Γ΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Διευθυντής Καθηγητής Δ. Κασσάνος
Νοσοκομείο «Αττικόν»

Α' Ψυχιατρική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Διευθυντής Καθηγητής Γ. Παπαδημητρίου
Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Βιολογική και ψυχολογική διερεύνηση της σεξουαλικότητας και των συντροφικών σχέσεων μετά τη θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου

Υποψήφιος διδάκτορας:

Βαϊδάκης Διονύσης

Ειδικευόμενος Γυναικολόγος-Μαιευτήρας

Γυναικολογικής κλινικής Α.Ο.Ν.Α ''Ο Άγιος Σάββας''

Τριμελής συμβουλευτική επιτροπή:

Καθηγητής Σαλαμαλέκης Εμμανουήλ

Καθηγητής Παπαδημητρίου Γεώργιος

Καθηγητής Κασσάνος Δημήτριος

Αθήνα 2014

Ημερομηνία έναρξης Διδακτορικής Διατριβής: 27-7-2008

Ημερομηνία κατάθεσης πρότασης Διδακτορικής Διατριβής: 19-2-2014

Ημερομηνία ορισμού 7μελούς επιτροπής: 13-3-2014

Ημερομηνία υποστήριξης: 13-5-2014

Επταμελής Επιτροπή

Καθηγητής κ. Σαλαμαλέκης Ε.

Καθηγητής κ. Παπαδημητρίου Γ.

Καθηγητής κ. Κασσάνος Δ.

Καθηγητής κ. Παπαγεωργίου Χ.

Αν. Καθηγητής κ. Ζερβας Ι.

Επικ. Καθηγητής κ. Χρέλιας Χ.

Λέκτορας κ. Συριστατίδης Χ.

Copyright © Βαϊδάκης Διονύσης, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Καποδιστριακού πανεπιστήμιου Αθηνών. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραιτήτως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Καποδιστριακού πανεπιστήμιου Αθηνών.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διδακτορική διατριβή είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: .....

Πρόλογος

Πολλές έρευνες που έχουν δημοσιευθεί στη βιβλιογραφία, καταγράφουν την αρνητική επίπτωση του καρκίνου στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η επίπτωση του καρκίνου γενικά αλλά και του γυναικολογικού, ειδικότερα, στη σεξουαλική υγεία είναι ένα θέμα που απασχολεί τους ερευνητές σε όλο τον κόσμο. Κατά το 2013 περισσότερα από 100 άρθρα σχετικά με αυτό το θέμα δημοσιεύθηκαν στην Pubmed και στη Scopus. Από αυτές τις έρευνες, λίγες εστιάζουν στο ποιος, πώς και πότε οι ασθενείς χρειάζονται υποστήριξη ώστε να ξεπεράσουν αυτές τις δυσκολίες και να μπορέσουν να ανακτήσουν το επίπεδο της ποιότητας της ζωής που είχαν πριν τη θεραπεία. Παρόλο την ανάπτυξη της ψυχοογκολογιας, στην Ελλάδα, προς το παρόν, λίγες τέτοιες ομάδες έχουν αναπτυχτεί στα νοσοκομεία που αντιμετωπίζουν ασθενείς με καρκίνο. Εκτός από τις πρακτικές δυσκολίες (οικονομικό κόστος, έλλειψη προσωπικού), η δυσκολία της υποστήριξης έγκειται στο διαφορετικό τρόπο που βιώνει και εκφράζει τη σεξουαλικότητα της η κάθε ασθενής καθώς και στα διαφορετικά χαρακτηριστικά της κάθε σχέσης, γεγονός που απαιτεί εξατομίκευση της υποστήριξης. Όμως, η εξατομίκευση μιας παρέμβασης απαιτεί περισσότερο χρόνο και προσωπικό. Η αρχική ιδέα για την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν να καταγραφούν οι μεταβολές που προκαλεί ο γυναικολογικός καρκίνος και ο καρκίνος του μαστού στις διαπροσωπικές σχέσεις από τη διάγνωση έως το τέλος της θεραπείας, ώστε, αφενός να αναδειχθεί το πρόβλημα και αφετέρου, βάση των αναγκών του ζευγαριού, σε κάθε στάδιο της θεραπεία και της αποκατάστασης, να ανατηχθεί και το είδος της υποστήριξης που χρειάζονται.

Για την πολύτιμη βοήθεια τους καθ΄ ολη διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στην τριμελή συμβουλευτική επιτροπή, καθηγητές κ. Σαλαμαλέκη, κ. Παπαδημητρίου και κ. Κασσάνο. Για τη βοήθεια στον εντοπισμό των ασθενών θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Συκιωτη, τον κ. Πανοσκάλτση, την κα. Πουλακάκη, και την κα. Τσερκέζογλου. Καθοριστικής σημασίας ήταν η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού της γυναικολογικής κλινικής και της κλινικής μαστού των νοσοκομείων ‘’Αττικό’’ και ‘’Αγ. Σαββας’’ και του νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας του νοσοκομείου ‘’Αγ. Σάββας’’ στη συλλογή των ερωτηματολογίων και των δειγμάτων

αίματος. Για την επεξεργασία των δειγμάτων θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό των βιοχημικών εργαστηρίων των νοσοκομείων ‘’Αιγηνίτειο’’ και ‘’Αγ.Σαββας’’ και για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνα θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα. Τζαβάρα. Για τις επιστημονικές συμβουλές και την καθοδήγηση τους θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές κ. Χατζηχριστου και κ. Ζέρβα. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη και συνεχή υποστήριξη καθ’όλη την διάρκεια της εκπόνησης της διατριβής.

Περιεχόμενα

Περίληψη 1
Περίληψη στην Αγγλική Γλώσσα 3
Κατάλογος Πινάκων 4
Κατάλογος Σχημάτων ή Εικόνων και Γραφημάτων 7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
Εισαγωγή 11
Κεφάλαιο 1: Γυναικολογικός καρκίνος και καρκίνος μαστού 15
1.1 Γυναικολογικός καρκίνος 15
1.1.1 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας 16
1.1.1.1 Επιδημιολογία 16
1.1.1.2 Συμπτώματα 19
1.1.1.3 Διάγνωση- Θεραπεία 19
1.1.1.4 Πρόγνωση 20
1.1.2 Καρκίνος του ενδομητρίου 21
1.1.2.1 Επιδημιολογία 21
1.1.2.2 Συμπτώματα 22
1.1.2.3 Διάγνωση- Σταδιοποίηση –Θεραπεία 22
1.1.2.4 Πρόγνωση 23
1.1.3 Καρκίνος των ωοθηκών 24
1.1.3.1 Επιδημιολογία 24
1.1.3.2 Συμπτώματα 26
1.1.3.3 Διάγνωση-Σταδιοποίηση- Θεραπεία 26
1.1.3.4 Πρόγνωση 27
1.1.4 Σπανιότεροι γυναικολογικοί καρκίνοι 28
1.2 Καρκίνος του μαστού 28
1.2.1 Επιδημιολογία 28
1.2.2 Συμπτώματα 30
1.2.3 Διάγνωση 31
1.2.4 Θεραπεία 32
1.2.5 Πρόγνωση 32
Κεφάλαιο 2: Σεξουαλικότητα και συντροφικές σχέσεις 34
2.1 Η συμβολή της σεξουαλικής υγείας στη συνολική υγεία του ανθρώπου 34
2.2 Χαρακτηριστικά της γυναικείας σεξουαλικότητας 35
2.3 Μοντέλα γυναικείας σεξουαλικής ανταπόκρισης 36
2.4 Διαταραχές της σεξουαλικότητας στις γυναίκες 39
2.4.1 Η ανάγκη για ένα διαφορετικό μοντέλο 39
2.4.2 Τύποι Γυναικείων σεξουαλικών δυσλειτουργιών 40
2.4.2.1 Διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας και διέγερσης στις γυναίκες 40
2.4.2.1.1 Υποτονική διαταραχή σεξουαλικής επιθυμίας (HSDD) 40
2.4.2.1.2 Διαταραχές σεξουαλικής διέγερσης (FSAD) 42
2.4.2.2 Διαταραχή οργασμού (FOD) 43
2.4.2.3 Διαταραχή πυελο-γεννητικού πόνου 45
2.4.2.4 Σεξουαλικές διαταραχές που σχετίζονται με γνωστή πάθηση 46
2.5 Ο ρόλος της σταθερής σχέσης στη γυναικεία σεξουαλικότητα 46

Κεφάλαιο 3: Συνήθεις αιτίες που προκαλούν διαταραχές στη σεξουαλικότητα και στις συντροφικές σχέσεις μετά τη διάγνωση και θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου και καρκίνου του μαστού **48**
3.1 Εισαγωγή 48
3.2 Ρόλος της νόσου 49
3.3 Ο ρόλος της διάγνωσης 49
3.4 Ο ρόλος της θεραπείας 50
3.4.1 Γυναικολογικός καρκίνος 51
3.4.1.1 Επίδραση της επέμβασης 51
3.4.1.2 Επίδραση της ακτινοθεραπείας ή/και χημικοθεραπείας 52
3.4.2 Καρκίνος του μαστού 53
3.4.2.1 Επίδραση της επέμβασης 53
3.4.2.2 Επίδραση της ακτινοθεραπείας ή/και χημειοθεραπείας και Δευτερογενής εμμηνόπαυση 54
3.5 Ανάγκη για υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο 55

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4: Σκοπός και στόχοι **57**
4.1 Σκοπός 57
4.2 Στόχος 58
Κεφάλαιο 5: Υλικό και μέθοδος **59**
5.1 Υλικό 59
5.1.1 Ασθενείς 59
5.1.2 Ερωτηματολόγιο 60
5.1.3 Αιματολογικές εξετάσεις 62
5.2 Μέθοδος 64
5.3 Στατιστική ανάλυση 66
Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα **67**
6.1 Γενικά και δημογραφικά στοιχεία ασθενών 67
6.2 Maudsley marital questionnaire (MMQ) 71
6.3 Ποιότητα ζωής (QLCG) 74
6.4 Ποιότητα ζωής (WHO-QOL) 82
6.5 Σεξουαλικότητα (SFL) 89
6.6 Ορμόνες 120
6.7 Συσχέτιση των μεταβολών των ορμονών με τις μεταβολές των κλιμάκων ποιότητας ζωής 130
6.8 Κατάθλιψη (EDS) 134
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση **138**
7.1 Εισαγωγή 138
7.2 Σεξουαλικότητα 139
7.3 Συντροφικότητα / Διαπροσωπικές σχέσεις 143
7.4 Περιορισμοί της έρευνας 145
Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα **146**
Βιβλιογραφία **150**

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι προσδοκίες των ασθενών με καρκίνο, και των οικογενειών τους, τα τελευταία χρόνια, λόγω της εξέλιξης των διαγνωστικών και θεραπευτικών, έχουν αλλάξει από την παρηγορητική αντιμετώπιση στην αποκατάσταση της ποιότητας της ζωής τους στα επίπεδα πριν τη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου. Οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος της ποιότητας της ζωής και της ευεξίας του ατόμου. Έρευνες δείχνουν ότι η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου επηρεάζουν τη σεξουαλική ζωή της ασθενούς και θέτουν σε νέα βάση τη σχέση του ζευγαριού, η επίδραση αυτή στις γυναίκες, είναι εντονότερη όταν ο καρκίνος εμφανίζεται στα γεννητικά όργανα και στο μαστό. Παρόλο που στις ασθενείς με καρκίνο δίνεται όλη η απαραίτητη φροντίδα για τη θεραπεία και την αποκατάσταση της νόσου, μικρή σημασία δίνεται στις επιπτώσεις της θεραπείας στις διαπροσωπικές σχέσεις. Σκοπός της έρευνας είναι να καταγράψει τις μεταβολές της σεξουαλικότητας και τις ποιότητας της σχέσης των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού μετά το τέλος της θεραπείας.

Υλικό και Μέθοδος: Από τον 2008 έως και τον 2011 μελετήθηκαν 67 ασθενείς με καρκίνο του μαστού (ομάδα Α), 43 με γυναικολογικό καρκίνο (ομάδα Β) και 63 ασθενείς με καλοήθεις αλλοιώσεις των γυναικών γεννητικών οργάνων και του μαστού (ομάδα ελέγχου). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολογίου, που συμπληρώθηκε από τις ασθενής 2 φορές, μια κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και μία ένα χρόνο μετά την χειρουργική επέμβαση. Το ερωτηματολόγιο κατέγραφε τις βασικές παραμέτρους (1) της σεξουαλικότητας (επιθυμία, διέγερση, οργασμός, διαταραχές πόνου) (2) της ποιότητας της σχέσης και (3) της ποιότητας της ζωής. Παράλληλα με το ερωτηματολόγιο έγινε και λήψη αίματος για ορμονολογικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι όλες οι φάσεις του κύκλου σεξουαλικής ανταπόκρισης (επιθυμία, διέγερση, οργασμός) επηρεάστηκαν αρνητικά στην ομάδα ασθενών με καρκίνο σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου που δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή. Η κλίμακα ‘’ Σεξουαλική ευχαρίστηση’’ επηρεάστηκε αρνητικά στην ομάδα με γυναικολογικό καρκίνο αλλά δεν επηρεάστηκε στην ομάδα με καρκίνο του μαστού. Η κλίμακα ‘’Ποιότητα σχέσης’’ παρουσίασε αύξηση στην ομάδα με κακοήθεις αλλοιώσεις ενώ δεν παρουσίασε σημαντική μεταβολή στην ομάδα ελέγχου. Η ποιότητα της ζωής αναφορικά με τη λειτουργικότητα των ασθενών φαίνεται ότι παρουσίασε επιδείνωση μεταξύ των ασθενών με καρκίνο ενώ δεν παρουσίασε σημαντική μεταβολή στην ομάδα ελέγχου.

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι η πλειονότητα των ασθενών αντιμετωπίζουν προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωής και κατά συνέπια

στις διαπροσωπικές τους σχέσεις τόσο αμέσως μετά τη διάγνωση όσο και ένα χρόνο μετά την επέμβαση. Η σεξουαλική διέγερση φαίνεται να επηρεάζεται κυρίως από τη δευτεροπαθή εμμηνόπαυση και τη ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών ενώ η διέγερση και ο οργασμός φαίνεται να επηρεάζεται από τις ανατομικές και φυσιολογικές μεταβολές λόγω της θεραπείας. Για να παρέχεται ολοκληρωμένη φροντίδα στις γυναίκες με καρκίνο, η αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνεται στον αρχικό σχεδιασμό της θεραπείας. Η υποστήριξης πρέπει να παρέχεται από εξειδικευμένο προσωπικό και να είναι εξατομικευμένη, αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ανάπτυξη ομάδων ψυχοογκολογίας στα νοσοκομεία που αντιμετωπίζουν ασθενείς με καρκίνο.

Περίληψη στην Αγγλική Γλώσσα

Introduction: Cancer diagnosis and treatment in women, especially when related to the reproductive system, may affect sexuality, and the interpersonal relationship of the couple. It is, however, difficult to discern the exact effect of cancer diagnosis and/ or treatment on the different parts of the female sexual response cycle. The aim of the present study was to record how the treatment and the adjuvant therapy of breast and gynecological cancer may affect sexuality and interpersonal relations in the couple.

Materials and method: From September 2008 to February 2012, we prospectively studied 67 patients with breast cancer (Group A)(mean age 50.5 years) and 43 with cervical, endometrial or ovarian cancer (Group B)(mean age 52.6 years). As control groups we used 33 patients with benign breast and 30 patients with benign gynecological lesions (control group 0a and 0b respectively). We evaluated interpersonal relations focusing on sexual function at the time of diagnosis and a year after the initial treatment for cancer. Sexuality and interpersonal relatedness was evaluated by a self- report questionnaire. Blood was also collected to investigate the possible effect of Testosterone, Cortisol and Prolactin on sexuality.

Results: More than half of the women in Group A had stage II, while the corresponding proportion for Group B was 35.9%. A significant reduction of the ''Sexual desire'' dimension was found in both groups. The ''Sexual enjoyment'' scale was significantly decreased in Group B but not in Group A. ''Sexual Arousal'' was decreased in both groups but the degree of reduction was greater in Group B ($p=0.015$). The score on the ''Relationship quality'' dimension increased in both groups while the score on ''Orgasm'' dimensions decreased significantly in both groups ($p<0.001$). Hormone levels were not different between the groups at baseline measures ($p>0.05$). Testosterone levels remained unchanged in Group A, while they were significantly decreased in Group B ($p<0.001$). Thus Group A had greater Testosterone levels at follow up.

Conclusion: The majority of patients in our study faced sexual dysfunctions, both immediately and one year following the end of treatment. Secondary menopause and the psychological effect of cancer treatment appeared to affect female sexual desire, while anatomical and physiological changes were found to affect arousal and orgasmic phases. Sexual dysfunctions after cancer treatment it's a clinical problem which should be evidenced at the beginning of therapy, from the oncologists in order to provide integrated treatment.

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Στάδια επιβίωσης. Πηγή: Mullan 1985. (σελίδα:12)

Πίνακας 1.1: Θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα. Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. (σελίδα:18)

Πίνακας 1.2: Σταδιοποίηση κατά FIGO για τον καρκίνο του τραχήλου. (σελίδα:20)

Πίνακας 1.3: Κατά FIGO σταδιοποίηση του καρκίνου του ενδομητρίου. (σελίδα:23)

Πίνακας 1.4: Κατά FIGO σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών. (σελίδα:27)

Πίνακας 1.5: Στάδια καρκίνου μαστού και θεραπεία Πηγή: Kuerer 2010. (σελίδα:31)

Πίνακας 2.1: Τα διαγνωστικά κριτήρια της Υποτονική διαταραχή σεξουαλικής επιθυμίας σύμφωνα με το DSM-IV. Πηγή : American Psychiatric Association, 2012. (σελίδα:41)

Πίνακας 2.2: Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής σεξουαλικής διέγερσης σύμφωνα με το DSM-IV. Πηγή : American Psychiatric Association, 2012. (σελίδα:42)

Πίνακας 2.3: Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής οργασμού σύμφωνα με το DSM-IV. Πηγή : American Psychiatric Association, 2012 . (σελίδα:44)

Πίνακας 2.4: Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής πόνου. Πηγή : American Psychiatric Association, 2012. (σελίδα:45)

Πίνακας 3.1: Στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι σύντροφοι τους για να προσαρμοστούν στις μεταβολές από τη θεραπεία του καρκίνου. Πηγή: Kayser & Scott, 2008. (σελίδα:56)

Πίνακας 3.2: Στόχοι της υποστήριξης του ζευγαριού με καρκίνο. Πηγή : Kayser & Scott, 2008. (σελίδα:56)

Πίνακας 5.1: Παράγοντες ποιότητας ζωής. (σελίδα:60)

Πίνακας 5.2: Παράγοντες που καταγράφει το EORTC QLQ-C30. (σελίδα:61)

Πίνακας 5.3: Παράγοντες που καταγράφει το ερωτηματολόγιο ‘’Sexual Functioning Questionary’’. (σελίδα:61)

Πίνακας 5.4: Παράγοντες που καταγράφει το ερωτηματολόγιο ‘’Maudsley Marital Questionnaire’’. (σελίδα:62)

Πίνακας 5.5: Φυσιολογικές τιμές ορμονών. (σελίδα:63)

Πίνακας 6.1: Οι Ομάδες της έρευνας. (σελίδα:67)

Πίνακας 6.2: Δημογραφικά στοιχεία ασθενών. (σελίδα:67)

Πίνακας 6.3: Στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία των συμμετεχουσών ανά ομάδα. (σελίδα:70)

Πίνακας 6.4: Η μεταβολή της κλίμακας MMQ ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών. (σελίδα:71)

Πίνακας 6.5: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή της MMQ και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:73)

Πίνακας 6.6:Η βαθμολογία που δίνουν οι συμμετέχουσες στην υγεία τους κατά την τελευταία εβδομάδα πριν τη θεραπεία ανάλογα με την ομάδα. (σελίδα:74)

Πίνακας 6.7:Η βαθμολογία που δίνουν οι συμμετέχουσες στη συνολική ποιότητα της ζωή τους κατά την τελευταία εβδομάδα πριν τη θεραπεία. (σελίδα:76)

Πίνακας 6.8: Βαθμολογία της ποιότητας της ζωής των συμμετεχουσών ανά ομάδα, πριν και μετά τη θεραπεία. (σελίδα:77)

Πίνακας 6.9: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή της κλίμακας QLCG, ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:81)

Πίνακας 6.10: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή της κλίμακας QLCG και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:81)

Πίνακας 6.11: Η αποδοχή των συμμετεχουσών για την εξωτερική τους εμφάνιση. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εξωτερική τους εμφάνιση. (σελίδα:82)

Πίνακας 6.12: Η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τον εαυτό τους ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. (σελίδα:85)

Πίνακας 6.13: Η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τις προσωπικές τους σχέσεις ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. (σελίδα:86)

Πίνακας 6.14: Η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. (σελίδα:88)

Πίνακας 6.15: Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη σεξουαλική δραστηριότητα. (σελίδα:90)

Πίνακας 6.16: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:92)

Πίνακας 6.17: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:92)

Πίνακας 6.18: η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» ανα ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. (σελίδα:93)

Πίνακας 6.19: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:96)

Πίνακας 6.20: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:97)

Πίνακας 6.21: Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανά ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη σεξουαλική διέγερση. (σελίδα:98)

Πίνακας 6.22: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:101)

Πίνακας 6.23: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:102)

Πίνακας 6.24: Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες» ανά ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερα προβλήματα. (σελίδα:103)

Πίνακας 6.25: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλικές δυσκολίες» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:106)

Πίνακας 6.26: Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη σχέση των συμμετεχουσών με τους συντρόφους τους. (σελίδα:107)

Πίνακας 6.27: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:109)

Πίνακας 6.28: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:110)

Πίνακας 6.29: Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός» ανά ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη ικανότητα να φτάσουν σε οργασμό. (σελίδα:110)

Πίνακας 6.30: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Οργασμός» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:103)

Πίνακας 6.31: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Οργασμός» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:114)

Πίνακας 6.32: η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και σημασία στις σεξουαλικές επαφές τους. (σελίδα:115)

Πίνακας 6.33: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:118)

Πίνακας 6.34: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:119)

Πίνακας 6.35: οι μεταβολές στα επίπεδα της τεστοστερόνης στο αίμα ανάλογα με την ομάδα. (σελίδα:119)

Πίνακας 6.36: οι μεταβολές της ορμόνης LH στο αίμα ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών. (σελίδα:123)

Πίνακας 6.37: Οι μεταβολές της FSH στο αίμα ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών. (σελίδα:125)

Πίνακας 6.38: Οι μεταβολές της κορτιζόλης στο αίμα ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών. (σελίδα:127)

Πίνακας 6.39: Οι μεταβολές της προλακτίνης στο αίμα ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών. (σελίδα:129)

Πίνακας 6.40: οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των ερωτήσεων ποιότητας ζωής από την κλίμακα WHO-QOL των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού. (σελίδα:130)

Πίνακας 6.41: οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των μεταβολών των κλιμάκων του MMQ, του QLCG και του SFL των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού. (σελίδα:131)

Πίνακας 6.42: Οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των ερωτήσεων ποιότητας ζωής από την κλίμακα WHO-QOL των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων. (σελίδα:132)

Πίνακας 6.43: οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των μεταβολών των κλιμάκων του MMQ, του QLCG και του SFL των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων. (σελίδα:134)

Πίνακας 6.44: Οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατάθλιψης που δόθηκε μετά τη θεραπεία. (σελίδα:135)

Πίνακας 6.45: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γεννητικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα κατάθλιψης (EDS), και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:136)

Πίνακας 6.46: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα κατάθλιψης (EDS), και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό. (σελίδα:137)

Κατάλογος εικόνων και γραφημάτων

Γράφημα 1: Η 5ετής επιβίωση σε Ευρώπη και ΗΠΑ, κάποιων συχνών καρκίνων. Πηγή: Verdecchia 2007. (σελίδα:11)

Γράφημα 2: Γραφική απεικόνιση της αύξησης του αριθμού των επιζώντων από καρκίνο στις ΗΠΑ. Πηγή: CDC, 2008. (σελίδα:12)

Γράφημα 1.1: γραφική απεικόνιση της επίπτωσης και της θνησιμότητας των συχνότερων καρκίνων στις γυναίκες. Πηγή: GLOBOCAN 2008. (σελίδα:15)

Εικόνα 1.1: Χάρτης επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πηγή: Ferlay *et al.* (2001). (σελίδα:16)

Εικόνα 1.2: Συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου στην Ευρώπη. Πηγή: http://eu-cancer.iarc.fr/EUCAN/. (σελίδα:17)

Εικόνα 1.3: Επίπτωση του καρκίνου του σώματος της μήτρας στην Ευρώπη. Πηγή: GLOBACAN 2008 (IARC)-11/8/2011. (σελίδα:22)

Γράφημα 1.2: 5ετής και 10ετής επιβίωση του καρκίνου του ενδομητρίου ανα στάδιο Πηγή: Coleman 2008. (σελίδα:24)

Εικόνα 1.4: Χάρτης με την επίπτωση (Αριστερά) και τη θνησιμότητα (Δεξιά) του καρκίνου των ωοθηκών στην Ευρώπη. Πηγή: NCI SEER Monograph 2007. (σελίδα:25)

Γράφημα 1.3: πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού και ωοθηκών στον γενικό πληθυσμό και στον πληθυσμό με BRCA μεταλλάξεις. Πηγή: Pal et al. 2005. (σελίδα:25)

Γράφημα 1.4: Στον πίνακα αριστερά φαίνεται η 5ετίς επιβίωση σε σχέση με τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου. Στην εικόνα δεξιά φαινεται η γραφική απεικόνηση της επιβίωσης ανα στάδιο και αν συνυπάρχουν μεταλάξεις στα γονίδια BRCA. Πηγή : American cancer society. (σελίδα:28)

Εικόνα 1.5: Χάρτης με την επίπτωση (Αριστερά) και τη θνησιμότητα (Δεξιά) του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη. Πηγή: European cancer Observatory. (σελίδα:29)

Γράφημα 1.5: Γραφική απεικόνιση της επίπτωσης (αριστερά) και της θνησιμότητας (δεξιά) των καρκίνων στην Ελλάδα. Με γαλάζιο χρώμα απεικονίζεται ο καρκίνος του μαστού. Πηγή: European cancer Observatory,2010. (σελίδα:29)

Γράφημα 1.6: Γραφική απεικόνιση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού πριν και μετά από την έναρξη των προγραμμάτων διαλογής με ετήσια μαστογραφία στη Δανία. Πιγή: Jørgensen et al. 2010. (σελίδα:31)

Γράφημα 1.7: Γραφική απεικόνιση της 5ετούς και 10ετούς επιβίωσης από καρκίνο του μαστού ανά στάδιο και ηλικία. Πηγή: πίνακας: Coleman 2008, Εικόνα: National Cancer Institute's Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Data base. (σελίδα:32)

Εικόνα 2.1: Τα στάδια σεξουαλικής ανταπόκρισης σύμφωνα με το γραμμικό μοντέλο σεξουαλικής ανταπόκρισης. Πηγή: Kaplan 1979. (σελίδα:36)

Εικόνα 2.2: Σχηματική απεικόνιση των μεταβολών που παρατηρούνται κατά τη διέγερση στα γεννητικά όργανα. (σελίδα:38)

Εικόνα 2.3: Γραφική απεικόνιση του νέου μοντέλου γυναικείας σεξουαλικής ανταπόκρισης. Είναι κυκλικό και οι διαφορετικές φάσεις αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Πηγή: Basson 2000. (σελίδα:39)

Γράφημα 5.1: Σχηματική απεικόνιση του χρονοδιαγράμματος της έρευνας. (σελίδα:65)

Γράφημα 6.1: Γραφική απεικόνιση της κατάστασης εμμήνου ρήσεως των συμμετεχουσών στην έρευνα. (σελίδα:69)

Γράφημα 6.2: Γραφική απεικόνιση του ποσοστού των συμμετεχουσών που έκαναν συμπληρωματική θεραπεία ανάλογα με το είδος των κακοήθων όγκων τους. (σελίδα:71)

Γράφημα 6.3: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της κλίμακας MMQ ανάλογα με το αν έπασχαν οι συμμετέχουσες από καλοήθεις ή κακοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Από το γράφημα φαίνεται ότι οι διαπροσωπικές σχέσης των ασθενών με καρκίνο παρουσιάζουν τάση βελτίωσης σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου που παρουσιάζουν επιδείνωση. (σελίδα:73)

Γράφημα 6.4: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας που δίνουν οι συμμετέχουσες στην υγεία τους κατά την τελευταία εβδομάδα πριν τη θεραπεία ανάλογα με την ομάδα τους. (σελίδα:75)

Γράφημα 6.5: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας που δίνουν οι συμμετέχουσες στην συνολική ποιότητα της ζωή τους κατά την τελευταία εβδομάδα *πριν τη θεραπεία.* (σελίδα:76)

Γράφημα 6.6: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα QLCG ανάλογα με τον αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού (Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής). (σελίδα:78),

Γράφημα 6.7: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα QLCG ανάλογα με τον αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις γυναικολογικούς όγκους (Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής). (σελίδα:79)

Γράφημα 6.8: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα QLCG ανάλογα με τον αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καρκίνο του μαστού (Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής). (σελίδα:80)

Γράφημα 6.9: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από την εξωτερική τους εμφάνιση ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού. Φαίνεται ότι η ικανοποίηση από την εξωτερική εμφάνιση μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού καταγράφει σημαντική μείωση. (σελίδα:83)

Γράφημα 6.10: Γραφική απεικόνισης της μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από την εξωτερική τους εμφάνιση ανάλογα με το αν είχαν όγκο μαστού ή έσω γυναικολογικών οργάνων ανεξαρτήτως αν ήταν καλοήθεις ή κακοήθεις. (σελίδα:84)

Γράφημα 6.11: γραφική απεικόνιση της μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία» ανάλογα με το αν είχαν Καρκίνο του μαστού ή καλοήθεις όγκους μαστού. (σελίδα:91)

Γράφημα 6.12: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Παρατηρείται σημαντική μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο ενώ αντίθετα στις συμμετέχουσες με καλοήθεις αλλοιώσεις δεν μεταβάλλεται σημαντικά η σεξουαλική ικανοποίησης. (σελίδα:94)

Γράφημα 6.13: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καρκίνο μαστού. Παρατηρείται μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης μεταξύ και των δύο ομάδων. (σελίδα:95)

Γράφημα 6.14: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο μαστού. Παρατηρείται σημαντική μείωση της σεξουαλικής διέγερση μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο ενώ αντίθετα οι συμμετέχουσες με καλοήθεις αλλοιώσεις εμφανίζουν τάση βελτίωσης της σεξουαλική διέγερσης. (σελίδα:99)

Γράφημα 6.15: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική μείωση της σεξουαλικής διέγερση μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο αλλά και οι συμμετέχουσες με καλοήθεις αλλοιώσεις εμφανίζουν μείωση της σεξουαλικής διέγερσης. (σελίδα:100)

Γράφημα 6.16: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται σημαντική μείωση της σεξουαλικής διέγερση μεταξύ των συμμετεχουσών και των δύο ομάδων. (σελίδα:101)

Γράφημα 6.17: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική αύξηση των σεξουαλικών δυσκολιών μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο ενώ αντίθετα οι συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη μεταβολή. (σελίδα:104)

Γράφημα 6.18: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες» ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται σημαντική αύξηση των σεξουαλικών δυσκολιών μεταξύ των συμμετεχουσών με κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων ενώ δεν παρατηρείται μεταβολή μεταξύ των συμμετεχουσών με κακοήθη όγκο μαστού. (σελίδα:106)

Γράφημα 6.19: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο μαστού. Παρατηρείται σημαντική επιδείνωση των σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο. (σελίδα:108)

Γράφημα 6.20: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός» ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται μείωση της ικανότητας να φτάσουν σε οργασμό μεταξύ των συμμετεχουσών με κακοήθη όγκο μαστού, ενώ αντίθετα μεταξύ της ομάδας ελέγχου δεν παρατηρείται αξιόλογη μεταβολή. (σελίδα:111)

Γράφημα 6.21: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική μείωση της σεξουαλικής διέγερση μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο. (σελίδα:113)

Γράφημα 6.22: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο μαστού. Παρατηρείται σημαντική μείωση στην αυτοπεποίθηση και στην σημασία που δίνουν οι συμμετέχουσες με καρκίνο στις σεξουαλικές επαφές τους. (σελίδα:116)

Γράφημα 6.23: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική μείωση στην αυτοπεποίθηση και στη σημασία που δίνουν οι συμμετέχουσες με καρκίνο στις σεξουαλικές επαφές τους. (σελίδα:117)

Γράφημα 6.24: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της τεστοστερόνης στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού. Παρόλο που δεν καταγράφεται μεταβολή σε καμία από τις δύο ομάδες (0α και Α) οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία. (σελίδα:120)

Γράφημα 6.25: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της τεστοστερόνης στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική μείωση των επιπέδων της τεστ. (σελίδα:121)

Γράφημα 6.26: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της τεστοστερόνης στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται σημαντική μείωση των επιπέδων της τεστοστερόνης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο στα έσω γεννητικά όργανα, ενώ δεν καταγράφεται μεταβολή μεταξύ της ομάδας με καρκίνο του μαστού.οστερόνης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο στα έσω γεννητικά όργανα. (σελίδα:122)

Γράφημα 6.27: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της LH στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται σημαντική αύξηση των επιπέδων της LH και στις δύο ομάδες. (σελίδα:124)

Γράφημα 6.28: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της FSH στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται μείωση των επιπέδων της FSH μεταξύ και των δύο ομάδων. (σελίδα:126)

Γράφημα 6.29: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της κορτιζόλης στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού. Παρατηρείται σημαντική μείωση της κορτιζόλης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο μαστού. (σελίδα:127)

Γράφημα 6.30: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της κορτιζόλης στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική μείωση των επιπέδων της κορτιζόλης μεταξύ των ασθενών και των δύο ομάδων. (σελίδα:128)

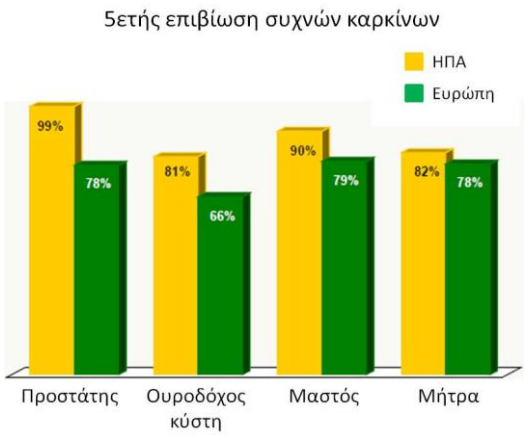
Γράφημα 6.31: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατάθλιψης που δόθηκε <u>μετά τη θεραπεία</u>, ανάλογα με την ομάδα. (σελίδα:135)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

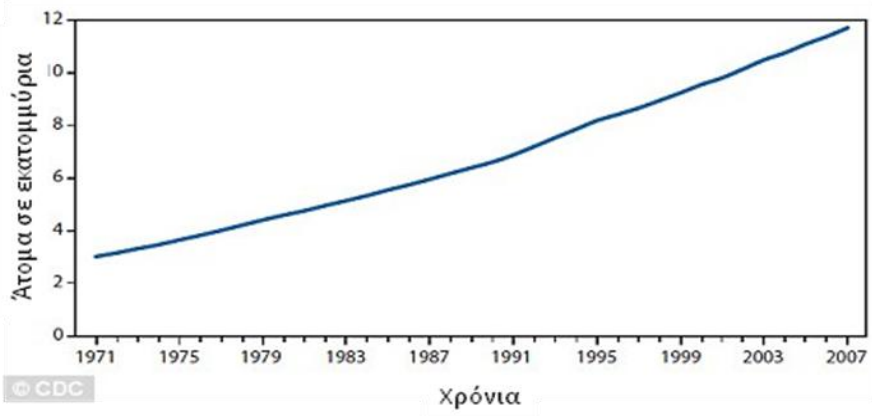
Συμφώνα με στοιχεία από την παγκόσμια οργάνωση υγείας (WHO) κάθε χρόνο, περίπου 13 εκατομμύρια άτομα εμφανίζουν κάποιας μορφής καρκίνου, 7 εκατομμύρια καταλήγουν από τη νόσο [GLOBOCAN 2008, Sant et. al. 2009]. Τα τελευταία τριάντα χρόνια με την ανάπτυξη νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών έχει επιτευχθεί, κυρίως στα ανεπτυγμένα κράτη, σημαντική αύξηση της 5ετούς επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο. Η 5ετής επιβίωση ξεπερνάει το 80-90% σε πολλούς τύπους καρκίνου (εικόνα 1), ενώ, έχουν αυξηθεί σημαντικά και οι πλήρεις ιάσεις των ασθενών [Berrino et al. 2009, Sant et. al. 2009]. Η αύξηση της επιβίωσης δημιούργησε νέες προσδοκίες στους ασθενείς και στις οικογένειες τους, γεγονός που οδήγησε τις υγειονομικές υπηρεσίες στην ανάπτυξη νέων προγραμμάτων και υπηρεσιών για την υποστήριξης αυτού του πληθυσμού. [Andersen 1995].

Η επίπτωση του καρκίνου στην Ευρώπη κυμαίνεται από 338- 447 ανά 100,000 κατοίκους ενώ η 5ετής επιβίωση σημειώνει αύξηση [Simonelli et al. 2008]. Στις ΗΠΑ οι επιζήσαντες από καρκίνο (cancer servivors) υπολογίζονται περισσότεροι από 11 εκατομμύρια (γράφημα 2, σελίδα 12) [Simonelli et al. 2008], ενώ στην Αγγλία περίπου 2 εκατομμύρια, με ετήσιο ρυθμό αύξησης περίπου 3% [Maddams et al. 2009].



Γράφημα 1: Η 5ετής επιβίωση σε Ευρώπη και ΗΠΑ, κάποιων συχνών καρκίνων. Πηγή: Verdecchia 2007

Φαίνεται λοιπών ότι οι επιζήσαντες από καρκίνο είναι ένας πληθυσμός που συνεχώς αυξάνεται (εικόνα 2, σελίδα 12), οι οποίοι καλούνται να προσαρμοστούν ξανά στις συνθήκες της ζωής τους.



Γράφημα 2: Γραφική απεικόνιση της αύξησης του αριθμού των επιζώντων από καρκίνο στις ΗΠΑ. Πηγή: CDC, 2008

Σύμφωνα με τον Mullan ο ασθενής με καρκίνο περνάει από τρία στάδια επιβίωσης (stages of survival) (πίνακας 1) κατά τα οποία χρειάζεται και διαφορετικού τύπου υποστήριξη [Mullan 1985].

Το πρώτο στάδιο είναι η οξεία φάση της επιβίωσης (acute survival phase), που ξεκινάει από τη στιγμή της διάγνωσης και ο ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει επιθετικές θεραπείες και έντονα συναισθήματα που πηγάζουν από τον φόβο του πιθανού θανάτου. Το δεύτερο στάδιο (extended survival phase) ξεκινά από το τέλος της θεραπείας όπου ο ασθενής αρχίζει να επανέρχεται στους ρυθμούς της ζωής του και αντιμετωπίζει κυρίως τον φόβο της υποτροπής. Με το πέρασμα των χρόνων και καθώς η πιθανότητα υποτροπής ελαττώνεται ο ασθενής σταδιακά περνά στο τρίτο στάδιο (permanent survival phase) που είναι μόνιμο και χαρακτηρίζεται από περαιτέρω προσαρμογή στην καθημερινότητα του.

Πίνακας 1: Στάδια επιβίωσης. Πηγή: Mullan 1985

1^{ο} Στάδιο (acute survival phase) • Οξεία φάση της επιβίωσης • Διάγνωση • Επιθετικές θεραπευτικές αγωγές • Έντονα συναισθήματα από τον φόβο πιθανού θανάτου
2^{ο} Στάδιο (extended survival phase) • Αρχίζει μετά το τέλος της θεραπείας • Ο ασθενής αρχίζει να επανέρχεται στους ρυθμούς της ζωής • Αντιμετωπίζει τον φόβο της πιθανής υποτροπής
3^{ο} Στάδιο (permanent survival phase) • Με το πέρασμα των χρόνων και καθώς η πιθανότητα υποτροπής ελαττώνεται ο ασθενής σταδιακά περνά στο τρίτο στάδιο • Είναι μόνιμο και χαρακτηρίζεται από περαιτέρω προσαρμογή στην καθημερινότητα του

Παρά τον μεγάλο αριθμό των ερευνών που καταγράφουν τις βιολογικές, ψυχολογικές, και κοινωνικές επιδράσεις του καρκίνου, λίγες έρευνες εστιάζουν

στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων και στο είδος των υποστηρικτικών παρεμβάσεων που χρειάζονται οι γυναίκες και οι σύντροφοί τους κατά το στάδιο της θεραπεία και της αποκατάστασης. Οι ασθενείς φαίνεται να επιζητούν βοήθεια κυρίως από το χειρουργό ή τον ογκολόγο τους και σπανιότερα από ψυχίατρο ή από ειδικές ομάδες υποστήριξης [Thewes et al. 2004]. Πάντως, το πρώτο βήμα, ώστε να μπορέσει να γίνει σωστή και ολοκληρωμένη υποστήριξη προς τους ασθενείς και τους συντρόφους τους, είναι η αναγνώριση και η καταγραφή των προβλημάτων ανά στάδιο επιβίωσης.

Βιολογικές και ψυχολογικές μεταβολές που βιώνει ο ασθενείς με καρκίνο, επηρεάζουν την ευεξία (well-being) και την ποιότητα της ζωής του [Ussher et al. 2012]. Συμφώνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) [Glasier et al. 2006] η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων είναι ένας πολύ βασικός παράγοντας που καθορίζει την ποιότητας της ζωής. Έρευνες έχουν επισημάνει ότι οι ασθενείς επηρεάζονται, ψυχοσωματικά, σε ένα σημαντικό βαθμό από τη διάγνωση και μόνο [Montazeri et al. 2009]. Σημαντικό ρόλο στη σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση της ασθενούς έχει επίσης και η θεραπεία (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία), η οποία μπορεί να προκαλέσει μεταβολή στην εξωτερική εικόνα του σώματος (πχ. μαστεκτομή) ή/και μείωση της αισθητικότητας (πχ. καταστροφή νευρικού ιστού κατά την επέμβαση) [Krychman & Katz 2012]. Τέλος, κατά το στάδιο της αποθεραπείας η ασθενής καλείται να προσαρμόσει τη ζωή της στις νέες συνθήκες [Brotto et al. 2007].

Η σχέση με τον σύντροφο αποτελεί βασικό παράγοντα στην αντιμετώπιση των σταδίων θεραπείας και της ομαλής επανένταξης στην προηγούμενη δραστηριότητα. Η σχέση με τον σύντροφο εξαρτάται από παρά πολλούς παράγοντες οι οποίοι μεταβάλλονται με τα χρόνια και με τις συγκυρίες κάθε δεδομένης στιγμής. Ωστόσο, δύο πολύ σημαντικοί τομείς των διαπροσωπικών σχέσεων που άμεσα επηρεάζονται από τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου είναι η **σεξουαλικότητα** και οι **συντροφικές σχέσεις** [Gurevich et al. 2004]. Σε νεότερη ηλικία η σεξουαλική ζωή παίζει πολύ βασικό ρόλο [Joanning et al. 2005], ενώ με τη πάροδο των χρόνων, φαίνεται ότι πρωταρχικό ρόλο διαδραματίζει η συντροφικότητα και η ανάγκη για φροντίδα [Adams et al. 1996].

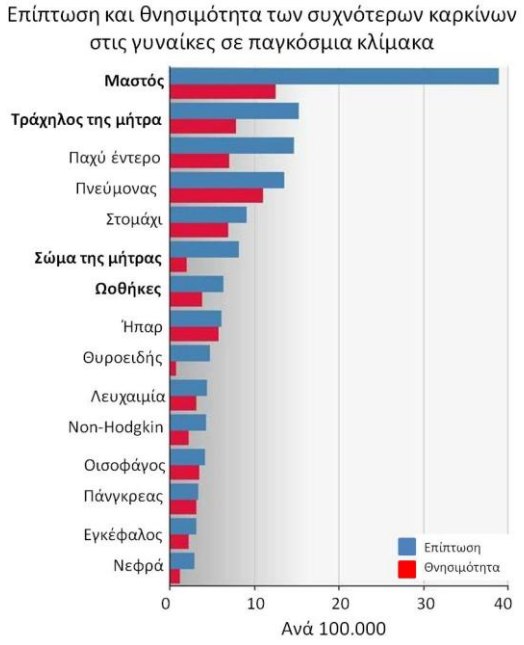
Η διάγνωση του καρκίνου προκαλεί μια έντονη μεταβολή στη συντροφική σχέση η οποία οδηγεί σε επαναπροσδιορισμό των συντροφικών σχέσεων [Adams et al. 1996]. Πολλές έρευνες εστιάζουν στην επίδραση της διάγνωσης και της θεραπείας του γυναικολογικού καρκίνου και του καρκίνου του μαστού, στη σεξουαλική υγεία της γυναίκας (sexual wellbeing) [Gilbert et al. 2011, Sekse et al. 2010]. Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι παρόλο που οι μεταβολές της σεξουαλικής υγείας είναι μια από τις κύριες ανησυχίες που έχουν οι γυναίκες όσον αφορά τη θεραπεία του καρκίνου, οι περισσότερες δεν είναι προετοιμασμένες να αναπροσαρμόσουν τη σεξουαλική τους υγεία στις νέες συνθήκες που προκύπτουν μετά τη θεραπεία του καρκίνου. [Ekwall et al. 2003, Rasmusson & Thomé, 2008].

Επειδή τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει η στάση της ανθρωπότητας απέναντι στη σεξουαλικότητα χρειάζονται νέες τεκμηριωμένες μελέτες που να διαφωτίζουν τις διάφορες πτυχές των θεμάτων σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών, ώστε να μπορέσουν οι αρμόδιοι φορείς να προσφέρουν εγκυρότερες πληροφορίες και με καταλληλότερο τρόπο.

Κεφάλαιο 1
Γυναικολογικός καρκίνος και καρκίνος μαστού

Από το σύνολο των καρκίνων στις γυναίκες, ο καρκίνος τους μαστού και κάποιες μορφές καρκίνων των γεννητικών οργάνων είναι από τους συχνότερους (εικόνα 1.1), επίσης τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι έχουν πολύ υψηλά ποσοστά 5ετούς και 10ετούς επιβίωσης [GLOBACAN 2008]. Φαίνεται λοιπόν ότι ένας συνεχώς αυξανόμενος πληθυσμός γυναικών επιβιώνει από τον γυναικολογικό καρκίνο και από τον καρκίνο του μαστού.

Ως γυναικολογικοί καρκίνοι ορίζονται όλοι οι κακοήθεις όγκοι που εμφανίζονται στα γυναικεία γεννητικά όργανα. Παρόλο που, συχνά στη βιβλιογραφία, περιγράφονται ως μια ομάδα καρκίνων, ωστόσο, τα συμπτώματα, η θεραπεία και το προσδόκιμο επιβίωσης, του κάθε τύπου καρκίνου είναι διαφορετικές [C.D.C., National Program of Cancer Registries, 2009]. Κατά συνέπια και η φύση των βιολογικών και ψυχολογικών μεταβολών μετά τη θεραπεία διαφέρουν μεταξύ των ασθενών με γυναικολογικούς καρκίνους.



Γράφημα 1.1: Γραφική απεικόνιση της επίπτωσης και της θνησιμότητας των συχνότερων καρκίνων στις γυναίκες. Πηγή: GLOBOCAN 2008

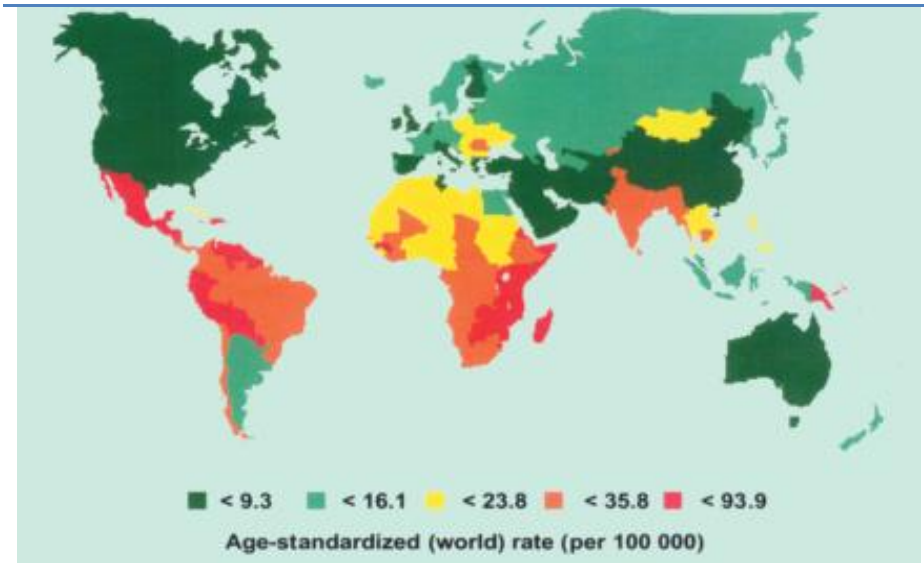
1.1 Γυναικολογικός καρκίνος

Οι συχνότεροι γυναικολογικοί καρκίνοι εμφανίζονται στον τράχηλο της μήτρας, στο ενδομήτριο και στις ωοθήκες. Σπανιότερα, εμφανίζονται στον κόλπο, στις σάλπιγγες και στα έξω γεννητικά όργανα [C.D.C., National Program of Cancer Registries, 2009].

1.1.1 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

1.1.1.1 Επιδημιολογία

Σε παγκόσμια κλίμακα, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες, σχετίζεται άμεσα με τη λοίμωξη του τραχήλου από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και ο βαθμός επίπτωσης του εξαρτάται από το βαθμό οικονομικής ανάπτυξης της κάθε χώρας(εικόνα 1.1) [International Agency for Research on Cancer 2005, Global Health Observatory 2008].



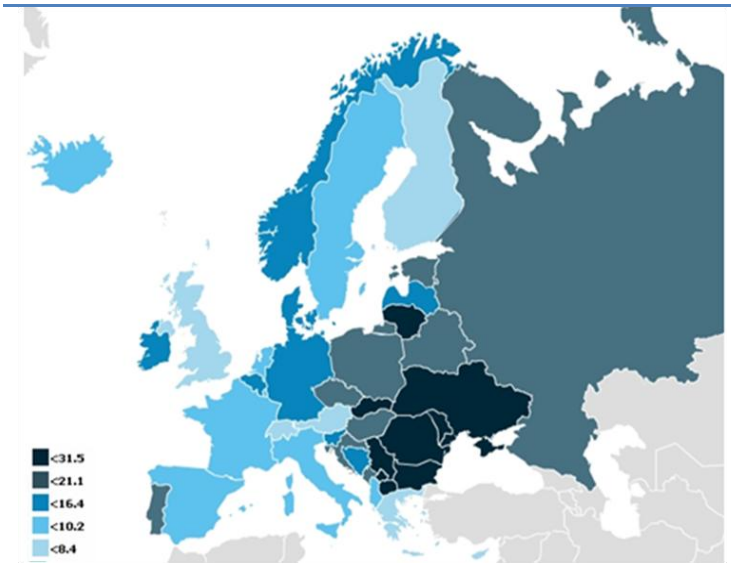
Εικόνα 1.1: Χάρτης επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πηγή: Ferlay *et al.* (2001)

Περισσότερο από το 80% των περιπτώσεων βρίσκονται στις αναπτυσσόμενες χώρες, με επίπτωση 94 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες σε αντίθεση με 9 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες που παρατηρείται στις αναπτυγμένες χώρες [Brown et al. 2006]. Στις χώρες όπου εφαρμόζονται προγράμματα διαλογής βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών του WHO [WHO, Cancer screening] (κυρίως στις δυτικές κοινωνίες), έχει επιτευχθεί μείωση περίπου 80% στην εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου τα τελευταία 50 χρόνια [Brown et al. 2006].

