

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

**ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ
ΤΣΑΤΣΟΥ ΙΩΑΝΝΑΣ**

ΑΘΗΝΑ,2018

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μυστακίδου Κυριακή, Καθηγήτρια Ανακουφιστικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μπατιστάκη Χρυσάνθη, Επίκουρος Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Ιατρική
Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Κατσαραγάκης Στυλιανός, Επίκουρος Καθηγητής Ανακουφιστικής φροντίδας
Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

***“It does not matter how slowly you go,
as long as you do not stop”***

Confucius

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την συνολική πορεία μου τα δύο έτη των μεταπτυχιακών σπουδών μου, ευχαριστώ τον Θεό και την Παναγία ,που με όπλισαν με υπομονή και δύναμη. Ύστερα τους γονείς μου ,τον σύζυγο μου και την κόρη μου για την γενικότερη υποστήριξη τους. Τις εγκάρδιες ευχαριστίες μου εκφράζω στην Καθηγήτρια Μυστακίδου Κυριακή για την συμβολή της στην ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας και για την επιστημονική και ηθική υποστήριξη στις προσπάθειές μου ,όπως και σε όλο το δυναμικό της Μονάδας Ανακουφιστικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Αθηνών ,τις κυρίες Κουτσούκου, Πάρπα και Τσιλίκα για την συμπαράστασή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σεξουαλικότητα και η διάθεση είναι μείζονα ζητήματα για τους ασθενείς με καρκίνο του τράχηλου της μήτρας (KTM) και σημαντικές πτυχές της ποιότητας ζωής τους.

Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ σεξουαλικότητας και κατάθλιψης των ασθενών με KTM.

Μέθοδος : Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων : CINAHL, Pubmed, Cochrane Library, με συνδυασμό των ακόλουθων όρων : *Sexuality ,sexual function,sexual dysfunction,sexual problems,mood, depression,emotional distress, cervical cancer,*,στην αγγλική γλώσσα ,για τα έτη 2006-2017 . Οι μελέτες αξιολογήθηκαν μεθοδολογικά.

Αποτελέσματα : Δεκατέσσερις μελέτες συμπεριελήφθησαν. Παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια ως προς το στάδιο της νόσου ,τις επιλεγόμενες θεραπείες και το δείγμα τους. Από το σύνολο, οι επτά μόνον αξιολογούνται καλές μεθοδολογικά. Η σεξουαλική δυσλειτουργία και η κατάθλιψη των ασθενών με KTM παραμένουν ακόμα και πολλά χρόνια μετά τις θεραπείες. Οι νεότερες γυναίκες, όσες είχαν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία και όσες είχαν χρόνια κόπωση, ως απότοκος των θεραπειών, είχαν αυξημένη κατάθλιψη. Τα ποσοστά κατάθλιψης πριν το χειρουργείο είναι υψηλά αλλά έχουν σημαντική πτωτική τάση τον πρώτο χρόνο από το χειρουργείο. Όσες γυναίκες είχαν υποστεί χειρουργείο και επικουρική θεραπεία εμφάνισαν τα υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικότητας και κατάθλιψης στις ασθενείς με KTM.

Συμπεράσματα : Η σεξουαλικότητα και η κατάθλιψη των γυναικών με KTM επηρεάζονται από τις θεραπείες τους σε σημαντικό βαθμό. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Οι υπάρχουσες μεθοδολογικά καλές μελέτες είναι λιγιστές και για αυτόν τον λόγο δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε όλες τις ασθενείς με KTM.

ABSTRACT

Introduction: Sexuality and mood are major issues for patients with cervical cancer (CC) and important aspects of their quality of life.

Purpose: To investigate the correlation between sexuality and depression of CC patients.

Methods: Bibliographical search was carried out in the databases: CINAHL, Pubmed, Cochrane Library, with a combination of the following terms: *sexuality, sexual function, sexual dysfunction, sexual problems, mood, depression, emotional distress, cervical cancer*, in English for the years 2006-2017. The studies were evaluated methodically.

Results: Fourteen studies were included. They present great heterogeneity in the stage of the disease, the selected treatments and their sample. From the sum of the studies, only seven are evaluated as good methodologically. Sexual dysfunction and depression of CC patients persist for many years after treatments. The younger women, those who underwent radiotherapy and those who had chronic fatigue, as an aftereffect of treatments, had increased depression. Depression rates before surgery are high but have a significant downward trend in the first year of surgery. Women that underwent surgery and adjuvant therapy experienced the highest rates of depressive symptoms. There is a positive relationship between sexuality and depression in patients with CC.

Conclusions: Sexuality and depression of women with CC are affected by their therapies to a significant extent. There is a positive correlation between the two variables. The existing methodologically good studies are scarce and for this reason the results cannot be generalized in all CC patients.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	6
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ΜΕΡΟΣ 1^ο :ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	12
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	12
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	12
1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	13
1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	13
1.5 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	14
1.6 ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ.....	16
1.6.1 ΠΛΑΚΩΔΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ.....	16
1.6. 2 ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ	17
1.7 ΔΙΑΣΠΟΡΑ	17
1.8 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	18
1.9 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	18
1.9.1 ΤΟΠΙΚΗ-ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ	18
1.9.2 ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ - ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	21
1.10 ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	22
1.11 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ	26
2.1 ΕΝΝΟΙΕΣ	26

2.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	28
2.2.1 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ.....	28
2.2.2 ΟΙ ΟΡΜΟΝΕΣ.....	29
2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ	30
2.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	30
2.4.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	31
2.4.2 ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	32
2.4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	34
2.4.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	35
2.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ	36
2.6 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	43
3.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	43
3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	44
3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	45
3.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	46
3.4.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ	46
3.4.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	47
3.5 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ	48
3.5.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	48
3.5.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	49
3.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ.....	50
3.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	51
ΜΕΡΟΣ 2^ο :ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	54
4.1 ΣΚΟΠΟΣ	54
4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	54
4.2.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	54

4.2.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ.....	58
4.2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	73
6.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ-ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	811

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Ταξινόμηση TNM και FIGO για ΚΤΜ.....	16
Πίνακας 2: Θεραπείες ΚΤΜ	20
Πίνακας 3: Επιβίωση ΚΤΜ.....	26
Πίνακας 4: Γυναικεία σεξουαλικά προβλήματα από τις αντικαρκινικές θεραπείες.....	41
Πίνακας 5: Οργανικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες των θεραπειών που επηρεάζουν την γυναικεία σεξουαλικότητα	41
Πίνακας 6: Κλίμακα μεθοδολογικής αξιολόγησης των μελετών από Vistad και συν.....	58
Πίνακας 7: Χαρακτηριστικά των μελετών για αξιολόγηση της μεθοδολογικής τους ποιότητας.....	60
Πίνακας 8: Ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες της ανασκόπησης.....	61
Πίνακας 9: Χαρακτηριστικά των μελετών (αλφαβητική σειρά).....	69

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

KTM: Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
HPV: Human papilloma virus: ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων
WHO: world health organization: παγκόσμιος οργανισμός υγείας
CIS: carcinoma in situ: καρκίνωμα in situ
TNM : Tumor-Node-Metastasis: Όγκος-λεμφαδένες-μεταστάσεις
SCC: Squamous cell carcinoma: καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων
ΜΚΔ: Μείζων καταθλιπτική διαταραχή
DSFI: Derogatis Sexual Functioning Inventory
SAQ: Sexual Adjustment Questionnaire
SVQ: Sexual Function-Vaginal Changes Questionnaire
SSFS: Short Sexual Functioning Scale
SSPQ: Specific Sexual Problems Questionnaire
FSFI: Female Sexual Function Index
FSDS: Female Sexual Distress Scale
GPC: Gynecologic Problems Checklist
EORTC QLQ CX24: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life - Cervix 24
HADS: Hospital and Anxiety Distress Scale
BDI: Beck Depression Inventory
CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale
PROMIS-D: Patient Reported Outcomes Measurement Information System- Emotional Distress

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (ΚΤΜ) είναι μία νεοπλασματική νόσος που αναπτύσσεται στα επιθηλιακά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας. ¹ Είναι ο τρίτος συνηθέστερος καρκίνος στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου. ² Τόσο η ίδια η νόσος όσο και οι θεραπείες για την αντιμετώπισή του έχουν μακροχρόνιες επιδράσεις στην ζωή των γυναικών. ¹⁶⁰ Οι αντικαρκινικές θεραπείες είναι εξαιρετικά στρεσογόνες και επηρεάζουν σημαντικά την σεξουαλικότητα των γυναικών.¹⁶¹ Οι ασθενείς έχουν 50% ή μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σεξουαλικής δυσλειτουργίας εξαιτίας αλλαγών στην εικόνα σώματος, τη σεξουαλική λειτουργία και την γονιμότητα. Το 15-80% των γυναικών αυτών βιώνουν σεξουαλική δυσλειτουργία που παρουσιάζεται άμεσα με μειωμένο ενδιαφέρον, κολπική ξηρότητα, λιγότερους οργασμούς και μακροχρόνια κυρίως με δυσπαρευνία και κολπική ξηρότητα.⁶⁵ Η ψυχολογική δυσφορία της περιόδου της διάγνωσης και των θεραπειών επίσης αυξάνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης των ασθενών ¹⁶¹, η οποία έχει αναγνωριστεί ως ο κυριότερος παράγοντας μειωμένης libido στους ασθενείς με καρκίνο.¹⁵⁸ Η σεξουαλικότητα σχετίζεται με την ευρύτερη ψυχολογική προσαρμογή και την ποιότητα ζωής. ¹⁵⁵

Οι περισσότερες μελέτες για τον ΚΤΜ επικεντρώνονται στις οργανικές αλλαγές και στις ψυχολογικές αλλαγές μεμονωμένα . Ελάχιστες μελέτες αξιολογούν συνδυαστικά και τις δύο αλλαγές ενώ οι περισσότερες ερευνούν την ποιότητα ζωής των γυναικών με ΚΤΜ σε σχέση με την σεξουαλικότητα . ¹²¹ Συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν για την σεξουαλική λειτουργία μετά από θεραπεία για ΚΤΜ ¹⁵⁹ , για την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΤΜ ¹¹⁰ ή με συνδυασμό αυτών των δύο ¹⁶² . Ωστόσο, δεν υπάρχει ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας σχετικά με την σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη στις γυναίκες με ΚΤΜ.

Συνεπώς ο στόχος της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας είναι η διεξαγωγή συστηματικής ανασκόπησης για την σχέση σεξουαλικότητας και κατάθλιψης των ασθενών με ΚΤΜ που υποβάλλονται σε θεραπευτικούς χειρισμούς (χειρουργείο ,χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία).

ΜΕΡΟΣ 1^ο : ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μία νεοπλασματική νόσος που αναπτύσσεται στα επιθηλιακά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας. Όταν εμφανίζονται στην ζώνη μετάπτωσης του εξωτραχήλου είναι *πλακώδη καρκινώματα* ενώ όταν προκύπτουν στο αδενικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου είναι *αδενοκαρκινώματα*.¹

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η συνηθέστερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις αναπτυσσόμενες χώρες και ο αριθμός αυτός είναι μεγαλύτερος κατά δέκα φορές από τις ανεπτυγμένες χώρες. Είναι ο τρίτος συνηθέστερος καρκίνος στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου, με περισσότερες από 530000 περιπτώσεις το 2008, το 85% των οποίων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αναφορικά με την θνησιμότητα, ο δείκτης επίπτωσης είναι 52% και οι θάνατοι ήταν 275.000 το 2008, το 88% των οποίων στις αναπτυσσόμενες χώρες.²

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 2017, οι εκτιμώμενες νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι 12.820 και ο εκτιμώμενος αριθμός θανάτων 4.210. Η πιθανότητα δε να εμφανίσει μία γυναίκα κάτοικος των ΗΠΑ καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε όλη την διάρκεια της ζωής της είναι 0,6 % ή διαφορετικά 1/161. Στην κατανομή ανά στάδιο και ανά φυλή για τα έτη 2006-2012 φάνηκε ότι το 48% των γυναικών λευκής φυλής εμφανίζουν εντοπισμένη νόσο και το 41% των γυναικών μαύρης φυλής εμφανίζουν περιοχική και μεταστατική νόσο. Για τα έτη 2006-2012 τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης για γυναίκες λευκής και μαύρης

φυλής είναι : σε εντοπισμένη νόσο 92%,σε περιοχική 58%, σε μεταστατική 17% και σε όλα τα στάδια 68% (υπήρχαν διαφορές 1-2% μεταξύ λευκής και μαύρης φυλής). Η επίπτωση της νόσου για τα έτη 2009-2013 ήταν: λευκή φυλή 7%,μαύρη φυλή 9,8%, ασιατική φυλή 6%, ισπανική φυλή 9,9% και ιθαγενείς 9.7%. Για τα έτη 2010-2014 η θνησιμότητα ήταν αντίστοιχα για τις παραπάνω φυλές : 2.1% , 3.9% , 1.7% , 2.6% και 2.8%. ³

Ο συνολικός κίνδυνος για τις γυναίκες σε όλη την διάρκεια της ζωής τους είναι 5% στις χώρες της Αφρικής, Ινδίας και Λατινικής Αμερικής σε αντίθεση με την Ευρώπη και την Βόρεια Αμερική όπου ο κίνδυνος είναι 1%. ⁶ Οι περιοχές υψηλότερου κινδύνου είναι η Κεντρική και Νότια Αμερική, η Καραϊβική και η Νότια και Ανατολική Αφρική . ⁴

Η επίμονη μόλυνση με τους ογκογόνους τύπους του HPV είναι η αιτία των περισσότερων καρκίνων του τραχήλου. Το 90% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας είναι πλακώδεις καρκίνοι .Το υπόλοιπο 10% είναι αδενοκαρκινώματα. ¹

1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι η επίμονη μόλυνση από τους ογκογόνους τύπους του HPV .⁵ Παρόλα αυτά η μόλυνση από έναν ογκογόνο τύπο του ιού HPV δεν είναι επαρκής για την ανάπτυξη κακοήθειας. Ο HPV ανιχνεύεται και στο 46% των γυναικών με φυσιολογική ιστολογία τραχήλου .⁶ Ενοχοποιούνται και άλλοι παράγοντες του ξενιστή όπως η ανοσοκαταστολή (σχετιζόμενη με τον ιό HIV ή με μεταμόσχευση), η ηλικία, το κάπνισμα (παθητικό ή ενεργητικό), η διατροφή, οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι, η μακροχρόνια χρήση των από του στόματος αντισυλληπτικών και η ύπαρξη άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Ειδικότερα, το κάπνισμα και η νικοτίνη έχουν αναγνωριστεί ως συμπαραγόντες για ανάπτυξη πλακώδους καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. ^{7,8}

1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου για έκθεση σε ογκογόνο τύπο του HPV, πρόδρομο καρκίνο τραχήλου της μήτρας και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συνοψίζονται στου εξής ^{7,8,9}

- Λοίμωξη από ογκογονικές μορφές του HPV
- Κάπνισμα τσιγάρων
- Μεγάλος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων
- Ανοσοκαταστολή
- Μη διαθεσιμότητα / έλλειψη προληπτικού ελέγχου
- Εθνική μειονότητα
- Μεγαλύτερη ηλικία
- Μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα
- Ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών (κυριότερα χλαμύδια ή έρπης γεννητικών οργάνων)
- Πρώιμη ηλικία στην πρώτη συνουσία
- Σεξουαλική συμπεριφορά του συντρόφου και ο αριθμός των σεξουαλικών επαφών
- Σύντροφος του οποίου η πρώην σύντροφος είχε διαγνωσθεί με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
- Σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο
- Μη χρήση προφυλακτικού
- Καρκίνος (ειδικότερα καρκίνος του πέους του συντρόφου)
- Έκθεση της μήτρας σε διαιθυλοστυλβεστρολή
- Διατροφή χαμηλή σε φυλλικό οξύ, καροτένη και βιταμίνη C
- Πολλαπλές κυήσεις ή πολύδυμες κυήσεις

1.5 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση είναι ένας τρόπος περιγραφής ή ταξινόμησης του καρκίνου με βάση την έκτασή του στο σώμα. ¹⁰ Το πιο κοινό σύστημα σταδιοποίησης για τον καρκίνο είναι το σύστημα TNM που χρησιμοποιείται από τους American Joint Committee on Cancer (AJCC) και International Union for Cancer Control (UICC) . Βασίζεται σε τρεις κύριες συνιστώσες: T- η έκταση του πρωτογενούς όγκου, N-η παρουσία ή η απουσία και η έκταση της

μετάστασης στους περιφερειακούς λεμφαδένες και M- η παρουσία ή η απουσία απομακρυσμένης μετάστασης. ^{10,11}

Για τους γυναικολογικούς καρκίνους χρησιμοποιείται συχνότερα το σύστημα σταδιοποίησης της FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). Στην συγκεκριμένη ταξινόμηση, τα στάδια περιγράφονται χρησιμοποιώντας τους ρωμαϊκούς αριθμούς από I έως IV και ορισμένα στάδια χωρίζονται σε υποστάδια που υποδεικνύονται με γράμματα και αριθμούς. ¹² Στη συνέχεια ακολουθεί η αντιστοιχία μεταξύ του συστήματος TNM και FIGO.

11

<i>FIGO stages</i>	<i>T</i>	<i>N</i>	<i>M</i>
I	T1	N0	M0
IA	T1a	N0	M0
IA1	T1a1	N0	M0
IA2	T1a2	N0	M0
IB	T1b	N0	M0
IB1	T1b1	N0	M0
IB2	T1b2	N0	M0
II	T2	N0	M0
IIA	T2a	N0	M0
IIA1	T2a1	N0	M0
IIA2	T2a2	N0	M0
IIB	T2b	N0	M0

III	T3	N0	M0
III A	T3a	N0	M0
III B	T3b	Κάθε N	M0
IV	T4	Κάθε N	M0
IV A	T4a	Κάθε N	M0
IV B	T4b	Κάθε N	M1

Πίνακας 1: Ταξινόμηση TNM και FIGO για KTM

1.6 ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ

Οι κύριοι τύποι αυτών είναι πλακώδες καρκίνωμα και το αδenoκαρκίνωμα

1.6.1 ΠΛΑΚΩΔΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ

Το πλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας αποτελεί το πιο συχνό (90%) κακοήθες νεόπλασμα του τραχήλου της μήτρας, το οποίο αποτελείται από πλακώδη κύτταρα με κακοήθη χαρακτηριστικά. Η πλειοψηφία των πλακωδών καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσονται από τις ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου που παραμένουν αθεράπευτες μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Στα πρώιμα στάδια του είναι ασυμπτωματικός. Τα μετέπειτα στάδια όμως μπορεί να προκαλέσουν ανώμαλη κολπική αιμορραγία, αύξηση του κολπικού εκκρίματος ή ακόμα και πόνο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.⁶ Τα πλακώδη καρκινώματα αποτελούνται από κύτταρα που είναι αναγνωρίσιμα πλακώδη, αλλά ποικίλλουν σε οποιοδήποτε μοντέλο ανάπτυξης ή κυτταρολογική μορφολογίας. Ταξινομούνται σε κερατινοποιημένα, μη κερατινοποιημένα και πλακώδη μικροκυττάρων καρκινώματα. Το καρκίνωμα κερατινοποιημένων πλακωδών κυττάρων χαρακτηρίζεται από την παρουσία τμημάτων κερατίνης

και σπάνιες μιτώσεις. Τα μη κερατινοποιημένα καρκινώματα των πλακωδών κυττάρων δεν σχηματίζουν τμήματα κερατίνης αλλά είναι πιθανόν να έχουν μεμονωμένα κερατινοποιημένα κύτταρα. ¹³

1.6.2 ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ

Τα αδενοκαρκινώματα προέρχονται από τα αδενοκύτταρα που παράγουν την τραχηλική βλέννα. Βρίσκονται διάσπαρτα κατά μήκος του ενδοτραχηλικού καναλιού. Οι περισσότερες γυναίκες που διαγιγνώσκονται με αδενοκαρκίνωμα του καρκίνου του τραχήλου είναι στη μέση ηλικία κυρίως άνω των 65 ετών. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι κολπική αιμορραγία ή πνευμονικός πόνος. Ωστόσο, μπορεί να είναι και ασυμπτωματικός.⁵ Ο αριθμός ωστόσο των αδενοκαρκινωμάτων έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια σε 20-25% με πιθανό αιτιολογικό παράγοντα την αυξημένη χρήση από του στόματος αντισυλληπτικών. Ταυτόχρονα υπάρχει και πτώση της επίπτωσης των πλακωδών καρκινωμάτων. ¹⁴ Περίπου το 80% των αδενοκαρκινωμάτων είναι από τον ενδοτράχηλο. Τα καρκινικά κύτταρα δεν είναι εμφανώς βλεννώδη αλλά έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό το ηωσινοφιλικό κυτταρόπλασμα. Η μεγάλη πλειοψηφία των αδενοκαρκινωμάτων είναι καλά διαφοροποιημένα αλλά κυτταρολογικά βαθμού 2 ή 3. ¹³

1.7 ΔΙΑΣΠΟΡΑ

Ο καρκίνος του τραχήλου επεκτείνεται με διήθηση ιστών, λεμφαδενική και αιματογενής διασπορά. Με διήθηση ιστών επεκτείνεται προς τα άνω, στο ενδομήτριο, προς τα πλάγια, στους κολπικούς θόλους και το παραμήτριο, ή προς τα κάτω, στον κόλπο. Δύναται να επεκταθεί προς τα εμπρός και πίσω, διηθώντας έτσι το ορθό και την κύστη. Λεμφογενώς επεκτείνεται στους πνευμονικούς λεμφαδένες κυρίως στους παραμητρικούς, έξω, έσω και κοινούς λαγόνιους, θυρεοειδικούς και προιερούς και σπανίως στους παραμητρικούς. Η λεμφαδενική διασπορά είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της νόσου. Σπανιότερα πραγματοποιείται σε προχωρημένα στάδια αιματογενής διασπορά προς τους πνεύμονες και το ήπαρ. ⁵

1.8 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα κυριότερα είναι: ^{1,5,15}

- Κολπική αιμόρροια με εκδήλωση μετά την σεξουαλική επαφή ή και ανάμεσα στις έμμηνες ρύσεις της γυναίκας.
- Μηννορραγία
- Κολπικά υγρά : αυξημένα ,δύσοσμα ,με προσμίξεις αίματος
- Άλγος στην πύελο ή στην οσφύ
- Σε προχωρημένη νόσο εμφανίζονται: κόπωση, απώλεια βάρους αιματουρία, αναιμία, διαταραχές εντερικής κινητικότητας, συρίγγια σε κύστη ή ορθό και λεμφαδενικές διογκώσεις

Πιθανότητα να μην υπάρχουν συμπτώματα και να τεθεί η διάγνωση μόνο από ιστολογικό εύρημα. ¹⁵

1.9 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όταν διαγνωσθεί ο ΚΤΜ και καθοριστεί το κλινικό στάδιο, η θεραπεία βασίζεται στην ηλικία της γυναίκας, στην γενική κατάσταση υγείας , την συνοσηρότητα, την έκταση της νόσου και την παρουσία επιπλοκών. Μπορεί να εφαρμοστεί είτε χειρουργική θεραπεία είτε ακτινοθεραπεία με την ίδια αποτελεσματικότητα για ασθενείς με νόσο σε πρώιμο στάδιο. Οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν με λαπαροτομία ή με ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές . Η τοπικά προχωρημένη νόσος ανταποκρίνεται καλά στην ακτινοθεραπεία. Σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο (IIB έως IV) αντιμετωπίζονται με ακτινοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία χορηγείται γενικά σε ασθενείς με υποτροπή νόσου μετά το χειρουργείο και τις ακτινοβολίες. ⁷

1.9.1 ΤΟΠΙΚΗ-ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ

Στάδιο IA1-IA2: Στο στάδιο αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά για την διατήρηση της γονιμότητας με απλή εκτομή χωρίς λεμφαδενεκτομή, καθώς ο κίνδυνος μετάστασης είναι μικρότερος από 1%. Σε κωνοειδή εκτομή πρέπει να υπάρχουν υγιή όρια. Επιλέγεται υστερεκτομή όταν δεν επιθυμείτε η διατήρηση της γονιμότητας. Στο στάδιο IA2 υπάρχει 5% πιθανότητα για λεμφαδενική προσβολή οπότε πραγματοποιείται τοπική εκτομή με πυελική λεμφαδενεκτομή. Εάν βρεθούν θετικοί λεμφαδένες τότε χορηγείται επικουρική ακτινοθεραπεία. ¹³

Στάδιο IB-IIA1: Τα στάδια IB και IIA μπορούν να θεραπευτούν με ριζική χειρουργική επέμβαση, συμπεριλαμβανομένης της πυελικής λεμφαδενεκτομής και ακτινοθεραπεία. Οι δύο διαδικασίες είναι εξίσου αποτελεσματικές, αλλά διαφέρουν ως προς την νοσηρότητα και τον τύπο των επιπλοκών. Δεν υπάρχουν ενδείξεις για την χρησιμότητα της σύγχρονης χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας σε πρώιμα στάδια (IB1 και IIA<4 cm). Η χειρουργική θεραπεία διατήρησης της γονιμότητας, που περιλαμβάνει ριζική τραχηλεκτομή ή κωνοειδής εκτομή με ή χωρίς χημειοθεραπεία, μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς με αρχικό στάδιο που επιθυμούν την διατήρηση της γονιμότητας. ¹⁶ Οι δυνητικές επιπλοκές των χειρουργικών επεμβάσεων είναι η λοίμωξη, θρομβοεμβολικά επεισόδια, αιμορραγία και συρίγγιο. Επίσης προκαλείται παροδικά απώλεια της αίσθησης της κύστης και ακράτεια και μακροπρόθεσμα ίσως εμφανιστούν επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις ουροποιητικού και ακράτεια. Η ριζική ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει εξωτερική ακτινοβολία στην πύελο και βραχυθεραπεία στο εσωτερικό του κόλπου. Οι κυριότερες παρενέργειες είναι η κολπική ξηρότητα, κολπική στένωση, σεξουαλική δυσλειτουργία, ακτινική κυστίτιδα και πρωκτίτιδα. Σε όσες ασθενείς βρεθούν θετικοί λεμφαδένες χορηγείται επικουρικά χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

