

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού Συγχρονική μελέτη στην Ελλάδα

ΣΚΟΠΟΣ Η εκτίμηση των αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας των γυναικών με καρκίνο του μαστού (ΚΜ). ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Διεξήχθη συγχρονική μελέτη παρατήρησης σε δείγμα 95 ασθενών με ΚΜ στα τμήματα ημερήσιας νοσηλείας δύο δημόσιων γενικών νοσοκομείων της Αθήνας μεταξύ Φεβρουαρίου και Ιουλίου 2016. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου Supportive Care Needs Survey-Short form (SCNS-SF34), που καταγράφει εάν οι ασθενείς έχουν «καμία ανάγκη» ή «κάποια ανάγκη» σε πέντε υποκλίμακες αναγκών: «Σύστημα υγείας και πληροφόρηση», «ψυχολογικά ζητήματα», «σωματικά ζητήματα και καθημερινότητα», «φροντίδα και υποστήριξη ασθενών» και «σεξουαλικότητα». Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 22.0. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος ήταν τα $58,6 \pm 12,9$ έτη, ενώ η μέση ηλικία εμφάνισης του ΚΜ τα $55,6 \pm 13,1$ έτη. Οι ασθενείς εξέφρασαν την ανάγκη για περισσότερη υποστήριξη στην υποκλίμακα «σύστημα υγείας και πληροφόρηση» (mean±SD: $23,9 \pm 12,4$). Ακολουθούσαν οι υποκλίμακες σχετικά με τα «ψυχολογικά ζητήματα» (mean±SD: $19,7 \pm 9,3$), τα «σωματικά ζητήματα και καθημερινότητα» (mean±SD: $11,9 \pm 5$) και τη «φροντίδα και υποστήριξη ασθενών» (mean±SD: $9,2 \pm 4,6$). Μικρότερες ανάγκες υποστήριξης εξέφρασαν στην υποκλίμακα της «σεξουαλικότητας» (mean±SD: $4,6 \pm 2,6$). Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας ($p < 0,001$), ηλικίας εμφάνισης νόσου ($p < 0,001$), οικογενειακής κατάστασης ($p = 0,049$), επιπέδου εκπαίδευσης ($p = 0,001$), είδους εργασίας ($p < 0,001$), είδους της χειρουργικής επέμβασης ($p = 0,038$) και της υποκλίμακας της «σεξουαλικότητας». Επιπλέον, το είδος της εργασίας συσχετίστηκε με τις υποκλίμακες «σύστημα υγείας και πληροφόρηση» ($p = 0,022$) και «φροντίδα και υποστήριξη ασθενών» ($p = 0,008$) και το είδος της χειρουργικής επέμβασης με τη «φροντίδα και υποστήριξη ασθενών» ($p = 0,030$). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Οι ασθενείς με ΚΜ υπό θεραπεία ανέφεραν αυξημένες ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να προσανατολιστούν στη δημιουργία ολοκληρωμένων σχεδίων έγκαιρης αναγνώρισης και αποτελεσματικής διαχείρισής τους.

Ο καρκίνος του μαστού (ΚΜ) αποτελεί μια παγκόσμια πρόκληση για την υγεία, δεδομένου ότι, παγκοσμίως, είναι ο πλέον συχνά διαγνωσμένος καρκίνος με 2,26 εκατομμύρια καταγεγραμμένα κρούσματα το 2020 και αυξημένη επίπτωση, καθώς και η κύρια αιτία θνησιμότητας από καρκίνο στις γυναίκες, με σχεδόν 685.000 θανάτους.^{1,2}

Οι ασθενείς με ΚΜ εμφανίζουν πληθώρα συμπτωμάτων και ανεπιθύμητων ενεργειών εξ αιτίας της νόσου, ιδιαίτερα σε προχωρημένο στάδιο, αλλά και λόγω των πολλών

θεραπευτικών παρεμβάσεων. Οι σημαντικότερες ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας τους περιλαμβάνουν τις σωματικές, τις ψυχολογικές/συναισθηματικές, τις κοινωνικές, τις πνευματικές, τις πρακτικές/ανάγκες καθημερινότητας (μετακινήσεις, οικονομικά ζητήματα, πρόσβαση κ.ά.), τις ανάγκες που σχετίζονται με την οικογένεια και το υποστηρικτικό περιβάλλον, τις ανάγκες πληροφόρησης/εκπαίδευσης και τις διαπροσωπικές ανάγκες/ανάγκες οικειότητας (σεξουαλικότητα, απώλεια γονιμότητας και αλλοιωμένη εικόνα σώματος κ.ά.).³⁻⁶

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2025, 42(2):178-187
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2025, 42(2):178-187

Π. Μπαρκούκη,¹
Ι. Τσάτσου,²
Π.Μ. Πράπα,³
Ι. Χατζή,⁴
Θ.Ι. Κωνσταντινίδης⁴

¹401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο
Αθηνών, Αθήνα

²251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας,
Αθήνα

³Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων
Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

⁴Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό
Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Ηράκλειο,
Κρήτη

Supportive care needs in women
with breast cancer: A cross-
sectional study in Greece

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Ανάγκες
Ανάγκες πληροφόρησης
Καρκίνος μαστού
Σεξουαλικότητα
Σωματικές ανάγκες
Υποστηρικτική φροντίδα
Ψυχολογικές ανάγκες

Υποβλήθηκε 8.1.2024

Εγκρίθηκε 27.1.2024

Οι ανικανοποίητες ανάγκες επηρεάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, μεταβάλλονται σε ένταση και διάρκεια στην πορεία της νόσου και επηρεάζονται κυρίως από το είδος της θεραπείας, τον αριθμό και την ένταση των συμπτωμάτων, τη λειτουργική τους κατάσταση, τον πιθανό χρόνο επιβίωσης, το χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση, την ηλικία, την παρουσία φροντιστών, τη συννοσηρότητα και άλλους παράγοντες.³ Η ορθή, συστηματική, πολύπλευρη και έγκαιρη αναγνώρισή τους, η εξειδικευμένη, ολιστική και μακροχρόνια φροντίδα και η μείωση πιθανών ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, από τον προληπτικό έλεγχο έως τις θεραπείες και τη μακροχρόνια επιβίωση, έχουν ως απώτερο στόχο, εκτός από την καλύτερη επιβίωση των ασθενών, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.^{1,4,7,8} Ειδικότερα, μεγιστοποιούνται τα οφέλη της θεραπείας συμβάλλοντας στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου και των ανεπιθύμητων ενεργειών των θεραπειών, βελτιώνουν την αυτονομία, την αξιοπρέπεια και την ευημερία των ασθενών και προάγουν την ενδυνάμωσή τους.^{9,10}

