



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Μέτρηση της κλίμακας αρνητικών συναισθηματικών
καταστάσεων και του βαθμού κοινωνικής υποστήριξης
ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού**

Τσατσαλή Παγώνα
BSc Γεωπόνος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ρούκα Ερασμία, Επίκουρη Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Ζαρογιάννης Σωτήριος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Χατζόγλου Χρυσή, Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2024

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Measurement of the negative emotional states scale and the
degree of social support of patients with gynecological and
breast cancer**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	6
Abstract	9
Εισαγωγή	11

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 13

1.1 Επιδημιολογία Γυναικολογικού Καρκίνου	13
1.1.1 Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας	13
1.1.2 Καρκίνος Ωοθηκών	14
1.1.3 Καρκίνος της Μήτρας (Καρκίνος Ενδομητρίου και Σάρκωμα Μήτρας).....	15
1.1.4 Καρκίνος του Κόλπου	16
1.1.5 Καρκίνος του Αιδοίου	16
1.2 Επιδημιολογία Καρκίνου του Μαστού	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΔΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

2.1 Ανάγκες Ασθενών με Γυναικολογικό Καρκίνο και Καρκίνο του Μαστού	18
2.1.1 Σωματικές Ανάγκες	21
2.1.2 Ψυχοκοινωνικές Ανάγκες	22
2.1.3 Ανάγκες Πληροφόρησης	25
2.1.4 Πρακτικές Ανάγκες – Ανάγκες Καθημερινής Διαβίωσης	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ 28

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 30

4.1 Σκοπός	30
4.1.1 Επιμέρους Στόχοι – Ερωτήματα	30
4.2 Χρόνος διεξαγωγής της μελέτης	30
4.3 Δείγμα – Δειγματοληπτική Μέθοδος	30
4.4 Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού ατόμων από τη μελέτη	31
4.5 Παρουσίαση Ερευνητικών Εργαλείων	31
4.5.1 Ερωτηματολόγιο κλινικών και δημογραφικών στοιχείων	31
4.5.2 Κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης, άγχους και στρες – Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS – 21)	31

4.5.3 Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης – The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	32
4.6 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας	32
4.7 Στατιστική ανάλυση	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	41
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	43
Βιβλιογραφία	44
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	52
Ερωτηματολόγια	
1. Ερωτηματολόγιο κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών	
2. Κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης, άγχους και στρες – Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS – 21)	
3. Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης – The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης.

Πίνακας 2. Μέση ηλικία και μέση βαθμολογία των διαστάσεων της κλίμακας DASS-21 και MSPSS ανά τύπο κακοήθειας στον υπό μελέτη γυναικείο πληθυσμό.

Πίνακας 3. Επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες των συμμετεχόντων.

Πίνακας 4. Αποτελέσματα του ελέγχου συσχέτισης μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων DASS-21 και MSPSS, των επιμέρους διαστάσεων αυτών, και της ηλικίας των πασχόντων.

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Μέση βαθμολογία της υποκλίμακας DASS-21-Κατάθλιψη ανά τύπο κακοήθειας μετά από ομαδοποίηση των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο.

Διάγραμμα 2. Μέση συνολική βαθμολογία του DASS-21, των επιμέρους διαστάσεων της κατάθλιψης και του άγχους καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του MSPSS ανά κατηγορία χρήσης αγχολυτικών και/ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Διάγραμμα 3. Μέση συνολική βαθμολογία του DASS-21, των επιμέρους διαστάσεων του (κατάθλιψη, άγχος και στρες) καθώς και της υποκλίμακας σημαντικοί άλλοι του ερωτηματολογίου MSPSS ανά κατηγορία οικογενειακό περιβάλλον (παρουσία ή μη παιδιών).

Ευχαριστίες

Θέλω να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη προς την Καθηγήτρια μου, κα Ρούκα Ερασμία, για την αφοσίωση και τη στήριξη της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Με την επιστημονική της εμπειρία, τις στοχευμένες παρατηρήσεις και τις χρήσιμες συμβουλές της, με καθοδήγησε συμβάλλοντας ουσιαστικά στην επιτυχή ολοκλήρωση της εργασίας μου.

Επίσης ευχαριστώ θερμά τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Ζαρογιάννη Σωτήριο και την Καθηγήτρια κα Χατζόγλου Χρυσή για την αποτελεσματική συμβολή τους.

Επίσης, τις θερμές ευχαριστίες μου προς όλους τους Καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τις πολύτιμες γνώσεις και δεξιότητες που μοιράστηκαν μαζί μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Κομό Αδόλφο και τον Πρόεδρο Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας κ. Σακκά Λάζαρο του ιδιωτικού νοσοκομείου ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, που με την άδεια τους, επιτρέψανε να πραγματοποιήσω την έρευνα μου.

Τέλος, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στις ασθενείς, για την αμέριστη κατανόηση και βοήθειά τους, ώστε να ολοκληρωθεί η έρευνα μου.

Τσατσαλή Παγόνα

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού αποτελούν μια κατηγορία ασθενών που χρήζουν συνεχούς εξατομικευμένης υποστηρικτικής φροντίδας. Η παροχή ολοκληρωμένης υποστήριξης, σε κάθε φάση της νόσου και της θεραπείας, είναι καθοριστικής σημασίας για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών φροντίδας στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της κλίμακας των αρνητικών συναισθημάτων ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού, του βαθμού κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι παραπάνω ασθενείς από την οικογένεια, τους φίλους και σημαντικούς άλλους ανθρώπους, καθώς επίσης και η συσχέτιση των παραπάνω δεικτών με δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες.

Μέθοδος: Πρόκειται για ποσοτική μελέτη με δείγμα ευκολίας, αποτελούμενο από 156 γυναίκες, διαγνωσμένες με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού, οι οποίες παρακολουθούνται στην κλινική ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ.

Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν στα κάτωθι ερωτηματολόγια:

- a) Κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης, άγχους και στρες (DASS-21)
- b) Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS)
- c) Ερωτηματολόγιο κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 26.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 156 γυναίκες ασθενείς με μέση ηλικία τα $58,9 \pm 1,048$ έτη (87 με διάγνωση καρκίνου του μαστού και 69 με γυναικολογικό καρκίνο). Οι βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους και στρες κυμάνθηκαν, για τη πλειονότητα του δείγματος σε φυσιολογικά επίπεδα. Παρατηρήθηκε ότι, η μέση βαθμολογία στην διάσταση της κατάθλιψης του DASS-21 είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο σε σχέση με αυτές που νοσούν από καρκίνο του μαστού. Επιπλέον βρέθηκε ότι, η συγκεκριμένη υποκλίμακα σχετίζεται θετικά με την ηλικία. Σε ότι αφορά τη κλίμακα MSPSS, διαπιστώθηκαν αυξημένα αυτοαναφερόμενα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης. Υψηλότερες βαθμολογίες της υποκλίμακας MSPSS φίλοι αλλά και της συνολικής MSPSS παρατηρήθηκαν σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας. Το περιβάλλον της οικογένειας (παρουσία ή μη παιδιών) σχετίστηκε σημαντικά με τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και

στρες, την συνολική βαθμολογία της DASS-21 και την διάσταση MSPSS σημαντικοί άλλοι.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι, οι βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους και στρες, σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού κατατάσσονται σε φυσιολογικά επίπεδα για τη πλειονότητα των συμμετεχόντων. Αντιστοίχως, το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται ότι αξιολογείται από τις ασθενείς ως ικανοποιητικό. Μελλοντικές ποιοτικές μελέτες, θα βοηθήσουν στην κατανόηση των παραγόντων που επιδρούν στις προαναφερόμενες διαστάσεις συμβάλλοντας στον σχεδιασμό προσαρμοσμένων και εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας.

Λέξεις-κλειδιά: Άγχος, γυναικολογικός καρκίνος, καρκίνος μαστού, κατάθλιψη, κοινωνική υποστήριξη, στρες

Abstract

Introduction: Women with gynecological and breast cancer are a category of patients who require continuous, individualized supportive care. The provision of comprehensive support, at every stage of disease and treatment, is crucial for the best delivery of care to this population.

Aim: This study aimed to investigate the negative emotional states scale of patients with gynecological and breast cancer, the degree of social support that these patients receive from family, friends, and significant others, as well as the association of these indicators with demographic and clinical factors.

Materials and Methods: This is a quantitative study with a convenience sample consisting of women, diagnosed with gynecological and breast cancer, who are followed up at the IASO THESSALY clinic.

The participants were asked to answer the following questionnaires:

- a) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)
- b) Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)
- c) Questionnaire of clinical and demographic characteristics

Data analysis was performed using the statistical program SPSS 26.

Results: A total of 156 female patients (mean age $58,9 \pm 1,048$ years; 87 with a diagnosis of breast cancer and 69 with gynecological cancer) were enrolled in the study. Scores of depression, anxiety, and stress were within normal levels for the majority of the sample. It was observed that the mean score of the depression dimension of DASS-21 was significantly higher in the group of patients with gynecological cancer compared to those with breast cancer. In addition, it was found that this specific subscale is positively related to age. Regarding the MSPSS scale, increased self-reported levels of social support were found. Higher scores of the MSPSS friend's subscale and MSPSS scale were observed in younger women. The family environment (presence or absence of children) was significantly associated with levels of depression, anxiety, and stress, the total score of DASS-21, and the MSPSS significant others dimension.

Conclusions: The results of the present study indicate that scores of depression, anxiety, and stress in patients with gynecological cancer and breast cancer are within normal levels for the majority of participants. Correspondingly, the levels of social support appear to be rated as satisfactory by patients. Future qualitative studies will

help to enhance our understanding of the factors that affect the aforementioned dimensions contributing to the design of tailored and individualized care plans.

Keywords: Anxiety, breast cancer, depression, gynecological cancer, social support, stress

Εισαγωγή

Ο γυναικολογικός καρκίνος ορίζεται ως η κακοήθεια που ξεκινά από τα γυναικεία αναπαραγωγικά όργανα. Διακρίνεται σε πέντε κύριους τύπους: τραχήλου μήτρας, ωοθηκών, μήτρας (καρκίνος ενδομητρίου και σάρκωμα μήτρας), κόλπου και αιδοίου. Ένας έκτος τύπος γυναικολογικού καρκίνου είναι ο πολύ σπάνιος καρκίνος των σαλπίγγων (1).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τέταρτος πιο συχνός καρκίνος μεταξύ των γυναικών παγκοσμίως. Περίπου το 90% των νέων περιστατικών και των θανάτων παγκοσμίως το 2020 σημειώθηκαν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Την ίδια χρονιά, 2.3 εκατομμύρια γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού και 685.000 κατέληξαν από τη νόσο σε παγκόσμιο επίπεδο. Στο τέλος του 2020, υπήρχαν 7.8 εκατομμύρια εν ζωή γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού τα τελευταία 5 χρόνια, καθιστώντας τον συγκεκριμένο τύπο καρκίνου τον πιο διαδεδομένο παγκοσμίως. Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε όλες τις χώρες του κόσμου, σε γυναίκες οποιασδήποτε ηλικίας μετά την εφηβεία αλλά είναι το ποσοστό είναι κυρίως αυξημένο στην Τρίτη ηλικία.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των προαναφερόμενων τύπων καρκίνου επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής της γυναίκας λόγω παρενεργειών όπως η διακοπή της εμμήνου ρήσης, ο πόνος, η ακράτεια ούρων και κοπράνων, η κόπωση και η αύξηση βάρους (2). Επιπλέον, η διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου ή του καρκίνου του μαστού, συνοδεύεται από αρνητικά συναισθήματα, όπως ο φόβος, ο θυμός, η απογοήτευση και η αβεβαιότητα (3), με άμεσο αντίκτυπο στο οικογενειακό, φιλικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον των ασθενών (4).

Λόγω των παραπάνω, ζωτικής σημασίας είναι η πληροφόρηση και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των πασχόντων. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι πιο ενημερωμένες σχετικά με αυτές που νοσούν από γυναικολογικό καρκίνο, όσον αφορά την πιθανότητα ίασης, την πορεία της νόσου, τις θεραπείες και τον κίνδυνο παρενεργειών (5).

Η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται ισχυρά με τη ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο ή καρκίνο του μαστού. Η υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους, τους συναδέλφους στο περιβάλλον εργασίας και την κοινότητα μπορεί να έχει θετική επίδραση στην ενδυνάμωση και την ψυχολογική ευημερία της γυναίκας που νοσεί. Τόσο η αισιοδοξία όσο και η κοινωνική στήριξη συνδέονται με καλύτερη προσαρμογή και η κοινωνική στήριξη θεωρείται ότι αντισταθμίζει την αρνητική σχέση μεταξύ χαμηλού δείκτη αισιοδοξίας και ψυχολογικής προσαρμογής (6).

Η συμφωνία γύρω από τις κλίμακες μέτρησης της ποιότητας ζωής και των ψυχολογικών προσδιοριστικών παραγόντων θα ήταν πολύτιμη και θα επέτρεπε τον επαρκή προσδιορισμό της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής. Απαιτείται έρευνα σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), προκειμένου να εκτιμηθεί η επίδραση της οργάνωσης και παρακολούθησης της κλινικής και υποστηρικτικής φροντίδας στην ψυχολογία και ποιότητα ζωής των πασχόντων ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας (7).