7

Στάδιο IIB-IV: Σε αυτά τα στάδια πρόκειται για τοπικά προχωρημένη νόσο. Αντιμετωπίζονται με υψηλές δόσεις εξωτερικής πυελικής ακτινοβολίας ακολουθούμενη από υψηλού ρυθμού δόσης βραχυθεραπεία ή χαμηλού ρυθμού δόσης βραχυθεραπεία και συν-χορηγούμενη χημειοθεραπεία. Η θεραπεία συνήθως ολοκληρώνεται σε περίπου 8 εβδομάδες. Οι

συγκεντρωτικές δόσεις κυμαίνονται από 75 έως 85 Gy για ασθένεια μη ογκώδους μορφής και 85 έως 90 Gy για ογκώδη νοσήματα. Οι κύριες επιπλοκές που σχετίζονται με την ακτινοθεραπεία περιλαμβάνουν κολπική στένωση, σχηματισμός φλεβών, σιγμοειδής διάτρηση ή αυχενική διάτρηση, έλκος του ορθού ή πρωκτίδα, εντερική απόφραξη, φλεγμονή, στένωση ουρητήρα, σοβαρή κυστίτιδα, πνευλική αιμορραγία και πνευλικό απόστημα. Άλλα προβλήματα που σχετίζονται με τη θεραπεία ακτινοβολίας περιλαμβάνουν ναυτία, έμετο, διάρροια και σπάνια μυελοκαταστολή. Η σεξουαλική δυσλειτουργία, δευτερογενής της κολπικής ατροφίας, στένωσης ξηρότητας, είναι επίσης αποτέλεσμα της ακτινοβολίας. Η ακτινοβολία προκαλεί λέπτυνση του κολπικού επιθηλίου, ο κόλπος μπορεί να μειωθεί και να γίνει λιγότερο εύκαμπτος ή και μερικώς να εξαλειφθεί. Η σεξουαλική επαφή προκαλεί δυσπαρεύνια και αιμορραγία.^{15,25} Η εβδομαδιαία μονοθεραπεία με σισπλατίνη στα 40 mg / m² / εβδομάδα κατά τη διάρκεια της εξωτερικής ακτινοθεραπείας χρησιμοποιείται ευρέως. Η καρβοπλατίνη ή τα σχήματα χημειο-ακτινοβολίας εκτός της πλατίνας είναι επιλογές για ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχθούν τη σισπλατίνη.^{7,15} Ακολουθούν συνοπτικά οι κυριότερες θεραπευτικές επιλογές.¹⁷

FIGO stage	ΘΕΡΑΠΕΙΑ
IA1	Τοπική εκτομή (αν δεν υπάρχουν υγιή όρια στην κωνοειδή εκτομή τότε πνευλική λεμφαδενεκτομή)
IA2	Απλή υστερεκτομή και πνευλική λεμφαδενεκτομή
IB1	Ριζική υστερεκτομή
IB2	Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία
IIA	Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία
IIB	Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία
IIIA	Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία
IIIB	Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία
IVA	Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία
IVB	(Ανακουφιστική) Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία

Πίνακας 2: Θεραπείες KTM

1.9.2 ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ - ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Μετά από την χειρουργική επέμβαση ή την ακτινοθεραπεία ως πρώτης γραμμής θεραπεία για τις ασθενείς με ΚΤΜ, περίπου το ήμισυ των υποτροπών είναι τοπικές (τράχηλος, μήτρα, κόλπος, παραμήτριους και περιφερειακούς λεμφαδένες). Οι υπόλοιπες περιπτώσεις αφορούν απομακρυσμένες μεταστάσεις στον πνεύμονα, στο ήπαρ, στα οστά, στο μεσοθωράκιο, ή στους υπερκλείδιους λεμφαδένες.⁷

Οι ασθενείς με μεταστατικό ή υποτροπιάζοντα ΚΤΜ είναι συνήθως συμπτωματικοί. Στο στάδιο αυτό ο ρόλος της χημειοθεραπείας σε αυτά τα στάδια είναι ανακουφιστικός.¹⁸ Η αντικειμενική απόκριση των ασθενών με μεταστατικό ή υποτροπιάζων ΚΤΜ στην σισπλατίνη είναι πολύ μικρή με μέση επιβίωση περίπου τους επτά μήνες. Έχουν μελετηθεί θεραπευτικά σχήματα με σισπλατίνη-πακλιταξέλη ή σισπλατίνη-τοποτεκάνη. Αξιολογήθηκαν περαιτέρω τέσσερα χημειοθεραπευτικά σχήματα σισπλατίνη-πακλιταξέλη, σισπλατίνη-τοποτεκάνη, σισπλατίνη-γεμισιταβίνη και η σισπλατίνη-βινορελβίνη. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στη συνολική επιβίωση. Φάνηκε ότι η σισπλατίνη-πακλιταξέλη είναι το προτιμώμενο σχήμα. Η καρβοπλατίνη και η πακλιταξέλη είναι ένας πιο ανεκτός συνδυασμός από την άποψη της τοξικότητας.¹⁹

Το bevacizumab είναι ένας αναστολέας αγγειογένεσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του προχωρημένου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πρόκειται για ένα μονοκλωνικό αντίσωμα που στοχεύει στον αγγειακό ενδοθηλιακό αυξητικό παράγοντα (VEGF), μια πρωτεΐνη που βοηθά στη δημιουργία νέων αιμοφόρων αγγείων. Ο VEGF προάγει την αγγειογένεση, έναν μεσολαβητή της εξέλιξης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι περισσότεροι ασθενείς στους οποίους αναπτύσσεται επαναλαμβανόμενος ΚΤΜ έχουν προηγουμένως λάβει σισπλατίνη με ακτινοθεραπεία, πράγμα που μειώνει την αποτελεσματικότητα της σισπλατίνης κατά τη στιγμή της υποτροπής. Η προσθήκη bevacizumab στη χημειοθεραπεία, σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα, επίμονο ή μεταστατικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, συσχετίστηκε με αυξημένη συνολική επιβίωση και υψηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης. Σε σύγκριση μόνο με τη

χημειοθεραπεία συσχετίστηκε με αυξημένη συχνότητα υπέρτασης, θρομβοεμβολικά επεισόδια και γαστρεντερικών συριγγίων. ²⁰

1.10 ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Υποστηρικτική φροντίδα καλείται η φροντίδα που παρέχεται για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών οι οποίοι έχουν μια σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή νόσο. Ο στόχος της υποστηρικτικής φροντίδας είναι η πρόληψη ή η θεραπεία το ταχύτερο δυνατόν των συμπτωμάτων μιας νόσου, των παρενεργειών που προκαλούνται από τη θεραπευτική αντιμετώπιση και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων που σχετίζονται με την ασθενή ή τη θεραπεία της νόσου. ²¹

Η υποστηρικτική φροντίδα εκτείνεται από την περίοδο πριν την οριστική διάγνωση, κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και των θεραπειών, της ίασης ή της συνεχιζόμενης ασθένειας με τις υποτροπές της και στους επιζώντες από τη νόσο. Εστιάζει στη μεγιστοποίηση των πλεονεκτημάτων της θεραπείας, κυρίως μέσω του ελέγχου των συμπτωμάτων και της επίτευξης της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επομένως, η ποιότητα της υποστηρικτικής φροντίδας μπορεί να οριστεί ως η έκταση σύμφωνα με την οποία οι ανάγκες αναγνωρίζονται και ικανοποιούνται με την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών και παρεμβάσεων. Η εμφάνιση, η ικανοποίηση και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής τους μεταβάλλεται στην πορεία της νόσου και επηρεάζεται κυρίως από το είδος της θεραπείας, τον αριθμό και την ένταση των συμπτωμάτων, τη λειτουργική τους ικανότητα εάν είναι νοσηλευόμενοι, τον πιθανό χρόνο επιβίωσης, το χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση, την ηλικία, την παρουσία φροντιστών, την παρουσία συνυπαρχόντων νοσημάτων και άλλους παράγοντες. ²²

Η διάγνωση μιας δυνητικά απειλητικής για τη ζωή νόσου, σε συνδυασμό με την ασθένεια και τις επιπτώσεις των επεμβατικών και παρατεταμένων θεραπειών συχνά έχουν ως αποτέλεσμα μια ευρεία γκάμα βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων συνεπειών που έχουν αρνητικό αποτέλεσμα στα αποτελέσματα των ασθενών. Αναγνωρίζονται προβλήματα και ανάγκες για την παροχή υποστηρικτικής φροντίδας των ασθενών στους εξής τομείς:

σωματικά, ψυχολογικά/συναισθηματικά, οικογενειακά ,πρακτικά, κοινωνικά, διαπροσωπικές επαφές/οικειότητα, καθημερινές ανάγκες ,πνευματικά, σύστημα υγείας/πληροφόρηση, επικοινωνία με την ομάδα υγείας .²³

Στα κυριότερα σωματικά προβλήματα ανήκουν ο πόνος, η αιμορραγία, η ακράτεια ούρων, τα προβλήματα ύπνου, η αλωπεκία, η κόπωση, η δυσλειτουργία του εντέρου, η διαταραχή στην έμμηνο ρύση, οι αυξημένες κολπικές εκκρίσεις και η σεξουαλική δυσλειτουργία.²³

Οι γυναίκες σε αρχικό στάδιο εμφάνισαν μετά το χειρουργείο φόβο υποτροπής συνεχώς από έξι μήνες έως και δύο χρόνια ,ακόμα και αν είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή ή τραχηλεκτομή.²⁴ Τα ψυχολογικά προβλήματα περιλαμβάνουν τον φόβο μετάστασης, τον φόβο θανάτου, την κατάθλιψη , το άγχος, την απώλεια της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης, το αίσθημα αβεβαιότητας, την αυτοκατηγορία και την ευερεθιστότητα. Οι γυναίκες εκφράζουν, επίσης, την ανησυχία της κληρονομικότητας, καθώς και την επίδραση της νόσου στις οικογενειακές σχέσεις και στους οικογενειακούς ρόλους .²³

Συχνά, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν αισθήματα απομόνωσης, ντροπής ή αμηχανίας. Ωστόσο, οι σχέσεις με τους άλλους φάνηκε να μην επηρεάζεται από το χρόνο από την ολοκλήρωση της θεραπείας Σε μειονοτικές ομάδες ασθενών όπως οι Λατίνοι ή οι Αφρικανοί Αμερικανοί, οι γυναίκες ανησυχούσαν ιδιαίτερα για τις αντιλήψεις των γειτόνων ή των φίλων ενώ άλλες ανησυχούν για τις σκέψεις, κρίσεις των άλλων .²³

Τα σεξουαλικά προβλήματα περιλαμβάνουν την έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας, την δυσπαρεύνια, την αιμορραγία, την δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης και / ή του εντέρου και την απώλεια της λίμπιντο. Οι γυναίκες εκφράζουν ανησυχία σχετικά με την ενδεχόμενη μόλυνση του συντρόφου κατά την σεξουαλική επαφή ή την επιδείνωση του καρκίνου τους μετά από αυτή. Οι ασθενείς συχνά έχουν αρνητικές σκέψεις , αρνητικά συναισθήματα και άγχος σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την οικειότητα με τον σύντροφό τους. Ακόμη και αν αυτές ενδιαφέρονται να έχουν επαφές, αισθάνονται συχνά ανίκανες ή ανησυχούν ότι δεν μπορούν να τις απολαύσουν. Τα προβλήματα επηρεάζουν αρνητικά τον γάμο ή την σχέση δημιουργώντας φόβο απόρριψης ή εγκατάλειψης από τον σύντροφο. Οι ανησυχίες σχετικά με την απώλεια γονιμότητας και την ικανότητα να

διατηρούν την εγκυμοσύνη παρουσιάζονται σε γυναίκες που αισθάνονται πιέσεις για τεκνοποίηση. Τέλος, οι γυναίκες εκφράζουν την ανάγκη για παροχή συμβουλών αναφορικά με τις αλλαγές στην σεξουαλική τους ζωή.^{25,26}

Αναφορικά με τις απαιτήσεις από το σύστημα υγείας και τις ανάγκες για πληροφόρηση, οι γυναίκες αναφέρουν μια αντιληπτή έλλειψη πληροφοριών από τους γιατρούς ειδικά για τις βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Ειδικότερα, οι ασθενείς επιθυμούν επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την αιτία του καρκίνου του τραχήλου, την πιθανότητα επανεμφάνισης, τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, την σεξουαλικότητα και την πρόγνωση. Αναζητούν όμως και πληροφορίες για ομάδες υποστήριξης, πρόσβαση σε ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό ή για τρόπους διαχείρισης της νόσου και την χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών.²⁶ Η αποτελεσματική και ειλικρινής επικοινωνία με την ομάδα υγείας αποτελούν βασικές συνιστώσες της φροντίδας του καρκίνου. Ωστόσο, η έλλειψη υποστήριξης είναι εμφανής και υπάρχει δυσaráεσκεια των ασθενών με τους γιατρούς για την επεξήγηση των διαδικασιών, των αποτελεσμάτων και των επιπτώσεων (ειδικά στον τομέα της σεξουαλικότητας). Η έλλειψη ευαισθησίας των ιατρών επηρεάζει αρνητικά την συνολική εμπειρία των γυναικών με καρκίνο ΚΤΜ.²³

Παρά την πληθώρα των προβλημάτων και αναγκών που εμφανίζουν οι γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, κυριαρχούν τα ζητήματα σεξουαλικότητας και οικειότητας και πληροφόρησης.²³

Η ανακουφιστική φροντίδα, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ορίζεται ως: «μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και της οικογένειάς τους που υποφέρουν από χρόνια νοσήματα μέσω της πρόληψης, εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου και των λοιπών συνοδών συμπτωμάτων, καθώς και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών τους». Η ανακουφιστική φροντίδα είναι απαραίτητη για όλους τους χρόνιους πάσχοντες και εφαρμόζεται δε από την στιγμή της διάγνωσης έως και την επιβίωση ή τον θάνατο. Είναι μια διεπιστημονική προσέγγιση που απαιτεί ομαδική εργασία από τους επαγγελματίες υγείας.²⁷ Η υποστηρικτική φροντίδα διακρίνεται από την ανακουφιστική φροντίδα των ασθενών καθώς η πρώτη αναφέρεται στην αντιμετώπιση των παρενεργειών που παρουσιάζει

ένας ασθενής λόγω της νόσου και των θεραπειών στις οποίες υποβάλλεται, ενώ η δεύτερη αναφέρεται στην ενεργητική ολοκληρωμένη φροντίδα των ατόμων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με απειλητική για τη ζωή νόσο.²² Η ανακουφιστική φροντίδα έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με κλινικά οφέλη, όπως η βελτίωση της ποιότητας ζωής και ο καλύτερος έλεγχος των συμπτωμάτων των ασθενών, η ικανοποίηση των ασθενών και των φροντιστών), καθώς και βελτιωμένα αποτελέσματα χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης (μειωμένο νοσοκομειακό κόστος, μικρότερη ενδοноσοκομειακή περίθαλψη).²⁸

Οι γυναίκες με γυναικολογική κακοήθεια υποφέρουν συχνά από σοβαρή σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου τους. Παρά την πρόοδο της θεραπείας, έως και το 25% των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με γυναικολογική κακοήθεια, θα υποφέρουν από υποτροπιάζουσα νόσο. Οι ασθενείς αυτές υποφέρουν από σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική δυσφορία, η οποία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Η πρόωρη εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας και μια ολιστική προσέγγιση των γυναικών οδηγεί σε βελτιωμένη ποιότητα ζωής ασθενών και φροντιστών. Οι γυναίκες με προχωρημένο ή υποτροπιάζον γυναικολογικό καρκίνο να λαμβάνουν ανακουφιστική και ογκολογική φροντίδα παράλληλα για βέλτιστα αποτελέσματα.²⁹

1.11 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι κυριότεροι προγνωστικοί παράγοντες είναι ^{5,15} :

- Το στάδιο της νόσου: ο βασικότερος παράγοντας
- Η λεμφαδενική προσβολή: ασθενείς χωρίς λεμφαδενική επέκταση και κατόπιν χειρουργείου έχουν πενταετή επιβίωση 80-95%. Η ύπαρξή της, όμως, μειώνει το ποσοστό κατά 15-40%.
- Το μέγεθος του όγκου : όγκοι μεγαλύτεροι των 4 εκατοστών χρειάζονται τουλάχιστον δύο θεραπευτικούς χειρισμούς.
- Τα μη ασφαλή χειρουργικά όρια: η εκτομή του κόλπου κοντά στη νόσο (λιγότερο από 5 χιλιοστά) αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής.

- Ο βαθμός διήθησης του σώματος του τραχήλου και η διήθηση αγγείων: ανεξάρτητοι παράγοντες.
- Η ιστολογία του όγκου: ο μικροκυτταρικός καρκίνος έχει την χειρότερη πρόγνωση .
- Η ύπαρξη του αντιγόνου των πλακωδών καρκινικών κυττάρων SCCA που είναι ο μόνος καρκινικός δείκτης που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με πλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου. Τα υψηλά επίπεδά του πριν την θεραπεία είναι παράγοντας δυσμενούς πρόγνωσης.

Παρά το γεγονός ότι ειδικά στις ανεπτυγμένες χώρες ,οι περισσότερες γυναίκες (75%) διαγιγνώσκονται με στάδιο I ,σε παγκόσμια κλίμακα οι γυναίκες διαγιγνώσκονται με στάδιο III και IV .Η πρόγνωση των ασθενών σε αρχικό στάδιο είναι σχετικά καλή σε σχέση με τα προχωρημένα στάδια, όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα. ¹⁵

FIGO stage	5 ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ (%)
IA1	98-99
IA2	95
IB1	90-95
IB2	80
IIA	70-90
IIB	60-70
IIIA	30-50
IIIB	30-50
IVA	20
IVB	20

Πίνακας 3: Επιβίωση ΚΤΜ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

2.1 ΕΝΝΟΙΕΣ

Η σεξουαλική υγεία είναι μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας, αναφορικά με την σεξουαλικότητα του ατόμου και όχι απλά απουσία ασθένειας, δυσλειτουργίας ή αναπηρίας. Η σεξουαλική υγεία απαιτεί μια θετική και σεβαστή προσέγγιση της σεξουαλικότητας και των σεξουαλικών σχέσεων, καθώς και τη δυνατότητα των ατόμων να έχουν ευχάριστες και ασφαλείς σεξουαλικές εμπειρίες,

απαλλαγμένες από εξαναγκασμό, διακρίσεις και βία. Για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί η σεξουαλική υγεία, πρέπει τα σεξουαλικά δικαιώματα όλων των ατόμων να γίνονται σεβαστά ,να προστατεύονται και να εκπληρώνονται. ³⁰

Τρεις είναι οι κύριες διαστάσεις στην σεξουαλική υγεία των γυναικών οι οποίες αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους: η γυναικεία σεξουαλική ταυτότητα, η σεξουαλική λειτουργία και η σεξουαλική σχέση.. Η σεξουαλικότητα των γυναικών είναι ασυνεχής καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους και εξαρτάται από την αναπαραγωγικότητα καθώς και από τις προσωπικές σχέσεις. και τις σχεσιακές τρέχουσες μεταβλητές .³¹

Ο όρος "σεξουαλικότητα" έχει χρησιμοποιηθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους στην βιβλιογραφία , αλλά κανένας ορισμός δεν έχει γίνει κοινά αποδεκτός. Σεξουαλικότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο εκφράζει και βιώνει την αρρενωπότητα ή θηλυκότητά του ,σωματικά, συναισθηματικά και νοητικά. Καθορίζεται δε όχι μόνο από τα γεννητικά όργανα αλλά και από τα συναισθήματα και την συμπεριφορά του. Ορίζεται επίσης και ως επίκτητη συμπεριφορά ,στο πως το άτομο αντιδρά στην σεξουαλικότητά του και στο πως συμπεριφέρεται στις σχέσεις του με τους άλλους. Το πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου επηρεάζει βαθιά την συμπεριφορά που σχετίζεται με την σεξουαλικότητα. Η σεξουαλικότητα είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ταυτότητας του ατόμου και γίνεται αντιληπτή με την συμπεριφορά ,τις πράξεις ,την επικοινωνία και την φυσική του εμφάνιση. ³⁰

Βάσει του Π.Ο.Υ., η σεξουαλικότητα είναι μια κεντρική πτυχή της ύπαρξης του ανθρώπου σε όλη τη διάρκεια της ζωής και περιλαμβάνει το φύλο, την ταυτότητα και τους ρόλους των φύλων, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τον ερωτισμό, την ευχαρίστηση, την οικειότητα και την αναπαραγωγή. Η σεξουαλικότητα δοκιμάζεται και εκφράζεται σε σκέψεις, φαντασιώσεις, επιθυμίες, πεπιοθήσεις, στάσεις, αξίες, συμπεριφορές, πρακτικές, ρόλους και σχέσεις. Ενώ η σεξουαλικότητα μπορεί να περιλαμβάνει όλες αυτές τις διαστάσεις, δεν βιώνονται ούτε εκφράζονται όλες πάντα. Η σεξουαλικότητα επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση των βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών, πολιτιστικών, ηθικών, νομικών, ιστορικών, θρησκευτικών και πνευματικών παραγόντων.³⁰

2.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

2.2.1 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ

Η φυσιολογική απάντηση στην σεξουαλική δραστηριότητα περιλαμβάνει έναν κύκλο τεσσάρων φάσεων: ^{32,33}

1. Φάση διέγερσης ή επιθυμίας
2. Φάση κορύφωσης της διέγερσης ή διέγερσης-ερεθισμού
3. Φάση οργασμού
4. Φάση αποκατάστασης

Φάση διέγερσης/επιθυμίας: Η φάση αυτή αρχίζει με τον σεξουαλικό ερεθισμό. Αλλαγές στο σώμα του άνδρα και γυναίκας περιλαμβάνουν την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, του καρδιακού ρυθμού, την εμφάνιση υπεραιμίας στο δέρμα, την αύξηση της αιματικής ροής στα γεννητικά όργανα (αυξάνοντας έτσι τον ερεθισμό). Ειδικά στις γυναίκες οι μαστοί και οι θηλές διογκώνονται και οι θηλές γίνονται σκληρές στο άγγιγμα. Οι εκκρίσεις του κόλπου αυξάνονται και εκρέουν προκαλώντας επιπλέον ερεθισμό. Ο κόλπος διαστέλλεται και η κλειτορίδα μεγεθύνεται και αναδύεται ελαφρά. Στον άνδρα, το πρώτο σημείο διέγερσης είναι η στύση του πέους και ακολουθεί η διάταση και πάχυνση του οσχέου. Οι θηλές τους μπορούν επίσης να σκληρύνουν και να διεγερθούν. Χαρακτηρίζεται επιπλέον από την έλευση σκέψεων, συναισθημάτων και φαντασιώσεων που θα πυροδοτήσουν την επόμενη φάση. ^{32,33}

Φάση κορύφωσης της διέγερσης/διέγερσης-ερεθισμού: Η φάση αυτή είναι μεγαλύτερη από την πρώτη αλλά όχι αρκετή για να ξεκινήσει ο οργασμός. Η επιθυμία και η διέγερση συνεχίζουν να εντείνονται. Η διάρκειά της κυμαίνεται από 15 με 20 λεπτά. Στις γυναίκες η κλειτορίδα συστέλλεται και δεν είναι πλέον ορατή. Στον άνδρα η έκκριση των αδένων Cowper είναι πιθανόν να εμφανιστεί στην βάλανο του πέους κατά την διάρκεια της φάσης αυτής. Χαρακτηρίζεται από υποκειμενικές, συναισθηματικές και ψυχικές μεταβολές αλλά και από σωματικές αποκρίσεις (ύγρανση του κόλπου, μεταβολές θέσεως και μορφολογίας έξω κ έσω γεννητικών οργάνων, αύξηση της αιματικής ροής, διόγκωση στου στήθους, ανύψωση θηλής, αύξηση μυϊκού τόνου). ^{32,33}

Φάση οργασμού: Οργασμός είναι η κορύφωση και η χαλάρωση που ακολουθεί την ένταση του σεξουαλικού ερεθισμού. Είναι μια πολύ έντονη φάση που διαρκεί μόνο μερικά δευτερόλεπτα. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φάσης περιλαμβάνουν ακούσιες συσπάσεις γεννητικών οργάνων. Στην γυναίκα η φάση αρχίζει με ένα αυξανόμενο αίσθημα σωματικής ευχαρίστησης που ακολουθείται από συσπάσεις γεννητικών οργάνων. Ο κόλπος, η μήτρα και οι σφιγκτήρες του πρωκτού και της ουρήθρας συσπώνται. Οι γυναίκες φτάνουν σε οργασμό με πολλούς τρόπους. Χαρακτηρίζεται επίσης από ρυθμικές κλονικές συσπάσεις των μυών του περινέου και πυελικών οργάνων με ρυθμό 3-15 /0,8 δευτερόλεπτα . Αυξάνεται η αρτηριακή πίεση ρυθμός αναπνοής καρδιακός ρυθμός. Στους άνδρες οι συσπάσεις συμβαίνουν στην επιδιδυμίδα, στους σπερματικούς πόρους και τον πρωκτό. Ο ανδρικός οργασμός συνοδεύεται από την εκσπερμάτιση .Η εκσπερμάτιση και ο οργασμός δεν είναι απαραίτητο να συμβούν ταυτόχρονα .^{32,33}

Φάση αποκατάστασης: Χαρακτηρίζεται από επάνοδο στην αρχική, πριν το ερεθισμό κατάσταση και ένα υποκειμενικό αίσθημα ευεξίας και γενικής μυϊκής χάλασης. Τα συνήθη συναισθήματα περιλαμβάνουν χαλάρωση, κόπωση και αίσθημα πληρότητας. Η γυναίκα δεν παρουσιάζει ανερέθιστη περίοδο ,όπως ο άνδρας, και αν ερεθιστεί πάλι σεξουαλικά μπορεί να αποκτήσει εκ νέου οργασμό. Ο άνδρας βιώνει όμως ανερέθιστη περίοδο στην οποία δεν μπορεί να ξανά αποκτήσει στύση.^{32,33}