Όσες γυναίκες πάσχουν από προχωρημένη και μεταστατική νόσο αναφέρουν αυξημένες ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας σε όλους τους τομείς. Οι νεότερες ασθενείς έχουν περισσότερα προβλήματα, ειδικά στους τομείς της σεξουαλικότητας και της εικόνας σώματος συγκριτικά με ασθενείς με προχωρημένο στάδιο.⁸ Οι ασθενείς με ΚΜ αναφέρουν συχνότερα πρώτες τις αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης και τις ψυχολογικές (π.χ. για τη διαχείριση της αλλαγής σχέσεων, την υπαρξιακή αβεβαιότητα) και ακολουθούν οι πνευματικές, οι κοινωνικές και οι σχετικές με την πρακτική υποστήριξη σε καθημερινές εργασίες.¹¹ Μια συστηματική ανασκόπηση μελετών υποστηρικτικών αναγκών γυναικών με ΚΜ σε διαφορετικά στάδια της νόσου έδειξε ότι οι μη κατανοητές πληροφορίες όσον αφορά σε συμπτώματα υποτροπής του καρκίνου και στις ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών αναφέρθηκαν σε ποσοστό >30% των ασθενών. Επιπλέον, οι ψυχολογικές ανάγκες, όπως η βοήθεια για τον τρόπο αντιμετώπισης του φόβου επανεμφάνισης του καρκίνου, ο τρόπος διαχείρισης της καθημερινής ζωής και η ανησυχία για το μέλλον, ήταν από τις πλέον συχνές ανικανοποίητες ανάγκες τους. Οι προγνωστικοί παράγοντες για μεγαλύτερες ανάγκες φροντίδας ήταν κυρίως ο μικρότερος χρόνος από την αρχική διάγνωση, η μαστεκτομή, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους και η μικρότερη ηλικία.⁸

Η πλειοψηφία των υπάρχουσών μελετών επικεντρώνεται στην εκτίμηση των αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας ασθενών με ΚΜ υπό αντικαρκινική θεραπεία, ανεξαρτήτως του σταδίου της νόσου.^{7,8} Η εκτίμησή τους στην καθημερινή

κλινική πρακτική γίνεται συνήθως με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων από τις ασθενείς και συνιστά μια απαραίτητη διαδικασία που συνδράμει στην καλύτερη αντίληψη του βιώματος της νόσου από τις ασθενείς και της διαχείρισής της και τους επαγγελματίες υγείας, και συμβάλλει στην ικανοποίηση από τη φροντίδα.¹²⁻¹⁴

Με βάση τα παραπάνω, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας γυναικών με ΚΜ, που δεν έχουν διερευνηθεί συστηματικά στην Ελλάδα, καθώς και η πιθανή συσχέτισή τους με τα κλινικά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός και πληθυσμός μελέτης

Διεξήχθη συγχρονική μελέτη παρατήρησης σε τμήματα ημερήσιας νοσηλείας δύο δημόσιων γενικών νοσοκομείων της Αθήνας, το χρονικό διάστημα από τον Φεβρουάριο έως τον Ιούλιο 2016. Από τις 103 ασθενείς με ΚΜ που επιλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας κατά την επίσκεψή τους στα νοσοκομεία ως εξωτερικοί ασθενείς, συμμετείχαν τελικά 95 γυναίκες (ποσοστό ανταπόκρισης: 92,3%). Τα κριτήρια συμμετοχής τους στη μελέτη ήταν η ηλικία >18 ετών, να έχουν διαγνωστεί με ΚΜ, ανεξαρτήτως σταδίου, και να έχουν ικανοποιητικό επίπεδο κατανόησης, γραφής και ανάγνωσης της ελληνικής γλώσσας.

Συλλογή δεδομένων

Για την εκτίμηση των υποστηρικτικών αναγκών των ασθενών χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34), που μεταφράστηκε για τις ανάγκες της πολυκεντρικής μελέτης eSMART.¹⁵ Αξιολογεί 34 ανάγκες των ασθενών, κατηγοριοποιημένες σε πέντε υποκλίμακες: «Σύστημα υγείας και πληροφόρηση», «ψυχολογικά ζητήματα», «σωματικά ζητήματα και καθημερινότητα», «φροντίδα και υποστήριξη ασθενών» και «σεξουαλικότητα». Οι ασθενείς καταγράφουν αν βρέθηκαν στην ανάγκη για βοήθεια τον τελευταίο μήνα ως αποτέλεσμα του ΚΜ σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων, όπου η ασθενής (α) δεν είχε κάποια ανάγκη για βοήθεια, (β) είχε κάποια ανάγκη, η οποία όμως ικανοποιήθηκε, (γ) είχε μικρή ανάγκη που προκάλεσε ανησυχία ή ενόχληση, (δ) είχε μέτρια ανάγκη και (ε) είχε μεγάλη ανάγκη. Οι πρώτες δύο απαντήσεις στη συνέχεια ομαδοποιήθηκαν σε «καμία ανάγκη» και οι άλλες τρεις σε «κάποια ανάγκη». Η υψηλή βαθμολογία σε μια υποκλίμακα υποδηλώνει υψηλότερα επίπεδα ανάγκης.

Χρησιμοποιήθηκε επίσης έντυπο δημογραφικών, κλινικών και άλλων χαρακτηριστικών για την καταγραφή παραμέτρων, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός τέκνων, η ηλικία εμφάνισης του ΚΜ κ.ά., η οποία δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 10 λεπτά.

Διαπιστώθηκε υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας βάσει του δείκτη Cronbach's α για όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, για την υποκλίμακα «ψυχολογικά ζητήματα» ήταν 0,92, για το «σύστημα υγείας και πληροφόρηση» 0,95, για τα «σωματικά ζητήματα και καθημερινότητα» 0,87, για τη «φροντίδα και υποστήριξη ασθενών» 0,89 και για τη «σεξουαλικότητα» 0,86.

Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη ακολούθησε τις βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας, περιλαμβανομένης και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων των ασθενών. Για τη διεξαγωγή της μελέτης ελήφθη έγκριση από την επιστημονική επιτροπή των νοσοκομείων. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν λεπτομερώς προφορικά και γραπτά για τον σκοπό και τους στόχους της μελέτης, την εθελοντική συμμετοχή τους σε αυτή, την ανωνυμία των πληροφοριών, ενώ λύθηκαν πιθανές απορίες τους. Επίσης, από όλες τις ασθενείς ελήφθη η πληροφορημένη έγγραφη συναίνεσή τους προκειμένου να συμμετάσχουν στη μελέτη.

Στατιστική ανάλυση

Οι ποσοτικές μεταβλητές αναφέρονται με βάση τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση (mean \pm SD), τη διάμεση τιμή (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR). Για τον προσδιορισμό της συσχέτισης μεταξύ των κατηγορικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε έλεγχος χ^2 και ο ακριβής έλεγχος Fisher (κατά περίπτωση), με τις κατάλληλες τροποποιήσεις των μεταβλητών όπου δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις του ελέγχου. Για τη συσχέτιση μεταξύ των συνεχών και των κατηγορικών μεταβλητών εφαρμόστηκαν οι έλεγχοι Fisher και Mann-Whitney κατά περίπτωση. Η διερεύνηση τυχόν σχέσεων μεταξύ δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου έγινε με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman, ορίζοντας το επίπεδο σημαντικότητας στο 0,05. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 22.0 (SPSS for Windows, SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δημογραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με KM παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Η μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος ήταν τα 58,6 \pm 12,9 έτη, ενώ η μέση ηλικία εμφάνισης του KM ήταν τα 55,6 \pm 13,1 έτη (πίν. 1).

