



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ- ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ »
ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ
ΕΞΑΜΗΝΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΔΡΕΟΛΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2022

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Δρ Γεωργία Φασόη Καθηγήτρια (επιβλέπουσα καθηγήτρια), Σχολή
Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Δυτικής Αττικής.

Υπογραφή: Georgia
Fasoï

Digitally signed by
Georgia Fasoï
Date: 2022.09.06
20:24:40 +03'00'

Δρ Ευάγγελος Δούσης Αναπληρωτής Καθηγητής, μέλος τριμελούς
εξεταστικής επιτροπής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Υπογραφή:

Δρ Θεοδούλα Αδαμακίδου Επίκουρη Καθηγήτρια , μέλος τριμελούς
επιτροπής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Υπογραφή:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Θ/η κάτωθι υπογεγραμμένη/ος Α.Κ.Α.Ρ.Ε.Ω.Α.Α. Λ.Α.Σ.Σ.Α.Κ.Ω.Ρ.Α.Τ.Ο.Υ Ε.Π.Α.Χ.Ε.Ρ.Α.Ο.Υ
με αριθμό μητρώου 18004 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών
Σπουδών του Τμήματος Μ.Α.Σ.Α.Δ.Ε.Κ.Α.Π.Α.Σ της
Σχολής Χεμαγιόλων Υγείας και Προνοίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:
Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων - ορθολογική και ανακουφιστική
«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την
οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται
στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών
ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με
πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό,
συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το
διαδικτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα
αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και
του ιδρύματός.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την
ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι
Ε.Κ.Θ. Ε.Τ.Ο.Σ και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του
επιβλέποντα καθηγητή.

Θ/Η Δηλών/ούσα
Ανδρέα Λαζαρά


Georgia
Fasoi

Digitally signed by
Georgia Fasoi
Date: 2022.09.06
20:26:10 +03'00'

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Αυτή η εργασία αφιερώνεται στους γονείς μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κυρία Γεωργία Φασόη, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε εξ' αρχής, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα, την επιστημονική της καθοδήγηση, τις υποδείξεις της, την επιμονή της, τη συμπαράστασή της, τη συνεχή της υποστήριξη και το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε από την αρχή μέχρι το τέλος.

Επίσης, ευχαριστώ τον κύριο Ευάγγελο Δούση Αναπληρωτή Καθηγητή και την κυρία Θεοδούλα Αδαμακίδου Επίκουρη Καθηγήτρια, για τις εποικοδομητικές τους υποδείξεις και την πολύτιμη συμβολή τους στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, ως μέλη της τριμελούς επιτροπής.

Επιπλέον, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στην Διευθύντρια του μεταπτυχιακού κυρία Ουρανία Γκοβίνα και σε όλους τους καθηγητές για τη συνεχή υποστήριξη και βοήθειά τους, καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Γράφημα 1. Η συχνότητα του καρκίνου στην Ευρώπη των 27

Γράφημα 2. Τα αναμενόμενα περιστατικά καρκίνου για το 2022 στις Ηνωμένες Πολιτείες

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Πίνακας 1: Συντελεστής αξιοπιστίας υποκλιμάκων λειτουργικότητας

Πίνακας 2: Συντελεστής αξιοπιστίας υποκλιμάκων συμπτωμάτων

Πίνακας 3: Συντελεστής αξιοπιστίας υποκλιμάκων λειτουργικότητας

Πίνακας 4: Συντελεστής αξιοπιστίας υποκλιμάκων συμπτωμάτων

Πίνακας 5: Αποτελέσματα της ανάλυσης συχνοτήτων για τις ποιοτικές μεταβλητές του δείγματος (N=60)

Πίνακας 6: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες μέτρησης της λειτουργικότητας (EORTC QLQ-C30) στην αρχή διάγνωσης του καρκίνου (N=60).

Πίνακας 7: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες μέτρησης της λειτουργικότητας (EORTC QLQ-BR23) 6 μήνες από τη διάγνωση του καρκίνου (N=60).

Πίνακας 8: Περιγραφική στατιστική για όλες τις υποκλίμακες μέτρησης συμπτωμάτων (EORTC QLQ-C30) στην αρχή διάγνωσης του καρκίνου (N=60).

Πίνακας 9: Περιγραφική στατιστική για όλες τις υποκλίμακες μέτρησης συμπτωμάτων (EORTC QLQ-C30) 6 μήνες από τη διάγνωση του καρκίνου (N=60).

Πίνακας 10: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες μέτρησης λειτουργικότητας (QLQ-BR23) στην αρχή διάγνωσης του καρκίνου (N=60).

Πίνακας 11: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες μέτρησης της λειτουργικότητας (QLQ-BR23) 6 μήνες από τη διάγνωση του καρκίνου (N=60).

Πίνακας 12: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες λειτουργικότητας (QLQ-BR23) στην αρχή διάγνωσης του καρκίνου (N=60).

Πίνακας 13: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες λειτουργικότητας (QLQ-BR23) 6 μήνες από τη διάγνωση του καρκίνου (N=60).

Πίνακας 14: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες λειτουργικότητας στην αρχή και 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου

Πίνακας 15: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες συμπτωμάτων στην αρχή και 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου

Πίνακας 16: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες συμπτωμάτων στην αρχή και 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου

Πίνακας 17: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες συμπτωμάτων στην αρχή και 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου

Πίνακας 18: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στην λειτουργικότητα σχετικά με την εργασιακή κατάσταση

Πίνακας 19: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με το στάδιο διάγνωσης του καρκίνου

Πίνακας 20: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με την εργασιακή κατάσταση

Πίνακας 21: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με το στάδιο διάγνωσης του καρκίνου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η συνεχώς αυξανόμενη επιβίωση των γυναικών με καρκίνο του μαστού καθιστά την παρακολούθηση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους ιδιαίτερα σημαντική. Ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχει ένα αυξανόμενο πεδίο έρευνας σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία ένα χρόνο μετά τη χειρουργική θεραπεία για μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού, οι πληροφορίες που αφορούν Ελληνίδες ασθενείς είναι λιγοστές.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αποτύπωση της ποιότητας της ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού κατά το πρώτο εξάμηνο μετά τη διάγνωση, καθώς και η εξέταση παραγόντων που επιδρούν σε αυτή. Το δείγμα μελετήθηκε και 6 μήνες μετά την θεραπεία για την καταγραφή της πορείας και της πρόγνωσης της νόσου μετά από την συναίνεση των γυναικών για την συστηματική παρακολούθηση της θεραπείας τους. Εν συνεχεία τα ερωτηματολόγια εισήχθησαν σε πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης και αναλύθηκαν σχετικώς.

Υλικό και Μέθοδος: Το εργαλείο συλλογής δεδομένων της παρούσας έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Αποτελείται από δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα αποτελείται από 9 ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες σχετίζονται με κοινωνικό δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, στάδιο διάγνωσης νόσου, είδος χειρουργικής αφαίρεσης όγκου, και πραγματοποίηση ακτινοθεραπειών, ορμονοθεραπειών και χημειοθεραπειών). Η δεύτερη ενότητα αφορά το γενικό ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής EORTCQLQ- C30 και EORTC QLQ – BR23. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν αρχικά τον Σεπτέμβριο του 2021 και στη συνέχεια η δεύτερη μελέτη των περιστατικών έγινε τον Μάρτιο του 2022. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται σε 0,05.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι 45,5 έτη (TA=13,41). Το 22% είναι άγαμοι και το 78% είναι παντρεμένοι. Όλες έχουν ελληνική εθνικότητα. Το

47% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 53% είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 70% εργάζονται και το 30% δεν εργάζονται. Στην αρχή διάγνωσης της νόσου οι ασθενείς έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής στη φυσική, συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και λειτουργικότητα ρόλου. Στην αρχή της νόσου η καλύτερη λειτουργικότητα ήταν η φυσική και έξι μήνες μετά τη διάγνωση η καλύτερη λειτουργικότητα ήταν η γνωστική.

Συμπεράσματα: Οι γυναίκες συνολικά κατέγραψαν καλή ποιότητα ζωής και υψηλές βαθμολογίες στις υποκλίμακες της λειτουργικότητας/συμπτωμάτων και εμφανίστηκαν ικανοποιημένες από την παρεχόμενη φροντίδα. Η ποιότητα ζωής και οι παράμετροί της στις Ελληνίδες ασθενείς είναι πολυπαραγοντικά μεγέθη και η ποιότητα ζωής των Ελληνίδων με καρκίνο του μαστού εξαρτώνται τόσο από την παρεχόμενη θεραπεία, όσο και από το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρό τους.

Λέξεις – Κλειδιά: καρκίνος μαστού, ποιότητα ζωής, όγκος, θεραπεία, μετάσταση

Πίνακας Περιεχομένων

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	15
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	16
2.1 Ο καρκίνος του μαστού	16
2.2 Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού	16
2.3 Οι αιτίες του καρκίνου του μαστού	20
2.3.1 Η επίδραση της διατροφής	20
2.3.2 Η επίδραση της φυσικής δραστηριότητας	21
2.3.3 Η επίδραση παραγόντων της ψυχικής υγείας	22
2.3.4 Γενετικοί παράγοντες	23
2.4 Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού	23
2.5 Η ποιότητα ζωής ως έννοια	24
2.6 Παράγοντες που επιδρούν στα επίπεδα ποιότητας της ζωής	26
2.7 Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής	26
2.8 Χρόνια νόσος, αναπηρία και ποιότητα της ζωής	27
2.9 Η ποιότητα της ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού	29
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	35
2. Σκοπός	36
3. Μεθοδολογία	36
3.1 Σχεδιασμός μελέτης	36
3.2 Συμμετέχοντες	41
3.3 Κοινωνικοδημογραφικά και ιατρικά δεδομένα	41
3.4 Μετρήσεις	42
3.4.1 Ποιότητα της ζωής	42
3.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	43
3.6 Στατιστική ανάλυση	44
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	44
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	54

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	56
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	65

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Οι εκτιμήσεις της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας για τον καρκίνο του μαστού στις Ηνωμένες Πολιτείες για το 2022 είναι (Siegel et al., 2020):
Περίπου 287.850 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού θα διαγνωστούν σε γυναίκες.
Περίπου 51.400 νέες περιπτώσεις καρκινώματος του πόρου in situ (DCIS) θα διαγνωστούν.
Περίπου 43.250 γυναίκες θα πεθάνουν από καρκίνο του μαστού σε δέκα χρόνια . Μεταξύ του 2008 και του 2015 πραγματοποιήθηκε σε παγκόσμιο επίπεδο μια εκρηκτική αύξηση του αριθμού των διαγνώσεων του καρκίνου του μαστού κατά 18% μια αύξηση που μπορεί να αποδοθεί στην αλματώδη αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού ως απόρροια της υιοθέτησης συμπεριφορών που δεν προάγουν την υγεία (για παράδειγμα έλλειψη φυσικής άσκησης) (Tao et al., 2015).

Η μεταβολή του επιδημιολογικού προφίλ του καρκίνου του μαστού αποδίδεται και στη βελτίωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Πιο συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 υπήρξε μια ταχύτατη πρόοδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων κυρίως της χημειοθεραπείας η οποία οδήγησε σε βελτίωση του προσδόκιμου ζωής και σε μεγαλύτερο ποσοστό 5ετούς επιβίωσης από τη νόσο. Μάλιστα χάρη στη βελτίωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων υπολογίζεται πως στο 96% των γυναικών με καρκίνο του μαστού η επιβίωση υπερβαίνει τα 5 έτη (Saadatmand et al., 2015). Ωστόσο οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για τον καρκίνο του μαστού ιδίως η χημειοθεραπεία συνεπάγονται έντονα συμπτώματα για ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών όπως η ναυτία, η τάση για εμετό και η κόπωση (Mustian et al., 2011). (Kuchuk et al., 2013).

Πέραν των αρνητικών επιδράσεων σε επίπεδο ανεπιθύμητων ενεργειών ο καρκίνος του μαστού συνεπάγεται μια πληθώρα αρνητικών επιδράσεων για την ψυχική υγεία. Σε σχετική έρευνα υπολογίστηκε πως ακόμα και γυναίκες με στάδιο νόσου I και II αντιμετώπισαν ιδιαίτερα έντονα επίπεδα στρες. Μάλιστα σύμφωνα με μια σχετική συγκριτική μελέτη σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους η συχνότητα κατάθλιψης και άγχους είναι συχνότερη στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε

σχέση με ασθενείς με διαφορετικά σημεία πρωταρχικού εντοπισμού του όγκου (Nikbakhsh et al., 2014).

Συνολικότερα η πρόσφατη διάγνωση της νόσου καθώς και τα έντονα συμπτώματα που συνεπάγονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οδήγησαν σε ιδιαίτερα χαμηλή ποιότητα της ζωής ιδίως σε ασθενείς που είχαν πρόσφατα διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού. Στο πλαίσιο αυτό η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στη αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού κατά τους πρώτους έξι μήνες μετά τη διάγνωση. Η εργασία περιλαμβάνει αρχικά το γενικό μέρος της έρευνας στο οποίο αναλύεται η κλινική εικόνα της νόσου, η επιδημιολογία, οι αιτίες και η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής. Στη συνέχεια αναλύεται η έννοια της ποιότητας ζωής παρουσιάζονται οι τρόποι μέτρησης αυτής και εξετάζεται η ποιότητα ζωής συγκεκριμένα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, με έμφαση σε αυτές που βρίσκονταν στο άμεσο μετά τη διάγνωση χρονικό διάστημα. Στη συνέχεια παρατίθεται το ερευνητικό μέρος της μελέτης στο οποίο παρουσιάζονται ο σκοπός και το μεθοδολογικό πλαίσιο της μελέτης και εν συνεχεία τα αποτελέσματα της μελέτης μας που βασίζεται σε γυναίκες με πρόωμη διάγνωση καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα. Ακολούθως με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης πραγματοποιήθηκε μια συνοπτική επισκόπηση των κυριότερων ευρημάτων επιχειρήθηκε η σύνδεσή τους με την έως τώρα θεωρία, παρουσιάστηκαν οι περιορισμοί αυτών, πραγματοποιήθηκαν προτάσεις για μελλοντική μελέτη και παρουσιάστηκαν οι πρακτικές προεκτάσεις των ευρημάτων στην κλινική πρακτική και τη δημόσια υγεία. Τέλος διεξήχθησαν ορισμένα κεντρικά συμπεράσματα τόσο από το γενικό όσο και από το ειδικό μέρος της μελέτης που προηγήθηκε (Saadatmand et al., 2015).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Ο καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού διακρίνεται σε δυο γενικούς τύπους. Ο πρώτος τύπος αφορά τον πορογενή καρκίνο του μαστού. Ο πορογενής καρκίνος εντοπίζεται στους γαλακτοφόρους πόρους. Ο δεύτερος τύπος αφορά το λοβιακό καρκίνο του μαστού. Η κατηγορία αυτή εντοπίζεται στα λοβία δηλαδή τις δομές στις οποίες γίνεται η παραγωγή του γάλακτος (Hirshaut & Pressman, 2009).

