

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (Π.Μ.Σ)
Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων

Διπλωματική Εργασία

«Ψυχική ανθεκτικότητα και ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του
μαστού»

Κωνσταντίνα Γεραντώνη

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Νικολέττα Μάργαρη

Πάτρα, Φεβρουάριος 2023

© Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2017

Η παρούσα Εργασία καθώς και τα αποτελέσματα αυτής, αποτελούν συνιδιοκτησία του ΕΑΠ και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα της Εργασίας καθώς και το όνομα του ΕΑΠ όπου εκπονήθηκε.

«Ψυχική ανθεκτικότητα και ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του
μαστού»

Κωνσταντίνα Γεραντώνη

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Νικολέττα Μάργαρη

Καθηγήτρια – Σύμβουλος του ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητης:

Μαρία Λαβδανίτη

Αναπλ. Καθηγήτρια Τμήμα

Νοσηλευτικής, ΔΙ.ΠΑ.Ε

Πάτρα, Φεβρουάριος 2023

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία νόσο με ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα εμφάνισης ανά τον κόσμο, σε γυναίκες διάφορων δημογραφικών χαρακτηριστικών. Προς μια αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση, πραγματοποιούνται διαρκώς μελέτες σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου, την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και το συνδυασμό θεραπευτικών μεθόδων. Πολλές έρευνες συνδέουν θετικά την ψυχική ανθεκτικότητα, που είναι μια δυναμική ικανότητα διαχείρισης των αντιξοοτήτων της ζωής, με την εξέλιξη της νόσου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, που αφορά στο πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τη θέση του στη ζωή, αντίληψη που διαμορφώνεται βάσει των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση και η αξιολόγηση των παραγόντων, οι οποίοι καλλιεργούν και ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα και η επίδραση αυτής στην ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με δείγμα ευκολίας. Το δείγμα αποτέλεσαν γυναίκες με καρκίνο μαστού, μέλη των ΚΑΠΗ και ωφελούμενες του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι και του Κέντρου Γυναίκας του Δήμου Αγίας Παρασκευής Αττικής. Για να συγκεντρωθούν τα δεδομένα, αξιοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο συγκροτήθηκε από 3 μέρη: την Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC), την Κλίμακα Εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής QLQ-C30 και δημογραφικά στοιχεία. Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν γυναίκες οι οποίες έχουν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού, ηλικίας άνω των 18 ετών που γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα και δεν έχουν ψυχιατρικά προβλήματα ή άνοια.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν να διαχειριστούν πολλές αντιξοότητες, κυρίως οργανικές, κοινωνικές και ψυχολογικές. Η ποιότητα της ζωής τους καθορίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία, η οικογενειακή και η οικονομική τους κατάσταση. Φαίνεται ότι όσο πιο αυξημένη ψυχική ανθεκτικότητα έχουν οι νοσούντες, τόσο καλύτερα διαχειρίζονται τις δυσκολίες τους και τόσο πιο θετικά βιώνουν τις συνθήκες της ζωής τους.

Συμπεράσματα: Η ψυχική ανθεκτικότητα των ασθενών από καρκίνο του μαστού φαίνεται να συνδέεται θετικά με καλύτερη διαχείριση και έκβαση της νόσου και με την ποιότητα ζωής



τους. Έτσι, κρίνεται χρήσιμη η ανάπτυξη εκπαιδεύσεων, ερευνών και θεραπειών που ενισχύουν αυτό το δυναμικό χαρακτηριστικό τόσο για τους νοσούντες, όσο και για τους επιζήσαντες της νόσου αλλά και σε προληπτικό επίπεδο.

Λέξεις – Κλειδιά: Καρκίνος του μαστού, ψυχική ανθεκτικότητα, ποιότητα ζωής.

Abstract

Introduction: Breast cancer is a disease with a particularly high incidence worldwide, among women of various demographic characteristics. Studies in regards to risk factors, prevention, early diagnosis and the combination of therapeutic methods, are constantly being conducted, towards more effective treatments. Many of them positively link psychological resilience, which is a dynamic ability to manage life's adversities, with the progression of the disease and the improvement of patients' quality of life, which refers to how the individual perceives his place in life, a perception that is formed based on of its special characteristics.

Purpose: The purpose of the study is to investigate and evaluate the factors that cultivate and strengthen psychological resilience and its effect on the quality of life of women with breast cancer.

Methodology: A quantitative survey was conducted with a convenience sample. The sample consisted of women with breast cancer, members of KAPI and beneficiaries of the Help at Home program and the Women's Center of the Municipality of Agia Paraskevi, Attica. A questionnaire consisting of 3 parts was used to collect the data: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the QLQ-C30 Quality of Life Assessment Scale and demographics. The inclusion criteria for the study were women who have been diagnosed with breast cancer, aged over 18 years who know the Greek language and do not have psychiatric problems or dementia.

Results: Breast cancer patients face many problems, mainly organic, social and psychological. Their quality of life depends on various factors, such as their age, their family and their financial situation. It seems that, the more psychological resilience patients have, the better they manage their difficulties and the more positively they experience their life conditions.

Conclusions: The psychological resilience of breast cancer patients appears to be positively associated with better management and outcome of the disease and with their quality of life. Thus, the development of training, research and treatments that strengthen this dynamic feature is considered useful both for patients and for survivors of the disease and also at a preventive level.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Κωνσταντίνα Γεραντώνη, «Ψυχική ανθεκτικότητα και ποιότητα ζωής
γυναικών με καρκίνο του μαστού»

Keywords: Breast cancer, psychological resilience, quality of life.



Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Abstract.....	6
Περιεχόμενα.....	8
Κατάλογος Πινάκων.....	10
Εισαγωγή.....	12
1. Καρκίνος του μαστού.....	15
1.1 Καρκίνος του μαστού και επιπολασμός	15
1.2 Παθογένεια του καρκίνου του μαστού.....	16
1.3 Διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....	17
1.4 Παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του μαστού.....	19
1.5 Τύποι καρκίνου του μαστού	23
1.6 Στάδια καρκίνου του μαστού.....	24
1.7 Θεραπεία καρκίνου του μαστού.....	25
1.8 Πρόληψη καρκίνου του μαστού.....	31
2. Ψυχική ανθεκτικότητα	34
2.1 Ψυχική ανθεκτικότητα: εννοιολογική προσέγγιση.....	34
2.2 Παράγοντες εμφάνισης ψυχικής ανθεκτικότητας.....	37
2.3 Ψυχική ανθεκτικότητα και υγεία.....	39
2.4 Εργαλεία μέτρησης της ψυχικής ανθεκτικότητας.....	41
2.5 Παράγοντες κινδύνου για την ψυχική ανθεκτικότητα.....	42
2.6 Ψυχική ανθεκτικότητα και καρκίνος του μαστού.....	43
3. Ποιότητα ζωής.....	48
3.1 Ποιότητα ζωής: εννοιολογική προσέγγιση.....	48
3.2 Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.....	49
3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	51
3.4 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	54
3.5 Ποιότητα ζωής και καρκίνος του μαστού.....	56



4. Μεθοδολογία έρευνας.....	61
4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	61
4.2 Ερευνητική διαδικασία.....	61
4.3 Πληθυσμός και δείγμα έρευνας.....	62
4.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	62
5. Στατιστική Ανάλυση.....	64
5.1. Περιγραφική ανάλυση.....	64
5.2. Εσωτερική συνάφεια.....	69
5.3 Επαγωγική ανάλυση.....	70
Συζήτηση – συμπεράσματα.....	83
Βιβλιογραφία.....	86
Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο.....	97
Παράρτημα Β: Άδειες.....	107



Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	64
Πίνακας 2 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	65
Πίνακας 3 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	65
Πίνακας 4 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	67
Πίνακας 5 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	67
Πίνακας 6 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	68
Πίνακας 7 Αποτελέσματα εσωτερικής συνάφειας EORTC.....	69
Πίνακας 8 Αποτελέσματα εσωτερικής συνάφειας CDR.....	70
Πίνακας 9 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	71
Πίνακας 10 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	71
Πίνακας 11 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	72
Πίνακας 12 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	73
Πίνακας 13 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	74
Πίνακας 14 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	75
Πίνακας 15 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	76



Πίνακας 16 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	76
Πίνακας 17 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	78
Πίνακας 18 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	79
Πίνακας 19 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	80
Πίνακας 20 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.....	82

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται μια σημαντική αιτία για ανησυχία, εξαιτίας της ιδιαίτερα υψηλής συχνότητας με την οποία εμφανίζεται σε παγκόσμιο επίπεδο. Παρατηρείται δε, τα τελευταία χρόνια, μια αξιοσημείωτη αύξηση στην εμφάνιση της νόσου και οι ειδικοί προσπαθούν να εφαρμόσουν μια αποτελεσματική διαχείριση, σε πολλαπλά επίπεδα.

Διάφοροι παράγοντες, για παράδειγμα γενετικοί και περιβαλλοντικοί, θα μπορούσαν να ασκήσουν επιρροή στην έναρξη και την εξέλιξή του καρκίνου του μαστού. Η έγκαιρη ανίχνευση και παρακολούθηση των ασθενών έχουν εξαιρετικά μεγάλη σημασία για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (Jafari et Al., 2018).

Συγκεκριμένα, συστήνεται έντονα να υπάρχει ένας ισχυρός προσυμπτωματικός έλεγχος και ένα μητρώο καρκίνου, καθώς έχουν κριθεί ως πολύ χρήσιμοι και απαραίτητοι διαγνωστικοί και θεραπευτικοί μηχανισμοί. Δεδομένου ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ιδιαίτερα ετερογενής μορφολογικά και μοριακά, χρειάζεται να αξιοποιούνται ποικίλα θεραπευτικά σχήματα, τα οποία θα εξαρτώνται από το μοριακό υπότυπο. Ακολούθως, από τον εκάστοτε υπότυπο εξαρτώνται και οι κλινικές προγνώσεις. Υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί που βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία και τη βελτίωση των πιθανοτήτων για επιβίωση (Kashyap et Al., 2022).

Έχει φανεί ότι οι επιζώντες του καρκίνου, που είναι πιο αισιόδοξοι για το μέλλον, διαχειρίζονται πιο καλά τον καρκίνο και απολαμβάνουν συχνά προσωπική ανάπτυξη. Η ανθεκτικότητα διαμορφώνεται από πολλές περιστάσεις και δυσκολίες με τις οποίες ένα άτομο έρχεται αντιμέτωπο στη ζωή του (Ristevska-Dimitrovska et Al., 2015).

Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία βλέπει την ψυχική ανθεκτικότητα ως μια διεργασία θετικής προσαρμογής σε αντιξοότητες, τραυματικές και απειλητικές καταστάσεις αλλά και άλλες έντονες πηγές στρες. Πιο γενικά, οι ερευνητές βλέπουν την ανθεκτικότητα ως μια ικανότητα διαχείρισης του άγχους που έχουν οι άνθρωποι, όπως και το βαθμό που είναι ικανοί να ανακάμπτουν από τις δυσκολίες. Μεγάλος αριθμός ερευνητών συμφωνεί ότι πρόκειται σε μια δυναμική διαδικασία, ένα ευμετάβλητο αποτέλεσμα που περισσότερο καλλιεργείται παρά εμφανίζεται εγγενώς παραμένοντας άκαμπτο (McManama O'Brien et Al., 2021).

Οι κλινικοί γιατροί χρειάζεται να επενδύσουν χρόνο και ενέργεια στη δημιουργία παρεμβάσεων οι οποίες θα βοηθούν τους ασθενείς να ενισχύουν την ανθεκτικότητά τους (Ristevska-Dimitrovska et Al., 2015).

Ο ΠΟΥ ορίζει την Ποιότητα Ζωής, ως τον τρόπο με τον οποίο βλέπει και αξιολογεί κανείς τη θέση του στη ζωή, σε ένα πολιτισμικό και αξιακό πλαίσιο στα οποία ανήκει, και σε συνάρτηση με το τι στοχεύει, τι προσδοκά, τι τον ανησυχεί και τα πρότυπα με τα οποία λειτουργεί.

Έχουν σημειωθεί σημαντικές εξελίξεις για τη θεραπεία του καρκίνου, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία ή μιας σύνθεσης και των τριών τρόπων θεραπείας. Ταυτόχρονα, οι εν λόγω θεραπείες επιφέρουν παρενέργειες όπως το να απολέσει κανείς την όρεξή του, να αισθάνεται καταπονημένος, να υποφέρει από διάρροια. Επιπλέον, δημιουργούν αισθήματα κατάθλιψης, μοναξιάς, απελπισίας, αναξιοσύνης ή αυτοκτονικού ιδεασμού, τα οποία επιδρούν αρνητικά στη μειωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών. Αρκετές έρευνες έχουν καταδείξει ότι η ποιότητα ζωής είναι ένας πυρηνικής σημασίας παράγοντας σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας, όπου η μειωμένη ποιότητα ζωής σχετίζεται θετικά με μικρότερο χρόνο επιβίωσης. για ασθενείς με καρκίνο (Cheng et Al., 2018).

Έτσι, σημαντική πρόκληση στη θεραπεία του καρκίνου είναι η διασφάλιση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Αξίζει να αναφερθεί ότι, στην πρώτη εμφάνιση της έννοιας τη δεκαετία του 1980, ερμηνεύτηκε ως θέμα λειτουργικότητας και ικανότητας να εκτελεί κανείς τις απαραίτητες καθημερινές δραστηριότητές του. Με την πάροδο του χρόνου, η έννοια πλέον εμπερικλείει πτυχές όπως η γνωστική, η συναισθηματική, η κοινωνική και η σεξουαλική λειτουργία (Ristevska-Dimitrovska et Al., 2015).

Ποικίλοι παράγοντες επιδρούν στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών και των επιζώντων, καθώς το κάθε άτομο έχει μοναδικό αξιακό σύστημα, φίλτρα να ερμηνεύει τη ζωή, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις. Αυτές οι διαφορές επηρεάζουν καθοριστικά την ποιότητα ζωής, μαζί με σωματικές, κοινωνικοδημογραφικές και ογκολογικές μεταβλητές. Έτσι φαίνεται ότι το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να εξατομικεύεται στις προσωπικές ανάγκες του εκάστοτε ασθενή (Ristevska-Dimitrovska et Al., 2015).



Υπάρχουν αρκετά εργαλεία για τη μέτρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ποιότητας της ζωής και φαίνεται χρήσιμο να αξιοποιούνται, με στόχο μια αποτελεσματική, εστιασμένη, σύγχρονη πρόγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση τους ασθενούς από καρκίνο του μαστού.

Κεφάλαιο Πρώτο: Καρκίνος του μαστού

1.1. Καρκίνος του μαστού και επιπολασμός

Παρά τις συνεχείς εξελίξεις σε ό,τι αφορά την έρευνα για τον καρκίνο, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μέχρι σήμερα μείζον πρόβλημα υγείας και έτσι παραμένει κορυφαία προτεραιότητα για τη βιοϊατρική έρευνα (Anastasiadi et Al., 2017). Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το πιο κοινό είδος καρκίνου και τη βασική αιτία για τη θνησιμότητα των γυναικών, σε παγκόσμιο επίπεδο (Akram, Daniyal, & Khan, 2017). Σε όλο τον κόσμο, σχεδόν 1,7 εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού ανιχνεύονται κάθε χρόνο ή σχεδόν μια νέα περίπτωση ανιχνεύεται κάθε 18 δευτερόλεπτα (Winters et Al., 2017).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στην Ευρώπη, πάνω από 450.000 γυναίκες θα νοσήσουν από καρκίνο στο μαστό. Περίπου 140.000 δεν θα επιβιώσουν λόγω της νόσου.

Στην ιστοσελίδα του Ευρωπαϊκού κοινοβουλίου (europarl.europa.eu), αναφέρεται ότι στην Ελλάδα, σημειώνονται περίπου 7.772 νέα περιστατικά το χρόνο, ενώ θεωρείται ότι μία στις επτά γυναίκες σε όλο τον κόσμο, θα εμφανίσει καρκίνο μαστού κάποια στιγμή της ζωής της. Ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες.

Το 2008, έγινε διάγνωση για καρκίνο του μαστού σε 1,38 εκατομμύρια νέους ασθενείς. Ένα ποσοστό πολύ κοντά στο 50% αυτών των περιπτώσεων, βρέθηκε σε αναπτυσσόμενες χώρες. Αξίζει να αναφερθεί ότι σημειώνονται πολύ μεγάλες διαφορές στα ποσοστά που αφορούν στην επιβίωση από καρκίνο του μαστού σε όλο τον κόσμο. Υπάρχει η εκτίμηση ότι η επιβίωση σε βάθος πέντε ετών είναι στο 80% για τις αναπτυγμένες χώρες, ενώ για τις χώρες υπό ανάπτυξη είναι λιγότερο από 40%. Αυτές οι χώρες έχουν να διαχειριστούν μειωμένους πόρους και πιο περιορισμένο αριθμό υποδομών. Φαίνεται, επιπλέον, ότι στις χώρες υπό ανάπτυξη, υπάρχουν περισσότερες αμφιβολίες για το κατά πόσο η αναγνώριση, η διάγνωση και η διαχείριση της νόσου, όταν γίνονται όσο το δυνατόν πιο νωρίς, συμβάλλουν σε πιο θετικά αποτελέσματα (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Τα ποσοστά θνησιμότητας διαφέρουν επιπλέον ανά τον κόσμο, με την επιβίωση να είναι

πολύ πιο περιορισμένη σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, συγκρίνοντας κανείς τα δεδομένα με αυτά από τις χώρες υψηλού εισοδήματος. Φαίνεται ότι ο καρκίνος του μαστού παραμένει ο πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως, ανεξαρτήτως κατά κεφαλήν εισοδήματος. Τα ποσοστά επίπτωσης έχουν διαφορές και η υψηλότερη επίπτωση εμφανίζεται σε περιοχές με υψηλότερο εισόδημα. Χαμηλότερη επίπτωση φαίνεται σε περιοχές με χαμηλότερο εισόδημα (Winters et Al., 2017).

Βάσει του Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η θετικότερη εξέλιξη αλλά και η επιβίωση από τον καρκίνο του μαστού, μέσω της έγκαιρης διάγνωσης, είναι ο πυρήνας της αποτελεσματικής διαχείρισης για αυτή τη νόσο (Katsura et Al., 2022).

1.2. Παθογένεια του καρκίνου του μαστού

Ο ιστός του μαστού συγκροτείται από λοβούς, δηλαδή αδένες, οι οποίοι συμμετέχουν στην παραγωγή γάλακτος, αγωγούς που λειτουργούν συνδεδεικτά για τους λοβούς με τη θηλή και τον συνδεδεικτό ιστό, λιπώδη ιστό και λεμφικό ιστό. Ο καρκίνος του μαστού προκύπτει όταν υφίσταται κάποια μη ρυθμισμένη ανάπτυξη κυττάρων σε οποιοδήποτε από τα συστατικά του μαστού, όταν παρατηρείται συχνότερη εμφάνιση στους λοβούς. Αν και με πολύ μικρότερη συχνότητα, ο καρκίνος του μαστού ενδέχεται να εμφανιστεί και στους άνδρες. Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται με το πέρασμα του χρόνου και είναι πιθανό να περάσει από μια *in situ* φάση. Είτε *in situ* είτε επεμβατική, μπορεί να αναγνωριστεί μέσα στη διαδικασία συνηθισμένων αυτοεξετάσεων μαστών, μαστογραφικού ελέγχου ή με την εμφάνιση σημείων ή συμπτωμάτων (Menta et Al., 2018).

Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού είναι διηθητικού τύπου. Οι συγκεκριμένες κακοήθειες, έχουν επέκταση τέτοια, που ξεπερνά τους πόρους και τους αδένες και φτάνει στους περιβάλλοντες ιστούς και τους λεμφαδένες. Μέχρι σήμερα, φαίνεται ότι υπάρχουν εικοσι-ένα ιστολογικά διακριτοί καρκίνοι του μαστού και τέσσερις διαφορετικές μοριακές παραλλαγές. Η επιβίωση έχει να κάνει με το στάδιο της διάγνωσης. Η επιβίωση στις ΗΠΑ είναι 89% στα 5 χρόνια, 83% στα 10 χρόνια και 78% στα 15 χρόνια. Τα ποσοστά επιβίωσης είναι σε υψηλότερο βαθμό για τα πρώιμα στάδια διάγνωσης (99% πενταετής επιβίωση στις ΗΠΑ), σε σχέση με μεταγενέστερα στάδια (26% πενταετής επιβίωση στις ΗΠΑ) (Winters et Al., 2017).

1.3. Διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Ιστορικό και φυσική εξέταση

Το κλινικό ιστορικό ασθενών με καρκίνο του μαστού, διερευνά την απειλή για καρκίνο και να αποδείξει την εμφάνιση ή την έλλειψη εκδηλώσεων, οι οποίοι είναι ενδεικτικοί για τη νόσο. Χρειάζεται να συμπεριλαμβάνει την ηλικία της έναρξης της έμμηνου ρύσης, πληροφορίες οι οποίες αφορούν στην εμμηνόπαυση, εγκυμοσύνες που έχουν προηγηθεί και ενδεχόμενη χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης κατόπιν εμμηνόπαυσης ή τη χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα. Το προσωπικό ιστορικό εμπεριέχει την ηλικία που είχε η ασθενής όταν διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού, βιοψίες μαστού και πληροφορίες για ενδεχόμενη θεραπεία άλλου είδους καρκίνου μέσω ακτινοβολίας. Το οικογενειακό ιστορικό συμπεριλαμβάνει ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών και καρκίνου του μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού. Χρειάζεται να εξετάζονται ιδιαίτερα συμπτώματα όπως ενόχληση στην περιοχή του στήθους, ενδεχόμενη ξαφνική απώλεια κιλών, ενοχλήσεις στα οστά, κούραση και εκκρίσεις θηλής. Στη φυσική εξέταση επιθεωρούνται οι μαστοί, του σημείου γύρω από το λαιμό, την κλείδα και τις μασχάλες. Οι μαστοί εξετάζονται για ενδεχόμενες παραμορφώσεις όπως εξογκώματα ή άλλες ενδείξεις καρκίνου του μαστού. Εξέταση πραγματοποιείται επίσης στους λεμφαδένες, οι οποίοι συχνά διευρύνονται σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Μορφές εξέτασης

Αυτοεξέταση

Αμφισβητείται το κατά πόσο είναι χρήσιμη η αυτοεξέταση του μαστού, καθώς δεν έχει γίνει τεκμηρίωση των θετικών αποτελεσμάτων όσον αφορά σε συνθήκες μειωμένων θανάτων (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Απεικόνιση μαστού με υπερήχους

Υπάρχουν πολλές μελέτες για την εφαρμογή του συμπληρωματικού υπερηχογραφήματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Αποκαλύπτεται σταθερά ένας σημαντικός, καθιερωμένος αριθμός ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Μοριακή απεικόνιση

Εφαρμόζεται συχνά στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Ένας από τους πιο σύγχρονους ερευνητικούς τομείς είναι η διερευνητική διαγνωστική χρήση νανοσωματιδίων και ραδιενεργών ουσιών. Η απεικόνιση νανοσωματιδίων με μαγνητική τομογραφία, τεχνικές οπτικής και πυρηνικής ιατρικής έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί ερευνητικά και κλινικά. Τα ραδιοεπισημασμένα νανοσωματίδια έχουν φανεί να είναι πολλά υποσχόμενα εργαλεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία κακοηθών διεργασιών. Τα χημειοφάρμακα όπως το 2DG και η δοξορουβικίνη σε συνδυασμό με NPs όταν επισημαίνονται με ραδιοιχνηθέτη όπως το ^{99m}Tc μπορούν να συμβάλλουν σε πιο αποτελεσματικές διαγνώσεις και θεραπείες του καρκίνου του μαστού. Ένα πολυδιάστατο σύστημα αυτού του τύπου με πολλές λειτουργίες, θα μπορούσε να έχει πολύ θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία για τον καρκίνο συνολικά (Shamsi, & Islamian, 2017).

Ηλεκτρονική τομογραφία εκπομπής ενός φωτονίου (SPECT)

Εδώ χρησιμοποιούνται μεμονωμένα ραδιονουκλίδια φωτονίων συμπεριλαμβανομένων του γαλλίου-67, του ιωδίου-131 και του τεχνικού-99 m που εκκενώνουν ακτίνες γάμμα. Είναι μια αποτελεσματική σάρωση και είναι ακριβής για όργανο περιέργειας. Είναι ακόμα δυνατό να χρησιμοποιηθεί σε όλο το σώμα, θεωρείται μια ασφαλής ως προς την ποσότητα ακτινοβολίας και είναι κατάλληλο για την ανίχνευση πρωτοπαθών και μεταστατικών καρκίνων (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET/CT)

Το PET/CT θεωρείται ασφαλές και αξιοποιεί ραδιονουκλίδια που εκπέμπουν ποζιτρόνια, συμπεριλαμβανομένου του οξυγόνου 15, του φουριδίου-18 και του άνθρακα-11. Αυτή η διεργασία αξιοποιείται σε ό,τι αφορά το πρόγραμμα για το πώς θα γίνει η διαχείριση της νόσου. Χρησιμοποιείται επίσης στην επανασταδιοποίηση μετά από υποτροπή της θεραπείας και στην παρακολούθηση της θεραπείας (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Έλεγχος με γονιδιακά πάνελ

Είναι σημαντικός για να εντοπιστούν γυναίκες με υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, αν και τα γονίδια με αποδεδειγμένη συσχέτιση με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού

μπορούν να δώσουν εξήγηση μόνο για ένα συγκεκριμένο μέρος του κληρονομικού κινδύνου. Η πρόοδος που θα έρθει μελλοντικά ως προς την αξιολόγηση υποψήφιων παραλλαγών καρκίνου του μαστού που είχαν εντοπιστεί, και στη διερεύνηση νέων, ενδέχεται να παίξει καίριο ρόλο στο να βελτιωθεί η ατομική πρόβλεψη για κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (Wendt, & Margolin, 2019).

Άλλες μέθοδοι οι οποίες χρησιμοποιούνται ευρέως στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι οι ογκικοί δείκτες, η εξέταση των υποδοχέων οιστρογόνων και προγεστερόνης, η νοσοϊστοχημεία, η μαστογραφία η οποία θεωρείται ως η πλέον χρήσιμη μέθοδος προσυμπτωματικού ελέγχου για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού, η βιοψία μαστού, η αναρρόφηση με λεπτή βελόνα, η βιοψία πυρήνα, η στερεοτακτική βιοψία πυρήνα υποβοηθούμενη με κενό, η χειρουργική βιοψία, η ψηφιακή μαστογραφία, η μαστογραφία εκπομπής ποζιτρονίων και η μαγνητική τομογραφία (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

1.4. Παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του μαστού

Γενετικοί, μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

Το φύλο

Ο ισχυρότερος, βασικότερος μη τροποποιήσιμος παράγοντας για καρκίνο του μαστού είναι το γυναικείο φύλο (Youn, & Han, 2020).