Οι συχνότερα αναφερόμενες υποστηρικτικές ανάγκες των γυναικών με KM αφορούσαν στην αντιμετώπιση των δυσκολιών στις εργασίες του σπιτιού (57,9%), στη διαχείριση του γεγονότος ότι δεν μπορούσαν να κάνουν κάποια πράγματα που έκαναν πριν από την εμφάνιση της νόσου (53,7%), στη διαχείριση του γεγονότος ότι δεν ένιωθαν καλά (44,2%), στη διαχείριση του άγχους (43,2%), στη

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης.

	Mean \pm SD/median (IQR)	
Ηλικία (έτη)	58,6 \pm 12,9/60,0 (22,0)	
Ηλικία (έτη) εμφάνισης καρκίνου μαστού	55,6 \pm 13,1/57,0 (21,0)	
	n	%
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>		
Άγαμη	7	7,4
Έγγαμη	63	66,3
Διαζευγμένη	4	4,2
Χήρα	21	22,1
<i>Τέκνα</i>		
Ναι	83	87,4
Όχι	12	12,6
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>		
Καμία εκπαίδευση	1	1,1
Πρωτοβάθμια	29	30,5
Δευτεροβάθμια	33	34,7
Ανώτερη	29	30,5
<i>Είδος εργασίας</i>		
Άνεργη	7	7,4
Σύνταξη	21	22,1
Οικιακά	34	35,8
Χειρωνακτική	5	5,3
Πνευματική-γραφείου	28	29,5
<i>Είδος θεραπείας</i>		
Χημειοθεραπεία	75	78,9
Ορμονοθεραπεία	16	16,8
Ανοσοθεραπεία	3	3,2
Ακτινοθεραπεία	1	1,1
<i>Υποτροπή νόσου</i>		
Ναι	11	11,6
Όχι	84	84,6
<i>Είδος χειρουργικής επέμβασης</i>		
Ογκεκτομή	23	24,2
Μερική μαστεκτομή	10	10,5
Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή	57	60,0
Καμία	5	5,3

Median: Διάμεσος, SD: Standard deviation (σταθερή απόκλιση), IQR: Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (interquartile range)

διαχείριση της έλλειψης ενέργειας/κόπωσης (43,2%) και στην ενημέρωση σχετικά με την εξέλιξη της νόσου (38,9%).

Αντίθετα, οι γυναίκες ανέφεραν πολύ μικρή ανάγκη

υποστήριξης για να έχουν περισσότερες επιλογές για τα νοσοκομεία που μπορούσαν να επισκεφθούν (83,2%) και σχετικά με το ποιους ειδικούς για τον καρκίνο μπορούσαν να συμβουλευτούν (82,1%), για την παροχή πληροφοριών αναφορικά με τις σεξουαλικές σχέσεις (80%), για να τις αντιμετωπίζουν ως άνθρωπο και όχι απλά ως ένα ακόμη περιστατικό (80%), για τη διαχείριση των αλλαγών στις σεξουαλικές τους σχέσεις (78,9%) και στα σεξουαλικά τους αισθήματα (77,9%) (πίν. 2).

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCNS-SF34. Οι ασθενείς εξέφρασαν την ανάγκη για περισσότερη υποστήριξη στην υποκλίμακα «σύστημα υγείας και πληροφόρηση» (mean±SD: 23,9±12,4) και στα «ψυχολογικά ζητήματα» (mean±SD: 19,7±9,3). Μικρότερες ανάγκες υποστήριξης εξέφρασαν στην υποκλίμακα της σεξουαλικότητας (mean±SD: 4,6±2,6).

Πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συσχετίσεων των υποκλιμάκων των υποστηρικτικών αναγκών των ασθενών του SCNS-SF34 με τα κλινικά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Μέσω ελέγχου με τον μη παραμετρικό συντελεστή Spearman προέκυψε αρνητικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας της σεξουαλικότητας με την ηλικία των ασθενών (rs: -0,559, p<0,001) και την ηλικία εμφάνισης της νόσου (rs: -0,563, p<0,001) (πίν. 4).

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται μόνο οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που διαπιστώθηκαν με τη διενέργεια ελέγχου Kruskal-Wallis. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας της σεξουαλικότητας και του επιπέδου εκπαίδευσης (H=17,635, p=0,001) και της οικογενειακής κατάστασης (H=7,409, p=0,049). Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση των υποστηρικτικών αναγκών αναφορικά με τη σεξουαλικότητα σχετιζόταν με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και τις άγαμες γυναίκες (mean rank: 53,36).

Περαιτέρω, παρατηρήθηκαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις του είδους της εργασίας με τις υποκλίμακες του SCNS-SF34 (πίν. 5). Η υποκλίμακα «σύστημα υγείας και πληροφόρηση» (H=11,050, p=0,022) καθώς και η «σεξουαλικότητα» (H=32,359, p<0,001) συσχετίστηκαν με τις άνεργες γυναίκες και η υποκλίμακα «φροντίδα και υποστήριξη ασθενών» με τη χειρωνακτική εργασία (H=13,290, p=0,008).

Επί πλέον, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή είχαν μεγαλύτερη μέση διάταξη στην τιμή της υποκλίμακας «φροντίδα και υποστήριξη ασθενών» (mean rank: 60,39) και «σεξουαλικότητα» (mean rank: 58,15) (πίν. 5). Επίσης, στις γυναίκες που εμφάνισαν υποτροπή της νόσου σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν υποτροπή διαπιστώθηκε σημαντικά μικρότερη μέση διάταξη (mean rank: 31,36 έναντι 50,18,

αντίστοιχα) με την υποκλίμακα «φροντίδα και υποστήριξη ασθενών» (πίν. 5).