Ένας άλλος διαχωρισμός του καρκίνου του μαστού αφορά το διηθητικό και μη διηθητικό ή in situ. Ο πρώτος έχει την ικανότητα να δίνει μεταστάσεις ενώ ο δεύτερος τύπος θεωρείται αρχόμενος και δυνητικά δε δίνει μεταστάσεις (Hirshaut & Pressman, 2009).

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού πραγματοποιείται με το σύστημα TNM. Το συγκεκριμένο σύστημα αναπτύχθηκε μεταξύ του 1943 και του 1952 από τον Denoix (1946). Τα γράμματα TNM δηλώνουν με βάση αυτό το σύστημα τα εξής(DeSantis et al., 2016):

- Το γράμμα T αφορά το μέγεθος του πρωταρχικού όγκου
- Ο αριθμός των λεμφαδένων που έχουν προσβληθεί περιγράφεται με το γράμμα N
- Ο αριθμός των μεταστατικών σημείων περιγράφεται με το γράμμα M

Το σύστημα αυτό επικράτησε κατά τις επόμενες δεκαετίες σε όλο τον κόσμο και χρησιμοποιείται τόσο σε επίπεδο έρευνας όσο και σε επίπεδο κλινικής πρακτικής για την ταξινόμηση των συμπαγών όγκων συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του μαστού (Saadatmand et al., 2015).

2.2 Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού

Με βάση στατιστικά στοιχεία, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη σε επίπτωση μορφή γυναικείου καρκίνου. Στο Γράφημα 1 παρουσιάζεται η τελευταία συγκεντρωτική ανάλυση για τις μορφές καρκίνου στην Ευρώπη των 27. Όπως διαπιστώθηκε και από το σχετικό γράφημα στο σύνολο των κρατών ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη σε επίπτωση μορφή γυναικείου καρκίνου και την πρώτη σε θνησιμότητα μορφή γυναικείου καρκίνου για πάνω από τις μισές χώρες της Ευρώπης. Υπολογίστηκε πως κάθε χρόνο εμφανίζονται στην Ευρώπη πάνω από 450.000 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού (Ferlay et al., 2013).

Γράφημα 1. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη των 27

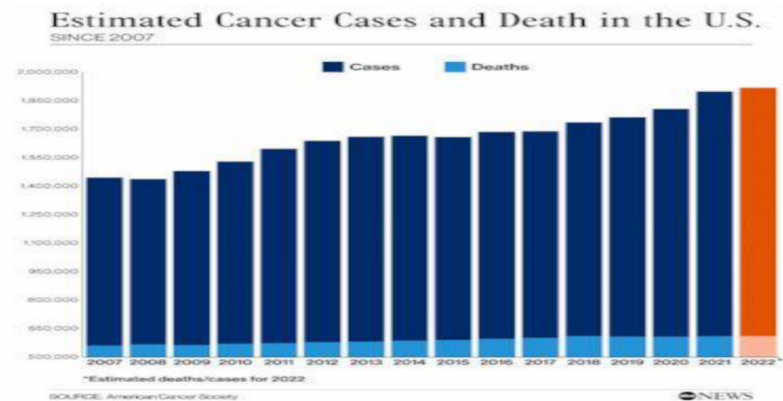
	First		Second		Third								
	Males	Females	Males	Females	Males	Females							
	i	m	i	m	i	m							
Europe	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Prostate	Lung	Lung	
EU27	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Lung	Colorectum	Prostate	Lung	Colorectum	
Albania	Lung	Lung	Breast	Breast	Lung	Stomach	Stomach	Lung	Breast	Prostate	Prostate	Stomach	Stomach
Austria	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Lung	Colorectum	Prostate	Lung	Colorectum	
Belarus	Lung	Lung	Breast	Breast	Prostate	Stomach	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Corpus uteri	Stomach
Belgium	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Prostate	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Lung	Lung	
Bosnia Herzegovina	Lung	Lung	Breast	Breast	Prostate	Colorectum	Colorectum	Lung	Colorectum	Prostate	Lung	Colorectum	
Bulgaria	Lung	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Prostate	Prostate	Corpus uteri	Lung	
Croatia	Lung	Lung	Breast	Breast	Prostate	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Prostate	Lung	Lung	
Cyprus	Prostate	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Prostate	Colorectum	Colorectum	Lung	Colorectum	Thyroid	Lung	
Czech Republic	Prostate	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Lung	Lung	Prostate	Lung	Colorectum	
Denmark	Prostate	Lung	Breast	Lung	Colorectum	Prostate	Colorectum	Breast	Lung	Colorectum	Lung	Colorectum	
Estonia	Prostate	Lung	Breast	Colorectum	Lung	Prostate	Colorectum	Breast	Colorectum	Colorectum	Corpus uteri	Lung	
Finland	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Prostate	Colorectum	Lung	Colorectum	Colorectum	Corpus uteri	Colorectum	
France	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Lung	Colorectum	Prostate	Lung	Colorectum	
Germany	Prostate	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Lung	Lung	Prostate	Lung	Colorectum	
Greece	Lung	Lung	Breast	Breast	Prostate	Prostate	Colorectum	Colorectum	Bladder	Colorectum	Lung	Lung	
Hungary	Lung	Lung	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Prostate	Oral cavity, pharynx	Lung	Breast	
Iceland	Prostate	Lung	Breast	Lung	Lung	Prostate	Lung	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	
Ireland	Prostate	Lung	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Breast	Lung	Prostate	Lung	Colorectum	
Italy	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Prostate	Lung	Lung	
Latvia	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Prostate	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Corpus uteri	Ovary	
Lithuania	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Prostate	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Corpus uteri	Ovary	
Luxembourg	Prostate	Lung	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Breast	Lung	Prostate	Corpus uteri	Colorectum	
FYR Macedonia	Lung	Lung	Breast	Breast	Prostate	Stomach	Corpus uteri	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Lung	
Malta	Prostate	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Lung	Prostate	Corpus uteri	Ovary	
Moldova	Lung	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Prostate	Stomach	Corpus uteri	Corpus uteri	
Montenegro	Lung	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Lung	Prostate	Prostate	Lung	Colorectum	
Norway	Prostate	Lung	Breast	Lung	Colorectum	Prostate	Colorectum	Colorectum	Lung	Colorectum	Lung	Breast	
Poland	Lung	Lung	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Breast	Prostate	Prostate	Lung	Colorectum	
Portugal	Prostate	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Lung	Prostate	Corpus uteri	Stomach	
Romania	Lung	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Prostate	Stomach	Corpus uteri	Lung	
Russian Federation	Lung	Lung	Breast	Breast	Prostate	Stomach	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Corpus uteri	Stomach	
Serbia	Lung	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Lung	Prostate	Prostate	Lung	Colorectum	
Slovakia	Colorectum	Lung	Breast	Breast	Prostate	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Lung	Oral cavity, pharynx	Corpus uteri	Lung	
Slovenia	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Prostate	Lung	Lung	
Spain	Prostate	Lung	Breast	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Prostate	Corpus uteri	Lung	
Sweden	Prostate	Prostate	Breast	Lung	Colorectum	Lung	Colorectum	Breast	Lung	Colorectum	Lung	Colorectum	
Switzerland	Prostate	Lung	Breast	Lung	Colorectum	Prostate	Colorectum	Breast	Lung	Colorectum	Lung	Colorectum	
The Netherlands	Prostate	Lung	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Breast	Lung	Prostate	Lung	Colorectum	
Ukraine	Lung	Lung	Breast	Breast	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Colorectum	Stomach	Stomach	Corpus uteri	Stomach	
United Kingdom	Prostate	Lung	Breast	Lung	Colorectum	Prostate	Lung	Breast	Lung	Colorectum	Colorectum	Colorectum	

Πηγή: www.ec.europa.eu Τελευταία πρόσβαση στις 02.05.22

- Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες εκτός από τους καρκίνους του δέρματος. Είναι περίπου το 30% (ή 1 στους 3) όλων των νέων γυναικείων καρκίνων κάθε χρόνο.

- Οι εκτιμήσεις της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας για τον καρκίνο του μαστού στις Ηνωμένες Πολιτείες για το 2022 είναι(DeSantis et al., 2016):
- Περίπου 287.850 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού θα διαγνωστούν σε γυναίκες.
- Περίπου 51.400 νέες περιπτώσεις καρκινώματος του πόρου in situ (DCIS) θα διαγνωστούν.
- Περίπου 43.250 γυναίκες θα πεθάνουν από καρκίνο του μαστού.

Από το 1975 και ύστερα καταγράφηκε στην Αμερική μια διαρκώς αυξανόμενη τάση στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού (Weir et al., 2015). Μάλιστα το 2019 τα νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού στη χώρα ήταν 268.670 ενώ το 2009 ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 194.280 κάτι που σημαίνει μια αύξηση κατά 38.29% εντός της δεκαετίας (Ahmad, 2019).



Γράφημα 2. Τα αναμενόμενα περιστατικά καρκίνου για το 2022 στις Ηνωμένες Πολιτείες

Πηγή: American Cancer Society. www.cancer.org Τελευταία πρόσβαση στις 02.05.22

Όσον αφορά την επίπτωση του καρκίνου του μαστού στην Αμερική με βάση τη φυλή υπάρχουν διαφορές. Πιο συγκεκριμένα οι λευκές γυναίκες έχουν σημαντικά πιο υψηλά ποσοστά καρκίνου του μαστού από τις αφροαμερικάνες μια διαφορά η οποία περιορίζεται σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες λόγω της προσαρμογής

των αφροαμερικανών γυναικών στις ίδιες νοσογόνες συνθήκες των λευκών γυναικών της χώρας (καθιστική ζωή, έλλειψη υγιεινής διατροφής, εργασιακό στρες). Έτσι παρ' ότι ακόμα και σήμερα υπάρχουν σημαντικές διαφορές με βάση τη φυλή, αυτές είναι αρκετά μικρότερες σε σχέση με παλαιότερες δεκαετίες (Richardson et al., 2016).

Πέραν της Ευρώπης και της Αμερικής παρατηρήθηκε μια «παγκοσμιοποίηση» της συχνότητας του καρκίνου του μαστού λόγω της υιοθέτησης δυνητικά νοσογόνων συμπεριφορών στο σύνολο των περιοχών του κόσμου εξ' αιτίας της προσαρμογής στο δυτικό τρόπο ζωής. Έτσι από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα και μετά ο καρκίνος του μαστού φάνηκε να αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα της δημόσιας υγείας και όχι ένα πρόβλημα της δημόσιας υγείας μόνο των ανεπτυγμένων δυτικών κρατών (Saadatmand et al., 2015).

2.3 Οι αιτίες του καρκίνου του μαστού

2.3.1 Η επίδραση της διατροφής

Η σχέση της διατροφής με την ανθρώπινη υγεία και ευεξία δεν συνιστά μια διαπίστωση της σύγχρονης επιδημιολογίας και των επιστημών της διατροφής. Ήδη από την αρχαϊκή περίοδο εντοπίζονται τα πρώτα δεδομένα για τη σύνδεση της διατροφής με την υγεία και των ευεξία του ανθρώπου. Η μετέπειτα πρόοδος των επιστημών στην αρχαία Ελλάδα οδήγησε σε μια πιο συστηματική αποτύπωση σχέσεων αιτίου και αιτιατού ανάμεσα στη διατροφή και στην ανθρώπινη υγεία. Κατά τον Πλάτωνα μια διατροφή βασισμένη στα φρούτα, τα όσπρια, τα δημητριακά και το γάλα συνδυασμένη με μειωμένη πρόσληψη κρέατος οδηγεί σε προστατευτικές επιδράσεις έναντι της εμφάνισης χρόνιας νοσηρότητας νοσημάτων. Την ίδια περίοδο παρατηρήθηκε μια ανάλογη επίγνωση για την επίδραση της διατροφής στην υγεία στην Κίνα (Saadatmand et al., 2015).

Συγκεκριμένα ως προς τον καρκίνο, η συστηματική καταγραφή και κατηγοριοποίηση της εκάστοτε μορφής όγκου αποδίδεται στον Ιπποκράτη και στο Γαληνό. Η θεώρηση του Ιπποκράτη πως η διατροφή έχει μια αδιαμφισβήτητη επίδραση στην ανάπτυξη του καρκίνου τον οδήγησε και στην ανάπτυξη ενός αντίστοιχου προγράμματος θεραπείας του καρκίνου βάση διατροφής (Kritikos et al., 2009). Η αντίληψη του Ιπποκράτη βρίσκεται σε σύμπλευση με σύγχρονες τάσεις

στην ογκολογία και γενικότερα στην ιατρική που υποστηρίζουν πως η θεραπεία του καρκίνου και των χρόνιων νοσημάτων εξαρτάται από παράγοντες διατροφικούς και ως εκ τούτου αυτοί οφείλουν να συνυπολογίζονται και κατά την ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων (Deng & Cassileth, 2014).

Με βάση σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα φαίνεται πως στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού έχουν μια επιβαρυντική επίδραση(Guo et al., 2015):

1. Η αυξημένη πρόσληψη λίπους
2. Η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ
3. Η αυξημένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος

Αντίθετα προστατευτικές επιδράσεις φαίνεται να έχουν(Guo et al., 2015):

1. Η αυξημένη πρόσληψη καροτένιου
2. Οι φυτικές ίνες
3. Το σελήνιο
4. Η αυξημένη πρόσληψη βιταμίνης C
5. Η αυξημένη πρόσληψη φυτοοιστρογόνων

2.3.2 Η επίδραση της φυσικής δραστηριότητας

Ένας επιπρόσθετος παράγοντας που σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι η φυσική άσκηση. Η φυσική άσκηση έχει μια σημαντική τροποποιητική επίδραση στο σχετικό ρίσκο αφού υπολογίζεται πως η συστηματική άσκηση οδηγεί ως και σε 25% μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου (Lynch et al., 2010). Η συγκεκριμένη επίδραση είναι μάλιστα πιο ισχυρή για τις νέες σε ηλικία γυναίκες σε σχέση με αυτές που είναι μεγαλύτερες ή βρίσκονται μετά την εμμηνόπαυση. Μάλιστα κάθε μία ώρα επιπρόσθετης άσκησης την εβδομάδα φαίνεται πως οδηγεί σε μια μειωμένη κατά 6% πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου (Saadatmand et al., 2015).

2.3.3 Η επίδραση παραγόντων της ψυχικής υγείας

Το στρες έχει μια ιδιαίτερα επιβαρυντική επίδραση στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με μια σχετική μετά-ανάλυση σε ένα δείγμα 99.807 γυναικών με καρκίνο του μαστού στην οποία εξετάστηκε η πιθανή επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής στην ανάπτυξη της νεοπλασίας διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες που είχαν αντιμετωπίσει τέτοια γεγονότα είχαν και 1.51 φορές πιο μεγάλη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Μάλιστα το συγκεκριμένο ρίσκο ήταν 2.07 φορές πιο μεγάλο για γυναίκες με υψηλής έντασης στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Lin et al., 2013).