Ηλικία

Σε παγκόσμιο επίπεδο, αυτή η νόσος κορυφώνεται κοντά στην ηλικία των 60 ετών, ενώ πολύ συχνά ξεκινά στην ηλικία των 40 (Youn, & Han, 2020).

Παρά των αυξημένων πιθανοτήτων για εμφάνιση καρκίνου του μαστού στις μεγαλύτερες ηλικίες, περίπου το 7 έως 10% των γυναικών που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού είναι νεότερες από 40 ετών. Αυτός ο πληθυσμός ασθενών, έχει άλλους παράγοντες κινδύνου, βιολογία όγκου, κλινικά αποτελέσματα και συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά θέματα, όπως η προστασία της γονιμότητας, ο οικογενειακός προγραμματισμός και η επιστροφή στον εργασιακό χώρο (Rossi, Mazzara, & Pagani, 2019).

Οι νεαρές γυναίκες έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν όγκους με υψηλότερη συχνότητα αρνητικών κλινικοπαθολογικών χαρακτηριστικών (υψηλότερος ιστολογικός βαθμός, μεγαλύτερη θετικότητα στους λεμφαδένες, χαμηλότερη θετικότητα στον υποδοχέα οιστρογόνου (ER), υψηλότερα ποσοστά υπερέκφρασης Her2/neu). Επίσης, συχνά λαμβάνουν διάγνωση σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Έτσι έχουν μια λιγότερο ευνοϊκή πρόγνωση σε σύγκριση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (Radecka, & Litwiniuk, 2016).

Έρευνες δείχνουν ότι στη Λατινική Αμερική, το 20%–30% των καρκίνων του μαστού ανιχνεύονται μεταξύ 20 και 44 ετών. Παρομοίως, η αντίστοιχη ηλικία για τη διάγνωση ήταν 40-50 ετών στις ασιατικές και αφρικανικές χώρες, ενώ στις δυτικές χώρες ήταν τα 60 με 70 έτη (Youn, & Han, 2020).

Φυλή

Αν και συνολικά οι επιπτώσεις από τον καρκίνο του μαστού, είναι σχετικά πιο μικρές στις μαύρες γυναίκες, ταυτόχρονα έχουν υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο σε βάθος πέντε ετών, για κάθε γνωστό στάδιο. Οι μαύρες γυναίκες γενικά είναι πιθανότερο να εμφανίσουν έναν γενετικά επιθετικότερο τύπο καρκίνου. Αντίθετα, οι γυναίκες των νησιών της Ασίας/Ειρηνικού έχουν τη χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητας καρκίνου του μαστού. Ακόμα, φαίνεται ότι οι ντόπιοι της Αλάσκας, οι γηγενείς της Αμερικής και οι ισπανόφωνες γυναίκες, έχουν μικρότερα ποσοστά στον καρκίνο του μαστού (Winters et Al., 2017).

Πρώιμη εμμηναρχία / όψιμη εμμηνόπαυση

Η εμμηνόπαυση σε μικρότερη ή και μεγαλύτερη από τη συνηθισμένη ηλικία, ενισχύει την επικινδυνότητα για καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος σημειώνεται περίπου 20% πιο μεγάλος για εκείνες που αποκτούν την έμμηνο ρύση πριν τα 11, συγκριτικά με όσες ξεκινούν στην ηλικία των 13. Ακόμα, όσες γυναίκες περνούν εμμηνόπαυση σε ηλικία 55 ετών και άνω, διατρέχουν σχεδόν 12% πιο μεγάλο κίνδυνο συγκριτικά με όσες που την περνούν μεταξύ 50-54 ετών (Winters et Al., 2017).

Μη γενετικοί, τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

Εισόδημα, Εκπαίδευση και Ασφαλιστική Κατάσταση

Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχουν διαφορές στην επιβίωση από τον καρκίνο του μαστού με βάση το διάμεσο εισόδημα κάθε χώρας, καθώς και τον *Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης* – ένα μέτρο για την εθνική ευημερία, το οποίο υπολογίζεται από το μέσο προσδόκιμο ζωής, το βαθμό εκπαίδευσης και το κατά κεφαλήν ακαθάριστο εθνικό εισόδημα. Έρευνες έχουν δείξει ότι η αναλογία θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού, φάνηκε να είναι πολύ πιο χαμηλή σε χώρες με ιδιαίτερα υψηλό δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης, συγκριτικά με εκείνες με υψηλούς, μεσαίους και χαμηλούς δείκτες ανθρώπινης ανάπτυξης. Επιπλέον, το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να σχετίζεται με καλά αποτελέσματα του καρκίνου του μαστού. Τέλος, η περιορισμένη προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη έχει επίσης συσχετιστεί με κακά αποτελέσματα (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Αλλαγή αναπαραγωγικών προτύπων

Η αργοπορημένη τεκνοποίηση, το μικρότερο μέγεθος της οικογένειας, η μικρότερη διάρκεια του θηλασμού και τα ορμονικά αντισυλληπτικά, έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Ο θηλασμός για ένα ή περισσότερα χρόνια, περιορίζει το συνολικό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (Winters et Al., 2017).

Χρήση ορμονών στην εμμηνόπαυση

Η συνδυαστική θεραπεία οιστρογόνων και προγεστερόνης, αυξάνει την επικινδυνότητα σχετικά με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (Winters et Al., 2017).

Καπνός

Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι το κάπνισμα πριν από την εμμηνόπαυση συμβάλλει στον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Άλλες έρευνες δείχνουν ότι για τις γυναίκες που ξεκίνησαν το κάπνισμα μετά την εμμηνόπαυση, μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού, ενδεχομένως εξαιτίας της αντιοιστρογόνου λειτουργίας του καπνού (Winters et Al., 2017).

Αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ έχει συσχετιστεί με υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (Winters

et Al., 2017).

Γυμναστική και Διατροφή

Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού περιορίζεται σε γυναίκες που τακτικά εφαρμόζουν φυσική δραστηριότητα και τρέφονται με υψηλές ποσότητες φρούτων και λαχανικών. Η σχέση αυξημένου ΔΜΣ με τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, εξαρτάται από την κατάσταση της εμμηνόπαυσης. Η παχυσαρκία έχει φανεί να έχει προστατευτική δράση στην εμφάνιση προεμμηνοπαυσιακού καρκίνου του μαστού. Παρ'ολ'αυτά, έχει συσχετιστεί με αυξημένη ανάπτυξη καρκίνου του μαστού μετά την εμμηνόπαυση (Ligibel, Basen-Engquist, & Bea, 2019).

Γενετικοί Παράγοντες Κινδύνου

Μεταλλάξεις BRCA1 και BRCA2

Το σύνδρομο κληρονομικού καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών, προκύπτει πολύ συχνά από μεταλλάξεις γενετικού χαρακτήρα σε ένα από τα δύο γονίδια ευαισθησίας για τον καρκίνο του μαστού (BRCA), BRCA1 και BRCA2. Οι μεταλλάξεις εκεί μπορούν να δημιουργήσουν καρκίνο στους μαστούς και σε άλλα όργανα, όπως οι ωοθήκες, το πάγκρεας και ο προστάτης. Σχεδόν το 3% των καρκίνων του μαστού και το 10% των καρκίνων των ωοθηκών, προκαλούνται από αυτές τις γονιδιακές μεταλλάξεις. Οι γυναίκες που έχουν αυτές τις μεταλλάξεις, είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν καρκίνο μέχρι την ηλικία των 70 ετών συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, 65% με BRCA1 και 45% με BRCA 2. Γυναίκες με στενούς συγγενείς που έχουν τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού, προεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού και καρκίνο των ωοθηκών, αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού ή καρκίνο του μαστού σε άνδρα συγγενή ή πολλαπλούς συγγενείς με καρκίνο του μαστού, έχουν πολλές πιθανότητες να έχουν γονιδιακή μετάλλαξη στα BRCA1 και BRCA2 (Burststein et Al., 2021).

Τα ογκοκατασταλτικά γονίδια παίζουν σημαντικό ρόλο για τη φυσιολογική βιοφυσιολογία της ανθρώπινης λειτουργίας και ανάπτυξης. Τα ογκοκατασταλτικά γονίδια κατέχουν βασικό ρόλο όσον αφορά στη ρύθμιση και την αναστολή της κυτταρικής ανάπτυξης και πολλαπλασιασμού. Από αυτά προκύπτουν ειδικές πρωτεΐνες με ποικίλες λειτουργίες και

ειδίκευση στην επιδιόρθωση του DNA, στην έναρξη της απόπτωσης, στην παρεμπόδιση της προσκόλλησης των καρκινικών κυττάρων και στην πρόληψη της μετάστασης (Wendt, & Margolin, 2019).

Κάτω από το 10% των καρκίνων του μαστού αποδίδεται σε κληρονομική γενετική μετάλλαξη. Ο καρκίνος του μαστού έχει φανεί ότι έχει συνήθως περισσότερες συνδέσεις με παράγοντες οι οποίοι αφορούν στο περιβάλλον, την αναπαραγωγή και με τον τρόπο ζωής, κάποιοι από τους οποίους δυνητικά μπορούν να τροποποιηθούν (Rojas, & Stuckey, 2016).

1.5. Τύποι καρκίνου του μαστού

Μη διηθητικός καρκίνος του μαστού

Είναι ένας καρκίνος ο οποίος δεν έχει προβεί σε επέκταση πέρα από το λοβό ή τους πόρους όπου εμφανίζεται. Περιλαμβάνει:

Το λοβιακό καρκίνωμα in situ (LCIS)

Αυτός ο τύπος καρκίνου του μαστού εμφανίζεται σε λοβούς του μαστού. Δεν επεκτείνεται εξωτερικά των λοβών, στον ιστό του μαστού.

Καρκίνωμα του πόρου in situ

Πρόκειται για το πιο γενικό είδος μη διηθητικού καρκίνου του μαστού, που μένει περιορισμένο στον πόρο του μαστού. Προκύπτει όταν εξελίσσονται άτυπα κύτταρα μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους τα οποία δεν έχουν προχωρήσει κοντά στον ιστό ή έξω (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Διηθητικός καρκίνος του μαστού

Προκύπτει όταν μη φυσιολογικά κύτταρα μέσα από τους λοβούς ή τους γαλακτοφόρους πόρους διασπώνται σε κοντινή απόσταση από τον ιστό του μαστού. Τα καρκινικά κύτταρα ενδέχεται να προωθηθούν μέσω του μαστού σε διάφορα σημεία του σώματος μέσω του ανοσοποιητικού συστήματος ή της συστηματικής κυκλοφορίας. Μπορούν να περάσουν νωρίς κατά την ανάπτυξη, όταν ο όγκος είναι λεπτός ή αργότερα όταν ο όγκος είναι πολύ μεγάλος. Ο διηθητικός καρκίνος του μαστού είναι το πιο σύνηθες γενικό καρκίνωμα στις

γυναίκες. Περιλαμβάνει:

Το διογκούμενο λοβιακό καρκίνωμα (ILC)

Το διογκούμενο καρκίνωμα του πόρου

Το μυελικό καρκίνωμα

Το βλεννώδες καρκίνωμα

Το σωληναριακό καρκίνωμα

Το φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού

Τη νόσο Paget του μαστού

Το Phyllodes όγκο

Τον τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού

Την παθογένεση του καρκίνου του μαστού (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Οι καρκίνοι του μαστού, συχνά αποτελούνται από πολλούς υποτύπους και αυτές οι διαφορετικές μορφές ασθένειας δυνητικά έχουν δυναμικό χαρακτήρα, εξαιτίας της πλαστικότητας των καρκινικών κυττάρων του μαστού. Η εφαρμογή τεχνολογιών μονοκυττάρων για τη διάγνωση θα είναι χρήσιμη σε μια τέτοια συνθήκη (Yeo, & Guan, 2017).

1.6. Στάδια καρκίνου του μαστού

Τα στάδια του καρκίνου του μαστού έχουν να κάνουν με το μέγεθος και τον τύπο του όγκου και με το πόσο έχουν διεισδύσει τα καρκινικά κύτταρα στους ιστούς του μαστού.

Στάδιο 0

Πρόκειται για το μη επεμβατικό στάδιο του όγκου όπου, τόσο τα καρκινικά όσο και τα μη καρκινικά κύτταρα συνυπάρχουν μέσα στα όρια του μέρους του μαστού στο οποίο ξεκινά να εμφανίζεται ο όγκος και δεν έχουν σημειωθεί ενδείξεις προώθησης τους στους κοντινούς ιστούς αυτού του τμήματος. Παράδειγμα αυτού του σταδίου όγκου είναι το καρκίνωμα των πόρων in situ (DCIS).

Στάδιο 1

Εδώ το διηθητικό καρκίνωμα του μαστού και η μικρή προώθηση είναι πιθανή. Αποτελείται από δύο στάδια, το 1A και το 1B. Το 1A αφορά στον όγκο που είναι έως 2 cm και κανέναν από τους λεμφαδένες δεν έχει κάποια εμπλοκή μαζί του, ενώ το στάδιο 1B αφορά στην περίπτωση όπου ένα μικρό σύνολο καρκινικών κυττάρων μεγαλύτερα από 0,2 mm εμφανίζεται σε λεμφαδένα.

Στάδιο 2

Το Στάδιο 2 αποτελείται κι αυτό δύο κατηγορίες, 2A και 2B. Στο Στάδιο 2A, ο όγκος εντοπίζεται στους μασχαλιαίους λεμφαδένες ή στους φρουρούς λεμφαδένες αλλά δεν εμφανίζεται όγκος στο μαστό. Ο όγκος μπορεί να είναι μικρότερος ή μεγαλύτερος από 2 cm αλλά όχι πιο πολύ από 5 cm. Στο στάδιο 2B, ενδέχεται να είναι μεγαλύτερος από 5 cm, αλλά δεν μπορεί να προσεγγίσει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Στάδιο 3

Έχει χωριστεί σε τρεις υποκατηγορίες, 3A, 3B και 3C. Στο στάδιο 3A δεν υπάρχει όγκος στο μαστό, αλλά μπορεί να βρεθεί σε 4-9 μασχαλιαίους λεμφαδένες ή σε λεμφαδένες φρουρούς, ενώ στο στάδιο 3B ο όγκος μπορεί να είναι οποιουδήποτε μεγέθους αλλά έχει προκαλέσει οίδημα ή έλκος στο δέρμα του μαστού και μπορεί να έχει εξαπλωθεί έως και 9 μασχαλιαίους λεμφαδένες ή στους λεμφαδένες φρουρούς. Το στάδιο 3B μπορεί να θεωρηθεί ως φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού με κάποια χαρακτηριστικά να είναι το κόκκινο, ζεστό και πρησμένο δέρμα του μαστού. Στο στάδιο 3C ο όγκος εξαπλώνεται σε έως και 10 ή περισσότερους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Ακόμα, εμπλέκονται οι λεμφαδένες πάνω και κάτω από την κλείδα.

Στάδιο 4

Πρόκειται για το προχωρημένο και μεταστατικό στάδιο, όπου ο καρκίνος εξαπλώνεται σε άλλα όργανα όπως οι πνεύμονες, τα οστά κλπ. (Trayes, & Cokenakes, 2021).

1.7. Θεραπεία καρκίνου του μαστού

Ιατρική Ογκολογία

Διατίθενται πολλά είδη φαρμάκων όσον αφορά στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Τα χαρακτηριστικά του όγκου και η το πόσο έχει επεκταθεί η νόσος παίζουν καθοριστικό ρόλο για το πώς θα εφαρμοστούν η σύσταση, η συστηματική χημειοθεραπεία, η ενδοκρινική θεραπεία ή η θεραπεία κατευθυνόμενη από το HER2. Για παράδειγμα, όταν πρόκειται για καρκίνο του μαστού σε αρχικό στάδιο, ιδιαίτερες πληροφορίες που αξιοποιούνται είναι η κατάσταση ER, PR και HER2, η συμμετοχή των λεμφαδένων και το μέγεθος του όγκου. Για τη νόσο προχωρημένου σταδίου, η κατάσταση που βρίσκεται ο υποδοχέας και οι μεταστατικές θέσεις είναι οι βασικότεροι παράγοντες για τη θεραπεία (McDonald, Et Al., 2016).

Χειρουργική επέμβαση

Ο βασικότερος τρόπος για την τοπική και περιφερειακή θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι η χειρουργική επέμβαση. Στις αρχές του 20ου αιώνα, οι γυναίκες που λάμβαναν διάγνωση για καρκίνο του μαστού συχνά υποβάλλονταν σε ολική μαστεκτομή, όπως περιέγραψε πρώτος ο William Stewart Halsted το 1894. Η χειρουργική συντήρηση μαστού (BCS) προωθήθηκε από τους Fischer et al. και Veronesi et al., οι οποίοι σημείωσαν ότι οι πιθανότητες να επιβιώσει κανείς έχοντας υποβληθεί σε ογκεκτομή και ακτινοβολία, ισοδυναμούν με τις πιθανότητες εκείνων που υποβάλλονται σε μαστεκτομή στη θεραπεία του αρχικού καρκίνου του μαστού. Ο καλύτερος έλεγχος του καρκίνου του μαστού έφερε διαγνώσεις μη ψηλαφητών καρκίνων, καταδεικνύοντας την ανάγκη για να αναπτυχθεί μια προσέγγιση εντοπισμού για χειρουργική θεραπεία (Barrios, Reinert, & Werutsky, 2018).

Με τα ως τώρα δεδομένα, δεν είναι δυνατό να υπάρξουν οριστικά συμπεράσματα σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους της χειρουργικής επέμβασης μαστού για γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Μέχρι να την ολοκλήρωση των συνεχιζόμενων κλινικών δοκιμών, η επιλογή για υποβολή σε χειρουργική επέμβαση μαστού σε αυτές τις γυναίκες, χρειάζεται να εξατομικεύεται συνυπολογίζοντας τους πιθανούς κινδύνους, τα οφέλη και το κόστος κάθε παρέμβασης (Tosello, 2018).

Προσεγγίσεις για τη διατήρηση του μαστού

Η εντόπιση με σύρμα ενός όγκου του μαστού είναι κυρίαρχος πυλώνας του BCS.

Πραγματοποιείται συνήθως από ακτινολόγο μαστού την ημέρα της επέμβασης. Παράγοντες που έχουν να κάνουν με την αισθητική και τον αποτελεσματικό εντοπισμό του όγκου, καθοδηγούν την εκτέλεση της χειρουργικής τομής στο στήθος. Σε γυναίκες με μεγαλύτερο στήθος, η ευρεία εκτομή δύναται να γίνει με μια ογκοπλαστική επέμβαση και συχνά συμπεριλαμβάνει μείωση του μαστού. Η εν λόγω διαδικασία προωθήθηκε από τους Silverstein et al. για τη χειρουργική αντιμετώπιση του *in situ* καρκίνου του μαστού με στόχο να ληφθούν χειρουργικά περιθώρια άνω του 1 cm και να αποφευχθεί η ακτινοβολία σε όλο το μαστό (McDonald, Et Al., 2016).

Προσεγγίσεις που δεν συντηρούν το στήθος

Για τις πολλές από τις γυναίκες με καρκίνο στο μαστού που διαγνώστηκε κατά τη διάρκεια προληπτικού ελέγχου και σε αρχικό στάδιο, η μαστεκτομή είναι μια από τις επιλογές τους. Επιπλέον, η μαστεκτομή ενδέχεται να είναι μονόδρομος για όσες έχουν υποβληθεί σε ακτινοβολία στην πλευρά που έχει πληγεί (για προγενέστερο καρκίνο του μαστού ή λέμφωμα Hodgkin) ή για γυναίκες με μικρότερο μαστό σε συνθήκη μεγάλου πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού, εκτεταμένων ασβεστώσεων ή πολυκεντρικής νόσου. Γυναίκες οι οποίες έχουν διαγνωστεί με μεγάλο πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού με απουσία εκτεταμένων συσχετισμένων κακοηθών αποτινατώσεων, η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία ίσως να περιορίσει τον πρωτοπαθή καρκίνο και έτσι να μπορέσει να διατηρηθεί ο μαστός. Οι πιο πολλές γυναίκες που προχωρούν σε μαστεκτομή δύνανται να προχωρήσουν στη διαδικασία της άμεσης αποκατάστασης. Η χειρουργική προσέγγιση είναι διαφορετική για όσες δεν επιλέγουν την αποκατάσταση. Για εκείνες που προχωρούν σε άμεση αποκατάσταση, μπορεί να γίνει μαστεκτομή με ή χωρίς διατήρηση της θηλής. Η μαστεκτομή της θηλής είναι ογκολογικά ασφαλής για *in situ* ή σταδίου I και II διηθητικούς καρκίνους (McDonald, Et Al., 2016).

Χημειοθεραπεία

Πρόκειται για τη διαδικασία όπου χρησιμοποιούνται ειδικά φάρμακα ώστε να θανατώνονται καρκινικά κύτταρα. Υπάρχει η δυνατότητα χορήγησης πριν και μετά την επέμβαση, ανάλογα με την κατάσταση που βρίσκεται ο ασθενής (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Θερμοχημειοθεραπεία

Η διαχείριση θερμότητας Medifocus σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία αύξησε τη συρρίκνωση του μέσου καρκίνου στο σκέλος της θερμοχημειοθεραπείας στο 88,4%, ενώ μόνο για τη χημειοθεραπεία η συρρίκνωση του διάμεσου καρκίνου ήταν 58,8%. Για το σκέλος διαχείρισης θερμικής χημειοθεραπείας, περίπου το 80% των καρκίνων του μαστού είχαν μείωση του μεγέθους του καρκίνου κατά 80% ή περισσότερο, σε σύγκριση με μόλις 20% για τη χημειοθεραπεία μόνο (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

HER2-Directed Θεραπεία

Για το HER2-θετικό καρκίνο του μαστού, η τραστουζουμάμπη, ένα ειδικό μονοκλωνικό αντίσωμα, λειτουργεί θετικά ως προς την επιβίωση ανθρώπων με καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου και χρειάζεται να χορηγείται επιπλέον της χημειοθεραπείας (Takada, & Toi, 2020).

Ενδοκρινική Θεραπεία

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού θετικό σε ER ή PR χρειάζονται ενδοκρινική θεραπεία, όπως ένας αναστολέας αρωματάσης, για το λιγότερο 5 χρόνια (McDonald, Et Al., 2016).

Νεοεπικουρική Θεραπεία

Κάποιες από τις ενδείξεις για νεοεπικουρική θεραπεία είναι: όγκος μεγαλύτερος από 5 cm σε ασθενή που επιλέγει να διατηρήσει το μαστό του, όγκος στο θωρακικό τοίχωμα, τοπικά προχωρημένη νόσος και φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού. Για ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο, όπου η χημειοθεραπεία θα λειτουργήσει υπερβολικά τοξικά αλλά έχουν ιάσιμο καρκίνο του μαστού ακόμα, μπορεί επιπλέον να εφαρμοστεί νεοεπικουρική ενδοκρινική θεραπεία (McDonald, Et Al., 2016).

Ο αποκλεισμός του ανοσοποιητικού σημείου ελέγχου, φαίνεται να είναι πολλά υποσχόμενος για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, απεικονίζοντας τη δυνατότητα αξιοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος για κλινικό όφελος. Οι ανταγωνιστές της οδού PD-1/PD-L1 μπορούν να προκαλέσουν ανθεκτικές κλινικές αποκρίσεις σε ορισμένους ασθενείς με καρκίνο του μαστού με μεταστατικό TNBC. Τόσο η επικύρωση αυτών των πρώιμων ευρημάτων όσο και οι προσπάθειες επέκτασης της ανοσοθεραπείας σε ασθενείς με HER-2+ και καρκίνο του μαστού, βρίσκονται σε εξέλιξη. Επιπλέον, έχουν ήδη ξεκινήσει κλινικές

δοκιμές που αξιολογούν την ενσωμάτωση της ανοσοθεραπείας στις επικουρικές και νεοεπικουρικές ρυθμίσεις (Emens, 2018).

Θεραπεία Μεταστατικής Ασθένειας

Καθώς η μεταστατική νόσος δεν αντιμετωπίζεται ως ιάσιμη, ο στόχος της θεραπείας εδώ είναι η παράταση της ζωής με όσο το δυνατόν λιγότερα συμπτώματα και παρενέργειες. Οι νοσούντες από HER2 θετικό μεταστατικό καρκίνο του μαστού χρειάζονται ταξάνη μαζί με τραστουζουμάμπη και περτουζουμάμπη ως κύρια θεραπεία. Άλλες θεραπείες μπορεί να περιλαμβάνουν τραστουζουμάμπη-εμαντίνη, λαπατινίμπη ή τραστουζουμάμπη με άλλα χημειοθεραπευτικά μονού παράγοντα. Η μόνη κατηγορία παραγόντων που διατίθεται σε ασθενείς με ER-, PR- και HER2-αρνητικό καρκίνο του μαστού είναι η χημειοθεραπεία (McDonald, Et Al., 2016).

Η νανοτεχνολογία αναμένεται να έχει μεγάλη συμμετοχή στη σύγχρονη θεραπεία για καρκίνους, συμπεριλαμβανομένου του μεταστατικού καρκίνου του μαστού. Τα νανοσωματίδια μπορούν να στοχεύουν και να οπτικοποιούν τις μεταστάσεις σε διάφορα όργανα και να προσφέρουν θεραπευτικούς παράγοντες. Στοχεύοντας στα καρκινικά βλαστοκύτταρα, τα νανοσωματίδια καταφέρνουν να θεραπεύουν ανθεκτικούς όγκους με πολύ μικρή τοξικότητα σε υγιείς ιστούς και όργανα. Τα νανοσωματίδια είναι επίσης σε θέση να ενεργοποιήσουν τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος για την καταπολέμηση των όγκων (Mu, Wang, & Zhang, 2017).

Αφαίρεση των ωοθηκών ως μια μορφή ενίσχυσης της θεραπείας του καρκίνου του μαστού.

Υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης στη διαχείριση του καρκίνου του μαστού

Η ανάλυση υποδοχέα οιστρογόνου είναι πλέον μια συνηθισμένη μέθοδος για τη θεραπεία σύνθετου καρκίνου του μαστού. Οι όγκοι που δεν έχουν υποδοχέα οιστρογόνου εμφανίζουν περιστασιακές αντιδράσεις στην ενδοκρινική θεραπεία, ενώ ποσοστά 50-60% δείχνουν βελτίωση σε όγκους θετικούς σε υποδοχείς οιστρογόνων (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Θεραπεία με αντι-οιστρογόνα

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε τύπους καρκίνου που βρίσκονται υπό την επιρροή ορμονών

και ο όγκος έχει ορμονικούς υποδοχείς όπως υποδοχείς οιστρογόνων (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Ακτινοβολία

Οι ολοένα εξελισσόμενες τεχνικές ακτινοβολίας βοηθούν στη μείωση των ποσοστών τοπικής υποτροπής και μειώνουν την οριακή απώλεια και την κλιμάκωση της δόσης ακτινοβολίας, με ενίσχυση της κλίνης του όγκου, όταν κρίνεται εφικτό (Peart, 2015).