Ο συχνότερος τύπος καρκίνου του τραχήλου είναι το πλακώδες καρκίνωμα, ενώ το αδενοκαρκίνωμα είναι σπανιότερο. Όμως στις αναπτυγμένες χώρες η αναλογία του αδενοκαρκινώματος του τραχήλου είναι υψηλότερη και ανέρχεται περίπου στο 25%

των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου [Ronco et al 2009]. Αυτό φαίνεται να συμβαίνει γιατί το αδενοκαρκίνωμα εμφανίζεται συχνότερα στον ενδοτράχηλο και τα δείγματα για την κυτταρολογική εξέταση λαμβάνονται από τον εξωτράχηλο και από ένα τμήμα του τραχηλικού καναλιού [Sigurdsson 1999, Bösze 2011]. Επομένως με τα προγράμματα διαλογής επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία κυρίως του πλακώδους καρκινώματος και λιγότερο του αδενοκαρκινώματος.

Κάθε χρόνο στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι περίπου 30.000 γυναίκες νοσούν από καρκίνο του τραχήλου και περίπου 10.000 καταλήγουν από τη νόσο [World Health organization. Global Health Observatory]. Βάσει των στατιστικών στοιχείων φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην επίπτωση και τη θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ανάμεσα στη Δυτική και την Ανατολική Ευρώπη (εικόνα 1.2) [IARC 2011, GLOBACAN 2008].



Εικόνα 1.2: Συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου στην Ευρώπη. Πηγή: http://eu-cancer.iarc.fr/EUCAN/

Αυτό ίσως οφείλεται στην ύπαρξη οργανωμένων προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, ενώ, αντίθετα στην Ανατολική Ευρώπη, τα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας φαίνεται να είναι ελλιπή και έτσι ο αριθμός των ετήσιων περιπτώσεων σε μερικές χώρες είναι περισσότερο από 10 φορές μεγαλύτερος από ότι σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης [EUROGIN 2010].

Μια άλλη παράμετρος του προβλήματος είναι το φορτίο που προσθέτει ο καρκίνος του τραχήλου στην κοινωνία και στο σύστημα υγείας. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έδειξαν ότι ακόμα και μέσα στην ίδια κοινωνία ο καρκίνος του τραχήλου έχει μεγαλύτερη επίπτωση και θνησιμότητα μεταξύ των φτωχότερων στρωμάτων, των διαφορετικών εθνικοτήτων και των διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών [International Agency for Research on Cancer 2005]. Το γεγονός αυτό φαίνεται να οφείλεται όχι μόνο στη μειωμένη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και στην ελλιπή πληροφόρηση καθώς και σε παραμέτρους της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς.

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας κατέχει μια από τις χαμηλότερες θέσεις ως προς την επίπτωση και τη θνησιμότητα, χωρίς αυτό να μπορεί να αποδοθεί στην αποτελεσματικότητα της προληπτικής ιατρικής [Αθανασιάδου & Γράψα 2003]. Από τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας διαφαίνεται ότι από το 1999-2008 δεν υπήρξε σταθερή μείωση των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (πίνακας 1.1) [Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας].

Πίνακας 1.1: Θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα. Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

	Αστικές περιοχές	Περιφέρεια πρωτεύουσας	Ημιαστικές περιοχές	Αγροτικές περιοχές
1999	91	45	15	24
2000	79	47	9	20
2001	58	40	5	17
2002	61	31	12	24
2003	68	33	10	16
2004	62	40	21	14
2005	60	30	11	19
2006	61	30	12	22
2007	84	49	9	22
2008	77	44	12	15

Μια πιθανή εξήγηση για τα χαμηλά ποσοστά επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου θα μπορούσε να είναι η ελλιπής καταγραφή των ασθενών. Επιδημιολογική μελέτη από τους Τσόρδα και συνεργάτες το 2011, σε περίπου 3000 γυναίκες από όλη την Ελλάδα, έδειξε ότι ο επιπολασμός του HPV είναι περίπου 50% και οι συχνότεροι τύποι ήταν ο 53 και ο 51 [Tsiodras et. al. 2011].

Η Ελλάδα υπολείπεται των άλλων κρατών της Ευρώπης αναφορικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, λόγω της έλλειψης προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου και του χαμηλού ποσοστού των Ελληνίδων που ελέγχονται κάθε χρόνο με το τεστ Παπανικολάου [Μορτάκης 2007]. Επίσης μια βασική παράμετρος για την επιτυχία της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ο βαθμός ενημέρωση του πληθυσμού για τον καρκίνο του τραχήλου. Έρευνα στην Ελλάδα το 2011, σε 1000 γυναίκες έδειξε ότι περίπου η μισές γνώριζαν τη σχέση του HPV και του καρκίνου του τραχήλου [Tsakiroglou et. al. 2011].

1.1.1.2 Συμπτώματα

Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις στην πλειονότητα τους δεν έχουν συμπτώματα, όποτε ο εντοπισμός τους γίνεται μόνο κατά τον προληπτικό έλεγχο. Οι διηθητικοί καρκίνοι του τραχήλου της μήτρας σε αρχικό στάδιο έχουν ως μόνο τους σύμπτωμα την περιορισμένη ανώδυνη κολπική αιμορραγία η οποία μπορεί να εμφανιστεί μετά από σεξουαλική επαφή ή μετά το μπάνιο. Καθώς ο όγκος μεγαλώνει, η αιμορραγία γίνεται εντονότερη και συχνότερη και τελικά σχεδόν καθημερινή. Επειδή τα συμπτώματα είναι άτυπα πολλές φορές δεν αξιολογούνται από τις γυναίκες, το φαινόμενο αυτό είναι εντονότερο στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση [DiSaia & Creasman 2007]. Σε πιο προχωρημένο στάδιο η νόσος προκαλεί μαζική αιμορραγία και μπορεί να προκαλέσει πόνο ο οποίος αντανακλά είτε στο περίνεο, είτε στην κοιλιακή χώρα ή ακολουθεί την πορεία του ισχιακού νεύρου [DiSaia & Creasman 2007].

1.1.1.3 Διάγνωση- Θεραπεία

Για τον σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι απαραίτητη η ακριβής διάγνωση του τύπου της αλλοίωσης. Ένας καθοριστικός παράγοντας για τη διάγνωση είναι η αναγνώριση των ψευδώς αρνητικών και των ψευδώς θετικών ευρημάτων των προγραμμάτων διαλογής [Ronco et al. 2009]. Για αυτό τον λόγο έχουν αναπτυχθεί άλλες τεχνικές όπως η τυποποίησης του HPV και η κολποσκόπηση [Διακομανώλης 2010].

Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις, ανάλογα με τον βαθμό αλλοίωσης, είτε συνιστάται παρακολούθηση, είτε αντιμετωπίζονται με τοπική εκτομή της αλλοίωσης [DiSaia & Creasman 2007]. Η αντιμετώπιση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου

σχεδιάζεται ανάλογα με το στάδιο, το μέγεθος και την τοποθεσία του καρκίνου, την ηλικία της ασθενούς και από τη συνολική κατάσταση της υγείας της. Η σταδιοποίηση περιλαμβάνει μια σειρά εξετάσεων όπως η ακτινογραφία θώρακος, η αξονική και μαγνητική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας και κυστεοσκόπηση [DiSaia & Creasman 2007]. Σε αρχικό στάδιο, και κυρίως αν η ασθενής επιθυμεί να διατηρήσει τη γονιμότητα της μπορεί να γίνει αφαίρεση μόνο του όγκου. Στα επόμενα στάδια της νόσου η ριζική υστερεκτομή ή μόνο ακτινοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής. Τέλος σε πιο προχωρημένο στάδιο η αντιμετώπιση γίνεται με συνδυασμό χειρουργείου ακτινο-θεραπείας ή/και χημειοθεραπείας [DiSaia & Creasman 2007].

Πίνακας 1.2: Σταδιοποίηση κατά FIGO για τον καρκίνο του τραχήλου

Στάδιο	
0	Καρκίνωμα in situ, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία
I	Καρκίνωμα εντοπισμένο στον τράχηλο
Iα	Διηθητικός καρκίνος που ανιχνεύεται μικροσκοπικά
$Iα_1$	Μικροδιηθητικό καρκίνωμα τραχήλου Βάθος διήθησης ≤ 3 mm εύρος διήθησης 7mm
$Iα_2$	Βάθος διήθησης 3-5 mm εύρος διήθησης 7mm
Iβ	Διηθητικός καρκίνος κλινικά αναγνωρίσιμος
$Iβ_1$	Κλινική νόσος μ. διαμ <4cm
$Iβ_2$	Κλινική νόσος μ. διαμ >4cm
II	Διήθηση παραμήτριων χωρίς επέκταση στο πυελικό τοίχωμα ή διήθηση κόλπου χωρίς συμμετοχή κάτω τριτημορίου
IIα	Διήθηση κόλπου χωρίς συμμετοχή παραμήτριων
IIβ	Διήθηση παραμήτριων χωρίς επέκταση στο πυελικό τοίχωμα
III	Διήθηση κάτω τριτημορίου κόλπου ή επέκταση στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα
IIIα	Διήθηση κάτω τριτημορίου κόλπου χωρίς διήθηση παραμήτριου και μέχρι και το πυελικό τοίχωμα
IIIβ	Διήθηση μέχρι πυελικού τοιχώματος ή/και υδρονέφρωση ή μη λειτουργικός νεφρός
IV	Επέκταση εκτός της γεννητικής οδού
IVα	Διήθηση βλενογόννου ουροδόχου κύστης ή ορθού
IVβ	Απομακρυσμένες μεταστάσεις εκτός πυέλου

1.1.1.4 Πρόγνωση

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν το αποτέλεσμα και την πρόγνωση του καρκίνου του τραχήλου. Οι βασικότεροι είναι η ηλικία και η κατάσταση υγείας της ασθενούς, ο τύπος και το στάδιο του καρκίνου. Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις καθώς και το πρώτο στάδιο του καρκίνου είναι ιάσιμα. Η 5ετής επιβίωση για ασθενείς του δευτέρου σταδίου (διήθηση όλου του πάχους του μυομητρίου) είναι περίπου 92%, ενώ μειώνεται κάθετα στις ασθενείς όπου ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί εκτός μήτρας [National Comprehensive Cancer Network 2011].

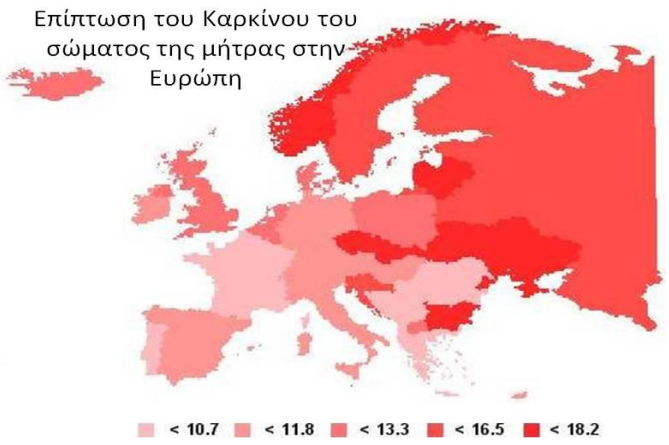
1.1.2 Καρκίνος του ενδομητρίου

1.1.2.1 Επιδημιολογία

Από τους καρκίνους του σώματος της μήτρας ο συχνότερος είναι ο καρκίνος του ενδομητρίου. Στις αναπτυγμένες χώρες ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι ο συχνότερος γυναικολογικός καρκίνος, με επίπτωση 13-24 ανά 100,000, θνησιμότητα περίπου 4-5 ανά 100,000 και είναι ο $4^{ος}$ σε συχνότητα καρκίνος στις γυναίκες

[Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) 2012, Ferlay et al. 2010]. Παγκοσμίως, το 2010, καταγράφηκαν 288,000 νέα κρούσματα [Global Health Observatory 2011], ενώ στην Ευρώπη ετησίως 88,000 γυναίκες νοσούν από καρκίνο του ενδομητρίου και 22,000 καταλήγουν από τη νόσο [GLOBOCAN 2008]. Στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 2004 έως το 2008 καταγράφηκε αύξηση της επίπτωσης κατά 1.1% ενώ η θνησιμότητα κατά το χρονικό διάστημα 1997- 2008 αυξήθηκε κατά 0.3% [Howlader et. al. 2010]. Ένας πολύ σημαντικός μη μεταβλητός παράγοντας εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου είναι η ηλικία [DiSaia & Creasman 2007]. Το 51% των κρουσμάτων εμφανίζονται σε γυναίκες 45-64 ετών, ενώ στις ηλικίες 20-44 ετών εμφανίζεται το 7.7% των περιπτώσεων [SEER 2011]. Άλλοι παράγοντες κινδύνου, που σχετίζονται με την επίδραση των οιστρογόνων στο ενδομήτριο, είναι η παχυσαρκία, η υψηλή σε λιπαρά διατροφή, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, η πρόωρη εμμηνόπαυση και εμμηναρχή καθώς και η λήψη φαρμάκων που δρουν ως αντιοιστρογόνα (π.χ. tamoxifen) [Wright et al. 2012, McTiernan et. al. 2010]. Αντίθετα η σωματική άσκηση και η λήψη αντισυλληπτικών φαίνεται να παρέχουν ένα βαθμό προστασίας, επίσης παράγοντες όπως ο θηλασμός και ο αριθμός των τοκετών μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου [McTiernan et. al. 2010]. Στην Ελλάδα η επίπτωση του καρκίνου το ενδομητρίου είναι 6.9 ανά 100,000 γυναίκες και είναι μια από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη (εικόνα 1.3) [GLOBOCAN 2008].

Χώρα	Επίπτωση
Ρουμανία	6.84
Ελλάδα	**6.87**
Πορτογαλία	7.72
Γαλλία	9.77
Ισπανία	10.85
Ιταλία	10.87
Ελβετία	10.95
Κύπρος	11.79
Γερμανία	11.81
Αγγλία	13.32
Σουηδία	13.99
Νορβηγία	17.30
Τσεχία	18.16



Εικόνα 1.3 Επίπτωση του καρκίνου του σώματος της μήτρας στην Ευρώπη. Πηγή: GLOBACAN 2008 (IARC)- 11/8/2011

Οι λόγοι για τούς οποίους η επίπτωση είναι τόσο χαμηλή δεν είναι απολύτως κατανοητοί. Εκτός από τη γενικότερη ελλιπή καταγραφή των περιστατικών με καρκίνο, μια πιθανή ερμηνεία μπορεί να αποδοθεί στη προστατευτική επίδραση της μεσογειακής διατροφής στις γυναίκες (δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά και υψηλή σε κατανάλωση φρούτων και λαχανικών) [McTiernan et. al. 2010]. Αν αυτό ισχύει, και λαμβάνοντας υπόψη την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων, τα τελευταία χρόνια, τότε μελλοντικά αναμένεται αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του ενδομητρίου.

1.1.2.2 Συμπτώματα

Το πιο πρώιμο και συχνό σύμπτωμα του καρκίνου του ενδομητρίου, στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση, είναι η κολπική αιμόρροια μεταξύ των φυσιολογικών εμμηνορρυσιακών κύκλων ή/και η παρατεταμένη εμμηνορρησιακή αιμόρροια. Στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση η αιμορραγία μπορεί να εμφανιστεί αρχικά ως σταγονοειδής. Καθώς ο καρκίνος εξελίσσεται η αιμορραγία γίνεται εντονότερη και συχνότερη. Συχνά επίσης παρατηρείται άλγος στο υπογάστριο ή/και στην πύελο. Τέλος σε προχωρημένα στάδια μπορεί να παρατηρηθούν και με μη ειδικά συμπτώματα των κακοηθών νεοπλασμάτων όπως αναιμία, πυρετός και η απώλεια βάρους [Κρεατσάς, 2009].

1.1.2.3 Διάγνωση- Σταδιοποίηση -Θεραπεία

Παρόλο που, βάση των κατευθυντήριων θεραπευτικών οδηγιών, προγράμματα διαλογής δεν είναι απαραίτητα, ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος είναι προτεινόμενος καθώς ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι ιάσιμος εάν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο [Abeloff et al. 2008].

Σε κάθε περίπτωση μετεμμηνοπαυσιακής αιμορραγίας, η βιοψία του μυομητρίου είναι απαραίτητη. Το πάχος του ενδομητρίου μπορεί να εκτιμηθεί στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κολπική αιμορραγία με τη χρήση διακολπικού υπερηχογραφήματος. Η διαγνωστική μέθοδος η βιοψία του ενδομητρίου είτε με κλασματική απόξεση είτε με Pipelle [Novak & Berek 2002].

Για τον σχεδιασμό της θεραπείας απαραίτητη είναι η σταδιοποίση του όγκου, τα στάδια των καρκίνων του σώματος της μήτρας βάση της International Federation of

Gynaecology and Obstetrics (FIGO) φαίνονται στον πίνακα 1.3 [International Federation of Gynecology and Obstetrics 2010].

Η θεραπεία εκλογής του καρκίνου του σώματος της μήτρας είναι η κοιλιακή ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπιγγο-ωοθηκεκτομή με ή χωρίς λεμφαδενεκτομή, επιπλεκτομή, και, όπου χρειάζεται, επικουρική θεραπεία με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία [Αντσακλής 2011].

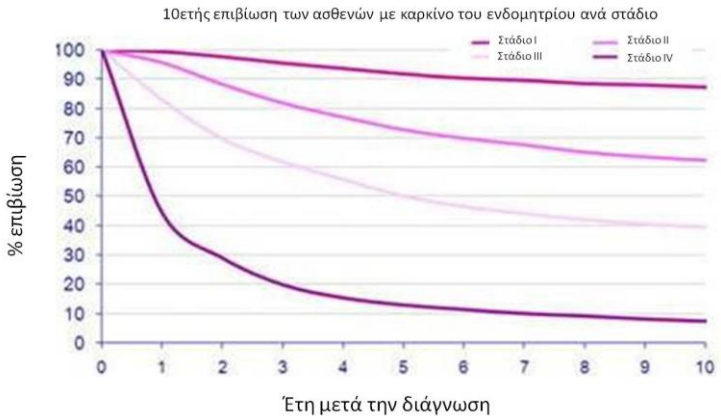
Πίνακας 1.3 : Κατά FIGO σταδιοποίηση του καρκίνου του ενδομητρίου

Στάδιο	
I	**Ο όγκος περιορισμός στο σώμα της μήτρας**
Ia	Ο όγκος περιορίζεται στο ενδομήτριο
Ib	Διηθεί λιγότερο από το μισό μυομήτριο
Ic	Διηθεί περισσότερο από το μισό μυομήτριο
II	**Ο όγκος επεκτείνεται στον τράχηλο**
IIa	Ο όγκος έχει επεκταθεί στα αδενικά στοιχεία του ενδοτράχηλου
IIb	Διηθεί το στρώμα του τραχήλου
III	**Ο όγκος επεκτείνεται τοπικά ή περιοχικά εκτός της μήτρας**
IIIa	Διήθηση του ορογόνου της μήτρας
IIIb	Κολπικές μεταστάσεις
IIIc	Μεταστάσεις στους πυελικούς ή/και παρα-αορτικούς λεμφαδένες
IV	**Επέκταση στα γειτονικά όργανα ή απομακρυσμένες μεταστάσεις**
IVa	Διήθηση ουροδόχου κύστης ή/και τον βλεννογόνο του εντέρου
IVb	Απομακρυσμένες μεταστάσεις συμπεριλαμβανομένων ενδοκοιλακών ή/και βουβωνικών λεμφαδένων

1.1.2.4 Πρόγνωση

Η διάγνωση του αδενοκαρκίνωματος του ενδομητρίου της μήτρας που γίνεται, σε αρχικά στάδια, έχει γενικά καλή πρόγνωση. Η 5ετίς επιβίωση είναι μεγαλύτερη από 95% για το στάδιο I, ενώ για το στάδιο IV είναι λιγότερη από 16% (γράφημα 1.2, σελίδα 24) [Saso et al. 2011]. Σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την επιβίωση είναι και η ηλικία της ασθενούς κατά τη διάγνωση (γράφημα 1.2, σελίδα 24) [Coleman et al. 2008].

Στάδιο	5ετής Επιβίωση
IA	>95%
IB	88%
IC	75%
II	69%
IIIA	58%
IIIB	50%
IIIC	47%
IVA	17%
IVB	15%



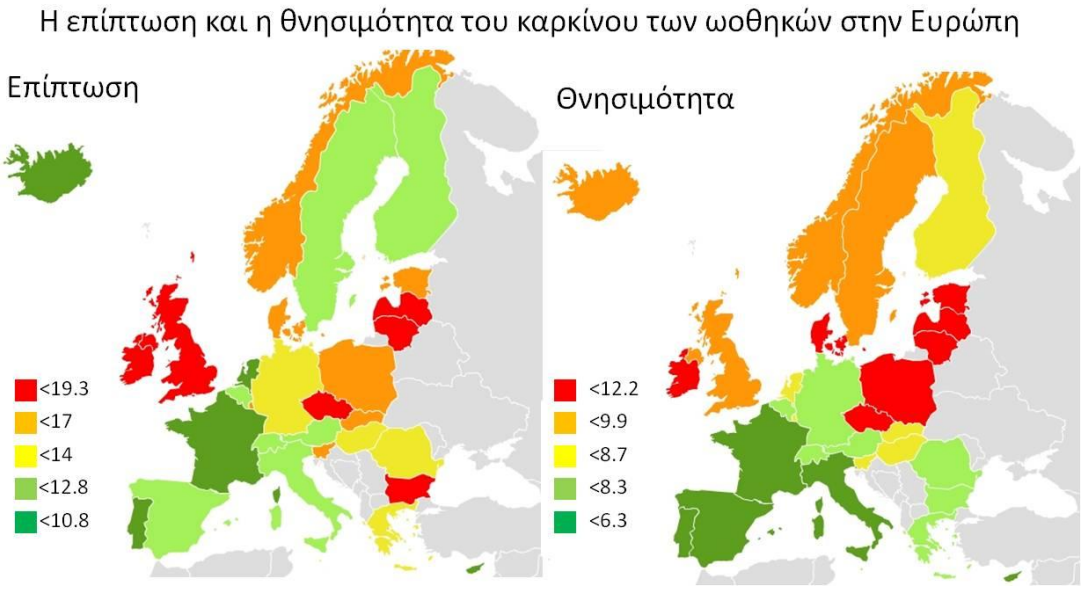
Γράφημα 1.2: 5ετής και 10ετής επιβίωση του καρκίνου του ενδομητρίου ανα στάδιο Πηγή: Coleman 2008

1.1.3 Καρκίνος των ωοθηκών

1.1.3.1 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ο πέμπτος σε συχνότητα καρκίνος στις γυναίκες (εικόνα 1.1, σελίδα 15) [GLOBOCAN 2008]. Περίπου το 90% των περιπτώσεων εμφανίζεται σε γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών και είναι πολύ σπάνιος σε γυναίκες νεότερες των 30 ετών [SEER 2007]. Λόγω της μη ύπαρξης συμπτωμάτων στα πρώτα στάδια, υπολογίζεται ότι στο 70% των περιπτώσεων η διάγνωση γίνεται στα στάδια III και IV [Clarke-Pearson, 2009].

Το 2008, καταγράφηκαν 225,000 νέες περιπτώσεις παγκοσμίως εκ τον οποίων περίπου 45,000 καταγράφηκαν στην Ευρώπη των 27 κρατών [GLOBACAN 2008]. Στις ανεπτυγμένες χώρες ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ο τρίτος συχνότερος γυναικολογικός καρκίνος και ο πιο θανατηφόρος (εικόνα 1.4, σελίδα 25) [SEER 2007].

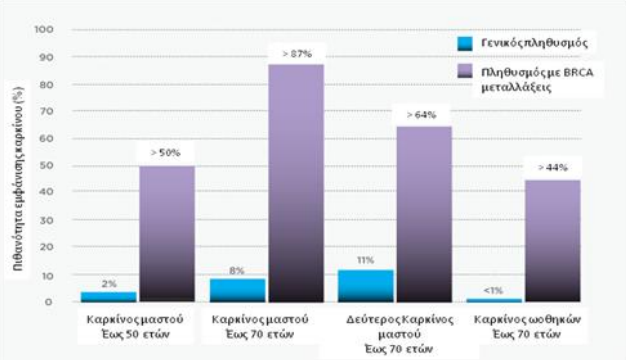


Εικόνα 1.4: Χάρτης με την επίπτωση (Αριστερά) και τη θνησιμότητα (Δεξιά) του καρκίνου των ωοθηκών στην Ευρώπη. Πηγή: SEER 2007

Η επίπτωση του στην Ευρώπη και στη Βόρια Αμερική είναι 9,7 και 8,7, αντιστοίχως, ανά 100,000 γυναίκες και η θνησιμότητα είναι 5,2 και 5,4 ανά 100,000 [SEER 2007, GLOBACAN 2008]. Στην Ελλάδα ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ο 4^{ος} σε συχνότητα καρκίνος στις γυναίκες και το 2008 καταγράφηκαν 860 νέες περιπτώσεις (επίπτωση

8,1/100,000) και 504 (επίπτωση 4,0/100,000) γυναίκες κατέληξαν από τη νόσο [GLOBACAN 2008].

Οι παράγοντες που μειώνουν του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών σχετίζονται με την αναπαραγωγή (αριθμός τελιόμηνων κυήσεων, θηλασμός), και τη λήψη αντισυλληπτικών [Cramer 2012] . Ενώ οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του είναι το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, η πρώιμη εμμηνόπαυση και η παχυσαρκία [Κρεατσάς, 2009]. Γενετική παράγοντες που έχουν συσχετίσει με αύξηση του κινδύνου είναι οι μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA 1 και 2 (γράφημα 1.3, σελίδα 25) [Bolton et al. 2012, Pal et al. 2005]



Γράφημα 1.3: Πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού και ωοθηκών στον γενικό πληθυσμό και στον πληθυσμό με BRCA μεταλλάξεις. Πηγή: Pal et al. 2005

1.1.3.2 Συμπτώματα

Τα συμπτώματα των καρκίνων των ωοθηκών δεν είναι ειδικά για τη νόσο και συνήθως μιμούνται συμπτώματα άλλων πιο συνηθισμένων καταστάσεων όπως για παράδειγμα παθήσεις του γαστρεντερικού και του ουροποιητικού [Goff et al. 2000]. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται από την πίεση που ασκεί ο όγκος στα όργανα τις πυέλου και του υπογαστρίου και καθώς ο όγκος μεγαλώνει τα συμπτώματα γίνονται εντονότερα και η διάγνωση τίθεται όταν διαπιστωθεί ασκίτης ή εντοπισθεί ενδοκοιλιακή μάζα σε υπερηχογραφικό έλεγχο [Αντσακλής 2011]. Ασθενείς με στρωματικούς όγκους εμφανίζουν επιπλέων συμπτώματα που σχετίζονται με την υπερέκκριση οιστρογόνων και τεστοστερόνης [Αντσακλής 2011].

1.1.3.3 Διάγνωση-Σταδιοποίηση- Θεραπεία

Πρόκληση για τους κλινικούς ιατρούς αποτελεί η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών, γιατί τα παραπάνω συμπτώματα αρχικά δεν επηρεάζουν τη λειτουργικότητα της ασθενούς και έτσι, συχνά δεν συνδέονται με την πιθανότητα για καρκίνο [Goff et al. 2000]. Σε αντίθεση με άλλους καρκίνους δεν έχουν εντοπισθεί προκαρκινικές αλλοιώσεις που να σχετίζονται με την εμφάνιση του

καρκίνου των ωοθηκών, για αυτόν τον λόγω μεγάλης κλίμακας προγράμματα διαλογής δεν αναμένεται να έχουν ουσιαστικά αποτελέσματα στον χρόνο διάγνωσης [Cragun 2011]. Βάση των κατευθυντήριων οδηγιών της FIGO ο καρκίνος των ωοθηκών θα πρέπει να θεωρείται πιθανή διάγνωση για κάθε γυναίκα μετάξι 40 έως 69 ετών με εμμένοντα συμπτώματα του γαστρεντερικού ή του ουροποιητικού συστήματος [National Comprehensive Cancer Network 2011]. Η πυελική γυναικολογική εξέταση, ο υπέρηχος και οι αιματολογικές εξετάσεις, αποτελούν τις κυριότερες διαγνωστικές εξετάσεις λόγω της πρακτικότητας τους [Novak & Berek 2002]. Σε περίπτωση κάποιου ευρήματος συνδυάζονται με, αξονική ή μαγνητική κάτω κοιλίας και αν χρειαστεί λαπαροτομή [Novak & Berek 2002].

Η σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών (πίνακας 1.4) είναι χειρουργική και βασίζεται στα ευρήματα στην αρχή της επέμβασης [DiSaia & Creasman 2007]. Η επέμβαση εκλογής για τους καρκίνου των ωοθηκών είναι η κοιλιακή ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπιγγο-ωοθηκεκτομή, πυελική λεμφαδένεκτομή, επιπλεκτομή και αναλόγως το στάδιο μπορεί να χρειαστεί παραορτική λεμφαδένεκτομή και σκωληκωειδεκτομή [DiSaia & Creasman 2007]. Καρκίνοι σταδίου IA και IB grade 1 μετά την επέμβαση συστήνεται μονό παρακολούθηση. Ενώ αντίθετα για πιο επιθετικές μορφές (grade 2 και 3) του σταδίου IA και IB καθώς και σε κάθε

Πίνακας 1.4: Κατά FIGO σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών

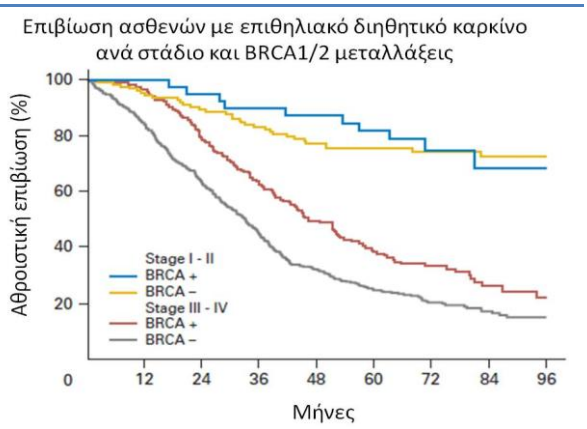
Στάδιο	
I	**Όγκος που περιορίζεται στις ωοθήκες**
I_A	Όγκος αναπτυσσόμενος σε μια ωοθήκη. Χωρίς ασκίτη, εξωτερικές εκβλαστήσεις, άθικτη κάψα
I_B	Όγκος αναπτυσσόμενος και στις δύο ωοθήκες. Χωρίς ασκίτη, εξωτερικές εκβλαστήσεις, άθικτη κάψα
I_C	Όγκος αναπτυσσόμενος σε μία/δύο ωοθήκες. Κακοήθης ασκίτης ή θετικά περιτοναϊκα εκπλύματα, με εξωτερικές εκβλαστήσεις ή διάσπαση κάψας
II	**Πυελική μετάσταση/ επέκταση του όγκου**
II_A	Μετάσταση/ επέκταση σε μήτρα ή/και σάλπιγγες
II_B	Μετάσταση/ επέκταση σε άλλα όργανα πυέλου
II_C	Όγκος σταδίου IIA ή IIB με Κακοήθη ασκίτη ή θετικά περιτοναϊκα εκπλύματα, με εξωτερικές εκβλαστήσεις ή διάσπαση κάψας
III	**Μετάσταση όγκου εκτός πυέλου με συμμετοχή περιτοναϊκών επιφανειών ή οπισθοπεριτονωαϊκούς/ βουβωνικούς λεμφαδένες**
III_A	Όγκος κυρίως πυέλου, αλλά με ιστολογικά επιβεβαιωμένη μετάσταση σε περιτοναϊκές επιφάνειες
III_B	Προφανείς περιτοναϊκές μεταστάσεις <2 cm σε διάμετρο
III_C	Προφανείς περιτοναϊκές μεταστάσεις <2 cm σε διάμετρο ή/και θετικούς οπισθοπεριτονωαϊκούς/ βουβωνικούς λεμφαδένες
IV	**Απομακρυσμένες ή ηπατικές παρεγχυματικές μεταστάσεις**

περίπτωση των σταδίων IC, II, III και IV μετά την επέμβαση χρειάζεται χημειοθεραπεία που ανάλογα του σταδίου, τροποποιείται ο τύπος και ο αριθμός των κύκλων της [National Comprehensive Cancer Network 2011].

1.1.3.4 Πρόγνωση

Ο βασικότερος παράγοντας που καθορίζει τη επιβίωση των ασθενών είναι το στάδιο κατά τη διάγνωση [Goff et al. 2000]. Ασθενείς του πρώτου σταδίου έχουν 5ετή επιβίωση μεγαλύτερη από 90% ενώ οι ασθενείς τέταρτου σταδίου λιγότερο από 5%, η συνολική επιβίωση είναι περίπου 50% (γράφημα 1.4, πίνακας αριστερά, σελίδα 28). Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την επιβίωση είναι η ηλικία, το μέγεθος του όγκου και η ύπαρξη μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 (γράφημα 1.4, δεξιά, σελίδα 28) [Chetrit et al.2008].

Στάδιο	5ετής επιβίωση		
	Επιθηλιακών	Χαμηλής κακοήθειας	Γεννητικών κυττάρων
I	**89%**	**99%**	**98%**
I_A	94%		
I_B	91%		
I_C	80%		
II	**66%**	**98%**	**80%**
II_A	76%		
II_B	67%		
II_C	57%		
III	**34%**	**96%**	**84%**
III_A	45%		
III_B	39%		
III_C	35%		
IV	**18%**	**77%**	**55%**



Γράφημα 1.4: Στον πίνακα αριστερά φαίνεται η 5ετίς επιβίωση σε σχέση με τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου. Στην εικόνα δεξιά φαινεται η γραφική απεικόνηση της επιβίωσης ανα στάδιο και αν συνυπάρχουν μεταλάξεις στα γονίδια BRCA. Πηγή : American cancer society

1.1.4 Σπανιότεροι γυναικολογικοί καρκίνοι

Οι καρκίνοι στα εξωτερικών γεννητικών οργάνων, στις σάλπιγγες και στον κόλπο αντιστοιχούν περίπου στο 9% όλων των γυναικολογικών καρκίνων [GLOBOCAN 2008]. Λόγω της σπανιότητας τους δεν υπάρχουν μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες που να καταγράφουν την επίπτωση και την 5ετί επιβίωση τους. Από στοιχεία της βάσης δεδομένων S.E.E.R. φαίνεται ότι ο καρκίνος των έξω γεννητικών οργάνων αντιστοιχεί περίπου στο 8% των γυναικολογικών καρκίνων, ενώ ο καρκίνος του κόλπου και των σαλπίγγων αντιστοιχούν περίπου στο 1% των γυναικολογικών καρκίνων [SEER 2007]. Παρόλο που τα τελευταία χρόνια αυτοί οι τύποι καρκίνου

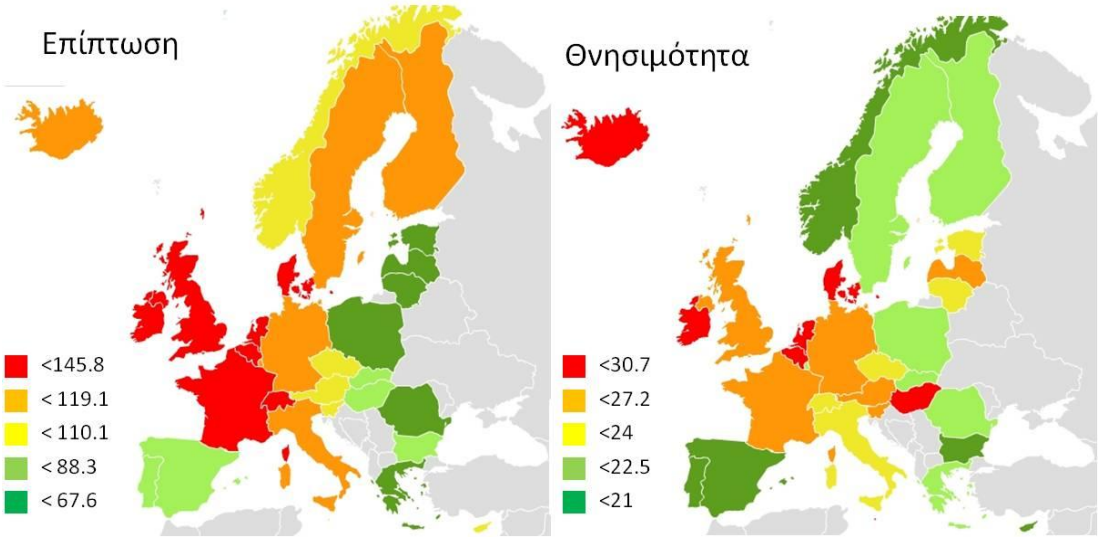
παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις, εμφανίζονται κυρίως σε γυναίκες μεγαλύτερες των 60 ετών. [Stehman et al.2006]. Για τους παραπάνω λόγους, ασθενείς με σπάνιους γυναικολογικούς όγκους δεν συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

1.2 Καρκίνος του μαστού

1.2.1 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Παγκοσμίως κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 1.4 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις και περίπου 500,000 γυναίκες καταλήγουν από τη νόσο [GLOBOCAN 2008].Υπολογίζεται ότι μια στις οκτώ γυναίκες κάποια στιγμή της ζωής τους θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού και είναι η συχνότερη αιτία θανάτου γυναικών από 35 έως 55,8 ετών [SEER 2007]. Στην Ευρώπη καταγράφονται , περίπου 430,000 χιλιάδες νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο αλλά η επίπτωση και η θνησιμότητα φαίνεται να διαφέρουν μεταξύ των κρατών (εικόνα 1.5) [European cancer Observatory 2008].

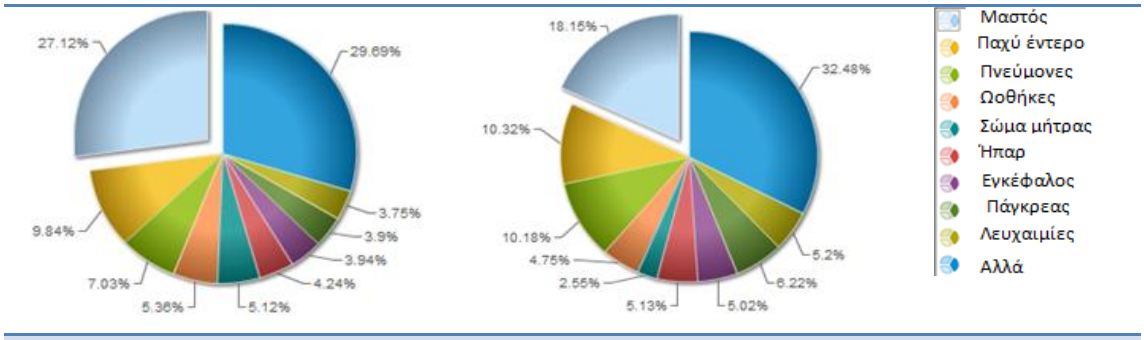
Η επίπτωση και η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη



Εικόνα 1.5: Χάρτης με την επίπτωση (Αριστερά) και τη θνησιμότητα (Δεξιά) του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη. Πηγή: European cancer Observatory 2008

Η Ελλάδα, σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, κατέχει μια από τις τελευταίες θέσεις στην Ευρώπη στην επίπτωση και θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού, κάθε χρόνο εμφανίζονται περίπου 4.500 νέα περιστατικά και αποτελεί το

24% των καρκίνων στις γυναίκες (γράφημα 1.5) [European cancer Observatory, 2010].



Γράφημα 1.5: Γραφική απεικόνιση της επίπτωσης (αριστερά) και της θνησιμότητας (δεξιά) των καρκίνων στην Ελλάδα. Με γαλάζιο χρώμα απεικονίζεται ο καρκίνος του μαστού. Πηγή: European cancer Observatory,2010

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι μια στις 12 γυναίκες θα εμφανίσουν καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή τους [Αντσακλης 2011]. Σύμφωνα με στοιχεία από τον Organization for Economic Co-operation and Development, ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου από καρκίνο με περίπου 1150 θανάτους ανά έτος [Organization for Economic Co-operation and Development, 2012]. Ωστόσο, από την ανασκόπηση της διεθνούς και της ελληνικής βιβλιογραφίας φαίνεται ότι και στο καρκίνο του μαστού τα στοιχεία μπορεί να είναι εν μέρει πλασματικά, λόγω σφαλμάτων ταξινόμησης και κυρίως λόγω της έλλειψης εθνικού αρχείου νεοπλασιών δεν υπάρχει ολοκληρωμένη καταγραφή των περιστατικών.

Παρόλο που πολύ συχνά ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε γυναίκες χωρίς κάποιο γνωστό παράγοντα κινδύνου, ισχυρή συσχέτιση, έχει βρεθεί με μεταβλητούς και μη μεταβλητούς παράγοντες [Haines et al. 2010]. Η ηλικία είναι ένας βασικός παράγοντας κινδύνου, παγκοσμίως τα περισσότερα κρούσματα εντοπίζονται σε γυναίκες μεγαλύτερες από 60 ετών, αλλά καταγράφεται αύξηση της επίπτωσης καρκίνου το μαστού σε νεότερες γυναίκες [Haines et al. 2010]. Αυξημένη επίπτωση παρουσιάζουν οι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου του μαστού ή/και γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό [Mavaddat et al. 2010]. Πολύ σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχουν και τα γονίδια, BRCA1 και BRCA2, όπου μεταλλάξεις τους εντοπίζονται περίπου στο 50% των περιπτώσεων καρκίνου μαστού (γράφημα 1.3, σελίδα 25) [Matloff & Brierley 2010].

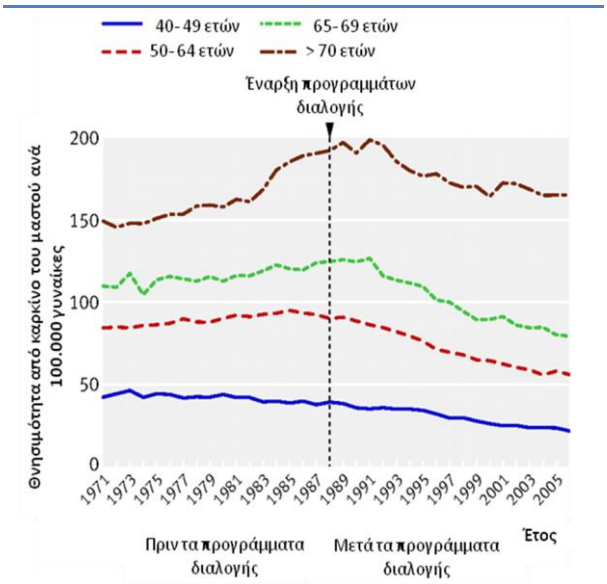
1.2.2 Συμπτώματα

Ο καρκίνος του μαστού σε αρχικά στάδια ουσιαστικά δεν έχει συμπτώματα και για αυτό τον λόγω ο μόνος τρόπος για έγκαιρη διάγνωση είναι η συχνή εξέταση των μαστών. Τα πρώτα συμπτώματα της νόσου είναι η εμφάνιση ψηλαφητής μάζας, μεταβολή στο σχήμα και στο μέγεθος του μαστού ή/και αναλόγως το σημείο που βρίσκεται ο όγκος, έκκριση αιματηρού, κίτρινου ή πράσινου υγρού από τη θηλή. Σε πιο προχωρημένα στάδια, τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο στο μαστό και τα οστά, εξέλκωση και οίδημα στο άνω άκρου. Τα μη ειδικά συμπτώματα εμφανίζονται σε προχωρημένα στάδια της νόσου [Jay el al. 2000].

1.2.3 Διάγνωση

Ο καρκίνος του μαστού σε αρχικά στάδια είναι ιάσιμος, όμως λόγω τις μη εμφάνισης συμπτωμάτων για να επιτευχθεί η έγκαιρη διάγνωση, σε ατομικό επίπεδο, οι γυναίκες πάνω από 40 ετών θα πρέπει να είναι τακτικές στον ετήσιο έλεγχο και σε επίπεδο δημόσιας υγείας και θα πρέπει να εφαρμοσθούν οργανωμένα και μαζικά προγράμματα ενημέρωσης και διαλογής. Η κυριότερη διαγνωστική εξέταση είναι η μαστογραφία [Jay el al. 2000]. Είναι γενικός αποδεκτό ότι η εφαρμογή προγραμμάτων διαλογής με μαστογραφία σε γυναίκες 50 έως 74 ετών μείωσαν την θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού (γράφημα 1.6) [Jørgensen et al. 2010].

Φυσική εξέταση των μαστών, βάση των κατευθυντήριων οδηγιών (NCCN 2012), προτείνεται να γίνεται περιοδικά, στις γυναίκες 18-39 ετών και ετήσια στις γυναίκες μετά τα 40 [NCCN 2012]. Ο ρόλος της αυτό-εξέτασης για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί καθώς υπάρχουν αντικρουόμενα ευρήματα σε μελέτες για την αποτελεσμα-τικότητα του [Jay et al. 2000].



Γράφημα 1.6: Γραφική απεικόνιση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού πριν και μετά από την έναρξη των προγραμμάτων διαλογής με ετήσια μαστογραφία στη Δανία. Πιγή: Jørgensen et al. 2010

Αρχικά, η κλινική σταδιοποίηση του όγκου περιλαμβάνει τον εντοπισμό των διαστάσεων, της τοπογραφίας του όγκου και τυχών διογκωμένων λεμφαδένων [Jay et al. 2000].

Η ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων δεν αποδεικνύει την ύπαρξη μεταστάσεων καθώς το 40%των ασθενών με λεμφαδενικές μεταστάσεις δεν έχουν διογκωμένους λεμφαδένες. Για αυτόν τον λόγω μπορεί να χριστεί χειρουργική βιοψία του λεμφαδένα φρουρού [Jay et al. 2000] επίσης πρέπει να πραγματοποιηθούν επιπλέων απεικονιστικές εξετάσεις για τον εντοπισμό τυχών απομακρυσμένων μεταστάσεων [Jay et al. 2000]. Η σταδιοποίση (πίνακας 1.5 σελίδα 31) είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό της θεραπείας και είναι προγνωστικός παράγοντας για την επιβίωση της ασθενούς [Kuerer 2010]

Πίνακας 1.5 : Στάδια καρκίνου μαστού και θεραπεία
Πηγή: Kuerer 2010

Στάδια	Θεραπεία
INSITU	Ογκεκτομή και ακτινοθεραπεία ή Μαστεκτομή
I και II	Ογκεκτομή και ακτινοθεραπεία ή Μαστεκτομή μικρής έκτασης λεμφαδενικός καθαρισμός Σε κάποιες περιπτώσεις ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία
III	Ογκεκτομή ή Μαστεκτομή Χημειοθεραπεία ή/και ορμονοθεραπεία
IV	Μαστεκτομή Συνδυασμός Ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας και ορμονοθεραπείας

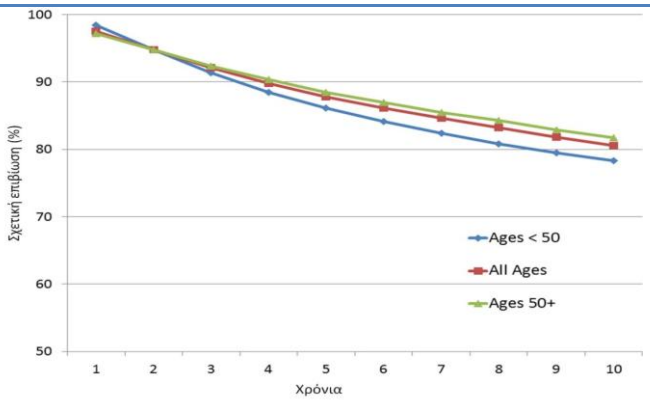
1.2.4 Θεραπεία

Οι βασικότεροι παράγοντες για τον σχεδιασμό της θεραπείας είναι το στάδιο, ο ιστολογικός τύπος του όγκου, η ύπαρξη υποδοχέων οιστρογόνων και η έκφραση του γονιδίου HER2. Ο στόχος της θεραπείας του καρκίνου του μαστού, στα πρώτα στάδια, είναι η ίαση των ασθενών και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής, σε συνδυασμό με ένα καλό αισθητικό αποτέλεσμα. Ενώ σε προχωρημένο στάδιο ο στόχος είναι η παράταση της ζωής. Η χειρουργική αφαίρεση ανάλογα με το στάδιο μπορεί να είναι από ογκεκτομή (lumbectome) έως ριζική μαστεκτομή [National Comprehensive Cancer Network 2012]. Συνήθως η χειρουργική θεραπεία συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία (πίνακας 1.5, σελίδα 31).

1.2.5 Πρόγνωση

Η ηλικία (γράφημα 1.7, δεξιά) το στάδιο (γράφημα 1.7, αριστερά) και το συνολικό επίπεδο υγείας της ασθενούς έχει καθοριστικό ρόλο για την επιβίωση μετά το τέλος της θεραπείας [Rachet et al. 2009].

Στάδιο	5ετίς επιβίωση
0-I	100%
IIA	92%
IIB	81%
IIIA	67%
IIIB	54%
IV	20%



Γράφημα 1.7: Γραφική απεικόνιση της 5ετούς και 10ετούς επιβίωσης από καρκίνο του μαστού ανά στάδιο και ηλικία. Πηγή: πίνακας: Coleman 2008, εικόνα: National Cancer Institute's Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Data base

Η 5ετίς επιβίωση των ασθενών των σταδίων 0 και I είναι περίπου 100% και μειώνεται στο 20% για τις ασθενείς του IV σταδίου. Αυτά τα ποσοστά επιβίωσης παραμένουν σταθερά και για την 10ετί επιβίωση [Coleman et al. 2008].

Κεφάλαιο 2
Σεξουαλική υγεία

2.1 Η συμβολή της σεξουαλικής υγείας στη συνολική υγεία του ανθρώπου

Η σεξουαλική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της υγείας του ανθρώπου. Κατά τελευταίες δεκαετίες ο ορισμός της σεξουαλικής υγείας επηρεάστηκε από πολιτικά, κοινωνικά και ιστορικά γεγονότα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, «η σεξουαλική υγεία είναι η κατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα. Προϋποθέτει τη θετική προσέγγιση της σεξουαλικότητας και της σεξουαλικής σχέσης, καθώς και τη δυνατότητα για ευχάριστες και ασφαλείς σεξουαλικές εμπειρίες, χωρίς εξαναγκασμούς, διακρίσεις και βία» [World Association for Sexology 2000].