Η επίδραση του στρες διαπιστώνεται και μέσω της διερεύνησης της συχνότητας της νόσου ανά χώρα με βάση το επίπεδο κοινωνικοπολιτικών μεταβολών κατά τις τελευταίες δεκαετίες καθώς αυτές οδηγούν σε ψυχοκοινωνικό στρες. Για παράδειγμα σε χώρες της πρώην Ε.Σ.Σ.Δ. (όπως στη Γεωργία) παρατηρείται κατά τις τελευταίες δεκαετίες μια ιδιαίτερα αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού κάτι που μπορεί να αποδοθεί στο έντονο ψυχοκοινωνικό στρες της μετάβασης από το σοσιαλισμό στην ελεύθερη αγορά (Moore et al., 2010).

Πέραν της επιδημιολογίας και με βάση τα δεδομένα της μοριακής βιολογίας φαίνεται να επιβεβαιώνεται η επιβαρυντική επίδραση του στρες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Ειδικότερα φαίνεται πως το έντονο στρες και η αυξημένη έκκριση ορμονών του όπως η κορτιζόλη παρεμποδίζουν τις φυσιολογικές αποπτωτικές διαδικασίες των καρκινικών κυττάρων. Απουσία επομένως δυνατότητας για απόπτωση ευνοεί την ανάπτυξη της νόσου (Antonova et al., 2011).

Εκτός από το στρες και η κατάθλιψη έχει μια ιδιαίτερα επιβαρυντική επίδραση στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Σε μια σχετική μελέτη στη Βαλτιμόρη των Η.Π.Α. μελετήθηκε ένα δείγμα γυναικών του γενικού πληθυσμού για ένα διάστημα 13 ετών με στόχο την εξέταση μιας πιθανής σχέσης της κατάθλιψης με τον καρκίνο. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων η μόνη στατιστικά σημαντική επίδραση αφορούσε τον καρκίνο του μαστού με τις γυναίκες που έπασχαν κατά την έναρξη της μελέτης από κατάθλιψη να έχουν 3.8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου (Saadatmand et al., 2015).

2.3.4 Γενετικοί παράγοντες

Αναμφίβολα ο καρκίνος του μαστού έχει ένα ισχυρό γενετικό υπόβαθρο. Μελέτες διδύμων καταδεικνύουν πως μεταξύ αυτών υπάρχει μια παρόμοια πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού κάτι που συνηγορεί υπέρ του γενετικού προφίλ της νόσου. Πλέον είναι ευρέως αποδεκτό πως τα γονίδια BRCA1 και BRCA2 έχουν μια ισχυρή επίδραση στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (Mavaddat et al., 2010).

2.4 Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού έγκειται στις εξής μεθόδους (Mavaddat et al., 2010):

- χειρουργική μέθοδος
- Χημειοθεραπεία
- Ακτινοθεραπεία
- Ορμονοθεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση συνιστά μια επιβεβλημένη στρατηγική για την αντιμετώπιση της νόσου. Η χειρουργική αφαίρεση δύναται να αφορά είτε ογκεκτομή, δηλαδή αφαίρεση μόνο του όγκου, είτε μαστεκτομή, δηλαδή αφαίρεση του μαστού. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνιστά μια επιβεβλημένη στρατηγική, ιδίως σε ασθενείς με στάδιο νόσου I-III και σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα λαμβάνει χώρα προ της επικουρικής θεραπείας (Dixon, 2013).

Η δημοφιλέστερη επικουρική θεραπεία έναντι του καρκίνου του μαστού είναι η χημειοθεραπεία. Ήδη από τη δεκαετία του 1970 διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία είχαν καλύτερη πρόγνωση έναντι των υπολοίπων (Bonadonna et al., 1976). Η πρόοδος των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 οδήγησε σε βελτίωση του προσδόκιμου της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Η θεραπευτική αντιμετώπιση με διάφορα φάρμακα (Trastuzumab, Carboplatin) συνιστούν ευρέως χρησιμοποιούμενες χημειοθεραπευτικές μεθόδους έναντι του καρκίνου του μαστού (Singh et al., 2017).

Μια άλλη επικουρική αντιμετώπιση είναι η ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία συνιστά μια ιδιαίτερα συχνή θεραπευτική αντιμετώπιση για τον

καρκίνο του μαστού η οποία εφαρμόζεται επικουρικά συνήθως μετά από τη χειρουργική αφαίρεση και τη χημειοθεραπεία με στόχο την καταστροφή μικροσκοπικών καρκινικών κυττάρων που ήταν εκτός των ορίων που αφαιρέθηκαν με το χειρουργείο. Σε κάθε περίπτωση είναι αναγκαία η χορήγηση της σωστής δοσολογίας στην ακτινοθεραπεία καθώς ο εντοπισμός και η χορήγηση της βέλτιστης δυνατής δοσολογίας συνεπάγεται και τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα για τις ασθενείς. Μια ακόμα μορφή επικουρικής αντιμετώπισης είναι η ορμονοθεραπεία (Tamoxifen). Η ορμονοθεραπεία βασίζεται στο ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ορμονοεξαρτώμενος και στο ότι οι μεταβολές της εμμηνόπαυσης έχουν μια ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στην πιθανότητα εμφάνισής και υποτροπής του. Έτσι η θεραπεία μέσω ορμονοθεραπείας συνιστά μια ακόμα επικουρική θεραπευτική αντιμετώπιση (Tryfonidis et al., 2016).

Τέλος κατά τα τελευταία έτη αναπτύσσονται νέες καινοτόμες θεραπευτικές αντιμετώπισεις. Μια τέτοια αντιμετώπιση είναι η χρονοχημειοθεραπεία η οποία αφορά τη χορήγηση της δοσολογίας της χημειοθεραπείας χρησιμοποιώντας ως κύριο άξονα τον κικάρδιο ρυθμό (Liu et al., 2020). Παρομοίως, η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία δηλαδή η χορήγηση χημειοθεραπείας προ του χειρουργείου με στόχο τη συρρίκνωση του όγκου συνιστά μια ακόμα καινοτόμα προσέγγιση στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού (Krug & Loibl, 2018).

2.5 Η ποιότητα ζωής ως έννοια

Η ποιότητα ζωής συνιστά ένα αντικείμενο έρευνας διαρκώς εξελισσόμενο ιδίως λόγω της απουσίας ακόμα και ενός κοινά αποδεκτού ορισμού για το φαινόμενο αφού συναντώνται πολλές διαφορετικές απόψεις για την οριοθέτηση της συγκεκριμένης έννοιας. Κατά τον Lamau (1992), η ποιότητα της ζωής σχετίζεται με τα στοιχεία, με τις καταστάσεις και τους τομείς της ζωής που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να δύναται να λειτουργεί ως ένα αυτόνομο και ανεξάρτητο ον. Σύμφωνα λοιπόν με την συγκεκριμένη θεώρηση η ποιότητα της ζωής συνιστά μια αναγκαία προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων του ατόμου (DeSantis et al., 2016).

Μια δεύτερη θεώρηση για το συγκεκριμένο ζήτημα είναι αυτή του Hfínquist, (1981). Κατά το μοντέλο του η ποιότητα της ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια η οποία είναι αντανάκλαση της ικανοποίησης από διάφορες πτυχές της ζωής. Έτσι η

ψυχική, κοινωνική, υλική και σωματική διάσταση συνιστούν τις επιμέρους πτυχές του ευρύτερου φαινομένου δηλαδή της ποιότητας της ζωής. Στην προσέγγιση αυτή δίνεται βαρύτητα στην υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τις επιμέρους διαστάσεις και όχι στην αντικειμενική διάσταση αυτών.

Μια επιπρόσθετη άξια αναφοράς προσέγγιση είναι αυτή των Fleece & Perry (1995) που υποστήριξαν πως η ποιότητα της ζωής αποτελείται από πέντε επιμέρους διαστάσεις:

- Τη διάσταση της σωματικής υγείας η οποία προϋποθέτει την απουσία χρόνιας νόσου.
- Τη διάσταση της υλικής ευημερίας δηλαδή την πρόσβαση στους αναγκαίους για τη διαβίωση πόρους και στα αντίστοιχα αγαθά.
- Τη διάσταση της κοινωνικής ευεξίας δηλαδή την ύπαρξη ενός υγιούς διαπροσωπικού δικτύου (συγγενείς, φίλοι, συνάδελφοι) με τους οποίους το άτομο διατηρεί στενές διαπροσωπικές επαφές.
- Τη διάσταση της ψυχοσυναισθηματικής ευεξίας η οποία αφορά την απουσία ψυχικών νοσημάτων και την ύπαρξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχοσυναισθηματικής ευεξίας.
- Τη διάσταση της αυτοανάπτυξης η οποία αφορά την εκπλήρωση στόχων και την αυτοπραγμάτωση κατά την πορεία της ζωής.

Με βάση τα ανωτέρω η έννοια της ποιότητας της ζωής είναι πολυδιάστατη εφ' όσον στη βιβλιογραφία δεν συναντάται ένας κοινός ορισμός αυτής. Θα μπορούσε να θεωρηθεί πως η ετερογένεια της οριοθέτησης είναι απόρροια της εξέτασης της ποιότητας της ζωής υπό το πρίσμα διαφορετικών επιστημονικών πεδίων και πως η διαφορετική αφετηρία είναι και ο λόγος της διαφοράς προσέγγισης σε αυτό το ζήτημα. Ωστόσο η ετερογένεια στην οριοθέτηση του ζητήματος εντοπίζεται ακόμα και από μελετητές κοινών μεταξύ τους γνωστικών και επιστημονικών πεδίων οδηγώντας έτσι στη θεώρηση πως οι διαφορετικές οριοθετήσεις της ποιότητας της ζωής είναι διάχυτες στην επιστημονική κοινότητα (Δαρβίρη, 2009).

2.6 Παράγοντες που επιδρούν στα επίπεδα ποιότητας της ζωής

Υπάρχει μια πληθώρα διαφορετικών παραγόντων που επιδρά στα επίπεδα ποιότητας της ζωής και ευθύνεται για τις σχετικές διαφοροποιήσεις (Δαρβίρη, 2009). Ως κυριότεροι παράγοντες οφείλουν να θεωρηθούν οι εξής:

1. Το φύλο αφού τα επίπεδα ποιότητας της ζωής είναι μικρότερα για τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες.
2. Το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο αφού άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας της ζωής.
3. Το εισόδημα το οποίο παρουσιάζει μια θετική συσχέτιση με το επίπεδο ποιότητας της ζωής.
4. Η οικογενειακή κατάσταση αφού οι άγαμοι έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τους έγγαμους.

2.7 Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής

Κατά το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα η κυρίαρχη τάση για τη μελέτη της επιστημονικής πραγματικότητας αφορούσε τη φαινομενολογία, κυρίως ως απόρροια της επιρροής της Σχολής του Σικάγο, κάτι που οδήγησε στη μελέτη των ψυχικών φαινομένων με βάση την ποιοτική προσέγγιση (Babbie, 2013). Ωστόσο κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα η τάση αυτή τερματίστηκε και δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στον επιστημονικό θετικισμό δηλαδή στη χρήση των μεθόδων των θετικών επιστημών για τη μελέτη των ψυχικών φαινομένων, κάτι που οδήγησε στην έμφαση στην ποσοτική προσέγγιση. Στις ποσοτικές έρευνες οι μετρήσεις πραγματοποιούνται με τη χρήση αριθμητικά κωδικοποιημένων και ερμηνεύσιμων μετρήσεων όπως τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (Babbie, 2013).

Ως προς τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής, υπάρχει μια σειρά από σχετικά ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, τα οποία χρησιμοποιούνται ευρέως στην επιστημονική έρευνα. Ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο είναι το Short Form (36) Health

Survey (SF-36), το οποίο μελετά τη δυνατότητα εξέτασης ενός μεγάλου φάσματος σχετικών με την ποιότητα της ζωής παραγόντων (Maratia et al., 2016). Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης εξετάζει ένα μεγάλο φάσμα από παράγοντες που αφορούν την ποιότητα της ζωής.

Άλλες μετρήσεις είναι αμιγώς εστιασμένες στην ποιότητα της ζωής. Για παράδειγμα, το ερωτηματολόγιο αυτής της κατηγορίας είναι το European Organization for Research and Treatment of Cancer- Quality of Life - 30 (EORTC QLQ-C30) χρησιμοποιείται για τη μελέτη της ποιότητας της ζωής συγκεκριμένα σε ασθενείς με νεοπλασίες (Maratia et al., 2016). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιεί μια σειρά από ερωτήσεις που αφορούν την κόπωση, τα γαστρεντερικά προβλήματα, τις συναισθηματικές μεταβολές, τον πόνο, τη μεταβολή της όρεξης για φαγητό, την ποιότητα του ύπνου και τη δύσπνοια. Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο αυτό δίνονται σε μια κλίμακα Likert με τιμές από 1 (καθόλου) έως 4 (πάντα). Ο χρόνος ανάκλησης του EORTC QLQ-C30 είναι οι τελευταίες 7 ημέρες (Babbie, 2013).

Ένας ακόμα τρόπος αφορά τη χορήγηση μιας και μόνο εστιασμένης στην ποιότητα της ζωής ερώτηση που βαθμολογείται μέσω σχετικής κλίμακας Likert. Η χρήση της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι ιδιαίτερα οικονομική από άποψη χρόνου ενώ η ισχυρή συσχέτιση της μονής ερώτησης με τις τιμές ψυχομετρικών εργαλείων για την ποιότητα της ζωής αντανακλά και την αξιοπιστία της συγκεκριμένης προσέγγισης. Με βάση τα ανωτέρω, η μέτρηση της ποιότητας της ζωής πραγματοποιείται με διαφορετικούς μεταξύ τους τρόπους που διακρίνονται από διαφορετικού τύπου πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Για παράδειγμα η μέτρηση βάση ερωτηματολογίων που αξιολογούν την ποιότητα της ζωής με εστίαση στο χρόνιο νόσημα παρέχει πληροφορίες συγκεκριμένα για την επίδραση του νοσήματος αλλά δεν επιτρέπει τη σύγκριση των δεδομένων με αυτά του γενικού πληθυσμού (Saadatmand et al., 2015).

2.8 Χρόνια νόσος, αναπηρία και ποιότητα της ζωής

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ποιότητα της ζωής σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και αναπηρία. Η αναπηρία συνιστά μια ιδιαίτερα συχνά χρησιμοποιούμενη έννοια στις επιστήμες υγείας που διαφοροποιείται σαφώς από την ανεπάρκεια και

αφορά τους σωματικούς και ψυχοκοινωνικούς περιορισμούς λόγω ενός χρόνιου νοσήματος. Έτσι θεωρείται πως η αναπηρία βρίσκεται σε μια δυναμική σχέση με την ποιότητα της ζωής την οποία επηρεάζει και από την οποία επηρεάζεται (Bradby, 2009).

