της περιγραφικής ποσοτικής έρευνας επιλέχθηκε λόγω του ότι η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιείται με σκοπό την περιγραφή και τον χαρακτηρισμό συγκεκριμένων φαινομένων ή μεταβλητών (Kim et al., 2017), προσέγγιση η οποία συμβαδίζει με τον σκοπό της παρούσας έρευνας, που δεν είναι άλλος από τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων σχετικά με τη συμπεριφορά και τη στάση των γυναικών απέναντι στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού και την προθυμία τους να υποβάλλονται σε τακτικές εξετάσεις. Εξάλλου, η περιγραφική έρευνα θεωρείται από τους ερευνητές απολύτως είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για την επίτευξη μιας γενικής εικόνας και την κατανόηση ενός συγκεκριμένου πληθυσμού ή φαινομένου, το οποίο είναι σχετικό με τους στόχους μιας έρευνας, καθώς μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό τάσεων, μοτίβων και συσχετίσεων εντός των συλλεχθέντων δεδομένων (Kim et al., 2017; Loeb et al., 2017; Marlow, 2023).

Επομένως, η εφαρμογή της περιγραφικής ποσοτικής έρευνας, αποτελεί μια επιλογή μεθοδολογίας, η οποία θα προσφέρει τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τον βαθμό κατά τον οποίο οι γυναίκες φαίνεται να αποφεύγουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του μαστού λόγω του φόβου της διάγνωσης ή και άλλων, εξωγενών, παραγόντων.

4.3 Δειγματοληπτική τεχνική

Για την επιλογή του τελικού δείγματος μεταξύ του πληθυσμού της έρευνας (γυναίκες άνω των 18 ετών που διαβιούν στην Περιφέρεια Ηπείρου) χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος δειγματοληψίας ευκολίας, σε συνδυασμό με τη δειγματοληπτική μέθοδο της χιονοστιβάδας. Δεδομένου ότι το χρονικό περιθώριο της έρευνας ήταν περιορισμένο, καθώς πρόκειται για μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, η οποία ήταν απαραίτητο να έχει ολοκληρωθεί και παραδοθεί εντός ενός (1) εξαμήνου από την ανάθεσή της, επιλέχθηκε η δημιουργία και ο διαμοιρασμός του ερωτηματολογίου σε ηλεκτρονική μορφή, ώστε να κερδηθεί ο χρόνος που θα απαιτούνταν για τον διαμοιρασμό και τη χειρόγραφη συμπλήρωση ενός έντυπου εγγράφου. Ο περιορισμένος χρόνος διεξαγωγής της έρευνας καθώς και η απουσία διαθέσιμων κονδυλίων για τη χρηματοδότησή της, απέκλεισαν περισσότερο χρονοβόρες και υψηλού κόστους τεχνικές δειγματοληψίας, όπως η τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία ή η συστηματική δειγματοληψία.

Για το λόγο αυτό, το ερωτηματολόγιο αποφασίστηκε να αποσταλεί αρχικά σε άτομα του ευρύτερου κύκλου μου, με τα οποία υπήρχε δυνατότητα επικοινωνίας μέσω κάποιου ηλεκτρονικού μέσου ή μέσω τηλεφώνου, ώστε να προηγηθεί ενημέρωση σχετικά με το αντικείμενο και τον στόχο της έρευνας (δειγματοληψία ευκολίας). Από τις γυναίκες αυτές ζητήθηκε να προωθήσουν το ερωτηματολόγιο σε γυναίκες του δικού τους κύκλου, ενημερώνοντάς τες επίσης σχετικά με την έρευνα (δειγματοληψία χιονοστιβάδας).

4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος

Τα κριτήρια αποδοχής του δείγματος ήταν το φύλο (γυναίκα) και η ηλικία (άνω των 18 ετών).

Πρώτο κριτήριο αποκλεισμού ήταν ο εντοπισμός «αυτοματοποιημένων» απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο (π.χ. επιλογή του 1 ή του 5 σε κάθε ερώτημα της κλίμακας Likert, που καταδεικνύει ότι ο ερωτώμενος δεν διαβάζει τις ερωτήσεις που του δίνονται, αλλά απαντάει τυχαία σε κάθε μία από αυτές), καθώς τέτοιες απαντήσεις θα δημιουργούσαν «θόρυβο» ή μεροληψία στη σειρά δεδομένων.

Δεύτερο κριτήριο αποκλεισμού ήταν οι ελλιπείς ή ασυνεπείς απαντήσεις, που οδηγούσαν σε ανεπαρκή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα και η αξιοπιστία του συνόλου δεδομένων.

4.5 Περιγραφή του δείγματος

Ο αριθμός του δείγματος, μετά από τον ηλεκτρονικό διαμοιρασμό του ερωτηματολογίου, ανήλθε σε 233 γυναίκες, ηλικίας άνω των 18 ετών, με ισάριθμα, πλήρως απαντημένα, ερωτηματολόγια. Το σύνολο των συμμετεχόντων ενημερώθηκε για το αντικείμενο και τον στόχο της έρευνας, καθώς και για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας τους και του απορρήτου των προσωπικών τους πληροφοριών.

4.6 Περιγραφή του χώρου

Η έρευνα διεξήχθη αποκλειστικά μέσω του διαδικτύου, καθώς το ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε και διαμοιράστηκε ήταν σε ηλεκτρονική μορφή (Google Forms).

4.7 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, από τον Ιανουάριο του 2023 έως τον Ιούνιο του 2023.

Η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το διαμοιρασμό ερωτηματολογίου σε ηλεκτρονική μορφή (συντάχθηκε μέσω της εφαρμογής Google Forms) και διαμοιράστηκε μέσω λογαριασμών ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mails) και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Επιπλέον, ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να προωθήσουν το ερωτηματολόγιο στον δικό τους κύκλο, ώστε να επιτευχθεί διεύρυνση του δείγματος.

Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αφορούσε τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση.

Τα ερευνητικά εργαλεία που συμπληρώθηκαν είναι:

Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανakλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D’Zurilla’s (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis)(McNeil & Rainwater,1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως "υπερβολικά" (5). Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων

για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκορ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845.

Ερωτηματολόγιο Δυσανεξίας στην Αβεβαιότητα

Το ερωτηματολόγιο Δυσανεξίας στην Αβεβαιότητα αποτελείται από 12 ερωτήσεις και δημιουργήθηκε από τους Buhr & Dugas το 2002. Στην Ελληνική γλώσσα μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε από τους Αλεξανδρή, Σκούφα και Σίμος. Το ερωτηματολόγιο απαντάται με μια πενταβάθμια κλίμακα.

Το ερωτηματολόγιο παρέμεινε ανοικτό για λήψη απαντήσεων για διάστημα τριών μηνών, από τον Φεβρουάριο του 2023 έως και τον Απρίλιο του 2023.

4.8 Ηθική της έρευνας

Οι δεοντολογικές ανησυχίες αποτελούν κρίσιμη πτυχή της σύγχρονης κοινωνίας, η οποία περιλαμβάνει τόσο τις ερευνητικές πρακτικές όσο και την καθημερινή ζωή. Οι ανησυχίες αυτές περιστρέφονται γύρω από την τήρηση των ηθικών αρχών που αφορούν θέματα ασφάλειας, εμπιστευτικότητας, προστασίας των προσωπικών δεδομένων και διαφανούς γνωστοποίησης των ερευνητικών διαδικασιών σε όλους τους συμμετέχοντες. Είναι επιτακτική ανάγκη η συμμετοχή να είναι εθελοντική, παρέχοντας στα άτομα την ελευθερία να αποχωρήσουν από τη μελέτη χωρίς να αντιμετωπίσουν δυσμενείς συνέπειες. Αυτές οι δεοντολογικές εκτιμήσεις καθοδηγούνται από τη Σύμβαση του Ελσίνκι, η οποία επιβάλλει ότι κάθε πρωτόκολλο έρευνας πρέπει να λάβει έγκριση από

ένα έγκυρο όργανο πριν από την εφαρμογή, θέτοντας ως πρωταρχικό στόχο την ευημερία των συμμετεχόντων, αναγνωρίζοντας παράλληλα τη δευτερεύουσα σημασία των συνολικών οφελών της έρευνας, (Γαλάνης, 2017).

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική, ώστε να τηρηθούν οι ηθικοί και δεοντολογικοί κανόνες. Επίσης, δόθηκε σαφής ενημέρωση για την προστασία της πλήρους ανωνυμίας κάθε συμμετέχοντα, αποφεύγοντας τη συλλογή οποιωνδήποτε προσωπικών δεδομένων που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στον εντοπισμό των απαντήσεων σε ένα συγκεκριμένο άτομο. Επιπλέον, δεν υπήρχαν αρνητικές συνέπειες σε περίπτωση που κάποιος δεν συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο.

Δεδομένου ότι το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε σε ηλεκτρονική μορφή, ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ότι δεν πραγματοποιήθηκε σε κάποιον χώρο που υπόκειται σε ειδικούς κανονισμούς (όπως τα Νοσοκομεία, τα σχολεία, κ.τ.λ.) δεν απαιτήθηκε η λήψη κάποιας έγκρισης οποιουδήποτε τύπου από Επιτροπή Ηθικής ή άλλον φορέα.

4.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Για την ανάλυση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. 20.0 Αφού περάστηκαν τα δεδομένα, οι ονοματικές μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν με 0 και 1 όταν υπήρχαν 2 μόνο τιμές και από 0 έως 7 αντίστοιχα, όπου υπήρχαν περισσότερες τιμές. Στην περίπτωση των απαντήσεων στην κλίμακα Likert, χρησιμοποιήθηκαν οι αριθμοί 0-4 για την κλίμακα Καθόλου έως Υπερβολικά (όπου, 0= Καθόλου) και οι αριθμοί 1-5 για την κλίμακα Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου έως Με χαρακτηρίζει εντελώς (όπου, 1= Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου).

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου αναλύθηκαν με τη χρήση περιγραφικών στατιστικών τεχνικών, όπως συχνότητες, ποσοστά, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις. Οι αναλύσεις αυτές επιτρέπουν την παροχή μιας ολοκληρωμένης περιγραφής των στάσεων και των χαρακτηριστικών των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Η εν λόγω στατιστική μέθοδος συνάδει πλήρως με την περιγραφική ποσοτική έρευνα.

Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα

5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται με τη χρήση Γραφημάτων και Πινάκων, τα στατιστικά αποτελέσματα που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Δεδομένου ότι το σύνολο του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες, καθώς μόνο το φύλο αυτό παρουσιάζει ερευνητικό ενδιαφέρον που να συνάδει με τον σκοπό της παρούσας έρευνας, και αποτελούσε προαπαιτούμενο για τη συμμετοχή στη διαδικασία, το φύλο των συμμετεχόντων δεν συμπεριλήφθηκε στα ερωτήματα. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε κάθε ερώτημα δημογραφικού χαρακτήρα.

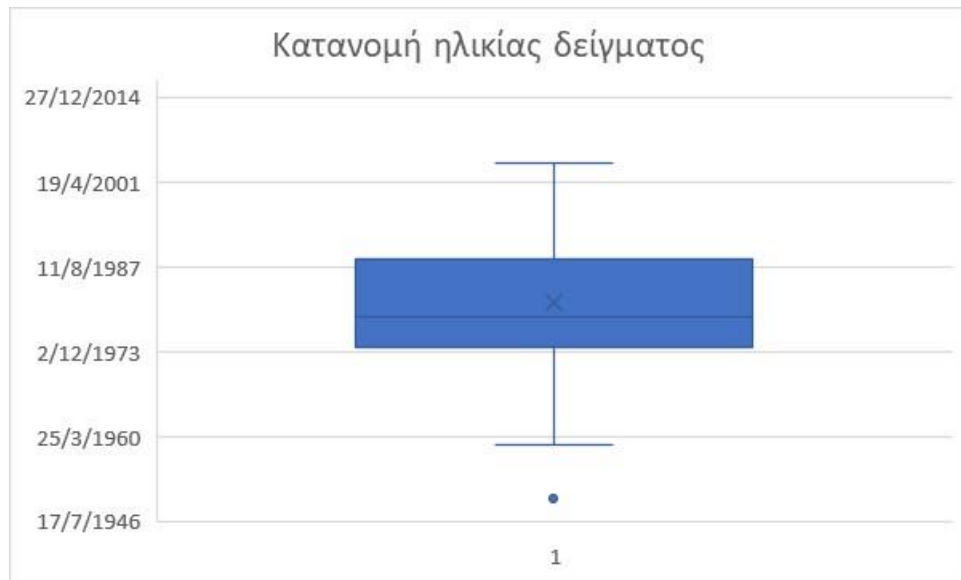
Ημερομηνία Γέννησης

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2 και στο Γράφημα 1, η μεγαλύτερη από τις συμμετέχουσες γεννήθηκε στις 10 Απριλίου του 1950 (περίπτωση, η οποία, σύμφωνα με το θηκόγραμμα αποτελεί και ακραία τιμή). Αντιθέτως, η μικρότερη συμμετέχουσα στην έρευνα γεννήθηκε την 1^η Μαΐου 2005, γεγονός που σημαίνει ότι είναι τώρα 18 ετών.

Ο μέσος όρος της μεταβλητής υπολογίζεται στις 26 Απριλίου 1982, άρα, κατά μέσο όρο, τα άτομα στο σύνολο δεδομένων γεννήθηκαν στην ημερομηνία αυτή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η διάμεσος (μεσαία τιμή σε μια ταξινομημένη λίστα τιμών) αντιστοιχεί στην 1/5/1980. Επομένως, τα μισά από τα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα γεννήθηκαν την 1η Μαΐου 1980 ή πριν από αυτήν, ενώ τα άλλα μισά γεννήθηκαν την ή μετά την ημερομηνία αυτή.

Πίνακας 2 Στατιστικά μέτρα της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ημερομηνία Γέννησης"					
	Παλαιότερη Ημερομηνία Γέννησης	Νεότερη Ημερομηνία Γέννησης	Μέση τιμή (Μ.Τ.) Ημερομηνίας Γέννησης	Διάμεσος Ημερομηνίας Γέννησης	Τυπική Απόκλιση Ημερομηνίας Γέννησης
Ημερομηνία Γέννησης	10/04/1950	05/03/2005	17/03/1982	01/05/1980	3795 15:44:30,804



Γράφημα 1 Ηλικιακή κατανομή δείγματος βάσει της ημερομηνίας γέννησης που δηλώθηκε

Οικογενειακή Κατάσταση – Τόπος Διαμονής

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχουσών (67,4%) ήταν έγγαμες. Ακολουθεί, σε ποσοστό 25,3% η κατηγορία των άγαμων γυναικών. Το 6% δήλωσε ότι ήταν διαζευγμένες και μόλις το 1,3% ότι ήταν χήρες (Πίνακας 3, Γράφημα 2). Στο δε ερώτημα σχετικά με τον τόπο διαμονής, μία από τις συμμετέχουσες επέλεξε να μην απαντήσει. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (44,4%) ζει σε μικρή περιοχή της επαρχίας (χωριό ή κωμόπολη). Ωστόσο, το ποσοστό του δείγματος που κατοικεί σε πόλη με πληθυσμό <150.000 κατοίκους (37,9%) δεν απέχει πολύ από την πλειονότητα. Τέλος, το 17,7% του δείγματος, δήλωσε ότι κατοικεί σε μεγάλη πόλη (>150.000 κατοίκους), (Πίνακας 3, Γράφημα 3).

Πίνακας 3 Κατανομή συχνότητας της ανεξάρτητης μεταβλητής "Οικογενειακή Κατάσταση" και της μεταβλητής "Τόπος Διαμονής"

		N	%
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	59	25,3
	Έγγαμος/η	157	67,4
	Διαζευγμένος/η	14	6,0
	Χήρος/α	3	1,3
	Σύνολο	233	100,0

		N	%
Τόπος Διαμονής	Χωριό/Κωμόπολη	103	44,4
	Πόλη<150.000 κατοίκους	88	37,9
	Πόλη<150.000 κατοίκους	41	17,7
	Σύνολο	232	100,0



Γράφημα 2 Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος



Γράφημα 3 Τόπος Διαμονής του δείγματος

Αδέρφια – Σειρά γέννησης – Σχέσεις με τα αδέρφια

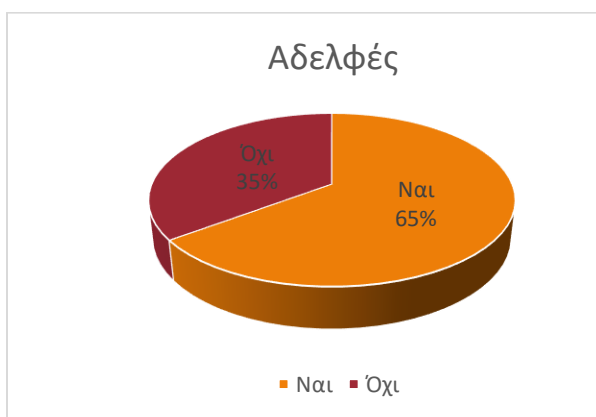
Στο ερώτημα σχετικά με το εάν οι συμμετέχουσες έχουν αδερφές, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4 και στο Γράφημα 4, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (64,8%) απάντησε θετικά. Στο ερώτημα σχετικά με το εάν οι συμμετέχουσες έχουν αδελφούς, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (62,2%) απάντησε επίσης θετικά (Πίνακας 4, Γράφημα 5).

Στο ερώτημα σχετικά με τη σειρά γέννησης των συμμετεχουσών στην έρευνα, καταγράφονται 4 περιπτώσεις (1,7%) στις οποίες δεν δόθηκε κάποια απάντηση. Επίσης καταγράφηκαν και 2 περιπτώσεις (0,9%) στις οποίες η απάντηση ήταν «0» (στον Πίνακα 4 καταγράφονται στο «0»). Οι απαντήσεις αυτές αντιστοιχούν σε άτομα που στα προηγούμενα ερωτήματα απάντησαν ότι δεν έχουν αδέρφια. Επομένως, οι 6 αυτές απαντήσεις (ποσοστό 2,6%) τυπικά θα πρέπει να προσμετρηθούν στην απάντηση «1». Οι λοιπές (έγκυρες) απαντήσεις κατανέμονται ως: το 43,2% (επί του συνολικού δείγματος) απάντησε ότι η σειρά γέννησής του ήταν η 1^η, το 34,1% ότι ήταν η 2^η, το 15,7% ότι ήταν η 3^η, το 3,9% ότι ήταν η 4^η και το 2,1% ότι ήταν η 5^η (Πίνακας 4, Γράφημα 6).

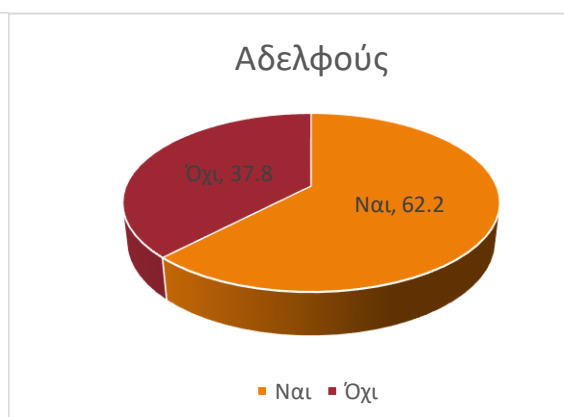
Στο ερώτημα «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας» συλλέχθηκαν 222 απαντήσεις (ισάριθμες με τον αριθμό του δείγματος που είχε αδέρφια). Στο ερώτημα αυτό οι ελλείπουσες τιμές είναι αποδεκτές, καθώς αντιπροσωπεύουν το ποσοστό του δείγματος που δεν έχει αδέρφια και αντιστοιχούν στο 4,7% του συνολικού δείγματος (11 περιπτώσεις). Ως εκ τούτου το ποσοστό που θεωρείται έγκυρο για τη συγκεκριμένη ερώτηση είναι αυτό που αντιστοιχεί σε δείγμα 222 απαντήσεων. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αυτού (91,4% επί των 222 απαντήσεων ή 87,1% επί των συνολικών 233) απάντησε ότι διατηρεί καλές σχέσεις με τα αδέρφια του. Το 3,0% απάντησε ότι δεν έχουν καλές σχέσεις και το 5,2% ότι δεν έχει καλές σχέσεις με όλα τα αδέρφια του (αλλά με τα υπόλοιπα έχει καλές), (Πίνακας 4, Γράφημα 7).