Η εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για γυναίκες κάτω των 50 ετών ικανοποιεί σήμερα πολλές από τις βασικές αρχές του προσυμπτωματικού ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει μεγάλος αριθμός γυναικών με μέτριο ή υψηλό κίνδυνο που επί του παρόντος δεν έχει εντοπιστεί. Υπάρχουν όμως διαθέσιμα μοντέλα κινδύνου που είναι σε θέση να εντοπίσουν αυτές τις γυναίκες με ικανοποιητική ακρίβεια και υπάρχουν επιλογές διαχείρισης που προσφέρουν την ευκαιρία να μειωθεί η επίπτωση του καρκίνου του μαστού σε αυτήν την ομάδα. Ωστόσο εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένες αβεβαιότητες και ερευνητικά κενά που πρέπει να εντοπιστούν πριν την αξιοποίηση αυτών των μοντέλων. Σε αυτά περιλαμβάνονται η αξιολόγηση των διάφορων στρατηγικών εφαρμογής, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου καλύτερης προσέγγισης των γυναικών χωρίς να επιδεινωθούν οι ανισότητες στην υγεία, η έρευνα για την ανάπτυξη και αξιολόγηση τεκμηριωμένων προσεγγίσεων για την επικοινωνία του κινδύνου και των επιλογών κλινικής και συναισθηματικής διαχείρισης της νόσου, οι δοκιμές για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης του κινδύνου μεταξύ των γυναικών που εντοπίζονται μέσω της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η οικονομική αξιολόγηση (8).

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Επιδημιολογία γυναικολογικού καρκίνου

Στην Ελλάδα, το 2020 καταγράφηκαν 4019 νέες περιπτώσεις γυναικολογικού καρκίνου, με το πιο υψηλό ποσοστό να αφορά τον καρκίνο της μήτρας ενώ ο καρκίνος των ωοθηκών αποτέλεσε το κύριο αίτιο θνησιμότητας (9).

Εκτιμάται παγκοσμίως ότι 1 στις 5 γυναίκες θα νοσήσει από γυναικολογικό καρκίνο (10). Ο γυναικολογικός καρκίνος αναφέρεται στις κακοήθειες του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος, που περιλαμβάνουν τις πιο διαδεδομένες μορφές γυναικολογικού καρκίνου, που είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, των ωοθηκών, της μήτρας (καρκίνος ενδομητρίου και σάρκωμα μήτρας), του κόλπου και του αιδοίου. Η παγκόσμια επιβάρυνση από τον γυναικολογικό καρκίνο αυξάνεται και οι προβλέψεις δείχνουν αυξητική τάση της επιβάρυνσης τα επόμενα χρόνια.

Ο γυναικολογικός καρκίνος σχετίζεται αιτιολογικά με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Υπάρχουν περισσότερα από 150 στελέχη του HPV, από τα οποία τουλάχιστον τα 40 συνδέονται με τη νόσο. Ωστόσο υπάρχουν εμβόλια με σημαντική προστατευτική δράση έναντι συγκεκριμένων υποτύπων του HPV παρέχοντας σημαντική πρωτογενή πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου (11).

1.1.1 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο 3^{ος} συχνότερος μεταξύ των γυναικολογικών καρκίνων (12), αντιπροσωπεύοντας το 43,2% των περιπτώσεων παγκοσμίως (11). Το 2020, διαγνώστηκαν περίπου 604.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και σημειώθηκαν 341.000 θάνατοι από αυτόν (13), καθιστώντας τον, την πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες. Μεγαλύτερη θνησιμότητα καταγράφεται στην Αφρική και στη Νοτιοανατολική Ασία ενώ στη Βόρεια Αμερική, τη Δυτική Ασία και την Αυστραλία, το ποσοστό είναι επτά έως δέκα φορές χαμηλότερο (14).

Σύμφωνα με πρόσφατες δημοσιεύσεις, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, προσβάλλει νεότερες γυναίκες σε αντίθεση με άλλους γυναικολογικούς καρκίνους, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 50 έτη και μέση ηλικία θανάτου τα 59 έτη (15). Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι σταθερά η δεύτερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 20-39 ετών.

Η επίμονη λοίμωξη με ένα από τους HPV τύπους υψηλού κινδύνου, αποτελεί την κυριότερη αιτία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σε παγκόσμιο επίπεδο ο HPV (ιδίως οι τύποι 16 και 18) ευθύνεται για πάνω από το 70% των διηθητικών καρκίνων του τραχήλου της μήτρας (11). Υπάρχει αυξημένη ανάγκη για εμβολιασμό κατά του HPV στους εφήβους και για ετήσιο προληπτικό έλεγχο με Τεστ Παπανικολάου (ΠΑΠ) στις γυναίκες μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών. Βασικοί παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η πρώιμη ηλικία έναρξης σεξουαλικής επαφής, οι πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι χωρίς προφυλάξεις, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και το κάπνισμα, (11).

Γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε πολύ πρώιμο στάδιο αντιμετωπίζονται συχνά μόνο με χειρουργική επέμβαση, σε αντίθεση με αυτές που διαγιγνώσκονται με προχωρημένη νόσο, όπου η αντιμετώπιση γίνεται είτε με χειρουργική επέμβαση, είτε με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, ή με συνδυασμό των προαναφερθέντων ανάλογα με το στάδιο της νόσου (12).

1.1.2 Καρκίνος των ωοθηκών

Πάνω από 313.000 γυναίκες παγκοσμίως, διαγνώστηκαν με καρκίνο των ωοθηκών το 2020 και περίπου 207.000 πέθαναν από τη νόσο, κατατάσσοντάς τον έτσι, ως τον 8^ο πιο συχνό καρκίνο στις γυναίκες (14). Εκτιμήσεις δείχνουν ότι έως το 2040, η διάγνωση από καρκίνο των ωοθηκών θα αυξηθεί κατά 37% παγκοσμίως (11). Επιπροσθέτως, καθώς η διάγνωση για την πλειονότητα των γυναικών γίνεται σε ενδιάμεσα ή προχωρημένα στάδια, το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι μόνο 28% (12). Υπάρχουν διαφορές στην επιβίωση μεταξύ των γυναικών που διαγιγνώσκονται με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών (ο πιο κοινός τύπος καρκίνου των ωοθηκών), και εκείνων που διαγιγνώσκονται με όγκους γεννητικών κυττάρων των ωοθηκών (12). Συνηθέστερη θεραπεία είναι η χειρουργική επέμβαση ή η χημειοθεραπεία ή ο

συνδυασμός και των δυο. Μια ποικιλία βιολογικών, ορμονικών, συμπεριφορικών και γεωγραφικών παραγόντων επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου των ωοθηκών. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν συνδέσει την ανάπτυξη του καρκίνου των ωοθηκών με ορμονικές και αναπαραγωγικές μεταβλητές όπως είναι η έναρξη της εμμήνου ρύσεως σε μικρή ηλικία, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση, και η παχυσαρκία (11).

1.1.3 Καρκίνος της μήτρας (καρκίνος ενδομητρίου και σάρκωμα μήτρας)

Οι περισσότεροι καρκίνοι του ενδομητρίου είναι αδενοκαρκινώματα και ο ενδομητριοειδής καρκίνος είναι ο πιο κοινός τύπος αδενοκαρκινώματος. Το σάρκωμα της μήτρας είναι μια κατηγορία καρκίνου που προέρχεται είτε από το μυϊκό στρώμα (μυομήτριο) είτε από τον υποστηρικτικό συνδετικό ιστό της μήτρας. Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει το λυομειοσάρκωμα της μήτρας και το σάρκωμα του ενδομητρίου (16).

Σύμφωνα με το NIH, περίπου 3,4% των γυναικών θα αντιμετωπίσουν τη διάγνωση του καρκίνου της μήτρας (συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του ενδομητρίου και του σαρκώματος της μήτρας) κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτός ο τύπος καρκίνου θεωρείται αρκετά συχνός σε σύγκριση με άλλα είδη καρκίνου. Εντούτοις, η έγκαιρη διάγνωση είναι κρίσιμη, καθώς επηρεάζει τις επιλογές θεραπείας και έχει σημαντική επίδραση στα ποσοστά επιβίωσης. Περίπου το 68% των περιπτώσεων καρκίνου του ενδομητρίου ανιχνεύονται σε αρχικό στάδιο, με αποτέλεσμα το ποσοστό επιβίωσης στα 5 χρόνια να ανέρχεται στο 81%.

Οι περισσότερες περιπτώσεις αυτού του καρκίνου εμφανίζονται συνήθως σε γυναίκες ηλικίας 45-74 ετών (17), με την συντριπτική πλειονότητα των ασθενών που διαγιγνώσκονται να βρίσκονται στη μετεμμηνοπαυσιακή φάση της ζωής τους. Συνήθως, η κλασική θεραπεία για αυτόν τον τύπο καρκίνου είναι η χειρουργική επέμβαση (ακολουθούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία), η οποία περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας (ολική υστερεκτομή) και των εξαρτημάτων (σάλπιγγες, ωοθήκες). Αυτό, δυστυχώς, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της γονιμότητας και την ικανότητα παραγωγής ωαρίων σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που υποβάλλονται σε αυτήν τη θεραπεία. Κάποιες γυναίκες με καρκίνο του

ενδομητρίου που βρίσκονται σε προεμμηνόπαυση επιλέγουν θεραπείες που διατηρούν τη γονιμότητα (12).

1.1.4 Καρκίνος του κόλπου

Ο καρκίνος του κόλπου χαρακτηρίζεται από την παρουσία καρκινικών κυττάρων εντός του κόλπου. Ο κόλπος είναι ο σωλήνας που εκτείνεται από τον τράχηλο της μήτρας προς το εξωτερικό μέρος του αιδοίου (18).

Ο καρκίνος του κόλπου αποτελεί μια ασυνήθιστη κακοήθεια, αποτελώντας το 0.5% των καρκίνων που εμφανίζονται στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα (7). Δεδομένου του σπάνιου χαρακτήρα της ασθένειας, τα περισσότερα επιδημιολογικά δεδομένα βασίζονται κυρίως σε μικρές μελέτες με περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων.

Ο καρκίνος του κόλπου κυρίως παρατηρείται σε ηλικιωμένες γυναίκες ή σε γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση, με τη μέση ηλικία διάγνωσης να είναι περίπου τα 67 έτη. Παρουσιάζει πολλούς κοινούς παράγοντες κινδύνου με τον καρκίνο του τράχηλου της μήτρας, όπως η έκθεση σε πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας σε νεαρή ηλικία, το κάπνισμα και η ανοσοκαταστολή. Επίσης, υπάρχει σύνδεση με τη λοίμωξη από HPV (11).

1.1.5 Καρκίνος του αιδοίου

Ο καρκίνος του αιδοίου αποτελεί το 4% του συνόλου των κακοηθειών που προσβάλλουν τις γυναίκες παγκοσμίως. Τα τελευταία 30 χρόνια, αλλαγές στη σεξουαλική συμπεριφορά, το καθημερινό κάπνισμα και οι HPV λοιμώξεις έχουν οδηγήσει σε αύξηση των επιπτώσεων κατά 20%, καθώς και σε αύξηση του ποσοστού εμφάνισης αυτού του τύπου καρκίνου σε νεότερες γυναίκες από 11% σε 41%. Συνήθως εμφανίζεται σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με μέση ηλικία τα 67 έτη και μέση ηλικία θανάτου τα 77 έτη. Στις νεότερες γυναίκες, ο καρκίνος του αιδοίου συνδέεται συχνά με τον HPV, ενώ στις μεγαλύτερες γυναίκες, αυτοί οι όγκοι προκαλούνται από δερματολογικές παθήσεις του αιδοίου, όπως οι βλάβες του σκληρυντικού λειχήνα και δεν σχετίζονται με τη λοίμωξη του HPV (11).

Οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του αιδοίου συνήθως υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση και ακτινοθεραπεία. Οι ασθενείς, που υπόκεινται σε

εκτεταμένες επεμβάσεις ή ακτινοθεραπεία, φαίνεται να αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο μείωσης της ποιότητας ζωής, λόγω προβλημάτων σεξουαλικής δυσλειτουργίας και κοινωνικών/ψυχολογικών δυσκολιών. Επιπλέον, μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως ίνωση, μειωμένη αίσθηση στην κλειτορίδα ή ακόμη και λεμφοίδημα (12).

1.2 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο συχνό γυναικείο καρκίνο παγκοσμίως. Το 2020, η συγκεκριμένη κακοήθεια έπληξε 2.3 εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως και οδήγησε σε 685.000 θανάτους. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία μετά την εφηβεία (2).

Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει περίπου το 5% έως 10% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που φέρουν συγκεκριμένες γονιδιακές μεταλλάξεις, όπως μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (19).

Συνήθως ο καρκίνος του μαστού εξελίσσεται χωρίς εμφανή συμπτώματα και ανιχνεύεται μέσω του ετήσιου προληπτικού ελέγχου με τη μαστογραφία. Ορισμένες γυναίκες μπορεί να παρατηρήσουν τυχαία ένα εξόγκωμα στο μαστό, αλλαγές στο μέγεθος ή στο σχήμα του μαστού ή ακόμη και εκκρίσεις από τη θηλή. Ο πόνος στο στήθος είναι ένα ασυνήθιστο σύμπτωμα που παρατηρείται στο 5% των γυναικών.