Οι επιδράσεις ανάμεσα στην αναπηρία και στην ποιότητα της ζωής προϋποθέτουν την αντίληψη του κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας. Με βάση αυτό, η αναπηρία δομείται ταυτόχρονα από τους κοινωνικούς, συμπεριφορικούς, σωματικούς και οικονομικούς παράγοντες. Η χρόνια νόσος γίνεται έτσι αντιληπτή υπό το πρίσμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου και η αναπηρία παύει να θεωρείται ως έννοια ταυτόσημη με τη χρόνια νόσο επηρεαζόμενη από την ποιότητα της ζωής στην οποία και η ίδια επιδρά οδηγώντας έτσι σε σχέσεις διαρκούς ανατροφοδότησης.

Η επίδραση της χρόνιας νόσου έχει εξεταστεί σε διάφορες πτυχές της ποιότητας της ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα. Μια σχετική διάσταση είναι η κοινωνική. Ήδη από την παιδική ηλικία ο άνθρωπος αναπτύσσει διάφορους κοινωνικούς ρόλους και αναπαραστάσεις περί αυτών. Για παράδειγμα μέσω του συμβολικού παιχνιδιού αρχίζει να αναπτύσσει ορισμένες πρώιμες αναπαραστάσεις για τους μετέπειτα επαγγελματικούς ρόλους (Lightfoot et al., 2014). Η χρόνια νόσος αποτελεί μια αμφισβήτηση του κατά πόσο το άτομο μπορεί να επικυρώνει την κοινωνική του ταυτότητα οδηγώντας έτσι σε έκπτωση της κοινωνικής ποιότητας της ζωής (Bradby, 2009).

Η ψυχική διάσταση της ποιότητας της ζωής επίσης επηρεάζεται από τη χρόνια νόσο. Οι επιδράσεις στην ψυχική ποιότητα της ζωής είναι απόρροια του αισθήματος σχετικής αποστέρησης. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα αισθάνονται πως δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν τα όσα πραγματοποιούσαν απουσία του χρόνιου νοσήματος. Έτσι αναπτύσσουν ένα έντονο αίσθημα σχετικής αποστέρησης το οποίο ευθύνεται για την πτωχή ψυχική ποιότητα της ζωής τους (Hogg & Vaughan, 2008).

Συμπερασματικά, η νόσος, η οποία συνεπάγεται αρνητικές επιδράσεις σε επίπεδο λειτουργικότητας οδηγεί σε αμφισβήτηση του κοινωνικού ρόλου του ατόμου και σε αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία λόγω της αδυναμίας αυτοπραγμάτωσης και πραγματοποίησης των ίδιων δραστηριοτήτων με το παρελθόν.

Έτσι η χρόνια νόσος οδηγεί σε μια αδιαμφισβήτητη αρνητική επίδραση στην ποιότητα της ζωής (Saadatmand et al., 2015).

2.9 Η ποιότητα της ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού

Αναμφίβολα η νόσος και οι θεραπευτικές της αντιμετώπισεις έχουν μια ιδιαίτερα αρνητική επίδραση στην ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Η αρνητική αυτή επίδραση αποδίδεται κυρίως στην αντιμετώπιση έντονων συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας όπως η ναυτία και ο εμετός, τα οποία επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού (Montazeri, 2008). Ωστόσο η στόχευση των σχετικών μελετών ιδίως στο στάδιο μετά τη διάγνωση είναι ευρύτερη αφού επιχειρείται η αποτύπωση παραγόντων που εντάσσονται σε διαφορετικές μεταξύ τους κατηγορίες για τη διαπίστωση του πώς μεταβάλλεται η ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Έτσι η έρευνα επικεντρώνεται σε τρεις επιμέρους κατηγορίες παραγόντων (Stephens et al., 2008):

- 1.Στους σωματικούς περιορισμούς που συνεπάγεται η νόσος και η θεραπεία της
- 2.Στη μεταβολή της ψυχικής υγείας
- 3.Στη μεταβολή των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και γενικώς της κοινωνικής ευεξίας

Με βάση ορισμένες μελέτες φαίνεται πως στο πρώτο ένα έτος μετά τη διάγνωση οι μεταβλητές αυτές έχουν κάποια βαρύτητα αν και η διαμορφωτική επίδρασή τους στα επίπεδα της ποιότητας της ζωής των ασθενών δεν είναι ισχυρότερη από αυτή άλλων παραγόντων. Συνολικότερα φαίνεται πως το γενικότερο βίωμα του καρκίνου του μαστού και όχι απαραίτητα οι θεραπευτικές αντιμετώπισεις (χημειοθεραπεία) ευθύνεται για τη χαμηλή ποιότητα της ζωής των ασθενών. Ωστόσο η χρήση διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων σε βάθος χρόνου οδήγησε σε περαιτέρω αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Για παράδειγμα η θεραπευτική αντιμετώπιση με ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία μετά το πέρας της χημειοθεραπείας οδηγεί σε περαιτέρω έκπτωση της ποιότητας της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού (Lu et al., 2007). Παρ'

όλα αυτά φαίνεται πως το είδος της χειρουργικής επέμβασης δεν σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Κατά το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση της νόσου παρατηρούνται έντονες μεταβολές της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Σε μια σχετική έρευνα στην Ταϊβάν μελετήθηκε κατά το πρώτο έτος μετά το χειρουργείο ένα δείγμα 61 ασθενών με στόχο τη διαπίστωση της μεταβολής της ποιότητας της ζωής. Όπως διαπιστώθηκε, η χειρότερη ποιότητα της ζωής εντοπιζόταν τρεις μήνες μετά από την ολοκλήρωση του χειρουργείου (Cheng et al., 2011). Ωστόσο δεν συμφωνούν όλες οι έρευνες με αυτή τη διαπίστωση. Για παράδειγμα σε μια άλλη μελέτη στην ίδια χώρα διαπιστώθηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ του χρόνου και των ακάλυπτων υποστηρικτικών αναγκών των ασθενών οδηγώντας έτσι σε μια διαρκή αρνητική επίδραση στα επίπεδα ποιότητας της ζωής (Liao et al., 2012). Σε μια άλλη έρευνα στις Η.Π.Α. σε δείγμα 227 γυναικών διαπιστώθηκε πως οι χαμηλότερες τιμές ποιότητας της ζωής εντοπιζόνταν αμέσως μετά από το χειρουργείο και πως η ποιότητα της ζωής διαρκώς βελτιωνόταν στο έτος μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η μοναδική έως τώρα σχετική έρευνα στην Ελλάδα καταδεικνύει πως η ποιότητα της ζωής βρίσκεται στη χειρότερη κατάσταση με την έναρξη των θεραπειών και στο ένα έτος μετά τη διάγνωση παρουσιάζοντας βελτίωση στο μεσοδιάστημα (Φασόη-Μπαρκά, 2010). Κατά συνέπεια, φαίνεται πως με βάση την έως τώρα έρευνα τα ευρήματα σχετικά με τη σχέση του χρόνου από την επέμβαση και της ποιότητας της ζωής είναι μεταξύ τους αντικρουόμενα.

Η θεωρία της γραμμικής συσχέτισης χρόνου και έκπτωσης της ποιότητας της ζωής βασίζεται στην απορρύθμιση του κικκάρδιου ρυθμού. Πιο συγκεκριμένα η τοξικότητα των χημικοθεραπευτικών σχημάτων συνεπάγεται έντονη απορύθμιση της διάρκειας και της ποιότητας του ύπνου. Έτσι οι ασθενείς αναπτύσσουν μια γενικότερη διαταραχή του κικκάρδιου ρυθμού, αίσθημα κόπωσης και σημαντικές αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής τους (Sultan et al., 2017).

Γενικότερα διάφορες σχετικές έρευνες έχουν επιχειρήσει την αποτύπωση των επιδράσεων της θεραπευτικής αντιμετώπισης στην ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού κατά το επόμενο από τη χειρουργική επέμβαση χρονικό διάστημα. Σε μια σχετική μελέτη στη Λιθουανία εξετάστηκε η επίδραση σχετικών παραγόντων σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Όπως διαπιστώθηκε από τη μελέτη, οι προβλεπτικοί παράγοντες της έκπτωσης της ποιότητας της ζωής κατά το πρώτο ένα έτος ήταν οι κάτωθι (Ivanauskien et al., 2014):

- 1.Οι διαταραχές του ύπνου
- 2.Η κόπωση
- 3.Η απώλεια της εργασίας
- 4.Οι οικονομικές δυσκολίες
- 5.Οι συννοσηρότητες
- 6.Η έλλειψη ψυχικής υποστήριξης

Σύμφωνα με μια σχετική ποιοτική έρευνα στη Νορβηγία σε δείγμα γυναικών με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου του μαστού η νόσος οδηγεί σε μια ολοκληρωτική μεταβολή της αναπαράστασης για τον εαυτό. Λόγω επομένως της μεταβολής του τρόπου με τον οποίο οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αντιλαμβάνονται το σώμα τους, τον εαυτό τους και την ατομική τους ταυτότητα μεταβάλλεται αρνητικά η ποιότητα της ζωής τους. Στο ίδιο εύρημα καταλήγει και μια άλλη σχετική ποιοτική μελέτη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού στο Ιράν. Φαίνεται επομένως πως ανεξαρτήτου πολιτισμικού πλαισίου η μεταβολή της εικόνας σώματος συνεπάγεται ιδιαίτερα αρνητικές επιδράσεις για την ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Η έκπτωση της ποιότητας της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού κατά το στάδιο μετά τη διάγνωση οφείλει να εξετάζεται περισσότερο υπό το πρίσμα ενός ολοκληρωμένου μοντέλου αρνητικών επιδράσεων παρά βάσει μεμονωμένων παραγόντων. Όπως υποστηρίζουν μετά τη διάγνωση παρατηρείται έντονο στρες, μεταβολή της εικόνας σώματος λόγω του χειρουργείου και έντονα συμπτώματα ως παρενέργειες των φαρμακοθεραπευτικών αντιμετώπισεων. Όπως υποστηρίζουν οι επιδράσεις αυτές οδηγούν σε αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία, η οποία με τη σειρά της ευθύνεται για τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας της ζωής.

Η έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία των γυναικών με καρκίνο του μαστού επιβεβαιώνεται μέσα από διάφορες έρευνες. Για παράδειγμα σε μια σχετική μελέτη στην Τουρκία διαπιστώθηκε πως κατά το πρώτο ένα έτος μετά τη διάγνωση το 52% των γυναικών με καρκίνο του μαστού είχαν κλινικά σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία (Nazlican et al., 2012). Ιδιαίτερα όμως ενδιαφέρον παρουσιάζει η συγκριτική αποτίμηση της κατάθλιψης μετά τη διάγνωση σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού εν σχέση με ασθενείς με λοιπές μορφές καρκίνου. Η διαφορά της σχετικής συμπτωματολογίας εξετάστηκε μέσω μιας σχετικής έρευνας σε ασθενείς με καρκίνο στο Ιράν όπου συγκριθήκαν ασθενείς με καρκίνο του μαστού, του στομάχου, του

πνεύμονα, του οισοφάγου, του θυρεοειδούς και του παχέος εντέρου. Όπως διαπιστώθηκε από τη συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού το ποσοστό των κλινικά σημαντικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν 28.1%, ποσοστό όμοιο με αυτό των ασθενών με καρκίνο του στομάχου και πολύ υψηλότερο σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά των ασθενών με λοιπές μορφές καρκίνου (Nikbakshsh et al., 2014).

Ένα βασικό ζήτημα αφορά την διαρκή ανατροφοδότηση της έκπτωσης της ποιότητας της ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού μετά το χειρουργείο. Για παράδειγμα οι ασθενείς με χαμηλά επίπεδα συνολικής ποιότητας της ζωής έχουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν σεξουαλική δυσλειτουργία και γενικότερα χαμηλή ποιότητα της ζωής. Λόγω της έκπτωσης της σεξουαλικής ποιότητας της ζωής παρατηρείται εν συνεχεία μια μεγαλύτερη πιθανότητα για έκπτωση της συνολικής ποιότητας της ζωής. Έτσι παρατηρείται ένας διαρκής φαύλος κύκλος αρνητικής ανατροφοδότησης της ποιότητας της ζωής των ασθενών (Beckjord & Compass, 2007).

Σε κάθε περίπτωση η ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού οφείλει να εξετάζεται υπό ένα πρίσμα πολιτισμικό καθώς φαίνεται πως διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες αντιμετωπίζουν διαφορετικές επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής τους στο έτος μετά τη διάγνωση. Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μια σχετική έρευνα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού στη Μαλαισία, όπου κατά το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση διαπιστώθηκε πως οι γηγενείς είχαν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας της ζωής σε σχέση με μετανάστες. Μάλιστα ενδεχομένως οι διαφορές αυτές να αποδίδονται στο ότι οι γυναίκες που είναι μετανάστες αντιμετωπίζουν εντονότερα σωματικά συμπτώματα λόγω της θεραπείας (Yusuf et al., 2013).

Πέραν των αρνητικών παραγόντων που έχουν επιβαρυντική επίδραση στην ανάπτυξη έκπτωσης της ποιότητας της ζωής οφείλουν να μελετώνται και πιθανοί προστατευτικοί παράγοντες που οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα ποιότητας της ζωής για τους ασθενείς. Σύμφωνα με μια σχετική έρευνα σε νεοδιαγνωσθείσες γυναίκες με καρκίνο του μαστού στην Κίνα, η υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, τους γείτονες και τους φίλους, η συνολικά υψηλότερη αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη έχουν μια ιδιαίτερα ισχυρή προστατευτική επίδραση έναντι

της έκπτωσης της ποιότητας της ζωής στο πρώτο χρονικό διάστημα μετά τη διάγνωση (Yan et al., 2016).

Σε επιβιώσαντες της νόσου δηλαδή σε γυναίκες που δεν λαμβάνουν ενεργή θεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου, η ποιότητα της ζωής φαίνεται πως βελτιώνεται κατά μήκος του χρόνου ιδίως μετά την παρέλευση του πρώτου έτους από την ολοκλήρωση των θεραπειών. Η έκπτωση της ποιότητας της ζωής στις γυναίκες μετά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού φαίνεται πως είναι άμεση συνάρτηση των προγενέστερων θεραπευτικών αντιμετώπισεων. Έτσι η λήψη χημειοθεραπείας για την αντιμετώπιση της νόσου φαίνεται πως αποτελεί έναν ιδιαίτερα ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της πτωχής ποιότητας ζωής σε επιβιώσαντες καρκίνου του μαστού. Η σεξουαλική ποιότητα της ζωής παρουσιάζει ιδιαίτερα σημαντική έκπτωση και σε επιβιώσασες καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν μειωμένη σεξουαλική λειτουργικότητα και περιορισμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον. Επιπλέον σε γυναίκες άγαμες και χωρίς σύντροφο καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη η εύρεση νέου σεξουαλικού συντρόφου. Έτσι παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίδραση στην ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού λόγω της μεταβολής της σεξουαλικής τους λειτουργικότητας (Saadatmand et al., 2015).