Η σεξουαλική υγεία εξαρτάται από όλους τους παράγοντες που επιδρούν στη φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία και στη δυνατότητα αναπαραγωγής. Διαταραχές αυτών των παραγόντων, που μπορεί να προέλθουν, για παράδειγμα, από μια ασθένεια, επηρεάζουν την ευεξία του ατόμου και κατά συνέπεια και τη συνολική ποιότητα της ζωής του[Edwards & Coleman 2004].

Παρόλο που ο ορισμός της σεξουαλικής υγεία περιλαμβάνει όλες τη πτυχές σεξουαλικότητας, η έννοια της ευεξίας διαφέρει από άτομα σε άτομο. Κατά συνέπεια, ο βαθμός που επηρεάζουν παράγοντες όπως, η εξωτερική εικόνα του σώματος, η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση, στον τρόπο που βιώνει η γυναίκα τη σεξουαλικότητα της και τις διαπροσωπικές τις σχέσεις διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα [World Association for Sexology 2000].

Από την υπάρχουσα βιβλιογραφία φαίνεται ότι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες στις γυναίκες παρόλο που αναφέρονται ως συχνές, ωστόσο, η συχνότητα εμφάνισης τους ποικίλει μεταξύ των ερευνών, πιθανότατα λόγω των διαφορετικών ορισμών που χρησιμοποιούνται για τα σεξουαλικά προβλήματα. Ο διαχωρισμός μεταξύ σεξουαλικών δυσκολιών (difficulties) και δυσλειτουργιών (dysfunctions) είναι πολύ

χρήσιμος για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των γυναικών με σεξουαλικά προβλήματα. Η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στο «φυσιολογικό» και τη «διαταραχή» παραμένει ασαφώς καθορισμένη στην κλινική πράξη. Οι σεξουαλικές δυσκολίες είναι η ολική ή η μερική αδυναμία ενός ατόμου να ανταποκριθεί σε μία ή περισσότερές φάσεις του κύκλου της σεξουαλικής ανταπόκρισης. Οι σεξουαλικές δυσκολίες μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία, να είναι μόνιμες ή παροδικές, να εμφανιστούν ξαφνικά ή σταδιακά και οφείλονται σε βιολογικά ή/και ψυχολογικά αίτια. Για να θεωρηθεί μια σεξουαλική δυσκολία, σεξουαλική διαταραχή θα πρέπει να λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο επαρκούς σωματικού και ψυχολογικού σεξουαλικού ερεθισμού [Ranee 2009].

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες των γυναικών επηρεάζονται από την ηλικία, είναι προοδευτικά εξελισσόμενες και αφορούν περίπου το 43% των γυναικών. Το επίπεδο δυσφορίας που βιώνει μια γυναίκα από το σεξουαλικό πρόβλημα φαίνεται να επηρεάζεται από τη γενικότερη ποιότητα της ζωής, την αυτοεκτίμηση της, από την παρουσία άλλων σωματικών ή/και ψυχολογικών προβλημάτων καθώς και από τη συναισθηματική εγγύτητα και ποιότητα της σχέση. Ωστόσο φαίνεται ότι η δυσφορία μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας (κυρίως μετά την εμμηνόπαυση) παρόλο που τα σεξουαλικά προβλήματα είναι συχνότερα [Graziottin et al. 2009].

2.2 Χαρακτηριστικά της γυναικείας σεξουαλικότητας

Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της προσωπικότητας κάθε ύπαρξης και είναι ρυθμιστικός παράγοντας της συμπεριφοράς. Περιλαμβάνει το φύλο, το κοινωνικό φύλο, την ταυτότητα, το ρόλο του φύλου, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τον ερωτισμό, τη συναισθηματική πρόσδεση (αγάπη) και την αναπαραγωγή. Είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών, πολιτισμικών, ηθικών, θρησκευτικών και πνευματικών παραγόντων [Pan American Health Organization, 2000]. Βιώνεται ή εκφράζεται με σκέψεις, φαντασιώσεις, επιθυμίες, πεποιθήσεις, στάσεις ζωής, αξίες, δραστηριότητες, πρακτικές, ρόλους, σχέσεις. Η πλήρης ανάπτυξή της, εξαρτάται από την ικανοποίηση βασικών ανθρωπίνων αναγκών όπως η επιθυμία για επαφή,

εγγύτητα, συναισθηματική έκφραση, απόλαυση, τρυφερότητα και αγάπη. [World Association for Sexology 2000].

Μια από τις σημαντικότερες αλλαγές, στην προσέγγιση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας είναι η αναγνώριση της διαφορετικότητας ανάμεσα στην ανδρική και στη γυναικεία σεξουαλικότητα. Η σεξουαλική επιθυμία στις γυναίκες φαίνεται να ενεργοποιείται από διαφορετικά ερεθίσματα και κίνητρα καθώς και η ικανοποίηση να αξιολογείται με διαφορετικά κριτήρια συγκριτικά με τους άνδρες [Basson 2000]. Επίσης διαφορές παρατηρούνται και στους λόγους που αναζητούν βοήθεια από ειδικούς. Οι άνδρες, επισκέπτονται τους ειδικούς κυρίως για θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική επίδοση (π.χ. διαταραχές στύσης, πρόωρη εκσπερμάτιση), ενώ οι γυναίκες, κυρίως για προβλήματα σεξουαλικής επιθυμίας και ευχαρίστησης ενώ σπανιότερα για διαταραχές πόνου (δυσπαρεύνια) [Leiblum & Chivers, 2007].

2.3 Μοντέλα γυναικείας σεξουαλικής ανταπόκρισης

Το γραμμικό μοντέλο τεσσάρων φάσεων για τη γυναικεία σεξουαλική ανταπόκριση (εικόνα 2.1) προτάθηκε το 1966 από τους Masters και Johnson [Masters & Johnson,1966] και στη συνέχεια τροποποιήθηκε το 1979 από την Kaplan (εικόνα) [Kaplan 1979].

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το πρώτο στάδιο αποτελείται από την *επιθυμία* (appetitive stage), ακολουθεί η φάση της *διέγερση* (arrusal stage) του *οργασμού* (orgasmic stage) και τέλος ακολουθεί η φάση της *αποκατάστασης* (rehabilitation stage) [Kaplan 1979].

Εικόνα 2.1 : Τα στάδια σεξουαλικής ανταπόκρισης σύμφωνα με το γραμμικό μοντέλο σεξουαλικής ανταπόκρισης. Πηγή: Kaplan 1979

Η σεξουαλική επιθυμία απο-τελείται από την ορμή (drive), το κίνητρο (motivation) και τις προσδοκίες (anticipations). Η σεξουαλική ορμή, η οποία συχνά αναφέρεται και ως «libido» από

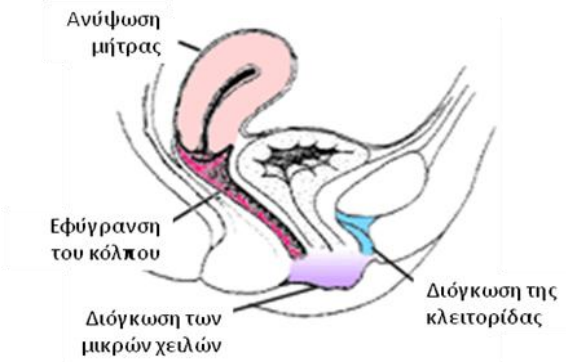
τον φροϋδικό όρο, εγγυάται τη διαιώνιση του είδους και αποτελεί τη βιολογική παράμετρο της σεξουαλικής επιθυμίας. Η ορμή είναι το αποτέλεσμα της νευροενδοκρινολογικής παραγωγής της σεξουαλικής ώθησης και, σε ένα μεγάλο βαθμό, ελέγχεται από την τεστοστερόνη, έχει μια συχνότητα και ένα ρυθμό (κατά τον καταμήνιο κύκλο). Συνήθως εκτιμάται κλινικά ως υψηλή, μέτρια, χαμηλή ή απουσία ορμής. Η ορμή καθαυτή παρουσιάζει βαθμιαία μείωση με την πάροδο της ηλικίας [Martin, 1981].

Όμως η σεξουαλική επιθυμία είναι ένας πολύπλοκος μηχανισμός που δεν μπορεί να περιοριστεί μόνο στη βιολογική της παράμετρο. Το κίνητρο και οι προσδοκίες αποτελούν τις ψυχολογικές παραμέτρους της επιθυμίας. Τα ψυχολογικά κίνητρα για σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να ενεργοποιηθούν από πολλά ερεθίσματα (π.χ. οπτικά, λεκτικά), αλλά ο βαθμός που το κάθε ερέθισμα επιδρά στην επιθυμία εξαρτάται από τις παλαιές και νέες ενδοψυχικές (φαντασίωση) και διαπροσωπικές εμπειρίες που αλληλεπιδρούν για να δημιουργήσουν το σεξουαλικό κίνητρο. Κάποιες αυξομειώσεις στο κίνητρο μπορεί να ερμηνευτούν από τις διακυμάνσεις της σεξουαλικής ορμής. Είναι ενδιαφέρον ότι η απουσία τεστοστερόνης φάνηκε ότι περιορίζει τη διέγερση μέσω της μείωσης των φαντασιώσεων [Bancroft & Wu 1983]. Η ανεπάρκεια τεστοστερόνης μπορεί έτσι να υπονομεύει τη διαδικασία: Άτομο◊Φαντασίωση◊Κίνητρο◊Διέγερση.

Τέλος οι προσδοκίες (cognitive anticipations) σχετίζονται με την ευχή για συμμετοχή ή όχι σε μια σεξουαλική δραστηριότητα και είναι νοητικές ή γνωσιακές (cognitive). Άτομα χωρίς ορμή και κίνητρα μπορεί να εύχονται να έχουν σεξουαλικές δραστηριότητες εξαιτίας των αποτελεσμάτων που προσδοκούν. Οι προσδοκίες για τη σεξουαλική συμπεριφορά, δρουν σαν διπλός μηχανισμός αποδοχής και απόρριψης για ότι συμβαίνει κατά την σεξουαλική δραστηριότητα. Μπορεί να επιτρέψουν στο σεξουαλικό σύστημα να λειτουργήσει ελεύθερα ή να το μειώσουν ή και να το αναστείλουν. Οι προσδοκίες είναι υποκειμενικές και μπορεί να μεταβληθούν ακόμα και εντός τις ιδίας σεξουαλικής σχέσης [Laan & Both 2011].

Οι επόμενες φάσεις χαρακτηρίζονται από μια σειρά βιολογικών και ψυχολογικών διεργασιών (εικόνα 2.2). Η αρχική φάση της διέγερσης μπορεί να διαρκέσει από μερικά λεπτά έως μερικές ώρες.

Οι οργανικές μεταβολές που παρατηρούνται είναι η διέγερση των θηλών και της κλειτορίδας, η εφύγρανση του κόλπου και η πάχυνση των μικρών χειλών ως αποτέλεσμα της αύξησης της αιμάτωσης. Η επόμενη φάση της διέγερσης είναι η κορύφωση (heightened) που διαρκεί από 30 δευτερόλεπτα έως μερικά λεπτά κατά την οποία, το επιφανειακό φλεβικό δένδρο των μαστών γίνεται ορατό και το μέγεθος τους ελαφρός αυξάνεται. Το κατώτερο τμήμα του κόλπου συσπάται, η εφύγρανση γίνεται εντονότερη, η μήτρα ανυψώνεται και η κλειτορίδα υποχωρεί πίσω από την ηβική σύμφυση. Παράλληλα ο αναπνευστικός ρυθμός επιταχύνεται, ο μυϊκός τόνος, ο καρδιακός ρυθμός και η αρτηριακή πίεση αυξάνονται [Kaplan 1979].



Εικόνα 2.2: σχηματική απεικόνιση των μεταβολών που παρατηρούνται κατά τη διέγερση στα γεννητικά όργανα

Οι παραπάνω μεταβολές οδηγούν στη φάση του οργασμού που διαρκεί από 3 έως 25 δευτερόλεπτα, είναι η κορύφωση της σεξουαλικής ευχαρίστησης και χαρακτηρίζεται από 3 έως 15 ακούσιες ρυθμικές μυϊκές συσπάσεις του κόλπου και της μήτρας και εκούσιες μυϊκές συσπάσεις των μεγάλων μυϊκών ομάδων . Επίσης παρατηρείται περαιτέρω αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεση [Kaplan 1979].

Το τελευταίο στάδιο της γυναικείας σεξουαλικής ανταπόκρισης είναι η αποκατάσταση. Σε αυτή τη φάση ουσιαστικά όλες οι παραπάνω διαδικασίες γίνονται αντίστροφα που έχει ως αποτέλεσμα την επαναφορά των ορφανικών λειτουργιών στα επίπεδα προ της διέγερσης. Η αποκατάσταση είναι πολύ γρήγορη αν έχει προηγηθεί η φάση του οργασμού και χαρακτηρίζεται από αίσθημα ευεξίας και γενικευμένης χαλάρωσης. Ενώ αν δεν έχει προηγηθεί οργασμός η

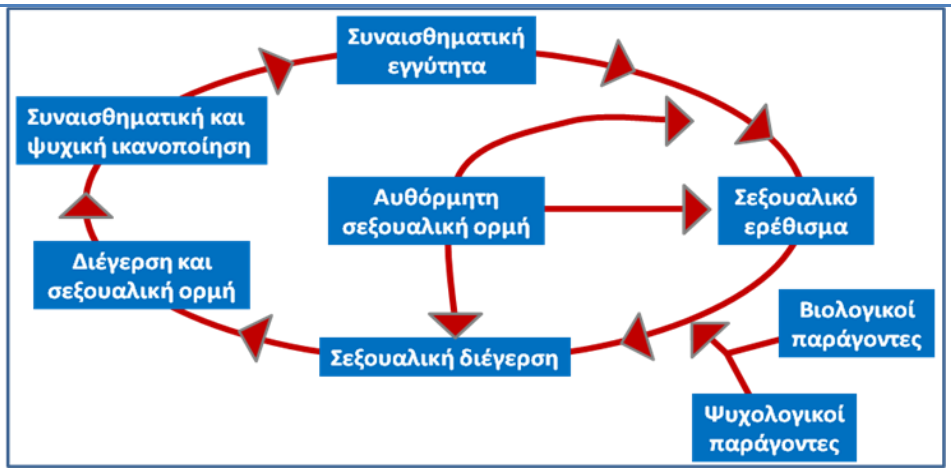
αποκατάσταση μπορεί να διαρκέσει μερικές ώρες και χαρακτηρίζεται από εκνευρισμό [Kaplan 1979].

2.4 Διαταραχές της σεξουαλικότητας στις γυναίκες

Μέχρι και σήμερα δεν έχουν δημοσιευθεί έρευνες που να σχετίζουν άμεσα την απουσία σεξουαλικών επαφών με την εμφάνιση κάποιας παθολογικής ή/και ψυχιατρικής νόσου. Αλλά λόγω της καίριας σημασίας της σεξουαλικής ζωής στη γενικότερη ποιότητα της ζωής ενός ανθρώπου και στις διαπροσωπικές του σχέσεις, είναι απαραίτητος ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών.

2.4.1 Η ανάγκη για ένα διαφορετικό μοντέλο

Ο τρόπος που οι άνθρωποι βιώνουν και εκφράζουν τη σεξουαλικότητα τους εξαρτάται από το σύνολο των σεξουαλικών συμπεριφορών τους, που είναι μοναδικά για κάθε άνθρωπο. Για αυτό τον λόγο είναι δύσκολο να δημιουργηθεί ένα μοντέλο που να καλύπτει όλες τις περιπτώσεις. Το ισχύον γραμμικό μοντέλο για τη γυναικεία σεξουαλική ανταπόκριση βασίστηκε στο ανδρικό μοντέλο σεξουαλικής ανταπόκρισης [Kaplan 1979], το οποίο φαίνεται να αδυνατεί να καλύψει τη διαφορετική φύση των σεξουαλικών προβλημάτων των γυναικών. Η Basson το 2000 διατύπωσε ένα νέο μοντέλο γυναικείας σεξουαλικής ανταπόκρισης το οποίο είναι κυκλικό, οι διαφορετικές φάσεις αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (εικόνα 2.3)[Basson 2000].



Εικόνα 2.3: Γραφική απεικόνιση του νέου μοντέλου γυναικείας σεξουαλικής ανταπόκρισης. Είναι κυκλικό και οι διαφορετικές φάσεις αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Πηγή: Basson 2000

2.4.2 Τύποι Γυναικείων σεξουαλικών δυσλειτουργιών

Σεξουαλικές δυσλειτουργίες (ΣΔ) είναι μια ομάδα οργανικών και ψυχολογικών παθήσεων που χαρακτηρίζονται από διαταραχή στην ομαλή σεξουαλική λειτουργία και είναι διαταραχές που δεν επιτρέπουν σ' ένα άτομο τη σεξουαλική ευχαρίστηση ή, μερικές φορές, ακόμη και την οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή [Andreasen & Black 2010].

Συμφώνα με την προκαταρτική δημοσιοποίηση στο διαδίκτυο του DSM-V (Updated May 4, 2011) οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες στις γυναίκες μπορούν να ταξινομηθούν σε διαταραχές επιθυμίας-διέγερσης, οργασμού, πόνου και σε διαταραχές που σχετίζονται με κάποια γνωστή πάθηση.

Από τις επιδημιολογικές έρευνες που καταγράφουν τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες, φαίνεται ότι και τα δύο φύλα παρουσιάζουν υψηλό επιπολασμό σεξουαλικών διαταραχών, αλλά, λόγω της διαφορετικής τους φύσης είναι προτιμότερο να μελετούνται ξεχωριστά [Laumann et al. 1999].

2.4.2.1 Διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας και διέγερσης στις γυναίκες

Στην προκαταρτική δημοσιοποίηση στο διαδίκτυο του DSM-V (*Updated May 4, 2011*) τα κριτήρια της διαταραχής υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας και της διαταραχής διέγερσης ενοποιήθηκαν και πλέον ταξινομούνται ως μια κοινή κατηγορία διαταραχών [American Psychiatric Association, 2012]. Η μειωμένη επιθυμία συχνά συνυπάρχει με τη δυσκολία διέγερσης, με αποτέλεσμα ο διαχωρισμός των δύο καταστάσεων να είναι πολλές φορές δύσκολος. Ωστόσο οι περισσότερες έρευνες ακόμα χρησιμοποιούν την κατάταξη του DSM-IV και στην παρούσα ανασκόπηση η διαταραχή επιθυμάς και η διαταραχή διέγερσης αναλύονται ξεχωριστά.

2.4.2.1.1 Υποτονική διαταραχή σεξουαλικής επιθυμίας (HSDD)

Η διαταραχή της υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας (ΥΣΕ) αποτελεί ένα συχνό σεξουαλικό πρόβλημα στις γυναίκες. Ο επιπολασμός της, που καταγράφεται στις επιδημιολογικές μελέτες κυμαίνεται από 6% έως 53%, γεγονός που φαίνεται να οφείλεται κυρίως στα προβλήματα ορισμού της διαταραχής. Τα διαγνωστικά κριτήρια που αποτελούν τη διαταραχή της υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας σύμφωνα με το DSM-IV φαίνονται στον πίνακα 2.1 (σελίδα 41).

Πίνακας 2.1: Τα διαγνωστικά κριτήρια της Υποτονική διαταραχή σεξουαλικής επιθυμίας σύμφωνα με το DSM-IV. Πηγή : American Psychiatric Association, 2012	
A	η επίμονη ή επανειλημμένη αδυναμία της γυναίκας να επιτύχει ή να διατηρήσει επαρκή ύγρανση κατά τη σεξουαλική διέγερση έως την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας
B	η διαταραχή να προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις της.
C	η σεξουαλική δυσλειτουργία δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη διαταραχή του Άξονα I (εκτός από μία άλλη Σεξουαλική Δυσλειτουργία) και δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας άλλης ιατρικής πάθησης.

Η διαταραχή της υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας μπορεί να οφείλεται σε ψυχολογικούς, οργανικούς, κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες ή σε συνδυασμό των παραπάνω παραγόντων [Graziottin et al. 2009]. Η ηλικία και η εμμηνόπαυση είναι δυο μη μεταβλητοί παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη μείωση της σεξουαλικής επιθυμίες [Hayes et al. 2007]. Η χειρουργική εμμηνόπαυση με αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή είναι πολύ συχνή αιτία μείωσης της σεξουαλικής επιθυμίας, καθώς μειώνεται περίπου 50% η παραγωγή των ανδρογόνων. Τα συμπτώματα είναι εντονότερα στις νεότερες γυναίκες καθώς η μείωση της συγκέντρωσης ανδρογόνων είναι μεγαλύτερη[Graziottin & Basson 2004, Dennerstein et al. 2006]. Εκτός από τους ορμονολογικούς παράγοντες, πολύ σημαντικό ρόλο στη μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας έχουν ψυχιατρικές παθήσεις όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη [Basson & Schultz 2007]. Επίσης οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, λόγο της κόπωσης από την ασθένεια καταστέλλουν τη σεξουαλική τους επιθυμία. Τέλος οι διαταραχές ΥΣΕ έχουν συσχετίσει με τη λήψη ναρκωτικών ουσιών, αλκοόλ αλλά και κάποιων φαρμάκων, όπως τα SSRIs, τα αντιυπερτασικά και τα χημικοθεραπευτικά [Basson & Schultz 2007].

Ορισμένες γυναίκες που παρουσιάζουν τη διαταραχή αυτή μπορούν να χαρούν τις μη ερωτικές πλευρές της σεξουαλικής επαφής (π.χ. το χάδι, το πλησίασμα), αλλά χωρίς να τους προκαλεί σεξουαλική επιθυμία. Οι γυναίκες με ΥΣΕ συχνά παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με γυναίκες που δεν εμφανίζουν σεξουαλικό πρόβλημα, γεγονός που καθιστά σημαντική την αντιμετώπιση του προβλήματος [Κυράνα 2009].

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις της ΥΣΕ χωρίζονται στις βασιζόμενες στις ψυχοθεραπείες και στις ορμονικές/φαρμακευτικές. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές ερευνητικές προσπάθειες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των διαθέσιμων ψυχολογικών και φαρμακευτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, επιδιώκοντας την καλύτερη επιστημονική τεκμηρίωση των διαθέσιμων θεραπευτικών εργαλείων [Κυράνα 2009].

2.4.2.1.2 Διαταραχές σεξουαλικής διέγερσης (FSAD)

Η διαταραχή σεξουαλικής διέγερσης, στη γυναίκα, αναφέρεται στην έλλειψη ή στη μειωμένη ανταπόκριση της γυναίκας σε κάποιο σεξουαλικό ερέθισμα. Μπορεί να υποδιαιρεθεί σε δύο υποκατηγορίες, την γεννητική διαταραχή διέγερσης (Genital sexual arousal disorder), και την υποκειμενική διαταραχή διέγερσης (Subjective sexual arousal disorder). Κατά την πρώτη υπάρχει ελάττωση των βιολογικών μεταβολών της διέγερσης των γεννητικών οργάνων από κάθε τύπου σεξουαλικό ερέθισμα [American Psychiatric association 2012]. Κατά την υποκειμενική διαταραχή διέγερσης παρατηρείται έλλειψη ή μείωση των γνωσιακών στοιχείων της διέγερσης ενώ η βιολογική ανταπόκριση είναι φυσιολογική. Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV φαίνονται στον πίνακα 2.2 [Giraldi et al 2012].

Η γυναίκα που δεν έχει διεγερθεί επαρκώς, η περιοχή του κόλπου παρουσιάζει σκληρότητα, η επαφή μπορεί να προκαλεί πόνο και, κατ' επέκταση, δεν επέρχεται το αίσθημα της ευχαρίστησης και της απόλαυσης. Σε συναισθηματικό επίπεδο, η διαταραχή σεξουαλικής διέγερσης στη γυναίκα συνοδεύεται από απουσία της γνωσιακής αίσθησης σεξουαλικής διέγερσης και ευχαρίστησης που εκδηλώνεται συνήθως κατά τη διάρκεια της ερωτικής πράξης. Η γυναίκα δυσκολεύεται να νιώσει ευχαρίστηση ή ακόμη, η σεξουαλική επαφή της είναι δυσάρεστη [Giraldi et al 2012].

Πίνακας 2.2: Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής σεξουαλικής διέγερσης σύμφωνα με το DSM-IV. Πηγή : American Psychiatric Association, 2012

Α	Επίμονη ή επανειλημμένη αδυναμία της γυναίκας να επιτύχει ή να διατηρήσει επαρκή απάντηση λίπανσης-εξοίδησης κατά τη σεξουαλική διέγερση μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας.
Β	Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.
Γ	Η σεξουαλική δυσλειτουργία δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη διαταραχή του Άξονα Ι (εκτός από μία άλλη Σεξουαλική Δυσλειτουργία) και δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης

Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η συχνότητα εκδήλωσης της διαταραχής σεξουαλικής διέγερσης στον ευρύτερο γυναικείο πληθυσμό, καθώς πολλές γυναίκες διστάζουν να αναζητήσουν βοήθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ενώ παράλληλα, σημειώνεται διαφωνία σχετικά με την επακριβή περιγραφή των συμπτωμάτων από διαφορετικές γυναίκες. Πρόσφατα στατιστικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι το 20% των γυναικών, που παρουσιάζουν ένα είδος σεξουαλικής δυσλειτουργίας, εκδηλώνουν προβλήματα σεξουαλικής διέγερσης [Ranee 2009, Andreasen & Black 2010].

Μια από τις κυριότερες αιτίες που προκαλούν διαταραχή διέγερσης, είναι η μείωση της συγκέντρωσης των ορμονών και κυρίως των οιστρογόνων. Αυτή η μείωση είναι φυσιολογική κατά την περίοδο του θηλασμού, καθώς και κατά την περιεμμηνοπαυσιακή και μεταεμμηνοπαυσιακή περίοδο [Bancroft 2005]. Επίσης μείωση της συγκέντρωσης των οιστρογόνων μπορούν να προκαλέσει η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών που συχνά προκαλεί ξηρότητα του κόλπου και κατά συνέπεια και διαταραχή διέγερσης [Bancroft 2005]. Παθολογικές καταστάσεις όπως για παράδειγμα παθήσεις των αγγείων, η ακράτεια ούρων, οι πυελικές επεμβάσεις και ψυχιατρικές παθήσεις όπως η κατάθλιψη έχουν συσχετισθεί με τη διαταραχή διέγερσης [Goldmeier & Leiblum 2008].

2.4.2.2 Διαταραχή οργασμού (FOD)

Διαταραχή οργασμού είναι η δυσκολία ή η αδυναμία επίτευξης κορύφωσης της σεξουαλικής έξαψης, ενώ έχει προηγηθεί μια φυσιολογική σεξουαλική διέγερση. Τα κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV TR φαίνονται στον πίνακα 2.3 (σελίδα 44) [American Psychiatric association 2012].

Η διαταραχή οργασμού μπορεί να είναι πρωτογενής, όπου η γυναίκα ποτέ δεν μπορούσε να βιώσει έναν οργασμό, ή δευτερογενής όπου η γυναίκα χάνει τη δυνατότητα να βιώνει ένα οργασμό [Graham 2010]. Η δευτερογενής διαταραχή οργασμού μπορεί περεταίρω να διαιρεθεί σε γενικευμένη ή ευκαιριακή όπου υποδηλώνει την αδυναμία να βιώσει οργασμό με κάποιον συγκεκριμένο σύντροφο [Graham 2010].

Πίνακας 2.3: Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής οργασμού σύμφωνα με το DSM-IV. Πηγή : American Psychiatric Association, 2012	
Α	Επίμονη ή επανειλημμένη καθυστέρηση ή απουσία οργασμού σε μια γυναίκα, ύστερα από μια φάση φυσιολογικής σεξουαλικής διέγερσης. Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία στον τύπο ή την ένταση του ερεθισμού που προκαλεί οργασμό. Η διάγνωση της Διαταραχής Οργασμού στη Γυναίκα πρέπει να βασίζεται στην κρίση του κλινικού ότι η ικανότητα της γυναίκας να φθάσει σε οργασμό είναι μικρότερη από ότι θα ήταν λογικό για την ηλικία της, τη σεξουαλική εμπειρία της και την επάρκεια του σεξουαλικού ερεθισμού που δέχεται.
Β	Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.
Γ	Η οργασμική δυσλειτουργία δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη διαταραχή του Άξονα Ι και δεν οφείλεται αποκλειστικά στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
	Προσδιορίστε τύπο: Ισόβιος Τύπος Επίκτητος Τύπος Προσδιορίστε τύπο: Γενικευμένος Τύπος / Τύπος Καταστάσεων Προσδιορίστε: Οφειλόμενη σε ψυχολογικούς παράγοντες/ Οφειλόμενη σε συνδυασμό παραγόντων

Η διαταραχή οργασμού είναι η δεύτερη συχνότερη σεξουαλική διαταραχή στις γυναίκες. Έρευνες δείχνουν ότι, εμφανίζεται περίπου στο 11-41% των γυναικών, παγκοσμίως [Rellini 2011], ενώ από τυχαιοποιημένες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α. φαίνεται ότι το 24% των γυναικών είχαν πρωτογενή διαταραχή οργασμού [Meston et al. 2004]. Οι μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των ερευνών οφείλονται κυρίως στη δυσκολία ορισμού του οργασμού [Mah K & Binik 2001]. Οι κυριότεροι λόγοι αδυναμίας ανάπτυξης ενός ορισμού είναι αφενός ότι μέχρι και σήμερα δεν είναι πλήρως κατανοητός ο μηχανισμός του οργασμού και αφετέρου η υποκειμενικότητα της έννοιας της ευχαρίστησης και της ευεξίας [Graham 2010].

Η διαταραχή οργασμού είναι κυρίως ψυχογενούς αιτιολογίας [Graham 2010]. Οι κυριότεροι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να συντελούν στην ανάπτυξη αυτή της διαταραχής είναι, ο φόβος απώλειας του ελέγχου, η εσωτερική σύγκρουση και ενοχή για την ένταση των ερωτικών συναισθημάτων, η εχθρότητα προς τον σύντροφο, ο φόβος εγκυμοσύνης ή η απόρριψης από τον σύντροφο και τέλος τα οικονομικά προβλήματα [Graham 2010]. Όμως πολλές παθήσεις ή/και οι θεραπείες τους μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή οργασμού όπως ο διαβήτης, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το πυελικό τραύμα, η υστερεκτομή, η κατάθλιψη και η λήψη SSRIs [Graham 2010].

Μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει φαρμακευτικό σκεύασμα που να είναι αποτελεσματικό στη θεραπεία της διαταραχής οργασμού [Rellini 2011]. Η θεραπεία γίνεται με τη βοήθεια της ψυχοθεραπείας και ειδικών ασκήσεων, καθώς και σε περιπτώσεις προϋπάρχουσας νόσου η αντιμετώπιση της αιτίας [Rellini 2011].

2.4.2.3 Διαταραχή πυελο-γεννητικού πόνου

Οι διαταραχές πόνου που συνδέονται με τη συνουσία σύμφωνα με το DSM IV είναι η δυσπαρευνία (Dyspareunia) και ο κολεόσπασμός (Vaginismus)(πίνακας 2.4). Στην προκαταρτική δημοσιοποίηση στο διαδίκτυο του DSM-V (*Updated May 4, 2011)* τα κριτήρια των δύο παραπάνω διαταραχών έχουν ενοποιηθεί. Η δυσπαρευνία αναφέρεται πιο συχνά ως ενόχλημα, και όχι ως έντονος πόνος, κατά τη συνουσία. Ενώ ο κολεόσπασμος είναι η ακούσια σύσπαση του έξω τριτημορίου των μυών του κόλπου και παρεμποδίζει τη συνουσία [Andreasen & Black 2010]. Η σεξουαλική επιθυμία και διέγερση συνήθως μπορεί να υπάρχουν και ο οργασμός μπορεί να επιτυγχάνεται μέσω κλειτοριδικής διέγερσης. Όμως ο χρόνιος πόνος ή η ενόχληση που προκαλείται από τον κολεόσπασμο και τη δυσπαρευνία μπορεί να προκαλέσουν δευτερογενώς σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

Πίνακας 2.4: Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής πόνου. Πηγή : American Psychiatric Association, 2012

Δυσπαρευνία (Μη Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση)	
Α	Επανειλημμένος ή επίμονος πόνος στα γεννητικά όργανα που συνδέεται με τη συνουσία.
Β	Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.
Γ	Η διαταραχή δεν προκαλείται αποκλειστικά από Κολεόσπασμο ή από έλλειψη λίπανσης, δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη διαταραχή του Άξονα Ι (εκτός από μία άλλη Σεξουαλική Δυσλειτουργία) και δεν οφείλεται αποκλειστικά στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
Κολεόσπασμος (Μη Οφειλόμενος σε Γενική Ιατρική Κατάσταση)	
Α	Επανειλημμένος ή επίμονος ακούσιος σπασμός των μυών του έξω τριτημορίου του κόλπου που παρεμποδίζει τη συνουσία.
Β	Η διαταραχή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση ή δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις.
Γ	Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη διαταραχή του Άξονα Ι (εκτός από μία άλλη Σεξουαλική Δυσλειτουργία) και δεν οφείλεται αποκλειστικά στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ., κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Συνήθως η δυσπαρευνία είναι βιολογικής αιτιολογίας η οποία μπορεί να επιβαρυνθεί από ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ ο κολεόσπασμος είναι συνήθως

ψυχολογικής αιτιολογίας [Andreasen & Black 2010]. Οι ψυχολογικοί παράγοντες που συνδέονται με τη δυσπαρευνία και τον κολεόσπασμο είναι φόβοι και ασυνείδητες συγκρούσεις για τη σεξουαλική δραστηριότητα, αυστηρή ανατροφή και ιστορικό βιασμού ή σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία. Οι συχνότεροι βιολογικοί παράγοντες, που σχετίζονται, κυρίως με δυσπαρευνία και σπανιότερα με κολεόσπασμο, είναι η αιδοιαλγία (Vulvar vestibulitis) σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, η μυκητίαση μετά από θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και χρόνιες φλεγμονές της πυέλου[Andreasen & Black 2010]. Η αντιμετώπιση γίνεται με τη χρήση λιπαντικών κρεμών και τη θεραπεία της βιολογικής ή/και ψυχολογικής αιτίας που προκαλεί τη δυσπαρευνία ή τον κολεόσπασμο [Kaplan 1979].

2.4.2.4 Σεξουαλικές διαταραχές που σχετίζονται με γνωστή πάθηση

Πολλές σωματικές και ψυχολογικές παθήσεις μπορούν άμεσα ή/και έμμεσα να επηρεάσουν την ομαλή σεξουαλική λειτουργία. Η σεξουαλική λειτουργία μπορεί να επηρεαστεί άμεσα από παθήσεις οι οποίες προκαλούν μεταβολές στη φυσιολογία των γεννητικών οργάνων ή/και στη φυσιολογική έκκριση των ορμονών του σεξ (sex hormons). Επίσης μπορεί να επηρεαστεί έμμεσα από τις θεραπεύτηκες παρεμβάσεις ή τις τυχών επιπλοκές των θεραπευτικών παρεμβάσεων που είναι απαραίτητες για τη θεραπεία του ασθενή [Andreasen & Black 2010]. Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται και οι ασθενείς με καρκίνο, που αναλύεται στο κεφάλαιο 3.

2.5 Ο ρόλος της σταθερής σχέσεις στη γυναικεία σεξουαλικότητα

Οι περισσότεροι άνθρωποι όταν αντιμετωπίζουν καταστάσεις έντονου άγχους, όπως τη διάγνωση ενός καρκίνου ή μιας χρόνιας πάθησης, έχουν την τάση να στρέφονται προς τους κοντινούς τους ανθρώπους αναζητώντας ψυχολογική υποστήριξη. Το όφελος της κοινωνικής υποστήριξης περιγράφεται από την υπόθεση της αντιστάθμισης του άγχους (stress buffering). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία η υποστήριξη που προσφέρουν οι συγγενείς και οι φίλοι αντισταθμίζουν τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις που προκαλεί το έντονο άγχος. Οι περισσότερες γυναίκες που αντιμετωπίζουν κάποια χρόνια ή/και βαριά πάθηση, αναφέρουν ότι αναζητούν βοήθεια, κυρίως από τον σύντροφό τους [Cohen & Wills 1985].

Ο καρκίνος προκαλεί μια τρομακτική επίδραση στη συντροφική σχέση τόσο στη σύντροφο όσο και στο σύντροφο . Μια μελέτη αναφέρει ότι οι συντροφικές σχέσεις επηρεάστηκαν αρνητικά από τη σεξουαλική δυσλειτουργία [Crowe & Costello 2003]. Ωστόσο, άλλες μελέτες δείχνουν ότι οι συζυγικές σχέσεις δεν επηρεάστηκαν δυσμενώς από τις επιπτώσεις του καρκίνου και ότι αναπτύχθηκε μεγαλύτερη συναισθηματική εγγύτητα [Srirangam et al.2003, Maliski et al. 2001].

Σε άλλη μελέτη που διερευνά την επίδραση του καρκίνου στη συζυγική σχέση, οι μισές από τις συζύγους ανέφεραν ότι η εμπειρία της διάγνωσης και η απόφαση για τη θεραπεία έφεραν τους συζύγους πιο κοντά και ισχυροποίησε τη σχέση τους [Srirangam et al. 2003].

Το αντίστοιχο παρατηρείται και σε καρκίνους του άνδρα. Οι Harden και συνεργάτες βρήκαν ότι τα περισσότερα ζευγάρια ήταν σε θέση να διαπιστώσουν ότι η εμπειρία του καρκίνου προστάτη τους οδήγησε σε στενότερη σχέση [Harden et al. 2002]. Οι Laverly και Clarke ανέφεραν παρόμοια ευρήματα, με την πλειονότητα των ασθενών και των συζύγων τους να υποστηρίζουν ότι η εμπειρία του καρκίνου όχι μόνο τους έφερε πιο κοντά αλλά αύξησε επίσης τον σεβασμό του ενός προς τον άλλο [Lavery & Clarke 1999].

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη σεξουαλικότητα και τα σεξουαλικά προβλήματα των γυναικών είναι ο σύντροφος. Ο ρόλος του συντρόφου στη σεξουαλική λειτουργία της γυναίκας είναι πολυδιάστατος και μεταβάλλεται με την πάροδο των ετών και με τις συγκυρίες κάθε στιγμής. Για παράδειγμα σε νεαρή ηλικία η σεξουαλικότητα παίζει πολύ βασικό ρόλο [Joanning & Keoughan 2005], ενώ με τη πάροδο των χρόνων, φαίνεται ότι πρωταρχικό ρόλο παίζει η συντροφικότητα και η ανάγκη για φροντίδα [Adams 1996].

Κεφάλαιο 3
Αιτίες που προκαλούν διαταραχές στη σεξουαλικότητα και στις συντροφικές σχέσεις μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου

3.1 Εισαγωγή

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταγράφονται διαφορές μεταξύ των ερευνών σχετικά με τον βαθμό που επηρεάζει ο γυναικολογικός καρκίνος και ο καρκίνος του μαστού τη λειτουργικότητα των ασθενών. Οι διαφορές στον επιπολασμό των ψυχολογικών και οργανικών προβλημάτων φαίνεται οφείλονται στα διαφορετικά μεθοδολογικά χαρακτηριστικά των ερευνών [Frühauf et al. 2013]. Ο επιπολασμός επίσης επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά της νόσου (τύπος καρκίνου, στάδιο, ΑΚΘ, ΧΜΘ) και στα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του ασθενή (ηλικία, ποιότητα σχέσης, εκπαιδευτικό επίπεδο κ.α.) [Ganz et al., 1998].

Κατά τα τελευταία 30 χρόνια πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί σχετικά με την επίδραση του γυναικολογικού καρκίνου και του καρκίνου του μαστού στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η διάγνωση του καρκίνου, επηρεάζει τη ψυχική και συναισθηματική σταθερότητα του άτομου, και του συντρόφου του [Vincent et al 1975]. Εκτός από αυτό όμως, ο κάθε καρκίνος ξεχωριστά σε κάθε στάδιο της θεραπείας του, επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι μεταβολές στη σεξουαλικότητα, ως συνέπεια της θεραπείας είναι μια από τις σημαντικότερες ανησυχίες των νεότερων γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού [Gilbert et al 2010, Gilbert et al 2011].

3.2 Ρόλος της νόσου

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, γίνεται πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων, για αυτόν τον λόγω τυχών σεξουαλικές δυσλειτουργίες των γυναικών δεν μπορούν να αποδοθούν στη νόσο. Όσον αφορά τον γυναικολογικό καρκίνο, συμπτώματα όπως το κοιλιακό άλγος και η μητρορραγία που σχετίζονται με τη σεξουαλική επαφή, είναι οι συχνότερες αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν σεξουαλικές διαταραχές, κυρίως διαταραχές επιθυμίας και διέγερσης, πριν τη διάγνωση του καρκίνου. Όμως, τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται σε προχωρημένα στάδια του γυναικολογικού καρκίνου και στην πλειονότητα των γυναικών η διάγνωση γίνεται πριν την εμφάνιση τους. Επίσης τα συμπτώματα αυτά ελαττώνονται μετά τη θεραπεία [Ganz et al., 1998]. Για τους δύο παραπάνω λόγους είναι πλέον αποδεκτό ότι οι σεξουαλικές διαταραχές που προκαλούνται από τον γυναικολογικό καρκίνο σχετίζονται με τις οργανικές και ψυχολογικές μεταβολές που προκαλούν η διάγνωση και η θεραπεία του.

3.3 Ο ρόλος της διάγνωσης

Στις δυτικές κοινωνίες, αλλά και στις περισσότερες κοινωνίες του κόσμου, ο καρκίνος θεωρείται μια πολύ βαριά πάθηση που προκαλεί έντονες μεταβολές στην προσωπικότητα του ατόμου καθώς και στον κοινωνικό του κύκλο [Pinquart & Duberstein 2010]. Η διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου και του καρκίνου του μαστού, στα αρχικά στάδια, συνήθως γίνεται είτε με τον ετήσιο προληπτικό έλεγχο είτε ως αποτέλεσμα διερεύνησης ύποπτων συμπτωμάτων, τις περισσότερες φορές άτυπων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να βιώνει, έντονη ματαίωση και έντονο άγχος [Linden et al 2012]. Στις περισσότερες περιπτώσεις το χρονικό διάστημα μεταξύ της διάγνωσης και της θεραπείας είναι σχετικά μικρό, έτσι η ασθενής καλείται γρήγορα να κατανοήσει και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες, καθώς και να λάβει πολύ σημαντικές αποφάσεις σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα [Burgess et al 1988]. Ως αποτέλεσμα της ματαίωσης και του παρατεταμένου άγχους επηρεάζεται η ευεξία (well- being) της γυναίκας και κατά συνέπεια η ποιότητα της ζωής καθώς και οι διαπροσωπικές σχέσης.

Οι περισσότερες έρευνες σε αυτό το στάδιο καταγράφουν έντονες μεταβολές στη σεξουαλικότητα και μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας [Gilbert et al 2010, Gilbert et al 2011]. Οι γυναίκες συνήθως αναπτύσσουν αρνητικές σκέψεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα τους, φόβο για τη σεξουαλική επαφή καθώς και συναισθήματα ενοχής για την ευχαρίστηση που προκαλεί η σεξουαλική επαφή. Κατά συνέπεια επηρεάζονται όλα τα στάδια του κύκλου της σεξουαλικής ανταπόκρισης αλλά κυρίως το στάδιο της επιθυμίας και του οργασμού. Σε πολλές περιπτώσεις η επίδραση της διάγνωσης είναι τόσο σημαντική στη σεξουαλικότητα που οι γυναίκες δεν μπορούν να το αποδεχτούν ακόμα και μετά την ολοκλήρωση της θεραπεία, φαίνεται λοιπόν ότι μερικές φορές μεταβολές που προκαλεί η διάγνωση, έχουν μόνιμο χαρακτήρα [Cleary & Hegarty, 2011]. Έτσι η μελέτη της επίδρασης της διάγνωση του καρκίνου στη σεξουαλικότητα δίνει πολύ σημαντικές πληροφορίες, για τον τρόπο που το άτομο αντιμετωπίζει καταστάσεις έντονου άγχους και για τις πιθανές μεταβολές στη σεξουαλικότητα μετά την ολοκλήρωση όλων των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

3.4 Ο ρόλος της θεραπείας

Η θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου και του καρκίνου του μαστού, σε αρχικά στάδια, είναι συνήθως χειρουργική. Οι παλαιότερες έρευνες σχετικά με την επίδραση της χειρουργικής θεραπείας στη σεξουαλικότητα επικυρώνονταν στις ανατομικές μεταβολές της θεραπεία και τη σεξουαλική ευεξία την υπολόγιζαν βάση της ‘’ικανοποίησης’’ και της ‘’λειτουργικότητας’’ [Carpenter et al, 2009, Burns et. al. 2007, Andersen & van DerDoes 1994]. Έρευνες, που εξετάζουν τη σεξουαλική ευεξία ως πολύ-παραγοντικό οικοδόμημα, δείχνουν ότι, εκτός από τις ανατομικές μεταβολές, και οι ψυχολογικές μεταβολές ως αποτέλεσμα της χειρουργικής θεραπείας μπορούν να προκαλέσουν αρνητικές επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα τις γυναίκας. Μετεγχειρητικά πολλές γυναίκες βιώνουν κατάθλιψη, μεταβολές ταυτότητας (identity) και της εικόνας του σώματος τους [Gilbert et al 2010, Gilbert et al 2011].

3.4.1 Γυναικολογικός καρκίνος

Τα αποτελέσματα των ερευνών που μελετούν την επίδραση της θεραπείας του γυναικολογικού καρκίνου στη σεξουαλικότητα είναι αντικρουόμενα [Gilbert et al 2011]. Έρευνες δείχνουν ότι οι το σεξουαλικό ενδιαφέρον (sexual interest) δεν μεταβάλλεται στις ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο, και σε μερικές περιπτώσεις καταγράφονται υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής ικανοποίησης (satisfaction) στις γυναίκες μετά τη θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου [Grumann et al. 2001, Schover et. al. 1989, Greenwald & McCorkle 2008]. Αντίθετα μεγάλος αριθμός ερευνών δείχνουν ότι η σεξουαλικότητα των γυναικών επηρεάζεται πολύ έντονα [Gilbert et al 2011]. Τα πιο συνηθισμένα προβλήματα είναι διαταραχές οργασμού [Weijmar-Schultz et. al. 1991, Leenhouts et al. 2002] και σεξουαλικής ικανοποίησης [Andersen & van DerDoes 1994, Grumann et al. 2001, Cull et al. 1993, Stead et al. 2007], μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας [Schover et al. 1989, Green et al. 2000] και φόβος για τη σεξουαλική επαφή [Rasmusson & Thomé, 2008, Cull et al. 1993]. Διαφορές στα ευρήματα εντοπίζονται ακόμα και μεταξύ των ερευνών με παρόμοια αποτελέσματα καθώς, κάποιες αναφέρουν ότι οι διαταραχές είναι μόνιμες ενώ άλλες ότι είναι παροδικές. Οι διαφορές αυτές φαίνεται να οφείλονται στην υποκειμενικότητα της έννοιας της σεξουαλικής ευεξίας, στις διαφορές μεταξύ των χειρουργικών επεμβάσεων καθώς και στις διαφορετικές μεθοδολογίες μεταξύ των ερευνών.

3.4.1.1 Επίδραση της επέμβασης

Η υστερεκτομή, ως θεραπεία του καρκίνου, έχει συσχετισθεί με μεταβολές στη σεξουαλικότητα, κυρίως λόγω της μείωση του μήκους το κόλπου, της κολπικής ξηρότητας, την καταστροφή νευρικού ιστού και έμμεσα λόγω της μείωσης των συγκεντρώσεων των ορμονών (στις περιπτώσεις που αφαιρούνται και οι ωοθήκες) [Pauls, 2010]. Έρευνα του Jensen το 2007, σε ασθενείς με καλοήθεις και κακοήθεις όγκους πραγματοποιήθηκε ολική κοιλιακή υστερεκτομή καταγράφηκαν διαταραχές επιθυμίας, διέγερσης, πόνου και οργασμού έως και 2 χρόνια μετά την επέμβαση[Jensen, 2007]. Αντίστοιχα αποτελέσματα κατέγραψαν και οι Corney και συνεργάτες το 1993 μελετώντας παρόμοιες ομάδες ασθενών [Corney et al 1993]. Εντονότερες σεξουαλικές διαταραχές καταγράφονται σε ασθενείς μετά από μερική ή ολική αιδοιεκτομή. Εκτός από τις ανατομικές μεταβολές που προκαλεί η

αιδοιεκτομή, καίριο ρόλο φαίνεται να έχει και η ριζική μεταβολή στην εικόνα του σώματος [Thuesen et al. 1992]. Σε έρευνα των Janda και συνεργάτες, οι γυναίκες αναφέρουν ότι αισθάνονται ''λιγότερο γυναίκες'' μετά από την επέμβαση [Janda et al. 2004]. Επίσης ο καρκίνος του αιδοίου συνήθως εμφανίζεται σε μεγάλη ηλικία οπότε πολύ συχνά προϋπάρχουν σεξουαλικές διαταραχές.

3.4.1.2 Επίδραση της ακτινοθεραπείας ή/και χημικοθεραπείας

Συμφώνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες από τη FIGO, ακόμα και τα αρχικά στάδια των γυναικολογικών καρκίνων έχουν συχνά ένδειξη για συμπληρωματική θεραπεία [International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 2012]. Η επίδραση της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας στη σεξουαλικότητα της γυναίκας επιβεβαιώνεται από τις περισσότερες έρευνες [Kinamore 2008, Alder et al. 2008, Juraskova et al. 2003, Rasmusson & Thomé, 2008, Bergmark et al. 1999]. Φαίνεται, επίσης, ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν πρωτόγεννη ακτινοθεραπεία ή συνδυασμό ακτινοθεραπείας και χειρουργική επέμβαση, εμφανίζουν εντονότερα σεξουαλικά προβλήματα συγκριτικά με ασθενής που χρειάζονται μόνο χειρουργική επέμβαση [Gilbert et al. 2011]. Η ακτινοθεραπεία έχει συσχετισθεί με περαιτέρω μείωση του μήκους, της εφύγρανσης και της ελαστικότητας του κόλπου [Rasmusson & Thomé, 2008, Bergmark et al.1999]. Επίσης άμεσα μπορεί να προκαλέσει ερυθρότητα και οίδημα της γεννητικής περιοχής, και μακροπρόθεσμα να προκαλέσει υπαισθησία των έξω γεννητικών οργάνων [Pieterse et al. 2006]. Οι παραπάνω μεταβολές συνήθως προκαλούν φόβο για τη σεξουαλική επαφή, μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, διαταραχές οργασμού, πόνου και επιθυμίας [Cull et al. 1993]. Παρόμοιες σεξουαλικές διαταραχές φαίνεται να προκαλεί και η χημειοθεραπεία, μέσω όμως άλλων βιολογικών και ψυχολογικών μεταβολών. Κατά τη διάρκεια της θεραπεία συχνά οι ασθενείς βιώνουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες (αδυναμία, έμετοι κ.λπ.) που μειώνουν τη σεξουαλική επιθυμία και τη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών [Jensen 2007, Bukovic et al. 2008]. Αλλά και μετά το τέλος της θεραπείας οι ασθενής εμφανίζουν διαταραχές επιθυμίας και διέγερσης [Bukovic et al. 2008]. Τα σεξουαλικά προβλήματα των ασθενών που λαμβάνουν χημικοθεραπευτικά σχήματα δεν οφείλονται αποκλειστικά στις επιδράσεις των φαρμάκων στις φυσιολογικές λειτουργείς αλλά και στις ψυχολογικές μεταβολές που

προκαλούν. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς αναφέρουν μεταβολές στην εικόνα του σώματος (απόλυα βάρους, αλωπεκία), μείωση της αυτοεκτίμησης (self-esteem) και αμφισβήτηση της θηλυκότητας τους (feelings of femininity) [Sekse et al. 2010, Few et al 2002].