Η χειρουργική επέμβαση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού περιλαμβάνει την αφαίρεση του όγκου και του περιβάλλοντος φυσιολογικού ιστού. Το πόσο μέρος του μαστού αφαιρείται εξαρτάται από τη θέση, το μέγεθος του όγκου και άλλους παράγοντες. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται τμηματική μαστεκτομή ή ογκεκτομή. Η μαστεκτομή είναι η χειρουργική επέμβαση κατά την οποία αφαιρείται όλος ο ιστός του μαστού. Υπάρχουν διάφοροι τύποι μαστεκτομής. Σε ορισμένες γυναίκες αφαιρούνται και οι δυο μαστοί (διπλή μαστεκτομή) (20,21).

Η ακτινοθεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στον έλεγχο της νόσου. Όταν η ακτινοθεραπεία πραγματοποιείται μετά από χειρουργική επέμβαση διατήρησης του

μαστού, μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου του μαστού κατά περίπου 50% στα 10 έτη και μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από τη νόσο κατά σχεδόν 20% στα 15 έτη. Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση. Πριν τη χειρουργική επέμβαση, χρησιμεύει στη μείωση του μεγέθους του όγκου και στην ελαχιστοποίηση της έκτασης της αφαίρεσης ιστού που απαιτείται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Η χημειοθεραπεία μετά τη χειρουργική επέμβαση έχει ως στόχο την εξάλειψη τυχόν εναπομεινάντων καρκινικών κυττάρων και τη μείωση του κινδύνου υποτροπής (20).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΔΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

2.1 Ανάγκες ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού

Η εκσυγχρονισμένη διάγνωση και οι βελτιωμένες θεραπείες για τον γυναικολογικό καρκίνο έχουν οδηγήσει σε αύξηση της επιβίωσης (12), με ποσοστό προσδόκιμης πενταετούς επιβίωσης που κυμαίνεται από 49% για τον καρκίνο των ωοθηκών έως 81% για τον καρκίνο του ενδομητρίου (12,22,23). Ωστόσο, η επιβίωση συνοδεύεται από πολλές αρνητικές συνέπειες (24) για την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι συνέπειες αυτές αφορούν διάφορες πτυχές της ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών (25), πνευματικών (26,27) και αναγκών πληροφόρησης (26–28). Το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν είναι αρκετό για την επίτευξη της βέλτιστης ευεξίας, προκαλώντας ένα χάσμα μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της πραγματικότητας σχετικά με τις λαμβανόμενες υπηρεσίες (29).

Η Ένωση MASCC (Multinational Association of Supportive Care in Cancer) ορίζει την υποστηρικτική φροντίδα ως την ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση και τη διαχείριση των παρενεργειών του καρκίνου και τη θεραπεία του. Η υποστηρικτική φροντίδα περιλαμβάνει τη διαχείριση τόσο των σωματικών όσο και των ψυχολογικών συμπτωμάτων και παρενεργειών που μπορεί να εμφανίζουν οι ασθενείς από τη στιγμή της διάγνωσης έως και την μεταθεραπευτική φροντίδα. Η υποστηρικτική φροντίδα έχει σχεδιαστεί για να βελτιώσει την ποιότητα ζωής, να βοηθήσει στην αποκατάσταση, να υποστηρίξει τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου, να καλύψει τις ανάγκες των

επιζώντων του καρκίνου και να παράσχει συμπονετική φροντίδα στο τέλος της ζωής (30).

Σε μελέτη που διεξήχθη το 2018 στην Αυστραλία, με συμμετοχή 343 ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο, το 83% ανέφερε τουλάχιστον μια μέτρια έως υψηλού επιπέδου ανάγκη. Οκτώ από τις 10 σημαντικότερες ανάγκες αφορούσαν τον τομέα του «συστήματος υγείας και πληροφόρησης» ενώ οι άλλες δύο αφορούσαν τον τομέα των «ψυχολογικών αναγκών» και τον τομέα της «φροντίδας και υποστήριξης του ασθενούς». Οι πέντε υψηλότερες σε κατάταξη ανάγκες περιελάμβαναν την ανάγκη για ενημέρωση όσο το δυνατόν συντομότερα (54,8%), τον φόβο για την εξάπλωση του καρκίνου (53,7%), την ανάγκη να αντιμετωπίζονται ως άτομα και όχι ως ακόμη μια περίπτωση (51,9%), την ανάγκη ενημέρωσης για το αν ο καρκίνος είναι υπό έλεγχο ή σε ύφεση (50,7%) και την ανάγκη για επαρκή ενημέρωση σχετικά με τα οφέλη και τις παρενέργειες της θεραπείας προτού ληφθεί απόφαση σχετικά με τη θεραπεία (49,9%) (25).

Η πλειονότητα των ανεκπλήρωτων αναγκών αφορά σε θέματα ψυχολογικά και σωματικά καθώς και ζητήματα της καθημερινής διαβίωσης (31). Συγκεκριμένα, σημαντικοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με ανεκπλήρωτες ανάγκες περιλαμβάνουν την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη διάγνωση ή το προχωρημένο στάδιο της νόσου, την ύπαρξη λεμφοειδήματος ή υψηλού αριθμού συμπτωμάτων, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, την οικογενειακή κατάσταση, την αδυναμία εργασίας λόγω της νόσου, τη γεωγραφική τοποθεσία και την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Επιπλέον, ανάγκες μπορεί να προκύψουν λόγω διακοπής της θεραπείας εξαιτίας έλλειψης οικονομικών πόρων, έλλειψης επαρκούς ασφαλιστικής κάλυψης ή ανεπαρκών πληροφοριών σχετικά με τις κατάλληλες θεραπείες φροντίδας (32).

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι, η νεότερη ηλικία σχετίζεται με περισσότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες (31), ανάγκες που αφορούν στη σεξουαλικότητα και την εικόνα του σώματος (33), κυρίως όταν υπάρχει στη ζωή της γυναίκας ένας μόνιμος σύντροφος (28). Επιπλέον, όσο μικρότερος είναι ο χρόνος από τη θεραπεία, τόσο περισσότερες είναι οι συναισθηματικές ανάγκες, οι ψυχολογικές και οι πνευματικές ανάγκες (34).

Ο βαθμός των ανεκπλήρωτων αναγκών στις γυναίκες που έχουν επιζήσει από γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού, βρέθηκε να συσχετίζεται με το άγχος, την κατάθλιψη, το μετα-τραυματικό στρες, τη χαμηλή ποιότητα ζωής, τη νεότερη ηλικία και το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τη διάγνωση του καρκίνου. Συγκεκριμένα, όσο χαμηλότερη είναι η κλίμακα στη ποιότητα ζωής, τόσο υψηλότερος είναι ο βαθμός των ανεκπλήρωτων αναγκών (35).

Σε μια μελέτη που συμμετείχαν 337 νεαρές γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο, ηλικίας 19-39 ετών, παρατηρήθηκε ότι η πλειονότητα των γυναικών αναζήτησαν υποστήριξη μετά το τέλος των θεραπειών, με το 1/3 αυτών να δηλώνει ότι η υποστήριξη που έλαβε ήταν ανεπαρκής (36). Το υψηλό ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών σε γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι αυτός ο τύπος καρκίνου συνήθως διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που τον αντιμετωπίζουν, βιώνουν σημαντικές παρενέργειες που σχετίζονται με την ασθένεια και τη θεραπεία τους σε σύγκριση με τις γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο σε αρχικό στάδιο και μπορούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση μόνο με χειρουργική επέμβαση (5). Συνολικά, κατά την πορεία της νόσου, φαίνεται ότι οι ανάγκες των ασθενών αλλάζουν. Αρχικά, εστιάζουν κυρίως σε θέματα ολοκληρωμένης φροντίδας και ψυχολογικά ζητήματα, καθώς προσπαθούν να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα που έχει προκύψει λόγω της νόσου. Στην πορεία, οι σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες μπορεί να εξελιχθούν παράλληλα. Προς το τέλος της ζωής, φαίνεται ότι οι ανάγκες των ασθενών επικεντρώνονται περισσότερο στα σωματικά συμπτώματα και την κατάθλιψη. Αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς η νόσος προχωράει και οι σωματικές επιπτώσεις της γίνονται πιο εμφανείς, ενώ η ψυχολογική κατάσταση μπορεί να επηρεαστεί από την προοπτική της κατάληξης της ζωής. Συνεπώς, η φροντίδα προς το τέλος της ζωής πρέπει να λαμβάνει υπόψη αυτές τις ανάγκες, προσφέροντας τόσο ιατρική όσο και ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς (31).

Πέραν των γνωστών συμπτωμάτων που αντιμετωπίζουν όλοι οι ασθενείς με καρκίνο, όπως ο πόνος, η κόπωση, το άγχος, η κατάθλιψη, η αλωπεκία, το οικονομικό άγχος και η διαχείριση της θεραπείας, οι ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο μπορεί να αντιμετωπίσουν και ειδικά προβλήματα που σχετίζονται με τη φύση της ασθένειας. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν το λεμφοίδημα των κάτω άκρων, την πρόωρη

εμμηνόπαυση, την απώλεια της γονιμότητας, τη σεξουαλική δυσλειτουργία, τη δυσλειτουργία του εντέρου, την ακράτεια των ούρων και των κοπράνων, καθώς και τα συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με την αλλαγή της εικόνας του σώματος, τη σεξουαλικότητα και τις σχέσεις με τους συντρόφους. Επιπροσθέτως, στην καθημερινή ζωή οι γυναίκες επωμίζονται το κύριο βάρος της φροντίδας του σπιτιού. Κατά τη διάρκεια των κουραστικών θεραπειών όμως, ο ρόλος αυτός μετατοπίζεται στο σύζυγο, στα παιδιά και στο υπόλοιπο οικογενειακό περιβάλλον (37). Όλα αυτά τα προβλήματα έχουν άμεσο αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή των γυναικών που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο και των οικογενειών τους, επηρεάζοντας τις κοινωνικές τους σχέσεις, την επαγγελματική τους ζωή και γενικότερα την ποιότητα της ζωής τους (38).

2.1.1 Σωματικές Ανάγκες

Οι γυναίκες με καρκίνο παρουσιάζουν βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης λόγω των εξελίξεων στις θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της ανοσοθεραπείας. Η πλειονότητα των ασθενών προσπαθεί να διαχειριστεί τόσο τις άμεσες όσο και τις μακροπρόθεσμες παρενέργειες που προκύπτουν από αυτές τις θεραπείες και ευρύτερα από την ίδια τη νόσο (26), κατά συνέπεια, πολλές ανεκπλήρωτες ανάγκες σχετίζονται με θέματα που αφορούν την καθημερινή διαβίωση (31). Η διαχείριση των συμπτωμάτων είναι ένα αναπόσπαστο μέρος των ανθρώπων με κακοήθεια καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου. Τα συμπτώματα ποικίλουν, καθώς ο πρωτοπαθής καρκίνος συχνά δίνει μετάσταση στα κοιλιακά όργανα (39).

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να διαφέρει στα διάφορα στάδια του γυναικολογικού καρκίνου ή του καρκίνου του μαστού. Κάποια κοινά σωματικά συμπτώματα που μπορεί να επηρεάσουν τις ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο συμπεριλαμβάνουν τον πόνο, την κόπωση, την αϋπνία, το λεμφοίδημα, την ακράτεια ούρων και κοπράνων, τη πρόωρη εμμηνόπαυση, την σεξουαλική δυσλειτουργία, την απώλεια γονιμότητας, καθώς και τη ναυτία, την αλωπεκία και τη νευροπάθεια κ.α (40).

Η σωματική λειτουργικότητα έχει σχέση και με το τύπο του καρκίνου που έχει μια γυναίκα. Σε μελέτη των Kamga et al (2019), γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου είχαν πιο εξασθενημένη σωματική λειτουργικότητα μακροπρόθεσμα, σε σύγκριση με

άλλους τύπους γυναικολογικού καρκίνου, λόγω του αυξημένου μέσου όρου ηλικίας σε αυτόν τον τύπο καρκίνου (24).

Διάφορες μελέτες έχουν αναδείξει τη χειρουργική επέμβαση (41), την ακτινοθεραπεία (42) και την χημειοθεραπεία (34) ως σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για σεξουαλική δυσλειτουργία. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους, όπως με απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας, κολπική ξηρότητα, δυσπαρευνία, μείωση της συχνότητας των σεξουαλικών επαφών και μειωμένη λίμπιντο (43). Επιπλέον, η χημειοθεραπεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εξασθένιση ή απώλεια της γονιμότητας (44).

Το υπερβολικό βάρος είναι σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας, επηρεάζοντας αρνητικά σε μεγάλο ποσοστό τη ζωή των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού. Ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος, μπορεί να επιδεινώσει πολλές πτυχές του καρκίνου, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας ζωής, της πιθανότητας υποτροπής της νόσου, της πρόγνωσης, και του κινδύνου μετάστασης (45). Το προχωρημένο στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση, και η αφαίρεση λεμφαδένων σχετίζονται επίσης με αυξημένες σωματικές ανάγκες (46).

2.1.2 Ψυχοκοινωνικές Ανάγκες

Άνθρωποι που πάσχουν από καρκίνο, αντιμετωπίζουν συχνά αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως άγχος, κατάθλιψη, φόβο της επανεμφάνισης της νόσου και μερικοί δηλώνουν πως βιώνουν χαμηλή ποιότητα ζωής (26). Σε μια έρευνα που διενεργήθηκε σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, παρατηρήθηκε ότι περισσότερο από το 20% των γυναικών παρουσιάζουν υψηλές ψυχολογικές ανάγκες και έχουν ανάγκη για πληροφόρηση (22,47). Οι πλέον συχνές ανάγκες που αναφέρθηκαν, ήταν η αντιμετώπιση του άγχους που νιώθουν και η επιθυμία για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο διατήρησης της ψυχολογικής ευεξίας τους. Στην περίπτωση ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο, περισσότερο από το 40% των γυναικών ανέφεραν ψυχοκοινωνικές ανάγκες, συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών και του φόβου (29).