Παρά τα ανωτέρω, φαίνεται πως μετά από την παρέλευση ενός ικανού χρονικού διαστήματος η ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μια σχετική έρευνα ασθενών-μαρτύρων, όπου μετά από μια παρακολούθηση 8 ετών διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού δεν διαφοροποιούνταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς τα επίπεδα της ποιότητας της ζωής τους σε σχέση με γυναίκες που δεν είχαν ιστορικό καρκίνου του μαστού. Φαίνεται επομένως πως μακροπρόθεσμα οι επιβιώσαντες από καρκίνο του μαστού δεν διαφοροποιούνται σε σημαντικό βαθμό στα επίπεδα ποιότητας της ζωής τους από το γενικό πληθυσμό.

Τέλος, η ποιότητα της ζωής επηρεάζεται ιδιαίτερα αρνητικά σε περίπτωση υποτροπής στον καρκίνο του μαστού. Πιο συγκεκριμένα η υποτροπή στον καρκίνο του μαστού συνεπάγεται μια σημαντική έκπτωση της σωματικής και ψυχικής ποιότητας της ζωής. Οι αρνητικές αυτές επιδράσεις φαίνεται να είναι μάλιστα απόρροια δυσλειτουργικών αντιλήψεων των γυναικών καθώς όσες αισθάνονται αβοήθητες μετά την υποτροπή και αυτές με ιδιαίτερα αρνητικές αναπαραστάσεις

έναντι της νόσου έχουν και μεγαλύτερη έκπτωση της ποιότητας της ζωής τους (Saadatmand et al., 2015).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αποτύπωση της ποιότητας της ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού κατά το πρώτο εξάμηνο μετά τη διάγνωση.

3. Μεθοδολογία

3.1 Σχεδιασμός μελέτης

Η παρούσα μελέτη ήταν ποσοτική καθώς οι ποσοτικές μελέτες παρέχουν τη δυνατότητα για διερεύνηση συσχετίσεων ανάμεσα σε εξεταζόμενες μεταβλητές, κάτι που αποτελεί βασική επιδίωξη της παρούσας μελέτης.

Εργαλείο έρευνας

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων της παρούσας έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Αποτελείτο από δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα αποτελείται από 9 ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες σχετίζονται με κοινωνικό δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, στάδιο διάγνωσης νόσου, είδος χειρουργικής αφαίρεσης όγκου, και πραγματοποίηση ακτινοθεραπειών, ορμονοθεραπειών και χημειοθεραπειών). Η δεύτερη ενότητα αφορά το γενικό ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής EORTCQLQ- C30 και EORTC QLQ - BR23. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν αρχικά τον Σεπτέμβριο του 2021 και στη συνέχεια η δεύτερη μελέτη των περιστατικών έγινε τον Μάρτιο του 2022.

Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής EORTCQLQ- C30

Οι στόχοι του EORTC είναι η διεξαγωγή, ανάπτυξη, συντονισμός και προαγωγή της έρευνας για τον καρκίνο στην Ευρώπη από διεπιστημονικές ομάδες ογκολόγων και άλλων επιστημόνων. Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου EORTCQLQ-C30, αφορά ένα εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής για ασθενείς με καρκίνο. Μέχρι σήμερα έχουν καταχωρηθεί περισσότερες από 2200 μελέτες που χρησιμοποιούν το QLQ-C30. Η πρώτη γενιά του ερωτηματολογίου

ποιότητας ζωής EORTC (QLQ-C36) αναπτύχθηκε από το 1987. Σχεδιάστηκε για να είναι (Vin-Raviv et all, 2015):

- 1)Ειδικό για τον καρκίνο.
- 2)Να έχει πολυδιάστατη δομή.
- 3)Να είναι για αυτό-συμπλήρωση.
- 4)Να μπορεί να κατάλληλο εφαρμοστεί σε διάφορες κουλτούρες.
- 5)Κατάλληλο για χρήση για εξειδικευμένες περιπτώσεις με τη προσθήκη επιπλέον ενοτήτων.

Το QLQ-C30 (έκδοση 1, αποτέλεσε εξέλιξη της πρώτης γενιάς) ενσωμάτωσε πέντε λειτουργικές κλίμακες (σωματικές, ρόλου, γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές), τρεις κλίμακες συμπτωμάτων (κόπωση, πόνο και ναυτία και έμετο), μια κλίμακα γενικής κατάστασης υγείας / ποιότητας διαβίωσης (Quality of Life, QoL) και μερικά μεμονωμένα θέματα που εκτιμούν τα επιπρόσθετα συμπτώματα που συνήθως αναφέρονται από ασθενείς με καρκίνο (δύσπνοια, απώλεια της όρεξης, αϋπνία, δυσκοιλιότητα και διάρροια) και τις αντιληπτές οικονομικές επιπτώσεις της νόσου. Οι εκδόσεις που ακολούθησαν δομήθηκαν με βάση τις ίδιες βασικές αρχές με αποκορύφωμα το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 (έκδοση 3.0, Παράρτημα 4) που αντιπροσωπεύει πάνω από 20 χρόνια συνεχούς ανάπτυξης, βελτίωσης και επικύρωσης της μεθόδου (Vin-Raviv et all, 2015, Jones et all, 2015). Το EORTC-QLQ-C30 αποτελείται από 30 θέματα που ταξινομούνται σε 5 τομείς: Φυσική λειτουργικότητα, Ρόλοι, Συναισθηματική Λειτουργικότητα, Γνωστική Λειτουργικότητα και Κοινωνική λειτουργικότητα, καθώς και Γενική Κατάσταση Υγείας (General Health Status - GHS), ενώ υπάρχουν ορισμένα μεμονωμένα στοιχεία συμπτωμάτων. Οι απαντήσεις δίνονται σε τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert και οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 100. Στα θέματα που αντιστοιχούν σε συμπτώματα, η υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε μια ισχυρότερη ένταση ενώ στις κλίμακες λειτουργικότητας η υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η βαθμολογία αθροίσματος των συμπτωμάτων παρέχει μια γενική βαθμολογία της ποιότητας ζωής.

Το ειδικό για το Μαστό Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής EORTC QLQ-BR23

Ένα βασικό στοιχείο της στρατηγικής ανάπτυξης του EORTC QLQ περιλαμβάνει τη χρήση συμπληρωματικών ερωτηματολογίων τα οποία όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με το βασικό ερωτηματολόγιο(QLQ-C30core), μπορούν να παρέχουν πιο λεπτομερείς πληροφορίες σχετικές με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε συγκεκριμένους πληθυσμούς ασθενών (Chong Guan et al, 2015). Η συμπληρωματική ενότητα για τον καρκίνο του μαστού (QLQ-BR23) προορίζεται για χρήση μεταξύ ασθενών που ποικίλλουν τόσο ως προς το στάδιο νόσου, όσο και ως προς τους τρόπους αντιμετώπισης της (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονική θεραπεία). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 23 συνολικά ερωτήσεις που αφορούν σε συμπτώματα της ασθένειας, παρενέργειες του θεραπευτικού σχήματος (χειρουργική αντιμετώπιση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονική θεραπεία), αλλαγές στην εικόνα του σώματος, σεξουαλική δραστηριότητα και μελλοντική προοπτική (Bidstrup, et al. 2015).

Πιο συγκεκριμένα οι 23 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου εκτίμησης της ποιότητας ζωής για ασθενείς με καρκίνο του μαστού (QLQ-BR23) ενσωματώνουν πέντε κλίμακες πολλαπλών στοιχείων για την αξιολόγηση των παρενεργειών της ακολουθούμενης συστηματικής θεραπείας, των συμπτωμάτων στο βραχίονα, των συμπτωμάτων στο μαστό, της εικόνας του σώματος και της σεξουαλικής λειτουργικότητας. Επιπλέον μεμονωμένες ερωτήσεις αξιολογούν τη σεξουαλική απόλαυση, την αλωπεκία και τη μελλοντική προοπτική (Bidstrup, et al, 2015). Οι απαντήσεις δίνονται σε τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert και οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 100. Στα θέματα που αντιστοιχούν σε συμπτώματα, η υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε μια ισχυρότερη ένταση ενώ στις κλίμακες λειτουργικότητας, η υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η βαθμολογία αθροίσματος των συμπτωμάτων παρέχει μια γενική βαθμολογία της ποιότητας ζωής.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα ερωτηματολογίου

Σύμφωνα με τον Creswell (2011), ένας από τους στόχους μιας καλής έρευνας αποτελούν οι αξιόπιστες και έγκυρες μετρήσεις. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου ελέγχεται η σταθερότητα και η συνέπεια των τιμών.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας alpha (α) του Cronbach. Σύμφωνα με τους

Babbie, Wagner, & Zaino (2018), οι τιμές εγκυρότητας που είναι μεγαλύτερες της τιμής 0,70 ή κοντά σε αυτή την τιμή θεωρούνται αποδεκτές.

Υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας των κλιμάκων λειτουργικότητας και των κλιμάκων των συμπτωμάτων. Από τις κλίμακες λειτουργικότητας υψηλότερη συντελεστή αξιοπιστίας έχει η φυσική λειτουργικότητα και από τις κλίμακες συμπτωμάτων υψηλότερο συντελεστή αξιοπιστίας παρουσιάζει η κλίμακα της διάρροιας.

Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής EORTC QLQ-C30

Πίνακας 1: Συντελεστής αξιοπιστίας υποκλιμάκων λειτουργικότητας

	Cronbach alpha
Φυσική λειτουργικότητα	0,878
Συναισθηματική λειτουργικότητα	0,870
Γνωστική λειτουργικότητα	0,800
Κοινωνική λειτουργικότητα	0,850
Λειτουργικότητα ρόλου	0,700
Οικονομικές δυσκολίες	0,820

Πίνακας 2: Συντελεστής αξιοπιστίας υποκλιμάκων συμπτωμάτων

	Cronbach alpha
Κούραση	0,820
Ναυτία και εμετός	0,700
Πόνος	0,750
Δύσπνοια	0,749
Αϋπνία	0,720
Έλλειψη όρεξης	0,730
Δυσκοιλιότητα	0,740
Διάρροια	0,840
Συνολική υγεία	0,850

Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής EORTC QLQ - BR23

Στο ερωτηματολόγιο της εκτίμησης ποιότητας ζωής μεγαλύτερη αξιοπιστία παρουσιάζει η κλίμακα λειτουργικότητας της εικόνας του σώματος και από τις κλίμακες συμπτωμάτων μεγαλύτερη αξιοπιστία παρουσιάζει η συστηματική θεραπεία.

Πίνακας 3: Συντελεστής αξιοπιστίας υποκλιμάκων λειτουργικότητας

	Cronbach alpha
Εικόνα σώματος	0,878
Σεξουαλική λειτουργικότητα	0,870
Σεξουαλική απόλαυση	0,800
Μελλοντική προοπτική	0,850

Πίνακας 4: Συντελεστής αξιοπιστίας υποκλιμάκων συμπτωμάτων

	Cronbach alpha
Συστηματική θεραπεία	0,830
Συμπτώματα στήθους	0,720
Συμπτώματα ώμου	0,710
Απώλεια μαλλιών	0,740

3.2 Συμμετέχοντες

Τα κριτήρια εισαγωγής στην παρούσα μελέτη ήταν τα κάτωθι:

- 1) Ηλικία 25-75 ετών.
- 2) Ιστολογικά επιβεβαιωμένος καρκίνος του μαστού.
- 3) Διάγνωση της νόσου κατά τους πρώτους 6 μήνες.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα ακόλουθα:

- 1) Η ύπαρξη άλλου πρωτοπαθούς όγκου που οδήγησε σε ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.
- 2) Η αδυναμία δυνατότητας γραπτής ή/και προφορικής επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα.

3.3 Κοινωνικοδημογραφικά και ιατρικά δεδομένα

Τα κοινωνικοδημογραφικά και ιατρικά δεδομένα των ασθενών αφορούσαν την ηλικία (έτη), την οικογενειακή κατάσταση (άγαμη/ παντρεμένη/ διαζευγμένη/ χήρα), τον αριθμό παιδιών, την εθνικότητα (ελληνική/ άλλη), το εκπαιδευτικό επίπεδο (πρωτοβάθμια εκπαίδευση/ δευτεροβάθμια εκπαίδευση/ τριτοβάθμια εκπαίδευση) και την επί του παρόντος εργασιακή κατάσταση (εργαζόμενη/ μη εργαζόμενη). Τα ιατρικά δεδομένα αφορούσαν το στάδιο όγκου κατά τη διάγνωση (I/ II/ III/ IV), τον αριθμό μεταστατικών σημείων (0, 1, 2, >2), την ύπαρξη εμμηνόπαυσης (ναι/ όχι), την πραγματοποίηση χειρουργικής αφαίρεσης όγκου (ναι/ όχι), το είδος χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου (ογκεκτομή/ μαστεκτομή), την επί του παρόντος πραγματοποίηση χημειοθεραπείας (ναι/ όχι), ακτινοθεραπείας (ναι/ όχι) και

ορμονοθεραπείας (ναι/ όχι) και την επερχόμενη πραγματοποίηση χημειοθεραπείας (ναι/ όχι), ακτινοθεραπείας (ναι/ όχι) και ορμονοθεραπείας (ναι/ όχι). Με στόχο την ακρίβεια των πληροφοριών το σύνολο αυτών των δεδομένων συλλέχθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών και συμπληρώθηκαν από την ερευνήτρια. Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για αυτά λόγω ελλείπεις ενημέρωσης των ιατρικών φακέλων για την αναγκαία διασταύρωση των πληροφοριών.

3.4 Μετρήσεις

3.4.1 Ποιότητα της ζωής

Η συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών καταγράφηκε μέσω της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς EORTC QLQ-C30. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιεί ερωτήσεις σχετικές με το πόνο, τη λειτουργικότητα, τη συναισθηματική προσαρμογή, τη κόπωση, τη συνολική κατάσταση υγείας, τη ναυτία και τον εμετό, την απώλεια της όρεξης, τη δύσπνοια, τη δυσκοιλιότητα και τον ύπνο. Οι απαντήσεις έλαβαν τιμές από 1 (καθόλου) ως 4 (πάρα πολύ) και αφορούσαν το χρονικό διάστημα της τελευταίας μίας εβδομάδας.