Ακτινοβολία μετά από BCS

Έρευνες δείχνουν ότι τα ποσοστά υποτροπής με BCS, είναι υψηλότερα από εκείνα με BCS συνδυαστικά με θεραπεία με ακτινοβολία. Επιπλέον, οι πιθανότητες επιβίωσης είναι καλύτερες για ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του μαστού (Peart, 2015).

Περιφερειακή Ακτινοβολία Κόμβων

Ακτινοβολία μετά τη μαστεκτομή

Συνιστάται ως επικουρική θεραπεία όταν καταγράφονται κλινικοί ή παθολογικοί παράγοντες που μπορεί να φέρουν έναν μέσο έως υψηλό κίνδυνο υποτροπής (McDonald, Et Al., 2016).

Συντόμευση μήκους ακτινοβολίας

Στόχος εδώ είναι η διατήρηση των υψηλών ποσοστών τοπικού ελέγχου, η μείωση του διαστήματος θεραπείας, του κόστους και η ενίσχυση της περίθαλψης (McDonald, Et Al., 2016).

Taxol

Το Taxol αξιοποιείται στη θεραπεία των καρκίνων των ωοθηκών και δοκιμαστικά στους μεταστατικούς καρκίνους του μαστού (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

Ανθρακυκλίνες

Οι ανθρακυκλίνες προτείνονται συχνά για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Λειτουργούν με ένζυμα που έχουν να κάνουν με την αντιγραφή του DNA, με στόχο τον διαχωρισμό και τη δημιουργία νέων κυττάρων. Η επιρουβική και η δοξορουβική είναι τα

πιο συνηθισμένα φάρμακα στους καρκίνους του μαστού. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού ζητούν κάποιες φορές να αξιοποιήσουν συμπληρωματικές θεραπείες μαζί με την ιατρική τους θεραπεία. Για τις θεραπείες αυτές συχνά δεν γίνεται διερεύνηση σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. Μερικές γυναίκες θεωρούν ότι έχουν ωφεληθεί από αυτές τις θεραπείες. Η χρήση βιταμινών, η κατανάλωση συμπληρωμάτων διατροφής, η γιόγκα, ο διαλογισμός, η οπτικοποίηση, η χρήση συμβατικών φαρμάκων και ο βελονισμός συμπεριλαμβάνονται σε αυτές τις συμπληρωματικές θεραπείες (Akram, Daniyal, & Khan, 2017).

1.8. Πρόληψη καρκίνου του μαστού

Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη έχει να κάνει με την εξάλειψη των αιτιών που προκαλούν την εμφάνιση της νόσου και τη θωράκιση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος στον πληθυσμό (Kolak, et Al., 2017).

Διατροφή

Οι σχετικές συστάσεις αναφέρουν ότι, μια ισορροπημένη διατροφή η οποία θα συμβάλλει στο να προληφθεί ο καρκίνος, είναι μια διατροφή που συντελεί στο να συντηρήσει κανείς ένα σωστό σωματικό βάρος, πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, δημητριακά και όσπρια, ενώ συμπεριλαμβάνει λίγο κόκκινο κρέας και λίγο αλάτι και δεν καθόλου επεξεργασμένο κρέας (Kolak, et Al., 2017).

Αλκοόλ

Ο κίνδυνος για καρκίνο επηρεάζεται αρνητικά, αναλογικά με τη χρήση του αλκοόλ συνδυαστικά με βιολογικούς μηχανισμούς (Kolak, et Al., 2017).

Σωματική δραστηριότητα

Η σωματική δραστηριότητα έχει θετική επίδραση στην ψυχική υγεία εκείνων που νοσούν από κακοήθεις όγκους. Η σωματική άσκηση και οι προσπάθειες για την καλύτερη διαχείριση του βάρους, έχουν κρίσιμη σημασία, τόσο για τη ελάττωση του κινδύνου καρκίνου του μαστού όσο και για τη ενίσχυση των θετικών αποτελεσμάτων (Ligibel, Basen-Engquist, & Bea, 2019).

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού μέσα από παρεμβάσεις στους τροποποιήσιμους παράγοντες του τρόπου ζωής, δεν έχει εδραιωθεί στις περισσότερες χώρες. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής ενδέχεται να προκαλέσουν απρόβλεπτες εμπειρίες αποτυχίας σε γυναίκες που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού παρά τις προσπάθειές τους να έχουν έναν υγιή τρόπο ζωής. Φαίνεται ότι χρειάζονται καλά εκπαιδευμένοι σύμβουλοι κινδύνου, όταν επικοινωνείται ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού, προκειμένου να υπάρχουν ρεαλιστικές προσδοκίες (Borgquist et Al., 2018).

Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη έχει ως στόχο το τέλος της ανάπτυξης της νόσου πριν εμφανιστούν πλήρη συμπτώματα, ώστε να αποτραπεί η ανάπτυξη ενός κακοήθους όγκου. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι το κύριο μέσο εδώ, για ομάδες του υγιούς πληθυσμού με μεγαλύτερο κίνδυνο. Το κύριο αποτέλεσμα είναι ο περιορισμός της θνησιμότητας από καρκίνο, λόγω πρώιμης ανίχνευσης. Μέσα που αξιοποιούνται: μαστογραφία, υπερηχογράφημα (USG), μαγνητική Τομογραφία (MRI), αυτοεξέταση Μαστού (Merino Bonilla, Torres Tabanera, & Ros Mendoza, 2017).

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί. Εκτός από τον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου, η λήψη χημειοπροφύλαξης είναι ένα από τα κύρια μέτρα για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, θα χρειαστεί πολλή προσπάθεια για την ευαισθητοποίηση του κόσμου σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Μόνο το 4,1% των γυναικών υψηλού κινδύνου δείχνουν προθυμία να αξιοποιήσουν φάρμακα χημειοπροφύλαξης. Ο φόβος για δυσάρεστες παρενέργειες και η απουσία κατανόησης του καρκίνου του μαστού, ενισχύουν αυτήν την απροθυμία (Sun et Al., 2017).

Ο ρυθμός που προοδεύει η κατανόησή μας για τη βιολογική πλευρά του κινδύνου και της εξέλιξης του καρκίνου του μαστού, ενδέχεται να ανοίξει νέους δρόμους σε σχέση με την πρόληψη τα επόμενα χρόνια. Ένα βασικό ζήτημα, είναι πώς θα γίνει η εφαρμογή όσων ήδη έχουμε μάθει, σχετικά με την πρόληψη σε συγκεκριμένους πληθυσμούς γυναικών. Για να εφαρμοστεί η χημειοπροστασία, πρέπει να υπάρχουν τρόποι για την εκτίμηση του κινδύνου, για να εξηγηθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της θεραπείας και για να

προταθούν οι κατάλληλες θεραπείες. Χρειάζεται να επικοινωνούνται ανοιχτά οι κίνδυνοι και τα οφέλη της αλλαγής στον τρόπο ζωής (Howell et Al., 2014).

Ο, χωρίς καμία αμφιβολία, τεράστιος αντίκτυπος του καρκίνου του μαστού και η δυναμική συνθήκη της παγκοσμιοποίησης, αποτελούν ευκαιρίες για τη διαχείριση βασικών προτεραιοτήτων παγκόσμιας υγείας, όπως η ενίσχυση της ανεξάρτητης ακαδημαϊκής έρευνας και της ένταξης σε κλινικές δοκιμές. Ο προσδιορισμός τόσο των παγκόσμιων όσο και των περιφερειακών αναγκών, κρίνεται απαραίτητος για την πρόοδο των ερευνών που αφορούν στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου του καρκίνου του μαστού (Barrios, Reinert, & Werutsky, 2018).

Κεφάλαιο Δεύτερο: Ψυχική Ανθεκτικότητα

2.1. Ψυχική ανθεκτικότητα: εννοιολογική προσέγγιση

Η ανθεκτικότητα είναι μια σχετικά καινούρια έννοια η οποία δεν είναι επαρκώς αποσαφηνισμένη, παρά το ότι η χρήση της ολοένα και αυξάνεται στον καθημερινό λόγο και στα πλαίσια διαφόρων επαγγελμάτων. Ο όρος είναι δανεισμένος από τις τεχνικές επιστήμες στην ψυχολογία και στην ψυχιατρική. Σε ό,τι αφορά στα υλικά, η ανθεκτικότητα έχει να κάνει με το κατά πόσο το υλικό δύναται να επιστρέψει στην προγενέστερή του μορφή, αφού λυγίσει ή πιεστεί («η αντοχή ή δυνατότητα επαναφοράς στην αρχική μορφή ή θέση μετά κάμψη, συμπίεση ή τέντωμα»). Διάφοροι ερευνητές συγκλίνουν στο ότι η ανθεκτικότητα είναι ένα ιδιαίτερα περίπλοκο φαινόμενο, το οποίο αλλάζει μέσα στο χρόνο και τις συνθήκες, κατά συνέπεια δεν μπορούμε να το εκλάβουμε ως μονοδιάστατη έννοια. Στην ψυχολογία, η ανθεκτικότητα θεωρείται η ικανότητα ενός ανθρώπου να διαχειριστεί θετικά το άγχος και τις δυσκολίες του και να επανέλθει σε μια καλή κατάσταση (Babić et Al., 2020).

Εκείνος που θεμελίωσε τη θεωρία της ανθεκτικότητας, είναι ένας κλινικός ψυχολόγος από τις ΗΠΑ, ο Norman Garmezy, και μετά από αυτόν, πολλοί ήταν εκείνοι που εξέλιξαν τη θεωρία του. Η ανθεκτικότητα δεν είναι έμφυτη, κάθε άτομο έχει ανθεκτικότητα σε ένα βαθμό και διαθέτει τη δυνατότητα να τη βελτιώσει. Αποτελείται από επτά τομείς, την αισιόδοξη σκέψη, τη στάση αποδοχής, την προτεραιοποίηση της επίλυσης προβλημάτων, τους μηχανισμούς άμυνας, την ικανότητα για συγχώρεση, την υπεύθυνη στάση και το σχεδιασμό ενός καλύτερου μέλλοντος. Τα άτομα με ανθεκτικότητα, έχουν την τάση να είναι αισιόδοξα, να κοιτούν όσα βιώνουν από μια οπτική της αξιοποιήσιμης εμπειρίας, να εστιάζουν στα ξεχωριστά τους πλεονεκτήματα, να αξιοποιούν την εποικοδομητική κριτική, να δημιουργούν στενές και συνεκτικές σχέσεις με άλλους, να αναπτύσσουν κοινωνικές δεξιότητες και να αναγνωρίζουν και αποδέχονται τα συναισθήματά τους (Babić et Al., 2020).

Οι πρώτες έρευνες για την ανθεκτικότητα εστίασαν στην κατανόηση γιατί μόνο κάποια άτομα μπορούν να διαχειρίζονται τις αντιξοότητες θετικά. Αναπτύχθηκε η ιδέα ότι η ανθεκτικότητα είναι κάτι πολύ παραπάνω από την ικανότητα να εξακολουθεί κάποιος να

εξελίσσει τις δεξιότητές του, παρά τις δυσκολίες ή να διαχειρίζεται το τραύμα, θωρακίζοντας τον εαυτό του από την επιρροή των εξωτερικών συνθηκών. Είναι περισσότερο μια ικανότητα να αντιδρά κανείς θετικά παρά τις αντιξοότητες, μετουσιώνοντάς τις σε ευκαιρίες εξέλιξης. Κατά συνέπεια, η ψυχική ανθεκτικότητα έχει να κάνει με μια δυναμική διαδικασία, η οποία αποτελεί μια αλλαγή που δίνει τη δυνατότητα σε κάποιον να εντοπίσει μια καινούρια ισορροπία και να αναπτυχθεί με θετικό τρόπο. Ενώ λαμβάνει χώρα αυτή η διεργασία προς την αλλαγή, το άτομο αποκτά καινούριες ικανότητες και μια αίσθηση ότι μπορεί να λειτουργεί αποτελεσματικά (Sisto et Al., 2019).

Ο όρος ανθεκτικότητα αξιοποιείται πολύ συχνά στη βιβλιογραφία της Ψυχολογίας, ώστε να προσδιορίσει τρία διαφορετικά είδη συνθηκών: 1. Θετικό αποτέλεσμα παρά την ύπαρξη κινδύνου 2. Συνεχής θετική συνθήκη και λειτουργικότητα παρά τις δύσκολες καταστάσεις και 3. Επαναφορά μετά από κάποιο τραύμα. Αυτή η έννοια της ανθεκτικότητας προσδιορίζεται ως “επιτυχής προσαρμογή παρά δυστυχία” (Tay, & Lim, 2020).

Η ανθεκτικότητα δεν ορίζεται εύκολα και δεν υπάρχει απλός ορισμός, αφού ο όρος αφορά σε ένα εύρος χαρακτηριστικών, έχει μεγάλη περιεκτικότητα και σημασία. Το όνομα έχει προέλθει από την αγγλική λέξη «resilience». Η λέξη μεταφράζεται ποικιλοτρόπως, αλλά συχνότερα σημαίνει «η ικανότητα ανάκαμψης». Αφορά σε προσωπικά χαρακτηριστικά που βοηθούν το άτομο να εξελίσσεται ενώ αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα. Η ανθεκτικότητα είναι μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων, που οδηγούν σε θετικά σημεία εξέλιξης. Είναι μια θετική προσαρμοστικότητα, μετά από καταστάσεις στρες και δείχνει την ανάπτυξη παρά τις σκληρές εμπειρίες, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται θετικά στις αλλαγές, να αντιστέκεται στην αρνητική επίδραση καταστάσεων στρες και το να αποφεύγονται αξιοσημείωτες δυσλειτουργίες. Η επίγνωση του προβλήματος, ο πόνος και η διαρκής προσπάθεια για την αποφυγή των προαναφερθέντων παραμένουν, έτσι η ανθεκτικότητα είναι η δύναμη να διαχειριστεί κανείς ένα πρόβλημα και να συνεχίζει τη ζωή του. Η ανθεκτικότητα λειτουργεί σε συνάρτηση με τις γενικές αναπτυξιακές διαδικασίες, τις σχέσεις με σημαντικούς άλλους και τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής ενός ατόμου. Η ανάπτυξη της ανθεκτικότητας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ανάπτυξη της προσωπικότητας συνολικά (Babić et Al., 2020).

Ο Antonovsky, υποστήριξε ότι το άγχος είναι ένα φαινόμενο το οποίο δεν μπορεί να αποφευχθεί. Ωστόσο, ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων καταφέρνει να εντοπίσει μια δική του ισορροπία, να εξελιχθεί και να διατηρήσει μια συνθήκη ευημερίας, παρά τις δυσκολίες. Έτσι, ο συγγραφέας τόνισε τη σημασία να εστιάσει η έρευνα στα στοιχεία που προωθούν αυτή την εξέλιξη και βρίσκονται στην πηγή της υγείας. Η συζήτηση συνεχίζεται μεταξύ εκείνων που βλέπουν την ανθεκτικότητα ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και εκείνων που την βλέπουν ως μια δυναμική διαδικασία που διαφέρει, αναλογικά με τα πλαίσια στα οποία κινούμαστε (Sisto, et Al., 2019).

Είναι χρήσιμο να έχουμε κατά νου την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή ανθεκτικότητα. Στον τομέα της υγείας, η πρωταρχική ανθεκτικότητα συνδέεται με τη διατήρηση της ισορροπίας και της υγείας, που διασφαλίζουν την ευημερία. Η δευτερογενής ανθεκτικότητα αφορά στις διαδικασίες που μας βοηθούν να διαχειριζόμαστε με επιτυχία προβλήματα και ασθένειες ώστε να αποκαταστήσουμε την υγεία και την ψυχοσωματική αρμονία μας. Η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών σχετίζεται με την κατάκτηση της σοφίας της ζωής, την ύπαρξη θετικής σκέψης αισιοδοξίας, την ενθάρρυνση για αγάπη και ευγνωμοσύνη, την εστίαση στο μέλλον, την επένδυση στη ζωή και το πραγματικό της νόημα. Η τριτογενής ανθεκτικότητα αφορά στην ικανότητα του ατόμου να ζει με χαρά και δημιουργικότητα, παρά την παρουσία μίας ή περισσότερων χρόνιων ασθενειών. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο δρα και προσαρμόζεται με θετικό τρόπο στην ύπαρξη αντικειμενικών περιορισμών. Κάθε άνθρωπος είναι ένα μοναδικό ον που στοχεύει στην αυτοπραγμάτωση, την επίγνωση εαυτού, τη διατήρηση της ακεραιότητάς του, τον αυτοέλεγχο και τη αποτελεσματική αυτοδιαχείρισή του. Η ανθεκτικότητα μπορεί να βελτιωθεί και να διατηρηθεί με την κατάλληλη εκπαίδευση (Babić et Al., 2020).

Φαίνεται ότι το να είναι κανείς ανθεκτικός, έχει να κάνει με το να ανακατασκευάζει την πορεία της ζωής του, βρίσκοντας μια καινούρια ισορροπία και δημιουργώντας χρήσιμες αλλαγές. Οι πέντε μακρο-περιοχές που εντοπίστηκαν, εμπερικλείουν όσα έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία πρόσφατα σχετικά με τον προσδιορισμό της έννοιας της ανθεκτικότητας. Κάθε μακρο-κατηγορία στέκεται σε μια συγκεκριμένη ποιότητα της δομής της ανθεκτικότητας, συμβάλλοντας στην ανάδειξη της περιπλοκότητάς της και των πολλών επιδράσεών της σε όλα τα αλληλεπιδρώντα πλαίσια:

- 1 Δυνατότητα ανάκαμψης
- 2 Είδος λειτουργίας που αφορά στο άτομο
- 3 Δυνατότητα να αναπηδήσει
- 4 Δυναμική διεργασία που αναπτύσσεται με το πέρασμα του χρόνου
- 5 Προσαρμοστικότητα στις καταστάσεις ζωής (Sisto, et Al., 2019).

Στην ιατρική, η ανθεκτικότητα προσδιορίζεται ως η ικανότητα κάποιου να αναρρώσει όταν έχει μια ασθένεια. Η ανθεκτικότητα μπορεί να προσδιοριστεί ως ένα σύνολο παραγόντων με προστατευτικό χαρακτήρα. Πρόκειται για ένα αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχικής υγείας και της υγείας γενικότερα, της ευεξίας και της ποιότητας ζωής. Η ανθεκτικότητα είναι μια δυναμική και ευέλικτη διαδικασία, η οποία εξελίσσεται σταδιακά κατά τη διάρκεια της ζωής, με τη διαχείριση στρεσογόνων γεγονότων. Οι άνθρωποι μπορεί να είναι ανθεκτικοί σε έναν τομέα και όχι σε άλλους, ή για μια χρονική περίοδο αλλά όχι σε άλλες (Babić et Al., 2020).

2.2. Παράγοντες εμφάνισης ψυχικής ανθεκτικότητας

Βιολογικοί Παράγοντες

Φαίνεται ότι η κατάσταση της υγείας με μια αντικειμενική ματιά, όπως η κακή υγεία και η ύπαρξη περιορισμών στις οργανικές καθημερινές δραστηριότητες, ενδεχομένως να επιδρούν αρνητικά την ψυχική ανθεκτικότητα. Με παρόμοιο τρόπο, η υποκειμενική κατάσταση της υγείας, όπως προκύπτει από τα αυτοαξιολογημένα επίπεδα υγείας και ενέργειας, συνδέεται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα. Ακόμα, η διατήρηση μιας καλής φυσικής κατάστασης, είναι ένας ακόμα τρόπος για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας (Tay, & Lim, 2020).

Ο Resnick αναφέρει ότι οι κοινωνικές σχέσεις σε κάποιες περιπτώσεις επιτρέπουν σε κάποιον να ξεπεράσει τις σωματικές δυσκολίες για την άσκηση, υποστηρίζοντας έτσι ότι οι κοινωνικές σχέσεις και η σωματική άσκηση μπορεί να βελτιωθούν με αμοιβαία ενίσχυση. Έτσι, η σωματική άσκηση συμβάλλει στην ψυχική ανθεκτικότητα που δύναται, με τη σειρά της, να μετριάσει την αρνητική επίδραση των δυσκολιών στη σωματική και ψυχική υγεία (Tay, & Lim, 2020).

Το ΟΤ είναι μια νευροϋποφυσική ορμόνη και νευροπεπτίδιο που έχει να κάνει τόσο με την αναμενόμενη προσκόλληση (θηλασμός, σεξουαλική επαφή) όσο και με την ψυχολογική προσκόλληση (κοινωνικός δεσμός) που διαδραματίζουν βασικό ρόλο για την επιβίωση του ανθρώπινου είδους. Το ΟΤ μειώνει τον αντίκτυπο τόσο του σωματικού τραύματος όσο και του ψυχολογικού, στον εγκέφαλο και στο σώμα, προκαλώντας αναστροφή σε φλεγμονώδεις αλλαγές που προκύπτουν μετά από οξύ ή χρόνια τραύμα από στρες και προκαλώντας βελτίωση στον ιστό όπως και μια αναγεννημένη συμπεριφορά. Ως μόριο που έχει να κάνει με την επανασύνδεση μετά τη ρήξη, μπορεί να φανεί ότι έχει κλινικό ρόλο ως φαρμακολογικός παράγοντας που βοηθά το είδος μας απλά όχι μόνο να εξασφαλίσει την επιβίωσή του, αλλά και να προοδεύσει, ακόμη και κατά τη διάρκεια δυσκολιών ή μετά από αυτές, μέσα από την ισχυρή κοινωνική συνοχή – ένα φαινόμενο που μπορεί να περιγραφεί ως αγάπη (Sharma et Al., 2020).

Ψυχολογικοί και πνευματικοί παράγοντες

Οι ψυχολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν συναισθηματικούς και γνωστικούς παράγοντες. Οι πνευματικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα. Η θρησκευτικότητα αφορά στην παρουσία θρησκευτικών πεποιθήσεων και στη συμμετοχή σε θρησκευτικές δραστηριότητες, ενώ η πνευματικότητα έχει να κάνει με το κατά πόσο κανείς αναζητά νόημα στη ζωή και μπορεί να δει τον κόσμο ως κάτι μεγαλύτερο από τον εαυτό του. Οι πνευματικοί παράγοντες είναι σε θέση να προωθήσουν τις κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των ατόμων. Η πνευματικότητα αποτελεί ένα αναπόσπαστο μέρος της ανθεκτικότητας, είτε οι άνθρωποι αντλούν δύναμη από τον πνευματικό τους προσανατολισμό, είτε με μια θεϊκή φιγούρα, είτε ως chi, κβάντα, ή πνεύμα (Tay, & Lim, 2020).

Κοινωνικοί παράγοντες

Η δημιουργία ισχυρών κοινωνικών δικτύων επιτρέπει την αξιοποίηση δυνατοτήτων, δίνοντας τη ευκαιρία στους ανθρώπους να ανταπεξέρχονται τις αντιξοότητες. Τα ευεργετικά κοινωνικά δίκτυα, συχνά επεκτείνονται πέρα από την οικογένεια και τους φίλους που έχει κανείς. Οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να καλλιεργηθούν μέσω δικτύων από το οικογενειακό έως το κοινοτικό επίπεδο (Tay, & Lim, 2020).

2.3. Ψυχική Ανθεκτικότητα και υγεία

Το να συνδεθούν συνοσηρότητες και πολυνοσηρότητες σε νευροβιολογικό, νευροψυχολογικό και παθοφυσιολογικό επίπεδο, θα βοηθούσε στην προσπάθεια προς μια πιο αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία. Η αισιοδοξία ως ποιότητα της προσωπικότητας, κατέχει κομβικό ρόλο στην ανθεκτικότητα και έχει συνδεθεί με τη δραστηριότητα των νευρικών κυκλωμάτων στο σύστημα ανταμοιβής. Τα ευφορικά συναισθήματα, η ύπαρξη ικανότητας αυτορύθμισης, η καλλιέργεια κοινωνικής ικανότητας, η κοινωνική υποστήριξη, οι στενές, περιεκτικές σχέσεις, ένα πιο χαμηλό επίπεδο άρνησης, ο πιο εύελικτος τρόπος σκέψης, μια αισιόδοξη διάθεση, είναι πολύ βασικά στοιχεία της ανθεκτικότητας. Πάρα πολλές ορμόνες, νευροδιαβιβαστές και νευροπεπτίδια, συμμετέχουν στην οξεία ψυχοβιολογική απόκριση στο στρες. Η ανθεκτικότητα έχει συνδεθεί με τη γρήγορη ενεργοποίηση και την αποτελεσματική ανταπόκριση στο στρες. Η δεϋδροεπιανδροστερόνη (DHEA), η οποία απελευθερώνεται στο στρες, έχει αντιγλυκοκορτικοειδή επίδραση στον εγκέφαλο και διαδραματίζει καίριο ρόλο στο αίσθημα ευεξίας (Babić et Al., 2020).

Η επιβάρυνση σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο, που προκαλούνται από νευροψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες συνδέονται με το στρες, είναι πάρα πολύ μεγάλες. Οι προσπάθειες ως τώρα, για την δημιουργία θεραπειών για αυτές τις διαταραχές, εστίασαν στην πρόληψη ή την αναστροφή των πολύπλοκων αποτελεσμάτων του στρες. Το να διερευνηθούν και να εξερευνηθούν επαρκέστερα οι νευροβιολογικοί μηχανισμοί που προωθούν την ανθεκτικότητα στο στρες σε κάποια άτομα, αλλά απουσιάζουν από όσους είναι από τη φύση τους πιο ευαίσθητοι, είναι μια καινούρια, εξίσου σημαντική προσέγγιση στη βιολογία του στρες. Όντως, οι πρώιμες κλινικές έρευνες υποδεικνύουν ότι η επαγωγή μηχανισμών φυσικής ανθεκτικότητας σε ανθρώπους με κατάθλιψη, μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο μέσο προς την ανάπτυξη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Η νευροβιολογία της ανθεκτικότητας φαίνεται να είναι πολύπλοκη, και εμπεριέχει διάφορα συγκλίνοντα συστήματα που τελικά επιδρούν στη λειτουργία και τη συμπεριφορά του εγκεφάλου. Θα είναι χρήσιμο να υπάρχει ένα ολιστικό μοντέλο ανθεκτικότητας, το οποίο θα συγκροτείται τόσο από περιφερειακά συστήματα όσο και από βασικά κυκλώματα στον εγκέφαλο. (Cathomas et Al., 2019).