2.2.2 ΟΙ ΟΡΜΟΝΕΣ

Τα οιστρογόνα και η τεστοστερόνη διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση της σεξουαλικής λειτουργίας.³² Τα επίπεδα οιστραδιόλης επηρεάζουν τα κύτταρα του περιφερικού και του κεντρικού νευρικού συστήματος και επηρεάζουν τη μετάδοση των νεύρων. Η μείωση των επιπέδων οιστρογόνων στον ορό έχει σαν αποτέλεσμα την λέπτυνση του κοιλιακού επιθηλίου και την ατροφία του κοιλιακού τοιχώματος. Τα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων οδηγούν επίσης σε ένα λιγότερο όξινο περιβάλλον στον κόλπο. Αυτό τελικά οδηγεί σε κοιλιακές μολύνσεις, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και

ακράτεια, καθώς και σεξουαλική δυσλειτουργία. Τα οιστρογόνα έχουν επίσης αγγείο-προστατευτικά και αγγειοδιασταλτικά αποτελέσματα που οδηγούν σε αυξημένη ροή αίματος στον κόλπου, στην κλειτορίδα και την ουρήθρα. Αποτέλεσμα αυτών είναι η διατήρηση της θηλυκής σεξουαλικής απόκρισης.^{34,35} Με την εμμηνόπαυση και τη μείωση των επιπέδων κυκλοφορόντων οιστρογόνων, η πλειοψηφία των γυναικών εμφανίζει κάποιο βαθμό αλλαγής στη σεξουαλική λειτουργία, κυρίως με αλλαγές στην επιθυμία και συχνότητα της σεξουαλικής επαφής την επώδυνη συνουσία και , την μειωμένη σεξουαλική ανταπόκριση · την μειωμένη αίσθηση των γεννητικών οργάνων.³³ Η τεστοστερόνη δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και επηρεάζει τη σεξουαλική συμπεριφορά . Τα χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης συνδέονται με τη μείωση της σεξουαλικής διέγερσης, της αίσθησης των γεννητικών οργάνων, της λίμπιντο και του οργασμού.³⁶

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Οι παράγοντες που επιδρούν στην σεξουαλικότητα του ατόμου είναι οι κάτωθι ^{37,38} :

1. Αναπτυξιακές παράμετροι της σεξουαλικότητας
2. Πολιτισμός
3. Θρησκεία
4. Ηθική
5. Τρόπος ζωής.
6. Κατάσταση υγείας:
7. Φάρμακα

2.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες βάσει του DSM V είναι μια ετερογενής ομάδα διαταραχών που τυπικά χαρακτηρίζονται από μια κλινικά σημαντική διαταραχή στην ικανότητα ενός ατόμου να ανταποκριθεί σεξουαλικά ή να

βιώσει την σεξουαλική απόλαυση. Ένα άτομο μπορεί να έχει πολλές σεξουαλικές δυσλειτουργίες ταυτόχρονα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, πρέπει να διαγνωσθούν όλες οι δυσλειτουργίες.³⁹

Το Αμερικανικό ίδρυμα ουρολογικών παθήσεων την ορίζει ως διαταραχή στην σεξουαλική επιθυμία, διέγερση, οργασμό ή και επώδυνες καταστάσεις σχετιζόμενες με την σεξουαλική επαφή, που οδηγούν σε δυσφορία με αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής και στις διαπροσωπικές σχέσεις.⁴⁰

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες περιλαμβάνουν: την πρόωρη και όψιμη εκσπερμάτιση, την στυτική διαταραχή, την διαταραχή του γυναικείου οργασμού, την διαταραχή σεξουαλικού ενδιαφέροντος / διέγερσης, την διαταραχή γεννητο-πυελικού πόνου / διείσδυσης, την υποδραστική διαταραχή σεξουαλικής επιθυμίας των ανδρών, την σεξουαλική δυσλειτουργία από ουσίες / φαρμακευτική αγωγή, άλλη συγκεκριμένη σεξουαλική δυσλειτουργία και μη καθορισμένη σεξουαλική δυσλειτουργία.³⁹

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι δια βίου όταν υπάρχει από την έναρξη της σεξουαλικής λειτουργίας και επίκτητη που αναπτύσσεται μόνο μετά από μια περίοδο κανονικής λειτουργικότητας. Η γενικευμένη σεξουαλική δυσλειτουργία δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένους τύπους διέγερσης, καταστάσεων ή συντρόφων. Η περιστασιακή σεξουαλική δυσλειτουργία περιορίζεται σε συγκεκριμένους τύπους διέγερσης, καταστάσεων ή συντρόφων.³⁹

Η σεξουαλική απάντηση είναι μια βιολογική λειτουργία αλλά εμφανίζεται σε ένα ενδοπροσωπικό, διαπροσωπικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Η σεξουαλική λειτουργία περιλαμβάνει μια σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών, κοινωνικό-πολιτιστικών και ψυχολογικών παραγόντων. Σε πολλές κλινικές καταστάσεις, η ακριβής κατανόηση της αιτιολογίας ενός σεξουαλικού προβλήματος είναι άγνωστη. Παρόλα αυτά, η διάγνωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας απαιτεί την εξάλειψη προβλημάτων από μια μη-σεξουαλική ψυχική διαταραχή, από τις επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. φαρμάκου ή φαρμάκου), από μια ιατρική κατάσταση (π.χ. οφειλόμενη σε βλάβη της πυέλου του νευρικού συστήματος) από σοβαρή δυσφορία σχέσεων, τη βία συντρόφου ή άλλους στρεσογόνους παράγοντες.³⁹

2.4.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Βιολογικοί παράγοντες: Οι κύριοι παράγοντες περιλαμβάνουν την ανεπάρκεια στεροειδών των ωοθηκών, τις διαταραχές του πυελικού εδάφους, τα καρδιαγγειακά προβλήματα, τις νευρολογικές καταστάσεις, τον πόνο, τις μεταβολικές διαταραχές (σακχαρώδης διαβήτης) και τις συναισθηματικές διαταραχές (κατάθλιψη και άγχος). Οι ιατρικές καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω των θεραπειών τους. Για παράδειγμα, η γυναικολογική θεραπεία μπορεί να αντιμετωπιστεί με χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα. Η απώλεια των ορμονών των ωοθηκών κατά την εμμηνόπαυση συμβάλλει σημαντικά στην σεξουαλική δυσλειτουργία.³⁸

Ψυχοσεξουαλικοί παράγοντες: Περιλαμβάνουν συναισθηματικούς, και ψυχολογικούς παράγοντες όπως προβλήματα παιδικής ηλικίας, πένθος, θέματα εικόνας σώματος, διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής, διατροφικές διαταραχές και θέματα σχέσεων.⁴⁰

Πλαίσιο: αφορά τις παρελθούσες και τρέχουσες σημαντικές σχέσεις, τις τρέχουσες διαπροσωπικές δυσκολίες και τη γενική υγεία και τη σεξουαλική υγεία του συντρόφου. Η διάγνωση των σχετικών με το σύντροφο ζητημάτων, και συγκεκριμένα των ανδρικών σεξουαλικών δυσλειτουργιών, μπορεί να συμβάλουν στην γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία.³⁷

2.4.2 ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η βλάβη της σεξουαλικής λειτουργίας των γυναικών οδηγεί σε σεξουαλική δυσλειτουργία. Η γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία ορίζεται ως μια διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, του οργασμού, της διέγερσης και του σεξουαλικού πόνου που έχει ως αποτέλεσμα σημαντική προσωπική δυσφορία. Η σεξουαλική δυσλειτουργία των γυναικών είναι ένα πολυδιάστατο ιατρικό πρόβλημα που έχει τόσο βιολογικό όσο και ψυχοκοινωνικό υπόβαθρο. Σχετίζεται με την ηλικία, είναι προοδευτική και επηρεάζει το 30-50% των Αμερικανών γυναικών. Οι επιδημιολογικές μελέτες στις γυναίκες

υποδεικνύουν ότι οι ίδιες ασθένειες και οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την ανδρική στυτική δυσλειτουργία, όπως η γήρανση, η υπέρταση, το κάπνισμα τσιγάρων, η υπερχοληστερολαιμία, καθώς και οι πυελικές χειρουργικές επεμβάσεις σχετίζονται επίσης με τη σεξουαλική δυσλειτουργία των γυναικών . Η σεξουαλική δυσλειτουργία αντιμετωπίζεται από πολλές γυναίκες όλων των ηλικιών σε ολόκληρο τον κόσμο και έχει αναφερθεί ότι έχει επιζήμιες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους .⁴¹⁻⁴⁵

Η ταξινόμηση της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας με βάση το ICD-10 είναι : έλλειψη ή απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας, σεξουαλική αποστροφή και έλλειψη σεξουαλικής απόλαυσης, αποτυχία της γεννητικής ανταπόκρισης, οργασμική δυσλειτουργία, μη οργανική κολπίτιδα, μη οργανική δυσπαρεύνια, υπερβολική σεξουαλική επιθυμία, άλλη σεξουαλική δυσλειτουργία που δεν προκαλείται από οργανικές διαταραχές ή ασθένειες και μη εξειδικευμένη σεξουαλική δυσλειτουργία που δεν προκαλείται από οργανικές διαταραχές ή ασθένειες . Η ταξινόμηση του ICD-10 κατατάσσει τη σεξουαλική δυσλειτουργία βασιζόμενη σε οργανικούς και ψυχογενείς παράγοντες.⁴⁶ Συνοπτικά τα προβλήματα είναι :³⁷

Έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας: χαρακτηρίζεται από έλλειψη σεξουαλικής διέγερσης με απουσία κολπικών εκκρίσεων και υπεραιμίας γεννητικών οργάνων. Αιτίες μπορεί να είναι αρνητικά συναισθήματα, ανησυχία, φόβος, διαπροσωπικά ή οργανικά προβλήματα.

Οργασμική δυσλειτουργία: ορίζεται η ανικανότητα μιας γυναίκας να φθάσει σε οργασμό. Αιτίες μπορεί να είναι αρνητικά συναισθήματα, ανησυχία, φόβος, διαπροσωπικά ή οργανικά προβλήματα.

Δυσπαρεύνια: είναι η επώδυνη συνουσία. Η αιτία είναι συχνότερα οργανικής φύσεως και λιγότερο ψυχολογικής.

Κολπικός σπασμός: είναι σπάνια κατάσταση στην οποία το έξω στόμιο του κόλπου συσπάται και εμποδίζει την είσοδο του πέους. Ο σπασμός οφείλεται

σε ακούσιες συστολές των μυών γύρω από τον κόλπο και των ανελκτύρων μυών. Η αιτία μπορεί να είναι σωματική ή ψυχολογική ή και τα δύο.

2.4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Η διαχείριση των προβλημάτων γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας αρχίζει με κλινική εκτίμηση σε συνδυασμό με τον προσδιορισμό των προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις.³⁴

Μετά την λήψη ενός πλήρες ιστορικού που θα συμπεριλαμβάνει το ουροποιητικό και γεννητικό σύστημα ,ψυχιατρικά και σεξουαλικά θέματα, για την αξιολόγηση μπορούν να χρησιμοποιηθούν εργαλεία μέτρησης που έχουν αναπτυχθεί και ειδικά και γενικά ψυχομετρικά εργαλεία. Παραδείγματα είναι το DSFI και το FSFI .³⁴

Ακολουθεί η φυσική εξέταση στα συστήματα που σχετίζονται με την σεξουαλική λειτουργία. Χρειάζεται καρδιαγγειακή, νευρολογική ,γυναικολογική εκτίμηση (εξέταση και κολποσκόπηση με μεγέθυνση) για εύρεση πιθανών προβλημάτων όπως πρόπτωση μήτρας, όγκοι, εκτροπή ουρήθρας κ.ά. ⁴⁷

Οι εργαστηριακές εξετάσεις θα βοηθήσουν στην περαιτέρω διερεύνηση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Αρχικά με γενική αίματος, βιοχημικό ορού, λιπιδαιμικό προφίλ (για ανάδειξη σακχαρώδη διαβήτη, νεφρική ανεπάρκεια, υπερλιπιδαιμία). Πιο εξειδικευμένες εξετάσεις είναι :TSH (Thyroid-stimulating hormone),LH (luteinizing hormone) ,FSH (Follicle-stimulating hormone),οιστρογόνα (έλεγχος του άξονα υπόφυσης-υποθαλάμου-ωοθηκών) ,ανδρογόνα (ολική και ελεύθερη τεστοστερόνη ,DHEA-Dehydroepiandrosterone,SHBG-Sex hormone-binding globulin). Επιπλέον μετρήσεις πρέπει να γίνονται για την προλακτίνη και τις θυρεοειδικές ορμόνες ³⁴.

Υπάρχουν επίσης ειδικές κλινικές διαγνωστικές δοκιμές που όμως χρησιμοποιούνται σπάνια. Το Thermal-Vibratory sensory analyzer system (VSA 3000) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για έλεγχο της νευρικής και αισθητικής ακεραιότητας της κλειτορίδας ,του κόλπου και των μικρών χειλέων με την παροχή δόνησης και θερμότητας. Επίσης με το διακολλικό Triplex μπορεί να γίνει εκτίμηση της αιματικής ροής στην κλειτορίδα και τον κόλπο, πριν και μετά

την εφαρμογή αγγειοδραστικών ουσιών ή δονήσεων σεξουαλικού ερεθισμού. Μετρά το εύρος του κοιλιακού παλμού αντανακλώντας την διαφορά φάσης της κοιλιακής πλήρωσης σε κάθε καρδιακό παλμό.³⁴

2.4.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Για την διαχείριση της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας προτείνεται διεπιστημονική προσέγγιση . Η γυναίκα μπορεί να επωφεληθεί από εκτίμηση από γενικό ιατρό, γυναικολόγο, ουρολόγο και ψυχολόγο-ψυχοθεραπευτή .⁴⁸

Η ενδεδειγμένη θεραπεία είναι αιτιολογική. Έτσι λοιπόν θα πρέπει να γίνει θεραπεία πρωτοπαθών νόσων ή ρύθμισή τους (σακχαρώδης διαβήτης, νεφρική ανεπάρκεια, χρόνιες παθήσεις, ακράτεια ούρων, φλεγμονές, λοιμώξεις) και όπου απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση όπως για παράδειγμα, ακράτεια ,πρόπτωση μήτρας, όγκοι ,ανατομικές ανωμαλίες ή ενδομητρίωση.³⁴

Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις και η ψυχοθεραπεία είναι η πρώτη γραμμή θεραπείας σε περιπτώσεις όπου η αιτιολογία δεν είναι οργανική.⁴⁹

Δεδομένου ότι το άγχος και η κόπωση μπορούν να συμβάλλουν στις σεξουαλικές δυσκολίες των γυναικών, οι δραστηριότητες διαχείρισης του άγχους όπως η γιόγκα ή ο διαλογισμός μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του επιπέδου στρες και κούρασης και κατ' επέκταση να βελτιώσουν την σεξουαλική λειτουργία ⁵⁰ . Οι τροποποιήσεις του τρόπου ζωής, όπως η μειωμένη ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ, η μείωση του καπνίσματος, η άσκηση και η καθιέρωση υγιεινής διατροφής, μπορούν επίσης να ληφθούν υπόψη κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας ⁵¹

Στην ψυχοσεξουαλική θεραπεία, οι σεξουαλικοί θεραπευτές εργάζονται σε τρεις τομείς της σεξουαλικής λειτουργίας: την φυσική λειτουργία (όπως ορμονικές, αγγειακές και νευρολογικές αλλαγές, ασθένειες και φαρμακευτική θεραπεία που μπορεί να προκαλούν προβλήματα), ψυχολογική ανταπόκριση, (άγχος, κατάθλιψη και άλλες δυσκολίες ψυχικής υγείας που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ψυχολογική ευημερία), και την αλληλεπίδραση του

ζεύγους. (φόβος, θυμός ή ιστορικό κακοποίησης που απαιτεί περαιτέρω ψυχοθεραπεία και υποστήριξη).⁵²

Οι ασκήσεις Kegel και ανόρθωσης πυελικού εδάφους βοηθούν τις γυναίκες που πάσχουν από δυσπαρεύνια, κολπικό πόνο και τον πυελικό πόνο.⁵³ Μπορούν να χρησιμοποιηθούν τοπικά υδατοδιαλυτά λιπαντικά και κολπικά λιπαντικά για την ανακούφιση της κολπικής ξηρότητας και της δυσπαρεύνιας.⁵⁴

Υπάρχουν κάποιες διαθέσιμες ιατρικές συσκευές για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Οι δονητές βελτιώνουν την σεξουαλική λειτουργία.⁵⁴ Οι διαστολείς κόλπου χρησιμοποιούνται σε γυναίκες με δυσπαρεύνια και κολπική στένωση. Η συσκευή κενού κλειτορίδας αυξάνει την αιματική ροή προκαλώντας διέγερση.⁵⁵

Η χρήση συστηματικών οιστρογόνων πρέπει να εξεταστεί προσεκτικά, καθώς μπορεί να μειώσει τη σεξουαλική επιθυμία και να οδηγήσει σε περαιτέρω γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία.⁴⁹ Η συστηματική θεραπεία με τεστοστερόνη σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έδειξε σημαντική βελτίωση σε διάφορους τομείς σεξουαλικής λειτουργίας. Η θεραπεία με ανδρογόνα μπορεί να έχει ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως ο αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακών παθήσεων, αλωπεκίας, υπερτρίχωσης, ακμής, πόνου στο στήθος και κεφαλαλγίας.⁵⁶ Άλλα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί με καλά αποτελέσματα για την τη θεραπεία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας των γυναικών είναι τα αγγειοδιασταλτικά, οι προσταγλανδίνες και η σιλδεναφίλη.³⁴

2.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Τα ποσοστά μακροχρόνιας, σοβαρής σεξουαλικής δυσλειτουργίας αγγίζουν το 50% σε επιζώντες από καρκίνο στις ΗΠΑ.⁵⁷ Τα ποσοστά των σεξουαλικών προβλημάτων είναι κοντά στο 33% στους επιζώντες του παιδικού καρκίνου, με τις γυναίκες να έχουν διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να τα αναφέρουν.⁵⁸ Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 43% των ασθενών με καρκίνο ανέφεραν ότι η σεξουαλική τους ζωή επηρεάστηκε αρνητικά από τις αντικαρκινικές θεραπείες. Μετά από καρκίνο του μαστού και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του προστάτη και του ορθού, οι σεξουαλικές δυσκολίες

αγγίζουν το 70-80%. Η σεξουαλικότητα χαρακτηρίζεται ως θέμα υψηλής προτεραιότητας από το ένα έως τα τρία τέταρτα των επιζώντων και κατατάσσεται ως μια σημαντική ανεκπλήρωτη ανάγκη .Η σεξουαλική δυσλειτουργία μετά από καρκίνο συνδέεται σταθερά με κακή ποιότητα ζωής.⁵⁹ Τα περισσότερα σεξουαλικά προβλήματα δεν προκαλούνται απ ό τον ίδιο τον καρκίνο, αλλά από την τοξικότητα των διάφορων θεραπειών. Ειδικότερα ,οι βλάβες που προκαλούν οι διάφορες αντικαρκινικές θεραπείες κατά τη θεραπεία του καρκίνου στα πυελικά νεύρα, τα αιμοφόρα αγγεία και τις δομές των οργάνων οδηγούν σε υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες, μπορούν να οδηγηθούν σε διακοπή της σεξουαλικής δραστηριότητας εξαιτίας των παρενεργειών των θεραπειών όπως η κόπωση, η ναυτία , η ακράτεια ούρων ή κοπράνων. Η σεξουαλικότητα παραμένει σημαντική ακόμα και για πολλούς επιζώντες μεγαλύτερης ηλικίας. Τα προβλήματα σεξουαλικότητας είναι περισσότερο δυσάρεστα για τις ηλικίες κάτω των 65 ετών και όσων είναι ενεργοί σεξουαλικά στην διάγνωση του καρκίνου.⁵⁹

Στον ανδρικό πληθυσμό με καρκίνο, τα πιο κοινά σεξουαλικά προβλήματα είναι η απώλεια της επιθυμίας και η στυτική δυσλειτουργία. Λιγότερο κοινά ,είναι οι αλλαγές στην ποιότητα του οργασμού, οι δυσκολίες στην επίτευξη οργασμού και η επώδυνη στύση. ⁵⁷ Όσοι άνδρες έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και χημειο-ακτινο-θεραπεία στην ουροδόχο κύστη ή στον ορθό έχουν υψηλότερα ποσοστά στυτική δυσλειτουργίας. Τα σεξουαλικά προβλήματα (αποτέλεσμα του υπογοναδισμού και της φθορά πυελικών νεύρων) εμφανίζονται και σε όσους άνδρες έχουν λάβει εντατική χημειοθεραπεία ,ακτινοθεραπεία της πυέλου είτε στο σύνολο του σώματος.⁵⁹ Οι επιζώντες καρκίνου των όρχεων ή λεμφωμάτων αναφέρουν υψηλά ποσοστά σεξουαλικής αδράνειας και χαμηλής επιθυμίας. ⁶⁰ Οι αιτίες των προβλημάτων μπορεί να είναι πολυπαραγοντικές, συμπεριλαμβανομένου του υπογοναδισμού, της κόπωσης και της αρνητικής διάθεσης.⁶¹

Στις γυναίκες, τα συνηθέστερα σεξουαλικά προβλήματα είναι η κολπική ξηρότητα ,πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας, απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας και συνήθως συνοδεύονται από δυσκολία στην διέγερση και την ευχαρίστηση κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. ^{57,59}

Οι αντικαρκινικές θεραπείες αυξάνουν τον κίνδυνο σεξουαλικής δυσλειτουργίας για τις γυναίκες διότι προκαλούν απότομη, πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια σε γυναίκες που δεν είχαν αρχίσει ακόμη την εμμηνόπαυση⁶². Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε εντατική χημειοθεραπεία (υψηλών δόσεων και με αλκυλιούντες παράγοντες), πυελική ακτινοθεραπεία (που προκαλεί ωοθηκική ανεπάρκεια και άμεσης βλάβης ιστών γεννητικών οργάνων), χειρουργικές επεμβάσεις ωοθηκικής ή υστερεκτομής και είναι σε ηλικία κάτω των 35 ετών, είναι σε υψηλότερο κίνδυνο για προβλήματα σεξουαλικότητας. Η χρήση αγωνιστών ή ανταγωνιστών γοναδοτροπίνης για τη δημιουργία προσωρινής κατάστασης ωοθηκικής ανεπάρκειας προκαλεί επίσης σεξουαλικά προβλήματα, αν και οι δυσλειτουργίες μπορεί να επιλυθούν όταν διακοπεί η ορμονική θεραπεία. Η αντικατάσταση οιστρογόνων βοηθάει λίγο με την κολπική ξηρότητα, δεν αποκαθιστά όμως την κανονική σεξουαλική λειτουργία. Η ορμονική θεραπεία μπορεί επίσης να προκαλέσει σεξουαλικά προβλήματα. Οι γυναίκες που λαμβάνουν ταμοξιφαίνη έχουν ελάχιστες αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία ενώ οι αναστολείς αρωματάσης μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή κολπική ξηρότητα και δυσπαρεούνια.⁶³ Σε πρόσφατη μελέτη αναφέρθηκε ότι το 90% των περιπτώσεων σεξουαλικής δυσλειτουργίας εμφανίστηκαν μετά από χημειοθεραπεία, 9% μετά από χειρουργική επέμβαση και 3% μετά από ακτινοθεραπεία. Όλες οι γυναίκες επίσης με καρκίνο του μαστού ανέφεραν ότι δεν είχαν λάβει επαρκείς πληροφορίες σχετικά με το πώς η σεξουαλική τους ζωή μπορεί να επηρεαστεί από τη νόσο και τη θεραπεία.⁶⁴

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα πιο κοινά προβλήματα στην σεξουαλικότητα των γυναικών από διάφορες αντικαρκινικές θεραπείες³⁴ και στον πίνακα 7 τα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα απώτερα των θεραπειών που επηρεάζουν την σεξουαλική λειτουργία των γυναικών.⁶⁵

Πιο αναλυτικά, η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να επηρεάσει όλες τις φάσεις του κύκλου της ανθρώπινης σεξουαλικής ανταπόκρισης. Η φάση επιθυμίας μπορεί να επηρεαστεί από τις αλλαγές της εικόνας του σώματος, την αλλαγή της αρρενωπότητας και της θηλυκότητας που προκαλείται από τη θεραπεία και από το άγχος ή την κατάθλιψη που σχετίζεται με τη διάγνωση του καρκίνου. Το σεξουαλικό ενδιαφέρον επηρεάζεται επίσης από την κόπωση ως συνέπεια ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, μεταβολές στις ορμόνες ως

άμεσο αποτέλεσμα της θεραπείας του καρκίνου -ιδίως μετά από καρκίνο του μαστού, γυναικολογικούς ή καρκίνου του προστάτη, και ανεπιθύμητες ενέργειες, συμπεριλαμβανομένης της αλωπεκίας, διάρροιας και βλεννογονίτιδας . Έπειτα ,κατά τη διάρκεια της φάσης διέγερσης, η ικανότητα ενός άνδρα να έχει και να διατηρεί στύση μπορεί να επηρεαστεί έμμεσα από τις αλλαγές στην τεστοστερόνη και να επηρεαστεί άμεσα από τραυματισμό του νεύρου, ή μέσω ουλής και ίνωσης των σπυραγγών αρτηριών που προκαλούνται από ακτινοθεραπεία ή χειρουργική επέμβαση. Στις γυναίκες, οι αλλαγές στον κόλπο όσον αφορά την βράχυνση ή την στένωση που προκαλείται από χειρουργική επέμβαση ή πυελική ακτινοθεραπεία και απώλεια κολπικής λίπανσης μπορεί να οδηγήσουν σε σεξουαλικό πόνο και να μειώσουν την ικανότητα τους να χαλαρώσουν και να απολαύσουν την διέγερση. Τελικά ,το άγχος και η κατάθλιψη αλλά και τα φάρμακα για αυτά μπορούν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ικανότητα να φτάσουν στον οργασμό. Ακόμη και όταν επιτυγχάνεται ένας οργασμός, μπορεί να είναι λιγότερο έντονος και λιγότερο ευχάριστος. Η βλάβη των νεύρων μπορεί επίσης να προκαλέσει προβλήματα με την εκσπερμάτιση. Οι άνδρες μπορεί να αποτύχουν να εκσπερματίσουν ή και να έχουν οπισθοδρομική εκσπερμάτωση.⁵²