Τέλος, διερευνήθηκε πιθανή σχέση μεταξύ των υποκλιμάκων του SCNS-SF34 και του είδους της θεραπείας, κατηγοριοποιώντας αυτή σε δύο ομάδες: (α) χημειοθεραπεία και (β) ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία. Παρατηρήθηκε οριακά θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας «σύστημα υγείας και πληροφόρηση» και της «φροντίδας και υποστήριξης ασθενών» (Mann-Whitney U test: 541,000, p=0,049) με τις ασθενείς που ακολούθησαν ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία (πίν. 5). Όμως, αξίζει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των ασθενών που έλαβαν ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία ήταν πολύ μικρότερος του αριθμού των ασθενών που έλαβαν χημειοθεραπεία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή των υποστηρικτικών αναγκών γυναικών με ΚΜ υπό θεραπεία. Διαπιστώθηκε ότι οι βασικές ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας σχετιζόνταν με το «σύστημα υγείας και πληροφόρηση» και τα «ψυχολογικά ζητήματα». Στη βιβλιογραφία, οι κυρίαρχες αναφερόμενες ανάγκες των εν λόγω ασθενών ποικίλλουν και εξαρτώνται από τη φάση της νόσου που γίνεται η εκτίμηση (διάγνωση, θεραπεία, επιβίωση), το στάδιο της νόσου και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των γυναικών του εκάστοτε δείγματος. Παρόμοια αποτελέσματα με την παρούσα έρευνα αναφορικά με τις αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης και τις ψυχολογικές ανάγκες σε γυναίκες με ΚΜ παρατηρούνται σε αρκετές μελέτες.^{6,7,17-20} Σε κάποιες από αυτές, όμως, οι ψυχολογικές ανάγκες ήταν ιεραρχικά οι πρώτες ανάγκες,^{7,17-20} στις οποίες μεταξύ άλλων ο φόβος υποτροπής και η αβεβαιότητα για το μέλλον κυμαίνονταν από 50-79%,^{7,8,17-19} και αποκάλυπτονταν και σε συνεντεύξεις ασθενών,²⁰ σε αντίθεση με τις συμμετέχουσες στην παρούσα μελέτη που ανέφεραν μικρότερα ποσοστά όσον αφορά στην αβεβαιότητα για το μέλλον και τον φόβο υποτροπής του ΚΜ (31,6% και 38,9%, αντίστοιχα). Ωστόσο, τα αποτελέσματα συστηματικών ανασκοπήσεων καθιστούν τις ανάγκες για πληροφόρηση κυρίαρχες σε ασθενείς με καρκίνο.³⁻⁶

Ακολούθως, αναφέρθηκαν ανάγκες υποστήριξης στον τομέα της καθημερινότητας και στις οικιακές τους εργασίες, καθώς δεν ήταν ικανές να τις πραγματοποιήσουν όπως πριν από τη νόσο. Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση 12 ποιοτικών μελετών με συνολικά 184 γυναίκες με ΚΜ που είχαν λάβει χημειοθεραπεία, αναφέρεται ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειές της μείωσαν την ικανότητα των γυναικών

Πίνακας 2. Περιγραφική ανάλυση των απαντήσεων του SCNS-SF34.

Ερωτήσεις	Καμία ανάγκη n (%)	Κάποια ανάγκη n (%)
<i>Σωματικά ζητήματα και καθημερινότητα</i>		
Να αντιμετωπίσετε τον πόνο	61 (64,2)	34 (35,8)
Να διαχειριστείτε την έλλειψη ενέργειας/την κόπωση	54 (56,8)	41 (43,2)
Να διαχειριστείτε το γεγονός ότι συχνά δεν νιώθατε καλά	53 (55,8)	42 (44,2)
Να αντιμετωπίσετε τις δυσκολίες στις εργασίες του σπιτιού	40 (42,1)	55 (57,9)
Να διαχειριστείτε το γεγονός ότι δεν μπορούσατε να κάνετε κάποια πράγματα που κάνατε πριν	44 (46,3)	51 (53,7)
<i>Ψυχολογικά ζητήματα</i>		
Να διαχειριστείτε το άγχος	54 (56,8)	41 (43,2)
Να διαχειριστείτε την κατάρπωση/κατάθλιψη	67 (70,5)	28 (29,5)
Να διαχειριστείτε τη θλίψη	63 (66,3)	32 (33,7)
Να αντιμετωπίσετε τον φόβο εξάπλωσης του καρκίνου	58 (61,1)	37 (38,9)
Να διαχειριστείτε την ανησυχία ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι εκτός του ελέγχου σας	66 (69,5)	29 (30,5)
Να αντιμετωπίσετε την αβεβαιότητα για το μέλλον	65 (68,4)	30 (31,6)
Να μάθετε πώς να νιώθετε ότι έχετε τον έλεγχο της κατάστασης	66 (69,5)	29 (30,5)
Να διατηρείτε θετική στάση	69 (72,6)	26 (27,4)
Να διαχειριστείτε τα συναισθήματά σας σχετικά με τον θάνατο	69 (72,6)	26 (27,4)
Να διαχειριστείτε την ανησυχία σας για το πώς αισθάνονται οι κοντινοί σας άνθρωποι	64 (67,4)	31 (32,6)
<i>Σεξουαλικότητα</i>		
Να διαχειριστείτε τις αλλαγές στα σεξουαλικά αισθήματα	74 (77,9)	21 (22,1)
Να διαχειριστείτε τις αλλαγές στις σεξουαλικές σας σχέσεις	75 (78,9)	20 (21,1)
Να σας δίνονται πληροφορίες σχετικά με τις σεξουαλικές σχέσεις	76 (80,0)	19 (20,0)
<i>Φροντίδα και υποστήριξη ασθενών</i>		
Να έχετε περισσότερες επιλογές σχετικά με το ποιους ειδικούς για τον καρκίνο μπορείτε να δείτε	78 (82,1)	17 (17,9)
Να έχετε περισσότερες επιλογές για τα νοσοκομεία στα οποία μπορείτε να πάτε	79 (83,2)	16 (16,8)
Να έχετε τη διαβεβαίωση από το προσωπικό του νοσοκομείου ότι όσα αισθάνεστε είναι φυσιολογικά	74 (77,9)	21 (22,1)
Να έχετε άμεση ανταπόκριση από το προσωπικό του νοσοκομείου στις σωματικές σας ανάγκες	71 (74,7)	24 (25,3)
Να αναγνωρίζει και να δείχνει ευαισθησία, το προσωπικό του νοσοκομείου, στα αισθήματα και στις συναισθηματικές σας ανάγκες	72 (75,8)	23 (24,2)
<i>Σύστημα υγείας και πληροφόρηση</i>		
Να σας δίνονται γραπτά πληροφορίες για τα σημαντικά σημεία της φροντίδας σας	71 (74,7)	24 (25,3)
Να σας δίνονται πληροφορίες (γραπτές, διαγράμματα, σχέδια) για το πώς να διαχειριστείτε την ασθένεια και τις ανεπιθύμητες ενέργειες στο σπίτι σας	63 (66,3)	32 (33,7)
Να σας δίνονται εξηγήσεις για τις εξετάσεις για τις οποίες θα επιθυμούσατε εξηγήσεις	64 (67,4)	31 (32,6)
Να ενημερώνεστε επαρκώς για τα οφέλη και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών, πριν επιλέξετε να υποβληθείτε σε αυτές	62 (65,3)	33 (34,7)
Να ενημερώνεστε για τα αποτελέσματα των εξετάσεων μόλις είναι διαθέσιμα	61 (64,2)	34 (35,8)
Να ενημερώνεστε για τον καρκίνο που είναι υπό έλεγχο ή υποχωρεί (δηλαδή, βρίσκεται σε ύφεση)	58 (61,1)	37 (38,9)
Να ενημερώνεστε για τα πράγματα που μπορείτε να κάνετε για να βοηθήσετε τον εαυτό σας να γίνει καλά	58 (61,1)	37 (38,9)
Να έχετε πρόσβαση σε συμβουλευτική φροντίδα από επαγγελματία (π.χ. ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, σύμβουλο, εξειδικευμένο νοσηλεύτη) εάν το χρειάζεστε εσείς, η οικογένειά ή οι φίλοι σας	64 (67,4)	31 (32,6)
Να σας αντιμετωπίζουν ως άνθρωπο και όχι απλά ως ένα ακόμη περιστατικό	76 (80,0)	19 (20,0)
Να λαμβάνετε θεραπεία σε νοσοκομείο ή κλινική με όσο το δυνατόν πιο ευχάριστο περιβάλλον	73 (76,8)	22 (23,2)
Να υπάρχει ένα μέλος του προσωπικού του νοσοκομείου με το οποίο θα μπορείτε να συζητάτε όλα όσα αφορούν στην πάθηση, στη θεραπεία και στην παρακολούθησή σας	60 (63,2)	35 (36,8)