Υπάρχουν βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πνευματικοί παράγοντες και μηχανισμοί

οι οποίοι, σε κάθε στάδιο της ζωής, λειτουργούν ρυθμιστικά για τη σχέση μεταξύ άγχους, τραύματος και/ή ασθένειας από τη μία, και θετικού, ευνοϊκού αποτελέσματος από την άλλη. Η ανθεκτικότητα έχει να κάνει με την ικανότητα να επιστρέφει κανείς σε μια φυσιολογική ή υγιή συνθήκη, μετά από κάποιο τραύμα, ατύχημα, ή ασθένεια. Η ανθεκτικότητα δείχνει την ικανότητα να αντιμετωπίζει κανείς σκληρά, στρεσογόνα και τραυματικά περιστατικά, ενώ διατηρεί ή αποκαθιστά μια κανονική λειτουργία. Όσο μεγαλύτερη είναι η ανθεκτικότητα, τόσο πιο χαμηλή είναι η ευπάθεια, ενώ μειώνεται ο κίνδυνος για ασθένειες και πολυνοσηρικές καταστάσεις. Η ανθεκτικότητα μοιάζει με μια δύναμη, που ωθεί στην ανάπτυξη μέσα από την ταλαιπωρία, το άγχος, το τραύμα, τη διαταραχή ή την ασθένεια. Η μετατραυματική ανάπτυξη και η ανθεκτικότητα συνδέονται σαν όροι αλλά δεν ταυτίζονται (Tay, & Lim, 2020).

Η ανθεκτικότητα μπορεί να αποτρέψει την ασθένεια, να εξασφαλίζει υγεία, σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική, να επιταχύνει την ίαση και την ανάρρωση και να εξασφαλίζει ποιοτική ζωή, παρά τη χρόνια ασθένεια. Πολλές έρευνες έχουν εστιάσει στη σημασία που έχει η αντοχή σε διάφορες ασθένειες. Άλλες έρευνες υποδεικνύουν ότι η εφαρμογή παρεμβάσεων που έχουν στόχο να ενισχύσουν την ανθεκτικότητα στις ογκολογικές εγκαταστάσεις, είναι πολύ καίρια για την επιτάχυνση της διαδικασίας αποκατάστασης ασθενών με καρκίνο (Babić et Al., 2020).

Οι ψυχολογικές ιδιότητες, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στη διαδικασία της ανθεκτικότητας, έχουν τη δυνατότητα να μετριάζουν τις αρνητικές επιδράσεις του στρες στην ανοσία, ειδικά τις φλεγμονώδεις αποκρίσεις, και ταυτόχρονα, οι ανοσοποιητικοί παράγοντες μπορούν να επιδράσουν το πώς τα άτομα προσαρμόζονται σε στρεσογόνες συνθήκες και ανακάμπτουν από αυτές (Tay, & Lim, 2020).

Στους ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες οι οποίοι προωθούν την προσαρμογή σε δύσκολες καταστάσεις, δίνεται πολύ περισσότερη έμφαση, σε σχέση με τους παράγοντες που ενισχύουν τη διαδικασία ανάκαμψης. Οι ανοσοδιεργασίες και οι συμπεριφορές προσαρμογής λειτουργούν ρυθμιστικά με δυναμικό τρόπο η μία για την άλλη, η πιθανότητα αλληλεπίδρασης μεταξύ του έμφυτου ανοσοποιητικού συστήματος και του προσαρμοστικού ανοσοποιητικού συστήματος στη διαδικασία αποκατάστασης, απαιτεί σαφώς περαιτέρω

εξέταση (Dantzer et Al., 2018).

Μιας και η ανθεκτικότητα δύναται να ιδωθεί ως η ικανότητα να διατηρεί κανείς την ψυχική του υγεία, ή να αποκαθίσταται γρήγορα μετά από στρεσογόνες συνθήκες, προσλαμβάνεται ως το αποτέλεσμα της προσαρμογής και ως μια δυναμική διεργασία στην οποία μπορεί κανείς να εκπαιδευτεί. Κατά τη διάρκεια αυτής της διεργασίας, οι άνθρωποι βιώνουν αλλαγές εξαιτίας ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα:

- Νέες συμπεριφορές και οπτικές
- Νέες δυνατότητες και δεξιότητες
- Μερική προστασία από τις επιπτώσεις που έχουν οι στρεσογόνες συνθήκες
- Επιγενετικές αλλαγές (Ludolph et Al, 2019).

Η ανθεκτικότητα έχει μεγάλη κλινική σημασία, καθώς αφορά τόσο στην πρόληψη όσο και στο πώς θα εξελιχθούν οι διαταραχές, οι οποίες συνδέονται με το τραυματικό στρες μετά από οξεία ή χρόνια τραυματική έκθεση. Άνθρωποι με υψηλή ανθεκτικότητα παρουσιάζουν μειωμένες συμπεριφορές χρήσης ουσιών, μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων και μειωμένο επιπολασμό μείζονος ψυχικής νόσου. Ενώ το έμφυτο επίπεδο ανθεκτικότητας ποικίλλει μεταξύ των ανθρώπων, μπορεί να αναπτυχθεί στη διάρκεια της ζωής τους, σε παιδιά όσο και ενήλικες, ακόμα και για πληθυσμούς που έχουν βιώσει δυσμενείς εμπειρίες στην πρώιμη ζωή τους (Sharma et Al., 2020).

Οι Happer, Brown και Sharma-Patel (2017) συνέκριναν τα τρία βασικά μοντέλα ανθεκτικότητας που προκύπτουν από τη βιβλιογραφία: ανθεκτικότητα ως αποτέλεσμα (απόκριση συμπεριφοράς ή συμπτωμάτων), ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό και ανθεκτικότητα ως δυναμική διαδικασία. Οι ερευνητές εντόπισαν μεγαλύτερη υποστήριξη για την ανθεκτικότητα ως μια δυναμική διαδικασία. Σε αυτή την προσέγγιση, ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί ως ανθεκτικό, με βάση τις ικανότητές του να προσαρμόζεται ή να ξεπερνάει τραυματικές στρεσογόνες συνθήκες (Sharma et Al., 2020).

2.4. Εργαλεία μέτρησης της ψυχικής ανθεκτικότητας

Υπάρχουν πολυάριθμες κλίμακες για τη μέτρηση της ανθεκτικότητας. Το CD-RISC (25 στοιχεία), το RSA (37 στοιχεία) και η Συνοπτική Κλίμακα Ανθεκτικότητας λαμβάνουν συνήθως τις υψηλότερες βαθμολογίες. Αυτά τα τρία ερωτηματολόγια έχουν αναπτυχθεί για να χρησιμοποιούνται με ενήλικο πληθυσμό (Windle, Bennett, & Noyes, 2011).

Η κλίμακα η οποία χρησιμοποιείται πιο συχνά ως σήμερα για τη μέτρηση της Ανθεκτικότητας, είναι η Connor-Davidson, η οποία έχει επικυρωθεί και θεωρείται αξιόπιστη, αφού διαθέτει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τους γενικούς ψυχιατρικούς ασθενείς και τα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία καρκίνου (Babić et Al., 2020).

Η Σύντομη Κλίμακα Ανθεκτικότητας έχει ως στόχο να αξιολογήσει την ανθεκτικότητα ως αποτέλεσμα, ως μια ικανότητα «αναπήδησης». Τα στοιχεία στη Σύντομη Κλίμακα Ανθεκτικότητας, αντικατοπτρίζουν την προσωπική δράση. Οι περισσότερες κλίμακες εστιάζουν στην ανθεκτικότητα μόνο σε ατομικό επίπεδο. Δύο από αυτά (το ER 89 και το Psychological Resilience) έχουν μια καλή θεωρητική βάση για να εξηγήσουν την επιλογή των αντικειμένων. Η ανάπτυξη μιας κλίμακας που είναι σε θέση να αξιολογεί διάφορους προστατευτικούς μηχανισμούς σε πολλούς τομείς, εξασφαλίζει μια προσέγγιση για την ανθεκτικότητα ως μια δυναμική διαδικασία για προσαρμογή στις δυσκολίες. Τα μέτρα ανθεκτικότητας χρειάζεται να αντανakλούν την πολυπλοκότητα της και τη χρονική διάστασή της. Ωστόσο, μόνο πέντε μέτρα (το CYRM, το RSA, η κλίμακα ανθεκτικότητας της California Healthy Kids Survey the READ και το YR: ADS) διερευνούν την ανθεκτικότητα σε πολλά επίπεδα, αντικατοπτρίζοντας την εννοιολογική επάρκεια (Windle, Bennett, & Noyes, 2011).

2.5. Παράγοντες κινδύνου για την ψυχική ανθεκτικότητα

Το φύλο είναι ένα σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ψυχική ανθεκτικότητα. Συγκριτικά με τους άνδρες, οι γυναίκες είναι πιθανότερο να αξιοποιούν στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης, να επιζητούν υποστήριξη και να συμμετέχουν σε ομάδες υποστήριξης. Φαίνονται ότι τους είναι πιο εύκολο, από ό,τι στους άνδρες, να επικοινωνούν με άλλους σχετικά με τη διάγνωσή τους και την κατάσταση της υγείας τους. Οι διαφορές

ανάμεσα στα φύλα, ως προς το πώς λειτουργούν οι οδοί απορρύθμισης του στρες, ενδέχεται να λειτουργήσουν προγνωστικά για περιόδους ευπάθειας και έντονο κίνδυνο νόσησης ή ανθεκτικότητα σε όλη τη ζωή (Borgi et Al., 2020).

Άλλοι παράγοντες είναι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η οικονομική καταπόνηση και η οικογενειακή κατάσταση, με τους άγαμους να φαίνονται περισσότερο επιρρεπείς σε χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα (Tay, & Lim, 2020).

Ακόμα, οι ψυχικές και οργανικές ασθένειες στους ηλικιωμένους, η αυξημένη φλεγμονή και το οξειδωτικό στρες έχει φανεί ότι επιδρούν αρνητικά στην διατήρηση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας (Majnarić et Al., 2021).

2.6. Ψυχική ανθεκτικότητα και καρκίνος του μαστού

Η έννοια της ανθεκτικότητας είναι πολλά υποσχόμενη για την ολοένα και αυξανόμενη εφαρμογή της στην έρευνα και την πρακτική στη φροντίδα του καρκίνου (Eicher et Al., 2015).

Η ανθεκτικότητα είναι ένα αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων και την ίδια στιγμή, μια δυναμική διεργασία που είναι δυνατόν να ενισχυθεί σε ασθενείς με καρκίνο (Deshields et Al., 2016).

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού και οι επιζώντες έχουν να διαχειριστούν πολλαπλές προκλήσεις και στρεσογόνες συνθήκες που αφορούν τόσο στη νόσο, όσο και στην καθημερινή ζωή, με μεγάλη επίδραση στη διάθεση και στην οργανική τους υγεία. Μιας και ο καρκίνος προκαλεί ψυχολογικό στρες, η θετική διαχείριση αυτής της συνθήκης θα μπορούσε να βοηθήσει την αποτελεσματική προσαρμογή στη νόσο σε ψυχολογικό επίπεδο, καθώς και να συμβάλλει στη ρύθμιση των νευροενδοκρινικών και φλεγμονώδων διεργασιών, οι οποίες ίσως επιφέρουν κακή πρόγνωση (Borgi et Al., 2020).

Αξίζει να αναφερθεί ότι με τον καρκίνο του μαστού, προκύπτουν πολλαπλοί προβληματισμοί και ανησυχίες που αναπόφευκτα προκαλούν έντονο στρες και αγωνία. Φαίνεται δε, ότι για τις

νεότερες γυναίκες, οι προβληματισμοί αυτοί επικεντρώνονται σε θέματα σχετικά με τη γονιμότητα, τη σεξουαλικότητα, την εικόνα του σώματος, τις διαταραχές στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και τις ρομαντικές σχέσεις και τις οικονομικές και επαγγελματικές δυσκολίες (Johnson et Al., 2018).

Όσον αφορά στη μαστεκτομή, λόγω της πιθανότητας να μειωθεί η ψυχολογική ανθεκτικότητα ενός ατόμου μετά την επέμβαση, αξίζει να αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια άμεσα μετά την επέμβαση. Φαίνεται ότι, όσο πιο μικρός είναι ο χρόνος που περνά από την επέμβαση και το στάδιο της βιωμένης απώλειας μέρους του σώματος, τόσο πιο πολύ ενισχύονται οι προώθηση μηχανισμοί άμυνας. Στο πρώτο στάδιο μετά τη μαστεκτομή, μια γυναίκα μπορεί να αποκτήσει θετικότερα οράματα σε σχέση με τη θεραπευτική διαδικασία και την αποκατάσταση, που τη βοηθούν να καλλιεργήσει ελπίδα για το μέλλον. Η επαγγελματική ψυχολογική βοήθεια θα μπορούσε να εστιάσει στην εκπαίδευση των ασθενών, σχετικά με την ανάπτυξη χρήσιμων και θετικών συναισθηματικών ποιότητων, για να ανταποκρίνεται κανείς στις αντιξοότητες και επιπρόσθετη ανάπτυξη της ικανότητας να παίρνει κανείς απόσταση από τέτοιες καταστάσεις και να καλλιεργεί ευχάριστα συναισθήματα (Izydorczyk et Al., 2018).

Η ψυχοκοινωνική ανταπόκριση στις γυναίκες μετά την πάροδο περισσότερου χρόνου από τη μαστεκτομή, μπορεί να χαρακτηρίζεται από έλλειψη συναισθηματικής σταθερότητας, απουσία αίσθησης σωματικής ελκυστικότητας, ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, απουσία αίσθησης ότι ελέγχουν τη ζωή τους, καθώς και από συμπτώματα κατάθλιψης και ανησυχίας (Izydorczyk et Al., 2018).

Οι παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας, θέτουν ως στόχο το να ενισχύσουν την ανθεκτικότητα σε ατομικό επίπεδο σε πλαίσια καθημερινών, στρεσογόνων καταστάσεων. Έτσι, υπάρχει η δυνατότητα να εφαρμόζονται σε άτομα με καρκίνο, αμέσως μετά την αρχική διάγνωση ή τον εντοπισμό υποτροπής, αλλά και όσο διαρκεί η νόσος και η θεραπεία. Καθώς επιχειρούν να συμβάλλουν στην ενίσχυση ενός ή και παραπάνω χαρακτηριστικών ανθεκτικότητας, δηλαδή εσωτερικές ή εξωτερικές ψυχοκοινωνικές ποιότητες, οι παρεμβάσεις ανθεκτικότητας εστιάζουν γενικά στις ποιότητες. Αυτά τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, τις δεξιότητες για να επιλύει κανείς τα προβλήματά του, την αυτό-

αποτελεσματικότητα, την αίσθηση αισιοδοξίας ή και την προσαρμογή σε αρνητικές καταστάσεις και δυσφορικά συναισθήματα (Ludolph et Al, 2019).

Παρόλο που είναι απαραίτητο τα άτομα να αναλαμβάνουν την ευθύνη για την καλλιέργεια προσωπικών δεξιοτήτων για την ενίσχυση της ανθεκτικότητά τους, η θεσμική υποστήριξη είναι απολύτως απαραίτητη για τον υποστήριξη των ατόμων ώστε να διαχειριστούν τις αντιξοότητες που βιώνουν (Gillman et Al., 2015).

Ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον προωθεί τη σωματική υγεία και περιορίζει τον κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας, μέσω προστατευτικών μηχανισμών προς το στρες.

Ο διαλογισμός και η άσκηση νου-σώματος (π.χ. γιόγκα και τάι τσι), καθώς και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με στόχο την καλλιέργεια νέων, πιο θετικών μορφών διαχείρισης (όπως η CBT), όχι μόνο προωθούν τη στιγμιαία μη εμπειρία κρίσης της παρούσας στιγμής, αλλά βοηθούν και την δημιουργία αλλαγών που αφορούν στην πλαστικότητα σε περιοχές του εγκεφάλου που συμμετέχουν στην απόκριση στο στρες και στα καταθλιπτικά συμπτώματα, π.χ. μέσω αύξησης των επιπέδων BDNF. Η παρέμβαση για την εκπαίδευση των ασθενών να καταλάβουν, να βρουν νόημα και να δουλεύουν μέσα από τη συναισθηματική εμπειρία τους, ενδεχομένως να αποτελέσει έναν πολλά υποσχόμενο στόχο παρέμβασης, με πιθανές επιδράσεις στον ψυχολογικό και οργανικό τομέα. Για παράδειγμα, οι θετικές μορφές διαχείρισης, όπως η γνωστική επαναξιολόγηση, προωθούν την ανθεκτικότητα στο στρες, την κατάθλιψη και το άγχος (Borgi et Al., 2020).

Η θεραπεία προσοχής και ερμηνείας, η οποία είναι μια συστηματική προσέγγιση για τη διαχείριση του στρες και την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, όπου παροτρύνονται οι ασθενείς να εστιάζουν θετικά στις νέες προοπτικές της ζωής τους, θα μπορούσε να προωθήσει αποτελεσματικά την ψυχολογική ανθεκτικότητα των ασθενών. Έχει φανεί από έρευνες ότι μπορεί να περιορίσει το άγχος και την κατάθλιψη, να ανακουφίσει μέρος της δυσκολίας που σχετίζεται με τον καρκίνο και να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετεγχειρητικά (Lin et Al., 2020).

Επιπλέον, έρευνες υποστηρίζουν ότι οι παρεμβάσεις που αξιοποιούν τη μουσική, ενδέχεται να έχουν θετικά αποτελέσματα στο άγχος, τον πόνο και την κούραση σε άτομα με καρκίνο.

Προτείνεται ότι η μουσική μπορεί να επιδράσει, σε μικρό βαθμό, θετικά στον καρδιακό ρυθμό, τον αναπνευστικό ρυθμό και την αρτηριακή πίεση (Bradt et Al., 2016).

Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις συχνά βοηθούν την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε ασθενείς με καρκίνο. Ωστόσο, αυτές οι παρεμβάσεις εστίασαν κυρίως σε ασθενείς σε ανάρρωση, σε ομαδικό επίπεδο. Επομένως, υπάρχει ανάγκη να εντοπιστούν αποτελεσματικά μέσα για την παροχή ψυχοεκπαίδευσης για την υγεία σε άτομα με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο (Jiang et Al., 2019).

Χρειάζεται ωστόσο να υπάρχει μια διαφοροποίηση στην επιλογή και την εστίαση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, ανάλογα με το πόσα τραυματικά γεγονότα έχει βιώσει κανείς (Purgato, 2020).

Γενικά, φαίνεται ότι ένα μοίρασμα γνώσεων, συμπτωμάτων και τεχνικών για μια πιο αποτελεσματική προσαρμογή σε κρίσιμες ασθένειες, αντί για μια εκπαίδευση προσανατολισμένη στα εκάστοτε συμπτώματα, μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της φροντίδας του καρκίνου. (Pei-Hua et Al., 2018).

Τελικά, οι προσεγγίσεις πολλαπλών επιπέδων, μπορεί να συνθέσουν πιο αποτελεσματικές θεραπείες από τις μεμονωμένες. Για παράδειγμα, η γνωστική εκπαίδευση μπορεί να γίνεται σε συνδυασμό με διατροφές εμπλουτισμένες σε φυσικές ενώσεις καθώς και με ήπια σωματική δραστηριότητα. Όλες αυτές οι παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί ξεχωριστά ότι βελτιώνουν τη διάθεση και μειώνουν τις φλεγμονώδεις διεργασίες (Borgi et Al., 2020).

Αξίζει να σημειωθεί πως υπάρχει μεγάλη ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα σε φροντιστές ασθενών με καρκίνο, ειδικότερα σε προχωρημένο στάδιο. Θα ήταν πολύ χρήσιμο να εντοπιστούν οι φροντιστές οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών έγκαιρα και να προωθηθούν καινοτόμα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας (Opsomer et Al., 2020).

Συνοψίζοντας, από κλινική άποψη, η προσέγγιση χρειάζεται να είναι πολυεπαγγελματική. Για να καταφέρουν να καλύπτουν τις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών

τους, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να προετοιμαστούν με ειδικό τρόπο και να εξοικειωθούν με θεραπευτικές επιλογές οι οποίες μπορούν να προστίθενται στην τακτική ογκολογική φροντίδα (Borgi et Al., 2020).

Η ανάπτυξη ενός πιο ανθεκτικού εγκεφάλου σε ασθενείς με καρκίνο είναι μια πολύ μεγάλη πρόκληση που έχουν να διαχειριστούν οι σύγχρονες επιστήμες και είναι σίγουρο ότι η μελλοντική έρευνα θα είναι πολύ χρήσιμη για διάφορες άλλες οργανικές και ψυχιατρικές ασθένειες (Babić et Al., 2020).

Κεφάλαιο Τρίτο: Ποιότητα Ζωής

3.1. Ποιότητα ζωής: εννοιολογική προσέγγιση

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ποιότητα ζωής αφορά στο πώς αντιλαμβάνεται κανείς τις θέσεις που λαμβάνει στη ζωή του, μέσα σε πλαίσια όπως η κουλτούρα, το σύστημα αξιών του, οι προσωπικοί του στόχοι, οι προσδοκίες, τα ιδανικά και οι προτεραιότητες που θέτει για τη ζωή του. Ακόμα, κάποιοι παράγοντες που καθορίζουν την έννοια της ποιότητας ζωής, όπως η σωματική ευεξία, ο βαθμός ανεξαρτησίας, οι κοινωνικές σχέσεις που απολαμβάνει κανείς, η ψυχική του κατάσταση, οι ατομικές του πεποιθήσεις και τα περιβαλλοντικά, ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Έτσι βλέπουμε ότι, παρά τη διαχρονική θεωρητική συζήτηση στη βιβλιογραφία η οποία αφορά στις έννοιες και στα μέσα μέτρησης της ποιότητας ζωής στο σύνολό της, ένας χρήσιμος τρόπος για αυτό το στόχο, είναι να αξιοποιηθεί η οπτική γωνία του κάθε ανθρώπου, υπολογίζοντας και εξερευνώντας τη δική του αίσθηση σε σχέση με την ευημερία και την ικανοποίηση από τη ζωή. Σύμφωνα με τους Revicki et al., η περισσότερο σύνθετη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, δύναται να πραγματοποιηθεί μέσω υποκειμενικών βιωμάτων, συνθηκών και ιδεών. Αυτές οι κατασκευές μοιάζουν με «ένα ευρύ φάσμα ανθρώπινων βιωμάτων, τα οποία συνδέονται με την ευημερία του ανθρώπου στο σύνολό της», με βάση την ατομική λειτουργία, συγκριτικά με τις εκάστοτε επιθυμίες, ξεπερνώντας την έννοια της υγείας (Zucoloto, & Martinez, 2019).

Η ποιότητα ζωής κατά συνέπεια, αναφέρεται στη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή και μπορεί να εξεταστεί είτε ως μία ενιαία έννοια, είτε σε τομείς. Αναφέρεται στο πώς νιώθει κανείς για τον εαυτό του, είτε ζει μια καλή ζωή είτε όχι. Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια που εμπερικλείει τομείς που έχουν να κάνουν με τη γενική ευημερία, τη μελλοντική οργανική υγεία και λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία, το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή και την κοινωνική λειτουργικότητα. Στην έρευνα γύρω από την ποιότητα ζωής, η υποκειμενική αίσθηση για την ποιότητα ζωής αναφέρεται στο θετικό αίσθημα των ατόμων, γύρω από το πόσο ικανοποιητικές βιώνουν οι ίδιοι τις συνθήκες τις ζωής τους και όχι πώς υποθέτουν οι άλλοι ότι τις βιώνουν. Το αντικειμενικό μέτρο ποιότητας ζωής αναφέρεται στο

πόσο απαντώνται οι απαιτήσεις γύρω από το κοινωνικό και πολιτιστικό γίνεσθαι, για παράδειγμα της κοινωνικής θέσης και της σωματικής υγείας, τόσο σε ερευνητικές συνθήκες όσο και σε κλινική εφαρμογή. Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα κομβικό θέμα για τους ασθενείς, τους φροντιστές και όσους είναι σε υπεύθυνες θέσεις για τη χάραξη σχετικών πολιτικών. Τελευταία, παρατηρούνται έντονες συζητήσεις γύρω από την έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) (Hou et Al., 2020).

3.2. Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία

Η κοινωνία σήμερα, ασχολείται όλο και περισσότερο με τις πλευρές που ασκούν επιρροή στην ποιότητα ζωής διαφορετικών πληθυσμών και ηλικιακών ομάδων. Η ποιότητα ζωής μπορεί να διερευνηθεί από διαφορετικές οπτικές, όπως ο κοινωνική, η πολιτική, η οικονομική ή η οπτική της υγείας. Στον τομέα της υγείας και στο ακαδημαϊκό περιβάλλον, η ποιότητα ζωής έχει συνδεθεί με μια πιο πλήρη έννοια, η οποία δεν έχει να κάνει οπωσδήποτε με απουσία διαταραχών ή ζητημάτων υγείας. Εξετάζοντας την έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, σε αυτό το πλαίσιο, παρατηρείται ότι επικεντρώνεται στην υποκειμενική οπτική των ατόμων για τη γενική υγεία, δηλαδή την οργανική, την κοινωνική και την περιβαλλοντολογική υγεία (Borges et Al., 2021).

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, εμπερικλείει ιδέες και στάσεις όχι μόνο για τη σωματική, κοινωνική και γνωστική υγεία, αλλά και για ρόλους που διαδραματίζει κανείς στη ζωή του, για τη συναισθηματική του ευημερία, τη σεξουαλική του λειτουργικότητα, την αίσθηση του πόνου.

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία κατέχει σημαντικό ρόλο για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της υγείας των ατόμων. Έχει να κάνει με τη συνολική ευεξία των ατόμων, καθώς και το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή, είτε θετικά είτε αρνητικά. Η ποιότητα ζωής που συνδέεται με την υγεία έχει ιδιαίτερα σημαντική, καθώς αξιοποιείται για την διερεύνηση του αντίκτυπου και της αποτελεσματικότητας, στην αντιμετώπιση ζητημάτων υγείας ή χρόνιων νοσημάτων. Τα αποτελέσματα μελετών σε σχέση με χρόνια νοσήματα, αφορούν στις μετρήσεις της αποτελεσματικότητας σε κλινικό επίπεδο, για τη θεραπεία και τη φροντίδα των νοσούντων. Τα σχετικά αποτελέσματα για την υγεία, αφορούν

τόσο σε φυσιολογικές μετρήσεις, όσο και σε υποκειμενικά στοιχεία, όπως η διαχείριση του φορτίου της ασθένειας από τον ασθενή, η συναισθηματική του ευεξία, η σωματική του λειτουργία και η κοινωνική του λειτουργικότητα σε άλλους ρόλους (Oluchi et Al., 2021).

Η ποιότητα ζωής που συνδέεται με την υγεία είναι μια κατασκευή με ποικίλες διαστάσεις, δηλαδή την υγεία ενός ατόμου στο σύνολό της. Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής που συνδέεται με την υγεία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τα παιδιά και τους εφήβους, ώστε να διευκολύνεται η αξιολόγηση εκείνων που φαίνεται να έχουν κακή κατάστασης συνολικής υγείας, ώστε στη συνέχεια να εφαρμόζονται οι πιο κατάλληλοι και αποτελεσματικοί μηχανισμοί παρέμβασης, για να σημειωθεί βελτίωση στην υγεία του εν λόγω πληθυσμού (Wu et Al., 2017).