Πίνακας 4 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Αδελφές", της ανεξάρτητης μεταβλητής "Αδελφοί" και της ανεξάρτητης μεταβλητής "Σειρά Γέννησης"

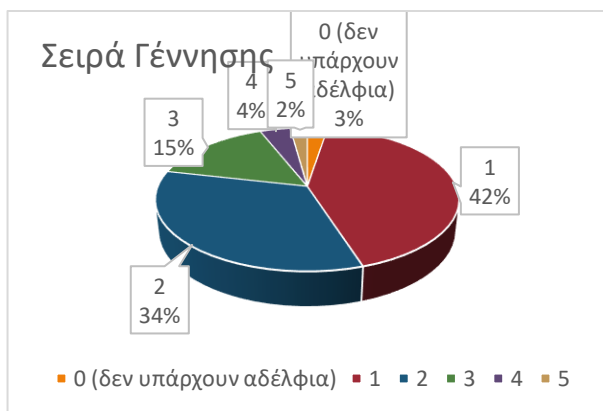
		N	%
Αδελφές	Ναι	151	64,8
	Όχι	82	35,2
	Σύνολο	233	100,0
		N	%
Αδελφοί	Ναι	145	62,2
	Όχι	88	37,8
	Σύνολο	233	100,0
		N	%
Σειρά Γέννησης	0 (δεν υπάρχουν αδέλφια)	6	2,6
	1	99	43,2
	2	78	34,1
	3	36	15,7
	4	9	3,9
	5	5	2,2
	Σύνολο	233	100,0
		N	%
Σχέσεις με τα αδέλφια	Ναι	203	91,4
	Όχι	7	3,2
	Όχι με όλα	12	5,4
	Σύνολο	222	100,0



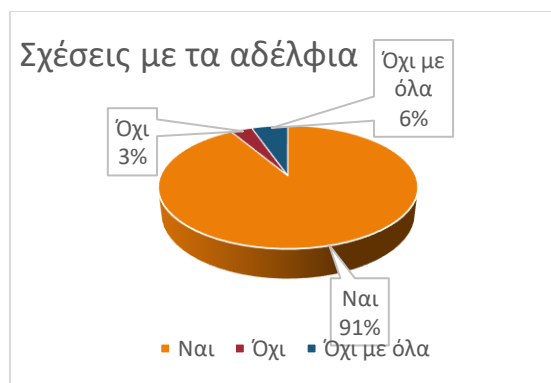
Γράφημα 4 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα "Έχετε αδελφές;"



Γράφημα 5 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα "Έχετε αδελφούς;"



Γράφημα 6 Απαντήσεις του δείγματος σχετικά με τη σειρά γέννησής τους



Γράφημα 7 Απαντήσεις του δείγματος σχετικά με τις σχέσεις τους με τα αδέρφια τους

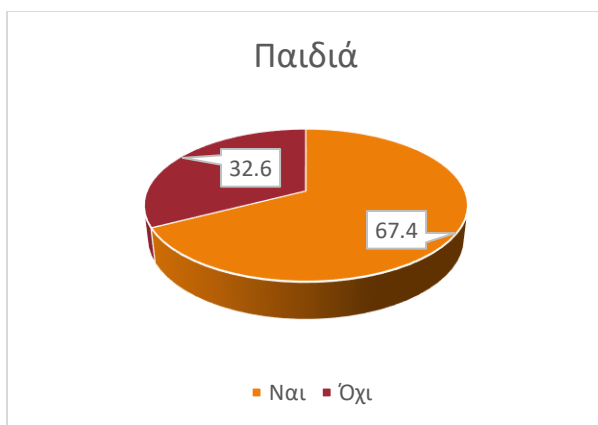
Παιδιά - Φύλο παιδιών

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5 και στο Γράφημα 8, το μεγαλύτερο ποσοστό (67,4%) των γυναικών που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας απάντησε ότι είναι μητέρα.

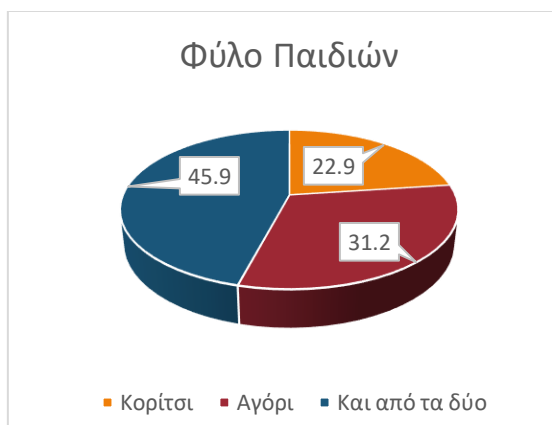
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (30,9%) απάντησε ότι τα παιδιά του είναι και από τα δύο φύλα, ενώ το 21,0% ότι έχει αγόρι(α) και το 15,5% ότι έχει κορίτσι(α). Το 32,6% (ποσοστό που αντιστοιχεί σε όσες απάντησαν ότι δεν έχουν παιδιά στην προηγούμενη ερώτηση) δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή (Πίνακας 5, Γράφημα 9).

Πίνακας 5 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Παιδιά"

		N	%
Παιδιά	Ναι	157	67,4
	Όχι	76	32,6
	Σύνολο	233	100,0
		N	%
Φύλο παιδιών	Κορίτσι	36	22,9
	Αγόρι	49	31,2
	Και από τα δύο	72	45,9
	Σύνολο	157	100,0



Γράφημα 8 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα για το εάν έχουν παιδιά



Γράφημα 9 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα για το φύλο των παιδιών τους

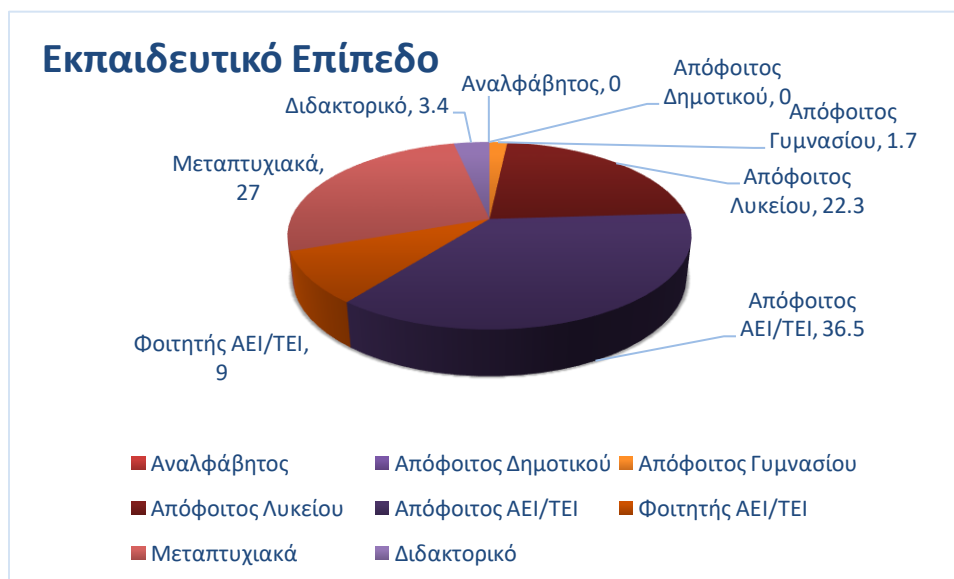
Εκπαιδευτικό επίπεδο - Επαγγελματική Κατάσταση

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6 και στο Γράφημα 10, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (36,5%) έχει αποφοιτήσει από κάποιο Ίδρυμα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ). Ακολουθούν, σε ποσοστό 27,0% οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Το 22,3%, ήταν απόφοιτες Λυκείου, το 9,0% ήταν φοιτήτριες κατά τη διάρκεια της έρευνας, το 3,4% ήταν κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σπουδών και το 1,7% ήταν απόφοιτες Γυμνασίου. Δεν δόθηκε καμία απάντηση στις επιλογές «Αναλφάβητος» και «Απόφοιτος Δημοτικού».

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχουσών στην έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό (46,8%) δήλωσε ότι ήταν Δημόσιος Υπάλληλος, ενώ το 25,8% Ιδιωτικός Υπάλληλος. Σημαντικά είναι και τα ποσοστά των Αυτοαπασχολούμενων (11,2%) και των Φοιτητριών (8,2%) (Πίνακας 6, Γράφημα 11).

Πίνακας 6 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής Εκπαιδευτικό Επίπεδο" και της ανεξάρτητης μεταβλητής "Επαγγελματική Κατάσταση"

		N	%
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Αναλφάβητος	0	0,0
	Απόφοιτος Δημοτικού	0	0,0
	Απόφοιτος Γυμνασίου	4	1,7
	Απόφοιτος Λυκείου	52	22,3
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	85	36,5
	Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ	21	9,0
	Μεταπτυχιακά	63	27,0
	Διδακτορικό	8	3,4
	Σύνολο	233	100,0
		N	%
Επαγγελματική Κατάσταση	Άνεργος	11	4,7
	Οικιακά	0	0,0
	Αυτοαπασχολούμενος	2	26
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	3	60
	Δημόσιος Υπάλληλος	4	109
	Φοιτήτρια	5	19
	Άλλο	6	8
	Σύνολο	233	100,0



Γράφημα 10 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα για το εκπαιδευτικό τους επίπεδο



Γράφημα 11 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα για την επαγγελματική τους κατάσταση

Τα επόμενα ερωτήματα, παρόλο που εντάσσονται στη γενικότερη κατηγορία των Δημογραφικών Χαρακτηριστικών, είναι περισσότερο εξειδικευμένα και σχετίζονται με την πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου του μαστού, το ιστορικό καρκινοπάθειας στην οικογένεια και την πρόληψη έναντι του γυναικολογικού καρκίνου από την πλευρά του δείγματος.

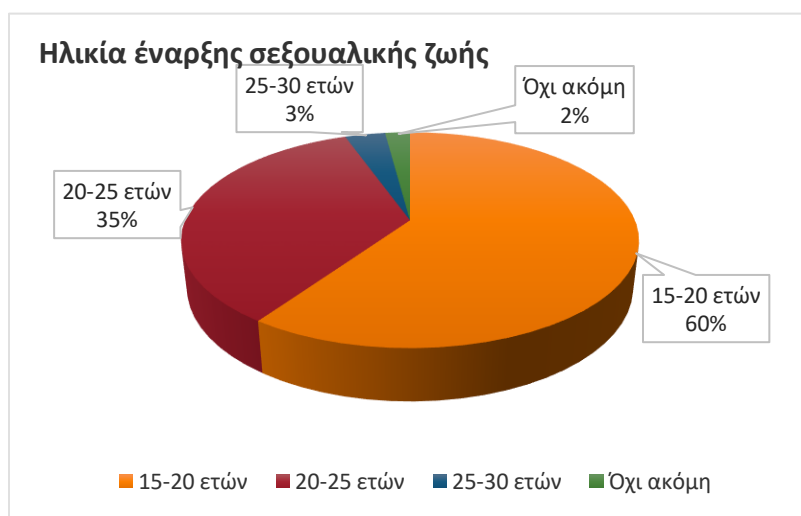
Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής – Συντροφική κατάσταση

Στο ερώτημα αυτό, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (59,7%) απάντησε ότι ήταν σεξουαλικά ενεργό από την ηλικία των 15 – 20 ετών. Το επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό (34,8%) αντιστοιχεί στην ηλικιακή ομάδα 20-25 ετών. Το 3,4% δήλωσε ότι ξεκίνησε μεταξύ των 25-30 ετών και, τέλος, το 2,1% δεν ήταν ακόμη σεξουαλικά ενεργό κατά την περίοδο της έρευνας (Πίνακας 7, Γράφημα 12).

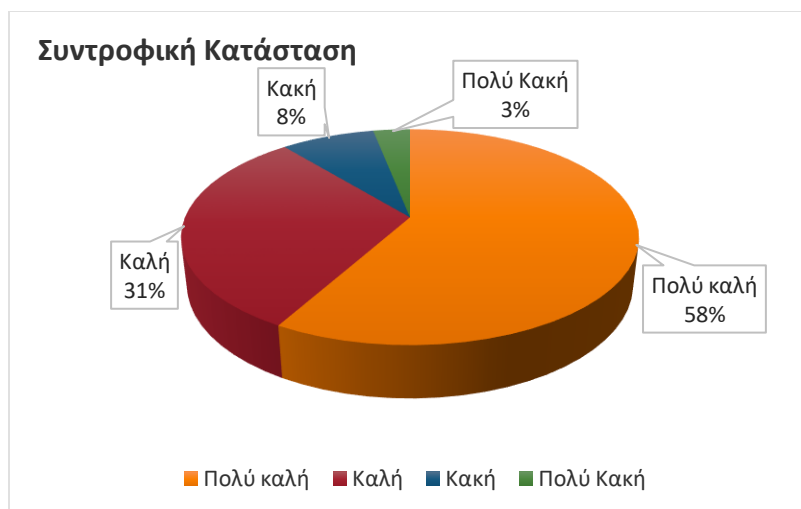
Παράλληλα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (58,1%) απάντησε ότι η συντροφική του κατάσταση είναι πολύ καλή, το 30,8% ότι είναι καλή, το 7,9% ότι είναι κακή και το 3,1% ότι είναι πολύ κακή (Πίνακας 7, Γράφημα 13).

Πίνακας 7 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής" και της ανεξάρτητης μεταβλητής "Συντροφική κατάσταση"

		N	%
Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής	15-20 ετών	139	59,7
	20-25 ετών	81	34,8
	25-30 ετών	8	3,4
	Όχι ακόμη	5	2,1
Σύνολο		233	100,0
		N	%
Συντροφική Κατάσταση	Πολύ καλή	132	58,1
	Καλή	70	30,8
	Κακή	18	7,9
	Πολύ Κακή	7	3,1
Σύνολο		227	100,0



Γράφημα 12 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα σχετικά με την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής του ζωής



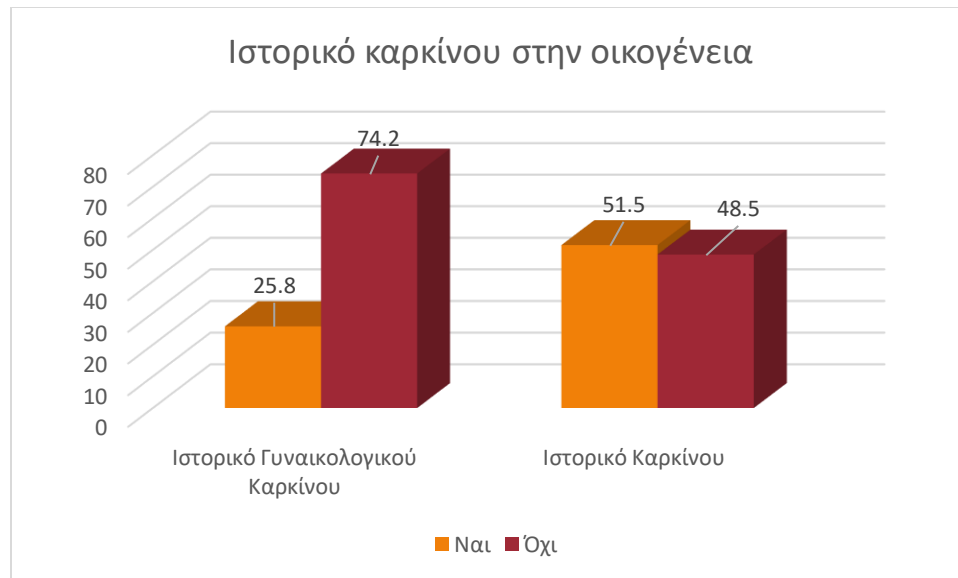
Γράφημα 13 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα σχετικά με τη συντροφική του κατάσταση

Ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια – Ιστορικό καρκίνου την οικογένεια

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8 και στο Γράφημα 14, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε ότι δεν υπάρχει ιστορικού γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια. Αντιθέτως, στον στενό οικογενειακό κύκλο του μεγαλύτερου ποσοστού του δείγματος (51,5%) υπάρχει τουλάχιστον ένα άτομο που έχει διαγνωστεί με κάποια μορφή καρκίνου (Πίνακας 8, Γράφημα 14).

Πίνακας 8 Κατανομή συχνότητων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια" και της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια"

		N	%
Ιστορικό Γυναικολογικού Καρκίνου	Ναι	60	25,8
	Όχι	173	74,2
	Σύνολο	233	100,0
		N	%
Ιστορικό Καρκίνου	Ναι	120	51,5
	Όχι	113	48,5
	Σύνολο	233	100,0



Γράφημα 14 Απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα σχετικά με την ύπαρξη ιστορικού γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένεια και στο ερώτημα σχετικά με την ύπαρξη ιστορικού καρκίνου στην οικογένεια

Ηλικία πρώτου τεστ Παπανικολάου

Όπως φαίνεται στους Πίνακες 9 και 10 και στο Γράφημα 15, η μικρότερη ηλικία κατά την οποία κάποια συμμετέχουσα έκανε το πρώτο της τεστ Παπανικολάου είναι τα 16 έτη (σε ποσοστό επί του συνολικού δείγματος 0,4%) και η μεγαλύτερη είναι τα 45 έτη (ποσοστό 0,4%).

Ο μέσος όρος της μεταβλητής υπολογίζεται στα 22,4 έτη, άρα, κατά μέσο όρο, οι συμμετέχουσες στην έρευνα έκαναν το πρώτο τους τεστ Παπανικολάου, κατά μέσο όρο, στην ηλικία αυτή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η διάμεσος (μεσαία τιμή σε μια ταξινομημένη λίστα τιμών) αντιστοιχεί στην ηλικία των 22 ετών. Επομένως, τα μισά από τα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα πραγματοποίησαν το πρώτο τεστ Παπανικολάου σε ηλικία 22 ετών ή πριν μικρότερη, ενώ τα άλλα μισά στην ή μετά την ηλικία αυτή.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (16,7%) έκανε το πρώτο τεστ Παπανικολάου σε ηλικία 21 ετών. Ακολουθεί η ηλικία των 25 ετών σε ποσοστό 14,6%. Τέλος, το 6,0% του

δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει κάνει ακόμη το τεστ (κωδικοποίηση της αρνητικής απάντησης με τον αριθμό «0» στους Πίνακες 9 και 10).