Πίνακας 3. Περιγραφική ανάλυση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCNS-SF34.

Υποκλίμακα SCNS-SF34	Mean	SD	Median	IQR	Range
Σύστημα υγείας και πληροφόρηση	23,9	12,4	22,0	20,0	11–55
Ψυχολογικά ζητήματα	19,7	9,3	16,0	13,0	10–47
Σωματικά ζητήματα και καθημερινότητα	11,9	5,0	12,0	7,0	5–25
Φροντίδα και υποστήριξη ασθενών	9,2	4,6	8,0	6,0	5–25
Σεξουαλικότητα	4,6	2,6	3,0	4,0	3–13

Median: Διάμεσος, SD: Standard deviation (σταθερή απόκλιση), IQR: Interquartile range (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

να εκτελούν καθημερινές δραστηριότητες, καθώς και τα επίπεδα της δραστηριότητάς τους.²¹ Αλλαγές στην καθημερινότητα και στους ρόλους τους αναφέρονται επίσης στις εμπειρίες των ασθενών με ΚΜ.^{20,22} Η μειωμένη αντοχή τους οφείλεται συχνά στη σωματική και στην ψυχολογική

Πίνακας 4. Συσχετίσεις των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου με την ηλικία των γυναικών και την ηλικία εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Ca).

Υποκλίμακα SCNS-SF34	Ηλικία	Ηλικία εμφάνισης Ca
Ψυχολογικά ζητήματα	0,045	0,082
Σύστημα υγείας και πληροφόρηση	-0,142	-0,091
Σωματικά ζητήματα και καθημερινότητα	-0,021	0,028
Φροντίδα και υποστήριξη ασθενών	-0,174	-0,094
Σεξουαλικότητα	-0,559*	-0,563*

Τιμές του συντελεστή συσχέτισης Spearman

*: στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0,01$)

καταπόνηση που βιώνει ο οργανισμός λόγω των διαφόρων θεραπειών στις οποίες υποβάλλονται και των περιορισμών που προκαλούνται από αυτές.²³

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν γυναίκες μεγάλης ηλικίας (μέσος όρος ηλικίας τα 60 έτη και μέσος όρος ηλικίας έναρξης των συμπτωμάτων της νόσου τα 57 έτη).

Πίνακας 5. Στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ κλινικών δεδομένων και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου

Υποκλίμακες SCNS-SF34	Mean rank				p-value	Kruskal Wallis statistic (H)
	Επίπεδο εκπαίδευσης					
	Καμία εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Δευτεροβάθμια	Ανώτερη		
Σεξουαλικότητα	42,25	34,86	49,67	57,43	0,001	17,635
	Οικογενειακή κατάσταση				p-value	Kruskal Wallis statistic (H)
	Άγαμη	Έγγαμη	Διαζευγμένη	Χήρα		
Σεξουαλικότητα	53,36	51,29	51,00	35,79	0,049	7,409
	Είδος εργασίας				p-value	Kruskal Wallis statistic (H)
	Χειρωνακτική	Σύνταξη	Οικιακά	Άνεργη		
Σύστημα υγείας και πληροφόρηση	51,50	35,14	44,65	68,25	0,022	11,050
Φροντίδα και υποστήριξη ασθενών	68,50	31,43	49,04	62,38	0,008	13,290
Σεξουαλικότητα	64,25	40,21	34,96	80,63	<0,001	32,359
	Είδος χειρουργικής επέμβασης				p-value	Kruskal Wallis statistic (H)
	Ογκεκτομή	Μερική μαστεκτομή	Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή	Όχι χειρουργική επέμβαση ακόμα		
Φροντίδα και υποστήριξη ασθενών	60,39	45,50	45,36	26,10	0,030	8,725
Σεξουαλικότητα	58,15	37,00	45,02	57,30	0,038	8,269
	Υποτροπή νόσου		p-value	Mann-Whitney U statistic		
	Ναι	Όχι				
Φροντίδα και υποστήριξη ασθενών	50,18	31,36	0,030	279,000		
	Είδος θεραπείας		p-value	Mann-Whitney U statistic		
	Χημειοθεραπεία	Ακτινοθεραπεία/ορμονοθεραπεία/ανοσοθεραπεία				
Φροντίδα και υποστήριξη ασθενών	45,211	58,45	0,049	541,000		

Περίπου οι μισές από τις περιπτώσεις ΚΜ διαγιγνώσκονται σε ασθενείς ηλικίας >65 ετών.²⁴ Ωστόσο, η επίπτωση της ηλικίας διαφέρει για κάθε άτομο. Επιπρόσθετα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι συχνά περισσότερο ευάλωτοι στην τοξικότητα των αντικαρκινικών θεραπειών, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής τους.²⁵ Μελέτη 3.416 γυναικών με ΚΜ, ηλικίας >70 ετών, διαπίστωσε χαμηλή ποιότητα ζωής και κυρίως αναφορά για σωματικά, γνωστικά και κοινωνικά προβλήματα. Σε μεγαλύτερες ηλικίες, οι συννοσηρότητες, ο αναλφαβητισμός, τα συμπτώματα και η συμμόρφωση στις θεραπευτικές αγωγές μπορεί να επηρεάσουν τις εκβάσεις που αναφέρονται από τις ασθενείς,²⁵ όπως η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και οι ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας. Πιθανότατα, η σχετικά μεγάλη ηλικία των ασθενών της παρούσας μελέτης, ταυτόχρονα με την επίδραση των συμπτωμάτων των θεραπειών στις οποίες υποβάλλονταν, που συχνά συνοδεύεται από επηρεασμένη λειτουργική κατάσταση και αυτονομία, να οδήγησε στην καταγραφή περισσότερων αναγκών στην υποκλίμακα «σωματικά ζητήματα και καθημερινότητα».