Η σύνδεση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής που συνδέεται με την υγεία, έχει εξεταστεί κατά βάση μεταξύ ατόμων με χρόνια νοσήματα όπως η παχυσαρκία, το άσθμα και ο καρκίνος. Αυτές οι έρευνες έχουν δείξει εκείνοι που έχουν έναν πιο ενεργό τρόπο διαβίωσης, παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής που συνδέεται με την υγεία, από όσους ζουν με έναν περισσότερο ανενεργό τρόπο (Ruegsegger, & Booth, 2018).

Φαίνεται σημαντικό να εξεταστεί πώς η φυσική δραστηριότητα και η καθιστική συμπεριφορά επιδρούν στις διαφορετικές πλευρές της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργίας της ποιότητας ζωής που συνδέεται με την υγεία. Αυτή η γνώση θα συνέβαλε στη δημιουργία μιας τεκμηριωμένης βάσης όσον αφορά στην πολιτική δημόσιας υγείας και πιο συγκεκριμένα, για επενδύσεις πάνω σε προγράμματα προαγωγής της υγείας που βασίζονται στο σχολείο, προκειμένου να έχει κανείς μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής από μικρή ηλικία (Wu et Al., 2017).

Δεδομένου ότι διανύουμε μια εποχή με διαρκώς διευρυνόμενες θεραπείες, η ελπίδα για την ύπαρξη κάποιας αποτελεσματικής θεραπείας, φαίνεται να είναι ο απώτερος στόχος για τους ασθενείς που νοσούν από καρκίνο και για εκείνους που τους φροντίζουν. Εξίσου κομβικής σημασίας για μεγάλο βαθμό ασθενών, είναι η ποιότητα ζωής, η οποία κατακτιέται κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, αφορά μια πολυδιάστατη εκτίμηση του πώς η νόσος και η θεραπεία, επιδρούν

στην αίσθηση της συνολικής λειτουργικότητας και ευημερίας του ατόμου. Ένας βασικός λόγος για την έμφαση που δίνεται στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, ακόμη και σχετικά με την έγκριση φαρμάκων, είναι ότι, πέρα από το ότι οι ασθενείς έχουν γενικά την επιθυμία να ζουν καλά και πιο πολύ, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, θεωρείται όλο και από περισσότερους ότι διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο για τη συνολική πορεία των ασθενών (Sitlinger, & Zafar, 2018).

3.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Από τις πλέον πρόσφατες έρευνες, φαίνεται ότι η ποιότητα ζωής χρειάζεται να ιδωθεί ως ένα επίπεδο ζωής τέτοιο που ικανοποιεί τις προσδοκίες του ατόμου για μια αξιοπρεπή διαβίωση σε ό,τι αφορά πρακτικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντολογικές πτυχές της ζωής. Ακόμα, η ποιότητα ζωής χρειάζεται να διερευνάται τόσο υπό τη σκοπιά των μακροοικονομικών στατιστικών όσο και υπό τη σκοπιά υποκειμενικών δεικτών, ενώ λαμβάνονται υπόψη οι πολιτιστικές ιδιαιτερότητες της χώρας υπό εξέταση. Εάν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής δίνει μια ισορροπία ανάμεσα σε ένα αξιοπρεπές κοινωνικά αποδεκτό βιοτικό επίπεδο και στις ευκαιρίες της ζωής, τότε ενδεχομένως κανείς να υποθέσει ότι έχει βρεθεί η πιο πλήρης κατανόηση της ποιότητας ζωής. Έχει φανεί ότι η μέτρηση της ποιότητας ζωής χρειάζεται να περιλαμβάνει δείκτες με πολλές πλευρές οι οποίοι καλύπτουν όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής (Guliyeva, 2021).

Παρά το ότι η σωματική και ψυχική υγεία, είναι τα σημεία του έχουν εξεταστεί περισσότερο σε επιστημονικές έρευνες που έχουν να κάνουν με την ποιότητα ζωής, άλλοι παράγοντες με εξίσου σημαντικό ρόλο που έχουν αναδυθεί πρόσφατα, είναι η ικανοποίηση, η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων, η αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης, η ευημερία, η προσβασιμότητα σε εκδηλώσεις με πολιτισμικό και θρησκευτικό χαρακτήρα, η ελευθερία και η διασκέδαση, μεταξύ άλλων (Borges et Al., 2021).

Είναι δηλαδή παράγοντες πνευματικοί, βιολογικοί, σχεσιακοί, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί. Ο βιολογικός παράγοντας σχετίζεται με την πρόληψη ασθενειών, τη θεραπεία ασθενειών και την αποφυγή της εξάρτησης. Οι κλινικοί γιατροί, οι ερευνητές και οι οικογένειες των ατόμων με αναπηρία, δίνουν μεγάλη έμφαση στις κοινωνικές

αλληλεπιδράσεις και τις οικογενειακές σχέσεις και την ανεξαρτησία στις καθημερινές δραστηριότητες, η οποία μπορεί να σχετίζεται με μεγαλύτερη κοινωνικότητα. Τέλος, οι ερευνητές έχουν ισχυριστεί ότι το περιβάλλον επηρεάζει την ποιότητα ζωής – το να ανήκεις ή να νιώθεις σαν στο σπίτι, εκεί που βρίσκεσαι, φαίνεται ότι σχετίζεται θετικά με μια καλύτερη ποιότητα ζωής (O'Rourke, 2015).

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται ιδιαίτερα στην ατομική ικανοποίηση σε βασικούς τομείς της ζωής που προωθούν ένα γενικότερο αίσθημα σωματικής και συναισθηματικής ευημερίας. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ποιότητα ζωής έχει ιδιαίτερα διευρυμένο αντίκτυπο στην ικανοποίηση από τη ζωή. Οι Marshall και Rule αναφέρουν το εισόδημα, την εκπαίδευση και τη στέγαση ως παραδείγματα βασικών πτυχών της ποιότητας ζωής, ενώ οι Collinge et al., μαζί με τους O'Connell και Skevington, την πνευματικότητα (Counted, Possamai, & Meade, 2018).

Υποθέτοντας ότι οι φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πλευρές παίζουν καθοριστικό ρόλο για την ποιότητα ζωής ενός ατόμου, οι προσωπικές πεποιθήσεις και τα επίπεδα πνευματικότητας/θρησκευτικότητας, είναι σημαντικές μεταβλητές που πρέπει να συμπεριληφθούν στην κατασκευή της ποιότητας της ζωής σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι ανταποκρίνονται στις καθημερινές αντιξοότητες, δηλαδή το πώς διαχειρίζονται τις δυσκολίες τους, επιδρά με άμεσο τρόπο στην ποιότητα ζωής τους όπως οι ίδιοι την αντιλαμβάνονται, ενώ η ύπαρξη πνευματικότητας/θρησκευτικότητας, γνωστή και ως πνευματική/θρησκευτική αντιμετώπιση, είναι μεταξύ των σημείων που διαμορφώνουν τις στρατηγικές διαχείρισης των ατόμων. Οι έρευνες υποδεικνύουν θετική σχέση μεταξύ θετικής πνευματικής/θρησκευτικής αντιμετώπισης και καλύτερης ποιότητας ζωής, καθώς και αντίστροφη σύνδεση, όταν αυτός ο παράγοντας χρησιμοποιείται με αρνητικό τρόπο (π.χ. τιμωρία από το θεό) (Borges et Al., 2021).

Αν και φαίνεται να υπάρχει μια ταύτιση, η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα δεν είναι απαραίτητως ταυτόσημες έννοιες. Ο Koenig αναφέρει ότι η θρησκευτικότητα σχετίζεται με τη συμμετοχή ενός ατόμου σε ένα σύστημα πιστεύω και ιδεών, το οποίο συμπεριλαμβάνει τελετουργίες και σύμβολα σε σχέση με την πρόσβαση στο ιερό (Θεός, Ανώτερη Δύναμη). Από την άλλη, η πνευματικότητα αναφέρεται ως η ατομική αναζήτηση για

ολοκληρωμένες απαντήσεις σε ζητήματα υπαρξιακού χαρακτήρα, για το νόημα της ζωής και τη σχέση με το ιερό ή το υπερβατικό που δύναται, ή και όχι, να εμπεριέχει και συμμετοχή σε θρησκευτικές πρακτικές. Έτσι, ένα πνευματικό άτομο ενδεχομένως να μην σχετίζεται με μια συγκεκριμένη θρησκεία (Borges et Al., 2021).

Φαίνεται ότι η πνευματική πτυχή δύναται να συνδέεται με θετικά αποτελέσματα σε σχέση με την υγεία και θα είναι χρήσιμο να αξιοποιηθεί ως επιπλέον νοσηματοδότηση για τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα. Η έννοια της ποιότητας της ζωής έχει δυναμικό χαρακτήρα, καθώς αξιολογεί την ικανοποίηση από τη ζωή στο σύνολό της και μεταβάλλεται διαρκώς, αναλόγως με τα βιώματα που προκύπτουν από ποικίλους παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στη ζωή των ανθρώπων, ειδικότερα εκείνους που συνδέονται με το να υπερβαίνει κανείς τον εαυτό του και να συνδέεται με το ιερό (Counted, Possamai, & Meade, 2018).

Έρευνες υποδεικνύουν θετικές συνδέσεις μεταξύ πνευματικότητας και θρησκευτικότητας, με την ποιότητα ζωής ατόμων με σοβαρές ασθένειες, προτείνοντας ότι η ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων, βελτιώνεται σε μεγάλο βαθμό από την πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα, λαμβάνοντας κατά νου τη μεγαλύτερη ευαλωτότητα τους εξαιτίας των νοσημάτων τους ή και των επεμβατικών θεραπειών που λαμβάνουν σε κάποιες περιπτώσεις – για παράδειγμα οι άνθρωποι που νοσούν από καρκίνο. Η σύνδεση μεταξύ της ποιότητας της ζωής υγιών πληθυσμών και της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας, έχει φανεί επίσης θετική σε διάφορες έρευνες. Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα μοιάζουν να αποτελούν μια επικουρική στρατηγική για την πρόληψη και διατήρηση της υγείας (Borges et Al., 2021).

Ακόμα, έχει βρεθεί σε πολλές έρευνες ότι η αυξημένη φυσική δραστηριότητα συνδέεται με υψηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και η καθιστική στάση ζωής, συνδέεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η σωματική δραστηριότητα και η καθιστική συμπεριφορά έχουν μεγάλο αντίκτυπο σε πολλές οργανικές, ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η σύνδεση μεταξύ της καθιστικής στάσης ζωής και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι ανεξάρτητη από την φυσική άσκηση, το φύλο, την ηλικία και το σωματικό βάρος των ατόμων. Η παρακολούθηση τηλεόρασης, η χρήση υπολογιστών και η

αναπαραγωγή βιντεοπαιχνιδιών για περισσότερες από δύο ώρες την ημέρα, έχουν συσχετιστεί σε μεγάλο βαθμό με χαμηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Wu et Al., 2017).

3.4. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Το EORTC Quality of Life Questionnaire (QLQ)-C30 είναι ένα επικυρωμένο ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, το οποίο χρησιμοποιείται πολύ συχνά. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις μαζί με εκδοχές για συγκεκριμένες ασθένειες (π.χ. μαστός, προστάτης, πολλαπλό μυέλωμα). Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι η σωματική λειτουργία, ο πόνος και η απώλεια όρεξης, όπως μετρήθηκαν από το EORTC QLQ C30, ήταν κομβικές προγνωστικές μεταβλητές. Επίσης, όταν έγινε συνδυασμός αυτών των κατηγοριών, η πρόγνωση για την επιβίωση στο σύνολο, ήταν 6% περισσότερο ακριβής, από ό,τι όταν αξιοποιήθηκαν μόνο κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά (Sitlinger, & Zafar, 2018).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει δημιουργήσει ένα ακόμα σχετικό εργαλείο, το WHOQOL, το οποίο σημειώνει πολλές υποκειμενικές πλευρές της ποιότητας ζωής. Το WHOQOL-BREF είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία που έχει δημιουργηθεί για τη διευκόλυνση διαπολιτισμικών συγκρίσεων της ποιότητας ζωής και διατίθεται σε περισσότερες από 40 γλώσσες. Συμπεριλαμβάνει 26 στοιχεία, δύναται να αξιοποιηθεί σε κλινικές δοκιμές, στις οποίες χρειάζονται σύντομες μετρήσεις, καθώς και έρευνες επιδημιολογικού ενδιαφέροντος. Το WHOQOL BREF συνυπολογίζει τέσσερις διαφορετικούς τομείς ποιότητας ζωής (Vahedi, 2010).

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής McGill (MQOL), το οποίο δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1996, εξελίχθηκε για να μετρήσει την ποιότητα ζωής (υποκειμενική ευεξία) των ατόμων με μια επικίνδυνη ασθένεια σε όλη την πορεία της. Εκτιμά τους τέσσερις κύριους πυλώνες για αυτόν τον πληθυσμό: σωματικό, ψυχολογικό, υποστηρικτικό και υπαρξιακό / πνευματικό. Έχει εφαρμοστεί ευρέως, σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της αξιοπιστίας και της αποδοχής του για τα άτομα στο τέλος της ζωής τους.

Εκτός από τους αρχικούς πυλώνες του MQOL (φυσικός, ψυχολογικός, κοινωνικός και υπαρξιακός), φάνηκε ότι το περιβάλλον του ατόμου (π.χ. απόρρητο, ησυχία, περιβάλλον φροντίδας), η γνωστική λειτουργία, η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας κ.α, έχουν σημαντικό ρόλο για την ποιότητα ζωής στο τέλος της ζωής. Κατά συνέπεια, αναπτύχθηκε ένα πρόγραμμα έρευνας για τη δημιουργία ενός πιο ολοκληρωμένου εργαλείου, του MQOL-Expanded (MQOL-E), το οποίο εμπερικλείει όλους του πυλώνες (Cohen et Al., 2019).

Ένα εναλλακτικό εργαλείο με στόχο μια περισσότερο πλήρη εκτίμηση της ποιότητας ζωής προτάθηκε από τον Flanagan. Η κλίμακα ποιότητας ζωής του Flanagan (QoLS) αποτελείται από 15 στοιχεία που αφορούν σε πέντε διαστάσεις: φυσική και υλική ευημερία, σχέσεις με άλλους ανθρώπους, κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες, προσωπική ανάπτυξη και εκπλήρωση και αναψυχή. Ο στόχος είναι να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής με βάση την εικόνα του ατόμου για αυτές τις πλευρές της ζωής. Αντίθετα με τις περισσότερες από τις κλίμακες οι οποίες διατίθενται για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, το πλεονέκτημα της QoL έγκειται στη θεωρητική της πλαισίωση, η οποία επιχειρεί να προσφέρει μια πιο πλήρη εκτίμηση της ποιότητας ζωής και συνεπώς δύναται να είναι καταλληλότερη για να εφαρμοστεί σε έρευνες που αφορούν στον γενικό πληθυσμό (Zucoloto, & Martinez, 2019).

Πρόσφατα, αναπτύχθηκε το βασικό ερωτηματολόγιο HRQoL του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου (EORTC) (QLQ-C30). Περιλαμβάνει όλους τους τομείς συμπτωμάτων και τους λειτουργικούς τομείς οι οποίοι εκτιμώνται από το QLQ-C30. Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει πέντε λειτουργικές διαστάσεις (σωματική, γνωστική, συναισθηματική, κοινωνική λειτουργία και λειτουργία ρόλου), μια παγκόσμια κλίμακα ποιότητας ζωής, τρεις κλίμακες συμπτωμάτων (κόπωση, ναυτία και έμετος και πόνος) και έξι μεμονωμένα στοιχεία (απώλεια όρεξης, διάρροια, δύσπνοια, δυσκοιλιότητα, αϋπνία, οικονομικές επιπτώσεις). Το ερωτηματολόγιο έχει χρονικό πλαίσιο μίας εβδομάδας και χρησιμοποιεί μια μορφή απόκρισης τεσσάρων σημείων («καθόλου», «λίγο», «αρκετά» και «πολύ»), με εξαίρεση την παγκόσμια κλίμακα ποιότητας ζωής, η οποία έχει μορφή απάντησης επτά σημείων (Husson et Al., 2020).

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής η οποία σχετίζεται με την υγεία, τα Κέντρα Ελέγχου

και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) δημιούργησαν ένα σύνολο τεσσάρων «βασικών» ερωτήσεων. Αυτά τα τέσσερα στοιχεία, τα οποία έχει φανεί ότι είναι έγκυρα, αξιόπιστα και έχουν καλή ανταπόκριση επανελέγχου, έχουν συμπεριληφθεί στο Σύστημα Εποπτείας Παράγοντα Κινδύνου Συμπεριφοράς (BRFSS) και στις 50 Πολιτείες Αμερικής από το 1993 (Yin et Al., 2016).

3.5. Ποιότητα ζωής και καρκίνος του μαστού

Η συμπτωματολογία που σημειώνεται από τους ασθενείς σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, όπως η σωματική και συναισθηματική λειτουργικότητα και οι παρενέργειες που συνδέονται με τη θεραπεία, όπως πόνος, ναυτία και κόπωση, είναι πολύ μεγάλης σημασίας, αφού έχουν μεγάλη επίδραση στη ζωή πολλών επιζώντων από καρκίνο του μαστού. Η μειωμένη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, φαίνεται με μεγαλύτερη σαφήνεια ως η απόσταση μεταξύ του πραγματικού επιπέδου λειτουργίας ενός ατόμου και του ιδανικού. Έρευνες δείχνουν μειωμένη σωματική και συναισθηματική λειτουργία σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού σύντομα μετά τη θεραπεία. Οι χειρουργικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού σε σύγκριση με τη μαστεκτομή, τη μασχαλιαία κάθαρση, την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία έχουν συνδεθεί με περισσότερο πόνο. Ακόμα, οι πιο νέοι ασθενείς με καρκίνο του μαστού φαίνεται να έχουν πιο καλή σωματική λειτουργία αλλά χειρότερη συναισθηματική λειτουργία σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς. Η ποιότητα της ζωής που σχετίζεται με την υγεία, αυξάνεται έως και 6 με 10 χρόνια μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού (Ho, 2018).

Ο Erpplein και οι συνεργάτες του διερεύνησαν την ποιότητα ζωής σε σχέση με την επιβίωση σε 2230 επιζώντες καρκίνου του μαστού. Ανακάλυψαν ότι οι γυναίκες στο ανώτερο ένα τρίτο της κοινωνικής ευημερίας βάσει της βαθμολογίας QOL είχαν 38% μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας σε σύγκριση με το χαμηλότερο τρίτο στους 6 μήνες. Επίσης, είδαν 48% μειωμένο κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου του μαστού όταν συνέκριναν το ανώτερο τρίτο και το κάτω τρίτο της βαθμολογίας κοινωνικής ευημερίας QOL. Αξίζει να σημειωθεί, αν και αυτό ήταν στατιστικά σημαντικό στους 6 μήνες, δεν υπήρχε διαφορά στην ποιότητα ζωής στους 36 μήνες. Οι ερευνητές έφτασαν στο συμπέρασμα ότι το πρώτο έτος κοινωνικής ευημερίας μετά τη διάγνωση, ήταν πιο πιθανό να συνδεθεί με υποτροπή και θνησιμότητα

(Sitlinger, & Zafar, 2018).

Έρευνες στην Ασία έχουν δείξει ότι, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τον γενικό πληθυσμό. Οι ασθενείς με συννοσηρότητες, με χημειοθεραπεία, με λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και με περισσότερες ανικανοποίητες ανάγκες, έχουν πιο χαμηλή ποιότητα ζωής. Παρ'όλ'αυτά, βελτιώνεται με το πέρασμα του χρόνου, καθώς η διάγνωση και οι πιο υγιείς συμπεριφορές προωθούν μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Άλλα αποτελέσματα σε έρευνες έδειξαν σύνδεση της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του εισοδήματος του νοικοκυριού, του είδους της χειρουργικής επέμβασης, της ακτινοθεραπείας, της ορμονοθεραπείας και των ανεκπλήρωτων αναγκών σεξουαλικότητας, με την παγκόσμια κατάσταση υγείας ή την ευεξία στο σύνολο. Σε μια πρόσφατη έρευνα φάνηκε ότι ο επιπολασμός της αγχώδους διαταραχής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού βρίσκεται από 1% έως 49%. Ψυχοκοινωνικές δυσκολίες ενδέχεται να εμφανιστούν σύντομα στη διαγνωστική διαδικασία και να προκαλέσουν αρνητικό αντίκτυπο στη συμμόρφωση με τη θεραπεία και στην ποιότητα ζωής. Επειδή δεν εμφανίζουν όλοι οι ασθενείς τέτοιες δυσκολίες, ενδέχεται να υπάρχουν παράγοντες που αποτρέπουν τις δυσκολίες ή συμβάλλουν στην εξάλειψη του σχετικού στρες (Chirico et Al., 2017).

Οι ασθενείς με μία ή πιο πολλές συννοσηρότητες συνήθως έχουν μικρότερη ποιότητα ζωής. Η συννοσηρότητα εμφανίζεται στο 20%-30% των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Οι συννοσηρότητες ενδεχομένως να προϋπάρχουν ή να προκύπτουν μετά τη διάγνωση. Η υπέρταση, η αρθρίτιδα και ο διαβήτης είναι κοινές σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Η ύπαρξη μικρότερης συννοσηρότητας φάνηκε να σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, σε Αφροαμερικανούς και Λατίνους επιζώντες από καρκίνο του μαστού. Η ύπαρξη προϋπάρχοντος διαβήτη συσχετίστηκε με φτωχότερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρώτου σταδίου στις ΗΠΑ. Επιπλέον, οι ασθενείς με προϋπάρχουσες συννοσηρότητες είναι πιθανότερο να βιώσουν επιπλοκές στη θεραπεία τους, οι οποίες μπορεί να φέρουν πιο χαμηλή ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. Τέλος, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης και οι πολλές ανικανοποίητες ανάγκες συσχετίστηκαν με μικρότερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (Ho, 2018).

Η δυσκολία της έρευνας της ποιότητας ζωής και των σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προσαρμογών των γυναικών μετά από χειρουργική θεραπεία για καρκίνο του μαστού γίνεται πιο έντονη όταν υπάρχουν πιο πολλές πιθανότητες για επιτυχή ανάρρωση. Σε πρόσφατη έρευνα, φάνηκε ότι οι επιζώντες από καρκίνο του μαστού βίωσαν επιδεινωμένη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση και ελάττωση των πιο πολλών κριτηρίων ποιότητας ζωής, τα οποία συνδέονταν άμεσα με τη σοβαρότητα του οιδήματος μετά τη μαστεκτομή και του πόνου και νευρολογικές διαταραχές (Sekse et Al., 2019).

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη κατάθλιψης, άγχους, σεξουαλικής δυσλειτουργίας, διαταραχών ύπνου, γνωστικών προβλημάτων, κόπωσης και σεξουαλικών δυσκολιών. Η εκτίμηση των παραμέτρων ποιότητας ζωής αποτελεί ένα σημαντικό σημείο για τη θεραπεία και την αποκατάσταση του καρκίνου στις γυναίκες (Odynets, Briskin, & Todorova, 2019).

Αν και η χρησιμότητα για μια εξατομικευμένη, ολιστική φροντίδα αναφέρεται σε πολλές μελέτες, τα περισσότερα σχετικά ευρήματα δείχνουν ότι δεν υπάρχει επαρκής παροχή ψυχοκοινωνικής περίθαλψης. Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν ανάγκη υποστηρικτικής φροντίδας από όταν γίνεται η διάγνωσή τους, κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και μετέπειτα στη διαδικασία της αποκατάστασής τους (Sekse et Al., 2019).

Πολύ μεγάλος αριθμός ερευνών προτείνει τακτική σωματική δραστηριότητα ως αποτελεσματικό εργαλείο για τον περιορισμό της κόπωσης, του άγχους, της καταθλιπτικής διάθεσης και για τη καλύτερευση της οργανικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής σε ανθρώπους με καρκίνο του μαστού (Odynets, Briskin, & Todorova, 2019).

Προηγούμενες έρευνες σημειώσκει ότι οι ασκήσεις στο νερό ήταν χρήσιμα εργαλεία για τον περιορισμό του πόνου και του λεμφοιδήματος, αλλά οι διάφορες μέθοδοι παρέμβασης, η διάρκεια και η ένταση των ασκήσεων δεν επιτρέπουν να γίνει μια αποτελεσματική σύγκριση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν στις συγκεκριμένες έρευνες. Η προτεινόμενη παρέμβαση της άσκησης Pilates με έναν σωστό συνδυασμό ασκήσεων αναπνοής, δύναμης και διατάσεων έχει φανεί να είναι αποτελεσματική για την ενίσχυση της ποιότητας ζωής των επιζώντων από καρκίνο του μαστού. Τέλος, τα ευρήματα που σημειώθηκαν σε πρόσφατες

έρευνες δείχνουν θετικά αποτελέσματα των ασκήσεων γιόγκα για τον περιορισμό της καταθλιπτικής διαταραχής, της κόπωσης, των διαταραχών ύπνου και την ενίσχυση της συνολικής ποιότητας ζωής σε έναν επιζώντα από καρκίνο του μαστού. Φάνηκε ότι η αξιοποίηση ειδικής άσκησης γιόγκα χαρακτηρίζεται από ασφάλεια και αποτελεσματικότητα ως προς την βελτίωση του εύρους κίνησης, ισορροπίας και τεντώματος των ώμων, ενισχύοντας ταυτόχρονα και τη βελτίωση των τομέων σωματικής, λειτουργικής, κοινωνικής/οικογενειακής, συναισθηματικής ευεξίας και της υποκλίμακας του βραχίονα στον καρκίνο του μαστού (Odynets, Briskin, & Todorova, 2019).

Επιπροσθέτως, υπάρχουν πολλές έρευνες που υποδεικνύουν τη χρήση σύνθετων θεραπειών, όπως για παράδειγμα την αξιοποίηση της παθητικής μουσικοθεραπείας, των προγραμμάτων διαχείρισης στρες, του διαλογισμού, της μείωσης του άγχους με τη χρήση ενσυνειδητότητας, του μασάζ και των τεχνικών χαλάρωσης και του βελονισμού, ως επικουρικές θεραπείες για θετικά ψυχολογικά αποτελέσματα (Greenlee et Al., 2017).

Άλλες έρευνες σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού δείχνουν μια θετική επίδραση της άσκησης με αντίσταση κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας στη σωματική κούραση και τους τομείς της ποιότητας ζωής, εκτός από τον ψυχοκοινωνικό, θετικό αντίκτυπο που έχει να κάνει με τις εποπτευόμενες ομαδικές παρεμβάσεις. Ενώ γενικά η σωματική κούραση, οι ρόλοι και η κοινωνική λειτουργικότητα επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, φαίνεται ότι στις ομάδες άσκησης δεν παρατηρείται τέτοια επιδείνωση. Σε πολλές έρευνες, φαίνονται αυξανόμενα επίπεδα κούρασης κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Έτσι, το ότι δεν παρατηρείται τέτοια αύξηση κούρασης σε άτομα που ασκούνται, δείχνει μια σημαντική βελτίωση, αφού πολλοί ασθενείς με καρκίνο του μαστού βιώνουν την κούραση ως την πιο επίπονη παρενέργεια της χημειοθεραπείας (Schmidt et Al., 2015).

Μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν διάφοροι ασθενείς με διαφορετικούς τύπους καρκίνου, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά τη θεραπεία, επιχείρησε τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της ομαδικής ψυχοθεραπείας με ή χωρίς τη διενέργεια άσκησης στο σπίτι (κατά βάση αερόβιας). Αυτή η έρευνα σημείωσε ακόμα το σημαντικό αντίκτυπο της άσκησης στην κούραση και τη λειτουργική ευημερία πέρα από τα θετικά της ομαδικής

ψυχοθεραπείας. Μια άλλη έρευνα έδειξε ότι οι θετικές επιπτώσεις της ομαδικής άσκησης στην ποιότητα ζωής προέκυψαν σε ένα βαθμό από την αίσθηση των ασθενών ότι διατηρούν τον έλεγχο στις καταστάσεις (Odynets, Briskin, & Todorova, 2019).

Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι η σωματική άσκηση διατηρεί και ενισχύει την κυτταρική ανοσολογική λειτουργία και έχει θετικό αντίκτυπο στο ανοσοποιητικό σύστημα αναφορικά με την ανάπτυξη του όγκου. Η ένταση και η διάρκεια της άσκησης επηρεάζουν σημαντικά το ανοσοποιητικό σύστημα. Μια πιο έντονη και μεγαλύτερης διάρκειας ενασχόληση με τη σωματική άσκηση, οδηγεί σε περαιτέρω ενεργοποίηση διαφορετικών τμημάτων του ανοσοποιητικού συστήματος (Schmidt et Al., 2017).

Ενώ η άσκηση χωρίς καμία αμφιβολία είναι γενικά ευεργετική για την υγεία, οι γιατροί, οι ασθενείς και οι συγγενείς τους συχνά έχουν δισταγμούς στη διάρκεια της δύσκολης διαδικασίας της χημειοθεραπείας, ενώ ταυτόχρονα δεν είναι βέβαιοι για το ποιος τύπος άσκησης μπορεί να είναι χρήσιμος. Η έρευνα μας δείχνει σημαντικά και κλινικά θετικά αποτελέσματα της άσκησης με αντίσταση σε σχέση με την κόπωση και τις κλίμακες ποιότητας ζωής κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Η έγκαιρη έναρξη της άσκησης μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά σε σχέση με το φαύλο κύκλο της ελάττωσης της μυϊκής δύναμης, της κόπωσης και της επιπλέον ελάττωσης της σωματικής δραστηριότητας, που ενδεχομένως να φέρει μακροχρόνια προβλήματα υγείας, ακόμη και μετά την επιτυχημένη ολοκλήρωση της θεραπείας του καρκίνου. Καθώς υπάρχει μια δεδομένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στην εποπτευόμενη άσκηση προοδευτικής αντίστασης, χρειάζεται να παρέχεται ως αναπόσπαστο κομμάτι της υποστηρικτικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού οι οποίοι λαμβάνουν χημειοθεραπεία (Schmidt et Al., 2015).

Το να διατηρηθεί η ποιότητα ζωής είναι μια μεγάλη πρόκληση στη φροντίδα αυτών των ασθενών. Σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, η θεραπεία αποκτά παρηγορητικό χαρακτήρα και ο στόχος είναι η διατήρηση του ελέγχου της νόσου και του πόνου, η μείωση των τοξικοτήτων και η διατήρηση ενός καλού επιπέδου ποιότητας ζωής συνολικά (Ginzac et Al., 2020).

Κεφάλαιο Τέταρτο: Μεθοδολογία έρευνας

Στο επόμενο κεφάλαιο Θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα αποτελέσματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Αρχικά γίνεται περιγραφή των ειδικών σκοπών και στόχων καθώς και παρουσιάζονται οι ερευνητικές υποθέσεις και γίνεται περιγραφή της διαδικασίας που ακολουθήθηκε από το σχεδιασμό έως και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, γίνεται δε εκτενής αναφορά στη δειγματοληψία και τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Τέλος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης συνοδευόμενα από τους αντίστοιχους πίνακες

4.1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Ο κύριος σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης, είναι η συσχέτιση της ψυχικής ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής. Επιπλέον θα αξιολογηθούν όλοι οι δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται ξεχωριστά τόσο με την ψυχική ανθεκτικότητα, όσο και με την ποιότητα ζωής, ώστε να δημιουργηθεί μια πλήρης εικόνα των δυο εργαλείων.

Μετά την περιγραφική θα ακολουθήσει και επαγωγική ανάλυση, με σκοπό να διερευνηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, η οποία βασίζεται κυρίως σε δυο κλίμακες: την ψυχική ανθεκτικότητα και την ποιότητα της ζωής. Αρχικά θα εξεταστεί κατά πόσον τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και πιο σημαντικά συγκεκριμένο το φύλο, η ηλικιακή κατηγορία, η οικογενειακή κατάσταση, επηρεάζουν την τιμή των αντίστοιχων κλιμάκων. Επιπλέον, θα εξεταστεί κατά πόσον οι υποκλίμακες της ψυχικής ανθεκτικότητας, σχετίζονται με τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής, αποτυπώνοντας τα αντίστοιχα αποτελέσματα της σχετικής σχέσης.

4.2. Ερευνητική διαδικασία

Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με δείγμα ευκολίας σε κοινωνικές δομές του Δήμου Αγίας Παρασκευής Αττικής (ΚΑΠΗ, Βοήθεια στο Σπίτι, Κέντρο Γυναίκας) από τον

Οκτώβριο του 2022 ως και το Δεκέμβριο του 2022. Για την υλοποίηση της έρευνας, προηγήθηκε έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου (ερωτηματολόγιο) από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου. Όλες οι συμμετέχουσες στην έρευνα έλαβαν προφορική και γραπτή ενημέρωση αναφορικά με την έρευνα, την εθελοντική συμμετοχή τους και την τήρηση της ανωνυμίας τους, στο πλαίσιο της διασφάλισης της προστασίας των προσωπικών τους δεδομένων.

4.3. Πληθυσμός και δείγμα έρευνας

Το δείγμα της παρούσας έρευνας, αποτελούν 100 γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο στο μαστό την τελευταία πενταετία. Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη, ήταν οι συμμετέχουσες να είναι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού, ηλικίας άνω των 18 ετών, οι οποίες γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα και δεν έχουν ψυχιατρικά προβλήματα ή άνοια.

4.4. Ερευνητικά εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο που αξιοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, αποτελούταν από 24 ερωτήσεις. Αφορούσαν στο φύλο, στην ηλικία, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το εισόδημα, την ασφάλιση, το ιστορικό, την ημερομηνία διάγνωσης, το στάδιο του όγκου, τη θεραπεία, συννοσηρότητες, άλλες αγωγές, τη διατροφή, την εμμηνόπαυση, το βάρος και το ύψος, τη χρήση καπνού και αλκοόλ και τη νόσηση από covid-19.

Για να εκτιμηθεί ποιότητα ζωής των συμμετεχουσών, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EORTC (QLQ). Το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής EORTC (QLQ) είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (QoL) ασθενών με καρκίνο που συμμετέχουν σε διεθνείς κλινικές δοκιμές. Το βασικό ερωτηματολόγιο, το QLQ-C30, είναι προϊόν συλλογικής έρευνας για περισσότερο από μια

δεκαετία. Έχει χρησιμοποιηθεί σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών δοκιμών για τον καρκίνο, από μεγάλο αριθμό ερευνητικών ομάδων (Husson et Al., 2020).

Για την διερεύνηση της ψυχικής ανθεκτικότητας των συμμετεχουσών, αξιοποιήθηκε η κλίμακα Connor-Davidson, η οποία είναι επικυρωμένη και θεωρείται αξιόπιστη, καθώς αποτελείται από ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τους γενικούς ψυχιατρικούς ασθενείς και τα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία καρκίνου (Babić et Al., 2020).

Η επιλογή των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων, έγινε με κριτήριο το βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητάς τους, την ευρεία χρήση τους αλλά και τη μικρή χρονική διάρκεια που απαιτεί η συμπλήρωσή τους. Συγκροτούνται από μικρές και ευκολονόητες ερωτήσεις.

Κεφάλαιο Πέμπτο: Στατιστική Ανάλυση

5.1. Περιγραφική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων επιλέχθηκε η χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS, ως πιο κατάλληλη. Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση, υπολογίζοντας για τις ονομαστικές μεταβλητές τη συχνότητα και τη σχετική συχνότητα, ενώ για τις συνεχείς τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση. Στη συνέχεια, έγινε επαγωγική ανάλυση για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Για τον έλεγχο ανεξαρτησίας ονομαστικών και διατάξιμων μέτρων, επιλέχθηκε η δοκιμασία chi-squared, ενώ για τις περιπτώσεις σύγκρισης μέσων τιμών επιλέχθηκε το t-test και η ANOVA, λαμβάνοντας υπόψη το πλήθος των επιπέδων της ανεξάρτητης μεταβλητής. Τέλος, για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διατάξιμων και συνεχών μεταβλητών με τις υποκλίμακες, επιλέχθηκε ο έλεγχος Spearman και Pearson's αντίστοιχα.

		N	%
4.Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	34	34.0%
	Άγαμος	13	13.0%
	Συζώ με κάποιον	8	8.0%
	Διαζευγμένος	20	20.0%
	Χήρος	25	25.0%
	Σύνολο	100	100%

Πίνακας 1 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Με βάση τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, ήταν έγγαμοι 34 άτομα με ποσοστό 34%, ακολουθούν οι χήροι με ποσοστό 25%, οι διαζευγμένοι με ποσοστό 20%, οι άγαμοι με ποσοστό 13% τέλος τα άτομα που δήλωσαν ότι συζούν με κάποιον με ποσοστό 8%.

		N	%
5.Αριθμός παιδιών	0	35	35.0%
	1	29	29.0%

	2	27	27.0%
	3	6	6.0%
	4	2	2.0%
	5	1	1.0%
	Σύνολο	100	100%

Πίνακας 2 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Αναφορικά με το πλήθος των παιδιών, φαίνεται ότι το 64% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχουν από 0 έως και ένα παιδί, δύο παιδιά δήλωσε το 27% ενώ άνω των δύο παιδιών δήλωσε ότι έχει το 9% των συμμετεχόντων.

Συνεχίζοντας με το επάγγελμα των ερωτηθέντων, στην πλειοψηφία τους και λίγο λιγότεροι από τους μισούς με ποσοστό 47% δήλωσαν συνταξιούχοι, αντίστοιχα δημόσιοι υπάλληλοι δήλωσε το 13% των συμμετεχόντων, ιδιωτικοί υπάλληλοι το 16% και ελεύθεροι επαγγελματίες το 15%. Άνεργοι δήλωσαν το 9% των ερωτηθέντων.

		N	%
7.Επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	13	13.0%
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	16	16.0%
	Ελεύθερος επαγγελματίας	15	15.0%
	Συνταξιούχος	47	47.0%
	Άνεργος	9	9.0%
	Σύνολο	100	100%
9.Είδος ασφάλισης	ΕΦΚΑ	92	92.0%
	Α ν α σ φ ά λ ι σ τ ο ς - ανασφάλιστη	8	8.0%
	Σύνολο	100	100%
10.Υπάρχει ιστορικό καρκίνου στην οικογένειά σας;	Ναι	76	76.0%
	Όχι	24	24.0%
	Σύνολο	100	100%

Πίνακας 3 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Σχετικά με το είδος ασφάλισης, οι ανασφάλιστοι αποτελούν μία μικρή μειοψηφία με ποσοστό που αγγίζει το 8%, ενώ τα άτομα που δήλωσαν ότι ασφαλίζονται με ΕΦΚΑ συγκέντρωσαν ποσοστό 90%.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μόλις το 24% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν έχει ιστορικό καρκίνου στην οικογένειά, ενώ το 76% δήλωσε ότι έχει.

		N	%
13.1 Τμηματοεκτομή	Ναι	27	27.0%
	Όχι	73	73.0%
13.2 Μαστεκτομή	Ναι	64	64.0%
	Όχι	36	36.0%
13.3 Λεμφαδενεκτομή	Ναι	30	30.0%
	Όχι	70	70.0%
13.4 Αποκατάσταση	Ναι	31	31.0%
	Όχι	69	69.0%
13.5 Προγραμματίστηκε X/O	Ναι	12	12.0%
	Όχι	88	88.0%
14.1 Ακτινοθεραπεία	Ναι	76	76.0%
	Όχι	24	24.0%
14.2 Χημειοθεραπεία	Ναι	69	69.0%
	Όχι	31	31.0%
14.3 Ορμονοθεραπεία	Ναι	37	37.0%
	Όχι	63	63.0%
14.4 Herceptin	Ναι	16	16.0%
	Όχι	84	84.0%
14.5 Καμία θεραπεία	Ναι	5	5.0%
	Όχι	95	95.0%
15.1 Ακτινοθεραπεία	Ναι	11	11.0%
	Όχι	89	89.0%
15.2 Χημειοθεραπεία	Ναι	9	9.0%
	Όχι	91	91.0%
15.3 Ορμονοθεραπεία	Ναι	4	4.0%
	Όχι	96	96.0%
15.4 Herceptin	Ναι	2	2.0%
	Όχι	98	98.0%
15.5 Καμία θεραπεία	Ναι	2	2.0%
	Όχι	98	98.0%

Πίνακας 4 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Σχετικά με το είδος της θεραπείας, παρατηρείται ότι ακτινοθεραπεία έχει κάνει το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων 75%, μαστεκτομή δήλωσε ότι έχει κάνει ποσοστό 64%, χημειοθεραπεία το 69%, λεμφαδενεκτομή το 30% και αποκατάσταση μόλις το 31%.

Αναφορικά με τη λήψη φαρμάκων, παρατηρείται ότι αγχολυτικά δήλωσε ότι λαμβάνει μόνο το 15%, ενώ αντικαταθλιπτικά δήλωσε ότι λαμβάνει το 19%. Τέλος, καθόλου φάρμακα δήλωσε το υπόλοιπο 66% των ερωτηθέντων.

		N	%
17.Λαμβάνετε κάποια από τις παρακάτω κατηγορίες φαρμάκων	Αγχολυτικά φάρμακα	15	15.0%
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	19	19.0%
19.Εμμηνόπαυση	Όχι	66	66.0%
	Ναι	86	86.0%
22.Καταναλώνετε αλκοόλ	Όχι	14	14.0%
	Ναι	65	65.0%
23.Καπνίζετε;	Όχι	35	35.0%
	Ναι	21	21.0%
24.Έχετε νοσήσει από covid – 19;	Όχι	79	79.0%
	Ναι	54	54.0%
		46	46.0%

Πίνακας 5 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Σχετικά με την εμμηνόπαυση παρατηρείται ότι η πλειοψηφία, σχεδόν τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων, δήλωσαν ότι βρίσκονται σε αυτή τη φάση, το 65% δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοόλ. Αναφορικά με το κάπνισμα, 21% των ερωτηθέντων δήλωσε καπνιστής ενώ το 79% όχι. Τέλος, παρατηρείται ότι περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες, το 54%, έχει νοσήσει από κορωνοϊό.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι τιμές των υποκλιμάκων του κάθε ερωτηματολογίου, αναφέροντας την ελάχιστη τιμή, τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση καθώς και τη μέγιστη

τιμή που υπολογίστηκε. Τα παραπάνω περιγραφικά μέτρα υπολογίστηκαν για την ποιότητα ζωής, τη φυσική λειτουργία, το λειτουργικό ρόλο, τη συναισθηματική λειτουργία, τη γνωστική λειτουργία, την κοινωνική λειτουργία, την κούραση, τη ναυτία και τον εμετό, τον πόνο, τη δύσπνοια, την αϋπνία, την ανορεξία, τη δυσκοιλιότητα, τη διάρροια και τις οικονομικές δυσκολίες για την κλίμακα EORTC. Αντίστοιχα για το δεύτερο ερωτηματολόγιο, το CD-RISK, υπολογίστηκε η τιμή για τις υποκλίμακες προσωπική ικανότητα, θετική αποδοχή, έλεγχος, πνευματικές επιδράσεις, εμπιστοσύνη καθώς και η συνολική βαθμολογία της κλίμακας.

	Ελάχιστο	MT	TA	Μέγιστο
Ποιότητα ζωής (EORTC)	0.00	53.83	23.64	91.67
Φυσική Λειτουργία (EORTC)	0.00	37.73	21.45	93.33
Λειτουργικός Ρόλος (EORTC)	0.00	39.00	28.94	100.00
Συναισθηματική Λειτουργία (EORTC)	0.00	40.17	26.71	100.00
Γνωστική Λειτουργία (EORTC)	0.00	42.50	28.66	100.00
Κοινωνική Λειτουργία (EORTC)	0.00	46.17	29.48	100.00
Κούραση (EORTC)	0.00	49.22	24.98	100.00
Ναυτία & εμετός (EORTC)	0.00	17.00	25.73	100.00
Πόνος (EORTC)	0.00	42.00	25.68	100.00
Δύσπνοια (EORTC)	0.00	36.33	28.07	100.00
Insomnia (EORTC)	0.00	44.33	29.23	100.00
Ανορεξία (EORTC)	0.00	26.33	29.70	100.00
Δυσκοιλιότητα (EORTC)	0.00	22.67	27.58	66.67
Διάρροια (EORTC)	0.00	14.33	22.35	66.67
Οικονομικές δυσκολίες (EORTC)	0.00	57.00	29.32	100.00
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά Πρότυπα & Αντοχή (CDR)	2.00	16.36	6.91	31.00
Θετική αποδοχή (CDR)	1.00	10.54	4.64	19.00
Έλεγχος (CDR)	0.00	5.92	2.85	12.00
Πνευματικές επιδράσεις (CDR)	0.00	4.01	2.22	8.00
Εμπιστοσύνη (CDR)	3.00	13.54	5.88	24.00
Συνολική βαθμολογία (CDR)	11.00	50.37	20.45	92.00

Πίνακας 6 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

5.2. Εσωτερική συνάφεια

Με βάση τα αποτελέσματα cronbach των υποκλιμάκων αλλά και του συνόλου των ερωτήσεων των ερωτηματολογίων, παρατηρείται ισχυρή εσωτερική συνάφεια στις ερωτήσεις των υποκλιμάκων καθώς και στο συνολικό σκορ και στα δυο ερωτηματολόγια.

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι για όλες τις υποκλίμακες, οι τιμές της εσωτερικής συνάφειας είναι μεγαλύτερες από 0.7, υποδηλώνοντας ισχυρή συσχέτιση στις απαντήσεις που δόθηκαν σε κάθε υποκλίμακα.

	Cronbach's Alpha	N of Items
Ποιότητα ζωής (EORTC)	0.888	2
Φυσική Λειτουργία (EORTC)	0.893	5
Λειτουργικός Ρόλος (EORTC)	0.980	2
Συναισθηματική Λειτουργία (EORTC)	0.638	2
Γνωστική Λειτουργία (EORTC)	0.800	2
Κοινωνική Λειτουργία (EORTC)	0.974	2
Κούραση (EORTC)	0.915	3
Ναυτία & εμετός (EORTC)	0.969	2
Πόνος (EORTC)	0.895	2
Δύσπνοια (EORTC)	0.865	2
Συνολικό σκορ (EORTC)	0.913	30

Πίνακας 7 Αποτελέσματα εσωτερικής συνάφειας EORTC

Συνεχίζοντας τους ελέγχους Cronbach και για το δεύτερο ερωτηματολόγιο, παρατηρείται ισχυρή εσωτερική συνάφεια σε όλες τις υποκλίμακες, εκτός από την υποκλίμακα «Εμπιστοσύνη» όπου ο δείκτης Cronbach εμφάνισε τιμή 0,604, η οποία χαρακτηρίζεται ως χαμηλή, χωρίς όμως να είναι απαγορευτική για τη χρήση της αντίστοιχης υποκλίμακας.

	Cronbach's Alpha	N of Items
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)	0.898	8

Θετική αποδοχή (CDR)	0.877	7
Έλεγχος (CDR)	0.875	5
Πνευματικές επιδράσεις (CDR)	0.751	3
Εμπιστοσύνη (CDR)	0.604	2
Συνολική βαθμολογία (CDR)	0.960	25

Πίνακας 8 Αποτελέσματα εσωτερικής συνάφειας CDR

5.3. Επαγωγική ανάλυση

Ολοκληρώνοντας την περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης, πραγματοποιήθηκε αντίστοιχη επαγωγική ανάλυση. Η πρώτη μεταβλητή που εμφάνισε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των υποκλιμάκων, ήταν η οικογενειακή κατάσταση.

Κατά την ανάλυση που διενεργήθηκε με τη μέθοδο ANOVA (Analysis of Variance) παρατηρείται ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των υποκλιμάκων φυσική λειτουργία και πνευματικές επιδράσεις, ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα της μεταβλητής οικονομική κατάσταση. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι τις μεγαλύτερες τιμές στη φυσική λειτουργία εμφάνισαν τα άτομα που δήλωσαν χήρος η χήρα, το ίδιο συμβαίνει και στις πνευματικές αντιδράσεις, αντίστοιχα τις χαμηλότερες τιμές εμφάνισαν οι άγαμοι και στις δύο υποκλίμακες.

Συγκεκριμένα παρατηρείται ότι στην περίπτωση του χήρου/ας η μέση τιμή της φυσικής λειτουργίας ήταν 48 με τυπική απόκλιση 21,9, οι άγαμοι εμφάνισαν αντίστοιχα μέση τιμή φυσικής λειτουργίας 30,8 με τυπική απόκλιση 24,1, αντίθετα στην πνευματική επίδραση, παρατηρείται ότι μεγαλύτερη τιμή εμφάνισαν οι χήροι/ες με μέση τιμή 4,8 και τυπική απόκλιση 2,4, οι άγαμοι στην ίδια υποκλίμακα εμφάνισαν τη χαμηλότερη τιμή με μέση τιμή 3,1 και τυπική απόκλιση 2,2.

		N	MT	TA	F	Sig.
Φυσική	Έγγαμος	34	37.1	16.6	2.623	0.039

Λειτουργία (EORTC)	Άγαμος	13	30.8	24.1		
	Συζώ με κάποιον	8	25.8	25.6		
	Διαζευγμένος	20	35.3	21.5		
	Χήρος	25	48.0	21.9		
	Σύνολο	100	37.7	21.4		
Πνευματικές επιδράσεις (CDR)	Έγγαμος	34	4.4	2.0		
	Άγαμος	13	3.1	2.2		
	Συζώ με κάποιον	8	3.3	1.5	2.540	0.045
	Διαζευγμένος	20	3.3	2.3		
	Χήρος	25	4.8	2.4		
	Σύνολο	100	4.0	2.2		

Πίνακας 9 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Συνεχίζοντας την ανάλυση, παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στα διαφορετικά επίπεδα της μεταβλητής επαγγελματική κατάσταση. Συγκεκριμένα, τις μεγαλύτερες τιμές στη γνωστική λειτουργία εμφάνισαν τα άτομα που δήλωσαν ότι είναι συνταξιούχοι, ενώ τις χαμηλότερες τιμές δήλωσαν τα άτομα που ήταν άνεργα. Οι συνταξιούχοι εμφάνισαν μέση τιμή γνωστικής λειτουργίας 54,3 με τυπική απόκλιση 24,4, ενώ αντίστοιχα οι άνεργοι εμφάνισαν μέση τιμή 25,9 και τυπική απόκλιση 27,8.

		N	MT	TA	F	Sig.
Γνωστική Λειτουργία (EORTC)	Δημόσιος Υπάλληλος	13	30.8	25.3	4.431	0.003
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	16	34.4	30.1		
	Ελεύθερος επαγγελματίας	15	34.4	31.2		
	Συνταξιούχος	47	54.3	24.4		
	Άνεργος	9	25.9	27.8		
	Total	100	42.5	28.7		

Πίνακας 10 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Σημειώθηκαν διαφορές στα επίπεδα της μεταβλητής φαρμακευτική αγωγή, όπου φαίνεται ότι τα άτομα που παίρνουν αγχολυτικά φάρμακα εμφανίζουν τις μεγαλύτερες τιμές στην ποιότητα ζωής (EORTC), καθώς και στις υποκλίμακες προσωπική ικανότητα και εμπιστοσύνη της CDR, όπως και στη συνολική βαθμολογία της συγκεκριμένης κλίμακας. Αντίστοιχα, τα άτομα που δεν παίρνουν καθόλου φάρμακα εμφανίζουν τις χαμηλότερες τιμές

στην φυσική λειτουργία (EORTC), το λειτουργικό ρόλο (EORTC), την κοινωνική λειτουργία (EORTC) καθώς και τις οικονομικές δυσκολίες της κλίμακας CDR.

		N	MT	TA	F	Sig.
Ποιότητα ζωής (EORTC)	Αγχολυτικά φάρμακα	15	62.8	19.1	5.873	0.004
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	19	38.6	22.9		
	Όχι	66	56.2	23.1		
	Total	100	53.8	23.6		
Φυσική Λειτουργία (EORTC)	Αγχολυτικά φάρμακα	15	45.8	22.4	3.940	0.023
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	19	46.0	24.0		
	Όχι	66	33.5	19.5		
	Total	100	37.7	21.4		
Λειτουργικός Ρόλος (EORTC)	Αγχολυτικά φάρμακα	15	45.6	33.6	3.442	0.036
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	19	51.8	30.9		
	Όχι	66	33.8	26.1		
	Total	100	39.0	28.9		
Κοινωνική Λειτουργία (EORTC)	Αγχολυτικά φάρμακα	15	47.8	28.8	8.998	0.000
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	19	69.3	23.7		
	Όχι	66	39.1	28.0		
	Total	100	46.2	29.5		
Οικονομικές δυσκολίες (EORTC)	Αγχολυτικά φάρμακα	15	55.6	30.0	5.121	0.008
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	19	75.4	24.4		
	Όχι	66	52.0	28.7		
	Total	100	57.0	29.3		
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)	Αγχολυτικά φάρμακα	15	19.0	6.9	4.713	0.011
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	19	12.4	6.7		
	Όχι	66	16.9	6.6		
	Total	100	16.4	6.9		
Έλεγχος (CDR)	Αγχολυτικά φάρμακα	15	6.9	2.7	4.215	0.018
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	19	4.4	2.6		
	Όχι	66	6.1	2.8		
	Total	100	5.9	2.8		
Εμπιστοσύνη (CDR)	Αγχολυτικά φάρμακα	15	15.8	6.2	4.543	0.013
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	19	10.3	5.4		
	Όχι	66	14.0	5.6		
	Total	100	13.5	5.9		
Συνολική βαθμολογία (CDR)	Αγχολυτικά φάρμακα	15	58.8	21.3	4.074	0.020
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	19	39.9	19.9		
	Όχι	66	51.5	19.5		
	Total	100	50.4	20.4		

Πίνακας 11 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Διαφορές παρατηρούνται επίσης σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. Τα άτομα που δήλωσαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ, εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές στη φυσική λειτουργία (EORTC) στο λειτουργικό ρόλο (EORTC) και στις πνευματικές επιδράσεις της CDR.