3.4.2 Καρκίνος του μαστού

Η αρνητική επίδραση του καρκίνου του μαστού και της θεραπείας του στη σεξουαλικότητα και στις σεξουαλικές σχέσεις αποτυπώνεται στις περισσότερες έρευνες [Gilbert et al 2010]. Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη μελέτη της φύσης των σεξουαλικών διαταραχών. Λόγω της πολυπλοκότητας της γυναικείας σεξουαλικότητας η επίδραση του σχετίζεται με τις βιολογικές, ορμονικές και ψυχολογικές μεταβολές που προκαλεί η διάγνωση και η θεραπεία του. Η επίδραση του καρκίνου του μαστού μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας και μερικές φορές μπορεί να είναι και μόνιμη [Gilbert et al 2010].

3.4.2.1 Επίδραση της επέμβασης

Οι χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού τα τελευταία χρόνια έχει εξελιχθεί από τη ριζική μαστεκτομή σε πιο συντηρητικές επεμβάσεις με σύγχρονη ή μετάχρονη πλαστική αποκατάσταση που έχουν ως αποτέλεσμα λιγότερες επιπλοκές και καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα [Rowland et al. 2000]. Όμως, όπως δείχνουν οι περισσότερες έρευνες, ο μαστός στις περισσότερες κοινωνίες σχετίζεται άμεσα με την εικόνα του σώματος και τη θηλυκότητα [Schover 1994]. Για αυτό τον λόγω, παρόλο που η χειρουργική επέμβαση, ουσιαστικά, δεν προκαλεί μεγάλες ανατομικές μεταβολές και δεν επηρεάζει τη λειτουργία ζωτικών οργάνων, η ψυχολογική της επίδραση στις γυναίκες είναι πολύ έντονη [Schover 1994]. Οι σεξουαλικές διαταραχές που σχετίζονται με τις βιολογικές μεταβολές της επέμβασης οφείλονται κυρίως στην υπαισθησία ή/και στον πόνο που προκαλέσει η επέμβαση [Thors et al. 1994]. Όπως δείχνουν οι περισσότερες έρευνες, η βασικότερη επίδραση της επέμβασης είναι στην εικόνα του σώματος. Οι γυναίκες μετά την επέμβαση αναφέρουν ότι αισθάνονται λιγότερο ικανοποιημένες από την εμφάνιση τους και λιγότερο ‘’γυναίκες’’ [Schover 1994]. Τόσο οι βιολογικές όσο και

οι ψυχολογικές μεταβολές φαίνεται ότι επιδρούν κυρίως στη φάση της σεξουαλικής επιθυμίας [Panjari et al.2011].

3.4.2.2 Επίδραση της ακτινοθεραπείας ή/και χημειοθεραπείας και Δευτερογενής εμμηνόπαυση

Έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που χρειάζονται και χημειοθεραπεία εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό σεξουαλικών διαταραχών, συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν λαμβάνουν χημειοθεραπεία ακόμα και αν υποβληθούν σε πιο εκτεταμένα χειρουργεία [Ganz et al.1999, Avis et al 2004, Thors et al. 2001]. Οι σεξουαλικές διαταραχές από τη χημειοθεραπεία φαίνεται να οφείλονται στις παρενέργειες των φαρμάκων και είναι κοινές με τις διαταραχές των γυναικολογικών καρκίνων που αναλύθηκαν παραπάνω. Αντίθετα η ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να προκαλεί βιολογικές μεταβολές που να μπορούν να προκαλέσουν σεξουαλικές διαταραχές, όμως αρκετές έρευνες καταγράφουν μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού που κάνουν ακτινοθεραπεία. Οι Langellier και Sullivan (1998) απέδωσαν αυτή τη μείωση στη ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών από τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας [Langellier & Sullivan, 1998].

Οι σεξουαλικές διαταραχές, κυρίως των νεότερων ασθενών με καρκίνο του μαστού, πολύ συχνά αποδίδονται και στη φαρμακευτική εμμηνόπαυση [Archibald et al. 2006]. Ο συνδυασμός της απώλειας της γονιμότητας και των συμπτωμάτων της πρόωρης εμμηνόπαυσης μπορεί να προκαλέσουν στις γυναίκες έντονες και μεγάλης διάρκειας διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας, διέγερσης και πόνου (δυσπαρευνία) [Ganz et al.1998, Ganz et al. 2003]. Επίσης αμφισβητούμενος είναι και ο ρόλος της ταμοξιφένης, καθώς υπάρχουν και έρευνες που δεν τη συσχετίζουν με την εμφάνιση σεξουαλικών διαταραχών [Ganz et al. 1998] και έρευνες που τη συσχετίζουν [Mortimer et al. 1999].

Παντός από όλες τις παραπάνω έρευνες φαίνεται ότι τόσο στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού όσο και στις ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο, είναι πολύ δύσκολο να υπάρξει σαφής συσχέτιση ανάμεσα στην επίδραση των διαφορετικών σταδίων της θεραπείας και στις σεξουαλικές διαταραχές που ενδεχόμενος να εμφανιστούν μετά το τέλος της θεραπείας. Όμως για την αρτιότερη ενημέρωση και παροχή

ψυχολογικής βοηθείας στους ασθενείς καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας έχει μεγάλη σημασία η μελέτη της επίδρασης των διαφορετικών σταδίων της θεραπεία στη σεξουαλικότητα.

3.5 Ανάγκη για υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω ο καρκίνος και η θεραπεία του επηρεάζουν τη λειτουργικότητα της γυναίκα ποικιλοτρόπως, είναι λοιπόν εμφανής η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη των γυναικών αυτών καθ' όλη τη διάρκεια και πολύ περισσότερο μετά το τέλος της θεραπείας. Όμως τα προβλήματα που δημιουργεί ο καρκίνος του μαστού και οι γυναικολογικοί καρκίνοι στη γυναίκα μπορεί να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό και τον σύντροφο της [Manne 1998]. Έρευνες δείχνουν ότι η διάγνωση του καρκίνου προκαλεί στον σύντροφο έντονο άγχος, κατάθλιψη και συχνά αισθάνεται πως δεν μπορεί να βοηθήσει τη σύντροφό του [Lethborg et al. 2003]. Αλλά και μετά το τέλος της θεραπείας πολλές φορές αισθάνονται ανέτοιμοι να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες. Ο Baider και συνεργάτες το 1998 παρατήρησαν πώς οι σύντροφοι των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή παρουσίαζαν σχεδόν στο ίδιο ποσοστό, προβλήματα προσαρμογής (λόγω της ασθένειας της γυναίκας τους) [Baider et. al. 1998]. Επίσης φαίνεται ότι και οι σύντροφοι των ασθενών βιώνουν τους ίδιους φόβους και ανησυχίες που βιώνουν οι ασθενής κατά τα στάδια της επιβίωσης (όπως αναφέρθηκαν στην εισαγωγή, πίνακας 1 σελίδα 13). Όμως ουσιαστική διαφορά είναι ότι ο σύντροφός πολύ συχνά δεν εκφράζει αυτές τις ανησυχίες ή τις εκφράζει με τέτοιο τρόπο που ενισχύει το άγχος της ασθενούς (αρνητική υποστήριξη) (πίνακας 3.1, σελίδα 57)[Ptacek et al, 2007]. Επίσης και ο τρόπος που η ασθενής αντιμετωπίζει και εκφράζει τους φόβους και τις ανησυχίες της μπορεί να ενισχύει το άγχος του συντρόφου της (πίνακας 3.1, σελίδα 56) [Kayser & Scott, 2008].

Η σεξουαλική λειτουργία μετά τη θεραπεία, επίσης πρέπει να υπολογίζεται στα πλαίσια του ζευγαριού, καθώς πολλά ζευγάρια μπορεί να είναι σεξουαλικά ανενεργά για πολλά χρόνια πριν τη διάγνωση του καρκίνου, λόγω κάποιου οργανικού προβλήματος του συντρόφου, αλλά να αντλούν αρκετή ικανοποίηση από

μια μη σεξουαλική σχέση [Scott 2004]. Μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών ασθενών εκτός από τα σεξουαλικά προβλήματα που μπορεί να πηγάζουν από τις οργανικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της διαγνώσεις και της θεραπείας καρκίνου, εξίσου σημαντικό ρόλο έχει και η αντίδραση του συντρόφου απέναντι στη νόσο της σύντροφο του [Northhouse et al. 2001]. Συχνά ο σύντροφος μη μπορώντας να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες και φοβούμενος ότι μπορεί να προκαλέσει κάποιο πρόβλημα στη σύντροφο αποφεύγει να έχει σεξουαλικές επαφές. Αυτό όμως, μεταξύ ζευγαριών που η σχέση βασίζεται στις σεξουαλικές επαφές (κυρίως μεταξύ νεότερων ζευγαριών) μπορεί να οδηγήσει σε κρίση και τελικά σε χωρισμό του [Kayser & Scott, 2008].

Πίνακας 3.1 : στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι σύντροφοι τους για να προσαρμοστούν στις μεταβολές από τη θεραπεία του καρκίνου. Πηγή: Kayser & Scott, 2008

Οι γυναίκες με καρκίνο προσαρμόζονται **καλύτερα** όταν οι σύντροφοι τους:

1. Εστιάζουν περισσότερο στο πρόβλημα
2. Αποδέχονται τις μεταβολές της συντρόφου τους
3. Εμπλέκονται ενεργά στην προσαρμογή της

Οι γυναίκες με καρκίνο **νιώθουν δυσφορία** όταν οι σύντροφοι τους είναι:

1. Αρνητικοί ή υπεραισιόδοξοι για την εξέλιξη της αποθεραπείας
2. Υπερπροστατευτικοί απέναντι τους

Φαίνεται λοιπών ότι υπάρχει ανάγκη για υποστήριξη, η οποία θα πρέπει να γίνεται στα πλαίσια του ζευγαριού και όχι μόνο ατομικά. Οι στόχοι της υποστήριξης (πίνακας 3.2) του ζευγαριού είναι πρώτιστος να αξιολογηθεί ο κίνδυνος που διατρέχει το ζευγάρι να αναπτύξει σεξουαλικά προβλήματα και στη συνέχεια να δοθεί η απαραίτητη βοήθεια και οι απαραίτητες πληροφορίες [Kayser & Scott, 2008]. Η υποστήριξη του ζευγαριού είναι μια συνεχής διαδικασία η οποία ξεκινάει από τη στιγμή της διάγνωσης, συνεχίζεται και μετά το τέλος της θεραπεία και τροποποιείται ανάλογα με το στάδιο της επιβίωσης.

Πίνακας 3.2: Στόχοι της υποστήριξης του ζευγαριού με καρκίνο. Πηγή: Kayser & Scott, 2008

1. Αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης σεξουαλικών προβλημάτων
2. Συζήτηση και ενημέρωση για τα συχνότερα σεξουαλικά προβλήματα και μεταβολές στη σεξουαλικότητα μετά τη θεραπεία του καρκίνου
3. Τροποποίηση των παρεχόμενων συμβουλών και πληροφοριών ανάλογα με το στάδιο της επιβίωσης
4. Παροχή εξατομικευμένων στρατηγικών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 4
Σκοπός και στόχοι

4.1 Σκοπός

Η εξέλιξη της ιατρικής, τα τελευταία χρόνια, στον τομέα της διάγνωσης και της θεραπείας του γυναικολογικού καρκίνου και του καρκίνου του μαστού έχει επιτύχει την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και την ίαση. Όμως η επικέντρωση των μελετών στην επιβίωση άφησε άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής της γυναίκας εκτός ερευνών, και έτσι αναδύονται προβλήματα επανένταξης των γυναικών στη διαπροσωπική και κοινωνική ζωή με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η γενικότερη ποιότητα της ζωής. Βασικό ρόλο στην ποιότητα ζωής παίζει και η αποκατάσταση της σεξουαλικής λειτουργικότητας, η οποία όχι μόνο προσφέρει απόλαυση αλλά κυρίως τονώνει την προσωπικότητα και διευκολύνει την αντιμετώπιση ψυχοπιεστικών καταστάσεων. Συχνά, παρά τη συνεχή παρακολούθηση και υποστήριξη των γυναικών μετά από καρκίνο, δίνεται μικρή σημασία στις επιπτώσεις των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη σεξουαλική λειτουργικότητα και στους ψυχολογικούς παράγοντες των σεξουαλικών δυσλειτουργιών και ακόμα μικρότερη στα προβλήματα που δημιουργούνται στις συζυγικές σχέσεις.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων που πιθανώς επηρεάζουν τη σεξουαλική υγεία των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού, καθώς και σε τι βαθμό την επηρεάζουν.

Η σεξουαλική υγεία είναι μια βασική παράμετρος της ποιότητας της ζωής που επηρεάζεται άμεσα και έμμεσα από τον καρκίνο, από τη διάγνωση της νόσου, από την επέμβαση και τη συμπληρωματική θεραπεία.

Αν και οι γυναίκες ταξινομούν τη σεξουαλική δραστηριότητα ως έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες της ποιότητας της ζωής, τόσο προ της ασθένειας τους, όσο και μετά τη θεραπεία, έχουν γίνει μόνο σποραδικές έρευνες που αφορούν την αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών που προκαλούνται από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

4.2 Στόχος

Ο στόχος της μελέτης είναι η καταγραφή των σεξουαλικών δυσλειτουργιών των γυναικών και των προβλημάτων στις συζυγικές σχέσεις μετά τη θεραπεία γυναικολογικών καρκίνων και του καρκίνου του μαστού και η αναζήτηση του βαθμού αλληλεπίδρασης των επιβαρυντικών παραγόντων. Έτσι θα υπάρχει αφενός καλύτερη ενημέρωση των ασθενών για τις μεταβολές που θα πρέπει να αναμένουν στο μέλλον στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και αφετέρου καλύτερη αντιμετώπιση από τους θεράποντες ιατρούς των συγκεκριμένων προβλημάτων. Λόγω της βιολογικής και ψυχολογικής φύσης των προβλημάτων για την καλύτερη αντιμετώπιση από τους θεράποντες ιατρούς θα πρέπει να ενισχυθεί η συνεργασία ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, κυρίως μεταξύ γυναικολόγων ογκολόγων, χειρουργών και ψυχιάτρων, σε συνεργασία με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ψυχολόγων με στόχο τη συνολική αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Κεφάλαιο 5
Υλικό και μέθοδος

5.1 Υλικό

5.1.1 Ασθενείς

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη από τον Σεπτέμβριο του 2008 έως τον Νοέμβριο του 2011, στα νοσοκομεία ΠΓΝΑ ''Αττικό'' και στο αντικαρκινικό νοσοκομείο Αθηνών ''Άγιος Σάββας''. Όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν στη έρευνα είχαν διαγνωσθεί με γυναικολογικό καρκίνο αρχικού σταδίου ή με καρκίνο του μαστού. Επίσης απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν οι ασθενείς να είναι ενημερωμένοι για την πάθηση τους και μετά τη θεραπευτική παρέμβαση να ήταν δυνατή η σεξουαλική επαφή. Ασθενείς που αποκλείονταν από το ερευνητικό πρωτόκολλο ήταν όσοι είχαν καρκίνο προχωρημένου σταδίου, που υποβάλλονται σε παρηγορητική θεραπεία, ασθενείς με προϋπάρχοντα ψυχιατρικά νοσήματα και όσοι λάμβαναν φαρμακευτικά σκευάσματα που επιβεβαιωμένα προκαλούν σεξουαλικές δυσλειτουργίες (πχ SSRI).

Από το σύνολο των 266 ασθενών που ολοκλήρωσαν το πρώτο στάδιο της έρευνας, 93 γυναίκες αποχώρισαν από το ερευνητικό πρωτόκολλο. Η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών που αποχώρισαν από το πρωτόκολλο είναι γυναίκες που κατοικούν εκτός Αθήνας, οι οποίες συνέχισαν τη θεραπεία και την παρακολούθηση της ασθένειας στον τόπο κατοικίας τους. Ο δεύτερος συχνότερος λόγος αποχώρησης είναι η άρνηση της αιμοληψίας ή/και της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Οι 173 ασθενείς που ολοκλήρωσαν και τα δύο στάδια της έρευνα χωρίστηκαν σε 3 ομάδες (πίνακας 6.1 σελ 67). Την ομάδα Α που αποτελείται από 67 γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του μαστού. Την ομάδα Β αποτελείται από 43 γυναίκες που έπασχαν από κάποιο γυναικολογικό καρκίνο. Τέλος την ομάδα ελέγχου 0 (control group), που χωρίζεται σε δύο υποομάδες την 0α και την 0β η οποίες αποτελούνται από 33 γυναίκες με καλοήθεις παθήσεις του μαστού και 30 με καλοήθεις παθήσεις των γεννητικών οργάνων αντίστοιχα. Αναλυτικά τα χαρακτηριστικά κάθε ομάδας περιγράφονται στο επόμενο κεφάλαιο.

5.1.2 Ερωτηματολόγιο

Για τη διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στη σεξουαλικότητα των γυναικών χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 124 ερωτήσεων. Όλες οι ασθενείς έλαβαν το ίδιο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν στην ποιότητα της ζωής γενικά, στη σεξουαλική δραστηριότητα, στις συζυγικές σχέσεις, στην προσωπικότητα και ένα εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο που αφορά στην ποιότητα της ζωής σε σχέση με τον τύπο του γυναικολογικού καρκίνου. Ο χρόνος συμπλήρωσης είναι περίπου 25-30 λεπτά. Τα δημογραφικά στοιχεία, τα στοιχεία του ιστορικού και της θεραπείας καταγράφηκαν από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε 2 φορές σε κάθε ασθενή, η πρώτη φορά πριν την επέμβαση και τη δεύτερη φορά περίπου 1 χρόνο μετά. Στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε τη 2^{η} φορά είχαν αφαιρεθεί οι ερωτήσεις που αφορούσαν το παρελθόν και προστέθηκε ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης της κατάθλιψης.

Αναλυτικότερα στοιχεία για τα ερωτηματολόγια φαίνονται παρακάτω:

Ερωτηματολόγια για ποιότητα της ζωής

Για τον υπολογισμό της *ποιότητας της ζωής γενικά*, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (WHOQOL-BREF) [Κοκκώση και συν. Απόδοση του ερωτηματολόγιου WHOQOL-BREF στα ελληνικά]. Αποτελείται από 24 ερωτήσεις και καταγράφει 5 παράγοντες της ποιότητας της ζωής (πίνακας 5.1):

Πίνακας 5.1: Παράγοντες ποιότητας ζωής	**Ερωτήσεις**
1. Αξιολόγηση της υγείας και της ποιότητα της ζωής γενικά	1,2
2. Αξιολόγηση τομέων που αφορούν την υγεία	3,4,5,6,7,8,9
3. Αξιολόγηση τομέων που αφορούν την καθημερινότητα	10,11,12,13,14,15
4. Αξιολόγηση τομέων που αφορούν την προσωπική ζωή γενικά	16,17,18,19,20
5. Αξιολόγηση τομέων που αφορούν συγκεκριμένες πλευρές της προσωπικής ζωής	N1,N2,N3,N4

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά πώς αξιολογεί το ίδιο το άτομο την ποιότητα της ζωής του και την κατάσταση της υγείας του μέσα από ερωτήσεις που αναφέρονται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής [Κοκκώση και συν].

Για τη μελέτη της ***ποιότητας της ζωής σε σχέση με τον καρκίνο*** χρησιμοποιήθηκε το EORTC QLQ-C30, που αποτελείται από 30 ερωτήσεις σχετικά με το πώς βιώνει η ασθενής την καθημερινότητα της μετά από τη θεραπεία του καρκίνου[European Organization for Research and Treatment of Cancer]. Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι ερώτησης 1-19 που αφορούν δυο παράγοντες της ποιότητα ζωής που επηρεάζονται από τον καρκίνο όπως φαίνεται στον πίνακα 5.2.

Πίνακας 5.2: παράγοντες που καταγράφει το EORTC QLQ-C30	**Ερωτήσεις**
1. Τις καθημερινές ανάγκες/ δραστηριότητες	1-7, 19
2. Τη φυσική κατάσταση	8-18

Ερωτηματολόγια για σεξουαλικότητα

Για την καταγραφή των σεξουαλικών δυσλειτουργιών χρησιμοποιήθηκε το Sexual Functioning Questionary (SFQ), που αποτελείται από 28 ερώτησης και καταγράφει την περίοδο των τελευταίων 4 εβδομάδων .

Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται βάση κλίμακα 5 μονάδων του Likert. Το ερωτηματολόγιο καταγράφει τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες στις διάφορες φάσεις του κύκλου της σεξουαλικής ανταπόκρισης (πίνακας 5.3). Το ερωτηματολόγιο καταγράφει 6 πεδία, από τα οποία 4 είναι ειδικά για τους τύπους των σεξουαλικών διαταραχών και 2 καταγράφουν την ικανοποίηση και τη σεξουαλική σχέση με τον σύντροφο. [Quirk et al 2002, Quirk et al 2005].

Πίνακας 5.3: Παράγοντες που καταγράφει το Sexual Functioning Questionary

Παράγοντες σεξουαλικότητας	**Ερωτήσεις**
1. Επιθυμία	1,2
2. Διέγερση	3,4,5,6
3. Οργασμός	7,8,9,10
4. Πόνος	11,12,13
5. Ικανοποίηση	14,15,16
6. Σύντροφος	17,18,19

Ερωτηματολόγια για συζυγικές σχέσεις

Για τη μελέτη των συζυγικών σχέσεων θα χρησιμοποιηθεί το Maudsley Marital Questionnaire (MMQ) [Joseph et al 2007]. Ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 20 ερωτήσεις και καταγράφει τη *δυσαρέσκεια* σχετικά με (πίνακας 5.4):

Πίνακας 5.4: Παράγοντες που καταγράφει το Maudsley Marital Questionnaire	Ερωτήσεις
1. Τη συζυγική σχέση (εκτός από το σεξουαλικό μέρος)	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
2. Τη συζυγική σχέση και τη σεξουαλικότητα	11,12,13,14,15
3. Τον κοινωνικό ρόλο	16,17,18,19,20

Ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη

Για τη μελέτη της συναισθηματικής καταστάσεις των ασθενών θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα **EPDS** (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείτε από 10 ερωτήσεις, ο χρόνος συμπλήρωσης είναι περίπου 5 λεπτά και καταγράφει τη συναισθηματική κατάσταση την τελευταία εβδομάδα. Η ανώτερη τιμή είναι το 30, και τιμή κάτω από 10, υποδηλώνει μεγάλη πιθανότητα η ασθενής να πάσχει από κατάθλιψη και χρειάζεται παρακολούθηση [Cox et al. 1987] Χρησιμοποιείται ευρέως στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ [Wisner et al. 2002].

5.1.3 Αιματολογικές εξετάσεις

Στην παρούσα έρευνα τα ευρήματα από την ανάλυση των ερωτηματολογίων συγκρίθηκαν με τις μεταβολές στην Τεστοστερόνη, στην Κορτιζόλη, στην Προλακτίνη, στη FSH και στη LH

Τεστοστερόνη

Οι περισσότερες ενστάσεις στη βιβλιογραφία βρίσκονται στη δυνατότητα για ακριβείς μέτρηση της τεστοστερόνης, και στη μορφή που θα πρέπει να υπολογίζεται για κάθε περίπτωση (η δεσμευμένη ή η ελεύθερη) [Somboonporn et al. 2005]. Η τεστοστερόνη στις γυναίκες, παράγεται κατά 50 % από τα επινεφρίδια και κατά 50 % από τις ωοθήκες. Από την ολική τεστοστερόνη:

- το 60% με 78% είναι δεσμευμένη με το SHBG (που είναι ο καθοριστικός παράγοντας για τη βιο-διαθεσιμότητα των στεροειδών),
- το 20% με 33% είναι δεσμευμένη με την αλβουμίνη, και
- περίπου το 2% είναι σε ελεύθερη μορφή.

Ο υπολογισμός της βιο-διαθέσιμης τεστοστερόνης γίνετε άμεσα μετρώντας την ολική ή/και την ελεύθερη τεστοστερόνη και έμμεσα μετρώντας το SHBG. Η συγκέντρωση του SHBG επηρεάζεται από πολλές παθήσεις και από πολλά φάρμακα άρα η μέτρηση του δεν αποτελεί αξιοποιήσιμο στοιχείο [Somboonporn et al. 2005]. Έτσι για τον ακριβέστερο υπολογισμό της τεστοστερόνης στους ιστούς θα πρέπει να

υπολογιστεί η ελεύθερη τεστοστερόνη (FT) ή ο λόγος της ελεύθερης τεστοστερόνης (FTI). Ο υπολογισμός της FT είναι πιο σημαντικός σε γυναίκες μετά από ωοθηκεκτομή γιατί το SHBG είναι συνήθως αυξημένο αλλά η ελεύθερη τεστοστερόνη είναι συνήθως μειωμένη [Casson et al.1997, Simon et al. 1999, Shifren et al. 2000]. Η αιμοληψία για τον υπολογισμό της ελεύθερης τεστοστερόνης προτείνεται μεταξύ 8 και 10 το πρωί, καθώς τα επίπεδα της τεστοστερόνης είναι υψηλότερα το πρωί και κατά τη διάρκεια της ημέρας μειώνονται, οι φυσιολογικές τιμές φαίνονται στον πίνακα 5.5.

Πινακας 5.5: Φυσιολογικές τιμές ορμονών

Ορμόνη	**Φυσιολογικές τιμές**	Μονάδες
Ελεύθερη τεστοστερόνη (FT)	20-80	**ng/dL**
Ωοθυλακιοτρόπος (FSH)	Nonmidcycle <20 Midcycle <40 Postmenopausal 40- 160	**IU/L**
Ωχρινοτρόπος (LH)	Follicular 1-18 Midcycle 20-80 Luteal 0.5- 18 Postmenopausal 12-55	**IU/L**
Προλακτίνη (PR)	4-30	**ng/ml**
Κορτιζόλη (Co)	5-25	**μg/dL**

Κορτιζόλη

Η κορτιζόλη (cortisol) είναι το κύριο γλυκοκορτικοειδές που παράγεται από τα επινεφρίδια και έχει κυκλικό ρυθμό (circadian pattern) παραγωγής. Οι υψηλότερες τιμές της κορτιζόλης καταγράφονται το πρωί και το μεγαλύτερο ποσοστό της είναι δεσμευμένο με αλβουμίνη. Η έκκριση της μεταβάλλεται ταχύτατα σε καταστάσεις έντονου άγχους, σήψης και μετά από χειρουργικές επεμβάσεις. Οι φυσιολογικές τιμές φαίνονται στον πίνακα 5.5.

Προλακτίνη

Η προλακτίνη παράγεται κατά ώσεις από τον υποθάλαμο, αλλά πολλά οργανικά ερεθίσματα μπορεί να αυξήσουν την παραγωγή της κατά τη διάρκεια της ημέρας (πχ ο ύπνος και η έντονη άσκηση) και η Ντοπαμίνι να τη μειώσει. Η προλακτίνη εντοπίζεται σε όλα τα σπονδυλωτά όντα και ρυθμίζει τη συγκέντρωση των ιόντων στον ορό του αίματος. Στα θηλαστικά αφενός ενεργοποιεί την παραγωγή του γάλακτος αλλά αφετέρου, έχει και πολλές άλλες δράσεις όπως το περιορισμό της δράσης των γοναδοτρόπων ορμονών στις ωοθήκες και την ενεργοποίηση της

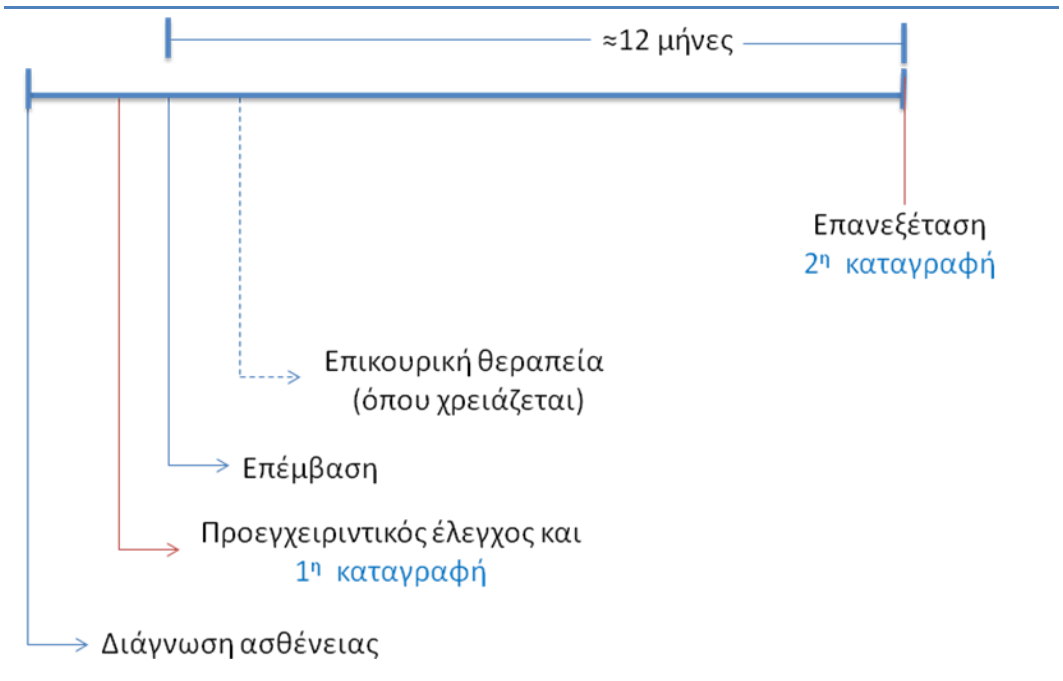
κυτταρικής διαίρεσης των ολιγοδενδροκυττάρων. Οι φυσιολογικές τιμές φαίνονται στον πίνακα 5.5 σελίδα 63.

Ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη και ωχρινοτρόπος ορμόνη

Η ωοθυλακιοτρόπος (FSH) και η ωχρινοτρόπος (LH) είναι γλυκοπρωτεΐνες που παράγονται από την υπόφυση. Στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση είναι οι κύριες ορμόνες που ρυθμίζουν τον εμμηνορρυσιακό κύκλο. Οι συγκεντρώσεις των FSH και LH σταδιακά αυξάνονται από την περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο και φτάνουν τα υψηλότερα επίπεδα περίπου 1 έως 3 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση λόγω της απώλειας της αρνητικής ανατροφοδότησης (negative feedback) των οιστρογόνων στην υπόφυση. Στη συνέχεια αρχίζουν αργά και σταθερά να μειώνονται κατά τη διάρκεια των υπόλοιπων χρόνων της εμμηνόπαυσης. Οι υψηλές συγκεντρώσεις των FSH και LH διεγείρουν το στρώμα της εμμηνοπαυσιακής ωοθήκης και εξακολουθεί να παράγει τεστοστερόνη. Οι φυσιολογικές τιμές φαίνονται στον πίνακα 5.5 σελίδα 63.

5.2 Μέθοδος

Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής του πρωτοκόλλου και δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα λάμβαναν τη δήλωση συμμετοχής (consensus) με γραπτή διαβεβαίωση ότι όλα τα προσωπικά δεδομένα θα είναι απόρρητα την οποία και έπρεπε να υπογράψουν. Στη συνέχεια λάμβαναν το ερωτηματολόγιο και το συμπλήρωναν. Για πρακτικούς λόγους το ερωτηματολόγιο δινόταν στις ασθενείς με την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο ώστε να το συμπλήρωναν μία ή δύο μέρες πριν την επέμβαση και η αιμοληψία γινόταν κατά την προεγχειρητική προετοιμασία της ασθενούς. Στις ασθενείς όπου η εισαγωγή γινόταν την ημέρα της επέμβασης το ερωτηματολόγιο δινόταν πριν το χειρουργείο και η αιμοληψία γινόταν με την τοποθέτηση του φλεβοκαθετήρα (εικόνα 5.1 σελ. 63).



Γράφημα 5.1: Σχηματική απεικόνιση του χρονοδιαγράμματος της έρευνας

Για την ολοκλήρωση του δεύτερου σταδίου της έρευνα επικοινωνήσαμε τηλεφωνικός με τις ασθενείς περίπου 12 μήνες μετά την επέμβαση. Ο κυριότερος λόγος που επιλέχθηκε το χρονικό διάστημα των 12 μηνών, για την πραγματοποίηση του δεύτερου σταδίου είναι ότι όλες οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνας θα είχαν ολοκληρώσει όλα τα στάδια της θεραπείας και θα είχαν αρχίσει να επανέρχονται στους κανονικούς ρυθμούς της ζωής τους. Επίσης το χρονικό διάστημα των 12 μηνών επιλέχθηκε και για πρακτικούς λόγους καθώς οι περισσότερες ασθενείς θα κανόνιζαν μια επίσκεψη στον θεράποντα ιατρό τους οπότε θα ήταν ευκολότερο να δεχτούν να γίνει η αιμοληψία και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Οι πλειονότητα των ασθενών έλαβαν και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο στην αίθουσα αναμονής πριν από την προγραμματισμένη εξέταση τους. Η αιμοληψία πραγματοποιήθηκε κατά την εξέταση (γράφημα 5.1). Τα φιαλίδια με το αίμα και από τα δύο στάδια τις έρευνας φυγοκεντρήθηκαν στις 3000 στροφές το λεπτό για 20 λεπτά και στη συνέχεις αποθηκεύθηκαν σε βαθιά κατάψυξη (-40° C). Η βιοχημική εξέταση των δειγμάτων πραγματοποιήθηκε στα μικροβιολογικά εργαστήρια των νοσοκομείων ‘’Αιγινήτειο’’ και ‘’Άγιος Σάββας’’.

5.3 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση των παραγόντων μεταξύ των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το paired t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο του Wilcoxon. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις μετρήσεις μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Εξαιτίας της ασυμμετρίας των κατανομών, χρησιμοποιήθηκαν οι βαθμοί (ranks) των μεταβλητών στη μέθοδο επαναλαμβανόμενων μετρήσεων ANOVA. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ή του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

Κεφάλαιο 6
Αποτελέσματα

6.1 Γενικά και δημογραφικά στοιχεία ασθενών

Το δείγμα αποτελείται από 173 γυναίκες, από τις οποίες το 19,1% (N=33) είχαν καλοήθη όγκο στο μαστό, το 17,3% (N=30) είχαν καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους, το 38,7% (N=67) είχαν Καρκίνο του μαστού και το υπόλοιπο 24,9% (N=43) είχαν Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων. Στον πίνακα 6.1 φαίνονται οι ομάδες της παρούσας έρευνας.

Πίνακας 6.1: Οι Ομάδες της έρευνας

Ομάδα Α	**Ασθενείς με καρκίνο μαστού**
Ομάδα Β	**Ασθενείς με καρκίνο έσω γυναικολογικών οργάνων**
Ομάδα 0α	**Ασθενείς με καλοήθεις όγκους μαστού**
Ομάδα 0β	**Ασθενείς με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους**

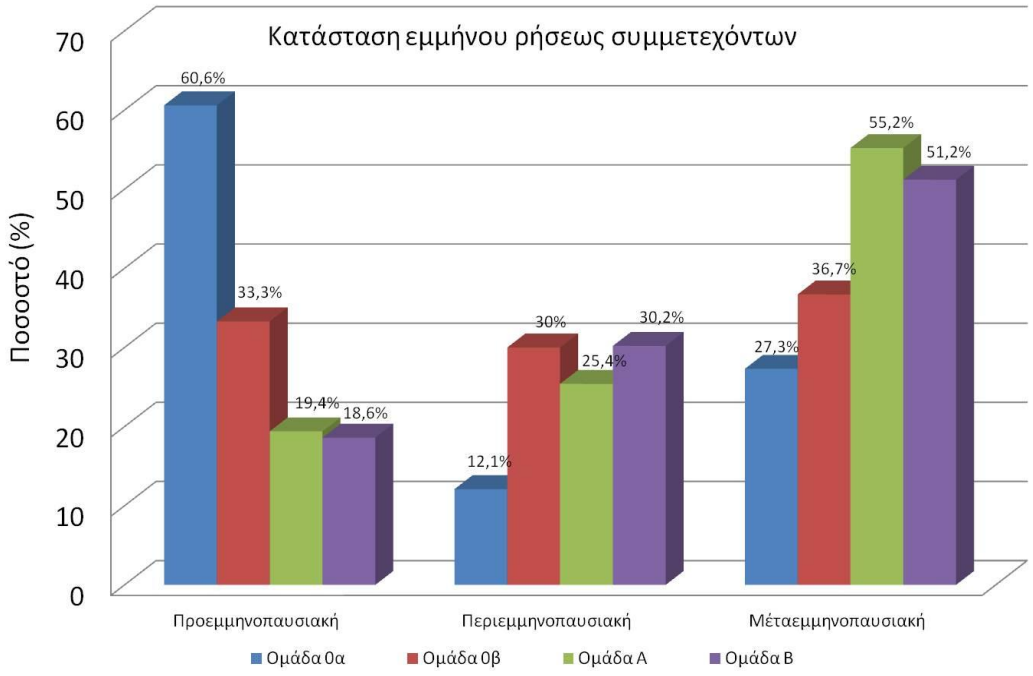
Στον πίνακα 6.2 που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία καθώς και στοιχεία του ιστορικού των συμμετεχουσών ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 6.2: Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

		Ομάδες			
		Ομάδα 0α	**Ομάδα 0β**	**Ομάδα Α**	**Ομάδα Β**
		N (%)	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Ηλικία, μέση τιμή±SD		47,9±8,5	50,6±6,5	50,5±6,8	52,6±6,1
Κατάσταση	**Προεμμηνοπαυσιακή**	20 (60,6)	10 (33,3)	13 (19,4)	8 (18,6)
έμμηνου	**Περιεμμηνοπαυσιακή**	4 (12,1)	9 (30)	17 (25,4)	13 (30,2)
ρήσεως	**Μέταεμμηνοπαυσιακή**	9 (27,3)	11 (36,7)	37 (55,2)	22 (51,2)
Αριθμός παιδιών:	**0**	9 (27,3)	6 (20)	11 (16,4)	11 (25,6)
	1	9 (27,3)	8 (26,7)	24 (35,8)	20 (46,5)
	2	13 (39,4)	12 (40)	27 (40,3)	12 (27,9)
	3	2 (6,1)	4 (13,3)	5 (7,5)	0 (0)
Αριθμός παιδιών, μέση τιμή±SD		1,2±0,9	1,5±1,0	1,4±0,9	1,0±0,7
Λήψη	**Όχι**	31 (93,9)	27 (90)	56 (83,6)	34 (79,1)
ψυχοφαρμάκων	**Ναι**	2 (6,1)	3 (10)	11 (16,4)	9 (20,9)
Οικογενειακό	**Όχι**	29 (87,9)	26 (86,7)	59 (88,1)	34 (79,1)
ιστορικό	**Ναι**	4 (12,1)	4 (13,3)	8 (11,9)	9 (20,9)

Η μέση ηλικία των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού ήταν 47,9 έτη (±8,5). Η μέση ηλικία των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους ήταν 50,6 έτη (±6,5). Ακόμα, η μέση ηλικία των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού ήταν 50,5 έτη (±6,8) και με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ήταν 52,6 έτη (±6,1). Η ηλικία των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού δεν διέφερε σε σημαντικό βαθμό σε σύγκριση με την ηλικία εκείνων με καλοήθεις όγκους μαστού (p=0,102). Επίσης δεν διέφερε σημαντικά η ηλικία των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων σε σύγκριση με την ηλικία τόσο εκείνων με καρκίνο του μαστού όσο και εκείνων με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Η πλειονότητα των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού ήταν γυναίκες προεμμηνόπαυσιακές με ποσοστό 60,6% ενώ τόσο στις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους όσο και στις συμμετέχουσες με Καρκίνο του μαστού ή καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων η πλειονότητα ήταν περιεμμηνοπαυσιακές ή μεταεμμηνόπαυσιακές με ποσοστά 36,7%, 55,2% και 51,2% αντίστοιχα. Το ποσοστό των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού που ήταν σε εμμηνόπαυση ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό εκείνων που είχαν καλοήθεις όγκους μαστού (p=0,008). Οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά μικρότερο αριθμό παιδιών σε σύγκριση τόσο με τις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού όσο και με εκείνες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους (p=0,023 και p=0,030 αντίστοιχα). Το 6,1% και το 10,0% των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού και καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους αντίστοιχα έπαιρναν ψυχοφάρμακα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού και καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ήταν 16,4% και 20,9% αντίστοιχα. Τέλος, το ποσοστό ύπαρξης οικογενειακού ιστορικού στις 4 ομάδες κυμαίνεται από 11,9% στην ομάδα των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού μέχρι 20,9% στην ομάδα των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων . Δεν διέφεραν σημαντικά τα ποσοστά των συμμετεχουσών που έπαιρναν ψυχοφάρμακα (κυρίως ηρεμιστικά) καθώς και των συμμετεχουσών που είχαν οικογενειακό ιστορικό μεταξύ των ομάδων.

Στο γράφημα 6.1 δίνεται η κατάσταση εμμήνου ρύσεως των συμμετεχουσών ανάλογα με την ομάδα τους (κατά τη στιγμή της διάγνωσης).



Γράφημα 6.1: Γραφική απεικόνιση της κατάστασης εμμήνου ρήσεως των συμμετεχουσών στην έρευνα.

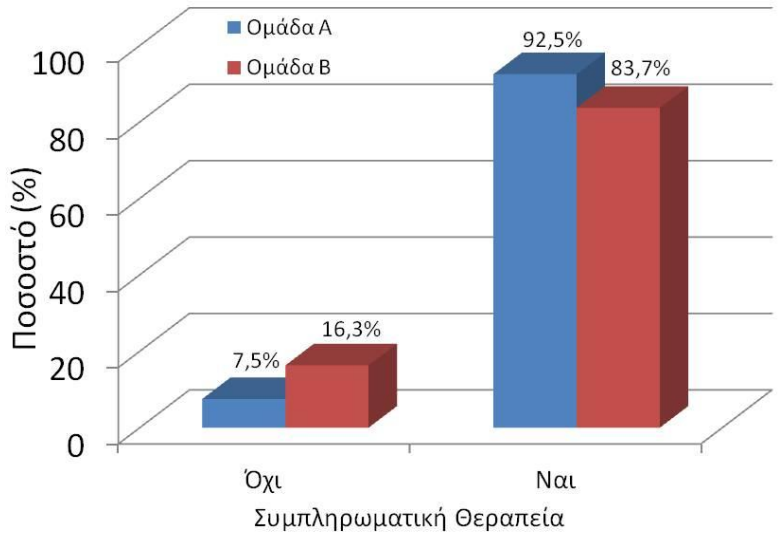
Στον πίνακα (Πίνακας 6.3, σελίδα 70) που ακολουθεί δίνονται στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία των συμμετεχουσών ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Το 51,5% των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού είχαν ινοαδενώματα. Επίσης, το 56,7% των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους είχαν ινομυώματα. Το 86,6% των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού είχαν πορογενές αδενοκαρκίνωμα και η πλειοψηφία των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν καρκίνο ενδομητρίου. Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού ήταν στο στάδιο ΙΙ ενώ των συμμετεχουσών με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ήταν στο στάδιο Ι με ποσοστά 59,7% και 64,1% αντίστοιχα. Τέλος, το 92,5% των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού και το 83,7% των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων έλαβαν συμπληρωματική θεραπεία.

Πίνακας 6.3: Στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία των συμμετεχουσών ανά ομάδα.

		Ομάδες			
		Ομάδα 0α	**Ομάδα 0β**	**Ομάδα Α**	**Ομάδα Β**
Διάγνωση		**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
	CIN III	0 (0)	3 (10)	0 (0)	0 (0)
	ΑΚΤΙΝΩΤΗ ΟΥΛΗ	3 (9,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	ΆΛΛΟ	0 (0)	0 (0)	2 (3)	0 (0)
	ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΟΣ ΠΟΛΥΠΟΔΑΣ	0 (0)	4 (13,3)	0 (0)	0 (0)
	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	31 (72,1)
	ΘΥΛΩΜΑ	2 (6,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	ΙΝΟΜΥΩΜΑ	0 (0)	20 (66,7)	0 (0)	0 (0)
	ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑ	17 (51,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	ΚΥΣΤΗ	9 (27,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	ΛΙΠΩΜΑ	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	ΛΟΒΙΑΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ	0 (0)	0 (0)	7 (10,4)	0 (0)
	ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ	0 (0)	0 (0)	58 (86,6)	0 (0)
	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,3)
	ΩΟΘΗΚΗΣ ΚΥΣΤΗ	0 (0)	3 (10)	0 (0)	0 (0)
	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (4,7)
Στάδιο	I	0 (0)	0 (0)	27 (40,3)	25 (64,1)
	II	0 (0)	0 (0)	40 (59,7)	14 (35,9)
Επέμβαση					
	Ογκεκτομή και ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	0 (0)	0 (0)	7 (10,4)	0 (0)
	ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ	33 (100)	0 (0)	41 (61,2)	0 (0)
	ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ	0 (0)	3 (10)	0 (0)	0 (0)
	ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	0 (0)	0 (0)	19 (28,4)	0 (0)
	ΟΛΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	0 (0)	27 (89,7)	0 (0)	0 (0)
	ΟΛΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ μετά των εξαρτημάτων.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	43 (100)
Συμπληρωματική	Όχι	33 (100)	30 (100)	5 (7,5)	7 (16,3)
Θεραπεία	Ναι	0 (0)	0 (0)	62 (92,5)	36 (83,7)

Στο γράφημα 6.2 (σελίδα 71) δίνεται το ποσοστό των συμμετεχουσών που έκαναν συμπληρωματική θεραπεία ανάλογα με το είδος των κακοήθων όγκων τους.



Γράφημα 6.2: Γραφική απεικόνιση του ποσοστού των συμμετεχουσών που έκαναν συμπληρωματική θεραπεία ανάλογα με το είδος των κακοήθων όγκων τους

6.2 Maudsley marital questionnaire (MMQ)

Στον πίνακα 6.4 δίνεται η μεταβολή της κλίμακας MMQ ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.

Πίνακας 6.4: η μεταβολή της κλίμακας MMQ ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών

		Marital life adjustment (MMQ)				
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	20±22,7	22,3±20,6	2,2±13,8	0,237	0,182
	A	9,9±10,5	8,6±14,2	-1,4±15,1	0,484	
	P*	**0,006**	**0,001**			
Ομάδα	0β	12,5±14,5	4,6±6,2	-7,9±8,6	**0,002**	**0,015**
	B	9,6±11,5	10±15,8	0,4±12,4	0,540	
	P*	0,391	0,111			
Ομάδα	A	9,9±10,5	8,6±14,2	-1,4±15,1	0,484	0,374
	B	9,6±11,5	10±15,8	0,4±12,4	0,540	
	P*	0,896	0,646			

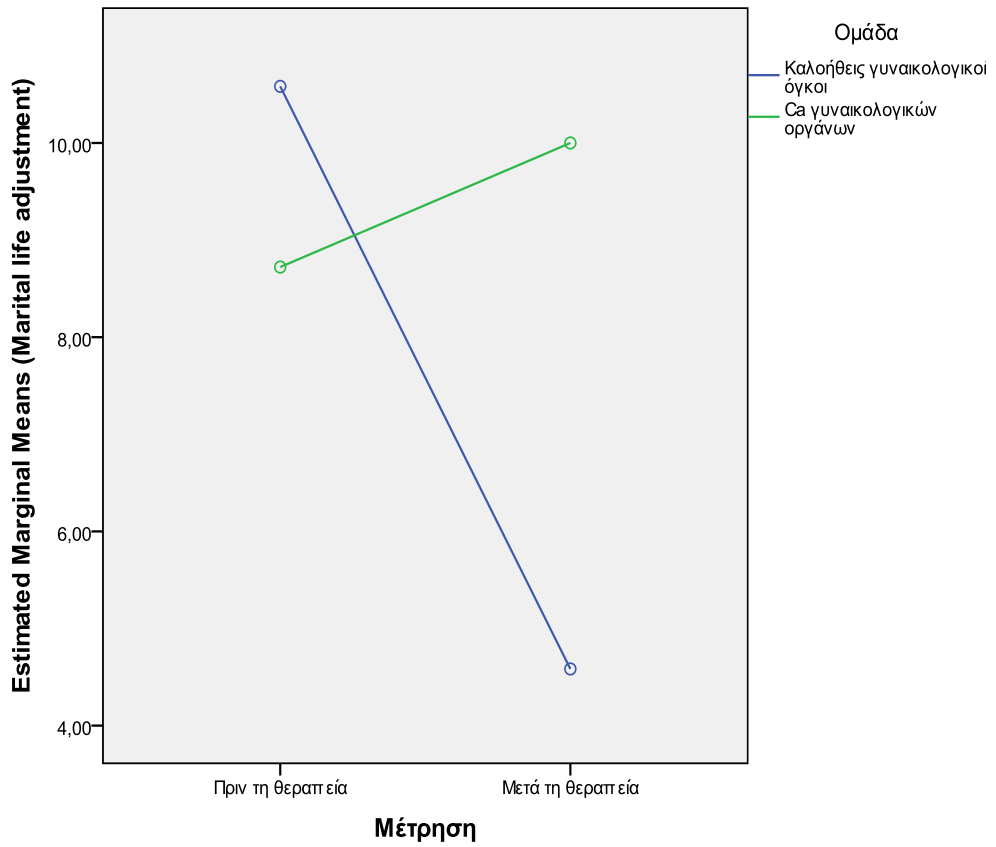
***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα MMQ τόσο πριν όσο μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Επίσης, οι τιμές της MMQ δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά σε καμία από τις δύο ομάδες. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της MMQ δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Δεν διέφεραν σημαντικά οι τιμές της MMQ μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία. Υπήρξε σημαντική μείωση των τιμών της MMQ μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους ενώ σε εκείνες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή. Επίσης, διέφερε σημαντικά ο βαθμός μεταβολής των τιμών της MMQ μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους οι τιμές του MMQ μειώθηκαν ενώ στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή.

Στο γράφημα 6.3 (σελίδα 73) δίνεται η μεταβολή της MMQ ανάλογα με το αν έπασχαν οι συμμετέχουσες από καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους ή από καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων .

Δεν διέφεραν σημαντικά οι τιμές της MMQ μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία. Επίσης, οι τιμές της MMQ δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά σε καμία από τις δύο ομάδες. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της MMQ δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.