Στην παρούσα έρευνα, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε με μεγαλύτερη ανάγκη στην υποκλίμακα της «σεξουαλικότητας». Αυτό έρχεται σε αντίθεση με μελέτες όπου οι γυναίκες με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εμφάνισαν μεγαλύτερη ανάγκη για κάλυψη των σεξουαλικών αναγκών τους.^{26,27} Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχει επίσης συσχετιστεί με χειρότερα σωματικά συμπτώματα, μεγαλύτερη επιβάρυνση των συμπτωμάτων μετά τη θεραπεία και ψυχολογική δυσφορία.²⁸ Αυτό μπορεί να υποδηλώνει μικρότερη ικανότητα προσαρμογής σε επίμονα σωματικά συμπτώματα όσο αυξάνει το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης,²⁹ και επομένως να χρειάζονται αυξημένη υποστήριξη. Το επίπεδο εκπαίδευσης έχει επίσης συσχετιστεί με τις ανάγκες πληροφόρησης των ασθενών με καρκίνο,^{30,31} αν και στην παρούσα μελέτη δεν υποστηρίχθηκε η συγκεκριμένη παραδοχή.

Η σεξουαλικότητα είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό σημείο διερεύνησης για κάθε γυναίκα, περιλαμβανομένων και εκείνων που πάσχουν από ΚΜ. Το όργανο που πάσχει, το στήθος, σύμβολο θηλυκότητας και σεξουαλικότητας της γυναίκας, και η επακόλουθη θεραπεία επηρεάζουν τη σεξουαλική διάθεση και την εικόνα του σώματος. Η υποκλίμακα της «σεξουαλικότητας» συσχετίστηκε με την οικογενειακή κατάσταση και την ηλικία. Οι άγαμες, οι έγγαμες και οι διαζευγμένες γυναίκες είχαν αυξημένα επίπεδα ανάγκης για θέματα σεξουαλικότητας, ευρήματα σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.^{6,32-36} Παρατηρήθηκε ακόμη ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των ασθενών και η ηλικία εμφάνισης του καρκίνου τόσο μειώνονται οι

ανάγκες σεξουαλικότητας. Στον υγιή και μη πληθυσμό, η σεξουαλική διάθεση εξασθενεί με την πάροδο του χρόνου λόγω της γήρανσης,³⁷ ενώ οι νεότερες ασθενείς με ΚΜ (ηλικίας <40 ετών) φαίνεται να έχουν σημαντικά επηρεασμένη σεξουαλικότητα.³⁸ Ένας επί πλέον παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε σεξουαλική δυσλειτουργία είναι και η επακόλουθη εμμηνόπαυση με τα συμπτώματά της.³⁹ Ο αρνητικός αντίκτυπος της θεραπείας του ΚΜ στη σεξουαλική υγεία είναι πολυδιάστατος: σωματικός, ψυχολογικός και διαπροσωπικός.⁴⁰ Παρ' όλα αυτά, οι συμμετέχουσες στη μελέτη κατέταξαν τις ανάγκες σεξουαλικότητας τελευταίες, γεγονός το οποίο οφείλεται ενδεχομένως στην αυξημένη ηλικία τους, στην επιβάρυνση από άλλα προβλήματα/ανάγκες που τα θεωρούσαν πιο σημαντικά ή συχνά στη διστακτικότητά τους να συζητήσουν τέτοιου είδους θέματα. Η συζήτηση για τη σεξουαλικότητα είναι δύσκολη, ειδικά μεταξύ των συχνά παραδοσιακών και συντηρητικών Ελληνίδων, είτε γιατί οι περισσότερες από αυτές δεν είναι έτοιμες να συζητήσουν γι' αυτό το θέμα με «άγνωστους» είτε γιατί πιστεύουν ότι δεν είναι ανεπιθύμητη ενέργεια που σχετίζεται με τη νόσο ή τη θεραπεία της.⁴¹

Επιπρόσθετα, η χειρουργική επέμβαση στην οποία είχαν υποβληθεί οι ασθενείς συσχετίστηκε με τις ανάγκες σεξουαλικότητας. Σε συστηματική ανασκόπηση 14 μελετών αναφορικά με την επίδραση της χειρουργικής επέμβασης για τον ΚΜ στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών, τα αποτελέσματα ήταν διφορούμενα στη σύγκριση διαφορετικών τύπων χειρουργικής επέμβασης, δηλαδή μαστεκτομή με ή χωρίς αποκατάσταση και χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού.⁴² Η μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση, η χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού και η αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων συσχετίστηκαν σε κάποιες μελέτες με αρνητικό αντίκτυπο στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών. Άλλες όμως μελέτες δεν βρήκαν κάποια σχέση μεταξύ της σεξουαλικότητας και της χειρουργικής επέμβασης για τον ΚΜ, ούτε και διαφορές στη σεξουαλική λειτουργία μεταξύ των διαφορετικών τύπων χειρουργικής επέμβασης.⁴²

Παράλληλα, αναδείχθηκε η μεγαλύτερη ανάγκη για πρόσβαση στο σύστημα υγείας και στην πληροφόρηση των άνεργων γυναικών. Η εργασία συσχετίζεται με χαμηλότερη αναφορά αναγκών σε αυτόν τον τομέα,⁴³ αλλά και στα σωματικά και στα ψυχολογικά ζητήματα και στη φροντίδα και υποστήριξη.⁸ Η ανεργία μεταξύ των επιζουσών από ΚΜ σχετιζόταν με επιβαρυνόμενη ποιότητα ζωής και αυξημένη θνησιμότητα, ενώ η εργασιακή επανέναρξη συνδεόταν με καλύτερη κοινωνική λειτουργία, μεγαλύτερη οικονομική ασφάλεια, βελτιωμένη υγεία και υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Μετά από χειρουργική επέμβαση για ΚΜ αναφέρεται ανεργία των γυναικών, η οποία σχετίζεται κυρίως με τις

υψηλές ψυχολογικές και σωματικές απαιτήσεις της εργασίας.⁴⁴ Είναι πιθανό λοιπόν οι άνεργες γυναίκες που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη ούτε αρκετό εισόδημα για τα ιατρικά έξοδα να εκφράζουν περισσότερες ανάγκες στην κατηγορία αναγκών «σύστημα υγείας και πληροφόρηση». Η εργασιακή επανένταξη των γυναικών μετά τις θεραπείες για ΚΜ απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και δράσεις, ειδικά στη χώρα μας που έχει αυξημένα ποσοστά ανεργίας.