Η σεξουαλικότητα συνεπώς δεν επηρεάζεται μόνο από τις σωματικές επιδράσεις του καρκίνου και των θεραπειών αλλά και από τις ψυχολογικές. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου ακόμα και πριν την διάγνωση προκαλούν φόβο, άγχος ,πανικό, χαμηλή αυτοεκτίμηση επιδρώντας έτσι στην σεξουαλικότητα του ατόμου . Όταν το άτομο βιώνει την «απειλή» της διάγνωσης αναστέλλεται σημαντικά η σεξουαλική επιθυμία και δραστηριότητα. Επιπλέον με την διενέργεια των διάφορων θεραπειών ,αυξάνεται το άγχος ,η αβεβαιότητα, οι απώλειες (πραγματικές και δυνητικές) και η θλίψη. Υπάρχει αλλαγή στην εικόνα σώματος από την αλωπεκία, μαστεκτομή ,στομίες ,υστερεκτομή, ακρωτηριασμός και αλλαγή της αυτοαντίληψης (απώλεια γονιμότητας, θηλυκότητας ή αρρενωπότητας). Έτσι όχι μόνο μειώνεται η επιθυμία αλλά και η αίσθηση του ατόμου ότι είναι σεξουαλικά επιθυμητό από τον/την σύντροφο. Όλοι αυτοί οι παράγοντες αλληλοεπιδρούν με τα οργανικά προβλήματα και συντελούν στην σεξουαλική δυσλειτουργία .⁶⁶

Ακολουθως, η ποιότητα των συντροφικών και σεξουαλικών σχέσεων αλλάζει μετά από την διάγνωση και τις θεραπείες για τον καρκίνο .Η πρόγνωση της εξέλιξης της σεξουαλικής σχέσης μετά από θεραπεία του καρκίνου εξαρτάται από τα επίπεδα της σεξουαλικής λειτουργίας πριν από τη θεραπεία, τις επιλογές θεραπείας και τον αριθμό των θεραπειών, την ποιότητα της σχέσης με τον σύντροφο, την ηλικία στη διάγνωση και την ανταπόκριση του συντρόφου στη διάγνωση και τη θεραπεία.⁶⁷

Θεραπεία	Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία	Κολπική ξηρότητα	Βράχυνση κόλπου	Δυσπαρεύνια	Πρόβλημα οργασμού	Υπογονιμότητα
Χημειοθεραπεία	Κάποιες φορές	Συχνά	Σπάνια (εκτός αν υπάρχει εμμηνόπαυση)	Συχνά	Σπάνια	Συχνά
Ακτινοθεραπεία στην πύελο	Συχνά (εάν σχετίζεται και με πόνο)	Συχνά	Συχνά	Συχνά	Σπάνια	Συχνά
Ριζική υστερεκτομή	Σπάνια	Συχνά	Συχνά	Σπάνια	Σπάνια	Πάντα
Ριζική κυστεκτομή	Σπάνια	Συχνά	Πάντα	Κάποιες φορές	Κάποιες φορές	Πάντα
Εκτομή αιδοίου	Σπάνια	Ποτέ	Κάποιες φορές	Κάποιες φορές	Κάποιες φορές	Ποτέ
Κωνοειδής εκτομή	Ποτέ	Ποτέ	Ποτέ	Σπάνια	Ποτέ	Σπάνια
Ωοθηκεκτομή (μία σάλπιγγα ή ωθήκη)	Σπάνια	Ποτέ	Ποτέ	Ποτέ(εκτός αν υπάρχει εμμηνόπαυση)	Ποτέ	Σπάνια
Διμερής ωοθηκεκτομή	Σπάνια	Συχνά	Κάποιες φορές	Κάποιες φορές	Σπάνια	Πάντα
Μαστεκτομή ή ακτινοβολία στο στήθος	Σπάνια	Ποτέ	Ποτέ	Ποτέ	Σπάνια	Ποτέ
Ταμοξιφαίνη	Κάποιες φορές	Συχνά	Κάποιες φορές	Κάποιες φορές	Σπάνια	Χρειάζεται αντισύλληψη
Αναστολείς αρωματάσης	Κάποιες φορές	Κάποιες φορές	Κάποιες φορές	Κάποιες φορές	Κάποιες φορές (αν συνδέεται με πόνο)	Δίδεται σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

Πίνακας 4: Γυναικεία σεξουαλικά προβλήματα από τις αντικαρκινικές θεραπείες

Οργανικά	Ψυχοκοινωνικά
Απώλεια οιστρογόνων Κόπωση Πόνος Εντόπιση του καρκίνου Δύσπνοια Τραύματα Αναιμία Συμπτώματα εμμηνόπαυσης Καταστροφή σε πυελική περιοχή Τύπος αντικαρκινικής θεραπείας Λεμφοίδημα Στεριότητα Ατροφία μυών Ανοσοκαταστολή Αϋπνία Διατροφικές αλλαγές Αλωπεκία Απώλεια ηβικής τριχοφυΐας Χειρουργείο στην πύελο Θρομβοπενία Απώλεια ελέγχου των σωματικών λειτουργιών Ορμονικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές Αλλαγές κεντρικού νευρικού συστήματος Μειωμένη αντοχή	Οικογενειακή κατάσταση Στάση απέναντι στον καρκίνο και τις θεραπείες του Προτιμήσεις φύλου Ύπαρξη υποστήριξης Οικονομικά θέματα Οικογενειακές παραδόσεις Απομόνωση Στίγμα Αλλαγές στο άγγιγμα και την οικειότητα Φόβος απόρριψης Απουσία συντρόφου Προβλήματα επικοινωνίας Φυλή Εκπαίδευση Ασφάλιση υγείας Γεωγραφική τοποθεσία Απώλεια γονιμότητας Ανισότητα στην σχέση Εντόπιση του καρκίνου Σημασία του μέρους του σώματος που νοσεί Ιστορικό αυνανισμού Οικογενειακές διαμάχες Θρησκεία Δυσκολία έναρξης του σεξ Φόβος βλάβης του συντρόφου Αλλαγές ρόλων Δυσμορφία Άγχος απόδοσης στο σεξ Στρες ή απώλεια εργασίας Άγχος εμφάνισης Κακή πληροφόρηση Θέματα για το τέλος της ζωής Άγχος εγκατάλειψης Απώλεια ιδιωτικότητας Φόβος μετάδοσης της νόσου Νέες προτεραιότητες

Πίνακας 5: Οργανικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες των θεραπειών που επηρεάζουν την γυναικεία σεξουαλικότητα

2.6 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ

Στις ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο υπάρχει 50% ή μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σεξουαλικής δυσλειτουργίας εξαιτίας αλλαγών στην εικόνα σώματος, την σεξουαλική λειτουργία και την γονιμότητα. Το 15-80% των γυναικών αυτών βιώνουν σεξουαλική δυσλειτουργία που είναι μειωμένο ενδιαφέρον, κολπική ξηρότητα, λιγότερους οργασμούς ή δυσπαρευνία. Οι μακροχρόνιοι επιζώντες καρκίνου του τράχηλου ή του αιδοίου αναφέρουν δυσπαρευνία και κολπική ξηρότητα ⁶⁵

Οι πιο συνηθισμένοι γυναικολογικοί καρκίνοι που παρατηρούνται σε νεαρές γυναίκες οκαρκίνος του τραχήλου και των ωοθηκών. Παρά το γεγονός ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι μη ορατές δημόσια, οι ασθενείς βιώνουν αλλοιώσεις στη σεξουαλική ταυτότητα, αυτοεκτίμηση, θηλυκότητα και σεξουαλική λειτουργία. Οι περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις μεταβάλλουν μόνιμα τη γονιμότητα και μπορεί να οδηγήσουν σε σεξουαλική δυσλειτουργία. Οι συχνές μεταβολές στη σεξουαλική λειτουργία μετά από γυναικολογική χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνουν: μειωμένη επιθυμία, κολπική ατροφία και ξηρότητα, εξάψεις και άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την πρόωμη εμμηνόπαυση και την δυσπαρευνία. Επιπλέον, οι συναισθηματικές αντιδράσεις στην απώλεια της γονιμότητας και η μειωμένη αίσθηση της θηλυκότητας είναι κοινά προβλήματα. ⁶⁸

Οι επιζώντες γυναικολογικού καρκίνου βιώνουν σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές σεξουαλικές ανησυχίες αλλά έχουν γίνει λίγες μελέτες παρέμβασης που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα σεξουαλικά προβλήματα στο κλινικό περιβάλλον. Μελέτες δείχνουν ότι το 70-92% των ασθενών γυναικολογικών καρκίνων πιστεύουν ότι η σεξουαλική έκφραση είναι μια σημαντική πτυχή της ζωής τους και ότι συμβάλλει στη συνολική υγεία και την αίσθηση που εκπληρώνει στη ζωή. ^{69,70}

Η χειρουργική επέμβαση για γυναικολογικό καρκίνο (καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, της μήτρας, των ωοθηκών, του αιδοίου και του κόλπου) μπορεί να προκαλέσει ανατομικές, φυσιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα. Σε μελέτη των Aerts και συν., του 2009,⁷¹ σημαντικά περισσότερες γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο σε σχέση με τα άτομα ελέγχου ανέφεραν σεξουαλική δυσλειτουργία (83% έναντι 20%) . Οι

ορμονικές αλλαγές ως αποτέλεσμα της απώλειας των ωθηκών μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα όπως η ατροφία κόλπου και η μειωμένη λίπανση (42% έναντι 9%), αν και η ακτινοβολία ή / και χημειοθεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε βράχυνση ή στένωση του κόλπου και να προκαλέσει σεξουαλική δυσφορία. Η ακτινοθεραπεία επιπλέον προκαλεί ίνωση στα τοιχώματα του κόλπου, καταστροφή του επιθηλίου και αίσθηση καψίματος κατά την επαφή με το σπέρμα. Η αντικαρκινική θεραπεία στον γυναικολογικό καρκίνο προκαλεί πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, μείωση της σεξουαλικής διέγερσης και επιθυμίας.⁷¹

Σε ανασκόπηση για τους επιζώντες γυναικολογικού καρκίνου, κοινές σωματικές ανησυχίες περιλάμβαναν την δυσπαρέυνια, την μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα και τα κοιλικά προβλήματα. Οι ψυχολογικές ανησυχίες περιλάμβαναν μειωμένη λίμπιντο, άγχος που σχετίζεται με τη σεξουαλική απόδοση και αλλαγές στη εικόνα του σώματος. Τέλος, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν αυτήν την ομάδα γυναικών περιλάμβαναν μια αντιληπτή αλλαγή στο σεξουαλικό ενδιαφέρον του συντρόφου τους και τη δυσκολία διατήρησης των προγενέστερων σεξουαλικών ρόλων, καθώς και το συναίσθημα της συναισθηματικής αποσύνδεσης από τον σύντροφό τους.⁷² Ανεξάρτητα από τον τύπο της θεραπείας, προκύπτει ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι μια σημαντική και εξαιρετικά επικρατούσα ανησυχία μετά από θεραπεία ΚΤΜ, η οποία θα πρέπει να αποτελεί ουσιαστικό μέρος της προκαταρκτικής ενημέρωσης⁷³. Τα συμπτώματα που βιώνουν οι γυναίκες από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τις θεραπείες του σε συνδυασμό με το άγχος επηρεάζουν αρνητικά τα αισθήματα ελκυστικότητας και εμπιστοσύνης στον εαυτό τους. Αποτέλεσμα αυτού είναι έντονη σεξουαλική δυσλειτουργία που παραμένει και μετά το τέλος των θεραπειών.⁶⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Σύμφωνα με το DSM V, οι καταθλιπτικές διαταραχές ,διακρίνονται σε :³⁹

- Διαταραχή της δυσλειτουργίας της διάθεσης

- Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ)
- Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (Δυσθυμία)
- Προεμμηνόρροϊκή διαταραχή διάθεσης
- Καταθλιπτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσία ή φαρμακευτική αγωγή
- Καταθλιπτική διαταραχή προκαλούμενη από άλλη ιατρική πάθηση
- Άλλη καθορισμένη καταθλιπτική διαταραχή
- Απροσδιόριστη καταθλιπτική διαταραχή

3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Συμπτώματα των καταθλιπτικών διαταραχών είναι:⁷⁴

- Συναίσθημα: καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, άγχος
- Κινητοποίηση: απώλεια ενδιαφέροντος, ανημποριά, έλλειψη ελπίδας
- Σκέψη-αντίληψη: αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία στην συγκέντρωση, ψύχωση (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες)
- Αυτόνομο νευρικό σύστημα: διαταραχές ύπνου και όρεξης, κόπωση, εξάντληση, μείωση σεξουαλικής διάθεσης (libido), ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση
- Σωματικά ενοχλήματα: πονοκέφαλοι, μυϊκοί σπασμοί, ναυτία, έμετος, άλγος στην οσφύ, δυσκοιλιότητα, οπισθοπεριτοναϊκό κάψιμο, δύσπνοια κ.ά.
- Συνοδά συμπτώματα: εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενασχόληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες υπερβολική στενοχώρια για την σωματική τους υγεία, προσβολές πανικού κ.ά.

Διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με ΜΚΔ είναι :διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, διαταραχή πανικού, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, ψυχογενής ανορεξία ή βουλιμία. Είναι δυνατόν να συνδέεται με χρόνιες παθήσεις (καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά προβλήματα).³⁹

Τα άτομα με ΜΚΔ παρουσιάζουν ελαττωμένη ενέργεια και ενεργητικότητα και φτωχή απόδοση στο σχολείο ή την εργασία, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές συναναστροφές. Η απάθεια και οι σεξουαλικές δυσκολίες (κυριότερα ανοργασμία στις γυναίκες και στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες) προκαλούν προβλήματα στην συμβίωση. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι τα συζυγικά προβλήματα (διαζύγια), εργασιακά προβλήματα (απόλυση), επαγγελματικά (αποτυχίες), κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, αύξηση του πρόωρου θανάτου από προβλήματα υγείας και αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας. Η σοβαρότερη επιπλοκή της ΜΚΔ είναι η αυτοκτονία. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα υψηλός σε άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, με οικογενειακό ιστορικό επιτυχημένων αυτοκτονιών και αποπειρών αυτοκτονίας, με ταυτόχρονη χρήση ουσιών, που ζουν μόνα τους ή στο περιθώριο και έχουν προετοιμάσει ένα λεπτομερές σχέδιο αυτοκτονίας. Έχει υψηλή θνησιμότητα. Έως και 15% των ατόμων με ΜΚΔ πεθαίνουν από αυτοκτονία.³⁹

Στους ενήλικες η δυσθυμία μπορεί να συνδυάζεται με μεταιχμιακή, δραματική, ναρκισσική, αποφευκτική ή εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας και με εξάρτηση από ουσίες.³⁹

Συνθήκες που συνυπάρχουν με καταθλιπτική διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης είναι αυτές που συνδέονται με τις ιατρικές παθήσεις αιτιολογικής σχετικότητας. Έχει παρατηρηθεί ότι παραλήρημα μπορεί να συμβεί πριν ή μαζί με καταθλιπτικά συμπτώματα σε άτομα με ποικιλία ιατρικών καταστάσεων. Η συσχέτιση των συμπτωμάτων άγχους, συνήθως γενικευμένα συμπτώματα, είναι συχνά στις καταθλιπτικές διαταραχές, ανεξάρτητα από την αιτία.³⁷

3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο ΠΟΥ εκτιμά ότι η μείζων κατάθλιψη είναι η τέταρτη πιο σημαντική αιτία παγκοσμίως για την απώλεια παραγωγικού χρόνου λόγω ανικανότητας του ατόμου να εργασθεί και ότι θα είναι η δεύτερη αιτία μέχρι το 2020.⁷⁵ Έρευνες τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα δείχνουν ότι σε μια ορισμένη

στιγμή πάνω από το 20% του πληθυσμού υποφέρει από κάποια ψυχική διαταραχή.⁷⁶

Οκίνδυνος εμφάνισης ΜΚΔ σε όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου είναι 10-25% για τις γυναίκες και 5-15% για τους άνδρες. Η ΜΚΔ μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία . Η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 25 έτη. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες από ότι σε έφηβους και ενήλικες άνδρες, το ίδιο όμως συχνή σε κορίτσια και αγόρια προεφηβικής ηλικίας. Η υψηλότερη συχνότητα για άνδρες και γυναίκες είναι τα 25-44 έτη με πτώση μετά την ηλικία των 65 .Είναι έως και τρεις φορές συχνότερη σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με την διαταραχή από ότι στον γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος εμφάνισης δυσθυμικής διαταραχής σε όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου είναι 6%.Οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να την αναπτύξουν και είναι συχνότερη σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με την διαταραχή από ότι στον γενικό πληθυσμό.⁷⁴

3.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

3.4.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

Στους βιολογικούς παράγοντες που δυνητικά προκαλούν κατάθλιψη περιλαμβάνονται:⁷⁷

1. Μεταβολές στα επίπεδα ορισμένων βιολογικών αμινών (σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης)
2. Οι νευροενδοκρινολογικές διαταραχές
3. Οι διαταραχές του ύπνου
4. Γενετικοί παράγοντες

Κυριότερες οργανικές αιτίες είναι ⁷⁸ : τα λοιμώδη νοσήματα (πνευμονία, ηπατίτιδα, λοιμώδης μονοπυρήνωση, HIV, ιός Epstein-Bar), ο καρκίνος, οι διαταραχές των ενδοκρινών αδένων (Θυρεοειδής, υπόφυση, επινεφρίδια, υπερκαλιαιμία, υπογλυκαιμία, σύνδρομο Cushing),νευρολογικά νοσήματα (νόσος Parkinson, όγκοι εγκεφάλου, επιληψία, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, νόσος Huntington),σακχαρώδης διαβήτης, κρανιοεγκεφαλικές

κακώσεις, αιματολογικά νοσήματα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, χρόνιος πόνος και φάρμακα ή ουσίες(κορτικοστεροειδή, οιστρογόνα, ιντερφερόνη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ,αντιπαρκινσονικά, αμφεταμίνες, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες κ.α.)

3.4.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ⁷⁷

Ψυχαναλυτικοί παράγοντες: Ο Freud, περιέγραψε ότι η εσωτερική αμφιθυμία για ένα αντικείμενο αγάπης (άτομο) μπορεί να προκαλέσει μια παθολογική μορφή πένθους εάν το αντικείμενο χαθεί. Αυτό το πένθος παίρνει τη μορφή της κατάθλιψης. Η συμβολική ή πραγματική απώλεια του αντικειμένου αγάπης γίνεται αντιληπτή ως απόρριψη.

Ψυχοδυναμικοί παράγοντες: Στην κατάθλιψη η ενδοβολή ενός χαμένου αντικειμένου, υπενδεδυμένου με αμφιθυμικά συναισθήματα οδηγεί σε εσωτερικές συγκρούσεις, ενοχή, οργή, πόνο και απέχθεια. Ένα παθολογικό πένθος εξελίσσεται σε κατάθλιψη, καθώς και τα αμφιθυμικά συναισθήματα προς το ενδοβλημένο αντικείμενο κατευθύνονται κατά του εαυτού.

Γνωσιακοί παράγοντες - Γνωσιακή τριάδα του Aaron Beck: Αναφέρεται σε άτομα που έχουν αρνητικό τρόπο σκέψης και χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, αρνητική εικόνα εαυτού (τα πράγματα πάνε άσχημα γιατί εγώ είμαι κακός), αρνητική ερμηνεία της εμπειρίας (όλα πηγαιναν πάντα άσχημα), αρνητική θεώρηση του μέλλοντος (προσμονή αποτυχίας).

Μαθημένη αίσθηση ανημπόριας: Η θεωρία αυτή αποδίδει την κατάθλιψη στην ανικανότητα του ατόμου να ελέγξει γεγονότα (απρόβλεπτα shock).

Στρεσσογόνα γεγονότα ζωής: Μπορούν να προκαλέσουν παροδικές ή μονιμότερες μεταβολές στα συστήματα νευρομεταβίβασης των νευρώνων του κεντρικού νευρικού συστήματος, που προδιαθέτουν το άτομο σε επακόλουθα επεισόδια διαταραχής.

3.5 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

3.5.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η κατάθλιψη είναι το συνηθέστερο ψυχολογικό σύμπτωμα σε ασθενείς με καρκίνο και μπορεί να κυμαίνεται σε σοβαρότητα από τη μη παθολογική θλίψη έως τα κλινικά σύνδρομα που συνδέονται με την έντονη δυσφορία και την αναπηρία. Τα σοβαρότερα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι κλινικά ανησυχητικά λόγω της συσχέτισης τους με πιο παρατεταμένες διαμονές στο νοσοκομείο, σωματική και ψυχολογική δυσφορία, χαμηλή ποιότητα ζωής, αυξημένη επιθυμία για ταχύτερο θάνατο και αυτοκτονία.⁷⁹

Η κατάθλιψη επηρεάζει το 15-25% των ασθενών με καρκίνο . Σημαντική κατάθλιψη παρατηρήθηκε σε περίπου 16% των ασθενών με καρκίνο, και δυσθυμία που αναφέρθηκαν σε ποσοστό σχεδόν 22% των ασθενών.⁸⁰ Τα άτομα με διάγνωση καρκίνου εμφανίζουν κατάθλιψη τρεις με πέντε φορές πιο συχνά από ότι ο γενικός πληθυσμός .⁸¹ Ο επιπολασμός της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο είναι ακόμα ασαφής, παρά τα πολλά χρόνια έρευνας, κυρίως λόγω των μεθοδολογικών δυσκολιών. Υπάρχει μία ποικιλία ερωτηματολογίων αυτοαξιολόγησης που χρησιμοποιούνται σε διάφορες μελέτες για τον εντοπισμό των συμπτωμάτων κατάθλιψης ενώ ορισμένες μελέτες χρησιμοποιούν δομημένες συνεντεύξεις για τη διάγνωση. Διαφορετικοί πληθυσμοί και διαφορετικές μέθοδοι έρευνας καθιστούν δύσκολη μια καλή εκτίμηση. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι 8-24% σε ασθενείς με καρκίνο κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία, σε δομές μη-ανακουφιστικής φροντίδας^{82,83}. Η επικράτηση του άγχους και της κατάθλιψης ήταν διπλάσια σε νοσηλευόμενους με καρκίνο σε σύγκριση με τον επιπολασμό στο γενικό πληθυσμό.⁸⁴ Η αναφερθείσα συχνότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον καρκίνο κυμαίνεται , ανάλογα με τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου, το χρόνο και τη μέθοδο αξιολόγησης, τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν εφαρμοστεί και τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού που μελετάται. Τα ποσοστά των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυξάνονται στον καρκίνο στο τέλος της ζωής και σε συγκεκριμένους καρκίνους, όπως ο καρκίνος του παγκρέατος, στομάχου και στοματοφάρυγγα.

⁸³ Παρόλο που η κατάθλιψη έχει αναφερθεί να είναι δύο έως τρεις φορές πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άνδρες στο γενικό πληθυσμό η ανισότητα αυτή δεν έχει παρατηρηθεί στον καρκίνο, ίσως επειδή το βάρος της νόσου μπορεί να διανεμηθεί εξίσου ανάλογα με το φύλο.^{84,85} Η κατάθλιψη συνδέεται με φτωχότερη συμμόρφωση στην θεραπεία και κακή πρόγνωση ⁸⁶.Επίσης,οι μακροχρόνιοι επιζώντες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για νοσηλεία για κατάθλιψη σε σύγκριση με άτομα χωρίς καρκίνο. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι επίσης παράγοντας κινδύνου για θνησιμότητα ,ενός έως δέκα ετών μετά τη διάγνωση σε επιζώντες του καρκίνου ^{87,88}

3.5.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η μακροχρόνια και εντατική θεραπεία και νοσηλεία των ασθενών με καρκίνο, η αβεβαιότητα κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της νόσου, η αλλαγή στην εικόνα σώματος και οι γενικότερες αλλαγές στους ρόλους του ατόμου στην οικογένεια και εργασία μπορεί να οδηγήσουν σε συμπτώματα όπως άγχος, φόβο ,θλίψη και κατάθλιψη. Το ψυχολογικό τραύμα που ξεκινά με διάγνωση του καρκίνου διαρκεί περισσότερο, και αυξάνεται κατά τη διάρκεια της περιόδου της χημειοθεραπείας, η οποία απαιτεί πολλαπλές νοσοκομειακές νοσηλείες. ^{89,90} Συγκεκριμένα είδη καρκίνου όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, μαστού ,κεφαλής τραχήλου και αιματολογικές κακοήθειες σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης. Στο προχωρημένο και τελικό στάδιο δε με την επιδείνωση των οργανικών λειτουργιών ,επέρχεται και απώλεια ενδιαφέροντος για το περιβάλλον, μελαγχολία, θλίψη και κατάθλιψη σε ποσοστά πάνω από 60% . ⁹⁰

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζουν μεγάλο εύρος και είναι διαφορετικά από ασθενή σε ασθενή. ⁹¹ Οι ασθενείς με καρκίνο μπορούν να βιώσουν μια πληθώρα αλλαγών στην συμπεριφορά τους όπως: κατάθλιψη, κόπωση, διαταραχές ύπνου, γνωσιακή δυσλειτουργία.⁹²

Η εντόπιση του καρκίνου εμφανίζει ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, και αυτά καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από την επίδραση στον ψυχισμό του προσβεβλημένου οργάνου . Ανάλογα με την συμβολική αξία και σημασία του κάθε οργάνου που προσβάλλεται όπως και την συναισθηματική επένδυση που δίδεται σε αυτό, ανακινούνται φόβοι απόρριψης, τιμωρίας, αδυναμίας και

εξάρτησης, που περιπλέκουν την προσαρμογή του ατόμου στη νόσο. Η ευερεθιστότητα, η ανησυχία, το άγχος, η κατάθλιψη, ακόμα και οι φοβικές συμπεριφορές, αποτελούν συνήθεις συναισθηματικές αντιδράσεις που ακολουθούν τους ασθενείς με κάθε μορφή καρκίνου. Η συμβολική αξία του οργάνου που πάσχει συνδέεται με την πυροδότηση συναισθημάτων και την κινητοποίηση μηχανισμών άμυνας, προκειμένου να αντιμετωπισθεί η νέα ψυχική πραγματικότητα που διαμορφώνει ο καρκίνος. Η φαινομενολογία, λοιπόν, των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών που παρουσιάζονται στους ασθενείς με καρκίνο συνδέεται άρρηκτα με την εντόπιση της νόσου στο σώμα.⁹³

Στο θέμα της κατάθλιψης που σχετίζεται με τον καρκίνο υπάρχουν διαγνωστικές προκλήσεις που σχετίζονται με τα συχνά αυθαίρετα και διαφορούμενα όρια μεταξύ της θλίψης και της μείζονος κατάθλιψης. Υπάρχει επίσης συχνή αβεβαιότητα σχετικά με τη διαγνωστική σημασία των φυσικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων. Πολλά συμπτώματα του καρκίνου και της θεραπείας του, όπως η κόπωση, η ανορεξία, η αϋπνία και η γνωστική εξασθένηση, ενδέχεται να συγχυστούν με τα σημεία διάγνωσης της κατάθλιψης. Επιπλέον, η αυτοκτονία ή ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι απόρροια της κατάθλιψης, παρόλο που μπορεί επίσης να βρεθεί σε καταστάσεις αποδυνάμωσης σε άτομα που δεν είναι κλινικά καταθλιπτικά.⁹⁴ Η κατάθλιψη ως απόρροια του καρκίνου σχετίζεται επίσης με λιγότερες καταθλιπτικές σκέψεις από τον γενικό πληθυσμό, όπως η αίσθηση ενοχής και αποτυχίας, η δυσαρέσκεια από την κατάθλιψη.⁹⁵ Αυτές οι παρατηρήσεις εγείρουν την πιθανότητα ότι η φαινομενολογία και η αιτιολογία των καταθλιπτικών διαταραχών σε αυτόν τον πληθυσμό και ίσως σε άλλες ιατρικές ομάδες διαφέρουν από εκείνες της πρωτοπαθούς κατάθλιψης.⁹⁶

3.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ

Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο συνήθεις ψυχολογικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο σε μια μονοκεντρική περιγραφική μελέτη χρονικής στιγμής ήταν 13,4%, με το 51,7% να νοσεί από καρκίνο των ωοθηκών, 22,8% από ΚΤΜ και 13,4% από καρκίνο της μήτρας.

Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη περιλάμβαναν χαμηλό εισόδημα, διάγνωση ΚΤΜ, ακτινοθεραπεία, χαμηλή λειτουργική κατάσταση.⁹⁷

Η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών είναι κοινή στις νέες ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών, ειδικότερα την περίοδο της αρχικής διάγνωσης.⁹⁸

Η επικράτηση της κατάθλιψης και του άγχους στις γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών, σε όλο το φάσμα της θεραπείας, είναι σημαντικά μεγαλύτερη από ό τι στον υγιή θηλυκό πληθυσμό. Σε γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών βρέθηκε άμεση συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους με την σεξουαλική λειτουργία των γυναικών.⁹⁹

Στις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, μια χειρουργική επέμβαση ωοθηκεκτομής, υστερεκτομής αποκτά την έννοια της απώλειας της θηλυκότητας και της ικανότητας τους να τεκνοποιήσουν. Σε όλα τα στάδια της νόσου, περίπου το 30% των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους.¹⁰⁰

Σε ασθενείς με καρκίνο του τράχηλου της μήτρας, 80% των ασθενών ανέφεραν καταθλιπτικά συμπτώματα, 78% των ασθενών μέτρια, 18% ήπια και 4% σοβαρά. Το 50% των ασθενών με κατάθλιψη ήταν μεταξύ 41 και 60 ετών και μόνο το 12,5% των συμμετεχόντων με κατάθλιψη ήταν μεγαλύτερο των 60 ετών.¹⁰¹ Σε επιζώντες από καρκίνο του τράχηλου της μήτρας το 21,3% ανέφερε καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι γυναίκες με συμπτώματα κατάθλιψης είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας από τους επιζώντες που δεν ανέφεραν καταθλιπτικά συμπτώματα. Παράγοντες πρόβλεψης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν η επίδραση του καρκίνου και των θεραπειών του καρκίνου στην ικανότητα εργασίας και η αλλαγή της οικογενειακής κατάστασης (διαζύγιο).¹⁰²

3.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αποτελεσματικότητα των ψυχοκοινωνικών και φαρμακολογικών θεραπειών για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο είναι γενικά αποδεκτή.¹⁰³

Τα κυριότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στους ασθενείς με καρκίνο και κατάθλιψη είναι :οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (σιταλοπράμη, εσιταλοπράμη, φλουοξετίνη,

σερταλίνη ,παροξετίνη) ,οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης νοροαδρεναλίνης (ντουλοξετίνη, βενλαφαξίνη) ,τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (αμιτριπυλίνη, νορτριπυλίνη),μιπραζαπίνη (ειδικό σεροτονεργικό αντικαταθλιπτικό) και τα ψυχοδιεγερτικά (μεθυλφαινιδάτη).Δεν έχει αποδειχθεί ότι καμία ιδιαίτερη κατηγορία αντικαταθλιπτικών είναι πιο αποτελεσματική για τη θεραπεία της κατάθλιψης, μολονότι άλλοι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την επιλογή της θεραπείας. Αυτές περιλαμβάνουν την προηγούμενη ανταπόκριση στη θεραπεία σε ασθενείς ή τα μέλη των οικογενειών τους και το προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων για κάθε φάρμακο. Λόγω των προφίλ των ανεπιθύμητων ενεργειών και του κινδύνου θνησιμότητας σε υπερβολική δόση, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης και οι αναστρέψιμοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης A σπάνια χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με καρκίνο.

Η ψυχοθεραπεία συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με φαρμακολογική παρέμβαση. Υπάρχουν διάφορες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που έχουν χρησιμοποιηθεί επιτυχώς με τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο με καταθλιπτικά συμπτώματα. Δύο μορφές ψυχοθεραπείας είναι υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία . Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία έχει στόχο να βοηθήσει τον ασθενή με έμφαση σε προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Επιχειρεί να εντοπίσει και να υποστηρίξει τις στρατηγικές που έχουν βοηθήσει τον ασθενή στο παρελθόν, με στόχο την ενίσχυση του αυτοσεβασμού και μια αίσθηση του ελέγχου. Η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία, εστιάζεται στην αλλαγή στις αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές του ασθενούς, με την προϋπόθεση ότι αυτές οι σκέψεις και συμπεριφορές επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αισθάνεται. Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι μια άλλη πολύτιμη πηγή υποστήριξης που βοηθά στη βελτίωση των κοινωνικών δικτύων των ασθενών και μπορεί να μειώσει την αίσθηση της απομόνωσης.¹⁰⁵ Άλλες μορφές θεραπείας που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι η υπαρξιακή θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία και η θεραπευτική αφήγηση ζωής¹⁰⁶ και η θεραπεία με χρήση της τέχνης¹⁰⁷.

Προτείνονται συστάσεις για την θεραπεία της κατάθλιψης των ασθενών με

καρκίνο ανάλογα με την σοβαρότητα της. Αρχικά ,γίνεται αξιολόγηση και βέλτιστος έλεγχος των φυσικών συμπτωμάτων. Έπειτα η παροχή ψυχοκοινωνικής αξιολόγησης και βοήθειας απευθυνόμενη σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς ή πνευματικούς παράγοντες. Η υποστηρικτική επικοινωνία, η ψυχοεκπαίδευση, η διαχείριση του άγχους, η πνευματική φροντίδα ή οι ομάδες υποστήριξης ασθενών μπορεί να αποβεί χρήσιμη. Σε μέτρια σοβαρότητα καταθλιπτικής διαταραχής ισχύουν οι προηγούμενες παρεμβάσεις και επιπλέον παραπομπή σε εξειδικευμένες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες, εφόσον υπάρχει και φαρμακοθεραπεία. Η ψυχολογική παρέμβαση που χρησιμοποιείται εξαρτάται από την ικανότητα και δεξιότητα του θεραπευτή ,την προτίμηση του ασθενή, το στάδιο της νόσου , τα προσωπικά προβλήματα και αυτά που σχετίζονται με τον καρκίνο. Γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να είναι κατάλληλη για τη ρύθμιση πρώιμων προβλημάτων ενώ η υποστηρικτική-εκφραστική θεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη σε προοδευτική ή προχωρημένη. Στην σοβαρή πλέον κατάθλιψη χορηγούνται φάρμακα σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (ίδιες με εκείνες για ήπια και μέτρια κατάθλιψη) και χρήση εξειδικευμένων ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών. ¹⁰⁴

ΜΕΡΟΣ 2^ο : ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν να διεξαχθεί συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την συσχέτιση της σεξουαλικότητας και της κατάθλιψης των ασθενών με ΚΤΜ. Επιπλέον έγινε περιγραφή και παράθεση των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες της ανασκόπησης.

4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.2.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η μεθοδολογία της ανασκόπησης έγινε με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA.¹⁰⁸ Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, έγινε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων (4/6/2018) CINAHL, Pubmed, Cochrane Library. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν *sexuality, sexual function, sexual dysfunction, sexual problems, mood, depression, emotional distress, cervical cancer*, στους ακόλουθους συνδυασμούς:

sexuality, depression, cervical cancer

sexual function, depression, cervical cancer

sexual dysfunction, depression, cervical cancer

sexuality, emotional distress, cervical cancer

sexual function, emotional distress, cervical cancer

sexual dysfunction, emotional distress, cervical cancer

sexual problems, depression, cervical cancer

sexual problems, emotional distress, cervical cancer

sexuality, mood, cervical cancer

sexual function, mood, cervical cancer

sexual dysfunction, mood, cervical cancer

sexual problems, mood, cervical cancer

Τα κριτήρια ένταξης των μελετών ήταν:

- Δημοσιευμένες στην Αγγλική γλώσσα
- Μεταξύ των ετών 2006-2017
- Μελέτες που αξιολογούσαν τη σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη σε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο ΚΤΜ πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά από διάφορους θεραπευτικούς χειρισμούς (π.χ. χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία)

Τα κριτήρια αποκλεισμού των μελετών ήταν:

- Μελέτες που αναφέρονται σε μικτό πληθυσμό γυναικολογικών καρκίνων
- Βιβλιογραφικές και συστηματικές ανασκοπήσεις
- Μελέτες που αξιολογούσαν μόνο την σεξουαλικότητα ή μόνο την κατάθλιψη σε ασθενείς με ΚΤΜ

Αναγνωρίστηκαν συνολικά 211 αναφορές από CINAHL, PubMed, Cochrane Library ως δυνητικά σχετικές : προέκυψαν 26 αναφορές από το συνδυασμό λέξεων «*sexuality, depression, cervical cancer*», 22 από «*sexual function, depression, cervical cancer*», 27 από «*sexual dysfunction, depression, cervical cancer*», 7 από «*sexuality, emotional distress, cervical cancer*», 10 από «*sexual function, emotional distress, cervical cancer*», 10 από «*sexual dysfunction, emotional distress, cervical cancer*», 13 από «*sexual problems, depression, cervical cancer*», 2 από «*sexual problems, emotional distress, cervical cancer*», 40 από «*sexuality, mood, cervical cancer*», 28 από «*sexual function, mood, cervical cancer*», 22 από «*sexual dysfunction, mood, cervical*

cancer» και 4 από «*sexual problems, mood, cervical cancer*». Από αυτές , αφαιρέθηκαν 10 ανασκοπήσεις ,137 αναφορές που ήταν διπλότυπες και 50 εξαιρέθηκαν λόγω μη συνάφειας του τίτλου με το θέμα και τις λέξεις κλειδιά. Τελικά ,14 μελέτες ήταν κατάλληλες για τη συγκεκριμένη ανασκόπηση. (διάγραμμα 1).

Οι μελέτες είχαν ως δείγμα ασθενείς με ΚΤΜ και οι περισσότερες επιζώντες ΚΤΜ. Όμως ποιος ορίζεται επιζών από καρκίνο; Το National Cancer Institute ¹⁰⁹, τον ορίζει ως :« *Κάποιος που παραμένει ζωντανός και συνεχίζει να λειτουργεί κατά τη διάρκεια και μετά την αντιμετώπιση μιας σοβαρής δυσκολίας ή μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. Στον καρκίνο, ένα άτομο θεωρείται επιζών από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι το τέλος της ζωής*». Άρα θεωρούμε τους ορούς ασθενείς και επιβιώσας ταυτόσημες.

Αναφορές που προέκυψαν από την αναζήτηση

Pubmed 175

CINAHL 18

Cochrane Library 18

211

Λέξεις κλειδιά

sexuality, depression, cervical cancer 26
sexual function, depression, cervical cancer 22
sexual dysfunction, depression, cervical cancer 27
sexuality, emotional distress, cervical cancer 7
sexual function, emotional distress, cervical cancer 10
sexual dysfunction, emotional distress, cervical cancer 10
sexual problems, depression, cervical cancer 13
sexual problems, emotional distress, cervical cancer 2
sexuality, mood, cervical cancer 40
sexual function, mood, cervical cancer 28
sexual dysfunction, mood, cervical cancer 22
sexual problems, mood, cervical cancer 4

- 50 Εξαιρέθηκαν λόγω μη συνάφειας τίτλου με το θέμα και τις λέξεις κλειδιά
- 10 Ανασκοπήσεις
- 137 διπλότυπα

Μελέτες

Pubmed 11

CINAHL 2

Cochrane 1

Συνολο **14**

Διάγραμμα 1 : Διάγραμμα ροής μεθόδου επιλογής βιβλιογραφικών αναφορών

4.2.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Οι μελέτες αξιολογήθηκαν μεθοδολογικά, όπως στην μελέτη των Vistad και συν.¹¹⁰, ως προς τις ακόλουθες πτυχές: ομοιογένεια δείγματος, ομάδα ελέγχου, μέγεθος δείγματος, χρόνος από τη διάγνωση, σχεδιασμός μελέτης και τύπος θεραπείας (πίνακες 6,7). Το μέγιστο αποτέλεσμα της κλίμακας είναι το 13 και μελέτες με περισσότερους από 10 βαθμούς έχουν καλή μεθοδολογική ποιότητα.

Μεταβλητές	Τιμή 3	Τιμή 2	Τιμή 1	Τιμή 0
Ομοιογένεια δείγματος	-	-	Αρχικό ή προχωρημένο στάδιο	Όλα τα στάδια
Ομάδα ελέγχου	-	Υγιής πληθυσμός ή Γυναικολογικοί καρκίνοι	Άλλοι Καρκίνοι	Χωρίς ομάδα ελέγχου
Μέγεθος δείγματος	-	n >= 51	21=<n=< 50	n =< 20
Επικύρωση Ερωτηματολογίου	Σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου	Σε άλλους ασθενείς με καρκίνο	Επικυρωμένο, αλλά όχι σε ασθενείς με καρκίνο	Χωρίς επικύρωση
Χρόνος	-	>=2 χρόνια	1-2 χρόνια	Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα
Σχεδιασμός μελέτης	-	Διαχρονική	Χρονικής στιγμής	Αναδρομική
Τύπος θεραπείας	-	-	Ένας τύπος ή ανάλυση σε υποομάδες	Συνδυασμένη ανάλυση σε περισσότερο από 1 τύπο θεραπείας

Πίνακας 6: Κλίμακα μεθοδολογικής αξιολόγησης των μελετών από Vistad και συν.¹¹⁰

Συγγραφέας	Είδος μελέτης	Ερωτηματολόγιο	Δείγμα	Στάδιο νόσου (FIGO)	Θεραπεία	Ομάδα Ελέγχου	Χρόνος	Score
Carter et al, 2010 ¹¹¹	Διαχρονική (2)	FSFI, CES-D (3)	52 (2)	IA-IB (1)	Χειρουργείο (1)	Ναι (2)	2 χρόνια (2)	13
Aerts et al, 2014 ¹¹²	Διαχρονική (2)	SSFS, SSPQ BDI (3)	31 (1)	IA-IB (1)	Χειρουργείο (1)	Ναι (2)	2 χρόνια (2)	12
Vistad et al, 2007 ¹¹³	Εγκάρσιας τομής (1)	SAQ, HADS (3)	79 (2)	IB2-IVa (1)	Ακτινοθεραπεία (1)	Ναι (2)	>20 χρόνια (2)	12
Mantegna et al, 2013 ¹¹⁴	Διαχρονική (2)	EORTC QLQ-CX24, HADS (3)	169 (2)	IB-IIA (1)	Όλες (0)	Ναι (2)	2 χρόνια (2)	12
Wenzel et al, 2015 ¹¹⁵	Κλινική τυχαίοποιημένη δοκιμή-Διαχρονική (2)	PROMIS-D, GPC (3)	204 (2)	I-IV (0)	Όλες (0)	Ναι (2)	9-30 μήνες (2)	11
Ferrandina et al, 2012 ¹¹⁶	Διαχρονική (2)	EORTC QLQ-CX24, HADS (3)	188 (2)	IB-IIA (1)	Όλες (0)	Ναι (2)	1 χρόνο (1)	11
Froeding et al, 2014 ¹¹⁷	Διαχρονική (2)	EORTC QLQ-CX24, SVQ, FSFI, FSDS, HADS (3)	18 (0)	IA-IB (1)	Χειρουργείο (1)	Ναι (2)	1 χρόνο (1)	10
Bakker et al, 2016 ¹¹⁸	Εγκάρσιας τομής (1)	FSDS, EORTC QLQ-CX24, HADS (3)	194 (2)	I-IV (0)	Χειρουργείο Ακτινοθεραπεία (1)	Όχι (0)	1-10 χρόνια (2)	9
Brotto et al, 2013 ¹¹⁹	Διαχρονική (2)	FSDS, BDI (2)	34 (1)	IA-IB (1)	Χειρουργείο (1)	Ναι (2)	6 μήνες (0)	9
Steen et al, 2017 ¹²⁰	Εγκάρσιας τομής (1)	EORTC QLQ-CX24, HADS (3)	382 (2)	I-IV (0)	Όλες (0)	Όχι (0)	>10 χρόνια (2)	8

Kim et al, 2010 ¹²¹	Εγκάρσια τομή (1)	EORTC QLQ-CX24, HADS (3)	828 (2)	I-IV (0)	Όλες (0)	Ναι (2)	>10 χρόνια (2)	8
Greenwald & McCorkle, 2008 ¹²²	Εγκάρσια τομή (1)	SAQ, CES-D (3)	179 (2)	I-IV (0)	Όλες (0)	Όχι (0)	6-29 χρόνια (2)	8
Osann et al, 2014 ¹²³	Εγκάρσια τομή (1)	PROMIS-D, GPC (3)	204 (2)	I-IV (0)	Όλες (0)	Όχι (0)	>2 χρόνια (2)	8
Bae & Park, 2016 ¹²⁴	Εγκάρσια τομή (1)	FSFI, HADS (3)	137 (2)	I-IV (0)	Όλες (0)	Όχι (0)	2 μήνες (0)	6

Πίνακας 7: Χαρακτηριστικά των μελετών για αξιολόγηση της μεθοδολογικής τους ποιότητας

4.2.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στην παρούσα ανασκόπηση ,σε επτά μελέτες χρησιμοποιήθηκε ένα γενικό ερωτηματολόγιο μέτρησης της σεξουαλικής λειτουργίας με πολλούς τομείς. Επτά μελέτες χρησιμοποίησαν ειδικό ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της σεξουαλικότητας σε ασθενείς με ΚΤΜ. Για την κατάθλιψη, όλες οι μελέτες χρησιμοποίησαν ένα γενικό ερωτηματολόγιο. Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται τα παραπάνω χαρακτηριστικά (όπου - ,δεν αναφέρεται το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό).

<i>Καταλληλότητα</i>			<i>Αποδοχή</i>		
<i>Ερωτηματολόγιο</i>	<i>Τύπος μέτρησης</i>	<i>Κάλυψη</i>	<i>Ερωτήσεις</i>	<i>Χρόνος συμπλήρωσης (λεπτά)</i>	<i>Ανταπόκριση</i>
<i>FSFI</i>	Ειδική διάσταση	Σεξουαλική	19	15	90%
<i>SAQ</i>	Ειδική διάσταση	Σεξουαλική	21	10	80%
<i>SVQ</i>	Ειδική διάσταση	Σεξουαλική	20	-	56-87 %
<i>FSDS</i>	Ειδική διάσταση	Σεξουαλική	12	-	60%
<i>SSFS, SSPQ</i>	Ειδική διάσταση	Σεξουαλική	3,4	5	65%
<i>GPC</i>	Ειδικό για την νόσο	Σεξουαλική	11	-	80 %
<i>EORTC QLQ CX24</i>	Ειδικό για την νόσο	Φυσική, Ψυχοκοινωνική, Σεξουαλική	24	15	80-90% 60% (σεξουαλική υποκλίμακα)
<i>HADS</i>	Ειδική διάσταση	Ψυχοκοινωνική	14	2-6	75%
<i>CES-D</i>	Ειδική διάσταση	Ψυχοκοινωνική	20	5-10	-
<i>BDI</i>	Ειδική διάσταση	Ψυχοκοινωνική	21	10-15	-
<i>PROMIS-D</i>	Ειδική διάσταση	Ψυχοκοινωνική	8	-	-

Πίνακας 8: Ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες της ανασκόπησης

Ακολουθεί μια συνοπτική αναφορά στα ερωτηματολόγια.

Το ερωτηματολόγιο Female Sexual Function Index (FSFI)¹²⁵, είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο ερευνητικό και κλινικό εργαλείο για τη μέτρηση της σεξουαλικής λειτουργίας σε σεξουαλικά ενεργές ετεροφυλόφιλες γυναίκες και έχει επικυρωθεί για χρήση σε επιζώντες με καρκίνο. Το δείγμα αποτελούσε κυρίως γυναίκες που έλαβαν θεραπεία για ΚΤΜ (59%) .¹²⁶ Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο εργαλείο που αφορά την επιθυμία (2 ερωτήσεις), την υποκειμενική (4 ερωτήσεις) και αντικειμενική (λίπανση) διέγερση (4 ερωτήσεις), τον οργασμό (3 ερωτήσεις), τον πόνο (3 ερωτήσεις) και την σεξουαλική ικανοποίηση (3 ερωτήσεις). Αποτελείται από 19 στοιχεία που βαθμολογούνται σε μια κλίμακα Likert (0 ή 1 έως 5). Η εσωτερική εγκυρότητα ήταν Cronbach $\alpha=0.85-0.94$. Το FSFI είναι σχετικά σύντομο (περίπου 15 λεπτά για να ολοκληρωθεί). Μόνο το FSFI περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν τόσο υποκειμενικές όσο και αντικειμενικές πτυχές της σεξουαλικής διέγερσης.^{125,127}

Το ερωτηματολόγιο Sexual Adjustment Questionnaire (SAQ) ¹²⁸ έχει χρησιμοποιηθεί και επικυρωθεί σε μελέτες ασθενών με καρκίνο. Περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις και τρία τμήματα που καλύπτουν την ορμονική κατάσταση, τους λόγους για πιθανή σεξουαλική αδράνεια και τη σεξουαλική λειτουργία τον περασμένο μήνα. Το ερωτηματολόγιο έδειξε καλές ψυχομετρικές ιδιότητες με υψηλή εσωτερική συνοχή ,Cronbach $\alpha=0.77$, και καλή αξιοπιστία δοκιμής / επανεξέτασης (0,54-0,94, μέση τιμή 0,67) .¹²⁹

Το ερωτηματολόγιο Sexual Function-Vaginal Changes Questionnaire (SVQ) ¹³⁰ δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τα σεξουαλικά και κολπικά προβλήματα σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο. Αναπτύχθηκε ως αναθεωρημένη έκδοση του SAQ για τα προβλήματα οργασμού και του κόλπου σε αυτές τις ασθενείς. Αποτελείται από 20 βασικά στοιχεία, τα οποία μετρούν το σεξουαλικό ενδιαφέρον, τη λίπανση, τον οργασμό, τη δυσπαρεύνια, τις κολπικές διαστάσεις, την οικειότητα, τα σεξουαλικά προβλήματα του συντρόφου, την σεξουαλική δραστηριότητα, την σεξουαλική ικανοποίηση και την εικόνα του σώματος. Η εσωτερική συνοχή κυμάνθηκε μεταξύ Cronbach $\alpha=0,76-0,83$. Ο ακριβής χρόνος συμπλήρωσης δεν αναφέρεται.¹³⁰

Η κλίμακα Female Sexual Distress Scale (FSDS) ¹³¹ περιλαμβάνει 12 στοιχεία που αξιολογεί την υποκειμενική δυσφορία που σχετίζεται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία στις γυναίκες. Περιλαμβάνει 2 τομείς σεξουαλικής δυσφορίας: τη συχνότητα δυσφορίας (6 ερωτήσεις) και την ένταση της δυσφορίας (6 ερωτήσεις). Αποτέλεσμα ≥ 15 καταδεικνύει σεξουαλική δυσφορία. Έχει επικυρωθεί σε επιζώντες από καρκίνο με Cronbach $\alpha = 0,97$ και για να μετρήσει τη σεξουαλική δυσφορία σε ασθενείς υπό αντικαρκινική θεραπεία. Αξιολογεί μόνο τη σεξουαλική δυσφορία που είναι μία πτυχή της σεξουαλικότητας. ^{127,131,132}

Τα ερωτηματολόγια Short Sexual Function Scale (SSFS) και Specific Sexual Problems Questionnaire (SSPQ), ^{133,134} σχεδιάστηκαν από τον Aerts και συν, για τις μελέτες του στον καρκίνο του τραχήλου και του αιδοίου. Το SSFS χρησιμοποιήθηκε για να μετρήσει την παρουσία και τη σοβαρότητα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Αποτελείται από 3 στοιχεία που απευθύνονται σε σεξουαλική επιθυμία, μειωμένη εφύγρανση κόλπου και προβλήματα στον οργασμό. Το SSPQ χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει την παρουσία, σοβαρότητα και τη δυσφορία που προκαλείται από τα σεξουαλικά προβλήματα. Περιλαμβάνει 4 στοιχεία την δυσπαρεύνια, το κοιλιακό άλγος και τον οργασμό. Η εσωτερική εγκυρότητα και των δύο είναι Cronbach $\alpha \geq 0,95$. ^{133,134}