Οι παράγοντες που εμποδίζουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο, συνήθως σχετίζονται με το γεγονός ότι οι ανάγκες αυτές δεν αναγνωρίζονται επαρκώς από τους επαγγελματίες υγείας. Ορισμένες γυναίκες αισθάνονται αμηχανία

όταν συζητούν με επαγγελματίες υγείας που είναι άντρες. Έτσι, οι περισσότερες γυναίκες (62,7%) και ιδιαίτερα οι παντρεμένες ασθενείς προτιμούν να συζητούν με γυναίκες επαγγελματίες υγείας (42). Χωρίς ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας για τον καρκίνο που να περιλαμβάνει επαρκή ψυχοκοινωνική υποστήριξη, οι ανάγκες των ασθενών παραμένουν απροσδιόριστες και δύσκολο να καλυφθούν.

Επιπλέον οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με ογκολογικούς ασθενείς, εργάζονται με περιορισμούς στον προγραμματισμό και συχνά δεν έχουν χρόνο να αντιμετωπίσουν επαρκώς τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών. Η έλλειψη χρηματοδότησης για ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, συχνά αποτελεί εμπόδιο για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Οι ασθενείς και οι φροντιστές τους έχουν ανάγκη από υπηρεσίες που σχετίζονται με τη διαχείριση του καρκίνου, και συχνά αυτή η ανάγκη απαιτεί επιδότηση από το κράτος. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους φροντιστές, οι οποίοι είναι συχνά σε διαρκή αναζήτηση χρηματοδότησης, έχουν κακή κατάσταση υγείας και περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη (29).

Η κατανόηση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο αποτελούν σημαντική διάσταση της φροντίδας τους. Η πορεία της ζωής μετά τον καρκίνο είναι πολύπλοκη και υπόκειται σε συνεχείς αλλαγές. Τα κύρια συναισθήματα που αναφέρονται από τους επιζώντες περιλαμβάνουν φόβο, αβεβαιότητα, άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία, προκλήσεις στις σχέσεις, διακρίσεις στην εργασία, οικονομικές ανησυχίες και απώλεια της ασφάλισης (48).

Μελέτες έχουν δείξει ότι, η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με λιγότερο άγχος και κατάθλιψη στους επιζώντες ενώ και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει τη συνολική τους ευημερία. Επιπλέον, οι επιζώντες καρκίνου έχουν δείξει θετική ανταπόκριση σε ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Είναι σημαντικό ωστόσο να σημειωθεί ότι πολλοί επιζώντες δεν λαμβάνουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη και συνίσταται η ψυχολογική αξιολόγηση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (12).

Σε μία έρευνα μέτρηση άγχους και κατάθλιψης, παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των φάσεων της θεραπείας και της νόσου. Συγκεκριμένα, ο επιπολασμός της κατάθλιψης πριν την έναρξη των θεραπειών ήταν 25,3%, ενώ του άγχους 19,2%. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο επιπολασμός κατάθλιψης ήταν 22,9%, ενώ του άγχους 26,3% και μετά

τη θεραπεία ο επιπολασμός της κατάθλιψης ήταν στο 12,7% και του άγχους 27,9% (49).

Οι σωματικές επιπλοκές και οι παρενέργειες έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχοκοινωνική υγεία των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού (33). Σε μια έρευνα με 337 ασθενείς που διαγνώστηκαν με γυναικολογικό καρκίνο ηλικίας 19 έως 39 ετών, το ποσοστό της ψυχολογικής δυσφορίας υπολογίστηκε σε 85%. Αυτή η δυσφορία περιλαμβάνει τον φόβο υποτροπής (61%), συμπτώματα άγχους (53%), κατάθλιψης (51%), φόβο θανάτου (32%), ανησυχία για τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική λειτουργία (34%), ανησυχία για την γονιμότητα (27%) και την αλλαγή στην εικόνα του σώματος (27%) (36,50).

Τα προβλήματα της γονιμότητας και η έλλειψη πρόσβασης σε συμβουλευτική συνεδρία σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία αποτελούν σοβαρά προβλήματα στην φροντίδα των επιζώντων μετά τη θεραπεία του καρκίνου. Η έλλειψη πληροφοριών και οι λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τη γονιμότητα συχνά συνδέονται με το άγχος και την ανησυχία για τη αναπαραγωγή, επηρεάζοντας και την ποιότητας ζωής. Οι αρνητικές επιπτώσεις περιλαμβάνουν την ανασφάλεια για την αναπαραγωγή, τις ανεκπλήρωτες ανάγκες πληροφόρησης και την αγωνία για τη δυνατότητα δημιουργίας οικογένειας.

Ο τρόπος με τον οποίο οι εμπειρίες της γονιμότητας επηρεάζουν διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής μετά την αντιμετώπιση του καρκίνου, μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις, ειδικά σε νεότερες ασθενείς που επιδιώκουν την βελτίωση της γονιμότητας μετά την θεραπεία (51). Οι προβληματικές σεξουαλικές εμπειρίες επιδρούν αρνητικά στην αυτοεκτίμηση και τις κοινωνικές σχέσεις, και αυτό το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα εμφανές σε ασθενείς μετά από επεμβάσεις στα αναπαραγωγικά όργανα (52). Σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ψυχολογική δυσφορία, είναι και η σχέση των ασθενών με τους συντρόφους τους (36).

Οι ουλές στην κοιλιακή χώρα, η απώλεια μαλλιών, η αύξηση βάρους και επεμβάσεις όπως η ωοθηκεκτομή και η υστερεκτομή, αφορούν σημαντικά σημεία που αντιπροσωπεύουν τη γυναικεία ταυτότητα και έχουν σημαντική επίδραση στην εικόνα

του σώματος. Ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών αναφέρουν συχνά χαμηλή σεξουαλική δραστηριότητα και σεξουαλική ικανοποίηση.

Τα αναπαραγωγικά όργανα αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της θηλυκότητας μιας γυναίκας και παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο που οι γυναίκες αντιλαμβάνονται το σώμα τους και στην αυτοεκτίμησή τους (34). Ο φόβος της απόρριψης ή της εγκατάλειψης, μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονος, καθώς οι ασθενείς γίνονται πιο ευάλωτες στη συναισθηματική απομόνωση (22).

Η δυσφορία σχετίζεται και με την περιοχή του σώματος όπου εντοπίζεται ο καρκίνος. Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου στα αναπαραγωγικά όργανα αναφέρονται ως ιδιαίτερα σημαντικές για τις γυναίκες (53). Η κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη είναι συχνά ελλιπείς, με αποτέλεσμα την αυξημένη ψυχολογική δυσφορία (54). Μελέτες δείχνουν ότι τα επίπεδα αγωνίας, αμηχανίας και ντροπής είναι υψηλά, παρά τις δημόσιες συζητήσεις για τον καρκίνο (55).

Ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους αναφέρουν ανάγκες για μακροπρόθεσμη υποστηρικτική φροντίδα που δεν έχουν ικανοποιηθεί, ενώ αντιμετωπίζουν και οργανωτικές δυσκολίες σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη (56).

Η χρήση ενός ολοκληρωμένου, αλλά συνοπτικού εργαλείου αξιολόγησης της υποστηρικτικής φροντίδας μπορεί να βοηθήσει στην παροχή εξατομικευμένης φροντίδας για κάθε γυναίκα ασθενή (25). Οι ασθενείς, επιθυμούν να λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή ιατρική περίθαλψη ενώ επιπλέον έχουν την ανάγκη επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, όπως και την ανάγκη διαθεσιμότητας των τοπικών υπηρεσιών υγείας όποτε τις χρειαστούν. Η βέλτιστη φροντίδα για ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού προϋποθέτει την κατανόηση και την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων και προβλημάτων τους (26).

2.1.3 Ανάγκες Πληροφόρησης

Μια από τις σημαντικότερες ανάγκες των ασθενών με καρκίνο, είναι αυτή της πληροφόρησης. Η λήψη σχετικών πληροφοριών για τη νόσο μπορεί να οδηγήσει σε σωστή λήψη αποφάσεων, καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία, χαμηλότερα επίπεδα

άγχους και υψηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής (57). Τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο έχουν διαφορετικές ανάγκες σε πληροφόρηση κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου, από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας (58).

Η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας περιλαμβάνει την ικανοποίηση της ανάγκης ενημέρωσης αυτών των ασθενών σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου, τις θεραπευτικές επιλογές και τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τα αποτελέσματα της θεραπείας. Ως εκ τούτου, η διασφάλιση ότι οι ασθενείς λαμβάνουν τις απαραίτητες πληροφορίες και υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της κλινικής τους πορείας, αποτελεί κρίσιμη πτυχή της συνολικής θεραπείας τους.

Οι ασθενείς εκφράζουν σημαντικές ανάγκες όσο αναφορά την πληροφόρηση σε 6 κύριους τομείς: στον ιατρικό (95,5%), το σωματικό (85,2%), τον πρακτικό (71,1%), τον συναισθηματικό (82,2%) και τον πνευματικό (50,3%). Νεότερες ασθενείς αξιολογούν τον κοινωνικό – συναισθηματικό τομέα ως τον σημαντικότερο, σε σχέση με ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (59).

Επίσης, γυναίκες με καρκίνο διαπιστώθηκε ότι προτιμούν να λαμβάνουν πληροφορίες κατ' ιδίαν από τον θεράποντα ιατρό τους ή μέσω ιατρικών ενημερωτικών φυλλαδίων. Ένα σημαντικό μέρος των ασθενών εξέφρασαν την προτίμηση να λαμβάνουν πληροφορίες και από το διαδίκτυο (59). Μεταξύ των αναγκών πληροφόρησης, ασθενείς με καρκίνο του μαστού δίνουν μεγάλη προσοχή στις πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία και την πρόγνωση, καθώς και τον αντίκτυπο και την επανέναρξη της φυσιολογικής ζωής (60). Σε μια έρευνα, μετά την αξιολόγηση των απαιτήσεων πληροφόρησης των ασθενών από γυναικολογικό καρκίνο, βρέθηκε ότι, περισσότερο από το 50% των συμμετεχόντων εξέφρασε την επιθυμία για εύκολα κατανοητές πληροφορίες, καθώς και πληροφορίες που καλύπτουν τις ανησυχίες τους σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη (26).

Οι ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών εξέφρασαν διαφορετικές εμπειρίες και προτιμήσεις σε σύγκριση με γυναίκες με άλλο τύπο γυναικολογικού καρκίνου. Από υποδηλώνει ότι μπορεί να απαιτούνται διαφορετικές προσεγγίσεις στον προγραμματισμό της φροντίδας ή στην ανάγκη για επικοινωνία (40, 56).

Τα δεδομένα από μια έρευνα σε επιζώντες από καρκίνο του ενδομητρίου δείχνουν ότι η πλειονότητα των γυναικών δεν λαμβάνει την απαιτούμενη πληροφόρηση, με αποτέλεσμα να αισθάνονται απροετοίμαστες για τη φάση μετά τη θεραπεία τους. Οι περισσότερες γυναίκες ανέφεραν έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τον κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου και τον τρόπο παρακολούθησης και έλλειψη σαφών πληροφοριών σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία, τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του καρκίνου και τους διαθέσιμους κοινοτικούς πόρους (61).

Σημαντικό ποσοστό γυναικών με καρκίνο του μαστού, εξέφρασε την επιθυμία για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη νόσο. Οι ασθενείς αναζήτησαν πληροφορίες κυρίως από τους θεράποντες ιατρούς τους, τις τηλεοπτικές εκπομπές υγείας και τους συναδέλφους τους. Κύρια κίνητρα για την αναζήτηση πληροφοριών είναι η καλύτερη κατανόηση της ασθένειάς τους, η μείωση του άγχους και η περιέργεια να μάθουν περισσότερα για τη νόσο. Επίσης διαπιστώθηκε από τη μελέτη ότι οι ασθενείς αναζητούν συχνότερα πληροφορίες σχετικά με τη διαχείριση της ασθένειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας (62).

Τέλος, ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία ανέφεραν ότι σπάνια ρωτήθηκαν από επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, παρά το γεγονός ότι οι ίδιες θα ήθελαν να συζητήσουν αυτό το θέμα, γεγονός που υποδεικνύει ότι, η επικοινωνία σε αυτό το ευαίσθητο θέμα μπορεί να βελτιωθεί (42).

2.1.4 Πρακτικές Ανάγκες – Ανάγκες Καθημερινής Διαβίωσης

Οι ασθενείς που πάσχουν από γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού, πέραν των σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων, μπορεί να αντιμετωπίσουν και πρακτικές δυσκολίες στην καθημερινότητα τους. Οι τελευταίες, μπορούν να χωριστούν σε γενικές και ειδικές που σχετίζονται με τη νόσο (28).

Στις γενικές ανάγκες συμπεριλαμβάνονται οι οικονομικοί περιορισμοί (24), η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για ραντεβού στον ιατρό και η καθυστέρηση στη λήψη αποτελεσμάτων (56). Επιπλέον, η αδυναμία να συνεχίσουν να εργάζονται λόγω απώλειας ενέργειας, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα

(31), καθώς και ο φόβος ότι δεν θα είναι αποδοτικές στην οικογένεια τους (63). Επίσης, υπάρχουν γυναίκες που συνεχίζουν να εργάζονται λόγω προβλημάτων με τη χρήση αναρρωτικής άδειας στην εργασία τους (56).