Πίνακας 9 Στατιστικά μέτρα της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ηλικία πρώτου τεστ Παπανικολάου"

	Μικρότερη Ηλικία	Μεγαλύτερη Ηλικία	Μέση τιμή (Μ.Τ.) ηλικία 1 ^{ου} τεστ ΠΑΠ	Διάμεσος ηλικία 1 ^{ου} τεστ ΠΑΠ	Τυπική ηλικία 1 ^{ου} τεστ ΠΑΠ
Πρώτο τεστ ΠΑΠ	0	45	22,40	22,00	7,657

Πίνακας 10 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ηλικία πρώτου τεστ Παπανικολάου"

	N	%
0	14	6,0
16	1	0,4
17	3	1,3
18	14	6,0
19	20	8,6
20	39	16,7
21	11	4,7
22	19	8,2
23	17	7,3
24	9	3,9
Ηλικία 1^{ου} τεστ ΠΑΠ		
25	34	14,6
26	4	1,7
27	5	2,1
28	7	3,0
29	3	1,3
30	17	7,3
31	1	0,4
32	1	0,4
35	5	2,1
40	8	3,4
45	1	0,4
Σύνολο	233	100,0



Γράφημα 15 Απαντήσεις του δείγματος σχετικά με την ηλικία κατά την οποία έκαναν το πρώτο τεστ Παπανικολάου

Ηλικία πρώτης μαστογραφίας

Όπως φαίνεται στους Πίνακες 11 και 12 και στο Γράφημα 16, η μικρότερη ηλικία κατά την οποία κάποια συμμετέχουσα έκανε την πρώτη της μαστογραφία είναι τα 19 έτη (σε ποσοστό επί του συνολικού δείγματος 0,9%) και η μεγαλύτερη είναι τα 50 έτη (ποσοστό 0,9%).

Ο μέσος όρος της μεταβλητής υπολογίζεται στα 25,25 έτη, άρα, κατά μέσο όρο, οι συμμετέχουσες στην έρευνα έκαναν την πρώτη τους μαστογραφία, κατά μέσο όρο, στην ηλικία αυτή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η διάμεσος (μεσαία τιμή σε μια ταξινομημένη λίστα τιμών) αντιστοιχεί στην ηλικία των 35 ετών. Επομένως, τα μισά από τα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα πραγματοποίησαν την πρώτη τους μαστογραφία σε ηλικία 35 ετών ή πριν μικρότερη, ενώ τα άλλα μισά στην ή μετά την ηλικία αυτή.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (19,7%) έκανε την πρώτη μαστογραφία σε ηλικία 40 ετών. Το 31,8% του δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει κάνει ακόμη μαστογραφία (κωδικοποίηση της αρνητικής απάντησης με τον αριθμό «0» στους Πίνακες 11 και 12).

Πίνακας 11 Στατιστικά μέτρα της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ηλικία πρώτης μαστογραφίας"					
	Μικρότερη Ηλικία	Μεγαλύτερη Ηλικία	Μέση τιμή (Μ.Τ.) ηλικία 1^{ης} μαστογραφίας	Διάμεσος ηλικία 1^{ης} μαστογραφίας	Τυπική ηλικία 1^{ης} μαστογραφίας
Πρώτη Μαστογραφία	0	50	25,25	35,00	18,047

Πίνακας 12 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Ηλικία πρώτης μαστογραφίας"

	N	%
0	74	32,0
19	2	0,9
20	1	0,4
22	1	0,4
24	3	1,3
25	3	1,3
26	3	1,3
27	1	0,4
28	3	1,3
30	11	4,8
Ηλικία 1^{ης} Μαστογραφίας 32	2	0,9
33	1	0,4
34	1	0,4
35	15	6,5
36	5	2,2
37	9	3,9
38	15	6,5
39	4	1,7
40	46	19,9
41	5	2,2
42	13	5,6
Σύνολο	231	100,0



Γράφημα 16 Απαντήσεις του δείγματος σχετικά με την ηλικία κατά την οποία έκαναν την πρώτη μαστογραφία

Συχνότητα τεστ Παπανικολάου – Συχνότητα Μαστογραφίας – Συχνότητα εξετάσεων αίματος

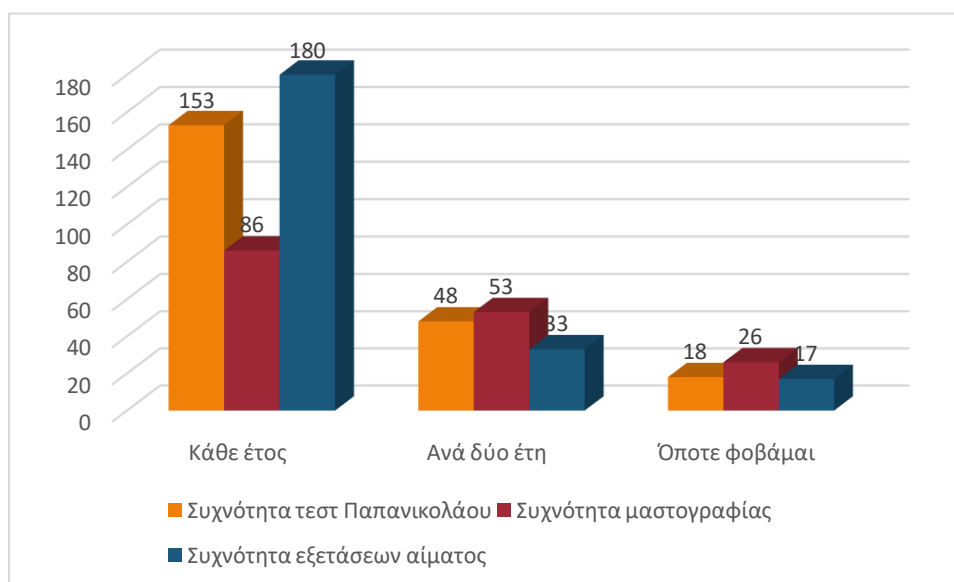
Από τις γυναίκες που δήλωσαν ότι έχουν κάνει ήδη μια φορά τεστ Παπανικολάου (n=219), το μεγαλύτερο ποσοστό (69,9%) πραγματοποιεί τακτικό έλεγχο (μία φορά ετησίως), ενώ το 21,9% κάνει τεστ Παπανικολάου κάθε δύο χρόνια. Το 8,2% δήλωσε ότι κάνει τεστ μόνο όταν φοβάται (Πίνακας 13, Γράφημα 17).

Από τις γυναίκες που δήλωσαν ότι έχουν κάνει ήδη μια φορά μαστογραφία (n=165), το μεγαλύτερο ποσοστό (52,1%) πραγματοποιεί τακτικό έλεγχο (μία φορά ετησίως), ενώ το 32,1% κάνει μαστογραφία κάθε δύο χρόνια. Το 15,8% δήλωσε ότι κάνει τεστ μόνο όταν φοβάται (Πίνακας 13, Γράφημα 17).

Το μεγαλύτερο ποσοστό (77,3%) κάνει εξετάσεις αίματος τακτικά (μία φορά ετησίως), ενώ το 14,2% κάνει μαστογραφία κάθε δύο χρόνια. Το 7,3% δήλωσε ότι κάνει τεστ μόνο όταν φοβάται. Στην περίπτωση αυτή υπήρξαν 3 περιπτώσεις (1,3%) που δεν απάντησαν στην ερώτηση. Οι απαντήσεις αυτές λαμβάνονται ως αρνητικές ως προς την πραγματοποίηση αιματολογικών εξετάσεων (Πίνακας 13, Γράφημα 17).

Πίνακας 13 Κατανομή συχνοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής "Συχνότητα τεστ Παπανικολάου", της ανεξάρτητης μεταβλητής "Συχνότητα μαστογραφίας" και της ανεξάρτητης μεταβλητής "Συχνότητα εξετάσεων αίματος"

		N	%
Συχνότητα τεστ Παπανικολάου	Κάθε έτος	153	69,9
	Ανά δύο έτη	48	21,9
	Όποτε φοβάμαι	18	8,2
	Σύνολο	219	100,0
		N	%
Συχνότητα μαστογραφίας	Κάθε έτος	86	52,1
	Ανά δύο έτη	53	32,1
	Όποτε φοβάμαι	26	15,8
	Σύνολο	165	100,0
		N	%
Συχνότητα εξετάσεων αίματος	Κάθε έτος	180	78,3
	Ανά δύο έτη	33	14,3
	Όποτε φοβάμαι	17	7,4
	Σύνολο	230	100,0



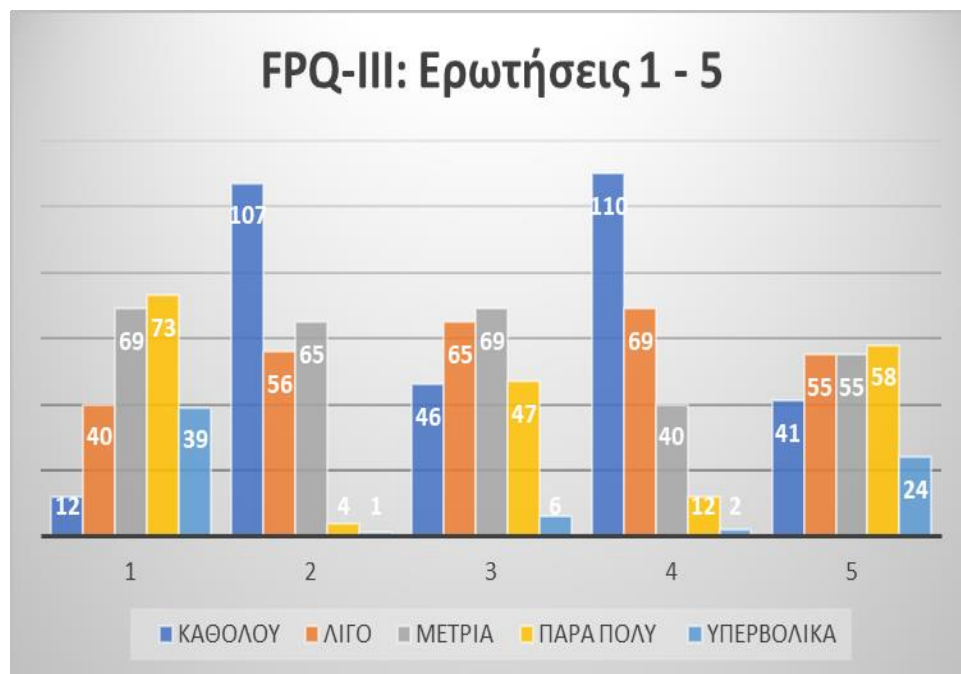
Γράφημα 17 Απαντήσεις του δείγματος σχετικά με την ηλικία με τη συχνότητα διενέργειας τεστ Παπανικολάου, σχετικά με την ηλικία με τη συχνότητα διενέργειας μαστογραφίας και σχετικά με τη συχνότητα εξετάσεων αίματος

4.2 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου

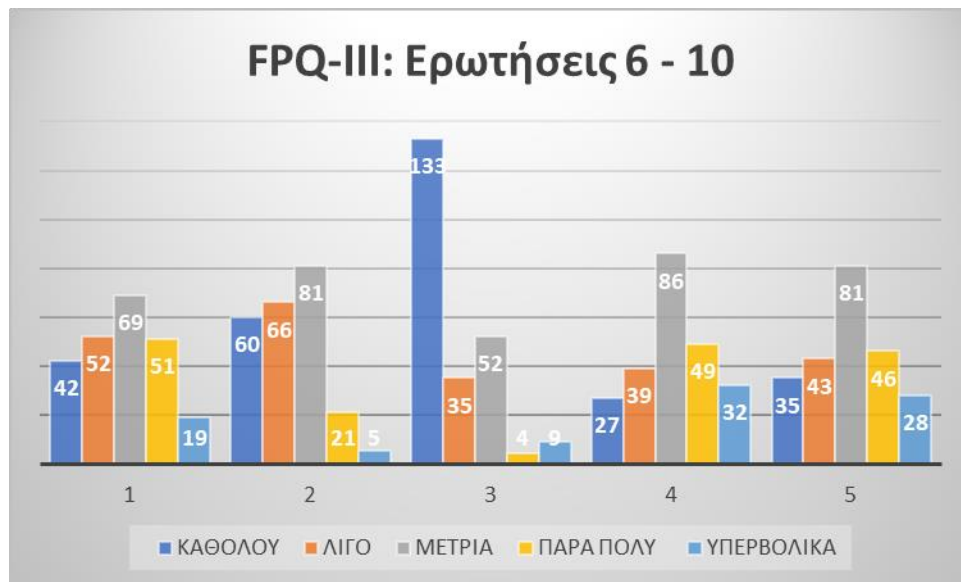
Το δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου αποτελείται από το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανakλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση.

Αρχικά, υπολογίστηκαν τα βασικά στατιστικά μέτρα για τα ερωτήματα της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 18, καθώς και η κατανομή συχνοτήτων των εν λόγω απαντήσεων. Η γραφική αναπαράστασή τους παρουσιάζεται στα Γραφήματα 18 – 23.

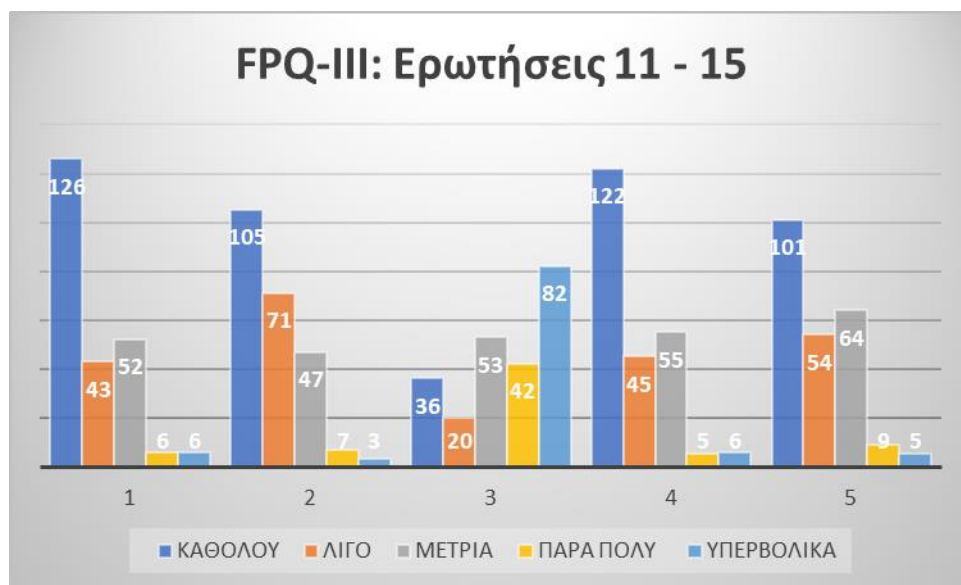
Στη συνέχεια, υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία των απαντήσεων που δόθηκαν στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου για κάθε συμμετέχουσα, τόσο σε σύνολο ερωτήσεων όσο και στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FPQ-III. Οι ερωτήσεις που συμμετείχαν στην κάθε υποκλίμακα παρουσιάζονται στον Πίνακα 19.



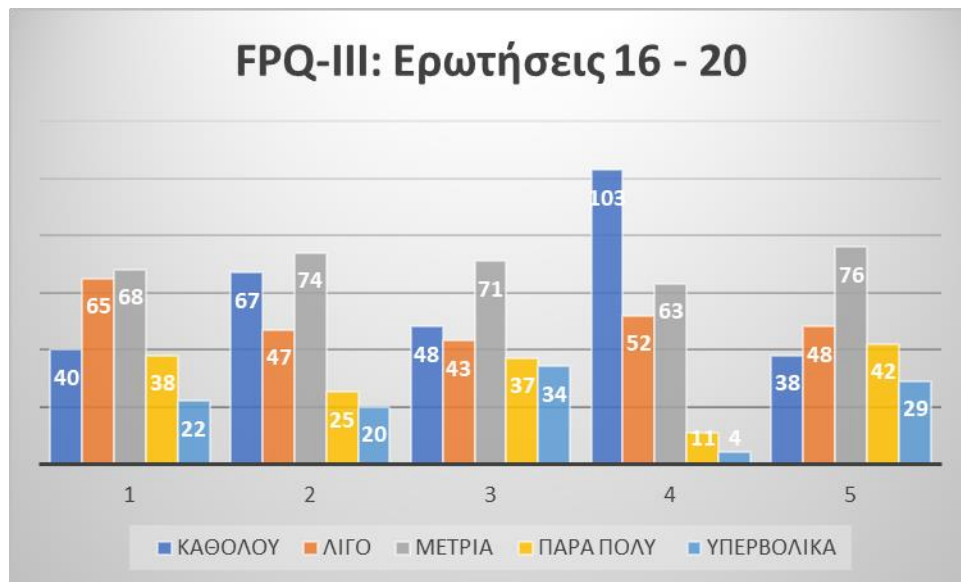
Γράφημα 18 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 1 – 5)



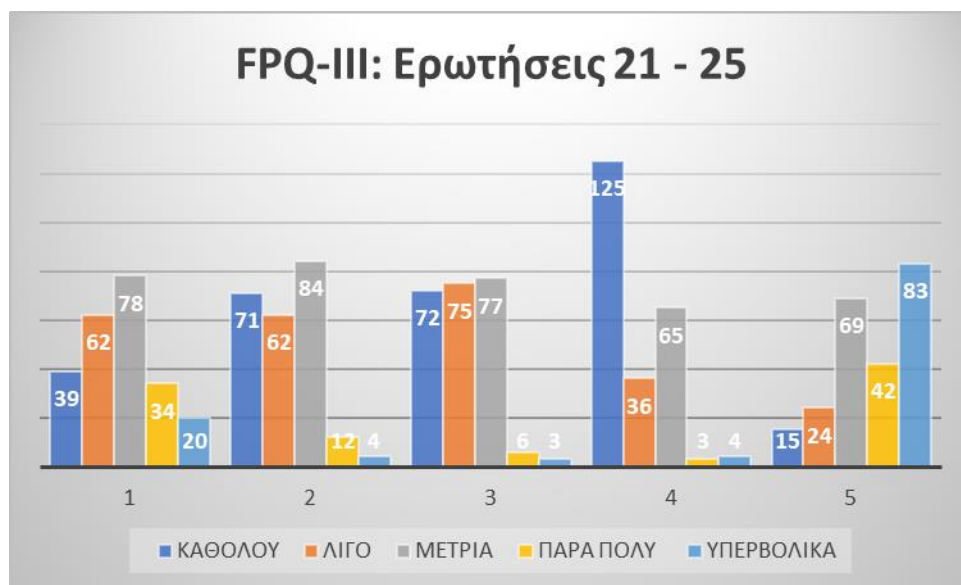
Γράφημα 19 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 6 – 10)



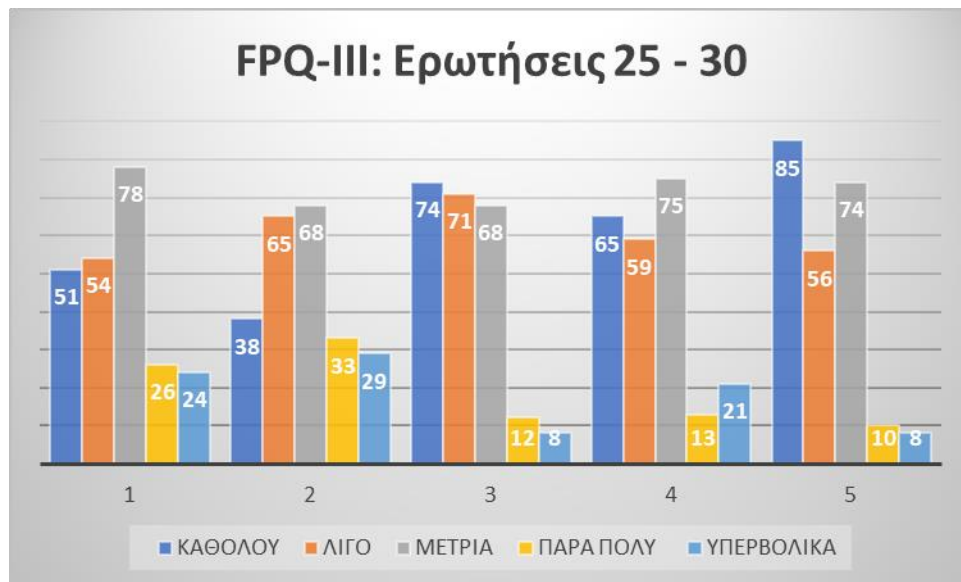
Γράφημα 20 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 11 – 15)