Η κλίμακα Gynecologic Problems Checklist ¹³⁵ ,δημιουργήθηκε για να αναγνωρίζει τον τύπο και την ένταση των γυναικολογικών και σεξουαλικών προβλημάτων ασθενών με ΚΤΜ. Αποτελείται από 2 υποκλίμακες: γυναικολογικά προβλήματα (Cronbach $\alpha = 0,72$) και σεξουαλική δυσλειτουργία (Cronbach $\alpha = 0,90$). Υψηλότερα σκορ υποδεικνύουν περισσότερα προβλήματα (πιθανό αποτέλεσμα 6-30 και δυσλειτουργία 5-25). Δεν αναφέρεται ο χρόνος συμπλήρωσης. ¹³⁵

Το ερωτηματολόγιο European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Cervix 24 (EORTC QLQ CX24/EORTCQLQCX-24) δημιουργήθηκε ειδικά για να αξιολογεί την ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΤΜ. Συμπεριλαμβάνει την σεξουαλικότητα ως αναπόσπαστο τμήμα της ποιότητας ζωής. Περιλαμβάνει συνολικά 24 ερωτήσεις, οι 7 ερωτήσεις είναι για την

σεξουαλική λειτουργία και αναφέρονται στις προηγούμενες 4 εβδομάδες. Η σεξουαλική υποκλίμακα έχει Cronbach $\alpha = 0,76$. Από την άποψη της κλινικής χρησιμότητας, μπορεί να ολοκληρωθεί σε περίπου 15 λεπτά και έχει σύστημα βαθμολόγησης τύπου Likert.^{136,137}

Η πλειοψηφία της έρευνας σχετικά με την κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο έχει χρησιμοποιήσει την κλίμακα Hospital Anxiety Distress Scale (HADS)¹³⁸. Είναι ένα εργαλείο ανίχνευσης που έχει επικυρωθεί σε ασθενείς με καρκίνο γενικά όχι ειδικά σε γυναικολογικό ή καρκίνο του τραχήλου σύντομο στην συμπλήρωση (2-6 λεπτά). Είναι μια κλίμακα που συμπληρώνεται από τον ασθενή και αποτελείται από 14 στοιχεία. Έχει σχεδιαστεί για να εκτιμά το άγχος (HADS-A, Cronbach $\alpha = 0.83$) και την κατάθλιψη (HADS-D, Cronbach $\alpha = 0.82$) (7 στοιχεία για κάθε κατάσταση, με διακύμανση βαθμολογίας από 0 έως 21).^{139,140}

Η κλίμακα Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)¹⁴¹ χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με καρκίνο και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες. Οι 20 ερωτήσεις του αντιπροσωπεύουν τα κύρια συστατικά της κατάθλιψης και περιλαμβάνουν καταθλιπτική διάθεση, αισθήματα αναξιοτήτας, αισθήματα απελπισίας, απώλεια της όρεξης, κακή συγκέντρωση και διαταραχή του ύπνου. Το CES-D (Cronbach $\alpha = 0.85-0.90$) δεν είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο αλλά ανιχνευτικό.¹⁴¹

Το Beck Depression Inventory (BDI)¹⁴² είναι ένα σύντομο και έγκυρο εργαλείο εκτίμησης της κατάθλιψης που χρησιμοποιείται παγκοσμίως σε πληθυσμούς ψυχιατρικών και μη ασθενών, με Cronbach $\alpha = 0.86$. Είναι επικυρωμένο σε ασθενείς με καρκίνο.¹⁴³ Το BDI αποτελείται από 21 ερωτήσεις (βαθμολογία: 0-3, με υψηλότερους αριθμούς να αντικατοπτρίζουν την αυξανόμενη σοβαρότητα). Οι συνολικές του βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 (χωρίς κατάθλιψη) έως 63 (μείζονα κατάθλιψη). Μια βαθμολογία 14 υποδηλώνει ήπια κλινική κατάθλιψη.¹⁴²⁻¹⁴⁴

Η σειρά PROMIS® αποτελείται από ερωτηματολόγια που αξιολογούν και παρακολουθούν τη σωματική, πνευματική και κοινωνική υγεία των ενηλίκων και των παιδιών. Δημιουργήθηκαν ειδικά ερωτηματολόγια PROMIS® για τον

καρκίνο. Ένα από αυτά είναι αυτό της συναισθηματικής δυσφορίας (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System: Cancer: Emotional Distress: Depression) που περιλαμβάνει την κατάθλιψη. Η σύντομη φόρμα συναισθηματικής δυσφορίας του PROMIS αποτελείται από 15 στοιχεία (8 για την κατάθλιψη και 7 για το άγχος). Κάθε στοιχείο βαθμολογείται από 1-5 : (1 = ποτέ, 2 = σπάνια, 3 = μερικές φορές, 4 = συχνά, και 5 = πάντα). Μια υψηλή τιμή βαθμολόγησης σε αυτές τις σύντομες μορφές του PROMIS υποδηλώνει περισσότερη συναισθηματική δυσφορία. Η εσωτερική εγκυρότητα είναι Cronbach $\alpha \geq 0.87$.^{145,146}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η έρευνα της βιβλιογραφίας αναγνώρισε 14 μελέτες που πληρούσαν όλα τα κριτήρια ένταξης. Επτά από αυτές ήταν μελέτες εγκάρσιας τομής^{113,118,120-124} και επτά προοπτικές^{111,112,114-117,119}. Οι μελέτες ποικίλλουν στην μεθοδολογική τους ποιότητα και επτά μελέτες¹¹¹⁻¹¹⁷ βαθμολογούνται πάνω από το όριο των 10 βαθμών για καλή μεθοδολογία, με βάση τα κριτήρια Vistad και συν.¹¹⁰. Οι καλές μελέτες χαρακτηρίστηκαν κυρίως από τη χρήση επικυρωμένων ερωτηματολογίων, ομοιογενές δείγμα γυναικών με ΚΤΜ και ύπαρξη ομάδας ελέγχου. Οι μελέτες με βαθμολογία κάτω των 10 βαθμών¹¹⁸⁻¹²⁴ είχαν κυρίως δείγμα, ασθενείς που νοσούσαν από όλα τα στάδια του ΚΤΜ και που υπεβλήθησαν σε διάφορες θεραπευτικές μεθόδους (ριζικό χειρουργείο ,χημειοθεραπεία ,ακτινοθεραπεία και συνδυασμοί) .Από αυτές τις λιγότερο καλές μεθοδολογικά μελέτες, απουσίαζε η ομάδα ελέγχου.

Οι μελέτες παρουσιάζουν επίσης, μεγάλη ετερογένεια ως προς το στάδιο της νόσου ,τις επιλεγόμενες θεραπείες και το δείγμα τους. Τέσσερις μελέτες αναφέρονταν μόνο στο αρχικό στάδιο ΚΤΜ^{111,112,117,119}, επτά σε όλα τα στάδια του συγκεκριμένου καρκίνου^{115,118,120-124}, δύο σε αρχικό και τοπικά προχωρημένο στάδιο^{114,116} και μία μόνο σε προχωρημένο¹¹³ στάδιο ΚΤΜ. Επίσης, τέσσερις μελέτες συμπεριέλαβαν στο δείγμα τους ασθενείς που είχαν υποβληθεί μόνο σε χειρουργική επέμβαση (ριζική υστερεκτομή ή τραχηλεκτομή)^{111,112,117,119}, μία είχε ασθενείς που είχαν υποβληθεί μόνο σε ακτινοθεραπεία¹¹³, δύο ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε χειρουργείο και

ακτινοθεραπεία ^{118,122} και οι υπόλοιπες , ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε όλους τους θεραπευτικούς χειρισμούς για τον ΚΤΜ. Αξιοσημείωτα, μόνο δύο μελέτες, των Brotto και συν., ¹¹⁹ και των Bae και Park,¹²⁴ αξιολόγησαν τις ασθενείς σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την θεραπεία (2 και 6 μήνες αντίστοιχα). Οι υπόλοιποι ερευνητές εκτίμησαν τις ασθενείς από 1 έτος έως και 30 έτη μετά την διάγνωση του ΚΤΜ. Επιπροσθέτως, οι μελέτες εστιάζονται κυρίως στην περίοδο ανάρρωσης μετά από το χειρουργείο, μετά από άλλες θεραπείες, αλλά απουσιάζουν εκείνες που να ερευνούν πως επηρεάζεται η σεξουαλικότητα και η κατάθλιψη των γυναικών στην διάρκεια των θεραπειών (χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας) για τον ΚΤΜ. Για το συγκεκριμένο θέμα υπάρχουν πολλές περισσότερες μελέτες σε μεικτούς πληθυσμούς γυναικολογικών καρκίνων, που εξαιρέθηκαν όμως από την παρούσα ανασκόπηση.

Στον πίνακα 9 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των μελετών. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις μελέτες θεωρήθηκαν στατιστικώς σημαντικά σε επίπεδο τιμής $p < 0,05$ στην μονοπαραγοντική ανάλυση.

Οι μακροχρόνιοι επιζώντες ΚΤΜ εμφανίζουν συχνότερα σεξουαλική δυσλειτουργία (σε σύγκριση με τον γενικό υγιή πληθυσμό) που παρουσιάζεται με μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, κολπική ξηρότητα και δυσπαρεούνια. ¹²²⁻¹²⁴ Τα σεξουαλικά αυτά προβλήματα εμφανίζονται κυρίως μετά από χορήγηση ακτινοθεραπείας και λιγότερο μετά από εφαρμογή μόνο γυναικολογικής χειρουργικής επέμβασης. Τα πιο διαδεδομένα προβλήματα είναι η ξηρότητα του κόλπου, η δυσπαρεούνια, οι διάφοροι βαθμοί κολπικής στένωσης, η έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας, τα οργασμικά προβλήματα και η σεξουαλική δυσφορία.^{113,115,118,122-124} Η επαγόμενη από ακτινοθεραπεία κολπική νοσηρότητα μπορεί να αποκλείσει περαιτέρω την ικανότητα της γυναίκας να ολοκληρώσει τη σεξουαλική επαφή και να επηρεάσει αρνητικά την απόλαυση στο σεξ, προκαλώντας έτσι άγχος, θλίψη και αλλαγές στην διάθεση των γυναικών. ¹¹⁴ Επιπλέον, οι χειρουργικές επεμβάσεις της ριζικής υστερεκτομής και ριζικής τραχηλεκτομής στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς με ΚΤΜ, επηρεάζουν σημαντικά το επίπεδο της σεξουαλικής λειτουργίας τους προκαλώντας ανατομικές, φυσιολογικές και

ψυχολογικές αλλαγές (αλλαγή εικόνας σώματος, άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα στις διαπροσωπικές και σεξουαλικές σχέσεις).^{114,115} Εμφανίζεται τότε υψηλή σεξουαλική δυσλειτουργία ^{111,112,117} κυρίως ως σεξουαλική δυσφορία ¹¹⁹ , απώλεια ενδιαφέροντος, ευχαρίστησης και επιθυμίας και κολπική ξηρότητα. ^{111,112,114,117}

Για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις γυναίκες με ΚΤΜ, «ενοχοποιούνται» η ηλικία ^{113,123,124} της γυναίκας που νοσεί ,η χορήγηση ακτινοθεραπείας ως θεραπευτική επιλογή ^{113,115,121,123,124} και η χρόνια κόπωση ως απότοκος των θεραπειών ^{113,120} . Έτσι, οι νεότερες γυναίκες και όσες είχαν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία είχαν αυξημένη κατάθλιψη.^{113,115,121,123,124} Επιπλέον, οι γυναίκες με ΚΤΜ και χρόνια κόπωση ως μακροπρόθεσμη παρενέργεια των αντικαρκινικών θεραπειών ^{113,120} εμφάνισαν υψηλότερη κατάθλιψη , σεξουαλική ανησυχία και μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα συγκριτικά με όσες δεν παρουσίασαν κόπωση. Σχετικά με την σχέση κατάθλιψης και χειρουργικής επέμβασης σε αρχικό στάδιο της νόσου ^{111,112,117,119} τα ποσοστά κατάθλιψης πριν το χειρουργείο για αρχικό στάδιο ΚΤΜ είναι υψηλά αλλά έχουν σημαντική πτωτική τάση τον πρώτο χρόνο από το χειρουργείο. Επίσης , οι επιζώντες ΚΤΜ που είχαν χειρουργηθεί και επιπλέον λάβει και επικουρική θεραπεία εμφάνισαν τα υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων ¹²¹. Γενικά όμως τα επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερα από την ομάδα ελέγχου των υγιών γυναικών.^{112,117} Μόνο οι Kim και συν., ¹²¹ κατέληξαν ότι το 34% των επιζώντων εμφάνισαν κατάθλιψη που ήταν χαμηλότερη από ότι στον υγιή πληθυσμό (48%).

Συνολικά, σε οκτώ μελέτες υπήρξε συσχέτιση μεταξύ των 2 μεταβλητών ^{111,112,114,117,121,122-124}. Αναλυτικότερα, οι Mantegna και συν.,¹¹⁴ οι Kim και συν., ¹²¹ ,οι Osann και συν., ¹²³ και οι Bae & Park ¹²⁴ ανέφεραν σημαντική συσχέτιση των δυο μεταβλητών ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου και το είδος της θεραπείας. Οι Kim και συν.,¹²¹ ειδικά κατέληξαν ότι υψηλά ποσοστά κατάθλιψης συσχετίζονται με τη σεξουαλική ανησυχία και την απουσία σεξουαλικής δραστηριότητας . Επίσης ,οι Carter και συν., ¹¹¹ Aerts και συν., ¹¹² βρήκαν συσχέτιση σεξουαλικότητας και κατάθλιψης μετά από χειρουργική επέμβαση για ΚΤΜ και οι Froeding και συν., ¹¹⁷ μετά από επέμβαση ριζικής τραχηλεκτομής. Στην μοναδική κλινική τυχαίοποιημένη δοκιμή (Wenzel και

συν.¹¹⁵) που ανευρέθηκε και συμπεριλήφθηκε στην ανασκόπηση ,οι επιζώντες με ΚΤΜ που έλαβαν τηλεφωνική ψυχοκοινωνική συμβουλευτική ωφελήθηκαν παρουσιάζοντας βελτιωμένη κατάθλιψη και βελτιωμένα γυναικολογικά-σεξουαλικά προβλήματα . Από αυτές τις 8 μελέτες που μελέτησαν την συσχέτιση, μόνο οι 4 (Carter και συν.,¹¹¹ Aerts και συν.,¹¹² Mantegna και συν.,¹¹⁴ και Wenzel και συν.,¹¹⁵) ανήκουν στις καλές μεθοδολογικά με βάση τα κριτήρια των Vistad και συν.¹¹⁰. Από την άλλη πλευρά, οι Bakker και συν.,¹¹⁸ βρήκαν συσχέτιση των δύο μεταβλητών αλλά χωρίς επιπλέον και ανεξάρτητη συμβολή και οι Greenwald και McCorkle ¹¹⁹ δεν κατέληξαν σε καμία συσχέτιση. Οι μελέτες των Bakker και συν., ¹¹⁸ και Greenwald και McCorkle ¹¹⁹ ανήκουν στις λιγότερο καλές μεθοδολογικά .

Τέλος, υπήρχε ποικιλία στα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες που αναλύθηκαν. Επτά διαφορετικά ερωτηματολόγια για την σεξουαλικότητα και τέσσερα για την κατάθλιψη. Το πιο συχνό ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της σεξουαλικότητας ήταν το EORTC QLQ CX24 ενώ για την κατάθλιψη το HADS, καθώς και ο συνδυασμός αυτών των δύο ερωτηματολογίων. Ο αριθμός των ερωτήσεων για την σεξουαλικότητα στα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στις μελέτες κυμαινόταν από 3 (SSFS) έως 21 (SAQ). Για την κατάθλιψη κυμαινόταν από 7 (HADS) έως 21 (BDI). Συνολικά, από τα ερωτηματολόγια που μελετήθηκαν τα :FSFI, SAQ, SVQ, SSFS, SSPQ, GPC, EORTC QLQ CX24 έχουν επικυρωθεί σε πληθυσμό γυναικολογικών καρκίνων και ΚΤΜ. Τα SSFS, SSPQ, GPC επειδή δημιουργήθηκαν ειδικά για συγκεκριμένες μελέτες από τους εκάστοτε ερευνητές χρειάζονται περαιτέρω επικύρωση και ανάλυση ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Επικυρωμένα γενικά σε ασθενείς με καρκίνο είναι το FSDS και όλα τα εργαλεία ανίχνευσης ή εκτίμησης της κατάθλιψης :HADS, CES-D, BDI, PROMIS-D.

Βαθμολογία Vistad	Συγγραφείς	Μέθοδος	Ερευνητικά ερωτήματα	Δείγμα	Ερωτηματολόγια-Μετρήσεις	Θεραπεία	Αποτελέσματα (σεξουαλικότητα και κατάθλιψη)	Περιορισμοί
12	Aerts et al, 2014, Βέλγιο	Προοπτική	-ποια είναι η σεξουαλική λειτουργία σε επιζώντες ΚΤΜ, 2 χρόνια μετά το χειρουργείο -ποιοι είναι οι διαφορές στην σεξουαλική λειτουργία μεταξύ υγιών γυναικών, επιζώντων και γυναικών με καλοήγη γυναικολογική πάθηση -ποια η σχέση μεταξύ σεξουαλικών, ψυχολογικών και σχεσιακών παραγόντων	31 επιζώντες ΚΤΜ (Στάδιο I-IV) Ομάδα ελέγχου: 93 καλοήγη γυναικολογική πάθηση 93 υγιείς	SSF, SSPQ, BDI 0-6-12-24 μήνες	Ριζική υστερεκτομή χωρίς επικουρική θεραπεία	Οι επιζώντες ήταν σε υψηλό κίνδυνο για σεξουαλική δυσλειτουργία και κατάθλιψη πριν και μετά το χειρουργείο, σε σύγκριση με τις υγιείς γυναίκες. Δεν υπήρχαν διαφορές σε σεξουαλική λειτουργία και κατάθλιψη από την ομάδα των γυναικών με καλοήγη γυναικολογική πάθηση. Οι επιζώντες ΚΤΜ είχαν μειωμένα σεξουαλικά προβλήματα και καταθλιπτικά συμπτώματα με την πρόοδο των μετρήσεων	Μικρό δείγμα Η ομάδα των υγιών γυναικών αξιολογήθηκε μόνο μια φορά Νέο-δημιουργημένα ερωτηματολόγια
6	Bae & Park 2016, Σεούλ	Εγκάρσιος τομής	Ποια είναι η σεξουαλική λειτουργία, Κατάθλιψη και ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΤΜ	137 ασθενείς ΚΤΜ (21-59 ετών)	FSFI, HADS	Χειρουργείο Ακτινοθεραπεία Χημειοθεραπεία	Οι ασθενείς είχαν υψηλή σεξουαλική δυσλειτουργία και σοβαρή κατάθλιψη. Σημαντική συσχέτιση σεξουαλικότητας με κατάθλιψη, ανεξάρτητα από την θεραπεία. Υψηλή σεξουαλική λειτουργία, λιγότερη κατάθλιψη.	Σχετικά μικρό δείγμα Περιορισμένο ηλικιακό εύρος δείγματος Χωρίς ομάδα ελέγχου Δεν μελετήθηκαν ως μεταβλητές ειδικές χειρουργικές τεχνικές

9	Bakker et al, 2016, Ολλανδία	Εγκάρσια τομή	Ποιοι είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με την σξουαλική δυσφορία στους επίζωντες ΚΤΜ	194 επίζωντες ΚΤΜ (25-69 ετών)	ΕΟRTC QLQ Cx24, FSDS, HADS	Ριζική υστερεκτομή Ακτινοθεραπεία	Υψηλά ποσοστά σξουαλικής δυσφορίας σχετίζονται με αυξημένα προβλήματα στον κόλπο, πόνο, αντισυζα στην επαφή και λιγότερο με την κατάθλιψη. Ελάχιστα ποσοστά κατάθλιψης. Η κατάθλιψη δεν συνιστά επιπλέον και ανεξάρτητα στην σξουαλική δυσφορία. Η σξουαλική δυσφορία αυξήθηκε και για τις δύο επιμέθοδες. Περισσότερο αυξημένη ήταν για την ριζική υστερεκτομή το πρώτο εξάμηνο ενώ μειώθηκε για την ριζική τραχηλεκτομή. Υπήρχε σοβαρή μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων το πρώτο εξάμηνο και για τις δύο ομάδες.	Χαρίς ομάδα ελέγχου Μόνο μια μέτρηση Σφάλμα επιλογής Ηλικιακό εύρος
9	Braito et al, 2013, Καναδάς	Προοπτική	Ποιες είναι οι διαφορές στην σξουαλική δυσφορία μεταξύ ασθενών/αρχικού σταδίου ΚΤΜ, με υστερεκτομή και τραχηλεκτομή	34 ασθενείς ΚΤΜ (Στάδιο ΙΑ-ΙΒ) 17 υστερεκτομή 12 τραχηλεκτομή	FSDS, BDI 0-1-6 μήνες	Ριζική υστερεκτομή Ριζική τραχηλεκτομή	Η σξουαλική δυσφορία αυξήθηκε και για τις δύο επιμέθοδες. Περισσότερο αυξημένη ήταν για την ριζική υστερεκτομή το πρώτο εξάμηνο ενώ μειώθηκε για την ριζική τραχηλεκτομή. Υπήρχε σοβαρή μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων το πρώτο εξάμηνο και για τις δύο ομάδες.	Μικρό, ευκαριακό δείγμα Χαρίς υγιή ομάδα ελέγχου
13	Cartel et al, 2010, ΗΠΑ	Προοπτική	Ποια είναι η επίδραση ριζικού χειρουργείου σε συνισθήματα, σξουαλικότητα και ποιότητα ζωής ασθενών με αρχικό στάδιο ΚΤΜ	32 ασθενείς ΚΤΜ (Στάδιο ΙΑ-ΙΒ) (18-45 ετών) 19 υστερεκτομή 33 τραχηλεκτομή	FSFI, CES-D 0-3-6-12-18-24 μήνες	Ριζική υστερεκτομή Ριζική Τραχηλεκτομή	Υψηλή σξουαλική δυσλειτουργία στα 2 χρόνια και στις 2 ομάδες. Σξουαλική λειτουργία δυσφορία και κατάθλιψη χωρίς σημαντικές διαφορές ανάμεσα με τον τύπο επέμβασης. Με την πρόοδο των μηνών παρατηρείται πτώση κατάθλιψης και αύξηση σξουαλικής λειτουργίας και για τις 2 ομάδες. Από 1-6 μήνες μετά το χειρουργείο και οι 2 ομάδες είχαν σημαντικά χαμηλότερη σξουαλική δυσφορία και κατάθλιψη.	Μικρό δείγμα Χαρίς υγιή ομάδα ελέγχου
10	Fraedring et al, 2014, Δανία	Διαχρονική	Ποιες είναι οι διαφορές στην σξουαλική λειτουργία και ποιότητα ζωής μεταξύ ασθενών που υποβλήθηκαν σε ριζική υστερεκτομή και τραχηλεκτομή	50 ασθενείς ΚΤΜ (Στάδιο ΙΑ-ΙΒ) 18 τραχηλεκτομή 32 υστερεκτομή 30 υγιής	FSFI, FSDS, SVQ, EORTC QLQ Cx24, HADS 0-3-6-12 μήνες	Ριζική τραχηλεκτομή Ριζική υστερεκτομή	Οι ασθενείς με ριζική τραχηλεκτομή είχαν επίμονη σξουαλική δυσλειτουργία και κολπικά προβλήματα (μείωση ενδιαιρώντος, αντισυζα, ξηρότητα κόλπου, δυσπαρεννία) έως και 1 χρόνο από την επέμβαση. Χαμηλά ποσοστά κατάθλιψης και στις 2 επιμέθοδες, υψηλότερα για την ριζική τραχηλεκτομή και συγκριτικά με τους υγιείς υψηλότερα. Στον 1 ^ο χρόνο μετεγχειρητικά παρατηρείται μια ταυτόχρονη ύπαρξη σξουαλικής δυσλειτουργίας και κατάθλιψης στις ασθενείς υπό τραχηλεκτομή.	Μικρό δείγμα Ένα νοσοκομείο Μη αντιστόφαση Μη συμμορφωση με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων

11	Ferrandina et al, 2012, Italia	Προοπτική	Ποια είναι η συνισθηματική δυσφορία και ποιότητα ζωής σε αρχικό και τοπικά προχωρημένο ΚΤΜ	188 ασθενείς ΚΤΜ (Στάδιο IB-IIA)	EORTC QLQ-CX24, HADS 0-3-6-12 μήνες	Χειρουργείο Ακτινοθεραπεία Χημειοθεραπεία	Σεξουαλική δραστηριότητα αυξημένη μετά το χειρουργείο. Σεξουαλική λειτουργία βελτιωμένη με την πάροδο του χρόνου. Κατάθλιψη σε χαμηλά ποσοστά, χωρίς αλλαγές με την πάροδο του χρόνου και το στάδιο.	Σχετικά μικρό δείγμα Χαρίς υγιή ομάδα ελέγχου
8	Greenwald & McCorkle, 2008, ΗΠΑ	Εγκάρσιες τομής	Ποια είναι η σεξουαλικότητα και σεξουαλική λειτουργία μακροχρόνιων επιζώντων με ΚΤΜ	179 επιζώντες ΚΤΜ (29-69 ετών)	SAQ, CES-D	Χειρουργείο, Ακτινοθεραπεία	Η σεξουαλικότητα δεν επηρεάστηκε από το χρόνο, από τη διάγνωση ή την ηλικία. Οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε υπερεκτομή είχαν ενδιάμεσον σε σχέση με όσες δεν σμυαντικά μειωμένη επιθυμία και υποβλήθηκαν. Όσες υποβλήθηκαν και σε ωοθηκεκτομή είχαν απόλυτα εωχαριστήριες. 47% είχε κατάθλιψη, δεν συσχετίστηκε όμως με την σεξουαλική δυσλειτουργία.	Περιορισμένο ηλικιακό εύρος δείγματος Χαρίς ομάδα ελέγχου
8	Kim et al, 2010, Κορέα	Εγκάρσιες τομής	Ποια είναι η επίπτωση και οι προγνώστικοι παράγοντες άγχους και κατάθλιψης σε επιζώντες ΚΤΜ	828 επιζώντες ΚΤΜ 300 Υγιής	EORTC QLQ-CX24, HADS	Χειρουργείο Ακτινοθεραπεία Χημειοθεραπεία	34% των επιζώντων εμφάνισαν κατάθλιψη που ήταν χαμηλότερη από ότι στις υγιείς (48%). Συσχετίζεται με την σεξουαλική ανησυχία και την απουσία σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι επιζώντες που έλαβαν χειρουργείο και επικουρική θεραπεία είχαν τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης χωρίς ωστόσο στατιστικά σημαντική διαφορά στις θεραπευτικές μεθόδους.	Σφάλμα επιλογής δείγματος Χαμηλή ανταπόκριση (14%) Μεταίτηση
12	Montagna et al, 2013, Italia	Προοπτική	Ποια είναι η συνισθηματική δυσφορία και ποιότητα ζωής σε επιζώντες ΚΤΜ, 2 χρόνια ελεύθεροι νόσου	169 επιζώντες ΚΤΜ (Στάδιο IB-IIA)	EORTC QLQ-CX24, HADS 0-3-6-12-24 μήνες	Χειρουργείο Ακτινοθεραπεία Χημειοθεραπεία	Σεξουαλική δραστηριότητα βελτιωμένη με την πάροδο του χρόνου ανεξάρτητα από το στάδιο νόσου. Πολύ χαμηλά ποσοστά κατάθλιψης. Ταυτόχρονη βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας και συμπτωμάτων κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου.	Μικρό δείγμα Ένα νοσοκομείο