Συνολικά, οι ασθενείς με ΚΜ ανέφεραν ανάγκες πληροφόρησης, ψυχολογικές και καθημερινότητας. Ωστόσο, μπορούσαν να διαχειριστούν τον πόνο που βίωναν, δεν χρειάστηκαν ειδική ψυχολογική υποστήριξη και δεν παρουσίασαν διαταραχές στη διαχείριση των σεξουαλικών τους σχέσεων. Επομένως, η ποιότητα ζωής τους φάνηκε να είναι αρκετά καλή, καθώς μια προσέγγιση για την αξιολόγησή της είναι η εκτίμηση και η ικανοποίηση των αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας των ασθενών.¹⁹ Αντίθετα, οι περισσότερες ανικανοποίητες ανάγκες έχουν επιζήμιες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο.^{45,46}

Η παρούσα μελέτη είχε μερικούς περιορισμούς. Σε αυτούς περιλαμβάνονταν το σχετικά μικρό δείγμα ασθενών από δύο μόνο ογκολογικά κέντρα και η μέθοδος δειγματοληψίας. Επίσης, μόνο ένα από τα δύο κέντρα διεξαγωγής διέθετε ακτινοθεραπευτικό τμήμα, γεγονός που επηρέασε

την ισοκατανομή του δείγματος ως προς τα είδη θεραπείας. Παρ' όλα αυτά, χρησιμοποιήθηκε ένα έγκυρο εργαλείο για την αναφορά αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο, οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν σε μεγάλο βαθμό στη μελέτη και η έρευνα αποτέλεσε μια αδρή κλινική αποτύπωση των κυριότερων αναγκών υγείας γυναικών με ΚΜ υπό θεραπεία.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς με ΚΜ ανέφεραν ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας, κυρίως πληροφόρησης και ψυχολογικές. Η παρούσα μελέτη συνέβαλε στην καλύτερη κατανόηση των ανικανοποίητων αναγκών για τις ασθενείς και την ποιότητα ζωής τους και στο πώς μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να τις αναγνωρίσουν έγκαιρα, ώστε να τους παρέχουν την καλύτερη δυνατή θεραπεία.

Είναι σημαντικό όμως να σχεδιαστούν διαχρονικές μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών και σε βάθος χρόνου με τη χρήση επικαιροποιημένων εργαλείων για την εκτίμηση ανικανοποίητων αναγκών και τον εντοπισμό των ομάδων ασθενών με ΚΜ που κινδυνεύουν περισσότερο για αυξημένες ανικανοποίητες ανάγκες και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Επίσης, στον ελλαδικό χώρο θα πρέπει να ενθαρρύνεται η εκπαίδευση των νοσηλευτών στη νοσηλευτική ογκολογική ειδικότητα και στην εξειδίκευση στον ΚΜ, με στόχο την παροχή ολιστικής φροντίδας στις ασθενείς.

ABSTRACT

Supportive care needs in women with breast cancer: A cross-sectional study in Greece

P. MPARKOUKI,¹ I. TSATSOU,² P.M. PRAPA,³ I. CHATZI,⁴ T.I. KONSTANTINIDIS⁴

¹401 General Military Hospital of Athens, Athens, ²251 Hellenic Airforce General Hospital, Athens,

³"Sotiria" General Hospital of Thoracic Diseases of Athens, Athens, ⁴Department of Nursing, Hellenic Mediterranean University, Herakleion, Crete, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2025, 42(2):178–187

OBJECTIVE To assess the supportive care needs of women with breast cancer (BC). **METHOD** An observational, cross-sectional study was carried out between February and July 2016, in the day care units of two public general hospitals in Athens. A total of 95 BC patients were selected by convenience sampling. Data were collected using the Supportive Care Needs Survey-Short form (SCNS-SF34), which records whether patients have "no need" or "some need" in five needs subscales: "Psychological", "physical and daily living", "health system and information", "patient care and support", and "sexuality". The Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 22.0 was used for the statistical analysis of the data. **RESULTS** The mean age of the patients was 58.6±12.9 years, while the mean age of onset of BC was 55.6±13.1 years. Patients expressed a need for more support in the "health system and information" subscale (mean±SD: 23.9±12.4), followed by the subscales related to "psychological issues" (mean±SD: 19.7±9.3), "physical issues and daily life" (mean±SD: 11.9±5) and "patient care and support" (mean±SD: 9.2±4.6). Less supportive care needs were expressed in the "sexuality" subscale (mean±SD: 4.6±2.6). A statistically significant correlation was found between age (p<0.001), age of onset of disease (p<0.001), marital status (p=0.049), educational level (p=0.001), type of work (p<0.001), type of surgery (p=0.038) and the "sexuality" subscale. In addition, the type of work was associated with the subscales "health system and information" (p=0.022) and "patient care and support" (p=0.008) and the type

of surgery with “patient care and support” ($p=0.030$). **CONCLUSIONS** Patients with BC reported increased supportive care needs, and healthcare professionals should be oriented towards their satisfaction and the implementation of integrative supportive care plans.

Key words: Breast cancer, Informational needs, Needs, Physical needs, Psychological needs, Sexuality, Supportive care