Γράφημα 21 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 16 – 20)



Γράφημα 22 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 21 – 25)



Γράφημα 23 Κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (ερ. 26 – 30

Πίνακας 14 Στατιστικά μέτρα των απαντήσεων στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου

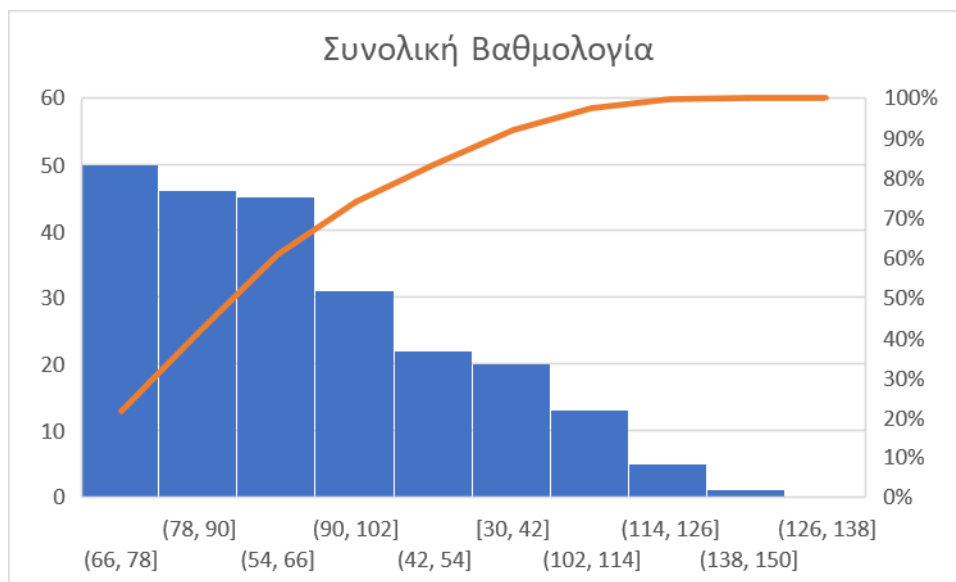
Statistics											
Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:		[Να πάθω τροχαίο ατύχημα]	[Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω]	[Να σπάσω το χέρι μου]	[Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο]	[Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι]	[Να σπάσω το πόδι μου]	[Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι]	[Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις]	[Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη]	[Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα]
N	Valid	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3,37	1,87	2,58	1,83	2,87	2,80	2,33	1,80	3,09	2,95
Median		3,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	1,00	3,00	3,00
Mode		4	1	3	1	4	3	3	1	3	3
Std. Deviation		1,107	,912	1,096	,949	1,261	1,206	1,025	1,085	1,179	1,211
Variance		1,226	,831	1,202	,901	1,590	1,455	1,051	1,176	1,389	1,468
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sum		786	435	601	426	668	652	544	420	719	688
Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:		[Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο]	[Να κάψω τα δάκτυλά μου με ένα σπέρτο]	[Να σπάσω το λαιμό μου]	[Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)]	[Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι]	[Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου]	[Να κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα]	[Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο]	[Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού]	[Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη]
N	Valid	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,81	1,85	3,49	1,83	1,98	2,73	2,50	2,85	1,97	2,90
Median		1,00	2,00	4,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00

Mode	1	1	5	1	1	3	3	3	1	3
Std. Deviation	1,033	,933	1,436	1,027	1,030	1,200	1,250	1,318	1,029	1,238
Variance	1,068	,870	2,061	1,054	1,060	1,440	1,561	1,737	1,060	1,532
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sum	422	431	813	427	462	636	583	665	460	675
Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	[Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου]	[Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι]	[Να καταπιώ ένα καυτό ρόφημα πριν κρυώσει]	[Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο]	[Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο]	[Να βγαλουν ένα δόντι]	[Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης]	[Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου]	[Να τροχίζουν ένα δόντι]	[Να πάθω μια μυϊκή κράμπα]
N	Valid	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	2,72	2,21	2,11	1,82	3,66	2,65	2,79	2,18	2,42	2,14
Median	3,00	2,00	2,00	1,00	4,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00
Mode	3	3	3	1	5	3	3	1	3	1
Std. Deviation	1,162	,993	,922	,997	1,239	1,230	1,237	1,047	1,209	1,071
Variance	1,350	,986	,850	,993	1,535	1,514	1,531	1,097	1,461	1,148
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sum	633	515	492	424	853	617	649	508	565	499

Πίνακας 15 Υπολογισμός επιμέρους υποκλίμακων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου

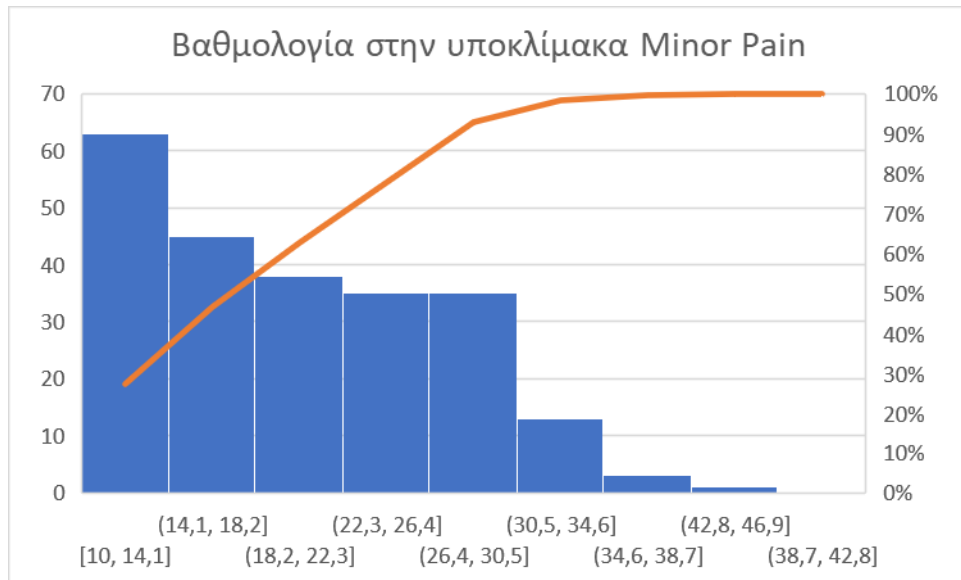
	Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	
1	[Να πάθω τροχαίο ατύχημα]	
2	[Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω]	
3	[Να σπάσω το χέρι μου]	
4	[Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο]	
5	[Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι]	
6	[Να σπάσω το πόδι μου]	
7	[Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι]	
8	[Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις]	
9	[Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη]	
10	[Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα]	
11	[Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο]	
12	[Να κάγω τα δάκτυλά μου με ένα σπέρτο]	
13	[Να σπάσω το λαιμό μου]	
14	[Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)]	
15	[Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι]	
16	[Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου]	
17	[Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα]	
18	[Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο]	
19	[Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού]	
20	[Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη]	
21	[Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου]	
22	[Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι]	
23	[Να καταπιώ ένα καυτό ρόφημα πριν κρυώσει]	
24	[Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο]	
25	[Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο]	
26	[Να μου βγάλουν ένα δόντι]	
27	[Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης]	
28	[Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου]	
29	[Να μου τροχίζουν ένα δόντι]	
30	[Να πάθω μια μυϊκή κράμπα]	
	Συνολική βαθμολογία	Άθροισμα 1-30
	Βαθμολογία υποκλίμακας 1	Άθροισμα 2, 4, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 28, 30
	Βαθμολογία υποκλίμακας 2	Άθροισμα 1, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 25, 27
	Βαθμολογία υποκλίμακας 3	Άθροισμα 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26, 29

Στο Γράφημα 24 παρουσιάζεται η συνολική βαθμολογία που υπολογίστηκε από τις απαντήσεις του δείγματος. Όπως φαίνεται οι περισσότερες απαντήσεις (50 συμμετέχουσες) συγκεντρώνουν βαθμολογία μεταξύ του 66 και του 78, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι συμμετέχουσες δεν αισθάνονται σημαντικό φόβο προς τον πόνο. Σημειώνεται πως μόνο μία από τις συμμετέχουσες συγκέντρωσε βαθμολογία μεγαλύτερη του 130 (139).

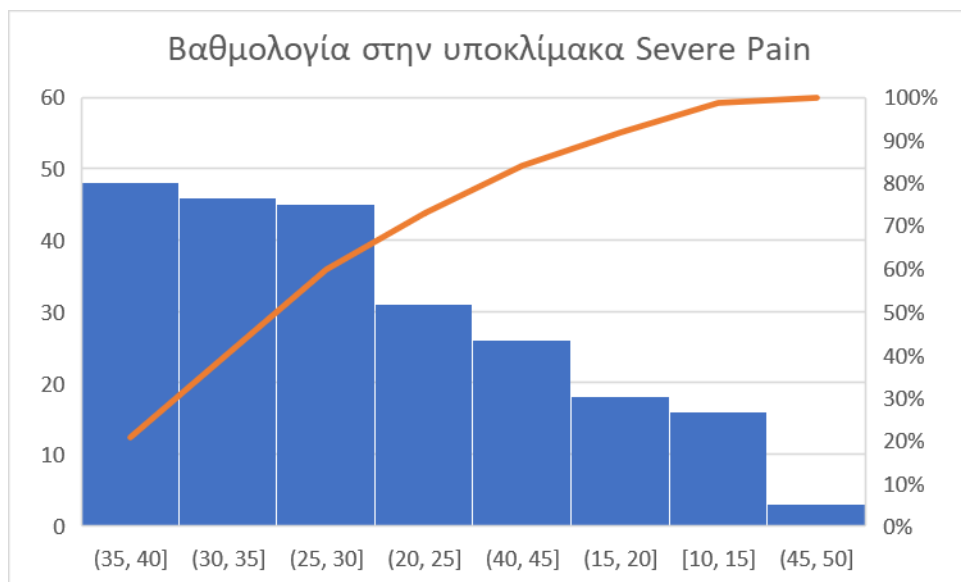


Γράφημα 24 Κατανομή της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου

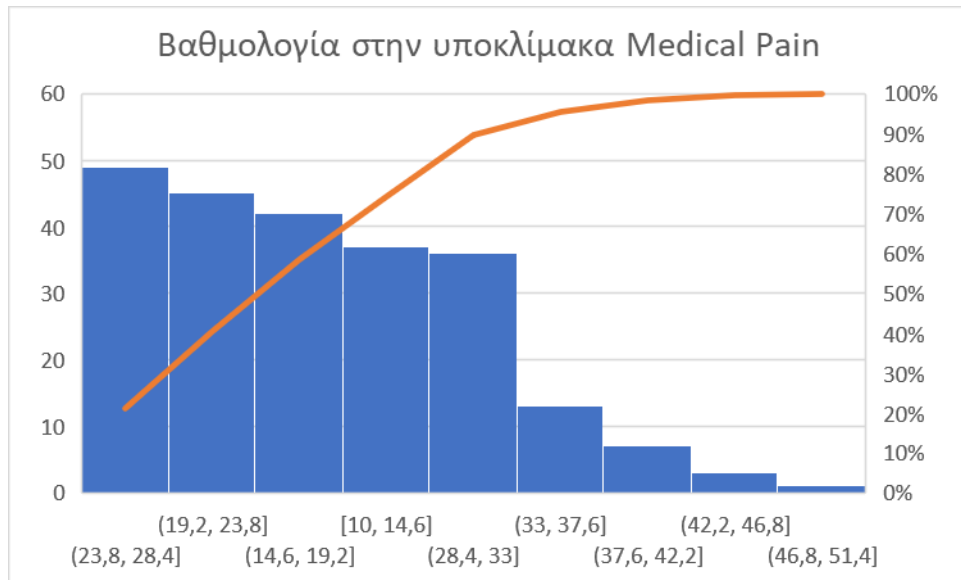
Οι βαθμολογίες που υπολογίστηκαν για τις τρεις υποκλίμακες βάσει των απαντήσεων των συμμετεχουσών στην έρευνα, παρουσιάζονται στα Γραφήματα 25, 26 και 27. Βάσει αυτών, φαίνεται ότι δεν υπάρχει σημαντικός φόβος απέναντι στον ελαφρύ πόνο (οι περισσότερες απαντήσεις συγκέντρωσαν βαθμολογία μεταξύ του 10 και του 14,1). Στις δύο άλλες περιπτώσεις (φόβος απέναντι σε δριμύ πόνο και φόβος απέναντι στον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις) φαίνεται να υπάρχει μια κάποια φοβία, καθώς οι περισσότερες περιπτώσεις κυμαίνονται σε βαθμολογίες από 35 έως 40 για τον δριμύ πόνο και από 23,8 έως 28,4 για τον πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις.



Γράφημα 25 Κατανομή της βαθμολογίας στην υποκλίμακα Minor Pain



Γράφημα 26 Κατανομή της βαθμολογίας στην υποκλίμακα Severe Pain



Γράφημα 27 Κατανομή της βαθμολογίας στην υποκλίμακα Medical Pain

4.3 Δυσανεξία στην Αβεβαιότητα

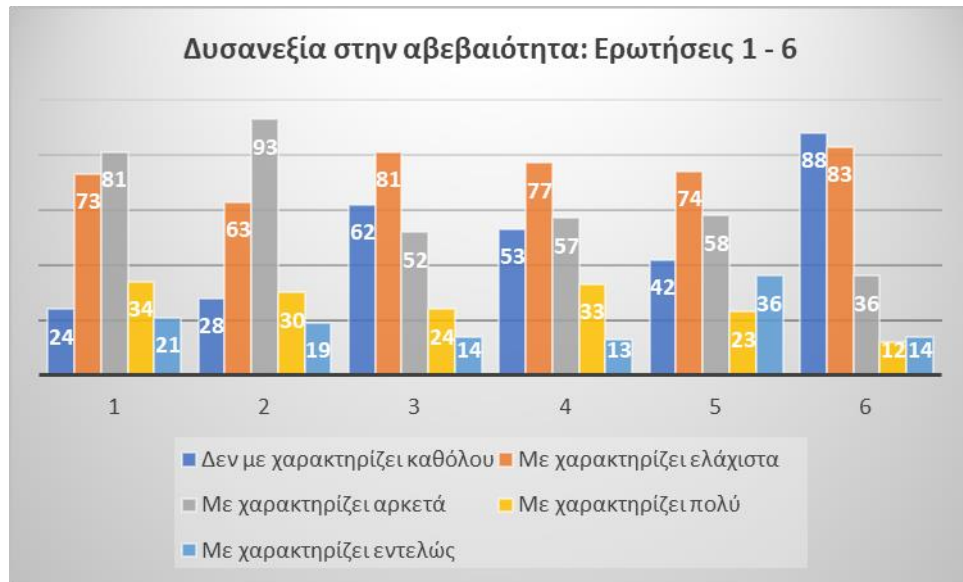
Το τρίτο τμήμα του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 12 ερωτήσεις και δημιουργήθηκε από τους Buhr & Dugas το 2002, με σκοπό τη μέτρηση της ικανότητας των ανθρώπων να διαχειριστούν την αβεβαιότητα.

Αρχικά, υπολογίστηκαν τα βασικά στατιστικά μέτρα για τα ερωτήματα αυτά, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 16, καθώς και η κατανομή συχνοτήτων των εν λόγω απαντήσεων. Η γραφική αναπαράστασή τους παρουσιάζεται στα Γραφήματα 28 και 29.

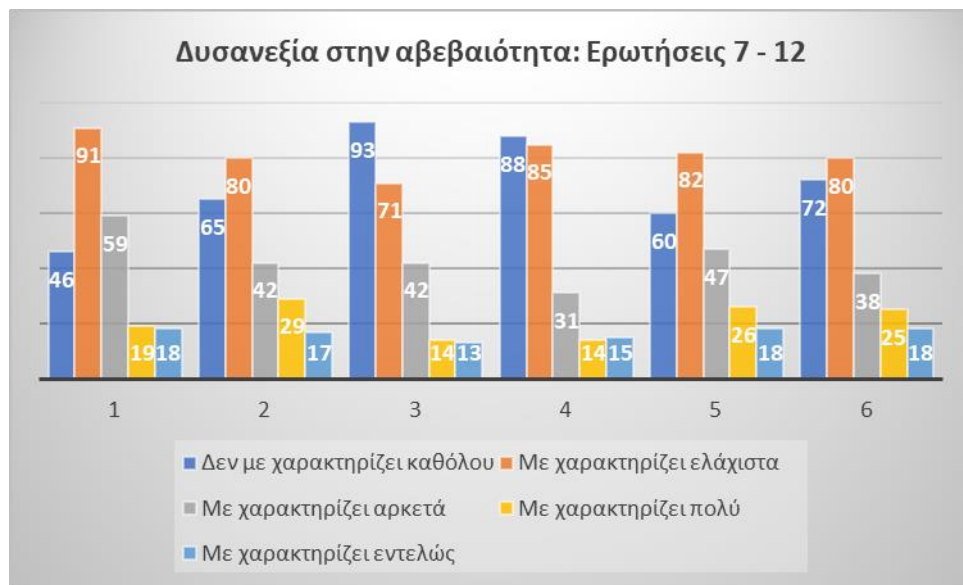
Η μελέτη των αποτελεσμάτων δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αισθάνεται ότι χαρακτηρίζεται από ελάχιστα έως αρκετά από τις καταστάσεις που περιγράφονται στις ερωτήσεις σχετικά με την δυσανεξία στην αβεβαιότητα.

Πίνακας 16 Στατιστικά μέτρα των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο δυσανεξίας στην αβεβαιότητα

Statistics													
		[Απρόβλεπτα γεγονότα με αναστατώνουν πάρα πολύ]	[Με απογοητεύει το να μην έχω όλες τις πληροφορίες που χρειάζομαι.]	[Η αβεβαιότητα με εμποδίζει να ζήσω μια μεγάλη ζωή.]	[Ο καθένας θα έπρεπε να σκέφτεται το μέλλον για να αποφύγει τις εκπλήξεις]	[Ένα μικρό απρόβλεπτο γεγονός μπορεί να καταστρέψει τα πάντα ακόμη και με τον καλύτερο προγραμματισμό.]	[Όταν είναι η ώρα να δράσω η αβεβαιότητα με παραλύει.]	[Όταν είμαι αβέβαιος δεν μπορώ να λειτουργήσω πολύ καλά.]	[Θέλω πάντα να γνωρίζω τι μου επιφυλάσσει το μέλλον.]	[Δεν αντέχω τις εκπλήξεις.]	[Η μικρότερη αμφιβολία μπορεί να με σταματήσει από το να δράσω.]	[Θα έπρεπε να είμαι ικανός να οργανώνω τα πάντα εκ των προτέρων.]	[Πρέπει να ξεφεύγω από όλες τις αβέβαιες καταστάσεις.]
N	Valid	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2,81	2,78	2,34	2,47	2,73	2,06	2,45	2,37	2,07	2,07	2,40	2,30
Median		3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Mode		3	3	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2
Std. Deviation		1,095	1,078	1,153	1,152	1,300	1,132	1,129	1,218	1,150	1,154	1,203	1,230
Variance		1,200	1,163	1,330	1,328	1,690	1,281	1,274	1,484	1,323	1,331	1,448	1,513
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sum		654	648	546	575	636	480	571	552	482	482	559	536



Γράφημα 28 Κατανομή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο δυσανεξίας στην αβεβαιότητα



Γράφημα 29 Κατανομή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο δυσανεξίας στην αβεβαιότητα

4.4 Περίληψη των αποτελεσμάτων

Η παρούσα ερευνητική εργασία επικεντρώθηκε στη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε δείγμα 233 γυναικών. Οι ηλικίες των συμμετεχουσών κυμαίνονταν από τις μεγαλύτερες, γεννημένες στις 10 Απριλίου 1950, έως τις νεότερες, γεννημένες την 1η Μαΐου 2005, με μέσο όρο έτους γέννησης την 26η Απριλίου 1982.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, η πλειονότητα των συμμετεχουσών (67,4%) ανέφεραν ότι ήταν άγαμες, ακολουθούμενες από τις παντρεμένες γυναίκες (25,3%). Μικρότερο ποσοστό δήλωσε διαζευγμένες (6%) ή χήρες (1,3%). Όσον αφορά τον τόπο διαμονής των συμμετεχόντων, το δείγμα παρουσίασε διαφορετικές τοποθεσίες. Περίπου το 44,4% ζούσε σε μικρές περιοχές, όπως χωριά ή κωμοπόλεις, ενώ το 37,9% κατοικούσε σε πόλεις με πληθυσμό κάτω των 150.000 κατοίκων. Το υπόλοιπο 17,7% ανέφερε ότι διέμενε σε μεγαλύτερες πόλεις με πάνω από 150.000 κατοίκους.