3.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε στην ογκολογική μονάδα του νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός» και το τμήμα ημερήσιας νοσηλείας στο νοσοκομείο «Ν.Ι.Μ.Τ.Σ», κατόπιν έγκρισης από τα αντίστοιχα επιστημονικά συμβούλια. Αρχικώς, εξετάστηκε από το θεράποντα ιατρό, το κατά πόσο οι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού για συμμετοχή στη μελέτη. Η συμπερίληψη των ασθενών πραγματοποιήθηκε ύστερα από ενημέρωσή τους για το σκοπό και το πλαίσιο της μελέτης και την υπογραφή σχετικής φόρμας γραπτής συγκατάθεσης. Εν συνεχεία, χορηγήθηκαν στις ασθενείς τα ερωτηματολόγια και συμπληρώθηκαν επιτόπου. Η αξιολόγηση των κριτηρίων, η προσέγγιση για συμμετοχή στη μελέτη και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε κατά τις επισκέψεις των ασθενών στα νοσοκομεία για τα προγραμματισμένα τους ραντεβού ώστε να μην παρακωλύονταν το προσωπικό τους πρόγραμμα και η εύρυθμη λειτουργικότητα των μονάδων. Η συμπερίληψη στη μελέτη τερματίστηκε μετά την εισαγωγή ενός δείγματος 60 συμμετεχόντων. Εν συνεχεία τα ερωτηματολόγια εισήχθησαν σε πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης και αναλύθηκαν σχετικώς. Το δείγμα μελετήθηκε και 6 μήνες μετά την θεραπεία για την καταγραφή της πορείας και της πρόγνωσης της νόσου μετά από την συναίνεση των γυναικών για την συστηματική παρακολούθηση της θεραπείας τους, μέσο τηλεφωνικής επικοινωνίας. Εν συνεχεία τα ερωτηματολόγια εισήχθησαν σε πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης και αναλύθηκαν σχετικώς.

Η συμμετοχή των ερωτηθέντων στην έρευνα ήταν και ανώνυμη και εθελοντική. Τα δεδομένα της έρευνας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικά, μόνο η ερευνήτρια θα έχει πρόσβαση σε αυτά διότι χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με το φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

3.6 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS για Windows. Αρχικά αναλύθηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ενώ και σχετικά με το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς πραγματοποιήθηκαν αντίστοιχοι υπολογισμοί. Η επαγωγική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά δεδομένα ως ανεξάρτητες μεταβλητές και τις τιμές του εργαλείου μέτρησης ως εξαρτημένες. Προ της ανάλυσης αυτής πραγματοποιήθηκε έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής μέσω ελέγχου Kolmogorov-Smirnov, βάσει προγενέστερων οδηγιών της βιβλιογραφίας. Σε περίπτωση μη παραβίασης της κανονικότητας της κατανομής οι επαγωγικοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν μέσω ελέγχου Ανεξαρτήτων Δειγμάτων για τη διερεύνηση της επίδρασης δίτιμων κατηγορικών μεταβλητών, Ανάλυσης Διακύμανσης για τη διερεύνηση της επίδρασης κατηγορικών μεταβλητών με περισσότερες από δύο κατηγορίες και συντελεστή συσχέτισης Pearson για τις σχέσεις ανάμεσα στις ποσοτικές μεταβλητές. Σε περίπτωση παραβίασης της κανονικότητας της κατανομής οι επαγωγικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω των αντίστοιχων μη παραμετρικών ελέγχων δηλαδή μέσω Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis και συντελεστή συσχέτισης Spearman. Ο δείκτης σημαντικότητας ετέθη στο 0.05 για το σύνολο των αναλύσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κοινωνικό- Δημογραφικά-ιατρικά στοιχεία

Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι 45,5 έτη (TA=13,41). Το 22% είναι άγαμοι και το 78% είναι παντρεμένοι. Όλοι έχουν ελληνική εθνικότητα. Το 47% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 53% είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 70% εργάζονται και το 30% δεν εργάζονται. Το 52% παρουσίασαν εμμηνόπαυση και το 48% δεν παρουσίασαν. Το 48% έχουν πρώτο στάδιο του όγκου

και το 52% δεύτερο στάδιο. Όλες οι γυναίκες υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία. Το 53% με ογκεκτομή και 47% με μαστεκτομή. Επί του παρόντος όλοι δηλώνουν πως κάνουν χημειοθεραπείες, ορμονοθεραπείες και ακτινοθεραπείες όπως και προγενέστερα.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα της ανάλυσης συχνοτήτων για τις ποιοτικές μεταβλητές του δείγματος (N=60)

	Μέσος όρος	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Ηλικία		45.5	13.41
		N	%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	13	21.7
	Παντρεμένη	47	78.3
	Διαζευγμένη		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Χήρα		
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	28	46.7
Εργασιακή κατάσταση	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	32	53.3
	Εργαζόμενη	42	70
	Μη εργαζόμενη	18	30
Στάδιο όγκου κατά τη διάγνωση	Στάδιο 1	29	48.3
	Στάδιο 2	31	51.7
Εμμηνόπαυση	Ναι	31	51.7
	όχι	29	48.3
Χειρουργική αφαίρεση όγκου	Ναι	60	100
	όχι	0	0
Είδος χειρουργικής αφαίρεσης όγκου	Ογκεκτομή	32	53.3
	Μαστεκτομή	48	46.7
Επί του παρόντος πραγματοποίηση θεραπείας	ναι	60	100
	Όχι	0	0
Επί του παρόντος πραγματοποίηση ορμονοθεραπείας	ναι	60	100
	Όχι	0	0
Επί του παρόντος πραγματοποίηση ακτινοθεραπείας:	ναι	60	100
	Όχι	0	0
Προγενέστερη πραγματοποίηση χημειοθεραπείας:	ναι	60	100
	Όχι	0	0
Προγενέστερη πραγματοποίηση ορμονοθεραπείας	ναι	60	100
	Όχι	0	0
Προγενέστερη πραγματοποίηση ακτινοθεραπείας	ναι	60	100
	Όχι	0	0

Περιγραφική στατιστική του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής (EORTC QLQ-C30)

Στους πίνακες 6 και 7 φαίνονται τα επίπεδα των ασθενών (μέσος όρος και τυπική απόκλιση) σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Διαφαίνεται πως στις λειτουργικές κλίμακες στην αρχή διάγνωσης της νόσου οι ασθενείς έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής στη φυσική, συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και λειτουργικότητα ρόλου. Στην αρχή της νόσου η καλύτερη λειτουργικότητα ήταν η φυσική και έξι μήνες μετά τη διάγνωση η καλύτερη λειτουργικότητα ήταν η γνωστική.

Πίνακας 6: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες μέτρησης της λειτουργικότητας (EORTC QLQ-C30) στην αρχή διάγνωσης του καρκίνου (N=60).

	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Φυσική λειτουργικότητα	92.66	5.84
Συναισθηματική λειτουργικότητα	45.97	14.91
Γνωστική λειτουργικότητα	74.72	14.87
Κοινωνική λειτουργικότητα	62.5	20.72
Λειτουργικότητα ρόλου	68.05	10.31
Οικονομικές δυσκολίες	55.55	19.08

Πίνακας 7: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες μέτρησης της λειτουργικότητας (EORTC QLQ-BR23) 6 μήνες από τη διάγνωση του καρκίνου (N=60).

	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Φυσική λειτουργικότητα	47,88	18,34
Συναισθηματική λειτουργικότητα	40,41	13,53
Γνωστική λειτουργικότητα	71,94	23,46
Κοινωνική λειτουργικότητα	35,55	9,44
Λειτουργικότητα ρόλου	42,22	17,75
Οικονομικής δυσκολίες	71,66	20,19

Στις κλίμακες συμπτωμάτων προκύπτει πως μετά από 6 μήνες τα συμπτώματα είναι πιο έντονα. Ιδιαίτερα έντονη είναι η αϋπνία, η έλλειψη όρεξης και η δύσπνοια. Η συνολική υγεία είναι καλύτερη στην αρχή διάγνωσης της νόσου.

Πίνακας 8: Περιγραφική στατιστική για όλες τις υποκλίμακες μέτρησης συμπτωμάτων (EORTC QLQ-C30) στην αρχή διάγνωσης του καρκίνου (N=60).

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Κούραση	44.44	22.77
Ναυτία και εμετός	16.66	16.80
Πόνος	38.05	19.42
Δύσπνοια	27.77	17.53
Αϋπνία	5.55	12.52
Έλλειψη όρεξης	25.55	14.21
Δυσκοιλιότητα	36.66	10.08
Διάρροια	31.11	22.01
Συνολική υγεία	57.08	16.93

Πίνακας 9: Περιγραφική στατιστική για όλες τις υποκλίμακες μέτρησης συμπτωμάτων (EORTC QLQ-C30) 6 μήνες από τη διάγνωση του καρκίνου (N=60).

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Κούραση	61.11	15.51
Ναυτία και εμετός	28.61	16.26
Πόνος	54.72	17.91
Δύσπνοια	52.22	24.82
Αϋπνία	40	22.79
Έλλειψη όρεξης	67.22	20.80
Δυσκοιλιότητα	41.66	20
Διάρροια	38.88	29.53
Συνολική υγεία	45.69	16.77

Περιγραφική στατιστική ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής QLQ-BR23

Στην αρχή της διάγνωσης οι ασθενείς διαπιστώνεται πως δεν σκέφτονται την εικόνα του σώματος τους. Τα συμπτώματα 6 μήνες μετά τη διάγνωσης νόσου είναι πιο έντονα. Το πιο έντονο σύμπτωμα είναι η ανησυχία για την απώλεια των μαλλιών.

Πίνακας 10: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες μέτρησης λειτουργικότητας (QLQ-BR23) στην αρχή διάγνωσης του καρκίνου (N=60).

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Εικόνα σώματος	60.41	14.68
Σεξουαλική λειτουργικότητα	50.27	27.35
Μελλοντική προοπτική	50	24.16

Πίνακας 11: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες μέτρησης της λειτουργικότητας (QLQ-BR23) 6 μήνες από τη διάγνωση του καρκίνου (N=60).

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Εικόνα σώματος	36.94	14.82
Σεξουαλική λειτουργικότητα	85.83	18.87
Μελλοντική προοπτική	24.44	19.27

Πίνακας 12: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες λειτουργικότητας (QLQ-BR23) στην αρχή διάγνωσης του καρκίνου (N=60).

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Συστηματική θεραπεία	32,30	11,50
Συμπτώματα στο στήθος	55	8,97
Συμπτώματα στους ώμους	18,14	8,67
Ανησυχία από την απώλεια των μαλλιών	56,11	24,15

Πίνακας 13: Περιγραφική στατιστική για τις υποκλίμακες λειτουργικότητας (QLQ-BR23) 6 μήνες από τη διάγνωση του καρκίνου (N=60).

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Συστηματική θεραπεία	45,95	10.18
Συμπτώματα στο στήθος	59.30	18.15
Συμπτώματα στους ώμους	43.33	16.95
Ανησυχία από την απώλεια των μαλλιών	72.77	13

Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στο ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής QLQ-C30 ΚΑΙ QLQ-BR23 στην αρχή και μετά από 6 μήνες από τη διάγνωση της νόσου

Έλεγχος ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες λειτουργικότητας στο ερωτηματολόγιο QLQ-C30

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στη φυσική, γνωστική και λειτουργικότητα ρόλου. Παρατηρούνται υψηλές τιμές μέσης κατάταξης στην αρχή διάγνωσης της νόσου σε όλες τις κλίμακες λειτουργικότητας

Πίνακας 14: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες λειτουργικότητας στην αρχή και 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου

	p	Mean rank στην αρχή διάγνωσης της νόσου	Mean rank μετά από 6 μήνες
Φυσική λειτουργικότητα	0.000	90.50	30.5
Συναισθηματική λειτουργικότητα	0.118	65.38	55.63
Γνωστική λειτουργικότητα	0.000	61.39	59.61
Κοινωνική λειτουργικότητα	0.771	81.45	39.55
Λειτουργικότητα ρόλου	0.000	83.03	37.97

Έλεγχος ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες συμπτωμάτων στο ερωτηματολόγιο QLQ-C30

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στην κούραση, στη ναυτία, στον εμετό, στον πόνο, στην δύσπνοια, στην αϋπνία, στην έλλειψη όρεξης και στις οικονομικές δυσκολίες. Παρατηρούνται υψηλές τιμές μέσης κατάταξης 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου.

Πίνακας 15: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες συμπτωμάτων στην αρχή και 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου

	p	Mean rank στην αρχή	Mean rank μετά από 6 μήνες
Κούραση	0,000	32,17	88,83
Ναυτία και εμετός	0,001	50,75	75,25
Πόνος	0,000	45,79	75,21
Δύσπνοια	0,000	44,82	76,18
Αϋπνία	0,000	38,25	82,75
Έλλειψη όρεξης	0,000	34,72	86,28
Δυσκοιλιότητα	0,050	55,75	65,25
Διάρροια	0,140	56,13	64,87
Οικονομικές δυσκολίες	0,000	49,59	71,41

Έλεγχος ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες συμπτωμάτων στο ερωτηματολόγιο QLQ-BRB-23

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στην αρχή της διάγνωσης σε όλες τις κλίμακες συμπτωμάτων εκτός από την κλίμακα συμπτώματα στο στήθος.

Πίνακας 16: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες συμπτωμάτων στην αρχή και 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου

	p	Mean rank στην αρχή	Mean rank μετά από 6 μήνες
Συστηματική θεραπεία	0.000	40,91	80,09
Συμπτώματα στο στήθος	0.275	57,11	63,89
Συμπτώματα στους ώμους	0.000	37,28	83,71
Ανησυχία από την απώλεια των μαλλιών	0.000	48,38	72,62

Έλεγχος ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες λειτουργικότητας στο ερωτηματολόγιο QLQ-BRB23

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στην αρχή της διάγνωσης σε όλες τις κλίμακες λειτουργικότητας.

Πίνακας 17: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες συμπτωμάτων στην αρχή και 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου

	p	Mean rank στην αρχή	Mean rank μετά από 6 μήνες
Εικόνα σώματος	0,000	82.33	38.68
Σεξουαλική λειτουργικότητα	0,000	38,73	82,27
Μελλοντική προοπτική	0,000	77,43	43,57

Έλεγχος στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με την εργασιακή κατάσταση (στην αρχή της νόσου)

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν στην συναισθηματική λειτουργικότητα όπου υψηλότερες τιμές μέσες κατάταξης παρουσίασαν τα άτομα που δεν εργάζονται στον πόνο όπου υψηλότερες τιμές μέσης κατάταξης παρουσιάζονται στα άτομα που δεν εργάζονται.