8	Osann et al. 2014, ΗΠΑ	Εγκάρσιος τομής	Ποιο είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με φτωχή ποιότητα ζωής επιζώντων ΚΤΜ	204 επιζώντες ΚΤΜ (22-73 ετών)	PROMIS-D, GPC	Χειρουργείο Ακτινοθεραπεία Χημειοθεραπεία	Όσες υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία (με ή χωρίς χημειοθεραπεία) είχαν υψηλότερα γυναικολογικά-σεξουαλικά προβλήματα και υψηλότερη κατάθλιψη συγκριτικά με ασθενείς που έκαναν μόνο χειρουργείο.	Χωρίς ομάδα ελέγχου Επικύρωση ερωτηματολογίων
8	Steen et al. 2017, Νορβηγία	Εγκάρσιος τομής	Ποιοι είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με την χρόνια κόπωση σε επιζώντες ΚΤΜ	382 επιζώντες ΚΤΜ	EORTC QLQ-CX24, HADS	Χειρουργείο Ακτινοθεραπεία Χημειοθεραπεία	Οι ασθενείς με χρόνια κόπωση εμφάνισαν υψηλότερη κατάθλιψη, σεξουαλική ανησυχία και μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα.	Χωρίς ομάδα ελέγχου Μία μέτρηση
12	Vistad et al. 2007, Νορβηγία	Εγκάρσιος τομής	Ποια είναι η επιπτώση της χρόνιας κόπωσης και οι σχετιζόμενοι παράγοντες σε ασθενείς ΚΤΜ που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία	79 επιζώντες ΚΤΜ (37-79 ετών) 237 υγιείς	SAQ, HADS	Ακτινοθεραπεία	Οι γυναίκες είχαν αυξημένη κολπική ξηρότητα, δυσπαρέννια, δυσφορία και μειωμένη ωχρότητα από την ομάδα ελέγχου. Είχαν μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα εξαιτίας σωματικών προβλημάτων. Εμφάνισαν υψηλότερη κατάθλιψη όσες είχαν χρόνια κόπωση. Μικρή στατιστική διαφορά μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης στους επιζώντες ΚΤΜ και στην ομάδα ελέγχου.	Μικρό δείγμα Περιορισμέν ο ηλικιακό εύρος δείγματος Ετερογένεια δείγματος αναφορικά με τον χρόνο από την διάγνωση (>5 χρόνια)
11	Wenzel et al. 2015, ΗΠΑ	Κλίμακ η τομής ταχιστοί μήν δοκιμή- Διαχρονικ ή	Ποια είναι η επίδραση ψυχροκωνικής τηλεφωνικής συμβουλευτικής παρέμβασης σε τομείς της ποιότητας ζωής επιζώντων ΚΤΜ και η συσχέτιση τους με βιοδείκτες	204 επιζώντες ΚΤΜ	PROMIS-D, GPC 0-4-9 μήνες	Χειρουργείο Ακτινοθεραπεία Χημειοθεραπεία Παρέμβαση : 5 εβδομαδιαίες συνόδους τηλεφωνικής συμβουλευτικής	Οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης είχαν βελτιωμένη κατάθλιψη και βελτιωμένα γυναικολογικά-σεξουαλικά προβλήματα, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου στους 4 μήνες, με συνεχόμενη βελτίωση ως στους 9 μήνες. Όσες γυναίκες από την ομάδα παρέμβασης είχαν λάβει χημειο-ακτινοθεραπεία είχαν πιο αργή βελτίωση στην κατάθλιψη και στα γυναικολογικά-σεξουαλικά προβλήματα από αυτές που είχαν κάνει μόνο χειρουργείο.	Το δείγμα ήταν μικρό σε σχέση με αυτό που είχε υπολογιστεί ως επιθυμητό Απόσφαση ασθενών από την μελέτη

Πίνακας 9 : Χαρακτηριστικά των μελετών (αλφαβητική σειρά)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση ανέλυσε 14 μελέτες που αξιολογούσαν τη συσχέτιση της σεξουαλικότητας και της κατάθλιψης των ασθενών με ΚΤΜ μετά από θεραπευτικούς χειρισμούς.

Από την υπάρχουσα βιβλιογραφία είναι γνωστές οι οργανικές αλλά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις μετά από τον ΚΤΜ. Τα σωματικά συμπτώματα που προκαλούνται από τους θεραπευτικούς χειρισμούς περιλαμβάνουν την ξηρότητα, την ίνωση, τη στένωση, την βράχυνση του κόλπου, την κολπική αιμορραγία, τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, τις δερματικές αντιδράσεις, τις δυσκολίες στην ούρηση και την λειτουργία του εντέρου και την στειρότητα. Επιπλέον, ψυχολογικές επιπτώσεις είναι η κατάθλιψη, το άγχος, ο φόβος του σεξουαλικού πόνου, η απώλεια της οικειότητας και η αλλοίωση της θηλυκότητας.¹⁴⁹ Στις γυναίκες με ΚΤΜ τα συμπτώματα του καρκίνου και οι παρενέργειες των θεραπειών τις καθιστούν εξαντλημένες να πραγματοποιήσουν ή να απολαύσουν την σεξουαλική επαφή. Οι αντικαρκινικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα του σώματος, ειδικά όταν συμβαίνει πρόωρη στειρότητα ή παραμόρφωση μετά από χειρουργική επέμβαση. Η αρνητική εικόνα του σώματος σχετίζεται με μειωμένη σεξουαλική λειτουργία, σεξουαλική και ψυχική δυσφορία και κατάθλιψη. Η στειρότητα, η επιδείνωση των σχέσεων, η εικόνα του σώματος και η χαμηλή αυτοπεποίθηση έχουν αποδειχθεί ότι σχετίζονται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία στους επιζώντες ΚΤΜ. Όλα αυτά ενδέχεται να οδηγήσουν δυνητικά σε καταθλιπτικά συμπτώματα που τελικά οδηγούν σε προβλήματα σεξουαλικής λειτουργίας. Ομοίως, οι αλλαγές στη σεξουαλικότητα, την θηλυκότητα και την οικειότητα με τον σύντροφο,

απότοκες του KTM πιθανόν να οδηγήσουν στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης.^{147,148}

Αρχικά, από την ανάλυση των μελετών της ανασκόπησης διαφαίνεται μια ποικιλία στα εργαλεία μέτρησης των δύο μεταβλητών. Ενώ, τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την κατάθλιψη είναι ίδια αναφορικά με την αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, τα εργαλεία για την σεξουαλικότητα καλύπτουν διαφορετικές πτυχές της σεξουαλικότητας. Ειδικότερα, το FSFI αξιολογεί την επιθυμία, την υποκειμενική και αντικειμενική διέγερση, τον οργασμό, τον πόνο και την σεξουαλική ικανοποίηση.¹²⁵ Το SAQ εκτιμά τη σεξουαλική λειτουργία ή αδράνεια.¹²⁸ Το SVQ αξιολογεί τα σεξουαλικά και κολπικά προβλήματα.¹³⁰ Το FSDS¹³¹ αξιολογεί την υποκειμενική δυσφορία που σχετίζεται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Το SSFS-SSPQ^{133,134} χρησιμοποιήθηκε για να μετρήσει την παρουσία και σοβαρότητα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και δυσφορίας σε ασθενείς με καρκίνο της μήτρας. Το GPC¹¹³⁵ αναγνωρίζει τον τύπο και την ένταση των γυναικολογικών και σεξουαλικών προβλημάτων σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο. Το EORTC QLQ CX-24¹³⁶ δημιουργήθηκε ειδικά για να αξιολογεί την ποιότητα ζωής ασθενών με KTM. Από αυτά μόνο το FSFI περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν τόσο υποκειμενικές όσο και αντικειμενικές πτυχές της σεξουαλικής διέγερσης και έχει αναγνωριστεί ως ένα ισχυρό μέτρο για την σεξουαλική νοσηρότητα στις γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπείες για KTM.¹²⁷

Στις μελέτες των Bakker και συν.,¹¹⁸ και Brotto και συν.,¹¹⁹ δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής δυσφορίας και κατάθλιψης. Οι μελετητές αυτοί αξιολόγησαν και ανέλυσαν στατιστικά μόνο την σεξουαλική δυσφορία με το FSDS, άρα κάλυψαν ουσιαστικά μόνο μία πλευρά (συναισθηματική) της σεξουαλικής ζωής χωρίς να επικεντρώνονται σε ειδικές λειτουργίες. Η σεξουαλική δυσφορία αποτελεί μέρος της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και προτείνεται να αξιολογείται παράλληλα με την σεξουαλική λειτουργία στις επιδημιολογικές μελέτες της σεξουαλικότητας.¹⁵⁰ Αναφέρεται στην βιβλιογραφία ότι σημαντικές πληροφορίες μπορεί να μην ανευρεθούν σε μια μελέτη αν δεν βρεθούν συνολικά τα αποτελέσματα για την σεξουαλική δυσφορία και την σεξουαλική λειτουργία του μελετώμενου πληθυσμού.

Υπάρχει η πιθανότητα μια γυναίκα να μην έχει εμφανείς δυσκολίες με την σεξουαλική διέγερση ή τον οργασμό, αλλά να εξακολουθεί να αισθάνεται ενοχή, λύπη ή αμηχανία για τη σεξουαλική της ζωή. Αισθήματα που οδηγούν στην σεξουαλική δυσφορία και στην κατάθλιψη.¹⁵¹

Συνολικά τα ευρήματα των μελετών καταλήγουν ότι η επιλεγμένη θεραπευτική μέθοδος επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη των ασθενών με ΚΤΜ και ότι η σεξουαλικότητα και η κατάθλιψη συσχετίζονται μεταξύ τους σημαντικά. Ειδικότερα, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία έχουν περισσότερη σεξουαλική δυσλειτουργία και εμφανίζουν περισσότερα σεξουαλικά προβλήματα και καταθλιπτικά συμπτώματα. Ακολουθούν οι ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί με ριζική υστερεκτομή και τραχηλεκτομή. Η χειρουργική επέμβαση για τον ΚΤΜ επηρεάζει αρνητικά τη σεξουαλική λειτουργία και η ακτινοθεραπεία, φαίνεται να ενισχύει αυτό το αποτέλεσμα. Άρα ,παρά τις σύγχρονες μεθόδους ακτινοθεραπείας, η πνευλική ακτινοθεραπεία έχει επίμονη κολπική τοξικότητα, με αρνητικό αντίκτυπο στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών με ΚΤΜ και κατ' επέκταση και στην κατάθλιψη.¹⁵² Εφόσον είναι γνωστή και αποδεδειγμένη η αρνητική επίδραση της ακτινοθεραπείας στην σεξουαλικότητα και κατάθλιψη των γυναικών με ΚΤΜ, οι γυναίκες με ΚΤΜ υπό ακτινοθεραπεία θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως ένας ιδιαίτερα ευάλωτος υπό-πληθυσμός σε έναν πληθυσμό ο οποίος βρίσκεται ήδη σε μεγαλύτερο κίνδυνο για μεγαλύτερες επιπτώσεις στην σεξουαλικότητα και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της επιβίωσης από τον ΚΤΜ.¹⁵² Τέλος, στην σύγκριση των χειρουργικών επεμβάσεων της υστερεκτομής και τραχηλεκτομής για τα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης στις ασθενείς, δεν βρέθηκαν διαφορές. Αυτό πιθανά να εξηγείται από το γεγονός ότι οι γυναίκες αυτές βρίσκονται σε αρχικό στάδιο και υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα ίασης μετά από την χειρουργική επέμβαση ,χωρίς περαιτέρω σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση.

Αναφορικά επίσης με την σύγκριση των αναλυόμενων μελετών ως προς το στάδιο της νόσου των ασθενών με ΚΤΜ ^{114,116} οι ασθενείς με αρχικό στάδιο και τοπικά προχωρημένο στάδιο είχαν βελτιωμένη σεξουαλική δραστηριότητα με την πάροδο του χρόνου και ελάχιστα ποσοστά κατάθλιψης. Το παρόν εύρημα ,πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ό,τι μετά τη διάγνωση του

καρκίνου ενός αρχικού σταδίου, τη χειρουργική επέμβαση και την υποχώρηση των συμπτωμάτων, η σεξουαλική λειτουργία και η διάθεση της γυναίκας επανέρχεται σταδιακά σε φυσιολογικά επίπεδα.

Επιπροσθέτως, με βάση την μεθοδολογική αξιολόγηση με τα κριτήρια των Vistad και συν.,¹¹⁰ από τις 8 μελέτες που κατέληξαν σε σημαντική συσχέτιση των 2 μεταβλητών, μόνο 4 αξιολογήθηκαν ως μεθοδολογικά καλές μελέτες^{111,112,114,115} ενώ οι υπόλοιπες 4 ήταν μεθοδολογικά φτωχότερες^{117,121,123,124}. Οι μελέτες που δεν κατέληξαν σε συσχέτιση^{118,119} ανήκουν στις μεθοδολογικά φτωχότερες μελέτες. Όμως, γενικά, οι προσεγγίσεις στην αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών των συστηματικών ανασκοπήσεων είναι ετερογενείς και αντικατοπτρίζουν την έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τις βέλτιστες πρακτικές αξιολόγησης.¹⁵³ Τα κριτήρια των Vistad και συν.,¹¹⁰ που επιλέχθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν για να αντλήσουν πολύτιμη εμπειρία και πληροφορία από πρωτοπόρους ερευνητές στην ομάδα των γυναικολογικών καρκίνων. Έχουν χρησιμοποιηθεί ξανά σε μελέτες για την συγκεκριμένη ομάδα ασθενών χωρίς όμως να αποτελούν χρυσό κανόνα. Συνεπώς, δεχόμενοι αυτά τα κριτήρια υπάρχουν ελάχιστες (τέσσερις) καλά σχεδιασμένες και μεθοδολογικά καλές μελέτες που μελετούν την συσχέτιση σεξουαλικότητας και κατάθλιψης στις γυναίκες με ΚΤΜ, άρα τα αποτελέσματά μας είναι περιορισμένα και δεν μπορούν να γενικευτούν στην συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

Επιπλέον, τα διαθέσιμα δεδομένα από παλαιότερες μελέτες σε πληθυσμούς ασθενών με ΚΤΜ ποικίλλουν, υποδεικνύουν όμως την ύπαρξη μίας θετικής και ισχυρής συσχέτισης μεταξύ σεξουαλικότητας και κατάθλιψης. Παρ' όλα αυτά δεν επιτρέπουν με ασφάλεια την γενίκευσή τους. Σε αρκετά παλαιά μελέτη του 1993 από τους Cull και συν.,¹⁵⁴ σε ασθενείς με ΚΤΜ αρχικού σταδίου βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και σεξουαλικότητας. Σε μελέτη των Levin και συν.,¹⁵⁵ σε επιζώντες γυναικολογικών καρκίνων (ενδομήτριο 45%, τράχηλος 23%, ωοθήκες 26%, αιδοίο 6%) βρέθηκε ότι η σεξουαλική νοσηρότητα συσχετίζεται ισχυρά με επιδεινούμενα συμπτώματα κατάθλιψης. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς είχαν υψηλά ποσοστά σεξουαλικών προβλημάτων και υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικότητας και της ευρύτερης ψυχολογικής προσαρμογής. Ασθενείς με καρκίνο της

μήτρας που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία στην πύελο, αξιολόγησαν οι Rodrigues και συν.,¹⁵⁶ και κατέληξαν σε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης με την σεξουαλική διέγερση, την επιθυμία, τον οργασμό και την λίπανση του κόλπου. Οι Juraskova και συν.,¹⁵⁷ αντίθετα πρόσφατα κατέληξε ότι σε ασθενείς με ΚΤΜ, η σεξουαλική λειτουργία δε συσχετίζεται με την ψυχολογική δυσφορία και την κατάθλιψη μετρούμενη με εργαλείο ανίχνευσης, το HADS.

6.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ-ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Περιορισμοί της παρούσας ανασκόπησης αποτελούν:

- τα αυστηρά κριτήρια εισαγωγής των μελετών
- η ετερογένεια των μελετών ως προς το σχεδιασμό, το ερευνητικό ερώτημα, το δείγμα και τα εργαλεία μέτρησης.
- το σχετικά μικρό δείγμα των περισσότερων μελετών, με την πιθανότητα μη σημαντικών αποτελεσμάτων λόγω έλλειψης στατιστικής ισχύος (σφάλμα τύπου II).
- Η συμπερίληψη μελετών στην παρούσα ανασκόπηση μπορεί να υπόκειται σε προκατάληψη επειδή δεν έχουν εντοπιστεί αδημοσίευτες μελέτες (μεροληψία δημοσίευσης).

Τα πλεονεκτήματα της ανασκόπησης περιλαμβάνουν την χρήση των οδηγιών PRISMA¹⁰⁸ για την πραγματοποίησή της, την μεθοδολογική αξιολόγηση των μελετών που συμπεριελήφθησαν με τα κριτήρια που ανέπτυξαν οι Vistad και συν.,¹¹⁰ και την παράθεση των χρησιμοποιούμενων ερωτηματολογίων σεξουαλικότητας και κατάθλιψης. Επιπλέον, το παρόν πόνημα, αποτελεί την πρώτη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας της τελευταίας δεκαετίας σχετικά με την σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη στις ασθενείς με ΚΤΜ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο κύριος σκοπός της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση της σεξουαλικότητας και της κατάθλιψης των ασθενών με ΚΤΜ σε δημοσιευμένες μελέτες της τελευταίας δεκαετίας. Συνολικά, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, η σεξουαλικότητα, η σεξουαλική λειτουργία και η κατάθλιψη των ασθενών με ΚΤΜ επηρεάζονται από τις θεραπείες τους, ενίοτε σε διαφορετικό βαθμό και φαίνεται να υπάρχει σημαντική και θετική συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικότητας και κατάθλιψης. Ωστόσο με σοβαρές αδυναμίες και ελλείψεις της μεθοδολογίας των αναθεωρημένων μελετών δεν είμαστε σε θέση να εξαγάγουμε ένα οριστικό συμπέρασμα σχετικά με την συσχέτιση προς το παρόν. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται σχετικά με την επίδραση της κατάθλιψης στη σεξουαλικότητα προκειμένου να καθοριστεί η σχέση τους στον ΚΤΜ. Η γνώση αυτή θα βοηθούσε στην κατάλληλη αντιμετώπιση των προβλημάτων της ποιότητας ζωής των γυναικών με ΚΤΜ.

Η σεξουαλικότητα και η διάθεση των ασθενών ή και επιζώντων από ΚΤΜ, είναι σημαντικές πτυχές στη ζωή των γυναικών που επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό τόσο από τη διάγνωση, που είναι ανατροπή της ζωής τους όπως την ήξεραν, αλλά και από τις διάφορες θεραπείες και τις παρενέργειές τους που αλλάζουν όλο τους το είναι. Συνεπώς για να αποκτηθεί περισσότερη γνώση στο θέμα της επίδρασης των θεραπειών για τον ΚΤΜ στην σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη και να διερευνηθεί από όλες τις πλευρές, χρειάζεται καλύτερη μεθοδολογική έρευνα. Είναι σημαντικό, οι μετρήσεις των εκβάσεων να γίνονται με εργαλεία τυποποιημένα, έγκυρα και αξιόπιστα. Οι μελλοντικές έρευνες πρέπει να περιλαμβάνουν ομοιογενείς ομάδες ασθενών και κοινωνικό-δημογραφικά συγκρίσιμες ομάδες σύγκρισης, όπως επίσης οι αναλύσεις θα πρέπει να στοχεύουν στον εντοπισμό υποομάδων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση σεξουαλικών προβλημάτων και κατάθλιψης. Επιπλέον, θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην σεξουαλικότητα και στην διερεύνηση της ύπαρξης ή μη της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των θεραπειών (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) και όχι μόνον στην μετέπειτα περίοδο της επιβίωσης. Η περίοδος κατά την οποία οι ασθενείς υποβάλλονται σε θεραπείες είναι μια εξαιρετικά στρεσογόνο περίοδος που επηρεάζει αρνητικά την σεξουαλικότητα και την διάθεση των γυναικών. ^{155,158,159}

Χρειάζεται να δούμε σε αυτή την περίοδο σε ποιο βαθμό επηρεάζονται οι δύο μεταβλητές, ποιες πτυχές της σεξουαλικότητας επηρεάζονται και για πόσο χρονικό διάστημα διαρκούν οι επιπτώσεις των θεραπειών στην σεξουαλικότητα και τη κατάθλιψη.

Οι μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν την διεξαγωγή διαχρονικών μελετών για την τεκμηρίωση των συνεχιζόμενων αλλαγών στην σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη των ασθενών με ΚΤΜ. Επιπλέον, θα πρέπει να περιλαμβάνουν και την διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο ειδικές επιπτώσεις της νόσου και των θεραπειών (κόπωση, λεμφοίδημα, πόνος, διάρροια, ακράτεια ούρων και κοπράνων) επηρεάζουν την σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη των γυναικών με ΚΤΜ. Περαιτέρω έρευνα θα ήταν χρήσιμο να κατευθυνθεί προς τις αιματολογικές, ορμονικές ή βιολογικές αλλοιώσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη των ασθενών με ΚΤΜ. Η καλύτερη κατανόηση των δύο αυτών πολύ σημαντικών παραμέτρων της ζωής των ασθενών αλλά και των παραγόντων που τις επηρεάζουν στους ασθενείς και επιζώντες με ΚΤΜ θα επιτρέψει στους επαγγελματίες της ανακουφιστικής φροντίδας να αναπτύξουν και να αξιολογήσουν παρεμβάσεις για τη βελτίωση της σεξουαλικότητας και της κατάθλιψης των ασθενών, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους.