Η ύπαρξη αδελφών ήταν διαδεδομένη μεταξύ των συμμετεχόντων, με την πλειονότητα να δηλώνει ότι έχει αδελφές (64,8%) και αδελφούς (62,2%). Ένα μικρό ποσοστό (2,6%) ανέφερε ότι δεν είχε αδέρφια. Μεταξύ όσων είχαν αδέρφια, η πλειοψηφία ανέφερε ότι διατηρούσε καλές σχέσεις μαζί τους (91,4%).

Όσον αφορά τη μητρότητα, ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (67,4%) προσδιορίστηκε ως μητέρα. Μεταξύ των συμμετεχουσών που ήταν μητέρες, το 30,9% είχε παιδιά και των δύο φύλων, ενώ το 21,0% είχε αγόρια και το 15,5% κορίτσια. Οι υπόλοιπες συμμετέχουσες δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή.

Τα επίπεδα εκπαίδευσης διέφεραν μεταξύ των συμμετεχόντων, με τη μεγαλύτερη ομάδα (36,5%) να έχει αποφοιτήσει από ίδρυμα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Επιπλέον, το 27,0% διέθετε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, ενώ το 22,3% ήταν απόφοιτοι λυκείου. Όσον αφορά το επάγγελμα, η πλειοψηφία (46,8%) προσδιορίστηκε ως δημόσιος υπάλληλος, ακολουθούμενη από ιδιωτικούς υπαλλήλους (25,8%), αυτοαπασχολούμενους (11,2%) και φοιτήτριες (8,2%).

Οι επόμενες ερωτήσεις, οι οποίες κατηγοριοποιούνται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, εμβαθύνουν σε συγκεκριμένους τομείς που αφορούν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου και την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου στο δείγμα. Όσον αφορά την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας, η πλειονότητα (59,7%) ανέφερε ότι ήταν σεξουαλικά ενεργή μεταξύ 15 και 20 ετών, ακολουθούμενη από 34,8% στην ηλικιακή ομάδα 20-25 ετών. Ένα μικρό ποσοστό (3,4%) ξεκίνησε μεταξύ 25-30 ετών, ενώ το 2,1% δεν ήταν ακόμη σεξουαλικά ενεργό κατά τη στιγμή της έρευνας. Οι σχέσεις με τους συντρόφους τους, που ανέφεραν οι συμμετέχουσες ποικίλλουν, με το μεγαλύτερο ποσοστό (58,1%) να τις περιγράφει ως πολύ καλές, ακολουθούμενες από καλές (30,8%), κακές (7,9%) και πολύ κακές (3,1%).

Κατά τη διερεύνηση του οικογενειακού ιστορικού, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν υπήρχε ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου στην οικογένειά τους. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό (51,5%) ανέφερε ότι τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειας είχε διαγνωστεί με κάποια μορφή καρκίνου. Αναλύοντας την ηλικία στην οποία οι συμμετέχοντες έκαναν το πρώτο τεστ Παπανικολάου, η νεότερη ηλικία που αναφέρθηκε ήταν τα 16 έτη (0,4% του δείγματος), ενώ η μεγαλύτερη ηλικία ήταν τα 45 έτη (0,4%). Η μέση ηλικία για το πρώτο τεστ Παπανικολάου υπολογίστηκε στα 22,4 έτη, με τη διάμεσο να πέφτει στα 22 έτη. Η πλειονότητα (16,7%) υποβλήθηκε στο πρώτο τεστ Παπανικολάου στην ηλικία των 21 ετών, ακολουθούμενη από το 14,6% στην ηλικία των 25 ετών. Ένα μικρό ποσοστό (6,0%) ανέφερε ότι δεν είχε κάνει ακόμη το τεστ.

Όσον αφορά τις μαστογραφίες, η νεότερη αναφερόμενη ηλικία για την πρώτη μαστογραφία ήταν τα 19 έτη (0,9% του δείγματος), ενώ η μεγαλύτερη ηλικία ήταν τα 50 έτη (0,9%). Η μέση ηλικία για την πρώτη μαστογραφία υπολογίστηκε στα 25,25 έτη, με τη διάμεσο να πέφτει στα 35 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό (19,7%) έκανε την πρώτη του μαστογραφία στην ηλικία των 40 ετών, ενώ το 31,8% ανέφερε ότι δεν είχε κάνει ακόμη μαστογραφία.

Μεταξύ όσων είχαν υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου (n=219), η πλειονότητα (69,9%) ανέφερε ότι έκανε τακτικό έλεγχο κάθε χρόνο, ενώ το 21,9% έκανε το τεστ κάθε δύο χρόνια. Όσον αφορά τις μαστογραφίες, μεταξύ εκείνων που είχαν υποβληθεί στη

διαδικασία (n=165), η πλειοψηφία (52,1%) έκανε τακτικό έλεγχο ετησίως, ενώ το 32,1% έκανε μαστογραφία κάθε δύο χρόνια. Όσον αφορά τις εξετάσεις αίματος, η πλειοψηφία (77,3%) ανέφερε ότι έκανε τακτικό έλεγχο ετησίως. Ωστόσο, το 14,2% υποβλήθηκε σε εξετάσεις αίματος κάθε δύο χρόνια και το 7,3% δήλωσε ότι έκανε εξετάσεις μόνο όταν ένιωθε φόβο. Ένας μικρός αριθμός συμμετεχόντων δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή (1,3%).

Τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου FPQ-III έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν παρουσίαζε σημαντικό φόβο απέναντι στον πόνο. Οι περισσότερες συμμετέχουσες σημείωσαν βαθμολογία μεταξύ 66 και του 78, γεγονός που υποδηλώνει έλλειψη ουσιαστικού φόβου. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο μία συμμετέχουσα σημείωσε βαθμολογία μεγαλύτερη από 100, υποδηλώνοντας σχετικά υψηλότερα επίπεδα φόβου.

Κατά την εξέταση των υποκλιμάκων της κλίμακας FPQ-III, διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες δεν έδειξαν σημαντικό φόβο για τον ήπιο πόνο (βαθμολογία μεταξύ του 10 και του 14,1). Ωστόσο, ορισμένοι συμμετέχοντες εμφάνισαν φόβο για τον έντονο πόνο, με βαθμολογίες που κυμαίνονταν από 35 έως 40. Ομοίως, υπήρχε κάποιος φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις, με βαθμολογίες που κυμαίνονταν από 23,8 έως 28,4.

Όσον αφορά την ενότητα του ερωτηματολογίου σχετικά με τη δυσανεξία στην αβεβαιότητα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι βιώνει λίγες έως αρκετές από τις συνθήκες που περιγράφονται στις ερωτήσεις.

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Στο παρόν υποκεφάλαιο πραγματοποιείται μια προσπάθεια συζήτησης των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, εστιάζοντας στους παράγοντες που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και τον αντίκτυπο του φόβου της διάγνωσης στις στάσεις των γυναικών της Περιφέρειας Ηπείρου απέναντι στην προληπτική εξέταση. Συνεπώς, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποτυπώνουν τις στάσεις και τις συμπεριφορές των γυναικών στην Περιφέρεια Ηπείρου σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ενότητας των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, το ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων υποδηλώνει μια ευρεία εκπροσώπηση γυναικών, που καλύπτουν διαφορετικές γενιές. Αυτή η ποικιλομορφία είναι καίρια για την κατανόηση των στάσεων και των συμπεριφορών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε διάφορες ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον, η κατανομή της οικογενειακής κατάστασης, του τόπου κατοικίας και του μορφωτικού επιπέδου αντικατοπτρίζει το ποικίλο υπόβαθρο και τον τρόπο ζωής των συμμετεχόντων, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη συμμετοχή τους σε μέτρα πρόληψης.

Τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου Φόβου του Πόνου (FPQ-III) αναδεικνύουν το φόβο των συμμετεχόντων για τον καρκίνο του μαστού. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων επέδειξε σχετικά χαμηλά επίπεδα φόβου, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό εμφάνισε υψηλότερα επίπεδα. Τα ευρήματα αυτά ευθυγραμμίζονται με προηγούμενες μελέτες που τονίζουν τον μοναδικό φόβο που συνδέεται με τον καρκίνο του μαστού (Aguirre-Camacho et al., 2021; Vraga et al., 2018; Berry et al., 2016; Gottlieb, 2001). Παρά τη συνολική χαμηλή ανησυχία των γυναικών για γενικά θέματα υγείας, ο καρκίνος του μαστού παραμένει πηγή σημαντικού φόβου.

Έχει βρεθεί ότι ο φόβος για τον καρκίνο του μαστού επηρεάζει τόσο την προώθηση όσο και την παρεμπόδιση συμπεριφορών πρόληψης του καρκίνου (Consedine et al., 2004). Σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες, η παρούσα μελέτη αποκαλύπτει ότι ο φόβος για τον καρκίνο μειώνει τη συμμετοχή των γυναικών στις προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο

του μαστού (Ozkan & Taylan, 2020; Vrinten et al., 2019; Gebressillassie et al., 2018; Kwok et al., 2016). Ορισμένες συμμετέχουσες εξέφρασαν ακόμη και τον φόβο ότι θα προσβληθούν από τη νόσο, εάν παρακολουθήσουν τις εξετάσεις (Vrinten et al., 2019). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι ο φόβος λειτουργεί ως εμπόδιο στην προληπτική συμμετοχή σε προληπτικά μέτρα.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι ο φόβος για τον καρκίνο του μαστού αποτελεί κίνητρο για τα άτομα να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο (Polat & Ersin, 2017). Στην παρούσα μελέτη, οι βαθμολογίες φόβου βρέθηκαν να είναι υψηλότερες μεταξύ των γυναικών που είχαν ήδη υποβληθεί σε μαστογραφία (Polat & Ersin, 2017). Αυτό υποδηλώνει ότι ο φόβος μπορεί να χρησιμεύσει τόσο ως κίνητρο όσο και ως αποτρεπτικός παράγοντας στη συμπεριφορά προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Τονίζεται η πολύπλοκη σχέση μεταξύ φόβου και προληπτικών ενεργειών, η οποία μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ατόμων.

Η χρήση της κλίμακας φόβου για τον καρκίνο του μαστού σε προηγούμενες μελέτες παρείχε πολύτιμες πληροφορίες για τις συναισθηματικές αντιδράσεις των γυναικών και τη συμπεριφορά τους στη μαστογραφία (Cinar & Tuzcu, 2020; Taylan et al., 2020). Η εν λόγω κλίμακα προσφέρει μια σαφέστερη αξιολόγηση του φόβου που σχετίζεται ειδικά με τον καρκίνο του μαστού, σε σύγκριση με λιγότερο εξειδικευμένα μέτρα. Η εστίασή της στην απειλή που συνιστά ο καρκίνος του μαστού ενισχύει την κατανόηση του φόβου στο πλαίσιο της πρόληψης.

Τα ευρήματα από μελέτες που χρησιμοποιούν την κλίμακα φόβου για τον καρκίνο του μαστού, δείχνουν ότι ο φόβος της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού σχετίζεται με τη συμμετοχή των γυναικών στον προληπτικό έλεγχο (Taylan et al., 2021). Η παρούσα μελέτη προσθέτει σε αυτό το σώμα της βιβλιογραφίας αποκαλύπτοντας ότι ο φόβος, ο αντιλαμβανόμενος κίνδυνος και το οικογενειακό ιστορικό επηρεάζουν τη συμπεριφορά αυτοεξέτασης του μαστού σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Παράγοντες όπως η επαγγελματική ζωή, το οικογενειακό ιστορικό και η έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης υγείας παίζουν επίσης ρόλο στη συμμετοχή στον προληπτικό έλεγχο και τη μαστογραφία

(Taylan et al., 2021). Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη να λαμβάνονται υπόψη διάφοροι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών πτυχών, κατά την αντιμετώπιση του φόβου και την προώθηση προληπτικών συμπεριφορών.

Μελέτες δείχνουν ότι οι νεαρές γυναίκες βιώνουν πιο έντονα το άγχος και τον φόβο, που συχνά πηγάζουν από ανησυχίες σχετικά με τη θηλυκότητα, τη γονιμότητα και τις πιθανές συνέπειες του καρκίνου του μαστού (Glassey et al., 2018; Ozkan & Taylan, 2020). Διαπιστώθηκε ότι ο φόβος για τον καρκίνο του μαστού σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό της νόσου είναι ιδιαίτερα υψηλός, γεγονός που ενδεχομένως τις εμποδίζει να υποβληθούν σε μαστογραφία (Ozkan & Taylan, 2020). Η κατανόηση των μοναδικών ψυχολογικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι νεαρές γυναίκες μπορεί να ενημερώσει για εξατομικευμένες παρεμβάσεις και συστήματα υποστήριξης για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ανησυχιών τους.

Έρευνες που διεξήχθησαν στην Τανζανία και την υποσαχάρια Αφρική αναδεικνύουν τον φόβο της διάγνωσης και της θεραπείας ως σημαντικό εμπόδιο για την έγκαιρη διάγνωση (Chao et al., 2020; Darre et al., 2023). Ο φόβος της απώλειας του μαστού και οι αντιληπτές επιπτώσεις της προληπτικής θεραπείας συμβάλλουν στην καθυστέρηση της αναζήτησης διάγνωσης. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της αντιμετώπισης των ανησυχιών που σχετίζονται με το φόβο και της παροχής εκπαίδευσης σχετικά με τα οφέλη της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας.

Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο φόβος στις συμπεριφορές πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Ο φόβος για τον καρκίνο του μαστού παραμένει μια μοναδική και διάχυτη ανησυχία μεταξύ των γυναικών, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν σημαντικά προβλήματα υγείας. Ενώ ο φόβος μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, μπορεί επίσης να αποτελέσει κίνητρο για ορισμένα άτομα. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις που αντιμετωπίζουν τα εμπόδια που σχετίζονται με το φόβο και λαμβάνουν υπόψη τους ποικίλους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις προληπτικές συμπεριφορές.

6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η ερευνητική διαδικασία που περιγράφεται στη μελέτη αποσκοπούσε στη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Υιοθετήθηκε μια μετα-θετικιστική επιστημολογία, δίνοντας έμφαση στην αντικειμενικότητα και τις αυστηρές μεθόδους για την ελαχιστοποίηση της μεροληψίας. Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε ήταν η περιγραφική ποσοτική έρευνα, η οποία επέτρεψε τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων σχετικά με τις στάσεις και τις συμπεριφορές των γυναικών που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές δειγματοληψίας ευκολίας και χιονοστιβάδας λόγω χρονικών περιορισμών, ενώ το μέγεθος του δείγματος αποτελούνταν από 233 γυναίκες.

Για τη μέτρηση των σχετικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκαν τα ερευνητικά εργαλεία, συμπεριλαμβανομένου του Ερωτηματολογίου Φόβου του Πόνου και του Ερωτηματολογίου Αδυναμίας Αβεβαιότητας. Οι δεοντολογικοί προβληματισμοί αντιμετωπίστηκαν μέσω της εθελοντικής συμμετοχής, της ανωνυμίας και της προστασίας των προσωπικών πληροφοριών. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με τη χρήση περιγραφικών στατιστικών τεχνικών στο πρόγραμμα SPSS.

Στο σύνολό της, η ερευνητική διαδικασία επέδειξε μια πρακτική και αποτελεσματική προσέγγιση για τη μελέτη της πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναγνωρισθούν οι περιορισμοί της δειγματοληψίας ευκολίας και της δειγματοληψίας χιονοστιβάδας, καθώς και η ενδεχόμενη μεροληψία λόγω της διαδικτυακής συλλογής δεδομένων. Ο στόχος της μελέτης για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού ήταν επαρκώς εναρμονισμένος με την επιλεγμένη μεθοδολογία και τις τεχνικές ανάλυσης.

6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη συνεισφέρει σημαντικά στον τομέα της πρόληψης του καρκίνου του μαστού, υπογραμμίζοντας τη σημασία της συνεκτίμησης διαφόρων παραγόντων και της ανάλογης προσαρμογής των παρεμβάσεων. Ωστόσο, συνιστάται περαιτέρω έρευνα για να εμβαθύνει σε αυτούς τους παράγοντες και τον αντίκτυπό τους, ενισχύοντας τελικά την κατανόηση και την προσέγγισή μας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Για να διαπιστωθούν αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των παραγόντων που εντοπίστηκαν, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση και το επάγγελμα, και η πρόληψη του καρκίνου του μαστού, είναι ζωτικής σημασίας η διεξαγωγή διαχρονικών μελετών. Με την παρακολούθηση των συμμετεχόντων για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι ερευνητές μπορούν να αποκτήσουν γνώσεις σχετικά με τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις αυτών των παραγόντων στη μείωση του κινδύνου καρκίνου του μαστού. Οι πληροφορίες αυτές θα ενημερώσουν για την ανάπτυξη και τη βελτίωση των στρατηγικών και των παρεμβάσεων πρόληψης.

Παράλληλα, είναι επιβεβλημένη η διερεύνηση της επιρροής της πολιτισμικής και εθνοτικής ποικιλομορφίας στις πρακτικές πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Η έρευνα θα πρέπει να διερευνήσει πώς οι πολιτισμικές πεποιθήσεις, οι παραδόσεις και οι ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζουν την ευαισθητοποίηση, τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου και τις συμπεριφορές πρόληψης μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων θα επιτρέψει τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα καλύπτουν συγκεκριμένες πολιτισμικές ανάγκες, θα μειώνουν τα εμπόδια στον προσυμπτωματικό έλεγχο και θα προωθούν πολιτισμικά ευαίσθητες στρατηγικές πρόληψης προσαρμοσμένες στις διαφορετικές κοινότητες.

Η εφαρμογή των ευρημάτων αυτής της έρευνας απαιτεί συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, φορέων χάραξης πολιτικής και κοινοτικών οργανώσεων. Μπορούν να αναπτυχθούν εκστρατείες ευαισθητοποίησης για την εκπαίδευση των ατόμων σχετικά με τη σημασία της πρόληψης του καρκίνου του μαστού και τον αντίκτυπο των διαφόρων παραγόντων στη μείωση του κινδύνου. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι πολιτισμικά ευαίσθητες, λαμβάνοντας υπόψη τις μοναδικές προοπτικές και ανάγκες των διαφόρων κοινοτήτων. Επιπροσθέτως, τα

αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να ενημερώσουν τις αποφάσεις πολιτικής που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Οι αλλαγές πολιτικής θα πρέπει να στοχεύουν στην αύξηση της πρόσβασης σε προληπτικές εξετάσεις, στη βελτίωση της ισότητας της υγειονομικής περίθαλψης και στην προώθηση προληπτικών μέτρων σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει τη διάθεση πόρων σε περιοχές με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και την εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων με βάση τις ειδικές ανάγκες των διαφόρων πολιτισμικών και εθνοτικών ομάδων.