22.Καταναλώνετε αλκοόλ		N	MT	TA	t	β.ε.	sig.
Φυσική Λειτουργία (EORTC)	Ναι	65	32.8	19.6	-3.271	98	0.001
	Όχι	35	46.9	22.1			
Λειτουργικός Ρόλος (EORTC)	Ναι	65	34.4	28.2	-2.229	98	0.028
	Όχι	35	47.6	28.6			
Πνευματικές επιδράσεις (CDR)	Ναι	65	3.6	2.1	-2.585	98	0.011
	Όχι	35	4.8	2.2			

Πίνακας 12 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Στη συνέχεια παρατίθενται οι στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις που παρουσιάστηκαν. Η ηλικία παρατηρείται ότι σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική κατεύθυνση με την φυσική λειτουργία (EORTC), με τον λειτουργικό ρόλο (EORTC), τη γνωστική λειτουργία (EORTC), την κοινωνική λειτουργία (EORTC), την κούραση (EORTC), τον πόνο (EORTC), τη δύσπνοια (EORTC). Όσον αφορά στο δεύτερο ερωτηματολόγιο, η ηλικία εμφανίζει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση με την προσωπική ικανότητα (CDR), με τον έλεγχο (CDR), την εμπιστοσύνη (CDR), καθώς και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας CDR.

		2.Ηλικία
Φυσική Λειτουργία (EORTC)	Pearson Correlation	.474**
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	100
Λειτουργικός Ρόλος (EORTC)	Pearson Correlation	.335**
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	100
Γνωστική Λειτουργία (EORTC)	Pearson Correlation	.414**
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	100

Κοινωνική Λειτουργία (EORTC)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.213* 0.033 100
Κούραση (EORTC)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.316** 0.001 100
Πόνος (EORTC)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.306** 0.002 100
Δύσπνοια (EORTC)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.339** 0.001 100
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.218* 0.030 100
Έλεγχος (CDR)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.205* 0.041 100
Εμπιστοσύνη (CDR)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.239* 0.017 100
Συνολική βαθμολογία (CDR)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.200* 0.046 100

Πίνακας 13 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Στο αμέσως επόμενο πίνακα, παρατηρείται ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του βάρους των ερωτηθέντων με τις υποκλίμακες τόσο του πρώτου, όσο τη δεύτερου ερωτηματολογίου. Παρατηρείται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση του βάρους με την ποιότητα ζωής (EORTC), την ανορεξία (EORTC), την προσωπική ικανότητα (CDR), τη θετική αποδοχή (CDR), τις πνευματικές επιδράσεις (CDR), την εμπιστοσύνη (CDR), καθώς και τη συνολική βαθμολογία της συγκεκριμένης κλίμακας. Θετική φαίνεται η σχέση του βάρους του με την κοινωνική λειτουργία (EORTC) του πρώτου ερωτηματολογίου, την κούραση (EORTC) και τις οικονομικές δυσκολίες (EORTC).

		20.Το βάρος σας είναι
Ποιότητα ζωής (EORTC)	Pearson Correlation	-.282**
	Sig. (2-tailed)	0.004
	N	100
Κοινωνική Λειτουργία (EORTC)	Pearson Correlation	.201*
	Sig. (2-tailed)	0.045
	N	100
Κούραση (EORTC)	Pearson Correlation	.203*
	Sig. (2-tailed)	0.043
	N	100
Ανορεξία (EORTC)	Pearson Correlation	-.365**
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	100
Οικονομικές δυσκολίες (EORTC)	Pearson Correlation	.248*
	Sig. (2-tailed)	0.013
	N	100
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)	Pearson Correlation	-.199*
	Sig. (2-tailed)	0.047
	N	100
Θετική αποδοχή (CDR)	Pearson Correlation	-.258**
	Sig. (2-tailed)	0.009
	N	100
Πνευματικές επιδράσεις (CDR)	Pearson Correlation	-.300**
	Sig. (2-tailed)	0.002
	N	100
Εμπιστοσύνη (CDR)	Pearson Correlation	-.226*
	Sig. (2-tailed)	0.024
	N	100
Συνολική βαθμολογία (CDR)	Pearson Correlation	-.249*
	Sig. (2-tailed)	0.012
	N	100

Πίνακας 14 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Στη συνέχεια παρατηρείται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση, μεταξύ του ύψους και του λειτουργικού ρόλου (EORTC), κάτι που σημαίνει ότι όσο

αυξάνεται το ύψος των ερωτηθέντων τόσο χαμηλότερη είναι και η τιμή που εμφανίζει η υποκλίμακα λειτουργικός ρόλος (EORTC).

		21.Το
		ύψος σας
		είναι
Λειτουργικός Ρόλος (EORTC)	Pearson Correlation	-.220*
	Sig. (2-tailed)	0.028
	N	100

Πίνακας 15 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Στη συνέχεια παρατηρείται συσχέτιση του αριθμού των παιδιών, με τις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση του αριθμού παιδιών με την δυσκοιλιότητα (EORTC), ενώ θετική φαίνεται η κατεύθυνση του πλήθους των παιδιών με την διάρροια (EORTC).

		5.Αριθμός παιδιών
Δυσκοιλιότητα (EORTC)	Correlation	
	Coefficient	-.248*
	Sig. (2-tailed)	0.013
	N	100
Διάρροια (EORTC)	Correlation	
	Coefficient	.337**
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	100

Πίνακας 16 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Στη συνέχεια εξετάστηκε το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων με τα διαφορετικά επίπεδα των υποκλιμάκων του πρώτου και του δεύτερου ερωτηματολογίου. Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου βρέθηκε με αρνητική κατεύθυνση με τη φυσική λειτουργία (EORTC), το λειτουργικό ρόλο (EORTC) και τη γνωστική λειτουργία (EORTC). Θετική είναι η συσχέτιση που εμφανίστηκε με την προσωπική ικανότητα (CDR),

τη θετική αποδοχή (CDR), τον έλεγχο, την εμπιστοσύνη (CDR), καθώς επίσης και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας CDR.

		6.Εκπαιδευτικό επίπεδο
Φυσική Λειτουργία (EORTC)	Correlation	-.347**
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	100
Λειτουργικός Ρόλος (EORTC)	Correlation	-.218*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.029
	N	100
Γνωστική Λειτουργία (EORTC)	Correlation	-.290**
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.003
	N	100
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)	Correlation	.232*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.020
	N	100
Θετική αποδοχή (CDR)	Correlation	.209*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.037
	N	100
Έλεγχος (CDR)	Correlation	.237*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.018
	N	100
Εμπιστοσύνη (CDR)	Correlation	.239*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.017
	N	100
Συνολική βαθμολογία (CDR)	Correlation	.208*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.037
	N	100

Πίνακας 17 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Πολύ σημαντικά ήταν τα αποτελέσματα της συσχέτισης του σταδίου του όγκου κατά τη διάγνωση με τις υποκλίμακες των κλιμάκων. Συγκεκριμένα, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση του σταδίου με τη φυσική λειτουργία (EORTC), το λειτουργικό ρόλο (EORTC), τη συναισθηματική λειτουργία (EORTC), τη γνωστική λειτουργία (EORTC), την κοινωνική λειτουργία (EORTC), την κούραση (EORTC), τη ναυτία (EORTC), τον εμετό (EORTC), τον πόνο (EORTC), την δύσπνοια (EORTC), τις οικονομικές δυσκολίες (EORTC), ενώ αντίθετα παρατηρείται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση του σταδίου διάγνωσης με την προσωπική ικανότητα, κάτι που σημαίνει ότι καθώς αυξάνεται το στάδιο διάγνωσης, αυξάνονται και οι τιμές των υποκλιμάκων ερωτηματολογίου EORTC και μειώνονται οι τιμές της υποκλίμακας CDR.

		12.Στάδιο όγκου κατά τη διάγνωση: Στάδιο
Φυσική Λειτουργία (EORTC)	Correlation	
	Coefficient	.224*
	Sig. (2-tailed)	0.025
	N	100
Λειτουργικός Ρόλος (EORTC)	Correlation	
	Coefficient	.318**
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	100
Συναισθηματική Λειτουργία (EORTC)	Correlation	
	Coefficient	.242*
	Sig. (2-tailed)	0.015
	N	100
Γνωστική Λειτουργία (EORTC)	Correlation	
	Coefficient	0.133
	Sig. (2-tailed)	0.186
	N	100
Κοινωνική Λειτουργία (EORTC)	Correlation	
	Coefficient	.336**
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	100

Κούραση (EORTC)	Correlation	.314**
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	100
Ναυτία & εμετός (EORTC)	Correlation	.228*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.022
	N	100
Πόνος (EORTC)	Correlation	.333**
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	100
Δύσπνοια (EORTC)	Correlation	0.184
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.067
	N	100
Οικονομικές δυσκολίες (EORTC)	Correlation	.457**
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	100
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)	Correlation	-.198*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.049
	N	100

Πίνακας 18 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Συνεχίζοντας την ανάλυση και εστιάζοντας στο μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση με την ποιότητα ζωής (EORTC), από την πρώτη κλίμακα και την υποκλίμακα εμπιστοσύνη (CDR) από τη δεύτερη κλίμακα. Αντίστοιχα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση του μηνιαίου εισοδήματος με αρνητική κατεύθυνση με τη φυσική λειτουργία (EORTC) με το λειτουργικό ρόλο (EORTC) τη γνωστική λειτουργία (EORTC), την κοινωνική λειτουργία (EORTC) τον πόνο (EORTC) και την δύσπνοια (EORTC).

		8.Μηνιαίο εισόδημα
Ποιότητα ζωής (EORTC)	Correlation	.203*

	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.042
	N	100
Φυσική Λειτουργία (EORTC)	Correlation	-.354**
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	100
Λειτουργικός Ρόλος (EORTC)	Correlation	-.254*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.011
	N	100
Γνωστική Λειτουργία (EORTC)	Correlation	-.253*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.011
	N	100
Κοινωνική Λειτουργία (EORTC)	Correlation	-.240*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.016
	N	100
Πόνος (EORTC)	Correlation	-.221*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.027
	N	100
Δύσπνοια (EORTC)	Correlation	-.198*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.049
	N	100
Εμπιστοσύνη (CDR)	Correlation	.246*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0.014
	N	100

Πίνακας 19 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Κλείνοντας το κομμάτι της επαγωγικής ανάλυσης παρατίθεται ο πίνακας των συσχετίσεων όλων των υποκλιμάκων του πρώτου ερωτηματολογίου (EORTC) με τις υπό κλίμακες του δεύτερου ερωτηματολογίου (CDR). Παρατηρείται ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση μεταξύ της ποιότητας ζωής (EORTC) και όλων των

υποκλιμάκων του δεύτερου ερωτηματολογίου (CDR), κάτι που σημαίνει ότι καθώς αυξάνεται η ποιότητα ζωής (EORTC), αυξάνονται αντίστοιχα και οι τιμές των υποκλιμάκων του δεύτερου ερωτηματολογίου. Αντίστοιχα παρατηρείται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση μεταξύ της υπό κλίμακας φυσική λειτουργία (EORTC) και των υποκλιμάκων του δεύτερου ερωτηματολογίου.

Αρνητική συσχέτιση παρουσιάζεται επίσης μεταξύ του λειτουργικού ρόλου (EORTC) και όλων των υποκλιμάκων του δεύτερου ερωτηματολογίου, εκτός από τις σημαντικές επιδράσεις.

Προχωρώντας στην ανάλυση παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση της υποκλίμακας γνωστική λειτουργία (EORTC) με τις υποκλίμακες προσωπική ικανότητα (CDR), τον έλεγχο εμπιστοσύνης (CDR) καθώς και τη συνολική βαθμολογία του CDR.

Αναφορικά με την κοινωνική λειτουργία (EORTC) παρατηρείται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες του δεύτερου ερωτηματολογίου, εκτός της υποκλίμακας προσωπικές επιδράσεις (CDR).

Αντίστοιχη σχέση με την κοινωνική λειτουργία (EORTC) εμφανίζουν οι υποκλίμακες κούραση (EORTC), πόνος (EORTC) δύσπνοια (EORTC) και οικονομικές δυσκολίες (EORTC), με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου CDR.

Όσον αφορά στη ναυτία και τον εμετό, παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση με την προσωπική ικανότητα (CDR), τον έλεγχο (CDR), την εμπιστοσύνη (CDR) καθώς και τη συνολική βαθμολογία του CDR.

		Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή	Θετική αποδοχή (CDR)	Έλεγχος (CDR)	Πνευματικές επιδράσεις (CDR)	Εμπιστοσύνη (CDR)	Συνολική βαθμολογία (CDR)
Ποιότητα ζωής (EORTC)	Pearson Correlation	.729**	.627**	.641**	.409**	.700**	.723**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	100	100	100	100	100	100
Φυσική Λειτουργία (EORTC)	Pearson Correlation	-.380**	-.316**	-.367**		-.394**	-.366**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.001	0.000		0.000	0.000
	N	100	100	100		100	100
Λειτουργικός Ρόλος (EORTC)	Pearson Correlation	-.355**	-.250*	-.262**		-.309**	-.309**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.012	0.008		0.002	0.002
	N	100	100	100		100	100
Συναισθηματική Λειτουργία (EORTC)	Pearson Correlation	-.401**	-.330**	-.395**		-.398**	-.396**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.001	0.000		0.000	0.000
	N	100	100	100		100	100
Γνωστική Λειτουργία (EORTC)	Pearson Correlation	-.266**		-.203*		-.272**	-.241*
	Sig. (2-tailed)	0.007		0.042		0.006	0.016
	N	100		100		100	100
Κοινωνική Λειτουργία (EORTC)	Pearson Correlation	-.460**	-.323**	-.353**		-.437**	-.422**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.001	0.000		0.000	0.000
	N	100	100	100		100	100
Κούραση (EORTC)	Pearson Correlation	-.366**	-.289**	-.277**		-.330**	-.323**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.004	0.005		0.001	0.001
	N	100	100	100		100	100
Ναυτία & εμετός (EORTC)	Pearson Correlation	-.239*		-.206*		-.205*	-.212*
	Sig. (2-tailed)	0.016		0.039		0.041	0.034
	N	100		100		100	100
Πόνος (EORTC)	Pearson Correlation	-.416**	-.309**	-.299**		-.347**	-.362**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.002	0.003		0.000	0.000
	N	100	100	100		100	100
Δύσπνοια (EORTC)	Pearson Correlation	-.391**	-.297**	-.355**		-.375**	-.363**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.003	0.000		0.000	0.000
	N	100	100	100		100	100
Οικονομικές δυσκολίες (EORTC)	Pearson Correlation	-.408**	-.317**	-.292**		-.366**	-.359**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.001	0.003		0.000	0.000
	N	100	100	100		100	100

Πίνακας 20 Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία αποτελεί μία προσπάθεια διερεύνησης και αξιολόγησης των παραγόντων, οι οποίοι καλλιεργούν και ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα και η επίδραση αυτής στην ποιότητα ζωής γυναικών, με καρκίνο του μαστού.

Παρότι οι περιορισμοί της έρευνας είναι αποτρεπτικοί ως προς την γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο των Ελλήνων ασθενών με καρκίνο του μαστού, φαίνεται να υπάρχουν ενδείξεις σχετικά με την θετική σύνδεση ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής των νοσούντων από καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με τα ερευνητικά ευρήματα, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός τέκνων και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν σημαντικά τις διαστάσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ποιότητα ζωής των ασθενών.

Από την έρευνα προκύπτει ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες αντιμετωπίζουν πιο θετικά την ασθένεια κι αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στην πιο έγκαιρη διάγνωση και στις λιγότερο επιβαρυντικές συνέπειες σε σχέση με μια νεότερη ασθενή, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που αξιοποιήθηκε. Η ύπαρξη οικογενειακού περιβάλλοντος φαίνεται να προσφέρει μια πιο θετική οπτική στον ασθενή. Τα ανώτερα εκπαιδευτικά επίπεδα, συνδέονται θετικά με την ποιότητα της ζωής και την ψυχική ανθεκτικότητα. Το υψηλό σωματικό βάρος φαίνεται να συνδέεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής και την ψυχική ανθεκτικότητα. Επιπροσθέτως, μια χειρότερη συγκριτικά οικονομική κατάσταση συνδέεται με μειωμένη φυσική λειτουργία, λειτουργικό ρόλο, πνευματικές επιδράσεις, γνωστική και κοινωνική λειτουργία. Τέλος, η χρήση αλκοόλ σχετίζεται αρνητικά με τη φυσική λειτουργία, το λειτουργικό ρόλο και τις πνευματικές αντιδράσεις.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Mostar στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη, με δείγμα 60 ασθενείς, δεν φάνηκαν να υπάρχουν αξισημείωτες συσχετίσεις μεταξύ του επιπέδου ανθεκτικότητας και των αποτελεσμάτων στους τομείς της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Boškailo et Al., 2021).

Αντίθετα, σε μία από τις μεγαλύτερες μέχρι σήμερα μελέτες σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, σε 418 γυναίκες στη Σουηδία, φάνηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη διατήρηση της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Παρατηρήθηκε ότι η ανθεκτικότητα συσχετίστηκε θετικά με την ποιότητα ζωής (Mohlin et Al., 2021).

Σε άλλη σχετική έρευνα, με δείγμα 98 ασθενείς με καρκίνο του μαστού από Πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Chongqing της Κίνας, φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη συνδέθηκε θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα και την ποιότητα της ζωής (Zhang et Al., 2017).

Τέλος, σε έρευνα όπου συμπεριλήφθηκαν 218 ασθενείς από το ογκολογικό τμήμα του Κλινικού Νοσοκομείου «Dr. Trifun Panovski» και την Πανεπιστημιακή Κλινική Ογκολογίας και Ακτινοθεραπείας στα Σκόπια, φάνηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα επηρεάζει πολλές πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι πιο ανθεκτικοί ασθενείς έχουν σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής σε όλες σχεδόν τις πτυχές της ποιότητας ζωής (Ristevska-Dimitrovska et Al., 2015).

Φαίνεται ότι ο καρκίνος του μαστού απασχολεί έντονα την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, εξαιτίας της συχνότητας του και των οργανικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που προκαλεί. Κατά συνέπεια, υπάρχουν συνεχώς εξελισσόμενες έρευνες για νέες, αποτελεσματικότερες θεραπείες.

Εκεί που ίσως υπάρχει περιθώριο για χάραξη νέων στρατηγικών και δημιουργία σύγχρονων πολιτικών, είναι στο συνδυασμό θεραπειών με πιο εξατομικευμένο χαρακτήρα, οι οποίες θα βασίζονται σε ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ανάγκες, ιδιότητες, δυνάμεις και αδυναμίες των ασθενών, με έναν από τους στόχους να είναι η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας τους, ώστε να αντιμετωπίζουν πιο λειτουργικά τις αντιξοότητες που απορρέουν από τη νόσο και συνεπώς, να απολαμβάνουν μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής.



Περιορισμοί της έρευνας

Η μελέτη αυτή είχε κάποιους σημαντικούς περιορισμούς. Αφορά στις κοινωνικές δομές ενός συγκεκριμένου αστικού προαστίου και ένα χρονικό διάστημα τριών μηνών. Επιπλέον, η μελέτη αφορά σε ένα περιορισμένο αριθμό νοσούντων.

Βιβλιογραφία

- Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological research*, 50(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s40659-017-0140-9>
- Anastasiadi, Z., Lianos, G. D., Ignatiadou, E., Harissis, H. V., & Mitsis, M. (2017). Breast cancer in young women: an overview. *Updates in surgery*, 69(3), 313–317. <https://doi.org/10.1007/s13304-017-0424-1>
- Babić, R., Babić, M., Rastović, P., Ćurlin, M., Šimić, J., Mandić, K., & Pavlović, K. (2020). Resilience in Health and Illness. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 2), 226–232.
- Barrios, C. H., Reinert, T., & Werutsky, G. (2018). Global Breast Cancer Research: Moving Forward. *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting*, 38, 441–450. https://doi.org/10.1200/EDBK_209183
- Bradt, J., Dileo, C., Magill, L., & Teague, A. (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, (8), CD006911. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub3>
- Borges, C. C., Dos Santos, P. R., Alves, P. M., Borges, R. C. M., Lucchetti, G., Barbosa, M. A., Porto, C. C., & Fernandes, M. R. (2021). Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01878-7>
- Borgi, M., Collacchi, B., Ortona, E., & Cirulli, F. (2020). Stress and coping in women with breast cancer: unravelling the mechanisms to improve resilience. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 119, 406–421. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.10.011>
- Borgquist, S., Hall, P., Lipkus, I., & Garber, J. E. (2018). Towards Prevention of Breast Cancer: What Are the Clinical Challenges?. *Cancer prevention research (Philadelphia, Pa.)*, 11(5), 255–264. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-16-0254>

Boškailo, E., Franjić, D., Jurić, I., Kiseljaković, E., Marijanović, I., & Babić, D. (2021). Resilience and Quality of Life of Patients with Breast Cancer. *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 4), 572–579.

Burstein, H. J., Curigliano, G., Thürlimann, B., Weber, W. P., Poortmans, P., Regan, M. M., Senn, H. J., Winer, E. P., Gnant, M., & Panelists of the St Gallen Consensus Conference (2021). Customizing local and systemic therapies for women with early breast cancer: the St. Gallen International Consensus Guidelines for treatment of early breast cancer 2021. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 32(10), 1216–1235. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.06.023>

Cathomas, F., Murrough, J. W., Nestler, E. J., Han, M. H., & Russo, S. J. (2019). Neurobiology of Resilience: Interface Between Mind and Body. *Biological psychiatry*, 86(6), 410–420. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.011>

Cheng, X., Wei, S., Zhang, H., Xue, S., Wang, W., & Zhang, K. (2018). Nurse-led interventions on quality of life for patients with cancer: A meta-analysis. *Medicine*, 97(34), e12037. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012037>

Chirico, A., Lucidi, F., Merluzzi, T., Alivernini, F., Laurentiis, M., Botti, G., & Giordano, A. (2017). A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. *Oncotarget*, 8(22), 36800–36811. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.15758>

Cohen, S. R., Russell, L. B., Leis, A., Shahidi, J., Porterfield, P., Kuhl, D. R., Gadermann, A. M., & Sawatzky, R. (2019). More comprehensively measuring quality of life in life-threatening illness: the McGill Quality of Life Questionnaire - Expanded. *BMC palliative care*, 18(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0473-y>

Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life

2007 to 2017: an integrative research review. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 75.
<https://doi.org/10.1186/s12955-018-0895-x>

Dantzer, R., Cohen, S., Russo, S. J., & Dinan, T. G. (2018). Resilience and immunity. *Brain, behavior, and immunity*, 74, 28–42. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.08.010>

Deshields, T. L., Heiland, M. F., Kracen, A. C., & Dua, P. (2016). Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. *Psycho-oncology*, 25(1), 11–18.
<https://doi.org/10.1002/pon.3800>

Eicher, M., Matzka, M., Dubey, C., & White, K. (2015). Resilience in adult cancer care: an integrative literature review. *Oncology nursing forum*, 42(1), E3–E16.
<https://doi.org/10.1188/15.ONF.E3-E16>

Emens L. A. (2018). Breast Cancer Immunotherapy: Facts and Hopes. *Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research*, 24(3), 511–520. <https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-16-3001>

Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A., & Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 13(5), 131–204. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1898>

Ginzac, A., Dubois, S., Hager, M. O., Kwiatkowski, F., Passildas, J., Biau, J., Abrial, C., Mouret-Reynier, M. A., Thivat, E., & Durando, X. (2020). Quality of life for older patients with cancer: a review of the evidence supporting melatonin use. *Aging clinical and experimental research*, 32(12), 2459–2468. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01532-0>

Greenlee, H., DuPont-Reyes, M. J., Balneaves, L. G., Carlson, L. E., Cohen, M. R., Deng, G., Johnson, J. A., Mumber, M., Seely, D., Zick, S. M., Boyce, L. M., & Tripathy, D. (2017). Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(3), 194–232. <https://doi.org/10.3322/caac.21397>

Guliyeva, A. (2021). Measuring quality of life: a system of indicators. *Economic and Political Studies*, 1-16.

Ho, P. J., Gernaat, S. A. M., Hartman, M., & Verkooijen, H. M. (2018). Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review. *BMJ open*, 8(4), e020512. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020512>

Hou, I. C., Lin, H. Y., Shen, S. H., Chang, K. J., Tai, H. C., Tsai, A. J., & Dykes, P. C. (2020). Quality of Life of Women After a First Diagnosis of Breast Cancer Using a Self-Management Support mHealth App in Taiwan: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(3), e17084. <https://doi.org/10.2196/17084>

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 determination and prevention of breast cancer. *Breast cancer research : BCR*, 16(5), 446. <https://doi.org/10.1186/s13058-014-0446-2>

Husson, O., de Rooij, B. H., Kieffer, J., Oerlemans, S., Mols, F., Aaronson, N. K., van der Graaf, W. T. A., & van de Poll-Franse, L. V. (2020). The EORTC QLQ-C30 Summary Score as Prognostic Factor for Survival of Patients with Cancer in the "Real-World": Results from the Population-Based PROFILES Registry. *The oncologist*, 25(4), e722–e732. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0348>

Izydorczyk, B., Kwapniewska, A., Lizinczyk, S., & Sitnik-Warchulska, K. (2018). Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *International journal of environmental research and public*

health, 15(6), 1181. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061181>

Jafari, S. H., Saadatpour, Z., Salmaninejad, A., Momeni, F., Mokhtari, M., Nahand, J. S., Rahmati, M., Mirzaei, H., & Kianmehr, M. (2018). Breast cancer diagnosis: Imaging techniques and biochemical markers. *Journal of cellular physiology*, 233(7), 5200–5213. <https://doi.org/10.1002/jcp.26379>

Jiang, X., Yang, Y., Li, H., Li, S., Su, D., Zhang, T., & Zhang, M. (2019). An intervention based on protective factors to improve resilience for breast cancer patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 3088-3096.