Παρά τους περιορισμούς της, η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση, προσθέτει γνώση στην ισχνή βιβλιογραφία για τη σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη των ασθενών με ΚΤΜ και είναι η πρώτη που προσπάθησε να εστιάσει και να ανακαλύψει την μεταξύ τους σχέση. Είναι γνωστό από τις παλαιότερες μελέτες ότι η σεξουαλικότητα και η κατάθλιψη των γυναικών επηρεάζονται αρνητικά από τις επιλεγόμενες θεραπείες (χειρουργείο, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) για τον ΚΤΜ. Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες, αξιολόγησαν μεμονωμένα την σεξουαλικότητα, την κατάθλιψη ή και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΤΜ. Την τελευταία δεκαετία μόνο οι 14 μελέτες της ανασκόπησης, τα μελέτησαν συνδυαστικά. Τα ευρήματά της μπορούν να γίνουν το έναυσμα για μετέπειτα ερευνητική δραστηριότητα, ίσως και με τις κατευθύνσεις που προαναφέρθηκαν. Επιπλέον, μπορούν να παρακινήσουν τους επαγγελματίες ανακουφιστικής φροντίδας να εντρυφήσουν περισσότερο στα θέματα τη σεξουαλικότητας και της διάθεσης

των ασθενών που συχνά υπό-αναφέρονται και υποεκτιμώνται. Η σεξουαλική λειτουργία και η ενδεχόμενη κατάθλιψη των γυναικών με ΚΤΜ θα πρέπει να αξιολογείται συστηματικά από διεπιστημονικές ομάδες, να οργανώνονται παρεμβάσεις για να βελτιωθούν και να παρέχεται ολοκληρωμένη φροντίδα με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice, 2nd ed. WHO press, Geneva, 2014. 408 σελίδες.
2. International Agency for Research on Cancer (Internet). GLOBOCAN database. 2008. Cited 2017 Aug 8th. Available from <https://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics. CA CANCER J CLIN, 2017, 67:7–30.
4. Shink J. Cervix, Vulva and Vagina. In: Chang AE, Ganz PA, Hayes DF, Kinsella T, Pass HI, Schiller JH, Stone RM, Strecher V (Eds.). Oncology: An Evidence-Based Approach. 1st ed. Springer Science & Business Media, New York, 2006. pages 874-891
5. Κρεατσάς Κ.Γ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Τόμος 1.2η έκδοση, Εκδόσεις: ΠΧ Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009. 920 σελίδες.
6. Dunleavey R. Dysplasia, HPV, Cervical Cancer. In: Dunleavey R. Cervical Cancer: A Guide for Nurses. 2nd Ed. John Wiley & Sons, Sydney, 2008. Pages 1-25.
7. Martin VR, Vogt Temple S. Cervical cancer, In: Henke Yarbro C, Wujcik D, Holmes Gobel B. Cancer Nursing: Principles and Practice. 7th ed. Jones & Bartlett Learning. 2011. USA. pages 1189-1205.
8. International Agency for Research on Cancer. Office for Official Publications of the European Communities. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. European Commission. 2008. Belgium. pages 324.
9. Rajaram S, Nigam S, Kava S. HPV Carcinogenesis, Clinical Applications, Biomarkers in Cancer Cervix. In: Rajaram S, Chitrathara K, Maheshwari A. Cervical Cancer: Contemporary Management. 1st ed. JP Medical Ltd, New Delhi, 2012. pages 36-41.
10. American Cancer Society [Internet]. Cancer Staging. Updated 2016; cited 2017 Jun 6. Available from <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/staging.html>
11. American Joint Committee on Cancer and American Cancer Society. Cervical Cancer Staging. 2009. AJCC 7th Edition Staging Posters. Cited 2017 Jun 6. Available from <https://cancerstaging.org/references-tools/quickreferences/Documents/CervixMedium.pdf>
12. Pecorelli S, Zigliani L, Odicino F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. Int J Gynaecol Obstet. 2009; 105(2):107-8.
13. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N. on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Cervical

- cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* .2017; 28 (Supplement 4): iv72–iv83.
14. Suchetha S, Chitrathara K. Adenocarcinoma and other rare histologic entities :clinical aspects , In: Rajaram S, Chitrathara K, Maheshwari A. *Cervical Cancer: Contemporary Management*. 1st ed. JP Medical Ltd, New Delhi, 2012. pages 98-104.
 15. Magowan BA, Thomson A, Owen P. Cervical Neoplasia. In : Magowan BA, Thomson A, Owen P. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 3rd ed. Elsevier Health Sciences, UK, 2014. pages 129-136.
 16. Schneider A, Erdemoglu E, Chiantera V. et al. Clinical recommendation for radical trachelectomy for fertility preservation in patients with early stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2012; 22(4): 659–666.
 17. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). *Global Guidance For Cervical Cancer Prevention and Control*. 2009. Cited 2017 Jun 6. Available from http://www.rho.org/files/FIGO_cervical_cancer_guidelines_2009.pdf
 18. Pectasides D, Kamposioras K, Papaxoinis G. et al. Chemotherapy for recurrent cervical cancer. *Cancer Treat Rev*. 2008;34: 603–613.
 19. Monk BJ, Sill MW, McMeekin DS. et al. Phase III trial of four cisplatin containing doublet combinations in stage IVB, recurrent, or persistent cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol*. 2009; 27:4649–4655.
 20. Tewari KS, Sill MW, Long HJ, Penson RT. et al. Improved Survival with Bevacizumab in Advanced Cervical Cancer. *N Engl J Med*. 2014;370:734-743
 21. National Cancer Institute (Internet), Definition: supportive care, Cited 2017 Jun 6th. Available from <http://www.cancer.gov/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=46609&version=Patient&language=English>.
 22. Κωνσταντινίδης ΘΙ, Φιλαλήθης Α. Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο: Η νοσηλευτική προσέγγιση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2014;31(4):412-422
 23. Maguire R, Kotronoulas G, Simpson M, Paterson C. A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. *Gynecologic Oncology* 2015; 136; 478–490.
 24. Carter J, Raviv L, Applegarth L, Ford JS, Josephs L, Grill E. et al. A cross-sectional study of the psychosexual impact of cancer-related infertility in women: third-party reproductive assistance. *J Cancer Survivorship*. 2010;4(3):236–46.
 25. De Groot JM, Mah K, Fyles A, Winton S, Greenwood S, De Petrillo D. et al. Do single and partnered women with gynecologic cancer differ in types and intensities of illness and treatment related psychosocial concerns? A pilot study. *J Psychosom Res*. 2007; 63:241–5.

26. Audette C, Waterman J. The sexual health of women after gynecologic malignancy. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55:357–62.
27. WHO (Internet), WHO definition of palliative care. Geneva, World Health Organization, 2010. Cited 2017 Jun 6. Available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
28. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302:741–9.
29. Holmes C, Mitchell A. Palliative care in gynaecological oncology. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 2017, Vol 27, Issue 10, 297-302.
30. World Health Organization. Defining sexual health : Report of a technical consultation on sexual health . Geneva, Switzerland. 2002. Cited 2017 Aug 1st. Available from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
31. Kammerer-Doak D, Rogers RG. Female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* . 2008;35(2):169–83.
32. Woods NF. Human sexuality in health and illness. *American Journal of Nursing*. 1984; Vol 84 ,No 12, pp1484.
33. Berman JR. Physiology of female sexual function and dysfunction, *International Journal of Impotence Research* .2005;17, S44–S51
34. Konstantinidis C, Gekas A. Female Sexual Dysfunction (FSD). *Hellenic Urology* .2006;18:32-43
35. Rupesh R. et al. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertility and Sterility* .2007;Vol.88,No.5 ,1273–1284.
36. Sarrell PM. Sexuality and menopause. *Obstet Gynecol*. 1990; Apr;75(4 Suppl):26S-30S; discussion 31S-35S.
37. Taylor C, Lillis C, LeMone P. Σεξουαλικότητα, Στο: Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής: Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας*. Τόμος II. 3η έκδοση. Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης ,Αθήνα,2006,σελ.864-905.
38. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, Martin-Morales A. Epidemiology and Risk Factors of Sexual Dysfunction . *J Sex Med*. 2004 Jul;1(1):35-9.
39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th Edition (DSM-5)*. Washington DC.2013. pages 394.
40. Graziottin A. Iatrogenic and post-traumatic female sexual disorders. In: Porst H, Buvat J. (Eds), *ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine*, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 351-361.

41. Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res* 2003;14:64–82
42. Graziottin A. et al. Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction. *Maturitas* .2009; 63:128–134
43. Hayes R, Dennerstein L, Bennett C, Fairley C. What is the prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact?. *J Sex Med* . 2008;5(4):777–787
44. Echeverry M, Arango A, Castro B, Raigosa G. Study of the prevalence of female sexual dysfunction in sexually active women 18 to 40 years of age in Medellin, Colombia. *J Sex Med* .2010;7(8):2663–2669
45. Chao J, Lin Y, Ma M, Lai C, Ku Y, Kuo W, Chao I. Relationship among sexual desire, sexual satisfaction, and quality of life in middle-aged and older adults. *J Sex Marital Ther* .2011; 37(5):386–403
46. World Health Organization . ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems .10th revision, Geneva,1992.pages 201.
47. Salonia A, Munarriz RM, Naspro R ,Nappi RE et al. Womens' sexual dysfunction: a pathological review. *BJU Int* .2004;93:1156-1164
48. Seal B. Women's sexual health: a multidisciplinary approach. *Expert Rev Obstret Gynecol* .2011;6(3):251–253
49. Khajehei M, Dohert YM, Matt Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women . *Arch Womens Ment Health* .2015; 18:423–433
50. Yadav R, Magan D, Mehta N, Sharma R, Mahapatra S. Efficacy of a short-term yoga-based lifestyle intervention in reducing stress and inflammation: preliminary results. *J Altern Complement Med*.2012; 18(7):662–667.
51. Esposito K, Giugliano D. Lifestyle/dietary recommendations for erectile dysfunction and female sexual dysfunction. *Urol Clin N Am*. 2011; 38(3):293–301
52. Mayor S. Managing the sexual consequences of cancer and its treatment, , *Cancer World*.2013;issue 57. Cited 2017 Aug 5th .Available from .
<http://www.cancerworld.org/Articles/Issues/57/November-December-2013/e-Grand-Round/629/Managing-the-sexual-consequences-of-cancer-and-its-treatment.html>
53. Dhikav V, Karmarkar G, Gupta R, Verma M, Gupta S, Anand K. Yoga in female sexual functions. *J Sex Med* . 2010;7(2 pt 2): 964–970
54. Herbenick D, Reece M, Sanders S, Dodge B, Ghassemi A, Fortenberry JD. Prevalence and characteristics of vibrator use by women in the United States: results from a nationally representative study. *J Sex Med* . 2009;6(7):1857–1866

55. Schroder M, Mell L, Hurteau J, Collins Y, Rotmensch J, Waggoner S, Yamada S, Small W Jr, Mundt A. Clitoral therapy device for treatment of sexual dysfunction in irradiated cervical cancer patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* .2005;61(4):1078–1086
56. Braunstein GD, Sundwall DA, Katz M, Shifren JL, Buster JE, Simon JA, Bachman G, Aguirre OA, Lucas JD, Rodenberg C, Buch A, Watts NB. Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* .2005;165(14):1582–1589
57. Sadvsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, et al. Cancer and sexual problems. *J Sex Med* .2010;7(1 Pt 2):349–73.
58. Bober SL, Zhou ES, Chen B, Manley PE, Kenney LB, Recklitis CJ. Sexual function in childhood cancer survivors: a report from Project REACH. *J Sex Med* .2013;10:2084–93.
59. Schover L.R. et al. Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment .*EJC*.2014; Supplement 12,pp 41-53.
60. Recklitis CJ, Sanchez Varela V, Mauch P, Bober S. Sexual functioning in long-term survivors of Hodgkin’s lymphoma. *Psychooncology* .2010;19:1229–33
61. Kiserud CE, Schover LR, Dahl AA, Fossa A, Bjørro T, Loge JH et al. Do male lymphoma survivors have impaired sexual function? *J Clin Oncol* .2009;27:6019–26.
62. Schover LR. Premature ovarian failure and its consequences: vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. *J Clin Oncol* .2008;26:753–8.
63. Baumgart J, Nilsson K, Evers AS, Kallak TK, Poromaa IS. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause* .2013; 20:162–8
64. Sbitti Y, Kadiri H, Essaidi I, et al. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women’s perception. *BMC Women’s Health*. 2011;11:29.
65. Hughes MK. Alteration of sexual function in women with cancer. *Seminars in Oncology Nursing* .2008;Vol 24,No 2,p91-101.
66. Corner J. Σεξουαλικότητα και καρκίνος, Στο: Νοσηλευτική Ογκολογία: το πλαίσιο φροντίδας ,Εκδόσεις:ΠΧ Πασχαλίδης ,Αθήνα ,2006,σελ 437-446
67. Katz A. Breaking the silence on cancer and sexuality. A handbook for healthcare providers.2nd ed. Pittsburgh PA.Oncology Nursing Society Publishing Division,2007,pages 303
68. Krebs LU. Sexual Health During Cancer Treatment. In: Quinn GP, Vadaparampil ST.Reproductive health and cancer in adolescents and young adults (vol 732).In: Back N,Cohen IR,Lajtha A,Lambris

- JD, Paoletti R. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. Springer Science & Business. 2011. pages 211-230
69. Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psychooncology* 2003 ;12(3):267–79,
 70. Lindau S, Gavrilova N, Anderson D.. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. *Gynecol Oncol* .2007;106:413–8.
 71. Aerts L, Enzlin P, Verhaeghe J, Vergote I, Amant F. Sexual and psychological functioning in women after pelvic surgery for gynaecological cancer. *Eur J Gynaecol Oncol* . 2009;30(6):652–6.
 72. Abbott-Anderson K, Kwekkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol* .2012; 124:477–89.
 73. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Patient-rating of distressful symptoms after treatment for early cervical cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand* .2002;81:443–50
 74. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Αναθεωρημένη έκδοση .University Studio Press .Θεσσαλονίκη.2008.Σελίδες 890.
 75. Elhwuegi AS. Central monoamines and their role in major depression. *Progress in Neuro- Psychopharmacology & Biological Psychiatry*.2004;28: 435-451.
 76. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Comparisons in Psychiatric Epidemiology. Cross national comparisons of prevalence and correlate of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (4),413-426.
 77. Sadock CK ,Benjamin J, Sadock A. Διαταραχές της Διάθεσης, In: Εγχειρίδιο κλινικής Ψυχιατρικής Νέα Έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα.2007.Σελίδες 672.
 78. Weissman MM, Olfson M. Depression in woman: implications for health care research. *Science*.1995 269:799-801.
 79. Li M, Boquiren V, Lo C. et al. Depression and in supportive oncology. In: Davis M, Feyer P, Ortner P, Zimmermann C. *Supportive Oncology*.1st ed. Elsevier. Philadelphia, PA.2011. pages 528-539.
 80. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H. et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* .2011; 12:160-174
 81. Irwin MR. Depression and risk of cancer progression: an elusive link. *J Clin Oncol*.2007; 25:2343-2344.
 82. Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*. 2014;23(2):121-130.

83. Sharpe M, Strong V, Allen K, et al. Management of major depression in outpatients attending a cancer centre: a preliminary evaluation of a multicomponent cancer nurse-delivered intervention. *British Journal of Cancer*. 2004;90(2):310-313
84. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* .2003;108:163-174
85. Miaskowski C. Gender difference in pain, fatigue, and depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*.2004;(32): 139-143 .
86. Arrieta O, Angulo LP, Núñez-Valencia C, Dorantes-Gallareta Y, Macedo EO, Martínez-López D, Alvarado S, Corona-Cruz JF, Oñate-Ocaña LF. Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Ann Surg Oncol*.2013; 20:1941-1948.
87. Dalton SO, Laursen TM, Ross L, Mortensen PB, Johansen C. Risk for hospitalization with depression after a cancer diagnosis: a nationwide, population-based study of cancer patients in Denmark from 1973 to 2003. *J Clin Oncol*. 2009;27:1440-1445.
88. Mols F, Husson O, Roukema JA, Van de Poll-Franse LV. Depressive symptoms are a risk factor for all-cause mortality: results from a prospective population-based study among 3,080 cancer survivors from the PROFILES registry. *J Cancer Surviv*. 2013;7:484-492.
89. American Cancer Society (Internet) .Factsheet: Anxiety, Fear and Depression. Updated 2016. Cited 2017, June 6th, Accessed from <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/emotional-side-effects/anxiety-fear-depression.html>
90. Glińska J, Adamska E, Lewandowska M, Kobos J. Evaluation of the psychological state of patients with advanced cancer and the impact of support on their emotional condition. *Wspolczesna Onkol*, 2012;16 (6): 563–568
91. Lloyd-Williams M. Difficulties in diagnosing and treating depression in the terminally ill cancer patient. *Postgrad Med J* 2000; 76 :555-558.
92. Miller AH, Ancoli-Israel S, Bower JE et al. Neuroendocrine immune mechanisms of behavioural comorbidities in patients with cancer. *J Clin Oncol* .2008;8:887-899.
93. Moussas GL, Karkanias AP, Papadopoulou A. Psychological and psychiatric problems in cancer patients in the general hospital. *Psychiatriki* 2008;19:124-144.
94. Rodin G, Lo C, Mikulincer M. et al. Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med* .2009;68:562-569
95. Pasquini M, Speca A, Mastroeni S. et al. Differences in depressive thoughts between major depressive disorder, IFN-alpha-induced

- depression, and depressive disorders among cancer patients. *J Psychosom Res* .2008; 65:153-156
96. Spoletini I, Gianni W, Repetto L. et al. Depression and cancer: An unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients. *Crit Rev Oncol Hematol* .2008; 65:143-155
 97. Bisseling KC, Kondalsamy-Chennakesavan S, Bekkers RL, Janda M, Obermair A. Depression, anxiety and body image after treatment for invasive stage one epithelial ovarian cancer. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* .2009;49:660–666.
 98. Watts S, Prescott P, Mason J, McLeod N, Lewith G. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*. 2015;5(11).
 99. Carmack Taylor CL, Basen-Engquist K, Shinn EH, Bodurka DC. Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *J Clin Oncol* .2004; 22:881–9.
 100. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* .2001;10:19-28.
 101. Ravi P, Musa G, Chungu H. Prevalence of Depression among Cervical Cancer Patients Seeking Treatment at the Cancer Diseases Hospital. *Journal of Dental and Medical Sciences* .2016; volume 15, Issue 6 ,57-62
 102. Mccorkle R, Tzuh Tang S, Greenwald H, Holcombe G, Lavery M. Factors Related to Depressive Symptoms Among Long-Term Survivors of Cervical Cancer, *Health Care for Women International*, 2006;27:1, 45-58.
 103. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCL Monogr* .2004;32:57-71
 104. Li M, Fitzgerald P, Rodin G., Evidence-Based Treatment of Depression in Patients With Cancer. *JCO* . 2012 Apr 10;30(11):1187-96
 105. Pasquini M, Biondi M. Depression in Cancer Patients: a Critical Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* .2007;3:1-9
 106. Schwartz L, Lander M, Chochinov HM. Current management of depression in cancer patients. *Oncology* .2002;16:1102-1115
 107. Bar-Sela G, Atid L, Danos S. et al. Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *PsychoOncology* .2007;16:980-984.
 108. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D.G. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*. 2009; 151(4). Accessed from <http://www.prisma-statement.org/Default.aspx> assessed 5/8/2017

109. National Cancer Institute (internet).National Cancer Institute Dictionary of Cancer Terms.Cited 2017,Aug 8th. Available from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/survivor>
110. Vistad I, Fosså SD, Dahl AA.A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer. *Gynecologic Oncology* . 2006;102(3):563–72.
111. Carter J, Sonoda Y, Baser RE, et al. A 2-year prospective study assessing the emotional, sexual, and quality of life concerns of women undergoing radical trachelectomy versus radical hysterectomy for treatment of early-stage cervical cancer. *Gynecologic oncology*. 2010;119(2):358-365.
112. Aerts L, Enzlin P, Verhaeghe J, Poppe W, Vergote I, Amant F. Long-term sexual functioning in women after surgical treatment of cervical cancerstages IA to IB: a prospective controlled study. *Int J Gynecol Cancer*. 2014 Oct;24(8):1527-34.
113. Vistad I, Fosså SD, Kristensen GB, Dahl AA.Chronic fatigue and its correlates in long term survivors of cervical cancer treated with radiotherapy. *BJOG*. 2007 Sep;114(9):1150-8. Epub 2007 Jul 26.
114. Mantegna G, Petrillo M, Fuoco G, et al. Long-term prospective longitudinal evaluation of emotional distress and quality of life in cervical cancer patients who remained disease-free 2-years from diagnosis. *BMC Cancer*. 2013;13:127.
115. Wenzel L, Osann K, Hsieh S, Tucker JA, Monk BJ, Nelson EL. Psychosocial Telephone Counseling for Survivors of Cervical Cancer: Results of a Randomized Biobehavioral Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2015;33(10):1171-1179.
116. Ferrandina G, Mantegna G, Petrillo M, Fuoco G, Venditti L, Terzano S, Moruzzi C, Lorusso D, Marcellusi A, Scambia G. Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: a prospective, longitudinal study. *Gynecol Oncol*. 2012 Mar;124(3):389-94 Epub 2011 Oct 27.
117. Froeding LP, Ottosen C, Rung-Hansen H, Svane D, Mosgaard BJ, Jensen PT. Sexual functioning and vaginal changes after radical vaginal trachelectomy in early stage cervical cancer patients: A longitudinal study. *J Sex Med* . 2014;11:595–604.
118. Bakker RM, Kenter GG, Creutzberg CL, Stiggelbout AM, Derks M, Mingelen W, Kroon CD, Vermeer WM, Ter Kuile MM.Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors: A cross-sectional multicenter observational study. *PsychoOncology* . 2017;26(10):1470-1477
119. Brotto LA, Smith KB, Breckon E, Plante M. Pilot Study of Radical Hysterectomy Versus Radical Trachelectomy on Sexual Distress. *Journal of Sex & Marital Therapy* .2013;39:6 pp 510-525

120. Steen R, Dahl AA, Hess SL, Kiserud CE. A study of chronic fatigue in Norwegian cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2017 Sep;146(3):630-635
121. Kim SH, Kang S, Kim YM, Kim BG, Seong SJ, Cha SD, Park CY, Yun YH. Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Among Cervical Cancer Survivors in Korea. *International Journal of Gynecological Cancer* .2010;Vol20(6) pp 1017-1024.
122. Greenwald H, McCorkle R. Sexuality and sexual function in long term survivors of cervical cancer . *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Jul-Aug;17(6):955-63.
123. Osann K, Hsieh S, Nelson EL, et al. Factors Associated with Poor Quality of Life among Cervical Cancer Survivors: Implications for Clinical Care and Clinical Trials. *Gynecologic oncology*. 2014;135(2):266-272.
124. Bae H, Park H. Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer . *Support Care Cancer* . 2016;24:1277–1283
125. Rosen R, Brown C, Heiman J. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:191–208.
126. Baser RE, Li Y, Carter J. Psychometric validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer*. 2012;118(18):4606–4618
127. White ID, Sangh A ,Lucas G, Wiseman T. Assessment of sexual difficulties associated with multi-modal treatment for cervical or endometrial cancer: A systematic review of measurement instruments. *Gynecologic Oncology* .2016;143 pp 664–673
128. Waterhouse J, Metcalf MC. Development of the Sexual Adjustment Questionnaire. *Oncol Nurs Forum* .1986;13:53–59
129. Jeffery DD. et al. Self-Reported Sexual Function Measures Administered to Female Cancer Patients: A Systematic Review:2008–2014. *J Psychosoc Oncol*.2015; 33(4): 433–466
130. Jensen PT, Klee MC, Thranov I, Groenvold M. Validation of a questionnaire for self-assessment of sexual function and vaginal changes after gynaecological cancer. *Psychooncology*.2004; 13:577–592
131. Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S. et al. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther*.2002; 28(4):317–330.
132. Ter Kuile MM, Brauer M, Laan E. The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS):

- psychometric properties within a Dutch population. *J Sex Marital Ther.*2006; 32:289–304
133. Aerts L, Enzlin P, Verhaeghe J. et al. Psychologic, relational, and sexual functioning in Women after surgical treatment of vulvar malignancy: a prospective controlled study. *Int J Gynecol Cancer* .2014;24:372–380.
 134. Aerts L, Enzlin P, Vergote I. et al. Sexual, Psychological, and Relational Functioning in Women after Surgical Treatment for Vulvar Malignancy: A Literature Review . *J Sex Med.* 2012;9:361–371.
 135. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Kluhsman BC, Fairclough D, Krebs LU, Anton-Culver H, Berkowitz R, Aziz N. Quality of life in long term cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol.*2005; 97(2):310-7
 136. Greimel ER, Kuljanic Vlasic K, Waldenstrom AC, Duric VM, Jensen PT, Singer S, Chie W, Nordin A, Bjelic Radisic V, Wydra D; European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Group. The EORTC quality of life questionnaire cervical cancer module (EORTC QLQ- CX24). *Cancer.* 2006;107 (8) pp1812–1822.
 137. Singer S, Kuhnt S, Momenghalibaf A. et al. Patients' acceptance and psychometric properties of the EORTC QLQ-CX24 after surgery. *Gynecol Oncol.* 2010;116(1):82–87
 138. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* .1983; 67:361–70
 139. Mystakidou K , Tsilika E , Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlachos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: Psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer.*2004;12:821–825
 140. Williams ML, Friedman T, Rudd N., An Analysis of the Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a Screening Tool in Patients with Advanced Metastatic Cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2001 Dec;22(6):990-6.
 141. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measure.*1977;1:385–401
 142. Beck AT, Beck RW. Screening depressed patients in family practice: a rapid technique. *Postgrad Med* .1972;52:81–5
 143. Berard RM, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment, and management. *Psycho-oncology* .1998;7;112–120
 144. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Smyrniotis V, Galanos A, Vlahos L. Beck Depression Inventory: exploring its psychometric properties in a palliative care population of advanced cancer patients. *Eur J Cancer Care.*2007;16(3):244-50
 145. Pilkonis PA, Choi SW, Reise SP, Stover AM, Riley WT, Cella D. of PROMIS Cooperative Group . Item banks for measuring emotional

- distress from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®): depression, anxiety, and anger. *Assessment*.2011;18(3):263-83.
146. Cella D, Riley W, Stone A. et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005–2008. *J Clin Epidemiol*. 2010;3(11):1179–1194
 147. Jensen PT, Froeding LP. Review article: Pelvic radiotherapy and sexual function in women. *Transl Androl Urol*.2015;4(2):186-205
 148. Lonnée-Hoffmann R, Pinas I. Effects of Hysterectomy on Sexual Function. *Curr Sex Health Rep*. 2014;6(4): 244–251
 149. Maher EJ, Denton A. Survivorship, late effects and cancer of the cervix. *Clin Oncol*. 2008;20 pp 479–487
 150. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J Sex Med*. 2008;5:1681–1693
 151. Hayes RD. Assessing female sexual dysfunction in epidemiological studies: Why is it necessary to measure both low sexual function and sexually-related distress? *Sexual Health*.2008;5, 215–218.
 152. White ID, Allan H, Faithfull S. Assessment of treatment-induced female sexual morbidity in oncology: is this a part of routine medical follow-up after radical pelvic radiotherapy? *Br. J. Cancer*.2011; 105 pp 903–910.
 153. Moja LP, Telaro E, D’Amico R, Moschetti I, Coe L, Liberati A, on behalf of the Metaquality Study Group. Assessment of methodological quality of primary studies by systematic reviews: results of the metaquality cross sectional study. *BMJ*. 2005;330:1053
 154. Cull A, Cowie VJ, Farquharson DIM, Livinstone JRB, Smart GE, Elton RA. Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *Br J Cancer*.1993; 68:1216–1220
 155. Levin AO, Carpenter KM, Fowler JM, Brothers BM, Andersen BL, Maxwell GL. Sexual Morbidity Associated With Poorer Psychological Adjustment Among Gynecological Cancer Survivors. *Int J Gynecol Cancer*. 2010 Apr;20(3):461-70.
 156. Rodrigues AC, Teixeira R, Teixeira T, Conde S, Soares P, Torgal I. Impact of pelvic radiotherapy on female sexuality. *Arch Gynecol Obstet*.2012;.285:505–514 .
 157. Juraskova I, Bonner C, Bell ML, Sharpe L, Robertson R, Butow P. Quantity vs. quality: an exploration of the predictors of posttreatment sexual adjustment for women affected by early stage cervical and endometrial cancer. *J Sex Med*. 2012.9(11):2952-60

158. Chochinov H. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol.* 2001;2:449–505
159. Lammerink EAG, De Bock GH, Pras E, Reyners AKL, Mourits MJE. Sexual functioning of cervical cancer survivors: A review with a female perspective. *Maturitas* .2012;72:296–304
160. Clemmens DA, Knafk K, Lev EL, McCorkle R. Cervical cancer: patterns of long-term survival. *Oncol Nurs Forum*. 2008;35(6):897-903.
161. Yi-Long Y, Li Liu Y, Hui W, Xiao-Shi Y, Jiana W, Lei W. The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* .2013;13:393 .
162. Ye S, Yang J, Cao D, Lang J, Shen K. A Systematic Review of Quality of Life and Sexual Function of Patients With Cervical Cancer After Treatment. *Int J of Gyn Ca*. 2014 Sep;24(7):1146-57