Συνοψίζοντας, η παρούσα έρευνα τονίζει τη σημασία της εξέτασης πολλών παραγόντων και της προσαρμογής των παρεμβάσεων για την αποτελεσματική πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στη διεξαγωγή διαχρονικών μελετών για τη δημιουργία αιτιακών σχέσεων, τη διερεύνηση της επιρροής της πολιτισμικής και εθνικής ποικιλομορφίας και το σχεδιασμό παρεμβάσεων που καλύπτουν συγκεκριμένες πολιτισμικές ανάγκες. Η εφαρμογή των ευρημάτων της έρευνας θα απαιτήσει συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ενδιαφερομένων και αλλαγές πολιτικής για τη βελτίωση των στρατηγικών πρόληψης του καρκίνου του μαστού και τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα

Η μελέτη ανέδειξε αρκετούς σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού στο δείγμα των 233 γυναικών. Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο τύπος διαμονής, οι σχέσεις αδελφών, η μητρότητα, η εκπαίδευση και το επάγγελμα. Ο εντοπισμός αυτών των παραγόντων παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την ανάπτυξη στοχευμένων στρατηγικών και παρεμβάσεων πρόληψης. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη διαπίστωση αιτιωδών σχέσεων και τη διερεύνηση πρόσθετων παραγόντων που συμβάλλουν στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Επιπλέον, τα ευρήματα διαφωτίζουν διάφορες πτυχές, όπως η έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας, η κατάσταση του συντρόφου, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, η ηλικία του πρώτου τεστ Παπανικολάου, η ηλικία της πρώτης μαστογραφίας και η συχνότητα των ιατρικών εξετάσεων μεταξύ των συμμετεχόντων. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων είναι ζωτικής σημασίας για την προσαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης του καρκίνου του μαστού και την προώθηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τη σημασία του τακτικού προληπτικού ελέγχου. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να εμβαθύνουμε στους βαθύτερους λόγους που κρύβονται πίσω από την καθυστέρηση ή τη σπανιότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου και να αναπτύξουμε στοχευμένες παρεμβάσεις για συγκεκριμένες υποομάδες του πληθυσμού.

Τέλος, η μελέτη εξέτασε επίσης τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για τον πόνο και την ικανότητά τους να διαχειρίζονται την αβεβαιότητα. Τα ευρήματα αυτά παρέχουν πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα βιώνουν και αντιμετωπίζουν τον πόνο, καθώς και για την ανοχή τους στην αβεβαιότητα. Η κατανόηση αυτή μπορεί να δώσει πληροφορίες για την ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης του πόνου και παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην ενίσχυση της ικανότητας των ατόμων να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα.

Λίστα παραπομπών (Βιβλιογραφική λίστα)

Ελληνόγλωσση

Γαλάνης, Π. (2017). Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34 (6), σελ. 834-840

Ελληνική Εταιρία Απεικόνισης Μαστού. (2015). ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΜΑΣΤΟΥ.

Ζαφράκας, Μ., Τσαλίκης, Τ., Τζεβελέκης, Φ., Αργυρίου, Θ., & Ταρζαλτζής, Β. (2009). Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 21(2), 138-147.

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

Μητέρα. (χ.χ.). Επιδημιολογικά Στοιχεία/ Διεθνή Δεδομένα. Ανακτήθηκε από: <https://www.mitera.gr/maieytiki-gynaikologiki-kliniki/epidimiologika-stoicheia-diethni-dedomena/>

Ξενόγλωσση

Agarwal, G., Pradeep, P. V., Aggarwal, V., Yip, C.-H. & Cheung, P. S. Y. (2007). Spectrum of breast cancer in Asian women. *World J. Surg*, 31, 1031–1040.

Aguirre-Camacho, A., Hidalgo, B., González-Cuevas, G. (2021). Fear of breast cancer among young Spanish women: Factor structure and psychometric properties of the Champion breast cancer fear scale. *PLOS ONE*, 16(4), e0249562.

Akhtari-Zavare, M., Latiff, L. A., Juni, M. H., Said, S. M., & Ismail, I. Z. (2015). Knowledge of Female Undergraduate Students on Breast Cancer and Breast Self-examination in Klang Valley, Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(15), 6231–6235.

Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, 50(1).

Alcantara, D., Leal, M. P., Garcia-Bocanegra, I., & Garcia-Martin, M. L. (2014). Molecular imaging of breast cancer: Present and future directions. *Frontiers in Chemistry*, 18(2), 112.

Allemani, C. et al. (2015). Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet*, 385, 977–1010.

Alwan, N. A. (2016). Breast cancer among Iraqi women: Preliminary findings from a regional comparative Breast Cancer Research Project. *Journal of global oncology*, 2(5), 255.

Ataollahi, M. R., Sharifi, J., Paknahad, M. R., Paknahad, A. (2015). Breast cancer and associated factors: a review. *Journal of Medicine and Life*, 8(4), 6-11.

Aune, D., Chan, D. S. M., Vieira, A. R., Navarro Rosenblatt, D. A., Vieira, R., Greenwood, D. C., et al. (2012). Dietary compared with blood concentrations of carotenoids and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Am J Clin Nutr*, 96(2), 356–373.

Benson, J. R. (2003). The TNM staging system and breast cancer. *The Lancet Oncology*, 4(1), 56–60.

Berg, W. A., Gutierrez, L., NessAiver, M. S., et al. (2004). Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US, and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. *Radiology*, 233, 830–849.

Berry, T. R., Curtin, K. D., Courneya, K. S., McGannon, K. R., Norris, C. M., Rodgers, W. M., et al. (2016). Heart disease and breast cancer perceptions: Ethnic differences and relationship to attentional bias. *Health Psychology Open*, 3(2).

Bistoni, J., Farhadi, J. (2015) Anatomy and physiology of the breast (Chapter 37) In Farhadieh, R., Bulstrode, N. W., & Cugno, S (eds) (2015) Plastic and Reconstructive Surgery: Approaches and Techniques. John Wiley & Sons.

Britt, K.L., Cuzick, J. & Phillips, K. A. (2020). Key steps for effective breast cancer prevention. *Nat Rev Cancer*, 20, 417–436. <https://doi.org/10.1038/s41568-020-0266-x>

Caferova, S., Uysal, F., Balci, P., Saydam, S., & Canda, T. (2014). Efficacy and safety of breast radiothermometry in the differential diagnosis of breast lesions. *Contemp Oncol (Pozn)*, 18(3), 197–203.

Cao, Y., Willett, W. C., Rimm, E. B., Stampfer, M. J., Giovannucci, E. L. (2015). Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ*, 351, 1–8.

Castelló, A., Martín, M., Ruiz, A., Casas, A. M., Baena-Cañada, J. M., Lope, V., et al. (2015). Lower Breast Cancer Risk among Women following the World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research Lifestyle Recommendations: EpiGEICAM Case-Control Study. *PLoS One*, 10(5), 1–15.

Champion, V. L., Skinner, C. S., Menon, U., Rawl, S., Giesler, R. B., Monahan, P., & Daggy, J. A. (2004). A breast cancer fear scale: psychometric development. *J Health Psychol*, 9(6), 753–62.

Chao., C. A., Huang, L., Visvanathan, K., Mwakatobe, K., Masalu, N., Rostich, A. F. (2020). Understanding women's perspectives on breast cancer is essential for cancer control: knowledge, risk awareness, and care seeking in Mwanza, Tanzania, *BMC Public Health*, 20 (930).

Chen, MT., Sun, HF., Zhao, Y. et al (2017). Comparison of patterns and prognosis among distant metastatic breast cancer patients by age groups: a SEER population-based analysis, *Sci Rep*, 7, 9254.

Cinar, I. O., & Tuzcu, A. (2020). Comparison of the Levels of Fear and Perceived Social Support Among the Women Having and Not Having Mammography. *Erciyes Medical Journal*, 42(3), 306-312.

Consedine, N. S., Magai, C., Krivoshekova, Y. S., Ryzewicz, L., Neugut, A. I. (2004). Fear, Anxiety, Worry, and Breast Cancer Screening Behavior: A Critical Review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 13(4), 501–510.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.

Cserni, G., Chmielik, E., Cserni, B., & Tot, T. (2018). The new TNM-based staging of breast cancer. *Virchows Archiv*, 472(5), 697–703.

Cuzick, J., Sestak, I., Bonanni, B., Costantino, J. P., Cummings, S., DeCensi, A., Dowsett, M., Forbes, J. F., Ford, L., LaCroix, A. Z., Mershon, J., Mitlak, B. H., Powles, T., Veronesi, U., Vogel, V., & Wickerham, D. L. (2013). SERM Chemoprevention of Breast Cancer Overview Group: Selective oestrogen receptor modulators in prevention of breast cancer: an updated meta-analysis of individual participant data. *Lancet*, 381, 1827–1834.

Cuzick, J., Sestak, I., Forbes, J. F., Dowsett, M., Knox, J., Cawthorn, S., Saunders, C., Roche, N., Mansel, R. E., von Minckwitz, G., Bonanni, B., Palva, T., & Howell, A. (2014). IBIS-II investigators: Anastrozole for prevention of breast cancer in high-risk post-menopausal women (IBIS-II): an international, double-blind, randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 383:1041–1048.

Darre, T., Tchandikou, L., Simgban, P., Bombone, M., Djiwa, T., N'Timon, B., Sama, B., Katevi, A., Douaguibe, B., Bortche, B. K., Seddoh, Y., Tchaou, M., & Napo-Koura. (2023). Factors associated with late diagnosis of breast cancer in women in Togo, Sub-Saharan Africa. *BMC Women's Health*, 23(106).

Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., Valentini, V. (2021). Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Current Oncology Reports*, 23(38).

Duffy, M. J., Harbeck, N., Nap, M., Molina, R., Nicolini, A., Senkus, E., et al. (2017). Clinical use of biomarkers in breast cancer: Updated guidelines from the European Group on Tumor Markers (EGTM). *European Journal of Cancer*, 75, 284–298.

Ellis, H., & Mahadevan, V. (2013). Anatomy and physiology of the breast. *Surgery*, 31(1), 11-14.

Erdoğan E,& Tuzcu A. (2020). Comparison of mammography behaviors, health beliefs, and fear levels of women with and without familial breast cancer history. *Women Health*. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1746949>

Fang, S. Y., Lin, Y. C., Chen, T.C., Lin, C. Y. (2015). Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 23, 2551–9. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2612-1>.

Frydenberg, H., Flote, V. G., Larsson, I. M., Barrett, E. S., Furberg, A. S., Ursin, G. et al. (2015). Alcohol consumption, endogenous estrogen and mammographic density among premenopausal women. *Breast Cancer Research*, 17, 1–12.

Fuller, M. S., Lee, C. I., & Elmore, J. G. (2015). Breast cancer screening: an evidence-based update. *Med Clin North Am.*, 99, 451–468.

Gajdos, C., Tartter, P., Bleiweiss, I., Bodian, C., & Brower, S. T. (2000). Stage 0 to stage III breast cancer in young woman. *Journal of the American College of Surgeons*. 190(5), 523-529.

Gebresillassie BM, Gebreyohannes EA, Belachew SA, Emiru YK. Evaluation of knowledge, perception, and risk awareness about breast cancer and its treatment outcome among University of Gondar Students, Northwest Ethiopia. *Front Oncol*. 2018;8:501. <https://doi.org/10.3389/fonc.2018.00501>

Giordano, S.H. (2018). Breast cancer in men. *N. Engl. J. Med*, 378, 2311–2320.

Glassey, R., O'Connor, M., Ives, A., et al. (2018). Heightened perception of breast cancer risk in young women at risk of familial breast cancer. *Fam Cancer*, 17(1),15-22. <https://doi.org/10.1007/s10689-017-0001-2>

Globocan. (2021). Greece. Ανακτήθηκε από: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/300-greece-fact-sheets.pdf>

Godavarty, A., Rodriguez, S., Jung, Y. J., & Gonzalez, S. (2015) Optical imaging for breast cancer prescreening. *Breast Cancer: Targets and Therapy* (Dove Med Press), 7, 193–209.

Goss, P. E., Ingle, J. N., Ales-Martinez, J. E., Cheung, A. M., Chlebowski, R. T., Wactawski-Wende, J., McTiernan, A., Robbins, J., Johnson, K. C., Martin, L. W., Winqvist, E., Sarto, G. E., Garber, J. E., Fabian, C. J., Pujol, P., Maunsell, E., Farmer, P., Gelmon, K. A., Tu, D., & Richardson, H. (2011). NCIC CTG MAP.3 Study Investigators: Exemestane for breast-cancer prevention in post-menopausal women. *N Engl J Med*, 64, 2381–2391.

Gottlieb N. (2001). The age of breast cancer awareness: what is the effect of media coverage? *J Natl Cancer Inst*, 93(20),1520–1522.

Guimond, A. J., Ivers, H., & Savard, J. (2019). Clusters of psychological symptoms in breast cancer: is there a common psychological mechanism? *Cancer Nurs*, 43, 343–53. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000705>.

Hajian, S., Mehrabi, E., Simbar, M., & Houshyari, M. (2017). Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(1), 215.

Harbeck N, Penault-Llorca F, Cortes J, Gnant M, Houssami N, Poortmans P, Ruddy K, Tsang J, Cardoso F.(2019). Breast cancer. *National Library of Medicine*. 5(1):66. doi: 10.1038/s41572-019-0111-2. PMID: 31548545.

Hastert, T. A., Beresford, S. A., Patterson, R. E., Kristal, A. R., & White, E. (2013). Adherence to WCRF/AICR cancer prevention recommendations and risk of post-menopausal breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 22, 1498–1508.

Herschkowitz, J., I., Simin, K., Weigman, V., J., Mikaelian, I., Usary, J., Hu, Z., Rasmussen, K., E., Jones, L., P., Assefnia, S., Chandrasekharan, S., et al. (2007). Identification of conserved gene expression features between murine mammary carcinoma models and human breast tumors. *Genome Biol*, 8, R76.

Hilakivi-Clarke, L. (2014). Maternal exposure to diethylstilbestrol during pregnancy and increased breast cancer risk in daughters. *Breast Cancer Res*, 16, 208.

Hill, D., A., Prossnitz, E., R., & Royce, M. Nibbe, A. (2019). Temporal trends in breast cancer survival by race and ethnicity: A population based cohort study. *PLoS ONE*, 14, e02240.

Hopper, J.L., ConFab Investigators, Dite, G.S., MacInnis, R.J., Liao, Y., Zeinomar, N., Knight, J.A., Southey, M.C., Milne, R.L., Chung, W.K., et al. (2018). Age-specific breast cancer risk by body mass index and familial risk: Prospective family study cohort (ProF-SC). *Breast Cancer Res*, 20, 132.

Howell, A., Anderson, A. S., Clarke, R. B., Duffy, S. W., Evans, D. G., Garcia-Closas, M., Gescher, A. J., Key, T. J., Saxton, J. M., & Harvie, M. N. (2014). Risk determinations and prevention of breast cancer. *Breast Cancer Research*, 16, 446.

Hwang, J. Y., Han, B. K., Ko, E. Y., Shin, J. H., Hahn, S.Y., Nam, M. Y. (2015). Screening Ultrasound in Women with Negative Mammography: Outcome Analysis. *Yonsei Med J*, 56(5), 1352–1358.

Izci, F., Ilgun, A. S., Findikli, E., & Ozmen, V. (2016). Psychiatric Symptoms and Psychosocial Problems in Patients with Breast Cancer. *Journal of Breast Health*, 12(3), 94–101. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.3041>

- Jafari, A., Goudarzian, A. H., & Nesami, M. B. (2018). Depression in women with breast cancer: a systematic review of cross-sectional studies in Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(1), 1.
- James, F., Wootton, S., Jackson, A., Wiseman, M., & Copson, E. (2015). Cutress, R. Obesity in breast cancer—What is the risk factor? *Eur. J. Cancer*, 51, 705–720.
- Johnson, M. C. (2016). Anatomy and Psychology of the Breast (Chapter 1) In Johnson, M. C., & Cutler, M. L. (2016). *Management of Breast Diseases*.
- Kamińska, K., Szczylik, C., Bielecka, Z. F., Bartnik, E., Porta, C., Lian, F., & Czarnecka, A. M. (2015). The role of the cell–cell interactions in cancer progression. *Journal of cellular and molecular medicine*, 19(2), 283-296.
- Keogh, L. A. et al. (2019). Consumer and clinician perspectives on personalising breast cancer prevention information. *Breast*, 43, 39–47.
- Key, T. J., Appleby, P.N., Reeves, G.K., Travis, R.C., Alberg, A.J., Barricarte, A., Berrino, F., Krogh, V., Sieri, S., Brinton, L.A., et al. (2013). Sex hormones and risk of breast cancer in premenopausal women: A collaborative reanalysis of individual participant data from seven prospective studies. *Lancet Oncol*, 14, 1009–1019.
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of qualitative descriptive studies: A systematic review. *Research in nursing & health*, 40(1), 23-42.
- Kolak, A., Kaminska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Budny, B. K., & Burdan, F. (2017). Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 549-553.
- Kruk J. Lifestyle Components and Primary Breast Cancer Prevention. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15 (24), 10543–10555.
- Kurozumi, S., Yamaguchi, Y., Kurosumi, M., Ohira, M., Matsumoto, H., & Horiguchi, J. (2017). Recent trends in microRNA research into breast cancer with particular focus on

the associations between microRNAs and intrinsic subtypes. *Journal of Human Genetics*, 62(1), 15–24.

Kwok C, Endrawes G, Lee CF. Cultural beliefs and attitudes about breast cancer and screening practices among Arabic women in Australia. *Cancer Nurs*. 2016;39(5):367-374. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000325>

Lawlor, D.A. (2003). Systematic review of the epidemiologic and trial evidence of an association between antidepressant medication and breast cancer. *J. Clin. Epidemiol*, 56, 155–163.

Liu, Y., Nguyen, N., & Colditz, G. A. (2015). Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. *Womens Health*, 11(1), 65–77.

Loeb, S., Dynarski, S., McFarland, D., Morris, P., Reardon, S., & Reber, S. (2017). Descriptive Analysis in Education: A Guide for Researchers. NCEE 2017-4023. *National Center for Education Evaluation and Regional Assistance*.

Lo-Fo-Wong, D. N., de Haes, H.C., Aaronson, N. K., et al. (2016). Predictors of enduring clinical distress in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 158, 563–72. <https://doi.org/10.1007/s10549-016-3896-7>.

Łuczyńska, E., Heinze-Paluchowska, S., Hendrick, E., Dyczek, S., Ryś, J., Herman, K et al. (2015) Comparison between Breast MRI and ContrastEnhanced Spectral Mammography. *Med Sci Monit*, 21: 1358–136.

Lukasiewicz, S., Czezelwski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanislawek, A. (2021). Breast Cancer- Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies- An Update Review. *Cancers*, 13, 4287.

Lynch BM, Neilson HK, Friedenreich CM: Physical activity and breast cancer prevention. *Recent Results Cancer Res* 2011, 186:13–42

Madigan, M. P., Ziegler, R. G., Benichou, J., Byrne, C., & Hoover, R.N. (1995). Proportion of breast cancer cases in the United States explained by well-established risk factors. *J Natl Cancer Inst*, 7(22):1681-5.

Majima, N., Hirose, K., & Tajima, K. (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer collaborative reanalysis of individual data from 53Epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 Women without disease. *British Journal of Cancer*, (87), 1234-1245.

Marlow, C. R. (2023). *Research methods for generalist social work*. Waveland Press.