Γράφημα 6.3: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της κλίμακας MMQ ανάλογα με το αν έπασχαν οι συμμετέχουσες από καλοήθεις ή κακοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Από το γράφημα φαίνεται ότι οι διαπροσωπικές σχέσης των ασθενών με καρκίνο παρουσιάζουν τάση βελτίωσης σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου που παρουσιάζουν επιδείνωση.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή της MMQ, ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών και τη λήψη ψυχοφαρμάκων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.5.

Πίνακας 6.5: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή της MMQ και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		β	SE	P
Ομάδα	0β	0,00*		
	B	7,28	2,91	0,015

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ομάδα βρέθηκε να προβλέπει και να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μεταβολή της κλίμακας MMQ. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν κατά 7,28 μονάδες υψηλότερη μεταβολή στην κλίμακα MMQ σε σύγκριση με τις γυναίκες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή της MMQ, ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών και τη λήψη ψυχοφαρμάκων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας που να προβλέπει και να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μεταβολή της κλίμακας MMQ.

6.3 Ποιότητα ζωής (QLCG)

Στον πίνακα 6.6 δίνεται η βαθμολογία που δίνουν οι συμμετέχουσες στην υγεία τους κατά την τελευταία εβδομάδα *πριν τη θεραπεία* ανάλογα με την ομάδα που ανήκαν.

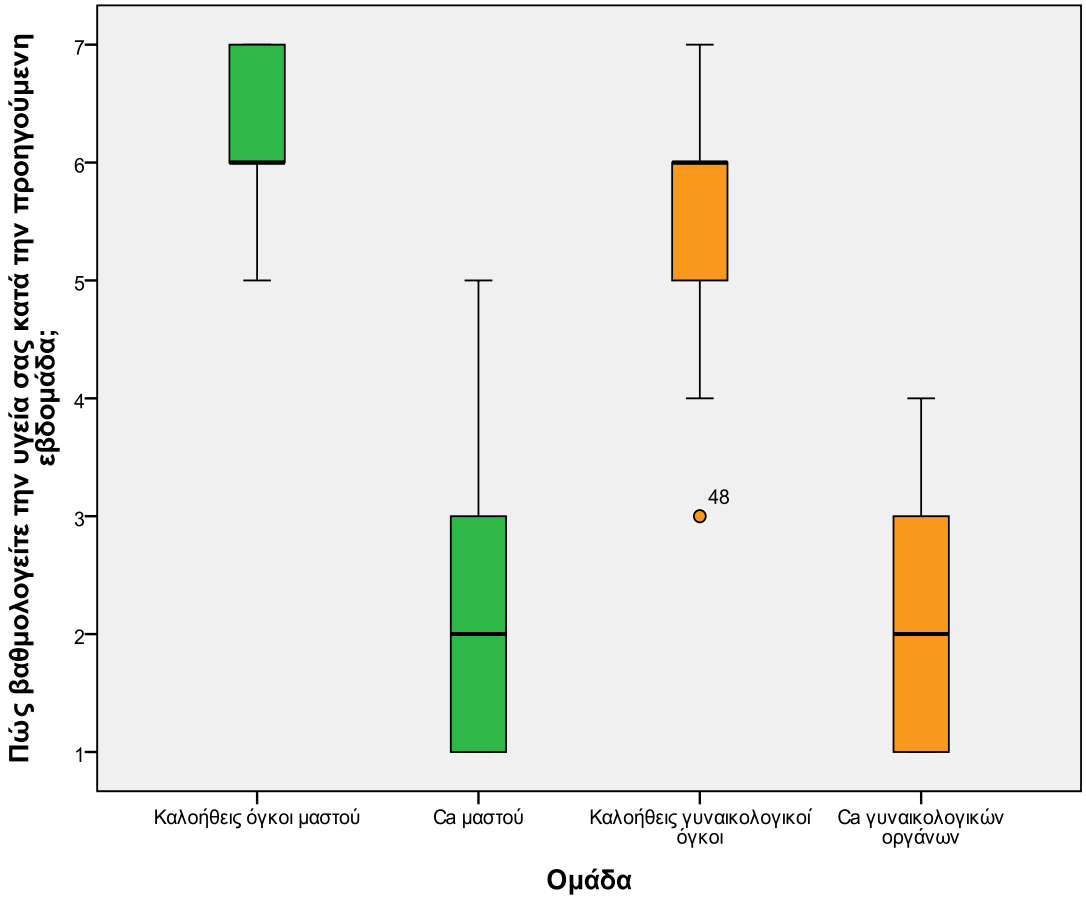
Πίνακας 6.6: Η βαθμολογία που δίνουν οι συμμετέχουσες στην υγεία τους κατά την τελευταία εβδομάδα *πριν τη θεραπεία* ανάλογα με την ομάδα

		Πώς βαθμολογείτε την υγεία σας κατά την προηγούμενη εβδομάδα;		
		Μέση τιμή±SD	**Διάμεσος (Ενδ. εύρος)**	**P Mann-Whitney**
Ομάδες	**0α**	6,1±0,6	6 (6 - 7)	**<0,001**
	Α	2,3±1,1	2 (1 - 3)	
Ομάδες	**0β**	5,6±0,9	6 (5 - 6)	**<0,001**
	Β	1,9±0,9	2 (1 - 3)	
Ομάδες	**Α**	2,3±1,1	2 (1 - 3)	0,146
	Β	1,9±0,9	2 (1 - 3)	

Πριν τη θεραπεία, οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού έδωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην υγεία τους σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Επίσης, οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων έδωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην υγεία τους σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Τέλος,

δεν διέφερε σημαντικά η βαθμολογία που έδωσαν στην υγεία τους οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και εκείνες με καρκίνο του μαστού.

Στο γράφημα 6.4 δίνεται η βαθμολογία που δίνουν οι συμμετέχουσες στην υγεία τους κατά την τελευταία εβδομάδα *πριν τη θεραπεία* ανάλογα με την ομάδα τους.



Γράφημα 6.4: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας που δίνουν οι συμμετέχουσες στην υγεία τους κατά την τελευταία εβδομάδα πριν τη θεραπεία ανάλογα με την ομάδα τους

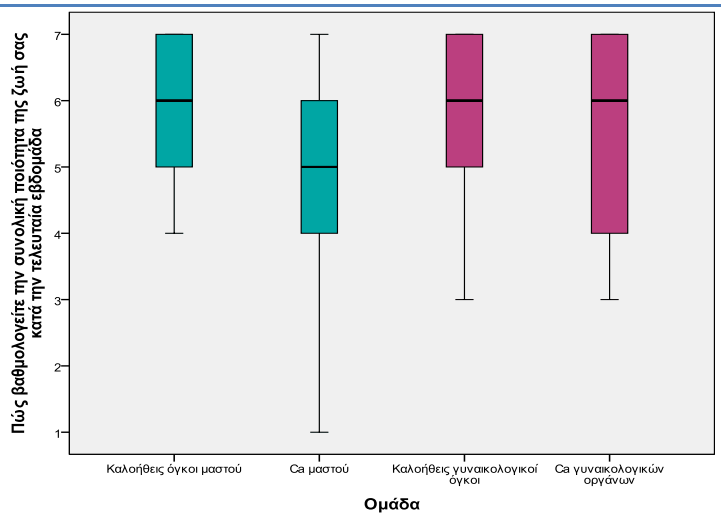
Στον πίνακα 6.7 (σελίδα 76) δίνεται η βαθμολογία που δίνουν οι συμμετέχουσες στη συνολική ποιότητα της ζωή τους κατά την τελευταία εβδομάδα *πριν τη θεραπεία* ανάλογα με την ομάδα που ανήκαν.

Πίνακας 6.7: Η βαθμολογία που δίνουν οι συμμετέχουσες στη συνολική ποιότητα της ζωή τους κατά την τελευταία εβδομάδα *πριν τη θεραπεία*

	Πώς βαθμολογείτε τη συνολική ποιότητα της ζωή σας κατά την τελευταία εβδομάδα;		
Ομάδες	**Μέση τιμή±SD**	**Διάμεσος (Ενδ. εύρος)**	**P Mann-Whitney**
0α	5,7±1	6 (5 - 7)	**0,035**
A	4,9±1,8	5 (4 - 6)	
0β	5,7±1,2	6 (5 - 7)	0,441
B	5,5±1,3	6 (4 - 7)	
A	4,9±1,8	5 (4 - 6)	0,124
B	5,5±1,3	6 (4 - 7)	

Πριν τη θεραπεία, οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού έδωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη συνολική ποιότητα ζωής τους σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Αντίθετα, δεν διέφερε σημαντικά η βαθμολογία που έδωσαν στην υγεία τους οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και εκείνες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Όμοια, δεν διέφερε σημαντικά η βαθμολογία που έδωσαν στην υγεία τους οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και εκείνες με καρκίνο του μαστού.

Στο γράφημα 6.5 δίνεται η βαθμολογία που δίνουν οι συμμετέχουσες στη συνολική ποιότητα της ζωή τους κατά την τελευταία εβδομάδα *πριν τη θεραπεία* ανάλογα με την ομάδα τους.



Γράφημα 6.5: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας που δίνουν οι συμμετέχουσες στη συνολική ποιότητα της ζωή τους κατά την τελευταία εβδομάδα *πριν τη θεραπεία*

Αθροίστηκαν οι κοινές ερωτήσεις των ερωτηματολογίων που δόθηκαν πριν και μετά τη θεραπεία και δημιουργήθηκε μια βαθμολογία που περιγράφεται στον πίνακα 6.8 ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών. **Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής.**

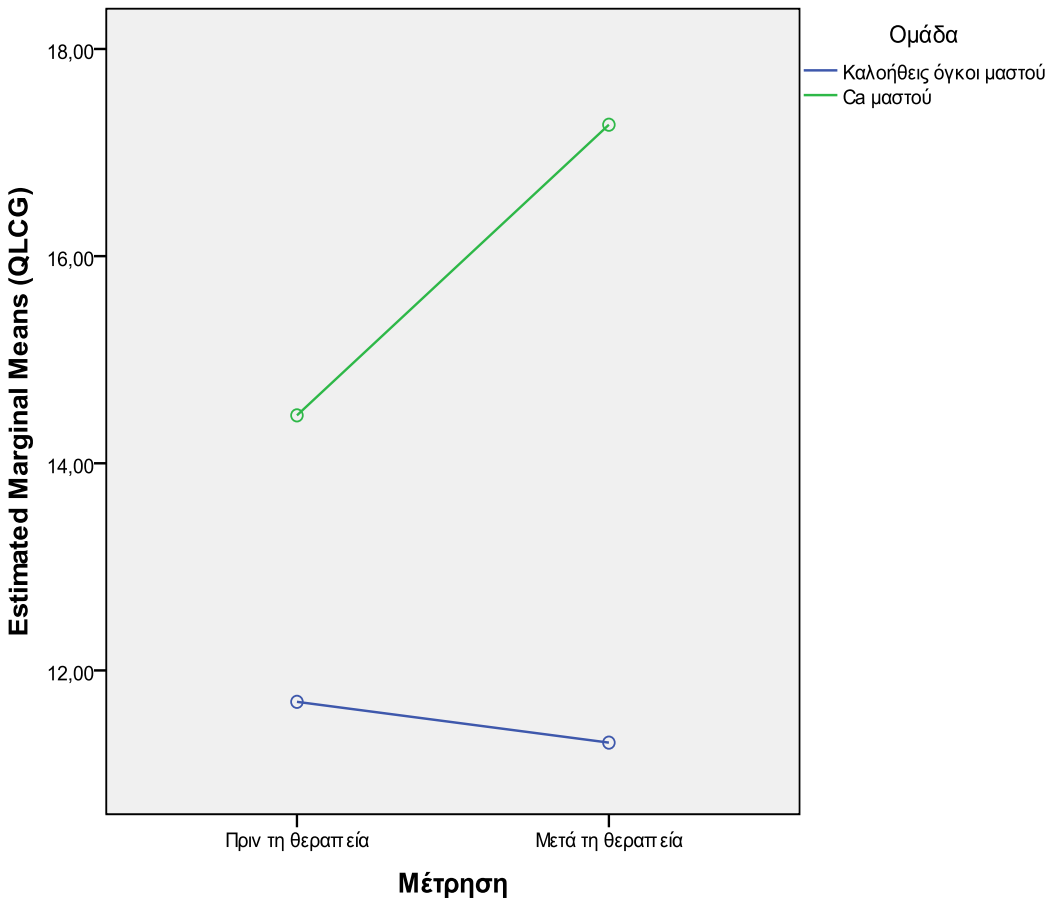
Πίνακας 6.8: Βαθμολογία της ποιότητας της ζωής των συμμετεχουσών ανά ομάδα, πριν και μετά τη θεραπεία

		Ποιότητα ζωής (QLCG)				
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	11,7±1,1	11,3±0,5	-0,4±0,9	**0,021**	**<0,001**
	A	14,5±3,2	17,3±4,7	2,8±4	**<0,001**	
	P*	**<0,001**	**<0,001**			
Ομάδα	0β	12,6±2,2	12,1±2	-0,5±1,5	0,105	**0,028**
	B	14,4±2,8	15,3±4,3	0,9±3,1	0,062	
	P*	**0,004**	**<0,001**			
Ομάδα	A	14,5±3,2	17,3±4,7	2,8±4	**<0,001**	**0,009**
	B	14,4±2,8	15,3±4,3	0,9±3,1	0,062	
	P*	0,972	**0,031**			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στην κλίμακα QLCG τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Επίσης, οι τιμές στην κλίμακα QLCG αυξήθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού ενώ σε εκείνες με καλοήθεις όγκους μαστού μειώθηκαν σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της κλίμακας QLCG διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού υπήρξε μείωση ενώ στην ομάδα των συμμετεχουσών με Καρκίνο του μαστού υπήρξε αύξηση.

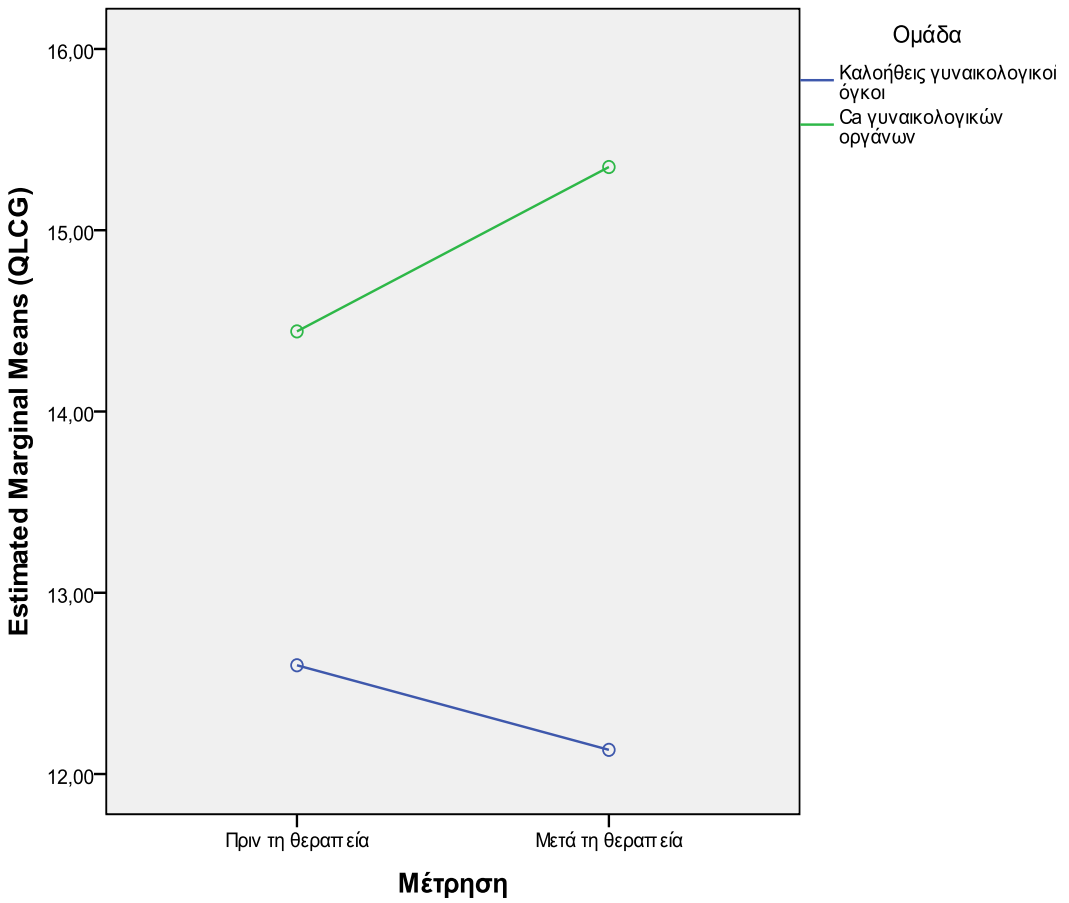
Στο γράφημα 6.6 (σελίδα 78) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα QLCG ανάλογα με τον αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού.



Γράφημα 6.6: γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα QLCG ανάλογα με τον αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού (Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής).

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στην κλίμακα QLCG τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Οι τιμές στην κλίμακα QLCG δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες σε καμία από τις 2 ομάδες. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της κλίμακας QLCG διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους υπήρξε μείωση ενώ στην ομάδα των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε αύξηση.

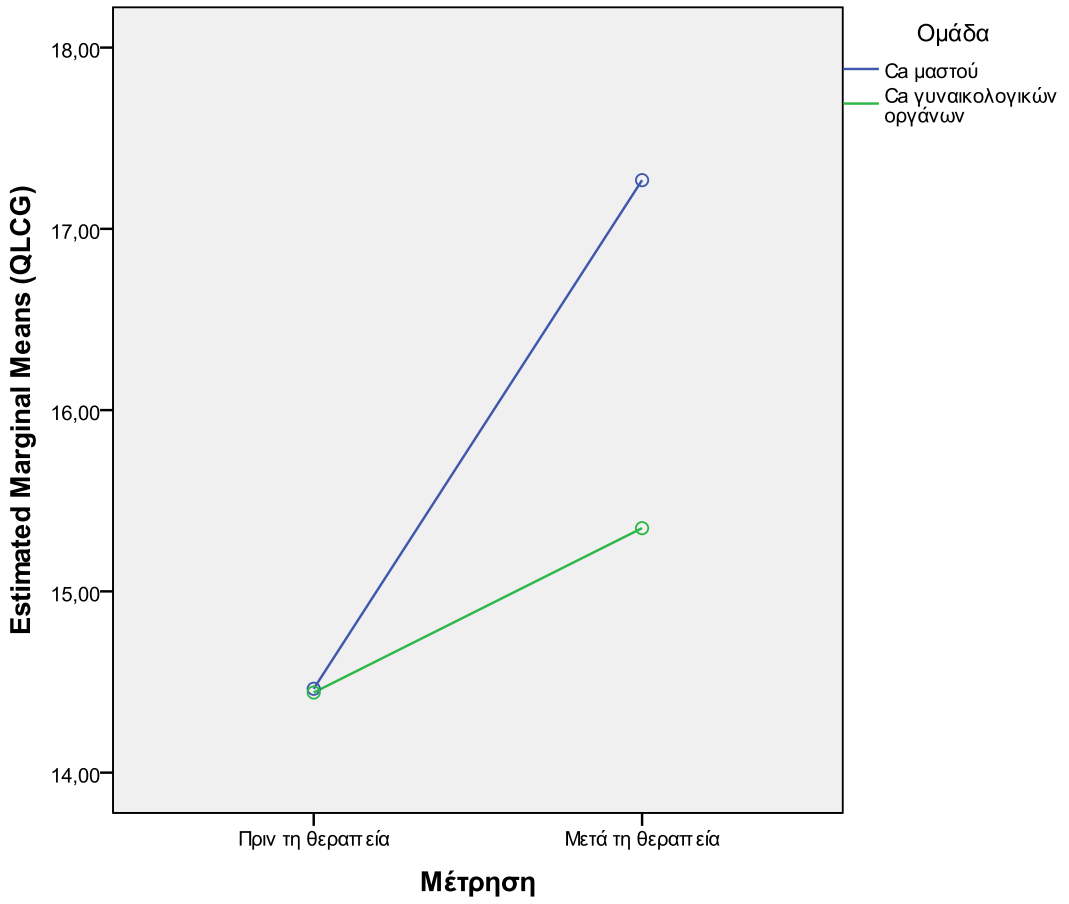
Στο γράφημα 6.7 (σελίδα 79) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα QLCG ανάλογα με τον αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων.



Γράφημα 6.7: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα QLCG ανάλογα με τον αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις γυναικολογικούς όγκους (Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής).

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στην κλίμακα QLCG μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων . Επίσης, οι τιμές κλίμακα QLCG αυξήθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με Καρκίνο του μαστού ενώ σε εκείνες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της κλίμακας QLCG διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα των συμμετεχουσών με Καρκίνο του μαστού υπήρξε αύξηση ενώ στην ομάδα των συμμετεχουσών με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων δεν υπήρξε μεταβολή.

Στο γράφημα 6.8 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα QLCG ανάλογα με τον αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καρκίνο του μαστού.



Γράφημα 6.8: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα QLCG ανάλογα με τον αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καρκίνο του μαστού (Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής).

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή της κλίμακας QLCG, ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών και τη λήψη ψυχοφαρμάκων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.9 (σελίδα 81).

Πίνακας 6.9: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή της κλίμακας QLCG, ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		B	SE	P
Ομάδα	0β	0,00*		
	B	1,37	0,61	0,028
Ηλικία		0,14	0,05	0,004

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ομάδα και η ηλικία των συμμετεχουσών βρέθηκαν να προβλέπουν και να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή της κλίμακας QLCG. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν κατά 1,38 μονάδες υψηλότερη μεταβολή στην κλίμακα QLCG σε σύγκριση με τις γυναίκες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.
- Όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχουσών τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση της ποιότητας ζωής.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή της κλίμακας QLCG, ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών και τη λήψη ψυχοφαρμάκων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.10.

Πίνακας 6.10: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή της κλίμακας QLCG και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		β	SE	P
Ομάδα	0α	0,00*		
	A	3,20	0,70	<0,001

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ομάδα βρέθηκε να προβλέπει και να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μεταβολή της κλίμακας QLCG. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού είχαν κατά

3,20 μονάδες υψηλότερη μεταβολή στην κλίμακα QLCG σε σύγκριση με τις γυναίκες με καλοήθεις όγκους μαστού.

6.4 Ποιότητα ζωής (WHO-QOL)

Στον πίνακα 6.11 δίνεται η αποδοχή των συμμετεχουσών για την εξωτερική τους εμφάνιση ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εξωτερική τους εμφάνιση.

Πίνακας 6.11: Η αποδοχή των συμμετεχουσών για την εξωτερική τους εμφάνιση. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εξωτερική τους εμφάνιση

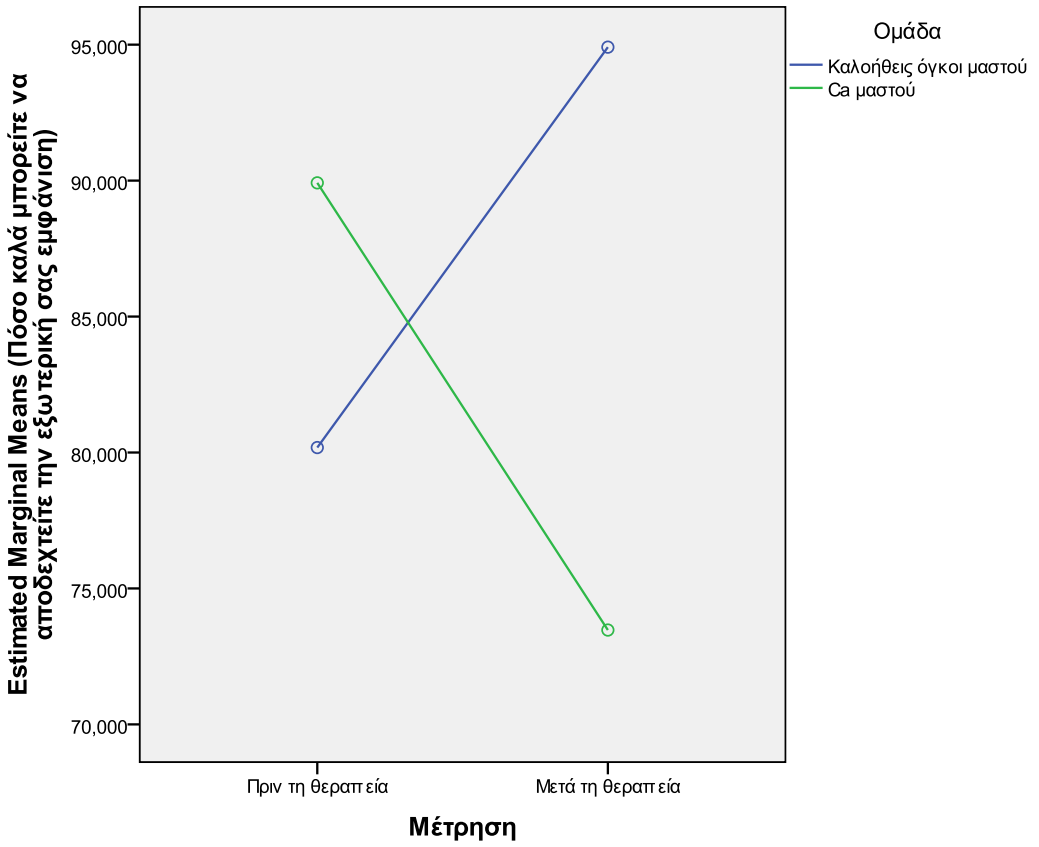
	Πόσο καλά μπορείτε να αποδεχτείτε την εξωτερική σας εμφάνιση;						
	Πριν		**Μετά**		**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
	Μέση τιμή±SD	**Διάμεσος (Ενδ.εύρος)**	**Μέση τιμή±SD**	**Διάμεσος (Ενδ.εύρος)**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα							
0α	3,5±0,9	4 (3 - 4)	3,8±0,9	4 (3 - 5)	0,4±0,5	**<0,001**	**<0,001**
A	3,7±1	4 (3 - 5)	3,2±1,3	3 (2 - 4)	-0,4±1	**0,001**	
P*	0,351		**0,038**				
Ομάδα							
Ομάδα 0α και A	3,6±1	4 (3 - 4)	3,4±1,2	3 (3 - 4)	-0,2±1	0,121	**0,019**
Ομάδα 0β και B	3,6±0,8	4 (3 - 4)	3,8±0,8	4 (3 - 4)	0,2±0,8	**0,011**	
P*	0,924		**0,038**				

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων(με χρήση διατάξεων (ranks).

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές μετά τη θεραπεία στην ερώτηση «Πόσο καλά μπορείτε να αποδεχτείτε την εξωτερική σας εμφάνιση», που υποδηλώνει μικρότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Επίσης, η ικανοποίηση των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού από την εξωτερική τους εμφάνιση μειώθηκε σημαντικά μετά τη θεραπεία. Αντίθετα, η ικανοποίηση των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού από την εξωτερική τους εμφάνιση αυξήθηκε σημαντικά μετά τη θεραπεία. Υπήρξε σημαντική διαφορά στο βαθμό

μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από την εξωτερική τους εμφάνιση ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού μειώθηκε η ικανοποίηση ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού αυξήθηκε.

Στο γράφημα 6.9 δίνεται η μεταβολή της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από την εξωτερική τους εμφάνιση ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού.

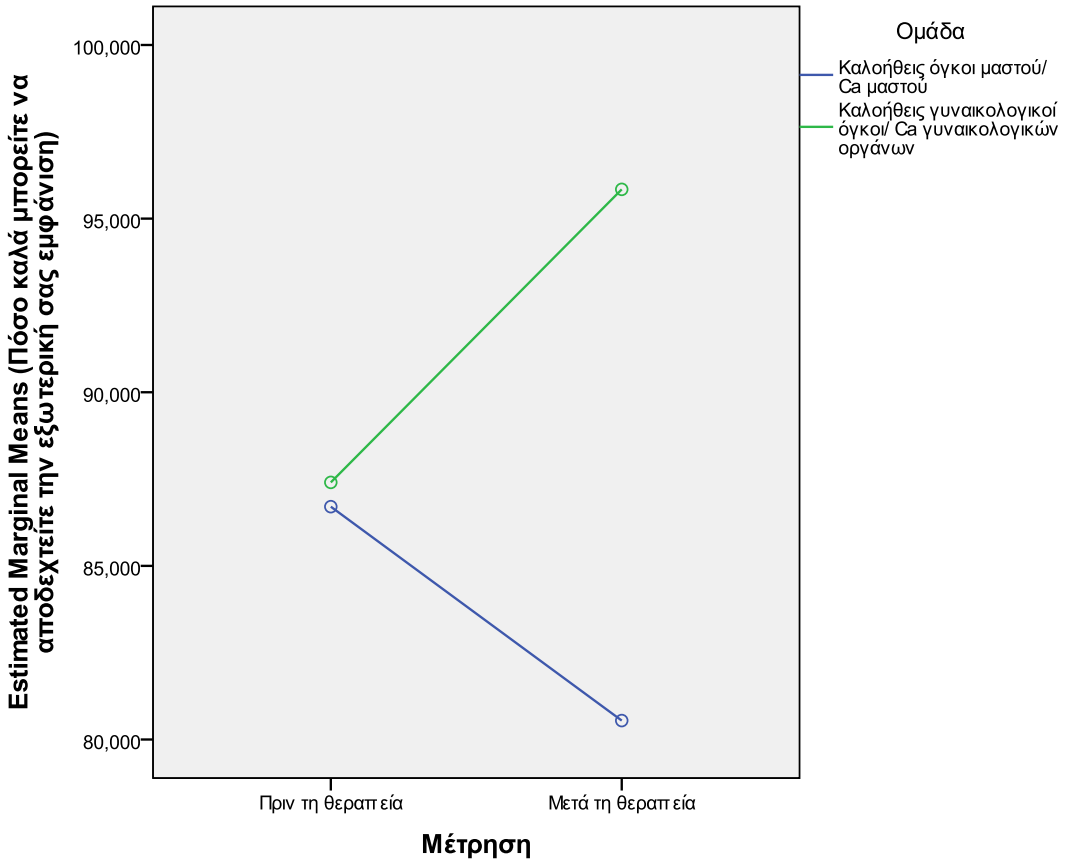


Γράφημα 6.9: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από την εξωτερική τους εμφάνιση ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού. Φαίνεται ότι η ικανοποίηση από την εξωτερική εμφάνιση μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού καταγράφει σημαντική μείωση.

Οι συμμετέχουσες με καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές μετά τη θεραπεία στην ερώτηση «Πόσο καλά μπορείτε να αποδεχτείτε την εξωτερική σας εμφάνιση», που υποδηλώνει μικρότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθη ή κακοήθη

γυναικολογικό όγκο. Επίσης, η ικανοποίηση των συμμετεχουσών με καλοήθη ή κακοήθη γυναικολογικό όγκο από την εξωτερική τους εμφάνιση αυξήθηκε σημαντικά μετά τη θεραπεία ενώ των συμμετεχουσών με καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού δεν μεταβλήθηκε σημαντικά. Υπήρξε σημαντική διαφορά στο βαθμό μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από την εξωτερική τους εμφάνιση ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού ή σε γυναικολογικά όργανα. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καλοήθη ή κακοήθη γυναικολογικό όγκο αυξήθηκε η ικανοποίηση ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού δεν μεταβλήθηκε.

Στο γράφημα 6.10 δίνεται η μεταβολή της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από την εξωτερική τους εμφάνιση ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού ή σε γυναικολογικά όργανα.



Γράφημα 6.10: Γραφική απεικόνισης της μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από την εξωτερική τους εμφάνιση ανάλογα με το αν είχαν όγκο μαστού ή έσω γυναικολογικών οργάνων ανεξαρτήτως αν ήταν καλοήθεις ή κακοήθεις.

Στον πίνακα 6.12 δίνεται η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τον εαυτό τους ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Πίνακας 6.12: Η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τον εαυτό τους ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

	Πόσο ικανοποιημένη είστε από των εαυτό σας;						
	Πριν		**Μετά**		**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
Ομάδα	**Μέση τιμή±SD**	**Διάμεσος (Ενδ.εύρος)**	**Μέση τιμή±SD**	**Διάμεσος (Ενδ.εύρος)**	**Μέση τιμή±SD**		
0α	4±0,8	4 (3 - 5)	3,4±1,1	3 (2,5 - 4)	-0,6±1,3	**0,017**	0,148
A	4,2±0,8	4 (4 - 5)	4±1	4 (3 - 5)	-0,2±0,9	0,107	
P*	0,196		**0,007**				
0β	4,3±0,8	4,5 (4 - 5)	4,6±0,6	5 (4 - 5)	0,3±0,8	0,106	0,057
B	3,9±0,9	4 (3 - 5)	3,7±1	3 (3 - 5)	-0,2±0,9	0,086	
P*	**0,050**		**<0,001**				
A	4,2±0,8	4 (4 - 5)	4±1	4 (3 - 5)	-0,2±0,9	0,107	0,985
B	3,9±0,9	4 (3 - 5)	3,7±1	3 (3 - 5)	-0,2±0,9	0,086	
P*	0,079		0,069				

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων (με χρήση διατάξεων (ranks).

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τον εαυτό τους μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Πριν τη θεραπεία δεν υπήρχε διαφορά στην ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τον εαυτό τους. Επίσης, υπήρξε σημαντική μείωση στην ικανοποίηση των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού από τον εαυτό τους μετά τη θεραπεία. Αντίθετα, η ικανοποίηση των συμμετεχουσών με Καρκίνο του μαστού δεν μεταβλήθηκε σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από τον εαυτό τους δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από τον εαυτό τους τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Επίσης, η

ικανοποίηση τόσο των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων όσο και των συμμετεχουσών με καλοήθη γυναικολογικό όγκο δεν μεταβλήθηκε σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από τον εαυτό τους δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Δεν υπήρχε διαφορά στην ικανοποίηση από τον εαυτό τους μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και εκείνων με καρκίνο του μαστού ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία. Επίσης, η ικανοποίηση από τον εαυτό τους τόσο των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού όσο και των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων δεν μεταβλήθηκε σημαντικά μετά τη θεραπεία. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από τον εαυτό τους δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Στον πίνακα 6.13 δίνεται η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τις προσωπικές τους σχέσεις ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Πίνακας 6.13: Η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τις προσωπικές τους σχέσεις ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Πόσο ικανοποιημένη είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;

	Πριν		**Μετά**		**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
Ομάδα	**Μέση τιμή±SD**	**Διάμεσος (Ενδ.εύρος)**	**Μέση τιμή±SD**	**Διάμεσος (Ενδ.εύρος)**	**Μέση τιμή±SD**		
0α	3,2±1,6	4 (2 - 5)	3,7±1,2	4 (3 - 4,5)	0,5±1,8	0,090	0,794
A	4±1,5	5 (3 - 5)	4,1±1,3	5 (3 - 5)	0,1±0,9	0,368	
P*	**0,021**		**0,016**				
0β	4,2±1	5 (4 - 5)	4,5±0,9	5 (4 - 5)	0,3±0,8	0,070	0,115
B	4±1,3	5 (3 - 5)	3,9±1,5	5 (3 - 5)	-0,1±0,8	0,325	
P*	0,520		0,099				
A	4±1,5	5 (3 - 5)	4,1±1,3	5 (3 - 5)	0,1±0,9	0,368	0,565
B	4±1,3	5 (3 - 5)	3,9±1,5	5 (3 - 5)	-0,1±0,8	0,325	
P*	0,783		0,530				

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων (με χρήση διατάξεων (ranks).

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τις προσωπικές τους σχέσεις τόσο μετά όσο και πριν τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Η ικανοποίηση από τις προσωπικές τους σχέσεις των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού και των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού δεν μεταβλήθηκε σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από τις προσωπικές τους σχέσεις δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Δεν υπήρχε διαφορά στην ικανοποίηση από τις προσωπικές σχέσεις μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και εκείνων με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία. Επίσης, η ικανοποίηση από τον εαυτό τους τόσο των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους όσο και των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων δεν μεταβλήθηκε σημαντικά μετά τη θεραπεία. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από τον εαυτό τους δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Δεν υπήρχε διαφορά στην ικανοποίηση από τον εαυτό τους μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και εκείνων με καρκίνο του μαστού ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία. Επίσης, η ικανοποίηση από τον εαυτό τους τόσο των συμμετεχουσών με Καρκίνο του μαστού όσο και των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων δεν μεταβλήθηκε σημαντικά μετά τη θεραπεία. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από τον εαυτό τους δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Στον πίνακα 6.14 (σελίδα 88) δίνεται η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Πίνακας 6.14: Η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Πόσο ικανοποιημένη είστε με τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας

	Πριν		**Μετά**		**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
Ομάδα	**Μέση τιμή±SD**	**Διάμεσος (Ενδ.εύρος)**	**Μέση τιμή±SD**	**Διάμεσος (Ενδ.εύρος)**	**Μέση τιμή±SD**		
0α	3,5±1,5	4 (2 - 5)	4,3±1,2	5 (4 - 5)	0,8±1,9	**0,018**	0,084
A	4,3±1,1	5 (4 - 5)	4,5±0,9	5 (4 - 5)	0,2±1	0,072	
P*	**0,006**		0,332				
0β	4,3±0,9	5 (4 - 5)	4,5±1	5 (4 - 5)	0,2±1	0,388	0,155
B	4,2±0,9	4 (4 - 5)	4±1,2	5 (3 - 5)	-0,2±0,9	0,134	
P*	0,610		**0,050**				
A	4,3±1,1	5 (4 - 5)	4,5±0,9	5 (4 - 5)	0,2±1	0,072	0,123
B	4,2±0,9	4 (4 - 5)	4±1,2	5 (3 - 5)	-0,2±0,9	0,134	
P*	0,380		**0,016**				

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων (με χρήση διατάξεων (ranks).

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους πριν τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Αντίθετα, μετά τη θεραπεία δεν διέφερε σημαντικά η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού. Η ικανοποίηση από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού αυξήθηκε σημαντικά μετά τη θεραπεία ενώ των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού δεν μεταβλήθηκε σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών ικανοποίηση από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς

όγκους. Πριν τη θεραπεία δεν υπήρχε διαφορά στην ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους. Επίσης, η ικανοποίηση από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τόσο των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων όσο και των συμμετεχουσών με καλοήθη γυναικολογικό όγκο δεν μεταβλήθηκε σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καρίνο μαστού. Πριν τη θεραπεία δεν υπήρχε διαφορά στην ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους. Επίσης, η ικανοποίηση από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τόσο των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων όσο και των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού δεν μεταβλήθηκε σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της ικανοποίησης των συμμετεχουσών από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

6.5 Σεξουαλικότητα (SFL)

Στον πίνακα 6.15 (σελίδα 89) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη σεξουαλική επιθυμία.

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά λιγότερη σεξουαλική επιθυμία μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Πριν τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη σεξουαλική επιθυμία των 2 ομάδων. Επίσης, υπήρξε σημαντική μείωση της σεξουαλικής επιθυμία των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού μετά τη θεραπεία.

Πίνακας 6.15: Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη σεξουαλική δραστηριότητα.

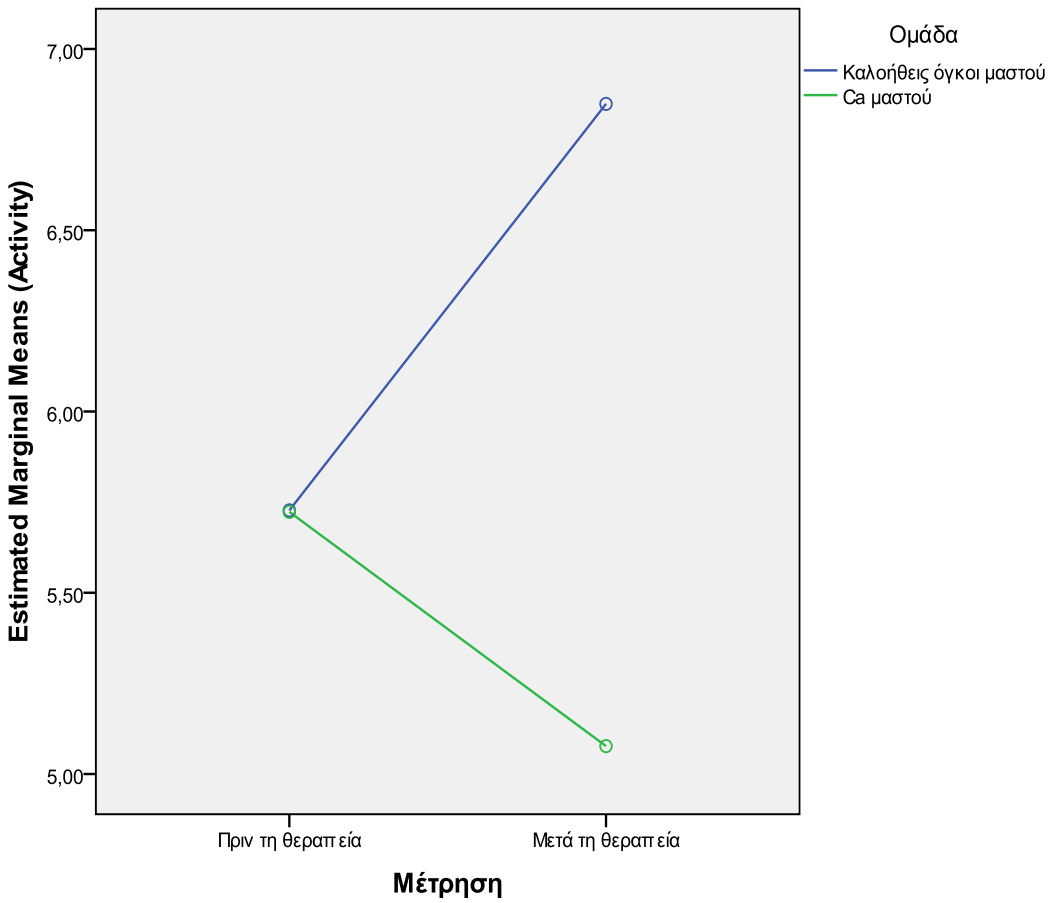
Σεξουαλική επιθυμία						
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	5,7±3	6,8±3,1	1,1±2,1	**0,005**	**<0,001**
	A	5,7±3	5,1±3,3	-0,6±2,2	**0,023**	
	P*	0,995	**0,008**			
Ομάδα	0β	6,2±3,5	5,7±3,9	-0,5±1,6	0,079	0,677
	B	5,9±2,9	5,2±3,4	-0,7±2,2	**0,037**	
	P*	0,760	0,409			
Ομάδα	A	5,7±3	5,1±3,3	-0,6±2,2	**0,023**	0,836
	B	5,9±2,9	5,2±3,4	-0,7±2,2	**0,037**	
	P*	0,755	0,863			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Αντίθετα, στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού υπήρξε σημαντική αύξηση της σεξουαλικής τους επιθυμία. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού υπήρξε μείωση ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού υπήρξε αύξηση.

Στο γράφημα 6.11 (σελίδα 90) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία» ανάλογα με το αν είχαν Καρκίνο του μαστού ή καλοήθεις όγκους μαστού.

Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη σεξουαλική επιθυμία των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας μετά τη θεραπεία των συμμετεχουσών που είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ενώ δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή της βαθμολογίας εκείνων με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των 2 ομάδων.



Γράφημα 6.11: γραφική απεικόνιση της μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία» ανάλογα με το αν είχαν Καρκίνο του μαστού ή καλοήθεις όγκους μαστού.

Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη σεξουαλική επιθυμία των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική μείωση της σεξουαλικής επιθυμία των συμμετεχουσών ανεξάρτητα από το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή μαστού. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο

διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.16.

Πίνακας 6.16: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

	B	SE	P
Ηλικία	-0,11	0,04	0,004

Μόνο η ηλικία βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και να προβλέπει τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία». Συγκεκριμένα, υψηλότερες ηλικίες συσχετίζονται με μικρότερη μείωση τις σεξουαλικής επιθυμία.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *τις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.17.

Πίνακας 6.17: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		β	SE	P
Ομάδα	0α	0,00*		
	A	-1,77	0,47	<0,001

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ομάδα βρέθηκε να προβλέπει και να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες με Καρκίνο του μαστού είχαν κατά 1,77 μονάδες χαμηλότερη μεταβολή της βαθμολογίας στην κλίμακα «Σεξουαλική επιθυμία»

(χειρότερη σεξουαλική επιθυμία)σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού.

Στον πίνακα 6.18 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Πίνακας 6.18: η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» ανα ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

		Σεξουαλική ικανοποίηση				
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	17,6±6,5	18,9±4,5	1,3±5	0,196	0,118
	A	19±3,4	18,5±3,6	-0,5±4,4	0,439	
	P*	0,958	0,657			
Ομάδα	0β	20,6±4,8	21,5±1,6	0,9±4,1	0,382	**0,010**
	B	20,1±3,5	17,2±5,2	-2,9±5,1	**0,004**	
	P*	0,663	**0,001**			
Ομάδα	A	19±3,4	18,5±3,6	-0,5±4,4	0,439	**0,032**
	B	20,1±3,5	17,2±5,2	-2,9±5,1	**0,004**	
	P*	0,442	0,205			

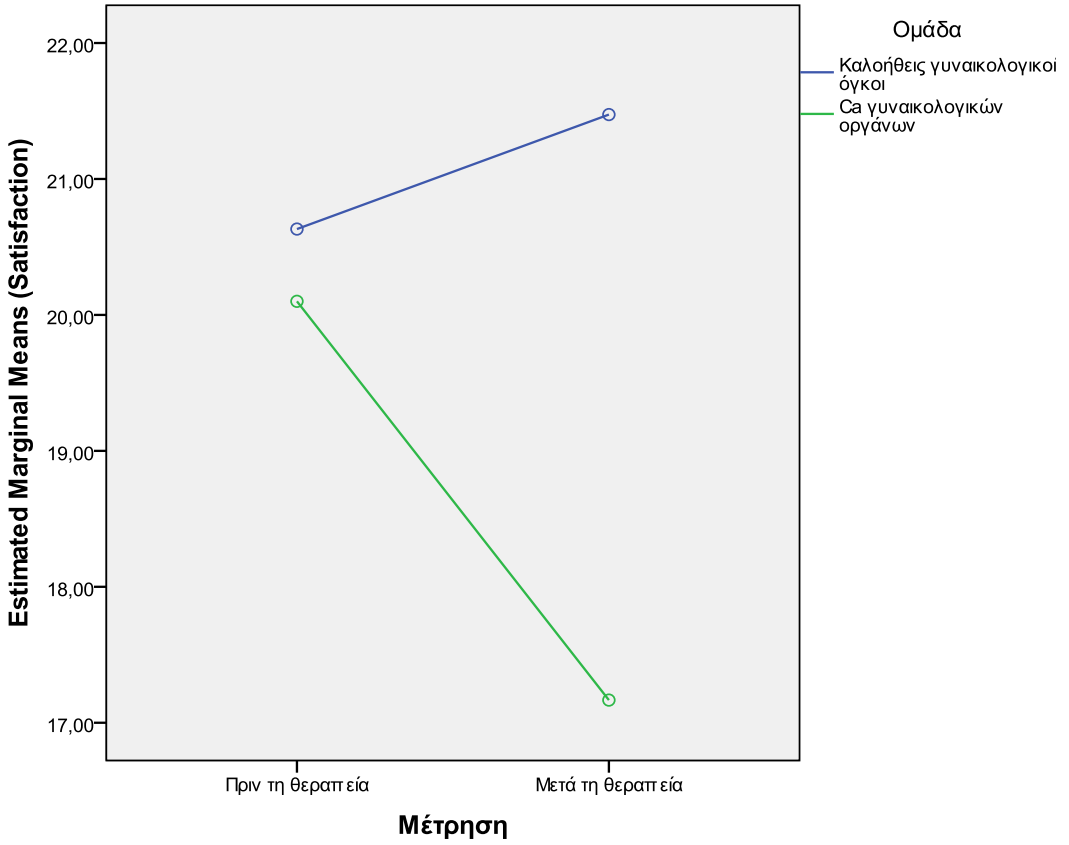
***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη ικανοποίηση μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού και των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού. Επίσης, δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή της ικανοποίησης τόσο των συμμετεχουσών με Καρκίνο του μαστού όσο και των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού μετά τη θεραπεία. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Πριν τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση μεταξύ των συμμετεχουσών με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Αντίθετα, μετά τη θεραπεία οι

συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά μικρότερη ικανοποίηση σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Επίσης, υπήρξε σημαντική μείωση της ικανοποίησης μετά τη θεραπεία των συμμετεχουσών που είχαν Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων . Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους δεν υπήρξε μεταβολή της ικανοποίησης μετά τη θεραπεία ενώ στις συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε μείωση.

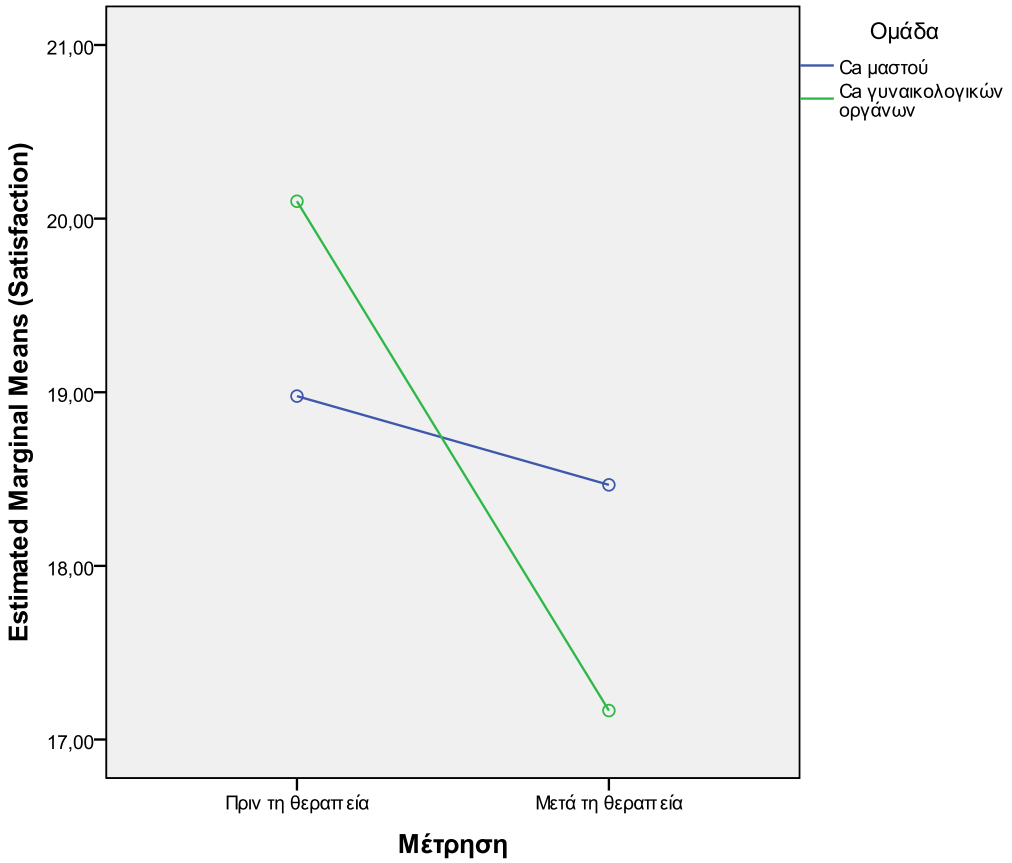
Στο γράφημα 6.12 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.