Johnson, R. H., Anders, C. K., Litton, J. K., Ruddy, K. J., & Bleyer, A. (2018). Breast cancer in adolescents and young adults. *Pediatric blood & cancer*, 65(12), e27397. <https://doi.org/10.1002/pbc.27397>

Kashyap, D., Pal, D., Sharma, R., Garg, V. K., Goel, N., Koundal, D., Zaguia, A., Koundal, S., & Belay, A. (2022). Global Increase in Breast Cancer Incidence: Risk Factors and Preventive Measures. *BioMed research international*, 2022, 9605439. <https://doi.org/10.1155/2022/9605439>

Katsura, C., Ogunmwonyi, I., Kankam, H. K., & Saha, S. (2022). Breast cancer: presentation, investigation and management. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*, 83(2), 1–7. <https://doi.org/10.12968/hmed.2021.0459>

Kolak, A., Kamińska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Kukielka-Budny, B., & Burdan, F. (2017). Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM*, 24(4), 549–553. <https://doi.org/10.26444/aaem/75943>

Ligibel, J. A., Basen-Engquist, K., & Bea, J. W. (2019). Weight Management and Physical Activity for Breast Cancer Prevention and Control. *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting*, 39, e22–e33. https://doi.org/10.1200/EDBK_237423

Lin, C., Diao, Y., Dong, Z., Song, J., & Bao, C. (2020). The effect of attention and interpretation therapy on psychological resilience, cancer-related fatigue, and negative emotions of patients after colon cancer surgery. *Annals of palliative medicine*, 9(5), 3261–3270. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1370>

Ludolph, P., Kunzler, A. M., Stoffers-Winterling, J., Helmreich, I., & Lieb, K. (2019). Interventions to Promote Resilience in Cancer Patients. *Deutsches Arzteblatt international*, 51-52(51-52), 865–872. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0865>

Majnarić, L. T., Bosnić, Z., Guljaš, S., Vučić, D., Kurevija, T., Volarić, M., Martinović, I., & Wittlinger, T. (2021). Low Psychological Resilience in Older Individuals: An Association with Increased Inflammation, Oxidative Stress and the Presence of Chronic Medical Conditions. *International journal of molecular sciences*, 22(16), 8970. <https://doi.org/10.3390/ijms22168970>

McManama O'Brien, K. H., Rowan, M., Willoughby, K., Griffith, K., & Christino, M. A. (2021). Psychological Resilience in Young Female Athletes. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8668. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168668>

Menta, A., Fouad, T. M., Lucci, A., Le-Petross, H., Stauder, M. C., Woodward, W. A., Ueno, N. T., & Lim, B. (2018). Inflammatory Breast Cancer: What to Know About This Unique, Aggressive Breast Cancer. *The Surgical clinics of North America*, 98(4), 787–800. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2018.03.009>

Merino Bonilla, J. A., Torres Tabanera, M., & Ros Mendoza, L. H. (2017). Breast cancer in the 21st century: from early detection to new therapies. El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. *Radiologia*, 59(5), 368–379. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2017.06.003>

McDonald, E. S., Clark, A. S., Tchou, J., Zhang, P., & Freedman, G. M. (2016). Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer. *Journal of nuclear medicine : official publication, Society of Nuclear Medicine*, 57 Suppl 1, 9S–16S. <https://doi.org/10.2967/jnumed.115.157834>

Mohlin, Å., Bendahl, P. O., Hegardt, C., Richter, C., Hallberg, I. R., & Rydén, L. (2021). Psychological Resilience and Health-Related Quality of Life in 418 Swedish Women with Primary Breast Cancer: Results from a Prospective Longitudinal Study. *Cancers*, 13(9), 2233. <https://doi.org/10.3390/cancers13092233>

Mu, Q., Wang, H., & Zhang, M. (2017). Nanoparticles for imaging and treatment of metastatic breast cancer. *Expert opinion on drug delivery*, 14(1), 123–136. <https://doi.org/10.1080/17425247.2016.1208650>

O'Rourke, H. M., Duggleby, W., Fraser, K. D., & Jerke, L. (2015). Factors that affect quality of life from the perspective of people with dementia: a metasynthesis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 24–38. <https://doi.org/10.1111/jgs.13178>

Odynets, T., Briskin, Y., & Todorova, V. (2019). Effects of Different Exercise Interventions on Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Integrative cancer therapies*, 18, 1534735419880598. <https://doi.org/10.1177/1534735419880598>

Oluchi, S. E., Manaf, R. A., Ismail, S., Kadir Shahar, H., Mahmud, A., & Udeani, T. K. (2021). Health Related Quality of Life Measurements for Diabetes: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9245. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179245>

Opsomer, S., De Lepeleire, J., Lauwerier, E., & Pype, P. (2020). Resilience in family caregivers of patients diagnosed with advanced cancer - unravelling the process of bouncing back from difficult experiences, a hermeneutic review. *The European journal of general practice*, 26(1), 79–85. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1784876>

Peart O. (2015). Breast intervention and breast cancer treatment options. *Radiologic technology*, 86(5), 535M–562.

Pei-Hua, W. U., Shang-Wen, C. H. E. N., Huang, W. T., Chang, S. C., & Mei-Chi, H. S. U. (2018). Effects of a psychoeducational intervention in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Nursing Research*, 26(4), 266-279.

Purgato, M., Tedeschi, F., Bonetto, C., de Jong, J., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., & Barbui, C. (2020). Trajectories of psychological symptoms and resilience in conflict-affected children in low- and middle-income countries. *Clinical psychology review*, 82, 101935. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101935>

Radecka, B., & Litwiniuk, M. (2016). Breast cancer in young women. *Ginekologia polska*, 87(9), 659–663. <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0062>

Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., & Dejanova, B. (2015). Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 3(4), 727–731. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2015.128>

Rojas, K., & Stuckey, A. (2016). Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clinical obstetrics and gynecology*, 59(4), 651–672. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000239>

Rossi, L., Mazzara, C., & Pagani, O. (2019). Diagnosis and Treatment of Breast Cancer in Young Women. *Current treatment options in oncology*, 20(12), 86. <https://doi.org/10.1007/s11864-019-0685-7>

Ruegsegger, G. N., & Booth, F. W. (2018). Health Benefits of Exercise. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 8(7), a029694. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a029694>

Schmidt, M. E., Wiskemann, J., Armbrust, P., Schneeweiss, A., Ulrich, C. M., & Steindorf, K. (2015). Effects of resistance exercise on fatigue and quality of life in breast cancer patients

undergoing adjuvant chemotherapy: A randomized controlled trial. *International journal of cancer*, 137(2), 471–480. <https://doi.org/10.1002/ijc.29383>

Schmidt, T., van Mackelenbergh, M., Wesch, D., & Mundhenke, C. (2017). Physical activity influences the immune system of breast cancer patients. *Journal of cancer research and therapeutics*, 13(3), 392–398. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.150356>

Sekse, R. J. T., Dunberger, G., Olesen, M. L., Østerbye, M., & Seibaek, L. (2019). Lived experiences and quality of life after gynaecological cancer-An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1393–1421. <https://doi.org/10.1111/jocn.14721>

Shamsi, M., & Islamian, J. P. (2017). Breast cancer: early diagnosis and effective treatment by drug delivery tracing. *Nuclear Medicine Review*, 20(1), 45-48.

Sharma, S. R., Gonda, X., Dome, P., & Tarazi, F. I. (2020). What's Love Got to do with it: Role of oxytocin in trauma, attachment and resilience. *Pharmacology & therapeutics*, 214, 107602. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2020.107602>

Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(11), 745. <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>

Sitlinger, A., & Zafar, S. Y. (2018). Health-Related Quality of Life: The Impact on Morbidity and Mortality. *Surgical oncology clinics of North America*, 27(4), 675–684. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2018.05.008>

Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., Shi, W., Jiang, J., Yao, P. P., & Zhu, H. P. (2017). Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *International journal of biological sciences*, 13(11), 1387–1397. <https://doi.org/10.7150/ijbs.21635>

Takada, M., & Toi, M. (2020). Neoadjuvant treatment for HER2-positive breast cancer. *Chinese clinical oncology*, 9(3), 32. <https://doi.org/10.21037/cco-20-123>

Tay, P. K. C., & Lim, K. K. (2020). Psychological Resilience as an Emergent Characteristic for Well-Being: A Pragmatic View. *Gerontology*, 66(5), 476–483. <https://doi.org/10.1159/000509210>

Tosello, G., Torloni, M. R., Mota, B. S., Neeman, T., & Riera, R. (2018). Breast surgery for metastatic breast cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD011276. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011276.pub2>

Trayes, K. P., & Cokenakes, S. E. H. (2021). Breast Cancer Treatment. *American family physician*, 104(2), 171–178.

Vahedi S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. *Iranian journal of psychiatry*, 5(4), 140–153.

Wendt, C., & Margolin, S. (2019). Identifying breast cancer susceptibility genes - a review of the genetic background in familial breast cancer. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 58(2), 135–146. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1529428>

Windle, G., Bennett, K.M. & Noyes, J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes* 9, 8 (2011). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>

Winters, S., Martin, C., Murphy, D., & Shokar, N. K. (2017). Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening. *Progress in molecular biology and translational science*, 151, 1–32. <https://doi.org/10.1016/bs.pmbts.2017.07.002>

Wu, X. Y., Han, L. H., Zhang, J. H., Luo, S., Hu, J. W., & Sun, K. (2017). The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general

population of children and adolescents: A systematic review. *PloS one*, 12(11), e0187668.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187668>

Yeo, S. K., & Guan, J. L. (2017). Breast Cancer: Multiple Subtypes within a Tumor?. *Trends in cancer*, 3(11), 753–760. <https://doi.org/10.1016/j.trecan.2017.09.001>

Yin, S., Njai, R., Barker, L., Siegel, P. Z., & Liao, Y. (2016). Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Population health metrics*, 14, 22. <https://doi.org/10.1186/s12963-016-0091-3>

Youn, H. J., & Han, W. (2020). A Review of the Epidemiology of Breast Cancer in Asia: Focus on Risk Factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 21(4), 867–880. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.4.867>

Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 5969–5979. <https://doi.org/10.12659/msm.907730>

Zucoloto, M. L., & Martinez, E. Z. (2019). General aspects of quality of life in heterogeneous populations: notes on Flanagan's Quality of Life Scale (QoLS). *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(3), 268–275. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0077>

Ιστοσελίδες

Καρκίνος του μαστού. (2021, 26 Μαρτίου)
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Καταπολεμώντας τον καρκίνο στην ΕΕ: στατιστικά και δράσεις. (2022, 18 Φεβρουαρίου).
<https://www.europarl.europa.eu/news/el/headlines/society/20200131STO71517/katapolemontas-ton-karkino-stin-ee-statistika-kai-draseis>



Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο

ΈΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Σας προσκαλώ να συμμετάσχετε στη εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με τίτλο:

«Ψυχική ανθεκτικότητα και ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού»,

σε μία προσπάθεια να διερευνηθούν και να αξιολογηθούν οι παράγοντες οι οποίοι καλλιεργούν και ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα και η επίδραση αυτής στην ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Θα σας παρακαλούσα να συμπληρώσετε το συνημμένο ερωτηματολόγιο.

Η συνεισφορά σας είναι πολύτιμη για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, χρειάζεται να υπογραμμίσετε την επιλογή που σας αντιπροσωπεύει, ή να σημειώστε με X το τετράγωνο που αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική.

Για οποιαδήποτε διευκρίνηση, είμαι στη διάθεσή σας.

Μην γράψετε το όνομά σας πουθενά, καθώς οι απαντήσεις είναι ανώνυμες.

Επικοινωνία: Τηλ.:6957618875 E-mail: konstantinagerantoni@gmail.com

Διάβασα το έντυπο και κατανοώ τις διαδικασίες που θα ακολουθήσω.

- ☐ Συναινώ να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία.
- ☐ Δεν συναινώ να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθειά σας.

Με εκτίμηση

Κωνσταντίνα Ι. Γεραντώνη

Κοινωνική λειτουργός – Οικογενειακή Θεραπεύτρια



ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Ηλικία:

3. Τόπος διαμονής:

4. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος ☐ Άγαμος ☐ Συζώ με κάποιον / κάποια ☐

Διαζευγμένος / διαζευγμένη ☐ Χήρος / χήρα ☐

5. Αριθμός παιδιών:

6. Εκπαιδευτικό επίπεδο:

Μέχρι το Δημοτικό ☐

Απολυτήριο Γυμνασίου ☐

Απολυτήριο Λυκείου ☐

Μεταλυκειακές σπουδές (ΙΕΚ, κλπ) ☐

ΑΕΙ / ΤΕΙ ☐

Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό ☐

7. Επάγγελμα:

Δημόσιος Υπάλληλος ☐

Ιδιωτικός Υπάλληλος ☐



Ελεύθερος επαγγελματίας ☐

Συνταξιούχος ☐

Άνεργος ☐

Άλλο:

8. Μηνιαίο εισόδημα

< 500 ευρώ ☐

501 - 1000 ευρώ ☐

1001 - 1500 ευρώ ☐

1501 - 2000 ευρώ ☐

> 2000 ευρώ ☐

9. Είδος ασφάλισης

ΕΦΚΑ ☐

ΟΓΑ ☐

Ανασφάλιστος - ανασφάλιστη ☐

Άλλο

10. Υπάρχει ιστορικό καρκίνου στην οικογένειά σας; Ναι ☐ Όχι ☐

11. Ημερομηνία διάγνωσης:

12. Στάδιο όγκου κατά τη διάγνωση: Στάδιο I ☐ Στάδιο II ☐ Στάδιο III ☐
Στάδιο IV ☐



13. Είδος χειρουργικής επέμβασης

Τμηματεκτομή ☐

Μαστεκτομή ☐

Λεμφαδενεκτομή ☐

Αποκατάσταση ☐

Προγραμματίστηκε X/O ☐

14 . Είδος θεραπείας

Ακτινοθεραπεία ☐

Χημειοθεραπεία ☐

Ορμονοθεραπεία ☐

Herceptin ☐

Καμία θεραπεία ☐

Άλλο

15. Είδος προγενέστερης θεραπείας

Ακτινοθεραπεία ☐

Χημειοθεραπεία ☐

Ορμονοθεραπεία ☐

Herceptin ☐

Καμία θεραπεία ☐

Άλλο

16. Έχετε διαγνωστεί με κάποιο άλλο νόσημα; Αν ναι, ποιο;

.....

17. Λαμβάνετε κάποια από τις παρακάτω κατηγορίες φαρμάκων;

Αγχολυτικά φάρμακα ☐

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα ☐

Όχι ☐

18. Ακολουθείτε κάποια συγκεκριμένη διατροφή; Αν ναι ποια;

.....

19. Εμμηνόπαυση: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

20. Το βάρος σας είναι

21. Το ύψος σας είναι

22. Καταναλώνετε αλκοόλ; Ναι ☐ Όχι ☐

23. Καπνίζετε; Ναι ☐ Όχι ☐

24. Έχετε νοσήσει από covid - 19; Ναι ☐ Όχι ☐

GREEK



EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Ενδιαφερόμαστε για ορισμένες πληροφορίες που αφορούν εσάς και την υγεία σας. Παρακαλούμε απαντήστε εσείς προσωπικά σε όλες τις ερωτήσεις, σημειώνοντας μέσα σε ένα κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα παραμείνουν αυστηρώς εμπιστευτικές.

Παρακαλούμε βάλτε τα αρχικά του ονόματός σας :

Την χρονολογία γεννήσεως (ημέρα, μήνα, έτος) :

Τη σημερινή ημερομηνία (ημέρα, μήνα, έτος) :

31 _____

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1. Αισθάνεστε ενσχυλίσρεις όταν κάνετε καπιαστικές εργασίες όπως κουβαλάντας μια βαρειά τσάντα με ψώνια ή μια βολίτσα;	1	2	3	4
2. Αισθάνεστε ενσχυλίσρεις όταν κάνετε ένα μεγάλο περίπατο;	1	2	3	4
3. Αισθάνεστε ενσχυλίσρεις όταν κάνετε ένα μικρό περίπατο έξω από το σπίτι;	1	2	3	4
4. Χρειάζεται να μόνετε στο κρεβάτι ή σε μια καρέκλα κατά τη διάρκεια της ημέρας;	1	2	3	4
5. Χρειάζεστε βοήθεια όταν τρώτε, ντύνεστε, πλένεστε ή όταν πιγαίνετε στην τουαλέτα;	1	2	3	4

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
6. Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλες καθημερινές ασχολίες σας;	1	2	3	4
7. Περιοριστήκατε στις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή σε άλλες δραστηριότητες του ελεύθερού σας χρόνου;	1	2	3	4
8. Λαχανιάσατε;	1	2	3	4
9. Πονούσατε;	1	2	3	4
10. Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;	1	2	3	4
11. Είχατε αϋπνίες;	1	2	3	4
12. Αισθανθήκατε αδυναμία;	1	2	3	4
13. Είχατε ανορεξία;	1	2	3	4
14. Είχατε τάση για εμετό;	1	2	3	4
15. Κάνετε εμετό;	1	2	3	4

Παρακαλείστε να συνεχίσετε στην επόμενη σελίδα



GREEK

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
16. Είχατε δυσκολιότητα;	1	2	3	4
17. Είχατε διάρροια;	1	2	3	4
18. Αισθανόσασταν κουρασμένος/η;	1	2	3	4
19. Αισθανόσασταν πόνο κατά τη διάρκεια της καθημερινής σας εργασίας;	1	2	3	4
20. Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;	1	2	3	4
21. Αισθανόσασταν υπερένταση;	1	2	3	4
22. Αισθανόσασταν στεναχώρια;	1	2	3	4
23. Αισθανόσασταν ευέξαπτος/η;	1	2	3	4
24. Αισθανόσασταν κατάθλιψη;	1	2	3	4
25. Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα;	1	2	3	4
26. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν την οικογενειακή σας ζωή;	1	2	3	4
27. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν τις κοινωνικές σας εκδηλώσεις (κοινωνική ζωή);	1	2	3	4
28. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, προξένησαν οικονομικές δυσκολίες;	1	2	3	4

Για τις επόμενες ερωτήσεις παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα από το 1 έως το 7

29. Πώς θα εκτιμούσατε συνολικά την υγεία σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ κακή

Εξαιρετική

30. Πώς θα εκτιμούσατε την ποιότητα ζωής σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ κακή

Εξαιρετική

© Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. Όλα τα δικαιώματα κατοχυρωμένα. Version 3.0 / %&

Κλίμακα Κόνορ-Ντέιβιντσον για την Ανθεκτικότητα (CD-RISC-25 ^{GREEK}) ©

Αρχικά □□□ AA#□□□□□□ Ημερομηνία□□/□□/□□□□ Επίσκεψη□□ Ηλικία□□

Για κάθε λήμμα παρακαλείσθε να σημειώσετε με ένα 'X' στο τετραγωνάκι το οποίο αντιπροσωπεύει καλύτερα πόσο συμφωνείτε με τις ακόλουθες δηλώσεις όπως συνέβησαν σε εσάς κατά τη διάρκεια του πρόσφατου μηνός. Αν μία συγκεκριμένη κατάσταση δε σας συνέβη πρόσφατα, απαντήστε σύμφωνα με το πώς σκέφτεστε ότι θα είχατε νιώσει.

	Καθόλου αληθές (0)	Σπανίως αληθές (1)	Μερικές φορές αληθές (2)	Συχνά αληθές (3)	Σχεδόν πάντα αληθές (4)
1.Είμαι ικανός να προσαρμόζομαι όταν συμβαίνουν αλλαγές.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Έχω τουλάχιστον μία στενή και ασφαλή σχέση που με βοηθάει όταν είμαι αγχωμένος.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Όταν δε διαφαίνονται καθαρές λύσεις στα προβλήματά μου, η Μοίρα ή ο Θεός μπορεί να βοηθήσουν.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Μπορώ να ανταποκριθώ σε οτιδήποτε συμβεί.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Παλαιότερες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση στο να ανταποκριθώ σε νέες προκλήσεις και δυσκολίες.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Προσπαθώ να δω την αστεία πλευρά των πραγμάτων όταν αντιμετωπίζω προβλήματα.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Το να έχω να ανταποκριθώ στο άγχος μπορεί να με κάνει πιο δυνατό.	☐	☐	☐	☐	☐
8.Έχω την τάση να συνέχισω/α γρήγορα μετά από ασθένεια, τραυματισμό ή άλλες ταλαιπωρίες.	☐	☐	☐	☐	☐
9.Είτε καλώς, είτε κακώς, πιστεύω ότι τα περισσότερα πράγματα έχουν λόγο που συμβαίνουν.	☐	☐	☐	☐	☐
10.Δίνω τον καλύτερο εαυτό μου όποιο κι αν μοιάζει να είναι το αποτέλεσμα.	☐	☐	☐	☐	☐
11.Πιστεύω ότι μπορώ να πετύχω τους στόχους μου, ακόμα κι όταν υπάρχουν εμπόδια.	☐	☐	☐	☐	☐
12.Ακόμα κι όταν τα πράγματα φαίνονται απέλπιδα, δεν τα παρατάω.	☐	☐	☐	☐	☐
13.Κατά τη διάρκεια περιόδων άγχους/θλίψης, γνωρίζω πού μπορώ να απευθυνθώ για βοήθεια.	☐	☐	☐	☐	☐
14.Υπό καθυστέρως πίεσης, παραμένω συγκεντρωμένος και σκέφτομαι καθαρά.	☐	☐	☐	☐	☐
15.Προτιμώ να αναλαμβάνω την ευθύνη στη λύση προβλημάτων παρά να αφήνω άλλους να λαμβάνουν όλες τις αποφάσεις.	☐	☐	☐	☐	☐
16.Δεν απογοητεύομαι εύκολα από την αποτυχία.	☐	☐	☐	☐	☐
17.Θεωρώ τον εαυτό μου ως δυνατό άτομο όταν αντιμετωπίζω τις προκλήσεις και τις δυσκολίες της ζωής.	☐	☐	☐	☐	☐
18.Μπορώ να λαμβάνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις που επηρεάζουν άλλα άτομα, αν είναι απαραίτητο.	☐	☐	☐	☐	☐
19.Είμαι σε θέση να χειρίζομαι δυσάρεστα ή επίπονα συναισθήματα όπως λύπη, φόβο ή θυμό.	☐	☐	☐	☐	☐
20.Όταν αντιμετωπίζεις τα προβλήματα της ζωής κάποιες φορές πρέπει να ενεργείς διαισθητικά χωρίς να ξέρεις γιατί.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού στη ζωή.	☐	☐	☐	☐	☐
22.Αισθάνομαι ότι ελέγχω τη ζωή μου.	☐	☐	☐	☐	☐
23.Μου αρέσουν οι προκλήσεις.	☐	☐	☐	☐	☐
24.Προσπαθώ να πετύχω τους στόχους μου, όσα εμπόδια και να αντιμετωπίζω.	☐	☐	☐	☐	☐
25.Αισθάνομαι υπερήφανος για τα επιτεύγματά μου.	☐	☐	☐	☐	☐

Όλα τα δικαιώματα προστατεύονται. Κανένα τμήμα αυτού του εγγράφου δε μπορεί να αναπαραχθεί ή να μεταδοθεί σε οποιαδήποτε μορφή ή με οποιαδήποτε μέσα, ηλεκτρονικά ή μηχανικά, συμπεριλαμβανομένης της φωτοκτύπησης ή από οποιαδήποτε αποθηκευμένη πληροφορία ή σύστημα αναπαραγωγής, χωρίς γραπτή άδεια από τον Dr Davidson στη διεύθυνση msd@cd-risc.com. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κλίμακα και τους όρους χρήσης μπορούν να αναζητηθούν στην ιστοσελίδα www.cd-risc.com. Πνευματικά δικαιώματα ©2001,2003, 2007,2009, 2011 των Kathryn M. Connor, M.d., και Jonathan R. T. Davidson

04/2012, Connor and Davidson, A. Δουζένης, Ν. Τσίτας, Ε. Τσιγκαροπούλου



ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Κωνσταντίνα Γεραντώνη, «Ψυχική ανθεκτικότητα και ποιότητα ζωής
γυναικών με καρκίνο του μαστού»

Κλίμακα Κόνορ-Ντέιβιντσον για την Ανθεκτικότητα (CD-RISC-25 ^{GREEK}) ©

Αρχικά □□□ ΑΑ#□□□□□□ Ημερομηνία□□/□□/□□□□ Επίσκεψη□□ Ηλικία□□

04/2012, Connor and Davidson, A. Δουζένης, Ν. Τσίτας, Ε. Τσιγκαροπούλου



Παράρτημα Β: Άδειες



ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Κωνσταντίνα Γεραντώνη, «Ψυχική ανθεκτικότητα και ποιότητα ζωής
γυναικών με καρκίνο του μαστού»



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Ταχ. Διεύθυνση: Λ. Μεσογείων 415-417
153 43 Αγ.Παρασκευή

Τηλ. Κέντρο: 213 2004501

Πληροφορίες: Γεωργία Ξενούλη

Τηλέφωνο: 2132004590

Fax: 2132004579

E-mail: koiononiki@agiaparaskevi.gr

Αγ.Παρασκευή, 31/8/2022

Αρ. Πρωτ. :

24529/2.9.22

Προς: Κωνσταντίνα Γεραντώνη

Θέμα: Απόφαση έγκρισης διενέργειας έρευνας

Σε απάντηση της υπ' αρ. 23529/29-08-2022 αίτησης σας, σας ενημερώνουμε πως εγκρίνουμε το σχετικό αίτημα σας για διανομή ερωτηματολογίου στις Κοινωνικές Δομές του Δήμου Αγίας Παρασκευής (ΚΑΠΗ, Κέντρο Γυναικάς κτλ.) για τους σκοπούς της Διπλωματικής σας Εργασίας στο Π.Μ.Σ. «Διαχείριση Γήρανσης και Χρονίων Νοσημάτων».



Η Διευθύντρια Κοινωνικής Πολιτικής

Αντωνία Γκίνη



Nick Kontodimos

προς εγώ

Δευ 29 Αυγ, 9:40 π.μ.

Αγαπητή κ. Γεραντώνη,

Επισυνάπτονται τα γενικά για τον καρκίνο QLQ-C30 και το εξειδικευμένο για τον καρκίνο του μαστού QLQ-BR23.

Καλή επιτυχία στη έρευνά σας.

N. Κοντοδημόπουλος

3 συνημμένα • Σαρώθηκε από το Gmail



Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 85318

Εισερχόμενο x



no-reply@eortc.be

προς εγώ

Τρί 30 Αυγ, 12:08 μ.μ.

Αγγλικά > Ελληνικά Μετάφραση μηνύματος

Απενεργοποίηση

Dear Konstantina Gerantoni,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Greek](#)

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Greek](#)

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Greek](#)

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Greek](#)



dimitra lekka <lekkadim@yahoo.gr>

προς εγώ

Σάβ 27 Αυγ, 7:58 μ.μ. ☆ ↶

Κωνσταντίνα καλησπέρα,

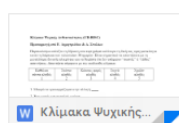
είμαι συνεργάτιδα και ανήκω στην ομάδα του κυρίου Σταλικά. Σου στέλνω τη κλίμακα που ζήτησες για την οποία έχει γίνει προσαρμογή όχι στάθμιση από τη κυρία Δημητριάδου και κύριο Σταλικά. Περαιτέρω πληροφορίες θα βρεις στο βιβλίο του καθηγητή Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα, σελ.717.

Για την άδεια θα επικοινωνήσεις με τη κυρία Δημητριάδου στο μείλ eldimitriadou@hol.gr

Καλή επιτυχία,

φιλικά,

Δήμητρα Λέκκα





Jonathan Davidson, M.D.
προς εγώ ▾

6:49 μ.μ. (πριν από 7 λεπτά)



Αγγλικά ▾ > Ελληνικά ▾ Μετάφραση μηνύματος

Απενεργοποίηση για: Αγγλικά ✕

Hello Konstantina:

Thank you for sending payment. Please find attached the Greek and English RISC-25 and related materials. At your convenience, please also return the completed request form and signed agreement.

Wishing you all the best,

Jonathan Davidson



Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.