Marlow, L. A., & Wardle, J. (2014). Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC Cancer*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-285>

McDonald, E. R., De Weck, A., Schlabach, M. R., Billy, E., Mavrakis, K. J., Hoffman, G. R., ... & Sellers, W. R. (2017). Project DRIVE: a compendium of cancer dependencies and synthetic lethal relationships uncovered by large-scale, deep RNAi screening. *Cell*, 170(3), 577-592.

McGuire, K. P. (2016). Breast Anatomy and Physiology. In Aydiner, A., Igci, A., & Soran, A. (eds). (2016). *Breast Disease: Diagnosis and Pathology*. Springer.

Meads, C., Ahmed, I., & Riley, R. D. (2012). A systematic review of breast cancer incidence risk prediction models with meta-analysis of their performance. *Breast Cancer Res Treat*, 132, 365–377.

Mehnati, P., & Tirtash, M. J. Comparative Efficacy of Four Imaging Instruments for Breast Cancer Screening. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(15), 6177–6186.

Morgan, D. L. (2013). *Integrating qualitative and quantitative methods: A pragmatic approach*. Sage publications.

Moyer, V. A. (2013). U.S. Preventive Services Task Force: Medications to decrease the risk for breast cancer in women: recommendations from the U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 159, 698–708.

Naeem, M., Hayat, M., Qamar, S. A., Mehmood, T., Munir, A., Ahmmad, G., Azmi, U. R., Faryad, M. A., Talib, M. Z., Irfan, M., Hussain, A., Hayder, M. A., Ghani, U., Mehmood, F. (2019). Risk factors, genetic mutations and prevention of breast cancer. *International Journal of Biosciences*, 14(4), 492-496.

Negoita, S., Feuer, E. J., Mariotto, A., et al.(2018). Annual report to the nation on the status of cancer, part II: recent changes in pros-tate cancer trends and disease characteristics. *Cancer*, 124, 2801- 2814.

Neilson, H. K., Conroy, S. M., Friedenreich, C. M. (2014). The Influence of Energetic Factors on Biomarkers of Postmenopausal Breast Cancer Risk. *Curr Nutr Rep*, 3(1), 22–34.

Ng, C. G., Mohamed, S., Kaur, K., Sulaiman, A. H., Zainal, N. Z., Taib, N. A., et al. (2017). Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PLoS One*, 12:e0172975. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172975>

Norata, T., Scoccianti, C., Boutron-Ruault, M.-C., Anderson, A., Berrino, F., Cecchini, M. et al. (2015). European Code against Cancer 4th Edition: Diet and cancer. *Cancer Epidemiology*. Ανακτήθηκε από: [http://www.cancerepidemiology.net/article/S1877–7821\(15\)00070–3/pdf](http://www.cancerepidemiology.net/article/S1877–7821(15)00070–3/pdf).

Ozkan, I.,& Taylan, S. (2020). Barriers to women's breast cancer screening behaviors in several countries: a meta-synthesis study. *Health Care Women Int*, 1-31. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1814777>

Ozmen, N., Dapp, R., Zapf, M., Gemmeke, H., Ruiter, N. V., & van Dongen, K. W. (2015). Comparing different ultrasound imaging methods for breast cancer detection. *IEEE Transactions on Ultrasonics, Ferroelectrics, and Frequency Control*, 62(4), 637–646.

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *bmj*, 372.

Perou, C., Sørli, T., Eisen, M., Van De Rijn, M., Jeffrey, S., Rees, C., A., Pollack, J.R., Ross, D.T., Johnsen, H., Akslen, L.A. et al. (2000). Molecular portraits of human breast tumours. *Nat. Cell Biol*, 406, 747–752.

Pfeiffer, R. M., Webb, Vargas, Y., Wheeler, W., Gail. M. H. (2018). Proportion of US trends in breast cancer incidence attributable to long term changes in risk factor distributions. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 27, 1214- 1222.

Phillips, K. A. et al. (2016). Transitioning to routine breast cancer risk assessment and management in primary care: what can we learn from cardiovascular disease? *Aust. J. Prim. Health*, 22, 255–261.

Polat P, & Ersin F. (2017). The Effect of Breast Cancer Fear Levels of Female Seasonal Agricultural Laborers on Early-Diagnosis Behaviors and Perceptions of Breast Cancer. *Soc Work Public Health*, 32(3), 166–75.

Powell, M., Jamshidian, F., Cheyne, K., Nititham, J., Prebil, L. A., Ereman, R. (2014). Assessing breast cancer risk models in Marin County, a population with high rates of delayed childbirth. *Clin Breast Cancer*, 14, 212–220.

Quante, A. S., Whittemore, A. S., Shriver, T., Strauch, K., & Terry, M. B. (2012). Breast cancer risk assessment across the risk continuum: genetic and nongenetic risk factors contributing to differential model performance. *Breast Cancer Res*, 14, R144.

Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Education and Counseling*, 52(3), 333–339. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(03\)00040-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(03)00040-5)

Saboonchi, F., Petersson, L. M., Wennman-Larsen, A., Alexanderson, K., BrÈannstrÈom, R., Vaez, M. (2014). Changes in caseness of anxiety and depression in breast cancer patients during the first year following surgery: Patterns of transiency and severity of the

distress response. *Eur J Oncol Nurs*, 18, 598–604. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.007>.

Schonfeld, S. J., Pee, D., Greenlee, R. T., Hartge, P., Lacey, J. V. Jr., Park, Y., Schatzkin, A., Visvanathan, K., & Pfeiffer, R. M. (2010). Effect of changing breast cancer incidence rates on the calibration of the Gail model. *J Clin Oncol*, 28, 2411–2417.

Shapiro SL, Lopez AM, Schwartz GE, Bootzin R, Figueredo AJ, Braden CJ, et al. Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *J Clin Psychol*. 2001;57:501–19. <https://doi.org/10.1002/jclp.1026>.

Shiyanbola, O., O. Arao, R., F. Miglioretti, D., L., Sprague, B., L., Hampton, J., M., Stout, N., K., Kerlikowske, K., Braithwaite, D., Buist, D., S., Egan, K., M., et al. (2017). Emerging Trends in Family History of Breast Cancer and Associated Risk. *Cancer Epidemiol. Biomark. Prev*, 26, 1753–1760.

Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., Jemal, A. (2022). Cancer Statistics, 2022, *CA Cancer J Clin*, 72, 7-33.

Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer Statistics, 2023, *CA Cancer J Clin*, 73, 17-48.

Slevitch, L. (2011). Qualitative and quantitative methodologies compared: Ontological and epistemological perspectives. *Journal of quality assurance in hospitality & tourism*, 12(1), 73-81.

Stapleton, S. J., Valerio, T. D., Astroth, K., & Woodhouse, S. (2017). Distress during radiation therapy: assessment among patients with breast or prostate cancer. *Clin J Oncol Nurs*, 21, 93–8. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.93-98>.

Stat Bite. (2004). Lifetime Probability among Females of Dying of Cancer. *JNCI J. Natl. Cancer Inst*, 96, 1311–1321.

Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., ... & Zhu, H. P. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International journal of biological sciences*, 13(11), 1387.

Tao, Z., Shi, A., Lu, C., Song, T., Zhang, Z., Zhao, J. (2015). Breast Cancer: Epidemiology and Etiology. *Cell Biochem Biophys*, 72, 333-338.

Tavassoli, F.A. (2003). Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs; World Health Organization Classification of Tumours: Lyon, France.

Taylan, E., Zayou, F., Murali, R., Karlan, B. Y., Pandol, S. J., Edderkaoui, M., & Orsulic, S. (2020). Dual targeting of GSK3B and HDACs reduces tumor growth and improves survival in an ovarian cancer mouse model. *Gynecologic oncology*, 159(1), 277-284.

Tsang, J. Y. S., & Tse, G. M. (2019). Molecular Classification of Breast Cancer. *Advances In Anatomic Pathology*, 1.

van Veen, E. M., et al. (2018). Use of single-nucleotide polymorphisms and mammographic density plus classic risk factors for breast cancer risk prediction. *JAMA Oncol*, 4, 476–482

Visvanathan, K., Hurley, P., Bantug, E., Brown, P., Col, N. F., Cuzick, J., Davidson, N. E., Decensi, A., Fabian, C., Ford, L., Garber, J., Katapodi, M., Kramer, B., Morrow, M., Parker, B., Runowicz, C., & Vogel, V. G. (2013). 3rd, Wade JL, Lippman SM: Use of pharmacologic interventions for breast cancer risk reduction: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol*, 31, 2942–2962.

Vodermaier, A., Esplen, M. J., & Maheu, C. (2010). Can self-esteem, mastery and perceived stigma predict long-term adjustment in women carrying a BRCA1/2-mutation? Evidence from a multi-center study. *Familial Cancer*, 9(3), 305–311. <https://doi.org/10.1007/s10689-010-9325-x>

Vraga, E. K., Stefanidis, A., Lamprianidis, G., Croitoru, A., Crooks, A. T., Delamater. P. L., et al.(2018). Cancer and Social Media: A Comparison of Traffic about Breast Cancer,

Prostate Cancer, and Other Reproductive Cancers on Twitter and Instagram. *Journal of Health Communication*, 23(2),181–189.

Vrinten C, Gallagher A, Waller J, Marlow LAV. Cancer stigma and cancer screening attendance: a population based survey in England. *BMC Cancer*. 2019;19(1):566. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5787-x>

Wang, Q-X., Bai, Y., Lu, G-F., Zhang, C-Y. (2017). Perceived health-related stigma among patients with breast cancer. *Chinese Nursing Research*, 4(4), 158-161.

Wang, X., Hui, T.-L., Wang, M.-Q., Liu, H., Li, R.-Y., & Song, Z.-C. (2019). Body Mass Index at Diagnosis as a Prognostic Factor for Early-Stage Invasive Breast Cancer after Surgical Resection. *Oncol. Res. Treat*, 42, 195–201.

Wellings, E., Vassiliades, L., & Abdalla, R. (2016). Breast cancer screening for high-Risk patients of different ages and risk—Which modality is most effective? *Cureus*, 8(12), 945.

WHO (2020). Cancer Country Profil 2020: Greece. Ανακτήθηκε από: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cancer/grc-2020.pdf?sfvrsn=f9aa454c_2&download=true

WHO & UNICEF. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018. *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization. [internet] Διαθέσιμο από <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065> [Πρόσβαση 3/1/2023].

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. (2007). Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research. 2007. Ανακτήθηκε από: http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/reports/Second_Expert_Report.pdf.

Yang, S. N., Li, F. J., Liao, Y. H., Chen, Y. S., Shen, W. C.,& Huang, T. C. (2015). Identification of Breast Cancer Using Integrated Information from MRI and Mammography. PLoS One, 10(6), 1–11.

Παράρτημα Ι



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
Σχολή Επιστημών Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος της έρευνας: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όνομα Μεταπτυχιακού/ής Φοιτητή/τριας- ερευνητή/τριας: ΠΟΛΥΞΕΝΗ ΣΟΥΤΟΠΟΥΛΟΥ

Παρακαλώ σημαδέψτε:

1. Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει τις γραπτές πληροφορίες αναφορικά με την παραπάνω έρευνα που μου έδωσε ο παραπάνω ερευνητής. Επίσης, βεβαιώνω ότι είχα την ευκαιρία να μελετήσω αυτές τις πληροφορίες, να ρωτήσω οποιαδήποτε απορία είχα και όλες οι απορίες μου έχουν επαρκώς απαντηθεί. ☐
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελούσια και ότι είμαι ελεύθερος/η να αποχωρήσω από αυτή οποιαδήποτε στιγμή, δίχως να λογοδοτήσω και δίχως να έχω καμία συνέπεια στα δικαιώματά μου. ☐
3. Κατανοώ ότι μπορώ σε οποιαδήποτε στιγμή να ζητήσω να έχω πρόσβαση σε όποιες πληροφορίες παράσχω και μπορώ να απαιτήσω την καταστροφή των πληροφοριών που έχω παράσχει αν το επιθυμώ. ☐
4. Κατανοώ ότι η ταυτότητα μου δεν θα γίνει φανερή ή δεν θα είμαι αναγνωρίσιμος/η σε κανένα κείμενο που θα προκύψει από την παραπάνω έρευνα και θα παραχθεί από τον παραπάνω ερευνητή. ☐
5. Αποδέχομαι ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελούσια και βεβαιώνω ότι οποιοδήποτε ρίσκο το οποίο ☐

συνδέεται με την παραπάνω έρευνα έχει πλήρως επεξηγηθεί σε μένα.

6. Συμφωνώ να συμμετέχω στην παραπάνω έρευνα.



7. Συμφωνώ να καταγραφούν οι απαντήσεις μου και να χρησιμοποιηθούν στην παραπάνω έρευνα.



Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντα στην έρευνα: ΑΝΩΝΥΜΑ

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο Ερευνητή: Πολυξένη Σουτοπούλου

Υπογραφή: Πολυξένη Σουτοπούλου

Ημερομηνία: 30-05-2023

ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ενημερωτικό Υπόμνημα για Συμμετοχή σε Έρευνα

Γενικές Πληροφορίες

1. **Τίτλος εργασίας:** «Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού»

2. **Πρόσκληση:** Με το παρόν έγγραφο προσκαλείστε να συμμετάσχετε σε ερευνητική εργασία ως συμμετέχοντες. Πριν αποφασίσετε τη συμμετοχή σας είναι σημαντικό να έχετε κατανοήσει για ποιο λόγο διεξάγεται η παρούσα εργασία και τι διαδικασίες εμπεριέχει και σας αφορούν. Παρακαλώ διαβάσετε τις παρακάτω πληροφορίες με προσοχή και παρακαλώ μη διστάσετε να με ρωτήσετε αν χρειάζεστε περισσότερες λεπτομέρειες ή αν τυχόν δεν κατανοείτε οτιδήποτε. Παρακαλώ επιτρέψτε μας να κάνουμε απόλυτα σαφές ότι δεν είστε υποχρεωμένοι να συμμετάσχετε στην προτεινόμενη έρευνα και σας προτρέπουμε να συμφωνήσετε να συμμετάσχετε, μόνο αν το επιθυμείτε.
3. **Ποιος είναι ο σκοπός της έρευνας:** Ο σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της συσχέτισης του φόβου της διάγνωσης και της έγκαιρης πρόληψης του καρκίνου του μαστού.
4. **Γιατί επιλεχθήκατε εσείς να συμμετάσχετε στην έρευνα:** Επιλεχθήκατε γυναίκες από την περιφέρεια Ηπείρου από ηλικία 18 ετών και άνω.
5. **Είμαι υποχρεωμένος/η να συμμετέχω στην έρευνα:** Η συμμετοχή είναι εθελούσια και όχι υποχρεωτική, μπορείτε να αποσυρθεί από τη συμμετοχή του/της στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή και δίχως καμία συνέπεια. Η εθελούσια συμμετοχή σας θα δώσει σημαντικές πληροφορίες που θα βοηθήσει στη βελτίωση του ζητήματος της έρευνας.
6. **Τι θα συμβεί, αν συμμετάσχω στην έρευνα:** Θα σας δοθεί να συμπληρώσετε ένα ερωτηματολόγιο με απλές ερωτήσεις και αν κάτι σας δυσκολεύει ή δεν σας αντιπροσωπεύει να το προσπεράσετε. Γίνεται στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας, του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών μου με τίτλο Νοσηλευτική φροντίδα ενηλίκων. Θα χρειαστεί λίγα λεπτά η συμπλήρωση και δεν έχετε καμία ευθύνη για τα αποτελέσματα.
7. **Θα πληρωθώ:** Δεν υπάρχει αμοιβή.
8. **Υπάρχει κάποιος κίνδυνος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα:** Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος με την συμμετοχή σας, είναι απλή ανταλλαγή απόψεων και σε περίπτωση που σε κάποια στιγμή νοιώσετε άβολα μπορείτε να διακόψετε άμεσα την διαδικασία, δίχως να έχετε καμία συνέπεια.
9. **Ποιο το όφελος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα:** Το όφελος θα είναι ότι με την παρούσα έρευνα θα είναι δυνατόν να μοιραστείτε την εμπειρία σας, ώστε να προταθούν βελτιώσεις πάνω σε αυτήν.
10. **Αν επιθυμώ να κάνω παράπονα για δυσάρεστο γεγονός κατά την ερευνητική διαδικασία:** Μπορείτε να εκφράσετε οτιδήποτε παράπονο ή επίσημη κατηγορία στον ίδιο τον ερευνητή, αν αυτό δεν σας ικανοποιήσει μπορείτε να απευθυνθείτε στον Επόπτη Καθηγητή του μεταπτυχιακού ερευνητή (Δρ. Κουράκο Μιχαήλ email: mkourakos@uoi.gr), αν και αυτό δεν σας ικανοποιήσει, μπορείτε να απευθυνθείτε στη Διοίκηση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος
11. **Θα υπάρχει εμπιστευτικότητα και ανωνυμία:** Υπάρχει εμπιστευτικότητα και ανωνυμία. Οι μόνοι που έχουν πρόσβαση στα δεδομένα είμαι εγώ και ο επόπτης καθηγητής μου και η επιτροπή δεοντολογίας του Πανεπιστημίου αν χρειαστεί. Επίσης τα δεδομένα μετά το πέρας της 5ετίας θα καταστραφούν. Τα δεδομένα δεν θα χρησιμοποιηθούν για άλλο σκοπό παρά μόνο για αυτόν που αναφέρεται στο παρόν ενημερωτικό υπόμνημα. Μόνο στην περίπτωση που διαπιστωθούν ποινικά

κολάσιμες πράξεις κατά τη συλλογή των δεδομένων μπορεί να αρθεί η ανωνυμία.

12. **Τι θα συμβεί στα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τα συλλεχθέντα δεδομένα:** Τα συλλεχθέντα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν για την συγγραφή της Διπλωματικής Μεταπτυχιακής εργασίας μου και δυνητικά μπορούν να δημοσιευθούν σε Εθνικά και Διεθνή επιστημονικά περιοδικά και να παρουσιαστούν σε επιστημονικά Συνέδρια.
13. **Τι θα συμβεί αν διακόψω τη συμμετοχή σε κάποιο σημείο της έρευνας:** Μπορείτε να διακόψετε σε οποιοδήποτε σημείο της ερευνητικής διαδικασίας, χωρίς να λογοδοτήσετε και δίχως να έχετε καμία συνέπεια. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέχρι το σημείο αποχώρησης αν συμφωνείτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την έρευνα, αν δεν το επιθυμείτε θα καταστραφούν και δεν θα χρησιμοποιηθούν.
14. **Με ποιον μπορώ να επικοινωνήσω αν χρειάζομαι περισσότερες πληροφορίες:** Μπορείτε να επικοινωνήσετε για περισσότερες πληροφορίες με τον ίδιο τον ερευνητή (Σουτοπούλου Πολυξένη τηλ 6947002279 email tzenisoutoroulou@gmail.com), και αν δεν ικανοποιηθείτε από τον ίδιο τον ερευνητή μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Επόπτη Καθηγητή του μεταπτυχιακού ερευνητή (Δρ.Κουράκος Μιχαήλ, email: mkourakos@uoi.gr),

Θερμές ευχαριστίες για το χρόνο και τον κόπο να διαβάστε το παρόν ενημερωτικό υπόμνημα. Ελπίζω να αποφασίσετε να συμμετάσχετε στην έρευνα.