Πίνακας 18: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στην λειτουργικότητα σχετικά με την εργασιακή κατάσταση

	P	Εργαζόμενη ναι	Εργαζόμενη όχι
Συναισθηματική λειτουργικότητα	0.027	27.30	37.97
Πόνος	0,024	27.29	38

Έλεγχος στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με το είδος αφαίρεσης του καρκίνου (στην αρχή της νόσου)

Δεν παρουσιάστηκε καμία στατιστική διαφορά

Έλεγχος στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά το στάδιο όγκου κατά τη διάγνωση (στην αρχή της νόσου)

Πίνακας 19: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με το στάδιο διάγνωσης του καρκίνου

	P	Στάδιο 1	Στάδιο 2
Φυσική λειτουργικότητα	0.000	22.09	38.37
Λειτουργικότητα ρόλου	0,047	34.50	26.76
Συναισθηματική λειτουργικότητα	0,000	41.22	20.47
Γνωστική λειτουργικότητα	0,018	35.64	25.69
Ναυτία και εμετός	0.000	35.16	26.15
Πόνος	0.017	25.12	35.53
Δύσπνοια	0.013	25.84	34.85
Κούραση	0.000	22.28	38.19
Σεξουαλική λειτουργικότητα	0.001	23.17	37.35
Εικόνα σώματος	0.020	25.14	35.52

Έλεγχος στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με την εργασιακή κατάσταση (6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου)

Πίνακας 20: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με την εργασιακή κατάσταση

	P	Εργαζόμενη ναι	Εργαζόμενη όχι
Κούραση	0,025	33.68	23.08
Αϋπνία	0,017	33.71	23
Εικόνα σώματος	0,036	27.45	37.61

Έλεγχος στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με το είδος αφαίρεσης του όγκου (6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου)

Δεν παρουσιάστηκε καμία στατιστική διαφορά

Έλεγχος στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με το στάδιο όγκου κατά τη διάγνωση (6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου)

Πίνακας 21: Διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στην ποιότητα ζωής σχετικά με το στάδιο διάγνωσης του καρκίνου

	P	Στάδιο 1	Στάδιο 2
Λειτουργικότητα ρόλου	0.027	35.43	25.89
Φυσιολογική λειτουργικότητα	0.001	38.50	23.02
Συναισθηματική λειτουργικότητα	0.000	38.78	22.76
Γνωστική λειτουργικότητα	0.005	36.86	34.55
Κούραση	0.008	24.55	36.06
Δύσπνοια	0.000	22.03	38.42
Αϋπνία	0.008	36.14	35.23
Έλλειψη όρεξης	0,022	25.86	34.84
Εικόνα σώματος	0.032	35.43	25.89
Μελλοντική προοπτική	0.047	34.50	26.76
Σεξουαλική λειτουργικότητα	0.000	22.07	38.39
Συμπτώματα στήθους	0.000	18.34	41.87
Συμπτώματα ώμου	0.006	24.22	36.37
Συστηματική θεραπεία	0.006	24.21	36.39

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην αρχή της διάγνωσης της νόσου οι ασθενείς έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής στη φυσική, συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική λειτουργικότητα και λειτουργικότητα ρόλου. Στην αρχή της νόσου η καλύτερη λειτουργικότητα ήταν η φυσική και έξι μήνες μετά τη διάγνωση η καλύτερη λειτουργικότητα ήταν η γνωστική. Αναμφίβολα, μέσω των υπαρχόντων ερευνών η νόσος και οι θεραπευτικές της αντιμετώπισεις έχουν μια ιδιαίτερα αρνητική επίδραση στην ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Η αρνητική αυτή επίδραση αποδίδεται κυρίως στην αντιμετώπιση έντονων συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όπως η ναυτία και ο εμετός, τα οποία επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Επίσης προκύπτει πως μετά από 6 μήνες τα συμπτώματα είναι πιο έντονα. Ιδιαίτερα έντονη είναι η αϋπνία, η έλλειψη όρεξης και η δύσπνοια. Η συνολική υγεία είναι καλύτερη στην αρχή διάγνωσης της νόσου. Αυτό έχει υποστηριχθεί σε παρόμοιες μελέτες.

Στην αρχή της διάγνωσης οι ασθενείς διαπιστώνεται πως έχουν καλύτερη εικόνα και για το σώμα τους, αλλά και για την μελλοντική προοπτική. Τα συμπτώματα 6 μήνες μετά τη διάγνωσης νόσου είναι πιο έντονα. Το πιο έντονο σύμπτωμα είναι η ανησυχία για την απώλεια των μαλλιών και αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με μια σχετική ποιοτική έρευνα στη Νορβηγία σε δείγμα γυναικών με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου του μαστού, η νόσος οδηγεί σε μια ολοκληρωτική μεταβολή της αναπαράστασης για τον εαυτό λόγω ακρωτηριασμού του μαστού ή και της αλωπεκίας. Λόγω επομένως της μεταβολής του τρόπου με τον οποίο οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αντιλαμβάνονται το σώμα τους, τον εαυτό τους και την ατομική τους ταυτότητα, μεταβάλλεται αρνητικά η ποιότητα της ζωής τους. Στο ίδιο εύρημα καταλήγει και μια άλλη σχετική ποιοτική μελέτη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού στο Ιράν. Φαίνεται επομένως πως ανεξαρτήτου πολιτισμικού πλαισίου, η μεταβολή της εικόνας σώματος συνεπάγεται ιδιαίτερα αρνητικές επιδράσεις για την ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Επιπροσθέτως 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου παρατηρήθηκε χειροτέρευση των συμπτωμάτων που αφορούσαν τα εξής: στην κούραση, στη ναυτία, στον έμετο, στον πόνο, στην δύσπνοια, στην αϋπνία, στην έλλειψη όρεξης

και στις οικονομικές δυσκολίες. Τα συμπτώματα αυτά έχουν παρατηρηθεί και σε γυναίκες από σχετικές δημοσιευμένες μελέτες για το συγκεκριμένο θέμα , τα οποία έχουν αποδοθεί τόσο στην χημειοθεραπεία όσο και στην ακτινοθεραπεία που υφίσταται οι γυναίκες αυτές και φυσικά στο χειρουργείο που έχουν υποβληθεί.

Στο τέλος των 6 μηνών παρουσιάστηκαν προβλήματα στην συναισθηματική λειτουργικότητα όπου υψηλότερες τιμές μέσες κατάταξης παρουσίασαν τα άτομα που δεν εργάζονται, στον πόνο όπου υψηλότερες τιμές μέσης κατάταξης παρουσιάζονται στα άτομα που δεν εργάζονται. Σχετικά με την συναισθηματική κατάσταση των γυναικών στις υπάρχουσες μελέτες έχει αποδειχτεί ότι η έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία των γυναικών με καρκίνο του μαστού επιβεβαιώνεται μέσα από διάφορες έρευνες. Για παράδειγμα, σε μια σχετική μελέτη στην Τουρκία διαπιστώθηκε πως κατά το πρώτο ένα έτος μετά τη διάγνωση το 52% των γυναικών με καρκίνο του μαστού είχαν κλινικά σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία (Nazlıcan et al., 2012). Μάλιστα, σύμφωνα με μια αντίστοιχη μελέτη στην Αυστραλία, οι νέες σε ηλικία γυναίκες με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου του μαστού έχουν ακόμα υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης της τάξης του 80%. Ιδιαίτερα όμως ενδιαφέρον παρουσιάζει η συγκριτική αποτίμηση της κατάθλιψης μετά τη διάγνωση σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού εν σχέση με ασθενείς με λοιπές μορφές καρκίνου. Η διαφορά της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας εξετάστηκε μέσω μιας σχετικής έρευνας σε ασθενείς με καρκίνο στο Ιράν, όπου συγκριθήκαν ασθενείς με καρκίνο του μαστού, του στομάχου, του πνεύμονα, του οισοφάγου, του θυρεοειδούς και του παχέος εντέρου. Όπως διαπιστώθηκε από τη συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων, στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού το ποσοστό των κλινικά σημαντικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν 28.1%, ποσοστό όμοιο με αυτό των ασθενών με καρκίνο του στομάχου και πολύ υψηλότερο σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά των ασθενών με λοιπές μορφές καρκίνου

Τέλος σχετικά με την σχέση της ποιότητας ζωής και το είδος αφαίρεσης του όγκου δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά και δεν υπάρχει μελέτη σύγκρισης γι αυτό το εύρημα.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι περιορισμοί της έρευνας αυτής έγκειται σε πρώτη βάση στην τρέχουσα υγειονομική κρίση που διανύουμε εδώ και δυο χρόνια με σταθερά εξελισσόμενη ένταση και εξάπλωση παγκοσμίως. Κατά την διάρκεια της συλλογής των δεδομένων τηρήθηκαν τα απαραίτητα μέτρα προστασίας για την αποφυγή της μετάδοσης και της διασποράς του ιού δια της φυσικής παρουσίας της ερευνήτριας.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δεν δύναται να γενικευτούν και να βγει ένα γενικό αξιόπιστο συμπέρασμα λόγω του μικρού δείγματος της έρευνας. Γι αυτό και προτείνεται η διεξαγωγή μιας μελλοντικής μελέτης η οποία θα περιλαμβάνει μεγαλύτερο σε αριθμό δείγμα για να μπορέσουν τα αποτελέσματα να γενικευτούν και να είναι αξιόπιστα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην αρχή της διάγνωσης της νόσου οι ασθενείς έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής στη φυσική, συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και λειτουργικότητα ρόλου. Στην αρχή της νόσου η καλύτερη λειτουργικότητα ήταν η φυσική και έξι μήνες μετά τη διάγνωση η καλύτερη λειτουργικότητα ήταν η γνωστική.

Επίσης προκύπτει πως μετά από 6 μήνες τα συμπτώματα είναι πιο έντονα. Ιδιαίτερα έντονη είναι η αϋπνία, η έλλειψη όρεξης και η δύσπνοια. Η συνολική υγεία είναι καλύτερη στην αρχή διάγνωσης της νόσου.

Στην αρχή της διάγνωσης οι ασθενείς διαπιστώνεται πως έχουν καλύτερη εικόνα και για το σώμα τους αλλά και για την μελλοντική προοπτική. Τα συμπτώματα 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου είναι πιο έντονα. Το πιο έντονο σύμπτωμα είναι η ανησυχία για την απώλεια των μαλλιών.

Επιπροσθέτως 6 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου παρατηρήθηκε χειροτέρευση των συμπτωμάτων που αφορούσαν τα εξής: στην κούραση, στη ναυτία, στον εμετό, στον πόνο, στην δύσπνοια, στην αϋπνία, στην έλλειψη όρεξης, και στις οικονομικές δυσκολίες.

Στο τέλος των 6 μηνών παρουσιάστηκαν προβλήματα στην συναισθηματική λειτουργικότητα όπου υψηλότερες τιμές μέσης κατάταξης παρουσίασαν τα άτομα που δεν εργάζονται, στον πόνο όπου υψηλότερες τιμές μέσης κατάταξης παρουσιάζονται στα άτομα που δεν εργάζονται.

Τέλος σχετικά με την σχέση της ποιότητας ζωής και το είδος αφαίρεσης του καρκίνου δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά.

Η συνεχώς αυξανόμενη επιβίωση των γυναικών με καρκίνο του μαστού καθιστά την παρακολούθηση και τη βελτίωση της ΠΖ των ασθενών ιδιαίτερα σημαντική. Σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχει ένα αυξανόμενο σώμα έρευνας σχετικά με την ΠΖ που σχετίζεται με την υγεία ένα χρόνο μετά τη χειρουργική θεραπεία για μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού, οι πληροφορίες που αφορούν Ελληνίδες ασθενείς είναι λιγοστές.

Οι γυναίκες συνολικά κατέγραψαν καλή ποιότητα ζωής και υψηλές βαθμολογίες στις υποκλίμακες της λειτουργικότητας/συμπτωμάτων και εμφανίστηκαν ικανοποιημένες από την παρεχόμενη φροντίδα. Η ΠΖ και οι παράμετροί της στις Ελληνίδες ασθενείς είναι πολυπαραγοντικά μεγέθη και Ποιότητα Ζωής Ελληνίδων με καρκίνο του μαστού εξαρτώνται τόσο από την παρεχόμενη θεραπεία, όσο και από το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρό τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmad, A. (2019). Breast Cancer statistics: recent trends. In *Breast Cancer Metastasis and Drug Resistance* (pp. 1-7). Springer, Cham.

Antonova, L., Aronson, K., & Mueller, C. R. (2011). Stress and breast cancer: from epidemiology to molecular biology. *Breast Cancer Research*, 13(2), 208.

Babbie, E. R. (2013). *The basics of social research*. Cengage Learning.

1)Babbie, E., Wagner III, W.E. and Zaino, J., (2018) Adventures in social research: *Data analysis using IBM® SPSS® Statistics*. Sage Publications.

Beckjord, E., & Compas, B. E. (2007). Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(2), 19-36.

Bidstrup P.E., Christensen J., et al. (2015) Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: Looking beyond the mean, *Acta Oncologica*, 54:5, 789-796,

Bradby, H. (2009). *Medical Sociology: An Introduction*. Sage Publications.

Cheng, S. Y., Lai, Y. H., Chen, S. C., Shun, S. C., Liao, Y. M., Tu, S. H., ... & Chen, C. M. (2012). Changes in quality of life among newly diagnosed breast cancer patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 70-79.

Chong Guan, Salina Mohamed et al. (2015) Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*13:205.

Creswell, J. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση. Σχεδιασμός, Διεξαγωγή και Αξιολόγηση της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας*. Αθήνα: Έλλην.

Δαρβίρη, Χ. (2009). *Προαγωγή Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης, Νοσηλευτική βιβλιοθήκη.

Deng, G., & Cassileth, B. (2014). Integrative oncology: an overview. *Am Soc Clin Oncological Education Book*, 34, 233-242.

DeSantis, C. E., Fedewa, S. A., Goding Sauer, A., Kramer, J. L., Smith, R. A., & Jemal, A. (2016). Breast cancer statistics, 2015: Convergence of incidence rates between black and white women. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(1), 31-42.

DeVita, V. T., & Chu, E. (2008). A history of cancer chemotherapy. *Cancer research*, 68(21), 8643-8653.

Dixon, J. M. (Ed.). (2013). *Breast Surgery: Companion to Specialist Surgical Practice*. Elsevier Health Sciences.

Φασόη-Μπαρκά, Γ. Γ., Κελέση-Σταυροπούλου, Μ. Ν., Κουτσοπούλου-Σοφικίτη, Β., Θεοδοσοπούλου, Ε., & Μπίρμπας, Κ. (2015). Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών, με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(1), 76-99.

Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., ... & Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer*, 49(6), 1374-1403.

Fredheim, O.M., Borchgrevink, P.C., Saltnes, T., Kaasa, S. (2007). Validation and comparison of the health-related quality-of-life instruments EORTC QLQ-C30 and SF-36 in assessment of patients with chronic nonmalignant pain. *J Pain Symptom Manage*, 34(6), 657-65.

Guo, J., Wei, W., & Zhan, L. (2015). Red and processed meat intake and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective studies. *Breast cancer research and treatment*, 151(1), 191-198.

Harris, J. R., Lippman, M. E., Osborne, C. K., & Morrow, M. (2012). *Diseases of the Breast*. Lippincott Williams & Wilkins.

Hirshaut, Y., & Pressman, P. (2009). *Breast cancer: The complete guide*. Bantam.

Hogg, M.A., & Vaughan, G.M. (2008). *Social Psychology*. Pearson Education Limited.

Ivanauskienė, R., Padaiga, Ž., Šimoliūnienė, R., Smilytė, G., & Domeikienė, A. (2014). Well-being of newly diagnosed women with breast cancer: which factors matter more?. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 519-526.

Jones, S.M.W., LaCroix, A.Z., Li, W. et al. (2015) Depression and quality of life before and after breast cancer diagnosis in older women from the Women's Health Initiative. *Journal of Cancer Survival*, 9: 620.