Οι πρακτικές ανάγκες σχετίζονται με την οικονομική κατάσταση των ασθενών, ωστόσο μια μελέτη έδειξε ότι σε γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών, η ανάγκη για οικονομική ενίσχυση αυξάνεται με το πέρασμα του χρόνου. Ένα ποσοστό των γυναικών αυτών δήλωσαν ότι ο καρκίνος επιδρά αρνητικά και στην επαγγελματική τους ζωή, ενώ μεγάλο είναι το ποσοστό των γυναικών που δεν μπορούν να εργαστούν μετά το πέρας των θεραπειών τους. Όμως για τις γυναίκες η επιστροφή στην εργασία, είναι βοηθητική στο να αποκτήσουν την αυτοπεποίθηση τους και να επανέλθουν σε μια φυσιολογική ζωή (24,64,65).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η κοινωνική υποστήριξη, είναι ιδιαίτερα σημαντική για την επιβίωση από τον καρκίνο. Οι ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού, που αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης από την κοινωνική υποστήριξη, έχουν χαμηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας σε σύγκριση με αυτές που αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την παρεχόμενη υποστήριξη (66).

Ο καρκίνος και η θεραπεία, επηρεάζουν όχι μόνο την ασθενή αλλά και τους οικείους της. Είναι πιθανό οι φροντιστές των ασθενών να αντιμετωπίζουν ειδικά προβλήματα που σχετίζονται με τις παρενέργειες της νόσου και τη θεραπεία των ασθενών, όπως η διαχείριση των συμπτωμάτων. Επιπλέον, οι φροντιστές επιβαρύνονται ψυχολογικά από την πιθανότητα απώλειας του αγαπημένου τους ατόμου (31).

Η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης έχει συσχετιστεί με ψυχική ευημερία, καθώς και με τη βελτιωμένη λειτουργικότητα και μείωση των συμπτωμάτων σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής (54). Θεωρείται επίσης ότι, η κοινωνική υποστήριξη έχει άμεσες και προστατευτικές επιδράσεις, στην συναισθηματική προσαρμογή των ασθενών με τον καρκίνο. Έρευνες έχουν δείξει ότι, υπάρχει σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της ψυχολογικής προσαρμογής των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο (67).

Η κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, (68) και κατηγοριοποιείται σε τρεις τύπος. Η συναισθηματική υποστήριξη σχετίζεται με το βαθμό στοργής, συμπόνιας, ενσυναίσθησης, κατανόησης και εκτίμησης που λαμβάνουν οι ασθενείς από άλλους (69). Συγκεκριμένα, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία βρέθηκε ότι, υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ του βαθμού της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν και του βαθμού της απελπισίας, του άγχους θανάτου (70) και των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες (71). Η λειτουργική υποστήριξη, περιλαμβάνει την παροχή βοήθειας, όπως εργασίες (ψώνια, μεταφορά σε ραντεβού). Η πληροφοριακή υποστήριξη, συνδέεται με την παροχή συμβουλών ή πληροφοριών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων αναγκών (69). Έρευνα σε 123 γυναίκες με υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών έδειξε ότι η υποστήριξη της οικογένειας και η υποστήριξη των φίλων συνδέεται με χαμηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες τόσο του άγχους όσο της κατάθλιψης (54).

Η κόπωση είναι ένα βασικό σύμπτωμα που σχετίζεται με τον καρκίνο. Η κοινωνική υποστήριξη παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους. Συγκεκριμένα, μελέτες σε καρκινοπαθείς υπό χημειοθεραπεία, έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις κοινωνικής υποστήριξης, μπορεί να είναι αποτελεσματικές στην ανακούφιση της κόπωσης σε αυτά τα άτομα (72) .

Η συντριπτική πλειονότητα των γυναικών με καρκίνο που αντιμετώπισαν δυσφορία επίσης ανέφεραν ότι, χρειάζονται υποστήριξη μετά το πέρας της θεραπείας (36). Επιπλέον, το 50% των γυναικών δήλωσαν ότι έλαβαν ικανοποιητική κοινωνική υποστήριξη σχετικά με τις αλλαγές στο σώμα τους μετά τη θεραπεία για τον καρκίνο. Το επίπεδο της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης διαφέρει ανάλογα με παράγοντες όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και ο τύπος της θεραπείας (73).

Η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των ασθενών και του γιατρού έχει μεγάλη σημασία. Οι ασθενείς τονίζουν την σημασία της ικανότητας του γιατρού να ακούει και να παρέχει επιβεβαίωση (74), ενώ είναι εξίσου σημαντικό, η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό, να δημιουργεί για τους ασθενείς ένα ζεστό περιβάλλον με ενσυναίσθηση (54).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός

Λαμβάνοντας υπόψη την αυξημένη επίπτωση του καρκίνου του μαστού καθώς και του γυναικολογικού καρκίνου, στη προτεινόμενη μελέτη διερευνήσαμε αφενός τη κλίμακα αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων και αφετέρου τον βαθμό κοινωνικής υποστήριξης γυναικών που πάσχουν από τις συγκεκριμένες κακοήθειες και παρακολουθούνται στο ογκολογικό κέντρο της κλινικής ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ.

4.1.1 Επιμέρους στόχοι - ερωτήματα

- Ποιο είναι το επίπεδο των αρνητικών συναισθημάτων (κατάθλιψη, άγχος, στρες) ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού;
- Ποιος είναι ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι παραπάνω ασθενείς από την οικογένεια, τους φίλους και σημαντικούς άλλους ανθρώπους;
- Υπάρχει συσχέτιση των παραπάνω δεικτών με δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες;

4.2 Χρόνος διεξαγωγής της μελέτης

Πρόκειται για ποσοτική μελέτη, με δείγμα ευκολίας. Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από το Οκτώβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2023.

4.3 Δείγμα – Δειγματοληπτική Μέθοδος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 156 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού και γυναικολογικό καρκίνο (ενδομητρίου, ωοθηκών, τραχήλου μήτρας, μήτρας, αιδοίου) που μετά την συναίνεση τους να συμμετάσχουν στην έρευνα, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια κατά την θεραπεία τους στην κλινική.

4.4 Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού ατόμων από τη μελέτη

Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

- Ασθενείς με καρκίνο του μαστού ή γυναικολογικό καρκίνο που χειρουργήθηκαν ή πραγματοποίησαν κάποια θεραπεία (ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία), και παρακολουθούνται στο Ογκολογικό κέντρο του ΙΑΣΩ Θεσσαλίας.
- Ηλικία 18 ετών και άνω.
- Υπογραφή εντύπου συγκατάθεσης

Τα κριτήρια αποκλεισμού στη μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

- Άτομα ηλικίας μικρότερης των 18 ετών
- Άτομα με επιβαρυνμένη ψυχολογική λειτουργικότητα που εμποδίζει την επικοινωνία.

4.5 Ερευνητικά Εργαλεία

4.5.1 Ερωτηματολόγιο κλινικών και δημογραφικών στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών περιλαμβάνει: την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το οικογενειακό περιβάλλον (παρουσία ή μη παιδιών), τον αριθμό των παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική κατάσταση, τον τόπο διαμονής και το ιατρικό ιστορικό (έμμηνος ρύση, χρήση αντισυλληπτικών, διάγνωση, χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από τη διάγνωση, χρήση αγγολυτικών/αντικαταθλιπτικών, συννοσηρότητες (**Παράρτημα 1**)).

4.5.2 Κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης, άγχους και στρες – Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS – 21)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί σύντομη μορφή του αρχικού ερωτηματολογίου DASS-42, που δημιουργήθηκε από τους Lovibond & Lovibond (1996) (75), για να μετρήσει την κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Η μετάφραση και στάθμιση στον Ελληνικό πληθυσμό έγινε από τους Lyrakos et al. (2011) (76). Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρεις υποκλίμακες (κατάθλιψη, άγχους, και στρες) και η κάθε υποκλίμακα αποτελείται από 7 προτάσεις. Πρόκειται για τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert (που κυμαίνεται από 0=δεν ισχύει καθόλου για εμένα, έως 3=ισχύει για εμένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές). Υψηλή συνολική βαθμολογία της κλίμακας σχετίζεται με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Το DASS-21 διατίθεται

4.5.3 Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης – The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Το ερωτηματολόγιο MSPSS, αξιολογεί τον βαθμό κοινωνικής υποστήριξης, δημιουργήθηκε από τους Zimet et al. (1988) (77) και σταθμίστηκε στον Ελληνικό πληθυσμό από τη Theofilou (2015) (78) σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Η κλίμακα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου χωρίζεται σε 3 υποκλίμακες που αφορούν στην κοινωνική στήριξη που λαμβάνεται από την οικογένεια, τους φίλους και σημαντικούς άλλους ανθρώπους. Η κάθε υποκλίμακα αποτελείται από 4 ερωτήσεις και οι απαντήσεις δίνονται σε επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (που κυμαίνεται από 1=διαφωνώ πλήρως έως 7=συμφωνώ πλήρως). Υψηλή συνολική βαθμολογία της κλίμακας σχετίζεται με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη. Η παρούσα κλίμακα διατίθεται ελεύθερη προς χρήση στο διαδίκτυο στα Αγγλικά (Παράρτημα 3), (<https://gzimet.wixsite.com/mspss>), ως εκ τούτου ζητήθηκε και ελήφθη η έκδοση στην ελληνική γλώσσα από τους ερευνητές.

4.6 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε με τη σύμφωνη γνώμη τους και αφού προηγουμένως είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της έρευνας και είχε εξασφαλιστεί η έγγραφη συγκατάθεση τους. Η μελέτη ξεκίνησε αφού διασφαλίστηκε η απαραίτητη άδεια από το ΙΑΣΩ Θεσσαλίας.

4.7 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε μέσω του λογισμικού SPSS 26. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%. Η κατανομή των δεδομένων αξιολογήθηκε με τη χρήση του τεστ κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov. Για τη σύγκριση συνεχών δεδομένων μεταξύ ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Mann–Whitney U test για μη παραμετρικά δεδομένα. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας ποσοτικής και μίας κατηγορικής μεταβλητής, με >2 κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκε το Kruskal–Wallis τεστ. Για τον έλεγχο συσχέτισης

μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Spearman. Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέση τιμή±τυπικό σφάλμα της μέσης τιμής (Mean±SEM), ενώ οι διακριτές ως απόλυτη και σχετική συχνότητα (N, N%).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 156 γυναίκες ασθενείς με μέση ηλικία τα $58,9 \pm 1,048$ έτη (87 με διάγνωση καρκίνου του μαστού και 69 με γυναικολογικό καρκίνο). Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης (N=156)		
	N	N%
Τόπος διαμονής		
Λάρισα	61	39,10
Βόλος	23	14,74
Τρίκαλα	13	8,33
Καρδίτσα	5	3,20
Χωρίο Περιφέρειας Θεσσαλίας	34	21,79
Εκτός Περιφέρειας Θεσσαλίας	20	12,82
Επαγγελματική Κατάσταση		
Ανεργη	13	8,33
Δημόσιος Υπάλληλος	18	11,54
Ιδιωτικός Υπάλληλος	30	19,23
Ελεύθερος Επαγγελματίας	19	12,18
Οικιακά	6	3,85
Συνταξιούχος	70	44,87
Άλλο	0	0,00
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
Δημοτικό	42	26,92
Γυμνάσιο	20	12,82
Λύκειο	31	19,87
Ανώτατες Σπουδές	55	35,26
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	8	5,13
Παιδιά		
Ναι	126	80,77
Όχι	30	19,23
Έμμηνος Ρύση		
Ναι	21	13,46

	Όχι	135	86,54
Χρήση Αντισυλληπτικών			
	Ναι	23	14,74
	Όχι	133	85,26
Χρήση Αγχολυτικών ή Αντικαταθλιπτικών			
	Ναι	38	24,36
	Όχι	118	75,64
Συννοσηρότητα			
	Ναι	63	40,38
	Όχι	93	59,62

Στον **Πίνακα 2**, παρουσιάζονται η μέση ηλικία και η μέση βαθμολογία των διαστάσεων των κλιμάκων DASS-21 και MSPSS ανά τύπο κακοήθειας στον υπό μελέτη πληθυσμό.