Με εκτίμηση

Σουτοπούλου Πολυξένη, ΤΕ Νοσηλεύτρια

Ερωτηματολόγιο

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη σχέση μας με την πρόληψη. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

Φόρμα συγκατάθεσης

Συμφωνώ να απαντήσω στο ερωτηματολόγιο το οποίο διανέμεται στα πλαίσια της εργασίας με τίτλο "Ο ρόλος της αυτοσυμπόνιας και της ψυχολογικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής και στην αυτοφροντίδα" η οποία υλοποιείται από το διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών στη Νοσηλευτική φροντίδα Ενηλίκων του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Αναγνωρίζω ότι τα στοιχεία και οι απαντήσεις που θα δοθούν στα ερωτηματολόγια θα είναι αυστηρά εμπιστευτικές και, απόρρητες, σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Καταλαβαίνω ότι τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε ανακοινώσεις συνεδρίων ή και δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά αλλά θα παραμείνουν ανώνυμα.

Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική και δεν απαιτείται να απαντήσω σε όλες τις ερωτήσεις. Επίσης είμαι ελεύθερος/η να αποσυρθώ από τη μελέτη οποιαδήποτε ώρα ακόμα και μετά από την υπογραφή της παρούσης δήλωσης, χωρίς να δώσω εξηγήσεις ή το λόγο της απόσυρσής μου. Δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι την συμμετοχή μου στην έρευνα. Διατηρώ το δικαίωμα να αποσυρθώ από τη διαδικασία της έρευνας σε οποιαδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

Η απαντησή μου στο παρακάτω ερωτηματολόγιο υποδηλώνει και την συναίνεσή μου.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η _____ ☐ ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ
_____ ☐

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____ ☐ ΠΟΛΗ <150.000
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____ ☐

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____ ☐ ΠΟΛΗ >150.000
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____ ☐

ΧΗΡΟΣ/Α _____ ☐

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΕΣ; ΝΑΙ _____ ☐ ΟΧΙ _____ ☐ ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ _____ ☐ ΟΧΙ _____ ☐

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ; _____ ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ _____ ☐ ΟΧΙ _____ ☐ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ _____ ☐

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ _____ ☐ ΟΧΙ _____ ☐ ΚΟΡΙΤΣΙΑ Ή ΑΓΟΡΙΑ; ΚΟΡΙΤΣΙ _____ ☐ ΑΓΟΡΙ _____ ☐ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ _____ ☐

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ _____ ☐ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:
ΑΝΕΡΓΟΣ _____ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ _____ ☐

ΟΙΚΙΑΚΑ _____ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ _____ ☐

ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ _____ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ _____ ☐

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ _____ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ _____ ☐

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ _____ ☐

ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ _____ ☐

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ _____ ☐

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ _____ ☐

ΑΝ ΘΕΛΕΤΕ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ: _____ ☐

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΞΕΚΙΝΗΣΕ: 15-20 ΕΤΩΝ _____ ☐ Η ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΠΟΛΥ
ΚΑΛΗ _____ ☐

Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ; 20-25 ΕΤΩΝ _____ ☐ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΛΗ _____ ☐

25-30 ΕΤΩΝ _____ ☐ ΚΑΚΗ _____ ☐

ΟΧΙ ΑΚΟΜΗ _____ ☐ ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ _____ ☐

ΥΠΑΡΧΕΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΑΙ _____ ☐ ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΑ
ΣΥΓΓΕΝΗ; ☐

ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ; ΟΧΙ _____ ☐ ΚΑΤΑΦΕΡΕ ΝΑ ΤΟΝ ΝΙΚΗΣΕΙ; ΝΑΙ _____ ☐ ΝΑΙ, ΜΕΧΡΙ ΣΤΙΓΜΗΣ _____ ☐
ΟΧΙ _____ ☐

ΓΕΝΙΚΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΑΙ _____ ☐ ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟΝ
ΣΥΓΓΕΝΗ; ☐

ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ; ΟΧΙ _____ ☐ ΚΑΤΑΦΕΡΕ ΝΑ ΤΟΝ ΝΙΚΗΣΕΙ; ΝΑΙ _____ ☐ ΝΑΙ, ΜΕΧΡΙ ΣΤΙΓΜΗΣ _____ ☐
ΟΧΙ _____ ☐

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΑΣ ΤΕΣΤ-ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ; ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΝΕΙ
ΑΚΟΜΗ _____ ☐

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΑΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ; ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΝΕΙ
ΑΚΟΜΗ _____ ☐

ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΚΑΝΕΤΕ ΤΕΣΤ-ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ: ΚΑΘΕ ΕΤΟΣ _____ ☐ ΑΝΑ ΔΥΟ ΕΤΗ _____ ☐ ΟΠΟΤΕ ΦΟΒΑΜΑΙ _____

☐

ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΚΑΝΕΤΕ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ: ΚΑΘΕ ΕΤΟΣ _____ ☐ ΑΝΑ ΔΥΟ ΕΤΗ _____ ☐ ΟΠΟΤΕ ΦΟΒΑΜΑΙ _____ ☐

ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΚΑΝΕΤΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ: ΚΑΘΕ ΕΤΟΣ _____ ☐ ΑΝΑ ΔΥΟ ΕΤΗ _____ ☐ ΟΠΟΤΕ ΦΟΒΑΜΑΙ _____

☐

Fear of Pain Questionnaire (III)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ο παρακάτω πίνακας, περιέχει φράσεις, που περιγράφουν καταστάσεις επώδυνων εμπειριών. Παρακαλώ διαβάστε κάθε φράση ξεχωριστά και σκεφτείτε πόσο **ΠΟΛΥ ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ** για τον **ΠΟΝΟ** που σας προκάλεσε κάθε κατάσταση. Αν δεν έχετε βιώσει ποτέ τον **ΠΟΝΟ** από κάποια από τις καταστάσεις που περιγράφονται, παρακαλώ απαντήστε με το σκεπτικό του πόσο **ΠΟΛΥ ΘΑ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ** για τον **ΠΟΝΟ** που θα νιώθατε **αν θα βιώνατε** κάποια τέτοια εμπειρία. **Κυκλώστε** έναν αριθμό για το κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία, για να βαθμολογήσετε τον δικό σας **ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ** σχετικά με την κάθε μία κατάσταση.

Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ	ΑΝ ΣΑΣ ΣΥΝΕΒΑ ΒΑΛΤΕ ΕΝΑ ☐
1. Να πάθω τροχαίο ατύχημα	0	1	2	3	4	
2. Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω	0	1	2	3	4	
3. Να σπάσω το χέρι μου	0	1	2	3	4	
4. Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	0	1	2	3	4	
5. Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι	0	1	2	3	4	
6. Να σπάσω το πόδι μου	0	1	2	3	4	
7. Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι	0	1	2	3	4	
8. Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	0	1	2	3	4	
9. Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη	0	1	2	3	4	
10. Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	0	1	2	3	4	
11. Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	0	1	2	3	4	
12. Να κάψω τα δάκτυλά μου με ένα σπέρτο	0	1	2	3	4	
13. Να σπάσω το λαιμό μου	0	1	2	3	4	
14. Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)	0	1	2	3	4	
15. Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι	0	1	2	3	4	
16. Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	0	1	2	3	4	
17. Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	0	1	2	3	4	
18. Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	0	1	2	3	4	
19. Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού	0	1	2	3	4	
20. Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	0	1	2	3	4	
21. Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	0	1	2	3	4	
22. Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι	0	1	2	3	4	

23. Να καταπιώ ένα καυτό ρόφημα πριν κρυώσει	0	1	2	3	4	
24. Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο	0	1	2	3	4	
25. Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο	0	1	2	3	4	
26. Να μου βγάλουν ένα δόντι	0	1	2	3	4	
27. Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	0	1	2	3	4	
28. Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	0	1	2	3	4	
29. Να μου τροχίζουν ένα δόντι	0	1	2	3	4	
30. Να πάθω μια μυϊκή κρίμπα	0	1	2	3	4	

Intolerance of Uncertainty Scale Buhr & Dugas (2002)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω θα δείτε μια σειρά δηλώσεων που περιγράφουν πως αντιδρούν πιθανά οι άνθρωποι σε αβέβαιες καταστάσεις της ζωής. Παρακαλούμε χρησιμοποιείστε την παρακάτω κλίμακα για να περιγράψετε σε ποιο βαθμό η κάθε πρόταση σας χαρακτηρίζει και κυκλώστε τον αριθμό (από το 1 έως το 5) που σας χαρακτηρίζει καλύτερα.

	Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου	Με χαρακτηρίζει ελάχιστα	Με χαρακτηρίζει αρκετά	Με χαρακτηρίζει πολύ	Με χαρακτηρίζει εντελώς
1. Απρόβλεπτα γεγονότα με αναστατώνουν πάρα πολύ	1	2	3	4	5
2. Με απογοητεύει το να μην έχω όλες τις πληροφορίες που χρειαζομαι.	1	2	3	4	5
3. Η αβεβαιότητα με εμποδίζει να ζήσω μια μεγάλη ζωή.	1	2	3	4	5
4. Ο καθένας θα έπρεπε να σκέφτεται το μέλλον για να αποφύγει τις εκπλήξεις.	1	2	3	4	5
5. Ένα μικρό απρόβλεπτο γεγονός μπορεί να καταστρέψει τα πάντα ακόμη και με τον καλύτερο προγραμματισμό.	1	2	3	4	5
6. Όταν είναι η ώρα να δράσω η αβεβαιότητα με παραλύει.	1	2	3	4	5
7. Όταν είμαι αβέβαιος δεν μπορώ να λειτουργήσω πολύ καλά.	1	2	3	4	5
8. Θέλω πάντα να γνωρίζω τι μου επιφυλάσσει το μέλλον.	1	2	3	4	5
9. Δεν αντέχω τις εκπλήξεις.	1	2	3	4	5
10. Η μικρότερη αμφιβολία μπορεί να με σταματήσει από το να δράσω.	1	2	3	4	5
11. Θα έπρεπε να είμαι ικανός να ποργανώνω τα πάντα εκ των προτέρων.	1	2	3	4	5
12. Πρέπει να ξεφεύγω από όλες τις αβέβαιες καταστάσεις.	1	2	3	4	5

Παράρτημα II



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σχολή Επιστημών Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

Ιωάννινα, 22/02/2023

ΕΓΚΡΙΣΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Προς Παν Ενδιαφερόμενο,

Στην υπ' αριθ. 3^η Συνέλευση της Επιτροπής Προγράμματος Σπουδών του Διατμηματικού Προγράμματος Σπουδών Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων που συνεδρίασε στις 22/02/2023 **ενέκρινε** το Πρωτόκολλο Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας της φοιτήτριας **ΣΟΥΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΟΛΥΞΕΝΗ** με τίτλο «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ» και με Επιβλέπων Καθηγητή τον κ. ΜΙΧΑΗΛ ΚΟΥΡΑΚΟΣ.

Εκ μέρους της Επιτροπής
Προγράμματος Σπουδών του
(Δ)Π.Μ.Σ. Νοσηλευτική Φροντίδα

Δρ. Στέφανος Μαντζούκας
Αν Καθηγητής



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ :	ΠΟΛΥΞΕΝΗ ΣΟΥΤΟΠΟΥΛΟΥ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ :	ΜΙΧΑΗΛ ΚΟΥΡΑΚΟΣ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :	ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ ΕΛΕΝΑ

1. Ενδεικτικός Τίτλος:

«Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού»

1. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας:

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερα εμφανιζόμενη κακοήθεια στον γυναικείο πληθυσμό. Αποτελεί μια ετερογενή νόσο, η οποία εκδηλώνεται σε μοριακό επίπεδο. Οι νεότερες θεραπείες έχουν πλέον εξελιχθεί αρκετά ώστε να λαμβάνεται υπόψη ο ετερογενής χαρακτήρας της κακοήθειας, με την έμφαση να δίνεται σε περισσότερο βιολογικά κατευθυνόμενες θεραπείες, καθώς και σε αποκλιμακούμενες θεραπευτικές μεθόδους, με σκοπό την εξομάλυνση και μείωση των ανεπιθύμητων παρενεργειών. Ο καρκίνος του μαστού σε πρώιμα στάδια θεωρείται ιάσιμος, με τις βελτιώσεις στον τομέα της πολυτροπικής θεραπείας έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των πιθανοτήτων ίασης σε ποσοστό περίπου 70-80% των ασθενών. Ωστόσο, η προχωρημένη (μεταστατική) νόσος, δεν θεωρείται ιάσιμη βάσει των διαθέσιμων σήμερα θεραπευτικών μεθόδων, με τις παρεμβάσεις να στοχεύουν περισσότερο στην παράταση του χρόνου ζωής του ασθενούς και στον έλεγχο των συμπτωμάτων, με την παροχή χαμηλής τοξικότητας φαρμακευτική αγωγή, με σκοπό τη διατήρηση ή και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς

(Harbeck et al., 2019). Στους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνονται η ηλικία, κάποια αναπαραγωγικά χαρακτηριστικά (η πρώιμη έμμηνος ρύση, η υστερημένη εμμηνόπαυση, η μεγάλη ηλικία πρώτης εμμηνου ρύσης), τα επίπεδα οιστρογόνων και ο σύγχρονος τρόπος ζωής (π.χ. κάπνισμα, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, υπερβολική κατανάλωση λίπους, κ.ά.) (Sun et al., 2017).

Η διάγνωση του καρκίνου συνδέεται με ψυχολογικές επιπτώσεις, καθώς, τουλάχιστον το ένα τρίτο των ασθενών με καρκίνο υποφέρει από ψυχολογικά προβλήματα, ενώ οι γυναίκες και οι νέοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Οι πιο συνηθισμένες ανησυχίες των ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι οι ανησυχίες που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας τους, τη γυναικεία φύση, την κατάσταση της εργασίας τους, τον γενικότερο ρόλο τους στην οικογένεια, τη διαβίωση με την αβεβαιότητα και την πιθανότητα θανάτου. Γενικά, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα στη ζωή των γυναικών και πολλές από αυτές τις ασθενείς υποφέρουν από κάποια ψυχολογικά προβλήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, φόβο υποτροπής του καρκίνου, και ανησυχίες για την οικογένεια και το μέλλον τους, οπότε χρειάζονται κατάλληλη παρέμβαση (Hajian et al., 2017).

Η πρόληψη αποτελεί σήμερα ένα από τα κύρια ζητούμενα στον τομέα της υγείας, αποτελώντας το κύριο αντικείμενο όλων των δράσεων ενημέρωσης και προώθησης του γραμματισμού υγείας, με στόχο την προαγωγή, όχι απλώς της υγείας ως όρου αντίθετου της ασθένειας, αλλά της υγείας σε μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει επίσης την ευεξία και την ποιότητα ζωής. Η ισχύουσα, σήμερα, Διακήρυξη της Astana, θέτει τις βάσεις για την παροχή καθολικών υπηρεσιών υγείας, ως ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, μέσα από μια ολιστική προσέγγιση που στοχεύει, πρώτα απ' όλα, στην προαγωγή, την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανακούφιση στα πλαίσια της προσπάθειας επίτευξης παγκόσμιας υγείας και ευεξίας (WHO & UNICEF, 2018).

Μέχρι στιγμής, έχουν σημειωθεί μεγάλες πρόοδοι στις κλινικές και θεωρητικές μελέτες του καρκίνου του μαστού. Οι σημερινές μέθοδοι πρόληψης περιλαμβάνουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο, τη χημειοπροφύλαξη και τη βιολογική πρόληψη είναι πιο άμεσες και αποτελεσματικές από εκείνες του παρελθόντος. Η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού έχει μειωθεί σημαντικά, ωστόσο, ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να είναι η πρώτη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο μεταξύ των γυναικών ηλικίας 20-59 ετών, ενώ το 90% των θανάτων από καρκίνο δεν οφείλονται σε πρωτογενείς όγκους αλλά σε μεταστάσεις τους. Ωστόσο, εάν ο καρκίνος του μαστού διαγνωστεί ως πρωτογενής όγκος ή σε πρώιμο στάδιο μετάστασης, ο όγκος του μαστού θα μπορούσε να αφαιρεθεί με χειρουργική επέμβαση και η χημειοθεραπεία θα μπορούσε να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Η έγκαιρη

ανίχνευση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της πρόληψης του καρκίνου του μαστού (Sun et al., 2017).

2. Σκοπός και Στόχοι:

Ως γενικός στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης του φόβου της διάγνωσης και της έγκαιρης πρόληψης του καρκίνου του μαστού.

Ως επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα μπορεί να τεθούν τα εξής:

1. Σε ποιο βαθμό οι νέες γυναίκες αποφεύγουν την προληπτική εξέταση για καρκίνο του μαστού ως αποτέλεσμα του φόβου της διάγνωσης;
2. Ποιοι εξωγενείς παράγοντες επηρεάζουν τη σχέση αυτή;

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός:

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Ιανουάριο του 2023 έως τον Ιούνιο του 2023.

Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία

1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση.

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα συμπληρώσουν είναι:

Ερωτηματολόγιο Δυσανεξίας στην Αβεβαιότητα

Το ερωτηματολόγιο Δυσανεξίας στην Αβεβαιότητα αποτελείται από 12 ερωτήσεις και δημιουργήθηκε από τους Buhr & Dugas το 2002. Στην Ελληνική γλώσσα μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε από τους Αλεξανδρή, Σκούφα και Σίμος. Το ερωτηματολόγιο απαντάται με μια πενταβάθμια κλίμακα.

Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil & Rainwater, 1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας

(situational analysis)(McNeil & Rainwater,1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως "υπερβολικά". Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίσημη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκόρ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845.

4. Αναμενόμενα αποτελέσματα:

Η παρούσα έρευνα αναμένεται να αποφέρει νέα δεδομένα σχετικά με τη συμπεριφορά των γυναικών της Περιφέρειας Ηπείρου όσον αφορά τις στάσεις τους απέναντι στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού και την προθυμία τους να προβούν σε τακτές προληπτικές εξετάσεις. Ακόμη, αναμένονται αποτελέσματα που θα διευκρινίσουν τη σχέση μεταξύ του φόβου της διάγνωσης και της αποφυγής διενέργειας προληπτικών εξετάσεων. Τέλος, αναμένεται να αναδειχθούν τα δημογραφικού χαρακτήρα χαρακτηριστικά των γυναικών που παρουσιάζουν μια τέτοια συμπεριφορά, φερόμενη από τις φοβίες τους σε σχέση με μια πιθανά αρνητική διάγνωση.

5. Χρονοδιάγραμμα:

Ιανουάριος 2023 – Φεβρουάριος 2023: Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.
Φεβρουάριος - Μάρτιος 2023: Συλλογή ερωτηματολογίων
Απρίλιος 2023 – Μάιος 2023: Στατιστική Επεξεργασία και Συγγραφή του Ερευνητικού

μέρους της Εργασίας.

Ιούνιος 2023: Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.

6. Κόστος:

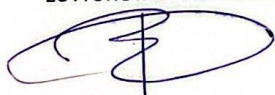
Διευκρινίζεται ότι οι συμμετέχοντες δεν θα πληρωθούν και ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

7. Παραπομπές:

- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931-945.
- Dragioti, E. & Gouva M. (2023). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Fear of Pain, (inpress).
- Hajian, S., Mehrabi, E., Simbar, M., & Houshyari, M. (2017). Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(1), 215.
- Harbeck, N., Penault-Llorca, F., Cortes, J., Gnant, M., Houssami, N., Poortmans, P., ... & Cardoso, F. (2019). Breast cancer (Primer). *Nature Reviews: Disease Primers*, 5(1).
- McNeil, D. W., & Rainwater, A. J. (1998). Development of the fear of pain questionnaire-III. *Journal of behavioral medicine*, 21(4), 389-410.
- Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., ... & Zhu, H. P. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International journal of biological sciences*, 13(11), 1387.
- WHO & UNICEF. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018. *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization. [internet] Διαθέσιμο από <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065> [Πρόσβαση 3/1/2023].

Υπογραφή φοιτήτριας

ΣΟΥΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΟΛΥΞΕΝΗ



Ημερομηνία: 12/1/2023

Υπογραφή Επιβλέποντα

Δρ Μιχαήλ Κουράκος



Επ. Καθηγητής