Βιβλιογραφία

1. WILKINSON L, GATHANIT. Understanding breast cancer as a global health concern. *Br J Radiol* 2022, 95:20211033
2. SUNG H, FERLAY J, SIEGEL RL, LAVERSANNE M, SOERJOMATARAM I, JEMAL A ET AL. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021, 71:209–249
3. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΘΙ, ΦΙΛΑΛΛΗΘΗΣ Α. Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. Η νοσηλευτική προσέγγιση. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:412–422
4. SANSON-FISHER R, GIRGIS A, BOYES A, BONEVSKI B, BURTON L, COOK P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer* 2020, 88:226–237
5. KOTRONOULAS G, PAPAPOPOULOU C, BURNS-CUNNINGHAM K, SIMPSON M, MAGUIRE R. A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *Eur J Oncol Nurs* 2017, 29:60–70
6. TSATSOU I, KONSTANTINIDIS T, KALEMIKERAKIS I, ADAMAKIDOU T, VLACHOU E, GOVINA O. Unmet supportive care needs of patients with hematological malignancies: A systematic review. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2020, 8:5–17
7. SCHMID-BÜCHI S, HALFENS RJG, MÜLLER M, DASSEN T, VAN DEN BORNE B. Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2013, 17:22–29
8. FISZER C, DOLBEAULT S, SULTAN S, BRÉDART A. Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: A systematic review. *Psychooncology* 2014, 23:361–374
9. FITCH MI. Supportive care framework. *Can Oncol Nurs J* 2008, 18:6–14
10. OLVER I, KEEFE D, HERRSTEDT J, WARR D, ROILA F, RIPAMONTI CI. Supportive care in cancer – a MASCC perspective. *Support Care Cancer* 2020, 28:3467–3475
11. WEBB ME, MURRAY E, YOUNGER ZW, GOODFELLOW H, ROSS J. The supportive care needs of cancer patients: A systematic review. *J Cancer Educ* 2021, 36:899–908
12. ANNUNZIATA MA, MUZZATTI B, ALTOÈ G. A contribution to the validation of the Needs Evaluation Questionnaire (NEQ): A study in the Italian context. *Psychooncology* 2009, 18:549–553
13. ABERNETHY AP, WHEELER JL, CURROW DC. Utility and use of palliative care screening tools in routine oncology practice. *Cancer J* 2010, 16:444–460
14. THAYSSSEN S, HANSEN DG, SØNDERGAARD J, HØYBYE MT, CHRISTENSEN PM, HANSEN HP. Completing a questionnaire at home prior to needs assessment in general practice: A qualitative study of cancer patients' experience. *Patient* 2016, 9:223–230
15. BOYES A, GIRGIS A, LECATHELINAIS C. Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: Development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). *J Eval Clin Pract* 2019, 15:602–606
16. GÁLVEZ-HERNÁNDEZ CL, BOYES A, ORTEGA-MONDRAGÓN A, ROMO-GONZÁLEZ AG, MOHAR A, MESA-CHAVEZ F ET AL. Unmet needs among breast cancer patients in a developing country and supportive care needs survey validation. *Rev Invest Clin* 2021, 73:245–250
17. BRÉDART A, KOP JL, GRIESSER AC, FISZER C, ZAMAN K, PANES-RUEDIN B ET AL. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. *Ann Oncol* 2013, 24:2151–2158
18. EDIB Z, KUMARASAMY V, ABDULLAH NB, RIZAL AM, AL-DUBAI SAR. Most prevalent unmet supportive care needs and quality of life of breast cancer patients in a tertiary hospital in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes* 2016, 14:26
19. MIRZAEI F, FARSHBAF-KHALILI A, NOURIZADEH R, ZAMIRI RE. Quality of life and its predictors in Iranian women with breast cancer undergoing chemotherapy and radiotherapy. *Indian J Cancer* 2021, 58:76–83
20. VARDARAMATOU F, TSESMELI A, KOUKOULI S, ROVITHIS M, MOUDAT-SOU M, STAVROPOULOU A. Exploring women's experiences after breast cancer diagnosis: A qualitative study. *Perioperative Nursing (GORNA)* 2021, 10:193–207
21. LIU L, WU Y, CONG W, HU M, LI X, ZHOU C. Experience of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A systematic review of qualitative research. *Qual Life Res* 2021, 30:1249–1265
22. KUDJAWU S, AGYEMAN-YEBOAH J. Experiences of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A study at Ho Teaching Hospital, Ghana. *Nurs Open* 2021, 8:3161–3169
23. SCHMIDT ME, CHANG-CLAUDE J, VRIELING A, HEINZ J, FLESCHE-JANYS D, STEINDORF K. Fatigue and quality of life in breast cancer survivors: Temporal courses and long-term pattern. *J Cancer Surviv* 2012, 6:11–19
24. FERLAY J, ERVIK M, LAM F, COLOMBET M, MERY L, PIÑ M ET AL. Global cancer observatory: Cancer today. IARC, Lyon, 2018. Available at: <https://gco.iarc.fr/today>
25. SCOTTÉ F, BOSSI P, CAROLA E, CUDENNEC T, DIELENSEGER P, GOMES F ET AL. Addressing the quality of life needs of older patients with cancer: A SIOG consensus paper and practical guide. *Ann Oncol* 2018, 29:1718–1726
26. BATTISTI NML, REED MWR, HERBERT E, MORGAN JL, COLLINS KA, WARD SE ET AL. Bridging the age gap in breast cancer: Impact of chemotherapy on quality of life in older women with early breast cancer. *Eur J Cancer* 2021, 144:269–280

27. MANGANIELLO A, HOGA LAK, REBERTE LM, MIRANDA CM, ROCHA CAM. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs* 2011, 15:167–172
28. HUGUET PR, MORAIS SS, OSIS MJD, PINTO-NETO AM, GURGEL MSC. Quality of life and sexuality of women treated for breast cancer. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009, 31:61–67
29. HOFFMAN KE, McCARTHY EP, RECKLITIS CJ, NG AK. Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer: Results from a national survey. *Arch Intern Med* 2009, 169:1274–1281
30. ERCI B, KARABULUT N. Appraising the self-assessed support needs of Turkish women with breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2007, 16:137–143
31. MATSUYAMA RK, WILSON-GENDERSON M, KUHN L, MOGHANAKI D, VACHHANI H, PAASCHE-ORLOW M. Education level, not health literacy, associated with information needs for patients with cancer. *Patient Educ Couns* 2011, 85:e229–e236
32. SHEPPARD LA, ELY S. Breast cancer and sexuality. *Breast J* 2008, 14:176–181
33. HWANG SY, PARK BW. The perceived care needs of breast cancer patients in Korea. *Yonsei Med J* 2006, 47:524–533
34. PANJARI M, BELL RJ, DAVIS SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med* 2011, 8:294–302
35. LAM WWT, AU AHY, WONG JHF, LEHMANN C, KOCH U, FIELDING R ET AL. Unmet supportive care needs: A cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2011, 130:531–541
36. AU A, LAM W, TSANG J, YAU TK, SOONG I, YEO W ET AL. Supportive care needs in Hong Kong Chinese women confronting advanced breast cancer. *Psychooncology* 2013, 22:1144–1151
37. DOMINGUEZ LJ, BARBAGALLO M. Ageing and sexuality. *Eur Geriatr Med* 2016, 7:512–518
38. PINTO AC. Sexuality and breast cancer: Prime time for young patients. *J Thorac Dis* 2013, 5(Suppl 1):S81–S86
39. LACHOWICZ M, KUFEL-GRABOWSKA J, BARTOSZKIEWICZ M, RAMLAU R, ŁUKASZUK K. Sexual well-being of breast cancer patients. *Nowotwory J Oncol* 2021, 71:232–237
40. CARROLL AJ, BARON SR, CARROLL RA. Couple-based treatment for sexual problems following breast cancer: A review and synthesis of the literature. *Support Care Cancer* 2016, 24:3651–3659
41. KONSTANTINIDIS T, LINARDAKIS M, SAMONIS G, PHILALITHIS A. Quality of life of patients with advanced cancer treated in a regional hospital in Greece. *Hippokratia* 2016, 20:139–146
42. RODRIGUES CT, NOBRE P, GOMES AQ. Breast cancer and sexual dysfunction: Does surgery matter? *J Sex Med* 2022, 19(Suppl 2):S224–S225
43. AKECHI T, OKUYAMA T, ENDO C, SAGAWA R, UCHIDA M, NAKAGUCHI T ET AL. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology* 2011, 20:497–505
44. WANG L, HONG BY, KENNEDY SA, CHANG Y, HONG CJ, CRAIGIE S ET AL. Predictors of unemployment after breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Clin Oncol* 2018, 36:1868–1879
45. OSSE BHP, VERNOOIJ-DASSEN MJFJ, SCHADÉ E, GROL RPTM. The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care. *Support Care Cancer* 2005, 13:722–732
46. EPPLEIN M, ZHENG Y, ZHENG W, CHEN Z, GU K, PENSON D ET AL. Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *J Clin Oncol* 2019, 29:406–412

Corresponding author:

I. Tsatsou, 24 Anakreontos street, 157 72 Zografos, Attica, Greece
e-mail: itsatsou@uniwa.gr