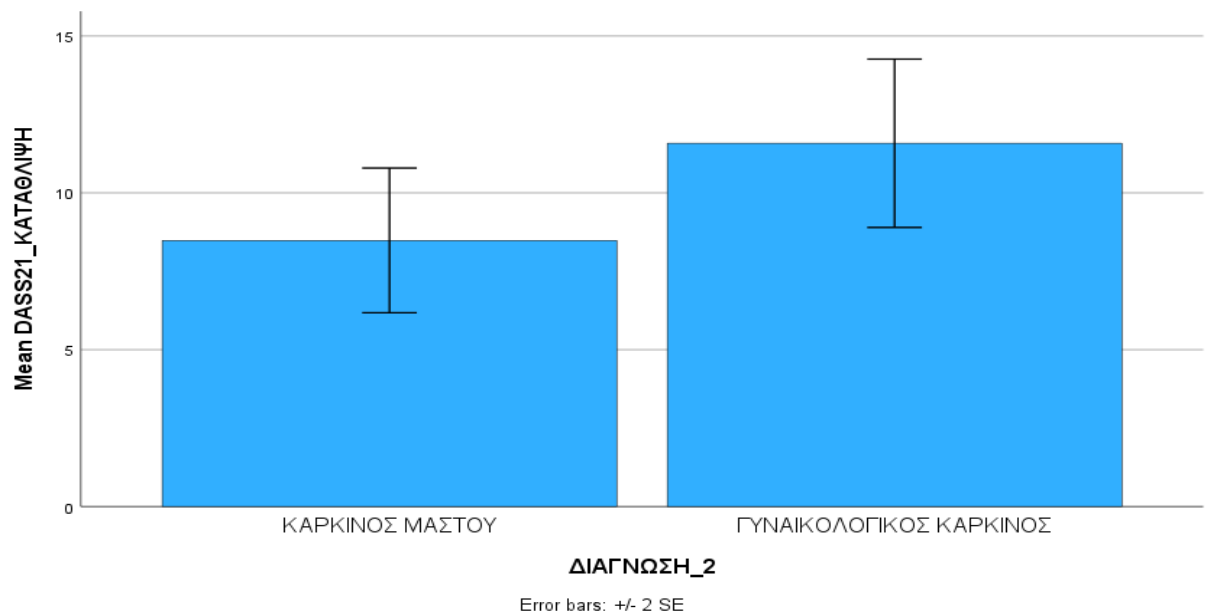
Πίνακας 2. Μέση ηλικία και μέση βαθμολογία των διαστάσεων της κλίμακας DASS-21 και MSPSS ανά τύπο κακοήθειας στον υπό μελέτη γυναικείο πληθυσμό .

ΔΙΑΓΝΩΣΗ		DASS-21 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	DASS-21 ΑΓΧΟΣ	DASS-21 ΣΤΡΕΣ	DASS-21 ΣΥΝΟΛΙΚΗ	MSPSS ΑΛΛΟΙ	MSPSS ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	MSPSS ΦΙΛΟΙ	MSPSS ΣΥΝΟΛΙΚΗ	ΗΛΙΚΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ	Mean	8,48	8,92	13,06	30,46	6,5259	6,7040	5,1810	6,1402	57,51
	SEM	1,153	1,075	1,087	3,098	,0862	,0648	,216	,091	1,400
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑΚΟΥ	Mean	13,33	11,76	14,19	39,29	6,5060	6,5595	4,9226	6,0048	62,43
	SEM	1,789	1,800	1,572	4,945	,126	,143	,340	,155	1,623
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ	Mean	6,69	8,63	11,25	26,56	6,2656	6,5156	5,4687	6,0813	62,38
	SEM	1,690	2,196	2,476	5,351	,316	,331	,491	,288	3,664
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΗΤΡΑΣ	Mean	5,00	4,00	12,00	21,00	7,0000	6,6250	4,0000	5,9000	47,50
	SEM	5,000	4,000	10,000	19,000	,000	,375	3,000	1,100	11,50
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	Mean	12,75	8,50	12,25	33,50	6,6250	6,7188	6,0313	6,4625	49,88
	SEM	5,195	3,224	4,267	12,188	,182	,145	,407	,183	5,789
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ	Mean	20,00	18,00	16,00	54,00	7,0000	7,0000	5,5000	6,5000	72,00
	SEM	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	Mean	9,85	9,63	13,14	32,62	6,5080	6,6474	5,1715	6,1135	58,90
	SEM	,881	,823	,811	2,349	,067	,062	,163	,073	1,048

Με βάση τις βαθμολογίες των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου DASS-21, τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες των συμμετεχόντων κατηγοριοποιούνται σε φυσιολογικά, ήπια, μέτρια, υψηλά και πολύ υψηλά. Τα προαναφερόμενα ποσοστά ανά κατηγορία παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3**.

Πίνακας 3. Επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες των συμμετεχόντων.			
		N	%
Επίπεδα κατάθλιψης	Φυσιολογικά	97	62%
	Ήπια	15	10%
	Μέτρια	17	11%
	Υψηλά	14	9%
	Πολύ υψηλά	13	8%
Επίπεδα άγχους	Φυσιολογικά	87	55,76%
	Ήπια	15	9,61%
	Μέτρια	16	10,25%
	Υψηλά	9	5,76%
	Πολύ υψηλά	29	18,58%
Επίπεδα στρες	Φυσιολογικά	94	60,25%
	Ήπια	24	15,38%
	Μέτρια	21	13,46%
	Υψηλά	9	5,76%
	Πολύ υψηλά	8	5,12%

Δεν διαπιστώθηκαν συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων DASS-21 και MSPSS αλλά ούτε και των επιμέρους διαστάσεων αυτών με τον τύπο της κακοήθειας (Kruskal Wallis, $p > 0.05$). Ωστόσο, κατά την ομαδοποίηση των πασχόντων από γυναικολογικό καρκίνο, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην διάσταση της κατάθλιψης του DASS-21 μεταξύ αυτών και των ασθενών με καρκίνο του μαστού (**Διάγραμμα 1**).



Διάγραμμα 1. Μέση βαθμολογία της υποκλίμακας DASS-21-Κατάθλιψη ανά τύπο κακοήθειας μετά από ομαδοποίηση των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο (Mann Whitney, $p=0.028$).

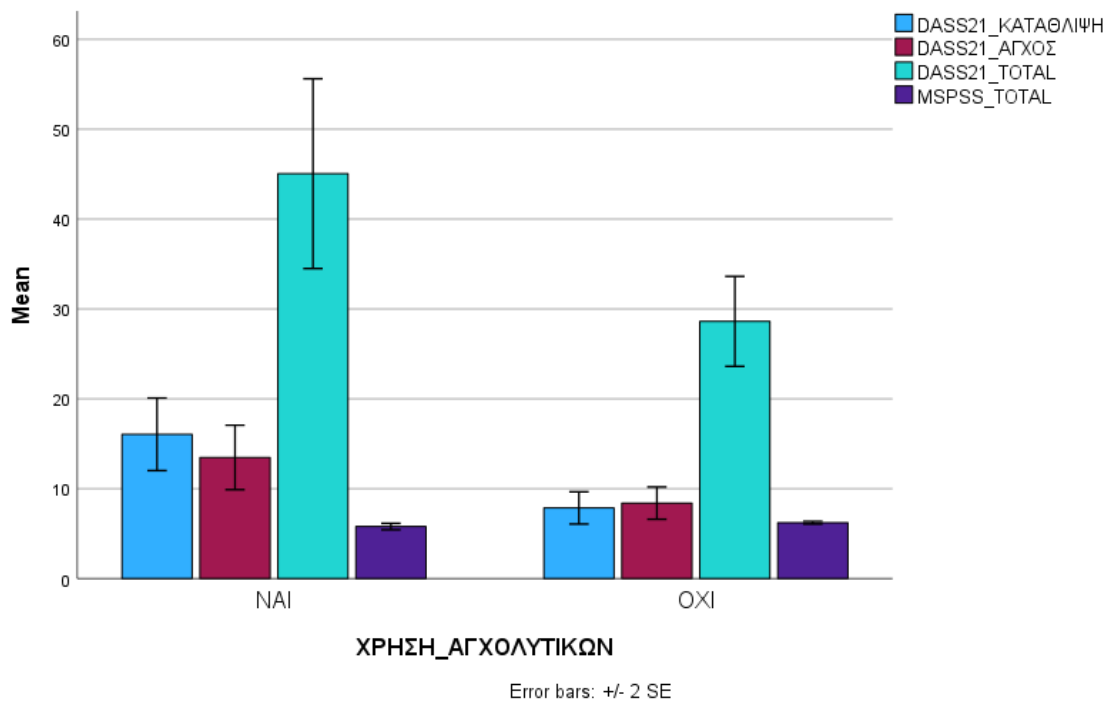
Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων DASS-21 και MSPSS, των επιμέρους διαστάσεων αυτών, και της ηλικίας των πασχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4**.

Πίνακας 4. Αποτελέσματα του ελέγχου συσχέτισης μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων DASS21 και MSPSS, των επιμέρους διαστάσεων αυτών, και της ηλικίας των πασχόντων.				
	Spearman's rho	Significance (2-tailed)	95% Confidence Intervals (2-tailed) ^{a,b}	
			Lower	Upper
DASS21_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - DASS21_ΑΓΧΟΣ	,764	<,001	,687	,824
DASS21_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - DASS21_ΣΤΡΕΣ	,790	<,001	,720	,844
DASS21_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - DASS21_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	,910	<,001	,878	,934
DASS21_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - MSPSS_ΑΛΛΟΙ	-,103	,200	-,260	,060
DASS21_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - MSPSS_ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	-,013	,870	-,175	,149

DASS21_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - MSPSS ΦΙΛΟΙ	-,157	,050	-,311	,004
DASS21_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - MSPSS_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	-,153	,057	-,307	,009
DASS21_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - ΗΛΙΚΙΑ	,173	,030	,012	,326
DASS21_ΑΓΧΟΣ - DASS21_ΣΤΡΕΣ	,752	<,001	,672	,815
DASS21_ΑΓΧΟΣ - DASS21_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	,890	<,001	,851	,919
DASS21_ΑΓΧΟΣ - MSPSS ΑΛΛΟΙ	-,098	,224	-,256	,065
DASS21_ΑΓΧΟΣ - MSPSS ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	-,054	,503	-,214	,109
DASS21_ΑΓΧΟΣ - MSPSS ΦΙΛΟΙ	-,075	,355	-,233	,088
DASS21_ΑΓΧΟΣ - MSPSS_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	-,075	,349	-,234	,087
DASS21_ΑΓΧΟΣ - ΗΛΙΚΙΑ	,062	,439	-,100	,222
DASS21_ΣΤΡΕΣ - DASS21_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	,938	<,001	,915	,955
DASS21_ΣΤΡΕΣ - MSPSS ΑΛΛΟΙ	-,102	,204	-,260	,060
DASS21_ΣΤΡΕΣ - MSPSS ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	-,120	,135	-,276	,042
DASS21_ΣΤΡΕΣ - MSPSS ΦΙΛΟΙ	-,116	,150	-,272	,047
DASS21_ΣΤΡΕΣ - MSPSS_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	-,144	,073	-,299	,018
DASS21_ΣΤΡΕΣ - ΗΛΙΚΙΑ	,018	,823	-,144	,179
DASS21_TOTAL - MSPSS ΑΛΛΟΙ	-,096	,234	-,254	,067
DASS21_TOTAL - MSPSS ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	-,074	,361	-,233	,089
DASS21_TOTAL - MSPSS ΦΙΛΟΙ	-,106	,189	-,263	,057

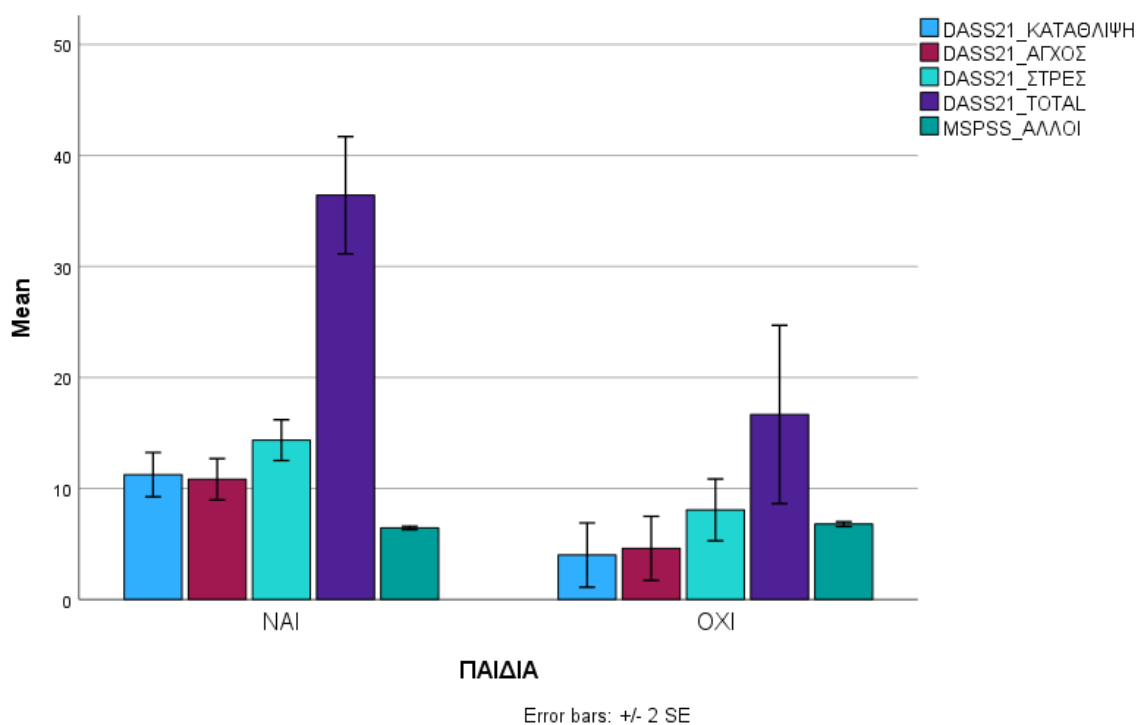
DASS21_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ - MSPSS_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	-,118	,142	-,275	,044
DASS21_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ - ΗΛΙΚΙΑ	,078	,331	-,084	,237
MSPSS_ΑΛΛΟΙ - MSPSS_ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	,602	<,001	,487	,696
MSPSS_ΑΛΛΟΙ - MSPSS_ΦΙΛΟΙ	,298	<,001	,143	,438
MSPSS_ΑΛΛΟΙ - MSPSS_TOTAL	,613	<,001	,501	,705
MSPSS_ΑΛΛΟΙ - ΗΛΙΚΙΑ	-,141	,080	-,296	,022
MSPSS_ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ - MSPSS_ΦΙΛΟΙ	,211	,008	,051	,361
MSPSS_ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ - MSPSS_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	,513	<,001	,383	,623
MSPSS_ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ - ΗΛΙΚΙΑ	-,053	,510	-,213	,109
MSPSS_ΦΙΛΟΙ - MSPSS_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	,881	<,001	,838	,912
MSPSS_ΦΙΛΟΙ - ΗΛΙΚΙΑ	-,228	,004	-,376	-,068
MSPSS_ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ - ΗΛΙΚΙΑ	-,234	,003	-,381	-,075
a. Estimation is based on Fisher's r-to-z transformation.				
b. Estimation of standard error is based on the formula proposed by Fieller, Hartley, and Pearson.				

Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων DASS-21 και MSPSS καθώς και των επιμέρους διαστάσεων αυτών με την παρουσία έμμηνου ρύσεως, τη χρήση αντισυλληπτικών ή τη παρουσία συννοσηροτήτων (Kruskal Wallis, $p>0.05$). Αντίθετα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του DASS-21, των επιμέρους διαστάσεων της κατάθλιψης και του άγχους καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του MSPSS με τη χρήση αγχολυτικών και/ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Mann Whitney $p=0.004$; $p<0,001$; $p=0.006$; και $p=0.048$, αντίστοιχα) (**Διάγραμμα 2**).



Διάγραμμα 2. Μέση συνολική βαθμολογία του DASS-21, των επιμέρους διαστάσεων της κατάθλιψης και του άγχους καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του MSPSS ανά κατηγορία χρήσης αγχολυτικών και/ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Επιπλέον διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του DASS-21, όλων των υποκλιμάκων αυτού (κατάθλιψη, άγχος, στρες) και της διάστασης MSPSS σημαντικοί άλλοι, με την μητρότητα (Mann Whitney $p < 0.001$; $p < 0.001$; $p < 0.001$; $p = 0.002$ και $p = 0.035$, αντίστοιχα) (Διάγραμμα 3).



Διάγραμμα 3. Μέση συνολική βαθμολογία του DASS-21, των επιμέρους διαστάσεων του (κατάθλιψη, άγχους και στρες) καθώς και της υποκλίμακας σημαντικοί άλλοι του ερωτηματολογίου MSPSS σε γυναίκες ασθενείς με και χωρίς παιδιά.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της βαθμολογίας των κλιμάκων DASS-21 και MSPSS καθώς και των επιμέρους διαστάσεων αυτών με την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική κατάσταση και τον τόπο διαμονής των ασθενών (Kruskal Wallis, $p > 0.05$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε τη κλίμακα αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων και τον βαθμό κοινωνικής υποστήριξης σε δείγμα ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού. Οι βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους και στρες κυμάνθηκαν, για τη πλειονότητα του δείγματος σε φυσιολογικά επίπεδα. Παρατηρήθηκε ότι, η μέση βαθμολογία στην διάσταση της κατάθλιψης του DASS-21 είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο σε σχέση με αυτές που νοσούν από καρκίνο του μαστού. Επιπλέον βρέθηκε

ότι, η συγκεκριμένη υποκλίμακα σχετίζεται θετικά με την ηλικία. Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης καταγράφηκαν στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

Σε ότι αφορά τη κλίμακα MSPSS, διαπιστώθηκαν ικανοποιητικά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης. Έρευνες σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο έχουν δείξει ότι, η αντίδραση τους στην πάλη με τη νόσο επηρεάζεται σημαντικά από το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (79). Έχει βρεθεί ότι, ασθενείς που λαμβάνουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης βιώνουν βελτιωμένη υγεία (67) και συνολικά καλύτερη ποιότητα ζωής σε όλες τις πτυχές (σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και λειτουργική) (68). Στη παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι, η διάσταση της υποστήριξης από φίλους σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία. Υψηλότερες βαθμολογίες της υποκλίμακας MSPSS φίλοι αλλά και της συνολικής MSPSS παρατηρήθηκαν σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας.

Σε προηγούμενη μελέτη που διενεργήθηκε στη χώρα μας, σε δείγμα 102 ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο (80), η συνολική βαθμολογία της κλίμακας MSPSS κυμάνθηκε σε παρόμοια επίπεδα με την παρούσα έρευνα, ενώ η κλίμακα DASS-21 κυμάνθηκε σε χαμηλότερα επίπεδα. Έρευνα από τους Hashemi et al. (81), που πραγματοποιήθηκε σε 190 γυναίκες με καρκίνο του μαστού κατέγραψε ποσοστά κατάθλιψης 28,4%, άγχους 43,2% και στρες 14,7% ενώ οι Singh et al. (82), σε δείγμα 300 καρκινοπαθών, ανέφεραν ότι το άγχος παρατηρείται περισσότερο μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Σε ότι αφορά τη κοινωνική υποστήριξη, στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι, η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και των επαγγελματιών υγείας μπορεί να αυξήσει το επίπεδο και την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής υποστήριξης που προσφέρεται στις ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο (83). Η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, ειδικά από την οικογένεια, σχετίζεται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία (37, 54). Μελέτες σε ασθενείς που έλαβαν χημειοθεραπεία διαπίστωσαν ότι, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα απελπισίας, άγχους, και στρες (70,71). Επιπλέον ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου ανέφεραν ότι, η συναισθηματική υποστήριξη από τους συντρόφους τους είναι πιο σημαντική από τη πρακτική υποστήριξη, επιβεβαιώνοντας την ευεργετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία (84).

Στη παρούσα μελέτη, το περιβάλλον της οικογένειας (παρουσία ή μη παιδιών) σχετίστηκε σημαντικά με τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες, τη συνολική βαθμολογία της DASS-21 και την διάσταση MSPSS σημαντικοί άλλοι. Γυναίκες με παιδιά φάνηκε ότι, έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες βαθμολογίες στις παραπάνω διαστάσεις σε σχέση με τις ασθενείς που δεν έχουν παιδιά. Φαίνεται ότι, η μητρότητα συνοδεύεται από αυξημένη αγωνία για το μέλλον των παιδιών σε περίπτωση που δεν αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά η νόσος. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες της Μεσογείου, το οικογενειακό και το συγγενικό περιβάλλον των ασθενών με καρκίνο είναι ιδιαίτερα υποστηρικτικό διατηρώντας στενές και υπερπροστατευτικές σχέσεις με τους πάσχοντες φροντίζοντάς τους κατά της διάρκεια της νόσου (85).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι, οι βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους και στρες, σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού κατατάσσονται σε φυσιολογικά επίπεδα για την πλειονότητα των συμμετεχόντων. Αντιστοίχως, το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται ότι αξιολογείται από τις ασθενείς ως ικανοποιητικό. Μελλοντικές ποιοτικές μελέτες, θα βοηθήσουν στην κατανόηση των παραγόντων που επιδρούν στις προαναφερόμενες διαστάσεις συμβάλλοντας στον σχεδιασμό προσαρμοσμένων και εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας.

Βιβλιογραφία

1. Basic Information About Gynecologic Cancers. [Online]. 2023. Available at: https://www.cdc.gov/cancer/gynecologic/basic_info/. Accessed: 25 September 2023
2. WHO. Breast cancer [Online]. 2023. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. Accessed: 31 May 2023.
3. Teo I, Cheung YB, Lim TYK, Namuduri RP, Long V, Tewani K. The relationship between symptom prevalence, body image, and quality of life in Asian gynecologic cancer patients. *Psycho-oncology*. 2018;27(1):69–74.
4. Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ®)-Patient Version [Online]. 2023. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/anxiety-distress-pdq>. Accessed: 10 June 2023.
5. Faller H, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, et al. Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Educ Couns*. 2017;100(10):1934–1942.
6. Shelby RA, Crespín TR, Wells-Di Gregorio SM, Lamdan RM, Siegel JE, Taylor KL. Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *J Behav Med*. 2008;31(5):433–444.
7. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Arbyn M. Geographic and temporal variations in the incidence of vulvar and vaginal cancers. *Int J Cancer*. 2020;147(10):2764–2771.
8. Usher-Smith JA, Hindmarch S, French DP, Tischkowitz M, Moorthie S, Walter FM, et al. Proactive breast cancer risk assessment in primary care: a review based on the principles of screening. *Br J Cancer*. 2023;128(9):1636–1646.
9. GREECE GLOBOCAN 2020 [Online]. 2023. Available at: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/300-greece-fact-sheets.pdf>. Accessed: 24 September 2023.
10. Ferlay RSJ. Worldwide Burden of Gynecological Cancer [Online]. © 2010 Springer Science+Business Media LLC. τ. 46. Springer, New York, NY; Available at: https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_46. Accessed: 25 September 2023.
11. Ledford LRC, Lockwood S. Scope and Epidemiology of Gynecologic Cancers: An Overview. *Semin Oncol Nurs*. 2019;35(2):147–150.
12. Walker AJ, Benrubi ID, Ward KK. Care of survivors of gynecologic cancers.

World J Obstet Gynecol. 2016;5(2):140.

13. America N. Cervix uteri [Online]. Available at: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>. Accessed: 25 September 2023.
14. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209–249.
15. SEER Cancer Stat Facts: Cervix Uteri Cancer [Online]. 2023. Available at: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>. Accessed: 22 September 2023
16. Endometrial Cancer Treatment [Online]. 2023. Available at: <https://www.cancer.gov/types/uterine/patient/endometrial-treatment-pdq>. Accessed: 24 September 2023.
17. What Is Endometrial Cancer? [Online]. 2023. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/types/endometrial-cancer/about/what-is-endometrial-cancer.html>. Accessed: 24 September 2023.
18. Vaginal Cancer Treatment (PDQ®)–Patient Version [Online]. 2023. Available at: <https://www.cancer.gov/types/vaginal/patient/vaginal-treatment-pdq>. Accessed: 24 September 2023.
19. Breast Cancer Treatment (PDQ®)–Patient Version [Online]. 2023. Available at: <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq>. Accessed: 24 September 2023.
20. Breast Cancer [Online]. 2023. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482286/>. Accessed: 24 September 2023.
21. Treating Breast Cancer [Online]. 2023. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html>. Accessed: 24 December 2023.
22. Ekwall E, Ternstedt BM, Sorbe B. Recurrence of Ovarian Cancer-Living in Limbo. *Cancer Nurs*. July 2007;30(4):270–277.
23. Cervical Cancer [Online]. Available at: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>. Accessed: 25 September 2023.
24. Mamguem Kamga A, Dumas A, Joly F, Billa O, Simon J, Poillot ML, et al. Long-Term Gynecological Cancer Survivors in Côte d’Or: Health-Related Quality of Life and Living Conditions. *The Oncologist*. 2019;24(7):e490–500.
25. Williams N, Griffin G, Farrell V, Rea A, Murray K, Hauck YL. The supportive

care needs of women experiencing gynaecological cancer: a Western Australian cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2018;18(1):912.

26. Reb AM, Cope DG. Quality of Life and Supportive Care Needs of Gynecologic Cancer Survivors. *West J Nurs Res*. 2019;41(10):1385–1406.

27. Fitch MI, Steele R. Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer. *Can Oncol Nurs J*. 2010;20(2):66–74.

28. Maguire R, Kotronoulas G, Simpson M, Paterson C. A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2015;136(3):478–490.

29. Kathleen Abrahamson K, Morgan Durham, Rebekah Fox. Managing the unmet psychosocial and information needs of patients with cancer. *Patient Intell*. 2010;45.

30. Scotté F, Taylor A, Davies A. Supportive Care: The “Keystone” of Modern Oncology Practice. *Cancers*. 2023;15(15):3860.

31. Beesley VL, Alemayehu C, Webb PM. A systematic literature review of the prevalence of and risk factors for supportive care needs among women with gynaecological cancer and their caregivers. *Support Care Cancer*. 2018;26(3):701–710.

32. Fiszer C, Dolbeault S, Sultan S, Brédart A. Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review: Prevalence and predictors of supportive care needs in breast cancer. *Psychooncology*. 2014;23(4):361–374.

33. Roland KB, Rodriguez JL, Patterson JR, Trivers KF. A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors: Psychosocial needs of ovarian cancer survivors. *Psychooncology*. 2013;22(11):2408–2418.

34. McCallum M. Filling in the gaps: Sociodemographic and medical predictors of sexual health and other supportive care needs, and desire for help in gynecological cancer survivors. *Can Oncol Nurs J*. 2017;27(3):251–258.

35. Urbaniec OA, Collins K, Denson LA, Whitford HS. Gynecological Cancer Survivors: Assessment of Psychological Distress and Unmet Supportive Care Needs. *J Psychosoc Oncol*. 2011;29(5):534–551.

36. Mattsson E, Einhorn K, Ljungman L, Sundström-Poromaa I, Ståhlberg K, Wikman A. Women treated for gynaecological cancer during young adulthood – A mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment. *Gynecol Oncol*. 2018;149(3):464–469.

37. Pinar G, Okdem S, Buyukgonenc L, Ayhan A. The Relationship Between Social

Support and the Level of Anxiety, Depression, and Quality of Life of Turkish Women With Gynecologic Cancer. *Cancer Nurs.* 2012;35(3):229–235.