Γράφημα 6.12: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Παρατηρείται σημαντική μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο ενώ αντίθετα στις συμμετέχουσες με καλοήθεις αλλοιώσεις δεν μεταβάλλεται σημαντικά η σεξουαλική ικανοποίησης.

Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη σεξουαλική ικανοποίηση μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού. Αντιθέτως, υπήρξε σημαντική μείωση της ικανοποίησης των συμμετεχουσών που είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με Καρκίνο του μαστού δεν υπήρξε μεταβολή της σεξουαλικής ικανοποίησης μετά τη θεραπεία ενώ στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε μείωση.

Στο γράφημα 6.13 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» ανάλογα με το αν είχαν Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καρκίνο μαστού.



Γράφημα 6.13: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καρκίνο μαστού. Παρατηρείται μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης μεταξύ και των δύο ομάδων.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.19.

Πίνακας 6.19: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		B	SE	P
Ομάδα	0β	0,00*		
	Β	-3,05	1,41	0,036
Κατάσταση έμμηνου ρήσεως	Προεμμηνοπαυσιακή	0,00*		
	Περιεμμηνοπαυσιακή	-1,95	1,63	0,237
	Μέταεμμηνοπαυσιακή	-3,57	1,72	0,044

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ομάδα και η κατάσταση εμμήνου ρήσεως βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα και να προβλέπουν τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν κατά 3,05 μονάδες μεγαλύτερη μείωση στη βαθμολογία της κλίμακας ικανοποίησης σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.
- Οι συμμετέχουσες που ήταν στην εμμηνόπαυση είχαν κατά 3,57 μονάδες μικρότερη αύξηση στη βαθμολογία της κλίμακας ικανοποίησης σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν στην προεμμηνόπαυση.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη

ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.20.

Πίνακας 6.20: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

	B	SE	P
Απολαμβάνατε τη σεξουαλική επαφή με τον σύντροφο σας;	-1,74	0,70	0,015
Ήσασταν ικανοποιημένη από τις κοινές σας δραστηριότητες του ελευθέρου χρόνου σας (π.χ. διασκέδαση, ταξίδια, κλπ);	0,56	0,25	0,028
*δηλώνει κατηγορία αναφοράς			

Η ικανοποίηση των συμμετεχουσών που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκου στο μαστό δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη νόσο αλλά μόνο με τη συμπεριφορά που είχαν οι συμμετέχουσες πριν τη διάγνωση. Συγκεκριμένα, η απόλαυση της σεξουαλικής επαφής και η ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τις κοινές τους δραστηριότητες με τον σύντροφό τους βρέθηκαν να προβλέπουν και να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική ικανοποίηση». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερο απολάμβαναν οι συμμετέχουσες τη σεξουαλική επαφή με τον σύντροφό τους τόσο μικρότερη ήταν η αύξηση της ικανοποίησης τους.
- Όσο περισσότερο ικανοποιημένες ήταν οι συμμετέχουσες από τις κοινές τους δραστηριότητες με τον σύντροφό τους τόσο μεγαλύτερη ήταν η αύξηση της ικανοποίησης τους

Στον πίνακα 6.21 (σελίδα 98) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη σεξουαλική διέγερση.

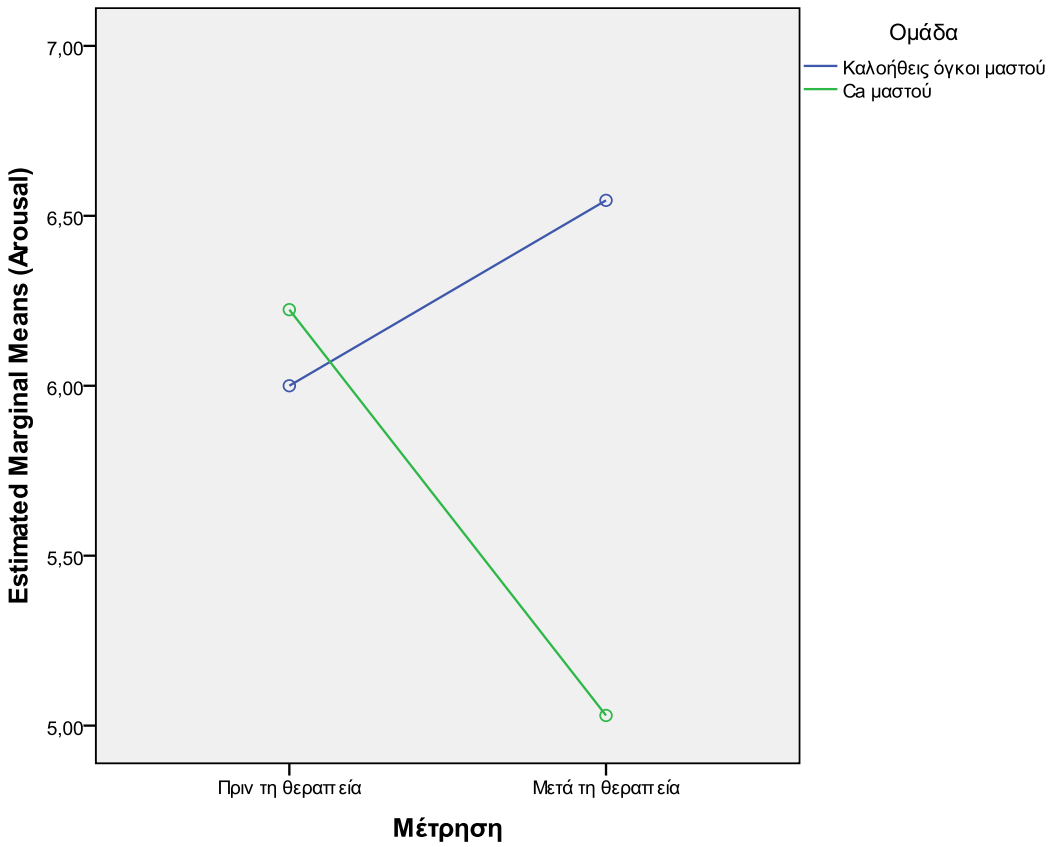
Πίνακας 6.21: Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανά ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη σεξουαλική διέγερση.

Σεξουαλική διέγερση						
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	6±3,7	6,5±3,5	0,5±2,5	0,222	**0,001**
	A	6,2±3,7	5±3,8	-1,2±2,5	**<0,001**	
	P*	0,775	0,059			
Ομάδα	0β	6,2±4,1	5,4±4,2	-0,8±3	0,190	**0,013**
	B	6,3±3,6	4±3,2	-2,3±2,2	**<0,001**	
	P*	0,783	0,109			
Ομάδα	A	6,2±3,7	5±3,8	-1,2±2,5	**<0,001**	**0,015**
	B	6,3±3,6	4±3,2	-2,3±2,2	**<0,001**	
	P*	0,861	0,147			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη σεξουαλική διέγερση μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού και των συμμετεχουσών με καλοήθη όγκο μαστού ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία. Υπήρξε σημαντική μείωση της σεξουαλικής διέγερσης των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού μετά τη θεραπεία. Αντίθετα, στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή της σεξουαλικής τους διέγερσης. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού υπήρξε μείωση ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού δεν υπήρξε μεταβολή.

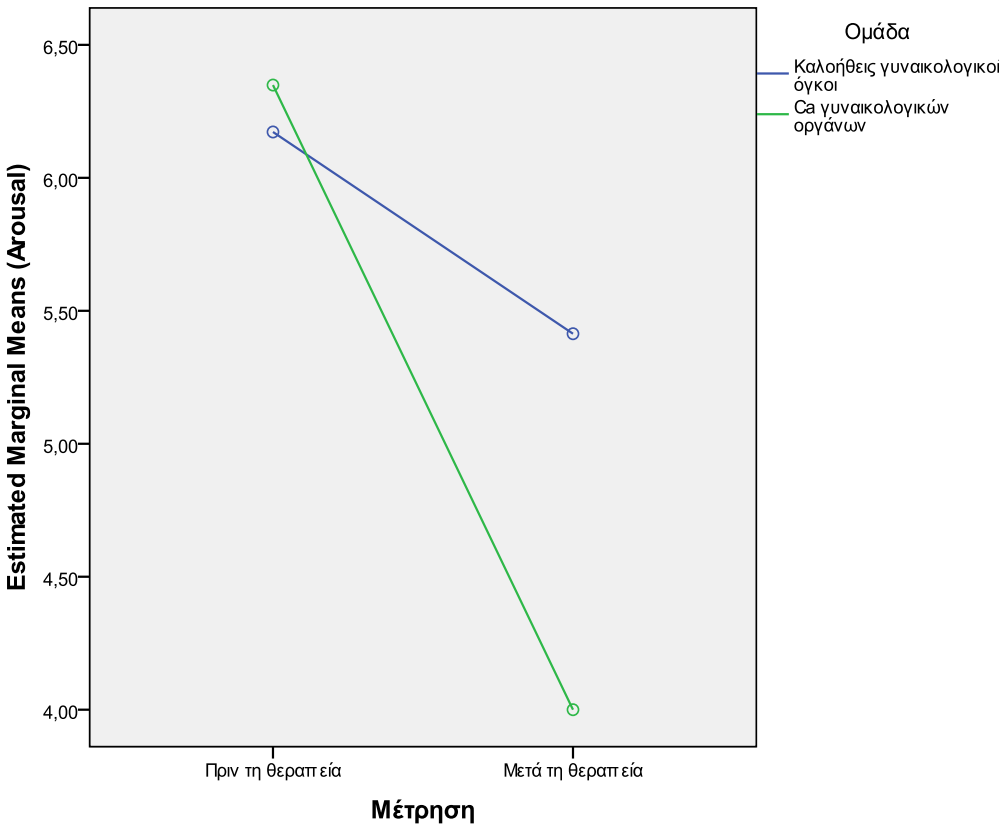
Στο γράφημα 6.14 (σελίδα 98) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο του μαστού ή καλοήθεις όγκους μαστού. Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη σεξουαλική διέγερση των συμμετεχουσών με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.



Γράφημα 6.14: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο μαστού. Παρατηρείται σημαντική μείωση της σεξουαλικής διέγερση μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο ενώ αντίθετα οι συμμετέχουσες με καλοήθεις αλλοιώσεις εμφανίζουν τάση βελτίωσης της σεξουαλική διέγερσης.

Επίσης, υπήρξε σημαντική μείωση της σεξουαλικής διέγερση των συμμετεχουσών που είχαν Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων . Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε μείωση της βαθμολογίας ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους δεν υπήρξε μεταβολή.

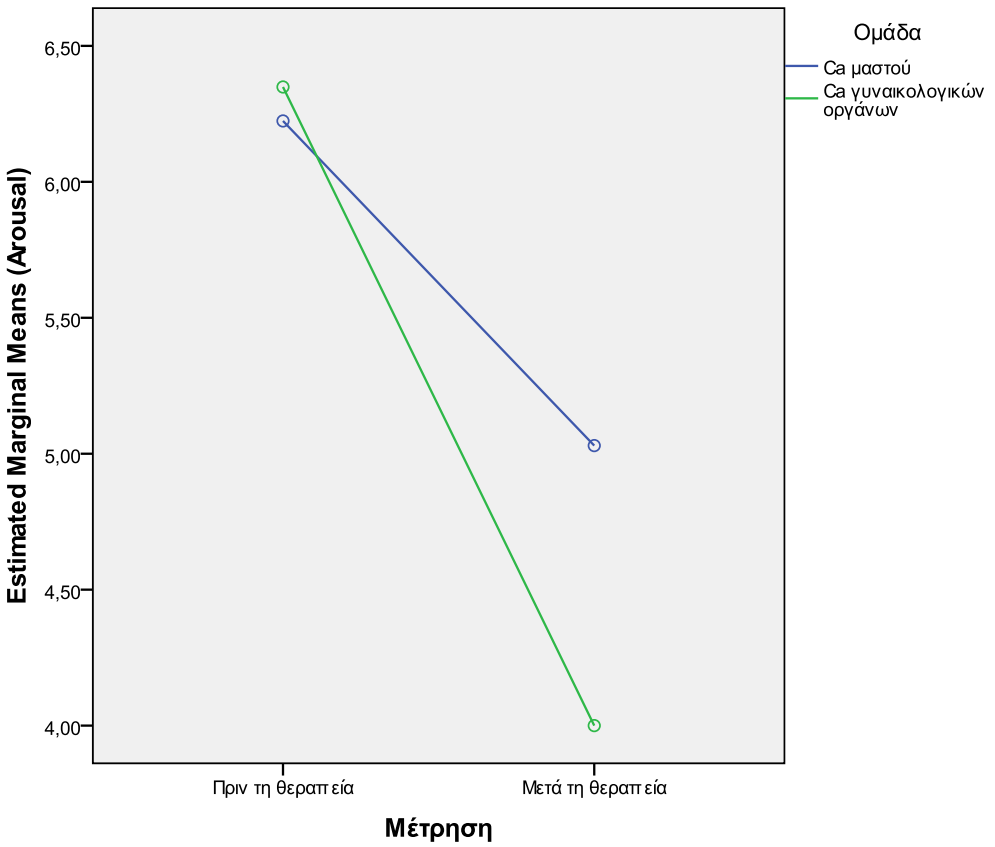
Στο γράφημα 6.15 (σελίδα 99) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.



Γράφημα 6.15: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική μείωση της σεξουαλικής διέγερση μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο αλλά και οι συμμετέχουσες με καλοήθεις αλλοιώσεις εμφανίζουν μείωση της σεξουαλικής διέγερσης.

Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη σεξουαλική δραστηριότητα των συμμετεχουσών με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού. Επίσης, υπήρξε σημαντική μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας των συμμετεχουσών ανεξάρτητα από το αν είχαν Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή μαστού. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε μεγαλύτερη μείωση της βαθμολογίας σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καρκίνο μαστού.

Στο γράφημα 6.16 (σελίδα 101) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καρκίνο μαστού.



Γράφημα 6.16: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται σημαντική μείωση της σεξουαλικής διέγερση μεταξύ των συμμετεχουσών και των δύο ομάδων.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.22.

Πίνακας 6.22: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό.

		B	SE	P
Ομάδα	0β	0,00*		
	B	-1,59	0,62	0,013

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ομάδα βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και να προβλέπει τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν κατά μέσο όρο 1,59 μονάδες μεγαλύτερη μείωση στη βαθμολογία διέγερσης σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.23.

Πίνακας 6.23: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		B	SE	P
Ομάδα	0α	0,00*		
	Α	-1,35	0,57	0,021
Κατάσταση έμμηνου ρήσεως	Προεμμηνοπαυσιακή	0,00*		
	Περιεμμηνοπαυσιακή	-0,36	0,73	0,624
	Μέταεμμηνοπαυσιακή	-1,23	0,61	0,046

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ομάδα και η κατάσταση εμμήνου ρήσεως βρέθηκαν να προβλέπουν και να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες με Καρκίνο του μαστού είχαν κατά μέσο όρο 1,35 μονάδες μεγαλύτερη μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού
- Οι συμμετέχουσες που ήταν στην εμμηνόπαυση είχαν μείωση μεγαλύτερη κατά 1,23 μονάδες στην κλίμακα «Σεξουαλική διέγερση» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν στην προ-εμμηνόπαυση.

Στον πίνακα 6.24 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερα προβλήματα.

Πίνακας 6.24: Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες» ανά ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερα προβλήματα.

Σεχουαλικές Δυσκολίες						
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	2,9±1,6	3,5±2,1	0,6±1,6	0,097	0,602
	A	4,1±2	4,4±2,5	0,3±2,8	0,490	
	P*	**0,022**	0,109			
Ομάδα	0β	3,2±1,6	3,4±1,4	0,2±2,2	0,678	**0,003**
	B	3,2±1,5	5,5±2,5	2,3±2,4	**<0,001**	
	P*	0,525	**0,002**			
Ομάδα	A	4,1±2	4,4±2,5	0,3±2,8	0,490	**0,001**
	B	3,2±1,5	5,5±2,5	2,3±2,4	**<0,001**	
	P*	0,208	0,054			

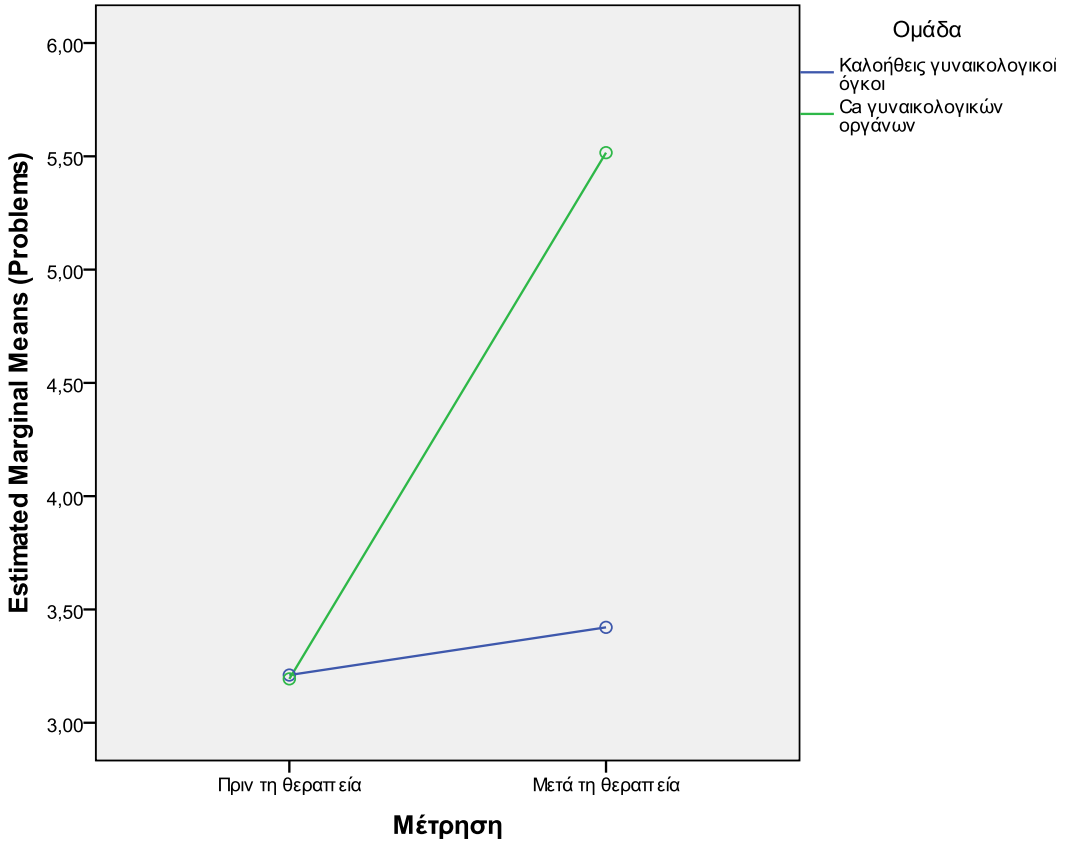
***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Πριν τη θεραπεία οι συμμετέχουσες είχαν σημαντικά περισσότερες σεξουαλικές δυσκολίες σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις όγκους μαστού. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στα προβλήματα μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού και των συμμετεχουσών με καλοήθη όγκο μαστού μετά τη θεραπεία. Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή των σεξουαλικών δυσκολιών μετά τη θεραπεία τόσο στις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού όσο και σε εκείνες με καλοήθεις όγκους μαστού. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στις σεξουαλικές δυσκολίες μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους πριν τη θεραπεία. Μετά τη θεραπεία οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά

περισσότερες σεξουαλικές δυσκολίες σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Επίσης, υπήρξε σημαντική αύξηση των σεξουαλικών δυσκολιών των συμμετεχουσών που είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε αύξηση της βαθμολογίας ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους δεν υπήρξε μεταβολή.

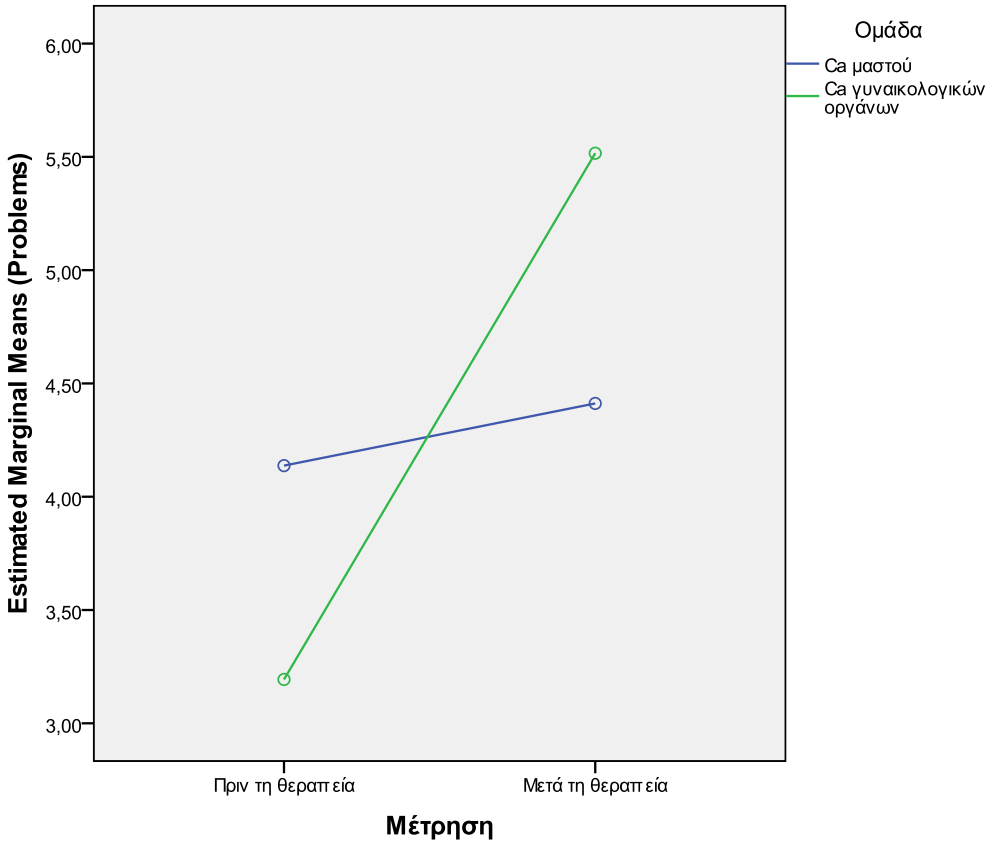
Στο γράφημα 6.17 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.



Γράφημα 6.17: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική αύξηση των σεξουαλικών δυσκολιών μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο ενώ αντίθετα οι συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη μεταβολή.

Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στις σεξουαλικές δυσκολίες των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού. Επίσης, υπήρξε σημαντική αύξηση των σεξουαλικών δυσκολιών των συμμετεχουσών που είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε αύξηση της βαθμολογίας ενώ στις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού δεν υπήρξε μεταβολή.

Στο γράφημα 6.18 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καρκίνο μαστού.



Γράφημα 6.18: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες» ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται σημαντική αύξηση των σεξουαλικών δυσκολιών μεταξύ των συμμετεχουσών με κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων ενώ δεν παρατηρείται μεταβολή μεταξύ των συμμετεχουσών με κακοήθη όγκο

μαστού.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.25.

Πίνακας 6.25: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλικές δυσκολίες» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		B	SE	P
Ομάδα	0β	0,00*		
	Β	2,11	0,67	0,003

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ομάδα βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και να προβλέπει τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν κατά 2,11 μονάδες μεγαλύτερη αύξηση στη βαθμολογία προβλημάτων σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης *δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας* που να σχετίζεται ανεξάρτητα και να προβλέπει τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλικές Δυσκολίες».

Στον πίνακα 6.26 (σελίδα 107) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη σχέση των συμμετεχουσών με τους συντρόφους τους.

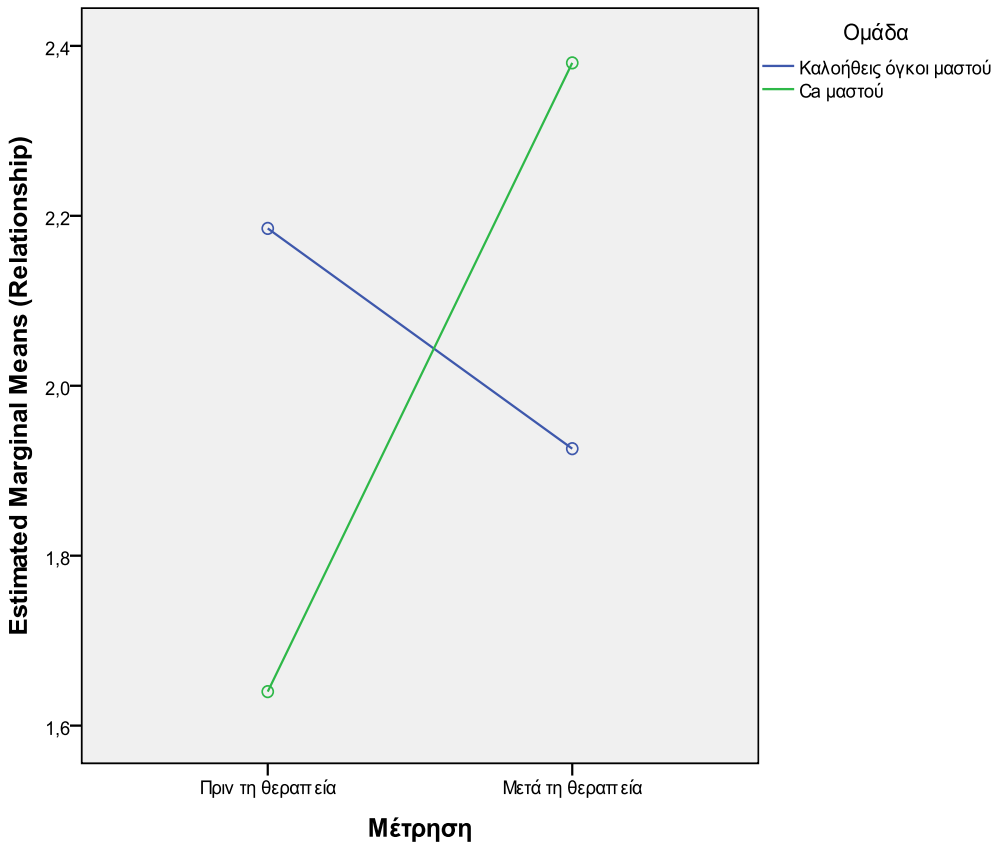
Πίνακας 6.26: Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χειρότερη σχέση των συμμετεχουσών με τους συντρόφους τους

Σεξουαλική σχέση						
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	2,2±1,3	1,9±1	-0,3±1,4	0,336	**0,006**
	A	1,6±0,9	2,4±1,2	0,7±1,5	**0,001**	
	P*	0,093	0,111			
Ομάδα	0β	1,6±0,8	1,7±0,9	0,1±0,9	0,804	0,061
	B	1,4±0,7	2,1±1,2	0,7±1,4	**0,006**	
	P*	0,576	0,120			
Ομάδα	A	1,6±0,9	2,4±1,2	0,7±1,5	**0,001**	0,995
	B	1,4±0,7	2,1±1,2	0,7±1,4	**0,006**	
	P*	0,157	0,349			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη κατάσταση της σχέσης μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού και των συμμετεχουσών με καλοήθη όγκο μαστού ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία. Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή της σχέσης των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού μετά τη θεραπεία. Αντίθετα, στις συμμετέχουσες με Καρκίνο του μαστού υπήρξε σημαντική χειροτέρευση της σχέσης τους μετά τη θεραπεία. Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού υπήρξε αύξηση της βαθμολογίας ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού δεν υπήρξε μεταβολή.

Στο γράφημα 6.19 (σελίδα 108) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» ανάλογα με το αν είχαν Καρκίνο του μαστού ή καλοήθεις όγκους μαστού.



Γράφημα 6.19: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο μαστού. Παρατηρείται σημαντική επιδείνωση των σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο.

Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη κατάσταση της σχέσης των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Επίσης, υπήρξε σημαντική χειροτέρευση της σχέσης μετά τη θεραπεία των συμμετεχουσών που είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη κατάσταση της σχέσης των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού. Επίσης, υπήρξε σημαντική χειροτέρευση της σχέσης μετά τη θεραπεία των συμμετεχουσών ανεξάρτητα από το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή μαστού. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.27.

Πίνακας 6.27: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		B	SE	P
Κατάσταση έμμηνου ρήσεως	Προεμμηνοπαυσιακή	0,00*		
	Περιεμμηνοπαυσιακή	0,63	0,41	0,135
	Μέταεμμηνοπαυσιακή	1,19	0,42	0,007

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η κατάσταση εμμήνου ρήσεως βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και να προβλέπει τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες που ήταν στην εμμηνόπαυση είχαν κατά 1,19 μεγαλύτερη αύξηση στη βαθμολογία της κλίμακας «Σεξουαλική σχέση» , δηλαδή μεγαλύτερη επιδείνωση της σχέσης τους με το σύντροφό τους, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν στην προεμμηνόπαυση.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού* με εξαρτημένη μεταβλητή την μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.28 (σελίδα 110).

Μόνο η ομάδα βρέθηκε να προβλέπει και να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση».

Πίνακας 6.28: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό.

		B	SE	P
Ομάδα	0α	0,00*		
	A	1,00	0,36	0,006

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες με Καρκίνο του μαστού είχαν κατά 1 μονάδα μεγαλύτερη αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Σεξουαλική σχέση» , δηλαδή μεγαλύτερη επιδείνωση της σχέσης τους με το σύντροφό τους, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού.

Στον πίνακα 6.29 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη ικανότητα να φτάσουν σε οργασμό.

Πίνακας 6.29: Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός» ανά ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη ικανότητα να φτάσουν σε οργασμό.

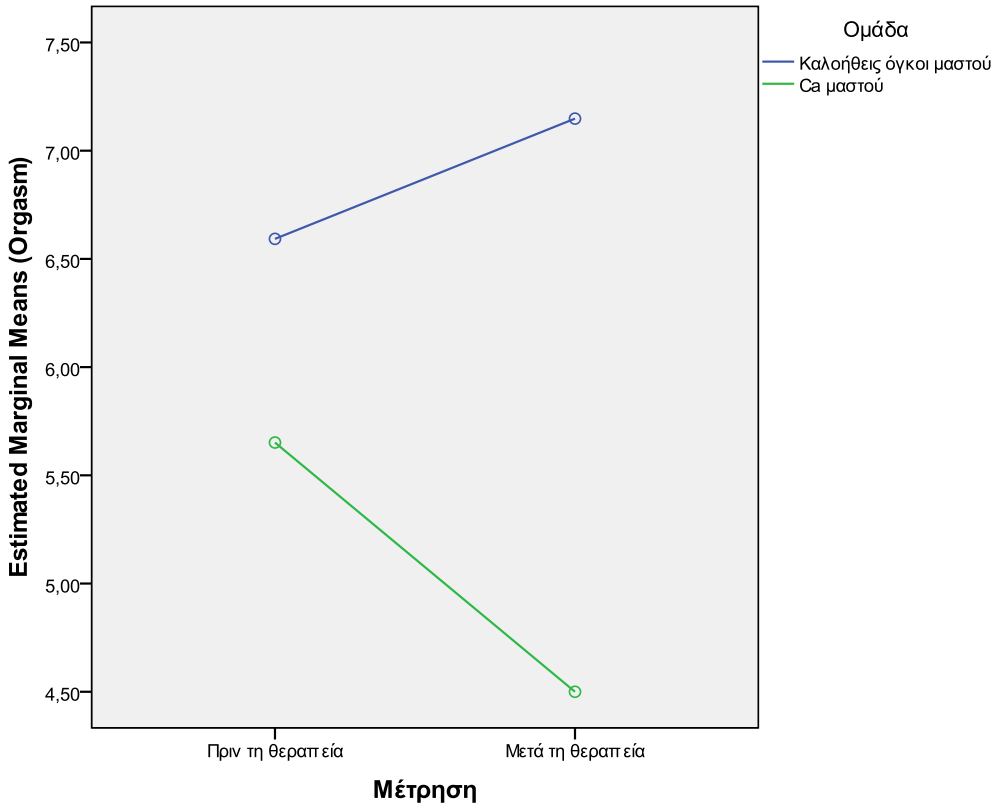
Οργασμός						
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	6,6±4,5	7,1±4,1	0,5±2,8	0,311	**0,006**
	A	5,7±3,5	4,5±3,8	-1,2±2,6	**0,001**	
	P*	0,349	**0,004**			
Ομάδα	0β	5,5±4	5,3±4,3	-0,2±2,8	0,592	**0,009**
	B	6±3,5	4±3,7	-2±2,5	**<0,001**	
	P*	0,573	0,136			
Ομάδα	A	5,7±3,5	4,5±3,8	-1,2±2,6	**0,001**	0,092
	B	6±3,5	4±3,7	-2±2,5	**<0,001**	
	P*	0,716	0,459			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία της κλίμακας «Οργασμός» μεταξύ των συμμετεχουσών με Καρκίνο του μαστού και των συμμετεχουσών με καλοήθη όγκο μαστού πριν τη θεραπεία. Αντίθετα, μετά τη θεραπεία οι συμμετέχουσες με

Καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα «Οργασμός» που υποδηλώνει μικρότερη ικανότητα να φτάσουν σε οργασμό σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθη όγκο μαστού. Υπήρξε σημαντική μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Οργασμός» των συμμετεχουσών με Καρκίνο του μαστού μετά τη θεραπεία. Αντίθετα, στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή της βαθμολογίας στην κλίμακα «Οργασμός». Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με Καρκίνο του μαστού υπήρξε μείωση της βαθμολογίας ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού δεν υπήρξε μεταβολή.

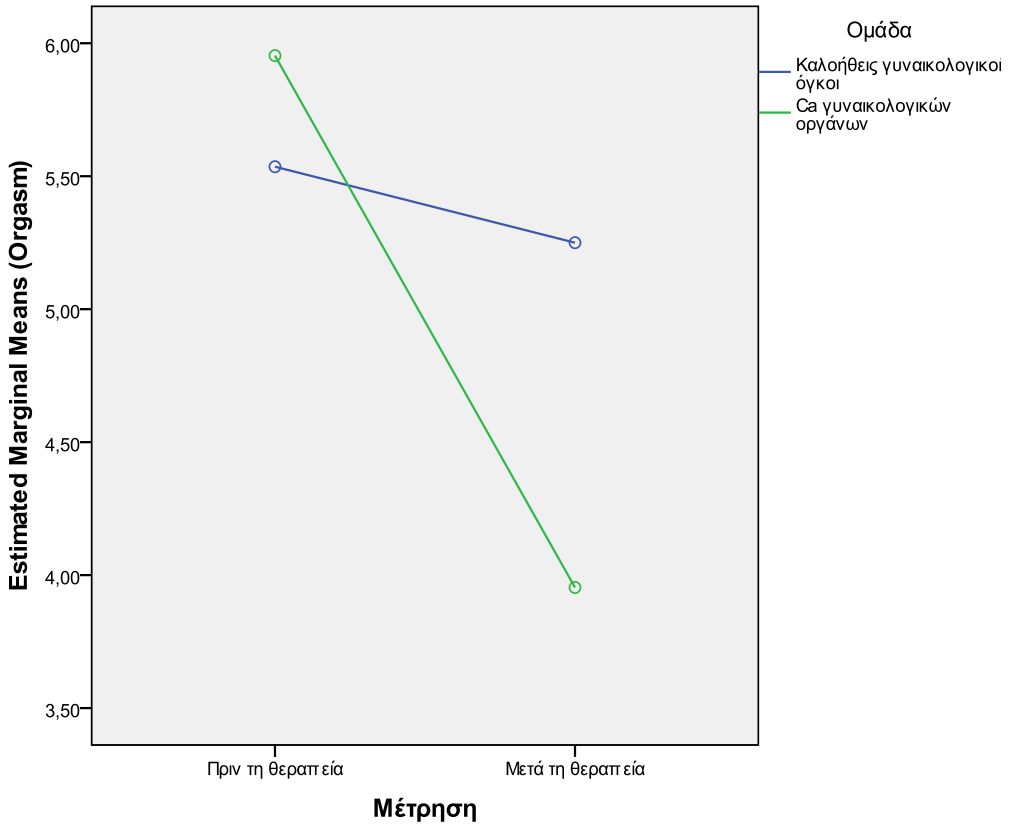
Στο γράφημα 6.20 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός» ανάλογα με το αν είχαν Καρκίνο του μαστού ή καλοήθεις όγκους μαστού.



Γράφημα 6.20: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός» ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται μείωση της ικανότητας να φτάσουν σε οργασμό μεταξύ των συμμετεχουσών με κακοήθη όγκο μαστού, ενώ αντίθετα μεταξύ της ομάδας ελέγχου δεν παρατηρείται αξιόλογη μεταβολή.

Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία στην κλίμακα «Οργασμός» των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Οργασμός» των συμμετεχουσών (δηλαδή μείωση της ικανότητας να φτάσουν σε οργασμό) που είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων . Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε μείωση της βαθμολογίας ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή.

Στο γράφημα 6.21 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.



Γράφημα 6.21: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο γυναικολογικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική μείωση της σεξουαλικής διέγερση μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο.

Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία στην κλίμακα «Οργασμός» των συμμετεχουσών με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καρκίνος μαστού. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Οργασμός» των συμμετεχουσών (δηλαδή μείωση της ικανότητας να φτάσουν σε οργασμό) ανεξάρτητα από το αν είχαν Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή μαστού. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Οργασμός», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.30.

Πίνακας 6.30: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Οργασμός» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		B	SE	P
Ομάδα	0β	0,00*		
	Β	-1,44	0,63	0,025
Κατάσταση έμμηνου ρήσεως	Προεμμηνοπαυσιακή	0,00*		
	Περιεμμηνοπαυσιακή	-0,92	0,82	0,270
	Μέταεμμηνοπαυσιακή	-1,87	0,77	0,018
*δηλώνει κατηγορία αναφοράς				

Η ομάδα και η κατάσταση εμμήνου ρήσεως βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα και να προβλέπουν τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν κατά 1,44 μονάδες μεγαλύτερη μείωση στη βαθμολογία της κλίμακας «Οργασμός» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.

- Οι συμμετέχουσες που ήταν στην εμμηνόπαυση είχαν κατά 1,87 μονάδες μεγαλύτερη μείωση στη βαθμολογία της κλίμακας «Οργασμός» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν στην προ-εμμηνόπαυση.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Οργασμός», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.31.

Πίνακας 6.31: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Οργασμός» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		B	SE	P
Ομάδα	0α	0,00*		
	A	-1,71	0,60	0,006

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ομάδα βρέθηκε να προβλέπει και να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Οργασμός». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες με Καρκίνο του μαστού είχαν κατά 0,85 μονάδες μεγαλύτερη μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα «Οργασμός» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού.

Στον πίνακα 6.32 (σελίδα 115) που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και σημασία στις σεξουαλικές επαφές τους. Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Γενικές ερωτήσεις» τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθη όγκο μαστού.

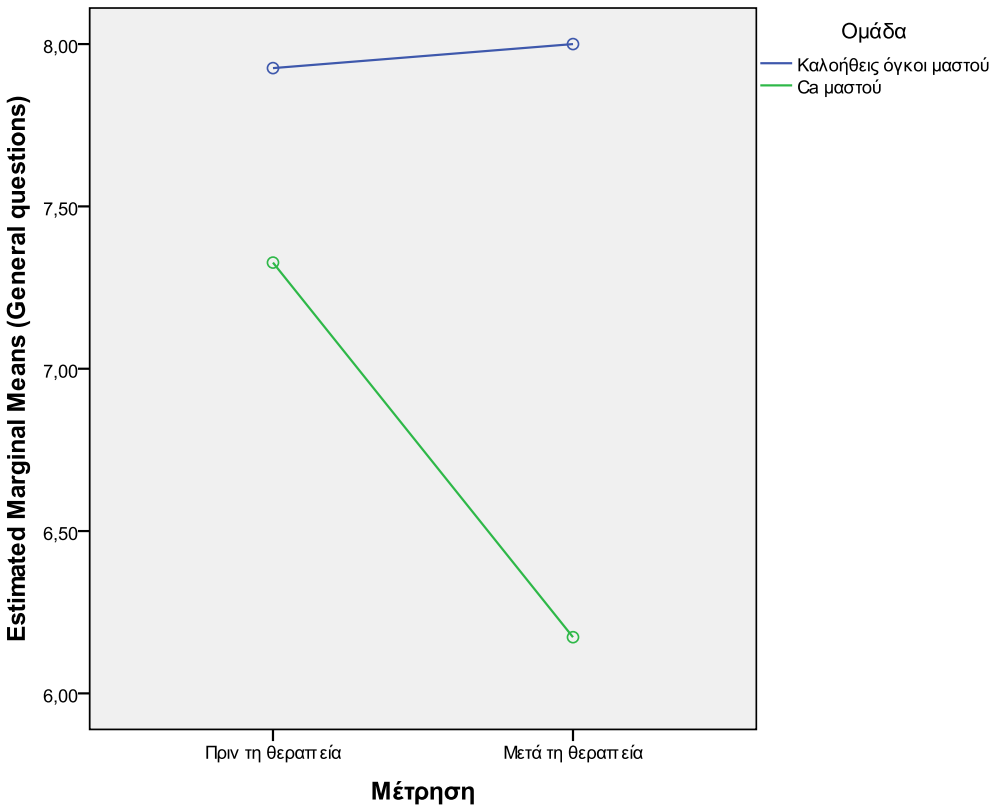
Πίνακας 6.32: η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και σημασία στις σεξουαλικές επαφές τους.

Γενικές ερωτήσεις						
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	7,9±1,6	8±1,6	0,1±1,4	0,791	**0,001**
	A	7,3±2,2	6,2±2,2	-1,1±1,5	**<0,001**	
	P*	**0,028**	**<0,001**			
Ομάδα	0β	8±1,7	8,2±1,4	0,2±1,4	0,520	**<0,001**
	B	7,7±2	6,2±2	-1,5±1,5	**<0,001**	
	P*	0,989	**<0,001**			
Ομάδα	A	7,3±2,2	6,2±2,2	-1,1±1,5	**<0,001**	0,343
	B	7,7±2	6,2±2	-1,5±1,5	**<0,001**	
	P*	0,691	0,967			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Υπήρξε σημαντική μείωση της βαθμολογίας στη διάσταση «Γενικές ερωτήσεις» των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού μετά τη θεραπεία. Αντίθετα, στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή της βαθμολογίας στη διάσταση «Γενικές ερωτήσεις». Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού υπήρξε αύξηση ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού δεν υπήρξε μεταβολή.

Στο γράφημα 6.22 (σελίδα 116) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο του μαστού ή καλοήθεις όγκους μαστού.

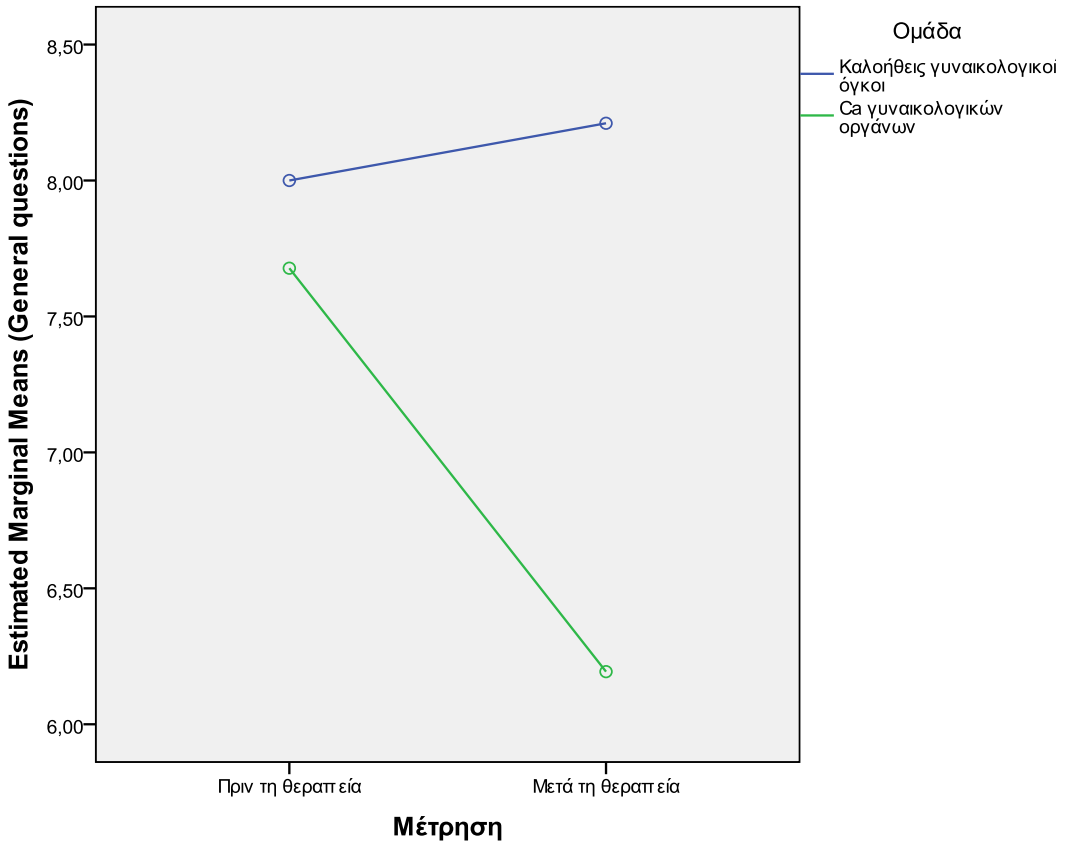


Γράφημα 6.22: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο μαστού. Παρατηρείται σημαντική μείωση στην αυτοπεποίθηση και στη σημασία που δίνουν οι συμμετέχουσες με καρκίνο στις σεξουαλικές επαφές τους.

Πριν τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία στη διάσταση «Γενικές ερωτήσεις» των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Αντίθετα, μετά τη θεραπεία οι συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Γενικές ερωτήσεις» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Επίσης, υπήρξε σημαντική μείωση της βαθμολογίας στη διάσταση «Γενικές ερωτήσεις» των συμμετεχουσών που είχαν Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ενώ δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών που είχαν καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε μείωση της

βαθμολογίας ενώ στις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους δεν υπήρξε μεταβολή.

Στο γράφημα 6.23 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» ανάλογα με το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.



Γράφημα 6.23: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» ανάλογα με το αν είχαν καλοήθεις ή κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική μείωση στην αυτοπεποίθηση και στη σημασία που δίνουν οι συμμετέχουσες με καρκίνο στις σεξουαλικές επαφές τους.

Ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία στη διάσταση «Γενικές ερωτήσεις» των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού. Επίσης, υπήρξε σημαντική μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας των συμμετεχουσών ανεξάρτητα από το αν είχαν καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή μαστού.

Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχουσών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.33.

Πίνακας 6.33: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γυναικολογικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		B	SE	P
Ομάδα	0β	0,00*		
	Β	-1,69	0,43	<0,001

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ομάδα βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και να προβλέπει τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν κατά 1,69 μονάδες μεγαλύτερη μείωση στη βαθμολογία στη διάσταση «Γενικές ερωτήσεις» (δηλαδή μεγαλύτερη πτώση της αυτοπεποίθησης και της σημασίας των σεξουαλικών επαφών) σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού* με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις», ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών, τη λήψη ψυχοφαρμάκων και τις ερωτήσεις του PSMQ και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.34 (σελίδα 119)

Πίνακας 6.34: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις» και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό

		B	SE	P
Ομάδα	0α	0,00*		
	A	-1,22	0,36	0,001

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ομάδα βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και να προβλέπει τη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα «Γενικές ερωτήσεις». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν κατά 1,22 μονάδες μεγαλύτερη μείωση στη βαθμολογία στη διάσταση «Γενικές ερωτήσεις» (δηλαδή μεγαλύτερη πτώση της αυτοπεποίθησης και της σημασίας των σεξουαλικών επαφών) σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού.

6.6 Ορμόνες

Στον πίνακα 6.35 δίνονται οι μεταβολές της τεστοστερόνης ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.

Πίνακας 6.35: Οι μεταβολές στα επίπεδα της τεστοστερόνης στο αίμα ανάλογα με την ομάδα

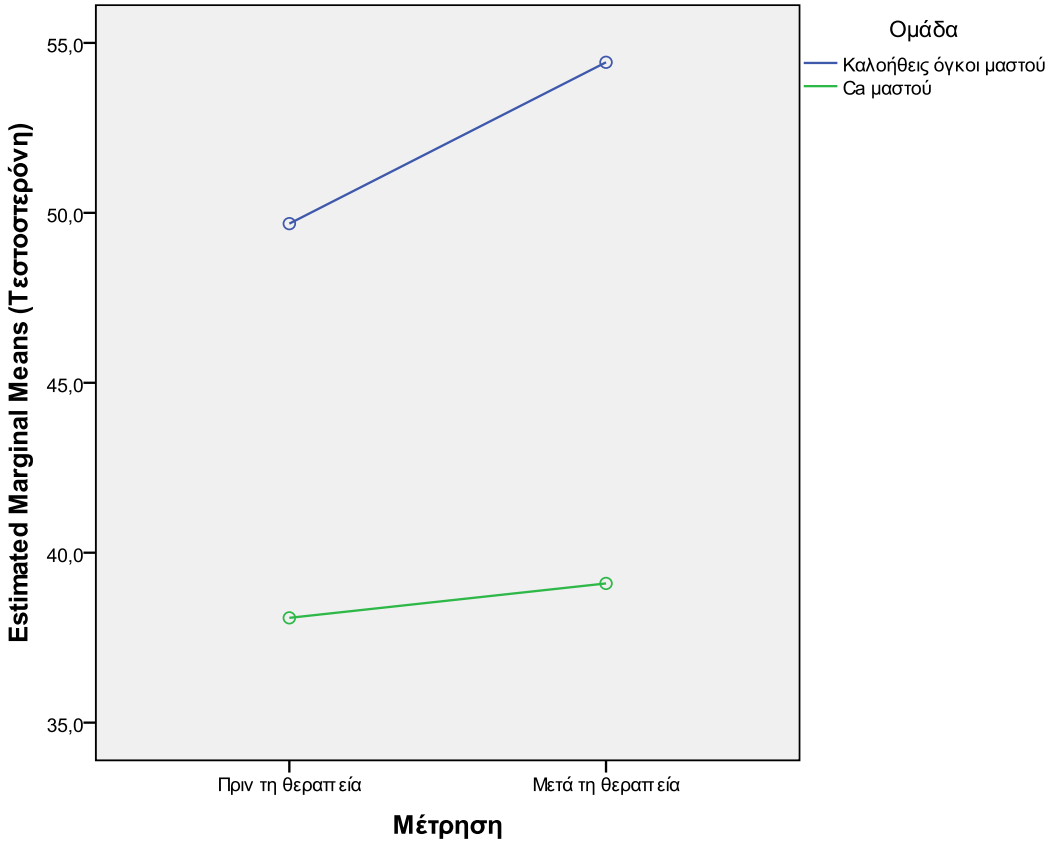
		Τεστοστερόνη (ng/dL)				
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	49,7±15	54,4±16,7	4,7±7,7	**0,001**	**0,017**
	A	38,1±13,3	39,1±13,9	1±7	0,240	
	P*	**<0,001**	**<0,001**			
Ομάδα	0β	39±10,8	35,6±10,2	-3,4±13,7	0,180	**<0,001**
	B	35,7±13,3	16,9±9,2	-18,8±12	**<0,001**	
	P*	0,260	**<0,001**			
Ομάδα	A	38,1±13,3	39,1±13,9	1±7	0,240	**<0,001**
	B	35,7±13,3	16,9±9,2	-18,8±12	**<0,001**	
	P*	0,364	**<0,001**			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ **Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων**

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές τεστοστερόνης τόσο πριν όσο μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες

με καλοήθεις όγκους μαστού. Επίσης, οι τιμές της τεστοστερόνης αυξήθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού ενώ σε εκείνες με καρκίνο του μαστού δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της τεστοστερόνης διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού υπήρξε αύξηση της τεστοστερόνης ενώ στην ομάδα των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού παρέμεινε σταθερή.