Kritikos, A., Bekiari, A., Nikitaras, N., Famissis, K., & Sakellariou, K. (2009). Hippocrates' counselling with regard to physical exercise, gymnastics, dietetics and health. *Irish journal of medical science*, 178(3), 377-383.

Krug, D., & Loibl, S. (2018). Neoadjuvant chemotherapy for early breast cancer. *The Lancet Oncology*, 19(3), e129.

Kuchuk, I., Bouganim, N., Beusterien, K., Grinspan, J., Vandermeer, L., Gertler, S., ... & Crawley, F. (2013). Preference weights for chemotherapy side effects from the perspective of women with breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 142(1), 101-107.

Liao, M. N., Chen, S. C., Chen, S. C., Lin, Y. C., Hsu, Y. H., Hung, H. C., ... & Jane, S. W. (2012). Changes and predictors of unmet supportive care needs in Taiwanese women with newly diagnosed breast cancer. In *Oncology nursing forum* 39, (5), 380-389.

Lin, Y., Wang, C., Zhong, Y., Huang, X., Peng, L., Shan, G., ... & Sun, Q. (2013). Striking life events associated with primary breast cancer susceptibility in women: a meta-analysis study. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 32(1), 53.

Lightfoot, C., Cole, M., & Cole, S. R. (2014). *Η ανάπτυξη των παιδιών* (Επιστημονική Επιμέλεια: Ζ. Μπαμπλέκου, Μετάφραση: Μ. Κουλεντιανού). Αθήνα: Gutenberg.

Liu, K. Q., Jin, F., Jiang, H., Wu, W. L., Li, Y. Y., Long, J. H., ... & Gan, J. Y. (2020). Analysis of follow-up results of chrono-chemotherapy or conventional chemotherapy combined with intensity modulated radiotherapy in locally advanced nasopharyngeal carcinoma. *Zhonghua Zhong liu za zhi [Chinese Journal of Oncology]*, 42(2), 133-138.

Lu, W., Cui, Y., Zheng, Y., Gu, K., Cai, H., Li, Q., ... & Shu, X. O. (2007). Impact of newly diagnosed breast cancer on quality of life among Chinese women. *Breast cancer research and treatment*, 102(2), 201.

Lynch, B. M., Neilson, H. K., & Friedenreich, C. M. (2010). Physical activity and breast cancer prevention. In *Physical activity and cancer* (pp. 13-42). Springer, Berlin, Heidelberg.

Maratia, S., Cedillo, S., & Rejas, J. (2016). Assessing health-related quality of life in patients with breast cancer: a systematic and standardized comparison of available instruments using the EMPRO tool. *Quality of Life Research*, 25(10), 2467-2480.

Mavaddat, N., Antoniou, A. C., Easton, D. F., & Garcia-Closas, M. (2010). Genetic susceptibility to breast cancer. *Molecular oncology*, 4(3), 174-191.

Monninkhof, E. M., Elias, S. G., Vlems, F. A., van der Tweel, I., Schuit, A. J., Voskuil, D. W., & van Leeuwen, F. E. (2007). Physical activity and breast cancer: a systematic review. *Epidemiology*, 137-157.

Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental & clinical cancer research*, 27(1), 32.

Moore, M. A., Eser, S., Iginov, N., Iginov, S., Mohagheghi, M. A., Mousavi-Jarrahi, A., ... & Sobue, T. (2010). Cancer epidemiology and control in North-Western and Central Asia-past, present and future. *Pancreas*, 4(4.2), 0-7.

Mustian, K. M., Devine, K., Ryan, J. L., Janelins, M. C., Sprod, L. K., Peppone, L. J., ... & Morrow, G. R. (2011). Treatment of nausea and vomiting during chemotherapy. *US oncology & hematology*, 7(2), 91.

Nazlican, E., Akbaba, M., & Okyay, R. A. (2012). Evaluation of depression in newly diagnosed breast cancer cases in Hatay province of Turkey in 2011. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(6), 2557-2561.

Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., & Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian journal of internal medicine*, 5(3), 167.

Richardson, L. C., Henley, S. J., Miller, J. W., Massetti, G., & Thomas, C. C. (2016). Patterns and trends in age-specific black-white differences in breast cancer incidence and mortality—United States, 1999–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(40), 1093-1098.

Richardson, L. C., Henley, S. J., Miller, J. W., Massetti, G., & Thomas, C. C. (2016). Patterns and trends in age-specific black-white differences in breast cancer incidence and mortality—United States, 1999–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(40), 1093-1098.

Saadatmand, S., Bretveld, R., Siesling, S., & Tilanus-Linthorst, M. M. (2015). Influence of tumour stage at breast cancer detection on survival in modern times: population based study in 173 797 patients. *Bmj*, 351, h4901.

Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2020). Cancer statistics, 2020. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 70(1), 7-30.

Singh, S. K., Singh, S., Lillard Jr, J. W., & Singh, R. (2017). Drug delivery approaches for breast cancer. *International journal of nanomedicine*, 12, 6205.

Stephens, P. A., Maryjo Osowski, M. S. N., Fidale, M. S., & Cathy Spagnoli RN, B. S. (2008). Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 253.

Sultan, A., Choudhary, V., & Parganiha, A. (2017). Worsening of rest-activity circadian rhythm and quality of life in female breast cancer patients along progression of chemotherapy cycles. *Chronobiology international*, 34(5), 609-623.

Tao, Z., Shi, A., Lu, C., Song, T., Zhang, Z., & Zhao, J. (2015). Breast cancer: epidemiology and etiology. *Cell biochemistry and biophysics*, 72(2), 333-338.

Tryfonidis, K., Zardavas, D., Katzenellenbogen, B. S., & Piccart, M. (2016). Endocrine treatment in breast cancer: Cure, resistance and beyond. *Cancer treatment reviews*, 50, 68-81.

Vin-Raviv N, Akinyemiju TF, Galea S, Bovbjerg DH (2015) Depression and Anxiety Disorders among Hospitalized Women with Breast Cancer. *PLOS ONE* 10(6): e0129169.

Weir, H. K., Thompson, T. D., Soman, A., Müller, B., & Leadbetter, S. (2015). The past, present, and future of cancer incidence in the United States: 1975 through 2020. *Cancer*, 121(11), 1827-1837.

Yan, B., Yang, L. M., Hao, L. P., Yang, C., Quan, L., Wang, L. H., ... & Yuan, J. M. (2016). Determinants of quality of life for breast cancer patients in Shanghai, China. *PLoS One*, 11(4).

Yusuf, A., Hadi, I. S. A., Mahamood, Z., Ahmad, Z., & Keng, S. L. (2013). Quality of life in Malay and Chinese women newly diagnosed with breast cancer in Kelantan, Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(1), 435-440.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ηλικία

Έτη

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμη

Παντρεμένη

Διαζευγμένη

Χήρα

Εθνικότητα

Ελληνική

Άλλη

Εκπαιδευτικό επίπεδο

Πρωτοβάθμια εκπαίδευση

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Τριτοβάθμια εκπαίδευση

Εργασιακή κατάσταση

Εργαζόμενη

Μη εργαζόμενη

Στάδιο όγκου κατά τη διάγνωση

Στάδιο I

Στάδιο II

Στάδιο III

Στάδιο IV

Εμμηνόπαυση

Ναι

Όχι

Χειρουργική αφαίρεση όγκου

Ναι

Όχι

Είδος χειρουργικής αφαίρεσης όγκου

Ογκεκτομή

Μαστεκτομή

Επί του παρόντος πραγματοποίηση χημειοθεραπείας

Ναι

Όχι

Επί του παρόντος πραγματοποίηση ορμονοθεραπείας

Ναι

Όχι

Επί του παρόντος πραγματοποίηση ακτινοθεραπείας

Ναι

Όχι

Προγενέστερη πραγματοποίηση χημειοθεραπείας

Ναι

Όχι

Προγενέστερη πραγματοποίηση ορμονοθεραπείας

Ναι

Όχι

Προγενέστερη πραγματοποίηση ακτινοθεραπείας

Ναι

Όχι



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

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

Παρακαλούμε βάλτε τα αρχικά του ονόματός σας:

Τη χρονολογία γεννήσεως (ημέρα, μήνα, έτος):

Τη σημερινή ημερομηνία (ημέρα, μήνα, έτος):

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε κοπιαστικές εργασίες, όπως όταν κουβαλάτε μια βαριά τσάντα με ψώνια ή μια βαλίτσα;	1	2	3	4
2. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα <u>μεγάλο</u> περίπατο;	1	2	3	4
3. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα <u>μικρό</u> περίπατο έξω από το σπίτι;	1	2	3	4
4. Χρειάζεται να μένετε στο κρεβάτι ή σε μια καρέκλα κατά τη διάρκεια της ημέρας;	1	2	3	4
5. Χρειάζεστε βοήθεια όταν τρώτε, ντύνεστε, πλένεστε ή όταν πηγαίνετε στην τουαλέτα;	1	2	3	4
Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:				
6. Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλες καθημερινές ασχολίες σας;	1	2	3	4
7. Περιοριστήκατε στις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή σε άλλες δραστηριότητες του ελεύθερού σας χρόνου;	1	2	3	4
8. Λαχανιάσατε;	1	2	3	4
9. Πονέσατε;	1	2	3	4
10. Είχατε ανάγκη από ζεκούραση;	1	2	3	4
11. Είχατε προβλήματα με τον ύπνο;	1	2	3	4
12. Αισθανθήκατε αδυναμία;	1	2	3	4
13. Είχατε ανορεξία;	1	2	3	4
14. Είχατε τάση για εμετό;	1	2	3	4
15. Κάνατε εμετό;	1	2	3	4
16. Είχατε δυσκοιλιότητα;	1	2	3	4

Παρακαλείστε να συνεχίσετε στην επόμενη σελίδα

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

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

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

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ κακή

Εξαιρετική

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

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ κακή

Εξαιρετική

EORTC QLQ - BR23

Οι ασθενείς αναφέρουν ορισμένες φορές ότι έχουν τα παρακάτω συμπτώματα ή προβλήματα. Παρακαλούμε προσδιορίστε σε ποιο βαθμό είχατε αυτά τα συμπτώματα ή προβλήματα την προηγούμενη εβδομάδα.

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1. Το στόμα σας ήταν ξηρό;	1	2	3	4
2. Τα τρόφιμα και τα ποτά που καταναλώσατε είχαν διαφορετική γεύση απ' ό,τι συνήθως;	1	2	3	4
3. Τα μάτια σας πονούσαν, ήταν ερεθισμένα ή πιο υγρά;	1	2	3	4
4. Είχατε τριχόπτωση;	1	2	3	4
5. Απαντήστε σε αυτή την ερώτηση μόνον εάν είχατε τριχόπτωση: Η τριχόπτωση σας προκάλεσε ανησυχία;	1	2	3	4
6. Αισθανθήκατε άρρωστη ή αδιάθετη;	1	2	3	4
7. Είχατε εξάψεις;	1	2	3	4
8. Είχατε πονοκεφάλους;	1	2	3	4
9. Είχατε την αίσθηση ότι η εμφάνιση σας ήταν λιγότερο ελκυστική ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της θεραπείας σας;	1	2	3	4
10. Είχατε την αίσθηση ότι η θηλυκότητα σας είχε ελαττωθεί ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της θεραπείας σας;	1	2	3	4
11. Δυσκολευόσασταν να κοιτάξετε το σώμα σας γυμνό;	1	2	3	4
12. Αισθανόσασταν απογοήτευση με το σώμα σας;	1	2	3	4
13. Σας ανησυχούσε το θέμα της υγείας σας στο μέλλον;	1	2	3	4

Παρακαλείστε να συνεχίσετε στην επόμενη σελίδα

Τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες:	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1. Πόσο σας ενδιέφερε το σεξ;	1	2	3	4
2. Σε ποιο βαθμό είχατε σεξουαλική δραστηριότητα (με ή χωρίς συνουσία);	1	2	3	4
3. Απαντήστε σε αυτή την ερώτηση μόνον εάν είχατε σεξουαλική δραστηριότητα:	1	2	3	4
4. Πόσο απολαμβάνετε το σεξ;	1	2	3	4

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1. Είχατε πόνο στο μπράτσο ή στον ώμο;	1	2	3	4
2. Το μπράτσο ή το χέρι σας ήταν πρησμένο;	1	2	3	4
3. Είχατε δυσκολία να σηκώσετε το μπράτσο σας ή να το κινήσετε προς το πλάι;	1	2	3	4
4. Είχατε καθόλου πόνο στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού;	1	2	3	4
5. Η περιοχή του προσβεβλημένου μαστού ήταν πρησμένη;	1	2	3	4
6. Αισθανθήκατε υπερευαισθησία στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού;	1	2	3	4
7. Είχατε δερματικά προβλήματα στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού (π.χ. φαγούρα, ξηροδερμία, ξεφλούδισμα);	1	2	3	4

Φόρμα Συγκατάθεσης Συμμετοχής σε Έρευνα

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/-η..... συμφωνώ να συμμετέχω στη μελέτη που πραγματοποιείται από τον/ την..... με τίτλο «Μελέτη της Μεταβολής στην Ποιότητα της Ζωής Γυναϊκών με Καρκίνο του Μαστού στο Πρώτο Εξάμηνο μετά τη Διάγνωση»

Όροι Συμμετοχής

- Αναγνωρίζω πως θα μου χορηγηθούν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς
- Αναγνωρίζω πως τα στοιχεία τα οποία θα συμπληρώσω θα χρησιμοποιηθούν στην έρευνα με στόχο τη διερεύνηση παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.
- Αναγνωρίζω πως τα στοιχεία των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς και της φόρμας κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων θα συνδυαστούν πληροφορίες του ιατρικού μου ιστορικού.
- Αναγνωρίζω πως μετά το συνδυασμό των στοιχείων των ερωτηματολογίων με αυτά του ιατρικού μου ιστορικού η καταχώρησή τους σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και η επεξεργασία των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί μετά την αντικατάσταση του ονοματεπωνύμου μου με έναν κωδικό αριθμό, καθιστώντας έτσι αδύνατη την αναγνώριση των απαντήσεων μου σε επόμενο στάδιο λόγω της συμπεριληψής όλων των δεδομένων της μελέτης στο ίδιο αρχείο
- Αναγνωρίζω πως δύναμαι να τερματίσω τη συμπλήρωση του έντυπου υλικού και τη συμμετοχή μου στη μελέτη σε οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς την υποχρέωση να παρέχω σχετικές εξηγήσεις στον ερευνητές, ακόμα και σε περίπτωση που προηγουμένως έχω υπογράψει τη συγκεκριμένη φόρμα συγκατάθεσης
- Δεσμεύομαι ότι δεν θα διανείμω το έντυπο υλικό σε κανέναν άλλον και ότι η συμπλήρωσή του θα γίνει μόνο από εμένα

Υπογραφή Ερευνητή

Υπογραφή Συμμετέχοντα στην Έρευνα

Ημερομηνία...../...../...