38. Akalin A, Pinar G. Unmet Needs of Women Diagnosed with Gynecologic Cancer: An Overview of Literature. *J Palliat Care Med* [Online]. Available at: <http://www.omicsgroup.org/journals/unmet-needs-of-women-diagnosed-with-gynecologic-cancer-an-overview-of-literature-2165-7386-1000249.php?aid=70037>.

Accessed: 27 September 2023.

39. Von Gruenigen VE, Huang HQ, Cella D, Zevon MichaelA, LaChance JA, Walker JL, et al. Quality of life, symptoms and care needs in patients with persistent or recurrent platinum-resistant ovarian cancer: An NRG Oncology/Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol.* 2018;150(1):119–126.

40. De Rooij BH, Thomas TH, Post KE, Flanagan J, Ezendam NPM, Peppercorn J, et al. Survivorship care planning in gynecologic oncology—perspectives from patients, caregivers, and health care providers. *J Cancer Surviv.* 2018;12(6):762–774.

41. Pinar G, Kaplan S, Akalin A, Abay H, Ayhan A, Ayhan Y. Evaluation of Sexual Dysfunction and Affecting Factors in Turkish Women with Gynecological Cancer. *Sex Disabil.* 2016;34(1):49–62.

42. Chapman CH, Heath G, Fairchild P, Berger MB, Wittmann D, Uppal S, et al. Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2019;145(2):495–502.

43. McCallum M, Jolicoeur L, Lefebvre M, Babchishin LK, Robert-Chauret S, Le T, et al. Supportive Care Needs After Gynecologic Cancer: Where Does Sexual Health Fit in? *Oncol Nurs Forum.* 2014;41(3):297–306.

44. Park H, Seok JM, Yoon BS, Seong SJ, Kim JY, Shim JY, et al. Effectiveness of high-dose progestin and long-term outcomes in young women with early-stage, well-differentiated endometrioid adenocarcinoma of uterine endometrium. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285(2):473–478.

45. Obesity and Cancer - National Cancer Institute [Online]. 2023. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/obesity-fact-sheet>. Accessed: 28 July 2023.

46. On behalf of the Australian National Endometrial Cancer Study Group, Rowlands IJ, Janda M, McKinnon L, Webb PM, Beesley VL. Prevalence, predictors, and correlates of supportive care needs among women 3–5 years after a diagnosis of endometrial cancer. *Support Care Cancer.* 2015;23(5):1205–1214.

47. Cassedy HF, Tucker C, Hynan LS, Phillips R, Adams C, Zimmerman MR, et al. Frequency of psychological distress in gynecologic cancer patients seen in a large urban medical center. *Bayl Univ Med Cent Proc.* 2018;31(2):161–164.
48. Polidoro Lima M, Osório FL. Indicators of Psychiatric Disorders in Different Oncology Specialties: A Prevalence Study. *J Oncol.* 2014;2014:1–7.
49. Watts S, Prescott P, Mason J, McLeod N, Lewith G. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open.* 2015;5(11):e007618.
50. Johnson RL, Gold MA, Wyche KF. Distress in women with gynecologic cancer: Distress in gynecological cancer. *Psychooncology.* 2010;19(6):665–668.
51. Benedict C, Thom B, Friedman DN, Pottenger E, Raghunathan N, Kelvin JF. Fertility information needs and concerns post-treatment contribute to lowered quality of life among young adult female cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2018;26(7):2209–2215.
52. Kozłowski M, Gargulińska P, Ustianowski Ł, Lewandowska R, Kwiatkowski S, Cymbaluk-Płoska A. Sexuality of Women after Gynecological Surgeries. *Healthcare.* 2020;8(4):393.
53. Traumer L, Jacobsen MH, Laursen BS. Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(1):57–66.
54. Wen Q, Shao Z, Zhang P, Zhu T, Li D, Wang S. Mental distress, quality of life and social support in recurrent ovarian cancer patients during active chemotherapy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;216:85–91.
55. Pistrang N, Jay Z, Gessler S, Barker C. Telephone peer support for women with gynaecological cancer: recipients' perspectives: Telephone peer support. *Psychooncology.* 2012;21(10):1082–1090.
56. Mattsson E, Ljungman L, Einhorn K, Sundström Poromaa I, Ståhlberg K, Wikman A. Perceptions of care after end-of-treatment among younger women with different gynecologic cancer diagnoses – a qualitative analysis of written responses submitted via a survey. *BMC Womens Health.* 2020;20(1):276.
57. Khoshnood Z, Dehghan M, Iranmanesh S, Rayyani M. Informational Needs of Patients with Cancer: A Qualitative Content Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;20(2):557–562.
58. Fletcher C, Flight I, Chapman J, Fennell K, Wilson C. The information needs

of adult cancer survivors across the cancer continuum: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2017;100(3):383–410.

59. Papadakos J, Bussière-Côté S, Abdelmutti N, Catton P, Friedman AJ, Massey C, et al. Informational needs of gynecologic cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2012;124(3):452–457.

60. Information Needs of Breast Cancer Patients: Theory-Generating Meta-Synthesis [Online]. 2023. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7420822/?report=printable>.

Accessed: 29 September 2023.

61. Jones JM, Ferguson S, Edwards E, Walton T, McCurdy N, Howell D. Experiences of care delivery: Endometrial cancer survivors at end of treatment. *Gynecol Oncol*. 2012;124(3):458–464.

62. Kimiafar K, Sarbaz M, Shahid Sales S, Esmaeili M, Javame Ghazvini Z. Breast cancer patients' information needs and information-seeking behavior in a developing country. *The Breast*. 2016;28:156–160.

63. Ashing-Giwa KT, Kagawa-Singer M, Padilla GV, Tejero JS, Hsiao E, Chhabra R, et al. The impact of cervical cancer and dysplasia: A qualitative, multiethnic study. *Psychooncology*. 2004;13(10):709–728.

64. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;77(2):109–130.

65. Islam T, Dahlui M, Majid HA, Nahar AM, Mohd Taib NA, Su TT, et al. Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014;14(S3):S8.

66. Boen CE, Barrow DA, Bensen JT, Farnan L, Gerstel A, Hendrix LH, et al. Social Relationships, Inflammation, and Cancer Survival. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2018;27(5):541–549.

67. Usta YY. Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(8):3569–3572.

68. Osann K, Wilford J, Wenzel L, Hsieh S, Tucker JA, Wahi A, et al. Relationship between social support, quality of life, and Th2 cytokines in a biobehavioral cancer survivorship trial. *Support Care Cancer*. 2019;27(9):3301–3310.

69. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):843–857.

70. Uslu-Sahan F, Terzioglu F, Koc G. Hopelessness, Death Anxiety, and Social

Support of Hospitalized Patients with Gynecologic Cancer and Their Caregivers. *Cancer Nurs.* 2019;42(5):373–380.

71. Liu C, Zhang Y, Jiang H, Wu H. Association between social support and post-traumatic stress disorder symptoms among Chinese patients with ovarian cancer: A multiple mediation model. *PLOS ONE.* 2017;12(5):e0177055.
72. Mardanian-Dehkordi L, Kahangi L. The relationship between perception of social support and fatigue in patients with cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2018;23(4):261.
73. Melissant HC, Van Uden-Kraan CF, Lissenberg-Witte BI, Verdonck-de Leeuw IM. Body changes after cancer: female cancer patients' perceived social support and their perspective on care. *Support Care Cancer.* 2019;27(11):4299–4306.
74. Sibeoni J, Picard C, Orri M, Labey M, Bousquet G, Verneuil L, et al. Patients' quality of life during active cancer treatment: a qualitative study. *BMC Cancer.* 2018;18(1):951.
75. Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1996). *Manual for the depression anxiety stress scales.* Psychology Foundation of Australia.
76. Lyrakos GN, Arvaniti C, Smyrnioti M, Kostopanagiotou G. Translation and validation study of the Depression Anxiety Stress Scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry.* 2011;26:1731.
77. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Social Support. *Journal of Personality Assessment.* 1988; 52: 30-41
78. Theofilou P. Translation and Cultural Adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Greece. *Health Psychol Res.* 2015;3(1):1061.
79. Yağmur, Y., & Duman, M. (2016). The relationship between the social support level perceived by patients with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(2), 208-211.
80. Menti Konstantina - Investigating the care needs of women with gynecological cancer. Available at: <https://polynoe.lib.uniwa.gr/xmlui/handle/11400/1528>. Accessed: 19 September 2023.
81. Hashemi SM, Hormozi M, Allahyari A, Anoushirvani AA, Ameri Z, Ghasemipour S. The prevalence of depression, anxiety, and stress in patients with breast cancer in Southeast Iran in 2019: a cross-sectional study. *Oncol Clin Pract.* 2020;16(3):104–108.
82. Singh RB, Singh H, Singh C, Kaur K. Screening of psychological distress in cancer patients during chemotherapy: A cross-sectional study. *Indian J Palliat Care.*

2015;21(3):305.

83. Yağmur Y, Duman M. The relationship between the social support level perceived by patients with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *Int J Gynecol Obstet.* 2016;134(2):208–211.

84. Pfaendler KS, Wenzel L, Mechanic MB, Penner KR. Cervical Cancer Survivorship: Long-term Quality of Life and Social Support. *Clin Ther.* 2015;37(1):39–48.

85. Sapountzi-Krepia D, Raftopoulos V, Psychogiou M, Sakellari E, Toris A, Vrettos A, et al. Dimensions of informal care in Greece: the family's contribution to the care of patients hospitalized in an oncology hospital. *J Clin Nurs.* 2008;17(10):1287-1294.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πλήρης μορφή των ερωτηματολογίων

1. Ερωτηματολόγιο κλινικών και δημογραφικών στοιχείων

Αριθμός ασθενούς:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ποια είναι η ηλικία σας; έτη
2. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
 - a. Άγαμη
 - b. Έγγαμη
 - c. Συζεί
 - d. Διαζευγμένη
 - e. Σε διάσταση
 - f. Χήρα
3. Έχετε παιδιά;
 - a. Ναι, αριθμός παιδιών:
 - b. Όχι
4. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας;
 - a. Δημοτικό
 - b. Γυμνάσιο
 - c. Λύκειο
 - d. ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο
 - e. Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό
5. Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση τώρα:
 - a. Άνεργη
 - b. Δημόσιος Υπάλληλος
 - c. Ιδιωτικός Υπάλληλος
 - d. Ελεύθερος Επαγγελματίας
 - e. Οικιακά
 - f. Συνταξιούχος
 - g. Άλλο:.....
6. Ποιος είναι ο τόπος διαμονής σας;
 - a. Λάρισα
 - b. Βόλος
 - c. Τρίκαλα
 - d. Καρδίτσα
 - e. Χωριό περιφέρειας Θεσσαλίας
 - f. Εκτός περιφέρειας Θεσσαλίας
7. Έχετε έμμηνο ρήση;

- a. Ναι
- c. Όχι Εάν όχι, σε τι ηλικία διεκόπη;

8. Κάνετε ποτέ χρήση αντισυλληπτικών;

- a. Ναι
- b. Όχι

9. Ποια είναι η διάγνωση σας;

.....

10. Πριν πόσο καιρό έγινε η διάγνωση;

.....(χρόνια/μήνες)

11. Κάνετε χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων;

- a. Ναι
- b. Όχι

12. Έχετε κάποιο άλλο νόσημα;

- a. Ναι (αναφέρεται ποιό/α είναι αυτό/α.....)
- b. Όχι

2. Κλίμακα Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)- (<http://www2.psy.unsw.edu.au/Groups/Dass/down.htm>)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ DASS-21 (Κατάθλιψη-Αγχος-Στρες)				
Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση. Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα: 0 Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα 1 Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα. 2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα. 3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές				
1 Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2 Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3 Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4 Δυσκολευόμουν να ανασάνω (π.χ. υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5 Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6 Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3
7 Αισθάνθηκα τρεμούλα (π.χ στα χέρια)	0	1	2	3
8 Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9 Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10 Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11 Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12 Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13 Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
14 Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
15 Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16 Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17 Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18 Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19 Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
20 Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21 Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

3. Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης – Multidimensional Scale of Perceived Social Support

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988)

Instructions: We are interested in how you feel about the following statements. Read each statement carefully. Indicate how you feel about each statement.

Circle the “1” if you **Very Strongly Disagree**
 Circle the “2” if you **Strongly Disagree**
 Circle the “3” if you **Mildly Disagree**
 Circle the “4” if you are **Neutral**
 Circle the “5” if you **Mildly Agree**
 Circle the “6” if you **Strongly Agree**
 Circle the “7” if you **Very Strongly Agree**

1.	There is a special person who is around when I am in need.	1	2	3	4	5	6	7	SO
2.	There is a special person with whom I can share my joys and sorrows.	1	2	3	4	5	6	7	SO
3.	My family really tries to help me.	1	2	3	4	5	6	7	Fam
4.	I get the emotional help and support I need from my family.	1	2	3	4	5	6	7	Fam
5.	I have a special person who is a real source of comfort to me.	1	2	3	4	5	6	7	SO
6.	My friends really try to help me.	1	2	3	4	5	6	7	Fri
7.	I can count on my friends when things go wrong.	1	2	3	4	5	6	7	Fri
8.	I can talk about my problems with my family.	1	2	3	4	5	6	7	Fam
9.	I have friends with whom I can share my joys and sorrows.	1	2	3	4	5	6	7	Fri
10.	There is a special person in my life who cares about my feelings.	1	2	3	4	5	6	7	SO
11.	My family is willing to help me make decisions.	1	2	3	4	5	6	7	Fam
12.	I can talk about my problems with my friends.	1	2	3	4	5	6	7	Fri

The items tended to divide into factor groups relating to the source of the social support, namely family (Fam), friends (Fri) or significant other (SO).