Στο γράφημα 6.24 δίνονται οι μεταβολές της τεστοστερόνης ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού οι συμμετέχουσες.

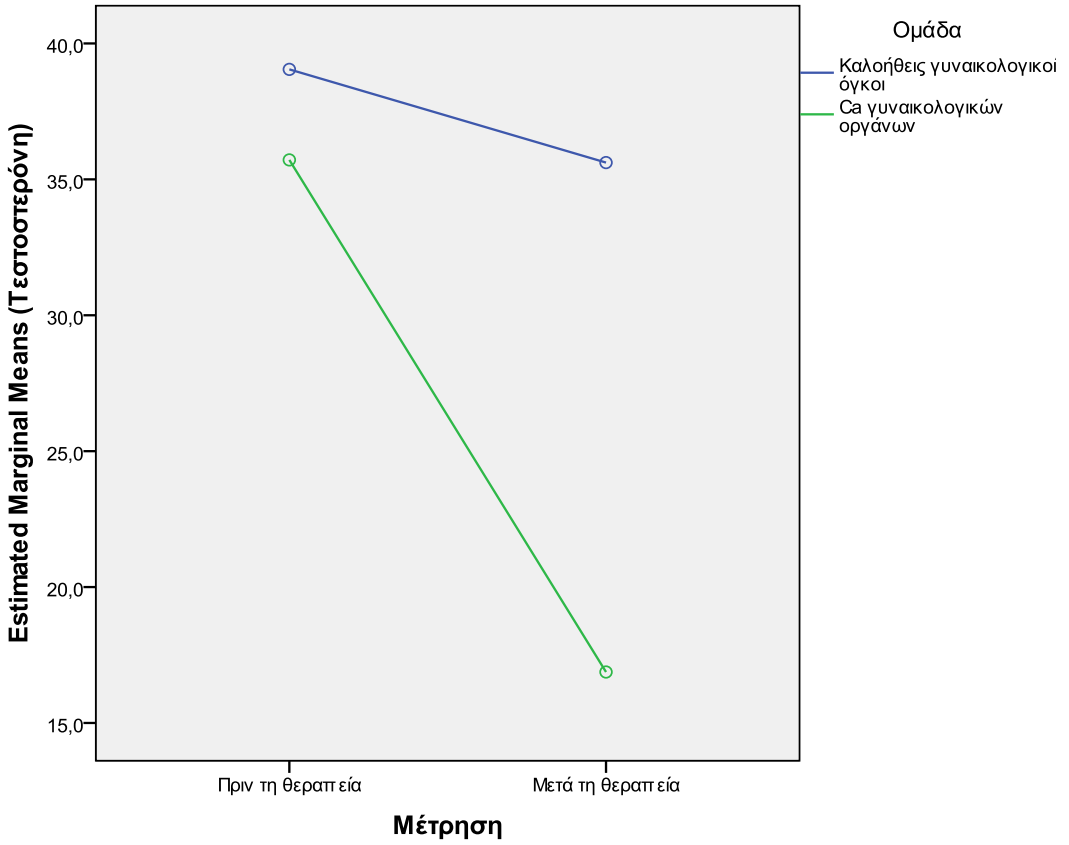


Γράφημα 6.24: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της τεστοστερόνης στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού. Παρόλο που δεν καταγράφεται μεταβολή σε καμία από τις δύο ομάδες (0α και Α) οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία.

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές τεστοστερόνης μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις

συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Επίσης, οι τιμές της τεστοστερόνης μειώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ενώ σε εκείνες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της τεστοστερόνης διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε μείωση της τεστοστερόνης ενώ στην ομάδα των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους παρέμεινε σταθερή.

Στο γράφημα 6.25 δίνονται οι μεταβολές της τεστοστερόνης ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη γυναικολογικό όγκο οι συμμετέχουσες.

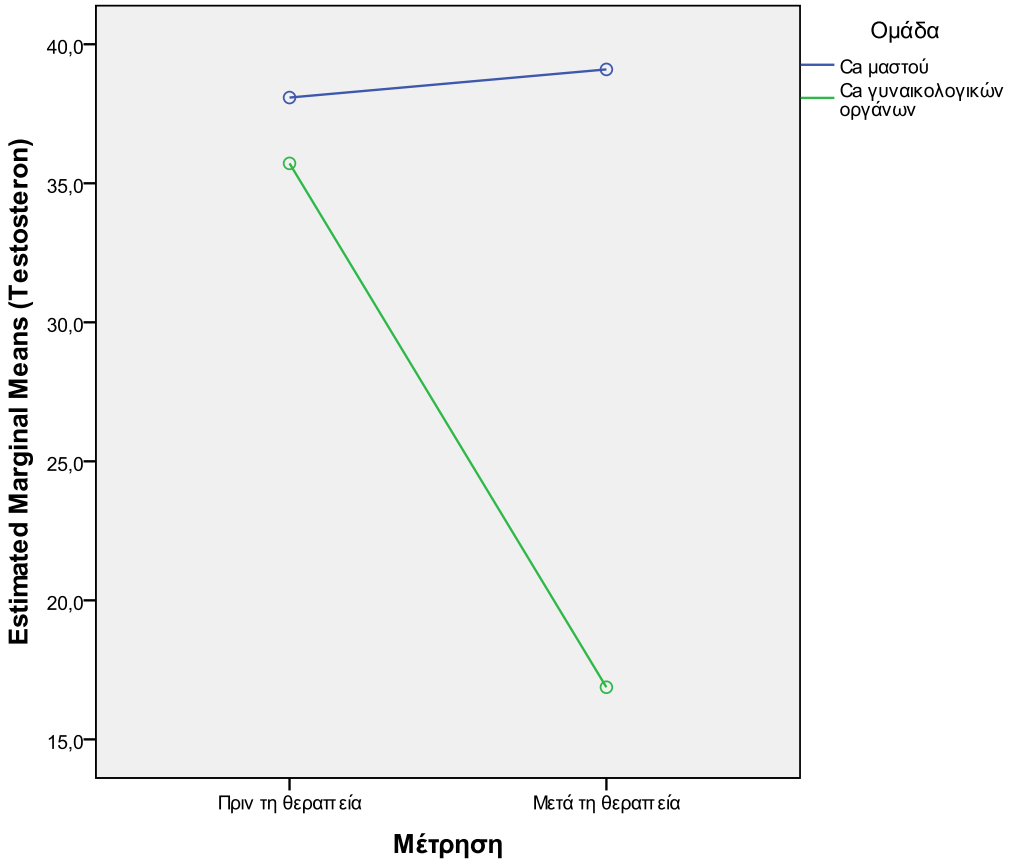


Γράφημα 6.25: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της τεστοστερόνης στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική μείωση των επιπέδων της τεστοστερόνης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο στα έσω γεννητικά όργανα.

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές τεστοστερόνης μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις

συμμετέχουσες με καρκίνο μαστού. Επίσης, οι τιμές της τεστοστερόνης μειώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ενώ σε εκείνες με καρκίνο του μαστού δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της τεστοστερόνης διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε μείωση της τεστοστερόνης ενώ στην ομάδα των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού παρέμεινε σταθερή.

Στο γράφημα 6.26 δίνονται οι μεταβολές της τεστοστερόνης ανάλογα με το αν είχαν οι συμμετέχουσες Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή μαστού.



Γράφημα 6.26: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της τεστοστερόνης στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται σημαντική μείωση των επιπέδων της τεστοστερόνης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο στα έσω γεννητικά όργανα, ενώ δεν καταγράφεται μεταβολή μεταξύ της ομάδας με καρκίνο του μαστού.

Στον πίνακα 6.36 (σελίδα 123) δίνονται οι μεταβολές της ορμόνης LH στο αίμα ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.

Πίνακας 6.36: Οι μεταβολές της ορμόνης LH στο αίμα ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.

		LH				
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	12,4±14,4	17,3±17,7	4,9±12,7	**0,035**	0,727
	A	25,9±16,9	30±15,9	4,1±9,1	**<0,001**	
	P*	**<0,001**	**<0,001**			
Ομάδα	0β	22,1±17,9	29,6±17,3	7,5±8,4	**<0,001**	0,922
	B	29,2±21,2	36,9±18,3	7,7±7,7	**<0,001**	
	P*	0,139	0,091			
Ομάδα	A	25,9±16,9	30±15,9	4,1±9,1	**<0,001**	**0,033**
	B	29,2±21,2	36,9±18,3	7,7±7,7	**<0,001**	
	P*	0,370	**0,038**			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

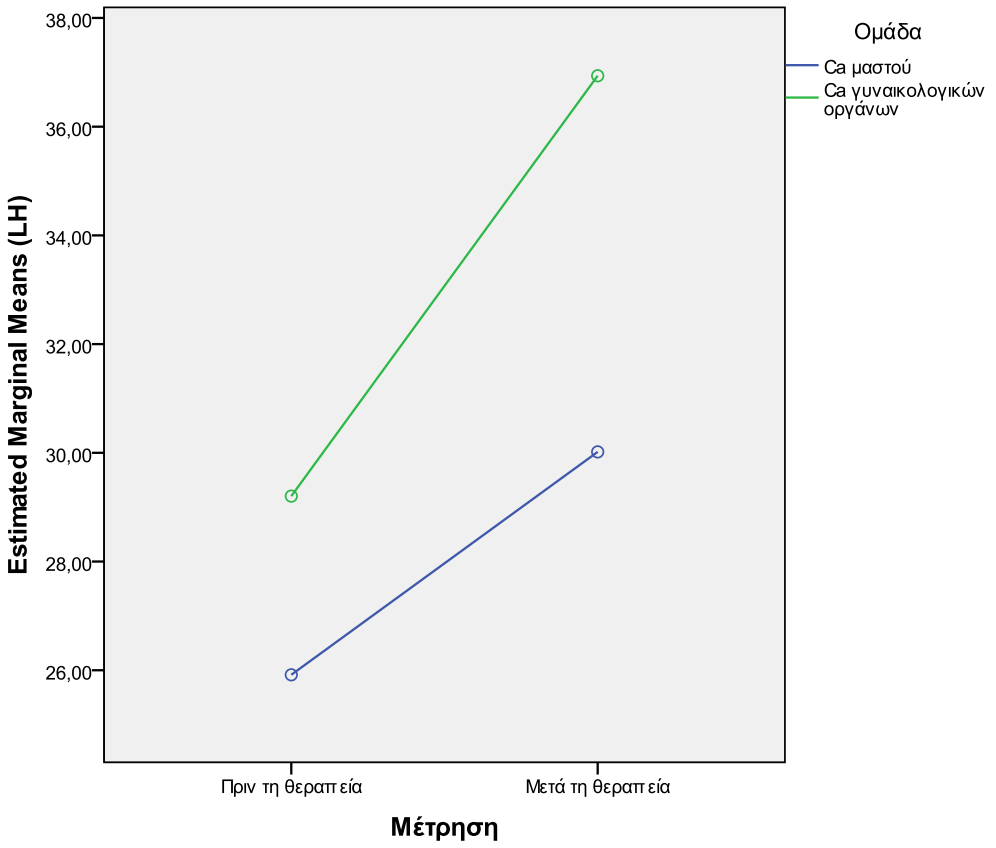
Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές LH τόσο πριν όσο μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Επίσης, οι τιμές της LH αυξήθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία τόσο στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού όσο και σε εκείνες με καρκίνο μαστού. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της LH δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Δεν διέφεραν σημαντικά οι τιμές LH μεταξύ των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους και των συμμετεχουσών με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ούτε πριν ούτε μετά τη θεραπεία. Αντίθετα, οι τιμές της LH αυξήθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία τόσο στις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους όσο και σε εκείνες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων . Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της LH δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές LH μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καρκίνο μαστού. Επίσης, οι τιμές της LH αυξήθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία τόσο στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων όσο και σε

εκείνες με καρκίνο μαστού. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της LH διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, η αύξηση της LH ήταν μεγαλύτερη στις συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων .

Στο γράφημα 6.27 που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της LH ανάλογα με το αν έπασχαν οι συμμετέχουσες από καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων ή καρκίνο μαστού.



Γράφημα 6.27: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της LH στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται σημαντική αύξηση των επιπέδων της LH και στις δύο ομάδες.

Στον πίνακα 6.37 (σελίδα 125) δίνονται οι μεταβολές της FSH ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές FSH τόσο πριν όσο μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Επίσης, οι τιμές της FSH μειώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία

και στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού και σε εκείνες με καρκίνο μαστού.

Πίνακας 6.37: Οι μεταβολές της FSH στο αίμα ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.

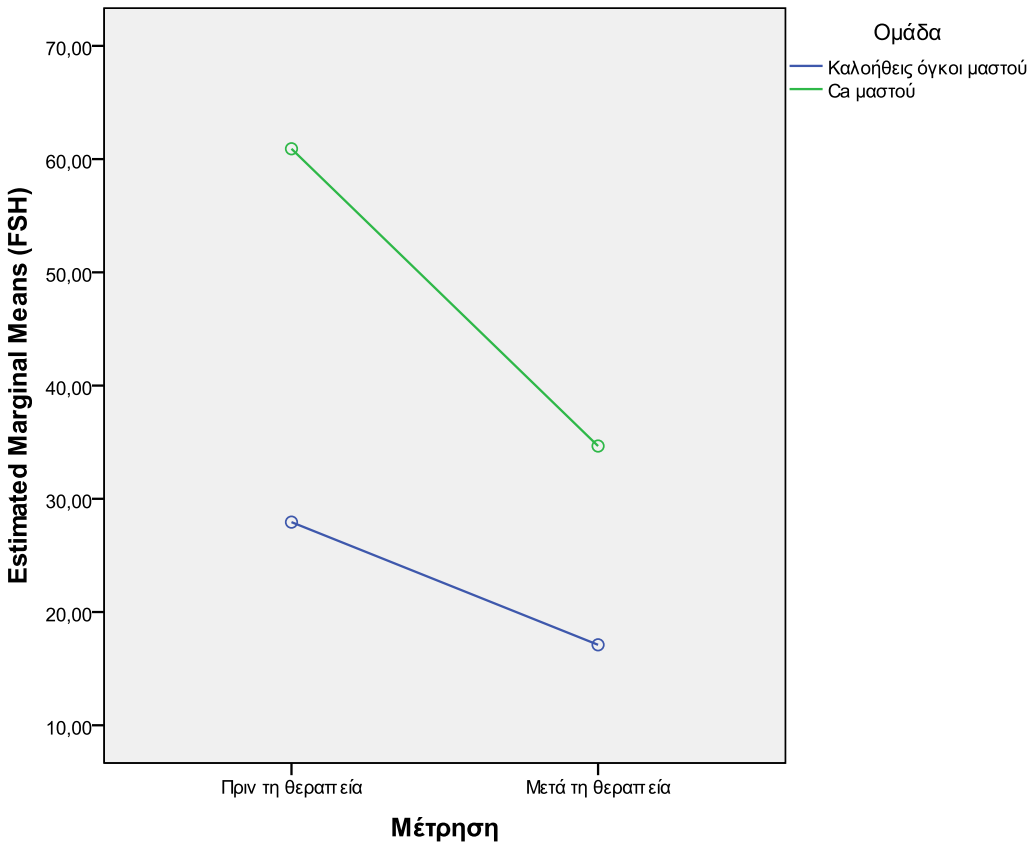
		FSH				
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	27,9±31,7	17,1±18,2	-10,8±15,2	**<0,001**	**0,002**
	A	60,9±40,4	34,7±19,5	-26,3±25,1	**<0,001**	
	P*	**<0,001**	**<0,001**			
Ομάδα	0β	54,3±50	34,6±19,5	-19,7±37,3	**0,007**	0,744
	B	62,2±44,4	45,2±23,7	-17±33,3	**0,002**	
	P*	0,478	**0,046**			
Ομάδα	A	60,9±40,4	34,7±19,5	-26,3±25,1	**<0,001**	0,101
	B	62,2±44,4	45,2±23,7	-17±33,3	**0,002**	
	P*	0,873	**0,012**			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της FSH διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού υπήρξε μεγαλύτερη μείωση της FSH σε σύγκριση με την ομάδα των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού.

Στο γράφημα 6.28 (σελίδα 126) δίνονται οι μεταβολές της FSH ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού οι συμμετέχουσες.

Οι συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές FSH μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Επίσης, οι τιμές της FSH μειώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων καθώς και σε εκείνες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της FSH δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.



Εικόνα 6.28: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της FSH στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων ή μαστού. Παρατηρείται μείωση των επιπέδων της FSH μεταξύ και των δύο ομάδων.

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές FSH μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καρκίνο μαστού. Επίσης, οι τιμές της FSH μειώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων καθώς και σε εκείνες με καρκίνο μαστού. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της FSH δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Στον πίνακα 6.38 (σελίδα 127) δίνονται οι μεταβολές της κορτιζόλης ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές κορτιζόλης τόσο πριν όσο μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Επίσης, οι τιμές της κορτιζόλης μειώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού ενώ σε εκείνες με

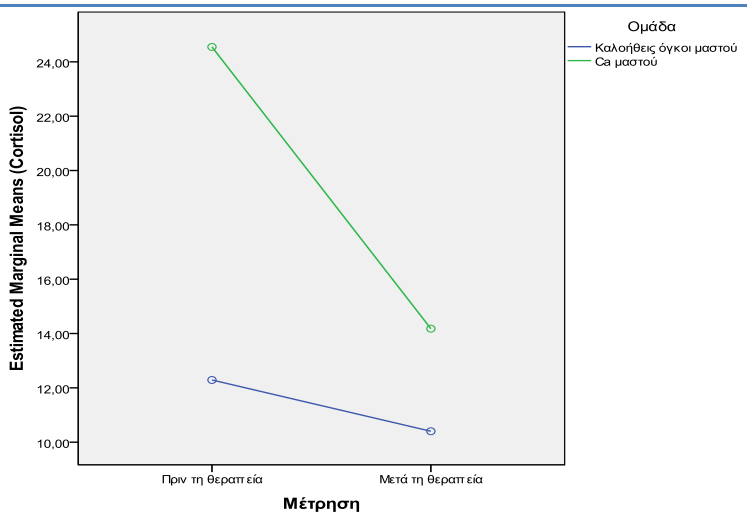
καλοήθεις όγκους μαστού δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της κορτιζόλης διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα των συμμετεχουσών με καρκίνο του μαστού υπήρξε μείωση της κορτιζόλης ενώ στην ομάδα των συμμετεχουσών με καλοήθεις όγκους μαστού παρέμεινε σταθερή.

Πίνακας 6.38: Οι μεταβολές της κορτιζόλης στο αίμα ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.

		Cortisol (mg/dL)				
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	12,3±4,2	10,4±4,3	-1,9±5,6	0,063	**<0,001**
	A	24,5±11,6	14,2±3,9	-10,4±10,1	**<0,001**	
	P*	**<0,001**	**<0,001**			
Ομάδα	0β	17,1±6,3	13,6±5,1	-3,5±6,4	**0,006**	**0,010**
	B	23,4±7,1	15,7±4,1	-7,7±6,9	**<0,001**	
	P*	**<0,001**	0,059			
Ομάδα	A	24,5±11,6	14,2±3,9	-10,4±10,1	**<0,001**	0,128
	B	23,4±7,1	15,7±4,1	-7,7±6,9	**<0,001**	
	P*	0,561	0,052			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

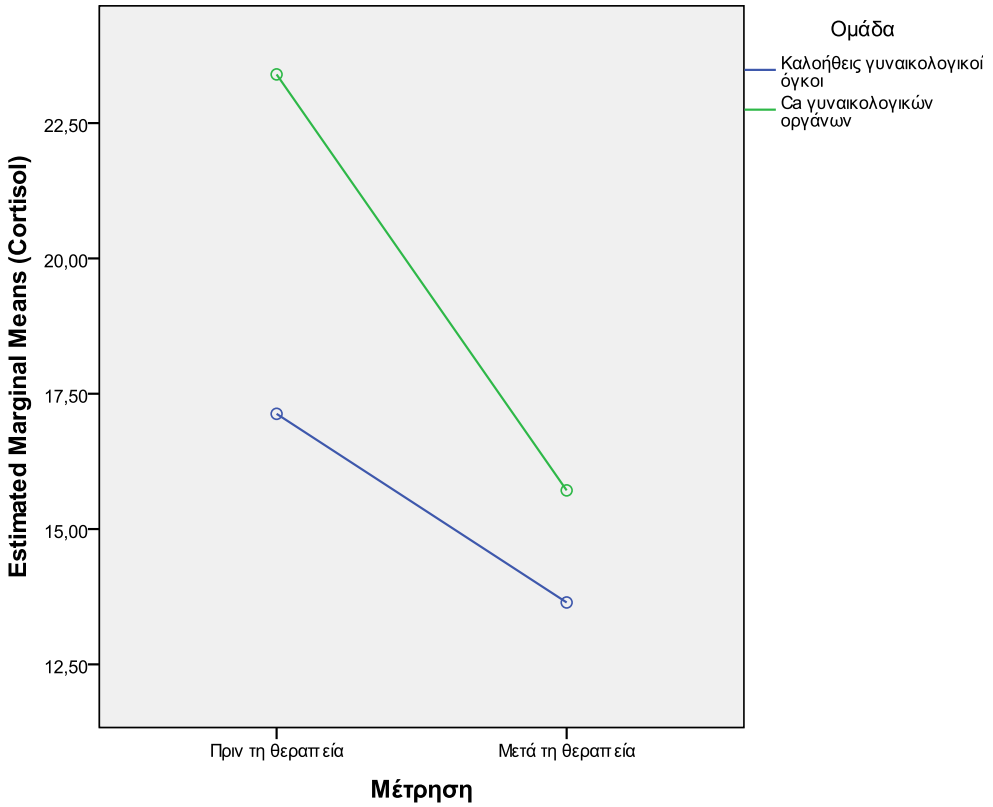
Στο γράφημα 6.29 δίνονται οι μεταβολές της κορτιζόλης ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού οι συμμετέχουσες.



Γράφημα 6.29: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της κορτιζόλης στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο μαστού. Παρατηρείται σημαντική μείωση της κορτιζόλης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο μαστού

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές κορτιζόλης πριν τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Μετά τη θεραπεία δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στην κορτιζόλη των 2 ομάδων. Επίσης, οι τιμές της κορτιζόλης μειώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία τόσο στις συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων όσο και σε εκείνες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της κορτιζόλης διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων υπήρξε μεγαλύτερη μείωση της κορτιζόλης σε σύγκριση με την ομάδα των συμμετεχουσών με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.

Στο γράφημα 6.30 δίνονται οι μεταβολές της κορτιζόλης ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη γυναικολογικό όγκο οι συμμετέχουσες.



Γράφημα 6.30: Γραφική απεικόνιση της μεταβολής της κορτιζόλης στο αίμα των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν καλοήθη ή κακοήθη όγκο γεννητικών οργάνων. Παρατηρείται σημαντική μείωση των επιπέδων της κορτιζόλης μεταξύ των ασθενών και των δύο ομάδων.

Δεν διέφεραν σημαντικά οι τιμές της κορτιζόλης μεταξύ των συμμετεχουσών με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και εκείνων με καρκίνο του μαστού τόσο

πριν όσο και μετά τη θεραπεία. Επίσης, οι τιμές της κορτιζόλης μειώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων καθώς και σε εκείνες με καρκίνο μαστού. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της κορτιζόλης δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Στον πίνακα 6.39 δίνονται οι μεταβολές της προλακτίνης ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.

Πίνακας 6.39: Οι μεταβολές της προλακτίνης στο αίμα ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών

		Prolactin (ng/ml)				
		Πριν	**Μετά**	**Μεταβολή**	**P****	**P‡**
		Μέση τιμή±SD	**Μέση τιμή±SD**	**Μέση τιμή±SD**		
Ομάδα	0α	13,5±5,5	10,4±5,4	-3,1±6,5	**0,010**	0,173
	A	9,6±4,6	8±4,3	-1,6±4,7	**0,008**	
	P*	**<0,001**	**0,019**			
Ομάδα	0β	11,2±5,4	11,4±6,9	0,2±6,3	0,847	0,297
	B	10,1±4,8	9,1±4,4	-1,1±4,1	0,099	
	P*	0,372	0,079			
Ομάδα	A	9,6±4,6	8±4,3	-1,6±4,7	**0,008**	0,558
	B	10,1±4,8	9,1±4,4	-1,1±4,1	0,099	
	P*	0,554	0,211			

***Διαφορά μεταξύ των ομάδων**
****Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.**
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων

Οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές προλακτίνης τόσο πριν όσο μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Επίσης, οι τιμές της προλακτίνης μειώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού καθώς και σε εκείνες με καρκίνο μαστού. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της προλακτίνης δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Δεν διέφεραν σημαντικά οι τιμές της προλακτίνης μεταξύ των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Επίσης, δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στις τιμές της προλακτίνης μετά τη θεραπεία σε καμία από τις 2 ομάδες. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της προλακτίνης δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Δεν διέφεραν σημαντικά οι τιμές της προλακτίνης μεταξύ των συμμετεχουσών με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων και με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους. Αντίθετα, οι τιμές της προλακτίνης μειώθηκαν σημαντικά μετά τη θεραπεία στις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού καθώς και σε εκείνες με καρκίνο μαστού. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της προλακτίνης δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

6.7 Συσχέτιση των μεταβολών των ορμονών με τις μεταβολές των κλιμάκων ποιότητας ζωής.

Στον πίνακα 6.40 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των ερωτήσεων ποιότητας ζωής από την κλίμακα WHO-QOL *των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού*.

Πίνακας 6.40: οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των ερωτήσεων ποιότητας ζωής από την κλίμακα WHO-QOL *των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού*.

		Μεταβολή Testosteron (ng/dL)	Μεταβολή LH	Μεταβολή FSH	Μεταβολή Cortisol (mg/dL)	Μεταβολή Prolactin (ng/ml)
Πόσο καλά μπορείτε να αποδεχτείτε την εξωτερική σας εμφάνιση	r	0,13	0,13	0,12	0,30	-0,10
	P	0,301	0,311	0,321	**0,013**	0,432
Πόσο ικανοποιημένη είστε από τον ύπνο σας	r	0,02	0,17	0,11	0,12	0,11
	P	0,850	0,175	0,395	0,351	0,366
Πόσο ικανοποιημένη είσαστε από την ικανότητα σας για εργασία	r	0,30	-0,12	0,00	0,17	0,13
	P	**0,017**	0,332	0,992	0,182	0,312
Πόσο ικανοποιημένη είσαστε από τον εαυτό σας	r	0,21	-0,06	0,08	0,31	0,14
	P	0,091	0,652	0,530	**0,010**	0,263
Πόσο ικανοποιημένη είσαστε με τις προσωπικές σας σχέσεις	r	0,08	0,01	-0,29	-0,06	-0,01
	P	0,518	0,919	**0,019**	0,657	0,944
Ποσό καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας	r	0,21	-0,18	-0,12	0,04	-0,09
	P	0,090	0,147	0,349	0,725	0,465
Πόσο ικανοποιημένος είστε με τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας	r	0,17	0,17	-0,13	-0,06	-0,02
	P	0,162	0,164	0,304	0,622	0,874

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μεταβολής της τεστοστερόνης με τη μεταβολή στην ικανοποίηση των συμμετεχουσών από την ικανότητά τους για εργασία. Οπότε, όσο περισσότερο ικανοποιημένες ήταν οι συμμετέχουσες από την

ικανότητά τους για εργασία τόσο περισσότερο αυξάνεται και η τεστοστερόνη. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της μείωσης της FSH με τη μεταβολή στην ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τις προσωπικές τους σχέσεις. Άρα, όσο περισσότερο ικανοποιημένες ήταν οι συμμετέχουσες από τις προσωπικές τους σχέσεις τόσο λιγότερο μειώνεται η FSH. Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μείωσης της κορτιζόλης με τη μεταβολή της αποδοχής της εξωτερικής τους εμφάνισης και της ικανοποίησης από τον εαυτό τους. Όσο περισσότερο αποδέχονται την εξωτερική τους εμφάνιση και όσο περισσότερο ικανοποιημένες είναι από τον εαυτό τους τόσο περισσότερο μειώνεται η κορτιζόλη τους.

Στον πίνακα 6.41 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των μεταβολών των κλιμάκων του MMQ, του QLCG και του SFL *των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού*.

Πίνακας 6.41: οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των μεταβολών των κλιμάκων του MMQ, του QLCG και του SFL *των συμμετεχουσών με καρκίνο μαστού*

Μεταβολή		Μεταβολή Testosteron (ng/dL)	Μεταβολή LH	Μεταβολή FSH	Μεταβολή Cortisol (mg/dL)	Μεταβολή Prolactin (ng/ml)
MMQ	r	-0,19	-0,01	0,20	0,01	0,05
	P	0,143	0,915	0,129	0,914	0,711
Ποιότητα ζωής	r	-0,22	-0,03	-0,11	-0,32	0,13
	P	0,068	0,794	0,366	**0,008**	0,295
Σεξουαλική επιθυμία	r	-0,02	0,02	0,11	0,27	0,09
	P	0,897	0,883	0,384	**0,030**	0,464
Σεξουαλική ικανοποίηση	r	0,07	-0,06	-0,13	0,15	-0,10
	P	0,640	0,677	0,397	0,334	0,522
Σεξουαλική διέγερση	r	0,07	0,07	0,05	0,28	0,05
	P	0,587	0,599	0,685	**0,023**	0,706
Σεξουαλικές δυσκολίες	r	0,11	-0,14	-0,05	-0,02	0,07
	P	0,452	0,337	0,719	0,871	0,602
Σεξουαλική σχέση	r	0,03	-0,01	-0,08	-0,29	0,07
	P	0,814	0,952	0,571	**0,040**	0,647
Οργασμός	r	0,01	0,01	-0,09	0,20	0,08
	P	0,936	0,951	0,457	0,115	0,538

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μείωσης της κορτιζόλης με τις μεταβολές των κλιμάκων «Σεξουαλική επιθυμία» και «Σεξουαλική διέγερση». Οπότε όσο

περισσότερο μειώνεται η σεξουαλική δραστηριότητα και η διέγερση των συμμετεχουσών τόσο μεγαλύτερη είναι η μείωση της κορτιζόλης. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της μείωσης της κορτιζόλης με τις μεταβολές των κλιμάκων ποιότητας ζωής (QLCG) και «Σεξουαλική σχέση» Όσο μεγαλύτερη είναι η επιδείνωση της σχέσης τους τόσο μικρότερη είναι η μείωση της κορτιζόλης. Επίσης, όσο περισσότερο χειροτερεύει η ποιότητα ζωής των συμμετεχουσών τόσο λιγότερο μειώνεται η κορτιζόλη τους.

Στον πίνακα 6.42 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των ερωτήσεων ποιότητας ζωής από την κλίμακα WHO-QOL *των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων* .

Πίνακας 6.42: Οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των ερωτήσεων ποιότητας ζωής από την κλίμακα WHO-QOL *των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων* .

		Μεταβολή Testosteron (ng/dL)	Μεταβολή LH	Μεταβολή FSH	Μεταβολή Cortisol (mg/dL)	Μεταβολή Prolactin (ng/ml)
Πόσο καλά μπορείτε να αποδεχτείτε την εξωτερική σας εμφάνιση	r	0,08	0,09	-0,20	0,11	-0,05
	P	0,588	0,578	0,208	0,481	0,742
Πόσο ικανοποιημένη είστε από τον ύπνο σας	r	0,35	0,29	0,06	0,09	-0,07
	P	**0,023**	0,063	0,684	0,578	0,671
Πόσο ικανοποιημένη είσαστε από την ικανότητα σας για εργασία	r	-0,07	0,06	0,01	-0,06	0,24
	P	0,665	0,722	0,954	0,699	0,145
Πόσο ικανοποιημένη είσαστε από τον εαυτό σας	r	-0,13	0,25	0,34	0,34	0,22
	P	0,414	0,100	**0,026**	**0,025**	0,165
Πόσο ικανοποιημένη είσαστε με τις προσωπικές σας σχέσεις	r	0,07	0,18	0,08	-0,19	0,05
	P	0,641	0,247	0,598	0,217	0,770
Ποσό καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας	r	-0,07	0,14	0,24	0,09	0,21
	P	0,678	0,367	0,129	0,585	0,174
Πόσο ικανοποιημένος είστε με τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας	r	-0,05	0,28	0,11	-0,07	0,35
	P	0,753	0,073	0,465	0,640	**0,022**

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μεταβολής της τεστοστερόνης με τη μεταβολή στην ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τον ύπνο τους. Οπότε, όσο περισσότερο ικανοποιημένες ήταν οι συμμετέχουσες από τον ύπνο τους τόσο

περισσότερο μειώνεται η τεστοστερόνη. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μείωσης της FSH με τη μεταβολή στην ικανοποίηση των συμμετεχουσών από τον εαυτό τους. Άρα, όσο περισσότερο ικανοποιημένες ήταν οι συμμετέχουσες από τον εαυτό τους τόσο περισσότερο μειώνεται η FSH. Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μείωσης της κορτιζόλης με τη μεταβολή της ικανοποίησης από τον εαυτό τους. Όσο περισσότερο ικανοποιημένες είναι από τον εαυτό τους τόσο περισσότερο μειώνεται η κορτιζόλη τους. Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μείωσης της προλακτίνης με τη μεταβολή της ικανοποίησης από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους. Οπότε, όσο περισσότερο ικανοποιημένες είναι από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους τόσο περισσότερο μειώνεται η προλακτίνη τους.

Στον πίνακα 6.43 (σελίδα 133) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των μεταβολών των κλιμάκων του MMQ, του QLCG και του SFL *των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων*.

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της αύξησης του LH με τις μεταβολές των κλιμάκων «Σεξουαλική επιθυμία», «Σεξουαλική ικανοποίηση», «Οργασμός» και «Σεξουαλική διέγερση». Οπότε όσο περισσότερο μειώνεται η σεξουαλική δραστηριότητα, η διέγερση και η ικανότητά των συμμετεχουσών να φτάσουν σε οργασμό τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση του LH. Επίσης, όσο περισσότερο μειώνεται η ικανοποίησή τους τόσο μεγαλύτερη είναι η αύξηση του LH. Ακόμα, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της αύξησης του LH με τη μεταβολή της κλίμακας «Σεξουαλική σχέση». Δηλαδή, όσο μεγαλύτερη είναι η επιδείνωση της σχέσης των συμμετεχουσών τόσο μικρότερη είναι η αύξηση του LH.

Επιπροσθέτως, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μείωσης του FSH με τις μεταβολές των κλιμάκων «Σεξουαλική επιθυμία» και «Σεξουαλική ικανοποίηση». Άρα, όσο περισσότερο μειώνεται η σεξουαλική δραστηριότητα και η ικανοποίηση των συμμετεχουσών τόσο περισσότερο μειώνεται το FSH.

Πίνακας 6.43: οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των μεταβολών των ορμονών και των μεταβολών των κλιμάκων του MMQ, του QLCG και του SFL *<u>των συμμετεχουσών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων</u>*.

Μεταβολή		Testosteron (ng/dL)	LH	FSH	Cortisol (mg/dL)	Prolactin (ng/ml)
MMQ	r	0,07	-0,17	-0,07	0,23	-0,19
	P	0,700	0,324	0,692	0,186	0,270
Ποιότητα ζωής	r	0,14	-0,12	-0,29	-0,04	-0,17
	P	0,356	0,437	0,056	0,817	0,272
Σεξουαλική επιθυμία	r	-0,27	0,43	0,33	-0,01	-0,03
	P	0,085	**0,004**	**0,030**	0,942	0,864
Σεξουαλική ικανοποίηση	r	-0,18	0,36	0,44	-0,01	0,11
	P	0,340	**0,050**	**0,015**	0,974	0,571
Σεξουαλική διέγερση	r	0,05	0,51	0,21	0,23	-0,01
	P	0,757	**<0,001**	0,172	0,136	0,925
Σεξουαλικές δυσκολίες	r	0,07	-0,24	-0,11	-0,07	0,15
	P	0,703	0,202	0,568	0,718	0,433
Σεξουαλική σχέση	r	-0,04	-0,42	-0,26	0,09	-0,06
	P	0,824	**0,017**	0,162	0,645	0,734
Οργασμός	r	-0,10	0,42	0,29	0,10	-0,13
	P	0,509	**0,005**	0,064	0,509	0,397

6.8 Κατάθλιψη (EDS)

Στον πίνακα 6.44 (σελίδα 134) δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατάθλιψης που δόθηκε <u>μετά τη θεραπεία</u>, ανάλογα με την ομάδα.

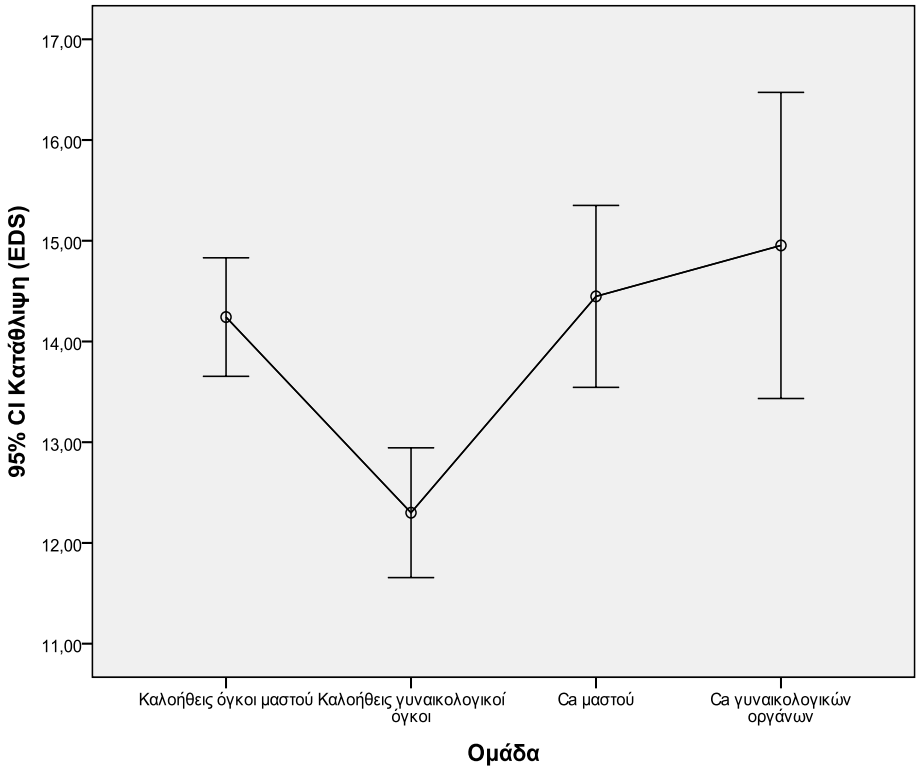
Μετά τη θεραπεία, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην κατάθλιψη που αισθάνονταν οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις όγκους μαστού. Αντίθετα, οι συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης, που υποδηλώνει περισσότερη κατάθλιψη σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.

Τέλος, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην κατάθλιψη που αισθάνονταν οι συμμετέχουσες με καρκίνο του μαστού με τις συμμετέχουσες με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων.

Πίνακας 6.44: Οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατάθλιψης που δόθηκε μετά τη θεραπεία

	Κατάθλιψη		
Ομάδα	**Μέση τιμή**	**SD**	**P Student's t-test**
0α	14,2	1,7	0,762
Α	14,4	3,7	
0β	12,3	1,7	**0,006**
Β	15,0	4,9	
Α	14,4	3,7	0,542
Β	15,0	4,9	

Στο γράφημα 6.31 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατάθλιψης που δόθηκε μετά τη θεραπεία, ανάλογα με την ομάδα.



Γράφημα 6.31: Γραφική απεικόνιση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατάθλιψης που δόθηκε μετά τη θεραπεία, ανάλογα με την ομάδα.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους σε γυναικολογικά όργανα*

με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα κατάθλιψης (EDS), ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών και τη λήψη ψυχοφαρμάκων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.45.

Πίνακας 6.45: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους γεννητικών οργάνων με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα κατάθλιψης (EDS), και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό.

		β	SE	P
Ομάδα	0β	0,00*		
	Β	2,12	0,90	0,022
Κατάσταση έμμηνου ρήσεως	Προεμμηνοπαυσιακή	0,00*		
	Περιεμμηνοπαυσιακή	2,29	1,19	0,060
	Μέταεμμηνοπαυσιακή	3,64	1,11	0,002

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ομάδα και η κατάσταση εμμήνου ρύσεως βρέθηκαν να προβλέπουν και να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατάθλιψης (EDS). Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες με Καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων είχαν κατά 2,12 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης, δηλαδή περισσότερη κατάθλιψη σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με καλοήθεις γυναικολογικούς όγκους.
- Οι συμμετέχουσες που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση είχαν κατά 3,64 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης, δηλαδή περισσότερη κατάθλιψη σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που βρίσκονταν στην προ-εμμηνόπαυση.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση *στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού* με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα κατάθλιψης (EDS), ανεξάρτητες την ηλικία, την ομάδα, την κατάσταση εμμήνου ρύσεως, τον αριθμό παιδιών και τη λήψη ψυχοφαρμάκων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον πίνακα 6.46.

Πίνακας 6.46: Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση στις συμμετέχουσες που είχαν καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους μαστού με εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στην κλίμακα κατάθλιψης (EDS), και ανεξάρτητες μεταβλητές στοιχεία από το ιστορικό.

		β	SE	P
Κατάσταση έμμηνου ρήσεως	Προεμμηνοπαυσιακή	0,00*		
	Περιεμμηνοπαυσιακή	1,50	0,83	0,075
	Μέταεμμηνοπαυσιακή	2,58	0,68	<0,001

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η κατάσταση εμμήνου ρύσεως βρέθηκε να προβλέπει και να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατάθλιψης (EDS). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση είχαν κατά 2,58 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης, δηλαδή περισσότερη κατάθλιψη σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που βρίσκονταν στην προ-εμμηνόπαυση.

Κεφάλαιο 7
Συζήτηση

7.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια με την ανάπτυξη νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών για την αντιμετώπιση του καρκίνου, εκτός από την ογκολογική ασφάλεια, δίνεται μεγάλη σημασία στην αποκατάσταση του επιπέδου της ποιότητας της ζωής των ασθενών [Brotto et al 2007]. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα της ζωής ενός ατόμου είναι ένα πολύ-παραγοντικό οικοδόμημα που αποτελείται από ατομικούς και κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους [World Association for Sexology 2000].

Ένας πολύ σημαντικός κοινωνικός παράγοντας που καθορίζει την ευεξία και την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις. Η οποίες περιλαμβάνουν τις σεξουαλικές και συντροφικές σχέσεις του ατόμου. Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου, συνήθως, μεταβάλει και τους δυο παραπάνω τομείς, αλλά δεν είναι πάντα εύκολο να προβλεφθεί αν θα τους επηρεάσει θετικά ή αρνητικά. Αυτό συμβαίνει γιατί η σεξουαλικότητα και η συντροφικές σχέσεις εξαρτώνται από παράγοντες που δεν είναι πάντα εφικτό να συνεκτιμηθούν.

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε η σεξουαλικότητα, η ποιότητα της σχέσης και η ποιότητα της ζωής πριν το χειρουργείο (ενώ είχε γίνει η διάγνωση του καρκίνου) και ένα χρόνο μετά το χειρουργείο, ενώ είχε ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Κατά τη συλλογή του δείγματος, ιδιαίτερη σημασία δόθηκε ώστε όλοι οι ασθενείς με καρκίνο να γνωρίζουν την πάθηση τους και οι συγκρινόμενες ομάδες να έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά (ηλικία, κατάσταση εμμηνουρρήσεως, οικογενειακό ιστορικό, λήψη φαρμάκων). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων δεν διέφερε σημαντικά. Επίσης στο πρωτόκολλο της παρούσας έρευνας δεν συμπεριλήφθησαν ασθενείς με καρκίνο αιδοίου και κόλπου γιατί αφενός έχουν την τάση να εμφανίζονται σε μεγαλύτερες ηλικίες και αφετέρου δεν υπάρχουν καλοήθεις παθήσεις όπου να πραγματοποιείται αντίστοιχη

χειρουργική θεραπεία. Οπότε, στην παρούσα έρευνα, με τον όρο *''γυναικολογικοί καρκίνοι των έσω γεννητικών οργάνων ''* περιλαμβάνονται ο καρκίνους του ενδομητρίου του τραχήλου της μήτρας και των ωοθηκών.

Οι σοβαρές ή/και χρόνιες παθήσεις προκαλούν αίσθημα ματαίωσης στον/στην ασθενή. Ρυθμιστικό ρόλο στο πως οι ασθενείς θα προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες παίζει η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλων. Οι ασθενείς έχουν τη τάση να στρέφονται για υποστήριξη στο οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλων, ώστε να αντισταθμίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας τους [Alferi et al. 2001; Brothers & Andersen, 2009]. Ένα από τα σημαντικότερα υποστηρικτικά δίκτυα (support network) είναι ο/η σταθερός/η σύντροφος [Lucas et al. 1999; Holmberg et al. 2001]. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας επιζητούν την υποστήριξη του συντρόφου τους περισσότερο, παρά την υποστήριξη από άλλες πηγές [Primomo et al. 1990, Holmberg et al 2001]. Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου προκαλεί μια τεράστια αλλαγή στην προσωπικότητα του ατόμου και κατά συνέπεια και στις διαπροσωπικές του σχέσεις, τόσο στη σεξουαλική ζωή όσο και στη συντροφικότητα [Gurevich et al. 2004]. Σε νεότερη ηλικία η σεξουαλική ζωή παίζει πολύ βασικό ρόλο [Joanning & Keoughan 2005], ενώ με τη πάροδο των χρόνων, φαίνεται ότι πρωταρχικό ρόλο παίζει η συντροφικότητα και η ανάγκη για φροντίδα [Adams 1996].

7.2 Σεξουαλικότητα

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, φαίνεται ότι ο καρκίνος επηρεάζει τη σεξουαλική ζωή των ασθενών. Όμως λόγω των πολλών παραγόντων που ρυθμίζουν τη γυναικεία σεξουαλικότητα είναι δύσκολο να προβλεφθεί με ακρίβεια η επίδραση της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου, στα διαφορετικά μέρη του κύκλου στις διάφορες φάσεις της σεξουαλικής ανταπόκρισης [Basson & Schultz 2007, Graziottin et al 2009].

Οι περισσότερες μελέτες εντοπίζουν την αρνητική επίδραση του καρκίνου (τόσο του μαστού όσο και των γυναικολογικών) στη φάση της σεξουαλικής επιθυμίας [Fobair et al 2006, Speer et al 2005, Ganz et al 1999, Archibald et al 2006, Jensen, 2007]. Τα

αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και στις δύο ομάδες.

Η σεξουαλική επιθυμία είναι ένας περίπλοκος βιολογικός και ψυχολογικός μηχανισμός που αποτελείται από τη σεξουαλική ορμή (sexual drive), τα κίνητρα και τις προσδοκίες [Hayes 2007]. Κάποιοι ερευνητές αποδίδουν τη μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας στη δευτεροπαθή εμμηνόπαυση λόγω των ορμονικών μεταβολών (κυρίως των οιστογόνων, της τεστοστερόνης και της προλακτίνης [Sekse et al 2010, Archibald et al 2006, Ganz et al 1998]. Η μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων δεν φαίνεται να επηρεάζει άμεσα τη σεξουαλική επιθυμία. Τα οιστρογόνα είναι απαραίτητα για τη φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία των γυναικείων γεννητικών οργάνων, κατά συνέπεια η ελάττωση της σεξουαλικής επιθυμίας, όταν τα επίπεδα τους μειώνονται, φαίνεται να σχετίζεται με το αίσθημα δυσφορίας που προκαλείται κατά τη σεξουαλική επαφή από την ατροφία του κόλπου και του αιδοίου [Sarrel et al, 1998]. Τα μειωμένα επίπεδα της ελεύθερης, κυρίως, τεστοστερόνη έχουν συνδεθεί με μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, τόσο στις προεμμηνοπαυσιακές [Guay & Jacobson 2001] όσο και στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες [Sands & Studd, 1995]. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν σημαντική μείωση στα επίπεδα της τεστοστερόνης στην ομάδα 2 (γυναικολογικοί καρκίνοι). Αντίθετα δεν παρατηρείται το ίδιο και στην ομάδα 1, παρόλο που καταγράφεται σημαντική μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Όμως οι ασθενείς αυτής της ομάδας είχαν χαμηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης πριν τη θεραπεία, τόσο από την ομάδα ελέγχου όσο και από την ομάδα 2. Παρόλο που ο ρόλος των ανδρογόνων δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί [Kotsopoulos & Narod, 2012], σύμφωνα με μία θεωρία οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν ανισορροπία των ορμονών φύλου, υπέρ των οιστρογόνων. Αυτή η ανισορροπία ενισχύει την υπερπλαστική επίδραση των οιστρογόνων στων μαζικό ιστό [Dimitrakakis & Bondy 2009, Labrie et. al., 2003]. Τέλος τα υψηλά επίπεδα προλακτίνης στον ορό του αίματος έχουν συνδεθεί με διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας [Simon 2009]. Έρευνες σε ασθενής με καρκίνο μαστού δείχνουν ότι τα επίπεδα της προλακτίνης επιστρέφουν στα φυσιολογικά όρια μετά από περίπου 6 μήνες [Holtkamp et al 1986]. Στην παρούσα έρευνα καταγράφεται στατιστικά

σημαντική μείωση της προλακτίνης μεταξύ των δύο καταγραφών, αλλά τα επίπεδα παραμένουν εντός των φυσιολογικών ορίων.

Εξίσου σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση της σεξουαλικής επιθυμίας έχουν και οι ψυχολογικοί παράγοντες [Segraves et al 2006]. Τέτοιοι παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο και έχουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας είναι, ο φόβος και η ανασφάλεια για τη σεξουαλική επαφή, το αίσθημα ακρωτηριασμού, η απώλεια της θηλυκότητας [Gilbert et al 2010]. Ένας πολύ βασικός ψυχολογικός παράγοντας που σχετίζεται με τη σεξουαλική επιθυμία των γυναικών είναι ο βαθμός αποδοχής της εικόνας του σώματος τους μετά την επέμβαση. Στην παρούσα μελέτη καταγράφεται στατιστικά σημαντική μείωση στην αποδοχή της εξωτερικής εμφάνισης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού ενώ η ομάδα ελέγχου παρουσιάζει αύξηση του βαθμού αποδοχής. Εύρημα αναμενόμενο καθώς ο μαστός αποτελεί σημαντικό κομμάτι της γυναικείας θηλυκότητας [Schover 1994]. Έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες τόσο μετά τη μαστεκτομή όσο και μετά την ογκεκτομή αισθάνονται ακρωτηριασμένες [Rowland et al. 2000]. Αντίθετα μεταξύ των γυναικών με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων καταγράφεται αύξηση του βαθμού αποδοχής της εξωτερικής τους εμφάνισης μετά την επέμβαση. Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να αποδοθεί αφενός λόγω της μη εμφανούς μεταβολής στα έξω γεννητικά όργανα και αφετέρου ότι οι γυναίκες απάντησαν στην ερώτηση απαλλαγμένες από το άγχος της επικείμενης επέμβασης.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι η διέγερση και ευχαρίστηση από τη σεξουαλική επαφή επηρεάζονται κυρίως στην ομάδα των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και λιγότερο στην ομάδα με καρκίνο του μαστού, παρόλο που συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου και οι δύο ομάδες (ομάδα 1 και 2) εμφάνισαν μείωση της σεξουαλικής διέγερσης, εύρημα συμβατό με άλλες έρευνες [Gilbert et al 2010, Gilbert et al 2011]. Η σεξουαλική διέγερση αποτελείται από μια σειρά φυσιολογικών μεταβολών στα γυναικεία γεννητικά όργανα [Kaplan 1979]. Η ολική υστερεκτομή με αμφωτερόπλευρη εξαρτηματεκτομή, προκαλεί ανατομικές αλλαγές, όπως μείωση του μήκους και της ελαστικότητας του κόλπου, ρήξη νεύρων της πυέλου, στένωση του κόλπου [Bergmark et al 1999], καθώς και

φυσιολογικές μεταβολές όπως μείωση σωματικών λειτουργιών [Holmes et al 2005], πόνο και αίσθημα κόπωσης [Cull et al 1993], δυσπαρευνία [Bergmark et al 1999], υπογονιμότιτα [Bergmark et al 1999], και κολπική αιμόρροια (σχετιζόμενη ή μη σχετιζόμενη με σεξουαλική επαφή) [Lamb & Sheldon 1994]. Οι παραπάνω ανατομικές και φυσιολογικές μεταβολές συνήθως προκαλούν μείωση της συνολικής σεξουαλικής ευεξίας της γυναίκας και κατά συνέπια και της σεξουαλικής της ζωής. Όμως, έρευνες, των Greenwald και McCorkle, σε ασθενείς αρχικού σταδίου καρκίνου του τραχήλου έδειξαν ότι δεν επηρεάζεται η σεξουαλική λειτουργία μετά τη θεραπεία του καρκίνου [Greenwald & McCorkle 2008]. Ο Corney και συνεργάτες, μελέτησαν τη σεξουαλικότητα σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο οι οποίες έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη και σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο που δεν έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη και κατέγραψαν ότι οι πρώτες εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά σεξουαλικών δυσλειτουργιών [Corney et al. 1993]. Μελετώντας ασθενείς με κακοήθεια του μαστού, ο Speer και συνεργάτες το 2005 [Speer et al 2005] κατέγραψαν μειωμένη σεξουαλική διέγερση και ευχαρίστηση μετά τη θεραπεία. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι οι ασθενείς με κακοήθεια στο μαστό καταγράφουν μείωση της σεξουαλικής διέγερσης και ευχαρίστησης, ενώ οι ασθενείς με καλοήθεις αλλοιώσεις καταγράφουν αύξηση. Αυτό μπορεί να αποδοθεί αφενός στη μικρότερη βαρύτητα και χρονική διάρκεια των θεραπευτικών παρεμβάσεων και αφετέρου στη μείωση του άγχους των ασθενών. Όσο αναφορά τους ασθενείς με κακοήθεια, αρκετοί ερευνητές αποδίδουν τη μείωση στη μεταβολή της εικόνας του σώματος ή/και στη δευτεροπαθή εμμηνόπαυση λόγω της συμπληρωματικής θεραπείας ή της ορμονοθεραπείας [Fobair et al 2006, Ganz et al 2003].

Τέλος, η πλειονότητα των ασθενών και από τις δύο ομάδες αναφέρουν μειωμένη δυνατότητα να φτάσουν σε οργασμό καθώς και λιγότερο ευχάριστους οργασμούς. Ο οργασμός είναι η κορύφωση της σεξουαλικής ευχαρίστησης και χαρακτηρίζεται από τις ρυθμικές συσπάσεις του κόλπου και της μήτρας [Greenwald & McCorkle 2008]. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η θεραπεία του καρκίνου επηρεάζει και τη σεξουαλική επιθυμία και τη διέγερση, οπότε κατά συνέπια επηρεάζει και τη φάση του οργασμού. Ωστόσο οι βιολογικές μεταβολές που προκαλεί η ολική υστερεκτομή μεταβάλουν και τη φύση του οργασμού, λόγω της αφαίρεσης της μήτρας, τη

μείωση του μήκους του κόλπου και την υπαισθησία της γεννητικής περιοχής από την καταστροφή του νευρικού ιστού [Pauls, 2010]. Μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού η διαταραχές οργασμού σχετίζονται κυρίως με τη δευτεροπαθής εμμηνόπαυση [Abbott-Anderson & Kwekkeboom 2012].

Οι περισσότερες έρευνες που ανασκοπήθηκαν καταγράφουν ότι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι εντονότερες όταν η χειρουργική θεραπεία συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία ή/και χημειοθεραπεία [Gilbert et al 2011]. Η ακτινοθεραπεία μεταβάλει την εικόνα του σώματος, προκαλεί κακουχία, ερεθισμό του δέρματος, περαιτέρω ίνωση και μείωση του μήκους του κόλπου καθώς και υπαισθησία και αίσθημα καύσους της γεννητικής περιοχής [Rasmusson & Thomé, 2008]. Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες που σχετίζονται με τη χημειοθεραπεία οφείλονται κυρίως στις παρενέργειες των χημικοθεραπευτικών φαρμάκων (ίλιγγος, αδυναμία, απόλυα τριχών της κεφαλής) [Sekse et al.2010, Few et al 2002].

7.3 Συντροφικότητα / Διαπροσωπικές σχέσεις

Ο Crowe και συνεργάτες κατέγραψαν ότι η διαπροσωπικές σχέσεις επηρεάζονται αρνητικά από τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες λόγω της θεραπεία του καρκίνου[Crowe & Costello 2003], όμως άλλες έρευνες δείχνουν το αντίθετο, καθώς φαίνεται ότι ο καρκίνος επηρεάζει θετικά τη συναισθηματική εγγύτητα του ζευγαριού [Srirangam et al 2003, Maliski et al 2001]. Στην παρούσα μελέτη, παρόλο που καταγράφεται μια τάση βελτίωσης, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική μεταβολή στην ποιότητα της σχέσης, στις ομάδες ασθενών με καρκίνο (ομάδα Α και Β). Όμως, συγκριτικά με τις ομάδες ελέγχου, οι ομάδες Α και Β μετά το τέλος της θεραπείας είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο που καταγράφει την ποιότητα των συντροφικών σχέσεων (MMQ).

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με καρκίνο που έχουν ένα οικογενειακό περιβάλλων που τους υποστηρίζει καθ’ όλη τη διάρκεια της θεραπείας και της αποκατάστασης, έχουν υψηλότερα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης συγκριτικά με ασθενής που δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλων [Kinsinger et al. 2011]. Η υποστήριξη που επιζητούν οι ασθενείς με καρκίνο από τον συντρόφου τους είναι συναισθηματική, συμβουλευτική και οργανική [Helgeson, 2003]. Η συναισθηματική

υποστήριξη περιλαμβάνει την κατανόηση, την εμπάθεια (empathy), την ασφάλεια και την εμπιστοσύνη. Η συμβουλευτική υποστήριξη περιλαμβάνει τις συμβουλές, την καθοδήγηση και την ανταπόκριση (feedback) για την επίλυση ενός προβλήματος [Kinsinger et al. 2011]. Τέλος οι ασθενείς επιζητούν από τον σύντροφο τους, φροντίδα και βοήθεια στις δουλειές της καθημερινότητα τους [Alferi et al., 2001]. Ο Helgeson (1992) μελετώντας χρόνια πάσχοντες ασθενείς, έδειξε ότι οι ασθενείς που είχαν συναισθηματική υποστήριξη από τους συντρόφους τους, αντιμετώπισαν τις δυσκολίες της θεραπείας του καρκίνου και προσαρμόστηκαν στις νέες συνθήκες καλύτερα [Helgeson 1992]. Μελετώντας επιμέρους απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς που αφορούσαν το συναισθηματικό τμήμα της σχέσης, φαίνεται ότι η ικανοποίηση από τη σχέση, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, βελτιώθηκε και στην ομάδα με καρκίνο του μαστού και στην ομάδα με γυναικολογικό καρκίνο. Όμως η συναισθηματική ατμόσφαιρα μεταξύ του ζευγαριού μειώθηκε και στις δυο ομάδες ασθενών με καρκίνο μετά τη θεραπεία. Αυτή η αντίφαση μπορεί να υποδηλώνει την ανάγκη των ασθενών για συναισθηματική υποστήριξη, αλλά ο σύντροφος δεν είναι πάντα ικανός να προσφέρει την υποστήριξη που επιζητούν. Η μεγάλη σημασία της υποστήριξης από τον σύντροφο καταγράφεται από πολλές μελέτες, όμως σε πολλές περιπτώσεις ο σύντροφός δεν ανταποκρίνεται θετικά, ασκώντας κριτική στην ασθενή για τον τρόπο που αντιμετωπίζει την ασθένεια της ή απέχει από τις συζητήσεις σχετικά με την ασθένεια. Αυτή η αρνητική υποστήριξη, ακόμα και όταν γίνεται με καλές προθέσεις, προκαλεί αναστάτωση και καθυστερεί την προσαρμογή της ασθενούς στις νέες συνθήκες με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η ευεξία (well-being) του ατόμου [Manne & Zautra, 1989, Manne et al. 2005, Fobair et al., 2006]. Λιγότερο μελετημένος είναι ο ρόλος της συμβουλευτικής και της οργανικής υποστήριξης του συντρόφου. Από τα παραπάνω, είναι εμφανές ότι εκτός από την ασθενή θα πρέπει και ο σύντροφος της να ενημερωθεί για τις πιθανές μεταβολές που αναμένονται μετά τη θεραπεία, τόσο στο συναισθηματικό όσο και στο σεξουαλικό επίπεδο.

7.4 Περιορισμοί της έρευνας

Οι έρευνες που μελετούν στοιχεία της ποιότητας της ζωής και πραγματοποιούνται με τη χρήση ερωτηματολόγιου έχουν, ως ένα βαθμό, μεθοδολογικούς περιορισμούς

καθώς η έννοια της ποιότητας της ζωής είναι υποκειμενική. Πολλές από τις ερωτήσεις αφορούσαν πολύ ευαίσθητα στοιχεία της προσωπικής ζωή οπότε αναμένεται οι απαντήσεις των συμμετεχουσών να μην είναι πάντα απόλυτα ακριβείς. Επίσης οι απαντήσεις εξαρτώνται και από τις συγκυρίες της στιγμής του συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο. Οι συμμετέχουσες της έρευνας συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, κυρίως την πρώτη φορά, υπό έντονο άγχος, καθώς είχε πραγματοποιηθεί η διάγνωση του καρκίνου και ανέμεναν ένα χειρουργείο. Ένας άλλος περιορισμός, ως αποτέλεσμα του προηγούμενου, είναι ότι ζητήθηκε από τις γυναίκες να αξιολογήσουν τη σεξουαλική τους ζωή και τον σύντροφο τους κατά τον τελευταίο μήνα. Σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση είχε πραγματοποιηθεί 15 με 20 ημέρες πριν από την ημερομηνία που τους δόθηκε το ερωτηματολόγιο.

Εκτός από το ερωτηματολόγιο έγινε και λήψη αίματος για μέτρηση επιπέδου ορμονών. Τα επίπεδα των ορμονών φύλου, της κορτιζόλης και της τεστοστερόνης μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της ημέρας και οι συγκέντρωσης τους στο αίμα είναι πολύ μικρές. Έτσι, αν και η πλειονότητα των αιμοληψιών έγιναν μεταξύ 8:00-9:00 το πρωί, σε κάποιες περιπτώσεις για πρακτικούς λόγους υπήρξε απόκλιση στην ώρα αιμοληψίας. Επίσης στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες οι παραπάνω ορμόνες μεταβάλλονται και κατά τον καταμήνιο κύκλο. Ήταν πρακτικά ανέφικτο η πρώτη αιμοληψία (προ χειρουργείου) να συμπέσει έτσι ώστε οι ασθενείς να είναι στην ίδια φάση του κύκλου. Για την αρτιότερη μελέτη της σχέσεις των ορμονών φύλου με τη σεξουαλικότητα μετά τη θεραπεία του καρκίνου χρειάζονται μεγαλύτερης κλίμακας τυχαιοποιημένες μελέτες.

Κεφάλαιο 8
Συμπεράσματα

Από τις μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες φαίνεται ότι εκτός ότι ο καρκίνος του μαστού και κάποιοι τύποι γυναικολογικών καρκίνων είναι πολύ συχνοί, καταγράφουν και την τάση να εμφανίζονται όλο και σε νεότερες ηλικίες. Όμως με τις νεότερες απεικονιστικές και χειρουργικές τεχνικές καθώς και με την εξέλιξη των επικουρικών θεραπειών επιτυγχάνεται πιο έγκαιρη διάγνωση και καλύτερη αντιμετώπιση που έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και πλήρη ίαση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός γυναικών να καλούνται να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες και να ξανακερδίσουν την ποιότητα της ζωή που είχαν πριν τη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου.

Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι οι βιολογικές μεταβολές και το ψυχολογικό βάρος από τη διάγνωση και τη θεραπεία του γυναικολογικού καρκίνου και του καρκίνου του μαστού επηρεάζουν τις ζωές χιλιάδων ασθενών και των συντρόφων τους με πολλούς τρόπους, ένας από αυτούς μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών και ειδικότερα της σεξουαλικής ζωής και της συντροφικότητας. Οι ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων τις τελευταίες δεκαετίες έχουν λάβει κεντρικό ρόλο στην ποιότητα των ανθρώπων. Στους ασθενείς με καρκίνο παρόλο που παρέχεται όλη η απαραίτητη φροντίδα σχετικά με τη νόσο δεν δίνεται μεγάλο βάρος στην πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με τις μεταβολές στις διαπροσωπικές σχέσεις που μπορεί να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τη θεραπεία. Πολλές εργασίες σημειώνουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση και στις μεταβολές της συντροφικής σχέσης των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο ή καρκίνο του μαστού και τις ανάγκες πληροφόρησης των γυναικών σε θέματα διαχείρισης της σεξουαλικής λειτουργίας. Φαίνεται ότι για την ομαλή προσαρμογή αυτών των γυναικών χρειάζεται χρόνος, καλή πληροφόρηση και ψυχολογική υποστήριξη από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό.

Όμως για να είναι επιτυχής η υποστήριξη πρέπει να γνωρίζουμε όσο γίνεται καλύτερα τις μεταβολές από τον καρκίνο αρχίζοντας από τη διάγνωση έως την τελική θεραπεία και μετά την αποκατάσταση, για αυτό τον λόγω έχει αναπτυχθεί η εξειδίκευση της ψυχο-ογκολογίας.

Στην Ελλάδα, τα περισσότερα νοσοκομεία δεν διαθέτουν ειδικές ομάδες ψυχοογκολογίας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν υποστήριξη είτε σε μεμονωμένα κέντρα, που δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες όλου του πληθυσμού, είτε καταφεύγουν σε μη αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης (π.χ διαδίκτυο).

Πάντως πριν αναπτυχθούν προγράμματα υποστήριξης των διαπροσωπικών σχέσεων προέχει, η καταγραφή, του προβλήματος (ποσοστό ασθενών που αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα), της φύσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν (πχ διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας) καθώς και της επίδρασης των διαφορετικών σταδίων της θεραπείας στις διαπροσωπικές σχέσης. Τους τομείς αυτούς έρχεται να καλύψει η παρούσα έρευνα.

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα φαίνεται ότι μετά το τέλος της θεραπείας η σεξουαλική επιθυμία, διέγερση και οργασμός επηρεάζονται στις ασθενείς, με καρκίνο των έσω γεννητικών οργάνων αλλά και με καρκίνο του μαστού. Επίσης οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και στις συντροφικές τους σχέσης που είναι εντονότερα στους νεότερους ασθενείς. Παρόλο που οι ορμόνες φύλου είτε άμεσα (τεστοστερόνη) είτε έμμεσα (οιστρογόνα) επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι μελέτη της μεταβολής των ορμονών δεν φαίνεται να παρέχει κάποια πληροφορία που να μπορεί να προβλέψει τη μεταβολή στη σεξουαλικότητα (κυρίως για τη σεξουαλική επιθυμία), μετά τη θεραπεία. Πρέπει να τονιστεί ότι οι παθολογικοί και ψυχολογικοί μηχανισμοί που προκαλούν τις σεξουαλικές διαταραχές διαφέρουν μεταξύ των γυναικολογικών καρκίνων και του καρκίνου του μαστού, ωστόσο, τα προβλήματα αυτά μπορούν να θεωρηθούν επιπλοκές της θεραπεία και θα πρέπει να λαμβάνεται υπ όψιν από τους θεράποντες ιατρούς και να παραπέμπονται οι ασθενείς σε ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό.

Έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς και οι σύντροφοι τους επιθυμούν να γνωρίζουν τις επιπτώσεις που θα έχει η θεραπεία στην εικόνα του σώματος και στη σεξουαλικότητα. Τις περισσότερες φορές είναι δύσκολο να προβλεφθεί η βαρύτητα και η διάρκεια των μεταβολών στις διαπροσωπικές σχέσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί η διαπροσωπικές σχέσεις είναι ένα πολυπαραγοντικό οικοδόμημα και κάποιοι παράμετροι του μπορεί να έχουν αντισταθμιστικό ρόλο. Ακόμα δυσκολότερο, είναι να εντοπισθεί ο βαθμός που επηρεάζει το κάθε στάδιο της θεραπείας τη σεξουαλικότητα και τις συντροφικές σχέσεις καθώς η κάθε παρέμβαση μπορεί να επηρεάζει πολλές πτυχές της προσωπικότητας, να μεταβάλει σεξουαλικές συμπεριφορές καθώς και να έχει αθροιστικό χαρακτήρα με κάποιο άλλο στάδιο της θεραπείας. Οι δυνατότητες υποστήριξης των διαπροσωπικών σχέσεων είναι περιορισμένες κατά το στάδιο της θεραπείας, λόγω των έντονων συναισθημάτων που κυριαρχούν (όπως ο φόβος του θανάτου), της περιορισμένης δυνατότητας μεταβολής της θεραπείας και λόγω του σύντομου χρονικού διαστήματος πού δεν επιτρέπει στο ζευγάρι να προσαρμοστεί στις μεταβολές.

Η μεγάλη σημασία της μελέτη της επίδρασης της θεραπείας στις διαπροσωπικές σχέσεις έγκειται στο γεγονός ότι οι μεταβολές που θα προκαλέσει θα είναι ουσιαστικά και το αντικείμενο της ενημέρωσης και τα σημεία που θα πρέπει να επικεντρωθούν οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις κατά το στάδιο της αποκατάστασης. Μετά το τέλος της θεραπείας η ασθενής και ο σύντροφός της καλούνται σταδιακά να ξαναβρούν τους ρυθμούς της καθημερινότητας τους, συνεπώς και της σεξουαλικής λειτουργίας. Σε αυτή τη φάση, πριν την έναρξη των υποστηρικτικών παρεμβάσεων, μεγάλη βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί στον προσδιορισμό της ποιότητας της σχέσης. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με χρήση ειδικών ερωτηματολογίων που καταγράφουν τις αρνητικές και τις θετικές συμπεριφορές στη σχέση, την αυτοεκτίμηση και οικειότητα μεταξύ του ζευγαριού. Στη συνέχεια υπάρχουν διάφορα μοντέλα που μπορούν να βοηθήσουν τον ειδικό να κατευθύνει τη θεραπεία. Το μοντέλο P-LI-SS-IT [Annon 1975] χρησιμοποιείται κυρίως στις μέρες μας και θεωρείται αξιόπιστο. Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου ο ειδικός προτρέπει το ζευγάρι να μιλήσει για θέματα σχετικά με το σεξ (Permission), παρέχει περιορισμένες πληροφορίες (Limited Information), κάνει συγκεκριμένες προτάσεις

(specific suggestions) και παραπέμπει το ζευγάρι, εφόσον χρειάζεται για εντατική θεραπεία (Intensive Therapy). Θα πρέπει να τονιστεί ότι οι παραπάνω παρεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν από ειδικά εκπαιδευμένη ομάδα που αποτελείται εκτός από ψυχιάτρους και από ψυχολόγους, νοσηλευτές ή κοινωνικούς λειτουργούς. Παράλληλα με τις υποστηρικτικές τεχνικές το ζευγάρι θα πρέπει να λαμβάνει και κάποιο ενημερωτικό υλικό. Η ενημέρωση σύμφωνα με έρευνες στη ψυχοογκολογία θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών σχετικά με τις αναμενόμενες μεταβολές και τους τρόπους αντιμετώπισης τους. Η ενημέρωση μπορεί να γίνει είτε με τη χρήσει έντυπου υλικού είτε με άμεση ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό.

Φαίνεται ότι η υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο είναι μια μακροχρόνια διαδικασία που απαιτεί ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό και αξιόπιστο ενημερωτικό υλικό. Όμως πριν από την παρέμβαση ειδικών ομάδων ψυχοογκολγίας, ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίσει το πρόβλημα και να ενημέρωση την ασθενή και τον σύντροφό της για τις βιολογικές επιδράσεις τις θεραπείας στη σεξουαλικότητα. Πολλές φορές οι ασθενείς αποφεύγουν να αναφερθούν στο συγκεκριμένο πρόβλημα ή να εκφράσουν τις ανησυχίες τους στον ογκολόγο, από μόνοι τους. Άρα, ο ρόλος του θεράποντα είναι καίριος στην αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών του ζευγαριού με καρκίνο καθώς μπορεί να τις εντοπίσει άμεσα και να κατευθύνει το ζευγάρι σε κάποια ειδική ομάδα. Φαίνεται ότι τις περισσότερες περιπτώσεις, ο καρκίνος και η θεραπεία του επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία των ασθενών άρα θα μπορούσε να θεωρηθεί επιπλοκή της θεραπείας. Κατά συνέπεια για να παρέχεται ολοκληρωμένη θεραπεία, ο θεράπων ιατρός θα μπορούσε να ενημερώνει τους ασθενείς του ακόμα και πριν την έναρξη της θεραπείας, για πιθανές μεταβολές στη σεξουαλική του ζωή. Αυτό όμως προϋποθέτει και την ανάπτυξη ειδικών ομάδων ψυχοογκολογίας στα ογκολογικά νοσοκομεία ώστε, εύκολα και αξιόπιστα, να μπορεί το ζευγάρι με καρκίνο να βρει τη βοήθεια του χρειάζεται για να αντιμετωπίσει ένα τόσο σοβαρό πρόβλημα, για την ποιότητα της ζωής τους.

Βιβλιογραφία

- Abbott-Anderson K, Kwekkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. Gynecol Oncol. 2012 Mar;124(3):477-89.

- Abeloff M, Armitage J., Niederhuber J., Kastan M., McKenna W. Abeloff's Clinical Oncology. 4th ed. Philadelphia, Pa.: Churchill Livingstone; 2008 p 1793 (Κεφάλαιο: Cancer of the endometrium)

- Adams S. G., Dubbert P. M., Chupurdia K. M., Jones A., Lofland K.R., & Leermakers E. Assessment of sexual beliefs and information in aging couples with sexual dysfunction. Archives of Sexual Behavior, 1996, 25, 249-260.

- Alder J., Zanetti R., Wight E., Urech C., Fink N, Bitzer J. Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? J Sex Med 2008;5:1898–906.

- Alferi SM, Carver CS, Antoni MH, Weiss S, Durán RE. An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. Health Psychol. 2001 Jan;20(1):41-6.

- American cancer society. http://www.cancer.org/Cancer/OvarianCancer/DetailedGuide/ovarian-cancer-survival-rates (ημερομηνία ανάκτησης: 15/5/2012)

- American Psychiatric association DSM-V. http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx (ημερομηνία ανάκτησης 20/8/2012)

- Andersen BL, van Der Does J. Surviving gynecologic cancer and coping with sexual morbidity: an international problem. International Journal of Gynecological Cancer 1994;4(4):225–40.

- Andersen BL: Quality of life for women with gynecologic cancer. Curr Opin Obstet Gynecol . 1995,7 (1): 69-76

- Andreasen N., Black D. Introductory Textbook of Psychiatry, Fourth Edition . American Psychiatric Pub, 2010.

- Archibald S, Lemieux S, Byers ES, Tamlyn K, Worth J. Chemically induced menopause and the sexual functioning of breast cancer survivors. Women Ther 2006;29(1/2):83–106.

- Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among young women with breast cancer. Psycho-oncology 2004;13:295–308.
- Baider L, Koch U, Esacson R, De-Nour AK. Prospective study of cancer patients and their spouses: the weakness of marital strength. Psychooncology 1998 Jan-Feb;7(1):49-56.
- Bancroft J, Wu FC. Changes in erectile responsiveness during androgen replacement therapy. Arch Sex Behav. 1983 Feb;12(1):59-66.
- Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. Journal of Endocrinology 2005; 186, 411–427
- Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. Lancet 2007; 369: 409-24.
- Basson R. The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther. 2000 Jan-Mar;26(1):51-65.
- Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. N Engl J Med. 1999 May 6;340(18):1383-9.
- Berrino F, Verdecchia A, Lutz JM, Lombardo C, Micheli A, Capocaccia R; EUROCARE Working Group. Comparative cancer survival information in Europe. Eur J Cancer. 2009 Apr;45(6):901-8
- Bolton KL, Chenevix-Trench G, Goh C, Sadetzki S, Ramus SJ, Karlan BY, et al Association between BRCA1 and BRCA2 mutations and survival in women with invasive epithelial ovarian cancer. JAMA. 2012 Jan 25;307(4):382-90.
- Bösze P. Terminologia colposcopica: a personal perspective. Eur J Gynaecol Oncol. 2011;32(1):5-16.
- Brothers BM, Andersen BL. Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. Psychooncology. 2009 Mar;18(3):267-75.
- Brotto LA, Heiman JR, Goff B, Greer B, Lentz GM, Swisher E, Tamimi H, Van Blaricom A. A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. Arch Sex Behav. 2008 Apr;37(2):317-29.
- Brown ML, Goldie SJ, Draisma G, Harford J, Lipscomb J. Health Service Interventions for Cancer Control in Developing Countries. Source Disease

Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. Washington (DC): World Bank; 2006.

- Bukovic D, Silovski H, Silovski T, Hojsak I, Sakic K, Hrgovic Z. Sexual functioning and body image of patients treated for ovarian cancer. Sexuality and Disability 2008;26:63–73.
- Burgess C, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to cancer diagnosis--II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). J Psychosom Res. 1988;32(3):263-72.
- Burns M, Costello J, Ryan-Woolley B, Davidson S. Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. European Journal of Cancer Care 2007;16(4):364–72.
- Carpenter LM, Nathanson CA, Kim YJ.Physical women, emotional men: gender and sexual satisfaction in midlife. Arch Sex Behav. 2009 Feb;38(1):87-107.
- Casson PR, Elkind-Hirsch KE, Buster JE, Hornsby PJ, Carson SA, Snabes MC. Effect of postmenopausal estrogen replacement on circulating androgens. Obstet Gynecol 1997;90:995–8.
- Center of disease control and prevention, National Program of Cancer Registries 1999- 2009. http://apps.nccd.cdc.gov/uscs/ (ημερομηνία ανάκτησης: 13/2/2013)
- Center of Disease Control. http://www.cdc.ogr (ημερομηνία ανάκτησης: 27/12/2012)
- Chetrit A, Hirsh-Yechezkel G, Ben-David Y, Lubin F, Friedman E, Sadetzki S. Effect of BRCA1/2 mutations on long-term survival of patients with invasive ovarian cancer: the national Israeli study of ovarian cancer. J Clin Oncol. 2008 Jan 1;26(1):20-5.
- Clarke-Pearson DL. Clinical practice. Screening for ovarian cancer. N Engl J Med. 2009 Jul 9;361(2):170-7.
- Cleary V, Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. Eur J Oncol Nurs. 2011 Feb;15(1):38-45.
- Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985 Sep;98(2):310-57.

- Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R, Baili P, et al.; CONCORD Working Group. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). Lancet Oncol. 2008 Aug;9(8):730-56.
- Corney RH, Crowther ME, Everett H, Howells A, Shepherd JH. Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery. Br J Obstet Gynaecol. 1993 Jan;100(1):73-8.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987 Jun;150:782-6.
- Cragun JM. Screening for ovarian cancer. Cancer Control. 2011 Jan;18(1):16-21.
- Cramer DW. The epidemiology of endometrial and ovarian cancer. Hematol Oncol Clin North Am. 2012 Feb;26(1):1-12.
- Crowe H., Costello A.J. Prostate cancer: perspectives on quality of life and impact of treatments and their partners. Urol. Nurs, 2003, 23,(4), 279-285.
- Cull A, Cowie VJ, Farquharson DI, Livingstone JR, Smart GE, Elton RA. Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. Br J Cancer. 1993 Dec;68(6):1216-20.
- Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. J Sex Med 2006; 3: 212-22.
- Dimitrakakis C, Bondy C. Androgens and the breast. Breast Cancer Res. 2009;11(5):212.
- DiSaia Ph., Creasman W. Clinical Gynecologic Oncology. Mosby US, 2007
- Edwards W E, Coleman E. Defining Sexual Health: A descriptive Overview. Archives of Sexual Behavior. 2004;33 (3): 189-195
- Ekwall E, Ternestedt B, Sorbe B. Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. Oncology Nursing Forum 2003;30(2 part 1): 313–9
- Eurocare. http://www.eurocare.it/ (Ημερομηνία ανάκτησης 19/11/2012)
- EUROGIN 2010. http://www.eurogin.com/2010/ (Ημερομηνία ανάκτησης 7/1/2012)

- European cancer Observatory. http://eu-cancer.iarc.fr/cancer-13-breast.html,en (Ημερομηνία ανάκτησης 15/2/2012)
- European Organization for Research and Treatment of Cancer. http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30 (Ημερομηνία ανάκτησης 13/12/2012)
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer. 2010 Dec 15;127(12):2893-917
- Ferlay J., Parkin D.M., Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. Eur J Cancer 2010;46(4):765–81.
- Few FM, Nevin J, Cruickshank DJ. Psychosexual impact of gynaecological malignancy. The Obstetrician & Gynaecologist 2002;4:193–6.
- Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. Psychooncology. 2006 Jul;15(7):579-94.
- Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of Psychological Interventions for Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Sex Behav. 2013 Apr 5. [Epub ahead of print]
- Ganz PA, Desmond K, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. J Clin Oncol 1999;17(8):2371–80.
- Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. J Clin Oncol 2003;21(22):4184–93.
- Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women’s health-related quality of life and sexual functioning. J Clin Oncol 1998;16(2):501–14.
- Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experiences of carers. Arch Sex Behav. 2010 Aug;39(4):998-1009.
- Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. Maturitas. 2010 Aug;66(4):397-407.

- Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. Maturitas. 2011 Sep;70(1):42-57.
- Giraldi A, Rellini AH, Pfaus J, Laan E. Female Sexual Arousal Disorders. J Sex Med. 2012 Sep 13.
- Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet. 2006 Nov 4;368(9547):1595-607.
- GLOBOCAN 2008. http://globocan.iarc.fr/
- Goff BA, Mandel L, Muntz HG, Melancon CH. Ovarian carcinoma diagnosis. Cancer. 2000 Nov 15;89(10):2068-75
- Goldmeier D, Leiblum S. Interaction of organic and psychological factors in persistent genital arousal disorder in women: a report of six cases. Int J STD AIDS. 2008 Jul;19(7):488-90
- Graham CA. The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. Arch Sex Behav. 2010 Apr;39(2):256-70
- Graziottin A, Basson R. Sexual dysfunction in women with premature menopause. Menopause 2004; 11: 766-77.
- Graziottin A, Serafini A, Palacios S. Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction. Maturitas. 2009 Jun 20;63(2):128-34.
- Green MS, Naumann RW, Elliot M, Hall JB, Higgins RV, Grigsby JH. Sexual dysfunction following vulvectomy. Gynecologic Oncology 2000;77(1): 73–7
- Greenwald HP, McCorkle R. Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. Journal of Women’s Health 2008;17(6): 955–63.
- Grumann M, Robertson R, Hacker NF, Sommer G. Sexual functioning in patients following radical hysterectomy for stage IB cancer of the cervix. Int J Gynecol Cancer. 2001 Sep-Oct;11(5):372-80.
- Guay AT, Jacobson J. Decreased free testosterone and dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEA-S) levels in women with decreased libido. J Sex Marital Ther. 2002;28 Suppl 1:129-42.
- Gurevich M, Bishop S, Bower J, Malka M, Nyhof-Young J. (Dis)embodying gender and sexuality in testicular cancer. Soc Sci Med. 2004 May;58(9):1597-607.

- Haines RJ, Bottorff JL, Barclay McKeown S, Ptolemy E, Carey J, Sullivan K. Breast cancer messaging for younger women: gender, femininity, and risk. Qual Health Res. 2010 Jun;20(6):731-42.
- Harden J, Schafenacker A, Northouse L, Mood D, Smith D, Pienta K, Hussain M, Baranowski K. Couples' experiences with prostate cancer: focus group research. Oncol Nurs Forum. 2002 May;29(4):701-9.
- Hayes DF. Clinical practice. Follow-up of patients with early breast cancer. N Engl J Med. 2007;356(24): 2505-13.
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. Fertil Steril. 2007; 87: 107-112.
- Helgeson VS. Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. J Pers Soc Psychol. 1992 Oct;63(4):656-66.
- Helgeson VS. Social support and quality of life. Qual Life Res. 2003;12 Suppl 1:25-31.
- Holmberg SK, Scott LL, Alexy W, Fife BL. Relationship issues of women with breast cancer. Cancer Nurs. 2001 Feb;24(1):53-60.
- Holtkamp W, Osterloh B, Rauschecker H, Nagel GA. Mastectomy stimulates prolactin release in breast cancer patients. Anticancer Res. 1986 Jul-Aug;6(4):725-7.
- Howlader N, Ries LA, Mariotto AB, Reichman ME, Ruhl J, Cronin KA. Improved estimates of cancer-specific survival rates from population-based data. J Natl Cancer Inst. 2010 Oct 20;102(20):1584-98.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC handbooks of cancer prevention: Cervix cancer screening, vol. 10. Lyon: IARC Press; 2005.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 2012. http://www.figo.org/ (ημερομηνία ανάκτησης: 24/8/2012)
- Janda M, Obermair A, Cella D, Crandon AJ, Trimmel M. Vulvar cancer patients' quality of life: a qualitative assessment. Int J Gynecol Cancer. 2004 Sep-Oct;14(5):875-81.
- Jay RH, Marc EL, Monica M, Kent O. Diseases of the Breast. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia PA: 2000

- Jensen PT. Gynaecological cancer and sexual functioning: does treatment modality have an impact? Sexologies 2007;16:279–85.
- Joanning H, Keoughan P, Enhancing Marital Sexuality. The Family Journal, 2005, Vol. 13, No. 3, 351-355.
- Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organized mammography screening in Denmark: comparative study. BMJ. 2010 Mar 23;340:c1241.
- Joseph O, Alfons V, Rob S. Further validation of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ).Psychol Health Med. 2007 May;12(3):346-52.
- Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. Psycho-Oncology 2003;12(3):267–79.
- Kaplan HS. Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy. New York, NY: Brunner/Hazel Publications; 1979
- Kaplan H. The new sex therapy. Brunner/Mazel, New York, 1974
- Kayser K., Scott JL. Helping couples cope with women’s cancer. Editor Springer Science and Business Media. Netherlands, 2008
- Kinamore C. Assessing and supporting body image and sexual concerns for young women with breast cancer: a literature review. J Radiother Pract 2008;7(3):159–71.
- Kinsinger SW, Laurenceau JP, Carver CS, Antoni MH. Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. Psychol Health. 2011 Dec;26(12):1571-88.
- Kotsopoulos J, Narod SA. Androgens and breast cancer. Steroids. 2012 Jan;77(1-2):1-9. doi: 10.1016/j.steroids.2011.10.002. Epub 2011 Oct 10.
- Krychman ML, Katz A. Breast cancer and sexuality: multi-modal treatment options. J Sex Med. 2012 Jan;9(1):5-13.
- Kuerer H. Kuerer's breast surgical oncology, 2010, New York : McGraw-Hill Medical
- Laan E, Both S. Sexual desire and arousal disorders in women. Adv Psychosom Med. 2011;31:16-34.

- Labrie F, Luu-The V, Labrie C, Bélanger A, Simard J, Lin SX, Pelletier G. Endocrine and intracrine sources of androgens in women: inhibition of breast cancer and other roles of androgens and their precursor dehydroepiandrosterone. Endocr Rev. 2003 Apr;24(2):152-82.
- Lamb MA, Sheldon TA. The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer. Cancer Pract. 1994 Mar-Apr;2(2):103-13.
- Langellier KM, Sullivan CF. Breast talk in breast cancer narratives. Qual Health Res 1998;8(1):76–94.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999 Feb 10;281(6):537-44.
- Lavery FJ.,Clarke VA. Prostate cancer: patiens and ‘’apouses’’ coping and marital adjustment. Psychology, Health & Medicine, 1999, 4 (3),289-302.
- Leenhouts GH, Kylstra WA, Everaerd W, Hahn DE, Schultz WC, van de Wiel HB, Heintz AP. Sexual outcomes following treatment for early-stage gynecological cancer: a prospective and cross-sectional multi-center study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2002 Jun;23(2):123-32.
- Leiblum SR, Chivers ML. Normal and persistent genital arousal in women: new perspectives. J Sex Marital Ther. 2007 Jul-Sep;33(4):357-73.
- Lethborg CE, Kissane D, Burns WI. 'It's not the easy part': the experience of significant others of women with early stage breast cancer, at treatment completion. Soc Work Health Care. 2003;37(1):63-85.
- Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. J Affect Disord. 2012 Dec 10;141(2-3):343-51.
- Lucas RE, Diener E, Suh E. Discriminant validity of well-being measures. J Pers Soc Psychol. 1996 Sep;71(3):616-28.
- Maddams J, Brewster D, Gavin A, Steward J, Elliott J, Moller H. Cancer prevalence in the United Kingdom: estimates for 2008. Br J Cancer 2009; 101(3): 541–547
- Mah K, Binik YM. The nature of human orgasm: a critical review of major trends. Clin Psychol Rev. 2001 Aug;21(6):823-56.

- Maliski SL, Heilemann MV, McCorkle R. Mastery of postprostatectomy incontinence and impotence: his work, her work, our work. Oncol Nurs Forum. 2001 Jul;28(6):985-92
- Manne S. Cancer in the marital context: a review of the literature. Cancer Invest. 1998;16(3):188-202.
- Manne SL, Ostroff J, Winkel G, Grana G, Fox K. Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: patient and partner perspectives. Health Psychol. 2005 Nov;24(6):635-41.
- Manne SL, Zautra AJ. Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. J Pers Soc Psychol. 1989 Apr;56(4):608-17.
- Martin CE. Factor affecting sexual functioning in 60-79-year-old married males. Arch Sex Behav. 1981 Oct;10(5):399-420.
- Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Little Brown & Co, Boston, 1966.
- Matloff ET, Brierley KL. The double-helix derailed: the story of the BRCA patent. Lancet. 2010 Jul 31;376(9738):314-5.
- Mavaddat N, Pharoah PD, Blows F, Driver KE, Provenzano E, Thompson D, Macinnis RJ, Shah M; SEARCH Team, Easton DF, Antoniou AC. Familial relative risks for breast cancer by pathological subtype: a population-based cohort study. Breast Cancer Res. 2010;12(1):R10.
- McTiernan A, Irwin M, Vongruenigen V. Weight, physical activity, diet, and prognosis in breast and gynecologic cancers. J Clin Oncol. 2010 Sep 10;28(26):4074-80.
- Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. Sex Med. 2004 Jul;1(1):66-8.
- Montazeri A, Tavoli A, Mohagheghi MA, Roshan R, Tavoli Z. Disclosure of cancer diagnosis and quality of life in cancer patients: should it be the same everywhere? BMC Cancer. 2009 Jan 29;9:39.
- Mortimer JE, Boucher L, Baty J, Knapp DL, Ryan E, Rowland JH. Effect of tamoxifen on sexual functioning in patients with breast cancer. J Clin Oncol 1999;17(5):1488–92.

- Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. N Engl J Med. 1985 Jul 25;313(4):270-3.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines in Oncology: Cervical Cancer Screening. v.1.2011.. http:// www.nccn.org. (Ημερομηνία ανάκτησης 13/12/2012)
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Practice Guidelines http://www.nccn.org/index.asp. (Ημερομηνία ανάκτησης 12/11/2012)
- Novak E, Berek J. Novak's Gynecology. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance Europe 2012. http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf (ημερομηνία ανάκτησης: 15/1/2013)
- Pal T, Permuth-Wey J, Betts JA, Krischer JP, Fiorica J, Arango H, LaPolla J, Hoffman M, Martino MA, Wakeley K, Wilbanks G, Nicosia S, Cantor A, Sutphen R. BRCA1 and BRCA2 mutations account for a large proportion of ovarian carcinoma cases. Cancer. 2005 Dec 15;104(12):2807-16.
- Pan American Health Organization. Promoting sexual health. Washington, DC, 2000 (Ημερομηνία ανάκτησης: 1/12/2012)
- Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. J Sex Med. 2011 Jan;8(1):294-302.
- Pauls RN. Impact of gynecological surgery on female sexual function. Int J Impot Res. 2010 Mar-Apr;22(2):105-14.
- Pieterse QD, Maas CP, ter Kuile MM, Lowik M, van Eijkeren MA, Trimbos JB, Kenter GG. An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. Int J Gynecol Cancer. 2006 May-Jun;16(3):1119-29.
- Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. Psychol Med. 2010 Nov;40(11):1797-810.
- Primomo J, Yates BC, Woods NF. Social support for women during chronic illness: the relationship among sources and types to adjustment. Res Nurs Health. 1990 Jun;13(3):153-61.

- Ptacek JT, Pierce GR, Ptacek JJ. Coping, distress, and marital adjustment in couples with cancer: an examination of the personal and social context. J Psychosoc Oncol. 2007;25(2):37-58.
- Quirk F, Haughie S, Symonds T. The use of the sexual function questionnaire as a screening tool for women with sexual dysfunction. J Sex Med. 2005;2(4):469-477.
- Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. J Womens Health Gend Based Med. 2002;11(3):277-289.
- Rachet B, Maringe C, Nur U, Quaresma M, Shah A, Woods LM, Ellis L, Walters S, Forman D, Steward J, Coleman MP. Population-based cancer survival trends in England and Wales up to 2007: an assessment of the NHS cancer plan for England. Lancet Oncol. 2009 Apr;10(4):351-69.
- Ranee T. Review of current status of female sexual dysfunction evaluation in urogynecology. Int Urogynecol J 2009; 20 (Suppl 1):S27–S31
- Rasmusson EM, Thomé B. Women’s wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. Sexuality and Disability 2008;26(4):207–18.
- Rellini AH, Clifton J. Female orgasmic disorder. Adv Psychosom Med. 2011;31:35-56.
- Ronco G, van Ballegooijen M, Becker N, Chil A, Fender M, Giubilato P, et al. Process performance of cervical screening programmes in Europe. Eur J Cancer 2009;45(15):2659–70.
- Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. J Natl Cancer Inst. 2000 Sep 6;92(17):1422-9.
- Sands R, Studd J. Exogenous androgens in postmenopausal women. Am J Med. 1995 Jan 16;98(1A):76S-79S.
- Sant M, Allemani C, Santaquilani M, Knijn A, Marchesi F, Capocaccia R, the EUROCARE Working Group. European Journal of Cancer 2009,45:931-991
- Sarrel P, Dobay B, Wiita B. Estrogen and estrogen-androgen replacement in postmenopausal women dissatisfied with estrogen-only therapy. Sexual behavior and neuroendocrine responses. J Reprod Med. 1998 Oct;43(10):847-56.

- Saso S, Chatterjee J, Georgiou E, Ditri AM, Smith JR, Ghaem-Maghami S. Endometrial cancer. BMJ. 2011 Jul 6;343:d3954.
- Schover LR, Fife M, Gershenson DM. Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. Cancer 1989;63(1):204–12.
- Schover LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. J Natl Cancer Inst Monogr. 1994;(16):177-82.
- Scott JL, Halford WK, Ward BG. United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. J Consult Clin Psychol. 2004 Dec;72(6):1122-35.
- SEER Monograph, Gynecologic Cancer Survival 2007. http://www.igcs.org/professionalEducation/treatmentResources/NCI_SEER2007/NCI_SEER2007.html. (Ημερομηνία ανάκτησης 12/2/2012)
- Segraves R, Woodard T. Female hypoactive sexual desire disorder: History and current status. J Sex Med. 2006 May;3(3):408-18.
- Sekse RJT, Raaheim M, Blaaka G, Gjengedal E. Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010;24(4):799–807
- Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, Casson PR, Buster JE, Redmond GP, et al. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. N Engl J Med 2000;343:682–8.
- Sigurdsson K. Trends in cervical intra-epithelial neoplasia in Iceland through 1995: evaluation of targeted age groups and screening intervals. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999 Jul;78(6):486-92
- Simon J, Klaiber E, Wiita B, Bowen A, Yang HM. Differential effects of estrogen-androgen and estrogen-only therapy on vasomotor symptoms, gonadotropin secretion, and endogenous androgen bioavailability in postmenopausal women. Menopause 1999;6:138–46.
- Simonelli C, Annunziata MA, Chimienti E, Berretta M, Tirelli U. Cancer survivorship: a challenge for the European oncologists. Ann Oncol. 2008 Jul;19(7):1216-7.
- Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R. Testosterone for peri- and postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD004509.

- Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, Zakalik D, Decker DA. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. Breast J. 2005 Nov-Dec;11(6):440-7.
- Srirangam SJ, Pearson E, Grose C, Brown SC, Collins GN, O'Reilly PH. Partner's influence on patient preference for treatment in early prostate cancer. BJU Int. 2003 Sep;92(4):365-9.
- Stead ML, Fallowfield L, Selby P, Brown JM. Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007 Apr;21(2):309-20.
- Stehman FB, Look KY. Carcinoma of the vulva. Obstet Gynecol. 2006 Mar;107(3):719-33.
- Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER). http://seer.cancer.gov/registrars/2011reliability.html (ημερομηνία ανάκτησης 12/2012)
- Thewes B, Butow P, Girgis A, Pendlebury S. The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. Psychooncology. 2004 Mar;13(3):177-89.
- Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen P. Sexual functioning in breast cancer survivors. Cancer Control 2001;8(5):442–8.
- Thuesen B, Andreasson B, Bock JE. Sexual function and somatopsychic reactions after local excision of vulvar intra-epithelial neoplasia. Acta Obstet Gynecol Scand. 1992 Feb;71(2):126-8.
- Tsakiroglou M, Bakalis M, Valasoulis G, Paschopoulos M, Koliopoulos G, Paraskevaidis E. Women's knowledge and utilization of gynecological cancer prevention services in the Northwest of Greece. Eur J Gynaecol Oncol. 2011;32(2):178-81.
- Tsiodras S, Hatzakis A, Spathis A, Margari N, Meristoudis C, Chranioti A, Kyrgiou M, Panayiotides J, Kassanos D, Petrikkos G, Nasioutziki M, Loufopoulos A, Paraskevaidis E, Karakitsos P. Molecular epidemiology of HPV infection using a clinical array methodology in 2952 women in Greece. Clin Microbiol Infect. 2011 Aug;17(8):1185-8.
- Ussher JM, Perz J, Gilbert E. Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. Cancer Nurs. 2012 Nov-Dec;35(6):456-65.

- Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, Kunkler I EUROCARE-4 Working Group. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCARE-4 data. Lancet Oncol. 2007 Sep;8(9):784-96.
- Vincent CE, Vincent B, Griess FC, Linton EB. Some marital-sexual concomitants of carcinoma of the cervix. South Med J 1975; 68: 552- 558.
- Weijmar Schultz WCM, Van De Wiel HBM, Bouma J. Psychosexual functioning after treatment for cancer of the cervix: a comparative and longitudinal study. International Journal of Gynecological Cancer 1991;1(1): 37–46.
- WHO. Comprehensive cervical cancer control a guide to essential practice. Geneva 2006. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006 /9241547006eng.pdf. (Ημερομηνία ανάκτησης 16/11/2012)
- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. N Engl J Med. 2002 Jul 18;347(3):194-9.
- World Association for Sexology 2000 http://www.who.int/topics/sexual_health/en. (Ημερομηνία ανάκτησης 14/12/2012)
- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF, http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/
- World Health organization. Cancer screening http://www.who.int/cancer/detection/en/ (ημερομηνία ανάκτησης: 14/2/2013)
- World Health organization. Global Health Observatory (GHO). http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer/en/index.html (ημερομηνία ανάκτησης: 14/2/2013)
- Wright JD, Barrena Medel NI, Sehouli J, Fujiwara K, Herzog TJ. Contemporary management of endometrial cancer. Lancet. 2012 Apr 7;379(9823):1352-60.
- Αθανασιάδου Π, Γράψα Δ, Ο ρόλος της HPV λοίμωξης στη καρκινογένεση του Τραχήλου της Μήτρας, Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας, τόμος 12, 2003.
- Αντσακλής Α. Μαιευτική και Γυναικολογία β έκδοση. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2011
- Διακομανώλης Ε. Κολποσκόπηση & παθολογία του κατώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010

- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-database (ημερομηνία ανάκτησης 10/9/2011)
- Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Τομαράς Β., Μαυρέα Β., Σολδάτος Κ. Απόδοση στα ελληνικά του ερωτηματολόγιου της ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας (WHOQOL-BREF).
- Κρεατσάς Γ. Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009
- Κυράνα ΠΣ, Αθανασιάδης Λ, Γουλής Δ, Γ.Μπίλη Ε, Παπασταμάτης Κ,Ταρλατζής ΒΚ, Χατζηχρήστου Δ, Βαϊδάκης Ν. Υποτονική σεξουαλική επιθυμία στις γυναίκες: Θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ελληνική μαιευτική & Γυναικολογία 2009;21(4):313-322
- Μορτάκης ΕΑ. Γυναίκα και HPV, πρόληψη της μόλυνσης και των επιπλοκών της. Αθήνα 2007